



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 4/2008

ročník 7

pro
praktické
lékaře
zdarma

Ordinace nejen na kraji města

Ordinace praktického lékaře v pohledu stážujícího medika



O čem se mimo jiné můžete dočíst v tomto čísle:

- Chronická pankreatitida
- Léčba kožních mykóz
- Dolní dyspeptický syndrom
- Diagnostika a léčba rýmy
- Tuberkulóza
- První pomoc u CMP
- Nová pravidla preskripce

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Pfizer - Caduet

Obsah

SVL ČLS JEP informuje	5
Dolní dyspeptický syndrom – dif. dg. syndromu dráždivého tračníku, intolerance laktózy a alergie na potraviny doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D.	8
Léčba kožních mykóz MUDr. Magdalena Skořepová, CSc.	12
Chronická pankreatitida – etiologie, diagnostika a terapie prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc., MUDr. Ivo Novotný, CSc.	17
Diagnostika a léčba rýmy MUDr. Pavel Smilek, Ph.D.	20
Tuberkulóza MUDr. Stanislava Potrepčáková, prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.	24
 ...ordinace nejen na kraji města Ordinace praktického lékaře v pohledu stážujícího medika	30
 ...prevence v primární péči Pohybová aktivita pacientů v ordinaci praktického lékaře	32
 ...počítač a doktor Internet v ordinaci	34
 ...lékař a etiketa Chvála psaní aneb o slušnosti a korespondenci	35
 ...přednemocniční péče v praxi Cévní mozková příhoda	37
 ...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa Vyhláška č. 54 o způsobu předepisování léčivých přípravků	38
 ...paliativní péče v ambulantní praxi Léčba bolesti nevyléčitelně nemocných a umírajících: farmakoterapie – pokračování – 5. část	41
 ...dotazy a odpovědi	44
 ...POEM: Patient oriented evidence that matters	45
 ...sestra v ordinaci praktického lékaře Vodící psi v ordinaci praktického lékaře	47
 ...znalostní test	49

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
4/2008, 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 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Příhlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo dáno do tisku **8. 4. 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. Bohumil Skála, Ph. D.

APRÍL

Duben – začíná aprílem, kdy je nejlépe všechny kolem vyvést nějakým podaným žertem. Čím drsnější žert, tím lepší. Přemýšlím, jestli tím žertem bude slibované rozhodnutí Ústavního soudu o regulačních poplatcích ve zdravotnictví. Tedy nejlepší žert by bylo zrušení poplatků s dodatkem, že musíme dohledat plátce a poplatek jim vrátit. Již nyní je aprílovým žertem počasí – rozmezí od minus do plus někde i 20 stupňů zmáté nejen rostliny, stěhovavé ptáky, ale i mnohého z nás. Myslím si však, že jsme za léta své praxe natolik zvyklí a ostrřílení, že ani aprílové počasí, ani rozhodnutí politických, ústavních nebo soudních institucí nás nerozhází, jen nás přivede k hurónskému smíchu. Smích léčí, jen nevím, jestli i tehdy, smějeme-li se jen proto, že se nám chce nad okolím plakat, nebo nad sebou samými.

Přesto mám chuť se usmívat, a to hned z několika důvodů:

- Povedlo se nám mnohé – v únoru jsme se zúčastnili prvního symposia o prevenci onkologických nemocí a jako jediné dvě odborné společnosti – SVL a Česká onkologická společnost – jsme formulovali stanoviska, která, ač vycházejí v časové ose nemoci z jiných výchozích míst, docházejí ke stejným cílům: pokusit se změnit myšlení a postoje nás všech – neboť jsme také potenciálními pacienty – ve vztahu k onkologickým onemocněním.
- Je před námi jarní interaktivní konference, kde se opět setkáme, a myslím si, tedy ze svého hlediska, že v programu je spousta informací o nemocech, na které jsme možná „zapomínali“...
- Začíná další kolo inovace hned několika doporučených postupů, jsou brány vážně nejen námi praktickými lékaři, ale i našimi kolegy odbornými specialisty a já děkuji celému týmu Centra pro správu doporučených postupů, že nás dovedl do dalšího kola.

Takže se přesto a právě proto těším.

Těším se na jaro, na duben, na apríl, těším se, že mne někdo aprílem vyvede, těším se na aprílové počasí. Těším se, že vše v dubnu bude aprílovým žertem, že ani moji pacienti nebudou moc nemocní, že místo vážných diagnóz jim budu sdělovat jen úsměvné. Možná by to ten jeden měsíc v roce mohlo tak být, aby to byly žerty ne ty drsné, ale milé, vlídné.

Pojišťovny doladí dodatky ke smlouvám, pochopí, že primární péče je opravdu tou oblastí zdravotní péče, kde je kvalita nutná, a tou oblastí, se kterou se setká každý z pacientů a jejíž úroveň je odvislá, bez posměšného úšklebku a přezírání, od množství peněz v tomto segmentu... Pochopí to nejen zdravotní pojišťovny, ale i státní orgány. V dubnu budou vznikat a budou schvalovány jen kvalitní vyhlášky a zákony, které vrátí důstojnost lékařskému stavu a lékařskému vzdělání, bude opravdu čest být lékařem – příslušníkem stavu svobodného povolání... My lékaři pochopíme, že na druhé straně stolu sedí pacient – člověk, se všemi svými strachy a bolestmi, a tak na sebe budeme hodnit... Vše v dubnu, v měsíci aprílovém.

Že je všechno trochu jinak – samozřejmě – vždyť je to vše apríl. Skutečnost, ač aprílem není, je složena z těch drsných žertů, na úkor těch slabších, mnohdy jsme to i my, kdo jsme obětí těchto legrácek.

Tak přesto ať máme důvod se trochu usmívat – věřím, že to letos vyjde, musí to vyjít, musí to někdy vyjít, proč by to nemohlo být zrovna v tomto roce, vždyť již nyní můžeme říci, že jsme žili o jeden den déle...

MUDr. Bohumil Skála, Ph. D.

Ohrožení vykazování výkonu stanovení INR (POCT)

Protože se začaly objevovat stížnosti přicházející z různých regionů na to, že VZP rozesílá nové ztěžující podmínky pro vykazování kódu na kvantitativní stanovení INR, které jsou v rozporu s dosavadními ujednáními, poslala SVL ČLS JEP ve spolupráci se SPL ČR společný dopis řediteli odboru zdravotní péče Petru Pokornému. Níže zveřejňujeme znění dopisu, abychom informovali kolegy o nově vzniklé situaci a uklidnili postižené, že v této záležitosti již podnikáme aktivní kroky. Podle kuloárních informací Česká hematologická společnost chystá další obstrukce, jako jsou například návrhy na to, aby lékař vykazující tento kód byl každé dva roky „recertifikován“, tj. aby absolvoval opakované proškolení v trombotickém centru. Za těmito nesmyslnými opatřeními vidíme snahu hematologů odebrat toto vyšetření z primární péče, získat zpět pacienty včetně zvýšení počtu výkonů za INR vyšetření ve svých ambulancích. Tyto snahy jsou zcela neoprávněné, škodí pacientovi, který zejména na venkově musí jinak dojíždět do vzdálených specializovaných ambulančí, a vedou k nadužívání zdravotní péče. Ve světě toto vyšetření provádějí sami pacienti v rámci selfmonitoringu pod vedením praktických lékařů. V České republice se na jedné straně snažíme omezit návštěvnost ve specializovaných ambulancích, které jsou až 5× častější než ve vyspělých evropských zemích, na druhé straně jsou přijímána opatření znemožňující plné využití potenciálů zdravotní péče.

Jaroslava Laňková

Znění dopisu:

MUDr. Petr Pokorný
ředitel odboru zdravotní péče VZP
Orlická 4/2020, 130 00 Praha 3
tel.: 221 755 011, fax: 221 754 012,
e-mail: petr.pokorny@op99.vzp.cz

Věc: Podmínky pro vykazování kódu výkonu 01443 – Kvantitativní stanovení INR z kapilární krve (POCT).

V Praze dne 27. března 2007

Vážený pane řediteli,
obracíme se na Vás z důvodů opakovaných stížností praktických lékařů, kterým byly ze strany místních poboček VZP změněny podmínky pro vykazování kódu výkonu 01443 – Kvantitativní stanovení INR z kapilární krve (POCT).

Ze strany pojišťovny došlo jednostranně, bez předchozího projednání s odbornou společností praktických lékařů, k omezení možnosti vykazovat tento výkon.

V souladu s výsledky dohodovacího řízení a současného Seznamu výkonů platí následující podmínky (přesná citace):

„Indikací je sekundární prevence hluboké žilní trombózy a plicní embolie a prevence nitrosrdeční trombózy a jejích embolizačních komplikací ve velkém oběhu, lékař musí být proškolený v trombotickém centru. Není určeno k self-monitoringu pacientů. Výkon nelze vykázat, pokud je současně odebrána venosní krev za účelem i jiného laboratorního vyšetření. Podmínkou je dodržení externího hodnocení kvality (systém mezilaboratorních porovnávacích zkoušek) 1× ročně.“

Od března t. r. začaly být lékařům předkládány doplňky smluvních ujednání, které byly rozšířeny o další podmínky:

Z obdržených podkladů citujeme:

„Externí kontrola kvality zahrnuje **vedle stanovení hodnoty INR dvou vzorků i odpovědi na otázky, které ověřují schopnost správné interpretace výsledku.**“

„Při léčbě antagonisty vitamínu K je nutné zahájení

a ukončení léčby lékařem – specialistou, kontrolní vyšetření každého pacienta standardním způsobem (tj. v příslušné spádové klinické laboratoři) min. 1× za 6 měsíců.

Požadavek:

1. Korigovat tuto situaci a zneplatnit nová smluvní ujednání, která jsou od března t. r. předkládána praktickým lékařům minimálně na některých pobočkách VZP.
2. Korigovat požadavek na interní kontrolu kvality přístroje prováděnou 1× za měsíc (vysvětlení viz odstavec VI.)

Zdůvodnění:

- I. Praktičtí lékaři jsou při splnění původně stanovených podmínek plně kompetentní k výkonu tohoto kódu.
- II. Nejsou nám známy žádné argumenty, které by vyvracely schopnost praktických lékařů provádět tento kód.
- III. Odmítáme požadavek VZP na tzv. „ověřování schopnosti správné interpretace výsledku“, jako součásti externího hodnocení kvality.

Zdůvodnění:

- Externí hodnocení kvality (EHK) POCT metod je systémem objektivního hodnocení laboratorních výsledků externí nezávislou organizací. Provádí se pravidelným porovnáváním výsledků měření hodnocených laboratoří navzájem a porovnáním s referenčními hodnotami měření (pravdivost výsledků měření).
- Prvořadým cílem provádění EHK je dosažení a sledování vzájemné porovnatelnosti výsledků jednotlivých laboratoří (nezávislých zkoušek) na národní i mezinárodní úrovni.
- EHK spočívá v: (1) rozesílání (neznámých) kontrolních vzorků laboratorním organizátorem, (2) zpracování vzorků v laboratořích a odesílání výsledků organizátorovi, (3) statistickém vyhodnocení výsledků, (4) komentování a rozesílání vyhodnocení, (5) nápravných opatřeních.
- Mimo jiné nesouhlasíme s tím, aby si jiná odborná společnost (v tomto případě hematologická společnost, která je autorem uváděných znalostních tes-

budeme se muset každé 2 roky „recertifikovat“

ověřování znalostí lékaře jako součást externího hodnocení kvality diagnostického přístroje?

antikoagulační léčbu může započít nebo ukončit pouze „specialista“? Tedy každý vyjma PL?

vedle externích a interních kontrol kvality ještě kontroly ve spádových laboratořích?

**SVL ČLS JEP stojí
za kompetencí
praktických lékařů
vykonávat INR
vyšetření v POCT
režimu**

tů) jednostranně osobovala právo na kontrolu práce praktických lékařů.

- Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP (dále SVL) vydala ve spolupráci s Českou hematologickou společností ČLS JEP (dále ČHS) v r. 2005 doporučené postupy pro praktické lékaře „Antikoagulační léčba“, tyto postupy aktivně implementovala na seminářích a v odborných člancích.
- Podmínkou pro výkon kódu je navíc proškolení v trombotickém centru.
- **SVL ČLS JEP plně stojí za kompetencí praktických lékařů k výkonu tohoto kódu a požadavek na opakované ověřování schopností lékaře provádět tento jednoduchý výkon považuje za irrelevantní.**
- Znalostní otázky, které byly již dříve součástí EQA (externího hodnocení kvality), jsme chápali jako iniciativu firmy SEKK pro zpestření tohoto úkonu, a proto jsme na tuto záležitost dříve nereagovali. Také lékaři na tyto otázky neodpovídali s plnou vážností. Nyní, když zjišťujeme, že otázky se staly jednou z podmínek externího hodnocení kvality, vyjadřujeme svůj naprostý nesouhlas s tímto postupem.

IV. Odmítáme požadavek na „zahájení a ukončení léčby lékařem – specialistou“ jako neoprávněný.

Zdůvodnění:

- Tento požadavek je neekonomický, přináší zbytečnou zátěž jak pro pacienta, tak pro specializovaná pracoviště.
- Praktický lékař je plně kompetentní k tomu, aby rozhodl, kdy požaduje konziliární vyšetření pacienta na specializovaném pracovišti, navíc v rámci vstupního proškolení v Trombotickém centru (TC) praktický lékař získává možnost plně využívat služeb TC – edukace, konzultace, doplnění dalších koagulačních a genetických vyšetření.
- Bránění samostatnému rozhodování lékaře je naprosto diskriminující a degradující obor praktického lékařství.

V. Odmítáme požadavek na „kontrolní vyšetření každého pacienta standardním způsobem (tj. v příslušné spádové klinické laboratoři) min. 1× za 6 měsíců“ jako neopodstatněný.

Zdůvodnění:

- Probíhá externí i interní kontrola kvality přístroje.
- Je to zbytečná zátěž pro pacienta, který se musí k odběru do laboratoře dostavit (včetně nutnosti odvozu sanitou), aby mohl být získán relevantní výsledek. POCT bylo zavedeno hlavně proto, že dochází ke zkreslování výsledků v důsledku nedodržování standardních transportních podmínek pro prevoz vzorků krve ke zpracování koagulačních parametrů (čas, otřesy, teplota).

VI. Žádáme zrušení požadavku na provádění interní kontroly kvality přístroje, která je stanovena ve frekvenci 1× za měsíc.

Zdůvodnění:

- V registračním listu je provedení kontrolního měření kalkulováno, nicméně není podmínkou a navíc s novým systémem CoaguChek XS to pozbývá na smyslu, protože kontrola je obsahem každého testovacího proužku dle nejtvrdších regulí FDA, a lékař má tedy interní kontrolu kvality s každým výsledkem, což je mnohonásobně přesnější a četnější, než je vnitřní kontrola kvality standardně prováděná v laboratořích.

Děkujeme za laskavé projednání a korekci výše uvedených nesrovnalostí.

S přátelským pozdravem

MUDr. Jaroslava Laňková

Místopředsedkyně SVL ČLS JEP, pověřená jednáním v této záležitosti

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Předseda SVL ČLS JEP

MUDr. Dobroslava Vokrojová

pověřená jednáním v této záležitosti za SPL ČR

MUDr. Jana Uhrová

Místopředsedkyně SPL ČR

Tisková zpráva z víkendového vzdělávacího semináře SVL ČLS JEP Karlova Studánka, 7.–9. března 2008

Jsou praktičtí lékaři příznivci nových přístupů ve vzdělávání?

Již první akce přesvědčila organizátory o vysokém zájmu praktických lékařů o nové možnosti ve vzdělávání. Na premiérovém víkendovém semináři bylo zaregistrováno více než 200 účastníků, kteří se sjeli z celé České republiky.

Jaký byl odborný program?

Odborný program byl rozložen na dvě přednášková odpoledne. V první části byl věnován čas legislativním změnám, které se týkají preskripce léků. V tomto bloku vystoupil prezident České lékařnické komory Mgr. Stanislav Havlíček a místopředseda Společnosti všeobecného lékařství (SVL) MUDr. Otto Herber.

Vzhledem k aktuálnosti problému vzbudilo toto téma výrazný zájem u posluchačů, čehož byla důkazem i následná diskuse po skončení přednášek. Lékaři se dozvěděli také rozdíly mezi následujícími názvy – „generická substituce“, „generická náhrada“

a „generická záměna“. Mgr. Havlíček zdůraznil i případ, kdy lékař trvá na vydání předepsaného přípravku.

Páteční blok pokračoval přednáškou MUDr. Stanislava Konštackého (člen výboru SVL ČLS JEP), který přítomné seznámil s ucelenou problematikou kašle. Na závěr byla zařazena velmi zajímavá přednáška „Balneoterapie“ prim. MUDr. Vrabce (ředitel lázní Karlova Studánka), která seznámila lékaře s historií lázní a současnými možnostmi, přičemž byla pozornost soustředěna na moderní rehabilitační bazén splňující nejnovější kritéria.

Jaké byly další přednášky?

Další přednášky byly prezentovány v sobotu odpoledne. Zájem byl soustředěn na problematiku léčby infekcí dýchacích cest. V této části se zaměřila doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., na současné trendy antibiotické léčby s důrazem na praxi praktických lékařů. Zdůraznila, že antibiotika by se měla podávat přímě-

řeně a pokud možno by se mělo postupovat v úvodu především s pomocí penicilinových antibiotik. Po doc. Marešově vystoupil MUDr. Martin Kaňa se zajímavou přednáškou týkající se problematiky benigní hyperplazie prostaty. I přesto, že by se mohlo zdát, že jde o problematiku vzdálenou, tak opak je pravdou. Právě tato přednáška vzbudila druhou největší pozornost u posluchačů. Tento zájem se zrcadlil také v následující diskusi, kde se četné dotazy týkaly i moderních způsobů léčby.

Blok byl uzavřen závěrečnou prezentací MUDr. Igora Karena „Snižujeme kardiovaskulární riziko či arteriální hypertenzi?“, při níž poukázal na komplexnost problému. Zdůrazněna byla také klasifikace KVS rizika dle Evropské společnosti pro hypertenzi, která ne vždy vyhovuje terénní praxi.

Byl seminář provázen nějakou zajímavostí?

Ano, všichni účastníci dostali od agentury TARGET-MD hlasovací zařízení. S jeho pomocí měli přednášející zpětnou vazbu na svoje sdělení a zároveň získali zajímavá data týkající se například generické substituce. Na závěr bylo toto zařízení použito i pro vyhodnocení akce.

Jak využili účastníci volný čas?

V úvodu je nutno konstatovat, že všechny aktivity spojené s využitím volného času si hradili účastníci osobně. Prožití volného času účastníků se přesně krylo s plánovanou představou. Vzhledem k nádhernému počasí, které panovalo přes celý víkend (venku 15 až

20 °C), zvolila většina výlet na Praděd a s tím spojené lyžařské aktivity. Na Pradědu byly ideální sněhové (165 cm) a povětrnostní podmínky.

Část lékařů využila nádherné okolí Karlovy Studánky k individuálním výletům, jiní vyzkoušeli lázeňské procedury nebo rehabilitační bazén.

Chtěla byste závěrem někomu poděkovat?

Ráda bych poděkovala všem účastníkům za jejich účast, vynikající přístup a celkový pozitivní duch, který po dobu semináře vytvořili.

V neposlední řadě si velmi vážím přístupu všech firem (Abbott Laboratories, Astellas Pharma, Boehringer-Ingelheim, Grünenthal, Merck, Nycomed, Orion Diagnostica a TEVA), které nám umožnily uspořádat odbornou část semináře. Zde bych hlavně vyzvedla naše Zlaté partnery – společnosti Astellas Pharma a TEVA, které nám poskytují oporu největší.

MUDr. Dana Moravčíková
členka výboru SVL ČLS JEP

VÝSLEDKY HODNOCENÍ SEMINÁŘE SVL ČLS JEP V KARLOVĚ STUDÁNCE

Považujete víkendové semináře s paralelním programem za přínosné?

1. Ano 100 %
2. Ne 0 %

Zúčastnili byste se i v příštím roce?

1. Ano 100 %
2. Ne 0 %

Jak byste akci v Karlově Studánce ohodnotili?

1. Výborné 90 %
2. Chvalitebné 10 %
3. Dobré 0 %
4. Již nikdy více 0 %

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v květnu 2008

NOVELIZACE DOPORUČENÝCH POSTUPŮ FARMAKOTERAPIE BOLESTI

Uplynuly tři roky od prvního vydání souborných návodů – doporučených postupů pro farmakoterapii bolesti – chronické, nádorové i akutní. Za tři roky se mnohé v medicíně mění. Změnila se, rozšířila i paleta a dostupnost léků na bolest, hlavně v oblasti chronické bolesti. Rozšířila se škála preparátů ze skupiny retardovaných silných opioidů, která umožňuje účinně zasáhnout u pacientů jak s nádorovou, tak s nenádorovou bolestí. Proběhl poměrně rozsáhlý a statisticky významný průzkum toho, co nám Doporučené postupy přinesly – odpovědělo více než 1000 kolegů – praktických lékařů. Prokázalo se, že máme dobré znalosti léčby všech typů bolesti. Inovace doporučených postupů vychází z nových poznatků nežádoucích účinků hlavně ve skupině nesteroidních antirevmatik základní skupiny:

- Zaměřuje se na problematiku hepatotoxicity
- Gastrotoxicity
- Upravuje délku léčby (na maximálně 14 dní v kuse, pak přerušit, čímž je dána i úprava firemního balení)

Na druhé straně opět, hlavně ve skupině NSA a paracetamolu, studie ukazují, že při akutní bolesti je tato skupina léčiv účinnější než slabší či silné opioidy. V neposlední řadě se věnujeme kombinaci paracetamolu a slabých opioidů (kodein, tramadol), neboť tato kombinace se jeví jako výhodná a hlavně bezpečná.

Takže se těším na setkání s Vámi při seminářích v květnu roku 2008.

MUDr. Bohumil Skála, Ph. D., koordinátor DP Farmakoterapie bolesti

Pondělí 5. 5. 2008	16.00–20.00	Znojmo, Hotel Prestige, Pražská 100
Pondělí 5. 5. 2008	16.30–20.30	Zlín, aula SZŠ, Bartošova čtvrť
Středa 7. 5. 2008	16.00–20.00	Ústí nad Labem, Oddělení vzdělávání Masarykovy nem., výuková složka, Sociální péče 12/A/4
Sobota 10. 5. 2008	9.00–13.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Úterý 13. 5. 2008	16.00–20.00	Pardubice, Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127
Středa 14. 5. 2008	17.00–21.00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Čtvrtek 15. 5. 2008	16.00–20.00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Čtvrtek 15. 5. 2008	16.00–20.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Sobota 17. 5. 2008	9.00–13.00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
Sobota 24. 5. 2008	9.00–13.00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota 24. 5. 2008	9.00–13.00	Olomouc, aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Úterý 27. 5. 2008	16.00–20.00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Středa 28. 5. 2008	16.00–20.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Středa 28. 5. 2008	16.00–20.00	České Budějovice, budova Medipont, s. r. o., Matice školské 17
Čtvrtek 29. 5. 2008	16.00–20.00	Pízeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31

doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph. D.

II. interní klinika, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

Dolní dyspeptický syndrom

– dif. dg. syndromu dráždivého tračníku, intolerance laktózy a alergie na potraviny

Souhrn: Dolní dyspeptický syndrom (DDS) je definován jako soubor gastrointestinálních příznaků, které podle charakteru svých projevů souvisí se střevem. Projevují se jako bolest, dyskomfort (nadýmání, plynatost) v souvislosti s poruchami defekace ve smyslu defektu frekvence nebo konzistence stolice (ať se již jedná o průjem, zácpu nebo střídání těchto odchylek od běžné frekvence defekace).



doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D.

**primární
vs. sekundární DDS**

**organické
vs. funkční
dyspepsie**

**funkční DDS
= syndrom dráždivého
tračníku**

Definice DDS však neříká, co je příčinou dyspeptického syndromu. Podobnými příznaky se projevují jak závažná organická onemocnění, která mohou mít pro pacienta vážné důsledky, mohou být dokonce příčinou smrti, tak onemocnění, jež nezkracují délku života.

Při diferenciální diagnostice a následné léčbě DDS můžeme postupovat podle jednotlivých diagnóz či jejich skupin, nebo se řídit příznaky, které pacienta nejvíce trápí a pro které vlastně k lékaři přichází, bez ohledu na to, zda jsou způsobeny infekční příčinou, syndromem dráždivého tračníku nebo například idiopatickým střevním zánětem. V tomto ohledu je velmi užitečná shrnující knížka profesora Mařatky Trávicí obtíže v lékařské praxi.

Diferenciální diagnostika DDS zahrnuje dyspeptické obtíže při **organických chorobách** trávicího traktu, **sekundární dyspeptický syndrom** při onemocnění jiných orgánů (například kardiovaskulárního systému – břišní angína) nebo polékové dyspepsie a **funkční dyspeptické obtíže** neboli **syndrom dráždivého tračníku**.

Organické choroby jsou důležité především proto, že lze odhalit příčinu a tu léčit, naopak při jejich neléčení by mohlo dojít k poškození pacienta.

Patří sem zánětlivá, nádorová či další postižení tlustého i tenkého střeva, případně i jiná onemocnění gastrointestinálního traktu.

Mezi nejzávažnější z nich patří karcinom konečníku a tlustého střeva, výjimečně tenkého střeva, případně jiné nádory (lymfom tenkého střeva, karcinoid apod.), dále ulcerózní kolitida či Crohnova choroba tenkého či tlustého střeva, celiakie, jiný malabsorpční syndrom včetně laktózové intolerance, případně potravinová alergie.

Gastrointestinálními příznaky se mohou projevovat i další stavy (například zvracení v těho-

tenství), případně onemocnění jiných orgánů. Bolestmi břicha či zvracením se mohou projevovat onemocnění srdce a cév [například infarkt myokardu, masivní plicní embolie z důvodu stázy, břišní angína (angina abdominalis či dyspragia intestinalis) způsobená stenózou tepen splanchnické oblasti a bolestmi břicha po jídle]. Zvracením či nauzeou se může projevovat šokový stav různé etiologie, včetně kardiálního, hemoragického, infekčního apod. I choroby urogenitálního traktu mohou začínat stejnými projevy – zvracením, bolestmi břicha – například urocystitida, pyelonefritida, renální kolika, torze varlete či adnexitida a další choroby gynekologické. Změny v defekačním rytmu může způsobit i zvýšená (průjem) či snížená tvorba (úporná zácpa) hormonů štítné žlázy, dále vertebrogenní obtíže či minerálová dysbalance.

Termín **funkční dyspeptické obtíže** je vyčleněn pro dyspeptické obtíže, které nemají organický podklad při běžných vyšetřeních.

Pod pojmem **dyspepsie** rozumíme souhrn obtíží, které jsou vázány na trávicí trakt a mají časovou souvislost s požitím potravy a jejím druhem.

Pokud hovoříme o **funkčním dolním dyspeptickém syndromu**, jedná se většinou o obtíže spojené s defekací (průjem, zácpa, jejich kombinace či pocit nedostatečného vyprázdnění) a bolestmi břicha či pocitem nepohody v břiše (pocit tlaku, přelévání, plnosti, nadýmání, plynatost apod.), které nemají organický podklad. Pro funkční dolní dyspeptický syndrom se používá běžně pojem **syndrom dráždivého tračníku** nebo **dráždivý tračník**.

Společnost všeobecného lékařství ČLS J. E. P. ve svých doporučených postupech pro všeobecné praktické lékaře spolu s gastroenterology doporučuje následující postup:

U pacientů s dolním dyspeptickým syndromem

nejprve pacienta vyšetřit, provést řádnou anamnézu a fyzikální vyšetření, doplnit laboratorním vyšetřením. V něm by nemělo chybět vyšetření sedimentace (FW), případně CRP, dále vyšetření krevního obrazu včetně diferenciálního rozpočtu leukocytů, vyšetření moči a sedimentu. Z biochemických odběrů navíc hladina glykemie, urey, kreatininu, bilirubinu, transamináz a cholestatických enzymů, amylázy. U pacientů s trvajícím průjmy navíc vyšetření protilátek ke tkáňové transglutamináze (k vyloučení celiakie) a vyšetření stolice na bakterie a parazity. U žen by nemělo chybět gynekologické vyšetření.

Diferenciálně diagnostický algoritmus by měl vycházet z následující úvahy. Pro organický původ obtíží svědčí spíše věk nad 45 let a náhle vzniklé obtíže, zvláště jsou-li spojeny s pozitivní rodinnou anamnézou, nechtěným váhovým úbytkem, trvalou bolestí břicha, přítomností krve ve stolici, průjmy i v nočních hodinách, subfeбриliemi, nevysvětlenou hypochromní anémií a pozitivním nálezem při fyzikálním vyšetření (rezistence apod.). Naopak pro pravděpodobnost funkčního původu obtíží svědčí spíše věk pod 45 let, začátek obtíží v mládí, intervaly bez obtíží, vegetativní stigmata, neurotické chování a reakce na stres, časté konzultace lékaře pro funkční poruchy, tendence k somatizaci obtíží a nepříznivé psychosociální faktory.

Podle těchto faktorů by se měl praktický lékař rozhodnout, zda pacienta odeslat k endoskopickému či sonografickému vyšetření, případně ke konzultaci gastroenterologa.

Ani kritéria, která jsou běžně používána při diagnostice dráždivého tračníku v anglosaských zemích [Manningova kritéria – 1978, Římská kritéria I, II, III (1991, 2000, 2006)], nedokážou vždy bezpečně rozlišit organické potíže od funkčních.

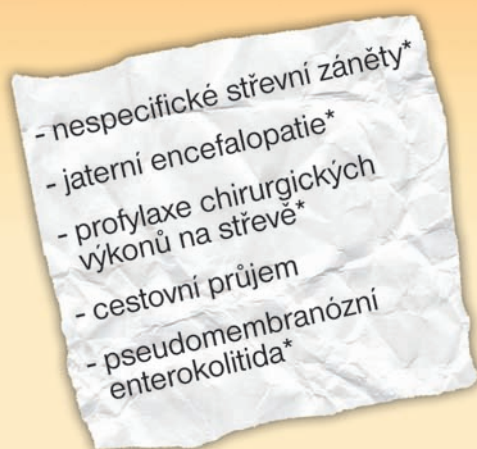
Příkladem mohou být některé dále zmíněné choroby:

Velkým diferenciálně diagnostickým problémem bývá **celiakie**, jejíž prevalence se v průběhu posledních let (především díky zlepšené diagnostice) zvýšila až na hodnoty 1 : 200–250, naopak symptomatologie se posunula od klasické formy s průjmy, hubnutím, nadýmáním, steatorrhoe k formám atypickým či silentní celiakii. Ta se může projevovat pouze netypickými příznaky, které mohou napodobovat příznaky typické pro dráždivý tračník. K odhalení pacientů s celiakií by měl sloužit cílený screening, který vyhledává pacienta v rizikových skupinách (například diabetes mellitus I. typu, autoimunitní tyreoiditida, celiakie v příbuzenstvu, sideropenická anémie, zvýšená hladina transamináz a další), kdy jsou odebírány protilátky ke tkáňové

**celiakie může
být diagnostickým
problémem**

**cílený screening
celiakie v rizikových
skupinách je žádoucí**

nevstřebatelné antibiotikum pro léčbu nemocí gastrointestinálního traktu

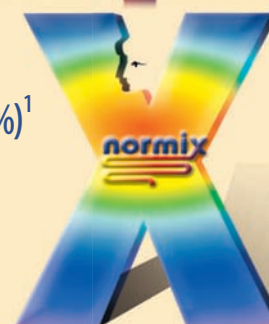


* hrazeno zdravotními pojišťovnami

normix

rifaximin 200 mg

- široké antibakteriální spektrum
- zanedbatelná vstřebatelnost (< 0,4%)¹



www.normix.cz

1. Adachi JA, DuPont HL. Rifaximin: a novel nonabsorbed rifamycin for gastrointestinal disorders. Clin Infect Dis. 2006 Feb 15;42(4):541-7

Složení: Rifaximinum 200 mg v 1 potahované tabletě. **Indikační skupina:** Antibiotikum. **Charakteristika:** Rifaximin je antibiotikum s antibakteriálním účinkem na řadu gram pozitivních i gram negativních bakterií, aerobů i anaerobů. Absorpce rifaximinu z gastrointestinálního traktu je minimální, čímž dochází ke koncentrování antibiotika ve střevním lumen a jeho přítomnosti v aktivní formě i ve stolici. **Nežádoucí účinky:** Ojediněle nauzea, meteorismus, bolest hlavy. **Indikace:** Normix se používá k léčbě akutních i chronických střevních bakteriálních infekcí, průjmů způsobených narušením rovnováhy střevní flóry (letní průjmy, cestovní průjmy, enterokolitis). Normix je dále indikován ke komplexní léčbě hepatální encefalopatie a k profylaxi při chirurgických výkonech na tlustém střevě. Normix mohou užívat dospělí a děti od 6 let. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na složky přípravku, střevní obstrukce, závažnější intestinální ulcerace. **Dávkování:** Běžné dávkování u dospělých a dětí nad 12 let je průměrně 10–15 mg/kg tělesné hmotnosti denně. U dětí do 12 let se doporučuje 20–30 mg/kg denně. Nenařídí-li lékař jinak, nemělo by trvání léčby přesáhnout 7 dní. **Balení:** 12 potahovaných tablet. **Datum poslední revize textu SPC:** 22.4.1999. **Držitel registračního rozhodnutí:** Alfa Wassermann S.p.A., Allano (PE), Itálie. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen zdravotními pojišťovnami v následujících indikacích: pseudomembranózní enterokolitida, nespecifické střevní záněty, jaterní encefalopatie, profylaxe chirurgických výkonů na střevě. Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se s textem SPC nebo se obraťte na:



Medicom International s.r.o.

Páteří 7, 635 00 Brno, tel. 546 123 111, fax 546 123 112, www.medicomint.cz


www.lepicol.cz

- ✓ Zácpa
- ✓ Průjem
- ✓ Nepravidelná stolice
- ✓ Snížená imunita
- ✓ Hemoroidy

LEPICOL na střevní potíže!

**Čisté a zdravé střevo
je základem dobře fungujícího
imunitního systému.**

LEPICOL OBSAHUJE:

PROBIOTIKA - 5 kmenů probiotických kultur (Lactobacillus plantarum, Lactobacillus rhamnosus, Lactobacillus bulgaricus, Lactobacillus acidophilus, Bifidobacterium bifidum), 2 miliardy životaschopných bakterií v jedné dávce 10 g Lepicolu. Zvyšují gastrointestinální imunitu proti různým patogenním virům a bakteriím jako jsou Rotaviry, Salmonella & Shigella, E.coli. Pomáhají v trávení a vstřebávání živin a minerálů a v syntéze vitamínů.

PREBIOTIKA - (Fructo-Oligosacharidy) jsou živnou půdou pro rozmnožování endogenních, zdraví prospěšných bakterií. Společně s probiotiky pracují na udržování zdravé rovnováhy střevní mikroflóry.

VLÁKNINA - osmení Psyllia (přírodní rozpustná rostlinná vláknina z Plantago Ovata) důsledně čistí vnitřní stěny trávicího traktu, poskytuje objemnou hmotu k normalizaci peristaltiky střev.

TRÁVICÍ ENZYMY - Lepicol Plus obsahuje také směs trávicích enzymů (proteáza, betain, kořen zázvoru, papain, máta peprná, semena fenyklu, bromelain).

Také pro děti.

Pomozte svému dítěti trvale upravit trávení. Brzy poznáte, jak se zlepšují alergie, jak ustupuje rozmazlost, náladovost a mění se jeho vitalita.

Od ukončení 6. měsíce věku.
Více na www.aspczech.cz



Zakoupíte v lékárnách

transglutamináze v řadě IgA. Při podezření na celiakii je vhodné vyšetřit i další markery, případně provést střevní biopsii. Ta je zlatým standardem i při pozitivitě sérologických markerů.

Problémem při diagnostice celiakie však může být samoléčba pacientů, případně nesprávná interpretace některých markerů (například pozitivita protilátek proti gliadinu, případně IgE protilátek proti glutenu apod.), na jejichž podkladě pacienti zahájí samostatně bezlepkovou dietu a diagnostika celiakie je následně velmi ztížená.

Dalším onemocněním, které může dráždivý tračník napodobovat, je **laktózová intolerance**. Toto onemocnění je způsobeno sníženou aktivitou laktázy, enzymu, který rozkládá laktózu v tenkém střevě na glukózu a galaktózu. Její aktivita je maximální v dětském věku a snižuje se v průběhu stárnutí. Podle tíže deficitu poté pacienti nesnášejí buď jen čerstvé mléko, nebo mléko a mléčné výrobky včetně zakysaných, u nejtěžších forem netolerují ani přídavek laktózy v lécích. Intolerance laktózy se projevuje kvasnou dyspepsií, nadýmáním, bolestmi břicha a průjmy se zpěněnou stolicí. Před imunohistochemickou diagnostikou tohoto enzymatického defektu byli často pacienti s tímto problémem pokládáni za nemocné s funkční poruchou, resp. s dráždivým tračníkem.

Potravinové alergie jsou onemocněním, které je velmi obtížně diagnostikovatelné. Má to několik důvodů – potíže nemusí být interpretovatelné opakovaně, na druhé straně může potravinovou alergii napodobit mnoho dalších chorobných jednotek včetně syndromu dráždivého tračníku – viz dále.

Potravinové alergie patří do skupiny intolerancí potravin. **Potravinovou intoleranci v širším slova smyslu** se rozumí nesnášenlivost potravin, která se může projevovat jak gastrointestinálními příznaky, tak postižením jiných orgánů (napří-

klad kožní, bronchiální manifestace). Rozděluje se na **potravinovou intoleranci v užším smyslu slova** (potravinová idiosynkrazie), což je nesnášenlivost potravin způsobená neimunologickými mechanismy, například enzymovými defekty (výše zmíněná laktózová intolerance, deficit dalších disacharidáz, například trehalázy, intolerance sorbitolu či fruktózy), **potravinovou alergií** (nesnášenlivost potravin způsobená imunitní reakcí) a **potravinovou averzí**.

Potravinová averze je nesnášenlivost potravin či jejich skupin podmíněná psychicky (ať již vědomě či nevědomě). Projevuje-li se takto způsobená nesnášenlivost potravin příznaky dolního dyspeptického syndromu, hovoříme o funkčním dolním dyspeptickém syndromu či syndromu dráždivého tračníku. Typické pro potravinovou averzi jsou často bizarní kombinace nesnášenlivých potravin, bizarní obtíže, které tyto potraviny způsobují („pal probíhající žaludkem a střevy spolu s trávenou potravinou“ apod.), případně nápaditými jídelníčky, které dovedou pacienta často k těžké malnutrici.

Potravinová alergie může být způsobena všemi typy alergické reakce, nejčastěji však I. a IV. typu. Reakce I. typu (atopická, podmíněná IgE) následuje většinou brzy po požití potravin, často se objeví též otok dutiny ústní, případně průjmy, může se ale projevit i bolestmi břicha, případně kožní reakcí, bronchospasmem, v nejtěžších případech anafylaktickou reakcí, případně anafylaktickým šokem. Často bývá zkřížená s pylovými alergiemi, též bývá častěji u pacientů s atopickým ekzémem. Typickou potravinou bývá ovoce (jahody, kiwi, jablka), suché plody (orechy – burský či lískový !!!), med, mořské plody, mořské ryby apod. Alergická reakce IV. typu (podmíněná buněčnou reakcí) probíhá oddáleně, může nastat až 1 týden po požití vyvolávající potravin, takže je velmi těžké najít spojitost.

Problematika správné diagnostiky potravinové alergie spočívá i v tom, že se jedná o reakci, která nemusí nastat za všech okolností. Záleží totiž nejen na množství alergenu (na rozdíl od jiných lokalizací), ale i na stavu střevní bariéry (která může být ovlivněna například změnou střevní mikroflóry po léčbě antibiotiky, oslabením střevní bariéry po fyzické námaze – potravinová alergie vyvolaná cvičením – exercise induced food allergy).

Diagnostika potravinové alergie též není spolehlivá, IgE specifické pro danou potravinu či kožní (RAST) testy odhalí jen některé reakce. Nejspolehlivější je slepá zkouška, při které pacient požívá tablety s lyofilizovanou potravinou, případně s placebem (DBPCFC – double-blind placebo controlled food challenge), její dostupnost je v České republice spíše teoretická.

Druhým aspektem potravinové alergie je, že je tato diagnóza akceptovatelná pro obecné

povědomí v populaci více než dráždivý tračník nebo poruchy příjmu potravy. Zvláště některé pacientky za diagnózu potravinové alergie často skrývají svůj chorobný náhled na proporce svého těla.

Také poruchy příjmu potravy se mohou se syndromem dráždivého tračníku překrývat, resp. činit obtíže při diferenciální diagnostice. Pacientky s **mentální anorexií** či **bulimií** často přicházejí s gastrointestinálními obtížemi, i zde je nutná rychlá diagnostika a odpovídající léčba, kterou gastroenterolog většinou není schopen vést.

Shrnutí: Syndrom dráždivého tračníku je onemocnění, které pro pacienta není závažné z důvodu případného zkrácení života, ale může výrazně zhoršit jeho kvalitu, zvláště pokud dochází k vystupňování problémů, pacienti jsou též zvýšeně ohroženi možnými komplikacemi vyšetřovacích metod.

Proto je nutný algoritmus, který s vysokou pravděpodobností odliší toto onemocnění od organických chorob. Nastíněna jsou úskalí diferenciální diagnostiky některých onemocnění.

Literatura:

1. J. Drisko, B. Bischoff, M. Hall, R. McCallum R. Treating irritable bowel syndrome with a food elimination diet followed by food challenge and probiotics. *J Am Coll Nutr.* 2006, 25 (6): 514–522
2. MB Heyman: Lactose intolerance in infants, children and adolescents. *Pediatrics*, 2007, 118 (3): 1279–1286

3. K. Lukáš: Funkční střevní dyspepsie v terénní praxi. *Interní medicína pro praxi*, 2007, 9 (10): 420–424

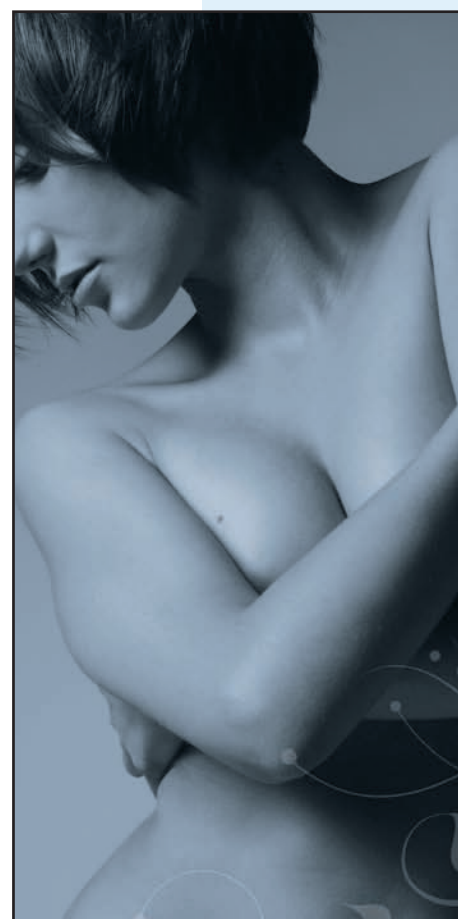
4. M. Lukáš: Syndrom dráždivého tračníku. *Interní medicína pro praxi*, 2007, 9 (12): 544–547

5. Z. Mařatka: Trávicí obtíže v lékařské praxi. Galén, Praha, 2007

6. B. Seifert, K. Lukáš, E. Charvátová, J. Vojtíšková a spol.: Dolní dyspeptický syndrom, doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2006. *Časopis lékařů českých*, 2007, 146 (1): 17–23

7. JD Wood: Histamine, mast cells, and the enteric nervous system in the irritable bowel syndrome, enteritis, and food allergies. *Gut.* 2006, 55 (4): 445–447.

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



► MALÉ ŘEŠENÍ VAŠICH VELKÝCH PROBLÉMŮ S BOLESTMI BŘICHA

Zenflo

PŘI IBS (SYNDROM DRÁŽDIVÉHO TRAČNÍKU) nejrozšířenější gastrointestinální problém

Přípravek určený osobám trpícím onemocněním dolního trávicího traktu – syndromem IBS.

ZENFLO pomáhá: Doplněk stravy

- zbavit se nadýmání břicha
- snížit gastrointestinální symptomy IBS (bolest, plynatost, zácpa, průjem)
- udržovat rovnováhu střevní mikroflóry
- snížit bolest břicha

Žádejte ve své lékárně.

www.rougier.cz



INSTITUT ROSELL

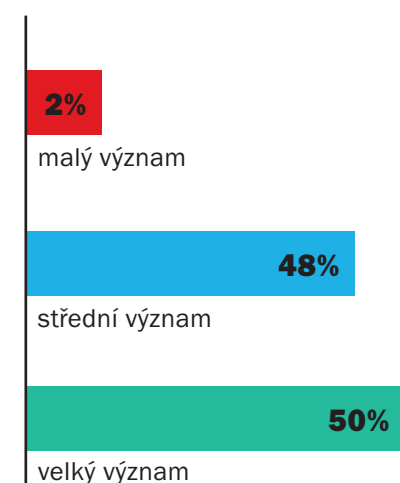
ROUGIER s. r. o.

Střípky z II. Jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP Praha 4.-6.4. 2008

Bariéry v managementu osteoporotických zlomenin

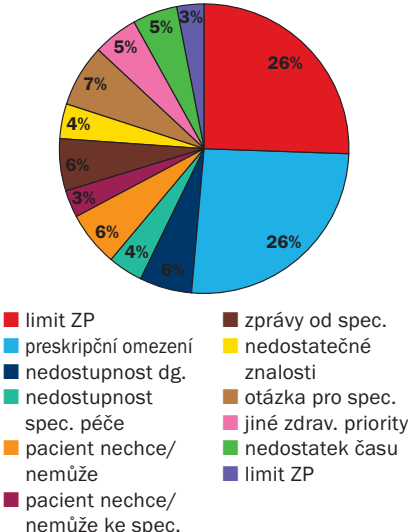
Jaký význam přikládáte své roli (praktický lékař) v boji proti OP?

Odpovědi publika:



Hlavními důvody, které Vás omezují v boji s OP, jsou:

Odpovědi publika:



MUDr. Magdalena Skořepová, CSc.

Centrum pro dermatomykózy, kožní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Léčba kožních mykóz

Souhrn: Superficiální kožní mykózy jsou velmi častá onemocnění. Řadu z nich může úspěšně diagnostikovat a léčit praktický lékař, jiné je lepší přenechat k vyřešení odborníkovi – dermatovenerologovi. Článek podává přehled o možnosti léčení keratomykóz, epidermofycií a trichofycií léky, jejichž preskripce není omezena na dermatovenerologickou odbornost.



MUDr. Magdalena Skořepová, CSc.

Keratomykózy

Původci keratomykóz se vyskytují pouze ve stratum corneum a nepřicházejí vlastně do kontaktu se živou tkání. Z tohoto důvodu u nich chybí zánětlivé příznaky, jde vlastně jen o barevné změny na kůži, eventuálně lehké olupování. Jsou velmi dobře přístupné lokální léčbě.

Patří mezi ně **pityriasis versicolor a erythrasma**. K léčbě pityriasis versicolor (obr. 1) se výborně hodil ekonazolový šampon, který umožňoval ošetřit celé integumentum včetně kšice. Ta je totiž největším rezervoárem kvasinek rodu **Malassezia**. Určitou náhradou představuje ketokonazolový šampon, který je však primárně určen k terapii seboroické dermatitidy kšice. Další možností je flutrimazol ve spreji, kterým pacient postříká postižené části trupu. Pokud lokální léčba nepomáhá, může být příčinou to, že malasezie jsou zalezlé hlouběji ve vlasových folikulech, kam k nim antymykotický šampon nebo sprej neprotrikne. V tom případě nezbyvá než sáhnout ke krátkodobé léčbě perorální. Praktický lékař může použít

ketokonazol 200 mg denně po 10 dní.

Erythrasma (obr. 2) je sice ještě v českých učebnicích uváděno mezi superficiálními mykózami, je to však spíše z důvodu klinické podobnosti (srovnej klinický obraz erythrasmatu a tinea cruris na obr. 2 a 3). Původcem je totiž bakterie **Corynebacterium minutissimum**. Nicméně lze i na toto onemocnění aplikovat **imidazolová externa**, neboť imidazoly mají vedle účinku antifungálního také určitý účinek na grampozitivní bakterie.

Dermatomykózy

Vlastní dermatomykózy, při kterých původce nacházíme nejen ve stratum corneum, ale i v epidermis. Dělíme je na **kandidózy, epidermofy-**

cie, trichofycie (povrchové a hluboké) a **mikrosporie**.

Kožní kandidózy jsou onemocnění kůže a periunguální tkáně vyvolaná kvasinkami rodu **Candida** (nejčastěji *Candida albicans* a *C. parapsilosis*). Kožní kandidóza postihuje především místa vlhké zapáčky. U lehčích forem intertriginózní kandidózy musíme především zajistit suché a vzdušné prostředí v postižené lokalitě. Proto jsou kontraindikovány masti a krémy, které zhoršují okluzi. Volíme některý z **imidazolových derivátů** ve formě **pasty, lotia nebo spreje**. Do kožních záhybů vkládáme **mulové záložky**. U těžkých a rozsáhlých forem podáváme např. **ketokonazol perorálně** 200 mg denně po 2–3 týdny.

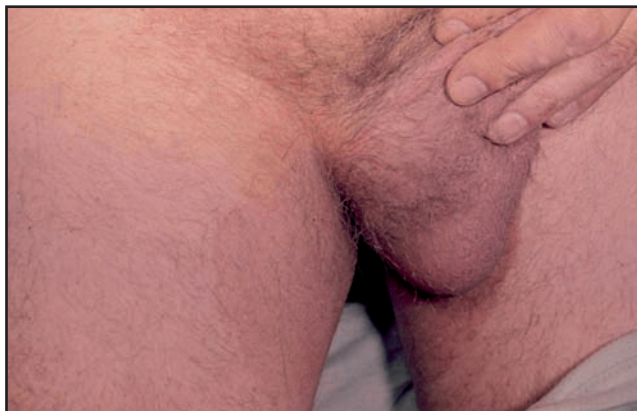
Kandidové infekce nehtového aparátu buď doprovázejí dermatofytické onychomykózy, nebo vyvolávají zánět zadního nehtového valu (paronychia). Lehčí formy kandidového paronychia úspěšně léčíme **klotrimazolem v roztoku**, který se třikrát denně kápne na nehet tak, aby lék zatekl do chobotů mezi nehtovou ploténkou a nehtovými valy. V úporných případech přidáváme jako pomocnou léčbu koupele v horkém roztoku 5% boraxu a emplastra se Saloxylem. Zvláště vzdorovitě případy, vyžadující celkovou léčbu, je lepší přenechat dermatologovi. Jednak proto, že musí provést diferenciální diagnózu – kvasinková paronychia imituje např. artropatická psoriáza, acrodermatitis pustulosa Hallopeau nebo toxické poškození po některých cytostatikách – jednak proto, že **ketokonazol je k léčbě nehtových afekcí kontraindikován**. Dermatolog má k dispozici perorální flukonazol nebo itraconazol, které však může nasadit až po ověření diagnózy.

Epidermofycie

Epidermofycie jsou dermatofytické infekce, které postihují kůži (případně nehty) **bez vazby na vlasové folikuly**. Jsou vyvolávány výhradně antropofilními dermatofyty, charakterizuje je jen mírný zánět a velká tendence ke chronicitě a recidivám. Nacházíme je na nohou, rukou, v tříslech, méně často i na kůži trupu. Predisponujícím faktorem pro vznik epidermofycie v tříslech (obr. 3) je pocení, zapáčka a tření. Volíme proto **imidazoly** ve formě spreje nebo lotia, na doléčení suchého šupící-



Obr. 1: Pityriasis versicolor. Splývající makuly barvy bílé kávy



Obr. 2: Erythrasma. Světle hnědočervená pigmentace v tříšlech, bez zánětlivého lemu

ho se ložiska můžeme použít krém. K zevní léčbě epidermofyie nohou, případně rukou, je možno použít krém s cyklopiroxolaminem, imidazolem (klotrimazol, bifonazol) nebo alylaminem (naftifin, terbinafin). Důležité je přesvědčit pacienta, aby nohy svědomitě ošetřoval **dvakrát denně po dostatečně dlouhou dobu** (nejen do úplného odeznění kožních příznaků, ale **ještě 2 týdny poté**).

Akutní exacerpace tinea pedum (obr. 4) s mokváním, erozemi a intenzivním erytémem, který může přecházet až do flegmonózního zánětu, je doprovázena **superinfekcí mykózy bakteriemi**, buď stafylokoky nebo gramnegativními tyčkami. Léčba musí mít proto široký záběr: začínáme nespécificky koupelemi a obklady ze slabě antiseptických roztoků (např. světle růžového hypermanganu) k utišení akutního zánětu a mokvání. Objeví-li se na noze lymfangoitis nebo flegmóna, nasazujeme i perorální antibiotika. Teprve po zvládnutí bakteriální superinfekce přistupujeme ve druhé fázi ke specifické terapii antimykotické, nejlépe krémem s obsahem imidazolu, alylaminu nebo cyklopiroxolaminu. Těmito deriváty léčíme i chronickou interdigitální tinea.

Chronická plantární skvamózní forma tinea, takzvaný **mokasínový typ** (obr. 5), představuje obtížnější terapeutický a někdy i diagnostický problém. Leckdy se ukáže, že důvodem neúspěchu antimykotické léčby je záměna plantárního ekzému, psoriázy, palmoplantární pustulózy nebo získaných plantárních keratóz za infekční proces. Pokud tedy empiricky nasazená antimykotická zevní terapie nevede během 14 dnů ke zřetelnému zlepšení, je lepší veškerou léčbu na 2–3 týdny vynechat a pak poslat pacienta k dermatologovi. Vynechání léčby je nutné proto, aby dermatolog kromě klinického vyšetření mohl také hned odebrat vzorek na mykologické vyšetření.

U mokasínového typu epidermofyie je v případě prokazatelného neúspěchu lokální léčby přípustná i léčba celková. Praktický lékař může nasadit **ketokonazol 200–400 mg denně po 4 týdny**.

I po úspěšném vyléčení epidermofyie nohou přetrvává doživotně sklon k recidivě. Pacienta musíme instruovat o zásadách ochrany proti mykot-

ické infekci (firmy vyrábějící antimykotika vydávají na toto téma názorné ilustrované letáky). U pacientů, u kterých epidermofyie nohou představuje závažnější zdravotní riziko (pacienti s diabetem, recidivujícím erysipelem nebo s ischemickou chorobou dolních končetin), doporučujeme soustavné profylaktické ošetřování kůže meziprstí a plosek volně prodejnými antifungálními krémy, roztoky nebo spreji na bázi derivátů kyseliny undecylenové.

Epidermophytia unguium

Lokální léčba **onychomykózy** má naději na úspěch u nehtů na rukou a v případě, že není postiženo více než 25 % plochy nehtu. Lze volit mezi cyklopiroxolaminem v roztoku (aplikace 2–3× denně do klinického zhojení) a dražším amorolfinem v nehtovém laku (aplikace 2× týdně do klinického zhojení). Léčbu usnadní odstranění klinicky změněných částí nehtů. Pro tento účel byl vyvinut kombinovaný preparát obsahující vedle bifonazolu také **40% ureu**. Krém se nanáší na nehty a přelepí náplastí, změkčené části nehtů se postupně odškrabují přiloženou škrabkou. Odstraňování infikovaných partií nehtů trvá asi 4 týdny, pak se přechází na léčbu bifonazolovým roztokem 2× denně. Lokální lék je třeba aplikovat se stejnou frekvencí až do úplného zhojení, což může trvat rok i déle. Lokální léčba je tedy pro pacienta velmi pracná a je nutno počítat s tím, že více než 3 nehty nezvládne soustavně ošetřovat.

Z výše uvedených poznatků vycházejí preskripční pravidla pro nasazení perorální antifungální léčby u onychomykóz. **Celková léčba je indikovaná u nehtů na nohou, je-li postiženo více než 25 % plochy nehtu, je-li postižen nehet palce nohy nebo jsou-li postiženy nejméně 4 nehty na 2.–4. prstu nohy. Ketokonazol je k léčbě nehtů kontraindikován z důvodu zjištěné vyšší hepatotoxicity. Lékem první volby je terbinafin, v druhé řadě je možno použít itrakonazol.**

Jelikož perorální léčba onychomykózy představuje přece jen určitou zátěž pacientova organismu, je třeba před jejím nasazením ověřit správnost indikace. Charakteristické klinické znaky

epidermofyie = infekce kůže bez vazby na vlasové folikuly



Obr. 3: Tinea cruris. Ložisko na vnitřní straně stehna přiléhající ke skrotu, s infiltrovaným zánětlivým lemem a centrální deskvamací



Obr. 4: Akutní exacerbace tinea pedis s bakteriální superinfekcí

trichofycie
= infekce kůže vázané
na vlasové folikuly

onychomykózy (onycholýza, podnehtové hyperkeratózy, dyskolorace a deformace nehtu) se totiž vyskytují i u řady jiných onemocnění nehtů neinfekčního původu (unguis incarnatus, traumatická onychopatie, psoriasis unguium, kleštovitý nebo trubkovitý nehet, sekundární změny nehtů při osteoartritidě, onychogryphosis, subunguální veruka, nehtový lichen planus, myxoidní cysta v oblasti nehtové matrix, ekzémová onychopatie, onychodystrofie při cévních či metabolických poruchách).

Proto je lepší diferenciální diagnózu a vedení perorální antifungální léčby přenechat dermatologovi. Spolupráce dermatologa s praktickým lékařem je důležitá

zejména při nutnosti léčby itraconazolem, který vykazuje řadu lékových interakcí. Oba ošetřující lékaři se musí dohodnout, které léky je možno zaměnit, upravit u nich dávkování nebo je zcela vynechat. Terbinafin se podává kontinuálně 250 mg denně po 3–4 měsíce. Itraconazol se k léčbě onychomykózy podává v pulzním režimu – 400 mg denně (2× 2 kapsle) vždy po dobu prvního týdne v každém ze 3–4 po sobě následujících měsíců (1).

Nehty palců na nohou představují obtížnou lokalizaci k terapii onychomykózy. I za normálních okolností je nehet palce výrazně silnější než ostatní nehty nohou (nemluvě o tom, že je i několikanásobně větší), nemocný nehet dosahuje tloušťky až půl centimetru. Difuze antimykotika do nehtového keratinu je tím značně ztížena. V takovém případě

nestačí perorální léčba jako monoterapie, nýbrž se volí léčba kombinovaná – chemická parciální ablace klinicky změněných částí nehtů, perorální terapie a dlouhodobá aplikace antifungálního externu (2). Je nutné zdůraznit, že v dnešní době díky vysoce účinným moderním antimykotikům už **je onychomykóza vyléčitelná v 70–80 % případů**, vyžaduje to však značné nasazení ze strany lékaře i pacienta. Řada léčebných neúspěchů jde na vrub nedostatečné compliance.

Trichofycie

Trichofycie jsou dermatofytózy postihující **především vlasové folikuly**. Vytvářejí na kůži typická anulární ložiska, která mají na infiltrovaném lemu vesikuly až folikulární pustuly. Těžší postižení folikulů vede ke vzniku houbových hnisavých, silně zánětlivých infiltrátů, které označujeme starými názvy kerion Celsi (ve kšticí) a sycosis parasitaria (ve vousích).

Povrchová trichofycie (obr. 6) je poměrně snadno poznatelná už z klinického obrazu. Léčba je především lokální – krémy s klotrimazolem, bifonazolem, ekonazolem, cyklopiroxolaminem, naftifinem či terbinafinem. Často jde o infekce zoofilními dermatofyty, takže je nutné vypátrat zvířecí zdroj infekce. U generalizovaných výsevů nebo při neúspěchu lokální léčby lze nasadit perorální ketokonazol v dávce 200–400 mg denně po 4 týdny.

Trichophytia profunda (obr. 7) vzniká při proniknutí dermatofyta do hloubky vlasových folikulů. Přes poněkud zavádějící název patří ještě mezi superficiální mykózy – ani ve folikulu nepronikají totiž vlákna dermatofyta pod bazální membránu epidermis. Povrchově aplikovaná antimykotika však do hloubky folikulů difundují poměrně pomalu – proto u těchto forem rychleji zabírá perorální léčba (např. ketokonazol 200–400 mg denně po 4 týdny). Problém je však v diferenciální diagnóze – výrazné hnisání vede leckdy k záměně za bakteriální infekci a neúčelnému nasazení antibiotik či k chirurgickým incizím. Hnisavé infiltráty na kůži, ve vousích a ve vlasech je proto vhodnější svěřit do péče dermatologa.



Obr. 5: Tzv. mokasínový typ tinea pedis



Obr. 6: Superficiální trichofycie na krku

Novartis - Lamisil



Obr. 7: Hluboká trichofycie vousu (sycosis barbae parasitaria)



Obr. 8: Mikrosporie dětské kštice

Mikrosporie

Mikrosporie jsou definovány jako dermatofytózy postihující **pouze vlasový stvol, bez invaze do epidermis vlasového folikulu**. To ovšem platí pouze pro „klasickou“ mikrosporii vyvolanou *Microsporum audouinii*, která byla v Evropě eradikována. Dnešní mikrosporie jsou vyvolávány zoofilním *Microsporum canis*, které postihuje především kůži ve formě povrchové trichofycie a jen u dětí před pubertou vyvolává i onemocnění kštice. To může probíhat jako typická mikrosporie (obr. 8) nebo jako trichofycie kštice s různým stupněm zánětu až po kerion – to závisí na virulenci kmene a na vnímavosti hostitele. Zvláště těžký a úporný průběh bývá u atopiků. Zatím nebylo vyvinuto takové lokální antimykotikum, které by dokázalo mykózu kštice vyléčit. Nezbyvá než nasadit léčbu perorální, a to dříve, než se vlasové folikuly nenávratně poškodí. Lékem volby je u dětí od 3 let terbinafin, u menších dětí flukonazol. Obojí dávujeme podle váhy. V případě, že tyto preparáty selžou, nezbyvá než nasadit itraconazol. Léčba trvá 1–3 měsíce, délka je však velice individuální. Je lepší svěřit léčbu dermatologovi, který pravidelně kontroluje mikroskopický nálezn v louhovém preparátu, zpravidla po 14 dnech, načež buď předepíše další dávku, nebo léčbu ukončí (3, 4, 5). Perorální ketokonazol je u dětí kontraindikován. Celková léčba se doplňuje lokální aplikací antimykotik a vymýváním kštice antifungálním šamponem 2× týdně. Při včas nasazené správné léčbě zarůstají i hrozivě vypadající keriony ad integrum bez jizev. Chirurgické zákroky ve smyslu „ubi pus ibi evacua“, či dokonce totální excize nejsou u kerionů indikovány.

Literatura:

1. Gupta, A. K., Cooper, E. A., Ryder, J. E., Nicol, K. A., Chow, M., Chaudhry, M. M.: Optimal management of fungal infections of the skin, hair and nails. *Am J Clin Dermatol.* 2004; 5: 225–237.
2. Baran, R., Hay, R. J.: New evidence for the efficacy of combination therapy in onychomycosis. *Br J Dermatol.* 2001; 145 Suppl. 60:1.
3. Mohrenschlager, M., Schnopp, C., Fesq, H., Strom, K., Beham, A., Mempel, M., Thomsen, S., Brockow, K., Wessner, D. B., Heidelberg, A., Ruhdorfer, S., Weigl, L., Seidl, H. P., Ring, J., Abeck, D.: Optimizing the therapeutic approach in

tinea capitis of childhood with itraconazole. Br J Dermatol. 2000; 143: 1011–1015.

4. Friedlander, S. F., Aly, R., Krafchik, B., Blumer, J., Honig, P., Stewart, D., Lucky, A. W., Gupta, A. K., Bubel, D. E., Abrams, B., Gourmala, N., Wraith, L., Paul, C.; Tinea Capitis Study Group: Terbinafine in the treatment of Trichophyton tinea capitis: a randomized, double-blind, parallel-group, duration-finding study. *Pediatrics.* 2002; 109: 602–607.

5. Gupta, A. K., Cooper, E. A., Ginter, G.: Efficacy and safety of itraconazole use in children. *Dermatol Clin.* 2003; 21: 521–535.

MUDr. Magdalena Skořepová, CSc. – v současné době pracuje na kožní klinice, 1. LF UK a VFN v Praze.

- promovala v r 1980 na I FVL UK Praha
- 1983 atestace I. stupně z oboru dermatovenerologie
- 1984–1985 studijní pobyt v mykologické laboratoři Universitäts Hautklinik u. Poliklinik Erlangen, BRD (prof. Dr. Med. Helge Hauck), týdenní stáž v mykologické laboratoři Dermatologische Abteilung des Klinikums der RWTH Aachen, BRD (prof. Dr. Med. Wolf Meinhof)
- 1985 obhajoba kandidátské disertační práce „Příspěvek k epidemiologii kandidóz“
- 1987 atestace II. stupně z oboru dermatovenerologie
- 1988 kurz „Tiefe oportunistische Mykosen – Epidemiologie, Labordiagnostik u. Chemotherapie“, Institut f. Mikrobiologie u. Hygiene, Freiburg, BRD (prof. Dr. Med. Johannes Muller)
- 2002 atestace I. stupně z oboru mikrobiologie
- 2003 Qualitätssicherungs-seminar – Vorbereitung mykologische Ringversuche, Heidelberg, BRD (prof. Dr. med. H.-J. Tietz)
- 2004 lektorská licence pro obor dermatovenerologie, lektorská licence pro obor mikrobiologie, certifikát INSTAND „Differenzierung von Dermatophyten, Hefen und Schimmelpilze“

Členství v odborných organizacích:

- Od r. 1983 mykopatologická sekce České dermatovenerologické společnosti
- Od r. 1987 Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft

**mikrosporie
= infekce pouze
vlasového stvolu bez
invaze do epidermis**

prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc., MUDr. Ivo Novotný, CSc.

Interní hepatogastroenterologická klinika FN, Brno

Chronická pankreatitida

– etiologie, diagnostika a terapie

Souhrn: Chronická pankreatitida patří mezi onemocnění, jejichž včasná diagnostika je stále svízelná a o nichž lze tvrdit, že je umíme léčit, ale neumíme vyléčit. Nové poznatky o etiologických faktorech vzniku chronické pankreatitidy však znamenají nepochybný posun především v oblasti zefektivnění diagnostiky a do jisté míry i terapie. Zásadou však stále je, že v praxi musí na toto onemocnění především myslet. Přestože stále je hlavním etiologickým faktorem alkohol, nové formy, především hereditární forma a geneticky indukovaná forma nemoci, stejně tak jako forma autoimunitní, jsou nejen výzvou, ale především z pohledu racionální diagnostiky a zvláště pak terapie skutečností.

Při podezření na chronickou pankreatitidu má své nepochybné postavení břišní ultrazvukové vyšetření, mnohem přesnější je však vyšetření počítačovou tomografií a zvláště slibné výsledky přináší endosonografie. Diagnostické zobrazení vývodných cest pankreatu je umožněno neinvazivní NMR cholangio-pankreatografií, zatímco invazivní ERCP má být věnována případům, kde předpokládáme současně terapeutický výkon. V terapii exokrinní nedostatečnosti preferujeme preparát v galenické úpravě kapsle, obsahující mikročástice s enzymy, kryté acidorezistentním obalem. Klasické „kompaktní“ tablety, ale s řízeným uvolňováním enzymů, mohou být použity v terapii pankreatické bolesti. V léčbě pankreatické bolesti používáme tzv. kaskádovitý přístup od nejméně silných a nejméně návykových analgetik až k opioidům, neměli bychom však dospět k trvalé léčbě opiáty. Tam, kde tato terapie selhává, je nutno zvolit další alternativu terapie algické formy chronické pankreatitidy, kterou je léčba endoskopická. Při jejím neúspěchu je indikována léčba chirurgická, buď resekční anebo drenážní výkon.

Etiologie

Chronická pankreatitida je definována jako trvale progredující onemocnění, kdy je postupně funkční parenchym žlázy nahrazen vazivem a tato změna v terminálních stádiích nemoci vyvolává exokrinní i endokrinní pankreatickou funkční insuficienci. Proces fibrogenese lze proto právem označit jako základní patogenetický fenomén onemocnění.

Epidemiologická data poslední doby prokazují mírný vzestup nemoci v evropských zemích, i když tato srovnání jsou do jisté míry problematická, vzhledem ke zpřesnění diagnostických metod v pankreatologii obecně, a tím i možnému vyššímu diagnostickému zachytu chronické pankreatitidy. Incidence nemoci v České republice, posuzována regionem jižní Moravy, je srovnatelná např. s incidencí v Německu (region Luneberg) nebo v Maďarsku a činí 7,9 nově diagnostikovaného případu na 100 000 obyvatel za kalendářní rok (1, 2). Nejvyšší incidence byla zaznamenána paradoxně v zemích s prohibicí, jako je Dánsko a především Finsko, kde incidence je 23. Na incidenci nemoci se nepochybně podílí dietní návyky, především konzumace alkoholu, ale nepochybný význam mají i faktory genetické. V české studii byl alkohol jako faktor indukce chronické pankreatitidy prokázán až u 80 % všech mužů s chronickou pankreatitidou.

Přestože je alkohol nejčastějším vyvolávajícím faktorem chronické pankreatitidy, především v průmyslově vyspělých zemích, nejsou další etiologické faktory méně významné. Současná klasifikace etiologických forem chronické pankreatitidy, označená jako TIGAR-O,

odráží naše současné poznatky o etiologických faktorech, s chronickou pankreatitidou spojených (3).

TIGAR-O klasifikace:

- T – toxicko-metabolická forma
- I – idiopatická forma
- G – geneticky indukovaná forma
- A – autoimunitní forma
- R – rekurentní akutní pankreatitida u osob s CH. P.
- O – obstrukční forma

Kromě toxicko-nutritivní formy, kam samozřejmě patří pankreatitida alkoholická, je sem nutno zařadit pankreatitidu při chronické uremii nebo dyslipidemii, zvláště pak při významné hypertriglyceridemii.

Idiopatická forma nemoci je poměrně často zastoupena mezi všemi formami chronické pankreatitidy, a to až v 10 % případů. Dle klinických symptomů ji dělíme na formu mladistvých, s průměrným věkem, kdy je nemoc diagnostikována, 20–25 let, a na formu starších osob – průměrný věk, kdy je stanovena diagnóza, často až po 50. roce života (4). Zatímco forma mladistvých je vždy klinicky výrazně bolestivá, u formy „stařecké“ bývá prvním znakem až exokrinní pankreatická nedostatečnost a morfologicky výrazně pokročilé změny, přitom klinický průběh je buď zcela nebolestivý anebo nemocní udávají nepřiliš významný břišní dyskomfort.

Genetická forma chronické pankreatitidy je neobvykle intenzivně sledovanou oblastí. Zcela jednoznačně byla identifikována genetická aberace pro kationický trypsinogen u hereditární formy nemoci (5). Kationický trypsinogen, označený jako protease serine 1



prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.

**alkoholická chronická
pankreatitida
představuje 80%
všech forem**

**idiopatická chronická
pankreatitida**

**genetická forma
chronické
pankreatitidy**
**autoimunně
indukovaná
pankreatitis (AIP)**
**typickým nálezem
je přítomnost
protilátek - RF, protil.
proti pankreatickým
vývodům, proti
hladkým svalům**
**akutně recidivující
forma chronické
pankreatitidy**
obstruktivní forma
**zákaz alkoholu
je alfou a omegou
úspěšné léčby**
**dieta: bohatá na
bílkoviny, cukry,
omezujeme tuky,
zejména živočišné**

(PSSR1), s prokázanými mutacemi, označenými jako R122 H nebo N211, jsou nejčastěji identifikovány. Druhým významným faktorem je nález SPINK 1 genu a s ním spojených mutací, hrajících zásadní roli v možné autoaktivaci trypsinogenu na enzymaticky aktivní enzym. Obě výše uvedené genetické aberace vedou ve své podstatě k autoaktivaci trypsinogenu na aktivní trypsin, který svým účinkem vede ke vzniku ložiskových nekrotizací pankreatické tkáně s následnou fibrotizací a přestavbou žlázy (6, 7).

Ne zcela jasná je úloha a mechanismus indukce chronické pankreatitidy u osob s pozitivitou CFTR mutace, která je dobře známá jako etiologický faktor u dětí s mukoviscidózou. Mutace je častým nálezem u výše zmíněné idiopatické formy chronické pankreatitidy, avšak zřejmě se etiopatogeneticky uplatní v součinnosti s působením dalších zevních faktorů, vedoucích k vazivové přestavbě žlázy, např. častější bývá společný nález CFTR mutace a SPINK 1 mutace (7, 8).

Zvláštní a novou formou je autoimunně indukovaná chronická pankreatitida (AIP). Nemoc byla poprvé popsána v Asii a dosud největší soubory nemocných jsou publikovány právě v Asii (9, 10). Avšak již prvá zmínka o této nemoci je z r. 1966, kdy byla popsána nemocná s typickým obrazem chronické pankreatitidy a extrémně vysokou hodnotou IgG v krevním séru.

Autoimunitní forma pankreatitidy se odlišuje od ostatních forem především histologickým obrazem. Typickým nálezem je masivní infiltrace parenchymu žlázy lymfoplazmatickými buňkami, infiltrace může být v rozsahu segmentálním, fokálním nebo difúzním. Segmentální infiltrace je velice obtížně zobrazovacími metodami odlišitelná od pankreatického nádoru. Klinické symptomy u této formy nemoci nebývají výrazné, spíše se jedná o břišní dyskomfort, nebývájí přítomny výraznější ataky abdominálních bolestí. Vzácně jsou přítomny cystoidy nebo kalcifikace pankreatického parenchymu. Typickým nálezem je přítomnost protilátek -revmatoidního faktor, protilátek proti pankreatickým vývodům, proti hladkým svalům apod. Nemoc je v naprosté většině případů spojena s jinou autoimunitní nemocí – např. primární jaterní cirhózou, sklerotizující cholangitidou, autoimunní hepatitidou, sialoadenitidou nebo s nespecifickými střevními záněty.

Akutně recidivující forma chronické pankreatitidy se vyznačuje opakovanými bolestivými atakami typu akutní pankreatitidy s postupnou přestavbou žlázy. Příčinou může být například dysfunkce Oddiho svěrače. Diagnóza je dosti obtížná a řídíme se klinikou – tj. epigastrální bolesti provázené zvýšením, většinou krátkodobým, amyláz a lipázy v krevním séru. Obstruktivní forma chronické pankreatitidy je poměrně častou formou nemoci. Podstatou je porucha odtoku pankreatického sekretu pro stenozyující změny vývodných cest pankreatických. Stenóza pankreatických cest může být v oblasti Vaterovy papily a dále v celém průběhu Wirsungova vývodu. Příčinou může být benigní i maligní obstrukce Vaterovy papily, konkrémenty v pankreatickém vývodu, jizvy po prodělané akutní pankreatidě, útlak pankreatického vývodu cystoidem, nádorem apod.

Diagnostika

V diagnostice chronické pankreatitidy jsou na prvním místě metody zobrazovací.

Břišní ultrazvuk, zvláště při použití přístrojů s vysokým zobrazením, přináší cenné informace o velikosti žlázy, jejích konturách a echohomogenitě. Avšak takovéto změny nejsou pro diagnózu chronické pankreatitidy specifické. Diagnosticky mnohem větší význam má nález dilatace pankreatického vývodu (v hlavě nad 3,0 mm) a zvláště přesné je ultrazvukové vyšetření v diagnostice cystických, ale i solidních formací větších než 1,5 cm.

Neinvasivní počítačová tomografie má proti ultrazvuku lepší zobrazení prostorové, lze se vyjádřit ke vztahu pankreatu a velkých cév, poměrně dobře je zobrazitelný rozšířený pankreatický vývod i jeho obsah. Vysoká je, při použití CT přístrojů poslední generace, i zobrazitelnost ložiskových lézí velikosti již 1,0 cm. Nevýhodou je poměrně vysoká zátěž rtg zářením.

Neinvasivní metodou zobrazující pankreatický vývodný systém je magnetická rezonanční cholangio-pankreatografie. Dle autorových osobních zkušeností je však tato metoda méně citlivá při zobrazení sekundárních pankreatických větví než dobře provedená a na dobrém rentgenovém přístroji odečítaná endoskopická retrogradní cholangio-pankreatografie. Avšak současný světový trend doporučuje, aby v diagnostice možné pankreatopatie byla dána přednost NMR vyšetření, které je pro nemocné vyšetřením neinvazivním. ERCP je invazivní metodou a její místo je a pro budoucnost bude v oblasti terapeutické endoskopie pankreatiko-biliárních chorob.

Endoskopická sonografie (EUS) je neobyčejně cenná metoda v rukou zkušeného endoskopisty, umožňující se vyjádřit k pankreatické textuře, rovnoměrnosti či nepravidelnosti echo odrazů a spolehlivě pomoci této metody posuzujeme konfluens pankreatiko-biliárního vývodu v regionu Vaterovy papily. Metoda je zvláště citlivá v diagnostice ložiskových procesů žlázy a nelze opomenout ani její význam v identifikaci zvětšených peripankreatických lymfatických uzlin.

Vyšetření pankreatické exokrinní funkce v diagnostice chronické pankreatitidy ztratilo svůj význam pro velmi malou citlivost při posuzování časných stadií nemoci, ale zřejmě v budoucnu bude toto vyšetření zařazeno mezi testy hodnotící z klinického i terminologického pohledu nález chronické pankreatitidy, tj. chronická pankreatitida – s exokrinní pankreatickou nedostatečností nebo bez ní. V České republice je dostupný především test stanovení elastázy ve stolici, který má dobrou specifitu, ale jak již výše řečeno, malou senzitivitu u časných stadií nemoci.

Léčba

Pro terapii chronické pankreatitidy platí, že nemoc umíme léčit, ale neumíme vyléčit (výjimkou mohou být některé formy obstruktivní pankreatitidy a pankreatitidy autoimunní).

Konzervativní medikace spočívá v opatřeních dietetických a v léčbě medikamentózní. Zákaz alkoholu je alfou a omegou úspěšné léčby. Nespouští-li nemocný v dodržování tohoto opatření, je realizace další intenzivní léčby více než diskutabilní. Dieta má být bohatá na bílkoviny, cukry omezujeme pouze v případě přítomného diabetu. Omezujeme však tuky, živočišné zcela nahrazujeme tuky rostlinnými. Jestliže však kalorický příjem výrazně poklesl pod kalorickou potřebu nemocného, je plně indikována enterální výživa, event. sipping (přípravky enterální klinické výživy uzpůsobené k popíjení – pozn. redakce).

V případě léčby bolesti je vhodný tzv. kaskádovitý

přístup volby analgetik (11). Často je bolest ovlivněna tím, že nemocný přestane pít alkohol. Z analgetik je na prvním místě vhodný např. paracetamol, při jeho neúspěchu podáváme léky typu synaptických blokátorů přenosu bolesti, např. tramadol. Opioidy jsou následnou léčbou a, dle mého názoru, bychom neměli léčbu bolesti dovést do chronického používání silných opiátů. Analgetický efekt u části osob mají i pankreatické enzymy, zvláště léky s vysokým obsahem proteáz (12). To však platí jen pro asi 20 procent osob s chronickou pankreatitidou (nejčastěji to platí pro mladší ženy a nemocné s postižením především drobných pankreatických vývodů – sekundární vývody).

Při neúspěchu medikamentózní léčby bolesti je indikována léčba endoskopická nebo chirurgická. Endoskopická terapie je výkonem drenážním, a tudíž omezeným na ovlivnění tlakových poměrů v pankreatickém vývodu a jeho větvích (13). Chirurgická operace je výkonem drenážním nebo resekčním, kdy jsou odstraněny patologicky změněné peripankreatické nervové pleteně a tím je bolest významně ovlivněna. Z dlouhodobého pohledu se zdá, že dobře indikovaná a technicky správně provedená chirurgická léčba je efektivnější než léčba endoskopická. To nic nemění na faktu, že endoskopická léčba má léčbě chirurgické předcházet (14).

V terapii chronické pankreatitidy mají zásadní význam léky s obsahem pankreatinu – pankreatických působků amylázy, lipázy a proteázy (15).

V terapii pankreatické nedostatečnosti a v korekci pankreatické malabsorpce je efektní forma kapslí, obsahujících mikročástice s acidorezistentním obsahem. Mikročástice obsahují vlastní pankreatické enzymy, z nichž největší význam má lipáza, z čehož logicky vyplývá, že v korekci pankreatické malabsorpce podáváme léky s vysokým obsahem lipázy. Velikost mikročástic je optimální v rozmezí 1,0–1,5 mm, neboť právě tato velikost umožní, aby žaludeční chymus společně s mikročásticemi vstoupil přes pylorus do duodena, kde se z částice uvolní enzymy a probíhá v podstatě fyziologické trávení. U těžších forem nemoci je nutno podávat pankreatické enzymy ke každému jídlu v dávce 25 000–50 000 jednotek. U osob s hyperaciditou žaludeční efekt enzymů podporuje podávání blokátorů kyselé žaludeční sekrece (15, 16). Posouzení efektu léčby je možné na základě ovlivnění klinických symptomů, tj. zmenšení počtu stolic, zastavení váhového poklesu nebo vymizení některých ze symptomů, které předtím onemocnění provázely (17). Jak bylo zmíněno výše, u části osob lze pozorovat analgetický efekt pankreatických enzymů, jedná se však o klasickou tabletovou galenickou formu podávaných pankreatických enzymů s tzv. řízeným uvolňováním. Doporučeny jsou léky s vysokým obsahem proteáz. Vysvětlení tohoto efektu není zcela jednoznačně dokumentováno.

Závěr

Jak bylo uvedeno, chronickou pankreatitidu umíme léčit, ale až na výjimky neumíme vyléčit. Na toto onemocnění je vždy třeba pomyšlet u osob s jinak nevysvětlitelnými gastrointestinálními symptomy a nezapomenout na existenci některých z výše uvedených „novějších“ forem onemocnění. V diagnostice je nutno postupovat racionálně od neinvazivních zobrazovacích metod k metodám invazivním. Terapie, kromě zcela zásadních opatření dietetických, spočí-

vá v léčbě symptomů provázejících nemoc – bolesti a pankreatické maldigesce. Podezření na autoimunní formu patří v současné době gastroenterologům, neboť jak diagnostika, tak terapie mají od ostatních forem některé odlišnosti (např. terapie kortikoidy u osob s autoimunní formou). Pankreatická bolest provází asi 85 % osob s chronickou pankreatitidou a bývá velmi intenzivní. Přesto bychom neměli dovést nemocné k chronické léčbě opiáty, ale včas nabídnout léčbu endoskopickou nebo chirurgickou.

Literatura:

- 1) Dite, P., Stary, K., Novotny, I. a spol.: Incidence of chronic pancreatitis in Czech republic. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2001, 13: 749–750
- 2) Lévy, P., Barthet, M., Mollard, B. R. a spol.: Estimation of the prevalence and incidence of chronic pancreatitis and its complication. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 2006, 30: 838–844
- 3) Etemad, B., Whitcomb, D. C.: Chronic pancreatitis: diagnosis, classification, and new genetic developments. *Gastroenterology* 2001, 120, 682–707
- 4) Layer, P., Yamamoto, H., Kalthoff, L. a spol.: The different courses of early- and late-onset idiopathic and alcoholic chronic pancreatitis. *Gastroenterology* 1994, 107, 1481–1487
- 5) Whitcomb, D. C.: Hereditary pancreatitis: new insights into acute and chronic pancreatitis. *Gut* 1999, 45, 317–322
- 6) Whitcomb, D. C., Gorry, M. C., Preston, R. A. a spol.: Hereditary pancreatitis is caused by a mutation in the cationic trypsinogen gene. *Nat. Genet.* 1996, 14, 141–145
- 7) Noone, P. G., Zhou, Z., DSilverman, L. M. a spol.: Cystic fibrosis gene mutations and pancreatitis risk: relation to epithelial ion transport and trypsin inhibitor gene mutations. *Gastroenterology* 2001, 121, 1310–1319
- 8) Schneider, A., Whitcomb, D. C.: Hereditary pancreatitis: a model for inflammatory diseases of the pancreas. *Best Clin. Practice Res. Clin. Gastroenterol.* 2002, 16: 347–363
- 9) Okazaki, K., Chiba, T.: Autoimmune related pancreatitis. *Gut* 2002, 51, 1–4
- 10) Yoshida, K., Toki, F., Takeuchi, T. a spol.: Chronic pancreatitis caused by an autoimmune abnormality. Proposal of the concept of autoimmune pancreatitis. *Dig. Dis. Sci.* 1995, 40, 453–464
- 11) Muhlaupt, B., Truninger, K., Ammann, R.: Impact of etiology on the painful early stage of chronic pancreatitis. A long-term prospective study. *Z. Gastroenterol.* 2005, 43: 1293–1301
- 12) Warshaw, A. L., Banks, P. A., Fernandez-del Castillo, C.: AGA technical review. Treatment of pain in chronic pancreatitis. *Gastroenterology* 1998, 115, 765–776
- 13) Rösch, T., Daniel, S., Scholz, M. a spol.: Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: a multicenter study of 1000 patients with long-term follow-up. *Endoscopy* 2002, 34, 765–771
- 14) Dite, P., Ruzicka, M., Zboril, V., Novotny, I.: A prospective, randomized trial comparing endoscopic and surgical therapy for chronic pancreatitis. *Endoscopy* 2003, 35, 553–558
- 15) Layer, P., Go, V. L., DiMaggio, E. P.: Fate of pancreatic enzymes during small intestinal aboral transit in humans. *Am. J. Physiol.* 1986, 251, G475–G480
- 16) Bruno, M. J., Rauws, E. A., Hoek, F. J., Tytgat, G. N.: Comparative effects of adjuvant cimetidine and omeprazole during pancreatic enzyme replacement therapy. *Dig. Dis. Sci.* 1994, 39, 988–992
- 17) Dite, P.: Chronická pankreatitida. *Galén* 2003

Prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc. - promoval v roce 1966 na LF UK v Hradci Králové. V roce 1969 atestoval z vnitřního lékařství, v roce 1978 z gastroenterologie. V roce 1986 byl jmenován docentem vnitřního lékařství. 1990 – 2007 přednostou III. interní gastroenterologické kliniky FN MU v Brně, proděkan lékařské fakulty MU v Brně pro vědu a výzkum, člen komise GAČR, člen výboru České gastroenterologické společnosti, předseda České sekce digestivní endoskopie, člen výboru České internistické společnosti. Od roku 1998 člen Advisory Board International Gastro-Surgical Club, člen komise pro postgraduální studium v gastroenterologii při ASNEMGE, člen EUMS-Bruselkomise pro postgraduální studium. Člen redakční rady časopisu *Hepatogastroenterology*, Česká a Slovenská gastroenterologie, *Miniinvazivní terapie*, *Novinky v gastroenterologii*, *Gastroenterologia Polska*. V roce 1995 vyznamenán Cenou IGSC - za rozvoj gastroenterologie ve světě. Čestná členství: *Polská internistická společnost*, *Slovenská gastroenterologická společnost*, *Česká společnost pro využití laseru v medicíně*, *Polská gastroenterol. společnost*. Publikoval jako první autor a spoluautor 370 sdělení a přednesl více jak 450 přednášek.

asi 85 % osob s chronickou pankreatitidou trpí bolestí

analgetikum první volby je paracetamol

pozor na chronické užívání opiátů

analgetický efekt mohou mít i pankreatické enzymy

MUDr. Pavel Smilek, Ph. D.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, FN u sv. Anny, Brno

Diagnostika a léčba rýmy

Souhrn: Rýma patří k běžným onemocněním, a přesto může vést k závažným komplikacím a má rovněž významný vliv na ekonomiku společnosti. Článek pojednává o patogenezi rýmy, symptomatologii, diagnostice a možnostech léčby.



MUDr. Pavel Smilek, Ph. D.

**přesné údaje
o epidemiologii rýmy
chybí díky časté
samoléčbě**

Rýma je onemocnění, které bývá často provázeno terapeutickým nihilismem; jak praví lidové rčení, léčená rýma trvá týden, neléčená 7 dní – a snad proto bývá léčba rýmy často podceňována. Podle mezinárodního konsenzu ohledně diagnózy a léčby rýmy (1,2) je jako rýma označován zánět nosní sliznice, který je charakterizován alespoň dvěma z uvedených příznaků: výtok z nosu, obstrukce nosu a kýchání nebo svědění nosu. Příznaky musí trvat nejméně jednu hodinu denně po dobu nejméně dvou týdnů. Podle délky trvání rozlišujeme akutní průběh do 12 týdnů délky a chronický průběh při délce trvání více než 12 týdnů. Podle závažnosti příznaků rozlišujeme rýmu lehkou, středně těžkou a těžkou. Rýma se často šíří i na sliznici vedlejších dutin nosních (tzv. rhinosinuitis), sliznici nosohltanu, sliznici Eustachovy trubice a do dolních dýchacích cest. Rýma většinou neohrožuje život, a přesto má výrazný vliv na kvalitu života, má závažné ekonomické dopady na společnost a může mít za následek závažné komplikace. Rýma zhoršuje pocit životní pohody (zhoršená schopnost soustředění, zhoršené dýchání nosem, výtok z nosu, bolest hlavy, zhoršený spánek aj.), ke ztrátě výdělků dochází pro sníženou produktivitu práce, pracovní neschopnost a většina léčiv k léčbě rýmy není hrazena

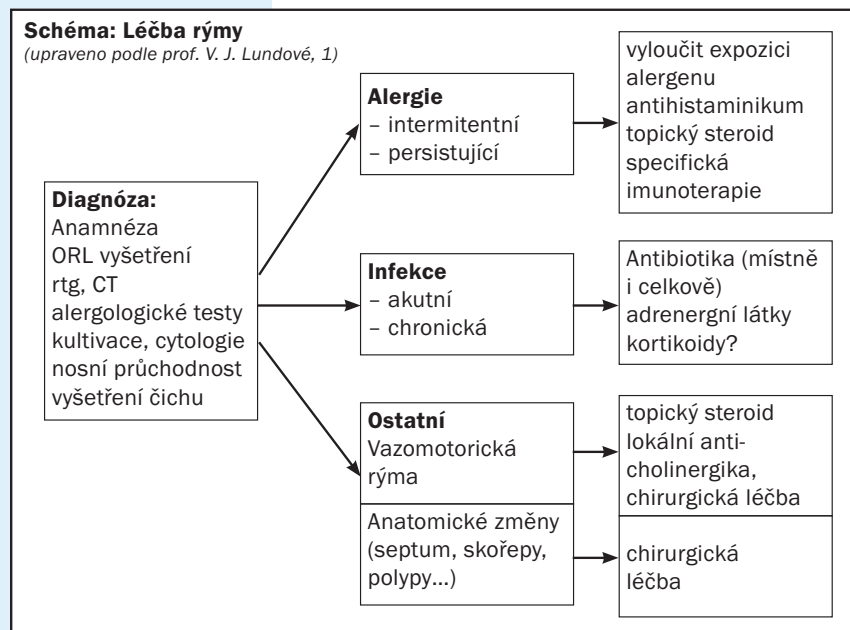
zdravotními pojišťovnami. Ne zcela zanedbatelné jsou rovněž možné komplikace rýmy – sinusitidy, otitidy, sinobronchiální syndrom aj. Přesné údaje o epidemiologii rýmy chybí, protože diagnóza vychází z měnlivé symptomatologie a nemocní se často léčí sami. Podle některých odhadů (3) trpí onemocněním nosní sliznice 40 milionů Američanů ročně a to je důvodem k 33 milionům návštěv ambulance lékaře během 1 roku. Na léčbu jsou vynaloženy velké prostředky, v ČR bude situace nepochoybně obdobná.

Anatomicko-fyziologické poznámky

Nos je dokonale přizpůsoben ke svým funkcím – dýchání, úpravě vdechovaného vzduchu, obranné funkci, čichu, fonaci a k úloze ve fyziologii člověka. Vnitřní prostory nosu jsou aerodynamicky uspořádány, zvláštností nosní sliznice je kapilární řečiště a kavernózní síť, lokalizované hlavně na dolních skořepkách nosních a na přední dolní části septa. Změny objemu protékající krve podstatně mění průtok vzduchu nosem, kavernózní síť slouží k výdeji tepla a sekreci v rámci klimatické úpravy vdechovaného vzduchu. Nosní sliznice hraje významnou úlohu jak v nespecifické obraně (odsun, zředování, odplavení), tak ve specifické imunitní reakci (celulární i humorální). Víceřadý cylindrický epitel vystylající nosní dutinu je značně rezistentní vůči bakteriální infekci, ale snadněji podléhá virové infekci. Na povrchu sliznice se nachází dvojvrstevný sekreční film, vnitřní serózní, ve kterém kmitají řasinky, a povrchní mucinózní, na kterém se zachycuje prach (obr. 1). S dutinou nosní jsou spojeny vedlejší dutiny nosní tenkými ústími vystlanými sliznicí, která se při zduření sliznice mohou snadno uzavřít a vést k rozvoji sinusitidy. Funkce nosní sliznice je složitě řízena souhrou inervace sympatické, parasympatické a senzorické. Typické příznaky rýmy vznikají jako důsledek zvýšené intenzity obranných reakcí a porušením či abnormální stimulací nervové regulace (3). K vazodilataci cév nosní sliznice vedou faktory nervové (podráždění parasympaticku), farmakologické (sympatolytika, beta-mimetika, kyselina nikotinová aj.), humorální (histamin, kinin, serotonin, P-substance aj.), hormonální (estrogeny, hormony štítné žlázy) a fyzikální (studený vzduch). K vazokonstrikci cév nosní sliznice vedou rovněž faktory nervové (podráždění sym-

Schéma: Léčba rýmy

(upraveno podle prof. V. J. Lundové, 1)





patiku, sympatomimetika), farmakologické (např. angiotensin), humorální (prostaglandin E, alkalóza) a fyzikální (teplý vzduch). Při vzniku infekčních rinitid se uplatňuje řada virových agens a je často doprovázena sekundární bakteriální infekcí s postižením paranazálních dutin. Zhoršená nosní průchodnost a zvýšená náchylnost ke vzniku recidivujících a chronických rinitid mohou být zapříčiněny také patologickými anatomickými změnami: vybočení nosní přepážky a hrana na septu, bulózní střední skořepa, choanální atrezie apod. (obr. 2, 3, 4). Při vzniku chronických rinitid se dále uplatňuje chronická infekce v dýchacích cestách (adenoidní vegetace, sinusitidy), hormonální nerovnováha, medikamentózní léčba, mukociliární dyskinézy, imunodeficity, mukoviscidóza apod. (4).

Jednotlivé druhy rýmy a jejich příznaky

Rinitidy (rinosinusitidy) rozdělujeme na infekční, alergické a ostatní. **Akutní infekční rinitida** (obr. 5) má virovou etiologii. Akutní katarální rinitida začíná typicky počátečním „suchým“ stadiem, při němž bývá zvýšená únava, pocit chladu či horka, bolest hlavy, pocit sucha v nose a svědění. Během několika hodin se objevuje **katarální stadium** s vodnatou sekrecí, obturací nosu, slzením, hyposmií a uzavřenou hnučností. Na toto stadium navazuje za několik dní **stadium hlenovité sekrece**, při němž místní i celkové obtíže pozvolna ustupují. Jestliže na virovou infekci nasedá bakteriální superinfekce, mění se nosní sekret na hnisavý nebo hlenohnisavý a onemocnění běžně trvající asi 7 dní se prodlužuje. Typickým příznakem **chronické infekční rinosinusitidy** je překrvení nosní sliznice, převážně hlenohnisavý výtok z nosu, bolest a tlak v obličeji a poruchy čichu. **Intermitentní alergická rinitida** je charakterizována vodnatou sekrecí, kýcháním a svěděním nosu, často i konjunktivitou, objevuje se především v době pylové sezony. **Perzistující alergická rinitida** (obr. 6) je provázena poruchou nosní průchodnosti většinou intermitentně nebo trvale celoročně, jako alergen se uplatňují domácí roztoči, domácí prach a plísň. Obturace nosu, svědění

v nose, kýchání a vodnatá rinorea při alergické rinitidě vznikají jako důsledek IgE-dependentní aktivace žírných buněk nosní sliznice. Do skupiny ostatní patří především vazomotorická rýma představující asi 50 % všech chronických rinitid. **Vazomotorická rýma** má nejméně 15 příčin (tab. 1) (5) a je onemocněním nosní sliznice, které nemá strukturální podklad, není infekční, autoimunní ani alergické v tradičním slova smyslu, má stejné příznaky jako perzistující alergická rýma a na jejím vzniku se podílí faktory neimunitního charakteru. Její příčinou je porucha sympaticko-parasympatické rovnováhy; symptomy jsou projevem neurovaskulární reakce na nejrůznější podněty (mechanické, chemické, stres, psychickou zátěž aj.): pocit ucpaného nosu, vodnatá sekrece z nosu, svědění v nose, porucha čichu, bolesti hlavy a pocit sucha v nose.

Diagnostika

Při podrobné anamnéze by mělo být zjištěno, zda je přítomna nosní neprůchodnost, nosní sekrece, kýchání, svědění v nose, pocit suchosti v nose, oční symptomy, zda je výskyt denní, občasný, sezonní, celoroční, dále jaká je kvalita a kvantita nosního sekretu. Lékař by měl pátrat i v rodinné anamnéze a faktorech životního prostředí. V nejasných případech chronických rinitid je indikováno ORL vyšetření, při němž je provedena rovněž endoskopie nosu a nosohltanu, vyšetření pomocí zobrazovacích metod (prostý semiaxiální snímek vedlejších dutin nosních, event. CT), dále vyšetření mukociliární funkce, nosní průchodnosti a vyšetření čichu, event. vyšetření mikrobiologické a cytologické. Cílem **alergologického vyšetření** je vyhledání a ověření kauzálního antigenu,

Tabulka 1: Možné příčiny vazomotorické rýmy

1. Rinitida vyvolaná léky
 - a) Antihypertensiva
 - b) Nadužívání nosních kapek/sprejů
 - c) Kokain
 - d) Hormony
2. Těhotenství a „premenstruální rinitida“
3. Hypothyroidismus
4. Emocionální důvody
5. Vyvolaná změnami teplot
6. Rinitida z podráždění a vlivů zevního prostředí
7. Rinitida z chuťových podnětů
8. Konečná fáze vaskulární atonie u chronické alergické nebo zánětlivé rinitidy
9. Rinitida z polohy
10. Paradoxní nosní obstrukce a nosní cyklus
11. Rinitida neventilovaného nosu (laryngektomie, choanální atrezie, adenoidní hyperplázie)
12. Kompenzatorní hypertrofická rhinitis
13. Eosinophilic and basophilic nonallergic rinitida
14. Ostatní systémové příčiny: syndrom vena cava sup., Hornerův syndrom, cirrhosis, uremia
15. Idiopathická rinitida

akutní infekční rinitis

chronická infekční rinosinusitis

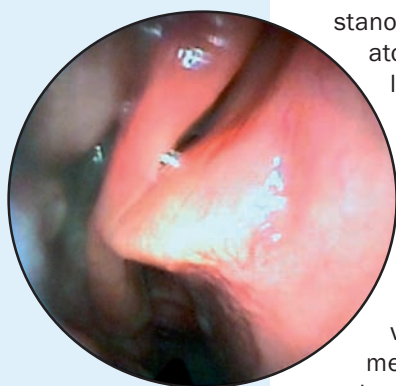
intermitentní alergická rinitis

perzistující alergická rinitis

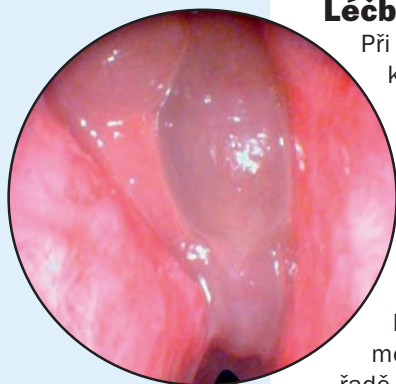
vazomotorická rýma

Tabulka 2: Srovnání lokálně působících dekongescenčních látek

Léčivá látka	Nástup účinku (min.)	Trvání účinku (h)	Nežádoucí účinky
Efedrin	10	3–4	+++
Fenylefrin	15	1–2	+++
Nafazolin	15	2–6	++
Xylometazolin	20	10–11	++
Oxymetazolin	20	10–12	++
Tramazolin	5	11–12	+



Obr. 2: Hrana na septu vpravo dotýkající se střední skořepy nosní



Obr. 3: Nosní polyp v endoskopickém pohledu

stanovení celkové reaktivity pacienta, průkaz atopie a vyhledávání dalších projevů přecitlivělosti. V rámci diferenciální diagnózy je třeba vyloučit také nádorová onemocnění nosu a vedlejších dutin nosních. Nádor může dlouhou dobu imitovat příznaky chronické rinosinuitidy, může být skryt za chronickými zánětlivými změnami. Upozorňuje na sebe především jednostranností příznaků a přítomností krve v nosním sekretu. Dále je třeba vyloučit mechanické příčiny obstrukce nosu: nosní polypy, anatomické změny, cizí tělesa, adenoidní vegetaci a granulomy.

Léčba

Při léčbě **akutní infekční rýmy** ordinujeme klid na lůžku, salicyláty, adrenergní dekonjestiva a dostatek tekutin. Při bakteriální superinfekci a při vzniku komplikací (sinusitida, otitida, sinobronchiální syndrom) léčíme antibiotikem dle citlivosti, při retenci hnisu ve vedlejší dutině nosní provádíme punkci. Lokálně můžeme aplikovat antibiotické kapky (framycoin). Při necílené antibiotické léčbě podáváme v první řadě aminopeniciliny, ve druhé řadě chráněné aminopeniciliny a cefalosporiny nebo makrolidy. Důležitou součástí léčby jsou léky působící dekongesti nosní sliznice (viz níže). Při lehkém onemocnění intermitentní alergickou rýmou indikujeme perorální nebo lokální antihistaminika (cetirizin, levocetirizin, loratadin, kromony), na oční příznaky lokální antihistaminika. Při léčbě **chronické rýmy** používáme farmakologickou léčbu, v indikovaných případech léčbu chirurgickou, vhodná jsou i režimová opatření a lokální fyzikální léčba, ve zjednodušené formě je přehled léčebného postupu shrnut ve schématu na obr. 3. Nemocný s chronickou (vazomotorickou) rinitidou by se měl vyhnout dráždivým látkám, silným pachům a cigaretovému kouři. Mikroklima

v místnosti, kde nemocný pobývá většinu času, by mělo mít vlhkost kolem 50 %. Výplach *roztokem solí natria* (Vincentka, „mořská voda ve spreji“ aj.) zkapalňuje vazký sekret, odstraňuje krusty, osvěžuje nosní sliznici a zlepšuje mukociliární transport. Při farmakologické léčbě chronické rinitidy se uplatňují tyto léky: adrenergní látky, antihistaminika, anticholinergní látky, kromony a topické steroidy.

Adrenergní látky (efedrin, pseudoefedrin, fenylefrin, xylometazolin, oxymetazolin, tramazolin, nafazolin aj.) stimulují α_1 receptory cév v nosní sliznici a působí dekongesti nosní sliznice. Tyto látky nejen potlačují příznaky, ale také přetínají patogenetický kruh vzniku sinusitidy – snižují riziko vzniku kompli-

kací z nefunkčních (uzavřených) ústí vedlejších dutin nosních. Nežádoucím účinkem je rebound fenomén projevující se kongescí nosní sliznice a vznikem *rhinitis medicamentosa*. Při dlouhodobém užívání těchto přípravků dochází k „únavě“ alfa-adrenergního vazokonstrikčního mechanismu s následnými ireverzibilními změnami. Proto by neměla být dekonjestiva podávána déle než 5–7 dní, při potřebě dlouhodobějšího podání by měla být léčba přerušena vždy nejméně na 10 dní (5). Adrenergních látek, které se používají k nosní dekongesti, je celá řada, jejich srovnání (5) je uvedeno v tab. 2.

Antagonisté H_1 receptorů (**antihistaminika**), snižují výtok z nosu, svědění, kýchání a do určité míry i snižují nosní obturaci. **Kortikosteroidy** působí vazokonstrikci, snižují intenzitu zánětu (a tím i edém), snižují kapilární permeabilitu a zánětlivou celulizaci v nosní sliznici. Systémové účinky jsou u topických kortikosteroidů minimální, ale jako lokální nežádoucí účinek se může projevit krvácení z nosu a pocit suchosti v nose. Celkově podané kortikosteroidy jsou indikovány pouze u těžkých rinitid nereagujících na ostatní léčbu. Jako pomocný lék u alergické rýmy lze použít **kromony** (kromoglykát dvojsodný), které mají menší účinek, ale i méně nežádoucích účinků než kortikosteroidy.

Při léčbě chronické rinitidy, na jejímž vzniku se podílejí mechanické příčiny, je indikována **léčba chirurgická** (6). K mechanickým příčinám chronické rýmy patří: vybočená nosní přepážka, pneumatizovaná střední skořepa nosní (tzv. concha bullosa) a hypertrofie sliznice nosních skořep nereagující na konzervativní léčbu. Nejvhodnějším léčebným postupem je funkční endonazální chirurgie umožňující selektivní korekci jednotlivých anatomických struktur. Při alergické rýmě se zjištěnými alergeny je možné uplatnit specifickou imunoterapii (hyposenzibilizaci) spočívající v aplikaci stoupajících dávek alergenových antigenů, tuto léčbu řídí alergolog. Léčba alergické rýmy je důležitá, poněvadž horní a dolní cesty dýchací tvoří jeden celek a zanedbání její léčby může vést ke zvětšení rizika vzniku bronchiálního astmatu nebo jeho zhoršení, je-li již astma vyvinuto.

Při vazomotorické rýmě se doporučuje (6) spát na lůžku s hlavou předkloněnou v úhlu 30 stupňů (horní část lůžka zvednuta), spát a pracovat v prostředí s chladnějším vlhkým vzduchem (ale ne ve studeném prostředí, tělo udržovat v teple, zvláště končetiny a hlavu), pravidelně cvičit (nastavení vazomotorického tonu) a vyhnout se známým dráždivým látkám, zvláště tabákovému kouři. Léčbu doplňují dle tíže příznaků perorální antihistaminika a kortikoidy lokální a systémové, dekonjestiva, anticholinergika (Atrovent, Ipratropium bromid) a kombinované preparáty (dekonjestiva, antihistaminika, anticholinergika a/nebo protizánětlivé léky), zvl. u stavů s kombinovanou etiologií. Nedochozí-li po konzervativní léčbě ke zlepšení, připadá v úvahu léčba chirurgická, jejímž cílem je zprůchodnění nosu. Je-li ovšem proveden



Obr. 4: Atypicky pneumatizovaná střední skořepa nosní – tzv. concha bullosa, schéma chirurgické léčby

příliš radikální zásah, dochází k poruše ostatních funkcí nosu. Redukci hypertrofické nosní sliznice lze provést pomocí parciální resekce klasickými nástroji nebo laserem, rovněž bývá užívána elektrokoagulace nebo kryoterapie. Volba použitého prostředku závisí na zkušenostech a vybavení pracoviště. Chirurgická léčba je ve většině případů doplněna opět léčbou medikamentózní.

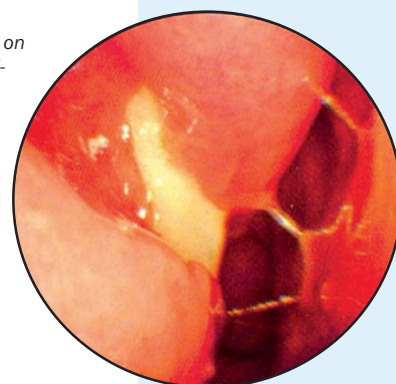
Shrnutí pro praxi

- Onemocnění rýmou by nemělo být podceňováno vzhledem k možným komplikacím a následkům.
- Diagnostické úsilí by mělo směřovat k vyloučení mechanické příčiny obstrukce, vč. nádorových onemocnění, a k rozlišení mezi alergickou rýmou a ostatními příčinami.
- V případě vyloučení mechanických příčin u akutní rýmy má smysl léčba dekongestivy, jež vede k úlevě od obtíží a k prevenci komplikací, dekongestiva by neměla být podávána déle než 5–7 dní.
- U alergické rýmy je nutno identifikovat a pokusit se eliminovat alergen a dále dle typu a závažnosti léčba antihistaminiky, dekongestivy, kortikoidy, event. specifická imunoterapie.
- Mechanické příčiny nosní obstrukce je nutné léčit chirurgicky.
- Při léčbě rinitidy je vhodná spolupráce praktického lékaře, otorinolaryngologa a alergologa.

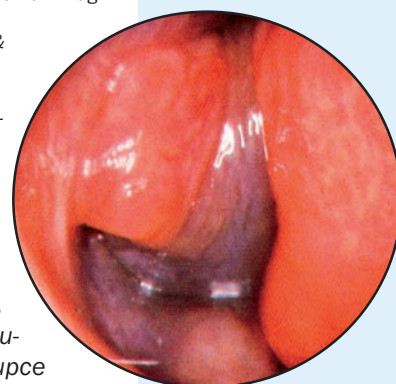
Literatura:

1. Lund, V. J. et al.: International Consensus Report on the diagnosis and management of rhinitis. International Rhinitis Management Working Group. Zpráva o mezinárodním konsensu k diagnóze a léčbě rinitidy. *Allergy, Supplement No 19, Vol 49, 1994, 34 s.*
2. Chrobok, V.: Současná klasifikace rinitid. In: Betka, J., Chrobok, V., Seberová, E., Rambousek, P.: Léčba rinitidy a ORL infekcí. ORL fórum. Seminář GlaxoWellcome: 1–2.
3. Kopke, R. D., Jackson, R. L.: Rhinitis. In: Bailey, B. J. et al. *Head & Neck Surgery-Otolaryngology*. J. B. Lippincott Company Philadelphia 1993: 269–289.
4. Hybášek, I.: Ušní, nosní a krční lékařství. Galén Praha 1999: ISBN 80-7262-017-7, 220 s.
5. Passali, D., Salerni, L., Passali, G. C., Passali, F. M., Bellusi, L.: Nasal decongestants in the treatment of chronic nasal obstruction: efficacy and safety of use. *Expert Opinion on Drug Safety*, 2006, 5–6, p. 783–790.
6. Cummings, CH. W. et al. *Otolaryngology – Head & Neck Surgery*, Mosby

MUDr. Pavel Smilek, Ph. D. – promoval v roce 1979 na Lékařské fakultě Univerzity J.E. Purkyně v Brně. Začal pracovat na ORL oddělení ve Vyškově, kde se stal v roce 1991 primářem. První specializační atestaci složil v roce 1983, druhou v roce 1988. Od roku 1993 pracuje dosud jako odborný asistent a zástupce přednosty pro vědu a výzkum na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Masarykovy univerzity v Brně.



Obr. 5: Rinoskopický nálezní při akutní hnisavé rýmě



Obr. 6: Lividně prosáklá a zduřelá sliznice v pravém nosním průduchu

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

s eukalyptolem
a mentolem



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. **Dávkování a způsob podání:** Stejně pro děti od 6 let a dospělé. Podle potřeby vstříkat 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, (rinitis 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 glaukomelem s úzkým úhlem, s hypertrofií prostaty a získanou nebo vrozenou porýnií. 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, závrat, 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 (vyrážka, 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 seznamte s úplnou informací o přípravku.** Boehringer Ingelheim, spol. s r.o. • Paladikum, Na Poříčí 3a/1079, 110 00 Praha 1 – Nové Město • tel.: +420 234 655 111

005-2007-MUP

MUDr. Stanislava Potrepčáková, prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.

Klinika nemocí plicních a tuberkulózy FN MU Brno, pracoviště Bohunice

Tuberkulóza

Souhrn: Tuberkulóza je celosvětově rozšířené infekční onemocnění, které je řazené mezi specifické zánětlivé procesy. Původce tuberkulózy je *Mycobacterium tuberculosis*. Anamnéza, klinický obraz i fyzikální nález u nemocných s tuberkulózou úzce souvisí s formou onemocnění, která u daného nemocného dominuje. Podle současně platné klasifikace rozlišujeme pět základních forem tuberkulózy. Pro stanovení diagnózy tuberkulózy má význam: anamnéza a epidemiologické údaje, rentgenové vyšetření plic, tuberkulinová zkouška, bakteriologický průkaz, pomocné vyšetřovací metody a laboratorní vyšetřovací metody. Léčba tuberkulózy patří plně do rukou specialistů oboru TRN. Hlavní zásadou léčby všech forem tuberkulózy je plně kontrolovaná aplikace standardizovaných léčebných režimů, to znamená kombinaci antimykobakteriálních léků (antituberkulotik = AT) po předepsanou dobu. V současné době by nikdo nemusel na tuberkulózu zemřít, pokud je na tuto diagnózu včas myšleno a je včas zahájena léčba.



MUDr. Stanislava
Potrepčáková



prof. MUDr. Jana
Skříčková, CSc.

**tuberkulóza je celkové
infekční onemocnění**

**jedna třetina lidstva
je infikována**

**1882 objevil původce
Robert Koch**

**phthisis = hubnutí
a vysychání organismu**

Definice, historie a etiopatogeneze tuberkulózy

Tuberkulóza (TBC) je infekční onemocnění vyvolané některým kmenem ze skupiny *Mycobacterium* (M.) *tuberculosis* komplex. Do této skupiny patří M. *tuberculosis*, M. *africanum*, M. *microti*, bacil Calmette-Guérinův (BCG). V České republice je v současnosti původcem onemocnění prakticky výhradně M. *tuberculosis*.

Zdrojem nákazy TBC je v dnešní době v naprosté většině případů nemocný člověk vylučující patogenní mykobakteria. Branou vstupu infekce je dýchací ústrojí, vzácně trávicí ústrojí nebo kůže.

Tuberkulóza je celkové **infekční onemocnění**, které je řazené mezi specifické zánětlivé procesy. Název tuberkulóza je odvozen od latinského slova tuberculum = uzlíček, který je charakteristickým patologicko-anatomickým projevem tohoto zánětu (Wirchow). Hippokrates nazval TBC původně phthisis, což znamená hubnutí a vysychání organismu; název vystihoval příznak úbytku tělesné hmotnosti. Do češtiny se phthisis překládala jako suchotiny. Od původního řeckého názvu je odvozen i název lékařského oboru zabývajícího se tuberkulózou – ftizeologie (1).

Známky tuberkulózního onemocnění byly prokázány již na archeologických nálezích z nejstarších dob a onemocnění TBC bylo až do poloviny 20. století jednou z nejrozšířenějších celosvětových epidemií. Základním přínosem pro poznání TBC, a tím i pro boj proti ní byl objev původce onemocnění. Dne 24. 3. 1882 přednesl v Berlíně Robert Koch své sdělení „O tuberkulóze“, ve kterém dokumentoval nálezy etiologického agens TBC (1). Na počest tohoto objevu je 24. březen každoročně Světovou zdravotnickou organizací vyhlášen „Světovým dnem TBC“.

Současná epidemiologie tuberkulózy

Tuberkulóza je celosvětově rozšířené specifické infekční onemocnění. I přes úspěchy v léčbě, které byly dosaženy, považuje Světová zdravotnická organizace tuberkulózu za závažný celosvětový problém. Jedna třetina lidstva je touto nemocí infikována a každoročně onemocní na celém světě 8 milionů nových pacientů. Z tohoto počtu 2 až 3 miliony osob zemrou, přičemž 95 % jich je z rozvojových zemí. Tuberkulóza usmrtí každoročně 250 000 dětí. Největší výskyt tuberkulózy je v subsaharské Africe, která hlásí více než 100 případů na 100 tisíc obyvatel za rok, dále v jihovýchodní Asii, Mongolsku, Kazachstánu, Číně a Indii (2).

Incidence tuberkulózy v České republice má od roku 1989 klesající tendenci. V roce 2006 bylo v České republice hlášeno 973 nových případů (a recidiv) TBC všech forem a lokalizací, což představuje 9,5 hlášeného případu TBC na 100 000 obyvatel a pokles počtu případů o více než 3 % ve srovnání s předešlým rokem. V roce 2006, poprvé od začátku notifikace TBC, poklesl absolutní počet hlášených případů TBC pod 1000. To potvrzuje oprávněnost zařazení České republiky mezi skupinu evropských zemí označovaných za země s nízkou náloží TBC (3). Incidence tuberkulózy je vyšší u starších nemocných a v rizikových skupinách. Riziková skupina je definována incidencí onemocnění více než 30/100 000. Pro každou zemi je definice rizikových skupin jiná. Mezi rizikové skupiny v ČR patří vězni, bezdomovci, drogově závislé osoby a alkoholici. Mortalita na TBC je velmi nízká – 0,5/100 000 obyvatel. Dlouhodobě zůstává zachován poměr 85 % TBC onemocnění dýchacího ústrojí a 15 % mimoplicních lokalizací. V ČR je zatím epidemiologická situace TBC příznivá a pod kontrolou (3).

Incidence tuberkulózy na Slovensku je vyšší než v České republice, ale má rovněž klesající trend. V roce 2006 bylo na Slovensku hlášeno 732 případů TBC, což představuje 13,6 hlášených TBC na 100 000 obyvatel (4).

Formy a klinické projevy tuberkulózy

Podle vývoje morfologických a imunologických změn i podle klinického průběhu je možné TBC onemocnění rozdělit na primární a postprimární.

Primární tuberkulóza je projevem prvního setkání s tuberkulózním mykobakteriem u jedince, který doposud nemá vytvořeny antimykobakteriální protilátky. Nejčastěji je to klinicky němá forma, která se u neočkované populace projeví konverzí tuberkulinové (MX II) reakce, u mladších dospělých jedinců se může projevit jako juxta-primární pleuritida. Příkladem primární tuberkulózní reakce v plicním parenchymu je tzv. **primární tuberkulózní komplex** – tj. po inhalaci mykobakteria vzniká primární plicní infekt, lymfangoitida a lymfadenitida. Primární komplex se hojí fibrotizací, později může dojít ke kalcifikaci, tyto kalcifikované léze na rtg mohou být jedinou známkou proběhlého onemocnění. Primární tuberkulóza se většinou spontánně vyhojí, jen výjimečně dochází ke generalizaci nebo přímému vývoji do postprimárních forem. Zhojením primární TBC jedinec získá schopnost specifické obrany vůči TBC infekci a tento vyvážený imunobiologický stav může přetrvávat po celý život. Primární tuberkulózu u nás vzhledem k povinnému očkování proti TBC prakticky nevidíme.

Postprimární tuberkulóza se může vyvinout při oslabení imunitního stavu organismu, například při podvýživě, alkoholismu, zneužívání drog, diabetu, nebo při chorobách léčených kortikoidy nebo imunosupresivy. Příčinou vzniku postprimárního TBC onemocnění může být buď exogenní superinfekce nebo (vzácně) endogenní exacerbace. Postprimární tuberkulóza plic může nabývat rozmanitých forem, její klinický obraz může být nespecifický.

Základní formy tuberkulózy

Anamnéza, klinický obraz i fyzikální nález u nemocných s tuberkulózou úzce souvisí s formou onemocnění, která u daného nemocného dominuje. Podle současně platné klasifikace rozlišujeme pět základních forem tuberkulózy:

1. Tuberkulóza dýchacího ústrojí bakteriologicky a histologicky ověřená (patří sem i tuberkulóza plic, nitrohručních uzlin, dýchacích cest a pohrudnice).
2. Tuberkulóza dýchacího ústrojí bakteriologicky a histologicky neověřená.
3. Tuberkulóza nervové soustavy.

4. Tuberkulóza jiných orgánů (kostí, kůže, močové a pohlavní soustavy, střev, oka, ucha...).

5. Miliární tuberkulóza (5).

Anamnéza a klinický obraz nemocných s tuberkulózou jsou typicky modifikovány pomalým, chronickým průběhem mykobakteriální infekce, což je podmíněno především rychlostí množení mykobakterií, která je ve srovnání s jinými patogeny způsobujícími infekce dýchacího ústrojí mnohem pomalejší. I u nemocných s velmi rozsáhlými a velmi závažnými formami nedosahuje klinický obraz obvykle ani zdaleka té naléhavosti, jakou by měl při stejně rozsáhlé infekci netuberkulózní etiologie. Poměrně typické bývá jen pozvolné (spíše týdny než dny) narůstání potíží a zhoršování stavu. Rychlý průběh mívá jen akutní miliární tuberkulóza a akutní zánětlivé postižení plic, dříve označované jako tuberkulózní pneumonie.

Akutní miliární tuberkulóza vzniká akutním hematogenním rozsevem mykobakterií z primárního zánětlivého ložiska. V závislosti na intenzitě bakteriémie může anamnéza kolísat od protražovaného pocitu virového onemocnění až po náhle vzniklý septický stav. Při postižení především plicního parenchymu se kromě septických projevů může vyvíjet i respirační insuficience. Z extrapulmonálních lokalizací má nejzávažnější příznaky postižení mozkomíšních pln – bazilární meningitida.

Anamnéza i klinický obraz tuberkulózní pneumonie bývají velmi podobné příznakům zánětu plic netuberkulózního původu.

Tuberkulóza dýchacího ústrojí zahrnuje postižení dýchacích cest, plicního parenchymu, pleury a nitrohručních lymfatických uzlin. Mezi symptomy signalizující postižení respiračního traktu patří:

- kašel: často suchý nebo produktivní,
- bolesti na hrudi: při podráždění pleury nebo únavou interkostálních svalů,
- dušnost: při rozsáhlém postižení plicního parenchymu nebo obstrukci centrálních dýchacích cest,
- hemoptýza: při poškození cévní stěny postupující nekrózou nebo v terénu fibrózních post-tuberkulózních změn, kde především arteriální řečiště bývá zmnožené, dilatované a fragilní,
- horečka – tzv. febris inversa – teploty jsou ráno vyšší a večer nižší,
- silné pocení, především v noci.

Tuberkulózní pleuritida vzniká při přestupu zánětlivého procesu na pleuru. Pleurální výpotek bývá čirý s převažující lymfocytární buněčnou populací.

Dominantním příznakem tuberkulózní pleuritidy bývá dušnost, intermitentní subfebrilie; nedojde-li k vytvoření empyému, výraznější příznaky zánětu u dospělých nemocných často chybí.

**klinický obraz
je typicky
modifikován pomalým,
chronickým průběhem
mykobakteriální
infekce a nedosahuje
naléhavosti, jakou by
měla stejně rozsáhlá
netuberkulózní infekce**

**jen pozvolné narůstání
potíží a zhoršování stavu**

**rychlý průběh jen
u akutní miliární tbc
a tuberkulózní
pneumonie**

hlavní symptomy tbc:
subfebrilie až febrilie
kašel
noční poty
hubnutí (phthisis)

primární tuberkulóza
má často drobné
infiltrace v periférii
plicního parenchymu

postprimární
tuberkulóza
nejčastěji
postihuje horní
partie plicního
parenchymu

Tuberkulóza nitrohrudních uzlin probíhá z hlediska respiračních projevů asymptomaticky, nedojde-li ke komplikacím způsobeným obstrukcí velkých bronchů.

Závažnými komplikacemi tuberkulózy plic jsou empyém, pneumotorax nebo pyopneumotorax.

Mimoplicní formy tuberkulózy se vyskytují méně často než tuberkulóza dýchacího ústrojí. Většina forem mimoplicní tuberkulózy vzniká hematogenním rozsevem mykobakterií z původního infekčního ložiska v plicích.

Tuberkulóza nervové soustavy je závažnou, život ohrožující komplikací, která může postihnout všechny struktury CNS, predilekční je ale lokalizace na mozkových plenách.

Může probíhat ve dvou základních formách, jejichž klinický obraz se liší:

1. tuberkulózní meningitida – febrilie, bolesti hlavy, nauzea, apatie, zvracení, příznaky zvýšeného intrakraniálního tlaku;
2. meningeální nebo mozkový tuberkulom – je zřídka formou. Jeho klinické projevy závisí na lokalizaci – bolesti hlavy, obrny, alterace osobnosti.

Tuberkulóza kostí a kloubů je stále jednou z nejčastějších lokalizací mimoplicní tuberkulózy. Základním pochodem je kombinace osteomyelitidy a artritidy. Nejčastěji bývá postižena páteř, koleno a kyčel, proces bývá obvykle monoartikulární. **Tuberkulóza močové a pohlavní soustavy** se může objevit po dlouhém období latence od manifestace plicní tuberkulózy. Onemocnění začíná obvykle v oblasti ledvinné kůry s postupným šířením směrem k ledvinným papilám, ledvinné pánvičce, ureteru a močovému měchýři. Dalším postupem může dojít k postižení uretry, prostaty, epididymitidě. Mezi klinické projevy patří dysurie, hematurie, pyurie, epididymitida, endometritida, salpingitida.

Tuberkulózní periferní lymfadenopatie patří mezi velmi často se vyskytující formy. Uzliny bývají postiženy v rámci lymfohematogenního šíření mykobakterií z infekčního ložiska. Nejčastěji bývají postiženy krční lymfatické uzliny (již v antice známá skrofulóza), dále axilární a inguinální lymfatické uzliny. Průběh bývá pozvolný, typické je pomalé, bezbolestné zvětšování postižených uzlin, které může trvat týdny až měsíce, než jejich velikost vzbudí pozornost.

Tuberkulóza střev, pobřišnice a mezenterických uzlin se vyskytuje v rozvinutých zemích vzácně. Infekce je do zažívacího traktu obvykle занесena spolykáním kontaminovaného sputa, hematogenní diseminace infekce z plicního ložiska nebo kazeózní lymadenitida mezenterických uzlin. Tuberkulózní gastroenteritida se projevuje chronickým průjemem, bolestí břicha, ascitem, kachexií. Peritonitida bývá často suchá, kdy je tvorba výpotku minimální. Začátek bývá náhlý, s vysokými teplotami.

Tuberkulóza kůže a podkožního vaziva se může vyskytovat v několika klinických obrazech. Primární infekce kůže z exogenního zdroje probíhá jako ulcerózní nebo modulární zánět. Infekce kůže z endogenního zdroje se může projevit jako komplikace postižení ke kůži přiléhajících orgánů a struktur – vznikají bolestivé, obtížné se hojící ulcerace.

Tuberkulóza oka vzniká nejčastěji hematogenním šířením infekce. Zánět může postihnout zevní oční struktury (keratokonjunktivitida), uveu (granulomatózní uveitida), chorioideu nebo sítnici. Často bývá jednostranné postižení.

Tuberkulóza ucha probíhá často pod obrazem nespecifického zánětu středního ucha.

Tuberkulóza nadledvin je v současnosti vzácnou příčinou manifestní insuficience tohoto orgánu.

Diagnostika tuberkulózy

Pro stanovení diagnózy tuberkulózy má význam anamnéza a epidemiologické údaje, rentgenové vyšetření plic, bakteriologický průkaz, pomocné vyšetřovací metody a laboratorní vyšetřovací metody.

Z anamnestických údajů jsou důležité: subfebrilie až febrilie, kašel, noční poty, hubnutí, ale onemocnění může často probíhat oligo až symptomatically. Je velmi důležité pátrat po kontaktu s TBC, možném zdroji v rodině, zaměřit se na rizikové skupiny, jedince s oslabenou imunitou (např. diabetes mellitus, imunodeficiencie nebo imunosuprese). Tuberkulóza je závažnou infekční komplikací u pacientů s biologickou léčbou (nejčastější preparáty anti TNF alfa), protože dochází ke zvýšení rizika manifestace latentní formy TBC.

Rentgenové vyšetření plic patří mezi základní vyšetřovací postupy při stanovení tuberkulózy plic.

Primární tuberkulóza má na rtg často obraz drobné infiltrace v periférii plicního parenchymu, zvětšené jednostranné hilové uzliny. Primární komplex se hojí fibrotizací nebo kalcifikací.

Postprimární tuberkulóza může mít rozmanitý rtg obraz. Nejčastěji postihuje horní partie plicního parenchymu jedno- či oboustranně: skvrnitě nebo cárovité zastínění různé sytosti a tvaru, které může mít sklon ke kazeifikaci a rozpadu. Rozpadová tuberkulóza plic je charakterizovaná přítomností dutin – kaveren, které vznikají kazeózní nekrózou epiteloidního uzlíku. Progresí zánětu může dojít k erozi bronchiální stěny a ke komunikaci ložiska infekce s bronchem. Zvláštní formu onemocnění představují tuberkulomy – okrouhlé útvary, které vznikají opouzdřením infekčního ložiska vazivovou tkání.

Miliární tuberkulóza plic se na rentgenu hrudníku projevuje obrazem drobné ložiskového rozsevu většinou homogenně rozprostřeného po obou plicních křídlech, jehož intenzita může

sahat od jemné nodularity až po hrubozrnnou diseminaci.

Konečnou a neaktivní formou je tuberkulózní fibróza plic, která vzniká zhojením jizevnatým defektem. Fibrózní změny vedou k dislokaci měkkých nitrohruďných struktur nebo k deformaci hrudníku.

U některých nemocných může tuberkulóza nitrohruďných uzlin vést k takovému zvětšení jejich objemu, že dojde ke stenóze či úplné obstrukci některého z velkých bronchů s příslušným obrazem – obstrukční pneumonie, atelektáza. Nejčastěji bývá tímto mechanismem postižen odstup středního bronchu – jako tzv. **syndrom středního laloku**.

Podstatou tuberkulinového testu je tuberkulinová reakce vzniklá po intradermální aplikaci tuberkulinu do kůže předloktí. Projevem pozitivní tuberkulinové reakce je erytém a kožní indurace, dosahující maxima za 48 až 72 hodin po aplikaci. Test podle Mantouxové (Mx) se provádí standardním tuberkulinem obvykle v koncentraci označované Mantoux II. Výsledek (průměr vzniklé indurace) se hodnotí za 72 hodin. Indurace do 5 mm se považuje za negativní výsledek – organismus dosud nemá vytvořeny antimykobakteriální protilátky nebo vymizely. Průměr 6 až 10 mm se hodnotí jako pozitivní, tj. postvakcinační, více než 10 mm je postinfekční nález a indurace větší než 15 mm představuje silně pozitivní nález a důvodné podezření na probíhající tuberkulózní onemocnění.

Mikrobiologické vyšetření zaměřené na průkaz *M. tuberculosis* se provádí v případě plicní tuberkulózy ve vzorku sputa nebo materiálu získaného bronchoskopicky (bronchiální aspirát, bronchiální výplach a bronchoalveolární laváž). K průkazu *M. tuberculosis* mohou být dále vyšetřovány nejrůznější materiály a sekrety. **Mikroskopické vyšetření** (v současnosti především fluorescenční technikou barvení) je nejrychlejší, ale nejhrubší metodou zatíženou nízkou senzitivitou i specificitou. Samotnou mikroskopickou pozitivitu, zejména bez klinického korelátu, není možné považovat za průkaznou.

Klasické kultivační vyšetření je „zlatým standardem“ v mikrobiologické diagnostice tuberkulózy. Má dobrou senzitivitu a 100% specificitu; nevýhodou je dlouhá doba inkubace – obvykle 6 týdnů. U tzv. **zrychlených kultivací (BACTEC)** se místo mykobakteriálních kolonií prokazují známky jejich metabolismu (spotřeba O_2 , uvolňování CO_2 apod.) po inokulaci na speciální tekuté půdy. Senzitivita a specificita je srovnatelná s klasickými kultivacemi, ovšem výsledek obdržíme během 5–14 dnů. Základem **molekulárně biologických metod** je průkaz mykobakteriální nukleové kyseliny (DNK nebo RNK) ve vyšetřovaném materiálu nejčastěji pomocí **PCR** (polymerázová řetězová reakce). Metoda je

rychlá, ale velmi drahá a nevýhodou je možnost falešné positivity i negativity. Izolovaný výsledek této metody není průkazem tuberkulózy.

Ke stanovení diagnózy přispívá také vyšetření tuberkulinové reakce; nově je k dispozici laboratorní test **Quantiferon-TB Gold In-Tube**, který má velký význam hlavně při detekci latentní TBC infekce a má vysokou specificitu i senzitivitu. Jedná se o detekci interferonu gama, který je produkován stimulovanými T-lymfocyty, které se již setkaly s tuberkulózním mykobakteriem. Produkci interferonu gama vyvolávají v krvi infikovaného pacienta specifické antigeny *Mycobacterium tuberculosis* (6).

Pomocné vyšetřovací metody slouží k diferenciální diagnóze a získávání vzorků. Patří sem počítačová tomografie, bronchoskopie, torakoskopie, punkce nebo exstirpace lymfatických uzlin. Pomocná laboratorní vyšetření mají jen podpůrný význam pro diagnózu tuberkulózy. Mezi ně patří vyšetření sedimentace erytrocytů, krevní obraz, vyšetření moče... Naprostá většina nových onemocnění TBC je u nás zjišťována pasivně, tedy při vyšetření pro obtíže; jen malá část je vyhledána aktivně při vyšetřování osob, které byly v kontaktu s aktivní TBC, nebo u rizikových skupin.

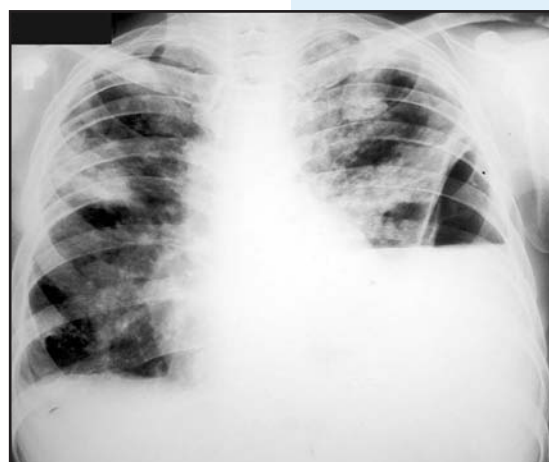
Léčba tuberkulózy

Léčba tuberkulózy patří plně do rukou specialistů oboru TRN (tuberkulóza a respirační nemoci), včetně indikací léčby chirurgické. V České republice i na Slovensku se léčba tuberkulózy řídí doposud platným Metodickým listem č. 13/1990 hlavního odborníka MZ ČSR pro obor TRN s novelizací dle doporučení WHO. **Hlavní zásadou léčby všech forem tuberkulózy je plně kontrolovaná aplikace standardizovaných léčebných režimů**, to znamená kombinací antimykobakteriálních léků (antituberkulotik = AT) po předepsanou dobu (7). Důležité jsou dvě základní vlastnosti AT:

a) **baktericidní účinek**, což je usmrcování největší části rychle se dělící mykobakteriální populace,



Obr. 1: Tuberkulózní pleuritida vpravo



Obr. 2: Pyopneumotorax vlevo

tuberkulinový test podle Mantouxové (Mx)
6 až 10 mm = pozitivní, postvakcinační
> 10 mm = postinfekční nález
> 15 mm = silně pozitivní = susp. probíhající tbc

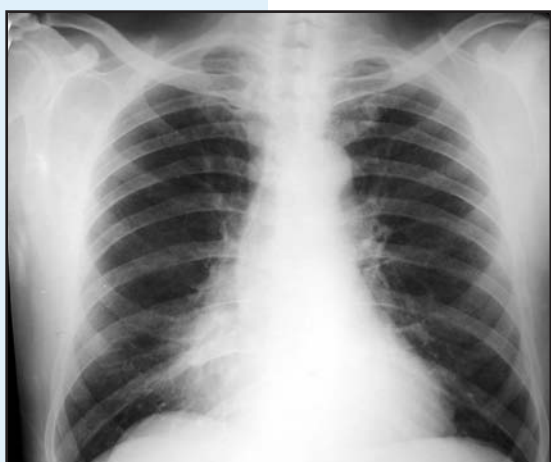
zrychlená kultivace (BACTEC) přinese výsledek za 5-14 dnů

PCR metoda zatížená falešnou pozitivitou i negativitou

detekce produkce interferonu gama



Obr. 3: Oboustranná plicní tuberkulóza



Obr. 4: Syndrom středního laloku vpravo

TBC = „globální ohrožení“

k nárůstu incidence tuberkulózy dochází vždy v důsledku oslabení pozornosti vůči ní

b) **sterilizační účinek**, to je zabíjení tzv. „perzistorů“, tedy menších skupin bakterií s omezeným růstem.

Kombinovaná léčba musí být proto, že je pojistkou proti rozvoji lékové **rezistence**, která se stává problémem současnosti. Příčin vzniku rezistence kmene je celá řada: neadekvátní léčebný režim a dávky léků, nekontrolovaná léčba, intolerance preparátů, přerušovaná a předčasně ukončená léčba. Důsledkem těchto okolností pak vlastní rezistence mykobakterií vzniká genetickou mutací a následným pomnožením těchto rezistentních mutant (8). V současné době jsou za nejúčinnější považovány **plně kontrolované krátkodobé režimy**. Pro tyto režimy je používána zkratka DOTS (Directly Observed Treatment

Short-Course). Léčebný režim je rozdělen na dvě fáze: iniciální a pokračovací (9).

Iniciální (úvodní) fáze trvá obvykle 2 měsíce a doposud platí doporučení, aby probíhala za hospitalizace. **Podmínkou propuštění** je podle současných doporučení uspokojivý klinický stav a bakteriologická negativita.

Pokračovací fáze následuje bezprostředně po iniciální fázi a obvykle trvá 4 až 6 měsíců, probíhá pod dohledem ambulance oboru TRN.

Na základě anamnestických údajů a výsledků vyšetření je nemocný zařazen do **léčebné kategorie**. Pro každou léčebnou kategorii je doporučen určitý **léčebný režim**. Při rozhodování o léčebném režimu musíme určit, zda se jedná o nemocného s novým onemocněním, recidivou, nemocného neúspěšně léčeného, nemocného, u kterého zahajujeme léčbu po přerušení, či chronického tuberkulózního nemocného.

Mezi základní antituberkulotika patří: isoniazid, rifampicin, pyrazinamid, etambutol, streptomycin. U tuberkulózy vyvolané polyrezistentním kmenem *Mycobacterium tuberculosis* používat v léčbě ofloxacin, ciprofloxacin, perfloxacin, rifabutin, klaritromycin, kanamycin, amikacin, capreomycin, viomycin, erytromycin, cotrimoxazol, amoxicilin potencionovaný klavulanovou kysel

linou a další. Používání těchto léků vychází ze zjištěné citlivosti kmene nebo klinického efektu. Názory na podávání kortikoidů nejsou v rámci léčby tuberkulózy jednoznačné.

Dispenzární péče zahrnuje preventivní opatření, vyhledávání a povinné hlášení nemocných s aktivní tuberkulózou a jejich řádnou léčbu, sledování jejich stavu, udržení, případně obnovení jejich pracovní schopnosti úpravou životních a pracovních podmínek a cílenou zdravotní výchovou. **Dispenzární péče probíhá pod dohledem ambulance oboru TRN (7).**

Základem kontroly TBC v našem státě je povinné hlášení tuberkulózy na příslušném tiskopisu, jež se zasílá na krajskou hygienickou stanici. Z vyhlášky MZ ČR č. 1/1981 vyplývá povinnost hlášení každého nově zjištěného onemocnění, recidivy či úmrtí. Na podkladě těchto informací byl v roce 1981 zřízen **Centrální registr tuberkulózy**, který zajišťuje dohled nad nemocnými tuberkulózou.

Prognóza tuberkulózy

I přesto, že ve vyspělých zemích incidence tuberkulózy stále klesá, je celosvětově epidemiologická situace u TBC nepříznivá, a proto byla TBC prohlášena Světovou zdravotnickou organizací (WHO) za „globální ohrožení“. Toto se odehrává v době, kdy jsou k dispozici účinné léky, a tak by teoreticky na tuto chorobu nemusel nikdo zemřít. Závažnost problému si uvědomují jak zdravotníci, tak i nezdravotnické instituce. Kontrola tuberkulózy v rozvojových zemích je otázkou organizační a finanční. K nárůstu incidence tuberkulózy dochází vždy v důsledku oslabení pozornosti vůči ní. Na zhoršení této situace se dále podílí epidemie AIDS, migrace obyvatel, nedodržování léčebných zásad. V současné době by nikdo nemusel na tuberkulózu zemřít, pokud je na tuto diagnózu včas myšleno a je včas zahájena léčba.

Shrnutí pro praxi

Tuberkulóza je celosvětově rozšířené infekční onemocnění, které je řazené mezi specifické zánětlivé procesy. Původce tuberkulózy je *Mycobacterium tuberculosis*. Incidence tuberkulózy v České republice má od roku 1989 klesající tendenci. Pro stanovení diagnózy tuberkulózy má význam: anamnéza a epidemiologické údaje, rentgenové vyšetření plic, tuberkulínová zkouška, bakteriologický průkaz, pomocné vyšetřovací metody a laboratorní vyšetřovací metody. Podle vývoje morfoloických a imunologických změn i podle klinického průběhu je možné TBC onemocnění rozdělit na primární a postprimární. Podle lokalizace rozlišujeme tuberkulózu plicní a mimoplicní. Léčba tuberkulózy patří plně do rukou specialistů oboru TRN. Hlavní zásadou léčby všech forem tuberkulózy

je plně kontrolovaná aplikace standardizovaných léčebných režimů, to znamená kombinací antimykobakteriálních léků (antituberkulotik = AT) po předepsanou dobu.

Literatura:

1. Jedlička, J.: *Klinika plicní tuberkulózy*. Česko-slovenská grafická unie, a. s., Praha, 5–17, 1939.
2. Homolka, J.: *Tuberkulóza – dosud nevyřešený problém*. Stud. Pneumol. Phthiseol. 5, 183, 2006.
3. Wallenfels, J.: *Epidemiologická situace TBC v České republice a v Evropě*. Kasuistiky v alergologii, pneumologii a ORL 2, S4, 2007.
4. www.hagy.sk.
5. Křepela, K., Kos, S.: *Tuberkulóza dětí a mladistvých*. Standard léčebného plánu PED 6. www.pneumologie.cz.
6. Havelková, M.: *QuantIFERON-TB GOLD in Tube – Nová metoda rychlé diagnostiky tuberkulózy*. Stud. Pneumol. Phthiseol. 6, 246–252, 2007.
7. Bártů, V.: *Rezistentní formy tuberkulózy – současná situace*. Kasuistiky v alergologii, pneumologii a ORL 2, S7, 2007.
8. Ošťádal, O., Kos, S.: *Tuberkulóza dospělých*. Standard lékařské péče CLK 001LP (2002). www.pneumologie.cz.
9. *Tuberculosis*. European Respiratory Monograph 4, Vol. 2, 353, 1997.

MUDr. Stanislava Potrepčáková – studovala v letech 1999–2005 na Jesseniově lékařské fakultě Univerzity Komenského v Martině. Od roku 2005 pracuje jako sekundární lékař na Klinice nemocí plicních a tuberkulózy Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně-Bohunicích. V rámci oboru se zajímá speciálně o pro-

blematiku tuberkulózy, která je i v dnešní době stále aktuální.

Prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc. – promoce v r. 1976 na LF, 1980 atestace z vnitřního lékařství, 1983 atestace z oboru tuberkulóza a respirační nemoci, 2003 – atestace z oboru klinická onkologie, 1993 – CSc., 2000 – docentka, 2007 – profesorka. Od 1. 9. 1999 doposud je přednostkou Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy LF MU a FN Brno-Bohunice. Kromě členství v odborných společnostech pneumologických a onkologických, zahraničních i domácích, je členkou redakční rady *Studia pneumologica et phthiseologica*, členkou Výboru České pneumologické a ftizeologické společnosti, Vědecké rady LF MU, akreditační komise oboru Tuberkulóza a respirační nemoci a dalších. Jejím odbornými zájmy jsou bronchologie (diagnostická i terapeutická), záněty plic, diagnostika a léčba postižení plic u imunokompromitovaných nemocných a nozokomiálních zánětů plic, pneumoonkologie, paliativní medicína.

Je autorkou dvou monografií, kapitol v monografiích, učebnicích, skriptech, publikací, publikovaných abstrakt a přednášek v České republice i v zahraničí, především s výše uvedenou tematikou.

Střípky z II. Jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP Praha 4.-6.4. 2008

Poruchy funkce štítné žlázy z pohledu praktického lékaře

Případ 4 - Gravidita

- 28letá žena těhotná - prevent. prohlídka
- v RA matka po operaci štítné žlázy, otec se léčí pro perniciosní anemii
- 2. gravidita, 1. spont. potrat ve 3. měsíci
- přichází v 8. týdnu gravidity
- vážněji nestonala, cítí se celkem dobře
- štítnou žlázu dříve vyšetřenu neměla

Zjištěno:

- TSH 5,05 mIU/l
- FT4 1,11 ng/dl (n 0,8-2,0)
- TPOab 106 (n do 43)

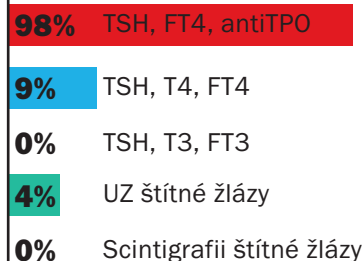
Je vhodné vyšetřit u této ženy parametry funkce štítné žlázy?

Odpovědi publika:



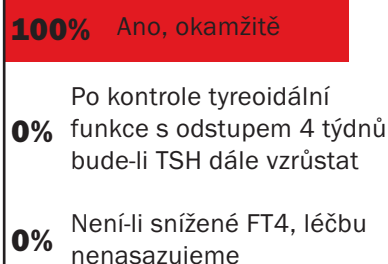
Které parametry štítné žlázy u této pacientky vyšetříme jako první?

Odpovědi publika:



Je vhodné nasadit léčbu?

Odpovědi publika:



Komentář

- Asymptomatická hypofunkce je v těhotenství diagnostikována při cíleném screeningu u 2-5% žen.
- Vzhledem k závažnosti důsledků nedostatku T hormonů na psychomotorický vývoj dítěte je doporučováno provádět screening před zamýšlenou koncepcí nebo v časně fázi gravidity u všech.
- Hypotyreóza (i subklinická) musí být léčena okamžitě.
- Cílové hodnoty TSH jsou 1-2 mIU/l.

Ordinace praktického lékaře v pohledu stážujícího medika 6. ročníku lékařské fakulty.

„Představa léčit je prostě krásná...

svoji budoucnost vidím v ordinaci praktického lékaře.“

To jsou slova MUC. Norberta Krále, studenta 6. ročníku 1. LF UK Praha, po nedávno ukončené stáži v ordinaci praktického lékaře.

Chtěli jsme zjistit, jak nás vidí studenti medicíny, jak je naše profese hodnocena a viděna studenty, kteří se právě rozhodují o své budoucí praxi.

Ptali jsme se, zda se v současných podmínkách mění postoj mediků k primární péči.

Zajímalo nás, zda se nestává praktické lékařství pro studenty lékařských fakult přece jenom atraktivnějším oborem.

Snažili jsme se zjistit, zda je dnešní lékařská fakulta v rámci studia schopna poskytnout studentům dostatečně přesvědčivý obraz oboru praktického lékařství.



MUC. Norbert Král (1983) absolvoval České reálné gymnázium v Českých Budějovicích. Od roku 2001 dosud studující 1. LF UK Praha (6. ročník). V době studia navštěvoval nepovinný neurologický kroužek na 1. LF, pracoval jako demonstrátor na Ústavu biochemie a experimentální onkologie. V roce 2004 absolvoval kurz masérství a saunování. V současné době se usilovně připravuje na státní zkoušku z pediatrie.

Po stáži z praktického lékařství jsme mu položili několik otázek mapujících jeho názor na studium na lékařské fakultě a názor studentů na úlohu praktického lékaře.

Jaký byl první ročník na medicíně, měl jste pocit, že jste na správném místě? Hodně studentů v prvním ročníku přehodnotí své ambice.

První ročník na medicíně? Tak to bylo opravdu náročné, a to nejen po stránce medicínské, ale i z pohledu příchodu z menšího města (Českých Budějovic) do matičky Prahy. Je to prostě hrozně velké a hlučné hektické město. Z pohledu nové školy to byl děs, protože pocit neustálého zastrasování tím, kolik nás neprojde do druhého ročníku, kolik že

nás to vlastně vyhodí, není příjemný a my jsme to neustále poslouchali.

Obávám se bohužel, že toto pravidlo i dnes platí a fakultě to rozhodně škodí. Avšak všichni prváci jsou na jedné lodi, a tak na žádný problém nejste sám, to je pěkné a lidské, společně jsme tak ten obrovský tlak překonali.

A úkol číslo jedna je učit se a učit se a především se naučit, jak se z toho nezbláznit.

Pamatuji si, jak jsem poměrně často volal domů a rodičům hlásil, že ta škola je fakt těžká, že to asi nezvládnu.

U rodičů jsem cítil silnou podporu, díky.

Co vás v době studia nejvíce bavilo, které předměty vás zaujaly?

Nejvíce vás vždy zaujme předmět, který je dobře

organizován, je dostatečně praktický. A když ten předmět skončí, musíte mít pocit, že jste se něco naučili. Rozhodující vliv na tom všem má vyučující, ten musí přesně určit mantinely a opravdu velkou úctou si získá tím, že se s mediky snaží jednat jako se sobě rovnými, taková výuka je pak efektivní. Velmi rád vzpomínám například na předstátnicovou stáž na 3. interní klinice u profesora Widimského, to bylo fakt bezva.

Nebo mám skvělé vzpomínky na stáž z ARA, neurologie a pochopitelně stáž v ordinaci praktického lékaře.

Kdy vás poprvé napadlo, že byste chtěl být praktickým lékařem?

Poprvé to bylo po prvním ročníku, můj strýc je praktikem v Lomnici nad Lužnicí a právě to léto mě zval, ať se podívám na jeho práci, ať zjistím, co to obnáší, a hlavně ať se něco i naučím. Moc se mi to líbilo, byla to z mého pohledu velmi zajímavá práce, získal jsem pocit, že to je ta pravá doktořina. Jenže pak mě to trochu opustilo, protože jsem měl pocit, že stát se praktickým lékařem je skoro nemožné ve stávajícím systému. Nyní pevně věřím, že mi to vyjde.

Jaký názor mají studenti 1. LF UK na obor praktické lékařství (podle pravdy) a je mezi studenty vůbec nějaký zájem o obor?

Studenti versus praktik – to je těžká otázka, vesměs se domnívám, že k praktikům dnes panuje větší úcta, už se ani tak neslychá název obvodák, který mi právě připadal trochu neucitlivý. Zároveň bych řekl, že přibývá zájemců o studium praktického lékařství. A tento nárůst je však bohužel brzděn legislativními nejasnostmi ohledně výkonu tohoto povolání. Jinak by byl jistě ještě větší.

Co vám osobně připadá na práci praktika zajímavé?

Teprve při každodenní práci v ordinaci jsem si uvědomil, jak je praktický lékař blízko svým pacientům, že s nimi prožívá jejich životy. Pro mnohé z nich je velkou oporou.

Také jsem viděl, že i dnes, přes všelijaké problémy ve zdravotnictví, se dobrý praktický lékař těší velké vážnosti a úctě svých pacientů.

To, co mne v ordinaci praktika fascinuje, je to, že každý den je jiný.

... ta škola je fakt těžká



Den co den se odvíjí různá drobná i velká lidská dramata, ať už pozitivní či negativní, a praktický lékař hledá přijatelná řešení, aby svým pacientům pomohl.

Myslím, že práce je psychicky velmi náročná a vyčerpávající, ale přináší taky velké uspokojení. Úkolem praktika je být dobrým diagnostikem a stát tak v první linii zdraví „své rodiny pacientů“, nejen jejich choroby léčit, ale zároveň jim preventivní péči předcházet.

Co se vám jeví v ordinaci PL problematičké?

Trochu mne znepokojuje množství pacientů v ordinacích PL, najít si pak adekvátní čas na vyšetření či vyslechnutí každého z nich je jistě dosti těžké, nebojím se říct, že mnohdy asi i nemožné. Ale řada lékařů to zřejmě dost dobře zvládá, takže snad se to dá časem naučit.

Asi v tom hodně pomáhá dlouhodobá znalost pacientů a jejich prostředí, každopádně musí být praktický lékař zkušený psycholog a znalec lidských duší.

Měl jste (máte) nějaký vzor, který ovlivnil vaše rozhodnutí studovat medicínu?

Musím přiznat, že určitý tlak byl ze strany rodiny, ale spíš už to byla jen rozbuška, která mě utvrdila v tom, co chci dělat. Představa léčit je prostě krásná. A také mám rád lidi a to je k tomuto povolání prostě nezbytné! Nebo ne?

Jaký je podle vás dobrý praktický lékař?

Dobrý praktik by měl mít plnou důvěru svých pacientů. To mluví za vše.

Co si myslíte o současném systému primární péče?

Myslím, že primární péče zahajuje novou etapu svého vývoje. V brzké době by mělo projít schválením mnoho změn, konečně tak snad vzniknou pevná pravidla pro výkon tohoto povolání. A ta by měla být základním kamenem. A na něm je potřeba dále stavět a vytvořit tak novou generaci praktiků, kteří budou čerpat ze zkušeností svých starších kolegů a zároveň vnesou pevnější zakotvení povinností praktického lékaře, které mnohdy dnes nejsou dodržovány (jde mi hlavně o důraz na prevenci).

Jaký máte názor na 14denní praxi v ordinaci praktika? Přinesla vám něco?

S průběhem praxe z primární péče v šestém ročníku jsem byl velmi spokojen, jednoduše řečeno byla praktická, napadá mne jen, jestli není v 6. ročníku trochu pozdě na první opravdový kontakt s ordinací praktického lékaře. Můj dík patří lékařce, u které jsem praxi vykonával, hodně jsem se naučil. Oslovil jsem ji, jestli by se v budoucnu nestala mou postgraduální školitelkou v oboru. Souhlasila, tak doufám, že ji nezklamou.

Praktické lékařství se pravděpodobně stane širším oborem, slibuji si od toho lepší analýzu. Neučím dnes dostatečně posoudit, zda 15 měsíců na interně je dost. Mám obavu, že možná to je málo. A vůbec si myslím, že nejlepší by bylo kombino-

vat stáže v nemocnicích s praxí u praktického lékaře. To srovnání by bylo podle mého názoru docela užitečné. Ale jistě to nevím. Zatím to funguje tak, že po proběhlé stáži v tom či onom oboru hodnotíme, ale neumíme posoudit praktické aspekty právě v primární péči.

My studenti jsme dost kritičtí a často máme pocit, že bychom toho dost změnili. Problém je v tom, že většina vyučujících má pocit, že „všechno!“ bychom měli znát právě z jejich oboru, a strašně se diví, že to prostě nevíme.

Jaký je váš názor na vznik tzv. sdružených praxí?

Sdružené praxe... asi mají budoucnost. Takové praxe nestojí a nepadají s jedním člověkem. Kolega může zaskočit za kolegu a díky tomu je možné, že se lékař může z ordinace uvolnit a pokračovat dále například ve svém vzdělávání, zapojovat se do zajímavých výzkumných projektů, případně předávat dál své zkušenosti a koneckonců také bez stresu dostatečně relaxovat, což je právě při práci s lidmi důležité.

Jaký máte názor na možnost postgraduálního studia v oboru?

Já sám osobně tuto možnost velice vítám a jenom mne to utvrzuje v názoru, že praktické lékařství je stejně důležitým a závažným oborem jako každý jiný. Pevně věřím, že praktický lékař se může vzdělávat a zvyšovat si průběžně kvalifikaci, aby se mohl účastnit mezioborové diskuse na aktuální témata a podat právě pohled z praxe.

Jedině vzdělaní lékaři budou přínosem pro vyšší kvalitu v primární péči.

Norberte, díky za rozhovor, hodně nám o vás řekl, ale prozradte nám ještě něco o sobě.

Narodil jsem se 28. 5. 1983 (Blíženec – pozn. autora) v Českých Budějovicích, můj příchod na svět byl oslaven bouřlivě, měl jsem se stát po vzoru svého otce hokejistou, ale někde se stala chyba... Dětství jsem měl klidné, rodiče mě moc nemlátili, čehož teď údajně lituji.

Doma mi přezdívali „tryskáč“, čímž asi naznačují, že mám velkou spotřebu, finanční. Jinak mne život baví, suicidálními myšlenkami netrpím, myšlení mám koherentní. Nesnáším nudu a upjaté lidi. Koníčků mám plno, od lyžování přes sambu až k filmům pro pamětníky.



... dobrý praktik by měl mít plnou důvěru svých pacientů.... to mluví za vše



Rozhovor vedla MUDr. Jana Vojtíšková

Pohybová aktivita pacientů v ordinaci praktického lékaře



MUDr. Jozef Čupka

**better FIT and FAT,
than UNFIT and UNFAT**

**pořadí substrátů
při negativní
energetické bilanci**

**sval je metabolicky
velmi aktivní tkáň
– normalizuje glykémii**

V současné době je již obecně známo, že inaktivita je jedním z hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních i metabolických onemocnění a zdatnost jedince je prediktorem KV mortality. Fyzická aktivita nezávisle na poklesu hmotnosti **zlepšuje v horizontu dní kompenzaci diabetu, krevního tlaku i upravuje lipidové spektrum** – tedy současně i redukuje tyto rizikové faktory KV chorob. Finská i americké studie prokázaly, že obézní a průměrně fyzicky zdatný člověk má poloviční riziko KV onemocnění a mortality oproti člověku s normální hmotností bez kondice (better FIT and FAT, than UNFIT and UNFAT = lepší s dobrou kondicí a nadváhou než bez kondice a bez nadváhy). Současně se zlepšením subjektivního vnímání či tolerance zátěže to je zásadní argument pro fyzickou aktivitu našich pacientů, ale i samotných lékařů.

Jsou známy i studie, které prokázaly, že po dlouhodobém provozování fyzické aktivity dochází ke změně chuťových preferencí nezávisle na vůli – tj. upřednostňování potravin s vyšším obsahem bílkovin i sacharidů a nižším obsahem tuků. S tímto efektem lze počítat u pacientů s **nadváhou či obezitou**, a proto můžeme zpočátku být mírně tolerantnější k dietě, pokud pacient začíná s pravidelným režimem pohybové aktivity. Dále cvičení zabraňuje tzv. adaptaci na nízký příjem při redukčních režimech. Organismus, který je v negativní energetické bilanci, využívá jako energii pro svou činnost substráty v tomto pořadí:

1. sacharidy,
2. bílkoviny,
3. tuky.

V případě nulové nebo minimální fyzické aktivity (agresivní redukční režimy, hladovky apod.) dochází velmi rychle ke ztrátě svalové hmoty, která je metabolicky aktivní tkáň a je rozhodující pro energetický výdej. U obézních pravidelně cvičících pacientů je dobré mít na paměti, že žádaný a očekávaný počáteční úbytek tukové tkáně bývá nahrazen malým, ale hmotnostně nezanedbatelným vzestupem aktivní tělesné hmoty (svalstva), což má za následek zmenšení objemu (např. obvodu pasu), ale zachování, nebo zpočátku dokonce minimální zvýšení hmotnosti. Zmnožením aktivní tělesné hmoty (svalů) se zvýší i počet inzulinových receptorů, čímž selepší i rychlost vstupu glukózy do buněk a tím se u diabetiků normalizuje dlouhodobě glykémie (pokles minimálně o 1–2 mmol/l). Diabetici při jakémkoliv fyzické aktivitě by měli být kompenzováni, jinak nemá pohyb odpovídající reakci v metabolismu. Při hodnotách nad 15 mmol/l (nekompenzovaný diabetes) nebo pod 6 mmol/l (riziko hypoglykémie při cvičení) není vhodné cvičit a je nutné DM více kompenzovat. Diabetici chodící aktivně cvičit by měli mít

s sebou potraviny s tzv. „rychlými“ sacharidy pro zásah v případě hypoglykémie a neměli by cvičit zcela nalačno, případně je vhodné mít u sebe glukometr. Lze očekávat pokles glykémie cca 1–4 h po cvičení, ale pokles hladin může doznívat až 24 h. Pokud se glykémie po fyzické aktivitě zvyšuje, tak není správný způsob cvičení – tedy buď trvá dlouho či s velkou zátěží nebo zde může hrát roli i stresová složka u pacienta v očekávání změn glykémie a obav ze svých fyzických schopností. Riziko hypoglykemií je samozřejmě větší u DM na insulinu, proto je vhodné monitorovat glykémii 0,5–1 h po cvičení.

Během pohybové aktivity sledujeme i mírný vzestup systolického TK a po počátečním vzestupu diastolického TK dochází k jeho poklesu. **Po ukončení cvičení by mělo dojít k poklesu TK.** Fyzická aktivita je tedy jedním ze základních nefarmakologických opatření, která by měla být v léčbě arteriální hypertenze uplatňována. Pokud dochází při cvičení k významnějšímu vzestupu TK nebo k symptomatickým obtížím (nevolnost, bolesti hlavy, vertigo), je nutné fyzickou aktivitu přerušit a je vhodné konzultovat s PL úpravu medikace či způsob cvičení. Fyzická aktivita s izometrickou kontrakcí svalu totiž může nejen u **hypertoniků** zapříčinit prudký vzestup TK, a je tedy pro hypertoniky nevhodná. Proto volíme raději aktivity, při nichž nedochází k větší statické zátěži, která je při určitém cviku v posilovně či v poloze na jednom místě. Důležitou roli hraje i výběr antihypertenziv. Pokud nejsou jiné důvody (ICHS, AP, arytmie), jsou léky snižující srdeční frekvenci nevýhodné. Nejen že brání ve sledování tepové frekvence jako parametru pro udržování optimální intenzity fyzické aktivity, ale některé B-blokátory mají i nepříznivou roli v metabolismu glukózy (zvyšují glykémii), mohou přispět k větší únavnosti a v neposlední řadě mohou být spojeny i s mírným vzestupem hmotnosti. Pacient na vícečetné kombinaci s vyšším poklesem TK pod 100 mmHg sTK nebo symptomatickou ortostatickou hypotenzí po cvičení si zaslouží úpravu medikace.

Pacienti často přisuzují únavu a malátnost po cvičení spíše vzestupu TK než jeho poklesu, protože netuší, že v průběhu prvních hodin po fyzické aktivitě nastupuje tzv. recovery fáze s poklesem TK. Tento element přitom může mít silný motivační efekt pro pacienta k pravidelnému provozování cvičení s možností snížení medikace. **Dalšími nezanedbatelnými faktory fyzické aktivity jsou i antidepresivní účinek, snížení rizika osteoporosy a nádorů colorecta, prostaty, prsu i plic, zlepšení stability a prevence pádů či snížení bolestivosti kloubů při artrózách.** Bez aktivního



přispění nemocného, jeho ochoty a odhodlání však nelze změnit ani životní styl. Adherence k léčebnému režimu je tedy i zásadní terapeutický, edukační a psychologický problém. Pacienti s chronickým onemocněním mají výrazně menší compliance (ochotu ke spolupráci) ve srovnání s pacienty s akutním onemocněním.

Dále jsou uvedeny v přehledu parametry pro hodnocení fyzické aktivity:

• **Krátkodobé (minuty, hodiny, dny)**

- Glykemie, TK (po cvičení se většinou snižuje – záleží ale na kompenzaci TK)

• **Střednědobé (týdny)**

- Obvod pasu
- Snížení % tukové tkáně

• **Dlouhodobé (měsíce)**

- Snížení hmotnosti
- Dlouhodobá kompenzace cukrovky (HbA1C)
- Zvýšení fyzické zdatnosti
- Úprava lipidového spektra

Jaká pohybová aktivita bez dozoru instruktora je tedy vhodná?

Vždy platí, že nejdůležitější je bezpečnost a pak teprve účinnost fyzické aktivity pro pacienta.

Mezi velice vhodné a jednoduché dynamické aktivity patří rychlá chůze, přerušovaný běh, jízda na kole či rotopedu, plavání... Pro výpočet intenzity zátěže existují různé vzorce, ale pro jednoduchost a možnost kontroly i samotným pacientem lze doporučit intenzitu vztaženou k maximální tepové frekvenci (TFmax).

TFmax lze vypočítat ze vzorce:

TFmax = 220 – věk pacienta

Cvičení při sledování tepové frekvence by mělo dosáhnout 60–80 % z TFmax. (Příklad: 50letý pacient, jeho TFmax = 220 – 50 = 170 a z toho 60–80 % je 102–136 tepů/minutu.) Pokud se jedná o komplikovanějšího pacienta, lze využít i ergometrie jako zátěžového testu vztaženého k hodnotám TK a ischemii myokardu. V otázce frekvence cvičení studie ukázaly, že již 150 min. fyzické aktivity střední zátěže za týden posouvá jedince mimo kategorii pacientů s nízkou kondicí – tj. např. 30 min. rychlé chůze 5× týdně. Vhodné je aktivní cvičení obden, protože do 48 h po fyzické aktivitě dochází k tzv. superkompenzaci organismu s adekvátní regenerací sil. Při cvičení není vhodné užívat deodoranty (lepší je se potit), nemělo by se cvičit v teplé místnosti a je potřeba mít dostatek tekutin. Česká kardiologická společnost např. doporučuje provádět rehabilitační programy u kardiologických pacientů 3× týdně po dobu 2–3 měsíců intenzitou 60–70 % maximální TF.

Literatura:

- 1) Journal of American Medical Association – 2004, 1996,
- 2) American Journal of Clinical Nutrition – 1999
- 3) Pohybová aktivita v medicíně – seminář, Roudnice nad Labem, 2006

MYDOCALM®

tolperison

Přijďte se uvolnit a rozhybat!



Ve spolupráci s MUDr. Bohumilem Skálou, Ph.D. a dipl. fyzioterapeutem Petrem Filou jsme pro vás připravili novou sérii odborných seminářů Mydocalm věnovaných problematice léčby bolestí zad a rehabilitace, které proběhnou od 20. 3. 2008 do 28. 4. 2008 po celé České republice.

**Termíny a místa konání
odborných seminářů Mydocalm:**

25.3.2008 Ústí nad Labem
26.3.2008 Hradec Králové
27.3.2008 Liberec
1.4.2008 Praha
2.4.2008 Karlovy Vary
3.4.2008 Plzeň
8.4.2008 Ostrava
9.4.2008 Olomouc
10.4.2008 Zlín
15.4.2008 Opava
16.4.2008 Brno
17.4.2008 Jihlava
22.4.2008 Pardubice
24.4.2008 České Budějovice
28.4.2008 Praha

Pro každého účastníka semináře, který bude mít na sobě tričko Mydocalm je připraven speciální dárek. Pro všechny účastníky semináře je připraven dárek v podobě praktické relaxačně-posilující pomůcky.

Pro rezervace a bližší informace k semináři kontaktujte Kateřinu Vichovou na tel.: 733 502 000 v pracovní dny od 9:00 do 15:00 nebo e-mailem na vichova.katerina@email.cz. Doporučujeme pohodlný oděv.

Program odborného semináře Mydocalm:
17:00 – 17:45 „Léčba bolestí zad“
17:45 – 18:30 „Rehabilitační cvičení“

Seminář MYDOCALM je určen pro lékaře.

ZKRAČENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU: **MYDOCALM® 150 MG TABLETY** SLOŽENÍ: TOLPERISON HYDROCHLORIDUM 150 MG V 1 POTAHOVANÉ TABLETĚ. **INDIKACE:** MYDOCALM je určen k akutní i dlouhodobé léčbě zvýšeného tónu kosterního svalstva vyvolaného organickými neurologickými poruchami (např. při parézě při cerebrovaskulární příhodě, při sclerosi multiplex, myelopatii nebo při zranění míchy) nebo degenerativními změnami pohybového aparátu (např. při artroze velkých kloubů, spondylóze či diskopatii). Používá se jako adjuvantní dlouhodobé léčení při rehabilitaci parétyckých pacientů. Používá se při léčbě obliterujících cévních onemocnění (např. diabetické angiopatie, Raynaudovy choroby) a poruch vyvolaných poškozením cévní inervace. **DAVKOVÁNÍ:** Potažované tablety mají vysoký terapeutický index. Doporučená dávka je 150–450 mg rozděleno do tří jednotlivých dávek dlouhodobě. Není třeba úpravy dávkování při snížení funkce jater nebo ledvin. **VIZ ÚPLNÁ INFORMACE O LÉKU.** **KONTRAINDIKACE:** MYASTHENIA GRAVIS A PŘI PŘECITLIVOSTI NA SLOŽKY PŘÍPRAVKU, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** MYDOCALM se dobře snáší. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou abdominální diskomfort a nauzea, závrať, vzácně svalová slabost a únava, občas mírná hypotenze, vzácně pruritus, exantém a dyspnoe jako reakce přecitlivlosti. Nežádoucí účinky bývají mírné a mizí při snížení dávky. **VIZ ÚPLNÁ INFORMACE O LÉKU.** **INTERAKCE A ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Je nepravděpodobné ovlivnění pozornosti, zesílení účinku jiných centrálně působících myorelaxancií a sedativ, zesílení účinku některých analgetik. **BALENÍ:** 30 POTAHOVANÝCH TABLET PO 150 MG. **DRŽITEL REGISTRACE:** CHEMICAL WORKS OF RICHTER LTD., GYŐMRŐI ÚT 19-21, 1103 BUDAPEST X., MAĎARSKO. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 18. 11. 2004. VÝDEJ PŘÍPRAVKU JE VÁZÁN NA LÉKARSKÝ PŘEDPIS. PŘÍPRAVEK JE ČÁSTEČNĚ HRAZEN Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJISTĚNÍ. PŘED PŘEDPISÁNÍM PŘÍPRAVKU SI PROSÍM PŘEČTĚTE POZORNĚ SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU.

www.mydocalm.cz

Bližší informace o přípravku jsou k dispozici v úplném znění SPC, případně na adrese:

Richter Gedeon
Na Strži 65 • Praha 4 • 140 00
tel: +420 261 141 200
fax: +420 261 141 201
www.richtergedeon.cz
richtergedeon@richtergedeon.cz



RICHTER GEDEON

Využití internetu v ordinaci

komunikace na internetu ICQ, Skype

problém je hledanou informaci najít, ale hlavně následně posoudit její „validitu“

příklad: vyhledání informace o očkování proti tyfu v Ostravě

Je internet v ordinaci něčím navíc, co zdržuje, obtěžuje, odvádí od skutečné práce, nebo je to pomocník, bez kterého se dnes již moderní praktický lékař neobejde?

Jestliže v minulosti bylo hlavním využitím internetu v ordinaci odesílání a přijímání e-mailů, dnes se spektrum využití výrazně rozšiřuje. Současné programy a zejména trvale se zvyšující rychlost přenosu dat umožňují využití „sítě sítí“ k moderní datové, hlasové i obrazové komunikaci. Důležitá je i ekonomická stránka, předávání, vyhledávání a přenos dat je v elektronické podobě nejen výrazně rychlejší, ale též levnější (srov. klasická „papírová“ komunikace versus e-mailová). Navíc většina programů je buď zdarma nebo součástí balíků jiných programů (např. Windows), takže investice do nich je „nulová“. A k čemu se tedy dá využít v ordinaci (a nejen tam) internet?

1) Zdroj informací

Nadále nejdůležitější funkce internetu. Na desítkách tisíců serverů na celém světě je nepřeberné množství informací. S určitou nadsázkou se dá říci, že se dá nalézt odpověď na jakoukoli otázku. Problémem je pouze vědět, kde se nachází, a následně umět správně posoudit validitu informace. K vyhledávání slouží vyhledávací servery (viz dále), kde pomocí klíčových slov zadáme požadavek na nalezení jakékoli informace. Jim podřízené vyhledávací roboty stále „pročítají“ internet, vyhodnocují články a následně je podle shody s našimi požadavky seřadí. Lékař může vyhledávat informace ze všech možných oborů: doklady nutné k registraci, úřední hodiny správního úřadu, kurzy akcí, spojení na lékařskou konferenci atd. Abychom našli opravdu to, co hledáme, a neutopili se v množství balastu, je nutné si správně rozmyslet tzv. klíčová slova, tj. ta slova, která nejlépe charakterizují námi požadované informace. Pokud zadáme příliš široké heslo, výsledek nás doslova zavalí. Příklad: chceme vědět, kolik stojí očkování proti tyfu v Ostravě. Pokud zadáme pouze heslo „očkování“, vyskočí nám 1 650 000 odkazů (!). Zadáme-li „očkování tyfus“, nalezneme 8000 odkazů, při „očkování tyfus Ostrava“ již jen 721 odkazů a při „očkování tyfus Ostrava cena“ jen 406 odkazů, ve kterých již jednoduše najdeme konkrétní požadovanou informaci. Mezi nejznámější vyhledávače patří www.google.com, www.seznam.cz, www.centrum.cz, www.yahoo.com a další. Podrobněji pojednáme o vyhledávání v některém dalším pokračování našeho seriálu.

2) Přenos dat/informací, internetová komunikace

Pro tyto funkce nejsou důležitá data obsažená na serverech (počítačích), ale spíše propojení

(tedy „kabely“ mezi nimi). Programy umístěné na počítačích dvou (nebo více) uživatelů využívají kabely, které spojují servery, k přenášení informací. Podle toho, na co software převádí „nuly a jedničky“, můžeme komunikaci rozdělit:

přenos textu: nejužívanější je e-mail, tedy psaní dopisů elektronicky, velmi rozšířené je ICQ (aj si kjú), jež umožňuje komunikovat textem v reálném čase, na počítači vidíme, kdo je právě připojen, a můžeme s ním písemně „rozmlouvat“, mezi textovou komunikací patří též elektronické předávání dávek pojišťovně a komunikace s ostatními zdravotnickými subjekty – např. laboratořemi,

přenos zvuku: internetová telefonie – v tuto chvíli je asi nejrozšířenější program Skype (zdarma na www.skype.cz). Umožňuje telefonování na libovolnou vzdálenost mezi dvěma počítači zdarma – musíme si pouze zakoupit mikrofon,

přenos obrazu: pomocí různých programů můžeme opět na libovolnou vzdálenost přenášet obraz z kamery, např. dálkové hlídání ordinace, přenos probíhající operace nebo ve spojení se zvukem videokonference (tedy povídání si prostřednictvím obrazu a zvuku na počítači s dalšími účastníky na libovolnou vzdálenost, tak jako bychom seděli ve stejné místnosti). Jednoduché programy jsou součástí např. Windows nebo i výše zmíněného programu Skype.

přenos pohybu: přenosem pohybu ruky pomocí zařízení k tomu určených (nejjednodušší je vlastně nám všem dobře známá počítačová myš) lze na libovolnou vzdálenost ovládat různé přístroje a nástroje na dálku. Umožňuje to např. operaci z počítačové pracovny na tisíce kilometrů vzdálený operační sál.

3) Ukládání a následné distanční využívání informací

Do budoucna jistě velmi perspektivní oblast. Lékař, nebo spíše lékaři mohou na vzdálený server ukládat informace (např. kartotéku), které jsou poté přístupné po zadání přístupových hesel z jakéhokoli připojeného místa nejen lékaři, který je zadal, ale i dalším kolegům. K zástupcům dnes patří např. systém IZIP (internetová zdravotní knižka), který je typickým představitelem této kategorie. Přes velkou perspektivnost je nutno do budoucna dořešit ještě mnoho problémů.

Využití internetu v ordinacích je obrovské a bude se nadále rozšiřovat a stojí za to se o tyto nové trendy zajímat, neboť nám mohou uspořít nejen mnoho času, ale navíc nám mohou pomoci udržet se „in“.

MUDr. Cyril Mucha,
praktický lékař, odborný asistent Ústavu
všeobecného lékařství 1. LF UK



Chvála psaní

aneb o slušnosti a korespondenci

Kdy jste naposledy v ruce drželi pero a před sebou bílý list papíru? A kdy jste zkusili odložit klávesnici, psát rukou a klást jeden řádek za druhým? Řeknete si možná, co mi do toho vlastně je. Ale uvidíte dobře, že to má dosti společného s naším dnešním tématem, tedy se psaním.

Nejsem neurolog, ale zkusíte-li po dlouhé době vyměnit klávesnici, tlačítka a dotykové displeje za tužku a papír a začnete-li formulovat text, začnou se vám v hlavě dít pozoruhodné věci. Člověk totiž najednou nepíše jako u obrazovky, tam přitukává písmeno k písmenu a utěšuje se tím, že se všechno dá ještě opravit, a uvažuje v písmenech skládaných, ani před sebou nemůže odsunovat nepoužitý text, aby ho možná nakonec nějak zapracoval na konci své práce. Rukou se totiž píše docela jinak, spojitěji. Slova a věty jako by spojovaly myšlenky v jeden celek. A běda pokud se člověk přepíše nebo pokud žádnou myšlenku není s to sklenout, to pak je výsledek žalostný už hned na první pohled. Dokonce ani literatura psaná v počítači nevypadá stejně. Znalci tvrdí, že lze dokonce poznat báseň skládanou v počítači od takové poezie, která vznikala s tužkou a papírem. Ať už je to, jak chce, rozhodně platí, že není psaní jako psaní.

O technice psaní se tak rozepisují proto, že i v dnešní době technologických zázraků a digitalizace si udržuje rukopisný text své místo a dokonce je v mezilidském kontaktu považován za cosi exkluzivního a ve společenských vztazích mimořádného. Nenese totiž stejné sdělení jako text tištěný. Vtěluje do něj emoce, pocity, pečlivost, úhlednost a pozornost. Pracujeme v něm s prostorem – bílým místem před oslovením nebo před adresou oslovovaného dáváme najevo, nakolik si vážíme jeho funkce či postavení.

Nejvyšší formou úcty k druhému je skutečně chvíle, kdy vezmeme do ruky pero a začneme psát, byť by to mělo být jen slovo nebo několik řádek. I proto se stále ještě občas setkáte s vizitkou většího formátu nebo s kartonem velikosti A6, na který autor nechal sice předtisknout své jméno a adresu, ale k němuž rukou připojil několik slov osobního sdělení.

Jako bych slyšel na dálku protesty všech, kdo máte doma digitální tiskárnu poslední generace a software, který umí psát podle diktátu dopisy v celých sériích, a to vše docela sám. Ale na oplátku hlásím, že hromadné dopisy, které jsou na první pohled psány ve velkém, s podpisem předem skenovaným, a v nichž nemohu často ani najít svoje jméno, dávám rovnou do koše.

Takže co dělat, jsme-li odsouzeni k tomu používat techniku?

Především nezapomeňte, že text dopisu vašemu významnému partnerovi nesmí obsahovat chyby. Pečlivě kontrolujte nejen překlepy, ale i stylistickou rovinu jazyka. Podle mých zkušeností i krátký text obsahuje statisticky vysokou pravděpodobnost nějaké chyby. Nebojte se proto nad textem přemýšlet, hledat synonyma a uchopit jádro myšlenky, kterou zkoušíte formulovat.

Sděluje? Pak to musí být na první pohled čitateli zřejmé. Nabízíte? Pak ale nesmíte nikoho nutit. Žádáte? Nebojte se být přesní. Prosíte? Nezapomeňte být slušní. Očekáváte? Pak ale také naznačte, co jste všechno udělali i vy sami pro to, aby se druhý mohl cítit jako partner a nejen jako pracovník na přepážce. Záleží vám na tom, aby váš dopis někdo četl? Pak dvakrát přemýšlejte, než rozešlete hromadně formulované dopisy s předtištěným podpisem. Nezapomeňte totiž, že adresát nemusí mít čas a soustředěnost váš text podrobně číst a může na základě prvního dojmu korespondenci odložit. Každý detail našeho psaní může proto být velmi cenný.

Na svůj výtvar se podívejte i z hlediska perspektivy, s níž jste ho psali: nachází-li se v každém odstavci „já“ a jste-li všude vy hybatelem, původcem a iniciátorem, je něco v nepořádku. Takový text se nečte příjemně: adresát se u něho cítí trochu jako nezvaný host.

Text dopisu nemusí být dlouhý: nebojte se omezit například na tři odstavce: v prvním můžete uvést do situace, v druhém vyložíte, oč vám jde, a ve třetím naznačíte další vývoj nebo další kroky. Je-li sdělení složitější, pak jednotlivé odstavce od sebe oddělujeme dle myšlenkové struktury textu: v každém z nich nezapomeňte rozvádět jen omezený počet myšlenek, aby se v textu někdo další vůbec vyznal.

Vážíte-li si někoho zvláště, pak můžete k předtištěnému textu oslovení připojit rukou ještě „Vážený pane“ nebo „Milá Zdeno“, a stejně tak



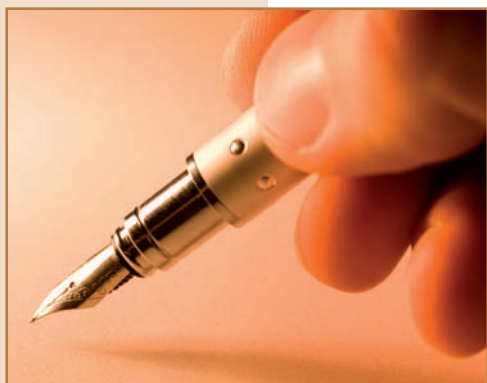
**Jeho Excellence
Pavel Fischer**

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
- Filozofická fakulta UK, Praha

vytištěný nebo i dokonce hromadný dopis „zosobní“ několik slov připsaných rukou



do závěru lze připsat „v účtě“, nebo dokonce celou větu připomenutí čehosi osobního. Rukopisný text připojený do tištěného totiž z anonymního sdělení může alespoň napomoci vytvořit cosi adresnějšího.

Obecně platí zásada, že na dopisy nesmíme zapomínat odpovídat. I knihy nebo časopisy, které někdy rozesílají autoři coby autorský výtisk, bychom měli brát jako výzvu

k odpovědi: krátké potvrzení příjmu a poděkování pak stačí a můžeme pro to využít právě malého kartonu, o němž jsme mluvili výše – na předtištěný papír s naší adresou připojíme pár slov poděkování a vložíme do obálky.

Děkování není nikdy dost. Nezapomínejme tedy děkovat ani za pozvání na večeři či k obědu nebo za pozvání na návštěvu, a to i když se ani nemůžeme dostavit, nebo za přání k výročí či projevenou účast. Chceme-li druhému poděkovat zvlášť slavnostně, pak můžeme připojit malý dárek. Dokonce i hostitelce můžeme připojit kytici teprve nazítří, poté, co jsme se vrátili z pěkného večera u ní s přáteli. Připojíme-li pak ke svému pugétu malou vizitku nebo krátký vzkaz, přinese naše poděkování druhý den možná větší radost a může být dokonce elegantnější, než kdybychom jej brali s sebou: není totiž větší starosti pro hostitelku než doma shánět poslední volné vázy pro četné kytice, usazovat při tom hosty a hlídat pečínku v troubě, přinášíme-li květiny ve velkém množství rovnou s sebou, pokud možno všichni naráz. Kde si pak chcete umýt ruce, je-li koupelna proměněna v botanickou zahradu? V takovém případě vskutku i naše dobře míněné vázané květiny mohou přinést určité rozpaky. Poděkování den poté proto může v sobě mít znak jisté ohleduplnosti a dokonce výjimečnosti.

**děkování není
nikdy dost,
nezapomínejme
poděkovat za pozvání
i dopis**

A e-maily či SMS? Nezapomínejte, že u obou především hrozí, že pro velký spěch budete odpovídat jaksi bez obalu, v emoci, bez dostatečné úcty a odstupu. Též riziko omylu je mimořádně vysoké – mohl bych vyprávět, jak jsem odeslal vzkaz někomu, komu vůbec nebyl určen. Obě dvě formy navíc nerespektují hierarchii a mohou předávat sdělení ve velmi syrové podobě a rychlost či přímost zdaleka nemusí být zárukou kvality výsledku. Druhého tak můžete zranit mnohem více, než byste bývali chtěli, a pak si budete marně lámat hlavu, jak chybu napravit, třeba právě... osobním dopisem.

Psát dopis v dnešním věku rychlosti vyžaduje úsilí a čas. Nestyďte se psát s konceptem, uvidíte, co všechno budete ještě měnit. Ani velcí autoři nedokázali dopis napsat načisto, ale raději si text předem skicovali a rozmýšleli. Jak by ostatně asi hodnotili mistři slova minulých věků naše dnešní zkratkovité vyjadřování? Nekroutili by hlavou nad naší střečkovitostí? I proto je lepší si text e-mailu nebo SMS předem rozmyslet, napsat nanečisto a nechat chvíli stranou. Nebojte se dokonce text psát celý znovu, abyste nepadali do (třeba neobratně) jednou již zformulovaných obrátů.

Dnes jsme přemýšleli o tom, jak psát dopisy v uspěchané době. Jak tedy vlastně začít? Kupte si ořezávací gumu, dobrou tužku a pěkné pero. Uvidíte, že se na psaní dopisů začnete těšit. A možná i s docela jiným pocitem budete čekat na poštu ve schránce. Možná že i na vás bude mezi reklamními letáky a fakturami čekat nějaký pěkný osobní dopis.

Mohu vám zaručit, že zatímco faktury časem vyhodíte, reklamní letáky dávno rozfoukal průvan u popelnic a SMS či e-maily vymaže poslední počítačový virus, ten schovaný dopis u sebe najdete i po letech. A možná vám udělá znovu velkou radost.

Střípky z II. Jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP

Praha 4.-6.4. 2008

AORTÁLNÍ STENÓZA - nejčastější omyly a chyby

1. omyl

**Aortální
stenóza
není častým
onemocněním**

Chlopenní srdeční vady v dospělosti Aortální stenóza

Prevalence ve stáří 2-5%

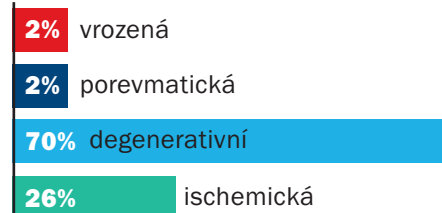
Sagie A., Vaturi M., Shapira Y.: Update in aortic valve disease. 2007, Harefuah, 146:867, 71.

Prevalence AS ≥ 100 let (N=63) 27%

Sadiq A., Chudhury M., Ali K., et al: Echo characteristic in patients > or = 100 years of age. 2007 Am J Cardiol 100-1792-4

Nejčastější etiologie AS

Odpovědi publika:





Cévní mozková příhoda

Cévní mozkové příhody jsou dle statistik třetí nejčastější příčinou úmrtí. V ČR je úmrtnost na CMP u populace do 65 let dvojnásobná ve srovnání se zeměmi západní a severní Evropy s maximem úmrtí u mužů (v kategorii 49–65 let). Lékař jakékoli odbornosti může být prvním zdravotníkem, který se k pacientovi s CMP dostane, a velmi tedy záleží na jeho znalostech, jakou péči pacientovi poskytne.

I.

15.50: Dispečer RZP přijímá výzvu: „Tatínek šel do sklepa přiložit do kotle, když se nevracel, šli jsme jej hledat – leží ve sklepě na zemi, špatně dýchá, neodpovídá.“

15.52: Výjezd posádky s lékařem, současně rodina instruována dispečerem přes telefon: kontrola dechu a tepu, stabilizovaná poloha – prevence aspirace, pokus o vytažení zubní protézky.

16.01: Příjezd na místo, nalezen somnolentní 65letý (GCS 7), ležící, spontánně ventilující pacient. Hypoventilující, zornice izo, při orientačním neurologickém vyšetření levostranná symptomatologie (oslabená svalová síla). Na cílený dotaz lékaře pacientova manželka udává, že si „již včera stěžoval na mírnou bolest hlavy“. Zavedena i.v. kanyla, podán: Hypnomidat 20 mg i.v., SCCHJ 100 mg, vyňata zubní protézka, zavedena endotracheální inkubace (ETI), z ústní dutiny ruční odsávací odsáto malé množství žaludečního obsahu. Podán Fentanyl 3 ml, Oxantil 2 amp.

16.23: Odjezd RZP: pacient připojen k ventilátoru, pro interferenci s ventilátorem během transportu jednorázově relaxován Arduanem 4 mg i.v., kape infuse Plasmalyte 1000 ml i.v., TK 140/80 HR na monitoru sinus 50 min. Během transportu rozvoj anizokorie, rozšiřuje se pravá zornice širší cca 6 mm.

16.40: Příjezd na příjem RES: statim CT mozku, kde rozsáhlá intraparenchymová hemoragie frontotemporo-parietálně vpravo s prokrvácením čtvrté komory, částečným prokrvácením postranních komor, tříštivým krvácením v oblasti BG. Přetlak středočárových struktur 9 mm. Tento nálezn byl konzultován se spádovou neurochirurgií, operační výkon nebyl indikován. Pacient v dalších 48 hod. vymizení kmenových reflexů, prognóza nepříznivá.

II.

7.54: Přijata výzva: maminka (54 let) špatně mluví zadržává, pláče, vykřikuje a „mele sebou“, nekomunikuje.

8.06: Příjezd na místo: pacientka anamnesticky hypertonička, při vědomí s fatickou poruchou, pláčtivá, neklidná. TK 180/90 HR 88 min. SpO₂ 96 %. Zavedena i.v. kanyla, podán Oxantil 2 amp i.v. Podán Isoket subl. spray 2x. TK po přeměření 140/80, nadále sinus HR 75 min. Pacientka transportována do vozu RLP pomocí „schodolezu“ ze 4. patra činžovního domu. Během transportu pacientky do nemocničního zařízení poloha s vyvýšenou horní polovinou trupu.

8.36: Příjezd na neurologickou ambulanci, pacientka klidnější, rozumí, jednoslovně srozumitelně odpovídá, udává mírnou parestézii prstů PHK. Neurologicky vyšetřena, provedeno statim CT mozku s negativním nálezem. Pacientce nasazena vazodilatační terapie, po 14 dnech propuštěna do domácího ošetření bez neurologického deficitu.

III.

20.56: Dispečink ZZS přijal výzvu od rodiny pacienta (67): „Tatínek při sledování televize náhle dostal křeče, škube celým tělem, neodpovídá, nekomunikuje.“

Rodina poučena o nutnosti zachování průchodnosti dých. cest: záklon hlavy (trojmat), kontrola tepu.

20.12: Příjezd RLP: pravostranná hemiparéza, bulby stočeny vlevo, zornice izo, centrální pareza VII, GCS 1-1-3. Medikace: Dormicum 5 mg, Fentanyl 3 ml i.v., SCHJ 80 mg i.v., provedena ETI, zahájená UPV (Oxylog). K transportu pacient relaxován Arduanem. Kape infuse plasmalyte 1000 ml, Oxantil 2 amp i.v., TK 130/75, HR 58 min., SpO₂ po připojení k ventilátoru 99 %.

20.44: Příjezd do nemocnice, statim CT vyšetření s nálezem okluze a. cerebri media l. sin., konzultováno NCH pracoviště. Intraarteriální trombolýza vzhledem k rozsáhlému nálezu nebyla indikována. Doporučeno diagnostické okno.

8.00: Kontrolní CT mozku po 12 hodinách: rozsáhlé ischemické ložisko v povodí levé ACM s útlakem levé postranní komory (PK) a posunem struktur střední čáry cca 6 mm doprava. Frontálně vpravo nález ischemického ložiska 58 × 30 mm s tlakem na přední roh pravé PK. Bilaterálně okcipitálně zašlé SA prostory. Nasazena plná terapie (sedace, umělá plicní ventilace, antiedematózní terapie, elevace horní poloviny těla 30 st.). V dalších dnech rozvoj areflektrického komatu. Dle platného protokolu byl opakovaně neurologicky vyšetřen. Rodina byla plně o stavu pacienta informována. U pacienta s klinickými známkami smrti mozku bylo provedeno angiografické vyšetření, které smrt mozku potvrdilo. Pacient byl zařazen do dárcovského programu.

Závěr: Nejdůležitější je na CMP myslet, a to i u příznaků, které nejsou zcela typické. K dg CMP nás musí vést náhle vzniklé následující příznaky:

1. slabost až ochrnutí poloviny těla,
2. porucha čítí (parestézie, hypestézie), obvykle na polovině těla,
3. porucha vidění, ostrosti vidění, vertigo, cefalea, nauzea,
4. porucha řeči, nemožnost mluvit, nemožnost porozumět řeči.

K léčbě trombolýzou je vhodný pacient se středně těžkým iktem a negativním CT.

Co by se měl pokusit zjistit lékař na místě:

1. Přesný začátek obtíží.
2. Stanovit rozsah neurologického postižení. Velmi důležitá je znalost GCS (3–15).
3. Zjistit možné kontraindikace či rizikové faktory k trombolýze:
 - věk nad 80 let,
 - anamnesticky intrakraniální krvácení, intrakraniální nádor nebo operace, těžké renální selhání, závažná alergie na kontrastní látky,
 - porucha krevní srážlivosti,
 - v posledních 3 měsících CMP, velká operace či závažné poranění, akutní VCHGD, krvácení do GIT,
 - destabilizovaná hypertenze syst. nad 185, diastola nad 110,
 - v době nedávné punkce velkých žil, gynekologické a urologické krvácení, pankreatitis,
 - léčba antikoagulancii.

Co by měl udělat první lékař na místě, resp. lékař RZP (viz též minulé vydání Practicus 3/08):

- Včas informovat cílové neurologické pracoviště (s iktovou jednotkou) k zajištění urychleného CT vyšetření.
- Zavést pacientovi i.v. kanylu širokého průsvitu.
- Důraz se klade na péči o základní vitální funkce.
- Podáváme Oxantil, Oikamid, Celaskon, O₂ polomaskou.
- Zajištění transportu pacienta nejlépe RLP na JIP neurologického oddělení.
- Po neurologickém vyšetření okamžitý převoz k CT vyšetření.
- Důležitým faktorem pro trombolytickou terapii je čas – léčba trombolitikem musí být zahájena pokud možno do 3 hodin od vzniku potíží.



prim. MUDr. Jaroslava Ščamburová

na CMP je třeba myslet i když nejsou příznaky typické

každá i susp. CMP patří na iktovou jednotku vybavenou CT

Vyhláška č. 54 o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů (ze dne 6. února 2008)

elektronický recept
- nová možnost předpisu léků
- nelze jej použít k předpisu omamných nebo psychotropních látek

recepty s modrým pruhem
- jak a kde obdržíme - evidence

maximálně jedna položka na recept s modrým pruhem

maximálně dvě položky na běžný recept

počet vypsání balení omezen maximálně na dobu 3 měsíců léčby

Výběr z originálního textu s ohledem na využití pro praktické lékaře

Kompletní znění: www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/290-vyhlaska-c-542008-sb.html

OBECNÁ USTANOVENÍ

§ 1

Úvodní ustanovení

Pro předepisování léčivých přípravků lékaři používají lékařské předpisy, a to

- pro předepisování léčivých přípravků obsahujících omamné nebo psychotropní látky (vyjmenované v příloze č. 1 a 5 zákona č. 167/1998 Sb.), které jsou **označeny modrým pruhem**
- humánních léčivých přípravků za účelem poskytování zdravotní péče, a to i pro jejich opakovaný výdej podle § 6 odst. 4,
- pro předepisování léčivých přípravků lze také použít **recept v elektronické podobě** (dále jen „elektronický recept“) zasláný předepisujícím lékařem centrálnímu úložišti elektronických receptů opatřený zaručeným elektronickým podpisem předepisujícího lékaře založeným na kvalifikovaném certifikátu podle jiného právního předpisu (Zákon č. 227/2000 Sb) Nelze je použít k předepsání léčivých přípravků obsahujících omamné látky a psychotropní látky.

Na lékařském předpisu nelze umístit znaky nebo prvky, které by omezovaly čitelnost údajů vyplňovaných poskytovatelem.

Lékařský předpis, s výjimkou lékařského předpisu označeného modrým pruhem, lze opatřit proti jeho zneužití ochrannými prvky.

§ 2

Zacházení s lékařskými předpisy

Lékařské předpisy se ukládají tak, aby se zabránilo jejich ztrátě nebo odcizení a možnosti jejich zneužití.

Nevyplněné lékařské předpisy nelze opatřit razítkem poskytovatele.

§ 3, § 4

Zacházení s lékařskými předpisy označenými modrým pruhem

- Výrobu a distribuci lékařských předpisů označených modrým pruhem zabezpečují místně příslušné obecní úřady obcí s rozšířenou působností u smluvně zajištěného výrobce těchto tiskopisů, a to na základě objednávek poskytovatelů s místem výkonu těchto činností ve správních obvodech obecních úřadů obcí s rozšířenou působností.
- Lékařské předpisy označené modrým pruhem mohou být obecními úřady obcí s rozšířenou působností vydány pouze oprávněným osobám

nebo jejich pověřeným zástupcům). Ztráta nebo odcizení nevyplněného lékařského předpisu označeného modrým pruhem se bez zbytečného odkladu oznámí obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, který tyto tiskopisy oprávněně osobě vydal, a současně se tato ztráta nebo odcizení oznámí i Policii České republiky.

- Vydávají-li oprávněné osoby lékařské předpisy označené modrým pruhem dále osobám, které jsou k oprávněné osobě v pracovním poměru nebo v obdobném vztahu, vede oprávněná osoba o tomto výdeji evidenci.

- Znehodnocené lékařské předpisy označené modrým pruhem, včetně jejich průpisu, odevzdají osoby, kterým byly tyto lékařské předpisy před znehodnocením vydány oprávněnou osobou, této osobě.

- Oprávněná osoba vede o odevzdaných znehodnocených lékařských předpisech označených modrým pruhem, včetně jejich průpisu, evidenci. Tyto odevzdané znehodnocené lékařské předpisy předá oprávněná osoba místně příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností k likvidaci. Tento obecní úřad vypracuje protokolární záznam o likvidaci lékařských předpisů označených modrým pruhem, včetně jejich průpisu, v němž potvrdí jejich převzetí od oprávněné osoby.

PŘEDPISOVÁNÍ HUMÁNNÍCH LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKŮ

§ 5

Způsob předepisování

(1) Recept nesmí obsahovat více než

- a) **jeden druh léčivého přípravku, který obsahuje omamné látky** nebo psychotropní látky, nebo
- b) dva druhy ostatních léčivých přípravků.

(2) Je-li léčivý přípravek předepisován na účet veřejného zdravotního pojištění, lze na jeden recept předepsat **více než jedno balení jednoho druhu** léčivého přípravku pro zajištění léčby pacienta do jeho další kontrolní návštěvy u ošetřujícího lékaře, **nejdéle však na dobu tří měsíců** a zpravidla do počtu tří balení, není-li dále stanoveno jinak.

(4) Při předepsání léčivých přípravků, s výjimkou transfuzních přípravků, se na lékařském předpisu vyznačí **počet balení nebo dávek římskou číslicí a slovy v latinském jazyce**.



(6) Při předepisování léčivých přípravků na lékařské předpisy označené modrým pruhem (omamné a psychotropní látky) se

a) vyplňuje první list a dva průpisy receptu; první list a první průpis je označen pro výdej předepsaného léčivého přípravku v lékárně, druhý průpis se ponechává v bloku použitých receptů,

b) na recept uvádějí údaje podle odstavce 4 a podle § 6.

§ 6

Údaje uváděné na receptu

(1) Není-li dále stanoveno jinak, na receptu se uvádějí tyto údaje:

a) označení zdravotní pojišťovny číselným kódem, pokud je léčivý přípravek hrazen z veřejného zdravotního pojištění,

b) **jméno, případně jména, příjmení, adresa** místa trvalého pobytu pacienta, případně místo pobytu na území České republiky, jde-li o cizince, telefonní číslo pacienta, které však může lékař uvést pouze se souhlasem pacienta; **identifikační číslo pacienta** - pojištěnce; pokud identifikační číslo nebylo přiděleno, datum narození pacienta;

c) předepsaný léčivý přípravek, a to (1) chráněný název, pod nímž byl **léčivý přípravek** registrován, léková forma, síla a velikost balení, nebo (2) lékopisný název nebo jeho synonymum nebo jeho zkratka uvedená v Českém lékopisu, a to i pro jeho jednotlivé složky v případě, že se jedná o připravovaný léčivý přípravek,

d) **symbol**, případně slovní vyjádření uvedené na přední straně receptu

1. **„Hradí nemocný“**, jestliže léčivý přípravek není hrazen z veřejného zdravotního pojištění, uvádí se na receptu slova která se uvádí i v případě, že předepisující lékař nemá smlouvu se zdravotní pojišťovnou pacienta- pojištěnce, pokud nejde o nutnou a neodkladnou péči.

2. **„(!)“**, jde-li o záměrné překročení dávkování stanovené Českým lékopisem nebo dávkování anebo indikace uvedené v souhrnu údajů o přípravku; překročení dávkování musí být vypsáno slovy v latinském jazyce, jedná-li se o individuálně připravovaný léčivý přípravek,

3. jde-li o pacienta v předškolním věku, **může** lékař uvést i jeho **hmotnost v kg** v případě, že tato není přiměřená jeho věku,

4. **„Nezaměňovat“**, jestliže předepisující lékař trvá na vydání předepsaného léčivého přípravku,

5. **„Pohotovost“**, jde-li o recept vystavený pohotovostní službou včetně stomatologické a ústavní,

6. **„Zvýšená úhrada“**, jde-li o předpis léčivého přípravku, který má podle jiného právního předpisu (Zákon č. 48/1997 Sb.) a předepisující lékař požaduje využití úhrady vyšší,

7. **„Nutná a neodkladná péče“**, je-li léčivý přípravek předepsán na účet veřejného zdravotního pojištění nesmluvním lékařem v rámci jím poskytnuté nutné a neodkladné péče,

8. **„Neregistrovaný léčivý přípravek“**, jde-li o předepsání neregistrovaného léčivého přípravku,

e) hlavní diagnóza vážící se k předepisovanému léčivému přípravku, jestliže je předepisujícím lékařem požadována zvýšená úhrada, a to v podobě číselné diagnózy podle Mezinárodního statistického klasifikačního seznamu nemocí a přidružených zdravotních problémů,

f) návod k použití léčivého přípravku,

g) otisk razítka poskytovatele obsahující

1. jméno, případně jména, příjmení a adresu trvalého pobytu, případně místo pobytu na území České republiky, jde-li o cizince, včetně telefonního čísla, místo poskytování zdravotní péče a identifikační číslo přidělené zdravotní pojišťovnou, pokud má se zdravotní pojišťovnou uzavřenu smlouvu, **jde-li o fyzickou osobu**,

2. název nebo obchodní firmu, sídlo, včetně telefonního čísla místa, kde se trvale poskytuje zdravotní péče, a identifikační číslo přidělené zdravotní pojišťovnou, pokud má se zdravotní pojišťovnou uzavřenu smlouvu, **jde-li o právnickou osobu**,

3. v případě použití elektronického receptu se údaje uvedené v bodu 1 nebo 2 uvádějí na tomto receptu v místě určeném datovým rozhraním,

h) jméno, případně jména a příjmení předepisujícího lékaře vypsané hůlkovým písmem nebo jmenovkou,

i) podpis předepisujícího lékaře a datum vystavení receptu; v případě elektronického receptu se podpis předepisujícího lékaře nahrazuje jeho elektronickým podpisem.

(2) Recept na léčivé přípravky, jejichž úhrada z veřejného zdravotního pojištění je z hlediska odbornosti předepisujícího lékaře omezena a je vystavený lékařem jiné odbornosti, obsahuje

a) na přední straně údaje podle odstavce (1),

b) na zadní straně

1. jméno, případně jména, příjmení a odbornost lékaře, který předpis léčivého přípravku doporučil,

2. identifikační číslo zdravotnického zařízení, ve kterém tento lékař poskytuje zdravotní péči, nebo identifikační číslo pracoviště, je-li zdravotnické zařízení na pracoviště členěno, nebo

3. označení **„Na doporučení odborného lékaře“**

spolu s jeho identifikačním číslem podle bodu 2, s podpisem a jmenovkou předepisujícího lékaře a otiskem razítka poskytovatele, u něhož předepisující lékař poskytuje zdravotní péči; doporučení odborného lékaře musí být nejpozději v den předepsání léčivého přípravku založeno ve zdravotnické dokumentaci pacienta-pojištěnce, je-li pro předepsání léčivého přípravku použit elektronický recept, postupuje se podle odstavce 1 písm. i); údaje podle písmen a) a b) se uvedou v místě určeném datovým rozhraním.

(3) Na účet Ministerstva zdravotnictví se předepisují léčivé přípravky na recept označený poznámkou

„MZ CR“, pokud taková úhrada vyplývá pro Ministerstvo zdravotnictví z mezinárodní smlouvy.

**administrativní
značení I-C-P zrušeno**

nové symboly:
Hradí nemocný (!)
Nezaměňovat
Pohotovost
Zvýšená úhrada
Nutná a neodkladná péče
Neregistrovaný léčivý přípravek

**náležitosti razítka
poskytovatele**

pozn.: SVL ČLS JEP
vyzývá do doby vyjasnění
požadavku na udávání
trvalého bydliště
u poskytovatele k vyčkání
a pokračování v zavedeném
uvádění adresy pracoviště

**předpis léků vázaných
na specializovanou
odbornost**

**symbol „MZ CR“
= na účet ministerstva
zdravotnictví**

u „Repetatur“ nutno doplnit údaj o počtu opakování číslicí a slovy
Repetatur 1x
= jednorázové vydání
Repetatur 2x
= dvě vydání,
tj. 1x se opakuje

předpisy pro rodinu

dobu platnosti receptů:
antibiotika 5 dnů
ostatní léky 14 dnů
pohotovostní léky 1 den

opakovaný recept platí
6 měsíců, max. 1 rok

(4) Jestliže výdej léčivého přípravku se má opakovat, na receptu, kromě údajů uvedených v předchozích odstavcích tohoto ustanovení, se uvede pokyn k opakování výdeje, a to zpravidla slovem „**Repetatur**“, a číslicí a slovy údaj o celkovém počtu výdejů. Množství předepsané pro jednotlivý výdej podléhá omezení podle § 5. U léčivých přípravků obsahujících návykové látky opakovaný výdej nelze použít.

(5) Jestliže je úhrada léčivého přípravku **vázána na schválení revizním lékařem** příslušné zdravotní pojišťovny, uvede se

- poznámka „**Schvaluji**“ na zadní straně receptu spolu s podpisem tohoto lékaře a otiskem razítka příslušné zdravotní pojišťovny, nebo
- poznámka na zadní straně receptu „**Schváleno revizním lékařem**“, datum udělení tohoto souhlasu spolu s podpisem předepisujícího lékaře a otiskem razítka poskytovatele, ve kterém předepisující lékař poskytuje zdravotní péči; písemný souhlas revizního lékaře příslušné zdravotní pojišťovny se nejpozději do 14 dnů založí ve zdravotní dokumentaci pacienta-pojištěnce.

(6) Recept na léčivé přípravky předepsané lékařem poskytujícím zdravotní péči sobě, manželovi, svým rodičům, prarodičům, dětem, vnukům a sourozencům, a to podle odbornosti stanovené jiným právním předpisem (Zákon č. 95/2004 Sb.), obsahuje údaje podle odstavce 1 písm. a) až f), písm. g) bodu 1 a písm. h) a i) a je opatřen poznámkou „**Pro potřebu rodiny**“ nebo „**Ad usum proprium**“.

§ 7

Vytváření a zasílání elektronických receptů a jejich zpracování centrálním úložištěm elektronických receptů

Vzhledem k rozsáhlosti tohoto odstavce odkazujeme zájemce na originální text www.mzcr.cz.

§ 12

Údaje uváděné na receptu vystaveném ve výjimečném případě

(1) V případě **nebezpečí z prodlení** při poskytování zdravotní péče pacientovi, který je v nebezpečí smrti, nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, může být léčivý přípravek předepsán výjimečně i na jiném vhodném nosiči informace, který obsahuje:

- slova „**Nebezpečí z prodlení**“;
- jméno, případně jména, příjmení, identifikační číslo pacienta-pojištěnce; pokud identifikační číslo nebylo přiděleno, datum narození pacienta, číselný kód příslušné zdravotní pojišťovny, a to v případě, že uvedené informace jsou dostupné,
- název léčivého přípravku,
- návod k použití léčivého přípravku,
- datum vystavení,
- jméno, případně jména, příjmení a adresu pře-

depisujícího lékaře vypsání hůlkovým písmem, g) podpis předepisujícího lékaře a jeho identifikační číslo přidělené příslušnou zdravotní pojišťovnou, pokud bylo přiděleno.

(2) Při poskytování zdravotní péče podle odstavce (1) lze předepisovat léčivé přípravky v množství potřebném do následného ošetření poskytovatelem.

§ 14

Doba platnosti lékařských předpisů

(1) Recept s předepsanými

- antibiotiky a antimikrobiálními chemoterapeutiky** platí nejdéle 5 kalendářních dnů počínaje dnem jeho vystavení, pokud nejde o léčivé přípravky pro místní použití,
- ostatními léčivými přípravky** platí **14 kalendářních dnů**, neurčí-li předepisující lékař jinak, počínaje dnem jeho vystavení.

(2) Recept s předepsanými léčivými přípravky, **jejichž výdej se má opakovat, platí 6 měsíců**, nestanoví-li předepisující lékař jinak, počínaje dnem jeho vystavení, nejdéle však 1 rok.

(3) Recept vystavený pohotovostní službou, včetně stomatologické a ústavní, platí **nejdéle 1 kalendářní den následující po dnu jeho vystavení**.

§ 15

Výpis z receptu

(1) Není-li v lékárně k dispozici předepsaný počet balení nebo jestliže na receptu jsou předepsány 2 druhy léčivých přípravků, z nichž některý není k dispozici a ani nemůže být urychleně obstarán, vystaví lékárník na chybějící léčivý přípravek výpis z receptu s označením „Výpis“. Obdobně se postupuje v případě opakovaného výdeje podle § 6 odst. 4, pokud je recept nezbytným dokladem pro účely kontroly nebo vyúčtování zdravotní pojišťovně.

(2) Výpis z receptu obsahuje údaje původního receptu; na původní recept se uvede poznámka „Pořízen výpis“. V případě, že lékárník na výpis z receptu vypisuje všechna balení jednoho druhu léčivého přípravku a nevybírá regulační poplatek podle jiného právního předpisu, uvede poznámku „**Poplatek nevybrán**“. Je-li na výpisu z receptu tato poznámka uvedena, vybere tento regulační poplatek vydávající lékárník.

(3) Doba platnosti výpisu z receptu se počítá ode dne jeho vystavení.

(4) V případě výpisu z elektronického receptu se postupuje obdobně.

Připravila MUDr. Jaroslava Laňková



Léčba bolesti nevyléčitelně nemocných a umírajících: 5. část – farmakoterapie – pokračování

Vážení kolegové, pokračuji poznámkami a zkušenostmi s farmaky 1. stupně WHO ASL.

V předchozí kapitole jsme se soustředili na tzv. analgetika – antipyretika, a to na:

- aa) deriváty kyseliny acetylosalicylové,
- ab) deriváty anilinu a
- ac) deriváty pyrazolonu.

Dostáváme se k další skupině analgetik z prvního stupně WHO žebříčku, tedy ke skupině „b“, kterou tvoří léky s vysokým protizánětlivým efektem.

Jedná se o nesourodou skupinu farmak, což se projevuje už na jejím pojmenování. Promiscue užíváme pojmy „nesteroidní protizánětlivé léky, nesteroidní antirevmatika, antiflogistika...“, pestrá je i skupina zkratk (NSAR, NSA, NSA). **Doporučuje se preferovat pojem NSAID, který vznikl z anglického termínu „nonsteroidal anti-inflammatory drugs“.**

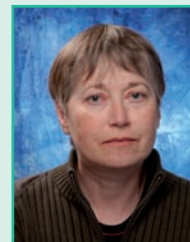
Jejich společným mechanismem je blokáda tvorby cyklooxygenázy 1 a 2, a to v různé míře. Útlumem COX-1 se ovlivní tvorba rozličných humorálních produktů zánětu, což jsou hlavně modifikované aminokyseliny, oligo- a polypeptidy nebo lipidové látky (prostaglandiny, leukotrieny, tromboxany...), změna lokální koncentrace některých iontů či iontových kanálů.

To vysvětluje jejich účinky antipyretické, protizánětlivé, analgetické a někdy i antitrombotické.

Co se týče analgetického efektu, připomínám, že někdy vidíme dobrý efekt i u nezánnětlivé bolesti, pokud vzniká drážděním nociceptoru z mezenchymu, kůže a podkoží (například objemné hematomy ve fázi resorpce). Stačí, aby zdrojem bolesti byly „pouhé reflektorické změny“ v těchto tkáních, což už spustí zánětlivou kaskádu. NSAID tedy mívají dobrý efekt jako monoterapie vertebrálních s paravertebrálními reflektorickými kontrakturami vzpřimovačů trupu či funkčních kloubních blokády s parartikulárním spasmem svalů, a to i bez přidání myorelaxancia.

Méně známá je skutečnost, že NSAID tlumí i projevy bolesti na centrální úrovni, a to specifickým vlivem na konkrétní struktury. Mechanismus je zatím neznámý, ale rozhodně odlišný od působení opioidů. Zřejmě je tlumena tvorba prostaglandinů v CNS a navíc je i přímo ovlivněno vedení nocicepčních vzruchů periferními nervy vlivem na mediátory.

NSAID jsou tedy indikovány na léčbu bolesti nocicepční (zvláště pak zánětlivé) a na některé neuropatické bolesti. Jejich dobrý analgetický efekt lze predikovat tehdy, když u konkrétního nemocného dobře zabírají glukokortikoidy. Tento fakt občas v Cestě domů zohledňujeme při testování analgetického efektu, pokud nemocný dosud NSAID neužíval a příčina bolesti by mohla souviset se zánětem, parazánětlivým či perifokálním edémem apod.



MUDr. Marie Goldmannová

NSAID tlumí i projevy bolesti na centrální úrovni

dobrý analgetický efekt NSAID lze predikovat, když u konkrétního nemocného dobře zabírají glukokortikoidy

JEDINÝ TRAMADOL S ORIGINÁLNÍ CONTRAMID® TECHNOLOGIÍ PRO ŘÍZENÉ UVOLŇOVÁNÍ

1x DENNĚ



Literatura: 1. Data on file, Labopharm

Zkrácená informace o přípravku: Složení: Tramadol hydrochlorid. Indikační skupina: Analgetikum, anodynum. Indikace: Léčba středně silné až silné bolesti. Kontraindikace: Přecitlivělost na účinnou látku nebo pomocné látky, akutní intoxikace alkoholem, hypnotiky, centrálně působícími analgetiky, opiáty a psychofarmaky. Zvýšené opatrnosti je třeba při jaterním nebo ledvinovém selhání. Pacienti současně léčení inhibitory MAO nebo ti, kteří byli inhibitory MAO léčení v posledních 2 týdnech. Tramadol nesmí být podáván jako dlouhodobá léčba v průběhu kojení, to je děle než 2 až 3 dny, pokud je to nutné. **Zvláštní upozornění:** Tramadol má nízký potenciál závislosti. Avšak při dlouhodobém používání se může vyvinout tolerance, psychická a/nebo fyzická závislost. Opatrnost je doporučena při podávání tramadolu pacientům s rizikem útlumu respirace nebo těm nemocným, kteří jsou léčení přípravky, jež mohou útlum respirace způsobit. **Nežádoucí účinky:** Ospalost, únava, závrať, suchost v ústech, pocení, nauzea, zvracení, zácpa. Ostatní nežádoucí účinky (ojediněle): změny krevního tlaku, křeče, alergické kožní nebo i anafylaktoidní reakce. **Dávkování:** Dospělí a děti starší 12 let: obvyklá dávka je 200 mg jednou denně. Dávku zvyšovat po 100 mg, maximálně 400 mg jednou denně. **Balení:** 5, 10, 30 tablet. **Datum poslední revize textu SPC:** 17.2.2006. **Výrobce:** Labopharm Europe Ltd., Dublin, Irsko. **Držitel rozhodnutí o registraci:** CSC Pharmaceuticals Handels GmbH, Vídeň, Rakousko. Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se prosím s Souhrnem údajů o přípravku. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami.



Medicom International s.r.o. Páteří 7, 635 00, Brno, tel.: 546 123 111, fax.: 546 123 112, www.medicomint.cz

www.noaxuno.cz

účinky jednorázového podání dexametazonu

Jednorázové podání dexametazonu (většinou stačí cca 8 mg) má totiž dobrý protizánětlivý efekt, nevyvolá dyspepsie a navíc má mnoho dalších vlastností, které lze terapeuticky využít (hlavně účinek antiemetický, antihypotenzní, únavu zmírňující a zlepšení apetitu). Vnímá-li pacient zmírnění bolesti a není-li třeba ponechat kortikoidy z jiných příčin, lze pokračovat v analgetické terapii některým z NSAID. Chci zdůraznit výborný, často dlouhodobý efekt NSAID při zvládání bolesti kostních metastáz, zánětů po radioterapii či chemoterapii a některých otevřených defektů a ran. Obecně platí, že u všech NSAID nastupuje analgetický efekt dříve, při nižších dávkách, než efekt protizánětlivý!

Několik poznámek k nežádoucím účinkům a nebezpečí NSAID:

Myslím, že všichni známe časté nežádoucí účinky způsobené vlivem na syntézu prostaglandinů bloádou tvorby cyklooxygenázy 1. Všichni jsme též zažili naději, že přechodem na tzv. koxiby, tedy selektivní blokátory COX-2, se mnoha komplikacím vyhneme. Známe další vývoj poznání, že i koxiby mají svá specifická nebezpečí, o nichž zřejmě víme daleko méně než u preparátů neselektivních.

Za současného stavu znalostí lze uvážlivě pracovat s neselektivními NSAID a (je-li to třeba či vhodné) s těmi několika COX-2 preferenčními preparáty, které jsou na trhu k dispozici.

Nechci unavovat čtenáře vyjmenováváním všech možných nežádoucích účinků, o nichž se lze dovědět víc a kvalitněji v odborné literatuře.

Zdůrazním několik jejich aspektů, které jsme při použití NSAID u léčby bolesti nevyčísitelně nemocných zažili. Jejich závažnost byla o to větší, že naši pacienti jsou často starší, polymorbidní, ohroženi selháváním životně důležitých orgánů, někdy oslabeni protinádorovou léčbou nebo s nedohojenými operačními ranami.

Nejhorší nežádoucí účinky NSAID jsme potkali tehdy, když jsme se vůbec nedozvěděli, že nemocný nějaký preparát (často už mnoho let) užívá! Chaotická sbírka léků, kterou má nemocný doma, a ďábelský koktejl, který si z nich originálně míchá, nás občas zaskočily. Zprvu nás nenapadlo aktivně se na ně ptát, či dokonce prohledávat kdejakou krabici od bot, kde by se mohlo skrývat další balení „nevinného“ ibuprofenu, kterej už babička bere dvacet let, protože ji bolejí klouby, ani to neřiká doktorovi, vždyť ho prodávaj bez receptu... A když jí bolí žaludek, tak jí koupíme ten růžovej sladkej sirup, vždyť ten můžou i děti. Moc jí chutná, ani nestačíme dokupovat...“. Zvláště čípkovou formu léku vnímá široká veřejnost jako nevinnou a neškodnou. Často nacházíme čípky uložené

v kuchyni někde nad sporákem v poličce, deset let po datu expirace, mimo originální krabici.

Tento zajímavý aspekt práce v terénu je zřejmě důvěrně známý právě jen praktickému lékaři. Jejich kolega z nemocnice ani netuší, oč jednodušší práci má, když sleduje interakce „jen“ těch farmak, která sám ordinoval! Realita nás naučila odebírat farmakologickou anamnézu velmi podrobně, opakovaně, se zapojením ostatních členů domácnosti. Po každé návštěvě ji doplňujeme nebo aktualizujeme.

V zásadě lze nežádoucí účinky NSAID rozdělit do dvou skupin:

A) Související se stropovým efektem účinku. Zhoršují se při zvyšování dávky. Jsou časté a musíme je předvídat. Týkají se hlavně zažívacího traktu, ledvin, plic a hemostázy.

Nejčastější obtíže při NSAID se týkají potíží žaludečních a obecně z gastrointestinálního traktu. Méně běžná, ale vídaná je benigní striktura distální části jícnu nebo těžké (až ulcerózní) postižení tenkého i tlustého střeva, tedy enteritis či kolitis, s trvalými drobnými krevními ztrátami a následnou těžkou hypochromní anémií. Při nasazování antiulcerózních preparátů je třeba vědět, že preventivní podávání léků ze skupiny H₂ blokátorů prakticky neovlivní frekvenci výskytu lézí, nýbrž potlačí příznaky, takže v důsledku je vývoj těžkých následků včetně masivního krvácení mnohem nebezpečnější.

Pokud neměl nemocný dříve ani nyní žádné potíže a nemá v anamnéze vředovou chorobu, je možné ho jenom poučit o nevhodnosti podávání nalačno a při kontrolách se na dyspepsie či gastralgie aktivně ptát. Pokud bude nemocný lék brát dlouhodobě, má subjektivní obtíže, pozitivní anamnézu nebo současně musí užívat kortikoidy, **je vždy nutno podávat inhibitory protonové pumpy. Nejčastěji stačí omeprazol 20 mg 1× denně.** Netřeba zdůrazňovat, že nejbezpečnější prevencí je podávání co nejnižší účinné dávky léků, pokud možno nejméně toxických.

Další poměrně častý NÚ je útlum proliferace buněk, hlavně bílé řady. Výsledkem může být mírná porucha buněčné imunity a imunosuprese, sama o sobě nevelká, leč u pacienta po chemoterapii, aktino- či imunoterapii hodná naší pozornosti.

Široce známé riziko nefrotoxicity souvisí přímo s mechanismem účinku NSAID: prostaglandiny PGE₂ a PGI₂ jsou účinná vasodilatancia, takže útlum jejich tvorby je pro ledviny bezprostředně škodlivý. NSAID přímo vyvolávají intersticiální nefritidu, porušují sekreci reninu a zvyšují tubulární reabsorpci natria a vody. Někdy vzniká circulus vitiosus, kdy ošetřující lékař ve snaze zvládnout vzniklé otoky nasadí diuretika,

výborný, často dlouhodobý efekt NSAID při zvládání bolesti kostních metastáz

NÚ související se stropovým efektem účinku NSAID: gastrotoxická útlum proliferace buněk, hlavně bílé řady nefrotoxická poruchy hemostázy bronchospasmus



takže v ledvinách při snížení objemu tekutiny dochází k další vazokonstrikci. V laboratorních výsledcích opakovaně zjišťujeme hyperkalemii, hyponatremii se sníženým vylučováním vody. Řešením je v této chvíli vysazení NSAID, nikoliv zvýšení diuretik. Stav je logicky zhoršován krvácením, zvracením, průjmy, velkou sekrecí z ran a nádorů nebo jinak vzniklou ztrátou volumu; dále u starých nemocných, kardiálně dekompenzovaných s městnavým srdečním selháním, samozřejmě u predilekčně postižených ledvin (systémové onemocnění, mnohočetný myelom, postchemoterapeutická nefropatie atd). Rizikovým faktorem je cirhóza jaterní s tvorbou ascitu a těžká ateroskleróza.

Stupeň nefrotoxicity je ve zřetelné souvislosti s dobou podávání NSAID.

Velkou pozornost si zaslouží pacienti, kteří užívají NSAID v retardované formě či s dlouhým poločasem, protože jsou ohroženi projevy kumulace a toxicity.

Přímý vliv NSAID na rozvoj krvácivých stavů nebývá tak nebezpečný jako dlouhodobé podávání ASA, neboť vzniklá inhibice agregace destiček je reverzibilní. Proto jsou koagulopatie a trombocytopenie jen relativní kontraindikací k nasazení NSAID.

Stačí však k NSAID přidat kyselinu acetylosalicylovou (= ASA), byt' v malé dávce (100 mg/d),

a nemocný je velmi ohrožen masivním krvácením. Přitom tuto kombinaci vidáme u mnoha starších nemocných, kteří jsou kardiaci či prodělali CMP.

Riziko krvácení je též mnohem vyšší při současném podávání Warfarinu, kdy v krvi stoupá hladina i oboje nežádoucí účinky: jak Warfarinu, tak i NSAID.

Další předvídatelný nežádoucí účinek je bronchospasmus, i když nepatří mezi časté komplikace. Často ho předchází překrvení nosní sliznice a pocit ucpaného nosu. Proto se musíme v anamnéze cíleně ptát, zda pacient zažil astmatický záchvat nebo opakované bronchitické potíže. Vysazením NSAID se stav zcela upraví.

B) Nežádoucí účinky, které nelze předvídat. Jsou to abnormální reakce na daný lék, objeví se náhle i při malé podané dávce. Souvisí zřejmě s geneticky podmíněnými imunitními odchylkami a hypersenzitivitou. Proto je nelze ani všechny vyjmenovat. Relativně častější jsou symptomy kožní, hematologické, rychlé anafylaktické reakce, masivní průjmy, různé poruchy v CNS a občas i jaterní změny. Ty bývají většinou nezávažné, projeví se jen změnami v jaterních testech. Zdá se, že jejich vznik nezávisí na věku pacienta.

vysoké riziko krvácivých komplikací:

- kombinace NSAID + ASA (byt' v malé dávce 100 mg/d)
- NSAID + Warfarin

NÚ, které nelze předvídat

pokračování přístě

10 let s Vámi

JEDINEČNÁ KLINICKÁ ZKUŠENOST

VÍCE NEŽ 700 milionů APLIKOVANÝCH NÁPLASTÍ CELOSVĚTOVĚ

JISTOTA PRO LÉKAŘE I PACIENTA

JEDINEČNÁ KLINICKÁ ZKUŠENOST

ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉKU DUROGESIC 12 µg/h, 25 µg/h, 50 µg/h, 75 µg/h, 100 µg/h. Transdermální matricová náplast zajišťující po 72 hodin plynulý systémový uvolňování fentanyl, silného opioidního analgetika. **Indikace:** tlumení chronických bolestí a úporných bolestí vyžadujících dlouhodobé plynulé podávání opioidních analgetik. **Dávkování:** převedení pacientů s tolerancí k opioidům od perorálních nebo parenterálních opioidů se řídí předpočtem ekvivalentních dávek; analgetický účinek první dávky nebude v prvních 24 hodinách optimální. Z tohoto důvodu by prvních 12 hodin po předvedení na DUROGESIC měl pacient užívat předchozí pravidelnou dávku analgetik. Další 12 hodin by měla být analgetika podávána dle klinické potřeby. Jestliže není úroveň analgie dostatečná po první aplikaci, lze dávku po 3 dnech zvýšit a každé 3 dny korigovat. U opioid-namířných pacientů se doporučené dávky ekvivalentní morfinu/den. Po odstranění náplasti klesají hladiny fentanylu postupně a může trvat 17 i více hodin, než sérová koncentrace fentanylu klesnou na polovinu. Přerušení analgetické opoidy má prodloužit postupně z důvodů prevence abstinčních příznaků. **Kontraindikace:** přecitlivělost k fentanylu nebo adhezivním prvkům v náplasti. **Zvláštní upozornění:** Nepoužívat ke zvládnutí akutní nebo pooperační bolesti a u dětí mladších 2 let. Pacienti, u nichž se projeví závažné nežádoucí účinky, mají být po odstranění náplasti ještě 24 hodin monitorováni. Zvýšenou pozornost věnovat pacientům s CHOPN, zvýšeným intrakraniálním tlakem, bradykardiemi, poruchami jaterní a renálních funkcí, horečkou či starším pacientům, ve velmi vzácných případech významná respirační deprese. Zaměřenost transdermálních přípravků s obsahem fentanylu různých obchodních značek není u jednotlivých pacientů možná. **Interakce:** současně podání jiných léků s tlumivým účinkem na CNS může navodit aditivní tlumivé účinky – hypoventilaci, hypotenzi a hlubokou sedaci, kóma nebo úmrtí. Nutný mimořádný dohled při současném podávání s inhibitory CYP3A4, nebo s IMAO. **Těhotenství a kojení:** fentanyl prochází placentou a může způsobit respirační deprese novorozence, je vylučován do mateřského mléka. **Schopnost řízení:** může narušit duševní a/nebo fyzickou schopnost nutnou pro provádění potenciálně rizikových činností. **Nežádoucí účinky:** nauzea, zvracení, somnolence, závratě, insomnie, zácpa; jako u ostatních opioidních analgetik může dojít po opakované aplikaci k rozvoji tolerance, fyzické a psychické závislosti. Opioidní abstinční příznaky (např. nauzea, zvracení, průjem, úzkost a třes) jsou možné, zejména při náhlém ukončení léčby. **Předávkování:** Nejvýznamnějším projevem je respirační deprese. Při jejím výskytu je nutné odstranění náplasti, stimulace nemocného, dle potřeby podání naloxonu. **Držitel registračního rozhodnutí:** Janssen-Cilag s. r. o., Karla Engliš 3201/6, 150 00 Praha 5, Česká republika. **Registrační číslo:** 65/059/06-C, 65/716/97-C, 65/717/97-C, 65/718/97-C, 65/719/97-C. **Skladování:** Chránit před vzdušnou vlhkostí. **Balení:** obsahují 5 individuálně balených náplastí. **Datum revize textu:** 26. 9. 2007. Přípravek podléhá ustanovením zákona o návykových látkách; pouze na zvláštní lékařský předpis; je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Podrobné informace v Souhrnu údajů o přípravku, v příbalové informaci nebo na uvedené adrese.

JANSSEN-CILAG, KARLA ENGLIŠE 3201/6, 150 00 PRAHA 5 – SMÍCHOV, TEL.: 227 012 222, FAX: 227 012 275 www.janssen-cilag.cz

Odpovědi na Vaše otázky...

**provozování
lék. praxe jako
fyzická osoba OSVČ**

**s.r.o. je výhodnější
pro převod a dědění
praxe, je však
administrativně
náročnější**

Dotaz: Stále slyším ve svém okolí, že mnoho praktických lékařů převádí své praxe na s. r. o. Na druhé straně jsem slyšela, že to má i mnohá úskalí a též že se chystají nějaké změny. Mohli byste mi, a nepochybně i ostatním kolegům, sdělit několik informací k této problematice? J. H. Praha

Odpověď: Právní subjektivita lékařské praxe a chystané změny.

Mnohý z praktických lékařů v průběhu výkonu své praxe dříve či později narazí na otázky jejího smluvního převodu, ať už na straně kupujícího či prodávajícího, nebo otázky jejího přechodu, například v případě úmrtí praktikujícího lékaře.

Je nutno podotknout, že v současnosti se jeví příslušná právní úprava týkající se právní subjektivity lékařské praxe a možnosti nakládání s ní, ať už za života lékaře či pro případ smrti, jako nejasná a do značné míry roztříštěná.

1) Platná úprava právní subjektivity lékařské praxe

Praktický lékař může svou praxi provozovat jako zdravotnické zařízení – fyzická osoba, což je asi nejobvyklejší případ. Pro účely nakládání s praxí jako celkem, který zahrnuje jak vybavení ordinace, zásoby materiálu, tak i například nemovitosti či častěji smluvní vztahy s pronajímateli prostor a pracovněprávní vztahy se zaměstnanci, smluvní vztahy s jednotlivými zdravotními pojišťovnami a v neposlední řadě také oprávnění v souladu s § 8 zákona č. 160/1992 Sb., o nestátních zdravotnických zařízeních, jde dle našeho názoru o jednoznačně nejméně výhodnou variantu. Případný převod takové praxe je komplikovaný a dědění praxe jako celku zcela vyloučené.

V případě, že praktický lékař provozuje praxi jako zaměstnanec, ať už nemocnice nebo sítě praktiků (severní Morava), o převodu či přechodu praxe vůbec hovořit nelze, neboť k ní lékař takřka nemá větších práv než soustružník v ČKD ke svému soustruhu.

Lékař může ovšem praxi provozovat i v rámci právnické osoby zřízené jen pro účely výkonu této jeho praxe, typicky jako společnost s ručením omezeným. Tato varianta se pro účely nakládání s praxí a dědění jeví jako nejvýhodnější, neboť lze převádět či dědit obchodní podíly ve společnosti; nesporně je však poněkud zatěžující, co se dodatečné administrativy týče. Jakkoli se užitím tohoto institutu navíc řeší problém s právní kontinuitou praxe, viz výše, otázky spojené s úmrtím odborného zástupce zůstávají.

2) Blýská se na lepší časy?

V rámci probíhajícího procesu zdravotnické reformy připravuje ministerstvo zdravotnictví v této době rekonstrukci základního zákona, kterým se řídí poskytování zdravotní péče. Současná úprava postavená na 42 let starém předpisu (zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu) je již zastaralá, nedostačující a pro poskytovatele i zbytečně život komplikující. Návrh se obecně oproti současné právní úpravě jeví jako koncepční a nediskriminující; nad rámec tématu tohoto článku zavádí například rovnost poskytovate-

lů zdravotní péče bez ohledu na jejich právní formu a vlastníka, a to i s přesahem do oblasti veřejného zdravotního pojištění. Zejména jistě čtenáře potěší, že přestanou být ve fakticky nerovnoprávném postavení vzhledem k tomu, že podléhají zákonu o nestátních zdravotnických zařízeních, dle kterého podléhají registrační povinnosti, řadě kontrol apod., zatímco státní poskytovatelé zdravotních služeb musí splňovat jen omezený katalog podmínek a v řadě aspektů se nekontrolují. Dle návrhu v jeho současném znění má dojít i k možná diskutabilnímu odbourání řady kontrolních pravomocí České lékařské komory. Podle navrhovaného znění věcného záměru nového zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování bude též možné přerušit poskytování zdravotních služeb, a to až na 1 rok, což poskytovateli zdravotních služeb, který je fyzickou osobou, konečně umožní zúčastnit se delších školení, stáží nebo třeba zasloužené delší dovolené bez komplikací se zajišťováním zástupců.

Klíčová pro naše účely je ale navrhovaná zjednodušená právní úprava pokračování v poskytování zdravotních služeb. V případě úmrtí poskytovatele zdravotních služeb bude moci pokračovat v poskytování zdravotních služeb například dědic nebo dědicem určená osoba (např. při prodeji zděděné praxe). Taková osoba bude povinna svůj záměr oznámit krajskému úřadu a zdravotním pojišťovnám a zahájit činnost nejpozději do 90 dnů od úmrtí poskytovatele zdravotních služeb. Ve stejné lhůtě bude taková osoba také povinna doložit doklady o své způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání pro obor poskytované odborné zdravotní péče nebo doložit tyto doklady u osoby odborného zástupce a další dokumenty dokládající nezměnou schopnost poskytovat zdravotní služby.

V případě pokračování v poskytování zdravotních služeb pracovněprávní vztahy zaměstnanců nezaniknou smrtí poskytovatele zdravotních služeb a budou upraveny obdobně jako v případě pokračování v živnosti při úmrtí podnikatele, přičemž tento institut ministerstvu zdravotnictví zjevně sloužil jako inspirační zdroj. V rámci nové právní úpravy veřejného zdravotního pojištění má být také stanoveno, že nástupce zemřelého poskytovatele zdravotních služeb bude mít po dobu 90 dnů právo na úhradu zdravotních služeb v rozsahu vyplývajícím ze smlouvy uzavřené mezi zemřelým poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou.

Cílem, a lze říci, že chválným, byt samozřejmě závisí na konečném nastavení požadavků obsažených v paragrafovém znění zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, popisované právní úpravy je podle navrhovatele stanovit pro případy potřeby převodu či přechodu lékařské praxe jen základní podmínky pro zachování kontinuity poskytování zdravotních služeb a nastavit tak systém, který bude efektivní, málo administrativně náročný a pro lékaře i pacienty užitečný.

Mgr. Martin Strnad

HAVEL & HOLÁSEK, s. r. o., advokátní kancelář

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Eradikace plísně zlepšuje symptomy, ale ne PEF

• **Klinická otázka:** Zlepší eradikace plísně v domácím prostředí astmatické symptomy?

• **Závěr:** Eradikace plísně a zvýšené větrání může zlepšit astmatické symptomy a snížit dávky medikace. Význam této studie je limitován tím, že nebyla zaslepena, ale přesto reprezentuje v současné době nejlepší důkazy k této otázce. Autoři argumentují, že následující představuje veškeré důkazy podporující skutečný efekt: (1) respondenti v průběhu času udali konzistentní odpovědi, (2) byla zaznamenána tendence k většímu účinku v domácnostech, kde byla plíseň kompletně eradikována, a (3) studie je prezentována jako studie o astmatu a ne o alergiích. (LOE = 2b)

• **Reference:** Burr ML, Matthews IP, Arthur RA, et al. Effects on patients with asthma of eradicating visible indoor mould: a randomised controlled trial. Thorax 2007;62(9):767-72.

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

• **Financování:** Vláda

• **Prováděcí prostředí studie:** Populace

• **Rozdělení:** Nejisté

• **Synopse:** Do této studie byly pozvány osoby, které měly astma a které udaly přítomnost plísně nebo zvýšené vlhkosti ve svých domovech. Dohromady 164 domácností bylo náhodně rozděleno do intervenční skupiny (což znamenalo odstranění viditelné plísně detergenty a fungici-

dy a instalaci ventilátoru v podkroví za účelem zlepšení ventilace) a do kontrolní skupiny, kde nebylo provedeno žádné opatření. Ve vybraných domácnostech žilo celkem 232 osob v průměrném věku 27 let; z nich 38% v intervenční skupině a 44% v kontrolní skupině mělo pozitivní kožní testy na plísně. Po 12 měsících byly k dispozici kontrolní data z 80% domácností a od 79% účastníků. Po 12 měsících byla zjištěna viditelná plíseň ve 40% domácností z intervenční skupiny a 78% domácností z kontrolní skupiny. Vrcholová výdechová rychlost (peak expiratory flow, PEF) se zlepšila u obou skupin a nebyl zjištěn rozdíl mezi skupinami. Nicméně pacienti signifikantně více udávali zlepšení dýchání, menší spotřebu léků, méně pískotů a méně symptomů rhinitidy v intervenční skupině než v kontrolní skupině. Například menší spotřebu medikace v průběhu 6-ti měsíců udalo 55% v intervenční skupině a 12% v kontrolní skupině, zatímco zvýšení potřeby medikace bylo udáno u 14% v intervenční skupině a 29% v kontrolní skupině.

eradikace plísně v domácnosti pomocí detergentů a fungicidů a zlepšením ventilace výrazně zlepšila subj. symptomy astmatu

Salmeterol + fluticason jsou lepší než tiotropium u CHOPN (INSPIRE)

• **Klinická otázka:** Je tiotropium více efektivní než salmeterol s fluticasonem u pacientů s chronickou obstrukční pulmonální nemocí (CHOPN)?

• **Závěr:** V této studii fixní kombinace 2 léků

MenoMax®

Pro stálý šarm ženy



Maximum pro menopauzu

MenoMax® je ojedinělý přípravek obsahující patentovaný extrakt SoyLife® z nejcennější části sóji - ze sójových klíčků, který má prokázaný účinek na menopauzální (klimakterické) potíže a jeho bezpečnost je prověřena dlouholetým použitím v praxi.



O 23% větší celková estrogenní aktivita ve srovnání s fytoestrogeny ze sójových bobů.

MenoMax®

Žádejte ve Vaší lékárně!



www.farmax.cz



**fixní kombinace
salmeterol + fluticason
je účinnější než
tiotropium (Spiriva)**

**suplementace
vitaminem K
může pomoci lepší
kontrolu rozkolísaných
hladin INR!**

(salmeterol + fluticason) byla více efektivní než monoterapie tiotropiem (Spiriva) ve snížení mortality u pacientů s CHOPN. (LOE = 1b)

• **Reference:** Wedzicha JA, Calverley PM, Seemungal TA, et al, for the INSPIRE Investigators. The prevention of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations by salmeterol/fluticasone propionate or tiotropium bromide. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177(1):19-26.

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

• **Financování:** Průmysl

• **Prováděcí prostředí:** Ambulantní (specializované)

• **Rozdělení:** Tajné

• **Synopse:** Několik studií demonstrovalo, že dlouhodobě působící beta-agonisté, inhalační kortikosteroidy a inhalační anticholinergika zamezují exacerbacím u pacientů s CHOPN. Výzkumníci srovnávali inhalační tiotropium s fixní kombinací salmeterolu a fluticasonu. Tato industriálně financovaná studie položila elementární otázku: Jsou 2 léky lepší než jeden v léčbě pacientů s CHOPN? Výzkumníci do studie zahrnuli 1300 pacientů s CHOPN ve věku od 40 do 80 let, kteří kouřili 10 a více let. Výzkumníci vyřadili pacienty s jinými respiračními nemocemi než je CHOPN a ty, kteří vyžadovali více než 12 hod oxygenoterapie denně. Všichni pacienti prošli 2 týdenní přípravou ve které jejich dosavadní léčba na CHOPN byla vysazena a ve které dostávali orální prednisolon a inhalační salmeterol. Pacienti, kteří úspěšně prošli přípravné období, byli náhodně rozděleni do skupiny, která užívala dvakrát denně fixní inhalační kombinaci salmeterolu 50 ug a fluticasonu 500 ug, a do skupiny, která užívala jednou denně tiotropium bromid 18 ug. Přípravná období přináší nejméně dvě pozitiva: standardizují klinickou léčbu před vlastní studií a připraví pacienty na následující intervence během vlastní studie. Pacientům s exacerbacemi bylo dovoleno užívání krátce působících beta-agonistů a krátká období léčby orálními kortikosteroidy a/nebo antibiotiky jako záchranná léčba během akutních exacerbací. Výzkumníci pravidelně hodnotili pacienty v průběhu dvou let a při hodnocení výsledků užívali analýzu se záměrem léčit. Nezjistili žádný rozdíl v hlavním výsledku - četnost hospitalizací pro exacerbace CHOPN (1,3 za rok u obou léčebných skupin). Nicméně autoři udali, že více pacientů užívajících tiotropium ukončilo studii (42% vs 35,3%, NNT = 15; 95% CI, 9 - 69) a mortalita ze všech příčin byla nižší u pacientů užívajících

salmeterol s fluticasonem (5.8% vs 3.2%; number needed to treat = 39; 21 - 262). Autoři také udali zlepšení kvality života u pacientů užívajících salmeterol s fluticasonem, ale průměrný rozdíl 4 bodů na 100-bodové stupnici je klinicky nevýznamný.

Suplementace vitaminem K zlepšuje stabilitu antikoagulace

• **Klinická otázka:** Může suplementace vitaminem K docílit stabilní kontroly antikoagulace u dospělých užívajících warfarin?

• **Závěr:** **Suplementace vitaminem K může pomoci dosáhnout kontroly antikoagulace u dospělých pacientů, kteří mají nevysvětlenou nestabilitu odpovědi na warfarin. Toto zjištění může přinést úlevu frustrovaným pacientům i zdravotníkům. (LOE = 1b)**

• **Reference:** Sconce E, Avery P, Wynne H, Kamali F. Vitamin K supplementation can improve stability of anticoagulation for patients with unexplained variability in response to warfarin. *Blood* 2007;109(6):2419-23.

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

• **Financování:** Neznámé / neudáno

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

• **Rozdělení:** Tajné

• **Synopse:** Obtížně kontrolovaná antikoagulační léčba u dospělých pacientů užívajících warfarin může být způsobena nepravidelnou konzumací potravin, které obsahují vitamin K. Výzkumníci identifikovali 70 dospělých léčebných warfarinem a s rozkolísanou antikoagulační léčbou, jež byla definována standardní odchylkou hodnot INR větší než 0,5 (indikující široký výkyv hodnot) a minimálně 3 úpravami léčby warfarinem v posledních 6 měsících. Vybraní pacienti v náhodném rozdělení dostávali vitamin K (150 ug denně) nebo placebo stejného vzhledu. Studie byla dvojitě zaslepená (tajné rozdělení). Výsledky vyhodnocovaly osoby zaslepené k léčebnému rozdělení. Kompletní kontroly proběhly u 97% pacientů za 6 měsíců. Při použití analýzy se záměrem léčit se stabilní kontrola antikoagulace objevila u významně většího počtu pacientů užívajících vitamin K než u pacientů, kteří užívali placebo (54% vs 21%, počet nemocných které bylo třeba léčit (NNT) = 3; 95% CI, 2-10). Také potřebná dávka denního warfarinu se zvýšila u významně více pacientů ve skupině s vitaminem K než u pacientů v kontrolní placebo skupině (16% vs 1,5%). Žádné nežádoucí účinky se neobjevily v žádné z obou skupin.

Copyright © 2008 by Wiley
Subscription Services, Inc. All rights reserved.
Připravila MUDr. Jaroslava Laňková



Vodicí psi v ordinaci praktického lékaře

Může pes do čekárny či ordinace? Jak se zachovat?

Pes jako průvodce nevidomých a těžce zrakově postižených a v poslední době i pes jako pomocník lidí tělesně postižených je již celkem běžnou součástí života. Tyto obětavé psí pomocníky lze potkat nejen na ulici, ale i ve školních třídách a posluchárnách, v obchodech, na úřadech, v bankách, zdravotnických zařízeních a podobných místech, kam běžně držení psi nesmí. Co ale určuje, že konkrétní pes je skutečně vycvičeným psem, na jehož chování se lze spolehnout? Jaká je realita v legislativě, která by měla umožnit vstup s těmito psy třeba i do ordinací lékařů? Kde je hranice, kam by pes jako živé zvíře (i když s maturitou) vstupovat neměl? Následovat by měl odstavce plný čísel vyhlášek a paragrafů, které vymezují práva a povinnosti majitele živé „kompenzační pomůcky“. Skutečnost je ale bohužel jiná, legislativa nejen že nevymezuje tato přístupová práva, ale dokonce ani nestanovuje, čím se obyčejný pes stane psem vodicím nebo asistenčním. Nejsou nijak dána ani pravidla o tom, co vlastně pes musí umět, aby skutečně pomáhal. Vyhlášky, které platily, postupně odumírají a nejsou nahrazovány novými. Majitelé těchto psů nemají tudíž žádnou oporu, pokud dojde k nejasnosti, zda mohou se psem např. do budovy nemocnice, do sanitky a podobně. Jak se ale říká, že „všechno zlé bývá k něčemu dobré“, je tomu tak i v tomto případě. Lidská ohleduplnost a solidarita s lidmi, kteří mají život komplikovaný nějakým zdravotním postižením, je stále větší a velice ráda tento fakt zmiňuji. Hodně našich klientů se svými vodicími psy dochází do ordinací praktických lékařů i specialistů naprosto bez problémů, psi se chovají slušně a ukázněně a jsou vítanými hosty. Ovšem nemusí tomu tak být vždy, přítomnost psa na alergologii je jistě diskutabilní a navíc chování či čistota některých psů není vždy úplně v pořádku.

S výcvikem a předáváním vodicích psů pro nevidomé mám již dvacetiletou zkušenost, mezi nevidomými mám spoustu známých a přátel a speciálně tato témata jsou předmětem častých diskusí. Pokusím se tedy popsat reálné potřeby zrakově postižených s vodicími psy, konkrétně ve zdravotnických zařízeních, a jaká by měla být jejich práva a povinnosti v tomto prostředí.

S výcvikem a předáváním vodicích psů pro nevidomé mám již dvacetiletou zkušenost, mezi nevidomými mám spoustu známých a přátel a speciálně tato témata jsou předmětem častých diskusí. Pokusím se tedy popsat reálné potřeby zrakově postižených s vodicími psy, konkrétně ve zdravotnických zařízeních, a jaká by měla být jejich práva a povinnosti v tomto prostředí.

Jak se pozná vodicí pes

Pro své okolí má tuto informaci pes většinou na sobě. Neexistuje žádný předpis na to, jak

by mělo vnější označení vypadat. Pro vedení má pes na sobě postroj, obvykle v bílé barvě (může být i jakákoli jiná). Každý majitel řádně vycvičeného psa by měl být schopen prokázat se služebním průkazem vodicího psa. Tyto průkazy také nejsou jednotné, vydává je dodavatel psa. Měly by obsahovat identifikaci majitele, psa a dodavatele. Průkaz je jediným dokladem o tom, že pes prošel řádným výcvikem průvodce nevidomého.

V současné době působí v České republice několik subjektů zabývajících se výcvikem vodicích psů. Vodicí pes patří mezi kompenzační pomůcky dle vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., § 33 odst. 9: „Okresní úřady mohou hradit výdaje spojené s výcvikem a odevzdáním vodicího psa úplně nebo prakticky nevidomým občanům až do výše obvyklých nákladů.“ Příspěvek na pořízení vodicího psa je přidělován zrakově postiženým držitelům průkazu ZTP/P. Přidělení příspěvku je vázáno na rozhodnutí komise sociálního odboru úřadů s rozšířenou působností.

Výcvik vodicích psů patří bohužel stále mezi živnosti volné, to znamená, že pro zřízení této živnosti není třeba prokazovat vzdělání či kvalifikaci. Jednoho předaného vodicího psa proplácí sociální odbory okresních úřadů až do výše 210 000 Kč. Při rozhodování o proplacení této částky je příslušné rozhodné komisi pouze



Ing. Hana Jasenovcová

**vodicí pes patří
mezi kompenzační
pomůcky**



**příspěvek
na pořízení vodicího
psa u sociálních
odborů okresních
úřadů**

doporučeno řídit se tím, zda předávající subjekt má nějakou praxi nebo záruky odbornosti ze zahraničí. Neexistence legislativních pravidel sice zrakově postiženým umožňuje vybrat si, od koho si vodicího psa převezmou, záleží ovšem pouze na svědomí dodavatele, jak kvalitní práci odvede. Výcvik vodicího psa je dlouhodobá záležitost, trvá obvykle jeden a půl roku, než se z malého štěněte stane zdatný průvodce nevidomého. Velice důležitá je i příprava, nebo lépe řečeno vzdělání klienta v ovládání a zvládání psa a péči o něj. Správný výběr dvojice člověk

**výcvik vodicího
psa je dlouhodobá
záležitost**

**vodicí pes je
velkým krokem
k samostatnosti**



a jeho pes, precizní praktický zácvik a následná péče o klienta jsou dobrým základem pro jejich dlouholetou spolupráci. Vodicí pes je pro nevidomé velkým krokem k samostatnosti a nezávislosti na okolí, rodině, přátelích. Jako průvodce pes urychlí a zjednoduší pohyb na trasách, ubere člověku velkou psychickou zátěž, kterou zrakové postižení přináší.

Se psem do ordinace

Pravidelné cesty do zdravotnického zařízení patří mezi nejčastější trasy, které psy při předávání učíme. Pes jako účinná pomůcka při orientaci zrakově postižených by měl mít možnost svému člověku pomáhat všude, kde je to třeba. I legislativní vymezení by do budoucna mělo vypadat tak, že kam běžně chodí člověk, měl by mít možnost jít s ním i jeho průvodce. V případě psa průvodce by tedy měly být pouze stanoveny výjimky, tedy kam pes nesmí – např. plavecké bazény, sauny, operační sály, lůžková oddělení nemocnic pouze na základě individuálního posouzení a povolení. Zdravotnická zařízení by měla být dostupná určitě až po čekárnu, ordinace lékaře by dle mého názoru měla zůstat v kompetenci ošetřujícího lékaře. Musí mít možnost rozhodnout, zda pes do jeho ordinace může vstoupit, nebo ne, vykázat z ordinace psa, který se nevhodně chová, je znečištěný, obtěžuje personál atp. Pokud ovšem vstoupí ukázněný pes, který na pokyn svého majitele ulehne u dveří, nijak neruší provoz, může to velmi napomoci psychické pohodě jeho majitele, v tomto případě pacienta. Vzájemná potřebnost této dvojice mezi nimi vytváří silný vztah a člověku pomůže, když ví, že má svého psa pod kontrolou. Odložení psa ale patří do jeho výcviku, může počkat v čekárně, na chodbě, za dveřmi nebo na jiném bezpečném místě.

Jednání o zavedení závazných pravidel pro psy průvodce ve zdravotnických zařízeních jsou sice průběžně vedena, ale obávám se, že je to „běh na dlouhou trať“. Prvním krokem bude muset být vytvoření pravidel odborné přípravy psů a vzdělávání jejich budoucích majitelů, dále určení kvalifikačních podmínek pro povinnou akreditaci v tomto oboru. To vše s cílem, aby

vodicí psi byli připravováni profesionálně, na vysoké úrovni, aby se se svými majiteli mohli pohybovat bezpečně kdekoli.

Byla jsem na několika takových jednáních nejen v České republice, ale i na půdě Evropské komise pro vodicí psy v Bruselu. Evropské problémy jsou v podstatě stejné jako ty české a vyžadují zodpovědné řešení, aby byla Evropa do budoucna prostupná i pro majitele vodicích psů. Než se tak stane, je naším úkolem cvičit psy a vzdělávat klienty tak, aby byli všude vítáni. Současná doba napovídá

tomu, že je to nejlepší cesta, většina našich klientů má velké množství pozitivních zkušeností a jen velmi málo negativních. Chtěla bych tedy na závěr poděkovat jejich jménem za vstřícnost lékařů a zdravotnického personálu po celé České republice jedním krásným příkladem. Mladá nevidomá budoucí maminka musela v osmém měsíci rizikového těhotenství do nemocnice. Čekala první dítě, měla zdravotní komplikace, velkou psychickou oporou pro ni byla její vodicí fenka, se kterou jsou na sebe velice fixovány. Lékaři v porodnici uznali, že pro zdárný průběh těhotenství je psychický stav mladé ženy velice důležitý. Vymysleli tedy její umístění v porodnici technicky tak, že mohla mít svoji čtyřnohou průvodkyni u sebe, všichni jí pomáhali při venčení psa a péči o něj. Krásná, zdravá holčička se narodila v řádném termínu a vše proběhlo hladce i díky vstřícnému přístupu zdravotníků.

Ing. Hana Jasenovcová – ředitelka Střediska výcviku vodicích psů pro nevidomé SONS.

Životopis:

- 1980–1984 Vysoká škola zemědělská v Praze, katedra zootechnická
- od roku 1990 – věnuje se výcviku a předávání vodicích psů pro nevidomé
- v roce 1995 – účast na Celosvětové konferenci členských států Mezinárodní federace škol pro výcvik vodicích psů ve Velké Británii
- v roce 1996 – nastupuje jako vedoucí výcviku do Oddělení pro výcvik vodicích psů tehdejší České unie nevidomých a slabozrakých
- od roku 1997 – ve funkci vedoucí výcviku zůstává i po vstupu do Sjedené organizace nevidomých a slabozrakých – v nově otevřeném zařízení, které je určeno výcviku a předávání vodicích psů pro zrakově postižené
- 2002–2003 – rekvalifikační kurz: instruktor prostorové orientace a samostatného pohybu nevidomých a slabozrakých osob
- 2005 – kurz sociálně-právních poradců SONS
- od roku 2005 ředitelka Střediska výcviku vodicích psů

kam pes nesmí

**kam pes smí
– čekárna,...**



Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání ČLK a za správné vyřešení testu bude řešitelům přiděleno 5 kreditů ČLK. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to nejpozději do 15. 5. 2008. Písemné odpovědi zasílejte na adresu Oddělení vzdělávání SVL ČLS J. E. P., 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 J. E. P. Lékařům, kteří se nemohou prokázat číslem člena SVL ČLS JEP, kredity bohužel přiděleny nebudou.

Léčba kožních mykóz

1. Erythrasma je infekce:

- a) mykotická
- b) bakteriální
- c) virová

2. Pro mokasínový typ tinea pedis je charakteristické, že:

- a) postihuje pouze severoamerické Indiány
- b) je obtížně léčitelný
- c) je velmi snadno léčitelný

3. Pro keratomykózu je typické že:

- a) se vyskytují výhradně ve stratum corneum a nepřicházejí do kontaktu se živou tkání
- b) u nich chybí zánětlivé příznaky
- c) původce nacházíme nejen ve stratum corneum, ale i v epidermis

Tuberkulóza

4. Původce tuberkulózy objevil:

- a) Robert Koch
- b) Paul de Kruif

c) Louis Pasteur

5. Zlatým standardem diagnostiky tuberkulózy je:

- d) mikroskopické vyšetření
- e) klasické kultivační vyšetření
- f) tuberkulínový test

6. Jednou z nejčastějších mimoplicních lokalizací tbc je:

- a) tuberkulóza oka
- b) tuberkulóza kostí a kloubů
- c) tuberkulóza nadledvin

Dolní dyspeptický syndrom

7. Funkční dolní dyspeptický syndrom (DDS) je:

- a) synonymem pro Syndrom dráždivého tračníku
- b) synonymem funkčního průjmu
- c) synonymem funkční zácpy

8. Cílený screening na celiakii je vhodné provádět:

- a) u osob s DDS mladších 20 let

- b) u osob s autoimunitní (AI) tyreoiditidou, diabetes mellitus 1, sideropenickou anémií a jinými AI chorobami
- c) u osob s výskytem celiakie v příbuzenstvu

9. Při cíleném screeningu na celiakii se odebírá:

- a) protilátky proti transglutamináze v řadě IgA
- b) protilátky proti transglutamináze v řadě IgM
- c) protilátky proti gliadinu v řadě IgA a IgG

Chronická pankreatitida

10. Alkoholická chronická pankreatitida představuje:

- a) 30% všech chronických pankreatitid
- b) 50% všech chronických pankreatitid
- c) 80% všech chronických pankreatitid

Správné mohou být 1–3 odpovědi.

test 4/2008

Správné odpovědi testu č. 3/2008:

1b
2a
3b
4b
5abc
6b
7ac
8ab
9bc
10bc

odpovědní lístek – test č. 4/2008

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 |

Teva - inzerce

Teva - Trixlyx

BI - Mikardis