Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.10/2019 • ročník 18

TÉMA:

Zprávy z XXXVIII. výroční konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

POZOR! eNeschopenka „PROTEST“

Milé kolegyně a kolegové,

děkujeme Vám za Vaši přízeň
a přejeme Vám
příjemné prožití vánočních svátků

a v novém roce 2020
kromě zdraví také
radost z práce
a spokojené pacienty.

Za redakci Practicus
MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
10/2019, ročník 18

INFO SVL

04 **EDITORIAL**

05 **POZOR! ENESCHOPENKA „PROTEST“**
MUDr. Igor Romanko, MUDr. Michaela Romanko Ingrischová

07 **INFORMACE PRO VŠECHNY VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘE, KTEŘÍ LÉČÍ A DISPENZARIZUJÍ NEBO SE CHYSTAJÍ LÉČIT PACIENTY S DM 2 TYPU (DM2T)**
MUDr. Igor Karen

08 **NOVÉ VÝKONY PL OD ROKU 2020 SDRUŽENÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ ČESKÉ REPUBLIKY**
MUDr. Petr Šonka

ODBORNÝ ČLÁNEK

11 **HYPERPROLAKTINEMIE A PROLAKTINOMY**
MUDr. Jana Ježková, Ph.D.

14 **INFORMOVANÝ SOUHLAS – JAK POSTUPOVAT V PŘÍPADĚ PACIENTŮ S OMEZENOU PRÁVNÍ ZPŮSOBILOSTÍ?**
Mgr. Dominika Genzorová

16 **UVOLŇOVÁNÍ LÉKŮ PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE: AKTUÁLNÍ STAV K 1. LISTOPADU 2019**
MUDr. Michal Prokeš

ZPRÁVY Z KONFERENCE

24 **ZÁNĚT, OMEGA-3 NENASYCENÉ MASTNÉ KYSELINY A JEJICH ROLE V ETIOLOGII DEPRESE**
doc. PhDr. Hana Přikrylová Kučerová, Ph.D.

27 **ZINEK JE NEZASTUPITELNÝ V REGULACI IMUNITY A CELKOVÉHO ZDRAVÍ**
prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc.

28 **OSTEOPORÓZA – KDO JE OPRAVDU RIZIKOVÝ PACIENT? ANEB JAK VYTĚŽIT FRAX AŽ NA DŘEŇ**
MUDr. Vít Šmajstrla

AKTUALITY

30 **REZIDUÁLNÍ AKTIVITA ZOLPIDEMU U STARŠÍCH OSOB V POROVNÁNÍ S JINÝMI HYPNOTIKY A PLACEBEM**

31 **ODBORNÍK: OBÉZNÍ JE V ČESKU ČTVRTINA ŽEN A 22 PROCENT MUŽŮ**

Vydavatel:
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

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

Redakce:

Šéfredaktor:
MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.,
konstackys@seznam.cz

Zástupci šéfredaktora:
MUDr. Dana Moravčíková
dana.moravcikova@medicina.cz,

MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:
Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: 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 Konštacký, 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 Ponížil, MUDr. Burda Jiří, MUDr. Červený Rudolf, PhD., MUDr. Drbalová Šárka, MUDr. Havránek Jiří, MUDr. Homola Ambrož, Ph.D., MUDr. Horký Jiří, MUDr. Marek Vladimír, MUDr. Mestická Petra, MUDr. Sochorová Alexandra, MUDr. Stárková Helena, MUDr. Šindelář Jan,

Spolupracovnice časopisu:
Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10× ročně. **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce. Toto číslo bylo dáno do tisku 9. 12. 2019 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, 2019**

EDITORIAL

MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové,

ani jsme se nenadáli, a opět se blíží konec roku, ve kterém jsme si připomínali význačná výročí. Stejně jako rok minulý, osmičkový, byl i tento rok významný. Hodně budeme vzpomínat i v příštím roce 2020, který je důležitý, zvláště pro nás praktické lékaře, protože budeme slavit 40leté výročí založení Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Pro praktické lékaře jistě významná událost.

Podíváme-li se na rok uplynulý, podařilo se dobře zorganizovat Jarní interaktivní konferenci a v listopadu pak XXXVIII. výroční konferenci ve Zlíně. Z tohoto setkání uveřejňujeme vystoupení dr. Šonky týkající se Nových výkonů v roce 2020 i s uvedením kalkulací. Jistě bude dokonalým návodem, jak dále pracovat a také být za práci přiměřeně ohodnocen. Stálé oblibě se těší víkendové a krajské semináře, které zvyšují a aktualizují naše znalosti.

Významný byl v tomto roce podíl na jednáních o zrušení preskripčních omezení a výsledky této několikaleté snahy jsou prezentovány v článku dr. Prokeše Uvolňování léků pro praktické lékaře k 1. listopadu 2019, který vzhledem k tomu, že byl poskytnut jak naší redakční radě, tak i Bulletinu SPL, vydáváme se souhlasem šéfredaktorky.

Zajímavá je informace, jak postupovat při získávání informovaného souhlasu u pacientů s omezenou právní způsobilostí, v článku Mgr. Genzorové. Je to další příspěvek autorky týkající se této problematiky.

I když se s hyperprolaktinémií často nesetkáváme, je to nejčastější hypofyzární adenom. O tom, jak na toto onemocnění pomýšlet a také jej diagnostikovat a nakonec i léčit, se dozvíme v článku dr. Ježkové.

Další článek doc. Přikrylové je věnován zánětu a omega-3 nenasyceným mastným kyselinám a tomu, jakou roli sehrávají v etiologii deprese. Vedle klasické léčby antidepresivy, můžeme léčbu tohoto onemocnění ovlivnit skladbou stravy s obsahem omega-3 mastných kyselin a dalších látek. Výskyt deprese, jak uvádí článek, neustále narůstá a hrozí, že kolem roku 2030 by se deprese mohla stát největší ekonomickou zátěží společnosti.

O nezastupitelnosti zinku v regulaci imunity a celkového zdraví pojednává článek profesora Krejzka. Pro zajištění funkcí imunitní soustavy je nutné zajistit optimální složení stravy. V tomto článku autor uvádí, které složky potravy obsahují zvýšené množství zinku, jak a u koho se může projevit jeho deficit.

Osteoporóza a kdo je rizikovým pacientem, to je téma článku dr. Šmajstrly. Pomocí kalkulátoru FRAX lze spočítat, jaké je riziko jakékoli osteoporotické fraktury nebo fraktury krčku femuru v následujících deseti letech. Uvádí se rovněž, které údaje pro spočítání tohoto rizika jsou třeba.

Své čtenáře si jistě najdou i další články, ačkoli asi nebudou zrovna vánočním čtením pod stromečkem. Věřím, že každý z nás by si měl alespoň během svátků klidu a míru užít dostatek pohody, klidu a lásky tak, aby vykročil do Nového roku tou správnou nohou. To vše a navíc splnění všech vašich i nejtajnějších přání Vám přeji jménem celé redakční rady a všech pracovníků, kteří se na přípravě *Practicusu* podílejí.

POZOR! eNeschopenka „PROTEST“

MUDr. Cyril Mucha
člen výboru SVL ČLS JEP
praktický lékař Praha 6

Milé kolegyně, milí kolegové,
stát a jeho úředníci opět selhali nejen v technickém provedení projektu eNeschopenka, ale též nechali všechny náklady na zavedení i vedení neschopenek včetně administrativy na nás lékařích. Protože společnosti zastupující lékaře s tímto nesouhlasí, je nutné vytvořit tlak na řešení těchto problémů, protože úředníci řeší jen to, co je pálí.

První jasná forma boje bude „dodržování předpisů“ (zda bude nějaká tvrdší, bude oznámeno později). Dle zákona 187/2006 potvrzení o „Dočasné pracovní neschopnosti (DPN)“ vystavuje každý lékař kromě pohotovosti a záchranky ve své odbornosti na základě vyšetření. Pokud chceme situaci někam posunout, musíme tento předpis striktně dodržovat. Tím, že vystavujeme DPN za kolegy jakékoli jiné odbornosti:

1) přidělováme si (administrativní) práci
2) jednáme protiprávně a vystavujeme se riziku sankcí (až 10 000,- Kč)
3) škodíme pacientům (musí nesmyslně dojít do ordinace PL, sedět v další čekárně, vystavujeme je riziku nákazy, atd.)
4) nevtahujeme kolegy do boje za smysluplnou DPN (zaznívá argument: „Nás se to netýká, to dělá praktik“) a tím tříštíme síly lékařského stavu.

Co tedy dělat?

Od 1. 1. 2020 nesmí žádný praktický lékař vystavit neschopenku, pokud sám nestanovil diagnózu a sám daného pacienta neléčí.

Pokud do ordinace praktického lékaře (PL) přijde pacient od kolegy se žádostí o vystavení DPN, musí toto každý PL důrazně ve 100 % případů odmítnout. Pokud tak neučiní, mj. velmi relativizuje boj proti nesmyslné administrativě všem ostatním lékařům. Jak má být slyšet náš argument, že PL jsou administrativou zavaleni, když si ji sami dobrovolně a navíc protiprávně přidáváme.

Argument pro odmítnutí je jednoduchý:
1) „dříve se to sice nesmělo, ale šlo to“, ale po 1. 1. 2020 už ne (kontrola odbornosti a dg bude výrazně jednodušší)
2) už nemusíte zpět k „orgánovému“ specialistovi (ortopedovi, chirurgovi, stomatologovi…), pouze mu zavolejte a on vám neschopenku na základě předchozího vyšetření vystaví. Nesmyslný papír (pokud nakonec zůstane) dostanete dodatečně.

Držme si palce: co si nevybojujeme, to mít nebudeme.

wellion®

MED TRUST
THE MEDICAL SERVICES COMPANY

zde odstřihněte

TP Wellion Calla Vivaldi kód: 5002620

Požádejte o glukometry GALILEO COMPACT pro své pacienty ZDARMA !!!!!

TP Wellion Galileo Vltava kód: 5010796

ÚDAJE A KÓDY PONECHTE PRO DALŠÍ VYUŽITÍ

Dále v sortimentu: lancety včetně bezpečnostních, lancetová pera

PIŠTE A VOLEJTE, JSME TU PRO VÁS !

elekta s.r.o.
Elekta - a MED TRUST company

Elekta s.r.o.
V Braňce 262
252 17 Tachlovice

tel: +420 277 015 015
praktici@elekta.cz
www.elekta.cz/praktici

zde odstřihněte

Informace pro všechny všeobecné praktické lékaře, kteří léčí a dispenzarizují nebo se chystají léčit pacienty s DM 2 typu (DM2T)

MUDr. Igor Karen
předseda DIA sekce SVL ČLS JEP

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
dovoluji si vám všem s potěšením oznámit, že s účinností **od 1. 12. 2019** došlo **k uvolnění preskripce diagnostických proužků do glukometrů i pro praktické lékaře, kteří léčí a dispenzarizují pacienty s DM2T, léčené perorálními antidiabetiky.**

Když se ohlédnu jen trochu zpět, a to na společné setkání všeobecných praktických lékařů (VPL) na letošní listopadové Výroční konferenci SVL ČLS JEP ve Zlíně, tak mohu konstatovat, že dle dotazníkové akce pořádané firmou ELEKTA většina kolegů i kolegyň je na tuto změnu v preskripci diagnostických proužků do glukometrů plně připravena. Firma ELEKTA dlouhodobě podporuje naše aktivity v DIA sekci SVL ČLS JEP.

Jen pro informaci uvádím část již analyzovaných dat z dotazníků, které byly vyplněny jak na Výroční konferenci ve Zlíně, tak i v ordinacích VPL v průběhu září až listopadu 2019.

Stručná data:
- **1 220 dotazníků bylo vyplněno**
- **92 % oslovených lékařů dispenzarizuje a léčí pacienty s DM2T – nejčastěji do 50 pacientů**
- **37 % oslovených lékařů využívá glukometry Wellion**
- **66 % oslovených lékařů má zájem o glukometry zdarma**
- **37 % oslovených lékařů má zájem o návštěvu OZ (obchodního zástupce).**

Indikovanou preskripcí diagnostických proužků můžeme již nyní zajišťovat u našich (vašich) pacientů s diabetem ještě kvalitnější péči, postavenou především na precizním a intenzivním (pravidelném) **selfmonitoringu glykémie**, který, jak se shodují všechny respektované plošné klinické studie (DCCT, UKPDS), **je základním stavebním kamenem úspěšné léčby (kompenzace) pacienta s DM2T.**

Jsem rád, že konečně se začaly ledy hýbat a toto by měl být první krok, abychom se mohli plně a kompetentně věnovat našim dispenzarizovaným pacientům s DM2T. Nyní zbývá již plné rozvolnění tolik a opakovaně slibované preskripce perorálních antidiabetik, abychom mohli komplexně léčit všechny tyto pacienty.

Tím, že využijete tyto nové preskripční možnosti hned od počátku, si zároveň definujete vůči zdravotním pojišťovnám větší preskripční prostor pro budoucí období a zajistíte si tak dostatečné (navýšené) prostředky pro své pacienty bez strachu z následné penalizace.

Pro jistotu uvádím kódy diagnostických proužků, které můžeme použít v každodenní praxi.
TP Wellion Calla Vivaldi kód: 5002620
TP Wellion Galileo Vltava kód: 5010796

Za naši **Diabetologickou sekci SVL ČLS JEP** bych vám rád všem popřál klidné a pohodové Vánoce a mnoho zdraví i štěstí v celém roce 2020.

Nové výkony PL od roku 2020

Sdružení praktických lékařů České Republiky

MUDr. Petr Šonka
předseda SPL ČR

Dohodovací řízení o cenách

- Mechanismus: jednání plátců s jednotlivými segmenty poskytovatelů zdravotních služeb
- Vyjednávací síla = počet mandátů (SPL ČR)
- Ministerstvo vydává úhradovou vyhlášku
- Co je v úhradové vyhlášce je minimální úhrada, kterou musí plátci respektovat
- Existuje ale možnost se následně s pojišťovnami dohodnout na lepších podmínkách, což se běžně děje.
- Ty jsou zakotveny v tzv. úhradových dodatcích pro konkrétní rok
- Kdo nepodepíše, úhradový dodatek je hrazen podle vyhlášky

DŘ 2020

- Navýšení 8 % pro segment PL
- 2019 dohodnuto 5,5%, realita cca 9%
- (za předchozích 10 let růst 7%)
- Hodnota bodu: základ 1,19 Kč, preferované výkony 1,20 Kč, maximum s bonif. 1,29 Kč/bod
- Zrušena náhrada regulačního poplatku 09543
- Nahrazena výkonem 01543 Signální výkon epizody péče = 55 Kč za každého vyšetřeného pacienta
- 5 nových výkonů

Nové výkony od roku 2020

- POCT:

-Stanovení D-dimeru 343 bodů
-Stanovení troponinu T 442 bodů
-Stanovení pro BNP 759 bodů

- **Časný záchyt demence** 175 bodů
- **Péče o pacienta s prediabetem** 350 bodů

Časný záchyt demence v ordinaci PL

- Číslo výkonu:
  01026
- **Popis:**
  Výkon je určen k testování seniorské populace s cílem včasného záchytu demence. Provádí se u osob nad 65 let do 80 let 1× za dva roky v souvislosti s preventivní prohlídkou.
- **Čím výkon začíná:**
  Pohovorem s pacientem a vysvětlením principu testu
- **Obsah a rozsah výkonu:**
  Provedením Mini-Cog testu a jeho vyhodnocením.
- **Čím výkon končí:**
  Zhodnocením výsledku testu, diagnostickou rozvahou a stanovením dalšího postupu. Poučením pacienta a zápisem do lékařské dokumentace.

- **CENA:** 175 bodů (224 Kč)

Péče o prediabetika v ordinaci PL

- **Číslo výkonu:**
  01204
- **Popis:** Vyšetření prediabetika, který je dispenzarizován u praktického lékaře. Pacient musí splňovat diagnostická kritéria prediabetu podle Doporučeného postupu Prediabetes. Výkon nelze vykázat s výkonem č. 09532.
- **Čím výkon začíná:**
  Aktualizací anamnézy a rozborem subjektivních potíží a problémů pacienta, prostudování veškeré dostupné dokumentace pacienta. U nového záchytu seznámení pacienta s podstatou onemocnění prediabetem a s rizikem rozvoje diabetu II typu, jeho komplikací a komorbidit. Edukace seznamující pacienta se zásadami dietního režimu, pohybové aktivity, terapií a jejím cílem. Reedukace při následných vyšetření.
- **Čím výkon končí:**
  Vystavením poukazů a žádanek, vypsáním receptu. Zápisem do dokumentace a stanovením termínu příští dispenzární prohlídky.
- **Kategorie:** P - hrazen plně;
- **Omezení frekvencí:** 2/1 rok
- **Obvyklá doba trvání celého výkonu v minutách:** 30
- **Podmínky:**
  Pacient musí splňovat diagnostická kritéria prediabetu dle Doporučeného postupu Prediabetes ČLS JEP.

- **Cena:** 350 bodů = 451 Kč

Stanovení D dimeru v ordinaci

- **Číslo výkonu:**
  01146
- **Autorská odbornost:**
  (001) všeobecné praktické lékařství, Sdílení: Interna, kardiologie, PLDD
  - Popis: Stanovení D-dimeru v POCT režimu v ordinaci. Výkon lze vykázat při dodržení externího hodnocení kvality (systém mezilaboratorních porovnávacích

zkoušek) 1× ročně.
- **Čím výkon začíná:**
  Zapnutím přístroje a přenesením venózní nebo kapilární krve do testovacího proužku nebo média.
- **Obsah a rozsah výkonu:**
  Vložením testovacího proužku do přístroje a přístrojová analýza vzorku.
- **Čím výkon končí:**
  Odečtením výsledku, diagnostickou rozvahou a zápisem do dokumentace.
- **Omezení frekvencí: 1/1 den**
- **Obvyklá doba trvání celého výkonu v minutách:** 12

- **Cena:** 342 bodů = 438 Kč (materiál 212 Kč)

Stanovení troponinu T v ordinaci
- **Číslo výkonu:**
  01147
- **Popis**
  Stanovení srdečního troponinu T v ambulanci umožňuje urychlení a zpřesnění diferenciální diagnostiky bolestí na hrudi lékařem prvního kontaktu a rychlejší stanovení diagnózy akutního infarktu myokardu. To umožní efektivnější směrování pacienta, zkrácení času mezi počátkem infarktu myokardu a intervencí. Výkon lze vykázat při dodržení externího hodnocení kvality (systém mezilaboratorních porovnávacích zkoušek) 1× ročně.
- **Čím výkon začíná:**
  Zapnutím přístroje a přenesením venózní nebo kapilární krve do testovacího proužku nebo média.
- **Obsah a rozsah výkonu:**
  Vložením testovacího proužku do přístroje a přístrojová analýza vzorku.
- **Čím výkon končí:**
  Odečtením výsledku, diferenciálně diagnostickou rozvahou a zápisem do dokumentace.
- **Omezení frekvencí: 2/1 den**
- **Obvyklá doba trvání celého výkonu v minutách:** 12

- **Cena:** 442 bodů= 566 Kč (materiál 312 Kč)

Stanovení pro BNP v ordinaci
- **Číslo výkonu:**
  01148
- **Popis**
  Výkon je určen ke zpřesnění diferenciální diagnostiky dušnosti v ordinaci praktického lékaře a diagnostice kardiálního selhání. Umožňuje zpřesnění léčby kardiálního selhání a monitoraci jejího účinku. Výkon lze vykázat při dodržení externího hodnocení kvality (systém mezilaboratorních porovnávacích zkoušek) 1× ročně.
- **Čím výkon začíná:**
  Zapnutím přístroje a přenesením venózní nebo kapilární krve do testovacího proužku nebo média.
- **Obsah a rozsah výkonu:**
  Vložením testovacího proužku do přístroje a přístrojová analýza vzorku.
- **Čím výkon končí:**
  Odečtením výsledku, diferenciálně diagnostickou rozvahou a zápisem do dokumentace.
- **Omezení frekvencí: 1/1 den**
- **Obvyklá doba trvání celého výkonu v minutách:** 12

- **Cena:** 759 bodů= 971 Kč (materiál 629 Kč)

Změna kolorektálního screeningu
- **Výkon 15118 :** Management kolorektálního screeningu (VPL, gyn.) – pre a postanalytická fáze screeningu – 15 minut-174 bodů
- Součástí výkonu je objednání na kolonoskopii v případě pozitivního výsledku a vystavení rp. na projímadlo
- 15120 a 15121 mají nově nulovou bodovou hodnotu
- pouze jako signální výkony, které podávají informaci o tom, zda je iFOB pozitivní či negativní. Vykazuje je vždy ten, kdo provádí a vykazuje výkon managementu screeningu, tedy VPL, nebo gynekolog. Bez vykázání signálního kódu nebude výkon managementu proplacen.

- **Výkon 15119:** Kolorektální screening analytická část-stanovení okultního krvácení ve stolici
- Přístroj umožňující kvantitativní stanovení Hb ve stolici a to nejméně od hladiny 15 ug/g stolice
- Hodnota výkonu 184 bodů
- PL si tedy může vybrat: vždy provede výkon managementu a může provést i analýzu nebo analýzu nechá provést laboratoří
- Pokud provede oba výkony, inkasuje 358 bodů

- Přechodné období 1 rok
- **Výkon 15118** (management) všichni od 1. 1. 2019
- Do 31. 12. 2019 možnost používat dosavadní FIT
- Od 1. 1. 2020 lze provádět pouze kvantitativní test
- Kdo neprovádí jako POCT, zajistí provedení testu v laboratoři

Žádanka na TOKS+ kolonoskopii
Dg. Z 121
- datum vyhodnocení TOKS
- typ TOKS (např. QuikRead Go)
- číselná hodnota výsledku event. cut-off
- typ projímadla, využitého k přípravě

Ekonomika výkonu v ordinaci VPL

- **VPL (gynekolog) provádějící screening s POCT přístrojem vykáže po vyhodnocení výsledku testu kódy 15118 + 15119 + 15120 resp.15121 (celkem 358 b.)**
- *VPL (gynekolog) provádějící screening ve spolupráci s laboratoří, vykáže po zjištění výsledku testu kódy **15118 + 15120 resp. 15121** (celkem 174 b.)*
- **358 bodů x 1,20 Kč/ bod = 458,24 Kč za vyšetření**
- **Současný průměr na 1 VPL: 100 testů ročně**
- Úhrada S POCT přístrojem….45 824 Kč
- Bez nákladů na kity 8 500,- Kč…37 324 Kč
- **Při zvýšení na 200 testů ročně**
- Úhrada 91 648 Kč = zisk **74 648 Kč**
- 5 000 VPL….**373 240 000 Kč**

Nový výkon od roku 2019

- 02250 Otoskopie v ordinaci praktického lékaře
- Sdílen s PLDD
- Obsah výkonu:

Vyšetření zvukovodu a bubínku, zhodnocení nálezu pro přesné určení otoskopického nálezu u diagnóz: H 65 -nehnisavý zánět středního ucha, H 66 - hnisavý a neurčený zánět středního ucha, H60.9 – zánět zevního zvukovodu

Otoskopie

- Oboustranný výkon
- Čas 10 min, frekvence 1x denně
- Přístroj: otoskop
- Body: 116
- Kč: 148 (při 1,28 Kč/bod)

Je pravda, že klesáme s úhradami?

- Námitka: navýšení pouze v nových výkonech, často přístrojových. Není navyšována platba za základní péči (kapitace)=reálně klesáme
- Výkony vytržené z kapitace: prediabetes, otoskopie
- Epizoda péče (náročnější pacienti)

Srovnání

- **2017**
- Preventivní prohlídka pacienta nad 65 let
- 01022 474
- +EKG 122
- +ABI 121
- +kolorektální screening 174
- Celkem 891 bodů x 1,12 Kč/bod= 998 Kč

- **2020**
- Preventivní prohlídka pacienta nad 65 let
- 01022 474
- +EKG 122
- +ABI 121
- +kolorektální screening 360
- + časný záchyt demence 175
- Celkem 1252 bodů x 1,29 Kč/bod= 1615 Kč (+617 Kč = 60 %)

Prediabetes

- Cena 350 bodů = 451 Kč
- 2x za rok: 902 Kč
- 902:56= + 16 x kapitační platba

Závěr

- Bezprecedentní hodnota bodu až 1,28 resp. 1,29 Kč za bod (nemá žádná jiná odbornost v ČR)
- Neomezená možnost nárůstu úhrad (no limit)
- Lze docílit mnohem vyššího růstu segmentu, než bylo dojednáno
- Nutnost zvýšit výkon a zlepšit vykazování
- Změnit myšlení, zlepšit management praxe a systém objednávání
- Zvýšit kompetenci zdravotní sestry

Hyperprolaktinemie a prolaktinomy

MUDr. Jana Ježková, Ph.D.
3. interní klinika 1. LF UK a VFN, U Nemocnice 1, Praha 2

Hyperprolaktinemie je poměrně častým laboratorním nálezem a její prevalence je v neselektované populaci 0,4 %. Prolaktinomy jsou nejčastějšími hypofyzárními adenomy i nejčastější příčinou patologické hyperprolaktinemie. Prevalence prolaktinomů je 44–62 případů/100 000 obyvatel[1]. V České republice by mělo být až 6 000 pacientů s prolaktinomy. Stanovení přesné diagnózy je nezbytné pro správný přístup a léčebný postup u pacientů s hyperprolaktinemií a prolaktinomy.

Hyperprolaktinemie a její příčiny

Hyperprolaktinemie je zvýšení sérových koncentrací prolaktinu nad horní hranici příslušné normy. Vyšetření prolaktinu není standardizováno a sérové hladiny prolaktinu se stanovují různými kity a diagnostickými laboratorními systémy. Výsledky jsou udávány buď v µg/l, nebo v mIU/l. Poměr µg/l k mIU/l je 1:20. Při udávání hodnot prolaktinu je potřebné uvedení normálních hodnot příslušného kitu.

Podle příčiny se hyperprolaktinemie rozděluje na fyziologickou, farmakologicky indukovanou a patologickou hyperprolaktinemii (viz tabulka).

Se zvýšenými sérovými koncentracemi prolaktinu se často setkáváme i za fyziologických okolností. Nejčastěji se koncentrace prolaktinu zvyšují při stresu. Někteří lidé reagují zvýšením prolaktinu i na nevelký stres, jako je návštěva u lékaře nebo odběr krve. Odlišit stresové zvýšení prolaktinu je možné opakovaným odběrem prolaktinu v době, kdy je nemocný v klidu. Fyziologicky se hladiny prolaktinu zvyšují asi dvě hodiny po usnutí a toto zvýšení trvá přibližně jednu hodinu po probuzení. Na tento fakt je potřebné myslet, pokud je krev nabírána ráno, aby se do výsledku nepromítly spánkové hodnoty prolaktinu. V těhotenství se hladiny prolaktinu zvyšují přibližně desetkrát, v období kojení 5-8krát. Hladiny prolaktinu se dále zvyšují při pohlavním styku, dráždění prsních bradavek nebo hypertermii[2].

Fyziologickým nálezem je i tzv. makroprolaktinemie, jedná se o falešně vysoké hladiny prolaktinu při přítomnosti endogenních protilátek proti prolaktinu nebo dimerů či polymerů prolaktinu v séru. Tato forma prolaktinu nemá nebo má sníženou biologickou účinnost a většinou nepůsobí žádnou klinickou symptomatologii obvyklou při hyperprolaktinemii[3].

Hyperprolaktinemie je často způsobena užíváním některých léků (viz. Tabulka). Jedná se o léky, které interferují se syntézou, uvolňováním a působením dopaminu. Právě inhibičně působící dopamin je hlavním regulátorem sekrece prolaktinu. Nejčastěji a nejvíce zvyšují hladiny prolaktinu psychofarmaka[4].

K patologickým příčinám hyperprolaktinemie patří kromě prolaktinomu i jiné expanzivní procesy v hypotalamo-hypofyzární oblasti, které vedou k útlaku stopky hypofýzy, a tím k zablokování přechodu dopaminu k hypofyzárním laktotropním buňkám (pseudoprolaktinomový mechanismus). K patologickým procesům hypotalamo-hypofyzární oblasti patří tumory (jiné hypofyzární adenomy, kraniofaryngeom, Rathkeho cysta, hamartomy, gliomy, meningeomy), granulomatózní onemocnění (sarkoidóza, histiocytóza X), autoimunitní zánět hypofýzy (lymfocytární hypofyzitis), karotické aneurysma nebo syndrom prázdného sedla.

Klinické projevy hyperprolaktinemie

Klinický obraz hyperprolaktinemie může být různý od asymptomatického průběhu až po klinicky typicky vyjádřený, projevující se u žen infertilitou, poruchami menstruačního cyklu a galaktoreou, u mužů poklesem libida a potence a infertilitou, výjimečně gynekomastií a vzácně galaktoreou. Hypogonadismus vede k rozvoji osteoporózy.

Prolaktinomy

Prolaktinomy jsou nejčastějšími hypofyzárními adenomy. Častěji se vyskytují u žen, u kterých se ve většině případů (v 80 %) jedná o mikroadenomy (adenomy < 1 cm). Frekvence výskytu makroprolaktinomů (adenomy > 1 cm) je stejná u mužů i žen.

Prolaktinomy se klinicky projevují příznaky hyperprolaktinemie. Makroprolaktinomy se manifestují i příznaky z lokální expanze (poškození funkce zdravé hypofyzární tkáně s rozvojem hypopituitarismu, tj. nedostatečné sekrece hormonů adenohypofýzy, různého stupně, útlak zrakových nervů a drah s poruchou zorného pole a porušení funkce okohybných nervů s rozvojem diplopie)[5].

Diagnostika

Diagnostika prolaktinomu spočívá v průkazu zvýšených koncentrací prolaktinu a průkazu adenomu pomocí zobrazovací metody. V současnosti je dominantní zobrazovací metodou magnetická rezonance (MR). CT

vyšetření mozku se používá pouze v případě kontraindikace MR. U pacientů s makroprolaktinomy je součástí vyšetření i vyšetření neurooftalmologické včetně vyšetření perimetru.

Diferenciálně diagnosticky je důležité odlišit prolaktinom od afunkčního tumoru selární oblasti tzv. pseudoprolaktinomu. Principem vzniku hyperprolaktinemie u pseudoprolaktinomu je útlak hypofyzární stopky tumorem vedoucím k omezení inhibičního vlivu dopaminu na produkci prolaktinu ve zdravé hypofyzární tkáni. Rozlišení je důležité pro léčebnou strategii.

Léčba

Medikamentózní léčba

Léčbou volby u prolaktinomů je medikamentózní léčba dopaminergními agonisty. Působí na dopaminergní D2 receptory laktotropních buněk hypofýzy a prolaktinomů stejně jako dopamin, tedy brzdí sekreci prolaktinu. V současné době jsou v České republice k dispozici 3 přípravky v tabletové formě: bromokriptin (Medocriptine nebo Parlodel) s dobou trvání účinku 8–12 hodin, kabergolin (Dostinex) s dobou trvání účinku delší než 168 hodin a quinagolid (Norprolac) s dobou trvání účinku 24 hodin. Dávky používané k léčbě prolaktinomů jsou individuální. S ohledem na dosažení dobré tolerance medikamentózní léčby je nutné podávání léku ve vzestupných dávkách, po jídle, zpravidla na noc. Z nežádoucích účinků se nejčastěji vyskytují nauzea až zvracení, nechutenství, ortostatická hypotenze, pocity slabosti, méně často bolesti hlavy, kongesce nosní sliznice, zácpa, psychické změny (úzkost, deprese), manifestace psychotických příznaků a poruchy spánku. Léčba dopaminergními agonisty (DA) je velmi účinná a ve většině případů dobře tolerovaná. Léková intolerance je popisována u 12 % pacientů léčených bromokriptinem, u 7 % léčených quinagolidem a pouze u 3 % léčených kabergolinem. Rezistence k léčbě dopaminergními agonisty se při léčbě nejúčinnějším kabergolinem vyskytuje pouze u 10 % pacientů s mikroprolaktinomy a 20 % s makroprolaktinomy[6,7].

Cílem léčby je normalizace prolaktinemie vedoucí k úpravě hypogonadismu, fertility a vymizení galaktorey. U makroprolaktinomů je nezbytná zástava růstu a zmenšení velikosti adenomu.

Při léčbě je nezbytné zohlednit věk pacientky a její případnou snahu o graviditu a velikost prolaktinomu. U žen s mikroprolaktinomy se asymptomatická hyperprolaktinemie neléčí, je však nutné pravidelné sledování. Symptomatická hyperprolaktinemie se léčí podáváním dopaminergních agonistů. Pro dosažení fertility je potřebná normalizace hladin prolaktinu, zatímco k obnově menstruačního cyklu, resp. ústupu galaktorey dochází často i při mírně zvýšených hladinách prolaktinu (striktní dosažení normoprolaktinemie není nutné). Léčbu dopaminergními agonisty je možné přerušit u žen s mikroprolaktinomy v menopauze. Po menopauze je další růst mikroprolatinomu neobyčejně vzácný. U pacientů s makroprolatinomy je léčba dopaminergními agonisty nezbytná.

V graviditě se u žen s mikroprolaktinomy léčba dopaminergními agonisty přerušuje. U žen s makroprolaktinomy je vzhledem k riziku růstu (20–30 %) makroprolaktinomu v graviditě (vysoké hladiny placentárních estrogenů stimulují růst prolaktinomu) potřebné postupovat individuálně.

Medikamentózní léčba prolaktinomů bývá často dlouhodobá, i celoživotní.

V souvislosti s dlouhodobým podáváním kabergolinu byla řešena otázka bezpečnosti léčby ve vztahu k rozvoji fibrózních změn na srdečních chlopních. Řada echokardiografických studií provedených u nemocných s prolaktinomy léčených kabergolinem ve standardních dávkách (1–2 mg týdně) neprokázala klinicky manifestní postižení srdečních chlopní ani po mnohaleté léčbě. Pravidelná echokardiografická vyšetření jsou doporučena pouze u nemocných s prolaktinomy dlouhodobě léčenými vysokými dávkami kabergolinu[8].

Neurochirurgická léčba

Neurochirurgická léčba není vzhledem k dobrým výsledkům medikamentózní léčby indikována často. Operační řešení je indikováno u málo časté rezistence nebo intolerance medikamentózní léčby, nebo při komplikacích tumoru, jako je píštěl s likvoreou, nebo krvácení do makroadenomu s jeho expanzí a příznaky útlaku[9].

Radiační léčba

Radiační léčba, nejčastěji stereotaktické ozáření Leksellovým gama nožem, se v léčbě prolaktinomů uplatňuje zřídka. Hlavní indikací je rezistence k medikamentózní léčbě, nezastupitelnou roli má u rezistentních prolaktinomů nepřístupných chirurgickému řešení. Další méně častou indikací je intolerance medikamentózní léčby nebo snaha o snížení dávky a zkrácení doby podávání dopaminergních agonistů[10].

Závěr

Péče o pacienty s hyperprolaktinemií a prolaktinomy je péče multidisciplinární, na které se podílejí endokrinologové, gynekologové, rentgenologové, někdy i neurochirurgové či radioterapeuti. Pacienti vyžadují dlouhodobé, často i celoživotní sledování.

Shrnutí pro praxi

Hyperprolaktinemie je poměrně častým laboratorním nálezem. Vyskytuje se fyziologicky, může být navozená farmakologicky nebo projevem patologických stavů. Prolaktinomy jsou nejčastějšími hypofyzárními tumory a nejčastější příčinou patologické hyperprolaktinemie. Hyperprolaktinemie se u žen manifestuje infertilitou, poruchami menstruačního cyklu a galaktoreou, u mužů poklesem libida a potence a infertilitou, výjimečně gynekomastií a vzácně galaktoreou. Makroprolaktinomy se manifestují i příznaky z lokální expanze. Klinicky manifestní hyperprolaktinemii je nutné léčit s ohledem na příčinu hyperprolaktinemie. U prolaktinomů je léčbou volby medikamentózní léčba dopaminergními agonisty. Chirurgická a radiační léčba se uplatňují pouze za specifických situací u rezistentních prolaktinomů, při intoleranci medikamentózní léčby nebo při komplikacích.

Tabulka: Příčiny hyperprolaktinemie

Fyziologická hyperprolaktinemie	Farmakologicky vyvolaná hyperprolaktinemie	Patologická hyperprolaktinemie
• Noční vzestup prolaktinu • Gravidita • Laktace • Dráždění prsních bradavek mimo laktaci • Pohlavní styk • Reaktivní hyperprolaktinemie: stres, úzkost • Hypoglykémie • Hypertermie • Cvičení	• Estrogeny (HRT, kontraceptiva) • Psychofarmaka antidepresiva (tricyklická antidepresiva, tetracyklická antidepresiva, inhibitory zpětného vychytávání serotoninu – SSRI, inhibitory zpětného vychytávání monoaminů – MAOI) antipsychotika • Prokinetika (metoklopramid, domperidon) • Blokátory H2 receptorů • Antihypertenziva (α-methyldopa, reserpin, blokátory kalciových kanálů – verapamil) • Opioidy (kodein, morfin) • Narkotika • Prostaglandiny • Antiepileptika (valproát)	• Prolaktinom • Adenomy se smíšenou sekrecí (nejčastěji růstový hormon a prolaktin) • Organické procesy hypotalamo-hypofyzární (nádory, infiltrativní onemocnění, lymfocytární hypofyzitis, empty sella a jiné) • Periferní hypotyreóza • Syndrom polycystických ovarií • Chronické renální selhání • Cirhóza jater • Postižení hrudní stěny • Addisonova choroba • Epileptické paroxysmy • Idiopatická hyperprolaktinemie

Literatura:

1. Fernandez A, Karavitaki N, Wass JA. Prevalence of pituitary adenomas: a comminity-based, cross-sectinal study in Banbury (Oxfordshire, UK). Clin Endocrinol 2010; 72(3): 377-82.
2. Wong A. Eloy JA, Couldwell WT, Liu JK. Update on prolactinomas. Part 1. Clinical manifestation and diagnostic challenges. J Clin Neurosci 2015; 22: 1568–1574.
3. Hattori N. Macroprolactinemia: a new cause of hyperprolactinemia. J Pharmacol Sci 2003; 92: 171-177.
4. MolitchME. Medication-induced hyperprolactinemia. Mayo Clin Proc 2005; 80:1050–1057.
5. Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, Kleinberg DL, Montori VM, Schlechte JA, Wass JA. Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemia: An Endocrine Society Clinical Practise Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2011; 96(2): 273-288.
6. Delgrange E, Daems T, Verhelst J, Abs R, Maiter D. Characterization of resistence to the prolactin-lowering effects of cabergoline in macroprolactinomas: a study in 122 patients. Eur J Endocrinol 2009; 160:747–752.
7. Webster J, Piscitelli G, Polli A, Ferrari CI, Ismail I, Scanlon MF. A comparison of cabergoline and bromocriptine in the treatment of hyperprolactinemic amenorrhea. Cabergoline comparative study group. N Engl J Med 1994; 331(14): 904-909.
8. Bogazzi F, Buralli S, Manetti L, Raffaelli V, Cigni T, Lombardi M, Boresi F, Taddei S, Salvetti A, Martino E. Treatment with low doses of cabergoline is not associated with increased prevalence of cardiac valve regurgitation in patients with hyperprolactinaemia. Int J Clin Pract 2008; 62: 1864–1869.
9. Smith TR, Hulou MM, Huang KT, et al. Current indications for the surgical treatment of prolactinomas. J Clin Neurosci 2015; 22: 1785-1791.
10. Wong A. Eloy JA, Couldwell WT, Liu JK. Update on prolactinomas. Part 2. Treatment and management strategies. J Clin Neurosci 2015; 22: 1568-1574.

Informovaný souhlas – jak postupovat v případě pacientů s omezenou právní způsobilostí?

Mgr. Dominika Genzorová
absolventka Právnické fakulty Masarykovy univerzity

Do ordinace praktického lékaře nepřichází vždy plně lucidní pacienti. Dalo by se říci, že těch je pomálu. Žerty stranou, v dnešním článku se chci věnovat detailnějším specifikům informovaného souhlasu. Lékaře může napadat otázka, jak platně získat informovaný souhlas od pacientů, kteří jej sami udělit nemohou. Na to, za jakých podmínek může být osoba omezena rozhodovat o svém zdravotním stavu a jak má lékař postupovat, se dozvíte v tomto článku.

V minulém článku (Practicus 6/2019) jsem se zabývala základním přehledem, k čemu slouží informovaný souhlas, co má být jeho obsahem a kdo jej může udělit. Dnes bych se ráda zaměřila na pacienty, kteří z právně relevantního důvodu potřebují zastoupení.

K tomu, aby sám pacient mohl vůbec udělit souhlas k zákroku prováděnému na něm lékařem, je nutné, aby byl plně svéprávný, tj. aby měl způsobilost nabývat pro sebe práva a zavazovat se k povinnostem. Plná svéprávnost tak nejen dává pacientu práva, ale také jej zavazuje k povinnostem. Informovaný souhlas umožňuje lékaři zásah do tělesné integrity pacienta, ale také zavazuje pacienta k jednání, které je povinen dodržovat. Mezi tyto povinnosti je možno řadit např. povinnost dodržovat léčebný režim, dávkování léků a podobně. Zajímavé je, že udělení souhlasu k léčebnému výkonu podle několika autorů nevytváří právní vztah mezi pacientem a lékařem, je pouze důkazem jeho existence.

Pacienty tak lze rozdělit do dvou kategorií. Na ty, kteří byli na svéprávnosti omezeni soudem, a ty, kteří ještě plné svéprávnosti dosud nenabyli.

Podle občanského zákoníku v platném a účinném znění již není možno pacienta svéprávnosti zbavit, lze ji pouze omezit. Omezení svéprávnosti navíc oproti stávající právní úpravě není trvalého charakteru, ale soud musí skutečnosti, které k omezení svéprávnosti vedly, znovu přezkoumávat, a to ve lhůtě 3, maximálně však 5 let. Tento dobrý úmysl zákonodárce však prakticky přináší velkou zátěž soudům a starosti rodinným příslušníkům pacienta omezeného ve svéprávnosti. Jsou totiž pacienti, u kterých se důvody pro omezení svéprávnosti nemění (např. vrozená mentální retardace).

Omezit člověka ve svéprávnosti lze pouze tehdy, jsou-li pro to splněny zákonné důvody. Jedním z nich je existence duševní poruchy, pro kterou osoba není schopna samostatně právně jednat, jsou sníženy její rozumové schopnosti. Dalším právním důvodem je veřejný zájem. Veřejným zájmem je ochrana obyvatelstva před nežádoucím chováním pacienta (některé typy poruch mohou být nebezpečné pro okolí). Do kategorie veřejného zájmu tak spadá také bezpečnost a veřejný pořádek.

Pod duševní poruchy spadají jak stavy podmíněné vrozenými dispozicemi člověka, tak i stavy, které vznikají vlivem prostředí a životních událostí. Pro vás jako pro lékaře tedy může být osobou s duševní poruchou jak pacient s Downovým syndromem, tak i pacient se stařeckou demencí. Obě tyto skupiny osob mohou být soudem omezeny ve svéprávnosti. Omezení svéprávnosti nemá za primární účel pacientu uškodit, ale naopak, jeho cílem je mu pomoci v situacích, kdy není schopen jednat sám nebo vůbec pochopit povahu prováděného úkonu. Za tyto pacienty je pak na základě rozhodnutí soudu oprávněn jednat zpravidla rodinný příslušník nebo osoba opatrovanci blízká, u této blízké osoby je podmínkou osvědčení dlouhodobého a vážného zájmu. Osobou blízkou může být druh nebo družka žijící ve společné domácnosti, ale také jiná osoba, podmínkou je právě zájem o opatrovanou osobu.

Jak jako lékař poznám, že osoba, která ke mně přijde do ordinace, není schopná sama udělit souhlas s léčbou? Zpravidla pokud není stav duševní poruchy dostatečně závažný, nic poznat nemusíte. Ovšem v případě, že pacient dorazí v doprovodu opatrovníka, který se prokáže listinou opatrovnictví nebo rozsudkem soudu, je zřejmé, že pacient sám není oprávněn právně jednat. Ráda bych podotkla, že pacienta lze také omezit jen v určitých oblastech jeho života. Pokud je někdo omezen co do právních úkonů týkajících se finančních záležitostí, nemusí být omezen jednat co do rozhodování o svém zdraví. Pokud má však omezení týkající se rozhodování o léčebných úkonech, je jeho opatrovník povinen se o jeho zdravotní stav zajímat. Tato situace by tedy nastat neměla. Ovšem víme, jaký je život. V případě, že má lékař podezření, že pacient není schopen rozhodovat o svém zdravotním stavu, je možno zavolat na místně příslušný soud a informovat se.

Z čehož plyne: může být informovaný souhlas platně získán, pokud pacient není schopen sám projevit vůli? Zde odkazuji na svůj předchozí článek-, ano, může. Zejména pokud hrozí nebezpečí z prodlení anebo, v rámci obecné právní úpravy, pokud je lékař v dobré víře, že takový souhlas sám mohl platně udělit.

Dobrá víra je obávanou chimérou nejednoho studenta práv i absolventa. Ovšem není potřeba se jí bát. Je právně neurčitým pojmem, takže je možný poměrně volný výklad toho, co je a co není dobrá víra. Dobrá víra je formulována v zákoně jako předpoklad platného právního jednání. Tedy, že subjekt práv (lékař) jedná v dobré víře. Teprve pokud by vznikly důvodné pochybnosti, je nutné dokázat opak. Například do ordinace lékaře vstoupí osoba, která zjevně není schopná posoudit následky svého jednání – ať už má fyzické nebo psychické omezení – a není schopna smysluplné konverzace. V takovém případě by se dalo o dobré víře pochybovat.

Fyzická osoba, pacient, nesmí být nikdy zbaven svéprávnosti. Co do svéprávnosti je možné pacienta pouze omezit. Takové omezení schvaluje rozsudkem soud, je platné tři roky, maximálně však pět let. Prokazuje se listinou opatrovnictví, nebo rozsudkem soudu. Pacient může být omezen pouze v některé oblasti svého života, pokud je omezen ve svéprávnosti, nemusí to znamenat, že není schopen rozhodovat o svém zdravotním stavu. Opatrovník má povinnost se o opatrovance zajímat. Pokud si lékař není jistý, platí ze zákona presumpce dobré víry. Tedy že pacient svéprávný je, pokud nejsou důvodné pochybnosti. V případě takových pochybností je možno se obrátit na místně příslušný soud.

Literatura:
1. Hurdík, Jan et al.Občanské právo hmotné. Obecná část. Absolutní majetková práva. 2.vyd.Plzeň. Aleš Čeněk,2014. s.118.
2. Lavický, Petr a kol. Občanský zákoník: komentář. 1. vydání. Praha: C.H. Beck, 2013-2015. 6 svazků. Velké komentáře. Komentář k § 2642 zákona č.89/2012 Sb. občanský zákoník 3. § 56 z. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Uvolňování léků pro praktické lékaře: aktuální stav k 1. listopadu 2019

MUDr. Michal Prokeš
DrugAgency, a. s.

V tomto článku jsou zmiňovány léky, u nichž došlo k uvolnění preskripce hrazené zdravotními pojišťovnami pro praktické lékaře pro dospělé (dále PL). Uvolnění znamená, že v Seznamu léků hrazených ze zdravotního pojištění došlo k odstranění symbolu L nebo E (pak uvolnění platí pro všechny lékaře), nebo byl k výčtu odbornosti doplněn symbol „PRL" (pak uvolnění platí pouze pro PL), nebo byla provedena příslušná změna v textu v textu indikačního omezení („P"). Tyto změny provádí SÚKL v rámci jednotlivých správních řízení, které je nutné uskutečnit vždy, když je zapotřebí provést jakoukoli změnu úhrady nebo podmínek úhrady, k nimž patří i preskripční omezení (omezení na odbornost L, E) nebo indikační omezení (P). Správní řízení je velice složitý proces a nezřídka trvá několik let, což není zcela v souladu se zákonem. Účastníky řízení jsou lékové firmy (držitelé registračního rozhodnutí) a zdravotní pojišťovny. V červnu 2018 se VZP i Svaz zdravotních pojišťoven spolu se SVL ČR i SPL dohodly na uvolnění 20 lékových skupin a do konce září 2018 SÚKL obdržel oficiální žádosti o uvolnění. SÚKL bere v úvahu i vyjádření odborných společností (OS), problém je, že vyjádření jednotlivých OS jsou nezřídka značně odlišná, v některých případech zřejmě zájmy specialistů převažují nad zájmy pacientů, nebo specialisté nejsou informováni o situaci v běžné lékařské praxi. SÚKL žádosti o uvolnění vyřizuje značně pomalu (do listopadu 2019 došlo k uvolnění pouze 6 z výše zmíněných 20 lékových skupin) a v některých případech SÚKL dokonce uvolnění zamítá, proto byla v létě 2019 svolána na MZ společná schůzka. Ředitelka SÚKLu Mgr. Storová se vyjádřila v tom smyslu, že v případě odlišného vyjádření OS nedokáže SÚKL rozeznat, která OS má pravdu, a ponechává stávající stav, což je ovšem v rozporu s oficiálně deklarovanou politikou MZ. Ing. Šmehlík, MBA (dříve náměstek MZ, nyní náměstek ředitele VZP pro zdravotní péči), který byl též přítomen, prohlásil, že VZP v takovém případě pomůže praktickým lékařům v jednání s takovými OS (u těch lékových skupin, kde se VZP i Svaz zdravotních pojišťoven shodly na podpoře takového uvolnění, viz souhrnná tabulka lékových skupin číslo 5 na konci tohoto článku).

Nepříjemnou skutečností správních řízení je, že se i když je léková skupina „uvolněna", většinou se nepodaří uvolnit všechny příslušné léky najednou, neboť některé z nich bývají řešeny jiným, paralelně prováděným správním řízením. Proto je třeba kontrolovat, zda příslušný léčivý přípravek, který hodláme předepsat, je již skutečně uvolněn. To bohužel platí i pro kombinace léků (viz níže, například u ezetimibu).

Ezetimib, ATC C10AX09, C10BA

Jedná se asi o nejvýznamnější uvolnění léku pro PL. Nestačí-li k snížení LDL cholesterolu statin, může nyní i praktický lékař indikovat ezetimib jako přídatnou léčbu ke statinu, nebo jako monoterapii, pokud pacient statiny prokazatelně netoleruje. Nové znění preskripčního omezení ezetimibu bylo uvedeno v zářijovém čísle Bulletinu (5/2019, str. 6). Na rozdíl od kombinace statinu s ezetimibem není kombinace statinu s fibrátem nijak preskripčně omezena a je účelné ji indikovat v případě, že po normalizaci LDL statinem přetrvávají vysoké plazmatický koncentrace triglyceridů, a to zejména u pacientů, kteří mají nízký HDL cholesterol (např. u pacientů s metabolickým syndromem). Vraťme se k ezetimibu: V níže uvedených tabulkách 1 a 2 uvádíme přípravky obsahující ezetimib, které k 1. listopadu může každý lékař předepisovat bez omezení na odbornost. Z fixních kombinací je zatím uvolněn pouze přípravek Zenon, který obsahuje ezetimib v kombinaci s rosuvastatinem.

Zajímavé je, že ke snížení ceny přípravků obsahujících ezetimib došlo již na jaře 2018 po vstupu generických přípravků na náš trh, a to z 1065 Kč za balení obsahující 30 tablet (leden 2018) na 665 Kč (květen 2018), přičemž na webu MZ již byly reálné ceny v lékárnách za takové balení ve výši cca 170 Kč. Trvalo pak více než rok, než ceny klesly až na 124,49 Kč, než se pojišťovny odhodlaly s uvolněním ezetimibu pro PL souhlasit.

Lokálně podávané látky k terapii dermatitidy, kromě kortikoidů (D11AH) uvolněné pro preskripci PL

Takrolimus (přípravek Protoptic), pimekrolimus (přípravek Elidel)

V tomto případě zůstává omezení L, ale do výčtu odborností bylo doplněno „PRL", tedy praktický lékař pro dospělé. Tyto léky mají následující indikační omezení:

Takrolimus v koncentraci 0,03 % je hrazen k léčbě atopické dermatitidy (AD) u dětí (ve věku od 2 do 16 let), které trpí středně těžkou až těžkou AD tehdy, když v léčbě nesmí nebo by neměly být používány lokální kortikosteroidy (ať už pro plochu nevhodnou k aplikaci kortikosteroidů, jako je obličej a šíje, pro

Tabulka 1: Přípravky obsahující samotný ezetimib uvolněné pro preskripci PL

Kód	Název	Síla	Počet tbl
0213105	COLTOWAN	10MG	30
0224326	EZANTRIS	10MG	30
0224330	EZANTRIS	10MG	98
0189178	EZEN	10MG	30
0189181	EZEN	10MG	90
0185670	EZETIMIB MYLAN	10MG	30
0185672	EZETIMIB MYLAN	10MG	98
0197372	EZETIMIB MYLAN	10MG	30
0197376	EZETIMIB MYLAN	10MG	98
0233765	EZETIMIB MYLAN	10MG	30
0233769	EZETIMIB MYLAN	10MG	98
0233784	EZETIMIB MYLAN	10MG	30
0233786	EZETIMIB MYLAN	10MG	98
0127470	EZETIMIB STADA	10MG	30
0127477	EZETIMIB STADA	10MG	98
0214409	EZETIMIB TEVA	10MG	30
0214416	EZETIMIB TEVA	10MG	100
0047995	EZETROL	10MG	30
0047997	EZETROL	10MG	98
0133796	EZOLETA	10MG	30
0133800	EZOLETA	10MG	90
0188415	TEZZIMI	10MG	30
0188428	TEZZIMI	10MG	100

Tabulka 1: Přípravky obsahující fixní kombinaci ezetimibu s rosuvastatinem uvolněné pro preskripci PL

Kód	Název	Síla	Počet tbl
0197013	ZENON	10MG/10MG	30
0197015	ZENON	10MG/10MG	90
0226604	ZENON	10MG/10MG	30
0226606	ZENON	10MG/10MG	90
0197021	ZENON	10MG/20MG	30
0197023	ZENON	10MG/20MG	90
0226608	ZENON	10MG/20MG	30
0226610	ZENON	10MG/20MG	90
0197017	ZENON	10MG/40MG	30
0197019	ZENON	10MG/40MG	90
0226612	ZENON	10MG/40MG	30
0226614	ZENON	10MG/40MG	90

nesnášenlivost kortikoterapie nebo pro její neúčinnost). Takrolimus 0,03 % je dále hrazen u dospělých od 16 let se středně těžkou až těžkou AD, u kterých není takrolimus 0,1 % tolerován. Krátkodobá léčba se ukončí, pokud léze vymizí zcela, téměř nebo přetrvávají pouze v mírné podobě. K udržovací léčbě je takrolimus hrazen u pacientů s vysokou frekvencí exacerbací (tj. 4x ročně nebo více), kteří reagovali nejpozději do 6 týdnů na léčbu takrolimem v masti 2x denně (léze vymizí zcela, téměř nebo přetrvávají pouze v mírné podobě). Po 12 měsících léčby lékař posoudí stav pacienta a rozhodne, zda v terapii pokračovat.

Doxazosin (C02CA04, přípravky Cardura XL, Kamiren, Zoxon a generika s názvem Doxazosin) a Terazosin (G04CA02, Hytrin)

Jedná se o alfa-blokátory, které působí jako antihypertenziva a zároveň snižují uretrální tlak, což se využívá k relaxaci hrdla močového měchýře, prostaty, její kapsuly a hladké svaloviny uretry. K léčbě hypertenze lze použít doxazosin nebo terazosin, ke zmírnění příznaků benigní hyperplazie prostaty (BHP) lze užít také uroselektivní alfuzosin tamsulosin. Protože na rozdíl od jiných antihypertenziv nebylo pro alfa-blokátory prokázáno, že by zlepšovaly prognózu pacientů s hypertenzí, nemusí být monoterapie doxazosinem ani terazosinem zcela vhodná ani u pacientů s hypertenzí a zároveň s BHP. V kombinační léčbě s hlavními skupinami antihypertenziv je však v určitých případech úloha alfa-blokátorů nezastupitelná. Nutno upozornit, že alfa-blokátory obecně mohou vyvolat ortostatickou hypotenzi i kolaps, na co je třeba dávat pozor i u alfuzosinu a tambulosinu (uroselektivní alfa-blokátory) především u seniorů.

U přípravků s doxazosinem i terazosinem zůstává omezení E, ale do výčtu odborností bylo doplněno „PRL", tedy praktický lékař pro dospělé. Tyto léky mají indikační omezení (viz níže), ze kterého vyplývá, že můžeme předepisovat pouze v indikaci rezistentní hypertenze (ad 2).

Doxazosin (terazosin) je hrazen: 1) na předpis urologa pro léčbu symptomů dolních močových cest na podkladě benigní hyperplazie prostaty na dobu šesti měsíců. Pokračování léčby je možné na základě kontroly účinnosti léčby, kterou provádí po šesti měsících vždy specialista, který přípravek indikoval. 2) na předpis geriatra, internisty, kardiologa a praktického lékaře pro léčbu rezistentní hypertenze při nedosažení cílových hodnot krevního tlaku nejméně trojkombinací. 3) na předpis endokrinologa, internisty a kardiologa a) pro léčbu sekundární hypertenze při feochromocytomu v předoperační a pooperační léčbě a při inoperabilních stavech.

Pozoruhodné je, jak přísné omezení má lék s úhradou cca 100 Kč za měsíc léčby a že mezi vyjmenovanými odbornostmi není uvedena například odbornost nefrologa, který takové léky též předepisuje. Úředník SÚKLu (i nelékař) ale nejlépe ví, jací lékaři mají léky indikovat a kdy, prostě proto, že je to úředník SÚKLu. Spisovatel Franz Kafka by měl jistě radost, že jeho knihy jsou aktuální i po tolika letech.

Močová spasmolytika

Močová spasmolytika v klasických, neretardovaných lékových formách byla minulý rok uvolněna (Ditropan, Uroxal, Mictonetten, Mictonorm, Urowlow, Spasmed, Uralpex), retardované lékové formy však patří do jiné referenční skupiny a uvolněny zatím nebyly. Situace se tedy od ledna 2019 nezměnila, článek otištěný v Bulletinu 1/2019 je stále aktuální. Bohužel se nově ukazuje, že trospium (Spasmed, Uralpex) nemusí být tak bezpečné, pokud se centrálních anticholinargních účinků týká: Přes neporušenou hematoencefalickou bariéru sice neproniká, ale za nepropustnost může i správně fungující glykoprotein P (P-gp), který je na hematoencefalické bariéře přítomen. Bylo zjištěno, že silné inhibitory P-gp (např. chinidin) několikanásobně zvyšují průnik trospia do CNS. Sertralin, spironolakton, klarithromycin nebo verapamil jsou sice jen „středně silnými inhibitory", ale jejich dlouhodobé podávání nemusí být tak bezpečné, jak jsme si dosud mysleli. Zvlášť u seniorů a diabetiků, kde hematoencefalická bariéra může být postižena i jiným způsobem.

COX-2 selektivní nesteroidní antirevmatika

Od června 2019 byla zcela uvolněna preskripce následujících COX-2 selektivních NSA (viz tabulka 3).

Některé další přípravky s obsahem NSA dosud nebyly uvolněny, například Celebrex, jiná balení Aclexa, než jsou uvedena v tabulce, a Roticoxib. Je to způsobeno tím, že v současném správním řízení nebyly tyto přípravky hodnoceny, lze předpokládat, že SÚKL postupně tyto diskrepance napraví. I u uvolněných přípravků je třeba dodržovat indikační omezení, které zní takto:

Celekoxib, respektive **etorikoxib** je hrazen osobám s níže uvedeným rizikem:

a) krvácení z gastrointestinálního traktu v anamnéze,
b) prodělaná vředová choroba žaludku či duodena, ověřená fibroskopicky, v předchozích 20 letech života,
c) současná dlouhodobá celková léčba kortikoidy (tj. déle než 6-8 týdnů), nebo
d) současná léčba antikoagulačními léky warfarinového typu.

Osobám s výše uvedeným rizikem je celekoxib hrazen u následujících diagnóz:

a) revmatoidní artritida a ankylozující spondylitida dospělých ve všech stadiích onemocnění,
b) osteoartróza nosných kloubů rentgenologicky III. - IV. stadia dle Kellgrena ve stadiu bolestivé dekompenzace či zánětlivé iritace.

Z prostředků veřejného zdravotního pojištění je hrazena v indikaci osteoartróza denní dávka: celekoxibu do 200 mg včetně; v indikaci revmatoidní artritis denní dávka celekoxibu do 400 mg včetně; v indikaci ankylozující spondylitida denní dávka celekoxibu do 400 mg včetně

etorikoxibu 60 mg; v indikaci revmatoidní artritidy a ankylozující spondylitidy denní dávka etorikoxibu 90 mg; v indikaci akutní dnavé artritidy denní dávka etorikoxibu 120 mg, a to po dobu maximálně 8 dní (konec citátu).

Komentář k výše zmíněnému indikačnímu omezení, jehož text je mírně řečeno zastaralý:

Výčet revmatických onemocnění: Revizní lékaři mi ústně potvrdili, že u jiných (neuvedených) zánětlivých revmatických onemocnění nebudou postihovat lékaře, kteří na účet pojišťovny předepíší COX-2.

Riziko současného podání antidepresiv SSRI je při kombinaci s NSA podobně závažné jako glukokorti-

Tabulka 3: Přípravky obsahující COX-2 selektivní antirevmatika, která mohou všichni lékaři předepisovat na účet zdravotních pojišťoven

ATC	Účinná látka	KOD	Název	Doplněk názvu	Úhrada
M01AH01	celekoxib	0196141	ACLEXA	100MG CPS DUR 30	110,37
M01AH01	celekoxib	0221050	ACLEXA	100MG CPS DUR 30	110,37
M01AH01	celekoxib	0196149	ACLEXA	200MG CPS DUR 30	220,75
M01AH01	celekoxib	0221053	ACLEXA	200MG CPS DUR 30	220,75
M01AH05	etorikoxib	0099969	ARCOXIA	60MG TBL FLM 14	103,02
M01AH05	etorikoxib	0099967	ARCOXIA	60MG TBL FLM 7	51,51

koidy, ale úředníci SÚKLu tuto interakci (na rozdíl od glukokortikoidů) zatím nezohlednili. Přitom podávání COX-2 selektivních NSA je výrazně bezpečnější (viz obr. 1). K potenciaci krvácivých komplikací GIT zřejmě dochází proto, že SSRI inhibují zpětné vychytávání serotoninu nejen na nervové ploténce, ale i u trombocytů. Trombocyty totiž serotonin potřebují pro svou správnou činnost, ale (na rozdíl od plnohodnotných buněk) si jej neumí syntetizovat. SSRI tedy působí jako antiagregancia. Ochranu žaludeční sliznice před NSA gastropatií většinou provádíme současně podávanými inhibitory protonové pumpy, ale:

1) existují situace, kdy jsou indikována zároveň pouze COX-2 selektivní NSA a ještě k tomu je třeba PPI podávat, a
2) dlouhodobé podávání PPI mé své nežádoucí konsekvence, např. vyšší riziko klostridiové enterokolitidy, která je potenciálně fatálním onemocněním zejména u seniorů

Poznámky ke kardiovaskulárnímu riziku NSA

Mezi kontraindikacemi výše uvedených přípravků je i městnavé srdeční selhání (NYHA II-IV) a prokázaná ischemická choroba srdeční, onemocnění periferních arterií a/nebo cerebrovaskulární onemocnění, tak jako u řady jiných nesteroidních antirevmatik (např. diklofenak nebo aceklofenak, naopak výrobci ibuprofenu dosud takové kontraindikace neuvádí). Dříve se užívání COX-2 selektivních antirevmatik dávalo do souvislosti s vyšší úmrtností na ICHS, nyní je známo, že všechna NSA jsou v tomto smyslu stejná, riziko údajně neexistuje pouze u naproxenu. Naši lékaři se zřejmě COX-2 selektivních NSA obávají a prakticky je nepředepisují (viz obr. 1), ačkoliv jejich gastrotoxické působení je výrazně nižší než u jiných NSA (viz níže, též obr. 2).

Poznámky ke gastrointestinálnímu riziku NSA

V ČR rozeznáváme NSA neselektivní (s nejvyšším rizikem GIT toxicity), NSA COX-2 preferenční (meloxikam, nimesulid) a COX-2 selektivní, které vykazují nejnižší riziko gastrotoxicity. V řadě vyspělých zemí však meloxikam i nimesulid zařazují mezi neselektivní, neboť jejich selektivitu nepovažují za dostatečnou. Jak to s rizikem krvácení do GIT skutečně je, ukazuje graf 2, ve kterém je znázorněno takové riziko při kombinaci s antidepresivy SSRI. Z grafu jednak vyplývá, že SSRI riziko krvácení po NSA zvyšují, a z druhé části grafu je zřejmé, že COX-2 skutečně vykazují zřetelně nižší riziko vzniku gastrotoxicity než NSA neselektivní (na rozdíl od COX-2 preferenčních NSA).

Varování:

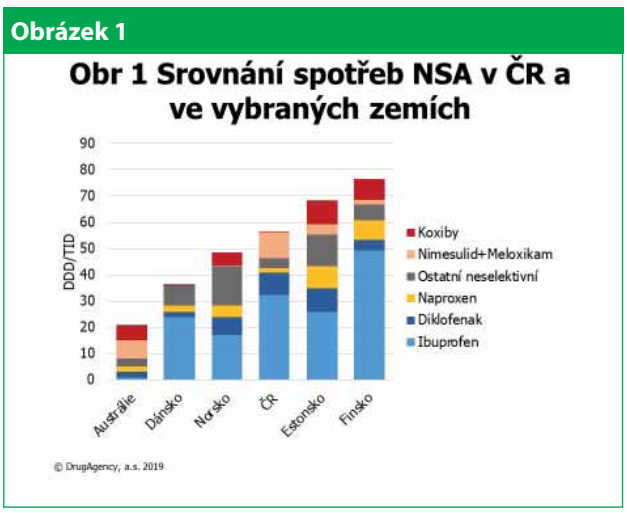
Současné podávání dvou různých NSA je nedoporučené, někteří výrobci takovou kombinaci považují za kontraindikovanou. Příčinou je vyšší výskyt dalších nežádoucích účinků (gastrotoxicita, hepatotoxicita, nefrotoxicita a další).

Současné podání neselektivního NSA (včetně preferenčních NSA) ruší selektivitu COX-2 selektivních NSA, taková kombinace nemá smysl a je škodlivá. Selektivitu COX-2 snižují už i antiagregační dávky kyseliny acetylsalicylové, i když ji zcela neruší. Za současné podání je třeba považovat (například) i podání meloxikamu v poledne a indometacinu večer.

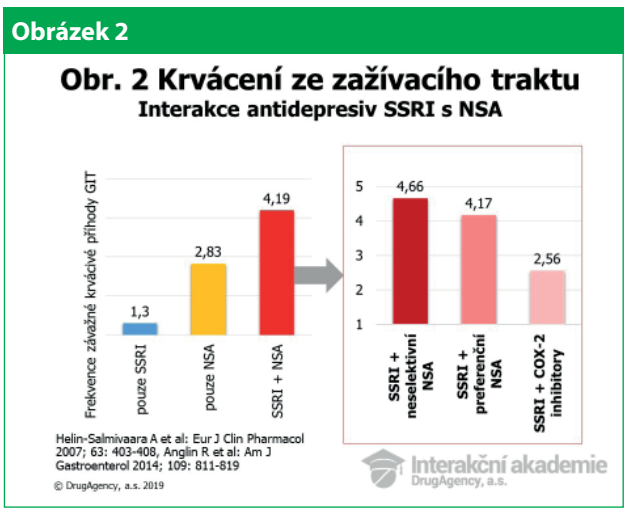
Gabapentin, pregabalin

Omezení na odbornost bylo uvedeno v rámci textu „P". K uvolnění preskripce pro léčbu periferní neuropatické bolesti došlo již před řadou měsíců, přesto se stále ještě vyskytují přípravky, kde k uvolnění nedošlo (přípravky Gabanox a Grimodin). Karbamazepin, který

Obrázek 1



Obrázek 2



Tabulka 4: Přípravky obsahující pregabalin, která mohou všichni lékaři předepisovat na účet zdravotních pojišťoven

Kód	Název	Síla	Forma	Počet tbl
0027113	LYRICA	150MG	CPS DUR	112(2X56)
0028222	LYRICA	150MG	CPS DUR	14
0028223	LYRICA	150MG	CPS DUR	56
0026196	LYRICA	225MG	CPS DUR	56
0028230	LYRICA	300MG	CPS DUR	56
0028213	LYRICA	50MG	CPS DUR	56
0027111	LYRICA	75MG	CPS DUR	112(2X56)
0028216	LYRICA	75MG	CPS DUR	14
0028217	LYRICA	75MG	CPS DUR	56
0211517	PRAGIOLA	150MG	CPS DUR	14
0211520	PRAGIOLA	150MG	CPS DUR	56
0211488	PRAGIOLA	25MG	CPS DUR	56
0211541	PRAGIOLA	300MG	CPS DUR	14
0211544	PRAGIOLA	300MG	CPS DUR	56
0211501	PRAGIOLA	75MG	CPS DUR	14
0211502	PRAGIOLA	75MG	CPS DUR	28
0211504	PRAGIOLA	75MG	CPS DUR	56
0186797	PREGABALIN ACCORD	25MG	CPS DUR	56
0172339	PREGABALIN APOTEX	150MG	CPS DUR	56
0172377	PREGABALIN APOTEX	75MG	CPS DUR	56
0210666	PREGABALIN MYLAN PHARMA	150MG	CPS DUR	56
0210683	PREGABALIN MYLAN PHARMA	300MG	CPS DUR	56
0210653	PREGABALIN MYLAN PHARMA	75MG	CPS DUR	14
0210654	PREGABALIN MYLAN PHARMA	75MG	CPS DUR	56
0210565	PREGABALIN SANDOZ	150MG	CPS DUR	14
0210568	PREGABALIN SANDOZ	150MG	CPS DUR	56
0210526	PREGABA-LIN SANDOZ	25MG	CPS DUR	56
0210595	PREGABA-LIN SANDOZ	300MG	CPS DUR	56
0210536	PREGABA-LIN SANDOZ	50MG	CPS DUR	56

Tabulka 4: Přípravky obsahující pregabalin, která mohou všichni lékaři předepisovat na účet zdravotních pojišťoven

Kód	Název	Síla	Forma	Počet tbl
0210541	PREGABALIN SANDOZ	75MG	CPS DUR	14
0210544	PREGABALIN SANDOZ	75MG	CPS DUR	56
0209681	PREGABALIN STADA	150MG	CPS DUR	14
0209682	PREGABALIN STADA	150MG	CPS DUR	56
0209683	PREGABALIN STADA	75MG	CPS DUR	14
0209684	PREGABALIN STADA	75MG	CPS DUR	56
0211472	PREGABALIN TEVA	150MG	CPS DUR	14
0211475	PREGABALIN TEVA	150MG	CPS DUR	56
0211462	PREGABALIN TEVA	75MG	CPS DUR	14
0211465	PREGABALIN TEVA	75MG	CPS DUR	56
0224515	PREGABALIN VIVANTA	150MG	CPS DUR	56
0224522	PREGABALIN VIVANTA	300MG	CPS DUR	56
0224508	PREGABALIN VIVANTA	75MG	CPS DUR	56
0211588	PREGAMID	150MG	CPS DUR	56
0211574	PREGAMID	75MG	CPS DUR	56
0211881	PREGLENIX	150MG	CPS DUR	56
0211897	PREGLENIX	300MG	CPS DUR	56
0211873	PREGLENIX	75MG	CPS DUR	56
0211448	PRELICA	150MG	CPS DUR	56
0239751	PRELICA	150MG	CPS DUR	56
0211447	PRELICA	75MG	CPS DUR	56
0239749	PRELICA	75MG	CPS DUR	56
0211841	RABAKIR	150MG	CPS DUR	14
0211843	RABAKIR	150MG	CPS DUR	56
0211829	RABAKIR	75MG	CPS DUR	14
0211831	RABAKIR	75MG	CPS DUR	56

v této indikaci užívá ještě řada pacientů, má řadu nežádoucích účinků i lékových interakcí (například snižuje plazmatické koncentrace i účinnost u většiny současně podávaných léků včetně statinů), proto uvolnění gabapentinu i pregabalinu představuje další významný posun k racionální (účinné a bezpečné) farmakoterapii.

Přípravky obsahující **gabapentin**, které může každý lékař předepsat pro léčbu periferní neuropatické bolesti: APO-Gab, Gabagamma, Gabapentin Aurobindo, Gabapentin Aurovitas, Gabapentin Teva, Gordius, Neurontin.

U přípravků s obsahem **pregabalinu** je situace složitější, neboť název přípravku není jediným kritériem pro uvolnění, je seznam uvolněných přípravků je uveden v tabulce 4.

Výhled do budoucna

Ve středu 30. října 2019 se uskutečnila schůzka zástupců Sdružení praktických lékařů ČR, Odborné společnosti všeobecného lékařství a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost se zástupci VZP ČR (náměstek Ing. Šmehlík, MHA a další) a zástupci Svazu zdravotních pojišťoven ČR (Mgr. Podrazilová a další). Zástupci pojišťoven potvrdili dřívější slib s podporou uvolňování léků 1. vlny (viz tabulka 5, níže) a sdělili, že **VZP i SZP** již mají uzavřenou dohodu na snížení ceny u jednoho z antidiabetik ze skupiny gliptinů (alogliptin). Prohlášení, že **souhlasí s uvolněním antidiabetik ze skupiny gliptinů (inhibitorů DPP-4) pro praktické lékaře,** zašlou zástupci zmíněných pojišťoven na SÚKL. Dobrá zpráva je, že správní řízení pro tuto skupinu antidiabetik již probíhá, špatná zpráva je, že toto správní řízení již probíhá již od roku 2014 a že konec je zatím v nedohlednu. SÚKL v tomto řízení kromě jiného řeší i vcelku logické požadavky České diabetologické společnosti (ČDS). Ta žádá o změnu indikačních omezení antidiabetik tak, aby (v souladu s odbornými doporučeními) mohli nová antidiabetika „na pojišťovnu" předepisovat pacientům již od hodnoty HbA1c 53 mmol/mol. SÚKL (i zdravotní pojišťovny) však trvají na tom, že pacient musí mít HbA1c nejméně 60 mmol/mol, aby byl považován za dekompenzovaného tak, že mu mají být nová antidiabetika hrazena. Nová antidiabetika jsou totiž nejen účinná a bezpečná (na rozdíl od derivátů sulfonylurey), ale také drahá, a pojišťovny se domnívají, že při hraniční hodnotě HbA1c 53 mmol/mol bude na nová antidiabetika přesunuto příliš mnoho pacientů.

Na výše zmíněné schůzce s VZP a SZP zástupci praktických lékařů upozornili, že za prioritu považují především uvolňování antidiabetik a antiastmatik. Zástupci pojišťoven uvedli, že v současné době je reálné dojednání vhodné ceny s výrobci pioglitazonu a že se pokouší i o snížení ceny v ostatních skupinách (injekční analoga GLP-1, například liraglutid, dále též pro perorální repaglinid). Bohužel nejméně reálné prý je očekávat výrazné snížení ceny gliflozinů (např. empagliflozin), které mají nejvíce výhod (kromě prodloužení života i redukci tělesné hmotnosti, zlepšení srdečního selhání a zpomalení progrese diabetické nefropatie). Zástupci ČDS v tisku (Medical Tribune) uvedli, že kvůli přísným indikačním omezením budou muset tyto léky nabízet pacientům za přímou úhradu mimo systém zdravotního pojištění, proto je třeba zvážit tuto cestu i pro pacienty praktických lékařů. Například měsíční léčba přípravkem Jardiance 30x10 mg (empagliflozin) stojí 1248 Kč a lze předpokládat, že řada pacientů (nebo jejich dětí) by byla ochotna tyto peníze na tyto léky vynakládat, neboť si již nyní kupují podobně drahé potravinové doplňky, které „tvrdé" důkazy o prospěšnosti na rozdíl od gliflozinů nemají.

Z tabulky 5 lze bohužel i vyčíst, že většinu léčiv se nepodařilo uvolnit ani za rok potom, co s takovým uvolněním vyslovili zástupci zdravotních pojišťoven souhlas. SÚKL se vymlouvá na rozdílná stanoviska různých odborných společností, z nichž nejvíce záporných stanovisek poskytují dermatovenerologové a urologové. Asi nejvíce prospěchu by pacientům přineslo uvolnění léků na Alzheimerovu demenci (inhibitory cholinesterázy i memantin). Lokální kortikoidy silně a velmi silně účinné a jejich kombinace s antibiotik: Pokud by SÚKL rozhodl proti uvolnění, nezbyde než pacienty poučit tímto způsobem: „Chcete tyto léky zaplatit ze svého, nebo vás mám poslat ke kožnímu lékaři?" (ostatně je to zcela v souladu s právními normami, poučit pacienta o možnostech léčby). Omezení systémových antimykotik na gynekology, dermatology a infektology je asi tak „inteligentní", jako bychom takto omezili úhradu potencovaných penicilinů. Z vlastní zkušenosti vím, že ORL lékaři si z toho hlavu nedělají, prostě napíší recept na „hradí nemocný", a paciente, plať, chceš-li být léčen. Psát (ale ani potvrdit) individuální žádost o zvláštní úhradu na revizního lékaře je ani nenapadne, ani psát oficiální žádost o uvolnění pro ORL na SÚKL.

Závěr

U některých důležitých léků se podařilo dosáhnout uvolnění preskripce buď úplné, nebo alespoň pro praktické lékaře pro dospělé, což je oproti minulosti příznivý posun, ale u většiny léků se úspěch zatím nedostavil. V případě, že by pomoc pojišťoven (zejména VZP, viz výše) při uvolňování selhala, by zřejmě bylo vhodné spolupracovat s příslušnými organizacemi pacientů.

Vydáno se souhlasem šéfredaktora
Bulletin SPL ČR.

Tabulka 5 Přehled seznamu požadavků SVL+SPL ČR říjen 2019

Vysvětlivky: PL - praktičtí lékaři, ZP - zdravotní pojišťovny (VZP i SZP), RS – referenční skupina (pokud je stanovena
Vysvětlivky položky Vlny: 1: první (2018), dohoda, neuvolněno; 0: 2018 dohoda, již uvolněno; x: 2018 nebyla dohoda, neuvolněno; 2019 dohoda ZP z 30. října 2019

ATC	RS	Skupina	Skupina	Původní omezení	Příklad látky	Příklad přípravku	Poznámka z jednání 30. 10. 2019	Vlna
A10BG	-	antidiabetika ze skupiny thiazolidindionů	DIA	L/DIA	pioglitazon	Actos	PL žádají o uvolnění, ZP budou jednat o ceně	x
A10BH	9/5	inhibitory dipeptidyl-peptidázy (DPP-4)	DIA	L/DIA,END,INT	sitagliptin	Januvia	ZP dohodly cenu, souhlasí s uvolněním	2019
A10BJ	9/5	analoga glukagon-like peptidu1 (GLP-1)	DIA	L/DIA,END,INT	liraglutid	Victosa	PL žádají o uvolnění, ZP budou jednat o ceně	x
A10BK	-	inhibitory sodiko-glukózového kontransportéru (SGLT-2)	DIA	L/DIA,END,INT	empagliflozin	Jardiance	PL žádají o uvolnění, ZP budou jednat o ceně	x
A10BD	-	kombinace perorálních antidiabetik	DIA	L/DIA,END,INT	empagliflozin + metformin	Synjardy	Kombinace metforminu s inhibitory DPP-4 budou moci být uvolněny po uvolnění samotného ezetimibu	x
A10BX02	9/4	glinidy	DIA	L/DIA,END,INT	repaglinid	Enyglid	PL žádají o uvolnění, ZP budou jednat o ceně	x
B01AE07 a B01AF	13/2	přímá orální antikoagulancia	trombóza	E/INT,NEU,-KAR,HEM,ORT,CHI	dabigatran	Pradaxa	PL uvítají uvolnění, až ZP dohodnou nižší cenu	x
C04AX21	-	naftidrofuryl	kardiovas	L/KAR	enelbin	Enelbin		1
C10AX	-	ezetimib včetně jeho kombinací	cholesterol	v"P"	ezetimib	Ezetrol	uvolňování již začalo, PL žádají uvolnit i kombinace ezetimibu se statiny	0
D01BA	-	antimykotika pro systémovou aplikaci	kožní	L/DER	terbinafin	Lamizil		1
D07AC a D07AD	33/2	lokální kortikosteroidy silně a velmi silně účinné	kožní	L/DER	mometazon	Elocom		1
D07CC	-	lokální kortikosteroidy silně účinné a antibiotika	kožní	L/DER	betamethason a antibiotika	Belogent		1
D11AH	36/1	látky k terapii dermatitidy, kromě kortikosteroidů: takrolimus, pimekrolimus	kožní	L/DER	takrolimus	Protoptic		0
G04BD	45/1	močová spasmolytika neretardované formy	urologie	L/GYN, URN	trospium	Spasmed		0
G04BD	45/2	močová spasmolytika retardované formy	urologie	L/GYN, URN	solifenacin	Vesicare	PL požádají SÚKL o zahájení řízení	1
G04CA, C02CA04	46/1	antagonisté alfa-adrenergních receptorů	prostata, hypertenze	E/URN	doxazosin tamsulosin	Cardura, Omnic	uvolněn doxazosin a terazosin	0

Tabulka 5 Přehled seznamu požadavků SVL+SPL ČR říjen 2019

Vysvětlivky: PL - praktičtí lékaři, ZP - zdravotní pojišťovny (VZP i SZP), RS – referenční skupina (pokud je stanovena
Vysvětlivky položky Vlny: 1: první (2018), dohoda, neuvolněno; 0: 2018 dohoda, již uvolněno; x: 2018 nebyla dohoda, neuvolněno; 2019 dohoda ZP z 30. října 2019

ATC	RS	Skupina	Skupina	Původní omezení	Příklad látky	Příklad přípravku	Poznámka z jednání 30. 10. 2019	Vlna
G04CA	-	antagonisté alfa-adrenergních receptorů, kombinace	prostata	E/URN	tamsulosin a solifenacin	Urizia		1
G04CB	46/2	inhibitory testosteron 5 alfa reduktázy	prostata	E/URN	finasterid	Finpros		1
J02AC	-	systémová antimykotika - triazolové deriváty	antimykot.	L či v"P"	flukonazol	Mycomax		1
M01AH	71/4	COX-2 selektivní NSA p.o.	NSA	E/REV, ORT	celekoxib	Aclexa	uvolňování již začalo	0
A11CC	74/2	metabolity vitaminu D: alfakalcidol, kalcitriol	ost-poróza	INT,END,URN,REV,ORT,GYN,GER,NEF,J7	alfakalcidol	Alpha D3		1
M05BA	74/3	bisfosfonáty určené k léčbě osteoporózy	ost-poróza	L/INT,ORT,REV,END,GYN	kys. ibandronová	Bonviva	PL by uvítali uvolnění, ale není to priorita	x
M05BX03	-	stroncium-ranelát p.o.	ost-poróza	L/INT,ORT,REV,END,GYN	stroncium ranelát	Protelos	PL by uvítali uvolnění, ale není to priorita	x
N02AA55	-	oxykodon+naloxon	silná bolest	E/BOL,ONK,HEM,INT,NEU,GER,REV,ORT	oxykodon+naloxon	Targin		1
N03AX12,13	-	gabapentin, pregabalin	bolest	v"P"	pregabalin	Lyrica	uvolněny pro PL pro neuropatickou bolest	0
N06AX16	86/3	venlafaxin	deprese	L/PSY,SEX,NEU	venlafaxin	Olwexya	ZP přezkoumají event. uvolnění, PL jednání s psychiatry	x
N06DA	87/1	inhibitory cholinesterázy k léčbě demence	demence	E/NEU,PSY,GER	donepezil	Aricept		1
N06DX01	-	memantin	demence	E/NEU,PSY,GER	memantin	Ebixa		1
R03AK	-	sympatomimetika v kombinaci s kortikosteroidy nebo jinými léky	astma, CHOPN	E/ALG,PNE	formoterol a budesonid	Symbicort	Pro PL je to priorita, zahájí jednání s plicními lékaři, spis je údajně na MZ	x
R03BB04	-	tiotropium bromid	astma, CHOPN	E/ALG,PNE	tiotropium bromid	Spiriva	Pro PL je to priorita, zahájí jednání s plicními lékaři, spis je údajně na MZ	x
R05CB15	-	erdostein	mukolytikum	E/PNE	ertostein	Erdomed	ZP přezkoumají event. uvolnění, PL jednání s plicními lékaři. Hrazeno jen u mukoviscidózy.	x
S01CA01	-	protizánětlivá léčiva a antiinfektiva v kombinaci	Oční	L/OPH	neomycin, polymyxin, dexamethason	Maxitrol		1
S01XA20	-	umělé slzy	Oční	L/OPH	povidon	Arufil		1

Výroční konference
SVL ČLS JEP 2019, Zlín

Zánět, omega-3 nenasycené mastné kyseliny a jejich role v etiologii deprese

doc. PhDr. Hana Přikrylová Kučerová, Ph.D.
Psychologický ústav FF MU Brno
Psychiatrická nemocnice Brno

Depresivní porucha je velmi závažné a velmi časté duševní onemocnění. V průběhu života postihne až 16 % populace, celosvětově se udává, že tímto onemocněním trpí více než 300 miliónů lidí. Obecně postihuje více ženy než muže, doprovází ho velké riziko sebevražedného jednání a také je to nejčastější příčina invalidizace. Existují odhady, že v roce 2030 bude depresivní porucha globálně největší ekonomickou zátěží společnosti. Je potřeba si uvědomit, že deprese není „jen" závažná porucha nálady, ale je doprovázena i poruchou kognitivních funkcí – pozornosti, paměti, schopnosti učit se, rigiditou myšlení atd. a právě toto narušení poznávacích funkcí stojí za tím, proč nemocní selhávají v běžném osobním i pracovním životě. A také dnes už víme, že kognitivní narušení se neupravuje ruku v ruce s úpravou nálady, ale má tendenci přetrvávat déle, i v době, kdy je nálada již z klinického pohledu lékaře v pořádku, v období klinické remise. Např. předčasný a uspěchaný návrat nemocného do práce, kde nemocný kvůli přetrvávajícímu narušení kognitivních funkcí neuspěje a selže, a důsledkem může být relaps depresivního onemocnění.

Co se týče možností terapie deprese, máme na první pohled plno možností. Máme psychofarmaka – antidepresiva nejrůznějších skupin, další možností jsou různé psychoterapeutické přístupy, máme k dispozici i nefarmakologické postupy jako je spánková deprivace, fototerapie, stimulační metody, elektrokonvulzivní terapie atd. Ale navzdory všem těmto možnostem léčby jsme schopni jen u poloviny pacientů dosáhnout 50% redukce intenzity symptomů.

Léčba depresivní poruchy založená jen na ovlivnění neurotransmiterů se ukazuje jako nedostatečná. Existuje stále více důkazů, že důležitou roli v rozvoji deprese hrají chronické zánětlivé procesy v mozku. Mnoho studií také potvrdilo, že stres podporuje rozvoj zánětlivých procesů, a je tudíž jedním z důležitých faktorů rozvoje deprese. V léčbě deprese jsou tak stále častěji doporučovány a v každodenní praxi používány další možnosti a postupy, které doplňují či potencují účinek konvenčních antidepresiv.

A jak s depresí souvisí tuky a omega-3 nenasycené mastné kyseliny?

Stále se setkáváme s názory, že tuky, ať už jsou jakékoli, tělu škodí. V dnešní době je ale známo, že toto tvrzení není pravdivé. Existují i tuky „zdravé", které jsou nezbytné ke správnému fungování našeho těla. Démonizace tuků v minulosti je jednou z příčin vysoké míry obezity a výskytu civilizačních onemocnění v současné době. Je potřeba si uvědomit, že mimo bílkoviny a sacharidy je tuk nedílnou součástí lidské stravy. Z hlediska celkového zdraví jsou velmi důležité právě omega nenasycené mastné kyseliny, kterých je vícero typů.

Omega-3 je soubor esenciálních mastných kyselin, ze kterých je pro nás nejdůležitější zejména kyselina eikosapentaenová (EPA) a kyselina dokosahexaenová (DHA).

Omega-3 nenasycené mastné kyseliny (označované také PUFA polyunsaturated fatty acid omega-3) je skupina nenasycených mastných kyselin, jejichž společným rysem je dvojná vazba mezi uhlíky na třetím a čtvrtém místě (počítáno od koncového methylu). Omega-3 mastné kyseliny jsou nesmírně důležité pro lidský metabolismus, ale lidský ani žádný jiný organismus z říše savců si je sám ve svém těle neumí syntetizovat a vyrobit. Umí je pouze uložit do zásob, což zrovna není to, co bychom si příliš přáli. Je proto důležité si pravidelně dopřávat potraviny, které omega-3 obsahují, abychom si zajistili stálou a zároveň přiměřenou hladinu těchto mastných kyselin v našem těle.

Zdroje omega-3 mastných kyselin nacházíme v živočišné i rostlinné složce. Největší obsah EPA a DHA se udává u ryb, které žijí ve studených vodách – losos, sleď, sardinky, makrela, mořský pstruh nebo tuňák. Ovšem vzhledem k vědecky prokázanému vysokému výskytu zdraví nebezpečných mikročástic plastů v útrobách mořských ryb jsou lepším zdrojem omega-3 nenasycených mastných kyselin ořechy nebo semínka. A to zejména lněná, chia či slunečnicová semínka, nebo vlašské, pekanové, burské a makadamové ořechy. Výtěžek omega-3 je lepší z ořechů, ale naše tělo nezískává kyseliny EPA a DHA přímo, ale přeměnou z kyseliny alfa-linolenové (ALA). Konzumovat lze ořechy nebo semínka přímo, mixované nebo se z nich velmi často lisuje olej, který se pak dá používat ve studené kuchyni.

Adekvátní příjem omega-3 mastných kyselin působí pozitivně při celé řadě onemocnění. Je prokázáno, že pomáhá snižovat hladinu krevního tuku i tlaku. Snižuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění tím, že podporuje správnou činnost srdečního svalu. Pozitivní vliv má také na zrak a činnost mozku, který se sám z tuků převážně skládá.

Omega-6 mastné kyseliny

Mezi tyto kyseliny jsou řazeny kyselina linolová, y-linolenová a kyselina arachidonová. Na rozdíl od omega-3 mastných kyselin si tělo dokáže omega-6 mastné kyseliny samo syntetizovat.

Omega-6 mastné kyseliny jsou v těle nezbytné při tvorbě buněčných membrán. Kyselina arachidonová, což je nejvýznamnější metabolit kyseliny linolové, je zapojena přímo do tvorby důležitých tkáňových hormonů a také eikosanoidů, které ovlivňují vývoj buněk, zejména jejich růst a dělení. Dále jsou eikosanoidy zodpovědné za tvorbu zánětu, pocit bolesti a srážlivost krve.

Základním zdrojem omega-6 mastných kyselin jsou nejrůznější oleje – slunečnicový, palmový, sójový, kokosový, ale také pochutiny jako například brambůrky a sladkosti.

Poměr mezi omega-3 a omega-6 mastnými kyselinami

Všechny výše uvedené zdroje obsahují jak omega-3, tak i omega-6 mastné kyseliny. Nesmírně důležitý je však jejich vzájemný poměr. Naši předkové před více než 100 lety měli ve své potravě tyto kyseliny zastoupeny v poměru 1:1, což lze považovat za ideální stav. V průběhu minulého století však došlo k velkému nárůstu konzumace potravin bohatých na omega-6 mastné kyseliny a došlo k narušení rovnovážného poměru. Aktuálně je nyní ve střední Evropě poměr mezi omega-3 a omega-6 nenasycenými mastnými kyselinami 1:16. Oficiálně prezentovaná nutriční doporučení uvádí jako ideální poměr 3-5:1 ve prospěch omega-3 nenasycených mastných kyselin, kterých by mělo být ve stravě více.

Nejzávažnějším důsledkem narušeného poměru mezi omega-3 a omega-6 mastnými kyselinami je vyšší míra zánětlivých procesů v lidském těle. Zatímco omega-6 mastné kyseliny zánětlivé procesy podporují, omega-3 mastné kyseliny naopak proti zánětu bojují. A přítomnost zánětu v těle je považována za spouštěč celé řady civilizačních chorob, jako je rakovina, kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus a v neposlední řadě i depresivní porucha. Z posledních výzkumů víme, že snižovat spotřebu omega-6 NMK je důležité, ale daleko důležitější je zvyšování hladiny omega-3 nenasycených mastných kyselin (zejména EPA a DHA).

Zánět u deprese

Omega-3 nenasycené mastné kyseliny působí protizánětlivě, zejména EPA podporuje protizánětlivé aktivity snížením syntézy mediátorů zánětu, které jsou při depresi zvýšeny; zvyšuje produkci protizánětlivých mediátorů, jako jsou resolviny; zlepšuje neurotransmisi serotoninu a noradrenalinu (ve spojení s DHA). DHA zase působí strukturálně a neuroprotektivně, zvyšuje hladinu BDNF (mozkový neurotrofický faktor); hraje důležitou roli ve stabilitě membrány a její propustnosti pro neurotransmitery.

U depresivní poruchy se setkáváme se sníženou monoaminovou neurotransmisí, máme zde vysoké hladiny prozánětlivých cytokinů, probíhá oxidativní stres, mitochondriální dysfunkce, dysfunkce endoplazmatických retikulí, je přítomno zvýšené vyplavování kortizolu, nižší hladiny BDNF a je zde proapoptický stav. Omega-3 nenasycené mastné kyseliny zvyšují produkci serotoninu a dopaminu, inhibují prozánětlivé a podporují protizánětlivé cytokiny, mají antioxidační účinky, modulují mitochondrie, snižují sekreci kortizolu, podporují vznik BDNF, zvyšují neurogenezi a působí neuroprotektivně a chrání organismus před excitotoxickou apoptózou.

Ze studií z 90. let již víme, že nedostatečná konzumace

ryb pozitivně koreluje s vyšším výskytem deprese. A podle údajů Českého statistického úřadu z roku 2017 je průměrná spotřeba ryb v České republice velmi nízká – pouze cca 5,4 kg na osobu/rok – na rozdíl třeba od Japonska, kde je průměrná spotřeba kolem 64 kg. Mnoho studí také potvrdilo, že nemocní s depresí mají nižší hladiny omega-3 nenasycených mastných kyselin a vyšší poměr omega-6 ku omega-3 nenasyceným mastným kyselinám (až na poměr 15:1). Nedostatek omega-3 nenasycených mastných kyselin hraje roli nejen v etiologii deprese, ale také závažnost symptomů deprese a úzkosti negativně koreluje s hladinami omega-3 nenasycených mastných kyselin v krvi a také s délkou trvání depresivní epizody.

Ze studie z roku 2013 víme, že EPA vykazuje významný klinický přínos u pacientů s mírnou až středně těžkou depresivní poruchou jako doplněk léčby konvenčními antidepresivy. Ze Sublettovy metaanalýzy z roku 2011 je zřejmé, že je ale důležitý poměr EPA/DHA pro efekt léčby. Správný poměr by měl být EPA:DHA 3:1, a EPA nad 60 %. Protože z běžné stravy je obtížné do organismu dostat potřebné množství omega-3 nenasycených mastných kyselin a ještě ve správném poměru, doporučují se kvalitní doplňky stravy jako potenciace antidepresivní terapie.

Od roku 2010 jsou omega-3 nenasycené mastné kyseliny běžně zahrnuty do doporučení Americké psychiatrické asociace jako adjuvantní terapie především pro poruchy nálady. Minimálně 1 g EPA + DHA denně je doporučován pro pacienty s poruchami nálady. Kanadská doporučení CANMAT vydaná v roce 2016 zahrnují také omega-3 nenasycené mastné kyseliny. Omega-3 nenasycené mastné kyseliny jsou doporučovány jako monoterapie či doplněk antidepresivní léčby u mírné a středně těžké deprese v první linii a jako doplněk léčby u středně těžké a těžké deprese ve druhé linii. Ve Velké Británii je suplementace omega-3 nenasycenými mastnými kyselinami považována za jednoznačně účinnou a doporučuje se u pacientů s depresivní poruchou, která nereaguje na běžná antidepresiva.

I české doporučené postupy doporučují vyšší konzumaci „středomořského" typu diety, která je spojována s nižším výskytem depresí. Dieta s dostatečným zastoupením omega-3 nenasycených mastných kyselin, o kterých existuje nejvíce údajů (důležité je především množství EPA), vitamínů B, C, D, zinku, hořčíku, metylfolátu či tryptofanu a dalších vhodných živin je doporučována jako vhodné doplnění psychofarmakologické a psychoterapeutické léčby. V některých případech je vhodné i využít kvalitní potravinové doplňky.

Potravinových doplňků s omega-3 nenasycenými mastnými kyselinami je na našem trhu hodně, ale potřebné doporučované parametry jich splňuje v současné době jen velmi málo. Je potřeba požadovat v lékárně pouze ty, které mají vysoce purifikovaný olej a hlavně vysoký obsah EPA/DHA v tom správném poměru, a pokud možno ještě obsahují další složky, jako je hořčík a kyselina listová, které podporují normální psychické funkce. Je potřeba dbát také na kvalitu produkce a dívat se po renomovaném výrobci, který zaručí až farmaceutickou kvalitu.

Zinek je nezastupitelný v regulaci imunity a celkového zdraví

prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc.
Ústav klinické imunologie a alergologie, LF UK a FN Hradec Králové, přednosta

Imunitní systém je schopen ve spolupráci se všemi dalšími tělními soustavami udržovat tělní homeostázu. Je schopen identifikovat nežádoucí podněty vnějšího světa, především infekční. Zabezpečuje však také kontrolu vnitřních struktur. K zajištění těchto funkcí imunitní soustavy je zapotřebí optimální složení naší stravy, včetně dostatečného příjmu mikroelementů, mezi něž řadíme i zinek. Je prokázáno, že cca 10 % lidských proteinů potenciálně váže zinek. Zinek je součástí katalytických center odhadem 300 enzymů, z nichž mnohé jsou aktivní v obranných reakcích.

Nejbohatším zdrojem zinku v nejdostupnější formě jsou tepelně opracované živočišné potraviny. Jsou to především tmavá masa, játra, mléko, sýry, vaječné žloutky. Rovněž rostlinná strava zinek obsahuje. Dostupnost zinku z rostlinné stravy je však významně nižší. Zinek můžeme považovat za esenciální regulátor imunity. Uplatňuje se v udržování tělní integrity, hojení lézí a reparace tkání. Uplatňuje se v řešení permanentního oxidačního stresu. Stále více doceňujeme úlohu zinku a jeho zapojení v rámci homeostatických regulací zánětlivé odpovědi s cílem zabránit rozvoji poškozujícího zánětu. Obranný potenciál našeho těla je představován vzájemně provázanými vrstvami obranných mechanismů, které se zapojují postupně podle momentálních potřeb organismu.

Zinek optimalizuje mikrobiotu střeva a kůže a přispívá k obnovení normální mikrobioty u osob postižených dysbiózou. Jejím prostřednictvím i přímo zesiluje bariérové funkce střeva. Zinek podstatným způsobem určuje funkci vrozené imunity ve všech jejich složkách. Stimuluje NK buňky, které považujeme za nejvýznamnější mechanismus protivirové obrany, k zvýšené tvorbě cytokinů. Součástí obranného zánětu jsou makrofágy. K dispozici máme dostatek důkazů, že zinek zesiluje aktivitu makrofágů. Projevuje se to např. zvýšenou tvorbou některých cytokinů, především IL-12, který je nezbytný pro rozvoj specifické T lymfocytární imunity. Nejvýznamnější efektorovou populací vrozené imunity jsou neutrofilní granulocyty. Diferenciace neutrofilů v kostní dřeni je stimulována v přítomnosti zinku. Zinek potencuje i funkční aktivity neutrofilů. Zinek zasahuje regulačně do funkcí dendritických buněk. Jeho působení na ně můžeme považovat za homeostatické. Zesiluje procesy, které vedou k efektivní obraně proti invadujícím patogenům. Zabraňuje však přemrštění obranné reakce a jejímu přesmyku v poškozující zánět.

Nedostatek zinku může být způsoben buď zvýšeným výdejem, nebo sníženým příjmem. Nadměrný výdej provází fyzickou námahu, protože zinek se vylučuje v potu. Ke ztrátám zinku dochází u nemocných s rozsáhlými dermatózami, popáleninami, chronickými krevními ztrátami, nefrotickým syndromem, dialyzovaných pacientů. Zvýšený výdej je u těhotných. Na dostupnost zinku náročné je období senescence. Je možné vcelku plošně konstatovat, že z důvodů změn stravovacích zvyklostí seniorů, zhoršenou denticí, jejich strava obsahuje nízké množství zinku. Nedostatečný příjem zinku lze předpokládat u všech osob s potravními „excesy", kterými rozumíme veganství i vegetariánství. Je nízký u osob s malnutricí z objektivních důvodů. Nedostatek zinku se manifestuje kožními projevy, zvýšenou náchylností k infekčním onemocněním, sníženou schopností kůže hojit se. Nedostatek zinku může způsobovat poruchy v reprodukční schopnosti žen i mužů.

Nedostatek zinku je v naší populaci běžný. Suplementace zinku moduluje imunitní systém. Prokazatelně účinná je suplementace zinku ve formě léku s cílem prevence respiračních onemocnění. Byl prokázán i léčebný efekt zinku při nachlazení. Ze suplementace zinku budou profitovat zejména osoby v dětství a senioři. Dále lidé se zvýšenou fyzickou a psychickou zátěží, např. sportovci, těhotné ženy a pacienti s malabsorpčními stavy. Je lépe zinek suplementovat prostřednictvím léčiv, která prošla všemi schvalovacími procedurami, a musel u nich být prokázán léčivý účinek. Patří mezi ně Zinkorot®, 25 mg tablety. Doporučovaná dávka pro dospívající a dospělé (12–17 let) je 25–50 mg zinku, tj. 1–2 tablety denně. Užívat se mají nalačno. V průběhu zvýšené akutní potřeby zinku, např. respirační onemocnění či jiné infekce, je užitečné dávku zvýšit. Riziko z předávkování nehrozí. Suplementace zinkem je dobře snášena.

Krejsek J, Andrýs C, Krčmová I. Imunologie člověka, Garamon, Hradec Králové, 2016 ISBN: 978-80-86472-74-4. http://www.imunologie-cloveka-krejsek.cz

Osteoporóza – kdo je opravdu rizikový pacient? *Aneb* Jak vytěžit FRAX až na dřeň

MUDr. Vít Šmajstrla
osteologické pracoviště, NZZ Bormed

Osteoporóza (dále OP) je masově rozšířenou chorobou projevující se zvýšeným rizikem fraktur (dále Fx). Má závažné zdravotní a ekonomické dopady.
Při vyhledávání nejvíce ohrožených pacientů můžeme kromě klinického úsudku využívat i kalkulátor **FRAX (Fracture Risk Assessment Tool)**. Jde o internetový kalkulátor, jehož pomocí lze stanovit, jaká je pravděpodobnost, že pacient během deseti let utrpí Fx. Kalkulátor stanovuje desetileté riziko jakékoliv osteoporotické Fx a riziko Fx kyčle.
FRAX je v české modifikaci dostupný na https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/index.aspx?lang=cz.
Kalkulátor vyžaduje zadání těchto údajů:

- věk – riziko OP zlomenin stoupá s věkem; u žen zvláště po menopauze, u mužů více lineárně; s každou dekádou věku se riziko Fx dvojnásobí
- pohlaví – ženy mají proti mužům po padesátém roce věku 2 -3x vyšší výskyt Fx; (neznamená to ale, že by muži nebyli OP ohroženi; u mužů je třeba více pomýšlet na sekundární OP)
- BMI – nízká hodnota BMI zdvojnásobuje riziko Fx
- již prodělaná fraktura – čím více prodělaných Fx, tím větší je riziko další Fx
- užívání glukokortikoidů – riziko Fx roste s dávkou a délkou užívání.
- dalšími sledovanými rizikovými faktory ve FRAXu jsou – fraktura kyčle u rodičů, kouření, nadměrný příjem alkoholu, revmatoidní artritida, sekundární OP (např. DM I. typu, neléčená dlouhotrvající hypertyreóza, hypogonadismus, předčasná menopauza (<45 let), malnutrice, malabsorpce, hepatopatie)
- nízká kostní denzita zjištěná denzitometrickým měřením na celotělovém denzitometru (DXA) je pouze jedním z rizikových faktorů a kalkulátor je možno využívat i bez ní

Za hodné pozornosti je možno považovat desetileté riziko vzniku jakékoliv osteoporotické Fx nad 20 % a riziko vzniku Fx kyčle nad 3 %.
Mezinárodní fond pro osteoporózu (IOF) podporuje globální kampaň na záchyt pacientů s prodělanou osteoporotickou Fx a jejich odeslání k léčbě na osteologické pracoviště **(Capture the Fracture)**. Jde o velmi efektivní strategii k zachycení nemocných nejvíce ohrožených dalšími zlomeninami. V tomto směru apeluji na praktické lékaře, aby se na tyto pacienty zaměřili.

vytvořeno za podpory firmy Amgen

INZERCE

Hledáme kolegu/kolegyni do nadstandardně vybavené ordinace VPL ve DVOŘE KRÁLOVÉ NAD LABEM. Zajistíme Vám přátelské pracovní prostředí, flexibilní pracovní dobu, milou a ochotnou sestřičku, maximální pomoc s administrativou.

Nabízíme 5 týdnů dovolené, 3 dny zdravotního volna a podporu zaměstnavatele v dalším vzdělávání. Nástup 1. 2. 2020. Odměna pro lékaře atestované v oboru VPL 65 000 Kč netto/měsíčně.

E-mail: ladislav.eigner@vseobecnylekar.cz; **tel.:** 608 763 664

Vzdělávací semináře

v lednu 2020

SVL ČLS JEP

Hlavní témata

Očkování rizikových skupin pacientů. Aktivní role praktického lékaře v očkování proti klíšťové encefalitidě a očkování proti meningokokům. NOACs v praxi - otázky a odpovědi. Nové úhrady zdravotnických pomůcek – tipy a triky do praxe.

den	datum	čas	město a místo konání
sobota	4. 1.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, 602 00 Brno
sobota	4. 1.	9.00–13.00	Teoretické ústavy LF UP Olomouc, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc
pondělí	6. 1.	16.30 - 20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, 760 01 Zlín
čtvrtek	9. 1.	16.00–20.00	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, 500 01 Hradec Králové
čtvrtek	9. 1.	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, 140 01 Liberec 1
čtvrtek	9. 1.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, 400 01 Ústí nad Labem
úterý	14. 1.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127, 530 03 Pardubice
středa	15. 1.	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, 586 01 Jihlava
středa	15. 1.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
čtvrtek	16. 1.	16.30 - 20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, 360 01 Karlovy Vary
sobota	18. 1.	9.00–13.00	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, 300 00 Plzeň
středa	22. 1.	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, 370 04 České Budějovice
čtvrtek	23. 1.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
čtvrtek	23. 1.	16.00–20.00	Lék. dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2

Reziduální aktivita zolpidemu u starších osob v porovnání s jinými hypnotiky a placebem

Insomnie představuje jednu z nejběžnějších obtíží u starších jedinců. V terapii nespavosti se užívají především hypnotika III. generace a některé benzodiazepiny. Farmakoterapie u starší populace má ovšem řadu úskalí – k těm nejčastějším patří reziduální aktivita léku do následujícího dne, která může zvýšit riziko pádů a jiných úrazů. Studie publikovaná v časopisu Sleep Medicine proto porovnávala reziduální aktivitu po užití zolpidemu, triazolamu a rilmazafonu u starších jedinců.

Úvod

V léčbě insomnie jsou hypnotika používána spolu s jinými léčivy nebo v kombinaci s nefarmakologickými postupy. Volba správného hypnotika závisí především na správně stanovené diagnóze poruchy spánku i na zdravotním stavu nemocného. K nejčastěji užívaným lékům v terapii nespavosti patří hypnotika III. generace (mezi něž se řadí zolpidem) a dále některé benzodiazepiny (například triazolam a rilmazafon).

Běžným problémem této terapie bývá reziduální aktivita přetrvávající do následujícího dne, takzvaný hangover effect. Tento nežádoucí účinek léčby je pozorován především u léčiv s biologickým poločasem delším než 6 hodin. Reziduální aktivita snižuje psychomotorickou výkonnost v důsledku přetrvávajícího působení léku a může být příčinou pádů a jiných úrazů, například při řízení motorového vozidla.

Metodika a výsledky studie

Randomizovaná dvojitě zaslepená studie porovnávala reziduální aktivitu zolpidemu, triazolamu a rilmazafonu u starších zdravých jedinců následující ráno po užití hypnotika. Studie se zúčastnilo 11 žen a 2 muži ve věku 60–70 let. Účastníkům byl v 11 hodin večer podán zolpidem v dávce 5 mg, triazolam v dávce 0,125 mg, rilmazafon v dávce 1 mg nebo placebo. Následující ráno v 4 a 7 hodin bylo provedeno objektivní měření včetně psychomotorických testů a účastníci současně subjektivně hodnotili léčbu.

Hypnotika byla ve studii obecně velmi dobře tolerována, během studie nebyly pozorovány žádné závažné nežádoucí účinky léčby. Terapie zolpidemem a rilmazafonem byla v porovnání s placebem spojená s dobrým výsledkem ve funkčním testu hodnotícím dynamickou rovnováhu (Functional Reach Test). Při podání jednotlivé dávky zolpidemu a triazolamu nebyla pozorována reziduální aktivita v následujícím dni.

Závěr

Z výsledků studie vyplývá, že podávání zolpidemu v dávce 5 mg u jedinců starších 60 let není spojeno s měřitelnou reziduální aktivitou následujícího dne. Při podávání zolpidemu byly v porovnání s placebem současně pozorovány dobré výsledky ve funkčním testu dynamické rovnováhy.

Zdroj:
https://www.prolekare.cz/tema/geriatricky-pacient/detail/rezidualni-aktivita-zolpidemu-u-starsich-osob-v-porovnani-s-jinymi-hypnotiky-a-placebem-113334

Rádi bychom Vás informovali o novém vzdělávacím portálu MůjNovartis.cz. Portál přináší řadu odborných informací z různých terapeutických oblastí, např. srdečního selhání, revmatologie, dermatologie, migrény. Naleznete zde také informace z celé řady vzdělávacích akcí, tematické články, videa, produktové informace a materiály ke stažení pro vás i vaše pacienty.

Podívejte se na

WWW.MUJ.NOVARTIS.CZ

Odborník: Obézní je v Česku čtvrtina žen a 22 procent mužů

Obézní je podle odborníků čtvrtina českých žen a 22 procent mužů, další čtvrtina populace trpí nadváhou. Hrozí jim více než 30 závažných nemocí. Informoval o tom Martin Haluzík, který je přednostou Centra experimentální medicíny IKEM. Podíl obézních roste podle lékařů i mezi dětmi.

Odhadují, že v roce 2030 bude obézní každý druhý Evropan. V roce 1993 to bylo v Česku desetina mužů a 12 procent mužů, v roce 2014 už 20 procent mužů a 18 procent žen. Hranice obezity je nejsnáze stanovena hodnotou BMI vyšší než 30. Tento parametr se vypočítá vydělením hmotnost v kilogramech druhou mocninou výšky v metrech.

Obezita několikanásobně zvyšuje riziko vzniku nemocí jako je infarkt nebo mrtvice nebo rozvoj cukrovky druhého typu. „Přes zcela nepochybnou souvislost obezity s rozvojem závažných komplikací a zvýšenou nemocností a úmrtností není stále její prevenci a léčbě věnována dostatečná pozornost a prostředky vynakládané na tyto účely jsou zásadně nedostatečné," dodal Haluzík.

Přibývá i obézních dětí. Zatímco v roce 1991 trpělo nadváhou a obezitou deset procent dětí, v roce 2016 už skoro 18 procent. „Mezi pátým a devátým rokem počet dětí s vyšší hmotností vzrůstá, u dívek nastupuje obezita již v devíti letech, u chlapců postupně až od 13 let," uvedl primář dětského oddělení Vítkovické nemocnice Jan Boženský.

Odborníci doporučují zahájení dlouhodobé prevence a léčebných programů podporovaných státem, aktivní zapojení pacientů do léčby, úhradu péče zdravotními pojišťovnami a aktivitu státu v oblasti zdravých a kvalitních potravin. Zejména je ale podle nich důležité, aby byla obezita chápána a uznána jako vážná nemoc.

U dětí by bylo třeba zachytávat ohrožené už v ordinacích dětských lékařů, aby bylo zabráněno rozvoji vážnějších forem obezity. Péči o obézní děti by se měl věnovat ucelený systém s nutričními specialisty a lékaři, kteří by v tomto směru získali specializaci.

Odhaduje se, že roční náklady na léčbu obezity a přidružených nemocí jsou v celé Evropě 70 miliard eur (asi 1,8 bilionu korun). České zdravotnictví podle odhadů stojí důsledky nízkého pohybu asi 30 miliard ročně, což je téměř desetina jeho rozpočtu. Výskyt obezity stoupá v důsledku sedavého způsobu života, nesprávným složením stravy a její nadměrnou kalorickou hodnotou.

Zdroj:
https://zdravi.euro.cz/odbornik-obezni-je-v-cesku-ctvrtina-zen-a-22-procent-muzu/

Přejeme Vám i Vašim blízkým
příjemné prožití vánočních svátků
a v roce 2020 pevné zdraví,
mnoho štěstí a spokojenosti.

Společnost Orion Diagnostica

ORION DIAGNOSTICA

Od března 2020 budeme

AIDIAN

Gilead Sciences spustil kampaň za zvýšení počtu testovaných na HIV a hepatitidu C

ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC

Praha 11. listopadu 2019 – Farmaceutická společnost Gilead Sciences ve spolupráci s Českou společností AIDS pomoc spustila osvětovou kampaň, jejímž cílem je vybídnout lidi k tomu, aby se nechali testovat na přítomnost viru HIV a hepatitidy typu C v těle. Podle odborníků totiž v České republice neví o nákaze HIV až tisíc lidí a o nákaze hepatitidou C i několik desítek tisíc lidí. Obě infekce mají společné to, že mohou desítky let probíhat bez příznaků. Pro úspěšnou léčbu je však zásadní podchytit je v raném stádiu. Cílem kampaně je upoutat pozornost lidí k problematice, informovat je o možnostech testování a především v konečném důsledku snížit počet osob infikovaných virem HIV nebo hepatitidou C, které o své nákaze neví, ale běžně fungují, navazují vztahy a mohou potenciálně šířit infekci dál. Středobodem kampaně jsou 2 informační weby (www.hiv-prevence.cz a www.hepatest.cz), kde se zájemci dozví jak informace o testování na obě zmíněné infekce, tak detaily o příznacích, léčbě a další zajímavosti. Osvětová kampaň je realizovaná v rádiu, na internetu, sociálních sítích a v MHD.

HIV je virus, který může způsobovat onemocnění známé jako AIDS. Přenáší se krví, nechráněným pohlavním stykem a z matky na dítě během porodu. Virus v organismu napadá primárně imunitní buňky. Posléze dochází k tomu, že organizmus není schopen bránit se jakékoliv infekci a imunitní systém člověka nakonec zcela selže. V roce 2018 bylo v České republice na základě 1,37 mil. provedených vyšetření nově diagnostikováno 208 případů infekce HIV. Onemocnění AIDS bylo nově diagnostikováno u 38 HIV pozitivních osob. Hlavním zdrojem infekce HIV v ČR je stále sexuální přenos, zejména mezi muži majícími sex s muži (zdroj: SZÚ).

Hepatitida C je infekční onemocnění, které postihuje především játra. Nemoc často probíhá bez příznaků, nicméně chronická infekce může vést i k cirhóze jater, jejich selhání nebo rakovině. Virus hepatitidy C byl objeven až v roce 1989. V dřívější době se bylo možné nakazit infikovanou krevní transfuzí, v současnosti k nákaze nejčastěji dochází přenosem krví při nitrožilní aplikaci drog. Rutinní diagnostika je k dispozici od roku 1992. Dle dostupných údajů trpí v ČR chronickou hepatitidou C 40 až 80 tisíc lidí. Mnoho nemocných o své nákaze vůbec neví.

„Obě infekce jsou zákeřné tím, že mohou bez příznaků probíhat i desítky let. Pokud k jejich diagnostice dojde v příliš pozdním stádiu, mohou končit úmrtím pacienta. Dalším společným znakem obou infekcí je, že mezi námi žijí tisíce lidí, kteří o své nákaze neví a mohou ji šířit dál. U hepatitidy C je situace o to složitější, protože až do roku 1992 nebyla krev používaná při transfuzích na tuto infekci testována. Infikováni tak mohou být i lidé, kteří žijí zcela spořádaný život,“ **říká MUDr. Soňa Fraňková, Ph.D. z IKEM Praha.**

„Osvětová kampaň, kterou realizuje Gilead Scinces ve spolupráci s Českou společností AIDS pomoc, má za cíl především šířit povědomí o nákaze hepatitidou typu C a virem HIV a vybídnout lidi k tomu, aby se nechali testovat. V dnešní době existuje řada možností, jak se nechat bezplatně a anonymně testovat. Zájemci se o nich dozví na informačních webech www.hepatest.cz a www.hiv-prevence.cz. Dnes již jsou k dispozici natolik účinné léky, že pokud se infekce zachytí včas, může většina pacientů při dodržování léčby žít normální život,“ **říká Jiří Pavlát, ředitel ČSAP Domu světla v Praze.**

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 20. 1. 2020**.
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 9/2019: 1abc, 2abc, 3ac, 4abc, 5bc, 6abc, 7 b, 8c, 9ab, 10 b

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Omega 3 mastné kyseliny si lidský organizmus:
a) dokáže sám syntetizovat
b) nedokáže sám syntetizovat
c) dokáže syntetizovat pouze částečně - malé množství

2. Jaká je minimální denní doporučovaná dávka omega-3 mastných kyselin (EPA+DHA)?
a) 250 mg
b) 500 mg
c) 1000 mg

3. Léčebnou metodou prvé volby u prolaktinomů je:
a) medikamentózní léčba
b) operační léčba
c) radiační léčba

4. Ke klinickým projevům hyperprolaktinemie u žen patří:
a) amenorea
b) galaktorea
c) infertilita

5. Hyperprolaktinemie může být způsobena:
a) antibiotiky
b) psychofarmaky
c) diuretiky

6. Co spadá pod veřejný zájem?
a) ochrana obyvatel před nežádoucím chováním
b) bezpečnost
c) veřejný pořádek

7. Jaký charakter musí mít duševní porucha pro to, aby byl člověk omezen ve svéprávnosti?
a) musí být vrozená
b) musí vzniknout vlivem prostředí nebo životních událostí
c) žádný, existence duševní poruchy je vždy důvodem pro omezení svéprávnosti

8. O dobré víře platí:
a) presumpce dobré víry
b) je nutno prokázat opak, pokud vzniknou důvodné pochybnosti, že subjekt práv v dobré víře nebyl
c) neexistuje

9. Nejlepším přirozeným zdrojem zinku jsou:
a) složky stravy rostlinného původu
b) složky stravy živočišného původu, zvláště červené maso, játra
c) zinek není zapotřebí v potravě přijímat

10. Ze suplementace zinkem ve formě léku profitují zejména:
a) lidé v riziku infekčního onemocnění respiračního traktu
b) senioři
c) osoby se zvýšenou fyzickou a psychickou zátěží

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. 10/2019

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

_____

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

Zakroužkujte 1–3 správné odpovědi:

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

LÉČÍ ABDOMINÁLNÍ BOLEST – ZÁKLADNÍ SYMPTOM DRÁŽDIVÉHO TRAČNÍKU

NEJLÉPE HODNOCENÉ STŘEVNÍ SPASMOLYTIKUM DLE EBM

- **Jediný přípravek na českém trhu spojující účinek spasmolytika a deflatulencia**
- **Jediné volně prodejné spasmolytikum**
- **Kombinace alverin-citrátu se simetikonem má v rámci spasmolytik dle databáze Dynamed nejlepší evidenci účinku** („level 1 [likely reliable]“)[1]

Literatura: 1. Juřica J., Kroupa R. Farmakoterapie dráždivého tračníku, Prakt. Lékáren. 2017; 13(2): 52–59.

Zkrácené informace o léčivém přípravku MeteoSpasmyl: Složení: Alverini citras 60 mg a simeticonum 300 mg v 1 měkké tobolce. **Indikace:** Symptomatická léčba funkčních střevních poruch provázených meteorizmem a flatulencí (jedná se zejména o dráždivý tračník). **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku, ileózní stavy, těhotenství, kojení, děti a mladiství. **Nežádoucí účinky:** Nežádoucí účinky se vyskytují zřídka a jsou přechodného charakteru. Jedná se především o sucho v ústech, nevolnost, bolesti hlavy, slabost, závratě, pokles krevního tlaku, kopřivku, ojediněle otok hrtanu a šok. Vzácně byly hlášeny případy jaterních změn, které se upravily po přerušení léčby. **Interakce:** Nejsou známy z klinického sledování a nejsou popsány v dostupné literatuře. **Upozornění:** Opatrnosti je třeba při výskytu symptomů, které mohou předcházet ileóznímu stavu (nauzea, zvracení, bolesti břicha, zácpa). Přípravek je určen pouze pro léčbu dospělých. **Dávkování a způsob podání:** Běžně se podává 1 tobolka 2–3× denně před jídlem. Lék se obvykle užívá po dobu 3–4 týdnů. **Balení:** 20 měkkých tobolek. **Datum revize textu:** 5. 2. 2019. S podrobnějšími informacemi o přípravku se seznamte v SPC. Přípravek je volně prodejný a není hrazen z prostředků zdravotního pojištění. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Laboratoires Mayoly Spindler, Chatou Cedex, Francie.

0115411261

PRO.MED.CS Praha a.s.

PRO.MED.CS Praha a.s., Telčská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Česká republika
www.promed.cz

30 years
Innovation & Care

Pro Vaše pacienty s diabetem 2. typu

Vybavte své pacienty na náročnou cestu, která je čeká

TRAJENTA® – účinná a bezpečná volba v jedné dávce pro kontrolu glykemie u širokého spektra Vašich pacientů.[1-5]

JENTADUETO® – pro zlepšení kontroly glykemie při pohodlném dávkování v malé kombinované tabletě.[6]

Trajenta®
(linagliptin) 5 mg tablety

Jentadueto®
(linagliptin/metformin HCl)

Dvě možnosti na náročnou cestu

CZ/TRA/0218/00004

Reference : 1. Del Prato S, et al. Diabetes Obes Metab 2011;13:258–67. **2.** Taskinen M-R, et al. Diabetes Obes Metab 2011;13:65–74. **3.** Owens DR, et al. Diabet Med 2011;28:1352–61. **4.** Gallwitz B, et al. Lancet 2012;380:475–83. **5.** Trajenta® SPC, 23. 7. 2019. **6.** Jentadueto® SPC, 23. 7. 2019..

Boehringer Ingelheim, spol. s r.o. • Na Poříčí 1079/3a, 110 00 Praha 1 – Nové Město • tel.: + 420 234 655 111
www.boehringer-ingelheim.cz • MEDinfo.CZ@boehringer-ingelheim.com

Boehringer Ingelheim