

syndromu kaudy. Pak se zobrazovací metody samozřejmě uplatní jako vyšetření nutné před zákrokem.

Již dříve zmiňovanou axiální spondylartritidu zvažujeme jako příčinu bolesti v zádech u bolesti zánětlivého charakteru, trvající více než 3 měsíce, pacientů mladších než 45 let, a hlavně s přidruženými periferními a extraartikulárními projevy, s pozitivní rodinnou anamnézou.

Velká většina bolestivých syndromů „low back pain“ tedy nemá vážnou příčinou, takové postižení lze léčit konzervativně. Zobrazovací metody u těchto nemocných mohou přinést víc škody než užítku, vhodnější je edukace, uklidnění, rehabilitace, cvičení, léčba bolesti.

III. Dalším oborem, který bude uveden jako příklad doporučení CHW, je nefrologie.

1. Základním pozitivním doporučením pro vyšetřování nemocných s chronickým onemocněním ledvin je účelné a cílené zhodnocení laboratorních nálezů a včasné předání pacienta do péče odborníka. Vede nás k tomu, abychom při pravidelných kontrolách hodnotili vždy kromě renální funkce, eGFR (CKD-EPI) i proteinurii, poměr albumin/kreatinin k posouzení stavu nemocného a aktuálního rizika. Dle KDIGO (Guidelines Kidney Disease Improving Global Outcomes) zásad má být pacient vyšetřen nefrologem při nekontrolované hypertenzi, při rychlém poklesu renální funkce a morfologických změnách na ledvinách, hematurii od stadia CKD (Chronic kidney disease) G3a, nekomplikovaní od stadia 3b. Je kladen důraz na vyšetření poměru albumin/kreatinin z ranního vzorku moči jako na optimální metodu, zachycující albuminurii s vysokou výpovědní hodnotou. Jde také o jedno ze základních vyšetření u všech diabetiků. Kromě stanovení míry rizika vede zhodnocení tohoto ukazatele k zavedení správné nefroprotektivní léčby, včasnému nasazení RAS (renin angiotenzinový systém) blokujících léků, k přísnějším cílům terapie hypertenze. Správné posouzení pacienta dle glomerulární filtrace a albuminurie nás orientuje přímo o jeho kardiovaskulárním riziku. U pacientů v CKD stadiu G3B je žádoucí stanovit fosfát v séru, hladinu parathormonu a 25-OH D3 vit. a dospět k včasnému nasazení vhodné léčby (Renagel, Mimpara, Zemplar, Rocaltrol).

2. S klesající funkcí ledvin je také třeba stále znovu revidovat účelovou farmakoterapii, vyhnout se nesteroidním antirevmatikům včetně

inhibitorů cyklooxygenázy 2. Neměli bychom neúčelně podávat erythropoetin (ESAs) u pacientů s chronickým onemocněním ledvin s hladinou hemoglobinu nad 100 g/l. V rámci účelného vyšetřování se vyvarujeme zbytečných nákladů také tehdy, když nebudeme usilovat o angioplastiku aterosklerotického zúžení renální tepny u nemocných s dobře kontrolovanou hypertenzí. Studie Coral (Cardiovascular Outcomes in Renal Atherosclerotic Lesions) a Astral (The Angioplasty and Stenting for Renal Artery Lesions) dokládají, že tento postup nevede ke zlepšení prognózy pacienta. Invazivní zásah má smysl tehdy, když krevní tlak není kontrolován ani při dodržení zásad léčby rezistentní hypertenze, v případě rychlého poklesu renálních funkcí a při vzniku plicního edému při převodnění.

3. Za zmínku stojí i negativní doporučení pro akutní renální selhání: Neužívat neadekvátní množství tekutin s kličkovými diuretiky k „propláchnutí ledvin“ s cílem „zlepšení“ renální funkce. U akutního selhání ledvin podle AKIN (Acute Kidney Injury Network) stadia 1 a 2 se můžeme pokusit o furosemidový „stress test“, při negativním výsledku ale dále s podáváním vyšších dávek kličkového diuretika nepokračovat.

4. Dalším „negativním“ doporučením je: Neléčit antibiotiky asymptomatickou bakteriurii. S několika málo výjimkami nejde o chorobný proces, antibiotika nezabrání případné progresi do symptomatického onemocnění a vedou k řadě vedlejších účinků. Zmíněnými výjimkami je bakteriurie v graviditě a po urologických vyšetřeních s poraněním sliznice močových cest. Maximálně opatrní musíme být jistě u diabetiků. U těch raději opakovaně moč na kultivaci pošleme a případnou antibiotickou léčbu volíme dle bakteriologického nálezu. Důsledným dodržením tohoto pravidla můžeme přispět ke snížení rizika vzniku antibiotické rezistence.

Podobně jsou strukturována doporučení v dalších i neinterních oborech. Kromě zásady Less is More uvedla německá internistická společnost i již výše zmíněná pozitivní doporučení s cílem využití ušetřené prostředky na správném místě.

K rozšíření povědomí o CHW sloučí dnes internetové aplikace, které jsou snadno ke stáhnutí pro iPhone i zařízení Android. Zjednodušují a urychlují přístup v každodenní praxi.

LITERATURA

1. <https://www.choosingwisely.org/getting-started/lists/>
2. <https://www.choosingwisely.org.au/recommendations>
3. <https://choosingwiselycanada.org/>
4. <https://www.aafp.org/family-physician/patient-care/clinical-recommendations/choosing-wisely.html>
5. https://www.klug-entscheiden.com/fileadmin/user_upload/2021_Sammelband_Klug_entscheiden_Web_final
6. DataBrief: findings from a national survey of physicians. Available at: <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2017/09/2017-Research-Report-Topline-Results.pdf>. Accessed October 26, 2018.
7. Morden NE, Colla CH, Sequist TD, Rosenthal MB. Choosing wisely – the politics and economics of labeling low-value services. *N Engl J Med.* 2014; 370(7): 589–592.
7. Admon AJ, Gupta A, Williams M et al. Appraising the evidence supporting Choosing Wisely recommendations. *J Hosp Med.* 2018; 13 (10): 688–691.
9. Sipilä, R., Mäkelä, M. & Komulainen, J. Highlighting the need for de-implementation – Choosing Wisely recommendations based on clinical practice guidelines. *BMC Health Serv Res.* 19, 638 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4460-z>
10. Gill SS, Mamdani M, Naglie G, Streiner DL, Bronskill SE, Kopp A et al. A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. *Arch Intern Med* 2005;165:808-13. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.7.808>
11. https://www.amboss.com/de/wissen/DGIM_-_Klug_entscheiden_in_der_Inneren_Medizin
12. Yazdany J, Schmajuk G, Robbins M, Daikh D, Beall A, Yelin E, Barton J, Carlson A, Margaretten M, Zell J, Gensler LS, Kelly V, Saag K, King C; American College of Rheumatology Core Membership Group. Choosing wisely: the American College of Rheumatology's Top 5 list of things physicians and patients should question. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2013 Mar; 65(3): 329–39. doi: 10.1002/acr.21930. PMID: 23436818; PMCID: PMC4106486.
13. Choosing Wisely: The Canadian Rheumatology Association's List of 5 Items Physicians and Patients Should Question
14. Shirley L. Chow, J. Carter Thorne, Mary J. Bell, Robert Ferrari, Zarnaz Bagheri, Tristan Boyd, Ann Marie Colwill, Michelle Jung, Damian Frackowiak, Glen S. Hazlewood, Bindee Kuriya and Peter Tugwell on behalf of the Canadian Rheumatology Association Choosing Wisely Committee *The Journal of Rheumatology* February 2015, jrheum.141140; DOI: <https://doi.org/10.3899/jrheum.141140>
15. <https://www.choosingwisely.org/societies/american-society-of-nephrology/>