



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 8/2007

ročník 6

pro
praktické
lékaře
zdarma

Přílohou tohoto čísla je

**Doporučený postup
Geriatricie**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Ordinace nejen na kraji města

Na návštěvě v ordinaci v budově bývalé největší pražské polikliniky



Dále z obsahu:

Zácpa

Anémie

Lifestyle medicine

Přístup k obéznímu pacientovi

Obsah

SVL ČLS JEP informuje	5
Anémie - diferenciální diagnóza na základě laboratorních dat MUDr. Olga Erbenová	9
Přístup k obéznímu pacientovi v primární péči MUDr. Rudolf Červený	13
Muskuloskeletální nemoci z povolání v České republice Výzkumný ústav bezpečnosti práce	15
Zácpa As. MUDr. Jana Vojtišková	19
Kazuistika z praxe – zácpa As. MUDr. Jana Vojtišková	22
Zácpa - mýty a pověry doc. MUDr. Pavel Kohout Ph.D.	23
Ruský medvěd potřebuje vystřízlivět prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc., PhDr. Ladislav Csémy	24
...ordinace nejen na kraji města Na návštěvě v ordinaci v budově bývalé největší pražské polikliniky	26
...počítač a doktor Periferie	28
...prevence v primární péči Lifestyle medicine	29
...lékař a etiketa Etiketa, slušné chování či protokol	32
...paliativní péče v ambulantní praxi 2. díl: „Desatero praktického lékaře při péči o terminálně nemocné“	34
...POEM: Patient oriented evidence that matters	36
...dotazy a odpovědi	38
...sestra v ordinaci praktického lékaře Zásady správného odběru krve, díl 2.	39
...znalostní test	42

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
7/2007, ročník 6

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 064

fax: 267 184 041

e-mail: practicus.svl@cls.cz

www.practicus.eu

Redakce:

MUDr. Jaroslava Laňková
šéfredaktorka, lankova@svl.cz

MUDr. Jozef Čupka
odborný redaktor

MUDr. Cyril Mucha
odborný redaktor

MUDr. Jana Vojtišková
odborný redaktor

Poradci redakce: MUDr. Jiří Appelt, MUDr. Marcela Bradáčová, MUDr. Pavel Brejtník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, MUDr. Eva Grzegorová, MUDr. Jana Hajnová, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Ambrož Homola Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Karel Janík, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek CSc., MUDr. Marie Manoušková, MUDr. Zuzana Miškovská, MUDr. Anna Nejedlá, MUDr. Miloš Ponížil, MUDr. Bohumil Seifert Ph.D., MUDr. Bohumil Skála Ph.D., MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Helena Štěpánková, MUDr. Milada Vinická.

Manažerka časopisu: Hana Čížková.

Náklad 6000 ks. ••• Vychází 10x ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610,- Kč.** ••• Příhlašky přijímá redakce. ••• Toto číslo dáno do tisku **6.9. 2007.** MK ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. ••• Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory odborných článků. ••• Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. ••• © **SVL ČLS JEP, 2007**



*Cyril Mucha,
odborný redaktor*

O jednom protestu

Tak jsme opět my lékaři stávkovali – pardon protestovali. Jsme totiž většinou soukromí, podnikatelé a museli bychom tedy stávkovat sami proti sobě. A proč jsme tedy protestovali? Jsme podfinancovaní – přestože se v ordinacích praktiků odehraje přes 70 % všech klinických kontaktů v ČR, dostáváme relativně stále méně a méně veřejných prostředků (z cca 6% 2001 na cca 4,5 % 2007). Navíc jako druh vymíráme a pokud se nezvýší atraktivita oboru, vymřeme po meči i přeslici nejdéle do 20 let a naši potomci se budou chodit dívat na praktiky pouze jako na vyčpané exempláře do muzea (srov. dnes např. medvědi).

Jako vždy, když se lékaři ozvou, strhla se v médiích doslova mela. Objevilo se pár souhlasných argumentů a ticha (od mlčící většiny), mnoho neutrálních a velmi mnoho negativních (od nemlčící menšiny). Od klasických „nic nedělají – pracují jen 4 hodiny a maj za to 100 000“ (nehynoucí to památka Dr. Ratha), přes „studovali za naše peníze“ až po „když se jim to nelíbí, ať jdou jinak“. Jako vůbec nejpikantnější argument proti protestům jsem vyhodnotil: „Ať si to dohodnou s pojišťovnou a nás (myšleno pacienty) do toho netahají“. Napadá mne průměr zákazníka v supermarketu, který s plným košíkem u pokladny je pohoršen tím, že by měl mluvit o penězích a radí pokladní: sice vůbec nevím kolik to stojí, ani kolik na účtu mám, ale do toho mne netahejte – domluvte si to placení s bankou.

Těsně před a těsně po protestu všichni (myšleno ministerstvo, VZP a další pojišťovny) uznávali, že platby v posledních letech stagnovaly, ale bohužel nemohou platby tak navýšit („nebylo by na léčení těch nejtěžších chorob“ – to přece my s Hippokratovou přísahou musíme pochopit, že těch cca 0,5% by tyto nebožáky připravilo o život!). Takže se mluví o stropech - myšleno VZP, a podlahách - myšleno praktiky, kam až je možné jít s navýšením, krásně se kolem něho tančí a obávám se, že se toho pro nás mnoho nakonec nezmění. Opět půjdeme do ordinací, budeme léčit ať nám to zaplatí nebo ne, a moudří pánové, kteří zaparkují svůj Mercedes raději kus od ordinace, nám budou otcovsky kázat, že je to naše poslání. Jen se těším, jak po cestě do ordinace poradím pekaři, který chce zdrazovat z důvodu zdražení mouky, ať mne do toho netahá a prodá mi rohlík za 1 Kč a až přijde o 15% vyšší účet od ČEZu, napíši mu, že je to přece poslání pohánět ventilátor na JIPu, popř. roztápět sterilizátor v mé ordinaci a tím ničit zákeřné bakterie.

Přeji krásné babí léto.

MUDr. Cyril Mucha
praktický lékař

Důležité upozornění:

Vážení kolegové, vzhledem k tomu, že jsme začali využívat novou databázi adres, může se stát, že některý z kolegů náš časopis neobdrží. Pokud se dozvíte o někom takto postiženém, poraďte mu, aby se laskavě obrátil na e-mail: practicus.svl@cls.cz nebo na tel. č.: 267 184 064.

Děkujeme.

Evropský kardiologický kongres ve Vídni přinesl mj. i výzvu pro užší spolupráci s primární péčí

Klíčovým tématem setkání evropských kardiologů na kongresu ESC (European Society of Cardiology) ve Vídni ve dnech 1.-5.9.2007 bylo chronické srdeční selhání (SS) jako onemocnění číslo jedna v klinické kardiologii. V současné Evropě podle odhadů trpí srdečním selháním nejméně 14 miliónů lidí. Diskutovány byly nové diagnostické a léčebné možnosti. Např. byl diskutován význam BNP (brain natriuretic peptide) jako nového klíčového markeru srdečního selhání, dále byl např. prezentován význam podávání přímých reninových inhibitorů (studie ALOFT) jako základního terapeutického přístupu k chronickému srdečnímu selhání.

Průlomovou událostí bylo, že svůj vlastní blok na tomto kongresu měla i primární péče. Evropská kardiologická společnost primární péče (EPCCS) pod vedením profesora primární péče Richarda Hobbsa projednávala aktuální témata týkající se role lékařů primární péče v ošetřování pacientů se srdečním selháním. Praktickými lékaři z Velké Británie, Norska a Holandska byly prezentovány proa protidůkazy dvou tvrzení:

- 1) Všichni pacienti se suspektní diagnózou srdečního selhání by měli být vyšetřeni kardiologem
 - 2) Lékaře primární péče je třeba více zapojit do léčby a sledování pacientů se srdečním selháním.
- Překvapením byl zájem kardiologů o toto debatní

symposium (paralelně probíhalo další jednání ve 23 sálech) - při vzájemném představování vyšlo najevo, že praktických lékařů byla sotva dvacetina z asi dvou stovek přítomných lékařů. Závěry z diskuse pak spíše odpovídaly názorům kardiologů, tedy že praktický lékař by spíše neměl přebírat pacienty se srdečním selháním do péče a pokud, pak ve spolupráci s kardiologem. Jako výrazný limitující faktor kromě času a jiné náplně práce praktického lékaře (péče o celé rodiny) bylo označeno chybění přístrojového vybavení u praktických lékařů - ECHO, kvalitní EKG přístroj a další včetně nutného kontinuálního proškolení, aby tato péče vyhovovala doporučeným standardům. Nicméně diskuse byla velmi zajímavá a podnětná.

V rámci kongresu byly představeny jak nové doporučené postupy, tak některé aktualizace stávajících, a to z oblastí prevence kardiovaskulárních onemocnění, akutních koronárních syndromů bez elevace ST, hypertenze, chlopenních vad a kardiostimulace. Těšíme se, že prezentované nové doporučené postupy naše Česká kardiologická společnost brzy zpracuje a my je pak budeme moci zpracovat i do aktualizací našich doporučených postupů pro praktické lékaře.

MUDr. Rudolf Červený
člen výboru SVL ČLS JEP
odborný asistent LF UK Plzeň

**BNP-brain
natriuretic peptide
je novým klíčovým
markerem
srdečního selhání**

**přímé reninové
inhibitory
= základní
terapeutický
přístup
u chronického
srdečního selhání**

Evropská kardiologická společnost primární péče se otevírá všem praktickým lékařům v Evropě

Evropská kardiologická společnost primární péče (European Primary Care Cardiovascular Society - dále jen EPCCS) byla založena panevropskou pracovní skupinou pro kardiologii v primární péči na letošním kardiologickém kongresu ve Vídni a stala se tak první evropskou organizací primární péče specificky zaměřenou na kardiovaskulární nemoci. EPCCS je přidružena k evropské větvi světové organizace praktických a rodinných lékařů - WONCA Europe. Členy se mohou stát hlavně lékaři primární péče, jejich sestry a jiní profesionálové ve zdravotní péči zabývající se problematikou hypertenze, dyslipidémie, srdečního selhání, akutních koronárních syndromů, obezity a jiných příbuzných onemocnění včetně diabetu 2. typu.

Předsedou EPCCS je profesor Richard Hobbs, profesor primární péče na Univerzitě v Birminghamu, Velká Británie.

Členové výboru jsou:

Dr. Francesco Del Zotti, Itálie, Dr. Didier Duhot, Francie, Dr. Rudolf Červený, Česko, Dr. Carlos Brotons, Španělsko, Dr. Bjorn Gjelsvik, Norsko, Professor Arno Hoes, Nizozemí, Dr. Christos Lionis, Řecko, Dr. Denis Pouchain, Francie, Dr. Martin Scherer, Německo, Dr. Edmond P Walma, Nizozemí, Ms Jan Procter-King, Velká Británie.

Každý praktický lékař, který má užší zájem o kardiologickou problematiku, se může v současné době stát její členem - iniciální členství je bezplatné. Registrovaní členové EPCCS mohou pak využít následujících služeb:

- neomezený přístup na on-line časopis této společnosti, který bude vycházet v několika jazycích (pokoušíme se i o jeho českou verzi)
- bezplatné obdržení tištěného časopisu společnosti - the Primary Care Cardiovascular Journal
- významně redukováný registrační poplatek v případě účasti na prvním kongresu EPCCS, který se bude konat 20-21. října 2008 v Amsterdamu.

Nový oficiální časopis EPCCS - Primary Care Cardiovascular Journal - PCCJ bude otevřen i všem našim praktickým lékařům k tomu, aby mohli publikovat výsledky své práce. Během několika měsíců bude EPCCS usilovat, aby tento časopis byl i řádně registrován s možností impaktu. Pokud by měl někdo z našich kolegů zájem se blíže podívat na internetové stránky této EPCCS společnosti, zde je adresa: www.europccs.com, nebo na časopis: www.pccj.eu (spuštění těchto stránek se plánuje od ledna 2008).

MUDr. Červený Rudolf
rudolfcerveny@seznam.cz

**Zájemci o členství
v EPCCS se mohou
registrovat na
www.europccs.com**

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v listopadu 2007

Bolesti pohybového aparátu – ať už kloubů či páteře, akutní nebo chronické – to jsou velmi časté stesky pacientů u praktického lékaře. Doporučený postup, který bude představen v měsíci listopadu, se pokusí postihnout celou šíři problematiky s důrazem na hlavní a nejčastější onemocnění.

V první části to budou onemocnění pohybového aparátu z pohledu ortopeda a to akutní i chronická, hnisavá, degenerativní, nádory atd. Další část se věnuje vertebrogennímu algickému syndromu a v poslední části se budeme zabývat nejčastějšími revmatickými chorobami, dozvíme se, kdy odeslat pacienta k revmatologovi a jaký je možný diagnostický postup pro praktického lékaře. Celý doporučený postup je doplněn praktickými tabulkami a schématy.

Volná témata budou zařazena opět dle potřeb a zájmů jednotlivých regionů.

Chronické onemocnění pohybového ústrojí

1.11.2007	16:00 - 20:00	Liberec, Hotel v Klášterní, Klášterní 131/14
1.11.2007	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Oddělení vzdělávání Masarykovy nemocnice, výuková složka, Sociální péče 12 A/4
1.11.2007	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
5.11.2007	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Bartošova čtvrť
14.11.2007	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127
14.11.2007	17:00 - 21:00	Jihlava, presbitář Hotelu Gustav Mahler, Křížová ulice
15.11.2007	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
17.11.2007	9:00 - 13:00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
17.11.2007	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
17.11.2007	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
20.11.2007	16:00 - 20:00	Ostrava, místo konání bude upřesněno na pozvánkách a stránkách SVL
24.11.2007	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
24.11.2007	9:00 - 13:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
28.11.2007	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
28.11.2007	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK informuje

Repríza úspěšného kurzu pro ambulantní a praktické lékaře – 30.11.2007 od 9 hodin:

Léčba závislosti na tabáku v ambulantní péči

- 1) Důsledky aktivního a pasivního kouření.
- 2) Role praktického lékaře v léčbě závislosti na tabáku – epidemiologie, formy intervence.
- 3) Princip závislosti na tabáku a její mediátory.
- 4) Individuální a skupinová psychoterapie závislosti na tabáku, nácvik terapie.
- 5) Rizika psychiatrické komorbidity kuřáků.
- 6) Farmakoterapeutické a psychobehaviorální intervence v léčbě závislosti na tabáku.
- 7) Lékové interakce kouření.
- 8) Poradna odvykání kouření v ordinaci – know how a management.
- 9) Linka pro odvykání kouření – telefonická poradna a její možnosti, Nekuřácký podnik.

Účastníci kursu obdrží certifikát o absolvování kursu. Kurs je pořádán ve spolupráci s ČLK.

Pro ambulantní lékaře je kurs zdarma.

Přihlášky, místo konání a informace: Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Albertov 7, Praha 2
tel./fax: 224 917 479 - Petra Richtrová, prevence.nemoci@seznam.cz nebo vselek@lf1.cuni.cz.

Upozornění:

Vzhledem k častým dotazům a nejasnostem ohledně akreditací, nabízí SVL kompletní podání žádosti o akreditaci za všechny PL na Výroční konferenci. Stačí, když si s sebou vezmete Lékařský diplom, Atestační diplom, Osvědčení k výkonu praxe - vše stačí v kopii. (Blíže informace viz str. 38: Dotazy a odpovědi)

NEJVĚTŠÍ ODBORNÁ KONFERENCE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V ČESKÉ REPUBLICE

PROGRAM



ZENTIVA



XXVI. VÝROČNÍ KONFERENCE SPOLEČNOSTI VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ ČLS JEP
BRNO, 7.–10. 11. 2007

XXVI. VÝROČNÍ KONFERENCE SPOLEČNOSTI VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ ČLS JEP

7.–10. 11. 2007, HOTEL VORONĚŽ, BRNO

PROGRAM KONFERENCE



Středa 7. 11. 2007

15.00–16.00 Schůze organizačního výboru

16.00–17.00 Škola zad

MUDr. B. Skála, Ph.D.; P. Fila, dipl. fyzioterapeut

17.30–18.30 WONCA

doc. MUDr. S. Býma, CSc.

SVL mezinárodní – MUDr. B. Seifert, Ph.D.

Diskuze

19.00–20.00 Schůze výboru SVL ČLS JEP

20.00–21.00 Schůze krajských konzultantů SVL ČLS JEP

Čtvrtek 8. 11. 2007

8.30–8.45 Slavnostní zahájení

prof. MUDr. J. Blahoš, DrSc.

doc. MUDr. S. Býma, CSc.

MUDr. B. Seifert, Ph.D. – Předání čestného členství SVL ČLS JEP

8.45–10.45 Kardiiovaskulární onemocnění v praxi praktického lékaře

odb. garant SVL: MUDr. O. Herber, MUDr. I. Karen, MUDr. M. Manoušková

Léčebně preventivní péče u nemocných se zvýšeným KV rizikem –
– projekt Atlet. Konečné výsledky sledování. – MUDr. O. Herber

DP: Arteriální hypertenze – MUDr. I. Karen

DP: Dyslipidemie – MUDr. O. Herber

Nejčastější mýty a omyly v přístupu v terapii hypertenze v ordinaci praktického lékaře – MUDr. J. Ceral, Ph.D.

DP: Srdeční selhání – prof. MUDr. J. Hradec, CSc.

Diskuze

10.45–11.00 Kávová přestávka

11.00–12.00 Horní dyspeptický syndrom

odb. garant SVL: MUDr. B. Seifert, Ph.D.; MUDr. J. Vojtíšková

Je důvod k aktualizaci DP v gastroenterologii? – prof. MUDr. P. Dítě, DrSc.

Umíme správně léčit blokátory protonové pumpy? – MUDr. B. Seifert, Ph.D.

Pacient s dyspepsií – MUDr. T. Koudelka

11.50–12.50 Léčba bolesti

odb. garant SVL: MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Petr Herle

DP: Farmakoterapie bolesti - aktualizace – MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Chyby a omyly v léčbě bolesti. Jak může pomoci algosilogické pracoviště?

prim. MUDr. D. Vondráčková

Léčba bolesti zad z pohledu neurologa – směrem k primární péči

MUDr. J. Piskoř

12.50–13.30 Lunch

13.30–14.30 Varia

odb. garant SVL: MUDr. I. Karen, MUDr. M. Ponižil

Spolupráce agentur domácí péče a PL – MUDr. S. Švestková

Moderní léčba CHOPN – MUDr. V. Koblížek, doc. MUDr. F. Salajka, CSc.

14.45–15.45 Otoky dolních končetin

Otoky dolních končetin z pohledu internisty – MUDr. A. Broulíková, CSc.

Otoky dolních končetin z pohledu dermatologa – MUDr. S. Švestková

15.45–16.00 Kávová přestávka

16.00–17.00 Satelitní sympózia

Sál Alfa: Solvay Pharma – Aspekty léčby hypertenze

Sál Delta: Astellas Pharma – Strategie a zásady antiinfekční léčby

20.00 Společenský večer: Obsluhoval jsem anglického krále

(sponzor večera Zentiva a.s.)

Pátek 9. 11. 2007

8.30–10.30 Urologie v ordinaci PL

odb. garant SVL: MUDr. O. Herber, MUDr. Z. Miškovská, MUDr. D. Moravčíková

Onemocnění prostaty v ordinaci praktického lékaře – MUDr. O. Herber, MUDr. Z. Miškovská

Inkontinence – doc. MUDr. J. Marenčák, Ph.D.

10.30–10.45 Kávová přestávka

10.45–11.45 Možnosti ovlivnění cílových orgánů antihypertenziv

Autonomní nervový systém a hypertenze – doc. MUDr. M. Souček, CSc.

Kardiovaskul. systém a hypertenze – prof. MUDr. H. Rosolová, DrSc., FESC.

Metabolismus, ledviny a hypertenze – prof. MUDr. V. Teplan, DrSc.

11.45–12.45 Lunch

12.45–13.45 Laboratorní metody ve všeobecné praxi

odb. garant SVL: MUDr. B. Seifert, Ph.D., MUDr. S. Konšťácký, CSc.

Význam a obecné zásady biochemických vyšetření – MUDr. H. Brodská

Racionální indikace biochemických vyšetření – MUDr. J. Vojtíšková

POCT metody v praxi – MUDr. J. Laňková

13.50–15.20 Varia

odb. garant SVL: MUDr. O. Herber, MUDr. D. Moravčíková

Aktualizace DP: Dyslipidemie – fytoosteroly ve výživě

doc. MUDr. J. Brát, CSc.

DP: Vertigo – MUDr. B. Skála, Ph.D.

DP: Funkční poruchy štítné žlázy – MUDr. J. Laňková

Mamografický screening – MUDr. Z. Miškovská

15.20–15.40 Kávová přestávka

15.40–16.40 Satelitní sympózia

Sál Alfa: Altana Pharma

Sál Delta: Servier – studie Advanced

16.50–17.50 Satelitní sympóziu

Sál Alfa: Hrozí nám syndrom vyhoření (burn-out)? – MUDr. B. Seifert

20.30 Společenský večer: 4TET - Jiří Korn; Besední dům

Sobota 10. 7. 2007

8.30–9.30 Sexuologie

odb. garant SVL: MUDr. R. Červený, MUDr. M. Manoušková

DP: Erektální dysfunkce – MUDr. R. Červený

Sexuologie – MUDr. Z. Pastor

ED jako časný prediktor ICHS – doc. MUDr. V. Chaloupka, CSc.

9.30–11.00 Novinky v léčbě deprese

odb. garant SVL: MUDr. J. Laňková, MUDr. P. Herle

Antidepresiva s duálním působením – jejich indikace a účinky.

prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.

Stačí pro screening deprese skutečně jen dvě otázky? Informace

o studii SCREEDEP. – MUDr. J. Laňková

Kazuistiky z praxe - panické ataky – MUDr. P. Herle

11.00–11.15 Kávová přestávka

11.15–12.30 Intervenní preventivní medicína - IPM

odb. garant SVL: MUDr. R. Červený, MUDr. J. Čupka

Projekt poraden IPM u PL – MUDr. J. Čupka

IPM - obezitologická poradna – MUDr. R. Červený

Preventivní programy – MUDr. J. Rážová, Ph.D.

Alkohol a zdraví – prof. MUDr. V. Monhart, CSc.

12.30–13.00 Zakončení konference, Předání certifikátů

MUDr. Olga Erbenová

Oddělení klinické hematologie, KN Pardubice

Anémie - diferenciální diagnóza na základě laboratorních dat

Souhrn: Problematika anémií je ve svém celku složitá a obvykle méně oblíbená jak u studentů medicíny, tak u lékařů nehematologů. Nicméně vzhledem k častosti anémií (dle odhadů trpí anémií 25% světové populace) je nutné na tyto stavy v každodenní praxi myslet a řešit jejich základní diferenciální diagnostiku již na úrovni primární péče. Díky možnostem moderních hematologických laboratoří je laboratorní diagnostika nejčastějších anémií rutinně dostupná a dostatečně rychlá. Tento článek se snaží napomoci praktickým lékařům v rozhodovacím algoritmu vyšetření u pacienta s podezřením nebo nálezem přítomnosti anémie.

Při podezření na anémii je třeba odpovědět na tři základní otázky:

1. Je pacient skutečně anemický?
2. O jaký typ anémie jde?
3. Jaká je její příčina?

Definice anémie

Anémie je stav, kdy hodnota hemoglobinu popřípadě hematokritu je pod hranicí dolního limitu fyziologických hodnot s ohledem na věk, pohlaví, stav, rasu a nadmořskou výšku, ve které jedinec žije. Hodnoty počtu erytrocytů nejsou pro posouzení anémie směrodatné, mohou být normální event. i zvýšené při snížených hodnotách hemoglobinu, které jsou určující pro transport kyslíku.

Základní vyšetření krevního obrazu

Základním vyšetřením při podezření na anémii je vyšetření krevního obrazu (KO) automatickým analyzátozem. Automatizace hematologických vyšetřovacích metod nastoupila od počátku 80. let minulého století. Softwarové vybavení analyzátoru dovede v krátkém čase vyhodnotit velké množství měřených parametrů a z jejich kombinací při respektování známých morfologických parametrů podat i informace o atypických hodnocených buněčných populacích (anizocytóza, makrocytóza, hypochromie...). Při požadavku na vyšetření KO z analyzátoru získáme sadu následujících základních údajů:

- počet leukocytů (WBC) s diferenciálním rozpočtem leukocytů
- počet erytrocytů (RBC)
- hemoglobin (Hb)
- hematokrit (HT)
- střední objem erytrocytů (MCV)
- střední hmotnost Hb v erytrocytech (MCH)
- střední koncentrace Hb v ery (MCHC)
- distribuční křivku erytrocytů (RDW)

- počet trombocytů (PLT)
 - střední objem trombocytů (MPV)
 - distribuční křivku trombocytů (PDW)
- Dále je možno požadavek rozšířit o:
- absolutní počet retikulocytů (ARC), event. i poměr nezralých retikulocytů (IRF)

Hodnocení morfologie krevních elementů

Pro posouzení morfologie jednotlivých krevních elementů, především erytrocytů, zjištění přítomnosti krevních parazitů a pro stanovení procentuálního zastoupení jednotlivých druhů bílých krvinek zhotovujeme krevní nátěr z kapky krve. Indikací k provedení nátěru je např. i nález tzv. flaggů, kterými analyzátor upozorní na přítomnost blastických buněk, normoblastů, atypických lymfocytů, posun doleva aj. Nátěr provádí zkušený laboratorní pracovník přímo v laboratoři, vzorek se odečítá mikroskopicky.

Vyšetření kostní dřeně

Vzorek k základnímu vyšetření kostní dřeně získáváme ze sternální punkce. Aspirát se vyšetřuje cytomorfologicky, hodnotí se zásoby železa, počet a charakter sideroblastů. Současně je možné jej v případě potřeby také odebrat na vyšetření imunofenotypizační a cytogenetické. K posouzení buněčnosti dřeně, event. stupně její fibrozy či infiltrace maligními buňkami se provádí v případě nutnosti histologické vyšetření vzorku dřeně získané trepanobiopsií.

Základní rozdělení anémií

Podle stupně poklesu hodnot hemoglobinu

- lehké > 100 g/l
- střední 70 - 100 g/l
- těžké < 70 g/l.

Podle velikosti červené krvinky

- mikrocytární MCV < 81 fl



Je pacient skutečně anemický?

O jaký typ anémie jde?

Jaká je její příčina?

Tabulka 1: Fyziologické hodnoty červené krevní složky u dospělé české populace

	Muži	Ženy	Obě pohlaví
Hb (g/l)	135-175	120-160	
Htc	0,42-0,54	0,36-0,46	
Ery x 10 ¹²	4,2 – 5,8	3,8-5,2	
MCV (fl)			81-98
MCHC (pg)			27-32
RDW (%)			12-14
ARC (‰)			0,005 - 0,015

- normocytární MCV 81 – 98 fl
- makrocytární MCV > 98 fl

Podle počtu retikulocytů, resp. retikulocytového indexu (IRF)

- anémie se sníženou produkcí dřeně (ARC < 0,005‰)
- anémie se zvýšenou produkcí dřeně (ARC > 0,020‰)

Mikrocytární anémie

Vznikají v důsledku poruchy syntézy hemu nebo globulinu např. při vyčerpání zásob železa (anémie sideropenické), při poruchách mobilizace železa ze zásobáren (anémie chronických chorob), při poruše syntézy protoporphyrinu (anémie sideroblastické), při poruše syntézy globulinových řetězců (thalasémie).

Anémie sideropenické z nedostatku železa v organismu tvoří vůbec nejčastější skupinu anémií. Příčinou je nejčastěji dlouhodobá a postupná krevní ztráta. Postihuje především ženy v produktivním věku se silným menstruačním krvácením. Ke snížení železa vedou i krevní ztráty při krvácení z hemeroidů a dalšího onemocnění konečníku a střev, jako jsou polypy, vředy a karcinomy. Příčinou krvácení do GIT jsou také jícnové varixy a organická poškození žaludku. Další možnou příčinou je nedostatek železa v potravě např. u veganů nebo neschopnost železo vstřebávat, jak je tomu při nedostatečné syntéze HCl, u stavů po resekcích žaludku a po rozsáhlých resekcích tenkého střeva.

U sideropenické anémie bývají zvýšeny parametry vyšetření, které se v běžné praxi neprovádí. Je to hodnota volného erytrocytárního protoporphyrinu (Zn PP), solubilního transferinového receptoru (TfR) či podíl TfR/log feritinu a RDW (%).

Anémie chronických onemocnění je považována za součást hematologického–stressového syndromu s aktivací monocytů–makrofágového systému jako odezvy buněk v důsledku infekčního, zánětlivého imunopatologického či neoplastického procesu. Etiologie je zde multifaktoriální. Vzniká většinou po měsíci trvání některého z následujících stavů:

- chronické infekce (plicní infekce, infekční endokarditida, záněty ledvin a močových cest, zánětlivé afekce břišní a malé pánve, systémové mykózy, meningitida)
- chronické neinfekční zánětlivé stavy (nespecifické střevní záněty, tromboflebitidy)
- autoimunitní choroby (revmatická horečka, revmatoidní artritida, systémová onemocnění pojiva – systémový lupus erythematosus, polyarteritis nodosa, polymyalgia rheumatica).
- zhoubná onemocnění (solidní tumory, hemoblastomy a hemoblastózy)
- traumatické a pooperační stavy
- jiné

Normocytární anémie

Z etiologického hlediska jsou velmi širokou skupinou anémií. Kromě hemolytických anémií se sem zařazují i anémie způsobené nedostatečnou produkcí erytrocytů v kostní dřeni – anémie z hypoprodukce (retikulocyty < 0,005 ‰), dále anémie z poruchy maturace krevních elementů (refrakterní anémie), anémie při aplázii či hypoplázii kostní dřeni, některé anémie chronických onemocnění, zejména pak anémie u renálních onemocnění.

Hemolytické anémie (HA) – řadí se do skupiny normocytárních anémií. MCV u těchto anémií je většinou normální, avšak při výrazně zvýšené hodnotě retikulocytů jako následek kompenzačního mechanismu anémie při zvýšené erytropoéze bývá MCV i vyšší. Následkem zkráceného přežívání erytrocytů jsou laboratorně průkazné zvýšené markery rozpadu erytrocytů. Přítomna je vyšší hodnota nekonjugovaného bilirubinu, vyšší hladina LDH a zvýšená hemoglobinémie event. i hemoglobinurie při intravaskulární hemolýze. Snížené až nulové jsou hodnoty haptoglobinu. Průkaz hemolytické složky může být hlavně v případech kompenzované hemolýzy dost obtížný a v tomto případě lze zkrácené přežívání erytrocytů prokázat radionuklidovým vyšetřením s ⁵¹Cr. Základním vyšetřením při podezření na hemolytickou anémii (HA) je přímý a nepřímý antiglobulinový test (Coombsův test), jehož pozitivita odliší v rámci diferenciální diagnózy imunní a neimunní charakter hemolýzy. Pozitivita přímého antiglobulinového testu (PAT) nejčastěji svědčí pro autoimunitní etiologii hemolýzy. Při pozitivitě PAT je třeba provést celkové vyšetření k vyloučení druhotné příčiny autoimunitní hemolýzy, ať již jde o některé infekční stavy (infekci vyvolanou *Mycoplasma pneumoniae*, infekční mononukleózu), systémový proces nebo nádorové onemocnění, zejména lymfoproliferaci.

Při **idiopatické autoimunitní hemolytické anémii (AIHA)** hemolýzu způsobují protilátky, které jsou nejčastěji tepelné povahy (75-80%),

**přímý a nepřímý
antiglobulinový test
(Coombsův test)**

**anémie
sideropenické
z nedostatku železa**

**anémie
chronických
onemocnění**

méně často jde o chladové protilátky. Na přítomnost chladových protilátek může při hodnocení KO upozornit kromě sníženého Hb i abnormálně vysoká hodnota MCV způsobená tím, že za teploty nižší, než je teplota těla, dochází ke shlukování (aglutinaci) erytrocytů a jejich následnému chybnému odečtu analyzátozem.

Mezi **hemolytické anémie nelimunní etiologie (negativní PAT)** se řadí anémie s anomáliemi erytrocytární membrány způsobené i změnami na molekulární úrovni. V našich podmínkách se lze nejčastěji setkat s hereditární sférocytózou, paroxysmální noční hemoglobinurií (PNH), jako jedinou získanou HA. Dále jsou to enzymopie či enzymopatie (defekt 6GPD, defekt pyruvátkinázy a jiných enzymů), hemoglobinopatie s nestabilními hemoglobiny, HA způsobené mechanickými poškozením erytrocytů s jejich fragmentací a nálezem schistocytů. Tato tzv. mikroangiopatická HA se může vyskytnout u nádorových onemocnění, diseminované intravaskulární koagulace, jako komplikace v těho-

tenství, u trombotické trombocytopenické purpury aj. Z fyzikálních a chemických příčin jsou to HA způsobené bodnutím hmyzem, při popáleninách, při otravě olovem, mědí, aj., infekcemi (*Clostridium perfringens*, *Neisseria meningitis*, malárie) ale i jinými příčinami.

Polékové anémie se historicky nejčastěji objevovaly po alfamethyldopě a vysokých dávkách PNC, nyní je jejich incidence nižší, nicméně 2. a 3. generace cefalosporinů mají s HA zvýšenou asociaci. Vzácně může být poléková HA fatální.

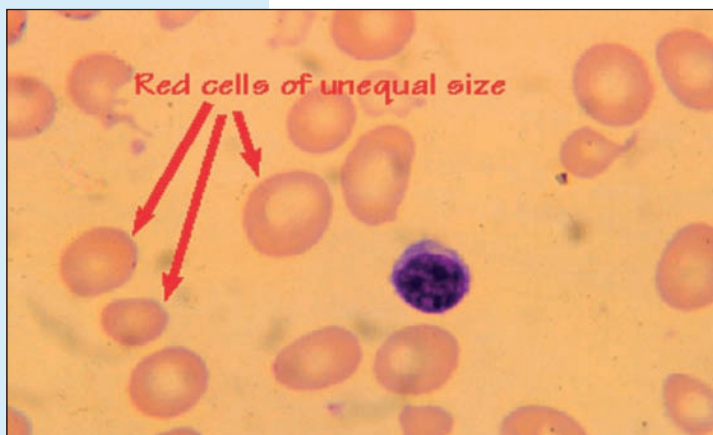
Normocytové anémie se sníženými hodnotami retikulocytů tvoří anémie z nedostatečné produkce kostní dřeně. Do této skupiny anémií se řadí anémie z poruchy utilizace železa, tzv. anémie chronických chorob již uvedené ve skupině mikrocytárních anémií, dále anémie z hypoplazie či aplázie kostní dřeně, kdy je postižena pouze červená řada nebo se porucha týká i granulocytární a megakaryocytární krvinek.

Tabulka 2: Laboratorní charakteristika mikrocytárních anémií

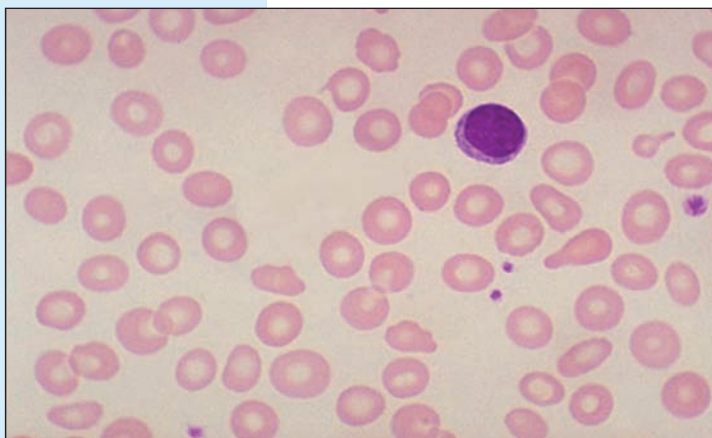
Indikátor	Normální Hodnota	Anémie sideropenická	Anémie chronických onemocnění	Anémie sideroblastická	Talasemie
Dřeň: zásobní železo	N	O	N, ↑	↑↑↑	N
Sideroblasty (%)	40 - 60	≥ 10	≥ 20	věnečkovité	N
Fe v séru (μmol/l)		↓↓	↓	↑	N
- muži	11 - 26				
- ženy	7 - 26				
Transferin (μmol/l)	45 - 75	> 75	N, ↓	N	N
Saturace (%)	20 - 45	< 16	N	↑	N
S-feritin (μg/l)			N, ↑	↑	N
- muži	30 - 400	< 20 - 10			
- ženy	30 - 150	< 20 - 10			

Tabulka 3: Megaloblastické anémie z nedostatku B12

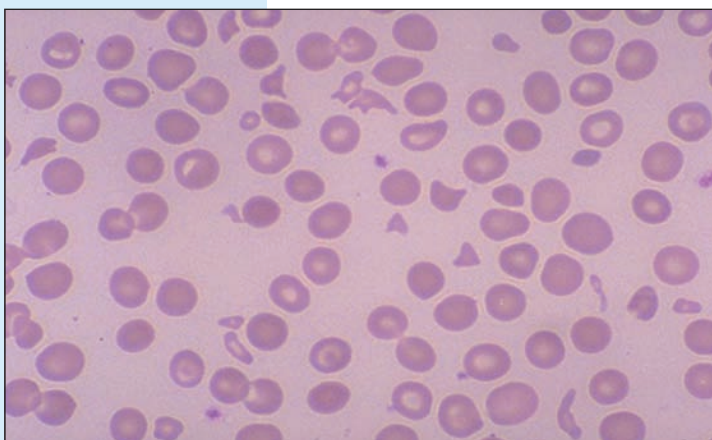
Patofyziologie	Příčiny
Nedostatek kobalaminu (vit. B12) v potravě	anorexie, podvýživa, vegetariáni, vegani
Nedostatek IF	totální gastrektomie, parciální gastrektomie perniciózní anémie (autoimunitní gastritis s pozit. protilátkami proti parietálním buňkám) neo infiltrace žaludku
Dostatek IF	chybějící receptor (sy Imerslundové) diphyllobotrium latum malabsorbce hypochlorhydrie, achlorhydrie konsumpce vit. B12 bakteriemi možný vliv dlouhodobé léčby antacidy a/nebo inhibitory protonové pumpy
Zvýšené nároky	těhotenství
Zvýšený obrat	chronická hemolýza
IF – <i>intrinsic factor</i> , vnitřní faktor	



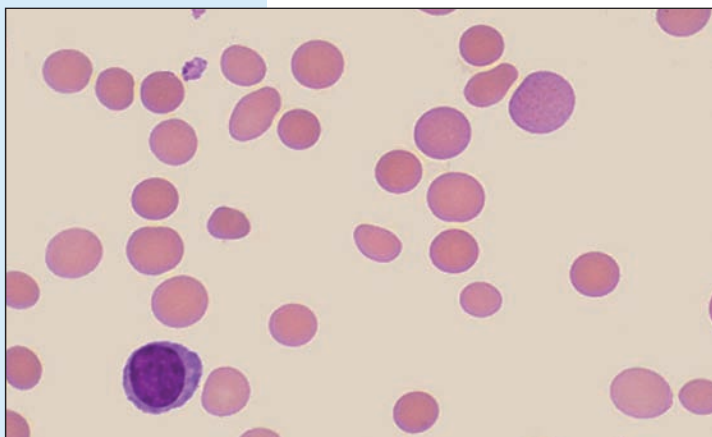
Obr. č. 1: Anizocytosa



Obr. č. 2: Hypochromie



Obr. č. 3: Schistocyty (=úlomky nebo fragmenty erytrocytů)



Obr. č. 4: Sféroocyty

Aplastické anémie mohou vzniknout po expozici radiačního záření, benzenu a jeho derivátů, po cytostaticích, dále mohou být polékové (fenylbutazon, chloramfenikol - incidence 1:20 000, sulfonamidy, soli zlata). Mohou být vyvolány i infekcí hepatotropními viry, HIV, EBV, HHV6. 65% případů je však idiopatických.

Dyserythropoetické (dysplastické) anémie jsou heterogenní skupinou refrakterních anémií v rámci myelodysplastického syndromu. Řadí se sem také vrozené dyserythropoetické anémie I-III. Při nálezů pancytopenie je třeba v rámci diferenciální diagnózy zvažovat řadu příčin, od myelodysplastického syndromu přes hemoblastózy, perniciózní anémii, osteomyelofibrózu po hypersplenismus.

Makrocytární anémie (MA)

MA s normoblastickou erytropoézou se vyskytují u jaterních poruch, především u alkoholiků, pravděpodobně v důsledku přímého toxického účinku etanolu na prekursory červené krevní řady, dále u poruch štítné žlázy (hypotyreóza).

MA s megaloblastickou erytropoézou je typická při nedostatku B12 a folátů. Příčinou anémie je snížená produkce krevních elementů z důvodu poruchy maturace následkem defektní syntézy DNA. Megaloblastová krvetvorba tak postihuje nejen červenou řadu, ale i řadu granulocytární a megakaryocytovou, a má své charakteristické změny jak v kostní dřeni, tak i v periferní krvi. Vyšetření kostní dřene je nutné provést před podáním vitamínu B12 nebo kyseliny listové, neboť megaloblastové změny mohou ustoupit již po 48 hodinách po aplikaci. Vyšetření sérové hladiny vit. B12 a folátů je běžně dostupné a při jejich nedostatku je třeba objasnit příčinu jejich snížené hladiny. V rámci diferenciální diagnózy je třeba provést stanovení sérové protilátky proti parietálním buňkám či proti vnitřnímu faktoru (IF – intrinsic factor). Dále je třeba provést vyšetření gastroscopické s průkazem atrofické gastritidy a odběrem tkáně na vyšetření histologické. V laboratorním obraze mohou být zvýšené hodnoty bilirubinu, LDH a snížená hodnota haptoglobinu, které svědčí pro přítomnost intramedulární hemolýzy v rámci inefektivní erytropoézy.

Závěr

Díky možnostem, kterými dnes hematologická laboratoř disponuje, je možné provádět řadu vyšetření v rámci poruch krvetvorného systému ve smyslu kvantifikace i kvalifikace, což spolu s dalšími doplňujícími testy umožní v rámci diferenciální diagnózy zkrátit čas potřebný ke stanovení příčiny anémie a zahájení její léčby.

Literatura u autorů

MUDr. Olga Erbenová promovala v roce 1984 na LF UK v Hradci Králové, poté nastoupila na Transfúzní oddělení OÚNZ Pardubice. Od r. 2001 je primářkou Oddělení klinické hematologie Krajské nemocnice Pardubice, je také ordinářem pro hematologii. Od r. 2004 je členkou výboru laboratorní sekce České hematologické společnosti, dále členkou výboru České skupiny pro chronickou lymfocytární leukémii od jejího založení v r. 2005.

MUDr. Rudolf Červený

Praktický lékař, člen výboru SVL ČLS JEP

Přístup k obéznímu pacientovi v primární péči

Souhrn: Statistické výsledky studie sledování změn výskytu obezity v populaci České republiky mezi roky 1985 až 2000 byly publikované Společností všeobecného lékařství ČLS JEP ve vydaném doporučeném diagnostickém a léčebném postupu pro všeobecné praktické lékaře (Obezita, vydáno v r. 2006). Kolektiv renomovaných autorů v tomto doporučeném postupu uvádí charakteristiku onemocnění, epidemiologická data a etiologii této nemoci dle nejnovějších dostupných poznatků soudobé vědy. V další části komplexně doporučuje terapeutické postupy v ambulantní praxi. Komplexnost léčby obezity má tři hlavní pilíře, a to oblast dietních opatření, změnu pohybové aktivity při využití kognitivně behaviorálních technik a použití cílené farmakoterapie. Závěrem je uveden přehledný doporučený algoritmus pro diagnostiku a léčbu obezity u praktických lékařů.

V roce 2000 byly publikovány výsledky sledování změn výskytu obezity v populaci České republiky mezi roky 1985 až 2000. V uvedené studii byla prokázána nadváha u 45,9 % sledovaných mužů a u 32,4 % sledovaných žen. Obezita byla zjištěna u 29,5 % vyšetřovaných mužů a u 28,1% žen. To znamená, že v ordinaci praktického lékaře, dle statistik, bychom se mohli setkat s pacientem trpícím nadváhou v jedné třetině až polovině případů, a s obezitou v jedné třetině vyšetřených pacientů. To je úctyhodné množství, které musíme v dnešní době komplexně řešit v rámci svých preventivních programů i každodenní lékařské praxi. Uvedené statistiky byly publikované Společností všeobecného lékařství ČLS JEP ve vydaném doporučeném diagnostickém a léčebném postupu pro všeobecné praktické lékaře – Obezita.

Co tedy může praktický lékař pro své obézní pacienty ve své ordinaci udělat? Pokud pomineme možnost věnovat se této problematice navíc ke své praxi mimo zdravotní pojištění v rámci své obezitologické poradny praktického lékaře, kdy na tuto činnost v tomto režimu má málokdo ve své přeplněné ordinaci čas, tak nejspíše se tato péče o obézní pacienty bude týkat pouze vlastních registrovaných pacientů. Své pacienty můžeme nejlépe obezitologicky vyšetřit hlavně v rámci preventivních prohlídek, které provádíme u registrovaného pacienta jednou za dva roky. Tak bychom mohli tento problém nejlépe vyřešit. Pak už je jen na nás, jestli v rámci následné dispenzarizace, ať už jen kvůli obezitě, nebo pro další komorbidní diagnózy (nejspíše v rámci metabolického syndromu), se budeme o svého pacienta starat nadále nebo přizveme ke spolupráci dalšího kolegu (diabetologa, kardiologa, obezitologa, chirurga).

Obezitu je nutno chápat jako nemoc a současně důležitý rizikový faktor podílející se na vzniku řady dalších onemocnění, jako jsou inzulinorezistence, diabetes mellitus 2. typu, ischemická choroba srdeční, iktus, dna, dyslipidémie, hyperurikémie, poruchy

hemokoagulace a další. K dalším komorbiditám, na jejichž vzniku se nadměrná tělesná hmotnost podílí, lze zařadit: poruchy pohybového aparátu, zvýšené riziko vzniku některých nádorů, cholelitiázu, gynekologické obtíže u žen a další. K tomu, abychom mohli zhodnotit, zda-li se už jedná o metabolický syndrom nebo ne, měl by pacient splňovat přítomnost 3 a více kritérií: abdominální obezita, obvod pasu u muže nad 102, u ženy nad 88 cm, hypertriglyceridémie nad 1,69 mmol/l, nízký HDL - muži pod 1,03 a ženy pod 1,29 mmol/l, arteriální hypertenze - nad 130 STK a/nebo nad 85 DTK, hyperglykémie nalačno nad 6,1 mmol/l.

Anamnéza obézního pacienta je postavena trochu jinak, než anamnéza při běžné prevenci. Při prvním vyšetření doporučuji se ptát na následující informace:

- Jak dlouho trvala obezita a vývoj obezity?
- Jaká byla možná příčina nárůstu hmotnosti? (nemocnění žláz s vnitřní sekrecí - hypothyreóza, hyperkortizolismus s Cushingoidními rysy, účinek léků, dědičné onemocnění - výskyt obezity, cukrovky, vysokého krevního tlaku v RA)
- Přetrvávají vyvolávající faktory do současnosti?
- Jaké subjektivní obtíže s obezitou souvisí?
- Je pacient motivován k hubnutí? (zdravotní a jiné důvody)
- Jaká byla maximální životní hmotnost (mimo těhotenství)?
- Byly v minulosti nějaké poklesy hmotnosti? (způsob dosažení a jak dlouho udrženy)
- Jaké má pacient stravovací návyky (typický den, typický víkend, práce ve směnném provozu aj.)

V **objektivním vyšetření** je třeba klást s důrazem na přítomnost strumy, nález strií, kýly a dehiscence přímých břišních svalů. Dále by mělo následovat pečlivé změření výšky, váhy, výpočtu BMI, tlaku, objemu pasu, změření množství tukové tkáně v % a kilogramech, provedení odběru krve na biochemické vyšet-



kritéria MS:

- abdominální obezita
- obvod pasu
- hypertriglyceridémie
- nízký HDL
- arteriální hypertenze
- hyperglykémie

anamnéza obézního pacienta je postavena jinak, než anamnéza při běžné prevenci

edukační pohovor

ření tak, jak je to podrobně popsáno v doporučeném postupu a k jeho zhodnocení.

V další části naší intervence k obéznímu pacientovi provedeme edukační pohovor o komplexnosti léčby, zejména s důrazem na doporučení: redukce energetické bilance příjmu jídla první měsíc alespoň o 500 až 1000 KJ, další o 1500 až 2000 KJ, poučení o vhodném výběru potravin a pokrmů, omezení množství stravy a o jejich energetické hodnotě, o nutnosti požívat více malých dávek jídel za den, nevynechávat ranní jídlo, nepřesouvat večerní porce do odpoledních hodin, najít si čas na jídlo. S pacientem promluvíme o příčinách a závažnosti obezity, o potřebě chůze - v rychlejším tempu, se psem, práci na zahradě nebo jízdy na kole, plavání, cvičení šetrící nosní klouby. Pacient by si měl najít svou vhodnou pohybovou aktivitu. Nutno však probrat realistické cíle očekávané míru poklesu hmotnosti. Pacienta je třeba pravidelně kontrolovat a měřit (váha, pas).

Orlistat inhibuje střevní lipázy

Pokud se vejde do kritérií indikace nasazení farmakoterapie, budeme zvažovat, který druh léku pacientovi nasadíme - zda -li Sibutramin, Orlistat nebo Phentermin. V první řadě musíme zvážit zdravotní rizika, která by mohla tyto léky provázet. Je třeba ověřit kontraindikace a lékové interakce těchto léků dle informací příbalových letáků jednotlivých léků, které schválil SÚKL.

Phentermin je anorektikum se psychostimulačním účinkem

Sibutramin vzhledem k centrálnímu mechanismu účinku inhibuje zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu na synaptických šterbinách a tím fyziologicky prodlužuje dobu jejich působení a snižuje příjem energie zvyšováním pocitu sytosti a zvyšuje výdej energie stimulací termogeneze. Pozor musíme však dát při nasazení Sibutraminu, aby pacient neužíval jiné preparáty podobně působící (IMAO, SSRI - jak je popsáno v kontraindikacích), protože by mohlo dojít k vyvolání serotoninového syndromu. Serotoninový syndrom se klinicky projevuje gastrointestinálními příznaky (nauzea, vomitus, průjem, abdominální křeče), neurologickými symptomy (třes, myoklonus, hyperreflexie, zvýšený svalový tonus), kardiovaskulárními účinky (tachykardie, hypertenze, kolaps), pocením, mydriázou, hyperpyrexii, agitovaností a manickým syndromem. Sibutramin nedáváme u dekompenzované a nedostatečně kontrolované hypertenze, avšak u léčené a pravidelně kontrolované a kompenzované hypertenze není problém s nasazením. Léčbu Sibutraminem zahajujeme počáteční dávkou 10 mg jednou denně, ráno, není rozdíl, zdali s jídlem nebo nalačno. U pacientů, jejichž odpověď na terapii není dostatečná (úbytek hmotnosti menší než 2 kg za 4 týdny), může být dávka zvýšena na 15 mg jednou denně, pokud byla dávka 10 mg dobře tolerována. Terapie se ukončí po 3 měsících u pacientů, jejichž úbytek hmotnosti byl nižší než 5% jejich původní hmotnosti. Dále terapii ukončujeme, pokud pacient neodpovídá přiměřeně na 15 mg dávku - úbytek hmotnosti je menší než 2 kg za 4 týdny. V léčbě se také nemá pokračovat u pacientů, jejichž hmotnost se zvýšila o 3 nebo

více kg, i když předtím dosáhli snížení hmotnosti. Pokud se však prokáže klinický přínos léčby a např. dojde ke zlepšení lipidového profilu, snížení hyperglykémie u DM II. typu, je vhodné v léčbě pokračovat i při nedostatečném účinku na samotnou hmotnost. Je také dobré vědět, že Sibutramin nezpůsobuje chlopenní vady ani plicní hypertenzi, není neurotoxický, není návykový, jeho nežádoucí účinky zpravidla nejsou vážné, nevedou k přerušení léčby a jsou reverzibilní. V průběhu léčby může docházet k mírnému zvýšení krevního tlaku (2-3 mmHg) a srdeční frekvence (3-7 tepů/min.) Proto je doporučeno sledování TK při zahájení léčby i průběžně.

Orlistat inhibuje střevní lipázy, čímž dochází k omezení vstřebávání tuků přijatých ve stravě přibližně o 30%. Omezování resorpce mastných kyselin vede ke vzniku negativní energetické bilance, která je předpokladem poklesu tělesné hmotnosti. Podává se v dávce 3 x 1 tbl denně v průběhu jídla. K nežádoucím účinkům u pacientů konzumujících nadměrné množství tuků patří především steatorrhea doprovázená průjemem. Při dlouhodobém podávání se výskyt nežádoucího účinku snižuje. Kontraindikací nasazení Orlistatu je chronický malabsorpční syndrom, cholestáza, přecitlivělost na složky přípravku, těhotenství, kojení. Tento přípravek není určen pro děti.

Phentermin je anorektikum se psychostimulačním účinkem a používal se jako adjuvans u redukční diety. Je určen jen ke krátkodobému podávání na 4-8 týdnů. Nicméně v současnosti vzhledem k riziku nežádoucích účinků (ojedinělé případy nevratné plicní hypertenze a vzniku chlopenních vad) a hlavně riziku vzniku závislosti není v našem doporučeném postupu v konsenzu všech odborníků vůbec rozebírán.

Sibutramin a Orlistat v současné době není hrazen ze zdravotního pojištění, jeho podávání tedy nezatěžuje ani zdravotní systém a ani náklady ambulance. Cena těchto léků v poslední době výrazně poklesla, čímž se otevřela šance i pro mnohé další obézní pacienty, pro které byla dřívější cena nedostupná.

Literatura:

- 1) Kunešová M., Hlubík P., Hainer V., Byma S., Svacina S., Skrha J., Marek J., Horký K., Cerveny R., Mullerova D., Sucharda P.: *Obezita, doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, SVL ČLS JEP, Praha, 2005, 1-5.*
- 2) Hainer V a kol., *Základy klinické obesitologie, Grada, Praha, 2004, 30-32.*
- 3) Svacina S. a kol.: *Metabolický syndrom, TRITON, Praha, 2006, 103-25.*

MUDr. Rudolf Červený, praktický lékař, člen výboru SVL ČLS JEP, externí asistent katedry sociálního lékařství LF UK v Plzni, člen Evropské kardiologické společnosti primární péče při WONCA Europe

Sibutramin inhibuje zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu

Muskuloskeletální nemoci z povolání v České republice

Souhrn: tento článek je součástí kampaně „Posviťme si na břemena“, kterou pořádá Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci, a zahrnuje zaměstnavatele, zaměstnance, zástupce zaměstnanců pro BOZP (Bezpečnost a ochrana zdraví při práci), lékaře, organizace poskytující preventivní péči, politické činitele a další subjekty zainteresované na zlepšování prevence muskuloskeletálních poruch (MSD) na úrovni pracovišť. Cílem evropské kampaně je podpora přístupu integrovaného řízení k řešení muskuloskeletálních poruch (MSD), do něž patří prevence MSD a udržení a rehabilitace pracovníků, kteří již MSD trpí, a jejich opětovné zapojení do pracovního procesu. Vrcholem kampaně, která nabízí příležitost vytvořit v Evropě bezpečnější a zdravější pracoviště, je Evropský týden pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci, který proběhne od 22. do 26. října 2007.

1. Úvod

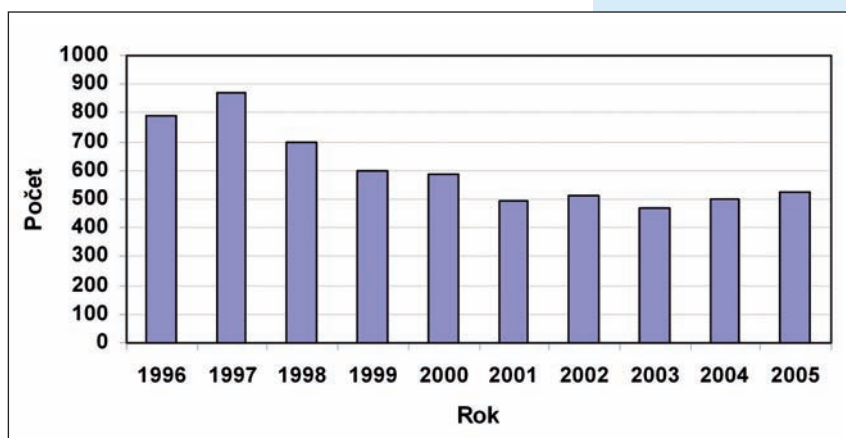
Sledování výskytu nemocí z povolání a ohrožení nemocí z povolání je významným ukazatelem zdravotního stavu obyvatelstva se závažnými ekonomickými a sociálními dopady. Na území České republiky se proto sledují všechna nově vzniklá profesionální onemocnění. Nemoci z povolání, podle nařízení vlády č. 290/1995 Sb., § 1 odst. (1), jsou nemoci vznikající nepříznivým působením chemických, fyzikálních, biologických nebo jiných škodlivých vlivů, pokud vznikly za podmínek uvedených v Seznamu nemocí z povolání. Nemoci z povolání jsou uvedeny v Seznamu nemocí z povolání, který tvoří přílohu tohoto nařízení, § 1 odst. (2).

Od 1.1.1998 vstoupila v platnost vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 342/1997 Sb., kterou se stanoví postup při uznávání nemocí z povolání (NzP). Podle této vyhlášky mohou v České republice uznávat nemoci z povolání pouze střediska nemocí z povolání, která jsou uvedena v příloze vyhlášky.

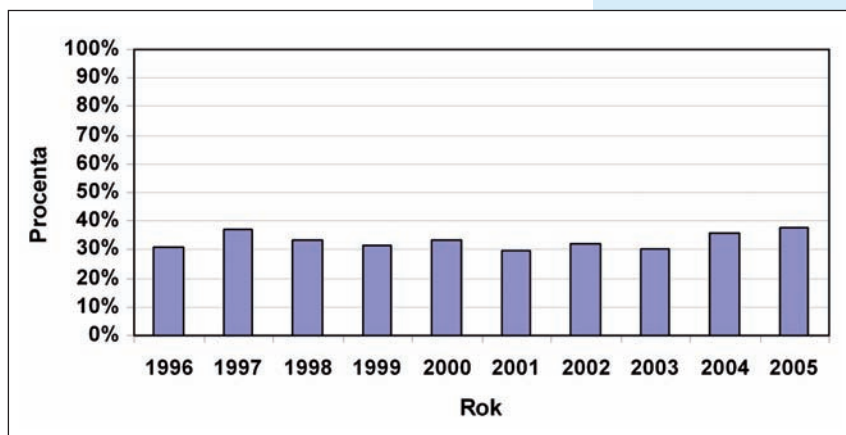
Správcem Národního registru nemocí z povolání je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR, www.uzis.cz). Sběr a zpracování dat provádí Centrum pracovního lékařství Státního zdravotního ústavu v Praze (SZÚ, www.szu.cz), které vede Národní registr nemocí z povolání.

2. Vývoj muskuloskeletálních nemocí z povolání v ČR v letech 1996 – 2005

V České republice bylo v letech 1996 – 2005 hlášeno 6 047 případů muskuloskeletálních nemocí z povolání, tj. onemocnění pohybového aparátu. Toto číslo reprezentuje cca 33 % všech hlášených případů nemocí z povolání. Celkový počet hlášených nemocí z povolání klesal v období let 1996 – 2005 o 45 %, zatímco podíl onemocnění pohybového ústrojí zůstával relativně stejný – okolo 30 až 35 %. Nejvíce

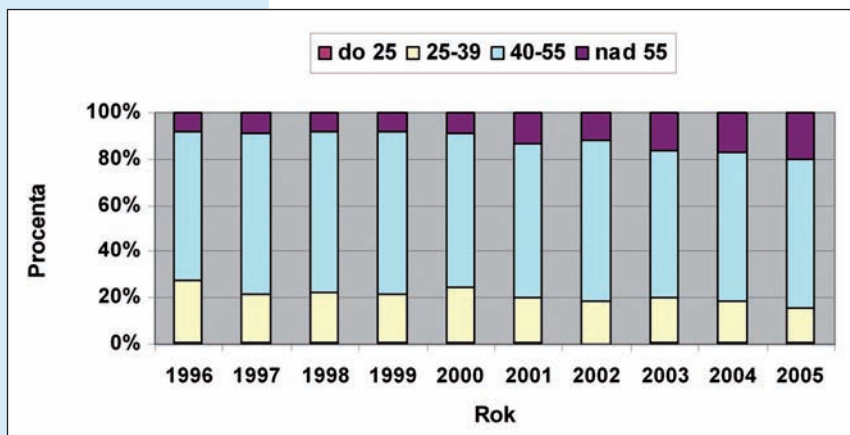


graf 1: Nemoci z povolání pohybového aparátu v České republice v letech 1996-2005

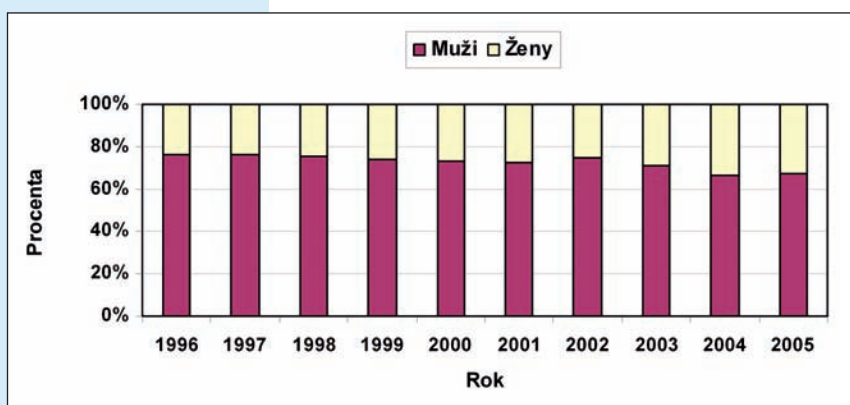


graf 2: Podíl nemocí z povolání pohybového aparátu z celkového počtu nemocí z povolání v České republice v letech 1996-2005

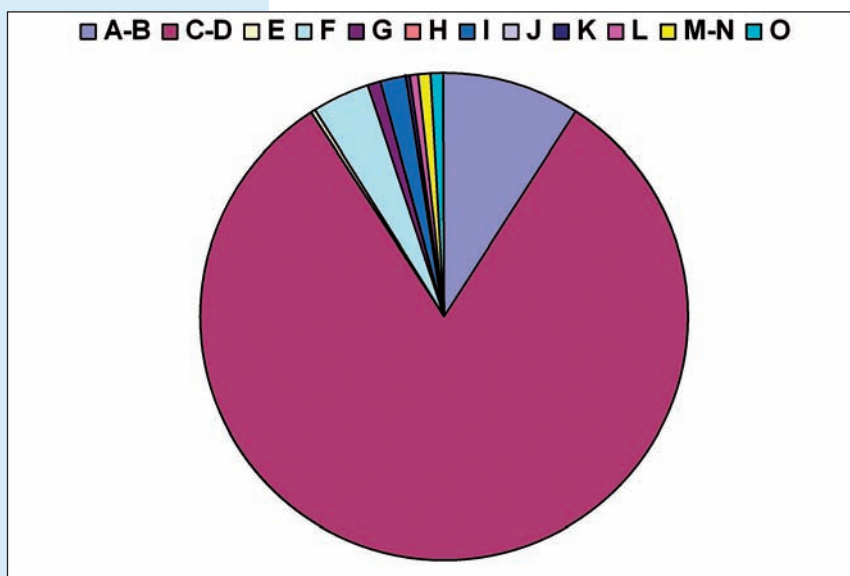
těchto onemocnění je hlášeno ve věkové kategorii 40 – 55 let. Podíl této věkové kategorie ve zmiňovaném časovém intervalu mírně klesl, naopak podíl věkové kategorie nad 55 let vzrostl. Během celého časového období muži převažovali nad ženami. Nicméně podíl žen mírně vzrostl z 24 % v roce 1996 na 33 % v roce 2005. Zdaleka nejvíce případů se vyskytuje v odvětví těžba nerostných surovin a zpraco-



graf 3: Podíl věkových skupin na celkovém počtu nemocí z povolání pohybového aparátu v České republice v letech 1996-2005

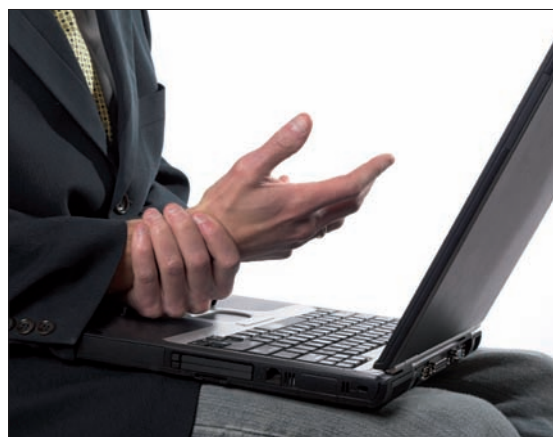


graf 4: Podíl nemocí z povolání pohybového aparátu podle pohlaví v České republice v letech 1996 - 2005



graf 5: Nemoci z povolání pohybového aparátu v České republice v letech 1996 - 2005 podle odvětví ekonomické aktivity (počty celkem v OKEČ za období)

A - Zemědělství, myslivost a lesnictví; B - Rybolov, chov ryb; C - Těžba nerostných surovin; D - Zpracovatelský průmysl; E - Výroba a rozvod elektřiny, plynu a vody; F - Stavebnictví; G - Obchod; opravy motorových vozidel a výrobků pro osobní potřebu a převážně pro domácnost; H - Ubytování a stravování; I - Doprava, skladování a spoje; J - Finanční zprostředkování; K - Činnosti v oblasti nemovitostí a pronájmu; podnikatelské činnosti; L - Veřejná správa, obrana, sociální pojištění; M - Vzdělávání; N - Zdravotnictví a sociální péče; veterinární činnosti; O - Ostatní veřejné, sociální a osobní služby



vatelský průmysl, následuje zemědělství, myslivost a lesnictví a rybolov. Tento fenomén byl patrný v celém časovém období. Nejvíce případů těchto nemocí z povolání se vyskytlo v kategorii řemeslníci a kvalifikovaní pracovníci, dále pak obsluha strojů a zařízení. Sledovaná onemocnění pohybového aparátu pokrývají širokou škálu zdravotních problémů, jimž se obvykle říká „poškození z přetěžování opakovanými pohyby“. Tato onemocnění zahrnují neuropatie (např. syndrom karpálního tunelu v zápěstí, syndrom loketního tunelu a další periferní neuropatie), artrózy, záněty šlach, záněty tíhového vaku a další. Mezi fyzické příčiny patří: zvedání břemen, nevhodná pracovní poloha a vykonávání opakovaných pohybů. Mezi organizační příčiny patří tempo a monotónnost práce. Některé typy poruch jsou spojeny s určitými úkoly nebo povoláními. Poruchy bederní páteře zahrnují potíže s meziobratlovými ploténkami, například jejich vyhręznutí, bolesti svalů a měkkých tkání. Studie ukazují, že špatné pracovní podmínky mohou také přispět ke vzniku potíží s bederní páteří u zdravých zad nebo k jejich zhoršení u zad poškozených. Přibývá rovněž důkazů, že potíže s bederní páteří souvisejí s psychosociálními faktory, např. s nespokojeností s prací, zejména tam, kde se objevují ve stejnou chvíli jako fyzické faktory. Muskuloskeletální onemocnění krční páteře a horních končetin související s prací se obvykle vyvíjejí časem jako následek opakovaných pohybů, například psaní na klávesnici. Mohou postihnout krk, ramena a horní

končetiny. Během let 1996 – 2005 nenastaly žádné změny v kritériích sledování těchto onemocnění. V daném období lze sledovat pozvolný pokles v ročním výskytu monitorovaných případů. Mezinárodní srovnání je obtížné. Při prvním srovnání lze vidět, že v České republice je hlášen méně onemocnění pohybového aparátu než v jiných členských zemích EU. Mezi důvody je fakt, že onemocnění páteře (jako bolest v kříži) nejsou v České republice zařazena v Seznamu nemocí z povolání a tedy nelze je jako nemoc z povolání uznat.

Rok 1996 byl vybrán jako výchozí pro srovnání v určitém časovém období z důvodu současného Seznamu nemocí z povolání zavedeného právě od tohoto roku. Z toho plyne, že srovnání s daty před rokem 1996 by bylo problematické (graf 1 a 2).

3. Věkové kategorie a muskuloskeletální nemoci z povolání v ČR

Nejvíce nemocí z povolání pohybového ústrojí bylo za sledované období hlášeno ve věkové kategorii 40–55 let (v průměru 67%).

Podíl této věkové kategorie v průběhu času mírně klesal, zatímco podíl věkové kategorie nad 55 let vzrostl z 8 % na 20 % (graf 3).

4. Pohlaví a muskuloskeletální nemoci z povolání v ČR

V celém období let 1996 – 2005 je evidentní převaha mužů nad ženami mezi případy onemocnění pohybového aparátu (průměrně 83 %). Lze však sledovat mírný vzrůst podílu žen z 24% v roce 1996 na 33 % v roce 2005 (graf 4).

5. Odvětví ekonomické činnosti a muskuloskeletální nemoci z povolání v ČR

Podle předpokladu a charakteru práce v jednotlivých odvětvích se nejvíce případů nemocí z povolání pohybového aparátu objevuje v odvětví těžba nerostných surovin a zpracovatelský průmysl (průměrně 82 %), následuje



AERIUS = vysoká účinnost po celých 24 hodin

Schválen na všechny typy alergické rýmy (včetně intermitentní a perzistující)



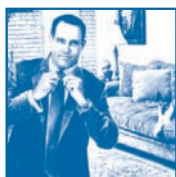
IAR

intermitentní
alergická rýma



SAR

sezonní
alergická rýma



PER

perzistující
alergická rýma



PAR

pereniální (celoroční)
alergická rýma



CIU

chronická idiopatická
urtikárie



AERIUS
desloratadinum

ÚČINNÝ RÁNO, ÚČINNÝ CELÝ DEN

AERIUS 5 mg, potahované tablety

Složení: Léčivá látka: desloratadinum 5 mg v jedné tabletě. Pomocné látky: Jádro tablety: dihydrát hydrogenfosforečnanu vápenatého, mikrokrytalická celulóza, kukuričný škrob, mastek. Potah tablety: filmový potah (obsahuje monohydrát laktosy, hypromelosu, oxid titaničitý, makrogol 400, indigokarmin (E132)), bezbarvý potah (obsahuje hypromelosu a makrogol 400), karnaubský vosk, bílý vosk. **Indikace:** Zmírnění příznaků spojených s alergickou rýmou a chronickou idiopatickou urtikárií. **Dávkování:** Dospělí a dospívající od 12 let výše: jedna tableta jedenkrát denně, užívána s jídlem nebo bez jídla pro úlevu od příznaků souvisejících s alergickou rýmou (včetně intermitentní a perzistující alergické rýmy) a chronické idiopatické urtikárie. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku, kteroukoli pomocnou látku, loratadin. **Upozornění:** Nedoporučuje se užívání v těhotenství a podávání kojícím ženám. **Interakce:** Nejsou známy. Alerius nepotencuje negativní účinky alkoholu na výkonnost. **Nežádoucí účinky:** Incidence srovnatelná s placebem (únava, sucho v ústech, bolest hlavy). **Uchovávání:** Při teplotě do 30°C, v původním obalu. **Balení:** 10, 30 a 50 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** SP Europe, Bruxelles, Belgie. **Registrační čísla:** EU/1/00/160/006, 011, 012. **Datum poslední revize textu:** 1. září 2006. **Způsob výdeje:** Vázán na lékařský předpis. **Způsob úhrady:** Hrazen z prostředků zdravotního pojištění.

Podrobnější informace o léku jsou na vyžádání k dispozici na adrese:
Schering-Plough Central East AG, Na Příkopě 25, 110 00 Praha 1.



Schering-Plough

Tabulka 1: Nemoci z povolání pohybového aparátu v České republice v letech 1996 - 2005 podle zaměstnání

Profese	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Celkem
1 Zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1				1						2
2 Vědečtí a odborní duševní pracovníci	3	1	1	2	1	4	2	1	2	2	19
3 Techničtí, zdravotničtí, pedagogičtí prac. a prac. i v příbuzných oborech	4	10	3	3	7	5	5	6	3	3	49
4 Nižší administrativní pracovníci (úředníci)	4	2	1	1	5	6	7		4	1	31
5 Provozní pracovníci ve službách a obchodě	1	4	7	5	3	1	2	4	1	10	38
6 Kvalifikovaní dělníci v zemědělství, lesnictví a v příbuzných oborech (kromě obsluhy strojů a zařízení)	70	65	46	43	47	32	29	35	42	44	453
7 Řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé, opraváři (kromě obsluhy strojů a zařízení)	612	624	500	446	404	354	384	327	325	336	4312
8 Obsluha strojů a zařízení	90	151	124	90	105	85	73	81	109	120	1028
9 Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	8	16	16	9	12	7	10	15	12	10	115
Celkem	793	873	698	599	585	494	512	469	498	526	6047

zemědělství, myslivost a lesnictví a rybolov (9%) (graf 5).

V návaznosti na ekonomickou činnost lze očekávat i nejrizikovější kategorie profesí, v nichž se objevuje nejvíce případů těchto nemocí z povolání týkajících se pohybového aparátu. V první řadě jde v celém časovém období o řemeslníky a kvalifikované pracovníky (71 %) dále pak obsluha strojů a zařízení (17 %).

7. Jak se chránit

Zaměstnavatelé mají povinnost hodnotit rizika na pracovišti a provádět preventivní opatření, aby je odstranili nebo snížili. Měli by například poskytnout informace a školení o používání zařízení a o správném využívání technologií a nakládání s nimi. (zdroj: Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (<http://osha.europa.eu>))

Zvedání

Při manuální práci poskytují správné techniky manipulace ochranu. Před manipulací s břemenem byste si měli úkol naplánovat a připravit se na něj.

Ujistěte se, že:

- víte, kam jdete,
- v prostoru kolem nejsou žádné překážky,
- dveře jsou otevřené a na zemi se nenachází nic, co by mohlo způsobit úraz,
- břemeno držíte pevně,
- pokud manipulujete s břemenem ještě

s někým dalším, všichni od počátku víte, co budete dělat.

Při manipulaci s břemenem byste měli mít správnou techniku:

- rozkročte se kolem břemene, s tělem nad ním nebo se snažte být tělem co nejblíže k břemeni a co nejvíce před ním,
- při zvedání využijte svaly na nohou,
- narovnejte záda,
- přitáhněte si břemeno co nejblíže k tělu,
- břemeno zvedejte a noste s nataženými pažemi.

Tlačení a tahání

Je důležité:

- abyste při tlačení a tahání využívali váhu vlastního těla – při tlačení byste se měli předklonit, při tahání byste se měli zaklonit,
- abyste stáli pevně na podlaze, abyste se mohli předklonit či zaklonit,
- abyste se vyhnuli otáčení a ohýbání zad,
- aby manipulační zařízení měla madla, abyste mohli vyvinout sílu rukama. Madla by měla být ve výšce mezi rameny a pasem, abyste mohli tlačit či tahat v přirozené poloze,
- aby se manipulační zařízení udržovalo v dobrém stavu, aby se kolečka lehce otáčela,
- aby podlahy byly pevné, rovné a bez odpadků.

Pro Národní informační centrum BOZP (Český Focal Point) zpracoval Výzkumný ústav bezpečnosti práce, v.v.i. © 2007

As. MUDr. Jana Vojtíšková

Katedra všeobecného lékařství 1. LF UK Praha

Zácpa

Souhrn: Zácpa je problém, se kterým se ve všeobecné praxi setkáváme velmi často. Jeho závažnost je různá, od stavů, které vyřeší praktický lékař radou nebo vysvětlením, až po stavy, které vyžadují zapojení specialisty. Chronickou zácpou trpí podle různých kritérií až čtvrtina obyvatel Evropy. Prevalence zácpy roste s věkem: 26% mužů a 34% žen nad 65 let udává chronickou konstipaci. V tomto životním období má vliv častější medikace (viz tabulka 1) a vyšší výskyt metabolických a neurologických chorob (tabulka 2). Praktický lékař nejčastěji řeší problémy se zácpou u pacientů z této věkové skupiny. Přesto většina z osob, postižených zácpou, se lékaři ani nesvěří a svůj problém řeší různými metodami, za pomoci volně prodejných prostředků. Např. ve Spojených státech utratí pacienti ročně 800 milionů dolarů za volně prodaná laxativa.

Zácpa je obtížné a málo časté vyprazdňování tuhé stolice. **Akutní zácpa** je definovaná jako porucha vyprazdňování stolice trvající několik dní poté, co předchozí stolice byly pravidelné. Definice **chronické zácpy** dříve vyžadovala menší počet stolic, než 3 týdně. Tato definice uspokojovala jen menšinu pacientů se zácpou. Dnes hovoříme o chronické zácpě tehdy, když pacient subjektivně udává následující příznaky: nedostatečné množství stolice, tvrdá stolice, vyprazdňování vyžadující mimořádnou námahu nebo pocit nekompletního vyprázdnění.

Klasifikace zácpy je složitá a její vysvětlení je nad rámec tohoto sdělení.

Nejčastější je zácpa jako součást funkční poruchy – dolního dyspeptického syndromu, v zahraniční literatuře zahrnutá pod dráždivý tračník jako IBS-C (Irritable bowel syndrom – constipation). Kritéria pro funkční zácpu udávají Římská kritéria III. (Longstreth et al Functional Bowel disorders. Gastroenterology, 2006; 130: 1480-1491)

A) Zácpa může být příznakem:

- **U zácpy organické** je příčinou strukturální překážka nebo porucha (např. nádor, zánětlivá stenóza)
- **Zácpa druhotná** zahrnuje heterogenní skupinu poruch (metabolické choroby a poruchy, urolitiáza, neurologické afekce, intoxikace a mnoho dalších). Do této skupiny patří i zácpa vyvolaná léky.
- **Zácpa zpsychoenních příčin** obvykle představuje přechodný příznak při změně prostředí (například při cestování).

B) Zácpa jako nemoc

- **Prostá zácpa** (dyschézie) je obtížná defekace tuhé stolice (bez bolesti) v důsledku útlumu defekačního reflexu.
- **Spastická zácpa** se projevuje bolestmi břicha zácpou; chybějí nutkavé defekace, stolice je hrudkovitá, rozkouskovaná spastickou haus-

trací, případně stužkovitá.

- **Hypokinetická zácpa** (Laneův syndrom) je úporná zácpa, s vyhaslým defekačním reflexem a obleněním posunu střevního obsahu.
- **Obstrukční defekační syndrom** se rozvíjí při poruchách mechaniky defekace.

Mezi rizikové faktory zácpy patří:

- Fyzická inaktivita
- Malý kalorický příjem
- Vysoký počet léků
- Nízký (finanční) příjem
- Nízká úroveň vzdělání

Zácpa častěji provází depresi, může být následkem fyzického nebo sexuálního zneužívání. Vyšší věk, ženské pohlaví a medikace přispívají k riziku zácpy.

Přístup k pacientovi se zácpou

Anamnéza

Anamnéza je klíčem k pozadí potíží pacienta, vyhodnocení jejich závažnosti a vlivu na kvalitu života. Detaily z anamnézy mohou ukázat na typ poruchy a její souvislosti. Přítomnost alarmujících známek nutí k vyšetření. Nezbytková strava může být důvodem zácpy. Údaje o užívaných lécích a chronických chorobách jsou důležité. Zácpa od narození svědčí pro vrozenou poruchu (M. Hirschprung). Nutnost silného tlaku na stoličci navzdory urgentní potřebě a vzápětí defekace měkké stolice ukazuje na funkční anorektální obstrukci (rektokéla, vnitřní prolaps, anismus).

Fyzikální vyšetření

Nezbytnou součástí je vyšetření konečníku. Pátáme po afekcích v oblasti konečníku a svěrače, po resistencích, přítomnosti a kvalitě stolice v ampule a hodnotíme tonus svěrače. Je možné zjistit rektokélu nebo prolaps rekta při zatlačení na stoličci, případně chybění relaxace svěrače při zatlačení při M. Hirschprung.

Laboratorní a pomocná vyšetření

Při podezření na:



Římská kritéria III

zácpa může být příznakem

zácpa jako nemoc

Tabulka 1: Léky, které mohou způsobit nebo zhoršit zácpu
Opioidní analgetika
Anticholinergika

- Antispasmodika
- Antidepresiva
- Antipsychotika
- Antiparkinsonika

Neuroaktivní léky

- Opiáty
- Antihypertenziva
- Blokátory ganglií
- Alkaloidy
- Blokátory kalciových kanálů
- 5-HT₃ antagonisté

Volně prodejné léky

- Antacida (zvláště s obsahem vápníku)
- Calcium obsahující přípravky
- Železo doplňující přípravky
- Antidiarrhoika
- Nesteroidní antiflogistika
- Antihistaminika

Tabulka 2: Metabolické a neurologické poruchy s vlivem na zácpu
Metabolická onemocnění a stavy

- Addisonova choroba
- Diabetes mellitus
- Hyperkalcémie
- Hypokalémie
- Hypoparatyreóza
- Hypotyreóza
- Těhotenství
- Feochromocytom

Neurologická onemocnění

- Zranění páteřní míchy
- Parkinsonova choroba
- Mnohočetná skleróza
- Guillain Barre syndrom
- Poškození frontálního laloku mozku
- Diabetická neuropatie

**pacient nad 50 let,
udávající obtíže se
zácpou, kterou nikdy
netrpěl, si zasluhuje
nejvyšší pozornost**

- zánětlivou příčinu (afekci): CRP, krevní obraz
- elektrolytovou dysbalanci: Na, K, Ca
- renální nedostatečnost: kreatinin
- endokrinní porucha: glykémie, TSH (hypotyreóza?)

Další vyšetření, indikovaná PL
nebo specialistou:

- sonografie břicha
- rektoskopie, případně totální kolonoskopie
- colon-transit-time
- anorektální manometrie
- defekografie
- endosonografie

Léčba zácpy

Přístup k pacientům se zácpou je vždy individuální. Často lze ovlivnit jen některé z příznaků (frekvence, tlak, pocit vyprázdnění, nadýmání, atd.). U organicky podmíněné a druhotné zácpy je nezbytné se zaměřit na základní problém, je-li řešitelný. Vždy zvažte možný vliv podávaných léků.

U funkční zácpy je doporučena dieta s dostatečným (individuálně vyzkoušeným) množstvím vlákniny v cereáliích, ovoci a zelenině. Vláknina zvětšuje objem stolice a zrychluje střevní tranzit. Příjem 10-30g žitné vlákniny denně byl prokázán jako efektivní, ale pouze část pacientů u tohoto režimu zůstává, u některých dokonce zhorší příznaky. Je třeba zdůrazňovat dostatečný příjem tekutin a vysvětlit zásady defekačního režimu. Z léků jsou u chronické zácpy vhodnější objemová/osmotická laxativa (Psyllium, Duphalac, Lactulose). Lokálně působící projímadla, stimulační sliznici tlustého střeva s následným zvýšením peristaltiky (Guttalax), jsou vhodná pro případy akutní funkční zácpy nebo k občasnému používání u chronické zácpy. Glycerinové čípky jsou vhodné pro krátkodobé používání nebo jako doplněk k defekačnímu režimu, ale mohou při dlouhodobém používání způsobit iritaci sliznice a způsobit abnormality v elektrolytech. Deflatulencia (simetikon) je možno podávat při aerofagii a pocitech nadmutí, podobný efekt mají i preparáty obsahující mentha piperita. Při plynatosti mohou ulevit deflatulencia (simetikon) a při dysmikrobii probiotika, cloroxin nebo nifuroxazid.

Tipy pro praxi

- Čím kratší a více alarmující je anamnéza zácpy, tím pravděpodobnější je její organická příčina a tím více je urgentní vyšetření.
- Pacient nad 50 let, udávající obtíže se zácpou, kterou nikdy netrpěl, si zasluhuje nejvyšší pozornost.
- U většiny pacientů (cca 90%) není žádná závažná příčina (nádor, deprese, hypotyreóza) v pozadí zácpy zjištěna a problém může být vyřešen dostatečnou hydratací, tělesným pohybem a doporučením vhodné diety s dostatečným obsahem vlákniny.

Literatura u autorky

As. MUDr. Jana Vojtíšková promovala na FVL 1. LF UK v Praze (1977), atestovala z interního lékařství (1984) a z praktického lékařství (1986). Od r. 1993 má privátní praxi na Praze 4 jako praktický lékař pro dospělé. Je školitelkou IPVZ a vysokoškolskou učitelkou v oboru primární péče na 1. a 2. LF UK v Praze. Profesně se blíže zajímá o gastroenterologickou problematiku v primární péči a je spoluautorkou několika doporučených postupů pro PL z oblasti gastroenterologie.

As. MUDr. Jana Vojtíšková

Katedra všeobecného lékařství 1. LF UK Praha

Kazuistika z praxe – zácpa

**mezi nejčastější
poruchy, kterými
obvykle pacienti
s dolním
dyspeptickým
syndromem trpí
patří zácpa**

**IBS-C
(irritable bowel
syndrom
- constipation)**

Pacienti s dolním dyspeptickým syndromem nepatří mezi lehce řešitelné případy v ordinacích praktických lékařů ani specialistů. Terapie u dolního dyspeptického syndromu není jednoduchá. Dolní dyspeptický syndrom je psychosomatické onemocnění s heterogenními projevy. Mezi nejčastější poruchy, kterými obvykle pacienti s dolním dyspeptickým syndromem trpí, je zácpa – jako součást funkční poruchy v zahraniční literatuře zahrnutá pod dráždivý tračník jako IBS-C (irritable bowel syndrom - constipation). Mezi uváděnými příznaky vede pocit nepohody v břiše, poruchy defekace ve smyslu obtížného vyprazdňování, nebo pocit neúplného odchodu stolice, dále jsou to poruchy frekvence a konzistence stolice.

Až 30% populace občas trpí zácpou, takže každý ví, o čem je řeč. Mimochodem je to také oblíbené téma našich pacientů. Pokud nemají denně stolicí, propadají panice a přichází to řešit do ordinace praktického lékaře. Obvykle postačí rozbor životosprávy a vysvětlení. Vhodné je doporučení vlákniny, dostatek tekutin, případně probiotika a stav se většinou upraví a pacient se zklidní. Někdy je třeba doporučit projímadla, ovšem je třeba mít dávku pod kontrolou, nenaduživat.

V praxi se setkáváme jak s případy zdánlivě jednoduchými, tak s těmi komplikovanými, vždy však začínáme takřka detektivním pátráním v anamnéze pacienta.

První návštěva pacientky

Pacientka V. V. narozena 1980, vysokoškolačka, se registrovala v listopadu 2006 v naší ordinaci. Trvale bydlí mimo Prahu s rodiči, zde našla výhodné zaměstnání. Bydlí v podnájmu, což jí moc nevyhovuje „nemám vlastně žádné soukromí“, časem si chce pořídit vlastní bydlení. Zdravotní dokumentace byla vyžádána od OL v místě bydliště, ale bohužel v době vyšetření zatím není k dispozici. Záhy po registraci pacientka navštívila ordinaci a žádala „nějaké vyšetření nebo výplach střev“, pro úpornou zácpu, kterou trpí v poslední době.

Z anamnezy

Při odebírání anamnezy pacientka negovala jakákoliv onemocnění v rodině „všichni jsou zdraví...všichni žijí hrozně zdravě...“. V osobní anamnéze jsem neshledala nic pozoruhodného. Prodělala běžná dětská onemocnění, občasné bolesti břicha, které vždy spontánně odezněly, nikdy však nebyla vyšetřována. Před 4 lety údajně drobný gynekologický zákrok bez následných komplikací, bez dispenzární péče. Na gynekologii chodí pravidelně, antikoncepci nebere, nemá žádný gynekologický problém. Alergii na cokoliv popírá, je nekuřačka, občas pije sklenku vína, žádné léky údajně neužívá. Vystudovala VŠE, ale moc jí to nebavilo, ona měla jiné ambice, kterým rodiče nepřáli. Teď pracuje v administrativě, už si zvykla. Je dosti dobře finančně ohodnocena, takže se snaží žít hodně zdravě „dělám pro to všechno“. Nápadné bylo neustálé zdůrazňování zdravého životního stylu a celkem dramatické popisování zácpy (....nebyla jsem na stolicí týden).

Postup lékaře

Dohodla jsem se s ní na následujícím postupu vyšetření: fyzikálně ji vyšetřím zejména břicho, vzhledem k tomu, že není k dispozici žádná dokumentace, provedeme i základní laboratorní vyšetření, probereme režim pacientky, přestože zdůrazňuje neustále svůj zdravý životní styl.

Objektivní vyšetření

Výška 167 cm, váha 55 kg, TK 105/70, TF 60/min., BMI 19,8

Břicho: poklep bubínkový, měkké, dobře prohmatné, palpačně nebolestivé, bez hmatné resistance, hepar, lien nezv., tapott. neg., vyšetření per rectum pacientka striktně odmítla.

Na pacientce jsem nenašla objektivně nic, co by vysvětlovalo její úpornou zácpu, nepozorovala jsem žádné varovné známky. Nebyla zjevně anemická, na cílený dotaz o váze sděluje, že váha je stále stejná. Nechutenstvím netrpí, ani nezvrací.

Přesto jsem měla pocit, že pacientka potřebuje moji pomoc. Pozvala jsem jí za dva dny na kontrolní vyšetření s tím, že budou známy výsledky základních laboratorních vyšetření.

Cítila jsem, že je nutné věnovat více času podrobnějšímu rozboru její „zdravé životosprávy“. Prozatím jsem jí doporučila velmi důrazně dodržovat pitný režim, dostatek vlákniny a pohybu, případně laxativa až dle stavu při kontrole.

Druhá návštěva

Při další návštěvě jsem pacientce oznámila, že laboratorní výsledky jsou zcela v mezích normy a já vidím možnou chybu v jejím režimu. Byla ochotná ho se mnou ještě jednou velmi podrobně probrat. Po několika cílených otázkách mi bylo jasné, že příjem potravy je chabý (nepřiměřená obava z obezity), vlákniny je nedostatečné množství, pitný režim má své mezery a zjevně velkým problémem je nedostatek pohybu při sedavém zaměstnání. Dalším závažným negativním faktem je i pacientkou uváděný a nepříjemně pociťovaný nedostatek soukromí, a to jak v podnájmu, tak na pracovišti, kde má pocit, že se na ni všichni dívají.

Při této návštěvě pacientka připouští, že měla již víckrát podobné obtíže většinou vždy v souvislosti se stresem. Mne to utvrzuje v mé úvaze o dg. dráždivý tračník – C (forma zácpovitá). V tomto životním období se vše komplikuje ještě dalšími negativními vlivy výše uvedenými.

Terapie

Přístup k pacientům se zácpou je vždy individuální. Je třeba se zaměřit na základní problém.

Pacientce jsem objasnila dietu s dostatečným množstvím vlákniny (cereálie, ovoce, zelenina), poučila jsem jí o dostatečném příjmu tekutin a vysvětlila zásady defekačního režimu. Protože se domnívám, že se jednalo o akutní funkční zácpu, doporučila jsem týdenní používání lokálně působícího projímadla stimulačního sliznici tlustého střeva ke zvýšení peristaltiky (Guttalax) s řádným poučením. Domluvily jsme se na další kontrole a v případě neúspěchu terapie uvažíme další (Kolonoskopické? Jiné?) vyšetření.

Závěr kazuistiky

Další vyšetřování nebylo nutné. Pacientka se dostavila na kontrolu za tři týdny a byla bez obtíží. Na moje doporučení změnila stravovací návyky, zařadila větší množství vlákniny, hlídala pitný režim a hlavně začala jíst daleko pestřejší stravu než v předchozím období. Začala chodit hrát golf, takže tráví dlouhé hodiny v pohybu na hřišti v přírodě, což jí po všech stránkách prospívá. Týden užívala dle mého doporučení Guttalax a stolice se upravila. Pozitivní je, že si zvykla i na pracovišti, cítí se tam již daleko lépe. Několik měsíců jsem ji vůbec neviděla. Do ordinace přišla pro vystavení lékařského nálezu, protože žádá o hypotéku a požíruje vlastní bydlení.

doc. MUDr. Pavel Kohout Ph.D.

Metabolická JIP, II. interní klinika a Centrum výživy, Thomayerova nemocnice, Praha

Zácpa – mýty a pověry

Souhrn: Zácpa je onemocnění, které patří k civilizačním nemocem, ale které není na rozdíl od jiných tak nebezpečné, o to je však nepříjemnější. Z toho důvodu je zácpa opředena mnoha mýty, pravidelné vyprazdňování je u mnohých považováno za tak důležité, že pro jeho uskutečnění jsou ochotni podstoupit různá vyšetření i léčebné zákroky, i když se o zácpu nejedná.

Jak lze tedy zácpu definovat? Nejvíce se mi líbí definice profesora Mařatky, který zácpu definuje jako obtížné vyprazdňování tuhé stolice či dokonce u těžké formy nemoci nemožnost spontánně vyprázdnit stolicí.

Pokud se tedy ztotožníme s touto definicí, musíme od zácpy nejprve oddělit stav, který můžeme podle Mařatky nazvat „domnělá zácpa“. Jedná se o stav, kdy se pacient domnívá, že má stolice méně často, než by bylo správné. Tito pacienti se nedokážou ztotožnit se skutečností, že za normu je považován jak stav, kdy mají lidé stolicí třikrát denně nebo naopak jen jednu stolicí za 3 dny. Záleží na druhu stravy, kterou požívají, na množství tekutin, které vypijí, na tělesné aktivitě, kterou provozují. Pacienti s domnělou zácpou si posléze ordinují sami projímadla, po kterých se vyprázdní. Další oddálení defekace, které je fyziologické po totálním vyprázdnění střev, považují za potvrzení diagnózy zácpy, proto pokračují v další aplikaci projímadel. Jakékoliv přesvědčování těchto pacientů o tom, že kolísání frekvence defekací je normální, stejně jako zpochybňování diagnózy zácpy či odmítání předepsat projímadla, vede většinou k nedůvěře k lékaři, který vysloví tento názor. Bez jeho vědomí užívají běžně množství projímadel, které ve svém důsledku způsobí zácpu spastickou, zácpu, která se projevuje bolestmi břicha, nadýmáním, případně zánětem tračníku či esovitě kličky.

Zácpa je však problémem, i pokud odhlédneme od této skupiny akcentovaných pacientů, kteří projíknou do stavu trávicího traktu a frekvence defekace (ale často i „velikosti“ stolice) změny svého psychického stavu. Nedostatek vlákniny ve stravě (v české populaci je její příjem o 2/3 nižší, než je doporučováno), vynechávání ranního jídla, nedostatečný pitný režim, malá fyzická aktivita a potlačování přirozeného defekačního reflexu, vedou ke vzniku prosté zácpy. Její podstatou bývá útlum defekačního reflexu z výše zmíněných důvodů. Léčba je snadná, pokud nedojde ke komplikacím – většinou postačí odstranit příčiny, případně zvýšit příjem vlákniny a tekutin.

Zácpa však nemusí být jen primární chorobou, může se jednat i o příznak jiného onemocnění. V těchto případech hovoříme o druhotné (sekundární) zácpě, kdy dojde k úpravě frekvence stolic po odstranění primární příčiny.

Nejdůležitější je vyloučit mechanickou překážku pasáže, která může způsobit zhoršený průchod tlustým střevem, často však může docházet ke střídání zácpy a průjmu, případně k objevení se dalších alarmujících příznaků – například k příměsi krve ve stolici. V těchto případech je na místě konzultace odborníka (gastroenterologa) a podrobné vyšetření tlustého střeva (nejlépe endoskopické vyšetření – koloskopie). To by mělo vyloučit zánětlivé či nádorové postižení tlustého střeva.

Další příčinou zácpy, která se v těžších případech dá vysledovat již v dětském věku, je porucha nervového

zásobení tlustého střeva, ať již při kořenovém dráždění (například výhřez ploténky) či poškození vlastních nervových vláken (například při dlouhodobém průběhu diabetu mellitu, u pacientů s roztroušenou sklerózou či sklerodermií). Další příčinou je aganglionóza tlustého střeva (Hirsprungova nemoc), která se projevuje v dětství úpornými zácpami a poruchou pasáže, její méně vyjádřená forma (hypoganglionóza) však může vést k zácpě, která je často neobjasněna.

Častou příčinou zácpy (resp. jejího zhoršení) bývá hypothyreóza, která zůstává zvláště u seniorů často nedagnostikována. Také hyperparathyreóza, hypokalémie či hypomagnezémie mohou být příčinou zácpy, většinou společně s jinými příčinami.

Akutní zácpu mohou způsobit různá onemocnění v břišní dutině (ať již způsobená gynekologickými onemocněními či nemocemi gastrointestinálního traktu), nesmíme opomenout nežádoucí účinky medikamentů. Zácpu může způsobit podávání antacid, antiparkinsonik, anticholinergik, antidepresiv (zvláště antidepresiv starší generace), diuretik, spasmolytik, sedativ či opiátů.

Léčba zácpy by měla mít určitá pravidla. U akutní zácpy, při afekcích v oblasti řitní krajiny (například hemoroidy či anální fissura), před chirurgickými zákroky či endoskopickými vyšetřeními jsou většinou nutná laxativa. Těm se nemůžeme většinou vyhnout ani u pacientů, kteří užívají léky způsobující zácpu, při návratu defekace či překonání změn režimu (například zácpa na dovolené).

Dlouhodobé užívání projímadel či jejich užití u prosté nebo domnělé zácpy však může být nebezpečné, může vést ke vzniku zácpy refrakterní na jakoukoliv léčbu. Stejně nevhodné je jejich užívání u druhotné zácpy před tím, než zjistíme prvotní příčinu problémů.

Důležitá jsou především režimová opatření, dostatek tekutin a vlákniny ve stravě pacientů, zvýšení pohybové aktivity, nácvik defekačního reflexu.

Úloha praktických lékařů v diagnostice a léčbě zácpy by měla být především ve správné diagnostice prosté zácpy, oddělení pacientů se zácpou domnělou, v odlišení primární a sekundární zácpy. U pacientů s prostou zácpou by měli být schopni vysvětlit pacientům režimové chyby a podílet se spolu s nimi na jejich nápravě včetně návratu defekačního reflexu.

**domnělá zácpa****prostá zácpa****druhotná
(sekundární) zácpa****hypothyreóza****laxativa**

doc. MUDr. Pavel Kohout Ph.D. je vedoucím pracovištěm metabolické JIP II. interní kliniky a Centra výživy Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze. Jako gastroenterolog se zabývá idiopatickými střevními záněty, celiakií, ovlivněním střevní mikroflóry, jako nutričník pak léčebnou výživou, včetně domácí umělé výživy, aplikací perkutánní endoskopické gastrostomie. Je také pedagogem na lékařské fakultě a autorem tří monografií.

prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Národní koordinátor Evropského akčního plánu o alkoholu SZO, Psychiatrická léčebna, Oddělení léčby závislostí (muži)

PhDr. Ladislav Csémy

Psychiatrické centrum Praha

Ruský medvěd potřebuje vystřízlivět

Alkohol a ruští muži

V Rusku došlo k poklesu střední délky života, což je v kontrastu s vývojem ve většině jiných zemí. Uvedená skutečnost se dává do souvislosti s vysokou spotřebou alkoholu u ruských mužů. Tým britských a ruských odborníků zkoumal v nedávno uveřejněné práci příčiny smrti u mužů v pracovním věku (tj. mezi 25 až 54 lety) v typickém ruském městě Izhevsk. Ukázalo se, že 51 % zemřelých bylo problémovými pijáky a 43 % úmrtí bylo možno přičíst nebezpečnému pití alkoholu (Leon a spol., 2007).

Počátkem 80. let se odhadoval počet úmrtí souvisejících s alkoholem v Rusku na 500 000 ročně, což činilo 32 % všech úmrtí. Gorbačovovy restriktce způsobily, že spotřeba 100% alkoholu na jednoho obyvatele klesla z 14,2 litru za rok 1984 na 10,5 litru za rok 1986. Tím bylo v letech 1986 až 1991 zachráněno 1,22 miliónu osob. Za Jelcinovy éry spotřeba a úmrtnost opět narůstaly (Nemtsov, 2002) a tento trend přetrvává. Korelaci mezi konzumem alkoholu u mužů a vysokou mortalitou potvrdila i pozdější práce Nicholsona a spol. (2005).

Světlá budoucnost nebo mokrá budoucnost?

Zatímco prezident Putin hýří optimismem nad budoucností Ruska, jeho ministr vnitra si v roce 2006 postěžoval, že pití pokoutně páleného alkoholu způsobí ročně smrt 42 tisíc Rusů. Nejedná se jistě o polemiku uvnitř ruské vlády, ale o dělbou práce v komunikační oblasti. I šéf Kremlu dobře ví, že nelze spoléhat pouze na ropu. A technické inovace by se mnohem lépe prováděly se střízlivější populací.

Vraždy a další rizika

Pridemore (2004) uvádí, že počet vražd patří v Rusku k nejvyšším na světě. Vztaheno k počtu obyvatel, dochází v Rusku k 5x více vraždám než v USA a 15-20x více vraždám než v zemích EU. Citovaný autor konstatuje vyšší výskyt otrav alkoholem během víkendů, což odpovídá pití během pátečních a sobotních nocí. Tento vzorec kopírovala i četnost vražd, která byla o víkendech vyšší, a proto autor přisuzuje velkou část z nich právě alkoholu.

Alkohol má i další závažná rizika. V prosinci 2006 došlo k pokusu o únos letadla letícího do Ženevy.

Příčinou únosu bylo to, že opilý ruský podnikatel si během letu usmyslil změnit trasu a přistát v Africe. Naštěstí nakonec přistál ve vyšetřovací vazbě. Nejde ale jen o podnikatele. Lze jen doufat, že k atomovým zbraním nemají přístup vojáci, kteří by byli pod vlivem alkoholu a drog nebo prodělávali kocovinu nebo odvykací stav.

A co Český lev?

I u nás máme ke střízlivosti daleko. Svědčí o tom pečlivě zpracovaná zpráva českého demografa (Vrána, 2007). Tam se mimo jiné uvádí toto:

- Vzhledem k vysoké spotřebě alkoholu v České republice se ztráta let produktivního života v důsledku nemoci nebo smrti působené alkoholem odhaduje na více než 10 % všech let ztracených v důsledku nemoci nebo smrti.
- Úmrtí způsobená alkoholem připravila české muže v průměru o 1,2 roku života.
- V roce 2002 činila úmrtnost v důsledku pití alkoholu 42,7 zemřelých na 100 000 obyvatel, tedy asi 4270 osob za rok.

K tomu dodáváme, že k většině případů domácího násilí došlo v České republice za situace, kdy byli jeden nebo oba účastníci násilí pod vlivem alkoholu (Nešpor a Csémy, 2005). Lze sice konstatovat, že na tom nejsme ještě tak zle, jako Rusové. Na rozdíl od Ruska ale nemáme vydatná naleziště ropy. Naše ekonomika potřebuje relativně zdravou a střízlivou pracovní sílu ještě více než ruská. Tomu by měly odpovídat daňová politika ve vztahu k alkoholu, legislativa i úsilí na poli prevence.

Další informace týkající se prevence a léčby návykových nemocí najdete na www.drnespor.eu. Tato práce vznikla v rámci Evropského akčního plánu o alkoholu Světové zdravotnické organizace a je možné ji šířit bez omezení.

Literatura:

- 1) Leon DA, Saburova L, Tomkins S, Andreev E, Kiryanov N, McKee M, Shkolnikov VM. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study *The Lancet* 2007; 369:2001-2009.
- 2) Nemtsov AV. Alcohol-related human losses in Russia in the 1980s and 1990s. *Addiction*. 2002; 97(11):1413-1425.
- 3) Nešpor K, Csémy L. Domácí násilí a alkohol. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2005; 101:174-175.
- 4) Nicholson A, Bobak M, Murphy M, Rose R, Marmot M. Alcohol consumption and increased mortality in Russian men and women: a cohort study based on the mortality of relatives. *Bull World Health Organ*. 2005; 83(11):812-9.
- 5) Pridemore WA. Weekend effects on binge drinking and homicide: the social connection between alcohol and violence in Russia. *Addiction*. 2004;99(8):1034-1041.
- 6) Vrána K. Vliv alkoholu na úmrtnost v České republice. www.demografie.info, accessed 10.9.2007.

Dnes na návštěvě ordinace v budově bývalé největší pražské polikliniky

Tentokrát jsem se vypravila na jednu z největších pražských poliklinik, kde pracuje řadu let praktická lékařka pro dospělé MUDr. Alena Dušková, které jsem se zeptala jak se jí zde pracuje a jakými změnami tato velká poliklinika již prošla.

Je zde řada ordinací praktiků, ale jen část je soukromá, ostatní praktičtí lékaři pracují jako zaměstnanci. Na jednom místě je zde soustředěna celá řada odborných ambulancí – prakticky všechny obory (včetně stomatology, chirurgických oborů a velké rehabilitace) dobře dostupná moderně vybavená certifikovaná laboratoř, dále rtg vyšetřovny, sonografie – zkrátka vše v domě... po ruce. Jistě to má své výhody.

Doktorku Duškovou znám řadu let jako trpělivou, usměvavou, neúnavnou lékařku, která má stále čekárnu plnou zájemců - klientů převážně důchodového věku z okolí Budějovického náměstí. Paní doktorka zde pracuje již 23 let a pro mnohé z nich se stala nepostradatelnou i pro svou trpělivost a úsměv dodávající naději.

Aleno, nejdříve obligátní otázka: Toužila jsi být praktickou lékařkou, byla to tvá profesní vize, nebo to byla prostě náhoda?

Jako asi většina lékařů mé generace neměla jsem žádnou „jasnou vizi o praktickém lékařství“. Nastoupila jsem jako sekundární lékařka na interním oddělení, kde jsem byla velmi spokojená, práce byla pestrá a zajímavá, jediné z čeho jsem nebyla až tak nadšená, bylo dojíždění do práce. Mateřská dovolená vše změnila. Bylo mi jasné, že budu bojovat o každou minutu volného času a naivně jsem se domnívala, že to vyřeší jednak práce v Praze (bez dojíždění) a jednak práce na obvodě, kde budu moci svůj čas přece jen ovlivnit a budu tak mít šanci věnovat se i rodině. Až mnohem později jsem nahlédla, jak to bylo naivní.

Čím více jsem poznávala pacienty a jejich problémy, sbližovala se s nimi, tím více jsem byla vtažena do práce a věnovala jsem jí víc a víc času. Takže mne do ordinace praktika vlastně dovedla náhoda.

Měla jsi ve svém okolí nějakého „praktika“, nebo jsi takového znala, který tě k této práci inspiroval?

Ne, neměla jsem o práci praktika vůbec žádné představy, ve škole nás na něco takového nepřipravili,



MUDr. Alena Dušková, soukromá praxe praktického lékaře pro dospělé, Antala Staška 80, Praha 4

Po absolvování gymnázia v Libni nastoupila do nultého ročníku FVL UK a pracovala jako pomocná síla na III. interní klinice FN Praha u profesora Pacovského. Po té nastoupila do prvního ročníku Fakulty všeobecného lékařství UK Praha a studium ukončila v roce 1981.

Ve stejném roce začala pracovat jako sekundární lékařka na interním oddělení Nemocnice Kladno do nástupu na mateřskou dovolenou.

V roli praktického lékaře začala pracovat po mateřské dovolené, kdy nastoupila na zástup tehdy jako obvodní lékařka do OÚNZ Praha 4. U této práce setrvala a v roce 1986 složila atestaci z všeobecného lékařství. Ordinovala na známé „Budějárně“ (pozn.: to je největší a nejnovější poliklinika pro obrovsky se rozvíjející oblast Prahy 4). Na této poliklinice pracuje dosud i když od roku 1995 v nájmu coby soukromá praktická lékařka pro dospělé.

pravili, takže jsem se v tom zpočátku docela plácala. Pomáhal mi hodně dobrý základ z interního oddělení, pak jsem přeci jenom musela něco nastudovat. To, co považuji v naší práci za zvláště cenné, je odhad, zkušenost, znalost pacientů.... to prostě přijde s časem, to se nedá naučit a tady se znovu vracím k tomu, jak bylo naivní si myslet, že budu mít více času na rodinu.

Jak se ti pracuje v této obrovské budově, co považuješ za výhodu a co naopak je nevýhodou pracoviště v této velkoměstské aglomeraci?

Pracuji tady řadu let... přesně 23, a to svědčí o tom, že tu pracuju ráda, jinak bych tu už dávno nebyla. Dokonce v roce 1995 když jsem uvažovala o privátní ordinaci, jsem zvažovala své mož-

nosti a eventuelní výhody a naopak. V té době výhody výrazně převyšovaly.

Hlavní moment je obrovská dostupnost všech vyšetření a myslím, že to nepřezenu, když řeknu, že jsem schopna ve statimových případech mít základní vyšetření za hodinu.

Tak rychle to často neudělají ani v nemocnici, kam pacienta pošlu.

Samozřejmě to souvisí s letitými dobrými vztahy s dalšími odbornostmi jako je laboratoř, rtg, sono apod.

Nevýhodu vidím v tom, že v tak velkém zařízení se často lékaři mění, takže se už s některými neznám.....pak je ta spolupráce podstatně horší.

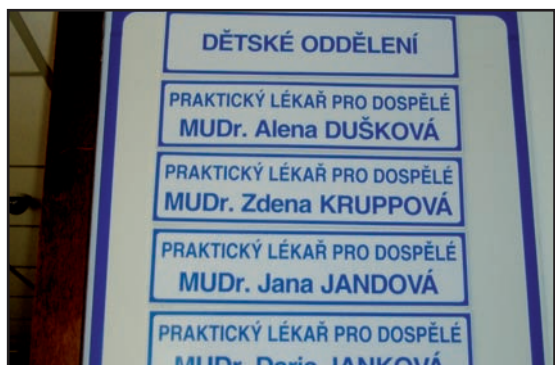
Dalším velkým problémem je to, že poliklinika je velmi známá, leží na trase metra, busu a je dobře dosažitelná, takže si pacienti myslí, že jsme nepřetržitá žurnální služba. Chodí sem zejména cizinci, lidi bez trvalého pobytu, bez adresy, v kteroukoliv hodinu a žádají ošetření. Vznikají tím až neskutečné problémy administrativní, ale i stran regulací za nepravdivou péči.

A nakonec.... samozřejmě výše nájemného, která mne stresuje neustálým vzrůstem, při čemž moje příjmy vesele stagnují, ne-li klesají.

Já vím, že jsi se nedávno účastnila setkání PL v Milovech a přijela jsi dosti optimistická...co říkáš na dnešní realitu?

Jedním slovem...jsem z toho velmi smutná.

Měla jsem dobrý pocit z jednání v Milovech, že argumentace našich zástupců byla věcná, dob-



rá, perfektně připravená a přesvědčivá. Zdálo se, že i pro politiky a zástupce pojišťoven je pochopitelná. Nechtěla jsem uvěřit, že se takhle zachovali naši kolegové – lékaři (ambulantní specialisté), kteří by nás měli podporovat. Nikdy bych si netroufla odsuzovat práci kolegy, když jsem jí nikdy nedělala. Já bych jim naopak fandila, pokud by bojovali za dobrou věc.

Myslíš si, že obor jako takový má šanci stát se někdy v budoucnu (tak jako je tomu v jiných zemích) základním kamenem péče o zdraví pacientů včetně prevence?

Kdybys ses mne zeptala po roce 1989, určitě



bych ti nadšeně řekla, že věřím. Doufala jsem, že praktický lékař opravdu bude rovnocenným partnerem, že ho budou všichni brát vážně. Myslím, že tento vztah mám s mnoha pacienty, radí se se mnou, dají na můj názor.....ale optimismus v tom, že se vše narovná i mezi lékařským stavem se pomalu vytrácí. Důkazem toho, jak v nedohlednu to je, je právě veto pana doktora Jojka a Tautermana. Nechci soudit zda je to nepochopení či něco jiného...

Vím že máš dvě dcery z nichž jedna chce studovat medicínu. Je možné, že tě bude následovat?

Ano, dcerami se chlubím. Hanička zahajuje doktorandské studium na Fyzioterapii a Terka bude maturovat. Medicínu studovat chce, ale jestli půjde v mých šlépějích, těžko říct.

Zatím vidí moji práci z té špatné stránky... pozdní příchody domů, pořád telefony od pacientů, pokud mi volá ona – obvykle řeknu moment: mám tu pacienta a zapomenu...

Co bys přála mladým začínajícím lékařům, kteří uvažují o profesionální dráze praktického lékaře?

Přála bych jim, aby oni již prožívali ve svém profesním a osobním životě to, co pro nás bylo vizí. Aby se z nich stali vzdělaní, dobře ocenění, rovnocenní lékaři, kteří by nebyli vystresovaní ekonomickými podmínkami a zavalení administrativou. Přeju jim, aby měli dostatek času a chuti se vzdělávat, ale taky sportovat, relaxovat a radovat se ze života.

A nakonec tvoje přání.

To je pevné zdraví pro moji rodinu a pro mne. Klid a ekonomická jistota. Promoce mojí mladší dcery.

Rozhovor vedla MUDr. Jana Vojtíšková

Vítáme vás v dalším pokračování seriálu o počítači nejen v ordinaci. Většina z nás se s ním již více či méně smířila, část možná i spřátelila, určitá část z nás s ním udržuje pouze příměří a někdo je určitě i ve válečném stavu. Abychom alespoň trochu přispěli k přátelským vztahům mezi lékařskou veřejností a počítači a abychom také zvýšili povědomí o počítačích a jejich záhadách, rozhodli jsme se v našem časopise vést pravidelnou rubriku **Počítač a doktor**. Budeme se snažit lékaři srozumitelnou řečí objasňovat záhady počítačové techniky, programů, připojení – tedy vše, co by lékaře mohlo kolem počítačů zajímat. Budeme též rádi, pokud na články budete reagovat, popř. vznášet dotazy, resp. náměty na články příští. Vaše redakce.

V minulém čísle jsme probírali počítačové útroby, tedy co je v něm, dnes si probereme, co je vně počítače – okolo – tedy tzv. periferie.

Vaše redakce



Periferie

Periferie každý z nás je dobře zná, bez nich bychom počítač nemohli vůbec obsluhovat. Dalo by se říct, že samotný počítač je jakési torzo a periferie jsou údy. V oblasti počítačů se periferiemi myslí většinou zařízení, která nějakým způsobem

rozšiřují možnosti využití počítače. Periferie se dělí na vstupní, výstupní a vstupně-výstupní.

Pod pojmem vstupní periferie si můžeme představit zařízení, které do počítače vysílá signály, neboli počítač od nich získává informace/data. Patří sem např. myš, klávesnice, scanner, mikrofon, joystick atd. Naproti tomu výstupní periferie získávají instrukce od počítače a ten jim říká, co mají právě dělat. Mezi ně patří monitor, reproduktory, tiskárna, zvuková karta atd.

K periferiím vstupně-výstupním patří kupříkladu flash-disk, pevný disk nebo i optický disk v podobě cd nebo dvd. Pojďme si rozebrat nejdůležitější periferie, tedy monitor, klávesnice, myš, scanner a tiskárny.

klávesnice

monitor

scanner

jehličková,
inkoustová
a laserová tiskárna

Monitor patří k počítači stejně neodmyslitelně jako stromy k lesu. Slouží totiž k zobrazování všech informací, které nám chce počítač sdělit. Dělí se na CRT obrazovky (klasické lampové dozadu protažené) a ploché LCD (tekuté krystaly) resp. plazmové obrazovky. Nejčastěji je monitor propojen s grafickou kartou kabelem, někdy bývá ale také přímo součástí počítače – je do něj tzv. integrován (např. u kapesních počítačů, tzv. PDA). Nejdůležitějšími parametry monitoru jsou:

- úhlopříčka, tedy jak velká obrazovka je. Udává se v palcích a běžně má od 14“ do 21“
- rozlišení, tedy maximální počet bodů, které lze zobrazit. Udává se v bodech běžně od 800x600 do 1280x1024.
- obnovovací frekvence (pouze u klasických CRT), vyjadřuje kolikrát za sekundu se obrazovka „obnoví“, tedy znovu zobrazí. Udává se v Hz a pohybuje se mezi 85-120. Malá obnovovací frekvence se může projevit blikáním monitoru
- doba odezvy (u LCD) je doba, za kterou se bod na obrazovce rozsvítí a zhasne. Pro naše oko je vyhovující kolem 20 ms. Samozřejmě čím méně, tím lépe

počítačová myš

Počítačová myš je polohovací zařízení, které má na

spodní straně senzor pohybu (buď kuličku, nebo modernější optický snímač), který s každou změnou polohy při pohybu myši vysílá tuto informaci do počítače. To se obvykle projeví jako pohyb kurzoru. Kdybychom někdy rozebrali myš s kuličkou uvnitř, našli bychom tam dva válečky – jeden vertikální (souřadnice X kurzoru), druhý horizontální (souřadnice Y kurzoru). Pohyb myši po stole otáčí s kuličkou, která tento pohyb přenáší na válečky a ty pomocí senzorů pohybují kurzorem. Naproti tomu optická myš (pozná se tak, že vespuď červeně svítí) má snímač, u kterého se rozlišuje hustota odrazu světla. Velmi důležitá je u takovýchto myší odezva, neboli s jakým zpožděním se kurzor na obrazovce pohne. U dnešních myší je to kolem 1 ms.

Klávesnice je určena ke vkládání znaků a ovládání počítače. Dnes při výběru klávesnice záleží snad pouze na designu a na pomocných tlačítkách, která vám usnadňují přístup např. k internetu, hudbě, kalkulačce a dalším důležitým aplikacím. Klávesnice mohou být připojeny kabelem nebo pomocí „wireless“ tedy bezkabelové technologie.

Scanner slouží k převodu předlohy do digitální podoby – je to tedy vlastně kopírka se vstupem do počítače. Princip je v zásadě jednoduchý – předloha se osvětí, světlejší body odráží více světla než tmavší, odražené světlo zachytí senzory a podle intenzity vznikne různě velký náboj, který se posléze převede na digitální hodnotu.

Zatímco scanner dostává obrázky a text do počítače, tiskárna dělá pravý opak.

Jehličková tiskárna vyfukávala na papír text nebo obrázky pomocí 9 nebo 24 jehliček přes barvicí pásku. Díky pomalému, nepříliš kvalitnímu tisku a hluku se dnes příliš nepoužívá (nicméně např. při tisku neschopenek je stále nedocenitelná).

Inkoustová tiskárna tiskne pomocí několika minuturních trysek, kterými stříká inkoust na papír. Nevýhoda je, že se inkoust může při namočení papíru rozpít, na běžné užívání ale stačí.

Laserové tiskárny vykreslují obraz pomocí laserového paprsku na světelný válec, kde se uchytlí barva a ta se pak obtiskne na papír a tepelně se zafixuje při teplotě zhruba 180°. Tento tisk je kvalitní a odolný, ale laserové tiskárny jsou několikanásobně dražší. Obecně platí, že inkoustová tiskárna je levnější, ale má dražší provoz, u laserové je tomu naopak

Ondřej Tůma, IT konzultant

practicus 8/2007

Milé kolegyně a kolegové,

děkujeme za Váš zájem o tuto rubriku a ohlasy na článek i projekt SVL o poradnách intervenční preventivní medicíny v ordinacích PL. V tomto čísle navazujeme na konstatování a výsledky statistik o cca 50 % mortalitě na kardiovaskulární nemoci v ČR a hledáme odpovídající determinanty této skutečnosti.

J.Č.

LIFESTYLE MEDICINE

- o medicíně životního stylu, ateroskleróze a KVO

Česká republika se řadí mezi státy s nejvyšší kardiovaskulární úmrtností v EU. Zintenzivněním a užitím nových postupů a přístupů léčby rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění - KVO (tj. farmakologickými postupy) bylo dosaženo významného poklesu mortality na KVO u obou pohlaví - mezi lety 1985 až 2000 došlo k redukci až o 30%, u CMP dokonce až o 40% dle statistik UZIS. Přesto v roce 2002 činil jejich podíl na celkové úmrtnosti 48,9% u mužů a 55,3% u žen. KVO se také velkou měrou podílí na nemocnosti, pracovní neschopnosti a stupňujících se výdajích na zdravotnictví. Zdaleka nejčastější příčinou KVO v ČR a rozvinutých zemích světa je ateroskleróza (AS). Jedná se o lokální cévní manifestaci globální dysfunkce, která je indukována arteriální hypertenzí, kouřením, dyslipidemií, nízkou fyzickou aktivitou, stresem, nadváhou a obezitou, věkem, pohlavím, životním stylem, infektem, HIV a diabetem.

Klinicky se manifestuje jako ischemická choroba srdeční (ICHS), cerebrovaskulární ischemická choroba (CVICH) nebo ischemická choroba dolních končetin (ICHDK). Při klinicky manifestním postižení jedné části tepenného řečiště je vysoká pravděpodobnost postižení i jiné části/í tepenného řečiště. Ostatní kardiovaskulární onemocnění, např. zánětlivá, vrozené nebo získané chlopenní vady a další, nejsou častá.

Masový výskyt aterosklerotických KVO je úzce spjat s životním stylem a s ovlivnitelnými rizikovými faktory. Odstranění nebo alespoň modifikace ovlivnitelných rizikových faktorů aterosklerózy má jednoznačný příznivý vliv na snížení kardiovaskulární mortality a morbidity jak u jedinců, kteří jsou již manifestním aterosklerotickým onemocněním postiženi (**sekundární prevence**), tak u jedinců, kteří jsou ještě asymptomatictí (**primární prevence**).

Tyto termíny a jejich obsah můžou být již v laické i odborné veřejnosti zprofanovány natolik, že se přehlíží jejich důležitost a efektivita. V této souvislosti se v USA začíná mluvit spíše o **Lifestyle Medicine** - tedy o medicíně životního stylu, která má přímé a prokazatelné výsledky, pro paci-

enty viditelné v jejich fyziologických i laboratorních ukazatelích. Jde tedy o medicínský důraz na úpravu nefarmakologicky ovlivnitelných rizikových faktorů.

V české populaci nejsou změny životního stylu nijak oblíbené, protože je jistě jednodušší spolknout pilulku. Ale je nutné připomenout, že farmakoterapie bezesporu pomáhá ke zlepšení zdravotních parametrů moderní civilizace, současně ale sebou přináší také dosti časté komplikace léčby a nežádoucí účinky.

Do manifestních změn aterosklerotického procesu zasahují rizikové faktory, které ve většině případů můžeme ovlivnit, ale jsou některé, které zatím medicína ovlivnit neumí:

a) věk - věk nad 45 let je pro ženy považován za jasný rizikový faktor

b) pohlaví - „rizikovost“ pohlaví se v průběhu života mění a zatímco v mladém věku je rizikem mužské pohlaví, v období menopauzy u žen se rizikovost pohlaví vyrovnává a ve věku nad 45 let nebo při hodnocení úspěšnosti některých kardiokirurgických výkonů jsou dokonce větším rizikem zatíženy ženy (pro hodnocení rizika je důležitá přítomnost typu pohlavních chromosomů - pozor v případě změn pohlaví)

c) genetická a rodinná zátěž - genetická výbava je dána a možnosti genového inženýrství jsou přínosné zatím pouze pro jednotlivce, nikoli pro epidemiologii KVO. Rodinná zátěž - úmrtí na KVO do 55 let i v širší rodině strýců, tet, bratranců a sestřenic.

Nefarmakologické možnosti ovlivnění rizikových faktorů AS

Léčba rizikových faktorů AS musí být komplexní, tj. že nefarmakologické ovlivnění je naprosto nezbytné a je nedílnou součástí léčebného procesu.

Hlavními ovlivnitelnými faktory AS jsou:

1) Kouření - k akutním odpovědím organismu na tabákové zplodiny patří zvýšení tepové frekvence, fibrinogenu, leukocytů, krevního tlaku, koncentrace CO a karboxylhemoglobinu i spotřeby kyslíku myokardem. Relativní riziko mozkové trombózy je u kuřáku asi 1,5x vyšší

při klinicky manifestním postižení jedné části tepenného řečiště je vysoká pravděpodobnost postižení i jiné části/í tepenného řečiště

KVO se podílí na celkové úmrtnosti 48,9 % u mužů a 55,3 % u žen.

ovlivnitelné faktory

omega-3 mastné kyseliny

než u nekuřáků. Silní kuřáci mají asi 2,5x vyšší mortalitu než nekuřáci a dále mají o 70% vyšší riziko úmrtí na ICHS.

2) Nezdravé dietní zvyklosti – nutnost omezení živočišných tuků a cholesterolu není snad nutné ani zmiňovat, ale k doporučené dávce 600 g ovoce a zeleniny denně máme v populaci ČR zatím daleko. Doporučuje se zařadit do jídelníčku ovoce a zeleninu 5x denně i zvýšit příjem vlákniny. Hitem posledních let se staly omega-3 mastné kyseliny, které mají pozitivní efekt nejenom na oběhový systém, ale také zásadním způsobem zasahují do vývoje kognitivních funkcí a vývoje mozku. Nejdůležitějšími omega-3 mastnými kyselinami, které nacházíme v rybím tuku, jsou eikosapentaenová (EPA) a dekosahexaenová (DHA), které se uplatňují i na snížení výskytu osteoartritidy a atopických ekzémů. Zejména DHA má zásadní vliv na rozvoj a fungování mozku (záleží již na výživě v těhotenství) a její dostatečný přísuv ovlivňuje zejména psychický a intelektuální vývoj nejen dětí, ale i úspěšnost léčby psychických onemocnění dospělých (včetně Alzheimerovy nemoci).

3) Diabetes mellitus a porucha glukózové tolerance – vyskytují se asi u 4 až 10 % populace a jejich léčba je bez zásad dietního režimu zcela nemyslitelná.

V tomto bodě vzpomeneme i **metabolický syndrom (MS)**, jehož výskyt je v ekonomicky vyspělých zemích popisován cca u 30 % populace. ČR se nijak neliší od tohoto vysokého zastoupení, protože MS postihuje 25% žen a 32 % mužů ve věku do 65 let.

4) Dyslipidémie (celkový cholesterol ≥ 5 mmol/l, LDL-cholesterol ≥ 3 mmol/l, HDL-cholesterol ≤ 1 mmol/l, triacylglyceroly ≥ 2 mmol/l) – její léčba je nedílnou součástí správného ovlivnění rizikových faktorů. U osob s nízkým kardiovaskulárním rizikem může být dostatečně efektivní změna diety a pohybový režim. Z hlediska KV prevence má zásadní význam zvýšení fyzické aktivity, který převažuje nad efektem na koncentraci sérových lipidů.

5) Nedostatek fyzické aktivity – zvýšení aerobní fyzické aktivity – minimálně 3x týdně alespoň 30 minut soustavného pohybu, kterým je i rychlejší chůze, jízda na kole, plavání, kde za nevhodné se považují např. silová isometrická cvičení. Zdravým jedincům se doporučuje fyzická aktivita sloučující se s jejich denním režimem, nejlépe 30 až 45 minut 4krát až 5krát týdně do výše 60-75 % maximální tabulkové srdeční frekvence.

6) Hypertenze arteriální (TK $\geq 140/90$ mmHg) – s prevalencí cca 20 až 50% v české dospělé populaci představuje pro cévní onemocnění mozku zdaleka nejsilnější faktor. Pro ICHS je jen jedním z dalších rizikových faktorů.

7) Obezita a nadváha - redukce hmotnosti se doporučuje obézním jedincům (BMI ≥ 30 kg/

m²), dále jedincům s nadváhou (BMI ≥ 25 a < 30 kg/m²) a dále jedincům s abdominální obezitou (ukazatelem je obvod pasu > 102 cm u mužů a > 88 cm u žen). Nejvhodnějším postupem je kombinace omezení celkového energetického příjmu a zvýšení tělesné aktivity.

V populačním šetření v letech 1997-8 a 2000-1 byl zjištěn BMI > 27 v kohortě až u 90 % probandů. V tomtéž šetření bylo zjištěno, že stoupla spotřeba energie (bez ohledu na známou přítomnost rizikových faktorů a předchozí doporučení).

8) Alkohol - vyloučit abusus alkoholu (více než 20 g/den pro ženy a 30 g/den pro muže čistého alkoholu denně). V české populaci byl zjištěn v letech 1997-8 a 2000-1 nárůst spotřeby piva u mužů o 27%, u vína o 19% a u destilátů o 13%. Zároveň více než 85% diabetiků nesnížilo příjem alkoholu.

Prevence a priority aterosklerotických KVO v ordinaci PL

Priority prevence v sestupném pořadí jsou následující:

1. Nemocní s již diagnostikovaným aterosklerotickým 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 ≥ 6 mmol/l nebo krevního tlaku $\geq 180/110$ mmHg;
- c) diabetes mellitus 2. typu nebo diabetes mellitus 1. typu s mikroalbuminurií.

3. Přímí příbuzní:

- a) nemocných s předčasným rozvojem aterosklerotického KVO;
- b) asymptomatických jedinců s vysokým kardiovaskulárním rizikem (viz bod 2.).

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

Závěrem lze konstatovat, že údaje o 62 % redukcí koronárních příhod u mužů, kteří dlouhodobě dodržovali zásady zdravého životního stylu, jasně ukazují na medicínský potenciál a ekonomickou efektivitu „Lifestyle Medicine“ a primární či sekundární prevence KVO.

Literatura u autora

MUDr. Jozef Čupka

Ústav veřejného zdravotnictví a preventivního lékařství 2. LF UK – Praha, SVL ČLS JEP

priority prevence

62 % redukce koronárních příhod u mužů, kteří dlouhodobě dodržovali zásady zdravého životního stylu

Zájemci o intervenční preventivní programy se mohou hlásit na adrese: prevence.nemoci@seznam.cz

Milé kolegyně a kolegové,

je zajímavé, že když jsme zjišťovali, jaká témata by vás zajímala ke zpracování resp. k diskuzi v našem časopise, objevilo se mnohokrát v různých obměnách téma společenské etikety. Ze začátku nám to připadalo nereálné a dokonce i nepatřičné zpracovávat takovéto okrajové téma na stránkách odborného časopisu. Když jsme však nad tím více uvažovali, začali jsme si klást otázku, zda je to opravdu tak „okrajové téma“. Je starostí odborné společnosti pouze odborný rozvoj nebo by měla napomáhat všestrannému rozvoji lékařů? Má nadále lékař ve společnosti kromě své základní role pečovat o zdraví svých pacientů, též v roli následovního vzoru jako v minulosti? Patří např. nadále do tria hlavních osobností vesnic (učitel, farář, lékař) jako dříve? Pokud se podíváme na nejruznější průzkumy, zjišťujeme, že povolání lékaře i nadále patří mezi nejprestižnější povolání a že tedy role lékaře jako „vzoru“ je nadále velmi silná. Na druhé straně potřebujeme vůbec ještě ve společnosti, kde se dříve chodilo i do divadla v holinkách a montérkách a nyní se vše přepočítává pouze na peníze etiketu? Shodli jsme se, že určitě ano! Dobře, kde jsme se ji ale měli naučit? Většina z nás vyrůstala v období zářných zítřků (průměrný věk praktických lékařů je přes 50 let), kdy důležitější, než jak stolujeme, resp. jak se oblékáme nebo jak se chováme ke svému okolí bylo, jak překračujeme plán na počest X-tého výročí založení věčné strany s velkým S.

Oslovili jsme tedy člověka z nejpovolanějších, zda by nám v několika krátkých kapitolách přiblížil moderní pravidla společenské etikety. Je to člověk, který se denně pohybuje v oblasti, kde je nadále etiketa – tedy forma, minimálně stejně důležitá jako obsah sdělení. Jedná se o velvyslance ČR ve Francii – tedy zemi, která je kolébkou společenské etikety a kde je nadále šarm a elegance jejich obyvatel pověstný v celém světě.

C.M.

1. Etiketa, slušné chování či protokol



**Jeho Excelence
Pavel Fischer**

Mimořádný a zplnomocněný velvyslanec ČR ve Francii.

Z kariéry a vzdělání:

- ředitel Politického odboru Kanceláře prezidenta republiky
- zástupce mluvčího prezidenta Kanceláře prezidenta republiky
- tiskový specialista Kanceláře prezidenta republiky
- zástupce ředitele Institutu komunikace, Praha
- Ecole Nationale d'Administration (E.N.A.), Paříž
- Centre International de Formation Chrétienne, Ženeva
- Filosofická fakulta, UK Praha

Dobrý den. Vítejte v krátkém rychlokurzu o tom, jak se správně chovati.

Dovolte nejprve krátké vysvětlení, co to vlastně „protokol“ či etiketa může znamenat a jaká je jejich společenská role. Pak bych rád přiblížil, jak se česká společnost může také jevit při pohledu ze zahraničí, a nakonec krátce nastíním, o čem bude řeč v příštích zastaveních. Vztahy mezi lidmi podléhají určitým pravidlům nebo zásadám, které se v lidské společnosti postupně zavedly. Mezi tyto zásady patří, že jednáme na základě rovnosti mezi lidmi, úcty ke starším, přednosti, kterou projevujeme slabším a dětem, úcty k ženám, respektu k veřejným autoritám. Do určité míry bereme též ohled na rozsah majetku, na znalosti nebo úspěch druhého.

Mezi nejbližšími lidmi, kdesi v intimitě jejich vztahů, se o etiketě či prokolu nedá mluvit – spíše je na místě mluvit o harmonii, vzájemné úctě a laskavosti. V rodině a mezi přáteli se mluví spíše o slušnosti. Avšak ve chvíli, kdy opouštíme domov, rodinu a přátele, vstupujeme do veřejného prostoru, do míst, kde se může najednou ocitnout více nositelů úřadu a veřejných funkcí najednou, kde se všichni nutně nemusejí osobně znát. Najednou je třeba pravidel, která

každému dají místo podle jisté obecně srozumitelné logiky. Společenská etiketa či protokol jsou tedy odpovědi na požadavek této logiky a fungují trochu jako pravidla při pohybu po silnicích – bez nich by mohlo, alespoň obrazně řečeno, dojít k vážné společenské havárii.

Kódy společenského chování podléhají vývoji – měnící se životní styl, rozšířený kult mládí, okouzlení z lidského jedince-konzumenta, vpád technologií nebo otevření hranic prolomily řadu jinak nedotknutelných pravidel. Avšak tato pravidla neprestala existovat, naopak. Možná se jen posunula nebo se dostala do jiného světa.

Chceme-li proto ve veřejném prostoru vystupovat jinak, než jako sloni v obchodu s porcelánem, měli bychom tato pravidla znát a ctít.

Do značné míry nám etiketa či protokol usnadňují život. Vymezují prostor soukromí. Zbavují nás stresu, určují místo, které odpovídá našemu věku nebo zastávanému úřadu. Každým úkonem pak vlastně v tomto kódu sdělujeme partnerovi, že nám na něm záleží a že si ho vážíme. Ukazujeme mu, co od něj očekáváme. Dostáváme možnost sdělovat mu podobné věci dokonce i tehdy, když se ještě neznáme, vidíme-li se letmo, anebo dokonce nemluvíme-li ani stejným jazykem. V tomto smyslu se etiketa či protokol stávají prostředím sdělování významů.

Tak, jako je součástí našich velkých měst

katedrála, univerzita, významné sousoší, park nebo divadlo, tak by mělo být součástí našeho chování úcta k druhému, ke slabšímu, respekt k výše postavenému. Město bez dominant nebo bez umění na veřejných místech můžete sice najít, ale takové osídlení často nedává smysl a v návštěvníkovi nakonec vyvolává pocit stresu a úzkosti. Podobně je tomu i mezi lidmi: s chováním bez společenské etikety nebo základní slušnosti se sice setkáváme, ale působí v nás zmatek, nejistotu, ohrožení.

Společenská etiketa zdaleka není luxus. Dává věcem řád a vztahům mezi lidmi harmonii. Díváte-li se na českou společnost z odstupu, snad nejvíce vystoupí do popředí rychlý společenský kvas. Transformace hospodářství a proměna společnosti obrátily základní parametry vzhůru nohama: osvobození veřejného prostoru od cenzury, růst cen, prostor pro svobodnou volbu, generační výměny a nastolení nových vztahů nakonec způsobily, že se v českém prostředí v minulých letech vše vyvíjelo možná až příliš rychle. Kariérní postup jedněch, nárůst okázalého bohatství druhých, nebo zpochybnění celoživotní tvůrčí práce třetích a fenomén nových typů chudoby přinesly pocit, že nic, co ještě nedávno platilo, dnes více nemusí být pravda.

Liberalizace cen jakoby s sebou přinesla liberalizaci dobrých zvyků a mravů. A přitom opak je pravdou: staré osvědčené hodnoty mají při pohledu na naši společnost zvenku stále své nezpochybnitelné místo. Návštěvníci z ciziny i nadále k nám budou přicházet obdivovat památky, kulturu, a vnímají přitom i zvyklosti a pravidla, podle nichž se k sobě chováme. Při návratu z cest se takový host z ciziny chlubí návštěvou opery v Praze, Muchových velkolepých pláten v Moravském Krumlově nebo prohlídkou míst, kde se narodili Mahler či Freud. A nezapomene nakonec připojit jednu důležitou věc: totiž jak se k sobě lidé v České republice navzájem chovají.

Zkrátka – slušné a vybrané chování a znalost zásad společenské etikety jsou vlastně mnohem významnější pro celkové hodnocení kulturní úrovně země, než bychom si mnohdy chtěli sami připustit.

V našich dalších zastaveních se budeme proto některým z nich věnovat: o tom, jak se zdravít, jak se obléknout, jak stolovat nebo jak na veřejnosti nakládat se slovem. Na shledanou se těší

Pavel Fischer

**etiketa dává chování
řád a harmonii**

**podle úrovně etikety
je posuzován člověk,
skupina lidí i celý národ**

**vztahy bez pravidel
jsou jako město
bez dominant**

aktuality...

Rok existence akreditovaného systému kontinuálního vzdělávání lékařů a lékárníků EUNI.CZ

Praha, 25. září 2007 - Projekt elektronické univerzity EUNI (www.euni.cz) byl spuštěn v květnu 2006 jako první e-learningový program zaměřený na kontinuální vzdělávání lékařů a lékárníků v České republice, vytvářený ve spolupráci s 1. LF UK v Praze a LF MU v Brně. Projekt EUNI byl vytvořen s jasným cílem - poskytovat lékařům a lékárníkům kvalitní, odborné, akreditované vzdělání prostřednictvím internetu.

Až do poloviny května 2007 plnila EUNI tyto dva cíle – kvalitu a odbornost. Uvedené vlastnosti se staly hlavním důvodem k tomu, že se Česká lékařská i Česká lékárnická komora rozhodly zařadit EUNI do systému regulérního kontinuálního vzdělávání lékařů a lékárníků. To znamená, že lékař může získat osm kreditů a lékárník šest kreditů po absolvování testů složených z otázek a klinických kasuistik.

V polovině května tak uživatelé EUNI začaly získávat kredity za kontinuální vzdělávání. Za první tři měsíce provozu bylo rozdáno již téměř 4500 kreditů, což odpovídá 593 úspěšně složeným zkouškovým testům. V porovnání s 450 úspěšnými testy, které byly absolvovány během 12 měsíců před akreditací, představuje toto číslo výrazný nárůst. Je vidět, že kredity, zejména pro lékaře, jsou motivací ke studiu.

Také počet uživatelů, který po akreditaci vzrostl o 2100 nových „studentů“ až na současných 7700, dokazuje, že možnost získávat kredity do kontinuálního vzdělávání prostřednictvím internetu je pro část lékařů a lékárníků zajímavá. I samotný portál EUNI začíná čím dál více „žít“ - a není to jen vzrůstající návštěvnost. Stále více lékařů a lékárníků využívá možnosti online konzultace s autory vzdělávacích témat, kteří jim pomáhají řešit problémy týkající se jejich každodenní praxe.

Důkazem toho, že si již EUNI vydobyla určité renomé, je i fakt, že žádný z doporučených autorů zatím neodmítl na projektu spolupracovat, naopak - někteří potenciální autoři se tvůrcům sami hlásí a navrhuji nová témata. Dnes je zpracovaných již 32 lekcí ze všech odborností. Mezi nejvíce studovaná témata patří: Diagnostika akutního zánětu autorky MUDr. Jaroslavy Laňkové ze SVL, Diabetes Mellitus prof. MUDr. Štěpána Svačiny z 1. LF UK Praha, Kombinovaná hormonální antikoncepce od MUDr. Petra Křepelky z UPMD Praha a Žilní nedostatečnost od prof. Pospíšilové a doc. MUDr. Lenky Veverkové z LF MU Brno.

Kontakt:

PharmDr. Vladimír Finsterle

Managing Director

vladimir.finsterle@pearshealthcyber.com

Pears Health Cyber

Klimentská 1443/50, 110 00 Praha

www.pearshealthcyber.com

2. díl: „Desatero praktického lékaře při péči o terminálně nemocné“



Vážení kolegové, začínáme spolu přemýšlet o terminálně nemocných a o tom, jak jejich stav zvládnout ambulantně. Již v úvodu jsem nabízela zaměřit se postupně na řešení jednotlivých symptomů, které umírajícím nejvíce zhoršují sklonek jejich života.

Farmakoterapie těchto stavů by měla být pokud možno co nejjednodušší; využíváme relativně úzké spektrum farmak a preferujeme takové léčivo, které kladně ovlivní více než jediný obtěžující příznak. S milým kolegou, brněnským onkologem a zkušeným paliativcem MUDr. Ondřejem Slámou, se občas triumfujeme v redukci farmak nezbytných při péči o umírající. On, velký žertěř, redukoval svůj výčet na tzv. „svatou trojici“, což bylo ve skutečnosti asi 6 účinných látek. Já, opatrník, jsem se nikdy neodvážila na nižší číslo než 10. Pracovně jsme tedy hovořili o „farmakologickém desateru“.

Při psaní tohoto článku jsem si uvědomila, že dříve než se zaměříme na „Desatero farmak“, bude vhodné určit si cosi jako „Desatero základních poznatků a východisek“, což je téma na první pohled suché, zbytné a technickou pomoc nepřinášející.

Ve skutečnosti však náš nemocný, kterému chceme poskytnout dobrou péči i na sklonku jeho života, vyžaduje specifický přístup lékaře. Některé aspekty a postupy běžné v akutní medicíně jsou v této situaci zbytečné, ba dokonce škodlivé. Také běžně užívaná terminologie může mít v paliativních oborech jiný význam.

Proto tedy začínáme seriál z praxe obecnými poučkami.

Preambule:

Pacient trpící nevléčitelnou chorobou, s infaustní prognózou a blízkým horizontem předpokládaného života má právo na komplexní kvalitní léčbu.

Umírající se nejvíce obávají: bolesti, ztráty důstojnosti, opuštěnosti a odmítnutí ze strany společnosti včetně svých blízkých.

Veškerá paliativní medicína je odpovědí na předchozí poznatek.

Společnost, která selhává v péči o umírající, je sama nemocná a hrozí jí morální zánik.

Desatero obecně platných paliativních principů:

1. Kvalitně vedená paliativní léčba není z hlediska nezbytné odbornosti méně důležitá, méně zajímavá, podřadná, jednodušší či snazší než akutní obory tzv. medicíny vítězné. Slouží lékaři ke cti, podaří-li se mu doprovodit svého pacienta do smrti.

2. Pojmem „terminální stadium“ se v naší republice rozumí období několika dnů či pouze hodin před exitem; někdy je tento termín vnímán jako synonymum pro agonii.

POZOR! V celém seriálu budeme respektovat usus vyspělých zemí, kde je jakožto „terminální“ definováno celé období života nemocného, u něhož již vítězná medicína vyčerpala své léčebné možnosti, on trpí obtěžujícími příznaky a z dosavadní trajektorie postupující choroby lze předpokládat smrt

řádově v měsících.

3. „Terminálně nemocný“ jen málokdy trpí sám. Často je jeho stonáním zasažena a zraněna celá rodina; i ona potřebuje přinejmenším zvýšenou pozornost z naší strany.

Stará-li se o umírajícího rodina, dbá praktický lékař na to, aby byla: akceptována jako člen týmu pečujících, uklidněna, povzbuzena, „pochválena“ a respektována. Rodina překvapivě často unese, je-li pravdivě informována o aktuálních příznacích, možnostech řešení a pravděpodobném vývoji. Lékař by měl předem hovořit o postupech, které chce v dané chvíli navrhnout. Pečující rodina by měla mít „prostor“ k vyjádření svých obav a smutku. Lékařovu informaci o blížící se smrti či nastávající agonii často rodina přijme s větším klidem, když je na danou situaci připravena a může se zeptat na detaily, které ji děsí či trápí. **Průběžně adekvátně informovaná rodina unese podstatně větší míru zátěže a komplikované ošetrovatelské péče než rodina ponechaná „mimo hru“.** Příbuzný, kterému dáme možnost, aby nám byl v péči partnerem, se cítí lépe už proto, že „nemá prázdné ruce“, má k lékaři jakožto jeho parták větší důvěru a nikdy nemá tendenci k žalobám, stížnostem a sudičství.

Už na začátku péče o terminálně nemocného by tedy měl lékař v rozhovoru s rodinou zjistit kvalitu a nosnost vztahů v ní. Chybění takového vztahu je prakticky vždy zásadní kontraindikací v plánu dochovat nemocného doma.

4. V našem systému zdravotnictví je **praktický lékař často prvním lékařem**, který je s těžce nemocným, akutní medicínou opuštěným pacientem ochoten komunikovat a navázat s ním **terapeutický vztah**.

5. Komunikovat s terminálně nemocnými se mnoho lékařů obává. Nejsme na ni ze studijních let připraveni a trénováni; proto nás neadekvátně stresuje a vyčerpává. **Alespoň částečně se ji však lze naučit.**

Chyby v komunikaci jsou rozmanité. Často je u kořene konkrétní chyby příslušnost k určité generaci:

My **starší lékaři** jsme formováni pohledem na vztah lékař – nemocný jakožto na vztah apriorně asymetrický. Je nám nepříjemný současný pacient, vyzbrojený mnoha detailními znalostmi z webu, často spornými či vytrženými z kontextu. Někdy vnímáme jeho snahu „porozumět nemoci a tím ji porazit“ jako fušování do našeho řemesla, nepatřičné, neoprávněné a ohrožující. I za zdánlivou bariérou experta však musíme najít trpícího člověka i s jeho vztakem, úzkostmi a beznadějí. Náš přístup k němu je někdy (de)formován mnohaletou rutinou připomínající vyježděné koleje: hrozí nám menší riziko „přehlédnutí“ či „opomenutí“, ale máme potíže s vnímáním autonomie nemocného. Neuvědomujeme si, že příliš velká dominance lékaře vzbuzuje v pacientovi tenzi a strach. Nejsme zvyklí (a někdy se i podvědomě vyhýbáme) navázat s nemocným autentický vztah. Více než mladší kolegové jsme ohroženi terapeutickým nihilismem a syndromem vyhoření, který

společnost, která selhává v péči o umírající, je sama nemocná a hrozí jí morální zánik

terminálně nemocný jen málokdy trpí sám

může vést k floridnímu cynismu.

Mladší kolegové jsou už trénováni k otevřenější komunikaci. Mohou však mít tendenci vnímat klasický vztah lékař - pacient jako vzorec „firma – klient“, tedy vztah rádo by symetrický. Pak je pro ně těžší pochopit, že umírající se někdy potřebuje o svého pana doktora opřít a nemá sílu ani zájem zvládat klientský přístup. Navíc lékař stylizující se do role odtažitého specialisty zvyšuje úzkost a izolaci nemocného.

Mladí lékaři dospěli ve společnosti, která preferuje mládí, tělesnou krásu, výkon, technickou dovednost a klade důraz na nezávislost a žití přítomnosti. Stárí jim tedy už svou podstatou může být vzdálené a nepochopitelné. Neestetický, mutilovaný, neso- běstačný nemocný v nich snadno evokuje zděšení, odpor a pohrdání.

6. Naše emočně neovladatelná „odborná bezmocnost“ nad terminálním pacientem často ústí v:

- **overtreatment**, zbytečné léčení (např. další cykly cytostatik, byť je všem lékařům v týmu jasné, že efekt nepřinesou; jindy je umírajícímu týden před smrtí předepsán „jeho“ statin, byť už nepřijímá per os...)

- **undertreatment**, kdy nejsou řešeny jednotlivé příznaky, když nemocný „stejně zemře“! (případ z terénu: nemocný s metastatickým rozsevem ve skeletu, dosud však chodící, utrpěl doma luxaci ramene. Ošetřující lékař nasadil ibuprofen spolu s výrokem, že vzhledem k základní chorobě se nic dělat nebude...)

- **nečitlivost ke kvalitě života nemocného** (v literatuře běžně užívaná zkratka QoL = quality of life), kdy si priority a měřítko důležitosti stanovuje sám nemocný. Je tedy jeho právem rozhodnout s adekvátními vědomostmi o tom, zda chce podstoupit další náročnou a zatěžující léčbu, která kvalitu jeho zbývajících života sníží.

- **„unikání“ z komunikace o smrti** a substituce přehnanou instrumentální péčí. Nemocný není pravdivě informován, proto nemůže ani posoudit nezbytnost další léčby. Přitom jej četné zákroky už pouze zatěžují a nijak nezvyšují jeho QoL.

- **alibismus a neochotu převzít zodpovědnost** za terminálního nemocného v terénu, takřkajíc mimo brány nemocnice (transport agonálního pacienta do nemocnice 30 min před exitem...)

7. Nejceněnější devizou a neúčinnější léčbou je **lékařův čas a ochota „vstoupit do vztahu“ s nemocným a pravdivě s ním komunikovat.**

8. „Pravdu nelze sdílet, nýbrž sdílet“. Smiřování nemocného s pravdou je proces, často vleklý a klopytá. Obrovskou roli zde hraje naše schopnost komunikovat neverbálně, taktálně. I mlčením komunikujeme! Zdánlivě neúčinné doprovázení, nesmírně náročné na náš čas, je důležitější než desítky drahých a náročných vyšetření. Jakési „ztišení“, zjednodušení řeči a vymýcení běžných klišé v rozhovoru s nemocným nám často umožní zaslechnout jeho základní přání: **zemřít jako člověk, tedy důstojně. Nezůstat opuštěný a sám. Smrt nezbařená důstojností je základní podmínkou k tomu, aby pozůstali prošli smutkem a truchlením ke smíření a vyrovnaní.**

9. Ti kolegové, kteří nepreferují sdělování plné pravdy nemocnému, argumentují obavami, že nemocný ztratí naději. Dle našich zkušeností dobře sdělená (tedy sdílená) pravda rizikovým faktorem není. Pacient

upadá do beznaděje tehdy, je-li svým lékařem opuštěn, ponechán v bolestech, nejistotě a bezmoci. **Tato situace klasicky spouští volání po eutanazii!** Pacient chce v této chvíli slyšet ujištění, že ho neopustíme, že slyšíme jeho stesky a že budeme dle možností respektovat jeho přání, například ohledně místa jeho stonání a smrti. **Nemocný musí z našeho chování vyčíst, že neztratil svou cenu a svébytnost ani naši úctu.** Snaha vnímat nemocného jako autonomní bytost s právem volby se může projevit například nenaléháním na hospitalizaci. Dalším, obtížnějším lékařovým krokem je akceptace pacientovy volby, byť ji vnímáme jako volbu špatnou. Nemocný musí být ujištěn, že nebude trestán tím, že se ho lékař zřekne nebo nějak zbaví (časté obavy nemocných, zda mohou odmítnout léčbu, do níž už nemají síly). Chci zdůraznit, že nemocný jemně rozliší, kdy nahrazujeme výše zmíněný vztah běžnou konvencí a zdvořilostí!

Na druhou stranu k pravdivému vztahu patří i do jisté míry ponechání pacientovy zodpovědnosti za rozhodnutí („toto mé jednání mi za dané riziko stojí“). Adekvátní delegace zodpovědnosti je prevence lékařova „pocitu viny“.

10. **Terminálně nemocný trpí výraznou úzkostí.** Často se na svého lékaře neadekvátně upne a nevědomky očekává zázraky; staví lékaře do pozice božstva a tím bezděky lékaře využívá a manipuluje jím. **Snaží se překročit hranice terapeutického vztahu**, především tehdy, pokud prožívá fázi „smlouvání s chorobou“. Zralý lékař si je rizika vědom, nepodlehne manipulaci, ani se nesnaží násilím zvýraznit svou dominanci. **Zná své hranice a hlídá si je. Jinak se mu péče o terminálně nemocné změní v neúnosné vyčerpávající břemeno.** (Pozor, přemíra emocí může být znakem neprofesionality!)

Poznámka na závěr:

Lékař pečující o umírajícího by měl být vyrovnan s faktem vlastní smrtelností.

Jeho nevyřčená úzkost či jiné nezpracované a potlačené emoce totiž v praxi podstatně zhoršují úroveň profesionální péče. **Byť si toho nejsme vědomi, nemocný může naši tenzi „přeznačit“ či vnímat jako: trestání, mentorování, odmítnutí, agrese vůči němu, schovávání se za paragrafy a za tisíce superspecializovaných konziliárních (a přitom zbytečných) vyšetření.**

MUDr. Marie Goldmannová
Domácí hospic cesta domů

MUDr. Marie Goldmannová promovala v r. 1982 na 1. LF UK v Praze, dále pracovala jako internistka a rehabilitační lékařka v Praze. V letech 1997-99 absolvovala postgraduální vzdělávání v oboru paliativní medicíny pod vedením odborníků z USA, Kanady a Velké Británie. Od r. 2000 pracuje jako hospicový lékař, v r. 2005 atestovala v oboru paliativní medicína a léčba bolesti a od ledna 2007 zastává funkci primářky hospicu v Litoměřicích. Mimoto v roce 2001 založila v Praze občanské sdružení Cesta domů které od r. 2002 úspěšně provozuje mobilní hospic pro pražské nemocné.

i mlčením komunikujeme

overtreatment

undertreatment

**Domácí hospic
Cesta domů**
www.cestadomu.cz
www.umirani.cz
cestadomu@cestadomu.cz
Bubenská 3
170 00 Praha 7
tel.: 283 850 949

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Celiakie je častá u pacientů primární péče s chronickými GIT symptomy

• **Klinická otázka:** Může strategie vyhledávání případů nemoci (case-finding strategy) identifikovat více pacientů s celiakií?

• **Závěr:** Tato studie vypovídá, že celiakie je relativně časté onemocnění v primární péči, zejména u pacientů s gastrointestinálními symptomy, chronickou únavou nebo onemocněním štítné žlázy. Pacienti s persistujícími symptomy by měli být hodnoceni s ohledem na možnou celiakii a to za pomoci strategie popsané v této studii. Diagnóza by měla být potvrzena buď intestinální biopsií nebo úspěšným pokusem s bezlepkovou dietou. (LOE = 2c)

• **Reference:** Catassi C, Kryszak D, Louis-Jacques O, et al. Detection of celiac disease in primary care: a multicenter case-finding study in North America. *Am J Gastroenterol* 2007;102:1454-1460.

• **Typ studie:** Kohortová (prospektivní)

• **Financování:** Vláda

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

• **Synopse:** Celiakie je relativně častá příčina chronických gastrointestinálních symptomů a zvyšuje riziko anémie, lymfomu a osteoporózy. Nicméně často zůstane nediagnostikovaná. V této studii autoři oslovili všechny dospělé pacienty, kteří přišli na vyšetření ke skupině lékařů primární péče. Pacienti s alespoň jedním symptomem nebo komorbiditou sdruženou s celiakií (včetně rodinné anamnézy, anémie, navracující se břišní bolesti nebo pocitem plynatosti, syndromem dráždivého tračníku, chronickým průjmem, chronickou únavou nebo autoimunitním onemocněním) byli požádáni o účast ve studii vyplněním podrobnějšího dotazníku a podstoupením sérologického vyšetření na celiakii. Z 2568 pacientů, kteří byli osloveni, 33% nemělo žádný z kvalifikačních symptomů, 3% odmítlo vyplnit dotazník a 26% odmítlo sérologické vyšetření, tedy pro studii zbylo 976 pacientů (38%). Jako počáteční test bylo provedeno vyšetření IgA protilátek proti tkáňové transglutamináze (tTG-IgA). U pacientů (n=103) s nízkou hodnotou tohoto testu (< 0.5 j.) byl vyšetřen i celkový IgA z důvodu vyloučení selektivní IgA deficiencie. Všechny výsledky byly normální. 30 pacientů mělo tTG IgA zvýšený (> 7.0 j.) a podstoupilo vyšetření na IgA protilátky proti endomysiu a 22 z nich mělo abnormální výsledky rovněž u tohoto testu. Z této finální skupiny 15 pacientů podstoupilo biopsii z tenkého střeva a 17 započalo bezlepkovou dietu. Bohužel nám nebylo sděleno, zda-li dieta byla úspěšná.

Nejčastější klinické důvody pro screening byla plynatost (12/22 pacientů), onemocnění štítné žlázy (11/22), dráždivý tračník (7/22) a chronický průjem (6/22).

Nakonec byla celiakie diagnostikována u 11,6/ 1000 návštěv, což je četnost mnohem vyšší než četnost uváděná před zavedením strategie vyhledávání případů nemoci (case-finding strategy).

Domácí monitorování glykémie je neefektivní

• **Klinická otázka:** Zlepší selfmonitoring dlouhodobou kontrolu glykemií u pacientů s relativně dobře kontrolovaným diabetem 2. typu bez aplikace insulínu?

• **Závěr:** U pacientů s relativně mírným diabetem

2. typu, kteří nepotřebují insulin, neměl selfmonitoring glykémie v průběhu studie žádný efekt na hladiny A1c hemoglobinu (HbA1c), nicméně zvýšil výskyt případů pacientů zažívajících symptomatickou hypoglykemickou epizodu. Selfmonitoring není nezbytný u diabetu 2. typu, kteří jsou již uspokojivě kontrolováni a nedostávají insulin. (LOE = 1b)

• **Reference:** Farmer A, Wade A, Goyder E, et al. Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: open parallel group randomised trial. *BMJ* 2007;335:132.

• **Typ studie:** Randomizovaná kontrolovaná studie (nezaslepená)

• **Financování:** Vláda

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

• **Rozdělení:** Tajné

• **Synopse:** Výzkumníci identifikovali 453 pacientů s diabetem 2. typu, kteří nebyli léčeni insulinem. Pacientům bylo průměrně 65 let a jejich střední HbA1c hladina byla 7,5%. Přibližně dvě třetiny těchto pacientů byly léčeny buď pouhou dietou nebo jedním lékem. Přibližně 30% pacientů vlastnilo glukometr před začátkem studie, ale užívalo ho ke kontrole glykémie méně než 1x za týden. Pacienti byli náhodně rozděleni za použití tajného rozdělení do 3 intervenčních skupin. Kontrolní skupina dostávala standardizovanou obvyklou péči a nepoužívala glukometr, pokud nebylo uznáno, že jeho použití je zásadní pro jejich léčbu (což se stalo u 5% případů). Pacienti ve skupině s méně intenzivním selfmonitoringem byli žádáni, aby si kontrolovali glykémie nalačno, 2 hodiny před a 2 hodiny po jídle 2x týdně, a snažili se dosáhnout hladin 4–6 mmol/l nalačno a před jídlem a hladin 6–8 mmol/l za 2 hodiny po jídle. Pacienti ve skupině s více intenzivním selfmonitoringem dostali stejný testovací režim jako předchozí skupina, ale navíc obdrželi proškolení a pomoc při časování odběrů, interpretaci nálezu a využívání výsledků glykemií ke zvýšení motivace a udržení adherence k dietě, aktivitě a léčebnému režimu. U všech pacientů bylo HbA1c kontrolováno každé 3 měsíce v období 1 roku studie a tyto hladiny byly používány jako zpětná vazba pro pacienty a pro úpravu léčby. Hlavní výsledek – rozdíl v dosažených hladinách HbA1c po 12 měsících – se mezi 3 skupinami nelišil. V kontrolní skupině nedošlo k žádné změně, ve skupině s méně intenzivním selfmonitoringem došlo k 0,14% poklesu a ve skupině s více intenzivním selfmonitoringem k 0,17% poklesu. Nebyl také zjištěn žádný rozdíl v hladinách HbA1c u průběžných kontrol. Signifikantně častěji se vyskytovaly více symptomatické – i když většinou mírné – hypoglykemické epizody u skupin se selfmonitoringem (počet nutný léčit aby došlo k poškození = 6; 95% CI, 4.5 - 11.4). Jiné velké studie o selfmonitoringu zjistily malé snížení (0,3%) u samotného selfmonitoringu a 0,46%, byl-li selfmonitoring kombinován s poradenstvím o změně životního stylu.

Inhalace steroidů u CHOPN je sdružena se zvýšeným rizikem pneumonie

• **Klinická otázka:** Je inhalace kortikosteroidů u pacientů s chronickou obstrukční chorobou bronchopulmonální (CHOPN) sdružena se zvýšeným rizikem hospitalizací pro pneumonii?

• **Závěr:** V této dobře vedené studii případů a kontrol (case-control study) byly u pacientů vyššího

věku s CHOPN, kteří byli hospitalizováni pro pneumonii, častěji preskribovány inhalační kortikosteroidy. Ačkoliv byl zjištěn vztah k dávce, nedokážeme zatím určit, zda-li jde o příčinu nebo o důsledek. (LOE = 3b)

• **Reference:** Ernst P, Gonzalez AV, Brassard P, Suissa S. Inhaled corticosteroid use in chronic obstructive pulmonary disease and the risk of hospitalization for pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;176:162-166.

• **Typ studie:** Studie případů a kontrol

• **Financování:** Nadace

• **Prováděcí prostředí studie:** Populace

• **Synopse:** Autoři využili administrativních databází společnosti, která spravuje univerzální zdravotní plán pro provincii Quebec (7 miliónů obyvatel) a vyhledali všechny dospělé ve věku 66 a starší, kterým byl vystaven recept na léky k léčbě CHOPN nebo astmatu (beta-agonisté, theofyllin, ipratropium, kromoglykát, nedocromil nebo ketotifen). Potom z této skupiny vyloučili pacienty se specifickou zmínkou o přítomnosti astmatu a získali skupinu o počtu 175 906 pacientů, u kterých předpokládali přítomnou CHOPN. Z těchto pacientů vzájemně srovnávali skupinu 23 942 pacientů, kteří byli hospitalizováni pro pneumonii (případy) se skupinou pacientů bez hospitalizace (kontroly). Výzkumníci spárovali každý případ se 4 náhodně vybranými kontrolními pacienty, kteří odpovídali věkem (do jednoho roku rozdílu) a odpovídali datu hospitalizace. Průměrný věk pacientů byl 77 let. Výzkumníci se pokusili zohlednit pohlaví, věk, závažnost choroby a další faktory (jako je diabetes, srdeční onemocnění atd.), které by mohly být sdružené se zvýšeným rizikem hospitalizace pro pneumonii. Některé z označení, které užívali pro závažnost choroby, zahrnovaly počet respiračních medikamentů vydaných pacientům, počet antibiotik a předchozích hospitalizací. Autoři zjistili, že současné užívání inhalačních kortikosteroidů bylo asociováno se zvýšením rizika hospitalizace pro pneumonii (relativní riziko založené na metodě - rate ratio = 1.70; 95% CI, 1.63 - 1.77). Také oznámili, že četnost pneumonie byla největší u nejvyšších dávek inhalovaných kortikosteroidů.

Tedy:

1. Jde o dobře provedenou studii případů a kontrol. Nicméně i ty nejlepší z těchto jsou vhodné nejvýše pro tvorbu hypotéz, ne však pro potvrzení náhodných vztahů.

2. Riziko hospitalizace pro pneumonii se zvýšilo se zvýšeným užíváním inhalovaných kortikosteroidů, což nasvědčuje pro reakci vázanou dávku a je jedním z kritérií podporujících náhodné vztahy.

3. Žádná statistická analýza tohoto druhu uspořádání, bez ohledu na to jak excelentně a správně se autoři pokoušeli ověřit další vysvětlení, nemůže překonat něco, co nazýváme „confounding by indication“. To znamená, že lékaři dávají vyšší dávky inhalovaných léků, včetně steroidů pacientům s těžšími formami CHOPN. Pacienti s těžkou CHOPN jsou ve zvýšeném riziku rozvoje pneumonie, a proto i hospitalizace. Jedinou studií, která je schopna toto překonat, je randomizovaná kontrolovaná studie.

Copyright © 2007 by Wiley Subscription Services, Inc. All rights reserved.

Připravila MUDr. Jaroslava Laňková

CIPHIN®



...a infekce nemá šanci

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU CIPHIN 250, CIPHIN 500, CIPHIN PRO INFUSIONE 100 mg/50 ml

Účinná látka: ciprofloxacin hydrochlorid monohydricum 291,5 mg, tj. 250 mg ciprofloxacinu v 1 tbl. nebo 583 mg, tj. 500 mg ciprofloxacinu v 1 tabletě; ciprofloxacinum 100 mg v 50 ml infuzního roztoku nebo ciprofloxacinum 200 mg v 100 ml infuzního roztoku. **Indikace:** širokospektré chemoterapeutikum ze skupiny chinolonů. K léčbě infekcí urogenitálního a respiračního ústrojí, infekcí ORL, intraabdominálních infekcí, septikémie, meningitidy, očních infekcí, infekcí kostí, kloubů, kůže a měkkých tkání. Profylaxe infekcí u imunokomprimovaných nemocných, zvláště u neutropenií. Intravenózní aplikace je indikována jen u pacientů, kterým není možné podat lék perorálně. **Dávkování a způsob podání:** infekce ledvin a močových cest: 250-500 mg každých 12 h, infekce GIT: 500 mg každých 12 h, infekce kostí, kloubů, kůže, měkkých tkání, pneumonie: 500-750 mg každých 12 h, akutní kapavka a akutní cystitida: 250 mg jednorázově, ostatní infekce: 500 mg každých 12 h. Denní dávka ciprofloxacinu by neměla přesáhnout 1,5 g. Obvyklá intravenózní dávka pro dospělé je 100-400 mg ciprofloxacinu 2x denně. Přípravek se nemá podávat osobám mladším 18 let. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na ciprofloxacin nebo na jiné chinolonové deriváty, gravidita, kojení. **Zvláštní upozornění:** neužívat během léčby alkoholické nápoje, pro možnost fotosenzibilizace je třeba se vyvarovat expozici silného slunečního světla. Opatrnosti je třeba u pacientů s poruchou renálních nebo hepatálních funkcí a u pacientů s neurologickým onemocněním. **Interakce:** kombinace s dalšími antibiotiky má nanejvýš aditivní účinek. Současné užívání antacid obsahujících aluminium, magnesium nebo kalcium, léků s obsahem zinku může vést ke sníženímu vstřebávání ciprofloxacinu. Ciprofloxacin snižuje eliminaci kofeinu. Současné užívání warfarinu zvyšuje antikoagulační efekt warfarinu se zvýšeným rizikem krvácení. **Těhotenství a kojení:** Ciprofloxacin prochází placentární bariérou a vylučuje se do mateřského mléka. Podávání v těhotenství a během kojení se nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** GIT poruchy - nauzea, průjem, zvracení, bolesti břicha, flatulence; vyrážka, erytém, pruritus, artralgie, únava, slabost, bolesti hlavy, závratě. Ciphin inf. může vyvolat lokální reakci po podání (flebitida). **Podmínky uchovávání:** při teplotě 15-25 °C v původním obalu, chránit před světlem. **Druh obalu a velikost balení:** tablety: neprůhledný PVC/PVDC/Al blistr, papírová krabička. Velikost balení: 10 tbl. po 250 mg, 10 tbl po 500 mg. **Infúzní roztok:** láhev z bezbarvého skla, 100 mg/50 ml: 50 ml, 200 mg/100 ml: 100 ml. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva a.s., Hlohovec, Slovenská republika. Registrační čísla: 42/270/98-C, 42/271/98-C, 42/413/99-C, 42/414/99-C. **Datum poslední revize textu:** Ciphin 250, Ciphin 500 - 17.1.2007, Ciphin pro infusione 100 mg/50 ml a 200 mg/100 ml - 7.2.2007. **Výdej:** přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznáme s úplnou informací o přípravku.

moderní kvalitní péče

ZENTIVA

Podrobné informace získáte v Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese:

Zentiva, a. s., marketingové oddělení, U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10
Tel.: 267 242 714, fax: 267 242 561, www.zentiva.cz CIP/09.07/002.01/36245313/CZ

Vážení čtenáři,

v této rubrice se můžete na cokoli zeptat a redakce se vám bude snažit sehnat co nejerudovanější odpověď. Dotazy mohou být z organizace zdravotnictví, profesní, finanční i právní záležitosti a samozřejmě též odborné. Máme připravený tým odborníků, který se na vaše dotazy/problémy těší a navíc jsme připraveni do tohoto týmu shánět další spolupracovníky, pokud by vaše dotazy byly zvláště závažné a nyní tým by na ně nestačil. Redakce si vyhrazuje právo na upravení popř. zkrácení dotazů.

Vaše redakce

Odpovědi na Vaše otázky...

Dotazy do rubriky
posílejte prosím
elektronicky na
practicus.svl@cls.cz
nebo písemně
na adresu redakce

Jak letos probíhá
očkávání proti chřipce

kód 02110
symbol „C“
– spoluúčast pacienta
maximální úhradou
pojišťovny (132,47 Kč)

akreditace
- kontakt na MZ
pí. Stříbná Radka
tel.: 224972505,
e-mail: radka.stribna@mzcr.cz

Dotaz:

Dobrý den, můžete mi prosím sdělit jasnou informaci, jak letos probíhá očkování proti chřipce, včetně úhrady aplikace a očkovací látky (po loňské zkušenosti se bojím očkovací látku nakoupit přímo do ordinace). Na různých stranách dostávám velmi různorodé informace.

J.V., Praha

Odpověď:

Přestože obě společnosti praktických lékařů (SVL a SPL) „bombardovaly“ s dlouhým předstihem ministerstvo a VZP dotazy o způsobech úhrad očkování proti chřipce na letošní sezonu, objevily se validní informace až těsně před protestním dnem 19.9.. Úhrada očkování ze zdravotního pojištění se má tedy takto: pojišťovny uhradí očkovací látku a aplikaci pacientům jako loni: 1) starším 65 let, 2) po splenektomii, 3) po transplantaci krvetvorných buněk, 4) trpící závažným chronickým farmakologicky řešeným onemocněním srdce, cév, nebo dýchacích cest, ledvin nebo DM léčený insulinem. Pojišťovna uhradí smluvnímu zařízení kód 02110 – aplikaci očkovací látky. Lékař vystaví recept, na kterém označí symbol „C“ – spoluúčast pacienta. V lékárně pacient zaplatí rozdíl mezi cenou vakcíny a maximální úhradou pojišťovny (132,47 Kč). Pokud lékař zakoupil předem očkovací látku do ordinace, přislíbila VZP, že lékařům proplatí toto jako ZULP společně s kódem očkování. (Bylo to i „mimo kameru“ slíbeno).

Redakce

Dotaz:

Prosím vás, jak se to má s akreditacemi? Pořád tomu zcela nerozumím. Musí být každé pracoviště PL akreditováno? K čemu to já, jakožto praktik na malém městě potřebuji? Budu z toho mít nějaké výhody? Nebo v opačném případě nevýhody? Jak celý proces probíhá?

T.H.

Odpověď:

Akreditacím se budeme podrobně věnovat v některém příštím čísle, nyní jen ve zkratce.

Akreditace je určitá forma osvědčení, která potvrzuje, že dané (akreditované) pracoviště je na takové úrovni, že může školit nové adepty před atestací ze všeobecného lékařství (v ostatních oborech je to stejné). Akreditaci vydává na doporučení příslušné akreditační komise Ministerstvo zdravotnictví ČR, kde se též o akreditaci žádá. Požadavky v tuto chvíli jsou pro obor všeobecné praktické lékařství poměrně jednoduché: atestace, minimálně 1,0 úvazku, 5 let praxe. Lékař vyplní formulář „Žádost o udělení akreditace“, a „Dotazník k žádosti a o udělení akreditace“ dodá požadované kopie dokladů (Lékařský diplom, Atestační diplom, Osvědčení k výkonu praxe). Poradu jak, na jakém formuláři apod. Vám poskytne odpovědná pracovnice ministerstva zdravotnictví paní Stříbná Radka, tel.: 224 972 505, e-mail: radka.stribna@mzcr.cz, nebo sekretariát SVL (SVL@cls.cz). K dalším dotazům o výhodách a nevýhodách mít akreditaci asi tolik: Pokud chceme, aby obor všeobecného lékařství pokračoval i do budoucna, abychom také měli komu jednou předat naše praxe, je nutné, abychom si vychovávali novou generaci PL. Jinde než v našich ordinacích se mladí lékaři „nevyučí“. Akreditace však není povinná, nikdo k ní není nucen. Do budoucna se dá očekávat, že akreditace pracoviště bude určitou známkou kvality a tedy i prestiže zdravotnického zařízení. V jednání je také finanční odměna pro školitele za tuto zodpovědnou práci. Přínosem pro ordinaci bude také to, že si lékař bude moci vyškolit minimálně toho „svého“ nástupce a ten mu bude v leccems pomáhat již v době předatestační přípravy. Vzhledem k tomu, že podání žádosti může být určitý problém, nabízí SVL v rámci výroční konference (7.-10.11.2007 v Brně) možnost zařídit administrativní úkony pro zájemce přímo na konferenci. Nutné je si vzít s sebou (kopie): Lékařský diplom, Atestační diplom, Osvědčení k výkonu praxe). Dotazníky i formuláře by s Vámi vyplnil zástupce SVL a následně též zařídil předání na MZ. Prosím počítejte s tím, že na žádost se musí nalepit 1 000,- Kč kolek (SVL jej též může nakoupit hromadně).

As. MUDr. Cyril Mucha,
akreditační komise MZ ČR

Zásady správného odběru krve, díl 2.

pokračování z čísla 7/07

e) pracovní postup samotného odběru

žilní odběr:

- příprava odběrového materiálu (zkumavek) a příslušné dokumentace (průvodka)
- identifikace pacienta dle karty pojištěnce (vyloučení záměny vzorku pacienta), kontrola údajů – na zkumavkách a průvodce
- kontrola neporušenosti obalu jehly a zkumavek
- ověření dodržení potřebných dietních omezení před odběrem, při antikoagulační terapii údaj o antikoagulační léčbě
- seznámení pacienta s postupem odběru
- zajištění vhodné polohy paže
- desinfekce místa vpichu
- venepunkce

kapilární odběr:

Odběr provádíme většinou z bříška prstu, z ušního lalůčku, u malých kojenců z patičky.

- provedeme desinfekci
- po zaschnutí provedeme vpich lancetou, necháme vytéct první kapku krve, tu setřeme
- provedeme náběr do mikrozkušavky

Pokud je místo vpichu málo prokrvené, necháme místo nahřát proudem teplé vody. Nikdy netlačíme na bříško prstu, protože je zde riziko hemolýzy a odběr bychom museli opakovat. Odběr se nedoporučuje dělat u vážnějších oběhových poruch, u kterých může nastat stáza krve v kapilárách. Nevýhodou kapilárního odběru je možnost prostoupení tkáňového moku do rány. To může způsobit problémy při vyšetření (naředění krevního vzorku, aktivace koagulace). K vyšetření se nesmí používat první kapka krve (možnost vyšších hodnot), krev by měla volně vytékat, kapku nevytlačovat (dochází k vytlačení tkáňového moku a tím k naředění vzorku – možnost nižších hodnot).

Nejčastější chyby při odběrech krve – shrnutí

- chyba při přípravě nemocného - pacient nebyl lačný, nevsadil léky
- odběr nebyl proveden ráno – byla zvolena nevhodná doba odběru. Během dne řada biochemických a hematologických hodnot kolísá, proto odběry v průběhu dne by měly být ordinovány výjimečně, kdy mimořádný výsledek může ovlivnit naléhavé diagnostické rozhodování
- odběr byl proveden po mimořádné fyzické zátěži
- nemocný dlouho před odběrem nepil, výsledky mohou být ovlivněny dehydratací
- chyby způsobené nesprávným použitím škrtdidla při odběru
- chyby vedoucí k hemolýze vzorku - hemolýza vadí většině biochemických, hematologických a hemokoagulačních vyšetření zejména proto, že řada látek přešla z erytrocytů do séra či plasmy a interferuje s vyšetřovacím postupem

Hemolýzu způsobuje:

- přítomnost nezaschlého desinfekčního prostředku na jehle nebo pokožce
- použití příliš úzké jehly, kdy je krev násilně nasávána
- při použití otevřeného odběrového materiálu prudké vstříkávání krve ze stříkačky do zkumavky

nebo stékání krve po povrchu kůže s následným zachycením do zkumavky

- prudké třepání krve ve zkumavce! Při používání odběrového systému je doporučeno po odběru krve lehce překloupit zkumavku nahoru a dolů a to u:
 - FW, glukosu, KO 8-10x
 - Koagulaci 3-4x
 - Ostatní sérum 6x
- zmraznutí vzorku krve - nedávat krev do mrazničky!, platí také pro řidiče odvozu - mají termoboxy
- prodleva mezi odběrem krve a zpracováním v laboratoři
- v neposlední řadě použití zkumavky s nesprávným additivem. V případě koagulačních vyšetření hlavně nedodržení předepsaného poměru 1 díl citrátu + 9 dílů krve, výlučně používat zkumavky s citrátem!
- 60 % falešných výsledků je způsobeno nesprávným odběrem!!!

Odběrové systémy

Žilní odběr:

Z důvodu bezpečné práce je k odběru žilní krve doporučován uzavřený systém. Tento systém je hygienický, při odběru nedochází ke kontaktu sestry s krví pacienta, zkumavky mají předem odměřené množství aditiva, zkumavka je připravená na určité množství krve, nedochází k žádnému manuálnímu vlivu na odběr krve, tudíž je tento proces naprosto konstantní. Technicky jde o vakuový systém, kdy z odběrové zkumavky je odsán vzduch a po spojení nádoby s jehlou zavedenou do žíly dojde vlivem vakua k nasátí krve do systému. Jehla je speciálně uzpůsobená, vnější část jehly slouží k provedení vpichu do žíly, vnitřní část jehly je opatřena gumovým převlečníkem, který zabráňuje výtok krve ze žíly po rozpojení systému.

Typy zkumavek:

- Zkumavky s gelem pro snadnější separaci séra zajišťují prodlouženou stabilitu séra na 48 hodin.
- Zkumavky s obsahem K3EDTA pro stanovení KO zajišťují stabilitu leukocytů a erytrocytů minimálně 24 hodin, trombocytů 6-8 hodin.
- Zkumavky s obsahem K2EDTA a NaF pro stanovení glukózy zajišťují stabilitu minimálně 24 hodin.
- Zkumavky s obsahem Na citrátu pro koagulace zajišťují stabilitu 4 hodiny při použití bezdestičkové plasmy k vyšetření.

Kapilární odběr:

K odběru kapilární krve slouží dva druhy odběrových nádobek:

- kapilární - v nádobce je umístěna kapilára, přiložením kapiláry k okraji kapky krve dojde k nasátí krve do systému
- nádobkové - okraj nádoby je opatřen lemem ve tvaru jazyčku, který umožňuje rychlé natékání krve do odběrového systému

*Zpracováno s laskavým svolením
Labiohem, spol. s r.o., Plzeň z materiálů
přednášky Aleny Tenkové pro praktické lékaře 2007*

Připravila Jaroslava Laňková



odběr krve sestrou

**nikdy netlačíme
na bříško prstu**

**k vyšetření se nesmí
používat první kapka
krve**

**hemolýzu způsobuje
prudké třepání krve
ve zkumavce**

**60 % falešných výsledků
je způsobeno
nesprávným odběrem**

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 zasílání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to nejdéle do 15.11.2007. 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.

test
8/2007

**Správné
odpovědi
testu
č. 7/2007:**

- 1 ab
2 bc
3 bc
4 b
5 a
6 ab
7 a
8 a
9 ab
10 c

Anémie - diferenciální diagnóza na základě laboratorních dat

**1. Kritériem, podle kterého
hodnotíme, zda-li je pacient
anemický, je:**

- a) počet a velikost erytrocytů
b) hodnota hemoglobinu,
popř. hematokritu
c) hladina železa, popř.
transferinu

2. Schistocyty jsou:

- a) erytrocyty napadené
parazitem Plasmodium
malariae
b) úlomky nebo fragmenty
erytrocytů, které vznikají
při jejich mechanickém
poškození, např.
u mikroangiopatie
c) cysty parazita mikroskopicky
odečitatelné z krevního
náteru

**3. Makrocytovou anémii
charakterizuje MCV:**

- a) > 98 fl
b) > 80 fl
c) > 68 fl

**4. Podle počtu retikulocytů
zjišťujeme:**

- a) prognózu přežití u aplastic-

ké anémie

- b) délku přežití erytrocytů
v krevním řečišti
c) stav produkce červené
krevní řady ve dřeni

5. Thalasémie vzniká:

- a) při poruše globinových
řetězců
b) při poruše syntézy proto-
porfyrinu
c) při poruchách mobilizace
železa ze zásobáren

6. Coombsův test:

- a) slouží k odlišení imunní
a neimunní hemolýzy
b) používá se v diagnostice
protilátek proti parietál-
ním buňkám u perniciosní
anémie
c) zjišťuje stav zásobního
železa ve tkáních

Zácpa z pohledu praktického lékaře

**7. Zkratka IBS-C
(irritable bowel syndrom-
constipation) znamená:**

- a) funkční zácpu
b) prostou zácpu
c) organickou zácpu

8. Mezi rizikové faktory

zácpy patří:

- a) vysoký počet léků
b) infekce močových cest
c) nízká úroveň vzdělání

**9. Největší pozornost si
zasluhuje následující
z případů:**

- a) pacient s akutní zácpou
b) pacient s chronickou
zácpou
c) pacient nad 50 let, udá-
vající obtíže se zácpou,
kterou nikdy netrpěl

Zácpa – mýty a pověry

**10. Definice zácpy podle
prof. Mařatky zní:**

- a) porucha vyprazdňování
stolice trvající několik dní
poté, co předchází stolice
byly pravidelné
b) je-li počet stolic menší než
3 týdně
c) obtížné vyprazdňování
tuhé stolice či dokonce
u těžké formy nemoci
nemožnost spontánně
vyprázdnit stolici

**Upozornění: správné mohou
být 1-3 odpovědi!**

odpovědní lístek - test č. 8/2007

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 |