



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

číslo 4/2007

ročník 6

určeno všem
praktickým
lékařům



“Život je našim
životním posláním”



HARTMANN



Vydává
Practicus s.r.o.

www.practicus.cz



Součástí tohoto čísla je Doporučený postup
Metabolický syndrom - diagnostika a léčba

Z obsahu:

Dermatitis perioralis

Léčba bolesti v urologii

Diagnostika a léčba osteoporózy

Nejčastější poruchy spánku v neurologii

Informační stránky SVL ČLS JEP

nejoblíbenější časopis
praktických
lékařů
(Cescedim
září 2005)

SVL kongres



EDITORIAL

Mají pacienti platit i u praktického lékaře?

„Paní doktoro, to jsme dopadli, co? Budeme teď muset platit za recepty i návštěvy u lékařů.“ Tak tyto nářky začínám slyšet, aniž by se ještě cokoliv rozhodlo. Snažím se to přejít bez komentářů. Znímám případy pacientů, kteří by si nechali pro pětikorunu koleno vrtat, kterým jsme se snažili všemožně pomoci z prostředků ordinace a u nichž se po jejich smrti pod slámníkem našly statisíce. Ovšem je i druhá skupina pacientů. Zaslýchla jsem, když 80-letá pacientka rezolutně reagovala na nářky v čekárně slovy „No a co? To si musí každý rozhodnout, co je pro něho důležitější. Tak holt nepůjdeš každé dva týdny ke kadeřnici, a na doktora ti zbude.“

Je nezpochybnitelné, že poskytování zdravotní péče z prostředků vzájemného solidárního pojištění je nutné regulovat, a že dosavadní regulační mechanismy selhaly. Více dostane pacient, který víc křičí a víc vyžaduje. Na méně průbojného se snadno nedostane. Pokutován nebo obviňován je doktor. Aby byl systém spravedlivější, musí být regulován i pacient. Ale jak to udělat, aby regulace byla dostatečná a přitom nezabránila přístupu k potřebné péči. Může směšný poplatek 30 Kč za návštěvu ordinace přinést nějakou změnu, kromě další zátěže pro doktora? Měl by vůbec být pacient v přístupu do primární péče regulován? Vždyť jednou z jejích hlavních charakteristik je dostupnost - místní, časová, finanční, bez rozdílu kulturního, sociálního, politického nebo náboženského. Každá rozumná vláda ví, že primární péče je pro obecné zdraví populace klíčová, a je i několikanásobně levnější než péče sekundární. Možná bychom neměli regulovat přístup pacienta do péče primární, ale o to více omezit nadbytečnou péči sekundární - podpořit činnost praktických lékařů, zrušit preskripční omezení, náležitě proplácet za výkony a zavést dostatečně vysoký poplatek za návštěvu ordinace orgánového specialisty. Mnozí specialisté by se mohli naopak rekvalifikovat na praktické lékaře, kterých je málo a bude jich potřeba více.

Chápu, že to pan ministr nemá lehké, ale pokud nepodpoří činnost a rozvoj primární péče, vyjdou všechny reformní snahy naplano.

Napište nám do redakce Vaše názory na to, kolik a zda by měl pacient za návštěvu u lékaře zaplatit.

Vaše

Jaroslava Laňková
lankova@svl.cz

Redakční rada▶ **Předsedkyně redakční rady:**

MUDr. Jaroslava Laňková

(místopředsedkyně SVL ČLS JEP pro kontinuální vzdělávání)

▶ **Užší poradní výbor:**

MUDr. Marcela Bradáčová

(praktická lékařka Brno, členka výboru SVL ČLS JEP)

MUDr. Pavel Brejník

(krajský konzultant SVL ČLS JEP za Středočeský 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:**

Doc. MUDr. Věra Adámková, CSc.

(IKEM - Pracoviště preventivní kardiologie, 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 klinické farmakologie Centra diabetologie IKEM, Praha)

Doc. MUDr. Oldřich Vinař, DrSc.

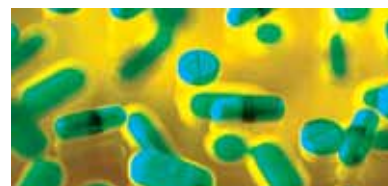
(Samostatná psychiatrická ambulance, Praha 8)

Doc. MUDr. Ludmila Vyhánková, CSc.

(Praha)

Obsah

- ▶ **Léčba bolesti v urologii**
MUDr. Pavel Dušek 142
- ▶ **Kontrola režimových opatření u nemocných s rizikem kardiovaskulárního onemocnění**
MUDr. Otto Herber a kol. 146
- ▶ **POEM** 149
- ▶ **Dermatitis perioralis**
Doc. MUDr. Olga Vohradníková, CSc. 150
- ▶ **Studie „Sestra v ordinaci PL“**
Magdaléna Turichová 152
- ▶ **SVL ČLS JEP informuje** 154
- ▶ **Farmakologická léčba nejčastějších poruch spánku v neurologii**
MUDr. Martin Pretl, CSc. 156
- ▶ **Screening kolorektálního karcinomu je naše vizitka**
MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. 159
- ▶ **Současné možnosti v diagnostice a léčbě osteoporózy**
MUDr. Petr Kasalický, CSc. 162
- ▶ **Alkoholická Evropa - historie, současnost, budoucnost**
MUDr. Jozef Čupka 167
- ▶ **Znalostní test** 170



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
www.practicus.cz

Předsedkyně redakční rady:

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

Odpovědná redaktorka:

Renata Brtnická
GSM: +420 603 576 753
e-mail: brtnicka@practicus.cz



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

Distribován ZDARMA
všem praktickým lékařům v ČR.
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.
Redakce nezodpovídá za obsah autorských textů.

Sponzoři tohoto čísla...

- ▶ **Komerční banka**
- ▶ **Orion Diagnostica**
- ▶ **Pfizer**
- ▶ **Servier**
- ▶ **Schering-Plough**
- ▶ **Vidia s.r.o.**
- ▶ **Zentiva**

Servier - Detralex

Léčba bolesti v urologii

MUDr. Pavel Dušek

Urologická klinika, 2. LF UK, FN Motol, Praha

Souhrn:

Bolest je nejen důsledkem a projevem choroby, ale v řadě případů také velmi důležitým příznakem, často vedoucím k určení diagnózy.

Definice bolesti

Podle mezinárodní společnosti pro výzkum a léčbu bolesti je to nepřijemný smyslový a emoční zážitek, který je spojen se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně nebo popisovaný v pojmech takového poškození.

Klíčová slova:

bolest, nocicepční, neuropatická, psychická, somatická, viscerální, škála bolesti, spasmolytika, opioidní a neopiodní analgetika

Etiologie

Bolest vzniká na základě:

- ▶ fyzikálních příčin - ze zevního prostředí (teplo, chlad, hluk, změny tlaku, aj.), a působením fyzikálních mechanismů (zánět, řezná rána, tlak)
- ▶ z příčin z vnitřního prostředí - organické poruchy a poškození, svalové spazmy, buněčná ischemie, rozpínání dutých orgánů, chemické dráždění, aj.
- ▶ psychologické příčiny - napětí, stres, deprese, fantómové bolesti, aj.

Podle etiologie lze bolestivé stavy v urologii rozdělit do dvou velkých skupin:

- ▶ bolest **nenádorového původu** u urologických pacientů - je především příznakem, který by nás měl směřovat k diagnóze a léčbě základní příčiny. Ta může být různého původu: zánětlivé onemocnění, vrozené onemocnění, trauma, aj.
- ▶ bolest **u uroonkologických nemocných** - bolest je obecně nejčastějším příznakem u onkologických nemocných.

Etiopatogeneze - podle mechanismu vzniku rozeznáváme druhy bolesti:

- ▶ nocicepční
- ▶ neuropatickou
- ▶ psychickou

Nocicepční bolest - představuje vnímání podnětů poškozující tkáň vzniká aktivací primárních aferentních neuronů (nociceptorů), které jsou hojně přítomny v kůži, svalech, pojivové tkáni a vnitřních orgánech.

Nocicepční bolest dělíme dle lokalizace na:

- ▶ somatickou
- ▶ viscerální

Somatická vzniká senzibilizací nebo drážděním specifických receptorů buď mechanicky nebo chemicky - bradykinin, histamin, prostaglandiny, jiné mediátory. Viscerální vzniká drážděním specifických receptorů při růstu nádoru v nitrohručních nebo nitrobršních orgánech, při jejich kompresi či distenzi jejich pouzdra. Může být spojena s nauzeou a dalšími vegetativními příznaky. Někdy můžeme pozorovat její projekci do povrchových oblastí - Headovy zóny.

Neuropatická bolest - vzniká poškozením periferních nebo centrálních nervů nádorem. Projevuje se jako spontánní pálivé dysestézie a hyperalgie, difúzní, se svalovými kontrakcemi. Rozlišujeme neuropatické bolesti:

- ▶ deaferentační
- ▶ sympatikem udržované
- ▶ polyneuropatie
- ▶ mononeuropatie

Deaferentační bolesti vznikají přímým poškozením periferní nebo centrální nervové tkáně. Bolesti sympatikem udržované jsou projevem autonomní ohniskové poruchy regulace, nechtěných motorických odpovědí nebo trofických změn nervové tkáně (vasomotorické poruchy, otoky).

U polyneuropatií není mechanismus vzniku zcela jasný. Mohla by jim být patologická demyelinizace. Pokud příčina není jasná, bývají někdy zahrnovány mezi paraneoplastické projevy. K mononeuropatii dochází při útlaku nebo zánětu nervu, při jeho přerušení.

Senzorické orgány bolesti

Jsou jimi obnažená nervová zakončení, která jsou přítomna ve všech tkáních. Bolestivé impulsy jsou vedeny dvěma typy vláken:

- ▶ A - δ vedou tzv. rychlou bolest, velikost 0,2 - 5 m, rychlost vedení 12 - 30 m/s
- ▶ C vedou tzv. pomalou bolest, velikost 0,4 - 1,2 m, rychlost vedení 0,5 - 2 m/s

Bolestivé impulsy jsou vedeny nervovými vlákny, které prostřednictvím zadních rohů míšních vstupují do míchy. **Bolest je vnímána na úrovni thalamu**, bez přímého vlivu kůry mozkové. Ta slouží k diskriminaci a významové interpretaci bolesti.

Charakter bolesti

- ▶ akutní - je dobře definována tím, že její nástup souvisí se subjektivními i objektivními příznaky onemocnění. Pokud trvá déle (dny) lze mluvit o bolesti subakutní, epizodické nebo intermitentní
- ▶ chronická - bolest trvající déle než tři měsíce. Může mít již vliv na změnu osobnosti, životního stylu a funkčních schopností nemocného (terapie musí být zaměřena i tímto směrem)
- ▶ průlomová - u nemocných s chronickou bolestí se mohou objevovat ataky prudkého zhoršení bolesti

Intenzita bolesti

Klinické hodnocení bolesti je problematické. V praxi je doporučováno využít různých škál bolesti, na kterých nemocný při jednotlivých návštěvách vyznačí subjektivní míru hodnocení bolesti. Jednotlivé záznamy pak slouží k hodnocení vývoje bolestivého stavu a odpovědi na léčbu (viz. obr. „vizuální analogová škála“).

Bolest nenádorového původu u urologických pacientů

„Ledvinné“ bolesti - v praxi se můžeme setkat buď s nefralgiemi nebo s renální kolikou.

Nefralgie - samotný parenchym ledviny nebolí, bolest je zde způsobena distenzí nebo drážděním pouzdra ledviny. Charakterem je to tupá, trvalá bolest bez propagace, lokalizovaná v bederní krajině - zpravidla v kostovertebrálním úhlu. Mezi

její příčiny patří zánětlivá onemocnění ledvin, jako pyelonefritida, pyogenní záněty ledviny a jejího okolí ((karbunkl, perinefritický a paranefritický absces). Dále mohou být způsobeny některými onemocněními chronického charakteru - hydronefróza při chronické ureterolitiáze nebo i při její vrozené příčině. Nelze zapomenout, že může být také způsobena i nádorovým onemocněním (karcinom ledviny prorůstající do pouzdra, obstrukce močovodu nádorovým procesem v retroperitoneu, aj.)

Léčba:

- ▶ **spasmolytika** i.m. nebo pomalu i.v. - algifen, No - Spa, aj.
- ▶ **infuze s 1% mesocainem** - 15 ml 1 % mesocainu v 500ml inf. roztoku po kožním „mesocainovém“ testu)
- ▶ **neopioidní analgetika** - novalgín inj. i.m. nebo pomalu i.v
- ▶ **opioidní analgetika** - tramadol (50 - 100 mg i.m. nebo pomalu i.v.), piritramid (15 - 20 mg i.m. nebo s.c.), pethidin (50 - 150 mg i.m. nebo s.c.), pentazocin (30 - 60 mg s.c. nebo i.m.)

Renální kolika je svým charakterem náhlá prudká bolest, kolísavé síly, zpravidla provázená některými vegetativními příznaky z dráždění nervus vagus (bledost, bradykardie, nauzea, zvracení). Příčinou je náhle vzniklá obstrukce močovodu, způsobená nejčastěji pasáží konkrementu, případně koagula nebo částí nádoru, nekrotické papily, aj. Bolest se při renální kolice propaguje buď do zad podél žeberního oblouku při překážce v horních dvou třetinách močovodu nebo do šourku (lábií) při překážce v pánevním úseku močovodu.

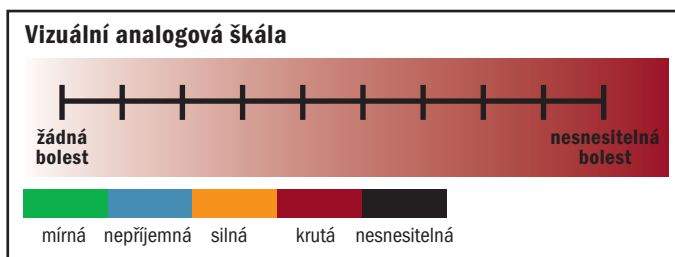
Léčba:

- ▶ **spasmolytika** i.m. nebo pomalu i.v. - algifen, No - Spa, aj.
- ▶ **infuze s 1% mesocainem** - 15 ml 1 % mesocainu v 500 ml inf. roztoku po kožním „mesocainovém“ testu)
- ▶ **neopioidní analgetika** - novalgín inj. i.m. nebo pomalu i.v
- ▶ **opioidní analgetika** - tramadol (50 - 100 mg i.m. nebo pomalu i.v.), piritramid (15 - 20 mg i.m. nebo s.c.), pethidin (50 - 150 mg i.m. nebo s.c.), pentazocin (30 - 60 mg s.c. nebo i.m.)
- ▶ **chirurgické překonání nebo odstranění překážky v močovodu**

Bolesti močového měchýře bývají velmi často provázeny mikční symptomatologií.

Bolest při retenci moče je svým charakterem tupá, tlaková, lokalizovaná za styd-

Zentiva - Fokusin



kou sponou. Je způsobená distenzí močového měchýře. Mezi příčiny patří především infravezikální obstrukce při benigní hyperplasii prostaty, ale může být také způsobená i koaguly v měchýři při krvácení. Základem léčby této bolesti je derivace močového měchýře katétretem nebo epicystostomií, po které většinou dochází k rychlé úlevě. Při přetrvávající bolesti po založení derivace lze podat neopioidní analgetika nebo slabá opioidní analgetika (např. tramadol).

Bolesti při zánětu močového měchýře jsou palčivého nebo „řezavého“ charakteru, lokalizované za stydkou sponou s propagací do penisu, na hráz nebo oblasti vulvy. Při domočování dochází k jejich zhoršení. Bývají přítomny další mikční obtíže - urgencye a polakisurie. Příčinou jsou jak nespecifické tak i specifické záněty močového měchýře.

Léčba:

- ▶ léčba základního onemocnění
- ▶ spasmolytika - algifen, ditropan
- ▶ neopioidní analgetika - nejčastěji antiflogistika - ibuprofen, indomethacin, diclofenac paracetamol nebo novalgín i.m., tbl p.o, kyselina thiaprofenová
- ▶ slabá opioidní analgetika (zcela výjimečně) - tramadol, codein

Bolesti při litíaze v močovém měchýři mají tupý charakter. Jsou lokalizovány za stydkou sponou a zhoršují se při pohybu a močení.

Léčba:

- ▶ léčba základního onemocnění
- ▶ spasmolytika - algifen, ditropan
- ▶ neopioidní analgetika - nejčastěji antiflogistika - ibuprofen, indomethacin, diclofenac, paracetamol nebo novalgín i.m., tbl p.o, kyselina thiaprofenová
- ▶ slabá opioidní analgetika (zcela výjimečně) - tramadol, codein

Bolesti v oblasti močového měchýře (cystalgie) z příčiny mimo měchýř mohou být způsobeny různými onemocněními okolních orgánů. Nejčastěji se jedná o zánětlivá nebo nádorová onemocnění prostaty, mužských i ženských pohlavních orgánů

a v oblasti rektosigmatu. Projevují se bolestivým nucením k močení a jsou lokalizovány buď za stydkou sponou nebo na perineu.

Léčba:

- ▶ léčba základního onemocnění
- ▶ spasmolytika - algifen, ditropan
- ▶ neopioidní analgetika - nejčastěji antiflogistika - ibuprofen, indomethacin, diclofenac, paracetamol nebo novalgín i.m., tbl p.o, kyselina thiaprofenová
- ▶ slabá opioidní analgetika (zcela výjimečně) - tramadol, codein
- ▶ silná opioidní analgetika - onkologická onemocnění

Bolesti močové trubice se nejčastěji projevují jako palčivé a řezavé bolesti, které se mohou měnit v závislosti na močení. Jejich nejčastější příčinou jsou sice onemocnění zánětlivého původu, ale mohou mít i jinou etiologii - uretrolitiáza, trauma.

Léčba:

- ▶ léčba základního onemocnění
- ▶ spasmolytika - algifen, ditropan
- ▶ neopioidní analgetika - nejčastěji antiflogistika - ibuprofen, indomethacin, diclofenac, paracetamol nebo novalgín i.m., tbl p.o, kyselina thiaprofenová
- ▶ slabá opioidní analgetika (zcela výjimečně) - tramadol, codein

Bolesti vycházející z oblasti semenných včků a prostaty jsou většinou tupé, trvalé bolesti s propagací na hráz a do konečníku. Jsou provázeny dysuriemi, cystalgemi, bolestivým nucením na stolici. Jejich nejčastější příčinou jsou zánětlivá onemocnění. Intenzita se mění v závislosti na tom zda je onemocnění, které je způsobuje v akutní nebo chronické fázi. Při akutní prostatitidě je bolest tak výrazná, že znemožňuje provést vyšetření per rektum. U chronických zánětů prostaty se intenzita bolesti často mění v závislosti na fyzické zátěži, počasí a dalších vlivech okolního prostředí. Stanovení této diagnózy nemusí být vůbec jednoduché a velmi často se pod ní skrývá celá řada jiných onemocnění - a proto by měla být používána u konkrétního nemocného až po jejím určení urologem.

Léčba:

- ▶ léčba základního onemocnění
- ▶ spasmolytika - algifen, ditropan
- ▶ neopioidní analgetika - nejčastěji anti-

flogistika - ibuprofen, indomethacin, diclofenac, paracetamol nebo novalgín i.m., tbl p.o, kyselina thiaprofenová

- ▶ slabá opioidní analgetika (zcela výjimečně) - tramadol, codein
- ▶ analgetické směsi spasmolytik s opioidními a neopioidními analgetiky (čípky s kodeinem, antypyrimem, kyselina fenothylbarbiturovou, aj.)

Bolesti v oblasti skróta dělíme na primární (omezené na samotné varle) a sekundární (zánětlivé onemocnění prostaty, součást klinického obrazu renální koliky). U primárních bolestí může být přítomna propagace do třísla nebo dutiny břišní. Jejich charakter je velmi často v přímé závislosti na vyvolávající příčině. Vždy je nutné zjistit zda se nejedná o torzi varlete. Ta se velmi často objevuje u mladých mužů brzy ráno po (nebo při) probuzení jako náhle nastupující krutá bolest - nemusí takto probíhat vždy. Při každém podezření na tento stav je nezbytné nemocného odeslat na nejbližší urologické nebo chirurgické pracoviště. Kromě torze je třeba také zjistit zda bolest varlete není v souvislosti s jeho postižením nádorem. Tyto bolesti jsou spíše tupého charakteru, někdy se spíše jedná o „pocit tíhy“ než o vlastní bolest. Náhlá bolest se může objevit při krvácení do nádoru varlete. Při zánětlivém postižení varlete nebo nadvarlete většinou bolí oba orgány společně.

Léčba:

- ▶ léčba základního onemocnění - vyloučit torzi varlete a nádor
- ▶ spasmolytika - algifen, ditropan
- ▶ neopioidní analgetika - nejčastěji antiflogistika - ibuprofen, indomethacin, diclofenac paracetamol nebo novalgín i.m., tbl p.o, kyselina thiaprofenová
- ▶ blokáda semenného provazce lokálním anestetikem - 1 % mesocain
- ▶ slabá opioidní analgetika (zcela výjimečně) - tramadol, codein
- ▶ kortikoidy - kromě protizánětlivého a antiedématozního účinku u epididymitidy mají také analgetický efekt

Bolesti u uroonkologických nemocných

Bolest je nejčastější příznak onkologických nemocných - v časném stadiu u 37%, při pokročilém onemocnění v 70% a v terminální fázi onemocnění v 73%. Taktika a metody léčby bolesti u nemocných s urologickými malignitami je v zásadě stejná jako u nádorových onemocnění v jiných lokalizacích, pouze v některých

případech jsou odlišnosti dané charakterem onemocnění. V léčbě bolesti je především využívána farmakologická léčba, která ale není jedinou léčebnou možností. Metody léčby nádorové bolesti:

- ▶ farmakoterapie
- ▶ invazivní anesteziologické metody
- ▶ radioterapie
- ▶ chemoterapie
- ▶ chirurgická léčba

Zejména u bolesti chronického charakteru nádorového původu se při farmakologické léčbě uplatňují WHO principy léčby bolesti - orální aplikace, pravidelné časové intervaly, přiměřené dávkování a stupňovitě podávání s využitím adjuvantních přípravků.

Stupňovitě podávání:

1. stupeň: neopioidní analgetikum + adjuvantní přípravek
2. stupeň: slabé opioidy samostatně nebo + adjuvantní přípravek s nebo bez neopioidního analgetika
3. stupeň: silný opioid samostatně nebo + adjuvantní přípravek s nebo bez neopioidního analgetika

Neopioidní analgetika představují různorodou skupinu léčiv především s periferními účinky. Většinou působí inhibici syntézy prostaglandinů. Patří sem zejména nesteroidní antiflogistika a spasmolytika. Současné použití několika neopioidních analgetik nebo jejich kombinace s kofeinem či barbituráty je považováno za nevhodné, ale lze je dobře kombinovat s opioidy.

Opioidní analgetika - narkotická anodyna působí na specifické receptory jak v centrálním tak i periferním nervovém systému. Jejich působení je převážně centrální se současným slabším periferním účinkem. Podle toho jsou děleny na:

- 1) čistí agonisté - morfin, pethidin, piritramid, dihydrokodein, kodein, fentanyl, sufentanyl, aj.
- 2) parciální agonisté - buprenorfin, aj.
- 3) smíšené - agonisté/antagonisté - pentazocin, nalbufin, aj.

Podle síly analgetického účinku jsou děleny na:

- 1) slabé opioidy - dihydrokodein, kodein, tramadol, aj.
- 2) silné opioidy - morfin, piritramid, buprenorfin, fentanyl, sufentanyl, aj.

Důležitou součástí farmakologické kontroly bolesti nádorového původu je **adjuvantní léčba**. Při depresivních stavech, při neuropatické bolesti pálivého charakteru, a u parestézií se v ní dobře uplatňují

antidepresiva. Z nich jsou nejčastěji používána tricyklická. Nutno počítat s tím, že jejich účinek nastupuje za dva až tři týdny. Při strachu, nespavosti, pohotovosti k křečím a nadměrnému svalovém napětí lze použít benzodiazepinové deriváty. U neuralgiformních bolestí lze jako adjuvantní léčbu použít antiepileptika. Neuroleptika působí anxiolyticky, sedativně, antipsychoticky a antiemeticky. V adjuvantní léčbě bolesti se uplatňují také tím, že zvyšují práh bolesti a potencují účinek opioidů. Často opomíjenou možností léčby jsou glukokortikoidy, které zmírňují kolaterální edém u mozkových metastáz, tlumí bolest při nádorové kompresi nebo infiltraci periferních nervů. Jsou výhodné také v adjuvantní léčbě bolesti u kostních metastáz a nádorů pánve. Dále tlumí napětí jaterního pouzdra při jejich metastatickém postižení. Kromě adjuvantní léčby bolesti přinášejí užitek u nemocných s některými paraneoplastickými syndromy (potlačují noční pocení) a poruchami výživy (zvyšují chuť k jídlu). Pokud jejich podávání nepřinese úlevu do dvou týdnů, měly by být vysazeny na tři až pět dnů, a pak je možné se jejich podáváním pokusit znovu ovlivnit obtíže nemocného.

V těchto indikacích se používají v jedné celodenní dávce. Můžeme podávat dexamethazon v iniciální dávce 16 - 32 mg/denně týden, a dále v dávce 2 - 4 mg/denně nebo prednison 40 - 80 mg/denně s následným snížením na 15 - 30 mg/denně. Regulátory metabolismu kalcia mají vedle svého inhibičního účinku na osteoklasty též analgetický efekt a jsou dnes důležitou součástí komplexní péče o nemocné s metastatickým postižením skeletu. U urologických malignit se uplatňuje především kyselina zolendronová u nemocných s kostními metastázami karcinomu prostaty.

U farmakologicky špatně ovlivnitelných bolestivých stavů můžeme použít některé **invazivní anesteziologické metody**. Patří k nim především kontinuální intraspinální aplikace opioidů do epidurálního nebo subarachnoideálního prostoru, kterou ovlivňujeme receptory v mozku a míše. Analgezie je dosahováno přímo v místě neuronového přenosu a tím můžeme použít i nižší dávku opioidů než při celkovém podání.

Zevní radioterapie je možno použít u lokalizovaných bolestí při metastatickém postižení skeletu. V této indikaci lze zajistit významnou úlevu od bolesti u 80 % nemocných. Pokud hrozí současně vznik pa-

tologické fraktury je před radioterapií vhodná chirurgická stabilizace příslušné části skeletu. Většinou je aplikována jednorázově dávka 8 - 10 Gy. Při předpokladu delšího přežití, a u velkého ozařovacího pole je vhodnější dávka 20 Gy v pěti nebo 30 Gy v deseti frakcích. Další možností, zejména při algickém syndromu způsobeném mnohočetnými kostními metastázami karcinomu prostaty je **radioterapie systémovou aplikací radioizotopů** - radionuklidů kumulujících se v kosti. Metodu můžeme použít buď samostatně nebo i v kombinaci se zevním ozařením. V současné době se nejčastěji používá roztok komplexu radionuklidu samaria ¹⁵³Sm se sodnou solí kyseliny etylendiamino-tetrakis-metylenfosfonové. Jednorázová dávka je 20-40MBq/kg. Účinek nastupuje rychle - u většiny pacientů během prvního týdne po podání - s mediánem trvání odpovědi přes 16 týdnů.

Paliativní systémová chemoterapie je další možností, kterou můžeme ovlivnit bolestivé stavy u nemocných s generalizovaným nádorem. Z urologických malignit je možné její použití u některých nemocných s generalizovaným karcinomem prostaty.

Chirurgické metody mají v léčbě bolesti omezený význam. Dobře dokumentovaným příkladem ovlivnění bolesti je její ústup po bilaterální orchiektomii u generalizovaného karcinomu prostaty. Použití neurochirurgických výkonů - spinotalamická traktomie, sterotaktické výkony, dlouhodobá elektrostimulace v oblasti míchy a mozku - se neustále snižuje s novými možnostmi farmakoterapie. Potřeba analgetik v terminální fázi onkologického onemocnění velmi kolísá. Pouze u jedné třetiny až poloviny nemocných musí být dávka analgetik v posledních dnech života výrazněji zvyšována. U většiny umírajících onkologických nemocných lze dosáhnout kontroly bolesti dávkami odpovídajícími subkutánnímu podání 150 - 200 mg morfinu.

Literatura:

- 1) Allan L., Zenz M. Chronic pain: review (highlighting chronic non - cancer pain and opioid therapy). *Excerpta Medica* 1999
- 2) Bauer J. *Nádorová bolest a její farmakoterapie*. Galén 1994
- 3) Walsh TC, et al. *Campbell's Urology 8th edition*, 2002. Saunders Elsevier Science.
- 4) De Vita VT, et al. *Cancer: Principles and Practice of Oncology, 7th Edition*, 2005. Lippincott Williams Wilkins
- 5) Dobbs J., Barrett A., Ash D. *Praktické plánování radioterapie*. Anomal Praha 1992
- 6) Dvořáček J a kol. *Urologie*. ISV Praha 1998
- 7) Eichenauer RH., Vanherpe H. *Urologie, klinika a praxe*. Scientia medica Praha 1996
- 8) Friedland J. *Local and systemic radiation for palliation of metastatic disease*. *Urol Clin North Am* 1999, s.391 - 402
- 9) Klener P., Vorlíček J. et al. *Podpůrná léčba v onkologii*. Galén 1998
- 10) Sláma O. *Bolest v terminální fázi onkologického onemocnění*. *Bolest* 2006 (9), 4, 231 - 6
- 11) Suchopár J. a kol. *Remedia compendium Panax Praha 1999*

Má kontrola hlavních režimových opatření u nemocných se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních onemocnění v primární péči efekt? (studie ATLET)

MUDr. Otto Herber¹, Mgr. Martin Doseděl², Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.³, MUDr. Igor Karen⁴

¹ Ústav všeobecného lékařství, 1. LF UK, Praha

² Katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta UK, Hradec Králové

³ Oddělení praktického a rodinného lékařství, Ústav sociálního lékařství, LF UK, Hradec Králové

⁴ Praktický lékař, Benátky nad Jizerou

Souhrn:

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) jsou hlavní příčinou úmrtí ve většině evropských států. Česká republika (ČR) se řadí mezi státy s nejvyšší kardiovaskulární úmrtností (4).

Studie byla koncipována jako sledování poskytované LPP vybraných PL u prvních 20 pacientů v riziku KVO, kteří navštívili v daném období roku 2005 jejich ordinaci, a u kterých byla indikována prevence KVO. Celkem tak byla sledována v první fázi projektu LPP u 379 náhodně vybraných PL, kteří ji poskytují 7642 pacientům. Studie byla plánována na 12 měsíců.

Klíčová slova:

projekt Atlet, kardiovaskulární onemocnění, režimová opatření

Sledovaná LPP s využitím DP v oblasti prevence KVO vychází z poznatků, že masový výskyt aterosklerotických KVO je úzce spjat s životním stylem a s ovlivnitelnými rizikovými faktory. Odstranění nebo alespoň modifikace ovlivnitelných rizikových faktorů aterosklerózy má jednoznačně příznivý vliv na snížení kardiovaskulární mortality a morbidity jak u jedinců, kteří jsou již manifestním aterosklerotickým onemocněním postiženi, tak u jedinců, kteří jsou ještě asymptomatictí. Změnit postoje veřejnosti i jednotlivců je výzva nejen pro systém zdravotnictví, ale bezesporu se jedná o nadřezortní záležitost. Přesto nelze opominout osobní odpovědnost na obou stranách v nejužším kontaktu mezi praktickým lékařem a pacientem.

Hlavním úkolem PL je racionální a účinná LPP u nemocných s již klinicky manifestním KVO a u jedinců s vysokým rizikem jeho vzniku a také zvednout zájem u pacienta o jeho zdravotní stav.

Priority prevence v sestupném pořadí jsou následující (2):

1. Nemocní s již diagnostikovaným ateroskle-

rotickým onemocněním, tj. s ICHS, ICHDK nebo cerebrovaskulární ischemickou chorobou.

2. Asymptomatictí jedinci s vysokým rizikem vzniku aterosklerotického KVO na základě:

- a) přítomnosti několika rizikových faktorů, kteří mají absolutní riziko >5%, že do 10 let (nebo do věku 60 let) prodělají smrtelnou kardiovaskulární příhodu;
- b) výrazně zvýšené hodnoty jednotlivých rizikových faktorů: celkového cholesterolu >8 mmol/l, LDL-cholesterolu >6mmol/l nebo krevního tlaku >180/110 mmHg;

c) diabetes mellitus 2. typu nebo diabetes mellitus 1. typu s mikroalbuminurií.

3. Přími příbuzní:

- a) nemocných s předčasným rozvojem aterosklerotického KVO;
- b) asymptomatic-

kých jedinců s vysokým kardiovaskulárním rizikem (viz bod 2.).

4. Ostatní nemocní, kteří jsou vyšetřeni v ambulanci PL z jakéhokoliv důvodu, při podezření na KVO.

Do studie Atlet bylo zařazeno prvních 20 pacientů, kteří v náborovém období navštívili ordinaci PL a splňovali indikační kritéria zařazení (1, 2a, 2b, 2c) a vyslovili souhlas se zařazením do studie

V souladu s pravidly Doporučených postupů SVL ČLS JEP Dyslipidémie (1) a Prevence kardiovaskulárních onemocnění (2) i evropských DP (3) jsme si položili otázku, **zda jsou správně indikována nefarmakologická opatření k dosažení ukazatelů kvalitní léčebně preventivní péče?**

Za tím účelem se edukace a sledování v průběhu projektu zaměřovala na vhodnou a zdravou výživu a přiměřenou fyzickou aktivitu vč. rozhovoru na téma zanechání kouření. PL používali dle svého vyjádření DP u 97% pacientů zařazených do studie.

Základní stručná informace spočívala v poučení o omezení živočišných tuků na 30% energetického příjmu. Cholesterol maximálně 200 mg/den s důrazem na zvýšení příjmu rostlinných tuků na 2/3 celkového denního příjmu. Redukce hmotnosti u obézních o 5-



Povolený debet KB představuje účinnou finanční pomoc pro zdravotníky

Na začátku letošního roku přišla Komerční banka s efektivním řešením na překlenutí období nedostatku finančních prostředků. Jde o povolený debet pro lékaře a lékárníky se sníženou úrokovou sazbou až na pouhých 8 %, díky kterému mohou lékaři získat až 3 miliony korun. Provoz ordinace tak nemusí být nijak omezen a své běžné výdaje může lékař snadno uhradit.

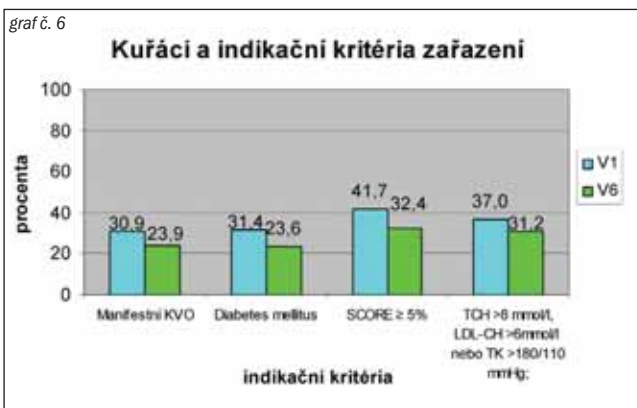
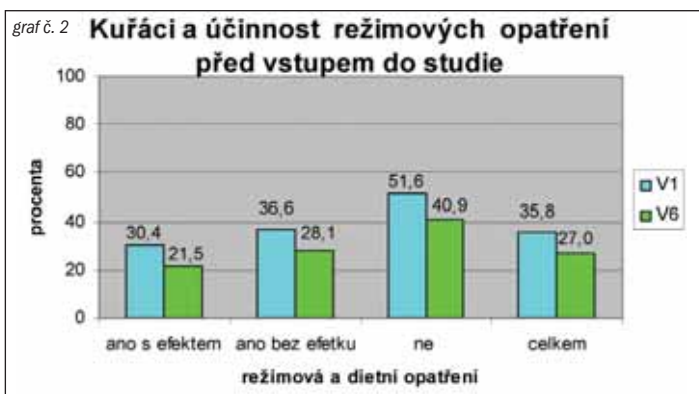
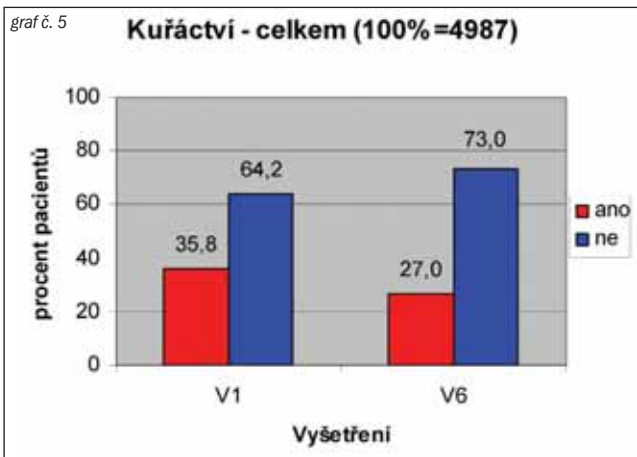
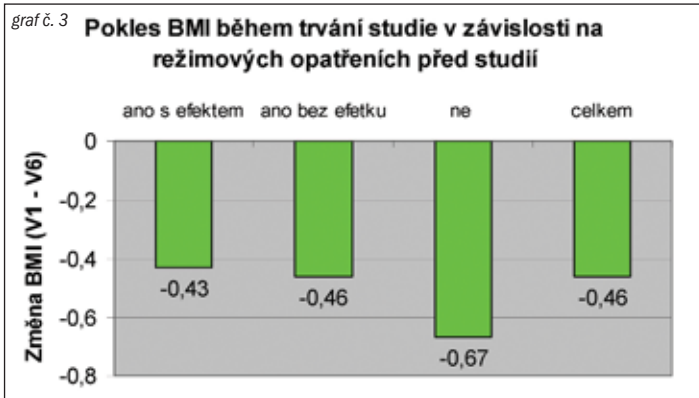
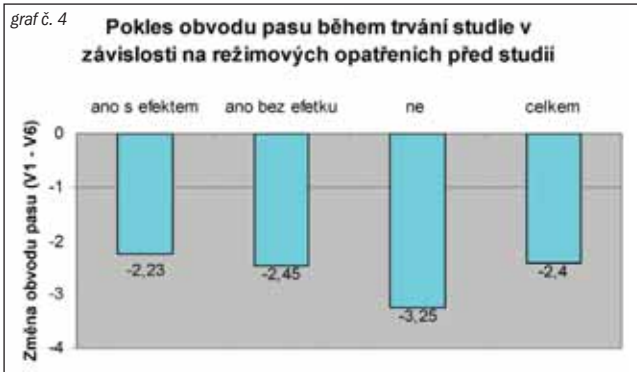
Právě výhodná úroková sazba pro zdravotníky je to, co dělá povolený debet tolik atraktivním. S minimálními náklady může lékař financovat provozní náklady ordinace. Čerpání finančních prostředků není účelově vázáno - klient se sám rozhodne, na jaké výdaje v návaznosti na svou lékařskou specializaci je použije. Také při zpožděných platbách zdravotních pojišťoven, kdy se proplacení faktury zpozdí o několik měsíců, pomůže povolený debet překlenout toto složité období. Získané prostředky je možné využít nejen k bezhotovostním platbám z účtu, ale také k překlenutí nedostatku hotovosti. Lékař má zkrátka jistotu, že na svém účtu bude mít dostatečnou rezervu na pokrytí výdajů spojených s každodenním provozem ordinace.

Proces získání povoleného debetu je velmi jednoduchý a rychlý. Finanční prostředky až do 3 000 000 Kč může lékař začít čerpat okamžitě po vyhodnocení jeho aktuální finanční situace, a to se zvýhodněnou úrokovou sazbou pouhých 8 % p. a. Čerpání stotisícového povoleného debetu tak vyjde jen

na 667 korun měsíčně. Stávajícím klientům Komerční banka poskytuje povolený debet do 100 000 Kč i bez nutnosti posouzení finančních výkazů, v tomto případě je úroková sazba snížena na 10 % p. a. Ani v jednom případě navíc nemusí klient-lékař předkládat faktury za poskytnutou zdravotní péči ani žádné doklady k hmotnému zajištění povoleného debetu, takže administrativa je skutečně minimální. A za vyřízení povoleného debetu nic neplatí!

Povolený debet si lékař může zřídit k jakémukoli podnikatelskému běžnému účtu nebo balíčku KB, včetně balíčku Optimum Medicum, který je speciálně určen pro zdravotnické subjekty. Pořízením balíčku lékař získá nejen možnost čerpat povolený debet, ale celou řadu dalších výhod, a to za maximálně výhodnou cenu. Součástí balíčku je také internetové bankovníctví Mojebanka s certifikátem KB, který mohou lékaři použít pro elektronickou komunikaci se zdravotními pojišťovnami.

KB - inzerce



10% resp. s týdenním úbytkem hmotnosti o 0,5- 1kg týdně. Dále byl požadavek na tělesnou aktivitu 30 min 4-5x týdně do submaximální zátěže.

Graf č. 1 ukazuje u kolika pacientů byla do začátku studie indikována režimová a dietní opatření, a také to, jak byla tato opatření efektivní. Je určitě potěšitelné, že u většiny pacientů byla tato opatření indikována. Pouze ale u necelých 30% byl konstatován jejich efekt před zahájením studie, a nepřekvapující je více jak polovina pacientů s neefektivním režimem. V průběhu studie klesal počet kuřáků i u pacientů, u kterých byla až do začátku studie režimová a dietní opatření neúčinná (graf č. 2). Což ukazuje na vyšší efektivitu režimových a dietních opatření v průběhu studie při soustavnějším tlaku na pacienta a jeho edukaci, který byl PL ve studii vyvíjen. Podobný trend vykazují i BMI a obvod pasu, které

klesají ve všech skupinách (grafy č. 3, 4). Jedním z nejdůležitějších ovlivnitelných RF úmrtí na KVO, jak ukazují tabulky SCORE, je kuřáctví.

Na počátku studie (V1) kouřilo celkem 35,8% pacientů zařazených do studie. V porovnání s obdobnou velkou mezinárodní studií REACH, v níž kouřilo ve vých. Evropě 14% pacientů (3) je toto číslo značně vyšší,

což je ale do jisté míry dáno odlišnou definicí kouření (Reach od 5 cigaret denně, Atlet od 1 cigarety denně). Na konci studie (V6) již kouřilo „pouze“ 27,0% pacientů (graf č. 5), což znamená, že kouření zanechalo v průběhu studie 24,6% kuřáků, což je určitě skvělé číslo. Dále bylo zjištěno že nejvíce kuřáků bylo při vstupu do studie ve skupině pacientů zařazených na základě vysokého SCORE (41,7%) a nejméně ve skupině již s manifestním KVO (30,9%) a diabetem (31,4%). Obecně lze říci, že procento kuřáků je nižší ve skupinách pacientů, kteří pociťují a uvědomují si více tíži svého onemocnění (KVO, diabetes) a jsou tudíž ochotnější spolupracovat, než ve skupinách pacientů, kteří tíži svého onemocnění necítí a neuvědomují si ji (asymptomatictí pacienti). V poklesu zastoupení kuřáků však došlo během studie ve všech skupinách.

(graf č. 6)

Závěr: Přestože je realizace a efektivita režimových opatření z praktického hlediska obtížnou součástí terapie, výsledky projektu ATLET deklarují jejich přínos. Z uvedeného je patrné, že při soustavném tlaku, který byl lékaři na pacienty v průběhu studie vyvíjen, lze dosáhnout kýženého efektu. Můžeme spekulovat, že vliv mohl mít i důsledný monitoring jednotlivých praxí v průběhu projektu. Způsobů, jak pacienta motivovat, existuje řada. Základem však zůstane motivační rozhovor s průběžnou kontrolou cílových hodnot, spolu s posílením sebedůvěry pacienta aj. Nicméně to samo nepovede ke změně chování pacientů, dokud sami nebudou dostatečně systémově motivováni. Dopad na ekonomiku celého terapeutického procesu lze jen hrubě odhadovat.

Literatura:

- 1) Češka, R., Herber, O., a kol.: Dyslipidémie, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro praktické lékaře. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2004; ISBN 80-903573-4-2 Dostupné na www.svl.cz
- 2) Býma, S., Hradec, J., Herber, O., Karen, I.: Prevence kardiovaskulárních onemocnění, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2004; ISBN 80-903573-5-0 Dostupné na www.svl.cz
- 3) De Backer, G., Ambrosioni, E., Borch-Johnsen, K., Brotons, C., Cifková, R., Dallongeville, J., et al: European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: Eur Heart J 2003, 24:1601-1610.
- 4) Zdravotnická ročenka ČR - Zemřelí 2004, ÚZIS ČR; ISBN 80-7280-489-8

POEM (Patient oriented evidence that matters)

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Dieta, cvičení a medikamentózní léčba mohou zabránit diabetu u vysoce rizikových pacientů

► **Klinická otázka:** Může být vznik diabetu u osob s poruchou glukózové tolerance oddálen nebo dokonce být zabráněno jeho vzniku?

► **Závěr:** Dieta, tělesné cvičení nebo dieta a tělesné cvičení, alespoň v rozsahu situací zkoumaných ve studii, mohou zpomalit progresi do diabetu přibližně o 50% u pacientů s poruchou glukózové tolerance. Medikamentózní léčba orálními anti-diabetiky nebo orlistatem (Xenical) také zpomalí tuto progresi. Preventivní účinek těchto léků však nepokračuje, pokud jsou vysazeny. Výzkum nebyl prováděn dostatečně dlouho na to, aby mohlo být stanoveno, zda-li vzniku diabetu bylo zabráněno nebo došlo k pouhému oddálení jeho nástupu. (LOE = 1a)

► **Reference:** Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, et al. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007;334:299.

► **Typ studie:** Systematický přehled

► **Financování:** Vláda

► **Prováděcí prostředí studie:** Různé (metaanalýza)

► **Synopse:** Aby mohla být tato otázka zodpovězena, provedli výzkumníci pečlivě prohledání 4 databází, kontaktovali experty a kontrolovali reference identifikovaných studií. Do analýzy zahrnuli jen randomizované kontrolované studie - většinou nezaslepené, které hodnotily efekt medikamentózní léčby nebo režimových změn na prevenci nástupu diabetu 2. typu u pacientů s poruchou glukózové tolerance. Zahrnuli studie ve všech jazycích. Dva autoři nezávisle hodnotili jejich validitu a abstrahovali data ze studií, přičemž vyřadili 6 studií pro jejich nedostatečnou randomizaci, a dále 3 studie, u kterých se jim nepodařilo získat dodatečná data od jejich autorů. Protože data nebyla hlášena u všech studií stejným způsobem, museli autoři některá data upravit. Pro slučování dat použili konzervativní model náhodného jevu. Autoři zahrnuli do analýzy celkem 17 studií s 8084 pacienty, včetně dvou studií provedených v Japonsku a 3 z Číny. Většina studií probíhala několik let. Základní riziko vzniku diabetu do 5 let bylo ve studiích 37%. Intervence celkově snížily vznik klinického diabetu přibližně o polovinu ([HR] = 0,51; 95% CI, 0,44 - 0,60). Dietní změny, tělesné cvičení nebo jejich kombinace přinesly podobné snížení rizika (HR = ~ 0,50). Použity byly

dva druhy medikamentů. Perorální antidiabetika - akarbóza, glipizid, metformin nebo flumamine snížily vznik diabetu o 30% (HR = 0,7; 0,62 - 0,79). Antiobezitikum orlistat také snížilo tuto pravděpodobnost v podobném rozsahu (HR = 0,44; 0,28 - 0,69). Podle hrubého odhadu se počet osob, které je nutno léčit, aby bylo zabráněno vzniku diabetu u jednoho pacienta, pohybuje mezi 5-10, a to jak v případě změn životního stylu, tak u medikamentózní léčby. Ačkoliv tato otázka byla méně dobře studována, zdá se, že riziko vzniku diabetu se vrací do původního stavu, pokud se přeruší medikamentózní léčba. Žádné studie však netrvaly dostatečně dlouho, aby bylo možno určit, bylo-li diabetu skutečně zabráněno nebo byl jeho nástup pouze oddálen.

Doporučení pro klinickou diagnostiku HŽT

► **Klinická otázka:** Jaké jsou efektivní strategie pro diagnostiku hluboké žilní trombózy (HŽT) v primární péči?

► **Závěr:** Klíčovými body těchto doporučení pro diagnostiku HŽT jsou:

1. Začněte použitím schválených klinických predikčních pravidel, jako je např. Wellsovo pravidlo*, a určete pravděpodobnost přítomnosti HŽT.

2. U pacientů s nízkou klinickou pravděpodobností přítomnosti HŽT negativní test na D-dimery potvrzuje, že přítomnost HŽT u pacienta je velmi nepravděpodobná.

3. U pacientů se střední až vysokou klinickou pravděpodobností přítomnosti HŽT proveďte ultrazvukové vyšetření dolních končetin.

4. Pacienti se středním nebo vysokým rizikem pulmonálního embolismu vyžadují další diagnostické zobrazovací vyšetření. (LOE = 1a)

► **Reference:** Qaseem A, Snow V, Barry P, et al, for the Joint American Academy of Family Physicians/American College of Physicians Panel on Deep Venous Thrombosis/Pulmonary Embolism. Current diagnosis of venous thromboembolism in primary care: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians. *Ann Fam Med* 2007;5:57-62.

► **Typ studie:** Klinické doporučení

► **Financování:** Nadace

► **Prováděcí prostředí studie:** Různé (doporučení)

► **Synopse:** Toto klinické doporučení bylo odvozeno z dobře provedeného systematického přehledu literatury, který udělala Agency for Healthcare Research and Quality Evidence-Based Practice Centers. Doporučení je určeno pro jakéhokoliv klinika, který se setkává s diagnostikou HŽT. Dupo-

ručení odpovídá na otázky o významu klinické symptomatologie, vyšetření D-dimerů, ultrazvukového vyšetření a komputerové tomografie pro diagnostiku HŽT. Autoři našli 19 studií, které zkoumaly význam použití pravidla předpovědi podle klinických symptomů, 17 z nich používalo prediktivní pravidlo podle Wellse*. Tyto studie podporují použití prediktivních klinických pravidel. Při kombinaci negativního testu na D-dimery a negativního výsledku klinického prediktivního testu u pacienta s nízkým rizikem je pravděpodobnost přítomnosti HŽT nízká. Autoři našli také 4 studie, které hodnotily vyšetření D-dimerů bez současného použití prediktivního klinického testu. Tyto studie podporují teorii, že negativní výsledek vysoce senzitivního testu na D-dimery mohou u nízkorizikových pacientů vyloučit přítomnost HŽT. Přehled provedený centrem pro praxi založenou na důkazech shledal ultrazvukové vyšetření jako velmi senzitivní (89%-96%) a specifické (94%-99%) pro diagnostiku HŽT v proximálních žilách dolních končetin. Méně senzitivní je u asymptomatické trombózy (47%-62%). Studie s CT měly variabilní kvalitu a výsledky byly méně konzistentní. Proto je u pacientů s vysokou pravděpodobností vzniku plicního embolismu.

* Pozn. redakce:

Wellsovo klinické prediktivní pravidlo pro hlubokou žilní trombózu (HŽT)

Klinické charakteristiky	Body
Aktivní nádorové onemocnění (léčba v posl. 6 měsících nebo paliativní léčba)	1
Plegie, paréza nebo imobilizace dolní končetiny	1
Upoutání na lůžko déle než 3 dny nebo větší chirurgický zákrok v předchozích 12 týdnech	1
Lokalizovaná bolest v průběhu hlubokých žil	1
Otok celé dolní končetiny	1
Unilaterální otok lýtky větší než 3 cm v porovnání s asymptomatickou končetinou (ve výšce 10 cm pod tibiální tuberositou)	1
Unilaterální otok s tvorbou důlků	1
Kolaterální povrchové žíly (nevarikózní)	1
Alternativní diagnóza je steně pravděpodobná nebo více pravděpodobná než HŽT	-2

Celkem bodů

Interpretace rizika podle bodového skóre (pravděpodobnost HŽT):

>/=3 body: vysoké riziko (75%)

1 - 2 body: střední riziko (17%)

<1 bod: nízké riziko (3%).

Pokračování na straně 160

Dermatitis perioralis

Doc. MUDr. Olga Vohradníková, CSc.

Dermatovenerologická klinika, 1. LF UK, Praha

Souhrn:

Periorální dermatitida je chronické zánětlivé kožní onemocnění, vyskytující se především na kůži kolem úst, v tzv. periorální lokalizaci.

Synonymy u nás méně používanými je dermatitis rosaceiformis, popř. rosacea like dermatitis.

Klíčová slova:

dermatitis perioralis, kortikoidní externa, kosmetické výrobky

Výskyt onemocnění

Onemocnění se objevilo v 60. letech v západní Evropě. U nás se vyskytuje až od 80. let, nejdříve bylo pozorováno u letušek, které měly profesionálně vysokou spotřebu kosmetiky. Po určité kulminaci výskytu incidence periorální dermatitidy poněkud klesla, zřejmě v důsledku zlepšení diagnostiky a včasné adekvátní léčby. V posledních letech, s nárůstem firem vyrábějících kosmetiku a reklamního tlaku vedoucího ke zvýšení spotřeby kosmetiky, nejen ženami, ale i muži a dětmi a též častějšímu střídání přípravků, se počet onemocnění opět zvyšuje. Periorální dermatitidou jsou tudíž postiženy nejčastěji ženy, zejména kolem 30. roku věku. Muži jsou postiženi mnohem méně často, nicméně emancipace spočívající v nárůstu používání kosmetiky pro muže, i přes odlišnou kvalitu jejich kůže, vedla k nárůstu incidence i u nich. Vzhledem ke klesající reaktivitě je onemocnění poměrně vzácně pozorováno v pokročilejším věku.

Další příčinou zvyšování výskytu periorální dermatitidy je nárůst používání kortikoidních extern v obličeji, nejzávažněji se uplatňují silné fluorované kortikoidy. Vzhledem ke zvyšování incidence zejména atopické, ale i seboroické dermatitidy, s léčbou kortikoidy, popř. i četnými emolienci, se periorální dermatitida v posledních letech začíná také občas objevovat dokonce i u dětí. Je-

jí diagnostika nemusí být vždy lehká hlavně vzhledem k časté kombinaci s původní dermatózou.

Etiopatogeneze

- ▶ **Intoleranční reakce**, vyvolaná zejména kosmetickými přípravky – pleťové krémy, mléka, make-upy, mýdlo, některé detergenty, čisticí lotiony, dále pěnové zubní pasty s obsahem detergentů a také fluoru, ústní vody, spreje, ve zdravotnictví i profesionálně používané, přípravky s obsahem isopropyl myristatu aj. V poslední době se zjistilo, že k nejčastějším příčinám patří hlavně hydratační krémy, které zbobtnáním buněk rohové vrstvy epidermis snižují bariérovou funkci kůže, vedou k okluzi a tak přispívají ke změnám kožní mikroflory. Na udržování periorální dermatitidy se mohou uplatňovat i jiné iritační vlivy, např. fluorovaná voda, prašné prostředí, používání papírových kapesníků, silice uvolňované při loupaní kůry citrusových plodů, vousy partnera, ale i osahávání projevů apod. Dalšími potenciálními faktory je dysfunkce kožních funkcí, např. mazových žláz, sekundární bakteriální infekce, labilita kožních cév.
- ▶ **Předchozí aplikace kortikoidních extern pro jiné kožní choroby** (nejčastěji seboroická a atopická dermatitida), mnohdy se jedná o velmi diskrétní kožní změny, často bez řádné kožní diagnózy a indikace (nekontrované samoléčitelství zbytky kortiko-

idních mastí aj.). Zrádné je přechodné zlepšení počátečních projevů periorální dermatitidy po použití kortikoidních extern, postupně však dochází k horším a horším exacerbacím se zvýrazňováním projevů, častějšímu vzniku relapsů a fixaci periorální dermatitidy. Vznik se vysvětluje především oslabením imunity kůže, změnamí kožní mikroflory v důsledku aplikace kortikoidních přípravků, popř. obsahem fluoru v kortikoidech, a to zejména při delší či opakované aplikaci.

Klinický obraz

Kožní projevy jsou zpočátku velmi diskrétní, tvoří je obvykle několik seskupených papulek, někdy s jemným šupením, na lehce zarudlém základě. Vzácněji pozorujeme pustulky. Typickou predilekcí je oblast nazolabiálních rýh a brada, typický je úzký proužek nepostižené kůže kolem rtů. Další lokalizací jsou postranní partie dolních, méně často i horních očních víček. Vzácnější je lupoidní (granulomatózní) forma s tužšími papulkami, napodobující kožní tuberkulózu, která vzniká obvykle po dlouhodobé aplikaci kortikoidních přípravků.

Diferenciální diagnóza

- ▶ rosacea, seboroická dermatitida či jiné, ekzém – dermatitidy včetně kontaktních, postpubertální forma akné, demodekóza, jiné nežádoucí účinky kortikoidů aj.

Terapie

Základem je tzv. „zero therapy“ – nulová léčba, kdy pacientovi zakážeme jakoukoli kosmetiku (všechny krémy, pletová mléka, hydratační krémy, čisticí lotiony, spreje, mýdlo aj. „čisticí“ prostředky apod.), eventuálně používané kortikoidní preparáty. Doporučíme nepěnovou zubní pastu bez fluoru. Je nutno omezit veškeré dráždivé vlivy (úklidové práce – prach, fluorovaná a chlorovaná voda,

vítr, horko, slunění, varujeme i před osaháváním projevů!).

Při ošetřování kůže dovolíme pouze vysýchavé obklady postižené lokality se sol. Jarisch, popř. borovou nebo destilovanou vodou. Důležité je poučit pacienta o správném provádění vysýchavých obkladů, po nichž je lepší nechat kůži volně oschnout a nesusít. Pak pouze na zánětlivé projevy aplikujeme jednoduchou 5% ichtyolovou pastu v co nejtenčí vrstvě, výhodou je i její mírně krycí efekt. Zpočátku kůži příliš nepromašťujeme a necháme ji spíše vysychat. Jakákoli polypragmazie se střídáním nebo kombinováním více různých přípravků se nevyplácí. Zevní léčba musí být co nejjednodušší, hlavní podmínkou zlepšení a udržení dobrého stavu je výše uvedený režim.

Celková léčba je indikována jen výjimečně při větší intenzitě nálezu a jeho rezistenci k lokální léčbě, po vyloučení kontraindikací. Nejčastěji se používají antibiotika v sestupném dávkování pod-

le průběhu regrese projevů podobně jako u akné. Nejčastěji používáme tetracyklin, obvykle od 1 g/den, v dnešních možnostech obvykle doxycylin v úvodní dávce od 200 mg/den. Do 8. roku věku pro riziko žlutého zbarvení zubů a v letním období pro výskyt fototoxických a fotoalergických reakcí je vhodnější použít v obdobném dávkování erytromycin. Celá kúra včetně konečných denních minimálních dávek, trvá obvykle 6 – 12 týdnů. Vzácněji, např. při alergiích, je možno použít vzhledem k nutnosti kontrol krevního obrazu metronidazol v cca 3 – 6 týdenní kúře. Pro nejtorpidnější formy onemocnění je zůstává v rezervě perorální aplikace isotretinoinu v minimálních dávkách, za dodržení všech podmínek nutných při jeho použití (kontroly lipidů, zejména triacylglycerolů, JT, u dívek a žen vzhledem k teratogenitě i informovaný souhlas o nutnosti spolehlivé kontracepce 1 měsíc před nasazením, v průběhu celé kúry a ještě alespoň 1 měsíc po vysazení).

Prevence

Prevenčí vzniku periorální dermatitidy a jejích recidiv je rezervovaný vztah ke kosmetickým výrobkům a přísné dodržování indikací, typů i doby používání kortikoidů při použití na obličej. Po ústupu onemocnění přetrvává dispozice trvale, minimálně po dobu více let. Proto doporučujeme kůži promašťovat spíše jen umírněně, nejlépe Indulonou DEZ – 87 nebo domácím sádem. Radíme neexperimentovat a raději nezkoušet jiné možnosti pro značné riziko recidiv. Dražší, byť značková kosmetika obsahuje více parfémů a emulgátorů, v přírodní kosmetice jsou nečistištěné směsi látek, v obou případech proto riziko vzniku intolerance stoupá. Teprve po delším období zklidnění je možno zkusit dekorativní kosmetiku ve formě co nejjednodušších neparfémovaných suchých pudrů (tvářenky, oční stíny).

Literatura

SCHP - Aerius

Studie „Sestra v ordinaci PL“

Magdaléna Turichová, Jitka Kafková

Zdravotní sestry, Praha

Souhrn:

Jak studie vznikla, její cíle a očekávaný užitek, dílčí výsledky z pilotní studie, kontakt pro sestry, které se chtějí aktivně podílet svými postřehy a nápady.

Klíčová slova:

registrovaná sestra, všestrannost, komunikace, administrativa



Obr. č. 1 - požadavky a přání pacientů a lékaře na sestru jsou mnohdy protichůdné

Úvod

Studie „Sestra v ordinaci PL“ – Co vás napadne, když vidíte takový titulček? Možná: Co to je a k čemu mi to může být dobré? Co se dá na práci sestry PL studovat? To asi nemají dost práce a nudí se, že mají čas zabývat se nějakou studií...

Doufáme, že vám na tyto otázky dáme odpověď v následujících řádcích. Jako sestry z ordinace PL víme, co tato práce obnáší. Že je to práce pestrá a kolikrát až moc pestrá: injekce, odběry, EKG, měření TK, poučení pacienta k odběrům, k léčbě, o životosprávě, práce s výsledky, recepty, neschopenkami. Sestra musí zvládnout situaci v čekárně, zajistit plynulý provoz a do toho spousta telefonů, a to vše má probíhat v klidu a s úsměvem. Sestra je administrativní pracovnící, má na starost i hygienu a dezinfekci v ordinaci, zajišťuje dostatek všeho potřebného k provozu – zdravotnický materiál, žádanky, formuláře.

Naše práce je specifická tím, že pracujeme většinou ve dvou (lékař a sestra). Naším nadřízeným není sestra, jako v nemocnici, ale lékař, který je také často naším zaměstnavatelem.

Široké spektrum činností a práce v minitýmu vyžaduje od sestry všestrannost

a různorodé schopnosti: zručnost, organizační a jazykové schopnosti, komunikační dovednosti, psychickou odolnost vůči stresu, flexibilitu, odborné znalosti, práci na PC. Někdy je to na jednoho člověka až dost a nikdo z nás není stejně zdatný ve všech oblastech. Některá svá slabá místa dobře známe, o jiných nemáme ani tušení.

V mnohém nám může pomoci rozšiřování našich vědomostí a dovedností a také rozvinutí našeho skrytého potenciálu, o kterém třeba nevíme. Bohužel školení, semináře a další vzdělávací akce jsou jen výjimečně zaměřené pouze na problematiku sestry v ordinaci PL.

V ordinaci se snažíme vyhovět přání pacienta i lékaře. Ovšem požadavky a přání pacientů a lékaře na sestru jsou mnohdy protichůdné (obr. č. 1). Napadlo nás, že se možná mýlíme, když odhadujeme a předpokládáme, co se po nás chce. Také se často setkáváme s podceňováním sestry pracující u PL. Toto všechno nás inspirovalo k rozhodnutí provést studii „Sestra v ordinaci PL“.

Co od studie očekáváme?

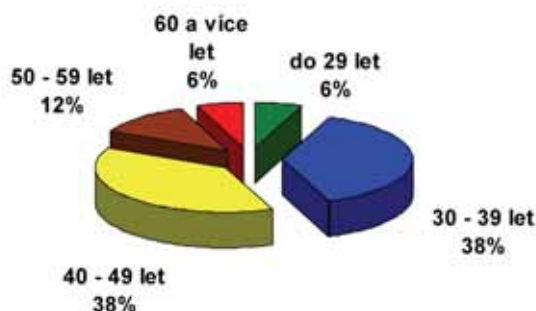
Od studie očekáváme, že se nám podaří zmapovat:

- ▶ požadavky, které jsou kladeny na sestru v ordinaci praktického lékaře ze strany pacienta a lékaře, a jak je sestra vnímá

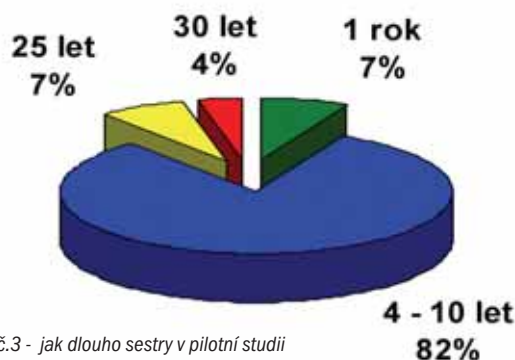
- ▶ jak se pacienti a lékař k sestře chovají
 - ▶ názory a pocity sestry
- Z celého výzkumu by pak mělo vyplynout:
- ▶ která oblast spolupráce mezi lékařem, sestrou a pacientem je nejcitlivější
 - ▶ jak odbornost a osobnost sestry ovlivňují kvalitu péče o pacienty v ordinaci PL
 - ▶ jaká je situace sestry u PL – jejich potřeby a problémy
 - ▶ jaká by měla být odborná příprava sestry pracující v ordinaci PL
 - ▶ o jaké rozšiřování odbornosti mají sestry zájem

Jakou formou je výzkum prováděn?

Průzkum je prováděn pomocí dotazníků



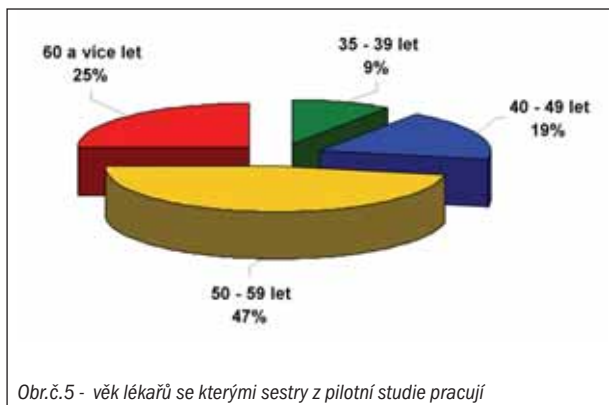
Obr.č.2 - věk sestry v pilotní studii



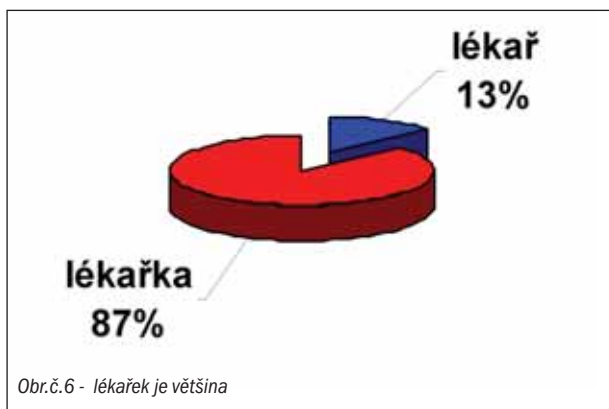
Obr.č.3 - jak dlouho sestry v pilotní studii pracují u PL



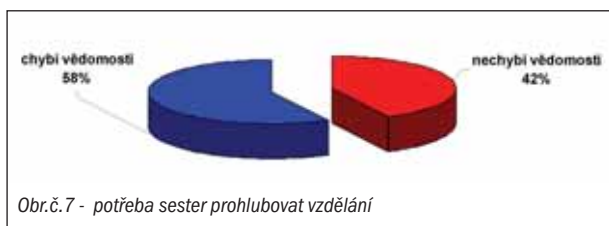
Obr.č.4 - lékař a sestra pracují někdy společně, jindy odděleně



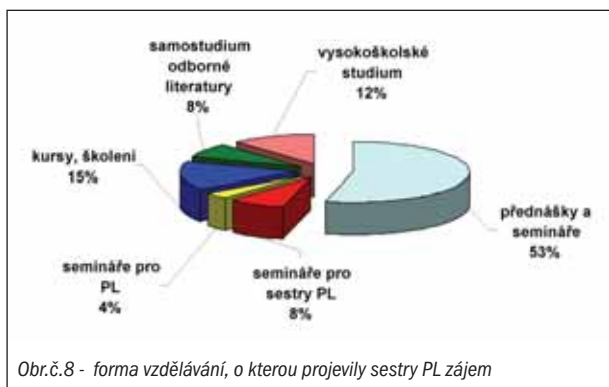
Obr.č.5 - věk lékařů se kterými sestry z pilotní studie pracují



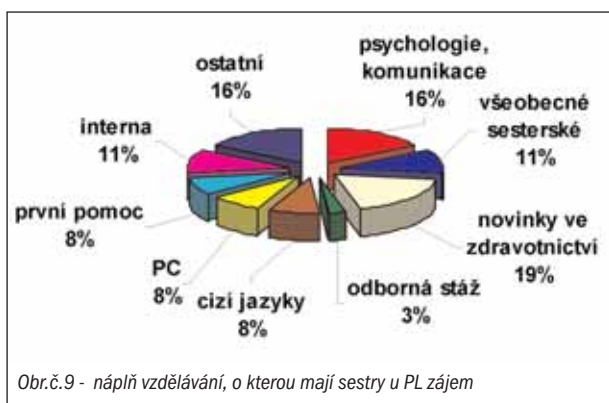
Obr.č.6 - lékařek je většina



Obr.č.7 - potřeba sester prohlubovat vzdělání



Obr.č.8 - forma vzdělávání, o kterou projeví sestry PL zájem



Obr.č.9 - náplň vzdělávání, o kterou mají sestry u PL zájem

pro sestru pracující v ordinaci PL, pro pacienta a pro praktického lékaře. Tyto tři typy dotazníků mají v oblastech, které jsou společné, podobné otázky, aby bylo možné odpovědi porovnávat.

První fází výzkumu je pilotní studie prováděná na malém počtu respondentů, která probíhá od srpna tohoto roku. Shromáždily jsme vyplněné dotazníky od 20 pacientů, od 34 sester PL a od 27 praktických lékařů.

Na pilotní studii si ověřujeme, zda jsou dotazy formulovány jasně. Podle výsledků upravujeme dotazníky do co neefektivnější podoby. Upravené dotazníky budou použity v hlavní studii. V současné době dotazníky zpracováváme; zatím intenzivně pracujeme se sesterskými dotazníky a máme k dispozici pouze dílčí výsledky.

V dotaznících pro pacienty a PL se ptáme, jaké vlastnosti, dovednosti a vzdělání u sestry preferují a jak se k ní chovají.

Z dotazníků pacientů pro zajímavost vybíráme jeden příklad, který se týká postavení sester:

Na dotaz, zda pacient ví, co znamená termín „registrovaná sestra“, odpovědělo tři čtvrtiny pacientů „ne“. A pro ty, kteří věděli, není registrovaná sestra důvěryhodnější než sestra bez registrace. Z čehož vyplývá, že v očích těchto pacientů je pojem registrace, pro kterou vynakládáme úsilí, neznámý a nepodstatný. Což není překvapivé.

Dotazník pro sestry je rozsáhlejší, skládá se ze tří částí:

- ▶ část Co si sestra myslí, že od ní očekává lékař, a jak to dává najevo.
- ▶ část Co si sestra myslí, že od ní čeká pacient, a jak dává najevo svou spokojenost či nespokojenost.
- ▶ část Jak sestra prožívá své povolání v ordinaci PL, jaká je spolupráce s lékařem a s pacientem a jaké má představy o získávání dalších, odborných vědomostí.

Sesterské dotazníky do pilotní studie jsme získaly z velké části na kongresu ČAS. Rozdaly jsme 36 dotazníků a 34 se nám vrátilo. Polovina sester v pilotní studii je mezi 40. a 59. rokem věku (obr. č. 2). Většina sester pracuje u praktika 4-10 let (obr. č. 3). Necelá polovina sester pracuje po celou dobu s jedním lékařem. Z pilotní studie vyplývá, že více než polovina dotázaných sester pracuje v jiné místnosti než ordinuje lékař (obr. č. 4). Tři čtvrtiny sester pracují s lékařem nad 50 let (obr. č. 5) a většinou jsou to lékařky (obr. č. 6).

Všechny sestry z pilotní studie absolvovaly SZŠ, jedna VOŠ a tři PSSZ. V průběhu zpracovávání dotazníků a na základě osobních rozhovorů s dotázanými sestrami lze již vyvodit alespoň předběžné závěry a zároveň se i objevují další otázky.

Zatím jsme se soustředily na zpracování té části dotazníku, která se dotýká prohlubování odbornosti sester u PL. Více než polovina sester cítí, že jim chybí vědomosti (obr. č. 7). Největší zájem projevují o přednášky a semináře. Mladší sestry uvažují o vysoké škole a objevily se i požadavek na semináře připravované přímo pro sestry PL (obr. č. 8). Nejčastěji navrhovanými tématy jsou psychologie, komunikace a novinky ve zdravotnictví (obr. č. 9).

Z osobních rozhovorů a z dotazníků vyplynulo, že asi jedné třetině sester chybí kontakt s kolegyněmi a výměna zkušeností mezi sebou.

Na závěr bych ráda uvedla větu jedné kolegyně, kterou nám napsala po vyplnění dotazníku:

„Všechno je jen v lidech a jak jsou schopni se domluvit. Pak jde s úsměvem a láskou vše jako po másle.“

A my doufáme, že v závěru této studie napomůže lepší komunikaci v trojúhelníku sestra – pacient – lékař a také i mezi sestrami navzájem.

Pokud vás myšlenka této studie zaujala, zajímají vás další výsledky nebo se chcete účastnit na vyplnění dotazníků v hlavní studii, rády se s vámi spojíme na e-mailové adrese jitka.magda@sestry.info.



Členové výboru SVL ČLS JEP - II.část



MUDr. Jiří Appelt

Promoval v r. 1962 na UJEP v Brně. V r. 1969 získal atestaci I. stupně z vnitřního lékařství, v r. 1983 atestaci I. stupně ze všeobecného lékařství v r. 1987 atestaci II. stupně ze všeobecného lékařství. V současné době pracuje jako praktický lékař ve vlastní soukromé ordinaci v Chýni. Členem výboru SVL ČLS JEP je od r. 1982, v letech 1985 - 2006 byl předsedou revizní komise SVL. Pracuje v oblasti revizní činnosti ČLS JEP. V letech 1968 - 1972 získal 3 patenty v oblasti biochemie a vydal 6 publikací z oblasti metabolismu bilirubinu a metabolitů makovitých rostlin ve spolupráci s doc. Slavíkem a MUDr. Talafantem.



MUDr. Eva Grzegorzová

Promovala v r. 1970 na Fakultě všeobecného lékařství UK v Plzni. V r. 1975 získala atestaci I. st. z vnitřního lékařství. Poté pracovala v Závodním zdravotnickém zařízení n.p. Tesla. V r. 1978 nastoupila na obvod jako praktický lékař. V r. 1979 získala atestaci ze všeobecného lékařství I. stupně, a v r. 1983 II. stupně. Členkou SVL se stala hned od jejího založení v r. 1979. V r. 1983 získala atestaci II. st. Od r. 1984 byla vedoucím lékařem Všeobecného lékařství v Třinci. Od r. 1991 pracuje ve své privátní ordinaci. Je okresním předsedou SPL ČR. V rámci primární péče se blíže zajímá o problematiku fyzioterapie

mysoskeletální medicíny, ve kterých absolvovala nadstavbové kursy.



MUDr. Igor Karen

Promoval v r. 1988 na Fakultě dětského lékařství, UK Praha, v r. 1991 získal atestaci 1. st. z pediatrie, v r. 1994 atestaci I. st. v oboru infekční nemoci a v r. 1996 atestaci ze všeobecného lékařství. Od r. 1997 pracuje jako praktický lékař ve své privátní praxi v Benátkách nad Jizerou, současně slouží i na inf. odd. NsP Mělník. Člen výboru SVL ČLS JEP již 3. volební období, odborný garant pro hypertenzi, kardiovaskulární oblast, diabetes mellitus dále odborný garant pro infekтологи a antibiotika. Člen redakční rady Zdravotnických novin, člen ATB subkomise ČLS JEP, člen nadační rady „Pro zdravé srdce“.



MUDr. Dana Moravčíková

Promovala v r. 1985 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, v roce 1989 atestovala v oboru všeobecného lékařství I. st. Od r. 1985 pracovala v OÚNZ Olomouc jako praktický lékař a na Neurologickém odd. nemocnice Šternberk, jako neurolog, od r. 1994 pracuje jako privátní praktický lékař v Olomouci. Od r. 1994 pracuje i jako revizní lékař na částečný úvazek v Revírní bratrské pokladně. Od listopadu 2006 je členkou výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP.

Cílené zvaní žen k mamografickému screeninku - pilotní projekt VZP

V roce 2002 byl spuštěn v České republice program screeninkového mamografického vyšetření žen (bezpříznakových žen ve věku 45-69 let). Na vyšetření odesílá všeobecný praktický lékař a nebo gynekolog, pokud zjistí, že žena na tomto vyšetření v posledních 2 letech nebyla. Pro toto vyšetření jsou pravidelně akreditována a reakreditována screeninková centra a vytvořen nový kód pro vyúčtování zdravotním pojišťovnám, který není zahrnut do regulované péče.

V současné době Všeobecná zdravotní pojišťovna zahajuje pilotní projekt **Cílené zvaní žen k mamografickému vyšetření.**

Co to znamená pro nás a naše pacientky?

VZP pošle informační dopis těm ženám mezi 45.-69. rokem věku, u kterých nemá hlášen a proplacen kód screeninkové mamografie. V tomto dopise budou ženy vyzvány, aby navštívily svého gynekologa nebo praktického lékaře a vyzvedly si doporučení na vyšetření. Předpokládá se, že lékař ženu vyšetří, zda nemá příznaky onemocnění prsu (rezistence, změna barvy a teploty kůže, vtahování kůže či bradavky, sekrece z prsu). Pokud budou známky závažného onemocnění prsu, dostane žena doporučení na diagnostické vyšetření. Pokud žena nebude mít známky onemocnění prsu, odešle ji lékař na screeningové vyšetření: na akreditované pracoviště, s diagnózou Z12.3.

Možné nejasnosti

Lékař a/nebo tato žena se domnívají, že toto vyšetření bylo provedeno, pak mohly dopisu VZP předcházet tyto skutečnosti:

- ▶ Žena změnila bydliště a/nebo zdravotní pojišťovnu
- ▶ Žena nebyla vyšetřena na akreditovaném pracovišti
- ▶ Žena neměla na žádance uvedenou správnou screeninkovou diagnózu Z12.3

V takových případech doporučuje Komise pro mamografický screenink nalézt individuální řešení, většinou edukaci o výhodách vyšetření na akreditovaném pracovišti a příště odeslat tam.

Co nadále zůstává v kompetenci všeobecného praktického lékaře?

- ▶ Péče o ženský prs je i nadále součástí komplexní péče o zdraví žen, je i v zákonných normách.
- ▶ Praktický lékař a jeho sestra by měli umět vysvětlit ženám výhody účasti ve screeninku, včetně využití akreditovaných pracovišť.
- ▶ Praktický lékař by měl umět vyšetřit prsy žen a včas rozpoznat potřebu diagnostických vyšetření.
- ▶ Praktický lékař se i nadále, v období pilotního projektu cíleného zvaní žen, musí dotazovat ženy na to, zda byla vyšetřena ve screeninku a případně vypsát doporučení na toto vyšetření s diagnózou Z 12.3 a odeslat na akreditované pracoviště.

Blíží viz **Doporučený postup Včasný záchyt a management onemocnění prsu, SVL ČLS JEP.**

MUDr. Zuzana Miškovská,
členka komise MZ pro mamografický screenink

Pracoviště doporučená k provádění mamografického screeningu v ČR k 1. lednu 2007

Jihomoravský kraj

1. Brno, Masarykův onkologický ústav, Žlutý kopec 7, doporučení MZ do 31.12.2007
2. Brno, FN Brno, pracoviště Porodnice, Obilní trh 11, doporučení MZ do 31.12.2007
3. Brno, G - Medica spol. s r.o., Rooseveltova 6/8, doporučení MZ do 31.12.2007
4. Brno, FEMMA s.r.o., Viniční 235, doporučení MZ do 31.12.2007
5. Břeclav, Poliklinika Břeclav, s.r.o., Ul.bří Mrštíků 38, doporučení MZ do 30.6.2007
6. Kyjov, Okresní nemocnice Kyjov, Strážovská 976, doporučení MZ do 31.12.2008
7. Znojmo, Nemocnice Znojmo, ul. MUDr. Jana Janského 11, doporučení MZ do 31. 12. 2007

Jihočeský kraj

8. Č. Budějovice, MUDr. Olga Janišová, doporučení MZ do 31.12.2007
9. Č. Budějovice, Medipont s.r.o., Matice školské 17, doporučení MZ do 31.12.2007
10. Písek, Nemocnice Písek Čapkova 589, doporučení MZ do 31.12.2007

Karlovarský kraj

11. Karlovy Vary MEDIAG PB s.r.o., doporučení MZ do 31.12.2007
12. Sokolov, Nemocnice Sokolov, Slovenská 545, doporučení MZ do 31.12.2007

Královéhradecký kraj

13. Hradec Králové, FN, Radiologická klinika, Sokolovská ul., doporučení MZ do 31.12.2008
14. Hradec Králové, privátní ordinace - MUDr. M. Paikertová, doporučení MZ do 31.12.2008
15. Náchod- nemocnice, Purkyňova 446, doporučení MZ do 31.12.2007
16. Vrchlabí, MUDr.H. Záveská, Jihoslovanská 465, doporučení MZ do 30.6.2007
17. Jičín, RTG-U s.r.o, Jungmanova 54, doporučení MZ do 31.12.2007

Kraj Vysočina

18. Havlíčkův Brod, Mgr.Karel Havlíček, Vrabčí trh 187, doporučení MZ do 31.12.2007
19. Pelhřimov, AGUR s.r.o., Svatovítské náměstí, doporučení MZ do 31.12.2007
20. Třebíč, DS Radiodiagnostika, doporučení MZ do 31.12.2007
21. Nové Město na Moravě, Okresní nemocnice, Žďárská 610, doporučení MZ do 31.12.2007
22. Jihlava - nemocnice, Vrchlického 59, doporučení MZ do 31.12.2007

Liberecký kraj

23. Česká Lípa, NsP, Purkyňova 1849, doporučení MZ do 31.12.2007
24. Jablonec n/N., Nemocnice, Nemocniční 15, doporučení MZ do 30.6.2007
25. Liberec, RDG odd. poliklinika, Klášterní 2, doporučení MZ do 31.12.2007

Olomoucký kraj

26. Olomouc, FN Olomouc, I.P.Pavlova 6, doporučení MZ do 31.12.2007
27. Přerov, Mammograf nemocnice Hranice a.s., doporučení MZ do 31.12.2007
28. Šumperk, Nemocnice, Nerudova 41, doporučení MZ do 31.12.2007

Moravskoslezský kraj

29. Frýdek-Místek, Poliklinika-Místek s.r.o., 8. pěšího pluku 85, doporučení MZ do 31.12.2007
30. Nový Jičín, Soukromá RDG ambulance, Máchova 30,

doporučení MZ do 31.12.2007

31. Opava, Státní slezská nemocnice, Olomoucká 86, doporučení MZ do 31.12.2007
32. Ostrava-Vítkovická nemocnice, doporučení MZ do 31.12.2007
33. Ostrava, Silesia Medical, spol s r.o., Havanská 6145/4a, doporučení MZ do 31.12.2007
34. Ostrava - Poruba, MEPHACENTRUM, Opavská 962/39, doporučení MZ do 31.12.2007

Pardubický kraj

35. Pardubice, Mamodiagnostické centrum, nábřeží Závodu Míru 1962, doporučení MZ do 31.12.2007
36. Ústí nad Orlicí, RENTGEN s.r.o., Dělnická 1391, doporučení MZ do 31.12.2007
37. Nemocnice Litomyšl, Poliklinika Svitavy, Kolárova 22, doporučení MZ do 1.srpna 2007

Plzeňský kraj

38. Plzeň MUDr. Ivana Chocová, Denisovo nábřeží, č.4, doporučení MZ do 31.12.2007
39. Plzeň, Fakultní nemocnice Plzeň - Bory, E. Beneše 13, doporučení MZ do 31.12.2007
40. Klatovy MAMMOCENTRUM, s.r.o, Tolstého 712, doporučení MZ do 31.12.2007
41. Tachov, Poliklinika Tachov, RTG oddělení - Mamografie, Václavská 1560, doporučení MZ do 31.12.2007

Hlavní město Praha

42. Praha 2, VFN Praha, Karlovo nám. 33, doporučení MZ do 31.12.2007
43. Praha 4, DTC Praha a.s., Roškotova 1717/2; doporučení MZ do 31.12.2007
44. Praha 4, FTN, Videňská 800, doporučení MZ do 31.12.2007
45. Praha 5, Nemocnice Na Homolce, Roentgenova 2, doporučení MZ do 31.12.2007
46. Praha 8, FN Na Bulovce, doporučení MZ do 31.12.2008
47. Praha 10, FN Královské Vinohrady, Šrobárova 50, doporučení MZ do 31.12.2008
48. Praha 10, První česká lékařská spol.,s.r.o., Chmelová 6, doporučení MZ do 31.12.2007

Středočeský kraj

49. Beroun, Radiodiagnostika, s.r.o., Talichova 825, doporučení MZ do 31.12.2007
50. Kladno, P-P Klinika Kladno s.r.o., Huťská 211, doporučení MZ do 31.12.2007
51. Mladá Boleslav, SZZ, Laurinova 333, doporučení MZ do 31.12.2007
52. Benešov, Diagnostické centrum, Masarykovo nám. č.4, doporučení MZ do 31.12.2007
53. Kolín - Oblastní nemocnice - RTG odd., doporučení MZ do 31.12.2008

Ústecký kraj

54. Ústí nad Labem - poliklinika, Masarykova 92, doporučení MZ do 31.12.2008
55. Děčín - WF Hospital spol.s.r.o, U plovárny 1190, doporučení MZ do 30.6.2007
56. Chomutov - Nemocnice, Kochova 1185, doporučení MZ do 21.6. 2007

Zlínský kraj

57. Vsetín, Mediekos labor s.r.o., Smetanova 954, doporučení MZ do 31.12.2007
58. Zlín, Mediekos labor s.r.o., Tř. T. Bati 3705, doporučení MZ do 31.12.2007
59. Kroměříž, MEDICOOP, spol. s.r.o., Velehradská 3278, doporučení MZ do 31.12.2007

Farmakologická léčba nejčastějších poruch spánku v neurologii

MUDr. Martin Pretl, CSc.

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

Souhrn:

Mezi nejčastější poruchy spánku, se kterými se setkáváme v běžné denní praxi, patří insomnie, obstrukční spánková apnoe (OSA), narkolepsie s kataplexií a syndrom neklidných nohou (RLS).

Mezi nejlépe farmakologicky ovlivnitelné jednotky patří RLS (agonisté dopaminu, L-DOPA). Terapie insomnie, pokud není zvládnuta v akutním stádiu (agonisté benzodiazepinových receptorů, event. benzodiazepiny, antihistaminika), by měla být svěřena do rukou specialistů (psychoterapie v kombinaci s farmakoterapií). Narkolepsie s kataplexií je kompenzována pomocí centrálních stimulantů a léků potlačujících projevy REM spánku (clomipramin, SSRI, SNARI). Léčba OSA stejně jako dalších poruch spánku není dosud farmakologicky příliš nebo vůbec úspěšná.

Klíčová slova:

insomnie, obstrukční spánková apnoe, syndrom neklidných končetin, narkolepsie, periodické pohyby končetin

Mezi nejčastější poruchy spánku, se kterými se setkáváme v běžné denní praxi, patří insomnie, obstrukční spánková apnoe (OSA), narkolepsie s kataplexií a syndrom neklidných nohou (RLS). Spánková medicína nebyla dlouho v popředí zájmu jak odborné veřejnosti, tak farmaceutických firem. Nyní se tento stav začíná měnit a reflektovat tak na četnost výskytu jednotlivých onemocnění v populaci (tabulka č. 1). Rozvoj farmakoterapie spánkových poruch souvisí i s poznáním architektury spánku a s objevením podstaty mediátorového přenosu. Prvními léky, které se používaly ve léčbě poruch spánku, byla hypnotika - jako nejstarší alkohol a opiáty (odvar z máku). V 30. letech přišly na trh barbituráty, dále benzodiazepiny a jejich agonisté a nejnověji farmaka ovlivňující ostatní receptory hrající roli v navození spánku. Další farmakologicky dobře ovlivnitelnou jednotkou je syndrom neklidných končetin (RLS) díky odhalení úlohy dopaminu. Rozvoj léčby narkolep-

sie nabere v následujících letech jistě na obrátkách díky objevení hypokretinu/orexinu jako látky, jejíž úbytek přičině souvisí s nadměrnou spavostí. Terapie OSA stejně jako i dalších poruch spánku není dosud farmakologicky příliš nebo vůbec úspěšná.

Insomnie

Základem léčby insomnie je kombinace psychoterapie (hlavně kognitivně behaviorální terapie - KBT) a farmakoterapie. Podstata nespavosti spočívá ve vzájemném působení tří hlavních faktorů (tzv. Spielmannův model): předurčujících (typ osobnosti, prostředí v kterém se pohybujeme), urychlujících (stres, onemocnění) a udržujících (nejčastěji nesprávné hygie-

nické návyky stran spánku). Psychoterapie je zaměřena hlavně na odstranění nebo alespoň potlačení udržujících faktorů, které však v běžném životě není zcela možné (doporučení typu pokud vás stresuje práce - nepracujte, nebo změňte zaměstnání, máte-li chronickou bolest - odstraňte ji, ... nelze v reálném životě většinou splnit). Proto je nutné psychoterapii často kombinovat s farmaky, která rychle navodí a udrží spánek a zabrání tím rozvoji negativních myšlenek vynořujících se při převalování v posteli při neúspěšném usínání. Doporučovány jsou v první řadě nebenzodiazepinová hypnotika (agonisté benzodiazepinových receptorů - zolpidem), lze využít i hypnotický efekt některých benzodiazepinů či antihistaminik (8, obr. č. 2). U značné části populace (zvláště u seniorů) se setkáváme s dlouhodobým užíváním hypnotik. Pokud jde o malé dávky, je důležité si uvědomit, že odebrání „prášku na spaní“ může působit značně kontraproduktivně. Jednak vzhledem k nežádoucím účinkům z rychlého vysazení, jednak z malé compliance této skupiny vzhledem k psychoterapii. Tzn. že malá a nezvyšující se dávka farmaka navozující spánek může být tolerována i dlouhodobě. Dále je třeba mít na paměti, že dlouhodobé nadužívání hypnotik a vypěstovaná závislost je věcí lékaře, který farmakum (farmaka) předepisoval, a ne somnologa. Zde již nastupuje role psychiatra a odvykácí léčba (4, 5).

Doporučení: Při krátkodobé (akutní) insomnii nebenzodiazepinová hypnotika,

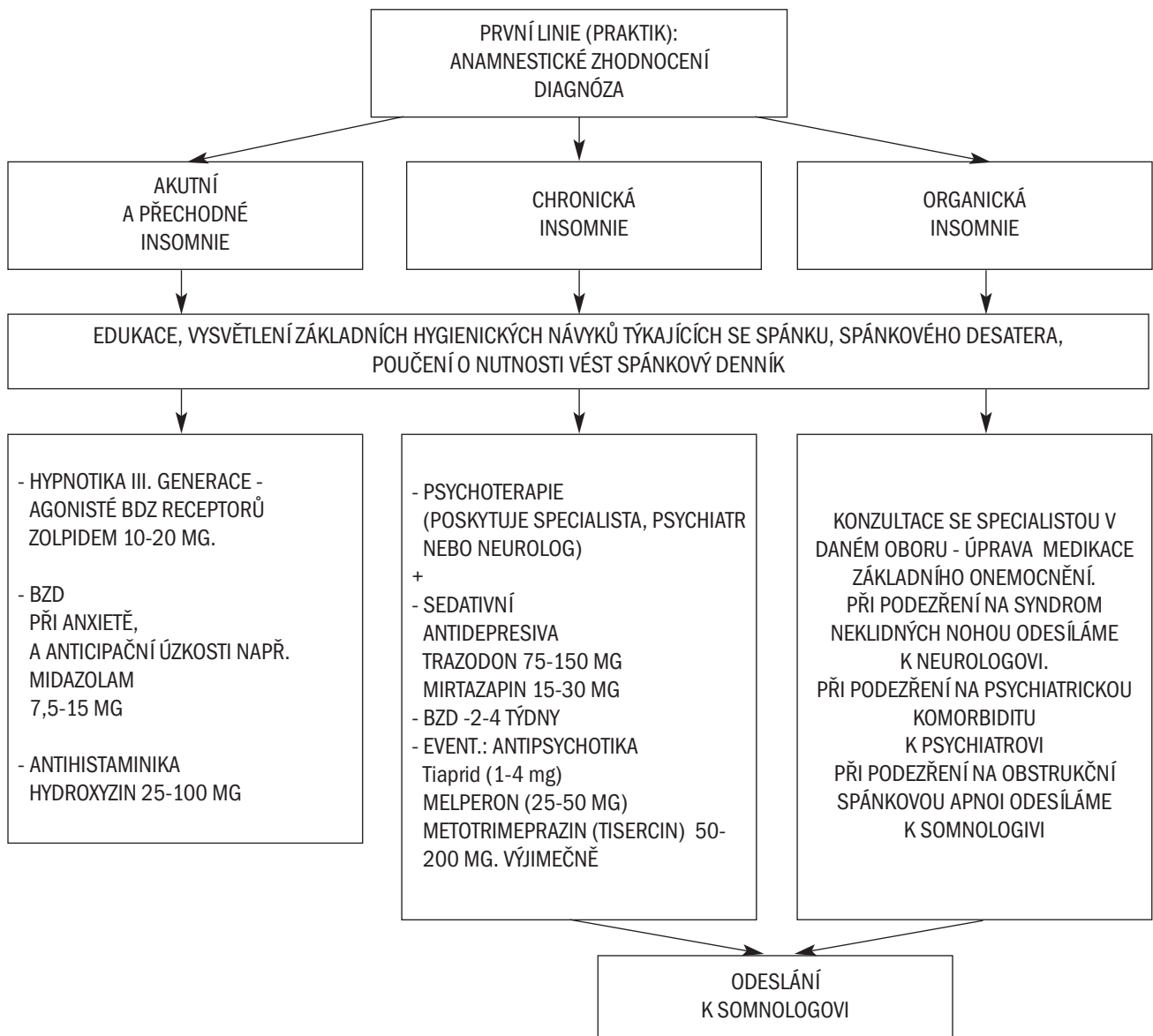
tabulka č. 1

Výskyt jednotlivých spánkových poruch v populaci

	VÝSKYT V POPULACI
OBSTRUKČNÍ SPÁNKOVÁ APNOE	KOLEM 10%
INSOMNIE	10-20%
NARKOLEPSIE-KATAPLEXIE	0,02-0-07%
SYNDROM NEKLIDNÝCH KONČETIN	KOLEM 10%

Přehled doporučené farmakoterapie u insomnie

Podle Vevera J a Pretl M. Poruchy spánku se zaměřením na nespavost. Referátový Výběr 2007 - v tisku



event. benzodiazepiny či antihistaminika po dobu maximálně 14-28 dnů, uplatnění pravidel spánkové hygieny. Pokud nespavost pokračuje i nadále, je nutno vyhledat pomoc specialisty (neurolog, psychiatr, somnolog) a pátrat po sekundaritě (deprese či jiná psychická porucha, RLS, OSA atd.).

Nežádoucí účinky: Rebound insomnie při náhlém vysazení hypnotik. Benzodiazepiny - potlačení ventilace, noční zmatenost, negativní ovlivnění spánkové architektury, závislost, tolerance.

Výhled: na trh vstupují hypnotika nové generace, která využívají další receptory podílející se na navození spánku: melatoninové, serotoninové, GABA, histaminové.

Syndrom neklidných nohou (RLS)

Předpokládaným patofyziologickým podkladem RLS je nedostatek dopaminu na úrovni CNS. V patofyziologii onemocnění hraje důležitou roli i železo, které se podílí na přeměně tryptofanu v dopamin. Podle výskytu se jedná o velmi časté postižení, které bývá nezřídka zaměňováno hlavně za polyneuropatii, žilní insuficienci nebo vertebrogenní obtíže. Základní diagnostická kritéria (nutkání k pohybu končetinami v důsledku nepříjemného pocitu v nich, následný pohyb uleví jen přechodně, stav je horší v klidu a večer nebo v noci) jasně vymezují RLS. Lékem první volby jsou agonisté dopaminu

(pramipexol, ropinirol) a L-DOPA. Agonisté dopaminu vykazují lepší efekt a méně nežádoucích účinků oproti klasicky užívané L-DOPě. Jako terapie druhé volby je doporučován hlavně gabapentin či tramadol. V případě nedostatku železa (či při poklesu plazmatického feritinu po 45-50 ug/l) je samozřejmá jeho substituce. Léky podáváme v době výskytu příznaků, v optimálním případě (při dobré spolupráci pacienta) před jejich nástupem (pokud pacient ví, že příznaky RLS začnou po usazení k televizi, doporučíme podat dávku cca 30-45 minut předem). Nežádoucím efektem léčby je augmentace (dřívější nástup a větší intenzita příznaků RLS po zahájení léčby) a rebound fenomén (příznaky se objevují po pokle-

su terapeutické hladiny v krvi). Další účinky (především na gastrointestinální aparát - nepříjemný pocit v žaludku, pálení žáhy) nejsou při léčbě RLS časté a dají se potlačit přechodným podáním domperidonu. Předepisujeme nejmenší dávky agonistů dopaminu i L-DOPy, dávku je však třeba pečlivě titrovat. Dříve užívaný clonazepam není již doporučován, avšak u některých pacientů je s výhodou užíván i jeho zklidňující a spánek- navozující efekt, který dokáže potlačit vnímání příznaků RLS.

V případě sekundarity je vhodné odstranit příčinu (substituce železa), pokud to není možné (revmatoidní onemocnění, chronická renální insuficience, atd.) podáváme nejvyšší možnou dávku medikace, která stav tlumí. Část sekundárního RLS je vyvolána podáním antagonistů dopaminových receptorů - typických neuroleptik nebo antidepresiv nové generace (mirtazapin, některá SSRI), ale i některých antihistaminik či antiemetik (promethazin, metoclopramid). V tomto případě musíme vážit, co je pro úspěch důležitější a eventuálně se uchýlit k souběžnému podávání (6).

Doporučení: Agonisté dopaminu (pramipexol v nejčastější dávce 0,088-0,18mg, ropinirol v dávce 0,5-1 mg;) nebo L-DOPA v dávce 100-200 mg při obtížích; někteří pacienti potřebují i několik dávek za den. Jako lék II. volby gabapentin, počáteční dávka 100mg, pomalu po několika dnech stoupáme až na efektivní dávku (až 1800 mg i více denně), rozděleno v několika dávkách. S výhodou je použití deníků, kde pacient zapisuje dávku, kterou požil a její efekt na příznaky RLS. Nežádoucí účinky: L-Dopa, agonisté dopaminu - gastrointestinální účinky. Ostatní nežádoucí účinky se vzhledem k podávaným nízkým dávkám vyskytují zřídka. Augmentace je potlačena buď zvýšením dávky nebo změnou dávkovacího schématu, stejně jako rebound fenomen. V případě neúspěchu této terapie nebo velkého zvyšování dávky záměna medikace.

Výhled: Kontinuální podávání L-Dopy formou náplastí (rotigotine).

Periodické pohyby končetinami (PLM)

V případě současného výskytu s RLS se obě jednotky shrnují pod diagnózu RLS. PLM se mohou dále vyskytovat i v rámci OSA nebo narkolepsie, abnormálního

chování ve spánku. Mohou se vyskytovat i samostatně (porucha s periodickými pohyby končetinami - PLMD). Terapie je obdobná jako u RLS, nejčastěji se využívá retardovaná L-DOPA v dávce 1-2 tbl na noc nebo agonisté dopaminu v dávkách jako u RLS. V případě probuzení v noci je možné dávku opakovat.

Narkolepsie

Objev role hypokretinu-orexinu v patofyziologii narkolepsie naznačil cesty dalšího výzkumu. Terapeuticky je však možné zatím v běžných podmínkách ovlivnit pouze důsledek - nadměrnou denní spavost - pomocí centrálních stimulancií. Dříve s velkým efektem užívaný Fenmetrazin (centrální stimulans ze skupiny amfetaminů) již bohužel není k dostání. Náhrada metylfenidátem (Ritalin) není rovnocenná, přesto velké části pacientů dostačuje. Na rozdíl od amfetaminů má méně nežádoucích účinků a kratší trvání účinku (cca 4 hodiny). Modafinil jako další zástupce skupiny centrálních stimulancií (mechanismus účinku není dosud zcela znám, předpokládá se účinek na dopamin, adrenalin, noradrenalin, serotonin a GABA - ergní systémy) vykazuje lepší a delší účinnost a méně nežádoucích účinků než Ritalin. V terapii nadměrné spavosti však nemůžeme očekávat její úplné vymizení, spíše zlepšení kvality života ve smyslu schopnosti vykonávat běžné denní činnosti/zaměstnání. Ostatní projevy intruze REM spánku do bdělosti jsou nejlépe zvládnány pomocí farmak potlačujících REM spánek. Svě místo má stále clomipramin (Anafranil) pro svůj silný efekt hlavně na kataplexie. Pro své nežádoucí účinky je stále více nahrazován modernějšími antidepresivy, zvláště ze skupiny zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) a noradrenalinu event. kombinovanými preparáty (SNARI) (citalopram, escitalopram, venlafaxin) (1). Provedené studie prokazují dobrou účinnost s mírnými nežádoucími účinky (7). Již od minulého desetiletí je v USA používán natrium (sodium) oxybát. Svým účinkem na GABA receptory pomáhá stabilizovat spánek, signifikantně snižuje množství kataplexií a projevů REM spánku u narkolepsie. Je strukturálním analogem GABA působícím na své vlastní i na GABA - B receptory, studie prokazují i jeho efekt v léčbě nadměrné spavosti (2). Při současné terapii s modafinilem je popisován zesílený efekt na nadměrnou spavost. V naší republice není dosud

k dostání. V EU již léková komise schválila jeho užívání.

Doporučení: Modafinil v dávce 2x50-100 mg (ráno a odpoledne), dávku je nutno vytitrovat. Metylfenidát v dávce 2x10-20 mg. Léčba kataplexií a dalších projevů REM spánku - tricyklická antidepresiva (clomipramin) či SSRI, SNARI - dávku titrovat dle účinku.

Nežádoucí účinky: u stimulancií: Zřídka agitovanost, větší pozor je nutno dát na kardiovaskulární komorbiditu. Ostatní nežádoucí účinky nejsou časté.

Výhled: V následujícím časovém období lze očekávat léky na bazi blokátorů zpětného vychytávání monoaminů, GABA agonistů a antagonistů histaminových (H3) receptorů, event na bazi hypokretinu. Je zkoušena i terapie steroidy, imunoglobuliny a plasmaferesou. (3)

V terapii dalších poruch spánku neexistuje specifická terapie. Stran parasomnií (NREM i REM - somnambulismus, abnormální chování v REM spánku) se užívá nejčastěji clonazepamu v dávkách 0,5-1 mg na noc. Terapie je pouze symptomatická, avšak poměrně úspěšná.

I přes relativně malou nabídku na trhu znamená farmakologická léčba pro pacienty a lékaře velkou pomoc, zvláště v terapii RLS. Nalezení optimální látky a vytitrování dávky bývá někdy náročné na čas a trpělivost. Pokud se však vše dobře podaří, lze péči o pacienty přesunout ze spánkových center ke specialistům či praktickým lékařům a pacienty ve spánkových centrech dispensarizovat.

Literatura:

1. Dauvilliers Y, Arnulf I, Mignot E. Narcolepsy with cataplexy. *Lancet* 2007; 369: 499-511
2. Lammers GJ, Arends J, Declercq AG, Ferrari MD, Schouwink G, Troost J. Gamahydroxybutyrate and narcolepsy: a double blind placebo-controlled study. *Sleep* 1993; 16: 216-20
3. Mignot E, Nishino S. Emerging therapies in narcolepsy-cataplexy. *Sleep* 2005; 28: 754-763
4. National Institutes of Health. State-of-the-Science Conference Statement. Manifestation and Management of Chronic Insomnia in Adults. Bethesda 2005.
5. Pretl M. Spánek a jeho nejčastější poruchy. *Psych pro praxi* 2007 - v tisku
6. Šonka K. Syndrom neklidných nohou. Praha, Maxdorf, 2006
7. Šonka K, Kemlink D, Pretl M. Cataplexy treated with escitalopram - clinical experience. *Euro Endocrinol Lett* 2006; 27: 174-6
8. Vevera J, Pretl M. Poruchy spánku se zaměřením na nespavost. *Referátový Výběr* 2007 - v tisku

Screening kolorektálního karcinomu je naše vizitka

MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství, 1. LF UK, Praha

Souhrn:

Českým praktickým lékařům byla před sedmi lety svěřena významná role v národním projektu screeningu kolorektálního karcinomu (KRCa). Zvolená strategie, test na okultní krvácení ve stolici (TOKS) ve dvouletých intervalech u asymptomatických osob nad 50 let a následná kolonoskopie u osob s pozitivním výsledkem, se opírá o aktivity praktických lékařů.

Klíčová slova:

screening, kolorektální karcinom, TOKS, compliance, preventivní program

Volba strategie vycházela z předchozích pozitivních zkušeností propagátorů scree-

ningu KRCa v ČR, zejména prof. Přemysla Friče a Doc. Miroslava Zavorala. Ve

dvou velkých studiích, z nichž jedna proběhla ještě v socialistickém Československu, ale druhá již v zemi hlásící se ke kapitalismu, se ukázala vysoká **compliance** k programu jak u praktických lékařů, tak u oslovených osob. Organizátoři screeningu v roce 2000 byli optimističtí a věřili, že v zemi s největší mortalitou na KRCa veřejnost program přivítá a svou vysokou účastí zajistí jeho efektivitu. Navíc pro populační screening byly a jsou v České republice ideální podmínky; občané jsou registrovaní v síti praktických lékařů, existuje systém preventivních prohlídek a v zemi operuje hustá síť kvalitně vybavených kvalifikovaných endoskopistů.

Vidia - okultní krvácení

POEM

(Patient oriented evidence that matters)

Pokračování ze strany 149

Antioxidancia mohou zvyšovat mortalitu

► **Klinická otázka:** Snižují antioxidantní suplementa celkovou mortalitu u dospělých?

► **Závěr: Podle současných důkazů pravidelná suplementace antioxidantů beta karotenem, vitamínem A a vitamínem E zvyšuje riziko mortality u dospělých. Tato studie nenašla žádný důkaz prospěchu nebo rizika u suplementace vitamínem C nebo seleniem. (LOE = 1a)**

► **Reference:** Bjelakovic G, Nikolova D, Gluud LL, Simonetti RG, Gluud C. Mortality in randomized trials of antioxidant supplements for primary and secondary prevention. Systematic review and meta-analysis. JAMA 2007;297:842-857.

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

► **Financování:** Vláda

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

► **Synopse:** Výzkumníci analyzovali účinek antioxidantních suplement (beta karotenu, vitamínu A, C a E a selenia) na celkovou mortalitu. Provedli pečlivý průzkum četných databází včetně Cochrane Registry, Science Citation Index, MEDLINE a odpovídajících referencí s cílem najít všechny randomizované kontrolované studie, které hodnotily suplementa buď jednotlivě nebo v kombinaci. Dva autoři nezávisle na sobě hodnotili kvalitu jednotlivých studií. Nesouhlas byl řešen diskusí a konsenzem za přítomnosti třetí osoby. Přidělování bodového skóre individuální kvality studie se dělo za použití standardních metod. Celková metodologická kvalita jednotlivých studií byla dobrá. Ze seznamu 1201 referencí, které odkazovaly na přibližně 815 individuálních studií, splnilo kritéria pro zařazení 68 studií. Průměrný věk účastníků byl 62 (18 - 103 let), doba sledování byla v průměru 3,3 roky (1 měsíc - 14 let). Při kombinaci všech studií nebyl nalezen žádný signifikantní účinek antioxidantních suplement na mortalitu. Analýza výsledků u studií s vysokou kvalitou ukázala signifikantně zvýšené riziko mortality u suplementace beta karotenem, vitamínem A a C, ať při jednotlivém užívání nebo v kombinaci. Selénium a vitamín C neměly žádný signifikantní účinek na celkovou mortalitu. Výsledky individuálních studií nespĺnily standardní kritéria pro heterogenitu (to znamená, že výsledky z individuálních studií byly obecně konzistentní). Žádná oficiální diskuse o publikační předpojatosti nebyla hlášena. Většina studií byla financována z komerčních zdrojů (tedy preferujících nepublikování negativních studií) a proto je pravděpodobné, že souhrnné výsledky podhodnocují skutečné zvýšení rizika.

Copyright © 2006 by Wiley Subscription Services, Inc. All rights reserved. (Připravila Jaroslava Laňková)

V roce 2007, po sedmi letech, je hodnocení rozpačité.

Jsme druhou zemí, která zavedla populační screening a tím jsme dokázali světu, že v České republice se umíme domluvit. Předběhli jsme ostatní země o deset let. V celé Evropě se dnes mluví o zavedení národního screeningu, ale v současné době jen v Německu, na Slovensku a u nás, program skutečně na úrovni celé populace běží (viz tabulka).

Program sblížil obě odborné společnosti; Gastroenterologickou i Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Po dobu šesti let probíhalo vzdělávání, praktický nácvik TOKS a diskuse na toto téma napříč republikou. Od července 2000 bylo u klientů VZP (cca 70 % populace) v ordinacích českých praktických lékařů vydáno a vyhodnoceno více jak milion TOKS a na pracovištích gastroenterologie provedeno téměř padesát tisíc kolonoskopií, na základě pozitivního TOKS. Přesto víme, že účast ve screeningu nepřesahuje 20 % z cílové skupiny asymptomatických osob nad 50 let a screeningové kolonoskopie tvoří jen 11% všech kolonoskopií. Účasti ve screeningu jsme tak nedohnali ani Německo, kde některé spolkové země hlásí až 30% účast. Můžeme se sice těšit skutečností, že v průběhu 7 let bylo v českém screeningovém programu odhaleno více jak 5000 kolorektálních karcinomů, z nichž většina byla ve stadiu, příznivém pro ovlivnění léčbou. Přesná čísla budou snad brzy k dispozici. Ale na druhou stranu víme, že program jako takový je efektivní tehdy, je-li účast osob z cílové skupiny populace alespoň 50%. Potřebovali bychom docílit alespoň dvojnásobné účasti, abychom mohli být spokojeni.

Čím to je, že se nenaplnuje očekávání vyšší účasti na screeningu?

Příčin v pozadí nízké účasti je několik. Na straně občanů např. nízká motivace, rezervovaný postoj k prevenci, obava z fatálního nálezu a následných konsekvencí, odpor k manipulaci se stolicí, atd. Ze strany státu a organizátorů neúspěšná mediální kampaň. Vlažný přístup pojišťoven. Analyzujme ale příčiny, které jsou na straně praktických lékařů.

Je to pracovní přetíženost? Nedostatek času v ordinaci? Vyhoření nebo frustrace z preventivní činnosti u většiny z nás? Nedůvěra ve screeningový program jako takový? Obtěžuje nás objednávání testů?

Obava z ekonomické ztráty při nevrácení testu nebo obecně nízká ekonomická motivace TOKS provádět? Nedostatek informací nebo vzdělání? Resistence k novým medicínským výzvám? Ignorance? Mezi námi není nutné opakovat, že praktičtí lékaři ve srovnání s většinou specialistů dosahují nižších odměn při vyšším pracovním úsilí, a to nejméně se stejnou mírou odpovědnosti. Vyloužit pacientovi smysl screeningu a vysvětlit, jak správně naložit s TOKS, není záležitostí jedné minuty. V tomto směru je potřeba preventivní činnosti organizovat a vytvářet pro ně v ordinaci prostor. Praktický lékař může mít svůj osobitý názor na screening, nicméně program přesahuje rámec jednotlivé ordinace a individuálního názoru, je podložen medicínskými důkazy a doporučeními, a je, jakkoliv to zní podezřele, celospolečenským zájmem v této zemi. Je na místě uvést, že český praktický lékař má pro pacienta navíc lehce dostupnou alternativu, a to provedení přímé screeningové kolonoskopie, která sice není programově doporučená, ale kapacitně je možná a gastroenterolog ji obvykle neodmítne.

V sousedním Německu mají od roku 2002 naši kolegové možnost kolonoskopii, jako alternativu TOKS, nabízet. Kolonoskopii zvolí asi 10% oslovených. Zajímavý projekt běží ve Finsku. Tam je nabízen TOKS pacientům, vybraným randomizací, z věkové skupiny 60 - 69 let. Finové udávají, že dosahují **compliance** 75 %. V některých oblastech Francie zase praktičtí lékaři testy distribuují, v ordinaci nebo poštou, ale testy jsou k vyhodnocení zasílány do laboratoře. Návratnost je 27 - 54 %.

Agenda objednávání a nakupování testů by snad dnes neměla být pro českého praktického lékaře, zkušeného podnikatele, problém. Organizace vydávání TOKS, jejich registrace a kontrola návratnosti, je již daná organizačními schopnostmi každého z nás. Je zvládnutelná i sestrou. Z výsledků zahraničních studií v primární péči lze usuzovat, že do budoucna se bez aktivního zvaní a připomínkování (pošta, e-mail, sms, telefon) k vyšší účasti nejspíš nedobereme.

Cena za vykázaný výkon TOKS je v současné době ve srovnání s úhradou jiných výkonů, např. metod POCT, EKG apod., celkem příznivá (cca 160,- Kč při hodnotě bodu 92 haléřů). Praktickému lékaři, který by teoreticky vyšetřil celou svou cílovou populaci, může TOKS přinést i po

tabulka č. 1

Stav zavádění národních screeningových programů kolorektálního karcinomu v Evropě

Země	Incidence(M/Ž)	Národní screeningové programy	Metoda
ČR	88 / 62	celostátní program ustanovený 1. 7. 2000	TOKS/kolonoskopie
MAĎARSKO	85 / 68	připravený celostátní program	TOKS/kolonoskopie
NĚMECKO	79 / 77	ustanovený v r. 1977, upravený v r. 2002*	TOKS/kolonoskopie
ITÁLIE	74 / 59	Různé formy screeningu od r. 2000	Sigmoido/kolonoskopie
NORSKO	71 / 74	Zahájen rozhodovací proces	Ještě nerozhodnuto
DÁNSKO	69 / 67	celostátní screeningové studie	Ještě nerozhodnuto
SLOVENSKO	67 / 44	celostátní program ustanovený v r.2002	TOKS/kolonoskopie
VELKÁ BRITÁNIE	66 / 55	Program připraven a plánován pro r. 2007	TOKS**/kolonoskopie
BELGIE	66 / 60	celostátní screeningové studie	Ještě nerozhodnuto
ŠPANĚLSKO	64 / 47	Nový námět k diskuzi	
HOLANDSKO	63 / 57	Program odložený o 4 roky	
POLSKO	41 / 40	celostátní program ustanovený v r. 2000	Kolonoskopie***
ESTONSKO	45 / 48	Nový námět k diskuzi	

* Od roku 2002 je nabízena alternativa TOKS, screeningová kolonoskopie.

** TOKS nebudou realizovat praktičtí lékaři, program je zcela vynechává.

*** program nemá populační ráz, jedná se o „příležitostnou kolonoskopii“

odečtení nákladů několik desítek tisíc korun ročně. Netvrdím, že je to hodně.... TOKS je také jedním ze základních indikátorů k naplnění kritéria kvality praxe a tím i bonifikace. S obavou očekávám data o screeningu za rok 2006, kdy regulace tak necitlivě zasáhly i oblast prevence. Opakovaně vysvětluji kolegům gastroenterologům při různých příležitostech všechny komplikace, které stojí v cestě

naplnění programu screeningu KRCa u nás. Především to, že prevence je volba občanů a že nikdo pacienty ke screeningu nemůže přinutit. Na druhou stranu, ale nemám argumenty tehdy, existuje-li někde praktický lékař, který ještě TOKS vůbec nevydal, který pacientovi indikovaný test spíše rozmluví, mávne rukou nebo prohlásí, že „ani ty testy nemá“. Předpokládám, že mezi čtenáři Practicusu takoví

máme, a prevence, zvláště pak u asymptomatických osob, je jednou z mála našich jedinečných domén. I o tu bychom ovšem mohli brzy přijít, zájemců by se našlo dost. Berme tedy screening kolorektálního karcinomu jako vizitku praktických lékařů v ČR.

Literatura u autora

lékaři nejsou!

Z několikaletého sledování screeningu v síti vybraných praxí vím, že vysoké míry účasti ve screeningu lze dosáhnout. Bylo by přínosné, kdyby se ti úspěšnější o své zkušenosti a know-how podělili, ať už v rubrice tohoto časopisu nebo prostřednictvím autora článku.

Screening kolorektálního karcinomu není a nebude zdaleka v celé Evropě organizován tak, aby klíčovou roli hráli praktičtí lékaři. Příkladem je britský projekt, který praktické lékaře úplně vynechal. Jedním z důvodů v tomto případě je ale to, že jsou pro Národní zdravotní službu drazí.

My, čeští praktičtí lékaři, zase tolik kompetencí ne-

Orion Diagnostica

Současné možnosti v diagnostice a léčbě osteoporózy v otázkách z praxe a odpovědích

MUDr. Petr Kasalický, CSc.

Osteocentrum DC MEDISCAN – Euromedic, Praha

Souhrn:

Osteoporóza je v současné době zahrnována mezi metabolická onemocnění skeletu, s přiděleným kódem dle mezinárodní klasifikace nemocí.

Obecná definice osteoporózy existuje již více než 12 let a říká, že osteoporóza je systémové onemocnění skeletu, které má na následek pokles kostní hmoty a zhoršení mikroarchitektury skeletu se zvýšenou fragilitou skeletu. V roce 2001 byla tato definice americkým NIH (National Institutes of Health) upravena se zdůrazněním kvality kosti. Tato definice je ale obecná a nemůžeme se o ní opírat při diagnostice u konkrétního jedince či skupiny osob. Proto se používá definice původně určená pro epidemiologické účely, která je založena na epidemiologických datech a byla původně určena pro postmenopausální ženy a kde jako hodnotící přístroj byla použita celotělová DXA denzitometrie. Tato definice říká, že pásma osteoporózy je dosaženo při denzitě skeletu (BMD = bone mineral density), která je nižší než 2,5 SD (směrodatné odchytky) pod průměrem mladých zdravých jedinců téhož pohlaví.

Klíčová slova:

osteoporóza, denzitometrie, axiální DXA, periferní DXA, BMD, vápník, vitamin D, antiresorptiva, bisfosfonáty

Co se týká výskytu, dá se říci, že patří k nejfrekventovanějším onemocněním. Podle zatím jediné epidemiologicky cílené české práce (Štěpán 1999) lze odhadovat, že osteoporózu má v ČR více než cca 400 000 žen a 200 000 mužů. Další z epidemiologických údajů popisujících výskyt fraktur proximálního femoru jako následku osteoporózy svědčí pro výrazný nárůst těchto fraktur v posledních 20ti letech u nás a potvrzují, že i v těchto ohledech jsme již Evropu dohnali (toto číslo je u nás obdobné jako ve Velké Británii a Německu, ale menší než např. ve Skandinávii). Všechna tato čísla o četnosti výskytu jsou důvodem pro to, aby do aktivní péče o osteoporózu byli

zahrnuti lékaři primární péče. Podle propočtů nákladů na řešení fraktur proximálního femoru – nejobávanějšího následku osteoporózy, dle zatím posledních výsledků medicínsko – ekonomických prací, stojí jedna fraktura asi 90 000 Kč (bohužel jeden z nejmenších podílů na této částce má práce lékaře – operátora), při počtech fraktur (přes 20 000/rok) je to poměrně velká ekonomická zátěž. Velkou zátěží pro finanční systém je i léčba konzervativní a náklady na léky. Na druhé straně patří osteoporóza i k jednomu z nejobávanějších onemocnění z hlediska vnímání pacientů. Podle průzkumu z Velké Británie se obava z osteoporózy a následné fraktury dostala

mezi 5 nejobávanějších nemocí (předstihla obavu z cévní mozkové příhody). Během řady let praxe vyšetřování a léčení osteoporózy se lékař setkává s celou řadou otázek pacientů, zodpovídá řadu otázek kolegů i jeho samotného napadají otázky další. Proto po oslovení redakční radou k napsání článku na téma možností ve vyšetřování a léčení osteoporózy jsem se rozhodl k této netradiční formě, která by měla být podle mého soudu zajímavější než obvyklé statě a měla by odpovídat na hlavní otázky z praxe, které si kladete či které vám kladou vaši pacienti. Měla by přispět i k lepšímu pochopení možností praktických lékařů i jednotlivých specialistů v péči o pacienty s osteoporózou. Samozřejmě otázek se dá položit celá řada, řada z nich je kontroverzních a jsou předmětem delší a další diskuse odborníků. Pokud budete mít tedy pocit, že některé odpovědi jsou zjednodušené, je tomu tak. Stejně tak vzhledem k omezenému rozsahu statě nejsou položeny zdaleka všechny otázky, které mohou být položeny (RHB a další).

Jak mohu potvrdit přítomnost osteoporózy?

Jedinou metodikou k tomu určenou je metoda DXA (dvojeenergová rentgenová absorpciometrie). Tato metodika byla použita při definici osteoporózy, hodnotí kvantitativně kostní hmotu (úroveň mineralizace). Proto je v současné době měření na přístroji tohoto typu nezbytnou podmínkou k nasazení antiresorptivní léčby a k určení diagnózy osteoporózy. Jedině pro přístroje tohoto typu jsou k dispozici odpovídající referenční populace.

Metodická doporučení týkající se technické stránky věci, vybrané lokality měření i použitých referenčních populací vycházejí k konsensu ISCD (International Society for Clinical Densitometry, v doplněném znění z roku 2005 – viz www.iscd.org). Dalšími metodikami je pDXA (periferní DXA), QUS (kvantitativní ultrasonometrie),

qCT (kvantitativní CT). Tyto budou zmíněny dále.

Posílám jsem pacienty s podezřením na osteoporózu na densitometrii kolegům, kteří měřili „předloktí“ nebo „patu“. V současné době nemají smlouvu s pojišťovnami – co je toho příčinou?

Osteoporóza je definována pouze parametry BMD (kostní hmoty). Ultrazvukové přístroje, které byly zaváděny do klinické praxe od roku 1994, jsou schopny měřit některé parametry změny ultrazvuku po průchodu kostí. Podle definice ale neměří osteoporózu, ale pouze tyto parametry – tj. zeslabení signálu – parametr BUA a rychlost signálu po průchodu kostí – SOS, VOS. Po počátečním nadšení pro tyto přístroje (levné, bez ionizujícího záření, přenosné) se ale narazilo na další limitace. Těmi je především malá přesnost pro monitoring a omezení na určitou periferní část skeletu (nejčastěji patní kost). Užívají se ale i přístroje hodnotící rychlost průchodu ultrazvuku po povrchu kortikalis či průchod ultrazvuku články prstů. Tento kód výkonu existuje, ale vzhledem k vyšší úhradě, pořizovací ceně přístroje a možnému počtu pacientů je pro provozovatele nezajímavý. Navíc i kod na toto vyšetření byl v poslední době pojišťovnami odsmlouváván. Proto pokud se v praxi toto vyšetření provádí, je to obvykle mimo smlouvy s pojišťovnami, s přímou úhradou pacienta.

Předloktí (pDXA – periferní DXA) je spojena s jiným problémem. Podle mezinárodního konsensu ISCD má měření předloktí omezené použití, především na stavy provázené hyperparathyreózou (a tedy změnou kortikalis), nehodnotitelnou páteří pro skoliózu, event. u pacientů s hmotností nad limit stolu u přístrojů typu DXA. Tato výjimka ale spíše platí pro americkou populaci (kde skutečně limit stolu 130 – 160 kg – dle typu přístroje – může být omezující), v českých podmínkách se s touto hmotností u vyšetřovaných pacientů setkáváme velmi zřídka. Navíc jedinou doporučenou lokalitou pro hodnocení by měla být oblast 1/3 distálního radia, což prakticky žádný přístroj u nás nespĺňoval (obvykle byla hodnocena oblast distální a ultradistální). Problémem u tohoto vyšetření je omezená reprodukovatelnost i fakt, že periferní skelet může velmi omezeně reagovat na terapii (zjednodušeně řečeno může po léčbě dojít k výraznému efektu na páteř a zvýšení BMD o řadu procent, aniž by to bylo na periferním skeletu detekovatelné a taková terapie

by tedy mohla být označena jako neúčinná). Proto má periferní DXA omezené využití a pokud je pacient léčen antiremodelační léčbou, měla by být vždy zásadně provedena celotělová DXA densitometrie (jak před zahájením terapie, tak k monitoraci léčby). Další legislativním problémem je neexistence kódu pro periferní DXA v Seznamu výkonů a proto všechny přístroje typu pDXA, které k hodnocení používaly kod pro celotělovou DXA (a tedy jinou vstupní cenu přístroje), byly pojišťovnami odsmlouvány. Každý praktický lékař by tedy měl vědět, kde se jeho okolí nachází celotělový DXA přístroj, rozhodující k potvrzení osteoporózy i její monitoraci. Vzhledem k současným doporučením, která předpokládají jeden přístroj na cca 250 000 obyvatel, a současnému dovybavování těmito přístroji (k jejich alokaci v rámci sítě pracovišť a krajském uspořádání zdravotní péče se v současné době vyjadřují zejména kompetentní krajské úřady) by měla být dostupnost zajištěna.

64 letá pacientka mi přinesla výsledek z vyšetření pDEXA předloktí, kde byl popsán nález snížené kostní denzity v pásmu lehké osteoporózy. Toto přímo placené vyšetření jí bylo nabídnuto na screeningovém mammografickém pracovišti. Jak mohu tento nález hodnotit? Znamená to jasnou indikaci k celotělové densitometrii? Jaká je pravděpodobnost, že pacientka má skutečně osteoporózu?

Uvedená problematika má dvě roviny. První z nich je otázka možného vyšetřování samoplátců, na základě jejich žádosti. I když je dávka záření minimální (a u přístrojů se nevymezuje ani ochranné pásmo, což mimo jiné znamená, že obsluha nemusí nosit dozimetru), přesto dle stanoviska SÚJBu je třeba k densitometrickému DXA vyšetření indikace lékaře (žádanka) – podle ustanovení § 4 odst. 2 a § 7 odst. 1 zákona č. 18/97 Sb. o mírovém využívání jaderné energie a ionizujícího záření (atomový zákon) v posledním znění a § 60 vyhlášky č. 307/02 Sb. ve znění vyhl. č. 499/05 Sb. o radiační ochraně. Tato praxe je uvedena i v návrhu Národních radiologických standardů pro radiodiagnostiku, které vyjdou v tomto roce ve Věstníku MZ ČR. Další otázka je věrohodnosti daného vyšetření. V předešlých odstavcích bylo již uvedeno, že v ČR na přístrojích typu pDXA se nepoužívá v rámci mezinárodních doporu-

čení jediná relevantní oblast, oblast 1/3 dist. radia. Velkým problémem je i referenční populace, ta ale může být problémem i u některých přístrojů axiální DXA s malým rozšířením po světě i Evropě a problematicky tvořené referenční databáze. V zásadě je informační hodnota popisu lehké osteoporózy na pDXA podobná popisu radiologa osteoporózy na prostém RTG snímku skeletu. I když korelace výsledků z předloktí na pDXA a hodnot u axiálně hodnocené denzity (zlatý standard), není příliš vysoká, nelze osteoporózu vyloučit (resp. naopak, šance, že pacientka osteoporózu má, je vyšší, než kdyby na tomto vyšetření byly obvyklé hodnoty). Proto je správné takovou pacientku odeslat na vyšetření DXA densitometrií (k potvrzení či vyloučení míry snížení BMD do pásma osteoporózy).

U jiného pacienta byla rentgenologem v popisu RTG skeletu uvedena „osteoporóza skeletu“. Mohu tento popis použít jako důkaz přítomnosti osteoporózy skeletu?

Při klasickém RTG dochází k zobrazování skeletu a míry absorpce RTG záření podle charakteristik záření (keV, mAS), navíc může být zobrazení ovlivněno vyvolávacím procesem. Při hodnocení prostého RTG snímku je míra dekalcinace (demineralizace) velmi subjektivní, nelze ji kvantifikovat (to jen v případě použití porovnáni s kalibračním klínem, toto se ale v rutinní praxi nepoužívá). Navíc tento popis není schopen vůbec zohlednit náležitou hodnotu pro věk (a tedy možný fakt, že hodnota kostního minerálu je sice nižší, ale zcela v rámci normy pro věk a hmotnost). V klinické praxi jsou případy diskrepance mezi popisem skeletu radiologem (popis osteoporózy) a kvantifikací stavu skeletu při DXA densitometrii poměrně časté a nepřekvapující. Překvapen bývá spíše pacient, který bývá na základě popisu radiologa přesvědčen o osteoporóze a fakt, že osteoporózu nemá, může být pro něj hůře akceptovatelný. Z RTG známek je přesvědčivá známka porózy (zvýšené fragility) skeletu jen popis fraktur obratlových těl (pokud není v anamnéze přítomen výrazný nárůst jako důvod k těmto frakturám). V současné době jsou snahy odborných radiologických společností o standardizaci popisu těchto fraktur, protože jak ukázaly i některé mezinárodní studie, byl zaznamenán výrazný rozdíl mezi hodnocením výskytu fraktur místními radiology a popisem téhož snímku ve specializovaném centru.

Pacient má bolesti zad – mám pomýšlet na osteoporózu?

V praxi je dorzalgie jedním z nejčastějších důvodů, kdy se na osteoporózu pomýšlí. Souvislost dorzalgie a osteoporózy je ale velmi řídká a bývá prakticky jen při výskytu fraktur. I z našich zkušeností, když jsme porovnávali soubor pacientů odeslaných na DXA denzitometrii s bolestmi zad a bez bolesti zad, nebyl mezi těmito skupinami ve výskytu osteoporózy žádný statisticky významný rozdíl. V klinické praxi naprostá většina dorzalgii je vyvolána jinou příčinou než přítomností kompresivní fraktury. Při bolestech zad je výrazně přínosnější provést jako první vyšetření RTG páteře. Existuje řada rizikových faktorů, která má vztah k výskytu osteoporózy. Jejich spojení s osteoporózou je různé. K nejsilnějším rizikovým faktorům patří rodinná anamnéza (vznik osteoporotických fraktur u rodičů či sourozenců). Dalšími rizikovými faktory jsou předchozí prodělané fraktury, pokles výšky, dále pro ženy předčasná menopauza, nízká hmotnost a onemocnění spjatá s negativním ovlivněním kostního metabolismu (endokrinní, gastroenterologická s malabsorpcí a maldigestí, nefropatie, užívání kortikoidů). U pacientů s těmito riziky by měla být osteoporóza zvažována a měly by být na osteoporózu vyšetřeny. Rizikových faktorů byla popsána celá řada, jsou v různých doporučeních, v současné době jsou uvedena i v inovovaných doporučeních pro diagnostiku a léčbu osteoporózy Společnosti pro metabolická onemocnění skeletu (SMOS ČLS), která budou publikována v tomto roce.

Pacient má výrazné dorzalgie. Absolvoval RHB, vyšetření neurologem, na RTG byla popsána osteoporóza. Pacienta proto posílám do ambulance pro léčbu osteoporózy, vyřeší jeho obtíže?

Jak bylo řečeno v předchozím bodě, vztah bolestí zad a osteoporózy je spíše vzácný. Proto se také přeneseně osteoporóza nazývá „tichý zloděj“ – dochází k úbytku kostní hmoty, aniž by to pacient registroval, až do výskytu fraktury. Úloha ambulance pro osteoporózu je ale zcela jiná – léčba směřující ke snížení rizika fraktur v důsledku osteoporózy (před první frakturou či po prodělané fraktuře). Nelze očekávat, že při ovlivnění metabolického kostního obratu a podání léků ke snížení rizika fraktur dojde k výraznému ovlivnění algických obtíží. Toto platí jen

v případě fraktur a vícečetných fraktur, v některých případech ale i tato terapie vůbec algický syndrom neovlivní. A pak zůstává jen ambulance pro léčbu bolesti, novější metodikou ne všude dostupnou je finančně náročnější vertebroplastika při zhroucení obratlového těla (prováděná většinou ortopedy, výjimečně radiology). Pacient bez výraznějších strukturálních změn hodnocené páteře, jen s prostou demineralizací, a jinými důvody pro dorzalgie (diskopatie, degenerativní změny, porucha statiky, skoliosa, spasmy, LS sy) nemůže očekávat z terapie zaměřené na osteoporózu podstatnější úlevu.

Lze na základě samotné denzitometrie doporučit léčebný postup?

Denzitometrické vyšetření pouze udává úroveň kostní mineralizace, neudává a ani nemůže udávat důvod. Důvodem této demineralizace může být řada onemocnění s odlišnou strategií léčby. Průkaz demineralizace je proto důvodem k provedení podrobnějšího klinického a biochemického vyšetření. Teprve po vyloučení jiných příčin demineralizace (endokrinní, gastroenterologických, nefrologických, hematologických, onkologických, lékových) je možné demineralizaci uzavřít jako primární osteoporózu. Do té doby lze pouze konstatovat, že denzita hodnoceného skeletu je v pásmu osteoporózy dle platných kritérií WHO, ale nikoliv že se jedná o osteoporózu. Proto by se neměla na žádankách na denzitometrické vyšetření objevovat věta „Prosím o denzitometrické vyšetření a návrh terapie“ – z výše uvedených důvodů terapii doporučit nelze.

Pacient se vrátil z denzitometrického vyšetření s popisem pásma osteoporózy a doporučením dalších laboratorních vyšetření v rámci diferenciální dg. Mohu je jako praktický lékař provést a jaká to jsou vyšetření?

Základem vyšetření osteoporózy je vyloučení jiných metabolických osteopatií. Tato základní vyšetření je možno provést v naprosté většině laboratoří. K těmto základním vyšetřením patří: FW (odlišení event. malignit a myelomu jako příčiny), KO, TSH (tyreotoxikóza), kreatinin + urea (renální složka), S – Ca, S – P (základní prvky), ALP nejlépe v kombinaci s GMT (hodnocení především kostní složky ALP), dUCa/24 hod (jeden z nejjednodušších, ale nejcitlivějších ukazatelů hospoda-

ření s Ca – ať už z hlediska hyperkalciurie nebo hypokalciurie při hypovitaminoze D). Při suspekci na malabsorpci (relativně častá, jinak asymptomatická coeliakie) či maldigestí lze hodnotit další výživové parametry (albumin, cholesterol, Fe, vyloučit uvedenou coeliakii příslušným laboratorním a instrumentálním vyšetřením. Ve většině případů lze již po těchto vyšetřeních nasadit léčbu a další parametry slouží jen ke kontrole efektu léčby.

Hodnocení kostních markerů bylo dříve používané jen ve specializovaných centrech, ale nyní je dosažitelné v celé řadě terénních laboratoří. Týká se markerů kostní novotvorby – především kostní ALP osteokalcinu či P1NP, markerů kostní resorpce – telopeptidů – betacrosslaps, CTX v seru, NTX v moči, dále parathormonu či 25 (Oh) vitamínu D. Dříve užívané stanovení či deoxypyridinolin/kreatinin v moči (Pyrilinks) je opouštěno v prospěch serových markerů.

V praxi jsou často omezujícím faktorem ovlivňujícím rozsah vyšetření náklady na laboratorní vyšetření. Nebývá problém standardní laboratoř, běžně užívaná PL (FW, KO, kreatinin, GMT, ALP, S – Ca, S – P, dUCa/24 hod, GMT, TSH, CB, event. elfo. – tato vyšetření nepřekračují v rámci limitů na indukovanou péči 500 hodů. Problém ale již bývají markery kostního obratu – osteáza, osteokalcin, beta crosslaps, parathormon či dokonce hladina 25 (OH) vitamínu D3. Tato vyšetření již ve svém souhrnu přesahují 1300 – 1500 hodů a jejich častější indikace může být důvodem překročení limitu dané ambulance na komplement. To je pravděpodobně jedním z důvodů, proč nelze očekávat podrobnější laboratorní vyšetření od určitých odborností vzhledem k jejich aktuálním limitům na komplement.

Na nálezu z denzitometrického vyšetření jsem našel zkratku VFA. Co to znamená?

V poslední době stále víc přístrojů typu DXA je vybavováno doplnitelným softwarem, umožňujícím pomocí tohoto přístroje při provedení bočního scanu páteře hodnotit výšku obratlových těl a výskyt kompresí. Toto vyšetření bývá označováno zkratkou VFA (vertebral fracture assessment), podle typu přístroje LVA (lateral vertebral assessment – Lunar) či IVA (instant vertebral assessment – Hologic). Toto vyšetření je velmi zajímavou možností – pro minimální dávku záření v porovnání s klasickým RTG, obvykle je zachycena oblast Th4 – L4, vyšetření může být součástí DXA vyšetření (tedy když již slevčený paci-

ent je na vyšetřovacím stole), trvá relativně krátce – do 4 minut. Výsledkem je přehledný boční snímek páteře v uvedeném rozsahu, který lze vytisknout na papír a přidat k DXA dokumentaci. Vzhledem k tomu, že výskyt kompresí páteře je významným rizikovým faktorem a v praxi značná část fraktur nebývá diagnostikována, je hodnocení možných kompresí velmi významné pro rozhodování o dalším postupu. Výskyt kompresí může být podkladem i pro nasazení léčby přes nepřítomnost pásma osteoporózy v měřeném skeletu (indikace typu P v lékové vyhlášce). Fakt, že VFA je už pojišťovny hrazena i v jinak restriktivním prostředí úhrad v USA, svědčí o tom, že toto vyšetření překročilo práh experimentální a výzkumné součásti denzitometrie a stalo se klinicky využitelným vyšetřením. Bohužel, v podmínkách ČR není hrazeno a není předpoklad, že by bylo v brzké době zařazeno mezi výkony hrazené. Některá Osteocentra tato vyšetření ale provádějí pro své pacienty (u jasně normálního vyšetření není třeba doplňovat RTG páteře, protože komprese jsou prakticky vyloučeny, další postup u jasných kompresí na VFA není u nás ještě standardizován).

Jak mohu jako praktický lékař léčit osteoporózu? Existuje specializace osteologa?

V současné době jsou bohužel možnosti praktického lékaře v terapii velmi omezené. Z hlediska diagnostického procesu nepředstavují limitace žádný závažnější problém. Indikace k denzitometrickému vyšetření nepředstavuje problém, stejně tak provedení laboratorních vyšetření (pokud je dostupná laboratoř). Problém ale představuje zejména léčba po zjištění pásma osteoporózy na denzitometrii, event. vyloučení jiných metabolických osteopatií laboratorně. Zde jsou možnosti praktického lékaře z hlediska preskripčních limitací minimální a zahrnují pouze vápník, vitamín D a fluor (který je ale v dostupné podobě podle současných poznatků nevhodný). Všechny ostatní léky jsou omezeny, v naprosté většině omezením P, tedy na odbornost i denzitometrický průkaz osteoporózy. Preskripční volnost pro léčbu osteoporózy mají následující odbornosti: internista, gynekolog, endokrinolog, revmatolog a ortoped. Odbornost osteologie, která by se věnovala léčbě osteoporózy, neexistuje, a proto je uvedená léčba možná pouze v rozsahu uvedených odborností. Vzhledem ke změně postavení HRT v léčbě osteoporózy je nyní úloha gynekologů v tomto omezená. Vzhledem k odlišným limitům pro

jednotlivé specialisty dané celorepublikovými průměry na odbornost i jejich dřívějšími limity je možnost vyšetřovat a léčit pacienty s osteoporózou velmi diferencována. Vyšetření a léčba osteoporózy je poměrně finančně náročné a významným způsobem zatěžuje limity na léčbu a komplement všech, kteří se této problematice věnují. Neexistenci odbornosti osteologie a fakt, že ani Osteocentra na krajské úrovni nemají obvykle jiné limity na léčbu, než vyplývá z platných smluv s pojišťovny a jejich kapacita jim neumožňuje léčit všechny pacienty s osteoporózou z regionu, bývá problémem v praxi najít příslušného odborníka, který je ochoten takové pacienty řešit a má na to kapacitu odpovídající požadavkům terénu. V opačném případě může pacient bloudit a hledat takové zařízení či je čekací lhůta řada týdnů až měsíců. Vzhledem k faktické nemožnosti předat rozlíceného pacienta zpět do terénu (není možnost preskripce typu L, tedy na doporučení specialisty možnost preskripce praktickým lékařem), nutnosti dlouhodobé léčby a sledování a neustále novému přibývání dalších pacientů (efekt nabalující se „sněhové koule“) bývají pracoviště věnující se těmto pacientům v obležení.

Jak často mám opakovat denzitometrické vyšetření?

Pokud je pacient léčen, měla by být frekvence opakovaných denzitometrických vyšetření na rozhodnutí lékaře, který pacienta léčí. Rozhodnutí o intervalech opakování denzitometrických vyšetření závisí na typu terapie, očekávané změně a přesnosti přístroje. Podle současných doporučení by takové vyšetření nemělo být opakováno za kratší dobu než 12 měsíců (výjimkou jsou některé speciální stavy jako nasazení kortikoidů, méně častější stavy po transplantacích, kdy je vhodný termín 6 měsíců.) Obecně vhodnější termíny jsou 11/2 – 2 roky v případě primární osteoporózy. V případě osteopenie může být tento interval ještě výrazně delší (3 – 5 let).

Hodnota parametrů při denzitometrii poklesla o 1 %. Znamená to neúčinnost terapie?

Každý přístroj má svou vnitřní chybu a přesnost měření. Přesnost přístrojů typu DXA se pohybují kolem 1 %, ultrazvukové jsou výrazně horší. V rámci statistiky, aby byl splněn požadavek, že je změna průkazná na 95 % hladině významnosti, musí být tato změna ještě 2, 9 x větší než je tato vnitřní chyba (CV) přístroje. Toto číslo se

pak udává jako LSC (least significant change) a teprve po změně, která je větší než tento údaj, se jedná o statisticky průkazný pokles nebo vzestup. Jako úspěch (účinná terapie) je považováno udržení kostní hmoty a zastavení poklesu. Proto pokud je pokles menší než je LSC (a to bývá podle druhu přístroje do 2 %), je toto nutno považovat ve shodě s mezinárodními doporučeními za stacionární nález a tedy účinnou terapii, jen signifikantní pokles je důvodem k přehodnocení léčebné strategie. Proto změna a nárůst např. o 1 % vlastně neznamená nic než stacionární nález, z psychologického hlediska se ale pacienti o toto číslo velmi zajímají, bývají na něj fixováni a každé procento nárůstu BMD navíc zlepšuje compliance pacienta. Vlastní srozumitelný popis denzitometrie a významnost případné změny by ale měly být zajištěny příslušným pracovištěm, které toto vyšetření provádí.

Jaký mají mít pacienti příjem vápníku, lze ho nahradit stravou?

Pacienti s osteoporózou by měli mít 1 – 1,5 g Ca denně v potravě a v doplňcích. Řada pacientů špatně toleruje Ca v různých formách, především pro obtíže, ale i pro pyrózu. Hledání tolerovatelného preparátu vápníku může být velmi problematické a může se vyzkoušet řada forem. Pokud pacienti nesnášejí efervescentní formy či práškové formy, většinou málo problematické bývají tablety, jejich biologická dostupnost je ale menší. Řada pacientů ale upřednostňuje možnost zvýšeného příjmu vápníku v potravě místo suplementace. Nejpřirozenější je příjem vápníku v podobě mléčných výrobků. Obvykle cca 1 l mléka či 1 jogurt obsahuje 300 mg Ca, stejně tak tvrdé sýry mohou mít vyšší obsah vápníku. Podávání vápníku je jedna z mála možností, které při současných limitacích PL mají. Ale jak potvrzuje řada studií, především ve vyšším věku je podání vápníku a vitamínu D zásadní a tyto preparáty samotné mohou u pacientů s deficitem vápníku a hypovitaminózy D snižovat riziko fraktur.

V dřívějších lékových studiích bývalo podávání Ca + vitamínu D označováno jako placebo, v dalším vývoji se ale tato suplementace stala integrální součástí léčby.

V jaké podobě mám podávat vitamín D?

V současné době je ve standardech doporučen přívod vitamínu D cca 600 – 800 UI /den, dříve doporučovaná dávka 400

UI/den je pravděpodobně nedostatečná. V poslední době se ale diskutuje (ve světle epidemiologických studií a překvapivě vysokého množství jedinců s deficitem vitamínu D), že bude potřeba tuto dávku zvýšit. Obavy z předávkování vitamínem D nebývají v praxi oprávněné, obvykle i zde stačí parametr kalcie jako citlivý marker dávky vitamínu D. Samotné stanovení sérové hladiny vitamínu D (25 OH vit. D3 i 1, 25 OH vit. D3) je poměrně náročné (finančně i časově) a nebude patřit mezi rutinní biochemická vyšetření. Doporučují se i vyšší nasyčovací dávky (2000 – 3000 UI denně před zahájením podávání menších dávek). Vzhledem k obtížnějšímu vstřebávání a dávkování vitamínu D u pacienta je možnost parenterálního podání velmi vhodná. Z použitelných preparátů je k dispozici v podobě kapek ergokalciferol a cholecalciferol, ten by měl být upřednostněn. 1 kapka obsahuje 660 – 800 UI a podává se 1x denně, u starších pacientů bývá ale compliance horší. Dříve používanou variantu podávání AD vitamínu není ve světle některých prací z poslední doby vhodné – vitamín A může mít negativní vliv na kostní metabolismus (i když při vyšších dávkách, než bývá jeho obsah v kombinovaných preparátech). V praxi byl dříve často podáván Vigantol 50.000 UI 1x měsíčně i. m., vzhledem k jeho nedostupnosti na trhu ale tato možnost zmizela. Zůstává proto možnost jen p. o. podávání – v podobě denní, nebo i v delších intervalech – týdenním či měsíčním. Zdá se, že podávání cca 5600 IU týdně je alternativou k podávání 800 UI denně. U starších pacientů bývá obvykle také snazší podat 10 kapek cholecalciferolu (Vigantol) v porovnání s 1 kapkou denně. Další možností je kalciferol 300.000 UI p. o. (nárazově, 1x za 2 – 3 měsíce) či kalciferol 300.000 UI i. m., tam stačí ale větší odstupy a monitorace kalcemie a kalcieurie je vhodná. Obava z předávkování těmito preparáty bývá větší než je realita. Podávání těchto přípravků ale podstatným způsobem neovlivní kostní hmotu (pokud se nejedná o osteomalacii, kde to je základní terapie a nárůst kostní hmoty bývá výrazný).

Jaké jsou možnosti specialistů v léčbě?

V současné době je k dispozici řada antiresorptiv. Nejvíce používanou léčebnou skupinou ve světě i ČR jsou bisfosfonáty. Tato léčebná skupina prodělala svůj vývoj a počáteční dávkování 1x denně (podklad všech registračních studií) se již prakticky neužívá. Pacienti jasně preferují preparáty s intermitentním podáváním (vzhledem

k nutnostem zachovávat určitá pravidla při podávání – 1/2 hodiny nalačno, nejlépe před snídaní, ve vzpřímené poloze), která pacienty omezují. V současné době je dostupný alendronát, kromě originálního léku (Fosamax) v podobě řady generik, v podávání 1x týdně. Některá pracoviště ale při dostatečné supresi markerů kostního obratu používají nestandardně dávky nižší. Dále po výpadku originálního risedronátu 35 mg (Actonel) podáváného rovněž 1x týdně, se na trhu nově objevilo generikum (Risendros) od pp. o. 1x měsíčně. Dále jsou to léky ze skupiny SERM (raloxifen, Evista), již tradičně kalcitoniny (Miacalcic, Osteodon, Tonokalcin). Zástupcem nové léčebné skupiny působící jiným mechanismem je stroncium ranelate (Protelos). Řadě pacientů pojem stroncium asociuje radioaktivitu a proto i v rámci diskusí o tomto možném léku musíme zdůrazňovat, že se jedná o stabilní radionuklid, který působí zcela jinými mechanismy. V minulých letech se ale objevila zcela nová a mimořádně účinná skupina léků podporující novotvorbu (a působící tedy zcela jinak než ostatní antiremodelační léky). Jejimi zástupci u nás jsou teriparatid (rekombinantní 1 – 34 parathormon – Forsteo – používaný v ČR v klinické praxi od poloviny roku 2006, a 1 – 84 parathormon – Preotact – nově registrován od 2007). Tyto preparáty se aplikují denně s. c. pomocí předplněného pera po dobu 18 měsíců (Fortseo) a 24 měsíců (Preotact). Protože je tato terapie velmi nákladná, jsou pro preskripci vytvořeny speciální indikační podmínky, s požadavkem na dokumentovanou závažnou manifestovanou osteoporozu (s minimálně 2 vertebrálními frakturami a výraznou demineralizací v oblasti proximálního femoru). Navíc je léčba pacientů těmito preparáty (po schválení k tomu vytvořenou komisí MZ, pojištěn a odbornou společností) soustředěna do specializovaných center, které mají na tuto léčbu podle vyhlášky MZ zvláštní smlouvu se zdravotními pojišťovnami. Tato léčba je ale jediná, která je mimo obvyklé limity na léky dle nasmlouvaných odborností. Je již registrován i bisfosfonát podávaný i. v. 1x za 3 měsíce (ibandronát), pokračují klinická zkušena u zolendronátu podáváného 1x ročně (zatím schválený jen pro léčbu Pagetovy choroby a kostních metastáz v onkologii).

Mám pacientku, která při nekoordinované léčbě od několika specialistů (ortoped, gynekolog) dostává několik

preparátů – je tato kombinovaná léčba vhodná?

V současné době nebyl prokázán efekt kombinované terapie při podávání léků ze skupiny antiremodelačních léků. Proto podávání např. HRT ve standardní dávce by mělo být již dostatečné a nemělo by se kombinovat s dalšími léky (např. bisfosfonáty či kalcitonin). Rovněž kombinace kalcitonin + alendronát (a autor se dokonce v praxi setkal ještě v kombinaci s HRT) připomíná spíše onen dort pejska a kočičky. Pro podporu tvrzení, že by tato kombinovaná léčba byla výhodná, nemáme žádná EBM data.

Moje pacientka má postmenopausální osteoporozu – jak dlouho bude muset být léčena?

Na délku léčby u osteoporozy není jednoznačná shoda, společným jmenovatelem u antiresorptivních preparátů je ale několik let. Při pokračujících datech z dlouhodobých studií při podávání jednotlivých preparátů se stále objevují nová data, a pravděpodobně jsou délky terapie pro různé preparáty specifické. Jak bylo dříve uvedeno, léčba teriparatidem je vyhrazena na 18 měsíců, dále je pravděpodobně vhodné pokračovat některým z antiremodelačních léků. U alendronátu efekt podávání nad 5 let pravděpodobně nepřináší nic navíc v porovnání s pokračováním prostým vápníkem a vitamínem D. Navíc řada pracovišť i po kratší době přechází na nižší dávkování odpovídající dávce 5 mg alendronátu denně. Raloxifen lze pravděpodobně podávat dlouhodobě, rovněž tibolone, délka podávání HRT (ať už v kombinované podobě s progestiny či samotné estrogenu) je kontraindikována.

Závěr

V denní praxi se neustále setkáváme s otázkami, které život a ambulance přinášejí, a pokoušíme se je řešit a odpovídat na ně. A tyto odpovědi předávat lékařům, kteří pacienty do našeho centra odesílají, ale nejen jim. Věříme, že tento článek přispěje k spolupráci lékařů primární péče a specialistů, bez které nelze tuto péči zajistit (i vzhledem k ohromnému počtu pacientů, kterých se to týká a kapacity specializovaných ambulancí), s vědomím všech medicínských i ekonomických souvislostí na obou stranách.

Literatura u autora

Alkoholická Evropa

- historie, současnost, budoucnost

MUDr. Jozef Čupka

Praktický lékař, Koordinátor pro oblast závislostí

Souhrn:

Alkohol se v Evropě produkuje a konzumuje již po tisíce let. Obvykle se vyráběl z jakýchkoli surovin dostupných v daném místě. Alkoholické nápoje se často používaly jako lék, přičemž tato praxe přetrvávala až do počátku dvacátého století a nástupu moderního lékařství.

Klíčová slova:

alkohol, alkoholismus, opilost, deprese, sebevražda, cirhóza jater, závislost

Alkohol již dávno v minulosti podléhal zákonné úpravě; obvykle se však tyto zákony týkaly spíše zajištění veřejného pořádku nebo regulování trhu, než ochrany veřejného zdraví. Ke změnám postupně došlo až ve vrcholném středověku, a zejména při nástupu novověku, a to v důsledku pokroku a vývoje, který přinesl mimo jiné industrializaci, zdokonalená komunikační spojení a objevy silnějších, destilovaných nápojů.



holu na světě, i když současná spotřeba 11 litrů čistého alkoholu na jednu dospělou osobu za rok se ocitá na výrazně nižší úrovni než v 70. letech 20. století, kdy bylo dosaženo maxima patnácti litrů.

V uplynulých 40 le-

tech postupně docházelo ke vzájemnému vyrovnávání úrovní spotřeby alkoholu v zemích evropské patnáctky, která se ve střední a severní Evropě v letech 1960-1980 zvyšovala a naopak trvale klesala v jižní Evropě.

Průměrná spotřeba alkoholu v nově přijaté evropské desítky (Kypr, Česká republika, Estonsko, Maďarsko, Lotyšsko, Litva, Malta, Polsko, Slovensko a Slovinsko) států se navíc v současné době více než kdy předtím blíží spotřebě v zemích předchozí „evropské patnáctky“, ačkoli mezi státy „evropské desítky“ nadále existují výrazné rozdíly. Alkohol pije většina Evropanů, ale 55 milionů dospělých (15%) ho nepije vůbec - při zohlednění této skutečnosti a započtení neznamenané spotřeby dosahuje spotřeba na 1 osobu konzumující alkohol patnácti litrů za rok.

Co a kdy pijeme

Téměř polovina tohoto množství alkoholu je konzumována ve formě piva (44%), zbylé kvantum je rozděleno mezi víno (34%)

a destiláty (23%). Přibližně 40% konzumace alkoholu ve státech Evropské patnáctky se odehrává ve spojení s odpoledním či večerním jídlem. V jižní Evropě je však navíc v porovnání s jinými oblastmi typická konzumace alkoholu v průběhu oběda.

Zatímco objem pravidelné každodenní konzumace alkoholu vykazuje systematické rozdíly mezi severními a jižními oblastmi, častá, ale nikoli každodenní konzumace (tedy konzumace alkoholu několik dnů v týdnu, avšak ne každý den) je typičtější ve střední Evropě. I v tomto aspektu je možno odporovat harmonizaci v rámci Evropské patnáctky.

Opilost

Pití alkoholu do stavu opilosti se v jednotlivých evropských státech liší, přičemž obyvatelé na jihu Evropy udávají méně případů výskytu za měsíc.

Tento výsledek je zkrácen výskytem případů „pití s vyloženým cílem se opít“, kdy je namísto toho zkoumána míra konzumace nad určitý počet nápojů při individuální příležitosti, což nasvědčuje tomu, že existují systematické rozdíly v ochetě lidí poskytovat údaje o stavech opilosti i o délce těchto „příležitostí“.

Studie zaměřené na pití s vyloženým cílem se opít dále ukazují na příležitostné výjimky z pravidla rozdílnosti mezi severní a jižní Evropou, a zejména dokládají, že Švédsko má jeden z nejnižších výskytů případů pití s cílem se opít v zemích evropské patnáctky. Shrme-li tyto údaje za celou evropskou patnáctku, dospělí udávají průměrně pět stavů opilosti za rok, ale sedmáct případů nadměrného pití (pět a více nápojů při jedné příležitosti) s cílem se opít.

Je to stejný výsledek, jako kdyby 40 milionů obyvatel zemí evropské patnáctky každý měsíc jednou „konzumovalo nadměrně alkohol“ a 100 milionů (1 ze 3) nejméně jednou za měsíc pilo alkohol s cílem se opít. Za evropskou desítkou je k dispozici mnohem méně údajů, ale ty, které máme, naznačují, že někteří lidé nahrazují konzumaci vína pitím destilátů, přičemž četnost pití alkoholu je nižší a frekvence výskytu případů pití s vyloženým cílem se opít vyšší než v zemích evropské patnáctky.

Alkoholismus v historii

V devatenáctém století a na počátku století dvacátého zasáhla většinu Evropy silná vlna „protialkoholického hnutí“ zaměřená na destiláty, která se však následně často změnila na odpor vůči všem druhům alkoholických nápojů. Ve většině (nikoli však ve všech) zemích postupně tato vlna odporu ztrácela na síle a na konci dvacátého století téměř pozbyla významu.

Pojetí „alkoholismu“ jako nemoci se postupně začalo vyvíjet v průběhu devatenáctého století, kdy byly v mnoha evropských zemích budovány domy nebo azyly pro léčbu „alkoholiků“.

V posledních letech při diskusích o problémech spojených s alkoholem získalo dominantní postavení „nové pojetí veřejného zdraví“, umožňující vést širší diskusi, a nikoli se zaměřovat jen na malou podskupinu „alkoholiků“.

Alkohol v Evropě

EU je regionem s největší spotřebou alko-

tabulka č. 1

Úmrtí zaviněná alkoholem

Dopravní nehody	17.000 úmrtí ročně	1 ze 3 veškerých silničních dopravních nehod s následkem smrti
Úrazy	27.000 úmrtí ročně	
Vraždy	2.000 úmrtí ročně	4 z 10 veškerých vražd a zabití
Sebevraždy	10.000 úmrtí ročně	1 ze 6 veškerých sebevražd
Úmrtí v důsledku cirhózy jater	45.000 úmrtí ročně	
Úmrtí následkem rakoviny	50.000 úmrtí ročně	z toho 11.000 rakovina prsu u žen
Úmrtí v důsledku neuropsychiatrických potíží	17.000 úmrtí ročně	
Záchvaty deprese	200.000 úmrtí ročně	
Celkem	368.000 úmrtí ročně	

Závislost

Zatímco 266 milionů dospělých konzumuje alkohol v míře do 20 g (ženy), nebo 40 g (muži) za den, více než 58 milionů dospělých (15 %) konzumuje nad tuto míru - 20 milionů z nich (6 %) konzumuje více než 40 g alkoholu (ženy), nebo 60 g (muži) za den.

Zaměříme-li se na závislost, nikoli na úroveň spotřeby, můžeme dále odvodit, že v každém roce je závislých na alkoholu 23 milionů Evropanů (5% mužů, 1% žen).

Vliv na jedince

Ačkoliv má konzumace alkoholu řadu příjmných stránek, alkohol zvyšuje riziko výskytu řady škod v sociální oblasti, obecně v závislosti na jeho dávkách - tj. čím vyšší je konzumace alkoholu, tím vyšší je riziko.

Škody zaviněné konzumací alkoholu jinou osobou sahají od obtěžování veřejnosti (např. noční buzení občanů) až po mnohem závažnější následky jako např. narušování manželství, zneužívání a týrání dětí, kriminalitu, násilí, vraždy. Obecně platí, že čím vyšší je úroveň konzumace alkoholu, tím závažnější je trestný čin nebo škody na zdraví. Obsah zkonsumovaného alkoholu, frekvence jeho požívání a intenzita občasného nadměrného pití - to vše nezávisle na sobě zvyšuje riziko vzniku násilí, přičemž nezřídka, ne však vždy, má při občasném nadměrném pití obsah zkonsumovaného alkoholu vliv na škodu.

Zdravotní důsledky

Bez ohledu na drogovou závislost je alkohol příčinou přibližně 60 různých typů onemocnění a zdravotních potíží, včetně úrazů, psychických poruch a poruch chování, gastrointestinálních onemocnění, rakoviny,

kardiovaskulárních onemocnění, imunologických poruch, plicních onemocnění, kosterních a svalových onemocnění, poruch plodnosti a ohrožení těhotenství, včetně zvýšeného rizika předčasného porodu a nízké porodní váhy novorozence.

U většiny zdravotních potíží alkohol zvyšuje riziko v závislosti na jeho dávkách, přičemž vyšší konzumace alkoholu znamená vyšší riziko.

Přímé negativní zdravotní dopady alkoholu, např. kardiomyopatie, akutní syndrom respirační nedostatečnosti a poškození svalstva, jsou obvykle pozorovatelné pouze v případě dlouhodobé konzumace velkých dávek alkoholu, avšak i v případě vysokých dávek, alkohol zvyšuje riziko a závažnost těchto dopadů úměrně s konzumovanou dávkou.

Četnost a intenzita občasného nadměrného pití hrají významnou roli při zvyšování rizika úrazů a některých kardiovaskulárních onemocnění (koronárních onemocnění srdce a mrtvice).

Náklady a škody

Alkohol významnou měrou negativně ovlivňuje některé aspekty života lidí v Evropě, a toto působení bývá obecně popisováno jako „škody na zdraví“ a „společenské škody“. Sedm milionů dospělých osob uvedlo, že se v minulém roce dostalo při pití alkoholu do rvačky, přičemž (na základě vyhodnocení několika studií financovaných z národních rozpočtů) ekonomické náklady trestných činů zaviněných alkoholem se odhadují v roce 2003 v EU na 33 mld. eur.

Tato částka je rozdělena mezi policii, soudy a věznice (15 mld. eur), výdaje na prevenci trestné činnosti a na pojištění (12 mld. eur) a škody na majetku (6 mld. eur). Škody na majetku v důsledku řízení motorových vozi-

del pod vlivem alkoholu se odhadují na 10 mld. eur, zatímco nehmotné náklady na fyzické a psychické následky trestné činnosti byly odhadnuty na 9-37 mld. eur.

Odhaduje se, že v každém roce je v Evropě 23 milionů lidí závislých na alkoholu, přičemž nehmotné náklady na problémy a potíže členů rodiny vzniklé v tomto důsledku jsou odhadovány na 68 mld. eur.

Odhadovat rozsah škod na pracovišti je obtížnější, i když v zemích evropské patnáctky téměř 5% mužů a 2% žen konzumujících alkohol uvádí, že alkohol má negativní vliv na jejich práci nebo studium. Na základě vyhodnocení studií financovaných z národních rozpočtů se snížení produktivity v důsledku absencí a ztráty zaměstnání připisovaných vlivu alkoholu odhaduje na 9-19 mld. eur, resp. 6-23 mld. eur.

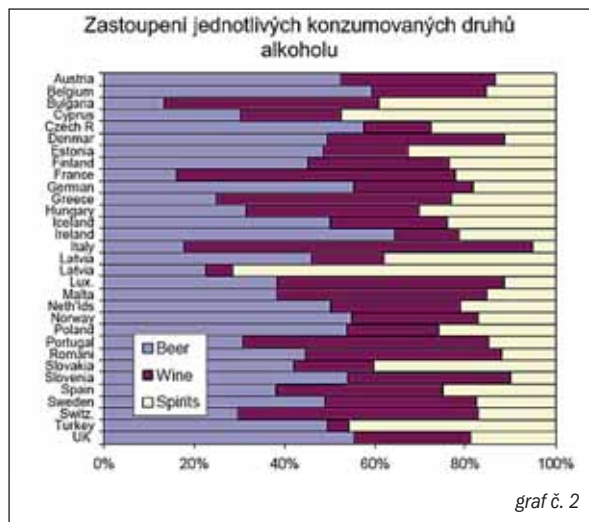
Souvislost s umrtím

Podíváme-li se na zdravotní aspekty konzumování alkoholu, ten stojí každý rok v EU za cca 195 tisíci úmrtími. Zároveň se však odhaduje, že má za následek oddálení úmrtí u 160 tisíců starších osob, zejména prostřednictvím kardioprotektivního účinku alkoholu u žen, které zemřely ve věku nad 70 let. Vzhledem k metodologickým problémům se však pravděpodobně jedná o značné nadhodnocení počtu oddálených úmrtí. Přesnější odhad bude činit pravděpodobně 115 tisíc úmrtí u osob do 70 let věku. Vyhneme se tak většině pravděpodobných nadhodnocení protektivního účinku alkoholu. Tyto údaje se dále vztahují k případům nulového požívání alkoholu, přičemž při zaměření na nejméně rizikovou úroveň konzumace alkoholu by byl „čistý“ účinek mnohem vyšší.

Při hodnocení dopadu alkoholu při použití ukazatele doby trvání života snížené o roky pracovní neschopnosti (tzv. Disability - Adjusted Life Years; DALY) se tento problém zmenšuje a ukazuje se, že alkohol má za následek předčasné úmrtí a invaliditu u 12% mužů a 2% žen, a to po započtení pozitivních účinků alkoholu na zdraví. Tím se alkohol řadí na třetí místo v žebříčku 26 faktorů s nejrizikovějším vlivem na zdraví lidí v EU - před nadváhu/ obezitou a za tabák a vysoký krevní tlak.

Nevinné oběti

Vliv alkoholu na zdraví lidí je viditelný v řadě oblastí (viz tabulka Úmrtí zaviněná alkoholem). Náklady na léčbu těchto onemocnění a obtíží se odhadují na 17 mld. eur, společně s 5 mld. eur vynakládanými na léčbu a prevenci škodlivého užívání alkoholu a alkoholové závislosti.



Zmařené životy lze vyjádřit také v podmínkách snížení produktivního potenciálu (36 mld. eur s vyloučením pozitivních účinků na zdraví) nebo v podmínkách nezjištěné hodnoty života samotného (145-712 mld. eur po započtení pozitivních účinků na zdraví).

Řada škod způsobených alkoholem postihuje jiné lidi než pijáky. Mezi tyto škody je třeba zahrnout 60 tisíc novorozenců s podprůměrnou porodní váhou, 16 % zneužívaných a zanedbávaných dětí a 5-9 milionů dětí žijících v rodinách negativně dotčených alkoholem.

Alkohol má škodlivý vliv také na další dospělé osoby, včetně odhadovaných 10 tisíc úmrtí v důsledku řízení pod vlivem alkoholu, kdy oběťmi jsou jiné osoby než osoba řídící vozidlo pod vlivem alkoholu - významně se rovněž podílí na páchání trestných činů, které se mohou dotýkat také jiných osob.

Jiní lidé nebo organizace také hradí část s tím spojených ekonomických nákladů, včetně odhadovaných výdajů 33 mld. eur na důsledky kriminality, 17 mld. eur na systémy zdravotní péče, a 9-19 mld. eur v důsledku pracovní absence.

Změny v konzumaci

Vědecké pokusy a dlouhodobé analýzy dokládají, že zdravotní zátěž způsobená alkoholem souvisí se změnami v konzumaci. Tyto změny jsou charakteristické spíše pro chování osob nadměrně konzumujících alkohol než osob, které pijí méně (platí např., že 10 % osob nadměrně konzumujících alkohol zodpovídá za jednu třetinu celkové spotřeby ve většině zemí), postupně se ale pozitivně projevují v celkovém vývoji přístupu obyvatelstva ke změně úrovně jejich spotřeby. V rámci celé populace je dopad změny ve spotřebě o jeden litr na úroveň škod vyšší v zemích evropské patnáctky s nižší spotřebou (severní Evropa), ale významně působí na cirhózu, vraždy (pouze u mužů), úrazy a celkovou úmrtnost (pouze u mužů) také v jižní Evropě. Zatímco někteří namítají, že větší změna v severní Evropě představuje důsledek „prudce se rozmáhající“ kultury pítí v tomto regionu, může se promítat větší poměrný podíl změněné spotřeby o jeden litr právě v severovýchodních zemích. Celkově se odhaduje, že snížení spotřeby o jeden litr by vedlo ke snížení celkové úmrtnosti mužů o 1 % v jižní a střední Evropě, a o 3 % v severní Evropě.

Zpracováno dle odborné zprávy z roku 2006 pro Evropskou komisi.

Literatura u autora

pozvánka...

Pozvánka na konferenci Národní program antibiotické politiky spolupráce s WHO a ECDC

pořádá

Česká lékařská společnost J.E. Purkyně

Subkomise pro antibiotickou politiku ČLS JEP (SKAP)

ve spolupráci s

Kanceláři WHO v České republice

Ministerstvem zdravotnictví ČR

Ústavem pro státní kontrolu veterinárních biopreparátů a léčiv (USKVBL)

Místo a datum konání:

Kongresové centrum Nemocnice Na Homolce,

Praha 5, Roentgenova 2, pondělí 14.5. 2007, 8:30-17:00 hodin

Program konference:

Zahájení konference

prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., ČLS JEP

Zásady lékové politiky z pohledu Ministerstva zdravotnictví

MUDr. Pavel Hroboň, náměstek ministra zdravotnictví ČR

WHO strategy on rational use of medicines

Dr. Kees de Joncheere, WHO-EURO, Kodaň

Antimicrobial resistance and prudent use of antibiotics

- European perspective

Dr. Peet Tull, senior expert, ECDC, Stockholm

Problémy lékové politiky v České republice

prof. MUDr. Jan Švihovec, DrSc., ČLS JEP, SKAP, MUDr. Michal Prokeš, SKAP

Národní program antibiotické politiky v České republice

MUDr. Vlastimil Jindrák, SKAP, ECDC focal point pro ČR

Antibiotická politika ve veterinární medicíně

prof. MUDr. Alfréd Hera, CSc., ÚSKVBL, SKAP

Perspektivy Národního programu antibiotické politiky - panelová diskuse

moderuje Mgr. Tomáš Cikrt, tiskový mluvčí MZD

Surveillance antibiotické rezistence v České republice a v Evropě

RNDr. Pavla Urbášková, CSc., NRL pro antibiotika, SKAP

Antibiotická politika v primární a ambulantní péči

doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., Klinika infekčních nemocí 2.LFUK, SKAP

Antibiotická politika v nemocnicích

MUDr. Vlastimil Jindrák,

koordinátor EU projektu ABS International pro ČR, SKAP

Dvouletá smlouva o spolupráci WHO-EURO

a Ministerstva zdravotnictví ČR (BCA projekt)

MUDr. Alena Šteflová, ředitelka Kanceláře WHO v ČR, SKAP

BCA projekt: **Plošná intervence ve prospěch zlepšení kvality preskripce**

antibiotik v primární pediatrické péči

MUDr. Jiří Marek,

Odborná společnost praktických lékařů pro děti a dorost, SKAP

BCA projekt: **Vytvoření podmínek pro intervenci zaměřenou na kvalitu**

antibiotické profylaxe v chirurgii

MUDr. Otakar Nyč, Ústav lékařské mikrobiologie FN Motol, SKAP

BCA projekt: **Vzdělávací intervence zaměřená na kontrolu výskytu**

MRSA v nemocnicích

MUDr. Dana Hedlová, nemocniční epidemiolog

Ústřední vojenské nemocnice Praha

Přihlášky s uvedením jména, příjmení a instituce zasílejte na:

e-mail: helena.ermanova@lfmotol.cuni.cz

Účast na konferenci je bez registračního poplatku.



znalostní test č.4/2007 - hodnocen 5 kredity ČLK

Správné odpovědi testu č. 3/2007: 1abc; 2c; 3c; 4ab; 5b; 6b; 7a; 8bc; 9ab; 10ab

Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání ČLK a za správné vyřešení testu bude řešitelům přiděleno 5 kreditů ČLK. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to nejdéle do **31.5.2007**. Písemné odpovědi zasílejte na adresu **Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, U Hranic 16, 100 00 Praha 10**

Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese www.svl.cz.

Získané kredity budou úspěšným řešitelům připočítány k ročnímu souhrnnému certifikátu člena SVL ČLS JEP. Lékařům, kteří se nemohou prokázat číslem člena SVL ČLS JEP, kredity bohužel přidělovány nebudou.

Dermatitis perioralis

1. Mezi etiopatogenetické mechanismy perorální dermatitidy patří:

- a) intoleranční reakce na kosmetické přípravky
- b) předchozí aplikace kortikoidních extern
- c) atopická reakce kůže na různé alergen

2. Synonymy perorální dermatitidy jsou:

- a) rosacea
- b) demodekóza
- c) dermatitis rosaceiformis

3. Mezi léčebná opatření u dermatitis peroralis patří:

- a) lokální aplikace slabých nefluorovaných kortikoidních mastí
- b) vysýchavé obklady se sol. Jarish popřípadě borovou nebo destilovanou vodou
- c) zákaz užívání pěnivých zubních past zejména těch s obsahem fluoru

4. Na zánětlivé projevy dermatitis peroralis je vhodné aplikovat ichtyolovou pastu v koncentraci:

- a) 5% Ichtamolu
- b) 10% Ichtamolu

- c) 20% Ichtamolu

Současné možnosti v diagnostice a léčbě osteoporózy

5. Diagnózu osteoporózy lege artis je možno stanovit na základě vyšetření:

- a) metodou axiální DXA densitometrie
- b) metodou periferní DXA densitometrie z distální třetiny předloktí
- c) QUS (kvantitativní ultrasonometrie) nebo QCT (kvantitativní CT)

6. Výpovědní hodnota popisu osteoporózy na RTG snímku je:

- a) minimální, protože diskrepance mezi RTG popisem a nálezem při axiální DXA jsou časté.
- b) RTG popis přináší dostatečné informace o míře dekalcinace (demineralizace) skeletu
- c) jedinou přesvědčivou RTG známkou osteoporózy je nález fraktury obratlových těl (pokud není známa jiná příčina fraktury)

7. Je osteoporóza bolestivá?

- a) ano, osteoporóza se typicky projevuje bolestmi zad
- b) osteoporóza sama o sobě nebolí, bolest spojená s osteoporózou je vzácná

ná a vzniká prakticky jen při výskytu fraktur

- c) typické pro osteoporózu jsou klidové bolesti dlouhých kostí

8. Doporučený denní přívod vitamínu D u pacientů s osteoporózou podle současně platných doporučení je:

- a) 400 UI/den
- b) 600 - 800 UI/den
- c) 2000 - 3000 UI/den

Farmakologická léčba nejčastějších poruch spánku v neurologii

9. Předpokládaným patogenetickým mechanismem syndromu neklidných nohou (RLS) je:

- a) nedostatek dopaminu na úrovni CNS
- b) sideropenie
- c) podávání antagonistů dopaminových receptorů - typických neuroleptik, některých antidepresiv, některých antihistaminik a antiemetik

10. K léčbě příznaků RLS se využívají:

- a) agonisté dopaminu (pramipexol, ropinirol)
- b) ritalin
- c) L-dopa

Upozornění: správné mohou být 1-3 odpovědi!

odpovědní lístek - test č. 4/2007

Jméno a příjmení

Adresa pracoviště

Členské číslo SVL (povinný údaj)

(bez tohoto čísla kredity nemohou být přiděleny)

Zakroužkujte 1 - 3 správné odpovědi:

1 a b c 6 a b c

2 a b c 7 a b c

3 a b c 8 a b c

4 a b c 9 a b c

5 a b c 10 a b c

Pfizer - Champix

Pfizer - Caduet