



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

číslo 7/2004

ročník 3

určeno všem
praktickým
lékařům



Z obsahu:

Insomnie

Hepatitida C

Srdeční selhání

Chřipka - souhrnná informace

Informační stránky SVL ČLS JEP

Vydává
Practicus s.r.o.

www.practicus.cz

POEMS



EDITORIAL

Vážené kolegyně, vážení kolegové!

Opět nastal čas, kdy se můžeme společně sejít na výroční konferenci Společnosti všeobecného lékařství, již XXIII. v pořadí, pořádané ve dnech 10.-13.11. v Karlových Varech. Jedním z témat letošní konference je medicína 21. století a role všeobecného praktického lékaře v tomto období. Když jsme o tématu přemýšleli, bylo zřejmé, že jedním z hlavních problémů bude optimální aplikace medicíny založené na důkazech (Evidence Based Medicine) do naší každodenní praxe. Tato činnost je některými z lékařů často chápána pouze technokraticky, to znamená, že za definovaných podmínek se vždy musí potvrdit daný postup. Proti tomu existuje i něco, co je obecně chápáno jako umění medicíny. Lékaři léčí „lege artis“, tj. „podle pravidel umění“, a to i z důvodů, že se setkáváme se skutečností, že účinek léčby nezávisí jen na technicky správné a včas podaném preparátu nebo indikované léčbě. Velkou roli, jak pacienti budou na naši léčbu reagovat, hraje kromě jiných okolností i spiritualita daného jedince a okolí, které jej obklopuje.

Je spiritualita něco proti medicíně založené na důkazech? Jedná se snad o něco nevědeckého, proti čemuž je nutno bojovat a co je nezbytné potlačit? Nebo by měl lékař s tímto aspektem při svém rozhodování a konání vždy počítat a využívat jej ve prospěch svých pacientů? Tyto a podobné otázky si jistě každý z nás mnohokrát položil a možná ne vždy našel uspokojující odpověď.

Proto jsme se rozhodli do letošní konference tuto problematiku zařadit, a to na předkonferenční sympozium, které proběhne 10. 11. v hotelu Thermal, na které Vás srdečně zveme. Název spiritualita v medicíně třetího tisíciletí snad vhodně charakterizuje daný problém. Uměle jsme se pokusili tyto dva aspekty dát do protikladu. Téma Evidence Based Medicine bude přednášet vědecký sekretář SVL ČLS JEP, kolega Bohumil Seifert. Jsme velmi poctěni tím, že druhému tématu se bude věnovat a účast přislíbil nám všem jistě známý Pražský světící biskup Václav Malý. Předpokládáme, že obě vystoupení přinesou dostatek inspirace pro následnou diskusi, která se bude týkat různých aspektů této problematiky i postřehů z naší každodenní praxe.

Doufáme, že takto koncipované předkonferenční sympozium bude vhodným úvodem k následujícím dnům naší konference. Nosným tématem budou poznatky pro všeobecné praktické lékaře na základě medicíny založené na důkazech, tvorba a možnosti doporučených léčebných postupů (DLP) pro praxi všeobecných praktických lékařů. V této oblasti vstupujeme do nové etapy, která je charakterizována filozofií, že tvorba DLP pro naši praxi musí být v rukách praktických lékařů tak, jak je tomu i v zahraničí. S prvními výsledky našeho snažení budete seznámeni v průběhu konference.

Je potěšitelné, že se daří pokračovat i v další novodobé tradici, a tou je spoluúčast zdravotních sester praktických lékařů na naší konferenci. Pro naše nejbližší spolupracovnice v ordinacích je přichystána paralelní sekce, která je věnována moderním aspektům ošetřovatelství a medicíny s tím spojené, takže mnohá témata budou, jak doufáme, zajímavá i pro lékaře.

Genius loci Karlových Varů se jistě projeví i na připravovaných kulturních akcích, kterými jsme se pokusili Vás zaujmout a město samo o sobě dává záruky kulturního vyžití i podle Vašich individuálních nároků.

Závěrem mi dovoluji, abych Vám všem, kteří jste se rozhodli zúčastnit naší XXIII. výroční konference SVL ČLS JEP v Karlových Varech, poděkoval za Váš zájem. Doufám, že s jejím průběhem budete spokojeni a že se budete vracet do svých domovů obohaceni o nové duchovní i odborné poznatky, které Vám pomohou při Vaší každodenní náročné práci.

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
předseda SVL ČLS JEP

Redakční rada

► Předsedkyně redakční rady:

MUDr. Jaroslava Laňková

(členka výboru SVL ČLS JEP, koordinátorka kontinuálního vzdělávání při SVL ČLS JEP)

► Užší poradní výbor:

MUDr. Marcela Bradáčová

(praktická lékařka Brno, členka výboru SVL ČLS JEP)

MUDr. Pavel Brejník

(krajský konzultant SVL ČLS JEP za střežovský kraj)

MUDr. Jiří Burda

(krajský konzultant SVL ČLS JEP za jihočeský kraj)

MUDr. Ján Dindoš

(Praktický lékař a plicní lékař, Neratovice)

MUDr. Jana Hajnová

(krajská konzultantka SVL ČLS JEP za plzeňský kraj)

MUDr. Alice Havlová

(krajská konzultantka SVL ČLS JEP za ostravský kraj)

MUDr. Jiří Havránek

(krajský konzultant SVL ČLS JEP za kraj Vysočina)

MUDr. Otto Herber

(Místopředseda SVL ČLS JEP)

MUDr. Ambrož Homola, Ph.D.

(krajský konzultant SVL ČLS JEP za královéhradecký kraj)

MUDr. Jiří Horký

(krajský konzultant SVL ČLS JEP za zlínský kraj)

MUDr. Cyril Mucha

(krajský konzultant SVL ČLS JEP za kraj Hl. město Praha)

MUDr. Anna Nejedlá

(krajská konzultantka SVL ČLS JEP za ústecký kraj)

MUDr. Alexandra Sochorová

(krajská konzultantka SVL ČLS JEP za pardubický kraj)

MUDr. Alena Šimurdová

(krajská konzultantka SVL ČLS JEP za karlovarský kraj)

MUDr. Jan Šindelář

(krajský konzultant SVL ČLS JEP za liberecký kraj)

MUDr. Helena Štěpánková

(krajská konzultantka SVL ČLS JEP za olomoucký kraj)

MUDr. Milada Vinická

(krajská konzultantka SVL ČLS JEP za jihomoravský kraj)

► Poradci z řad specialistů:

MUDr. Věra Adámková, CSc.

(IKEM - Pracoviště preventivní kardiologie, Praha)

Prim. MUDr. Viktor Kašák

(Pneumologická ordinace LERYMED, Praha)

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.

(Infekční oddělení FN Bulovka, Praha)

Doc. MUDr. Miloše Sedláčková, CSc.

(Poradce pro obor gastroenterologie, Praha)

Doc. MUDr. Tomáš Sechser, CSc.

(Pracoviště kl. 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 příjmu potravy

► Inzulínová rezistence

► Pacient po IM

► Chronická bolest

Obsah

► **Ověřte si své znalosti...** 234

► Srdeční selhání

Doc. MUDr. Lenka Špinarová, Ph.D. 235

► Ošetrovatelská problematika v primární péči

Novinka v mokré terapii - TenderWet® active 240

► **Otázky a odpovědi** 242

► Chřipka - souhrnná informace

MUDr. Cyril Mucha 243

► **SVL informuje** 246

► Insomnie

MUDr. Martin Pretl, CSc. 252

► **POEM** 255

► Refluxní ezofagitida

MUDr. Karel Lukáš, CSc. 256

► Hepatitida C

Doc. MUDr. Petr Husa, CSc., MUDr. Libuše Husová 258

► Kazuistika

Postvakcinační paréza n. axillaris 261

► Erektální dysfunkce - diagnostika a farmakoterapie

MUDr. Ondřej Trojan 262



practicus

odborný časopis praktických lékařů

Redakce:

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

Manažerka časopisu:

Mgr. Kristýna Svobodová
GSM: +420 776 234 469
e-mail: kristyna.svobodova@practicus.cz

Předsedkyně redakční rady:

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

Odborný redaktor:

MUDr. Michal Čillík

Odpovědná redaktorka:

Renata Ryšlavá



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.

Roční předplatné pro ostatní zájemce 610 Kč.

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...

- **Aventis Pasteur**
- **Desitin Pharma**
- **Green Planet**
- **Green Swan**
- **Grünenthal**
- **Hartmann Rico**
- **KRKA**
- **Orion Diagnostica**
- **Roche**
- **Zentiva**

KRKA
Asentra



ověřte si své znalosti...

Možnost zaslání řešení testu pomocí textové zprávy (SMS) (viz instrukce níže). Uzavření SMS brány dne 31.10.2004

Správné odpovědi z minulého čísla: XXX

Správné odpovědi jsou v souladu s informacemi uvedenými v článcích.

5 vylosovaných úspěšných řešitelů bude odměněno publikací o hepatitidě C.

► Chřipka

(str. 243)

1. Při očkování proti chřipce se rutinně neužívá:

- a) inaktivovaná celovirová vakcína
- b) štěpená inaktivovaná vakcína (tzv. split)
- c) sujednotková inaktivovaná vakcína

► Insomnie

(str. 252)

2. Projevy syndromu neklidných končetin se charakteristicky objevují:

- a) 1-2 hodiny po usnutí, kdy probudí postiženého a brání dalšímu spánku
- b) krátce po ulehnutí do lůžka a brání tak usnutí
- c) projeví se po 4-6 hodinách klidu na lůžku a jsou příčinou časného ranního probuzení

3. Jako chronickou insomnií označujeme poruchu spánku trvajíc:

- a) déle než měsíc
- b) alespoň 2 měsíce
- c) alespoň 3 měsíce

► Refluxní ezofagitida

(str. 256)

4. Nejúčinnější lékovou skupinou

při léčbě refluxní choroby jícnu jsou:

- a) prokinetika
- b) inhibitory protonové pumpy
- c) antagonisté H2 receptorů

► Hepatitida C

(str. 258)

5. V roce 2003 bylo v ČR hlášeno:

- a) 158 případů akutních a nově zjištěných hepatitid C
- b) 846 případů akutních a nově zjištěných hepatitid C
- c) 2152 případů akutních a nově zjištěných hepatitid C

6. Jednoznačně nejčastější cestou přenosu hepatitidy C v ČR je:

- a) sexuální kontakt
- b) i.v. cesta u uživatelů drog
- c) i.v. cesta u transfúzí krve či krevních derivátů

7. Aktivita transamináz ALT a AST u chronické hepatitidy C:

- a) poukazuje na stupeň poškození jaterního parenchymu (čím vyšší aktivita, tím závažnější poškození a naopak)
- b) nepatří přímá úměra mezi poškozením jaterního parenchymu a aktivitou ALT a AST, výjimkou nejsou trvale normální

hodnoty transamináz u pokročilých stavů
c) vždy dochází ke zvýšení aktivity transamináz, neodpovídá však stupni poškození parenchymu

8. K léčbě hepatitidy C se v ČR podává:

- a) pegylovaný interferon a vysoké dávky vitamínu B12
- b) ribavirin a vysoké dávky pyridoxinu
- c) kombinace pegylovaného interferonu a ribavirinu

► Srdeční selhání

(str. 235)

9. Nejčastější příčinou chronického srdečního selhání v ČR je:

- a) chlopní vady
- b) hypertenze
- c) ischemická choroba srdeční

► Erektální dysfunkce

(str. 262)

10. Mezi skupiny léků rizikových z hlediska ED nepatří:

- a) beta-blokátory
- b) SSRI antidepressiva
- c) inhibitory protonové pumpy

Odpovědi můžete odeslat SMS zprávou ve tvaru:

GP(mezera)PRAC3(mezera)odpověď písmenem na 1. otázku(mezera)odpověď písmenem na 2. otázku...(mezera)odpověď písmenem na poslední otázku(mezera)XXXXXX

Místo znaků XXXXXX zadejte Vaše **identifikační číslo člena SVL** (najdete na své kartičce člena SVL)

Zprávu odešlete na tato telefonní čísla: **Eurotel 999030, T-Mobile 5030, Oskar 60030**

Textová zpráva bude vypadat například takto: **Gp prac3 a b c c a b b c 727932**

Test můžete rovněž vyplnit na internetových stránkách www.zdravcentra.cz.

Odeslání SMS zprávy nebo vyplnění testu bude možno do uzavření SMS brány dne 31.10.2004.

Správné odpovědi k testu naleznete v příštím čísle časopisu Practicus.

Pozn: Službu neprovozují společnosti Eurotel, T-Mobile, Český Telecom ani Český mobil. Službu poskytuje KONZULTA Brno, a.s., Veveří 9, 602 00 Brno. Cena za odeslanou SMS odpovídá Vašemu tarifu.

5 vylosovaných úspěšných řešitelů znalostního testu z č. 5/2004 obdrželo od SVL ČLS JEP hodnotnou odbornou publikaci.

Vylosovaní výherci:

Proxová Irena, Poděbrady, Jedlička František, Brno, Beerová Daniela, Cheb, Tóthová Jitka, Dolany, Závodská Gabriela, Brno

Vylosovaným výhercům gratulujeme!

Srdeční selhání

Doc. MUDr. Lenka Špinarová, Ph.D.

LF MU, Brno

Souhrn:

Srdeční selhání je stav postižení srdce, při kterém navzdory dostatečnému plnění komor klesá minutový srdeční výdej a srdce není schopno krýt metabolické nároky na periférii. Dochází k aktivaci sympatoadrenálního a renin-angiotenzin-aldosteronového systému, ke zvýšení vazokonstrikčních působků (endotelinu) a cytokinů. Srdeční selhání lze rozdělit na akutní a chronické, další rozdělení je na systolické či diastolické.

Klíčová slova:

minutový srdeční výdej, chronické srdeční selhání, dušnost, stenokardie

Neinvazivní vyšetření

EKG

U CHSS nepodává podstatnější informace o stavu nemocného a závažnosti onemocnění. Fyziologické EKG je vzácné. Z EKG můžeme usuzovat na přetížení síní, hypertrofii a přetížení komor, na stavy po infarktu myokardu. Asi 20% nemocných má chronickou fibrilaci síní, často nacházíme blokádu levého či pravého Tawarova raménka, nález extrasystol není vzácností. Výskyt nesetralých komorových tachykardií souvisí s pokročilostí onemocnění a jejich přítomnost je prediktorem nejen náhlé smrti, ale i úmrtnosti na progresi srdečního selhání.

RTG srdce a plic

Hodnotí známky plicního městnání, typické je zvýšení kardiotorakálního indexu nad 0,5. Se stoupajícím plicním žilním tlakem se objevuje zmožením kresby i v horních plicních polích, nejprve se zachovanou, později s vymizelou kresbou v dolních polích. Dalším stupněm plicního městnání je intersticiální plicní edém. Perivaskulární edém je způsoben tekutinou okolo cév a projevuje se jako hilové a perihilové zamíření. Subpleurální edém znamená rozšíření do periferie. Alveolární edém je známkou akutního jednostranného selhání nebo výrazně zhoršeného selhání chronického.

Echokardiografie

Hodnotí velikost srdečních dutin, poruchy kinetiky levé komory, ejekční frakci, chlopenní aparát, event. poruchu diastolické funkce. Jako jasně snížená ejekční frakce se udává hodnota 40%, nemocní indikovaní k srdeční transplantaci mívají ejekční frakci pod 20%. Současně s ejekční frakcí by se měly udávat objemy levé komory, které čím jsou větší, tím znamenají horší prognózu nemocného. Pro ICHS jsou charakteristické regionální poruchy kinetiky, zatímco pro dilatační kardiomyopatii je typická globální porucha funkce levé komory. Dobutaminová echokardiografie je důležitá k posouzení viability levé komory.

Příčiny srdečního selhání

Nejčastější příčinou chronického srdečního selhání (CHSS) je ischemická choroba srdeční (představuje 50 – 60%), dále dilatační kardiomyopatie (kolem 10 – 15%), chlopenní vady (okolo 10%) a hypertenze (6 – 10%). Prevalence ve všeobecné populaci se pohybuje mezi 0,5 – 2,0%, avšak u nemocných nad 65 let vzrůstá nad 10%.

Chronické srdeční selhání

Anamnéza

Nejčastějším projevem je dušnost. Podle stupně dušnosti se stanoví funkční postižení NYHA I – IV: I je stadium bez potíží, II je stadium dušnosti při větší námaze, III je stadium dušnosti při běžné denní aktivitě, IV je stadium klidové dušnosti. Může být přítomna únava, pocení, celková nevykonnost, nechutenství, zvracení, bolesti v pravém podžebří při hepatomegalii, potíže z otoků dolních končetin. Dále může mít pacient příznaky vyplývající z choroby, která srdeční selhání způsobila. Nejčastější jsou stenokardie při ischemické chorobě srdeční nebo aortální stenóze.

Fyzikální vyšetření

Projevy CHSS lze z didaktického hlediska rozdělit na:

srdeční

tachykardie, arytmie, III. ozva (vzniká nárazem na srdeční stěnu v diastole při sní-

žené poddajnosti levé komory, protodiastolický cval), presystolický cval nebo-li IV. ozva vzniká stejným mechanismem během systoly síní), zvedavý úder srdečního hrotu, systolické šelesty z relativní mitrální nebo trikuspidální insuficience, akcentace 2. ozvy nad plicnicí při plicní hypertenzi.

selhání dopředu

projevy nízkého minutového výdeje: bleďost, oligurie, pocení, mentální poruchy, kachexie, chlad periferie, snížení tlaku.

selhání dozadu

projevy městnání před postiženým srdečním oddílem: zvýšená náplň krčních žil, chrůpky na plicích, hydrothorax, hepatomegalie, ascites, ikterus, otoky končetin.

Laboratorní vyšetření

Zpočátku jsou nálezy zcela normální, při aktivaci neurohumorální osy nacházíme různý stupeň zhoršení ledvinných funkcí (pokles glomerulární filtrace, později zvýšení urey a kreatininu), známky městnání v játrech (zvýšení bilirubinu a jaterních enzymů), dále hyponatremii a hyperurikemii. Poruchy krevních plynů, včetně zvýšeného arteriovenozního rozdílu saturace kyslíku nacházíme až v pokročilejších stadiích srdečního selhání. Z humorálních působků dochází ke zvýšení reninu, angiotenzinu a noradrenalinu, vazopresinu, aldosteronu, natriuretických peptidů, endotelinu a cytokinů (TNF alfa, interleukiny).

tabulka č. 1

Doporučené dávky ACE-I u srdečního selhání

ACE inhibitor	Úvodní dávka	Cílová dávka
benazepril	1 x 2,5 mg	1 x 10 mg
captopril	3 x 6,25 mg	3 x 50 mg
cilazapril	1 x 0,5 mg	1 x 5 mg
enalapril	1 x 2,5 mg	1-2 x 20 mg
fosinopril	1 x 5 mg	1 x 20 mg
lisinopril	1 x 2,5 mg	1 x 35 mg
moexipril	1 x 7,5 mg	1 x 15 mg
perindopril	1 x 2,0 mg	1 x 4-8 mg
quinapril	1 x 2,5 mg	1 x 40 mg
ramipril	1 x 1,25 mg	1-2 x 5 mg
spirapril	1 x 1,5 mg	1 x 6 mg
trandolapril	1 x 0,5 mg	1 x 4 mg

tabulka č. 2

Doporučené denní dávky ARB u chronického srdečního selhání

Generický název	Doporučená dávka
candesartan	4-16 mg
irbesartan	150-300 mg
losartan	25-50 mg
valsartan	80-160 mg
telmisartan	40-80 mg

Radionuklidová ventrikulografie

Umožňuje stanovení ejekční frakce levé i pravé komory, a to jak v klidu, tak při zátěži. Je výhodná zejména u nemocných, kteří nejsou dobře echokardiograficky vyšetřitelní a k posouzení funkce pravé komory.

Zátěžové testy

Walk test je jednoduchý test chůze po dobu 6 minut, kdy se měří vzdálenost, kterou nemocný ušel. Ergometrie objektivizuje pracovní kapacitu a toleranci. Spiroergometrie určuje přesněji funkční zdatnost pacienta se stanovením maximální spotřeby kyslíku (pVO₂). Normální zátěžový test u dosud neléčeného nemocného vylučuje srdeční selhání.

Invazivní vyšetření

Pravostranná katetrizace objektivizuje podmínky plnění levé komory a určí minutový výdej, tlaky v pravé síni a v komo-

ře, střední tlak v plicnici a v zaklínění. Se zhoršováním srdečního selhávání dochází k nárůstu tlaků a ke snížení minutového srdečního výdeje. Hemodynamické vyšetření je nutné u pacientů s terminálním srdečním selháním k posouzení tíže plicní hypertenze a vyloučení její fixované formy, která je kontraindikací srdeční transplantace. Koronarografie u pacientů s ICHS umožňuje posoudit efekt revaskularizačního výkonu. Srdeční biopsie se používá zřídka, výjimkou je vyloučení infiltrativních postižení myokardu, např. amyloidózy.

Diferenciální diagnóza

K únavě a dušnosti mohou vést bronchopulmonální choroby, anémie, či hypothyreóza, prostatická dekompenzace nebo obezita, nutno vyloučit další příčiny známek, např. otoků (renální, hepatální).

Nefarmakologická léčba

Zahrnuje dietu s omezením soli, zákaz alkoholu a kouření, redukci nadváhy a přiměřenou tělesnou aktivitu. Pravidelná fyzická zátěž (procházky 3-5x týdně po dobu 30 minut či cvičení na ergometru 3-5x týdně po dobu

20-30 minut) je pro pacienty ve funkční třídě NYHA I-III prospěšná. Zlepšuje subjektivní potíže a zvyšuje maximální spotřebu kyslíku. Vede rovněž k příznivému ovlivnění histologických a metabolických vlastností kosterních svalů. U pacientů ve stadiu dekompenzace či NYHA IV je doporučován klidový režim, dechová cvičení a pasivní procvičování jednotlivých svalových skupin.

Farmakoterapie

Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE-I)

Brání inhibicí angiotenzin konvertujícího enzymu přeměně angiotenzinu I na angiotenzin II. Dále inhibují rozpad vazodilatačních kininů (bradykinin) a snižují sekreci aldosteronu korou nadledvin.

Klinické účinky ACE inhibitorů jsou: snížení krevního tlaku, dilatace periferního tepenného i žilního řečiště, snížení aktivity sympatoadrenálního systému, příz-

livně ovlivnění remodelace komory po IM, regrese hypertrofie LK. ACE inhibitory podáváme u všech pacientů s chronickým srdečním selháním, včetně asymptomatické dysfunkce levé komory. Indikováni jsou rovněž pacienti po akutním srdečním infarktu, pokud jsou přítomny klinické známky srdečního selhání, či je snižená funkce levé komory pod 40%. Preparáty: captopril, enalapril, lisinopril, perindopril, ramipril, trandolapril, quinapril, spirapril.

Doporučený postup při zahajování léčby inhibitorem ACE:

- ▶ Posoudit potřebu a dávku diuretik a vazodilatacíí.
- ▶ Před zahájením léčby inhibitory ACE upravit nadměrné dávky diuretik. Snížit dávky nebo vysadit diuretika, pokud jsou podávána, na dobu 24 hod.
- ▶ Obvykle je vhodné zahájit podávání inhibitoru ACE ve večerních hodinách, při poloze pacienta vleže na lůžku, aby se tak minimalizoval potenciální nežádoucí účinek na krevní tlak (jednoznačná data, která by to opravňovala u pacientů se srdečním selháním, však k dispozici nejsou). Pokud se začne inhibitor ACE podávat v ranních hodinách, doporučuje se po několik hodin monitorovat krevní tlak.
- ▶ Léčbu je třeba zahájit nízkou dávkou, a tu pak postupně titrovat až k doporučené udržovací dávce, jejíž účinnost byla prokázána ve velkých klinických studiích.
- ▶ Dojde-li k významnému zhoršení funkce ledvin, je třeba léčbu přerušit.
- ▶ Během zahajování léčby inhibitorem ACE je třeba se vyvarovat současného podávání kalium šetřících diuretik.
- ▶ Pacientům léčeným inhibitorem ACE by neměly být podávány nesteroidní protizánětlivé látky (NSA).
- ▶ Zhruba za 1 - 2 týdny po každém zvýšení dávky a poté za 3 a 6 měsíců je třeba zkontrolovat hodnoty krevního tlaku, renální funkci a koncentrace elektrolytů.

K vyšetření do ordinace specializovaného odborníka by měli být odesláni pacienti:

- ▶ s neidentifikovatelnou příčinou srdečního selhání;
- ▶ se systolickým krevním tlakem < 100 mm Hg;
- ▶ se sérovou koncentrací kreatininu > 150 μmol/l;
- ▶ se sérovou koncentrací sodíku < 135 mmol/l;

- ▶ s těžkými formami srdečního selhání;
- ▶ s chlopenní vadou jako primární příčinou.

Blokátory receptorů angiotenzinu II. typu (ARB)

Blokují přímo receptor 1 pro angiotenzin II a zároveň stimulují receptor 2, který působí vazodilatačně. Při jejich užití odpadá nežádoucí účinek kašle, protože nedochází ke zvyšování hladiny bradykininu. Patří sem losartan, valsartan, candesartan, irbesartan, a telmisartan. Podáváme je těm nemocným, kteří netolerují ACE inhibitory z důvodu kašle.

Diuretika

Obecně snižují reabsorpci elektrolytů a vody v ledvinách s následným zvýšením diurézy. U thiazidových a kličkových diuretik se zvýšeně vylučuje jak sodík, tak draslík i magnézium, u kalium šetřících diuretik se draslík s magnéziem zadržují v organizmu. Klinické účinky diuretik jsou: snížení objemu extracelulární tekutiny, snížení krevního tlaku, zvýšená diuréza. Rozdělení diuretik:

- ▶ **Osmotická:** manitol
- ▶ **Proximální:** inhibice karboanhydrázy–acetazolamid, inhibice fosfodiesterázy–theophyllin.
- ▶ **Kličková:** inhibice reabsorbce sodíku v Henleho kliče– furosemid, torasemid, kyselina ethakrynová.
- ▶ **Thiazidová:** inhibice reabsorbce NaCl

v distálním tubulu– hydrochlorothiazid, chlorthalidon.

- ▶ **Draslík šetřící:** blokáda sodíku v distálním tubulu–amilorid.
- ▶ **Antagonisté aldosteronu:** v distálním tubulu brání resorbci sodíku a sekreci draslíku–spironolakton, kankreonát. Diuretika podáváme při retenci tekutin, v mírnějších stadiích thiazidová, v pokročilejších kličková, v těžkých případech kombinujeme kličková s thiazidy a kalium šetřícími. V rezistentních případech podáváme kličková diuretika kontinuálně intravenózně se zachováním uvedené kombinace.

Betablokátory

Snižují aktivitu adenylcyklázy betareceptorů v myokardu (beta 1) a v hladkém svalstvu cévní stěny a bronchů (beta 2). Některá betalytika mají zachovanou částečnou sympatickou aktivitu (ISA), ta však nejsou v léčbě CHSS doporučována. Betalytika bez ISA rozdělujeme na:

- ▶ Neselektivní – metipranolol, propranolol
- ▶ Selektivní – metoprolol, atenolol, bisoprolol, betaxolol
- ▶ Neselektivní s vazodilatačním účinkem – carvedilol (zároveň má i alfa blokační účín) a nebivolol (vazodilatace pomocí NO stimulace).

Klinické účinky:

snížení spotřeby kyslíku v myokardu, snížení krevního tlaku, antiarytmický efekt

blokádu sympatické aktivity, ochrana myokardu proti katecholaminové toxicitě, pokles stimulace jiných vazokonstrikčních systémů, negativně chronotropní efekt, vedoucí k prodloužení diastoly a tím ke zlepšení plnění levé komory. U CHSS krátkodobě vedou ke snížení srdeční funkce projevujícím se mírným poklesem ejekční frakce.

Po 3 měsících však dochází k nárůstu ejekční frakce, snížení plicních tlaků a vzestupu tepového indexu. V počáteční fázi může dojít k přechodnému zhoršení srdeční funkce, která později mizí a je vystřídána jasně pozitivním vlivem. Betablokátory nezahajujeme u dekompenzovaných pacientů.

Doporučený postup při zahajování léčby beta-blokátorem:

- ▶ Pacient by měl být na základní léčbě inhibitory ACE, pokud není kontraindikována.
- ▶ Pacient by měl být v relativně stabilním stavu, bez potřeby intravenózního podávání inotropních látek a bez známek významné retence tekutin.
- ▶ Zahajte léčbu velmi nízkými dávkami a titrujte až do dosažení udržovacích dávek, jejichž účinnost byla prokázána v rozsáhlých klinických studiích. Dávka by měla být vždy po 1 – 2 týdnech zdvojnásobena, pokud předchází dávka byla dobře tolerována. Většina pacientů může být léčena ambulantně.
- ▶ Během období titrace nebo bezpro-

I Vy můžete přispět ke zkvalitnění Vašeho časopisu

Jelikož je naším prvořadým zájmem, aby byl PRACTICUS koncipován zejména podle nároků Vás, našich čtenářů, dovolujeme si Vás požádat o vyplnění a zaslání následujícího anketního kupónu. Na základě jejich vyhodnocení bychom chtěli realizovat některé koncepční a obsahové změny v našem příštím ročníku.

Děkujeme Vám za ochotu a těšíme se na Vaše odpovědi. Prvních 10 respondentů od nás obdrží jako dárek publikaci „Praktický slovník medicíny“.

1. Seřad'te dle Vaší oblíbenosti (1 - 8) následující rubriky časopisu PRACTICUS:

- Informace ze zahraničí
- Odborné články
- Kazuistiky
- Znalostní test
- Informace pro pacienty
- Dotazy a odpovědi
- SVL ČLS JEP informuje

- POEM (Patient Oriented Evidence that Matters)
- Internet - přítel člověka

2. V časopisu PRACTICUS bych uvítal/a:

- Více odborných článků spíše ano spíše ne
- Více kazuistik spíše ano spíše ne
- Více informací SVL ČLS JEP spíše ano spíše ne
- Právnícké okénko spíše ano spíše ne

tabulka č. 3

Zahajovací a cílové dávky a titrační schéma beta-blokátorů na základě recentních velkých kontrolovaných studií

přípravek	počáteční denní dávka (mg)	cílová denní dávka (mg)
bisoprolol	1 x 1,25	1 x 10
carvedilol	2 x 3,125 - 6,25	2 x 25-50
metoprolol ZOK	1 x 12,5	1 x 200

středně po něm může dojít k přechodnému zhoršení srdečního selhání, hypotenzi nebo bradykardii:

- ▷ pacienta je třeba sledovat s ohledem na příznaky srdečního selhání - retence tekutin, hypotenze a bradykardie;
- ▷ v případě zhoršení symptomatologie je třeba nejprve zvýšit dávku diuretika nebo inhibitoru ACE; v případě nutnosti přechodně snížit dávku beta-blokátoru;
- ▷ v přítomnosti hypotenze je třeba nejprve snížit dávku vazodilancií; v případě nutnosti snížit dávku beta-blokátoru;
- ▷ snížit dávky nebo přerušit podávání léků, které mohou snižovat tepovou frekvenci v přítomnosti bradykardie; v případě nutnosti snížit dávku beta-blokátoru, ale jeho podávání přerušit pouze v jednoznačných případech;

- ▷ vždy je třeba zvážit opětovné zahájení a/nebo opětovnou titraci dávky beta-blokátoru, jakmile se stav pacienta stabilizuje.
- ▶ Pokud je k léčbě dekompenzovaného pacienta léčeného beta-blokátory nutná inotropní podpora, je třeba dát přednost inhibitorům fosfodiesterázy, neboť jejich hemodynamické účinky nejsou antagonizovány beta-blokátory. Do péče specializovaného odborníka by měli být odesláni pacienti
 - ▶ s těžkým srdečním selháním (NYHA III - IV);
 - ▶ se srdečním selháním neznámé etiologie;
 - ▶ s relativními kontraindikacemi: bradykardie, nízký krevní tlak;
 - ▶ s intolerancí i na nízké dávky beta-blokátorů;
 - ▶ s předchozí léčbou beta-blokátory, která musela být přerušena pro výskyt příznaků;

- ▶ se suspektním astmatem nebo bronchiálním postižením.
- Kontraindikace léčby beta-blokátory u pacientů se srdečním selháním:
- ▶ astma bronchiale;
 - ▶ závažné postižení bronchů;
 - ▶ symptomatická bradykardie nebo hypotenze.

Digoxin

Má pozitivně inotropní efekt, v autonomním nervovém systému zvýší parasympatický tonus a zároveň potlačí aktivitu sympatiku. Klinické účinky jsou: zvýšení stažlivosti, zpomalení srdeční frekvence, potlačení aktivace neurohumorálních systémů- renin-angiotenzinového a vazopresinového, snížení spotřeby kyslíku myokardem, zvýšení zásobení myokardu kyslíkem prodloužením diastoly, zpomalení frekvence komor u fibrilace síní. Digoxin je lékem volby u nemocných se srdečním selháním provázeným fibrilací síní nebo flutterem síní. U nemocných se srdečním selháním a sinusovým rytmem je digoxin vhodný pouze u nemocných se srdeční dilatací a prokázanou systolickou dysfunkcí nebo tam, kde není dostatečný účinek ACE-I a diuretik.

Pozitivně inotropní látky nedigitalisové povahy

Jsou to:

- ▶ Látky působící přes sympatický nervový systém. Beta-1 stimulace zvyšuje

- Problematiku pojišťoven spíše ano spíše ne
 - Více informací ze zahraničí spíše ano spíše ne
 - Více informací pro pacienty spíše ano spíše ne
- Jiné:

- SVL ČLS JEP spíše ano spíše ne
 - Je dobře využitelný pro moji praxi spíše ano spíše ne
- Jiné:

3. PRACTICUS čtu zejména proto, že:

- Je stručný a praktický spíše ano spíše ne
- Obsahuje informace SVL ČLS JEP spíše ano spíše ne
- Má přehlednou grafickou úpravu spíše ano spíše ne
- Je oficiálním časopisem

4. Na časopise PRACTICUS se mi nejvíce líbí:

.....

.....

.....

5. Na časopise PRACTICUS mi nejvíce vadí:

.....

.....

.....

Vyplněný kupón, prosím, zašlete na adresu redakce:

PRACTICUS s.r.o., Budějovická 55/1998, 140 00 Praha 4, tel./fax: 244 467 641

riziko vzniku arytmií a navíc zvyšuje spotřebu kyslíku myokardem. Dopamin a noradrenalin se používají pouze k léčbě kardiogenního šoku. Největší využití z těchto látek má prakticky dobutamin, který se podává u těžce selhávajících nemocných.

- ▶ Inhibitory fosfodiesterázy: amrinon, enoximon, milrinon. Použití se omezuje pouze na nemocné v kritickém stavu srdečního selhání jako alternativa dopaminu a dobutaminu. Při dlouhodobém podání u chronického srdečního selhání zvyšují mortalitu a nejsou zatím doporučeny pro běžnou klinickou praxi.
- ▶ Senzitizéry vápníku –levosimendan, nezvyšují nabídku vápníku, ale zvyšují k němu citlivost.

Vazodilatancia

Převážně kombinace nitrátů a dihydralazin (žilní a arteriální dilatační látka) Nitráty mají své místo u ischemiků se srdečním selháním v případě anginy pectoris, dále je možno přidat nitráty do kombinace k ACE-I u těžších forem.

Antikoagulační léčba

Podává se u nemocných se srdečním selháním s fibrilací síní, dále u nemocných se sinusovým rytmem, pokud mají přítomné tromby v srdečních dutinách nebo anamnézu embolizace.

Antiarytmická léčba

U CHSS mají praktický význam pouze betablokátory a amiodaron. Podáme je nemocným symptomatickým a nemocným s komorovými tachykardiemi.

Výhledové možnosti léčby CHSS

V léčbě se neosvědčily inhibitory neutrální endopeptidázy (omapatrilát, candoxatril), antagonisté endotelinu či blokátory cytokinů, př. TNF alfa. Nadějně se jeví použití antagonistů vazopresinu (tolvaptan, conivaptan).

Invazivní léčba

Revaskularizace

Je indikovaná u pacientů s ischemickou chorobou srdeční a poruchou systolické funkce levé komory, pokud je přítomný hibernovaný myokard.

Kardiostimulace

Provádí se u symptomatických bradyarytmií, u sick sinus syndromu či u AV blokády vyššího stupně. Většinou se používá DDD stimulace.

U pacientů NYHA III-IV při QRS nad 150 ms, snížené EF a známkách asynchronie stahu LK využíváme resynchronizační terapii biventrikulární stimulací CRT).

Implantabilní kardiovertor defibrilátor (ICD)

Užívá se u nemocných po resuscitaci pro komorovou fibrilaci nebo s opětovnými komorovými tachykardiemi nereagující na léčbu amiodaronem. Účinnost léčby ICD klesá u pokročilejších forem srdečního selhání, protože nezabrání selhání srdce jako pumpy.

Ortotopická transplantace srdce (OTS)

Je zvažována, když navzdory všem dosažitelným postupům je odhad životní prognózy nemocného kratší než 1 rok. Nemocný je podrobně komplexně vyšetřen, po indikaci zařazen na čekací listinu, proběhne-li úspěšná OTS, pak trvale pravidelně sledován. Všechna opatření směřují k tomu, aby při trvalé imunosupresivní léčbě a možnosti závažných komplikací byly vytvořeny předpoklady pro víceleté přežití. Mosty k srdeční transplantaci jsou obecně léčebné postupy, které prodlužují život u pacientů s těžkým srdečním selháním, čekajících na srdeční transplantaci.

- ▶ **Intraaortální balonková kontrapulzace** spočívá v zavedení nafukovacího balonku do descendentní aorty. Inflace balonku v diastole znamená vypuzení krve směrem proximálním i distálním, naopak jeho deflace v systole usnadňuje vypuzování krve a vede ke zvýšení minutového výdeje.
- ▶ **Mechanická srdeční náhrada** Jsou jednak přístroje k podpoře srdečních komor a jednak umělé srdce. Přístroje zahrnují rotační pumpy, pneumatické systémy nebo elektromechanickou podporu.
- ▶ **Farmakologická podpora** v podobě implantabilních pump s pozitivně inotropními látkami či prostaglandiny.

Léčba chronického srdečního selhání (CHSS) podle NYHA klasifikace

- ▶ **NYHA I: ACE-I, betablokátory po infarktu myokardu.**
- ▶ **NYHA II: ACE-I, betablokátory, diuretika, digoxin** (při fibrilaci síní, 3. ozvě či dilataci srdce)
- ▶ **NYHA III: ACE-I, diuretika** (včetně ver-

spironu), *betablokátory, digoxin, nitráty*
▶ **NYHA IV: ACE-I, diuretika** (včetně verospironu), *betablokátory, digoxin, vazodilatancia, pozitivně inotropní látky, mechanická srdeční podpora, srdeční transplantace*

Prognóza

I přes výrazný pokrok ve farmakoterapii se jednorocní mortalita chronického srdečního selhání pohybuje mezi 15–20% a pětiletá mortalita dosahuje až 50%. CHSS je spojené se špatnou prognózou, jednoletá mortalita je u NYHA I-III 20%, pro NYHA IV 50%. Markery špatné prognózy jsou: ejekční frakce méně než 20%, KTI více než 0,6, pVO2 méně než 10 ml/kg/min, NYHA IV, věk nad 65 let, natrémie pod 135 mmol/l, zvýšená koncentrace noradrenalinu, endotelinu a natriuretických peptidů v plasmě, výrazně snížená variabilita srdeční frekvence, malígní arytmie.

Literatura:

- 1) Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Eur Heart J 2001; 22; 1527–1560
- 2) Hradec J. Léčba srdečního selhání. Remedia 1998; 8; 340–349
- 3) Jerie P.: Digitalis – ano či ne. Prakt. Lék 1997; 77: 338–342
- 4) Šimko F., Šimko J.: Is the tissue renin-angiotensin system decisive in the action of ACE inhibitors? Cor Vasa 1997; 39; 237–238
- 5) Špinar J., Hradec J., Málek I., Toman J.: Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání. Cor et vasa 2001; 6 (43); K123–138
- 6) Špinar J., Vitovec J., Kubecová L., Pařenica J.: Klinické studie v kardiologii. Grada 2001; 485 s.
- 7) Špinar J., Vitovec J., Kubecová L., Pařenica J.: Klinické studie v kardiologii – 100 nejvýznamnějších studií roku 2001. Grada 2002; 189 s.
- 8) Špinarová L., Špinar J.: Betablokátory v léčbě chronického srdečního selhání. Vnitřní lékařství 1998; 44; 9; 558–62
- 9) Špinarová L.: Diuretika v léčbě chronického srdečního selhání. Kardiologická revue 1999; 2; 88
- 10) Špinarová L., Špinar J., Zatloukal B., Vitovec J., Toman J., Štefka M.: Zátěžové vyšetření u chronického srdečního selhání. Vnitřní lékařství 1995; 41; 1; 8–12.
- 11) Špinarová L.: Změny v EKG u chronického srdečního selhání a po transplantaci. Vnitřní lékařství 2003; 49(9); 730–733
- 12) Vitovec J., Špinar J.: Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu v léčbě srdečního selhání – kombinace a interakce. Vnitř. Lék. 1997; 43; 525–528
- 13) Vitovec J.; Špinar J.: First-dose hypotension after angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors in chronic heart failure: a comparison of enalapril and perindopril. Slovak Investigator Group.: Europ J Heart Failure 2000; 2; 299–304
- 14) Vitovec J., Špinar J.: Betablokátory v léčbě chronického srdečního selhání. Vnitřní lékařství 2000; 46; 161–165
- 15) Vitovec J., Špinar J.: Farmakoterapie kardiiovaskulárních onemocnění, Grada 2004; 248 s.
- 16) Widimský J.: Jaká je optimální dávka ACE inhibitorů u chronického srdečního selhání? Cor Vasa 1998; 40; 115–119
- 17) Widimský J.: Inhibitory ACE v léčbě nemocných po infarktu myokardu. JAMA CS 1995; 2; 146–147
- 18) Widimský J., Špinar J.: Nedostatky léčby srdečního selhání v Evropě. Zaostává klinická praxe za evropskými směrnici? Zaostává Česká republika za Evropou? Cor et Vasa 2003; 45 (10); 481–5

Novinka v mokré terapii – TenderWet® active

MUDr. Sabina Švestková

II.kožní klinika, FN Brno

Léčení bércových vředů je v mnoha případech velmi obtížné. Onemocnění podstatně snižuje kvalitu života nemocných, staví pacienta, rodinné příslušníky i zdravotnický personál před dlouhotrvající problémy. Léčba chronických ran je kromě toho spojena s vysokými náklady a stává se i problémem ekonomickým. Dobrá léčebná koncepce ulcus cruris předpokládá správné posouzení stavu rány, stanovení fáze hojení, zhodnocení oběhových poměrů a závislosti na celkovém stavu organismu. Cílem dobrého ošetření rány je regulace a stimulace jednotlivých fází hojení tak, aby bylo zajištěno kvalitativní zlepšení hojení. Nemalou roli hraje i připravenost a spolupráce pacienta.

Princip mokré terapie spočívá v kombinaci účinku mokrých obvazů a absorpčních krytí na rány. Zjednodušuje provádění interaktivní mokré terapie, která účinně podporuje samočištění rány a tvorbu granulační tkáně. Krytí TenderWet® představuje systém obvazového materiálu, který vyvolává v ráně samočinný vyplachovací efekt a tudíž přes mechanismy působení jiných systémů obvazových materiálů sahá až po terapii v mokré prostředí. TenderWet® tvoří polštářek ze superabsorpčního polyakrylátu, jenž je aktivován Ringerovým roztokem, který je průběžně uvolňován do rány a při jehož výměně dochází k absorpci toxinů, zbytků buněk a choroboplodných zárodků. Tato výměna probíhá na základě toho, že speciální polyakrylát má pro roztoky obsahující proteiny /exsudát rány/ vyšší afinitu než pro roztoky obsahující soli a proto exsudát vytlačuje Ringerův roztok z polštářku. Svým vyplachovacím účinkem pomáhá rychlému a účinnému vyčištění rány. Trvale vlhké prostředí vytváří ve vředu příznivé mikroklima, které zabraňuje inaktivaci místně vylučovaných biologicky aktivních substancí, t.j. vasoaktivních látek, chemotaktických a růstových faktorů, proteáz a cytokinů / např.TGF-beta (transforming growth factor), TGF-alfa, PDGF (platelet derived growth factor)/, které stimulují migraci a proliferaci buněk epitelu a fibroblastů. Živá buňka potřebuje k přežití základní prvky: vápník, draslík a hořčík. Nejlepší úpravu elektrolytů v ráně nabízí právě používaný Ringerův roztok. Těsný kontakt se spodinou rány je



◀ Obr. č. 1, 2: Pacient JV, 1948, při zahájení léčby 4.5.2004



Obr. č. 3, 4: Zlepšení po 3 týdenní léčbě TenderWetem® 24 active 25.5.2004



▲ Obr. č. 5, 6: Zlepšení místního nálezu za další 3 týdny, 15.6.2004

zaručen tím, že se obalová pletenina z polypropylenu flexibilně přizpůsobuje povrchu. Aktivované flexibilní polštářky se přikládají přímo na ránu a fixují se běžnými obinadly. Moderní systém Ten-



derWet® je nyní doplněn novým provedením, kterým je TenderWet® active. Nový TenderWet® active je již napuštěn Ringerovým roztokem a připraven k okamžité aplikaci. Jednoduchá, rychlá a aseptická

HARTMANN
TenderWet



▲ Obr. č. 7, 8: Stav ulcerací dne 13.7.2004



▲ Obr. č. 9, 10: Ulcerace prakticky zhojeny 30.8.2004



manipulace tak výrazně šetří čas při převazu a odpadá práce s napouštěním polštářku. Navíc superabsorbent v přípravku TenderWet® active obsahuje výrazně větší obsah Ringerova roztoku, takže rána může být udržována ve vlhkém stavu po delší dobu a polštářky nevyschnou. Tím je bolest při převazu podstatně menší. Nové polštářky TenderWet® active jsou měkčí a je možné je bez problémů modelovat a řasit na povrchových ranách a i jejich aplikace do hlubších ran je nyní snazší. Tak se TenderWet® active dostává do přímého kontaktu se spodinou rány a může ji účinněji vyčistit. Toto vylepšené působení dokládají klinické zkušenosti s použitím TenderWet® active v praxi. I v řadě TenderWet® active jsou polštářky určené k 12 hodinové (TenderWet® active) a 24 hodi-

nové (TenderWet® 24 active) aplikaci. Měli jsme možnost vyzkoušet nový výrobek u pacienta s ulceracemi smíšené etiologie na levém bérce. Ve srovnání s předchozí léčbou, kdy měl pacient celou řadu extern (klasickou terapii i moderní krytí), se při léčbě TenderWetem® 24 active výrazně zkrátila doba potřebná ke zhojení defektů. Pacient sám udával zmenšení bolestivosti ulcerací a kladně hodnotil snadnou manipulaci s polštářky TenderWet® active.

Průběh hojení je zaznamenán na příložených snímcích. Systém TenderWet® active představuje novou formu vlhké, resp. mokré terapie a znamená novou kvalitu ošetrování chronických ran. Léčba TenderWetem® active je jednoduchá, dostupná a zkracuje dobu hojení.



dotazy a odpovědi...

KOALA

- konverzační angličtina pro praktické lékaře

>> D o t a z :

Vážená redakce, rozhodl jsem se využít Vaší nové rubriky dotazů s nadějí, že byste pro mě mohli najít odpověď. Na škole jsem se učil angličtinu po celou dobu studií, ovšem od té doby jsem hodně zapomněl. V mé ordinaci se čas od času objeví cizinci a mohu říci, že jim celkem rozumím, ale problém nastává, chci-li se zeptat nebo jim něco vysvětlit. Existuje u nás nějaká možnost konverzační výuky v lékařské angličtině? Děkuji.

P.M., Praha

>> O d p o v ě ě :

Vážený kolego,
Souhlasím s Vámi, že praktičtí lékaři se stále častěji setkávají s psanou i mluvenou angličtinou, ať již v ordinaci, při studiu nebo návštěvě mezinárodních konferencí a mám pro Vás dobrou zprávu. Ústav všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy ve spolupráci s Ústavem dějin lékařství a cizích jazyků zahájil v letním semestru 2004 pilotní projekt výuky konverzační angličtiny pro praktické lékaře pod názvem „KOALA“. Výuky se pravidelně účastnilo 25 praktických lékařů, doktorandů a pracovníků 1. LF UK. Každá z deseti lekcí obsahovala kromě výuky gramatiky a konverzace také přednášku českého odborníka s diskuzí. Dle odezvy účastníků a výsledků kurzu byl tento pilotní projekt uznán za úspěšný a bylo rozhodnuto o pokračování pravidelných výukových kurzů pro praktické lékaře.

V zimním semestru otevírá ÚVL 1. LF UK další výukový kurz:

Zahájení: v pondělí 11. října 2004.

Termíny: každé pondělí 17,30 - 19,00 hod. - celkem 10x

Místo konání kurzů: posluchárna Ústavu všeobecného lékařství, Albertov 7, 2. patro.

Počet účastníků: do 25 účastníků

Náplň: angličtina v ordinaci, komunikační dovednosti, kongresová angličtina, související gramatika, ukázkové přednášky s diskuzí v angličtině

Cena kurzu: 800,- Kč (včetně výukových textů)

Příhlášky: Zájemci se mohou hlásit na adrese sekretariátu Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze, Albertov 7, 121 08 Praha 2, tel./fax: 224 91 74 79, e-mail vselek@f1.cuni.cz

Absolventi obdrží certifikát o účasti.

MUDr. Jana Vojtíšková
vedoucí kurzu, ÚVL 1.LF UK Praha

Chřipka – souhrnná informace

MUDr. Cyril Mucha

Odborný asistent ÚVL 1.LF UK, praktický lékař

Souhrn:

Chřipka, která je často zejména mezi laiky, ale i lékařskou veřejností, považována za banální infekci, je závažné celosvětově se vyskytující onemocnění. Každoročně je odpovědné za obrovské ekonomické ztráty – ročně onemocní cca 10 % světové populace. V době pandemií onemocní až 50% populace a úmrtí jdou do milionů (v období pandemie 1918 – 19 zemřelo podle některých pramenů až 50 milionů lidí a byly oblasti, kde vymřela více než čtvrtina obyvatel!). Přes velkou variabilitu viru, je každoroční očkování velmi efektivní ochranou jednotlivce i společnosti. V posledních letech se objevily protichřipková antivirotika, která mohou být velkou nadějí u lidí neočkovaných, resp. neočkovatelných a také v případě nové pandemické (shiftové) varianty.

Klíčová slova:

chřipka, antivirotika, očkování, shift, drift, archeologická sérologie

Historie

Podle nejrůznějších historických pramenů se dá usuzovat, že chřipka sužovala lidstvo od počátku jeho existence. První písemně doložitelná je epidemie v Aténách r. 412 A.D. popsána Hippokratem. Ve středověku se odhaduje (Hirsch), že proběhlo kolem 300 epidemií, charakterizovaných tím, že onemocnělo vysoké procento lidí a zemřelo velké množství starých lidí. Například epidemie Montpellier 1387 (Menetrier a Stevenin): „onemocnělo devět desetin obyvatel a všichni starci podlehlí“. V novověku, a to zejména z pohledu serologie – tedy v dosahu archeologické serologie (viz tam) proběhlo několik těžkých pandemií 1889 – 1892 (A H2 N2), 1898 – 1901 (A H3 N8). Za nejtěžší chřipkovou pandemii je považována španělská chřipka (A H1 N1), která v několika vlnách sužovala svět v letech 1918 – 1920 a je označována za „největší medicínský holocaust v historii“ (Waring). Zrod epidemie se předpokládá v JV Asii (Čína), odkud se v tomto období obrovské množství lidí stěhovalo za prací zejm. do USA. Odtud vojáci přenesli nákazu v rámci válečných přesunů do Evropy. Rozšíření bylo obrovské a postižení byli nejvíce mladí lidé mezi 20 – 40 lety. Úmrtnost byla až 10 x vyšší než při jiných pandemiích. V druhé vlně v r. 1919 se udává, že během několika týdnů (!) zemřelo v USA přes 600 000, v záp. Africe 1,2 milionu a v Indii až 7 milionů lidí. Po španělské

chřipce následovalo cca 40 let „mezipandemického“ období (pouze s driftovými změnami). Nová epidemie v letech 1957 – 1959 (A H2 N2) byla způsobena téměř stejným virem jako epidemie 1889–92 (vymřela již většina obyvatel s protilátkami). Během půl roku onemocnělo cca 40 % světové populace. Zemřelo kolem 1 milionu lidí – časté byly sekundární pneumonie (nejčastější příčina úmrtí). V polovině roku 1968 se opět z JV Asie rozšířila epidemie (A H3 N2) – průběh byl středně těžký. Poslední epidemie (A H1 N1) započala v roce 1977 a infekce těmito kmeny pokračuje dodnes, průběh není příliš těžký, i když některé driftové varianty způsobují závažnější lokální epidemie (např. v sezoně 89 – 90 zemřelo ve Velké Británii na chřipku 29 000 lidí). Zajímavé je, že v posledních letech dochází ke ko-incidenci s virem A H3 N2 (dříve bývalo typické, že se vyskytoval pouze jeden pandemický – shiftový druh s driftovými variantami, který byl vytlačen novým shiftovým druhem a tedy vznikem nové epidemie).

Definice a průběh

Chřipka je onemocnění způsobené chřipkovým virem, které charakterizují tyto příznaky:

- ▶ náhlý začátek (pacient je takřka schopen určit i minuty začátku),
- ▶ rychlý vzestup teploty – i přes 40 st. , třesavka, zimnice,
- ▶ celkové příznaky: celková nevolnost, cefalea,

výrazné artralgie a myalgie (často neschopnost chůze i poruchy vidění), slzení a zarudnutí očí, celkový „toxický vzhled“,

- ▶ příznaky z dýchacích cest: pocit ucpaného nosu bez sekrece, suchý dráždivý až bolestivý kašel,
- ▶ po ústupu akutního onemocnění přetrvává i několik týdnů pocit únavnosti, snížené výkonnosti a subjektivní pocit neúzdavy.

Chřipka častěji postihuje mladé jedince (nemají dosud vytvořené ani příbuzné protilátky), ale průběh i údrava jsou rychlejší a úmrtnost výrazně nižší než u starší generace. Specifickou skupinou jsou gravidní ženy u kterých je mnohokrát vyšší výskyt komplikací i úmrtnost než u negavidních vrstevnic – platí to zejména při pandemiích. Transplacentární přenos je možný, ale výskyt malformací není dosud potvrzen, časté jsou ale předčasné porody. K průběhu chřipky patří též její komplikace, které jsou často zodpovědné za vysoké procento úmrtí.

Komplikace chřipky

Vznikem komplikací jsou ohroženy zejména rizikové skupiny, kam patří: osoby nad 65 let, pacienti s plicními chorobami, renální insuficiencí, onkologičti a imunodeficientní pacienti a diabetici.

Primární komplikace (způsobené virem chřipky):

- ▶ primární pneumonie – nejnebezpečnější a také nejčastější příčina úmrtí, obvykle se vyskytuje při pandemiích. Příznaky: vzestup horečky (často po předcházejícím mírném ústupu) dušnost, tachypnoe, cyanóza. Prognóza přežití je nepřímo úměrná rozsahu postižení plic. Při pandemii r. 1919 umíralo na pneumonii přes 80% postižených.
- ▶ akutní katarální otitis,
- ▶ chřipkový croup,
- ▶ svalová onemocnění: myozitidy (zejm. svaly zad a nohou), rhabdomyolýza, změny EKG (elevace ST úseků, změny T).

Sekundární (bakteriální superinfekce):

- ▶ sekundární pneumonie – nejčastěji starší pacienti nástup 4 – 14 dní po ústupu horeček (shodné agens jako u komunitních pneumonií – Str. pneumonie a Haemophilus influenzae, stafylokoky),
- ▶ akutní bronchitida – většinou benigní průběh,
- ▶ akutní toxický šok: nepříliš hojná ale závaž-

ná komplikace – předpokládá se spoluúčast stafylokoků.

- ▶ Reyeův sy – nepochybně spjatý s virovou infekcí (nejen chřipkovou) – vyskytuje se zejména u dětí do 14 let, je prokázána spoluúčast acetylosalicylové kyseliny,
- ▶ neurologické komplikace - mohou být primární i sekundární - encefalidity, encefalomyelitidy, polyradikuloneuritidy a transverzální myelitidy.

Etiologie

Původcem chřipky jsou viry čeledi Orthomyxoviridae. Dle reakce nukleoproteinu při KFR se dělí na 3 typy A, B, C z čehož pouze viry A, B patří do rodu Influenzavirus a jsou schopné způsobovat epidemie resp. pandemie. Viry typu A mají hostitele živočišné i lidské, typu B pouze lidské. Veškeré pandemie způsobuje virus typu A. Typ B je odpovědný za místní epidemie.

Stavba viru (A, B)

Jedná se nejčastěji o kulovitou částici s osmi vrstevným obalem s glykoproteinovými chapadlovitými výběžky. U viru typu A se v membráně nachází kanálek nazývaný M2, který je důležitý pro funkci virostatik první generace (viz dále). V zevní vrstvě se nacházejí povrchové antigeny glykoproteinové povahy – hemaglutinin a neuraminidáza. Hemaglutinin umožňuje přichycení viru na povrchové receptory příslušné vnímavé buňky, neuraminidáza štěpí N-acetylmuramovou kyselinu a glykoproteiny hlenové vrstvy na povrchu buněk a umožňuje průnik do buňky a pozdější uvolnění nových virů z buňky. Virostatika druhé generace jsou blokátory tohoto enzymu. Hemaglutinin i neuraminidáza jsou u chřipkových virů velmi proměnlivé a tyto časté změny způsobují nejen dosavadní nemožnost vytvoření univerzální očkovací látky, ale i každoroční opakování chřipkových epidemií. Velikost (hloubka) genetických změn je odpovědná za velikost a tíži průběhu epidemie či pandemie. Virus typu C nemá na povrchu neuraminidázu. Přítomnost pouze hemaglutininu je nejspíše důvodem, že nezpůsobuje epidemie a onemocnění se projevují pouze infekty HCD s lehkým průběhem.

Přenos infekce

Infekce je mezi lidmi přenášena většinou kapénkovou cestou od nemocných (kapénky o rozměrech několik mikronů), přímým kontaktem spíše výjimečně. Schopnost nakazit se chřipkou je dána přítomností receptorů pro přichycení virů – tedy receptorů pro hemaglutinin. U člověka se nacházejí téměř výhradně na buňkách dýchacích cest (infikovat je mohou viry s hemaglutininy H1, H2, H3 a výjimečně prasečí Hsw).

Terapie

Symptomatická – klid na lůžku – minimálně po dobu febrilií (probíhá replikace viru), analgetika, antipyretika, expektorancia, resp. antitussika, dostatek tekutin a vitaminy. Podání antibiotik při takovémto průběhu je chybou.

Kauzální – protivirová:

1. generace – amantadin a rimantadin

Principem účinku je blok funkce proteinového kanálku M2, čímž nedojde k odpláštění viru a tedy znemožní replikace v intracelulárním prostoru hostitelské buňky. Problémem omezujícím použití je častý vznik resistantních klonů na obě antivirotika, častý výskyt nežádoucích účinků a účinnost pouze na chřipku A. Běžné dávkování je 2x denně 100 mg, je možné též profylaktické podání (většinou 100 mg/den).

2. generace – inhibitory chřipkové neuraminidázy – oseltamivir a zanamivir

blokuje výstup replikovaných virů typu A i B z napadené buňky a tedy šíření infekce v organismu. Zanamivir se podává pomocí diskhaleru 2x denně 10 mg po dobu 5 dnů. Důležitý je včasný začátek léčby – nejpozději do 48 hodin po počátku příznaků. Oseltamivir – podávání p. o. 2x denně 75 mg po dobu 5 dnů.

U obou preparátů je důležitý včasný začátek léčby – nejpozději do 48 hodin po počátku příznaků (doba největší replikace viru).

Diferenciální diagnóza

Stanovení jednoznačné diagnózy chřipky u jednotlivého pacienta může být v běžné praxi problémem, protože „chřipce podobné“ příznaky má mnoho jiných chorob. Diagnóza většinou nedělá větší potíže při známé epidemiologické situaci. Diagnóza je možná na základě kultivace biologického materiálu z dýchacích cest na buněčné kultuře (nutný je rychlý transport při chlazení na cca 4 °C). Rychlou možnost diagnostiky skýtá PCR a téměř okamžitou expresní metody pro lékaře prvního kontaktu (např. Directigen, Quick View) použitelné přímo v ordinaci. Podobné příznaky jako chřipka může mít počátku akutní infekční rýma – začíná bolestmi hlavy, únavností, subfebrilemi, kýcháním, slzením. Druhý až třetí den se sekrece mění na hlenohnisavou, teploty jsou pouze subfebrilní a většinou do týdne se člověk cítí zdravý. Ve většině případů jsou původci rhinoviry, kterých je velké množství a není mezi nimi zkřížená imunita. Přenos infekce není kapénkový ale přímým kontaktem. Podobné příznaky mohou mít infekce způsobené Corona viry (zimní měsíce), Cocksackie (léto) a dalšími viry. Z bakterií podobné potíže způsobují Chlamydia a Mycoplasma. Inkubační doba těchto infekcí je většinou do 3 dnů a úzdrava do týdne.

Prevence

– protiepidemická opatření

Primární prevenci s největším efektem je jednoznačně očkování, a to jak z hlediska medicínského, tak i ekonomického. Vede k výraznému snížení nemocnosti u osob v produktivním věku (u mladých osob je efektivita vyšší než 90%) a k snížení výskytu komplikací a též úmrtnosti u osob starších nebo s jiným základním onemocněním (80% efektivita v prevenci úmrtí). Zajímavý je v literatuře často zmiňovaný efekt postvakcinačně zvýšené imunity i k jiným virovým infekcím HCD než jen k chřipce.

Druhy očkovacích látek:

V současné době existují 3 typy očkovacích látek proti chřipce:

- ▶ **Inaktivovaná celovirionová vakcína** – obsahuje celý inaktivovaný virus. Její imunogenita je dobrá, ale reaktivita (zejm. erytém, horečka, febrilie, bolest, cefalea) vysoká. V současné době se proto rutinně nepoužívá.
- ▶ **Štěpená inaktivovaná vakcína** (tzv. split) – obsahuje rozštěpené virové částice, ze kterých je odstraněn lipidový obal (obsahují hemaglutinin, neuraminidázu, RNA a nukleoprotein). Imunogenita je dobrá, reaktivita malá. (Begrivac, Fluarix, Vaxigrip)
- ▶ **Subjednotková inaktivovaná vakcína** obsahuje pouze vysoce čištěný hemaglutinin a neuraminidázu. Reaktivita je minimální, imunogenita nižší, ale poskytuje dostatečnou ochranu. (Arippal S 1, Fluad, Influvac).

Očkovací látky obsahují 3 kmeny chřipkových virů (2 subtypy A a jeden B) dle výběru WHO podle výskytu v předchozí chřipkové sezóně.

Do skupiny **sekundární prevence** (při vypuknutí epidemie resp. pandemie) patří veškerá opatření směřující k omezení šíření chřipky v populaci – tedy důsledná domácí léčba a izolace akutně nemocných, omezení shromažďování většího počtu lidí, ochrana oslabených jedinců (zákaz návštěv v nemocnicích, domovech důchodců apod.). Diskutovanou otázkou (a to jak z hlediska ekonomického, tak i medicínského) je chemoprophylaxe antivirovými preparáty. Vzhledem k vysoké ceně by připadalo užití u pouze omezené indikační skupiny.

Závěr

Přes pokrok ve zkoumání chřipkových virů zůstává chřipka nadále závažným onemocněním, které díky obrovské sdílnosti způsobuje vysoké zdravotní i ekonomické škody. Jednoznačně nejlepší poměr „cena / výkon“ při předcházení epidemiím má očkování, které přináší benefit všem věkovým skupinám. Rozsáhlý výzkum, sofistikovaná mezinárodní spolupráce

a vývoj nových léků dávají do budoucna naději, že by se budoucí pandemie chřipky již nemusela stát „dalším medicínským holocaustem“, jak tomu bylo v historii.

Krátké chřipkové repetitorium:

Archeologická serologie je schopná na základě stanovení hladin protilátek v séru lidí, kteří se dožili vysokého věku a přežili tedy epidemické (pandemické) onemocnění v daném období a jejich srovnáváním s hladinami protilátek mladších jedinců určit, jaký typ viru toto historické onemocnění způsobilo.

Drift (antigenní posun) je malá lokalizovaná změna v HA nebo NA. Vzniká běžnou mutací virů A i B s přirozeným výběrem nejvirulentnějších, a tedy nejodolnějších subtypů virů. Každá epidemie je způsobena směsí geneticky příbuzných subtypů.

Epidemie je lavinovité rozšíření onemocnění charakterizované náhlým, místně ohraničeným výskytem s časově ohraničeným obdobím – do doby než dojde k promoření významné části populace a virus již tedy nenachází dostatek „infikovatelných“ hostitelů k šíření. Epidemie na severní polokouli jsou většinou mezi listopadem a dubnem, na jižní polokouli od května do září, přičemž agens způsobující nákazu na jižní polokouli určuje agens na se-

verní polokouli. V ČR se epidemie vyhláší při nemocnosti (na akutní respirační onemocnění – včetně chřipky) vyšší než 2000 nemocných/100 000 obyvatel.

Názvoslovní virů

Aby bylo možné jednotlivé subtypy virů, resp. jejich varianty jednoznačně označit – bylo zavedeno (WHO) mezinárodně uznávané názvosloví: na prvním místě se nachází písmeno označující typ viru, např. „A“, na druhém místě původní hostitel, např. „swine“ – nejčastěji člověk, prase, pták, na třetím místě geografická lokalita první izolace, např. „Iowa“, následuje číslo kmene, např. „3/70“ a nakonec v závorce antigenní typ hemaglutininu a neuraminidázy. Název této varianty by tedy vypadal takto: A/swine/Iowa/3/70 (H1N1). Pokud je virus poprvé izolován od člověka – vynechává se původní hostitel – tedy např.: A/Praha/637/96 (H1N1).

Pandemie je rychlé rozšíření infekce bez geografického omezení bez závislosti na ročním období. Je způsobeno buď virem novým – shiftová změna, nebo virem, který se již v minulosti vyskytl, ale již vymřela většina nositelů protilátek a je tedy pro danou populaci vlastně virem novým – resp. neznámým.

Shift (zlom) je antigenně nový virus vzniklý zásadní změnou genomu v místě kódujícího

hemaglutininu nebo neuraminidázy. Vyskytuje se pouze u virů typu A. Podle posledních poznatků vzniká v dýchacím traktu hostitele schopného nakazit se současně ptačím chřipkovým virem, který je pro člověka neinfekční a virem lidské chřipky, který je zase neinfekční pro ptáky. Tímto nositelem je prase. Ke vzniku nového viru je nutná koinfekce jedné buňky oběma původními viry. Proti takto vzniklému hybridu neexistují v populaci protilátky a je tedy schopen vyvolat nekontrolované pandemické šíření chřipky. Ke vzniku shiftových variant jsou nutné socioekonomické podmínky, při nichž dochází k těsnému soužití všech nositelů (člověk, ptactvo, prase) – což je splněno např. v JV Asii. Proto 11 z 12 pandemií za posledních 400 let začalo v Číně.

Literatura:

- 1) Havlík J, Beran J. *Chřipka klinický obraz, prevence a léčba*. Praha, Maxdorf 2002
- 2) Nicholson KG, Webster RG, Hay AJ. *Textbook of influenza*. Oxford, Blackwell Science 1998.
- 3) M. Petráš, E. Domorázková, A. Petrádová *Manuál očkování*. Praha, Tango 1998
- 4) www.who.ch-flunet
- 5) www.eiss.org: *Antal Report:2002-2003 Information about Influenza Season, Information about influenza, FAQ* www.protichripce.cz

Green Swan

**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



Představení Centra pro správu doporučených postupů pro praktické lékaře - CDP-PL

Tisková konference 13. září 2004

Výbor společnosti všeobecného lékařství ve spolupráci s předsednictvem ČLS JEP podal v říjnu loňského roku ministerstvu zdravotnictví návrh na projekt „Správa doporučených postupů“. Uvedený projekt byl v březnu tohoto roku přijat a na jeho základě bylo ustanoveno **Centrum pro správu doporučených postupů pro praktické lékaře** (dále CDP-PL) jako orgán společnosti SVL ČLS JEP.

Za tím účelem byl v ČLS JEP jmenován devítičlenný pracovní výbor, jehož členy jsou: prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., předseda ČLS JEP, prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc., místopředseda ČLS JEP, prof. MUDr. Jan Švihovec, DrSc., člen předsednictva ČLS JEP, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., předseda SVL ČLS JEP, MUDr. Marcela Bradáčová, členka výboru SVL ČLS JEP, MUDr. Otto Herber, místopředseda SVL ČLS JEP, MUDr. Jaroslava Laňková, členka výboru SVL ČLS JEP, MUDr. Bohumil Seifert, vědecký sekretář SVL ČLS JEP a zástupce Ministerstva zdravotnictví a MUDr. Pavel Březovský, ředitel OZP MZ ČR.

Úkolem centra je kontinuální systematická správa doporučených postupů (DP) pro praktické lékaře

CDP-PL bude vykonávat následující činnosti:

- ▶ Evidence DP vytvořených a určených pro praktické lékaře
- ▶ Identifikace a výběr námětů pro tvorbu a aktualizaci DP
- ▶ Schvalování projektů tvorby a aktualizace DP
- ▶ Schvalování výsledných DP pro praktické lékaře
- ▶ Zajišťování oponentury a event. pilotních programů
- ▶ Implementační program DP (edukace, publikace, distribuce)
- ▶ Vyhodnocování DP a efektu jeho implementace (indikátory a kriteria)
- ▶ Zajišťování zpětné vazby od praktických lékařů
- ▶ Propojení s partnery (sekretariát ČLS JEP, výbory ostatních odborných společností, ČLK, MZ ČR, Centrum kvality SZÚ, pojišťovny, lékařské školy, IPVZ)
- ▶ Přístup do odborných mezinárodních databází
- ▶ Mezinárodní vztahy



Konferenci moderoval MUDr. Otto Herber.



Úvodní slovo pronesl předseda ČLS JEP prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.



O významu a úloze doporučených postupů v LPP hovořil Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. (vpravo)

- ▶ Cyklické ověřování metodiky správy DP
- ▶ Prezentační činnost

Financování CDP-PL a projektů

Centrum je rozpočtovou kapitolou SVL ČLS JEP.

Zdroje:

- ▶ grantové prostředky
- ▶ sponzorské prostředky
- ▶ prostředky SVL ČLS JEP

Účast jiných odborných společností

Partnerem pro CDP-PL při tvorbě DP nejsou jednotliví specialisté, ale výbory odborných společností. Tím je zajištěna nezbytná široká podpora DP.

Pro rok 2004 CDP-PL přijalo následující projekty tvorby DP:

1. Poruchy lipidového metabolismu
2. Hypertenze
3. Prevence kardiovaskulárních onemocnění
4. Léčba bolesti
5. Deprese

Uvedené doporučené postupy budou poprvé představeny na 25. výroční konferenci Společnosti Všeobecného lékařství, která probíhá 10.-13. listopadu v Karlových Varech a budou předloženy konferenci ke schválení.

Doporučené postupy jsou zpracovávány na základě interní metodiky CDP-PL (k dispozici ke stažení na oficiálních stránkách SVL ČLS JEP www.svl.cz pod odkazem „Doporučené postupy“.

Výběr problematiky pro doporučený postup je založen na rozpoznání aktuální potřeby v primární praxi. Je předpoklad, že ročně bude takto zpracováno a uvedeno 8-10 nových doporučených postupů pro primární praxi.

Návrhy na zpracování doporučených postupů v roce 2005 jsou přijímány do 30.10. 2004 na sekretariátě SVL ČLS JEP, U Hranic 16, 100 00 Praha 10. Formulář pro podání návrhu je možno stáhnout nebo přímo vyplnit na oficiálních stránkách SVL ČLS JEP www.svl.cz pod odkazem „Doporučené postupy“.

Zpracovala:
MUDr. Jaroslava Laňková



Metodiku tvorby doporučených postupů představil MUDr. Bohumil Seifert

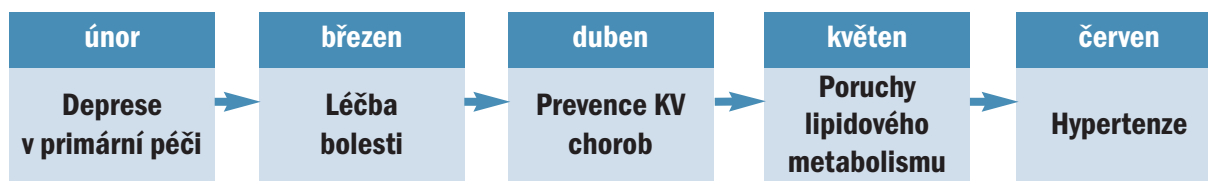


Se strategií implementačního procesu doporučených postupů seznámila přítomné MUDr. Jaroslava Laňková



Pohled do sálu

Plán implementace doporučených postupů v roce 2005



Plné znění prezentací přednesených na tiskové konferenci je k dispozici na www.svl.cz (odkaz DP).

PŘEHLED VZDĚLÁVACÍCH AKCÍ SVL ČLS JEP - PODZIM 2004

2.10. Sobota, 9 - 13.30	<u>Olomouc</u> , Posluchárna TU, LF Univerzity Palackého, Hněvotínská 3	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence	S
2.10. Sobota, 10-13.30	<u>Plzeň</u> , Šafránkův pavilon, Alej svobody	Hematologie (Anémie, trombofilie, antikoagulační léčba, onkolog. onem.)	
2.10. Sobota, 9 - 13	<u>Zlín</u> , Střední zdravotnická škola - VŠZ, Příluky 372,	Screening kolorektálního karcinomu	S
2.10. Sobota, 10 - 13.30	<u>Znojmo</u> , Hotel Prestige, Pražská 100	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)	S
7.10. Čtvrtek, 16-20	<u>Liberec</u> , Knihovna nemocnice, Husova 10	ORL (Bolest ucha, tinnitus, sinusitis)	S
9.10. Sobota, 9 - 13.30	<u>České Budějovice</u> , Sál Meidpont, Poliklinika Jih, M. Školské 17	Kompresivní terapie + ekonomické použití inkontinentních pomůcek	S
9.10. Sobota, 10-13.30	<u>Praha</u> , Lékařský dům, Sokolská 31	Traumatologie (úrazy hlavy, hrudníku, břicha a končetin)	S
11.10. Pondělí, 17-20.30	<u>Zlín</u> , Střední zdravotnická škola - VŠZ, Příluky 372	Neurologie/ Imunologie (Progresivní neurogenní a svalová onemocnění)	
13.10. Středa, 16-19.30	<u>Praha</u> - Homolka, Praha 5, Kongresový sál nemocnice Na Homolce	Neurologie (Primární a sekundární bolesti hlavy)	
14.10. Čtvrtek 16-20	<u>Ústí nad Labem</u> , Vzdělávací centrum Masarykovy nemocnice, Pasteurova 9	Neurologie (Primární a sekundární bolesti hlavy, Parkinsonova nemoc)	
15.10. Pátek, 17-20.30	<u>Jihlava</u> , OÚ, zasedací síň, Tolstého 15	Ortopedie (plochá noha, pes equinovarus, stat. deformity přednoží)	
16.10. Sobota, 9 - 13.30	<u>Brno</u> , Velká posluchárna LF Masarykovy univerzity, Komenského 2	Gastroenterologie (Cholelithiáza, ikterus, chron. pankreatitis)	
16.10. Sobota, 9-13	<u>Karlový Vary</u> , Hotel Poštovní dvůr, Slovenská 2	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)	S
16.10. Sobota, 9 - 13.30	<u>Plzeň</u> , Šafránkův pavilon, Alej svobody	Kompresivní terapie	S
21.10. Čtvrtek, 16-19.30	<u>Hradec Králové</u> , Restaurant Duran, Sekaninova 398	Akutní medicína (Urgentní přednemocniční péče o pacienta s polytraumatem, poranění končetin)	S
21.10. Čtvrtek, 16-19.30	<u>Praha</u> - Lékařský dům, Praha 2, Lékařský dům, Sokolská 31	Neurologie (Primární a sekundární bolesti hlavy)	
23.10. Sobota, 9-13	<u>Olomouc</u> , Posluchárna TU, LF university Palackého, Hněvotínská 3	Psychiatrie (Anorexia, bulimia nervosa, úzkostné stavy, deprese)	S
23.10. Sobota, 9 - 13	<u>Pardubice</u>	Screening KR-CA	
25.10. Pondělí, 16-19.30	<u>Ostrava</u> , Polský dům, Poděbradova 53,	Chirurgie (Kýly, infekční a neinfekční perianální afekce)	S
27.10. Středa, 16-19.30	<u>České Budějovice</u> , Sál Meidpont, Poliklinika Jih, M. Školské 17	Dermatologie (Kontaktní ekzém, dermatitidy, urtikárie, mykózy)	
3.11. Středa, 16-19.30	<u>Praha</u> - Homolka, Praha 5, Kongresový sál nemocnice Na Homolce	ORL (bolest ucha, tinnitus, sinusitis)	
4.11. Čtvrtek, 16-20	<u>Liberec</u> , Knihovna nemocnice, Husova 10	Ortopedie (plochá noha, pes equinovarus, statické deformity přednoží)	
4.11. Čtvrtek, 16-20	<u>Ústí nad Labem</u> , Vzdělávací centrum Masarykovy nemocnice, Pasteurova 9	Akutní medicína (tonutí, úraz el. energií, předávkování a otravy drogami, akut. léková intoxikace)	S
6.11. Sobota, 9 - 13	<u>Jihlava</u> , OÚ, zasedací síň, Tolstého 15,	Screening KR-CA	S
6.11. Sobota, 11-14.30	<u>Ostrava</u> , hotel Imperiál, Tyršova 6	Diabetes mellitus (Metabolický sy X, dietní léčba, diabetická nefropatie, diabetická noha)	S
6.11. Sobota, 10-13.30	<u>Plzeň</u> , Šafránkův pavilon, Alej svobody	Kardiologie (Fibrilace síní, SV tachykardie, trvalá kardiostimulace, chlopenní vady)	
6.11. Sobota, 9 - 13.30	<u>Znojmo</u> , Hotel Prestige, Pražská 100,	Bércový vřed, ošetřování ran, inkontinence	S

Všechny akce jsou zařazeny do systému kontinuálního vzdělávání ČLK a jsou hodnoceny 4 kredity.

Na akce, které jsou v tabulce označeny symbolem „S“, jsou zvány i sestry praktických lékařů a jejich účast je hodnocena 3 body v systému kontinuálního vzdělávání ČSA.

Registrační poplatek:

- pro nečleny SVL a zdravotní sestry nečlenů SVL je 120,- Kč,
- pro členy SVL a jejich zdravotní sestry zdarma.

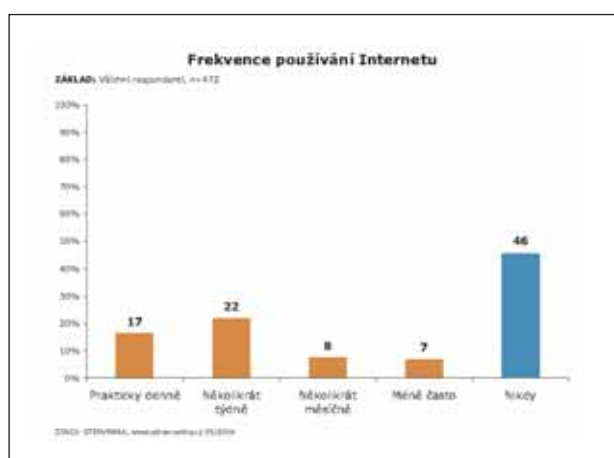
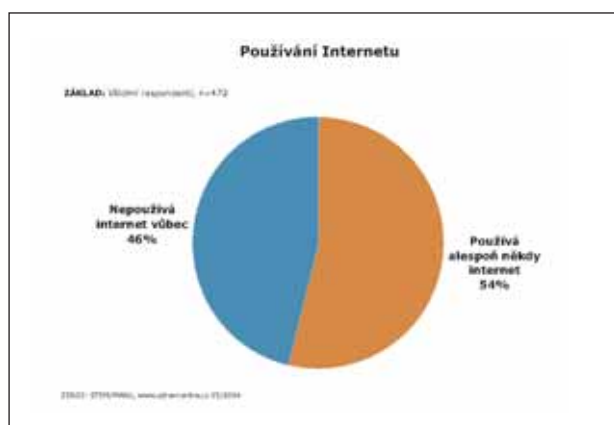
Pravidelně aktualizované informace o konání vzdělávacích seminářů a podklady nejzajímavějších přednášek naleznete na www.svl.cz.

NOVĚ: není třeba se na akce hlásit předem!

Jaroslava Laňková
koordinátorka vzdělávacího programu SVL

Více než polovina praktických lékařů používá internet

Jak se ukázalo z výzkumu společnost STEM/MARK, který byl proveden v červnu 2004 na reprezentativním vzorku 470 praktických lékařů, internet alespoň občas využívá 54% praktických lékařů. Třetina z nich se k internetu dokonce připojuje denně.



U praktických lékařů, kteří používají internet pravidelně, to znamená minimálně několikrát týdně, je poměrně velký zájem o odborné informace, které souvisí s jejich povoláním. Přes tři čtvrtiny dotázaných praktických lékařů uvedlo, že na internetu nejčastěji vyhledává odborné zdravotnické informace.

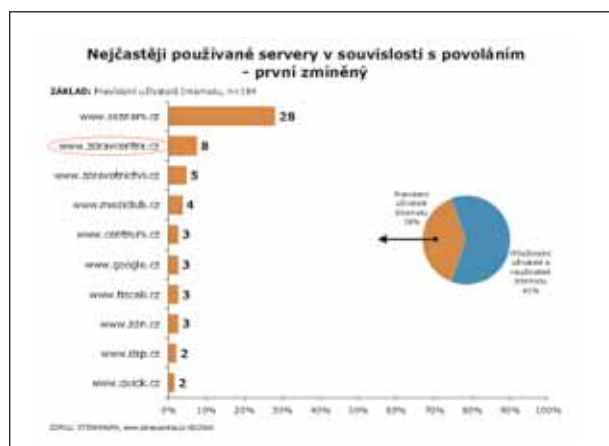
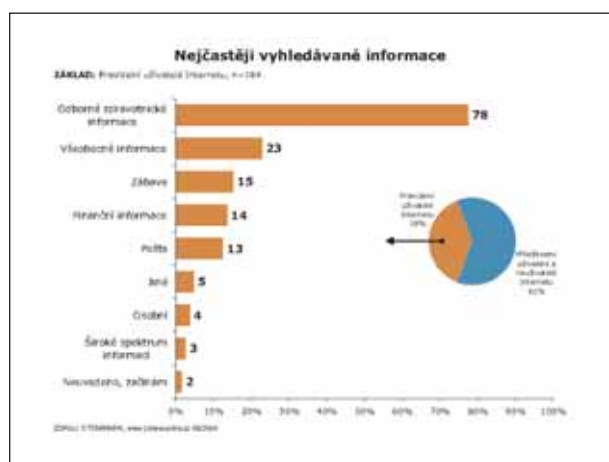
K vyhledávání odborných informací využívá 45 % dotázaných lékařů především obecné vyhledávací servery, 36 % lékařů specializované zdravotnické servery. U vyhledávacích serverů návštěvníci nejvíce oceňují jejich přehlednost a účelnost, u zdravotnických serverů je na prvním místě především velký rozsah informací.

Nejčastěji používaným serverem specializujícím se na zdravotnickou problematiku je portál www.zdravcentra.cz

Mezi odbornými zdravotnickými servery je nejoblíbenější portál www.zdravcentra.cz, u kterého jsou nejlépe hodnocenými charakteristikami velký rozsah odborných informací, přehlednost a účelnost.

Pro srovnání s využíváním internetu v zahraničí můžeme použít údaje získané na základě výzkumu společnosti Manhattan Research, LLC v září roku 2003 uskutečněném v USA, kde bylo zjištěno, že 64 % lékařů provozujících v době výzkumu svou lékařskou praxi využívá pro svou práci internet. Z výzkumu současně vyplynulo, že internet se pro lékaře stal základním informačním zdrojem pro vzdělávání a komunikačním kanálem s farmaceutickými firmami.

Markéta Kůstková, Green Planet, a.s.



Internet – přítel člověka

4. část

Znalostní testy a soutěže

V tomto pokračování se vrátíme ke znalostním testům, o nichž již byla zmínka v úvodním článku tohoto seriálu v souvislosti s odbornými semináři.

V letošním roce se již objevily znalostní testy v závěru programu čtyř odborných seminářů v Praze. Pro příslušné semináře jsou testy sestavovány přímo přednášejícími a obsahují otázky, které užitečně propojí dva aspekty - připomenou některé hlavní poznatky z tématiky semináře a zároveň prověří jakou pozornost zúčastnění lékaři věnovali předneseným příspěvkům. Moderátorovi semináře nabízí provádění testů další nezanedbatelnou šanci - s využitím výsledků hlasování iniciovat diskusi, která při některých seminářích nebývá bez atraktivních nebo aktuálních podnětů příliš bohatá nebo zajímavá.



Vlastní testy jsou prováděny s využitím atraktivní techniky - bezdrátového hlasovacího zařízení. Toto zařízení bylo již představeno rovněž krajským konzultantům SVL a počítáme s tím, že testy se postupně začnou objevovat na odborných seminářích na podzim tohoto roku a zejména v příštím roce i v dalších regionech.

Protože tento seriál se zabývá internetem v lékařském a zdravotnickém prostředí, nemůže chybět zmínka o znalostních testech ve formě soutěží, které najdete na řadě internetových stránek. Náš zdravotnický portál www.zdravcentra.cz se věnoval těmto soutěžím o ceny určeným všem návštěvníkům portálu celé letošní léto a přinesl znalostní testy z oblasti alergie, střevních potíží, první pomoci a hypertenze.

Vraťme se však k testům určeným odborné lékařské veřejnosti. Znalostní testy v poslední době publikují ho-

jně také tisková periodika, např. odborné časopisy lékařských společností nebo jiné časopisy zabývající se zdravotní tematikou. Našly si své pevné místo také na stránkách tohoto časopisu. Rozšiřuje se tím významně okruh praktických lékařů - členů SVL, kteří touto cestou dostávají příležitost aktivně se těchto kvízů zúčastnit i v případě, že internetové připojení dosud nemají.

Testy umožňují sice účast vyplněním soutěžního formuláře prostřednictvím portálu www.zdravcentra.cz, kdy

je potřebný počítač a připojení na internet, ale zároveň přináší druhou možnost z oblasti informačních technologií, možnost zavedenou a trůfám si tvrdit, že dnes již využívanou každým lékařem - použitím mobilního telefonu. Podle jednoduché instrukce u každého zveřejňovaného testu můžete hlasovat telefonicky pomocí textové zprávy (SMS). Ve spolupráci

se společností Green Planet, a.s. tak získáváte možnost ověřit si své znalosti jedním ze dvou způsobů:

- vyplněním kvízu na stránkách www.zdravcentra.cz nebo
- odesláním textové zprávy z Vašeho mobilního telefonu.

Postupně se připravují podmínky pro uznání znalostních testů za jeden z možných způsobů získání kreditů v rámci kontinuálního vzdělávání praktických lékařů. Současný bouřlivý rozvoj informační technologie bude určitě dalším výrazným stimulem k tomu, aby se znalostní testy staly místo občasných „zábav“ na internetu nebo na stránkách časopisů uznávanou formou pravidelného ověřování odborných znalostí a pevnou součástí celoživotního vzdělávání lékařů.

Ing. V. Petr, Green Planet, a.s.

practicus

>>>> odborný časopis pro praktické lékaře
- oficiální periodikum SVL ČLS JEP

...modrý časopis,
ke kterému
se budete vracet!



Objednávkový kupón - zašlete na adresu našeho vydavatelství

titul, jméno, příjmení:

specializace: praktický lékař jste-li praktický lékař pro dospělé,
bude Vám časopis zasílán ZDARMA,
nevplňujte údaje o úhradě! jiná specializace, jaká

adresa ordinace:

telefon:

způsob platby: složenkou fakturou - **budete-li platit fakturou, vyplňte i následující údaje:**

číslo účtu IČO DIČ

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

Insomnie

MUDr. Martin Pretl, CSc.

Centrum pro poruchy spánku a bdění, neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Souhrn:

V každodenní lékařské praxi se setkáváme se stesky na nespavost několikrát za den. Pokud bychom se cíleně ptali na tento problém, zřejmě by se statistické číslo, které udává výskyt chronické insomnie mezi 10–15%, zvýšilo (1, 2). Insomnie není novým problémem, pouze dnešní doba přináší více důvodů k jejímu vzniku. Roli hraje i celková osvěta a zlepšená péče, kdy poruchám spánku začíná být věnována náležitá pozornost a přestávají být pouze vhodným konverzačním tématem mezi přáteli u kávy.

Klíčová slova:

dysomnie, parasomnie, pseudoinsomnie, sy neklidných končetin

lépe vystihuje (International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual – ICSD; 3). Poruchy spánku a bdění jsou v ní děleny na dysomnie, parasomnie, poruchy spánku vázané na somatické a duševní nemoci a navrhované poruchy spánku (tabulka č. 1). Insomnie je souborem příznaků, které zahrnují stesky na poruchy usínání, neschopnost udržet spánek, časté a časně probouzení. Z neklidného spánku vyplývá únava přes den, úbytek energie, poruchy koncentrace, podrážděnost. Při diagnóze jsme závislí hlavně na referencích od pacienta. Z uvedené klasifikace (ICSD) vyplývá, že se stesky na nespavost se můžeme setkat ve všech skupinách poruch spánku a bdění. Z hlediska délky trvání můžeme dělit insomnie na transientní, krátkodobé a chronické (viz tabulka č. 2).

V následujícím přehledu jsou uvedeny nejčastěji se vyskytujícími insomnie patřící do skupiny dysomnií.

Dělení poruch spánku, definice

Dělení poruch spánku a bdění podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) praxi příliš

nevyhovuje. Rozděluje poruchy spánku na neorganické (F 51) a organické (G 47). Proto Americká společnost pro poruchy spánku vytvořila klasifikaci, která problematiku spánku

tabulka č. 1

Přehled základních poruch spánku a bdění

Dysomnie	<ul style="list-style-type: none"> a) somnie vyvolané zevními příčinami (psychofyziologická insomnie, pseudoinsomnie, idiopatická insomnie, narkolepsie, rekurentní hypersomnie, idiopatická hypersomnie, posttraumatická hypersomnie, obstrukční spánková apnoe, centrální spánková apnoe, syndrom neklidných končetin, periodické pohyby končetinami ve spánku) b) dysomnie vyvolané vnitřními příčinami (nepřiměřená spánková hygiena, syndrom insuficientního spánku, porucha spánku způsobená prostředím, výšková insomnie, transientní insomnie, insomnie při užívání návykových látek, výchovně podmíněné insomnie u dětí, insomnie z alergie na potravu) c) poruchy cirkadiánní rytmicity (poruchy spánku při směnném režimu, nepravidelný cyklus spánku a bdění, syndrom zpožděné fáze, syndrom předsunuté fáze, rytmus odlišný od 24 hodinového)
Parasomnie	<ul style="list-style-type: none"> a) poruchy probouzení (spánková opilost, somnambulismus, pavor nocturnus - noční děsy vázané na NREM spánek) b) poruchy přechodu spánek - bdění (rytmické pohyby, hypnagogické záškuby, mluvení ze spánku - somnilokvie, noční křeče - krampí) c) parasomnie vázané na REM spánek (noční děsy v REM spánku - noční můry, poruchy chování vázané na REM spánek - abnormální chování v REM spánku, spánková obrna, poruchy erekce, sinusová zástava při REM spánku) d) jiné parasomnie (bruxismus, noční enuréza, noční paroxysmální dystonie, chrápání ve spánku - ronchopatie, ventilační poruchy novorozenců a kojenců, syndrom náhlého úmrtí dítěte, abnormální polykání ve spánku)
Poruchy spánku spojené se somatickou či duševní poruchou	<ul style="list-style-type: none"> a) poruchy spánku u duševních onemocnění (schizofrenie, afektivní poruchy, úzkostné poruchy, alkoholismus) b) poruchy spánku u neurologických chorob (degenerativní onemocnění CNS, fatální familiární insomnie, demence, epilepsie vázaná na spánek, bolesti hlavy vázané na spánek, nervosvalová onemocnění) c) poruchy spánku u jiných somatických poruch (noční kardiální ischemie, chronická obstrukční plicní nemoc, noční astma, noční gastroezofageální reflux, vředová choroba dvanáctníku, fibrozitický syndrom - fibromyalgie, spavá nemoc)
Navrhované poruchy spánku	<p>jedinci s potřebou krátkého spánku, syndrom insuficience bdělosti, hormonální vlivy, vegetativní dysfunkce, laryngospasmus vznikající ve spánku, fragmentální myoklonus, děsivé hypnagogické halucinace</p>

tabulka č. 2

Insomnie podle délky trvání a léčby

Insomnie	Trvání	Terapie
Transientní	Do 7 dnů	Bez terapie / hypnotikum, spánková hygiena
Krátkodobá	1 - 4 týdny	Konzultace s praktickým lékařem, hypnotikum, spánková hygiena
Chronická	Déle než měsíc	Konzultace se specialistou, spánková hygiena, hypnotika, psychoterapie - KBT

Psychofyziologická insomnie

S touto jednotkou se setkáváme v praxi nejčastěji. Vyvíjí se většinou postupně, mnohdy bez na první pohled zjevného vyvolávajícího faktoru. Je výsledkem dlouhodobého působení různých nepříznivých faktorů, které vedou k narůstání tenze. Nejčastějším steskem stran spánku je porušené usínání. Postupně se vyvíjí obavné myšlenky z usínání – pacienti se obávají večera a spánku/ulehnutí (anticipace nespavosti). Kromě prodloužené latence usnutí je zmiňován přerušovaný spánek s obtížným usínáním po probuzení, časné ranní probouzení. Z ne kvalitního spánku vyplývá špatná nálada, snížená výkonnost a ospalost přes celý den, časté poklímávání v klidu či u televize. Pacienti lépe usínají v jiné než své posteli (na chalupě, na služební cestě – častý stesk: „u televize usnu, jakmile si lehnu do postele, ne a ne zabrat“). Zjednodušeně můžeme konstatovat, že „dobré chování – usínání“ je rychle a snadno nahrazováno „chováním špatným“. Opětový návrat k normálu (dobrému chování – správnému spánku) bývá bolestný stejně jako odučováním se zlovykům. Velkým nebezpečím je užívání hypnotik, ke kterým pacient sám sáhne a které přechází v chronické užívání až závislost. Nejúčinnější terapií se jeví psychoterapie (nejvhodnější je kognitivně behaviorální terapie – KBT) v kombinaci s hypnotiky (2, 4). Léčba je dlouhodobá a vyžaduje erudované pracovníky.

Pseudoinsomnie

U pacientů s lehkým spánkem a nízkým prahem probuditelnosti je v důsledku špatného vnímání spánku – probouzečních reakcí subjektivně navozován pocit, že špatně/málo spí. Výskyt této jednotky je odhadován na 5%. V terapii mnohdy vystačíme s jednoduchou psychoterapií, kdy pacientovi vysvětlíme podstatu jeho problému.

U insomnií vznikajících z vnějších příčin – nedodržování/porušování spánkové hygieny můžeme napomoci k nápravě stavu seznámením pacienta se základními návyky – dodržováním spánkového desatera (viz tabulka č. 3). Čím dříve si pacient stav uvědomí a začne ře-

šit, tím větší má naději na rychlou úpravu stavu. Pacientům je třeba zdůraznit, že v případě krátkodobého působení nepříznivých podmínek (stres, nemoc atd.) je přirozené, že člověk špatně spí a přechodné užívání hypnotika je v těchto případech opodstatněné.

Syndrom neklidných končetin**(RLS – restless legs syndrome)**

První popis této jednotky byl v literatuře zaznamenán na konci 17. století (5), teprve však na konci minulého století jí začala být věnována náležitá pozornost, zvláště s ohledem na její výskyt (obvykle je udáván mezi 10–20%; 6). Pacient přichází do ordinace nejčastěji se steskem na prodloužené usínání. Ráno a přes den se cítí nevyspalý, neodpočatý a nevykonný. Cílenými dotazy je zjištěno nutkání k pohybu vyvolané nepříjemným pocitem v dolních končetinách (méně často v horních končetinách či kdekoliv v těle). Pohyb krátce uleví, ale po chvíli se nutkání k pohybu s nepříjemnými pocity opět objevují, a tím oddalují spánek. Výskyt této jednotky je charakteristický pro večerní hodiny kdy se pacient zklidní (tzn. po usednutí k televizi, v kině, v divadle) či po ulehnutí do postele, kdy uvedené pocity a pohyby oddalují usnutí (7). Příčina onemocnění není známá, předpokládá se však porucha metabolismu dopaminu. Jeho suplementace přímo L-Dopou či agonisty bývá úspěšná a rychlá. V dalším pořadí můžeme užít gabapentin, carbamazepin, opioidy, clonazepam. RLS může být navozen i sekundárně: v těhotenství, při anémii z nedostatku železa, při chronickém renálním selhávání, u neurologických lezí (spinální i periferní včetně diskopatií), medikamentózně (tricyklická antidepressiva, SSRI, lithim, agonisté dopaminu). Se RLS často souvisí **periodické pohyby končetinami ve spánku (PLM – periodic legs movements in sleep** – až u 80% pacientů s RLS jsou popisovány PLM), kdy dochází během spánku k repetitivním pohybům končetinou podobným trojflexi kyčle, kolena a kotníku, obvykle spojené s flexí palce. Stav je spojen s (mikro)probouzeční reakcí. Pohyby mohou být viditelné okem či zachytilelné pouze polysomnograficky jako aktivita v EMG svodech z mm. tibiales.

Desitin Pharma EANOX

tabulka č. 3

Desatero rad při poruchách spánku a usínání

1. Postel i ložnici užívejte pouze ke spánku a pohlavnímu životu (odstraňte z ložnice televizi!).
2. V místnosti na spaní minimalizujte hluk a světlo a zajistěte vhodnou teplotu (nejlépe 18-20°C).
3. Do postele uléhejte až při ospalosti.
4. Pokud nemůžete usnout do 30 minut, vstaňte z postele, odejděte do jiné místnosti a věnujte se nějaké činnosti (nedívejte se na televizi). Ulehněte opět, až se dostaví ospalost.
5. Vstávejte každý den ve stejnou dobu (i o víkendu).
6. Nepijte kávu, černý či zelený čaj a kolu 4-6 hodin před ulehnutím, omezte i jejich požívání přes den. Působí povzbudivě a ruší spánek.
7. Nekuřte, zvláště ne před usnutím a v době nočních probuzení. Nikotin také povzbuzuje.
8. Nepijte večer alkohol, abyste lépe usnuli - alkohol zhoršuje kvalitu Vašeho spánku.
9. Vynechejte večer těžká jídla.
10. Pravidelné cvičení pozdě odpoledne může zlepšit Váš spánek. Naopak cvičení 3 - 4 hodiny před ulehnutím může Váš spánek rušit.

Přerušovaný spánek je mnohdy pacientem vnímán jako insomnie.

Méně často se setkáváme se stesky na insomnii u pacientů s **obstrukční spánkovou apnoí (OSA)**. Příčinou jsou apnoické pauzy v důsledku kolapsu horních dýchacích cest, spojené s desaturacemi, jejichž následkem jsou mikroprobouzení reakce vedoucí k fragmentaci spánku (8).

Poruchy cirkadiánní rytmicity

Se **syndromem předsunuté fáze** se setkáváme hojně u seniorů, kdy bývá nesprávně diagnostikován jako nespavost. Pacienti usínají nejméně o dvě hodiny dříve, než je konvenčně stanovená doba, jejich spánková architektura i doba spánku je však normální. O stejnou dobu vpřed se tak se posouvá i probouzení. Tzn., že pacienti se v důsledku posunu spánkového cyklu probouzejí často v noci nebo nad ránem. Tento fakt špatně vyhodnocují a velmi negativně vnímají (stejně jako okolí). **Syndrom posunuté fáze** je opakem předchozího. Pacienti usínají nejméně o dvě hodiny později než je konvencemi stanovený čas a o stejnou dobu později se probouzejí. Stav se projevuje nejvíce u mladších jedinců (nezřídka po dokončení studií, kdy na jednu musí dodržovat pravidelný režim a nemohou si vyhovět spánkem do dopoledních hodin). Stejně jako u syndromu předsunuté fáze není architektura i doba spánku změněna. Zmíněné dvě jednotky přináší velké sociální obtíže, zvláště když si jedinec nemůže dodržovat svůj optimální režim. Ve škole či v práci jsou pacienti ospalí, nesoustředění a nevykonní (u dětí se může zhoršit prospěch). Řešení obou jednotek je složitější, účinek léčby není dostatečný, uplatňuje se hlavně chronoterapie, podávání melatoninu, vitamíny. Ideál-

ním stavem je, může-li se pacient plně přizpůsobit svým biologickým rytům.

Směnný režim

Lidé pracující ve směnném provozu trpí velmi často poruchami spánku. Nejčastějším steskem jsou poruchy usínání, nevykonnost a únava přes den, mohou se projevit i somatické příznaky, problémy se přenáší často i do rodinných vztahů. Stav je lépe zvládnán mladšími jedinci, s postupujícím věkem se tolerance ke střídání směn zhoršuje. Lepší zvládnání obtíží přináší pravidelné střídání směn v rytmu ranní-odpolední-noční po 2-3 dnech. Ideálním doporučením je nepracovat ve směnném režimu. Podávání hypnotik není vhodné, rovněž tak jako spánek po noční směně.

Diagnostika insomnií

Základem diagnózy je podrobná anamnéza. Zjišťujeme, v kolik hodin pacient uléhá do postele. Cíleně se dotazujeme na jeho chování v posteli (čtení v posteli, sledování TV z postele), kdy zhasíná a za jak dlouho usíná. Zjišťujeme důvody, proč nemůže usnout (bolest, nepříjemné myšlenky atd.), jak dlouho trvá spánek, počet probuzení, důvod probuzení (mikce, obavné myšlenky, bez důvodu, hlad, atd.), jejich trvání, eventuálně co dělá, když nespí. Dále se dotazujeme na chrápání, zda je spánek motoricky klidný. Důležitou otázkou je doba probouzení, zda ihned vstává, či zda se v posteli ještě převaluje a v kolik hodin skutečně vstává. Ptáme se na pocity při probuzení (vyspalý, odpočatý, bolesti hlavy, sucho v ústech atd.). Mapujeme jeho bdělost a vykonnost během dne, ptáme se, zda si chodí po obědě či po návratu z práce lehnout, zda-li přes den v klidu (dopravní prostředek, čtení, apod.) či u televize se mu zavírají oči (klimbá). Zjišťujeme jeho zvyky večer a před usnu-

tím. Zajímáme se o jeho sociální i pracovní situaci, dotazujeme se na prostředí, v jakém spí. Cílenými dotazy vylučujeme nejčastější diagnózy - OSA, RLS, PLMS, narkolepsii.

Podrobná anamnéza napomůže stanovit diagnózu a další postup. Již v první linii je tak možno správně stanovit diagnózu a dále nasměrovat pacienta (například RLS je možné diagnostikovat a léčit již jen na základě anamnestických dat). Některé akutní stavy je tak možno zvládat rychle v ambulanci praktického lékaře. Jednoduchá psychoterapie s edukací, jak dodržovat spánkovou hygienu (viz tabulka č. 3) spolu s předepsáním hypnotika na krátkou dobu umožní překonat akutní fázi a zabránit úmornému obíhání specialistů, které je zároveň i záležitostí několika týdnů. Pokud problémy trvají delší dobu či se jeví složitějšími, je nutno odeslat pacienta ke specialistovi - neurologovi či psychiatrovi, kteří jsou schopni zajistit další péči (léčba RLS, léčba psychiatrické problematiky včetně medikace i psychoterapie, odvykávací léčba od hypnotik). Nejsložitější případy náleží do praxe spánkových center, která jsou schopna zajistit specializovaná vyšetření (polysomnografie, aktigrafie) a poskytnout následnou terapii a péči. Při jisté diagnóze insomnie většinou není nutné indikovat polysomnografické vyšetření a pacient je léčen ambulantně, naopak při zvažování širší diferenciální diagnózy je polysomnografické vyšetření žádoucí.

Citlivým přístupem k uvedené problematice a jejím včasným řešením lze pomoci velké většině pacientů, kterých bude nepochybně v dalších letech přibývat. Proto je nutné prohlubovat znalosti v oboru, nepřehlížet a nebagatelizovat stesky pacientů ani je neodbývat rychlým předepsáním hypnotik.

Literatura:

1) Nevšimalová S, Šonka K a kol. *Poruchy spánku a bdění*. Praha, Maxdorf; 1997.
 2) Management of insomnia - NCSDR Working Group. *Sleep*, 1999, 22, Suppl 2: S402-S408.
 3) ICSD - International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. *Diagnostic Classification Steering Committee*. Thorpy M, ed. Rochester: American Sleep Disorders Association, 1990.
 4) Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke R, Marsh GR, Quillian RF. *Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia. A randomized control trial*. *JAMA* 2001; 285: 1856-1864
 5) Willis T. *The London practice of physick*. London: Bassett, Dring, Harper, and Crook; 1692.
 6) Phillips B, Young T, Finn L, Asher K, Hening WA, Purvis C. *Epidemiology of restless legs symptoms in adults*. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2137-2141.
 7) Allen RP, Pichietti D, Hening WA, Trenkwalder C, Walters E, Montplaisi J., *the participants in the Restless Legs Syndrome Diagnosis and Epidemiology workshop at the National Institute of Health in collaboration with members of the International Restless Legs Syndrome Study Group*. 8) *Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health*. *Sleep Medicine* 2003; 4: 101-119
 9) Smith S, Sullivan K, Hopkins W, Douglas J. *Frequency of insomnia report in patients with obstructive sleep apnoea hypopnoea syndrome (OSAHS)*. *Sleep Medicine* 2004; 5: 449-456

POEM (Patient oriented evidence that matters)

Důležité důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Nechirurgická léčba syndromu karpálního tunelu je účinná

- ▶ **Klinická otázka:** Jsou nechirurgické přístupy k léčbě syndromu karpálního tunelu účinné?
- ▶ **Závěr:** V tomto systematickém přehledu bylo prokázáno, že nechirurgické metody léčby syndromu karpálního tunelu využívající lokální nebo orální aplikace kortikosteroidů přinesly dočasnou úlevu. Spontánní ústup obtíží je častější než bychom si mysleli: téměř 50% pacientů užívajících placebo se zlepšilo. Dlouhodobé údaje u většiny léčebných postupů chybí. V několika málo studiích s dlouhodobou kontrolou téměř 50% pacientů podstoupilo chirurgickou léčbu do jednoho roku od začátku sledování. (Úroveň důkazu = 1a-).
- ▶ **Zdroj:** Goodyear-Smith F, Arroll B. What can family physicians offer patients with carpal tunnel syndrome other than surgery? A systematic review of nonsurgical management. *Ann Fam Med* 2004; 2:267-73.
- ▶ **Typ studie:** Systematický přehled.
- ▶ **Umístění studie:** Různá (metaanalýza).
- ▶ **Synopse:** Autoři systematicky přezkoumali randomizované kontrolované studie v anglickém jazyce které se týkaly nechirurgické léčby syndromu karpálního tunelu. Provedli vyčerpávající průzkum literatury včetně systémů MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library, a registru kontrolovaných studií. Ručně také vyhledávali reference z dříve publikovaných článků a komunikovali s autory za účelem získání nepublikovaných materiálů. Každý z autorů stanovil kvalitu studie za použití PEDro (Physiotherapy Evidence Database) stupnice, podle které může být přiděleno maximálně 10 bodů. Jakákoliv neshoda byla řešena konsenzem. Podmínkou zařazení studie bylo získání minimálně 3 bodů. Vybrány byly dva systémové přehledy, 16 randomizovaných kontrolovaných studií a jedna kvazi-experimentální studie. Nalezli celkem vysoký poměr spontánních odeznění problému; téměř 50% z pacientů léčených placebem se zlepšilo. Lokální opich kortikoidem zlepšil symptomy, ale z toho 50% pacientů podstoupilo do jednoho roku chirurgický zákrok. Orální kortikosteroidy přinesly krátkodobé zlepšení, dlouhodobá data nebyla k dispozici. U dalších léčebných modalit byly nedostačující údaje o jejich účinnosti (malé studie, špatné provedení, smíšené nebo rozporné výsledky): laserová akupunktura, cvičení, ultrazvuk, dlahování, a jóga. Autoři nenašli doklady pro použití nesteroidních antirevmatik, chiropraktické manipulace, pyridoxin, diuretika, nebo magnetoterapii.

Postmenopauzální substituce estrogenem nezlepší kognitivní funkce

- ▶ **Klinická otázka:** Zlepší postmenopauzální estrogenní substituce celkové kognitivní funkce?
- ▶ **Závěr:** Postmenopauzální estrogenní substituce nezlepší – a může dokonce zhoršit – celkovou kognitivní funkci. Nežádoucí účinky mohou být více vyjádřeny u žen s pre-existujícím snížením kognitivních funkcí. (Úroveň důkazu = 1b).
- ▶ **Reference:** Espeland MA, Rapp SR, Shumaker SA, et al. Conjugated equine estrogens and global cognitive function in postmenopausal women. *Women's Health Initiative Memory Study. JAMA* 2004; 291:2959-968.
- ▶ **Typ studie:** Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě slepá)
- ▶ **Umístění studie:** Ambulantní (jakákoliv)
- ▶ **Synopse:** Iniciativa pro ženské zdraví a studium paměti (The Women's Health Initiative Memory Study) před časem oznámila, že kombinovaná hormonální substituční léčba s estrogenem a progesteronem nezlepší u postmenopauzálních žen celkové kognitivní funkce. Za účelem určení samostatného efektu estrogenu bylo zařazeno do dvojitě slepé studie 2947 žen ve věku 65 - 79 let, s předchozí hysterektomií. Ženy byly randomizovány do dvou skupin, jedna skupina užívala 0.625 mg konjugovaného estrogenu denně, druhá skupina placebo. Osoby, které hodnotily výsledky, nebyly informovány o příslušnosti ke skupině. Více než 95% účastnic studie bylo kontrolováno po dobu průměrně 5,4 roku. Za využití analýzy se záměrem léčit byly výsledky MMS (Mini-Mental State) testu o 0,26 bodů nižší u skupiny léčené estrogenem oproti skupině s placebem (P = 0,04). Nežádoucí účinky estrogenní léčby byly více vyjádřeny u žen s nižším výsledkem MMS testu na začátku studie.

Karcinom prostaty je relativně častý i u PSA < 4.0

- ▶ **Klinická otázka:** Jak častý je karcinom prostaty mezi muži s hladinou prostatického specifického antigenu (PSA) menší nebo rovnou 4.0 ng/ml?
- ▶ **Závěr:** Karcinom prostaty, dokonce i vysokého stupně, se vyskytuje u starších mužů s tzv. normálním nálezem prostatického specifického antigenu (PSA). Výsledky této studie mohou být interpretovány dvěma způsoby. Jestliže chcete provádět více biopsií a diagnostikovat více prostatických karcinomů, výsledky které vidíte, mohou být popudem ke snížení horní hranice normy PSA. Na druhé straně to může být také viděno jako pouhá upomínka na to, jak nedokona-

lý screening PSA je. Je moudré pamatovat na to, že ačkoliv se prostatický karcinom objevuje u 17% mužů, usmrtí pouhé asi 3% z nich. Než obdržíme výsledky randomizovaných kontrolovaných studií (ne dříve než v r. 2006) je rozumné být opatrný při hodnocení „abnormálního“ PSA testu, a velmi uvážlivý zda-li biopsoval muže s PSA ≤ 4.0 ng/mL. (Úroveň důkazu = 1b).

- ▶ **Zdroj:** Thompson IM, Pauler DK, Goodman PJ, et al. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level ≤ 4.0 ng per milliliter. *N Engl J Med* 2004; 350:2239-246.
- ▶ **Typ studie:** Skupinová (prospektivní)
- ▶ **Umístění studie:** Ambulantní (jakákoliv)
- ▶ **Synopse:** PSA je jako screeningový test kontroverzní, neboť mnoho karcinomů, které odhalí, by nikdy pacientovi neuškodily. Navíc léčba onemocnění a vědomí diagnózy karcinomu není benigní. Autoři této studie hlouběji zkoumali tuto otázku na mužích zařazených do placebo skupiny studie věnované léčbě finasteridem v prevenci prostatického karcinomu. Z 9459 mužů v placebo skupině bylo 1187 vyřazeno pro minimálně jeden nálezu PSA vyšší než 4.0 ng/ml. Další 3460 bylo vyřazeno, protože měli buď alespoň jedno abnormální digitální vyšetření rektu, podstoupili operaci prostaty, užívali finasterid – ačkoliv neměli, neměli provedenu biopsii prostaty na konci studie nebo měli biopsii v nesprávný termín. Takto zbyla skupina 2950 mužů ve věku 62 - 91 let v době biopsie prostaty, kteří měli jednorocní PSA hladiny po celé období 7 let trvání studie trvale menší nebo rovné 4.0 ng/ml. Studie byla ukončena biopsií prostaty. U tohoto typu studie však existuje obava, že muži by mohli mít větší než průměrné riziko karcinomu, protože se mohli přihlásit jako dobrovolníci studie proto, že měli osobní obavu ze vzniku karcinomu prostaty. Toto pravděpodobně nebyl případ této studie, nicméně asi 16% mělo příbuzné prvního stupně s tímto onemocněním. Prostatický karcinom byl nalezen u 8,8% mužů s PSA menším než 1.0 ng/ml, u 17% s PSA mezi 1.1 a 2.0 ng/ml, u 23.9% s PSA mezi 2.1 a 3.0 ng/ml, a 26.9% s PSA mezi 3.1 a 4.0 ng/ml. Pravděpodobnost karcinomu vysokého stupně (skóre podle Gleasona ≥ 7) byla mnohem nižší: 0,9% u PSA menšího než 1.0 ng/ml, 0,9% u PSA mezi 1.1 a 2.0 ng/ml, 4,6% u PSA mezi 2.1 a 3.0 ng/ml, a 6,7% u PSA mezi 3.1 a 4.0 ng/ml.

© Copyright 2004 InfoPOEM, Inc. All Rights Reserved

Refluxní ezofagitida

MUDr. Karel Lukáš, CSc.

Gastroenterologické centrum VFN a 1.LF UK Praha, IV.interní klinika

Souhrn:

Refluxní ezofagitida, zánět jícnové sliznice, je nejčastějším projevem refluxní choroby jícnu a je důsledkem prolongovaného kontaktu žaludečního a duodenálního obsahu s jícnovým epitelem.

Gastroezofageální reflux je snadný přesun žaludečního obsahu ze žaludku do jícnu. Tento jev se vyskytne mnohokrát za den a ve většině případů bez klinických následků, jde o normální fyziologický proces. Ale gastroezofageální reflux může být i patologický, a pak dochází k poškození jícnu, orofaryngu, laryngu a respiračního traktu - vzniká refluxní choroba jícnu.

Klíčová slova:

Helicobacter pylori, ezofagoskopie, pyróza, Barretův jícen

Refluxní choroba jícnu je obvykle důsledkem poruchy motility, kdy klíčovou roli hraje dysfunkce dolního jícnového svěrače, která dovolí prodloužený kontakt kyselého žaludečního obsahu s jícnovou sliznicí.

Při ezofagoskopii provedené pro jasné symptomy můžeme nalézt jasně zřetelnou endoskopicky prokazatelnou ezofagitidu nebo je nález na sliznici normální, ale změny jsou dokazatelné mikroskopicky v biotických vzorcích (mikroskopická ezofagitida).

Extraezofageální refluxní choroba zahrnuje chorobné procesy lokalizované v jiných orgánech, příčinou je též reflux žaludečního obsahu (patří sem např. chrapot, recidivující záněty dýchacích cest, astma).

U 40 % dospělé populace Spojených států se symptomy gastroezofageálního refluxu, zejména pyróza, vyskytnou někdy v průběhu života, 7-10 % má příznaky denně. Jícnový zánět je nejčastějším patologickým nálezem u pacientů, kteří jsou vyšetřeni endoskopicky, ezofagitida je zjišťována u 15 % z nich. Incidence refluxní ezofagitidy stoupá. Nárůst je jistě poplatný i zvýšenému užití endoskopie a zlepšení diagnostiky. Prevalence refluxní choroby jícnu je ve Spojených státech odhadována na 25-35 %.

Vznik refluxní choroby je určován rovnováhou mezi faktory: agresivními (gastroezofageální reflux, přítomnost žluče a pankreatických enzymů, hiátová hernie, dysmotilita žaludku, nedostatečná pylorická kompetence) a defenzivními (antirefluxní bariéry - zejména domykající

dolní jícnový svěrač, luminální očista a tkáňová rezistence).

Helicobacter pylori není přítomen v normálním nebo zánětlivě změněném jícnové epitelu, protože za normálních okolností zde není přítomen žaludeční typ epitelu. Prevalence *Helicobacter pylori* u nemocných s refluxní chorobou jícnu se neliší od ostatní populace. Příznaky refluxní choroby jícnu nekorelují se závažností onemocnění. Tíže symptomů nepředpovídá stupeň endoskopického nálezu! 60 - 63 % nemocných se symptomatologií refluxní choroby má při endoskopickém vyšetření normální nález na sliznici jícnu.

Pálení záhy (pyróza) je klasickou a nejčastější manifestací patologického refluxu. Pýróza je považována téměř za specifickou pro refluxní chorobu a vyskytuje se u 73 - 83 % nemocných. Je vnímána jako pálení za sternem, které se pohybuje z epigastria směrem k manubriu sternu. Regurgitace (obvykle obsahu kyselého) je snadné vtékání žaludečního obsahu do jícnu a úst, je příznakem u 66 % nemocných s refluxní chorobou. Dysfagie, obtížné polykání, je subjektivní pocit uváznutí sousta během jeho cesty z úst jícnem do žaludku. Vyskytuje se u 40 % nemocných s refluxní chorobou. Odynofagie je charakterizována jako bolest při polykání lokalizovaná za sternem, její souvislost s polykáním ukazuje na jícnový původ. Odynofagie s progresivní dysfagií a váhovým úbytkem může být důsledkem malignity! Záchvatovitě slinění se projevuje náhlou tvorbou velkého množství slaných

nebo kyselých slin v ústech. Velký objem má působit jako ochranné agens, které vyvolává polykání, peristaltiku a zvýšenou očistu epitelu. Globus je popisován jako pocit cizího tělesa v krku, bez prokázané příčiny. Bolest na hrudi bývá nejčastěji spojována s onemocněním srdečním, ale stejně se může projevovat i jícnové onemocnění - ostrá nebo tupá bolest vyzařující z hrudníku a vystřelující do paže nebo krku.

Část nemocných s refluxní chorobou je zcela asymptomatická. Zejména se to týká nemocných ve vyšším věku, kdy může být snížena acidita refluxátu a je sníženo i vnímání bolesti. U mnoha starších pacientů se onemocnění projeví až komplikacemi (např. strikturou), protože do té doby probíhá nemoc buď zcela asymptoticky nebo jen s minimálními projevy.

Komplikacemi refluxní ezofagitidy (obvykle erozivní) jsou: striktura, ulcerace, krvácení a Barrettův jícen.

Refluxní choroba jícnu je chronické relapsující onemocnění. Vzpánutí jsou obvyklá po ukončení léčby, u 50 % nemocných dojde k relapsu do 2 měsíců a po 6 měsících zůstává v remisi dokonce jen 20 % nemocných.

Pro diagnózu refluxní choroby jícnu je základem: anamnéza, endoskopické a event. histologické vyšetření. Je možno použít též: rentgenové vyšetření (např. k diagnóze hiátové hernie) a pH-metrii. Vyšetřením první volby při podezření na refluxní chorobu jícnu je zásadně endoskopie s biopsií, protože je nejcitlivějším vyšetřením k diagnostice refluxní ezofagitidy, určení její tíže, která je hlavním faktorem, který má vliv na výběr nejpřiměřenější léčby. Endoskopie by měla být provedena u všech nemocných při podezření na refluxní chorobu jícnu jako vyšetření vstupní. Dále pak jako vyšetření kontrolní po léčbě u těžšího stupně ezofagitidy. Jako kontrolní vyšetření by měla být endoskopie provedena při sledování Barrettova jícnu a vždy při změně symptomatologie, zejména objeví-li se dysfagie nebo odynofagie. Endoskopie je diagnostickým vyšetřením první volby v případech, kdy nechceme riskovat přehlédnutím malignity. K popisu jícnových změn při refluxní ezofagitidě je u nás nejčastěji používána klasifikace ezofagitidy Savaryho-Millerova, kdy stupeň 1 je označován jako erytematózní (skvrnitě nebo difúzně zarudlá sliznice se zvětšenými řasami a aftami), stupeň 2 jako lineární (splývání rudých okrsků v pruhy, aniž je postižen celý obvod jícnu), stupeň 3 jako cirkumferentní (změ-

ny zaujímají celý obvod terminálního jícnu) a stupeň 4 jako stenózující (cikrulární exulcerace s rigiditou a stenózou následkem jizvení). Ezofagitidu lehkého stupně nebo endoskopicky negativní refluxní ezofagitidu lze diagnostikovat jen na základě pozitivního histologického nálezu.

Nejdůležitější komplikací refluxní ezofagitidy je Barrettův jícen, což je stav, kdy dochází k náhradě (metaplazii) původního dlaždicového epitelu sliznice distálního úseku jícnu epitelem cylindrickým, který má alespoň v některých úsecích intestinální charakter.

Podmínkou je, že bioptické vzorky, na jejichž základě byla diagnóza stanovena, byly bezpečně odebrány nad linií Z. Diagnóza je stanovena histologickým vyšetřením bioptických vzorků z terminálního jícnu! Intestinální metaplazie představuje prekancerózní lézi, na jejímž základě vzniká adenokarcinom jícnu. Od r.1990 stoupá výskyt Barrettova jícnu a adenokarcinomu jícnu. Délka trvání refluxní choroby jícnu a erozivní refluxní ezofagitidy jsou spojeny se zvýšeným rizikem Barrettova jícnu. Barrettův jícen se vyskytuje ve vyšším věku. Pacienti s tímto onemocněním musí být sledováni. Jako teoreticky nejúčinnější léčba Barrettova jícnu se jeví včasná a dlouhodobá léčba refluxní choroby jícnu, která předchází komplikacím a tím i vzniku Barrettova jícnu. V diferenciaciální diagnóze refluxní ezofagitidy je nutné odlišit přenesenou bolest při peptickém vředu, bolest biliární etiologie, obtíže při funkčních dyspepsiích, jícnové spasmy atd. Jako nejzákladnější se jeví odlišení od bolesti anginózní při ischemické chorobě srdeční. V diferenciaciální diagnóze endoskopické je třeba uvažovat o ezofagitidě jiné etiologie, např. infekční (mykotické, herpetické). Strikturu s výraznými zanětlivými změnami lze bez histologického vyšetření zaměnit s tumorem. Možnosti léčby refluxní choroby jícnu spočívají v současné době ve:

- ▶ snížení objemu a účinnosti žaludečního obsahu, tedy v redukci škodlivého vlivu refluxátu (zejména žaludeční acidity)
- ▶ zvýšení jednoho nebo více jícnových ochranných mechanismů:
 - ▷ zlepšení kompetence dolního jícnového svěrače,
 - ▷ zvýšení jícnové očisty,
 - ▷ ochraně jícnové sliznice,
 - ▷ zvýšení tkáňové rezistence.

Léčba zahrnuje:

Režimová opatření

Nezbytné je poučení pacienta o příčině choroby a faktorech, které mohou reflux vyvolat. Režimová opatření zahrnují změny ve stravovacích zvyklostech, dietní omezení, docílení ideální tělesné váhy. Nevhodné je přeplnění žaludku, polehávání po jídle a „noční přesní-

dávky“. Dle individuální snášenlivosti upravit stravování, někdy je nutno vyloučit např. cibuli, česnek, čokoládu, čerstvé pečivo a tuky a z nápojů alkohol, colu, čaj, džusy a kávu. Je nutná znalost léků, které snižují tonus dolního jícnového svěrače (např. betablokátory). Je nutné se vyvarovat i situací, kdy dochází k déletrvajícimu zvýšení nitrobřišního tlaku (např. těsnému oblečení) a stavům spojeným s opakovaným ohýbáním, předkláněním a zvedáním břemen. Důležitým režimovým opatřením je elevace hlavové části lůžka. Stejně důležité je snížení tělesné váhy.

Medikamentózní léčbu

Konzervativní medikamentózní léčba je: topická (antacida) a systémová (prokinetika, antagonisté H₂ receptorů, inhibitory protonové pumpy). Délka styku kyseliny s jícnovým epitelem je nejdůležitějším faktorem určujícím tíži refluxní symptomatologie a stupeň ezofagitidy. Proto zkrácení doby styku jícnové sliznice s kyselinou pomocí potlačení kyselé sekrece je velmi účinným léčením při hojení refluxní ezofagitidy. Prokinetika jsou nejlogičtější (zatím nikoliv nejúčinnější) léčbou refluxní choroby. Inhibitory protonové pumpy účinně potlačují kyselou žaludeční sekreci blokádu protonové pumpy, vytvářejí 24 hodinovou inhibici kyselé sekrece a jsou nejúčinnější lékovou skupinou v léčbě refluxní choroby jícnu, jak při odstranění symptomů, tak i v hojení ezofagitidy. Je možno je užívat v léčbě krátkodobé (akutní ataky po dobu 2-3 měsíců) nebo dlouhodobé (udržovací, po měsíce až léta). Pokud nejsou nemocní s refluxní chorobou jícnu dostatečně léčeni, mají výrazně sníženou kvalitu života. Při konzervativní nebo chirurgické léčbě je kvalita života normalizována.

Chirurgickou léčbu

Chirurgická antirefluxní léčba (v současnosti prakticky jen laparoskopická) je indikována: zejména při selhání konzervativní léčby, u mladých nemocných, zejména u těch, kteří odmítají dlouhodobou konzervativní léčbu, u jinak zdravých pacientů, kteří upřednostňují chirurgický výkon. Zvláštní směrnice platí při léčbě Barrettova jícnu, u nich je operace považována za prevenci vzniku adenokarcinomu.

A budoucnost bude patřit **léčbě endoskopické**.

Literatura:

- 1) Lukáš, K. a kol.: *Refluxní choroba jícnu*. UK Praha, Nakladatelství Karolinum, 2003
- 2) Bureš, J., Koudelka, T., Dítě, P., Lukáš, K., Hepa, A., Jirásek, V., Seifert, B., Charvátová, E., Vojtíšková, J.: *Refluxní choroba jícnu. Doporučené diagnostické postupy pro praktické lékaře. Čas.lék. českých*, 143, 2004, 6, V-X
- 3) *Pracovní skupina České gastroenterologické společnosti pro problematiku refluxní choroby jícnu: Refluxní choroba jícnu - Standardy české gastroenterologické společnosti. Čes. a slov. gastroenterol. hepatol.*, 57, 2003, 1, 23-29

ZENTIVA Helicid

Hepatitida C

diagnostické možnosti praktického lékaře z pohledu infektologa

Doc. MUDr. Petr Husa¹, CSc., MUDr. Libuše Husová²

¹ Klinika infekčních chorob FN Brno a LF MU Brno; ² Interní gastroenterologická klinika FN Brno a LF MU Brno

Souhrn:

Virová hepatitida C představuje v celosvětovém měřítku závažný zdravotnický problém. Podle kvalifikovaných odhadů jsou asi 3 % světové populace chronicky infikována virem hepatitidy C (HCV). Česká republika přesto patří mezi státy s relativně nízkým výskytem infekce HCV. Podle výsledků sérologických přehledů z roku 2001 jsou chronicky infikováni 0,2 % naší populace. Nejohroženější skupinou jsou jednoznačně injekční uživatelé drog, kteří si navzájem půjčují injekční stříkačky a jehly. Infekce HCV, která vznikla po podáních transfuzí krve či krevních derivátů před zavedením rutinního vyšetřování krevních dárců v roce 1992, je většinou diagnostikována až po mnoha desetiletích od svého vzniku, často až ve stadiu jaterní cirhózy nebo rakoviny jater. Při vyhledávání nemocných s chronickou hepatitidou C je úloha praktického lékaře nezastupitelná, protože v drtivé většině případů je v prvním kontaktu s nemocným s tímto onemocněním. Chronická hepatitida C je většinou zachycena náhodně, při odběru krve z důvodů preventivních nebo při podezření na jinou diagnózu.

Úspěšnost léčby chronické hepatitidy C se hodnotí podle trvalého vymizení viru z krve. Během uplynulého desetiletí vzrostla účinnost léčby z původních 5 % na současných 50 - 60 % u nemocných infikovaných typem 1 viru a 70 pacientů nakažených typy 2 nebo 3. Tohoto výborného léčebného úspěchu je dosahováno při použití kombinace pegylovaného interferonu a ribavirinu. Během léčby je spolupráce s praktickým lékařem velmi cenná, protože léčba je v podstatě vždy ambulantní a pacienti často bydlí desítky kilometrů od hepatologických center a není proto možné vždy zajistit stálý kontakt specialisty s pacientem.

Klíčová slova:

hepatitida C, pegylovaný interferon, ribavirin, spolupráce praktika a hepatologa

většina onemocnění probíhá bezpříznakově, a proto uniká pozornosti. Česká republika přesto patří mezi státy s relativně nízkým výskytem infekce HCV. Podle výsledků sérologických přehledů z roku 2001 jsou chronicky infikováni jen 0,2 % naší populace, tedy každý 500. občan naší republiky je postižen touto infekcí.

Před zavedením rutinního testování dárců krve se většina osob infikovala transfuzemi krve či krevních derivátů. Ve vyspělých státech světa ztratila tato cesta přenosu infekce v současnosti na významu. Nejohroženější skupinou jsou jednoznačně injekční uživatelé drog, kteří si navzájem půjčují injekční stříkačky a jehly. Rizikové aktivity představují i tetování a piercing, pokud nejsou prováděny v náležitých hygienických podmínkách. Další cesty přenosu infekce HCV (sexuálně, z matky na dítě, kontaktem v rodině) jsou sice možné, ale v praxi relativně vzácné.

Podle současných poznatků kolísá pravděpodobnost přechodu infekce HCV do chronicity v rozmezí od 40 - 50 % až po 90 - 100 % v závislosti na věku, způsobu přenosu infekce, velikosti infekční dávky a řadě dalších faktorů. Infekce HCV, která vznikla po podáních transfuzí krve či krevních derivátů před zavedením rutinního vyšetřování krevních dárců v roce 1992, je většinou diagnostikována až po mnoha desetiletích od svého vzniku, často až ve stadiu jaterní cirhózy nebo rakoviny jater. U injekčních uživatelů drog je vzhledem k typické anamnéze a relativně krátkému období masového rozšíření tohoto jevu v naší republice onemocnění diagnostikováno mnohem časněji, a proto je lépe ovlivnitelné léčbou.

Spolupráce praktika s hepatologem při vyhledávání nemocných s chronickou hepatitidou C

Při vyhledávání nemocných s chronickou hepatitidou C je **úloha praktického lékaře nezastupitelná**, protože v drtivé

Úvod

Virová hepatitida C představuje v celosvětovém měřítku závažný zdravotnický problém. Podle kvalifikovaných odhadů jsou asi 3 % světové populace chronicky infikována virem hepatitidy C (HCV). V absolutních číslech to je více než 180 milionů nemocných, přičemž zhruba 4 miliony žijí v USA, 5 milionů v západní Evropě a 2 miliony v Japonsku. Infekce je nejčastější v Africe, Jižní Americe a jihovýchodní Asii, kde je pravděpodobně in-

fikováno 10 - 20 % populace, místy i více. Vzhledem k tomu, že dosud nelze předcházet infekci HCV očkováním, je chronická hepatitida C problémem nejen rozvojových, ale i rozvinutých zemí světa. Počet hlášených případů akutních a nově zjištěných chronických hepatitid C v České republice rok od roku narůstá, od 158 případů nově diagnostikovaných infekcí HCV v roce 1993 až po 846 případů v roce 2003. Skutečná čísla však budou výrazně vyšší, protože naprostá

Roche
PEGASYS

většinou případů je v prvním kontaktu s nemocným s tímto onemocněním. Často je tato choroba odhalena v rámci vyšetřování pro jiné diagnózy. Naprostá většina případů chronické hepatitidy C je klinicky zcela němá, nebo se projevuje jen nespecifickými příznaky jako jsou únava, nevýrazné tlaky v oblasti jater, zažívací potíže apod. Proto je chronická hepatitida C většinou zachycena náhodně, při odběru krve z důvodů preventivních nebo při podezření na jinou diagnózu.

Prvním krokem vedoucím k diagnostikování chronické hepatitidy C je většinou objevení zvýšené aktivity aminotransferáz - ALT a AST. Na tomto místě je třeba připomenout, že většina nemocných s chronickou hepatitidou C nemá výrazně zvýšené hodnoty ALT a AST, ale nejčastěji je zvýšení na dvojnásobek až pětinásobek horní hranice normy. Obecně neplatí přímá úměra - čím vyšší aktivita ALT, tím závažnější jaterní onemocnění a naopak. U chronické hepatitidy C nejsou výjimkou pacienti s trvale normálními nebo jen minimálně zvýšenými hodnotami ALT a AST a výrazným histologickým nálezem - aktivitou i pokročilostí hepatitidy. Proto nejsou správná schémata, která posuzují závažnost chronické hepatitidy jen podle aktivity ALT. S tímto zjednodušením se v praxi setkáváme často, například ve snaze „standardizovat“ posudkové závěry. Ke skutečně objektivnímu posouzení závažnosti hepatitidy je nutné pacienta sledovat řadu měsíců, někdy i let, a při tom doplňovat množství dalších vyšetření laboratorních (sérologických, biochemických, hematologických) a zobrazovacích (především ultrazvuk). Ve většině případů se nevyhneme ani jaterní biopsii a histologickému vyšetření získaného vzorku jaterní tkáně.

Hlavní možnosti praktických lékařů při diagnostikování nemocných s chronickou hepatitidou C lze shrnout do těchto bodů:

- ▶ Pokud zjistíte opakovaně zvýšenou aktivitu ALT (nebo AST), je nutné zvážit vyšetření krve na přítomnost protilátek anti-HCV, zejména pokud toto zvýšení aktivity přetrvává po dobu několika měsíců.
- ▶ U epidemiologicky rizikových pacientů - narkomanů, tetovaných, po výkonu trestu, s piercingem, s operačními zákroky či transfuzemi v anamnéze má

význam provést vyšetření anti-HCV i při normální aktivitě ALT, AST, a to zejména při převzetí pacienta do péče. Pokud je jasné nebo pravděpodobné, že pacient pokračuje v rizikovém chování, jsou vhodné i následné kontroly zhruba jednou ročně.

- ▶ Nezařadit pacienta předčasně do určité „diagnostické škatulky“ a dále nepátrat po jiné příčině jaterního onemocnění. Typický příklad: alkoholik nebo obézní člověk má vyšší aktivitu ALT - stanoví se diagnóza jaterní steatóza, která je samozřejmě většinou správná, ale o možnosti existence současně probíhající chronické virové hepatitidy se již neuvažuje. Jaterní steatóza je velice častým histologickým nálezem při infekci HCV.
- ▶ Při zjištění positivity anti-HCV je nutné odeslat pacienta ke specialistovi - hepatologovi, který doplní další vyšetření a podle jejich výsledků rozhodne o vhodnosti a možnosti antivirové terapie. Samozřejmě pokud nejsou tato vyšetření běžně dostupná, což v současnosti nepředpokládáme, je možné „podezřelého“ pacienta odeslat jen na základě podezření na chronickou hepatitidu C.

Spolupráce při léčbě nemocných s chronickou hepatitidou C

Úspěšnost léčby chronické hepatitidy C se hodnotí podle trvalého vymizení viru z krve. Během uplynulého desetiletí vzrostla účinnost léčby z původních 5 % na současných 50 - 60 % u nemocných infikovaných typem 1 viru a 70 - 80 % u pacientů nakažených typy 2 nebo 3. Tohoto výborného léčebného úspěchu je dosažováno při použití kombinace pegylovaného interferonu, který se podává jednou týdně formou podkožní injekce, a ribavirinu, který je ve formě tablet nebo kapslí. Délka léčby je 48 týdnů při infekci typem viru 1, který v naší populaci jednoznačně převládá (zhruba 90 % případů). Pokud je pacient infikován relativně příznivými typy viru 2 nebo 3, postačuje jen 24 týdnů léčby. Během léčby je spolupráce s praktickým lékařem velmi cenná, protože léčba je v podstatě vždy ambulantní a pacienti často bydlí desítky kilometrů od hepatologických center a není proto možné vždy zajistit stálý kontakt specialisty s pacientem. V prvním měsíci léčby jsou nutné návštěvy nemocného u lékaře

každých 14 dní, potom zpravidla každé 4 týdny. Vždy se přitom zhodnotí potíže pacienta a jejich intenzita, provede základní vyšetření klinického stavu nemocného (přítomnost ikteru, dušnosti, otoků, ascitu, exantému apod.) a provedou odběry krve na biochemickou (bilirubin, ALT, AST) a hematologickou analýzu (krevní obraz). Hospitalizace je nutná jen výjimečně, pokud dojde k závažným nežádoucím účinkům léčby, které není možné zvládnout častějšími frekvencemi ambulantních kontrol. Léčba je většinou pacientů snášena uspokojivě, i když některé nežádoucí projevy léčby se objevují relativně často a mohou být někdy nepřijemné. Pacient musí brát oba léky v dávkách a intervalech, které mu lékař stanoví a pravidelně docházet na klinické a laboratorní kontroly. Při splnění těchto podmínek jde o léčbu velmi účinnou a bezpečnou.

Závěr

Bez nadsázky lze říci, že pacienti s virovou hepatitidou C jsou v České republice léčeni nejmodernějšími dostupnými prostředky, a to kombinací pegylovaného interferonu a ribavirinu. Léčba u nás se nijak neliší od léčebných postupů používaných v nejvyspělejších státech světa a podobné jsou i její výsledky. Léčba je dostupná pro všechny pacienty, které ji potřebují a které je možné tímto způsobem léčit, a je plně hrazena zdravotními pojišťovnami. Hlavním úkolem současnosti je aktivní vyhledávání a léčba nemocných s chronickou hepatitidou C dříve než se u nich onemocnění dostane do pokročilých stadií, kdy je již kvalita a délka jejich života výrazně ovlivněna a léčebné možnosti omezené. Při odhalování pacientů s chronickou hepatitidou C jsou praktičtí lékaři nezastupitelní.

Literatura:

- 1) Němeček, V.: *Sérologický přehled ČR v roce 2001 - virová hepatitida A, B, C. Zprávy CEM, 12, 2003, Příloha 1, s. 55-61.*
- 2) Husa, P., Husová, L.: *Léčba virových hepatitid. Praha, Triton 2000, 131 s.*
- 3) Husa, P., Husová, L.: *Chronické virové hepatitidy v ordinaci praktického lékaře. Spolupráce praktika a hepatologa. Praha, Triton 2002, 28 s.*
- 4) Galský, J., Husa, P., Kumpel, P., Němeček, V., Plíšek, S., Šperl, J., Urbánek, P., Volfová, M. (abecedně): *Diagnostika a léčba chronické virové hepatitidy C (HCV). Doporučený postup České hepatologické společnosti a Společnosti infekčního lékařství z roku 2002. Klin. mikrobiol. inf. lék., 9, 2003, č. 1, s. 54-56.*

Postvakcinační paréza n.axillaris

MUDr. Jiří Šramhauser

Praktický lékař, Teplice

Pacientka V.T. nar. 1929 – 75 let

R.A.

- ▶ Otec zemřel na CMP v 70 letech

O.A.

- ▶ 30 let sledována na neurologickém oddělení pro ojedinělé Epi-paroxysmy typu Grand Mal. - medikace Tegretol, Piracetam 1200. Naposledy paroxysmus s pádem, lehkou komocí mozku a frakturou krčku levého humeru v r. 1999. Na CT mozku - normální nález.
- ▶ Stav po cholecystectomii pro litiázu v r. 1993.
- ▶ 15 let sledována pro Diabetes mellitus II. typu na dietě.
- ▶ Dále sledována a léčena pro hypertenzi, hyperlipidémii, vertigo na bázi insuf. v oblasti vertebrobasilární, ICHS s námahovou AP - na SKG zjištěna nemoc 3 tepen - pacientka odmítla kardiologickou intervenci.

Trvalá medikace:

Piracetam 1200 1-1-0, Tritace 2,5 1 x 1, Preductal MR 1-0-0, Lokren 1 x 1, Indap 1 x 1, Anopyrin 100 1 x 1

Nynější onemocnění:

Dne 2.11.2000 byla pacientka očkována v mé ordinaci protichřipkovou vakcinou Influxac. Vakcína aplikována hluboko subkutánně do pravé paže v oblasti m. deltoideus. Po 11 dnech - 13.11. 2000 pac přichází pro progredující bolesti na zevní straně ramene, paže a předloktí vpravo. Pro bolesti nemůže spát.

Objekt. vyšetření:

Váha: 64 kg
Výška: 160 cm

TK: 145/75

P: 72/min pravidelný

Na plicích poslechově normální nález. Kardiopulmonálně kompenzována. C-pateř rigidní - vážnou inklinace a rotace oběma směry. Hypotrofie deltoideu vpravo, elevace v rameni jen do horizontály - dále vážne pro bolest, aktivní abdukce rovněž jen do 90 st. Abdukce proti odporu vpravo oslabená proti zdravé straně. Hypestézie v oblasti deltoideu. Pacientka odeslána k neurologickému konsiliu s dg - Paresis n.axillaris l.dx -v.s. po vakcinaci. Dif. Dg.: Diabetická neuropatie. Pacientka přijata k hospitalizaci na neurologické oddělení od 14. do 24.11.2000.

Laboratorní vyšetření:

FW 32/61, krevní obraz v mezích normy, cholesterol 6,92, triglyceridy 2,26, glykémie 6,7 mmol/l, TZR 5,0, jaterní testy v normě, VDRL negativní, EMG bez průkazu axonální léze bicepsu a deltoideu vpravo.

Terapie:

Infúze 5% Sorbitu s Agapurinem a vitamínem B-12, rehabilitace. Během hospitalizace postupný ústup algii v pravé paži, aktivní hybnost a síla svalová se upravuje ad integrum. Pacientka propuštěna v dobrém stavu po 10 dnech. Užívá kromě obvyklé terapie ještě 2 měsíce B-komplex forte. Při dalších kontrolách pro hypertenzi a diabetes je zcela bez potíží.

Komentář:

N.axillaris vychází z míšních kořenů C5-C6 a je jedním z nervů brachiálního

plexu - leží na m.subscapularis na přední ploše lopatky, obtáčí chirurgický krček humeru a v dalším průběhu je uložen pod m.deltoideus, který inervuje. Léze se projeví atrofií m.deltoideus, vážne abdukce a elevace paže, hlavně nad 90 st. Jako příčina parézy jsou uváděny v dostupné literatuře hlavně úrazy: luxace humeru, fraktura krčku humeru, prudký náraz na rameno. Henner uvádí ve své Speciální neurologii i diabetickou obrnu, dále po dlouhé elevaci paží ve spánku, po narkóze. Jako samostatná nozologická jednotka se uvádí **Idiopatická neuropatie brachiálního plexu**, (neuralgická amyotrofie) při níž se objevují parastézie a motorický deficit v oblasti deltoideu, ale i ostatních svalů pleťence pažního. Etiologie je neznámá - uvažuje se o **imunitní (antigenní) odpovědi na infekci - eventuelně očkování**.

Výrobce vakcíny Influxac uvádí možnost aplikace intramuskulárně nebo hluboko subkutánně.

Mezi vzácně se vyskytujícími nežádoucími účinky je uvedeno vedle jiných i zánětlivá reakce centrálního a periferního nervového systému až k syndromu Guillain-Barré.

Vzhledem k subkutánní aplikaci a malé délce injekční jehly -2,5 cm není pravděpodobná přímá traumatizace nervu jehlou. Domnívám se, že se jednalo o lokální imunitní zánětlivou reakci typu idiopatické neuropatie brachiálního plexu. (S.Káš: Neurologie pro praktické lékaře - 1993).

Počínaje touto komplikací aplikujeme v mé ordinaci vakcíny výhradně intramuskulárně do gluteální krajiny.

Erektální dysfunkce – diagnostika a farmakoterapie

MUDr. Ondřej Trojan

Ordinace psychiatrie a sexuologie, Praha

Souhrn:

Článek se snaží shrnout komplexitu erektilních dysfunkcí, přičemž si všímá i kontextu partnerských vztahů a očekávání pacientů. Shrnuje současné možnosti léčby a její limity a snaží se nastínit model optimálního terapeutického přístupu včetně úlohy psychoterapie.

Klíčová slova:

prevalence ED, sexuální život, rizikové léky, fyziologie erekce

Úvod

Erektální dysfunkce (ED) stále zůstává problémem pohříchu z větší části skrytým. Odhady hovoří o cca 150 mil. mužů po celém světě, jichž se tato porucha týká a taktéž o maximálně 12% pacientů, kteří se s problémem svěří. Na vině není jen zakořeněné tabu v myslích lidí, ale i nízká proaktivita samotných lékařů.¹ Převážně jde o věkovou skupinu mužů starších 40 let, i když ED nejsou až takovou výjimkou ani u mladších. Dle definice jde o erektilní dysfunkci („Selhání genitální odpovědi“, F 52.2; MKN 10) tehdy, když chybí schopnost dosáhnout a udržet dostatečnou erekci penisu, aby tato stačila k uspokojivému pohlavnímu styku. Samozřejmě může nabývat různé intenzity od lehké (občasné selhávání bez zjevné příčiny) po velmi těžké (úplná ztráta schopnosti ztopoření). Velmi zřídka jde o samostatné onemocnění, častěji jde o syndrom spjatý s dalšími poruchami somatickými nebo psychickými. Zda kauzálně převažuje „tělo“ či „duše“, je téma diskutované řadu let a ovlivňované primární specializací lékaře, jenž diagnózu stanoví.

Snad nejpragmatičtější přístup je takový, při němž má terapeut na mysli to, že **ED je, pokud ji ovšem včas diagnostikujeme, citlivým symptomem, který může upozornit na závažné tělesné či dušev-**

ní onemocnění a ústup obtíží velmi často koreluje s úpravou stavu či postupem rekonvalescence.

Prevalence, etiologie a diagnostika

Jako u většiny chronických onemocnění i u ED prevalence stoupá s věkem, v rozvinutých zemích se dá tedy očekávat nárůst problematiky s celkovým stárnutím populace v souvislosti s prodloužením délky života. Představíme-li si to na absolutních číslech, ED se koncem 2. tisíciletí týkala odhadem zhruba 30 mil. mužů v USA, v r. 2025 to již bude 40 mil.² Nicméně prevalence sama nezáleží na stupni rozvoje společnosti, je zhruba stejná ve Francii jako v Nigérii.

To poněkud vyvrací stres jako hlavní příčinu této poruchy, do určité míry jde totiž o proces založený etologicky na ukončení reprodukční funkce samce po dosažení dospělosti potomstva. Ne náhodou jsou více postiženi právě muži nad 40 let věku, tedy dosáhnoucí 2. generace. A rovněž víme, že ještě před pár stoletími byli muži – padesátníci oslovováni „ctihodný kmete“. Geneticky jsme tedy nejlépe vybaveni právě pro prvních 40 let života.¹

Neznamená to však, že bychom měli k problému přistupovat fatalisticky, právě naopak. Jestliže v rozvinutých zemích je dnes střední doba dožití mužů téměř

dvojnásobná, je úkolem medicíny snažit se o to, aby i ve druhé polovině života mohli lidé užívat zdraví v tom nejpozitivnějším smyslu slova, nikoliv tedy jen absence nemoci.

Sexualita je navíc u lidí prvkem s daleko širším kontextem než je tomu u zvířat. Neslouží dávno jen k rozmnožování, ale v nějaké formě je **standardní a základní** potřebou u většiny lidí nezbytnou k uchování duševní rovnováhy, sebedůvěry i sebevědomí, ale samozřejmě též slouží směrem k druhému člověku k rozvíjení emocionálních vazeb a projasňování celého partnerského života.

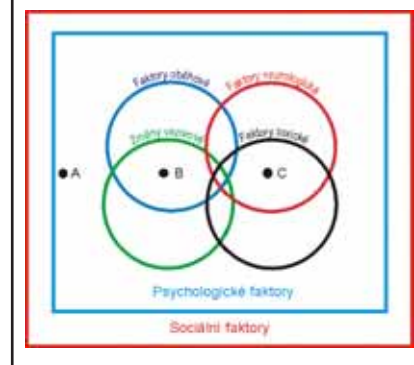
Nejlépe asi učiní každý terapeut, bude-li problematiku ED vnímat jako vpravdě psychosomatické onemocnění a v terapii tak neopomine žádný z hlavních aspektů poruchy.

Etiologii ED velice ilustrativně následující konceptuální model:

Komorbidity a rizikové faktory

Pravděpodobnost výskytu ED je výrazně zvýšena při některých systémových one-

Obr. č. 1 - Konceptuální model faktorů působících v etiologii ED. Bod „A“ ukazuje 30letého muže, kde se potíže s erekcí rozvíjejí na základě partnerské krize. Bod B ukazuje čtyřicátníka trpícího Peyronovou chorobou. Bod C nastiňuje problematiku muže, selhávajícího následkem expozice olovu v zaměstnání. Ve všech případech hrají roli psychologické a sociální faktory. Pověšměte si, že může dojít k průniku všech množin, tedy spolupůsobení všech hlavních etiologických a zhoršujících faktorů.



¹ Ještě v r. 1900 byla střední doba dožití u mužů 47 let.

mocněních (diabetes mellitus, hypertenze, kardiovaskulární onemocnění) a při řadě psychiatrických nemocí, zejména pak při různých formách depresí (u 80% pacientů).

Riziko dále zvyšuje řada okolností, např. **úrazy či operace** (poranění pánve, míchy, stp. radikální prostatektomie), **poruchy a choroby neurologické** (iktus, roztroušená skleróza, Alzheimerova nemoc, diabet. neuropatie), **hormonální** (hypogonadismus, hyperprolaktinémie), **vaskulogenní** (atheroskleróza, diabetická makro i mikroangiopatie), **vazivové** (Peyronova choroba) či **psychologické** (vztahové problémy, anxieta, stres, kouření či abusus jiných drog), ale i okolnosti související se **životním stylem**, např. vyčerpání, prolongovaný stres apod. Rizika můžeme dále dělit na ta, jež lze ovlivnit (např. změnou životosprávy či medikace) a ostatní (genetické dispozice apod.). Ta první mají samozřejmě větší praktický význam a pacient by na ně měl být upozorňován nejen v ordinaci, ale i v cílených kampaních.

Vlivy iatrogenní-farmakologické

Tabulka č. 1 přehledně ukazuje hlavní skupiny léků rizikových z hlediska ED:

Vyšetření a diagnostický proces

► Jako ve všech medicínských oborech

je základním prvkem **anamnéza** se zaměřením na předchozí výskyt potíží s erekcí či jiné sex. obtíže, ale též na oblasti související (životní styl, psychické poruchy apod). Důležité je srovnání s dobou, kdy potíže ještě nebyly patrné.

► **Zaměřené somatické vyšetření** se příliš neliší od běžných postupů, samozřejmě směřuje více pozornosti k neurologickým obtížím a oběhovému aparátu, k urogenitálnímu traktu (palpace varlat je nezbytná krom jiného k časné diagnostice tumorů, palpace penisu k zjištění vazivových změn-plaků). Vhodné je i vyšetření per rectum k zjištění tuhosti/velikosti prostaty. Měření TK a pulsu jsou samozřejmostí stejně jako základní dotazy na duševní stav.

► **Laboratorní vyšetření** by standardně dle doporučení WHO (zvláště pak u mužů nad 50 let) mělo zahrnovat hladinu testosteronu, glykémii, lipidemii. Krevní gonadotropiny stojí za vyšetření při podezření na hypogonadismus. Dopplerovská ultrasonografie penilních artérií patří již k speciálnějším vyšetřením, které – je-li dostupné – pomůže upřesnit původ obtíží.

► **Vyšetření sexuálního vztahu.** Hloubka tohoto vyšetření se bude přirozeně od-

víjet od terapeutovy profese a s tím souvisejících časových možností. Nicméně dotaz po funkčnosti vztahu by měl vždy padnout, neb v určitých situacích může partnerský nesoulad způsobit kontraproduktivní efekt farmakoterapie (viz dále, 2.4).

Diagnóza erektilní dysfunkce je založena především na opakovaném selhávání ztopoření ve více než 25 % pokusů o styk. Dále pak můžeme rozlišovat primární ED, která trvá od počátku pacientova sexuálního života a na sekundární, která nastává v jeho průběhu.

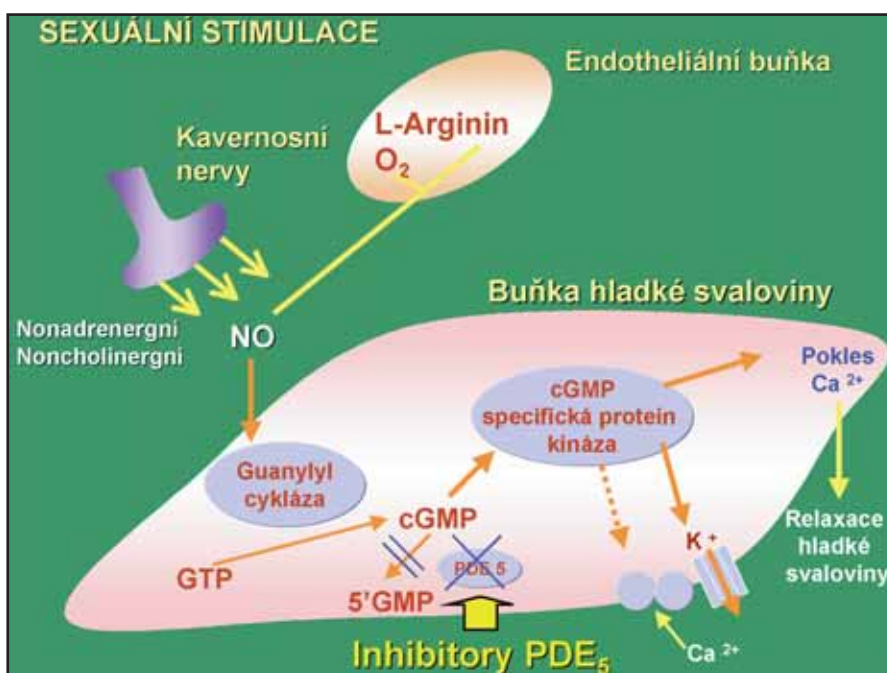
Je dobré mít na paměti, že schopnost dobrého prožívání sexu je citlivým indikátorem tělesného i duševního zdraví. Výzkum dále ukazuje, že kognitivní předpoklady hrají výraznou roli pro udržení spokojenosti v sexuálním životě stejně jako to, že při léčbě dysfunkcí je vhodné korigovat určité mýty, jež mají tendenci k tomu, aby se dědily z generace na generaci a aby je nějaký příští Jung mohl zahrnout do ranku kolektivního nevědomí (například mýtus o asexualitě starých lidí). Sexuální spokojenost má tendenci se v průběhu života udržet na vysoké úrovni u těch párů, které zůstávají přiměřeně zdravé (zde je kladen důraz na absenci neléčených závažných tělesných nebo duševních nemocí), které přikládají

tabulka č. 1

Rizikové léky podle ED

Skupina	Konkrétní farmaka	Možná náhrada
Antihypertenziva	Beta-blokátory (propranolol, atenolol);	Alfa-blokátory; inhibitory angiotensin-konvertujícího enzymu; blokátory kalciového kanálu
Diuretika	Thiazidová diuretika (cyclopentiazid, chlorothiazid); hydralazin; kalium šetřící d., (spironolacton); inhibitory karboanhydrázy (acetazolamid)	Jiná diuretika (furosemid, bumetanid)
Antidepresiva	SSRI (fluoxetin, paroxetin, sertralin); tricyklická antidepresiva (amitriptylin, imipramin); IMAO (phenelzin)	Novější preparáty ovlivňující více noradrenalinovou osu jako bupropion, revers. IMAO (moclobemid). Přidání Yohimbinu k SSRI preparátům může být rovněž řešením.
Antipsychotika	Fenothiaziny (chlorpromazin, thioridazin); carbamazepin; risperidon	Chemicky jiná, např. tzv.. "atypická" neuroleptika (olanzapin)
Regulátory lipidů	Gemfibrozil; clofibrat	Statiny (pravastatin, simvastatin)
Antikonvulziva	Phenytoin; carbamazepin	Nutno konzultovat neurologa
Antiparkinsonika	Levodopa	
Léky pro léčbu GI traktu	H2 antagonisté (cimetidin, famotidin, ranitidin)	Inhibitory protonové pumpy (omeprazol, esomeprazol)
Jiné	Allopurinol; indomethacin; disulfiram, antihistaminy; phenothiazin, antiemetika (prochlorperazin)	Dle konkrétní situace

Obr. č. 2 - Mechanismus účinku inhibitorů PDE5



sexualitě velký význam v jejich partnerském soužití a které jsou schopny akceptovat změny související se stárnutím. Naopak, pokud tyto páry postrádají flexibilitu ve vztahu k fyziologickým změnám, jsou ovlivněny stereotypy nebo mýty či trpí vážnějšími chorobami, kvalita jejich sexuálního uspokojení může být ohrožena. V terapii dysfunkcí by důraz měl být kladen na interdisciplinární přístup k problematice lidské sexuality. Takový přístup vyžaduje komplexnost, vyhodnocení biomedicínských i psychologických faktorů a všech jejich vzájemných vztahů a snahu ovlivnit to, co je možné. Tedy pochopitelně nikoliv biologický věk sám, ale doprovodnou patologii.

Ačkoliv výskyt erektilní dysfunkce s věkem pozitivně koreluje stejně jako s věkem koreluje pokles sexuální aktivity, aktivní sexuální chování, které partnerům přináší uspokojení, už s věkem nesouvisí, odvíjí se ale od toho, jaký mají k sexu vztah. Vyšší aktivitu a uspokojení prokážeme u těch, kteří mají k sexu přístup pozitivní a u nichž v hodnotovém žebříčku zaujímá vysokou pozici.

Hlavními proměnnými ovlivňujícími sexuální aktivitu jsou shledány postoje partnera a vlastní zdravotní stav. Věk samotný naopak není dobrým predikátorem sexuální funkce. Existují i mladí lidé se závažnými dysfunkcemi a naopak!

Terapie

V následujících odstavcích se pokusím přiblížit fyziologii erekce, zvýraznit body, na které můžeme farmakologicky působit a zachovat kontext terapie ED. Daleko více než jsme mysleli dříve se totiž pro většinu mužů stává prioritou nikoliv možnost pouhého dosažení erekce, ale **úprava sexuálního života a partnerského vztahu**. Přednost tedy dostávají ty terapeutické přístupy, jež umožňují rozvinout spontaneitu a neomezují pacienta nutností příliš plánovat milostný život. Přesto zůstává úprava schopnosti dobrého ztopoření klíčovou součástí komplexního terapeutického přístupu a porozumění mechanismu tohoto složitého jevu může usnadnit volbu správné terapie.

Fyziologie erekce

Erekce penisu nastupuje jako funkce relaxace hladkého svalstva helicinných arterií a sinusů kavernosních těles, jež je následováno zvýšením přítoku krve. To vede k zvětšení penisu a omezení odtoku krve.

Celý tento děj je závislý na koordinaci několika centrálních a periferních center a nervových drah. Za změnu primárně sympatické aktivity v parasympatickou je odpovědný oxid dusnatý (NO), hlavní mediátor v mechanismu erekce. Uvolňuje se v endoteliálních buňkách vystýlajících cévy a sinusy kavernosních těles a v neadrenergních necholinergních neuronech produkujících NO. Difuzí pak oxid

dusnatý postupuje do buněk hladké svaloviny a aktivuje guanylát cyklázu. Tím vede k zvýšení cyklického guanosin monofosfátu a ten spouští kaskádu vedoucí cestou Ca kanálu a snížení kladiny kalcia a pravděpodobně i inhibicí Rho-kinázy k relaxaci svaloviny a k erekci. Detumescence naopak nastává stimulací sympatiku, která předchází ejakulaci. To vede ke kontrakci hladké svaloviny a reverzi děje popsaného výše. Udržení flacidního stavu (jenž v životě většiny mužů přece jen převažuje) umožňují hlavně vazokonstrikční látky jako noradrenalin a endothelin. Poslední pak působí přímo v cévní tkáni a jejich účinek umožňují 2 typy receptorů (A a B). Obsazení receptoru A endothelinem-1 působí vazokonstrikci, aktivizace receptoru B má účinek přesně opačný a vede k erekci.

Farmakoterapie

Léky první volby s periferním účinkem perorálně podané

K lékům první volby jistě dnes patří blokátory fosfodiesterázy 5. typu (PDE5). Jsou reprezentovány 3 hlavními zástupci: **sildenafil** (Viagra®), **tadalafil** (Cialis®) a **vardenafil** (Levitra®). Všechny 3 preparáty mají vynikající terapeutický profil (ve dvojitých slepých studiích vykazují zhruba 80 % úpravu stavu), liší se poněkud dobou nástupu účinku (30 min. tadalafil a vardenafil, 45 – 60 min. sildenafil) přičemž se **tadalafil** výrazně odlišuje především účinností, která trvá až 36 hodin (vs. cca 5 hod. zbylé 2 preparáty), a tou okolností, že jeho vstřebávání není narušeno ani tučnými pokrmy, ani případným požitím alkoholu. Tím dává větší prostor spontánnímu prožívání sexu a taktéž neomezuje pacienta v jeho návycích a zatím nejvíce se přibližuje očekávání mužů trpících ED, jak uvedeno níže. Samozřejmě se erekce v době účinnosti PDE5 inhibitorů dostavuje při sexuální stimulaci (nejlépe taktilní) a po orgasmu téměř zcela odezní. Dávkování: Nejčastěji jsou užívány dávky: Viagra 50 mg., Cialis 20 mg., Levitra 10 mg., vždy alespoň 30–60 min. před stykem (Cialis pochopitelně umožňuje využití svého dlouhého účinku). Hlavní rozdíly mezi jednotlivými zástupci jsou ve farmakokinetice, jak ukazuje tabulka č. 2:

Doba nástupu účinku je u všech přípravků ve většině případů do 60 minut, trvá v rozmezí 5 hodin (sildenafil) až 36 hod.

tabulka č. 2

Hlavní farmakokinetické rozdíly mezi jednotlivými zástupci

	t max (min.)	t 1 (hod.)
Sildenafil	60	3-5
Vardenafil	60	4-5
Tadalafil	120	17,5

(tadalafil).

Souhrnně lze říci, že léky z této skupiny znamenají zlomový bod v „terapeutické potenci“ při léčbě ED.

Alternativa pro první volbu

Lékem první volby mohou být za určitých okolností intrakavernózní injekce. Liší se poněkud mechanismem účinku a taktéž bezpečností aplikace. V zásadě jde o ovlivnění cyklického adenosinmonofosfátu, což je z hlediska mechanismů erektce jiný uzlový bod než ovlivňování NO a způsobení relaxace cestou ovlivně-

ní cGMP, jako je tomu u inhibitorů PDE₅. Hlavní využití této lokální terapie je tam, kde chybí nebo je narušena inervace penisu (typicky u mužů po míšních lézích) nebo když pacient musí užívat nitráty – tehdy jsou blokátory PDE₅ kontraindikovány.

Dnes již spíše obsolentní **papaverin** má výrazně relaxační účinek na hladké svalstvo inhibiči fosfodiesteráz a nespecifickou účastí na metabolismu cyklického adenosinmonofosfátu (cAMP). Výsledkem je dilatace kavernózní arterií a heliocinních arteriol, relaxace a dilatace stěn sinusoidů. Tím se zvyšuje přítok krve do kav. těles a omezuje venózní odtok. Dávkování se doporučuje v rozmezí 30–160 mg.

Fentolamin, řazený dnes již také k méně využívaným prostředkům, je neselektivní blokátor alfa adrenergických receptorů. Způsobí uvolnění kontrakce hladkého svalstva heliocinních arteriol, jež předtím zapříčinil noradrenalin. Neovlivní však hladké svalstvo stěn sinusoidů, jež je odpovědné za venookluzivní mechanismus. Samostatně tedy sice zvyšuje průtok krve

penisem, nikoliv však jeho rigiditu. Používal se především v kombinaci s papaverinem, přidával se v dávce 0,1 – 1 mg. V současnosti jednoznačně převládá v léčbě intrakavernózními injekcemi užití **prostaglandinu E₁** (Caverject®, Karon®). Jeho velkou výhodou je, že se metabolizuje přímo v parenchymu kav. těles. Jeho mechanismus působení spočívá v aktivizaci enzymu adenylcyklázy. Ta štěpí de-nozintrifosfát na cAMP. Tento pak snižuje intracelulární koncentraci Ca iontů, což vede k hyperpolarizaci s následnou relaxací kavernózních a arteriolárních buněk hladké svaloviny. Dávkuje se v rozpětí 5 – 20 µg.

Ne každý pacient je však schopen tyto injekce si sám aplikovat, a tak lze tuto léčbu považovat za indikovanu zejména jsou-li PDE₅ blokátory neúčinné či kontraindikované. Nezastupitelný je jejich význam u mužů postižených transversálními míšními lézemi, nebo pro svoji účinnost nevyžadují nezbytně funkční inervaci penisu.

Nevýhody této léčby či rizika s ní spojená jsou následující:

Orion Diagnostica

CRP

- ▶ riziko priapismu s nutností rychlého zásahu lékaře k farmakologickému zrušení erekce
- ▶ riziko vazivovatění kavernózních těles po dlouhodobé mikrotraumatizaci vpichy
- ▶ bolestivost asi u 25% pacientů užívajících prostaglandin E₁
- ▶ příliš technický způsob navození erekce neumožňuje spontaneitu.

Léky druhé volby s centrálním nebo smíšeným účinkem

Sem spadají hlavně 2 látky

- ▶ **Yohimbin** (hydrochlorid yohimbinu) je hlavní alkaloid získávaný z kůry afrického stromu Yohimba. Alfa₂ (i mírný alfa₁) antagonistu snižuje v CNS hladinu noradrenalinu a tím přispívá k rozvoji sexuálního vzrušení a periferně blokuje endotelin-1, čímž facilituje nástup erekce. Literární údaje o jeho účinnosti se liší v rozpětí 30 – 66%,

chanická nebo elektrická pumpa sloužící k vytvoření podtlaku při nasazení na penis. Tímto způsobem je na základě fyzikálních zákonů krev nasáta do kavernózního řečiště a dojde k erekci. Poté se shrne po válci ku kořeni penisu pevný plastový kroužek, jenž zabrání venóznímu odtoku. Jde o jednoduché zařízení, jehož nevýhodou je však nutnost manipulace s poměrně neforemným přístrojem a také nižší teplota penisu, než je obvyklé (předmět častých stížností partnerek).

Operativní přístupy

Jsou v zásadě dvojího druhu.

- ▶ V 70. letech proslavil doc. Michal českou cévní chirurgii rekonstrukčními operacemi na aterosklerotických či jinak poškozených arteriích malé pánve. Bohužel se ukázalo, že efekt těchto náročných zásahů je pomíjivý a postupně se od nich upouští
- ▶ Penilní implantáty (protězy). Vopero-

tickém, psychologickém, interpersonálním a potažmo i sociálním, nikoliv jen snaha o ovlivnění erekce jeho penisu. Dobrý sex nezačíná a nekončí dobrou pilulkou, zahrnuje mnohem širší aspekty jako je sebedůvěra, tolerance, uspokojení, štěstí, spontaneita nebo kreativita. Terapeut, který dokáže léčbu zasadit do rámce těchto souvislostí, dokáže lépe pomoci než ten, kdo se omezí na předpis medikamentu. Úloha praktického lékaře, ke kterému má pacient blízký „bezbarierový“ přístup je nezastupitelná a dotaz po sexuálním zdraví by měl v ordinacích zaznívat častěji než se děje.

Literatura:

- 1) Utiger RD. A pill for impotence. *N Engl J Med.* 1998;338:1458–1459
- 2) Aytç IA, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *Br J Urol Int.* 1999; 84 : 450–456.
- 3) Doerfler E. *J Am Acad Nurse Pract.* 1999; 11 : 117–123
- 4) Brock G. *Issues in the Assessment and Treatment of Erectile Dysfunction: Individualizing and Optimizing Therapy for the „Silent Majority“ CME/WEB*
- 5) Padma-Nathan H. *Diagnostic and treatment strategies for erectile dysfunction: the "Process of Care" model [University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Robert Wood Johnson Medical School]. Int J Impot Res.* 2000; 12(suppl 4) : S119–S121.
- 6) Serrhel G Jr; Dubbert Patricia M; Chupurdia Kimberly M; Jones Adolph Jr; Lofland Kenneth R., *ASSESSMENT OF SEXUAL BELIEFS AND INFORMATION IN AGING COUPLES WITH SEXUAL DYSFUNCTION Archives of Sexual Behavior,* 1996, Vol. 25 No. 3, p. 249–260
- 7) Bortz Walter M II; Wallace Douglas H; Wiley Diana, *SEXUAL FUNCTION IN 1,202 AGING MALES: DIFFERENTIATING ASPECTS, Journals of Gerontology: May 1999, Vol. 54A No. 5, p. M237–M241*
- 8) Gurian Bennett S., *MYTH OF THE AGED AS ASEXUAL: COUNTERTRANSFERANCE ISSUES IN THERAPY Hospital and Community Psychiatry, Apr 1986, Vol. 37 No. 4, p. 345–346*
- 9) Zeiss Antonette M, *SEXUALITY AND AGING: NORMAL CHANGES AND CLINICAL PROBLEMS Topics in Geriatric Rehabilitation, Jun 1997, Vol. 12 No. 4, p. 11–27*
- 10) Hartman LM, *Effect of Sex and Marital Therapy on Sexual Interaction and Marital Happiness J of Sex & Mar. Therapy 1983; 9; 137–151*
- 11) Levine SB. *Sex Is Not Simple, Columbus, Ohio: Ohio Psychology Publishing Co; 1989*
- 12) Rust J., Golombok S., Collier J., *Marital Problems and Sexual Dysfunction: How Are They Related? Br. J Psych.* 1988; 152; 629–631
- 13) Althof SE., *What Patients Are Looking for in ED Therapy, Int. J Imp Res.*2002;14;99–104
- 14) Guay AT et al., *Yohimbine treatment of organic erectile dysfunction in a dose escalation trial. Int. J Imp Res.*2002;14;25–31
- 15) Leiblum SR. *After Sildenafil: Bridging the Gap between Pharmacologic Treatment and Satisfying Sexual relationships, J Clin Psychiatry 2002; suppl 5; 17–22*

Jako u většiny chronických onemocnění i u ED prevalence stoupá s věkem, v rozvinutých zemích se dá tedy očekávat nárůst problematiky s celkovým stárnutím populace v souvislosti s prodloužováním délky života. Představíme-li si to na absolutních číslech, ED se koncem 2. tisíciletí týkala odhadem zhruba 30 mil. mužů v USA, v r. 2025 to již bude 40 mil.² Nicméně prevalence sama nezáleží na stupni rozvoje společnosti, je zhruba stejná ve Francii jako v Nigérii.

dávkování se doporučuje 3 x 5 mg resp. 3 x 10 mg, na vyšší dávkování je lepší odezva. Jde o lék málo účinný u těžších forem ED a u kuřáků cigaret, pro minimum nežádoucích vedlejších účinků je ho možno kombinovat s jinými prostředky a dle zkušeností autorových může v některých případech vhodně potencovat léky z prvé skupiny.

▶ **Apomorfin** (Uprima®), agonista dopaminu působící centrálně hlavně v thalamických oblastech (nuclei paraventriculares), vykazuje účinnost u cca 50% pacientů při dávkování 4 mg. Výhodou je relativně rychlý nástup účinku sublinguálních tablet (18 min.), nevýhodou pak je poněkud krátký interval účinnosti zhruba 1 hod., t_{1/2} je 180 min.

vání takových náhrad topořivých těles zůstává jako „ultimum refugium“. Kromě finanční náročnosti bohužel hrozí odhojení i infekce a výsledky těchto komplikací jsou pak žalostné.

Závěr

Erektivní dysfunkce je porucha týkající se velké části mužské populace nad 40 let věku. S ohledem na prodlužující se dobu dožití a stárnutí populace bude v následujících letech přibývat pacientů, pro něž bude důležité nejen aby byli schopni dosahovat erekce, ale též aby mohli žít do značné míry **normálním sexuálním životem** bez nutnosti plánovat a medikamentózně či jinak připravovat každý pohlavní akt.

Moderní trendy zahrnují „léčbu na míru“ podle jedinečnosti muže postiženého dysfunkcí a jeho partnerky. Základní cesta k pochopení pacientovy situace je celostní pohled na něho v kontextu soma-

Další možnosti

Podtlakový erektor („vakuová pumpa“)

Jde o válec, ke kterému je připojena me-

HELP

Zentiva
HELICID