



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.04/2019 • ročník 18



TÉMA:

Posudkové lékařství

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

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
04/2019, ročník 18

INFO SVL

- 04 EDITORIAL
- 05 NĚKOLIK POSTŘEHŮ Z VÝUKY VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘSTVÍ
- 06 VI. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮV OLOMOUCI
MUDr. Dana Moravčíková

ODBORNÝ ČLÁNEK

- 10 MASKOVANÁ HYPERTENZE – MYSLÍME NA NI?
prof. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D, MBA
- 12 JEDNODUCHÝ SKRÍNING SPÁNKOVÉ APNOE FORMOU DOTAZNÍKU STOP-BANG – VYUŽITÍ A VÝZNAM PRO PRAXI
Samuel Genzor
- 15 DĚTSKÁ EXANTEMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ V DOSPĚLÉ POPULACI
MUDr. Zdeňka Jágrová
- 17 EXANTÉMOVÁ ONEMOCNĚNÍ V DĚTSKÉ POPULACI – KAZUISTIKY
MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
- 19 POSUDKOVÉ LÉKAŘSTVÍ DOTAZECH A ODPOVĚDÍCH ANEB ABYS V TOM VPL NEUTOPII
MUDr. Štěpán Hodač, MBA

ZPRÁVY ZE ZAHRANIČNÍ CESTY

- 25 LOVAH EXCHANGE 2019
MUDr. Lucie Chalupská

TISKOVÁ ZPRÁVA

- 26 TRENDY V EVROPSKÉM LÉKÁRENSTVÍ – LÉKY NA PŘEDPIS AŽ DO BYTU. DOČKAJÍ SE I ČEŠTÍ PACIENTI?
- 28 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY JSOU NEJEN O NARUŠENÝCH EMOCÍCH A POKŘIVENÉM OBRAZU VLASTNÍHO TĚLA

AKTUALITY

- 30 PRŮKAZ OSOBY S PAS, INFORMACE PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

PC A DOKTOR

- 32 JE TŘEBA PRODLOUŽIT STUDIUM MEDICÍNY O DVA ROKY IT? ANEB PŘÍHODY Z ELEKTRONIZACE VENKOVSKÉ PRAXE
MUDr. Tomáš Nosek, Ph.D.

MÝTY A OMYLY

- 34 KONZUMACE MASA A UZENIN Z POHLEDU ZDRAVÍ
doc. Ing. Jiří Brát, CSc.

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, Ph.D., 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 10x ročně.

Pro praktické lékaře v ČR zdarma.

Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce. Toto číslo bylo dáno do tisku 21. 3. 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,

dnes jsem pojal editorial trochu jinak, protože současnost nám přináší staronové problémy, které se musíme pokoušet vyřešit.

Na výboru dostáváme často informace z připravované reformy zdravotnictví, z níž nás zajisté nejvíce zajímá postavení a kompetence nás, praktických lékařů. Naši zástupci mají snahu prosadit co nejvíce kompetencí a tyto snahy navazují na předchozí jednání, kdy se projednávala preskripční omezení. I když na počátku bylo souhlasné stanovisko ministerstva, a dokonce i některých odborných lékařských společností, SÚKL se jakoby zasekl a sliby zůstaly na papírech. Nám sice ne oči pro pláč, ale přinejmenším nespokojenost s pomalým a byrokratickým postupem při uvolňování preskripčních omezení. ačkoli se zpočátku se jednalo téměř o stovku léčivých prostředků, k dnešnímu dni je uvolněn jen opravdu mizivý zlomek. S chutí jsem si přečetl, co o rozšiřování kompetencí říkají zástupci jednotlivých odborných společností. Jak unisono všichni souhlasí s důležitostí primární péče s odvoláním na Chartu evropského praktického/rodinného lékařství. Je známo, že i z ekonomického hlediska je racionální, aby praktický lékař předepisoval bez omezení všechny potřebné léky pro léčbu svých pacientů. Současná omezení nemají racionální základ, praktik může bez omezení předepisovat starší léčivé prostředky, někdy i méně bezpečné, pouze vzhledem k ekonomické náročnosti. Dokonce i v případě, že se objeví generikum, mnohdy

levnější než originál, zůstává lék se stejnou účinnou látkou nadále preskripčně omezen. Pokud se týká jednotlivých kompetencí, je to u některých odborných společností ještě horší, přičemž v sousedních státech jsou tyto možnosti daleko větší. O preskripci vysoce specializovaných léčiv nikdy nebyl z naší strany vznesen žádný požadavek, ale vždy snaha o rozšíření i o moderní léčivé přípravky. Onkologové se spolupráci s námi nevyhýbají, a dokonce jsou i pro léčbu některých onkologických onemocnění. U většiny specialistů se setkáme s formulací: jsme pro, ALE. Například při snaze o rozšíření kompetencí by neměla být základní překážka pro nasmlouvání výkonu od zdravotních pojišťoven, ale po dokonalem zvládnutí výkonu, jeho provedení v co největším množství, případně prokázání znalosti požadované činnosti, by tomu nic nemělo bránit. Rozhodně nepočítáme s tím, že všichni kolegové budou mít zájem o provádění diagnostického ultrazvuku, nebo s hromadným prováděním spirometrie, ale měl by být vytvořen systém, aby toto dovozoval po prokázání znalosti – a ne jen že daný výkon provádí jen ten a ten specialista. Někteří specialisté se k uvolňování výkonů staví ještě odmítavěji, přímo citují, které výkony nehodlají nikdy uvolnit, i když většinou patří mezi takové, o které mezi kolegy praktiky není a zřejmě ani nebude zájem. Někteří specialisté upozorňují, že po uvolnění preskripce pro praktické lékaře dojde k enormnímu zvýšení nákladů za něj. Toto tvrzení jistě není pravdivé, protože účinný lék dostávají nemocní, kteří jej potřebují, a protože navíc je u každého léčivého prostředku uvedeno SPC, tudíž indikační omezení, a ne stanovené na základě rozhodnutí úředníků. Dokonce hrozí i tím, že dojde ke zhoršení kvality péče, pokud budou některé výkony praktikům povoleny. Těch názorů je velké množství; je to přesně proti tomu, co přednáším studentům lékařské fakulty.

Doktor by měl být jinému doktorovi kolegou, a ne konkurentem.

Vždyť o nemocného a jeho blaho by mělo jít především.

Jen tak by se mohla naplnit přísaha, kterou při promoci každý lékař skládá.

Několik postřehů z výuky Všeobecného praktického lékařství

Na lékařské fakultě v Hradci Králové probíhá výuka základů všeobecného lékařství ve druhém ročníku. Studenti se s oborem seznamují ve 2. ročníku ve čtyřech přednáškách a sedmi seminářích a dále pak v 5. ročníku mají v rámci povinné výuky v zimním semestru tři semináře a v rámci výuky veřejného zdravotnictví je opět tomuto oboru věnována potřebná doba. Po 5. ročníku je povinná stáž studentů u vybraného praktického lékaře a problematika je součástí státní zdravotní zkoušky z hygieny a sociálního lékařství. V 5. ročníku je navíc v rámci volitelné výuky zařazeno pět seminářů pro seznámení se s tímto základním medicínským oborem, z něhož se až během dalších let diferencovaly nejrůznější specializace, kterých v současné době máme 43 základních a stejný počet nadstavbových. Kontakt s tak mladými studenty je velice zajímavý, protože i mezi nimi lze potkat takové, kteří svoji budoucí kariéru vidí v praktickém lékařství, a i když na fakultu byli vybíráni nejlepší adepti z různých středních škol, tak je mezi nimi veliký rozdíl ve formě odpovědí a reprodukování zkušené problematiky. Kromě teoretických základů je při výuce na naší fakultě umožněna studentům již ve 2. ročníku návštěva v ordinaci praktického lékaře (nejčastěji je to jejich registrující praktik, ale i jiný podle vlastního výběru či posouzení). Nakonec naše výuka je zaměřena na to, abychom tuto motivaci vytvořili nebo alespoň podpořili.

Zkoušku ve 2. ročníku z tohoto jedno semestrového kurzu skládají studenti většinou v lednu, krátce po Novém roku. Vedle teoretických otázek, které se týkají našeho oboru, referují o návštěvě pacienta buď v domácím prostředí, nebo v ordinaci u vybraného praktika. Pro realizaci návštěvy obdrží každý student dopis od děkana fakulty, aby návštěva byla studentovi umožněna. Ještě před tím dostanou pokyny k okruhům otázek, na které se mají zeptat, a připomínáme studentům, že jejich přítomnost bude mít pro navštívené osoby současně terapeutický účinek. Udělá jim velkou radost, že jim budoucím doktorem, nebo budoucí doktorkou věnují čas, vyslechnou si je a alespoň na krátkou dobu přeruší pocit osamělosti, který je vedle stížností na pohybový aparát, je nejčastější. Je zajímavé, jak studenti referují o anonymním pacientovi, jak si všímají prostředí, ve kterém pacienti žijí, a jaké dostávají rady pro svoji další činnost jako lékaři. Mezi časté rady patří, aby vždycky věnovali pozornost starším pacientům, a sice aby je se

zájmem vyslechli a chovali se profesionálně. Zajímavou radu dostal jeden ze studentů, aby byl tak dobrý jako Doktor z hor, což je název jednoho ze seriálů, které mladí jistě nesledují. Doufám, že se kolega radou bude řídit a bude, třeba i v nížině, tak dobrý jako Doktor z hor.

Další postřehy z návštěvy studentů částečně ocituji: "Po smrti manžela, což bylo pro ni po 50 letech společného života velmi bolestné. Rodina jí neskutečně psychicky pomohla všemi formami projevů lásky, a i když se doposud smutku nezbavila, tak ví, že nejbližší jsou jí nablízku."

Jiný student napsal: „Vždycky jsem si byl vědom svých komunikačních kvalit a upřímně jsem se velmi těšil, že je v tomto prvním kontaktu s pacientem uplatním. Setkal jsem se ale s podobně komunikativní pacientkou, na které jsem pozoroval touhu opustit samotu, která se skrývala v každém rohu jejího velkého domu a pohovořit si s někým, s kým se do tohoto okamžiku ještě nesetkala.“

Jiní studenti uvádějí počáteční nejistotu, které se při rozhovoru se seniorem postupně zbavovali, dokonce jeden ze studentů citoval doslovně radu svého pacienta z Jižní Moravy: "Tož synku, stojí to za starou belu, všechno ňa bolí, do hospody se nedostanu a ani stará mňa už nechce." Každopádně výuka je studenty hodnocena kladně a ukáže jim práci praktického lékaře zblízka a může ovlivnit jejich motivaci, aby se zvýšil zájem budoucích lékařů o tuto krásnou profesi — být lékařem na celého člověka.

Rád bych zmínil dotazníkovou akci pořádanou pod názvem Barometr mezi mediky, studenty 4., 5. a 6. ročníku lékařských fakult v České republice a na Slovensku. Ze získaných odpovědí na dotaz, zda by si vybrali jako své povolání Všeobecné praktické lékařství, odpovědělo 8,23 % pozitivně z 994 dotázaných, což je docela málo. Rozhodně bude nutné udělat kroky pro zvýšení motivace studentů pro tento obor a zlepšení informací o venkovské medicíně, která má výrazná specifika a rozdíly oproti práci praktika ve městě se snadnou dosažitelností nemocnice.

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.

Děkuji za připomínky
doc. MUDr. Býmovi, CSc. a MUDr. Halatovi.

VI. kongres praktických lékařů v Olomouci



MUDr. Dana Moravčíková

PL Olomouc, členka výboru SVL ČLS JEP

MUDr. Lucie Karczubová

praktická lékařka v Olomouci

Po roce Olomouc uvítala již VI. kongres praktických lékařů Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Konal se pod záštitou Olomouckého kraje ve dnech 19.–20. března 2019 v Clarion Congress Hotel. Zahájen byl prezidentkami kongresu MUDr. Danou Moravčíkovou a MUDr. Helenou Stárkovou a místopředsedou naší odborné společnosti MUDr. Ottou Herberem. Registrováno bylo více než 350 lékařů a zdravotních sester.

V úvodních blocích přednášek z pracovního lékařství jsme si vyslechli sdělení prof. MUDr. Elišky Sovové, PhD., MBA, která se věnovala zátěžovým vyšetřením zdravotníků. Představila výsledky vlastní studie, do které zařadila kolegy ze svého pracoviště, Fakultní nemocnice v Olomouci. Výsledek nebyl překvapením. Vztah zdravotníků k vlastnímu zdraví nebyl příliš intenzivní, nicméně varující bylo zjištění, že u 40 % vyšetřovaných byla zjištěna patologie, která vyžadovala další došetření a často i léčbu a dále ve více než 20 % případů bylo nutné změnit stávající medikaci. Dle přednášející by bylo vhodné jednou za rok zhodnotit kardiopulmonální zdatnost zdravotníků, optimálně provést test do maxima a toto vyšetření opakovat v pravidelných intervalech. „Syndrom obstrukční spánkové apnoe (OSA) a řízení motorových vozidel“ bylo tématem přednášky MUDr. Milana Sovy, PhD. Pacienti se syndromem OSA, který doprovází nadměrná denní spavost (otázka zní, jak ji definovat), mikrosápky a poruchy koncentrace jsou samozřejmě rizikové stran silničního provozu. Typickým pacientem je starší obézní muž s krátkým širokým krkem (MUDr. Sovou pracovním nazývá „hlavohrud“), který chrápe. Máme-li takového pacienta ve své ordinaci, musí být vyšetřen ve spánkové laboratoři, a je-li diagnostikován syndrom OSA středně těžkého či těžkého stupně, je pacient indikován k CPAP. Chce-li řídit motorové vozidlo, musí tuto léčbu akceptovat a současně se v pravidelných intervalech podrobit kont-

rolám specialistou. Až dle jeho kladného vyjádření je možné takovému pacientovi vydat způsobilost stran řízení motorových vozidel, ale vždy časově omezenou. Diagnóza obstrukční spánkové apnoe je relativně častá, v běžné populaci je prevalence 6–7 %, u lidí nad 65 let se odhaduje asi na 15 %. Pochopitelně problémem zůstává přetížení spánkových laboratoří, což bylo v následné diskusi zmíněno. MUDr. Sova navrhuje při podezření na tuto diagnózu provádět ambulantní přístrojový screening (přístroj Somno micro check) – je-li negativní, s největší pravděpodobností se o OSA nejedná, při jeho pozitivě je nutné pacienta do spánkové laboratoře objednat.

Jako tradičně velký zájem a také emoce vzbudily přednášky MUDr. Dany Kuklové, CSc. a Mgr. Jakuba Uhra na téma pracovní právní problematiky v ordinaci VPL. Bohužel zákonů, vyhlášek a příloh týkající se této problematiky je veliké množství, a místo aby došlo k jejich zřehlednění, jsou některé spíše zavádějící, což se potvrdilo i v následujícím workshopu, kdy na některých otázkách se ani tyto dva velmi erudovaní přednášející zcela neshodli. Workshop, ve kterém diskutovali všichni výše uvedení přednášející a který s přehledem moderoval MUDr. Otto Herber, byl velmi dynamický. Zazněla zde řada dotazů, na řadu dotazujících se ani nedostalo, a diskuze byla opravdu bouřlivá. Mimo jiné MUDr. Kuklová zdůraznila, že každou pracovní lékařskou prohlídku je nezbytné provádět na základě žádosti zaměstnavatele, která má jasně daný obsah vyhláškou č. 79/2013 Sb. Pokud pacient odmítne podrobit se vyšetření, pak posudek nevydáváme a pouze oznámíme jak zaměstnavateli, tak zaměstnanci, že se vyšetření nepodrobil. Pokud klient odmítne posudek převzít, učiníme o tom záznam a necháme podepsat svědkem (např. sestrou). Lékař pracovní lékařské péče je povinen poslat výsledek vyšetření registrujícímu praktickému lékaři. Co se týče řídicích průkazů, zde přednášející zdůraznili, že je naší povinností dobře znát vyhlášku o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, kterou bohužel řada specialistů nezná a „dovolí“ pacientovi řídit, přestože jeho zdravotní stav jej činí nezpůsobilým. Doporučení přednášejících bylo, abychom spolu s žádostí o posouzení zdravotního stavu specialistům posílali i danou vyhlášku.

„Co by měl praktický lékař vědět o aktuální kardiologii“ byl název dalšího odborného bloku, který uvedl interaktivní přednáškou MUDr. Jan Přeček. Mohli jsme si osvěžit některé kardiologické jednotky, které mají odraz v EKG křivce, jako je spodní infarkt myokardu, komorová tachykardie, WPW syndrom či blokáda levého Tawarova raménka při dilatační kardiomyopatii. Léčbu pacienta po infarktu myokardu shrnul doc. MUDr. Martin Hutýra,

PhD., kdy se z velké části věnoval antiagregační léčbě. Zopakoval, že duální antiagregaci (s preferencí nových léků jako je ticagrelor a prasugrel namísto klopidoogrelu) by měl pacient dostávat obvykle jeden rok po akutním koronárním syndromu (AKS). Co se týká elektivních operací, ideální je operaci provést až po 12 měsících od AKS, do 6 měsíců je vysoce rizikové antiagregaci vysadit, po 6 měsících je vysazení jednoho léku relativně bezpečné (v léčbě vždy ponecháme ASA). Pacient se srdečním selháním v ordinaci praktického lékaře bylo téma prof. MUDr. Miloše Táborského, CSc., FESC, MBA. Ten zopakoval novou klasifikaci srdečního selhání (kterou reflektují i naše doporučené postupy – viz DP Chronické srdeční selhání, novelizace 2015). Prevalence onemocnění v běžné populaci je 1–2 %, ale u pacientů nad 70 let se dramaticky zvyšuje na 10 % a více především z důvodu častější fibrilace síní. V rámci diferenciální diagnózy dušnosti je vhodné odebrat krev na BNP (natriuretický peptid typu B), který má vysokou negativní prediktivní hodnotu (negativita vyšetření srdeční selhání prakticky vylučuje). Tématu obtížně korigovatelné hypertenze se věnoval doc. MUDr. Jan Václavík, PhD., který zdůraznil důležitý fakt, pouze 1/3 pacientů bere správně všechny léky (jak doložila hradecká studie). Řada pacientů s tzv. rezistentní hypertenzí tedy tuto diagnózu nemá, jsou non-adherentní k léčbě. Jak na to přijít? Přednášející například poradil trik, který sám používá. Indikujeme-li 24hodinovou monitoraci TK, pak vyzveme pacienta, aby si přinesl ranní léky do ordinace a před námi je aplikoval. Další možností, jak odhadnout compliance pacienta k léčbě betablokatory, je kontrola tepové frekvence. Pokud je v klidu nad 75/min., s největší pravděpodobností pacient léky nebere. Při obtížně korigovatelné hypertenzi je nutná také revize farmakologické anamnézy, kdy řada léků zvyšuje TK (NSAID, hormonální antikoncepce a další), a také příjmu energetických nápojů a alkoholu (více než 3 drinky denně zvyšují TK). Z nejčastějších příčin sekundární hypertenze přednášející uvedl primární hyperaldosteronismus (základním screeningovým nástrojem pro diagnózu je stanovení poměru aldosteron/renin v plasmě, při jeho pozitivě odeslat pacienta na specializované pracoviště). Další častou příčinou je syndrom obstrukční spánkové apnoe, který se u pacientů s rezistentní hypertenzí velmi často vyskytuje. Nicméně léčba CPAPem vede jen k velmi malému poklesu TK (o 3–5 torrů), proto se v případě OSA uvažuje spíše jako o komorbiditě než sekundaritě.

„Jak si uchránit pohybový aparát při práci v ordinaci PL?“ To jsme se dozvěděli v prezentaci prim. MUDr. Petra Konečného, PhD., MBA., teoreticky popsal jednoduchá cvičení v sedě u stolu při práci na PC, a pak jsme i tato

cvičení, která v ordinaci můžeme provádět, mohli sami na sobě vyzkoušet.

Program prvního dne přednášek zakončil blok zobrazovacích metod pod odborným vedením prof. MUDr. Miroslava Heřmana, PhD. „Úskalím časné diagnostiky spondylartritid“ nás provedla MUDr. Martina Skácelová, PhD. Spondylartrida zahrnuje řadu onemocnění, jejichž společným znakem je entezitida. Sdělila nám, jak správně diagnostikovat a i v rámci diferenciální diagnostiky ukázala nálezy na rtg snímcích. Jako interaktivní přednášku pojala své sdělení o zobrazovacích metodách v diferenciální diagnostice bolestí páteře MUDr. Zuzana Sedláčková, PhD. Blok přednášek ukončila MUDr. Lucia Veverková se sdělením „Mamografický screening“. Tento program je důsledně kontrolován a je snaha cíleně omezovat doplňující vyšetření (v tomto případě UZ prsou), která nenavýšují detekci karcinomů, ale vedou ke zvýšené diagnostice benigních lézí, které je třeba dále dovyšetřit, což vede k zátěži jak samotné pacientky, tak celého systému. Představila také novou metodu 3D mamografie, která by v budoucnu mohla být vhodnou metodou pro screening.

Druhý den odborného programu zahájil MUDr. Bohumil Skála, PhD. onkologickou problematikou. Část prezentace věnoval dohodě mezi onkology a praktickými lékaři ohledně předání a péče o stabilizovaného onkologického pacienta. Na několika příkladech přednášející představil, jak by měla kontrolní prohlídka u takového pacienta vypadat. Zdůraznil, že k předání do naší péče musí dojít po vzájemné dohodě s pacientem. Úskalím ale zůstávají nedostatečné informace od onkologů k nám, praktickým lékařům. Dle dotazníku Masarykova onkologického ústavu mají z tohoto obavy i samotní pacienti, kteří chtějí zůstat u svého onkologa především z obavy, že praktický lékař nemá dostatečné informace o jeho nemoci a léčbě. Od konce roku 2018 bylo předáno do péče VPL několik desítek pacientů. V další části přednášky se MUDr. Skála věnoval novinkám ve screeningu kolorektálního karcinomu, kdy nově je kód jak pro management, tak pro samotnou analytickou část. Od 1. 1. 2020 bude možno použít pouze kvantitativní FOB test (více informací v našich odborných časopisech).

Další blok věnovali přednášející druhému nejčastějšímu symptomu, který pacienty k lékaři přivádí (doprovází více než 300 chorobných stavů), a to závratě. „Závratě z pohledu ORL“ představil MUDr. Jan Heřman, PhD., který zdůraznil nutnost správné anamnézy. Závrať je rotační typ nejistoty, nikoliv řada dalších stavů, které pacient může za závrať nesprávně pokládat (tmění před očima, nejistota při jiném onemocnění, jako je m. Parkinson, polyneuropatie, onemocnění očí či kloubů).

Nejčastější diagnóze, kterou závrať provází, benignímu polohovému paroxysmálnímu vertigu (BPPV), se věnovala v následující přednášce MUDr. Eva Mrázková. Tuto diagnózu doprovází krátké (několikasekundové) ataky rotačního vertiga, které je vázáno na změnu polohy hlavy. Terapií jsou polohovací manévry, které nám na konci bloku pan doktor Heřman prakticky předvedl. Slíbil nám i článek do našeho časopisu Practicus, kde by podal informace i ke kurzům pro praktické lékaře na ORL klinice FN v Olomouci na téma diagnostické a repositionální manévry při BPPV.

„Diabetes a kardiovaskulární onemocnění“ byl název dalšího bloku, který uvedl doc. MUDr. David Karásek, PhD. přednáškou „Praktický lékař jako nedílná součást kvalitní péče o pacienty s DM2“. V krátkosti zopakoval novinky v léčbě DM2 dle posledních doporučení – základem léčby zůstávají režimová opatření a metformin, není-li dosažen cílový HbA1c, pak vždy nejprve zhodnotit přítomnost KV komplikací a/nebo CRI a/nebo srdečního selhání a dle toho léčbu intenzifikovat. On i další přednášející doc. Václavík vyzdvihli dvě léčivé látky, a to empagliflozin a liraglutid. Bohužel tyto molekuly zůstávají pro nás, a tedy i pro řadu našich pacientů, nedosažitelné, zvažuje se uvolnění gliptinů, které jsou KV bezpečné a neovlivňují nefropatii (linagliptin lze bez omezení použít při postižení ledvin a jater). Každý diabetik má vysoké či velmi vysoké kardiovaskulární riziko, a z toho plyne i přísná korekce LDL cholesterolu a také kontrola TK, kdy u pacientů do 65 let bychom měli dosahovat hodnot 120–130/70–80 mmHg, u pacientů starších pak 130–140/70–80 mmHg. Dle posledních studií přidání empagliflozinu významně snižuje KV příhody a také úmrtí (z KV příčin i veškeré). Z toho plyne, že všichni pacienti po infarktu myokardu by z léčby empagliflozinem významně profitovali, bohužel i zde jsou omezení – lék lze předepsat pouze u pacientů, kteří dosáhli hodnoty glykovaného hemoglobinu 60mmol/mol. Jelikož bylo prokázáno, že léčba empagliflozinem snižuje riziko srdečního selhání u diabetiků o 33 %, rozběhla se studie EMPEROR, která sleduje pacienty se srdečním selháním s i bez DM2. Prokáže-li se přínos i pro ne-diabetiky, je možné, že se rozvolnění preskripce empagliflozinu dočkají dříve kardiologové než praktičtí lékaři.

„Varia I“ uvedl MUDr. Martin Tichý, PhD., přednáškou o psoriáze, na kterou bychom neměli pohlížet jako na onemocnění kožní, ale systémové. Jedná se o nosologickou jednotku, která má prevalenci 200–300 tisíc v ČR, těžké formy postihují asi desetinu pacientů. Nejenže může být psoriáza doprovázena četnými komorbiditami, ale její těžká forma je také nezávislým rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění. Neměli bychom

zapomínat, že průběh psoriázy mohou zhoršit léky jako beta-blokátory a ACEI (pro pacienty s psoriázou jsou vhodnější sartany). Přednášející v závěru svého příspěvku vyzvedl výhody léčby biologickými preparáty, které nejsou orgánově toxické a cíleně zasahují do patogenese zánětlivého procesu, proto také jejich užití v léčbě těžké psoriázy má velmi dobrý efekt. „Co nového v akreditacích?“ nás informoval ve svém sdělení MUDr. Josef Štolfa. Zdůraznil, že se nemáme nechat odradit administrativou a o akreditaci zažádat. Odkazy na web. str. www.svl.cz a str. MZ ČR, kde je velmi dobrý a srozumitelný návod, jak postupovat.

„Maskovaná hypertenze“, jak zdůraznila profesorka Sovová, je vážný problém, který významně zhoršuje prognózu našich pacientů. Měli bychom na ni myslet zvláště u diabetiků, pacientů s metabolickým syndromem, obstrukční spánkovou apnoí, u pacientů s opakovanou epistaxí a u všech, kteří reagují na zátěž hypertenzní reakcí. U těchto pacientů je vhodné indikovat 24hodinovou monitoraci TK a při pozitivní výsledku vyšetření léčit jako pacienty s „normální“ hypertenzí.

Odpolední program byl zahájen blokem „Nefrologie“. První přednáška byla na téma „Možnosti diagnostiky glomerulonefritid“ v ordinaci praktického lékaře, kdy nám přednášející MUDr. Kamil Žamboch, PhD. v krátkosti zopakoval dělení glomerulopatií a jejich klinické projevy. Zdůraznil zrádnost i vážně probíhajících glomerulopatií, které mohou mít asymptomatický průběh, a jejichž jediným příznakem bývá náhodný nález v moči. Měli bychom podezření na tuto diagnózu, měli bychom vyšetřit kreatinin, glomerulární filtraci a poměr albumin/kreatinin či poměr celkové bílkoviny/kreatinin v ranní moči. Poškození ledvin je velmi časté zvláště u diabetiků, kdy každý čtvrtý má renální insuficienci 3. stupně dle KDIGO klasifikace. K nefrologovi bychom měli odeslat pacienta s těžkou proteinurií, proteinurií s hematurii (nemá-li jiné vysvětlení, např. infekce), pozitivní rodinnou anamnézou, při akutním poškození ledvin či rychlé progresi chronické renální insuficience (3b a 4. stupně dle KDIGO). Má-li pacient nález v moči, nově otoky a progresi arteriální hypertenze, vždy bychom na suspektní nefropatii jako možnou příčinu měli pomýšlet.

Onemocnění ledvin je časté onemocnění, jak v úvodu své přednášky „Arteriální hypertenze a ledviny“ zdůraznil MUDr. Jiří Orság, PhD. Postihuje 10 % dospělých, ve věku nad 75 let až 50 % našich pacientů. Onemocnění ledvin může vést k rozvoji či zhoršení arteriální hypertenze, na druhou stranu vysoký krevní tlak ledviny poškozuje. Je-li přítomná stenóza renální arterie, je metodou volby farmakoterapie, revaskularizační léčba je vyhrazena jen pro pacienty, kde konzervativní postup selhal.

Problematicke dialyzovaných pacientů se věnoval MUDr. Miroslav Hrubý. Zahájení pravidelné dialyzační léčby není dáno striktními laboratorními hodnotami, ale závisí na dynamice progresu renální insuficience, přítomnosti uremických příznaků, a vždy s ohledem na komorbiditu pacienta (dialyzační léčba se zahajuje dříve u pacientů polymorbidních). Je důležité si také uvědomit, že nelze pacienta připravit k chronické dialýze během několika hodin, ale je nutná doba řádově týdnů k zajištění adekvátního cévního přístupu. Je-li to možné, je vhodné zahájit dialýzu v době, kdy jsou zachovány reziduální renální funkce a tyto funkce je třeba během léčby chránit. Pacient s reziduální renální funkcí má lepší prognózu vzhledem k účinnější kontrole krevního tlaku, zachování endokrinologické funkce ledvin (není tolik ohrožen rozvojem anémie), je u něj snadnější kontrola fosfatémie. Faktorem zůstává, že pacient v dialyzačním programu má 10–20x vyšší riziko kardiovaskulárního úmrtí oproti běžné populaci. Co se týče léčby hypertenze u dialyzovaných pacientů, pak dávku sartanu ani BKK není třeba redukovat, ACEI je třeba snížit na polovinu běžné dávky, stejně tak BB, které je nutné šetrně titrovat. U pacientů v dialýze je možno se spokojit s hladinou hemoglobinu 100–115 g/l.

Kongres byl ukončen blokem „Varia II“, kde MUDr. Josef Štolfa dynamicky přednesl dvě sdělení – léky v těhotenství a drogy v ordinaci praktického lékaře. V několika kazuistikách předvedl, že drogy opravdu nejsou jenom doménou teenagerů, ale musíme na ně myslet i u našich dospělých pacientů. Paní doktorka Markéta Sovová vtipně přednesla „Příběhy z urgentu aneb když na EKG „nic“ není – ve třech kazuistikách představila pacienty s vážnými kardiologickými diagnózami, jejichž EKG bylo

v úvodu diagnostického procesu v normě. Zajímavá byla diagnóza syndromu krátkého QT intervalu, který vede k elektroinstabilitě myokardu a pacient je ohrožen náhlým úmrtím. Každý pacient s QT intervalem po 0,32 ms by měl být konzultován v arytmiologické poradně. V přednášce „Vybrané intoxikace“, MUDr. Otakar Ach–Hubner hovořil o různých způsobech sebevraždy kolegů lékařů (otrava léky, otrava oxidem uhelnatým) a uvedl i kazuistiky z praxe. „Sarkoidóza srdce“, toto téma prezentovala MUDr. Lenka Hajdová. Nejedná se o časté onemocnění, ale paní doktorka uvedla zajímavou kazuistiku z praxe praktické lékařky, která odeslala 26letou pacientku pro bolesti břicha a náhle zjištěnou bradykardii 29/min. k akutnímu vyšetření, kde byla tato diagnóza zjištěna. Mgr. Kateřina Turčániová mluvila o nefarmakologických přístupech v léčbě demencí a ukázala na příkladech práci s demenčními pacienty v AGE Centrum Olomouc.

Poděkování patří nejen přednášejícím, ale i všem přítomným účastníkům, kteří svými podnětnými příspěvky v diskuzích obohatili zmíněná sdělení. Děkujeme všem, kteří zaplnili přednáškový sál a vytrvali od začátku až do konce. Olomouckému kraji, pod jehož záštitou se kongres konal. Dále sponzorským firmám. Hlavní partner: Novartis. Vystavovatelé: Akacia, Boehringer Ingelheim, BTL, Kimberly–Clark, Lab MARK, Medax Systems, Orion Diagnostica, QuickSeal, Roche Diagnostics Division, Sandoz, Sanofi, Servier. A především MUDr. Martin Doležalovi z firmy Target – MD pověřeného naší odbornou společností SVL ČLS JEP organizací kongresu.

Za rok se těšíme na shledání v Olomouci! Termín již VII. Kongresu praktických lékařů v Olomouci je 26.–27. března 2020.

Maskovaná hypertenze – myslíme na ni?



prof. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D, MBA

Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace LF a FN Olomouc

Maskovaná hypertenze diagnostika ambulantní monitorace krevního tlaku

Definice

Hypertenze je hlavní rizikový faktor pro vznik kardiovaskulárních onemocnění¹. Podle platných guidelines² je hypertenze definována jako krevní tlak nad 140/90 mmHg.

V roce 2002 byl představen do té doby neznámý termín maskovaná hypertenze (MH). Tento pojem je vyčleněn pro jedince, kteří mají zvýšené hodnoty krevního tlaku mimo ordinaci lékaře (tzn. při měření krevního tlaku v domácích podmínkách – HBPM) a při monitoraci krevního tlaku v ordinaci lékaře mají hodnoty krevního tlaku ve fyziologickém rozmezí. Pro maskovanou hypertenzi tedy pak platí, že kazuální TK v ordinaci je pod 140/90 mm Hg a průměrné hodnoty při 24hodinovém ambulantním monitorování TK ve dne jsou nad 135/85 a průměrné hodnoty za 24 hodin nad TK 130/80 mmHg².

Tento termín je určen pro jedince, kteří neužívají žádnou antihypertenzní terapii. Pro případy osob, které užívají antihypertenzní terapii, ale při ambulantním monitorování TK (ABPM) mají i přesto hodnoty TK mimo doporučené rozmezí, je určen termín maskovaná nekontrovaná hypertenze (MUCH)².

Patofyziologické souvislosti

MH je spojena se zvýšeným rizikem kardiovaskulární morbidity a mortality ve srovnání s normotenzními jedinci. Toto riziko je podobné nebo se blíží riziku, které je spojeno s trvalou hypertenzí³. MH je rovněž spojena s dalšími rizikovými faktory, jako je asymptomatické orgánové poškození, zvýšené riziko diabetu a trvalé hypertenze^{4,5}.

Z metaanalýzy vypracovaná Jamesem a kol. vyplývá, že významnými prediktory MH jsou mužské pohlaví, zvýšení BMI a kouření⁶. Prevalence MH v populačních studiích dospělých dosahuje 13 %⁷.

MH je spojena s vysokým rizikem KV příhod⁸.

Meta-analýza zahrnující 7961 dospělých ze 7 studií odhaduje riziko kardiovaskulárního onemocnění (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda a periferní cévní příhody) na 2,09× vyšší u pacientů s maskovanou denní hypertenzí ve srovnání s normotenzními dospělými jedinci⁶.

MH je často spojena s onemocněním ledvin, například Agarwal a kolektiv ukázali, že téměř 60 % léčených pacientů s chronickým onemocněním ledvin měli MNH, která byla diagnostikována ve 24 % při nočním ABPM⁹. U nemocných s počátečním syndromem bílého pláště nebo MH se v průběhu 10letého sledování vyvinul přibližně 3× častěji diabetes mellitus nebo vysoká hladina glykémie nalačno oproti osobám s normotenzním¹⁰. Tento výskyt byl srovnatelný s osobami, které měly již na začátku sledování trvalou hypertenzi. V kohortě IDACO bylo také zjištěno, že se MH vyskytuje daleko častěji u diabetiků než u jedinců bez diabetu¹¹.

Výskyt MH je pravděpodobně vysoký i u těhotných. Studie zabývající se maskovanou a noční hypertenzí u vysoce rizikových těhotenství došla k závěru, že prevalence MH u těchto gravidních žen je 33,3 % a u noční hypertenze pak 42,5 %¹². U 22 žen z celkového počtu 87, které byly zařazeny do studie, se vyvinula preeklampsie nebo eklampsie, a lze tedy MH pokládat za rizikový faktor těchto onemocnění.

V poslední době je věnována pozornost i výskytu MH u osob se spánkovou apnoe. V naší studii¹³ jsme prokázali velmi vysokou prevalenci maskované hypertenze u pacientů se syndromem spánkové apnoe. MH (vysoký TK ve všech intervalech ABPM) byla zjištěna v 58,1 % případů.

Diagnóza MH

MH je málo diagnostikována, protože normální krevní tlak v ordinaci lékaře vede jen výjimečně k domácímu nebo ambulantnímu monitorování krevního tlaku (3). MH je pravděpodobně spojena s vyšší reakcí TK v zátěži¹⁴. Provedení zátěžového testu by tak mohlo pomoci při diagnostice tohoto onemocnění.

Recentní studie dále ukazuje, že k diagnostice by mohla být použita i reakce TK na statickou zátěž¹⁵. Při použití Hand grip testu 3 minuty na 30% maximálního stisku předpovídala vyšší tlaková reakce od 1 minuty MH.

MH může být příčinou opakované epistaxe¹⁶ a tak by tyto osoby měly být vyšetřeny pomocí ambulantního 24hodinového monitorování krevního tlaku (ABPM).

Léčba

Podle platných evropských doporučení¹ by osoby s MH měly být léčeny stejně jako osoby s hypertenzí.

Praktická doporučení

Praktická doporučení jsou uvedena v tab. č. 1.

Závěr

MH je diagnostická jednotka, na kterou by měl praktický lékař myslet, vzhledem k jejímu dopadu na prognózu

pacienta. Její diagnostika je složitá, protože minimum pacientů, kteří mají TK změřený v ordinaci v normě, je vyšetřeno pomocí ABPM. Na tuto diagnózu musíme myslet zejména u osob s diabetem mellitem, u osob s renální insuficiencí a u osob se spánkovou apnoe.

Tabulka 1: Doporučení pro zlepšení diagnostiky MH

- Doporučit HBPM– před kontrolou 7 dní 3x denně, měřit před medikací
- ABPM u diabetiků– vysoké riziko
- ABPM u osob se spánkovou apnoe– vysoké riziko
- ABM u opakované epistaxe
- ABPM u osob s hypertenzní reakcí na zátěž
- ABPM u osob s hypertenzní reakcí na statickou zátěž

Literatura:

1. Perk J, Piepoli MF, Hoes AW et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The Sixth Joint Task Force of the ESC and other Societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J Advance Access*, published May 23, 2016.
2. Williams B, Mancia G, Spiering W et al. 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal Hypertens* 2018;36: 1953–2041
3. Sega R, Trocino G, Lanzarotti A, C et al. Alterations of cardiac structure in patients with isolated office, ambulatory, or home hypertension: Data from the general population (Pressione Arteriose Monitorate E Loro Associazioni [PAMELA] Study). *Circulation* 2001;104:1385–1392.
4. Bobrie G, Clerson P, Menard J et al. Masked hypertension: a systematic review. *J Hypertens* 2008;26:1715–1725.
5. Ogedegbe G, Agyemang C, Ravenell JE. Masked hypertension: evidence of the need to treat. *Current Hypertens Rep* 2010;12:349–355
6. Sheppard JP, Fletcher B, Gill P et al. Predictors of the Home–Clinic Blood Pressure Difference: A Systematic Review and Meta–Analysis. *Am J Hypertens* 2016; 29: 614–625.
7. Mancia G, Bombelli M, Facchetti R et al. Increased long–term risk of new–onset diabetes mellitus in white–coat and masked hypertension. *J Hypertens* 2009; 27:1672–1678.
8. Pierdomenico SD, Cuccurullo F. Prognostic value of white–coat and masked hypertension diagnosed by ambulatory monitoring in initially untreated subjects: an updated meta analysis. *Am J Hypertens* 2011;24:52–58.
9. Agarwal R, Pappas MK, Sinha AD. Masked Uncontrolled Hypertension in CKD. *J Am Soc Nephrol*. 2016; 3:924–32.
10. Mancia G, Bombelli M, Facchetti R et al. Increased long–term risk of new–onset diabetes mellitus in white–coat and masked hypertension. *J Hypertens* 2009; 8: 1672–1678.
11. Franklin SS, Thijs L, Li Y et al. International Database on Ambulatory blood pressure in relation to Cardiovascular Outcomes (IDACO) Investigators. Masked hypertension in diabetes mellitus: treatment implications for clinical practice. *Hypertension* 2013; 61(5): 964–971.
12. Salazar MR, Espeche WG, Leiva Sisnieguez BC et al. Significance of masked and nocturnal hypertension in normotensive women coursing a high–risk pregnancy. *J Hypertens*. 2016;11:2248–52.
13. Sova M, Sovová E, Hobzová M et al. The effect of continuous positive airway pressure therapy on the prevalence of masked hypertension in obstructive sleep apnea patients. *Biomedical Papers* 2015; 2: 277–282.
14. Kayrak M, Bacaksiz A, Vatankulu MA et al. Exaggerated blood pressure response to exercise—a new portent of masked hypertension. *Clin Exp Hypertens*. 2010; 8:560–8. doi: 10.3109/10641963.2010.503298.
15. Koletsos N, Dipla K, Triantafyllou A et al. A brief submaximal isometric exercise test „unmasks“ systolic and diastolic masked hypertension. *J Hypertens*. 2019; 4:710–719. doi: 10.1097/HJH.0000000000001943.
16. Acara B, Yavuz B, Yildiz E et al. A possible cause of epistaxis: increased masked hypertension prevalence in patients with epistaxis. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2017; 1:45–49

Jednoduchý skríníng spánkové apnoe formou dotazníku STOP–BANG – využití a význam pro praxi



Samuel Genzor

Klinika Plicních nemocí a tuberkulózy
Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty
Univerzity Palackého v Olomouci

Úvod, definice pojmů a epidemiologie

Syndrom spánkové apnoe (anglicky sleep apnea syndrome = SAS) je nejčastější a nejvýznamnější porucha dýchání ve spánku. Aktuální verze mezinárodní klasifikace poruch dýchání ve spánku¹ ji definuje jako soubor příznaků spojených s opakovaným přerušением toku vydechovaného vzduchu během spánku. Přesněji se pak jedná o přerušení na déle než 10 s a více než 5× za hodinu. Počet zástav (či omezení toku vydechovaného vzduchu) dechu za hodinu spánku pak označujeme jako apnoe–hypopnoe index (AHI). Nejčastějším typem zástavy dechu je obstrukční typ, kdy je zachována aktivita dýchacích svalů, ale pro obstrukci (většinou hypertrofií měkkých tkání kolem dýchacích cest při obezitě) dochází k opakovaným zástavám dechu. Typy zástavy dýchání ve spánku jsou shrnuty v tabulce 1.

Mezi noční příznaky patří zejména hlasité chrápání a pozorované zástavy dýchání ve spánku, probouzení se s pocitem nedostatku vzduchu udávané nemocným, případně častější noční močení. Denní symptomy pak zahrnují zejména zvýšenou denní spavost, podrážděnost a poruchy koncentrace. Pokud pacient chrápe,

ale nemá prokázané zástavy dýchání ve spánku, mluvíme o prosté rhonchopatii. Od tíže SAS se pak odvíjí také preferovaný způsob léčby – stupně tíže spánkové apnoe a způsoby léčby jsou stručně shrnuty v tabulce 2, podrobněji pak v části o léčbě.

Hlavním rizikovým faktorem pro vznik SAS je obezita. Prevalence obezity (BMI nad 30) podle Pavlíka a kol.² dosahuje v populaci pacientů středního věku (průměr studované populace 45 let) 20,3 % u mužů a 16,3 % u žen. Rozsáhlejší prevalenční studie výskytu spánkové apnoe nebyla v České republice dosud provedena, ale podle umírněných odhadů se očekává výskyt nejméně 200 000 pacientů se SAS (2 %). Podle různých studií prováděných v zahraničí se prevalence SAS v obecné populaci pohybuje v širokém rozmezí 6–17 %³.

Možnosti skríníngu

Pacienti se SAS často přicházejí do ordinace praktického lékaře k vyšetření nadměrné denní spavosti, či již přímo s požadavkem o vyšetření ve spánkové laboratoři. Jednoduchým způsobem bez jakýchkoliv nákladů lze „odfiltrovat“ pacienty, které s největší pravděpodobností spánkové apnoe nemají, anebo u nich nemá zástava dechu ve spánku významný podíl na jejich spavosti. Mezi poměrně nové dotazníkové metody patří dotazník STOP–BANG⁴. Obsahuje jasně definované položky a jeho pozitivní prediktivní hodnota v případě detekce těžkého syndromu spánkové apnoe dosahuje až 93,3 %, negativní prediktivní hodnota je pak na úrovni 85,2 %⁵. Kompletní dotazník STOP–BANG – viz tabulka 3.

Problematickou položkou může být únava. Tu je možno hodnotit pomocí Epworthské škály spavosti (ESS) – viz tab. 4, kdy počet bodů nad 8 (někteří autoři uvádí nad 10) lze považovat za zvýšenou únavu⁶. Další možností dotazníkového „skríníngu“ je pak využití Berlínského dotazníku⁷, který se zaměřuje zejména

Tabulka 1: typy zástavy dýchání ve spánku

Typ zástavy dechu	Aktivita dýchacích svalů	Proud vydechovaného vzduchu
Obstrukční apnoe	Přítomná	Není
Centrální apnoe	Nepřítomná	Není
Smíšená apnoe	Na začátku nepřítomná, ve druhé polovině přítomná	Není
Hypopnoe	Přítomná	Redukce toku + současná desaturace

Tabulka 2: stupně tíže SAS

Stupeň tíže	Rozmezí AHI	Preferovaný způsob léčby
Lehký	5–14,9	Chirurgická léčba, režimová opatření
Středně těžký	15–29,9	Přetlaková ventilace
Těžký	Nad 30	Přetlaková ventilace

Tabulka 3: dotazník STOP-BANG	
Položka	Hodnocení
S = snoring = chrápání (tak hlasité, že je slyšet přes zavřené dveře/ opakované probouzení partnerem v noci)	ANO = 1 bod, NE = 0 bodů
T = tired = pacient uvádí únavu	ANO = 1 bod, NE = 0 bodů
O = observed = Pozoroval někdo zástavu dechu?	ANO = 1 bod, NE = 0 bodů
P = pressure = Má pacient vysoký krevní tlak (léčený i neléčený)?	ANO = 1 bod, NE = 0 bodů
B = BMI nad 35	ANO = 1 bod, NE = 0 bodů
A = age = starší než 50 let	ANO = 1 bod, NE = 0 bodů
N = neck = obvod krku v oblasti thyroideální chrupavky nad 43 cm u mužů, 41 cm u žen	ANO = 1 bod, NE = 0 bodů
G = gender = pohlaví	Muž = 1 bod. Žena = 0 bodů
SOUČET	0–2 bodů = nízké riziko 3–4 bodů = střední riziko 5 a více bodů = vysoké riziko

Tabulka 4: Epworthská škála spavosti, všechny situace jsou uvedeny bez požití alkoholu	
Situace	Pravděpodobnost usnutí: vysoká = 3, střední = 2, nízká = 1, nikdy bych neusnul = 0
Čtení v sedě	
Sledování televize	
Sezení na veřejném místě bez aktivity (např. kino či divadlo)	
Jako pasažér v autě/vlaku/autobusu při cestě delší než 1 hodinu	
V leže odpoledne s úmyslem usnout	
Rozhovor s někým – v sedě	
Sezení po obědě, bez zapojení se do rozhovoru	
V autě, když se provoz na několik minut zastaví	
Součet bodů	

na hodnocení a kvantifikaci únavy, chrápání a přítomnost vyššího krevního tlaku. Podle některých prací⁸ je jeho senzitivita i specifita v určitých rizikových skupinách dokonce o něco vyšší než v případě dotazníku STOP-BANG.

Hlavní výhodou dotazníku STOP – BANG ve srovnání s ESS je, že se zabývá možnou etiologií spavosti, kdy jednotlivé položky značí častější anebo rizikové faktory pro spánkovou apnoe. Spavost samotná může být jistě vyvolaná i jinými příčinami a při vyloučení či nízké pravděpodobnosti SAS je nutno se na ně v diferenciální diagnostice zaměřit. Jsou to zejména depresivní stavy, anémie, hypofunkce štítné žlázy, jiné poruchy spánku (nespavost, syndrom neklidných nohou), hypovitaminózy a jiné.

Diagnostika

Mezi tzv. skríníngová vyšetření, která mohou provádět ambulantní odborníci různých odborností (praktický lékař, internista, pneumolog, otolaryngolog, psychiatr, neurolog) pak patří limitovaná noční monitorace spánku. Při tomto vyšetření je obvykle vyšetřována jen periferní saturace saturačním čidlem a tok vydechaného vzduchu, přesto však dosahuje velmi vysoké senzitivity (83,3 % při AHI nad 15) i specifity (91,3 %) v diagnostice spánkové apnoe⁹. Její hodnocení je navíc velmi jednoduché, není požadována akreditace Společnosti

pro výzkum spánku a spánkovou medicínu a může být hrazeno prostředky veřejného pojištění či v hotovosti od pacienta. Nevýhodou zůstává nemožnost akceptace vyšetření jako podkladu k žádosti o schválení úhrady přetlakové ventilace.

Pokud je pacient odeslán (většinou praktickým lékařem či internistou) k vyšetření do spánkové laboratoře, je provedena buď respirační polygrafie, která zahrnuje minimálně měření toku vzduchu, pohyby hrudníku a břicha a měření saturace¹⁰ nebo kompletní polysomnografie, která pak má zahrnovat také měření polohy pacienta, EEG (minimálně 4 svody), elektrookulogram, EMG brady (+/- m.tibialis anterior), zvukový a obrazový záznam (infračervená kamera). Kompletní polysomnografie je indikována zejména v diferenciální diagnostice k odlišení jiných poruch spánku jako příčiny zvýšené spavosti u pacienta a u pacientů s nespavostí.

Tato vyšetření probíhají v kontrolovaných podmínkách v akreditovaných laboratořích spánkové medicíny, přičemž každý pacient je hospitalizovaný na samostatném pokoji. Alternativní možností je pak noční monitorace respirační polygrafií v domácích podmínkách. Toto vyšetření, pokud bylo provedeno akreditovaným pracovištěm může sloužit jako podklad k žádosti o přetlakovou ventilaci pro domácí péči.

Léčba

Léčba spánkové apnoe (viz tab. 2) závisí na závažnosti poruchy (10). Při prosté rhonchopatii, která je v podstatě variantou normy, je možno uvažovat o chirurgickém řešení, pokud je chrápání obtěžující pro okolí či pacienta. Podobně je to v případě lehkého stupně SAS – v obou případech, pokud je hlavní příčinou stavu nadváha pacienta, může pomoci redukce hmotnosti. V případě středně těžké a těžké apnoe je první volbou terapie přetlakovou ventilací. Nejužívanějším typem přetlakové ventilace je terapie kontinuálním pozitivním přetlakem (CPAP – continuous positive airway pressure), další typy nastavení přetlakové ventilace jsou užívány méně (BPAP, ASV, AVAPS, APAP atp.). K dosažení optimálního účinku a adhezenci pacienta s léčbou je nutné nastavit optimální tlaky k léčbě pro domácí užívání. Toto je standardně prováděno za hospitalizace, kdy je rovněž vybrána nejvhodnější maska pro pacienta, obvyklé trvání této hospitalizace jsou 3 noci. Možnosti chirurgické léčby jsou mimo rozsah této přehledové práce a v případě těžkých stupňů SAS jsou většinou indikovány v intenci zlepšení compliance pacienta s léčbou (zprůchodnění horních dýchacích cest).

Situace v ČR

V České republice se dá obecně říci, že je nedostatek akreditovaných pracovišť schopných provádět noční monitoraci spánku. Aktuální seznam spánkových laboratoří lze najít na stránkách České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou medicínu (11). Čekací doby se podle našich aktuálních informací na první

vyšetření pohybují většinou v rozmezí od 7 do 18 měsíců. I z toho důvodu je vhodné k redukci nadměrného vytížení spánkových laboratoří využívat skriningových metod. Bodová hodnota domácího měření flow a saturace – ambulantního skriningového vyšetření SAS je 701 bodů (12) – výkon je tedy pro lékaře, kteří mají smlouvu s pojišťovnou rentabilní. U ostatních lékařů je pak možno vyšetření nabízet k přímé úhradě pacientovi. Po monitoraci spánku a nastavení tlaků přetlakové ventilace je zažádáno u revizního lékaře o schválení úhrady terapie u revizního lékaře pojišťovny před samotným zahájením terapie.

Závěr

Zvýšená únava a spavost může mít různé příčiny – kromě SAS může být příčinou únavnosti pacienta například hypotyreóza, anémie, hypovitaminózy a jiné. Z uvedeného vyplývá, že každé vyšetření ve spánkové laboratoři by mělo být předem pečlivě zváženo a je nutné klást důraz na skrining, který by měl začít již v ambulanci praktického lékaře. Dotazníkové metody zcela jistě nedosahují stoprocentní senzitivity a specifity v diagnostice SAS a nelze na ně spoléhat u každého pacienta. V případě nejistoty je tedy vždy indikována ambulantní limitovaná noční monitorace spánku a při jejím pozitivním výsledku pak vyšetření ve spánkové laboratoři.

Snahou je zvýšení podílu správně indikovaných vyšetření, tímto způsobem je možné zredukovat čekací doby na vyšetření ve spánkových laboratořích i snížit finanční zátěž na systém zdravotního pojištění.

Literatura:

- 1) American Academy of Sleep Medicine: International classification of sleep disorders (ICSD-3). 3rd diagnostic and coding manual. Westchester, American Academy of Sleep Medicine 2014.
- 2) Pavlík V, Fajfrlova J, Safka V et al. Prevalence of risk factors in cardiovascular diseases in selected population of the Czech Republic. *Cent Eur J Public Health*. 2018 Jun;26(2):118–123.
- 3) Senaratna CV, Perret JL, Lodge CJ et al. Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: A systematic review. *Sleep Med Rev*. 2017 Aug;34:70–81.
- 4) Chung F, Yegneswaran B, Liao P et al. STOP questionnaire: a tool to screen patients for obstructive sleep apnea. *Anesthesiology*. 2008 May;108(5):812–21.
- 5) Hu YY, Yu Y, Wang ZB et al. Reliability and Validity of Simplified Chinese STOP-BANG Questionnaire in Diagnosing and Screening Obstructive Sleep Apnea Hypopnea Syndrome. *Curr Med Sci*. 2019 Feb;39(1):127–133.
- 6) Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991 Dec;14(6):540–5.
- 7) Ng SS, Tam W, Chan TO et al. Use of Berlin questionnaire in comparison to polysomnography and home sleep study in patients with obstructive sleep apnea. *Respir Res*. 2019 Feb 22;20(1):40.
- 8) Westlake K, Plihalova A, Pretl M et al. Screening for obstructive sleep apnea syndrome in patients with type 2 diabetes mellitus: a prospective study on sensitivity of Berlin and STOP-Bang questionnaires. *Sleep Med*. 2016 Oct;26:71–76.
- 9) Araújo I, Marques F, André S et al. Diagnosis of sleep apnea in patients with stable chronic heart failure using a portable sleep test diagnostic device. *Sleep Breath*. 2018 Sep;22(3):749–755.
- 10) Klozar J, Plzák J, Ondrová M et al.: Doporučený postup u dospělých pacientů s poruchami dýchání ve spánku. Česká společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu, 2016.
- 11) Sova M. Syndrom obstrukční spánkové apnoe v kostce. *Practicus* 2015(3): 11–14.
- 12) Seznam spánkových laboratoří akreditovaných Českou společností pro výzkum spánku a spánkovou medicínu: <http://www.sleep-society.cz/index.php/cs/pracoviste>
- 12) Číselník výkonů VZP, verze 01204, dostupné online z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotni-vykony>, dne 8. 4. 2019.

Dětská exantematická onemocnění v dospělé populaci



MUDr. Zdeňka Jágrová

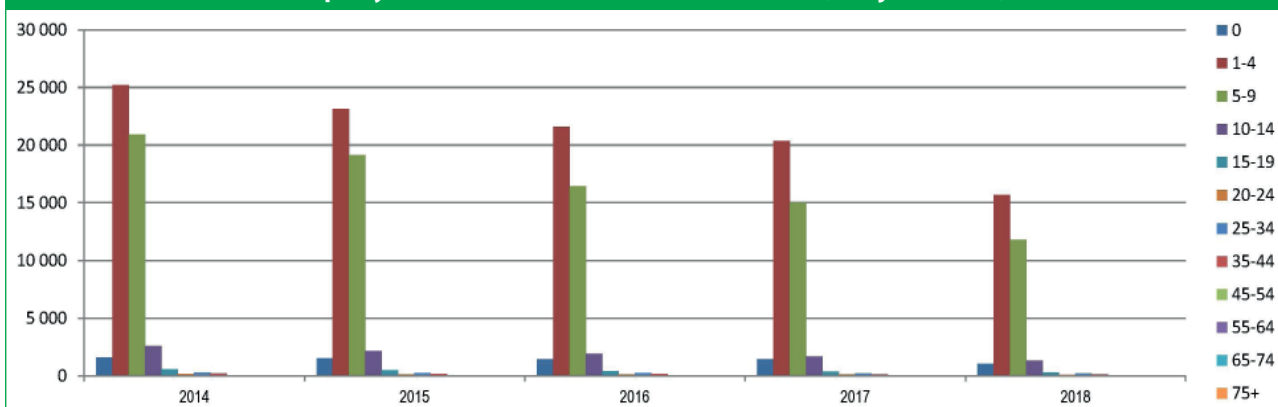
Hygienická stanice hlavního města Prahy
Protiepidemický odbor

2013 bylo vydáno celkem 4678 dávek, v roce 2018 již téměř dvojnásobek tedy 8423 dávek.

V současné době probíhající epidemie spalniček ovlivnila nemocnost v ČR, v předchozích letech byly spalničky vzácným onemocněním zavlečeným ze zahraničí. Epidemické výskyty posledních let hlásí 221 onemocnění v roce 2014, kumulovaných v ústeckém kraji. V dalších letech epidemie hlášena nebyla a počet hlášených onemocnění byl nízký, konkrétně pouhých 7 a 9 případů zavlečených onemocnění v neepidemických letech 2015 a 2016. Rok 2017 již tak příznivý nebyl, bylo hlášeno 146 onemocnění na Ostravsku, v následujícím roce začala epidemie v Praze, která postupně zasáhla i další kraje a bylo hlášeno 207 onemocnění v celé ČR. Díky moderním genotypizačním metodám se podařilo prokázat, že spolu epidemie ostravská a pražská nesouvisí, každá byla vyvolaná jiným kmenem spalničkového viru. Odlišnost byla zaznamenána i u počtu hlášených komplikací po onemocnění, kdy v Praze nebyly komplikace hlášeny téměř vůbec, zatímco v Ostravě komplikace zaznamenány byly. Podíl dospělých na nemocnosti je u spalniček vyšší, pohybuje se od 51,3 % do 80,9 %. V Praze v epidemii 2018/2019 postupně věk nemocných narůstal. Přesto je nejvyšší specifická nemocnost u dětí do 5 let věku, kde jsou děti neočkované z důvodu věku (očkuje se od 13. měsíce věku dítěte), převaha hlášených onemocnění je však dětí starších 13 měsíců, neočkovaných na žádost rodičů. V kategorii dětí do 15 let věku pražské děti očkované v ČR dvěma dávkami očkovací látky v tomto výskytu neonemocněly, onemocnění bylo hlášeno u dětí cizinců. Z dospělých onemocněli především očkovaní jednou dávkou očkovací látky a nemocní, kteří pravděpodobně očkovaní byli, o očkování však nemají žádný doklad. V rozdělení dle pohlaví je opět mírná převaha mužů. Z výsledků

Suverénně nejčastěji se vyskytujícím dětským onemocněním a současně nejčastěji se vyskytujícím se infekčním onemocněním vůbec jsou plané neštovice. V posledních pěti letech bylo nejvíce hlášeno celkem 51 617 (nemocnost 449,8/100 000 obyv.) onemocnění v roce 2014 v následujících letech nemocnost pozvolna klesá až k 30 666 (nemocnost 289,0/100 000 obyv.) hlášeným onemocněním v roce 2018. Rozdíl v nemocnosti mezi pohlavím je zanedbatelný, více onemocní muži než ženy. Podíl dospělých osob na celkové nemocnosti je velmi nízký, v posledních pěti letech průměrně pouze 1,3 % nemocných z celkového počtu hlášených onemocnění planými neštovicemi bylo u dospělých osob. Nemocnost s věkem klesá, u osob nad 45 let věku jsou v celé ČR pouze 2–3 desítky onemocnění za rok, opět s lehkou převahou nemocných mužů. Očkování v dětském věku (Priorix tetra hrazen rodiči dítěte) je využíváno jen omezeně, počet vydaných dávek očkovací látky klesá: v roce 2013 bylo vydáno 13 662 dávek, v roce 2017 již jen 4 622 dávek, od roku 2017 je výpadek ve výrobě této očkovací látky, takže ji nelze využít. Očkovací látka pro dospělé Varilrix je využívána též omezeně, její využití má však vzestupný trend, v roce

Graf č. 1: Počet onemocnění planými neštovicemi v ČR rozdělení dle věku (zdroj: data SZÚ)



vyšetření zdravotnického personálu v Praze v roce 2018, kdy bylo vyšetřeno téměř 6 000 zdravotníků vyplývá, že téměř 18 % vyšetřených nemělo ochranný titr protilátek. Výsledky jsou shodné se sérologickými přehledy prováděnými v roce 2013. V současné době je v ČR hlášeno 446 případů onemocnění, které se rozšířilo do všech krajů. Nedostatečnou ochranu mají dospělí očkovaní po roce 1969 pouze jednou dávkou očkovací látky, u nich lze doporučit přeočkování. Jeden nemocný nakazí spalničkami až 18 vnímavých osob, infekciozita nemocných je nejvyšší jeden den před prodromálními příznaky onemocnění a ještě 4 dny po vypuknutí exantému. Protiepidemická opatření jsou striktní, ukládá se karanténa od 7. dne po kontaktu s nemocným člověkem na dobu 14 dnů, tedy do 21. dne ode dne posledního kontaktu s nemocným. Tato opatření činí velké potíže na všech pracovištích, kde jsou vytvořeny pracovní týmy (zdravotníci, hasiči, policie), ale i ve velkých výrobních halách podniků.

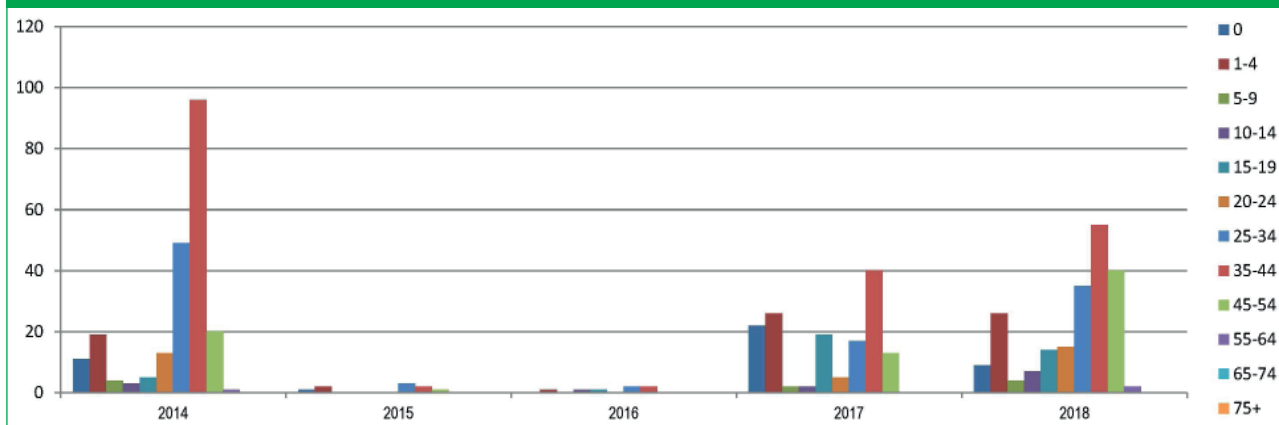
Zarděnky jsou onemocněním, které se v ČR nevyskytuje, jsou hlášena pouze zavlečená onemocnění v počtu 1–2 případy za rok. Tyto příznivé počty jsou ovlivněny vysokou proočkovaností populace v minulých letech. V době probíhající epidemie zarděnek ve Vietnamu byly hlášeny v ČR 2 případy vrozeného zarděnkového syndromu u Vietnamek, které přicestovaly již těhotné,

obě děti krátce po porodu zemřely.

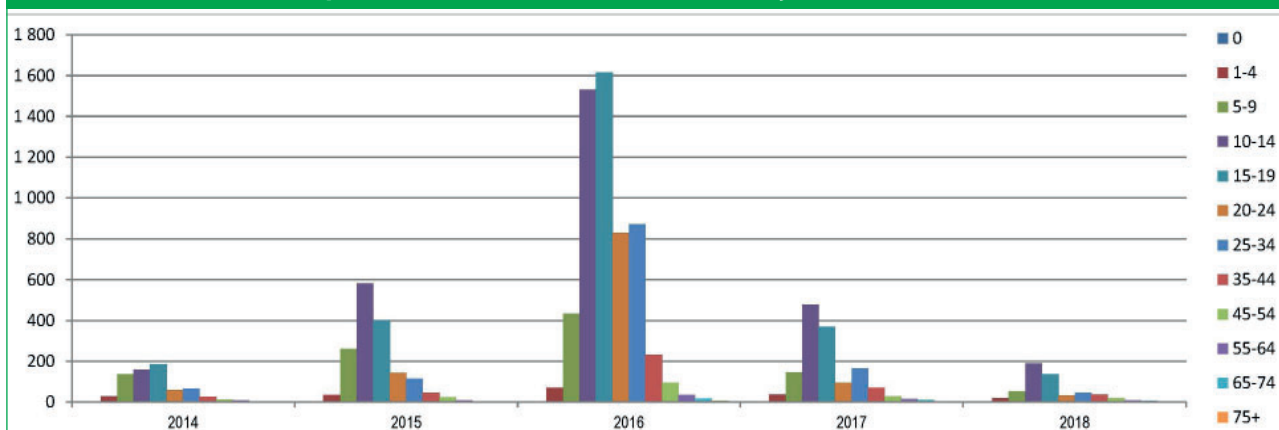
Výskyt onemocnění příušnicemi je v jednotlivých letech různý, počet hlášených onemocnění je od 537 případů za rok v roce 2018 k celkem 5734 hlášeným případům onemocnění v roce 2016. Nemocnost se pohybuje od 5,0/100 000 obyv. k 54,3/100 000 obyv. v roce 2016. V období před zavedením očkováním byla nemocnost řádově vyšší. Dříve i dnes mají příušnice stále sezónní charakter výskytu onemocnění v zimních a jarních měsících, s výrazným navýšením počtu hlášených onemocnění každé 3 roky. V očkované populaci se nemocnost z předškolního věku posunula do vyššího věku mladistvých. Častěji onemocní muži než ženy. Podíl dospělých osob na nemocnosti se pohybuje okolo 20 % (nejčastěji). V době vysoké nemocnosti (epidemického výskytu) je vždy podíl dospělých vyšší, v roce 2016 byl podíl hlášených onemocnění u dospělých osob nejvyšší a to 36,3 %. Průběh onemocnění u proočkované populace nebývá komplikovaný.

I když dětská exantematická onemocnění nepředstavují pro svou frekvenci v dospělé populaci nijak velkou hrozbu mohou probíhat s komplikacemi, jak ukazují níže uvedené kazuistiky, proto je vždy dobré využít dostupná preventivní očkování.

Graf č. 2: Počet onemocnění spalničkami v ČR rozdělení dle věku (zdroj: data SZÚ)



Graf č. 3: Počet onemocnění příušnicemi v ČR rozdělení dle věku (zdroj: data SZÚ)



Exantémová onemocnění v dětské populaci – kazuistiky

MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

Klinika infekčních a parazitárních nemocí
Nemocnice Na Bulovce.

Exantémová onemocnění v dětské populaci mohou mít širokou škálu klinických projevů od asymptomatických infekcí, benigních nespecifických průběhů až po život ohrožující systémové komplikace. Pokud se však „dětskou“ infekcí nakazí vnímavý dospělý jedinec, může mít zcela atypický, často i velice závažný průběh. Hospitalizace u dospělých nemocných se rovněž provádí i u nekomplikovaných onemocnění pouze z izolačních důvodů. Jedná se o turisty přijíždějící do České republiky na krátkodobé pobyty ubytované v hotelích, ale častěji o studenty bydlicí na koleji, pracovníky z ubytoven.

Heslovité střípky z klinické praxe:

Cestovatel pobýval tři týdny v Thajsku, během letu domů výrazná únava, horečky až 39°C, bolesti kloubů, svalů, hlavy. Další den výsev makulopapulosního exantému na hlavě, během dne šířící se nehojně na trup a končetiny. Vzhledem k cestovatelské anamnéze a obtížím přijat k izolaci a dovyšetření. Při přijetí rychlostem vyloučena malárie i horečka dengue. Laboratorní nález včetně zánětlivých parametrů bez výrazné patologie, v diferenciálním rozpočtu leukocytů dominující lymfocytóza. Zvažována dg. spalniček s hrozcím epidemiologickým dopadem na klienty na palubě letadla a možné další kontakty při pobytu na letišti. Sérologie spalniček negativní (pacient byl vzhledem k věku anamnesticky očkován pouze jednou dávkou monovakcíny). Kromě exantému patrný v objektivním nálezu hmatně mírně zvětšené šijové a retroaurikulární uzliny. Tudíž etiologicky zvažována rovněž rubeola, která následně prokázána sérologicky. Onemocnění proběhlo bez komplikací, ovšem epidemiologický dopad vzhledem k infekčnosti pacienta v době pobytu na letišti a při dlouhotrvajícím letu v případě kontaktu s gravidní ženou v rizikovém prvním trimestru nelze vyloučit.

Neočkovaná žena, cizinka dlouhodobě žijící v ČR. Během gravidity časně zjištěno sonografickým screenem plodu postižení centrálního nervového systému, následně vývojová vada srdce a podezření na kataraktu. U matky sérologickým pátráním zaměřeným na teratogeny zjištěna pozitivita protilátek proti rubeole ve třídě IgM a IgG. Navrhované ukončení gravidity žena opakovaně odmítla. Klinicky zřejmá infekce rubeolou anamnesticky šetřením zjištěna ve druhém měsíci gravidity s mírným průběhem, subfebriliemi, bolestmi hlavy a krátkodobým diskrétním exantémem v obličeji. Infekci žena prodělala při návštěvě rodiny ve Vietnamu.

Indukovaný porod hypotrofického plodu s typickým vrozeným zarděnkovým syndromem, postižením očí, kataraktou, vrozenou kombinovanou vadou srdce, mikrocefálií a postižením CNS skončil krátce po porodu úmrtím novorozence.

Časté hospitalizace varicely u vnímavých rodičů po nákaze od malého dítěte, navštěvujícího kolektivní zařízení. Infekce probíhá u dětí předškolního věku obvykle benigně s nečetným výsevem. Masivní výsev varicelly u dospělých naproti tomu bývá typicky spojen s několikadenními hyperpyrexiami, postižením sliznic, konjunktivitidou a masivním generalizovaným výsevem varicely po celou dobu infekčnosti, tj. sedm dní od prvního výsevu exantému. Obávanou komplikací – těžkou intersticiální pneumonií s dušností, hyposaturací a rozsáhlým rentgenologickým nálezem, jsme naštěstí v posledních letech nepozorovali.

Mladá žena s atopickým ekzémem, přicházející febrilní 38,8°C pro masivní výsev varicelly se sekundární impetiginizací, s mokvajícími pustulosními projevy se zánětlivým lemem a infiltrací v okolí v oblasti krku a na pažích v oblasti predilekce ekzému. Navíc na trupu i končetinách pozorován skarlatiformní rash vynechávající obličej. Zvažována streptokoková superinfekce (pacientka měla doma malé dítě, které recentně prodělalo streptokokovou tonzilofaryngitidu). Laboratorně CRP 138mg/l, mírná leukocytóza 13500/mm³. Zajištěna parenterálně klindamycinem, po dvou dnech léčby dochází k regresi exantému a hojení sekundárně impetiginizovaných projevů.

Žena 50 let byla hospitalizována pro febrilie kolem 38,5°C, bolesti hlavy, vertigo, sytý makulopapulosní exantém trvající tři dny, šířící se z oblasti krku kranio-kaudálním směrem na trup a končetiny. Současně projevy psychické instability a frustní levostranné hemiparézy. Při přijetí laboratorně bez pozoruhodností, sérologicky potvrzeno onemocnění spalničkami. Vzhledem k neurologickému nálezu vysloveno podezření na závažnou neurologickou komplikací spalniček, encefalitidu, CT mozku bez průkazu ložiska, MRI pouze ojedinělá nespecifická ložiska gliozy. Z mozkomíšního moku se spalničkový virus prokázat nepodařilo. S regresí exantému postupně došlo rovněž k ústupu bolestí hlavy a úpravě neurologického nálezu. Vzhledem k závažné prognóze spalničkové encefalitidy je v daném případě obraz toxoinfekční encefalopatie relativně příznivou komplikací spalniček.

Muž 39let přijat k hospitalizaci na dermatovenerologické oddělení pro výsev generalizovaného toxoalergického exantému. Obtíže nemocného vznikly v souvislosti s léčbou antipyretiky při několik dní trvajícím febrilním

respiračním infektu s rýmou a kašlem. Vzhledem k masivnímu výsevu pacient léčen kombinací lokální léčby, antihistaminik a kortikosteroidů. Po pěti dnech propuštěn zlepšen se zbytky exantému do domácí péče. Za týden hospitalizována roční dcera nemocného na infekční klinice pro podezření na spalničky. Onemocnění u dítěte bylo sérologicky potvrzeno. Epidemiologickými souvislostmi zpětně prokázáno a potvrzeno onemocnění spalničkami rovněž u otce dítěte, mylně považované

a léčené jako toxoalergický exantém. Lze se však divit v době, kdy většina lékařů v klinické praxi nikdy spalničky neviděla? Toto ovšem již téměř v polovině roku 2019 žel neplatí...

Úsměvné se v této souvislosti mohou zdát případy desítek zdravotníků v domácí izolaci po kontaktu se spalničkami, které ochromily urgentní příjem nemocnice nebo zabezpečující personál oddělení.

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

Posudkové lékařství dotazech a odpovědích aneb abys v tom VPL neutopil



MUDr. Štěpán Hodač, MBA

Pražská správa sociálního zabezpečení
Odbor lékařské posudkové služby

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
při společné práci řešíme s praktickými lékaři kromě každodenní zdravotní problematiky VPL i souvislosti, které plynou z činnosti a práce ČSSZ, potažmo PSSZ, tedy z problematiky týkající se:

- dočasné pracovní neschopnosti (DPN)
- potřeby ošetřování
- dlouhodobého ošetřovného
- invalidních důchodů
- příspěvků na péči, příspěvků na pomůcku a průkazů osob zdravotně postižených (OZP) a osob zdravotně znevýhodněných (OZZ)

A to vše v situaci, kdy neustále narůstá rozsah administrativních úkonů, které musí ve své ordinaci všeobecný praktický lékař denně provádět.

Aby se alespoň trochu snížila administrativní nálož VPL, realizujeme přednášky k dané problematice činnosti PSSZ pro SVL v Lékařském domě, tak i tento článek, a pro co největší přehlednost je tak zčásti zvolena struktura dotazů a odpovědí na témata, která se týkají denní praxe VPL a souvisí s požadavky PSSZ (ČSSZ).

Je nutno předem upozornit, že pro tyto účely není probírána celá agenda z pohledu dávek z nemocenského pojištění, ani celá agenda plynoucí ze zákona o důchodovém pojištění nebo zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, zákona o sociálních službách a zákona o zaměstnanosti, tedy nejde o úplný výčet všech oblastí zpracovávaných ČSSZ, ale záměrně jsou probírána témata, která souvisejí s každodenní praxí VPL a měla by sloužit zejména k usnadnění práce a ke snížení administrativní zátěže.

Jak tedy s dočasnou pracovní neschopností (DPN), konkrétně začátkem a ukončením?

Nejprve k otázce začátku, ukončení DPN. Zde je nutno poznamenat, že lze začít DPN 3 dny zpětně a ukončit DPN lze 3 dny dopředu:

Po – Út – St – Čt – Pá

ale v rámci uvedených dnů se počítá i se dnem, kterým je o DPN je rozhodováno. Jak tedy ukazuje graf, „optimálním dnem“ je v ordinaci VPL středa, kdy může zahájit DPN od pondělí (nutno tedy odpočítat středu, úterý a pondělí) nebo může DPN ukončit pátkem (nutno připočítat středu, čtvrtek a pátek). Proto například nelze ani při ordinaci v pondělí zahájit DPN od předchozího pátku (nutno počítat pondělí, neděle, sobota a pátek, což jsou již 4 dny).

Zde je možno „předběhnout“ a uvést, že od ledna 2019 platí shodný systém i pro zahájení a ukončení tzv. potřeby k ošetřování neboli OČR.

Pokud je tedy zapotřebí zahájit DPN za dobu delší, než jsou 3 dny, pak je tak potřeba učinit formou žádosti o zpětné uznání DPN, která se po vyplnění vlastní žádosti a po vyplnění všech 5 dílů DPN, kde je již uveden i den vzniku DPN v minulosti, i se žádostí zasílá k rukám příslušné LPS. Je nutno zdůraznit, že datum (vzniku) rozhodnutí musí být shodné jako v dekurzu a jako na žádosti. – Rád bych požádal všechny VPL, aby právě uvedené žádosti o zpětné uznání spolu s vyplněnými DPN zasílali konkrétně na odd. LPS PSSZ, nikoliv na jiná oddělení PSSZ(OSSZ) (nemocenské, evidence apod.). Je vhodné přiložit i odbornou lékařskou zprávu, z níž plyne datum z minulosti, od kterého je potřeba zpětné schválení udělit, pokud taková zpráva existuje. Je důležité upozornit na skutečnost, že nemocenské pojištění se platí z každé pojištěné činnosti, což pak znamená i to, že pro každou pojištěnou činnost se může rozhodovat o DPN odlišně. Lze ukázat na příkladu učitele střední školy, který učí v rámci jednoho úvazku tělesnou výchovu a v rámci druhého úvazku učí anglický jazyk. Pokud si při tělesné výchově přivodí úraz a zlomeninu dolní končetiny, může být rozhodnuto o DPN jen pro pojištěnou činnost učitele tělesné výchovy, zatímco anglický jazyk může učit i nadále, tedy pro danou pojištěnou činnost nemusí mít DPN.

Jak s problematikou povolení vycházek při DPN?

Již dávno neplatí omezení k udělení vycházek pro jakoukoliv diagnózu, která je důvodem vzniku DPN. Obecně lze konstatovat, že vycházku může ošetřující lékař stanovit v rozsahu 6 hodin mezi 7:00 až 19:00 a může je udělit ihned od počátku DPN. Vše je zde v rukou ošetřujícího lékaře, který tak určuje pomocí vycházek léčebný režim a bere v potaz i skutečnost, že se v některých případech jedná o samostatnou osobu v domácnosti (na ubytovně), která by měla mít alespoň prostor k nákupu základních potravin a životních potřeb. Ve výše uvedeném příkladu

DPN u učitele tělesné výchovy a anglického jazyka pak může mít pro DPN učitele tělesné výchovy určen rozsah vycházek, kdežto anglický jazyk může stále neomezeně vyučovat podle rozvrhu hodin.

Lze udělit vycházky neomezené?

Dále a výjimečně přichází do úvahy režim tzv. neomezených vycházek, o které však žádá pacient cestou svého ošetřujícího lékaře. Vyjádření v takovém případě musí předem dát příslušný posudkový lékař LPS PSSZ (OSSZ). A připadá do úvahy pouze pokud jde např. o náročný léčebný plán, nepříznivé účinky léčby nebo celkově závažný zdravotní stav. Je nutno podotknout, že jen samotná diagnóza onemocnění, byť třeba onkologická, není automatickým důvodem k souhlasu s neomezenými vycházkami ze strany posudkového lékaře.

Jak je to s finanční stránkou v době DPN?

Doposud platí, že prvé 3 dny tvoří tzv. karenční lhůta, kdy není vyplácena ani náhrada mzdy ani nemocenská. Následuje období od 4. do 14. dne, kdy je vyplácena náhrada mzdy od zaměstnavatele. Pozor, ta je vyplácena pouze za pracovní dny. Od 15. dne DPN pak již ČSSZ vyplácí nemocenskou, na rozdíl od náhrady mzdy je však nemocenská vyplácena za každý kalendářní den, tedy i za soboty a neděle. Pokud je pak DPN delší, je nejprve v období od 15. do 30. dne vypláceno 60 % vyměřovacího základu, v období od 30. do 60. dne je vypláceno 66 % vyměřovacího základu a konečně od 61. dne je vypláceno 72 % vyměřovacího základu. Jsme sice povinně pojištěni z každé činnosti, avšak nemocenskou pobíráme pouze 1x.

V této souvislosti padají často ze strany VPL dotazy, jak je to s případným ukončením pracovního poměru, pokud u pacienta v DPN běží například zkušební lhůta. V daném případě lze pracovní poměr ukončit až od 15. dne DPN, tedy v době, kdy jsou již vypláceny nemocenské dávky, neboť mezi 4. až 14. dnem vyplácí náhradu mzdy zaměstnavatel, a ten se nemůže této povinnosti zbavit ukončením pracovního poměru v daném období.

Jak je to s možnou celkovou délkou DPN neboli s podpůrnou dobou?

Od 15. dne běží podpůrná doba, která trvá nejdéle 380 kalendářních dnů. Toto období lze prodloužit, a to za pomoci tzv. prodloužení výplaty nemocenského po uplynutí podpůrné doby, celkem o dalších 350 dnů. Zde je nutno uvést, že žádá pacient na kterémkoliv klientském centru PSSZ (OSSZ) a toto prodloužení lze ze strany posuzujícího posudkového lékaře prodloužit maximálně o 90 dnů. Celkově tak může pacient žádat o toto prodloužení výplaty nemocenského po uplynutí podpůrné doby celkem 4krát.

Jsou dva specifické případy, kdy je podpůrná doba jiná. Pokud jde o poživitele starobního důchodu nebo invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně, je celková délka podpůrné doby 70 kalendářních dnů.

Jaké jsou možnosti u potřeby ošetřování – OČR?

Ošetřování se poskytuje od prvního dne potřeby ošetřování (péče) po dobu 9 kalendářních dnů přímo od 1. dne potřeby ošetřování, není zde tedy žádná karenční lhůta. Zaměstnanec, který má v trvalé péči alespoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku, a je jinak osamělý (tj. svobodný, rozvedený, ovdovělý, nežije-li s druhem nebo registrovaným partnerem), se ošetřování poskytuje od prvního dne potřeby ošetřování (péče) po dobu 16 kalendářních dnů. Ošetřování se stanoví stejným způsobem jako nemocenské, včetně výše dávky 60 % denního vyměřovacího základu. V téměř všech případech ošetřování náleží podpora jen jednou a jen jednomu oprávněnému nebo postupně dvěma oprávněným, jestliže se v témže případě ošetřování (péče) vystřídají. Vystřídání je možné jen jednou. **Pozor, nelze tedy rozhodovat o potřebě ošetřování (OČR) opakovaně ani pomocí změněné diagnózy, ani tím, že se např. učíní mezi dvěma či více OČR několika-denní přestávka.**

Jak je to s tzv. dlouhodobým ošetřováním?

Od 1. června 2018 platí nová dávka ze systému nemocenského pojištění – tzv. dlouhodobé ošetřování.

Opatření je koncipováno jako pokrytí doby, která následuje po propuštění z nemocnice, např. po vážném úrazu nebo nemoci. Dlouhodobé ošetřování zahrnuje možnost čerpání až 90 kalendářních dní pracovního volna s náhradou příjmů ve výši 60 % denního vyměřovacího základu.

Péče může být poskytována: manželem (manželkou) ošetřované osoby nebo registrovaným partnerem (registrovanou partnerkou) ošetřované osoby, příbuzným v linii přímé s ošetřovanou osobou, nebo který je její sourozenec, tchyně, tchán, snacha, zeť, neteř, synovec, teta nebo strýc, manželem (manželkou), registrovaným partnerem (registrovanou partnerkou) nebo druhem (družkou) fyzické osoby uvedené v písmenu b), nebo druhem (družkou) ošetřované osoby nebo jinou fyzickou osobou **žijící s ošetřovanou osobou v domácnosti, tedy se shodnou adresou trvalého bydliště.**

Podmínkou nároku na dlouhodobé ošetřování je, že ošetřovaná osoba udělila pojištěnci na předepsaném tiskopise písemný souhlas s poskytováním dlouhodobé péče.

Na jeden kalendářní den potřeby poskytování dlouhodobé péče lze udělit souhlas jen jednomu pojištěnci. Je možné střídání osob pečujících i opakovaně. Dávka je poskytována nemocensky pojištěné osobě, tedy zaměstnanci, nebo osobě samostatně výdělečně činné, která nemůže vykonávat činnost z důvodu péče o osobu, která ji vyžaduje, v domácím prostředí.

Pro dlouhodobé ošetřování platí, že došlo k závažné poruše zdraví, která si vyžádala hospitalizaci, při níž byla poskytována léčebná péče alespoň 7 kalendářních dnů po sobě jdoucích a je předpoklad, že zdravotní stav po propuštění z hospitalizace do domácího prostředí bude nezbytně vyžadovat poskytování dlouhodobé péče po dobu alespoň 30 kalendářních dnů.

Rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče, I. díl, vypisuje lékař akutního lůžkového zdravotnického zařízení, a to před ukončením hospitalizace. Zpětně toto rozhodnutí již vypsat nelze.

Důležité pro praxi VPL je skutečnost, že po propuštění z lůžkového zařízení se pacient hlásí u svého registrujícího VPL, který formou hlášení ošetřujícího lékaře zasílá na příslušnou PSSZ (OSSZ) hlášení o převzetí do své péče i proto, že následně VPL vypisuje potvrzení o trvání dlouhodobého ošetřovného (lístky na peníze) do celou dobu podpůrčí doby, do ukončení této péče.

Problematika invalidních důchodů v návaznosti na zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění. Z hlediska posudkového lékaře často užívaný termín: „posuzování pojistného systému“.

Za účelem posuzování zdravotního stavu pacienta v souvislosti s invalidním důchodem všech stupňů se hodnotí z hlediska funkčního stavu pacienta **míra poklesu pracovní schopnosti**, která je způsobena základním a rozhodujícím onemocněním. Hovoří se zde o tzv. **dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu**. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významně pro jeho pracovní schopnost, podle tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok. Jak výše uvedeno, hovoří se zde o tzv. rozhodujícím onemocnění, tedy o rozhodující příčině takového zdravotního stavu. To znamená mimo jiné i skutečnost, že se následky každé jednotlivé choroby a onemocnění u pacienta nesčítají, ale vždy se zdravotní stav pacienta posuzuje z toho úhlu, které onemocnění nebo choroba má na míru poklesu pracovní schopnosti dopad největší. Dopad všech ostatních onemocnění se může podle jejich tíže na funkční stav pacienta zohlednit přičtením až 10 procentních bodů k základní zjištěné hodnotě míry poklesu, tak jak je tabulkově dána vyhláškou č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity). Je však potřeba upozornit i na skutečnost, že například dlouhodobá stabilizace, adaptace na pracovní podmínky může naopak vést k tomu, že posudkový lékař může od zjištěné míry poklesu pracovní schopnosti až 10 procentních bodů odečíst.

Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla.

- a) nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně,
- b) nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně,
- c) nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.

Jsou nějaké další podmínky, které se týkají problematiky invalidních důchodů?

Kromě rozhodující příčiny dlouhodobě nepříznivého

zdravotního stavu musí být pro získání nároku na výplatu invalidního důchodu splněna i potřebná doba pojištění pro nárok na invalidní důchod. Tato doba pojištění činí u pojištěnce ve věku:

- a) do 20 let méně než jeden rok,
- b) od 20 let do 22 let jeden rok,
- c) od 22 let do 24 let dva roky,
- d) od 24 let do 26 let tři roky,
- e) od 26 let do 28 let čtyři roky,
- f) nad 28 let pět roků, a u starších pojištěnců 35 let, pak 10 odpracovaných let v posledním dvacetiletém období.

Pokud je pacient uznán invalidním v I. nebo ve II. stupni, je za něj (tak jako za všechny důchodce), státem hrazeno zdravotní pojištění. Má však dostatečný zbytkový pracovní potenciál, neboť míra poklesu pracovní schopnosti je max. 69 %, i nadále vykonávat výdělečnou činnost, aby v budoucnu dosáhl na dostatečný počet odpracovaných let k nároku na důchod starobní. Toto se netýká pouze pacientů, kteří jsou uznáni ve III. stupni invalidity. Ale i invalidní pacient ve III. stupni invalidity, pokud mu to zdravotní stav dovolí a zejména z důvodů pracovní a psychosociální rehabilitace, může pracovat bez omezení výše dosažené mzdy, tak jako poživatelé invalidního důchodu ve stupni I a II.

Jak je to s průkazem OZP?

Z hlediska posudkového lékaře často užívaný termín nepojištěného systému, kam spadá i problematika diskutovaná níže neboli příspěvek na péči, různé příspěvky na pomůcku.

Je zapotřebí upozornit na skutečnost, že jak o průkaz OZP, tak o příspěvek na péči se žádá na Úřadu práce podle trvalého bydliště pacienta, avšak lékařské posudky jsou zpracovávány posudkovými lékaři PSSZ (OSSZ).

V základu se rozlišují tři stupně průkazů OZP: **1/ TP, 2/ ZTP a 3/ZTP/P**

TP (průkaz TP) má osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí, v exteriéru je schopna chůze se sníženým dosahem a má problémy při chůzi okolo překážek a na nerovném terénu. Středně těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a zhoršenou schopnost orientace má jen v exteriéru.

ZTP (průkaz ZTP) má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí a v exte-

riéru je schopna chůze se značnými obtížemi a jen na krátké vzdálenosti. Těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy je osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a v exteriéru má značné obtíže.

ZTP/P (průkaz ZTP/P) má osoba se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra. Zvláště těžkým funkčním postižením pohyblivosti a úplným postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna chůze v domácím prostředí se značnými obtížemi, popřípadě není schopna chůze, v exteriéru není schopna samostatné chůze a pohyb je možný zpravidla jen na invalidním vozíku. Zvláště těžkým funkčním postižením orientace a úplným postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu není schopna samostatné orientace v exteriéru.

Protože nejčastějším přáním pacientů je získání průkazů ZTP nebo ZTP/P, pohovořím blíže jen o výhodách těchto dvou průkazů, přičemž nutno poznamenat, že další nároky osob, které jsou držiteli průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P, upravují jiné právní předpisy. Těmito předpisy jsou např. zákon o daních z příjmů, zákon o místních poplatcích, zákon o správních poplatcích, zákon o pozemních komunikacích, zákon o dani z nemovitosti.

ZTP:

- vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob, s výjimkou dopravních prostředků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky
- přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních
- bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem)
- slevu 75 % z jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a slevu 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

ZTP/P:

- vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob, s výjimkou dopravních prostředků, v nichž je

- místo k sedění vázáno na zakoupení místenky
- přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních
- bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem)
- slevu 75 % z jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a slevu 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy
- bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě
- bezplatnou dopravu vodícího psa, je-li úplně nebo prakticky nevidomá, pokud ji nedoprovází průvodce.

A jen pro ukázkou toho, že vedle posuzování invalidity, tedy z hlediska míry poklesu pracovní schopnosti a vyhlášky č. 359/2009. Sb., není ani posuzování problematiky průkazů OZP dáno libovůlí posudkových lékařů. Ti musí plně ve svém hodnocení vycházet z vyhlášky č. **388/2013 Sb., která podle § 37 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 331/2012 Sb. a zákona č. 313/2013 Sb., k provedení § 9 odst. 13 a § 34b odst. 2 tohoto zákona, rozlišuje podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace na úrovni středně těžkého funkčního postižení pohyblivosti a orientace, těžkého funkčního postižení pohyblivosti a orientace a zvláště těžkého funkčního postižení pohyblivosti a orientace podle explicitně daného výčtu jednotlivých postižení. A jako příklad uvádím taxativně vyhláškou uvedená zdravotní postižení v kategorii zvláště těžkého funkčního postižení nebo úplného postižení pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra:**

- a) anatomická ztráta dolní končetiny v kolenním kloubu nebo výše, interiérový uživatel protézy nebo odkázanost na invalidní vozík z uvedeného důvodu,
- b) anatomická ztráta dolních končetin v bérkách nebo výše,
- c) anatomická ztráta horních končetin v úrovni lokte nebo výše nebo anatomická ztráta horní a dolní končetiny v úrovni paže a stehna,
- d) funkční ztráta dolní končetiny se ztrátou opěrné funkce a současná funkční ztráta horní končetiny,
- e) funkční ztráta dolních končetin se ztrátou opěrných funkcí,
- f) zvláště těžká porucha pohyblivosti na základě závažné-

ho postižení tří a více funkčních celků pohybového ústrojí; funkčním celkem se rozumí hrudník, páteř, pánev, končetina,

- g) disproporční poruchy růstu provázené závažnými deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška nepřesahuje po ukončení růstu 120 cm,
- h) multiorgánové selhávání dvou a více orgánů nebo ztráta imunity spojené se zvláště těžkým postižením orientace nebo pohyblivosti,
- i) celková ztráta sluchu podle Fowlera 85 % a více s neschopností slyšet zvuky a rozumět řeči i přes nejlepší korekci (oboustranná praktická nebo úplná hluchota) u osoby mladší 18 let věku,
- j) neúplná (praktická) nevidomost obou očí, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit se správnou světelnou projekcí nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální zraková ostrost není postižena, nebo úplná nevidomost obou očí, kterou se rozumí ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí,
- k) kombinované těžké postižení sluchu a zraku (těžká hluchoslepotá) funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta sluchu podle Fowlera horší než 65 %, a oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum lepší než 1/60,
- l) střední, těžká nebo hluboká mentální retardace nebo demence, je-li IQ nižší než 50,
- m) psychické postižení se ztrátou duševních kompetencí, s neschopností komunikace a orientace včetně nízkofunkčního typu autismu,
- n) neurodegenerativní postižení s akinézií, mnohočetnými velmi těžkými hybnými komplikacemi a těžkými neuropsychickými projevy.

K problematice stupňů závislosti neboli příspěvku na péči

Vážené kolegyně, vážení kolegové, jistě jste zaznamenali, že se v úvodu roku 2019 velmi často hovořilo o zvýšení příspěvků na péči v nejvyšším stupni. S ohledem na skutečnost, že se výše příspěvků liší do věku 18 let a od 18 let výše, níže je uvedena konkrétní tabulka pro dané věkové kategorie včetně změn platných nebo chystaných v oblasti výše příspěvků na péči.

Výše příspěvku na péči pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc:

- 3 300 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 6 600 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)

9 900 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)

12800 od 1. 7. 2019

13 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

19200 od 1. 4. 2019

Výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)

4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)

8 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)

12800 od 1. 7. 2019

13 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

19200 od 1. 4. 2019

K posouzení zdravotního stavu musí být kromě zdravotnické dokumentace k dispozici i záznamy ze sociálního šetření, které provádí sociální pracovníci při Úřadech práce.

A podobně je taxativně rozpracována i problematika příspěvků na zvláštní pomůcku. Zde opět nejde o postoj libovůle nebo rozhodování posudkových lékařů, ale naopak, v dané kategorii se musí posudkový lékař opět striktně držet litery příslušných vyhlášek, zde konkrétně přílohy k zákonu č. 329/2011 Sb. Lze ukázat pro lepší představu například na těžkém zrakovém postižení, za které se podle této vyhlášky považuje:

- a) úplná nevidomost obou očí, ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí,
- b) praktická nevidomost obou očí, zraková ostrost s optimální korekcí v intervalu 1/60 (0,02) – světlocit s jistou projekcí nebo omezení zorného pole do 5–10 stupňů od bodu fixace, bez omezení zrakové ostrosti,
- c) těžká slabozrakost obou očí, zraková ostrost s optimální korekcí v intervalu 3/60 (0,05) – lepší než 1/60 (0,02), d) ztráta jednoho oka nebo ztráta visu jednoho oka se závažnější poruchou zrakových funkcí na druhém oku, visus vidoucího oka roven nebo horší než 6/60 (0,10) nebo koncentrické zúžení zorného pole do 45 stupňů od bodu fixace.

Kde se podle vyhlášky č. 408/2017 Sb., ze dne 29. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů hovoří konkrétně o zvláštních **pomůckách určených těžce zrakově postiženým osobám:**

- 1. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 přílohy k zákonu, jsou určeny tyto

zvláštní pomůcky:

- a) kalkulačka s hlasovým výstupem,
 - b) digitální zápisník pro zrakově postižené s hlasovým výstupem nebo braillovým displejem,
 - c) speciální programové vybavení pro zrakově postižené,
 - d) elektronická orientační pomůcka pro zrakově postižené a hluchoslepé; jedná se o akustické orientační majáky, vysílačky pro ovládání akustických orientačních majáků, pomůcky na zachytávání vysokých překážek,
 - e) multifunkční elektronická komunikační pomůcka pro zrakově postižené a hluchoslepé; jedná se o stolní nebo mobilní telefony se zvětšenou a kontrastní klávesnicí, ozvučené mobilní telefony nebo tablety se speciálními funkcemi či příslušenstvím pro zrakově postižené,
 - f) měřicí přístroje pro domácnost s hlasovým nebo hmatovým výstupem.
2. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 písm. a) a b) přílohy k zákonu, jsou určeny tyto zvláštní pomůcky:
- a) vodící pes,
 - b) psací stroj pro nevidomé,
 - c) popisovací kleště pro nevidomé,
 - d) indikátor barev pro nevidomé,
 - e) braillový displej pro nevidomé,
 - f) tiskárna reliéfních znaků pro nevidomé,
 - g) hlasové popisovače pro nevidomé a hluchoslepé,
 - h) digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem.
3. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 písm. a) až c) přílohy k zákonu, je určena tato zvláštní pomůcka:
- diktafon.
4. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 písm. b) až d) přílohy k zákonu, jsou určeny tyto zvláštní pomůcky:
- a) kamerová zvětšovací lupa,
 - b) digitální zvětšovací lupa.

Je to opět jen ukáзка jen části spektra práce posudkového lékaře PSSZ (OSSZ), na které je snaha vysvětlit, že ani v této kategorii posuzování zdravotního stavu nejde o jeho libovůli, ale o činnost, která je poměrně striktně vymezena taxativně.

Vážené kolegyně a vážení kolegové, poslední oblasti, se kterou se častěji setkáváte ve své praxi, je problematika Osoby zdravotně znevýhodněné (OZZ).

Osoby zdravotně znevýhodněné (OZZ) jsou specifickou skupinou osob se zdravotním postižením, nejsou invalidní, ale dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav jim omezuje schopnost pracovního uplatnění. Musí se však jednat o podstatné omezení uvedených schopností, jsou eliminovány lehčí funkční poruchy, které uvedené funkce podstatně neomezuji. Funkční porucha, která podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti, musí mít také nepříznivý dopad na pracovní uplatnění. Kritéria jsou uvedena v právních předpisech (zejména v ustanovení § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění zákona č. 136/2014 Sb. – dále jen zákon o zaměstnanosti).

Samotný pacient, který je uznán OZZ, však nepobírá žádnou dávku nebo příspěvek. Podstatou je ztráta zaměstnání takových osob a jejich uplatnění na trhu práce. Stát zaměstnávání OZZ podporuje poskytováním příspěvků zaměstnavatelům prostřednictvím Úřadu práce. O příspěvek mohou zaměstnavatelé žádat příslušný Úřad práce.

LOVAH Exchange 2019



MUDr. Lucie Chalupská

všeobecná praktická lékařka, Kuřim

V lednu jsem měla to štěstí a zúčastnila se LOVAH Exchange 2019 zprostředkovanou přes Vasco de Gama Movement. Program výměny spočíval v seznámení se s praxí praktických lékařů v Nizozemí, představením několika realizovaných projektů v rámci primární péče a účasti na konferenci. Rozdílnost mezi českým a holandským zdravotnictvím je propastná – počínaje odlišným specializačním vzděláváním, přes organizaci zdravotní péče až po její financování. Pokusím se tedy jen stručně nastínit své poznatky.

První den jsem strávila s mladou lékařkou z Amsterdamu, se kterou jsem navštívila její ordinaci v Enkhuizenu. Jednalo se o sdruženou praxi tzv. Huisartsen Centrum s několika praktickými lékaři, zdravotními asistentkami a zdravotní sestrou. Největším překvapením pro mě byla práce zdravotních asistentek a jejich kompetence – řešily telefonáty na recepci, objednávaly pacienty a zároveň měly své konzultační hodiny. V těch se věnovaly pravidelným kontrolám hypertoniků, diabetiků, převazům chronických ran a stěrům v rámci prevence rakoviny děložního čípku. Když bylo potřeba, poradily se s lékařem ohledně dalšího postupu nebo k němu pacienta rovnou objednaly. Lékař se zde věnoval předem objednaným pacientům. Výrazně pozitivně jsem vnímala, že lékař neřeší žádné telefonáty a může se soustředit vždy jen na konkrétního pacienta. Na postupu léčby jsme se s lékařkou vždy shodly, i léky zde byly totožné, rozdíl byl v tom, že se předepisuje léčivá látka a recept se automaticky elektronicky odesílá do lékárny, kde rozhodnou o firemním názvu. S neschopenkou jsem se za celý den nesetkala a bylo mi řečeno, že není v jejich kompetenci

a delší neschopnosti řeší závodní lékař. Na mnou navštíveném pracovišti bylo samozřejmostí vyblokovat si část dne na konzultaci asistentů s lékařem, ale i lékařů navzájem, stejně tak jako i čas na svačiny a oběd. Práce zde byla efektivní, atmosféra uvolněná a pacienti vděční.

Druhý den jsem se účastnila diskuze na téma eutanazie, která je v Nizozemí legální roky a to u dospělých i dětí od 12 let věku. Eutanazii často provádí právě praktičtí lékaři, kteří jsou s pacientem nejvíce obeznámeni, každý případ však musí posoudit i odborník a komise, lze ji poskytnout v domácím prostředí i na klinikách. Osobně jsem si eutanazii spojovala s onkologickým onemocněním, překvapilo mě tedy, že lze provést i u psychiatrických diagnóz. V další části dne jsme navštívili jednu z amsterdamských klinik zaměřenou na tzv. Heroin project. Na první poslech pro mě bylo nepochopitelné, že závislým umožňují substituci opiátů bezplatně po neomezený čas, a to formou tablet (u metadonu) či formou i.v. injekce a kouřením (u heroínu speciálně vyrobeného pro lékařské účely), a že cílem není postupné snižování dávek s následným odvykáním. Bylo mi vysvětleno, že podstatou projektu je nasycení potřeb závislých, aniž by museli krást na ulici, a tím i zvýšení bezpečnosti v ulicích Amsterdamu.

Třetí den se konala LOVAH konference, kterou navštívilo 1200 praktických lékařů. Jedna z přednášek byla vedená v anglickém jazyce, ostatní nám byly do angličtiny překládány. Prezentace zahrnovaly novinky ve zdravotnictví i roky ověřené postupy. Součástí byla i motivační přednáška zlaté olympijské vítězky v pozemním hokeji z OH v Londýně, která je nyní v předatestační přípravě na praktického lékaře. Zlatou tečkou její přednášky byla možnost potěžit si medaili, kterou nechala kolovat sálem.

Celá výměna byla, kromě nově nabytých vědomostí a rozšíření obzoru v rámci medicíny, bohatá i na společenský program. Z Nizozemí jsem se vrátila plná nadšení a nápadů, které bych ve své praxi ráda uskutecnila. Všem, kteří o zahraniční stáži uvažují, vřele doporučuji se zúčastnit a zažít to na vlastní kůži. Já sama doufám, že tato výměna nebyla mou poslední.

Trendy v evropském lékárenství – léky na předpis až do bytu. Dočkají se i čeští pacienti?

Nechat si doručit lék na předpis až domů, to je aktuálně téma i pro Českou republiku. Chceme-li se zařadit mezi progresivní země v této oblasti, měli bychom čerpat ze zkušeností Německa, Norska, Finska a řady dalších, kde si pacient zcela běžně objedná lékařem předepsaný lék i v libovolné online lékárně, kterou si vybere a ta mu jej následně doručí. To přináší výhody zejména chronickým a imobilním pacientům. Tématem se proto zabývala i březnová odborná konference o lékárenství s mezinárodní účastí pořádaná Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Podle zahraničních zkušeností se elektronicky objednává asi 5–7 % léků

Právě ty nejvyspělejší evropské země jako jsou například Německo, Norsko, Finsko, Dánsko (a v nejbližší době i Polsko) a více než 10 let zkušeností, jsou důkazem toho, že zásilkové lékárny mají smysl a zájem pacientů o jejich služby se stále zvyšuje. I na to poukázal na konferenci MZ ČR o trendech v evropském lékárenství Max Müller, prezident Evropské asociace zásilkových lékáren.

Komplexní servis pro pacienta je trend

„Možnost vydávat léky předepsané lékařem také zásilkovým způsobem rozšíří pacientům možnosti a naše více než dvacetiletá praxe v online lékárenství potvrzuje, že takový servis bude komplexní službou. Nehledě k tomu, že zjednoduší dostupnost pro některé skupiny pacientů,“ upozorňuje PharmDr. Vladimír Finsterle, zakladatel první internetové lékárny v ČR Lékárna.cz, a dodává: „Lékárník bude mít dost času a klidu zhodnotit správnost předpisu a odhalit kontraindikace a chyby, které může po konzultaci s předepisujícím lékařem napravit a případně lék změnit.“

Pacient dnes musí lékárnu v některých případech navštívit dvakrát, protože některé léky nejsou drženy z ekonomických důvodů skladem, případně se jedná o individuálně připravované léčivé přípravky. Když si pacient bude moci objednat předepsaný lék z domova bez ohledu na otevírací dobu lékárny a případné opakování cesty, stane se pro něj vyzvedávání potřebných léků komfortní aktivitou.

„V zásilkovém výdeji léků dostane pacient také podrobnou písemnou tzv. dispenzační

informaci o užívání a dávkování svého léčivého přípravku, ke které se může kdykoli vrátit podle své potřeby,“ uvádí některé výhody této formy výdeje léků PharmDr. Finsterle, a doplňuje: „Pacient získá i informace o vedlejších účincích a případných interakcích, bude zajištěna telefonická a e-mailová hotline podpora na straně vydávající lékárny.“

Elektronické objednávání není jen fenoménem doby, ale také pomoc handicapovaným

Předseda Národní rady osob se zdravotním postižením ČR (NRZP) Mgr. Václav Krása, který zná problémy lidí se zdravotním postižením z osobní zkušenosti, uvádí: *„Pro mnoho z nás je lékárna nedostupná, ale často potřebujeme léky na předpis. Lék nemůže být vydán jiné osobě, než které je předepsán. Já ale 10 let nebyl v lékárně, zařizují mi to asistenti,“* a připomíná: *„Zásilkový výdej léků na předpis představuje i nemalou finanční úsporu pro imobilní pacienty, kteří již nebudou závislí na donášce léků prostřednictvím třetích osob, kterým za tuto službu dnes platí.“* *„Pozměňovací návrh myslí na posílení kontroly správného předpisu lékařem a posílení kontroly výdeje těchto léčivých přípravků. Pro pacienty to bude znamenat možnost volby, kde a jak si léky vyzvednout. Zvýší také dostupnost samotných léčivých přípravků pro značně velkou skupinu osob, jsem rád, že nám v tom významně pomáhá poslanec Patrik Nacher,“* dodává Václav Krása. Poslanec Patrik Nacher, který stojí za pozměňovacím návrhem zákona, kterým se zavádí zásilkový obchod s léčivými přípravky vázanými na recept, jenž připravili právníci Národní rady osob se zdravotním postižením, v této souvislosti v médiích připomněl, že návrh pomůže zejména osobám se zdravotním postižením a imobilním



lidem, kteří často už dnes do lékáren nechodí a posílají tam místo sebe své příbuzné nebo asistenty a naváže tak na spuštění projektu e-recept.

Postup zásilkového výdeje léků na předpis

- Chronický pacient se zdravotním postižením, či imobilní pacient telefonicky kontaktuje svého ošetřujícího lékaře a požádá ho o předpis léků.
- Ošetřující lékař předepíše léky formou e-receptu a zašle pacientovi příslušný kód
- e-receptu formou SMS na jeho mobilní telefon.
- Pacient si vybere, zda s e-receptem zajde do klasické lékárny či zvolí internetovou lékárnu, která pro něj bude mít nejlepší podmínky, obratem objedná přes internet předepsaný lék a kód elektronického receptu sám vepíše do příslušné chráněné kolonky na webové stránce internetové lékárny.
- Lékárník zkontroluje na základě e-receptu kompletní předpis všech léků pro pacienta, který lék objednává. Operativně po telefonu může věc konzultovat s předepisujícím lékařem a ve spolupráci s ním může předpis léku opravit v případě, že objeví nežádoucí

lékové interakce.

- Internetová lékárna obratem vydává lék pacientovi v potřebném množství, kvalitě a pomocí spolehlivé certifikované přepravní služby až domů, k jeho rukám.
- K zásilce léku internetová lékárna přiloží písemné kompletní informace o správném užití léku a příp. interakcích.
- Pacient sám, osobně, převezme svůj vlastní lék v domácím prostředí a dopravci potvrdí převzetí.
- Po celou dobu bude mít pacient k dispozici internetovou a telefonickou podporu lékárny, ze které si lék objednal formou individuálního kontaktu přes hot-line lékárny.

Pro další informace kontaktujte:

ČAPIL – Česká asociace provozovatelů internetových lékáren

media@capil.cz

NRZP ČR – Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, z.s.

sabrin.pliskova@gmail.com

I N Z E R C E

Hledám lékaře do ordinace praktického lékaře pro dospělé na částečný úvazek 1–2 dny v týdnu, Praha 3 – Vinohrady,
nástup od 09/2019, dle domluvy lze i dříve. Nově zrekonstruovaná ordinace s dobrým přístrojovým vybavením (EKG, TK Holter, CRP, INR), zázemí polikliniky, výborná dostupnost MHD (u stanice Želivského), nadstandartní platové podmínky, přátelská atmosféra, maximální podpora týkající se administrativy, flexibilita.
Kontakt 731 411 481, avaclavkova@seznam.cz.

Poruchy příjmu potravy jsou nejen o narušených emocích a pokřiveném obrazu vlastního těla

Porucha příjmu potravy, psychické onemocnění, do něhož zahrnujeme mentální anorexii, bulimii a záchvatovité přejídání, jsou velmi zákeřné nemoci. Přístup k pacientům musí být individuální a komplexní s vědomím, že může jít o běh na dlouhou trať, který nemusí být vítězný. Porucha může udeřit v jakémkoliv věku u kohokoliv, ale zranitelnější jsou ženy (až 10x častěji než muži), mladí lidé okolo puberty, ale i perfekcionalističtí čtyřicátníci.

Příčiny vzniku některé z poruchy příjmu potravy (PPP) nejsou stále objasněné, ale naprostá většina teorií je založena na biopsychosociálním pojetí. Základem patologického chování mohou být problematické rané vztahy s nejbližšími osobami, především s matkou. V současnosti přibývají další moderní spouštěče: negativní inspirace sociálními sítěmi, identifikace s „dokonalým“ idolem a nepřiměřenými nároky na vlastní osobu. Jasnými příznaky onemocnění je narušené vnímání vlastního těla. Nespokojenost, odmítání vlastního těla a zkreslený obraz proporcí nebo například neschopnost identifikovat vnitřní pocity jako je například hlad.

Hrozba psychická i somatická

Jisté je, že onemocnění může být dlouho skrývané, okolí a blízcí si dlouho nemusí všimnout nebezpečí, ale nemocní jsou ohroženi nejen psychicky, ale i somaticky. Až 5 % pacientů s anorexií na následky nemoci umírá, pacientkám hrozí kardiovaskulární selhání. U obou typů onemocnění je výrazně častější nebezpečí sebevražedného chování. Léčba je obtížná a vyžaduje kombinaci lékařskou, psychologickou a sociální podporu okolí. Zásadní roli hraje rodina. *„Stále víc zařazujeme do léčby názory a postoje nejen samotných pacientů, ale i rodinných příslušníků. Diskuze s nimi a jejich psychoedukování o všech aspektech nemoci pomáhá. Do této psychoedukace patří i nové poznatky z neurovědy, například o vzniku patologického jídelního chování. Blízcí mohou lépe pochopit, proč právě jejich dítě má problém s příjmem potravy,“* vysvětluje **prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.**, vedoucí lékařka Psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Nová témata nemoci = nové přístupy

V přístupu k léčbě některé z forem poruchy příjmu potravy je třeba individualizovat ověřené klinické postupy s cílem zkracovat léčbu u krátkodobých onemocnění. Nejčastěji používaná kognitivně-behaviorální terapie je KBT – T. Ta obsahuje 10 sezení, při nichž se terapeut snaží pojmenovat s pacientem jeho negativní vzor-

ce uvažování a chování. Tím měnit a odbourávat jeho maladaptivní postoje a hledat společně řešení obtíží. Časná intervence tak může být účinná a dostupná i pro další pacienty s krátkodobým průběhem onemocnění. Hledat alternativní postupy pro chronický průběh onemocnění, případně poruchu spojenou s dalšími onemocněními. Jejich výskyt v populaci narůstá. Objevují se nová společenská a zdravotní témata, například poruchy příjmu potravy a nespokojenost s vlastním tělem u transgender populace. Mění se i přístupy k léčbě. Programy zaměřené na kognitivní funkce se zabývají dysfunkčními myšlenkami navozujícími úzkost a patologické jídelní chování (například když nebudu držet diety jako ostatní, budu tlustá a nikdo mě nebude mít rád). Narůstají otázky rizikového vlivu sociálních sítí a možností, jak je využít v prevenci onemocnění mezi mladými lidmi. Diskutuje se i otázka vlivu rodiny, blízkých a přátel na motivaci pacienta k léčbě a jejich vlivu na průběh léčby a onemocnění. Stále platí, že při dlouhodobé práci s pacienty je třeba využívat všech možností: především soustavných psychologických terapií a farmakoterapie. K seznámení s problematikou tohoto komplikovaného onemocnění lze využít dokument 9 pravd o poruchách příjmu potravy, který shrnuje odborné názory na onemocnění a uzdravení.

9 pravd o poruchách příjmu potravy

Mohou ulehčit vyhledání pomoci postiženým a rodinným příslušníkům. Patří k nim tyto skutečnosti: **1.** Mnoho lidí s PPP může vypadat dobře i přes extrémně vážné onemocnění. **2.** Rodiny za onemocnění nenesou vinu, mohou být nejlepším spojencem pacientek i zdravotníků. **3.** Diagnóza PPP je zdravotní krizí, která poškozuje osobní i rodinné vztahy. **4.** PPP nejsou výsledkem volby, ale představují vážnou, biologicky ovlivněnou nemoc. **5.** PPP postihují v současnosti lidi všech věkových kategorií, etnicit, tělesných tvarů a váhy, sexuálních orientací a socioekonomických úrovní. **6.** U PPP narůstá riziko sebevraždy i zdravotních komplikací. **7.** Geny a prostředí hrají důležité role v rozvoji PPP. **8.** Geny samotné však neodhalí, kdo PPP onemocní. **9.** Úplné uzdravení je možné. Proto jsou včasné rozpoznání a intervence velmi důležité. Čeští odborníci přidávají desátou pravdu. Nespokojenost s vlastním tělem souvisí často s nespokojeností se sebou, nízkým sebevědomím i porušeným vnímáním vlastního těla, prožívaným stresem a rizikem pro vznik PPP.

XII. Mezinárodní konference v Praze

O problematice poruch příjmu potravy pořádá každoročně konferenci Academy for Eating Disorders (AED) založená v roce 1993. Její členkou je od roku 1998 právě



prof. Hana Papežová. Právě nyní, od 4. do 6. dubna pořádá Psychiatrická klinika Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK v Praze XII. Mezinárodní interdisciplinární konferenci o poruchách příjmu potravy a obezitě.

O Všeobecné fakultní nemocnici v Praze

www.vfn.cz

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (VFN) představuje významné zdravotnické zařízení, patřící mezi největší nemocnice v ČR. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze poskytuje základní, specializovanou a zvláště specializovanou léčebnou, ošetrovatelskou, ambulanci a diagnostickou péči dětem i dospělým ve všech základních oborech. Zajišťuje také komplexní lékařskou péči, včetně technologicky náročných příprav cytostatik nebo sterilních léčivých přípravků.

Kromě poskytování zdravotní péče je VFN hlavní výukovou základnou 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a současně jedním z nejvýznamnějších vědec-

kých pracovišť v oblasti léčebných a diagnostických metod v České republice. Nemocnice má nejdelší tradici akademické medicíny v ČR a od svého založení do současnosti je největším výzkumným medicínským pracovištěm v ČR.

O 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy

www.lf1.cuni.cz

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy je největší z českých lékařských fakult – navštěvuje ji přes 4500 studentů. Základními studijními programy jsou všeobecné a zubní lékařství,

kromě nich nabízí fakulta studium dalších zdravotnických oborů, specializační a celoživotní vzdělávání a řadu doktorských programů. Každoročně absolvuje 1. LF UK více než 300 nových lékařů.

Fakulta je zároveň nejproduktivnější institucí v biomedicínském a klinickém výzkumu. Vědecká práce, pregraduální a postgraduální výuka se koná na 75 teoretických ústavech a klinických pracovištích společných se Všeobecnou fakultní nemocnicí, Fakultní nemocnicí v Motole, Ústřední vojenskou nemocnicí, Thomayerovou nemocnicí, Nemocnicí Na Bulovce i v dalších mezioborových centrech.

1. LF UK se rovněž podílí na projektu BIOCEV – evropském vědeckém centru excelence v oborech biotechnologie a biomedicíny – a projektu Kampus Albertov, zaměřeném na rozvoj excelentních vědeckých a výukových aktivit Univerzity Karlovy v oblasti přírodních a lékařských věd.

Le Figaro: Tabák a alkohol jsou nepřáteli našich nocí

Pozdější usínání, nespavost a krátká doba spánku. Psychoaktivní látky nepřispívají ke kvalitnímu spánku, po němž se cítíme odpočatí, píše francouzský deník Le Figaro.

Modré obláčky dýmu z cigarety a sklenka zlatavého vína mají projasnit temnotu bezesné noci. Tabák a alkohol doprovázejí problémy se spánkem mnoha Francouzů. Ten je velmi křehký a zranitelný psychoaktivními látkami, přestože jsou legální.

Tým francouzských vědců studoval souvislosti týkající se psychoaktivních látek a spánku. Jde o bludný kruh: první ovlivňují kvalitu druhého, a naopak problémy se spánkem vedou ke zvýšené konzumaci těchto látek. Na základě dotazování 12.637 osob ve věku od osmnácti do pětasedmdesáti let vědci konstatovali, že konzumace tabáku je spojena s kratší dobou spánku. Z těch osob, které kouřily, uvádělo 39 až 49 procent, že spí denně méně než šest hodin, podle toho, zda jsou málo či hodně závislí.

„Spánek kratší než šest hodin je spojován s mnohými nemocemi, jako je obezita, cukrovka druhého typu, kardiovaskulární choroby, deprese a náchylnost k dopravním nehodám,“ uvedli autoři studie. Narušení doby spánku bylo rovněž pozorováno v rámci rozsáhlé studie zveřejněné v mezinárodním časopisu *Journal of Public Health*, která se týkala téměř půl milionu osob. Zatímco bývalí silní kuřáci spali většinou méně než šest hodin denně, současní silní kuřáci a nekuřáci vystavení tabákovému kouři zase spali příliš dlouho – více než devět hodin. I tento typ spánku je spojen s náchylností k chorobám.

K látkám, které zhoršují kvalitu spánku, patří nikotin, který je silným stimulantem, i když je konzumován v podobě náhražky. Elektroencefalogram (EEG) u kuřáků a nekuřáků ukázal

změny v mozkových vlnách u kuřáků v době, kdy spali.

Lidé často pijí alkohol, aby lépe usnuli. Jak však varují vědci, alkohol sice může usnadnit usínání, ale jeho zneužívání vede k tomu, že se člověk v noci často budí a jeho spánek je roztržitější. Navíc dávka potřebná k usnutí se časem zvyšuje.

Ve francouzském epidemiologickém bulletinu se uvádí, že velmi závislí kuřáci trpí dvakrát více nespavostí než ostatní populace (25,5 procenta oproti 12,6 procentům). Konzumenti tabáku, konopí a velcí pijáci také většinou uváděli, že jsou večerní typy (sovy). Chodí v týdnu spát až po 23. hodině, někdy až o půlnoci a o víkendu ještě o dvě hodiny později. I tento životní styl je z hlediska zdraví škodlivý.

Tabák jako trojnásobný nepřítel spánku si zaslouhuje, aby se k němu přihlíželo ve studiích týkajících se souvislostí mezi spánkem a kardiovaskulárními chorobami. Tento důvod může být rovněž více využíván k tomu, aby byli kuřáci přesvědčováni o tom, že se mají vzdát svého zlovyku.

Zdroj: <https://zdravi.euro.cz/le-figaro-tabak-a-alkohol-jsou-nepreateli-nasich-noci/>



Inkontinence u mladých sportovkyň představuje větší problém, než se zdá

Přestože jsou typickými rizikovými skupinami pro inkontinenci moči zejména ženy po porodu a v menopauze, tento problém se nevyhýbá ani ženám mladým – a dokonce ani sportovkyním. Plně funkční pánevní dno totiž není samozřejmostí u žádné populační skupiny, aktivní mladé nullipary nevyjímaje. Dysfunkce se nejčastěji projevuje jako stresová inkontinence moči.

Prevalence není malá

Podle provedených výzkumů se ukazuje, že různé sportovní disciplíny představují různě velké riziko inkontinence. Jeden z nich zkoumal 154 sportovkyň a přinesl obzvláště zajímavé výsledky. Celkově se prevalence inkontinence u mladých sportovkyň pohybovala kolem 28 % (od 0 % u golfistek až po 67 % u gymnastek). Ze žen, které uváděly, že jsou inkontinentní, byla u 2/3 frekvence „spíše často než vzácně“, kolem 40 % jich zaznamenalo první problémy na střední škole a 17 % již na 2. stupni základní školy.

Inkontinence moči má negativní dopad na kvalitu života těchto žen. Je spojena se studem, sociálními a hygienickými problémy, a dokonce i se zhoršením výkonnosti. Nejméně dvě studie navíc prokázaly, že inkontinence při sportu v mladém věku je asociovaná s klasickou inkontinencí ve vyšším věku.

V čem tkví příčina?

Jedna z navržených hypotéz diskutuje tvrdé dopady při některých sportech, které – zejména pokud jsou opakované – mohou ovlivnit funkci pánevního dna. Fyzická aktivita sice může posílit svaly pánevního dna, protože zvýšení nitrobřišního tlaku navozuje jeho simultánní prekontrakci, jež může vést k posílení. Na druhou stranu však mohou tyto aktivity pánevní dno přetížit nebo oslabit, pokud je prekontrakce nedostatečná vůči nitrobřišnímu tlaku. Toto tvrzení je podpořeno studií na kohortě mladých nullipar se stresovou inkontinen-

cí. 90 minut intenzivního cvičení mělo za následek nižší maximální volní kontrakci vagíny, což je marker únavy pánevního dna.

Na dysfunkci pánevního dna se také může podílet stav jednotlivých svalů. To naznačuje studie provedená u intenzivně trénujících sportovkyň s častými tvrdými dopady. Ty měly větší průměrný průměr puboviscerálního svalu, větší pokles krčku močového měchýře a větší hiatální plochu během Valsalvova manévru ve srovnání s kontrolami. Funkční význam těchto rozdílů ovšem není znám.

Podobných studií bychom mohli citovat řadu, nicméně všechny je zastřešuje zjištění, že mladé sportovkyně mají s inkontinencí skutečný problém. Unikají ovšem diagnostice, léčbě i našemu povědomí. Přitom právě jim můžeme nabídnout různá řešení.

Řešení

Kromě běžných urologických vyšetření lze v těchto případech s výhodou využít neinvazivní a vypovídající screeningovou metodu – tzv. vložkový test. Zvážení vložky před a po sportovní aktivitě je jednoduchým způsobem kvantifikace úniku moči.

Hlavním prvkem léčby tohoto druhu inkontinence by měl být individuálně nastavený rehabilitační program obnovující správnou funkci pánevního dna a močového měchýře. Nejde jen o cvičení, ale při výskytu myofasciální pánevní bolesti i o další metody, jako je aplikace tepla, chladu či ultrazvuku. V případě dyssynergie svalstva se doporučuje biofeedback.

Inkontinenční pomůcky jsou pro tyto ženy leckdy nepostradatelné, intervence by se ovšem neměla omezit jen na jejich preskripci.

Zdroj:

<https://www.prolekare.cz/tema/inkontinence/detail/inkontinence-u-mladych-sportovkyn-predstavuje-vetsi-problem-nez-se-zda-108267>

Je třeba prodloužit studium medicíny o dva roky IT? aneb příhody z elektronizace venkovské praxe



MUDr. Tomáš Nosek, Ph.D.
Ústav lékařské biofyziky LFHK,
Všeobecný praktický lékař, Telč

Úvod

Prudký rozvoj elektronizace poslední doby staví před praktické lékaře nové výzvy, se kterými je třeba se vypořádat, abychom byli schopni poskytovat péči našim pacientům. Následující text popisuje zkušenosti s postupnou probíhající elektronizací sdružené rodinné venkovské praxe z pohledu člověka na rozhraní medicíny a IT.

Bohužel nové povinnosti dělat věci elektronicky staví většinu z nás praktických lékařů do role, na kterou nejsme připraveni. Primární péče se tak dostává do situace, kdy je **lékař závislý na správné funkčnosti elektronických systémů**, systémů, které již není mnohdy schopen vlastními silami spravovat, protože jejich uživatelská přívětivost a ergonomie neodpovídá úrovni, kterou by lékař potřeboval. K mnoha rutinním úkonům, které by z pohledu bezpečnosti systému měl lékař dělat sám, potřebuje externí IT podporu (elektronický podpis, zařízení eReceptu, obnova technických certifikátů). Díky praktické neexistenci povinné jasně definované standardizace pro trvalé uchování a předávání dat mají jednotlivé systémy v praxi problém načíst data ze systémů jiných, a tak i převod dat je mnohdy bez sofistikované IT podpory nemyslitelný. **Praktický lékař přestává být schopen samostatně léčit!**

Příhody z elektronizace venkovské praxe

Internet, elektronické hrozby a živé IT systémy

Počkejte prosím s tím infarktem, přišla urgentní aktualizace a aťák musí opravit počítač, aby šlo EKG...

Povinné trvalé připojení zdravotnického zařízení k internetu staví lékaře do zcela nové pozice. Musí svůj počítač a síť v ordinaci adekvátně zabezpečit a v mnoha případech to znamená, že by si měl **zajistit** a zaplatit **odborníka, který se mu bude o síť pravidelně starat**. **Hrozba** útoku z internetu v podobě **ransomware**

a malware je zcela **reálná** a znám případ kolegyně, které škodlivý software spuštěný v počítači po kliknutí na odkaz v „nevinném e-mailu“ postupně šifroval data na disku a ve chvíli, kdy se projevil, kolegyně přišla o dva roky své práce.

Bohužel není výjimkou, že i **renomovaná bezpečnostní řešení**, pokud nejsou správně nastavena, zamezí komunikaci s elektronickými službami pojišťoven, či **zablokují funkce lékařského software**. Během podzimu 2018 např. bezpečnostní řešení firmy AVG zabránilo spuštění systému PC doktor tím, že jako hrozbu přesunulo do karantény jeho hlavní část. Zapnutý SSL skener systému Bitdefender téměř rok bránil elektronickému vyúčtování a připojení k systémům VZP, které byly taktéž označeny za potenciální hrozbu.

Aby toho nebylo málo, tak **bezpečnostní aktualizace systému Windows** opakovaně způsobují, že k počítači **připojené lékařské přístroje přestávají fungovat**. V minulosti jsem v tomto ohledu zažil problémy s přímo připojenými přístroji firem Boso, Padsy či ResMed. Nicméně jsem přesvědčen, že z principu se tyto problémy mohou vyskytovat u všech přístrojů, které nejsou samostatně funkční bez připojení k počítači. V některých případech výrobce promptně zareaguje a příslušná úprava software přístroje je zdarma, v případech jiných však chce za příslušnou záplatu i značně vysokou finanční kompenzaci. Tato zkušenost mě přivedla k tomu, že pro mě začíná být důležitým kritériem, zda je **přístroj samostatně funkční i bez připojení k počítači**.

eRecept

Warfarinizovaný pacient: Ty, Máňo, doktor mi poslal SMSkou ten kód na eRecept a v lékárně mi místo Rosocardu dali nějaké Cotrimoxazol. Ale asi mi nějak nesedí, dělej se mi po něm pěkný modřiny! Fakt dávají vždycky ten samej lék, jen s jiným názvem?

O systému eReceptu bylo napsáno mnoho a téměř každý lékař s ním má své zkušenosti. Byť je nám lékařům shora podsouváno, jak systém dobře funguje a je bezpečný, já tuto zkušenost nesdílím.

- Jen registrace do systému je vysloveně uživatelsky nepřátelská a mnohdy **dá zabrat i IT profesionálovi, který má následně k dispozici i veškeré údaje pro vystavení eReceptu**. Toto je věc, kterou by měl z mého pohledu být lékař schopen udělat zcela sám, protože pokud má jeho přístupové údaje k eReceptu někdo jiný, je schopen vystavovat recepty jeho jménem.
- Současný systém **v podstatě nepožaduje, aby byl eRecept podepsán certifikátem lékaře!** V loňském roce se stalo, že si kolega sám zaváděl do počítače

nový certifikát na podpis eReceptu. Po nějaké době však zjistil, že má v počítači zaveden certifikát manželky (nelékařky), a ne svůj, a vznesl tedy oprávněný dotaz, jak je to s platností těchto receptů a jestli nemůže být problém. Překvapilo mě už jen to, že je možné takový eRecept systémem vystavit a že je bez problému i vydán. Kontaktoval jsem tedy SÚKL a dle jejich vyjádření se nezkoumá, zda podpisový certifikát patří přihlášenému lékaři, protože **dle současné legislativy je plně dostačující, pokud je recept podepsán kvalifikovaným certifikátem (tedy třeba i uklízečky)**. Pro vystavení jsou zásadní přístupové údaje, za které je odpovědný lékař a jejich zneužití padá na jeho hlavu (mnohdy je však má k dispozici i IT pracovník, který se o eRecept lékaři stará).

- Systém eReceptu rozhodně není dokonalý a mimo jiné **je na lékaři, aby si hlídal aktuálnost číselníků ve svém programu** (dnes to již naštěstí většina programů hlídá sama). V eReceptu zasílaném do centrálního úložiště totiž zjevně není (či minimálně nějakou dobu nebyla) uvedena verze číselníku, dle kterého byl eRecept vystaven. Stávalo se tedy, že lékař vystavil eRecept na nějaký lék a pacient dostal v lékárně lék zcela jiný, a to jen kvůli rozdílné verzi číselníků.

List o prohlídce zemřelého

S lítostí Vám oznamujeme, že místo Vašeho úmrtí není v naší databázi. Přesuňte se prosím zemřít do indexované lokace...

V červenci 2013 přišel z ministerstva zdravotnictví dopis, že by zdravotnická zařízení měla předávat list o prohlídce zemřelého v elektronické podobě (Č.j.: MZDR 21671/2013/NP). Mimo jiné zde byla zmíněna i nemalá finanční sankce a ÚZIS vytvořil pro zdravotnická zařízení vlastní inteligentní formulář.

Naštěstí čas ukázal, že s elektronizací v tomto případě to není až tak horké, jelikož i **současná platná právní úprava** vyhláška č. 272/2012 i ve své poslední aktualizaci z ledna 2016 ve svém § 3 **připouští stále předání listu o prohlídce zemřelého na ÚZIS i v papírové podobě**.

Jelikož ale počítám naše zdravotnické zařízení mezi progresivnější, pokusili jsme se na základě uvedeného dopisu tuto agendu elektronizovat a dnes se snažíme předávat data elektronicky. Nicméně i po těch několika letech nejde stále o zcela bezproblémovou záležitost:

- Integrace do lékařského software není zcela optimální a ne vždy bez problému funguje. Jelikož ohledání není v naší praxi každodenní záležitostí, osvědčilo se nám spíše použít ÚZISem dodávaný inteligentní formulář.
- Pro chod samostatného formuláře je potřeba instalace

dalšího speciálního software – SW602 Form Filler a pro bezproblémovou funkci je třeba mít instalovanou poslední verzi tohoto software i poslední verzi formuláře.

- V současnosti existuje již 60. verze (z 21. 9. 2018) formuláře. Časté aktualizace jsou zjevně na místě, jelikož jde o komplexní problematiku a formulář u některých položek neumožňuje zadat volný text, ale nutně vybrat položku z databáze. U jedné z předchozích verzí jsme tak v případě úmrtí v odlehle lokalitě nebyli schopni zadat správné místo úmrtí (v několika lidech jsme se snažili asi 2 hodiny, než bylo po konzultaci s rodinou rozhodnuto, že dotyčný zesnulý zemřel jinde...).
- Formulář ÚZIS umožňuje nejen předání dat ÚZIS, ale po opatření elektronickým podpisem data zaslat i na příslušnou matriku Datovou schránkou. Bohužel ale nejde o úplně uživatelsky přívětivou záležitost, kterou zvládne každý lékař bez problému.

Z naší zkušenosti plyne, že **elektronické odeslání listu o prohlídce zemřelého je ve většině případů časově náročnější než papírová forma** (formulář nevyplňujeme na místě ohledání, ale v ordinaci). Díky automatické kontrole je ale počet nesprávně vyplněných úmrtních listů zcela minimální. Pokud dochází k ohledání méně často, je před předáním dat nutná aktualizace formuláře i vlastního software pro vyplnění, což zdržuje. I díky tomu, že ohledání nelze elektronicky vyplnit jednoduše na místě (např. přes mobilní telefon), převažuje u nás i u kolegů v okolí, které znám, předání listu o prohlídce zemřelého v papírové formě.

Z mého pohledu je škoda, že není dostupná i webová verze formuláře přátelská k mobilním zařízením, která by umožnila vyplnění na místě ohledání a krom zaslání kopie ÚZIS a na matriku i zaslání kopie do datové schránky zdravotnického zařízení. Možnost uložení kopie v telefonu pro případnou opravu by asi byla také na místě. Jistě by šlo o uživatelsky přívětivější řešení než současné mimo jiné i proto, že by odpadla nutnost aktualizací formuláře a software pro vyplnění...

Úskalí elektronické komunikace

E-mail pacientky: Pane doktore, již dva dny mi otéká hrdlo a dnes se mi i podstatně hůře dýchá, nemohu mluvit a zavolat, proto jsem se rozhodla Vám napsat. Mám se za Vámi zastavit, nebo to již je na rychlou záchrannou službu?
Děkuji, Fuchsová A.

Výše uvedenou zprávu dostal v žertu kolega. Zpráva byla odeslána přes webovou službu www.doktor.cz a adresa odesílatele nebyla pravá. Kolega měl však

z takového mailu těžkou hlavu a v dané chvíli zvažoval, jestli nemá situaci nějak více řešit.

Bohužel nemalá část kolegů v našem okolí, ale i studentů medicíny, se kterými se setkávám, stále považuje **běžný e-mail za bezpečnou a nezpochybnitelnou formu komunikace**, a běžně tak komunikují se svými kolegy i pacienty i o citlivých věcech. Málokoho napadne, že zprávu bez problému může číst i další osoba a může být odeslána kýmkoli. **Běžný e-mail lze přirovnat ke korespondenčnímu lístku.**

Představy o bezpečnosti a nezpochybnitelnosti e-mailu jsou jak u lékařů tak i pacientů podporovány i běžně dostupnými službami, jako je již zmíněný www.doktor.cz.

- Tato služba se tváří jako oficiální vyhledávač lékařů, které je možné vyhledat dle jména či lokality a zobrazuje kontaktní údaje s možností lékaře ihned kontaktovat e-mailem.
- Pacient je navíc po odeslání emailu ujištěn, že mu lékař odpoví na jeho email...

Jistě nejde o jedinou službu svého druhu. Podobné informace i kontakty nabízí např. i www.zdravotniregistr.cz. Bohužel jde o služby tváříci se poměrně důvěryhodně a garantovaně i díky tomu, že spolupracují s některými kolegy. V mnohých případech jsou však informace na těchto webech zcela zavádějící a neúplné. Navíc jsou zobrazovány bez vědomí a souhlasu dotčených zdravotnických zařízení. Obecně tedy jistě nelze označit zobrazované informace za validované a autorizované.

V tomto ohledu je zásadní opakovaná a trvalé edukace nejen pacientů, ale i nás lékařů. Svět elektronizace je dnes podobný džungli, a ne vždy jsou elektronické věci tak, jak se na první pohled jeví. Pokud se týče **elektronické komunikace**, je vhodné vybírat si pro použití **služby, za kterými je nějaká obecně uznávaná autorita.**

V případě elektronické komunikace mezi zdravotnickými zařízeními je takovou službou např. www.lekarskyemail.cz, což je služba s podporou SPL.

Pro elektronickou komunikaci lékaře a pacienta lze doporučit jakoukoli službu s koncovým šifrováním s ověřením odesílatele, kterou lékař oficiálně zveřejní v ordinaci či na webových stránkách svého zařízení.

- Z běžně užívaných **mobilních aplikací** lze doporučit **WhatsApp** či **Viber**
- Místo běžného e-mailu je lepší použít **datovou schránku**. Alternativou je např. šifrovaný e-mail s elektronickým podpisem, v praxi se mi toto řešení ale neosvědčilo, protože uživatelská přívětivost není zrovna velká. Daleko lépe se osvědčilo **zasílání citlivých informací jako příloha e-mailu v ZIP balíčku, který je šifrován rodným číslem pacienta** (včetně lomítka) s využitím volně dostupného programu www.7-zip.org.

- Uživatelsky velmi přívětivé a bezpečné je využití služby www.drsejf.cz, která uloží předávaná data šifrovaně v úložišti, na e-mailovou adresu příjemce je zaslána adresa ke stažení a na mobilní telefon příjemce heslo k dešifrování.

Jaké znalosti tedy lékař potřebuje, aby dokázal fungovat samostatně v systému elektronizace, jak je dnes nastaven?

Objem nutných znalostí o elektronických systémech, které lékař potřebuje k tomu, aby mohl samostatně fungovat bez IT podpory, je značně rozsáhlý. Počínaje znalostmi o fungování a připojení používaných přístrojů, přes znalosti stran počítačových sítí, které má v ordinaci, až po znalosti asymetrické kryptografie PKI (public key infrastructure) = šifrování a dešifrování dat na podkladě páru soukromého a veřejného klíče – tedy infrastruktury, na které je postaven dnes používaný systém elektronického podpisu.

V tomto ohledu je ale zásadní, zda je elektronizace věci volitelnou či povinnou! Pokud jde o **povinné použití** nějakého **elektronického systému**, které po lékaři **požaduje systém**, měl by systém rovněž zabezpečit, aby byl **lékař v dané oblasti adekvátně vzdělán** a aby byly k dispozici **nástroje** na takovém stupni **uživatelské přívětivosti**, že s nimi zvládnou pracovat úplně **všichni lékaři do systému zapojení.**

Pojďme si věc konkrétněji přiblížit na příkladu dnes potřebných znalostí pro pochopení služeb vytvářejících důvěru pro elektronickou komunikaci a vedení elektronické dokumentace, které jsou postaveny na systému asymetrické kryptografie PKI a využívá je např. dnes i povinný eRecept.

Z mého pohledu je zcela přijatelné a představitelné, že by lékař měl chápat obecné požadavky na elektronickou komunikaci ve zdravotnictví. Níže uvádím analogii s klasickou papírovou komunikací:

- **Důvěrnost** – zalepená obálka, dopis do vlastních rukou
 - elektronická analogie = šifrování
- **Důvěryhodnost autora** – razítko, podpis
 - elektronická analogie = elektronický podpis
- **Rychlost, ověření přijetí** – doporučená pošta
 - výhoda elektronické komunikace – adresát má zprávu doručenu prakticky ihned po odeslání, ověření přijetí není problém (elektronické doručení)

Těžko lze namítat něco i proti tomu, aby lékař znal obecné legislativní požadavky pro vedení elektronické dokumentace:

- 54 a § 55 Zákona 372/2011 Sb.

- **každodenní** bezpečností kopie datových souborů
 - **1x ročně** kopie dokumentace k **dlouhodobému uchování** způsobem, který **znemožňuje provádět do těchto kopií dodatečné zásahy**
 - **nezměnitelné, nezpochybnitelné a ověřitelné datum zápisu a identifikaci tvůrce záznamu** (v praxi nejčastěji realizováno kvalifikovaným elektronickým podpisem a kvalifikovaným časovým razítkem v souladu s eIDAS)
 - **nutnost autorizované konverze do listinné podoby** dle zákona č. 300/2008 Sb. (Czechpoint, specializované advokátní služby... = **placené**)
- Vyhláška č. 98/2012 Sb.
- převod dokumentu **z papírové do elektronické formy** – nutnost použití **kvalifikovaného elektronického podpisu a kvalifikovaného časového razítka**
 - **archivace zdravotnické dokumentace** obecně 5 – úmrtí + 10 let
 - *Pozn.: Přijetí a uchování zdravotnické dokumentace elektronicky přináší i povinnost pečovat o tuto dokumentaci jako o elektronickou – elektronická archivace, povinnost autorizované konverze do listinné podoby...*

A na bazální úrovni porozuměl některým technickým pojmům, které jsou s tím spojeny:

- **Certifikát** – obálka vydaná důvěryhodnou autoritou, **zprostředkovává elektronický podpis** a obsahuje
 - Privátní klíč – slouží při podepsání dat
 - Veřejný klíč – slouží při ověření dat
- **Doba platnosti** certifikátu určuje dobu ověřitelnosti podpisu
 - běžně **pouze 1 rok**, kvůli bezpečnosti (možnost falšování)
 - platnost certifikátu není rovna platnosti podpisu
 - podpis nemá omezenou platnost, omezena je pouze jeho důvěryhodnost daná možností elektronického ověření (doba platnosti certifikátu)

Další komplikovanější záležitosti by již ale měly být odstíněny uživatelsky přívětivým software! Na rozhraní potřebných znalostí lékaře by mělo být tak maximálně povědomí o různých typech certifikátů a o tom, že elektronický dokument má nějaký životní cyklus a je třeba jej správně archivovat:

- **Kvalifikovaný** vs. **Komerční** certifikát (zákon č. 297/2016 Sb.)
 - Kvalifikovaný certifikát poskytuje zaručený elektronický podpis dle zákona (nikoli kvalifikovaný!), nelze jím šifrovat, ale umožňuje komunikaci se stát-

ní správou

- **Kvalifikovaný el. podpis** (eIDAS – nař. EU č. 910/2014)
 - založený na kvalifikovaném certifikátu, kdy privátní klíč je uložen na kvalifikovaném prostředku (schválená čipová karta, USB token)
- **Časové razítko** (či kvalifikované časové razítko)
 - jednoznačně ukotvuje elektronický dokument (jeho vznik) v čase a prokazuje, že v daném čase nezpochybnitelně existoval dokument v dané podobě
 - přerazítkováním elektronicky podepsaného ověřitelného dokumentu časovým razítkem je možné prodloužit (i opakovaně) dobu ověřitelnosti elektronického podpisu

Skutečnosti, které jsou z mého pohledu za hranicí toho, co by měl lékař vědět, ale co dnešní systémy mnohdy po lékaři požadují např. při provádění každoroční obnovy certifikátů či nastavení v systémech pro jejich použití, jsou:

- Znalost typu systémových úložišť a dalších odborných termínů IT spojených s obnovou certifikátů.
- Porozumění životnímu cyklu elektronického dokumentu a správnému nastavení archivní služby pro jeho trvalé uchování, aby byl dokument archivován v souladu s potřebnými normami a bylo možno provést jeho autorizovanou konverzi do listinné formy.
- S tím souvisí i pochopení principu elektronického podpisu a časového razítka pro prodloužení elektronické ověřitelnosti podpisu dokumentu (viz ilustrativní obrázky 1 a 2)

Pokud i vám připadá nepatřičné, aby **lékař** tyto věci řešil a musel znát, protože **by měl především léčit pacienty** a nikoli řešit záludnosti elektronických systémů, jistě se v tomto pohledu shodneme.

Problém je ale v tom, že dnešní systémy potřebují správně nastavit, aby dobře fungovaly. Byť jejich následné použití může být i jednoduché, faktem prostě je, že nutnost nastavování těchto systémů před použitím a jeho uživatelská přívětivost je zcela nesrovnatelná s historií, kdy lékaři k zápisu dokumentace při práci stačilo použití papíru, tužky a razítka.

Bohužel k tvorbě elektronických systémů se stupněm uživatelské přívětivosti, který umožní nezávislost fungování lékařů i při současné úrovni jejich IT vzdělání, není zatím politická vůle. Na druhou stranu je jistě teoreticky možné, aby každý lékař měl svého pracovníka IT podpory. Reálný problém je zde však mimo jiné i ekonomický a v současnosti jen obtížně řešitelný. Žádná zdravotní pojišťovna ve svých platbách zatím adekvátně neodrazila rostoucí náklady na provoz komplexních IT systémů v zařízeních primární péče (viz ilustrativní obrázek 3).

Z mého pohledu je nezbytné zajistit, aby **praktický lékař mohl** i nadále **pracovat pokud možno pouze s minimální závislostí na odborné IT podpoře**. Dále, elektronické systémy pro **služby vytvářející důvěru** (certifikáty pro šifrování a elektronický podpis) musí být na takovém stupni uživatelské přívětivosti, aby je každý **lékař zvládl používat samostatně bez externí pomoci**.

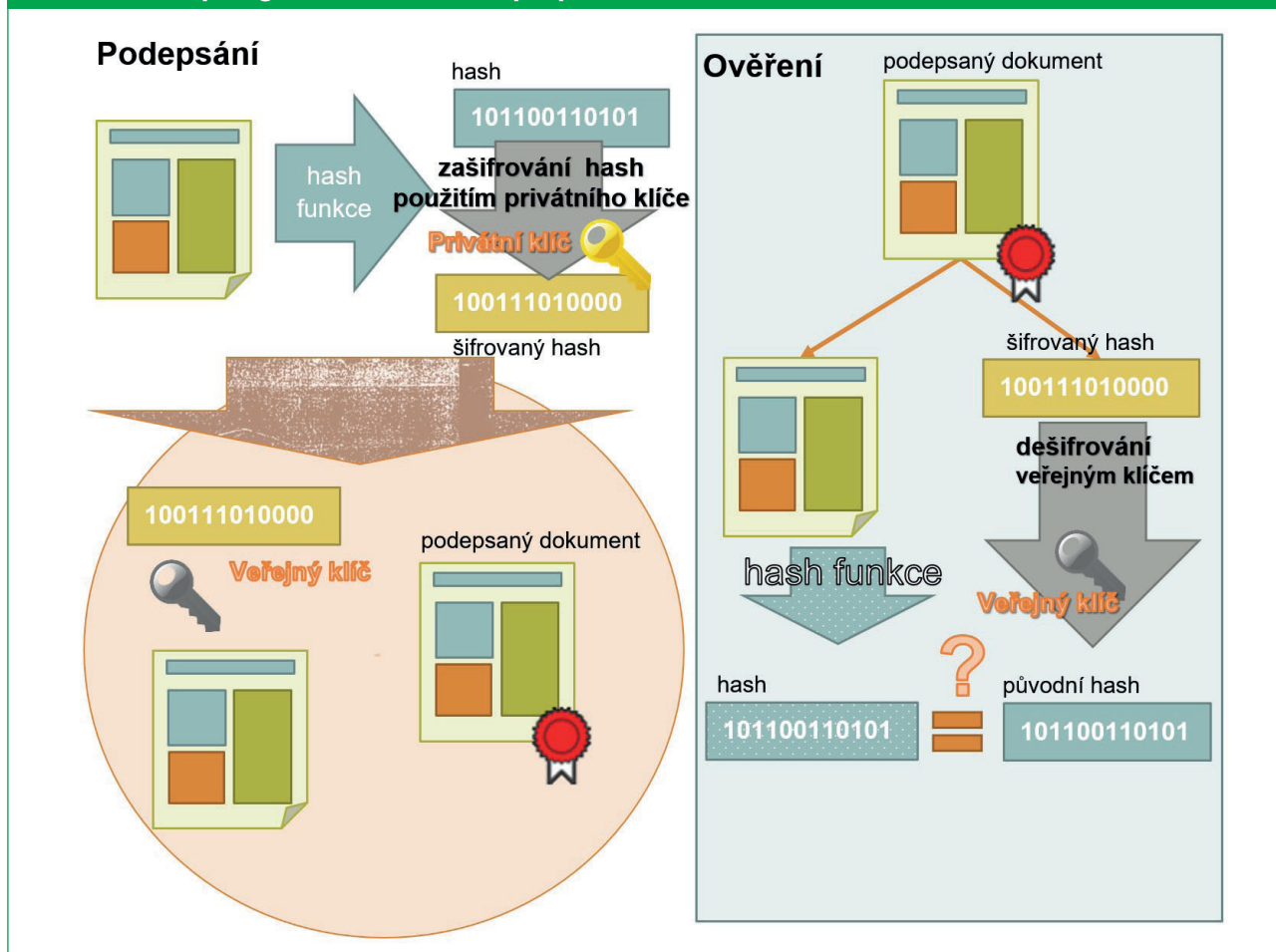
Co lze tedy udělat lépe, aby nebylo třeba studium medicíny rozšířit o dva roky IT?

- Obecně klást **vysoký důraz na jednoduchost, uživatelskou přívětivost, bezúdržbovost a ergonomii elektronických nástrojů** užívaných ve zdravotnictví.
- Vytvořit jednotný **oborově omezený** elektronický prostředek (HW prostředek + certifikát) pracovníka ve zdravotních a sociálních službách sloužící:
 - pro **autentizaci** ve všech zdravotnických/sociálních systémech,
 - **autorizaci** požadavků (vystavení receptů, žádanek

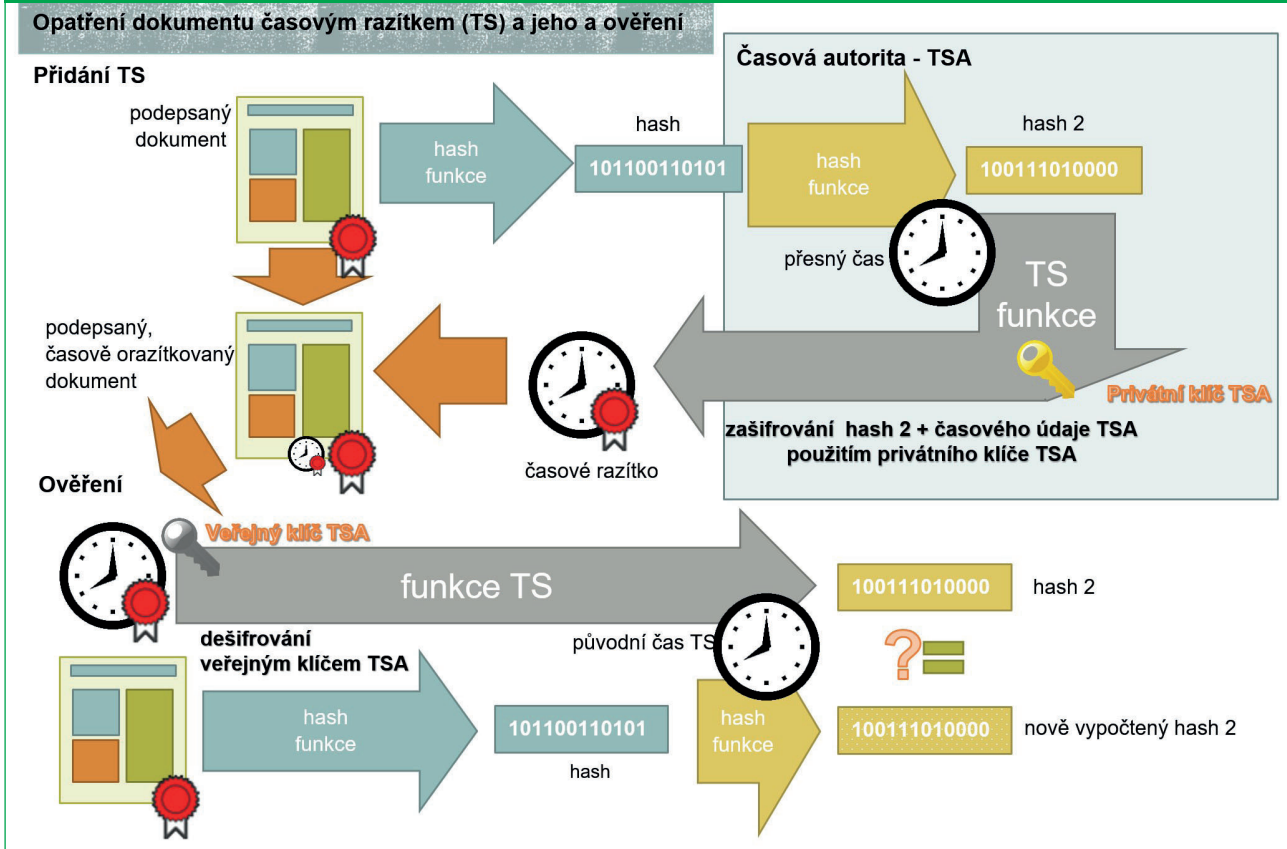
atp.) a

- k zajištění **autenticity** tvořených dokumentů (podpis zdravotnické dokumentace)
- se **systémem „bezobslužné“ obnovy**.
- Vytvořit **povinné standardy pro výměnu a uchování dat**
 - zajištění přenositelnosti veškerých dat od jednoho poskytovatele IS k jinému.
- Vytvořit systém **certifikace pro zdravotnický SW**
 - Lékař nemusí do hloubky rozumět problematice a certifikace mu poskytne jistotu, že daný SW splňuje legislativní (ev. další) požadavky.
- Při návrhu koncipovat **lékařské přístroje jako samostatně funkční na jiných IT systémech nezávislé jednotky** s možností komunikace a propojení dle standardů.
- Ve světle výše uvedeného **vytvořit souhrn bazálních znalostí**, které je třeba **předat lékařům** optimálně již v rámci studia na LF.

Obrázek 1: Princip fungování elektronického podpisu – ilustrativní obrázek



Obrázek 2: Princip fungování časového razítka – ilustrativní obrázek



Obrázek 3: Ohodnocení času lékaře a IT technika – ilustrativní obrázek

15	lékaři	2.2019
7101	MUDr. [redacted]	Období
YÚČTOVÁNÍ		
Průměr PP/mě	34614	/hodinu 265,36
Průměr ND/den		lání 28095
Týdně hodin	30,00	Úvazek 0,750
Třída/stupeň	12/5	Funkce 22214

Pokud je čas běžného IT technika více než **4x dražší** než čas lékaře s absolvovaným kmenem, nejde o **podstatné zvýšení** nákladů na zdravotní péči jen díky elektronizaci?

Označení dodávky	Katalog	Počet	M.J.	Sleva [%]	Cena za M.J.	DPH [%]
Update EKG FL s aut.rozměřeníem na aktuální verzi	815-271	1,00	ks	0,00	5 250,00	21
Update EKG FL, HES interpretace na aktuální verzi	815-273	1,00	ks	0,00	2 800,00	21
SW update Scanlight na aktuální verzi	845-854	1,00	ks	0,00	5 250,00	21
Genová nabídka nezahrnuje čas servisního technika na reinstalaci přes TeamViewer 300 Kč bez DPH/15 minut						

Konzumace masa a uzenin z pohledu zdraví



doc. Ing. Jiří Brát, CSc.
Vím, co jím a piju, o.p.s.

Úvod

Výživová doporučení se v poslední době snaží zjednodušit informaci pro koncového spotřebitele. Dříve se pozornost soustředila hlavně na doporučené výživové dávky pro jednotlivé živiny, z nichž některé mají pozitivní vliv na zdraví, jiné naopak negativní. Z hlediska vlivu na zdraví je rozhodující nejen obsah jednotlivých živin v potravinách, ale i konzumované množství těchto potravin. Běžný spotřebitel se v této problematice jen těžko orientuje. Proto ve výživových doporučeních poslední doby převažuje prvek, zda by daná potravina jako celek měla být konzumována přednostně, nebo zda bychom se jí v rámci stravy měli spíše vyvarovat či ji zařazovat do jídelníčku jen v omezené míře. Nejinak je tomu v případě masa a masných výrobků. Konzumace masa má svoje zastánce, ale i odpůrce. Každá z obou skupin přináší různé argumenty na svoji obhajobu.

Maso – zdroj bílkovin

Výživová doporučení, která jsou sestavena na bázi potravin, řadí maso do skupiny zdrojů bílkovin spolu s rybami, luštěninami, ořechy, semeny, vejci a výrobky ze sóji. Bílkoviny přinášejí do organismu hmotu, která je nezbytná pro výstavbu a obnovu tkání. Vyskytují se v potravinách živočišného a rostlinného původu. Jako optimální z hlediska výživy se jeví, když se konzumují bílkoviny z obou těchto zdrojů. Živočišné bílkoviny včetně masa mají vhodnější zastoupení esenciálních aminokyselin a obecně lepší stravitelnost, i když tu lze u rostlinných bílkovin zvýšit pomocí některých technologických procesů jako např. mletí, máčení, klíčení, fermentace a tepelná úprava. Maso je rovněž dobrým zdrojem vitaminů B a D, železa, zinku, selenu. Vitamin B12 se získává z potravin živočišného původu, proto jej vegani, kteří nekonzumují živočišné produkty, jej musejí přijímat z doplňků stravy. Rostlinné zdroje bílkovin dodávají organismu navíc vlákninu, vitamin C, kyselinu listovou, antioxidanty a další biologicky aktivní látky. Skladba mastných kyselin v rostlinných zdrojích mívá vhodnější složení mastných kyselin s výjimkou tropic-

kých tuků. Kombinace rostlinných a živočišných zdrojů bílkovin činí stravu pestřejší z hlediska zastoupení všech pro organismus potřebných živin. Obecně se doporučuje udržovat v rámci celkové stravy poměr živočišných a rostlinných bílkovin 1:1–2. Proto není vhodné se masu zcela vyhýbat, ani ho konzumovat v nadbytku. Ve stravě rozvinutých zemí západní Evropy a Ameriky převládají v současné době živočišné bílkoviny. Proto by konzumace masa měla být oproti současnému stavu spíše omezována a doplňována o rostlinné zdroje bílkovin.

Tuk, důležitý atribut při výběru masa

Tuk v maso má vyšší podíl nasycených mastných kyselin než jednu třetinu, proto by měl být ve stravě omezován. Zastoupení jednotlivých mastných kyselin se liší podle druhu, případně, z jaké části zvířete byl tuk získán, roli hraje do určité míry i skladba krmení. Tuk drůbeže obsahuje přibližně 30–40 %, tuk ve vepřovém maso má 40–50 %, hovězí maso má 43–52 % nasycených mastných kyselin. Díky převaze nasycených mastných kyselin v tuku v maso je ve všech doporučeních založených na vědeckém základě preferován výběr libového masa před tučným. Podle amerického Úřadu pro kontrolu potravin a léčiv FDA je za libové považováno maso, které obsahuje méně než 10 g tuku, 4,5 g nasycených mastných kyselin a 95 mg cholesterolu ve 100 g. Tuk je v organismech ukládán ve svalovině masa, v mezisvalové hmotě, v útrokách nebo v podkoží. Podkožní tuk a mezisvalový tuk je možno před konzumací oddělit. Drůbeží maso se doporučuje konzumovat bez kůže. U masa jatečných zvířat jsou některé části typické mramorovou strukturou s viditelným tukem v mezisvalové hmotě. Tyto druhy masa jsou z hlediska senzorického řadou spotřebitelů více vyhledávány, z hlediska výživových doporučení by však měly být konzumovány v omezené míře.

Konzumace masa ve vztahu k neinfekčním onemocněním hromadného výskytu

Z velké prospektivní studie vyplynulo, že vegani, vegetariáni, pescatariáni (konzumují ryby) a semivegetariáni (konzumace masa nečastěji než 1 x týdně) měli o 12 % nižší riziko úmrtí než osoby živící se smíšenou stravou. Přičemž nejnižší úmrtnost byla zaznamenána u pescatariánů [1]. Převažující rostlinná strava s omezeným příjmem vysokovymílané (světlé) mouky a cukru vykazuje oproti potravinám živočišného původu inverzní lineární závislost s výskytem diabetu 2. typu a ischemické choroby srdeční [2,3]. Z toho vyplývá, že strava bohatá na celozrnné obiloviny, ovoce, ořechy a luštěniny se jeví jako prospěšná, přitom není bezpodmínečně nutné stát se veganem.

Konzumace masa a masných výrobků bývá spojována

s některými neinfekčními onemocněními hromadného výskytu, jako jsou například kardiovaskulární onemocnění, která většinou souvisejí s vyšší konzumací živočišných tuků obecně. V případě konzumace libového masa nejsou prokazatelné důkazy, že by se maso podílelo na rozvoji kardiovaskulárních chorob, naopak z některých intervenčních studií vyplývá pozitivní účinek konzumace libového masa na rizikové faktory, jako je hladina cholesterolu [4].

Konzumace masa bývá spojována i s onemocněním rakovinou, hlavně tlustého střeva. Informace vycházejí z epidemiologických studií, které ukazují na souvislost mezi konzumací masa a výskytem rakoviny, aniž by však byl spolehlivě prokázán mechanismus účinku jejího vzniku. Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny (IARC), která je složkou Světové zdravotnické organizace (WHO), posuzovala výsledky více než 800 studií, které sledovaly souvislost mezi konzumací hovězího, vepřového, skopového masa a zvěřiny, stejně jako masných výrobků a výskytem rakoviny. Lidé, kteří konzumovali více hovězího, vepřového, skopového masa a zvěřiny (více než 100 g denně) měli o 17 % vyšší riziko výskytu rakoviny než ti, kdo konzumovali nízká množství masa. Těsnější vazba mezi výskytem rakoviny byla prokázána u konzumace masných výrobků. O 18 % zvýšené riziko bylo zaznamenáno u osob, které konzumovaly více než 50 g masných výrobků denně [5]. Hovězí, vepřové, skopové (někdy označované skupinově jako červené maso) bylo zařazeno z hlediska klasifikace pravděpodobnosti vzniku rakoviny do třídy 2A „pravděpodobně karcinogenní pro člověka“. Omezené důkazy ukazují na souvislost nadměrné konzumace masa zejména s výskytem kolorektálního karcinomu a do jisté míry karcinomu pankreatu a prostaty. Masné výrobky byly zařazeny do skupiny 1: „karcinogenní pro člověka“. Velké množství důkazů údajně svědčí o tom, že konzumace masných výrobků vede ke vzniku kolorektálního karcinomu. Zařazení do těchto kategorií však neznamená, že by každý, kdo konzumuje maso nebo masné výrobky, měl onemocnět rakovinou. Přestože byla konzumace masných výrobků zařazena do stejné rizikové kategorie jako kouření, kouření je 6 x rizikovější než konzumace zpracovaného masa. Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny (IARC) zařadila do třídy 2A (pravděpodobný vznik rakoviny) mimo jiné i práci na směny, která narušuje přirozené 24hodinové biologické rytmy člověka, nebo povolání holič/kadeřník. Do třídy 1 (karcinogenní pro člověka) je zařazena práce lakýrníka. Zařazení lidských činností do těchto rizikových kategorií rovněž neznamená, že každý, kdo je vykonává, onemocní rakovinou.

Co může způsobovat rakovinu při konzumaci masa?

Jsou na to různé teorie, ale žádná z nich nedošla k jasným průkazným závěrům. Jednou z příčin, které přicházejí v úvahu, je působení hemového železa, které při konzumaci v nadbytku může v organismu katalyzovat vznik volných radikálů s karcinogenním účinkem [6]. Další

možný mechanismus je spojován nikoliv s masem jako takovým, ale s látkami, které mohou vznikat při kuchyňských úpravách masa za vysokých teplot nebo při jeho zpracování. Jedná se například o heterocyklické aminy, které vznikají reakcí aminokyselin a monosacharidů při teplotách 125–300 °C nebo polyaromatické uhlovodíky, které vznikají rozkladem odkapávajícího tuku při grilování a následně pak ulpívají na maso. Některé kulinární postupy přímo nabádají k práci za vyšších teplot, aby se maso zatáhlo a nepouštělo šťávu. Polyaromatické uhlovodíky vznikají rovněž nedokonalým spalováním, typickým zdrojem je kouř používaný při uzení. Domácí uzení je v České republice populární, lidé žijící na vesnicích proouzují podomácku vyrobené udirny různého druhu. V řadě z nich je maso přímém v kontaktu s koncentrovanými spalinami, v nichž je vyšší koncentrace polyaromatických uhlovodíků, které potom přecházejí do masa. Domácí uzené maso postrádá jakoukoliv kontrolu nad obsahem polyaromatických uhlovodíků v potravině. Průmyslové udirny jsou vybaveny odlučovači a obsah polyaromatických uhlovodíků ve výrobcích je pod kontrolou. Karcinogenní účinky mohou vyvolávat nitrososlučeniny. N–nitrososlučeniny vznikají reakcí dusitanů a oxidů dusíku zejména se sekundárními aminy, a to jednak v uzených masech a uzeninách, jednak v trávicím traktu. Katalyzátorem má být železo, naopak vysoká nasycenost organismu vitamínem C rizika vzniku nitrososlučenin snižuje.

Nejnovější výzkumy ukazují i na další možnou příčinou souvislost se vznikem rakoviny a vysokou konzumací masa. Vědci zjistili přítomnost kyseliny N–glykolylnauraminové (Neu5Gc), která se přirozeně nevyskytuje u člověka, ve vepřovém, jehněčím a hovězím maso. Ukazuje se, lidský organismus ji absorbuje. Vědci se domnívají, že by mohla vyvolávat záněty, artritidu a rakovinu [7]. Přítomnost této látky byla zjištěna mimo jiné i v nádorech u člověka. Ačkoliv se Neu5Gc obecně nepovažuje přímo za toxickou pro člověka, výzkumníci se domnívají, že by mohla potenciálně spouštět imunitní odezvu na záněty a mohla by se podílet na některých autoimunitních onemocněních.

Někdo spojuje vznik rakoviny s vysokou konzumací tuků, v tomto případě však neexistují žádné studie, které by tuto teorii potvrdily. Vznik rakoviny se častěji objevuje u osob s nezdravým životním stylem a obezitou, což nemá přímou souvislost s konzumací masa ani tuku. Pokud je konzumace masa z hlediska množství v rámci výživových doporučení, nejsou důkazy o spojitosti mezi jeho příjmem a vznikem rakoviny. Vyplývá to mimo jiné ze studií v Asii, kde byla spotřeba masa nepřímou úměrná s celkovou mortalitou [8]. V Asii je však obecně nižší konzumace masa než v Evropě či Americe, což svědčí o tom, že umírněná konzumace masa není škodlivá, ale může být i prospěšná.

Konzumace masa z pohledu životního prostředí

Přeměna krmiva na nárůst svalové hmoty hospodářských zvířat není efektivní. Uvádí se, že konverzní faktor (podíl hmotnosti sušiny krmiva a jedlého podílu zvířete) je 3,3 u drůbežního, 6,4 u vepřového a 25 u hovězího masa [9]. Produkce masa a chov hospodářských zvířat vytváří mnohem vyšší emise skleníkových plynů než pěstování obilovin, zeleniny a ovoce. Průmyslový chov zvířat zaujímá podíl zhruba 15 % všech emisí oxidu uhličitého, metanu i oxidu dusného, které vznikají činností člověka. Chov hospodářských zvířat vede rovněž ke ztrátě biodiverzity. Zvyšující se poptávka po masu vyžaduje více zemědělské půdy na pěstování krmiv pro zvířata. Z vodních toků se odvádí voda na zavlažování polí se zemědělskými plodinami, což má negativní dopady na vodní zdroje. Nejhorší dopady na životní prostředí představuje produkce hovězího masa. Přežvýkavcům pomáhají v trávení mikroorganismy přítomné v žaludku, které produkují metan, který má 56× vyšší příspěvek ke globálnímu oteplování než oxid uhličitý.

Kolik masa bychom měli konzumovat?

Výživová doporučení pro obyvatele USA radí při denním příjmu 2000 kcal konzumovat ve skupině masa (včetně drůbeže) a vajec 26 unci týdně (1 unce = 28 g), což odpovídá množství 728 gramů týdně [10]. V doporučeném množství jsou kromě masa zahrnuta i vejce. Německá doporučení uvádějí týdenní konzumaci masa v množství do 300–600 g [11]. Doporučení Austrálie uvádí doporučený týdenní příjem libového masa jatečných zvířat do 455 g [12]. Podle Českého statistického se v České republice zkonsumuje na osobu okolo 80 kg masa v hodnotě na kosti ročně. Příjem je tedy vyšší než se doporučuje, což je v souladu s obecným zjištěním v rámci Evropy a Ameriky. To jsou doporučení z pohledu výživy.

Literatura:

- Orlich MJ, Singh PN, Sabate J, et al. Vegetarian dietary patterns and mortality in Adventist Health Study 2. *JAMA Intern Med* 2013; 173: 1230–1238.
- Satija A, Bhupathiraju SN, Rimm EB, et al. Plant-based dietary patterns and incidence of type 2 diabetes in US men and women: results from three prospective cohort studies. *PLoS Med* 2016; 13: e1002039.
- Satija A, Bhupathiraju SN, Spiegelman D, et al. Healthful and unhealthful plant-based diets and the risk of coronary heart disease in US adults. *J Am Coll Cardiol* 2017; 70: 411–422.
- Luciano FB. (2009) The impacts of lean red meat consumption on human health: a review. *CyTA – Journal of Food* 2007; 7 (2): 143–151.
- Bouvard V, Loomis D, Guyton KZ, et al. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. *The Lancet Oncology* 2015; 16 (16): 1599–1600.
- Qiao L, Feng, Y. Intakes of heme iron and zinc and colorectal cancer incidence: a meta-analysis of prospective studies. *Cancer Causes Control* (2013); 24: 1175–1183.
- Peri S, Kulkarni A, Feyertag F, et al. Phylogenetic distribution of CMP-Neu5Ac hydroxylase (CMAH), the enzyme synthesizing the pro-inflammatory human xeno-antigen Neu5Gc. *Genome Biology and Evolution* 2018; 10 (1): 207–219.
- Lee JE, McLerran DF, Rolland B, et al. Meat intake and cause-specific mortality: a pooled analysis of Asian prospective cohort studies. *Am J Clin Nutr* 2013; 98: 1032–1041.

Časopis *The Lancet* publikoval v lednu 2019 obsáhlou zprávu komise sestavené z 37 předních světových expertů z různých vědních oborů, jak by měla vypadat ideální strava budoucnosti. Zpráva sleduje nejen výživové aspekty, ale i dopady na životní prostředí v souvislosti s očekávaným nárůstem populace do roku 2050. Podle této zprávy by konzumace hovězího a jehněčího masa měla tvořit jen v průměru 7 g denně v doporučeném intervalu 0–14 g, stejně jako konzumace vepřového masa. Konzumace drůbežního masa je doporučována v množství 29 g (interval 0–58 g), ryb bychom měli jíst v průměru 28 g denně (interval 0–100 g). Vepřové maso je zaměnitelné za hovězí, stejně jako jsou vzájemně zaměnitelné drůbež, ryby, vejce a rostlinné zdroje bílkovin [13].

Doporučení pro masné výrobky

Masné výrobky často obsahují vyšší podíl tuku než maso. Z tohoto důvodu by měla být jejich konzumace více omezována než maso samotného. Podobně je vyšší i obsah soli. Masné výrobky by měly být konzumovány v množství, aby v rámci celkové stravy nedocházelo k překračování tolerovaného příjmu soli (5–6 gramů denně) a nasycených mastných kyselin (cca 20 gramů denně).

Závěr

Výživová doporučení preferují konzumaci libového masa. Uzeniny by měly být více omezovány než maso samotné, díky vyššímu obsahu soli a nasycených mastných kyselin. To však neznamená nutnost vyřadit masné výrobky úplně ze stravy. Libová šunka s vyšším obsahem masa a nižším obsahem soli je vhodnější volbou než některé salámy nebo párky s vysokým obsahem tuku i soli. Maso a masné výrobky jsou důležitým zdrojem plnohodnotných bílkovin, minerálních látek jako železo, zinek a selen, stejně jako vitamínu B12.

- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. Dostupné na <http://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge/>.
- Australian Government National Health and Medical Research Council Department of Health and Ageing. Eat for Health. Australian Dietary Guidelines. Dostupné na https://www.eatforhealth.gov.au/sites/default/files/files/the_guidelines/n55a_australian_dietary_guidelines_summary_book.pdf.
- Willett W, Rockström J, Loken B et al. Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet* (2019); publikováno online, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31788-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4).

Vážená paní profesorko Haškovcová,

ráda bych Vám poděkovala za odborný článek v časopise Practicus č. 2/2019 „Nemocní lékaři – co o jejich potřebě komunikace s kolegy víme?“

Dovolte mi napsat pár slov o umírání mého manžela MUDr. Oldřicha Brůhy, praktického lékaře v Písku.

Manžel zemřel v září 2018 doma, v mé péči. Zemřel na třetí zápal plic během jednoho roku, ve věku 89 let. Dožil se jistě krásného věku, i když já si myslím, že právě on si zasloužil oslavit stovku.

Manžel pracoval do 84 let. Asi třicet let působil jako závodní lékař ve zdejší nemocnici. Celý život sportoval, byl štíhlý a stále v pohybu. Rád jezdil na poznávací zájezdy. (Tam jsem ho nedoprovázela, pro celoživotní pohybové potíže bych to nezvládla.) Rád pracoval na zahrádce. Ještě v 88 letech prořezával stromy a v létě trhal ovoce. V zimě každou sobotu lyžoval na Šumavě. Manžel nekouřil a téměř nepil alkohol. Nikdy mě nenapadlo, že to bude ten, kdo odejde první.

Spolu s manželem jsme sedm let pečovali o mou ležící maminku. Zemřela v lednu 2017 ve věku 97 let. Já už od prosince 2016 byla po operaci karcinomu levého prsu. V srpnu 2017 si manžel zlomil kyčelní kloub. V nemocnici onemocněl prvním zápal plic. Ten překonal a ještě chodil na krátké procházky. V březnu 2018 dostal manžel druhý zápal plic. To už mi ho z nemocnice vrátili jako ležícího pacienta s proleženinami na patách a boku. Měli jsme s proleženinami jezdit na kontroly na chirurgii. Tam jsme byli celkem třikrát. Nic se nezlepšilo. Bohužel jsme museli vždy čekat asi tři hodiny. Snažila jsem se sestru uprosit, aby vzali manžela přednostně. Marně. Nepomohly ani argumenty, že je manžel jejich kolega, je mu 89 let, přivezla nás sanitka, je ležící pacient po dvou zápalech plic. Nepomohlo nic a museli jsme čekat. Když jsme přišli na řadu, lékař se na proleženiny podíval a doporučil, ať pokračujeme v dosavadní léčbě. To se opakovalo ještě dvakrát. Po třetí kontrole manžel opět onemocněl zápal plic. Ještě se vrátil domů z nemocnice, ale pátý den už jeho srdce nevydrželo a zemřel. Lékaři se na ortopedii a interně o manžela starali jistě vzorně. Ale nejsem si jistá, zda nebylo možné proleženinám zabránit. Nevěřím, že při ambulantních kontrolách by někdo z pacientů protestoval, že přednostně ošetřili starého nemocného lékaře.

A pokud jde o mě, ráda bych zdůraznila, že na onkologii jsem se nedozvěděla prakticky nic. Ani, že mám nárok na kompresivní podprsenku. Zoufale u nás chybí onkologičtí psychologové. Naštěstí se umím orientovat v odborné literatuře a vše potřebné jsem si zjistila sama. (Jsem absolventka FF UK obor historie.) Ale každý takové možnosti nemá. Vítám výzkum na téma nemocní lékaři. Určitě u nás máme co zlepšovat. A komunikace lékař–pacient je víc než bídná.

S pozdravem Mgr. Ludmila Brůhová
Lipová alej 1808
Písek 397 01

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. 5. 2019**.

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

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Pro jedince, kteří mají zvýšené hodnoty krevního tlaku, mimo ordinaci lékaře pro maskovanou hypertenzi platí:

- a) kauzální TK v ordinaci je pod 140/90
- b) průměrné hodnoty při 24hodinovém ambulantním monitorování TK ve dne jsou nad 135/85
- c) průměrné hodnoty TK za 24 hodin jsou nad 130/80

2. U kterých osob bychom měli myslet na maskovanou hypertenzi?

- a) u osob s diabetem mellitem
- b) u osob s renální insuficiencí
- c) u osob se spánkovou apnoe

3. V jakém rozsahu a kdy může ošetřující lékař umožnit vycházky v dočasné pracovní neschopnosti?

- a) mezi 7 ranní až 19 hod večerní v rozsahu 6 hodin
- b) ihned od prvního dne začátku dočasné pracovní neschopnosti
- c) v neomezeném rozsahu

4. Jaké jsou podmínky nároku na invalidní důchod pro pojištěnce?

- a) získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku invalidity podmínky nároku na řádný starobní důchod, popřípadě, byl-li přiznán předčasný trvale krácený starobní důchod, pokud nedosáhl důchodového věku
- b) stal se invalidním následkem pracovního úrazu
- c) jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %

5. U poruch příjmu potravy (PPP):

- a) nenesou vinu za onemocnění rodiny
- b) nelze geneticky odhalit, kdo PPP onemocní
- c) PPP mohou postihnout jen vybrané věkové kategorie

6. eRecept:

- a) má snadnou registraci do systému, uživatelsky přátelský
- b) nemusí být podepsán certifikátem lékaře
- c) aktuálnost číselníků hlídá většina současných programů

7. Jaké jsou doporučované, bezpečné weby?

- a) www.lekarskyemail.cz
- b) www.doktor.cz
- c) www.drsejif.cz

8. Vyberte neplatnou variantu:

- a) hovězí, vepřové, skopové maso, tak zvané červené, je zařazeno do třídy 2A, pravděpodobně karcinogenní pro člověka
- b) i libové maso má negativní vliv na hladinu cholesterolu v krvi
- c) do třídy 2A, tedy pravděpodobně karcinogenní pro člověka, je také směnný provoz s porušením biorytmů

9. Infekciozita nemocných spalničkami je nejvyšší:

- a) 1 den před prodromálními příznaky
- b) 4 dny po vypuknutí exantému
- c) za týden po výsevu exantému

10. Závažnou komplikací onemocnění spalničkami je:

- a) encefalitida
- b) výrazný makulopapulozní exantém
- c) febrilní stav

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. 04/2019

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 |

Vzdělávací semináře

v květnu 2019



SVL ČLS JEP

Hlavní témata

Může být jaro pro pacienty psychicky náročné?

den	datum	čas	město a místo konání
čtvrtek	2. 5.	16.30 – 20.30	Hotel "U Šimla", Závodní 1, Karlovy Vary
čtvrtek	2. 5.	16.00–20.00	Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3, Liberec 1
čtvrtek	2. 5.	16.00–20.00	Clarion Congres Hotel, Špitálské náměstí 3517, Ústí nad Labem
pondělí	6. 5.	16.30 – 20.30	Aula SZŠ, Příluky 372, Zlín
čtvrtek	9. 5.	16.00–20.00	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, Hradec Králové
sobota	11. 5.	9.00–13.00	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, Brno
sobota	11. 5.	9.00–13.00	Teoretické ústavy LF UP Olomouc (nová budova TÚ), Hněvotínská 3, Olomouc
úterý	14. 5.	16.00–20.00	Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127, Pardubice
středa	15. 5.	17.00–21.00	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová 4, Jihlava
středa	15. 5.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
čtvrtek	16. 5.	16.00–20.00	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
sobota	18. 5.	9.00–13.00	Šafránkův pavilon, alej Svobody č. 31, Plzeň
středa	22. 5.	16.00–20.00	Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14, České Budějovice
čtvrtek	23. 5.	16.00–20.00	Lék.dům, Sokolská 31, Praha 2
středa	29. 5.	16.00–20.00	Hotel Theresia, Na Petříně 991, Kolín

VŠEOBECNÝ LÉKAŘ BEZ HRANIC

Veronika Polcová – plicní lékařka



Hledáme všeobecné lékaře pro naše mise.
Lékařská pomoc tam, kde je nejvíce potřeba.
www.lekari-bez-hranic.cz