



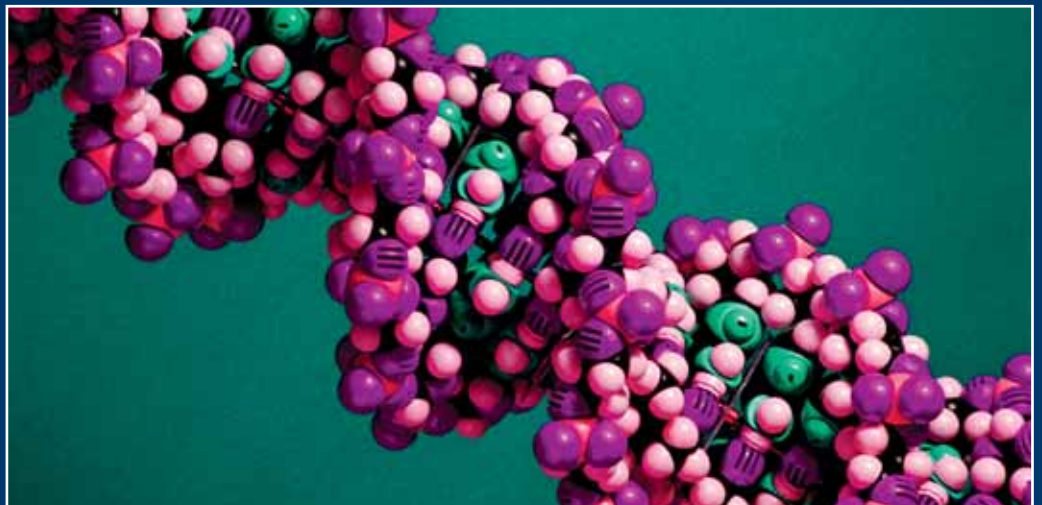
Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

číslo 9/2004

ročník 3

určeno všem
praktickým
lékařům



Z obsahu:

Acne vulgaris

Otitis media acuta

Varixy dolních končetin

Léčba obézních diabetiků

Informační stránky SVL ČLS JEP

Vydává
Practicus s.r.o.

www.practicus.cz

POEM



EDITORIAL

Vážené kolegyně a kolegové,

přestože je toto číslo ještě listopadové, bude vzhledem k prosincovým svátkům posledním distribuovaným číslem tohoto roku a prosincové číslo pak vyjde počátkem ledna. Do tohoto čísla jsme již proto zařadili celkový přehled pravidelných vzdělávacích seminářů Společnosti všeobecného lékařství pro rok 2005. Chtěla bych obzvláště upozornit na sérii speciálních seminářů v jarním semestru, které budou zaměřeny na implementaci nových doporučených postupů (DP), přijatých na právě proběhlé výroční konferenci SVL ČLS JEP v Karlových Varech. Implementace jednotlivých DP bude probíhat najednou napříč regiony, s výjimkou Prahy, kde semináře budou vždy o měsíc předcházet.

- ▶ Deprese (únor)
- ▶ Farmakoterapie bolesti (březen)
- ▶ Dyslipoproteinémie/Arteriální hypertenze (duben)
- ▶ Prevence kardiovaskulárních onemocnění (květen)

Účast na seminářích je jako vždy hodnocena kredity systému kontinuálního vzdělávání ČLK (1 přednášková hodina 45 min = 1 kredit), v případě účasti na obou z dvojice seminářů: deprese + bolest nebo dyslipidémie/ hypertenze + prevence KVO bude účastníkovi přiděleno vyšší hodnocení - 1 certifikát.

Pro většinu z nás, která nezná podmínky ČLK pro získání a držení Diplomu celoživotního vzdělávání si dovoluji připomenout, že- dle SP č. 16 ČLK „Diplom náleží lékařům, pokud za období posledních pěti let minimálně získal: a) pět certifikátů, nebo; b) čtyři certifikáty a 30 kreditů, nebo; c) tři certifikáty a 60 kreditů, nebo d) dva certifikáty a 90 kreditů, nebo; e) jeden certifikát a 120 kreditů“.

Časopis Practicus bude sledovat přednáškovou výuku sérií odborných článků věnovaných právě implementované problematice a sérií znalostních testů, které budou hodnoceny kredity kontinuálního vzdělávání. S připomínkami a dotazy směrem k novým DP se můžete obracet také na naši redakci, která zajistí odpověď přímo od autorů postupů.

Doporučené postupy jsou nyní ve stádiu grafické finalizace a budou vydány v elektronické (CD, internetové - www.svl.cz) a v tiskové verzi. CD média budou distribuována společně s naším prosincovým číslem a do Vašich ordinací tedy přijdou počátkem ledna. Balíček tiskových formátů DP bude distribuován spolu s lednovým číslem Practicusu koncem ledna.

V neposlední řadě chci ještě na tomto místě zmínit organizační změny při pořádání pravidelných vzdělávacích seminářů SVL v roce 2005:

▶ **Nutnost přihlášek:** Z důvodů nutnosti plánování kapacity seminářů bude třeba se na semináře předem hlásit. Přihlášení budou mít garantován vstup a případné tiskové podklady přednášek.

▶ **Registrační poplatek:** Nečlenové SVL budou platit registrační poplatek. Jeho výše bude upřesněna po schválení výborem SVL 14.12. t.r. a zveřejněna v příštím čísle tohoto periodika a na všech pozvánkách na semináře. Ke členství v SVL se může zájemce přihlásit buď přímo na semináři nebo elektronicky cestou www.svl.cz.

▶ **Vzdělávání sester:** Výše uvedené platí i pro sestry praktických lékařů - nutnost přihlášek a registrační poplatek pro sestry, které nejsou vedeny v programu kontinuálního vzdělávání při SVL. Do programu se mohou přihlásit pouze sestry, jejichž lékař je členem SVL (a to buď elektronicky přes www.svl.cz nebo vyplněním přihlášky přímo na semináři). Semináře, které nejsou označeny jako „otevřené“ pro sestry, nejsou registrovány v systému ČAS a za účast nemohou být přiděleny žádné vzdělávací body.

Těmito opatřeními určitě nechceme zrazovat z účasti na vzdělávacích seminářích, naopak, věříme, že lepší plánování zajistí přihlášeným důstojné prostředí ke vzdělávání - místo k sezení, tiskové podklady, přístup k občerstvení a v neposlední řadě i včasnou informaci o nepředpokládaných změnách programu, data či místa konání. Aktualizované přehledy seminářů, informace a přihlášky jsou trvale k dispozici na stránkách SVL ČLS JEP: www.svl.cz.

Jaroslava Laňková
místopředsedkyně SVL ČLS JEP
pro kontinuální vzdělávání

Pf2005

Vážení a milí čtenáři časopisu Practicus, vzhledem k tomu, že nebudeme mít v tomto roce další možnost, dovoluji Vám poděkovat za Vaši přízeň v roce 2004 a popřáli všem úspěšný rok 2005. Naším přáním je rozvíjet a udržovat odborné periodikum, které bude pravidelně informovat o novinkách v oboru všeobecné praktické medicíny, o práci a projektech SVL ČLS JEP a přinášet užitečné a aktuální odborné informace pro Vaši každodenní praxi.

Redakční rada časopisu Practicus

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...



▶ Migréna

▶ Alzheimerova choroba

▶ Dermatomykózy

▶ CV mortalita a její trendy v ČR

Obsah

- **Ověřte si své znalosti...** 318
- **Varixy dolních končetin**
MUDr. Otakar Komárek 319
- **Ambulantní léčba CHOPN**
MUDr. Ján Dindoš 326
- **Klasifikace závratí**
Doc. MUDr. Aleš Hahn, CSc. 329
- **SVL informuje** 332
- **Léčba obézních diabetiků**
Prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. 338
- **Ošetrovatelská problematika v primární péči**
Léčba kriticky popáleného pacienta 340
- **Kazuistika**
Bolesti hlavy 342
- **Acne vulgaris**
Doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc. 343
- **POEM** 347
- **Otitis media acuta**
Doc. MUDr. Ludmila Vyhnánková, CSc. 348
- **Revmatoidní artritida**
MUDr. Liliána Šedová, Prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc. 351



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

Distribuuován 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...

- **Hartmann Rico**
- **KRKA**
- **Medimport**
- **Orion Diagnostica**
- **POEM**
- **Zentiva**

KRKA
Fromilid



ověřte si své znalosti...

Možnost zaslání řešení testu pomocí textové zprávy (SMS) (viz instrukce níže). Uzavření SMS brány dne 31.12.2004

Správné odpovědi z minulého čísla: 1b; 2c; 3c; 4a; 5a; 6a; 7b; 8c; 9a; 10c

Správné odpovědi jsou v souladu s informacemi uvedenými v člácích.

► **Otitis media acuta**

(str. 348)

1. Otitis media acuta senium

- prudký středoušní zánět u starců se klinicky projeví:

- a) vysokou teplotou a třesavkou, ovšem bez přítomné bolesti v uchu
- b) výrazným zduřením a bolestivostí submandibulárních uzlin při normální teplotě
- c) jen slabou celkovou i místní reakcí, s normální nebo jen lehce zvýšenou teplotou

2. Antibiotika u akutní otitis media podáváme:

- a) již ve stádiu presupurace k prevenci rozvoje supurace a nutnosti paracentézy
- b) vždy ve stádiu supurace
- c) pouze jsou-li klinické příznaky výrazné, tj. horečka, hnisavý sekret při paracentéze nebo jsou rozvinuté další celkové příznaky

► **Revmatoidní artritida**

(str.351)

3. Praktický lékař může očekávat ve své denní klientele jeden nový případ každých:

- a) 3 - 6 měsíců
- b) 6 - 12 měsíců
- c) 12 - 46 měsíců

4. Přítomnost pozitivního revmatoidního faktoru (RF) je pro diagnostiku RA:

- a) klíčová, bez pozitivivity RF není RA

- b) je jedním ze čtyř kritérií, která musí být splněna pro diagnostiku RA
- c) je jedním ze sedmi kritérií, z nichž přítomnost alespoň 4 je signifikantní pro diagnózu RA

► **Klasifikace závratí a terapeutické možnosti**

(str. 329)

5. Neuronitis vestibularis se projevuje:

- a) jako prudké zničující závratě nejčastěji rotačního charakteru při absenci sluchových příznaků
- b) dtto se sluchovou symptomatologií - tinnitem a akutní nedoslýchavostí
- c) akutní bolestí v uchu s mírnými závratěmi, bez sluchové symptomatologie

► **Léčba obézních diabetiků**

(str. 338)

6. Hrazení antiobezitík (orlistat a silbutramin) pojišťovnou při léčbě obézních diabetiků:

- a) jsou hrazena u diabetiků s MBI > 25
- b) jsou hrazena u diabetiků s MBI > 30
- c) jsou hrazena u diabetiků s MBI > 35

7. Nestačí-li režimová opatření, je perorální antidiabetikem první volby:

- a) glimepirid (Amaryl)
- b) metformin
- c) kterýkoli z derivátů sulfonylmočoviny

► **Ambulantní léčba CHOPN**

(str. 326)

8. Očkování proti chřipce u pacientů s CHOPN:

- a) doporučuje se očkovat 1x ročně, podobně jako u ostatních chronických chorob, hned na začátku očkovací sezóny
- b) doporučuje se očkovat dokonce 2x ročně
- c) očkování proti chřipce nemá u CHOPN signifikantní protektivní význam a upřednostňuje se aplikace pneumokokové vakcíny

► **Variety dolních končetin**

(str. 319)

9. Za hlavní příčinu vzniku primárních varixů žen se považuje:

- a) obezita
- b) hormonální změny a mechanické důsledky v průběhu gravidity
- c) genetická predispozice

10. Tzv. Retikulární varixy:

- a) jsou dilatované žilky dermálních žilních plexů - tzv. metličkové venektázie, které mají jen estetický význam
- b) vznikají postižením subkutánních žil středního kalibru a tvoří obraz klasického varixu
- c) postihují hlavní i povrchní žilní kmety velké a malé safény

Odpovědi můžete odeslat SMS zprávou ve tvaru:

GP(mezera)PRAC9(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 prac9 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 31.12.2004.

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. 7/2004 obdrželo hodnotnou publikaci.

Vylosovaní výherci:

MUDr. Hana Zinková, Kolín; MUDr. Hejda Václav, Karlovy Vary; MUDr. Klement Jiří, Dubá; MUDr. Pejchalová Jarmila, Velké Meziříčí; MUDr. Polák Petr, Veselí nad Lužnicí

Vylosovaným výhercům gratulujeme!

Varixy dolních končetin

MUDr. Otakar Komárek

Flebologická ordinace, Praha

Souhrn:

Varix je dilatovaná, elongovaná nebo vinutá žíla různého průřezu.

Varikozita žil dolních končetin patří do skupiny chorob chronických žilních onemocnění.

Často se pojem žilní městky – varixy – směřuje s pojmem chronická žilní insuficience (CVI). Tato diagnóza je však širší a vyjadřuje stav, kdy je onemocnění žil dolních končetin provázáno chronickou stázou krevní a zvýšeným žilním tlakem buď na podkladě refluxu, jako důsledku insuficience chlopenního aparátu žil, nebo při obstrukci hlubokých žil, nebo kombinaci obojího. Jde tedy o pojem širší, který primární varixy DK zahrnuje.

Klíčová slova:

klasifikace CEAP, primární a sekundární varixy, flebotrombóza, skleroterapie

Z hlediska původu se varixy DK dělí na tzv. **primární** a **sekundární**. V tomto článku se budeme zabývat etiologií, prevencí a léčbou varixů primárních.

Primární varikozita DK vzniká na žilách, které nebyly poškozeny jiným předchozím onemocněním. Na jejich vzniku se podílí více faktorů (viz příčiny vzniku).

Varixy sekundární vznikají na podkladě jiné předchozí události – choroby, nebo procesu – který patologicky změní hluboký žilní systém, vyvíjejí se tedy po prodělané tromboflebitidě. V těchto případech dochází k zásadním změnám hemodynamiky v žilním řečišti. Povrchní žilní systém pak může nabýt zcela jiného významu. Management a léčba této problematiky je zcela odlišnou, samostatnou kapitolou, mimo rámec tohoto článku.

Klasifikace chronické žilní insuficience (CVI) podle stadia rozvoje příznaků:

Dnes nejpoužívanější dělení do 7 tříd podle klasifikace CEAP:

- ▶ CVI gr 0 – žádné viditelné, nebo palpovatelné známky žilního onemocnění
- ▶ CVI gr I – teleangiektázie, retikulární varixy
- ▶ CVI gr II – varixy kmenových žil
- ▶ CVI gr III – otoky bez kožních změn
- ▶ CVI gr IV – st. III + kožní změny (pigmentace, ekzém, lipodermatosclerosis)
- ▶ CVI gr V – st. IV + zhojený bérceový vřed
- ▶ CVI gr VI – výše uvedené + aktivní bérceový vřed

Klinické dělení primárních varixů žil DK

Rozhodujícím kriteriem je typ postižené žíly. Rozlišují se proto:

varixy intradermální – tj. dilatované žilky dermálních žilních plexů, tzv. metličkovité venektázie. Zdravé jsou pouhým okem neviditelné, jejich dilatace však vede ke kresbě většinou lividních obrazců. Obvykle jejich dilatace dosahuje velikosti do 2 mm. Mají pouze estetický význam, většinou se vyskytují v kombinaci s varixy retikulárními.

Varixy retikulární vznikají postižením plexů subcutáních žil středního kalibru. Tvoří obraz již klasického varixu. Dilatace dosahuje velikosti obvykle do 1 cm, zasahuje-li až do intradermálních oblastí, pak bývají často zakončeny výše zmíněným hnízdem metličkových venektázií. Někdy mohou nabýt významu i z hlediska zdravotního. Mohou se kombinovat s dalšími typy varixů tzv. **kmenovými varixy**.

Varixy kmenové postihují jak hlavní větve, tak i samotné hlavní povrchní žilní kmeny velké i malé safény a řadí se k nim i varikozity perforátorů. Jsou významné z hlediska hemodynamiky, představují zdravotní rizika a jsou významné především z tohoto hlediska, estetický defekt je rovněž výrazný. Dilatace u neléčených dosahují až několika centimetrů v průměru.

Stručně z anatomie

Na dolních končetinách je žilní systém

tvořen dvěma pleteněmi, tzn., že základní anatomické dělení žilního systému dolních končetin je dělení na žilní **systém povrchní** a **hluboký**.

Hluboké žíly jsou uloženy subfasciálně. Průběhem hluboké žíly sledují tepny. Tvořeny jsou vv. digitales plantares, které přechází do vv. metatarsae. Ty tvoří dvojitý oblouk – arcus venosus plantaris. Do hlubokého řečiště patří dále vv. tibiales posteriores vzniklé spojením vv. fibulares a vv. tibiales. Hluboké lýtkové žíly jsou povětšinou zdvojeny. Z nich se dále sbírá v. poplitea, která na stehně přechází do v. femoralis superficialis.

Povrchní žilní systém se k tepnám neváže a vytváří značnou individuální variabilitu.

Je možné je rozdělit do žilní pleteně intradermální, kterou lze opět rozdělit na intradermální subpapilární pleteň a hlubší intradermální plexus. Tyto žíly jsou mikroskopické velikosti a komunikují se subcutánními žilami většího kalibru. Tyto se nakonec spojují a coby tzv. postranní větve hlavních povrchních žilních kmenů ústí do v. saphena magna a v. saphena parva.

Tyto dvě posledně jmenované jsou tzv. hlavní povrchní žilní kmeny. Mají relativně nejstandardnější průběh.

V. saphena magna se sbírá z rete venosum dorsale, a před vnitřním kotníkem přechází na vnitřní stranu bérce. Pokračuje za kolenem z vnitřní strany a po vnitřní straně stehna do třísla, kde ve fosa ovale se vlévá do v. femoralis. Ve svém průběhu přibírá řadu větví, z nichž nejpodstatnější je větvení v oblasti junkce s v. femoralis, a to v. saphena accesoria lateralis a medialis a na bérce v. arcuata anterior a posterior. Počty větví a jejich ústí jsou velmi individuální, nezřídka jsou duplicity i vlastního kmene a jsou popisovány i triplicitní kmeny.

V. saphena parva se sbírá rovněž z rete venosum chodidla, ale probíhá za zevním kotníkem a velmi individuálně spíše po zevní straně lýtky vzhůru mezi hlavy m. gastrocnemius zhruba středem lýtky do popliteální oblasti, kde se vlévá do v. poplitea. Ač je právem řazena mezi povrchní žilní systém, v různé výši lýtky (nejvíce v distální 1/3) se noří pod fascii. Výše jejího vyústění do popliteální žíly se může lišit. Je možné i vyústění do v. femoropoplitea. Poměrně časté jsou různé četné spojky s velkou safenou. Tím se dostáváme k poslední skupině žil dolních konče-

tin – žilám spojovacím. Spojovací žíly jsou buď vv. comunicantes – tzn. žíly, které spojují žíly stejného typu, anebo vv. perforantes, tzv. **perforátory**. Toto jsou žíly, které perforují fascii (odtud název) a spojují povrchní a hluboký žilní systém. Jsou krátké a nevelkého průřezu (cca 2 mm) s chlopní umístěnou pod fází. Tím má být zajištěn tok krve pouze směrem z povrchních do hlubokých žil. Jejich množství je zcela individuální (uvádí se okolo cca 150). Tvoří však několik zásadních skupin – perforátory **Cocketto-vy** na vnitřní straně lýtky v dolní třetině, které propojují v. saphena magna s v. tibialis posterior, dále perforátory **Boydovy** – komunikace s v. poplitea za kolenním kloubem, perforátory **Doddovy** – komunikace s v. femoralis v dolní části stehna, perforátory **Mayovy** uprostřed lýtky – komunikace mezi v. saphena parva a vv. gastrocnemiae a v podkolení k v. poplitea, perforátory **Hachovy** – v horní třetině stehna co by komunikace s v. profunde femoris. Perforátory ač anatomicky malé patří v patologii varixů dolních končetin k nejzásadnějším.

Z fyziologie žil DK

Hluboký žilní systém je pro „zdraví“ dolních končetin zcela zásadní a nezbytný. Jakékoliv jeho poškození, nebo znehodnocení, ať částečné, nebo úplné (především ve smyslu částečné nebo úplné neprůchodnosti) se projeví vždy zásadně negativně. Hluboký žilní systém odvádí k srdci z dolních končetin přes 90% krve. **Povrchní žilní systém** je uložen suprafasciálně, plní spíše funkci „drenážní“ a odvádí zbylých cca 10% krve k srdci. Tato pletěň je tedy tzv. zbytná. Samotné změny v jeho průchodnosti a funkčnosti nemají proto zdaleka tak zásadní význam, a tak je možné poměrně jednoduše do povrchní žilní pletěně radikálně zasáhnout. Oba systémy mezi sebou komunikují množstvím spojek (výše zmíněných) perforátorů a nakonec se spojují do jednoho řečiště. Tato komunikace, ač za fyziologických podmínek výhodná, však zakládá i jednu ze základních příčin pro vznik křečových žil. Mezi oběma žilními pletěněmi dochází k vzniku různých tlakových gradientů. Ty vznikají jak na základě habituálních, tak jsou dány fyzikálně i mechanicky (způsobem zátěže DK apod.) a zatěžují chlopní aparát žil DK. Plně funkční chlopně brání zpětnému toku krve žilou (retrográdně) a zamezují tak zpětnému toku krve žilou (směrem od srdce) tzv. **refluxu**. Dojde-li k poruše funkce chlopního žilního aparátu, nebo dilataci žíly, dochází k městnání krve v žíle a vzniku určitého přetlaku, který přetěžuje žilní stěnu a mů-

že dojít i k opačnému toku krve žilou – retrográdně – tzv. refluxu. Kromě správné funkce chlopního aparátu je dalším důležitým faktorem **žilně svalová pumpa**, především práce lýtkových svalů má zásadní význam pro návrat krve z DK k srdci. Bohužel je lehce vyřaditelná z činnosti např. nošením vysokých podpatků, kdy lýtkové svaly zůstávají trvale kontrahované a tuto funkci neplní. Neméně významné jsou i pletěně žilní v oblasti metatarsů, které (dříve opomíjené) se v poslední době jeví stejně významnými (viz anatomie výše) a jsou velmi negativně ovlivnitelné rovněž nevhodnou obuví, především špatným tvarem v oblasti nožní klenby. Samozřejmě se na celkové situaci významně podílí samotná srdeční činnost a dýchací pohyby bránice.

Příčiny vzniku primárních varixů DK

V našich končinách se uvádí postižení asi třetiny populace, přičemž je výrazný rozdíl mezi postižením mužů a žen. Ženy jsou postiženy zhruba 2x častěji. Tzn. že varikozitou trpí zhruba 40 % žen a 20 % mužů. S věkem však postižení výrazně stoupá. Dnes se za hlavní příčinu považuje genetická predispozice, která vede ke kvalitativním změnám ve stavbě žilní stěny, proto může být i rodinná anamnéza důležitým vodítkem. U žen je gravidita na druhém místě. Je to dáno jak hormonálními změnami v jejím průběhu, tak i mechanickými příčinami. Ty jsou dány především vznikem přetlaků v pánevní oblasti při rostoucí děloze a vlastním porodem, kdy hraje primární význam břišní lis. Břišní lis by se neměl v patogenezi podceňovat ani v případech onemocnění gastrointestinálního traktu, především při chronických obstrukcích apod. V souvislosti s graviditou je potřeba neopomíjet možnou negativní roli hormonální terapie, zde především podávání hormonální antikoncepce. Vždy je nutné zvažovat pro a proti individuálně a neopomíjet mj. obecně platnou relativní kontraindikaci u varixů kmenových. Obezita se uvádí na 3. místě příčin. Je potřeba však uvést, že v patogenezi je stejně významná i samotná rychlost změny váhy jak ve smyslu +, tak – a z toho plynoucí nevhodnost drastických redukčních diet. Na dalším místě je obsáhlá kapitola životního stylu, kam patří mj. sedavé zaměstnání, dlouhodobé stání a fyzicky namáhavá práce ve stoje atd. Stejně podstatný a při tom lehce odstra-

nitelný je i soubor nevhodných návyků – především sezení s nohou přes nohu, tzv. zaplétání nohou do židle, nošení nevhodných ponožek, podkolenek, které škrtí. Nošení ortopedicky nevhodných bot (se špatnou klenbou) a již zmíněných podpatků. Nedoporučují se podpatky vyšší než 5 cm. Jsou zcela schopny vyřadit lýtkové svaly z činnosti. Je nutné volit i vhodné sportovní aktivity (dále).

Stanovení diagnózy

Jako u všech chorob, je i zde základem správné postavení diagnózy! U primárních varixů DK je nezbytná jistota, že jde skutečně o primární varixy DK. Proto je již při klinickém vyšetření kladen zvláštní důraz především na **vyločení předchozího postižení hlubokých cév DK**. Je nutné si uvědomit, že např. mezi vyvolávajícím momentem a manifestací plně rozvinutých klinických příznaků u posttrombotického sy. může uplynout doba několika měsíců až let! Klinické vyšetření a stanovení diagnózy varikozity nebývá pro poměrně jasnou manifestaci obtížné, zásadní je však, jak již bylo zmíněno, vyloučit možnost jiné vyvolávající příčiny. Především je nutné myslet na postižení hlubokých cév celou škálou interních onemocnění z nichž se nejčastěji setkáváme s flebotrombózou a se skupinou chorob zahrnutou pod název ICHDK. V anamnéze je nutné pátrat po těchto údajích s jakýmkoli časovým odstupem, a to i u mladých jedinců. U flebotrombóz jsou typické příznaky: pocit těžké nohy, svíravý pocit v oblasti chodidla a lýtky. Nástup obtíží bývá náhlý. Bolest končetiny je obvykle vázána na pohyb, typické je bodnutí v lýtku, nebo chodidle, při došlapu. Bolest vyvolává zakašlání. Bolesti se mohou přenášet do hýždí a lumbosakrální oblasti. Častá je palpační jednostranná bolestivost při komprimaci lýtky (**Lowenbergovo znamení**), lze pozorovat rostoucí ztuhlost svalů postižené končetiny a výraznou náplň povrchních žilních pletení (tzv. varovné žíly). Typická trias: otok končetiny, cyanóza, bolest. Klinické vyšetření při suspekci na flebotrombózu by se mělo opřít o vyšetření tzv. žilních tlakových bodů. Zde je výrazně zvýšená citlivost při tlaku u postižené končetiny v závislosti na lokalizaci postižené žíly. Jde o tlak na: chodidlo, na hranu klenby (**Payrův tlakový bod**), patu, oblast za a nad vnitřním kotníkem, lýtko (**Meyerovo znamení**), mediální stranu tybie, fosa poplitea, na stehně nad kanálem adduktorů a ve fosa ovalis. Velmi typická je bolest v lýtku při rychlé dorsiflexi chodidla (**Hommansovo zna-**

Hartmann
VitaSan

mení). Zatřesení končetinou vyvolává bolest. Celkové příznaky bývají nespecifické – subfebrilie a tachykardie, případně bolesti hlavy.

Často však jde o uzávěry hlubokých žil nekompletní, kde se příznaky velmi stírají. Jde často o případy na první pohled zdravých mladých jedinců u kterých je v anamnéze např. tupé poranění lýtky s úderem, (kopnutí při sportu apod.), kdy následuje několikadenní období nespecifických obtíží a bolestí spojovaných ovšem mylně pouze s poraněním. Většinou případný hematoma a povrchní projevy odeznívají spontánně, ovšem delší dobu přetrvává mírné „pobolívání lýtky“, zatuhnutí lýtkového svalu a někdy píchnutí při došlapu, což je velmi cenná diferenciálně diagnostická informace. Obzvlášť u dívek užívající hormonální antikoncepci (jakoukoli formou) by již tato samotná kombinace (větší úder v oblasti lýtky, ATK, a mírné přetrvávající uvedené obtíže) měly sami o sobě vést k indikaci podrobného vyšetření hlubokých žil DK na specializovaném interním pracovišti. Navíc je nutno neopomíjet i velmi problematickou skupinu tzv. němých trombóz.

Při dnešních možnostech barevné duplexní sonografie a laboratorních metod – hl. stanovení D- dimeru, případně radioisotopová vyšetření (PET) je vyloučení postižení hlubokých žil DK flebotrombózou značně spolehlivé.

K diferenciální diagnostice bolestí DK se váže velká kapitola neurologické etiologie – např. iritace ischiadiku, jiné neuropatie – které se nejčastěji projevují pocity tahu na zadní straně stehna, pokračují různě distálně na lýtko a to ve střední čáře končetiny. Nebo pocity brnění a mravenčení různých partií DK izolovaně jakož i změny čítí. Tyto symptomy primární varixy nevyvolávají!

Další a nemenší oblastí diferenciální diagnostiky je kapitola ortopedických příčin, vertebrogenních obtíží, bolestí v oblasti velkých kloubů, manifestace přenesených bolestí při artropatii kyčelních kloubů stavy po distorzích hlezten atd.

Pro primární varixy DK jsou však typické pouze tyto subjektivní stesky:

v počátku onemocnění pocity těžkých nohou, pocity tlaku v lýtkách a případně pnutí, které ale odeznívá při pohybu, chůze výrazně ulevuje, řidčeji svědění distálních partií bérců. V rozvinutějších stavech si pacienti stěžují na otoky především distálních partií bérců a klidové křeče, především noční, různě časté, zhusta vázané na předchozí větší fyzickou zátěž a většinou rozvoj varixů sami pozorují. Avšak křeče přímo při fyzické zátěži (v prů-

běhu cvičení apod.) typické nejsou! Velmi typická je úleva při elevaci končetin jakož i v průběhu chůze. Příznaky se obvykle zhoršují v horku. U žen bývá patrná souvislost s menstruačním cyklem. U plně rozvinutých varixů však obtíže poměrně často na přechodnou dobu zcela mizí, ovšem klinická manifestace je i při pouhé observaci u stojícího pacienta zřejmá. Vymizení subjektivních obtíží však často vede k bagatelizaci problému ze strany pacienta a nechuti jakkoli onemocnění řešit, což často vyústí v rozvoj všech komplikací s varixy souvisejícími. Tyto bohužel pak často omezují možnosti radikálních řešení a účinné terapie. Projevy primárních varixů nebývají na končetinách symetrické, s čímž souvisívá i asymetrické prosáknutí DK.

Asymetrické otoky DK je však nutné hodnotit vždy velmi obezřetně a v širších souvislostech (shora stručně zmíněných)! Objektivní průkaz insuficience chlopněho aparátu žil a vyloučení obstrukce hlubokých žil je nezbytný pro stanovení dalšího léčebného postupu. Provádí se pomocí neinvazivních vyšetřovacích metod – např. dnes nejrozšířenější metodou, Dopplerovským ultrazvukovým vyšetřením, nebo barevným duplexním scanem ve specializovaných pracovištích a v praxi většinou postačí. Invazivní postupy – např. flebografie je dnes indikována vyjimečně, pouze v nejednoznačných případech, avšak doposud poskytne jako jediná 100 % přehlednost řečiště.

Patologie

Neléčené primární varixy DK nemusí být zdaleka pouze kosmetickým defektem. Záleží na typu postižení žil, rozsahu a lokalizaci.

Varikozita intradermálních žilních plexů – metliček – sama o sobě jiný než kosmetický defekt nepředstavuje. Je však signálem, že kvalita žilní stěny pacienta není optimální a že je přítomna určitá predispozice k rozvoji chronické venózní insuficience. Proto by si i tato „drobnost“ zasloužila základní preventivní opatření a poučení pacienta (viz dále). Tím se dá úspěšně bránit rozvoji onemocnění. Rovněž tzv. retikulární varixy vznikající z žilních pletení subcutáních jsou povětšinou estetickým defektem, ovšem zde již mohou proběhnout záněty, které pacienta poměrně značně obtěžují bolestivostí, navíc neléčené ponechávají barevné změny (pigmentace) v kůži i trvalého charakteru a vedou často k dalšímu trvalému zhoršení funkčnosti chlopněho aparátu žil, a tím k další progresi onemocnění. Zcela jiná situace je u kmenových varixů. Tyto jsou pro hemodynamiku dolních kon-

četin značně významné. Neléčené v počátečních stadiích vedou ke krevní stáze v závislosti na hydrostatickému tlaku tekutiny. Ta přetěžuje dále jak hluboký, tak povrchní žilní systém a vede k progresi onemocnění. Postupně dochází k zvětšujícím se hydrostatickým otokům končetiny, vázne trofika měkkých tkání podkoží i kůže. Varikozita kmenových žil se stává tzv. vinutou, kdy lze pozorovat až girlandy v průběhu hlavních povrchních žilních kmenů s výdutěmi v žilní stěně. Stagnace krve ve varikozně změněné žíle a výše uvedené okolnosti mohou v této fázi i samy o sobě podráždit žilní endotel natolik, že dojde k vyvolání akutního zánětu žily – **tromboflebitis acuta**.

Tromboflebitida u kmenových varixů je vážná komplikace, vyžadující urgentní léčbu (viz dále). Jinak může progredovat jak v povrchním žilním systému, tak může vyvolat i zánět hlubokých žil (flebotrombózu).

Je omylem se domnívat, že zánět povrchních žil nemůže být smrtelnou chorobou! Je – li např. postižen celý, nebo velká část kmene velké safény u její junkce s femorální žilou a je zároveň nefunkční chlopně aparát junkce (což je poměrně častá kombinace), jsou popsány případy utrženého vmetku (z této povrchní žily), které skončily stejně fatálně jako obdobné případy u flebotrombózy, (kde je však toto všeobecně známo a myslí se na to při léčbě takřkajíc automaticky).

Vynecháme – li tuto našťestí řídkou komplikaci, i tak neléčená tromboflebitida končí trvalým barevným defektem kůže (hemosiderinovými pigmentacemi), hmatným pruhovitým infiltrátem v důsledku vazivové přeměny postižené žily, který odpovídá velikosti žíle (a tak při progresi varikózní žily nad okolní i infiltrát progreduje) a v závislosti na poloze může obtěžovat i při pohybu, nehledě na značný estetický defekt zvláště u žen. Infiltrát se lety resorbuje (většinou neúplně), barevné změny (v závislosti na intenzitě) většinou nevymizí. Postižená žíla často vede k změnám v drenáži tekutin (krevních i lymfatických), k dekompenzaci v dané oblasti, k iritacím komunikujících žil, a tím výrazně zvyšuje rizika dalších jejích zánětů.

V této fázi obvykle dochází i k tvorbě mikrobiálních ekzémů, nejčastěji v oblasti bérce, lokalizací obvykle vázaných k varixům, otok hydrostatický může navíc ovlivnit i lymfatické cévy útlakem a komplikovat se tak lymfédémem končetiny. Kůže trpí zhoršenou trofikou, především vázne okysličením, tím se snáze osidluje bakteriální flórou, ztrácí svoji elasticitu a křehne. Subjektivně pak značně svědí. To pacient

většinou řeší škrábáním, které stav ještě zhoršuje pro další mechanické zraňování pokožky škrábáním. Mechanické poškození vede k porušení integrity kožního krytu – tzv. mechanickým lineárním exkoriacím – což je ideální vstupní branou jiných infekčních agens, které často končí Erysipelem se všemi důsledky tohoto onemocnění (značnou celkovou zátěží organismu v akutní fázi onemocnění, trvalým rozsáhlým poškozením krevních i lymfatických cév DK a následky z toho vyplývajícími). Onemocnění končí trvalým poškozením postižené oblasti a často novými exacerbacemi.

Ve fázi rozvinutých neléčených kmenových varixů je trofika kůže a její vlastnosti natolik patologicky změněná, že stačí i drobné poranění kůže na to, aby se rana nebyla schopna reepitelizovat, dochází k jejímu rozpadu a tvoří se venózní bércový vřed. Venózní bércové vředy jsou nejčastější příčinou ulcerací bérců, tvoří asi 80% všech bércových vředů (pozn. Základní dělení bércových vředů (pořadí dle četnosti): venózní, arteriální, traumatické, infekční, při jiných dermatózách, neurogenní, neoplastické, na podkladě geneticky daných onemocnění). Neléčené primární kmenové varixy rozhodující měrou přispívají k nejzávažnějšímu postižení hlubokých žil, a to shora uvedené flebotrombóze.

Prevence a léčba

Prevence a léčba flebotrombózy, její diagnostika a vyloučení suspekce na toto onemocnění patří vždy primárně do rukou internistů, nejlépe přímo na specializovaná pracoviště interní angiologie. Tato problematika jde mimo rámec tohoto článku, proto nebude blíže rozebrána.

Prevence a léčba primárních varixů spadá do oboru flebologie, který je na pomezí dermatologie, interního lékařství a chirurgie. Je proto optimální toto řešit na specializovaných pracovištích flebologických, angiologických chirurgických, nebo interních, která jsou schopna poskytnout celé spektrum péče, a to jak konzervativní terapii, tak řešení radikální nechirurgická i chirurgická, a to i kombinací těchto postupů. Tato zařízení by měla poskytnout pacientovi i péči následnou, neboť jde, jak z názvu diagnózy vyplývá, o problém chronický, který provází pacienta celoživotně a vyžaduje i následnou péči, a to trvalou.

Prevence

Jde především o úpravu návyků tzn. **správná životospráva**, především dostatečné přijímání tekutin (doporučují se ob-

vykle 2 litry neminerální vody denně), dostatek vláknin ve stravě, případně omezená redukce nadváhy. O škodlivosti kouření se netřeba zmiňovat.

V práci snaha omezit stání, při sedavém zaměstnání se doporučuje každou hodinu alespoň procházka po místnosti. Při sedu nedávat nohu přes nohu především způsobem, kdy koleno jedné nohy je zatačeno do podkolení druhé. Dochází velmi snadno ke stlačení hlubokých žil popliteálních a k výraznému omezení, případně úplnému znemožnění návratu krve těmito žilami.

Je nutné věnovat pozornost správné obuvi, především u pacientek, a to výši podpatku. Nedoporučuje se celodenní nošení podpatků nad 5cm výše. Důvod – vyřazení lýtkových svalů z činnosti (trvalou kontrakcí), a tím vyřazení žilné svalové pumpy lýtky, která má zásadní význam pro návrat krve z DK. Ze stejného důvodu je vhodné věnovat pozornost správné klenbě boty v oblasti chodidla, neboť pumpa vytvářená zde žilními plexy a svaly má stejný význam jako na lýtku.

Velkým problémem jsou ponožky a podkolenky, jejichž gumičky by neměly zanechat výraznější stopu na kůži, natož jakoukoli strangulaci. Jedno v jaké výši totiž dochází k úplnému přerušení toku krve povrchními žilními plexy.

U žen je hormonální antikoncepce samostatnou kapitolou. Obecně platí, že představuje vždy pro žily zátěž, avšak je nutno zvažovat všechna pro a proti (např. bez ATK – rizika nechtěného početí a následná interrupce a z toho plynoucí zátěž organismu může převýšit eventuální přínos neužívání ATK). Ale jednoznačně platí, že u varixů III. typu je již ATK a jakákoli jiná hormonální terapie relativní kontraindikací. Absolutní kontraindikací je u všech stavů poškození hlubokých žil, a to i v dávné anamnéze.

Sportovní aktivity: jakékoli sporty jsou vhodnější, než nicnedělání, neboť vytrvanost svalů DK je do značné míry schopna kompenzovat zhoršenou funkci žil DK. Ale platí, že se preferují vytrvalostní zátěže a naopak se nedoporučují poskokové aktivity. Poskoky nadměrně zatěžují chlopně žilní a napomáhají jejich „prolamování“. U varixů II. a III. typu je nutná značná obezřetnost u sportů tzv. kontaktních. Obzvláště se doporučuje plavání, turistika, běhky, jízda na kole a rotopedu.

Zásadně se nedoporučuje běh, a to ani na měkkém podkladu!

Sauna je kontraindikována! Opatrně v posilovnách, především dřepy se zátěží jsou rovněž kontraindikací.

Přínosem jsou naopak speciální cviky

cévní rytmiky: např. stoj na špičky a zpět, v leže na zádech šlapání na kole, svíčka, přitahování kolen k bradě. Doporučují se střídat proud studené a teplé (ne horké) vody. Silné masážní sprchy jsou u kmenových varixů kontraindikovány pro schopnost vyvolat tromboflebitidu.

Terapie

Platí, že s adekvátní léčbou by se mělo začít co nejdříve po začátku onemocnění. Původní teze, stručně shrnuty do názoru, že je potřeba vyčkat, až se vytvoří všechny varixy, a pak se radikálně odstraní, jsou považovány dnes za zcela obsoletní a byly opuštěny koncem 70. let minulého století, jelikož vývoj takového managementu varixů vedl často k vážným komplikacím, nezvladatelným stavům rozsáhlých varikozit, kde interní a ostatní komplikace často znemožnily jakákoli účelná řešení a pacienti doživotně traumatizovali.

Konzervativní terapie

Cílem konzervativních postupů je především zamezit zhoršování stavu, nebo alespoň výrazně zpomalit progresi onemocnění a zabránit zánětům žil, případně tvorbě venózních bércových vředů.

Je vhodná pro všechny stupně CVI, samotná postačuje plně pro CVI gr. 0–III, dále je vhodná kombinace s dalšími postupy.

Radíme sem vhodné *cviky cévní rytmiky*, *venotonika*, tj. léky ovlivňující vlastnosti cévní stěny a *kompresivní terapii* (elastické punčochy).

Venotonika působí podpůrně, tzn. nejsou schopna kompenzovat již varikozně změněnou žilu. Jsou však schopna výrazně zpomalit progresi onemocnění a kvalitní preparáty subjektivně pacientům značně ulevují. Jsou velmi vhodná jako prevence zánětů žil povrchních i hlubokých plexů, i jako protiváha při užívání hormonální antikoncepce a hormonální terapie vůbec.

V kontextu účinnosti preparátů poslední generace na bázi flavonoidů a saponinů – látek přírodního původu – (např. preparáty Detralex nebo Cyclo 3 fort) je dnes podávání preparátů na bázi rutosidů (např. preparáty Cilkanol nebo Anavenol) již diskutabilní. Velmi dobrou účinnost má stále syntetická látka tribenosid (reprezentovaná preparátem Glyvenol), ale účinností ji flavonoidy překonávají. Navíc poslední generace venotonik na bázi flavonoidů umožňuje spolehlivě podávání intermitentní. Je individuální podle stavu, ale v drtivé většině případů chronických pacientů postačují „kúry“ 4–6 týdnů á půl roku. Doporučuje se s podáním

začít před nástupem nejteplejších letních měsíců (tj. konec května, červen) a v zimním období na přelomu roku.

U těžkých stavů po opětovném nástupu subjektivních obtíží. Tato venotonika se doporučují i před dlouhými cestami zvl. vícedenními lety a cestami autobusy, ideální je započít 14 dnů před cestou. Kompresivní terapie spočívá ve správné aplikaci buď elastických obinadel (krátko nebo dlouhotázných) anebo aplikací elastických punčoch. Elastická obinadla mají stále své nezastupitelné místo především při stavech komplikovaných různými dermatózami, při léčbě venózních bércových vředů a u mnohých starších pacientů, nebo při omezené hybnosti pacienta, kterým se aplikují obinadla podstatně snáze než elastická punčocha. Všechny kompresivní pomůcky by měly mít mezinárodní atesty co se kvality komprese týká, tak jako elastické punčochy všech tříd. Platné mezinárodní certifikáty zaručující jak sílu deklarované komprese, tak správný gradient této komprese. Za základní a nezbytné se považuje tzv. **Hohensteinský certifikát**.

Bez tohoto atestu nespĺňují požadované vlastnosti a mohou dokonce pacientovi škodit!

Elastické punčochy se dělí podle síly komprese (vyjádřené v mmHg) v oblasti hlezna na pět tříd.

- ▶ **Podpůrné** – komprese do 18 mmHg, volně prodejné, vhodné k prevenci a při výskytu primárních varixů I. typu a na delší cesty.
- ▶ **I. kompresní třída** – lehká komprese – 20mmHg – volně prodejné v lékárnách a prodejnách zdravotnické techniky, vhodná pro prevenci a konzervativní léčbu varixů I. typu.
- ▶ **II. kompresní třída** – střední komprese – 30 mm Hg – pouze na lékařský předpis, vhodné pro léčbu varixů II. a III. typu jak konzervativní, tak po zákrocích radikálních, případně v kombinaci s elastickou bandáží elastickým obinadlem (dle Fegana).
- ▶ **III. kompresní třída** – silná komprese – 40 mm Hg – pro těžké stadia CVI se značnými otoky a léčbu posttrombotického syndromu.
- ▶ **IV. kompresní třída** – velmi silná komprese – nad 50 mm Hg – využívána při léčbě lymfedemů.

U III. a IV kompresní třídy je nutné si uvědomit, že tah punčochy je tak velký, že pacient ji bez cizí pomoci většinou nedokáže aplikovat!

Při určení velikosti punčochy je zásadní obvod končetiny v nejužším místě nad kotníky tzv. obvod B. Je-li na rozmezí jednotlivých velikostí punčoch, doporučuje

se punčocha menší velikosti, nikoli ta vhodnější.

Pro rozhodnutí, zda podkolenku, nebo stehenní punčochu (zvl. od II. komprese výše) je zásadní, zda jsou varixy II. a III. typu na stehně. Jsou-li, je podkolenka kontraindikována!

U zcela nestandardních rozměrů je vhodné po dohodě s distributorem zažádat o individuální ušití elastické punčochy dané komprese dle zjištěných rozměrů.

Pacient musí být poučen, že veškeré kompresivní pomůcky se mohou aplikovat pouze na zcela odkrvený povrchní žilní systém (nejjednodušeji ihned ráno před 1. opuštěním lůžka)!

Kompresivní terapie je naprosto základním léčebným postupem u onemocnění povrchního žilního systému DK a má doposud nenahraditelné místo jak samotná, tak v kombinaci s dalšími postupy! Je nezastupitelná např. u **1.** – léčby tromboflebitidy : základem je kvalitní komprese, nejčastěji elastickou punčochou II. kompresní třídy (dále jen k.t.) kombinovaná s chůzí (u postižení poslední třetiny kmene velké safeny a případně její junkce je nutná značná obezřetnost). Komprese se doporučuje ponechat alespoň 4 týdny. Bez elastické komprese smí končetina zůstat pouze ve vodorovné poloze a zcela nezatížená. Pacient se nesmí na nohu bez komprese postavit ani v noci. Léčba se kombinuje s venotoniky. Optimální jsou flavonoidy v obvyklé dávce. Při větším rozsahu postižení se může běžná dávka (Detralex 2 tbl.p.o.ráno) až ztrojnásobit (na 3 x 2 tbl/denně) po dobu úvodních 3 – 5 dnů. Léčba se ponechává minimálně 4 týdny. Při rozsáhlém postižení varixů II. typu a u varixů III. typu je vhodná kombinace komprese, chůze a venotonik s léčbou antibiotiky (nejlépe se širším spektrem účinku) prolongované na 10 dnů v běžné dávce. Celá léčba by se měla zakončit v okamžiku úplné rekanalizace varixu a odeznění případných infiltrátů. S odstupem několika týdnů je vhodné postižený varix odstranit některým radikálním postupem (dále).

2. – léčby venózního bércového vředu.

U těchto vředů se setkáváme s pojmem hojení chronických ran. Pojem je to zavádějící, vede především ke zúžení problému na aplikaci různých lokálních přípravků podporující granulaci a epitelizaci podkoží a kůže na bázi náplastí a jiných způsobů krytí nehojících se ran. Ovšem ulkus není vulnus. Aplikace těchto přípravků je nesporně vhodným doplňkem léčby, avšak základem je správná komprese. Venózní vřed je složitá kombinace

různých patologických mechanismů.

Prim ale hraje varikózně změněná žíla, kterou lze vystopovat téměř ve 100 % žilních vředů. Ta vede k destrukci a špatné trofice postižené tkáně a je primární příčinou problému. Je proto nezbytné ji vyřadit z funkce, a to nejnáze kompresí. Až následně je vhodné doplnit tuto léčbu dalšími postupy vedoucími ke granulaci spodiny vředu a následně reepitelizaci. Je-li to možné, v poslední době se doporučuje vyřazovat varikózní žílu, která vřed vyvolala radikálně v úvodu léčby.

Radikální terapie

Cílem je odstranění primárních varixů a korekce patologických hemodynamických poměrů v povrchních žilních pleteních DK. Řeší důsledky CVI. Základní příčinou – poruchu funkce hlubokých žil ovlivnit nemůže, má trvalý efekt u již ošetřených varixů, nelze očekávat zastavení tvorby nových křečových žil, i když většinou dochází k výraznému omezení jejich novotvorby, zvláště u II. a III. typu varixů. Je vhodná pro odstranění již vzniklých primárních varixů všech typů. Je indikována jak z hlediska kosmetického hlavně u varixů I typu, tak při indikacích vyloženě zdravotních (varixy III. typu).

Radikální terapie nechirurgická je dnes zastoupena především tzv. **skleroterapií**. Řadí se sem rovněž odstraňování metličkových venektázií elektrokauterem a laserem. Obě tyto metody pracují na principu tepelného zničení metličkových venektázií a jsou využívány u varixů I. typu. Velmi relativní výhodou je, že nevžadují následnou kompresivní terapii. Od elektrokauteru se dnes všeobecně upustilo, pro velmi sporný estetický efekt. Estetické problémy se vyskytují i u metliček řešených laserem. Jeho indikace je velmi úzká, dobrý efekt přináší především u metliček do průměru cca 0,3 mm a ten značně závisí i na jejich barvě – optimální jsou sytě červené venektázie, problematické jsou tmavě modré. Dnes se laser ponechává především k řešení mikroskopických venektázií, které se případně nedaří sklerotizovat. Obě metody je vhodné kombinovat s dalšími postupy, především skleroterapií (čímž se výhoda absence komprese ztrácí). Důvod je jediný: tzv. hnízda metličkových venektázií se v drtivé většině nachází při zakončení retikulárního varixu, který je tzv. živí. Není-li tento varix odstraněn, dochází buď k rekanalizaci těchto metliček, a tím jejich zachování, nebo k rychlé novotvorbě dalších v té samé lokalitě, estetický efekt se ztrácí. Tento větší retikulární varix není schopen řešit ani laser, natož kauter. Metodou volby proto zůstává skleroterapií.

pie. Jde o postup, kdy se injekční technikou intraluminárně aplikuje do žíly sklerotizační látka (nejrozšířenější u nás je roztok s účinnou látkou polydocanol známý pod názvem Aethoxysclerol), který je považován za jeden z nejbezpečnějších a přináší velmi spolehlivý efekt. Tato látka vyvolá tělu blízký proces podobný při hojení zánětu žil, a to podráždění endotelu žilní stěny. To vede k uzávěru této žíly a její postupné přestavbě na vazivovou tkáň. Aby k tomu došlo, musí se užít elastická bandáž po dobu několika týdnů v závislosti na kalibru ošetřených žil. Užívá se obvykle kompresivní punčocha II. kompresní třídy od cca 3 do 6 týdnů. V této době smí končetina bez komprese být pouze ve vodorovné poloze! Po této době není při správném provedení a dodržení režimu komprese obvykle patrná jakákoli viditelná stopa po křečové žíle, může být palpovatelný infiltrát, který se během týdnů obvykle resorbuje. Koncentrace a množství roztoků se řídí typem ošetřovaného varixu. Pro skleroterapii obecně není limitující kalibr (tedy typ) varixu, lze ji využít i u varixů o průměru nad 1 cm, avšak musí být správně indikována. Nejvíce se využívá především pro varixy I. a II. typu jako primární postup léčby. U varixů III. typu by měla být doplňkovou metodou chirurgických postupů. Rozhodně není vhodné ji použít jako prvotní výkon na kmenech hlavních povrchních žil. Značná obezřetnost je nutná při skleroterapii tzv. postranních větví. Tomu musí přecházet pečlivé zhodnocení klinického stavu a správné vyhodnocení refluxu vyšetřením sonografickým. Jinak dochází k selhání efektu buď ihned, nebo se sklerotizovaný varix zpravidla rekanalizuje během měsíců, nejpozději několika let. Rovněž skleroterapie značně vyduťých varikozit (byť varixů II. typu) by měla být indikována obezřetně. Ve velkých vyduťích často dochází ke zhoršenému estetickému efektu. Zde je vhodné zvážit miniinvasivní chirurgické řešení v místní anestezii. Pro pacienta je skleroterapie velmi výhodná svou naprostou „ambulantností“ a minimální bolestivostí, ne větší než u odběru krve.

Radikální terapie chirurgická prodělala značný vývoj. Dnes je snaha o co nejšetrnější řešení s minimálním poškozením okolních tkání. Chirurgická radikální léčba primárních varixů DK je indikována pro varixy především III. typu a miniinvasivní postupy lze v některých případech s výhodou využít i u varixů II. typu. Mezi chirurgická řešení se dnes řadí i intraluminární destrukce stehenní části kmene velké safény laserem. Efekt tohoto postupu je otázkou, neboť metodika

výkonu doposud není jednotná, není striktně ošetřena safenofemorální junkce ani hlavní postranní větev. Jde o alternativní postup ke stripingu stehenní části kmene velké safény. Ten je však při miniinvasivních postupech chirurgických spolehlivý a navíc vylučuje jinak možné riziko rekanalizace kmene. Postup je finančně nejnáročnější, ale rozsahem nenahrazuje miniinvasivní postupy chirurgické. Od principiálně podobného řešení – tepelné destrukce intraluminárně zaváděným elektrokauterem – se ustoupilo v 80. letech minulého století pro nepřesvědčivost výsledků.

Cílem chirurgických řešení je především zamezit refluxu v ústích safén do hlubokých žil jako jednomu z hlavních faktorů dekompenzace povrchního žilního systému a odstranit vážné patologické komunikace i v ostatních uzlových bodech především v oblastech perforátorů. Původní postupy řešení – klasické techniky operace primárních varixů, kdy se postranní větev varixů pouze rozrušily např. pomocí tzv. smetanových nožů, se dnes opouštějí pro zbytečnou hrubost tohoto výkonu a jejich doménou by měly být především rozsáhlé dekompenzované primární varixy, které jiná řešení neumožňují. Tento postup navíc je prováděn ve standardní inhalační celkové anestézii, která je další překážkou pro ambulantní řešení. Proto započala snaha tato úskalí obejít, neboť z hlediska chirurgie jde o výkon rozsahem tzv. menší, který je možné provést ambulantně.

Přistoupilo se u těchto výkonů k anestéziím svodným, např. epidurálním, u kterých je ale úplná mobilizace pacienta i po 24 hodinách od výkonu diskutabilní, anebo případně svodným blokovým. Ty jsou pro pacienta poměrně nekomfortní a mají mnohá jiná úskalí.

Zároveň se rozvinula snaha o zjemnění klasického chirurgického postupu, který by měl nároky na anestezii nižší a byl šetrnější. Tato snaha vyústila v různé alternativní operační techniky, jako např. flebektomie v místní anestezii. Při ní se varixy III. typu přerušily po několikacentimetrových úsecích. Vzhledem ke značným reparačním schopnostem kmene velké safény však často docházelo k jejímu opětovnému zprůchodnění, a tak ztratě zamýšleného efektu operace. Rovněž se přechodně upouštělo od striktní tzv. Crossectomie, tj. podvazu kmene velké safény až u jejího bulbu. Prováděla se pouze její tzv. vysoká ligace. Ponechané postranní větev však často nahradily funkci hlavního kmene a byly důvodem recidiv. Navíc často došlo pouze k podvazu pouze akcesorního kmene, nikoli

skutečné velké safény, což situaci neřešilo vůbec.

Přelomem se stala tzv. **CHIVA technika operace**, jejíž postupné zdokonalení vedlo k dnešním možnostem řešit varixy III. typu ve stejném rozsahu jako původní standardní operace (tj. revize třísla, Crossectomie, striping v. saphena magna, odstranění postranních větví a podvazy perforátorů) nesrovnatelně šetrněji. Dnešní technika operace umožňuje jednak dokonalou revizi tříselné oblasti s podvazy všech větví u junkce (neponechává pahýl delší než 1 cm – což je zásadní z hlediska možnosti recidivy), jednak šetrnou preparaci postižených žil z jejich lůžka bez většího poškození okolních tkání a s takovým zabezpečením odstupů vypreparovaných žil, že se pacient může (samozřejmě pouze s bandáží) ihned po operaci postavit a odejít na lůžko! Šetrnost výkonu zároveň umožňuje zcela odlišné vedení anestezie, a to kombinovanou i.v. anestezii s lokálním znečítlivěním, která nevyžaduje delší pobyt na lůžku. Špičková zařízení jsou schopna tento typ operace provádět tak, aby se pacient zhruba po hodinovém „dohlídání“ na lůžku mohl odebrat s doprovodem domů. Následný režim se pak výrazně neliší od režimu bandáží a fyzických aktivit po skleroterapii. Tato operační technika se dnes považuje v Evropě za optimální. Je pro pacienta maximálně šetrná, přitom toho nedosahuje na úkor radikality postupu. Odstraňuje pouze ty povrchní žíly, u kterých je to nezbytné. Zajišťuje velmi dobrou prognózu z hlediska recidiv. Šetrnost postupu navíc přináší i estetický efekt, jinými postupy obtížně dosažitelný. Samozřejmě není vždy nutné provést operaci s maximální radikality, nýbrž s radikality nezbytně nutnou, tak aby bylo minimalizováno riziko recidivy do budoucna a zároveň nebyly zbytečně omezeny možné potřeby cévních rekonstrukčních výkonů, zejména možnosti případných náhrad při bypassech apod. Záleží na podrobném klinickém vyšetření a v kombinaci s výsledky přístrojových vyšetření na správné indikaci k takovému postupu, aby bylo uděláno co je nutné, bez zbytečné radikality, ale s patřičným efektem a kvalitní prognózou do budoucna.

Literatura:

- 1) O. Braun-Falco, G. Plewig, H.H. Wolf, R.K. Winkelmann – *Dermatology*
- 2) V. Puchmayer, K. Roztočil – *Praktická angiologie*

Ambulantní léčba CHOPN

MUDr. Ján Dindoš

Privátní plicní a praktický lékař, Neratovice

Souhrn:

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je v současné době čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí na světě. Pochopitelně, že na tak významném počtu mortality se nutně podílí její morbidita, která se ve světě odhaduje na 600 miliónů lidí, takže CHOPN má celkem jedna desetina celé lidské populace. Experti navíc předpovídají neustálý nárůst jak její prevalence, tak i mortality v příštích letech. Proto také došlo k celosvětovému sjednocení expertů, kteří se problematikou CHOPN zabývají a tuto svou globální strategii pro péči o nemocné s CHOPN nazvali anglickou zkratkou GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Jedná se o společný projekt Světové zdravotnické organizace (WHO) a také Amerického národního institutu pro srdce, plíce a krevní oběh. Jeho výsledkem bylo vypracování globální, celosvětové strategie diagnostiky, léčby a prevence CHOPN, která byla publikována v r. 2001 a aktualizována v r. 2003, a také v roce 2004. V té době vznikaly i tzv. národní centrály, které sdružovaly a sdružují experty z jednotlivých zemí, I u nás jsou experti pro tuto nemoc sdruženi v tzv. Českém občanském sdružení proti chronické obstrukční plicní nemoci (ČOPN).

Klíčová slova:

CHOPN, inhalační bronchodilatancia, spirometrie

Definice CHOPN

CHOPN je nemoc charakterizovaná omezením průtoku vzduchu v průduškách (bronchiální obstrukcí), které již **není úplně reverzibilní**. Obstrukce progreduje a je spojena s abnormální zánětlivou odpovědí na škodlivé částice a plyny.

Tato obstrukce je vyvolána jednak poruchou malých dýchacích cest (obstrukční bronchiolitidou), jednak destrukcí plicního parenchymu, emfyzémem. Klinicky je vždy ještě nutná přítomnost kašle s expektorací sputa nejméně 3 měsíce v roce, v alespoň dvou po sobě jdoucích letech. To je stále *conditio sine qua non*, abychom mohli potvrdit přítomnost chronické bronchitidy, tak jak jí definoval ještě dr. Fletcher v r. 1962!

Charakteristickými příznaky CHOPN jsou kašel, tvorba sputa a dušnost při tělesné zátěži. Postupně progredující námahová dušnost a omezení tolerance fyzické zátěže jsou hlavními příznaky pacientů s CHOPN.

Podle tíže CHOPN rozlišují dokumenty GOLD

5 stádií této nemoci, kde stádia jsou založena na **spirometrických** výsledcích, takže spirometrie se považuje za **zlatý standard** v diagnostice této nemoci.

Kromě spirometrie jsou nutné v diagnostice i **bronchodilatační testy** (nejčastěji se ve světě užívá Salbutamol v dávce 400 mcg v inhalaci, který se aplikuje po první spirometrii a pak se zopakuje spirometrie po 15 minutách, nebo po půlhodině, výjimečně, když není odpověď na Salbutamol, udělá se třetí spirometrie po 1 hodině). Za pozitivní bronchodilatační test se považuje zlepšení hodnoty **FEV₁** (usilovný objem výdechu za 1 sekundu) minimálně o 12% náležité hodnoty a zároveň 200 ml absolutně. Důležitost bronchodilatačních testů stoupla na významu potom, když dle pravidel GOLDu se stupeň CHOPN určuje až **po provedení bronchodilatačního testu!**

Časně zjištění CHOPN je nezbytné pro stanovení optimálního léčebného postupu. Protože příčinou CHOPN je až z 90 % kouření, jeho úspěšné ukončení má smysl u každého stádia

nemoci a stále zůstává prvotní podmínkou úspěchu naší léčby. Proto je potřebné neustále pacientům zdůrazňovat, že omezit kouření nestačí, musí se přestat kouřit! Dnes, na začátku třetího milénia v ambulantní terapii jak stabilizované, tak i exacerbované CHOPN převažuje **léčba inhalační**. Základními léky jsou i nadále bronchodilatancia, avšak v jejich široké paletě dochází každým rokem ke změnám, protože se objevují nová a také účinnější inhalační bronchodilatancia. Bronchodilatancia se používají ke zmírnění nebo k prevenci příznaků a můžeme je navzájem i kombinovat, protože se ukázalo, že mají navzájem synergický efekt a jejich kombinace snižuje riziko vedlejších projevů. Dělíme je na bronchodilatancia s krátkodobým účinkem (tzv. SABA, kam patří krátkodobě působící beta-2- adrenergní agonisté a krátkodobě působící anticholinergikum) a na bronchodilatancia s dlouhodobým účinkem (tzv. LABA- dlouhodobě působící beta-2- adrenergní agonisté a dlouhodobě působící anticholinergikum). I když je léčba tzv. LABA finančně náročnější, rozhodně je na základě tzv. evidence – based medicine, tedy medicíny založené na důkazech, prokázáno, že nejenom zlepšují spolupráci pacientů, ale některé, např. tiotropium, také zlepšuje jejich kvalitu života. Navíc při jejich dlouhodobém podávání klesá i počet exacerbací CHOPN.

Zásady léčby u stabilní CHOPN

- ▶ Bronchodilatancia jsou hlavními léky u CHOPN
- ▶ Dnes jednoznačně dáváme přednost léčbě inhalační
- ▶ Výběr léků závisí na individuální reakci, která se dá zjistit bronchodilatačním testem a na nežádoucích účincích
- ▶ Bronchodilatancia se užívají ke zmírnění, nebo prevenci příznaků
- ▶ Kombinace bronchodilatací může zvýšit jejich účinnost a snižovat riziko nežádoucích účinků

Inhalační bronchodilatancia s krátkodobým účinkem (SABA)

Jde o suspenze a roztoky v tlakových nádobkách, které fungují jak malý inhalátor, kde již ale není hnacím plynem freon, ale hydrofluoroalkan, aby byl splněn požadavek k ochraně ozónové vrstvy ve stratosféře. Paradoxem je, že u freonů používaných v medicíně šlo jenom o pouhé 1% chemikálií obsahujících chlór, které se již nepodílejí na devastaci ozónové vrstvy. Část pacientů tuto ekologicky vynucenou

změnu nelibě nese, protože mnozí mají pocit, že „chuť inhalátorů se zhoršila.“

Jejich účinek trvá 4 až 6 hodin. Patří sem Fenoterol (Berotec N, inh. roztok v tlakové nádobce, v dávce 100 mcg v jedné inhalaci), Terbutalin (Bricanyl turbuhaler, dózovaný inhalační prášek, v jedné dávce je 500 mcg) a Salbutamol (Buventoleasyhaler, Ecosal inhaler, Ecosal Easi-breath, Salamol inhaler, Ventolin-inhaler, všechny jej obsahují v dávce 100 mcg).

Jediným anticholinergikem s krátkodobým účinkem v ČR je Ipratropium (ATROVENT), jehož výhodou je bezpečné podávání i ve vyšších deceniích, protože nepůsobí tachykardií, na rozdíl od léků výše uvedených. Musí se však dávat v dávce minimálně 4 x 2 vdechy, to jest celkem 160 mcg za 24 hodin.

Když se krátkodobě působící bronchodilatacia kombinují, jejich efekt trvá až 8 hodin, u nás je však toho času na trhu jenom jediný kombinovaný preparát BERODUAL, který obsahuje v jedné dávce 50 mcg Fenoterolu a 20 mcg Ipratropia. Existuje také i v kapslích, kde je dávka dvojnásobná.

Dlouhodobě působícím anticholinergikem je v ČR od února 2004 tiotropium SPIRIVA. Jeho účinek trvá 24 až 36 hodin, proto se dává 1x denně ve formě prášku k inhalaci v obvy-

proti placebo o 14% až 30%! Má jenom velmi málo nežádoucích vedlejších projevů, jakým je například suchý kašel a sucho v ústech. Tiotropium je účinné, i když nebyl v první den léčby prokázán po jeho podání bronchodilatační efekt. Zatím se může v ČR dávat až od třetího stádia CHOPN, za podmínky, že se jedná skutečně o exkuřáka.

Obdobně se mohou v ČR od třetího stádia CHOPN (tedy stádia III a IV) podávat i dlouhodobě působící beta-2-adrenergní agonisté (tzv. LABA), kterými jsou formoterol (FORADIL prášek aplikovaný prostřednictvím tzv. aeroliseru, nebo OXIS, prášek aplikovaný pomocí turbuhaleru, v dávce 12 mcg v jedné inhalaci) a Salmeterol (SEREVENT prášek, aplikovaný za pomoci tzv. diskusu, kde je obsah 50 mcg v jedné inhalaci). Oba se dávají dvakrát denně, přičemž efekt Formoterolu nastupuje již za 3 minuty, tedy je zde stejně rychlý nástup účinku jako u salbutamolu.

Ideální, ale zatím ještě jenom perspektivní, se jeví fixní kombinace dlouhodobě působícího anticholinergika, s dlouhodobě působícím beta-2-adrenergikem. Logicky se zde očekává synergický efekt, obdobně jako tomu bylo u kombinovaných přípravků s ipratropiem a krátkodobě účinkujícím beta-2-adrenergikem. Největším problémem této kombinace

Inhalační kortikoidy mají při pravidelném užívání, snížit počet exacerbací a zlepšit zdravotní stav pacientů s CHOPN. Na trhu dnes máme k dispozici kombinované fixní kombinace s dlouhodobě působícím beta-2-adrenergním agonistou. Jedná se o preparát SERETIDE discus, kde je 50 mikrogramů salmeterolu a 500 mikrogramů fluticazonu, nebo se může dát v tomto stádiu pacientovi fixní kombinace 12 mikrogramů formoterolu a 400 mikrogramů budesonidu, ve formě práškové z turbuhaleru, který nese název SYMBICORT. Oba preparáty se dávají dvakrát denně 1 vdech, což je obvyklá terapeutická dávka na 24 hodin. Poslední doporučení BTS/NICE 2004 pro CHOPN však také varuje, že když tato kombinace má nečekaně silně pozitivní odezvu, musí se zvážít, zda skutečně jde o CHOPN, není-li to již bronchiální astma! Zase naopak, v Glasgow na kongresu ERS v září 2004 však experti GOLDu odhadli, že asi 20% starších astmatiků nad 50 let, jsou pacienti špatně diagnostikováni a jedná se ve skutečnosti o CHOPN.

Jiné způsoby léčby stabilizované CHOPN v ambulanci praxi

Metylxantiny

Theofylin, nebo aminophylin se dnes dává jenom v tzv. „slow-release“ tabletách, tedy ve formě s pomalu se uvolňujícím lékem, který tak účinkuje až 12 hodin, a proto se dávají 2x denně. Mají výrazně potencující efekt na inhalační bronchodilatacia, takže dnes se mluví o jejich „třetí renesanci“. Faktem je, že když se lék udrží na trhu více než 20 let, je asi účinný, tvrdí renomovaní farmakologové. Navíc theofylin je tady již 100 let a za tu dobu se neustále vylepšuje nejenom kvalitou léku, ale i vynikající pomalé a regulované uvolňování! Snižuje svalovou únavu, má i imunomodulační efekt a působí hlavně svým tlumivým efektem na buněčné fosfodiesterázy tak, že výsledkem je zvýšená funkce inspiračních svalů. U kuřáků se často doporučuje dávky metyloxantinů zvýšit, protože je rychleji odbourávají.

V ČR jsou nejvíce užívány tyto preparáty: Euphyllin CR N v tabletách po 100, 200, 300 a 400 mg, Afonilum SR v dávce 125, 250 a 375 mg. Spophyllin Retard má dvě formy 100 mg a 200 mg tbl. u něj ale není jisté, zda skutečně dokáže udržet terapeutickou hladinu plných 12 hodin, tak jak to dokážou oba jeho konkurenti.

Metylxantiny mohou ale vyvolat nežádoucí účinky i při terapeutických dávkách (hladina v séru mezi 8–15 mg / L) v séru, jakými jsou např. bolest hlavy, tachykardie, nebo nevolnost. Při předávkování dochází pak až ke komorovým arytmiím nebo k vyvolání epileptiformních křečí.

Nyní jsou klinicky zkoušeny nové léky se selektivním působením na buněčnou fosfodiesterázu 4, které nejen působí stejně jako me-

tabulka č. 1

Klasifikace stádií CHOPN

Stádium	Charakteristika
Stádium 0	rizikové: normální spirometrie, přítomnost kašle a expektorace
Stádium I	lehké: FEV 1 / FVC méně než 70%, FEV 1 > 80% náležitých hodnot, kašel, sputum
Stádium II	středně těžké: FEV 1 / FVC méně než 70%, FEV 1: 50-80% náležitých hodnot, kašel, sputum, dušnost
Stádium III	těžké: FEV 1 / FVC méně než 70%, FEV 1: 30-49% náležitých hodnot, kašel, sputum, dušnost
Stádium IV	velmi těžké: FEV 1/FVC méně než 70%, FEV 1: Pod 30% náležitých hodnot.

klé dávce 18 mcg, za pomoci tzv. HandyHaleru. Má několikanásobně vyšší inhibiční efekt na muskarinové receptory M 3 a M 1, než Ipratropium, nebo Atropin, a tím vyvolá relaxaci hladké svaloviny bronchiální. Působí nejméně 24 hodin, trvání účinku však nastupuje až za půl hodiny s nejvyšším účinkem až po třech hodinách od aplikace, kdy již nastupuje terapeutické plató se zlepšením nejenom FEV 1, ale i poklesem odporů v dýchacích cestách a zlepšením inspirační vitální kapacity. Díky těmto mechanismům dochází u pacientů k významnému a přetrvávajícímu zmírnění dušnosti, k zlepšení tolerance fyzické zátěže, takže i celková kvalita života se výrazně zlepšuje, přičemž ani po 12 měsíčním podávání léku nedošlo k poklesu efektu léčby. Počet exacerbací CHOPN se za dobu 1 roku snížil

je zatím její vysoká cena, protože se jedná o dlouhodobou terapii až do konce života pacienta s CHOPN. Je to výrazný rozdíl proti bronchiálnímu astmatu, kde je možné, pokud dojde ke zlepšení klinického stavu pacienta, snížit dávky, jak inhalačních kortikoidů, tak dlouhodobě působících beta-2-adrenergníků. Právě inhalační kortikoidy na rozdíl od astmatu, kde jsou lékem číslo 1, u CHOPN se mají začít podávat až ve III. stádiu, s tím, že se má jejich efekt otestovat 6 až 12 týdnů trvajícím testem (ukazuje se, že čím déle, tím lépe, protože se již v novém doporučení GOLDu ustoupilo od dvoutýdenního testu s orálními glukokortikoidy), kdy pacient v tomto těžkém stádiu CHOPN po tuto dobu inhaluje buď beclomethazon, budesonid, nebo fluticazon.

tylxantiny, ale navíc brání i časným exacerbacím CHOPN. Patří sem nový lék Cilomilast. Sam Lim ve své práci uvádí až 26% pokles exacerbací CHOPN po Cilomilastu.

Kortikosteroidy

Orální kortikosteroidy se již u stabilizované formy CHOPN nedávají, podáváme je jenom u exacerbací CHOPN. Také se v nové poslední upravě GOLDu upustilo i od krátkodobého testu s podáváním 30 mg prednisolonu po dobu 2 týdnů, jako testu, zda by jejich dlouhodobá aplikace vedla ke zlepšení plicních funkcí. Dnes se dává přednost inhalačním kortikoidům, které se doporučují ve III. a IV. stádiu CHOPN, a to jedině tehdy, když po 6–12 týdenní aplikaci dochází ke zvýšení hodnoty FEV 1 o 200 ml, nebo vzestupu hodnoty FEV 1 o 15%, proti hodnotě před léčbou.

Mukolytika

Mají význam pro snížení viskozity sputa, usnadňují vykašlávání a zlepšují mukociliární čištění. Podávají se standardně u exacerbací, u stabilizované formy CHOPN se dle doporučení GOLDU nemají podávat dlouhodobě a paušálně. Jedinou výjimkou je N-acetylcystein, který jako antioxidant snižuje frekvenci exacerbací. Poslední doporučení BTS/NICE 2004 doporučuje dlouhodobé podání mukolytik u CHOPN, pokud po 1 měsíci podávání podávání je pozorován klinický prospěch. Bylo prokázáno snížení počtu exacerbací a zlepšení symptomů.

Plicní rehabilitace

Má své stále ještě nedocenené místo v léčbě i stabilizované CHOPN, a to v II., III. a IV. stádiu nemoci, protože zlepšuje kvalitu života tím, že zlepšuje výdrž fyzické zátěže, snižuje pocitu únavy a dušnosti, snižuje úzkost a depresi a snižuje i počet hospitalizací, a tak může zvýšit naději na delší přežití s CHOPN.

Vakcíny

Očkování proti chřipce má také své opodstatnění, protože snižuje počet exacerbací a úmrtnost na CHOPN až o 50%! Mělo by se ale očkovat 2x ročně!

Léčba kyslíkem

Krátkodobá léčba kyslíkem se provádí u všech hospitalizovaných pro exacerbaci. Dlouhodobá domácí oxygenoterapie (ve zkratce DDOT) je indikována u nemocných, kteří mají PaO₂ pod 8 kPa a současně mají cor pulmonale, nebo polyglobulii, či hyperkapnii, nebo mají otoky DK. Když je ale PaO₂ pod 7,3 kPa, pak není nutná další průkaz komplikací a tuto léčbu hraje zdravotní pojišťovna na doporučení lékaře z oboru TRN. Je však nutno trvat na minimálně 15 hodinovém denním podávání kyslíku, které prodlužuje přežití pacienta na domácí oxygenoterapii.

Bulektomie a volumredukční operace

Jedná se o operační vnyětí velké buly, která se nepodílí na výměně plynů, ale navíc komprimuje okolní plicní parenchym. Bulektomie může být provedena i thoraskopickou cestou. Volumredukční operace, kde se dělá resekce periferních částí obou plic, které jsou

plně drobných bul, umožní také zbývajícím plicím lépe ventilovat a zlepší ventilační parametry.

Transplantace plic

Bylo prokázáno, že u správně vybraných nemocných, kde jde o pokročilou CHOPN, s prognózou prožití do 24 měsíců, nebo jde o pacienty s deficitem alfa-1-antitrypsinu, může transplantace plic zlepšit kvalitu života a také ventilační hodnoty. Kritériem na doporučení transplantace jsou hodnoty FEV 1 pod 35%, PaO₂ mezi 7,3 až 8,0 kPa, PaCO₂ menší než 6,7 kPa a sekundární plicní hypertenze.

Exacerbace CHOPN

Když dochází k akutnímu vzplanutí potíží, jedná se o exacerbaci, která se projeví zhoršením dechu, horečkou, vykašláváním hnědavého sputa a v krevním obrazu býva leukocytóza. Jejich příčinou jsou hlavně virové infekce (rhinoviry a jiné respir. viry) a také bakterie, kde nejčastěji izolovanými jsou: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* a *Branhamella catarrhalis*. Mykoplasmata a chlamydie jsou méně častou bakteriální příčinou, dle statistik se odhaduje počet exacerbací jimi vyvolaných do 10%. Celkem má infekční etiologii asi 70% exacerbací, u dalších 30% se etiologie zatím dle GOLDu nikdy neobjasní.

Léčba exacerbací je stále symptomatická, rozhodnutí lékaře je individuální, a na něm záleží jestli bude léčit pacienta ve své ordinaci, nebo jej nechá hospitalizovat. V každém případě je nutné zvýšit dávku bronchodilancií. Dávají se beta-2 mimetika, nebo anticholinergika, ve zvýšených dávkách. Pokud na ně není terapeutická odezva, přidáváme systémové kortikoidy, které mají efekt již v prvním týdnu léčby.

Podáváme prednisolon v dávce 30–40 mg denně, po dobu 10–14 dnů. Tato dávka vyžaduje klasické pomalé vysazování, protože se nejedná o chronické podávání kortikoidu! Na ERS kongresu v Glasgow v září 2004 se ukázalo, že díky tomuto doporučení GOLDu dávají plicní lékaři min. o 50% více systémových kortikoidů než všeobecní internisté. Je jenom pochopitelné, že vyléčení byli podstatně rychleji pacienti, kteří byli léčeni pneumologem.

Antibiotika

Ačkoli ne každá exacerbace CHOPN je způsobena bakteriemi, pokud má pacient zhoršení dechu a objeví se u něho purulentní sputum, včasným podáním antibiotik se nám podaří v těchto případech, dřívější ústup příznaků exacerbace. Volba antibiotika záleží nejenom na znalosti alergické anamnézy pacienta, ale také i na znalosti regionální epidemiologické situace. Lékem první volby je zatím stále aminopenicilin, ale pokud možno raději dáváme přednost aminopenicilinu potencionálně inhibítorem beta-laktamáz. Pokud je známo, že probíhá epidemie mykoplasmových, nebo chlamydiových infekcí, je vhodné podat mak-

rolidy, nebo doxycyklin, protože jiný tetracyklin není vhodné ani používat. Oba se mohou také s úspěchem použít u alergií na aminopeniciliny, je ale nutné vědět, že u *Haemophilus influenzae* je neúčinnější claritromycin a azitromycin. Možno použít v této indikaci také chinolony, ale jak na makrolidy, tak i na chinolony poměrně rychle vzrůstá rezistence! Je také dnes možná i kombinace aminopenicilinu a makrolidů, pokud jde o těžkou exacerbaci CHOPN, ohrožující život pacienta. Pokud se jedná o těžkou exacerbaci, je vhodná hospitalizace, kde je pak možné podávat antibiotika parenterálně, čímž se výrazně zkrátí i doba hospitalizace, a tím klesají náklady na její léčbu.

V nemocnici se k tomu přidávají i diuretika, když má pacient známky dekompenzovaného CPCH, s kyslíkovou léčbou a klidem na lůžku a také s adekvátní rehydratací a nutriční podporou, pokud jsou známky počínající kachektizace.

Je jasné, že při výpočtu celé škály možností léčby CHOPN se tato stává obrovskou ekonomickou zátěží pro každou společnost. Správná a rychlá aplikace nových poznatků a doporučení z GOLDu může právě praktikovi pomoci k tomu, aby nejenom správnou léčbou zlepšil kvalitu života pacienta s CHOPN, ale preventivními zásahy v boji proti kouření a znečištění ovzduší také účinně napomohl i ke snížení obrovských ekonomických dopadů této choroby na naši společnost.

Kyslík

Hypoxémii, která se dnes poměrně rychle diagnostikuje oxymetrem, léčíme podáváním kyslíku, kde je snaha dosáhnout PaO₂ nad 8 kPa (SaO₂ nad 92%). Praktický lékař by neměl také zapomenout v případě otoků DK přidat diuretika, nebo naopak, když jde o pacienty dehydratované, sledovat a doporučit přiměřenou hydrataci.

Protože exacerbace CHOPN jsou důležitou příčinou morbidita a mortality, které mají na celém světě výrazně vzestupný trend, je jejich správná léčba praktickým lékařem jednou z nadějí, aby pacient nejenom exacerbace přežil, ale také aby jich bylo pokud možno co nejméně. Proto praktik musí znát současný pohled na diagnostiku, terapii a vedení léčby jak stabilizované CHOPN, tak i její exacerbaci u této čtvrté nejčastější příčiny úmrtí na celém světě.

Literatura:

- 1) I.M.Pearson, W.Wiedzicha: *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, Blackwell, Oxford, 2003, 250 s.
- 2) Světová iniciativa o Chronické Obstrukční Plicní nemoci, Praha, Nakladatelství Vltavín, 2000, 210 s.
- 3) J.Fišerová, J.Chlmský, J.Satinská: *Funkční vyšetření plic*, GEUM, 2003, 128 s.
- 4) *European Respiratory Journal. Abstract, 14-th ERS Annual Congresses, Glasgow, UK, September 4-8th, 2004*, 816 s.

Klasifikace závratí a terapeutické možnosti praktického lékaře

Doc. MUDr. Aleš Hahn, CSc.

ORL klinika, 3. LF UK, FN Královské Vinohrady, Praha

Souhrn:

Závratě jsou jedním z nejčastějších stesků nemocného, který přichází do ordinace praktického lékaře. V souvislosti se známým faktem, že totiž průměrný věk populace se – zejména v civilizovaných zemích – posouvá nezadržitelně do vyšších věkových decenií, neustále přibývá nemocných, jejichž vůdčím problémem je závrať, instabilita. Je třeba si uvědomit, že závrať není onemocnění, ale symptom. Většinou je projevem multimorbidity, v menším počtu případů se jedná o onemocnění s jasně deklarovatelnou etiologií – například izolované onemocnění vnitřního ucha (labyrinthu).

Klíčová slova:

nejistota, závrať, Menierova choroba

Úvod

Správný diagnostický postup má pro další osud pacienta zásadní význam. Je třeba rozpoznat **příčinu** závratí, **vyvolávací faktory**. Závratě mohou být totiž projevem lehčího onemocnění (ortostatická hypotenze), jindy symptomem závažné choroby (intrakraniální tumor). Proto je

úloha praktického lékaře zcela nezastupitelná. Terénní odborník má bezesporu dost možností provést orientační vyšetření funkcí rovnovážného systému. Je třeba přitom vycházet z fyziologie rovnováhy, že totiž rovnovážné ústrojí je tvořeno zrakovým a okoohybným systémem, vnitřním uchem a dále proprioceptivním systé-

mem páteřního, pánevního a končetinového myoskeletálního segmentu. Dobrá koordinace těchto systémů zajišťuje dokonalou rovnováhu jak ve složce statické, tak dynamické. Praktický lékař má možnost sledovat výskyt spontánního, polohového, a indukovaného nystagmu, pozorovat a vyhodnocovat úchyly trupu a sledovat relaci event. přítomného spontánního nystagmu k úchytkám trupu. Všeobecně platí, že poruchy rovnováhy dle topiky léze jsou trojího typu:

- ▶ periferní
- ▶ centrální
- ▶ smíšené (kombinované)

Periferní poruchy vznikají při onemocnění labyrinthu a projevují se velmi dramaticky. Při této příležitosti bych měl vy-

mezit dva zásadní pojmy **závrať** a **nejistota** (vertigo – instabilita), tak jak je budu používat v následujícím textu. Pojem **závrať** bychom měli užívat pro stav, kdy nemocný udává pocit „motání, točení“ apod., a sice subjektivní (pacient má dojem, že rotuje v prostoru) anebo objektivní („svět se točí okolo pacienta“). Tyto stavy jsou vždy velmi dramatic-

MEDIMPORT - Avertin

ké, nemocný nežádka není schopen samostatné chůze a často se projevují i vegetativní příznaky – pocení, nevolnost, palpitate, zvracení apod. Stav může být vyvolán **akutním onemocněním** oblastí centrálního nervového systému (krvácení, meningoencefalitis), ale i periferní částí rovnovážného ústrojí – labyrintu či prvního neuronu rovnovážné dráhy spojujícího labyrint s vestibulárními jádry, která jsou situována na spodině čtvrté mozkové komory. Stav hodnotíme jako akutní a nemocného zcela určitě odešleme k hospitalizaci buď na neurologické či ORL oddělení. Při této příležitosti poznamenávám, že dobrým vodítkem může být výpověď pacienta: udává-li příkladně hučení a zalehnutí ucha, neváháme jej odeslat na ORL oddělení, půjde nejspíše o akutní nitroušní příhodu či recidivu Menierovy choroby. Při tomto typu onemocnění pozorujeme úchytky trupu často ve směru postiženého ucha (či kontralaterálně, záleží na stadiu akutní poruchy). Velmi často bude přítomen i spontánní nystagmus, velmi brskní, pozorovatelný pouhým okem, bude mít zpravidla horizontální (rotační) směr.

Nejistota naproti tomu může znamenat pomalu se vyvíjející rovnovážnou poruchu (proto morfologickým substrátem je např. atherosclerosis cerebri), která postrádá dramatické atributy tak, jako tomu bylo u závratí, nicméně postiženého obtěžuje tím, že se jedná o stálý stav. Ten má sice i svá dramatická údobí zhoršení či naopak pro nemocného příjemnější stabilnější fáze – nerovnováha (instabilita) je však permanentní. Sluchové příznaky jsou absentní, rovněž tak i vegetativní symptomatologie.

Existuje ovšem i relativně četná skupina pacientů, u které se mohou oba typy **prolínat a kombinovat**. Modelově lze uvést nemocného s Menierovou chorobou, kterou trpí od mládí a který posléze rovněž jednou zestárne. Tento nemocný začíná mít nerovnováhu v klidové fázi Menierovy choroby, která je čas od času vystřídána dramatickými závratěmi mající svůj původ v labyrintu.

Taktika a strategie léčby rovnovážných poruch

Jak bylo uvedeno výše, je závrať či nejistota zpravidla výsledek komplexního patologického děje, negativně ovlivňujícího rovnováhu pacienta. Na tomto místě připomínám oběhové a kardiovaskulární poruchy, endokrinní onemocnění,

choroby pohybového ústrojí, zejména krční páteře, traumata a následné stavy. Opět musím zdůraznit význam praktického lékaře, který svou činností, invencí a odbornou kreativitou může další osud nemocného zásadně pozitivním způsobem ovlivnit. Proto u pacienta, jehož dominantním problémem jsou závratě, nejistota, je vždy nutno být velmi opatrní a „podezíravý“ a pomyslet, co všechno by se pod obrazem závratí mohlo skrývat.

Pochopitelně, že velký význam zde má i dobře a cíleně odebraná anamnéza, která může naznačit, jakým směrem by se plánovaná vyšetření měla orientovat. Ke stanovení definitivní diagnózy (množiny diagnóz) budeme velmi často potřebovat i vyšetření u ostatních specialistů (neurologa, ORL, oftalmologa, RTG, ortopeda, výsledky laboratorních vyšetření). Poté ve spolupráci s odborným lékařem můžeme přistoupit k léčbě nemocných.

Nemocní s periferní rovnovážnou poruchou

Nejčastější příčinou je Menierova choroba. Jde o stavy, které vznikají prudkou záchvatovitou distenzí blanitého labyrintu vnitřního ucha. Akutní fáze se projevuje prudkými závratěmi (objektivní anebo subjektivní) nejvíce rotačního charakteru, zvracením, tinnitem a akutní nedoslýchavostí. V tomto stádiu patří nemocní spíše na nemocniční lůžko, při méně dramatických stavech podáváme antiemetika (Torecan) v perorální formě. Lze podat rovněž kortikoidy. Velmi dobrým lékem je betahistin (Betaserc 8, 16, 24 mg, Microser, Avertin 8, 16 mg). Tento lék lze aplikovat dlouhodobě – výrazně tlumí vestibulární dráždivost, která je právě u nemocných s Menierovou chorobou zvýšena. Výhodou těchto preparátů je, že netlumí přirozené kompenzační vestibulární mechanismy. Incidence a tíže jednotlivých záchvatů Menierovy choroby je výrazně nižší. Pro dobré prokrvení labyrintu v klidových fázích onemocnění (s intencí, aby nedocházelo k poškození sluchu) podáváme vazoaktivní preparáty, reologika jako např. petoxyphyllin (např. Agapurin, Pentilin, Trental) či vincamin (Cavinton). Důležitá je úprava životosprávy: omezit sůl, alkohol, dostatek spánku.

Podobně tak postupujeme i u **ostatních poruch labyrintu**, které se projevují nerovnováhou event. sluchovými poruchami. U tzv. **neurónitis vestibularis** jde vždy o prudké zničující závratě nejčastěji

rotačního charakteru s hojnou vegetativní symptomatologií při absenci sluchových příznaků. V první fázi onemocnění postupujeme striktně symptomaticky. Toto onemocnění je vázáno na infekční agens – velmi často se vyskytuje jako parapostinfekční onemocnění. Z antivertiginóz možno s výhodou aplikovat fixní kombinaci cinnarizinu a Dimenhydrinatu (Arlevert). Přípravek lze rovněž podávat dlouhodobě, netlumí kompenzační vestibulární činnost, harmonizuje aktivitu a reaktivitu rovnovážných center v oblasti mozkového kmene.

U **centrálních vestibulárních onemocnění** podáváme nejčastěji vazoaktivní a reologicky působící léky. U pacientů s chronickými poruchami rovnováhy bude léčba nejspíše dlouhodobá. Důležitá jsou i nootropika, pirecetam (Geratam, Nootropik, Piracetam AL, Kalicor aj.), která mohou nerovnováhu výrazně stabilizovat. Velmi dobrou pozici má i EGb 761 – Ginkgo biloba (Tanakan, Tebokan). Přípravek je užíván v různých lékařských disciplínách. V léčbě závrativých stavů má svou nezastupitelnou úlohu, lze jej úspěšně kombinovat s ostatními nootropiky či vazoaktivními léky.

Velká část rovnovážných problémů centrálního původu je způsobena vaskulárními vlivy, nedostatečným zásobením v oblasti vertebrobazilárního povodí a shora zmíněná léčiva zde nalézají uplatnění i při současné léčbě ostatních systémových chorob.

Dochází k občasným krátkodobým epizodickým závratím, které mohou být velmi nebezpečné (pády ze stromů, žebříků apod.) a jsou vázány na určitou polohu krční páteře. Dochází ke krátkodobé iritaci či strangulaci cév, a tím ke zmíněné symptomatologii. V rámci těchto problémů se ještě objevují výpady k funkcím dalších smyslů: zalehnutí uší, tinnitus, diopropie, cefalgie, dyslalie a další.

V této souvislosti je nutno zmínit další způsoby léčby rovnovážných obtíží. Velmi účinný prostředek je **rehabilitace**. Především rehabilitace krční páteře při současném použití vazoaktivních či nootropických farmak může přinést při léčbě rovnovážných poruch dramatické zlepšení.

Závěr

Chtěl bych připomenout několik vět o úrazovosti a následných problémech s rovnováhou. V současné době zaznamenáváme prudký nárůst především automobilových nehod a brachiálních agrese.

Je třeba ihned po úraze provést pečlivé neurootologické vyšetření tak, aby nebyla přehlédnuta i sebemenší porucha funkce smyslových orgánů. Zejména při automobilových nehodách se setkáváme stále častěji se situací, kdy sice je postižený zdánlivě bez problémů – nálezy jsou tzv. „negativní“. Po několika měsících, ale dojde k prudkým bolestem hlavy, tinnitu, hypakuzi. Jedná se o tzv. „whiplash injury“. Dochází k degeneraci nemocných buněk CNS s následnou transformací v gliózní tkáň. Proto je třeba při posuzování porážkových stavů velká opatrnost, postižený by měl podstoupit nejenom základní neurologické, zobrazovací vyšetření, ale rovněž i pečlivé vyšetření smyslových funkcí jejichž i velmi diskrétní porucha může predikovat vznik pozdějších problémů. V těchto případech podání nootropika ve větších dávkách může zabránit vzniku pozdních komplikací nebo jejich manifestaci alespoň podstatně zmírnit. Doporučení pro praktické lékaře pro vyšetřování a léčbu nemocných s rovnovážnými problémy: velmi pečlivě odebrat anamnestické údaje, zejména si všimnout jaký typ závratí / nerovnováhy nemocný udává (rotace či spíše celkovou nejistotu), zaznamenat event. případné vegetativní příznaky, sluchové obtíže. Zjistit, zda nemocný neutrpěl úraz, posoudit celkový zdravotní stav a vyhodnotit event. přítomná systémová onemocnění, jejich tíži a způsob léčby:

- ▶ Diagnózu stanovit s využitím mezioborové spolupráce.

- ▶ Léčbu provádět soustavně, důsledně, neustále hodnotit funkční stav rovnovážného ústrojí.
 - ▶ Neopominout komplexnost léčby a tedy kombinaci použití farmako a fyzioterapie.
 - ▶ Při dlouhodobé léčbě periodicky konzultovat odborné lékaře, kteří mají k dispozici přístrojovou techniku umožňující diferenciovanou diagnostiku funkčního stavu rovnovážného ústrojí.
 - ▶ Neopomenout pohybově aktivizovat své pacienty tak, aby neodmítali pohybové aktivity, zdůrazňovat význam jejich pohybového „tréninku“, třeba jen prostou procházkou.
- Tímto způsobem lze účinně léčit a spolupracovat s našimi pacienty, kteří mají rovnovážné problémy, přinést jim úlevu, potěšení a koneckonců i dosáhnout dobrého pocitu z vykonané práce.

Literatura:

- 1) BATH, AP, WALSH, RM, BANCE, ML. Presumed reduction of vestibular function in unilateral Meniere's disease with aminoglycoside ear drops. *J Laryngol Otol*.113, 1999, 10, p.916-918.
- 2) BENT, LR, INGLIS, JT, McFADYEN, BJ. Vestibular contributions across the execution of a voluntary forward step. *Exp Brain Res.*,143, 2002, 1, p.100-105.
- 3) BERGMANN, JM, BERTORA, GO. Clinical Study of the Cortical Electrical Activity During Supraliminal Vestibular Stimulation. *Acta AWHO*, Col. 6, 1987, p. 112-115.
- 4) CLAUSSEN, CF, SPORRER, A. Die Wandlung und die EDV- Behandlung von Nystagmuskurven als Mittel zur Steigerung der Signalprägnanz. *Verhlg. GNA* 10, 1983, p. 314-316.
- 5) BLAKLEY, BW. Update on intratympanic gentamicin for Meniere's disease. *Laryngoscope*. 110, 2000, 2 Pt 1, p.236-240.
- 6) CLAUSSEN, CF, KIRCH, R. Die automatisierte Auswertung der kalorischen Vestibularisreaktion mittels eines Mikroprozessors. *Verhlg. GNA* 10, 1983, p.102-119.
- 7) CLAUSSEN, E., HARTMANN, R., CLAUSSEN, CF. Ein mikroprozessor-gesteuertes optokinetisches Stimuluszentrum für das neurootologische Labor. *Verhlg. GNA* 10, 1983, p. 218-226.
- 8) CLAUSSEN, CF, HELMS, J., SCHNEIDER, D., et al., Neuro-otological findings in Acoustic neuroma patients.; *Proc.14. World Congr. of ORL, Kugler & Ghedini Publ., Amsterdam, 1991, p. 905-906.*

- 9) GILAIN, L., BOUCCARA, D., JACQUIER, I., et al. Strategie diagnostique du neurinome de l'acoustique. *Evaluation de l'efficacité des potentiels évoqués auditifs. A propos d'une série de 50 neurinomes. Ann. Otolaryngol.Cir.Cervicofac.*, 108, 1991, 5, p. 257-260.
- 10) GOERTZEN, W., HAID, T. Equilibrium function in bilateral acoustic neurinomas. *Proc.NES*, 16, 1988, p.269-272.
- HAHN, A., SCHNEIDER, D., CLAUSSEN, CF. *Modern Differential Diagnosis in Neurotology. Čs. Otolaryngol.*, 44, 1995, 4, p. 227 - 233.
- 11) HAHN, A., DUTKA, J. Comprehensiveness diagnosis of tumours of the statoacoustic nerve. *Cs.Otolaryng.*, 38, 1989, 2, p. 656-669
- 12) HAHN, A. (Edit.) *Neue neurootologische Untersuchungsmethoden und Datenbearbeitung. Forschungsbericht (Karls-Universität Prag & Julius-Maximilians-Universität Würzburg) 1990.*
- 13) JIAN, BJ, SHINTANI, T, EMANUEL, BA., et al., Convergence of limb, visceral, and vertical semicircular canal or otolith inputs onto vestibular nucleus neurons. *Exp Brain Res.* 144, 2002, 2, p. 247-257.
- 14) KISELY, M., TOTH, A, EMRI, M, et al., Effect of pathologic and induced peripheral vestibular balance disturbance on the central nervous system. *Orv Hetil.* 26, 2002, 143(21 Suppl 3):1330-1332.
- 15) KJAER, D., PEDERSEN, CB. Meniere's disease. The clinical effect of gentamicin treatment. *Ugeskr Laeger.* 162, 2000, 19, p.2739-2743.
- 16) LANGE, G., KELLER, R. Bilateral malformation of peripheral vestibular organs. Observations of 20 cases of Dandy syndrome *Laryngorhinologie.* 79, 2000, 2, p.77-80.
- 17) LONGRIDGE, NS, MALLINSON, AI. Low-dose intratympanic gentamicin treatment for dizziness in Meniere's disease. *J Otolaryngol.* 29, 2000, 1, p.35-39
- 18) MAMIKOGLU, B., WIET, RJ., ESQUIVEL, CR. *Translabyrinthine approach for the management of large and giant vestibular schwannomas. Otol Neurotol.* 23, 2002, 2, p.224-227.
- 19) MENIERE, P. *Memoire sur les lesions de l'oreille interne donnant a des symptomes congestions cerebrale apoplectiforme. Gaz med Paris*, 1861, Ser 3,16, p. 597
- 20) ODKVIST, L. Gentamicin Cures Vertigo, but What Happens to Hearing? *Int Tinnitus J.* 3, 1997, 2, p.133-136.
- 21) PANJABI, MM, NIBU, K, CHOLEWICKI, J. Whiplash injuries and the potential for mechanical instability. *Eur Spine J.*, 7,1998,6, p.484-492.
- 22) QUARANTA, A., PIAZZA, F. Meniere's disease: diagnosis and new treatment perspectives *Recenti Prog Med.* 91 2000, 1, p.33-37
- 23) QUARANTA, A., ALOISI, A., De BENEDITIS, G., et al., Intratympanic therapy for Meniere's disease. High-concentration gentamicin with round-window protection. *Ann N Y Acad Sci.* 28, 1999, 884, p.410-424.
- 24) QUIJANO, ML, SCHUKNECHT, HF, BRADLEY, DH. The incidence of fibrosis in the vestibular ganglia in Meniere's disease. *Arch Oto-Rhino-Laryngology* 1988 245, p. 133
- 25) QBRACHER, ES, ALMEIDA, CI, ALMEIDA, RR, et al. A combined approach for the treatment of cervical vertigo. *J Manipulative Physiol Ther.* 23, 2000, 2, p.96-100
- 26) REISS, M., REISS, G. Differential diagnosis of unilateral hearing loss. *Schweiz Rundsch Med Prax.* 89, 2000, 6, p.241-247.
- 27) STAHL, J., WILBRAND, HF. The temporal bone in patients with Meniere's disease. *Acta Otolaryngol.(Stockh)* 95, 1983, 1-2, 95, p. 81-94.
- 28) SAID, J., IZITA, A., GONZALEZ, A. MENESES, A. Tinnitus and Post-Traumatic Vertigo. In: *Tinnitus J.* 1996, 2, p.145-150
- 29) YABE, I., SASAKI, H., YAMASHITA, I., et al. Periodic alternating nystagmus in spinocerebellar ataxia type K. *Rinsho Shinkeigaku*, 38,1998,6, p.512-515.

MEDIMPORT - Arlevert



XXIII. výroční konference SVL ČLS JEP a Forum Medical a II. setkání sester praktických lékařů.

10. - 13. 11. 2004, hotel Thermal, Karlovy Vary

Jako každoročně vyvrcholily odborné aktivity Společnosti všeobecného lékařství (SVL) ČLS JEP výroční konferencí, v pořadí třináctou, která se po dvou letech vrátila do Karlových Varů. 23. konference v pořadí - to je už dlouhá tradice konferencí a přesto na každé z nich se dá najít nějaká zvláštnost. Výjimečností na té právě proběhlé bylo hned několik. Především přinesla rekordní účast více jak 850 registrovaných, z nichž bylo 250 sester praktických lékařů. Konference trvala čtyři dny. Poprvé a úspěšně došlo ke spojení výroční konference SVL ČLS JEP se samostatnou ošetřovatelskou sekci Forum Medical - prostory hotelu Thermal umožnily paralelní průběh

obou programů v jednom místě, kontakt účastníků obou sekcí a možnost výběru mezi sekcemi v obou částech. Přestože byli pozváni špičkoví čeští odborníci, odbornému programu dominovali tentokrát praktičtí lékaři, kteří kromě vedení sekcí a seminářů přednesli 15 původních sdělení. Na konferenci bylo mj. představeno, diskutováno a formálně přijato 5 nových doporučených postupů pro všeobecné praktické lékaře. A konečně celou konferenci provázal rozměr spirituality a blízkosti lékaře k člověku, probuzený úvodním předkonferenčním sympoziem, několikrát opakovaný, zejména v sekci věnované etickým a psychologickým aspektům práce v ordinaci PL a konečnou vyjádřený i v samotném názvu konference „Od vědy k člověku“.

Předkonferenční symposium bylo zahájeno sdělením vědeckého sekretáře SVL ČLS JEP MUDr. B. Seiferta na téma Medicína založená na důkazech a všeobecné praxe. V kontrastu s tímto pojetím medicíny vystoupil host konference, pražský světlý biskup Monsignore Václav Malý, se sdělením: Spiritualismus v medicíně 3. tisíciletí. Ačkoliv symposium bylo postaveno do jisté míry jako konfrontační, ke konfrontaci nedošlo. Naopak v obou sděleních i v následné diskusi byla právě v práci praktického lékaře s pacientem nalezena syntéza obou pojetí, jako součást každé konzultace lékaře s pacientem a pro praxi lékaře nepostradatelná. Monsignore Malý oslovil přítomné ve svém vystoupení zejména zdůrazňováním křesťanských postojů jako součástí lidské kultury, duchovními aspekty vztahu pacienta a lékaře a teorií duchovního obsahu nemoci a stonání, které přes všechny útrapy přináší i své hodnoty.

V rámci slavnostního zahájení konference bylo panu prof. MUDr. Jaroslavu Blahošovi, DrSc., předsedovi České lékařské společnosti JEP, předáno z rukou předsedy SVL ČLS JEP, pana Doc. Svatopluka Býmy, CSc. čestné členství ve Společnosti všeobecného lékařství a uznání za podporu rozvoje oboru praktického lékařství.

Hlavní náplň odborného programu lékařské sekce vycházela z klíčové strategie SVL, kterou je tvorba a implementace doporučených diagnostických a léčebných postupů. V prvním odborném bloku byly představeny nové Doporučené postupy pro praktické lékaře:

- ▶ Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze (Karen I.)
- ▶ Terapie dyslipoproteinemie v praxi (Herber O.)
- ▶ Prevence kardiovaskulárních onemocnění a jejich komplikací (Býma S.)
- ▶ Doporučené postupy pro léčbu bolesti (Skála B.)
- ▶ Deprese v primární péči (Laňková J.)

Během konference byla ještě několikrát prezentována problematika kardiovaskulární, s důrazem na antihypertenzivní léčbu (Linhart A., Ceral J., Monhart V.), hypolipidemickou léčbu (Češka R.), problematika psychiatrická (Vyhnanáková Z., Praško J., Siblíková J.) i otázky léčby bolesti (Ševčík P., Prokop A., Wald M., Pechanová I.).

V pátečním gastroenterologickém bloku byli praktičtí lékaři upozorněni na problematiku celiakie (Frič P.), stav ve screeningu kolorektálního karcinomu (Zavoral M.), možnosti léčby inhibitory protonové pumpy (Stehlík J.) a seznámení s výsledkem projektu METRO, který sledoval prevalenci, léčbu a průběh refluxní choroby jícnu u pacientů praktických lékařů (Seifert B.).

Velký zájem vzbudil blok, zabývající se metabolickým syndromem (Svačina Š.), problematikou diabetologie (Kvapil M., Šmahelová

A.), péči o nemocné po revaskularizacích (Rosolová H.) a vývojem v oblasti spotřebních rostlinných tuků (Brát J.).

V paralelních sekcích bylo na programu využití internetu pro praktické lékaře (Mucha C.), novinky v léčbě astmatu (Kašák V., Konšťacký S.), možnosti praktického lékaře v diagnostice a léčbě tyreopatií (Límanová Z., Laňková J.) a neodkladná péče (Červený R., Mareček V.).

V ošetřovatelské sekci zazněla celá řada zajímavých vystoupení teoretických i velmi prakticky zaměřených. Úvodní sekce byla věnována psychologickým a etickým aspektům práce v ordinaci PL (Šimek J., Svatošová M., Vyhnanáková Z., Haškovcová H.) a další pak problematice z praxe, např. z oblasti neodkladné péče, kompresivní terapie, terapie chronických ran, traumatologie, péče o inkontinentní, o stomiky, atd.

Závěrečný blok byl věnován problematice prevence a stárnutí u mužů, včetně problematiky onemocnění prostaty (Hanus M., Bultas J., Vojtíšková J., Herber O.). Dr. Vojtíšková představila záměr nového projektu pro praktické lékaře na podporu zapojení padesátníků do systematické prevence s pracovním názvem Happy Birthday. Konferenci zakončil předseda pozváním na 24. konferenci SVL ČLS JEP, která se bude konat v Brně ve dnech 9.-12. listopadu 2005.

MUDr. Bohumil Seifert
MUDr. Jaroslava Laňková



Přátelské posezení před zahájením předkonferenčního symposia - zprava: biskup Václav Malý a jeho sekretář P.J. Kofroň, dále MUDr. B. Seifert a Doc. MUDr. S. Býma

VZDĚLÁVACÍ PROGRAM SVL 2005

č.	datum	den	čas	místo	téma	otevřeno pro sestry	Hodnocení v systému KV ČLK
1.	15.1.	SO	9.00- 13.30	Brno	Moderní směry v diagnostice a léčbě CHOPN.		4 kredity
2.	19.2.	SO	9.00- 13.30	Brno	Představení a interpretace nového DP: Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi.		4 kredity
3.	12.3.	SO	9.00- 13.30	Brno	Představení a interpretace nových DP: Farmakoterapie akutní bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie nádorové bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie chronické nenádorové bolesti ve všeobecné praxi.	S	4 kredity 3 body ČAS
4.	16.4.	SO	9.00- 13.30	Brno	Představení a interpretace nových DP: Poruchy metabolismu lipidů a jejich racionální léčba ve všeobecné praxi. Hypertenzní choroba a její racionální léčba ve všeobecné praxi.		4 kredity
5.	21.5.	SO	9.00- 13.30	Brno	Včasný záchyt kolorektálního karcinomu ve všeobecné praxi. Nemocný s ileostomií a kolostomií. Diagnostika celiakie.	S	4 kredity 3 body ČAS
6.	15.6.	ST	16.30-20.00	Brno	Představení a interpretace nového doporučeného postupu: Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Akutní medicína- IM, akutní fibrilace síní, embolie		4 kredity
7.	17.9.	SO	9.00- 13.30	Brno	Onkologická prevence v primární praxi. Chronická žilní insuficience. Varixy DK. Bércový vřed.	S	4 kredity 3 body ČAS
8.	15.10.	SO	9.00- 13.30	Brno	Onemocnění prostaty.		4 kredity
9.	9.11-12.11.			Brno	Konference SVL ČLS JEP - výroční		1 certifikát
10.	26.11.	SO	9.00- 13.30	Brno	Očkování v dospělosti. Možnosti v diagnostice a léčbě hepatitidy C. Zobrazovací a laboratorní metody.		4 kredity
11.	14.12.	ST	16.30-20	Brno	Antibiotika a infekce HCD.		4 kredity
12.	26.1.	ST	16.00-19.30	Č.Budějovice	Moderní směry v diagnostice a léčbě CHOPN.		4 kredity
13.	23.2.	ST	16.00-19.30	Č.Budějovice	Představení a interpretace nového DP: Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi.		4 kredity
14.	30.3.	ST	16.00-19.30	Č.Budějovice	Představení a interpretace nových DP: Farmakoterapie akutní bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie nádorové bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie chronické nenádorové bolesti ve všeobecné praxi.	S	4 kredity 3 body ČAS
15.	27.4.	ST	16.00-19.30	Č.Budějovice	Představení a interpretace doporučených postupů: Poruchy metabolismu lipidů a jejich racionální léčba ve všeobecné praxi. Hypertenzní choroba a její racionální léčba ve všeobecné praxi.		4 kredity
16.	25.5.	ST	16.00-19.30	Č.Budějovice	Představení a interpretace nového doporučeného postupu: Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Akutní medicína - akutní IM, akutní FS, embolie, akutní srdeční selhání.		4 kredity
17.	22.6.	ST	16.00-19.30	Č.Budějovice	Včasný záchyt kolorektálního karcinomu ve všeobecné praxi. Nemocný s ileostomií a kolostomií. Diagnostika celiakie.		4 kredity
18.	21.9.	ST	16.00-19.30	Č.Budějovice	Očkování v dospělosti. Hepatitidy, včasný záchyt a novinky v léčbě hepatitidy C. Drogová závislost mezi mladistvými.	S	4 kredity 3 body ČAS
19.	26.10.	ST	16.00-19.30	Č.Budějovice	Onemocnění prostaty.		4 kredity
20.	23.11.	ST	16.00-19.30	Č.Budějovice	Onkologická prevence v primární praxi. Chronická žilní insuficience. Varixy DK. Bércový vřed.	S	4 kredity 3 body ČAS
21.	14.12.	ST	16.00-19.30	Č.Budějovice	Revmatologie. Možnosti myoskeletální medicíny.		4 kredity
22.	20.1.	ČT	16.00-19.30	Hradec Králové Rest.DURAN	Moderní směry v diagnostice a léčbě CHOPN.		4 kredity
23.	17.2.	ČT	16.00-19.30	Hradec Králové Rest.DURAN	Představení a interpretace nového DP: Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi.		4 kredity
24.	31.3.	ČT	16.00-19.30	Hradec Králové Rest.DURAN	Představení a interpretace nových DP: Farmakoterapie akutní bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie nádorové bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie chronické nenádorové bolesti ve všeobecné praxi.	S	4 kredity 3 body ČAS
25.	21.4.	ČT	16.00-19.30	Hradec Králové Rest.DURAN	Představení a interpretace doporučených postupů: Poruchy metabolismu lipidů a jejich racionální léčba ve všeobecné praxi. Hypertenzní choroba a její racionální léčba ve všeobecné praxi.		4 kredity
26.	19.5.	ČT	16.00-19.30	Hradec Králové Rest.DURAN	Očkování v dospělosti. Hepatitidy, včasný záchyt a novinky v léčbě hepatitidy C. Drogová závislost mezi mladistvými.		4 kredity
27.	25.6.	SO	9.00 - 17.00	Hradec Králové Nové Adalbertinum	I. Regionální konference SVL královehradeckého kraje: Představení a interpretace nového doporučeného postupu: Prevence kardiovaskulárních onemocnění, Akutní medicína, medicína katastrof.	S	1 certifikát 5 bodů ČAS
28.	17.9.	SO	9.00 - 17.00	Hradec Králové Nové Adalbertinum	II. Regionální konference SVL královehradeckého kraje: Antibiotika - „dobrý sluha, zlý pán“. Laboratorní diagnostika- možnosti, perspektivy, racionální hodnocení výsledků. Biochemická a serologická vyšetření z pohledu klinického a laboratorního pracovníka.		1 certifikát
29.	8.10.	SO	9.00 -17.00	Hradec Králové Nové Adalbertinum	III. Regionální konference SVL královehradeckého kraje: Onemocnění prostaty. Onkologická prevence v primární praxi.		1 certifikát
30.	24.11.	ČT	16.00-19.30	Hradec Králové Rest.DURAN	Zdravotnická dokumentace, pojišťovnictví a Evropská unie.		4 kredity

31.	20.10.	ČT	16.00-19.30	Hradec Králové Nové Adalbertinum	Varixy DK, chronická žilní insuficience. Bércový vřed.	S	4 kredity 3 body ČAS
32.	19.1.	ST	16.00-19.30	Jihlava	Moderní směry v diagnostice a léčbě CHOPN.		4 kredity
33.	23.2.	ST	16.00-19.30	Jihlava	Představení a interpretace nového DP: Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi.		4 kredity
34.	23.3.	ST	16.00-19.30	Jihlava	Představení a interpretace nových DP: Farmakoterapie akutní bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie nádorové bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie chronické nenádorové bolesti ve všeobecné praxi.	S	4 kredity 3 body ČAS
35.	27.4.	ST	16.00-19.30	Jihlava	Představení a interperace doporučených postupů: Poruchy metabolismu lipidů a jejich racionální léčba ve všeobecné praxi. Hypertenzní choroba a její racionální léčba ve všeobecné praxi.		4 kredity
36.	25.5.	ST	16.00-19.30	Jihlava	Očkování v dospělosti. Hepatitidy, včasný záchyt a novinky v léčbě hepatitidy C. Drogová závislost mezi mladistvými.		4 kredity
37.	22.6.	ST	16.00-19.30	Jihlava	Představení a interpretace nového doporučeného postupu: Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Vertebrogenní algický syndrom, současné trendy v diagnostice a terapii		4 kredity
38.	21.9.	ST	16.00-19.30	Jihlava	Onkologická prevence v primární praxi.		4 kredity
39.	19.10.	ST	16.00-19.30	Jihlava	Onemocnění prostaty.		4 kredity
40.	23.11.	ST	16.00-19.30	Jihlava	Akutní medicína.	S	4 kredity 3 body ČAS
41.	14.12.	ST	16.00-19.30	Jihlava	Varixy DK, chronická žilní insuficience. Bércový vřed.	S	4 kredity 3 body ČAS
42.	22.1.	SO	9.00- 13.30	Karlovy Vary	Akutní medicína.	S	4 kredity 3 body ČAS
43.	19.2.	SO	9.00- 13.30	Karlovy Vary	Představení a interpretace nového DP: Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi.		4 kredity
44.	19.3.	SO	9.00- 13.30	Karlovy Vary	Představení a interpretace nových DP: Farmakoterapie akutní bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie nádorové bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie chronické nenádorové bolesti ve všeobecné praxi.		4 kredity
45.	23.4.	SO	9.00- 13.30	Karlovy Vary	Představení a interperace doporučených postupů: Poruchy metabolismu lipidů a jejich racionální léčba ve všeobecné praxi. Hypertenzní choroba a její racionální léčba ve všeobecné praxi.		4 kredity
46.	21.5.	SO	9.00- 13.30	Karlovy Vary	Představení a interpretace nového doporučeného postupu: Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Očkování v dospělosti. Včasný záchyt a možnosti léčby hepatitidy C. Drogová závislost mezi mladistvými.		4 kredity
47.	18.6.	SO	9.00- 13.30	Karlovy Vary	Včasný záchyt kolorektálního karcinomu ve všeobecné praxi. Nemocný s ileostomií a kolostomií. Diagnostika celiakie.	S	4 kredity 3 body ČAS
48.	24.9.	SO	9.00- 13.30	Karlovy Vary	Onkologická prevence v primární praxi.		4 kredity
49.	22.10.	SO	9.00- 13.30	Karlovy Vary	Onemocnění prostaty.		4 kredity
50.	19.11.	SO	9.00- 13.30	Karlovy Vary	Moderní směry v diagnostice a léčbě CHOPN.		4 kredity
51.	10.12.	SO	9.00- 13.30	Karlovy Vary	Varixy DK, chronická žilní insuficience. Bércový vřed.	S	4 kredity 3 body ČAS
52.	8.1.	SO	9.00- 13.30	Liberec	Moderní směry v diagnostice a léčbě CHOPN.		4 kredity
53.	5.2.	SO	9.00- 13.30	Liberec	Představení a interpretace nového DP: Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi.		4 kredity
54.	3.3.	ČT	16.00-19.30	Liberec	Představení a interpretace nových DP: Farmakoterapie akutní bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie nádorové bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie chronické nenádorové bolesti ve všeobecné praxi.	S	4 kredity 3 body ČAS
55.	31.3.	ČT	16.00-19.30	Liberec	Představení a interpretace doporučených postupů: Poruchy metabolismu lipidů a jejich racionální léčba ve všeobecné praxi. Hypertenzní choroba a její racionální léčba ve všeobecné praxi.		4 kredity
56.	5.5.	ČT	16.00-19.30	Liberec	Představení a interpretace nového doporučeného postupu: Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Kožní prekancerózy, melanom.		4 kredity
57.	2.6.	ČT	16.00-19.30	Liberec	Aktuality z gastroenterologie. Chronická pankreatitis. Cholecystopatie.		4 kredity
58.	1.9.	ČT	16.00-19.30	Liberec	Onkologická prevence v primární praxi.	S	4 kredity 3 body ČAS
59.	6.10.	ČT	16.00-19.30	Liberec	Onemocnění prostaty.		4 kredity
60.	3.11.	ČT	16.00-19.30	Liberec	Teploty nejasné etiologie. Aktuality z revmatologie. Zásady léčby kortikoidy.		4 kredity
61.	1.12.	ČT	16.00-19.30	Liberec	Očkování v dospělosti. Hepatitis C . Drogová závislost mezi mladistvými. Akutní intoxikace po požití léků, předávkování a otravy drogami.	S	4 kredity 3 body ČAS
62.	22.1.	SO	9.00- 13.30	Olomouc	Moderní směry v diagnostice a léčbě CHOPN		4 kredity
63.	19.2.	SO	9.00- 13.30	Olomouc	Představení a interpretace nového DP: Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi.		4 kredity
64.	19.3.	SO	9.00- 13.30	Olomouc	Představení a interpretace nových DP: Farmakoterapie akutní bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie nádorové bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie chronické nenádorové bolesti ve všeobecné praxi.	S	4 kredity 3 body ČAS
65.	23.4.	SO	9.00- 13.30	Olomouc	Představení a interperace doporučených postupů:		

					Poruchy metabolismu lipidů a jejich racionální léčba ve všeobecné praxi. Hypertenzní choroba a její racionální léčba ve všeobecné praxi.	4 kredity
66.	21.5.	SO	9.00- 13.30	Olomouc	Představení a interpretace nového doporučeného postupu: Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Očkování v dospělosti. Hepatitis C. Drogová závislost mezi mladistvými.	4 kredity
67.	18.6.	SO	9.00- 13.30	Olomouc	Varixy DK, chronická žilní insuficience. Bércový vřed.	4 kredity 4 kredity 3 body ČAS
68.	24.9.	SO	9.00- 13.30	Olomouc	Onkologická prevence v primární praxi.	4 kredity
69.	22.10.	SO	9.00- 13.30	Olomouc	Onemocnění prostaty.	4 kredity
70.	19.11.	SO	9.00- 13.30	Olomouc	Včasný záchyt kolorektálního karcinomu ve všeobecné praxi. Nemocný s ileostomií a kolostomií.	4 kredity
71.	10.12.	SO	9.00- 13.30	Olomouc	Diagnostika celiakie. Akutní medicína.	4 kredity 3 body ČAS
72.	20.1.	ČT	16.00-19.30	Ostrava	Moderní směry v diagnostice a léčbě CHOPN.	4 kredity
73.	17.2.	ČT	16.00-19.30	Ostrava	Představení a interpretace nového DP: Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi.	4 kredity
74.	17.3.	ČT	16.00-19.30	Ostrava	Představení a interpretace nových DP: Farmakoterapie akutní bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie nádorové bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie chronické nenádorové bolesti ve všeobecné praxi.	4 kredity 3 body ČAS
75.	7.4.	ČT	16.00-19.30	Ostrava	Představení a interpretace doporučených postupů: Poruchy metabolismu lipidů a jejich racionální léčba ve všeobecné praxi. Hypertenzní choroba a její racionální léčba ve všeobecné praxi.	4 kredity
76.	19.4.	Út	16.00-19.30	Ostrava	Včasný záchyt kolorektálního karcinomu ve všeobecné praxi. Nemocný s ileostomií a kolostomií. Diagnostika celiakie. Ulcerózní kolitida	4 kredity 3 body ČAS
77.	5.5.	ČT	16.00-19.30	Ostrava	Představení a interpretace nového doporučeného postupu: Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Očkování v dospělosti. Hepatitidy. Drogová závislost mezi mladistvými.	4 kredity
78.	22.9.	ČT	16.00-19.30	Ostrava	Onkologická prevence v primární praxi.	4 kredity
79.	20.10.	ČT	16.00-19.30	Ostrava	Onemocnění prostaty.	4 kredity
80.	24.11.	ČT	16.00-19.30	Ostrava	Akutní medicína, AIM, CMP, polytrauma.	4 kredity
81.	26.1.	ST	16.00-19.30	Pardubice	Moderní směry v diagnostice a léčbě CHOPN	4 kredity
82.	11.2.	PÁ	16.00-19.30	Pardubice	Představení a interpretace nového DP: Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi. Poruchy příjmu potravy, bulimie a anorexie.	4 kredity
83.	12.2.	SO	9.00- 13.30	Pardubice	Akutní medicína. Sexuálně přenosné choroby. Drogová závislost.	4 kredity 3 body ČAS
84.	23.3.	ST	16.00-19.30	Pardubice	Představení a interpretace nových DP: Farmakoterapie akutní bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie nádorové bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie chronické nenádorové bolesti ve všeobecné praxi.	4 kredity 3 body ČAS
85.	25.5.	ST	16.00-19.30	Pardubice	Představení a interpretace nového doporučeného postupu: Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Očkování v dospělosti. Hepatitidy. Drogová závislost mezi mladistvými.	4 kredity
86.	14.9.	ST	16.00-19.30	Pardubice	Onkologická prevence v primární praxi. Ca prsu.	4 kredity
87.	2.11.	ST	16.00-19.30	Pardubice	Akutní medicína, polytrauma. CMP, meningitida.	4 kredity 3 body ČAS
88.	7.12.	ST	16.00-19.30	Pardubice	Cévní onemocnění dolních končetin.	4 kredity
89.	5.10.	ST	16.00-19.30	Pardubice- Litomyšl	Onemocnění prostaty.	4 kredity
90.	27.4.	ST	16.00-19.30	Pardubice - Litomyšl	Představení a interpretace doporučených postupů: Poruchy metabolismu lipidů a jejich racionální léčba ve všeobecné praxi. Hypertenzní choroba a její racionální léčba ve všeobecné praxi.	4 kredity
91.	22.1.	SO	9.00- 13.30	Plzeň	Moderní směry v diagnostice a léčbě CHOPN	4 kredity
92.	26.2.	SO	9.00- 13.30	Plzeň	Představení a interpretace nového DP: Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi.	4 kredity
93.	12.3.	SO	9.00- 13.30	Plzeň	Představení a interpretace nových DP: Farmakoterapie akutní bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie nádorové bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie chronické nenádorové bolesti ve všeobecné praxi.	4 kredity 3 body ČAS
94.	9.4.	SO	9.00- 13.30	Plzeň	Představení a interpretace doporučených postupů: Poruchy metabolismu lipidů a jejich racionální léčba ve všeobecné praxi. Hypertenzní choroba a její racionální léčba ve všeobecné praxi.	4 kredity
95.	7.5.	SO	9.00- 13.30	Plzeň	Včasný záchyt kolorektálního karcinomu ve všeobecné praxi. Nemocný s ileostomií a kolostomií. Diagnostika celiakie.	4 kredity 3 body ČAS
96.	4.6.	SO	9.00- 13.30	Plzeň	Představení a interpretace nového doporučeného postupu: Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Akutní medicína	4 kredity
97.	17.9.	SO	9.00- 13.30	Plzeň	Očkování v dospělosti. Hepatitidy, včasný záchyt a novinky v léčbě hepatitidy C. Drogová závislost mezi mladistvými.	4 kredity
98.	15.10.	SO	9.00- 13.30	Plzeň	Onemocnění prostaty.	4 kredity
99.	5.11.	SO	9.00- 13.30	Plzeň	Onkologická prevence v primární praxi.	

100.	3.12.	SO	9.00- 13.30	Plzeň	Ca mammy. Varixy DK, chronická žilní insuficience. Bércový vřed.		4 kredity 4 kredity 3 body ČAS
101.	2.4.	SO	9.00- 13.30	Praha	Konference ČLS JEP	S	1 certifikát
102.	26.1.	ST	16.00-19.30	Praha - Homolka	Představení a interpretace nového DP: Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi.		4 kredity
103.	23.2.	ST	16.00-19.30	Praha - Homolka	Představení a interpretace nových DP: Farmakoterapie akutní bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie nádorové bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie chronické nenádorové bolesti ve všeobecné praxi.	S	4 kredity 3 body ČAS
104.	16.3.	ST	16.00-19.30	Praha - Homolka	Představení a interperace doporučených postupů: Poruchy metabolismu lipidů a jejich racionální léčba ve všeobecné praxi. Hypertenzní choroba a její racionální léčba ve všeobecné praxi.		4 kredity
105.	20.4.	ST	16.00-19.30	Praha - Homolka	Představení a interpretace nového doporučeného postupu: Prevence kardiovaskulárních onemocnění. 2. Akutní medicína - akutní stavy v kardiologii (IM, embolie, edém plic, arytmie)		4 kredity
106.	18.5.	ST	16.00-19.30	Praha - Homolka	Konference aktualit na téma DERMATOLOGIE: Moderní léčba atopického ekzému. Dif. dg. a léčba kožních mykóz. Aktuality o maligním melanomu a kožním karcinomu. Psoriáza.. Perianální dermatitis.		4 kredity
107.	22.6.	ST	16.00-19.30	Praha - Homolka	Očkování v dospělosti. Hepatitidy, včasný záchyt a novinky v léčbě hepatitidy C. Drogová závislost mezi mladistvými.		4 kredity
108.	21.9.	ST	16.00-19.30	Praha - Homolka	Onkologická prevence v primární praxi.	S	4 kredity 3 body ČAS
109.	26.10.	ST	16.00-19.30	Praha - Homolka	Onemocnění prostaty.		4 kredity
110.	16.11.	ST	16.00-19.30	Praha - Homolka	Konference o zajímavých tématech z ORTOPEDIE: Sy karpálního tunelu a jeho léčba. Coccydynie a jejich řešení. Sy tarsálního tunelu a jeho řešení. Plochá noha a její dlouhodobé zdravotní konsekvence.		4 kredity
111.	14.12.	ST	16.00-19.30	Praha - Homolka	Konference aktualit na téma: PSYCHIATRIE. Dystymie - je třeba ji léčit? Somatoformní poruchy. Syndrom neklidných nohou. Hyperkinetický syndrom (ADHD a ADD) v dospělosti.		4 kredity
112.	15.1.	SO	9.00- 13.30	Praha - Lék.dům	Moderní směry v diagnostice a léčbě CHOPN.		4 kredity
113.	20.1.	ČT	16.00-19.30	Praha - Lék.dům	Představení a interpretace nového DP: Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi.		4 kredity
114.	5.2.	SO	9.00- 13.30	Praha - Lék.dům	Představení a interpretace nového doporučeného postupu: Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Invazivní kardiologie a všeobecný praktický lékař		4 kredity
115.	17.2.	ČT	16.00-19.30	Praha - Lék.dům	Představení a interpretace nových DP: Farmakoterapie akutní bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie nádorové bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie chronické nenádorové bolesti ve všeobecné praxi.	S	4 kredity 3 body ČAS
116.	5.3.	SO	9.00- 13.30	Praha - Lék.dům	Včasný záchyt kolorektálního karcinomu ve všeobecné praxi. Nemocný s ileostomií a kolostomií. Diagnostika celiakie.	S	4 kredity 3 body ČAS
117.	10.3.	ČT	16.00-19.30	Praha - Lék.dům	Představení a interperace doporučených postupů: Poruchy metabolismu lipidů a jejich racionální léčba ve všeobecné praxi. Hypertenzní choroba a její racionální léčba ve všeobecné praxi.		4 kredity
118.	7.4.	ČT	16.00-19.30	Praha - Lék.dům	Představení a interpretace nového doporučeného postupu: Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Akutní medicína - akutní stavy v kardiologii (IM, embolie, edém plic, arytmie)		4 kredity
119.	7.5.	SO	9.00- 13.30	Praha - Lék.dům	Konference aktualit na téma ALERGIE. Alergická rhinitis. Novinky v léčbě asthmatu. Kožní alergie. Alergie na štípnutí hmyzem Potravinové alergie. Laktózová intolerance a alergie na mléčnou bílkovinu		4 kredity
120.	12.5.	ČT	16.00-19.30	Praha - Lék.dům	Konference aktualit na téma DERMATOLOGIE: Moderní léčba atopického ekzému. Dif. dg. a léčba kožních mykóz. Aktuality o maligním melanomu a kožním karcinomu. Psoriáza.. Perianální dermatitis.		4 kredity
121.	4.6.	SO	9.00- 13.30	Praha - Lék.dům	Vertebrogenní algický syndrom, současné trendy v diagnostice a terapii.		4 kredity
122.	16.6.	ČT	16.00-19.30	Praha - Lék.dům	Očkování v dospělosti. Hepatitidy, včasný záchyt a novinky v léčbě hepatitidy C. Drogová závislost mezi mladistvými.		4 kredity
123.	10.9.	SO	9.00- 13.30	Praha - Lék.dům	Očkování v dospělosti. Hepatitidy, včasný záchyt a novinky v léčbě hepatitidy C. Drogová závislost mezi mladistvými.		4 kredity
124.	15.9.	ČT	16.00-19.30	Praha - Lék.dům	Onkologická prevence v primární praxi.	S	4 kredity 3 body ČAS
125.	1.10.	SO	9.00- 13.30	Praha - Lék.dům	Chřipka a virosy -současné možnosti prevence , diagnosy a terapie.		4 kredity
126.	20.10.	ČT	16.00-19.30	Praha - Lék.dům	Onemocnění prostaty.		4 kredity
127.	5.11.	SO	9.00- 13.30	Praha - Lék.dům	Endokrinologie v praxi všeobecného praktického lékaře.		4 kredity
128.	24.11.	ČT	17.00-20.00	Praha - Lék.dům	Konference o zajímavých tématech z ORTOPEDIE: Sy karpálního tunelu a jeho léčba. Coccydynie a jejich řešení. Sy tarsálního tunelu a jeho řešení. Plochá noha a její dlouhodobé zdravotní konsekvence.		4 kredity
129.	3.12.	SO	9.00- 13.30	Praha - Lék.dům	Varixy DK, chronická žilní insuficience. Bércový vřed.	S	4 kredity 3 body ČAS
130.	15.12.	ČT	16.00-19.30	Praha - Lék.dům	Konference aktualit na téma: PSYCHIATRIE. Dystymie - je třeba ji léčit? Somatoformní poruchy. Syndrom neklidných nohou. Hyperkinetický syndrom (ADHD a ADD) v dospělosti.		4 kredity
131.	6.1.	ČT	16.00-19.30	Ústí n.L.	Moderní směry v diagnostice a léčbě CHOPN.		4 kredity
132.	3.2.	ČT	16.00-19.30	Ústí n.L.	Představení a interpretace nového DP: Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi.		4 kredity

133.	3.3.	ČT	16.00-19.30	Ústí n.L.	Představení a interpretace nových DP: Farmakoterapie akutní bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie nádorové bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie chronické nenádorové bolesti ve všeobecné praxi.	S	4 kredity 3 body ČAS
134.	7.4.	ČT	16.00-19.30	Ústí n.L.	Představení a interpretace doporučených postupů: Poruchy metabolismu lipidů a jejich racionální léčba ve všeobecné praxi. Hypertenzní choroba a její racionální léčba ve všeobecné praxi.		4 kredity
135.	5.5.	ČT	16.00-19.30	Ústí n.L.	Představení a interpretace nového doporučeného postupu: Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Očkování v dospělosti. Hepatitis C. Drogová závislost mezi mladistvými.		4 kredity
136.	2.6.	ČT	16.00-19.30	Ústí n.L.	Akutní medicína I. Péče o bércový vřed. Varixy DK. Venosní insuficience DK.	S	4 kredity 3 body ČAS
137.	8.9.	ČT	16.00-19.30	Ústí n.L.	Onkologická prevence v primární praxi.		4 kredity
138.	6.10.	ČT	16.00-19.30	Ústí n.L.	Onemocnění prostaty.		4 kredity
139.	3.11.	ČT	16.00-19.30	Ústí n.L.	Vertebrogenní algický syndrom, současné trendy v diagnostice a terapii.		4 kredity
140.	1.12.	ČT	16.00-19.30	Ústí n.L.	Akutní medicína II.	S	4 kredity 3 body ČAS
141.	10.1.	PO	16.00-19.30	Zlín	Moderní směry v diagnostice a léčbě CHOPN.		4 kredity
142.	7.2.	PO	16.00-19.30	Zlín	Představení a interpretace nového DP: Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi.		4 kredity
143.	7.3.	PO	16.00-19.30	Zlín	Představení a interpretace nových DP: Farmakoterapie akutní bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie nádorové bolesti ve všeobecné praxi. Farmakoterapie chronické nenádorové bolesti ve všeobecné praxi.	S	4 kredity 3 body ČAS
144.	11.4.	PO	16.00-19.30	Zlín	Představení a interpretace doporučených postupů: Poruchy metabolismu lipidů a jejich racionální léčba ve všeobecné praxi. Hypertenzní choroba a její racionální léčba ve všeobecné praxi.		4 kredity
145.	9.5.	PO	16.00-19.30	Zlín	Představení a interpretace nového doporučeného postupu: Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Očkování v dospělosti. Hepatitis C. Drogová závislost mezi mladistvými.		4 kredity
146.	13.6.	PO	16.00-19.30	Zlín	Akutní medicína I.	S	4 kredity 3 body ČAS
147.	12.9.	PO	16.00-19.30	Zlín	Onkologická prevence v primární praxi.		4 kredity
148.	10.10.	PO	16.00-19.30	Zlín	Onemocnění prostaty.		4 kredity
149.	14.11.	PO	16.00-19.30	Zlín	Varixy DK, chronická žilní insuficience. Bércový vřed.	S	4 kredity 3 body ČAS
150.	12.12.	PO	16.00-19.30	Zlín	Akutní medicína II.		4 kredity
151.	5.2.	SO	9.00- 13.30	Znojmo	Moderní směry v diagnostice a léčbě CHOPN.		4 kredity
152.	30.4.	SO	9.00- 13.30	Znojmo	Představení a interpretace nového DP: Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi. Farmakoterapie bolesti.	S	4 kredity 3 body ČAS
153.	1.10.	SO	9.00- 13.30	Znojmo	Včasný záchyt kolorektálního karcinomu ve všeobecné praxi. Nemocný s ileostomií a kolostomií. Diagnostika celiakie.	S	4 kredity 3 body ČAS
154.	3.12.	SO	9.00- 13.30	Znojmo	Představení a interpretace doporučených postupů: Poruchy metabolismu lipidů a jejich racionální léčba ve všeobecné praxi. Hypertenzní choroba a její racionální léčba ve všeobecné praxi. Prevence kardiovaskulárních onemocnění.		4 kredity

Zvláštní hodnocení:

Za účast na obou z dvojice seminářů věnovaných „Představení a interpretaci nových DP“:

- deprese + farmakoterapie bolesti
- hypertenze/dyslipidémie + kardiovaskulární onemocnění bude uděleno vyšší hodnocení: 1 certifikát

Na semináře bude nutné se předem přihlásit (uzávěrka je týden před konáním semináře).

Pouze přihlášený účastník má nárok na písemné podklady přednášek. Při překročení kapacity sálu mohou navíc být nepřihlášení zájemci odmítnuti.

Přihlášky a informace:

1. Odesláním přihlášky poštou - všichni praktičtí lékaři/(sestry vedené v programu KV při SVL) budou obesíláni pozvánkou s přihláškou.

2. E- mailem na adresu: svl@cls.cz

3. Telefonicky pouze informace: 267 184 042

Registrační poplatek: pro nečleny SVL ČLS JEP a jejich zdravotní sestry

Semináře pro sestry:

seminářů, se mohou účastnit po řádném přihlášení i sestry PL, bodové hodnocení za účast však obdrží pouze u ČAS registrovaných seminářů - viz semináře označené „S“ a počtem kreditů ČAS.

Pravidelně aktualizovaný přehled seminářů najdete na www.svl.cz

Léčba obézních diabetiků

Prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.

III. interní klinika 1. LF UK a VFN

Souhrn:

V léčbě obézních diabetiků je třeba primárně vyčerpat veškeré možnosti režimové léčby (dieta a fyzická aktivita). Optimální je všechna léčebná opatření podporovat psychoterapií. Nestačí-li režimová opatření, je perorálním antidiabetikem volby metformin v dávce až 2550mg/den. Při selhání této léčby je nevhodnějším sulfonylureovým preparátem pro obézní glimepirid. Nestačí-li léčba perorálními antidiabetiky, je vhodné neváhat se zahájením inzulinoterapie, která zlepší životní prognózu, i když dojde k vzestupu hmotnosti. V poslední době se však ukázalo, že ještě důležitější než kompenzace diabetu je u diabetiků adekvátní kontrola krevního tlaku a léčba hypolipidemie, a to dokonce při normální cholesterolemii.

Klíčová slova:

obezita, antidiabetika, inzulinoterapie, cholesterol u diabetu, antihypertenziva

Úvod

Jednou z nejnebezpečnějších situací v ordinaci praktického lékaře je dobře vypadající obézní diabetik 2. typu přicházející pravidelně s glykemií kolem 8–10mmol/l. Životní prognóza těchto pacientů je velmi vážná a závažné zejména kardiovaskulární komplikace se brzy dostaví. Je chybou se spokojit jen s krátkým pohovorem upozorňujícím na nutnost dodržovat dietu. Tito pacienti vyžadují intenzivní farmakoterapii, režimovou léčbu a psychoterapii. Současná medicína přitom umí výrazněmu zkrácení jejich života zabránit. Léčba obézních diabetiků může být kombinací až pěti léčebných postupů: dietoterapie, psychoterapie, fyzické aktivity, chirurgické léčby a farmakoterapie. Farmakoterapie přitom musí být zaměřena nejen na léčbu diabetu, ale i na léčbu hypertenze a dalších metabolických poruch.

Prevence diabetu

Především je důležité cukrovce 2. typu předcházet. Pacient s glykemií blížící se hranici diabetu by měl cvičit nebo alespoň více chodit, pokusit se redukovat hmotnost alespoň o 5–10%. Zároveň by měl podle řady studií omezit příjem živočišného tuku, veškerého sekundárně zpracovaného masa (paštiky, sekaná, uzeniny) a zvýšit příjem rostlinných olejů, ryb a ořechů (1).

Dietní léčba

U obézních diabetiků je vhodná dieta jedním z nejdůležitějších opatření. I farmakoterapie nemůže být obvykle efektivní bez podpory

dietou. V současnosti je možné, pokud nemocný dokáže plně spolupracovat, zasáhnout při podpoře dietní redukce hmotnosti antiobezitiky (2). Léčba farmaky je v každém případě pomocná a bez současné dietní léčby nemůže mít úspěch. Dietní opatření mohou být krátkodobá a dlouhodobá. Krátkodobá dietní opatření v řádu několika dnů či týdnů (např. tzv. nízkenergetické diety na cca 600 kcal/2500 kJ, často instanční zkrácované VLCD very low calory diet). Tyto diety je nutné konzultovat s lékařem a mají jen velmi omezenou indikaci. Po jejich ukončení se u špatně edukovaného pacienta obvykle vrací hmotnost na původní hodnotu. Většinou se aplikují po dobu 7, 14 až 30 dní. Podávání této diety bez indikace a kontroly lékaře může být nebezpečné zvláště u nemocných s dalšími komplikacemi (2).

Prakticky existují pouze 2 situace, při nichž může být tato léčba lékařem indikována. Je to potřeba rychlého zlepšení zdravotního stavu nemocného, kdy je tato dieta součástí komplexního léčebného opatření. Sem může patřit např. léčba srdečního a respiračního selhání u obézních diabetiků, rychlá příprava k operačním výkonům nebo i rychlá úprava kompenzace diabetu (u diabetiků léčených inzulinem nebo PAD – pak velmi opatrně, nejlépe za hospitalizace). Jedno- až dvoudenní diety – např. odlehčovací ovocné nebo zeleninové dny nebo jednodenní zařazení VLCD diety jsou naopak velmi vhodné, protože prolomí určitou fixaci metabolismu a pacient opět redukuje hmotnost.

Druhou indikací jsou situace, kdy máme spo-

lupracujícího dietně edukovaného pacienta, který se adaptoval na nižší energetický příjem a vyčerpal své dietní možnosti. U toho pacienta je pravděpodobné, že krátkodobým dietním opatřením dosažený hmotnostní úbytek bude dlouhodobě udržen. Mezi tyto postupy patří i léčebná hladovka, kterou lze provádět ve dvou výše uvedených indikacích na lůžku za hospitalizace a za přísné klinické i laboratorní kontroly pacienty po dobu maximálně 14 až 16 dnů. Jde o opatření z hlediska psychoterapeutického a výchovného zcela nevhodné, a je tedy na místě jen u těch pacientů, kteří jsou již dokonale vyškoleni.

K dlouhodobým dietním zásadám obézních diabetiků patří: pravidelnost v jídlu, rovnoměrné rozdělení energie a sacharidů během celého dne, racionální antisklerotický charakter diety a omezení soli a tuku v dietě. Rozdíly v dietě diabetika 2. typu a v redukční dietě nejsou dnes velké. Vše závisí na správném doporučení příslušné diety, což se týká hlavně energetického příjmu nemocného. Redukční diety nemívají obvykle více než 6300 kJ/1500 kcal a diabetická strava s obsahem 175 g sacharidů obvykle nespĺňuje energetický požadavek na redukci a je třeba dávky snížit. Diabetikovi se delším lačněním glukózová tolerance horší, tj. přestávky mezi jídlly by neměly být extrémní, racionální je požadavek na 3 až 6 menších jídel denně. Tolerance glukózy u diabetika je typicky horší ráno než večer, což se dá řešit farmakologicky nebo snížením ranního příjmu sacharidů. V diabetické dietě se vhodné používat potravin s nižším glykemickým indexem, tj. zejména potraviny obsahující vlákninu, po nichž je vzestup glykemie menší.

Potraviny označené jako light jsou vhodné pro obézní diabetiky vzhledem k snížení energetického obsahu. Potraviny označené jako dia bývají slazeny náhradními sladidly, ale obsah energie nemusí být omezen, jelikož bývá zachován nebo i zvýšen obsah tuků. Nemusí tedy být vhodné pro obézní diabetiky. Některé učebnice doporučují diabetikům dokonce vyhýbání se dia výrobkům.

Psychoterapie

Psychoterapie by měla být součástí každé léčby (podrobně v 2). Vždy je třeba posoudit psychologické pozadí rozvoje obezity a diabetu. Bez tohoto vstupního vyšetření životních problémů nemocného není možné léčbu zahájit. Přístupy mohou být individuální i skupinové, při nejasnosti v indikacích je třeba konzultovat psychologa. Přístup k nemocnému musí být z hlediska lékaře vždy individuální, ale právě rozbor špatných návyků, rozbor životního

stylu a zkušeností s léčbou mohou být zejména u extrovertních pacientů velmi úspěšně prováděny skupinově.

Takzvaná kognitivně-behaviorální léčba obezity vychází z potřeby odnaučit nemocného nevhodnému životnímu stylu, tj. malé fyzické aktivitě a zejména nevhodným dietním návykům.

Fyzická aktivita

Fyzickou aktivitu nemocného je třeba nejprve anamnesticky vyšetřit. Nemocného nutíme k maximu pohybu v běžných činnostech. Nemocný si má klást určité úkoly, např. chodit po schodech, nejezdit výtahem a autem, vystoupit z dopravního prostředku u zastávku dříve, dělat okličky. Vhodné je kalkulovat i běžné aktivity a dát si úkol v běžných činnostech spálit navíc např. cca 2000 či 4000 kJ týdně. Pokud je to možné je vhodná fyzická aktivita v rozsahu alespoň 30 minut 3x týdně s takovým výkonem, že s nemocný zpotí (2).

Chirurgická léčba

Tzv. bandáž žaludku, která by dnes měla být prováděna zejména ve formě upravitelné tzv. adjustable bandáže, je vůbec neefektivnější léčbou diabetu 2. typu (3). U většiny pacientů dojde přechodně k vymizení cukrovky a k významně lepší kompenzaci dojde i u hypertenze a hyperlipoproteinemii.

Antiobezitika v léčbě obézních diabetiků

V léčení obézních diabetiků jsou antiobezitika opomíjena. Jde přitom o velmi efektivní léčebné prostředky. Orlistat i sibutramin jsou u nás hrazeny pojišťovnou u diabetiků s BMI nad 35 při preskripci diabetologem a splnění několika dalších podmínek. S oběma léky byla provedena řada studií u obézních diabetiků (podrobně v 4). Sibutramin je velmi efektivní ve snižování hmotnosti obézních diabetiků. Kompenzace diabetu se zlepšuje zejména u tzv. responderů tedy u pacientů, kde došlo alespoň k mírnému poklesu hmotnosti. V poslední době bylo prokázáno, že obavy ze zvyšování krevního tlaku byly přehnané a že sibutramin se u hypertoniků chová dokonce jako antihypertenzivum. Je použitelný v kombinaci se všemi typy antiobezitiků.

Orlistat přispívá výrazně ke zlepšení kompenzace diabetu a zlepšení citlivosti na inzulín omezením vstřebávání tuku. Efekt na zlepšení glykemií může být přítomen i u pacientů, kteří nehubnou. Lék byl testován v řadě studií, které ukázaly, že v kombinaci jak s dietou, tak s metforminem, tak se deriváty sulfonylurey či inzulínem vede k poklesu glykemií a k poklesu dávek antiobezitiků.

Antidiabetická léčba

Deriváty sulfonylmočoviny nejsou primárně u obézních diabetiků indikovány. Obnovují si své časné fázi sekrece inzulínu, celkově však vedou k hyperinzulinemii. Redukce hmotnosti se za této léčby nedaří. Pokud jsou indikovány, jsou na místě spíše nižší dávky, např.

2 × 2,5 až 3,5 mg glibenklamidu. Jediným lékem této skupiny, u kterého byl opakovaně prokázán pokle hmotnosti je glimepirid (Amaryl). Glimepirid má výhodnější kinetiku, jen krátce interaguje s receptorem betabuněk.

Zlepšení glykemie se dosahuje za nižší hladiny inzulínu. Má dále výraznější periferní účinek na noninzulínotropní vychytávání glukózy. Biguanidy jsou antiobezitika volby u obézních diabetiků. **Prakticky celosvětově se již opustilo celé spektrum biguanidů a podává se jen metformin 500 či 850 mg jednou až třikrát denně.** U nás jej dodává na trh řada firem. Nevyvolává závažnější hyperinzulinemii ani hypoglykémii. Působí především na úrovni jaterní (inhibice glukoneogeneze) a svalové (transport glukózy a neoxidační vychytávání). Nemá negativní vliv na tukovou tkáň a jeho podávání nevede k vzestupu hmotnosti. Je vhodný i pro kombinovanou léčbu s inzulínem. Při neshášenlivosti metforminu je vhodné ho nahradit tzv. inzulínovými senzitizeru u nás např. rosiglitazon (Avandia – podrobně v 5). Přetrvávající vysoká glykémie je důvodem úvah o inzulínoterapii. Měla by se odehrát až při vyčerpání dietních a režimových opatření a vyčerpání veškerých možností obezitologické léčby.

V případě objektivního selhání veškeré léčby je však nasazení inzulínu plně indikováno i u obézních diabetiků 2. typu. U úvahy přichází dvě léčebné strategie. V praxi používáme většinou nejprve strategii první a až po jejím selhání strategií druhou, jsou však pravděpodobně zaměnitelné (2).

1. Nemocnému nasadíme večerní dávku inzulínu. Toto podání vede k výhodnému nočnímu hormonálnímu profilu, k supresi volných mastných kyselin a potlačení glukoneogeneze. V kombinaci s denním podáním perorálních antiobezitiků buď biguanidového, či sulfonylmočovinného typu pak lze dosáhnout dobré kompenzace diabetu. Večerní dávka inzulínu by neměla překročit 20 jednotek – obvykle se podává 8 až 16 jednotek depotního inzulínu.

2. Zejména tehdy, když již sekrece inzulínu výrazněji vyhasíná, je vhodné přistoupit k terapii inzulínem 3 až 4 dávkami inzulínu. Večerní dávka si přitom ponechává svůj význam v supresi noční glukoneogeneze. Denní dávky krátkodobě působícího inzulínu by neměly překročit 10 až 12 jednotek a celková dávka inzulínu by měla být do 50 jednotek. Denní dávky přitom závisí na kompenzaci pacienta. Potřeba inzulínu diabetika 2. typu v dobré kompenzaci je malá, při dekompenzaci prudce stoupne.

V posledních letech je diskutován význam časné postprandiální hyperglykemie a zdá se, že pro diabetiky 2. typu by mohlo být významné léčit je i krátkodobými analogy inzulínu. Podobný efekt mohou pravděpodobně mít i některá nová nesulfonylureová sekretagoga inzulínu (repaglinid a nateglinid).

V každém případě však okamžitě trvalého nasazení inzulínu diabetikovi druhého typu vyža-

duje zásadní posouzení situace. Přes vzestup hmotnosti vede obvykle zlepšení kompenzace ke snížení výskytu mikro a makrovaskulárních komplikací diabetu

Další metabolická kompenzace diabetika

Je paradoxní, že vývoj poslední doby ukázal, že léčba antihypertenziv a hypolipidemiky vede ještě k většímu snížení morbidit diabetiků než klasická antiobezitická terapie.

Krevní tlak reaguje příznivě na pokles hmotnosti, efekt je však jen přechodný (3). Lze prokázat, že léčba ACE inhibitory a v menší míře i sartany a kalciovými blokátory vede k snížení výskytu, a tedy prevenci vzniku diabetu. Studie UKPDS ukázala, že zlepšení krevního tlaku vede k většímu snížení mikro- i makrovaskulárních komplikací diabetu než antiobezitika (2). Významné je i zlepšení inzulínové senzitivity zejména za léčby ACE inhibitory a léky ovlivňující centrální sympatikus, z nichž např. moxonidin (Cynt) vede k poklesu používaných dávek inzulínu. Komplikace makrovaskulární jsou hlavní příčinou smrti diabetiků a proto se postupně snižují cílové hodnoty léčby hypertenze u diabetiků až ke 120/80.

Podobný vývoj zaznamenává léčba hypolipidemiky. Cholesterol nebývá u diabetiků zvýšen, ač řada studií ukázala, že pravděpodobně je vystupňována jeho endogenní syntéza a sniženo jeho střevní vstřebávání (6). Nedávno ukončená studie CARDS (7) s 10 mg atorvastatinu ukázala, že pokles LDL cholesterolu prakticky v mezích normy snížil asi o třetinu výskyt kardiovaskulárních příhod u diabetiků. Asi 2/3 pacientů v této studii měly vyšší než normální hmotnost a asi třetina obezitu. Cílové hodnoty LDL cholesterolu se v poslední době dále snižují, a to v sekundární prevenci dokonce až k 1,6 mmol/l. Vzniká diskuze, zda by neměl statiny dostávat každý diabetik 2. typu.

Závěr

Obézní diabetik je pacient, kterému by měla být v ordinaci praktického lékaře věnována velká pozornost. Jeho životní prognóza se pohybuje v průměru kolem 8–10 let. Jeho léčba je drahá, ale je efektivní. Je také mnohem levnější než léčba diabetických komplikací. Nejvíce pozornosti je třeba v léčbě věnovat psychoterapii a režimovým opatřením. Dnes lze obézního diabetika efektivně léčit a nejdůležitější roli v této léčbě hraje pokles hmotnosti, podávání hypolipidemik a antihypertenziv a až na dalším místě stojí podávání antiobezitiků.

Literatura :

- 1) Svačina Š. *Prevence diabetu*. Galén, Praha, 2003.
- 2) Svačina Š.: *Obezita a diabetes* Maxdorf, Praha, 2002.
- 3) Svačina Š.: *Bandáž žaludku a diabetes*. Vnitřní lékařství 50, 2004, č. 5, 184–190.
- 4) Perušičová J et al.: *Perorální antiobezitika*. Galén, Praha 2002.
- 5) Haluzík, M. Svačina, Š.: *Jaterné receptory PPAR*. Grada 2004, v tisku.
- 6) ŠMAHELOVÁ A. et al.: *Význam rostlinných sterolů u diabetiků*. Vnitřní lékařství 2004, č. 2, 127–134.
- 7) Colhoun HM et al.: *CARDS study results*, Lancet. 2004;364:685–696

Léčba kriticky popáleného pacienta

MUDr. Petr Šín

Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie, FN Brno

Pacient T.K., 35 let

RA: nevýznamná

Alergie: JOD

OA: Žádná závažná onemocnění neprodělal.

Operace: 2001 - operace varixů, 2003 arthroskopie levého kolene

FA: bez pravidelné medikace

NO: Při manipulaci s hořlavou látkou došlo za blížie neurčených okolností k jejímu vznícení a následnému vzniku popálenin IIb-III. stupně na 85% povrchu těla. Pacient uhašen až náhodným kolemjdoucím a RZP odvezen na standardní chirurgické oddělení dle spádu. Zde provedeno základní ošetření pacienta (sterilní krytí popálených ploch, intubace,



Obr.č.1: Vstupní ošetření pacienta na sále a uvolňující nářezy.



Obr.č.2: Pacient před propuštěním do ambulantní léčby.

UPV, zavedení CVK, permanentní močový katetr, nasogastrická sonda). Po telefonické domluvě pacient převezen na Kliniku popálenin a rekonstrukční chirurgie FN Brno.

lhned po přijetí na naše pracoviště pacient ošetřen na operačním sále. Stanoven rozsah popálenin- IIb-III. stupně na 85% povrchu těla (z toho IIb stupně 10%) - cirkulární popáleniny všech končetin, na periferii otok a lividní zbarvení, dále popáleniny zad a hrudníku.

U cirkulárních popálenin provedeny odlehčující nářezy. Pacient monitorován na JIP, zahájena adekvátní léčba popáleninového šoku.

Důraz léčby je kladem především na účinnou korekci změn vnitřního prostředí, kvalitní enterální i parenterální výživu, cílenou ATB terapii dle mikrobiologického screeningu a v neposlední řadě na pravidelnou rehabilitaci v průběhu celé hospitalizace.

Vzhledem k předpokládané dlouhodobé intenzivní terapii byla 5. den provedena tracheotomie.

Jako první významná komplikace se projevilo akutní renální selhání, jež se začalo rozvíjet od 6. dne hospitalizace. Záhy se k němu, přes intenzivně prováděný sled etap nekrektomií a celkovou léčbu ATB, přidružil septicko-toxický stav. Bylo tedy přistoupeno k systémové aplikaci vazoaktivních látek. Pacient byl dočasně zařazen do dialyzačního programu. Celkem proběhlo v době mezi 12. - 25. dnem hospitalizace 10 dialýz, zprvu denně, posléze ob den. Postupně došlo k restituci renálních funkcí a dialyzační léčba mohla být ukončena.

Hyperglykemie byla korigována kontinuálním podáváním inzulínu dle aktuálních glykemií.

Důsledná korekce poruch haemokoagulace, hrazení ztrát AT III byla samozřejmostí. lhned při prvních příznacích výsevu herpes simplex jsme do medikace zařadili systémovou aplikaci Herpesinu. Po zvládnutí výše uvedených hlavních komplikací byly zahájeny jednotlivé etapy autotransplantace.

Z pohledu chirurga je nejdůležitější odstranění nekrotické tkáně. Nekrektomie se provádějí etapovitě, kombinujeme ostrou a chemickou nekrektomii. (40% kyselina benzoová).

Vzhledem k tomu, že pacient má popálených 85% tělesného povrchu, vzniká nepoměr mezi popáleným povrchem a nepoškozenými plochami. Z toho vyplývá nutnost několikanásobných odběrů z intaktních ploch ke krytí kožních defektů. Odběrové plochy se musí hojit velmi rychle, abychom je poté opět mohli využít k opakovaným odběrům dermoepidermálních štěpů (v tomto případě celkem až 6x).

Jednotlivé dermoepidermální meshované štěpy v poměru 1:1,5 a 1:3 byly aplikovány velmi uváženě a fixovány pomocí lineárních staplerů a krycího tylu. Plochy, které nemohly být prozatím transplantovány, byly dočasně kryty osvědčeným syntetickým krytem COM.

Za 3 měsíce od úrazu jsou všechny transplantované plochy prakticky zhojeny. V tomto období pacient samostatně zvládá několik kroků chůze bez opory a stoj. Pokračujeme v intenzivní rehabilitaci. Drobné zbytkové plochy se dohospojují



Obr.č.3: Dorsum levé nohy s popáleninou IIb st., vedle nohy patrné polštářky TenderWet použité k terapii.



Obr.č.4: Tatáž noha po čtyřdenní terapii krytem TenderWet®.

spontánní epitelizací. K jejich dohojení byl využit kryt TenderWet. Tohoto krytu užíváme s úspěchem, jak k doléčování zbytkových ploch po popálení, tak i v indikovaných případech léčby chronických ran.

Po 4. měsících hospitalizace pacienta překládáme na standardní oddělení. Nemocný rehabilituje, zvládá chůzi, pohyby v kloubech jsou možné v plném rozsahu. Přistupujeme k uzavření otvoru po tracheostomii. Vedle intenzivní rehabilitace klademe důraz na kompresivní masáže ploch, pravidelně aplikujeme měkký kosmetický laser.

Pacienta jsme propustili do domácího ošetřování po 140 dnech hospitalizace.

Diskuse: Důraz při léčbě takto těžce popáleného pacienta klademe především na účinnou korekci změn vnitřního prostředí, kvalitní enterální i parenterální výživu, volbu ATB dle mikrobiologického screeningu, včasné nekrektomie a autotransplantace popálených ploch, intenzivní rehabilitaci a psychologickou podporu v pozdějších fázích léčby.

HARTMANN - PermaFoam

Bolesti hlavy

- neuspokojivý závěr neurologického konzilia

Tato kazuistika byla předvedena a diskutována na semináři SVL v Ústí nad Labem 14.10. 2004

Do ordinace PL přichází 76-letý pacient O. J. pro bolesti hlavy, slabost. Udává, že předchozí den trávil několik hodin na přímém slunci a málo pil.

Z anamnézy:

RA: Otec + v 77 na ca tlustého střeva, jinak RA nevýznamná.

OA: V dětství úraz ledvin, přechodná hematurie. Na vojně prodělal meningitidu. 6 let se léčí s hypertenzí, má hypertrofii prostaty - sledován na urologii. Je po operaci varixů DK, pro operaci Zenkerova divertiklu, APPE, ERCP pro obstrukční ikterus s následným krvácením do GIT po EPST v 7/1999. Má gonartrózu. V r. 2002 zjištěn maligní melanom na kůži v oblasti epigastria, provedena excize. V 5/2004 provedena exenterace axily pro zjištěné metastázy maligního melanomu.

FA: Omnic 4 mg 1-0-0, Diacordin 120 mg R 1-0-0.

AA: Alergie na selen a acylpyrin - alergický exantém.

Abusus: nekouří, alkohol příležitostně.

Další průběh:

Pacient si kromě bolestí hlavy stěžoval na bolesti C páteře. Objektivní nález v normě, zjištěn pouze mírný blok C páteře a vyšší TKs 155/80. Základní laboratoř byla zcela v normě. Předepsán Ibuprofen 400 mg 3x1 a Voltaren emulgel lokálně. Při kontrole za týden - bolesti hlavy trvají, navíc anorexie a nausea, nezvracel. Nově udává i poruchy paměti, které se zhoršují. Odeslán na konziliární neurologické

vyšetření (s cíleným dotazem na event. metastázy do mozku při maligním melanomu). **Vrátil se se závěrem: Cefalea nejasné etiologie.** Dle anamnézy v.s. insolace, pravděpodobná vertebrogenní složka, účast hypertenze. Doporučena interní kontrola ke zvážení hospitalizace, dostatečná hydratace, Tramal 10-15 gtt při bolestech. Objednán na EEG za 10 dní. Již za 2 dny se však pacient opět dostavil na kontrolu k PL, cefalea trvá, opětovně zhoršení paměti. Proto praktickým lékařem zajištěno CT mozku a současně domluvena hospitalizace na interním oddělení, během níž bude vyšetřování provedeno.

Závěr CT vyšetření: mnohočetné mozkové metastázy oboustranně subtentoriálně.

Během hospitalizace provedeno onkologické konzilium se závěrem: maligní melanom epigastria, t.č. generalizace do CNS. Stp. extirpaci primárního tumoru 2002, stav po exenteraci axily 5/2004, kde metastázy maligního melanomu. Doporučena kortikoterapie k léčbě a prevenci edému mozku. Během hospitalizace na interním oddělení provedeno i RTG S+P, kde zjištěna suspektní metastáza v pravém dolním laloku mediokaudálně. Pacient hospitalizován na interním oddělení týden, pak propuštěn domů na terapii: Diacordin a Omnic jako dosud, nově nasazen Fortecortin 4mg 1-0-0, Diluran 1-0-1, Tramal 50mg cps podle potřeby. Za 14 dní po propuštění znovu přijat k hospitalizaci pro celkové zhor-

šení stavu projevující se hlavně celkovou slabostí a dalším zhoršováním paměti. Odtud přeložen do LDN Ryjice a později do lůžkového hospicu v Lito-měřicích.

Diskuzní závěry:

- 1) Bolest hlavy je jedním z nejčastějších symptomů, se kterým pacienti přicházejí do ordinace PL. Na prvním místě myslíme samozřejmě na běžné příčiny (migréna, tenzní cefalea, vertebrogenní etiologie, případně dekompenzovaná hypertenze). Musíme však mít na paměti, že za bolestmi hlavy se mohou skrývat i příčiny závažnější, i když vzácnější, jako jsou tumory (primární či sekundární) nebo i stavy akutní (např. krvácení do mozku), či vrozené anomálie (mozkové aneurysma).
- 2) U tohoto pacienta byl v anamnéze údaj o maligním onemocnění - maligní melanom je navíc nádorem, který je po bronchogenním karcinomu druhým nejčastěji metastazujícím nádorem do mozku.
- 3) Z kazuistiky vyplývá nezastupitelná úloha praktického lékaře, který sleduje a koordinuje zdravotní péči u svého pacienta a v případě neuspokojivých diagnostických nebo léčebných výsledků dále hledá optimální řešení v zájmu svého pacienta. Tato úloha je leckdy nesnadná, náročná na čas, znalosti a takt v jednání. Přináší však uspokojení ze splnění jedné z nezákladnějších úloh lékaře primární péče - hájit a doprovázet svého pacienta v systému zdravotní péče.

Volba terapie u lehčích a středně těžkých forem acne vulgaris

Doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc.

Dermatovenerologická klinika, FN Brno-Bohunice

Souhrn:

Společenský a medicínský význam akné tkví jednak v tom, že je jednou z nejčastějších kožních chorob u dospívajících a jednak, že postihuje někdy i závažnějším způsobem jedince ve vývojovém období. K tomuto životnímu úseku se řadí větší citová zranitelnost a rozkolísanost, ale i estetika zevnějšku – právě speciálně obličej – se dostává na přední místo v subjektivním hodnocení. S tímto onemocněním se setkáváme ve všech zemích světa a u všech ras, ovšem s rozdílnou četností výskytu. Prevalence je téměř 100%, rozdílnost je v závažnosti postižení a v psychickém dopadu na pacienta. Správná volba terapie a její efektivnost optimálně působí na další psychický a fyzický vývoj pacienta. Úspěšnost léčby je též podmíněna včasným zahájením, a to zejména u těch pacientů, u nichž se objevují akné morfy již před 12 rokem věku, neboť raný výskyt těchto projevů indikuje pozdější těžší průběh. Na základě daných zkušeností byly vypracovány možnosti kombinované terapie (guidelines), která přináší podstatně efektivnější a důraznější léčebné výsledky než monoterapie. Dalším důležitým momentem úspěšnosti v léčení akné je kontinuální pokračování v udržovací, či preventivní aplikaci extern, k čemuž se osvědčují zejména azeilanová kyselina a retinoidy.

Klíčová slova:

acne vulgaris, azelainová kyselina, lokální retinoidy, benzoylperoxid, lokální antibiotika, guidelines

Úvod

Místní terapii využíváme především u mírné až středně těžké akné, a také jako doplňující léčbu při celkově podávaných lécích u těžkých či komplikovaných forem tohoto onemocnění. V poslední době je právem zdůrazňováno její místo v udržovací a preventivní aplikaci, pro což jsou vyhrazeny preparáty bez obsahu antibiotik. Hlavní požadované principy místní terapie jsou následující:

- ▶ zmírnění projevů seboroe kůže,
- ▶ úprava hyperkornifikace v sebaceózních folikulech,
- ▶ pokles populace *Propionibacterium*

acnes, a tím dosažený pokles tvorby extracelulárních zánětlivých produktů, ▶ protizánětlivý efekt.

Volba lokální terapie vychází ze závažnosti klinického obrazu a typu pleti (tab.č.1. a 2.). Stupeň závažnosti je dán nejen počtem akné morf, ale také charakterem zánětlivých lézí, rozsahem postižení kůže, trváním onemocnění, způsobem hojení a v neposlední řadě psychosociální sférou pacienta. Místní terapií se ale nedocílí zjistitelného poklesu tvorby mazu, (pozn.: literární údaje v poslední době se soustředí na farmakologické vlastnosti adapalenu

s poukázáním jeho proliferativních účinků na sebocyty s ovlivněním sekrece a složení mazu), pouze přechodného zmírnění mastnoty kůže v místech ošetření. Naopak, časté používání vysušujících extern (zejména lihových roztoků a mýdel), vede k paradoxnímu rychlejšímu promašťování kůže. Před volbou lokálního akneterapeutika je důležité kritické posouzení stavu postižené kůže. Není totiž možné volit optimální lokální terapeutikum, aniž bychom rozhodli, zda má pacient nezánettli-vou či zánětlivou formu akné, resp. které morfologické projevy převažují. Jedním z hlavních postupů v lokální terapii má být správně určená terapie dle formy onemocnění a stavu pleti.

Mechanismus působení lokálních přípravků je podán v přehledné tabulce č.1. Všeobecně se dá říci, že na nezánettli-vé formy akné (*acne comedonica*) se aplikují preparáty s komedolytickým působením a antikomedogenními vlastnostmi. Ve většině případů se však setkáváme se smíšenými formami onemocnění, kde klinický obraz je tvořen jak nezánettli-vými, tak zánětlivými akné morfy (*acne papulopustulosa*). V mnoha klinických studiích bylo zaznamenáno, že snížením počtu komedonů při aplikaci komedolytických léků dochází i k redukci zánětlivých lézí. Dříve se soudilo, že se redukce komedonů dosáhne slupovací kúrou keratolytiky, ale brzy po zavedení kyseliny retinové do léčby se stalo zjevné, že samotné olupování není dostatečným předpokladem pro snižování počtu komedonů. Keratolytické (olupovací-peeling) prostředky totiž rozrušují fibrózní keratin, způsobují keratolýzu, ale nemají přímou komedolytickou aktivitu (např. natriumthioglykolát). Urychlují zasychání papul a pustul. Nejznámějším klasickým olupovacím prostředkem je síra.

Komedolytika uvolňují komedony již vytvořené, novější prostředky zasahují i do jejich tvorby, takže zabraňují vzniku mikrokomedonů, které představují prekurso-ry pro další následné morfy (komedony,

tabulka č. 1

Formy acne vulgaris dle závažnosti

(modifikováno dle W. J. Cunliffa, H. PM Gollnicka: Acne, 2001)

	Komedony	Papuly/pustuly	Noduly/cysty	Záněty	Jizvy
Lehká	< 10	< 10	-	-	-
Střední	< 20	> 10 - 50	-	+	+/-
Těžká	> 20 - 50	> 50 - 100	< 5	++	+
Velmi těžká	> 50	> 100	> 5	+++	+++

Pozn.: - žádný, +/- variabilní, + mírný, ++ význačný, +++ rozsáhlý/četný

tabulka č. 2

Dělení na hlavní 3 typy acne vulgaris

(modifikováno dle G. Plewiga, A. M. Kligmana: Acne and Rosacea, 1993)

Typ akné	Stupeň těžkosti	Komedony	Forma závažnosti akné (viz. tab. č. 1.)
<i>Acne comedonica</i>	I. stupeň	< 10	lehká
	II. stupeň	10 - 25	střední
	III. stupeň	26 - 50	těžká
	IV. stupeň	> 50	velmi těžká
<i>Acne papulopustulosa</i>	Papulopustuly		
	I. stupeň	< 10	lehká
	II. stupeň	10 - 20	střední
	III. stupeň	21 - 30	střední až těžká
IV. stupeň	> 30	těžká až velmi těžká (> 100)	
<i>Acne conglobata (nodulocystica)</i>	Noduly, cysty		
	Lehčí stupeň	< 5	těžká až velmi těžká
<i>Acne conglobata</i>	Noduly, cysty, píštěle, abscesy		
	Těžší stupeň	> 5	velmi těžká

Pozn. Počet morf na polovině obličeje

tabulka č. 3

Terapeutické působení lokálních přípravků

(modifikováno dle W. J. Cunliffa, H. PM Gollnicka: Acne, 2001)

		Komedolytické	Antimikrobiální	Protizánětlivé
retinoidy	tretinoin	++	+/-	-
	adapalen	++	+	+
	isotretinoin	++	+/-	+/-
	tazaroten	++	+/-	-
	azelainová kys.	+	++	++
	benzoyl peroxid	-	++	+
	antibiotika	-	++	++
	salicyl. kys.	+/-	-	+/-

Pozn.: - žádný účinek, +/- možný účinek, + mírný účinek, ++ střední účinek

papuly, pustuly). Mezi komedolytické prostředky se řadí především kyselina retinová, dále pak kyselina azelaová a z klasických prostředků částečně kyselina salicylová. Avšak využití kyseliny salicylové jako komedolytika je závislé na použité koncentraci, neboť komedolytic-

kého účinku i keratolytického účinku se dosáhne až od koncentrace nad 10% salicylové kyseliny v ethanolu nebo ve směsi ethanolu s propylenglykolem. V této koncentraci je však roztok již dosti iritativní v použití na pleť.

I u lokálních akneterapeutik je možný vý-

skyt vedlejších účinků (tab.č.4), s kterými musíme pacienta obeznámit a anamnézou vyloučit kontraindikace podání léku. Nejběžnějším vedlejším účinkem lokálních přípravků je sklon k vyvolání nízkého stupně iritační dermatitidy. Ostatní vedlejší projevy, které bývají ojediněle pozorovány, se mohou týkat např. odbarvení textilu po benzoylperoxidu, žlutému zabarvení kůže v místech aplikace tetracyklinového externa, výjimečně bývá pozorována citlivější kůže po aplikaci retinoidů a je nutno počítat s možností navození resistance *Propionibacterium acnes* na lokální antibiotikum. Účinek léčby je tedy závislý nejen na vhodně voleném léku, ale i na správném poučení pacienta o zásadách aplikace. Jednou z velmi důležitých ponaučení je, aby externum bylo aplikováno nejen na příslušné akné, ale na celou oblast kůže, která je predilekční pro akné. V těchto lokalitách, kde makroskopicky není patologický nále, histologickým vyšetřením se zjišťuje množství mikrokomedonů osídlených *Propionibacterium acnes*. Vzhledem k tomu, že mikrokomedon je prekurzorem všech typů akné, je působení akneterapeutik na této úrovni velmi přínosné pro zabránění přechodu v některou závažnější či závažnou formu akné, nebo opakovaným recidivám. Z dalších neopominutelných momentů při zvažování terapie je kladen důraz na vyhovující podmínky pro pacienta, neboť na dosažení léčebného úspěchu se podílí nejen pravidelná aplikace lokálního prostředku, ale často i prodloužené časové období. Toto období ve velkém procentu případů bývá několik roků (2-4 roky), u těžkých projevu akné i mnohem déle.

Lokální prostředky, které se v dnešní době řadí mezi nejvýznamnější, jsou především retinoidy, kyselina azelainová, benzoylperoxid a antibiotika.

Topické retinoidy (obsahují kyselinu vitamínu A- tretinoin a analoga) jsou volbou v léčbě komedonální akné a patří mezi vysoce účinné léky pro uvolnění obsahu a vyčištění mikrokomedonů. Vzhledem k ovlivnění buněčné proliferace a diferenciace, imunomodulaci, ovlivnění zánětu a tvorby mazu se uplatňují i v aplikaci na zánětlivé morfy, neboť jejich protizánětlivé účinky jsou jak přímé, tak nepřímé. V tomto směru jsou velmi perspektivně hodnoceny účinky třetí generace retinoidů, jako je např. adapalen (Differin® gel) a tazaroten (Tazorac® krém), a to zejména pro ko-

tabulka č. 4

Výskyt možných vedlejších účinků lokálních terapeutik

Agens	Erytém	Olupování	Pálení	Bakter. rezist.	Přechodné zhoršení akné	Fotosenzit.
adapalen	+	+	+	-	+/-	-
tretinoin	+++	++	+	-	++	++
isotretinoin	+	+	+	-	+/-	+/-
azel. kys.	+	+/-	+	-	-	-
benzoyl peroxid	++	++	+	-	+/-	-
lok. antibiotika	+/-	+/-	+/-	+++	-	tetracyklin

Pozn.: - žádný, +/- mírný, + střední, ++ význačný, +++ rozsáhlý

medolytický a protizánětlivý účinek, malý iritační potenciál a výbornou toleranci. Přínosná je možnost kombinace s dalšími lokálními postředy, ať již ze skupiny antibiotik, azelainovou kyselinou nebo benzoylperoxidem. Jsou vhodnou doplňující léčbou při celkové medikaci akneterapeutiky. Význam retinoidů má širší záběr, neboť svoji schopností zabraňovat tvorbě mikrokomedonů (adapalen) jsou i lékem ve sféře udržovací a preventivní (1x denně večer na noc, dle stavu i dlouhodobě, event. i v obdenním rytmu). Kontraindikací aplikace lokálních retinoidů je gravidita.

Azelainová kyselina (azelaová kyselina) ve 20% koncentraci (Aknoren® krém, Skinoren® krém) se v léčbě akné uplatňuje nejen komedolytickým účinkem, ale také antibakteriálním a protizánětlivým působením. Antimikrobiální účinek je připisován schopnosti redukovat syntézu

bakteriálních buněčných proteinů a snížit počty kolonií *Propionibacterium acnes* v pilosebaceousných vývodech. Protizánětlivý efekt je výsledkem antioxidačních vlastností. V mnoha studiích se potvrdily bakteriostatické a baktericidní účinky proti některým aerobním a anaerobním mikroorganismům, a to *Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* a též proti kvasinkám a dermatofytům. Eliminací bakterií a protizánětlivým účinkem dochází v klinickém obraze k poklesu až vymizení papul a pustul. Je to dáno schopností kyseliny azelainové inhibovat buněčné oxidoreduktázy a oxiradikály, které jsou produkovány neutrofily. Pomalejší nástup účinků (cca 14–21 dnů), zejména antibakteriální a protizánětlivý, je vykompenzován nejen výbornou snášenlivostí,

ale i možností dlouhodobé aplikace, neboť nevyvolává bakteriální resistenci a je dobře tolerována i v letní měsíce (není fotosenzibilní). Kyselinu azelainovou je možno využít v kombinaci s lokálními i systémovými akneterapeutiky a dlouhodobě v preventivní i udržovací medikaci, neboť redukuje produkci keratohyalinových granul v keratinocytech folikulárních vývodů. Navíc kontraindikace v aplikaci azelainové kyseliny nebyly popsány, neboť je možno ji využít v graviditě i laktaci a doba léčby není časově omezena. Kromě toho působí kompetitivní inhibicí na enzym tyrozinázu (inhibuje syntézu DNA a aktivitu tyrozinázy). V tomto smyslu ovlivňuje selektivně hyperaktivní nebo abnormální melanocyty a keratinocyty. Nedochozí proto k depigmentaci normální kůže. Zaujímá tak opodstatněné místo v léčbě hyperpigmentací (např. chloasmat, hyperpigmentovaných jizviček) a je proto optimální terapeutickou volbou pro pacienty se sklonem k hyperpigmentovaným výsledným stavům, zejména pro léčbu *acne excoriorum*. Pro monoterapii azelaovou kyselinou je vhodná *acne comedonica* a *acne papulopustulosa* I. a II. stupně. U závažnějších a rozsáhlejších projevů akné je možné využít dobrých kombinačních možností kyseliny azelainové s jak zevními, tak celkovými přípravky. Kyselina azelainová se osvědčuje nejen pro dobrou snášenlivost s ostatními externy (adapalen, antibiotika, benzoylperoxid), ale i příznivými účinky na přesušenou pleť, která bývá

MEDIMPORT - Aknoren

tabulka č. 5

Moderní postupy léčby akné

	LEHKÁ		STŘEDNÍ		TĚŽKÁ
	Comedonica	Papulo /pustulosa (I. a II. st.)	Papulo /pustulosa (III. a IV. st.)	Noduláris	Conglobata
ZÁKLADNÍ LÉČBA	Ret. lok.	Ret. lok. + AT lok. Az. kys. + AT lok.	AT p. o. + Ret. lok. BPO Az. kys. + AT lok.	AT p. o. + Ret. lok. BPO	Ret. p. o. + AT lok.
ALTERNATIVA pro ženy	Az. kys./ Sal. kys./ ovocné kys.	Ret. lok. + AT lok. BPO	jiné AT p. o. + Ret. lok. BPO	Ret. p. o. jiné AT p. o. + Ret. lok. + BPO/AT lok.	AT p. o. (ve vysokých dávkách) + Ret. lok. + BPO
		Az. kys. + BPO	Ret. lok. + Az. kys.		
			hormonální léčba + Ret. lok. AT lok./BPO Az. kys.	jiná hormonální léčba + Ret. lok. AT lok./BPO AT lok./Az. kys.	jiná hormonální léčba + AT p. o. + Ret. lok. BPO
UDRŽOVACÍ LÉČBA	Ret lok., BPO, Az. kys.				

Pozn.: Az. kys. – azelainová (azelaová) kyselina, BPO – benzoyl peroxid, ret. lok. – lokální retinoidy, sal. kys. – salicylová kyselina, AT lok. – lokální antibiotika, ret. p. o. – retinoidy perorální, AT p. o. – antibiotika perorální

průvodním jevem při užití účinných perorálních akneterapeutik. K zabránění recidivy onemocnění po vysazení perorálního akneterapeutika, je významné pokračovat v udržovací terapii, pro kterou je azelainová kyselina velmi výhodná svou možností bezproblémového dlouhodobého podávání (1x – 2x denně).

Benzoylperoxid vede značně rychle ke snížení počtu *Propionibacterium acnes*, přičemž jeho antibakteriální vliv se uplatňuje i v hloubce pilosebaceous jednotky, kde oxysličující vlastnosti účinně snižují počty *Propionibacterium acnes* přítomných ve folikulu. Z toho vyplývá i pokles procenta volných mastných kyselin v mazu, čímž se maz stává méně dráždivým. Následně se snižuje počet záneřných lézí. Benzoylperoxid má také přímý keratolytický účinek, nepatří však mezi komedolytika. Na rozdíl od antibiotik nevyvolává bakteriální rezistenci. Je obsažen v různých preparátech jako gel, krém nebo lotio v 2%, 3%, 5% nebo 10% koncentraci (např. Aknefug® oxid mild, Akneroxid®, Eclaran®).

Lokálně aplikovaná antibiotika účinkují především antimikrobiálně. Jejich klinický efekt spočívá ve schopnosti suprese *Propionibacterium acnes* v sebaceous folikulech po prostoupení do folikulárního

kanálu. Mají tak významný protizánětlivý efekt, čímž vedou ke snižování počtu záneřných morf a omezují jejich tvorbu. Neovlivňují však tvorbu komedonů. Lokální léčba antibiotiky má tu výhodu, že působí víceméně přímo na nemocnou oblast a vede k minimálním vedlejším účinkům. Nevýhodou však je stupňující se rezistence *Propionibacterium acnes* zejména proti tetracyklinovým a erytromycinovým antibiotikům. Vzhledem k tomu je jejich aplikace nutná nejen 2x denně po dobu 2–3 měsíců, ale v kombinaci ještě s některým dalším akneterapeutikem bez obsahu antibiotika (azelainová kyselina, retinoid, benzoylperoxid – dle klinického obrazu). Pokud se efekt přípravku s obsahem antibiotika neprojevuje do 3 týdnů, nemá význam v aplikaci pokračovat a je nutno provést změnu léčby. Jinak se však zbytečně léky v krátkých úsecích nestřídají, neboť tímto způsobem se neurychlí zlepšování klinického obrazu, ale naopak snadněji dochází k rezistenci mikrobu a event. k podráždění kůže. Navíc se tímto postupem podporuje negativní postoj pacienta k léčbě s pocitem bezvýchodné situace. Po ukončené terapii lokálním antibiotikem je důležité pokračovat v udržovací aplikaci některého z jmenovaných extern, a to vesměs po mnoho měsí-

ců (také dle věku pacienta – čím mladší, tím snadnější zhoršení), aby se předešlo recidivě onemocnění.

Terapeuticky jsou u akné využívány především tři skupiny antibiotik: *tetracyklin*, *erytromycin* a *klindamycin* (např. Aknemycin® roztok, Eryfluid® roztok, Dalacin® T roztok, mléko, Isotrexin® gel, Zineryt® roztok). Isotrexin® gel a Zineryt® roztok patří mezi kombinované preparáty erytromycinu s isotretinoinem a erytromycinu se solemi zinku. Lokálně aplikovaný tetracyklin je používán dle rozpisu v 3% pastě, ostatní jmenovaná antibiotika jsou hotově distribuovanými externy v podobě roztoku, gelu, krému a masti v koncentraci 0,5–4%. Ne však všechny typy vehikula a koncentrací jsou registrovány v naší zemi.

Na zánětlivé projevy akné se používá také chloramfenikol ve 2–4% koncentraci, neboť působí bakteriostaticky na *Propionibacterium acnes*. Je zhotovován magistraliter v lihovém roztoku.

Závěr

Nespornou výhodou kombinované léčby je jednak potencování účinků akneterapeutik a jejich vzájemné doplnění, jednak tlumení nežádoucích vedlejších účinků a v neposlední řadě i omezení vzniku rezistence mikrobu na antibiotika. Tyto důležité poznatky vedly postupně k vytvoření evropských směrnic (guidelines) na kterých, na kterém se podílela Globální aliance pro zlepšení výsledků léčby akné a její evropská poradní skupina (European Acne Advisory Board). Částečná modifikace, dle zkušeností dermatologů v naší zemi, byla provedena Českou akné iniciativou (viz tab.č.5). Jak vyplývá z posledních poznatků, léčba akné lehčí až střední formy se nejlépe zahajuje kombinací zevních akneterapeutik. U těchto forem až při torpidním průběhu onemocnění se zvažuje i léčba celková (především u acne papulopustulosa II. a III. stupně). U forem těžkých a velmi těžkých se již bez celkové terapie doplněné příslušným lokálním externem nedosahuje dobrých či výborných výsledků léčby. Tyto komplikované formy a/nebo špatně reagující na lokální léčbu jsou indikací k řešení na kožních ambulancích či specializovaných poradnách pro akné.

Literatura u autorky

POEM (Patient oriented evidence that matters)

Důležité důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Bupropion + substituce nikotinem není lepší než substituce sama

► **Klinická otázka:** Zvýší přidání bupropionu k probíhající nikotinové substituci a současnému poradenství počet ukončení kouření?

► **Závěr:** Přidání bupropionu (Zyban, Wellbutrin) k probíhající nikotinové substituci a kognitivně behaviorálnímu poradenství nezvýší počet dlouhodobého zanechání kouření. Počty úspěšných ukončení kouření po jednom roce byly podobné v obou skupinách - 22% a 28% (P=NS). (LOE=1b)

► **Zdroj:** Simon JA, Duncan C, Carmody TP, Hudes ES. Bupropion for smoking cessation. Arch Intern Med 2004; 164:1797-803.

► **Typ studie:** Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě slepá)

► **Rozdělení:** Nejisté

► **Prováděcí prostředí studie:** Ambulantní (jakékoliv)

► **Synopse:** Do studie bylo začleněno 209 mužů a 34 žen, kteří byli v péči lékařského centra válečných veteránů ve Spojených státech. Tito kuřáci byli většinou svobodní běloši středního věku, kteří se přihlásili na základě inzerce z lékařského centra nebo byli osloveni na základě seznamu pacientů, kteří se již dříve účastnili studií zaměřených na odvykací program. Pacienti byli randomizováni (utajení rozdělení je nejisté) do skupin s placebem a bupropionem 150 mg dvakrát denně po dobu 7 týdnů. Pacienti v obou skupinách také obdrželi kognitivně behaviorální poradenství v délce 30-60 minut s 5ti telefonickými kontrolami. Současně užívali nikotinovou substituci formou transdermálních nikotinových náplastí. Tak jak bývá typické v studiích odvykání kouření, počet časných ukončení kouření byl vysoký: 81% v první týdnu. Klinicky relevantní výsledek pro zanechání kouření je počet ukončení přetrvávající po jednom roce. V této studii nebyly počty biochemicky potvrzených nekuřících pacientů po jednom roce od ukončení kouření v obou skupinách statisticky rozdílné: 19% ve skupině bupropionu a 24% ve skupině placeba (P= NS). Výsledky byly lepší u pacientů, kteří lépe spolupracovali, ale bez rozdílu v obou skupinách: 28% ve skupině bupropionu a 22% ve skupině placeba.

Lactobacillus nezabrání rozvoji post-antibiotické vaginitidy

► **Klinická otázka:** Může lactobacillus ať ve formě orální, vaginální nebo v současně

obojím podání zabránit vzniku post-antibiotické vaginální kandidiázy?

► **Závěr:** Lactobacillus ať ve formě orální, vaginální nebo obojí neměl žádný vliv na rozvoj kultivačně potvrzené vaginální kandidiázy. Laktobacilová probiotika se prokázala být účinná pouze na zlepšení post-antibiotického průjmu (Aliment Pharmacol Ther 2002; 16:1461-67) (LOE = 1b)

► **Zdroj:** Pirotta M, Gunn J, Chondros P, et al. Effect of lactobacillus in preventing post-antibiotic vulvovaginal candidiasis: a randomised controlled trial. BMJ 2004;329: 548-51.

► **Typ studie:** Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě slepá)

► **Rozdělení:** Tajné

► **Prováděcí prostředí studie:** Ambulantní (primární péče)

► **Synopse:** Probiotika jsou komenzální mikroorganismy, které se podávají jako antagonisty účinků patologických mikroorganismů. Slouží jako náhrada přirozené bakteriální flory, která byla vyhubena antibiotiky s cílem zabránění vzniku post-antibiotického průjmu nebo vaginální kandidiázy.

V této studii byl hodnocen účinek produktů obsahujících Lactobacillus spp. na zabránění vzniku vaginální kandidiázy u 278 netěhotných žen, které užívaly krátkodobou léčbu antibiotiky pro gynekologickou infekci. Použitá antibiotika nebyla specifická. Ženy byly náhodně a tajně rozděleny do 4 skupin: s orálním přípravkem obsahujícím Lactobacillus spp., s vaginálním pesarem obsahujícím Lactobacillus, s obojí léčbou a s placebem. Ženy během 6-ti denní antibiotické léčby užívaly orální přípravek dvakrát denně 20 minut před jídlem a pesar aplikovaly na noc po dobu celkem 10 dnů. Životaschopnost laktobacilů byla potvrzena. Candida byla vykultivována u 23% žen, což je počet konzistentní s výsledky jiné studie. Nebyl zjištěn žádný rozdíl v počtu vaginálních kandidiáz u žen, které užívaly jednu nebo obě formy probiotika nebo placebo.

Ultra-nízká dávka estrogenu pomáhá kostní denzitě bez nebezpečí endometriální hyperplázie

► **Klinická otázka:** Zabrání ultra-nízká dávka transdermálního estradiolu zhoršení kostní minerálové denzity bez toho, aby způsobila endometriální hyperplazii u starších žen?

► **Závěr:** Náplasti, které uvolňují 14 ug estradiolu denně, zabrání snížení kostní denzity u žen ve věku 60 - 80 let bez

vzniku endometriální hyperplázie. Toto je důkaz orientovaný na onemocnění, proto zůstaňte bdělí k výsledkům budoucí studie, která hodnotí klinické výstupy, jako výskyt zlomeniny femorálního krčku apod. Do té doby, u žen, které chtějí užívat hormonální léčbu jako prevenci osteoporózy, tato léčebná alternativa odstraňuje riziko z podávání progestinů. (LOE = 1b)

► **Zdroj:** Ettinger B, Ensrud K, Wallace R, et al. Effects of ultralow-dose transdermal estradiol on bone mineral density: a randomized clinical trial. Obstet Gynecol 2004; 104: 443-51.

► **Typ studie:** Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě slepá)

► **Rozdělení:** Tajné

► **Prováděcí prostředí studie:** Ambulantní (primární péče)

► **Synopse:** Iniciativa pro ženské zdraví prokázala, že kombinovaná hormonální léčba orálními konjugovanými estrogény (CEE) a medroxyprogesteronem nese více rizika než CEE samy o sobě. Jak kombinovaná léčba tak samostatná estrogenová substituce zabránila vzniku osteoporotických fraktur. Průzkumy, které by použily jiné formule a cesty podání nebyly zahrnuty, ale pravděpodobně by přinesly podobné výsledky. Nejnižší standardní dávka transdermálního estradiolu uvolní 25 ug účinné látky denně. Autoři studie testovali ultra-nízkou dávku 14 ug (n=208) oproti placebu (n=209) po dobu 2 let. Ve studii byly randomizovány ženy ve věku od 60 do 80 let. Ženy v obou skupinách současně užívaly kalcium a vitamin D. Počáteční Z-skóre kostní minerálové denzity bederních obratlů nebylo u sledovaných nižší než -2.0. Studii dokončilo asi 90% žen v každé skupině. Analýza byla dělána s ohledem na léčbu. Bederní denzita se zvýšila průměrně o 2,6% ve skupině s estrogenem oproti 0,6% ve skupině placeba (P < 001). Celková denzita kyčle se zvýšila o 0,4% ve skupině s estrogenem a snížila se o 0,8% ve skupině placeba (P < 001). Endometrium bylo hodnoceno endometriální biopsií na začátku a za 1 a za 2 roky. V případě neúspěšné biopsie byla provedena transvaginální ultrasonografie a v případě zesílení endometria na 5mm a více byla provedena dilatace a kyretáž. Ve skupině s estrogenem byl zjištěn na konci studie jeden případ endometriální hyperplázie (0.5%; 95% CI, 0-7.3%); ve skupině s placebem nebyl zjištěn žádný případ (P = NS).

J.L.

©Copyright 2004 InfoPOEM, Inc. All Rights Reserved

Otitis media acuta

Doc. MUDr. Ludmila Vyhnánková, CSc.

Klinika ušní, nosní a krční, 2. LF UK a FN Motol, Praha

Souhrn:

Akutní středoušní záněty patří mezi nejčastější respirační infekce, zejména dětského věku. U dospělých se více setkáváme s katarom Eustachovy trubice. V etiologii otitis media acuta se uplatňují zejména respirační viry, z bakterií *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* a další. V článku je podán rozbor průběhu onemocnění, klinických projevů, diagnostiky a léčby.

Klíčová slova:

otitis media acuta, respirační viry, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, antiflogistika, antibiotika, paracentéza.

Epidemiologie

Akutní středoušní záněty patří mezi nejčastější respirační infekce. Vysoký výskyt je zejména v prvních 2 letech života, dále na jejich četnosti ubývá, průměrně připadá na každého z nás 1–2 otitidy za život. U dospělých pacientů se častěji vyskytuje katar Eustachovy trubice, společně s rinitidou, sinusitidou, či v návaznosti na tyto infekce. Otitis media acuta u dospělého pacienta, který má na druhém uchu surditas, musíme považovat za závažné onemocnění a podávat antibiotika.

Etiologie

Nejčastějším primárním činitelem jsou viry, jde o respirační syncytiální virus, adenoviry, viry chřivky A a B. Na sliznici postiženou virem nasedá velmi často bakteriální infekce, zde jsou nejvíce zastoupeny *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella (Branhamella) catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*. Infekce se do středouší dostává nejčastěji cestou Eustachovy trubice, méně často hematogenně, a vzácně cestou trauma-

tickou při perforaci bubínku. Poslední varianta přichází v úvahu zejména u starších dětí či dospělých. V letních měsících vznikají externí otitidy, kdy etiologickým agens může být například *Pseudomonas aeruginosa*, a následně může vzniknout i u dospělého otitis media.

Patofyziologie – stadia akutního středoušního zánětu – manifestní průběh

- ▶ **Stadium tubární okluze:** nastává kolaps Eustachovy trubice, ve středouší vznikne podtlak, pacient pociťuje zalehnutí ucha a bolest. Při otoskopickém nálezem vidíme nastříklé cévy podél manubria (obr. č. 1). Infekce se šíří na sliznici středouší a mastoidálního výběžku.
- ▶ **Stadium presupurace:** ve středoušní dutině a mastoidálním výběžku dochází ke hromadění zánětlivého exsudátu, postupně se vyvíjí přetlak. Na bubínku vidíme zarudnutí, infiltraci, zánětlivé změny začínají v zadním horním kvadrantu, postupují do zadního dolního kvadrantu a posléze na přední polovi-

nu bubínku. Klinicky je výrazná bolest ucha, zvýšená teplota, u kojenců pozorujeme nekolid.

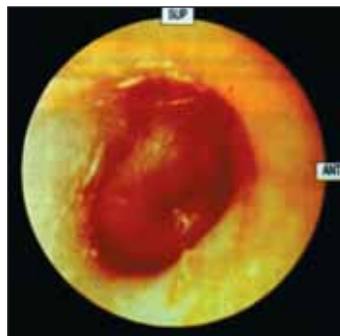
- ▶ **Stadium suppurace:** vlivem bakteriální superinfekce se středoušní sekret stává hnisavým, otoskopicky je bubínek vyklenutý, dekonturovaný (nelze identifikovat krátký výběžek kladívka), někdy vidíme žlutavě prosvítat hnis. (obr. č. 2) Přetlakem sekretu ve středouší může dojít k perforaci bubínku. Nemocný má vysokou horečku, výraznou otalgii, kojenci mohou zvracet či mají průjem. Otlagie ustupuje po spontánní perforaci bubínku či provedené paracentéze neboli myringotomii.
- ▶ **Stadium reparace:** sekrece ze středouší trvá několik dnů, postupně dochází k ústupu zánětlivých příznaků, bubínek nabývá opět typických kontur, výsledkem je Bezoldova trias.

Léčba

- 1. Stadium:** lokálně lze použít Burow alkohol na longetě či analgeticko-antiflogistické ušní kapky, například Otobacid. Důležité je odsávání nosního sekretu a aplikace vazokonstričních nosních kapek. Celkově podáváme antiflogistikum, nejlépe se osvědčuje Ibuprofen.
- 2. Stadium:** léčba je stejná, Otobacid aplikujeme 3–4x denně, pacienta kontrolujeme zejména při zhoršení příznaků.
- 3. Stadium supurace:** v tomto stadiu je plně indikována paracentéza neboli myringotomie, provádí ORL specialista v zadním dolním kvadrantu bubínku. Vhodný je odběr sekretu na bakteriologické vyšetření. Došlo-li k spontánní perforaci bubínku a odtok sekretu ze středouší je dostatečný, není nutné paracentézu připojit. Další domácí ošetřování otitidy spočívá v čištění ucha v cavum conchae a vchodu do zvukovodu borovou vodou, při ORL kontrolách je středoušní sekret odsáván, eventuálně jsou indikovány vylpachy a odsátí sekretu.



Obr. č. 1: Otitis media acuta – stadium tubární okluze.



Obr. č. 2 Otitis media acuta – stadium suppuratione

Často diskutovanou otázkou je, zda podat při běžné supurativní mesotitidě **antibiotika**, či nikoliv. Antiflogistika podáváme vždy, pacient, který nedostane antibiotika, musí být dostatečně poučen a dále sledován.

Antibiotikum podáme, jsou-li klinické příznaky výrazné, tj. horečka, hnisavý sekret při paracentéze, eventuálně jsou rozvinuté další celkové příznaky. Autoři, kteří jsou zastánci tohoto přístupu, jsou toho názoru, že antibiotika zmírňují obtí-

že pacienta, zkracují průběh všech stadií a mohou většinou zabránit vzniku komplikací otitid, například mastoiditis acuta či paresis n. facialis. Rosenfeld, který zpracoval data ze 33 klinických center u léčených 5400 dětí udává, že volba prvního antibiotika má být vedena zvážením bezpečnosti, tolerance a účinnosti léku. Další autoři zdůrazňují věk pacienta, anamnézu, odpověď na předchozí terapii a regionální citlivost na patogeny. V České republice bude antibiotikem první volby **ampicilin**, při alergii na betalaktamy pak makrolid. Při neúspěchu léčby se řídíme výsledky bakteriologického vyšetření, v úvahu při-

že pacienta, zkracují průběh všech stadií a mohou většinou zabránit vzniku komplikací otitid, například mastoiditis acuta či paresis n. facialis.

cházejí aminopeniciliny potencované inhibitory betalaktamázy nebo cefalosporiny stabilní vůči betalaktamázám (2. generace). Doba podávání antibiotik je 5–10 dnů. Součástí léčby může být i podávání mukolytika per os, například Mucosolvanu či Sinupretu. Pacienta sledujeme až do normalizace funkce středouší, provádíme vždy tympanometrii, u starších dětí a dospělých také audiometrii. Téměř u 50% pacientů může přetrvávat lehká převodní nedoslýchavost a patologický nález při tympanometrii (B nebo C 2 křivka). Sledování těchto nemocných až do normalizace nálezů je prevencí vzniku chronické sekretorické otitidy.

Kromě manifestního průběhu existuje i **latentní forma** akutní otitidy, vidíme ji více u kojenců a malých dětí. V etiologii tohoto typu zánětu se uplatňuje neadekvátní terapie antibiotiky, dále nedůsledná sanace zánětů horních cest dýchacích a terapie hnisavé otitidy bez paracentézy. Uvažuje se o málo virulent-

Orion Diagnostica - CRP

ní infekci *Streptococcus pneumoniae* mucosus či dalších rezistentnějších bakterií po vymýcení kmenů citlivých na antibiotika. Zánět přechází ze stadia klidu do stadia vzplanutí v rozmezí 1–3 týdnů, většinou v závislosti na ukončení léčby antibiotiky.

Klinický obraz

V období latence jsou příznaky chudé, mohou být subfebrilie, dítě hůře jí, ve stadiu vzplanutí se objevují otalgie a horečka, eventuálně perforace bubínku a odtok hlenohnisavého sekretu. Otoskopický nále- bubínek je v klidovém období ztlustělý, nemá ostré kontury, má bledě růžovou barvu, omezenou pohyblivost. Je přítomna převodní nedoslýchavost, ověřitelná tympanometrií. Ve stadiu zjištění se objeví cévní injekce, infiltrace bubínku je méně výrazná než u formy manifestní. **V léčbě** je důležitá široká parecentéza s odssátím středoušního sekretu, antibiotika podáváme pouze na základě výsledků citlivosti bakteriologického vyšetření. Důležité je zhodnotit stav horních cest dýchacích, v případě sinusitidy tuto vyléčit, eventuálně provést na závěr léčby adenotomie. Pečujeme o funkci Eustachovy trubky, pacienta sledujeme až do úplného zhojení sluchu, cennou metodou je opět tympanometrie. V některých případech je vhodné zavést dlouhodobou transmyringickou drenáž, pacient je dále dispenzarizován. V indikovaných případech provádíme rentgenologické vyšetření pneumatického systému mastoideálního výběžku a při nálezu latentní mastoiditidy je indikována antromastoidektomie. Za zmínku stojí i **atypické formy průběhu** akutních otitid. Při **abortivní** formě dochází ke spontánnímu odeznění příznaků a pacient většinou lékaře ani ne navštíví. **Perakutní průběh** středoušního zánětu přichází v úvahu hlavně u dětí v prvních měsících života. Klinické příznaky jak místní, tak celkové jsou bouřlivé a stav vyžaduje hospitalizaci s parentálním podáním antibiotik. Při **protrahované** formě akutní otitidy trvá sekrece ze středouší déle než 10 či 14 dnů. Tento typ zánětu může přejít v mastoiditis či otitis media chronica.

U **recidivujících otitid** se uplatňuje řada

faktorů. Na prvním místě je to určitá dědičná dispozice ke vzniku otitid. Častou příčinou recidiv bývají **adenoidní vegetace**, které působí dvojitým patofyziologickým mechanismem. Způsobují ztíženou funkci Eustachovy trubky a zároveň jsou fokusem infekce. Po správně načasované a provedené adenotomii ustane 60% recidiv otitid. Adenotomii provádíme v celkové intubační anestezii pod endoskopickou kontrolou. Tím je zajištěna větší přesnost zákroku, je přehledná i oblast tubární tonzily a počet recidiv je omezen na minimum. Důležité je myslet na **bacilosociální** členů rodiny. Při pozitivním bakteriálním nálezu z krku přeléčíme nositele dle citlivosti. Další důležitou skupinou příčin jsou **alergie** či poruchy **imunologické**. Z alergií to mohou být jak vlivy ovzduší, tak potravinové alergeny, alergie na viry, bakterie, roztoče, domácí zvířata atd., pacient by měl být vyšetřen alergologem, klinickým imunologem. Po stanovení diagnózy je doporučena léčba (autovakciny, Ribomunyl, Bronchovaxom, Luivac). Chybou je zahajovat tuto léčbu naslepo či kombinovat několik preparátů. Součástí prevence recidiv otitid je též **klimatická léčba**. V této oblasti jsou stále rezervy, které nevyužíváme dostatečně.

U dospělých se častěji setkáme s akutním katarom sluchové trubice.

Catarrhus tubae auditivae acutus, akutní katar sluchové trubice vzniká při akutních zánětech horních cest dýchacích (rinosinusitidách, faryngitidách) přestupem infekce z nosohltanu do sluchové trubice. Zduřením její sliznice a zvýšenou sekrecí je znemožněna fyziologická funkce trubky. Projevuje se tlakem a zalehnutím v uchu, spojeným s nedoslýchavostí a zvýšenou autofonií, někdy i bolestí ucha při smrkání a polykání. Otoskopicky nacházíme bubínek šedý, s nastříknutím cév podél manubria. Léčba zahrnuje celkové podávání antiflogistik, (Ibuprofen či Paralen), vazokonstričních nosních kapek, do ucha dáváme Otobacid 2–3 kapky 3–4x denně. Funkci E. trubky zlepšuje i Clarinase Repetabs tbt. Léčba akutního kataru E. trubice trvá většinou 14 dnů.

Léčba otitis media acuta u dospělých se řídí stejnými zásadami jako u dětí. Antibiotikum podáme vždy, když má pacient surditas či těžkou nedoslýchavost na uchu nepostíženém otitidou. Z antibiotik můžeme volit empiricky i Deoxymykoin. Prudký středoušní zánět u starců – **otitis media acuta senium**. Zánět probíhá za slabé celkové i místní reakce. Bolesti v uchu jsou mírné nebo zcela chybějí a nemocný má jen pocit tlaku a zalehlosti v uchu. Teplota bývá normální nebo jen lehce zvýšená. Nemocný může vyhledat lékařskou pomoc se zpožděním, tím je větší riziko kostní či nitrolební komplikace. **Imunokompromitovaní** pacienti– v léčbě akutních bakteriálních otitid u těchto nemocných podáváme antibiotika, nejlépe podle citlivosti.

Shrnutí pro praxi

Otitis media acuta patří mezi nejčastější respirační infekce, zejména u dětí. U dospělých je častější katar Eustachovy trubky. Diagnostika je založena na anamnéze, lokálních i celkových symptomech a otoskopii. Prvotní bývá virová etiologie, kdy v terapii postačí celkové antiflogistika a lokálně Otobacid. Při bakteriální superinfekci můžeme s podáním antibiotika vyčkat při mírnějším průběhu onemocnění za předpokladu, že pacienta budeme dále sledovat. Při těžším průběhu bakteriální mesotitidy podáváme antibiotikum empiricky, léčbu pak můžeme změnit dle výsledku bakteriologického vyšetření. Praktický lékař by měl pacienta předat do péče otolaryngologa, je-li dle otoskopického nálezu a celkových příznaků indikována paracentéza–myringotomie. Pacienta sledujeme nejen do normálního otoskopického nálezu, ale i do úpravy sluchu. Zejména u recidivujících otitid je velmi důležitá mezioborová spolupráce, tj. spolupráce praktického lékaře, pediatra, otolaryngologa, alergologa– imunologa a mikrobiologa.

Literatura:

- 1) Becker W., Naumann H. H. : Ear, Nose and Throat Diseases, 1994, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, p. . 82-136.
- 2) Hybášek I.: Ušní, nosní a krční lékařství, Galén 1999, str. 141-156
- 3) Škeřík P.: Otorinolaryngologie, Scientia Medica, 1993, str. 135-159

Revmatoidní artritida, časná diagnostika a léčba dnes

MUDr. Liliána Šedová, Prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.

Revmatologický ústav, Praha

Souhrn:

Revmatoidní artritida (RA) je chronické zánětlivé autoimunitní, převážně kloubní onemocnění, obvykle charakteru symetrické polyartridy, které vede k rozvoji kloubních destrukcí a deformit (obr. č. 1). Může se manifestovat i mimokloubním postižením. RA byla dlouho považována za benigní onemocnění. Epidemiologická sledování však ukazují, že zkracuje život pacientů průměrně o 10 let a prognóza pacientů s RA je srovnatelná s prognózou pacientů s některými typy lymfomů (1).

Klíčová slova:

revmatoidní faktor, léčba DMARDs, glukokortikoidy, NSA

Úvod

Onemocnění postihuje přibližně 1 % populace, častěji ženy (v poměru 2–3:1 oproti mužům) a obvykle začíná mezi 35.–45. rokem, ale může postihnout pacienta v každém věku, včetně dětí. Praktický lékař může očekávat ve své praxi průměrně jeden nový případ každých 12–46 měsíců (2). Choroba provází nemocného po celý zbytek jeho života, vyžaduje intenzivní léčbu, často pacienty invalidizuje, a proto bývá některými autory také označována jako jedna z „nejdražších nemocí“. Proto je nezbytná časná diagnostika choroby, hodnocení prognózy a tomu odpovídající nasazení dostatečně agresivní terapie (viz níže). Prognózu hodnotíme jednak dle klasických markerů (přetrvávající nekontrolovaná polyartritida a vysoké reaktanty akutní fáze, pozitivita revmatoidních faktorů, především časně, mimokloubní a systémové příznaky, rychlá ztráta funkční schopnosti, časný vznik erozí, přítomnost tzv. sdíleného epitopu (DRB1* 0401, 0404, 0405), nízké vzdělání a psychosociální problémy) a nově dle pozitivita anticitrulinových protilátek. Jedná se o protilátky proti citrulovanému cyklickému peptidu identifikující filagrin, ve kterém došlo enzymaticky ke změně argininu na citrulin. Jejich detekce se provádí metodou ELISA (3).

U RA dochází po počáteční aktivaci imunitního systému zatím neznámým antigenem k infiltraci synoviální membrány zánětlivými buňkami a lokální produkci prozánětlivě působících cytokinů (TNF-alfa, interleukin-1 aj.) a autoproti-látek. Synoviální membrána se přeměňuje na vaskularizovanou granulační tkáň, tzv. pannus. Tato proliferující tkáň přerůstá přes chrupavku a dostává se až do subchondrální kosti. Buňky pannu a další aktivované buňky produkují proteolytické enzymy, které vedou k erozi chrupavky, kosti a vazů i šlach. Onemocnění probíhá v počátcích často plíživě a necharakteristicky. Manifestaci onemocnění může předcházet období slabosti, únavnosti a nechutenství. Časnou známkou subklinicky probíhající artritidy drobných ručních kloubů je atrofie interesseálních svalů rukou a snížená síla stisku. V průběhu týdnů až měsíců se vyvíjí artritida, postihující obvykle nejprve klouby zápěstí, metakarpofalangeální a proximální interfalangeální klouby. Je obvykle symetrická. Charakteristické je ranní maximum bolestí, doprovázené pocitem ranní ztuhlosti. Postižené klouby jsou zduřelé, teplejší a na pohmat bolestivé, bolestivá je aktivní i pasivní hybnost v kloubu. Kůže nad klouby bývá bledá. Asi u patnácti procent pacientů začíná

onemocnění akutně, s polyartritidou a těžkými systémovými symptomy. Horečka, váhový úbytek a nauzea doprovázejí kloubní projevy u 10 % pacientů a mohou vést k diagnostickým rozpakům a podezření na skrytou malignitu. U starších pacientů je počátek revmatoidní artritidy snadno zaměnitelný za revmatickou polymyalgii s bolestmi v oblasti ramenního a pánevního pletence bez provázející ztuhlosti.

RA má klasicky relabující a remitující průběh s těžkým tkáňovým poškozením, které ovlivňuje hybnost kloubů. Svalová atrofie a destrukce šlachových pochev a posléze i kloubů vede k instabilitě kloubu a vývoji deformit a subluxací. Typické deformity se vytvářejí u ručních kloubů – ulnární deviace a subluxace v MCP skloubení, deformity labutí šije a knoflíkové dírky, u nožních kloubů subluxace MTP, kladívkovité prsty, halluces valgus, valgusita kolen. Při gonitidě mohou vzniknout popliteální pseudocysty (Bakerovy cysty) komunikující s kolenním kloubem, kde díky ventilovému uzávěru se kloubní tekutina nemůže vracet zpět do kolenního kloubu, jsou vystaveny vysokému tlaku a v důsledku toho může dojít k jejich ruptuře, jež vede k bolesti a otoku lýtky a může imitovat nebo indukovat žilní trombózu. Může být postižena i krční páteř (nejčastěji atlanto-axiální skloubení). Postižení krční páteře se může vyskytovat již od časných stadií choroby. Obvykle působí bolesti v oblasti krku, vyzařující do týla, ale v závažných případech může vést ke kompresi míchy a náhlému úmrtí nebo k postupně progredující cervikální myelopatii. Tato situace si vyžadá dekompresi a fixaci a proto je nutné s touto lokalizací pannu počítat a aktivně ji vyhledávat. V těchto případech je nutná zvýšená opatrnost při chirurgických výkonech vyžadujících intubaci. U revmatoidní artritidy se kromě kloubních projevů setkáváme s **mimokloubním postižením**. Charakteristické jsou

tabulka č. 1

RTG stadia revmatoidní artritidy dle Steinbrockera

- I. st.: periartikulární porůza a zduření měkkých tkání
- II. st.: zúžení kloubních štěrbin, eroze
- III. st.: změny st. II. + kloubní deformity
- IV. st.: změny st. III. + ankylóza

tabulka č. 2

Diagnostická kritéria revmatoidní artritidy

Pacienti by měli splňovat nejméně 4 z následujících kritérií:

- Ranní ztuhlost trvající nejméně jednu hodinu po dobu 6 týdnů
- Artritida s otokem nejméně 3 kloubů po dobu 6 týdnů
- Artritida ručních kloubů s otokem, nejméně po dobu 6 týdnů
- Symetrická artritida po dobu nejméně 6 týdnů
- Revmatoidní uzly
- Typické RTG změny
- Přítomnost revmatoidního faktoru v séru (pozitivní u 80 % pacientů)

revmatické uzly, nejčastěji lokalizované v okolí postižených kloubů, v místě vystaveném tlaku nebo tření, zvláště pak na extenzorových plochách, vyskytují se asi u 20% nemocných. Jedná se obvykle o benigní, nebolestivé afekce, které ale mohou tvořit mechanickou překážku nebo při mechanickém dráždění exulcerovat nebo se infikovat. Revmatické uzly se mohou vyskytnout i v plicním parenchymu na což je nutno pamatovat při diferenciální diagnóze ložiskového procesu plicního. Jiné typy plicního postižení jsou pleuritida a intersticiální plicní fibróza. Až u třetiny pacientů se mohou objevit oční manifestace, nejčastěji suchá keratokonjunktivitida, vzácněji episkleritida a skleritida.

K sekundárním komplikacím RA patří generalizovaná osteoporóza, svalová slabost a atrofie kůže. Nechutenství, váhový úbytek a nauzea mohou připomínat skrytou malignitu. Lymfadenopatie nejčastěji postihuje uzliny drénující zánětem postižené klouby, ale může být i generalizovaná.

Hematologická i biochemická vyšetření nespecificky odrážejí přítomnost systémového zánětu. Bývá zvýšená až vysoká sedimentace a sérová hladina C-reaktivního proteinu, v krevním obraze může být anémie, nejčastěji charakteru sekundárního při chronických onemocněních, můžeme zjistit mírnou leukocytózu a trombocytózu. Obvykle nacházíme zvýšení gamaglobulinové frakce sérových proteinů, současně může být hypalbuminémie. U 60–70 % pacientů nacházíme v séru

revmatoidní faktor (RF), který stanovujeme latex fixační zkouškou nebo metodou ELISA. RF je autoprotilátka proti Fc fragmentu humánního gamaglobulinu; pokud je RF přítomen, hovoříme o seropozitivní formě onemocnění, která má horší prognózu a je spojena s vyšší frekvencí mimokloubních příznaků (revmatické uzly, vaskulitida apod.). U části pacientů, zvláště se systémovými projevy mohou být přítomny i antinukleární protilátky. Anti citrulinové protilátky mají vysokou specificitu pro časnou RA (97 %) a silnou asociaci s erosivní formou (65%). Předpokládá se, že hrají určitou roli v patogenéze RA a v lokálním mechanismu aktivace zánětu.

RTG nálezy není v počátcích onemocnění charakteristický. Nespecifickým projevem zánětu je periartikulární porůza, počínající kloubní eroze se mohou projevit jako cystoidní projasnění či lokalizovaná dekalcinace. Kloubní eroze jsou patrné na RTG marginálně a hledáme je v úvodu onemocnění na rukách i na nohách. V pokročilých stádiích onemocnění nacházíme destrukce kloubů s deformitami až ankylózy postižených kloubů. RTG obraz je jedním z podkladů morfologické klasifikace RA (viz tab. 1).

Diagnostika RA není v úvodu onemocnění jednoduchá, zvláště u pacientů s nespecifickými příznaky a plíživým nástupem choroby. Pro diagnostiku RA užíváme v praxi i v klinických studiích klasifikační kritéria ACR (American College of Rheumatology) pro RA z r. 1988 (4) (viz tab. 2), která kombinují charakteristické klinic-

ké příznaky s přítomností revmatoidního faktoru a charakteristickým RTG nálezem. O diagnózu RA se jedná v případě splnění čtyř z uvedených sedmi kritérií.

Terapie revmatoidní artritidy

Terapie RA se v posledních 10 letech dramaticky změnila. Přibyly nové léky ze skupiny tzv. chorobu modifikujících léků (DMARDs – disease modifying antirheumatic drugs), nově byly zavedeny tzv. biologické léky, zásadně se změnila terapeutická strategie.

Změnily se i cíle naší léčby. Úplné a nezvratné vyléčení RA není v současné době reálné. Cílem léčby však musí být navození remise onemocnění, zpomalení až zastavení rentgenové progresy choroby a udržení dobrého funkčního stavu, který umožňuje kvalitní život, včetně schopnosti pracovat a věnovat se koníčkům. Věnujme se dále některým principům a strategiím a v další části pak jednotlivým lékům.

► princip – časná diagnóza

Chorobu modifikující léčba je neúčinnější na začátku onemocnění, šance na remisi je mnohem větší. Již opoždění v zahájení terapie o několik týdnů zhoršuje prognózu úspěšné léčby. Požadavkem na praktického lékaře je velmi rychlý přesun pacienta ke specialistovi již při přítomnosti následujících příznaků: otok 3 a více kloubů, postižení metakarpofalangeálních kloubů, metatarzofalangeálních kloubů a ranní ztuhlost delší než 1 hod. Není tedy nutno čekat na splnění diagnostických kritérií pro RA (4).

► princip – vyhodnocování aktivity onemocnění a prognostických faktorů onemocnění

K hodnocení aktivity se nejvíce používá dotazník DAS (disease activity score – počet oteklých kloubů, citlivých kloubů, hodnocení pacientem na vizuální analogové škále a sedimentace erytrocytů) (5). Hodnocení aktivity a funkce je nutné provádět minimálně po 3 měsících, hodnocení rentgenové progresy 1x ročně. Přetrvávající vysoká aktivita, např. DAS > 4,4, by měla být důvodem ke změně léčby. O ukazatelích špatné prognózy viz. výše.

► princip – časná a kontinuální léčba DMARDs

Základem léčby je dlouhodobá (tedy celoživotní) léčba DMARDs. DMARDs je nutné nasadit co nejdříve. Podávají se většinou i v době nízké aktivity, či



Obr. č. 1: Polyartritida na rukou při RA

dokonce remise, ale v redukováných dávkách.

► **princip – agresivní, kombinovaná léčba**

Až do 90. let převládala strategie léčby RA ve formě tzv. pyramid. Základem léčby bylo podávání NSA a při nedostatečném efektu se sekvenčně podávala DMARDs od málo účinných až po nejúčinnější. I když tento postup měl určitou logiku, u většiny nemocných nebylo dosaženo včas adekvátní kontroly aktivity. Začaly se proto prosazovat postupy agresivní léčby na začátku nemoci – účinnější DMARDs (např. metotrexát /MTX/), vyšší dávky DMARDs (např. MTX až 25 mg týdně). Fenomémem doby se staly kombinace více DMARDs. Nejčastějšími kombinacemi se staly: MTX + antimalarika, MTX + cyklosporin, MTX + sulfasalazin + antimalarika, MTX + biologické léky. Kombinovanou léčbu více DMARDs lze zahájit současně nebo při nedostatečném efektu přidat další DMARDs (tzv. step up) nebo naopak po navození efektu jeden ubrat (step down).

► **princip – širší používání glukokortikoidů (GK)**

Tzv. malé dávky KS užívá dnes 50 – 60 % pacientů s RA. Malými dávkami myslíme < 7,5 mg prednisonu nebo jeho ekvivalentu denně. Monitorování a prevence glukokortikoidy indukované osteoporózy se staly samozřejmostí. Po přetrvávající aktivitě v jednom nebo několika málo kloubech se často používají intraartikulární aplikace depotních GK. Naproti tomu

intravenózní podávání megadávek GK (např. 1000 mg methylprednisonu) se používá jen výjimečně při život ohrožujících situacích (vaskulitida, perikarditida). Většina pracovišť nedoporučuje ani intramuskulární aplikaci GK např. v měsíčních intervalech.

Jednotlivé preparáty

DMARDs

Tzv. chorobu modifikující léky (DMARDs) jsou uvedeny na tab. č.3. Dnes je většina pacientů s aktivní RA léčena MTX (60 – 70 %). U méně aktivních případů nebo v kombinacích se stále užívá sulfasalazin a antimalarika. Účinnou alternativou k MTX je podávání leflunomidu. Cyklofosfomid se prakticky používá pouze při přítomné vaskulitidě či amyloidóze. Soli zlata, penicilamin a azathioprin se používají relativně velmi zřídka. V určitých situacích lze především do kombinací použít cyklosporin A.

MTX se používá v dávkách 7,5 – 25 mg 1x týdně perorálně, intramuskulárně nebo subkutánně. Efekt je silně závislý na dávce a proto při nedostatečném efektu dávku titrujeme. Ke snížení hepatotoxicity podáváme všem pacientům kyselinu listovou, nepřidáváme další potenciálně hepatotoxické léky, vyžadujeme abstinence alkoholu a při monitorování bezpečnosti léčby se řídíme návody České reumatologické společnosti (ČRS) (6).

Biologická léčba RA

V ČR jsou registrovány 3 preparáty, které blokují tumor nekrotizující faktor α . Jde o chimerickou monoklonální protilátku


 Obr. č. 2: Dvě alternativy blokády TNF α

infliximab, plně humání monoklonální protilátku *adalimumab* a solubilní receptor *etanercept* (obr. č. 2). (tab. č. 4) Všechny tři preparáty prokázaly vysokou klinickou účinnost i u pacientů s nedostatečným efektem maximálních dávek MTX (7,8,9). Nástup účinku je navíc velmi rychlý (1 – 2 týdny). Kromě snížení počtu oteklých a citlivých kloubů, dochází k poklesu reaktantů akutní fáze, zlepšení funkce a kvality života, dochází i ke zpomalení až úplnému zastavení rentgenové progresy RA (10). Při včasné podání je často dosahované klinické remise. Mezi nežádoucí účinky patří: aktivace oportunních infekcí, aktivace tuberkulózy, možná indukce autoprotilátek a léky indukovaného SLE, demyelinizačního onemocnění. Nejasný je vztah ke vzniku lymfomů.

V ČR se biologická léčba řídí Návody ČRS (11). Je aplikována pouze v centrech tzv. biologické léčby (celkem 20) a je registrována z důvodu monitorování některých vzácných, ale závažných NÚ. Protože jde o léčbu velmi drahou, je určena pacientům, jejichž choroba je refrakterní na terapii MTX a jinými DMARDs. Pacient musí splňovat podmínku anamnestického selhání léčby nejméně 2 DMARDs a aktuální aktivitu > 5,1 hodnocena dle DAS.

Glukokortikoidy

O principu podání GK viz. výše. Nejčastěji se podává Prednison. V indikovaných případech nebo při jeho intoleranci pak Medrol.

Nesteroidní antirevmatika

Nesteroidní antirevmatika (NSA) jsou lékem volby pro terapii bolesti u RA. Jejich efekt je však nutné považovat za symptomatický – nepotlačují reaktanty akutní fáze ani progresi nemoci. NSA mohou mít celou řadu nežádoucích účinků, především gastrointestinálních, ale i kardio-

tabulka č. 3

Chorobu modifikující léky RA

Preparát	Obvyklé dávkování	Nejdůležitější toxicity
hydroxychloroquin	400 mg / denně	okulotoxicita
sulfasalazin	2000 mg / denně	dřeňtoxická, GIT toxicita
metotrexát	7,5 - 25 mg týdně	hepatotoxicita, dřeňtoxická
leflunomid	20 mg denně	hepatotoxicita, alopecie, průjem
soli zlata	50 mg 1x týdně	dřeňtoxická, kožní reakce, alergické reakce
penicilamin	750 mg denně	proteinurie, autoimunitní onemocnění
cyklofosamid	100 mg denně	dřeňtoxická, hepatotoxicita
azathioprin	100 mg denně	dřeňtoxická
cyklosporin	2,5 - 5 mg / kg hmotnosti / den	hypertenze, nefrotoxicita

tabulka č. 4

Biologické léky RA (registrováno v ČR)

Preparát	Název	Dávkování
infiximab	Remicade	i.v. infuze, 3 - 5 mg / kg / den v den 0, po 14 dnech, po 6 týdnech a dále každý 8. týden
etanercept	Enbrel	25 mg 2x týdně s.c.
adalimumab	Humira	40 mg s.c. každý 2. týden

vaskulárních a renálních. U rizikových pacientů NSA indukované gastropatie se doporučují COX-2 selektivní léky nebo neselektivní NSA s omeprazolem. NSA se u RA užívají často ve vyšších dávkách než u osteoartrózy. Často se také používají NSA s delším poločasem.

Další léčba

Pacienti s RA jsou kromě DMARDs, kortikosteroidů a NSA léčeni i dalšími léky. Kromě již výše zmíněné suplementace kys. listovou, jde o antiprotickou léčbu (kalcium, D vitamin, bisfosfonáty a další), dalšími analgetiky (opioidy, čistá analgetika), v případě anémie preparáty železa, dále pak antidepressivy. Při nutnosti podávat vícero léků je nutné uvážit i jejich možné interakce.

Nefarmakologická léčba

Nefarmakologická léčba je dnes v léčbě RA méně důležitá než farmakologická, ale v indikovaných případech má velký význam. Jde především o různé formy rehabilitace a fyzikální léčby, aplikace protetických pomůcek, léčba prací a psy-

choterapie. Podrobnější popis této léčby nebylo možné z kapacitních důvodů zařadit.

Chirurgická léčba

Pokrok revmatologických oborů přispěl ke zlepšení osudu nemocných s RA. V podstatě téměř každý kloub lze dnes nahradit alloplastikou. V ranějších stádiích se používají především zásahy na měkkých tkáních - synovektomie, kapsulotomie a další. Podrobnější popis možných intervencí je opět mimo rozsah tohoto článku.

Připojujeme jen 2 poznámky:

- ▶ ortoped (revmatochirurg) by měl být součástí multidisciplinárního týmu, který se o pacienta s těžkou RA stará. S jeho konzultací nelze vyčkávat. Čekací dny na endoprotézu jsou u revmatiků nepřijatelné (na rozdíl od nemocných s osteoartrózou).
- ▶ Operace revmatika je náročnější než u pacienta s osteoartrózou. Revmatik má často osteoporózu, je léčen imunosupresivy, kortikoidy. Má i těžší změny iuxtaartikulární, dále má často

anémii a polyartritidu, která ztěžuje rehabilitaci. Proto by revmatici měli být operováni na kvalitně vybavených pracovištích zkušenými revmatochirurgy. Jejich operace je většinou i dražší (nutnost použití dražších implantátů - mladší nemocní, větší anatomické změny).

Závěr

Posledních 10 let přineslo zásadní změny v léčbě RA. U části pacientů jsme schopni navodit remisi, u většiny pak výrazné snížení aktivity a zpomalení rentgenové progresy. To vše znamená podstatné zlepšení kvality života pacientů s tímto těžkým, invalidizujícím a celoživotním onemocněním. Nové terapeutické postupy jsou řádově dražší a je nutné je používat striktně podle Návodů ČRS, Evropské ligy proti revmatismu či ACR. Vyšší přímé náklady na léčbu (především na léky) přinášejí však větší úsporu na nepřímých návodech, jak uvádějí farmakoekonomické studie z USA.

Literatura:

- 1) Wolfe F, Mitchell DM, Sibley JT, Fries JF, Bloch DA, Williams CA, et al. The mortality of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 481-94.
- 2) Wiles N, Symmons DPM, Harrison B, Barret E, Barret JH et al. Estimating the incidence of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1999; 42: 1339-46.
- 3) Visser H, le Cessie S, Vos K, Breedveld FC, Hazes JMW. How to diagnose rheumatoid arthritis early. A prediction model for persistent (erosive) arthritis. *Arthritis Rheum* 2002; 46: 357-365.
- 4) Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 315-24.
- 5) van der Heide D., vait Hof MA., Riel PL, et al.: Development of a disease activity score based on judgment in clinical practise by rheumatologists. *J Rheumatol* 1993; 20: 579-581.
- 6) Pavelka K, Současné postavení metotrexátu v léčbě revmatoidní artritidy. *Čes Revmatol* 1995; 1: 16-23.
- 7) Moreland LW, Schiff MH, Baumgartner SW et al. Etanercept therapy in rheumatoid arthritis. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1999; 130: 478-86.
- 8) Maini R, Patel K, Baker D et al. Treatment with infliximab and methotrexate leads to healing of joint erosions in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2003; 62 (Suppl 1): P 105
- 9) Weinblatt M, Keystone EC, Furst DE et al. Adalimumab a fully human anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody, for the treatment of rheumatoid arthritis in patients taking concomitant MTX. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 35-45.
- 10) Klareskog L, van der Heide D, de Jager JP et al. Clinical outcomes of a double blind study of etanercept and methotrexate alone and combined, in patients with active rheumatoid arthritis (TEMPO trial), year 2 results. *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 58.
- 11) Vencovský J, Tegžová D, Krofča K, Pavelka K. Doporučení České revmatologické společnosti k biologické léčbě blokádou TNF - doplněk standardních léčebných postupů u revmatoidní artritidy. *Čes Revmatol* 2004; 1: 20-29.

H.E.L.P.

ZENTIVA - Tralgit