



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.04/2020 • ročník 19



TÉMA:
COVID-19

Axiální spondyloartritida

Co je axiální spondyloartritida (SpA)?

Chronické revmatické zánětlivé onemocnění vyznačující se bolestí a ztuhlostí páteře s omezením hybnosti ve všech rovinách

Mezi tradiční jednotky patří například ankylozující spondylitida (Bechtěrevova choroba, AS) nebo psoriatická artritida

Nově zavedený pojem axiální spondyloartritida zahrnuje všechny formy s axiálním postižením, včetně časného onemocnění bez rentgenového průkazu poškození = neradiografická SpA

Postupem času může u některých pacientů dojít k progresi z neradiografické formy axiální SpA do AS

Axiální =

postihující převážně páteř a sakroiliakální skloubení (SI)

Spondyloartritida =

skupina revmatických onemocnění, která postihuje páteř, sakroiliakální skloubení, ale také periferní klouby a má i extraartikulární projevy

Neradiografická axiální SpA

Ankylozující spondylitida

Axiální SpA

- Bolest dolní části zad a v oblasti hýždí
- Klinické projevy včetně sakroileitidy
- **Bez strukturálního poškození na RTG**

- Bolest dolní části zad a v oblasti hýždí
- Klinické projevy včetně sakroileitidy
- **Strukturální poškození sakroiliakálních kloubů a/nebo páteře na RTG**

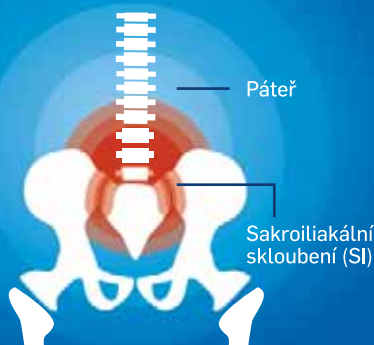
Axiální spondyloartritida

20–30 let Typický věk při nástupu nemoci⁷

Ankylozující spondylitida

9,1 roku Průměrná doba od prvních projevů po stanovení diagnózy v ČR²

Které části těla jsou ovlivněny?



Jaké jsou nejčastější příznaky axiální SpA?⁵



Bolest v oblasti hýždí



Únava



Ranní ztuhlost



Bolest zad v noci



Zhoršená kvalita života



Zhoršená pracovní schopnost



Entezitidy



Omezená mobilita

Jaké jsou hlavní charakteristiky axiální SpA³

Hlavní charakteristiky SpA

Chronická bolest dolní části zad ≥ 3 měsíce
+
První příznaky před dosažením věku 45 let

Genetický rizikový faktor (HLA-B27 pozitivita)

nebo

Zánět SI kloubů dle RTG/MRI

Další projevy SpA



1. Zánětlivá bolest zad
2. Artritida
3. Dobrá odpověď na protizánětlivou léčbu (NSA)
4. Rodinná anamnéza SpA
5. Pozitivita HLA-B27
6. Entezitida
7. Daktylitida (otok celého prstu)
8. Psoriáza
9. Zvýšené hodnoty zánětlivých markerů
10. Uveitida
11. Nespecifické střevní záněty

Upraveno podle: Rudwaleit et al., *Ann Rheum Dis* 2011.

Jak se liší zánětlivá bolest zad od mechanické bolesti zad?⁴⁻⁶

Zánětlivá bolest zad



Zmírňuje se cvičením



Ranní ztuhlost dolní části zad > 30 min



Maximum ve druhé polovině noci (buď ze spánku)



Provázena elevací zánětlivých parametrů

Mechanická bolest zad



Vázána na pohyb, s úlevou v klidu



Často prudká, vystřelující

Literatura: 1. Sieper J, Poddubny D. *Lancet* 2017; 390: 73–84. 2. Forejtova S, et al. (2008). *Clin Rheumatol* 27(8): 1005–1013. 3. Rudwaleit et al. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 25–31. 4. Šenolt L, Mann H, Herle P. *Revmatologie*. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. *SVL ČLS JEP*, 2014. 5. Pavelka K, Horák P, Mann H, Šenolt L, Štěpán J, Vencovský J. *Revmatologie*, 2, aktualizované a rozšířené vydání. Maxdorf 2018. 6. Deyo RA, et al. *N Engl J Med*. 2001; 344: 363–70. 7. <https://www.uptodate.com/contents/axial-spondyloarthritis-including-ankylosing-spondylitis-beyond-the-basics#> Datum přístupu leden 2020. 8. <https://nass.co.uk/> [Datum přístupu leden 2020]. 9. Bohn R, et al. *Clin Exp Rheumatol*. 2018; 36: 263–74. 10. Strand V and Singh JA. *Mayo Clin Proc*. 2017; 92: 555–64. 11. Rudwaleit M, et al. *Ann Rheum Dis*. 2006; 65: 1251–2. 12. Kiltz U, et al. *Rheumatology* (Oxford). 2016; 55: 1771–6.

INFO SVL

04 EDITORIAL

COVID-19 V NAŠICH ORDINACÍCH

05 MAJÍ PRAKTIČTÍ LÉKAŘI DOSTATEK OCHRANNÝCH POMŮCEK?

MUDr. Vojtěch Mucha

06 COVID V BRNĚ

MUDr. Vladimír Marek

07 TAK SE ŽIJE ZA ČASU KORONY

MUDr. Jan Kovář

08 ORDINACE ZA ČASŮ COVIDU

MUDr. Kateřina Javorská a kolektiv

COVID-19 V ČR

10 STANOVISKO ETICKÉ KOMISE MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY K SITUACI PANDEMIE KORONAROVIRU12 TESTOVÁNÍ RAPID TESTY MIMO ORDINACE ANEB JAK JSME POST-
AVILI ŽELEZNÝ STAN*MUDr. Cyril Mucha, MUDt. Ludmila Bezdíčková*

14 KLINICKÁ SKUPINA COVID MZ

COVID V EVROPĚ

16 COVID-19, WONCA A PRIMÁRNÍ PÉČE

*doc. MUDr. Bohumil Seifert, CSc.*19 NOVÝ KORONAVIRUS V NĚMECKU: Z ČEHO SI VZÍT PONAUCENÍ
A NA CO SI DÁT POZOR*MUDr. Pavel Martínek*

ODBORNÝ ČLÁNEK

24 GDPR – PRÁVA PACIENTŮ ANEB CO OD VÁS MOHOU ŽÁDAT?

*Mgr. Dominika Genzorová*26 FRAILTY SYNDROM - MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP JAKO JEDINÁ
MOŽNOST INTERVENCE*MUDr. Adam Lukáč, prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.*30 ČASNÁ A SOUČASNÁ INTERVENCE HYPERTENZE A DYSLIPIDE-
MIE A VE VZTAHU K CÉVNÍMU VĚKU. PŘÍPADY Z PRAXE.*MUDr. Helena Sládková*

34 HERCA, EVROPSKÁ KOMUNIKAČNÍ KAMPAŇ

35 CHTĚL BYCH KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ, NĚJAKÉ TO CT VYŠETŘENÍ
NEBO MAGNETICKOU REZONANCI...*MUDr. Jana Vojtíšková*

VÝUKA VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ

34 RENESANCE PRAKTICKÉHO LÉKAŘSTVÍ NA 3. LÉKAŘSKÉ FAKULTĚ
UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE: PŘIDEJTE SE!*MUDr. Martin Seifert*

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 22. 4. 2020 MK
ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných článcích. Texty neprocházejí jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2020

EDITORIAL



MUDr. Dana Moravčíková

Zástupce šéfredaktora časopisu Practicus

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

již více než měsíc žijeme ve svých ordinacích takříkajíc v „jiném“ režimu. Ordinujeme za zavřenými dveřmi, máme minimální kontakt s pacientem, celou ordinační dobu víceméně telefonujeme, jsme „přilepení“ k PC, sháníme ochranné pomůcky, kde se dá, ale je jich stále nedostatek, ordinujeme v respirátorech, rouškách domácí výroby, v brýlích, ochranných štítech, v rukavicích, pokud vše máme. Káva, tekutiny a svačinka nepřichází v úvahu, protože šetříme s ochrannými pomůckami, abychom v ordinaci vydr-

želi chránění co nejdéle. Vše neustále desinfikujeme a doufáme, že to děláme dobře, abychom ochránili sebe a ostatně i pacienty a naše blízké. Jdeme z práce do práce. Došlo k omezení mezilidských kontaktů a nové a neustále se měnící pracovní podmínky a pokyny pro naši práci i kvůli informacím z medií, nás neblaze zahlcují často nepřesnými údaji, a proto jsme rádi, že dostáváme relevantní odborné informace z našich „webinářů“ a pravidelné zprávy od zástupců SPL.

Pandemie Covid-19 většinu z nás zastihla na takovou situaci, logicky, spíše nepřipravených, i když určité informace a znalosti z odborné literatury máme. Za sebe se přiznám, že ve své letité praxi jsem si nedovedla, neuměla a ani jsem si nepřipustila myšlenku, že něco podobného, co nyní prožíváme, mohlo u nás v republice *nota bene* v Evropě a světě nastat. No, ale jak se říká, všechno je jednou poprvé, a doufejme, že se z toho „koronárního průšvihů“ vyhrabeme zdravější, silnější a odborně lépe připravení...



Mají praktičtí lékaři dostatek ochranných pomůcek?



MUDr. Vojtěch Mucha

PL Praha

Mladí praktici z. s.

Mají praktičtí lékaři dostatek ochranných pomůcek?

Tato otázka zaznívá ze všech možných stran již od začátku pandemie COVID.

Především v prvních dnech, kdy koronavirus SARS-CoV-2 dorazil do ČR, byla výbava ordinací VPL tristní. Z úst představitelů naší země navzdory tomu opakovaně zaznívalo, že všeho je dostatek, všichni jsou vybaveni a další miliony pomůcek letí blíž nespecifikovanými letadly.

Tato frustrující situace vedla MLADÉ PRAKTIKY k vytvoření webové aplikace CEP-COVID (centrální evidence prostředků ordinací VPL v boji s onemocněním COVID-19). Aplikace slouží k mapování situace na poli materiální i personální výbavy našich ordinací a měla by přinášet solidní data stran sledovaných parametrů především našim odborným společnostem a dalším subjektům k vyjednávání se státním aparátem, médií a dalšími subjekty.

První oficiálně potvrzený případ onemocnění COVID-19 v ČR byl evidován 1. 3. 2020. V té době disponovaly ochrannými prostředky jen některé ordinace. Připomeňme, že ochranné prostředky (respirátory, štíty/

brýle, ochr. obleky) nepatří mezi povinnou výbavu ordinací PL.

První ojedinělé dodávky respirátorů od státních institucí (především od krajů) zaznamenáváme v týdnu 16.–20. 3., přičemž první plošná dodávka do většiny ordinací PL proběhla až ve dnech 21.–23. 3. Z toho jasně vidíme, že výbava ochrannými prostředky v začátku pandemie v ČR byla hrubě nedostatečná.

Ke dni 16. 4. evidujeme v necelém tisíci participujících ordinacích PL průměrně 2,2 respirátorů ffp3 (medián 0) a 12,1 respirátorů typu ffp2 (medián 8). Štíty/brýle jsou v průměrné ordinaci v počtu 2,5 ks (medián 2), obleky 1,7 (medián 0).

Z obdržených ochranných pomůcek bylo státem dosud dodáno cca 32 % ffp3 a 78 % ffp2 respirátorů, u štítů/brýlí je situace horší (13 %) a z ochranných obleků stát dodal pouhá 3 %. V situaci, kdy bychom měli začít provádět rapid testy, k čemuž jsou obleky vyžadovány, se jedná o mírně řečeno pozoruhodný stav.

Za pozornost také stojí, že evidujeme přes 100 ordinací, které uvádí, že nemají žádný respirátor (jakékoliv třídy), 259 ordinací, které nejsou vybaveny štíty/brýlemi, a ochrannými oděvy nedisponuje 558 ordinací ze sledovaného vzorku.

Navzdory tomu ordinace v naprosté většině fungují, a sice: 55 % po předchozí telefonické dohodě, 31 % přijímá pouze akutní pacienty, 11 % PL vyplnilo, že fungují v běžném režimu. Jen 3 % ordinací přijímá pacienty pouze telefonicky a méně než 0,5 % má zcela zavřeno. Za to, že přes nedostatek OP pracujeme, jak se zdá, platíme vlastním zdravím. V současné chvíli 20 lékařů a 39 zdravotních sester uvedlo, že jsou nemocní, 17 lékařů a 39 zdravotních sester se pak nachází v karanténě.

Chtěli bychom vás touto cestou poprosit o další spolupráci. Pokud byste byli ochotni pravidelně vyplňovat naši evidenci na adrese www.covid-praktik.cz, budeme nadšeni, a navíc s vámi budeme průběžně sdílet o to relevantnější data.

Všem, kdo se již nyní účastní, děkujeme a těšíme se na další spolupráci!

COVID v Brně



MUDr. Vladimír Marek

PL Brno, krajský konzultant SVL ČLS JEP

Naše ordinace dnes pečuje v podstatě o 90 procent pacientů vzdáleně, tj. vystavuje e-neschopenky, e-recepty. Naštěstí jsme takto fungovali částečně již předtím. Mimo klasický telefonní kontakt a e-mailovou komunikaci s pacienty se chystáme rozeběhnout chatové konzultace. Občas používáme Skype.

Byl jsem vždycky zastánce telemedicíny, ale musím říct, že po měsíci intenzivního používání pocituji lehké vyhoření. Ostatně totéž popisovali kolegové ze zemí, kde bylo vzdálených konzultací více již dříve. Chybí nám asi fyzický kontakt s pacienty, a i to osobní poděkování.

Všechno zlé je k něčemu dobré, a tak se alespoň učíme strukturovat si na konzultace čas. Fyzicky vyšetřujeme tak do 10 pacientů denně – zejm. bolesti břicha a páteře. Všichni se objednávají telefonicky, a co se týče nejasných nachlazení s febriliemi, tak je došetřujeme až po negativním testu na COVID-19.

Naše ordinace je na poliklinice a první týden po zavedení opatření specialisté ordinovali velmi sporadicky. Postupně se ke všem dostaly nějaké ochranné prostředky a tak se postupně všechno rozbíhá a i pacienti už se

přece jen bojí o něco méně. Je jasné, že situace nepřejde rychle, a tudíž ne všechno se dá odložit o měsíce. Dokonce už omezeně začala i rehabilitace. Dřív se zdálo, že bez rehabilitace český pacient nepřežije. Nyní po měsíci, kdy rehabilitace prakticky nefunguje, jde život dál.

Zatím jsme nedostali žádné rychlotesty. Pokud nějaké dorazí, pak je budeme dělat i za sousední ordinaci. Nejasnosti jsou kolem kritérií, koho odeslat na testování do odběrového místa. Před 14 dny měli testy jen na 2 dny testování a bránili se testovat kohokoliv, kdo neměl horečku nad 38 C, byť by měl naši indikovanou žádanku. Soukromé laboratoře také testují, ale chybí odběrové sety, takže omezeně. Naštěstí laboratoř, kterou máme v budově, začala samoplátcům IgG protilátky metodou ELISA z žilní krve za cca 700 Kč. Někteří tudíž snad zjistí, že už mají vyhráno. Většina nemocnic si testuje svoje zaměstnance a testy si dělají sami.

Lékařská fakulta v Brně spustí studii, ve které bude sledovat pacienty COVID pozitivní a aktivně telefonicky monitorovat jejich stav, zejm. bude asi zajímavý výskyt plicních fibróz a jejich další sledování. Naše ordinace bude součástí projektu, takže budeme mít možná nějaký informační náskok.

Jinak se život zklidnil, což není vždycky špatně. Kalendář mi dává různé upomínky. Příklad z posledního březnového týdne: středa – výuka medicí, čtvrtek – konference Olomouc, pátek – přednáška na LF, sobota – seminář SVL, a místo toho jsem jenom v klidu v ambulanci a snažím se vyřešit resty někdy i za několik let :-). Dokonce jsem stihl v odpolední ambulanci i tento článek, tak doufejme, že nebude hůř.

Tak se žije za času korony



MUDr. Jan Kovář

PL Volyně, člen výboru SVL ČLS JEP

Milí kolegové, ušetřím vás trzny nad nedostatkem ochranných pomůcek, povzdechů nad inkompetencí (jak tuze rád bych doplnil čeho) pohlavářů, nauzey a palpitací z vyzvánění telefonu i obav z toho, co je a bude. Všichni to prožíváme a všichni po svém. My jsme měli štěstí, jarní prázdniny byly již dávno za námi (rozuměj déle než 14 dní), přes kopečky to máme přes pořádné kopce a, tak jsme mohli v klidu s napětím očekávat, co bude.

Po těch několika týdnech a nesčetných diskusích zůstává jedna věc, kterou si zde, na odborném fóru, rád nenechám pro sebe, neb zaslouží drobnou úvahu a nezaznamenal jsem, že byla kdekoliv reflektována.

Vzpomínáte si, jak jsme v půli března žádali lid, aby ušetřil zdravotnictví pro ty, kteří ho potřebují/budou

potřebovat nejvíce? Aby si rozmysleli nutnost návštěvy ordinace? Aby zvážili, aby zkrátka nechodili se zbytečnostími a blbostmi? Moji pacienti naše volání vyslyšeli. A nepřišli. Někteří, až mnozí zavolali. Ale poskrovnu mezi nimi bylo těch, kteří volali zbytečně.

Středisko ztichlo, čekárna zela prázdnotou, na tonometr se snášel prach. Sestřička bez pomůcek dostala „opušťák“, ale neopustila mne, stal se z ní „provianták“ a mou samotou dennodenně nabourávala voňavým obědem. A já zalehlý za matrací čekal na nebožáky, co, COVID neCOVID, přijdou a budou potřebovat primární péči. A prach se snášel i na tu matraci.

Netuším, jakou daň zaplatíme za to, že se odložily některé výkony, že jsme nezměřili v termínu dispenzární prohlídky tlak či cukr, ale vím, že se budu obtížně smiřovat se skutečností, jak moc péče jsme věnovali zbytečným, banalitám, jak rozmazlené jsme měli pacienty.

Mnozí teologové, někteří filozofové i já tedy vyzýváme: pokusme se v nastalé době orientovat na to podstatné, pojdme korokrizi využít k obrození. Nebo alespoň k vytrídění archívu.
Virus zmar.

Ordinace za časů COVIDu



MUDr. Kateřina Javorská a kolektiv

PL Nové Město nad Metují, členka výboru SVL ČLS JEP

Jak to vypadá v ordinaci praktického lékaře v čase COVID-19?

7:01 zdravotní sestra přijímá první telefonát: „Dobrý den, mohla byste mi poslat recept na léky mojí maminky?“ Sestřička: „Kdo volá a jak se jmenuje Vaše maminka?“ Z druhé strany se na drátě ozývá jméno a sestra odvěti: „Ano, posílám.“

Do osmi hodin ještě takových telefonních hovorů zvedne několik, některé s rouškou a v epesním oblečku doplněném štítem, kterým se vybavila na odběr krve pacienta, který „hoří“.

7:20 volá pacientka, že pořád kašle, že je to sice lepší než koncem března, ale pořád to není ono. Odesílám na dálku Erdomed, říkám jí, ať hodně pije a ať zavolá za týden, a modlím se, ať se to za týden zlepší. Nelepší, posílám ji tedy do spádové nemocnice k odběru na COVID-19, abych za chvíli zjistila, že se tam nemá, jak dopravit, a z hygieny mi skoro ve stejný okamžik volají, že pro tyto případy je zřízena speciální telefonní linka na hygienické stanici, kam mám jako indikující lékař volat, a že pacientku tedy odeberou v pohodlí doma. Poprask, který poté způsobili „těžkooděnci“ vystoupivší ze sanity v jedné ulici na maloměstě, nemusím barvitě popisovat.

Za chvíli na mě buší kolegyně (rychlostí blesku si nasazují roušku), že syn mé pacientky, který je jejím pacientem, pracuje v domě pro seniory a že se tam všichni bojí, a i on se bojí, jestli může do práce. Může, test na COVID je u jeho matky negativní, ale výsledek se dozvídáme až za dva dny.

8:00 zvedá moje rezidentka telefon a já jen slyším: „Nepřijdete si pro recept do ordinace, fungujeme v nouzovém režimu, odešleme Vám recept elektronicky,“ pokládá nekompromisně sluchátko.

8:30 se začínáme chystat na pacienta, který prošel sítím, a my se kvůli němu „hodíme do gala“ - navlékáme si na sebe respirátory, štíty, rukavice a jednorázový pláštík, který nám podpultově zařídily lékárnice z naší domovské lékárny. Tomuto pacientovi jako jednomu z mála nebyl zrušen urologický zákrok, protože má malignitu. Po jeho odchodu se měníme v detoxikační četu a vše, čeho se jen lehce mohl dotknout, je náležitě vydesinfikováno anticovidem-19.

Takhle je to dokola celé dopoledne, kdy jsme převážně on-line, na telefonu, mobilu, emailech, co lze, řešíme na dálku a nemůžeme vynachválit pozitivita e-receptu, dokonce také e-neschopenky a e-všeho, co máme k dispozici. Ale běda, když spadne wi-fi nebo dojde kafe, to pak nemůžeme vůbec nic :-)

Nemohlo nám uniknout, že spousta patientských kontaktů je tzv. indukovaných, pacienti jsou na naši ordinaci doslova závislí, kupodivu jsou to stále ti samí, kteří byli před časem COVIDu-19 schopni přijít do čekárny i třikrát týdně, aby nás potěšili. Věříme, že se nám nastalými opatřeními podaří v léčení výše zmíněných pacientů dobrým slovem dále pokračovat v zavedeném covidovém on-line modu. A taky že pacientů dissimulantů se po uvolnění opatření nebude vyskytovat velká řada, to bychom tuze neradi.

COVID-19 je výzva pro primární péči, jak držet krok s aktuální medicínou, efektivními diagnosticko-terapeutickými postupy, organizací práce lékaře, sestry, rezidentů a dalších pomocných pracovníků a jejich změn a změn jejich změn tak, abychom to všichni přežili. Jedno je jisté, už nic nebude jako dřív!

CRP vypovídá o závažnosti akutní infekce dýchacích cest.

Rychlé a flexibilní testování pomocí **QuikRead go easy CRP** dovoluje optimalizovat pracovní proces a zrychlovat tok pacientů.

Podporuje diagnostiku infekcí dýchacích cest během sezóny chřipky a **COVID-19**.

Vyšší hodnoty CRP ukazují na vážnější onemocnění. Výsledky CRP v kombinaci s dalšími klinickými nálezy pomohou se rozhodnout, co s pacientem dál. Účinnost testování je zásadní, zejména když se zdravotní systém potýká s výjimečně vysokým počtem pacientů.

CRP při akutních infekcích dýchacích cest:

- Vysoké hodnoty (≥ 100 mg/l) při významných, často bakteriálních infekcích¹
- Nízké hodnoty (≤ 20 mg/l) při mírných onemocněních¹
- Vážné virové infekce mohou způsobit významné zvýšení CRP.
To bylo pozorováno i u infekce COVID-19, kde se hodnoty **CRP zvedly v průměru na 50 mg/l.**²
- Sledování hodnot CRP dává informaci, zda stav pacienta se lepší nebo horší.
- Při interpretaci výsledků by se vždy měly vzít v úvahu klinické nálezy.

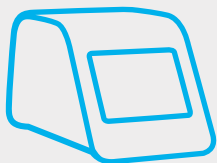
1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

NICE guideline - Cough (acute): antimicrobial prescribing. 2019.

2. Chen et al. 2020. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet 2020; 395:P507-513.

Přístroj QuikRead go

Objednáací číslo
135867



QuikRead go easy CRP
50 testů
včetně QuikRead go
odběrové
pomůcky 10µl

Objednáací číslo
153287



Pro další informace kontaktujte zastoupení frmy Aidian v ČR:
info@aidian.cz / +420 602 387 718



Stanovisko Etické komise Ministerstva zdravotnictví České republiky k situaci pandemie koronaroviru

Úvod

V situaci pandemie, jejímž důsledkem může být nedostatek technologických prostředků i personálu, je nutné v první řadě rozumět mravnímu pozadí řešení takových krizí. Vzhledem k názorové i mravní pluralitě, která je dnes již v naší společnosti obecně přijímána, etika již nenabízí jednoznačná řešení, ale nutí k přemýšlení a k debatě. A také učí, jak přemýšlet a jak vést dialog. Pomáhá rozumět dilematickým situacím a nabízí návrhy, jak obtížné dilematické situace řešit.

V situaci pandemie se obvykle dostávají do popředí dva typy mravních dilemat.

Prvním je potřeba racionálně alokovat dostupné zdroje a současně uchovat respekt k lidskému životu a k uchování lidské důstojnosti nemocných i pečujících. Přitom je potřeba neztratit ze zorného pole různé druhy a stupně utrpení všech zúčastněných.

Druhým klasické dilema, které zde vystupuje do popředí, je spor mezi klinickou etikou zaměřenou na jedince (patient-centered ethics, deontologická etika), závaznou pro přímé pečující, a etikou veřejného zdravotnictví (public health ethics, utilitaristická etika), ve které se pohybují organizující osoby. Nerozpoznávání tohoto dilematu v situacích nouze vede k mnoha nepříjemným komplikacím pro všechny aktéry.

Popis současné situace

V posledních desetiletích žijeme ve společnosti dostatku, ve které se sice odehrává zápas o ekonomickou rovnováhu zdravotnických systémů, přesto si můžeme dovést klást na zdravotnický systém a zdravotnické pracovníky ty nejvyšší nároky. Situace pandemie přináší rizika, se kterými jsme se v posledním půlstoletí již nesetkali. Kromě toho je vývoj situace nepředvídatelný a političtí představitelé, zdravotníci, pacienti i ostatní občané jsou nuceni bez odkladu reagovat na měnící se podmínky.

Ve světě můžeme pozorovat nejrůznější strategie řešení nastalé krize. Česká republika přijala opatření, která patří k nejpřísnějším. Protože obvykle nepřináší prospěch, když se strategie řešení krizové situace co chvíli mění, je dobré, že zůstáváme u tohoto přístupu. Protože teprve „po bitvě je každý generál“, neměli bychom ulpívat na kritice toho, co se nepodařilo. Je nutné připustit chyby, které se staly, ale pouze k tomu, abychom se z nich poučili pro řešení věcí nastávajících. Zvládnutí pandemie nemůže být věcí pouze politiků nebo zdravotníků nebo občanů. Všichni musí přispět svým dílem, především vzájemnou efektivní komunikací, respektem k vydaným předpisům a také vlastní iniciativou v souladu se situací, ve které se nacházejí.

Kromě nedostatku ochranných prostředků, srozumitelného z jejich náhlé vysoké potřeby, a nedostatečné testovací kapacity netrpíme krizí nedostatku ostatní zdravotnické technologie a zdravotnického personálu. To je v naší situaci dobré. Protože ale budoucnost není zcela předvídatelná, je správné, že se na úrovni odborných společností i politické reprezentace zvažují postupy i pro případ nejhorší krize. My ostatní bychom se neměli nechat těmito úvahami vystrašit.

S mírným optimizmem můžeme dnes hodnotit chování českých občanů na všech úrovních pozitivně. Slabým místem politického rozhodování v české republice je malá šíře debaty o připravovaných změnách. V současné krizi byli málo slyšet příslušníci nejohroženější skupiny obyvatel, senioři a lidé, kteří o ně pečují. Věříme, že v dalším postupu bude jejich situace lépe a kvalifikovaněji zohledněna.

Problém alokace vzácných zdrojů a lidská důstojnost

I když věříme, a máme pro to dobré důvody, že situace kritického nedostatku zdravotnické technologie a vyčerpání zdravotnických pracovníků u nás již nehrozí, považujeme za vhodné se zmínit, jak se v situaci katastrof takové situace řeší. Pro tyto případy byla vypracována metoda přidělování, která se nazývá „triage“. Přednostně nejsou léčeni nejméně postižení, ale ti, u nichž se očekává největší prospěch z použité technologie. Tím nejsou dotčeny ani úcta k životu, ani respekt k lidské důstojnosti. V situaci nouze prostě nelze některým pacientům technologickými prostředky zachránit život. Ale je možné jim dle možností věnovat pozornost a poskytnout medikamentosní i jinou úlevu. V situaci nedostatku technologií v pandemii je možné pro ně rozšířit paliativní péči.

Kritéria přidělování v takové situaci nemohou být libovolná, musí být vedena snahou co nejvíce vyspecifikovat, pro jaký typ pacientů je jejich nasazení nejvíce efektivní. Odborníci v dané oblasti zde musí mít rozhodující roli. Důležitá je transparentnost nastavení a aplikace těchto kritérií. Základním mravním pravidlem v takových situacích je jasná dělba kompetencí. O systému přidělování péče transparentním způsobem musí rozhodovat vedoucí pracovníci na různých úrovních, od ministerstva až po vedení nemocnic. Když zdravotníci přímo angažovaní v péči o postižené postupují v rámci transparentně daných instrukcí, podstatným způsobem to zmírňuje jejich morální distres.

Optimální, suboptimální péče, morální distres a morální odpovědnost

V situaci nouze je potřeba si uvědomit, že za suboptimálních okolností nelze poskytovat optimální zdravotní péči. Zákon, předpisy, ani následné postihy nemohou požadovat něco, co nejde. Pokud jsou transparentním způsobem stanovena jasná pravidla, zdravotníci přímo angažovaní v péči o postižené mohou postupovat v rámci daných instrukcí. Odlehčení od břemene rozhodování o osudu postižených snáze se mohou pohybovat v mezích klinické etiky. Imperativem pak nemohou být předpisy platné v dobách mimo krizi, ale v maximální možné míře dělat to co situace umožňuje.

Každá krizová situace přináší pečujícím morální distres. Porozumění dilematům, ve kterých se člověk pohybuje, je klasickým protitahem proti morálnímu distresu. Proto bychom měli i o této stránce věci otevřeně hovořit. Pocit psychické viny může být něco jiného než morální odpovědnost. Obecně platí, že za to, co ovlivnit

nemohu, nemohu nést ani morální, ani právní odpovědnost, neboť v té situaci jsem ve svém jednání výrazně omezen. V situaci krize není možné se omezit na naplňování dosud platných předpisů a odborných doporučení. Je třeba tvořivým způsobem využívat všech dostupných možností a pokud možno se netrápit tím, co nebylo možné provést.

Nynější krize by mohla přinést i nutnost velmi těžkých rozhodnutí. I kdyby nastala situace, kdy zdravotníci nebudou moci poskytnout všem pacientům plnou péči, budou si moci připomínat starou zásadu: Léčit se dá někdy, ulevovat často, poskytovat komfort vždycky („cure sometimes, relieve often, comfort always“). Situace by to byla velmi těžká, ale věřme, že zdravotníci ani jejich pacienti by nezůstali osamoceni a bez podpory.

V Praze dne 11. 4. 2020

Testování rapid testy mimo ordinace aneb jak jsme postavili železný stan



MUDr. Cyril Mucha

PL Praha, člen výboru SVL ČLS JEP



MUDt. Ludmila Bezdíčková

PL Praha 6

Milé kolegyně, milí kolegové, jistě se shodneme, že současná napjatá doba přináší mnohé výzvy, rychlá řešení, ale i mírně řečeno podrážděné reakce na problémy, nad kterými bychom možná normálně mávli rukou. Trvalé strašení laické i odborné veřejnosti, jednostranná opatření přinášejí své plody. Jedním z těchto aktuálně řešených a kontroverzních problémů je i testování pacientů po skončení karantény v rámci epidemie COVID19 tzv. protilátkovými /rapid-testy v ordinacích praktických lékařů. Nedostatečné informace, nevysvětlení problému, několikrát změny termínů a opakované obraty o 180 stupňů úředníků vnesly mírnou disharmonii i do řad nás praktických lékařů.

Část neměla s testováním v ordinacích problém, jejich argumenty byly: jsou ze současného hlediska zdraví, můžeme je běžně potkat kdekoli ve veřejné dopravě, obchodech apod., testování z kapky krve nevytváří aerosol, tedy je minimálně nebezpečné, pacientů bude tak málo, že se mohou pozvat např. na konec ordinací doby, takže nikoho jiného nepotkají. Druhá část naopak argumentovala: co starší, resp. nemocní lékaři, co ordinace, které jsou na poliklinikách, kde je množství jiných ordinací, a tedy i jiných pacientů, takže se budou potenciálně Covid+ potkávat s jinak nemocnými? Naprostá inkoherence jednání a nekomunikace úředníků lékařský stav nakonec ale skvěle sjednotila.

V době psaní tohoto článku situace vypadá tak, že

testování budeme muset zajistit. Jednou z alternativ by mohlo být testovací místo, které by nebylo součástí žádného zdravotnického zařízení a specializovalo se pouze na testování těchto pacientů POCT, nebo též rapid testy. O něco takového jsme se pokusili v Praze 6. Akci jsme nazvali „Praktici sobě“, aneb testovací stan na Kulaťáku (v pražském slangu Vítězné náměstí). Organizace se ujaly dvě ordinace praktických lékařů za podpory městské části Praha 6.

Vzhledem k tomu, že to byla nová věc, nemohli jsme se poučit jinde, a tudíž jsme (asi naštěstí) nevěděli, do čeho jdeme. Velmi rádi bychom se o naše know-how podělili.

Potýkali jsme se zejména:

- 1) s nutností vypracovat provozní řád odběrného místa se specifikací hygienických opatření, která bude nutno zajistit. Zde bychom rádi velmi poděkovali za vstřícnou a ultrarychlou pomoc ze strany Hygienické stanice hl. města Prahy, kde nám de facto za den schválili a datovou schránkou poslali vyznění. Bylo nutné ale žádost podat za jednu z našich ordinací (provozovatelem odběrného místa nemůže být městská část), tedy máme teď razítko na poskytování preventivní péče mimo zdravotnické zařízení.
- 2) Schválený provozní řád a povolení hygieny bylo nutné poslat s oficiální žádostí ke schválení na Magistrát hl. m. Prahy. V tuto chvíli již jsme jednali s MČ Praha 6 a měli vše připravené ke spuštění, když nám ale došlo, že tato administrativa běžně trvá třeba měsíc! I tady nám ale vyšli velmi vstřícně a nakonec jsme v den spuštění „stanu“ do provozu dostali do datové schránky oficiální povolení.
- 3) Bylo nutné zajistit ty testy! Ano, je to tak, v době spuštění provozu jsme ještě neměli k dispozici rapidtesty od MZ, nakonec nám i zde vyšel vstřícně pražský magistrát a zásobil stan urgentní dodávkou do počátku.
- 4) Bylo nutné sepsat a zajistit všechny materiál nutný k provozu místa. Až na výjimky vše zajistila naše

Realizační a testovací tým



městská část dle námi sepsaného seznamu, včetně ochranných pomůcek pro začátek. Některé materiály pro první dny jsme narychlo vzali ze zásob našich ordinací.

- 5) Dle našeho návrhu městská část vybavila stan skříňkou, stoly, dezinfekcí, zajistila svoz odpadu, dokonce tekoucí vodu, elektřinu, internet a mobilní telefon. Vše jsme v den spuštění již před očima prvního nedečkového pacienta zabydlovali. Převlékli jsme se za paravánem, který zbyl od voleb. Hodně improvizace, ale klaplo to.
- 6) Personál: první den naše sestra – student z ordinace a dr. Mucha za asistence dr. Bezdíčkové (frekventní běh mezi ordinací a stanem). Ve druhém týdnu pokryjeme provoz stanu opět personálem z našich dvou ordinací. Dále doufáme v pomoc sester a lékařů, případně rezidentů ze spolupracujících ordinací. Máme i nabídku mediků z LF, ale zatím není zajištěno, jak je zaměstnat a poskytnout alespoň minimální odměnu. Zatím pracujeme všichni „pro bono“.
- 7) Administrativa: narychlo jsme vytvořili e-mail, telefon, evidujeme kontakty. Obeslali jsme praktické lékaře na Praze 6 s nabídkou ke spolupráci. Výsledky zaznamenáváme do tabulek, které všichni organizátoři mohou sdílet.

Co chybí? Je třeba zajistit personální pokrytí stanu na další dny. Naší představou je zapojit spolupracující ordinace, vždy zaučit nového pracovníka někým, kdo již ve stanu byl. Zajistit financování, ev. přizvat k pomoci mediky. Optimalizovat systém objednávek, administrativu. Zajistit dostatek ochranných pomůcek a zdravotnického

materiálu do stanu. V neposlední řadě zajistit dodávku testů – pokud je spolupracující ordinace dostanou, nejspíše část předají do stanu.

Za rozběhový tým:
MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Ludmila Bezdíčková

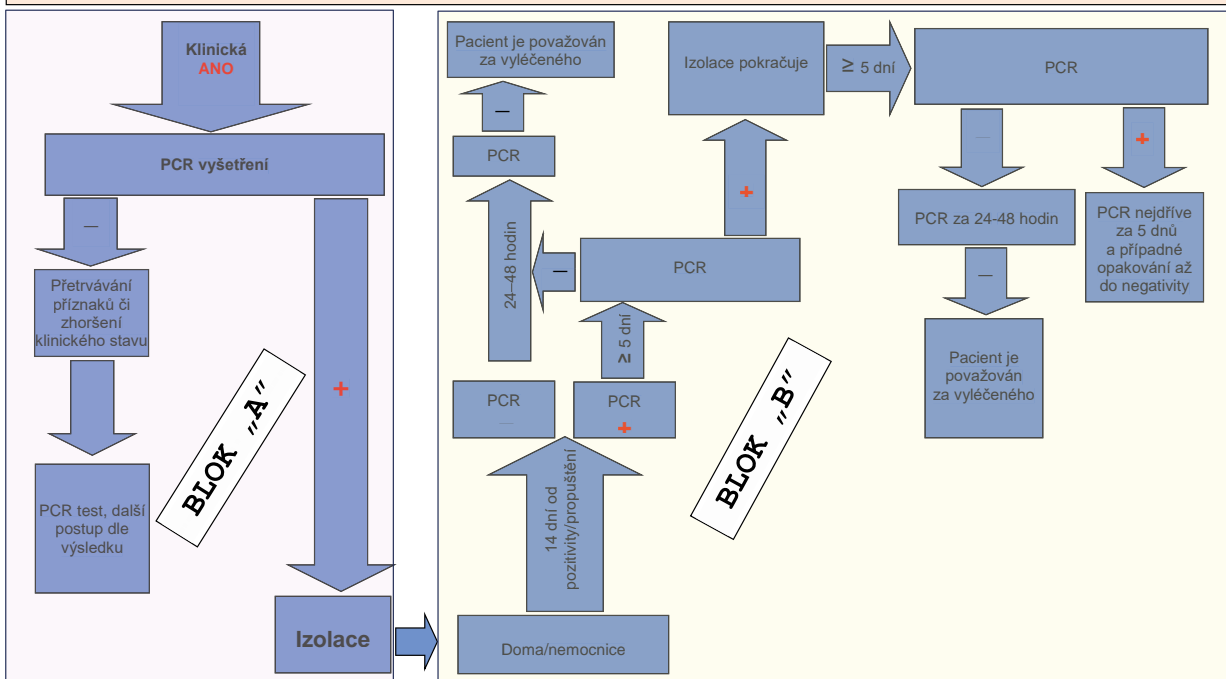
Pozn. na konec: Dovolte, abych zde poděkoval zejm. MUDr. Ludmile Bezdíčkové, která opravdu buldozeří silou za tímto projektem šla, takže se podařil v takto rekordním čase a v pátek dne 17. 4. jsme poprvé testovali v našem stanu, který se nakonec změnil na kovový kontejner. Těž děkujeme radnímu MUDr. Mariánu Hoškovi, který byl naším nezdolným obhájcem a pomocníkem na MČ Praha 6.

první den přišlo více novinářů než pacientů, v jednu chvíli stály štáby doslova frontu na reportáž



Algoritmus testování osob s klinickými příznaky COVID-19 metodou PCR

Klinická kritéria hodnocení onemocnění COVID-19:
teplota $\geq 37,3^{\circ}\text{C}$, suchý kašel, dušnost, zažívací obtíže, ztráta chuti a čichu – pokud není možné tyto příznaky vysvětlit jinak



Klinická skupina COVID MZ

Odborné doporučení / stanovisko KS COVID MZ

Identifikace dokumentu: KS-COVID_Provedeni_RT_Ordinace_v1(17042020)

Datum vydání: 17/04/20

Poznámka: Doporučení může být změněno na základě nových dostupných informací a vývoje epidemiologické situace.

Doporučení k provádění Rapid testů pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost

Pro bezpečné provádění Rapid testů (RT) je nezbytné, aby osoba, která provádí testy, používala níže uvedené osobní ochranné prostředky (OOP), testy prováděla v prostoru splňujícím požadované minimální vybavení a po provedení testu zabezpečila plošnou dezinfekci prostoru.

Požadavky na místo provedení testu

Místo pro provádění rapid testů je možné zvolit podle dispozice zdravotnického zařízení. Může se jednat o speciálně vyčleněnou místnost (např. odběrová místnost, vyšetřovna, ordinaci lékaře) nebo improvizované vyšetřovací místo.

Místo musí mít omyvatelnou podlahu a mělo by být vybaveno například stolem nebo pracovní deskou s vodorovným povrchem, na který se používají testy budou pokládat a současně musí mít omyvatelný povrch, který lze dezinfikovat.

Místo musí být minimálně vybaveno:

- umyvadlem, mýdlem a prostředky na dezinfekci rukou s deklarovanou virucidní účinností,
- sterilními injekčními jehlami,
- prostředkem a tampony na dezinfekci kůže,
- odpadní nádobou na běžný odpad, na biologický odpad a na použité ostré předměty (injekční jehly).

Po provedení testování bude všechnen odpad řádně a bezpečně zlikvidován. Použité testy, použité tampony, použité OOP se uloží nejlépe do dvojitého igelitového pytle, který se uzavře převázáním a zlikviduje jako biologický odpad.

Všechny povrchy, se kterými přišel pacient do kontaktu a plocha, na které bylo testování prováděno, budou vydezinfikovány. Po provedení dezinfekce se provede dostatečné vyvětrání místnosti oknem. Poté je možné prostor běžně využívat.

Testování se doporučuje organizovat na konci ordinací doby.

Osobní ochranné prostředky

V souvislosti s prováděním vyšetřování specifických anti-SARS-CoV-2 protilátek s využitím RT v ordinacích praktických lékařů u osob po skončení karantény, doporučujeme používat tyto OOP:

- respirátor třídy FFP2,
- jednoduchý jednorázový ochranný plášť,
- jednorázové rukavice,
- brýle nebo ochranný obličejový štít.

Doporučuje se použít naráz dvojice jednorázové rukavice. Použitelnost respirátoru je až 6 hodin. Ochranné brýle nebo obličejový štít lze používat po provedené dezinfekci virucidním prostředkem opakovaně. Uvedené ochranné prostředky jsou určeny pro osobu, která test provádí.

Dezinfekce po provedení Rapid testu

Pro dezinfekci ploch se použije dezinfekční prostředek s deklarovanou virucidní účinností, alternativně 0,05 % roztok chlornanu sodného nebo 70 % ethanolu.

Koronavirus je obalený virus, proto dezinfekční přípravek s jakoukoli virucidní aktivitou je účinný také na tento virus. V návodu výrobku je vždy uvedeno spektrum jeho účinnosti, účinná koncentrace, čas působení a také na jaké viry a podle jaké normy byl dezinfekční prostředek testován (minimálně norma EN 14476 nebo DVV/RKI). Plně virucidní dezinfekční prostředky jsou označeny jako třída účinnosti B. Dezinfekční prostředky na dezinfekci povrchů přicházejících do styku s pacientem musí být účinné do 5 minut. Doporučujeme používat přípravky firem zabývajících se výrobou dezinfekčních prostředků pro zdravotnictví. Při jejich použití (nezbytné ředění a doba působení) postupujeme podle návodu na obalu. Je vhodné zvolit dezinfekci otíráním na vlhké buničině nebo hadříku. Tento hadřík je možné používat v průběhu dne opakovaně, je nutné jej před každým použitím znovu namočit v dezinfekci.

Dezinfekční prostředky na bázi alkoholu (ethanol, propan-2-ol, propan-1-ol) v koncentracích 70 až 80 % s expoziční dobou jedné minuty významně snižují infekčnost obalených virů, jako je SARS-CoV-2. Ethanol však dosud nebyl schválen podle nařízení o biocidních přípravcích BPR(EU) č. 528/2012., takže biocidní přípravky na bázi ethanolu nejsou povoleny podle BPR, ale jsou k dispozici v rámci přechodných opatření.

Zpracování: Klinická skupina COVID MZ
Za autorský kolektiv: Roman Chlíbek

Klinická skupina COVID MZ

Odborné doporučení / stanovisko KS COVID MZ

Identifikace dokumentu: KS-COVID_Kritéria pro ukončení karantény kontaktů-17042020

Datum vydání: 17/04/20

Poznámka: Doporučení může být změněno na základě nových dostupných informací a vývoje epidemiologické situace.

Kritéria pro ukončení karanténních opatření u osob s neprovedeným laboratorním vyšetřením nebo laboratorně nepotvrzeným onemocněním COVID-19 (kontakty)

Kritéria vychází ze současných limitovaných znalostí týkajících se spektra klinických příznaků nemoci, možnostech přenosu a výsledků laboratorních vyšetření u osob, které byly v kontaktu s pacientem s prokázaným onemocněním COVID-19 nebo se vrátily ze zemí se zvýšeným rizikem výskytu této nákazy.

Osobám, u kterých byla nařízena karanténa (kontakt s COVID-19 pozitivním pacientem, případně návrat z rizikových zemí) může být po splnění níže uvedených klinických a laboratorních kritérií karanténa ukončena. Karanténní opatření ukončuje registrující praktický lékař. V případě, že se jedná o osobu, který nemá svého registrujícího praktického lékaře, pak karanténu ukončuje místně příslušná KHS.

Rozhodnutí o ukončení domácí karantény vychází z následujících kritérií:

1. Časový interval od nařízené karantény.
2. Klinický stav.
3. Výsledku laboratorního vyšetření – Rapid testu.

Kritéria pro ukončení domácí karantény osoby v riziku nákazy COVID-19

- Uplynutí 14 dnů od prvního dne nařízené domácí karantény.
- Nepřítomnost klinických příznaků onemocnění COVID-19. Osoba je bez zdravotních potíží dosud známých pro COVID-19, které nelze vysvětlit jiným onemocněním (teplota < 37,0 °C, kašel, dušnost, zažívací obtíže, ztráta chuti a čichu).
- Provedení krevního testu z kapilární krve na přítomnost protilátek - Rapid Testu (RT) nejdříve za 14 dnů od nařízené karantény.
- Negativní výsledek na přítomnost protilátek třídy IgM a IgG v RT.

- V případě, že byl osobě, nejdříve za 14 dnů od nařízené karantény, z jakéhokoli důvodu proveden PCR test z výtěru z horních cest dýchacích, lze při jeho negativním výsledku a splnění uvedených kritérií, karanténu ukončit. V tomto případě, se RT neprovádí.

- V případě pozitivního výsledku na přítomnost protilátek třídy IgM a/nebo IgG v RT se indikuje provedení PCR vyšetření a osoba se odešle k provedení PCR do odběrového místa. Do obdržení výsledku PCR testu se karanténa neukončuje. Další postup (viz Algoritmus testování COVID-19 k ukončení karantény).

Po ukončení karantény musí být osoba poučena o nutnosti i nadále sledovat svůj zdravotní stav, dodržovat základní hygienická pravidla, včetně nutnosti častého mytí a dezinfekce rukou.

Výsledek Rapid testu se zaznamená do zdravotní dokumentace vyšetřované osoby.

Interpretace výsledků RT:

- **IgM a IgG negativní** – osoba nákazu COVID-19 pravděpodobně neprodělala.
- **IgM negativní a IgG pozitivní** – osoba nákazu COVID-19 pravděpodobně prodělala, má přítomné pouze anamnestické protilátky. U těchto osob přesto nelze vyloučit přítomnost viru v dýchacích cestách, proto je nutné indikovat a odeslat provést vyšetření RT-PCR výtěru z dýchacích cest. Karanténa se NEUKONČUJE!
- **IgM pozitivní a IgG pozitivní** – osoba nákazu COVID-19 pravděpodobně prodělala a může být infekční pro své okolí. V tomto případě je nutné indikovat a co nejdříve provést RT-PCR vyšetření z výtěru horních cest dýchacích. Karanténa se NEUKONČUJE! Praktický lékař nařídí domácí izolaci.
- **IgM pozitivní a IgG negativní** – osoba pravděpodobně prodělává akutní nákazu COVID-19 a může být infekční pro své okolí. V tomto případě je nutné indikovat a co nejdříve provést RT-PCR vyšetření z výtěru horních cest dýchacích. Karanténa se NEUKONČUJE! Praktický lékař nařídí domácí izolaci.

V případě, že se osoba k provedení Rapid testu nedostaví, oznámí praktický lékař tuto skutečnost místně příslušnému OOVZ.

Zpracování: Klinická skupina COVID MZ

Za autorský kolektiv: Roman Chlíbek

COVID-19, WONCA a primární péče



doc. MUDr. Bohumil Seifert, CSc.
přednosta Ústavu všeobecného lékařství
1. lékařské fakulty UK

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL) má své zástupce v mezinárodních sítích a pracovních skupinách evropské organizace WONCA. Tyto sítě umožňují diskuzi nad zájmovými tématy skupiny, ale zároveň mohou posloužit jako rychlý zdroj komunikace o aktuální problematice. Příkladem je současná situace při pandemii infekce Covid-19. Vyměňujeme si informace, jak pandemie ovlivňuje poskytování primární péče a jaká je role a zapojení praktických lékařů v různých částech Evropy, event. i světa. Některé sítě, jako EURACT, provádějí real-life studie o změnách ve formách vzdělávání v důsledku pandemie, jiné připravují budoucí projekty. Všichni se vyrovnáváme s tím, že setkání a kurzy byly zrušeny, že evropská konference WONCA v Berlíně je o půl roku odložena a osud té světové, v listopadu ve Spojených Emirátech, je nejasný. Někteří už přemýšlí, jak pandemie ovlivní zdravotní systémy do budoucna a jak z celé situace vyjde primární péče.

COVID-19 a WONCA

První, kdo na půdě WONCA zareagoval na boj s infekcí Covid-19, byl její světový **prezident, Dr. Donald Li** (Hongkong), který na webu WONCA (www.globalfamilydoctor.com) uvedl:

Svět opět čelí hrozbě smrtelné infekce. Po vypuknutí epidemie eboly v Africe, Světová zdravotnická organizace ohlásila nový koronavirus, který se od prosince šíří z města Wuhan v Číně, jako další stav ohrožení mezinárodního veřejného zdraví. Situace, kdy národní systémy zdravotní péče procházejí náročným testem, je také kritickým okamžikem pro uvědomění si role a povinností rodinných / praktických lékařů.

Je třeba zdůrazňovat a oceňovat funkci rodinných lékařů a týmů primární péče v raném odhalování případů a v působení na veřejnost během mimořádných událostí v rámci epidemie. Praktičtí lékaři po celé Číně jsou nyní v popředí boje proti infekci koronavirem, plní své povinnosti pod obrovským stresem a pracují nepřetržitě každý den. Oceňme práci našich čínských kolegů a poskytněme jim povzbuzení.

Poselství Donalda Li bylo zveřejněno v době, kdy jsme vnímali infekci Covid jako lokální problém a ještě jsme v Evropě netušili, jak nám v následujících měsících ovlivní profesní i osobní životy. 20. března 2020 zveřejnil své poselství také **prezident Evropské WONCA prof. Mehmet Ungan (Turecko)**. Zdůraznil roli praktických lékařů, kteří jsou prvním a také obvykle posledním kontaktem pacienta a jejich nasazení v současné situaci, kterou označil za lidskou krizi. Praktickým lékařům vzkázal:

1. *Ochraňte se, abyste mohli použít své znalosti a dovednosti. Potřebují Vás nejen Vaši pacienti, ale také Vaše rodiny. Pečujte o sebe, jezte a pijte zdravě a zajistěte si dostatek odpočinku.*
2. *Vyžadujte ochranné prostředky od Vaší vlády a používejte je důsledně při každém kontaktu s potenciálně nakaženým pacientem.*
3. *Omezte přímé kontakty na minimum. Využijte nové technologie a přemýšlejte, jak je nejlépe zapojit do každodenní péče.*
4. *Buďte velmi opatrní s tím, co dáváte na sociální media. Máte silný vliv na lidi okolo Vás. Buďte striktní a držte se EBM.*
5. *Žádejte po vládě, abyste byli součástí rozhodování při pandemii Covid-19.*
6. *Žádejte po vládě, aby zřídila call-centra, která Vám odlehčí telefonickou agendu.*
7. *Podporujte své kolegy a lékaře jiných oborů, abyste spolu vytvářeli tým zdravotní péče pro pacienty. Všichni jsme v tom stejně.*

S COVID-19 PO EVROPĚ

Nejvíce postiženou evropskou zemí se stala **Itálie**. V Itálii během velikonoce počet úmrtí přesáhl hranici 20 000. O vývoji mne pravidelně informoval kamarád, **Dr. Pierluigi Fracasso, ambulanti gastroenterolog pracující mezi praktickými lékaři** v Římě. V březnu psal: „Je to smutný příběh. 8.3 % infikovaných jsou zdravotníci. Zemřelo již 14 lékařů. Většina z nich byla starších 60 let. V nemocnicích na severu se lékaři setkávají se svými příbuznými v těžkém stavu...“

O pár týdnů později psal a radil: „Prožíváme neuvěřitelně složité období. Počet mrtvých osob i zdravotníků je dramatický. Zemřelo 63 lékařů, z nich 32 praktických lékařů, a to nejen starších 60 let. Tak se prosím opatrujte! Všechny pacienty s kašlem, horečkou a podobně považujte za Covid-pozitivní a chraňte se. Používejte telefony, telemedicínu, cokoliv, abyste pomohli svým pacientům. Nezapomeňte na psychologickou podporu, ujišťování, motivaci přežít. Je to noční můra, kterou jsme si ještě před měsícem neuměli představit. Lidé ztrácí peníze, práci, rodiče, své milé...“

Dramaticky bylo postiženo i **Španělsko**. **Dr. Juan Mendive**, který metodicky vede stovku praktických lékařů v předměstí Barcelony a před lety byl hlavním organizátorem konference WONCA na Malorce, popisoval, jak Katalánci tleskali zdravotníkům a zejména praktickým lékařům za jejich nasazení každý večer z rozsvícených oken svých bytů. Dojímavé obrázky v televizi obletěly celý svět. Věčně soutěžící Barcelona a Madrid se utkaly i v pandemii a Madrid byl vždy s počtem nakažených týden vpředu. Španělsko nemělo dostatek testovacích kapacit a tak omezilo testování jen na pacienty v nemocnicích a symptomatické zdravotníky. V tom Juan vidí příčinu vysoké letality – více jak 17 000 zemřelých. Nebylo také dostatek ochranných prostředků pro primární péči.

Juan 31. 3. 2020 napsal: *„Onemocněl jsem uprostřed práce. Byl jsem shledán Covid-pozitivním. Následně u mne diagnostikovali oboustrannou pneumonii. Jsem v nemocnici a čekám na zlepšení stavu. Cítím se strašně unaven... Opatrujte se.“* Juan už je naštěstí z nemocnice doma a chystá se do práce.

Dr. Knut-Arne Wensaas má ordinaci a učí na univerzitě v Bergenu. Svoje Ph.D. si udělal na studiích z epidemie shigelózy, která Bergen postihla před lety. Popisuje, že Norové teď vidí v ordinaci minimum pacientů, většinu z nich zvládnou telefonickými nebo elektronickými konzultacemi, případně videokonzultacemi. Vysoký rozvoj technologií v Norsku umožňuje lékařům poskytovat péči z domova nebo střídavě ze vzájemně propojených praxí dle dohody kolegů v oblasti. *„Praktičtí lékaři jsou během pandemie nejdůležitější součástí zdravotní péče.“*

Jean Muris a Niek de Wit, oba profesori primární péče na holandských univerzitách v Utrechtu a Maastrichtu, zdůrazňují současný tlak na zdravotní systém v Holandsku, ale i v celé Evropě. Píší: *„Jsme dojatai solidaritou a spoluprací zdravotnických profesionálů v primární a sekundární péči a energii, kterou jsou schopni do řešení složitých situací věnovat praktičtí i nemocniční lékaři a sestry.“* Holandsko má třetí nejvyšší úmrtnost na Covid-19 infekci po Itálii a Španělsku. Poměrně velké procento lidí ve věku 40-60 let leží na intenzivní péči. Restriktivní opatření jsou plánována do konce dubna.

Průzkum testování na covid-19 praktickými lékaři v Evropě

V souvislosti s doporučením a posléze Mimořádným opatřením ministra k testování osob před ukončením karantény tzv. rapid testem, jsme spolu s kolegy Jáchymem Bednářem, Janem Kovářem, Norbertem Králem,

Davidem Halatou, Zuzanou Švadlenkovou a Petrou Kánskou, uspořádali prostřednictvím sítí ESPCG, EURACT, EQUIP, ESPCC, Europrev a EGPRN, mezinárodní průzkum metodikou „key informants“.

Bylo neuvěřitelné, že za necelých 48 hodin, jsme měli k dispozici odpovědi z 25 evropských zemí; Německo, Dánsko, Rumunsko, Polsko, Holandsko, Francie, Chorvatsko, Itálie, Lotyšsko, Maďarsko, Rakousko, Černé Hory, Řecko, Norsko, Finsko, Irsko, Španělsko, Švédsko, Slovinsko, Slovensko, Estonsko, Velké Británie, Malty, Švýcarsko a ČR. Výstupy průzkumu můžeme shrnout:

1. Kritéria ukončování karantény:

Ve všech 25 zemích (zatím včetně ČR) se karanténa ukončuje na základě klinických kritérií.

V Německu a Chorvatsku se provádí u zdravotníků test PCR po 5–7 dnech, pokud jsou negativní, mohou do práce.

2. Zapojení praktických lékařů do testování

Ve všech zemích jsou odběry (PCR) prováděny v centrech event. ve stanech před zdravotnickými zařízeními. V Bavorsku, Sasku, možná i v dalších spolkových německých zemích, ve Švýcarsku a na Maltě PL odebírají v ordinacích nebo na LPS výtěry pro test PCR. Dělají to ale běžně i v období chřipky.

V Chorvatsku, Slovinsku a Irsku se někteří PL podílejí dobrovolně na odběrech pro testování PCR mimo své ordinace ve stanech před poliklinikami.

3. Využití rapid testů

V žádné z 25 zemí nejsou rapid testy prováděny systematicky.

Kromě ČR se v Polsku, Rumunsku, Lotyšsku a Španělsku využití rapid testů zvažuje, ovšem nebylo řečeno, že v ordinacích PL.

Komerční rapid testy jsou celkem úspěšně využívány u vystrašené populace privátními praktickými lékaři v Itálii, Rakousku a Estonsku.

Z průzkumu vyplývá, že praktičtí lékaři v ČR se stali Mimořádným opatřením ministra součástí experimentu. Strategie v ostatních evropských zemích spíše svědčí o snaze uchránit praktické lékaře pro poskytování základní péče.

Jako vedlejší produkt průzkum přinesl sympatický obdiv zahraničních kolegů k příznivé míře mortality v České republice a skutečnost, že včasná opatření u nás byla často dávana za vzor. Také s ohledem na ochranné pomůcky byla a někde ještě je situace v jiných bohatších evropských zemích horší než u nás.

Zdravotnictví po pandemii Covid-19

Věřím, že jsme za vrcholem pandemie, že obavy z dalších vln se nenaplní a vše se bude pomalu vracet k normálu. A my vyjdeme z krize posílení jako Ti, kteří byli důležití a zůstali se svými pacienty. Aktuálně byl zveřejněn blog španělských kolegů <https://www.isqua.org/resources-blog/blog>, ve kterém uvádějí jako nosnou myšlenku, že pandemie ukázala potřebu posílení primární péče. Vybírám z textu: „Země, které utrpěly při pandemii největší ztráty, byly země s nejslabší nebo neexistující primární péčí, ve kterých celá váha problému dopadla na nemocniční systém. V nemocnicích pak chyběla kapacita nejen

Provozní schůze na katalánské poliklinice



pro pacienty s nemocí Covid-19, ale i pro jiné diagnózy. To je příklad Číny, Jižní Korey a Itálie. Naopak země jako například Dánsko, Švédsko, Norsko nebo Velká Británie, vybavené silnou sítí týmů primární péče, poskytujících universální komunitní péči, podporovaných sociálními pracovníky, fyzioterapeuty, porodními asistentkami a s potřebným administrativním zázemím, mohly zajistit péči o lehčí pacienty s Covid-19 a další nemocné v domácím prostředí.

Dobře personálně a zdroji zajištěná, kvalifikovaná a organizovaná primární péče může zploštit křivku nové infekce, omezit její negativní dopad na celkové zdraví v komunitě a v budoucnu umožnit rychlejší zvoľňování restriktivních opatření, které umožní dřívější návrat do normálního života.“

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Generální ředitel WHO, řekl: „Pandemie Covid-19 nám jasně ukazuje, jaké může ohrožení veřejného zdraví způsobit ztráty na životech a těžce postihnout společnosti a jejich hospodaření. Nejlepší obranou je investice do připravenosti těmto situacím v budoucnu čelit a do primární zdravotní péče.“ http://www.commonwealthcbc.com/our_work/health-reports

Děkuji v textu zmíněným kolegům za pomoc s průzkumem a za možnost sdílet jejich mezinárodní zkušenosti.

Nový koronavirus v Německu: z čeho si vzít ponaučení a na co si dát pozor



MUDr. Pavel Martínek

Kabinet praktického lékařství, 3. LF UK Praha
Praxis Dr. med. Gottfried Hanzl, Oderwitz
Česko-německý vzdělávací spolek

Pandemii odehrávající se v globalizovaném světě žádná země nemůže zvládnout sama. Mezinárodní transfer poznatků je obrovský a pro zvládnutí situace klíčový. Předkládaný článek pojednává o situaci u našeho nejvýznamnějšího souseda a poznatcích z ní plynoucích, v jeho druhé části pak shrnuje aktuální position paper skupiny německých vědců, který autor považuje za podnětný. (V situaci překotných změn je třeba dodat, že pojem „aktuální“ zde znamená „ke dni psaní článku,“ tedy 13. 4. 2020).

Situace v Německu

Roušky a další OOP

V Čechách velmi diskutované téma nedostatku ochranných prostředků a dezinfekce je tématem i v Německu¹.

Ani Němci nemají dostatečné zásoby OOP ani kapacity pro jejich výrobu. Vybudovat takovéto kapacity bude trvat několik měsíců. Také proto je ve zdravotnictví dovoleno ústenku či respirátor použít vícekrát - za předpokladu, že je používá stále tatáž osoba a jsou přesně popsáním způsobem dekontaminovány².

Ohledně roušek, které si lidé vyrábějí sami, jsou německé úřady zdrženlivé a důsledně rozlišují mezi průmyslově vyrobenou, certifikovanou rouškou a „Community-Maske“, tedy rouškami šitými doma. Úřady upozorňují na to, že účinnost doma vyrobených roušek je často nejistá a výrazně závislá zejména na materiálu, ze kterého jsou zhotoveny³.

Překvapivě dlouho v Německu diskuse ohledně roušek končila deklarací, že svého nositele před nákazou neochrání. Až v poslední době Institut Roberta Kocha, který má ochranu proti infekci na starost, počal zdůrazňovat, že roušky mohou částečně bránit přenosu nákazy na okolí a pomáhají uvědomovat si nutnost dodržování dalších zásad. Zároveň je apelováno na to, aby lidé nosící roušku pod dojmem bezpečí neopomínali dodržovat všechny ostatní zásady (odstup 1,5 metru, důsledná

hygiena rukou, „etiketa při kašli“ – tedy zakrývání úst rukávem).⁴

Region, kde momentálně pracuji, hraničí s libereckým krajem a stejně jako on má bohatou tradici textilního průmyslu. V minulých desetiletích se výroba dramaticky utlumila, nicméně firmy, které zůstaly, se daly do šití roušek pro nemocnice, ordinace a další instituce a zaměstnance první linie. Zajímavým aspektem pro mne bylo, že se kladl velký důraz na certifikaci materiálu a na přesné údaje o tom, kolikrát lze ústenku vyprat, než ztratí požadovanou účinnost (u regionální firmy to bylo 60x) a také na vlastnictví alespoň tří roušek na uživatele (1 nosit, 1 prát, 1 sušit). Rouška nabízená lokální textilní firmou je na německé poměry finančně dostupná, stojí kolem 4 €.

Společnost DEGAM (analogie české SVL ČLS JEP) vydala brzy po začátku pandemie doporučené postupy pro praktické lékaře. V poslední verzi z 10. 4. 2020 je doporučováno, aby všichni pacienti přicházející do ordinací měli roušku (minimálně vlastní výroby), personál pak roušku a obličejový štít.⁵

Zmínky o zavedení povinnosti nošení roušky pro všechny občany naráží v Německu na nevoli – je poukázáno zejména na chybějící důkazy pro účinnost takového opatření a nemožnost nakázat lidem nosit něco, co není stát schopen zabezpečit.

Co se týče pacientů, nošení roušky nelze vyžadovat u těch, kterým to způsobuje problémy. Z tohoto hlediska mne překvapil např. postup některých porodnic v ČR, které vyžadují roušku u rodiček při porodu (zaznamenal jsem také chlubení se tím, že v některých porodnicích v rouškách rodičky i spí, což je z epidemiologického hlediska samozřejmě nesmysl).

Přesto, že jsem sympatizant nošení roušek na veřejných místech (samozřejmě mimo zbytečných případů jako je les nebo vlastní automobil) souhlasím s názorem Petra Honzejka – komentátora *Hospodářských novin*, který, ač princip nošení roušek schvaluje, si všímá toho, že v České republice má nošení roušek některé znaky státního náboženství. Problémem je dle něj, že i rouškovaná víra přitahuje extremisty, kteří mají sklon k fanatismu, a tak se stává, že lidé „...udají i osamělého běžce, kterému se svezl šátek z nosu“⁶.

Dle mého názoru míří opatření nošení roušek v ČR správným směrem. Co si lze vzít z německých doporučení, je kritický přístup, dbalost ostatních principů ochrany před nákazou (rouška není samospásná), a zároveň nelpění na nošení roušek u těch, kterým by to neúměrně přitížilo.

Testování

Pro praktického lékaře v Německu neexistuje žádná povinnost odebírat vzorky u pacientů s podezřením na Covid-19. Pokud však chce, může nasopharyngeální výtěr na PCR provést – potřebný set je identický s tím, který se používá každoročně pro diagnostiku chřipky, proto jej má mnoho ordinací k dispozici. Kritéria pro indikaci/provedení odběru praktickým lékařem jsou poměrně volná.⁷

Odborná společnost DEGAM odběry u pacientů s podezřením na Covid-19 v ordinacích VPL ve svém guideline nedoporučuje a radí tyto pacienty spíše odesílat na jiná místa (viz. níže)⁵. Zejména kvůli nedostatku OOP také vzniklo doporučení, aby si nasopharyngeální výtěr prováděli podle svých schopností pacienti sami. Podle informací, které mám od kolegů, je takovýto samoodběr pacientem v domácím prostředí pro mnohé ordinace převažující metodou a nejsou s ním větší problémy. DEGAM pro pacienty vydala jednoduchý návod k provedení samoodběru.⁸

Dalšími možnostmi jsou odběry v nemocnici (s často omezenou kapacitou), výjezdovou službou či na okresním zdravotním úřadě.

Počet provedených testů je v Německu v přepočtu na obyvatele velmi vysoký, nicméně i zde se objevují výzvy laboratoří o větší rozvahu při indikaci testů z důvodu omezených kapacit.

Kontrolní testování potvrzených případů nákazy před ukončením karantény jsou zde v režii okresních zdravotních úřadů a v ordinacích VPL se neprovádějí.

I v Německu se vedou diskuse ohledně testování protilátek, přičemž na rychlotesty, které jsou nyní dostupné na trhu, je pohlíženo s nedůvěrou. Některé velké laboratoře vyvíjejí vlastní metody na principu semikvantitativní imunoassay, které by měly být k dispozici za 1–2 týdny a v první řadě se mj. počítá s otestováním zdravotníků.

Za nezanedbatelný faktor podmiňující ochotu praktických lékařů testovat považují to, že podle německého zákona o ochraně proti infekci obdrží ten, komu byla z důvodu nařízení odpovědných orgánů ordinace uzavřena nebo nařízena karanténa, odškodnění. To se týká vlastního výdělku, nepokrytých výdajů a dalšího. Tato záruka může podpořit rozhodnutí testovat pacienty ve vlastní ordinaci, které je vždy v nějaké míře spojeno se zvýšeným rizikem uvalení karantény.

„Německý fenomén“

V souvislosti s nízkou smrtností na Covid-19 v Německu je občas hovořeno o jakémsi německém fenoménu, a ten je mnohdy vysvětlován dobrým zdravotnictvím. Němečtí kolegové ale často hovoří o tom, že vzhledem k diametrálně odlišným způsobům testování i evidenci

smrtnosti nelze počty mezi jednotlivými státy porovnávat. Dále poukazují na to, že srovnání např. s Itálií nelze dost dobře provádět, protože zatímco Itálie byla jednou z prvních evropských zemí, kde k masivnější naze došlo, následkem čehož byly v počáteční (nejen) diferenciálně-diagnostické nejistotě ztraceny první kritické dny a možnosti trasování byly velmi omezené, ostatní země se mohly na infekci připravit lépe. Zároveň v Itálii byla nakažena „boostována“ mezi starší populací, přičemž první nakažení v Německu byli často mladí sportovci vracející se ze zimní dovolené.¹⁰

Organizace ordinací

Naprostá většina ordinací v našem regionu je nadále v provozu a ošetřuje pacienty kontaktně. Pacienti jsou námi i médii poučeni, že mají ordinaci vyhledat jen v nutných případech a předem se telefonicky objednat, termíny pacientů s chronickými potížemi bývají často přesouvány. Úroveň ochrany před nákazou se v jednotlivých ordinacích velmi liší, velká část ordinací má u příjmové přepážky plexisklo a na podlahách vyznačení bezpečného odstupu pacientů od personálu. Personál mívá většinou roušky či respirátory (liší se podle postižení regionu a preferencí majitele ordinace a zaměstnanců), v čekárně jsou židle ve velkých rozestupech a celkově se omezuje počet pacientů, kteří v čekárně v určitém čase mohou být. Pacienti s příznaky respiračního onemocnění jsou přijímáni jen v určitém časovém okně, odběry při podezření na Covid-19 (pokud je ordinace nabízí) jsou prováděny preferenčně mimo prostory ordinace (např. na parkovišti ordinace, ideálně systémem Drive-In).

„Kapitační“ platba je ve většině případů v Německu poskytnuta pouze tehdy, pokud se pacient v ordinaci objeví alespoň jednou za kvartál („klasická“ kapitační platba byla zrušena, podle mnohých však vývoj směřuje k tomu, že bude v budoucnu v nějaké podobě znovu zavedena). Mnohé ordinace v současné situaci zaznamenávají propad počtu pacientů i na ¼ obvyklých počtů¹, v důsledku čehož jim hrozí výrazný propad příjmů. Proto bylo ordinacím, které vykáží bez vlastního přičinění (tedy bez toho, že by omezily ordinacní hodiny) méně bodů než za srovnatelný kvartál v minulém roce, přislíbeno dorovnání plateb.¹¹

Potřeba zůstat v kontaktu s pacienty vede k rozšířenímu zapojení digitálních technologií, například k ordinování prostřednictvím videohovoru. V předpandemické době bylo dovoleno ošetřovat takto pětinu pacientů, podmínkou bylo alespoň jednou vyšetřit pacienta osobně. Pro stávající kvartál bylo z důvodu pandemie omezení zrušeno. Velký podíl na výjimce mají psychoterapeuti, pro jejichž klienty je nepřerušeno

kontakt s terapeutem během pandemie velmi důležitý. Podle německých kolegů brání většímu rozvoji online medicíny neexistence e-receptu a e-neschopenky, stejně jako chybějící integrace telemedicínských modulů do lékařského software. Samozřejmě je nutné používat certifikovaná řešení konformní s principy ochrany osobních údajů.¹²

Dopad českých opatření na Německo

Komplikovaná situace pro pohraniční regiony v Německu nastala 24. 3. 2020, kdy se česká vláda rozhodla, že během dvou dnů zakáže přeshraničním pracovníkům každodenní dojíždění a povolí jim přijet do ČR vždy nejdříve za 21 dní. Logický důvod tohoto opatření se nám nepodařilo vypátrat, protože jak Liberecko, tak Žitavsko představovaly jedny z nejméně postižených regionů ČR, resp. Německa, zatímco např. pendlování mezi velmi postiženou Prahou a ostatními regiony ČR bylo nadále dovoleno.

Oddělení intenzivní péče naší regionální nemocnice sestává z naprosté většiny z Čechů, včetně primáře, také mnohé ambulance (nejen praktických) lékařů zaměstnávají Čechy nebo jsou jimi vlastněny. Každodenní dojíždění z ČR se přitom týká většiny z nich a nyní bylo nutné, aby se během dvou dnů rozhodli, zda si najdou v Německu byt, kam se přestěhují, nebo přestanou na čas v Německu pracovat. Protože se tou dobou nejen ČR, ale i Německo připravovalo na možný krizový scénář ohromného náporu nemocných, zůstalo německé pohraničí v šoku z toho, že je česká vláda připravena odebrat jim v rozhodujících chvílích kritické pracovníky. Výhled na kolaps péče nikoho neplnil radostným očekáváním, proto se čeští i němečtí kolegové zmobilizovali, při okresním úřadě narychlo vznikly burzy bytů pro kolegy, mnoho pacientů i kolegů nabízelo budoucím českým exulantům ubytování jen za cenu energií či zcela zdarma, jen aby se zdravotní péče v regionu udržela v akceschopném režimu.

Když se navíc ukázalo, že česká vláda nedovoluje exulantům vzít si s sebou do Německa ani nejbližší rodinu (ženu/muže a děti), aktivita kolegyně a kolegů majících rodinu se dále vystupňovala a přes regionální politiky se volání o pomoc doneslo až ke kancléřce Merkelové. Ta zasáhla a na poslední chvíli vymohla u českých politiků výjimku pro zdravotníky, čímž uklidnila napjatou mezinárodní situaci.¹³ Také bylo (to již zřejmě jen na stížnosti pendlerů, bez zjevného zásahu německých politiků) všem pendlerům dovoleno vzít si s sebou do zahraničí partnera a děti. Podobná aktivita se podle všeho odehrávala v oněch vypjatých dnech i v Bavorsku a Rakousku. Zdravotní péče nejen v žitavském regionu mohla prozatím zůstat zachována a my jsme si ještě více

uvědomili, jak jsou na sobě obě země vzájemně závislé.

Etické otázky

Za pozornost jistě stojí výstupy společného jednání skupiny tvořené 7 odbornými společnostmi (paliativní medicína, pneumologie, etika a 4 odborné společnosti zabývající se intenzivní medicínou), která se koncem března sešla k diskusi nad etickými otázkami.

Bylo konstatováno, že rozhodnutí o tom, jaká péče bude komu v případě omezených zdrojů přidělena, musí mít svůj základ v medicínských parametrech. Kalendářní věk ani sociální kritéria zde nesmějí hrát roli, rozhodnutí může být ovlivněno jen tíží onemocnění a rizikovými faktory. Stejně měřítko musí být použito na všechna onemocnění – ať se jedná o Covid-19, autonehodu či cévní mozkovou příhodu. Byla zdůrazněna potřeba jasných kritérií, podle kterých se může medicínský personál řídit – tíže odpovědnosti za rozhodování o životě a smrti v případě katastrofálního nedostatku prostředků by neměla být položena na bedra jednotlivých zdravotníků. Kritéria by dle rady měla být jednotná, dobře promyšlená a transparentní a samozřejmostí je požadavek souladu se zásadami práva. Přitom by do rozhodování o takových kritériích neměl zasahovat stát.

Ohledně opatření přijatých německou vládou bylo připomenuto, že není možné ochráně lidského života podřídit bezpodmínečně všechna ostatní práva na svobodu a participaci, stejně jako práva hospodářská, sociální nebo kulturní. Politici jsou povinni přijatá opatření a jejich efekt kontinuálně vyhodnocovat.¹⁴

Také v Německu byla použita v souvislosti s Covid-19 anonymizovaná data mobilních operátorů. Cílem bylo zjistit, „zda se mobilita obyvatel celkově snížila“. Spolkový ministr zdravotnictví (který je znám výroky, které nepůsobí vždy zcela uváženě) přišel také s myšlenkou vyhodnocovat lokalizační data z mobilních telefonů nakažených pacientů a jejich kontaktů, a to bez časového omezení, za což sklídl kritiku nejen od opozice, včetně komentáře o „opileckém nápadu“. Téma mobilních telefonů jako nástrojů proti nákaze je stále otevřené, otázka zpracování takto získaných dat a jejich bezpečnosti jsou nadále živě diskutovány.¹⁵ Způsob, jakým je s daty zacházeno např. na Slovensku, v Litvě nebo v Izraeli, nebudí nadšení.

Výtah z aktuální práce Prof. Schrappeho et al.

Následující statě jsou výtahem z position paperu kolektivu německých vědců, který shrnuje některé aspekty současné pandemie (datum publikace 5. 4. 2020).¹⁶ Pro omezený prostor zde základní myšlenky uvedu ve velmi zkrácené podobě a v bodech (němčiny znalé kolegyně

a kolegové mohou využít odkaz na plnou on-line verzi v seznamu literatury).

Epidemiologické aspekty

- PCR detekuje jen genetickou informaci bez informace o přítomnosti intaktního, infekce schopného viru. Pro potvrzení některých hypotéz je třeba virové kultury.
- Z dat o oficiálním počtu pozitivně testovaných nelze bez dalšího dělat závěry o prevalenci či incidenci onemocnění Covid-19, protože testování jsou podrobováni pouze někteří nakažení pacienti.
- Běžně uváděné počty nakažených odrážejí minulost (v Německu autoři počítají s 15-denním zpožděním – započtena je inkubační doba, doba mezi onemocněním a testováním, čas potřebný pro testování, doba do obdržení hlášení o pozitivitě a zveřejnění) a zároveň předpokládají, že testována je pouze 1/3 nakažených. Pokud by byl tento model reálný, odhadují autoři, že 17. 3. 2020 bylo v Německu ve skutečnosti ne 8.000, ale cca 770.000 nakažených.
- Protože není známa incidence onemocnění, Attributable Mortality (rozlišení, zda pacient zemřel NA Covid-19, nebo S Covid-19) ani Excess Mortality, nelze spolehlivě vyčíslit jeho smrtnost.
- Covid-19 se šíří často v clusterech – lokálních ložiscích. Nozokomiální způsob šíření je u této nemoci velmi významný.
- Jednoduché intervence pro potlačení šíření Covid-19 snadno způsobí paradoxní efekt – například italský zákaz příletů z Číny vedl k tomu, že pasažéři létali přes Frankfurt a Amsterdam, čímž se vyhnuli měření tělesné teploty při příletu. Přístupy musejí být komplexní a zároveň zohlednit lokální kontext, protože strategie funkční v jedné zemi se jinde může ukázat jako nefunkční nebo škodlivá.

Preventivní strategie

- Podle odhadu autorů budou terapie a očkování dostupné nejdříve během roku 2021.
- Situaci v Číně a efekt tam použitých opatření lze z důvodu zpolitizování epidemie a velmi omezené svobody projevu čínských médií jen stěží odhadnout.
- Nelze tedy s dostatečnou přesností říci, zda je např. *shutdown* dlouhodobě účinnější strategií než pouze *social distancing*.
- Autoři se domnívají, že po zvládnutí infekce Covid-19 zůstane riziko jejího opakovaného sezónního výskytu, další vlna může přijít v zimě 2020/21.
- Je potřeba zvážit Collateral Damage, který způsobují opatření proti infekci.
- Omezení sociálních kontaktů s sebou nese významné

riziko morbidity. Je třeba minimalizovat i riziko „infekce strachem“, který může vést k nežádoucím sociálním dopadům (nevraživost mezi lidmi, stigmatizace).

- Účinnost a bezpečnost opatření je třeba stále revidovat. Je také třeba je vždy časově ohraničit.

Společensko-politické implikace

- Je známo, že v krizi se zvyšuje poptávka po „silném státu“.
- V mnoha zemích jsou v současné době vládcům udíleny až absolutistické pravomoci.
- Je nepravděpodobné, že by se všichni tito vládcové nabyté moci po skončení krize zase dobrovolně vzdali.
- Neplatí, že před nákazou jsou si všichni rovni: možnosti lidí jsou velmi rozdílné podle toho, jestli v karanténě mají k dispozici zahradu, zda se musí starat o více dětí školou povinných, zda mají finanční rezervu apod. Zapojení odborníků do řešení nastalých problémů je nutné.
- V časech epidemie nejsou právní normy zneplatněny, nýbrž smějí být pouze na omezený čas přiměřeně relativizovány.
- Omezení musí být:
 - stále podrobována přezkoumávání co do časového ohraničení
 - stále diskutována, co se týče stanoveného cíle a
 - zejména zaměřena na osoby, které ochranu skutečně potřebují
- Demokratické uspořádání společnosti nesmí být položeno na oltář ochrany zdraví.

Shrnutí pro praxi

Stejně jako onemocnění Covid-19 nerespektuje státní hranice, také výměna informací o něm a o přijatých opatřeních zejména mezi sousedy, ale nejen mezi nimi, je nezbytná.

Kolegyně a kolegové z Německa řeší podobné problémy jako české kolegyně a kolegové, některé strategie přitom mohou být inspirativní. Poté, co se článek dotýká několika takovýchto témat, pojednává o jedné ze zajímavých prací, která nyní je v Německu diskutována. Ta se zabývá epidemiologickými aspekty, preventivními strategiemi a v neposlední řadě společensko-politickými implikacemi.

Pokud bezvýhradně přijímáme definici WHO, která jako zdraví označuje „stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody a nikoliv pouhé nepřítomnosti nemoci či vady“, vyplývá z našeho medicínského povolání i nutnost zabývat se i „neinfekčními“ aspekty onemocnění Covid-19 – prvního pandemie tohoto tisíciletí.

Abstract

As the Covid-19 does not respect the borders of the states, the exchange of information about the disease and the measures taken to fight it – especially, but not only – between neighbor states, is necessary as well.

The colleagues from Germany are facing very similar problems as the Czech ones and some strategies may be inspiring. After handling some of these topics, it goes into an interesting position paper from a group of renowned german scientists, which deals with epidemiological aspects, preventive strategies and not least

with social – political implications.

If we agree on the WHO definition of health as „physical, mental, and social well-being, and not merely the absence of disease and infirmity“, it implies that, being doctors, we must not omit the „non-infectious“ aspects of the Covid-19 – the first pandemic in this millenium.

1. KORZILIUS, Heike. Jeder versucht, das Beste aus der Situation zu machen. Deutsches Ärzteblatt. 2020, 117(13), 544-546.
2. Einsatz von Schutzmasken in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Bundesministerium für Arbeit und Soziales [online]. 31. 03. 2020 [cit. 2020-04-13]. Dostupné z: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Arbeitsschutz/einsatz-schutzmasken-einrichtungen-gesundheitswesen.pdf?__blob=publicationFile
3. Hinweise des BfArM zur Verwendung von selbst hergestellten Masken (sog. „Community-Masken“), medizinischem Mund-Nasen-Schutz (MNS) sowie filtrierenden Halbmasken (FFP2 und FFP3) im Zusammenhang mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2 / Covid-19). Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [online]. 31. 03. 2020 [cit. 2020-04-13]. Dostupné z: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html>
4. Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Coronavirus SARS-CoV-2. Robert-Koch-Institut [online]. [cit. 2020-04-13]. Dostupné z: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste.html
5. Neues Coronavirus (SARS-CoV-2) – Informationen für die haus-ärztliche Praxis: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. [online]. 10. 04. 2020 [cit. 2020-04-13]. Dostupné z: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung/053-054%20SARS-CoV-2%20und%20Covid-19/Publikationsdokumente/053-054_Neues%20CORONA-Virus.pdf
6. HONZEJK, Petr. Povinné nošení roušek má rysy státního náboženství. Ale díky za něj. Hospodářské noviny [online]. 02. 04. 2020 [cit. 2020-04-13]. Dostupné z: <https://nazory.ihned.cz/komentare/c1-66745170-povinne-noseni-rousek-ma-rysy-statniho-nabozenstvi-ale-diky-za-nej>
7. Flussschema: Maßnahmen und Testkriterien bei COVID-19-Verdacht. Robert Koch Institut [online]. 06. 04. 2020 [cit. 2020-04-13]. Dostupné z: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Massnahmen_Verdachtsfall_Infografik_DINA3.html
8. Anleitung zur Probenentnahme* / Testung auf CoViD-19. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin [online]. 27. 03. 2020 [cit. 2020-04-13]. Dostupné z: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung/053-054%20SARS-CoV-2%20und%20Covid-19/Publikationsdokumente%20Archiv/053-054_Selbsttest_Covid19_200327.pdf
9. HALBE, Prof. Dr. Jur. Bernd. Rechtliches in Pandemiezeiten. Deutsches Ärzteblatt. 2020, 117(14), 616-617.
10. Infektiologie - Talk zum Thema COVID-19: WebUP - Expertentreff. Forum für medizinische Fortbildung [online]. 09. 04. 2020 [cit. 2020-04-13]. Dostupné z: <https://www.fomf.de/webup/infektiologie-talk-zum-thema-covid-19-expertentreff-09-04-20>
11. BEERHEIDE, Rebecca a OSTERLOH, Falk. Schutz für Kliniken und Praxen. Deutsches Ärzteblatt. 2020, 117(13), 549.
12. KRÜGER-BRAND, Heike. Sichere Alternative per Video. Deutsches Ärzteblatt. 2020, 117(13), 574-575.
13. BEUTLER, Anna. Wie Corona fast eine Arzt-Familie trennt. Sächsische Zeitung online (Sächsische.de) [online]. 26. 03. 2020 [cit. 2020-04-13]. Dostupné z: <https://www.saechsische.de/plus/wie-corona-fast-eine-arzt-familie-trennt-5187812.html>
14. RICHTER-KUHLMANN, Dr. med. Eva. Orientierung an Erfolgsaussicht. Deutsches Ärzteblatt. 2020, 117(14), 592-593.
15. KRÜGER-BRAND, Heike E. Bewegungsprofile per Handy. Deutsches Ärzteblatt. 2020, 117(14), 594-595.
16. SCHRAPPE, Prof. Dr. med. Matthias, FRANÇOIS-KETTNER, Hedwig, GRUHL, Dr. med. Matthias, KNIEPS, Franz, PFAFF, Prof. Dr. phil. Holger a GLAESKE, Prof. Dr. rer.nat. Gerd. Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19: Datenbasis verbessern - Prävention gezielt weiterentwickeln - Bürgerrechte wahren [online]. 05. 04. 2020 [cit. 2020-04-13]. Dostupné z: http://www.matthias.schrappe.com/einzel/thesenpapier_corona.pdf

GDPR – práva pacientů aneb co od vás mohou žádat?



Mgr. Dominika Genzorová

absolventka Právnické fakulty Masarykovy univerzity

Obecné nařízení o ochraně osobních údajů neboli General Data Protection Regulation (dále „Nařízení GDPR“) je nařízením Evropského Parlamentu a Rady č. 2016/679, které v českém právním prostředí nahradilo zákon 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Motivem k přijetí GDPR bylo zejména snaha o jednotný právní rámec napříč unií, ochrana práv subjektů údajů a také snaha o sjednocený výklad i kontrolu dozorcích úřadů. O GDPR jako takovém bylo již napsáno mnoho, proto se chci zaměřit spíše na specifitější oblast, právo medicínské.

Pacient, který do právního vztahu s lékařem přistupuje jako laik, může být do jisté míry považován za slabší stranu. Toto pacientovo postavení je možné odvodit z ustanovení zákona č.89/2002 Sb. občanský zákoník, konkrétně § 5 odst. V tomto paragrafu si můžeme přečíst o tzv. odborné péči, podle Těšinové a dalších autorů je základem *pro lege artis*, tedy povinnost lékaře jednat v souladu s pravidly svého umění. Základem právního vztahu lékař a pacient je jistá „nadřazenost“ lékaře co do odborných znalostí a vědomostí. Pacient, jakožto osoba medicíny neznalá, má tedy široké spektrum práv, která ho chrání před tím, aby lékař (odborník) svých znalostí zneužil.

Stejně tak jako má pacient právo na informace, které má obvykle podobu informovaného souhlasu, má i právo na ochranu svých osobních údajů. Mezi tato citlivá data řadí nařízení GDPR zejména jméno, příjmení, rodné číslo, zdravotní stav, anamnézu. Mezi obzvláště chráněná data řadí toto nařízení sexuální orientaci a také náboženské vyznání. I tyto informace mohou mít pro léčbu pacienta význam (Svědci Jehovovi – transfuze krve apod.).

Lékař jako správce osobních údajů má povinnost (je to tedy pasivní právo) pacienta informovat o účelu zpracování, totožnosti správce, jeho oprávněných zájmech a o příjemcích osobních údajů. Oproti tomu z hlediska zákona má pacient tato aktivní práva: právo na přístup a přenositelnost osobních údajů, právo na opravu, právo na výmaz („právo být zapomenut“), právo vznést

námítku, právo na omezení zpracování. Veškerá tyto práva pacient uplatňuje vůči správci osobních údajů - tj. lékaři.

Právo na přístup a přenositelnost znamená, že pacient může na základě aktivní žádosti vůči lékaři obdržet okruh informací, které stanoví GDPR. Této žádosti musí lékař(správce) ve lhůtě nejdéle měsíc vyhovět. Mezi tyto informace, zahrnutelné do takové žádosti, patří účely zpracování, kategorie osobních údajů, příjemci, kterým osobní údaje budou zpřístupněny, plánovaná doba uložení, právo podat stížnost dozorovému úřadu.

Právo na opravu, jak název napovídá, obsahuje možnost subjektu údajů požadovat od správce změnu osobních údajů, a to v případě, že má podezření na jejich nesprávnost. Správce nemá povinnost aktivně vyhledávat nesprávné údaje, nemusí ani od subjektu údajů požadovat pravidelnou aktualizaci. Povinností správce však je zabývat se žádostí subjektu údajů, tedy osobní údaje změnit.

Právo na výmaz, jinými slovy právo „být zapomenut“ vyjadřuje povinnost správce zlikvidovat osobní údaje. Musí být splněna jedna podmínka z následujících: protiprávní zpracování osobních údajů, splnění právní povinnosti, nepotřebnost osobních údajů pro účely zpracování, odvolání souhlasu subjektu údajů a zároveň není právní důvod ke zpracování, vznesení námitek a nejsou-li převažující důvody ke zpracování, shromáždění osobních údajů v souvislosti s nabídkou služeb informační společnosti. Na vztah lékař – pacient se budou v podstatě vztahovat všechny důvody, kromě posledního. Detaily týkající se zdravotnické dokumentace stanovuje vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Zde nalezneme podrobný popis toho, které osobní údaje o pacientovi se shromažďují (jméno, datum narození, trvalý pobyt, pohlaví), a na jak dlouho.

Právo vznést námítku proti zpracování osobních údajů má pacient v případě oprávněných zájmů lékaře. Ten je dále nezpracovává, dokud oprávněný zájem (léčba) neprokáže. Lze si představit situaci, kdy pacient odmítne, aby lékař nakládal s jeho osobními údaji, domnívám se však, že taková námítka by měla vést k ukončení poskytování zdravotní péče. V případě, že by lékař tuto činnost neukončil, přechovával by citlivá data bez právního důvodu, tj. nelegálně, a dostával by se tak do rozporu se zákonem. Za takové porušení zákona by mohla následovat sankce.

Právo na omezení zpracování je dočasné právo, vztahuje se na některé předtím uvedené situace (popření správnosti údajů, protiprávnost, námítka proti zpracování), a to zpravidla dokud nebude o věci rozhodnuto. Použije se v případě nejasnosti, zda a kdy se budou muset osobní údaje odstranit. Správce (lékař) pak může

zpracovávat osobní údaje subjektu jen s jeho souhlasem. Souhlasu není třeba, pokud jde o výkon nebo obhajobu právních nároků nebo veřejných zájmů Evropské unie nebo jejího členského státu. Právní nároky jsou takové, které plynou ze zákona. V případě, že pacient dosáhne omezení zpracování, musí být před zrušením omezení správcem upozorněn. Pacient tak má jistotu, že nebudou jeho údaje užity neoprávněným způsobem. Může to být případ, kdy pacient přechází od jednoho lékaře ke druhému. Lékař má povinnost uchovávat osobní údaje dle přílohy 3 k vyhlášce 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci. Ta stanoví, že doba uchování je 10 let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta. Takže, pokud pacient zemře 1. 4. 2019, končí doba uchování jeho zdravotnické dokumentace dne 1. 4. 2029.¹

Jak tedy může pacient vůči vám postupovat? Z hlediska procesního dochází ke dvoukolejnosti právní úpravy, to znamená, že výklad právní úpravy GDPR řeší civilní soudy, soudní přezkum činnosti Úřadu na ochranu osobních údajů budou řešit správní soudy. Úřad na ochranu osobních údajů (dále ÚOOÚ) má především dvě stěžejní pravomoci, a to vyšetřovací a nápravnou.² V rámci pravomoci vyšetřovací je oprávněn provádět kontroly u povinného subjektu (lékaře). V tomto případě, s odkazem na snahy o omezení svévole veřejné moci, je nutné,

aby při zahájení kontroly sdělil její důvody povinnému. Úřad tedy nemůže zahájit kontrolu bezdůvodně. Zpravidla ji tedy zahajuje na základě podnětu. Kontrola prováděná ÚOOÚ musí dodržovat podmínky stanovené v zákoně č.255/2012 Sb. kontrolní řád. Během této činnosti ÚOOÚ zjišťuje, jak kontrolovaná osoba plní povinnosti, které pro ni vyplývají z právních předpisů. Co se týče vašich práv (práv kontrolovaného), zde platí, že co není zákonem zakázáno, je dovoleno. Kontrolovaný si tak může například pořizovat obrazové a zvukové záznamy z kontrolní činnosti. Mezi tresty, které může ÚOOÚ uložit, je pak napomenutí, správní pokuta, ale i vyřešení věci bez uložení trestu.

Z hlediska GDPR vystupuje v právní vztahu lékař jako správce osobních údajů a pacient jako subjekt. Pacientům dává GDPR některá významná práva, která mají zajistit jejich právní ochranu. Mezi tato práva řadíme: právo na přístup a přenositelnost, právo na opravu, právo na výmaz, právo vznést námitku, právo na omezení zpracování. Veškerá tato práva může pacient uplatnit vůči lékaři. V případě, kdy by došlo k zásahu do jeho osobnostních údajů, se může obrátit na Úřad pro ochranu osobních údajů, který má dvě základní pravomoci, pravomoc kontrolní a vyšetřovací. Kontrolní činnost nelze zahájit bezdůvodně, je tedy vždy nutno její důvody oznámit kontrolovanému (lékaři).

1. Zde vycházím z pravidel počítání lhůt podle § 605 odst.2 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku: Konec lhůty nebo doby určené podle týdnů, měsíců nebo let připadá na den, který se pojmenováním nebo číslem shoduje se dnem, na který připadá skutečnost, od níž se lhůta nebo doba počítá.

2. Fiala, O., Grepl, J., Lichnovský, J. GDPR. Hmotné a procesní aspekty prakticky. 1. vydání Praha: C.H. Beck, 2019. s. 109.

Frailty syndrom

Multidisciplinární přístup jako jediná možnost intervence



MUDr. Adam Lukáč

Klinika interní, geriatrické a praktického lékařství, Fakultní nemocnice Brno

prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.

Klinika interní, geriatrické a praktického lékařství, Fakultní nemocnice Brno

Úvod

Frailty syndrom je věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví, tedy zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Rizikovou skupinou jsou senioři starší 85 let. Ti jsou již dnes zcela dominantní skupinou pacientů na akutních lůžkových odděleních našich nemocnic. Podle populačních prognóz by v roce 2050 měli senioři tvořit nejpočetnější populační skupinu vůbec. Dle prognóz Českého statistického úřadu by se podíl osob ve věku nad 65 let měl v roce 2050 přiblížit k jedné třetině. Nejrychleji bude přibývat osob v nejvyšším věku – počet obyvatel starších 85 let by se měl do roku 2050 zpětinásobit oproti situaci z roku 2003.¹

I z tohoto důvodu bychom měli mít povědomí o problematice geriatrické křehkosti, se kterou se u našich pacientů budeme potkávat stále častěji. Frailty syndrom je komplexní proces podmíněný mimo jiné i přirozenou involucí organismu. Nelze ho léčit, lze ho ale efektivně intervenovat. Jaké jsou vhodné možnosti jeho intervence?

Definice Frailty

Frailty syndrom byl definován poprvé v devadesátých letech profesorkou Friedovou a kol. jako stav snížené funkční rezervy a minimální odolnosti vůči zátěži jakéhokoliv typu vzniklý v důsledku poklesu výkonnosti více orgánových soustav u jedinců vyššího věku.

Autoři zvolili k určení daného fenotypu tyto klinické projevy:

1. nezáměrná ztráta hmotnosti vyšší než 4,5 kg za poslední rok
2. únava a vyčerpanost prezentovaná samotným nemocným
3. pomalá chůze
4. nízká fyzická aktivita
5. svalová slabost zjištěná metodou handgripu – stisku ruky²

Tyto jednotlivé diagnostické entity byly k výzkumným účelům přesně a podrobně definovány, nicméně dnes slouží spíše jako nástroj reálného vykreslení obrazu křehkého seniora, proto není nutné zmiňovat jednotlivé numerické atributy.

Definice Frailty je mnoho, ucelenou představu geriatrické křehkosti nám poskytne představení jednotlivých patofyziologických jednotek, které se spolupodílí na jeho vzniku a akceleraci.

Etiologie a patofyziologie

Etiologie je komplexní a zahrnuje především přirozenou biologickou involuci, která v kontextu stárnoucího lidského organismu vytváří podmínky pro spirálu vedoucí k prohloubení dekadence seniora, s konečným důsledkem jeho smrti. Zásadním faktorem pro cyklické, progresivní zhoršování stavu seniora je rozvoj nemocí, eventuálně jejich kombinace a zhoršení chronických nemocí. Důsledkem polymorbidity je polyfarmakoterapie, potažmo polypragmázie, jejíž nežádoucí vedlejší účinky a lékové interakce mohou celý proces dále potencovat.³

Dalším etiologickým faktorem je prohlubující se inaktivita seniora, podmíněná jednak přirozeným úbytkem sil staršího člověka, jednak jeho sociální deprivací - konec pracovního života, ztráta přátel, odloučení od potomků, tendence k depresi, ztráta motivace atd.

Inaktivita sama o sobě vytváří začarovaný kruh vedoucí k úbytku svalové hmoty, dalšímu úbytku fyzických sil a v konečném důsledku prohloubení inaktivity.

Velkou kapitolou etiologických faktorů vedoucích ke křehkosti seniora je nedostatečná výživa - malnutrice. Ta úzce souvisí se sníženou aktivitou, která prohlubuje případné nechutenství seniora a často limituje přístup ke kvalitním potravinám (Obr. 1). Rovněž pak přirozená

Obr. 1. - Začarovaný kruh geriatrické křehkosti



preferance sacharidových pokrmů, které jsou chuťově vábivé a díky obecně měkčí konzistenci snadno konzumovatelné i při deficitním chrupu. V důsledku tedy pozorujeme nižší příjem kvalitních proteinů ve stravě seniora, který spolu s inaktivitou prohlubuje úbytek svalové hmoty tj. sarkopenii.

Dalším faktorem akcelerujícím křehnutí seniora je degradace autonomního nervového systému. Projevem může být tendence k pádům, nestabilita při chůzi, dyspeptické potíže (podmíněné hypokinézou GIT), ale i kognitivní a osobnostní, behaviorální projevy.

Dnešní pohled molekulární biologie a patofyziologie na problematiku stárnutí je velice komplexní. Rozšiřuje se povědomí o urychlování biologické involuce chronickým zánětlivým procesem. Prozápánlivé nastavení organismu je současně akcelerátorem, ale i důsledkem procesu stárnutí. Zavádí se nově pojem inflammaging. Jedná se o nárůst oxidačního stresu v organismu v důsledku převahy proinflatorních cytokinů zejména TNF alfa, IL6.⁴ Dále jde o nižší kapacitu reparačních procesů organismu, involuci imunitního systému – imunosenescenci. S těmito jevy úzce souvisí metabolické konsekvence zahrnující především nárůst inzulínové rezistence, respektive přítomnost metabolického syndromu a konečnou konsekvencí s prokoagulačním stavem.

Z genetických vlivů podílejících se na vzniku a akceleraci geriatrické křehkosti je prokázána asociace mezi délkou chromozomálních telomer a stupněm frailty.⁵

A v neposlední řadě sociální deprivace a psychické problémy časté ve vyšším věku také nepříznivě ovlivňují zdravotní dekonkondici seniora.

Potencující faktory Frailty

Jsou to zejména: intracelulární katabolismus, malnutrice, hypoproteinémie, hypoalbuminémie, poruchy metabolismu vody a elektrolytů a vitamínové deficity.

Problematika nutrice byla diskutována již v předchozím textu. V přímé souvislosti s malnutricí, která je jak vyvolávajícím, tak potencujícím faktorem frailty, je problematika vitamínových karencí u seniorů. Za nejdůležitější se v současné době jeví deficit vitamínu D. Až 60 % populace v zimních měsících je vitamín D deficientní. Příčinou je nižší příjem per os, ale zejména nižší expozice slunečnímu záření. Hypomobilní pacienti nejsou slunečnímu záření exponováni i mnoho let. Známé jsou asociace deficitu vitamínu D a zvýšené riziko fraktur a sarkopenie. V obecné populaci jsou široce diskutované imunitní a metabolické dopady deficitu vitamínu D. Doporučený denní příjem pro substituci vitamínu D probereme níže.⁸

Na tomto místě bych chtěl akcentovat zejména tendenci seniorů k dehydrataci a iontovým dysbalancím, které jsou častou příčinou i důsledkem mnohých patologických stavů geriatrické populace.

Tendence k dehydrataci se s věkem zvyšuje. Jednou z příčin je pokles citlivosti k žízni, důsledkem je nižší příjem tekutin. Další příčinou je pokles glomerulární filtrace (v důsledku snížení počtu funkčních nefronů), dále nižší senzitivita k antidiuretickému hormonu a snížení jeho sekrece (Obr. 2). Důsledkem je i pokles schopnosti retence vody. Tento fakt je často umocněn nechutí seniora k příjmu tekutin pro strach z inkontinence moči.

Obr. 2 - Schematicky etiologie vyšší tendence k dehydrataci u starších lidí, GFR: glomerulární filtrace, COM: cévní onemocnění mozku, CNS: centrální nervová soustava, ADH: antidiuretický hormon



Nejčastější iontové dysbalance s klinickými projevy a nejčastějšími příčinami najdete přehledně v tabulkách v příloze (Obr. 3).

Obr. 3 - Nejčastější iontové dysbalance, jejich příčiny a klinické projevy

Hypomagnezémie	
arytmie, svalové křeče, snížená odolnost střevní sliznice, častější a závažnější stenokardie	
deficit Mg v potravě, poruchami absorpce, ↑ renální ztráty	
Hypofosfatémie	Hyperfosfatémie
poruchy přenosu O ₂ , hemolýza, rhabdomyolýza, respirační selhání, dysfunkce granulocytů a destiček, dysfunkce myokardu neurologické poruchy	zhoršuje demineralizaci kostní tkáně při imobilizaci
↓ reabsorpce fosforu	hypokalcémie
Hyponatrémie	Hypernatrémie
závrať, zmatenost, arytmie, delirium ↑ ECT, ↑ ADH (oxy, SIADH), ↓ fT ₄ , ↓ GOK, thiazid, diuretika	dehydratace, zmatenost, delirium ↓ příjem H ₂ O, ↑ ztráty H ₂ O, ↑ přívod Na
Hypokalémie	Hyperkalémie
obnovení peristaltiky až paralytický ileus, arytmie, křeče, acidóza, kličkové diuretika	svalová rigidita, maligní arytmie, delirium ↓ GFR, NSAID, K šelfr. diuretika
Hypokalcémie	Hyperkalémie
letanie, arytmie, svalové křeče, poruchy krevního srážení ↓ příjem Ca a vit. D, ↓ 1,25(OH) ₂ D, absorpce kalcia ve střevě	zácpa, hyperpyrexie maligní onemocnění, thiazidové diuretika, imobilizace, hypofunkce nadledvin, hyperthyreóza

INTERVENCE FRAILTY SYNDROMU

Vzhledem ke komplexitě problematiky zmiňované v předešlém textu je zcela evidentní, že jedinou intervenční modalitou je multidisciplinární přístup se snahou

intervence v co nejvíce oblastech. Samozřejmě i zde platí, že čím dříve, tím lépe, nebo že nejlepší intervencí je prevence.

Souhrnem, taxativně: podpora nutriční, úprava vodního a minerálového hospodářství, prevence nebo léčba infekce, rehabilitace a psychosociální podpora.

Z nutričního pohledu je nutné zejména zabezpečení dostatečného příjmu proteinu. Dnes doporučený příjem proteinu pro seniora je 1,3 g/kg a den, samozřejmě s ohledem na přítomnost chronického renálního postižení.⁶ Preferenčním postupem by měla být přirozená pestrá strava se zaměřením na úpravu vhodné konzistence. V případě nemožnosti zajistit dostatečný proteinový a energetický příjem přirozenou stravou nebo v případě hospitalizace je nutné zahájit nutriční intervenci, ideálně ve spolupráci s nutričním specialistou. V domácích podmínkách je možné využít proteinové doplňky, primárně určené pro sportovce, nicméně obecně lehce stravitelné a plošně dobře dostupné.

Samostatnou kapitolou nutriční intervence je vitamínová suplementace. Z mého pohledu jednoznačně nejdůležitější je suplementace vitamínu D, a to z důvodů zmíněných výše.

K dostatečné substituci vitamínu D je nutná expozice slunečnímu záření, a to jen v období od dubna do září alespoň na 5 až 30 min (v závislosti na počasí) mezi 10 a 15 hodinou v části obličeje společně s horními a dolními končetinami. Je zřejmé, že zejména hypomobilní seniori a lidé upoutaní dlouhodobě na lůžko tento požadavek nikdy nesplní, navíc endogenní syntéza vitamínu

D s věkem klesá. Doplnění nutriční cestou je obtížné a v běžném životě nerealizovatelné. Farmakologická substituce spočívá v substituci 1000-2000 IU cholekalci-ferolu na den. Nasycovací dávka by měla být stanovena na základě známé hladiny vit. D v organismu. K dopočítání vhodné substituční dávky možno použít například tento vzorec: $(IU) = 40 \times (75 - 25 (OH)D) \times \text{hmotnost pacienta}.$ ⁸

Dalším nutným krokem intervence frailty je prevence dehydratace, úprava vodního a minerálového hospodářství. Prevence iontové dysbalance zahrnuje nejenom farmakologickou či nutriční substituci minerálních látek, ale i uváženou farmakoterapii. Uváživá indikace rizikových léků např. thiazidových diuretik, spojených ve vyšším věku s rizikem hyponatrémie, kortikoidů, nesteroidních antiflogistik atd.

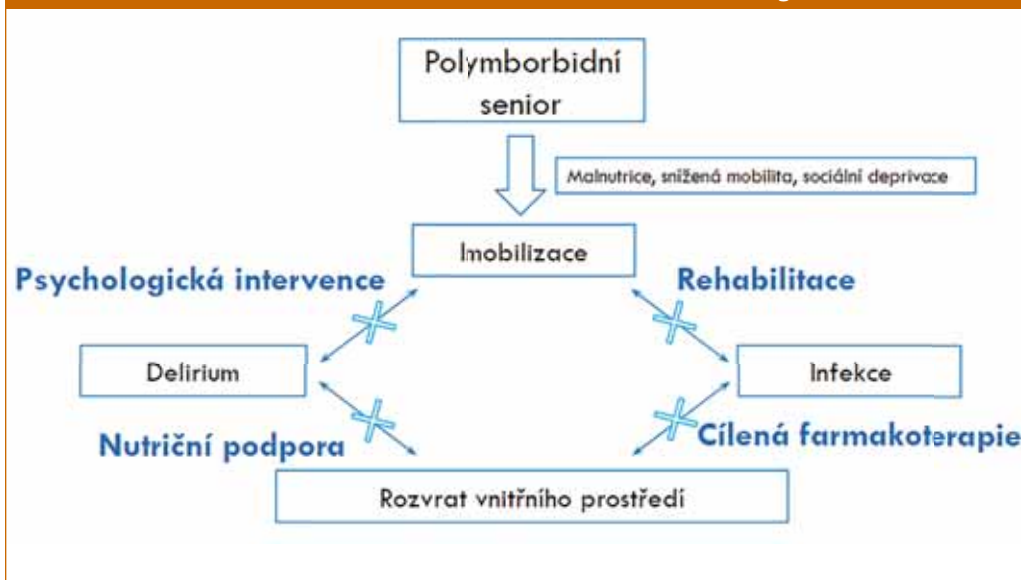
Nejzávažnějším důsledkem hypomobility, malnutrice, imunosenescence a dalších jednotek frailty syndrom je infekce. Tato prohlubuje a akceleruje všechny jednotlivé prvky mozaiky frailty syndromu jako circulus vitiosus, jehož důsledkem je smrt pacienta. Rychlá diagnostika a cílená antibiotická léčba infekce je zcela zásadní k přerušení tohoto řetězce. Uvážená antibiotická terapie nezahrnuje jen přihlídnutí ke snížené exkreci xenobiotik jako důsledku chronického renálního poškození, ale i úvahu stran rizikovosti rozvoje Clostridiové superinfekce.

Preventivní, ale i léčebnou modalitou intervence, je rehabilitace, především udržení fyzické aktivity seniora v běžném životě. Hypomobilita je spolu s malnutricí (protein-energetickým deficitem) hlavním etiologickým

faktorem sarkopenie. Úbytek svalové hmoty, kostní denzity a celkově nižší fyzická výkonnost seniora je časovanou hrozbou, která v případě sebe-menšího inzultu (např. infekce, či úrazu) vyústí v obtížně řešitelnou imobilizaci pacienta.

Na závěr je vhodné zdůraznit, že psychosociální podpora není jenom zásah psychoterapeuta, ale především aktivní přístup okolí, rodiny

Obr. 4 - Možnosti intervence v akcelarováném začarovaném kruhu geriatrické křehkosti



Obr. 5 - Obecné principy prevence a intervence syndromu frailty, dle Americké geriatrické společnosti

- F Food intake maintained** – udržení výživy a příjmu bílkovin: 1,3 g/kg/den – prevence anorexie a malnutrice
- R Resistance exercise** – pohyb, chůze, posilování, odporový trénink – udržení svalových sil končetin – využívání ergoterapeutických metod
- A Atherosclerosis prevention** – prevence aterosklerózy a jejích rizikových faktorů – léčba metabolických poruch
- I Isolation avoidance** – chod'te mezi lidi, buďte aktivní „Go out and do things.“ – neuzavírejte se v bytech, předcházejte izolaci!
- L Limit Pain (!)** – zabezpečit kontrolu bolesti – řešit neuropatickou a muskuloskeletální bolest
- T Tai - chi** – posilování rovnováhy a stability – balance exercises – dlouhodobý rekondiční program
- Y Yearly functional checking** – pravidelné kontroly funkčního stavu organismu

a celé společnosti k seniorům. Psychický stav seniorů zásadně ovlivňuje úspěch výše zmíněné intervence a celkovou kvalitu jejich života.

Shrnutí pro praxi

Nárůst seniorské populace přináší nové výzvy pro celé zdravotnictví. Pokud naším cílem není pouze prodloužení

absolutní délky života, ale prodloužení délky života ve zdraví a soběstačnosti, musíme soustředit celospolečenskou pozornost na preventivní opatření. Prevence je procesem celoživotním, samozřejmě s pokročilejším věkem se mění její forma a intenzita – základní aspekty však zůstávají celoživotně aktuální – tedy pohybová aktivita, náležitá stravovací zvyklosti a péče o psychiku.

Dnes se ale setkáváme s generací seniorů, kteří často negují svoji aktivní roli v péči o svoje zdraví. Nutno však akcentovat, že zejména co se týče nemocí ve stáří, je nejlepší léčbou prevence a proaktivní způsob života v rodinách a komunitách.

Zdroje:

1. <https://www.czso.cz/documents/10180/20538390/4025rra.pdf/9142790b-9517-463c-860b-8fc78897f30d?version=1.0>
2. Linda P. Fried, Catherine M. Tangen, Jeremy Walston, Anne B. Newman, Calvin Hirsch, John Gottdiener, Teresa Seeman, Russell Tracy, Willem J. Kop, Gregory Burke, Mary Ann McBurnie, Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype, *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 56, Issue 3, 1 March 2001, Pages M146–M157, <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
3. GUTIÉRREZ 10VALENCIA, M., M. IZQUIERDO, M. CESARI, Á. CASAS 10HERREIRO, M. INZITARI a N. MARTÍNEZ 10VELILLA. The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology* [online]. 2018, 84(7), 1432-1444 [cit. 2020-04-01]. DOI: 10.1111/bcp.13590. ISSN 03065251.
4. THOMAS, Rachel, Weikan WANG a Dong-ming SU. Contributions of Age-Related Thymic Involution to Immunosenescence and Inflammaging. *Immunity* [online]. 2020, 17(1), 1-17 [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1186/s12979-020-0173-8. ISSN 17424933.
5. MARTÍNEZ-EZQUERRO, J. D., A. RODRÍGUEZ-CASTAÑEDA, M. ORTIZ-RAMÍREZ, S. SÁNCHEZ-GARCÍA, H. ROSAS-VARGAS a R. SÁNCHEZ-ARENAS. OXIDATIVE STRESS, TELOMERE LENGTH, AND FRAILTY IN AN OLD AGE POPULATION. *Revista De Investigacion Clinica; Organo Del Hospital De Enfermedades De La Nutricion* [online]. 2019, 71(6), 393-401 [cit. 2020-04-01]. DOI: 10.24875/RIC.19003116. ISSN 00348376.
6. Protein Consumption and the Elderly: What Is the Optimal Level of Intake? *Nutrients* [online]. 2016(1) [cit. 2019-11-12]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4924200/>
7. HIDA, Azumi, Robert MANKOWSKI, Andrew LAYNE a Thomas BUFORD. Nutrition and Exercise in Sarcopenia. *Current Protein* [online]. 2018, 19(7), 649-667 [cit. 2020-04-01]. ISSN 13892037.
8. PILZ, Stefan, Armin ZITTERMANN, Christian TRUMMER, Verena THEILER-SCHWETZ, Elisabeth LERCHBAUM, Winfried MÁRZ a Marlene PANDIS. Vitamin D testing and treatment: a narrative review of current evidence. *Endocrine Connections* [online]. 2019, 8(2), R27 [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1530/EC-18-0432. ISSN 20493614.

Časná a současná intervence hypertenze a dyslipidemie a ve vztahu k cévnímu věku. Případy z praxe.



MUDr. Helena Sládková
praktický lékař, Praha

Souhrn

Úspěch primární i sekundární prevence kardiovaskulárních chorob je závislý na spolupráci nemocného. Dostatek prostoru bychom tedy měli věnovat rozhovoru s pacientem. Informace o cévním věku může být účinným nástrojem pro komunikaci s pacienty, vedoucím ke zvýšení jejich motivace k léčbě, lepší kontrole rizikových faktorů, a tím také potenciálnímu prodloužení života našich pacientů ve zdraví. Mezi nejvýznamnější ovlivnitelné rizikové faktory patří hypertenze a dyslipidemie. Pro zlepšení prognózy je důležité časně a současně zahájení intervence hypertenze a dyslipidemie, a to i u mladších pacientů se středním kardiovaskulárním rizikem. Časným zahájením léčby můžeme proces aterosklerózy zpomalit, zastavit či částečně zlepšit.

Úvod

Věk můžeme hodnotit podle mnoha kritérií. Objektivním měřítkem je samozřejmě kalendářní věk, který se však může lišit od biologického věku. Biologický věk pak více nebo méně koreluje s cévním věkem. Pojem cévního věku je založen na konstatování, že: „Člověk je tak starý, jak staré jsou jeho cévy.“¹

Cévní stárnutí můžeme klinicky hodnotit měřením indexu kotník-paže (ABI), arteriální tuhosti (karoticko-femorální nebo pažně-kotníkové rychlosti pulzní vlny) a intimo-mediální tloušťky (IMT) karotické tepny.

V klinické praxi je však mnohem snazší výpočet cévního rizika dle tabulek SCORE. Zvažovanými rizikovými faktory jsou věk, pohlaví, kouření, celkový cholesterol a systolický krevní tlak².

Pro pacienty jistě názornější představu o stavu jejich cév poskytuje **stanovení cévního věku**, který je definován jako věk, který by měl člověk se stejným vypočteným kardiovaskulárním rizikem, ale jehož rizikové faktory by byly všechny v normálním rozmezí, tj. s rizikem pouze kvůli věku a pohlaví³. Pokud 55letému kuřákovi sdělím, že jeho cévy jsou staré jako u 74letého člověka, domnívám se, že tato skutečnost povede pacienty k tomu, aby

zodpovědně přistupovali ke svému zdraví, léčbu neodkládali a pravidelně užívali.

Z klinického hlediska je potom především významné to, zda dokážeme cévní věk nějakým způsobem ovlivnit. V současné době existují důkazy, že cévní věk lze ovlivnit statiny a ACE-inhibitory³.

Kazuistika 1

Muž, narozen 1985, s hypertenzí u obou rodičů, je u nás v ordinaci léčen pro arteriální hypertenzi od r. 2016.

První měření v r. 2016 (tzn. **věk 31 let**)

TK 150/95, TF 62/min, výška 180 cm, váha 93 kg, BMI 28,7

Celkový cholesterol	6,9 mmol/l
LDL	3,9 mmol/l
HDL	0,88 mmol/l
Triacylglyceroly	1,45 mmol/l
Glykémie	5,3 mmol/l
SCORE	1 %
Cévní věk	Nelze vypočítat

Pro elevaci JT nejasné etiologie zatím nasazen jen ACE inhibitor.

Pacientovi byla doporučena změna životního stylu. Pacient začal sportovat a přestal kouřit.

V r. 2017 (**věk 32 let**) při kontrolním vyšetření dosahuje těchto hodnot:

TK 130/75, TF 65/min, výška 180 cm, váha 88 kg

Celkový cholesterol	7,4 mmol/l
LDL	5,44 mmol/l
HDL	0,85 mmol/l
Triacylglyceroly	1,57 mmol/l
SCORE	1 %
Cévní věk (pro 40ti letého)	52 let

Jelikož jde o 32letého muže, není možné přesně odečíst cévní věk (tabulky jsou od 40 let). Přesto cévní věk u 40letého exkuřáka ukazuje na 52 let!

Doporučený statin odmítá z důvodu vyšších jaterních testů (do dvojnásobku normy), pro které je vyšetřován se závěrem steatózy jater.

V r. 2018 dochází na pravidelné kontroly TK, který má velmi dobře kompenzovaný. Kontrolní odběry neabsolvoval.

V r. 2019 (věk 34 let) má tyto hodnoty:
TK 135/80, TF 69/min, výška 180 cm, váha 85, BMI 26,23

Celkový cholesterol	8,5 mmol/l
LDL	7,0 mmol/l
HDL	1,3 mmol/l
Triacylglyceroly	1,92 mmol/l
SCORE	2 %
Cévní věk (pro 40ti letého)	55 let

Tabulka cévního věku (Obrázek 1) mi konečně pomohla pacienta přesvědčit na léčbu statinem. Nasazen atorvastatin s perindopriem v přípravku Euvascor v dávce 20/5 mg.

Kazuistika 2

Muž, narozený v r. 1958, nekuřák, který se do 18 let léčil s astma bronchiale, přichází v r. 2015 do ordinace pro slabost a dušnost. Udává, že si doma naměřil TK 220/120. Je lehce citlivější, v práci opakované stresy. Žádné léky neužívá.

Při prvním měření TK 140/80, TF 90/ min, výška 180 cm, váha 83 kg.

Ekg: sinus, TF 75/ min, PQ 0,12, QRS 0,1, 1 KES, iRBBB
ECHOkg: EF 69 %, bez poruch kinetiky či hypertrofie LK

Odeslán do **laboratoře** (věk 57 let):

Celkový cholesterol	6,4 mmol/l
LDL	4,16 mmol/l
HDL	1,72 mmol/l
Triacylglyceroly	1,31 mmol/l
Glykémie	6,8 mmol/l
SCORE	4 %
Cévní věk	62 let

Při vypočteném kardiovaskulárním riziku 4 % dle SCORE tabulky pacientovi doporučena antisklerotická dieta. Dále zdůrazněna nefarmakologická léčba spolu s předáním edukačních materiálů. Pacient byl pozván do ordinace ke kontrole TK i s vlastním domácím tonometrem za měsíc.

Do ordinace však přichází až v r. 2018.

Při druhém měření TK 145/85, TF 82/ min, výška 180 cm, váha 90 kg.

Odeslán do laboratoře (60 let):

Celkový cholesterol	7,4 mmol/l
LDL	5,35 mmol/l
HDL	1,38mmol/l
Triacylglyceroly	2,68 mmol/l
Glykémie	6,6 mmol/l
SCORE	9 %
Cévní věk	70 let

Během 3 let zestárly pacientovy cévy o 8 let. Nasazena antihypertenzní a hypolipidemická léčba, vysvětlena všechna rizika neužívání léků. Doporučili jsme diabetickou dietu.

Nově dochází na psychiatrii pro anxiózně-depresivní syndrom. K nám však pro léky nechodí.

Začátkem roku 2020 přichází opět pro dušnost a vertigo.

Kontrolní měření TK 165/80, TF 80/ min, výška 180 cm, váha 92 kg. Plicní vyšetření je bez patologického nálezu. Po znovu vysvětlení kardiovaskulárních rizik a vypočtení cévního věku z r. 2018 pacient souhlasí s kombinací terapií v „jedné pilulce“. Nasazen atorvastatin s perindopriem v preparátu Euvascor.

O měsíc později přichází spokojený pacient k další kontrole.

TK 120/80 TF 80/min, subjektivní obtíže vymizely. V léčbě chce sám pokračovat.

Závěr:

Informace o **cévním věku** může být účinným nástrojem pro komunikaci s pacienty, vedoucím ke zvýšení jejich motivace k léčbě a lepší kontrole nejvýznamnějších rizikových faktorů, hypertenze a dyslipidemie.

Cévní věk lze pozitivně ovlivnit režimovými opatřeními, vhodnou hypolipidemickou léčbou a farmakoterapií hypertenze. Pozitivně se svými farmakologickými vlastnostmi uplatňují ACE inhibitory a statiny³.

Nová doporučení ESC/EAS z roku 2019 kladou důraz na celoživotní přístup ke snížení KV rizika s **časným zahájením intervence** a terapeutickou **celoživotní intervencí** s cílem dosáhnout poklesu hladin LDL cholesterolu u všech úrovní rizika. S výhodou lze použít **fixní kombinace antihypertenziv a statinů**, které zlepšují compliance pacienta, vedou k lepší kontrole zásadních rizikových faktorů, a tím také k potenciálnímu prodloužení života našich pacientů ve zdraví³.

Od října 2019 je v ČR k dispozici nová fixní kombinace

EUVASCOR[®]

atorvastatin / perindopril arginin



POLOVIČNÍ
OCHRANA
NESTAČÍ

TLAK A CHOLESTEROL POD KONTROLOU V JEDNÉ KAPSLI

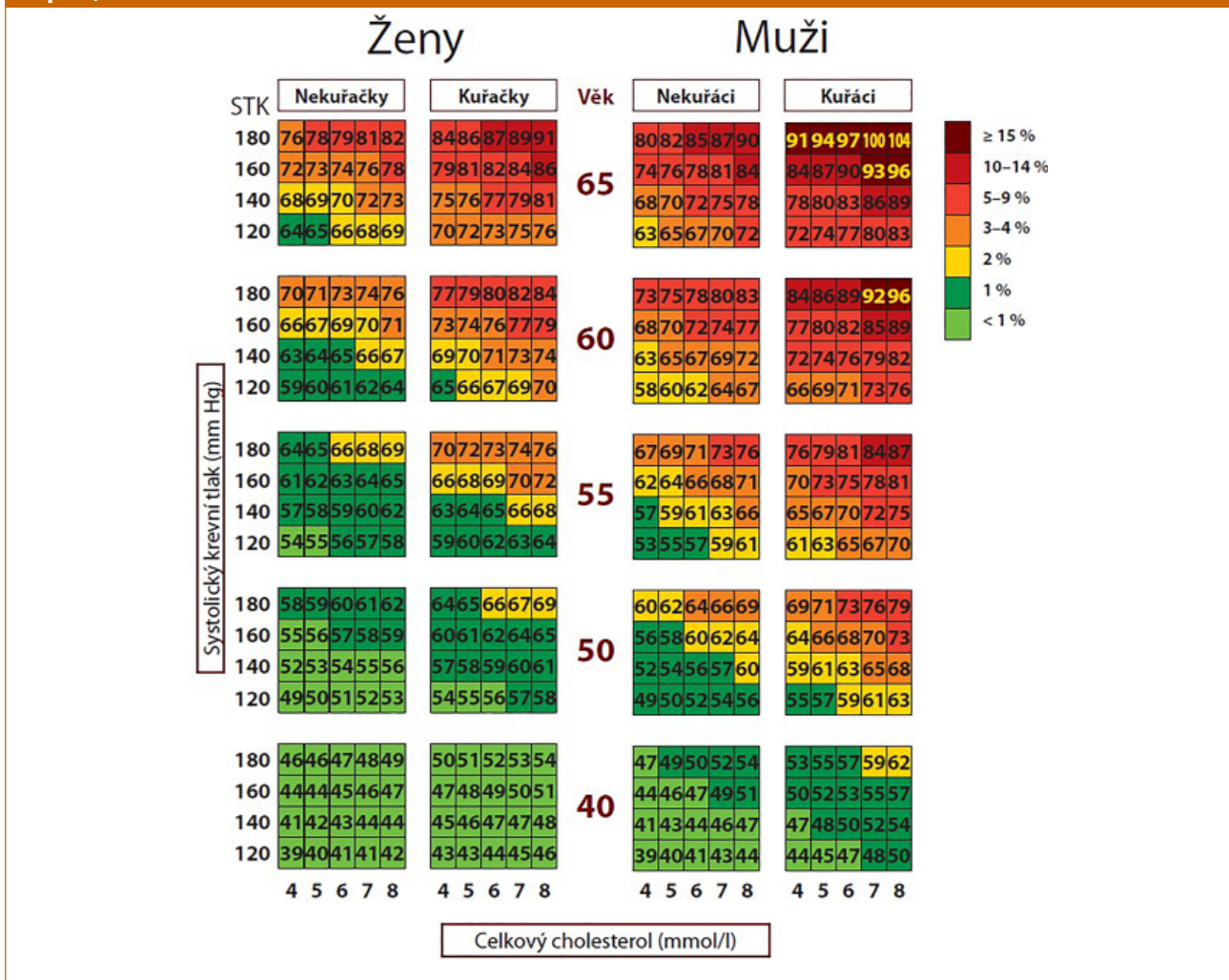


atorvastatinu s perindopilem v šesti různých dávkových kombinacích (Euvascor; Servier), která je vhodná u širokého spektra pacientů s hypertenzí a dyslipidemií v primární i sekundární prevenci.

Zdroje:

1. Česka R., Petrák O., Vnitř Lék 2019; 65(12): 770–774, Vaskulární věk
2. Medical Tribune, Čilíková K., 23/2019, Vaskulární věk je možné terapeuticky ovlivnit
3. Václavík J., Practicus. 2019; 9: 23-29, Cévní věk: účinný nástroj pro komunikaci s pacienty

Obrázek 1: Barevná tabulka cévního věku. Každý obdélník obsahuje číslo odpovídající cévnímu věku a barvu odpovídající celkovému absolutnímu riziku fatálního kardiovaskulárního onemocnění podle projektu SCORE pro vysoce rizikové země. (Upraveno dle: Cuende JI et al. European Heart Journal (2010) 31, 2351–2358. doi:10.1093/eurheartj/ehq205)



HERCA, evropská komunikační kampaň na podporu povědomí o správném využití lékařských zobrazovacích metod

Na podzim roku 2019 zahájila mezinárodní organizace Heads of the European Radiological Protection Competent Authorities (dále jen „HERCA“) kampaň na podporu vhodného využití zobrazovacích metod, pod názvem HERCA Awareness Campaign.

Do kampaně se zapojilo 19 evropských států, včetně České republiky. Kampaň tvoří sedm otázek, na které si může indikující lékař odpovědět před tím, než rozhodne, jaká zobrazovací metoda je pro pacienta v rámci vyšetření ta nejvhodnější.

Každá ze sedmi otázek je uvedena na samostatném dvojlistě, který dále obsahuje odpověď na danou otázku a doplňující otázku s odpovědí. Součástí každé otázky jsou doprovodné informace, které obsahují i návrhy odpovědí na dotazy pacientů, které by mohl pacient položit lékaři.

Letáky obsahují informace, které jsou zaměřeny na následující témata a otázky:

- a) potřebnost radiologického zobrazování v případě, že již byla stanovena diagnóza,
- b) jaký přínos má pro pacienta opakované vyšetření,
- c) volba zobrazovacích metod, které nepoužívají ionizující záření,
- d) zdůraznění faktu, že CT je zobrazovací metoda s jednou z nejvyšších radiačních zátěží pro pacienta,
- e) volba nejvhodnější zobrazovací metody,
- f) důležitost informovat se o případném těhotenství pacientek a
- g) skutečnosti, které je třeba zvažovat při indikování radiologického zobrazování u dětí.

Informace mají za cíl usnadnit lékařům komunikaci s pacientem, zvýšit povědomí vedoucí k správné indikaci zobrazovacích metod, snížit počet nesprávně indikovaných vyšetření, ale také snížit pravděpodobnost situací, kdy neprovedení správného zobrazovacího vyšetření vede k nesprávné diagnóze a léčbě.

Státní úřad pro jadernou bezpečnost (dále jen „SÚJB“) se aktivně podílel na tvorbě této kampaně. Jednotlivé státy, které se kampaně účastní, měly možnost přizpůsobit kampaň podmínkám, které odpovídají praxi v jejich zemích. Česká republika tuto možnost při tvorbě kampaně využila. Kampaň byla přeložena do českého jazyka a ve spolupráci s Radiologickou společností ČLS JEP a na základě jejích připomínek byly doplněny specifické situace týkající se primárně indikací v ČR.

Česká verze kampaně tak vyváženě poukazuje na to, že v případě správně indikovaných vyšetření jejich přínos vždy převyšuje rizika.

Česká verze kampaně je k dispozici v elektronické podobě na webových stránkách SÚJB: <https://www.sujb.cz/radiacni-ochrana/lekarske-ozareni/herca-kampan/>.

HERCA je mezinárodní organizace, která sdružuje odborníky zastupující evropské státní orgány vykonávající státní správu při využívání ionizujícího záření. Byla založena v roce 2007 z podnětu francouzského úřadu pro jadernou bezpečnost Autorité de sûreté nucléaire. V současné době sdružuje celkem 56 státních orgánů a institucí z 32 evropských zemí. Jejím cílem je identifikace klíčových otázek v oblasti radiační ochrany a spolupráce při jejich řešení. Organizace pracuje na tématech, která obvykle souvisí s ustanoveními Smlouvy EURATOMu a řeší významné regulační otázky v oblasti radiační ochrany. Od roku 2018 je její předsedkyní Ing. Karla Petrová, ředitelka sekce radiační ochrany SÚJB.

Poděkování: SÚJB oslovil odborné společnosti, které se zabývají lékařským ozářením. SÚJB si velice váží možnosti zveřejnění této kampaně v časopise Practicus. Kampaň bude postupně vycházet v dalších následujících číslech periodika.

Chtěl bych komplexní vyšetření, nějaké to CT vyšetření nebo magnetickou rezonanci...



MUDr. Jana Vojtíšková

PL Praha, zástupce šéfredaktora časopisu Practicus

Neznám snad praktika, který by tuto žádost v ordinaci občas neslyšel.

Vysvětlování a rozhovory s pacienty jsou obvykle velmi náročné nejen časově, ale i psychicky, obzvláště když se pacient rozhodne, že pro své zdraví něco udělá. Bylo by dobré mít přesné informace o vyšetřeních, která naši pacienti absolvují v rámci dispenzarizace či akutních ošetření ve specializovaných ambulancích. Z praxe

víme, že často dochází ke kumulaci vyšetření od různých specialistů, aniž by byli vzájemně informováni.

Velmi proto vítám iniciativu HERCA (Heads of the European Radiological Protection Competent Authorities – evropskou komunikační kampaň na podporu povědomí o správném využití lékařských zobrazovacích metod pod názvem HERCA Awareness Campaign.

Doufám, že kampaň pomůže lékařům s rozhodováním, která zobrazovací metoda je vhodná pro konkrétního pacienta. Věřím, že pomůže snížit počet nesprávně indikovaných vyšetření a tím předejít možnému zbytečnému lékařskému ozáření. Zároveň může usnadnit komunikaci s pacienty.

Rozhodli jsme se proto iniciativu podpořit a postupně v našem periodiku letáky zveřejnit.





**“ Když jsem již stanovil
diagnózu, v čem spočívá
další přínos radiologického
vyšetření? ”**

**Pokud klinické vyšetření poskytlo
dostatečné informace pro určení
diagnózy, radiologické vyšetření již
nemusí být nutné**

**Domníváte se, že již máte dostatečné informace pro určení diagnózy?
Nebo si myslíte, že by radiologické vyšetření mohlo změnit diagnózu či
léčebný postup? Nebo možná chcete chvíli vyčkat, jak se bude situace
vyvíjet?**

Lékařské zobrazovací vyšetření je užitečné v případě, pokud jeho
výsledek - ať už pozitivní nebo negativní - ovlivní léčbu pacienta nebo
posílí důvěru ve správnost diagnózy. Radiologické vyšetření možná
uklidní v danou chvíli pacienta, ale to samo o sobě nepostačuje k jeho
ospravedlnění, pokud by bylo nadbytečné.

Mluvte o tom se svými pacienty!

Vyloučení zbytečného radiologického vyšetření chrání zájmy pacientů!



Výhody pro pacienty

- Vyhnou se zbytečné expozici ionizujícímu záření
- Uspoří čas tím, že jej nebudou muset trávit vyšetřením, které není zdůvodněné
- Mohou se léčit bez prodlení
- Ušetří se zbytečné náklady



Správné použití zobrazovacích metod zlepšuje poskytování zdravotní péče pro všechny: zvyšuje dostupnost vyšetření a snižuje náklady

Jak mluvit o ionizujícím záření?

Rentgenové záření může poškodit buňky v těle a zvýšit riziko rozvoje nádorového onemocnění během života. Předpokládá se, že riziko je úměrné přijaté dávce, a proto se zvyšuje s počtem provedených vyšetření.

Je-li však radiologický výkon správně indikován a správně proveden příslušnou technikou, přínosy pro klinickou péči významně převažují nad radiačním rizikem. Existují techniky, jak snížit dávku záření a přitom nesnížit kvalitu zobrazení.

Bolest bederní páteře

Bolest zad může být někdy nesnesitelná, pacienti tak často mohou vyžadovat rentgenové, CT nebo MRI vyšetření. V některých situacích, pokud pacient nemá další průkazné symptomy, je velmi nepravděpodobné, že by takovéto vyšetření poskytlo nějaké relevantní informace. V těchto případech bolesti zad často ustupují přibližně do 1 měsíce a většina pacientů se cítí lépe, ať už podstoupí radiologické vyšetření nebo ne.

Boční skiagrafická projekce bederní páteře je jedním z postupů, při kterém obdrží pacient poměrně větší množství záření (cca 1,5 mSv efektivní dávky). To odpovídá dávkovému ekvivalentu obdrženému z přírodního pozadí přibližně za 6 měsíců¹.

1. Zdroj: <https://www.radiologyinfo.org/en/info.cfm?pg=safety-xray>

Mluvte o tom se svými pacienty!

Renesance praktického lékařství na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze: Přidejte se!



MUDr. Martin Seifert

Kabinet praktického lékařství 3. LF UK

Vážené kolegyně a vážení kolegové, rád bych Vám představil Kabinet praktického lékařství (KPL), který vznikl 1. dubna 2020 na 3. lékařské fakultě s posvěcením fakulturního akademického senátu. Vznik kabinetu iniciovala poptávka samotných studentů, kteří se v celkovém hodnocení studia na 3. LF často vyjadřovali, že jim praktické lékařství na fakultě chybí. Nutno říci, že fakulta si velice zakládá na živé komunikaci se studenty, na čemž má jistě velký podíl aktivní proděkan pro studium MUDr. David Marx. Medici z 3. LF patří mezi nejaktivnější české studenty vůbec. Iniciovali a organizují např. studentskou dobrovolnickou činnost v rámci současné epidemie.

Historie

Jak jste se mohli dočíst v minulém čísle Practicusu v této rubrice, první samostatné akademické pracoviště primární péče v České republice vzniklo v roce 1996 na 1. LF UK pod vedením praktických lékařek MUDr. Hany Kurzové a MUDr. Heleny Hovorové, které se inspirovaly na stáží v holandském Leidenu. Výuka primární péče probíhala v rámci projektu Matra právě ve spolupráci s oddělením rodinného lékařství leidské univerzity. 1. lékařská fakulta ale tenkrát těmto neohroženým průkopnicím moc nepřála, a tak přesunuly celý projekt v roce 1996 na 3. LF. Od roku 1997 obstarávala celou výuku našeho oboru na fakultě Dr. Hovorová sama. Zprvu jen na DPČ, od roku 2003 na pracovní poměr jako vedoucí Oddělení primární péče - rodinného lékařství, které bylo součástí Centra preventivního lékařství. Výuka probíhala formou seminářů a zejména formou stáží v ordinacích praktických lékařů pro studenty 5. a 6. ročníku, a to i v angličtině pro zahraniční studenty. Školitelé zprvu přijímali mediky ve svých ordinacích bez nároku na odměnu, později po privatizaci ordinací byli za stáže placeni.

Dr. Hovorová sama vystavila školitelskou síť a podílela se na fakulturní výuce i jiným způsobem. Sama na to období nyní vzpomíná: „V prvních letech nadšení jsem se účastnila i zkoušek preventivního lékařství, kde byly

i otázky týkající se primární péče. Byla jsem také školitelem několika diplomových prací, pro které jsem vybírala témata.“ K tomu všemu vedla svou ordinaci. Inspiraci pro výuku čerpala mj. z masterclass kurzu v holandském Utrechtu, kterého se zúčastnila právě se současným děkanem pro studium Dr. Marxem.

Dále pokračuje ve svých vzpomínkách: „S postupem času docházelo k oklešťování prostoru pro výuku primární péče, ať už z finančních nebo organizačních důvodů. Musím ještě zdůraznit, že na výuce se také velmi podílela MUDr. Alena Šteflová, která se věnovala tématům organizace primární péče. Hlavní témata naší výuky se týkala proměny zdravotního systému a postavení praktického lékaře v něm, jak se stát praktickým lékařem, organizace práce v ordinaci, preventivní prohlídka a zejména diferenciální diagnostika aneb jak se dopracovat k diagnóze v ordinaci praktického lékaře. Měla jsem krásné představy, jak vybudovat dobrou a přínosnou výuku toho, co mám ráda. Postupem času mně však ubývaly síly a ze strany fakulty byl velmi malý zájem. Můj pracovní poměr na 3. LF skončil 30. 6. 2014.“ A s ním také zanikla systematická výuka primární péče na 3. LF. Stáže se nekonaly, školitelská síť se rozpadla, nadále se medici seznámili s primární péčí formou jedné jediné přednášky v rámci pracovního lékařství.

Současnost

Tento příběh nemá smutný konec, jak by se mohlo zdát. Po šesti letech se snad medici 3. LF dočkají uspokojivé výuky praktického lékařství v podobném rozsahu, v jakém ho představovala Dr. Hovorová před léty. A co víc, tato nadšená nestorka, jež už mezitím předala svou praxi mladší kolegyni a jež se věnuje radostem důchodového věku, se bude opět podílet na výuce, i když už jen jako externí spolupracovnice, a svým elánem snad ještě obšťastní mnoho studentů i kolegů.

V prosinci 2019 jsem byl osloven děkanem 3. LF, profesorem Petrem Widimským, jestli bych byl schopen uspokojit poptávku studentů a obnovit výuku primární péče na fakultě včetně znovuvybudování školitelské sítě. Nutno dodat, že jeden z impulsů ke změně přístupu k oboru byla pro pana děkana kniha Všeobecné praktické lékařství, kterou dostal od hlavních autorů, doc. Bohumila Seiferta a doc. Svatopluka Býmy, darem. Přednesl jsem svou koncepci vzniku a práce Kabinetu praktického lékařství s vizí plnohodnotného ústavu v dalších letech, děkan s proděkanem pro studium ji odsouhlasili a akademický senát v březnu schválil. Fakulta přislíbila vyčlenit na výuku PL nemalé peníze a je otázka, jestli bude schopna svým závazkům v době (po)koronavirové dostát. Věřím, že dokážeme, že praktické lékařství je zásadní obor, do kterého je třeba investovat, tak jako

to dělají v mnohých vyspělých zemích.

Kabinet má nyní tři zaměstnance na částečné úvazky: vedoucího (MUDr. Martin Seifert), asistenta (MUDr. Pavel Martínek) a sekretářku (Ing. Pavla Haflantová). Dále by se mělo na výuce podílet několik praktických lékařů na dohodu jako externí spolupracovníci a v neposlední řadě školitelé v ordinacích. Stále hledáme školitele!

Plánovaná výuka

Od října 2020 budeme učit blokově jednotlivé kruhy po 20-25 studentech jeden týden v 5. ročníku (9 kruhů českých a 5 kruhů anglické paralelky). Program teprve tvoříme, ale výuka by měla obsahovat základní informace o našem oboru, a to s důrazem na odlišnost ambulantního působení lékaře od toho nemocničního. Uvědomujeme si, že budeme pro mediky jediným předmětem, který jim poskytne zkušenost práce mimo nemocnici. Dále samozřejmě diferenciální diagnostiku z pohledu PL, diagnostické, terapeutické, intervenční i preventivní úkony v ordinaci prakticky i teoreticky náhledem medicíny založené na důkazech. Také bychom se rádi věnovali problematice starších pacientů, domácích návštěv i domácí péče, specifickým venkovského lékařství, v rámci možnosti i paliativní péči, psychosomatické a možnému komunitnímu působení praktického lékaře. Zásadní součástí onoho týdne bude jeden den v ordinaci praktického lékaře včetně návštěvy pacienta v domácím prostředí a posléze společné zhodnocení pozorování. Medici by se měli podívat s lektorujícím praktikem i do domova pro seniory a nahlédnout problematiku péče o jeho rezidenty pohledem jejich ošetřujícího PL. Od října 2021 budeme mít i studenty 6. ročníku. Zde bude těžiště výuky spočívat v jedno- až dvoutýdenní stáži v ordinaci praktického lékaře, vypracování zprávy ze stáže s kazuistikou a následném společném hodnocení stáží a prací studentů.

Naše pracoviště bude sídlit v prostorách Státního zdravotního ústavu, který přímo sousedí s Fakultní nemocnicí Královské Vinohrady i s 3. LF. V těchto dnech osidluje provizorní kancelář hned vedle pana ředitele SZÚ. Od podzimu máme přislíbeny rekonstruované prostory SZÚ, jejichž součástí by měly být i nově vyba-vené ordinace, které budeme moci využívat pro nácvik praktických dovedností i simulace se standardizovanými pacienty, jimiž fakulta disponuje. Doufáme, že kromě všech základních přístrojů, se kterými se medici mohou setkat v ordinacích PL, budeme mít k dispozici i kvalitní ultrazvuk. Nejen proto vnímám asistenta Dr. Martínka jako velmi cennou součást týmu. Doteď totiž působil mnoho let jako praktický lékař v Německu, je tedy zvyklý provádět úkony běžné pro německé praktiky jako je právě ultrazvukové vyšetření, malá chirurgie, spirometrie, ergometrie, dermatoskopie a další. A těší se, že tyto dovednosti bude předávat medikům.

Považuji za důležité poznamenat, že výuka praktického lékařství na 3. LF se bude velkou měrou inspirovat v materiálech a zásadách EURACTu a budeme podporovat, aby se vyučující a školitelé zúčastnili kurzů, které tato evropská akademie učitelů praktického lékařství v rámci WONCA pořádá. Např. při hodnocení studentů budeme

klást důraz na tzv. **formative assessment**, při kterém jde hlavně o podporu rozvoje studentových vědomostí a dovedností. Zde bych rád poděkoval Dr. Bednářovi, který české praktiky v EURACTu velice důstojně zastupuje a snaží se nám co možno nejvíce užitečného dění z této akademie zprostředkovat.

Další ambice KPL

Jakmile dostojíme základnímu očekávání vedení fakulty a mediků, tedy zajistit kvalitní výuku PL, rádi bychom také rozvíjeli činnost výzkumnou a publikační a v neposlední řadě také „fakultně“ a veřejně prospěšnou. Chtěli bychom ukázat, že působiště moderního evropského praktického lékaře může (a snad by mělo) být opravdu široké. Samozřejmě bude pro KPL mezifakultní a zahraniční spolupráce.

Poděkování

Na závěr bych rád poděkoval celému týmu Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK a především jeho přednostovi za inspiraci a podporu našemu novorozenému pracovišti. A dále bych rád poděkoval SPL a Mladým praktikům z. s. za pomoc při hledání školitelů do našeho týmu.

Pokud byste jen trochu zvažovali, že byste v budoucnu rádi přijali jednou za čas medika do své ordinace, a stali se tak součástí naší akademické sítě školitelů, ozvěte se nám prosím!

Kabinet praktického lékařství 3. LF UK:
Vedoucí: MUDr. Martin Seifert
(martin.seifert@lf3.cuni.cz)



Asistent:
MUDr. Pavel Martínek



Sekretářka:
Ing. Pavla Haflantová

t: (+420) 267 102 801 - sekretariát
e: kpl@lf3.cuni.cz
w: <http://www.lf3.cuni.cz/kpl>



Jak jednat s úzkostnými a panikařícími pacienty v době koronavirové krize

Spojené státy americké se podle počtu obětí koronavirové pandemie bohužel dostaly na přední příčky statistik. Místním zdravotníkům samozřejmě v této situaci denně volají pacienti s dotazy ohledně koronaviru, někteří ve stavu úzkosti a paniky. Následující článek proto obsahuje jednoduchá pravidla a doporučení několika odborníků jak s těmito pacienty komunikovat, jež jsou samozřejmě velmi dobře využitelná i v českém prostředí.

Pokládejte otevřené otázky

Profesor psychologie Stephen Benning z Univerzity v Las Vegas doporučuje klást otevřené otázky. Nejprve je třeba zjistit, čeho se pacient vlastně bojí. Někdo má strach, že se koronavirem nakazil, někteří se obávají, aby nenakazili rodiče a jiné členy rodiny, další se bojí ztráty zaměstnání. „Pokud nebudeme klást otevřené otázky, naše odpovědi nemusejí pacientovi pomoci tak, jak si myslíme,“ upozorňuje psycholog.

Poskytněte přesné informace o testování na COVID-19

Epidemioložka Tista Ghoshová ze San Franciska připomíná, že mnoho pacientů volá svému lékaři, aby zjistili možnosti testování na koronavirus. Poskytovatelé zdravotní péče by měli mít k dispozici vždy aktualizované informace. Tuto informaci je také možné vložit do předem nahrané uvítací zprávy pro telefonující pacienty.

Uklidňujte, ale zůstaňte upřímní

Lékaři by měli sdělovat přesné, spolehlivé a aktuální informace o koronaviru, říká psycholog Simon Rego z *Montefiore Medical Center* v New Yorku s tím, že poučení pacienta by mělo začít zmírněním jeho obav. Následovat by mělo seznámení se spolehlivými zdroji informací, kterým věří i samotný zdravotník. Jednotlivé instituce publikují pokyny ohledně hygienických opatření a další důležité zdravotní informace, které navíc neustále aktualizují.

Prezident společnosti *Mental Health America* Paul Gionfriddo, doporučil poskytovatelům zdravotní péče následující postup:

- Provádět screening všech pacientů se symptomy úzkosti v rámci nemocniční i ambulantní péče.

- Vyhradit si čas na pacienty s psychickými problémy za účelem zjištění, zda není potřeba jim nabídnout intenzivnější péči. Neléčené psychické nemoci mohou trvat týdny až měsíce, případně hrozí nečekaná recidiva.
- Regulovat kapacitu zdravotní péče, aby zůstal prostor ke zvládnání psychických krizí, jež v následujících týdnech a měsících pravděpodobně nastanou.

Odkazovat pacienty na informační a podpůrné zdroje na téma duševního zdraví, jichž existuje celá řada.

Nevzdalujte se od medicíny založené na důkazech

Advokát Bill Hopkins, který spolupracuje s poskytovateli zdravotní péče, potvrzuje, že pacienti hledají jistotu a bezpečí. To však může pro zdravotnická zařízení představovat „tenký led“. V případě známého a klinicky předvídatelného stavu je jednoduché pacienta uklidnit. O koronaviru však zatím nemáme příliš informací. Přehnaná snaha o útěchu či uklidnění se tedy může obrátit proti lékaři, jestliže poskytne pacientovi falešný pocit bezpečí jen na základě soucitu s jeho strachem. Pokud by se později ukázalo, že lékař uvedl nepřesné nebo klinicky nepodložené informace, pacient ho může obvinít z nedbalosti. Právník doporučuje držet se striktně v hranicích vědy a medicíny založené na důkazech, nedávat neuvážené sliby a vyvarovat se nespolehlivých prognóz.

Podpora distanční zdravotní péči

Na závěr odborníci připomínají zdravotnickým zařízením pravidelnou aktualizaci jejich webů, tak aby obsahovaly důležité informace o koronaviru i další zprávy o mimořádných událostech. Doporučují také seznamovat pacienty s možnostmi distanční péče, respektive telemedicíny, která snižuje fyzický nápor na lékařské praxe (podrobněji na toto téma píšeme zde). Česko je ostatně jednou ze zemí, kde se tyto služby začínají slibně rozvíjet.

Zdroj:

<https://www.prolekare.cz/covid-19/jak-jednat-s-uzkostnymi-a-panikaricimi-pacienty-v-dobe-koronavirove-krize-121892>

EUVASCOR

atorvastatin / perindopril arginin

Zkrácené informace o přípravku EUVASCOR 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg:

Složení: EUVASCOR 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg tvrdé tobolky obsahující 10 mg atorvastatinu (ator)/5 mg perindoprilu arginine (per), 20 mg ator/5 mg per, 40 mg ator/5 mg per, 10 mg ator/10 mg per, 20 mg ator/10 mg per, 40 mg ator/10 mg per. Obsahuje sacharózu jako pomocnou látku. **Indikace:** Evuascor je indikován v rámci léčby ke snížení kardiovaskulárního rizika jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce, ale jako samostatné přípravky. **Dávkování a způsob podání:** Obvyklá dávka je jedna tobolka denně ráno před jídlem. Evuascor není vhodný pro iniciální léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. Během léčby přípravkem Evuascor má pacient pokračovat v běžné dietě snižující hladinu cholesterolu. Souběžné podávání s jinými léčivými přípravky: U pacientů, kteří současně užívají tipranavir, ritonavir, telaprevir nebo cyklosporin, nesmí dávka atorvastatinu překročit 10 mg/den. U pacientů, kteří současně užívají boceprevir, elbasvir/grazoprevir, nesmí dávka atorvastatinu překročit 20 mg/den^{**}. **Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:** Lze podávat pacientům s clearancí kreatininu ≥ 60 ml/min, není vhodný pro pacienty s clearancí kreatininu < 60 ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. **Pacienti s poruchou funkce jater:** Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. **Pediatrická populace:** Použití u dětí a dospívajících do 18 let se nedoporučuje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory nebo statiny, nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobjasněně přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojení^{**}), současné užívání s antivirovými glekaprevir/pibrentasvir proti hepatitidě C^{**}, anamnéza angioedému související s předchozí terapií inhibitory ACE, hereditární nebo idiopatický angioneurotický edém, současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce^{**}), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Zvláštní upozornění a Interakce^{**}), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce^{**}), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Zvláštní upozornění^{**}). **Upozornění:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** **Vliv na játra:** Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Evuascor mají být pravidelně prováděny jaterní funkční testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoliv známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšené aminotransferázy, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět znormálnízují. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacientům, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné podávat přípravek Evuascor s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo:** Jsou-li hladiny CK významně zvýšené ($> 5 \times$ ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK ($> 10 \times$ ULN), nebo je-li diagnostikována, případně předpokládána rhabdomyolýza. **Souběžná léčba s jinými léčivými přípravky:** Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Evuascor s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, ketokonazol, tipranavir/ritonavir^{**} atd.). Riziko myopatie může být rovněž zvýšeno současným užíváním gemfibrozilu a dalších derivátů kyseliny fibrové, antivirotik k léčbě hepatitidy C (boceprevir, telaprevir, elbasvir/grazoprevir)^{**}, erythromycinu, niacinu nebo ezetimibu. Přípravek Evuascor se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyselinou fusidovou přerušit léčba statinem. Během léčby nebo po léčbě některými statiny byly velmi vzácně hlášeny případy imunitně zprostředkované nekrotizující myopatie (MNM). **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Evuascor přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. **Hypotenze:** monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Přechodná hypotenze odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně:** Přípravek se má podávat s opatrností. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávnou prodělané transplantaci ledvin. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívajícím faktorem. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Porucha funkce ledvin:** Monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearancí kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. **U pacientů na hemodialýze:** U pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byl zaznamenán anafylaktoidní reakce, má být vzácně použiti jiných membrán. **Hypersenzitivita/angioedém:** Okamžitě vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. racekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Souběžné užívání mTOR inhibitorů: Zvýšení rizika angioedému. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** Vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předjet dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** Byly zaznamenány během desenzibilizační léčby (např. jedem blanokřídých), reakcím je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** Přípravek Evuascor má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu aluporinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoliv známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** Perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černošských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** neproduktivní, ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie:** Léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalemie:** Pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a u současného užívání diuretik setřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad solí s obsahem draslíku, nebo u pacientů užívajících jiné léčivé přípravky, které mohou způsobovat zestup sérových koncentrací draslíku (např. heparin, kotrimoxazol). **Kombinace s lithiemi:** Nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** Současné užívání ACE inhibitorů, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutní selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. ACE inhibitory a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktosy, malabsorpcí glukosy a galaktosy nebo nedostatkem sacharoso-isomaltasy by přípravkem Evuascor neměli užívat. **Hladina sodíku:** Evuascor obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tobolce, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **Interakce:** **Kontraindikace:** Aliskiren, mimotělní léčba, sakubitril/valsartan, glekaprevir/pibrentasvir^{**}. **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, inhibitory proteinu rezistence karcinomu prsu (BCRP), aliskiren (u jiných pacientů, než jsou diabetici a pacienti s poruchou funkce ledvin), kotrimoxazol (trimetoprim/sulfametoxazol), současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, draslík-Setřič diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatření:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportérů, warfarin, antidiabetika (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, diuretika nešetřící draslík, racekadotril, imTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsrolimus), nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den). **Kombinace vyžadující určitou opatření:** Kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyclická antidepresiva/antipsychotika/anestetika, zlato, antihypertenziva a vasodilatancia. **Těhotenství a kojení:** Přípravek Evuascor je kontraindikován během těhotenství, kojení a u žen plánujících těhotenství, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky. **Fertilita^{**} Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** U některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem, zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky:** **Časté:** Nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, závrať, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, porucha zraku, tinitus, vertigo, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** Eozinofilie, hypoglykemie, hyponatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad, poruchy spánku, noční můry, somnolence, synkopa, hypestezie, amnezie, rozmazané vidění, tachykardie, palpacie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, hyperhidróza, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šlaj, svalová slabost, renální selhání, erektilní dysfunkce, únava, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšené tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, pád. **Vzácné:** Trombocytopenie, periferní neuropatie, cholestáza, zhoršená psoriáza, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, ruptura svalů^{**}, tendinopatie (někdy komplikovaná rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** Rinitida, leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, anafylaxe, stavy zmatenosti, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, arytmie, eosinofilní pneumonie, jaterní selhání, lupus-like syndrom^{**}, akutní renální selhání, gynekomastie, snížení hladiny hemoglobinu a snížení hematokritu. **Není známo:** Imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu, Raynaudův fenomén^{**}. **Předávkování:** Farmakologické vlastnosti: Atorvastatin je selektivním a kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na vazokonstriktor angiotensin II. **Uchovávaní:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** 30 nebo 90 (3 obaly na tvrdé tobolky po 30 tobolkách) tvrdých tobolek Evuascor 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Registrační číslo:** Evuascor 10 mg/5 mg: 31/985/16-C, Evuascor 20 mg/5 mg: 31/986/16-C, Evuascor 40 mg/5 mg: 31/987/16-C, Evuascor 10 mg/10 mg: 31/988/16-C, Evuascor 20 mg/10 mg: 31/989/16-C, Evuascor 40 mg/10 mg: 31/990/16-C. **Datum poslední revize textu:** 1.11.2019. **Výdej:** Před předepsáním přípravků si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis, od 10/2019. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-levic-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier, s. r. o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

*pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku

**všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku



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. 2020**. Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, Sokolská 31, 120 00 Praha 2.

Získané kredity budou úspěšným řešitelům připočítány k ročnímu souhrnnému certifikátu člena SVL ČLS JEP. Lékařům, kteří se nemohou prokázat číslem člena SVL ČLS JEP, kredity bohužel přiděleny nebudou.

Správné odpovědi z čísla 03/2020: 1bc, 2ab, 3b, 4abc, 5c, 6b, 7bc, 8a, 9ab, 10b

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. O frailty syndromu platí:

- a) nejrizikovější skupinou jsou lidé starší 85 let
- b) jedná se o věkem podmíněný imunodeficit
- c) jedná se o komplexní věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví

2. Nesprávné tvrzení o zásadách správné nutriční podpory:

- a) doporučený příjem proteinu pro seniora je 1,3 g/kg a den
- b) denní substituční dávka cholekalciferolu je 1000-2000 IU
- c) u seniorů obecně je vhodná nutriční podpora formou sippingu

3. Tendence k dehydrataci

- a) se s věkem zvyšuje
- b) jeden z důvodů je pokles citlivosti k žízní
- c) umocňuje pokles glomerulární filtrace a nižší senzitivita k antidiuretickému hormonu

4. Které z následujících práv není právem subjektu údajů?

- a) právo na výmaz
- b) právo na přenositelnost
- c) právo na součinnost

5. Jaké jsou základní pravomoci Úřadu na ochranu osobních údajů?

- a) vyšetřovací
- b) kontrolní
- c) procesní

6. Co znamená dvoukolejnost právní úpravy?

- a) spory budou řešeny jak před ÚOOÚ, tak před civilními soudy
- b) spory budou řešeny v civilním i správním soudnictví
- c) osobní údaje jsou upraveny ve dvou právních předpisech

7. Při laboratorním vyšetření jsou rizikové faktory aterosklerózy:

- a) zvýšené LDL, snížené HDL, zvýšené TG
- b) snížené LDL, zvýšené HDL, zvýšené TG
- c) snížené LDL, zvýšené HDL, snížené TG

8. Cévní věk lze ovlivnit:

- a) antihipertenzivy v kombinaci s vitaminy
- b) dyslipidemiky
- c) kombinace statiny a ACEI

9. Kriteria pro hodnocení věku mohou být:

- a) biologický věk
- b) kalendářní věk
- c) cévní věk

10. Triáž stanovená Etickou komisí Ministerstva zdravotnictví stanovuje:

- a) přednostně budou léčena nejzávažněji postižení potřebující ventilaci
- b) bude zavedena věková hranice pro poskytování nejvyšší péče
- c) preferovat aktivní léčení u pacientů, kde se očekává nejvyšší efekt

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. 04/2020

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 |



QuickSeal

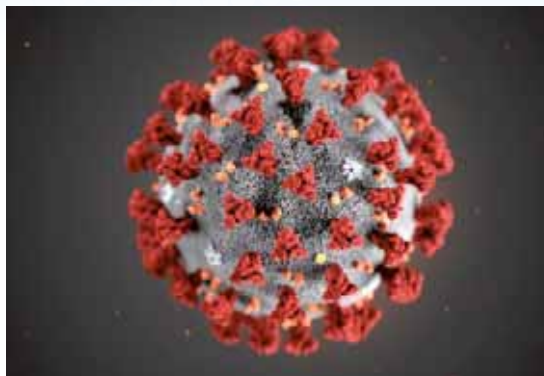
Váš specialista na POCT přístroje a rychlou diagnostiku

Přístroje od společnosti QuickSeal mají vždy něco navíc

Testy na koronavirus – COVID-19 IgG/IgM

Vhodné pro testování široké veřejnosti

- ✓ Rychlý kvalitativní test
- ✓ Stačí 10 µl kapilární krve
- ✓ Výsledek za 10 minut
- ✓ Vhodné pro opakované testování zdravotnického personálu



Nejvhodnější POCT pro praktického lékaře!

Quick PLUS

analyzer

FOB

CRP

Strep A

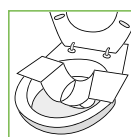
D-dimer

Troponin I

NT-proBNP



TESTOVÁNO pro parametr iFOB
Klinickou laboratoří Oblastní nemocnice Kladno a.s.
Ing. Luděk Šprongl – primář klinické laboratoře



Jedině u nás máte v ceně FOB testu **záchytné sítě na WC.**

EKG elektrodový pás AllBrand™



- ✓ **Kompatibilní se všemi značkami**
12ti-svodových EKG
- ✓ Elastické - jedna velikost pro dospělé i děti
- ✓ Bezúdržbové
- ✓ Rychlé a snadné použití
- ✓ Integrovaná antimikrobiální hygienická funkce Sanitized®

Pro Vaše pacienty s diabetem 2. typu

Vybavte své pacienty na náročnou cestu, která je čeká



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

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

 **Trajenta**®
(linagliptin) 5 mg tablety

 **Jentadueto**®
(linagliptin/metformin HCl)

Dvě možnosti na náročnou cestu

CZ/TRA/02/18/00004

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