



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

# practicus

číslo 10/2004

---

ročník 3

---

určeno všem  
praktickým  
lékařům

---



**Z obsahu:**

**Migréna**

**Kardiovaskulární mortalita**

**Mykotická onemocnění kůže**

**Diagnostika a léčba demence**

**Informační stránky SVL ČLS JEP**

---

Vydává  
Practicus s.r.o.

---

[www.practicus.cz](http://www.practicus.cz)

---

**POEM**



## EDITORIAL

## DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Úvodní slovo výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP k vydání prvních pěti doporučených postupů spravovaných Centrem doporučených postupů pro praktické lékaře (CDP-PL).

Všeobecný praktický lékař (PL) potřebuje znát názory na aktuální diagnostické a terapeutické postupy a nemá možnost pátrat v odborné literatuře v celé šíři medicínského poznání o probíhajících změnách a ověřovat si všechny nové informace.

Všeobecná praxe je místem, kde se aktuální poznatky denně utkávají s rutinou a klinickou zkušeností a kde lze očekávat i největší variabilitu péče. Obecným cílem vytváření doporučených postupů (DP) je pozitivní změna chování lékařů, snižující možnost vzniku chyb a neúčelné variability při řešení problémů ve prospěch vyšší kvality poskytované péče.

**Přítom je třeba zdůraznit, že DP není norma, není standard. Je to expertní doporučení, které v současné době odpovídá postupu lege artis u většiny pacientů. Lékař má vždy právo zvolit odlišný individuální postup podle zdravotního stavu konkrétního pacienta.**

Výbor společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (SVL ČLS JEP) spolu s Českou lékařskou společností (ČLS JEP) podal v říjnu loňského roku ministerstvu zdravotnictví návrh projektu s názvem „Správa doporučených postupů“. Uvedený projekt byl v březnu tohoto roku přijat a bude v řešení v letech 2004 - 2006.

K zabezpečení tvorby DP a činností s ní souvisejících bylo vytvořeno Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře (CDP-PL). CDP-PL má za úkol:

- vedení a údržbu systému evidence DP pro PL v elektronické a tištěné podobě
- přístup do mezinárodních databází
- identifikaci námětů pro tvorbu DP
- tvorbu DP
- implementaci DP
- hodnocení DP a efektu jejich implementace
- aktualizaci DP

Při výběru témat pro DP se preferují:

- DP celospolečensky významné (prevence)
- DP se zvýšeným rizikem pro lékaře nebo pacienta, ve kterých se často chybí
- DP, kde nové vědecké poznatky mění názory na diagnostiku a léčbu onemocnění
- DP s velkým ekonomickým významem z hlediska ceny, frekvence nebo jejich součinnosti

DP vznikají na základě platné metodiky přijaté CDP-PL. Partnerem pro CDP-PL při tvorbě DP nejsou jednotliví specialisté, ale výbory nebo představitelé odborných společností. Tím je zajištěna široká odborná podpora DP. Přepokládáme, že ročně se takto zpracuje 8-10 doporučených postupů, do celkového počtu 30-50 DP.

Vážení kolegové, dovolujeme si Vám představit prvních 5 doporučených postupů spravovaných CDP-PL, které byly projednány na XXIII. výroční konferenci SVL v listopadu 2004 v Karlových Varech a které by v roce 2005 měly být implementovány do našich praxí.

Pokud máte zájem se na práci CDP-PL nebo na tvorbě DP podílet, podrobnější informace najdete na [www.svl.cz](http://www.svl.cz).

Výbor SVL ČLS JEP

*Poznámka redakce:*

Vážení čtenáři Practicusu, v tomto čísle našeho časopisu jste obdrželi elektronickou verzi 5ti nových doporučených postupů na kompaktním disku. S příštím číslem časopisu budou distribuovány tiskové formáty všech pěti doporučených postupů najednou.

## 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 Brejtník**

(krajský konzultant SVL ČLS JEP za střeďočeský 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...



## ► Implementace DP - Deprese

## ► Srdeční arytmie

## ► Léčba lokálními kortikoidy

## ► Statiny

## Obsah

▶ **Ověřte si své znalosti...** ..... 362

▶ **Diagnostika a léčba demence**

MUDr. Jakub Hort, PhD., doc. MUDr. Martin Bojar, CSc. .... 363

▶ **Rok poté**

- aktualizované DP pro PL z gastroenterologie 2003

MUDr. Eva Charvátová ..... 368

▶ **POEM** ..... 372

▶ **SVL informuje** ..... 373

▶ **Diferenciální diagnóza a terapie migrény**

MUDr. Petr Dočekal ..... 376

▶ **Mykotická onemocnění kůže**

MUDr. Sabina Švestková ..... 379

▶ **Kazuistika**

Bolesti břicha ..... 381

▶ **Kardiovaskulární mortalita a její trendy v ČR**

Doc. MUDr. Jiří Špác, CSc. .... 382

▶ **Proč pacienti mění své praktické lékaře?**

MUDr. Ľubica Cibičková, MUDr. Ľubica Víchová ..... 386

▶ **Ošetrovatelská problematika v primární péči**

Popáleniny ..... 389



# 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
- ▶ MSD
- ▶ Orion Diagnostica
- ▶ Pfizer
- ▶ POEM
- ▶ PRO.MED.CS
- ▶ Richter Gedeon
- ▶ Zentiva

**KRKA - Lorista**



ověřte si své znalosti...

Možnost zaslání řešení testu pomocí textové zprávy (SMS) (viz instrukce níže). Uzavření SMS brány dne 31.1.2005

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

Správné odpovědi jsou v souladu s informacemi uvedenými v článcích.

► **Diferenciální diagnóza a terapie migrény**

(str. 376)

**1. Záchvat migrény je primárně:**

- a) neurogenní děj
- b) vaskulární děj
- c) cervikogenní děj

**2. Triptany v léčbě migrény představují:**

- a) kauzální léčbu
- b) symptomatickou léčbu
- c) placebo

**3. K typickým vedlejším účinkům triptanů patří:**

- a) nauzea
- b) diarrhea
- c) parestézie

**4. Absolutní kontraindikací léčby triptany je:**

- a) žaludeční vřed
- b) morbus Crohn
- c) stav po IM, Prinzmetalova angína pectoris a další forma ICHS

► **Kardiovaskulární mortalita a její trendy v ČR**

(str. 382)

**5. Úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění podle statistik WHO tvoří:**

- a) asi 1/3 z celkové úmrtnosti
- b) asi 50-55% z celkové úmrtnosti
- c) asi 75% z celkové úmrtnosti

**6. Hypertenze v české populaci postihuje ve věku 25-64 let:**

- a) 30% mužů a 22% žen
- b) 42% mužů a 31% žen
- c) 55% mužů a 40% žen

► **Diagnostika a léčba demence**

(str. 363)

**7. V současné době je známo:**

- a) více než deset možných příčin demence
- b) více než třicet možných příčin demence
- c) více než šedesát možných příčin demence

**8. Nejčastější demencí je Alzheimerova chroba, která se na celkovém počtu demencí podílí:**

- a) cca 10% procenty
- b) 30-40%
- c) 50-65%

**9. Jako „Minimální kognitivní deficit“ se označuje počáteční stádium demence kdy:**

- a) pacient ještě nemá problémy s pamětí a ani vykonávání běžných denních činností není zatím narušeno
- b) pacient má již problémy s pamětí, ale vykonávání běžných denních činností není ještě zřetelně narušeno
- c) pacient nemá ještě problémy s pamětí, ale dochází k narušení denních činností, zejména exekutivních funkcí

**10. Léčbou založenou na důkazech u demence jsou léky:**

- a) ze skupiny nootropik
- b) ze skupiny kognitiv
- c) extrakty z ginkgo biloba

**5 vylosovaných úspěšných řešitelů obdrží hodnotnou publikaci z nakladatelství Galén.**

Odpovědi můžete odeslat SMS zprávou ve tvaru:

**GP(mezera)PRAC10(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 prac10 a b c c a b b c 727932**

Test můžete rovněž vyplnit na internetových stránkách [www.zdravcentra.cz](http://www.zdravcentra.cz).

Odeslání SMS zprávy nebo vyplnění testu bude možno do uzavření SMS brány dne 31.1.2005.

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. 8/2004 obdrželo hodnotnou publikaci.**

Vylosovaní výherci:

MUDr. Burda Jiří, České Budějovice; MUDr. Jandová Blanka, Tábor; MUDr. Egert Jan, Vodňany; MUDr. Neumannová Anežka, Horní Polubný; MUDr. Grabovská Irena, Jeseník

**Vylosovaným výhercům gratulujeme!**

# Diagnostika a léčba demence, některá úskalí a česká specifika

**MUDr. Jakub Hort, PhD., Doc. MUDr. Martin Bojar, CSc.**

Neurologická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha

## Souhrn:

**Demence je častá, již nyní jí trpí 1% obyvatel a nepříznivý demografický vývoj v blízké budoucnosti přinese další nárůst v její prevalenci. Kognitivní deficit se však nadále diagnostikuje méně často než by odpovídalo skutečnosti. Na druhou stranu je chybou domnívat se, že každá demence je Alzheimerovou chorobou. Velmi časté jsou i jiné druhy demence, které však nemusí být jednoduché správně odlišit. Léčena je pouze menšina pacientů s demencí a počet léčených pacientů v ČR zaostává za USA a evropskými zeměmi. Evidence-based léčbou jsou léky ze skupiny kognitiv. Léčba nootropiky nemá prokázaný efekt. Diagnostika se posouvá stále více do počátku onemocnění, což umožňují tzv. biomarkery. Úloha praktického lékaře je klíčová v záchytu onemocnění a nasměrování pacientů ke specialistům. Narůstající snaha koncepčně upravit péči o tyto nemocné proto nemůže přinést úspěch bez klíčového postavení PL v počátku diagnostického procesu.**

## Klíčová slova:

**Alzheimerova choroba, diagnostika demence, kognitiva, nootropika**

## Syndrom demence

Hlavním a nejčastějším příznakem syndromu demence je porucha paměti. Současně je přítomen alespoň jeden z dalších symptomů: afázie, apraxie, agnózie nebo porucha exekutivních funkcí. V praxi se pro orientační diagnostiku syndromu demence nejvíce používá Mini-mental state test (MMSE). Nemocní mají typicky narušeny aktivity denního života, trpí poruchami nálad, chování a mění se jejich osobnost. V České republice je celkový počet pacientů s demencí odhadován na sto tisíc osob, prevalence činí tedy přibližně 1% populace. V populaci nad 65 let se objevuje 10 nových případů demence na 1000 lidí za rok a trpí jí tak v této věkové skupině 5% všech jedinců. V populaci nad 85 let je demence ještě častější, vyskytne se 90 nových případů na 1000 lidí za rok, a tak v této věkové skupině trpí demencí

30–50% osob. Výskyt demence se bude zvyšovat tak, jak bude stárnout populace v ČR. Ve státech Evropské unie tvoří již dnes jedno z nejčastějších onemocnění. Každý rok se vyskytne přibližně 600 tisíc nových případů, což převyšuje nové případy cévních mozkových příhod, cukrovky nebo rakoviny prsu (viz. obr. č. 1).

## Alzheimerova choroba a ostatní druhy demence

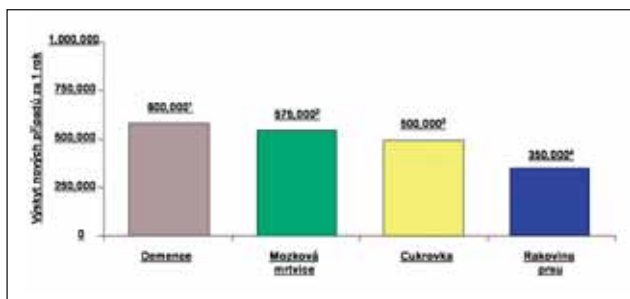
V současné době je známo více než šedesát možných příčin demence (Wallin a kol., 1994). Nejčastější demencí je Alzheimerova choroba, která se podle většiny statistik na celkovém počtu demencí podílí 50 – 65%. V současné době jí ve světě trpí 17 – 25 milionů lidí, u nás se odhaduje počet nemocných na 70 000 osob. Onemocnění poprvé po-

psal německý psychiatr Alois Alzheimer (1864 – 1915) již v roce 1906 ve své přednášce na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingenu (Alzheimer, 1907). Přestože Alzheimerova choroba je známa již téměř sto let, stále ještě velmi často není správně diagnostikována. Počet zachycených případů demence v ČR a zejména pak léčených pacientů totiž výrazně zaostává za epidemiologickými odhady. Na druhou stranu je chybou domnívat se, že každá demence je Alzheimerovou chorobou. V poslední době je patrný narůstající trend, kdy se objevují stále častěji údaje o větší incidenci Lewy body demence, Frontotemporální demence (jednou z nich je i Pickova choroba) a rovněž je patrné, že řada pacientů s Alzheimerovou chorobou má současně přítomny vaskulární změny na mozku. Není tedy jednotný názor na to kolik skutečně je jednotlivých druhů demence. Následující přehled byl sestaven na základě publikací v domácím odborném neurologickém a psychiatrickém tisku v posledním roce. Je zřejmé, že pokud některý autor píše například o vaskulární demenci, má snahu tuto jednotku zviditelnit a přirozeně tak může dojít spíše k jejímu nadhodnocení. Obdobně tomu může být například i u sponzorů různých klinických studií nebo grantových záměrů. Pokud čísla v pravém sloupci sečteme, dostaneme se k součtu 160%, což není reálné a je tedy otázkou, kde hledat chybu.

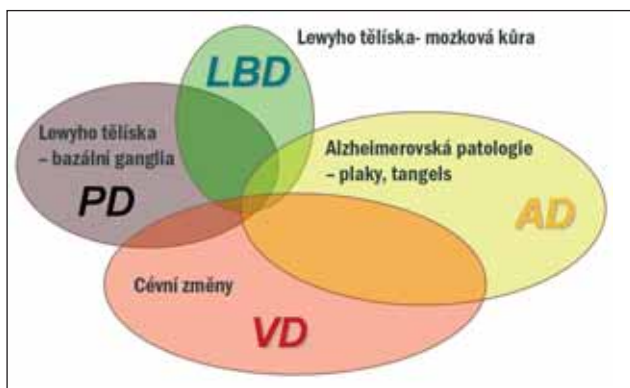
Alzheimerova choroba	50 – 70%
Vaskulární demence	10 – 30%
Lewy body demence	5 – 20%
Frontotemporální demence	1 – 20%
Parkinsonova nemoc s demencí	1 – 10%
normotenzní hydrocefalus, sekundární demence	1 – 10%

**160%**

Možné vysvětlení nabízí obr. č. 2, z kterého je zřejmé, že jednotlivé patologické



Obr. č. 1



Obr. č. 2 - LBD - Lewy body demence, AD - Alzheimerova choroba, VD - vaskulární demence, PD - Parkinsonova nemoc s demencí.

procesy se mohou prolínat nebo kombinovat. V případě Alzheimerovy choroby je možné uvažovat, že až 70% všech pacientů má přítomny alzheimerovské změny v mozku, izolovaně se však vyskytují jen u části z nich (proto může platit rovněž údaj 50%). Rozdíl obou čísel může být způsoben tím, že část pacientů s alzheimerovskými změnami má současně přítomné cévní změny nebo Lewyho tělíska v mozkové kůře. O tyto jedince pak může být „celková statistika ochuzena“ a mohou být započítáni do skupiny vaskulární demence, resp. Lewy body demence. Jedinou možností, jak demenci s jistotou verifikovat, je definitivní histologická diagnóza, která přináší často překvapení.

V praxi je nutné odlišit i ostatní možné příčiny poruchy kognitivních funkcí, zejména tumor či strategicky významný infarkt mozkové tkáně nebo takzvané pseudodemence, jako například depresi. Z pohledu neurologa je žádoucí upřesnit klasifikaci vaskulárního poškození mozku. Dále se demence rozvíjí u Parkinson plus syndromů (kortikobazální degenerace, progresivní supranukleární obrna), záneřlivých (včetně kognitivního deficitu při roztroušené skleróze), metabolických (hypothyreóza, hypovitaminóza B12) a potraumatických afekcí CNS.

**Přehled vyšetření prováděných u pacientů s demencí:**

**Rutinní**

- ▶ Anamnéza od pacienta, od rodinného příslušníka, pečovatele
- ▶ Interní a neurologické vyšetření
- ▶ Psychologický screening (test MMSE)
- ▶ Laboratorní vyšetření - metabolické nebo interní onemocnění
- ▶ CT nebo MRI mozku
- ▶ EEG velmi často zbytečně

**Častá**

- ▶ Neuropsychologické testy

**Zatím speciální, málo častá vyšetření, prováděná na specializovaných pracovištích**

- ▶ Funkční zobrazení (PET/SPECT)
- ▶ Mozkomíšni mok (základní rozbor, beta-amyloid, tau a phospho-tau)
- ▶ Genetické vyšetření (APOE genotyp, PS1)
- ▶ Biopsie mozku

Ze seznamu je zřejmé, že ne všechna vyšetření jsou proveditelná na každém pracovišti, nebo blízká pro všechny odbornosti, které se na diagnostickém procesu účastní. Z hlediska praktického lékaře je důležité zdůraznit, že anamnéza a screeningový test MMSE lze provést i v terénu v relativně krátkém čase odhadem do 20-30 minut podle zkušenosti lékaře a tíže postižení pacienta, resp. spolupráci doprovodné osoby. Tato dvě vyšetření jsou přitom naprosto klíčová pro následné rozhodnutí o nasměrování pacienta ke specialistovi, který se léčbou a diagnostikou demence podrobně zabývá. Tím je neurolog, psychiatr a v poslední době stále častěji i geriatr. Alzheimerova choroba je progredující degenerativní onemocnění. Zjednodušeně řečeno se jedná o zrychlené stárnutí mozku. Změny přicházejí dříve, rychleji a s hlubší intenzitou. Jedná o vystupňovanou poruchu mentálních funkcí ve stáří, která u Alzheimerovy choroby přichází dříve a liší se rozsahem charakteristických histopatologických změn a rychlostí

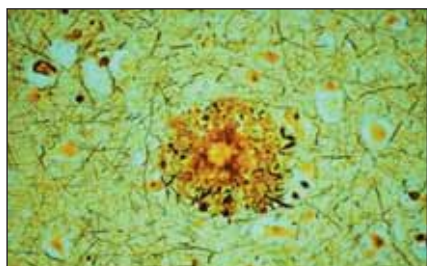
průběhu. Počátek onemocnění je zpravidla plíživý. Začíná mírnými poruchami paměti a pokračuje postupným zhoršováním schopnosti postarat se sám o sebe. V mozku dochází k úbytku neuronů a ke zhoršení přenosu informací mezi jednotlivými nervovými buňkami. Průměrná délka přežití pacientů s Alzheimerovou chorobou je podle různých odhadů 7-9 let. Nejsou však výjimkou rychle probíhající případy trvající pouze několik let i relativně pomalu probíhající onemocnění trvající déle než 15 let. Progrese onemocnění závisí na dezintegraci a rychlosti úbytku neuronů. K němu v případě Alzheimerovy choroby dochází na podkladě apoptózy. Apoptóza je aktivní děj, vyžadující energii, čímž se liší od nekrózy, která dodání energie nevyžaduje a mohla by se více uplatňovat v případě vaskulární demence. Perry a kol. (1998) popsal, že pokud by odumřela denně 1 buňka ze 100, tak by k 50% redukci neuronů došlo během 10 týdnů, pokud by to byla 1 z 1000 tak by to bylo za 2 roky a pokud by to byla 1 z 10 000, tak by to bylo za 20 let. Úbytek neuronů se projevuje atrofií na CT nebo MRI. Jako velmi přínosná pomocná metoda pro diagnostiku a monitoraci onemocnění se ukazuje být MRI volumetrie hipokampu (Jack a kol., 2002, přehledně Hořínek a kol., 2004). Pokud dochází k odumírání neuronů, jsou při jejich následném rozpadu uvolňovány intracelulárně uložené bílkoviny, jako je například tau protein. Tato bílkovina je za normálních okolností nezbytná pro normální funkci nervové buňky a podílí se na transportních systémech v jejím výběžku - axonu. U Alzheimerovy choroby je tato funkce narušena jeho zvýšenou fosforylací v důsledku čehož se pak shlukuje v tzv. neuronální klubka (tangles) uložená uvnitř neuronů. Současně dochází k abnormálnímu štěpení bílkoviny beta-amyloidu, který se kumuluje v neuritické plaky, které jsou uloženy extracelulárně.

**Diagnostika Alzheimerovy choroby**

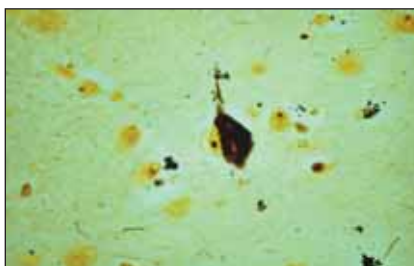
Jako neurologové se domníváme, že dnes již nepostačuje vyšetření CT, protože podstatně více informací přináší vyšetření MRI. Často se ukazuje, že na CT nejsou prokázány cévní změny a demence je pak mylně považována za atroficko - degenerativní, přestože rozsah změn na dodatečně provedeném MRI svědčí spíše pro vaskulární, případně smíšenou etiologii.



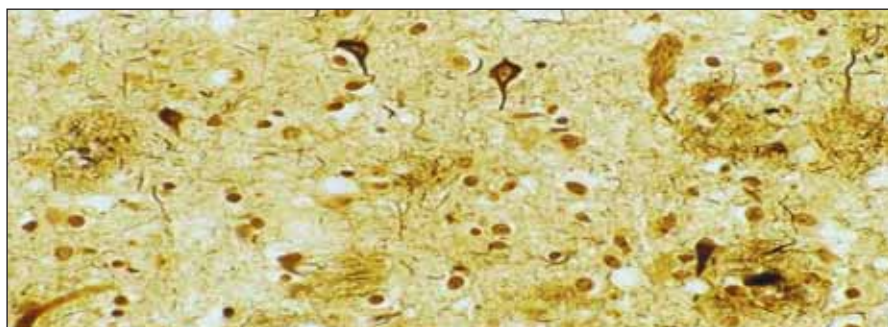
**Pfizer - Aricept**



Obr. č. 3a - plaka z beta-amyloidu



Obr. č. 3b - změna tau -proteinu uvnitř neuronu



Obr. č. 3c - změny postihují celý neokortex

skulárním postižením), 2% byla přivedena sestrou nebo se dostavili sami.

### Léčba Alzheimerovy choroby

V současnosti jsou jedinou spolehlivě prokázanou léčbou Alzheimerovy přípravy ze skupiny kognitiv (Winblad B a kol., 2003, Krishnan a kol., 2003, Blesa a kol., 2003, Corey-Bloom a kol., 1998). Efekt těchto léků je ověřen mnoha klinickými studiemi. Mezi kognitiva patří inhibitory acetylcholinesterázy: donepezil – ARICEPT, rivastigmin – EXELON a galantamin – REMINYL. Odlišný, glutamatergní mechanismus účinku, má memantin – EBIXA. Tyto léky jsou hrazeny z všeobecného zdravotního pojištění a jejich preskripce za dodržení stanovených podmínek (výsledek MMSE testu, prokázaný efekt léčby) spadá do kompetence neurologa, psychiatra a geriatra.

Léčba těmito přípravky je relativně nákladná, je však účinná a má celospolečenský význam. Tyto léky dokáží oddálit nejzávažnější stadia onemocnění, zlepšit kvalitu života nemocných a významně prodloužit období, kdy je pacient soběstačný. Snižují zátěž pečovateli v rodině i za hospitalizace. Tím, že oddalují období plné závislosti na náročné ošetrovatelské péči a mírní poruchy chování, nastává eventuelní nutnost umístění do zdravotnického nebo sociálního zařízení později. Neléčením pacientů se proto pouze přenášejí náklady z oblasti zdravotní do sféry sociální.

V České republice je však z celkového odhadovaného počtu pacientů s Alzheimerovou chorobou (70 000) léčeno pouze asi 4, 3% pacientů. Tím výrazně zaostáváme za zeměmi Evropské unie (ve Francii například 21%) a USA, kde je léčeno například 27,5% pacientů. Jednou z možných příčin této situace v ČR je nedostatečné povědomí rodin a laické veřejnosti o tomto onemocnění, kdy jeho příznaky jsou mylně považovány za projevy „normálního stárnutí“. Existuje rovněž další prostor pro školení praktických lékařů, kteří s pacientem většinou přicházejí do kontaktu jako první. Specialisté jsou často ekonomicky a časově omezeni provádět potřebná pomocná psychologická, přístrojová a laboratorní vyšetření. Dalším omezením je nutnost dodržovat kritéria zdravotních pojišťoven pro regulaci preskripce léků.

Uvádíme kazuistiku pacientky, u níž došlo ke zlepšení kvality života (též u její rodiny) při léčbě kognitiv:

Zejména u presenilních demencí je nutné vyšetřit i mozkomíšni mok k vyloučení zánětlivé etiologie. Jako perspektivní se jeví stanovení markerů – tau proteinu (vzestup u Alzheimerovy choroby) a beta amyloidu (pokles) v mozkomíšním moku (Blenow a kol. 2003). Přínosné je vyšetření SPECT a DaTSCAN, zpřesňující diagnostiku cévního kognitivního deficitu a kognitivních poruch provázejících Parkinsonovu chorobu a demenci s Lewyho tělísky.

V počátečních stádiích může zůstat onemocnění nerozpoznáno a uniká pozornosti rodiny. Rozvoji demence předchází období, kdy má pacient problémy pouze s pamětí a vykonávání běžných denních činností není ještě zřetelně narušeno. Toto stádium se označuje jako Minimální kognitivní deficit (MCI – mild cognitive impairment). Ze skupiny pacientů s MCI se každý rok asi u 15% jedinců rozvine Alzheimerova choroba (Petersen a kol. 1999). Proto je žádoucí tyto pacienty sledovat a vyšetřit. Snaha prokázat prvé objektivní projevy demence včas vede k rozvoji tzv. biomarkerů Alzheimerovy choroby. Jejich úloha je významná zejména v počátku onemocnění, při predikci rozvoje Alzheimerovy choroby u pacientů s MCI. Při vyšetření mozkomíšního moku může vzestup biomarkerů předcházet klinickou manifestací onemocnění o 1–2 roky (Andreassen a kol., 2003). Jako slibná metoda se jeví MRI volumo-

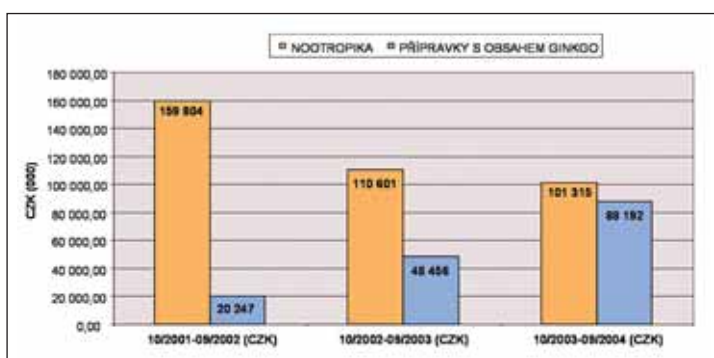
metrie, která průkazem poklesu volumu hipokampu a amygdaly u pacientů s MCI dovoluje předpovědět rozvoj demence Alzheimerova typu. Konfirmativní hodnotu má stanovení Apolipoproteinu E4. I přes postupný vznik specializovaných pracovišť (klinik, center pro poruchy paměti), se nadále jeví jako velmi důležitá role praktického lékaře v péči o pacienty s demencí. Ke specialistům a tedy k účinné medikaci však dospěje pouze menší část pacientů. Důvodů je celá řada. Jedním z nich může být i to, že praktičtí lékaři pacienty nezachytí a neodeslou ke specialistovi. Průměrný obvod praktického lékaře čítá asi 1500–1800 pojištěnců. Na základě epidemiologických údajů se dá snadno odhadnout, že každý praktický lékař má v průměru 15–20 pacientů s demencí, která bývá patrně zaměňována s projevy „mozkové aterosklerózy“ nebo dokonce „stáří“. Dle našich zkušeností tvoří pacienti s kognitivním deficitem odeslaní na neurologické vyšetření právě praktickými lékaři asi čtvrtinu klientely naší Poradny pro poruchy paměti. V roce 2003 bylo v naší poradně vyšetřeno přibližně 150 nových pacientů, odeslaných pro podezření na demenci. Z nich 25% odeslali praktičtí lékaři, 23% přímo rodina, 14% psychiatr, 10% ostatní specialisté, 10% obvodní neurologové, 8% z interního oddělení a LDN, 6% bylo již sledováno pro jinou diagnózu (nejčastěji pacienti s va-

75 letá žena, dříve švadlena. K odbornému lékaři se dostala až po 3, 5 r. od počátku obtíží. Rodina se domnívala že „babička má stařeckou sklerózu, což je v tomto věku normální“. Nebyla orientována datem, ročním obdobím, nepamatovala si jména svých vnuků, měla problémy s hygienou. V MMSE testu měla 19 bodů. Po nasazení léků přestala být pasivní, zlepšila se paměť, sama se opět oblékne, nají a zvládá základní hygienu. Přestože nové studie prokazují efekt některých kognitiv rovněž na vaskulární demence, odlišení Alzheimerovy choroby

něním poznatků medicíny založené na důkazech v preskripčních zvyklostech specialistů. Naproti tomu spotřeba preparátů s výtažky z ginkgo biloba v posledních letech stoupá. Jejich efekt na Alzheimerovu chorobu rovněž není, až na několik ojedinělých studií, přesvědčivě prokázán. Extrakty ginkgo biloba se však vzhledem k jejich vazoaktivnímu působení mohou příznivě uplatnit u vaskulárních nebo smíšených demencí. Nárůst spotřeby je tedy pravděpodobně rovněž způsoben užitím i v řadě jiných než neurologických indikací (vasoaktivní efekt) a rovněž

onemocněních se můžete dozvědět rovněž na stránkách [www.neurodegenerace.cz](http://www.neurodegenerace.cz), srozumitelné a velmi názorné pro laickou veřejnost jsou stránky [www.stari.cz](http://www.stari.cz). Sociálními aspekty se zabývá a poradenství poskytuje Česká Alzheimerovská společnost – [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz).

*Redakční poznámka: Přehledný článek autora se věnuje zejména popisu demence, její diagnostice a léčbě, v současné době však nepojednává o prevenci onemocnění. Na stránkách našeho časopisu jsme se již podobným tématem zabývali v článku doc. MUDr. Miroslava Součka, CSc., kde autor mj. uvádí: „Podle studie Syst-Eur snižuje nitrendipin (blokátor kalciových kanálů) výskyt demence o 50%.“ (Practicus č. 5, ročník 2, str.12, Cévní mozková příhoda a demence ve vztahu k hypertenzi)*



Obr. č. 4 - Trend ve spotřebě nootropik a přípravků s obsahem ginkgo biloba (v CZK) (kumulativní spotřeba za období 10/2001-09/2002; 10/2002-09/2003; 10/2003-09/2004)

od vaskulárních demencí je nadále velmi důležité. Jednak tato indikace není dosud v ČR schválena pro užití kognitiv a jednak je vhodné pacienty s tímto postižením zajistit antiagregační léčbou. Nejlepší efekt kognitiv se uvádí u demence s Lewyho tělísky. Tuto jednotku je důležité odlišit zejména s ohledem na možná rizika podávání neuroleptik při poruchách chování a halucinacích. Vzhledem k tomu, že neexistují přesvědčivé výsledky o efektu těchto léků u frontálních demencí, nelze použití v této indikaci doporučit.

Z pohledu neurologa je jedním z kritických momentů včasný záchyt Alzheimerovy choroby. Čím dříve se nám podaří léčbu zahájit, tím více oddálíme nejzávažnější stadia onemocnění. Zdravotní pojišťovny však v rozporu s odbornými poznatky zatím zahájení léčby váží administrativně stále na pokles bodového hodnocení v MMSE testu.

Kontrolovanými klinickými studiemi neověřená, avšak donedávna v praxi velmi rozšířená léčba nootropiky, je v poslední době na ústupu (viz. obr. č. 4). Tento racionální trend souvisí s preskripčním omezením pro praktické lékaře a zohled-

jsou hrazeny z prostředků zdravotního pojištění. Důraz kladený v zahraničí na evidence based medicine tak kontrastuje s tradicí a zažitými stereotypy v užívání těchto léků v ČR, finančně vyjádřeno viz. obr.č.4. Náklady na léčbu nootropiky, přípravky s obsahem ginkgo biloba a inhibitory acetylcholinesterázy činily v období od 10/2003 do 09/2004 101.31 milionu Kč (nootropika), 88.19 milionu Kč (přípravky s obsahem ginkgo biloba) a 84.63 Kč (inhibitory acetylcholinesterázy).

V říjnu 2004 vznikla v rámci Neurologické společnosti ČLS JEP Sekce kognitivní neurologie. Za cíl si klade upozorňovat na důsledky rostoucí prevalence pacientů trpících kognitivním deficitem, na závažnosti socioekonomických důsledků a zlepšující se diagnostické a léčebné možnosti. Chce toho dosáhnout vypracováním standartů diagnostiky, zpřístupňováním aktuálních poznatků, vzdělávací aktivitou mezi odbornou i laickou veřejností a mezooborovou spoluprací. Zájemci o tuto problematiku se dozvědí více na stránkách [www.kognice.cz](http://www.kognice.cz). Blíže o jednotlivých neurodegenerativních

skutečností, že část těchto přípravků je volně prodejná.

V této souvislosti je nutno poznamenat že v USA a mnoha zemích EU se jak nootropika, tak částečně i extrakty ginkgo biloba nepoužívají a ne-

Literatura:

- 1) Iliffe S, et al. Fam Pract. 2003;20:376-381.
- 2) European Stroke Initiative. Available at: <http://www.eui-stroke.com>.
- 3) Wild S, et al. Diabetes Care. 2004;27:1047-1053.
- 4) Ferlay J, et al. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. Lyon, France; IARC Press, 2001.
- 5) Wallin, A.-Brun, A. - Gustafson, L. and Swedish Consensus Group. Swedish Consensus on dementia diseases. L. Acta Neurol. Scand. 90, 1994, Suppl. 157, s. 1-31.
- 6) Alzheimer, A.: Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 64, 1907, s. 146-148.
- 7) Perry EK, Morris CM, Court JA, Cheng A., Fairbairn AF, McKeith IG, Irving D., Brown A, Perry RH.: Alteration in nicotine binding sites in Parkinson s disease, Lewy body dementia and Alzheimer s disease": possible index of early neuropathology. Neuroscience. 1998. 64 (2) 385-95.
- 8) Jack CR, Dickson DW, Parisi JE, Xu YC, Cha RH, O'Brien PC, et al. Antemortem MRI findings correlate with hippocampal neuropathology in typical aging and dementia. Neurology 2002;58:750-757.
- 9) Hořínek D., Hort J., Brabec J., Petrovický P.: Přínos NMR volumetrie v diagnostice a terapii Alzheimerovy choroby, Psychiatrie, vol.8, 2004, číslo 3.
- 10) Blennow K, Hampel H. CSF markers for incipient Alzheimer s disease. Lancet Neurol 2:605-613, 2003.
- 11) Petersen RC, Smith GE, Waring SC et al.: Mild cognitive impairment. Arch. Neurol 1999, 56:303-8.
- 12) Andreasen N., Vanmechelen E, Vanderstichele H, Davidson P, Blennow K. Cerebrospinal fluid levels of total-tau, phospho-tau and Aβ42 predicts development of Alzheimer s disease in patients with mild cognitive impairment. Acta Neurol Scand 107 (Suppl 179): 47-51, 2003.
- 13) Winblad B., Jelic V. Treating the full spectrum of dementia with memantine. Ing J. Geriatr. Psychiatry 2003, 18 (Suppl 1): 41-46
- 14) R. Krishnan, C.Charles, Ph.D., M. Doraiswamy, M.B.B.S., J. Mitzner, M.D., R. Weisler, M.D., X. Yu, Sc.D., C.Pedromo, M.S., J.R. Ieni, Ph.D., S.Rogers, Ph.D. Effects of Donepezil on Neuronal Markers and Hippocampal Volumes in Alzheimer s Disease Am J Psych 2003; 160:2003-2011
- 15) Blesa R., Davidson M., Kurz A, Reichman W, van Baelen B, Schwalen S.: Galantamine provides sustained benefits in patients with advanced moderate Alzheimer s disease for at least 12 months. Dement Geriatr Cogn Disord. 2003; 15(2):79-87.
- 16) Corey-Bloom J, Anand R, Veach J for the ENA 713 B352 Study Group: A randomized trial evaluating the efficacy and safety of ENA 713 (rivastigmine tartrate), a new acetylcholinesterase inhibitor, in patients with mild to moderately severe Alzheimer s disease. Int. J. Geriatr. Psychopharmacol. 1998; 1: 55-65.
- 17) Facing dementia survey, 2004.
- 18) Practicus č. 5, ročník 2, str.12, Cévní mozková příhoda a demence ve vztahu k hypertenzi

# Rok poté - aktualizované doporučené postupy pro PL z gastroenterologie 2003

**MUDr. Eva Charvátová**

Praktická lékařka, odborná asistentka Katedry všeobecného lékařství IPVZ, Praha

## Souhrn:

**Doporučené postupy jsou výsledkem konsensu České gastroenterologické společnosti ČLS JEP a Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP na racionální diagnostiku a léčbu onemocnění peptickým vředem, refluxní chorobou jícnu, prevencí a léčbou gastropatie z nesteroidních antirevmatik a přístupem k nemocným s dyspepsií horního typu.**

## Klíčová slova:

**Doporučené postupy, peptický vřed, refluxní choroba jícnu, gastropatie, dyspepsie horního typu**

Doporučené postupy byly vypracovány v úzké spolupráci gastroenterologů a všeobecných praktických lékařů v průběhu roku 2003 a poprvé uvedeny a distribuovány na výroční konferenci SVL ČLS JEP v listopadu 2003 v Brně. Doporučené postupy vyšly pod názvem „Aktualizované doporučené postupy pro praktické lékaře.“ O jejich větší rozšíření se zasloužily zejména vzdělávací semináře, přednášky, organizované SVL ČLS JEP. Přednášky probíhaly v měsíčních intervalech ve vybraných městech v regionálních centrech ČR v průběhu celého roku 2004. Jako přednášející se účastnili odborní i praktičtí lékaři, kteří spolupracovali na tvorbě doporučených postupů. Na závěr každého odpoledne věnovaného odborným přednáškám byli účastníci požádáni o vyplnění znalostního testu. Protože odpovědi na otázky byly většinou správné, věříme, že úsilí vynaložené na napsání doporučených postupů přispělo ke zlepšení diagnostiky, léčby a v neposlední řadě i života našich pacientů.

Doporučený postup neznamena omezení profesionální svobody praktického lékaře. Praktický lékař musí umět citlivě posoudit každý případ a správně rozpoznat

přání a potřeby pacienta na základě svých zkušeností. Znalost doporučeného postupu pomáhá při rozhodování o dalším postupu.

**Nyní, rok po prvním uvedení těchto aktualizovaných postupů, bychom rádi osvěžili a zopakovali jejich klíčová poselství:**

## Peptický vřed

### Charakteristika

Peptický gastroduodenální vřed je etiologicky nejednotné onemocnění, jehož podstatou je vznik slizničního defektu, který proniká nejméně pod muscularis mucosae. Peptický vřed vzniká výhradně v dosahu kyselého, pepticky aktivního žaludečního sekretu. Příčiny mohou být různé, viz klasifikace.

### Klasifikace

- ▶ vředová choroba způsobená infekcí *Helicobacter pylori*.
- ▶ vředy sekundární, které mají jinou vyvolávající příčinu než je infekce *H. p.*
  - ▷ endokrinní vlivy (Zollinger – Ellisonův syndrom, hyperparathyreóza).
  - ▷ vlivy stresové (vředy po traumatech, po těžkých operacích, po popáleních).

- ▷ některé vředy stařecké (cévní a trofické – karencní vlivy)

### Epidemiologie

Odhaduje se, že v průběhu života onemocní 5–10% populace. V poslední době dochází k poklesu výskytu vředové choroby a narůstá počet vředů vyvolaných nesteroidními antirevmatiky. Peptický vřed je diagnostikován u 6–7% pacientů, kteří byli odesláni na gastrokopii.

### Příznaky

Dominantním projevem je bolest. U duodenálního vředu je bolest nalačno, za 2 hodiny po jídle a bolest noční. Často spojená s projevy překyselení. Diagnostika a diferenciální diagnostika. Rozhodující je

- ▶ anamnéza
- ▶ gastrokopické vyšetření
- ▶ vyšetření na přítomnost *Helicobacter pylori*.

V diferenciální diagnóze u žaludečních vředů je důležité odlišit maligní vřed. Každý žaludeční vřed je nutné endoskopicky sledovat do zhojení.

### Léčba

Protože onemocnění vředovou chorobou alteruje celý organismus, je nezbytné zavést u nemocných léčebný režim (klidné prostředí, dostatek spánku a omezení nadměrné fyzické zátěže). Kouření prokazatelně zhoršuje hojení peptické léze. U vředové choroby s prokázaným *Helicobacter pylori* (*H. p.*) je základem léčby eradikace.

Podstatou eradikace je kombinace inhibitoru protonové pumpy (omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, rabeprazol, esomeprazol) s 2 antibiotiky (amoxicillin a claritromycin).

### Kontrola účinnosti eradikace

Kontrola se provádí nejdříve za 4 týdny

po eradikaci. Jako vhodný je dechový test se značenou ureou, vyšetření gastro-skopické s biopsií, vyšetření antigenu H. p. ve stolici.

## Refluxní choroba jícnu

### Charakteristika

Refluxní choroba jícnu je onemocnění způsobené patologickým gastroesofageálním refluxem.

Funkční pyróza je prosté pálení žáhy.

Refluxní choroba jícnu a refluxní esofagitida nejsou synonyma.

Barretův jícen je náhrada dlaždicového epitelu jícnu epitelem cylindrickým. Barretův jícen je jednou z komplikací refluxní choroby jícnu. Jeho výskyt je odhadován na 10–20% nemocných s dlouhodobou anamnézou refluxní choroby jícnu.

### Epidemiologie

Prevalence refluxní choroby jícnu v ČR není známa. V zahraničí se udává 5–10%.

### Etiologie a patogeneze

Refluxní choroba vzniká z nepochybnosti mezi

agresivními a obrannými mechanismy v jícnu.

Uplatňuje se agresivita refluxátu (HCl, pepsin, soli žlučových kyselin), anatomické prvky (mechanický defekt dolního jícnového svěrače, krátký jícen, axiální hiátová hernie), funkční dysmotilitní faktory (snížený tonus dolního jícnového svěrače, poruchy peristaltiky jícnu, porucha relaxace žaludečního fundu a opožděná evakuace žaludku), narušení obranných mechanismů jícnu. Přidatným faktorem mohou být faktory zevního prostředí, jako jsou léky (nesteroidní antiflogistika, nitráty, antagonisté kalciového kanálu, aminofylliny, beta-blokátory, opiáty a jiné), potraviny a pochutiny (čerstvé pečivo, čokoláda, mák, máta, česnek a cibule), kouření, obezita, úkolová práce a těhotenství (hormonální a mechanické vlivy).

### Příznaky

Hlavním příznakem je pálení žáhy (pyróza) a regurgitace žaludečního obsahu do jícnu. Frekventní pyróza (dvakrát týdně a více) a regurgitace určují správnou dia-

gnózu refluxní choroby jícnu v 89 %. Negativní endoskopie však refluxní chorobu nevyklučuje. Normální endoskopie je u poloviny nemocných s refluxní chorobou jícnu. Dalším příznakem je odynofagie a dysfagie. Vzácně se může onemocnění manifestovat i mimojícnovými projevy (recidivující infekce horních cest dýchacích, astma bronchiale, laryngitidy, chronický kašel, kazivost zubů, halitóza).

### Diagnóza a diferenciální diagnóza

Diagnóza je převážně stanovena na základě příznaků již v ordinaci praktického lékaře. Přítomnost pyrózy (dvakrát týdně a častěji) a regurgitace žaludečního obsahu do jícnu.

Důležitou součástí správného rozpoznání refluxní choroby je provedení terapeutického testu, při kterém dojde ke snížení frekvence refluxních obtíží o 75% (při podávání omeprazolu 20 mg dvakrát denně dva týdny).

Další diagnostika je prováděna na úrovni specialisty – esofagogastroduodenoskopie a jícnová pH metrie, která je zlatým standardem diagnostiky refluxní choroby jícnu.

# RG - Quamatel

## Léčba

Důležitou součástí léčby jsou režimová opatření zahrnující úpravu životosprávy, redukci nadváhy a ukončení kouření. Farmakologická léčba zahrnuje potlačení žaludeční sekrece (blokátory  $H_2$  – receptorů, inhibitory protonové pumpy) a úpravu poruchy motility (prokinetika – itoprid). Při dobrém terapeutickém efektu následuje po 6–12 týdnech udržovací léčba. Dlouhodobá udržovací léčba je in-

dinu (PG). Endogenní prostaglandiny stimuluji a regulují protektivní mechanismy trávicí trubice (žaludeční hlen, mikrocirkulace, regenerační schopnost sliznice, alkalická reakce), které ochraňují žaludeční sliznici před autodigestivní peptický aktivního žaludečního sekretu. Cyklooxygenáza se skládá z COX 1 a COX 2 isoformy. COX 1 se tvoří fyziologicky v různých orgánech (žaludek ledviny, trombocyty a další), COX 2 je vlivem zá-

horní části trávicí trubice.

- ▶ Nemocní ve vyšší věkové skupině (nad 65 let)
- ▶ Nemocní léčení NSAR v kombinaci s kyselinou acetylsalicylovou nebo s kortikosteroidy.
- ▶ Nemocní léčení antikoagulačními přípravky.
- ▶ Nemocní léčení dvěma i více lékaři, kteří nevědí, co ordinuje druhý. Mezi rizikové osoby musíme počítat osoby s nespecifickými střevními záněty, osoby požívající větší množství alkoholu a silně kuřáky.

## Klíčovou roli v prevenci a zhodnocení individuálního rizika u onemocnění trávicího systému pacienta má praktický lékař.

dikovaná u recidivujících nebo refrakterních esofagitid a při komplikacích včetně mimojícňových. Jedná se buď o kontinuální léčbu nebo o léčbu pouze při obtížích (on demand).

## Prevence a léčba gastropatie z nesteroidních antirevmatik (antiflogistik)

### Charakteristika

Gastropatie z nesteroidních antirevmatik (NSAR) je iatrogeně vyvolaná klinická jednotka, která má definovanou patogenézi a měnlivý klinický a patologicko – anatomický obraz. *Vzniká systémovým působením nesteroidních antirevmatik (včetně kyseliny acetylsalicylové).*

### Epidemiologie

Gastropatie z NSAR je jednou z nejčastějších příčin onemocnění žaludku. Klinické obtíže se vyskytnou u 3–5% nemocných užívajících NSAR, závažné komplikace postihnou 1–2%. U nemocných, kteří pravidelně užívají NSAR, lze endoskopicky zjistit erozivní změny žaludeční sliznice až v polovině případů. Riziko poškození sliznice GIT je závislé na druhu NSAR. Jestliže označíme riziko poškození při medikaci brufenem číslem 1,0, pak u diclofenaku činí 2,3, u kyseliny acetalsalicylové 4,8, u indomethacinu 8,0 a u ketoprofenu 10,3.

### Patogeneze

Nesteroidní antirevmatika inhibují prostaglandin cyklooxygenázu (COX) a důsledkem je inhibice syntézy prostaglan-

netu produkovaná buňkami participujícími na vzniku zánětu (makrofágy, synovio-cyty). Inhibice COX 2 = protizánětlivý účinek NSAR.

### Příznaky gastropatie z NSAR

Příznaky mohou být mírné (anorexie, říhání, pocit tlaku v nadbřišku, lehká nauzea, pyróza, epigastrický dyskomfort), může se však vyskytnout zřetelná bolest v epigasatriu vředového typu, případně zvracení. Vzácně může být jediným projevem sideropenie nebo hypochromní anémie podmíněná krevními ztrátami z drobných slizničních lézí GIT. Může dojít i k masivní hemoragii do horní části trávicí trubice nebo k perforaci peptického vředu. Naopak, trvající dyspeptické obtíže nemusí být známkou hrozící komplikace.

### Diagnóza

Rozhodující pro diagnózu je cílená anamnéza. Na užívání NSAR se musíme zeptat pacienta konkrétní otázkou typu: "Užíváte Brufen, Acylpyrin, Anopyrin?" Při podezření na gastropatii z NSAR je rozhodujícím vyšetřením gastrokopie.

### Rizikové faktory

Tolerance NSAR je individuálně rozdílná. Mezi osoby se zvýšeným rizikem pro gastropatii z NSAR patří:

- ▶ Nemocní užívající NSAR ve vysokých dávkách.
- ▶ Nemocní s peptickým vředem v anamnéze, nebo s pozitivní rodinnou anamnézou.
- ▶ Nemocní s anamnézou krvácení do

### Prevence a léčba

Omezit podávání NSAR a zvážit možnost alternativní léčby paracetamolem, tramadolem, případně v kombinaci s NSAR. U rizikových nemocných volit coxiby (celecoxib, rofecoxib).

U nemocných dlouhodobě léčených NSAR je indikováno současné podávání antisekrecčních léků (PPI). Jestliže je u nemocného prokázána gastropatie z nesteroidních antirevmatik, je nejúčelnější NSAR vysadit a zahájit účinnou antisekrecční léčbu (omeprazol 20 mg).

## Dyspepsie horního typu

### Charakteristika

Dyspepsie je souhrnné označení souboru polymorfních trávicích obtíží, které jsou většinou projevem různých gastrointestinálních chorob, vyskytují se však často jako průvodní jev při onemocnění jiných orgánů. Dyspepsie horního typu je stálá nebo opakující se bolest nebo nepohoda lokalizovaná do epigastria nebo okolí pupku. Nemocní popisují různý stupeň dyskomfortu, jako je plnost po jídle, nauzea, nechutenství, říhání, nadýmání.

### Epidemiologie

25–50% lidí má během života dyspeptické obtíže, jen čtvrtina z nich vyhledá lékaře. Obtíže se vztahem k horní části zažívací trubice představují 5–10% zatížení všeobecné praxe.

### Etiopatogeneze a klasifikace

Příčinou dyspeptických obtíží mohou být jak organické abnormality trávicího systému (např. peptický vřed, onemocnění jícnu, onemocnění žlučníku, pankreatu, střev, malignity a polékové změny na sliznici GIT), tak změny funkční (zvýšená viscerální senzitivita, alterovaná motilita,

porucha regulace osy CNS–trávicí trakt, vlivy sociokulturní a psychosociální.

Klasifikace

- ▶ dyspepsie nevyšetřená (organicita vyšetřením nevyloučena)
- ▶ dyspepsie organická (organické onemocnění GIT)
- ▶ dyspepsie funkční (organicita vyšetřením vyloučena)
- ▶ dyspepsie druhotná ( příčina související s onemocněním mimo GIT– gynecologická, endokrinní, urologická, metabolická, psychogenní)

Podle profesora Mařatky určujeme:

- ▶ Dráždivý žaludek (ulcer-like dyspepsia)
- ▶ Chabý žaludek (dysmotility – like dyspepsia)
- ▶ Atypické tvary (non– specific dyspepsia)

Podle průběhu rozdělujeme dyspepsie na akutní (většinou infekční nebo alimentární etiologie) a chronické ( které mají dlouhodobý, déle jak 2 měsíce trvající, intermitentní, případně sezónní průběh a jsou podmíněné buď organicky, nebo funkčně).

#### **Diagnóza a diferenciální diagnóza**

Základem je podrobná anamnéza zaměřená k vyloučení extragastrointestinálních příčin dyspepsie a podchycení alarmujících příznaků a rizikových faktorů, jako užívání NSAR, kouření, chronická onemocnění a rodinná zátěž.

Mezi *alarmující příznaky* patří nevysvětlitelný úbytek hmotnosti, opakované zvr-

cení, hemateméza, meléna, neobjasněná hypochromní anémie, dysfagie, silná bolest v epigastriu,

Hmatná resistence v epigastriu nebo jinde v břiše, náhle vzniklá dyspepsie nebo změna charakteru dyspeptických obtíží. Alarmující příznaky jsou indikací k akutní gastroskopii a abdominální sonografii. Somatické vyšetření je nezbytné, samo ale nevede k objasnění obtíží.

Přístup k pacientovi s nevyšetřenou dyspepsií:

- ▶ Pacient mladší 45 let bez alarmujících příznaků – režimová opatření a antisekretční léčba (PPI, H2 blokátory) event. prokinetika.
- ▶ Pacient starší 45 let s nově vzniklými nebo změněnými příznaky – je indikován ke gastroskopii a sonografii.

#### **Přístup k pacientovi s vyšetřenou dyspepsií**

- ▶ Pacient s peptickým vředem v anamnéze viz léčba peptického vředu.
- ▶ Pacient s funkční dyspepsií – důležitý moment v léčbě funkčních obtíží je vztah mezi lékařem a pacientem.

Pokud nestačí doporučení na úpravu životy, přístupujeme k léčbě farmakologické a snažíme se ovlivnit vedoucí příznak onemocnění a tím i kvalitu života pacienta. U pseudoulcerózních obtíží podáváme antisekretorika (PPI, H2 blokátory), prokinetika. U části nemocných mají dobrý efekt podpůrná psychofarmaka, nebo antidepresiva. Eradikační léčba

není u pacientů s funkční dyspepsií indikována.

*Zásadou zůstává nepředepisovat léky bez náležité kontroly aktuálního stavu nemocného.*

Nikdy nesmíme zapomenout, že i funkční dyspeptické obtíže mohou během let změnit svůj charakter a může dojít ke vzniku organického onemocnění.

#### **Prognóza**

Prognóza pacientů s dyspepsií je příznivá z hlediska mortality a vážných komplikací, ale nejistá z hlediska kvality života u těch pacientů, u kterých ani moderní léčba nepřináší úlevu.

Zavedením endoskopických vyšetřovacích metod a důslednou léčbou peptických lézí lze předejít těžkým komplikacím na jejich podkladě.

#### **Prevence**

Prevence onemocnění trávicího systému tkví v dodržování režimových opatření s vyloučením rizikových faktorů životního stylu.

**Klíčovou roli v prevenci a zhodnocení individuálního rizika pacienta má praktický lékař.**

*Literatura:*

1) Aktualisované doporučené postupy pro praktické lékaře 2003

# Promed - Loseprazol

# POEM (Patient oriented evidence that matters)

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

## Antioxidancia nezamezují vzniku GI karcinomu, zvyšují celkovou mortalitu

► **Klinická otázka:** Zamezují antioxidanty vzniku gastrointestinálního karcinomu?

► **Závěr:** Antioxidancia nezamezují vzniku gastrointestinálního karcinomu. Naopak dokonce, podle shromážděných výsledků vysoce kvalitních studií, antioxidanty zvyšují celkovou mortalitu.

► **Zdroj:** Bjelakovic G, Nikolova D, Simonetti RG, Gluud C. Antioxidant supplements for prevention of gastrointestinal cancers: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2004; 364:1219-28.

► **Typ studie:** Meta-analýza (randomizované kontrolované studie)

► **Prováděcí prostředí studie:** Různé (meta-analýza)

► **Synopse:** Toto je revize provedená informačním systémem Cochrane, který pracuje se svou tradiční přísnou metodou hledání, identifikace nepublikovaných dat a získávání dat. Autoři zahrnuli všechny studie, které randomizovaly osoby se suplementační léčbou antioxidanty (beta-karoten, vitaminy A, C a E a selenium v různých kombinacích nebo odděleně) versus placebo a které sledovaly výskyt gastrointestinálních karcinomů. Autoři zhodnotili metodologickou kvalitu studií a spočítali, zda-li nálezy byly konzistentní napříč studiemi. Celkem bylo hodnoceno 14 randomizovaných kontrolovaných studií se 170 525 pacienty. Počet pacientů v každé studii se pohyboval od 226 do téměř 40 000. Polovina studií na výskyt karcinomu měla dobrou kvalitu, 7 z devíti, které také hlásily mortalitu mělo dobrou kvalitu. Žádný ze sledovaných antioxidantů neochránil před vznikem esofageálního karcinomu, žaludečního karcinomu, nebo pankreatického karcinomu. Ve studiích s velmi dobrou kvalitou antioxidanty zvyšovala celkovou mortalitu (8,0% vs 6,6%). Toto transformováno na počet případů, které je třeba léčit, aby byla způsobena škoda znamená že na 69 léčených přibude 1 úmrtí navíc (95% CI, 58 - 85). Je zajímavé, že 4 studie na selenium (z toho 3 s nejasnou nebo nedostatečnou metodologií) snížily výskyt gastrointestinálního karcinomu (stupeň pravděpodobnosti = 0.49; 95% CI, 0.36 - 0.67). Selenium by mělo být dále zhodnoceno v randomizovaných studiích s průhlednou metodikou.

## Optimální antiagregační léčba u vaskulárních onemocnění

► **Klinická otázka:** Která antiagregační agens, použitá sama o sobě nebo v kombinaci, jsou účinná v prevenci opakovaných vaskulárních příhod?

► **Závěr:** Aspirin je doporučený lék první volby u pacientů s infarktem myokardu s elevací ST-segmentu. Aspirin nebo clopidogrel je doporučen u případů s transien-

ischemickou atakou (TIA)/ ischemickou mozkovou příhodou, chronickou stabilní anginou pectoris, periferní arteriální ischemií, a aspirin v kombinaci s clopidogrelem by měl být užít u pacientů s akutním koronárním syndromem bez elevace ST segmentu. V případě léčby druhé volby u opakujícího se akutního koronárního syndromu je doporučena kombinace aspirinu a clopidogrelu. Kombinace aspirinu a ER-dipyridamolu je doporučeno pro pacienty s opakujícími se TIA/ischemickými mozkovými příhodami bez přítomnosti známého koronárního onemocnění. Než se udělají pevná doporučení na léčbu pacientů s výskytem opakované TIA/ischemické mozkové příhody a současně známým koronárním onemocněním, bude třeba provést další studie. (LOE = 1a-)

► **Zdroj:** Tran H, Anand SS. Oral antiplatelet therapy in cerebrovascular disease, coronary artery disease, and peripheral arterial disease. *JAMA* 2004; 292:1867-74.

► **Typ studie:** Systematický přehled.

► **Prováděcí prostředí studie:** Různé (meta-analýza)

► **Synopse:** Aspirin zamezuje vzniku opakovaných vaskulárních příhod u širokého počtu vysoce rizikových pacientů, ale není známo, zda-li další antiagregační agens, jako je clopidogrel nebo dipyridamol, samy o sobě nebo v kombinaci s aspirinem, jsou více efektivní. Průzkumníci pečlivě prohledali mnohotné databáze včetně MEDLINE, the Cochrane Clinical Trials Registry, a referenční seznamy studií, přehledných článků a vědeckých prohlášení a doporučených postupů oficiálních společností. Autoři zahrnuli i randomizované studie srovnávající antiagregační léčbu s placebem nebo jinou léčbou, které hodnotí výsledky minimálně po deset dnů. Identifikovali 111 studií s téměř 100 000 pacienty. Výzkumníci neuvěřili, zda-li hledání a hodnocení zahrnutých studií bylo děláno nezávisle více než jednou osobou. Doporučenou orální antiagregační léčbou první volby u pacientů s infarktem myokardu s elevací ST-segmentu je aspirin; aspirin nebo clopidogrel je doporučen u případů s transienční ischemickou atakou (TIA)/ ischemickou mozkovou příhodou, chronickou stabilní anginou pectoris, periferní arteriální ischemií (protože aspirin je levnější, clopidogrel by měl být rezervován pouze pro pacienty, kteří netolerují aspirin); aspirin a clopidogrel je doporučen u pacientů s akutním koronárním syndromem bez elevace ST segmentu. U léčby druhé volby, kombinace aspirinu a clopidogrelu je doporučena u opakujícího se akutního koronárního syndromu. Kombinace aspirinu a clopidogrelu však nesnižuje výskyt opakujících se příhod u pacientů s rekurentní TIA/ischemickou mozkovou příhodou, ale zvyšuje riziko velkých a život ohrožujících krvácení. Proto u pacientů s opakujícími se TIA/ischemickými mozkovými příhodami při absenci známého koronárního onemocnění je doporučena

kombinace aspirinu a ER-dipyridamolu. Než se udělají pevná doporučení na léčbu pacientů s opakovanou TIA/ischemickou mozkovou příhodou při současně známém koronárním onemocněním bude potřeba provést další studie a to z důvodu teoretického rizika dipyridamolu na zhoršení myokardiální ischemie. Ticlopidin je přínosný pro různé vaskulární stavy, ale časté nežádoucí účinky - některé z nich vážné - omezují jeho užitečnost.

## Fyzikální léčba pomáhá jen málo při léčbě bolesti zad

► **Klinická otázka:** Mají pacienti, kteří podstoupí fyzikální léčbu při bolestech dolní části zad, větší léčebný prospěch než ti, kteří dostanou pouze radu, aby zůstali aktivní?

► **Závěr:** Fyzikální léčba u bolestí dolní části zad nepřináší žádný další prospěch v porovnání s prostou radou, aby pacient zůstal aktivní. Pacienti zpočátku během fyzikální léčby pociťují léčený přínos, ale tento do jednoho roku vymizí. (LOE = 2b)

► **Zdroj:** Frost H, Lamb SE, Doll HA, Carver PT, Stewart-Brown S. Randomised controlled trial of physiotherapy compared with advice for low back pain. *BMJ* 2004; 329:708-11.

► **Typ studie:** Randomizovaná kontrolovaná studie (jednostranně zaslepená)

► **Rozdělení:** Utajené

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

► **Synopse:** Autoři této studie pracovali s 286 pacienty z Velké Británie, kteří měli bolesti v dolní části zad a kteří byli odesláni svými praktickými lékaři nebo specialisty k fyzikální léčbě. Pacienti byli randomizováni (rozdělení bylo tajné) na skupinu, která obdržela od fyzioterapeuta brožuru s radami jak zůstat aktivní a na skupinu, která obdržela brožuru a 6 sezení fyzikální terapie, využívajících metod mobilizace a manipulace kloubů, měkkých technik a posilujících cvičení. Analýza byla dělána se zaměřením na výsledky léčby, i když po roce se ke kontrole dostavilo jen 70% pacientů. Hlavním výstupem studie byl hledaný rozdíl v indexu invalidity (Oswestry disability index) - stupnice vyplněná pacienty, která má rozsah od 0% (žádné omezení) až 100% (úplná invalidita). Za jeden rok po léčebné intervenci se nezjistil žádný rozdíl v invaliditě mezi oběma skupinami. Stupeň kvality života, měřený pomocí 36-položkového dotazníku, se po jednom roce také nelišil. Asi 10% pacientů, kteří byli randomizováni ve skupině, která dostala jenom radu, podstoupilo i fyzikální léčbu. Pacienti na fyzikální léčbě hlásili významně větší léčebný prospěch při kontrolách po 2 a po 6 měsících, ale je pravděpodobné - pacienti si byli vědomi léčby - že šlo o placebo efekt. Další výzkum také neprokázal užitek fyzikální léčby bolesti dolní části zad (*Spine* 2003; 13:1363-72).

J.L.

©Copyright 2004 InfoPOEM, Inc. All Rights Reserved



Společnost  
všeobecného lékařství  
ČLS JEP



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

## Stanovisko výboru SVL ČLS JEP a krajských konzultantů SVL ČLS JEP ke vzdělávání sester praktických lékařů

Vzhledem k mnohým nejasnostem a četným připomínkám ke vzdělávání sester praktických lékařů byla při zasedání krajských konzultantů Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP dne 11.12.2004 a schůzi výboru SVL ČLS JEP dne 14.12.2004 stanovena pravidla pro vzdělávání sester praktických lékařů v rámci pořádání seminářů kontinuálního vzdělávání pořádaného SVL ČLS JEP.

Vzdělávání sester praktických lékařů je primárně určeno jako **nadstandardní služba pro praktické lékaře**, členy SVL ČLS JEP. Proto do programu kontinuálního vzdělávání sester při SVL ČLS JEP jsou registrovány pouze sestry praktických lékařů, členů SVL ČLS JEP. Tyto sestry mají **volný vstup na vybrané semináře**, zajištěnou souhrnnou certifikaci za účast a zaslání pozvánek. Sestry praktických lékařů - nečlenů SVL ČLS JEP nelze do tohoto programu registrovat.

Tyto sestry se mohou vybraných seminářů účastnit, musí ale zaplatit **vstupní poplatek ve výši 200,- Kč**.

Pro rok 2005 jsou pro sestry v rámci kontinuálního vzdělávání SVL ČLS JEP otevřeny **4 semináře v každém regionu**, které jsou současně garantovány ČAS (Českou asociací sester) a jsou hodnoceny vzdělávacími body ČAS. Ostatní semináře vzdělávacího programu jsou určeny pouze pro lékaře.

**Na semináře SVL ČLS JEP jsou zvány pouze sestry praktických lékařů.** Individuální výjimka může nastat po dohodě sponzora a organizátora semináře a tato možnost bude vyznačena na pozvánkách.

Zpracoval  
**P. Brejník**

krajský konzultant pro střeďočeský kraj

## Fórum preventivní medicíny ve Visegrádu, Maďarsko, 3. - 4. 12. 2004

**MUDr. Zuzana Miškovská, MUDr. Bohumil Seifert, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, MUDr. Jana Vojtíšková, Ústav všeobecného lékařství I. LF UK**

### Zpráva z účasti na konferenci

Zástupci praktických/rodinných lékařů ze střední a východní Evropy sdělili své poznatky o možnostech a efektivitě prevence v primární péči ve svých zemích:

**Irsko** - zpracovaný systém internetového monitoringu kardiovaskulárních onemocnění, sledována i efektivita pravidelných kontrol u PL a edukace, dokázán pokles mortality na kardiovaskulární onemocnění. Přehledné, věcné, dobře technicky zpracované sdělení.

**Rakousko** - systém spolupráce, sledování a hodnocení obdobný jako v Irsku, ale bylo zapojeno více ambulantních internistů a nemocničních lékařů, vyhodnocení není úplné.

**Slovensko** - jen ústní sdělení, hlavně o problematice TOKSu (screening okultního krvácení), nato se rozběhla velká diskuse o prevenci v onkologii, přestože to nebylo hlavní téma dne.

**Maďarsko, Rumunsko, Srbsko a Černá Hora** - víceméně, jen konstatování faktu, že mortalita a morbidita na kardiovaskulární one-

mocnění je problém, chybí edukace laické i odborné veřejnosti.

Sdělení se zaměřila především na možnosti e-spolupráce v rámci jednotlivých zemí i mezinárodně. Byl zmíněn projekt Recko-Turecké spolupráce po internetu.

**Česko** - pojetí prevence u nás přednesl B. Seifert. Jeho sdělení zahrnuje problematiku kardiovaskulární i onkologické prevence u nás, a způsob mimokapitačního a bonusového hodnocení prevencí v rámci zdravotního pojištění, což vyvolalo bohatou diskusi.

Byla vytvořena pracovní skupina **REN COP** (Regional Network Cooperation). Jejím úkolem bude vytvořit v každé zemi několik center pro sledování vývoje kardiovaskulárních onemocnění a zapojit je do mezinárodní sítě.

Účastníci konference podepsali **společné prohlášení** o nutnosti řešit kardiovaskulární problematiku a předběžný závazek ke spolupráci.

Zapsala

**Zuzana Miškovská**

## Semináře SVL ČLS JEP které jsou v roce 2005 otevřeny pro sestry praktických lékařů a garantovány Českou akademií sester

DATUM	DEN	ČAS	MÍSTO	TÉMA	HODNOCENÍ
12.3.	SO	9.00- 13.30	Brno	Farmakoterapie bolesti	3 body ČAS
21.5.	SO	9.00- 13.30	Brno	Včasný záchyt kolorektálního karcinomu ve všeobecné praxi. Nemocný s ileostomií a kolostomií. Diagnostika celiakie.	3 body ČAS
17.9.	SO	9.00- 13.30	Brno	Onkologická prevence v primární praxi. Chronická žilní insuficience. Varixy DK. Bércový vřed.	3 body ČAS
1.10.	SO	9.00- 13.30	Brno		3 body ČAS
30.3.	ST	16.00-19.30	Č.Budějovice	Farmakoterapie bolesti	3 body ČAS
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.	3 body ČAS

8.10.	SO	9.00- 13.30	Č.Budějovice	Ošetřování ran	3 body ČAS
23.11.	ST	16.00-19.30	Č.Budějovice	Onkologická prevence v primární praxi. Chronická žilní insuficience. Varixy DK. Bércový vřed.	3 body ČAS
31.3.	ČT	16.00-19.30	Hradec Králové Rest.DURAN	Farmakoterapie bolesti	3 body ČAS
7.5.	SO	9.00- 13.30	Hradec Králové	Ošetřování ran	3 body ČAS
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	5 bodů ČAS
20.10.	ČT	16.00-19.30	Hradec Králové Nové Adalbertinum	Varixy DK, chronická žilní insuficience. Bércový vřed.	3 body ČAS
23.3.	ST	16.00-19.30	Jihlava	Farmakoterapie bolesti	3 body ČAS
23.11.	ST	16.00-19.30	Jihlava	Akutní medicína	3 body ČAS
14.12.	ST	16.00-19.30	Jihlava	Varixy DK, chronická žilní insuficience. Bércový vřed.	3 body ČAS
22.1.	SO	9.00- 13.30	Karlovy Vary	Akutní medicína.	3 body ČAS
18.6.	SO	9.00- 13.30	Karlovy Vary	Včasný záchyt kolorektálního karcinomu ve všeobecné praxi. Nemocný s ileostomií a kolostomií. Diagnostika celiakie.	3 body ČAS
10.12.	SO	9.00- 13.30	Karlovy Vary	Varixy DK, chronická žilní insuficience. Bércový vřed.	3 body ČAS
3.3.	ČT	16.00-19.30	Liberec	Farmakoterapie bolesti	3 body ČAS
1.9.	ČT	16.00-19.30	Liberec	Onkologická prevence v primární praxi.	3 body ČAS
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.	3 body ČAS
19.3.	SO	9.00- 13.30	Olomouc	Farmakoterapie bolesti	3 body ČAS
18.6.	SO	9.00- 13.30	Olomouc	Varixy DK, chronická žilní insuficience. Bércový vřed.	3 body ČAS
19.11.	SO	9.00- 13.30	Olomouc	Včasný záchyt kolorektálního karcinomu ve všeobecné praxi. Nemocný s ileostomií a kolostomií. Diagnostika celiakie.	3 body ČAS
17.3.	ČT	16.00-19.30	Ostrava	Farmakoterapie bolesti	3 body ČAS
19.4.	Út	16.00-19.30	Ostrava	Včasný záchyt kolorektálního karcinomu ve všeobecné praxi. Nemocný s ileostomií a kolostomií. Diagnostika celiakie. Ulcerózní kolitida	3 body ČAS
11.6.	SO	9.00- 13.30	Ostrava	Ošetřování ran	3 body ČAS
24.11.	ČT	16.00-19.30	Ostrava	Akutní medicína, AIM, CMP, polytrauma	3 body ČAS
12.2.	SO	9.00- 13.30	Pardubice	Akutní medicína. Sexuálně přenosné choroby. Drogová závislost.	3 body ČAS
23.3.	ST	16.00-19.30	Pardubice	Farmakoterapie bolesti	3 body ČAS
2.11.	ST	16.00-19.30	Pardubice	Akutní medicína, polytrauma. CMP, meningitida.	3 body ČAS
12.3.	SO	9.00- 13.30	Plzeň	Farmakoterapie bolesti	3 body ČAS
7.5.	SO	9.00- 13.30	Plzeň	Včasný záchyt kolorektálního karcinomu ve všeobecné praxi. Nemocný s ileostomií a kolostomií. Diagnostika celiakie.	3 body ČAS
19.11.	SO	9.00- 13.30	Plzeň	Ošetřování ran	3 body ČAS
3.12.	SO	9.00- 13.30	Plzeň	Varixy DK, chronická žilní insuficience. Bércový vřed.	3 body ČAS
17.2.	ČT	16.00-19.30	Praha Lék.dům	Farmakoterapie bolesti	3 body ČAS
23.2.	ST	16.00-19.30	Praha Homolka	Farmakoterapie bolesti	3 body ČAS
5.3.	SO	9.00- 13.30	Praha Lék.dům	Včasný záchyt kolorektálního karcinomu ve všeobecné praxi. Nemocný s ileostomií a kolostomií. Diagnostika celiakie.	3 body ČAS
15.9.	ČT	16.00-19.30	Praha Lék.dům	Onkologická prevence v primární praxi.	3 body ČAS
21.9.	ST	16.00-19.30	Praha, Homolka	Onkologická prevence v primární praxi.	3 body ČAS
15.10.	SO	9.00- 13.30	Praha	Ošetřování ran	3 body ČAS
3.12.	SO	9.00- 13.30	Praha Lék.dům	Varixy DK, chronická žilní insuficience. Bércový vřed.	3 body ČAS
3.3.	ČT	16.00-19.30	Ústí n.L.	Farmakoterapie bolesti	3 body ČAS
2.6.	ČT	16.00-19.30	Ústí n.L.	Akutní medicína I Péče o bércový vřed. Varixy DK. Venosní insuficience DK.	3 body ČAS
1.12.	ČT	16.00-19.30	Ústí n.L.	Akutní medicína II	3 body ČAS
7.3.	PO	16.00-19.30	Zlín	Farmakoterapie bolesti.	3 body ČAS
13.6.	PO	16.00-19.30	Zlín	Akutní medicína I	3 body ČAS
14.11.	PO	16.00-19.30	Zlín	Varixy DK, chronická žilní insuficience. Bércový vřed.	3 body ČAS
30.4.	SO	9.00- 13.30	Znojmo	Depresivní poruchy a možnosti jejich léčby ve všeobecné praxi. Farmakoterapie bolesti.	3 body ČAS
1.10.	SO	9.00- 13.30	Znojmo	Včasný záchyt kolorektálního karcinomu ve všeobecné praxi. Nemocný s ileostomií a kolostomií. Diagnostika celiakie.	3 body ČAS

**ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. E. PURKYNĚ**  
**PŘIHLÁŠKA ZDRAVOTNÍ SESTRY**  
**DO PROGRAMU KONTINUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ POŘÁDANÉHO SVL ČLS JEP**

Příjmení:  Jméno:

Titul:  Datum narození:

Adresa bydliště, vč. PSČ:

Telefon:  E-mail:

Název pracoviště:

Příjmení a jméno lékaře:  Člen SVL :  ANO  NE

Adresa pracoviště, vč. PSČ:

Telefon:  E-mail:

Přihlašuji se do programu kontinuálního vzdělávání pořádaného Společností všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL ČLS JEP) a souhlasím s poskytnutím výše uvedených osobních údajů výlučně pro evidenci v SVL ČLS JEP.

V roce 2004 jsem se již zúčastnila semináře v  dne

Datum:  Podpis:

Vyplněnou přihlášku odevzdejte prosím krajskému koordinátorovi přímo na semináři nebo ji laskavě zašlete na adresu:  
**Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Sekretariát společnosti, U Hranic 3221/16, 100 00 Praha 10**

### MÍSTO PRO ZÁZNAMY SVL

Přihláška přijata dne:

Přihláška zaevidována dne:

Razítko a podpis zástupce výboru SVL



# Diferenciální diagnóza a terapie migrény

**MUDr. Petr Dočekal**

Neurologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

## Souhrn:

**Opakované bolesti hlavy patří k nejčastějším chronickým bolestem nemaligního typu. Spolu s bolestmi zad a kloubními bolestmi jsou nejčastějším důvodem k užití analgetik u dospělých osob v ČR, a to často po dobu mnoha let.**

## Klíčová slova:

**Primární cefalgie, sekundární cefalgie, triptany, dotazník MIDAS**

## Úvod

IHS (International Headache Society) klasifikace dělí bolesti hlavy na primární (migréna, tenzní cefalgie, „cluster headache“ cefalgie apod.), které tvoří samostatnou nosologickou jednotku, a na sekundární cefalgie, které jsou jedním z projevů jiného onemocnění. Z této druhé skupiny jsou nejzávažnější cefalgie při intrakraniální expanzi, při kraniocerebrálním traumatu, při meningoencefalitidě, při subarachnoidálním krvácení a při hydrocefalu. Diagnózu těchto přímo a rychle život ohrožujících stavů je třeba učinit většinou již při prvním kontaktu s pacientem. Ke správnému stanovení diagnózy slouží mimo pečlivě a cíleně odebrané anamnézy a fyzikálního vyšetření pacienta i CT a MRI mozku, event. lumbální punkce. Základní varovné příznaky, ukazující na nutnost tohoto postupu jsou: první silná bolest hlavy po 40. roce věku pacienta, dále bolest hlavy doprovázená poruchou vědomí, meningeálním syndromem nebo ložiskovým neurologickým deficitem. Tyto varovné příznaky mohou být zpočátku velmi diskretní a je třeba po nich cíleně pátrat. Tabulka č. 1 uvádí nejčastější závažné, život ohrožující typy cefalgií a zároveň stručně i jejich klinický obraz a doporučené vyšetřovací metody.

Z méně závažných (tj. nikoli přímo život pacienta ohrožujících), ale zato velmi častých sekundárních cefalgií je třeba na prvním místě jmenovat cervikogenní bolesti hlavy, tedy akutní či chronický cervikokraniální syndrom. Zřejmě největším diferenciálně diagnostickým problémem u této klinické jednotky je odlišení akutního CC syndromu od subarachnoidálního krvácení, vzhledem k jejich velmi podobnému klinickému obrazu. Při pochybnostech je jediným racionálním řešením urgentně pro-

vedené CT mozku či lumbální punkce. Terapie cervikogenních bolestí hlavy je v ČR již tradičně na velmi dobré úrovni a není tedy nutno ji znovu detailně popisovat.

## Terapie migrény

Z primárních cefalgií je nejznámější a klinicky nejzávažnější migréna. Její klinický obraz je dobře znám již několik století, ale patogenese záchvatu i celého onemocnění byla podrobněji poznána až v posledních 20 letech. V rozvoji záchvatu migrény, který je primárně neurogenním a nikoli vaskulárním dějem, hrají klíčovou úlohu některé struktury mozku -vého kmene, dále kortikální šířící se deprese.

Rozhodujícím momentem pro rozvoj cefalgie a dalších klinických příznaků je především abnormální aktivita trigemino-vaskulárního komplexu a aktivita intrakraniálních serotonergních receptorů.

Díky těmto novým poznatkům je v posledních letech k dispozici cílená akutní terapie migrenózního záchvatu 5HT 1B/D agonisty neboli „triptany“. Prvním takovýmto lékem byl sumatriptan a dalším byl naratriptan. Od března 2001 je používán zolmitriptan a od ledna 2002 i eletriptan. V následujícím odstavci jsou dále podrobněji rozebrány vlastnosti jednotlivých triptanů a praktické aspekty jejich užití.

Sumatriptan byl prvním 5HT 1B/D agonistou, který se v ČR objevil v roce 1993, a svojí účinností při akutní léčbě již plně rozvinutého migrenózního záchvatu (a to i s velmi těžkým průběhem) rychle prokázal zcela nové možnosti této léčby. Vzhledem k tomu, že jde o léčbu kauzální a nikoli jen symptomatickou, je logické, že tento preparát (stejně jako všechny ostatní triptany) působí na všechny klinické příznaky migrenózního záchvatu. Záchvat je takovýmto terapeutickým zásahem ve více než 60-70% případů ukončen a pacient je dále zcela bez klinických obtíží. Pouze

tabulka č. 1

## Nejzávažnější příčiny sekundárních bolestí hlavy

Klinická jednotka	Klinický obraz	Vyšetřovací metody
Subarachnoidální krvácení	Náhlý začátek bolesti, nauzea, zvracení, fotofobie, hypertenze, tachykardie, porucha vědomí, ložiskový neurolog. nález, mening. sy, subfebrilie	Klinické vyš., CT mozku, lumbální punkce
Meningitis	Meningeální sy, febrilie	Klinické vyš., CT mozku, lumbální punkce
Intrakraniální krvácení	Ložiskový neurolog. nález hypertenze, nauzea, vomitus, tachykardie	Klinické vyš., CT mozku
Intrakraniální expanze	Ložiskový neurolog. nález postupný rozvoj	Klinické vyš., CT(MRI) mozku, vyšetření očního pozadí
Nitrolební hypertenze	Nausea, vomitus, poruchy visu, vertigo, zhoršení při vertikalizaci popř. ložiskový neurolog. nález	Klinické vyš., CT(MRI) mozku, vyšetření očního pozadí

**Pfizer - Relpax**

u mimořádně silných a několik dní trvajících záchvatů, dochází k rekurenci, t.j. návratu záchvatu (obvykle po 12-24 hodinách). I tuto rekurenci je možno úspěšně léčit další dávkou triptanu. Takového mimořádného terapeutického efektu je dosaženo po p.o. aplikaci sumatriptanu (tbl 50 a 100 mg) již do 2 hodin a po aplikaci i.m (inj. 6 mg) již do 30 minut. Výhodu parenterálního použití je možnost aplikace i u silně a opakovaně zvracejících pacientů, což u migrény není nijak vzácné. Jedinou reálnou nevýhodou injekční formy je její vysoká cena a vázanost na povolení revizního lékaře. Podobná charakteristika užití platí i pro sumatriptan nosní sprej, který se objevil cca před 3 roky. Opět jde o formu,

rychle a razantně i v tabletové formě (Tmax a tedy i nástup účinku po p.o. aplikaci je již za 1,5 hod). Jde o typický triptan druhé generace s vysokou selektivitou a vysokým procentem úlevy od všech klinických příznaků záchvatu, tedy nejen od cefalgie ale i od nauzey, foto a fonofobie (kol 70-78%). Kromě toho má tento preparát i velmi příznivý profil vedlejších účinků. Eletriptan se objevil v lékárnách v ČR v lednu 2002 (ve formě tablet 40 a 80 mg). Díky svým mimořádně příznivým farmakodynamickým vlastnostem (a rovněž i přijatelné ekonomické dostupnosti) je velmi cenným přínosem k léčbě migrenosního záchvatu 5HT 1B/D agonisty v ČR.

Vedlejší účinky triptanů jsou v zásadě shodné svým charakterem pro všechny uvedené preparáty, liší se pouze intenzitou a frekvencí. K typickým „triptanovým“ vedlejším účinkům patří: parestézie v horních končetinách, hrudníku a krku, méně často v jiných částech těla, dále asténie a pocit tíže. Při srovnání účinnosti jednotlivých triptanů a intenzity jejich vedlejších účinků platí jednoduché pravidlo lineární

z triptanů na místo dříve používané nespecifické terapie NSA, jsou studie DISC a dotazník MIDAS. Tyto byly publikovány v českém vydání časopisu JAMA v srpnu 2001(č 7-8). Dotazník MIDAS jednoduše kvantifikuje počet dní zameškaných nebo částečně zameškaných pacientem za poslední 3 měsíce jejich prostým součtem. Podle dosaženého skóre rozdělujeme pacienty do 4 skupin:

Liptonova studie DISC prokázala zcela jasně, že u pacientů s MIDAS skóre 11 a více, tedy u skupiny III a IV je nejvhodnější terapie specifická (tedy triptany) již od počátku léčby. Naproti tomu u skupiny MIDAS I je možno ponechat běžnou NSA terapii. Skupina MIDAS II tvoří hranici pro užití triptanů. Je možné volit NSA i 5HT 1B/D agonisty podle tíže záchvatů. Ve studii (randomizované, multicentrické, atd.), tedy metodologicky správně koncipované, a proto i průkazné, byla tato strategie (nazvaná „stratifikovaná“) srovnána se staršími modely, „step by step“ terapie, čili postupné úpravy terapie podle reaktivity pacienta na NSA (během jednoho záchvatu či po určité době). Ve 2 skupinách pacientů léčených podle této starší strategie byli všichni pacienti i s těžkými formami migrény léčení zpočátku pomocí NSA (lysínacetylsalicylát + metoclopramid), a teprve po selhání této terapie byl podán specifický agonista 5HT 1B/D receptorů (zolmitriptan). Ukázalo se, že ve skupině pacientů, u kterých byla ponechána terapie NSA až do příští návštěvy a teprve potom změněna na triptan, byla celková úspěšnost nejmenší. O něco lepší výsledky byly dosaženy ve skupině pacientů, kde terapie záchvatu začínala opět NSA, ale po jejím selhání byl již po 2 hodinách (tedy ještě během téhož záchvatu) aplikován triptan. Nejlepší výsledky byly ve skupině pacientů se stratifikovanou terapií, kteří při závažnosti migrény MIDAS III a IV byli léčení již od počátku triptanem.

Tato studie je vzhledem k nesporným výsledkům i k metodologické nezpochybnitelnosti velmi důležitým momentem ve volbě strategie terapie migrény. Důsledná aplikace jejích principů a výsledků přinesla velmi podstatné zlepšení akutní péče o pacienty s těžšími formami migrény ve většině zemí Evropské unie i v USA.

V ČR rovněž došlo v posledních dvou letech k výraznému zlepšení kvality akutní terapie migrenózního záchvatu, tedy k častějšímu užití triptanů jako medikace první volby u těžších forem migrény, což plně odpovídá soudobým terapeutickým standardům dle doporučení IHS. Lze tedy doufat, že v blízké době bude takový přístup k akutní terapii migrény i u nás zcela samozřejmým.

tabulka č. 2

Skóre MIDAS

Míra závažnosti:

I	Velmi mírné nebo žádné omezení	skóre 0-5
II	Mírné omezení	skóre 6-10
III	Střední omezení	skóre 11-20
IV	Silné omezení	skóre více než 20

kteřá je nezávislá na GIT resorpci. Ostatní farmakodynamické vlastnosti nosního spreje jsou srovnatelné s tabletovou formou. Dalším triptanem, který se objevil v ČR cca před 5 roky, je naratriptan (tbl. 2,5mg). Je stejně jako všechny ostatní triptany druhé generace schopen procházet intaktní hematoencefalickou bariérou a lze tedy předpokládat, že působí nejen na periferní část trigemino-vaskulárního komplexu jako sumatriptan, ale i na jádro N. trigemini, a na struktury mozkového kmene. Jeho výhodou je mimořádně dobrá tolerance. Incidence i profil nežádoucích účinků jsou prakticky rovné placebo. Jeho nevýhodou je ale dosti dlouhý čas, nutný k dosažení maximální plasmatické koncentrace (T. max), a tím i pomalejší nástup terapeutického účinku (cca za 4-6 hod). Tento preparát bude tedy vhodný spíše pro mírnější až středně silné záchvaty, které jsou protrahované.

Třetím „triptanem“ v ČR v chronologickém sledu je zolmitriptan (tbl 2,5 mg a 5 mg). Dále nosní sprej a sublinguální tbl.). Zolmitriptan má středně rychlý nástup účinku po p.o podání (cca za 2,5-3 hod). Farmakodynamické vlastnosti novějších forem t.j nosního spreje a sublinguální tablety jsou o něco příznivější než u klasické tbl. Incidence a intenzita vedlejších účinků zolmitriptanu je velmi příznivá, což je dáno jednak jeho vysokou selektivitou, ale také rel. pomalejším nástupem účinku (oproti sumatriptanu a zvl. eletriptanu). Je třeba ale říci, že ani u sumatriptanu a eletriptanu nejsou vedlejší účinky natolik významné, aby reálně bránily jejich užití - viz dále. Nejnovější triptan, eletriptan, působí velmi

souvislostí mezi rychlostí a razantností účinku, a vedlejšími účinky. Nejrychleji působí sumatriptan inj. s relativně nejvyšší intenzitou a frekvencí vedlejších účinků. O něco nižší incidenci i intenzitu vedlejších účinků mají eletriptan tbl 80 mg a sumatriptan 100 mg tbl. Poněkud pomaleji působící zolmitriptan má logicky ještě nižší intenzitu vedlejších účinků. Naratriptan s nástupem účinku za 4-6 hod po podání s téměř nulovými vedlejšími účinky spektrum triptanů uzavírá. Je ale zřejmé, že celkově je skupina triptanů mimořádně dobře tolerována (a to i vč. sumatriptanu v inj. formě), a že tedy jejich širokému uplatnění v akutní terapii migrény v ČR v minulosti bránily spíše faktory ekonomické a rovněž i určitá tendence k nadměrné konzervativnosti ve strategii terapie.

Kontraindikace léčby triptany: Absolutní kontraindikací jsou:

- ▶ Stav po infarktu myokardu, Prinzmetalova angina pectoris a další formy ICHS.
- ▶ Medikamentózně nevladatelná a špatně kontrovaná hypertenze.
- ▶ Prokázaná alergie na některou složku preparátu.

Další kontraindikací je gravidita. Tato byla již u sumatriptanu v seznamu kontraindikací změněna na pouze relativní, vzhledem k již dostatečným zkušenostem s jeho užitím i u mladých žen ve fertilním věku. Ostatní novější preparáty jsou zatím v graviditě kontraindikovány plně, ale lze u nich v budoucnu očekávat podobný příznivý posun, jako u sumatriptanu.

Významnými faktory napomáhajícími v rozhodování, kdy použít v akutní léčbě některý

Literatura u autora

# Mykotická onemocnění kůže -klinický obraz a léčba

**MUDr. Sabina Švestková**

Kožní klinika, FN Brno

## Souhrn:

Mykotická onemocnění kůže a kožních adnex jsou v medicíně stále aktuálním problémem. Pod pojmem dermatomykózy rozumíme infekční onemocnění vyvolané převážně keratofilními houbami, které lze prokázat v kožních šupinách, nemocných vlasech, vousech a nehtech.

Důležitou roli u dermatomykóz hrají predispoziční faktory, mezi které nejčastěji patří poruchy cirkulace, lymfostáza, poranění, opakovaná mikotraumata, periferní neuropatie a dále teplo, vlhko, macerace, pocení, obezita, gravidita, kachexie, diabetes mellitus, imunosuprese, AIDS, léčba kortikosteroidy, cytostatiky, antibiotiky.

## Klíčová slova:

dermatofyty, kvasinky, saprofytické mikromycety, vyšetřovací metody

### ■ Vyšetřovací metody

1. Klinický obraz- není vždy jednoznačný pro stanovení diagnózy.
2. Mikroskopické vyšetření („nativní louhový preparát“), pokud je pozitivní, je dostačující k zahájení léčby (celkové nebo místní).
3. Kultivace plísní se provádí na Sabouraudově glukózovém agaru. Inkubace dermatofyt trvá 3 týdny, inkubace kvasinek 1 týden.

4. Trichofytinový test prokazuje tvorbu protilátek proti antigenům plísně rodu *Trichophyton*.
5. Woodova lampa. Při aplikaci UV-A záření pátráme po fluorescenci, hlavně u dermatofytóz kštic a pityriasis versicolor.

### ■ Původci dermatomykóz

1. Dermatofyty
2. Kvasinky



Obr.č.1: *Tinea corporis*

### 3. Saprofytické mikromycety

Ad 1. Dermatofyty dělíme podle místa výskytu a podle hostitele na kmeny -antropofilní (jsou lidskými patogeny)(a)  
- zoofilní (mají jako hostitele zvířata)(z)  
- geofilní (žijí v půdě)(g)

Mezi dermatofyty řadíme rod **Trichophyton** a jeho variety:

*rubrum*(a), *mentagrophytes*(z), *interdigitale*(a), *verrucosum*(z), *tonsurans*(a), *equinum*(z), *violaceum*(a), *ajelloi*(g), *schönleinii*(a), *terrestre*(g), *magninii*(a).

Rod *Epidermophyton* s varietou *floccosum*(a) a *Microsporum audouinii*(a), *persicolor*(z), *nanum*(z), *canis*(z), *gypseum*(g), *cookei*(g), *vanbreuseghemii*(g).

Ad 2. Mezi **kvasinky** (blastomycety) patří *Candida albicans*, *tropicalis*, *pseudotropicalis*,

# Medimport - Aknoren

guilliermondii, crusei, parapsilosis. Cryptococcus neoformans.

### Klinické obrazy, diferenciální diagnostika dermatomykóz

#### I. Pityriasis versicolor

má mezi dermatomykózami zvláštní postavení, dříve byla řazena mezi saprofytické mykózy. **Původce:** Pityrosporum ovale, p. orbiculare (Malassezia furfur). **Klinický obraz:** chronické povrchní většinou nezápětlivé světle hnědé makuly na trupu. Pityriasiformní olupování na povrchu. V létě jsou ložiska světlejší. Ve Woodově světle žlutozelená fluorescence. **Dif.dg.:** Erythrasma (bakteriální onemocnění, původcem je Corynebacterium minutissimum). Seborrhoická dermatitida, vitiligo, sekundární syfilis.

#### II. Tinea capitis

##### 1. Tinea capitis superficialis

##### 2. Mikrosporie

**Původce:** M.audouinii, canis, gypseum. Dříve epidemicky v dětských kolektivech. **Klinický obraz:** ložiska s ulámanými vlasy vzhledu strniště. Jasně zelená fluorescence ve Woodově

světle.

#### 3. Favus

**Původce:** T. schönleini. **Klinický obraz:** skutulažlutavé krustosquamózní miskovité útvary v ústích vlasových folikulů páchnoucí myšinou. Jsou složeny ze spleti vláken houby. Zanechávají trvalou alopecii.

#### 4. Tinea capitis profunda-Kerion Celsi

**Původce:** T.verrucosum, mentagrophytes. **Klinický obraz:** silná zánětlivá folikulární reakce, hrboly s masivní hnisavou sekrecí. Vlasy jsou uvolněné. **Dif.dg.:** psoriáza kštice, seborrhoická dermatitida, CDE, alopetia areata, pseudopelade.

#### III. Tinea barbae

##### 1. Tinea barbae superficialis

##### 2. Tinea barbae profunda-sycosis barbae parasitaria

**Původce:** T.mentagrophytes, verrucosum, M. canis. **Klinický obraz:** infiltrovaná tuhá ložiska, s vytékajícím hnisem a krustami. Bolestivost je malá. Vousy lze snadno vytáhnout.

**Dif.dg.:** sycosis barbae nonparasitaria (staphylogenes), furunkl, karbunkl, jododerma, bromoderma.

#### IV. Tinea faciei

#### a V. Tinea corporis

##### 1. Tinea faciei (corporis) superficialis erythematosquamosa

##### 2. Tinea faciei (corporis) superficialis erythematosquamosa (herpes iris)

**Původce:** T.rubrum, mentagrophytes, M.canis, T.verrucosum. **Klinický obraz:** ostře ohraničená kruhovitá erythematosquamózní ložiska s aktivními okraji a hojícím se centrem. **Dif.dg.:** kontaktní nebo numulární ekzém, seborrhoická dermatitida, pityriasis rosea Gibert, někdy psoriáza.

##### 3. Tinea faciei (corporis) profunda

#### VI. Tinea manuum

**Původce:** T. rubrum, mentagrophytes var. interdigitale, E.floccosum. **Klinický obraz:** Postižení rukou je vzácnější, infekce je nejčastěji přenesena z nohou. Často bývá postižena jen jedna ruka.

##### 1. Hyperkeratotická forma-postiženy dlaně a volární strany prstů

##### 2. Dyshidrotická forma-výsev vesikul na hranách dlaní a prstů.

**Dif.dg.:** hyperkeratotický a dyshidrotický ekzém, psoriáza.

Častěji jsou projevy na rukou jako „idová erupce“. Mykid= hyperergický stav organismu v důsledku resorpce houbových antigenů.

V projevech mykidu nejsou přítomny houbové elementy.

#### VII. Tinea cruris (inguinalis)

**Původce:** T. rubrum, E.floccosum. **Klinický obraz:** šupící ložiska se zánětlivým lemem v tříselech a na přilehlých stranách steh. **Dif.dg.:** erythrasma, kandidóza, seborrhoická dermatitida, intertrigo, psoriáza.

#### VIII. Tinea pedum

**Původce:** T. rubrum, mentagrophytes var. interdigitale, E. floccosum. **Klinický obraz:** Je nejčastější formou dermatofytické infekce, postiženo až 70% populace.

##### 1. Interdigitální (intertriginózní) forma-postihu je meziprstní prostory.

##### 2. Hyperkeratotická forma (squamózně-hyperkeratotická)- postiženy jsou plošky.

##### 3. Vesikulo-bulózní forma-postiženy jsou klen-

### tabulka č. 1

#### Zevní terapie dermatomykóz

clotrimazol	(Aknecolor, Candibene krém, spray, Canesten krém, liq., Canifug krém, liq., Clotrimazol AI krém, spray, Imazol Plus krém, Imazol krémpasta)
bifonazol	(Bifonazol krém, liq., Mycospor krém, liq., sada na nehty)
ketokonazol	(Nizoral šampon, krém)
ekonazol	(Pevaryl krém, pasta, sol., P.V. šampon)
oxiconazol	(Myfungar krém)
ciklopirox	(Batrafen krém, liq.)
terbinafin	(Lamisil krém, spray, liq., Terbisil krém, Brinaf krém)
flutrimazol	(Micetal krém, spray, gel)
natamycin	(Pimafucin krém)

### tabulka č. 2

#### Celková terapie dermatomykóz

itrakonazol	Sporanox cps. Kůže: 2x denně 100mg 2-4 týdny Nehty: 2x denně 100mg 3-6 měsíců Pulzní léčba: 2x denně 200mg 7 dnů, 3 týdenní pauza. Nehty rukou 2x, nehty nohou 3x.
fluconazol	Diflucan cps., Diflazon tbl., Mycomax tbl., Fluconazol Slovakoforma tbl., Mycosyst tbl. Kůže: 1x týdně 150mg 2-4 týdny Nehty: 1x týdně 150mg 4 měsíce Gravidita není kontraindikací.
terbinafine	Lamisil tbl., Terbisil tbl., Onychon tbl., Brinaf tbl. Kůže: 1x denně 250mg 2-6 týdny Nehty: 1x denně 250mg 3 měsíce Neúčinný na kvasinky.
ketokonazol	Nizoral tbl., Oronazol tbl. Kůže: 1x denně 200mg 4-8 týdnů Nehty: 1x denně 200mg 6-18 měsíců Je hepatotoxický.
griseofulvin	Griseovin tbl., Gricin tbl., Griseofulvin tbl. Kůže: 4x denně 125mg 6-8 týdnů Nehty: 4x denně 125mg 6-9 měsíců Je hepatotoxický. Neúčinný na kvasinky.
nystatin	Fungicidin tbl.

Obr.č.2: Pityriasis versicolor





by nohou, tato forma mívá akutní a subakutní průběh.

**Dif.dg.:** hyperkeratotický a dyshidrotický ekzém, psoriáza, lichen ruber, kontaktní ekzém (bývá symetrický).

IX. Tinea unguium

**Původce:** T. rubrum, mentagrophytes var. interdigitale, E. floccosum, Candida sp. **Klinický obraz:** 1. Distanční subunguální onychomykóza (postižena distální část). 2. Proximální subunguální onychomykóza (postižena proximální část). 3. Bílá superficiální onychomykóza (postižena jen povrch nehtu). 4. Kandidová onychomykóza bývá spíše jako sekundární projev kandidových paronychii). **Dif.dg.:** chronický ekzém, psoriáza, nehtové dystrofie, lichen ruber.

## Kandidózy

I. Orální kandidóza

1. Akutní pseudomembranózní forma (soor)
2. Akutní atrofická forma (po léčbě ATB)
3. Chronická atrofická forma (zubní protézky)
4. Angulární cheilitida

**Dif.dg.:** lichen ruber planus, sekundární syfilis, vlasatá leukoplakie.

II. Kožní kandidóza

(candidosis intertriginosa)

**Klinický obraz:** Červené vlhké eroze s maceřovaným límcem rohové vrstvy. **Dif.dg.:** bakteriální intertrigo, seborrhoická dermatitida, inverzní psoriáza.

III. Vulvovaginální kandidóza

**Klinický obraz:** Sliznice je sytě červená, zduřelá, s bělavými povlaky. Svědění, pálení.

**Dif.dg.:** gonorrhoea, trichomoníáza, bakteriální infekce.

IV. Kandidová balanitida

(balanitis candidosa)

**Klinický obraz:** na glans penis drobné papuly, zkalené puchýřky, eroze s bělavými límečky, někdy svědící zarudlá ložiska s bělavými povlaky. **Dif.dg.:** bakteriální balanitida, erozivní balanitida, erythroplazia Queyrat, balanitis plasmocellularis, psoriasis.

V. Kandidová paronychia

**Klinický obraz:** zduřelé nehtové valy, kutikula chybí, u nehtového valu je kapsovitý záhyb s hnisem. **Dif.dg.:** bakteriální paronychia. Terapie dermatomykóz by měla být účinná, jednoduchá a cenově dostupná. Ve většině případů vystačíme s místní léčbou, ale pokud je postižena vlasatá část hlavy, nehtové ploténky, pokud se jedná o hlubokou formu dermatomykózy nebo je postižení rozsáhlé, musíme sáhnout k systémové léčbě.

V současné době je k dispozici obrovská škála přípravků k místní terapii dermatomykóz a celá řada preparátů k celkové, systémové léčbě. Terapie dermatomykóz viz tab. č. 1 a 2.

### Literatura:

- 1) Skořepová M.: Dermatomykózy-úvod do problematiky. Diagnostics, 11, 2001, s.5.
- 2) Pospíšilová A.: Mykózy nohou klinika, diagnostika, terapie, prevence. Lékařské listy, ZdrN, 11, 1999, s.3-5.
- 3) Vosmik F., Skořepová M.: Dermatomykózy. Galén, Praha, 1995.

## kazuistika...

# Bolesti břicha

- Případ územní znalecké komise

- Doporučeno k projednání na seminářích praktických lékařů

**MUDr. Alice Havlová**

Krajská konzultantka SVL ČLS JEP za ostravský kraj

### Obsah stížnosti:

Pacient navštívil LSPP a pak následně svého PL pro bolesti břicha dne 9. července, uznán PN, na kontrolu pozván dne 22. července. Bolesti však neustávaly, proto vyhledal péči zastupujícího PL dne 16. července, ten diagnostikoval střevní chřipku a ponechal pacienta v domácím ošetření. Bolest ovšem neustupovala, ale naopak se stupňovala, proto sestra pacienta přivolala rychlou lékařskou pomoc dne 17. července. RZS převezla pacienta na ARO, kde následujícího dne zemřel. Jako prvotní příčina smrti byl uznán zhoubný novotvar esovitého tračnicku tlustého střeva s generalizací. Stížnost byla podaná proto, aby se posoudilo, zda byl postup všech ošetřujících lékařů minimálně od 9. července lege artis.

**Územní znalecká komise posoudila úroveň zdravotní péče dvou PL pro dospělá a dospěla k těmto závěrům:**

1) Úroveň diagnostiky realizovaná lékařem LSPP odpovídala diagnostickým možnostem lékaře LSPP. Lékař LSPP správně doporučil kontrolu u PL v nejbližším termínu 2b) Peristaltika v době vyšetření je popisována jako výrazně aktivní (rumplování v břiše).

Při uvedeném nález, který mohl odpovídat počínajícímu ileoznímu stavu, byl stanoven termín kontroly příliš pozdní, nebyla doporučena dřívější kontrola při zhoršení stavu ani kontrola v odborné chirurgické ambulanci.

3) Při kontrole dne 16.7. u zastupující PL je popisována další alterace zdravotního stavu.

Vedle „rumplování“ ve střevech je popisováno zvracení, chybí anamnestický údaj o poslední stolici před devíti dny. Přestože dochází ke zhoršení stavu, nebylo doporučeno chirurgické vyšetření, ani nebylo provedeno jiné základní vyšetření (sono břicha, prostý snímek břicha) zaměřené k upřesnění etiologie zhoršujících se příznaků. Kontrola byla doporučena na 18.7. 4) Pro další akutní zhoršení zdravotního stavu byla dne 17.7. volána LSPP. Při příjezdu byla zjištěna zástava srdeční, neprodleně zahájena kardiopulmocerebrální resuscitace a volána rychlá lékařská pomoc.

Po 20 minutách došlo k obnově srdeční činnosti, nemocný byl převezen a neprodleně přijat na anesteziologicko-resuscitační oddělení nemocnice 5) Při přijetí byl nemocný v kómatu, výrazně hemodynamicky nestabilní. Při opakovaných chirurgických vyšetřeních byl stav hodnocen jako ileozní stav nejasné etiologie. Vzhledem k oběhovému selhání (šok) při základním onemocnění nemohl být operační výkon proveden a nemocný přes správnou intenzivní konzervativní léčbu zmírá pod uvedenou diagnózou dne 18.7. v 15.10 hod po 13 hodinách hospitalizace 6) Dle sekčního nálezu je za základní onemocnění považován generalizovaný zhoubný nádor tlustého střeva a konečníku komplikovaný ileozním stavem. Za bezprostřední příčinu smrti je považováno oběhové selhání při výše uvedeném základním onemocnění.

**Územní znalecká komise hodnotí postup uvedený v bodech 2b a 3 jako postup non lege artis.**

Dále územní znalecká komise dospěla k jednomyslnému závěru, že zjištěná odborná pochybení nemají příčinnou souvislost s nepříznivým průběhem onemocnění včetně letálního zakončení. Nelze totiž jednoznačně předpokládat, že by dřívější kontrola PL a včasnější odeslání do nemocnice jednoznačně zabránilo nepříznivému průběhu onemocnění, a to vzhledem k délce trvání ileozního stavu probíhajícího málo symptomatically a vzhledem k závažným přidruženým onemocněním (povšechná ateroskleróza nejvyššího stupně). Abychom zabránili opakování uvedených pochybení, je nutné si uvědomit a připomenout si tento případ pokaždé u různých bolestí břicha. Je možné, že kdyby pacient chodil na pravidelné preventivní prohlídky a zmínil se o svých zažívacích problémech již dříve, tak by byl dostal a provedl vyšetření na OK test a provedlo by se vyšetření PR, mohlo se přijít na základní onemocnění mnohem dříve.

# Kardiovaskulární mortalita a její trendy v České republice

Doc. MUDr. Jiří Špác, CSc.

II. interní klinika, FN U sv. Anny, Brno

## Souhrn:

**Ateroskleróza a její orgánové komplikace, tedy infarkt myokardu, mozkové cévní příhody a ischemická choroba dolních končetin jsou nejčastější příčinou předčasné invalidizace a úmrtí ve většině civilizovaných zemí a jsou jedním z významných sociálních problémů civilizace spojené se „západním stylem života“. Současná data ze Světové zdravotnické organizace ukazují, že úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění tvoří asi 50–55 % z celkové úmrtnosti a ICHS se na ní podílí asi polovinou. Z těchto 17 milionů úmrtí v roce 2000 bylo 7 milionů způsobeno ischemickou chorobou srdeční (ICHS) a dalších asi 5,5 milionů onemocněními mozkových cév.**

**V Evropě jsou mezi jednotlivými zeměmi poměrně velké rozdíly v kardiovaskulární mortalitě. Hlavní rozdíl je mezi oblastmi s vysokou mortalitou ve východní Evropě a relativně nízkou mortalitou v severní, západní a jižní Evropě. Střední a východní Evropa má kardiovaskulární mortalitu v rozmezí od 5 úmrtí na 1000 obyvatel v Polsku až do 9 úmrtí na 1000 obyvatel na Ukrajině a v Bulharsku, což představuje 2–3 násobné zvýšení rizika mortality ve srovnání s západní Evropou, kde je kardiovaskulární mortalita menší než 4/1000 obyvatel.**

## Klíčová slova:

**rizikové faktory aterosklerózy, prevence aterosklerózy, ICHS**

### Vývoj mortality na kardiovaskulární onemocnění v ČR

Kardiovaskulární choroby byly historicky jednou z hlavních příčin úmrtí v ČR. Mortalita a morbidita na KVS onemocnění byla až do začátku 60tých let obdobná jako v západoevropských zemích. Od 60tých let minulého století se mortalita

i morbidita na KVS onemocnění v ČR začala zvyšovat ve srovnání se západoevropskými zeměmi. První kulminační bod byl pozorován v roce 1971 s následným sedmiletým mírným poklesem a obnovením nárůstu v letech 1979 – 1983, kdy bylo dosaženo maxima mortality a tehdejší Československo se dostalo na přední místo v úmrtnosti na kardiovasku-

lární onemocnění. V dalších letech následoval mírný pokles mortality s opětovným vzestupem v letech 1989 – 1990, zvláště nepříznivý byl vysoký podíl mortality mužů středního věku. V roce 1991 se pokles KV mortality obnovil a od začátku 90 let pozorujeme sice mírný, ale zdá se trvalý pokles kardiovaskulární úmrtnosti trvajících až do roku 2000. Ve srovnání s rokem 1985 poklesla mortalita do roku 2000 u žen o 35 % u ICHS a o 39% u mozkových příhod, u mužů začal pokles později, ale zato byl rychlejší a dosáhl 35% u ICHS a 37% u mozkových příhod oproti roku 1985. Při hodnocení parametrů úmrtnosti na KVS onemocnění za rok 2002 se tento trend udržuje u mužů i u žen. Pokles úmrtnosti je nejvíce vyjádřen u akutních forem jak ICHS tak i cerebrovaskulárních onemocnění.

Česká republika se nachází i přes tento příznivý vývoj na jednom z předních míst v Evropě v úmrtnosti populace na choroby srdce a cév, více než polovina ze 108 tisíc úmrtí v roce 2002 byla na kardiovaskulární onemocnění a podílejí se na přibližně třetině trvalých invalidit. Jsou stále nejčastější příčinou úmrtí u mužů starších 45 let a žen starších 65 let. Muži jsou postihováni kardiovaskulárními onemocněními o 10 let dříve, po 60 roku věku se rozdíl smazává a incidence je u obou pohlaví stejná.

Hrubá míra úmrtnosti, ještě v roce 1991 převyšující ukazatel i východní Evropy, se do konce století přiblížila západoevropskému standardu. Pokles hrubé míry úmrtnosti v ČR je jednoznačně důsledkem výrazného růstu naděje dožití mužů i žen. Tím se ČR nejzřetelněji oddělila od ostatních bývalých socialistických zemí. Ani to ovšem neuznamená, že bychom dosáhli žádoucích cílů. Jemnější demografické ukazatele – zejména naděje dožití – signalizují, že úmrtnost v ČR je stále ještě výrazně vyšší než v západní Evropě. Standardizovaná úmrtnost zůstává v České republice stále vysoká (zhruba dvojnásobná) ve srovnání s průměrem

### tabulka č. 1

#### Doporučované cílové hodnoty léčby TK

starší nemocní	mladší a střední věk	nemocní s DM	nemocní s CHRI	nemocní s CHRI a proteinurií 1 g
< 140/90	< 130/85	<130/85	<130/80	<125/75

tabulka č. 2

**Cílové hodnoty hypolipidemické léčby**

	<b>primární prevence nízké riziko</b>	<b>primární prevence vysoké riziko</b>	<b>sekundární prevence</b>
celkový cholesterol (mmol/l)	< 5-6	< 5	< 5
LDL cholesterol (mmol/l)	< 4,4	< 3,5	< 2,6
HDL cholesterol (mmol/l)	> 1	> 1	> 1
triglyceridy (mmol/l)	< 2,3	< 2,3	< 2,3

v Evropské unii nebo v sousedním Německu nebo Rakousku – např. u mužů: v ČR 576,9 v EU: 337,4, v Rakousku 385,2 a v Německu 387,4/100 000 obyvatel. Ročně umírá na ischemickou chorobu srdeční (ICHS) přibližně 30 000 osob, z toho přes 20% osob mladších 65 let. Podle posledních údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) z roku 2000 byly v ČR choroby srdce a cév příčinou 53 % všech úmrtí a 51 % všech hospitalizací na interních odděle-

ních nemocnic. Podíl KVS na celkové úmrtnosti ve výši 53% nás mezi vyspělými státy stále řadí do dolní poloviny tabulky.

Z postkomunistických zemí je podobný trend pozorován pouze v Polsku, jinde stagnuje nebo dokonce narůstá. Odhaduje se, že prudký pokles ICHS v letech 1980 až 1990 lze asi z poloviny připisat příznivému ovlivnění rizikových faktorů, z druhé poloviny zlepšení léčby klinicky rozvinuté nemoci.

**Nové skutečnosti ovlivňující KVS úmrtnost**

I přes zásadní pokroky v léčení srdečního infarktu v nemocnicích, které prodělalo v posledních 20 ti letech velké změny, zůstává stále mortalita na akutní infarkt myokardu (IM) vysoká. Většina nemocných (zhruba asi 30%) umírá v časném, přednemocničním období, tedy před příchodem lékařské pomoci. Navíc je známo, že 28% infarktů myokardu u mužů a 35% infarktů u žen bylo němých či nerozpoznaných a byly zjištěny teprve při EKG vyšetření a tito nemocní mají vysokou pravděpodobnost vzniku srdečního selhání s velmi špatnou prognózou. Zavedení moderních léčebných postupů založených na zprůchodnění infarktové tepny intervenčními nebo farmakologickými přístupy vedla ke snížení nemocniční úmrtnosti na akutní infarkt myokardu z 25% před rokem 1970 na 6–7% v nynější době. Velkým problémem je stárnutí populace a s tím související i zvyšování prevalence ischemické choroby srdeční v populaci. Kardiiovaskulární mortalita roste s věkem a převážná většina úmrtí na KVS choroby

# Orion - CRP



Obr. č. 1 - Standardizovaná mortalita na KVS choroby v Evropě 2001

se odehrává ve vyšším věku, kde převažují chronické formy ICHS nad akutními typy. Také populace v České republice stárne. Ve věku nad 60 let je 20% populace, nad 65 lety je více než 12% populace (obr. 2) Rychlý nárůst populace ve věku nad 65 let vede k prognózám, podle kterých bude ke konci 1. poloviny 21. století ve věku nad 65 let více než 30% populace. Populace nad 65 let má vysokou prevalenci aterosklerotických kardiovaskulárních onemocnění, hypertenze i dyslipidémie a proto se četnost těchto onemocnění v budoucnu bude zvyšovat a mnohem častěji se budou vyskytovat chronické formy onemocnění zvláště chronické srdeční selhání. Společnost v rozvinutých tržních ekonomikách stojí před úkolem udržet sestupný trend v kardiovaskulární mortalitě i při nárůstu osob staršího věku. Toho lze docílit jen dobrou kontrolou rizikových faktorů v populaci, tj. důslednou kontrolou v léčbě hypertenze, snížením kuřáctví a snížením výskytu obezity, diabetu a dalších složek tzv. metabolického syndromu.

### Hlavní zaměření preventivních opatření

Prevence vzniku akutní koronární příhody je tedy klíčová, ve snaze snížit celkovou úmrtnost na ICHS, ale zaměřením jen na akutní formy nemoci paradoxně zvýšíme počet chronických nemocných. Hlavní cíl prevence ICHS u osob s vysokým rizikem jejího rozvoje nebo s manifestní formou ICHS je snížit riziko klinických kardiovaskulárních příhod a prevence předčasné invalidizace a úmrtnosti a v důsledku toho prodloužení života. Snížení mortality na kardiovaskulární onemocnění a oddálení úmrtí do vyššího věku se tak daří jen za cenu zvyšujících se nákladů na zdravotní péči. Stále více nemocných přežívá akutní formy kardiovaskulárních onemocnění a stávají se

z nich nemocní s chronickou formou onemocnění, kde pokroky v léčbě již nejsou tak zřetelné jako u nemocných s akutními formami onemocnění. Velké klinické studie ukázaly, že progresi aterosklerotických změn lze účinnou léčbou zpomalit a v některých případech dokonce navodit i regresii tohoto zhubného procesu. Doklady, že rozvoj aterosklerotických změn je proces ovlivnitelný, jenom potvrzují skutečnost, že prevence je nejúčinnější způsob ovlivnění ICHS. Zvláštní pozornost pak zasluhují nemocní s více rizikovými faktory a nemocní s multifokálními projevy aterosklerózy. K tomu slouží uplatňování zásad primární a sekundární prevence. O primární prevenci hovoříme před manifestací nemoci (tj. v preklinické formě) a o sekundární prevenci u osob s již prokázanou chorobou. Principy jsou v podstatě stejné, v některých aspektech je sekundární prevence přísnější.

### Doporučení pro vyhledávání ohrožených osob a diagnostiku

Preklinická fáze aterosklerózy trvá většinou několik desetiletí. Již déle než 50 let je známo, že aterosklerotické změny začínají v dětství a rozvíjejí se v raném dětství a dospívání a probíhají bezpříznakově po řadu let. Vznik aterosklerózy je podmíněn multifaktoriálně a my známe mnohé rizikové faktory, které provázejí její zvýšené riziko. I když s jejich pomocí lze určovat riziko vzniku ischemické choroby srdeční přesněji než u jakéhokoliv jiného chronického onemocnění, není předpověď zdaleka ideální, ale umožňuje to přibližnou předpověď rizika vzniku aterosklerotického postižení již v asymptomatickém stádiu. Někteří autoři tvrdí, že klasické rizikové faktory vysvětlují výskyt jen u 50–60% onemocnění a ostatních 40–50% úmrtí na ICHS nebo infarktů vzniká i u osob s nízkým rizikem, ale výsledky posledních roků prokazují, že za většinu (75%) klinických manifestací aterosklerózy jsou odpovědnými hlavní tři klasické rizikové faktory – hypertenze, kouření a dyslipidémie. V centru pozornosti lékaře musí být nemocní s již proběhlou akutní klinickou manifestací komplikace aterosklerózy (tj ne-

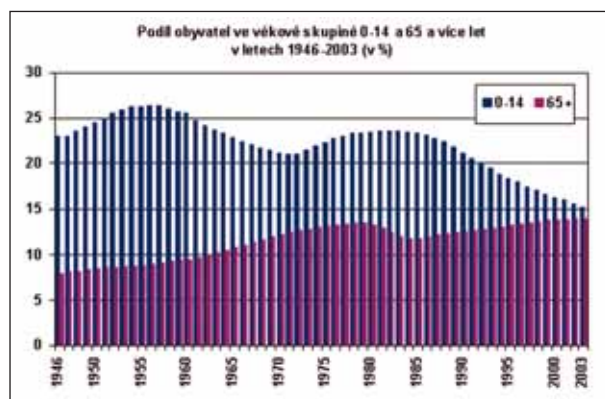
mocní v sekundární prevenci) a nemocní s rizikem vzniku náhlé kardiovaskulární příhody větší než 5% v následujících 10ti letech podle tabulek rizika vycházejícího z projektu SCORE (publikováno např. Vnitřní lékařství č. 9, 2004) a všichni diabetici. Intenzivní redukce rizikových faktorů je pro nemocné v sekundární prevenci životně důležitá.

Hlavní rizikové faktory aterosklerózy jsou:

- ▶ **Faktory životního stylu**, tj. faktory psychogenně – sociální vyplývající ze životního stylu nemocného – a/ výživa s vysokým obsahem nasycených tuků, cholesterolu a nadbytečný energetický obsah, b/ kouření cigaret c/ nadměrná spotřeba alkoholu, d/ nízká tělesná aktivita
- ▶ **Rizikové faktory** mající biochemicko-fyziologický podklad : a) zvýšený celkový cholesterol v plazmě, nízký HDL cholesterol, b) zvýšený krevní tlak, c) hyperglykémie, diabetes mellitus, hyperinzulinémie, d) obezita centrálního typu, e) trombogenní faktory, f) hyperhomocysteinémie
- ▶ **Nemodifikovatelné rizikové faktory:**
  - ▷ věk (vyšší než 45 let u mužů a postmenopauzální věk u žen),
  - ▷ mužské pohlaví,
  - ▷ rodinná anamnéza předčasné aterosklerózy

### Kouření

V roce 1995 se odhadoval počet osob, který zemřel na nemoci způsobené tabákem kolem 22 000 předčasných úmrtí, což bylo 27% úmrtí u mužů a 5% u žen. V roce 2000 na nemoci způsobené tabákem zemřelo 18 000 osob, což představovalo 26% úmrtí u mužů a 7% úmrtí u žen. Prevalence kuřáctví se v České republice se v 90. letech snížila a podíl úmrtí způsobených kouřením u nás začal oproti roku 1995 lehce kle-



Obr. č. 2 - Podíl obyvatel ve skupině 0-14 let a 65 a více let v letech 1946- 2003 v %

sat u mužů, naopak u žen jsme zaznamenali vzestup. Přes všechny znalosti o škodlivosti kouření u nás stále kouří asi 25% žen a 38% mužů.

Riziko ICHS stoupá, když kuřák už má aterosklerózu, přesto po prodělané koronární příhodě kouří asi 19% mužů a žen a výskyt kuřáček po prodělané koronární příhodě se v roce 2000 ve srovnání s rokem 1995 ztrojnásobil.

Absolutní zákaz kouření je klíčovým opatřením. Prognóza nemocných, kteří přestanou kouřit, je výrazně lepší nežli těch, kteří dále kouří. Abstinence cigaret je tak neefektivnějším sekundárně preventivním opatřením. K odstranění škodlivého návyku kouření cigaret patří na jedné straně opatření psychologicko-psychoterapeutická, formou individuálních rozhovorů, resp. i kurzů odvykání kouření, ale také existují jisté pomocné pomůcky (nikotinové náplasti, žvýkačky, nosní spray, ústní inhalátor impregnovaný nikotinem, antikouřácké cigarety) na straně druhé. U nás sice existuje zhruba 50 poraden pro odvykání kouření, ale bez větší návaznosti na léčebně – preventivní medicínu. Neexistuje číselný kód této léčby pro pojišťovny a proto nelze tuto léčbu vykázat pojišťovně, i když se jedná o jednu z ekonomicky nejvýhodnějších intervencí srovnatelnou s účinky nákladné hypolipidemické nebo intervenční léčby. U pacientů zejména s těžkým návykem na nikotin, mohou v iniciální fázi pomoci nikotinové náhražky, nicméně neexistuje ani jediný hrazený lék z této lékové skupiny. Nikotinové náhradní formy nemusí být u osob výrazně na nikotinu závislých zcela bez nebezpečí, nicméně dodávají mnohem menší množství nikotinu než kouření cigaret. O jednoznačně příznivém efektu posledně uvedených pomůček však neexistují vědecké doklady.

## **Zvýšený krevní tlak**

Hypertenze postihuje v české populaci 42% mužů a 31% žen ve věku 25–64 let se zřetelným nárůstem prevalence ve vyšších věkových skupinách, z celkového počtu hyperteniků středního věku je medikamentózně léčeno 44% mužů a 60% žen a cílových hodnot krevního tlaku (<140/90) dosahuje 25% žen a 16% mužů. Při srovnání posledních provedených screeningových vyšetření v naší populaci v letech 1997/98 a 2000/01 došlo k poklesu systolického a diastolického krevního tlaku, prevalence hypertenze významně poklesla u obou

pohlaví a stouplо povědomí o hypertenzi. Pro úspěch léčby v populaci je důležitě procento nemocných, kteří dosahují cílového tlaku krve (viz tabulka č. 1). Významně se zvýšilo procento nemocných, u kterých bylo dosaženo cílového tlaku < 140/90 z 3,9 % na 17%. Kromě zlepšení léčby je příčinou také změna stravovacích návyků a složení stravy ve prospěch větší konzumace zeleniny a ovoce a menšího příjmu soli.

## **Hypercholesterolemie**

V České republice má 37,5% osob starších 40 let hladinu sérového cholesterolu vyšší než 6,2 mmol/l, výskyt dyslipidémie se zvyšuje s věkem. Hladiny non HDL cholesterolu v populačním sledování se do roku 1998 ve srovnání s hodnotami v letech 1985 statisticky významně snížily, ale v posledních letech se tento pokles zastavil.

Tuky s vysokým obsahem nasycených mastných kyselin se považují jak za aterogenní, tak i trombogenní. Proto se radí dávat přednost ve stravě tukům s převládajícím obsahem nenasycených mastných kyselin (rostlinné oleje a tuky), které působí antiaterogenně i antitrombogenně. Dieta s omezeným přívodem tuku obsahujícím nižší podíl nasycených mastných kyselin dokáže u nemocných s ICHS zpomalit progresi koronární aterosklerózy a snížit jejich celkovou úmrtnost. Změnou dietních návyků a případnou farmakoterapií doporučujeme dosáhnout cílových hodnot cholesterolu, LDL a HDL cholesterolu a triacylglycerolů.

Hlavní problémem je podobně jako u hypertenze otázka cílových hodnot, předpokládá se, že platí „čím méně LDL a více HDL tím větší klinický přínos“.

V současné době probíhají rozsáhlé klinické studie, které u nemocných v sekundární prevenci zkoumají, zda snížení LDL cholesterolu na hodnoty kolem 1,9 mmol/l povede k dalšímu poklesu kardiiovaskulárního rizika (studie TNT s atorvastatinem, studie IDEAL s atorvastatinem a simvastatinem a studie SEARCH se simvastatinem).

## **Závěr**

Ateroskleróza a její orgánové komplikace jsou nejčastější příčinou předčasné invalidizace a úmrtí ve většině civilizovaných zemí, úmrtnost na kardiiovaskulární onemocnění tvoří asi 50–55 % z celkové úmrtnosti a ICHS se na ní podílí asi polovinou.

Česká republika se nachází i přes příznivý vývoj v posledních letech na jednom z předních míst v Evropě v úmrtnosti populace na choroby srdce a cév, více než polovina ze 108 tisíc úmrtí v roce 2002 byla na kardiiovaskulární onemocnění. Velkým problémem je stárnutí populace a s tím související i zvyšování prevalence ischemické choroby srdeční v populaci. Za většinu klinických manifestací aterosklerózy jsou odpovědnými hlavní tři klasické rizikové faktory – hypertenze, kouření a dyslipidémie. Přes všechny znalosti o škodlivosti kouření u nás stále kouří asi 25% žen a 38% mužů, po prodělané koronární příhodě kouří asi 19% mužů a žen. Hypertenze postihuje v české populaci 42% mužů a 31% žen ve věku 25–64 let se zřetelným nárůstem prevalence ve vyšších věkových skupinách, vyšší hodnotu cholesterolu než 6,2 mmol/l má 37,5% osob starších 40 let a výskyt dyslipidémie se zvyšuje s věkem.

### *Literatura:*

- 1) Cífková, R., Škodová, Z., Lánská V.: Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the Czech Republic. results of two nationwide cross-sectional surveys in 1997/1998 and 2000/2001. Czech Post-Monica Study. *J. Hum. Hypertens.*, 2004, 18, 571-9
- 2) Cífková, R., Škodová, Z., Hejl, Z. et al. Decreased prevalence and improved control of hypertension in the Czech population. *Am J Hypertens* 1999; 12: 4, Part 2, 95 A.
- 3) Český statistický úřad: Úmrtnost v České republice v letech 1995 - 2002.
- 4) Cífková, R., Horký, K., Widimský, J. jr., Filipovský, J., Grundman, M., Monhart, V., Rosolová, H., Souček, M., Špinar, J., Vitovec, J. za 4eskou společnost pro hypertenzi: Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze - verze 2004. Doporučení české společnosti pro hypertenzi. *Vnitřní lékařství*, 2004, 50, 9, 709-722
- 5) Hackam, D.G., Anand, S.A.: Emerging risk factors for atherosclerotic vascular disease. A critical review of the evidence. *JAMA*, 2003, 290, 932-940
- 6) Hunink, M.G., Goldman, L., Tosteson, A.N., et al.: The recent decline in mortality from coronary heart disease 1980 - 1990: the effect of secular trends in risk factors and treatment. *JAMA*, 1997, 277, 535-542
- 7) Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J., Thun, M.: MORTALITY FROM SMOKING IN DEVELOPED COUNTRIES 1950-2000(2nd edition: data updated 23 August 2004)
- 8) Schholte, W., Gitt, A., Boersma, E., Simoons-Schouten, M.: Cardiovascular diseases in Europe: Euro Heart Survey and National Registries of Cardiovascular Diseases and Patient management 2004. European Society of Cardiology, Sophia Antipolis, France, 2004
- 9) Spáčil, J., Hradec, J.: Akutní infarkt myokardu na koronárních jednotkách v Praze v letech 1980 a 2000. *Cor Vasa*, 2002, 44, 5, 254-256
- 10) Spáčil, J., Petrášek, J.: Subklinická ateroskleróza. *Cor Vasa*, 2003, 45, 9, 445-448
- 11) Staněk, V., Gebauerová, M., Horák, J., Fridl, P., Jandová, R., Kettner, J., Šochman, J., Vrbská, J., Wiendl, M., Ulman, J., Želízko, M.: Změna osudu mužů středního věku s akutním srdečním infarktem. *Cor Vasa*, 2004, 46, 7, 319-325
- 12) Škodová Z., Cífková, R., Poledne R., Lánská, V., Stávek, P., Adámková, V., Novozámská, E., Jozifová, M., Pistulková, H., Plašková, M., Petřílková, Z., Peterková, L., Palouš, D., Galovcová, M.: Rizikový profil kuřáků, bývalých kuřáků a nekuřáků v národním populačním vzorku obyvatelstva České republiky. *Cor Vasa*, 2004, 46, 9, 409-417
- 13) Škodová Z., Piša, Z., Poledne, R., Berka, L., Cícha, Z. et al.: Pokles úmrtnosti na kardiiovaskulární onemocnění v České republice v období 1984-1993 a jeho možné příčiny. *Čas. Lék. českých*, 1997, 136, 373-379
- 14) Špaček, R.: Srdce a kouření. *Cor Vasa*, 2001, 43, 10, 505-511
- Švejda, J.: Máme na dosah neinvazivní diagnostiku asymptomatické koronární nemoci?. *Kapitoly z kardiologie*, 2004, 6, 64-66

# Proč pacienti mění své praktické lékaře?

**MUDr. Ľubica Cibičková**

II. interní klinika, FN Hradec Králové

**MUDr. Ľubica Víchová**

Praktická lékařka pro dospělé a dorost, Hranice

## Souhrn:

**Pacient má v dnešní době právo na volbu svého ošetřujícího lékaře.**

**Důvody pro změnu lékaře se dosud zabývalo jen malé množství prací.**

**Pro přiblížení situace u nás jsem použila dotazníku, který správně vyplnilo 33 pacientů. Jedním z hlavních rozhodujících prvků pro změnu lékaře se ukázala být vzdálenost ordinace od bydliště či zaměstnání.**

**Dalším závažným důvodem je nevhodné chování lékaře k pacientovi.**

**Většina pacientů sděluje svému lékaři, že od něj odchází, a řekne mu také pravý důvod svého odchodu. Od nového lékaře pacienti očekávají hlavně nedirektivní přístup, ale také lepší léčbu. Spolurozhodovat o vlastní terapii si přeje pouze menšina z nich. Pouze malá část pacientů prožívá při změně lékaře nepříjemné pocity.**

**Z uvedeného vyplývá, že by se lékaři měli naučit k pacientům přistupovat dle nového „na pacienta orientovaného“ modelu.**

## Klíčová slova:

změna lékaře, vztah lékař-pacient, očekávání pacientů

### Úvod

Svobodná volba lékaře stojí dnes na jednom z předních míst ve výčtu práv pacientů (11). V roce 1990 byla opuštěna přísná rajonizace a dle zákona 48/1997 Sb. § 11 má pojištěnec právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení; toto právo může uplatnit jednou za tři měsíce.

Otázkou zůstává, co pacienty vede k tomu, aby odešli od svého praktického lékaře a zaregistrovali se u jiného. Touto otázkou se dosud zabývalo jen malé množství autorů. Britská studie uzavírá, že nejdůležitějším faktorem způsobujícím rozhodnutí změnit lékaře je vzdálenost lékařovy ordinace od pacientova bydliště (6). Velice zajímavá studie na toto téma byla publikována v loňském roce novozélandskými autory (9). Do této studie bylo zařazeno 30 pacientů, kteří svého praktického lékaře změnili z jiných důvodů než změny bydliště. Ve 40-ti procentech byla příčinou změny lékaře chybná diagnostika a stejné množství pacientů uvedlo jako důvod nevhodné chování lékaře (paternalistický přístup, neschopnost a/nebo neochota naslouchat pacientovi, nedostatek respektu k osobě a názorům pacienta, spěch při konzultaci). Pro chybnou léčbu se svého lékaře rozhodlo

změnit pouze 13% pacientů. Pacienti, kteří opustili svého lékaře, vnímali tuto událost jako negativně emocionální záležitost. Rozhodnutí změnit svého praktického lékaře vnímali jako těžké a v některých případech traumatizující. Pouze 6% pacientů sdělilo svému lékaři důvod svého odchodu. Ostatní svůj důvod nesdělili ze strachu či pro nedostatek prostoru vyjádřit svou nespokojenost.

V posledních letech se diskutuje problematika vztahu pacient - lékař, který by mohl hrát také důležitou roli při pacientově výběru praktického lékaře. Vztah, který se odvíjí mezi pacientem a lékařem při poskytování péče, je regulován jak právními, tak etickými normami. Pro společensky žádoucí rozhodování a jednání lékaře v praxi je velmi důležité, aby lékař znal své povinnosti, aby se s nimi ztotožnil a realizoval je (10). Existují dva základní modely ve vztahu lékař - pacient. Tradiční „na lékaře a nemoc orientovaný“ model se vyznačuje tím, že lékař ve vztahu vede a určuje, je direktivní, informuje a dává příkazy. Od pacienta vyžaduje poslušnost. Tento model u nás výrazně převažuje (12). Modernější „na pacienta orientovaný“ model se opírá o psychologické poznatky a pěstuje se v rámci biopsychosociálního přístupu. Lékař vymezuje vztah s pacientem partnersky, v projevu je spíše nedirek-

tivní, na spolupráci se domlouvá, nabízí možnosti a společně s pacientem hledají nejlepší variantu (12). Také v Etickém kodexu „Práva pacientů“ platných od r. 1992 stojí: „Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí.“ (5) Na základě těchto poznatků a předpokladů se v posledních letech rozhodlo několik autorů zjistit, zda mají pacienti zájem spolurozhodovat o své léčbě. Autorům z Walesu se však nepodařilo prokázat, že by byli pacienti spokojenější, když mohli společně s lékařem rozhodnout o své léčbě. Autoři této studie uzavírají, že i když přístup lékařů neovlivnil spokojenost pacientů, přece jen by měli pacienti více spolurozhodovat o léčbě, protože tento přístup je etičtější (3). Dle studie ze Skotska preferují direktivní přístup pacienti z tělesnými obtížemi a pacienti starší 61 let, zatímco kuřáci dávali přednost nedirektivnímu přístupu. Autor článku shrnuje, že každý pacient má jiné představy o tom, nakolik by chtěl spolurozhodovat o své léčbě. Lékař by měl být schopen posoudit, jaký přístup má kdy a ke kterému pacientu zvolit (8). Z výše uvedeného je zřejmé, že problematika vztahu lékař - pacient není jednoduchá a hodně závisí na pacientově osobnosti.

Prací, které se zabývají důvody pacientů pro změnu praktického lékaře, je velmi malé množství. Jedna ze studií byla provedena na Novém Zélandu (9), většina studií pak v Británii (2, 3, 8). Cílem naší studie bylo prozkoumat, co vede české pacienty k rozhodnutí změnit svého praktického lékaře a co od svých lékařů očekávají. Dle zjištěných poznatků by mohli praktičtí lékaři revidovat svůj přístup k pacientům.

### Metoda

Ze získávání dat jsme použily dotazníkového šetření. Dotazník (viz dotazník) jsme sestavily na základě již publikovaných prací zabývajících se obdobnou problematikou (2, 3, 8, 9). Jednotný dotazník pro tuto problematiku dosud nebyl vytvořen, takže jsme jej sestavily dle vlastního uvážení. Anonymní dotazník mohli dobrovolně vyplnit pacienti, kteří se nově registrovali u praktické lékařky MUDr. Ľubicy Víchové v Hranicích v období od 30. 4. do 15. 9. 2003. Respondenti mohli dotazník vyplnit samostatně anebo s pomocí instruované zdravotní sestry Ivany Vavříkové.

## Výsledky

Vyplněný dotazník odevzdalo celkem 41 pacientů, přičemž 33 dotazníků bylo vyplněno úplně a 8 neúplně. Neúplně vyplněné dotazníky jsme nemohly zahrnout do statistického zhodnocení průzkumu. Dotazník správně vyplnilo 15 mužů (45%) a 18 žen (55%) s věkovým průměrem 42 let (rozpětí 18 - 77 let). Více než polovina respondentů dosáhla středoškolského vzdělání (17, tj. 52%), 8 (24%) se vyučilo, 5 (15%) absolvovalo pouze základní školu a pouze 3 (9%) mělo vysokoškolské vzdělání. Většina probandů (21, tj. 64%) byla zaměstnána, 8 (24%) dosáhlo důchodového věku, 2 ještě studovali, 1 byl nezaměstnaný a jeden pacient pobíral plný invalidní důchod. Pouze 2 dotazovaní potřebovali někdy pomoc psychiatra či psychologa.

Jako důvod pro změnu svého ošetřujícího lékaře uvedla polovina pacientů (17, tj. 52%) dostupnost dané ordinace - pacienti změnili buď své bydliště (9, tj. 27%), zaměstnání (4, tj. 12%) nebo měli problém dojet do ordinace svého bývalého lékaře (4, 12%). 4 (12%) uvedli, že jejich ošetřující lékař ukončil svou činnost (např. odchodem do důchodu) a 3 respondenti přešli od dětského lékaře k lékaři pro dospělé. Pouze 4 (12%) respondenti nebyli spokojeni s lékařem po odborné stránce (jednomu pacientovi nepomohla léčba bývalého lékaře dostatečně a 3 pacienti neměli důvěru v odborné znalosti a schopnosti bývalého praktického lékaře), přičemž si ale žádný pacient nestěžoval na to, že by lékař špatně stanovil diagnózu. Na dlouhé čekání v čekárně si stěžovali pouze 2 pacienti a na nepříjemnou či neochotnou zdravotní sestru pouze jeden pacient. 9 respondentů (27%) mělo připomínky k chování lékaře (ve 2 případech se lékař choval příliš nadřazeně a nenechal pacienta se samostatně rozhodovat o léčbě, třikrát si pacienti stěžovali na lékařovu neochotu naslouchat, dvakrát neměl lékař respekt k pacientově osobě a jeho názorům a rovněž dvakrát jednal lékař s pacientem ve spěchu). Většina pacientů mluvila se svým lékařem o tom, že od něj chce odejít (21, tj. 64%). Všichni tito pacienti také uvádějí, že svému lékaři sdělili pravý důvod svého odchodu. 12 respondentů (36%) se svým lékařem o odchodu nehovořilo, k čemuž měli různé důvody (1x měl jsem obavu, co by mi na to lékař řekl, 3x nebyl na to čas, 4x neměl jsem chuť o tom s ním hovořit, 4x lékař již neordinuje a 2x z jiných důvodů).

Nového ošetřujícího lékaře si zvolilo 7 pacientů (21%) na doporučení rodiny a 12 (36%) na doporučení přátel či známých. U 17 respondentů (52%) chodí ke stejnému lékaři již někdo z rodiny. 10 pacientů (30%) sdělilo, že ordinace lékaře je nejbližší jejich bydliště či zaměstnání. Ve dvou případech byl nový lékař doporučen jiným lékařem a ve třech případech byl uveden jiný důvod.

Většina pacientů (25, tj. 76%) očekává od svého nového lékaře určitý druh chování - 11

(33%) by si přálo, aby jim věnoval více času, 10 (30%) očekává lepší naslouchání a 4 (12%) by byli rádi, kdyby lékař uznával jejich osobu a názory. Polovina pacientů (17, tj. 52%) očekává, že nový lékař bude lépe léčit jejich potíže či nemoci. 7 pacientů (21%) by se rádo samostatně po poradě s lékařem rozhodlo o své léčbě. 4 pacienti (12%) by rádi čekali kratší dobu v čekárně a 2 pacienti uvedli jiná očekávání (1x raději jsem ošetřena ženou, 1x nemám žádná očekávání).

Pouze 4 pacienti uvádějí, že měli nějaké nepříjemné pocity spojené se změnou praktického lékaře. Tyto pocity byly různé - pacientům bylo buď líto, že musí změnit lékaře (1x), měli strach, jak je nový lékař přijme (1x), změna lékaře byla pro ně traumatizující (1x) anebo prožívali jiné pocity (2x).

## Diskuse

Studie, kterou jsme provedly, je v počtu pacientů srovnatelná s jinými studii na tomto poli (3, 9). Tyto studie byly zatím prováděny pouze v zahraničí, v naší republice je tato studie zatím jediná odpublikovaná, výsledky jiných šetření byly zatím prezentovány jenom ústní formou. Nedostatek naší studie vidíme v tom, že byla provedena pouze v jedné ordinaci. Přírodnější by byla multicentrická studie, jejíž realizace však není jednoduchá. Pres tento svůj nedostatek přináší studie výsledky, které můžou být pro lékaře zajímavé.

## Odchod od lékaře

Shodně s britskými autory (2) konstatujeme, že jedním z hlavních důvodů pro odchod pacientů od ošetřujícího lékaře je vzdálenost ordinace. Pacienti mění svá zaměstnání (12%), bydliště (27%), postupně stárnou a mají problém dojet do ordinace svého lékaře (12%), proto se rozhodnou svého lékaře změnit. Tento fakt je přírozený a lékaři neovlivnitelný. Na špatnou léčbu či odborné znalosti lékaře si stěžovali pouze 4 pacienti, což je ve srovnání s novozélandskou studií podstatně méně - zde uvedlo chybnou diagnózu jako důvod pro odchod od lékaře 40% dotázaných, přičemž ale byli vyloučeni všichni, kteří změnili lékaře z důvodu změny bydliště (8). Stejná studie uvádí chování lékaře jako důvod pro odchod rovněž ve 40-ti procentech, což je číslo o něco nižší než v naší studii (27%), pokud uvážíme, že opět nebyli do studie zahrnuti ti, kteří změnili lékaře při změně bydliště, zatímco v naší studii byli zahrnuti všichni pacienti. Dlouhé čekání v čekárně anebo neochotný středoškolský zdravotní personál se nezdá být důležitým důvodem pro změnu ošetřujícího lékaře. Z uvedeného vyplývá, že chování lékaře hraje při výběru značnou roli. Lékař by měl respektovat pacienta jako člověka a neprojevat lékařskou převahu tím, že by jej hodnotil či kritizoval, ale spíše by mu měl vycházet vstříc s vřelostí a pochopením (4). Mezi základní předpoklady efektivní komunikace lékaře s pacientem patří jak naslouchání, tak empa-

tie, projevy porozumění, zájmu a podpory (1). Pokud si lékař osvojí tyto komunikační dovednosti, přispěje to k navázání a rozšíření kvalitnějšího kontaktu s pacientem, který je jak pro pacienty, tak pro lékaře důležitý. K takovému chování je lékař zavázán i zákonem (20/1966 Sb. § 55), který na zdravotnických pracovnících vyžaduje „vykonávat své povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k pacientům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti“ (10).

K předpokladům vývoje kladného psychologického vztahu a důvěry mezi zdravotníkem a nemocným patří samozřejmě odborné znalosti, zkušenosti a dovednosti lékaře (6). Nezdá se, že by toto byl u nás výrazný problém (stěžovali si pouze 4 pacienti), což je povzbuzující, ale nemělo by to vést k tomu, že by lékaři přestali své vzdělání doplňovat a rozšiřovat.

Podle novozélandské studie (8) sdělilo svému lékaři důvod odchodu pouze 6% pacientů. Podle mé studie sděluje své rozhodnutí odejít podstatně více pacientů - 64%. Pokud se pacienti rozhodnou lékaři sdělit, že od něj odchází, sdělují mu vždy pravý důvod svého odchodu. Ti, kteří se rozhodli lékaři o svém odchodu nic neříct, neměli nejčastěji chuť o tom s lékařem mluvit, anebo na to nebyl čas. Výsledky naší studie se s prací novozélandských autorů rozcházejí také v tom, že jejich pacienti popisovali odchod od lékaře jako negativně emocionální záležitost, zatímco dle mé studie tyto pocity prožívali pouze 4 pacienti. Toto zjištění považujeme za kladné, protože ukazuje, že pacienti mají v sobě dostatek rozhodnosti a nedělají si zbytečné výčitky, pokud se rozhodnou ke změně lékaře.

## Příchod k novému lékaři

Výběr nového lékaře se řídí nejrůznějšími skutečnostmi. U poloviny pacientů (52%) chodil k novému lékaři již někdo z rodiny, mnohým nového lékaře doporučili někdo z rodiny (21%) anebo přátel či známých (36%). Z uvedeného vyplývá, že většina pacientů svého nového lékaře znala již prostřednictvím někoho jiného. Nevolili si lékaře jen tak „naslepo“, ale dali na doporučení svých blízkých. U třetiny pacientů sehrála jednu z hlavních rolí dostupnost nové ordinace od bydliště či zaměstnání. Ať už je výběr lékaře ovlivněn címkoli, pacient přichází do nové ordinace pln různých očekávání. Literatura uvádí, že moderní pacient žádá od lékaře, aby lékař uznal a cítil jeho individualitu a názor na jeho vlastní nemoc. Chce, aby lékař měl na něho dostatek času a pozorně mu naslouchal. Očekává, že lékař umí uznat svou chybu a případně se omluvit (8). Lékař je zároveň vnímán jako někdo, kdo dokáže rychle a nejlépe bezbolestně pomoci (12).

Citovaná slova potvrdilo i naše dotazníkové šetření. 52% pacientů očekává, že nový lékař bude lépe léčit jejich obtíže a nemoci a 76% si přeje, aby se k nim lékař lépe choval. Pacienti oceňují, pokud jim lékaři věnují více času

a pozorně jim naslouchají. Uvažujeme-li o rozhovoru lékaře s pacientem, zdá se nám samozřejmě, že hlavním jevem v něm musí být „umění mluvit“. A přece se ukazuje, že v tomto smyslu „umí“ jen ten, kdo umí též naslouchat (7). Pacienti (21%) si dále přejí, aby byl lékař schopen uznat jejich osobu a jejich názory. Tyto odpovědi naznačují, že si pacienti přejí ne-direktivní přístup lékaře. Očekávají úctu a respekt. Nechtějí lékaře, který by je jen hodnotil a kritizoval, ale lékaře, který by jim vyšel vstříc s vřelostí a pochopením (4). Nikdo z respondentů však neodpověděl, že by od lékaře očekával uznání chyby či omluvu.

Otázka spolupráce pacienta při stanovování terapie je diskutována v několika pracích. Dle práce z Nového Zélandu si pacient přeje mít praktického lékaře jako svého poradce, rádce a advokáta a chce s ním aktivně spolupracovat při léčbě své nemoci (8). Dle jiných autorů spolumozhodování o léčbě neovlivnilo spokojenost pacientů (3). McKinsley tuto problematiku rozpracoval a zjistil, že přání spolupráce se liší dle typu obtíží, věku a kuřáctví. Starší lidé, nekuřáci a lidé s tělesnými obtížemi dávají přednost direktivnímu přístupu (8). Dle naší studie by si spolumozhodovat o své léčbě přálo 7 pacientů (21%). Toto číslo není vysoké, takže odpovídá zjištění citovaných autorů. Lidé očekávají nedirektivní přístup lékaře, ale spolumozhodovat o své terapii si zatím přeje jen menšina. Je zřejmé, že tato problematika není jednoduchá a proto je zapotřebí, aby lékař ke každému pacientovi přistupoval individuálně a dle své zkušenosti odhadl, nakolik bude vhodné nechat pacienta o jeho terapii rozhodnout samostatně.

Kratší čekací dobu očekávali pouze 4 pacienti. Z tohoto pohledu je povzbuzující, že délka čekací doby není rozhodující při výběru lékaře.

### Závěr

Pacient má v dnešní době právo na volbu svého ošetřujícího lékaře. Jedním z hlavních rozhodujících prvků pro změnu lékaře je vzdálenost ordinace od bydliště či zaměstnání. Dalším závažným důvodem je nevhodné chování lékaře k pacientovi. Od nového lékaře pacienti očekávají hlavně nedirektivní přístup, ale také lepší léčbu. Spolumozhodovat o vlastní terapii si přeje pouze menšina z nich. Lékaři by se měli naučit k pacientům přistupovat dle nového „na pacienta orientovaného“ modelu. Pokud lékařům záleží na spokojenosti svých pacientů, měli by se touto tematikou blíže zabývat.

*Ráda bych poděkovala svým odborným konzultantům panu MUDr. Davidu Skorunkovi a prof. MUDr. Jiřímu Marešovi, CSc. z Ústavu sociálního lékařství LF v Hradci Králové. Můj dík neméně patří zdravotní sestře paní Ivaně Vavříkové, která mi pomáhala při realizaci dotazníkového šetření.*

Literatura u autorky

## Dotazník pro pacienty

Vážený pane, vážená paní,  
v rámci studia sociálního lékařství na Lékařské fakultě jsme dostali za úkol vypracovat státnicovou práci. Rozhodla jsem se v ní zhodnotit důvody, pro které pacienti mění své praktické lékaře. K tomu, abych tak mohla učinit, potřebovala bych od Vás anonymně vyplnit následující dotazník.  
Děkuji Vám za spolupráci.

Luciba Cibičková

1. Jsem:  a) muž  b) žena

2. Kolik Vám je let? Vypište

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) základní škola  b) učňovský list  c) střední škola  d) vysoká škola

4. Jaký máte pracovní statut?

a) Jsem student.  b) Jsem zaměstnan(a).  
 c) Jsem osoba samostatně výdělečně činná.  d) Jsem nezaměstnaný(á).  
 e) Mám změněnou pracovní schopnost (ZPS).  f) Mám invalidní důchod.

5. Potřeboval(a) jste již někdy pomoc psychiatra či psychologa?  ANO  NE

6. Jaké důvody Vás vedly k tomu, že jste se rozhodl(a) změnit svého praktického lékaře?

(můžete zatrhnout i více odpovědí)

- a) změna bydliště  
 b) změna zaměstnání  
 c) ordinace mého bývalého praktického lékaře je daleko od mého domu, mám problém k němu dojet  
 d) léčba mého bývalého lékaře mi nepomohla dostatečně  
 e) nemám důvěru v odborné znalosti a schopnosti mého praktického lékaře  
 f) můj lékař nepoznal moji chorobu (špatně určil diagnózu)  
 g) můj bývalý praktický lékař se choval příliš nadřazeně a nenechal mě samostatně se rozhodovat o mé léčbě  
 h) u mého bývalého ošetřujícího lékaře jsem musel(a) dlouho čekat v čekárně  
 i) můj lékař nebyl ochoten mi naslouchat  
 j) můj lékař neměl respekt k mé osobě a mým názorům  
 k) lékař se mnou jednal ve spěchu  
 l) nevyhovoval mi čas ordinacních hodin  
 m) lékař měl nepříjemnu či neochotnou zdravotní sestru  
 n) jiné důvody .....

7. Mluvil(a) jste se svým bývalým lékařem o tom, že od něj chcete odejít?  ANO  NE

8. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) kladně: Sdělit(a) jste lékaři pravý důvod svého odchodu?

ANO  NE

9. Pokud jste na otázku č. 7 odpověděl (a) záporně: Proč jste lékaři nesdělil(a) pravý důvod svého odchodu? (můžete zatrhnout i více odpovědí)

- a) měl(a) jsem obavu, co by mi na o řekl  b) nebyl na to čas  
 c) stejně by jej t nezajímalo  d) neměl(a) jsem chuť s ním o tom mluvit  
e) jiné důvody .....

10. Proč jste si zvolil(a) právě stávajícího praktického lékaře? (můžete zatrhnout i více odpovědí)

- a) doporučili mi jej rodiče / rodina  
 b) doporučili mi jej přátelé / známí  
 c) chodí k němu někdo z mé rodiny  
 d) nabízí alternativní způsoby léčby (např. homeopatii, akupunkturu)  
 e) jeho ordinace je nejbližší mému domu / bytu / zaměstnání  
 f) doporučil mi jej můj bývalý praktický lékař  
 g) jiné důvody .....

11. Co očekáváte od svého nového praktického lékaře? (můžete zatrhnout i více odpovědí)

- a) bude mi věnovat více času  
 b) bude mi lépe naslouchat  
 c) bude lépe léčit mé obtíže / nemoci  
 d) bude schopen uznat mou osobu i mé názory  
 e) umožní mi samostatně se po poradě s ním rozhodovat o mé léčbě  
 f) bude schopen uznat svou chybu a případně se mi omluví  
 g) nebudu muset čekat dlouho v čekárně  
 h) jiné důvody .....

12. Měl(a) jste nějaké nepříjemné pocity spojené se změnou praktického lékaře?  ANO  NE

13. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) kladně, pokuste se specifikovat Vaše obavy:

- a) mám na bývalého lékaře vztek  
 b) je mi líto, že musím změnit svého lékaře  
 c) mám strach, jak mě nový lékař přijme  
 d) změna lékaře je pro mne traumatizující  
e) jiné pocity: .....

Datum:



## Popáleniny (Combustiones)

MUDr. Petr Šín

Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie, FN Brno

Popálení (Combustio) nejsou častými traumaty, patří však mezi nejhorší úrazy, které mohou člověka postihnout. Rozsáhlé popálení se vyznačuje velmi bolestivou, dlouhodobou a náročnou léčbou, vysokou mortalitou a častými trvalými následky.

Vzhledem k potřebě komplexní léčby nemocí z popálení byla zřízena specializovaná pracoviště: Klinika popáleninové medicíny v Praze, Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie v Brně a Popáleninové centrum v Ostravě.



Obr.č.1: Popálenina I.-II. stupně

### Epidemiologie:

Pro popálení je léčeno v průměru 1% obyvatelstva ročně. 97% ambulantně, 3% hospitalizováno. Postižení dětí z celkového počtu představuje 40%.

### Nejčastější příčiny:

- 61% - horká tekutina, pára
- 24% - popálení plamenem
- 3,4% - elektrické popálení
- 3,9% - chemické poškození (poleptání)

### Definice a rozdělení popálenin:

Popáleninové trauma vzniká dostatečně dlouhým, přímým nebo nepřímým působením nadprahové hodnoty tepelné energie, v širším pojetí též elektrické energie, radiace nebo některých chemických látek.

### Mechanismy tepelného poranění:

- A) sálavé teplo (plamen, oheň)
- B) kontakt s horkým tělesem (pára, plyny, tekutiny, pevná tělesa)
- C) elektrické popáleniny
- D) radiační popáleniny

E) chemické „popáleniny“ t.j. poleptání  
Rozsah popálení se vyjadřuje procenty celkového tělesného povrchu.

K určení rozsahu popálené plochy užíváme tzv. „pravidlo devíti“, kdy rozdělíme tělesný povrch do oblastí, které zaujmají 9% povrchu těla či násobek devíti (hlava + krk = 9% povrchu těla, přední plocha trupu = 18%, zadní plocha trupu = 18%, jedna horní končetina = 9%, jedna dolní končetina = 18% povrchu těla, genitál 1%).

Plocha ruky dospělého člověka  $\leq$  1% povrchu.

### Dělení dle hloubky

#### - popálenin, poleptání i omrzlin:

► **Popáleniny I. stupně** charakterizujeme **zarudnutím (erytém)**. Vyznačují se značnou bolestivostí v důsledku vyplavení vasoaktivních látek. Všechny změny jsou však reverzibilní a ke zhojení dochází většinou spontánně během několika dnů bez následků (nejčastěji solární poškození).

► **Popáleniny II. stupně** jsou charakterizovány poškozením epidermis a části dermis. Vytvořené **puchýře (bully)** vznikají sekvestrací tekutiny na rozhraní dermis a epidermis. Povrchnější poškození označujeme jako popálení IIa stupně, zatímco při zasažení hlubokých vrstev dermis v různém stupni je hovoříme o popálenině IIb stupně.

Popáleniny IIa se ve většině případů také zhojí spontánně bez trvalých následků, obvykle se změnou pigmentace a koloritu kůže. Popálená plocha IIb stupně se postupně epitelizuje ze zbytků epitelu vlasových folikulů a mazových žlázek. Zhojení popáleniny IIb stupně je ale velmi zdlouhavé, trvá několik týdnů. Někdy přistupujeme k chirurgické léčbě, podobně jako u popálenin III. stupně. Často dochází ke vzniku hypertrofických jizev.

► **Popáleniny III. stupně** charakterizujeme zničením kůže v celé tloušťce tj. **nekrózou**. Tato poranění nemají schopnost spontánního zhojení ze spodiny, pouze při malém rozsahu epitelizací z okrajů. Řešíme je chirurgickým odstraněním s následnou autotransplantací.

► **Popáleninami IV. stupně** označujeme

všechna postížení, u nichž jsou kromě kůže zasaženy i hlubší struktury (fascie, šlachy, svaly). V těchto případech mluvíme někdy o tzv. zuhelnatění.

### Závažnost popáleninového traumatu:

1. mechanismus úrazu, ev. přidružená poranění či polytrauma
2. rozsah postížení
3. věk postiženého
4. hloubka postížení (povrchní x hluboké)
5. lokalizace postížení
6. anamnéza postiženého (choroby předchozí či probíhající).

Popálení hodnotíme jako rozsáhlé - těžké při překročení určité dolní hranice rozsahu popálené plochy vztaheně k věku postižené osoby. Za dolní hranicí rozsahu popálené plochy považujeme:

- u dětí do dvou let - 5 % povrchu těla
- u dětí věku 3 - 10 let - 10 % povrchu těla
- u dětí věku 11 - 15 let - 15 % povrchu těla
- u dospělých - 20 % povrchu těla
- u seniorů nad 70 let - 10 % povrchu těla.

O těžkém poranění mluvíme v případě inhalčního traumatu, elektrotraumatu, postížení chemikáliemi s celkovou intoxikací a radiačního traumatu.

U rozsáhle popálených osob dochází k odezvě v celkovém stavu organismu, rozvíjí se popáleninový šok.



Obr.č.2: Popálenina II. stupně

### První pomoc u popálenin:

První pomoc u popálenin má několik nejdůležitějších pravidel:

1. Odstranění poraněného z dosahu škodliviny.

- Zajištění základních vitálních funkcí.
- Teprve po stabilizaci celkového stavu péče o popálené plochy, která spočívá v jejich ochlazení nejčastěji studenou vodou a sterilním krytí pomocí obvazů. Chladíme však maximálně 5 % povrchu těla (popálený obličej, krk, ruce) vodou teploty 4 - 8 st. C. U velmi malých dětí chlazení z důvodu hrožícího chladového šoku .
- Pokud poskytujeme lékařskou první pomoc, učiníme další protišoková opatření - infuzní léčbu, intravenózní aplikace analgetik a sedativ. Zabezpečení řádné ventilace a oxygenace je samozřejmé.
- Maximálně rychlý a kvalifikovaný transport nemocného na spádové chirurgické pracoviště k základnímu ošetření. Zde by měl být zajištěn kvalitní žilní vstup, permanentní močový katetr. Při umělé plicní ventilaci by měla být zavedena nasogastrická sonda. Rozsáhle popálený pacient je po tomto zajištění a po následné domluvě transferován záchrannou službou do popáleninového centra.
- U lehkých popálenin malého rozsahu můžeme pacienty léčit ambulantně. Popálené plochy po ošetření kryjeme mastným tylem a sterilním mulem.

## Léčba popálenin v ambulanci chirurga a praktického lékaře:

### Popáleniny I. stupně

Klinicky: jen zarudnutí bez puchýřů

Etiologicky: slunce, pára, horké tekutiny, apod.

První pomoc (PP): chlazení postižených ploch, tekutiny, Léčba: chlazení, analgetika d.p., tekutiny

POZOR na úžeh, zde často přistupujeme k hospitalizaci.

### Popáleniny II.a stupně

Klinicky: puchýřky, většinou drobné, jednotlivé, kůže palpačně velmi bolestivá

Etiologicky: horké tekutiny, slunce, kontaktní popáleniny,

PP: chlazení (genitál, ruce, krk, obličej, plochy, klouby - 5% povrchu)

Terapie: desinfekce, débridement, perforace bull, vlhká gáza s fyziologickým roztokem přes mastný tyl, dostatečné množství suchého krytí, analgetika (Tramal, Algifen, apod.), kontrola a eventuelní přeočkování proti tetanu, doporučujeme další chlazení přes obvazy, kontrola za 2, nejpozději 3 dny.

### Popáleniny II.b stupně

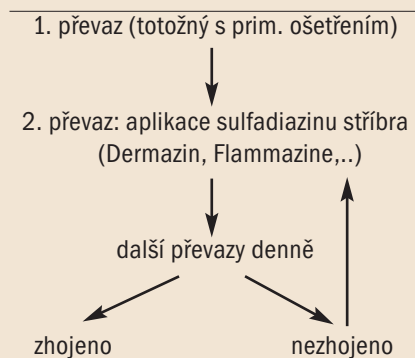
Klinicky: velké, často splývající bully, místy stržené, masivní ranná sekrece, spodi-



Obr.č.3: Popálenina III. stupně

na světle růžová (test kapilárního návratu), bolestivost různá (test citlivosti) Etiologicky: vařící polévky, nápoje apod., pára, lihový plamen, ožeh elektrickým obloukem, ožeh plamenem o vysoké teplotě hoření.

PP: totožná s II.a. Terapie: desinfekce, débridement, perforace bull či jejich odstranění, vlhká gáza s fyziologickým roztokem přes mastný tyl, dostatečné množství suchého krytí, analgetika (Tramal, Algifen, apod.), kontrola a přeočkování proti tetanu, další chlazení přes obvazy, kontrola za 2, maximálně 3 dny, doporučení pracovní neschopnosti



Péče o zhojené plochy: ochrana před mechanickým poraněním (tenká epitelizující vrstva náchylná na mechanické podněty), vysušením (saponáty apod.). Plochu promašťujeme, provádíme kompresivní masáže, rehabilitace, chráníme před sluncem (alespoň po dobu 1 roku krémy s vysokým UV filtrem), Pacienty s hypertrofickými jizvami je vhodné odeslat na specializované pracoviště k jejich korekci.

### Popáleniny III. stupně

Klinicky: světle růžové až bílé plochy → cihlově rudé → šedé, mramorované. Test kapilárního návratu a citlivosti, pevnost chlupů. Etiologicky: exploze, hoření benzínu, oděvů, roztavený kov, topná tělesa, průchod elektrického proudu (zejména VN a VVN), vařící tekutiny (vyšším zastoupením tuků). PP: desinfekce, débri-

dement, sterilní krytí, profylaxe tetanu. Léčba popálenin III a IV stupně je doménou specializovaného chirurgického pracoviště (nekrektomie, autotransplantace). Drobné plošky III.st. lze řešit prostou excísi a suturou.

## Základní filozofie léčebného postupu rozsáhle popálených pacientů:

- Individualizovaná resuscitace
- Zábrana infekce popálených ploch
- Časná nekrektomie hlubokých popálenin a okamžité krytí nekrektomovaných ploch biologickými kryty
- Kontinuální intenzivní rehabilitace
- Cílená antibiotická terapie
- Psychosociální podpora
- Rekonstrukční výkony v návaznosti.

## Průběh popáleninové nemoci je rozdělován do tří fází:

### I. Neodkladné období - popáleninový šok

Začíná v okamžiku úrazu a je charakterizován výše zmíněnými patogenetickými pochody, které při dostatečné intenzitě vedou k ireverzibilnímu rozvratu vnitřního prostředí a smrti pacienta. Popáleninový šok končí obnovou funkce kapilár, začátkem polyurické fáze. K tomu dochází zhruba 3.-5. den od úrazu.

### II. Akutní nemoc z popálení - následuje po odeznění šoku a je charakterizována

nejvyšší frekvencí chirurgických intervencí. V tomto období je třeba odstranit devitalizované části kůže, nahradit ji autotransplantáty, u povrchnějších ploch podporovat spontánní epitelizaci. Mimo to je třeba čelit všem život ohrožujícím komplikacím, které jsou v této fázi spíše pravidlem než výjimkou - hrozí resorpční intoxikace, septické komplikace a multiorgánové selhávání. Toto období končí teprve kompletní obnovou kožního krytu.

### III. Období rehabilitační a rekonstrukční - začíná zhojením všech popálených ploch

a končí návratem postiženého zpět do normálního života. V tomto období pacient musí udržovat zvýšenou hygienu kůže, promašťovat transplantáty, které neobsahují mazové žlázy, a proto by docházelo k jejich vysychání, svažování, vzniku bolestivých ragád a kontraktur. Někdy už v tomto období jsou nutné sekundární plasticko-chirurgické operace. Vždy je nutné dlahování, polohování, kompresivní léčba jizev a intenzivní aktivní a pasivní rehabilitace. Po celé období léčby popáleniny a zejména v této fázi je nutná psychologická podpora pacienta a jeho příprava na život za změněných podmínek.

**Hartmann Rico**

# **Zentiva - Hypnogen**