

# practicus

odborný časopis praktických lékařů | číslo 10 | ročník 2

www.practicus.cz



**Bolesti dolní části zad**

**Léčba úzkostných stavů**

**Infekce dolních cest dýchacích**

**Problematika hypotyreózy u žen**

**Cílové hodnoty při léčbě hypertenze**

**Informační stránky SVL ČLS JEP**



**HELP**



### Kde se děje něco nového, když ne na okrajích?

Jednotlivá vědní odvětví rozšiřují naše poznání ve směru určeném jejich metodou. Pralesem neznáma můžeme pronikat pomocí mačety, ale můžeme se plížit při zemi, abychom přírodu co možná vůbec nenarušili. Silnici do neznáma můžeme budovat buldozerem a mýtinu rozšířit ohněm. Každou metodou pozorování to pozorované měníme, někdy málo, jindy tak, že to téměř zničíme.

Poslechem a poklepem vyšetřujeme srdce a plíce, pohmatem zjišťujeme, jak to vypadá v břiše. Kde to bylo nutné, vyšetřovali jsme invazivně. Pneumoencefalografie nebo probatorní laparotomie není nic příjemného. Moderní zobrazovací metody nenarušují integritu živého organismu. Patologičtí anatomové zkoumali více než sto let mozek zemřelých nemocných trpících schizofrenií a nenašli žádné změny. Teprve zobrazení mozku žijících nemocných magnetickou resonancí odhalilo patologicky dokonalou symetrii a další organické změny při schizofrenii.

Při výzkumu jsme zajatci své metody, svého úhlu pohledu. V průběhu desetiletí tuto metodu stále dokonalujeme a přicházíme na mnoho nového. Díváme-li se však na historii vědy, vidíme, že k největšímu pokroku došlo tam, kde se překračovaly hranice oborů.

Farmakologie je už svým způsobem interdisciplinární. Využívá poznatků a metod chemie, biochemie a biologie v širokém smyslu slova. Klinická farmakologie vstupuje do hájemství léčby nemocných. Psychofarmakologie zkoumá účinek látek na psychiku. Vedla k revoluci v psychiatrii a zabírá území od výzkumu účinku farmaka na molekulární a buněčné úrovni přes účinek na různé oblasti mozku, na subjektivní prožívání člověka včetně afektivity, na chování zvířat, na sociální chování kolonie lidoopů a pochopitelně na chování lidí v rodině nebo jiných společenských skupinách, až po epidemiologii zkoumající spotřebu psychofarmak ve velkých územních celcích nebo u různých etnik či ras. Pomiňme sociální rozměr a zůstaňme uvnitř organismu. Psychofarmakologie prolomila hranici s endokrinologií, neboť smazala rozdíl mezi neurotransmitérem a hormonem. Ukázala, že mozek si vyrábí nejen neurotransmitery, ale i řadu hormonů. Internista prof. J. Marek výstižně poznamenal, že psychofarmakologie není nic jiného než endokrinologie mozku, který je největší žlázou s vnitřní sekrecí. Mozek se však živí a roste nejen díky cukru a látkám, které k němu proniknou hematoencefalickou bariérou, ale také podněty ze zevního prostředí, bez kterých pracuje chaoticky a chřadne. Těmi podněty jsou samozřejmě i slova a mohou to být jak slova psychoterapeuta, tak učitele, nebo slova knih, z nichž se učíme. Máloco vede k tak rychlé syntéze peptidů a iniciuje růst nervových drah a neuronů, jako funkce paměti Tyto procesy se mohou narušit drogami, které reorganizují mozek. Člověk závislý na droze pak pod jejím diktátem reorganizuje celý svůj život, změní vztahy nejen ve své rodině, ale za jistých okolností i ve větších společenských skupinách, což může mít významný politický dopad.

Psychofarmakon má také účinky imunologické, stejně jako má na imunitu vliv nálada. Stav imunity zase může ovlivnit účinek psychofarmak. A tak nevystačíme s „psychofarmakologií“. Lék změní psychiku účinkem na mozek, a tak máme psychoneurofarmakologii, a pak můžeme přidávat: psychoneuroendokrino-farmakologie a končíme u psychoneuroendokrinoimunofarmakologie, a to už nechci přidávat před to „psycho“ ještě „socio“, které je také oprávněné při studiu vlivu psychofarmaka na interindividuální vztahy.

Poněvadž se však ukazuje, že účinek psychofarmak do značné míry závisí na vlastnostech genu, mohl by se dnes můj obor jmenovat sociopsychoneuroendokrinoimunofarmakogenomika.

Vše je naštěstí mnohem jednodušší. Náš organismus řídí jediný regulační systém a podle toho, kterých metod používáme k jeho studiu, zabývá se tímto systémem fyziologie, endokrinologie nebo imunologie. Téměř posvátná hranice se vede zpravidla mezi psychikou, nebo, chcete-li, mezi duší a tělem. Těží z toho psychosomatika a čile přeskakuje hranici sem a tam, i když zdůrazňuje somatopsychickou jednotu člověka. I tady je ovšem studovaný jev - člověk - zcela nedělitelný. Záleží jen na metodě pozorování: o duši víme díky introspekci a subjektivnímu prožívání. Tělo - a mozek patří taky sem - studujeme naproti tomu tzv. objektivními metodami: elektrofyziologickými, pozitronovou emisní tomografií, magnetickou resonancí, a ovšem i psychologickými testy, které nás informují o schopnostech vyšetřovaného subjektu, jeho afektivitě a postojích.

**Je to praktický lékař, kdo se pohybuje po okrajích různých oborů více méně neustále a neustále je-jich hranice překračuje.** Často musí znovu sešít (obraz) člověka, který mu specialisté rozparcelovali. Konstruuje složitý multidimensionální obraz na základě snímků pořízených specialisty z mnoha úhlů. Užitečnou jehlou, která mu pomáhá člověka sešít, bývá psychofarmakon.

Angličtí psychiatři mezi sebou žertují, že medicína je jen jedním podoborem psychiatrie, která se dívá na člověka jako na biopsychosociální entitu.

*Chtěl bych dodat: moudrý praktický lékař to ví, ale nemluví o tom.*

Nerokouskovali jsme si jen prostor poznání a vědy, ale i čas. Blíží se konec roku, a to je okraj jednoho takového kousku. Dokud běží nervový vzruch po nervovém vláknu, je to dost přesně předem determinovaný proces a mnoho nového se neděje. Změnit se to může na synapsi, kde musí molekuly neurotransmiterů přeskocit synaptickou štěrbinu.

Konec roku je něco jako synapse nebo uzlík na šňůře času. Jan Werich nás poučil, že čas vynalezli lidé, aby věděli, od kdy do kdy a co za to. I na tom chtějí něco lékaři na okraji roku změnit.

**Doc. MUDr. Oldřich Vinař**  
Konzultant Psychiatrické léčebny, Bohnice

## Redakční rada

► **MUDr. Jaroslava Laňková**  
Předsedkyně redakční rady

Praktická lékařka, Praha

► **MUDr. Otto Herber**  
Odborný poradce

Místopředseda SVL ČLS JEP

► **MUDr. Věra Adámková, CSc.**

IKEM - Pracoviště preventivní kardiologie, Praha

► **MUDr. Marcela Bradáčová**

Praktická lékařka, Brno

► **MUDr. Ján Dindoš**

Praktický lékař a plicní lékař, Neratovice

► **Prim. MUDr. Viktor Kašák**

LERYMED, Praha

► **Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.**

Infekční oddělení FN Bulovka, Praha

► **Doc. MUDr. Miloše Sedláčková, CSc.**

Diagnostické centrum MEDISCAN, Praha

► **Doc. MUDr. Tomáš Sechser, CSc.**

Pracoviště klinické farmakologie  
Centra diabetologie IKEM, Praha

► **Doc. MUDr. Oldřich Vinař, DrSc.**

Konzultant Psychiatrické léčebny  
v Bohnicích, Praha

► **Doc. MUDr. Ludmila Vyhánková, CSc.**

ORL, FN Motol, Praha

## Najdete v příštím čísle...



► **Poruchy paměti**

► **Tonzilofaryngitidy**

► **Andropauza**

► **Peniciliny - konsenzus používání ATB**

## Obsah

▶ <b>Ověřte si své znalosti...</b> .....	<b>5</b>
▶ <b>Cílové hodnoty při léčbě hypertenze</b> Prof. MUDr. Vladimír Tesař, DrSc. ....	<b>6</b>
▶ <b>Bolesti dolní části zad</b> Prim. MUDr. Pavel Fiala .....	<b>10</b>
▶ <b>Pohled do historie</b> Pacient a lékař .....	<b>11</b>
▶ <b>Současná léčba G- respiračních infekcí</b> Doc. MUDr. Tomáš Sechser, CSc. ....	<b>13</b>
▶ <b>Ze zahraničního odborného tisku</b> Influenza .....	<b>15</b>
▶ <b>Syndrom profesionálního vyhoření</b> MUDr. Jiří Masopust .....	<b>16</b>
▶ <b>SVL informuje</b> .....	<b>18</b>
▶ <b>Úzkostné poruchy</b> MUDr. Ján Praško, MUDr. Hana Prašková .....	<b>23</b>
▶ <b>Kazuistika</b> Úzkostné poruchy .....	<b>28</b>
▶ <b>Problematika hypothyreózy u žen</b> Doc. MUDr. Zdenka Límanová, CSc. ....	<b>29</b>
▶ <b>Informace pro pacienty</b> Úzkostná porucha .....	<b>31</b>
▶ <b>Léčba bolestivých reflexních svalových spasmů...</b> Doc. MUDr. Tomáš Sechser .....	<b>32</b>
▶ <b>Infekce dolních cest dýchacích</b> Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc. ....	<b>36</b>



## practicus

odborný časopis praktických lékařů

### Redakce a inzerce:

PRACTICUS s.r.o.  
Budějovická 55/1998  
140 00 Praha 4  
tel./fax: +420 244 467 641  
e-mail: info@practicus.cz

### Předsedkyně redakční rady

MUDr. Jaroslava Laňková  
SVL ČLS JEP  
U Hranic 16, 100 00 Praha 10  
e-mail: lankova@svl.cz



Garance distribuční databáze  
**Lékařské informační  
centrum - Katalog lékařů  
a zdravotnických zařízení®**  
Lékařský dům, P.O.BOX 30  
Sokolská 31, 120 21 Praha 2

**Distribován ZDARMA**  
**všem praktickým lékařům v ČR.**  
Ostatní zájemci 37 Kč/výtisk + poštovné.

Registrace MK ČR E 13477. ISSN 1213-8711.  
Reprodukce obsahu je povolena pouze  
s písemným souhlasem redakce.  
Nepodepsané materiály jsou placenou inzercí.

### Sponzoři tohoto čísla...

- ▶ **Aliud Pharma CZ**
- ▶ **Biochemie**
- ▶ **KRKA**
- ▶ **PRO.MED.CS**
- ▶ **Richter Gedeon**
- ▶ **Solvay Pharma**



ověřte si své znalosti...

Správné odpovědi jsou v souladu s informacemi uvedenými v člancích.

**► Úzkostné poruchy**

(str. 23 - 27)

**1. Panická porucha:**

- a) riziko onemocnění u příbuzných prvního stupně je 15-18%
- b) není dědičná
- c) dědí se jenom na potomky ženského pohlaví

**2. Mezi projevy agorafobie může patřit:**

- a) strach z hadů
- b) strach z otevřených prostranství
- c) strach z jízdy výtahem
- d) strach ze setkání s neznámými lidmi

**3. Sociální fobie vzniká nejčastěji ve věku:**

- a) 14-20 let
- b) 20-30 let
- c) do 10. roku věku

**4. Začátek obtíží u panické poruchy bývá nejčastěji ve věku:**

- a) 20-30 let
- b) 30-44 let
- c) 15-20 let

**5. Jednotlivé panické ataky trvají obvykle:**

- a) 2-3 minuty
- b) 5-20 minut
- c) 30-60 minut

**6. Expoziční terapie:**

- a) patří do strategií kognitivně behaviorální léčby
- b) je forma diagnostické léčby
- c) je forma psychoterapie

**7. Pro léčbu panické poruchy se doporučuje:**

- a) dlouhodobé podávání anxiolytik
- b) léčba antidepresivy
- c) účinná je pouze psychoterapie
- d) optimální je kombinace psychoterapie a farmakoterapie

**8. Za lék volby u smíšené úzkostně depresivní poruchy jsou považovány:**

- a) benzodiazepiny
- b) TCA
- c) SSRI
- d) psychoterapie

**► Cílové hodnoty při léčbě hypertenze**

(str. 6 - 9)

**9. Cílovou hodnotou pro všechny hypertoniky je krevní tlak:**

- a) < 140/90
- b) ≤ 140/90
- c) < 135/85
- d) ≤ 135/85

**10. U proteinurických pacientů s CHRI je cílový krevní tlak (tlak snižující nejvýrazněji progresi CHRI):**

- a) < 135/85
- b) < 130/85
- c) < 125/75

**11. U starších nemocných s izolovanou systolickou hypertenzí se doporučuje dosažení cílového systolického tlaku na hodnotu:**

- a) < 160
- b) < 150
- c) < 140

**12. Redukce krevního tlaku u starších nemocných izolovanou systolickou hypertenzí by neměla přesáhnout:**

- a) 5 mm Hg za týden
- b) 10 mm Hg za měsíc
- c) 20 mm Hg za měsíc

**13. U nemocných s diabetem mellitem je doporučován cílový krevní tlak nižší než:**

- a) 140/90
- b) 130/85
- c) 135/80

**► Problematika hypothyreózy u žen**

(str. 29 - 30)

**14. Onemocnění štítné žlázy je častější:**

- a) u žen oproti mužům a to v poměru 4-8:1
- b) u žen oproti mužům a to v poměru 2:1
- c) u mužů oproti ženám a to v poměru 3:2

**15. Nejčastější příčinou hypothyreózy u nás je:**

- a) strumektomie
- b) jodová karence
- c) autoimunní příčina
- d) léčba tyreostatiky

**16. Tyreoidální funkční poruchu můžeme s jistotou vyloučit je-li hodnota TSH:**

- a) < 6,0 mIU/l
- b) < 4,0 mIU/l
- c) 0,5 - 2,5 mIU/l

**17. U žen se hypothyreóza nejčastěji vyskytuje v období:**

- a) puberty
- b) gravidity
- c) klimakteria
- d) puberty, gravidity a klimakteria

**18. Denní doporučený příjem jódu pro každého jedince je:**

- a) 200-250 µg
- b) 150 µg
- c) 50 µg

**19. Kontroly hladiny TSH u hypothyreózních pacientů se doporučují provádět:**

- a) 1-2x ročně
- b) 3x ročně
- c) 4x ročně

**20. Hladina TSH při substituci by se měla ideálně pohybovat mezi:**

- a) 3-4 mIU/l
- b) 2-3 mIU/l
- c) 1-2 mIU/l

Správné odpovědi: 1a; 2b,c; 3a; 4b; 5b; 6a,c; 7b,d; 8c; 9a; 10c; 11c; 12b; 13b; 14a; 15c; 16c; 17d; 18b; 19a; 20c

Omlouváme se všem čtenářům za chybné uvedení odpovědi u otázky číslo 16 ve znalostním testu (Practicus číslo 9).

Správná odpověď je **b, c, d, e, f, g**, nikoliv a, b, c, d, e, f, jak bylo uvedeno.

# Cílové hodnoty při léčbě hypertenze

**Prof. MUDr. Vladimír Tesař, DrSc.**

Klinika nefrologie 1.LF UK a VFN, Praha

## Souhrn:

Vzestup krevního tlaku nad 130/85 mm Hg (a nepochybně vzestup krevního tlaku nad 140/90 mm Hg) je spojen se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem. Redukce, případně normalizace krevního tlaku přináší největší prospěch zejména nemocným s vysokým absolutním rizikem kardiovaskulárních komplikací, např. starším lidem, včetně nemocných s izolovanou systolickou hypertenzí. Cílovou hodnotou krevního tlaku pro všechny hypertoniky je krevní tlak nižší než 140/90 mm Hg. U diabetiků lze vysoké kardiovaskulární riziko dále snížit redukcí krevního tlaku až pod 130/85 mm Hg. U proteinurických pacientů s chronickou renální insuficiencí je cílový krevní tlak (snižující nejvýrazněji progresi chronické renální insuficience) nižší než 125/75 mm Hg. Přestože se definice a klasifikace hypertenze v jednotlivých mezinárodních doporučeních (WHO-ISH, 1999, JNC VII, 2003, ESH-ESC, 2003) poněkud liší, v doporučovaných cílových hodnotách nejsou mezi nimi podstatné rozdíly.

## Klíčová slova:

kardiovaskulární riziko, izolovaná systolická hypertenze, chronická renální insuficience, cílové hodnoty krevního tlaku

## Krevní tlak a kardiovaskulární riziko

Hypertenze je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění, zejména ischemické choroby srdeční, srdečního selhání a cévních mozkových příhod. Neléčená nebo nedostatečně léčená hypertenze vede k poškození cílových orgánů (hypertrofie levé komory srdeční, nefrosklerózy, změny na očním pozadí), přítomnost hypertrofie levé komory srdeční a proteinurie kardiovaskulární mortalitu dále dramaticky zvyšuje. U nemocných s diabetickou nefropatií a chronickou renální insuficiencí nediabetické etiologie je hypertenze nejvýznamnějším rizikovým faktorem progresu onemocnění do terminálního selhání ledvin. Cílem léčby hypertenze není a nemůže být jen normalizace krevního tlaku, ale zejména prevence vývoje a progresu (event. dosažení regrese) poškození cílových orgánů

a snížení rizika kardiovaskulárních komplikací.

Normální krevní tlak tedy nemůže být definován statisticky podle distribuce krevního tlaku v populaci. Hypertenze je takový krevní tlak, který zvyšuje riziko vývoje orgánových komplikací a kardiovaskulární riziko. Epidemiologické studie jasně ukázaly, že krevní tlak vyšší než 140/90 kardiovaskulární riziko významně zvyšuje (Stamler et al., 1993). Optimální krevní tlak je však zatím definován nezcela dostatečně. Nedávná analýza framinghamské studie (Vasan et al., 2001) např. ukázala, že osoby s krevním tlakem v rozmezí 130–140/85–90 mají ve srovnání s osobami s krevním tlakem nižším než 120/80 významně vyšší kardiovaskulární riziko (u žen 2,5x, u mužů 1,6x). Další studie zabývající se kardiovaskulárním rizikem krevního tlaku v rozmezí 120 – 139/80–89 mm Hg mohou po-

stupně vést k dalším změnám v definici a klasifikaci krevního tlaku a posunu cílových hodnot krevního tlaku k nižším hodnotám než 140/90 mm Hg.

## Léčba hypertenze a redukce kardiovaskulárního rizika

Zavedení účinné farmakoterapie maligní hypertenze na počátku 50.let vedlo k dramatickému zlepšení prognózy těchto nemocných, kteří dříve umírali zejména na cévní mozkové příhody a selhání ledvin a jejichž pětileté přežití se pohybovalo okolo 10%. Teprve v druhé polovině 60.let byly předloženy jednoznačné doklady o příznivém vlivu léčby středně těžké a těžké „benigní“ hypertenze na prognózu nemocných (VAMC, 1967). Řada velkých randomizovaných prospektivních studií, které byly realizovány v 70. a 80 letech prokázala významný vliv léčby mírné hypertenze na cerebrovaskulární mortalitu (např. ve studii HDFP, 1979, redukce o 44%) a v některých studiích i koronární mortalitu (např. HDFP o 15%).

Positivní vliv redukce krevního tlaku na výskyt kardiovaskulárních komplikací byl prokázán i u starších lidí (zhruba do 80 let), jak se systolickodiastolickou (např. Dahlof et al., 1991), tak izolovanou systolickou hypertenzí (např. Staessen et al., 1997). Izolovaná systolická hypertenze je u starších nemocných častá, vyskytuje se např. u 11% nemocných ve věkové skupině 70 – 79 let (SHEP, 1993). Systolický krevní tlak zvyšuje u starších nemocných např. riziko chronického srdečního selhání významněji než diastolický krevní tlak a zvyšuje také významně riziko cévních mozkových příhod (Kannel et al., 1980). Efekt antihypertenzní léčby je u starších vzhledem k vyššímu absolutnímu riziku kardiovaskulárních komplikací výraznější než u lidí středního věku. I u starších nemocných s izolovanou systolickou hypertenzí je tedy cílem dosáhnout systolického krevního tlaku nižšího než 140. Snižování krevního tlaku na cílové hodnoty nižší než 140/90 bylo v minulosti

**Cynt**

odmítáno s poukazováním na riziko orgánové hypoperfuze zejména u nemocných s ischemickou chorobou srdeční. Zejména se poukazovalo na riziko příliš nízkého diastolického krevního tlaku u léčených nemocných s izolovanou systolickou hypertenzí. Rozsáhlá studie HOT (Hypertension Optimal Treatment, Hansson et al., 1998) zahrnující více než 18 tisíc osob ale ukázala, že snížení krevního tlaku na hodnoty 138/83 je bezpečné a není provázáno zvýšeným rizikem kardiovaskulárních komplikací ani u pacientů s ischemickou chorobou srdeční.

Studie HOT také ukázala, že z poklesu krevního tlaku na tyto nižší cílové hodnoty profitují zejména nemocní s diabe-

insuficience u pacientů s diabetickou nefropatií na podkladě diabetu 1. typu (Lewis et al., 1993) ukázala, že pokles glomerulární filtrace byl nejpomalejší u nemocných s krevním tlakem nižším než 120/75. I u pacientů s nediabetickou chronickou renální insuficiencí byla progresse chronické renální insuficience o 50% pomalejší u nemocných s krevním tlakem nižším než 130/75 ve srovnání s nemocnými s krevním tlakem 140/90 (Lazarus et al., 1997). Dosažení nízkých cílových hodnot krevního tlaku ovlivnilo progresi chronické renální insuficience výrazněji u nemocných s proteinurií vyšší než 1 g/24 hodin (tzn. u nemocných s vyšším absolutním rizikem progresse).

140/90) je klasifikována do 3 stupňů a normotenze je dále rozdělena na optimální, normální a tzv. vysoký normální krevní tlak (tab č. 1). Nejnovější doporučení pro léčbu arteriální hypertenze Evropské společnosti pro hypertenzi a Evropské kardiologické společnosti (2003 ESH-ESC guidelines) používají stejnou klasifikaci normotenze a hypertenze, opustily však zcela pojem hraniční hypertenze používaný ještě v doporučeních WHO a ISH a odlišným způsobem definují výši kardiovaskulárního rizika. Nová americká doporučení (JNC 7 Report, 2003) používají odlišnou, ale podobnou klasifikaci, kde je oblast normálního a vysokého normálního tlaku (120 – 139/80–89 mm Hg) označována jako

prehypertenze a jako normální je označován krevní tlak nižší než 120/80 (dle klasifikace WHO-ISH a ESH-ESC optimální krevní tlak). Americká doporučení jsou tak v posunu hranici normality krevního tlaku poněkud radikálnější než doporučení světová a evropská.

Je zřejmé, že tzv. vysoký normální tlak je možno považovat za vysoký pro pacienty s vysokým kardiovaskulárním rizikem, zatímco pro pacienty s nízkým kardiovaskulárním rizikem mohou být hodnoty vysokého normálního tlaku přijatelné. V letošních do-

poručeních ESH-ESC (2003 ESH-ESC guidelines) je vzhledem k zvyšování kardiovaskulárního rizika i při růstu hodnot krevního tlaku v rámci tzv. normotenze diskutována možnost opustit pojem hypertenze a hovořit pouze o různé úrovni krevního tlaku. Autoři ale uzavírají, že opuštění pojmu hypertenze by mohlo být pro širší odbornou i laickou veřejnost matoucí a mohlo by ohrozit snahy o dosažení co nejlepší kontroly krevního tlaku.

### Doporučené cílové hodnoty krevního tlaku

Všechna zmíněná doporučení uvádějí jako cíl léčby hypertenze normalizaci krevního tlaku (u všech nemocných). U mladších nemocných a nemocných středního věku je doporučován cílový krevní tlak nižší než 130/85, u starších nemocných je cílový krevní tlak nižší než 140/90.

tabulka č. 1

### Definice a klasifikace hladin krevního tlaku dle WHO-ISH (1999) a ESH-ESC (2003)

Kategorie	Systolický krevní tlak	Diastolický krevní tlak
Optimální krevní tlak	< 120	< 80
Normální krevní tlak	< 130	< 85
Vysoký normální krevní tlak	130 – 139	85 – 89
Mírná hypertenze (stupeň 1)	140 – 159	90 – 99
<i>podskupina: hraniční hypertenze</i>	140 – 149	90 – 94
Středně těžká hypertenze (stupeň 2)	160 – 179	100 – 109
Těžká hypertenze (stupeň 3)	≥ 180	≥ 110
Izolovaná systolická hypertenze	≥ 140	< 90
<i>podskupina: hraniční hypertenze</i>	140 – 149	< 90

Poznámka: doporučení ESH-ESC již nepoužívají pojem hraniční hypertenze

tes mellitus (Hansson et al., 1998). Výskyt závažných kardiovaskulárních příhod byl v této studii u diabetiků s cílovou hodnotou krevního tlaku 80 mm Hg o polovinu nižší než u diabetiků s cílovou hodnotou krevního tlaku 90 mm Hg. Také britská studie UKPDS 38 sledující vliv různých cílových hodnot krevního tlaku na výskyt makrovaskulární i mikrovaskulární komplikací diabetu prokázala u pacientů, u kterých bylo dosaženo krevního tlaku 144/82 významně (zhruba o třetinu) nižší mortalitu a výskyt mikrovaskulárních komplikací a nižší výskyt (zhruba o polovinu) cerebrovaskulárních příhod ve srovnání s nemocnými, u kterých bylo dosaženo cílového krevního tlaku 154/87 (UKPDS, 1998). Studie zabývající se vlivem inhibitoru angiotenzin konvertujícího enzymu captoprilu na progresi chronické renální

### Definice a klasifikace hodnot krevního tlaku

V současné době tedy není pochyb o tom, že by cílovou hodnotou krevního tlaku pro všechny pacienty měl být krevní tlak nižší než 140/90. Je zřejmé, že některé skupiny nemocných s vysokým kardiovaskulárním rizikem (např. diabetici nebo nemocní s chronickou renální insuficiencí) mohou profitovat z dosažení ještě nižších cílových hodnot krevního tlaku, ať už z hlediska redukce kardiovaskulární mortality nebo z hlediska zpomalení progresse chronické renální insuficience. Tato fakta byla zohledněna i při přípravě Doporučení Světové zdravotnické organizace a Mezinárodní společnosti pro hypertenzi pro léčbu hypertenze, která byla publikována v roce 1999 (WHO-ISH recommendations, 1999). Hypertenze (krevní tlak vyšší než



U nemocných s diabetes mellitus (bez ohledu na věk) je doporučován cílový krevní tlak nižší než 130/85, u pacientů s chronickou renální insuficiencí by měl být cílový krevní tlak nižší než 130/80, u pacientů s proteinurií vyšší než 1 g/24 hodin dokonce nižší než 125/75 (Lazarus et al., 1997). Doporučení WHO-ISH z roku 1999 jsou prakticky ve shodě s Doporučeními diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze České společnosti pro hypertenzi z roku 2000 (Horký et al., 2000). Dle těchto doporučení je cílový krevní tlak u mladších hypertoniků bez projevů cerebrovaskulárních komplikací dokonce nižší než 120-130/80. U starších nemocných s izolovanou systolickou hypertenzí se rovněž doporučuje dosažení cílového systolického krevního tlaku nižšího než 140, redukce krevního tlaku však musí být velmi pozvolná, ne více než 10 mm Hg za měsíc a obvykle za použití nižších dávek antihypertenziv.

V současné době již rozhodně nelze (ani pro starší nemocné) akceptovat jako cílový krevní tlak jen 160/95. Do budoucna lze očekávat s pravděpodobným přibýváním dokladů o zvýšeném kardiovaskulárním riziku „vysokého normálního“ krevního tlaku (130-139/85-89) spíše trend k dalšímu snížení cílových hodnot krevního tlaku ze 140/90 na 130/85. Tyto nižší cílové hodnoty jsou již nyní doporučovány u nemocných s diabetem a chronickou renální insuficiencí.

Údaje o kontrole hypertenze z různých zemí ale přitom ukazují, že dobré kontroly krevního tlaku je stále dosahováno v USA jen u 24% a např. v Anglii dokonce jen u 6% nemocných s hypertenzí (Colhoun et al., 1998), v České republice je dle údajů Cífkové et al. dosaženo dobré kontroly krevního tlaku jen u necelých 18% hypertoniků. Na těchto nespokojivých výsledcích se jistě podílí jak nedostatečná motivace ze strany pacienta (absence potíží), tak neznalost cílových hodnot ze strany ošetřujících lékařů a/nebo nedostatečné úsilí zaměřené na dosažení normotenze (rezignace při nedostatečném efektu monoterapie, nebo při objevení se nežádoucích účinků léků, aj.).

Je zřejmé, že dosažení nižších cílových hodnot nemusí být snadné a bude u značné části nemocných (více než 50%) vyžadovat terapii kombinací ale spou 2, ale zejména v případě diabetiků

a pacientů s chronickou renální insuficiencí i více antihypertenziv. Je také zřejmé, že zejména u starších nemocných musí být redukce krevního tlaku pozvolná a cílových hodnot má být dosaženo v časovém horizontu několika měsíců. Výrazný vliv antihypertenzní léčby na kardiovaskulární mortalitu, výskyt cévních mozkových příhod a srdečního selhání by měl být podnětem mj. ke zvýšení informovanosti pacientů i lékařů o významu léčby hypertenze se snahou zvýšit podíl nemocných, u kterých se podaří dlouhodobě dosáhnout normotenze.

#### Literatura

1. Stamler, J., Stamler, R., Neaton, J.D.: Blood pressure, systolic and diastolic and cardiovascular risks: US population data. *Arch. Intern. Med.*, 1993, 153: 598 - 615.
2. Vasan, R.S., Larson, M.G., Leip, E.P. et al.: Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N. Engl. J. Med.*, 2001, 345: 1291 - 1297.
3. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in hypertension: results in patients with diastolic blood pressures averaging 115 through 129 mm Hg. *JAMA*, 1967, 202: 1028 - 1034.
4. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group: Five-year findings of the Hypertension Detection and Follow-up Program. I. Reduction of mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. *JAMA*, 1979, 242: 2562 - 2571.
5. Dahlöf, B., Lindholm, L.H., Hansson, L., et al.: Morbidity and mortality in the Swedish trial in old patients with hypertension (STOP-Hypertension). *Lancet*, 1991, 338: 1281 - 1285.
6. Staessen, J.A., Fagard, R., Thijs, L., et al.: Morbidity and mortality in the placebo-controlled European Trial on Isolated Systolic Hypertension in the Elderly. *Lancet*, 1997, 360: 757 - 764.
7. Systolic Hypertension in the Elderly Program Cooperative Research Group: Implications of the Systolic Hypertension in the Elderly Program. *Hypertension*, 1993, 21: 335 - 343.
8. Kannel, W.B., Dawber, T.: Perspectives on systolic hypertension: The Framingham Study. *Circulation*, 1980, 61: 1179 - 1182.
9. Hansson, L., Zanchetti, A., Carruthers, S.G., et al.: Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet*, 1998, 351: 1755 - 1762.
10. UK Prospective Diabetes Study Group: Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *Brit. Med. J.*, 1998, 317: 703 - 713.
11. Lewis, E.J., Hunsicker, L.G., Bain, R.P., et al.: The effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition on diabetic nephropathy. *N. Engl. J. Med.*, 1993, 329: 1456 - 1462.
12. Lazarus, J.M., Bourgoignie, J.J., Buckalew, V.M., et al.: Achievement and safety of a low blood pressure goal in chronic renal disease. *Hypertension*, 1997, 29: 641 - 650.
13. Guidelines Committee: 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension. *J. Hypertens.*, 1999, 17: 151 - 183.
14. Horký, K., Widimský, J., Cífková, R., Widimský, J., Jr.: Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze - návrh verze 2000. *Hypertenze*, 2000, 3: 3 - 13.
15. Guidelines Committee: 2003 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J. Hypertens.*, 2003, 21: 1011 - 1053.
16. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*, 2003, 289: 2560 - 2571.
17. Colhoun, H.M., Dong, W., Poulter, N.R.: Blood pressure screening, management and control in England: results from the health survey for England 1994. *J. Hypertens.*, 1998, 16: 747 - 752.

## **a** aktualita...

### **Nový zákon o nemocenské by měl obsahovat i pokuty**

Připravovaný zákon o nemocenské počítá i s postihem pro lékaře a pacienty. Lékaři by za jeho porušení měla hrozit pokuta až 100.000 korun, pacientovi až 50.000 korun, řekl ČTK ministr práce a sociálních věcí Zdeněk Škromach. O věcném záměru zákona dnes jedná s podnikateli a odborovými předáky. S ustanovením pokuty pro lékaře zásadně nesouhlasí Milan Kudyn z Koalice ambulantních lékařů. „Lékař je povinován akceptovat vyjádření pacienta, který k němu přijde s nějakými obtížemi,“ připomíná Kudyn. Toto nařízení by narušilo základní vztah pacient-lékař, kdy pacient se svěřuje s nějakými obtížemi, lékař to akceptuje a zjišťuje diagnózu. Pokud usoudí, že stav vyžaduje pracovní neschopnost, tak ji předepíše. „Lékař nemůže nést zodpovědnost, obzvláště pod sankcí, že ho pacient uvede v omyl,“ míní Kudyn. Škromach se odvolal na to, že v některých zemích je zneužívání nemocenských dávek trestným činem jako každý jiný finanční podvod. Na dotaz, zda o tom uvažuje i vládní koalice, odpověděl, že Česko si zatím vystačí s pokutami. „Účelem zákona bude snížit nemocnost a vyloučit její zneužívání,“ dodal. Také zaměstnavatelé a odboroví předáci se shodují na tom, že lidé nemocenskou zneužívají a je nutné tomu zamezit. Shodují se i v tom, že není možné přenášet placení dávek alespoň v prvních dnech nemoci na zaměstnavatele. Zejména ty, kteří mají málo zaměstnanců, by to totiž mohlo napříkád při chřipkové naze zrušit. To, že lékař předepsal neschopnost zdravotnímu člověku úmyslně, by podle něj musel podle Kudyna jednoznačně prokázat soud. Obávám se, že pokud by se podařilo toto ustanovení protlačit do zákona, začnou si lékaři všechny potíže a údaje, které pacient sdělí, nechávat od něj podepsat do zdravotní dokumentace. Tím se budou právně kryt před případnou pokutou. To je jediný způsob, jak dokázat, že byl lékař uveden v omyl, říká Kudyn. Administrativa s tím spojená však podstatně prodlouží pobyt pacienta v ordinaci. „V tom případě já budu schopen udělat za hodinu asi jednoho nebo dva pacienty,“ odhaduje. Průměrná délka nemocenské se v posledních letech prodloužila z 20 na 32 dní. Podle šéfa Českomoravské konfederace odborových svazů Milana Štěcha proto, že se zaměstnanci raději „hodí marod“, než by byli nezaměstnaní. Podpora nezaměstnaných je totiž směšně nízká, uvedl. Někdy to podle něj dělají při nedostatku práce i po dohodě se zaměstnavatelem. Odborový předák je pro zavedení přísných kontrol. Při dlouhodobé nemoci by tak podle jeho mínění mohly fungovat přátelské návštěvy členů zaměstnaneckých rad. „Nyní je kontrola velice slabá, pomalu nulová,“ dodal. Ve snižování nemocenské odboroví předáci řešení nevidí. Přivítali by ale mnozí zaměstnavatelé i pracíci politikové. Někteří senátoři ODS hovoří o zrušení nynějšího solidárního pojištění a chtějí je nahradit pojištěním soukromým. To je ale pro odbory zcela nepřijatelné.

# Bolesti dolní části zad: poznámky k diagnostice a léčbě

**Prim. MUDr. Pavel Fiala**

Harmonie Praha s. r. o., Neurologické oddělení, Praha

## Souhrn:

**Low back pain (LBP - bolesti dolní části zad), termín vyskytující se v anglosaské literatuře, proniká pomalu i do naší odborné terminologie. Bolesti tohoto typu jsou označovány různými názvy, které nemají zcela přesné vymezení – lumbago, lumboischiadický syndrom, ischi- as, bolesti v kříži. O tom, že termín LBP opravdu pronikl i k nám, svědčí jeho samostatná značka v seznamu nemocí.**

## Klíčová slova:

**prostá bolest v kříži, bolest při kořenovém dráždění, vážné poškození páteře**

Jde o nemoc jednoduchou jen zdánlivě, neboť četnost jejího výskytu mezi pacienty v ordinacích praktických lékařů je stále velmi vysoká a způsobuje vysoké nároky na čas ošetřujících lékařů i na platby zdravotních pojišťoven za léky. Je též jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti s velkým množstvím pronesaných dnů. Ve všech vyspělých státech se tedy již diagnóza LBP dávno stala problémem medicinským, ekonomickým i sociálním. Tyto země se proto snaží s tímto problémem bojovat vybudováním systému péče o pacienty s LBP vytvořením standardních postupů, které by měly být zachovány v diagnostice a léčbě pacientů. Základním cílem je oddělit prostou bolest v zádech od bolestí ze závažných příčin při dráždění nervového kořene či při vážném patologickém procesu, postihujícím páteř. Je předpoklad, že dodržováním daných doporučení se podaří zkrátit dobu pracovní neschopnosti, optimalizovat, a tím i zlevnit diagnostický a terapeutický proces.

Na základě dlouhodobých sledování a studií byly vytvořeny odbornými lékařskými společnostmi závazná doporučení, shrnutá v **guidelines**.

V **USA** vydala Agency for Health Care Policy and Research doporučení pod názvem Acute Low Back Problems in Adults: Assessment and Treatment (AHCPR 1996), ve **Velké Británii** pak Royal College of General Practitioners publikaci Clinical Guidelines for Management of

Acute Low Back Pain (CSAG 1994). Na práci se zúčastnily společnosti zabývající se fyzioterapií, chiropraxi a National Back Pain Association.

Je zajímavé srovnat názory na diagnostiku a léčbu tak, jak jsou obecně uznávány v naší zemi s názory a zkušenostmi z obou uvedených států. Následující poznámky nemusíme automaticky akceptovat, mohou nám však pomoci prohloubit naše znalosti o uvedené problematice, možná i korigovat některé naše názory, některé možná na základě našich zkušeností odmítneme. Je však třeba uznat, že pokud jsou v guidelines doporučeny určité postupy, jde o závěry velkých studií, jejichž závěry jsou reprezentativní.

## Diagnoza LBP

**Základním cílem je oddělit prostou bolest v kříži (tzv. LBP v užším slova smyslu) od bolesti při poškození nervového kořene či při vážné patologii páteře.**

**Základem diferenciální diagnózy je anamnéza a klinické vyšetření.** Druhá a třetí skupina je indikována k léčbě na specializovaných pracovištích. Důležitou roli v diagnostice LBP hraje anamnéza a první kontakt s pacientem již při vstupu do ordinace, kdy si všímáme jeho vzezření, chůze, celkového držení, mluvy, bolestivých reakcí. Ptáme se na věk, trvání a pokud možno co nejuplněnější popis symptomů, závislost potíží na fyzické aktivitě, účinnost dřívější terapie. Zajímají nás předchozí traumata,

dlouhodobé užívání léků, prodělaná onemocnění či dispenzarizace pro jinou nemoc. Anamnéza úrazu u mladších či chronické užívání kortikoidů mohou ukázat na možnost zlomeniny. Podrobný pohovor může odhalit psychologické a socioekonomické problémy, které se často účastní a komplikují jak vyšetření, tak léčbu. Vyšetření v ordinaci praktického lékaře je třeba doplnit orientačním neurologickým vyšetřením, zaměřeným na senzitivní či motorický deficit kořenového původu, event. syndrom cauda equina (porucha sfinkterů, porucha chůze, perianogenitální anestezie). Často postačí vyšetření, skládající se z vyšetření reflexu patellárního (L2–L4) a Achillovy šlachy (L5–S2), distribuce poruchy citlivosti a vyšetření síly dorzální a plantární flexe prstů. Je však dobré znát základní neurologické vyšetření k tomu, abychom dokázali odhalit možnost poškození supra-segmentárních struktur a pacienta směřovali k neurologovi.

**Prostá bolest v kříži** (LBP v užším slova smyslu) postihuje většinou pacienta mezi 20–55 roky věku. Bolest je lokalizovaná v lumbosakrální krajině či v hýždí, někdy vyzařuje do úrovně kolene. Je tzv. mechanického charakteru, horší se změnou polohy, pacientův celkový stav je dobrý.

**Bolest při kořenovém dráždění** je většinou jednostranná, horší než bolest v zádech, vystřeluje do nohy a prstů, objevují se bolesti a parestzie ve známých dermatomech, jsou přítomny neurologické známky kořenové laese (poruchy citlivosti, svalové síly, snížení či vymizení reflexů).

**Vážné poškození páteře** signalizují tzv. „red flags“ – věk nemocného pod 20 a nad 55 let, bolest je nemechanická, nehorší se polohou, je i klidu. V anamnéze je možno zjistit výskyt nádoru, užívání kortikosteroidů, infekci HIV. Celkový stav pacienta není dobrý, je váhový úbytek, je přítomný topický neurologický nález a zobrazovací metodami prokazatelná strukturální deformita.

**Po vyšetření fyzikálním následuje rozvaha o provedení pomocných vyšetření.** Protože v tomto kroku je značná nejednotnost,

je snahou odborných společností stanovení určitých zásad pro jejich indikaci. Cílem je určit v dané situaci nevhodnější metody, jejichž uplatnění znamená pro nemocného maximální prospěch a vyhnout se těm, která nejsou indikována a znamenají zbytečnou zátěž pro pacienta, odborný personál a v neposlední řadě i pro systém hrazení výkonů. Standard by neměl být chápán jako dogma, poslední úvaha je vždy na indikujícím lékaři, který však vždy musí indikaci konkrétního vyšetření přesvědčivě zdůvodnit.

Při úvaze o RTG vyšetření je častou chybou, že pacient s prostou LBP je k němu odeslán již při prvním kontaktu. RTG vyšetření v tomto případě není indikováno v průběhu prvního měsíce, s výjimkou situace, kdy při klinickém vyšetření jsou přítomny známky možného patologického procesu páteře, jinak je RTG vyšetření jen zbytečnou radiační zátěží pacienta, převyšující desetinásobky zátěže při standardním skiagramu plic. Výťažnost vzhledem k diagnóze je zde minimální či zcela nulová, nehledě na ekonomickou náročnost takto naslepo prováděných vyšetření.

**RTG vyšetření bederní páteře** je u LBP indikováno i v prvním měsíci, jestliže jde o jasně prokázané závažné trauma u pacientů všech věkových skupin, čerstvý úraz u nemocného nad 50 let, při anamnéze dlouhodobého užívání steroidů, při dříve prokázané osteoporóze či při věku pacienta nad 70 let.

**Kombinace RTG vyšetření a vyšetření sedimentace erytrocytů a krevního obrazu** je indikována u všech nemocných k vyloučení nádoru či infekce, pokud splňují tyto kritéria:

- ▶ Předchozí výskyt nádoru či vážné infekce
- ▶ Užívání drog intravenózně
- ▶ Dlouhodobé užívání steroidů
- ▶ Zhoršování bolesti v zádech v klidu
- ▶ Nevysvětlitelný váhový úbytek

Nejednota panuje též v indikaci složitějších zobrazovacích vyšetření – CT, MRI a scintigrafie kostí. Obecně lze přijmout, že tato vyšetření jsou indikována tehdy, jestliže jsou přítomny varovné známky, zmíněné výše a nález nativního RTG vyšetření je negativní (Deyo a Diehl 1988). V posledních letech je věnována stále větší pozornost vlivu psychosociálních faktorů na vznik a vývoj chronických bolestí v zádech. Psychologické, sociální a ekonomické faktory hrají velkou roli i v časných stadiích bolestí v zádech, a to mnohem častěji, než se dříve myslelo (Klenerman et al. 1995, Gatchel et al 1995). Psychosociální faktory



**pohled do historie...**

## Pacient a lékař

Moderní medicína se zasloužila o to, že od začátku 19. století se poprvé v historii lidstva dostalo přístupu k primární lékařské péči prakticky každému; nebyla a není to však zcela bez problémů. Zatímco ještě v roce 1700 nebyli ani gaskoňští sedláci, ani drobní obchodníci v Gloucesteru nijak a ničím nuceni vyhledávat lékaře, v roce 1850 již byla rutinní vyšetření poměrně častá. A bezprostředně před první světovou válkou dosáhli díky různým charitativním organizacím i nově zaváděným pojišťovenským systémům srovnatelného přístupu k lékařské péči i námezdně pracující. V demokratických zemích se přístup k primární lékařské péči stal jedním ze základních práv člověka a jeho zajištění jednou z povinností státu.

Stejně důležité jako dostatečná distribuce lékařských služeb bylo i jejich zaměření, respektive „ideologie“. Většinou převládá představa, že tuto péči zajišťovali především tzv. osobní či rodinní lékaři, ale to je do značné míry mýtus.

*„Není to tak dávno, co rodinný lékař asistoval při porodu a dohlížel nad správným kojením a prořezáváním zoubků dítěte, co je očkovoal a provázel jeho spalníčkami, planými neštovicemi a černým kašlem. V dospívání seznamoval chlapce s tajemstvími života a děvčatům vysvětloval podstatu menstruace. Radil svým pacientům, jak se správně stravovat a jak odpočívat, odstraňoval jim mandle a fixoval zlomené kosti. Ukliďňoval hlavu rodiny, která nemohla spát pro obtíže v podnikání, zatímco manželce pomáhal překonat zápal plic. Dětem poradil při volbě školy či povolání, babičce pomáhal zvládat její zapomnětlivost a podrážděnost, dědečkovi zatlačil oči k jeho poslednímu spánku. Obíhal své nemocné v nekonečných, tajemných a nepřetržitých kruzích, necháváje za sebou vůni karbolu užívaného k dezinfekci,“* napsal v roce 1956 americký lékař Carl Binger.

Představa doktora jako rodinného přítele, který je „stále po ruce“, sehrávala klíčovou roli v hluboce zakořeněných ideálech správné lékařské praxe. V ní nebylo rozhodující perfektní zdraví, nýbrž co nejlepší vztah mezi lékařem a pacientem. Primární péče totiž ani zdaleka nemusí mít pouze relativně prostou podobu akutních příhod,

k nimž lékaři přijíždějí jako hasiči k požáru. Důvodem k návštěvě či zavolání lékaře mohou být i aspekty psychologické, sociální nebo rituální. Není žádným tajemstvím, že síla i slabost všeobecného lékaře spočívá právě v tom, že většina jeho pacientů vlastně v pravém slova smyslu není nemocná, jsou spíše unavení, smutní nebo osamělí a potřebují především útěchu a povzbuzení.

Vztah mezi pacientem a lékařem byl zproblematicován přílivem nových vědeckých poznatků do medicíny. Praktický lékař totiž musí svým pacientům v rámci svých limitů poskytnout vše, co si přejí, a to někdy přináší problémy, jak výstižně napsal G. B. Shaw:

*Lékař, který musí uspokojovat přání svých pacientů v situaci, kdy kterýkoli z nich může být přijat v nemocnici a podroben baterii nejrůznějších vyšetření, velmi brzo zjistí, že předepisuje vodu abstinentům a brandy nebo šampaňské opilcům; steaky a černé pivo v jedné domácnosti a vegetariánskou dietu ve druhé; zavřené okna, rozpálená kamna a teplé oblečení, aby to nepobuřovalo morálku, mladým snobům - to vše jen proto, že se obává nebo si nemůže dovolit říci „to nevím“ nebo „s tím nesouhlasím“.*

Lékaři působící v primární péči ve 20. století se rozhodli (nebo spíše cítili povinnost) využít vědy v podobě nových poznatků, diagnostických metod a zejména pak v podobě moderních léků. Zcela logicky to v sobě neslo zárodek nových tenzí.

Čím více „vědy“ totiž praktik předepisuje, tím více dává svým pacientům na srozuměnou že existují jiní praktici a odborníci, kteří jsou skutečnými experty. Může on ve své miniaturní ordinaci daleko od centra využívat moderních vědeckých poznatků stejně účinně jako jeho kolegové v obrovských, nových a moderně vybavených nemocnicích? I zde se projevují dobře známé dvě tváře, jimiž se obrací k obyčejnému člověku moderní věda - na jedné straně jej posiluje a stimuluje, na straně druhé ho však postupně stále více vyřazuje ze hry.

Zdroj:

*„Největší dobrodiní lidstva - historie medicíny od starověku po současnost“ (Euromedia Group, 2001)*

mají vliv i na odpověď pacienta vůči terapii a rehabilitaci (Waddell a Turk 1992)

### Therapie LBP

Na medikamentózní léčbu LBP jsou názory velmi rozdílné, kolísající od nihilismu až k polypragmarii. Na velkých skupinách nemocných byly proto hodnoceny efekty léčby nejčastěji používanými léky a byla prováděna srovnání účinnosti. Výsledky jsou shrnuty v následujícím textu.

► Paracetamol – je jednoznačně účinný v potlačování akutní bolesti v zádech, vyplývá to jednoznačně z mnoha prací (de Craen 1996, Henry et al. 1996, Koes et al 1996, van Tulder et al. 1996). Lék, jehož užívání je u nás v této indikaci řídké, je běžně v anglosaských zemích podáván jako lék první volby. Srovnání jeho účinnosti s nesteroidními antirevmatiky (NSAID) je nejednoznačné, jejich vyšší analgetická potence nebyla prokázána.

► NSAID – podávané v pravidelných intervalech mírní bolest v zádech. Různé druhy NSAID jsou v redukci bolestí stejně účinné. Mají však mnohé nežádoucí efekty, zvláště na trávicí trakt. Jen počet fatálních vědových komplikací po podávání NSAID je v USA v řádech desetitisíců ročně a znamená tak vážné zdravotní riziko. Nejméně vedlejších účinků bylo prokázáno u ibuprofenu, následuje jej diclofenac.

Nepominutelná je též ekonomická zátěž, a to jak masivní preskripce, tak i v důsledku léčby druhotných komplikací léčby. Proto je třeba k léčbě NSAID přistupovat vždy s rozvahou a zvážit všechna anamnestická data pacienta i zajistit jeho dostatečné sledování.

► Myorelaxancia působí relaxaci kosterního svalstva. V léčbě LBP jsou používána myorelaxancia centrální, která působí inhibici polysynaptických míšních reflexů. Názory na jejich užití u LBP se různí, některými autory je jejich užívání zpochybňováno. Nicméně srovnávacími studiemi byla jejich účinnost na bolest a zmírnění či odstranění svalových spasmů prokázána a byla doporučena v léčebných standardech k užití.

Existuje řada rigorózních studií, kde je prokázán statisticky i klinicky významný efekt centrálních myorelaxancií, a to i ve srovnání s placebem. Rovněž byl prokázán významně vyšší klinický efekt centrálních myorelaxancií při kombinaci s analgetiky nebo nesteroidními antirevmatiky. Na našem trhu je nabídka vcelku bohatá, z nejužívanějších u nás jsou mefenoxalon (Dimecol, Dorsiflex) a tolperison (Mydocalm) – klasické myorelaxans s minimem vedlejších účinků, nepůsobící nežádoucí ospa-

lost. Nesedativní efekt myorelaxancia je zdán z důvodu nejmodernějších trendů v léčbě akutní bolesti zad.

► Opiáty se neukázaly při tlumení bolesti v zádech efektivnější než analgetika jako paracetamol, kyselina asetysalicylová či NSAID. Mají navíc množství nežádoucích účinků – snížení reakčního času, slabost a riziko fyzické závislosti.

► Antidepresiva jsou široce užívána v léčbě chronické bolesti. Nejsou žádné důkazy, že by byla účinná u akutní bolesti páteře.

### Režimová opatření

Rozsáhlé práce ukazují, že delší klid na lůžku není efektivní. U akutní LBP má klid na lůžku horší účinek než běžná aktivita (Waddell, Feder a Lewis 1996). Není též žádných důkazů, že klid na lůžku v nemocnici by byl efektivnější než domácí prostředí. Na rozdíl od poznatků běžné praxe byla ve studiích prokázána malá účinnost klidu na lůžku i u výřezu disku s radikulární bolestí. Delší klid signifikantně vede ke vzniku chronických potíží a zhoršuje výsledky rehabilitace. Většinou je doporučován u běžné LBP dvoudenní klid, u silných bolestí až čtyřdenní, pak je třeba zahájit pohybovou aktivitu. Tato zjištění jsou pro nás do jisté míry překvapivá, neboť v našich podmínkách je většině pacientů dávana pracovní neschopnost i na několik týdnů. Nemůžeme se pak tedy divit tomu, že nás se svými chronickými a obtížně léčitelnými stesky velká část z nich později dále navštěvuje a stává se tak někdy noční můrou praktických i odborných lékařů.

### Rehabilitace

**Lehké aerobní cvičební programy**, které minimálně zatěžují zádové svalstvo (plavání, chůze, jízda na kole) by měly být zavedeny u nemocných v průběhu prvních dvou týdnů (Lewis 1995, Faas et al. 1996). Kondiční cvičení zádových svalů, především extensorů, by mělo být zahájeno s časovou latencí, jeho užití v prvních dvou týdnech může svaly mechanicky přetěžovat a vést ke zhoršení symptomů bolestí v kříži. Jeho intenzitu je třeba pozvolna zvyšovat.

**Manipulace**, v našich podmínkách spíše mobilizace s postizometrickou relaxací v prvních šesti týdnech zlepšuje hybnost páteře a odstraňuje bolest (Koes et al. 1996). Při trvání potíží 6 týdnů a více jsou efekty nepřesvědčivé. Riziko těchto metod je minimální, jsou-li prováděny školným odborníkem. Nelze než varovat před laickými metodami a prováděním manipulací neškolenými lékaři, riziko poškození je vel-

ké! Ačkoli metody jako masáž, ultrazvuk, elektrické proudy, zahřívání a ledování jsou často používány, nebyl na základě srovnávací studie Gama a Johanssona z r.1995 podán přesvědčivý důkaz o jejich účinnosti u akutních potíží. Též použití trakcí u akutních potíží se ukázalo jako neefektivní (van der Heijden 1995). Nebyl sledován důkaz účinnosti bederní fixace korzetem (Koes a van der Hoogen 1994). Stejně tak dopadla analýza účinnosti akupunktury a injekcí do trigger points. S těmito fakty bude jistě velké procento našich lékařů zabývajících se danou problematikou polemizovat.

### Informovanost pacienta

Správné a včas podané informace o nemoci zmenšují pacientovu úzkost a zlepšují odpověď na léčbu (Roland a Dixon 1989, Jones et al. 1988). Je třeba vysvětlit, že jde o onemocnění s dobrou prognózou, jehož trvání je od několika dnů do několika týdnů, některé potíže však mohou přetrvávat i déle, až několik měsíců. Opakování potíží je časté, neznamená to však celkové zhoršení zdravotního stavu. Asi 10 procent nemocných má potíže trvající i roky, většina z nich se však vrací ke svým původním činnostem. Pacienti, kteří se vrátili ke své původní fyzické aktivitě se cítí lépe a užívají méně analgetik než ti, kteří své aktivity omezili. (Von Korff a Saunders 1995, Coste et al. 1994, Chavennes 1986). **Čím déle trvá pracovní neschopnost, tím těžší je návrat k původním aktivitám** (Abenhaim 1985, Waddell 1987). Primární bolesti v kříži se většinou věkem nehorší, jsou po 50.–60. roce věku poněkud méně časté, ti však, u kterých jsou potíže kontinuálně až do vyššího věku, mají více omezenou fyzickou aktivitu.

### Závěr

Uvedená fakta, která jsou výsledkem práce mnoha výzkumných týmů, jistě poslouží jako informace pro ty, kteří se zabývají léčbou pacientů s bolestmi zad. Zřejmě vyvolají i řadu diskuzí, neboť jsou často v rozporu se zkušenostmi odborných i praktických lékařů, zabývajících se léčbou nemocných s bolestmi v zádech, v mnohém se však s nimi jistě shodují. Mohou nám být užitečným podnětem, který může přispět ke zlepšení diagnostiky i léčby pacientů s jednou z nejčastějších chorob vyskytující se v dospělé populaci.

# Současná léčba gramnegativních respiračních infekcí: implementace medicíny založené na důkazech

**Doc. MUDr. Tomáš Sechser, CSc.**

Pracoviště klinické farmakologie Centra diabetologie Institutu klinické a experimentální medicíny, Praha

## Souhrn:

**Léčba respiračních infekcí vyvolaných gramnegativními mikroby je příkladem racionálního použití dlouho známých antibiotik. Jak hemofily, tak i moraxely produkují v určitém procentu kmenů betalaktamázy, proto je léčba amoxicilinem, případně potencovanými aminopeniciliny léčbou 1. volby. Potencované aminopeniciliny jsou indikovány jen při větším výskytu kmenů produkujících betalaktamázy.**

## Klíčová slova:

**komunitní respirační infekce, gramnegativní mikroby, doporučené postupy**

10%, ovšem v jednotlivých oblastech může být toto číslo menší, ale ojediněle i větší. Proto je volba konkrétního antibiotika založena na znalosti regionálního výskytu kmenů produkujících betalaktamázy. Při nízké frekvenci rezistentních kmenů je možno úspěšně použít amoxicilin nebo ampilicilin samotný. Při vyšším riziku výskytu rezistentních kmenů, což celostátně sleduje Národní referenční laboratoř pro antibiotika ve Státním zdravotním ústavu, je vhodnější podat amoxicilin potencovaný inhibitorem betalaktamázy klavulanátem draselným nebo ampilicilin potencovaný sulbaktamem.

## Gramnegativní etiologie respiračních infekcí

Respirační komunitní infekce jsou stále nejčastějším diagnostickým i léčebným problémem v ordinaci praktického lékaře. Význam správné diagnostiky a terapie těchto infekcí v klinické praxi dokládá i velmi časté zpracování této tematiky v tomto časopise. Nedávno zde byly publikovány velmi cenné přehledy věnované aktuálním možnostem léčby těchto infekcí (Prof.Havlík), ojediněle přehled hemofilových infekcí (Prim.Jindrák) a atypických plicních záležitostí (Doc.Marešová). U respiračních infekcí se v terénní praxi uplatňují především hemofily (*Haemophilus influenzae*) a moraxely (*Moraxella catarrhalis*) nahlédne na grampozitivní streptokoky.

## Postavení aminopenicilinů potencovaných inhibitory betalaktamázy (chráněných aminopenicilinů)

U gramnegativních mikrobu, tedy i u hemofilů a moraxel, je nejdůležitějším mechanismem vzniku rezistence produkce betalaktamázy. Procento kmenů produkujících betalaktamázy se pohybuje kolem

tabulka č. 1

### Dávkování perorálních aminopenicilinů u respiračních infekcí

Síla tablety	Amoxicilin v 1 tableti	Klavulanát draselný v 1 tableti	Jednotlivá dávka	Dávkovací interval
<b>Dospělí a děti starší 12 let (nad 40 kg) Lehčí a středně těžké infekce</b>				
250 mg	250 mg	-	0,75-1,5 g	8 hodin
500 mg	500 mg	-	0,75-1,5 g	8 hodin
1000 mg	1000 mg	-	1-1,5 g	8 hodin
<b>Dospělí a děti starší 12 let (nad 40 kg) Středně těžké a těžké infekce</b>				
500 mg	500 mg	-	0,75-1,5 g	8 hodin
1000 mg	1000 mg	-	1-1,5 g	12 hodin
<b>Dospělí a děti starší 12 let (nad 40 kg) Lehčí a středně těžké infekce</b>				
375 mg	250 mg	125 mg	1 tableta	8 hodin
625 mg	500 mg	125 mg	1 tableta	8 hodin
<b>Dospělí a děti starší 12 let (nad 40 kg) Středně těžké a těžké infekce</b>				
625 mg	500 mg	125 mg	1 tableta	8 hodin
1 G	1000 mg	125 mg	1 tableta	12 hodin

Perorální amoxicilin se kombinuje s klavulanátem draselným: v jedné tabletě je vždy 125 mg klavulanátu draselného, množství amoxicilinu, na který se vypočítává dávkování kombinovaného přípravku, se u silnějších tablet zvyšuje (Tab 1). Vzhledem k obsahu klavulanátu draselného nejsou tablety zaměnitelné, není proto vhodné zvyšovat dávku dvojnásobným množstvím tablet.

### Implementace principů medicíny založené na důkazech

Léčba gramnegativních respiračních infekcí je velmi dobrým příkladem naléhavé potřeby doporučených postupů jako pravidel „hry“, které je třeba při léčbě antibiotiky, ale i jiných farmakoterapeutických intervencí respektovat. V této souvislosti musí klinický farmakolog upozornit na terminologické problémy, které vedly Mezinárodní diabetologickou federaci k vydání průvodce po doporučených postupech. Zdůrazňuje význam doporučených postupů založených na implementaci principů medicíny

založené na důkazech, spíše než konsensuálních stanoviscích byt autoritativních skupin odborníků. Navíc je třeba terminologicky odlišit v literatuře se vyskytující pojmy: doporučené postupy (anglicky guidelines) a jejich vztah ke standardům a tzv. praktické klinické postupy (anglicky practical clinical guidelines).

### Doporučené postupy a standardy

**Doporučený postup** (diagnostický i léčebný) se obvykle definuje jako popis doporučených procesů, jak postupovat při diagnostice, léčbě a ošetřování nemocného s konkrétní chorobou. Standard neboli norma je dopředu stanovený a dohodnutý stupeň dosažení cíle; cílem může být způsob provedení, kvalita, výkonnost či efektivita procesu. Standard vzniká exaktní definicí podmínek.

Z hlediska vztahu doporučeného postupu a standardu představuje doporučený postup součást nebo vývojový stupeň standardu. Standardy kvality eliminují postupy nezaručující dostatečnou kvalitu

nebo ty postupy, které sice zaručují vynikající kvalitu, ale nejsou dostupné z hlediska nároku na zdroje (nejsou „ufinancovatelné“).

**Klinické praktické doporučené postupy** používané

v zahraničí (např. National Institute of Clinical Excellence = NICE) jsou systematicky vyvíjená stanoviska, která mají pomáhat praktickému lékaři a pacientovi se rozhodovat o příslušné péči (farmakologické i nefarmakologické) za specifických okolností. Medicína založená na dů-

kazech, o které se tyto postupy nutně opírají, požaduje písemné stanovisko, nejlépe vložené do chorobopisu či jiné odpovídající dokumentace tak, aby uvedený postup byl hodnotitelný v rámci lokálního či externího auditu. Bez ohledu na detaily definicí je však potěšující, že se u nás optimalizace farmakoterapie antibiotiky vycházející z výše uvedených principů, čile rozvíjí (Prim. Jindrák s kolektivem).

### Závěr

Proces zlepšování kvality antimikrobiální léčby je – v souladu s principy medicíny založené na důkazech – procesem kontinuálním a kriticky hodnotícím své postupy a výsledky tak, aby cykly auditů zlepšovaly celkovou kvalitu antimikrobiální léčby. To je zvláště důležité u významných ambulantních infekcí, kde jde o výzkum orientovaný na klinickou praxi a tím se významně odlišuje od „klasického“ výzkumu z velké většiny řízeného komerčními zájmy. Zaslouhuje si odbornou i politickou podporu, protože ukazuje cestu, jak je u nás možné optimalizovat terapeutické intervence i v ostatních oblastech zdravotní péče.

#### Literatura:

1. Býma S.: Editorial: Doporučené léčebné postupy v praktickém lékařství. *Practicus* 2003;2 (7):3 2. De Maeseneer J.M., van Driel L., Green L.A., van Weel C.: The need for research to primary care. *Lancet* 2003; 362:1314–1349
3. Guide for Guidelines. A guide for clinical guideline development. International Diabetes Federation, 2003, 36 s.
4. Havlík J.: Respirační infekce: aktuální pohled na možnosti léčby v ordinacích praktických lékařů. *Practicus* 2003;2 (7) 33–38.
5. Hoza J., Jindrák V., Marešová V. et al. Konsenzus používání antibiotik I. Penicilinová antibiotika. *Praktický lékař (Praha)*, 2002; 82 ( 5): 247–306
6. Jindrák V.: Mikrobiologické podklady pro cílenou antimikrobiální léčbu komunitních respiračních infekcí. *Doporučené postupy pro praktické lékaře*. (<http://www.cls.cz/dp>). ČLS JEP 2002.
7. Jindrák V.: Hemofilové infekce. *Practicus* 2003;2 (8) 24–28.
8. Lochmann, O.: Zásady léčby antibiotiky I. Doporučené postupy pro praktické lékaře. (<http://www.cls.cz/dp>). ČLS JEP 2002.
9. Marešová V.: Atypické plicní záněty. *Practicus* 2003;2 (8):9–12.
10. Marešová V., Urbášková P., Jindrák V.: Aktuální pohled na léčbu respiračních infekcí. *Practicus* 2002;1 (1):5–10.
11. Urbášková P.: Surveillance rezistence k antibiotikům u nejčastějších bakteriálních původců respiračních infekcí v České republice. *Remedia* 2000; 10 (3): 195–203.
12. Wilton P, Smith R, Coast J, Millar M.: Strategies to contain the emergence of antimicrobial resistance: a systematic review of effectiveness and cost-effectiveness. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2002;7(2):111–117.

# Piracetam

# Influenza

## (Klinické důkazy o účincích antivirové léčby u dospělých)

Toto jsou vybrané informace z jedné z kapitol klinických důkazů, které 2x ročně publikuje BMJ (British Medical Journal) Publishing group. Každé téma je on-line aktualizováno jednou měsíčně (<http://www.clinicalevidence.com/>) a revidováno každých 8 měsíců.

► **PERORÁLNÍ AMANTADIN:** (V ČR registrován pod firemním názvem Viregyt K) *In vitro* byla prokázána specifická antivirová aktivita amantadinu pouze proti chřipce A (tedy ne proti chřipce B). Studie zahrnovaly pouze pacienty s laboratorně prokázanou chřipkou A.

**Léčebné účinky:** Byla nalezena jedna systémová studie z r. 1997 a tři doplňkové RCT (randomizované kontrolované studie), které zkoumaly vliv orálního amantadinu na trvání horečky. Podle těchto studií orální amantadin podaný během 48 hodin po začátku symptomů zkrátil trvání horečky (teplota > 37,0°C) o jeden den ve srovnání s placebem (95% CI od 0,7 do 1,3 dne). Nebyly nalezeny žádné další randomizované studie, které by zkoumaly efekt amantadinu na prevenci vážných komplikací chřipky, jako je pneumonie nebo exacerbace chronických onemocnění. Také nebyly nalezeny žádné studie zaměřené na léčbu influenzy A u těhotných žen, u chronicky nemocných nebo u očkovaných osob.

**Nežádoucí účinky:** Nalezené studie obsahovaly jen málo informací o nežádoucích účincích amantadinu při léčbě Influenzy A. Při použití amantadinu v prevenci Influenzy A byla zvýšená incidence gastrointestinálních a neurogenických nežádoucích symptomů.

**Souhrn:** Byla nalezena 1 systematická studie a doplňkové randomizované studie, které všechny dokazují, že amantadin zkrátil trvání horečky u chřipky A o zhruba jeden den ve srovnání s placebem. Nebyly nalezeny dostatečné důkazy s ohledem na nežádoucí účinky.

► **PERORÁLNÍ RIMANTADIN:**

*In vitro* byla prokázána specifická antivirová aktivita rimantadinu pouze proti chřipce A. **Kladné účinky:** Byla nalezena jedna systematická studie z roku 1997 a jedna malá doplňková RCT, které zkoumaly účinky rimantadinu podaného do 48 hodin od začátku symptomů v porovnání s placebem. Rimantadin zkrátil trvání horečky (teplota > 37,0°C) průměrně o 1,3 dne, 95% CI by-

lo od 0,8 do 1,8 dne. Nebyly nalezeny žádné studie, které by zkoumaly efekt rimantadinu při léčbě chřipky A u osob starších 65 let, u těhotných žen, u chronicky nemocných nebo u očkovaných osob, nebyl zkoumán ani jeho preventivní účinek na rozvoj vážných komplikací, jako je pneumonie nebo exacerbace chronických onemocnění. **Nežádoucí účinky:** Jedna nesystematická studie (340 léčených osob) uvedla, že osoby užívající rimantadin měly ve srovnání s placebem více nežádoucích CNS symptomů, nejčastěji insomnii (10,8% versus 8,6%, p – hodnota nestanovena), GIT symptomů, nejčastěji bolest břicha a nauzeu (6,0% versus 2,3%, p – hodnota nestanovena)

**Souhrn:** Existuje jedna systematická studie, která dokazuje, že orální rimantadin zkracuje trvání symptomů chřipky A přibližně o jeden den ve srovnání s placebem. Není dostatečná evidence o nežádoucích účincích tohoto léku.

► **ZANAMIVIR:** (V ČR registrován firemním názvem Relenza inhal. plv.) *Zanamivir existuje ve formě inhalačního prášku. In vitro* byla prokázána specifická antivirová aktivita zanamiviru, jak proti chřipce A, tak proti chřipce B. *Ve studiích převažovaly osoby se chřipkou A (> 85%).* **Léčebné účinky:** Byla nalezena jedna systémová studie z roku 2000 a dvě doplňkové RCT (randomised control trial) které porovnávaly účinky zanamiviru aplikovaného do 48 hodin od začátku symptomů v porovnání s placebem. U všech pacientů tato studie prokazuje signifikantní zkrácení doby do symptomatické úlevy v porovnání s placebem (zkrácena o 1,4 dne, 95% CI 0,8 – 1,9 dne). Jedna z doplňkových RCT (27 nemocných) neprokázala významný rozdíl mezi léčbou zanamivirem a placebem (doba zkrácena o 4,5 dne, p-hodnota 0,3). Druhá RCT (51 nemocných) shledala u léčby zkrácení doby do symptomatické úlevy o 0,5 dne (p – hodnota nestanovena). U vysoce rizikových pacientů nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi léčbou a placebem (83 nemocných, průměrná doba trvání symptomů zkrácena o 1,67 dne, 95% CI od -0,02 do + 3,37 dne). Žádná RCT zkoumající preventivní účinek zanamiviru na rozvoj komplikací chřipky nebyla publikována.

**Nežádoucí účinky:** Nežádoucí účinky (bronchospasmus, zhoršení stávajícího

respiračního onemocnění) byly srovnatelné u osob užívajících jak Zanamivir tak placebo (inhalace laktózového vehikula).

**Souhrn:** Existuje jedna systematická studie, která dokazuje, že inhalační Zanamivir zkracuje trvání symptomů chřipky A přibližně o jeden den ve srovnání s placebem. Není dostatečná evidence o nežádoucích účincích tohoto léku.

► **PERORÁLNÍ OLSETAMIVIR:** (V ČR registrován pod firemním názvem Tamiflu) *Studie in vitro* prokázaly účinek olsetamiviru na chřipku A i B. Studie zahrnovaly převážně pacienty s chřipkou A (97%).

**Léčebné účinky:** Nebyly nalezena žádná systematická studie, která by zkoumala účinky olsetamiviru na léčbu chřipky, pouze dvě RCT studie srovnávající olsetamivir s placebem došly závěru, že olsetamivir zkrátí symptomatickou dobu onemocnění o zhruba 1 den. Žádná studie zkoumající účinky olsetamiviru u osob starších 65 let, u těhotných žen, osob s chronickým onemocněním a u očkovaných osob nebyla nalezena. Taktéž nebyla nalezena žádná studie zkoumající efekt olsetamiviru na prevenci komplikací chřipky.

**Nežádoucí účinky:** Nausea a zvracení byly signifikantně častější u osob užívajících olsetamivir v porovnání s placebem.

**Souhrn:** Dvě RCT prokázaly, že orální olsetamivir zkracuje trvání symptomů chřipky o přibližně jeden den ve srovnání s placebem, ale zvyšuje incidenci nežádoucích účinků – nausea a zvracení.

► **Závěr:** U všech antivirových přípravků bylo prokázáno zkrácení symptomatického průběhu chřipky o 1 – 2 dny. Ani u jednoho z nich nebyl prokázán signifikantní účinek na snížení výskytu závažných komplikací chřipky, jako je pneumonie a exacerbace chronických onemocnění.

Výklady zkratk (pozn. překladatele):

**RCT** (Randomised Control Trial) – randomizovaná kontrolovaná studie

**95% CI** (interval spolehlivosti) je rozmezí, ve kterém s 95% pravděpodobností leží skutečný rozdíl mezi zkoumanými skupinami.

**p-hodnota** vyjadřuje pravděpodobnost, že výsledek vznikl náhodně (p<0,05 znamená statisticky významný výsledek (1:20), p<0,01 znamená výsledek statisticky významný výsledek (1:100))

J.L.

Vybráno z Hansen L., Influenza, Clin Evid Concise 2003;10:170–1, Clinical Evidence A Publication of BMJ Publishing Group.

# Syndrom profesionálního vyhoření

**MUDr. Jiří Masopust**

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

## Souhrn:

**Autor podává přehled o syndromu profesionálního vyhoření. K jeho vzniku dochází za určitých podmínek a projevuje se ztrátou pozitivního vztahu k sobě i okolí a zhoršením výkonu v zaměstnání. O možnosti výskytu syndromu vyhoření by měli být informováni pracovníci i jejich nadřízení. Vyhořením jsou často pojmenovávány zcela jiné problémy.**

**Klíčová slova:**  
syndrom vyhoření, stres

## Úvod

S pojmem syndrom profesionálního vyhoření (nebo burnout, dále pouze SV) se setkáváme od sedmdesátých let minulého století. O definci se pokoušelo mnoho autorů, zde jsou uvedeny některé z nich.

Vyhoření je postupná ztráta ideálů, energie, smysluplnosti. Postihuje lidi v profesích orientovaných na pomoc druhým. Jedná se zejména o zdravotníky, soudce a učitele (Edelwich, Brodsky 1980). Brill (1984) charakterizuje vyhoření jako postupně se prohlubující, pracovně podmíněný dysforický a dysfunkční stav (stav špatné, snížené nálady a pocit nedostatečného výkonu) u osoby bez výrazné psychopatologie. Předpokladem je, že tato osoba byla dříve schopna normálního, přiměřeného výkonu v běžném duševním rozpoložení v těžké pracovní situaci a nyní není schopna se dostat zpět na původní úroveň bez pomoci z vnějšku nebo změny prostředí. Chernis (1980) vysvětluje vyhoření jako proces překonání pracovního zatížení vedoucího k napětí a vyčerpání pomocí pasivity, emoční nezainteresovanosti a netečnosti. Výstižná a často používaná je definice Maslachové a Jacksonové (1981). Autorky považují burnout za psychologický syndrom emočního vyčerpání, odosobnění a snížení osobního výkonu projevující se u osob pracujících s lidmi. Oken popsal vyhoření jednoduše jako stav člověka, který se opakovaně setkává s neřešitelnými problémy.

Různé definice mají některé společné rysy. Patří mezi ně přítomnost emočního vyčerpání, únavy a pokleslé nálady. Duševní a behaviorální symptomy převažují nad tělesnými

příznaky. Obtíže souvisejí s výkonem určitého povolání a objevují se u lidí bez předchozí psychopatologie. Příčinou snížené výkonnosti jsou negativní postoje a chování.

## Vznik vyhoření a jeho fáze

Vyhořet může pouze ten, kdo „hořel“. To znamená, že SV postihuje motivované lidi, kteří do zaměstnání nastupují s vysokými cíli a velkými očekáváními. Jsou ochotni se práci plně věnovat, pomáhat druhým, pracují s nasazením a často se v problémech sami emočně angažují. Tento stav může vydržet dlouhodobě pouze pokud je naplněno očekávání. Naopak pokud jsou úspěchy malé, pracovník pocítuje nedostatek ocenění a tato situace trvá příliš dlouho, může postupně docházet k frustraci a pocitu bezmoci. Ke vzniku SV často přispívají nejasné kompetence, špatné vztahy na pracovišti, stres, opakované setkávání s nevyléčitelně nemocnými, nedostatek odpočinku nebo možnost vzdělávání a tlak ze strany rodiny při velkém pracovním vytížení na úkor volného času. Při dlouhodobé konfrontaci s takovým prostředím dochází k subjektivnímu pocitu selhání, neschopnosti a nedostatku energie. Zhoršuje se kvalita odvedené práce, přibývá dnů pracovní neschopnosti nebo jiných důvodů absence a dochází k fluktuaci pracovníků. Klesá aktivita a kreativita jedince, činnost se omezuje na rutinu s minimem osobní spoluúčasti. Omezuje se neverbální komunikace i mluvený projev. Množí se používání fráží a obecných vyjádření.

Někteří autoři se pokusili o členění fází vzniku

SV. Podle Leitera a Maslachové se nejprve v důsledku zátěže a vlivu okolí objevuje emoční vyčerpání, které vede k menší osobní angažovanosti a sociálnímu stažení. Tyto faktory mají vliv na snížení celkového výkonu v práci. Tři fáze průběhu SV podrobně popsal rakouský logoterapeut Laengle. V první fázi člověk „hoří“, jinými slovy s nadšením vykonává pro něj smysluplnou činnost a sleduje nějaký cíl. Ve druhé fázi se dostávají do popředí věci, které práce za určitým cílem přinášejí – nejčastěji peníze. Původní cíl se dostává do pozadí, dochází k odcizení a člověk už pouze „doutná“. Ve třetí fázi je proces vyhoření završen. Jedinec se na problémy druhých lidí dívá odtažitě a ztrácí i úctu k sobě (viz tabulka č.1).

## Příznaky

Někdy jsou příznaky zbytečně uměle řazeny do různých podskupin. Zde je uveden jejich souhrn bez dalšího členění. Mezi symptomy SV patří ztráta schopnosti se pro něco nadchnout a pokles pracovního nasazení, lhostejnost ve vztahu k práci. Snižuje se schopnost empatie a pocitu zodpovědnosti. Dalšími projevy jsou pochybnosti o sobě, které vycházejí z nízkého sebehodnocení při neschopnosti dlouhodobě kvalitně vykonávat svou práci. Řadíme sem také podrážděnost, nervozitu, netrpělivost, zhoršenou koncentraci

tabulka č. 1

## Fáze průběhu burnout (Laengle)

Fáze burnout	Charakteristika fáze
I.	nadšení = „hoření“
II.	utilitární zájem = „doutnání“
III.	syndrom vyhoření = „popel“

ci pozornosti, únavu, pocit snížené energie a vyčerpání. K syndromu vyhoření někdy patří i poruchy spánku, psychosomatické obtíže a zvýšená nemocnost.

Mezi projevy vyhoření u lékařů počítáme nechuť setkávat se s pacienty, chronické stížnosti na pracovní zátěž a organizaci práce, nedostatek trpělivosti ve vztahu ke kolegům a ostatnímu personálu. V takovém stavu se často objevují fantazie o opuštění místa s na-



## tabulka č. 2

**Dotazník syndromu vyhoření**

1. Když si v neděli odpoledne vzpomenu na to, že zítra zase musím do práce, nestojím už za nic.
2. Kdybych měl/a možnost odejít do důchodu (předčasně, invalidního), udělám to hned zítra.
3. Nesnáším už ani spolupracovníky, ty jejich stále stejně řeči jsou k nevydržení.
4. Ještě více mě dokážou vyvést z míry pacienti a jejich příbuzní.
5. Práce s lidmi mě už ubíjí, vysává mé síly.
6. V posledních 3 měsících jsem odmítl/a účast na vzdělávacích kurzech (seminářích).
7. Svou práci zvládám „levou rukou“, už mě snad nic nemůže překvapit.
8. O své práci se těžko dozvím ještě něco nového.
9. Na konci pracovního dne bývám unaven/a tak, jako bych těžce fyzicky pracoval/a.
10. Mám pocit, že už je jen málo věcí, ze kterých se dokážu opravdu radovat.

*Možné jsou pouze odpovědi ANO-NE, za každou kladnou odpověď je přidělen jeden bod. Vyhodnocení dotazníku je uvedeno v tabulce č. 3.*

## tabulka č. 3

**Vyhodnocení dotazníku syndromu vyhoření**

0-2 body	Syndrom vyhoření Vám nehrozí.
3-5 bodů	Potřebujete více pozitivní podpory okolí, ale i více osobních zájmů a činností mimo práci vedoucích k uvolnění a snížení stresu.
6-8 bodů	Pokud změna životního stylu nepomůže, uvažujte o změně v zaměstnání (přeřazení na jiný typ práce, jiné oddělení, jiný časový rytmus apod).
9-10 bodů	Vyhoření – potřeba odborné pomoci.

lezením lepšího nebo o změně profese. Popisován je i hněv vůči členům rodiny a přátelům a ovládvý zájem o náročné koníčky.

**Rozpoznání syndromu vyhoření**

O syndrom vyhoření se nejedná, je-li stav způsoben duševní poruchou. Zejména je potřeba odlišit depresi. K jejím projevům patří ztráta zájmu a radosti, nízké sebehodnocení, smutná nálada, poruchy spánku, pocit snížené energie a únavnost, zhoršená výkonnost, poruchy pozornosti a další příznaky. Vyhoření je vázáno zejména na práci, naopak deprese je přítomna ve všech situacích. Označit depresivního nemocného za „vyhořelého“ by bylo velkou chybou s možnými závažnými následky. Prostá únava většinou odezní po odpočinku, někdy pozitivně působí fyzická aktivita (sport). Při SV je únava popisována jako těživě prožívaná s pocity selhání. Pocity odcižení se mohou objevovat i u lidí, kteří od své práce moc neočekávají. Potom se nejedná o projev vyhoření. Dlouhodobý pracovní stres vede k aktivaci adaptačních mechanismů, které pomáhají situaci překonat. SV se liší od stresu zhroucením těchto kontrolovaných pochodů a přechodem do pasivity. Při stanovení přítomnosti syndromu vyhoření se vychází z pozorování příznaků a hlavně vy-

užití posuzovacích škál. Dotazníků vytvořených za tímto účelem existuje celá řada. Mezi nepoužívanější patří dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory) autorů Malachové a Jacksonové nebo BM (Burnout Measure) Pinesové, Aronsona a Kafryho. Autor má osobní zkušenost s jednoduchým sebesposuzovacím dotazníkem, který ještě jako student společně s kolegy používal pro zhodnocení výskytu syndromu vyhoření u zdravotních sester v několika nemocničních zařízeních (podrobně tabulka č. 2).

**Které profese jsou nejvíce ohroženy?**

K vyhoření dochází u lidí, kteří vykonávají profesi orientovanou na pomoc druhým lidem. Proto je častý výskyt u lékařů a zdravotních sester, také u psychologů a sociálních pracovníků. Nejvíce je SV popisován u lékařů a sester na odděleních s častou paliativní léčbou. Jedná se o pracovníky hospiců, onkologických a geriatrických oddělení. Na jednotkách intenzivní péče je práce sice náročná, ale různorodá a často přináší uspokojení a evidentní výsledky. Nejen lidé pracující ve zdravotnictví mohou vyhořet. Podobně jsou na tom učitelé, úředníci, soudci, pracovníci nápravných zařízení nebo obchodníci.

**Prevence a možná opatření**

Důležitá je informovanost pracovníků a jejich nadřízených o existenci SV a způsobech jak mu předcházet. Mezi tyto možnosti patří dobrá organizace práce, ocenění a odpovídající ohodnocení ze strany vedení, osvojení metod zvládání stresu a dostatek možností dalšího vzdělávání. Při obtížích někdy pomůže změna pracovního prostředí nebo úkolů, vyjasnění kompetencí a úprava organizace práce. Z psychologických postupů se používá logoterapie. Při skupinové terapii dochází k emoční úlevě a zmírnění pocitů viny účastníků. Tito si postupně uvědomují, že se nejedná o charakterovou vadu, ale poměrně častý problém pracovních motivovaných lidí. Dochází k pochopení modelu: nemožnost uskutečnit své cíle a z toho pramenící pocity selhání a vznik symptomů vyhoření.

**Diskuze a závěr**

V dnešní době je práce ve zdravotnictví velmi stresující. Roste náročnost používaných léčebných postupů, objevují se finanční rizika, bobtná administrativa spojená s péčí o nemocné a nezanedbatelné jsou právní a etické tlaky na pracovníky ve zdravotnictví. Tyto okolnosti přispívají, společně s již popsanými faktory, ke vzniku SV. O možnosti jeho výskytu je třeba řadové pracovníky a jejich nadřízené informovat a měli bychom se snažit vyhoření předcházet. V případě vyhoření pak uskutečnit potřebná opatření. Nebylo by však prospěšné podlehnout trendu medicinizace a tyto pracovníky vnímat jako nemocné. Za „vyhořelé“ by také neměli být považováni lidé neschopní kvalitně vykonávat svou práci a nebo lidé nezodpovědní a neochotní. Také nesmíme opomenout, že ne každý je osobnostně disponován k výkonu náročného povolání s cílem pomáhat druhým.

**Literatura:**

1. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicans. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 329-334.
2. Křívohlavý J. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada 1998; 136.
3. Křívohlavý J. Vyhoření – „Burn-out-effect“. *Praktický lékař* 1995; 75: 7-8.
4. Libigerová E. Syndrom profesionálního vyhoření. *Causa subita* 1999; (2): 36-38.
5. Masopust J, Tvrďá V, Libigerová E. Syndrom profesionálního vyhoření. *Ošetřovatelství* 1999; 1: 15-19.
6. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum*. Praha: Psychiatrické centrum 1996; 179.
7. Pavlát J. Přetížený lékař I. *Čas. Lék. Čes.* 2002; 141: 343-345.
8. Von Oncul J. Stress at work. *Br Med J* 1996; 313: 745-748.
9. Wessely S, Hotopf M, Sharpe M. *Chronic fatigue an its syndromes*. New York: Oxford University Press Inc. 1998; 416.

Společnost  
všeobecného lékařství  
ČLS JEP



U Hranic 10, 110 00 Praha 10  
Tel. 267 184 042, 64  
Fax: 267 184 041  
e-mail: svl@cls.cz, www.svl.cz

## AKTUALIZOVANÝ PROGRAM KONTINUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ SVL ČLS JEP 2004

Změna programu vyhrazena.

**Pokud neobdržíte písemnou pozvánku na seminář s udáním adresy a programu semináře, můžete si konání akce ověřit na průběžně aktualizované internetové adrese [www.svl.cz](http://www.svl.cz), v rubrice „kontinuální vzdělávání“. Můžete také přímo kontaktovat příslušné regionální odborné garanty (kontakty viz dále).**

Registrační poplatek: pro členy SVL zdarma, pro nečleny SVL 100,- Kč

Brno		
17.1. Sobota	9 - 13.30	Gastroenterologie (Peptický vřed, infekce HP, funkční dyspepsie)
29.1. Čtvrtek	16.30-20	Enzymoterapie
21.2. Sobota	9 - 13.30	Diabetes mellitus (Novinky v léčbě, diabetická noha, diabet. nefropatie, hypertenze)
28.2. Sobota	9-17	Léčba chronické bolesti
11.3. Čtvrtek	16.30- 20	Erektivní dysfunkce
20.3. Sobota	9 - 13.30	Dermatovenerologie (sexuálně přenosné choroby I a II)
7.4. Středa	16.30-19	Glaukom
17.4. Sobota	16.30-20	Kardiologie (Akutní koronární sy, st.p. IM)
15.5. Sobota	9 - 13.30	Kardiologie (Chronické srdeční selhání dg. a léčba)
29.5. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
16.6. Středa	16.30-20	Kardiologie (Fibrilace síní, SV tachykardie, trvalá kardiostimulace)
18.9. Sobota	9 - 13.30	Psychiatrie (Předávkování a otrava drogami, akut. intoxikace po požití léků, závislost)
16.10. Sobota	9 - 13.30	Gastroenterologie (Cholelithiáza, ikterus, chron. pankreatitis)
20.11. Sobota	9 - 13.30	Gastroenterologie/Infekce (Virové hepatitidy, AI hepatitis, ikterus dif.dg.)
15.12. Středa	16.30-20	ORL (Bolest ucha, tinnitus, sinusitis)
České Budějovice		
28.1. Středa	16-19.30	Kardiologie (Fibrilace síní, SV tachykardie, trvalá kardiostimulace)
10.2. Středa	16-19.30	Erektivní dysfunkce
25.2. Středa	16-19.30	Dermatovenerologie (sexuálně přenosné choroby)
6.3. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
24.3. Středa	16-19.30	Oftalmologie (Oftalmologický pacient)
24.04. Sobota	9-17	Léčba chronické bolesti
28.4. Středa	16-19.30	Gastroenterologie (Peptický vřed, infekce HP, funkční dyspepsie)
26.5. Středa	16-19.30	Chirurgie (Kýly, infekční a neinfekční perianální afekce)
23.6. Středa	16-19.30	Infekce (Parazitární nemoci, cestovní medicína)
22.9. Středa	16-19.30	Dermatologie (Kožní prekancerózy, MM, névy, nádory kůže)
29.9. Středa	16-19.30	Enzymoterapie
27.10. Středa	16-19.30	Dermatologie (Kontaktní ekzém, dermatitidy, urtikária, mykózy)
24.11. Středa	16-19.30	ARO/Psychiatrie (Předávkování a otrava drogami, akut. intoxikace po požití léků, závislost)
8.12. Středa	16.30-19	Glaukom
Hradec Králové		
22.1. Čtvrtek	16-19.30	Gastroenterologie (Peptický vřed, infekce HP, funkční dyspepsie)
26.2. Čtvrtek	16-19.30	Infekce (Virové hepatitidy, Chlamydiové infekce)
28.2. Sobota	9-17	Léčba chronické bolesti
10.3. Středa	16 -19.30	Erektivní dysfunkce
25.3. Čtvrtek	16-19.30	Kardiologie (Hypertenze)
3.4. Sobota	9 - 13	Screening KR-CA
29.4. Čtvrtek	16-19.30	Dermatovenerologie (STD I a II)
13.5. Čtvrtek	16.30 -19	Glaukom
27.5. Čtvrtek	16-19.30	Neurologie/ Imunologie (Progresivní neurogenní a svalová onemocnění)
24.6. Čtvrtek	16-19.30	Akutní medicína (Ambulantní péče o nezávažné popáleniny, péče o jizevnaté plochy po popálení, přednemocniční péče o termický úraz)
30.9. Čtvrtek	16-19.30	Soudní lékařství (Prohlídka zemřelého, lékařské vyšetření pro policii)
21.10. Čtvrtek	16-19.30	Akutní medicína (Urgentní přednemocniční péče o pacienta s polytraumatem, Poranění končetin)
25.11. Čtvrtek	16-19.30	Epidemiologie (Dezinfekce a sterilizace)
9.12. Čtvrtek	16-19.30	Urologie

<b>Jihlava</b>		
14.1. Středa	17-20.30	Gastroenterologie (Cholelithiáza, ikterus, chron. pankreatitis)
18.2. Středa	17-20.30	Dermatologie (Kontaktní ekzém, dermatitidy, urtikária, mykózy)
3.3. Středa	16.30 -19	Glaukom
24.3. Středa	17-20.30	Kardiologie (Akutní koronární sy, st.p. IM)
7.4. Středa	17-20.30	Erektivní dysfunkce
21.4. Středa	17-20.30	Neurologie (Primární a sekundární bolesti hlavy)
24.04. Sobota	9-17	Léčba chronické bolesti
19.5. Středa	17-20.30	ORL (Bolest ucha, tinnitus, sinusitis)
26.5. Středa	17- 20.30	Enzymoterapie
22.9. Středa	17-20.30	Urologie (Hematurie, renální kolika, lithiáza)
15.10. Pátek	17-20.30	Ortopedie (plochá noha, pes equinovarus, statické deformity přednoží)
6.11. Sobota	9 - 13	Screening KR-CA
18.11. Čtvrtek	17-20.30	Pneumologie (Hemoptýza, pleurální sy, CHOPN)
15.12. Středa	17-20.30	Psychiatrie (Anorexia ,bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)
<b>Karlovy Vary</b>		
28.1. Středa	16.30- 20	Erektivní dysfunkce
14.2. Sobota	9-13	Urologie (Akut. skrotum, varikokéla, poruchy močení u mužů)
6.3. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
20.3. Sobota	9-17	Léčba chronické bolesti
27.3. Sobota	9-13	Dermatologie (Kožní prekancerózy, MM, névy, nádory kůže)
17.4. Sobota	9-13	Gastroenterologie (Peptický vřed, infekce HP, funkční dyspepsie)
1.5. Sobota	9-13	Hematologie (Anémie, trombofilie, antikoagulační léčba)
18.5. Úterý	16.30 -19	Glaukom
5.6. Sobota	9-13	Endokrinologie (Nemoci štítné žlázy)
18.9. Sobota	9-13	Neurologie/ Imunologie (Progresivní neurogení a svalová onemocnění)
16.10. Sobota	9-13	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)
<b>10.11.-13.11. Středa-Sobota</b>		<b>XXIII. KONFERENCE SVL ČLS JEP</b>
27.11. Sobota	9-13	Infekce (CMV, infekční mononukleóza, lymfická borelióza)
<b>Liberec</b>		
8.1. Čtvrtek	16-20	Kardiologie (Chronické srdeční selhání dg. a léčba)
5.2. Čtvrtek	16-20	Angiologie (Akut. žilní trombóza, tromboflebitida)
4.3. Čtvrtek	16-20	Pneumologie (Hemoptýza, pleurální sy, CHOPN)
18.3. Čtvrtek	16.30 -19	Glaukom
1.4. Čtvrtek	16-20	Kardiologie (Akutní koronární sy, st.p. IM)
17.4. Sobota	9-17	Léčba chronické bolesti
6.5. Čtvrtek	16-20	Infekce (CMV, infekční mononukleóza, lymfická borelióza)
3.6. Čtvrtek	16-20	Hematologie (Anémie, trombofilie, antikoagulační léčba)
2.9. Čtvrtek	16-20	Gastroenterologie (Peptický vřed, infekce HP, funkční dyspepsie)
18.9. Sobota	9 - 13	Screening KR-CA
7.10. Čtvrtek	16-20	Dermatologie (Kontaktní ekzém, dermatitidy, urtikária, mykózy)
4.11. Čtvrtek	16-20	ORL (Bolest ucha, tinnitus, sinusitis)
2.12. Čtvrtek	16-20	Ortopedie (Plochá noha, pes equinovarus, statické deformity přednoží)
<b>Olomouc</b>		
24.1. Sobota	9-13	ARO/Psychiatrie (Předávkování a otrava drogami, akut. intoxikace po požití léků, závislost)
28.2. Sobota	9-13	Dermatovenerologie (sexuálně přenosné choroby I a II)
20.3. Sobota	9-13	Neurologie/ Imunologie (Progresivní neurogení a svalová onemocnění)
10.4. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
17.04. Sobota	9-17	Léčba chronické bolesti
24.4. Sobota	9-13	Kardiologie (Fibrilace síní, SV tachykardie, trvalá kardiostimulace)
12.5. Středa	16.30 -19	Glaukom
22.5. Sobota	9-13	Urologie (Infekce močových cest, mikrobiologická diagnostika, léčba)
19.6. Sobota	9-13	Infekce (Parazitární nemoci, cestovní medicína)
25.9. Sobota	9-13	Chirurgie (Panaricia a flegmona, ošetření a převaz rány, termický úraz)
23.10. Sobota	9-13	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)
17.11. Středa	17-20.30	Enzymoterapie
27.11. Sobota	9-13	Diabetes mellitus (Dietní léčba, tělesná zátěž, diabetická noha, diab. nefropatie)
<b>Ostrava</b>		
29.1. Čtvrtek	16-19.30	Urologie (Akut. skrotum, varikokéla, poruchy močení u mužů)
19.2. Čtvrtek	16-19.30	Revmatologie (Revmatoidní artritida, zásady léčby kortikoidy)
4.3. Čtvrtek	16-19.30	Erektivní dysfunkce
18.3. Čtvrtek	16-19.30	Myoskeletální medicína (Bolesti v LS, deformity páteře, vertebroviscélní syndromy)
27.03. Sobota	9-17	Léčba chronické bolesti
8.4. Čtvrtek	16-19.30	Gastroenterologie (Krvácení do dolní části GIu. KRCA, výsledky po dalším roku sledování. Kdy dělat OK test a kdy ne - znalostní test)
29.4. Čtvrtek	16-19.30	Endokrinologie (Nemoci štítné žlázy, screening hypotyreóza, osteoporóza)
20.5. Čtvrtek	16.30 -19	Glaukom

3.6. Čtvrtek	16-19.30	Psychiatrie (Anorexia ,bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)
18.9. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
14.10. Čtvrtek	16-19.30	Chirurgie (Kýly, infekční a neinfekční perianální afekce)
6.11. Sobota	11-14.30	Diabetes mellitus (Metabolický sy X, dietní léčba, diabetická nefropatie, diabetická noha)
18.11. Čtvrtek	17-20.30	Enzymoterapie
<b>Pardubice</b>		
13.1. Úterý	16-19.30	Revmatologie (Revmatoidní artritida, zásady léčby kortikoidy)
17.2. Úterý	16-19.30	Pneumologie (Komunitní pneumonie a respirační infekce, mikrob. podklady pro ATB léčbu)
2.3. Úterý	16-19.30	Erektivní dysfunkce
20.3. Sobota	9-17	Léčba chronické bolesti
2. 4. Pátek	17- 20.30	Neurologie/ Imunologie (Progresivní neurogení a svalová onemocnění)
3.4. Sobota	10-13.30	Neurologie (Dif.dg. bolestí hlavy, závrať, tinitus)
11.5. Úterý	16-19.30	Dermatologie (Kožní prekancerózy, MM, névy, nádory kůže)
27.5. Čtvrtek	16-19.30	Enzymoterapie
7.9. Úterý	16-19.30	Ortopedie (Poranění měkkého kolene, TEP kolene, TEP kyčel. kloubu)
21.9. Úterý	16.30 -19	Glaukom
12.10. Úterý	16-19.30	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)
23.10. Sobota	9 - 13	Screening KR-CA
23.11. Úterý	16-19.30	Diabetes mellitus (Léčba, diabetická noha)
<b>Plzeň</b>		
31.1. Sobota	10-13.30	Neurologie/ Imunologie (Progresivní neurogení a svalová onemocnění)
5.2. Čtvrtek	16-19.30	Erektivní dysfunkce
21.02. Sobota	10-13.30	Angiologie (Akut. žilní trombóza, tromboflebitida)
28.2. Sobota	9-17	Léčba chronické bolesti
27.03. Sobota	10-13.30	Gastroenterologie (Peptický vřed, infekce HP, funkční dyspepsie)
15.4. Čtvrtek	16.30 -19	Glaukom
24.04. Sobota	10-13.30	Alergologie (Alergická rhinitis, anafylaktická reakce, alergie na bílkovinu kravského mléka)
15.05. Sobota	10-13.30	Psychiatrie (Úzkostné stavy, deprese, psychosomat. onemocnění)
30.9. Čtvrtek	16-19.30	Enzymoterapie
2.10. Sobota	10-13.30	Hematologie (Anémie, trombofilie, antikoagulační léčba, onkolog. onem.)
23.10. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
06.11. Sobota	10-13.30	Kardiologie (Fibrilace síní, SV tachykardie, trvalá kardiostimulace, chlopenní vady)
9.12. Čtvrtek	16-19.30	Urologie
<b>Praha</b>		
21.1. Středa	16-19.30	Gynekologie (HRT, akutní stavy, gynekologická endokrinologie), Homolka
29.1. Čtvrtek	16-19.30	Gynekologie (HRT, akutní stavy, gynekologická endokrinologie), Lékařský dům
7.2. Sobota	10-13.30	Urogynekologie (Moderní léčba ženské inkontinence, farmakoterapie u gravidních, hormonální antikoncepce), Homolka
18.2. Středa	16-19.30	Neodkladná péče (KPR, úrazová medicína, NPB), Homolka
26.2. Čtvrtek	16-19.30	Neodkladná péče (KPR, úrazová medicína, NPB), Lékařský dům
10.3. Středa	16-19.30	Enzymoterapie, Střední Čechy
11.3. Čtvrtek	16-19.30	Enzymoterapie
17.3. Středa	16-19.30	Gastroenterologie (Peptický vřed, infekce HP, funkční dyspepsie), Homolka
25.3. Čtvrtek	16-19.30	Gastroenterologie (Peptický vřed, infekce HP, funkční dyspepsie), Lékařský dům
27.03. Sobota	9-17	Léčba chronické bolesti
3.4. Sobota	10-13.30	Urologie (Hematurie, renální kolika, lithiáza, náhlé příhody břicha), Homolka
17.04. Sobota	9-17	Léčba chronické bolesti
21.4. Středa	16-19.30	Laboratorní vyšetřovací metody (Hodnocení biochemických, serologických a hematologických nálezů), Homolka
29.4. Čtvrtek	16-19.30	Laboratorní vyšetřovací metody (Hodnocení biochemických, serologických a hematologických nálezů), Lékařský dům
13.5. Čtvrtek	16-19.30	Erektivní dysfunkce
19.5. Středa	16-19.30	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese), Homolka
27.5. Čtvrtek	16-19.30	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese), Lékařský dům
4.6. Sobota	9 - 13	Screening KR-CA, Homolka
16.6. Středa	16-19.30	Endokrinologie (Nemoci štítné žlázy, screening hypothyreóza, osteoporóza), Homolka
24.6. Čtvrtek	16-19.30	Endokrinologie (Nemoci štítné žlázy, screening hypothyreóza, osteoporóza), Lékařský dům
11.9. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
22.9. Středa	16-19.30	Oftamologie (Oftalmologický pacient), Homolka
30.9. Čtvrtek	16-19.30	Oftamologie (Oftalmologický pacient), Lékařský dům
2.10. Sobota	10-13.30	Traumatologie (Úrazy hlavy, hrudníku, břicha a končetin), Homolka
13.10. Středa	16-19.30	Neurologie (Primární a sekundární bolesti hlavy), Homolka
21.10. Čtvrtek	16-19.30	Neurologie (Primární a sekundární bolesti hlavy), Lékařský dům
24.11. Středa	16-19.30	ORL (Bolest ucha, tinnitus, sinusitis), Homolka
25.11. Čtvrtek	16-19.30	ORL (Bolest ucha, tinnitus, sinusitis), Lékařský dům
4.12. Sobota	10-14	Epidemiologie (Očkování v praxi PL, povinná hlášení), Lékařský dům
9.12. Středa	16-19.30	Ortopedie (Plochá noha, pes equinovarus, statické deformity přednoží), Homolka
17.12. Čtvrtek	16-19.30	Ortopedie (Plochá noha, pes equinovarus, statické deformity přednoží), Lékařský dům
<b>Ústí nad Labem</b>		
8.1. Čtvrtek	16-20	Psychiatrie (Anorexia nervosa, bulimia nervosa. Deprese. Úzkostné poruchy.)
5.2. Čtvrtek	16-20	Soudní lékařství (Lék.vyš. pro polici ČR)

4.3. Čtvrtek	16-20	Chirurgie (Náhlé příhody bříšní, dif.dg.)
17.3. Středa	16.30 -19	Glaukom
27.3. Sobota	9-17	Léčba chronické bolesti
1.4. Čtvrtek	16-20	Dermatologie (Kožní prekancerózy, MM, névy, nádory kůže)
24.4. Sobota	9 - 13	Screening KR-CA
6.5. Čtvrtek	16-20	Gastroenterologie (Peptický vřed, infekce HP, funkční dyspepsie)
3.6. Čtvrtek	16-20	Urologie (Nádory ledvin, moč. měchýře, zevního genitálu, hematurie, hydronefróza)
9.9. Čtvrtek	17-21	Kardiologie (Hypertenze)
7.10. Čtvrtek	16-20	Neurologie (Primární a sekundární bolesti hlavy, Parkinsonova nemoc)
4.11. Čtvrtek	16-20	Akutní medicína (Tonutí, úraz el.energií, předávkování a otravy drogami, akut. léková intoxikace)
2.12. Čtvrtek	16-20	Nefrologie (IMC, intersticiální nefritidy, glomerulární proteinurie, hematurie, GN, nefrotický sy, ak.selhání ledvin)
<b>Zlín</b>		
12.1. Pondělí	17-20.30	Hematologie (Anémie, trombofilie, antikoagulační léčba)
28.1. Středa	17-20.30	Enzymoterapie
9.2. Pondělí	17-20.30	Angiologie (Akut. žilní trombóza, tromboflebitida)
8.3. Pondělí	17-20.30	Infekce (CMV, infekční mononukleóza, lymská borelióza)
22.3. Pondělí	16.30 -19	Glaukom
19.4. Pondělí	17-20.30	ORL (Bolest ucha, tinnitus, sinusitis)
24.4. Sobota	9-17	Léčba chronické bolesti
10.5. Pondělí	17-20.30	Gastroenterologie (Peptický vřed, infekce HP, funkční dyspepsie)
14.6. Pondělí	17-20.30	Kardiologie (Chronické srdeční selhání dg. a léčba)
13.9. Pondělí	17-20.30	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)
2.10. Sobota	9 - 13	Screening KR-CA
11.10. Pondělí	17-20.30	Neurologie/ Imunologie (Progresivní neurogenní a svalová onemocnění)
8.11. Pondělí	17-20.30	Pneumologie (Hemoptýza, pleurální sy, CHOPN)
13.12. Pondělí	17-20.30	Chirurgie (Kýly, infekční a neinfekční perianální afekce)
<b>Znojmo</b>		
7.2. Sobota	10 - 13.30	Angiologie (Akut. žilní trombóza, tromboflebitida)
20.3. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
1.5. Sobota	10 - 13.30	Endokrinologie (Nemoci štítné žlázy)
2.10. Sobota	10 -13.30	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)
4.12. Sobota	10 - 13.30	Oftalmologie (Oftalmologický pacient)

## INFORMACE, DOTAZY, PŘIPOMÍNKY

**Obracejte se prosím na příslušné regionální odborné garanty SVL ČLS JEP nebo přímo na sekretariát SVL ČLS JEP.**

- ▶ **Brno:** MUDr. Bradáčová Marcela, IDVPZ, Vinařská 6, 656 02 Brno, tel.: 777 303 709, e-mail: m.bradacovz@volny.cz, MUDr. Vinická Milada, oddělení rodinných a závodních lékařů, FN u Sv. Anny, Pekařská 53, 656 91 Brno, tel. 543 182 151, 603 155 576, e-mail: milada.vinicka@fnusa.cz
  - ▶ **České Budějovice:** MUDr. Burda Jiří, Lednická 99, 370 06 České Budějovice, tel.: 387 718 222, 602 480 625, e-mail: jburda@volny.cz
  - ▶ **Hradec Králové:** MUDr. Homola Ambrož, Třebešská 1575, 500 00 Hradec Králové, tel.: 737 336 784, e-mail: homola@pmfhk.cz
  - ▶ **Jihlava:** MUDr. Havránek Jiří, Masarykovo nám. 33 - 34, Jihlava, tel.: 603 499 406, e-mail: havranekj@email.cz
  - ▶ **Karlovy Vary:** MUDr. Šimurdová Alena, Vítězná 51, 360 09 Karlovy Vary, tel.: 353 234 580, 605 425 242, e-mail: simurdova@mybox.cz
  - ▶ **Liberec:** MUDr. Šindelář Jan, Tanvaldská 345, 463 11 Liberec, tel.: 485 240 419, 606 494 849, e-mail: ja.sin@volny.cz
  - ▶ **Olomouc:** MUDr. Štěpánková Helena, SPEA, nám. Hrdinů, 772 00 Olomouc, tel.: 685 505 133, e-mail: stepankova@quick.cz
  - ▶ **Ostrava:** MUDr. Havlová Alice, Radova 14, 717 00 Ostrava II, tel.: 596 232 079, 606 685 360, e-mail: alhavlova@volny.cz
  - ▶ **Pardubice:** MUDr. Sochorová Alexandra, U Pošty 14, 538 51 Chrast u Chrudimi, tel.: 469 666 593, 602 969 321, e-mail: alexandra.sochorova@worldonline.cz
  - ▶ **Pízeň:** MUDr. Hajnová Jana, Heyrovského 52, 301 00 Pízeň, tel.: 377 445 496, 605 240 872, e-mail: jhajnova@volny.cz
  - ▶ **Praha:**
    - semináře ve středu: MUDr. Cyril Mucha, Vítězné nám. 6, 160 00 Praha 6, tel.: 22430 7230, 777 301 681, e-mail: mucha@doktor-mucha.cz
    - semináře ve čtvrtek: MUDr. Laňková Jaroslava, Jugoslávských partyzánů 18, Praha 6, tel.: 776 31 31 84, e-mail: lankova@svl.cz
    - semináře v sobotu (Středočeský kraj): MUDr. Brejník Pavel, Důl Kladno, Libušín, 273 06 Kladno, e-mail: brejnik@sendmel.cz
  - ▶ **Ústí nad Labem:** MUDr. Nejedlá Anna, U pivovarské zahrady 5, 400 07 Ústí n.L., tel.: 475 501 588, e-mail: anna.nejedla@volny.cz
  - ▶ **Zlín:** MUDr. Horký Jiří, Vodní 105, 760 01 Zlín, tel.: 577 220 076, e-mail: horky.pl@volny.cz
  - ▶ **Znojmo:** MUDr. Ponižil Miloš, Mlýnská 541, 671 67 Hrušovany n. Jev. 760 01 Zlín, tel.: 515 229 180, 624 229 180
- ▶ **Sekretariát SVL ČLS JEP:** U Hranic 16/3221, 100 00 Praha 10, fax: 267184041, tel. 267184064, e-mail: svl@cls.cz

# VZDĚLÁVÁNÍ SESTER PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PŘI SVL ČLS JEP 2004

## PŘEHLED SEMINÁŘŮ, KTERÉ JSOU OTEVŘENY SESTRÁM PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

### HODNOCENÍ: 3 BODY ČAS

<b>Brno</b>		
21.2. Sobota	9 - 13.30	Diabetes mellitus (Novinky v léčbě, diabetická noha, diabet. nefropatie, hypertenze)
29.5. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
18.9. Sobota	9 - 13.30	Psychiatrie (Předávkování a otrava drogami, akut. intoxikace po požití léků, závislost)
<b>České Budějovice</b>		
6.3. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
22.9. Středa	16-19.30	Dermatologie (Kožní prekancerózy, MM, névy, nádory kůže)
24.11. Středa	16-19.30	ARO/Psychiatrie (Předávkování a otrava drogami, akut. intoxikace po požití léků, závislost)
<b>Hradec Králové</b>		
3.4. Sobota	9 - 13	Screening KR-CA
24.6. Čtvrtek	16-19.30	Akutní medicína (Ambulantní péče o nezávažné popáleniny, péče o jizevnaté plochy po popálení, přednemocniční péče o termický úraz)
21.10. Čtvrtek	16-19.30	Akutní medicína (Urgentní přednemocniční péče o pacienta s polytraumatem, Poranění končetin)
25.11. Čtvrtek	16-19.30	Epidemiologie (Dezinfekce a sterilizace)
18.2. Středa	17-20.30	Dermatologie (Kontaktní ekzém, dermatitidy, urtikárie, mykózy)
6.11. Sobota	9 - 13	Screening KR-CA
15.12. Středa	17-20.30	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)
<b>Karlovy Vary</b>		
<b>10.11.-13.11. Středa-Sobota</b>		<b>XXIII. KONFERENCE SVL</b>
6.3. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
27.03. Sobota	9-13	Dermatologie (Kožní prekancerózy, MM, névy, nádory kůže)
16.10. Sobota	9-13	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)
<b>Liberec</b>		
18.9. Sobota	9 - 13	Screening KR-CA
7.10. Čtvrtek	16-20	Dermatologie (Kontaktní ekzém, dermatitidy, urtikárie, mykózy)
<b>Olomouc</b>		
24.1. Sobota	9-13	ARO/Psychiatrie (Předávkování a otrava drogami, akut. intoxikace po požití léků, závislost)
10.4. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
23.10. Sobota	9-13	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)
27.11. Sobota	9-13	Diabetes mellitus (Dietní léčba, tělesná zátěž, diabetická noha, diab. nefropatie)
<b>Ostrava</b>		
8.4. Čtvrtek	16-19.30	Gastroenterologie (Krvácení do dolní části GI.Tu. KRCA, výsledky po dalším roku sledování. Kdy dělat OK test a kdy ne - znalostní test)
3.6. Čtvrtek	16-19.30	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)
18.9. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
6.11. Sobota	11-14.30	Diabetes mellitus (Metabolický sy X, dietní léčba, diabetická nefropatie, diabetická noha)
<b>Pardubice</b>		
11.5. Úterý	16-19.30	Dermatologie (Kožní prekancerózy, MM, névy, nádory kůže)
12.10. Úterý	16-19.30	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)
23.10. Sobota	9 - 13	Screening KR-CA
23.11. Úterý	16-19.30	Diabetes mellitus (Léčba, diabetická noha)
<b>Plzeň</b>		
24.04. Sobota	10-13.30	Alergologie (Alergická rinitis, anafylaktická reakce, alergie na bílkovinu kravského mléka)
15.05. Sobota	10-13.30	Psychiatrie (Úzkostné stavy, deprese, psychosomat. onemocnění)
23.10. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
<b>Praha</b>		
18.2. Středa	16-19.30	Neodkladná péče (KPR, úrazová medicína, NPB)
26.2. Čtvrtek	16-19.30	Neodkladná péče (KPR, úrazová medicína, NPB)
19.5. Středa	16-19.30	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)
27.5. Čtvrtek	16-19.30	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)
4.6. Sobota	9 - 13	Screening KR-CA
11.9. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
2.10. Sobota	10-13.30	Traumatologie (Úrazy hlavy, hrudníku, břicha a končetin)
4.12. Sobota	10-14	Epidemiologie (Očkování v praxi PL, povinná hlášení)
<b>Ústí nad Labem</b>		
8.1. Čtvrtek	16-20	Psychiatrie (Anorexia nervosa, bulimia nervosa. Deprese. Úzkostné poruchy.)
1.4. Čtvrtek	16-20	Dermatologie (Kožní prekancerózy, MM, névy, nádory kůže)
24.4. Sobota	9 - 13	Screening KR-CA
4.11. Čtvrtek	16-20	Akutní medicína (Tonutí, úraz el.energií, předávkování a otravy drogami, akut. léková intoxikace)
<b>Zlín</b>		
13.9. Pondělí	17-20.30	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)
2.10. Sobota	9 - 13	Screening KR-CA
<b>Znojmo</b>		
20.3. Sobota	9 - 13.30	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence
2.10. Sobota	10 -13.30	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)

# Úzkostné poruchy

**MUDr. Ján Praško**

Psychiatrické centrum, Praha, Centrum neuropsychiatrických studií, 3. LF UK

**MUDr. Hana Prašková**

Denní psychoterapeutické sanatorium Horní Palata, Praha, 1. LF UK

## Souhrn:

**Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychické poruchy vůbec. Úzkost či strach se objevují příliš často, trvají příliš dlouho a jejich intenzita je nadměrná nebo vede k narušení způsobu života. Možnosti léčby jsou farmakoterapeutické a psychoterapeutické. Z psychofarmak u většiny úzkostných poruch jsou léky volby antidepresiva, zejména pak SSRI a SNRI, z psychoterapeutických přístupů je nejvíce prokázán efekt kognitivně behaviorální terapie.**

## Klíčová slova:

**úzkostné poruchy, etiopatogeneze, epidemiologie, léčba, antidepresiva, SSRI, kognitivně behaviorální terapie**

## Úvod

Úzkostné poruchy jsou heterogenní skupinou psychických poruch, u kterých je úzkost dominantním fenoménem. Vyznačují se záchvatovými nebo kontinuálně fluktuujícími stavy, při kterých se bez vázanosti na reálné nebezpečí objevují tělesné a psychické projevy úzkosti. Úzkost i strach mají pro organismus adaptivní funkci. Problém začíná tam, kde se úzkost či strach objevují **příliš často, trvají příliš dlouho** a jejich intenzita je vzhledem k situaci, která je spustila, **příliš velká** nebo když se objevují v **neproporcionálních situacích**. V těchto případech zpravidla **negativně zasahují do života** jedince. Úzkost může „**volně plynout**“ bez omezení na zvláštní okolnosti, nebo se projevit v záchvatech. Pokud se objeví náhle a bez zjevné příčiny, mluvíme o spontánní úzkosti, případně **spontánním záchvatu paniky**. Pokud se týká konkrétních situací (jde tedy o strach), kterých se běžně lidé nebojí, jde o fobii. Pokud se rozvine při očekávání ohrožující situace, mluvíme o **anticipační úzkosti**.

Rozsáhlá epidemiologická studie, která proběhla ve Spojených státech ukázala, že někdy během svého života takřka polovina obyvatel trpí nějakou duševní poruchou (Epidemiological Catchment Area Study, Kessler a spol. 1994). Nejčastěji se jedná o závislosti na návykových látkách (26,6%)

na druhém místě jsou úzkostné poruchy (24,9%) a na třetím afektivní poruchy (19,3%). Bodová prevalence (tj. kolik lidí trpí danou poruchou v určitém čase) úzkostných poruch je podle této studie 7,3% populace.

## Etiologie a patogeneze

O etiopatogeneze úzkostných poruch byla vytvořena řada biologických i psychologických teorií:

**Sociální fobie:** Jako u dalších úzkostných poruch se v biologických hypotézách předpokládá dysfunkce serotonergního a noradrenergického systému a geneticky podmíněná zranitelnost. V psychologických teoriích je naopak sociální fobie považována za naučený strach, jak přímým podmiňováním, tak modelováním nebo vlivem informací.

**Specifické fobie:** Někdy jde o pozůstatky starých atavistických reakcí, které byly kdysi účelné, např. strach z hadů, velkých zvířat, tmy, výšky. U většiny pacientů je však strach naučený, buď imitací vzorů, nebo nepříjemným zážitkem v dětství, řídkěji traumatickou událostí v dospělosti. Pak se udržuje pomocí vyhýbavého chování.

**Generalizovaná úzkostná porucha (GAD):** Zvažovány jsou jak biologické vlivy, tak vlivy výchovy a životních událostí. Asi 15–17% příbuzných prvního stupně trpí stejnou poru-

chou. Konkordance monozygotních dvojčat je vyšší než u dizygotních. Z biologických teorií se uvažuje o dysfunkci GABA–benzodiazepinových receptorů v mozku, dysregulaci serotonergního, noradrenergického, glutamátového a cholecystokinového systému. Podle teorie učení postižení trpí chronickou úzkostí, protože vycházejí z určitých mylných postojů vytvořených v dětském věku, na jejichž základě interpretují širokou škálu různých situací jako ohrožující. Tato hluboká maladaptivní přesvědčení se obvykle týkají výkonnosti (např. „Pokud moje práce není dokonalá, pak nestojí za nic!“); přijetí ze strany okolí (např. „Všichni mě musí mít rádi, když mě někdo nemá rád, znamená to, že jsem špatná!“); vlastní hodnoty (např. „Až mě lidé doopravdy poznají, zjistí, že jsem ubožák!“) a kontroly (např. „Když něco nemohu kontrolovat, ohrozí mě to!“). Dalším problémem lidí s GAD je chybění některých sociálních dovedností (například schopnost říci Ne, snášet kritiku) a dovednosti řešit problémy systematickým způsobem.

**Panická porucha:** Tato porucha má zřetelnou genetickou komponentu. Riziko onemocnění u příbuzných prvního stupně se pohybuje mezi 15–18 % u pacientů oproti 0–5% u kontrol. Jednovaječná dvojčata mají jednoznačně vyšší konkordanci než dvojvaječná. Biologických abnormalit je celá řada. Autonomní nervový systém vykazuje zvýšený sympatický tonus a pomalu se adaptuje na opakované podněty

tabulka č. 1

## Diagnostická vodítka agorafobií

- ▶ strach z pobývání na místech, kde hrozí záchvat úzkosti a odkud není snadný únik, nebo možnost pomoci (cestování, volná prostranství, supermarkety apod.)
- ▶ systematické vyhýbání se takovým situacím
- ▶ při vystavení se takové situaci silné pocity nepohody, vegetativní příznaky, úzkost nebo panický záchvat

tabulka č. 2

### Diagnostická vodítka sociálních fobií

- ▶ Výrazný strach ze zkoumavých pohledů, strach být středem pozornosti nebo strach ze způsobu vlastního chování, který bude trapný nebo ponižující
- ▶ Nápadné vyhýbání se sociálním situacím, kde by se výše uvedené mohlo objevit
- ▶ V obávané situaci vegetativní a další tělesné příznaky úzkosti (zejména červenání, třes, nucení k močení nebo strach ze zvracení)

tabulka č. 3

### Diagnostická vodítka specifických fobií

- ▶ výrazný strach z určitého objektu nebo situace (ale nejsou zahrnuty do agorafobie nebo sociální fobie) – mezi nejčastější patří zvířata, ptáci, hmyz, výšky, bouřka, cestování letadlem, uzavřené prostory, pohled na krev nebo ránu, injekce, zubař, nemocnice, použití veřejných toalet
- ▶ vyhýbání se těmto objektům nebo situacím
- ▶ při expozici příznaky silné úzkosti až paniky

a reaguje přehnaně i na mírné stimuly. Studie neuroendokrinního stavu ukazují celou řadu abnormit – dysregulaci v noradrenergním systému (zvýšené firing rate v locus coeruleus) v serotonergním systému (zejména v n. raphe, hippocampu a amygdale) a v dopaminergním systému (ve frontoorbitálním kortexu). Pro tyto dysregulace svědčí řada provokačních studií s panikogeny, jako je laktát, johimbin, fenfluramin, isoproterenol, kofein. Dále jsou uvažována dysfunkce GABAergního neurotransmiterového systému, zvýšená citlivost cholecystokininových receptorů, poruchy v regulaci CRH, neuropeptidu Y. O syntézu se pokusil Klein (1993). Podle jeho hypotézy pacienti trpící panickou poruchou mají abnormálně nízký práh pro pocity dušení a panické záchvaty jsou spouštěny jako „falešný poplach dušení“. Podle psychologických teorií však biologické změny vznikají druhotně. Lidé trpící panickou poruchou mají strach z opuštění a zároveň strach z připoutanosti ke druhé osobě. Proto mají intenzivní potřebu kontrolovat svoje vztahy a vyhnout se samotě nebo nadměrně blíz-

kosti. Protože vysoká míra interpersonální kontroly je nedosažitelná, trpí postižení chronickým pocitem nekontrolovatelnosti. Podle kognitivního modelu postižený jedinec zažívá ataky paniky jako důsledek relativně trvalého sklonu interpretovat si nejrůznější tělesné pocity, vesměs příznaky normální stresové reakce (jako je bušení srdce, závratě, mravenčení končetin, dechový dyskomfort) jako signály hrozící katastrofy. Tyto pocity jsou katastroficky interpretovány jako bezprostředně hrozící tělesné nebo psychické selhání, např. závrat jako znamení, že hrozí ztráta vědomí, bušení srdce jako známka nastávajícího infarktu, depersonalizace jako známka zešílení, apod. Jsou-li tyto pocity vnímány jako hrozba, vzniká stav napjatého očekávání a obav. Spouští se reakce „boj nebo útěk“, což znamená, že se původní pocity amplifikují a dostaví se celá řada dalších tělesných příznaků. Podle kognitivně behaviorální terapie jsou tedy panické záchvaty považovány za naučené chování a naučenou neurovegetativní reakci. **Agorafobie:** vzhledem k tomu, že panická porucha se objevuje společně s agorafobií až u 70–90 % pacientů, všeobecně se předpokládá, že z biologického hlediska je etiopatogeneze stejná. V teorii učení je fobie pokládána za naučené chování. Tento druh chování může vznikat přímým nebo zástupným podmíněním.

### Klinické jednotky

#### Agorafobie

Agorafobie se projevuje strachem z otevřených prostranství, přeplněných míst, z opuštění domova, z obchodů, cestování dopravními prostředky, z jízdy výtahem, z uzavřených prostor, apod. Úzkost je vyvolána jak přítomností fobického podnětu, tak vzdálením se z místa bezpečí. Strach se váže k očekávání něčeho nepříjemného, co by se mohlo na daném místě nebo v dané situaci přihodit. Zvyšuje se, pokud si nositel uvědomí, že únik není možný, nebo by jím na sebe upoutal přílišnou pozornost. Agorafobii často doprovázejí panické ataky. Celoživotní prevalence je kolem 2–3% populace.

**Terapie:** Léčbou volby je psychoterapie. Postižený se učí porozumět tomu, co se s ním děje a naučit se, jak svojí úzkost zvládat. Léčba kognitivně behaviorální terapií je u agorafobie neefektivnější léčbou vůbec. Nejdůležitějším krokem je odstupňovaná expozice (postupné systematické vystavení se obávaným situacím od lehčích až k nejobtížnějším). Z léků vzhledem k tomu, že u pacientů trpících agorafobií je riziko vzniku závislosti, je výhodnější použít k léčbě antidepressiva, než benzodiazepiny. Farmaka dokáží dobře kon-

trolovat úzkost a tělesné příznaky, méně vyhubavé chování. Proto i při farmakologické léčbě je nutné pacienta povzbuzovat k postupnému vystavení se obávaným situacím. Léky volby jsou SSRI (paroxetin, sertralin, citalopram, fluoxetin, fluvoxamin, escitalopram), některá tricyklická antidepressiva (clomipramin a imipramin) a SNRI (venlafaxin). Je vhodné začít první 2 týdny s polovinou účinné dávky a pak, pokud pacient preparát dobře snáší, ji zvýšit. Z benzodiazepinu se krátkodobě (do 8 týdnů) mohou podávat vysoce potentní preparáty (alprazolam a clonazepam). S ohledem na riziko vzniku závislosti jsou však antidepressiva daleko vhodnější.

#### Sociální fobie

Sociální fobie se projevuje strachem a vyhýbáním se situacím, v nichž může být člověk pozorován a posuzován druhými. Tato fobie může mít formu strachu z psaní před druhými, ze setkání s neznámými lidmi nebo z mluvení na veřejnosti, abychom uvedli několik příkladů. Člověk trpící sociální fobií je přesvědčen, že si druzí všimají jeho potíží a podle toho jej hodnotí. Toto přesvědčení jeho úzkost dále zvyšuje. Typickým rysem je také silná anticipační úzkost, která často vede k vyhubavému chování, které omezuje život. K překonání nepříjemných pocitů a úzkostných myšlenek se postižení jedinci mohou uchýlovat k alkoholu nebo k uklidňujícím práškům.

Odhadem trpí sociální fobií někdy během svého života 3 – 13 % populace. Stydlivost je ještě častější. Kolem 80 – 90% lidí má někdy ve svém životě období, kdy se nadměrně stydí. Sociální fobie vzniká obvykle kolem pu-

tabulka č. 4

### Diagnostická vodítka panických poruch

- ▶ náhlé a nečekané záchvaty vegetativních příznaků nebo psychických příznaků
- ▶ během záchvatu silná úzkost nebo strach (ze smrti, „zešílení“, ztráty kontroly, vědomí)
- ▶ často katastrofická interpretace jako příznaky vážné nemoci (infarkt, iktus, oslepnutí, rakovina apod.)
- ▶ krátké trvání (zpravidla minuty)
- ▶ může se objevit v noci ze spánku
- ▶ anticipační úzkost
- ▶ sekundárně často strach být sám nebo se vzdálit z míst, kde je dostupná pomoc



berty, nejčastěji ve věku mezi 14 – 20 lety. Je to tedy v období vývoje, kdy je častá stydlivost. Běžně mají mladí lidé strach z oslovení druhého pohlaví, z první schůzky, apod. U sociální fobie však nedojde k adaptaci a snížení studu v těchto situacích. Naopak, lidé se sociální fobii se těmto situacím vyhýbají, takže časem se stanou na ně přecitlivější.

**Terapie:** Z farmakoterapie jsou krátkodobě účinná anxiolytika (alprazolam, clonazepam). Krátkodobě pomohou, dlouhodobý efekt je problematický. Pacient přes jejich clonu není vystavován stresu, se kterým by se potřeboval naučit zacházet. Navíc přes krátkodobé pozitivní důsledky postupně může vzniknout návyk. Nicméně u pacientů, kde je úzkost hodně výrazná, může natolik bránit behaviorální léčbě, že bez farmak je pacient neschopen splnit ani nejjednodušší úkoly. To je problém zejména u nemocných, kteří dojdou až k hospitalizaci, protože sociální fobie je natolik vyřadí z běžného života. Rozumná krátkodobá pomoc anxiolytiky může umožnit počáteční postupné kroky v expozici stresovým situacím. Jinou, daleko vhodnější variantou jsou antidepresiva, buďto klasická IMAO, ale zejména R.I.M.A. (moclobemid) a SSRI (paroxetin, citalopram, fluoxetin, sertralin) či SNRI (venlafaxin). Krátkodobě úzkost netlumí a proto krátkodobé důsledky nevytvářejí. Sníží však bazální hladinu úzkosti natolik, že je snadnější expoziční léčba.

**Kognitivně behaviorální terapie:** V kognitivně behaviorální se postižený člověk učí více adaptivní strategie chování. Hlavní strategií léčby je namísto vyhýbavého chování se vystavit „postupné expozici“ obávaným situacím. Léčba vyžaduje, aby pacient byl opakovaně vystaven kontaktu se sociálními situacemi, kterých se obává a tento kontakt je opakován tak dlouho, dokud se strach nesníží na únosnou míru nebo dokud nevymizí. Největším problémem pro terapeuta je umožnit pacientovi aby mohl vstoupit do situací, které jsou nepříjemné. Proto první úkol by měl být na jedné straně dostatečně snadný, aby se pacient odhodlal ho splnit, ale dostatečně těžký, aby provokoval úzkost. Úkol se musí opakovat často a pravidelně, dokud provokuje napětí, poté, když je proveditelný bez větších potíží, pokračuje se těžším úkolem.

### **Specifické (izolované) fobie**

Jako **specifickou fobii** označujeme nerozumný a přehnaný strach z určitého konkrétního objektu nebo situace. Strach je obvykle omezen na tuto situaci nebo objekt a postižený netrpí příznaky úzkosti, pokud se neseťká nebo se neobává setkání s fobickým podnětem (MKN-10 1992). Mezi nejčastější specifické fobie patří fobie ze zvířat, zvláště ze psů, hadů, hmyzu a myší. Dalšími běžnými fobiami jsou klaustrofobie (strach z uzavřených prostor) a akrofobie (strach z výšek), z bouřky. Lidé trpící fobiami vědí, že ve skutečnosti jsou jejich obavy přehnané a nerozumné, nicméně nepomáhá jim to v ovládnutí úzkosti a stresu, který při vystavení situaci prožívají. Proto se těmto situacím vyhýbají nebo je snášejí s pocitem hrůzy.

**Terapie:** Specifické fobie se léčí téměř výhradně **expoziční terapií**, která, pokud se jí pacient podrobí, bývá obvykle úspěšná. Expoziční terapie patří do strategií kognitivně behaviorální léčby. Pacientovi je v prvním kroku vysvětlen princip expoziční léčby a habituační křivka. Pak terapeut s pacientem vytvoří hierarchii situací, kterým se pacient bude postupně vystavovat, od nejjednodušší až po nejtěžší. Pak je této hierarchii pacient vystavován. Mluvíme o **odstupňované expozici**. Vždy, když už zvládá lehčí položku v hierarchii dobře, je vystavován další, subjektivně více ohrožující situaci. Pokroku je možno dosáhnout rychleji, když je interval mezi expozicemi krátký (1–3 expozice denně). Jinou variantou expoziční léčby je **zaplavení**. Při této formě expozice je pacient konfrontován rovnou s nejtěžší situací, aby se vyprovokoval

## Remood

tabulka č. 5

### Diagnostická vodítka generalizovaných úzkostných poruch

- ▶ nadměrné zabývání se starostmi a obavami z každodenních událostí a problémů
- ▶ chronická fluktuující úzkost, napětí nebo strach trvá nejméně 6 měsíců
- ▶ pocity nadměrné únavy, nevykonnosti, svalového napětí
- ▶ vegetativní příznaky

tabulka č. 6

### Diagnostická vodítka smíšené úzkostně depresivní poruchy

- ▶ trvalá nebo vracející se dysforická nálada trvající nejméně 1 měsíc
- ▶ nejméně 4 z následujících příznaků
- ▶ obtížná koncentrace nebo pocit „prázdna v hlavě“
- ▶ obtíže s usínáním nebo udržením spánku nebo neklidný, nedostatečný spánek
- ▶ únava nebo nedostatečná energie
- ▶ podrážděnost
- ▶ obavy
- ▶ snadné pohnutí k slzám
- ▶ nadměrná bdělost
- ▶ anticipace horšího
- ▶ beznaděj (pronikavý pesimismus do budoucna)
- ▶ nízké sebevědomí nebo pocity méněcennosti

maximální strach, přičemž v ní pacient zůstává tak dlouho, až strach odezní. Zaplavení je velmi účinné a vede k rychlému odstranění fobie. Ovšem jen málo pacientů se k této metodě odhodlá. Odstupňovaná expozice je naproti tomu šetrná a je schopen ji absolvovat každý pacient. U dětí se používá ještě jemnější varianta odstupňované expozice. Na počátku se dítě naučí relaxovat. Ze strachovým podnětem je pak konfrontováno ve fantazii v době, kdy je uvolněné. Mluvíme o **systematické desenzibilizaci**.

#### Panická porucha

Hlavním rysem jsou opakované záchvaty masivní úzkosti (paniky), které však nejsou ome-

zeny na žádnou určitou situaci. Pacient je nemůže plně předvídat. Při záchvatu dochází náhle k rozvoji intenzivního strachu, dojmu, že se něco hrozného přihodí a pocitu ztráty kontroly. Záchvat (ataka) je spojen s řadou intenzivních tělesných příznaků: bušením srdce, bolestí na hrudi, pocity dušení, závratěmi a pocity neskutečnosti (depersonalizace, derealizace). V úzkostných myšlenkách se objevuje strach z omdlení, ze smrti, ze ztráty sebeovládání nebo ze zešílení. Jednotlivé ataky obvykle trvají 5–20 minut (výjimečně déle). Po odeznění může přetrvávat třes, napětí a vyčerpání, nebo dojde k ochablosti a letargii. Na ataku často navazuje strach z dalšího záchvatu.

Lidé, které záchvat postihne, se velmi často domnívají, že dostali srdeční infarkt nebo trpí jinou závažnou tělesnou chorobou. Proto se rychle nechají odvézt na nejbližší pohotovost. Tělesný nález však je normální, vyjma zrychleného tepu a někdy přechodně zvýšeného tlaku. Postižený zpravidla dostane injekci na uklidnění a je odeslán domů. Ještě více je pak vyděšen, když si ho internisté nechají na jeden dva dny na pozorování. Tato situace se v následujících týdnech opakuje a často je pacient podroben celé řadě nákladných tělesných vyšetření. Velmi často začne obcházet odborníky různých oborů. Pak doopravdy hrozí druhotná hypochondriace. Pokud k záchvatu došlo např. v autobuse, v obchodě, v davu, doma o samotě, může se dále pacient vyhýbat již této specifické situaci. Rozvíjí se agorafobie. Epidemiologické studie prokázaly, že celoživotní prevalence panické poruchy se pohybuje mezi 1,5 – 3,5 % populace. Výskyt panických atak je daleko vyšší. Zdá se, že je někdy v životě zažije až 16 % lidí. U žen se panická porucha vyskytuje 2x častěji než u mužů. Začátek obtíží bývá nejčastěji mezi 30–44 lety. Ale může se objevit kdykoliv v životě.

**Terapie:** Panickou poruchu lze léčit jako psychoterapeuticky, tak farmakoterapeuticky. Farmaka bývají rychlejší, psychoterapie trvalejší. Zdá se, že optimální je kombinace obou přístupů. V kognitivně behaviorální se pacient učí porozumět tomu, co se s ním děje, naučí se kontrolovanému dechu, relaxaci a pak prochází řadou arteficiálních záchvatů, které se naučí zvládat. Po tomto nácviku zvládnutí záchvatů se zpravidla přestává atak obávat. Posléze záchvaty vymizí, protože je nemá co udržovat. Poté je často potřebné řešit životní problémy, které rozvoji panické poruchy předcházely. Nejčastěji využívanou alternativou k psychoterapii u panické úzkosti je podávání antidepressiv. Účinná jsou zejména antidepressiva ze skupiny SSRI (paroxetin, sertralín, citalopram, fluoxetin, fluvoxamin, escita-

lopram), a některá tricyklická antidepressiva (clomipramin a imipramin) a SNRI (venlafaxin). Je vhodné začít první 2 týdny s polovičnou účinnou dávkou a pak, pokud pacient nepřerát dobře snáší, ji zvýšit.

### Generalizovaná úzkostná porucha

Typickým projevem této poruchy je **nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami**. Jde často o běžné každodenní starosti, o obavy o zdraví svoje i rodiny, obavy o finanční záležitosti, strach ze selhání v práci, obavy z budoucnosti. To vede k úzkostnosti, únavě a nepříjemným tělesným pocitům. Příznaky se objevují nenápadně a pozvolna. Z **tělesných příznaků** dominuje svalové napětí, roztrěsenost, závratě, nevolnost, bolesti hlavy, bušení srdce, nadměrné pocení apod. Většinou je zhoršen spánek, zejména večer. Stav je měnlivý a většinou trvá léta. U řady lidí se potíže zhoršují když nemají co dělat, např. o dovolené nebo o víkendy. Úzkostné očekávání, obavy z budoucího neštěstí, pocity „na pokraji svých sil“ vedou ke zhoršenému soustředění.

Tato porucha je běžnější u žen a často vzniká u zranitelných (citlivějších) osob na podkladě chronického stresu. Roční prevalence kolísá mezi 3–8 %, celoživotní prevalence mezi 5 – 15%, poměr mezi muži a ženami je 1:2. Jde o chronickou poruchu, která neléčena může trvat s proměnlivou intenzitou celý život. Komorbidita s dalšími úzkostnými poruchami a s depresivní poruchou je rozsáhlá, objevuje se až u 75 % postižených.

**Terapie:** Léčbou volby je psychoterapie, jak individuální, tak skupinová. Důležitý je zejména nácvik relaxace. Vysoce je účinná zejména kognitivně behaviorální terapie, která pacienta učí postupně kontrolovat obavy, zvládat úzkost a tělesné příznaky a systematicky řešit životní problémy. Další možností je **farmakoterapie**. Dřívější první volbou byly benzodiazepiny (zejména vysoce potentní: alprazolam a clonazepam). Krátkodobě bývají účinné až u 70–75% postižených. Při delším podávání se zvyšuje riziko rozvoje návyku, i když u GAD bývá považováno za menší, než u ostatních úzkostných poruch. Léčba benzodiazepiny trvá obvykle 2–4 měsíce. Kolem 25 % nemocných relabuje v prvním měsíci po vysazení farmak a 60–80% v průběhu dalšího roku. Proto modernější volbou je podávání antidepressiv, u kterých nevzniká závislost ani tolerance a je možné je podávat dlouhodobě. Účinná jsou jak klasická tricyklická antidepressiva, jako je amitriptylín, imipramin a clomipramin, tak moderní antidepressiva. Nevýhodou tricyklických antidepressiv jsou po-

měrně nepříjemné vedlejší účinky, jako je sedace, ortostatické kolapsy, prodloužení síňokomorového vedení, zácpa, rozmazané vidění, pro které je někteří pacienti odmítají užívat. Moderní antidepressiva: SSRI (paroxetin, sertralín, citalopram, fluoxetin, fluvoxamin, escitalopram) a SNRI (venlafaxin) se zdají být účinnější a přitom mají minimální vedlejší účinky. Přes relativně vysokou účinnost medikamentů je u pacientů trpících generalizovanou úzkostnou poruchou vždy na místě psychoterapie.

### Smíšená úzkostně depresivní porucha

U smíšené úzkostně depresivní poruchy se mísí příznaky úzkosti s příznaky deprese, nicméně ani příznaků deprese ani příznaků úzkosti není tolik, aby zdůvodňovaly diagnózu depresivní poruchy či některé z úzkostných poruch. Bývá řazena mezi úzkostné poruchy (MKN-10 1996). Typická je trvalá nebo vracející se dysforická nálada, obtížná koncentrace nebo pocit „prázdná v hlavě“, obtíže s usínáním nebo udržením spánku, neklidný spánek, pocit únavy, nedostatku energie, podrážděnost, nadměrná ostražitost, tendence

k plačtivosti po nepatrných podnětech, pesimistická očekávání do budoucna, anticipace horšího, nízké sebevědomí nebo pocity méněcennosti. Vzhledem k tomu, že příznaky deprese jsou méně hluboké než u depresivní poruchy a příznaky úzkosti méně výrazné než u úzkostných poruch, často bývá tato porucha okolím podceňována, bohužel někdy taky odborníky. Jde o chronickou poruchu, s vysokým procentem suicidálních pokusů, zejména parasuicidů. Překvapivě vede průměrně k delší pracovní neschopnosti než depresivní porucha a často k invaliditě. Jsou to častí pacienti v primární péči. Lékaři často podceňují závažnost této poruchy a nedostatečně ji léčí. Přestože existuje jen velmi málo studií o této poruše, víme dnes údaje uvedené v tab. č. 6. **Farmakoterapie** je účinnou metodou léčby pro smíšenou úzkostně depresivní poruchu. Přes 50 % pacientů, kteří jsou léčeni antidepressivy se výrazně zlepší nebo dosáhne úplné remise. Výběr vhodné medikace je ovlivněn účinností, bezpečností a vedlejšími účinky jednotlivých léků. U smíšené úzkostně depresivní poruchy jsou nejvíce účinná antidepressiva ovlivňující zpětné vychytávání serotoninu. Z tricyklických antidepressiv je to ze-

jména clomipramin, z moderních antidepressiv zejména SSRI (paroxetin, sertralín, citalopram, fluoxetin, fluvoxamin), RIMA (moclobemid), SNRI (venlafaxin) a atypické antidepressivum tianeptin). Z hlediska pacienta je daleko výhodnější podávání SSRI nebo RIMA či SNRI než tricyklických antidepressiv, která často špatně snáší. V průměru dvakrát více pacientů užívajících tricyklická antidepressiva přeruší předčasně léčbu oproti pacientům užívajícím SSRI. Za léky volby proto bývají pokládány SSRI. Důležitým doplňkem farmakoterapie je u smíšené úzkostně depresivní poruchy **psychoterapie**. Nejčastěji bývá používána skupinová psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie. Vzhledem k tomu, že jejich specifická účinnost u této poruchy nebyla studována, můžeme se jen opřít o zkušenosti vlastní a jiných, které svědčí o jejich dobré efektivitě.

---

*Literatura u autorů*

---

**Podpořeno projekty CNS LN00B122 MŠMT ČR a IZ NIV No.5/1999: 0000023752 MZ ČR**

# Loseprazol

# Úzkostné poruchy

## MUDr. Ján Praško

Psychiatrické centrum, Praha, Centrum neuropsychiatrických studií, 3. LF UK

## MUDr. Hana Prašková

Denní psychoterapeutické sanatorium Horní Palata, Praha, 1. LF UK

### Agorafobie

Pani Janě je 38 let. Problémy má už více méně 9 let. Začalo to půl roku po narození třetího dítěte. Dostala záchvat úzkosti, že se jí něco stane, uduší se nebo se zblázní, když stála ve frontě v samoobsluze. Potom začala mít obavy do samoobsluhy chodit. Nový záchvat dostala, když byla na náměstí, kde bylo hodně lidí. Začala se vyhýbat velkým prostranstvím. Postupně však začala mít strach vycházet z domu. Všimla si, že je to o něco lepší, když jde s někým. Buď s manželem, nebo s nejmladším s dětí. S manželem dokázala jít i nakoupit, ovšem jenom ve všední den mimo nákupní špičku, když bylo málo lidí v obchodě. V sobotu nakupovat nedokázala. Přestala chodit s manželem do kina, protože cítila, že se „dusí ve tmě“.

### Sociální fobie

Pan Václav pracuje jako vedoucí úředník v bance. Má strach, že při pití kávy se mu budou silně třást ruce a když to ostatní uvidí, ztrapní se. Proto se běžně vyhýbá pití kávy s ostatními. Ovšem to nejde při oficiálních setkáních. Někdy poděkuje s tím, že nyní nemá na kávu ani nic jiného chutí, ovšem má dojem, že to nemůže dělat pořádkem, protože by byl nápadný. Proto si někdy nechá kávu přinést a pak se snaží odvést pozornost ostatních od svých rukou – např. ukáže na obraz na zdi a začne o něm mluvit, když ostatní pohledně tímto směrem, oběma rukama uchopí šálek a napije se.

### Specifická fobie

Pani Šárka je 28letá matka 2 dětí, spokojeně vdaná za podnikatele, který často pracuje mimo domov. Od dětství trpí nadměrným strachem z pavouků, ale její strach se zvláště zvýraznil v posledních 16 měsících. Kdykoli uviděla pavouka, nebo se jen obávala, že by nějaký mohl být poblíž, pociťovala nepříjemné tělesné příznaky, jako je bušení srdce, strnulo jí celé tělo a utekla. Pro jistotu dělala „protipavoučí“ opatření, když vešla do místnosti, vždy si jí pečlivě prohlédla, nikdy nenechávala otevřená okna, nikdy nevstupovala do kůlny, kterou měli na zahradě, nechodila na půdu apod. Pokud byli s manželem na dovolené, musel do každé místnosti vstoupit první, zkontrolovat ji, zda tam není pavouk, pokud nějakého našel, zabít ho a ukázat jí ho z dálky. Jinak do místnosti nevstoupila. Bylo jí to trapné, zejména když šli na návštěvu. Proto navštěvují jenom několik málo lidí, kteří jí už znají a tolerují jí tuto její slabost a sami jí hlásí, že svůj byt důkladně prohlédli a že je bez pavouků.

### Panická porucha

Ivetě je 28 let. V posledních dvou letech trpí záchvaty paniky. Poprvé dostala záchvat paniky během

hem dopolední pracovní schůzky. Místnost byla malá a přeplněná lidmi. Ivetě byla unavená, minulou noc byla na večírku. Dosud nejedla a měla před menstruací. Panika přišla najednou, z ničeho nic. Cítila, jakoby se jí nad hlavou provalila nějaká vlna. Chvilí jí bylo horko, pak zase zima. Začalo jí bušit srdce. Šla k otevřenému oknu, protože měla pocit, že musí na vzduch. Celá se rozklepala. Měla pocit, že se na ni všichni dívají. Šla na záchod, tam se rozbrečela, třásla se. Za chvíli to skončilo. Řekla si, že musí být vážně nemocná. I když všechna vyšetření dopadla dobře, stále měla strach, že umře. Záchvaty se začaly opakovat. V práci se vyhýbala setkání s druhými. Zjistila, že spíše propadne záchvatu, když je unavená a když je ve společnosti více lidí. Kromě záchvatů je stále bez zjevného důvodu napjatá.

### Generalizovaná úzkostná porucha

Pani Vladka je 32letá vdaná žena, matka sedmiletého syna, v současné době v domácnosti. Vystudovala střední ekonomickou školu, před mateřskou dovolenou pracovala jako sekretářka. Během mateřské dovolené zvládala syna i domácnost vzorně, ke spokojenosti svoji i manžela. Po mateřské dovolené se nemohla vrátit na původní místo, celý podnik byl totiž reorganizován. Začala pracovat ve zjednodušené úřadovně, s prací však měla brzy velké problémy. Stále měla strach, aby se nespletla, proto po sobě všechno přepočítávala. Z práce se vracela domů velmi pozdě. Přesto občas udělala chybu a nadřazená jí to vyčítala. Začala se nadřízené bát. Měla pocit, že je na ní zaměřena, že jiným podobné chyby toleruje, nebo jim to alespoň nevyčítá tak ostře. O co více se snažila chyby nedělat, o to častěji se pletla. Byla z toho vyčerpaná, doma si manželovi stěžovala, nemohla večer usnout. Nakonec ji manžel přesvědčil, aby z místa odešla. Našla si nové místo prodavačky v obchodě. Už předem se začala obávat, že se opět znelíbí šéfové. Proto se začala velmi snažit. Tím ale dráždila ostatní prodavačky a ty jí začaly pomlouvat, že šplhá. Chovaly se k ní odměřeně. Cítila se v kolektivu velmi sama, nervózní a napjatá. Začala se bát každého dne v práci. Opět večer těžko usínala a začala si stěžovat na situaci manželovi. Během celého dne cítila napětí a úzkost. Začala se nadměrně obávat o zdraví syna. Také sebe začala nadměrně sledovat. Často ji bolela hlava, cítila napětí v celém těle, tlačil jí žaludek. V celkem dobrém manželství začaly doma hádky. Manžel byl podrážděný z jejich přehnaných obav. Večer co večer ho jimi zatěžovala. Nakonec se odstěhoval do obýváku. Vladka se rozhodla, že odejde z práce a zůstane v domácnosti. Manžel v přesvědčení, že situace se zklidní, jí v tom podpořil. Nyní je Vladka už

druhý rok v domácnosti, ale obavy a úzkosti jí pronásledují dále. Obává se o zdraví syna, manžel i svoje. Má strach, že syn je příliš nesmělý, že ho neumějí dobře vychovat. Dále se bojí, že nemají dost peněz, kdyby se v domácnosti něco stalo, např. vypověděla pračka nebo lednička, nemohou si ji koupit. Neví, co by pak dělala. Má problémy zvládnout domácnost, protože se nedokáže na práci dostatečně soustředit. Manžel jí vyčítá, že si práci neumí zorganizovat, ona jemu vyčítá, že jí málo pomáhá.

### Smišena úzkostně depresivní porucha

Lucie je 36letá úřednice, vdaná matka tří dětí, kterým je 6, 9 a 12 let. Vystudovala zdravotní školu a pracovala jako zdravotní sestra. Před 3 lety se po mateřské dovolené již k sesterské práci nevrátila, protože se obávala, že jí z velké části zapoměla. Našla si místo úřednice u zdravotní pojišťovny. Na tomto místě před 2 roky povýšila a stala se nadřízenou pro další 4 úřednice. Při příchodu na oddělení si stěžovala na smutek, úzkost, napětí, nadměrnou únavu, zhoršenou koncentraci, sníženou výkonnost, podrážděnost a potíže s usínáním. Záhy se ukázalo, že se trápí nadměrnými obavami o zdraví svých dětí. Stále se bojí, aby se jim něco nestalo, vyděsí jí i banální onemocnění, jako chřipka nebo nachlazení. Má také obavy, zda se dvě starší cítí dobře v kolektivu ve škole a zda se dobře učí. Nikdo z učitelů jí sice neupozornil na žádné jejich problémy, ale děti si občas postěžují a v ní to vyvolává hrůzu. Bojí se, jak to s nimi dopadne v budoucnosti, zda dostudují a jestli budou někdy šťastné. Často má dojem, že vše může dopadnout špatně. Hodně se obává vedení svého oddělení, bývá často podrážděná a zlobí se na své podřízené. Myslí si, že nejsou dostatečně zodpovědné a některé své práce odbývají. Ona to pak musí často kontrolovat, protože je za činnost oddělení zodpovědná. Je z toho už tak vyčerpaná, že není schopna zvládnout domáci práce a v poslední době už nebyla schopna ani pracovat. Začala plakat i po malých podnětech, které v ní dříve slzy nevyvolávaly. Na činnost se nedokáže soustředit. Složitější práce jak doma tak v zaměstnání, raději odkládá, protože má strach, že je nezvládne. Práce se jí hromadí. Doma je plno nevypracovaného a nevyžehleného prádla a i když vždy byla pořádná, není schopna uklidit. V práci se jí rovněž nahromadily resty, má dojem, že až to zjistí nadřízený, z práce ji propustí, protože je úplně neschopná. V této situaci se objevily myšlenky, že takový život nemá smysl. Ve všem selhala.

# Problematika hypotyreózy u žen

**Doc. MUDr. Zdenka Límanová, CSc.**

Endokrinologická ambulance VFN, Praha

## Souhrn:

**Při rozvoji onemocnění štítné žlázy (š.ž.) hraje významnou roli několik faktorů, a lze stěží určit pořadí významnosti: pohlaví, genetika a zásobení jodem. Víme, že onemocnění štítné žlázy je častější u žen, a to v poměru 4–8:1.**

**Genetika je významným určujícím faktorem, proto v péči endokrinologa bývá i několik členů jedné rodiny, a v příbuzenstvu se často tyreoidální onemocnění manifestuje (1). Závažný nedostatek jodu byl v České republice odstraněn po zavedení jodace jodlé soli, nicméně tento problém celosvětově vyřešen není. Z dalších vlivů se nepochybně uplatní přítomnost přirozených strumigenů v potravě či její znečištění polychlorovanými bifenoly, nedostatek selenu, a dále některé léky, záření z ovzduší radioaktivním jodem.**

**Stres hraje roli při vzniku hyperfunkčního syndromu.**

**Je-li diagnóza hypotyreózy spolehlivě stanovena, je substituční léčba celoživotní.**

## Klíčová slova:

substituční léčba, chronická lymfocytární tyreoiditis, struma, TSH, jód

### Nejčastější příčiny hypotyreózy u nás jsou:

► **Autoimunitní příčina** – chronická lymfocytární tyreoiditis (Hashimotova tyreoiditis). Je nejčastější příčinou hypotyreózy. Etiologie onemocnění není jednoznačně známá, jde však o orgánové autoimunitní onemocnění (2). Morfologicky nacházíme tyreoidu více či méně infiltrovanou lymfocyty, u klidové fáze jde o lymfocyty zralé, u fáze aktivní nacházíme lymfocyty mladší, často nezralé, a plasmatické buňky. Tyreoidální funkce může být zpočátku normální, častěji je lehce snižena, a dále může progredovat do plné hypotyreózy. Léčba podáváním tyroxinu je namísto i u eufunkčních stavů – tzv. eutyroxinemická terapie.

- **Po operaci** – vždy je nutná léčba
- **Po zevním ozáření, po léčbě radiojodem** – léčba je nutná
- **Při léčbě tyreostatiky** – úprava medicací

### Méně časté příčiny:

- **Při nedostatku jódu** – v našich poměrech vzácné
- **Kongenitální:** vrozená agenese, hypoplasie, dystopie tyreoidy, vzácně porucha chromozomální mutace (PAX8). Díky neonatálnímu screeningu bývá podchytena a zhruba do 10–14 dnů po narození je zahájena léčba. (incidence 1: 4–5000 porodů, tj. asi 25 dětí ročně).
- Spíše vzácné **po prodělané De Quervenově tyreoiditidě.**

### Diagnostika se odvíjí od vyšetření TSH.

Pokud je hodnota 0,5–2,5 mIU/l, můžeme v té době s jistotou tyreoidální funkční poruchu vyloučit. Horní hranice TSH je uváděna 4,0, jinde 6,0 mIU/l. Hodnoty 3,0–3,5 mIU/l řadíme do „šedé zony“, tj. hraničních nálezů, a doplníme vyšetřením protiláték, je-li přítomná struma, i ultrazvukem. Může jít o lymfocytární chronickou tyreoiditis v subklinické fázi, která se může – ale nemusí – do plné hypotyreózy později

manifestovat. **Hladina FT4** klesá pozvolna a dolní hranice dosahuje až při déletrvajícím onemocnění, u subklinické hypotyreózy je FT4 (T4) v normě. **Hladina FT3** (T3) zůstává dlouho i u rozvinuté hypotyreózy v normálním rozmezí, vyšetření T3 při podezření na hypotyreózu není přínosné, proto ho neprovádíme.

**Protilátky proti tyreoidální peroxidáze** (TPO u 90% chronických zánětů pozitivní, méně často jsou pozitivní i proti tyreoglobulinu) potvrzují imunogenní etiologii, a jejich průkaz u normálních či hraničních hodnot TSH znamená zvýšené riziko pozdějšího rozvoje hypotyreózy.

Doplněním laboratorních testů je **vyšetření ultrazvukem**, které přesně určí velikost tyreoidy, její echogenitu, strukturu a vztah k okolí, a přispěje k určení etiologie onemocnění.

## Epidemiologie

U žen prokazujeme nejčastěji hypotyreózu v období puberty, gravidity a klimakteria – tedy v období nejvýraznějších hormonálních změn. Důsledky neléčené hypotyreózy mohou být závažné. Z incidence hypotyreózy kolem 4% u mladší populace pak stoupá u žen nad 60–65 let až na 10–15%.

**Období puberty:** V dnešní době, kdy je již jódový deficit převážně eradikován, se setkáváme se strumou nejčastěji na podkladě chronické zánětu. Subjektivní potíže jsou minimální, přesto mnohdy již diagnostikujeme subklinickou hypotyreózu, nacházíme většinou malou strumu. Vyšetření a léčba jsou nezbytné.

**Těhotenství** je obdobím zvýšených nároků na činnost štítné žlázy, proto musíme věnovat zvýšenou pozornost budoucí matce nejen pro zdárný průběh gravidity, ale i pro optimální vývoj plodu. Následkem vzestupu TBG v prvních týdnech gravidity strmě stoupá celkový T4 a T3, maxima dosahuje ve 20. týdnu. Tím se zvýší celkový T4 o 20–50% a dále se nemění, FT4 graviditou ovlivněn není. Tyreoida matky v graviditě zvýšeně jod z oběhu vychytává a vzhledem k nárokům na zvýšenou produkci se mírně

zvětšuje. Není-li schopná nárokům do-  
stát, hrozí pokles koncentrace FT4  
a FT3. Jedinec se sice může i při poklesu  
FT4 vyvinout normálně, podrobné studie  
z posledních let však dokazují, že i jem-  
né odchylky v zásobní embrya tyreoi-  
dálními hormony mohou sehrát význam-  
nou úlohu ve vývoji a bylo prokázáno  
zhoršení kvality v oblasti psychické  
oproti kontrolním dětem se snížením IQ  
až o 5 bodů. Nižší hladina FT4 tedy i při  
normální hladině TSH může mít negativ-  
ní vliv na vývoj plodu. (3). Při neléčené  
lehčí hypotyreóze matky se u potomků  
prokazuje nižší IQ oproti kontrolním dě-  
tem (4), závažná hypotyreóza u matky  
má dopad na vývoj plodu ve více oblas-  
tech. **Denní doporučený příjem jódu je  
150 µg, v graviditě se má zvýšit na  
200–250 µg, transplacentární přenos  
je dobrý.** Jeho nadměrný příjem však  
může vyvolat náchylnost k rozvoji autoi-  
munitního tyreoidálního onemocnění.  
V graviditě obvykle zvyšujeme substituci  
o 20–30% původní dávky. V těhotenství  
ženy někdy užívají vitaminová suple-  
menta, obsahující 100–150 µg jódu,  
a i při hypotyreóze je možné je užívat.

Často se setkáme s hypotyreózou v **obdo-  
bí klimakteria**, ženy přicházejí s nejru-  
znějšími steskami a je nutné odlišit obtíže ve-  
getativní od dystyreózy. Hraniční hodnoty  
TSH mohou signalizovat subklinickou hy-  
potyreózu. Substituce je někdy zpočátku  
hůře tolerována, ale doplnění vhodnou  
HRT a trpělivou spoluprací obtíže zvolna  
upraví. V klimakteriu se často zvyšuje  
cholesterol (5) – někdy jako důsledek  
(subklinické) hypotyreózy. Léčba tyreoi-  
dální poruchy je na místě (6).

### Okolnosti, při kterých máme funkci štítné žlázy vyšetřit a uvažovat o hypotyreóze

► **1) Výraznější subjektivní obtíže** – nej-  
častěji tlak v krku při chronickém zánětu  
(lymfocytární tyreoiditis), žena uvádí po-  
cit škrcení, nesnese límeček u krku,  
i když š.ž. není zvětšená. Z klasických pří-  
znaků hypotyreózy se dostavuje únava,  
zimomřívost, sklon k depresím, zhoršená  
kontrola váhy (ne obezita), poruchy cyk-  
lu, sterilita, obtipace, otoky, suchá po-  
kožka, špatná kvalita vlasů či zvýšené pa-  
dání vlasů, duševní zpomalenost,  
bradykardie, velký systolicko–diastolický  
rozdíl, Charvátův příznak plechového  
předloktí či vypadávání zevní části obočí.  
Nemusí být vyjádřen žádný z těchto pří-

znaků, nebo jen některé nebo všechny.  
Záleží především na hloubce poruchy, je-  
jí trvání, na toleranci obtíží, i na věku  
ženy. U subklinických stavů si někdy paci-  
ent obtíže uvědomí až při cílené anamné-  
ze, jindy jsou dopady jen v laboratorním  
obrazu.

► **2) Laboratorní nález:** každá nejasná  
mírná anemie, zvýšená hladina choleste-  
rolu, nejasné zvýšení CK, mírná patologie  
v jaterních testech (7), zvýšená hladina  
PRL – vše může být důsledkem hypoty-  
reózy. Než začneme podrobné vyšetření,  
měli bychom hypotyreózu vyloučit, může  
ale jít o koincidenci dvou chorob.

► **3) Nález strumy** – chronický zánět je  
dnes hlavní příčinou zvětšení štítné žlázy,  
a to varianty hypertrofické (Hashimotova  
tyreoiditis, atrofická varianta vzniká buď  
z předchozí nebo samostatně. Důsledkem  
bývá nejčastěji hypotyreóza, proto je na-  
místě vždy podrobné vyšetření s jasným  
závěrem a léčba hormony štítné žlázy.

► **4) Výskyt tyreopatie v příbuzenstvu:**  
vzhledem k časté rodinné vazbě přede-  
evším u žen je vhodné upozornit již dětské-  
ho lékaře na výskyt tyreopatie. Zvýšenou  
pozornost věnujeme dívkám v pubertě,  
a samozřejmě v graviditě.

► **5) Spojení s dalšími chorobami:** chro-  
nická lymfocytární tyreoiditis je  
diagnostikována u perniciosní anemie,  
u některých systémových autoimunitních  
onemocnění, je součástí autoimunitního  
polyglandulárního syndromu, u osob  
s diabetem mellitem 1. typu se v průběhu  
let vyvine až u 30%. Není vzácností  
u Turnerova a Downova syndromu.

► **6) Stav po ozáření krku, hrudníku:**  
léčba zevním zářením u morbus Hodgkin  
a karcinomu mammy vyvolá u některých  
osob chronický zánět, jeho důsledkem  
bývá (subklinická) hypotyreóza. Léčba ty-  
reoidální dysfunkce je indikována.

► **7) Sterilita:** nejen plně rozvinutá, ale  
i subklinická hypotyreóza zhoršuje fertili-  
tu, dnes je vyšetření tyreoidální funkce  
nezbytnou součástí vyšetření u žen  
s umělým oplazením. Do programu scree-  
ningu chtějí endokrinologové zařadit kaž-  
dou těhotnou ženu.

► **8) Náhodný nález snížené echogeni-  
ty š.ž. při vyšetření krku ultrazvukem,  
nebo atrofie tyreoidy** – zvláště u star-  
ších osob při vyšetřování karotid, často  
při vyšetření krčních uzlin, parotis. Stav je  
obvykle provázen (subklinickou) hypoty-  
reózou, vyžaduje dovyšetření a léčbu.

► **9) Stav po operaci š.ž.:** u menších  
operačních zákroků nemusí k hypotyreó-

ze dojít, ale zbytek tyreoidální tkáně je vy-  
staven větším nárokům, a častěji dochází  
k hyperplazii, regeneraci zbytků, uzlové  
přestavbě a v neposlední řadě i rozvoji  
neoplazie. Proto je zvykem z profy-  
laktických důvodů tyreoidální hormony  
podávat i u stavů, kde hypotyreózu  
neprokazujeme.

► **10) Plán léčby některými léky:** před  
zahájením léčby lithiem, amiodaronem  
(8), cytokiny interferonem nebo interleu-  
kinem by mělo být provedeno vyšetření  
štítné žlázy (anamnéza, TSH) – uvedené  
léky mohou vyvolat hyperfunkci i hypo-  
funkci asi u 10%. Při rozvoji tyreotoxikózy  
je léčba nutná a amiodaron většinou vy-  
sazujeme, při rozvoji hypotyreózy substi-  
tuujeme a amiodaron není nutné ukončit.  
Podávání cytokinů může vyvolat autoimu-  
nitní tyreoidální onemocnění s poruchou  
funkce – častěji hypotyreózu, která samo-  
zřejmě vyžaduje substituci, v podání cyto-  
kinů může pokračovat.

### Závěr

Pokud odhalíme hypotyreózu, jde  
o diagnózu i léčbu celoživotní. Kontroly  
stavu a hladiny TSH doporučujeme 1–2x  
ročně. Hladina TSH by se při substituci  
ideálně měla pohybovat mezi 1–2 mIU/l.  
Součástí vyšetření má být i sledování hla-  
diny lipidů, sekundární hyperlipoprotei-  
némie dobře na substituci reagují. Vyšet-  
ření protilátek je zbytečné v průběhu  
léčby opakovat, o dynamice choroby ne-  
vypovídá, jejich přítomnost potvrzuje  
imunogenní původ choroby. Osoby s hy-  
potyreózou mají být dispenzarizovány, dle  
našich zvyklostí u edokrinologa.

### Literatura:

- 1) Segni A, Wood J, Pucarelli I et al.: Clustering of autoimmune thyroid diseases in children and adolescents: a study of 66 families. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2001, 14 Suppl5:1271–5, Discussion 1297–8
- 2) Pearce E.N., Farwell A.P., Braverman L.E.: Thyroiditis. *N Engl J Med* 2003, 348, 2646–55
- 3) Pop V.J., Brouwers E.P., Valder H.L. et al.: Maternal hypothyroxinemia during early pregnancy and subsequent child development: a 3 year follow up study. *Clinical Endocrinology* 2003, 59, 282–288
- 4) Hadow J.E., Glenn E.P., Allan W.C. et al.: Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. *N Engl J Med* 1999, 341, 549–555
- 5) Petersson U, Kjellstrom T.: Thyroid function tests, serum lipids and gender interrelation in middle-aged population. *Scand J Prim Health Care* 2001, 19, 183–5
- 6) Bonar B.D., McColgan B, Smith DF et al: Hypothyroidism and aging: the Rosses' survey. *Thyroid* 2000, 10, 821–7
- 7) Jiskra J., Limanová Z.: Myopatický syndrom na podkladě nepoznané hypotyreózy. *Vnitřní lékařství*, 47, 2001, 9, 642–6
- 8) Goldschlager A., Epstein A.E., Naccarelli G et al: Practical guidelines for clinicians who treat patients with amiodarone. *Arch. Intern. Med.* 2000, 160, 1741–1748

## ÚZKOSTNÁ PORUCHA

### ► Co je úzkostná porucha?

Každý z nás ví, jaké to je cítit úzkost nebo napětí – mrazení v zádech před první milostnou schůzkou, napětí, které cítíte, když je váš šéf našťavaný, způsob, jakým vám tluče srdce, když jste v nebezpečí. Úzkost nebo strach nás burcuje k činu a pomáhá čelit ohrožující situaci. Nutí nás více studovat před blížící se zkouškou, udržuje nás v bdělosti, máme-li vystoupit a mluvit na veřejnosti. Běžná úzkost či napětí nám pomáhá zvládat obtížné situace. Ovšem má-li někdo úzkostnou poruchu, pak tato jinak užitečná emoce působí pravý opak – zabraňuje mu zvládat běžné situace a může mu vážně narušit každodenní život. Úzkostná porucha není jen otázka „nervů“, jde o skutečné onemocnění, které může negativně ovlivnit pracovní výkon, sociální a rodinný život. Lidé s úzkostnou poruchou mají vyšší riziko sebevraždy, sklon k nadužívání drog a alkoholu. Úzkostná porucha je dlouhodobé a houževnaté onemocnění a bez léčby se může postupně zhoršovat.

### ► Čím je úzkostná porucha způsobena?

Představme si, že se v našem domě spustí požární alarm. Ihned vyběhneme, abychom zjistili, zda-li někde nehoří a nakonec zjistíte, že zařízení má poruchu a reaguje na nevýznamné impulsy. Nezbyvá, než zařízení opravit. Úzkostná porucha je vlastně obdobou poškozeného poplašného zařízení. Tělesný alarm se spustí i když není přítomno žádné skutečné nebezpečí. Je to způsobeno chemickou nerovnováhou v nervovém systému. Vnímavost k této poruše bývá často dědičná. Může také souviset s podvědomou pamětí na nešťastné a stresové události v životě, může být vedlejším účinkem léků nebo důsledkem jiného onemocnění.

### ► Druhy a projevy úzkostných poruch

Existuje několik typů úzkostných poruch, každá má své charakteristické rysy:

**Generalizovaná úzkostná porucha:** Je to přetrvávající, nepřiměřený strach a obavy z celé řady běžných a všedních událostí a činností doma, v práci, ve škole; obavy o zdraví a bezpečí osobní, rodiny, dětí. Postižený kontroluje strach a obavy velmi obtížně a postupně se stává neschopným plnit i ty nejběžnější denní činnosti. Vedle úzkosti a strachu se objevuje řada doprovodných příznaků jako neklid, napětí, únava, obtížné soustředění, podrážděnost, chvění až třes, bušení srdce, svalové napětí, nadměrné pocení, bolesti hlavy, poruchy spánku.

**Panická porucha:** Je dalším typem úzkostné poruchy. Je to pocit hrůzy, zděšení, který udeří náhle a bez varování. Může se objevit kdekoliv a kdykoliv, dokonce i během spánku. Záchvat paniky je doprovázen výraznými obtížemi – například bolestí na hrudi, rychlým dechem, bušením srdce, nadměrným pocením, závratí, motáním hlavy aj. Projevy mohou být tak těžké, že po-

stižený snadno věří, že je vážně nemocen a ohrožen, že má například infarkt, že umírá nebo se zblázní. Mnoho postižených je odvezeno záchranou službou do nemocnice, někdy i opakovaně, jsou vyšetřováni řadou lékařů a podstupují náročná vyšetření, než je nakonec stanovena správná diagnóza.

**Fobie (strach):** Fobie je přetrvávající, iracionální (neoprávněný) strach z určitých věcí a situací. Strach z uzavřených prostor se nazývá **klaustrofobie**. Strach z určitých míst a situací, kde postižený například prožil záchvat paniky, nebo se tam cítí lapačný, bez možnosti úniku, nebo se k nim váží jiné negativní a stresující zkušenosti, se nazývá **agorafobie**. Sem patří například i strach z létání, z výšek, z plavání ve vodě. Další velmi omezující formou patologického strachu je **sociální fobie**. Postižený má strach, že je neustále pozorován a negativně posuzován okolím, že se chová trapně, což dále zhoršují doprovodné tělesné příznaky úzkosti jako je pocení, třes, červenání. Vyhýbá se proto těmto obávaným situacím a nakonec může dospět až k úplné izolaci od společenského okolí. Kromě toho existuje celá řada „menších“ fobií, například přehnaný strach z bouřky, z injekce, ze zvířat (psi, hadi, myši, brouci, vosy aj.) a podobně.

### ► Jak zvládnout úzkost?

#### Dá se úzkostná porucha léčit?

Úzkostné poruchy jsou naštěstí dobře léčitelné. Existují dva léčebné přístupy – farmakologická léčba (léky) a psychoterapie. Obě metody se s výhodou kombinují. Při volbě léčebné metody záleží na typu a tíži úzkostné poruchy, na lékaři, kterou metodu upřednostní a v neposlední řadě i na informovaném rozhodnutí pacienta.

#### Typy, jak zvládat napětí a úzkost

- Pravidelně cvičte, procházejte se na čerstvém vzduchu.
- Dopřejte si dostatečný a pravidelný spánek.
- Jezte pravidelně a vyváženou stravu.
- Vyvarujte se pití alkoholu.
- Nepijte černou kávu.
- Naučte se a provádějte relaxační techniky.
- Pokud tato opatření nepomáhají, konzultujte svého praktického lékaře o dalších léčebných možnostech.

### ► Závěr

Pokud máte podezření, že prožíváte nepřiměřený a opakovaný strach z určitých situací, že jste v minulosti prožili záchvat paniky nebo trpíte přetrvávající úzkostí a napětím bez příčiny, konzultujte to se svým praktickým lékařem. Tato porucha je léčitelná a bez léčby Vám může zbytečně znepříjemňovat a komplikovat život, rozbíjet vztahy a bránit ve výkonu povolání.

**MUDr. Jaroslava Laňková**

# Léčba bolestivých reflexních svalových spasmů při funkčních vertebrogenních poruchách

**Prim. MUDr. Pavel Fiala**

Harmonie Praha s. r. o., Neurologické oddělení, Praha

Zjišťovali jsme působení myorelaxační a analgetické léčby u pacientů s akutním bolestivým vertebrogenním syndromem v etáži krční, hrudní a bederní či v jejich kombinaci. Hodnotili jsme ovlivnění bolesti, svalového spasmu, hybnosti postiženého úseku a antalgického držení. Srovnávali jsme klinický stav před započatím léčby a v sedmý, event. šestý nebo osmý den.

Do souboru byli akceptováni pacienti ve věku 20-80 let, obou pohlaví, trpící akutně vzniklým vertebrogenním syndromem trvajícím 1-10 dnů.

Vyloučeni byli nemocní s myasthenia gravis, s prokázanou malignitou, s přecitlivělostí na léky používané k léčbě bolestivých reflexních spasmů při funkčních vertebrogenních poruchách, gravidní a kojící ženy a ti, u kterých byly příznaky jasného kořenového syndromu, tj. typická porucha citlivosti, motorický výpad a autodermodigrafie.

## Výsledky

727 sledovaných pacientů bylo léčeno přípravkem Mydocalm® (tolperison hydrochlorid) v tabletách. Léčba byla kombinována s analgetiky nebo antirevmatiky u 570 osob (78,4%), dále dle potřeby s fyzikální terapií, rehabilitací a event. léčbou injekční (analgetika, antirevmatika, Mydocalm® inj.).

Tabulka č. 1 uvádí denní dávku Mydocalmu, průměrná denní dávka ordinovaná lékaři je 297 mg.

Celkem bylo sledováno 320 mužů (44,02%) a 407 žen (55,98%). Průměrný věk byl 44 let, průměrná hmotnost 76 kg (krajní meze 49-150 kg), výška pak 171 cm (150-206 cm). BMI průměrně 26,2.

Potíže byly lokalizovány v oblasti krční páteře u 267 pacientů (36,73%), v oblasti thorakální u 170 pacientů (23,38%) a lumbosakrální u 407 nemocných (55,98%) (graf č. 1).

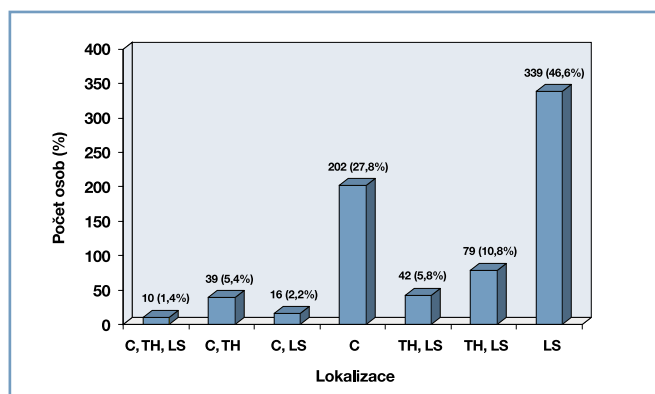
Současně léčeno pro jiná onemocnění bylo 247, tj. 33,98% pacientů. Sledované potíže se vyskytly poprvé u 265, tj. 36,45%, opakované byly u 462, tj. 63,55% nemocných.

Hodnocení **bolesti** (graf č. 2, 3, 4) bylo pomocí pětistupňové škály: **1** – krutá, znemožňující veškerou činnost; **2** – silná, výrazně omezující běžnou činnost; **3** – střední intenzity, omezující jen při zvýšené zátěži; **4** – slabá, neomezující činnost; **5** – žádná.

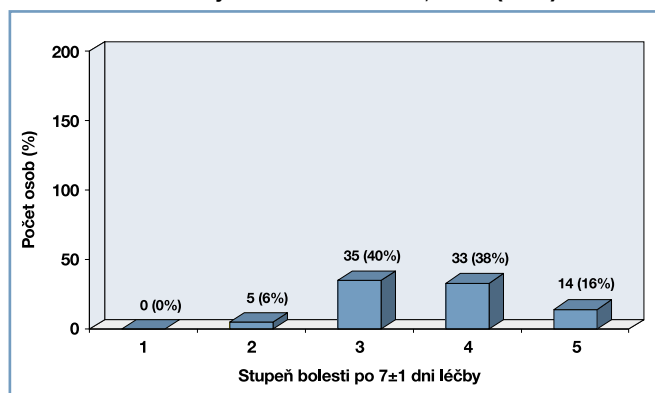
Polovina pacientů hodnotila bolest stupněm 2 (silná, omezující běžnou činnost). Po léčbě byly tři čtvrtiny ve skupině 4 a 5, tj. bolest slabá a žádná. Na stupni 1 a 2 zůstaly pouhé 3% nemocných.

Důležité je subjektivní hodnocení změn bolesti. Z bolesti stupně 1 (krutě, znemožňující veškerou činnost), kterou udalo téměř 38% pacientů, tedy 78% pacientů s krutou bolestí se zlepšilo o 2-3 stupně pětistupňové

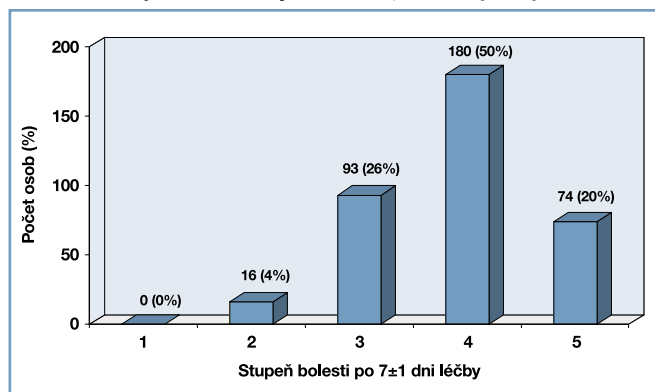
**graf č. 1: Lokalizace potíží**



**graf č. 2: Změna bolesti kruté, znemožňující veškerou činnost, n=87 (12%)**



**graf č. 3: Změna bolesti silné, výrazně omezující činnost, n=363 (50%)**



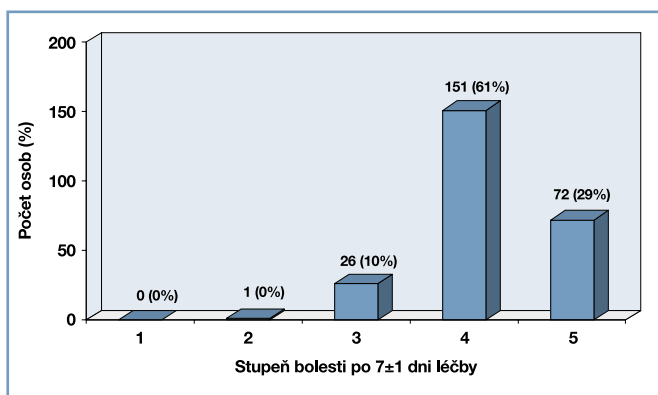
**tabulka č. 1**

Denní dávka Mydocalmu	50 mg	100 mg	150 mg	200 mg	250 mg	300 mg	450 mg	600 mg
Počet osob léčených touto dávkou	13	48	159	15	15	235	238	4

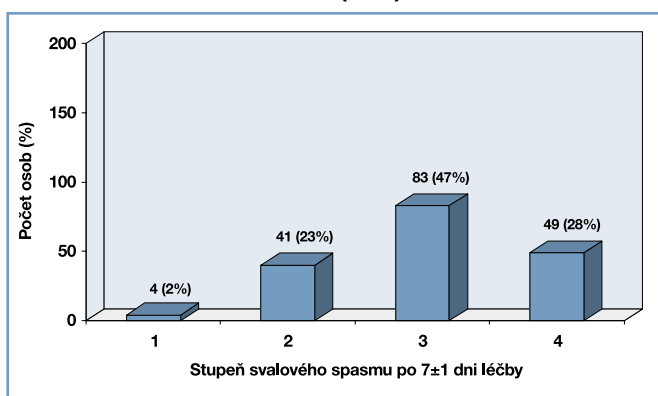


**Mydocalm**

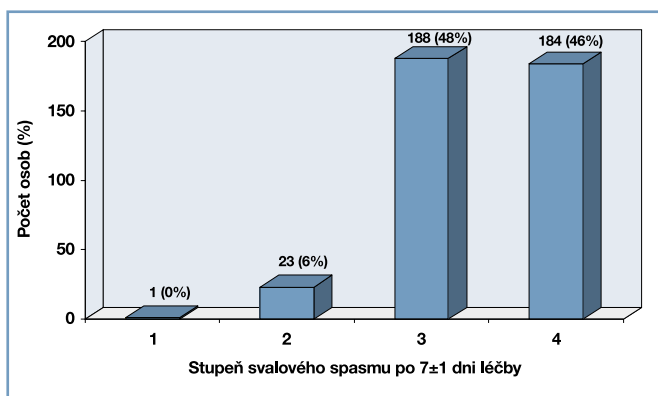
**graf č. 4: Změna bolesti střední intenzity, omezující jen při vyšší zátěži, n=250 (34%)**



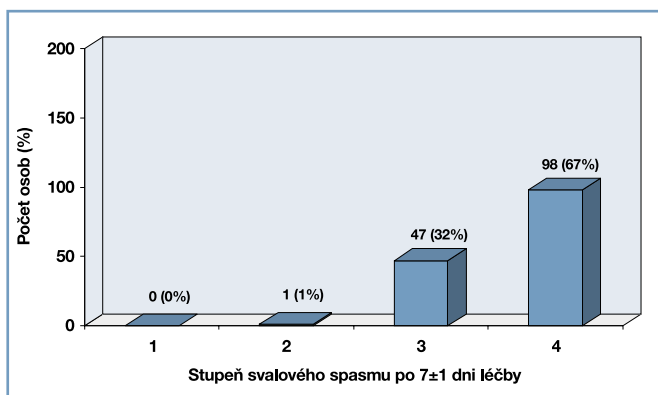
**graf č. 5: Změna těžkého svalového spasmu (stupeň 1), n=177 (24%)**



**graf č. 6: Změna středního svalového spasmu (stupeň 2), n=396 (54%)**



**graf č. 7: Změna lehkého svalového spasmu (stupeň 3), n=146 (20%)**



škály. Z původní bolesti stupně 2 bylo nejvíce zlepšených na stupeň 4 (téměř 50%), ze stupně 3 na 4 pak 60%. Z uvedených čísel je patrná **jasná účinnost Mydocalmu hlavně u nemocných s krutými a silnými bolestmi, buď znemožňujícími nebo výrazně omezujícími běžnou činnost**, zatímco u nevelkých bolestí již účinek není tak razantní.

**Antalgické držení** se vyskytlo před léčbou u 40%, po  $7 \pm 1$  dni léčby zůstalo již jen u 3,3% nemocných.

Hodnocení změn **svalového spasmu** (graf č. 5, 6, 7) bylo hodnoceno v příslušném časovém intervalu  $7 \pm 1$  den ošetřujícím lékařem (těžký 1, střední 2, lehký 3, žádný 4).

U těžkého svalového spasmu bylo po léčbě nejvíce pacientů zlepšeno na lehký spasmus (téměř 47%), zcela upraveno bylo skoro 28% pacientů. Ze středního spasmu byly tyto hodnoty 47,5 a 46,5%. Výchozí lehký spasmus byl upraven u 67,1% nemocných, zůstal stejný u 32,1%. Opět je zde vidět **velmi dobré ovlivnění reflexního svalového spasmu léčbou a to opět více ve prospěch těžkých nálezů**.

**Změna hybnosti** (graf č. 8, 9, 10) postiženého úseku páteře byla hodnocena podle tíže bloku čtyřmi stupni (1 úplný blok, 2 střední blok, 3 minimální blok, 4 žádný blok).

U těžkých blokády stupně 1 a 2 bylo maximum zlepšených o 2 stupně (u 1. stupně 40%, u stupně 2 byla plná úprava hybnosti téměř u poloviny nemocných). U stupně 3 (minimální blok) se zcela upravily skoro tři čtvrtiny nemocných. Je zde nápadné **zlepšení hybnosti postiženého úseku bez ohledu na tíži blokády**.

V hodnocení **celkového stavu** (graf č. 11) po léčbě je patrné maximum nemocných v skupině výrazně zlepšen, **pacientů kteří byli upraveni až výrazně zlepšeni po léčbě bylo 95%**.

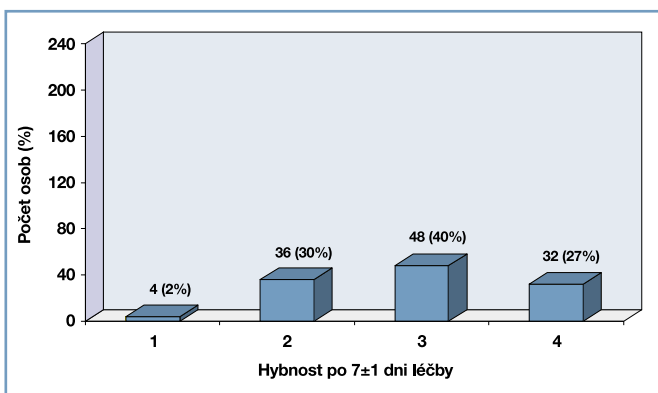
**Nežádoucí účinky** se vyskytly u 40, tj. 5,5% nemocných z celého souboru. Nejčastější byla dyspepsie, nevolnost, nechutenství, průjem a únava. Z celkového počtu 40 nemocných celkem 33 nemocných užívalo současně nesteroidní antirevmatika. Při jejich užívání jsou dyspeptické potíže relativně časté a účast NSAID na jejich vzniku u sledované skupiny nelze vyloučit. Ze 40 případů nežádoucích účinků bylo jen 7 nemocných, kteří užívali Mydocalm® jako monoterapii. Nejčastěji si nemocní stěžovali na mírné dyspeptické potíže a spavost. Všechny vedlejší účinky byly lehké a nebyly příčinou ukončení léčby.

### Závěr

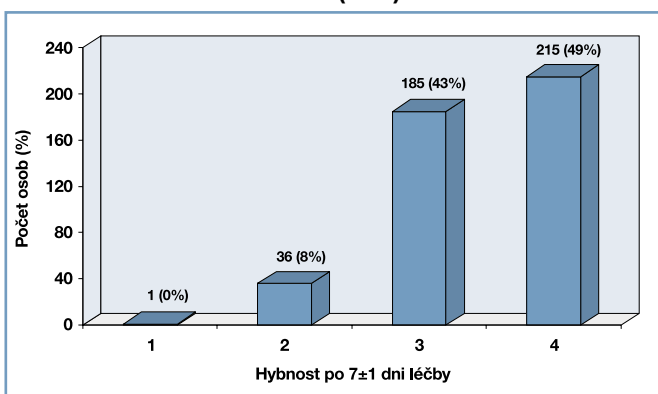
Všechna uvedená fakta prokazují velmi dobrou účinnost přípravku Mydocalm® v léčbě reflexních spasmů při funkčních vertebrogenních poruchách. Při běžném dávkování 3 x 1 tableta po 150 mg je účinek na zmírnění či odstranění bolesti a reflexního svalového spasmu a na zlepšení hybnosti postiženého úseku páteře dostatečně silný a rychlý. Podávání v terapeutických dávkách je bezpečné, vedlejší účinky Mydocalmu lehké a řídké. Z uvedených informací vyplývá výborná účinnost především u těžkých blokády, doprovázených výraznou bolestí, svalovým spasmem a těžkým blokem páteře.

Zdrojová data: Richter Gedeon RT., postmarketingové sledování, 1999.

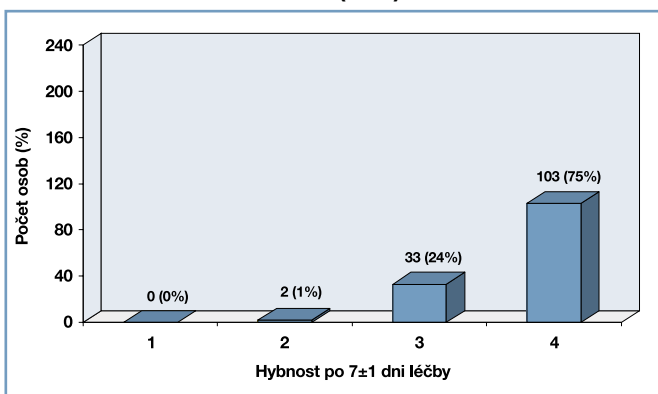
graf č. 8: Změna hybnosti – úplný blok (stupeň 1), n=120 (16%)



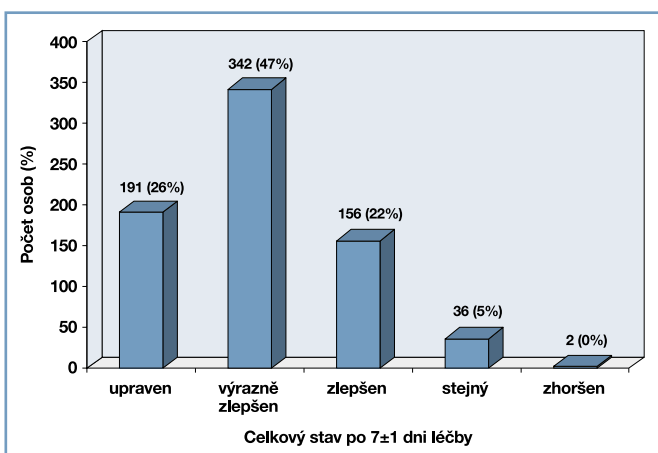
graf č. 9: Změna hybnosti – střední blok (stupeň 2), n=437 (60%)



graf č. 10: Změna hybnosti – minimální blok (stupeň 3), n=138 (19%)



graf č. 10: Celkový stav, 727=100%



odborné informace

**Informace pro praktické lékaře  
o vzniku kýlního centra  
v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem**

Vážení kolegové a kolegyně,  
ve svém krátkém sdělení vás chci informovat o vzniku a koncepci **kýlního centra**, které je zřízeno v novém areálu Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem v rámci chirurgické kliniky IPVZ.

Kýlní centrum je pracoviště, které se specializuje na diagnostiku, operační léčbu a sledování pacientů se všemi druhy kýl. Cílem je poskytnout péči, která je v souladu s nejmodernějšími trendy léčby za použití nejnovějších materiálů. Snahou je též předcházet komplikacím po operaci a zároveň snížit riziko recidiv na minimum. Naším cílem je snaha o zkrácení doby od vzniku kýly do operace a poté zkrácení pooperační rekonvalescence.

Koncepce je založena na myšlence soustředit pacienty s kýlním onemocněním do jednoho centra, kde pacient bude komplexně seznámen se svým onemocněním a jeho léčbou. Součástí a zároveň samozřejmostí je periodické sledování pacienta po operaci.

Dále se od centra tohoto typu očekává možnost výuky, seminářů a dalšího vzdělávání lékařů - chirurgů. Naplánovány jsou 2 až 4 semináře ročně pro praktické lékaře. Úkolem těchto seminářů je podat informace o nových poznatcích v diagnostice a léčbě kýlního onemocnění.

Prvním krokem, který chceme učinit je seminář pro praktické lékaře, který se koná 19.1.2004 v 13:30 hod ve VIKS Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem. Cílem semináře je seznámení s konceptem kýlního centra, moderními metodami řešení kýl a představení marketingových materiálů.

Součástí semináře bude web cast - přímý přenos operace tříselné kýly pomocí PHS a pupeční kýly pomocí 3DP (Dr. Denis, Montreal Kanada). Na závěr semináře si vás dovolueme pozvat na malé občerstvení.

Seminář je zařazen do systému kontinuálního vzdělávání ČLK, je ohodnocen 6 kredity.

**MUDr. Jan Dvořák**

Chirurgická klinika IPVZ MN UL

**Potvrzení účasti prosím zasílejte do 12.1.2004 na adresu:**

Chirurgická klinika IPVZ MNUL, Prim. MUDr. Martin Sauer  
Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem  
Tel. sekretariát: 477 112 502, 736 481 379  
e-mail: jan.dvorak@mnul.cz, marek.broul@mnul.cz

Omlouváme **MUDr. M. Hrehorovi** z I. interní kliniky Fakultní Thomayerovy nemocnice a 1. LF UK v Praze za chybné uvedení jména a pracoviště v článku Úloha blokátorů kalciových kanálů v léčbě kardiovaskulárních chorob (Practicus číslo 9).

Děkujeme za pochopení.

# Infekce dolních cest dýchacích

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.

I. infekční klinika a Katedra infekčních nemocí, 2. LF UK, FN Na Bulovce, Praha

## Souhrn:

Záněty dýchacích cest v komunitě si celosvětově zachovávají vysoký podíl na nemocnosti a v starších věkových skupinách i na smrtelnosti lidské populace. U dospělých infekce dolních cest dýchacích je nejběžnější příčinou smrti u infekčních nemocí. Etiologie onemocnění je široká, ale příliš se nemění. Mění se však pohled na respirační infekce. Lepší dostupnost virologického vyšetření prokázala významně vyšší podíl virů v etiologii zánětů HCD i DCD. Ke změně však dochází také v nárůstu bakteriální rezistence komunitních respiračních infekcí, rozvíjející se v důsledku nárůstu spotřeby antibiotik. Antibiotická léčba u většiny zánětů plic je samozřejmostí, znalost lokální situace umožní správný výběr účinného antibiotika.

## Klíčová slova:

tracheitis, bronchitis, bronchiolitis, pneumonie, antibiotická léčba

Mezi záněty dolních dýchacích cest patří: **tracheitis resp. tracheobronchitis acuta, bronchitis acuta, akutní exacerbace chronické bronchitidy, bronchiolitis a záněty plic.** V dolních cestách dýchacích (DCD) přítomnost bakterií za fyziologických podmínek znemožňuje řasinkový epitel, hlen dýchacích cest a makrofágy. Průkaz etiologických agens je možný pouze ze sputa, u pertuse lze provést nazofaryngeální výtěr drátěnou klíčkou. Je však nutné upozornit mikrobiologa před odběrem materiálu, pro kultivaci je třeba připravit specifickou půdu. U pneumonií by měl být zlatým standardem odběr hemokultury před nasazením antibiotik, v případě podezření na atypickou pneumonii se provádí sérologické vyšetření.

Klinické diagnózy DCD a jejich nejčastější původci jsou uvedeny v tabulce č. 2.

**Akutní bronchitida a tracheobronchitida** je nejčastěji vyvolána viry a u jinak zdravého dítěte, adolescenta a dospělého není indikací pro preskripci antibiotika. **Chřipka** je typickým vyvolavatelem zánětu v oblasti trachey a bronchů. Antibiotika jsou neúčinná. Nová virostatika – inhibitory neuraminidázy: zanamivir a oseltamivir – mohou průběh onemocnění příznivě ovlivnit, je-li léčba zahájena do 36 hodin od začátku onemocnění. Z bakteriálních agens připadají v úvahu *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* a *B. pertussis*.

Antibiotická terapie bronchitidy u onemocnění vyvolaná

„atypickými“ mikroorganismy by měla být uvážlivě indikována pouze u těžších infekcí,

podíl *C. pneumoniae* na etiologii bronchitidy, včetně akutní exacerbace je udáván mezi 5 – 10% (16). *M. pneumoniae* je patogenem u širokého spektra respiračních infekcí, uplatňuje se v menších epidemiích v 5 – 7letých cyklech. Nejvyšší výskyt bývá pak ve starším dětském věku, či u adolescentů. Může být příčinou pertusoidního syndromu. Z bakteriálních agens bývá opomíjena zejména u dospělých *B. pertussis*.

**Akutní exacerbace chronické bronchitidy** se klinicky projevuje kašlem se zvýšenou produkcí sputa s případnou změnou jeho barvy a zhoršením dyspnoe, s větším, či menším poslechové nálezem horečkou, či subfeбриemi. Antibakteriální léčba je zaměřena proti nejčastějším vyvolavatelům *S. pneumoniae* a *H. influenzae*. Standardní léčbou jsou **aminopeniciliny**, při přecitlivělosti vůči betalaktamům **doxycyklin**, či **makrolidy**, případně **kotrimoxazol**. Role bakterií v exacerbaci chronické bronchitidy není zcela jasná, proto většina odborníků doporučuje podávat antibiotickou léčbu jen u závažných exacerbací, sdružených s horečkou. Podstatnou složkou léčby je léčba podpurná, dispenzární sledování s funkčním vyšetřením plic, eradikace zevních příčin, zhoršujících průběh onemocnění (např. kouření). Podobně jako u předchozích diagnóz je důležitá znalost epidemiologické situace, incidence agens dle věku a samozřejmě závažnost onemocnění.

V diferenciální diagnostice zejména u prolongovaného kašle je nutné zvážit pneumonii, ale také pertusi nejen u dětí, ale i u dospělých. Často je příčina neinfekční: gastroezofageální reflux, astma bronchiale, eosifilní bronchitis, zatékání do faryngu, chronická bronchitis, terapie ACE inhibitory, maligní procesy. Pro určení diagnózy bakteriálního původu je standardem vyšetření sputa, v žádném případě výtěry z krku a nosu. Bohužel vyšetření sputa bývá v praxi používáno jen zřídka. Při podezření na **pertusi** je nutná spolupráce klinika s mikrobiologem. Je možné vyšetřit nazo-

tabulka č. 1

## Léčba akutní bronchitidy

Původce	Lék první volby	Lék druhé volby
Respirační viry	ATB 0	ATB 0
<i>M. pneumoniae</i> , <i>Chlamydia spp.</i>	erytromycin	doxycyklin
<i>B. pertussis</i> , <i>parapertussis</i>	erytromycin	aminopeniciliny

faryngeální aspirát, běžněji se však používá „nakašláni“ na agarovou plotnu. Sérologická diagnostika určuje diagnózu retrospektivně, má význam epidemiologický, ne však pro včasnou terapii. Lékem volby pertuse, podobně jako u mykoplazmových a chlamydiových infekcí, je **erytromycin**, v případě nesnášenlivosti jiné makrolidové antibiotikum. Alternativním lékem u pertuse je amoxicilin, chloramfenikol a kotrimoxazol.

**Bronchiolitis acuta** je onemocněním kojenců a batolat se závažným průběhem, zejména u kojenců nezralých. Kromě kojenců mohou onemocnět imunosuprimovaní jedinci a osoby vyššího věku. Vyvolavatelem je respiračně syncytiální virus (RSV). Klinicky se onemocnění projevuje jako tachypnoe, dyspnoe, syndrom respirační tísně, s nevýrazným poslechoвым nálezem. Onemocnění u kojenců vyžaduje hospitalizaci. Antibiotická léčba je neúčinná, nezabrání bakteriálním komplikacím. V profylaxi lze u nedonošenců použít monoklonální humanizovanou protilátku – palivizumab. Jedná se o finančně vyso-

ce náročnou léčbu, v ČR je dostupná ve vybraných centrech.

**Záněty plic** lze rozdělit jednak dle kliniky, či vyvolavatelů. Nejdůležitější je rozpoznat, že se o tuto klinickou jednotku jedná a odlišit, zda se jedná o typickou **bakteriální pneumonii** (bronchopneumonie a lobární pneumonie), či tzv. **atypickou pneumonii** charakterizovanou diskrepancí fyzikálního a rentgenologického nálezu. V ambulantní péči diagnóza nebývá vždy objektivizována rentgenologicky a bývá zaměňována s bronchitidou. Terapeutická rozvaha vychází z klinického obrazu. Nekomplikované pneumonie u imunokompetentních jedinců je možno léčit ambulantně. V ambulantní ale i v nemocniční péči je iniciální léčba empirická.

**Bakteriální pneumonie** má výraznou systémovou symptomatologii. Antibiotická léčba u starších dětí, adolescentů a dospělých je zaměřena proti *S. pneumoniae* a *H. influenzae*. U kojenců a batolat a také u seniorů se mohou uplatnit i *E. coli* a *K. pneumoniae*. Volba antibio-

tika bude záviset především na stavu citlivosti v daném regionu. Penicilinová antibiotika jsou u nás stále lékem volby, v iniciální léčbě ambulantního pacienta především **amoxicilin** v dávce 50 – 90 mg/kg, u dospělých 3 – 4,5 g rozděleně ve 3 dávkách.

Významným faktorem pro úspěch léčby je včasné nasazení antibiotické terapie. U kojenců a batolat je vždy nutné zvážit hospitalizaci. U ostatních pacientů je hospitalizace nutná, pokud se objeví známky respirační tísně. Odběr hemokultury u hospitalizovaných by měl být zlatým standardem.

Vzácněji se můžeme v komunitě setkat s **aspirační pneumonií** u etyliků, či pacientů s úrazem hlavy, nebo u pacientů s intenzivním zvracením. U těchto je nutné myslet i na podíl anaerobů a dle toho i cílit antibiotickou léčbu – **penicilinová antibiotika případně s inhibitorem betalaktamáz**.

V období chřipkové epidemie se na etiologii zánětu plic kromě pneumokoka uplatňuje také *S. aureus* (10 – 20% případů). Toto agens je rizikem i u intrave-

## Promediamotion

tabulka č. 2

## Infekce DCD a jejich etiologie

### ► Tracheitis acuta/ Tracheobronchitis acuta

1. **Virová:** viry influenzy a další respirační viry
2. **Bakteriální:** *Bordetella pertussis* a *B. parapertussis* u vnímavých jedinců

### ► Bronchitis acuta

1. **Virová:** viry influenzy a parainfluenty, adenoviry, RSV (> 80% všech akutních bronchitid je vyvoláno viry)
2. **Bakteriální:** *M. pneumoniae*, *Chlamydia species*, u starých osob *H. influenzae*, *S. pneumoniae*
3. **Neinfekční:** alergie

### ► Akutní exacerbace chronické bronchitidy:

1. **Virová:** respirační viry
2. **Bakteriální:** *Haemophilus species*, *S. pneumoniae*, méně často *M. catarrhalis*, *S. aureus*, *C. pneumoniae*, *M. pneumoniae*
3. **Neinfekční:** zevní prostředí, kouření, alergie

### ► Bronchiolitis acuta:

1. **Virová:** RSV- onemocnění kojenců, vzácně seniorů a imunodeficitních

### ► Pneumonia/bronchopneumonie/atypická pneumonie

#### Etiologie podle věku:

1. **novorozenci:** *C. trachomatis*, *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, další G<sup>-</sup> bakterie, streptokoky ze skupiny A i B respirační viry, u nedonošenců vzácně i *Pneumocystis carinii*
2. **kojenci, batolata, předškolní věk:** do 6 měsíců věku respirační viry, *C. trachomatis*, *S. aureus*, G<sup>-</sup> bakterie, *H. influenzae* (opouzdřené i neopouzdřené kmeny), *S. pneumoniae*
3. **školní věk a adolescenti:** *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* a *C. psittaci*, u i.v.narkomanů *S. aureus*
4. **Dospělí:**
  - Lobární pneumonie: *S. pneumoniae*, *Haemophilus spp.*, *K. pneumoniae* (senioři)
  - Bronchopneumonie: *S. pneumoniae*, *S. pyogenes* sk. A, *S. aureus* (pochřipková a u i.v.narkomanů)
  - Atypická pneumonie: viry influenzy, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *Legionella pneumophila*.

mydiemi se vyhojí spontánně. Rozhodujícím pro indikaci antibiotické léčby musí být klinický obraz, ne náhodně zjištěná sérologická pozitivita. Problémem zůstává dostupnost a rychlost mikrobiologického ověření právě u atypických pneumonií.

## Závěr

Onemocnění dýchacích cest si pravděpodobně ještě po dlouhou dobu zachová vysoký podíl na nemocnosti naší populace. Uvážlivý přístup k indikaci antibiotické léčby znamená udržení příznivého stavu citlivosti k antibiotikům u bakteriálních původců komunitních infekcí. Správná praxe v preskripci antibiotik je dynamický proces. K dosažení správné praxe je nutná spolupráce praktika, klinika a mikrobiologa. Rozhodnutí o správném postupu vyžaduje znalost epidemiologické situace, vyšetření správně provedených odběrů validních vzorků a správnou interpretaci výsledků získaných. Uvážlivá a cílená léčba umožní i do budoucna úspěšně léčit bakteriální zánehy DCD.

#### Literatura:

1. Bartlett J. G.: *Management of respiratory tract infections. 3rd edition*, Lippincott Williams & Wilkins, 2002
2. Bartlett J.G.: *A prediction rule to identify low-risk patients with community acquired pneumonia*. N. Engl. J. Med. 1997; 275: 134 – 139
3. Běbrová E., Beneš J., Čížek J. et al.: *Doporučený postup pro antibiotickou léčbu komunitních respiračních infekcí v primární péči*. Praktický lékař, 2003, 83(9): 502-515, také www.cls.cz
4. Brown E.: *Clinician's manual on antibiotic prescribing in the community*. 2000, Science Press, London
5. Gorbach S. L., Bartlett J. G., Falagas M., Hamer D. H.: *Guidelines for Infectious Diseases in Primary Care*, Williams & Wilkins, USA,
6. Heffelfinger J. D., Dowell S. F., Jorgensen J. H. et al: *Management of community-acquired pneumonia in the era of pneumococcal resistance*. Arch. Intern. Med. 2000; 160: 1399-1408
7. Jindrák V., Běbrová E.: *Mikrobiologické podklady pro léčbu antibiotiky v ambulanci praxi*. Klin. mikrob. inf. lék. 2000;6(9-10): 290-293
8. Marešová V.: *Infekce dýchacích cest v komunitě – diagnostika a léčba*. Remedia 2001; 11(3): 192 – 198
9. Nennig M.E., Shinefield H. R., Edwards K. M. et al.: *Prevalence and incidence of adult pertussis in an urban population*. JAMA 1996; 275: 1672- 78
10. Toršová V., Medková Z.: *Mykoplasmaty a chlamydie v etiologii respiračních onemocnění*. Pediatrie pro praxi 2000, 1(3), 118 – 123
11. Urbášková P.: *Trendy rezistence na antibiotika u některých původců komunitních infekcí v ČR*. Pediatrie pro praxi 2000;1(3): 105-107
12. Urbášková P.: *Peniciliny stále aktuální*, Pediatrie pro praxi 2000 , 1 (2): 63-67
13. Urbášková P., Jindrák V., Marešová V.: *Antibiotická rezistence u hlavních původců bakteriálních infekcí v ČR*. Lege artis, 2001; 1(9): 5-7
14. Vacek V.: *Současné trendy v patogenezi, diagnostice a terapii respiračních infekcí*. Klin. mikrob. inf. lék. 2000;6(9-10):271-27

nózních narkomanů. Průběh bývá bouřlivý, v komunitě však zatím převažují meticilin senzitivní stafylokoky. Lékem volby je oxacilin. Vzhledem k průběhu stafylokokových pneumonií je hospitalizace nutná.

**Legionelóza**, která se může prezentovat jako typická bakteriální pneumonie se liší obvykle průběhem a anamnézou. Při podezření na tuto etiologii vždy pacienta hospitalizujeme. Jako komunitní pneumonie se našťastí vyskytuje poměrně vzácně. Lékem volby je **erytromycin**, při systémovém postižení v kombinaci s rifampicinem či fluorochinolony.

**Atypická pneumonie** se liší od již uvede-

ných klinickou symptomatologií a neměly by dělat diagnostické problémy. Odlíšení virové a bakteriální etiologie je klinicky nemožné, mimo zvláštních situací (varicella), kde je indikován aciklovir. Volba antibiotika je cílena proti *M. pneumoniae* a *Chlamydia spp.* Ve věkové kategorii starších dětí, adolescentů a mladých dospělých může být v době epidemie může být *M. pneumoniae* příčinou 30 – 40% komunitních pneumonií, mimo epidemie je incidence nižší (kolem 3%). Lékem volby u dětí jsou **makrolidy**, u dospělých také **doxycyklin**. Některé studie o významu antibiotické léčby pochybují a je jisté, že mnoho infekcí vyvolaných mykoplasmaty a chla-

**Servicor**

**Enap**