



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 1/2008

ročník 7

pro
praktické
lékaře
zdarma

Přílohou tohoto čísla je

**Doporučený postup
Erekttilní
dysfunkce**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Ordinace nejen na kraji města

Představujeme Vám MUDr. Petra Krejcaru, praktického lékaře z Přelouče

Nový seriál Přednemocniční péče v praxi

Intoxikace alkoholem v terénu – pohled specialisty a praktika



O čem se mimo jiné můžete dočíst v tomto čísle:

- Léčba akutní a průlomové bolesti
- Co bychom neměli přehlédnout při vyšetření orofaciální oblasti
- Měříme a interpretujeme správně krevní tlak?
- Jak pracovat s obézním pacientem?
- Diagnostika a léčba rhinosinuitidy
- Reforma zákonů od 1.1.2008 – to, co je vhodné vědět

Pfizer - Caduet

Obsah

SVL ČLS JEP informuje	5
Je implementace doporučeného postupu Arteriální hypertenze v praxi primární péče reálná?	12
MUDr. Igor Karen	
Léčba akutní a průlomové bolesti v ambulanci PL	14
MUDr. Rudolf Červený	
Prenatální prevence zubního kazu u malých dětí	18
doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.	
Možnosti zlepšení kvality péče v praxi všeobecného lékaře pro dospělé	22
MUDr. Oto Košta	
Co bychom neměli přehlédnout při vyšetření orofaciální oblasti	24
doc. MUDr. Jiří Zemen, Ph.D., MUDr. Robert Houba, Ph.D.	
Měříme a interpretujeme správně krevní tlak?	29
as. MUDr. Jaroslava Laňková	
Jak pracovat s obézním pacientem?	32
MUDr. Martin Matoulek, Ph.D.	
Diagnostika a léčba rhinosinuitidy	35
prim. MUDr. Jaroslav Kraus	
...ordinace nejen na kraji města	40
MUDr. Petr Krejcar - praktický lékař působící na poliklinice v Přelouči	
...počítač a doktor	42
Druhy počítačů	
...prevence v primární péči	43
Onkologická prevence v praxi praktického lékaře – 3. závěrečná část	
...lékař a etiketa	45
U stolu aneb ve společnosti u jídla	
...zdravotnická záchranná služba	47
Předáváme pacienta záchranné službě	
...paliativní péče v ambulantní praxi	48
4. díl: Léčba bolesti u nevy léčitelně nemocných a umírajících - 3. část	
...dotazy a odpovědi	52
...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa	53
Reforma zákonů od 1.1.2008 – to, co je vhodné vědět	
...přednemocniční péče v praxi	53
Případ intoxikace alkoholem u 17-letého mladíka	
...POEM: Patient oriented evidence that matters	58
... sestra v ordinaci praktického lékaře	60
ZDRAVOTNÍ SESTRY SESTRÁM: dnes o chrupu a jeho nemocech	
...znalostní test	62

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
1/2008, ročník 7

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 Ponižil, 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.** ••• Příhlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo dáno do tisku **10.1.2008.** 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, 2008**



MUDr. Jozef Čupka

Vážené kolegyně, kolegové,

na stránce úvodního slova – editoriálu Practicusu, který v novém roce 2008 již patří plně a regulérně Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, se promítají vnitřní postoje a názory autorů nebo redakce k aktuálnímu číslu časopisu i dění ve společnosti. Všichni v reálném životě, a samozřejmě i v našich praxích, jsme denně vnímali podhodnocení primární péče, kterou období posledních 2 let maximálně zdevastovalo (ekonomicky i morálně). Teď neříkám nic nového, co bychom již na našich stránkách v loňském roce opakovaně nerozebírali a nediskutovali. Troufám si však říct, že toto „období temna“, které již máme za sebou, by nás mělo motivovat k ještě větší aktivitě a předsevzetím do dalšího roku, protože dějiny a historie nás učí, že po obdobích „temna a sucha“ přicházejí období „rozkvětu a blaha“. V minulosti záleželo a stále bude záležet vždy jen na nás, jestli jsme schopni a ochotni správně reflektovat období, ve kterém se nacházíme a připustit si vývoj a změnu stavu. Celá naše společnost se nachází nyní v turbulencích dlouho očekávaných změn sociálních, daňových a zdravotních zákonů. Podstatou těchto transformací (tak, jak je subjektivně vnímám) je tendence k větší odpovědnosti jedince za svůj život, ale i zdravotní stav. Ukazuje se, že některé změny jsou a budou pro primární péči více či méně prospěšné. Uvolnění prostoru pro konkurenceschopnost zdravotních pojišťoven nám přinese nové možnosti (ale i rizika) a ukáže, jestli budeme kompetentně (jako jedinci, ale i SVL) reagovat na rychlé a možná někdy i nečekané varianty změn ve zdravotnictví. Příkladem nám může sloužit nástup a rozvoj tzv. „řetězců“ - sítě zdravotních zařízení, do kterých vstupuje kapitál z podnikatelského prostředí. Ještě před rokem jsme ani nepředpokládali, že by to bylo možné a nyní vidíme, že je. Nakolik to však bude pozitivní nebo negativní pro jednotlivou ordinaci praktického lékaře v tom kterém místě ČR, to ukáže náš postoj k situaci a čas. Další příklad vidím v nastupující konkurenci zdravotních pojišťoven, které se začínají předhánět v kvalitě péče a nabídkách pro své pojištěnce. Jeví se, že zdraví pojištěnců bude mnohem více než dosud přímo korelovat s jejich hospodářskými výsledky. Již nyní si zdravotní pojišťovny připravují plány či projekty pro prevenci a zlepšení životního stylu pojištěnců, které budou postupně implementovat do praxe. To vnímám jako velkou příležitost pro primární péči. Prozíravě a již v předstihu SVL adekvátně reagovala na přicházející změny a připravila projekt **PIPM –** **P**oradny **I**ntervenční **P**reventivní **M**edicíny, o kterém jsme na stránkách Practicusu již informovali. Je to příležitost být o krok napřed a reagovat na rozvíjející se vzájemnou konkurenci zdravotnických zařízení, která nás určitě čeká. Opakovaně si však při klíčových rozhodnutích připomínám slova historika, která mne silně oslovila: „Historie nás učí, že se z historie lidi nikdy nepoučili“.

Dovolte mi popřát Vám za naši (i Vaši) redakci do dalšího roku co nejlepší rozhodování v soukromém i profesním životě, pevné zdraví a trochu štěstí, protože prý zdraví byli i pasažéři Titaniku, jen neměli štěstí.

MUDr. Jozef Čupka
odborný redaktor časopisu Practicus

Rozšíření programu celoživotního vzdělávání lékařů SVL ČLS JEP formou e-learningu

Od 10. prosince zahájily aktivní provoz internetové stránky Společnosti všeobecného lékařství (dále jen SVL) věnované e-learningu lékařů. Stránky se dají snadno spustit z internetových stránek SVL ČLS JEP www.svl.cz nebo vyhledat přímo na dvou doménách www.esvl.cz a www.e-svl.cz. Pilotní projekt e-learningového portálu technicky podpořila Zentiva, a.s. Jako první se na nich objevuje kurz Benigní hyperplazie prostaty, který vznikl ve spolupráci s MUDr. Otto Herberem. Garantem tohoto kurzu je prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc., přednosta urologické kliniky FN Brno.

Moderní vzdělávací metoda, jakou e-learning bezesporu je, představuje pružný a flexibilní způsob doplňování znalostí a jejich rozšiřování, umožňuje využívat veškerých dostupných forem, které nabízejí moderní informační technologie. I to je důvod, proč jsou vzdělávací e-learningové programy stále oblíbenější.

E-learning využívá informačních a komunikačních technologií pro tvorbu kurzů a dalších educačních materiálů, umožňuje okamžité ověření správnosti a hloubky osvojení získávaných informací a dovedností. E-learningová forma vzdělávání je tak v posledních několika letech stále více využívána k hromadnému předávání informací a doplnění znalostí velkých skupin respondentů (lékařů), šetří náklady a zejména čas všech zúčastněných.

Existuje řada definic e-learningu. V krátkosti se dá shrnout, že e-learning je elektronická forma aktivního vzdělávání, tzn. vzdělávání s použitím předem připraveného programu šířeného internetem, event. zpracovaného na CD. Využívá multimediální prvky a didaktické prostředky k efektivnímu dosažení vzdělávacího cíle. Výhodou e-learningu je možnost neomezeného využití nejrozličnějších multimediálních prvků, tj. zahrnutí prezentací, animovaných sekvencí, mluveného slova či video snímků, a také případné komunikace s lektorem.

Prezentovaná e-learningová lekce Benigní hyperplazie prostaty se skládá z mluvené přednášky MUDr. Otto Herbera doplněné prezentací včetně komentáře urologa prof. MUDr. Dalibora Pacíka, CSc.



Součástí e-learningové prezentace je také praktická část - kazuistiky, kde jsou uvedeny čtyři případy z praxe, jejich diagnostika a navržené řešení.

Nově vytvořený portál elektronického vzdělávání www.esvl.cz byl do současné doby poslední chybějící složkou uceleného systému vzdělávání praktických lékařů.

Portál se bude nadále rozšiřovat a rozvíjet tak, aby mohli lékaři rychle a operativně získávat přístup k informačním zdrojům a mezioborovému vzdělávání.

**redakce pro kontinuální vzdělávání
SVL ČLS JEP**

www.esvl.cz

Distanční celoživotní vzdělávání pro sestry formou e-learningu

E-learning je dnes běžnou součástí celoživotního vzdělávání zejména v anglicky mluvících zemích. V České republice se uplatňuje od roku 2003 v celoživotním vzdělávání pracovníků státní správy. Jako alternativa v celoživotním vzdělávání zdravotních sester v České republice se e-learning stal realitou od srpna 2006 a kurzy si získávají oblibu mezi sestrami, které mají pozitivní vztah k internetu a alespoň základní znalosti v práci s počítačem.

Vzdělávací systém je založen na softwaru LMS (Learning Management System) Moodle. Je to program pro tvorbu výukových systémů a elektronických kurzů na internetu. Neustále se vyvíjející projekt byl navržen na základě sociálně konstruktivistického přístupu k vzdělávání. Nejde tedy jen o pasivní příjem informací a znalostí, ale také o jejich interpretaci a zasazení do vlastního pracovního a životního rámce. Systém testů k jednotlivým kurzům si jako primární cíl neklade hodnocení znalostí účastníků, ale slouží především pro poskytování zpětné vazby. Dalším interaktivním nástrojem jsou diskusní fóra, ve kterých mají všichni účastníci studia i další zájemci možnost doplnit studijní materiály o vlastní znalosti a zkušenosti. O kvalitě systému Moodle dostatečně vypovídá jeho využívání na předních světových univerzitách. V České republice je Moodle mimo jiné využíván Univerzitou Karlovou. Systém umožňuje plně nasazení multimediálních prvků (zvuk, video). V současné době se tyto prvky nevyužívají, protože kvalita běžného připojení a technické vybavení uživatelů systému není zatím na dostatečné úrovni. Práce a orientace v Moodle je velmi jednodu-

chá a vyžaduje pouze základní znalosti práce s počítačem. Po otevření stránek www.ucebna.net následuje registrace do systému, platba školného a vlastní studium. Vedoucí učebny je vždy připraven(a) pomoci při případných obtížích cestou e-mailu (info@sestra.in) nebo telefonicky (777 629 362, 739 514 480).

Výhody tohoto způsobu vzdělávání pro sestry v ordinacích praktických lékařů vysoce převažují možná rizika či nedostatky:

- studijní programy jsou velmi kvalitní – kurzy jsou veřejně přístupné (stačí zadat uživatelské jméno: zkouska a heslo: zkouska). Jedná se buď o přeložené programy z renomovaných zdrojů nebo o programy, jejichž autorkami jsou sestry – kvalifikované specialistky v daném oboru. Informace je možné kdykoliv přizpůsobit novým vědeckým poznatkům a jsou zároveň obohacovány příspěvky uživatelů učebny.
- témata kurzů jsou různorodá a mají široký záběr. Najdete zde kurzy z teorie ošetřovatelství, hojení ran, psychosociální problematiku a další. Počet kurzů se stále zvyšuje a v průměru přibývají 2 za měsíc.
- studium je prokazatelné – systém Moodle zaznamenává každou činnost jednotlivého uživatele, včetně výsledků jednoduchých testů. Potvrzení o absolvování je vydáváno jen na základě splněných cílů školící akce.
- studium je snadno dostupné – každý uživatel může zvolit místo, čas i průběh vzdělávání dle vlastních potřeb a možností. Internetová učebna má v současnosti uživatele z celé ČR a kurzy navštěvuje i řada, které jsou momentálně v zahraničí (Itálie, Rakousko).
- náklady na vzdělávání jsou optimální – jak z pohledu uživatele, tak z pohledu zaměstnavatele. Kromě připojení na internet je školné jediným nákladem spojeným s tímto typem vzdělávání.
- kurzy jsou určeny pro všeobecné sestry – některé i pro porodní asistentky a zdravotnické záchranáře. Každý má souhlasné stanovisko profesní organizace (ČAS) a je zde tedy jistota přidělení kreditů.

Výhody pro praktického lékaře jako zaměstnavatele jsou také zřejmé:

- sestra splní podmínky pro registraci a samostatnou práci – vede ke zlepšení kvality spolupráce mezi ní a lékařem. Získá i další znalosti pro poradenství pacientům.
- studium na internetu není náročné – uvolnění z pracovní doby jako např. účast na seminářích a konferencích není třeba a sestra nebude chybět v ordinaci.

www.ucebna.net

podpora:
info@sestra.in

telefon:
777 629 362
739 514 480



sestra IN pro sestry, které jsou IN

E-learning, studium na internetu, příležitost pro celoživotní vzdělávání sester

Doporučení SVL a výhody pro praktického lékaře:

- Kurzy jsou určeny pro všechny všeobecné sestry
- Jsou kvalitní, snadno dostupné a každý má souhlas profesní organizace (ČAS)
- Sestra splní podmínky pro registraci, bude samostatná
- Nebude chybět v ordinaci – úspora času
- Získá další znalosti pro poradenství pacientům
- První studijní cyklus je zdarma, další investice směřuje pouze do vzdělání a je daňově uznatelným nákladem
- Možnost odměny, vznikne pozitivní vztah na pracovišti, loajalita
- Možnost etického sponzorství od firem

INES International

• náklady na vzdělávání z pohledu zaměstnavatele - zaměstnavatelé (lékaři) mají možnost plně nebo částečně refundovat částku školného svým zaměstnancům. Může to být i forma odměny za dobrou práci a nástroj pro zvýšení loajality a motivace zaměstnance. Z daňového hlediska se jedná o uznatelný náklad a odpadají rovněž další náklady na vyplácení cestovného, náhrady mzdy, stravné a podobně.

• vzdělávání může být také předmětem etického sponzorství dalších společností, které pracují ve zdravotnictví a mají zájem na tom, aby sestry byly informované a vzdělané.

E-learningové vzdělávání má také svá omeze-

ní, spočívající především v požadované motivaci a sebekázní uživatelů, dostupném připojení k internetu a alespoň základních nebo mírně pokročilých počítačových dovednostech.

Po registraci do učebny postupujete dále dle návodu v učebně.

Potvrzení o studiu dostanete na každý kurz zvlášť e-mailem na svou adresu ve formátu pdf.

Použitá literatura:

ANDERSON, T.: ELLOUMI, F.: *Theory and Practice of Online Learning*. Athabasca University, 2004, ISBN 0-919737-59-5

**redakce pro kontinuální vzdělávání
SVL ČLS JEP**

**první studijní cyklus
(14 lekcí) zdarma pro
sestry PL - členů SVL**

Možnost bezplatného studia pro sestry registrované ve vzdělávacím programu SVL ČLS JEP

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP - na základě edukačního grantu od společnosti Hartmann-Rico, a.s. - nabízí velmi výhodně tuto možnost studia sestrám, které pracují v ambulancích praktických lékařů a jsou registrovány ve vzdělávacím programu SVL ČLS JEP pro sestry PL. **Podmínkou registrace je členství Vašeho praktického lékaře v SVL ČLS JEP.** Tyto sestry po zadání svého registračního čísla do systému mohou vystudovat zdarma až 14 e-learningových kurzů a získat tak 14 kreditů v celoživotním vzdělávání. Po vystudování prvního cyklu zdarma můžete pokračovat ve studiu za standardních podmínek učebny.

(Blíže informace k registraci poskytnete sekretariát SVL ČLS JEP, e-mail: seminare.svl@cls.cz nebo tel.: 267 184 064)

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v únoru 2008

Podle toho, jak jdou dopředu lékařské poznatky, musíme i my obnovovat naše doporučené postupy. Proto znovu přichází doporučený postup Hypertenze, tentokrát inovovaný podle nových guidelines z roku 2007. Dávno je pryč doba, kdy jsme měli k dispozici dvě-tři antihypertenziva. Získali jsme k dispozici nepřeberné množství léků, ale kolikrát nevíme, který bude ten nejvhodnější. Je opravdu betablokátor nebo diuretikum již lék obsoletní u léčby hypertenze? Jak vybrat lék u rizikového pacienta? Je vhodnější sartan nebo ACEI?

Ve stručnosti si zopakujeme základní pojmy u hypertenze a budeme se více věnovat stratifikaci kardiovaskulárního rizika, dále probereme strategii léčby s přihlédnutím k jednotlivým rizikům i hodnocení různých rizik. V doporučeném postupu jsou vypíchnuty novinky a změny, jasně a přehledně sestaveno, kdy a za jaké situace použít jednotlivé skupiny antihypertenziv, případně kombinací. Na závěr si představíme nové, jednodušší schéma kombinační terapie. Dostává se nám tak do rukou nejmodernější způsob léčby hypertenze, samozřejmě součástí bude i tištěná verze DP.

V další části budou pro Vás v jednotlivých regionech přichystána další zajímavá témata.

Hypertenze

4.2	16.30 - 20.30	Zlín	Aula SZŠ, Bartošova čtvrť, 760 01 Zlín
7.2	16 - 20	Liberec	Hotel v Klášterní, Klášterní 131/14, 460 01 Liberec
7.2	16 - 20	Ústí nad Labem	Oddělení vzdělávání Masarykovy nemocnice, výuková složka, Sociální péče 12 A/4, 401 13 Ústí nad Labem
7.2	16 - 20	Znojmo	Pražská 100, Hotel Prestige, 669 02 Znojmo
9.2	9 - 13	Praha	Lékařský dům, Sokolská 31 120 26 Praha 2
12.2	16 - 20	Pardubice	Hotel Zlatá Štíka, Štirosova 127, 530 03 Pardubice
14.2	16 - 20	Hradec Králové	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, 500 01 Hradec Králové
16.2	9 - 13	Karlovy Vary	Poštovní dvůr, Slovenská 2, 360 01 Karlovy Vary
19.2	16 - 20	Ostrava	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
20.2	17 - 21	Jihlava	presbitář Hotelu Gustav Mahler, Křížová ul, 586 01 Jihlava
21.2	16 - 20	Praha	Lékařský dům, Sokolská 31 120 26 Praha 2
23.2	9 - 13	Olomouc	Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, 772 00 Olomouc
23.2	9 - 13	Plzeň	Šafránkův pavilon, Alej svobody č. 31, 300 00 Plzeň
27.2	16 - 20	Praha	Lékařský dům, Sokolská 31 120 26 Praha 2
27.2	16 - 20	České Budějovice	budova Medipont s.r.o. Matice Školské 17, 370 01 Č.Budějovice
1.3	9 - 13	Brno	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, 602 00 Brno

Semináře jsou podpořeny Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci projektu „Podpora kvality specializačního a kontinuálního vzdělávání v oboru praktické lékařství pro dospělé“ (VSP/1/2727/90-R)

Novinky ve vzdělávání praktických lékařů

► O co mají zájem praktičtí lékaři?

► Jste příznivcem nových přístupů ve vzdělávání?

Na začátku byla moje osobní zkušenost týkající se vzdělávacích aktivit. Dost často jsem se rozhodovala, zda půjdu na odborný seminář, který se koná ve všední den a musím si na něj vyčlenit čas. Pokud jsem se semináře účastnila, vracela jsem se domů po celém dni unavená, za tmy a s myšlenkami na pracovní povinnosti příštího dne. Pokud převážily jiné povinnosti, mrzela mě moje neúčast.

Přemýšlela jsem, zda nelze propojit vzdělávání s aktivním trávením volného času tak, abych mohla být soustředěna na obě činnosti a nedostávala se do časového tlaku. Nevěděla jsem, zda o problému přemýšlím sama a co si myslí moji kolegové. Protože jsem chtěla znát názor kolegů – praktických lékařů – z celé České republiky, využila jsem jejich přítomnosti na XXVI. Výroční konferenci Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP (Brno, listopad 2007). Oslovila jsem je formou článku v Konferenčních novinách a následně je vyzvala k vyplnění dotazníku na stánku SVL ČLS JEP.

Dotazníky vyplnilo 88 účastníků konference (60 žen a 28 mužů). Vedle zajímavých demografických a statistických dat (věk respondentů, regionální rozložení dle velikosti měst, počet ošetřených pacientů za den, výskyt kuřáctví, muži – vyšetření PSA a test na okultní krvácení, ženy – mamografický screening) jsem byla nejvíce zvědavá na fyzickou aktivitu respondentů. Z dotazníku vyplynulo, že většina se účastní sportovních či jiných pohybových aktivit jedenkrát týdně. V menší míře kolegové aktivně sportují 3–5x týdně.

- **90%** respondentů hodnotilo pozitivně propojení vzdělávání a sportovních aktivit
- **84%** respondentů by přijalo účast na víkendovém vzdělávacím semináři ve spojení se sportovními aktivitami

Dále jsme zjišťovali konkrétní podobu sportovních aktivit, kde byl největší zájem o cyklistiku a lyžování.

V neposlední řadě jsme zjišťovali i ochotu k finanční participaci na projektu, kde se ukázala částka 2500,- Kč na jednotlivce jako hraniční.

Z analýzy je zřejmé, že absence pohybových aktivit vyplývá z velkého množství pracovních povinností. Odborné vzdělávání ve spojení s fyzickou aktivitou a mimopracovními setkáními je kolegy praktickými lékaři vysoce pozitivně vnímáno a hodnoceno.

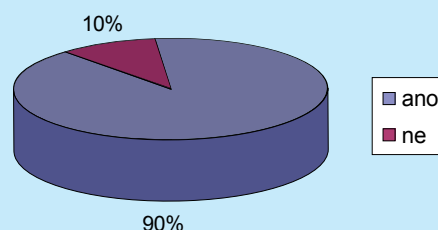
Na základě výše uvedeného jsme vypracovali plán spotovně - vzdělávacích seminářů na rok 2008. Na protější straně naleznete bližší informace týkající se první akce v Karlově Studánce, kam Vás srdečně zveme.

MUDr. Dana Moravčíková

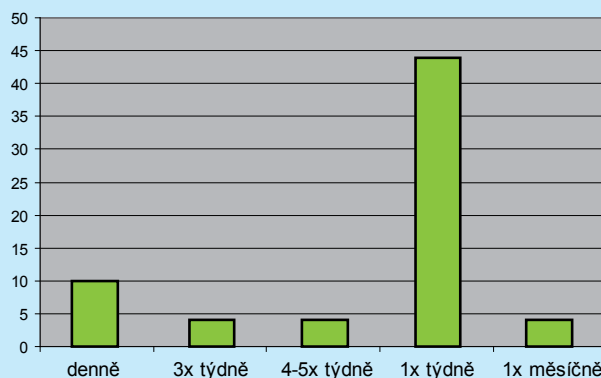
praktická lékařka

členka výboru SVL ČLS JEP

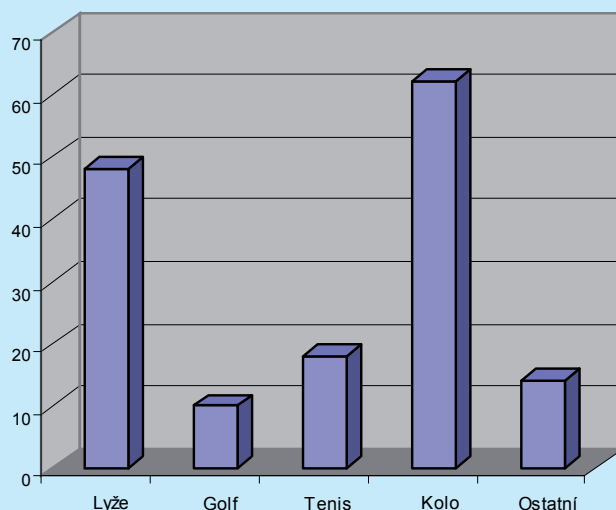
Odpovědi lékařů na otázku „Sportujete?“



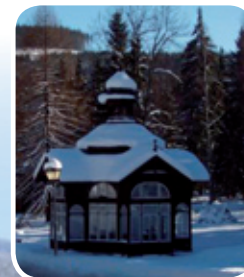
Odpovědi lékařů na otázku „Jak často sportujete?“



Odpovědi lékařů na otázku „Jakou preferujete sportovní aktivitu?“



Společnost všeobecného lékařství Vás zve na sportovně - vzdělávací seminář Karlova Studánka, 7.–9. března 2008



Všeobecné informace:

Termín: 7.–9. března 2008

Místo: Karlova Studánka, Jeseníky

Téma přednášek:

- ▶ Infekce horních a dolních cest dýchacích
- ▶ Alergická rýma/Alergie
- ▶ Kašel
- ▶ Metabolický syndrom
- ▶ Nespavost
- ▶ Očkování
- ▶ Spolupráce praktického lékaře a lékárníka

Seminář má postgraduální charakter a je garantován Českou lékařskou komorou jako akce kontinuálního vzdělávání. Účastníci obdrží potvrzení o účasti s 5 kredity ČLK.

Podmínkou pro získání kreditů je osobní účast na přednáškách.

Časový program:

7. 3. 2008

od 12.00 příjezd účastníků a ubytování
17.00–19.30 hod. odborný program
20.00 hod. večeře

8. 3. 2008

7.30–9.30 hod. snídane
9.30–17.00 hod. volný program
17.00–19.30 hod. odborný program
20.00 hod. večeře

9. 3. 2008

7.30–9.30 snídane

Registrační poplatky (vč. DPH)

do 31. 1. 2008	999 Kč
do 29. 2. 2008	1199 Kč
od 1. 3. 2008 a na místě	1399 Kč
doprovázející osoby	1899 Kč

Registrační poplatek zahrnuje ubytování (2 noci), polopenzi, tištěné materiály a účast na odborném programu.

Způsob platby:

Bankovním převodem na účet společnosti TARGET-MD

Číslo účtu: 51 – 2251120217

Kód banky: 0100

Variabilní symbol: evidenční číslo uvedené na průkazu člena SVL ČLS JEP, u nečlena rodné číslo

Doprava:

Dopravu si zajišťují účastníci sami. Účastníkům, kteří na místo pojedou autem, doporučujeme vzít s sebou sněhové řetězy.

Možnosti registrace:

- 1. Zasláním** přiložené závazné přihlášky na adresu:
TARGET - MD s.r.o., Na Štáhlavce 7, 160 00 Praha 6
- 2. Odfaxováním** vyplněné závazné přihlášky na
číslo: 233 321 748
- 3. E-mailem:** marketa.stefankova@target-md.com
- 4. Po webu** na stránkách www.target-md.com



Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,
ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství ČLS JEP
si Vás dovoluujeme oslovit s nabídkou
Vašeho aktivního zapojení do projektu:

„KAZUISTIKY 2008 – migrenózní bolesti hlavy“

**kazuistiky zasílejte
od 1.1. do 30.5.08**

Smyslem projektu je získání dalších poznatků v léčbě migrenózních bolestí hlavy v každodenní lékařské praxi. Sdílením těchto poznatků získaných napříč celou republikou umožníme, aby i nadále v oblasti praktické medicíny docházelo k aktuální aplikaci dalších poznatků a závěrů. Věříme, že Vaše případná účast v tomto projektu obohatí Vaše znalosti a umožní Vám komplexní pohled na práci Vašich kolegů v řešení problematiky léčby migrenózních bolestí hlavy.

Nyní dovoluujeme, abychom Vám představili bližší podrobnosti projektu „Kazuistiky 2008“. Je zvoleno jednotné téma kazuistik - migrenózní bolesti hlavy. Účastníkem projektu se stává každý praktický lékař, který pošle na toto téma kazuistiku(ky). Odeslání je možné na email svl@cls.cz nebo na adresu: SVL ČLS JEP, U Hranic 16/3221, 100 00 Praha 10 (v předmětu emailu či na obálku uvádějte prosím heslo „kazuistiky“). Zasílejte prosím v termínu od 1.1.2008 do 30.5.2008. Počet kazuistik není omezen. Vyhodnocení kazuistik provede odborná komise složená ze zástupců SVL a ze zástupců České společnosti pro léčbu a diagnostiku bolestí hlavy. Vyhodnocení kazuistik proběhne od 1.6.2008 do 30.7.2008. Kazuistiky budou rozříděny podle spádových oblastí seminářů SVL. Tato komise pak vybere 30 kazuistik (dvě z každé spádové oblasti), které budou prezentovány na 15-ti seminářích Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP v prosinci 2008. Je na rozhodnutí autora, zda bude chtít svou kazuistiku odprezentovat a nebo tuto prezentaci nechá na krajském koordinátorovi SVL (prezentace je finančně ohodnocena). Nevyžádané příspěvky se nevrací. Výběr kazuistik je zcela a pouze v kompetenci SVL ČLS JEP. Další podrobné informace se dozvíte v lednovém čísle časopisu SVL ČLS JEP – Practicus.

**odměna
pro každého,
hodnotné výhry**

Od firmy Zentiva obdrží: Každý účastník projektu vitaminový balíček v hodnotě 1000,- Kč. Autoři vybraných 30 kazuistik obdrží navíc lékařskou literaturu dle vlastního výběru v hodnotě 1500,- Kč. Z kazuistik vybraných pro prezentaci na seminářích společnosti SVL bude vylosován jeden autor, který se zúčastní konference WONCA* v Istanbulu v září 2008. Všechny odměny budou předány do konce roku 2008. Informace k projektu „Kazuistiky 2008 – migrenózní bolesti hlavy“ naleznete též na webovém portálu www.cinie.cz.

Při zaslání kazuistiky je nutné dodržet následující strukturu:

- 1.**
 - název kazuistiky (vymýšlí autor)
 - údaje o autorovi (jméno, příjmení, celá adresa, telefon, event. emailová adresa)
 - karierní údaje (délka praxe apod.)
 - okres (nutné pro určení konkrétní spádové oblasti seminářů SVL)
- 2.**
 - věk pacienta
 - pohlaví pacienta
- 3.**
 - scénář vlastního případu (včetně anamnestických údajů)
 - závěr a shrnutí pro praxi

Za Vaši případnou spolupráci Vám mnohokrát děkujeme.

MUDr. Renata Mejtská
Business Unit Manager

Ing. Martin Hasman
Product Manager

MUDr. Zuzana Jevíčová
Primare Care Manager

* WONCA – Významná světová organizace praktických a rodinných lékařů

Zentiva - Cinie

MUDr. Igor Karen

Praktický lékař, Benátky nad Jizerou, Odborný garant SVL ČLS JEP pro AH a KV oblast

Je implementace doporučeného postupu Arteriální hypertenze v praxi primární péče reálná?



MUDr. Igor Karen

Máme letos rok tak trochu nabitý na novinky ohledně arteriální hypertenze. V červnu v Miláně a v září ve Vídni byla představena nová Doporučení na diagnostiku a léčbu hypertenze, kterou vydala Evropská společnost pro hypertenzi spolu s Evropskou kardiologickou společností.

Převratné změny se nekonaly, ale přeci jenom se něco stalo a k některým změnám došlo. Bohužel někdy mám pocit, že některá doporučení jsou spíše zbožnými přáními odborníků a mnohdy neodrážejí možnosti a realitu, jak celého zdravotního systému stran financí, tak i kapacitu primární péče, která je hlavním vykonavatelem těchto doporučených postupů. Přitom velmi záleží na schopnostech zejména jednotlivých praktických lékařů a současně na POUŽITELNOSTI toho či onoho Doporučeného postupu. Jak tyto Doporučené postupy budu implementovány v jednotlivých praxích po celé Evropě záleží na jejich jednoduchosti, použitelnosti a samozřejmě na financích zdravotního systému té či oné země a to se projeví během velmi krátkého času.

V Miláně se čekala spíše zjednodušení minulých Evropských guidelines, ale spíše opak byl pravdou. Překvapením byl, kromě složitějšího algoritmu stratifikace KV rizika, také složitý algoritmus k zahajování antihypertenzivní terapie. Tyto algoritmy nebyly přijaty ani Českou společností pro hypertenzi, která představila v Mikulově svoje nová Doporučení pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze na své konferenci. Nebyla přijata v celé míře ani naší Společností všeobecného lékařství ČLS JEP.

Stran novinek ohledně nových evropských guidelines zůstala stejná klasifikace jednotlivých kategorií vysokého tlaku.

Došlo k rozšíření indikační oblasti ambulantního monitorování TK na: zvýšená variabilita TK, diskrepance mezi TK doma a ve zdravotnickém zařízení (fenomén bílého pláště a maskovaná HT), rezistence hypertenze k léčbě, epizodická hypertenze, hypotenze (zejména u starších a diabetiků), zvýšení TK v těhotenství (a podezření na pre-eklampsii).

K tomu odpovídají hodnoty:

TK ve zdrav. zařízení = 140/90 mmHg

TK v domácích podmínkách = 135/85 mmHg

Z dalších laboratorních měření přibyla nutnost

vypočítání a sledování clearance kreatininu a vhodnost vyšetření mikroalbuminurie. Vzhledem k finanční náročnosti těchto vyšetření a limitů od ZP v ČR lze očekávat spíše selektivní vyšetření u cílených skupin pacientů.

A právě o tyto dvě položky se vedla v nedávné době v primární péči největší diskuze, tj. mají být při tvorbě Doporučeného postupu na diagnostiku a léčbu AH pro primární péči zařazeny fixně do povinných vyšetření u všech pacientů s hypertenzí, podotýkám u všech pacientů s hypertenzí. Nejdříve jsme tuto diskuzi vedli ve výboru SVL a pak samozřejmě i na naší republikové konferenci SVL letos v Brně, kde byla představena naše verze pro primární péči.

V případě, že by došlo k vyšetření u všech pacientů s AH 1x ročně, jak doporučuje Evropská i Česká společnost pro AH, tak bude celková nákladovost dle výpočtu aktuálních cen (zdroj: ceník laboratoře Klinické biochemie nemocnice v Mladé Boleslavi) (mikroalbuminurie za 166,32 Kč a výpočet kreatininu 9,24 za předpokladu, že je kreatinin odebrán v rámci pravidelné kontroly a péče o pacienta s hypertenzí), celkem tedy 175,56 u jednoho pacienta.

Když vezmu fakt, že je v ČR kolem 2 až 2,5 milionu hypertoniků, tak se jedná o částky v rozmezí 351 až 438 milionu Kč, o které by bylo nutno navýšit rozpočty zdravotních pojišťoven a k tomu vyjednat generální pardon pro všechny lékaře, kteří tato vyšetření budou dodržovat dle nových Doporučených postupů.

Dle výpočtu to vychází v průměru na roční navýšení o 63 818 Kč u jednoho praktického lékaře v ČR v rámci tohoto laboratorního vyšetření, když beru spodní hranici 351 milionů Kč.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, která vytvořila svůj Doporučený postup na diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze za výrazné pomoci Společnosti pro AH, tento fakt vzala na vědomí a vzhledem k tomu, že se jedná o výrazné částky, tak se spíše kloníme k mezioborové diskuzi a z naší strany k preferenci selektivního výběru těchto doporučených vyšetření zejména u skupin pacientů a to:

1. Všichni pacienti s hypertenzí a diabetem
2. Všechny gravidní pacientky s hypertenzí
3. Všichni hypertonici do věku 30 let

**je reálné sledovat
clearance kreatininu
(CK) a mikroalbuminurii
(MA) u všech
hypertoniků?**

**obligatorně
vyšetřujeme CK a MA
u hypertoniků:**

- s diabetes mellitus
- v graviditě
- ve věku do 30 let

U dalších pacientů toto považujeme spíše za fakultativní vyšetření, které je vhodné provést cíleně u pacientů s pozitivní RA či na základě úsudku ošetřujícího lékaře např. při dlouhodobém nedosažení cílových TK či špatné compliance.

Společnost všeobecného lékařství se nebrání nejen mezioborové diskuzi na toto téma, ale je si současně vědoma jak limitů, tak následných regulací ze strany zdravotních pojišťoven. **SVL k tomu však preferuje racionální Doporučený postup (DP), který by byl od počátku respektován a samozřejmě dodržován zejména v primární péči. Nechceme mít DP, který bychom od prvopočátku jeho uvedení do praxe nedodržovali a který by byl jen nedosažitelným cílem.**

Co ovšem považujeme také za důležité je, aby odborné společnosti samy apelovaly na zdravotní pojišťovny ohledně nutnosti finančního navýšení a deklarovaly nutnost a opodstatněnost těchto vyšetření (zejména detekci mikroalbuminurie), neboť se jedná o nemalé částky z celkového rozpočtu veřejného zdravotního pojištění.

Nevím, zdali by bylo vhodné u těchto vyšetření zavádět finanční spoluúčast ze strany pacienta, který by si tato vyšetření hradil v případě celoplošného screeningu na detekci mikroalbuminurie u všech hyperteniků.

Na kongresu v Mikulově byla prof. Monhartem podána informace, že existují též detekční papí-

rové proužky, jeden v celkové částce cca 30 Kč, což by bylo jistě méně finančně náročné, ale opět vyvstává otázka, kdo to zaplatí... Lékař v ordinaci či pacient či to proplatí zdravotní pojišťovna????, tak jako v případě testů na okultní krvácení??? Bohužel tyto vztahy a dotazy ještě nejsou ani vzneseny, natož zodpovězeny.

Zásadní a nepodkročitelný, je fakt, že pacient, který bude dostatečně a dobře léčen a bude dosahovat stanovených cílových tlaků, tak by měl mít výrazně lepší prognosu stran vzniku nefropatie, neboť je známo, že zejména u hyperteniků, kteří dlouhodobě nedosahují cílových hodnot, hrozí častěji výskyt nefropatie jak u diabetiků, tak u nediabetiků. A to by měl být základní kámen a cíl všech lékařů nejen v primární péči, ale všech, kteří mají ve svých ordinacích pacienty s hypertenzí.

MUDr. Igor Karen - 1988 promoval na fakultě dětského lékařství, UK Praha, v r. 1991 atestoval v oboru dětského lékařství, v r. 1994 v oboru infekčních nemocí a v r. 1996 v oboru všeobecného lékařství. Nyní pracuje ve své soukromé praxi jako praktický lékař v Mělníku. Spolupodílel se na tvorbě několika doporučených postupů pro praktické lékaře, publikuje, přednáší a podílí se na výzkumu v oblastech týkajících se arteriální hypertenze, diabetu mellitu a metabolického syndromu v primární péči.

Všechno, co potřebujete ...

- ★ potencionovaná antihypertenzivní účinnost zaručující dlouhodobou kontrolu TK²
- ★ účinnost potvrzená u širokého spektra hyperteniků^{3,4}
- ★ fixní dvojkombinace s pohodlným dávkováním 1x denně⁵
- ★ potvrzená **renoprotektivita**⁶ a **kardioprotektivita**⁴

... a navíc

- ★ prokázaná **metabolická neutralita**¹

Výsledky srovnání kombinací verapamil SR/trandolapril vs losartan/HCTZ JSOU POTVRZENY¹

Tarka 180/2 mg tbl., Tarka 240/4 mg tbl. Verapamil hydrochlorid, trandolapril

Zkrácená informace o přípravku

Složení: verapamil hydrochloridum 180 mg; event. 240 mg a trandolaprilum 2 mg; event. 4 mg v jedné tableti s řízeným uvolňováním. **Indikace:** léčba esenciální hypertenze u pacientů, u kterých je vhodná kombinovaná terapie. **Dávkování:** jedna tableta přípravku Tarka® 180/2 mg nebo 240/4 mg jednou denně. **Kontraindikace:** přecitlivělost na trandolapril, jiný ACE inhibitor či verapamil, výskyt angioedematického edému, kardiogenní šok, čerstvý IM s komplikacemi, AV blok II a III stupně bez pacemakeru, SA blok, sick sinus syndrom, městnavé srdeční selhání, fibrilace/flutter síní s akcesorními drahami, clearance kreatininu <10 ml/min, dialýza, jaterní cirhóza s ascitem, aortální nebo mitrální stenóza, obstrukční hypertrofická kardiomyopatie, primární aldosteronismus, gravidita, laktace, dětský věk. **Zvláštní upozornění:** Opatrnost je třeba u pacientů s poruchou funkce ledvin. U pacientů se stimulovaným systémem renin-angiotensin-aldosteron je zvýšené riziko vzniku symptomatické hypotenze. U sekundární hypertenze z renálních příčin se podání přípravku nedoporučuje, stejně jako u pacientů s těžkou poruchou jater. **Interakce:** Přípravek Tarka® vykazuje řadu lékových interakcí, např. zvyšuje účinek jiných antihypertenziv, zvláště při podání diuretik. Kombinace s kalium šetřícími diuretiky se nedoporučuje. Tarka® může zvyšovat účinek anestetik a myorelaxancií, ald. **Nežádoucí účinky:** jsou totožné s těmi, které se vyskytují při samostatném užívání jednotlivých složek léku. Nejčastěji se vyskytují kašel, bolesti hlavy, zácpa, závratě a návaly. **Uchovávání:** při 15-25 °C. **Balení:** 28 x 180/2 nebo 240/4 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Abbott GmbH & Co. KG, Wiesbaden, SRN. **Registrační čísla:** Tarka® 180/2 mg tbl.: 58/160/06-C, Tarka® 240/4 mg tbl.: 58/161/06-C. **Poslední revize textu:** 26.4.2006. Přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění a je vázán na lékařský předpis. Dříve, než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplnou informací o přípravku.

1) Bakris G et al. Differences in Glucose Tolerance Between Fixed-Dose Antihypertensive Drug Combinations in People With Metabolic Syndrome. *Diabetes Care* 2006; 29:2592-2597 2) Karlberg BE et al. *Blood Press*. 2000; 9:140-145 3) Schneider M et al. *J Hypertens*. 1996; 14:669-677 4) The International Verapamil-trandolapril Study (INVEST). *JAMA* 2003; 290:2805-2816 5) Tarka SPC. 6) Ruggerenti P, Fassi A, Nieve AP et al. for the BENEDICT Investigators. Preventing microalbuminuria in type 2 diabetes: the BENEDICT study results. *N Engl J Med* 2004; 351:1941-1951.

Abbott Laboratories s. r. o.
Hodovka Office Park, Evropská 2590/33d, Praha 6
tel.: +420 267 292 111, fax: +420 267 292 100

www.abott.cz

Abbott
A Promise for Life

practicus 1/2008

13

MUDr. Rudolf Červený

Praktický lékař v Plzni

Člen výborů SVL ČLS JEP, SPL ČR, České rady pro resuscitaci, EPCCS Wonca Europe, odborný asistent LF UK Plzeň

Léčba akutní a průlomové bolesti v ambulanci praktického lékaře



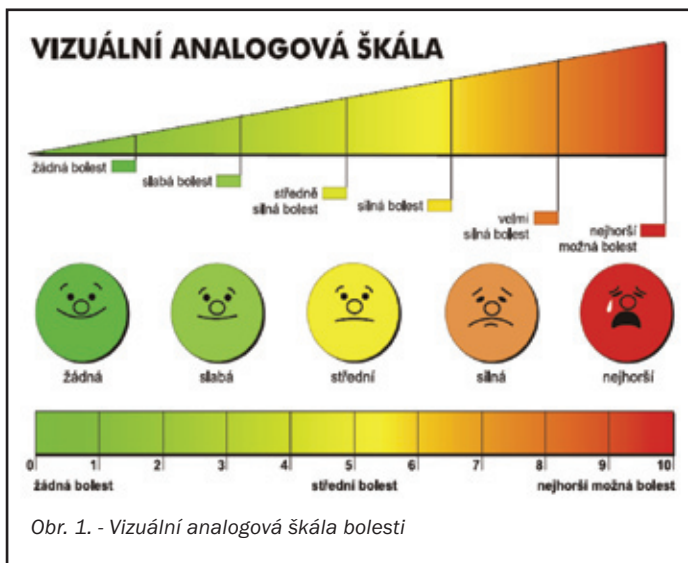
MUDr. Rudolf Červený

vizuální analogová škála bolesti

Akutní bolest

– principy léčby:

Volba a vedení analgetické léčby vychází z pacientova údaje o intenzitě a charakteru bolesti a z individuálního klinického stavu. U takového pacienta pátráme vždy po příčině vzniklé akutní bolesti komplexním vyšetřením. Při hodnocení intenzity bolesti využíváme vizuální analogovou škálu bolesti (obr. 1), kdy nám pacient buď v ordinaci může upřesnit aktuální intenzitu bolesti anebo si toto hodnocení může pravidelně psát do deníku bolesti a pak konzultovat se svým lékařem (hodnotí se delší časový úsek).



Obr. 1. - Vizuální analogová škála bolesti

Průlomová bolest

– principy léčby:

Průlomová bolest je akutní zhoršení chronické bolesti. V tomto případě se snažíme pomoci pacientovi ke spolehlivému překonání akutní ataky bez ovlivnění již nastavené chronické medikamentózní léčby. V případě častého výskytu takové bolesti zvážíme titraci nebo změnu nastavené medikamentózní léčby.

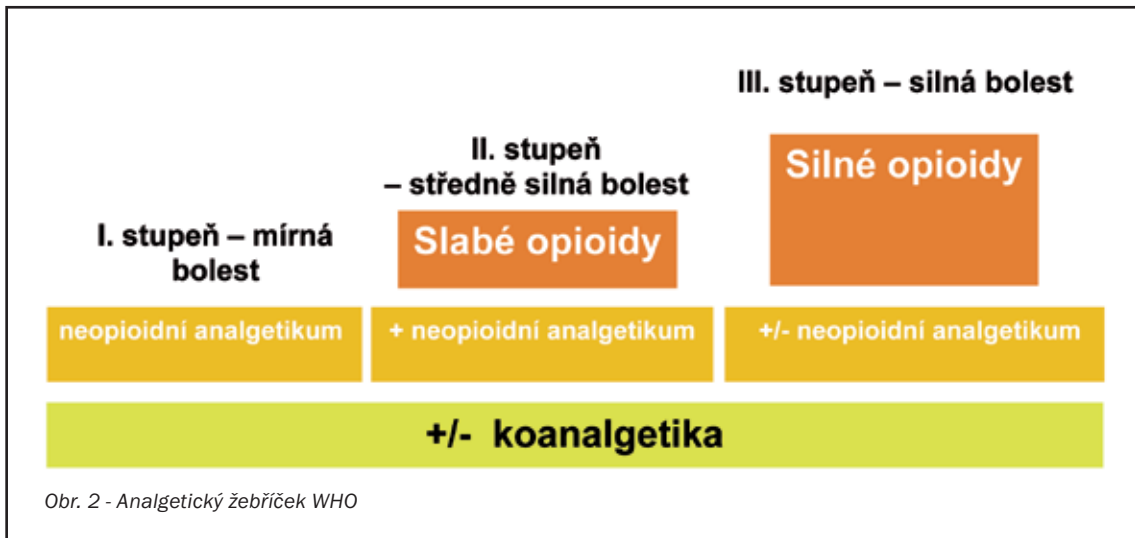
Akutní a průlomová bolest

– postupy léčby:

Při akutní bolesti je vhodný postup „shora dolů“ (step down), tj. začínat vyšší dávkou a pak ji titrovat na nižší podle toho, jakou bolest bude pociťovat pacient.

Měli bychom preferovat neinvazivní podávání analgetik (v různých formách – perorální, náplastové) a analgetika s rychlým nástupem účinku. Při výběru analgetik vždy zohledňujeme typ bolesti, stávající léčbu a přidružená onemocnění. Využíváme neopioidní i opioidní analgetika a jejich kombinace. Zásadně se nekombinují jednotlivá NSA. Zvláště je třeba na to myslet při odebrání farmakologické anamnézy. Důležité je ověřit, zda pacient nekompenzuje nedostatečnou léčbu bolesti kombinováním volně prodejných analgetik.

postup „shora dolů“



Obr. 2 - Analgetický žebříček WHO

Vhodný výběr analgetika volíme podle typu bolesti a přidružených chorob a řídíme se třístupňovým analgetickým žebříčkem WHO (obr. 2).

Jednoduché rozdělení NSA a úskalí léčby těmito analgetiky:

NSA v ČR stále patří mezi nejčastěji používaná analgetika. Při výběru analgetika očekávají pacient i lékař rychlý nástup účinku, dobrý analgetický efekt a samozřejmě i dobrý bezpečnostní profil. Vzhledem k vyššímu průměrnému věku pacientů léčených analgetiky je právě bezpečnostní profil léčby velmi důležitý. Většina nesteroidních antirevmatik má kvůli riziku lékových interakcí zcela striktní omezení použití současně s jinými léky (warfarin, aj.) a při přidružených onemocněních (vředová choroba, kardiovaskulární onemocnění, DM, aj.) NSA dělíme podle COX selektivity do 4 skupin, které se mimo jiné liší i vhodností indikace pro různé rizikové skupiny pacientů.

- COX-1 specifická – nízké dávky ASA
- COX nespecifická – M01AE – konvenční NSA (diklofenak, ibuprofen...)
- COX-2 preferenční – M01AC – nimesulid a meloxikam
- COX-2 specifická – M01AH – koxiby

Při léčbě NSA se zvyšuje riziko krvácení do horní části trávicího traktu průměrně 3,8x.³

Jen v USA zemře na užívání NSA ročně 16 000 pacientů – to je srovnatelné s úmrtími na AIDS³. S četnými NÚ je spojena jak dlouhodobá, tak mohou být důsledkem i krátkodobé léčby NSA.³

Velmi pečlivě jsou celosvětově sledována také kardiovaskulární rizika léčby NSA. Od roku 2004 dochází na půdě FDA, EMEA i českého SÚKLu k přehodnocování bezpečnosti koxibů i konvenčních NSA. Koxiby jsou kontraindikovány u pacientů s kardiovaskulárním nebo cerebrovaskulárním onemocněním. Důvodně se u zvýšeného kardiovaskulárního rizika předpokládá class effect. Podávání

je nutno velmi pečlivě zvážit u pacientů s rizikovými faktory pro srdeční nebo periferní arteriální onemocnění (hypertenze, hyperlipidemie, diabetes mellitus, kouření). KV riziko roste s délkou podávání a velikostí dávky. Je třeba podávat co nejnížší dávky po co nejkratší dobu.

Mohou vzniknout těžké kožní alergické reakce, které jsou sice vzácné, ale mohou pak být i smrtící, přičemž více ohroženi jsou pacienti s jakoukoli lékovou alergií.^{4,5}

Konvenční NSA jsou široce užívané účinné léky pro léčbu artritidy a bolestivých stavů, mnohé jsou OTC. Jsou též postupně přehodnocována z hledis-

NSA

NENÍ ČAS NA BOLEST



Léčba bolesti
střední až silné
intenzity

- rychlý nástup účinku*
- dlouhotrvající úleva od bolesti

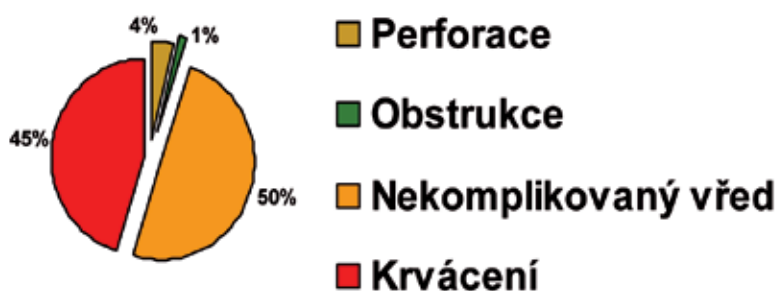
ZALDIAR®

Paracetamol 325 mg / Tramadol 37.5 mg

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU: Složení: Tramadol hydrochlorid 37,5 mg; paracetamol 325 mg v 1 potahované tabletě. **Indikace:** Léčba bolesti střední až silné intenzity. **Dávkování:** Individuální. Dopor. počáteční dávka: 2 tablety, max. 8 tbl./den (tj. 300 mg tramadolu a 2600 mg paracetamolu). **Způsob podání:** Přípravek pro dospělé a mladistvé od 12 let. Tablety se polykají celé. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na tramadol, paracetamol nebo pomocnou látku. Akutní intoxikace alkoholem, hypnotiky, centrálně působícími analgetiky, opioidními nebo psychotropními látkami, léčba inhibitory MAO alesp. 14 dnů od ukončení. Závažné poškození jater. Neléčená epilepsie. **Upozornění:** Nepřekračovat doporučené dávkování. Nepodávat u závažných poruch renálních funkcí ($Cl_{CR} < 10$ ml/min), u těžkého poškození jater, při těžké respirační nedostatečnosti. U predisponovaných pacientů nebo léčených přípravky snižujícími práh pohotovosti možnost vzniku křečí. Léčení epileptici by neměli přípravek užívat. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji nauzea, závratě a spavost, dále zvracení, zácpa, průjem, bolesti břicha, bolesti hlavy, třes, zmatenost, změny nálady, poruchy spánku, pocení, pruritus. **Interakce:** Kombinace s inhibitory MAO kontraindikována (nebezpečí serotoninového syndromu), nedoporučeno podávání s karbamazepinem a jinými induktory enzymů, agonisty-antagonisty morfinu a alkoholem. **Těhotenství a kojení:** Nesmí být podáván. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Při příznacích ospalosti nebo závratí vykonávat činnosti vyžadující zvýšenou pozornost. **Opatření pro uchovávání:** Bez zvláštních podmínek. **Balení na trhu:** 10 a 20 tbl. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Grünenthal GmbH, Aachen, Německo. **Datum poslední revize textu:** 21.2.2007. **Registrační číslo:** 65/237/02-C.

Výdej pouze na lékařský předpis. Částečná úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku se prosím seznámte se Souhrnem údajů o přípravku. Podrobnější informace na adrese: Grünenthal Czech s.r.o., Slunná 27, Praha 6; tel.: 233 085 310, fax: 233 343 871, e-mail: czecepc@grunenthal.com, www.grunenthal.com.

* Medve RA, Wang J, Karim R. Tramadol and acetaminophen tablets for dental pain. Anesth Progr. 2001; 48(3): 79-81.



Obr. 3. - Poměr výskytu jednotlivých postižení GIT při léčbě NSA (dle Palmer RH, et al. Am J Gastroenterology. 1998; 93: 1645)

**jiná analgetika –
tramadol
paracetamol**

ka své bezpečnosti (SÚKL říjen 2005, říjen 2006). Preskripci je nutno upravit dle bezpečnostního profilu a SPC, zvážit je třeba individuální kardio-vaskulární, gastrointestinální a renální rizikové faktory pacienta. Vždy platí podávat co nejnižší účinné dávky NSA po co nejkratší dobu!⁶ V neposlední řadě je nutné zohlednit výběr NSA s ohledem na prokazovanou hepatotoxicitu.

Další možnosti léčby bez použití NSA:

Jaké jsou tedy další možnosti v léčbě bolesti bez použití NSA v ordinaci praktického lékaře? Můžeme použít jinou skupinu analgetik, a to samostatně nebo v kombinaci. Samostatně můžeme použít analgetika zařazená do skupiny tzv. jiná opioidní analgetika – N02AX, například tramadolového typu N02AX02. V kombinaci je to skupina tramadol s paracetamolem – N02AX52. Dále můžeme použít skupinu tzv. jiných analgetik a antipyretik N02B, kyselinu acetylosalicylovou s deriváty (avšak s výrazným vyžděním nežádoucích účinků typických pro NSA), pyrazolony a anilidy (paracetamol).

V poslední době je preferovanější kombinovaná léčba analgetiky. Výborně se zde dá využít synergický analgetický efekt, který zvyšuje účinek analgezie a snižuje riziko nežádoucích účinků. Mechanismy analgezie mohou být různé, a to přímo na centrální úrovni.

Kombinovaná léčba opioidního analgetika s anilidovým (paracetamolem) vykazuje synergický analgetický efekt. Toto kombinované analgetikum ovlivňuje bolest třemi komplementárními centrálními analgetickými mechanismy.

Tramadol na míšní úrovni **aktivuje u-opioidní receptory (1) a inhibuje zpětné vychytávání (re-uptake) noradrenalinu a serotoninu (2)**, tj. 2 centrální synergické mechanismy. Paracetamol pravděpodobně slabě **inhibuje na centrální úrovni COX, tj. syntézu prostaglandinů (3)**.

Paracetamolová složka zajišťuje rychlý nástup účinku, tramadolová naopak zaručuje déletrvající

účinek - viz. obr. 5, kde ve třech dvojité slepých klinických studiích na 1 200 pacientech se středně těžkou až těžkou bolestí po mnohočetné extrakci třetích molárů, randomizovaných do paralelních skupin k léčbě jednou dávkou placebo a aktivní kontrolou byly porovnávány tramadol/paracetamol 75 mg/650 mg, paracetamol 650mg a ibuprofen 400 mg.

Byly hodnoceny následující parametry: celková úleva od bolesti (TOTPAR8 – total pain relief over 8 hours) a suma rozdílů v intenzitě bolesti (SPID8 – Sum of pain intensity differences).⁷

Jaký je bezpečnostní profil kombinace tramadolu s paracetamolem?

Kromě přecitlivělosti na složky léku je lékovou kontraindikací současné podávání inhibitorů MAO nebo 14 dnů po jejich aplikaci (antidepressiva - Aurorix; APO-Moclob) a jiných centrálně působících léků.

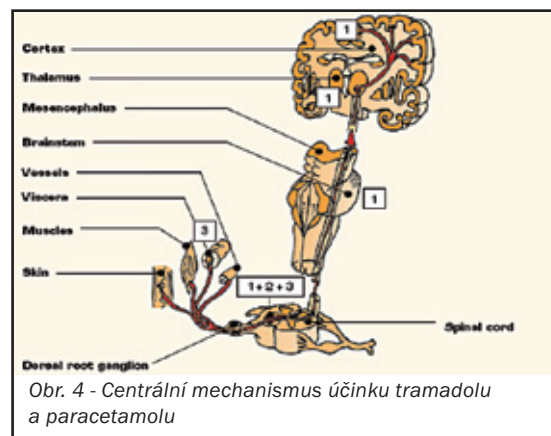
Podávání není doporučeno až při závažné poruše renálních funkcí, těžkém jaterním poškození a těžké respirační nedostatečnosti. Podrobné informace jsou uvedeny v Souhrnu údajů o přípravku.

Doporučené indikace

Indikací léčby kombinace tramadolu s paracetamolem jsou bolesti střední až silné intenzity (II. stupeň WHO žebříčku, II. stupeň dle Algoritmu farmakoterapie AB - Směrnice SSLB, SPL 2004), tj. nedostatečná úleva od bolesti I. stupně a kontraindikace, či netolerance NSA.⁸

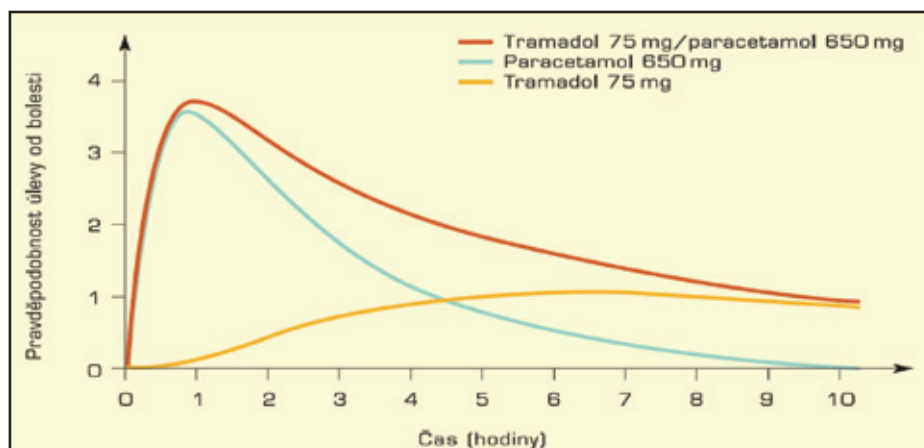
Indikační spektrum bolesti je velmi široké. Byly provedeny klinické studie na pooperační a úra-

**kombinovaná léčba:
paracetamolová složka
zajišťuje rychlý nástup,
tramadolová déletrvající
účinek**



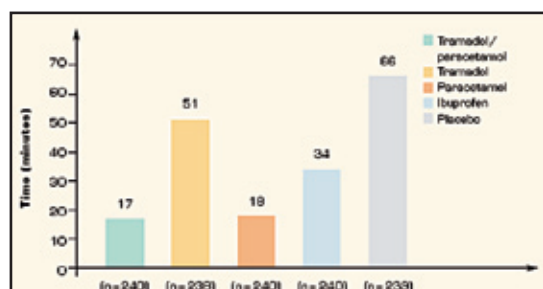
Obr. 4 - Centrální mechanismus účinku tramadolu a paracetamolu

zové bolesti přes ambulantní chirurgické výkony (včetně stomatochirurgie, laparoskopické gynekologické výkony), až po bolesti u muskuloskeletálních onemocnění, bolesti zad vč. LBP, osteoartrózy a neuropatické bolesti (postherpetické neuropatie, diabetické polyneuropatie). Klinicky se osvědčuje při bolestech zubů, zad, bolestivé menstruaci apod.⁹



Obr. 5 - Pravděpodobnost úlevy od bolesti v průběhu času po podání (Schnitzer T. The new analgesic combination tramadol / acetaminophen. Eur J Anaesthesiol 2003; 20 (Suppl 28):13-18.)

U osteoartrózy je dle Směrnice Americké asociace revmatologů (ACR) a Evropské ligy proti revmatismu (EULAR 2000) doporučeno zahájit léčbu paracetamolem. V dostatečně účinné dávce (v ČR často nedostatečné dávkování!) – analgeticky účinná dávka je 1 g, tedy 2 tbl. á 500 mg.¹⁰ Vzhledem k tomu, že tato monoterapie často i při zachování určité reziduální bolesti, která brání přetěžování



Obr. 6 - Rychlost nástupu účinku při zahájení léčby (Medve RA et al. Tramadol and acetaminophen tablets for dental pain. Anesthesia Progress 2001;48:79-81)

kloubů, neudrží bolest pod kontrolou, je dle doporučení většinou nutno přidat slabý opioid. Vzhledem k průměrné prevalenci onemocnění 15% a u pacientů nad 65 let dokonce až 50%, patří právě tato diagnóza k velmi frekventovaným.¹¹ Dávku jeme individuálně dle průběhu bolesti a NSA přidáváme v případě nedostatečného efektu (zánět, exacerbace).

Na našem trhu je v současnosti možné využít kombinovaného přípravku tramadolu s paracetamolem, který obsahuje 37,5 mg tramadolu a 325 mg paracetamolu v 1 tbl. To znamená nižší dávku obou komponent ve srovnání s monoterapií oběma složkami. Vzhledem k trojímu mechanismu účinku je účinnost komplementární a zároveň aditivní, frekvence výskytu opioidních nežádoucích účinků je významně nižší a snášenlivost velmi dobrá. Doporučená počáteční dávka je 2 tbl.,

jednotlivá dávka 1 tbl., dávkování může být dle potřeby, průměrná denní dávka je 3-4 tbl. a maximální denní dávka je 8 tbl.

Literatura:

- 1) Edwards JE, McQuay HJ, Moore RA, Combination Analgesic Efficacy: Individual patient Data Meta-Analysis of Single-Dose Oral Tramadol Plus Acetaminophen in Acute Postoperative Pain. J Pain Symptom

Manage 2002;23:121-130.

- 2) McClellan K, Lesley JS. Tramadol/Paracetamol. Drugs 2003; 63(11):1079-1086

- 3) Lanás A, komentář: Lukáš M., Pavelka K., Gregor P., Vítovec J., Gastrointestinální komplikace léčba nesteroidními protizánětlivými látkami, Postupy ke snížení rizika komplikací, Gastrointestinal injury from NSAID, How to reduce the risk of complications, Medicína po promoci 2005; 6 (7):17-30.

- 4) 27.6.2005 Evropská léková agentura uzavřela přehodnocení koxibů. <http://www.sukl.cz>.

- 5) 17.10.2005 Závěry přehodnocení rizika gastrointestinálních, kardiovaskulárních a závažných kožních nežádoucích účinků neselektivních (konvenčních) celkově působících nesteroidních antirevmatik. <http://www.sukl.cz>.

- 6) 25.10.2006 Informace SÚKL o výsledcích dalšího hodnocení konvenčních (neselektivních) nesteroidních antirevmatik (NSA). <http://www.sukl.cz>.

- 7) Medve RA et al. Tramadol and acetaminophen tablets for dental pain. Anesthesia Progress 2001;48:79-81

- 8) Doležal et al. Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní a chronické nenádorové bolesti. Remedia 2004; 14(3).

- 9) Paracetamol plus tramadol for acute pain – Systematic Review,

- 10) The Oxford League Table of Analgesic Efficacy. Bandler <http://www.jr2.ox.uk/bandler/booth/painpag/Acuterev/Analgesics/leagtab.html>

- 11) Skurovcová P., Bolestmi kloubů trpí v Česku až 80 procent lidí, HN.IHNED, 4.3. 2004

MUDr. Rudolf Červený - promoval v r. 1985 na LF UK Praha. V r. 1988 získal atestaci ze všeobecného lékařství a v r. 1998 z posudkového lékařství. V současné době pracuje jako privátní praktický lékař v Plzni. Je také odborným asistentem Ústavu sociálního lékařství LF UK Plzeň, pracuje ve výboru SPL ČR, je členem výboru České rady pro resuscitaci, členem Akreditační komise při MZ pro obor posudkové lékařství, členem výboru EPCCS (European Primary Care Cardiovascular Society) WONCA. Dále je členem České obezitologické společnosti ČLS JEP. Pracuje v pracovní skupině SVL - neodkladná péče. V oblasti primární péče se blíže zajímá o problematiku neodkladné péče, kardiologie, obezitologie, geriatrie, e-learningu a informatiky.

analgeticky účinná dávka paracetamolu je 1 g, tj. 2 tbl. á 500 mg

Kombinovaný přípravek: tramadol (37,5 mg) + paracetamol (325 mg) = vyšší účinnost (komplementární a aditivní efekt) = méně NÚ = lepší snášenlivost

doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.

Stomatologická klinika LF a FN, Plzeň

Prenatální prevence zubního kazu u malých dětí

Souhrn: Zubní kaz v časném dětství je termín používaný pro označení zubního kazu, který se vyskytuje u kojenců a batolat. Jedná se o multifaktoriální, přenosné a infekční onemocnění. Hlavní faktory při jeho vzniku jsou ústní mikroorganismy, sacharidy, slina a vnímavá zubní tkáň společně s nezralým imunitním systémem a vývojovými anomáliemi skloviny.

Nejvýznamnější bakterie odpovědná za vznik zubního kazu je *Streptococcus mutans*, který není přítomný v dutině ústní u novorozenců, ale je přenesen do úst slinou matky. Tzv. infekční okno se otevírá mezi 6. až 36. měsícem věku dítěte. Vysoké hladiny této bakterie v dutině ústní matky zvyšují riziko přenosu.

Léčení zubního kazu u malých dětí je obtížné vzhledem ke špatné spolupráci těchto dětí. Naopak prevence zubního kazu u malých dětí je snadná, ale musí se zahájit již u těhotné ženy.



doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.

Zubní kaz je infekční onemocnění

Úvod

Zubní kaz je lokalizovaný patologický proces mikrobiálního původu, postihující tvrdé zubní tkáně. Zubní kaz se v současné době považuje za infekční onemocnění, které vyžaduje nové preventivní a terapeutické postupy. Důraz se klade na včasné zjištění a zhodnocení ochranných a rizikových faktorů z hlediska vzniku kazu a na stanovení závažnosti rizika vzniku zubního kazu u malých dětí již prenatálně u těhotné ženy nebo během první návštěvy dítěte v zubní ordinaci ve věku 12 měsíců (1, 2). Na základě zjištěného rizika zahajujeme primární prevenci zubního kazu již prenatálně a pokračujeme po narození dítěte.

Zubní kaz v časném dětství

Zubní kaz v časném dětství je závažné chronické infekční onemocnění tvrdých zubních tkání negativně ovlivňující kvalitu života dítěte (3). Na vzniku a rozvoji tohoto onemocnění se výrazně podílí nedostatečná péče o dítě či dokonce jeho zanedbávání (obr. 1). Zubní kaz v časném dětství (early childhood caries, ECC) se dle AAPD (American Association of Paediatric Dentistry) definuje jako onemocnění, pro které je charakteristická přítomnost jedné nebo více kariézních lézí, ztráta zubu pro kaz nebo přítomnost výplně u dítěte ve věku 71 měsíců nebo mladšího. Za kariézní lézi se považují nejen kazy s kavitací, ale i počínající bez viditelné kavitace. U dětí mladších než 36 měsíců je každá známka kazu na hladkých ploškách zubů považována za závažný kaz v časném dětství (4).

Zubní kaz v časném dětství je označován řadou synonym. V naší literatuře se nejčastěji obje-

vuje název medový kaz, kaz z kojenecké láhve nebo syndrom mnohočetné kazivosti. V anglosaském písemnictví se kromě v současnosti nejvíce používaného termínu early childhood caries setkáváme se staršími názvy baby – bottle caries, nursing bottle mouth, nursing caries nebo rampant caries.

Etiologie zubního kazu v časném dětství

Zubní kaz v časném dětství se považuje za syndrom s komponenty biologickými a behaviorálními (5). Biologicky je zubní kaz u malých dětí patologický proces mikrobiálního původu, který postihuje tvrdé zubní tkáně. Vzniká po určité době interakcí mezi vnímavou zubní tkání, výživou a ústními mikroorganismy, které se nachází v zubním mikrobiálním plaku na povrchu zubů a přilehlé gingivě. Ke vzniku zubního kazu u malých dětí rovněž přispívá nezralý imunitní systém a nedostatečně mineralizovaná sklovina dočasných zubů po prořezání.

Většina mikroorganismů zubního plaku je schopná syntetizovat kyseliny a tvořit polysacharidy, které jsou důležité pro kolonizaci a metabolismus plaku. Mezi tyto mikroorganismy se řadí *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sobrinus*, *Streptococcus mitis*, *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus salivarius* a *Lactobacillus acidophilus*. Za specifický kariogenní mikroorganismus, kterému je v současné době věnována největší pozornost, je považován *Streptococcus mutans* (SM). SM byl poprvé izolován v roce 1924, ale výzkum podílu tohoto mikroorganismu na tvorbě zubního kazu započal až v 60. letech 20. století (3).

***Streptococcus mutans* (SM)**

Přenos mikroorganismů *Streptococcus mutans* do dutiny ústní dítěte

Při narození je dutina ústní dítěte sterilní. Během 24 – 36 hodin po porodu jsou ústa novorozence osídlena mikroorganismy téměř na úrovni dospělého. Dle nejnovějších poznatků může být dítě infikováno SM již při narození, ale SM jsou v této době v dutině ústní detekovány pouze zvláště citlivými metodami (6). Infikování dutiny ústní novorozence SM má spojitost i se způsobem porodu. Děti, které se narodí císařským řezem, jsou infikovány časněji než děti narozené vaginální cestou (7). Časnou infekcí SM jsou také ohroženy děti s některými patologickými stavy v dutině ústní (např. s rozštěpy nebo s Bohnovými uzlíky) a s nedostatečnou hygienou.



SM se do dutiny ústní dítěte nejčastěji přenesou slinou matky, zejména pokud sama nedodrží dostatečnou hygienu dutiny ústní, nemá ošetřený chrup a parodont a nedbá na základní hygienická pravidla (např. ochutnává dětskou stravu lžičkou používanou při krmení dítěte nebo zkouší teplotu dětské stravy ochutnáváním z dětské kojenecké láhve, olizuje dudlík, líbá dítě na ústa). Méně často se SM přenáší do úst dítěte od ostatních blízkých dospělých, sourozenců nebo i od jiných dětí. U bezzubého dítěte může SM tvořit kolonie adheující na sliznici jazyka nebo se vyskytovat volně ve slinách. Po prořezání dočasných zubů nastává nejvhodnější doba pro kolonizaci streptokoků, protože potřebují pro svůj růst pevný nedesquamující podklad. V porovnání s ostatními mikroorganismy však streptokoky osídľují povrch zubů obtížněji. Proto je období kolonizace zubů SM omezeno na určité období (tzv. infekční okno), kdy se v dutině ústní objevují nové zuby. První infekční okno se otevírá již okolo 6. měsíce věku (8). Nejvíce rizikovým obdobím je pak 19. – 31. měsíc života dítěte a věk okolo 6 let (tzv. druhé infekční okno), kdy začínají prořezávat první stálé moláry. V druhém infekčním období může být zdrojem infekce vlastní kariózní dočasný chrup. Jakmile se na povrchu zubu vytvoří stabilní biofilm, tak SM kolonizují obtížně a infekční okno se uzavírá. Riziko vzniku zubního kazu je úzce spojeno s časným infikováním dutiny ústní dítěte, proto je snahou všech preventivních opatření přenos SM do úst dítěte oddálit.

Sacharidy a zubní kaz

SM se považuje za mikroorganismus, který je

za určitých okolností zodpovědný za vznik zubního kazu, zatímco *Lactobacillus acidophilus* se účastní na progresi kazu a jeho vyšší výskyt v dutině ústní signalizuje zvýšený a častý příjem sacharidů v potravě.

ECC je infekční onemocnění, při jehož vzniku a rozvoji mají klíčovou roli sacharidy (9), zejména sacharóza, glukóza a fruktóza. Kariogenní mikroorganismy metabolizují cukry za vzniku organických kyselin, které se uplatňují v procesu demineralizace tvrdých zubních tkání. Sacharóza je rovněž využívána streptokoky

mutans k tvorbě extracelulárních polysacharidů a tvorbě matrix, která umožňuje další kolonizaci streptokoků na povrch zubů.

Děti s ECC mají v anamnéze častou konzumaci sacharidů v tekutinách, které dostávají v kojenecké láhvi. Slazený čaj, ovocné šťávy, džusy nebo

náhražky mateřského mléka obsahují sacharózu, glukózu nebo fruktózu. Ovocné džusy a šťávy mají navíc kyseliny, které při častém působení na povrch skloviny způsobují eroze. Nebezpečí ECC vzniká, pokud dítě dostává kojeneckou láhev se slazenou tekutinou na usnutí a má ji k dispozici celou noc. Sklovina dočasných zubů je v těchto případech opakovaně v těsném kontaktu s tekutinou se sacharidy. Během noci je snížena salivace, slina neomývá povrch skloviny a neuplatňuje svoji nárazníkovou schopnost. Zubním kazem v raném věku dítěte jsou rovněž ohroženy děti, pokud mají k dispozici láhev se sladkým pitím po celý den a používají ji jako náhražku za dudlík nebo pokud dostávají dudlík namočený do medu či cukru (5).

Dítě přijímá sacharidy rovněž v mateřském a kravském mléce. V současné době nejsou jednotné názory na kariogenní účinky mateřského či kravského mléka. Mléko v kojenecké láhvi má však sloužit pouze k výživě dítěte a ne k utišení žízně nebo ke zklidnění dítěte.

Úloha sliny v procesu demineralizace a remineralizace skloviny

Slina omývá povrch zubů a tím odplavuje zbytky jídla a bakterie. Má pufovací schopnost, působí bakteriostaticky a je nutná pro remineralizaci počátečních kazivých lézí (9). Normální pH se v dutině ústní pohybuje v rozmezí 6,4 – 7,0. Pokud pH klesne pod 5,5, tak slina již není schopná neutralizovat kyselé prostředí v dutině ústní a vznikají demineralizace tvrdých zubních tkání. U malých dětí se tvoří menší množství sliny a je nezralý imunitní systém. Na vzniku ECC se podílí i snížená tvorba sliny ve spánku,

Streptococcus mutans (SM) je odpovědný za vznik kazu

Lactobacillus acidophilus se účastní na progresi kazu

dítě může být infikováno SM již při narození

SM se nejčastěji přenesou slinou matky

ECC = early childhood caries = zubní kaz v časném dětství

první „infekční okno“ 1.-3. rok života

druhé „infekční okno“ v 6. roce života

kteřou mohou zvýraznit i některé medikamenty (např. antihistaminika) nebo ústní dýchání.

Rizikové a ochranné faktory

Stanovení rizika vzniku zubního kazu je diagnostická metoda, která umožňuje identifikovat děti s vysokým rizikem vzniku zubního kazu a individualizovat preventivní i léčebnou péči (1). Riziko vzniku zubního kazu se zjišťuje na základě anamnestických dat, faktorů prostředí, využívají se různé technologie ke zjištění hladin kariogenních mikroorganismů ve slinách a plaku a vyšetřuje se množství i složení sliny. K průkazu kariogenních mikroorganismů byly vyvinuty jednoduché detekční metody, které stanoví kvantitativně přítomnost mikroorganismů *Streptococcus mutans* a *Lactobacillus acidophilus* ve slině a zubním plaku vyšetřovaného pacienta. Testy lze provádět přímo v ordinaci, aniž by se musela využívat mikrobiologická laboratoř.

Detekce *Streptococcus mutans* (testovací metoda Dentocult SM) je založena na adhezi bakterií k testovacímu proužku, který je umístěn v selektivním mediu. Přítomnost a množství bakterií se zjišťuje jak v plaku, tak ve stimulované slině.

Detekce *Lactobacillus acidophilus* (testovací metoda Dentocult LB) je založena na kultivaci mikroorganismů na Rogosovo mediu, kterým je potažena testovací destička. Ke kultivaci se odebírá stimulovaná slina.

Stanovení rizika zahrnuje určení rizikových a ochranných faktorů (tab. 1). Rizikové faktory mají negativní vliv na orální zdraví dítěte a vztahují se nejen na dítě, ale i na matku. Významným rizikovým faktorem je přítomnost zubního kazu a parodontopatií u matky dítěte a vysoké hladiny SM v jejích slinách. Další rizikové faktory jsou přítomnost zubního mikrobiálního plaku na labiálních ploškách dočasných řezáků dítěte a krvácivost dásní. Tento rizikový faktor signalizuje nedostatečnou péči o hygienu dutiny ústní dítěte i nesprávné dietní návyky (častý příjem sacharidů, nedostatek tuhé potravy). Riziko pro vznik kazu představují změny na sklovině dočasných zubů, zejména počínající kaz (tzv. white spot lesion), hypomineralizace, hypoplázie či zbarvení. Za rizikový faktor se považuje, pokud dítě spí s kojeneckou láhví, která obsahuje jiné tekutiny než je voda nebo neslazený čaj nebo je v noci dle libosti kojeno. Mezi další rizikové faktory patří častý příjem cukrů mezi hlavními jídly a nedostatečná tvorba sliny. Velmi významným rizikovým faktorem je přítomnost celkového onemocnění dítěte nebo zdravotního postižení. Mezi rizikové faktory patří rovněž nízká životní úroveň rodiny, nezaměstnanost a nízká vzdělanost rodičů. U dětí do 3 let věku

stačí jeden rizikový faktor na zařazení dítěte do skupiny s velkým rizikem vzniku zubního kazu. U starších dětí se za rizikový faktor považuje rovněž přítomnost ortodontických aparátů a snímatelných náhrad.

Mezi nejdůležitější ochranné faktory se řadí pravidelná ústní hygiena a optimální přívod fluoridů. Za ochranné faktory se rovněž považuje vyšší životní úroveň rodiny a kladný vztah rodičů ke stomatologickému ošetření.

Stanovení rizika vzniku zubního kazu a preventivní opatření

Přístup k prevenci a terapii zubního kazu se v poslední době výrazně změnil. Současný pohled na prevenci zubního kazu se zaměřuje na časné stanovení rizika vzniku kazu a na individuální preventivní opatření soustředující se zejména na kariogenní mikroorganismy. Stanovit riziko vzniku kazu se doporučuje již prenatálně u těhotných žen a u dětí již během prvních návštěv v zubní ordinaci ve věku jednoho roku. Těhotné ženy mají nárok na dvě preventivní zubní prohlídky, při kterých je třeba nejen ošetřit zubní kazy a zánětlivá onemocnění parodontu, ale také matku informovat o vyvážené výživě v těhotenství, o ústní hygieně a vyšetřit množství SM ve slinách a plaku. Návštěvu těhotné ženy v zubní ordinaci je třeba také využít k instrukcím péče o chrup budoucího dítěte, upozornit na zlovyky spojené s výživou dítěte a upozornit na nebezpečí přenosu kariogenních mikroorganismů do úst dítěte. Těhotné ženě s vysokým rizikem vzniku zubního kazu je vhodné doporučit vhodnou antimikrobiální terapii (10), která má za úkol snížit hladinu SM ve slinách a zamezit časněmu infikování dutiny ústní dítěte.

Jedním z nejdůležitějších lokálních antimikrobiálních prostředků používaných ve stomatologii je chlorhexidin, který má širokospektré antibakteriální účinky již v koncentraci 0,12%. Chlorhexidin působí také mírně protivirově a protiplísňově. Lze jej využít ve formě roztoku, gelu, spraye nebo pastilek, které se nechávají rozpustit v ústech. Chlorhexidin obsahuje také některé zubní pasty. Při dlouhodobém užívání může způsobit reversibilní zbarvení jazyka, tvrdých zubních tkání a poruchy chuti. Proto se do některých přípravků s chlorhexidinem (např. CURASEPT) přidává tzv. anti discolorant systém. V současné době doporučujeme podávat v těhotenství 10 ml chlorhexidinu v koncentraci 0,12 % vždy týden v měsíci. Chlorhexidin je vysoce účinný na mikroorganismy zubního plaku a společně s pravidelným odstraňováním plaku kartáčkem a pastou významně sníží hladiny SM ve slinách při kontrolním vyšetření na přítomnost SM, které je vhodné provést ke kon-

Detekce *Streptococcus mutans* – Dentocult SM

Detekce *Lactobacillus acidophilus* – Dentocult LB

Stanovit riziko vzniku kazu se doporučuje již prenatálně u těhotných žen

ci těhotenství nebo nejpozději před prořezáním prvních dočasných zubů u dítěte.

Dalším preparátem s antimikrobiálními účinky, který lze použít k výplachům dutiny ústní je LISTERINE obsahující thymol, eukalyptol, menthol a metylsalicylát.

V prenatální prevenci zubního kazu se uplatňují rovněž žvýkačky s xylitolem. Xylitol je tzv. cukerný alkohol a z hlediska prevence zubního kazu se považuje za nejvýznamnější náhražku sacharózy. Xylitol není metabolizován mikroorganismy plaku, inhibuje růst a adhezi SM a stimuluje sekreci slin. V prenatální prevenci zubního kazu se doporučují žvýkačky s xylitolem 3 – 5 krát denně (celkem 5 g). Tento způsob prevence je kontraindikován u žen, které mají v anamnéze lupání nebo bolest temporomandibulárního kloubu.

Závěr

Děti se zubním kazem v časném dětství se vzhledem ke svému věku velice obtížně ošetřují. Významnou roli má proto primární prevence zubního kazu, se kterou je třeba začít již v době, kdy ještě vznik zubního kazu nehrozí, tj. prenatálně u těhotné ženy a pokračovat po narození dítěte.

Shrnutí pro praxi

Zubní kaz je multifaktoriální infekční a přenosné onemocnění tvrdých zubních tkání, při jehož vzniku a rozvoji hrají důležitou roli mikroorganismy zubního mikrobiálního plaku *Streptococcus mutans* a *Lactobacillus acidophilus*. Baktérie *Streptococcus mutans* jsou přenosné z matky na dítě. Pro prevenci zubního kazu je nutné včas stanovit riziko vzniku tohoto onemocnění již v těhotenství a to na základě stavu dutiny ústní budoucí matky a množství karioenních mikroorganismů přítomných ve slině a plaku. U těhotných s vysokými hladinami těchto mikroorganismů lze pomocí antimikrobiální léčby zabránit včasnému infikování dutiny ústní dítěte.

doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc. ukončila studia v roce 1976. Od roku 1979 se věnuje dětské stomatologii, ze které v roce 1984 složila nástavbovou atestaci. V roce 1989 obhájila kandidátskou dizertační práci a v roce 2000 habilitovala. V současné době vykonává funkci předsedkyně České společnosti pro dětskou stomatologii. Jejím odborným zájmem jsou úrazy stálých zubů a prevence zubního kazu v časném dětství. Dosud publikovala 75 prací v odborných časopisech u nás i v zahraničí.

Zubní kaz je infekční onemocnění!

Lze stanovit riziko vzniku zubního kazu u dětí testováním dospělých, zejména těhotných žen a matek!



Dentocult® SM Strip mutans Dentocult® LB

Testy umožňují snadnou detekci bakterií *Streptococcus mutans* a *Lactobacillus* ve slinách a zubním plaku.

Rozhodněte se pro prevenci!

**Dentální hygiena =
vizitka péče o ústní dutinu**

**Špatný chrup
- handicap na trhu práce!**

www.dentocult.cz

Dentocult®



Orion Diagnostica

Orion Diagnostica Oy, Finland



Bělohorská 57, 169 00 Praha 6

tel.: +420 233 350 533, fax: +420 233 350 532

e-mail: orion@oriondiagnostica.cz www.oriondiagnostica.cz

MUDr. Oto Košta

Praktický lékař, Olomouc

Možnosti zlepšení kvality péče v praxi všeobecného lékaře pro dospělé

Souhrn: Kvalita poskytované primární péče je v odborné literatuře definována více jak deseti způsoby - pracovní skupina QIFM (The WONCA Working Party on Quality Improvement in Family Medicine) stanovila následující definici pro praktické/rodinné lékařství: dosažení nejlepších možných zdravotních výstupů při vynaložení dostupných prostředků, které odpovídají hodnotám a preferencím pacienta.

Z uvedené definice je zřejmé, že v sobě obsahuje jak faktor poskytovatelů, tak hledisko ekonomické, ale především i očekávání pacienta v celém bio-psycho-sociálním kontextu. Následně jsou komentovány jednotlivé položky primární péče i její ekonomika a naznačeny cesty vedoucí k jejímu zkvalitnění a tím ke zvýšení kvality života registrovaných pacientů a jejich spokojenosti s poskytovanými zdravotnickými službami.

Klíčová slova: kvalita péče, medicína založená na důkazech, standardy, ekonomické parametry zdravotní péče, prevence, kvalita života, spokojenost pacientů



MUDr. Oto Košta

Již zmíněná definice v sobě jasně obsahuje tři strany účastníci se procesu poskytování a spotřeby zdravotní péče: **poskytovatele, konzumenta** (klienta či pacienta s jeho očekáváním ve vztahu ke komunikaci, diagnostice a terapii) a **ekonomické parametry** (nastavené t.č. spíše jednostranně jen pro poskytovatele).

V obecné rovině kvalita poskytovatele představuje dobrou klinickou praxi včetně svědomitě vedené zdravotnické dokumentace, která může mít v současné době i elektronickou podobu (IZIP). Co by mělo být součástí oné dobré klinické praxe?

Za základ činnosti praktického lékaře jsou považovány pochopitelně **dobré teoretické znalosti a praktické dovednosti v jeho oboru** - logiky i **narůstající zkušenosti z praxe** a poznatky z event. chyb vlastních i kolegů jsou přínosem pro kvalitu péče. Dodržování doporučených postupů (guidelines) na základě evidence based medicine (EBM) by mělo být samozřejmostí z hlediska odborného, etického, ale i forenzního. Vzhledem ke značné dynamice nových poznatků v medicíně, je třeba profesionální rozvoj soustavně podporovat studiem odborné literatury, účastí na vzdělávacích akcích, kurzech, seminářích, kongresech a konferencích doma i v zahraničí, event.stážemi na jiných pracovištích. Sám mohu potvrdit přínos takového pobytu u praktického lékaře v Luganu, Tel-Avivu či Torontu a to jak po stránce odborné, zlepšení kvality poskytované péče, tak i po stránce motivační.

Dostupnost lékaře včetně akutní péče i mimo ordinací hodiny, i když tento požadavek je jistě k diskusi: jeho nepřítomnost lze nahradit jiným postupem (LSPP, ambulance nemocnice) nebo zajistit požadovanou službu, což se bude patrně lépe dařit - vzhledem k personálnímu složení - tzv. sdruženým praxím, než jedinému praktickému lékaři. V této otázce odkazuji na vystoupení doc. MUDr. S. Býmy, CSc. na XV. Brněnských dnech praktického lékařství, kde podrobněji rozebíral výhody i nevýhody sdružování praxí a sólo praxí.

Vysoká profesionální úroveň komunikace s pacienty a kolegy, což považuji za jeden z klíčových momentů úspěšnosti v oboru. Ad pacienti - Kaplan (1996) uvádí, že pacienti mají tendenci opouštět péči lékaře, který z jejich pohledu nedostatečně komunikuje nebo je alespoň částečně nezahrnuje do procesu rozhodování. Roli lékaře více upřednostňují starší, méně vzdělaní lidé a lidé se špatných zdravotních stavů. Téměř všichni chtějí nicméně znát možnost volby, i když odmítají udělat rozhodnutí. Dojde-li tedy k problému ve vztahu lékař-pacient, pak se většinou jedná nikoliv o odbornou kompetenci, ale o problém komunikace (Little, 2001), který je o to komplikovanější, že obě strany mohou mít odlišný pohled na to, jak správně a efektivně komunikovat (Kurtz 2002, Lipkin 1995), za což ovšem primárně nese odpovědnost lékař. Ad lékaři - tato úvaha by nemusela být zřejmě před rokem 1948 vůbec otevírána, avšak devastace mezilidských vztahů se bohužel nevyhnula ani zdravotnictví a konkuru-

rence mezi jednotlivými subjekty po roce 1989 některé komunikační kanály ještě vyhrotila. Není proto až tak velmi řídkým jevem odborná kritika kolegů před pacientem či jiným lékařem, což je neetické, zneklidňující pacienta, přinášející napětí do profesních vztahů a proto varuji už i studenty lékařské fakulty před takovým jednáním. Objektivní, věcná a konstruktivní kritika je naopak žádoucí, ale patří na odborné fórum a musí být vedena snahou najít poučení z chyb při diagnostice či terapii pro další praxi.

Výstupem činnosti praktického lékaře pak jsou jednak **měřitelné indikátory kvality** (např. v Kanadě v provincii Ontario jich bylo vytvořeno 80, v UK je rozdělili na klinické, organizační a patientské), jednak **ekonomické parametry** jeho činnosti a v neposlední řadě **spokojenost jeho pacientů**. Všem třem oblastem se budu v časovém odstupu věnovat podrobněji, v tomto textu bych se zmínil o problematice **prevence**, které jsem se dosud věnoval jako závodní lékař fakultní nemocnice, sportovní lékař oddílu vrcholového sportu, konzultant firmy s potravinovými doplňky propagující zdravý životní styl i jako smluvní lékař zdravotnického subjektu poskytujícího komplexní preventivní prohlídky.

Navštívil jsem preventologa firmy Mercedes v Sindelfingenu, „preventologickou“ kliniku v Torontu, která je zaměřená na péči o manažery (a je mimochodem na rok dopředu vyprodaná) a u Johnson and Johnson zjistil, že každý dolar, který vloží do zaměstnaneckého zdravotnického programu jim vrátí do podnikové pokladny 5,78 dolarů (snížení pracovní neschopnosti atd.). Nehodlám na stránkách odborného časopisu polemizovat s tím, zda-li byl dosavadní zájem společnosti na prevenci obecně (např. kardiologie a onkologie si cílevědomě a jistě zasloužené svoji pozici vybudovaly včetně plošného screeningu a mediální pozornosti) spíše teoretický, nebo nám - praktikům skutečně poskytoval čas, motivaci (tu ale

i pacientům!) a kompetence k realizaci smysluplné prevence v praxi. Domnívám se ale, že vzhledem k cílenému tlaku SVL a SPL pomalu nastává čas, kdy budou vyjednány podmínky, za kterých bude možné se věnovat **celostní medicíně** - v kľidu odebrat komplexní anamnézu, pacienta somaticky vyšetřit, racionálně zvážit komplementární vyšetření, výsledky analyzovat a na jejím základě pak individuálně postavit program prevence (primární, sekundární, terciární), a to i v širších souvislostech podpory zdraví (health promotion). **Metodickou pomoc poskytne SVL a to i rámci intervenčních preventivních programů.** Zcela jistě i tudy vede cesta nejen ke zkvalitnění péče, ale i života našich pacientů.

Literatura:

1. Seifert, B., Beneš, V. et al., Všeobecné praktické lékařství, Galén, 2005
2. Marx, D., Medical Tribune, č.21, 2007
3. Hroboň, P., Medical Tribune, č.13, 2007
4. Levinson, W., Kav, A., J Gen Intern Med, 2005
5. Gladkij, I., Strnad, L., Implementace programů kvality v nemocnicích, FN Olomouc, 2001
6. Křivohlavý, J., Psychologie zdraví, Portál, 2002
7. Křivohlavý, J., Psychologie nemoci, Portál, 2002
8. Vymětal, J., Lékařská psychologie, Portál, 2003
9. Bertlík, J., Košta, O., Žít zdravě...ale jak?, Akuna, 2006
10. Zdraví 21, Ministerstvo zdravotnictví, 2004

MUDr. Oto Košta promoval v r. 1982 na LF UP v Olomouci, po té rok pracoval na patologii FN v Hradci Králové a od r. 1984 byl vedoucím lékařem závodního zdravotního střediska a oddělení zdravotní výchovy FN v Olomouci. Zároveň externě působil na II. interním klinice, absolvoval odborné stáže v Luganu, Tel-Avivu a Torontu, po návratu z Izraele založil nadaci kardiiovaskulární rehabilitace „Nový život“. Věnoval se sportovní medicíně, nyní především oxygenoterapii a zdravému životnímu stylu (kniha „Žít zdravě...ale jak?“) ve své soukromé ordinaci, kterou provozuje od roku 1993. Je odborným asistentem Centra výuky praktického lékařství LF UP v Olomouci.

SVL ČLS JEP na základě edukačního grantu společnosti Pfizer uděleného při příležitosti 10 let přípravku Viagra vyhlašuje

soutěž pro praktické lékaře o nejlepší kazuistiku na téma:

Léčba erektilní dysfunkce

Nezávislý panel zástupců odborných společností vybere 10 nejlepších kazuistik, které budou oceněny:

1. místo: mezinárodní lékařský kongres v roce 2009 dle vlastního výběru

2. – 9. místo: příspěvek 10.000 Kč na lékařský kongres dle vlastního výběru

Uzávěrka prací: 30. září 2008

Předání ceny za 1. místo se uskuteční na XXVII. výroční konferenci SVL ČLS JEP v listopadu 2008 v Karlových Varech. Vybrané kazuistiky budou publikovány.

Kazuistiky do této soutěže posílejte elektronicky (na adresu practicus.svl@cls.cz) nebo poštou na adresu: redakce časopisu Practicus, SVL ČLS JEP, U Hranic 16/3221, 100 00 Praha 10).

V předmětu emailu či na obálku uvádějte prosím heslo „kazuistiky“.

doc. MUDr. Jiří Zemen, Ph.D.

Zubní ordinace, K vodojemu 7, 326 00 Plzeň

MUDr. Robert Houba, Ph.D.

Stomatologická klinika LF a FN, Alej Svobody 80, 340 60 Plzeň

Co bychom neměli přehlédnout při vyšetření orofaciální oblasti

Souhrn: Praktický lékař může být často prvním odborníkem, který zachytí patologické stavy v orofaciální oblasti. Je velmi důležité, aby se při vyšetření této krajiny co nejlépe orientoval a aby dokázal zhodnotit, co je ještě fyziologický stav a co je patologie, která vyžaduje léčbu – v některých případech právě u praktického lékaře, jindy u spolupracujících specialistů. Článek nemůže podat vyčerpávající popis fyziologického stavu a ani zevrubný přehled patologických stavů orofaciální oblasti – autoři se snažili upozornit v obecné rovině na základní skutečnosti důležité při posuzování uvedené krajiny.



doc. MUDr. Jiří Zemen, Ph.D.



MUDr. Robert Houba, Ph.D.

V diagnostice a léčbě onemocnění oblasti hlavy a krku se vzájemně velmi úzce prolínají zájmy mnoha medicínských oborů, především stomatology, ORL, oftalmologie, dermatovenerologie, neurologie, onkologie, neurochirurgie, traumatologie či infekce. Úhel pohledu jednotlivých oborů při řešení onemocnění se může někdy lišit, jindy nestačí znalosti a možnosti jednoho specialisty a je nutná spolupráce s dalšími odborníky. Nezapomenutelnou úlohu v prvním zachytu onemocnění této oblasti hrají praktičtí lékaři. Orientační vyšetření orofaciální oblasti je součástí preventivní prohlídky prováděné praktickým lékařem. Jistěže půjde o screening, zachycení odchylek od normy a patologických stavů. V mnoha případech může následovat léčba, v jiných pak delegování nemocného na specializovanou oddělení.

Co by mělo upoutat naši pozornost?

Obecně při extraorálním i intraorálním vyšetření hledáme odchylky od fyziologického stavu. Upoutat naši pozornost by měla jakákoliv výraznější **asymetrie** v obličeji, jakákoliv kožní či slizniční afekce – nehojí-li se déle než 14 dnů, může jít o závažný nález (např. tumorózního charakteru). Všimáme si **infekčních projevů** na kůži a sliznici – infekční zánětlivé změny (zarudnutí, otok, puchýř, eroze, vřed, absces, píštěl). Nikdy nesmíme přehlédnout **vředovité afekce** kůže nebo sliznic – původ může být různý: traumatický, infekční, neoplasma, projev systémového onemocnění a další. **Symptom bílé plochy** na sliznicích může být různého původu (např. kvasinkové onemocnění, hyperkeratóza při chronické traumatizaci, ale také prekanceróza – leukoplakie). **Benigní nádory** v ústech rostou většinou exofyticky, kromě papilomů mívají oblý tvar a jsou kryty neporušenou sliznicí. **Maligní nádory** (zejména karcinomy) mají častěji endofytický růst, v ústech obvykle jako vře-

dovitá léze s navolitými okraji lokalizovaná často na jazyku, spodině ústní, ale i kdekoli jinde. Pozornost musíme věnovat zvětšení regionálních lymfatických uzlin, poruchám motorické inervace obličeje, stavu velikosti a funkce slinných žláz. I praktický lékař by měl orientačně zhodnotit stav chrupu – normálně jsou zuby pevné, bez povlaků a zubního kamene, v krčkové oblasti kryté růžovou gingivou bez zánětu nebo hyperplázií.

Vyšetření orofaciální oblasti

Orientační vizuální vyšetření hlavy,

obličeje a krku

Vizuální vyšetření obličeje a krku pohledem zepředu – hledáme na kůži bulky, defekty, skvrny, pigmentová znaménka, kožní píštěle, hodnotíme poruchy symetrie (většina obličejů je mírně asymetrická) nebo známky poruchy motorické inervace (tvářové obrny). Při vyšetření krku požádáme pacienta, aby mírně zaklonil hlavu a tím extendoval krk. V této poloze je dobře patrný jakýkoli otok nebo jiná abnormalita. Sledujeme pohyb při polykání – thyreoidní zduření se pohybuje při polykání. Následně by měl pacient, stále při mírně extendované pozici krku, otočit hlavu doleva a pak doprava. V těchto polohách můžeme vizuálně hodnotit submandibulární oblast na každé straně. Kromě velmi obézních pacientů, je velmi dobře vidět zvětšení lymfatických uzlin a podčelistních slinných žláz. Pro posouzení zduření příušních žláz by měl být krk uvolněn, nikoli už v extendované poloze.

Vyšetření rtů

Vizuálně zhodnotíme symetrii, svalový tonus (např. pokles ústního koutku a nemožnost špule ní - Bellova obrna), změny v barvě (např. modravě zbarvené hemangiomy, bílé plošky leukoplakií), tvaru či struktury, přítomnost skvrn, ulcerací, herpetických lézí, angulární cheilitidy, exofyticky rostoucích útvarů. Kontrolujeme vždy kožní část,

retní červeň, ústní koutky a také slizniční plochu rtů. Zaznamenáme také funkčnost rtů – pohyblivost, špulení, retní uzávěr.

Při palpaci rtů používáme palec a ukazovák proti sobě (vždy v rukavicích!), jeden prst umístěn intraorálně, druhý extraorálně – zjišťujeme pohmatem kvalitu retní tkáně, výskyt atypických tužších ložisek nebo vyšetřujeme např. tuhost (infiltraci) spodiny vředu.

Vyšetření lymfatických uzlin

Nejjednodušší a rutinní metodu je palpační vyšetření. Normální lymfatická uzlina není hmatná. Je-li uzlina hmatná, není normální.

Zvětšení uzlin je součástí akutních a chronických zánětlivých onemocnění v oblasti hlavy a krku, specifických i nespecifických zánětů, projevem nádorových onemocnění lymfatických uzlin a krve, imunologických onemocnění včetně onemocnění AIDS, objevuje se při postižení uzlin metastázami nádorů orgánů hlavy a krku, při postižení vzdálenými metastázami z jiných orgánů.

Palpačnímu vyšetření jsou nejlépe přístupné lymfatické uzliny povrchového řečiště. **Okcipitální uzliny** jsou umístěny dorsálně od processus mastoideus a stéká do nich lymfa z pokožky hlavy (skalpu). **Retroaurikulární a preaurikulární lymfatické uzliny** uloženy za a před ušním boltcem a zevním zvukovodem drénují oblast ucha a zvukovodu, čela, spánku, temena hlavy, očních víček a orbity. **Nodi lymphatici parotidei** jsou na povrchu příušní slinné žlázy a svádí lymfu z oblasti parotidy a odtud do povrchových i hlubokých krčních uzlin. Významnou skupinou lymfatických uzlin obličeje jsou **uzliny submandibulární**, do kterých teče míza z většiny tváře, ze rtů, z vestibulum oris, z dásní, z laterálních zubů a nepřímo z uzlin podbradových. Kromě těchto útvarů je přiváděna lymfa do submandibulárních uzlin z těla a boku jazyka, boční podjazykové oblasti a částečně i z tonsilla palatina. Lymfa ze submandibulárních uzlin pokračuje do hlubokých krčních uzlin. **Submentální skupina** lymfatických uzlin je umístěna ve stejnojmenné oblasti a ústí do ní mízní cévy z oblasti kůže a podkoží brady, z předního ústního vestibula a z předních zubů, jejich lůžek a dásní, z hrotu jazyka a přední podjazykové oblasti. Lymfa ze submentálních uzlin pokračuje do submandibulárních nebo přímo do hlubokých krčních uzlin. Z oblasti faryngu stéká lymfa do **retrofaryngeálních a parafaryngeálních** lymfatických uzlin a z nich do hlubokých krčních uzlin. Kůže a podkoží krku odevzdává lymfu do **nodi lymphatici cervicales superficiales**, které leží v podkoží podél vena jugularis externa. Podél v. jugularis interna, před a za m. sternocleidomastoideus, jsou uloženy **hluboké krční lymfatické uzliny**. Většina lymfatických uzlin orofaciální oblasti může být vyšetřena extraorální palpací nejlépe z pozice za pacientem. Hlavu mírně skláníme k vyšetřované straně a krk by neměl být extendován, aby kývače a další svaly zůstaly

uvolněné. Palpujeme konečky prstů nejlépe proti sousedícím tvrdým nepohyblivým strukturám. Je-li uzlina hmatná, zaznamenáváme lokalizaci, velikost, kvalitu (měkká, elastická, tvrdá), bolestivost při pohmatu, počet hmatných uzlin, fixaci k okolí, spojování uzlin (pakety).

Některé charakteristiky hmatných lymfatických uzlin.

Při akutní infekci bývá uzlina obvykle rychle zvětšená, měkká, bolestivá, pohyblivá proti okolí. Při chronických infekcích je uzlina zvětšená, tuhá, málo bolestivá, pohyblivá proti okolí. Při lymfomu bývají uzliny zvětšené a elasticky tuhé, nebolestivé, mnohočetné. Při metastázách jsou zvětšené uzliny tvrdé, nebolestivé, fixované k okolí.

Vyšetření slinných žláz

Příušní slinná žláza je viditelná při pohledu zepředu v preaurikulární oblasti zevně u vzestupného ramene mandibuly – hodnotíme velikost, zvětšení může být oboustranné (např. při sialózách) nebo jednostranné (např. zánět, tumor apod.). Je-li parotida výrazně zduřelá, může zvedat ušní lalůček. Palpačně hodnotíme velikost žlázy, kvalitu (elasticitu, tuhost) a bolestivost (bývá při zánětu).

Submandibulární slinná žláza je z velké části umístěna v submandibulárním prostoru oboustranně pod úhlem mandibuly. Pohledem je většinou špatně hodnotitelná, používáme bimanuální palpaci – ukazovákem a prostředníkem jedné ruky palpujeme intraorálně a proti nim stejnými prsty druhé ruky palpujeme extraorálně. Hodnotíme velikost, kvalitu (elasticitu, tuhost), bolestivost a pohyblivost vůči okolí.

Extraorální vyšetření slinných žláz doplníme i vyšetřením v ústech. Sledujeme možné zánětlivé zarudnutí Stenonova a Whartonova vývodu při zánětu žlázy, množství a charakter sliny vytékající z vývo-



Obr. 1 - Asymetrie obličeje při abscedující peristitidě mandibuly



Obr. 2 - Spinocelulární karcinom dolního rtu



Obr. 3 - Karcinom tváře



Obr. 4 - Hemangiom hrany jazyka



Obr. 5 - Hemangiom dolního rtu

Tab. 1 - Některé častější či závažné léze ústní dutiny

Lokalizace	Patologie	Stručná charakteristika nálezu
Obličej, ústní dutina	Hemangiom	Fialově zbarvená léze (kůže, červeň rtu či sliznice), při kompresi obvykle na okamžik vybledne
Ústní dutina (kdekoliv)		
	Stomatitis	Zarudnutí až eroze či ulcerace sliznice různého rozsahu (např. tváře, rty, jazyk, patro), při výskytu nesouvislých bělavých povlaků na zarudlé sliznici bývá etiologie mykotická
	Mucositis	Stomatitida v průběhu radio- a chemoterapie
	Symptom bílé plochy (leukoplakie, lichen,...)	Bělavé pole různé velikosti (např. na rtu, tváři, jazyku). Jedná se o lokální hyperkeratózu – etiologie různá. Jde-li setřít, jedná se nejspíše o infekci kandidou.
	Absces	Palpačně bolestivé vyklenutí (hlavně pod sliznicí čelisti ve vestibulu úst), často fluktuuje, zjevné zánětlivé změny
	Fibrom	Tuhý útvar široce přisedající na sliznici, bez ulcerací povrchu, obvykle světlejší než okolní sliznice (hlavně ret, tvář, jazyk)
	Papilom	Klkatý růžový útvar na sliznici (hlavně ret, tvář, jazyk)
	Maligní nádor	Obvykle defekt s centrální ulcerací, často až kráterovitý s prominujícím okolím (jazyk, spodina úst, alveolární výběžek, tvář), na alveolárním výběžku může být i obnažená kost Může růst i exofyticky (vzhled granulační tkáně) – častěji nádory mezenchymální
	Maligní melanom	Ložisková hyperpigmentace, často se satelitními ložisky v okolí (především měkké patro)
	Kaposiho sarkom	Fialově hnědé zbarvení, při tlaku nemění barvu (měkké patro, především horní vestibulum úst)
Ret	Mukokela	Vyklenutý tuhý, elastický útvar modravě prosvítající pod sliznicí, po prasknutí na několik týdnů mizí
	Karcinom	Nehojící se zduření s centrální krustou a navolitými okraji, obvykle na dolním rtu na rozhraní červeně a kůže blíže ke střední čáře
	Stp. operaci rozštěpu	Jizvy a asymetrie rtů (červeň i kůže), jizvy či defekty mohou být patrné i na patře
	Ostatní	Viz Ústní dutina
Patro	Patrový absces	Zduření, palpačně obvykle bolí, ne vždy fluktuuje, vyvíjí se řádově ve dnech
	Torus palatinus	Prominující útvar nepravidelného tvaru na tvrdém patře v oblasti střední čáry, krytý normální sliznicí (benigní exostóza)
	Nádor slinné žlázy	Zduření, někdy s ulcerací, vyvíjí se řádově v týdnech či měsících
	Ostatní	Viz Ústní dutina
Gingiva	Akutní gingivitis	Jasně zarudlé interdentální papily, někdy hnisavý exsudát v gingiválním sulku (ulcerózní gingivitis níže)
	Chronická gingivitis, parodontitis	Zarudnutí gingivy až lividní, často množství zubního kamene, povlaky, špatná ústní hygiena, viklavý chrup
	Ulcerózní gingivitis	Jakoby seříznuté interdentální papily našedlé barvy, bolestivé, foetor ex ore
	Hyperplázie gingivy	Zvětšené interdentální papily, někdy gingiva přerůstá přes zubní korunky, často současná medikace blokátorů Ca kanálů, hydantoinátů či cyklosporinu
	Epulis	Exofytický útvar gingivy vzhledu fibromu či granulační tkáně (nepravý nádor)

du při expresi příušní a podčelistní žlázy tlakem prstů na žlázu extraorálně. Při zánětu a některých jiných onemocněních velkých slinných žláz bývá množství sliny omezeno, jindy může mít slina při zánětu příměs hlenohnisu, je zkalená, popřípadě z vývodu vytéká při expresi hnisavý exsudát. Někdy můžeme palpat v oblasti zánětlivě zduřeného vývodu především podčelistní žlázy tvrdé cizí těleso, tím je sialolit.

Vyšetření temporomandibulárního skloubení a žvýkacích svalů

Vizuálně můžeme vyhodnotit barvu kůže a případný otok nad čelistním kloubem.

Hodnotíme rozsah bezbolestného otevírání úst – nejnižší normální rozsah otevírání úst ve vertikálním směru je při měření mezi středními řezáky u žen alespoň 35 mm a u mužů alespoň 40 mm. Omezené otevírání může mít řadu příčin (kontuze, zlomenina, zánět v kloubu a v jeho okolí, dislokace kloubního disku, svalová kontraktura hlavních žvýkacích svalů, kolemčelistní zánět, ankylóza, tumorózní změny atd.).

Fyziologická je také schopnost ústa zavřít – nemožnost zavřít ústa může svědčit pro nereponibilní luxaci (vzniká i spontánně) v čelistním kloubu nebo pro posttraumatický stav (např. frakturu mandibuly).

Sledujeme nedochází-li při otevírání úst k uchylování brady do strany od střední čáry. Obvykle dochází k uchylování na postiženou (tj. bolestivou) stranu.

Palpačně čelistní kloub vyšetřujeme oboustranně (bimanuálně) v preaurikulární oblasti nebo v zevním zvukovodu můžeme posoudit symetrii pohybu kloubních hlaviček, vyšetřujeme tak také lokální bolest v místě čelistního kloubu (např. při nitrokloubních zánětech). Palpací můžeme také vnímat lupání a drásoty v čelistních kloubech, které mohou provázet některé temporomandibulární poruchy.

Žvýkací svaly nejsou za normálních okolností bolestivé. Jejich vyšetření pohmatem provádíme hlavně při jejich úponech ke kosti. M. masseter palpujeme bimanuálně, prst jedné ruky zavedeme do úst a proti němu prohmatáváme sval dvěma prsty druhé ruky. Spánkový úpon m. temporalis palpujeme extraorálně a úpon do kondylu mandibuly vyšetřujeme prstem intraorálně. Pterygoidní svaly jsou palpaci těžko přístupné. Bolestivost žvýkacích svalů při palpaci se objevuje např. při myositidách, myofasciálním bolestivém syndromu, kontuzích apod.

Intraorální vyšetření

Pro intraorální vyšetření je nezbytné dostatečné osvětlení a alespoň špátle k odtlačení rtů, tváří či jazyka. Vyšetřujeme především pohledem a palpací prsty. Má-li pacient snímatelné zubní náhrady, je nezbytné, aby je před vyšetřením vyjmul z úst.

Vyšetření tváří

Osvětlenou sliznici tváře prohlédneme za pomo-

ci špátle, a to i v horním a dolním vestibulu. Všimáme si vzhledu a barevných změn sliznice a všech plošných či exofyticky rostoucích lézí. Mukóza tváře může být změněna nejen na podkladě slizničního onemocnění, ale i traumatizací zuby či ostrými hranami zubních náhrad. V oblasti horního prvního moláru se fyziologicky nalézá vývod příušní slinné žlázy.

Vyšetření chrupu a bezzubých úseků alveolárního výběžku

Nejprve zhodnotíme úroveň ústní hygieny, tedy přítomnost povlaků na povrchu zubů i dásně. Gingiva bývá při snížené hygieně úst zánětlivě zarudlá, povlaky a případně i zbytky potravy mohou být přítomny i na vyjmutých snímatelných náhradách. Orientačně si všimáme, zda je chrup sanován či destruován kazem nebo traumatem. Prsty lze zhodnotit viklavost jednotlivých zubů – zdravý chrup je pevný. Detailnější zhodnocení stavu chrupu a pevných zubních náhrad bývá pro praktického lékaře obtížné. Důležité je vyšetření gingivy, jejíž vzhled může mít vztah i k pacientově celkovému zdravotnímu stavu. Všimáme si červeného zbarvení dásně, případně hnisavé exsudace z gingiválního sulku charakterizující zánět. Nekrotické změny gingivy mohou být projevem ulcerózní gingivitidy, ale také např. i akutní hemoblastózy. Gingivální hyperplázie mohou být vyvolány užívanými léky. Na dásni může být patrný i exofyticky rostoucí útvar různé velikosti – buď nepravý



Obr. 6 - Mukokela drobné slinné žlázy dolního rtu



Obr. 7 - Výtok hnisu z vývodu gl. parotis při hnisavé parotitidě



Obr. 8 - Zduření příušní slinné žlázy (jednostranné) při bakteriální parotitidě



Obr. 9 - Lokální zduření a zarudnutí kůže při subkutánním abscesu



Obr. 10 - Submentální kožní píštěl při chronickém odontogenním zánětu



Obr. 11 - Výsev drobných slizničních eflorescencí při herpes zoster 3. větve nervus trigeminus

nádor (tzv. epulis, někdy i u gravidních žen) nebo benigní či maligní nádor pravý. Bezzubé části alveolárních výběžků by měly být oblé, kryté růžovou sliznicí - mohou ale obsahovat kořeny destruovaných zubů, sliznice může být změněna patologickými pochody (záněty, dekubity od snímatelných zubních náhrad, nehojící se lůžko po extrahovaném zubu, nejrůznější exo- či endofyticky rostoucí nádorové změny nebo obnaženou nekrotickou kost čelistí při jejich závažném zánětlivém či nádorovém postižení).

Vyšetření jazyka a ústní spodiny

Pohledem hodnotíme symetrii plazení jazyka, jeho velikost, povrch a vzhled tkání na spodině jazyka a úst po jeho zdvihnutí. Symetrie jazyka při vyplazení může být porušena u některých, nejčastěji

neurologických postižení. Zvětšený jazyk vyplňuje ústní dutinu, někdy omezuje výslovnost, po jeho okrajích bývají patrné otisky zubů. Vzhled povrchu jazyka může kromě přítomnosti místních lézí odrážet nejrůznější celková onemocnění. Na hřbetu jazyka hodnotíme především jeho povlak, barvu a vyhlazení papil. Na spodní ploše jazyka bývá patrná někdy výrazná fyziologická žilní pletěň. Uzdička na spodní ploše jazyka je obvykle jen naznačena a pokud je výrazněji vyvinuta, může omezovat pohyb jazyka vpřed. Za dolními řezáky nalézáme na spodině úst Whartonův vývod podčelistních slinných žláz.

Nejzávažnější lézí především hrany, kořene a spodní plochy jazyka s spodiny úst je karcinom, v této oblasti prognosticky velmi neperspektivní. Jeho obvyklý vzhled je kráterovitá ulcerace.

Vyšetření patra

Patro je k vyšetření poměrně dobře přístupné. Sledujeme především vzhled jeho sliznice a přítomnost exofyticky rostoucích útvarů nebo naopak defektů tkáně. Sliznice může být zarudlá, nejčastěji pod dlouhodobě nevyjímanou snímatelnou náhradou jako důsledek mykotického zánětu. Mykóza pak na zanícené sliznici vytváří někdy až bělavé povlaky. U zduření na patře je poměrně důležité i trvání léze. Zduření (někdy

i fluktuující) s maximálně několikadenní anamnézou bývá zánětlivě etiologie, útvar vyvíjející se týdně až měsíce může být nádorem drobné slinné žlázy patra, často s neodhadnutelným biologickým chováním. Tyto léze mívají někdy centrální ulceraci.

Shrnutí pro praxi

Cílem vyšetření orofaciální oblasti praktickým lékařem je záchyt odchylek od normy, záchyt patologických stavů. Škála patologických procesů v uvedené oblasti je široká a jejich přesnější diagnostika může být mnohdy obtížná a může být v některých případech předmětem mezioborové spolupráce.

Praktický lékař by neměl podcenit zevrubné vyšetření orofaciální oblasti, neměl by spoléhat na to, že detailní orofaciální vyšetření provádí praktický zubní lékař.

V některých případech může praktický lékař terapeuticky zasáhnout – nedojde-li k uzdravení do 14 dnů, je správné pacienta předat do péče dalším odborníkům.

Literatura:

- 1) Bartáková V., Houba R., Zemen J. Rukověť zubního lékaře – ošetřování pacientů s komplikujícím zdravotním stavem. Praha: Česká stomatologická komora – Havlíček Brain Team 2005, 232 s. ISBN: 80-903609-1-2.
- 2) Birnbaum W., Dunne S.M.: Oral Diagnosis. The Clinician's Guide. Oxford: Wright 2000, 314 s. ISBN: 0-7236-1040-1.
- 3) Cawson R.A., Odell E.W.: Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine. Edinburgh: Churchill Livingstone 1998, 372 s. ISBN: 0-443-05348-0.

doc. MUDr. Jiří Zemen, Ph.D. – t.č. zubní lékař ve vlastní praxi, 1979 promoce na LF UK v Plzni, atestace stomatologie I. (1982) a II. (1989), habilitace v roce 1999, dizertace Ph.D. v roce 2000. Od roku 1988 do listopadu 2007 působil jako odborný asistent a později jako docent na oddělení ústní chirurgie Stomatologické kliniky LF a FN v Plzni. Přednáší u nás i v zahraničí. Publikoval desítky odborných sdělení v našich i zahraničních odborných časopisech, je spoluautorem tří učebních textů, autorem monografie o temporomandibulárních poruchách a spoluautorem monografie o ošetřování pacientů s komplikujícím zdravotním stavem v zubní praxi.

MUDr. Robert Houba, Ph.D. – odborný asistent na oddělení ústní chirurgie Stomatologické kliniky LF a FN v Plzni. Souběžně pracuje ve svojí privátní zubní praxi. 1983 promoce na LF UK v Plzni, atestace stomatologie I. (1986) a II. (1990), dizertace Ph.D. v roce 2006. Je autorem a spoluautorem řady odborných článků, několika desítek přednášek a pěti učebních textů. Je spoluautorem monografie o ošetřování pacientů s komplikujícím zdravotním stavem v zubní praxi.

as. MUDr. Jaroslava Laňková

ÚVL, 1. LF UK, Praha

Měříme a interpretujeme správně krevní tlak?

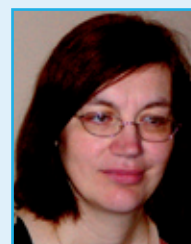
Reflexe z WONCA konference, Paříž 2007

Přes vynikající vědecký i edukační program letošní evropské WONCA konference v Paříži, o kterém by se daly napsat celé statě zajímavostí, bych se chtěla zmínit o jednom malém satelitním sympoziu, které bylo věnováno problematice měření krevního tlaku.

Přestože měření tlaku je rutinní součástí každodenní práce v ordinaci a po letech praxe snad mohu říci, že tlak změřit umím, mě toto zaujalo natolik, že jsem mu dala přednost před ostatním souběžně probíhajícím a neméně lákavým programem.

Co jsem se mohla nového dozvědět? Tlak měřím

po 10 minutách odpočinku pacienta, používám různě široké manžety podle obvodu paže, měření opakuji 3x po sobě a počítám průměr 2 (posledních) hodnot. Vzhledem k časté variabilitě měřených hodnot si i vzdor přesnému postupu měření nejsem jistá, do jaké míry se mohu spolehnout, že naměřené hodnoty odráží skutečnou kontrolu tlaku u pacienta. Pacient někdy sám hlásí, že má „ten syndrom bílého pláště“, a že doma si měří tlak daleko nižší, než zjišťuji v ordinaci. Někdy pacient špatně spal, dal si před vyšetřením černou kávu, pohádal se šéfem nebo třeba zapomněl užít ranní léky a tím vysvětluje vyšší naměřené hodnoty. Výjimkou nejsou ani stavy, kdy v ordinaci má pacient



as. MUDr. Jaroslava Laňková

Tonometr na paži

OMRON M6 Comfort

jedna manžeta pro normální i silnou paži



S technologií **Intelli sense** si inteligentně volí nafouknutí manžety podle aktuálního krevního tlaku. Tento jedinečný systém přináší sebou tyto výhody:

- jednoduchá obsluha
- vysoká přesnost (IP protokol)
- extra krátká doba měření
- příjemné měření s optimálním stlačením paže



Česká společnost pro hypertenzi doporučuje pravidelné měření krevního tlaku

doporučená cena

1 952 Kč

Pouze v lékárnách a zdravotnických potřebách

Obchodní zastoupení pro ČR a SR: CELIMED s. r. o., telefon: 475 212 038, www.krevnitlak.cz

* International protokol – splňuje doporučení České společnosti pro hypertenzi

**nejpřesnější metodou
zjištění reálného TK
a kardiovaskulárního
(KV) rizika je ABPM**

**podmínkou stanovení
diagnózy hypertenze
dle EHS jsou hodnoty
naměřené v ordinaci**

**domácí selfmonitoring
dle doporučení EHS je
přesnějším ukazatelem
kontroly TK, může
identifikovat sy bílého
pláště a lépe odráží KV
riziko než měření
v ordinaci**

tlak normální nebo i vyšší a doma kolabuje. To může být nebezpečné zejména u mozkové arteriální insuficience, kdy nadměrným dávkováním antihypertenziv můžeme pacientovi navodit kolapsové stavy s pády a traumatickými následky nebo dokonce manifestní CMP.

Jak tedy správně upravit pacientovi léčbu a podle čeho se řídit? Mohou to vyřešit častější kontroly tlaku v ordinaci? K mému překvapení byl salonek sympozia doslova našlapán zájmem, až jsem se lekla, že jsem si spletla dveře. V duchu jsem se ale zaradovala, že nejsem zcela sama, kdo se jde učit tak banální věc, jako je měření krevního tlaku.

Nosným tématem sympozia bylo, jak zjistit co nejpravdivější informace o výši krevního tlaku, podle kterých bychom mohli pacienta co nejeefektivněji léčit. Přednášející se odkazoval na poslední znění konsenzu ESH (European Society of Hypertension) o hypertenzi z roku 2007. Postupně byly probrány 3 metody zjišťování krevního tlaku:

- (1) konvenční vyšetření TK - zjišťování TK měřením v ordinaci
- (2) ambulantní monitorování TK - zjišťování TK pomocí 24 hodinového monitorování (Holter)
- (3) domácí měření krevního tlaku - zjišťování TK pomocí selfmonitoringu v domácím prostředí

Konvenční vyšetření TK v ordinaci

Měření krevního tlaku v ordinaci je zatím nejčastěji prováděnou metodou, která je bohužel zatížena největší chybou a je nejméně přesným indikátorem skutečné kontroly krevního tlaku. Udávaná variabilita měření mezi dvěma návštěvami pacienta u lékaře je 35 mmHg u STK a 17 mmHg u DTK. Mluví se i o tom, že se brzy stane spíše historickou než praktickou metodou. Chyba měření může být na obou stranách – u lékaře je to často nedodržování doporučených pravidel pro měření TK (pro nedostatek času nedodržuje 10 minut klidu pacienta před měřením, nepoužívá správnou šíři manžety, tlak měří pouze jednorázově apod.) nebo se dopouští chyb při odečítání korotkovových ozev, a zaokrouhluje hodnoty podle podvědomého očekávání nebo přání - nahoru nebo dolů na nejbližších 5 nebo 10 mm Hg. Ze strany pacienta chyby měření nejčastěji vznikají vlivem jeho psychického napětí nebo strachu, který nemusí být objektivně zřejmý.

Ambulantní 24-hod monitorování TK (ABPM = ambulatory blood pressure monitoring)

Toto měření se stále více zavádí do praxe. Hromadí se důkazy, že ambulantní monitorování je daleko přesnějším indikátorem kontroly tlaku než konvenční měření. Tlak se automaticky proměňuje každých 15-30 minut v průběhu 24

hodin, množství naměřených hodnot a vyřazení extrémních hodnot zajišťuje poměrně přesné průměrování v různé denní dobu. Cílové hodnoty průměrného krevního tlaku jsou nižší než cílové hodnoty naměřené v ordinaci. (Bližší popis hodnocení nálezů u 24-hod monitoringu přesahuje rámec tohoto sdělení.) Výhodou ABPM je možnost objektivizace přítomnosti nočního poklesu TK a výkyvů hodnot v závislosti na době podané medikace.

Ambulantní monitoring přináší zatím nejpreciznější informace o krevním tlaku a je indikováno zejména u:

- podezření na syndrom bílého pláště
- detekce ortostatické hypotenze
- monitoring hypertenze v těhotenství
- detekce rezistentní hypertenze
- potřeby úzké kontroly tlaku u vysoce rizikových osob (vysoké kardiovaskulární riziko)
- korelace mezi subjektivními obtížemi a výkyvy tlaku

U nás je bohužel toto vyšetření hrazeno ze zdravotního pojištění pouze u odbornosti kardiologa nebo internisty, což omezuje jeho větší rozšíření. Pořízení a údržba monitoru je příliš nákladná na to, aby byla pacientům poskytována zdarma v rámci kapítace. Přesto hodnocení výsledků je nekomplikované a dobře interpretovatelné a není důvodu, proč by toto vyšetření nemohli provádět praktičtí lékaři.

Domácí selfmonitoring TK

Již více než 50 let víme, že hodnoty TK naměřené doma jsou nižší než hodnoty měřené v ordinaci lékařem. Selfmonitoring je mezi pacienty stále populárnější. Existuje celá řada přístrojů k domácímu měření tlaku, které však mají různou nebo pochybnou přesnost. Hodnoty tlaku měřené doma jsou proto lékaři obecně přijímány se značnou rezervou a nejsou akceptovány jako směrodatné. Hlavními argumenty jsou: (1) nejistota přesnosti a chybění kontroly kalibrace měřičů, (2) možnost ovlivnění hodnot pacientem předpojatým výběrem z více naměřených hodnot, (3) úzkostné obsesivní měření.

Nicméně vstup nových automatických měřičů na trh, které zaznamenávají hodnoty a čas do paměti, a mohou být dopředu naprogramovány, přináší nové možnosti využití domácího monitorování TK. Na tyto nové možnosti reagovala EHS vytvořením doporučení pro domácí měření tlaku tak, aby naměřené hodnoty byly co nejobektivnější a směrodatné pro sledování kontroly TK.

Výsledky správně prováděného domácího měření tlaku jsou přínosnější z hlediska predikce kardiovaskulárního rizika než prosté konvenční měření tlaku v ordinaci. Důkazy je potvrzeno, že stupeň hypertrofie levé komory (podle EKG a echokardiografie) daleko více koreluje s hodnotami domácího monitoringu než s konvenčním měřením TK v ordinaci.

Doporučení EHS (2007) pro diagnostický selfmonitoring TK:

- monitoring se provádí po dobu 7 dnů
- po několika minutách klidu se provádí 2 měření ráno (před snídaní mezi 6. - 9. hod) a 2 měření večer (po večeři mezi 18. - 21. hod)
- výsledkem je průměrná hodnota ze všech měření
- měření provedené první den se vyjímá z výpočtu průměrných hodnot (důvodem je obvyklá počáteční úzkost pacienta při užívání nového přístroje)
- minimálně musí být provedeno alespoň 12 měření
- zápisy pacientů mohou být nespolehlivé (výběr hodnot, úprava hodnot, dopisování vymyšlených hodnot), proto jsou k měření doporučovány monitory vybavené programovacím zařízením a pamětí

Doporučení EHS pro selfmonitoring při kontrole léčby hypertenze:

- každých 6 měsíců opakovat 7-denní monitoring dle výše uvedených instrukcí

• **cílové hodnoty domácího selfmonitoringu TK**
< 135/85 (u diabetiků < 125/75 mmHg)

• **cílové hodnoty při konvenčním měření v ordinaci**
< 140/90 (u diabetiků < 130/80 mmHg)

Domácí selfmonitoring mj. může odhalit syndrom bílého pláště, může přinést nejen značnou úsporu času pro lékaře, ale i zlepšení spolupráce pacienta s léčbou a lepší kontrolu jeho krevního tlaku.

Literatura u autorky

as. MUDr. Jaroslava Laňková - promovala v r. 1988 na 1. LF UK Praha, v r. 1991 atestovala v oboru vnitřní lékařství a v r. 1996 v oboru praktické lékařství. Pracuje jako soukromá praktická lékařka v Kamenici nad Lipou na Vysočině. Je místopředsedkyní SVL ČLS JEP pro celoživotní vzdělávání praktických lékařů a odbornou asistentkou na Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze. V oboru praktického lékařství se blíže zajímá o problematiku psychiatrie a o endokrinologii, konkrétně onemocnění štítné žlázy. Je spoluautorkou doporučených postupů pro praktické lékaře „Deprese“, „Anxieta“, „Demence“, „Funkční poruchy štítné žlázy“.

EHS doporučuje pro domácí selfmonitoring technicky přesné tonometry s možností programování a s pamětí



Měřič krevního tlaku

WatchBP Home

Nový tlakoměr WatchBP Home od společnosti Microlife je určen k poskytování spolehlivého a nezkráceného domácího měření pacientů s hypertenzí. Tento přístroj splňuje požadavky ESH – Evropské společnosti pro hypertenzi.

Pro více informací kontaktujte prosím:

Boneco CR, s.r.o., 58813 Polná, Czech Republic, Tel: +420 567 212 396
 Microlife AG, CH-9443 Widnau, Switzerland, Tel: +41 71 727 7033

Clinically Tested
 ESH Protocol



WatchBP Home

www.microlife.com



MUDr. Martin Matoulek, Ph.D.

III. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Jak pracovat s obézním pacientem?

Souhrn: Obezita s dalšími přidruženými onemocněními jsou onemocnění, která jsou v posledních třiceti letech na strmém vzestupu ve všech evropských zemích. V České republice je více než polovina dospělých s obezitou nebo nadváhou. To s sebou přináší i významné navýšení počtu pacientů s obezitou a problém obezity resp. její léčby je nutné přenést ze specializovaných center do ordinací praktického lékaře. Redukce hmotnosti je žádoucí u mnoha onemocnění jako např. ischemická choroba srdeční, arteriální hypertenze, diabetes 2. typu, ale i artróza nosných kloubů, vertebrogenní algický syndrom atd.

Je naprosto zřejmé, že za zvýšení výskytu obezity v posledních letech je zodpovědné životní prostředí, které umožnilo projevy nevýhodného genotypu. Z toho vyplývá, že podíl každého na své obezitě je různý. I to je jedním z důvodů, proč bychom neměli každého automaticky odsuzovat pro jeho hmotnost. Jak tedy postupovat při práci s obézním pacientem?



MUDr. Martin Matoulek,
Ph.D.

**bezpodmínečně nutné
je zapisovat jídelníček
minimálně týden**

**stanovit reálný cíl
redukčního režimu**

1. návštěva v ambulanci

Zásadním problémem v léčbě obezity a nadváhy je, že je neustále požadováno po pacientech, aby snížili svou hmotnost a doporučení se většinou zobecňuje na snížení energetického příjmu a zvýšení energetického výdeje. Je celkem v tuto chvíli nepodstatný výběr metodiky, která má přinést očekávaný výsledek. Pro dlouhodobou úspěšnost však rozhoduje, zda je pacient učen vlastní rozhodnutí a sám opravdu chce snížit hmotnost nebo pouze vyhovuje přáním a radám lékařů. Většina pacientů s obezitou a nadváhou v době, kdy nejsou přítomny další komplikace resp. přidružená onemocnění, nebývá často přesvědčena o tom, že redukce hmotnosti je nutná a nezbytná. Úspěch není třeba měřit množstvím snížených kilogramů, ale především compliance nemocného s režimem. Již na začátku, pokud je lékař přesvědčen, že je nutné pro budoucí vývoj snižovat hmotnost, je třeba přenést na pacienty odpovědnost za úspěch. Jenom tak je předpoklad pro dobrou spolupráci. Většina pacientů v obezitologických centrech přichází s tím, že očekávají podrobné návody (přesné rozpisy diet apod.). Na začátku je nutné především podrobně odebrat anamnézu především vývoje hmotnosti a současného životního stylu. Jestliže redukční dieta je definovaná jako nižší energetická hodnota na začátku cca o 1000-2000 kJ, pak musíme bezpodmínečně znát přibližnou energetickou hodnotu stravy vč. nápojů. K tomu je bezpodmínečně nutné zapisovat jídelníček minimálně týden, avšak lépe dva týdny. Zapisování je nezbytné pro konkrétní doporučení. Jestliže pacienti např. nemají čas provést byť sebe- menší kontinuální zápisky stravování, jen velmi těžko budou mít čas měnit stravovací zvyky. Stejně tak je to i s pohybovou aktivitou. Lze snad doporučit délku i frekvenci pohybových aktivit, ale nikoliv intenzitu. Bez aktivního přispění nemocného a jeho ochoty a odhodlání nelze změnit životní styl, nelze redukovat hmotnost resp. nelze změnit zdravotní stav.

Ještě než začneme pracovat s obézním pacientem je vhodné si uvědomit, že existují úskalí, která obvykle velmi ovlivňují konečný výsledek.

Úskalí léčby obezity

1) pacient se často setkává s negativním komentářem z řad odborné veřejnosti a je automaticky považován za nespolečnického, což negativně

ovlivňuje compliance nemocného – to platí zejména pro obézní diabetiky

2) cíl obézních pacientů je často jenom hodnota zhubnutých kilogramů (většinou za velmi krátký časový úsek)

3) většina doporučení je založena na negativní motivaci pro pacienty – především ohledně diet

4) doporučení jsou často obecná a nerespektují individuální přístup

5) opakované selhání redukčních pokusů činí dlouhodobé snížení hmotnosti pro pacienta jako nereálné běžným způsobem

První návštěva pacienta, který se rozhoduje, resp. kterého se snažíme pro snižování hmotnosti přesvědčit často rozhoduje o výsledku celé léčby. Lékař musí být připraven na typické otázky, které s sebou pacient přináší na návštěvu a určitý druh nedůvěry na základě již vlastních zkušeností.

Otázky:

- 1) proč a o kolik kilogramů musím snížit svou hmotnost, abych byl úspěšný?
- 2) jaká metoda je nejjistější?
- 3) jaká metoda je nejméně bolestivá?

Pro obézního pacienta je nesmírně důležité, aby dokázal vidět reálný cíl svého redukčního režimu. Jestliže je všeobecně známo, že největší snížení kardiovaskulární mortality přináší hmotnostní pokles o 5-10 % aktuální hmotnosti, pak je vhodné pacienta informovat, že pro něj je tato meta v tuto chvíli nejdůležitější. Stejně tak je nutné pacientovi vysvětlit, jaké metody mohou vést k reálnému poklesu hmotnosti – viz tabulka 1. Farmakoterapie je dosud poměrně velmi málo využívána, přestože její včasné zahájení výrazně zvyšuje šanci na úspěch. Stejně tak bariatrická léčba musí být brána jako důležitá metoda redukce hmotnosti a spolupráce s centry provádějící bariatrické výkony je nutná.

Dieta

Většina obecných doporučení se orientuje pouze na negativní motivaci – nejíst tučné, sladké, ale i slané – tím pacientům zůstává jen velmi málo možností, které většinou pacient dokáže jen velmi těžko sám nelézt. Je třeba nalézt kompromis mezi „dietní“ stravou a reálnou možností změnit stravovací možnosti.

Zentiva - Lindaxa + Torvacard

Tabulka 1: Metody léčby obezity

- Dieta
- Fyzická aktivita
- Psychoterapie
- Farmakoterapie
- Chirurgická léčba

www.linda-linie.cz

www.obezita.cz

www.zijzdrave.cz

www.medispo.net

Není možné provést změny, aniž by byl před tím analyzován minimálně týdenní či dvoutýdenní jídelníček. Teprve potom má smysl hledat 1000-2000 kJ snížení energetického příjmu. Nicméně sám pacient by měl rozhodovat o vyřazení potravin ze svého jídelníčku s respektováním zastoupení tuků sacharidů i bílkovin je nezbytné informovat pacienty, že u nízkotučných potravin může trvat déle než vyberou potraviny, které jim budou chutnat, protože tuk je nositelem chuti. Existují odborné diskuse, zda provádět změny úplné (např. striktní zákaz uzenin) nebo postupné (omezení frekvence nezdravých jídel). Z našich současných zkušeností jednoznačně vyplývá, že doba dodržování našich doporučení je nepřímo úměrná počtu změn doporučených v první návštěvě. Hned na začátku je nutné vysvětlit, že pouze samotná restrikce energetického příjmu povede ke snížení bazálního výdeje – tedy k adaptaci na nízký příjem, což nejspíše po půl roce povede k zastavení snižování hmotnosti. K zabránění adaptace na nízký příjem je třeba zachovat přiměřenou pohybovou aktivitu, resp. ji mírně zvýšit oproti současnému stavu.

Fyzická aktivita

Fyzická aktivita resp. její zvýšení patří k častým doporučením pacientů s nadváhou. V praxi však alespoň dvakrát týdně provozuje fyzickou aktivitou méně než 20 procent dospělé populace. Není pochyb o pozitivním vlivu fyzické aktivity při léčbě různých metabolických onemocnění (obezita, diabetes, hypertenze, ICHS, obezita, dyslipidémie atd.). Přesto ale je jen velmi málo účinně využívána v praxi. Zvláště u fyzické aktivity je zásadní přesvědčit pacienta o pozitivním vlivu na léčbu obezity. Je známo, že samotná fyzická aktivita bez omezení energetického příjmu nevede

k dlouhodobému poklesu hmotnosti. Na druhou stranu existují studie, které prokazují pozitivní vliv fyzické aktivity na kardiovaskulární mortalitu nezávisle na změně hmotnosti (snížení Tk, zlepšení lipidového profilu, snížení glykémie, zvýšení VO₂Max). Současně se zlepšením subjektivního vnímání či tolerance zátěže to bývá velmi často zásadní argument pro fyzickou aktivitu. Pacientovi je třeba vysvětlit i to, že právě fyzická aktivita vede k mírnému zmožnění aktivní tělesné hmoty (svalové tkáně), což zabraňuje poklesu hmotnosti. Přesto je to

hlavní prostředek k zabránění adaptaci organismu na nízký příjem při omezení energetického příjmu. Často je vhodné navázat na sportovní anamnézu a hledat pohybovou aktivitou nejen vhodnou, ale třeba i takovou, která bude pacienta bavit. Jenom tak může využít vyplavení endorfinů, které pacienta mohou udržet delší čas v programech s pohybovou aktivitou. Tzv. antidepresivní účinek má pouze fyzická aktivita o střední intenzitě, která se ale neliší od doporučené intenzity. Důležité je také nalézt para-

metry, které hodnotí účinek pohybové aktivity na metabolismus tak, aby i pacient mohl vnímat příznivý účinek i v době, kdy hmotnost neklesá – tabulka 2.

Psychoterapie

Klinický psycholog patří do týmu pro léčbu obézních pacientů. Jídlo bývá často kompenzační prostředek stresu nejen u obézních pacientů. Zvláště obézní ženy, kterým kvůli vlastní rodině často nezbývá často čas na vlastní osobu, profitují z psychoterapie. V ambulanci většinou není dostatek času na psychologický rozbor a proto často ještě před zahájením antidepresiv je vhodná psychologická intervence, ať už skupinová nebo individuální.

Farmakoterapie

Z moderních antiobezitik je v současné době k dispozici pouze orlistat a sibutramin. Zatímco u orlistatu je možné využít tzv. autoedukačního efektu (pacient pod vlivem vedlejších účinků orlistatu modifikuje výběr potravin směrem k nízkotučným potravinám), sibutramin působí i u nespupracujících jedinců. Přesto největší efekt je zaznamenán u pacientů, kteří alespoň mírně změní svůj životní styl. Oba preparáty se mohou užívat i dlouhodobě.

Chirurgická léčba

Patří do specializovaných center pro léčbu obezity. Přesto by všichni pacienti s obezitou III. stupně, ale i např. s nižším stupněm a výskytem komplikací, měli mít informaci o možnostech bariatrické chirurgie, jejich účincích a dlouhodobých výsledcích. K tomu slouží např. banding kluby, kde se setkávají pacienti po bariatrickém výkonu s pacienty, kteří uvažují o výkonu.

Pro úspěšný program je nezbytné pracovat s kvalitními edukačními materiály, neboť to bývá často jediný zdroj informací po dobu mezi návštěvami u lékaře. Dalším zdrojem mohou být i internetové stránky např. www.linda-linie.cz, www.obezita.cz, www.zijzdrave.cz, www.medispo.net. Než však začne lékař či odborný pracovník pracovat s edukačními materiály, resp. s internetovými stránkami, měl by je podrobně prostudovat a souhlasit s jejich obsahem, aby se rady pro pacienty shodovaly aspoň v základních postupech.

Na závěr si je třeba uvědomit, že obézní pacient bývá v labilním stavu a je třeba jeho rozhodnutí podporovat a i případný neúspěch není nutné zatracovat, zvláště když pacient přichází požádat o radu a pomoc. Často až druhý či třetí pokus může být úspěšný a je na lékaři, zda dokáže vhodně ve spolupráci s pacientem nalézt postup, který bude dlouhodobě úspěšný a pacient ho bude schopen dodržovat.

MUDr. Martin Matoulek, Ph.D. - je odborným asistentem na III. interní klinice 1. LF UK a VFN Praha. 10 let se věnuje obezitologii, v posledních 5 letech se zaměřením na pohybovou aktivitu. Atestace z interního lékařství I. st., endokrinologie a v posledních letech se věnuje i tělovýchovnému lékařství. Je členem revizní komise České obezitologické společnosti. Od r. 2006 je předsedou VŠTJ MEDICINA PRAHA, která organizuje pohybové aktivity pro různé skupiny pacientů.

Tabulka 2: Parametry pro hodnocení fyzické aktivity

- Krátkodobé (minuty, hodiny, dny)
 - Glykémie, Tk (po cvičení se většinou snižuje - záleží ale na kompenzaci Tk)
- Střednědobé (týdny)
 - Obvod pasu
 - Snížení % tukové tkáně
- Dlouhodobé (měsíce)
 - Snížení hmotnost
 - Dlouhodobá kompenzace cukrovky (HbA1C)
 - Zvýšení fyzické zdatnosti
 - Úprava lipidového spektra

prim. MUDr. Jaroslav Kraus

ORL oddělení Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov

Diagnostika a léčba rhinosinusitidy

Souhrn: Článek shrnuje současný pohled na diagnostiku a léčbu rhinosinusitid, moderní postupy a trendy v rhinologii. Podává přehled o dělení rhinosinusitid a pojednává o jednotlivých skupinách se zaměřením na diagnostický postup a konservativní i chirurgickou léčbu.

Rhinosinusitis je zánětlivé onemocnění sliznice nosní a paranasálních dutin, s kterým se setkáváme v každodenní praxi. Základní dělení je na infekční, alergické a jiné. V diagnostice má zásadní postavení anamnesa, endoskopické vyšetření nosní dutiny a zejména u chronických stavů CT VDN. Chirurgická terapie spočívá v endoskopických endonasálních výkonech s tzv. funkčním přístupem. Léčba alergických rhinitid se provádí podle zásad stupňovité terapie. Horní a dolní cesty dýchací tvoří jednu funkční jednotku.

Klíčová slova: rhinosinusitis, FES, endoskopie, ostiomeatální jednotka, nasální kortikosteroidy, alergie

Rhinosinusitis je zánětlivé onemocnění sliznice nosní a paranasálních dutin. Tento termín je většinou správný, neboť zánět sliznice postihuje téměř vždy současně nosní dutinu i vedlejší dutiny nosní. Někdy se termín rhinitis užívá pro zánět s převahou v nose s projevy obstrukce nosní, sekrece z nosu, kýchání, svědění a sinusitis pro výrazněji vyjádřené zánětlivé změny na vedlejších nosních dutinách, které jsou většinou dále doprovázeny bolestí, horečkami, únavou atd. Rhinosinusitis je obecně charakterizována alespoň dvěma z následujících tří symptomů:

1. nosní neprůchodnost, způsobená kongescí a překrvením sliznice, 2. sekrece z nosu, 3. kýchání a svědění.

Vzhledem k tomu, že rhinosinusitis je velmi časté onemocnění, které v mnoha případech probíhá lehce bez nutnosti terapeutického zásahu, je obtížné získávání údajů o její epidemiologii. U nealergických rým je to téměř nemožné i pro ne zcela jasnou definici některých typů zánětů a jejich diagnosa je postavena na subjektivních obtížích nemocných a jejich vyjádření. Poněkud přesnější je situace u rým alergických, kde se incidence u dospělé populace uvádí 10 – 30%.

Dělení rhinosinusitid lze provádět podle celé řady kritérií. Základní dělení je na infekční, alergické a jiné. Třetí skupina je značně heterogenní a také nejpočetněji zastoupená (tabulka 1).

Podle časového hlediska je možné dělení na akutní (do 4 týdnů), subakutní (4-12 týdnů) a chronické (nad 12 týdnů). Rekurentní akutní rhinosinusitis je potom charakterizována čtyřmi a více atakami během roku trvajících déle než 10 dní. Chronické rhinosinusitidy je možno dále dělit i podle frekvence výskytu příznaků na intermitentní (občasné) a perzistující (trvalé). Velký důraz jako v jiných oblastech medicíny je kladen poslední dobou na kvalitu života pacientů s rýmou a proto je významným faktorem dělení i intenzita příznaků a jejich

vliv na kvalitu života nemocného. Nejlehčí formy obvykle nevyžadují léčbu, u těžších je většinou nezbytná (tabulka 2). Dle charakteru klinických příznaků lze dále dělit nemocné na tzv. „sneezers“ (kýchající a smrkající) a „blockers“ (s ucpaným nosem). První skupina si stěžuje na vodnatou sekreci, svědění, záchvatovité kýchání, obstrukce nosní je proměnlivá a často méně výrazná, často je přítomna konjunktivitida a obtíže jsou výraznější přes den. U druhé skupiny je nejvýraznějším příznakem nosní obstrukce a tvorba hustého hlenovitého sekretu se zatékáním do nosohltanu, akcentace obtíží je v nočních hodinách včetně rušení spánku (tabulka 3).

Infekční rhinosinusitidy

Infekční rhinosinusitidy dále dělíme dle původce na virové, bakteriální a mykotické.

Virový zánět sliznice nosní a VDN je velmi běžným onemocněním, jehož původcem může být velké množství rozličných respiračních virů – rhinoviry, viry influenzy, parainfluenzy, RSV, coronaviry a další. Nejčastěji detekovaným virem je rhinovirus patřící do skupiny picornavirů, u kterého rozlišujeme přes 120 typů. Vzhledem k této rozmanitosti a jen krátkodobé imunitě dochází k častým recidivám. U 40-90% pacientů s rýmou lze zjistit rhinovirus na rukách, tento přežívá na povrchu předmětů až 4 dny. Při dotyku kontaminovaného prstu s nosní sliznicí je přenos takřka stoprocentní.

Bakteriální zánět většinou nasedá na virovou rhinosinusitis s akcentací příznaků. Nejčastějšími etiologickými původci jsou *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* a zejména u dětí *Moraxella catarrhalis*. Z anaerobů nacházíme častěji *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium* a *Bacteroides*. Typickými klinickými příznaky jsou edém nosní sliznice se zhoršením průchodnosti, sekrece z nosu, která je z počátku serózní, později většinou hlenovitá až hlenohnisavá, může zapáchat. Bolesti



prim. MUDr. Jaroslav Kraus

Tabulka 1: Klasifikace rhinosinuitid dle etiologie

Infekční	Jiné
- akutní	- idiopatická
- chronická	- profesionální
nespecifická	- hormonální
specifická	- léková
	- iritační
Alergická	- alimentární
- intermitentní	- psychogenní
- persistující	- atrofická
(sezonní, celoroční)	- NARES

hlavy vyzařující do různých míst dle lokalizace maxima postižení, typicky se akcentují při předklonu. Postižení čelních dutin se projevuje zejména bolestí v čele, čelistní dutiny v oblasti tváří a někdy zubů, zánět ethmoidálních sklípků podmiňuje bolesti při koření nosu, temporálně a periorbitálně. Postižení klínové dutiny je typické bolestí za očima a v temeni hlavy. Často bývá postiženo více dutin zároveň a tedy i příznaky se vzájemně kombinují a překrývají. Nejednou si pacienti stěžují i na bolesti vyzařující do ucha či krku. Febrilie, únava a schvácenost jsou typickými průvodními znaky se zhoršováním s tíží zánětu, dále kašel, hyposmie až anosmie, zalehnutí uší. Klinicky nacházíme palpační citlivost nad postiženými dutinami, přední rinoskopií překrvení a kongesci sliznic s patologickým sekretem, zúžení průduchů. Při endoskopickém vyšetření nosní dutiny nacházíme u bakteriálního zánětu typický proužek hlenohnisu pod střední skořepou. (Obrázek 1) Přejít zánětu do chronicity úzce souvisí se stavem tzv. ostiomeatální jednotky, oblasti středního nosního průchodu, do které ústí většina paranasálních dutin. Při blokadě těchto ústí dochází k poruše drenáže a ventilace dutin, stagnaci sekretu a tím se vytváří ideální podmínky pro přetrvávání infekce. Pacient má v menší míře podobné příznaky jako u akutních infekcí, zejména bolesti hlavy a tlak v oblasti postižené dutiny.

Stanovení diagnózy u akutního zánětu není většinou problematické a lze jej učinit z klinického vyšetření. Rtg vyšetření VDN není při jasném klinickém nálezu nezbytné. Většinou se provádí v semiaxiální projekci a podá nám dobrou informaci o stavu velkých dutin – frontálních a maxilárních. Zde nacházíme difusní zastření či hladinku sekretu. Nedá nám však žádnou informaci o stavu ostiomeatální jednotky (OMJ) a dalších vedlejších dutinách, zejména ethmoidů. Pro přesnou diagnózu zejména chronických stavů je tak důležitým vyšetřením CT VDN v axiálních a koronárních skelech, při akutních nekomplikovaných zánětech jej však většinou neprovádíme. Vzhledem k porovnání výtěžnosti obou vyšetření někteří autoři doporučovali i u akutních stavů tzv. limitované CT vyšetření

s hrubšími řezy, doposud se však v praxi příliš neujalo, asi zejména z technických důvodů (dostupnost, kapacita a cena obou vyšetření). V souvislosti s rtg vyšetřením VDN je nutno také upozornit na správnou interpretaci nálezů a případnou indikaci dalších vyšetření, kdy zastření dutiny může přetrvávat i několik týdnů po odeznění klinických příznaků akutního zánětu nebo může znamenat jen mělčí dutinu nebo její část. U chronických zánětů je CT VDN zásadně důležitým vyšetřením a umožňuje nám detailní posouzení stavu sliznic jednotlivých dutin, přítomnosti patologických struktur, anatomických variant a zpřesňuje indikaci k chirurgickým zákrokům (obrázek 2 – šipka označuje klíčovou oblast - OMJ). Druhým ze zásadních vyšetření u rhinosinuitid je endoskopické vyšetření nosní dutiny, které nám umožňuje přesné posouzení stavu sliznic, OMJ, průchodnosti, charakteru sekretu. Většinou se používají rigidní endoskopy a zejména v dorsální části nosní dutiny a oblasti OMJ jsou v porovnání s klasickou přední rinoskopií neocenitelné a moderní rhinologie je bez jejich použití již nemyslitelná. Mikrobiologické kultivační vyšetření nosního sekretu je běžně prováděno, interpretace výsledků je však poněkud problematická. Sliznice nosu a nosohltanu je totiž i u zcela zdravých jedinců běžně osídlena patogeny (*Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*), kmen *Staphylococcus aureus* vykultivujeme z oblasti nosního vchodu až u 40% bezpříznakové populace. Materiál by tak měl být odebírán cíleně ze středního nosního průchodu, nejlépe pod endoskopickou kontrolou. Někteří autoři uznávají jako validní vzorek pouze punktát z dutiny, zde jsme ovšem limitováni pouze na čelistní dutinu a je otázka přínosu s ohledem na nutnost instrumentačního zákroku.

Terapie virové rhinosinuitis je symptomatická, podáváme antipyretika, dekongescenční látky lokálně (Sanorin, Olynth, Nasivin) a celkově (Clarínase, Disophrol), mukolytika (Muconasal Plus). Při bakteriální superinfekci či jako její prevenci můžeme z počátku užít fusafungin (Bioparox) lokálně ve spreji. Při rozvinutých bakteriálních zánětech užíváme antibiotika celkově, které je nutno volit s ohledem na epidemiologickou situaci, nejlépe cíleně na základě kultivačního vyšetření nebo empirické znalosti citlivosti vyvolávajících patogenů. V některých oblastech Slovenska dosahuje podíl *Haemophilus influenzae* produkující beta-laktamázu až 50% (u nás zatím do 20%), u *Moraxella catarrhalis* je to potom většina kmenů. Doporučená ATB jsou amoxicilin potencionovaný klavulanátem, cefuroxim axetil, cefpodoxim, levofloxacin, clarithromycin. Někteří

autoři mají dále dobré zkušenosti s kombinací Sulfametoxazolu s Trimetoprimem (Biseptol). Vzhledem k omezenému průniku antibiotik do dutin by měla být podávána v dostatečné dávce a dostatečně dlouho. Zejména u potencionovaného amoxicilinu jsme stále svědky podá-

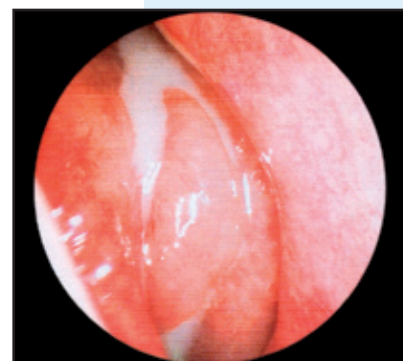
Tabulka 2: Klasifikace rhinosinuitid dle intenzity příznaků

Lehká rýma	Středně těžká rýma	Těžká rýma
Pouze několik symptomů neovlivňujících denní aktivitu nebo noční spánek	Symptomy obtěžují během denních aktivit a nočního spánku	Symptomy natolik významné, že bez terapie nelze ve dne vykonávat běžné aktivity a v noci spát
Pacient „vydrží“ bez terapie	Pacient obvykle vyžaduje léčbu	Pacient vyžaduje léčbu

vání v nevhodném režimu v nedostatečné dávce, kdy doporučená dávka od 35 kg tělesné hmotnosti je 1g (875 mg amoxicilinu + 125 mg klavulanátu) a 12 hodin po dobu alespoň 10 dní. Lokální dekonstence jsou vhodná ve formě spreje či nosních kapek, jejich použití však musí být časově limitováno a nejsou v žádném případě vhodná pro dlouhodobé použití. Při užívání delším než cca dva týdny je nebezpečí rozvinutí medikamentózní rhinitidy (tzv. sanorinismus), někteří autoři považují za bezpečnou hranici 10 dní. Nejúčinnější je aplikace těchto látek cíleně do středního nosního průchodu na namočeném cípku při tzv. anemiasaci sliznice. Takto lze dosáhnout uvolnění OMJ a tím vývodů dutin s obnovením drenáže. Aplikace lokálních ATB kapek (Pamycon) nelze pro omezený terapeutický efekt a naopak zvyšování lokální rezistence doporučit. K punkci čelistní dutiny přistupujeme při neúspěchu konzervativní terapie, někdy primárně při výrazných celkových příznacích, značných bolestech, zejména při empyému antra. Provádí se v lokální anestezii zavedením silné jehly pod dolní skořepou do dutiny a výplachem antra vlažným roztokem, obsah dutiny je tlakem drénován přes přirozené ústí. Touto cestou lze aplikovat i některá léčiva přímo do dutiny. Přes až démonickou pověst a obavy z tohoto zákroku mezi laickou

veřejností je většinou dobře snášen a přináší poměrně rychlou subjektivní úlevu. Jedná se však ze své podstaty o paliativní zákrok, který neřeší příčinu zánětu. Proto před jeho neuvažovanou indikací, kdy je často prováděn u některých pacientů v četnosti až desítek zákroků, je nutné pátrat po případných patologiích, které přispívají k recidivám či persistenci zánětu a tyto řešit. Klíčovými pomocníky jsou opět endoskopie nosní dutiny a CT VDN. Hledáme zejména abnormality způsobující poruchu funkce OMJ – deviace nosního septa nebo chrupavčité či kostěné výrůstky na septu (kristy, spiny), které zužují střední nosní průduch. Dále abnormality střední skořepy, přítomnost polypů, případně jiné patologie. Zásadou je obnova ventilace a drenáže vedlejších dutin nosních a tomu odpovídá koncepce dnešní moderní rhinochirurgie, která se pro svou snahu o maximální přiblížení fyziologickým pochodům nazývá také funkční. Funkční endonasální chirurgie (angl. zkratka FES či FESS) používá endoskopického instrumentária a zasahuje zejména v oblasti vývodů dutin s obnovou jejich normální funkce. Odstraňují se jen patologické struktury a sliznice se maximálně šetří. Vychází se ze zjištění, že při obnově drenáže a ventilace VDN je sliznice schopna dalekosáhlé reparační. Dřívější zevní výkony na dutinách se snesením veškeré sliznice měly za následek pouze zjizvení výstelky a následně obturaci dutiny s persistencí obtíží, někdy dokonce s jejich akcentací. Při dříve velmi běžném výkonu dle Caldwell-Luc se přístupem přes přední stěnu antra odstranila veškerá sliznice čelistní dutiny a zjednotila široká komunikace pod dolní skořepou. Při rozsáhlých studiích bylo však zjištěno, že řasinkový epitel antra posouvá veške-

rý obsah směrem k přirozenému ústí do středního nosního průduchu. Stagnace obsahu tak přes širokou komunikaci přes dolní nosní průduch pokračuje a circulus vitiosus se uzavírá. FES se provádí v drtivé většině v celkové anestezii a pro zákrok v rizikové oblasti je předoperační hodnocení pomocí CT prakticky obligatorní. Riziko spočívá v sousedství nosní dutiny a VDN s důležitými strukturami, které odděluje většinou jen velmi tenká kost (lamina papyracea) – očníce a její obsah, přední a střední jáma lební s mozkem a jeho obaly, n.opticus, a.carotis interna, hypofýza atd. Komplikace jsou naštěstí vzácné, ale mohou být, jak vyplývá z uvedeného, velmi vážné. Někdy se naopak metody využívá právě k přístupu k okolním strukturám – operace hypofýzy, dekomprese očníce, zástava likvory atd. Pokud je přítomné vybočení septa kompromitující OMJ nebo průchodnost nosní, je na místě septoplastika. Při výrazné hypertrofii dolních skořep lze přistoupit i k turbinoplastice (s výhodou se při tom používá např. radiofrekvenční ablace – RFITT či laser). V terapii chronických či recidivujících zánětů se využívá i imunomodulace, např. OM-85 (Broncho-



Tabulka 3: Klasifikace rhinosinuitid dle charakteru klinických příznaků

	„Sneezers“ - kýchající, smrkající	„Blockers“ - s ucpaným nosem
Kýchání	Záchvatovité	Málo nebo vůbec
Sekrece	Vodnatá – přední a zadní	Hustý hlen – spíše zadní
Svědění	Ano	Ne
Obstrukce	Občas	Často a výrazně
Kolísání obtíží	Horší ve dne, v noci zlepšení	Trvalé obtíže, v noci většinou horší
Konjunktivitida	Často	Málo

vaxom), který se používá v tzv. akutním i preventivním schématu. Dle některých studií snižuje výskyt recidivy bakteriálních sinusitid po 6 měsících od ukončení léčby až o 50% oproti placebo.

Při opakovaných izolovaných maxilárních sinusitidách – zejména zapáchajících empyémech – je třeba stomatologické vyšetření chrupu k vyloučení dentogenní příčiny zánětu a při jejím potvrzení zároveň s léčbou dutiny sanace chrupu.

Mykotická rhinosinuitida se objevuje často u imunosuprimovaných osob (po transplantacích, léčbě cytostatiky atd.) a může být příčinou invazivního život ohrožujícího onemocnění, které vyžaduje podávání systémových antimykotik. U pacientů imunokompetentních plísň nepronikají přes slizniční bariéru a onemocnění se nejčastěji projevuje jako bakteriální zánět rezistentní na ATB léčbu, na CT někdy vytváří obraz drobných hyperdenzních ložisek až kovové sytosti v dutinách a bývají občas mylně považovány za dislokovanou zubní výplň. Léčba je chirurgická s nutným odstraněním veškerého mykotického materiálu ze sliznic a zabezpečením drenáže postižených dutin.

Specifické záněty oblasti nosu a VDN jsou dnes v našich zemích vzácné a vždy je nutné diferenciatně diagnosticky vyloučit zejména maligní tumor.

Tabulka 4: Princip stupňovité léčby u alergické rhinosinuitis

Intermitentní		Persistující	
Lehká	Střední, Těžká	Lehká	Střední, Těžká
Antihistaminika	Antihistaminika Nasální kortikosteroidy Kromony	Nasální kortikosteroidy +	Antihistaminika
Kontrola prostředí a vyloučení alergenů!			
Specifická imunoterapie			
Doplnění: topická antihistaminika, dekongestiva, anticholinergika, chirurgický zákrok			

Alergická rhinosinuitis

Alergická rýma se dělí na intermitentní (občasnou) a persistující (trvalou). Je projevem inhalační alergie, při které je místem klinického projevu (šokový orgán) nosní sliznice. Jde o IgE zprostředkovanou zánětlivou reakci vyvolanou expozicí specifickým alergenem. Dřívější dělení alergických rhinitid na sezonní a celoroční se již víceméně opustilo, vycházelo ze závislosti na výskytu spouštěčů zánětu. U senzibilizovaného jedince dojde po kontaktu alergenem se specifickou protilátkou ke spuštění alergické kaskády. Buňky zánětu vlivem cytokinů migrují do sliznice a uvolňují mRNA pro IL-3, IL-4, IL-5 a GMC-SF, souvisí s přítomností eosinofilů v nosní sliznici. Dochází k aktivaci mastocytů a jejich degranulaci, uvolnění řady mediátorů (histamin, leukotrieny, prostaglandiny, kininy, SRS, eozinofilní chemotaktický faktor atd.). Tím dochází k hyperémii sliznice, otoku, přestupu tekutiny do submukosy extravasálně, zvýšené tvorbě řídkého hlenu,

lokální zánětlivé reakci. Zánětlivé změny přetrvávají ve sliznici v různé míře řadu týdnů. Závisí na další expozici spouštěče – alergenem, která často kolísá a u většiny závisí morbidita u pacienta na pylové sezoně, geografické poloze a klimatu v místě pobytu. U intermitentní alergické rýmy je nejčastějším alergenem pyl a tíže onemocnění kolísá s obdobím květu příslušné rostliny. Alergenem persistentní rýmy bývají naopak nejčastěji prach, plíseň, roztoči nebo jiné alergeny, které se běžně vyskytují v každodenním prostředí a příznaky jsou tudíž víceméně trvalé – celoroční. Příznaky zahrnují vodnatou

sekreci z nosu, kýchání, svědění, zhoršenou nosní průchodnost, časté jsou doprovodné jevy v oblasti očních spojivek či bronchů. V anamnéze nacházíme rodinnou zátěž, dále u pacienta bývají další projevy související s alergií – asthma, atopický ekzém, intolerance některých potravin nebo podobné postižení. Typické obtíže při expozici alergenem nás výrazně nasměruje, rhinoendoskopicky nacházíme prosáklou sliznici většinou s výrazným vodnatým sekretem a různou mírou obturace nosu, doplňujeme alergologické vyšetření nejlépe s detekcí specifického spouštěče. Někdy se provádí cytologické vyšetření nosního sekretu, kde nacházíme zvýšené množství eosinofilů. Někteří autoři doporučují tzv. nepřímý terapeutický test – jestliže dojde ke zmírnění obtíží po alergologické terapii (antihistaminiky), lze předpokládat, že se jedná o alergii a zaměřit

další vyšetření tímto směrem. Terapeuticky je ideálem vyloučení kontaktu se specifickým alergenem po jeho předchozí detekci. Ve velkém procentu toho však nelze dosáhnout, například pro všudypřítomnost alergenů. V indikovaných případech lze použít specifickou imunoterapii. Ve farmakoterapii by měl být dodržován princip stupňovité terapie podle tíže příznaků a efektu léčby. Nejčastěji používanými léky jsou kortikosteroidy a antihistaminika. Kortikosteroidy jsou v léčbě vysoce účinné zejména při systémovém podání, vykazují však vysoký podíl vedlejších účinků, proto je lze takto použít jen krátkodobě (jako puls) a na dlouhodobou terapii jsou nevhodné. Inhalační kortikosteroidy vykazují dobrý účinek na sliznicích a minimální celkové vstřebávání, které se pohybuje do 1%. Na mnoha studiích byla prokázána účinnost i bezpečnost dlouhodobého podávání. Nejčastěji se podávají topicky flutikazon, mometazon, budesonid, beklometazon. Přes vynikající účinnost a bezpečnost dlouhodobé léčby topickými kortikosteroidy by terapie měla zůstat pod kontrolou lékaře pro dodržení správné indikace, dávkování a sledování efektu. Poslední dobou jsou totiž tyto spreje užívány nesprávně a sílí tlak farmaceutických firem na jejich volný prodej. Dalším pilířem léčby alergické rhinosinuitis jsou perorální antihistaminika, která se podávají v podstatě v profylaktickém schématu. Jako doplňková farmaka jsou považována topická antihistaminika, kromoglykany, dekongestiva a zároveň i chirurgická léčba, je-li k ní indikace (tabulka 4).

Neinfekční, nealergická rhinosinuitis

Tato skupina je značně heterogenní, nemá alergický ani infekční podklad. Do této pestré skupiny řadíme některé blíže popsání jednotky (tabulka 1).

Atrofická rhinitis je charakterizována progresivní atrofií nosní sliznice a následně i skeletu nosu, jejíž přesná etiologie je nejasná. Uvažuje se o infekci Klebsiella ozaenae, výskyt není častý, endemickými oblastmi jsou východní Evropa, Řecko, Egypt, Indie a Čína. Sekundární formu představuje atrofie jako následek ozařování, chirurgického zákroku, granulomatozního zánětu či traumatu. Pacienti obtěžuje zejména tvorba krust, nasedající infekce jsou časté.

Profesionální a iritační rhinosinuitis jsou způsobeny expozicí látkami iritujícími nosní sliznici, často na pracovišti (výpary, kouř, rozpouštědla, různé prachy a plyny).

Medikamentózní rhinitis je vyvolána nadužíváním lokálních dekongescenčních látek typu Sanorin (odtud také název „sanorinismus“). Pacient aplikuje dlouhodobě stále větší dávky nosních kapek a sprejů se stále menším účinkem. Analogie s užíváním drog je zřejmá.

Hormonální rhinitis pozorujeme fyziologicky při velkých hormonálních změnách, tedy v těhotenství,



pubertě či menopauze. Vyskytuje se dále u akromegalie, thyreopathie.

NARES (NeAlergická Rhinitis s Eozinofilním Syndromem) se objevuje nejčastěji ve středním věku. Přes masivní výskyt eozinofilů v nosním sekretu jsou alergologické testy negativní. Uvažuje se o paralele s počátečním stadiem ASA syndromu (intolerance aspirinu).

Emocinonální rhinitis se může vyskytnout ve stresových situacích aktivací vegetativního systému.

Idiopatická rhinitis byla dříve označována jako vasomotorická. Přesný mechanismus choroby není znám, jedná se o zvýšenou reaktivitu nosní sliznice na různé podněty jako chlad, zápachy, silné vůně, kouř a podobně.

Terapie těchto rhinosinusitid zařazených do skupiny „jiné“ spočívá zejména v aplikaci lokálních kortikosteroidů. S výjimkou atrofické rhinitis, kde jsou nutné laváže nosní dutiny, zvlhčování a odstraňování krust. Terapie je zde svízelná a prakticky doživotní.

Závěrem je nutné se zmínit o vztahu horních a dolních dýchacích cest, které tvoří jednu funkční jednotku a vzájemně se ovlivňují. 70-80% nemocných s asthma bronchiale má i nosní obtíže a zároveň asi 10-30% pacientů s rýmou má asthma. Přesný mechanismus vzájemného působení není znám, dříve se označoval jako sinobronchiální syndrom, nicméně z klinické zkušenosti víme, že pacienti s rhinosinusitidou mohou mít zhoršené příznaky astmatu a naopak sanace infekce v nose a VDN

může zlepšit průběh bronchiálního zánětu. Proto vyšetření a sanace oblasti nosu a VDN je indikováno u všech nemocných s astmatem, zejména u exacerbací s omezenou reakcí na léčbu.

Literatura:

1. Marián Sičák a kolektiv: *Rinológie. Choroby nosa a přínosových dutin*, Kozák-Press, Martin, 2006
2. Jan Klozar et al.: *Speciální otorinolaryngologie*, Galén, Praha, 2005
3. Pavel Vrabec: *Rinosinusitidy – diagnostika a terapie*, Sanquis, 2004, 32:28-31
4. Lund V.J. et al.: *International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Rhinitis*, International Rhinitis Management Working Group. Allergy, 1994
5. Marit Meredith, Carlo Chiavaroli: *Mechanism of action and therapeutic efficacy of the biotechnology-derived immunostimulating extract OM-85 in respiratory tract infections*, Int. J. Biotechnology, Vol. 9, Nos. 3/4, 2007

prim. MUDr. Jaroslav Kraus - do roku 1999 působil na ORL oddělení FN Bulovka. Poté přešel na Klinikou ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol. 2001-2002 pracoval v Evropském Institutu Onkologie v italském Miláně se zaměřením na onkologickou a rekonstrukční chirurgii hlavy a krku. Z motolské kliniky, kam se vrátil ze zahraničí a podílel se na výuce, odešel na místo primáře ORL oddělení Nemocnice Benešov, kde působí od roku 2005 dodnes. Je autorem mnoha odborných sdělení v tuzemsku i zahraničí.

Muconasal® plus

Uvolní ucpaný nos

Muconasal® plus obsahuje

Tramazolin hydrochlorid (alfa-mimetikum)

- působí již po 5 minutách
- účinkuje až 10 hodin

Éterické oleje (cineol, mentol, přírodní kafr)

- stimulují receptory chladu v nose
- mají antiseptické vlastnosti
- usnadňují dýchání
- eukalyptol má sekretolytické a sekretomotorické vlastnosti



2 Dvojitý účinek

 **působí rychle a nadlouho**
 **osvěží nosní sliznici**

Muconasal® plus

Zkrácená informace o přípravku

Název: Muconasal® plus. **Složení:** Tramazolin hydrochlorid 1,18 mg v 1 ml roztoku. **Léková forma:** Nosní sprej, roztok. **Indikace:** K dekongesci nosní sliznice doprovázející běžná nachlazení a alergickou rýmu. K usnadnění odtoku sekretu při zánětech vedlejších nosních dutin a středního ucha. **Dávování a způsob podání:** Stejně pro děti od 6 let a dospělé. Podle potřeby vstříkavat do každé nosní dírky, maximálně 4x denně. Bez doporučení lékaře se nesmí podávat déle než 5 - 7 dnů u dospělých a déle než 3 dny u dětí. **Kontraindikace:** Chronická suchá rýma, (rhinitis sicca), po kranálních chirurgických výkonech prováděných nasální cestou, hypersenzitivita na hydrochlorid tramazolinu, benzalkoniumchlorid nebo kteroukoli další složku přípravku. Děti mladší než 6 let. **Zvláštní upozornění:** Se zvýšenou opatrností a pod lékařským dohledem používat u osob s glaukomem s úzkým úhlem, s hypertrofií prostaty a získanou nebo vrozenou porfýrií. Dlouhodobé podávání dekongescenčních přípravků může vést k vývoji chronického zánětu a atrofii nosní sliznice. **Těhotenství a kojení:** Nesmí se užívat v prvním trimestru těhotenství. V dalším průběhu a během kojení má být užíván pouze na radu lékaře. **Nežádoucí účinky:** Bolest hlavy, únava (somnolence, sedace), neklid, insomnie, závrať, poruchy chuti, halucinace (spíše u dětí), palpitace, tachykardie, zvýšení krevního tlaku, srdeční arytmie, pálení a suchost nosní sliznice, sekrece z nosu, epistaxe a kýchání, po odeznění léčebného účinku může dojít k otoku nosní sliznice (reaktivní hyperémie), nauzea, reakce hypersenzitivity (vyraždka, svědění, otok kůže a sliznice). **Uchovávání:** Při teplotě do 25 °C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Německo. **Registrační číslo:** 69/006/00-C. **Datum poslední revize textu:** 28.3.2007. **Výdej léčivého přípravku je možný bez lékařského předpisu. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před podáním se seznáme s úplnou informací o přípravku. Boehringer Ingelheim, spol. s r.o. • Olivova 4, 110 00 Praha 1 • tel.: + 420 234 655 111**

005-2007-MUP

Jsem zaměstnancem polikliniky... ...spolupráce s ostatními kolegy je dobrá.



MUDr. Petr Krejcar vystudoval LF UK v Hradci Králové, kde promoval v roce 1988. Po promoci nastoupil na interní oddělení nemocnice v Pardubicích.

V roce 1991 atestoval z vnitřního lékařství, od roku 1994 pracuje jako praktický lékař. Atestaci z všeobecného lékařství složil v roce 1995.

Na poliklinice Přelouč pracuje od roku 2001 (první rok jako ambulantní internista a diabetolog, poté jako praktický lékař s malým úvazkem interním).

**od ambulantní interny
je malý krůček
k praktickému lékařství**

ordinace není privátní

Dnes Vám představujeme MUDr. Petra Krejcar, praktického lékaře působícího na poliklinice v Přelouči.

Jaká byla Vaše profesní cesta do ordinace praktického lékaře?

Že nebudu chirurg jsem věděl od počátku, vždy mě bavila a zajímala spíše praktická interna. I na oddělení jsem měl zařazení jako ambulantní lékař, ale samozřejmě jsme se s kolegy střídali i na oddělení a na JIP. Od ambulantní interny už pak byl jen malý krůček k praktickému lékařství. O praktickém lékařství jsem přemýšlel už před interní atestací, ale chtěl jsem mít nějakou praxi v nemocnici a hlavně interní atestaci s licenci pro výkon soukromé praxe.

A mohu říct, že

zkušenosti interní se mi hodí dosud.

Prosím popište nám stručně Vaši praxi.

Ve své ordinaci mám nyní registrováno cca 1300 pacientů. Převážně se jedná o starší pacienty. Řada z nich je přímo z městské části Přelouče a částečně jsou z přilehlých vesnic. Ordinace není privátní. Polikliniku zakoupila před třemi lety akciová společnost, která ji řídí a spravuje.

Na celé poliklinice je nás pět praktických lékařů. Máme velmi dobré vztahy, vzájemně se můžeme kdykoliv zastupovat. Každý z nás má jeden den v týdnu odpolední ordinaci, takže pacienti s akutními obtížemi najdou vždy na poliklinice pomoc.

Dále zde pracuje celá řada specialistů (chi-

rurg, 2 internisti + diabetologie, plicní amb., neurolog, kožní lékař), praktičtí lékaři pro děti a dorost, velmi dobře vybavený RTG a ultrazvuk, biochemická a hematologická laboratoř, stomatologové, rehabilitace, gynekologie, velká lékárna... zkrátka vše snadno dostupné našim pacientům.

Spolupráce s ostatními kolegy je velmi funkční a jejich přítomnost oceňuji i pacienti, kteří nemusí nikam dojíždět. My praktičtí lékaři to vítáme samozřejmě také, zejména v případech akutního konziliárního vyšetření či statimové laboratoře.

V Přelouči pak působí ještě několik privátních lékařů mimo polikliniku například ortoped, ORL a oční lékař a také je zde ve městě stanoviště posádky RZP.

Co považujete za svůj úspěch v praxi praktického lékaře?

Těžko odpovědět - snad i takové „maličkosti“, jako je např. počítačová síť, dobře vedená dispenzarizace mých pacientů, úspěšná dlouhodobá léčba hypertoniků... Nepotřebuji ke spokojenosti vědeckou práci, stačí mi dobře fungující praxe a spokojení pacienti (i když i zde to občas může zaskřípat).

Ocením i nabídky k účasti v klinických studiích, hlavně pokud z nich jsou nějaké výstupy pro praxi - např. poslední studie ATRACTIV (léčba dyslipoproteinémií atorvastatinem), nyní studie MIM (léčba migrény triptany).

Jaké máte plány ve Vaší praxi v nejbližší budoucnosti, pokud nějaké máte?

Nějaké představy spolu s mou zdravotní sestřičkou máme, ale toto závisí na ochotě našich chleboďárců. Pokud to půjde, chtěli bychom výrazně zlepšit prostředí čekáren a trochu inovovat vybavení ordinací, aby prostředí nebylo tak neosobní, aby se pacienti cítili dobře a nebyli stresováni prostředím zdravotnického zařízení.

Jaký máte názor na výchovu nových PL a na vzdělávání praktiků?

Obor PL je zajímavý a náročný především svou pestrostí a přesahem do všech oborů. Je jistě možné a vhodné se snažit zaujmout studenty LF při výuce praktického lékařství, ale osobně si myslím, že každý, kdo se chce tomuto oboru věnovat, musí k tomuto rozhodnutí dospět sám.

Určitě je však nutné dořešit a podporovat předatestační přípravu nových praktických lékařů, která je pro začínající kolegy časově a zejména finančně náročná.

A poznámka k našemu postgraduálnímu vzdělávání: Celý svůj medicínský život říkám - kdo se chce vzdělávat, ten se vzdělává a nepotřebuje nad sebou nutnost kreditů a certifikátů. Za studium literatury a odborných časopisů nám stejně nikdo kredity nedá a účast na kongresech a seminářích může být ryze formální a kredity stejně dostaneme. Je to prostě o pocitu být „in“ a sledovat novinky v medicíně, nové léky, nové postupy. Možností je nepřeberné množství, jen si vybrat - internetové vzdělávání, spousta časopisů, seminářů apod.

Co Vaše koníčky, rodina? Máte na ně vůbec čas?

Práce lékaře je náročná a stresující a relaxace je třeba. Syndrom vyhoření krouží kolem nás a čeká na svou chvíli. Mne drží hlavně sport - pravidelně 4-5x týdně běhám po lese, kde se mi krásně podaří vypnout a vyčistit si hlavu, jezdím na kole po silnici i cestou-necestou, mojí velkou láskou jsou hory a vysokohorská turistika, v zimě lyže sjezdové i běžky. Rád čtu, hudba mi také není cizí a zázemí mi dělá i moje rodina - stejně sportovně založená manželka a dva synové, ze kterých mám (a doufám, že to tak i zůstane) radost.

Jak vidíte „poplatky“ ve zdravotnictví?

Jsem jednoznačně pro, ale myslím, že by to měl být jen první krůček k dalším změnám nejen ve zdravotnictví, ale i v sociální a důchodové oblasti. Snad nás politici, jako již mnohokrát, v tomto úsilí nezklamou. Jednou je třeba si uvědomit a hlavně srozumitelně vysvětlit, že medicína a zdraví není zadarmo a že spoluúčast je nutností. Zatím to všude jinde již pochopili a tam to řadu let funguje. Doufám, že nám to část poslanců a senátorů v čele s ostudou našeho stavu, MUDr. Rathem, nezhatí.

Přání do roku 2008?

Klid na práci, udržet si zdraví ducha i těla, přežít začátek reformy ve zdravotnictví, mít spokojené pacienty, my na poliklinice Přelouč uznaného zaměstnavatele a my všichni lékaři, ať už ambulantní či nemocniční, být konečně jednotni ve svém nikdy nekončícím boji s pojišťovnami, ministerstvem zdravotnictví, za lepší finanční ohodnocení apod.

Současná nejednotnost a roztržštěnost lékařského stavu mě opravdu trápí.

Přání a rada začínajícím kolegům – praktickým lékařům.

Popřál bych jim hlavně to, aby se konečně dočkali toho správného ocenění a ohodnocení, které



naše náročná a zodpovědná práce zaslouží. A to nejen finančního, jak je samozřejmostí ve vyspělých zemích, ale i společenského. Už nyní je vidět, že názory na naši práci se postupně mění k lepšímu a být „obvodákem“ již není nic hanlivého.

Musíme však k tomu přispět my všichni svou dobrou prací, sebezvzděláváním a rozvíjením svých znalostí, nebát se uplatnit své znalosti a nové postupy v léčbě, a to vše s cílem, aby být oním „obvodákem“ bylo prestiží stejně tak, jako být vynikajícím kardiochirurgem. A chtěl bych i poděkovat touto cestou všem kolegům ze Společnosti všeobecného lékařství, kteří na tomto poli odvádějí skvělou práci - např. v doporučených postupech.

Rozhovor vedla
MUDr. Jana Vojtišková

**každý, kdo se chce
tomuto oboru
věnovat musí
k rozhodnutí dospět
sám**



Druhy počítačů

Kapesní počítač
– malý velký pomocník

PC
– personal computer
– synonymum počítače

Smartphone
– nahradí do budoucna
počítače, telefony
i kalendáře?

Notebook
– dobré řešení
i do ordinace,
pozor stejně výkonu
za více peněz

Při vyslovení slova počítač si většina z nás vybaví klasickou bedýnku stojící kdesi pod stolem doma nebo v ordinaci. Nicméně toto je jen jeden z mnoha druhů počítačů, tzv. PC neboli osobní počítač – též Personal Computer. Kromě PC v současnosti existují:

- 1) **superpočítače** – tedy velmi výkonné počítače, které se používají hlavně pro složité operace ve výzkumu nebo pro předpovídání počasí.
- 2) **notebooky**, někdy také laptopy, tj. přenosné osobní počítače.
- 3) **kapesní počítače** (pocket pc), tedy malá přenosná zařízení, někdy též PDA (Personal Digital Assistant) nebo palmtop.
- 4) mezi počítače se dají zařadit i dnešní „**chytré telefony**“ (smartphony)

Všechny tyto druhy počítačů spojuje určitý operační systém tedy základní ovládací program, díky němuž se dají rozšířit o různé aplikace.

PC – tedy klasický osobní počítač jistě každý zná. Rozměry má o něco větší než pracovní kufřík a hovořili jsme o nich v předcházejících dílech našeho seriálu. Jen pro srovnání bychom připomněli, že jako operační systém převládá monopolistický Windows od společnosti Microsoft, nebo méně rozšířený Linux. K chodu musí být připojen do elektrické zásuvky a nepředpokládá se u něj častější transportování. Jeho cena se v současnosti pohybuje od 10 do 30 000 Kč.

Superpočítače, neboli velké počítačové stanice obvykle vznikají propojením velkého množství (až desítek) běžných procesorů mezi sebou pomocí vysokorychlostní počítačové sítě (tzv. cluster). Výkon takovýchto počítačů proto dosahuje mnohonásobně vyšších hodnot (operační paměti mají běžně stovky až desítky tisíc GB gigabajtů - pro srovnání dnešní osobní počítače mají maximálně 2GB) a dokáží vykonat miliardy operací za sekundu. Jako operační systém se donedávna používal převážně UNIX v nejrůznějších podobách, nyní převládá Linux. Takovéto superpočítače se používají např. ve výzkumu a stojí řádově několik stovek milionů korun.

Notebooky jsou přenosné počítače, který obsahuje je ty samé komponenty, stejné funkce i stejný operační systém jako běžná PC, ale jsou rozmístěny tak, aby zabíraly co nejméně místa. Vybaveny jsou převážně LCD displeji, dvd mechanikou a místo myši (která se dá ale samozřejmě též připojit) je ke klávesnici přidán touchpad. To je zařízení, díky němuž lze pouhými pohyby prstů ovládat kurzor bez použití myši. Přes USB porty je možné připojit jakékoli periferie jak k běžnému PC. U novějších bývá i čtečka paměťových karet a tzv. PCMCIA slot, což je zásuvka pro připojení nejrůznějších rozšiřujících zařízení (např. modemu, síťové karty apod.). Protože notebook může pracovat i bez připojení k elektrické zásuvce, je jeho důležitou komponentou

baterie, dle kapacity vydrží pracovat 1 až 5 hodin. Díky maximální miniaturizaci platí, že stejný výkonný notebook je cca o 1/3 dražší než stejný výkonný PC a velmi problematické je do budoucna též jeho „updatování“, tedy omlazování nebo rozšiřování. Průměrný notebook dnes stojí kolem 20 000 Kč.

Hitem mezi všemi, kdo často pracují mimo kancelář (ordinaci) jsou tzv. **kapesní počítače**, tedy PDA či palmtop. Jak název říká, vejdou se do kapsy - rozměry nepřesahují 15 x 10 x 2 cm a hmotnost se pohybuje do 250 g. Displej je sice omezen rozměry celého zařízení, ale vystačí nejen pro běžné použití, ale i např. sledování fotografií. Typickou součástí je ovládací pero (stylus), s jehož pomocí se PDA ovládá dotyky na displeji (tzv. dotykový displej). Dnešním PDA můžete rozšířit základní paměť pomocí paměťové karty (stejně jako jsou např. v digitálních fotoaparátech). Pro poslech hudby nebo videa, které PDA též ovládá, poslouží vnitřní reproduktory, nebo je možné též připojit sluchátka. Velmi problematické je na PDA psaní delšího textu (původně byl určen vlastně jen pro psaní adres). Psát se dá pomocí virtuální klávesnice na displeji. Dalším úskalím je výdrž baterie. Při běžné práci vydrží max. deset hodin, v závislosti na typu baterie a náročnosti operací.

Každý palmtop obsahuje vlastní procesor, operační paměť a operační systém. Mezi nejvíce používané operační systémy patří PalmOS, Windows Mobile nebo Symbian.

Pro komunikaci s okolím je vybaven bezdrátovým spojením Bluetooth nebo lze připojit k počítači pomocí datového kabelu. Kapesní počítač sežene od 5 do 20 000 Kč.

Smartphone neboli chytrý telefon je zařízení na pomezí mezi počítačem a mobilním telefonem. Je vybaven operačním systémem, nejčastěji Windows Mobile nebo Symbian. To jim umožňuje rozšířit telefon o velké množství aplikací, jako je kvalitnější webový prohlížeč, e-mailový klient (posílání e-mailů) nebo přehrávač médií a samozřejmě i hry. Příkladem telefonu se Symbianem je např. Nokia 6630 nebo všechny Nokie N série (N70, N90 atd.). Telefon s Windows Mobile je např. Motorola MPx 200 nebo většina telefonů od firmy HTC. Hlavní předností je poměrně velká výdrž (několik dní) a snadná synchronizace s počítačem pomocí datového kabelu. Jsou také vybaveny bezdrátovou technologií Bluetooth pro datové přenosy. Naproti výše uvedeným druhům počítačů obsahují i fotoaparáty s kvalitním rozlišením pro pořizování poměrně kvalitních fotografií nebo videa. Samozřejmě neobsahuje ani zdaleka takové softwarové vybavení jako klasické nebo kapesní počítače.

Ceny se dnes pohybují mezi 5 až 15 000 Kč.

Ondřej Tůma, IT konzultant

Onkologická prevence v praxi praktického lékaře – 3. závěrečná část

Standardní preventivní postupy u vybraných nádorových onemocnění v primární péči

Karcinom dutiny ústní

Výskyt - častější výskyt u mužů - incidence stoupá mezi 40. a 65. rokem života

Rizikové faktory - kouření, žvýkání tabáku, nadměrná konzumace alkoholu, zejména ve spojení s tabákem, prekancerózy, nedostatečná ústní hygiena, místní dráždění, možná i celková agens (nedostatek železa, nutriční vlivy obecně, virová agens - herpes viry)

Prevence a časná detekce

- zdravotní výchova zaměřená na eliminaci rizikových faktorů chování
- detekce a léčba prekancerózy
- rutinní vyšetřování asymptomatických a symptomatických osob může vést k časnější detekci nádorů dutiny ústní a k zachytu premaligních lézí. Nicméně, v současné době neexistují důkazy o tom, že screening redukuje mortalitu na nádory dutiny ústní. Přesto by inspekce dutiny ústní měla být součástí každého fyzikálního vyšetření především u rizikových osob, tj. kuřáků ve věku nad 40 let. Význam inspekce potvrzuje skutečnost, že 90% nádorů této oblasti je na místech zraku přístupných (báze ústní, jazyk, bukalní sliznice, měkké patro, nosohltan). V populaci vysoce rizikových pacientů, kuřáků a pijáků ve věku 40 a více let, byl pravidelným sledováním detekován 1 případ rakoviny na 200 vyšetření.

Postupy v primární péči

- dotázat se v průběhu preventivních prohlídek pacientů na orální a dentální hygienu a podle potřeby a možnosti zdravotně výchovně působit na jejich zlepšení
- provádět aspekci dutiny ústní u kuřáků a osob udávajících excesivní užívání alkoholu, dále u osob, které samy udávají existující lézi v dutině ústní
- doporučit všem pacientům pravidelné kontroly u zubního lékaře, úzce s ním spolupracovat zejména u rizikových pacientů

Nádory kůže

Maligní melanom, spinocelulární karcinom, basocelulární karcinom, prekancerózy melanomu.

Klinické známky maligní transformace névu v melanom: asymetrie, neostře ohraničení (rozpětí okrajů), změny barvy, změny rozměru (průměr přes 5 mm), progresse

Výskyt

- incidence a mortalita maligního melanomu stále stoupá
- basocelulární a spinocelulární karcinomy jsou nejčastější nádory u bílé populace, v 95% dochází k vyléčení prostou excizí, event. doplněnou specifickou onkologickou léčbou

Rizikové faktory

- ultrafialové záření, dlouhodobá kumulativní expozice nechráněným místům kůže
- intermitentní vysoká expozice obvykle zakrytým místům na těle, věk (u nemelanomových karcinomů), pohlaví (u nemelanomových karcinomů - muži)
- vícečetné benigní pigmentové névy (pro rozvoj melanomu)

Prevence a časná detekce

- zdravotní výchova zaměřená na chování populace ve vztahu k opalování (nevhodnost solária)
- časné vyhledávání kožních nádorů
- aspekce kůže by rozhodně měla být součástí kompletního fyzikálního vyšetření a samovyšetření pacientů

Postupy v primární péči

- podávat dostatečné informace o nebezpečnosti slunečního záření a o způsobech ochrany již od dětství, dále provádět vizuální vyšetření kůže jako součást fyzikálního vyšetření pacienta a poučit jej o pravidelném sebevyšetření

Plicní karcinom

Výskyt - nejčastější typ nádoru u mužů, rozdíl v pohlaví se však v posledních letech snižuje

Rizikové faktory

- kouření - je odpovědné za 90% plicních nádorů
- člověk kouřící 30 let dvacet cigaret denně má dvacetinásobné riziko vzniku karcinomu
- profesionální expozice, pasivní kouření

Prevence a časná detekce

- především výchova k nekuřáctví, je ale nutné počítat s tím, že i když bude úspěšná, výsledky budou patrné až za 20-30 let



MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Postupy v primární péči

- zásadní snížení spotřeby cigaret u celé populace se zaměřením na potenciální nové konzumenty – lépe nezačít kouřit vůbec, než později přestávat,
- u rizikových osob evidence počtu vykouřených cigaret
- znát a vyhledávat časná symptomy plicního karcinomu, časná spolupráce s ambulancemi plicních odborníků, dále podpora programů omezujících kouření

(Podrobněji – Doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře – Léčba závislosti na tabáku 2005 + dodatek 2007)

Nádory děložního čípku

Výskyt - v severských zemích po dvaceti letech screeningu v závislosti na jeho rozsahu poklesla incidence a mortalita o 40 – 60 %, zvýšený výskyt je po 40. roce, vrchol mezi 45. a 55. rokem života

Rizikové faktory

- časně zahájení pohlavního života, více sexuálních partnerů (přenos HPV), multipary, pohlavně přenosné choroby, virová agens (herpes viry), kouření tabáku,
- špatná genitální hygiena, nepříznivé socio-ekonomické podmínky

Prevence a časná detekce

- očkování proti HPV
- zdravotní výchova zaměřená na sexuální chování a sexuální hygienu

Screening

- časná detekce počátečních forem je výraznou příčinou redukce mortality i incidence cervikálního karcinomu - vyšetření je jednoduché, bezpečné a relativně laciné, kontroly kvality zmenšují pravděpodobnost falešně negativních a falešně pozitivních výsledků
- příležitostný screening je výrazně méně efektivní
- Screening by měl začít od zahájení sexuální aktivity, ale ne později než ve věku 21 let. Screening by se měl provádět jednou ročně. U žen ve věku 30 a více let lze interval prodloužit na 2-3 roky, pokud byly 3 vyšetření po sobě negativní. Význam screeningu klesá u žen starších 65 let, jestliže měly cervikální cytologii opakovaně negativní.

Postupy v primární péči

- jako součást zdravotní výchovy ve školách a při osvětových programech objasňovat problematiku nádorů děložního čípku, včetně vlivu sexuálního chování a osobní hygieny i bariérových metod antikoncepce, dále vysvětlovat význam screeningového vyšetření
- všechny ženy mezi 25. a 60. rokem by měly absolvovat pravidelnou (3-5-letý interval) gynekologickou prohlídku jejíž součástí je i screeningové vyšetření cytologie čípku děložního
- vytvořit systém zvaní, včetně opakovaného, ke kontrolám.

MUDr. Bohumil Skála

Odborná akce...

**Výbor psychosomatické sekce PS ČLS JEP,
Společnost pro psychosomatické integrace
a Česká psychoterapeutická společnost ČLS J.E.P**

12. konferenci psychosomatické medicíny s mezinárodní účastí v Liberci

Psychosomatická praxe

24. dubna – 26.dubna 2008

Liberec, vědecká knihovna

více na informačním serveru konference
www.lirtaps.cz/konference.htm

4. U stolu aneb ve společnosti u jídla

Naším dnešním tématem je stolování: ať už jde o zvaní do restaurace či o pozvání ke stolu v soukromí, jde o otázku, která si zasluhuje naši pozornost. Nestihneme však všechno - o zasedacím pořádku bude krátká stať příště.

Máme-li v úmyslu pozvat někoho do restaurace, měli bychom především zvolit takový podnik, který se k podobnému účelu hodí. Je-li na výběr, měli bychom se vyhnout zařízením, jimž dominuje hrací automat, hlasitá reprodukováná hudba, nebo v nichž látkové ubrusy nahradily malé propálené dečky pamatující doby podniku Restaurace a Jidelny. Chceme-li hosta poctit, jsou blikající reklamní poutače nebo zašedlé jídelní přístroje a hluk v sále tou nejhorší vizitkou,

Náš výběr restaurace by tedy měl začít velmi prakticky: udělejme si chvilku času. Kvalitní zařízení se pozná podle úrovně čistoty a vybavení toalet. Jdeme-li na průzkum, začít můžeme právě tam. Má-li podnik látkové ubrusy, na stole živé květiny a vkusně sepsaný lístek, který nemá pravopisné chyby nebo není příliš ohmataný, pak jsme přišli na dobrou adresu.

Vizitkou dobrého podniku je vkusně upravená jídelní tabule a pozorná obsluha: pokud jsme si vybrali tento podnik, právě na ni bychom se měli při příchodu obrátit, aby nás uvedla ke stolu. Po odložení v šatně usedá na židli jako první dáma, muž jí pomáhá a usedá vzápětí, aby nezůstala u prázdného stolu sedět sama, poblíž vesele se bavící společnosti.

Velmi citlivým je volba zasedacího pořádku: rozhoduje hostitel, při nabízení míst postupuje vždy od nejdůležitějšího hosta k nejméně významnému. K podrobnějším pravidlům se vrátíme příště, zaslouží si totiž zvláštní pojednání.

Výběr pokrmů je okamžikem, kdy můžeme již dopředu laskat budoucí vůně a chuti. Neměli bychom s ním zbytečně spěchat a hosta nutit k rychlému rozhodnutí, naopak, měli bychom mu pomoci - třeba tím, že se poradíme s číšníkem o přípravě jídel nebo o vybraných pokrmech dnešní nabídky. Personál totiž může mistrně pomoci, ví, jakou surovinu dnes restaurace dostala jako nejčerstvější. Hosta nenutíme do velkých porcí nebo vydatných jídel, naopak mu dáváme svobodu: můžeme mu samozřejmě naznačit, co si sami chceme objednat, abychom pomohli s rozhodnutím.

Při volbě jídel netřeba hledat exotiku: krevety či ananas jsou jistě dobré, ale na Vysočině, daleko od oceánu či od tropických oblastí, může jejich přítomnost v nabídce působit poněkud nepatřičně. Nemluvě ani o tom, že nabízení korýšů mohou být dlouhou cestou poněkud unavení a namísto kulinařského zážitku mohou přinést zkušenost...

s otravou. Jen pro představu: obyvatelé Bretaně mi jednou vyprávěli, jak nevhodně na ně působí představa konzumace ústřic v Paříži, neboť jejich kvalita prý s každým kilometrem od pobřeží vydatně klesá a nestojí pak za nic. Ale nic proti vybíravým jazýčkům: špatnou ústřici prý stejně nejlépe rozpoznáte přivoněním. Ale zpátky do našich končin.

Kvantita rozhodně nesmí zastínit kvalitu, naopak, současné trendy v gastronomii spíše dávají přednost vybranosti a estetické úpravě pokrmů před velkými porcemi, po nichž čelo hodučících pokrýjů krůpěje potu, povolují se kravaty i límečky košil. Pozor též na alkohol - pít při obědě více druhů vín nebo míchat pivo s dalšími alkoholickými nápoji může o našem vztahu k práci vypovědět více, než si možná budeme s to připustit. Platí tedy střídmost především. Nepožívání alkoholu ostatně nemusí vůbec být znakem nějaké neohleduplnosti.

Při volbě restaurace nesmíme zapomenout ani na to, aby nabídka - především jedná-li se o hosta ze zahraničí - poskytla našemu hostu možnost okusit naši kuchyni. Vzpomínám si na jednoho významného veřejného činitele, který byl českými hostiteli pozván do baru, v němž se servírovala výhradně latinskoamerická kuchyně. Jako recese to snad mohlo vyznít zajímavě, avšak připomínám, že host přijel ze zahraničí na krátkou pracovní návštěvu. Byl jsem s ním u stolu a oběd mám dodnes v živé paměti. Zůstala z něj vzpomínka na malebnou českou krajinu, na památky, na jednání s veřejnými činiteli, ale i na barevné šmouhy po stěnách nočního baru a nevydařené variace na latinoamerická témata v talíři při pracovním obědě. Připomínám, že jde o labužníka, takže zážitek od nás pro něj musel být mimořádně silný.

Výběr restauračního zařízení bychom tedy neměli ponechat na poslední chvíli. Stejně tak je dobré s obsluhou vyjasnit dopředu způsob placení útraty, aby nedošlo v závěru slavnostního setkání k nedůstojnému přetahování o tom, jak kdo co zamýšlel a co kdo chtěl zaplatit. Velkorysost se vyplácí - není horšího zážitku pro hosta než zkušenost rozvaděných hostitelů pro nesrovnalosti při placení.

Zveme-li k sobě domů, musíme si rovněž vzít čas na přípravu, věcem dát jejich místo a dobře všechno promyslet.

Především: měli bychom kriticky posoudit kvalitu našeho nádobí, jídelního servisu a vůbec místa, kam hosty přivádíme. Samotný fakt pozvání do



Jeho Excellence

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

Výběr restaurace včetně jídla předem

**Nevstávat od stolu
= důkaz slušnosti**

soukromí může být velkou poctou, ale neměl by být utrpením nebo uvádět v rozpaky.

Usmyslete se rovněž s manželkou – či manželem – nad tím, kdo bude vařit. Pro samou starost s přípravou pokrmu by totiž například paní domu neměla zmizet do kuchyně a ke stolu jen přibíhat. Měli bychom zvolit takové menu, aby ji nezaměstnalo příliš. Vždyť kolik jídel lze připravit předem! Jejich příprava tedy neodsoudí jednoho z hostitelů do role umouněného a upoceného kuchtika. Jinak se nabízí i otázka, zda starost o pečínku nemůžeme na někoho delegovat. Uvažovali jste již o tom, že by obsluhu zajistil někdo známý nebo výpomoc? Užil jsem si jednou takový vybraný večer v rodině, která si najala syna od přátel studujícího hotelovou školu. Jeho profesionální výkony přinesly všem skvělý zážitek a hosté měli paní domu celý večer pro sebe – jako společnici.

Usedne-li společnost za stůl, čas musí přestat ubíhat vpřed. Proto bychom měli předem promyslet řadu věcí: zda budeme zvedat telefony, kde odkládat talíře či skleničky, kam položit pečivo nebo přílohy, abychom nemuseli odbíhat do špajzu kolem hromady bot v předsíni a skladu sportovních potřeb. Naše dlouhá nepřítomnost v jídelně totiž hosta nakonec může přivést na myšlenku, že nám v kuchyni pomůže, a pak by nemusel dobře snášet pohled na naše domácí skladiště nebo by mohl utrpět újmu při klopýtání o lyžařské hůlky.

Nesmíme zapomenout ani na témata rozhovoru. Bývá dobré seřadit si je podle priorit a připravit se i na to, že se host u nás zdrží. Prostudujeme si jeho životopis, jeho zájmy, jeho odbornou specializaci. Měli bychom totiž být s to konverzaci udržet i ve chvíli, kdy budeme s hostem ještě vyhlížet venku vůz taxislužby.

Nebojme se, je-li to trochu možné, předem oslovit nejbližší spolupracovníky hlavního hosta, abychom poznali jeho chutě, preference či nějaká omezení. Každý takový dotaz, který adresujeme například jeho osobní asistentce, není nepatřičný, může naopak být milým důkazem naší pozornosti a ohledu.

Od stolu bychom v zásadě neměli vstávat: naopak, umění požádat souseda, aby nám něco podal nebo nás obsloužil je důkazem slušnosti. Mobilní telefon by měl zůstat němý, jinak dáme našemu okolí nepříjemně najevo, že máme na starost ještě mnohem důležitější věci než starost o jejich pohodlí. A dostaneme-li se do situace, že se od stolu z naléhavého důvodu přesto musíme vzdálit, pak bychom se měli slušně polohlasem omluvit, abychom nevyskočili ze židle jako uštknutí a nerážovali k záchodům, jak bývá někdy možno ve společnosti pozorovat. V takovém případě totiž okolí dlouho přemýšlí, zda se dotyčný něčím nenechal urazit a neodešel středem jenom na znamení protestu a neudržitelného rozčilení.

A nyní malý slovník pojmů: chvíle pro aperitiv je

nástrojem, jak uhasit žízeň, navodit pocit chuti a vytříbit naši pozornost. Je také časovým prostorem pro všechny, kdo nemohli přijít včas, i příležitostí k seznámení. Volíme tedy takové uspořádání, aby hosté mohli posedávat nebo postávat v hloučkách a měli na výběr vodu, džus, malé slané pochutiny, sklenici sektu nebo whisky, míchaný nápoj, portské a podobně.

Střídání více druhů vín u stolu je samozřejmě znakem vybraného stolování. Netřeba vždy mít jen víno bílé a po něm červené, někdy stačí přejít od lehkého svěžího bílého k bílému plnější a výraznější chuti. Stejně tak můžeme střídat červená vína, jsou-li zpočátku s nižším obsahem alkoholu a méně výrazná. Jsou-li servírována v chladnější teplotě, lze je podávat dokonce i k rybě. Vzpomínám dokonce na slavnostní oběd ve francouzském kraji Champagne, kde se podávalo asi pět druhů vín za sebou, přičemž každé z nich bylo šumivé. Variace chutí to byla exkluzivní a vpravdě nezapomenutelná: chyběly jen sýry, k nim se šampaňské podávat nemůže.

Podávání kávy je příležitostí společnost „zvednout od stolu“ a prostřít partnery pro rozhovor. Je-li proto přítomno více hostů a máme-li k tomu místnosti, měli bychom připravit variantu podávání kávy stranou od hlavní tabule, v salonku nebo v klubovkách u nízkého stolku. Ke kávě už žádný dezert nepodáváme, ten jsme nabízeli u hlavního stolu, jen snad hořkou čokoládu nebo čokoládové bonbony. Neměli bychom zapomenout na ty, kdo mají rádi čaj nebo bylinkové odvary, zejména večer. Podávání kávy je také znamením, že se stolování chýlí ke konci. Rozběhne-li se však zábava znovu a nemají-li se hosté k odchodu, nabízejme znovu kávu a připravujeme digestiv. Ten nabízíme zároveň s vodou či džusem pro všechny, kdo budou hledat nealkoholickou náhradu za koňak. Připravíme se rovněž na kuřáckou variantu, kdy budeme osloveni se žádostí o souhlas s kouřením. Měli bychom pro takový případ mít v záloze popelník, sirky a v případech zvláštní pozornosti k hostům i dobré kuřivo.

Umění stolovat a umění hostit je skutečným tajemstvím. Stůl je oknem do světa, dveřmi k druhým, špehýrkou do lidské duše, vizitkou kultury kraje i náručím našeho domova. Není důležité jíst stříbrnou vidličkou a mít křišťálový servis: slavnost může být oděna i do velmi prostého hávu. Ke stolování nepřistupujte tak, že ho musíte přetřpět, zkuste si ho naopak užít. Nejenže si u toho odpočínáte, ale navážete mnoho cenných přátelství a dozvíte se při tom mnoho o sobě i o těch druhých. A pozvání do soukromí? Nezapomeňte, že může jít o ojedinělou příležitost, která dá vašemu hostu pochopit i část vaší osobnosti a vašich úmyslů. Bude vaším hostem zvláště oceněno.

Dnes jsme si vyjasnili, že stolování je třeba dopředu promyslet a dobře připravit. O zasedacím pořádku až příště.

Pavel Fischer

**Víno = koruna jídla,
sýry = skvělá tečka**

Předáváme pacienta záchranné službě

Abstract: Předávání pacientů Zdravotnické záchranné službě by mělo probíhat na profesionální úrovni. Nezbytnou forenzní součástí je lékařská zpráva obsahující anamnézu, aktuální zdravotní stav, včetně výsledků provedených vyšetření a měření, údaje o podaných lécích a terapii a pracovní diagnózu. Pacienta je nutno adekvátně zajistit, do předání monitorovat a neprodleně reagovat na změny v jeho stavu, včetně poskytnutí alespoň základní první pomoci. Zpovědnost neleží jenom na lékaři, ale i na dovednostech a zkušenostech všeobecných sester v ordinacích praktických lékařů.

Shrnutí pro praxi:

- Posádku záchranné služby tvoří vždy kvalifikovaní zdravotníci.
- Při použití tísňové linky není nutný Příkaz ke zdravotnickému transportu.
- Závažnosti stavu pacienta musí odpovídat péče o něj.
- Péče nekončí aktivací tísňové linky.
- Postupy první pomoci musí znát veškerý personál každé ordinace.
- Dobré zajištění pacienta a adekvátní první pomoc je ve většině situací důležitější než rychlý transport.

Zdravotnickou záchrannou službu voláme v případech **bezprostředního ohrožení života či zdraví** pacienta. Je-li pacient bezprostředně ohrožen na životě, znamená to, že mu přímo selhávají základní životní funkce. V první řadě jde o náhlou zástavu oběhu a bezvědomí, dále sem patří zejména závažná dušnost, akutní bolest na hrudi, anafylaktická reakce, masivní krvácení či rozsáhlé popáleniny, krvácení z GIT apod. Další možné indikace použití tísňové linky 155 určuje nutnost provedení neprodleného vyšetření, při podezření na závažný stav, který je při potvrzení diagnózy nutno řešit ihned, aby nedošlo k nezvratným změnám na zdraví pacienta. Sem patří především podezření na akutní infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu, náhlou příhodu břišní, ale i například pacienti s hypertenzní krizí či závažným úrazovým mechanismem.

Závažnosti stavu pacienta či jeho možnému zhoršení by měla odpovídat péče o něj. Pokud můžeme přímo zahájit kauzální léčbu, zahájíme ji, je-li příčina stavu pacienta mimo náš obor, měli bychom poskytnout adekvátní první pomoc. Mezi další nezbytnosti patří příprava pacienta na transport, tedy potřebná zdravotnická dokumentace, případně zajištění pacienta, ale zejména nepřetržitá observace jeho stavu. Péče o pacienta nekončí aktivací tísňové linky, ale předáním pacienta lékaři nebo záchrannáři záchranné služby. Např. pacient s podezřením na akutní infarkt myokardu by neměl sedět sám v čekárně a už vůbec by neměl být puštěn domů s tím, že až si sbalí kartáček na zuby, má si zavolat sám. Případy z poslední doby ukazují, jak velkým hazardem pro pacienta i ošetřujícího lékaře je takové jednání.

Lékař by měl zejména důkladně pacienta vyšetřit a napsat lékařskou zprávu. Pokud má k dispozici pacientovu dokumentaci, je potřeba poskytnout kopii nejaktuálnějších údajů nebo alespoň vypsát zásadní anamnestické údaje, důležité pro další diagnostiku a léčbu. Zcela zásadní je podrobný popis nynějších potíží a léčby, které se pacientovi v ordinaci dostalo. Rozhodně nestačí prázdný výměnný list se strohým sdělením např. AIM nebo 220/100. **Pro transport vozy záchranné služby z ordinací praktických lékařů**

řů není nutný Příkaz ke zdravotnímu transportu.

Jestliže je deklarován život ohrožující stav, je na místě zajistit vstup do cévního řečiště. Pacientovi by v takové případě neměly být podávány léky per os nebo intramuskulárně. Léky je vhodné podávat např. sublingválně, aerosoly, rektálně nebo intravenózně. Se zajištěním žilního vstupu není dobré otálet, při náhlém selhání životních funkcí pak nemusí být tento výkon možný a nemožnost podat léky může skončit fatálně. Nejvhodnější je zajištění krátkou nitrožilní kanylou. Po zavedení postačí připojení spojovací hadičky se stříkačkou, případně fyziologického roztoku. Použití jehly nebo připojení infuze bez odstranění mandrénu znemožňuje transport pacienta. **Dobré zajištění pacienta je ve většině situací důležitější než rychlý transport.**

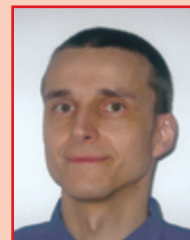
Úloha všeobecné sestry v ordinaci spočívá zejména v přivolání záchranné služby, provedení základních, případně dalších vyšetření, zajištění žilního vstupu, aplikaci léků a kontinuální monitoraci pacienta. O přivolání jsme již hovořili minule. **Vždy by měl být změřen krevní tlak a pulz,** někdy i opakovaně. Podle možností se provedou další vyšetření např. EKG záznam nebo glykémie. Sestra by měla umět podávat léky různými způsoby, zajistit žilní vstup, provádět oxygenoterapii, případně znát zásady a techniku defibrilace. **Pacient by neměl zůstat bez dozoru.** Jestliže nejsou prostory ambulance dostatečné, je nutné vyčkat příjezdu záchranné služby a teprve potom se věnovat dalším pacientům.

Sestra by neměla zapomenout ani na zajištění přístupu k pacientovi. Instruovat vrátného, pacienty v čekárně, případně jinou osobu, aby čekali na příjezd záchranky a navigací urychlili poskytnutí pomoci pacientovi v ohrožení života.

Sestra by měla mít přehled nejen o stavu pacientů čekajících na příjezd záchranky, ale i nemocných v čekárně ordinace nebo během léčebných či diagnostických procedur. Měla by být schopna reagovat na náhlou změnu stavu nebo příchod vážně nemocného pacienta. **Rychlá reakce sestry, včasné upozornění lékaře, mnohdy i volba vhodné polohy, může zachránit lidský život.** Alarmující je každá porucha vědomí či mdloba, zhoršující se dýchání nebo závažná dušnost, kdy pacient není schopen říci celou větu, akutní bolest na hrudi spojená s opocením, mdlobou či dušností, náhle vzniklé poruchy řeči nebo hybnosti, nesnesitelné bolesti hlavy či břicha apod.

V případě nutnosti musí být pacientovi poskytnuta první pomoc. **Zcela zásadní je znalost postupů laické první pomoci veškerým personálem ordinace.** Tyto postupy nelze přeskočit lékařskými výkony či medikací. Pokud jsou neprodleně a účinně poskytnuty základní postupy, můžeme uvažovat i o postupech příslušejících zdravotníkům. Minimálním vybavením by měl být křísící vak umístěný na viditelném místě. Techniky první pomoci je nutné pravidelně nacvičovat, záchranná služba je připravena v tomto pomoci. **Při předávání pacientů nezapomínejme, že na straně záchranné služby stojí profesionální zdravotníci, nikoliv řidiči bez vzdělání. Okamžikem převzetí, jsou za pacienta plně právně odpovědní, a proto vyžadují dostatek informací a mají plné právo očekávat zajištění pacienta odpovídající jeho stavu a odbornosti ošetřujícího lékaře.**

Alan Ryba, DiS.



Alan Ryba, DiS.

zajištění krátkou nitrožilní kanylou

úloha všeobecné sestry

popis nynějších potíží a léčby, které se pacientovi v ordinaci dostalo

5. díl: Léčba bolesti nevyléčitelně nemocných a umírajících – 3. část



MUDr. Marie Goldmannová

**epizodická
(průlomová) bolest
- breakthrough pain**

**nepravá
epizodická
bolest**

**incidentální
bolest**

Hodnocení trvání bolesti (bolestí) a jejích změn v čase:

Detailním sledováním dynamiky bolesti během dne a hodnocením její kvantitativní úrovně lze přesně nastavit analgetickou léčbu tak, aby nevznikala „okna“ v medikaci, která zhoršují kvalitu života nemocného.

Je nutno věnovat dostatečnou pozornost zvláště několika konkrétním situacím, kdy se bolest nemocného změní velmi rychle. Pokud je epizoda správně zhodnocena, může být kvalitněji řešena (upozorňuji, že názvy jednotlivých stavů se dle různých zdrojů trochu liší či překrývají):

Epizodická (průlomová) bolest, častěji uváděná původním termínem **breakthrough pain**:

a) breakthrough pain v užším smyslu slova: krátká epizoda bolesti nejasné příčiny u nemocného s jinak dobře nastavenou léčbou bolesti. Nelze ji predikovat. Je velmi silná, popisovaná jako „zničující“, charakterem a rychlou iradací se podobá neuropatickým bolestem. Někdy vzplane v noci, vzbudí nemocného z hlubokého spánku. Neznámým mechanismem sama odezní, ale zřetelně zhoršuje exhauci nemocného a jeho hrůzu z dalšího záchvatu. Některý nemocný je schopen určit konkrétní trigger-point, jindy je oblast po proběhlé atace klidná, bez zvýšené dráždivosti.

K rychlému řešení této bolesti je třeba, aby měl nemocný doma stále k dispozici snadno podatelný silný opioid s rychlým nástupem účinku.

Ošetřující lékař by měl pečlivě zkoumat, zda popisovaná bolest je skutečně pravá průlomová bolest a zda není třeba zasáhnout do současné analgetické léčby.

b) „nepravá epizodická“ bolest“: vzniká krátce před podáním další dávky analgetika. Neodezní spontánně, upraví se až podáním léku. Svědčí o chybě v dávkování: je třeba buď zvýšit dávku léku, nebo upravit interval podávání. V praxi se více osvědčuje (pokud je užité analgetikum farmakokineticky správně zvolené) upravit dávku, která se podává „podle hodin“, nikoli „při bolesti“. Vzácně se vyskytují tzv. „rychlí metabolizéři“, pro něž jsou doporučené dávkovací intervaly skutečně příliš dlouhé. U nich je třeba čas aplikace vytitrovat „na míru“.

c) incidentální bolest: je to záchvat intermitentní, ale předpověditelné bolesti. Vzniká vždy nějakou zjištěnou příčinou (polykání, kašel, defekace, břišní lis, určitý pohyb na lůžku, chůze...). Spánek tím většinou není rušen. Řešením je především úprava pacientova režimu nebo před plánovaným nutným manévrem (hygienu) včas podat analgetikum s rychlým nástupem

účinku a poctivě čekat, až nastoupí jeho efekt.

Hodnocení intenzity bolesti a jejích změn v čase:

Hodnocení je často lékařem nedoceno (podobně jako hodnocení kvality). Důvodem je jeho časová náročnost a nutnost dobré spolupráce s nemocným nebo s někým z rodiny. Počáteční časová investice do preciznosti a důkladnosti anamnézy se však příznivě projeví v lepším zvládnutí bolesti. Je logické, že dotazy je nutno přizpůsobit na míru konkrétnímu nemocnému a dbát na správnou formulaci otázky včetně snahy neovlivnit pacienta například vlastní nonverbální komunikací, mimikou či melodií řeči. Vzhledem k faktu, že intenzita bolesti během dne velmi kolísá, je někdy nutné v určitou denní dobu měnit (přidat) analgetika. Velkou pomocí k hodnocení dynamiky bolesti je dobře vedený Deník bolesti, o němž se zmiňuji i v dalším odstavci.

Obecně užívané dotazníky a škály, které se užívají v centrech pro léčbu bolesti, jsou cíleny na jiný typ nemocných. Jejich vyplnění je příliš složité a vyčerpávající pro těžce nemocného.

Z praxe vyplývá, že lékař v terénu dobře vystačí se zjednodušenou numerickou škálou, kdy nulou je označen stav bez bolesti a hodnotou deset je vyjádřena nejhorší bolest, jakou si umí nemocný představit. Pro ilustraci uvádím obvyklý usus algeziologů, kdy čísla 1 – 3 nebo 4 je vyjádřena bolestí mírnou. Rozpětí mezi 5 – 6 označuje středně silnou bolest, která si už vyžaduje intenzivní léčbu a kontrolu lékařem za 1 až 2 dny. Pokud nemocný označuje svou bolest čísly 7 – 10, jedná se o silnou bolest. Nutná je okamžitá intervence, nasazení silných opioidů, kontrolu lékařem nejpозději za 24 hodin a podle dosaženého efektu dávku pečlivě titrovat a upravovat.

Nemocný vnímá sílu bolesti odlišně během dne, kdy lze odvést jeho pozornost a kladně ovlivnit jeho emoce. V noci však, při snaze usnout, ji vnímá jako silnější a zabraňující mu ve spánku. Bolest od stupně 4 už většinou spánek komplikuje.

Hodnocení „kvality“ bolestivého vjemu (vjemů):

Z předchozích odstavců je zřejmé, že nestačí zeptat se nemocného, zda má bolest, nýbrž je třeba **se aktivně vyptávat** na kvalitu bolesti. Aby pacient rozuměl, je vhodné dotaz formulovat například: „Jak byste ji popsal?“ Vzápětí mu lze nabídnout několik typických adjektiv, která nemocnému usnadní výběr nebo jej inspirují. Nejčastěji nabízíme přídavná jména typická pro

určitý typ bolesti:

Přesně umístěná, dá se ukázat, ostrá, řezavá, zánětlivá, silná tupá,... nociceptivní příznaky.

Tupá, tlačivá, nelze ji ukázat, břicho je těžké a nadmuté, s nauzeou,... viscerální příznaky.

Palčivá, mrazivá, elektrická, mravenčivá, brnění, vystřelující, šlehnutí bičem, řez nožem,

v krátkých nepředvídatelných epizodách,... neuropatické příznaky.

Většinou si každý kolega zvolí vlastní skupinu adjektiv, která se mu osvědčila. Jako inspiraci lze užít dokumentaci Center pro léčbu bolesti ve fakultních nemocnicích (většina položek však hodnotí chronickou nenádorovou bolest) nebo dokumentaci paliativních oddělení a hospiců. Dotazník vytvořený Cestou domů, který je určený pro terénní práci, je na vyžádání kdykoli k dispozici.

Tato část diagnostiky a upřesnění bolestivého syndromu je velmi náročná na čas a nervy lékaře. Proto je vhodné zaškolit spolehlivou sestru, buď z vlastní ambulance či z některé agentury domácí péče, která pak dotazník s nemocným a jeho rodinou vyplní. Příbuzní nemocného by se měli v této fázi aktivně zapojit! Do připraveného nebo improvizovaného Deníku bolesti je každá průměrná rodina schopna zapisovat ataky

bolesti, čas a délku trvání, kvalitu a charakter bolesti, eventuálně efekt podaného analgetika. Dobře vedený Deník bolesti pomáhá vyhodnotit stav nemocného mezi návštěvami lékaře a usnadní úpravu analgetik.

Několik slov na závěr:

Většina nemocných s bolestmi navštíví nejdříve svého rodinného lékaře. Prakticky všechny bolestivé stavy lze v terénu efektivně řešit. Každý lékař je zodpovědný za to, že s nemocným sestaví kvalitní anamnézu a že si je jist v používaných farmacích a léčebných metodách (včetně vedlejších účinků, interakcí, možných komplikací a jejich řešení). Nikdo z nás nemusí zkoušet všechny publikované postupy či kombinace léků. Naopak, v praxi je přínosnější bezpečně **znát „své postupy“**, které se osvědčily. Zbytečné experimenty nesou významná rizika. Rodinný lékař by však měl vědět **o dalších možnostech analgézí**, které lze provést na specializovaných pracovištích.

Situaci, kdy po vyčerpání základních dostupných léčebných možností zůstane nemocný v silných bolestech, považují za těžké selhání současné medicíny.

**deník
bolesti**

**v další části seriálu se
soustředím na možnosti
farmakoterapie, skupiny
farmak, jejich účinky,
interakce a potence**

Aktuality...

Krátká intervence a nealkoholové drogy

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Úvod

Krátká intervence je důležitá vzhledem k počtu lidí zneužívajících alkohol, tabák a jiné psychoaktivní látky nebo na nich závislých. Krátká intervence je časově úsporná a měli by ji provádět lékaři všech klinických oborů, psychologové i další odborníci, kteří přicházejí do styku se škodlivě užívajícími nebo závislými. Krátká intervence se používá už dlouho u problémů působených alkoholem (přehled např. Fleming a Manwell, 1999) i u problémů působených tabákem. V posledních letech se ale objevily zprávy o tom, že krátká intervence může být prospěšná i u problémů působených jinými psychoaktivními látkami.

O které postupy se jedná

Používají se podobné postupy jak u problémů působených alkoholem (přehled např. Nešpor, 2004, 2007), tj. např. posouzení stavu a zpětná informace, jasné doporučení abstinovat, motivační rozhovor, svépomocné materiály (např. Nešpor, 2006), práce s rodinou (Spath a spol., 2004) a aktivní předání.

Ze zmíněných postupů je třeba uvést především motivační rozhovor. V jeho průběhu se terapeut obvykle ptá pacienta na problémy, které návykové látky působily v různých oblastech života. Děje se tak citlivě a s pochopením. Kumulativ-

ní účinek i velmi krátkých, méně než pět minut trvajících, rozhovorů během rutinních vyšetření může být velmi prospěšný (Waver a spol., 1999). Opakování v průběhu delší doby zvyšuje efektivitu intervence (Jungerman a spol., 2007). Motivační rozhovor s poskytnutím zpětné vazby se ukázal jako účinný u zneužívání kokainu i heroinu (Stotts a spol., 2006, Bernstein a spol., 2005) i u dospívajících zneužívajících marihuanu (Martin a spol., 2005).

Meze krátké intervence

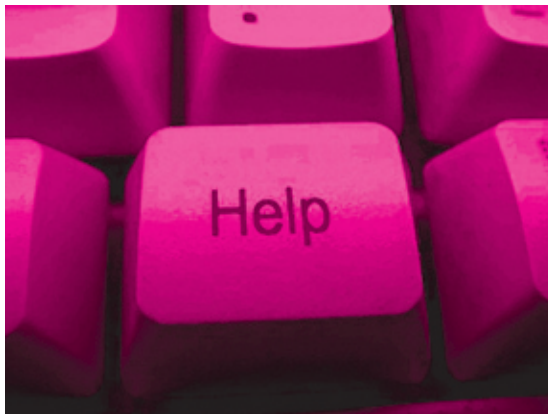
Zejména u závislostí krátká intervence většinou nepostačuje, i když může mírnit průběh. V tom případě je vhodné předání ke specializované léčbě. „Aktivní předání“ znamená, že terapeut např. dohodne pacientovi návštěvu na specializovaném ambulantním nebo lůžkovém pracovišti, případně že pacienta k této návštěvě doprovodí někdo z rodiny. Tím se zvyšuje pravděpodobnost, že předání bude úspěšné. Jestliže není dotyčný ochoten přistoupit na tuto možnost, je žádoucí s ním udržovat kontakt, nabídku k léčení opakovat a mírnit škody, které zneužívání psychoaktivních látek působí.

Tato práce vznikla v rámci Evropského akčního plánu o alkoholu a je možné ji šířit bez omezení.

Teva - inzerce 1

Teva - inzerce 2

Odpovědi na Vaše otázky...



Dotaz:

Jsem praktická lékařka a mám několik firem, o které se starám jako lékařka závodní preventivní péče (smlouva). Někteří pracovníci jsou v kategorii I, popř. II, ale mám i několik v kategorii III. U některých se provádějí (hygienou práce přikázané) laboratorní odběry, někde jsou prováděna audiometrická vyšetření. Není mi jasné:

- které prohlídky a jakými kódy mohu VZP vykazovat,
- kdo hradí hygienou práce nařízené výkony,
- jestliže je hradí VZP, nejdou mi do indukované péče?

Odpověď:

Pro vykazování závodní preventivní péče zdravotním pojišťovnám slouží pro odbornost 001 - praktické lékařství pro dospělé - podle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, pouze kódy 01193 a 01195. Kód 01195 - preventivní prohlídka závodní preventivní péče, typ II. je určen pro prohlídky pracovníků na rizikových pracovištích, které vyžadují další předepsaná vyšetření s frekvencí určenou orgánem hygienické služby.

U zaměstnanců na rizikových pracovištích stanovuje zaměstnavatel pro výkon rizikových prací minimální náplň a termíny periodických lékařských preventivních prohlídek Krajská hygienická stanice - viz § 82 odst. 2) zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění.

Tyto prohlídky jsou pak hrazeny z veřejného zdravotního pojištění dle ust. § 35 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, jednak lékaři, kterého si pro výkon závodní preventivní péče zvolil zaměstnavatel, a další předepsaná vyšetření (např. laboratorní vyšetření, audiometrická vyšetření) pak smluvnímu zdravotnickému zařízení VZP ČR,

které je provedlo.

Pokud by byla regulační srážka za vyžádanou péči v odbornostech 222 - transfúzní lékařství, 801 - klinická biochemie, 802 - lékařská mikrobiologie, 804 - lékařská parazitologie, 805 - lékařská virologie, 807 - patologická anatomie, 809 - radiologie a zobrazovací metody, 812 - laboratoř farmakologie a toxikologie léčiv, 813 - laboratoř alergologická a imunologická, 814 - laboratoř toxikologická, 815 - laboratoř nukleární medicíny, 816 - laboratoř lékařské genetiky, 817 - laboratoř klinické cytologie, 818 - laboratoř hematologická a 819 - laboratoř pro univerzální výkony, za dané období vypočítána, má lékařka možnost požádat příslušnou Krajskou pobočku VZP ČR o výjimku z uplatnění regulace. Pokud prokáže, že tuto péči bylo nutné vyžádat z důvodů výše uvedených, regulační omezení se neuplatní.

Ustanovení o regulačních omezeních jsou součástí dodatků ke Smlouvám o poskytování a úhradě zdravotní péče, které jsou uzavírány s konkrétními zdravotnickými zařízeními.

Dotaz:

Na minulém setkání praktických lékařů jsme diskutovali o tom, kdy může být vykázán výkon 01021 - tedy vstupní vyšetření nově registrovaného pacienta. Názory se různily, někdo se domníval, že jen a právě v den registrace, někdo, že kdykoli poté, když se tento výkon provádí až později (někdy je totiž technicky neproveditelné vstupní prohlídku provést, např. u nově registrujícího se pacienta s akutním onemocněním a vysokými horečkami). Jeden z názorů byl, že se kdykoli později musí vykázat pouze kód 01022. Můžete nám prosím pomoci?

Tedy: kdy nejpozději po registraci může být vykázán kód 01021, je na to nějaký časový limit, po němž by již nešel vykázat a přestože se provede vstupní prohlídka se musel vykazovat pouze 01022

Odpověď:

Při registraci pojištěnce v ordinaci praktického lékaře nemusí být výkon 01021 proveden v den registrace, může být proveden i později. Časový limit na jeho vykázání není stanoven.

Kódem 01022 - opakované komplexní vyšetření praktickým lékařem nelze vyšetření při registraci pojištěnce vykázat. Tento kód je určen pro vykazování preventivní prohlídky.

Odpovídal:

MUDr. Petr Pokorný, ředitel odboru úhrad ambulantní zdravotní péče, VZP ČR

preventivní prohlídku u rizikových povolání (hygienická služba) = 01195 hradí pojišťovna včetně příp. odběrů

výkon 01021 není nutné provést v den registrace

Reforma zákonů od 1.1.2008 – to, co je vhodné vědět

ZMĚNY ZÁKONA č. 48/1997 Sb.

ZÁKON č. 48/1997 Sb.

o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů s platností od 1.1.2008

§ 16a

Regulační poplatky

(8) Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 nebo 3. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

§ 22

Zvláštní ambulantní péče

Hrazenou péčí je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako

a) domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu.

§ 30

Preventivní péče

(2) Hrazená péče dále zahrnuje:

b) poskytnutí očkovacích látek proti vzteklině, proti tetanu při poraněních a nehojících se ranách, proti tuberkulóze a testování s použitím tuberkulinového testu a poskytnutí očkovacích látek proti chřipce

§ 32

Poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky

(1) Výdej léčivých přípravků a prostředků zdra-

votnické techniky upravují zvláštní předpisy.³⁶⁾

(2) Požádá-li pojištěnec o vydání jiného léčivého přípravku se stejnou léčivou látkou, se stejnou cestou podání a se stejnou lékovou formou, nahradí jej lékárna v souladu se zvláštním právním předpisem³⁷⁾ jiným léčivým přípravkem s nižším doplatkem, pokud předepisující lékař na receptu nevyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit.

§ 43

(2) Zdravotní pojišťovna vede osobní účet pojištěnce jako přehled výdajů na zdravotní péči poskytnutou tomuto pojištěnci a zaplacených regulačních poplatků podle § 16a a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se započítávají do limitu podle § 16b odst. 1. Na vyžádání pojištěnce je zdravotní pojišťovna povinna písemně bezplatně a bez zbytečného odkladu poskytnout jedenkrát ročně formou výpisu z osobního účtu údaje o zdravotní péči uhrazené za tohoto pojištěnce v období posledních 12 měsíců včetně zaplacených regulačních poplatků podle § 16a a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely za toto období, popřípadě tyto údaje za počet měsíců, po které byl pojištěnec v průběhu posledních 12 měsíců u této zdravotní pojišťovny pojištěn.

SÍŤ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

§ 46

(1) Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Tato zdravotnická zařízení tvoří síť smluvních zdravotnických zařízení zdravotní pojišťovny (dále jen „síť“).

(2) Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se koná výběrové řízení. Výběrové řízení se nekoná

a) pro zdravotnická zařízení lékárenské péče,
b) pro zdravotnická zařízení Vězeňské služby České republiky^{46a)},

c) v případech rozšíření sítě již smluvního zdravotnického zařízení zdravotnické záchranné služby,

d) při uzavírání nové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, pokud se jedná o smluvní vztah se stejným subjektem a současně nedochází k rozšíření rozsahu poskytované zdravotní péče.

(3) V případě změny právní formy zdravotnického zařízení se výběrové řízení koná pouze tehdy, dochází-li k rozšíření rozsahu poskytované zdravotní péče.



MUDr. Jozef Čupka

**Jedenkrát ročně
výpis z osobního
účtu pojišťovny**

**fyzická osoba
se může stát s.r.o.
nebo a.s. bez
výběrového řízení**

Seznam prostředků zdravotnické techniky hrazených z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantní péče

Číslo	Sku- pina	Název druhu (typu) prostředku zdravotnické techniky	Poznámka	Výše úhrad
1	1	gáza hydrofilní skládaná	nejvýše do rozměru 10×10 cm a velikosti balení po 2 ks	100 % nejvýše do 8 Kč
2	1	krytí gelové	nejvýše do rozměru 10×10 cm na základě schválení revizním lékařem	100 % nejvýše do 150 Kč za 1 ks
3	1	náplasti hypoalergické	u dětí do 18 let věku a u pacientů se stomií a diabetiků	nejvýše do 30 Kč
4	1	obinadlo elastické	nejvýše od rozměru 14 cm × 5 m	100 % nejvýše do 50 Kč
5	1	obinadlo hydrofilní sterilní	nejvýše do rozměru 12 cm × 5 m	100 % nejvýše do 15 Kč
6	1	obinadlo pružné hadicové		nejvýše do 30 Kč
7	1	tampóny vinuté	pouze na předepsání DIA, 1 balení po 1000 ks ročně	nejvýše do 70 Kč
8	1	vata buničitá	100 g	nejvýše do 10 Kč
9	1	vata obvazová skládaná	100 g	nejvýše do 20 Kč
10	1	vata obvazová sterilní	25 g	nejvýše do 10 Kč
11	2	absorpční prostředky pro inkontinentní - kalhotky plenkové	maximálně 150 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a odborných léčebnách	nejvýše do 1.400 Kč
12	2	absorpční prostředky pro inkontinentní - vložky pro lehkou inkontinenci	maximálně 150 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 550 Kč
13	2	absorpční prostředky pro inkontinentní - vložné pleny	maximálně 150 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 900 Kč
14	2	fixace absorpčních prostředků pro inkontinenci	maximálně 24 ks ročně nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 190 Kč
15	2	kondomy urinální	maximálně 30 ks měsíčně	100 % nejvýše do 900 Kč
16	2	sáčky sběrné urinální	maximálně 10 ks měsíčně	100 % nejvýše do 600 Kč
17	2	svorka inkontinenční pro muže	maximálně 2 ks ročně	100 %
18	3	krytky stomické	pouze po schválení revizním lékařem, maximálně 60 ks měsíčně	100 % nejvýše do 3.100 Kč
19	3	podložky kolostomické a ileostomické	maximálně 10 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.100 Kč
20	3	podložky urostomické	maximálně 15 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.500 Kč
21	3	prostředky čistící stomické	pouze po schválení revizním lékařem	100 % nejvýše do 1.500 Kč
22	3	prostředky ochranné stomické	maximálně 360 g ročně	100 % nejvýše do 2.760 Kč
23	3	systémy dvoudílné kolostomické uzavřené - sáčky	maximálně 60 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.600 Kč
24	3	systémy dvoudílné ileostomické výpustné - sáčky	maximálně 30 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.350 Kč
25	3	systémy jednodílné kolostomické uzavřené - sáčky	maximálně 60 ks měsíčně	100 % nejvýše do 2.600 Kč
26	3	systémy jednodílné ileostomické výpustné - sáčky	maximálně 30 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.950 Kč
27	3	systémy urostomické dvoudílné - sáčky	maximálně 30 ks měsíčně	100 % nejvýše do 2.000 Kč
28	3	systémy urostomické jednodílné - sáčky	maximálně 30 ks měsíčně	100 % nejvýše do 2.000 Kč
29	3	pasy a přídržné prostředky pro stomiky	maximálně 2 bal. ročně	100 %
30	3	zátky stomické	pouze po schválení revizním lékařem, maximálně 60 ks měsíčně	100 % nejvýše do 1.200 Kč
31	4	epitéza mamární	maximálně 1 ks za 2 roky, pouze na základě předepsání CHI, ONK, PRL	nejvýše do 1.800 Kč
32	4	ortéza sériově vyráběná	pouze na základě předepsání ORT, OP, REH, CHI, NEU, maximálně 1 ks ročně	100 %
33	4	návlek pahýlový	nejvýše 8 ks ročně	100 %
34	4	suspensor	maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 130 Kč
35	5	epitéza mamami individuálně zhotovovaná	pouze na základě schválení revizním lékařem, maximálně 1 ks za 2 roky	100 %
36	5	ortéza individuálně zhotovovaná	pouze na základě předepsání OP, ORT, REH, CHI, NEU a schválení revizním lékařem	100 %

37	5	protézy horních a dolních končetin základní provedení	pouze na základě předepsání OP, REH, ORT, maximálně 1 ks za 2 roky	100 %
38	5	protézy modulární horních a dolních končetin, které jsou zhotoveny ze stavebnicových polotovarů a sestav, včetně tahových protéz horních končetin	pouze na předepsání OP, REH, ORT a schválení revizním lékařem, maximálně 1 ks za 2 roky	100 %
39	5	protézy myoelektrické, ztráta obou horních končetin, nebo jednostranná amputace s funkčním postižením druhé horní končetiny	pouze na základě předepsání OP, REH, ORT, a schválení revizním lékařem S5, maximálně 1 ks za 5 let (v případě postižení obou končetin 1 pár za 5 let)	100 %
40	6	kompresivní elastické punčochy lýtkové II. K. T.	pouze na základě předepsání PRL, CHI, INT, DER, J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 410 Kč
41	6	kompresivní elastické punčochy lýtkové III. K. T.	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 448 Kč
42	6	kompresivní elastické punčochy lýtkové IV. K. T.	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 675 Kč
43	6	kompresivní elastické punčochy polostehenní II. K. T.	pouze na základě předepsání PRL, CHI, INT, DER, J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 51 7 Kč
44	6	kompresivní elastické punčochy polostehenní III. K. T.	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 565 Kč
45	6	kompresivní elastické punčochy polostehenní IV. K. T.	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 879 Kč
46	6	kompresivní elastické punčochy stehenní II. K. T.	pouze na základě předepsání PRL, CHI, INT, DER, J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 566 Kč
47	6	kompresivní elastické punčochy stehenní III. K. T.	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 620 Kč
48	6	kompresivní elastické punčochy stehenní IV. K. T.	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 1.01 3 Kč
49	6	kompresivní elastické punčochy stehenní s uchycením v pase II. K. T.	pouze na základě předepsání PRL, CHI, INT, DER, J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 345 Kč
50	6	kompresivní elastické punčochy stehenní s uchycením v pase III. K. T.	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 372 Kč
51	6	kompresivní elastické punčochy stehenní s uchycením v pase IV. K. T.	pouze na základě předepsání CHI, INT, DER, J16, maximálně 2 páry ročně	100 % nejvýše do 400 Kč
52	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty dámské II. K. T.	pouze na předepsání PRL, CHI, INT, DER, J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 1.063 Kč
53	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty dámské III. K. T.	pouze na předepsání CHI, INT, DER, J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 1.319 Kč
54	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty dámské IV. K. T.	pouze na předepsání CHI, INT, DER, J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 1.319 Kč
55	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty těhotenské II. K. T.	pouze na předepsání CHI, INT, DER, J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 1 ks ročně	100 % nejvýše do 1.619 Kč
56	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty těhotenské III. a IV. K. T.	pouze na předepsání CHI, INT, DER, J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 1 ks ročně	100 % nejvýše do 1.987 Kč
57	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty pánské II. K. T.	pouze na předepsání PRL, CHI, INT, DER, J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 1.867 Kč
58	6	kompresivní elastické punčochové kalhoty pánské III. a IV. K. T.	pouze na předepsání CHI, INT, DER, J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 2.100 Kč
59	6	pažní návlek komplet II. K. T.	pouze na předepsání CHI, INT, DER, J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 1.000 Kč
60	6	pažní návlek komplet III. a IV. K. T.	pouze na předepsání CHI, INT, DER, J16, maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 300 Kč
61	6	kompresivní elastické punčochy a návleky individuálně zhotovené	pouze na předepsání CHI, INT, DER, J16, schvaluje revizní lékař, maximálně 2 ks ročně	100 %
62	6	kotníkový díl a kolenní díl II. a III. K. T.	pouze na předepsání CHI, ORT, REV, PRL, DER, J16, maximálně 2 ks ročně	100 % nejvýše do 130 Kč
63	6	pomůcka pro navlékání kompresivních elastických punčoch	pouze na základě PRL, CHI, INT, DER, J16, maximálně 1 ks ročně	100 % nejvýše do 242 Kč
64	7	kočárek zdravotní	na základě předepsání REH, ORT, NEU a schválení revizním lékařem, maximálně 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše do 21.000 Kč
65	7	kočárek zdravotní - příslušenství	na základě předepsání REH, ORT, NEU a schválení revizním lékařem, maximálně 1 ks za 3 roky	100 % nejvýše do 5.000 Kč
66	7	opravy vozíku mechanického, elektrického a kočárku zdravotního	pouze na základě schválení revizním lékařem	90 %
67	7	rukavice kožené pro vozičkáře	maximálně 2 páry ročně	nejvýše do 300 Kč
143	14	kompensační pomůcky pro nevidomé	pouze na základě předepsání OPH, PRL a schválení revizním lékařem	100 % nejvýše do 2.000 Kč

Vážené kolegyně a kolegové, od tohoto čísla zahajujeme tuto novou rubriku „Přednemocniční péče v praxi“. Na základě skutečných případů z praxe záchranné služby bychom chtěli ukázat přístup specialistů v urgentní medicíně a poté možnosti nás nespecialistů v oboru urgentní medicína. Jednou za čas provedeme shrnutí a doporučení pro naše ordinace.

MUDr. Cyril Mucha

Intoxikace alkoholem v terénu - pohled specialisty a praktika

**při bezvědomí:
udržet průchodnost
dýchacích cest,
kontraindikována
indukce zvracení**

trojhmat

Sellikův hmat

Chronologie případu:

Pátek, 23:15: dispečink ZZS přijímá výzvu od mladé ženy: „Kamarád toho moc vypil na oslavě a je mu špatně“. Po nutných doplňujících dotazech dispečerky ZZS indikován.

Pátek, 23:17: výjezd posádky ve složení lékař, řidič záchranář a záchranář se zadáním: mladý asi 17-ti letý pacient na oslavě kamarádových narozenin požil nezjištěné množství alkoholu.

Pátek, 23:25: po příjezdu RLP na místo: oslavá v plném proudu, pacient leží sám v koutě na zádech v bezvědomí s bloudivými pohyby bulbů. Zornice jsou izokorické, šíře cca 3mm. Puls nitkovitý. Pacient hypoventiluje, dech páchne po alkoholu. Okolí sděluje „že ještě teď s nimi komunikoval“. Na dotaz lékaře RZP „co je to teď?“ se odpovědi různí... Účastníci oslavy vyzváni k vypnutí hudby a opuštění místnosti.

Lékař RZP na místě provádí bez medikace ETI (endotracheální intubaci) zahajuje UPV (umělou plicní ventilaci) ambuvakem. Pulsace je slabě hmatná i na periférii. Dále je pacientovi na místě zavedena i.v. kanyla nasazena sedace (Fentanyl 6 ml) a při interferenci s ventilátorem je pacient jednorázově relaxován Norcuronem 8 mg i.v. Aplikovány krystaloidy H 1/1 500ml a G 5% 500ml. Opakovaně je odsáván tekutý obsah z ET kanyly elektrickou odsávačkou. Oběh je přechodně mírně se sklonem k hypotenzi (TK 80/60...90/60), po doplnění volumu stabilizovaný.

Sobota, 00:15: Pacient přenesen do vozu RLP: zavedena NGS (nasogastrická sonda), která odvádí cca 1000ml tekutého obsahu a MK (močový katetr), který odvádí čistou moč. Odebrány vzorky krve, žaludečního obsahu a moči na toxikologické vyšetření. Poslechově dýchání bilaterálně slyšitelné, mírně zhrubělé s menším množstvím BF (bazálních fenoménů), vpravo apikálně mírně oslabené. AS pravidelná, na monitoru sinusový rytmus. Lékařem RLP indikován transport pacienta na lůžko RES k další terapii. Před přijetím lékař doporučuje CT vyšetření mozku.

Sobota, 00:24: Příjezd do nemocničního zařízení: Provedeno CT mozku: mírný edém mozku jinak bez známek krvácení či jiného poranění. Pacient umístěn na oddělení ARO. Zde pokračováno v další terapii (antiedematosní), UPV a stabilizaci vitálních funkcí. Dle RTG vpravo apikálně malé ložisko

v.s. aspirační bronchopneumonie. Dle výsledků z toxikologie je v krvi 1,8 promile alkoholu. V moči stopově kanabioidy.

Neděle, 23:00: kontrolní CT mozku již bez známek edému, taktéž bez známek dalšího poranění. Pacientovi vysazena sedace, postupně snižována ventilační podpora. Pacient přechodně neklidný, kvalita spolupráce se lepší, daří se postupně navázat užitečný kontakt.

Pondělí, 11:30: Pacient extubován. Neurologické konzilium: bez známek neurologického postižení. Subjektivně udává cefaleu. Klinicky ložisko bronchopneumonie vpravo které léčeno ATB. Třetí den přeložen k další terapii vzhledem k věku na oddělení dětí a dorostu.

Rozbor případu specialistou:

prim. MUDr. Jaroslava Ščamburová,
anesteziologie nemocnice Kolín

Případ otravy je celkem typický jak do průběhu tak i situace před příjezdem RLP.

V případě přivolání lékaře, který není specialistou a nemá u sebe resuscitační pomůcky, je důležité udržet průchodnost dýchacích cest a ihned volat ZZS linku 155. V tomto případě byl pacient v poloze na zádech a vzhledem k hloubce bezvědomí došlo k aspiraci. Není-li možné navázat s pacientem užitečný kontakt, je jednoznačně indikována stabilizovaná poloha na boku s nutností udržení průchodnosti dýchacích cest (odstranění event. obsahu dutiny ústní – rukou s rukavicí, kapesníkem, ručníkem) do příjezdu RLP. Při hypoventilaci pacienta mnohdy stačí klasický trojhmat, tj. záklon hlavy otevření úst a předsunutí dolní čelisti. Přísně kontraindikováno je vyvolání zvracení u pacientů, se kterými nelze navázat užitečný kontakt, což tento pacient splňoval jednoznačně. Je vhodné zavést i.v. kanylu a nasadit infuzi s krystaloidy. Pokud přes trojhmat, resp. stabilizovanou polohu není zřejmá dechová aktivita, je nutné zahájit UPV. Má-li lékař u sebe Ambuvak s maskou a umí ho dobře použít, je na místě zahájení UPV ventilace Ambuvakem s maskou (při dobrém provedení trojhmátu je postačující). Ambuvak je možné použít i bez intubace jako postup před příjezdem RLP nebo před příchodem ARO na nemocniční oddělení, kde je zahajována

resuscitace. Pozor na nutnost odstranění zubní protézky před ventilací Ambuvakem, endotracheální intubací nebo zavedení ústního zvukovodu (tzv. airway). Jako další pomoc lze použít resuscitační roušku k dýchání z úst do úst. Prioritou je udržení průchodnosti dýchacích cest, zabránění aspirace u pacientů v bezvědomí (tzv. Sellikův hmat – tlak prsty na chrupavku štítnou, dojde tak ke zúžení průsvitu jícnu a zabrání se aspiraci) při zachování účinného oběhu. Většinou v takové chvíli není čas na výtky k lidem v okolí ohledně poskytnutí první pomoci, ale v tomto konkrétním případě společnost udávala, že stav pacienta nevzbudil větší pozornost vzhledem ke skutečnosti, „že se občas takto při oslavách válí“.

Doporučená výbava lékařského kufříku praktika: Atropin, Adrenalin, infuze H1/1 500ml, Plasmalyte 1000ml, G 5% 500 ml, Ampule(např.): G 40%, Furosemid Forte, Solu Medrol, Apaurin, Ventolin, Syntophyllin, Ca Cl, Isoket, Betaloc, Heparin. Pomůcky: i.v. kanyly, Ambuvak s maskou, vzduchovody.

Doporučené znalosti praktika pro případ otravy: Použití Ambuvaku, Sellikův hmat, trojhmat.

Doporučení pro podobné případy: Pokud možno zajistit klid a soukromí na poskytování první pomoci, snažit se zajistit vzorky zvratků, vzorky příp. léků, tablet (např. i pod polštářem, v šuplíku apod.), chemikálií. Vždy volat RLP, od prvního okamžiku až do předání sledovat životní funkce, v případě selhávání zahájit KPR před tím zajistit průchodnost dýchacích cest. Zavést i.v. kanylu.

Komentář praktického lékaře:

MUDr. Rudolf Červený

praktický lékař, spoluautor DP Přednemocniční péče, v SVL vede pracovní skupinu pro neodkladnou péči)

Kasuistika vystihuje v celé šíři možnost pracovního a odborného nasazení lékaře z pohledu lékaře ZZS při zvládání alkoholových intoxikací. Praktický lékař se může s tímto problémem setkat výjimečně při běžné ordinaci nebo v běžném

životě, občas při službě na pohotovosti, nebo častěji, pokud jezdí ZZS. Při službě na pohotovosti by popisované léčebné prostředky a pomůcky měly být součástí vybavení vozidla pohotovosti. Vybavení praktického lékaře pro akutní stavy v ordinaci a pro návštěvní službu je podrobně popsáno v doporučeném postupu pro praktické lékaře vydaném SVL ČLS JEP v minulém roce: „Systém přednemocniční neodkladné péče a poskytování lékařské první pomoci u neodkladných stavů praktickým lékařem“. Zásadní je dle tohoto doporučení u alkoholové intoxikace rozpoznání tohoto akutního stavu a přivolání ZZS. Dalším bodem je použití pomůcek, které by měli mít k dispozici – např. samorozpínací vak (synonymum Ambuvak) s maskami se zajištěním průchodnosti dýchacích cest (výborně je v kasuistice popsáno upozornění před zahájením dýchání prohlédnutí a vyčištění dutiny ústní od cizího tělesa nebo vyjmutí protéz), zajištění i.v. vstupu kanylou, **nebudeme intubovat – není to erudicí PL**. Dobrá by byla inhalace kyslíku (pokud ho máme k dispozici), provedeme další vyšetření pacienta dle našich možností, monitorujeme základní parametry- TK, P, event. další (EKG, oxymetrie, glykémie).

Doporučená literatura:

Pokorný J., Červený R., Widimský P., Kasal E.: Systém přednemocniční neodkladné péče a poskytování lékařské první pomoci u neodkladných stavů praktickým lékařem, doporučený postup, SVL ČLS JEP, 2006

MUDr. Jaroslava Ščamburová - studium 1. LF UK, promoce v roce 1995. Ve stejném roce nastoupila na oddělení ARO Kolín, kde pracuje dosud. I.atestace Anestezie a resuscitace 1999, II. Atestace anestezie a resuscitace 2001. Pracovní zařazení: primářka Oddělení centrální operační sály a anestezilogie. Externí lékařka ZZS Středočeského kraje.

MUDr. Rudolf Červený je v SVL zodpovědný za oblast urgentní medicíny a přednemocniční péče.

intubace není obvyklou erudicí PL

vhodná kontrola minimální vybavení vozidla i ordinace pohotovosti

Aktuality...

Od 2. ledna do 2. února probíhá v Lidových novinách ve spolupráci s VZP kurz „**PŘESTANTE KOUŘIT**“. Na tuto zajímavou pilotní akci naváže od února další mediálně větší a delší akce pod názvem „**12 STATEČNÝCH**“, kde 3 měsíce bude sledování odvykajících 12 dobrovolníků z celé republiky. Média (noviny i rozhlas) budou informovat o možnostech a institucích, kde lze odvykat a kdo může s léčbou závislosti na tabáku kuřákům v ČR pomoci.

Je to velká příležitost pro PL k aktivní aplikaci informací, které jsme dosud získali. V této souvislosti oslovujeme hlavně všechny kolegy a kolegy, kteří absolvovali certifikovaný kurz „Léčba závislosti na tabáku“, aby se k tomuto projektu připojili a přihlásili se obratem na adresu: **prevence.nemoci@seznam.cz** nebo **MUDr. Jozef Čupka, Suchbolské náměstí 7, 165 00 Praha 6**.

Následně obdrží podrobnější informace o projektu a možnostech podpory při akci.

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

7-denní léčba infekce *H. pylori* je dostatečná

• **Klinická otázka:** Jaká je optimální délka eradikační léčby infekce *Helicobacterem pylori*?

• **Závěr:** Sedm dnů trojkombinační léčby inhibátorem protonové pumpy (PIP) + clarithromycinem + amoxicillinem nebo metronidazolem přináší téměř stejné výsledky jako 10-14 denní léčba a podle výzkumů hodnocených jako vysoce kvalitní je stejně dobrá. (LOE = 1a)

• **Reference:** Fuccio L, Minardi ME, Zagari RM, Grilli D, Magrini N, Bazzoli F. Meta-analysis: Duration of first-line proton-pump inhibitor-based triple therapy for *Helicobacter pylori* eradication. *Ann Intern Med* 2007;147(8):553-562.

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

• **Sponzorování:** Vlastní zdroje nebo nesponzorované

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

• **Synopse:** Výzkumníci, kteří prováděli tuto metaanalýzu, prohledali 3 databáze s cílem najít výzkumy srovnávající různou délku trojkombinační léčby k eradikaci *H. pylori*. Prohledávali i záznamy z konferencí, ale omezili všechny své výběry na anglicky psané články. Dva výzkumníci nezávisle abstrahovali data a hodnotili kvalitu studií pomocí běžně užívaných Jadad kritérií. Vyhledali celkem 21 studií srovnávajících 7, 10 a 14 -denní eradikační léčbu v režimech PPI + clarithromycin + amoxicillin nebo PPI + clarithromycin + metronidazol. Většina studií hodnotila pacienty s peptickým vředem (n=15). Pouze 4 studie splňovaly skóre kvality 4 nebo 5 z možných 5 -ti bodů, pouze 3 studie jasně popisovaly tajné rozdělení a pouze 4 studie byly dvojité zaslepené. 11 studií srovnávajících 7denní a 10denní léčbu souhrnně ukázalo lehce vyšší léčebnou odpověď u 10denní léčby, ačkoliv rozdíl pravděpodobně není klinicky relevantní (77% vs 81% vyléčení, relativní riziko = 1,05). Rozdíly mezi 7-denní a 14 denní léčbou byly podobné u 13 studií: 73% vs. 78% vyléčení, relativní riziko = 1,07. Zjištěná heterogenita výsledků studií může být vysvětlena použitím různých antibiotik. Rozdíly ve výsledcích mezi délkou léčby byly přítomny ve studiích využívajících amoxicillin, ale ne ve studiích využívajících metronidazol. Léčebné výsledky u různé délky léčby se nelišily pouze u vysoce kvalitních studií.

Nejnižší efektivní dávka estrogenu na návaly

• **Klinická otázka:** Je i velmi nízká dávka meno-

pauzální hormonální léčby účinná na úlevu od návalů?

• **Závěr:** Mnoha ženám stěžujícím si na menopauzální návaly pomohou již ultra nízké dávky hormonální transdermální léčby. Z toho vyplývá, že má smysl začínat léčbu nízkou dávkou s cílem minimalizovat dávkování. (LOE = 1b)

• **Reference:** Bachmann GA, Schaefer M, Uddin A, Utian WH. Lowest effective transdermal 17beta-estradiol dose for relief of hot flushes in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;110(4):771-779.

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

• **Sponzorování:** Průmysl

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

• **Rozdělení:** Tajné

• **Synopse:** Několik studií doporučuje léčbu menopauzálních symptomů s nejnižší možnou efektivní dávkou. Tato randomizovaná kontrolovaná studie srovnávala velmi nízkou dávkovanou transdermální hormonální léčbu s placebem u zdravých postmenopauzálních žen s minimálně 7 středně těžkými až těžkými návaly za den nebo minimálně 50 návaly za týden. Autoři randomizovali 425 žen, ze kterých 12-týdení studii ukončilo 348 žen. Ženy byly randomizovány do 3 skupin s následující léčbou: (1) 17B-estradiol 0.014 mg na den, (2) 17B-estradiol 0.023 mg na den plus levonorgestrel 0.0075 mg na den, (3) placebo. Analýza byla založena na posledním z prováděných pozorování. Odpověď na léčbu byla definována jako 75% redukce z původní frekvence návalů. Odpověď na léčbu byla zjištěna u 41% ve skupině se samotným estrogenem v náplasti ve srovnání s 24% ve skupině s placebem (P = 0,003; počet potřebný léčit na jednu léčebnou odpověď = 6; 95% CI, 4-13). Po 12 týdnech se průměrná frekvence návalů/týden signifikantně snížila u obou aktivně léčených skupin ve srovnání s placebem, s průměrným snížením o 52 u skupiny s kombinovanou léčbou, o 38 u skupiny se samotným estrogenem a o 26 u skupiny s placebem. Stupeň intenzity byl také signifikantně snížen. Krvácivé špinění bylo častější u kombinované transdermální léčby než u samotné estrogenové léčby nebo u placeba.

Ne acyklovir, ale Prednisolon je účinný u Bellovy parézy

• **Klinická otázka:** Který z následujících - prednisolon nebo acyklovir - zlepší léčebné výsledky u pacientů s Bellovou parézou?

• **Závěr:** Prednisolon (25 mg p.o. 2x denně po

dobu 10 dnů) zlepši dlouhodobý vzhled a funkci tváře u pacientů s Bellovou parézou. Acyclovir nezlepší výsledky a neměl by být v této indikaci užíván. (LOE = 1b)

• **Reference:** Sullivan FM, Swan IR, Donnan PT, et al. Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy. *N Engl J Med* 2007;357(16):1598-1607.

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

• **Sponzor:** Vláda

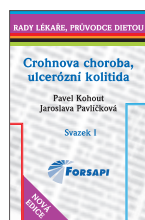
• **Prováděcí prostředí studie:** Ambulantní (jakékoliv)

• **Rozdělení:** Tajné

• **Synopsis:** Několik malých studií našlo nekonzistentní důkazy benefitu kortikoidní nebo antivirové léčby u pacientů s Bellovou parézou. Tato velká studie randomizovala pacienty do 4 léčebných skupin: (1) s léčbou prednisolonem 25mg p.o. 2x denně po dobu 10 dnů, (2) s léčbou acyclovirem 400 mg 5x denně po dobu 10 dnů, (3) s kombinovanou léčbou prednisolonem a acyclovirem a (4) s placebem. Pacienti starší než 16 let s unilaterální parézou lícího nervu byli identifikováni lékařem primární péče nebo pohotovostním oddělením nemocnice napříč celým Skotskem a byli odesláni do 72 hodin otorinolaryngologovi, který potvrdil vhodnost zařazení pacienta do studie a provedl randomizaci. Celkem 551 pacientů bylo randomizováno do 4 výše uvedených léčebných skupin podle 2x2 faktoriálního vzorce, přibližně 10% účastníků ze studie vypadlo nedodržením kontrol. Skupiny byly na začátku studie vyrovnané a analýza byla zaměřena na výsledky léčby. Primárním výstupem byl stupeň lící parézy hodnocený podle House-Brackmannovy škály (1-6, kde 1 znamená normální funkci). Za 9 měsíců pacienti, kteří užívali prednisolon, měli častěji hodnocení 1 na House-Brackmannově škále (94.4% vs 81.6%; $P < .001$, počet potřebný léčit [NNT] = 8; 95% CI = 5.4 - 14). Tento výsledek byl pozorován také po 3 měsících (NNT = 5.2). Nicméně žádný benefit nebyl pozorován u léčby acyclovirem. U druhotných zdravotních výstupů (prospěšnost pro zdraví, bolest, Derrifordova vzhledová škála) nebyl mezi léky zjištěn žádný signifikantní rozdíl. Kombinace prednisolonu a acycloviru nebyla lepší než léčba samotným prednisolonem.

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

Připravila MUDr. Jaroslava Laňková



Pavel Kohout, Jaroslava Pavlíčková
Crohnova choroba, ulcerózní kolitida

Dlouho očekávaná kniha o Crohnově chorobě a ulcerózní kolitidě, která vychází z přepracování po 8 letech pacientům přináší plné informace o jejích chorobě, možnosti diagnostiky a léčby. Pacientům s tímto onemocněním nabízí možnost plné informace a pochopení vlastní choroby, aby byli při komunikaci s lékařem partnerem, který plně spolupracuje, případně spolurozhoduje o léčbě.

Receptová část obsahuje na 100 receptů pokrmů vhodných pro pacienty jak ve floriidní fázi, tak v klidové fázi nemoci. Jsou zde vyjmenována jídla, která jsou pro pacienty vhodná, i jídla nevhodná. Samozřejmostí je kalorická hodnota jídel a obsah základních živin.

147,-



Zdeněk Rušavý, Veronika Frantová
Diabetes mellitus čili cukrovka. Dieta diabetická.

Kniha o cukrovce a diabetické dietě sepsána se zřetelem k moderním poznatkům o vstřebávání cukrů v tenkém střevě z různých potravin. V knize jsou podrobně rozebrány oba základní typy cukrovky – diabetes mellitus I. a II. typu, možnost vzniku komplikací a podstata léčebného režimu a diety. Jsou vysvětleny základní pojmy, energetická hodnota, typy sacharidů a jejich množství v potravinách – ať už vyjádřené pomocí absolutních hodnot nebo pomocí chlebových (výměnných) jednotek. Je zde vysvětlena podstata rychlosti vstřebávání sacharidů a definice glykemického indexu a jeho aplikace v dietě pacientů.

Kniha obsahuje na 100 receptů které jsou doplněny obsahem energie, jednotlivých živin (sacharidů, bílkoviny, tuky, cholesterol). Kniha by měla být pacientovi návodem, aby byl schopný i bez nutričního terapeuta sestavit jídelníček, který je vhodný pro jeho typ cukrovky s množstvím sacharidů, které odpovídá jeho energetickému výdeji.

147,-



Pavel Kohout, Marie Lišková, Olga Mengerová
Onemocnění břišní slinivky, dieta pankreatická

Další kniha nové edice pojednává o onemocněních slinivky břišní, především o diagnostice a léčbě jednotlivých chorob. Pacienti zde mohou najít návod k tomu, jak se vypořádat s dietními a režimovými opatřeními, informace o podstatě choroby a o možných diagnostických procedurách.

Unikátní je pasáž o akutní pankreatitidě, navrácení běžné stravy, resp. pankreatické diety je oddáleno v případě, že onemocnění ještě není v klidové fázi. Podávání umělé výživy cestou tenké nasajeunální sondy v domácích podmínkách je opatřením, které umožní pacientům navrátit se dříve do domácího prostředí.

Kniha je doplněna recepty pro jednotlivé fáze pankreatické diety s doporučeními, na co má pacient klad největší důraz. Slovníček pojmů, který vysvětluje cizí výrazy, a rejstřík, který zlepšuje orientaci v knize, umožní pacientům rychleji vstřebat potřebné informace.

147,-



Lubomír Kužel, Věra Stejskalová
Dna – nemoc králů. Je nutná bezpurinová dieta?

Proč se dně říká podagra, je to opravdu nemoc králů, může nás trápit ještě v současné době a je skutečně nutná dieta bez purinů? To všechno jsou otázky, na které dává odpověď nová kniha edice, která vzešla z pera pana docenta Lubomíra Kužely a nutriční terapeutky Věry Stejskalové. Vtipnou formou jsou zde zmíněny historické souvislosti, informace o chorobě, její diagnostice a léčbě.

Zvláště pečlivě jsou zpracovány diety diety u pacientů se zvýšenou hladinou kyseliny močové a dnou, nechybí ani návrhy jídelníčku pro pacienty. Pro lepší orientaci nechybí rejstřík a slovníček pojmů obsažených v této knize.

147,-



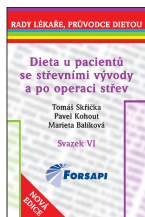
Pavel Kohout, Petr Kessler, Lucie Růžicková
Dieta při antikoagulační léčbě

Tato kniha by měla pomoci pacientům, kteří se ocitli v situaci, kdy jim lékař předepsal léčbu, která snižuje krevní srážlivost (tzv. antikoagulační léčbu). Oba lékaři i nutriční terapeutka čtenáře provádějí problematikou krevní srážlivosti za normálních podmínek, faktorů, které ji ovlivňují, i chorobami, při kterých je nutné antikoagulační léčbu užívat.

Vzhledem k tomu, že je nejdůležitější, aby bylo prodloužení času srážení krve v mezích určených pro danou situaci co nejvyrovnanější, je nutné dodržovat určitá pravidla. Tato pravidla jsou v knize popsána, především možné ovlivnění jinými léky, případně dietou s rozdílným obsahem vitamínu K.

V této knize najdete seznam potravin s vysokým obsahem vitamínu K, výměnné jednotky a návod na vytvoření jídelníčku tak, aby nebyl snížen obsah vlákniny a dalších důležitých látek v dietě.

94,50

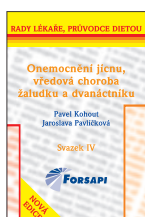


Tomáš Skříčka, Pavel Kohout, Marieta Balíková
Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střeva

Předložená kniha je určena pro širokou obec pacientů, kteří trpí chorobami žaludku, jenu či dvanáctníku. Autoři si kládou za cíl, aby zde pacienti našli odpovědi na své otázky, které se týkají jejich zdravotního stavu, režimových opatření či diety a léčby, která by jim měla pomoci.

Opatření mohou být přechodná či trvalá, dieta či léčba může být používána jak dlouhodobě u části pacientů, tak přechodně u pacientů s akutní gastroenteritidou či vředem dvanáctníku. Pálení žáhy a reflexní nemoc reaguje dobře na kombinaci diety, režimových opatření a vhodných léků, které tlumí tvorbu žaludeční kyseliny. Kniha obsahuje recepty vhodných jídel, to znamená těch, které nepodporují tvorbu kyseliny solné v žaludku, resp. jsou schopné ji neutralizovat.

147,-



Pavel Kohout, Jaroslava Pavlíčková
Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku

V edici Rady lékaře, průvodce dietou vychází další kniha, která je určena pro edukaci pacientů, tentokrát často tato kniha, která po operaci střeva či vytvoření umělého vývodu hledají informace o dietě, o dalším průběhu své choroby či dalších okolnostech, které by případně mohly jejich stav ovlivnit.

V knize jsou přehledně uvedeny choroby, které jsou indikací k provedení chirurgického výkonu či vytvoření umělého vývodu, péče o tento vývod, dietní i režimová opatření po resekcii střeva či vytvoření umělého vývodu střeva. Autoři se snaží vysvětlit pacientům možná úskalí a způsoby řešení, kniha je doplněná slovníčkem pojmů a rejstříkem. Nedílnou součástí knihy jsou dietní doporučení a 100 receptů na pokrmy, které jsou vhodné při těchto onemocněních.

147,-

V edici stručné rady pro pacienty pro vás připravujeme publikaci "Co se děje s potravinami při technologických úpravách" Jaroslava Dostálová

Objednat můžete na:

E-mail: forsapi@forsapi.cz • Telefon: 602 372 712

www.forsapi.cz

ZDRAVOTNÍ SESTRY SESTRÁM: dnes o chrupu a jeho nemocech

Původ některých zdravotních problémů v ordinacích PL může vycházet ze zanedbaného chrupu. Někdy se pacient pečlivě stará o svůj chrup, ale pokud nemá zjevné obtíže v dutině ústní, považuje preventivní prohlídku u stomatologa za zdržování lékaře i sebe. Lidé se zubní protézou se často mylně domnívají, že když už vlastní chrup nemají, preventivní kontroly nepotřebují, protože se jimi nemá co zkazit. Ale protézy mohou mimo jiné způsobovat často i otoky. Takové místo je nebezpečnou prekancerózou a je třeba, aby dásně pravidelně stomatolog vyšetřil. Na lůžkových odděleních je už samozřejmou součástí ošetrovatelských plánů i péče o výživu. V odborných článcích se objevují varující informace o malnutrici nemocných a hlavně seniorů. Jednou z příčin špatné výživy seniorů může být i nevhodná zubní protéza, nebo úplně chybějící zubní náhrada tam, kde ji pacient potřebuje. Chronický zánět vedlejších nosních dutin může souviset s pokaženým zubem v horní čelisti.

Příklad z praxe: pacientka s podezřením na zánět temporomandibulárního kloubu, který přišla řešit k PL (stěžovala si na bolestivost při artikulaci, lupání v klou-

bu) odeslala lékařka do zubní ordinace a ukázalo se, že příčinou potíží byly retinované „zuby moudrosti“.

Je samozřejmostí, že se pacientek v rámci preventivní prohlídky ptáme, kdy měly naposledy kontrolu na gynekologii. Neměly bychom se jedním dechem také ptát, kdy byl pacient naposledy v zubní ambulanci a zda si vůbec umí správně čistit zuby? A zanedbáváme my sami také svůj chrup? A jak je to s čištěním zubů? Umíme si vybrat kartáček na zuby, pastu, dentální nit...? Přes 90% populace v České republice provádí nesprávně ústní hygienu. Přes 90% lidí v ČR má zubní kaz. Zubní kartáček se doporučuje měnit po třech měsících používání. Podle údajů z roku 2004 vychází spotřeba zubních kartáčků na jednoho občana naší republiky na rok necelý jeden kartáček na osobu. U ostatních pomůcek na provádění ústní hygieny to je buď podobné, nebo spíše ještě horší.

V této souvislosti jsme oslovili zdravotní sestru Miroslavu Houškovou, která pracuje v zubní ordinaci, aby se podělila o svůj pohled na tuto problematiku.

Magdalena Turchichová

Všeobecná zdravotní sestra v ordinaci PL – Praha

Dentální hygiena versus kadeřnictví?

Pracuji jako stomatologická sestra a s pacienty do naší ordinace přicházejí i jejich názory. Samozřejmě, že spousta pacientů spolupracuje výborně a jsou velmi dobře obeznámeni s ústní hygienou i potřebou preventivní péče. Je však stále dost lidí, kteří se podivují nad nutností prevence. Proč by chodili k zubaři, když je vůbec nic netrápí?! V naší stomatologické ordinaci ošetřujeme děti i dospělé a jedna maminka svojí větou: „Já myslela, že když dceru nic pět let nezlobilo, tak chodit nemusíme“, nás s paní doktorkou přivedla k úžasu. Dítě teď už problém mělo a byl potřeba zákrok, ale ten už bohužel bezbolestný nebyl. Ta maminka si neuvědomila velké výhody pravidelné preventivní péče - dítě si zvykne na prostředí ordinace, na ošetřujícího lékaře i sestru a protože jde o návštěvy 1x za půl roku, odhalí se případný problém již v začátku. Výkon pak není ani dlouhý ani bolestivý. A to vše samozřejmě platí i pro dospělé pacienty. **Preventivní prohlídky nejsou důležité jen u stomatologa, ale i u praktického lékaře z důvodu možné spolupráce těchto oborů. A to například při nejasných potížích, kdy praktický lékař může odeslat pacienta ke stomatologovi vyloučit či potvrdit své podezření pro určitou diagnózu. Stejně důležitá je i spolupráce stomatologa s ústní hygienistkou.**

Ústní nebo také dentální hygiena je v naší zemi stále ještě novější pojem. Jedná se o ošetření diplomovanou dentální hygienistkou, které však nehradí zdravotní pojišťovna, ale pacient sám. A teď nemohu nevzpomenout na jednu naši pacientku, které paní doktorka doporučila návštěvu u dentální hygienistky před zhotovením výplně zubu. Pacientka se cítila dotčena, že si snad podle nás neumí vyčistit zuby a že za to, aby ji někdo učil držet zubní kartáček nebude dávat peníze, ty raději investuje do kadeřnice. A tady potom musí nastoupit osvěta - spousta lidí ještě stále neví co přesně si mají pod pojmem OŠETŘENÍ U DENTÁLNÍ HYGIENISTKY představit. Během ošetření u hygienistky se dozví JAK PŘESNĚ ONA má čistit, protože jde o individuální přístup. Čeho se má vyvarovat a co je třeba zlepšit. Během sezení dojde na techniku čištění zubů a její nácvik. Pacientce budou změny mezizubní prostory a následně vybraný vhodný mezizubní kartáček nebo zubní nit. Dále zubní hygienistka odstraní zubní kámen, plak i pigmentace na povrchu zubů. Toto je vše vysoce infekční a je potřeba to odstranit. Častý strach z bolesti je zbytečný, výkon je bezbolestný, jen u malého procenta pacientů se může vyskytnout nepříjemný pocit a to hlavně při odstraňování zubního kamene v blízkosti zanícené dásně. Je nutné pacientům vysvětlit, že zánět dásně (gingivitis) je překážkou kvalitního ošetření zubním lékařem, protože dásně je během zánětu zarudlá, oteká a krvácející. To vše brání definitivnímu ošetření zubního kazu (výplň vypadáva). Jakmile dojde k pravidelnému odstraňování povlaku zubů, odezní zánět během několika dnů. V případě, že si pacient zubní povlak neodstraňuje a trpí delší čas neléčeným zánětem dásní, hrozí mu postupné šíření zánětu do hloubky, kde postihne kostní lůžko a povrch kořene. Toto je parodontitida - vznikají tzv. choboty (kapsy mezi zubem a dásní). Parodontitida již nelze vyléčit, jen pravidelnou péčí uvést do klidového stavu. Proto je velmi důležitá prevence, aby se předcházelo jak zubnímu kazu, tak těmto těžším stavům.

Zmiňovaná pacientka se nakonec po naší osvětě nechala přemluvit a sezení u dentální hygienistky absolvovala. Podle jejích slov byla příjemně překvapena individuálním přístupem a nebolestivostí zákroku. Po pravidelných návštěvách dentální hygieny její vleké potíže se zánětem dásní ustoupily. Někteří pacienti si stále neuvědomují, že zánět v dutině ústní není jen lokální malichernost (nejde jen o zuby), ale zánět může krevním řečištěm putovat po celém těle (např. zánět mozkových blan, zánět osrdečníku atd.). Z těchto důvodů je důležitá osvěta a dobrá informovanost populace. Lidé by se měli naučit investovat nejen do krásy, ale hlavně do svého zdraví.

Miroslava Houšková

Stomatologická zdravotní sestra v ordinaci zubaře - Praha

V případě plánovaného sdělení Vašich zkušeností zdravotní sestry ostatním kolegyním, prosím kontaktujte odpovědného redaktora této rubriky na svl.cz@seznam.cz

MUDr. Jozef Čupka

GSK - Corsodyl

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 15.2.2008. 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 1/2008

**Správné
odpovědi
testu
č. 10/2007:**

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

Diagnostika

a léčba rhinosinusitidy

1. Lokální dekonstence podáváme:

- a) pouze krátkodobě do 10-14 dnů
- b) dlouhodobě, alespoň měsíc
- c) bez omezení, jedná se o bezpečný preparát

2. Při chronickém bakteriálním zánětu a indikaci chirurgické terapie se nejčastěji provádí:

- a) zevní výkon s odstraněním patologicky změněné sliznice dutiny
- b) endoskopický výkon se zásahem na vývodu dutiny
- c) u chronického bakteriálního zánětu není chirurgický výkon indikován

3. Topické nasální kortikosteroidy:

- a) lze užívat dlouhodobě
- b) je nutné užívat jen krátkodobě, maximálně dva týdny
- c) mají minimální systémovou biologickou dostupnost

Prenatální prevence zubního kazu u malých dětí

4. Mikroorganismy zodpovědné za vznik a rozvoj zubního kazu jsou:

- a) Streptococcus mutans
- b) Candida albicans
- c) Lactobacillus acidophilus

5. Období kolonizace dutiny ústní dítěte kariogenními bakteriemi je:

- a) 1. měsíc – 1. rok života
- b) 6. – 8. rok života
- c) 6. – 31. měsíc života

6. Těhotná žena má nárok během těhotenství na:

- a) jednu preventivní zubní prohlídku
- b) dvě preventivní zubní prohlídky
- c) tři preventivní zubní prohlídky

Co bychom neměli přehlédnout při vyšetření orofaciální oblasti

7. Symptom bílé plochy na sliznicích je příznakem:

- a) malignity
- b) infekce
- c) může být různého původu (např. kvasinkové onemocnění, hyperkeratóza při chronické traumatizaci, leukoplakie apod).

Měříme a interpretujeme správné krevní tlak?

8. Která metoda měření krevního tlaku přináší nepřesnější informace o krevním tlaku?

- a) konvenční vyšetření TK v ordinaci
- b) ambulantní 24 hodinové monitorování TK
- c) domácí selfmonitoring TK podle doporučení EHS

9. Podle EHS doporučení se domácí selfmonitoring provádí

následovně:

- a) monitoring se provádí pod dobu 7 dnů, měření se opakuje 2x po sobě ráno mezi 6.00 -9.00 hod a 2x po sobě večer mezi 18.00 – 21.00 hod.
- b) monitoring se provádí po dobu 5 dnů, měření se opakuje 3x po sobě ráno mezi 6.00 -9.00 hod a 3x po sobě večer mezi 18.00 – 21.00 hod a pacient si vždy ze 3 měření zapíše průměrnou hodnotu
- c) monitoring provádí pacient 3x denně v 8, 15 a 21 hod, vždy 3 měření po sobě po dobu 3 dnů

10. Domácí selfmonitoring TK dle doporučení EHS:

- a) je přínosnější z hlediska predikce kardiovaskulárního rizika než prosté konvenční měření tlaku v ordinaci
- b) stupeň hypertrofie levé komory (podle EKG a echokardiografie) daleko více koreluje s hodnotami domácího monitoringu než s konvenčním měřením TK v ordinaci
- c) má sice stejnou výpovědní hodnotu jako konvenční měření TK v ordinaci, ale přináší značnou úsporu času pro lékaře a zlepšení compliance pacienta s léčbou.

**Správné mohou být
1-3 odpovědi.**

odpovědní lístek - test č. 1/2008

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 |

Mediapharma - TV

Pfizer - Viagra