



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 8/2008

Ordinace nejen na kraji města

praktické lékařky, praxe a malé děti?

ročník 7

pro
praktické
lékaře
zdarma

Přílohou tohoto čísla je

Doporučený postup

**Dyspepsie
horního
typu**

od příštího čísla
NOVINKA
**Suplementum
pro sestry**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu



O čem se mimo jiné můžete dočíst v tomto čísle:

- Zpráva z konference Wonca Europe 2008
- Chřipka – medicínské a ekonomické aspekty
- Dyspepsie horního typu
- Cystická fibróza v České republice
- Chrápání a obstrukční syndrom spánkové apnoe
- Chlamydiové infekce
- Akutní dušnost / srdeční selhání v přednemocniční péči

Obsah

SVL ČLS JEP informuje	5
Dyspepsie horního typu MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.	10
Chřipka – medicínské a ekonomické aspekty MUDr. Cyril Mucha	13
Cystická fibróza v České republice Doc. MUDr. Věra Vávrová, DrSc., a spol.	17
Chrápání a obstrukční syndrom spánkové apnoe prim. MUDr. Jaroslav Kraus, as. MUDr. Jan Plzák, Ph.D.	22
Chlamydiové infekce z pohledu urologa MUDr. Kateřina Bartoníčková	28
Kazuistika: Netypický symptom MUDr. Hana Papřoková	34
 ...ordinace nejen na kraji města Situace lékařek s malými dětmi je stále velmi těžká...	36
 ...počítač a doktor Outlook Express – pomocník s maily (nastavení)	39
 ...POEM: Patient oriented evidence that matters	40
 ...prevence v primární péči Příliš vysoká cena fyzické inaktivity	42
 ...dotazy a odpovědi	44
 ...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa Zákon č. 305/2008 Sb., o nemocenském pojištění	45
 ...přednemocniční péče v praxi Akutní dušnost / srdeční selhání	49
 ...sestra v ordinaci praktického lékaře Depresivní pacient	50
 ...znalostní test	53

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
8/2008, 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 Konštický, 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.** ••• Přihlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo dáno do tisku **25. 9. 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. Jaroslava Laňková

*pacient potřebuje svého
základního ošetřujícího
lékaře, který zná jeho
celý zdravotní stav,
pozoruje ho v čase a dokáže
mu poradit o případné
potřebě další
specializované péče*

*praktický lékař je široce
vzdělán a připraven k práci
s mnoha kompetencemi*

*naši politici v souladu
s politikou EU proklamují
klíčovou úlohu praktického
lékaře, ale jeho roli
úporně potlačují*

Jaký je rozdíl mezi urologií a neurologií aneb Ví pacient, jakou péči potřebuje?

Nedávno mě navštívila jedna z mých chronicky nemocných pacientek mimo pravidelnou kontrolu s tím, že je jí hrozně špatně a neví, co má dělat. To u 78leté pacientky s 8 hlavními diagnózami (mj. ICHS se sy AP a st. p. IM, diabetes 2. typu na inzulinoterapii) a 12 druhů trvale užívaných léků není nijak jednoduchá situace. Znamená to přinejmenším zkontrolovat kompenzaci stavu s ohledem na jednotlivé diagnózy, dávkování a možné interakce léků a zvážit další komplikace, které se mohly nově vyskytnout – což není málo práce. Pacientku jsem při poslední kontrole poslala k neurologickému konziliu k řešení polyneuropatických obtíží. Při dotazu na výsledek vyšetření mi pacientka sdělila, jaké měla „patálie“, když hledala neurologickou ambulanci. Omylem se totiž dostavila do ambulance urologie, kde ji, „když už tam byla“, ochotně vyšetřili.

Bylo by s podivem, kdyby se u takovéto pacientky něco nenašlo. Zjištěna byla stresová inkontinence, pro kterou pacientka měla již delší dobu u nás předepisovány inkontinenční vložky, a byla nasazena léčba oxybutyninem (Uroxal). Protože stav pacientky byl jinak celkem dobrý, bez známek dekompenzace základních patologických stavů, vysadila jsem pouze Uroxal a čekaly jsme. Stav se upravil. Pacientka dále bez problémů používá absorpční vložky velikosti mini. Ale udělaly jsme spolu dohodu, že chce-li, abych o ni dále pečovala, nebude bez mého vědomí navštěvovat žádné další specialisty.

Není divu, že pro pacienta rozdíl mezi urologií a neurologií může být nesrozumitelný, jako ostatně řada jiných medicínských pojmů a postupů. Průměrný pacient, kterých je naprostá většina, nutně potřebuje svého základního ošetřujícího lékaře, který zná jeho celý zdravotní stav, pozoruje ho v čase a který mu dokáže nejlépe poradit o případné potřebě další specializované péče. V systému vzájemného pojištění, do kterého všichni vkládáme své finanční prostředky, bychom měli mít zájem o co neekonomičtější čerpání těchto prostředků, aby na nás, až budeme potřebovat, také zbylo a abychom nemuseli na základní péči příliš doplácet. Z pohledu pacienta péči již potřebujícího máme zájem, aby služby byly poskytnuty co nejefektivněji a vedly k rychlému uzdravení nebo alespoň ke zmírnění obtíží.

Naše zdravotní politika se však chová nepochopitelně diletantsky – na jednu stranu se snaží omezit výdaje různými regulačními opatřeními, na druhou vybízí pacienta k volnému pohybu a výběru drahé specializované péče dle svého uvážení. V souladu s politikou EU i naši politici všude mluví o klíčové úloze praktického lékaře ve zdravotním systému, avšak ve skutečnosti jeho roli trvale úporně potlačují – zdráhají se financovat přípravu mladých lékařů do oboru PL, nedostatečný počet PL kompenzují zvyšováním počtu specializovaných ambulančí. Praktický lékař, který je široce vzdělán a připraven k práci s mnoha kompetencemi, je ve své činnosti brzděn řadou nesmyslných omezení ve výkonech (řada výkonů, které je PL kompetentní vykonávat, není hrazena ze zdravotního pojištění), v preskripci (kvůli preskripci řady základních léků a zdravotních prostředků musí pacienta odesílat do specializovaných ambulančí) a v objemu služeb (čím více vyšetří a udělá sám, tím více je regulován). Se snižováním počtu praktických lékařů narůstá v praxích počet pacientů, což nutně vede k nedostatku času na pacienta a k větší distribuci pacientů do péče sekundární, což zase není příliš atraktivní pro mladého entuziastického lékaře, který by si jinak rád tento obor zvolil. A circulus vitiosus se uzavírá.

Společnost všeobecného lékařství ve spolupráci se Sdružením praktických lékařů se po léta snaží tento začarovaný kruh přerušit a situaci v oboru narovnat. Ovšem politická nevěle je tak silná, že se zatím podařily jen dílčí a méně významné změny. Osobně si myslím, že nejsilnější politický hlas v tomto problému mají pacienti. Kdo jiný než pacient má větší zájem na tom, aby jeho praktický lékař, který je mu místem i časem nejdostupnější, ho mohl ošetřit v případě všech zdravotních problémů, poradit mu o potřebě dalších specializovaných vyšetření a péče, aby sledoval průběh jeho chronických nemocí, prostě aby mu pomohl zajistit co nejefektivnější a nejpohodlnější léčbu. Je na čase, aby pacient, vzdor mediálně zkráceným informacím a lživým proslovům politiků o zdravotní péči zdarma pro každého, přestal lamentovat a začal se seriózně zajímat o to, co je pro něho skutečně dobré. Přínosem v řešení této situace by mohla být právě úzká spolupráce mezi organizacemi praktických lékařů a svazy pacientů.

MUDr. Jaroslava Laňková

Wonca Europe 2008

Istanbul 4.–7. září

Letošní evropská konference praktických lékařů Wonca se konala pod zastřešujícím názvem „Overcoming the Distance“ – česky přeloženo jako překonávání vzdáleností. Míněno bylo překonávání vzdáleností mezi kolegy primární a specializované péče, mezi lékaři a politiky, mezi zdravotníkem a pacientem, mezi zdravotními systémy jednotlivých zemí Evropy, mezi novinkami lékařské vědy a praxí. Současná medicína podle představitelů Woncy čelí krizi v důsledku stále rostoucích nákladů na péči na straně jedné a nedostatku prostředků na straně druhé, dále v důsledku šířící se globalizace, konzumerismu a neoliberalismu, tendenci politiků mít kontrolu nad lékařskou profesí. Od lékaře primární péče se pak očekává, že bude poskytovat hodně služeb (velká skupina pacientů) za nízkou cenu a na dostatečně vysoké vědecké úrovni.

O těchto tématech se diskutovalo v různých variantách v plenárních přednáškách, ze kterých vyplývalo, že klíčově důležitá je dobrá mezinárodní spolupráce mezi praktickými lékaři vedoucí k jednotnému postupu při jednání s národními a mezinárodními politickými orgány. Takovými sjednocujícími organizacemi, se kterými Wonca úzce spolupracuje, jsou např. EFPC (European Forum for Primary Care), UEMO (European Union of General Practitioners) nebo i WHO (Světová zdravotnická organizace).

Vědecká část konference pak vytvořila prostor k výměně poznatků a zkušeností v celé šíři problematiky primární péče, od klinické medicíny přes organizační otázky po medicínu akademickou. Workshopy, semináře, ústní prezentace, diskuse a plenární přednášky probíhaly po celé 3 dny v paralelních 21 programech. Nebylo tedy absolutně možné, aby jeden účastník stihl všechny programy. Česká skupina praktických lékařů, která se této konferenci zúčastnila, však může nabídnout zajímavý průřez celým programem. V následujících textech (v tomto a příštím čísle) se dozvíte některé zajímavé postřehy účastníků této konference.

MUDr. Jaroslava Laňková

EPCCS – WONCA

EPCCS (Evropská kardiologická společnost primární péče) měla v Istanbulu tři plenární zasedání. Zde jsme měli zastoupení **Dr. Červeným** (členem EPCCS), který jedno zasedání vedl jako co-chairman. V prvním plenárním zasedání profesor primární péče Richard Hobbs z Birminghamu přednesl problematiku **Fibrilace síní a riziko MCP (mozkové cévní příhody)**. Uvedl, že síňová fibrilace je nejběžnější arytmií, postihující asi 1 % populace. Prevalence tohoto onemocnění se zvyšuje věkem, kdy 12 % z celkové populace ve věku nad 75 let má tuto arytmiu. V celkovém výsledku je 56 % z populace se síňovou arytmií starších 75 let. Možnosti léčby arytmiických symptomů jsou – kontrola rytmu (s pokusem konvertovat zpět na sinusový rytmus) nebo kontrola tempa. Ale nejdůležitějším pohledem na léčbu síňové fibrilace je prevence MCP. Síňová fibrilace je velkým rizikovým faktorem pro MCP, vedoucím k pětinasobnému zvýšení rizika. Toto riziko se zvyšuje věkem a provedení protitrombotické prevence u starších osob se síňovou fibrilací je klíčovým aspektem v jejich vedení. Antikoagulační léčba warfarinem je vysoko efektivní na redukci iktero- vého rizika, ale je spojená s monitoringem nákladů a se zvyšujícím se rizikem krvácení. Léčba aspirinem poskytuje pohodlnější, ale méně efektivní alternativu. Velké studie na tromboprophylaxi u starších lidí, které byly prováděny v primární péči, nedávno přesvědčivě referovaly a ukázaly efektivnost a bezpečnost warfarinu dokonce i v této zranitelné populaci.

Druhé plenární zasedání se týkalo **problematiky srdečního selhání**, které je důležitým problémem rozvinutých zdravotních systémů, jeho incidence narůstá a jeho podchycení zlepšuje přežití AIM (akutního infarktu myokardu), který by mohl následovat. Echokardiografická Heart of England Screening Study (ECHOES) zjišťovala systematicky komunitní prevalenci, ukazující, že srdeční selhání nejvíce postihuje starší osoby s diabetem mellitem a vyskytuje se u 2 % dospělé populace. Dále se v tomto plenárním zasedání rozebírala léčba a další možnosti se zjištěním, že srdeční selhání je těžko přesně diagnostikovatelné v klinickém terénu. Poslední třetí plenární zasedání bylo věnováno **novinkám v oblasti kardiovaskulárního rizika**. Zajímavostí bylo, že v diskusi se probírala nová doporučení Evropské kardiologické společnosti pro léčbu hypertenze. Někteří kolegové nechápali, proč se mají dělat národní doporučené postupy, když existuje už Evropské doporučení, rozváděla se diskuse o tom, že každý stát má svá specifika, národní, historická, kulturní atd. Kolegové z Austrálie nám v dobrém záviděli, že se můžeme opřít o doporučení vytvořená Evropskou kardiologickou společností. Opakovaně tam zaznělo to, o co se snažíme i my vždy v úvodu našich seminářů SVL při implementaci doporučených postupů, že DP není zákon, ale doporučení, na základě kterého můžeme pacienta dobře léčit, a pokud se odchýlíme od něj, tak můžeme, jen musíme mít pro to dobrý medicínský důvod. Na závěr profesor Hobbs pozval všechny



MUDr. Rudolf Červený

56 % pacientů s FS je starších 75 let

antikoagulační léčba u FS je vysoce efektivní a bezpečná i u osob nad 75 let

**první výroční setkání
Evropské kardiologické
společnosti primární
péče – Amsterdam,
20.–21. října 2008**



MUDr. Petr Herle

**pozitivní korelace
mezi intenzitou bolesti,
věkem, BMI
a depresivními
symptomy**

praktické lékaře, kteří se zajímají o kardiologickou problematiku, do Amsterdamu, kde se 20.–21. října 2008 uskutečnil první výroční setkání Evropské kardiologické společnosti primární péče pod mottem – jak vzdělávat lépe praktické lékaře v široké kardiovaskulární problematice. Srdečně jsou zváni i kolegové z České republiky.

MUDr. Rudolf Červený

Několik postřehů z Evropské konference WONCA 2008

Z velké nabídky paralelních programů jsem mohl vybrat jen pro mě nejzajímavější témata, např. sdělení z oblasti infekčních a muskuloskeletálních onemocnění.

Autoři z Turecka referovali o **screeningu markerů hepatitidy B u těhotných v průběhu 3. trimestru**. Je známo, že děti narozené matkám s pozitivním HBsAg měly 40% riziko vzniku hepatitidy B a pozitivita HBeAg zvyšovala toto riziko o dalších 50%. Pozitivita HBsAg u těhotných ve zkoumané oblasti Turecka byla 1,5%. Pozitivní protilátky HBsAb byly zjištěny u 28,7% vyšetřených. Žádná ze sledovaných matek (cca 20 těhotných) nepřenese HBsAg na dítě během porodu.

Autoři z Polska se zabývali zvláštnostmi infekcí močových cest u starých nemocných odeslaných pro močovou infekci k hospitalizaci. Hlavním příznakem byla pyurie (47%), bakteriurie (36%), horečky (14%), delirium (8%). Pozitivní kultivaci z moče mělo 78% nemocných. Uzavírají, že diagnostika močových infekcí u starých nemocných je obtížnější, protože staří mají vyšší prevalenci specifických močových příznaků.

Autoři ze Srbska prokázali, že **obézní děti méně reagují na léčbu antibiotiky**, zde konkrétně na kombinaci amoxycilin + kyselina klavulanová.

Autoři z Anglie představili práci o **používání interaktivní brožury předávané rodičům dětí s respiračními infekcemi**. Tím dokázali snížit užívání ATB u dětí až o 2/3.

V **prevenci HBV infekce** se francouzští autoři zaměřili na populaci imigrantů ze subsaharské oblasti Afriky, o níž tyto informace dosud chyběly. Ve Francii je proočkováno proti hepatitidě B 22% populace. 7,3% má již ochranné protilátky z předchozích kontaktů s HBV a 0,65%

jsou nosiči. Výzkumem o 26 GP (praktických lékařů) zjistili, že u imigrantů z uvedené oblasti v 11% jde o nosiče HBV, 36% mělo ochranné protilátky a 28% bylo očkováno. 25% nemělo žádné protilátky. Největší počet imigrantů s pozitivními markery hepatitid pocházelo z Mali. Z toho vyplývá, že u imigrantů ze subsaharské oblasti Afriky je prevalence kontaktů s HBV mnohem vyšší než u francouzské populace.

Autoři z Holandska představili v přednášce o **Fosfomycin tromethaminu nové chemoterapeutikum**

nekomplikovaných močových cest u žen a zjišťovali rezistenci na něj u E.coli. Nejdříve představili guidelines léčby močových infekcí v Holandsku. Tam lékem 1. volby je Nitrofurantoin s rezistencí na E.coli cca 2%, na 2. místě je Trimethoprim s rezistencí E.coli mezi 22 a 44%, 3. nově představený Fosfomycin tromethamin měl dosud uváděnou rezistenci u E. coli 0,65–1%. Autoři však zjistili rezistenci u E.coli až 5%. Může se podávat ženám od 12 let věku. Výhoda je v podávání jediné dávky, nízký počet rezistencí, je dobře tolerován, ale nevýhodou je vyšší cena (12 eur).

Další zajímavou sekcí byly muskuloskeletální poruchy. Zde turečtí autoři srovnávali pacienty s **depresivními příznaky a muskuloskeletálními poruchami** a zjišťovali jejich kvalitu života. Zjistili pozitivní korelaci mezi intenzitou bolesti, věkem, BMI a depresivními symptomy. Bolesti v zádech a končetinách byly významně více spojené s vyšším skóre v dotazníku HRQL (dotazník kvality života).

O incidenci, diagnostice a **léčení natažení lokte u dětí ve věku 0–5 let** měla velmi pěknou přednášku Krulová z Holandska. Při natažení či natržení lokte jde o subluxaci prox. konce radia skrz anulární ligamentum. Nejčastěji vzniká při stavění dítěte nebo vytahování z postýlky tahem za ruce. Tato subluxace nejčastěji postihuje děvčata ve věku 2 roky. Autorka předvedla i jednoduché možnosti repozice této subluxace.

Řečtí autoři z Kréty zkoumali **vliv muskuloskeletálních poruch na kvalitu života a psychický distress**. Výskyt muskuloskeletálních poruch byl zjištěn u 71% venkovské populace na Krétě. Z nich byly nejčastěji zastoupeny bolesti v dolních zádech (43%) a bolesti krční oblasti. Většina stavů zhoršila pocit kvality života. Deprese byla v úzkém vztahu k muskuloskeletálním obtížím. Největším rizikem muskuloskeletálních bolestí bylo ženské pohlaví a věk.

Ve své přednášce **„OTC analgetika a antitusika: chování, znalosti a postoje obyvatel“** se autor z Irska zabývá nadužíváním OTC analgetik v kombinaci s antitusiky. V Irsku užívá ATC analgetika včetně jejich kombinací 28% obyvatel aspoň 1× týdně a 50% méně než 1× týdně. Autor zjišťoval znalosti pacientů o těchto lécích a jejich postoje k nim. Preference OTC analgetik v Irsku je uvedena v sestupném pořadí: paracetamol, ibuprofen, Aspirin, paracetamol + kodein, ibuprofen + kodein. Z 88 pacientů, kteří vyplnili a vrátili dotazník na klinice GP v Irsku, jich udalo 81%, že užívají OTC analgetika a 59 antitusika. 29% neužívalo lékárníkem doporučenou dávku a 54% neznalo max. denní dávku užívaného léku. Ženy a pac. pod 30 let častěji znali doporučené dávkování a max. dávku OTC analgetika než ostatní populace. Pouze 42% respondentů znalo účinné látky těchto léků. 64% nevědělo, že určité OTC léky obsahují deriváty opiátů. Závěrem udává, že analgetika a antitusika jsou užívána většinou populace, avšak pacienti nemají dostatek znalostí o možných vedlejších účincích a účinných látkách, které tyto léky obsahují. Je zde riziko interakcí s ostatními užívanými léky. Je potřeba, aby si GP více uvědomovali, které léky užívají jejich pacienti, a ti by zase měli vědět, co obsahují jimi užívané OTC léky.

MUDr. Petr Herle



Prevence v primární péči

Konference měla široký záběr témat s nabitým programem. Potěšilo mne, že tam bylo velké množství přednášek a pracovních skupin z oblasti prevence v primární péči, které se v ČR zdaleka nedává na konferencích tak velký prostor. Hned první den jsme se ztotožnili s řečnickou otázkou vyřčenou Dr. Sghedonim z Europrev Wonca: „**Jde nám o to, abychom měli naše pacienty zdravé, nebo abychom je museli léčit?**“ To je podstata primární prevence, která je i prioritou zdravotní politiky EU. Státy Evropy se nacházejí v různých fázích implementace jednotlivých prvků primární prevence podle toho, jakou podporu k prosazování a začleňování prevence do denní praxe lékařů mají ve vlastních zdravotních systémech a ministerstvech.

Na interaktivním workshopu o odvykání kouření v primární péči jsem s potěšením zjistil, že Česká republika se svým přístupem ke vzdělávání lékařů a existenci poraden pro odvykání kouření v ambulantních praktikách patří v této oblasti mezi nejvyspělejší země Evropy.

Zajímavým tématem byla i tzv. „nepotřebná prevence“, kde byly nastíněny otázky nad některými prvky na důkazech nepodložených aktivitách, které odčerpávají peníze ze zdravotního pojištění, berou zdravotnímu personálu čas a mohly by být pro pacienty i poškozující. Dle studií byly kladeny otázky např. nad vhodností začátku screeningu mamografie (v některých státech probíhá screening mezi 50–60 lety, jinde od 45 let do 70) nebo nad nutností PSA screeningu (např. Dánsko od příštího roku od tohoto plošného screeningu úplně ustupuje) či nad vhodností nastavení hladiny celkového či LDL cholesterolu, která se posledních 20 let neustále snižuje.

MUDr. Jozef Čupka

Workshop PCD Europe

Organizace pro diabetes v primární péči PCD Europe (PCD = Primary care diabetes) uspořádala v rámci konference „evidence based“ workshop na téma inzulinová léčba u diabetiků 2. typu v primární péči. Hlavním tématem diskuse bylo započítání léčby inzulinem u diabetika 2. typu v souladu s klinickými doporučeními založenými na vědeckých důkazech. Workshop vedli kolegové Lex Goudswaard z Holandska a F. Xavier Cos ze Španělska.

V první části byly probírány teoretické aspekty léčby diabetu 2. typu, v další pak následovala vzájemná diskuse nad kazuistikami. **Předpokladem začátku léčby inzulinem je podrobná edukace pacienta**, jejíž nezbytnou součástí je **selfmonitoring glykemií** prováděný pacientem ještě před začátkem podávání inzulinu. Individuálně se provádí buď 4bodový preprandiální monitoring (před snídaní, před obědem, před večeří a před spaním) nebo 4bodový postprandiální monitoring (ráno nalačno a 1,5–2 hodiny po snídani, obědě a večeři) nebo 7bodový monitoring, který je kombinací obou předchozích. Pacient by tak měl pochopit svou glykemickou křivku a vliv fyzické aktivity, stresu, příjmu potravy na hladiny glykemie. Pacient dále musí být poučen o cílových hodnotách glykemií, co je glykovaný hemoglobin (HbA1c), hyperglykemie a jak se chovat při výskytu hypoglykemie. Inzulinová léčba u diabetika druhého typu je indikována u pacientů, kde se vzdor režimovým opatřením

a maximálním dávkám dvojkombinace perorálních antidiabetik (PAD) nedaří udržet cílové hodnoty léčby: tj. HbA1c < 7 %, postprandiální glykemie < 9 mmol/l a glykemie nalačno v rozmezí 4–7 mmol/l (hodnoty v kapilární krvi).

Pozn.: Podle platných doporučení se jako PAD první volby nasazuje metformin 500–3000 mg denně – za předpokladu, že metformin není u pacienta kontraindikován. Nestačí-li tato léčba, pak u pacientů s BMI < 27 a s BMI > 27 bez kardiovaskulárního onemocnění nebo se známkami srdečního selhávání se doporučuje přidat sulfonylureu, u pacientů s BMI > 27 s kardiovaskulárním onemocněním – ale bez známek srdečního selhávání – se doporučuje přidat pioglitazon (u nás Actos) v dávce 15–45 mg denně. (Podávání trojkombinace PAD není doporučeno.)

Léčba inzulinem se začíná zpravidla přidáním jedné denní dávky inzulinu k zavedené léčbě PAD. Pouze pioglitazon, je-li podáván, je nutno vysadit. Začíná se obvykle dávkou **10 j. NPH inzulinu večer**, pacient si zvolí vhodný čas mezi posledním večerním jídlem a odchodem na lůžko. Dávka inzulinu se upravuje ve 2–3denních intervalech podle hladiny ranní lačné glykemie, která by se optimálně měla pohybovat v rozmezí 4–7 mmol/l. Další možností je podávání dvou denních dávek NPH inzulinu nebo kombinovaného středně a rychle účinného inzulinu (mix formy), a to v poměru 2/3 denní dávky před snídaní a 1/3 před večeří. V tomto režimu se zvažuje snížení dávky nebo úplné vysazení derivátů sulfonylurey, léčba metforminem ale pokračuje dále. V případě potřeby intenzifikovaného režimu je pacient obvykle předán do specializované péče.

Diskuse k případům byly velmi zajímavé, ovšem bohužel pro českého praktického lékaře jde o zatím málo využitelné informace, protože na rozdíl od jiných zemí nemá možnost předepisovat ani inzulin, ani diagnostické proužky pro glukometr či inzulinové pero. Nemůže dokonce předepsat ani pioglitazon, což bohužel velmi omezuje jeho možnosti v péči o diabetika 2. typu. Český zdravotní systém bohužel vzdor regulačním snahám hýří prostředky podporou zbytné specializované péče a vzdor zdravému rozumu vyhovuje individuálním zájmům skupin specialistů. Na jednu stranu se všude mluví o významné úloze primární péče pro ekonomické zdraví systému, ale paradoxně na druhou stranu je úporně omezována každá možnost rozvoje tohoto oboru. Výše uvedeného workshopu se účastnili lékaři z celkem 15 různých zemí (kromě mě z České republiky též lékaři ze Singapuru, Saúdské Arábie, Turecka, Velké Británie, Portugalska, Švédska, Libanonu, Bosny a Hercegoviny, Izraele, Dánska, Nizozemska, Španělska, Kosova). V těchto všech zemích je normální, že lékař primární péče má možnost předepsat pacientovi nejen pioglitazon, ale i inzulin, inzulinové pero, glukometr a diagnostické proužky. Může tak nekomplikovaného pacienta efektivně léčit a sledovat v souladu s evropskými doporučeními a v komplexitě jeho celkového zdravotního stavu. Praktický lékař v Česku, chce-li se realizovat úměrně svému vzdělání a nabytým kompetencím a nechce zrovna emigrovat do jiné země, musí za tuto možnost ještě hodně bojovat.

MUDr. Jaroslava Laňková



MUDr. Jozef Čupka

Nepotřebná prevence

PAD první volby je metformin

Trojkombinace PAD není doporučována



MUDr. Jaroslava Laňková

v Česku zatím praktický lékař nemá možnost předepsat ani pioglitazon, ani inzulin, ani diagnostické proužky do glukometru

Dopis SVL ČLS JEP náměstkyni pro odbornou činnost SÚKL



doc. MUDr.
Svatopluk Býma



MUDr. Stanislav
Konšťacký, CSc.

Vážená paní
MUDr. Ivana Koblihová
náměstkyně pro odbornou činnost
Státní ústav pro kontrolu léčiv
Šrobárova 48,
100 41 Praha 10

V Praze dne 1. září 2008

Věc: Odpovědi na otázky v dopisu „INFORMACE PRO LÉKAŘE – Léčivé přípravky vydávané bez lékařského předpisu s omezením – uvedení nové kategorie do praxe“ za Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.

Vyjádření k předloženým otázkám:

1. Jak z hlediska klinické praxe hodnotíte, že pacienti s chronickým onemocněním si budou moci vyzvednout svůj lék v lékárně, aniž by pokaždé museli navštívit ošetřujícího lékaře?
2. Souhlasíte s tzv. „Pozitivním seznamem“ a s návrhy omezení výdeje? Pokud ne, prosíme o konkrétní odůvodnění.
3. Navrhujete rozšíření „Pozitivního seznamu“ o další léčivé látky / ATC skupiny? Pokud ano, prosíme o konkrétní návrhy, včetně návrhu omezení výdeje.
4. Domníváte se, že u stabilizovaného pacienta se zavedenou účinnou léčbou je frekvence navržených kontrol u ošetřujícího lékaře (viz „omezení výdeje“) dostačující k odhalení případných komplikací a/nebo nutnosti změnit léčbu?
5. Domníváte se, že lékárník je schopen spolehlivě rozpoznat stavy, kdy pacientovi lék nevydává a odešle jej k ošetřujícímu lékaři?

ad 1)

Se stanovením rozšířených kompetencí farmaceutů v oblasti léčebně preventivní péče nesouhlasíme: V souladu s platnou legislativou může tuto činnost vykonávat pouze osoba, která získala odbornou a specializovanou způsobilost. Diagnostiku a léčbu pacientů tedy mohou provádět jen lékaři s příslušnou specializací. Je jednoznačné, že farmaceuti tuto kvalifikaci nemají a nejsou splněny ani další podmínky pro poskytování LPP v lékárnách.

1. I tzv. chroničtí stabilizovaní pacienti musejí v souladu s lékařským poznáním a léčebnou péčí poskytovanou lége artis docházet na pravidelné kontroly k hodnocení jejich zdravotního stavu. Je potřeba si uvědomit, že lékaři vždy léčí „pacienta“ a ne jen výšku TK nebo hladinu cholesterolu nebo jeden symptom. Takovou péči je možné označit za péči non lége artis poškozující pacienta. I situace, kdo a jak poskytuje LPP chronicky nemocným nebo osobám v riziku, jsou již nyní upraveny příslušnými zákony a vyhláškami.

2. Situace, aby pacient nemusel k lékaři docházet pouze pro předpis, je již vyřešena tzv. „předpisovou vyhláškou“, kdy je možné na recept poznamenat, „Repetatur“ s uvedením počtu opakování a pacientovi je zajištěn opětovný výdej léčivých prostředků, vždy se stanovenou úhradou z veřejného zdravotního pojištění.

3. Není jasné, proč mají pacienti platit za lék, když je hrazen ze zdravotního pojištění. Pokud samozřejmě není cílem jen umožnění širší reklamy na

léky, a tím lékařsky nezdůvodněné navýšení jejich spotřeby a profitu lékáren. Nicméně nemáme nic proti racionálnímu rozšíření možností nákupu léčiv v lékárnách.

4. Doporučujeme zachovat, event. rozšířit dosavadní stav u „běžných“ onemocnění, která jsou v praxi řešena v rámci tzv. „samodiagnostiky či sebeléčby“ pacientů.

ad 2 a 3)

5. Pokud si vyhláška klade za cíl odhalit konzumenty zdravotní péče, nebo spíše medikamenty odebírané v nepřiměřené míře k nelegální výrobě drog, pak v této oblasti by byla krokem vpřed. Je ale potřebné zabezpečit, aby všechny lékárny měly příslušné HW a SW vybavení, a jejich návaznost na lékaře poskytující LPP.

6. Na náplni „seznamů“ jsme ochotni spolupracovat.

ad 4)

7. Za LPP u pacientů odpovídá lékař a současná legislativa umožňuje poskytovat LPP i v této oblasti pacientům lége artis. Stanovení kontrol je plně v kompetenci lékařů v souladu se zdravotním stavem pacientů.

8. Zásadně nesouhlasíme s běžným uváděním Dg na recept, ale jen jak je to stanoveno vyhláškou u léků, kde je požadovaná zvýšená úhrada.

ad 5)

Domníváme se, že farmaceut nemá odpovídající vzdělání ani podmínky, aby mohl „spolehlivě rozpoznat stavy...“ I u lékařů se v oblastech, které jsou definovány jako „spolehlivé rozpoznání stavu...“, vyskytují chyby, které jsou opakovaným obsahem stížností a v některých případech končí i soudním řešením a mnohamilionovým odškodněním.

Závěrem:

Připravený návrh pokládáme v uvedených částech za nepřijatelný. Naopak bychom přivítali pomoc v oblastech, kde mají lékárníci jistě lepší vzdělání, a to vytvoření určitých poradních center „účelné farmakoterapie“, kde se domníváme, že tato pomoc ze strany lékárníků by byla přínosem. Nicméně konečné rozhodnutí musí vždy zůstat na lékaři, který odpovídá za LPP, a jeho pacientovi.

Pokud by byl skutečně systémový zájem na tom, aby pacienti nemuseli chodit zbytečně k lékařům, přivítali bychom i spolupráci na odstranění nesmyslných administrativních bariér v předepisování léčiv u všeobecných praktických lékařů, kdy pacient jde k PL a pak ke specialistovi a pak nezřídky zpět k PL, aby mu byl daný lék předepsán. To vše z důvodu, že podle některých pojišťoven není PL k „něčemu“ kompetentní, i když např. v EU tomu tak není.

Na tvorbě této vyhlášky jsme samozřejmě ochotni dále spolupracovat.

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
předseda SVL ČLS JEP

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
člen výboru a zástupce v komisi pro lékovou politiku a kategorizaci

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v listopadu 2008

Laboratorní biochemické metody

– společná doporučení SVL ČLS JEP a České společnosti klinické biochemie ČLS JEP

Laboratorní vyšetřovací postupy patří k základním vyšetřovacím modalitám, které praktický lékař provádí nejen ke zjištění a sledování chorobného stavu, ale významnou měrou se podílejí i při preventivních prohlídkách a screeningových programech.

V první obecné části se semináře zaměřují na problematiku preanalytické části vyšetřování, kde klíčovou roli má lékař indikující vyšetření. Z oblasti specifické laboratorní diagnostiky budou probírána nejčastěji indikovaná vyšetření zejm. pro diagnostiku poruch jater a slinivky břišní, poruch funkce ledvin, kostního metabolismu, parametrů zánětu, nádorových markerů či poškození myokardu. Pozornost bude zaměřena též na oblasti s určitými problémy či nejasnostmi, jako je diagnostika EBV infekcí, sexuálně přenosných chorob, lymfické boreliózy či hepatitid.

Sobota 1. 11. 2008 9.00–13.00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Pondělí 3. 11. 2008 16.30–20.30	Zlín, aula SZŠ, Bartošova čtvrt
Čtvrtek 6. 11. 2008 16.00–20.00	Liberec, Hotel v Klášterní, Klášterní 131/14
Čtvrtek 6. 11. 2008 16.00–20.00	Znojmo, hotel Prestige, Pražská 100
Čtvrtek 6. 11. 2008 16.00–20.00	Ústí nad Labem, Oddělení vzdělávání Masarykovy nem., výuková složka, Sociální péče 12/A/4
Sobota 8. 11. 2008 9.00–13.00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
Sobota 8. 11. 2008 9.00–13.00	Píseň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Úterý 11. 11. 2008 16.00–20.00	Pardubice, hotel Zlatá štika, Štrossova 127
12.–15. 11. 2008	XXVII. výroční konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, Karlovy Vary, hotel Thermal ****
Středa 19. 11. 2008 17.00–21.00	Jihlava, presbytář hotelu Gustav Mahler, Křížová ulice
Čtvrtek 20. 11. 2008 16.00–20.00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31/4
Čtvrtek 20. 11. 2008 16.00–20.00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Sobota 22. 11. 2008 9.00–13.00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Úterý 25. 11. 2008 16.00–20.00	Ostrava, hotel Imperial, Tyršova 6
Středa 26. 11. 2008 16.00–20.00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Středa 26. 11. 2008 16.00–20.00	České Budějovice, budova Medipont, s. r. o., Matice školské 17
Sobota 29. 11. 2008 9.00–13.00	Olomouc, aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8

Rezidenční místa Rezidenční místa Rezidenční místa Rezidenční místa Rezidenční místa

!!!VÝZVA!!!

Vzhledem k tomu, že se plánuje zřízení rezidenčních míst financovaných státem pro lékaře ve specializační přípravě, vyzýváme všechny lékaře, kteří se již připravují nebo plánují specializační přípravu do oboru všeobecného praktického lékařství, aby se neprodleně přihlásili na Centrum primární péče. Důvodem je potřeba určení počtu aktuálně potřebných rezidenčních míst v jednotlivých regionech.

Termín přihlášení nejpozději do 15. 11. 2008

Přihlásit se můžete vyplněním formuláře na www.svl.cz nebo www.splcr.cz.

Odkaz na formulář najdete hned na úvodní webové stránce.

V případě nejasností nebo technických překážek se můžete obrátit přímo na

Centrum primární péče, U Hranic 322/16, 100 00 Praha 10

telefon 267 184 042 nebo 267 184 053.

MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Přednosta Ústavu všeobecného lékařství, 1. LF UK, Praha

Dyspepsie horního typu

Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2008

Souhrn: Problematika onemocnění horní části trávicího traktu byla předmětem prvního doporučeného postupu (DP) ČLS JEP (dále SVL) pro praktické lékaře (PL). DP byl publikován a prezentován v roce 2003, krátce po uvolnění blokátorů protonové pumpy pro preskripci PL. Autoři věří, že DP přispěl k orientaci v péči o pacienty s acidopeptickými poruchami a že se stal vzorem pro vytváření dalších DP SVL. A to mezioborovým pojetím, metodikou tvorby i svou strukturou. Stejný autorský kolektiv, složený ze zástupců České gastroenterologické společnosti a Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, provedl v roce 2007 jeho aktualizaci.



MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Úvod

Nový DP je koncipován tak, aby odpovídal tomu, co se skutečně děje v praxi. Dyspepsie horního typu je soubor symptomů, syndrom, se kterým pacient přichází do ordinace, aby byl následně praktickým lékařem vyšetřován a léčen nebo předán specialistovi. Peptický vřed, refluxní choroba jícnu a léky podmíněná gastropatie jsou nejčastějšími klinickými jednotkami zvažovanými v diferenciální diagnostice, a jsou tak logickou součástí této práce.

Rozsah materiálu neumožňuje zachytit všechny nové vědecké poznatky z této oblasti gastroenterologie a zároveň různé názory na ně. Na druhou stranu DP podporuje všechny zásadní strategie užívané v praxi praktického lékaře.

Při používání tohoto doporučeného postupu mějte na paměti, že přístup k pacientovi je vždy nutné individualizovat. Úkolem praktického lékaře je provést v rozsahu svých kompetencí a možností rozbor příčin dyspepsie a komplexním přístupem zmírnit její projevy. V indikovaných případech pak zajistit nemocnému přístup k vyšetření k včasnému odhalení nebo vyloučení závažného patologického procesu.

Dyspepsie horního typu

DP poskytuje podporu pro rozhodování o volbě optimální strategie postupu u pacienta s dyspepsií, o vyšetřování a léčbě a odeslání pacienta ke specialistovi.

Epidemiologie z pohledu praktického lékaře

Většina dyspeptických obtíží je takového rázu, že pacient ani nenavštíví lékaře. Vztah pacienta k jeho obtížím je proto stejně důležitý jako obtíže samotné. Pacienti trpící trávicími obtížemi častěji než ostatní navštěvují lékaře. Studie provedená v ordinacích českých PL ukázala, že dyspeptické obtíže horního typu jsou v pozadí 5 % konzultací. Ve třetině případů se jednalo o pacienty s novou nebo nevyšetřenou dyspepsií. Na takové pacienty PL v praxi narazí 3× až 4× týdně. Přibližně u jednoho pacienta týdně dává PL dyspepsii do souvislosti s užíváním NSA. Dvě třetiny pacientů s dyspeptickými příznaky již prodělaly v minulosti vyšetření a byla zjištěna organická (35 %), druhotná (13 %) nebo funkční (15 %) dyspepsie.

Selekce pacientů podle symptomů je obtížná

DP zdůrazňuje, že selekce pacientů se zvýšeným rizikem organické příčiny pro další vyšetření na základě symptomatologie je obtížná. Dyspeptické obtíže mají velmi široký a variantní obraz a těžko lze z nich vyjmout příznaky, které mají vyšší senzitivitu a specifitu právě pro peptický vřed. Diskriminační efekt symptomů pro stanovení diagnózy je považován za nespolehlivý. Mezi pacienty s dyspepsií lze vydělit ty, kteří mají typickou refluxní symptomatologii, ale i tito pacienti mohou mít peptický vřed.

Pro lékaře v praxi je důležitější zhodnocení závažnosti jednotlivých symptomů než jejich typu a výčtu. Všechna doporučení vymezují tzv. alarmující příznaky, v jejichž přítomnosti je jasně indikována časná endoskopie (gastroskopie nebo kolonoskopie). Mezi alarmující příznaky patří: krvácení do trávicího ústrojí, silná bolest, opakované zvracení, mikrocytární hypochromní anémie, nechtěné zhubnutí o více než 10 % hmotnosti za 6 měsíců a patologický nález při fyzikálním vyšetření. Alarmující jsou i nově vzniklé obtíže u osob starších 45, resp. 50 let nebo obtíže, které změnilý svůj charakter. Pacienta bychom měli indikovat k endoskopii také vždy, pokud máme pochyby o správnosti empirického postupu. Ke gastroskopii také asi nejspíše odešleme pacienta přicházejícího opakovaně, trpícího anxiétou a karcinofobií nebo pro kterého může mít invazivní vyšetření terapeutický efekt.

Peptický vřed

Nejčastější příčinou organické dyspepsie je peptický vřed. Určitá část ze skupiny pacientů s novou nebo nevyšetřenou dyspepsií má aktuální peptický vřed. Pokud nejsou tito pacienti správně diagnostikováni, pak nelze mít jistotu, že jsou správně léčeni. Kvalifikovaný odhad předpokládá kumulativní prevalenci peptického vředu v české populaci 10 %. V sestavách pacientů odeslaných s dyspeptickými obtížemi ke gastroskopii je peptický vřed odhalen v posledních letech asi u 6–11 % (ústní sdělení, Dítě, 2007). Ze statistik vyplývá, že ubývá peptických vředů gastroduodena a relativně přibývá *Helicobacter pylori* negativních vředů, zřejmě v důsledku častější gastropatie z nesteroidních antiflogistik. Je třeba mít na paměti, že pacienti s dyspepsií, kteří

indikace časně endoskopie:
krvácení do trávicího ústrojí
silná bolest
opakované zvracení
mikrocytární hypochromní anémie
nechtěné zhubnutí
patologický fyzikální nález
nově vzniklé obtíže u osob starších 45 let
obtíže, které změnilý svůj charakter

diskriminační efekt symptomů pro stanovení diagnózy je považován za nespolehlivý

pacienti s dyspepsií, kteří užívají nesteroidní antiflogistika (NSA), mají dvojnásobně vyšší riziko peptického vředu

užívají nesteroidní antiflogistika (NSA), mají dvojnásobně vyšší riziko peptického vředu.

Obava z rakoviny žaludku

Jak se máme obávat rakoviny žaludku? Výskyt rakoviny žaludku poklesl za třicet let na polovinu (UZIS). Zatímco v roce 1980 byla incidence 32,4 na 100 000 mužů (u žen 21,5), v roce 2000 to bylo 18,9 (13,5). Ve věkové skupině do 50 let věku bylo odhaleno 141 případů v celé ČR s mírnou převahou mužského pohlaví. V letech 1976–2000 zemřelo 55 420 osob na rakovinu žaludku, z nich 1659 (2,9 %) bylo mladších 45 let. K 31. 12. 2000 žilo 4055 osob s rakovinou žaludku, z nich 149 (3,7 %) bylo mladších 45 let. Rakovina jícnu je na vzestupu, ale u pacientů do 50 let je stále raritní. Obava z možné rakoviny v pozadí dyspeptických potíží neopodstatňuje endoskopické vyšetřování pacientů, kteří nemají alarmující známky a jsou mladší 45, resp. 50 let.

Empirické postupy

Český PL lékař se obvykle rozhoduje mezi empirickým postupem a včasnou gastroskopií. Riziko empirických postupů je minimální u pacientů bez alarmujících příznaků, bez anamnézy vředové choroby či užívání nesteroidních antiflogistik nebo aspirinu, mladších 45, resp. 50 let. U pacienta s dyspepsií vedle režimových opatření nejčastěji použijeme antisekreční lék jako první volbu. O dalším postupu rozhodneme při kontrole. V drtivé většině případů uspějeme a pacienta uspokojíme. Kauzálně jsme tak zasáhli u všech pacientů, kde převažujícím zdrojem obtíží je acidopeptická porucha. Endoskopie by změnila postup jen u pacientů s peptickým vředem, kteří jsou *Helicobacter* pozitivní.

Strategie test & treat

DP zmiňuje i strategie vycházející z odpovědnosti infekce *H. pylori* za peptický vřed a z jeho karcinogenity; test & treat (Testuj na *H. pylori* a v případě pozitivitu eradikuj.) a test & scope (Testuj na *H. pylori* a v případě pozitivitu endoskopuj.) u pacientů s dyspepsií horního typu. Z hlediska rizika pochybení je možno považovat strategii test & treat u pacientů do 50 let za bezpečnou, protože není ultimativní, a nepřinese-li řešení v určitém časovém horizontu, tak pacienta stejně čeká endoskopie. Podmínkou je ovšem diagnostický test na potvrzení efektu eradikace (dechový test nebo stanovení antigenu *H. pylori* ve stolici). Oba jsou dnes v praxi dostupné. Ale vzhledem ke snižující se incidenci *H. pylori* podmíněných vředů je efektivita strategie zpochybněna. Věkově standardizovaná prevalence infekce *H. pylori* v České republice je 41 %. Ve věkové skupině, u které by strategie test & treat přicházela v úvahu, je prevalence nižší. Z těchto a dalších, zejména ekonomických důvodů, není v České republice postup test & treat strategií volby. Postup test & scope není vzhledem k nastaveným cenám výkonů u nás racionální.

Refluxní choroba jícnu

U pacientů s refluxní symptomatologií je typická vysoká compliance k úvodní léčbě inhibitory protonové pumpy (PPI), ale nízká compliance k dlouhodobé léčbě. Polovina pacientů má i při dlouhodobé

léčbě PPI přetrvávající symptomy refluxu, včetně nočních příznaků. Noční příznaky mohou být způsobeny nočním odblokováním kyselé sekrece (tzv. acid breakthrough). Příčinou selhání léčby může být nedostatečná dávka PPI, nesprávné dávkování, nesprávný způsob podání nebo špatná compliance. Musíme zvážit i správnost původní diagnózy; nemusí se jednat o kyselý reflux.

DP vede lékaře k správnému užívání PPI:

- zdůraznit správné podávání PPI 30–60 minut před jídlem (snídaní)
 - u převážně nočních obtíží změnit dávku na večerní, případně přidat večerní dávku PPI 30–60 minut před večerním jídlem
 - prodloužit podávání PPI v plné dávce z 2–4 na 12 týdnů
- a zvážit alternativy:
- přidat H₂-blokátor na noc (možnost vzniku tolerance; vhodnější intermitentní podávání)
 - přidat alginát nebo antacidum do kombinace pro rychlou úlevu.

Ke specialistovi jsou odesíláni pacienti nejasní, složitá a komplikovaná, dále osoby neodpovídající na adekvátní léčbu a nemocní s alarmujícími příznaky, osoby starší 45 let, u kterých se refluxní potíže objevily jako nový příznak, a pacienti starší 50 let, kteří mají refluxní potíže déle než 20 roků a dosud nebyli gastroenterologem vyšetřeni.

Gastropatie z nesteroidních antiflogistik

Kapitola je zpracována v přehledných tabulkách s důrazem na vyhodnocení rizikových faktorů podávání NSA. DP připomíná nutnost zvážení a balance rizik podávání NSA, a to jak z hlediska gastropatie, tak z hlediska rizik kardiovaskulárních.

Seznam literatury je součástí DP.

Autorský kolektiv (abecedně, bez titulů): Jan Bureš, Petr Dítě, Aleš Hep, Václav Jirásek, Karel Lukáš (všichni gastroenterologové), Eva Charvátová, Tomáš Koudelka, Bohumil Seifert, Jana Vojtíšková (všichni PL) děkuje oponentům, prof. Jiřímu Ehrmannovi a Dr. Karlu Janíkoví.

Doporučený postup je kontinuálně otevřen připomínkám a komentářům.

MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. – promoval na Fakultě dětského lékařství UK v Praze v r. 1981, 1. a 2. atestace ze všeobecného lékařství 1985, 1990. Postgraduální studium v preventivním lékařství: Ph.D. 2006. Ordinance praktického lékaře v Karlíně, Praha 8, od roku 1985, od roku 1997 soukromá. Od roku 1993 působí jako učitel na Katedře všeobecného lékařství IPVZ, pak na 2. lékařské fakultě a od roku 2003 vede Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK. Vědecká a publikační činnost na národní i mezinárodní úrovni v odborných oblastech se vztahem k primární péči: kvalita poskytované péče, pregraduální vzdělávání, gastroenterologie, studie v primární péči. Nejvýznamnější publikace: Všeobecné praktické lékařství, vydané v roce 2005 v nakladatelství Galén. Od roku 1998 členem výboru SVL ČLS JEP, od roku 2002 jako vědecký sekretář. Ve výboru SVL se věnuje oblasti výzkumu, mezinárodních projektů a klinické oblasti gastroenterologie. Členem evropské pracovní skupiny EQUIP (www.equip.ch, Kvalita v primární péči) a sekretář ESPCG (www.espcg.org, Evropská společnost pro gastroenterologii v primární péči).

obava z možné rakoviny v pozadí dyspepsie u mladých pacientů bez alarmujících příznaků neopodstatňuje endoskopické vyšetření

acidopeptická porucha

správné podávání PPI je 30–60 minut před jídlem (ranním nebo večerním)

as. MUDr. Cyril Mucha

Ústav všeobecného lékařství, 1. LF UK, Praha

Chřipka – medicínské a ekonomické aspekty

Souhrn: Epidemická chřipka kvůli obrovskému rozšíření v populaci způsobuje každoročně velké medicínské, ale i ekonomické ztráty. Ve starší populaci je procento nemocných nižší, ale průběh onemocnění je těžší a s vyšším výskytem komplikací. Mezi mladými onemocní vyšší procento (nemají historické obranné protilátky), ale procento komplikací je u nich nižší. Z hlediska společnosti způsobuje velké rozšíření chřipky v mladší populaci vyšší ekonomické ztráty, neboť jsou ekonomicky aktivní.

Pandemická forma (vzniklá shiftovou mutací) je hrozbou pro celou společnost a v dnešní době „krátkých vzdáleností“ a rychlých přesunů z místa na místo též doslova pro celé lidstvo. Kvůli tomu věnují všechny vyspělé státy i firmy velké finanční prostředky na vývoj očkovacích látek i léčbu.

Nadále však platí, že nejvýhodnějším prostředkem v boji s chřipkou s nejlepším poměrem cost/benefit je očkování. Vede k výraznému snížení nemocnosti u osob v produktivním věku (u mladých osob je efektivita vyšší než 90 %) a k snížení výskytu komplikací a též smrtelnosti u osob starších nebo s jiným základním onemocněním (80 % efektivita v prevenci úmrtí). Zajímavý je často zmiňovaný efekt postvakcinačně zvýšené imunity i k jiným virovým infekcím HCD než jen k chřipce. WHO doporučuje 30 % proočkovanost, v ČR je kolem 7 %. Na lepší pozici jsou i země jako Chile, Argentina apod. Je úkolem zejm. nás praktických lékařů, kteří máme na populaci největší vliv, abychom se dostali i v tomto kritériu mezi vyspělé země.

Druhy očkovacích látek

1) **Štěpená inaktivovaná vakcína (označovaná split)** – obsahuje rozštěpené virové částice bez lipidového obalu (obsahují hemagglutinin, neuraminidázu, RNA a nukleoprotein). Imunogenita je dobrá, reaktivita (výskyt nežádoucích účinků) nevelká. Na trhu v České republice jsou registrovány například: Begrivac, Fluarix, Vaxigrip.

Doporučována je zejména pro starší ročníky pacientů.

2) **Subjednotková inaktivovaná vakcína obsahuje vysoce čištěný hemagglutinin a neuraminidázu.** Reaktivita je téměř nulová, imunogenita sice mírně nižší, nicméně poskytuje dostatečnou ochranu. (Na trhu v ČR např. Agrippal S 1, Fluad, Influvac.) Pro téměř žádné vedlejší účinky je velmi vhodná zejm. pro preventivní očko-



MUDr. Cyril Mucha

Záchranná brzda při chřipce a nachlazení

- ▼ Rychlý nástup účinku
- ▼ Účinně působí při prvních příznacích chřipky a nachlazení
- ▼ Pomáhá zmírnit průběh a zkrátit dobu obtíží
- ▼ Povzbuzuje organismus při pocitech „malátnosti“ a únavy

Žádejte u Vašeho distributora!



**Preventan®
Akut**

www.preventan.cz www.farmax.cz



Šťastné děti jsou zdravé děti!

- ▼ Posiluje imunitní systém dětí
- ▼ Vhodný v době zvýšeného výskytu chřipky a nachlazení
- ▼ Pomáhá zmírnit průběh a zkrátit dobu obtíží
- ▼ Doporučován jako podpůrný prostředek při léčbě alergií

**Nový dárek
v balení
90 tablet.**



Mějte svého medvídko
Preventan® Junior
stále při sobě!

Soutěž o měkoučký
polštářek medvěda
Preventan®!



**Preventan®
Junior**

Pastilky s ovocnou příchutí
se speciálním cukrem
chránícím dětské zuby.



Žádejte u svého distributora!

více na: www.preventan.cz www.farmax.cz

**WHO doporučuje
30% proočkovanost
proti chřipce, v ČR je
7%, což nás řadí mezi
rozvojové země**

vání skupiny zdravých občanů (např. očkování zdravých pracovníků ve firmách).

3) Inaktivovaná celovirionová vakcína – obsahuje celý inaktivovaný virus. Její imunogenita je dobrá, ale reaktivita vysoká (zejm. erytém, febrilie, cefalea). V současnosti je využívána minimálně (např. Daronix).

1-3) Výše uvedené očkovací látky obsahují 3 kmeny chřipkových virů (dva subtypy A a jeden B) dle výběru WHO. Možnosti aplikace: běžně intramuskulárně, nově se připravuje intradermální aplikace, která je sice technicky náročnější, ale snižuje nutné množství podané očkovací látky. To by mohl být důležitý faktor zejména při pandemii, kdy by bylo nutné vyrobit co největší množství dávek v co nejkratším čase.

4) Nově se v Americe objevila živá atenuovaná monovalentní celovirionová vakcína. Její zajímavostí je nazální aplikace, výhodou je množení viru pouze na sliznicích HCD (díky schopnosti replikovat se při teplotě 25 °C a nikoli při teplotě lidského jádra). Nevýhodou je vyšší cena. Budoucnost ukáže, jaké místo zaujme v řadě ostatních vakcín.

Základní fakta o očkování proti chřipce v ordinaci PL

Skupina pacientů, kteří mají nárok na očkování na účet ZP

- 1) Pacienti starší 65 let.
- 2) Pacienti po splenektomii.
- 3) Pacienti po transplantaci krvetvorných buněk.
- 4) Pacienti trpící závažným chronickým farmakologicky řešeným onemocněním srdce, cév nebo dýchacích cest, ledvin nebo DM (lčený inzulinem).

Pojišťovna uhradí smluvnímu zařízení kód 02110 – aplikaci očkovací látky (90 bodů). Pokud je vakcína napsaná na recept, zaplatí v lékárně pacient rozdíl mezi cenou vakcíny a maximální úhradou pojišťovny (132,47 Kč) – cca 30–40 Kč a poplatek za recept 30 Kč.

VZP a některé zaměstnanecké pojišťovny již pro tento rok přislíbily, že pokud lékař zakoupil předem očkovací látku do ordinace, může je vykázat pojišťovně jako ZULP (zvlášť účtovaný léčebný prostředek) společně s kódem očkování.

Jak získat vakcínu do ordinace

Způsob získání chřipkové vakcíny do ordinace ovlivňuje nejen běh ordinace, rychlost a bezpečnost očkování, ale i náklady pacientů, resp. finanční benefit ordinace.

I. Vystavení receptu na vakcínu

Průběh: pacientovi je v ordinaci vystaven recept na vakcínu, pacient odchází do lékárny, vyzvedává si vakcínu a po různě dlouhé době přichází zpět do ordinace, kde je mu vakcína aplikována.

Výhody: od PL nevyžaduje žádnou invenci ani plánování předem, žádné riziko, že očkovací látku nespotebuje.

Nevýhody: vyšší časová náročnost pro PL i pacienta. Pacient musí navštívit ordinaci minimálně dvakrát (1. vypsání receptu, 2. aplikace vakcíny), vyšší cena – pacient (jemuž hradí očkování zdravotní pojišťovna) musí zaplatit kromě doplatku v lékárně (kolem 30 Kč) též poplatek 30 Kč za recept. Největším rizikem pro lékaře je neznalost „anamnézy“ vakcíny: pokud pacient nepřijde okamžitě po vypsání receptu, není aplikujícímu lékaři známo, zda nebyl porušen chladový řetězec, a očkovací látka se tedy nezneškodnotila. Přitom on je ten, kdo vakcínu parenterálně podá, a bude tedy muset řešit případné problémy.

Jaký je postup, resp. administrativa:

a) Pacient, jemuž hradí očkování ZP:
Vykazování: kód aplikace chřipkové vakcíny 02110, dg Z 251 (imunizace chřipkovou vakcínou 90 bodů).

Výběr hotovosti: v ordinaci: 0 Kč aplikace, 0 Kč regulační poplatek (očkování), v lékárně: 30 Kč za recept + rozdíl mezi úhradou ZP a cenou vakcíny.

b) Pacient samoplátce:

Vykazování: žádné.

Výběr hotovosti: v ordinaci: aplikace očkovací látky (dle průzkumu nejčastěji 100 Kč), v lékárně: cena očkovací látky: kolem 180 Kč.

Hodnocení: Organizačně nejjednodušší, ale zároveň nejméně efektivní možnost.

II. Nákup očkovacích látek lékařem přímo od distributora do ordinace

Průběh: PL nakoupí do ordinace vakcínu přímo od distributora (telefonická objednávka). Vakcíny uchovává v lednici a postupně je pacientům aplikuje.

Jaký je postup, resp. administrativa:

a) Pacient, jemuž hradí očkování ZP:

Vykazování: kód aplikace chřipkové vakcíny 02110, dg Z 251 (imunizace chřipkovou vakcínou – 90 bodů).

Výběr hotovosti: v ordinaci: dle propočtů lékaře rozdíl mezi úhradou ZP a cenou vakcíny v lékárnách (u běžných vakcín až 40 korun), regulační poplatek: 0 (30 korun se při očkování neplatí), v lékárně: 0 Kč – pacient lékárně nenavštíví.

b) Pacient samoplátce:

Vykazování: žádné.

Výběr hotovosti: v ordinaci: za aplikaci očko-

vací látky (viz výše cca 100 Kč) + cena vakcíny s přiměřeným ziskem, v lékárně: 0 Kč – pacient nenavštíví lékárně.

Výhody: Mnohem „akčnější“ způsob očkování – stačí pouze jedna návštěva, levnější pro pacienta a možný zdroj financí pro lékaře (čím více vakcín nakoupí, tím výhodnější cenu dostane). Výhoda je též znalost „anamnézy“ vakcíny – lékař ji má ve své lednici a z té ji aplikuje, nehrozí nebezpečí znehodnocení z důvodu porušení chladového řetězce.

Nevýhody: Nutnost dobrého odhadu, jaké množství vakcín nakoupit – riziko, že zbudou.

Hodnocení: Organizačně náročnější, výrazně efektivnější jak pro pacienta, tak pro lékaře.

III. Nákup části vakcín přímo od distributora, část napsat pacientům na recept.

Průběh: Lékař nakoupí jen část odhadovaného množství od distributora, zbytek napíše na recept jednotlivým pacientům.

Jaký je postup a administrativa: viz výše – kombinace obou.

Výhody: Minimální riziko „zbytku“ očkovacích látek, část pacientů musí navštívit ordinaci 2× (napsání receptu a poté aplikace) a u části je

nejvýhodnější a zejm. nejbezpečnější způsob získání vakcíny je nákup přímo od distributora

Muconasal® plus

Uvolní ucpaný nos

2 Dvojitý účinek

- působí rychle a nadlouho
- osvěží nosní sliznici

Tramazolin hydrochlorid (alfa-mimetikum)

- působí již po 5 minutách
- účinkuje až 10 hodin

Éterické oleje (cineol, mentol, přírodní kafr)

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

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 vstříknout do každé nosní dírky, maximálně 4× denně. Bez doporučení lékaře se nesmí podávat déle než 5–7 dnů u dospělých a déle než 3 dny u dětí. **Kontraindikace:** Chronická suchá rýma (rhinitis sicca), po kranálních chirurgických výkonech prováděných nasální cestou, hypersenzitivita na hydrochlorid tramazolinu, benzalkoniumchlorid nebo kteroukoli další složku přípravku. Děti mladší než 6 let. **Zvláštní upozornění:** Se zvýšenou opatrností a pod lékařským dohledem používat u osob s glaukomem s úzkým úhlem, s hypertrofií prostaty a získanou nebo vrozenou porfýrií. Dlouhodobé podávání dekongescenčních přípravků může vést k vývoji chronického zánětu a atrofii nosní sliznice. Muconasal® plus nesmí při aplikaci vniknout do očí. **Interakce:** Současné podávání inhibitorů monoaminooxidázy (MAO), tricyklických antidepresiv nebo vazokonstriktorických látek může vést ke zvýšení krevního tlaku. Nesmí se podávat po dobu 3 týdnů po ukončení léčby IMAO. **Těhotenství a kojení:** Nesmí se užívat v prvním trimestru těhotenství. V dalším průběhu a během kojení má být užíván pouze na radu lékaře. **Nežádoucí účinky:** Bolest hlavy, únava (somnolence, sedace), neklid, insomnie, závrať, poruchy chuti, halucinace (spíše u dětí), palpitace, tachykardie, zvýšení krevního tlaku, srdeční arytmie, pálení a suchost nosní sliznice, sekrece z nosu, epistaxe a kýchání, po odeznění léčebného účinku může dojít k otoku nosní sliznice (reaktivní hyperémie), nauzea, reakce hypersenzitivity (vytráška, 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 seznámte s úplnou informací o přípravku. **Boehringer Ingelheim, spol. s r.o. • Na Poříčí 1079/3a, 110 00 Praha 1 – Nové Město • tel.: + 420 234 655 111**

005-2007-MUP

udržování výrobních kapacit pro chřipkovou vakcínu je důležité pro případnou pandemii, kdy bude nutné naočkovat téměř 100 % populace



opět neznámá „anamnéza“ vakcíny vzhledem k chladovému řetězci.

Hodnocení: Jedná se asi o nejvýhodnější variantu u ordinací, které nemají s očkováním zkušenost, a těžko tedy odhadují množství vakcín, které spotřebují.

Očkování proti chřipce má obrovský medicínský význam a je velkou výzvou zejména pro praktické lékaře, aby přispěli ke zvýšení proočkovanosti populace, tak aby se přiblížila k 30 %, což je cíl vyspělého světa. Pokud je praktický lékař ochoten se v očkování angažovat, může přinést ordinaci kromě medicínského benefitu (snížení nemocnosti až 4×) též nezanedbatelný ekonomický benefit.

pandemie chřipky bez aktivních opatření by mohla být v době rychlých přesunů doslova ohrožením lidstva

Závěr

Přes výrazný pokrok ve zkoumání chřipkových virů je chřipka závažné onemocnění. Právě očkování je nejlevnějším a zároveň neúčinnějším prostředkem v boji s ní. Pokud by se procento proočkovanosti přiblížilo WHO doporučeným 30 % (dosud v ČR 7 %), mělo by to pozitivní vliv nejen na zdravotní stav populace, ale i na ekonomiku. Nezanedbatelným argumentem pro zvýšení počtu očkovaných je též nutnost udržování dostatečných výrobních kapacit pro případ světové pandemie, kdy by bylo nutno naočkovat až 100 % populace. Největší vliv na posun v mínění populace máme právě my – praktičtí lékaři.

Literatura

1. Havlík, J., Beran, J.: *Chřipka, klinický obraz, prevence a léčba*. Praha, Maxdorf 2002
2. Nicholson, K. G., Wenster, R. G., Hay, A. J.: *Textbook of influenza*. Oxford, Blackwell Science 1998.
3. www.who.ch – flunet
4. www.chripka.cz
5. www.protichripce.cz

as. MUDr. Cyril Mucha – praktický lékař, odborný redaktor časopisu *Practicus*. Promoce na 2. lékařské fakultě UK v roce 1993. 1993–1996 interní oddělení Železniční nemocnice v Praze, 1996–1997 IPVZ Praha, 1998–dosud – soukromá všeobecná praxe v Praze 6. Krajský konzultant pro Prahu SVL ČLS JEP. Odborný asistent Ústavu všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty, odborný redaktor časopisu *Practicus*, člen akreditační komise MZ. Odborný zájem: IT technologie ve zdravotnictví, chřipka.

Krátké chřipkové repetitorium:

Shift (zlom) – antigenně nový virus vzniklý zásadní změnou genomu v místě kódujícího hemagglutininu nebo neuraminidázu, proti němuž v populaci neexistují protilátky.

Drift (antigenní posun) – malá lokalizovaná změna v HA nebo NA – vzniká běžnou mutací virů A i B s přirozeným výběrem nejvirulentnějších, a tedy nejodolnějších subtypů virů. Každá epidemie je způsobena směsí geneticky příbuzných subtypů.

Epidemie – lavinovitě rozšíření onemocnění charakterizované náhlým, místně ohraničeným výskytem s časově ohraničeným obdobím – do doby, než dojde k promoření významné části populace, a virus již tedy nenachází dostatek „infikovatelných“ hostitelů k šíření. Epidemie na severní polokouli jsou většinou mezi listopadem a dubnem, na jižní polokouli od května do září, přičemž agens způsobující nákazu na jižní polokouli určuje agens na severní polokouli. V ČR se epidemie počítá při nemocnosti vyšší než 2000 nemocných na 100 000 obyvatel.

Pandemie – rychlé rozšíření infekce bez geografického omezení a bez závislosti na ročním období. Je způsobem buď virem novým – shiftová změna, nebo virem, který se již v minulosti vyskytl, ale již vymřela většina nositelů protilátek, a je tedy pro danou populaci vlastně virem novým.

Archeologická sérologie – zkoumáním protilátek v séru lidí, kteří se dožili vysokého věku a přežili epidemické (pandemické) onemocnění v daném období, a srovnáváním s protilátkami mladších jedinců stanoví, jaký typ viru toto onemocnění způsobil.

Surveillance chřipky – pravidelný dohled nad výskytem a šířením chřipky ve světě organizovaný WHO. Sledují se epidemiologická data (nemocnost, úmrtnost atd.), výsledky virologických vyšetření a data ze sérologických přehledů.

Doc. MUDr. Věra Vávrová, DrSc., RNDr. Daniela Zemková, CSc., MUDr. Veronika Skalická, doc. MUDr. Petr Pohunek, CSc., Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha; MUDr. Libor Fila, Pneumologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha; PaedDr. Libuše Smolíková, Klinika rehabilitace a sportovní medicíny, 2. LF UK a FN Motol, Praha; MUDr. Hubert Vaníček, Ph.D., Dětská klinika FN, Hradec Králové; MUDr. Josef Polák, Plicní klinika FN, Hradec Králové; MUDr. Petr Honomichl, Dětská klinika FN, Plzeň-Lochotín; MUDr. Radka Bittenglová, klinika TRN, Plzeň-Bory; MUDr. Alena Holčíková, Ph.D., Klinika infekčních nemocí, FN Brno; MUDr. Ilona Binková, Klinika nemocí plicních a TBC, FN Brno; MUDr. Martin Zápalka, dětská klinika FN Olomouc; MUDr. Petr Jakubec; Pneumologická klinika FN Olomouc; MUDr. Jarmila Hubová, Dětská klinika FN Ostrava; MUDr. Jiří Biolek, dětské oddělení nemocnice Most; prof. MUDr. Milan Macek, DrSc., Ústav biologie a lékařské genetiky, 2. LF UK Praha

Cystická fibróza v České republice

Souhrn: Čtyřicetiletá izolace naší země od západní Evropy znamenala v oblasti diagnostiky a léčení CF značný handicap. V posledních 17 letech se nám však podařilo tento vývoj dohnat agresivním léčením a dodržováním všech nejlepších postupů doporučených v Evropě. Tímto „nechtěným experimentem“ jsme potvrdili důležitost intenzivního moderního léčení, uplatňovaného od co nejútlejšího věku. Mortalita a morbidita našich nemocných dramaticky klesla a časné úmrtí v dětském věku je nyní vzácné. Výška v 5 letech je u našich nejmladších dětí po roce 1999 téměř $-0,3$ SD a žádné z nich není pod specifickou normou naší populace. Navíc je medián FEV1 těchto nemocných 97 % náležité hodnoty (4).

Týmy CF center v České republice pracují zcela podle uznávaných mezinárodních doporučení. Přezívání našich nemocných a kvalita jejich života se v posledním desetiletí významně zlepšily. Docílili jsme tak toho, že nově diagnostikovaní nemocní mají v naší zemi stejný výchozí bod pro dlouhodobé přežití a kvalitu života jako jejich vrstevníci v západní Evropě.

Úvod

Česká republika má 10 230 000 obyvatel a je relativně etnicky homogenní (http://en.wikipedia.org/wiki/Czech_Republic). V několika posledních letech se zde narodilo ročně kolem 100 000 dětí (frekvence narozených 10/1000 obyvatel), růst populace je negativní ($-0,1\%$); kojenecká úmrtnost je 3,9/1000 a současná délka života dosáhla 76,4 roku (UZIS; http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1000&lng=en).

Nemocní s cystickou fibrózou (CF) jsou sledováni v sedmi centrech CF. Hlavní „referenční“ CF centrum je v Praze ve Fakultní nemocnici v Motole a úzce spolupracuje s regionálními centry CF ve fakultních nemocnicích Hradec Králové, Plzeň, Brno a Olomouc a v okresních nemocnicích v Mostě a Ostravě (obr. č. 1).

Na II. dětské klinice LF UK v Praze bylo první dítě s cystickou fibrózou diagnostikováno již v květnu 1946. V roce 1997 na základě dekretu české vlády z 8. září 1993, # 493, Sekce 3, § 3i, transformovala tato klinika oficiálně jedno ze svých oddělení specializované na CF do pražského CF centra. Od roku 1946 zde byla CF diagnostikována u 639 dětí, z nichž k 1. 7. 2007 žije 366.

Pražské centrum (PCFC) bylo založeno jako „virtuální ústav“ úzce spolupracující Pediatrické kliniky (pokračovatele II. dětské kliniky, <http://www.pediatric-motol.cz/>) a specializované DNA diagnostické laboratoře Ústavu biologie & lékařské genetiky (<http://ublg.lf2.cuni.cz/index.html>) 2. lékařské fakulty Karlovy univerzity v Praze (<http://www.lf2.cuni.cz>) a Fakultní nemocnice Motol (<http://www.fnmotol.cz>). PCFC je integrovaným multidisciplinárním týmem lékařů, sester, výzkumných pracovníků,

antropologa, psychologů, dietní sestry, fyzioterapeutů a sociálních pracovníků, kteří poskytují zevrubné, vysoce profesionální diagnostické služby a klinické léčení CF pacientům na současné úrovni. Vzhledem k nabídce zevrubné péče o CF slouží PCFC jako referenční centrum pro celou zemi. Vzhledem k tomu, že stále víc nemocných přežívalo do dospělosti, bylo na přelomu století zřízeno na Pneumologické klinice 2. lékařské fakulty Centrum pro CF dospělé. Toto centrum úzce spolupracuje s pediatrickou částí CF centra a pracovníci obou týmů se účastní týdenních porad. PCFC a ostatní regionální centra úzce spolupracují s organizací nemocných a jejich rodin – s Klubem nemocných CF (<http://www.cfklub.cz>; viz dále).

Zkušenosti PCFC jsou shrnuty v monografii „Cystická fibróza“ (1). Publikovali jsme také Příručku pro nemocné, jejich rodiče a přátele, Příručku pro nově diagnostikované nemocné s CF a letáky o výživě a rehabilitaci (viz <http://www.cfklub.cz/img/brozu-ra.pdf>; <http://www.cfklub.cz/?pageid=34&nid=64>; <http://www.cfklub.cz/?pageid=33&nid=63>). Kromě toho jsme přeložili informační brožuru o molekulárně genetické diagnostice, kterou vydal CF Thematic Network (www.cfnetwork.be).

Výzkum CF v České republice

Klinický výzkum

Klinický výzkum CF začal již v roce 1960. Jako první bylo provedeno šetření o výskytu CF v bývalém Středočeském kraji včetně Prahy. Výsledky studie prokázaly, že CF byl postižen 1 z 2700 novorozenců. Současně se ukázalo, že až 1/3 nemocných uniká správné diagnóze. Od počátku 60. let jsme začali rutinně užívat potní test podle Gibsona a Cooka, což umožnilo diagnostikovat i mírnější formy nemoci. Je třeba zdůraznit, že naše laboratoř provedla od

**nemocní s CF
jsou sledováni
v sedmi centrech**

**Pražské centrum
pro léčbu cystické
fibrózy (PCFC)**

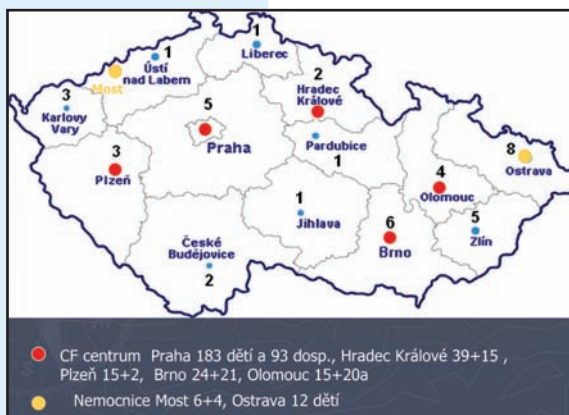
**Klub nemocných CF
<http://www.cfklub.cz>**

**monografie
„Cystická fibróza“**

Tabulka 1: Základní klinická charakteristika českých nemocných s CF

	Všichni	Děti	Dospělí
N	471	291	180
Pancreatická insuficience	415; 88,5 %	259; 89 %	156; 86,7 %
Mekoniový ileus	54; 11,5 %	42; 14,4 %	12; 6,7 %
CFLD	11; 2,3 %	2; 0,07 %	9; 5 %
CFRD	64; 13,6 %	11; 3,8 %	53; 29,4 %
CFBD (osteoporosis)	7/39; 17,9 %*	23; 12,8 %	
(osteopenia)			28/93; 30,1 % **
Pseudomonas aeruginosa	215; 45,7 %	127; 43,6 %	88; 48,9 %
Burkholderia cepacia	88; 18,7 %	22; 7,6 %	67; 37,2 %

Legenda: * CF centrum Hradec Králové; ** Praha CF centrum dospělých;


Obr. 1.: CF centra v České republice

**potní test
(chloridy v potu)**

**prenatální
a postnatální DNA
diagnostika se 100%
diagnostickou
senzitivitou
a specificitou**

**novorozenecký
screening**

**databáze laboratoří
v ČR pro DNA
diagnostiku:
[http://www.uhkt.cz/
nrl/db](http://www.uhkt.cz/nrl/db)**

počátku 70. let více než 30 000 potních testů standardizovanou pilotní karpinovou iontoforézou podle Gibsons a Cooka s kvantitativním stanovením koncentrace chloridů v potu, což nám umožnilo stanovit přesné normy a sloužit jako referenční centrum pro ČR. Sledovali jsme změny koncentrace chloridů v potu v závislosti na věku a dalších faktorech. Na základě analýzy

výsledků 4 974 potních testů (provedených stejnou metodikou) jsme stanovili rozmezí normálních, hraničních a patologických hodnot tohoto testu. Ukázali jsme, že potní testy s hodnotami koncentrace chloridů v potu nad 31 mmol/l je třeba opakovat a hodnoty nad 41 mmol/l je třeba pokládat za hraniční.

V letech 1976–1977 jsme spolupracovali na mezinárodní studii časného screeningu CF analýzou albuminu v mekoniu. Vyšetřili jsme 42 185 vzorků smolky. Toto vyšetření se však ukázalo jako nedostatečně citlivé, a nemohli jsme je proto doporučit k rutinnímu provádění.

Genetický výzkum a DNA diagnostika

Prenatální diagnostiku CF jsme začali vyšetřováním mikrovillárních enzymů (GGT) v plodové vodě. Definovali jsme rozmezí normálních a abnormálně snížených hodnot a nabídli toto biochemické vyšetření rodinám s 25% rizikem CF. Jakmile byly publikovány zprávy o markerech vázaných na CF, doplnili jsme vyšetření enzymů analýzou RFLP klasickou metodou Southernova blotting. Zkoušeli jsme DNA izolační protokoly a začali provádět „ručně“ PCR s třemi vodními lázněmi a stopkami pro kontrolu jednotlivých kroků. Později byly naše „holé ruce“ nahrazeny ramenem robota a následně standardními termocykly, které v této podobě fungují dodnes. Již na počátku roku 1989 jsme shromáždili počáteční soubor 350 CF rodin, které byly později sekvenovány na nejčastější CF mutace zveřejněné databázi mutací v Hospital for Sick Children v Torontu (<http://genet.sickkids.on.ca/cftr/>). Na počátku devadesátých let jsme tento soubor vyšetřili na Humboldtově univerzitě v Berlíně a později v McKusick-Nathans Centru Genetiky Johns Hopkins

University v Baltimore, USA. V minulém roce jsme dosáhli kombinací standardní PCR techniky s přímým sekvenováním a na QPMSF/MLPA založeném screeningu velkých intragenových CFTR přestaveb více než 98% záchytnosti mutací genu CFTR, specifických pro naši populaci.

V současné době nabízíme prenatální a postnatální DNA diagnostiku se 100% diagnostickou senzitivitou a specificitou. Používáme „kaskádovou strategii screeningu mutací“ pro nemocné s klasickou formou CF, pro atypické CF a na CFTR-vázané poruchy, mužskou neplodnost včetně testování dárců gamet před asistovanou reprodukcí. Po „boomu“, ke kterému došlo v polovině devadesátých let s molekulárně genetickým vyšetřením klasických CF případů, které se objevily od počátku osmdesátých let, v současné době většina našich pacientů pochází z klinik pro IVF/neplodnost, kde se provádí před asistovanou reprodukcí molekulárně genetický screening nejčastějších mutací v genu CFTR. Vyšetřujeme také mutace CFTR genu u chronických idiopatických a hereditárních forem pankreatitidy. Rozsáhlé testování, protokoly a užité CFTR mutace přesahují rámec tohoto krátkého přehledu a byly podrobně publikovány jinde.

V období 2005–2006 jsme provedli pilotní studii novorozeneckého screeningu za použití schématu IRT/DNA/IRT. Vyšetřili jsme více než 76 000 novorozenců a odkryli 11 CF v průměrném věku 37 dní. Zajímavé je, že jsme v „pozitivních rodinách“ našli 3 dříve nediodagnostikované starší sourozence s CF (2). Pilotní studie ukázala, že novorozenecký screening je proveditelná a užitečná metoda, která v naší zemi zajistí jednotnou a časnou diagnostiku CF. V této souvislosti spolupracujeme se skupinou novorozeneckého screeningu Evropské společnosti pro cystickou fibrózu (ECFS, www.ecfs.eu). V současné době jednáme s ministerstvem zdravotnictví o zavedení novorozeneckého screeningu CF do souboru standardních celoplošných povinných screeningových programů.

V roce 1997 jsme založili na webu databázi laboratoří, které v ČR provádějí DNA diagnostiku (<http://www.uhkt.cz/nrl/db>). Tento národní adresář je přímo vázán a odkazován databázemi Online Mendelian Inheritance in Man (OMIM; www3.ncbi.nlm.nih.gov/omim), Genetests (www.genetests.org) a Orphanet (www.orpha.net). Je publikován v češtině a angličtině a lékaři, nemocní/rodiny mohou vyhledávat z 20 laboratoří, které nabízejí CF DNA diagnostiku. Kromě toho jsou publikovány údaje a ocenění kvality, takže zájemci dostávají vodítko pro zvolení nejvhodnější laboratoře. Nemocní a lékaři mohou hledat v této veřejné databázi laboratoře provádějící genetická vyšetření ostatních monogenních poruch. Konečně, na této webové stránce publikujeme každoročně aktualizovaná doporučení nejlepší praxe molekulární genetiky CF.

Od roku 1966 se postupně účastníme EQA schémat nabízených CF Thematic Network (www.cfnetwork.be). Vyučujeme také regionální laboratoře nejlepší praxi a od roku 1997 nabízíme partnerským laboratořím posouzení kvality (EQA). Hodnocení bylo povšechně úspěšné a poskytl všem zúčastněným laboratořím užitečnou zpětnou vazbu. Máme v plánu pokračovat v tomto testování a upravovat je podle směrnic tohoto konsorcia. Tato cesta také zaručí, že diagnostické testovací standardy vydané

tímto konsorciem budou kontinuálně uplatňovány na lokální/národní úrovni.

Z hlediska výzkumu jsme se účastnili devíti projektů podporovaných EU FP5-FP6 (CRMGEN, COGENE, CFChip, Snip2Chip, Micro2DNA, CF Thematic Network-NAS extension, ECORN, EuroCareCF a EuroGentest). Tyto projekty byly doplněny dvanácti domácími granty a trvalou podporou ministerstva zdravotnictví a školství. Často jsme se účastnili mezinárodních multicentrických metaanalýz modifikujících genů nebo s CFTR příbuzných poruch. Konečně ve spolupráci s kolegy z Belgie jsme připravili pod záštitou WHO poslední přehled celosvětového rozložení mutací CFTR genu.

Vývoj péče o nemocné

Hlavním cílem naší práce v uplynulých 47 letech bylo zlepšení péče o nemocné s CF. Věnovali jsme se hodnocení klinického průběhu nemoci, příčinám jeho variability, hledali jsme faktory, které ovlivňují průběh nemoci, a možnosti, jak jej léčebně ovlivnit. Postupně jsme zaváděli moderní léčebné postupy. Socioekonomické důvody však způsobily, že do roku 1989 byly naše možnosti omezené. Neměli jsme dostatečný výběr antibiotik, chyběly vhodné formy pankreatické substituce a přípravky nutriční podpory. To vedlo k tomu, že klinický stav našich nemocných byl koncem osmdesátých let horší než stav jejich vrstevníků v západní Evropě. Po roce 1990 jsme získali možnost plně se přizpůsobit evropským doporučením platným v té době.

Tělesný růst a vývoj nemocných s CF sledujeme

soustavně více než 30 let. Věnujeme pozornost nejen stavu výživy, tělesné výšce a hmotnosti, ale i tvaru hrudníku a kvantitativnímu posuzování palčkovitých prstů.

U spolupracujících dětí vyšetřujeme při každé pravidelné ambulantní kontrole funkce plic standardní spirometrií, event. tělovou pletysmografií. Vedle číselného hodnocení posuzujeme výsledky i podle referenčních hodnot získaných u české zdravé populace prof. Zapletalem. Od počátku devadesátých let ukládáme svá data do místní počítačové databáze. Sledovali jsme vztah antropometrických, funkčních a biochemických parametrů, zejména vztah stavu výživy a funkce plic včetně vlivu moderních léčebných postupů na přežívání našich nemocných s CF. Zjistili jsme, že po roce 1996 se díky moderním léčebným postupům významně zlepšily funkce plic i stavu výživy. Tento příznivý vývoj pokračuje a v důsledku trvalého zlepšování dosahuje víc než 1/3 našich nemocných dospělosti.

Bakteriální infekce

Bakteriální infekce patří k hlavním nepříznivým faktorům, které negativně ovlivňují funkci plic i přežívání našich nemocných. Dlouhodobě od roku 1965 sledujeme mikrobiální agens v bronchiálním sekretu nemocných s CF. Přítomnost *Pseudomonas aeruginosa* jsme v dřívějších studiích prokázali u 82 % nemocných, kteří zemřeli, a u 50 % žijících. Ze sérotypů dominoval typ O3, a to jak u žijících, tak u zemřelých. Infekce *Pseudomonas aeruginosa* ovlivňovala nepříznivě klinický i imunologický stav

bakteriální infekce patří k hlavním nepříznivým faktorům, které negativně ovlivňují funkci plic i přežívání nemocných s CF

***pseudomonas aeruginosa* u 82 % nemocných, kteří zemřeli, a u 50 % žijících**



Mucosolvan®

VYLÉČÍ KAŠEL

2

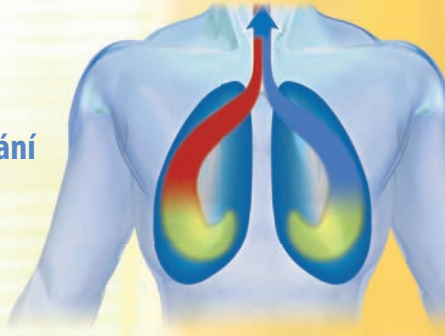
Dvojitý účinek

- uvolňuje zahlenění
- usnadňuje vykašlávání

➤ **komplexní mechanismus účinku**

- mukolytický, mukoregulační a expektorační^{1,7}
- stimulace tvorby surfaktantu¹
- antioxidační a protizánětlivý²⁻⁶
- snižování bronchiální hyperreaktivit^{2,6}
- zvyšování koncentrace ATB v plicní tkáni¹

➤ **léčba akutních i chronických bronchopulmonálních onemocnění**



1. SPC a příbalová informace Mucosolvan® (tablety, roztok, junior), datum revize textu 30.8.2006. 2. Winsel K Review. Pneumologie 1992; 46:461-475. 3. Felix K et al. Life Sciences 1996; 59(14):1141-1147. 4. Gillissen A et al. Lung 1997; 175:235-242. 5. Aihara M et al. Respiration 2000; 67:662-67. 6. Marel M. Praktický lékař 1997; 97(10):506-507. 7. Weiss T et al. Prax Pneumol 1981; 35:359-362

MUCOSOLVAN®, MUCOSOLVAN® pro dospělé, MUCOSOLVAN junior®, MUCOSOLVAN® RETARD

Zkrácená informace o přípravku

Složení: Ambroxoli hydrochlorid. **Léková forma:** Mucosolvan tbl 30 mg, Mucosolvan roztok k perorálnímu podání i inhalaci 15 mg/2 ml, Mucosolvan pro dospělé sir 30 mg/5 ml, Mucosolvan junior sir 15 mg/5 ml, Mucosolvan Retard tablety s prodlouženým uvolňováním. **Indikace:** Mukolytická léčba akutních a chronických bronchopulmonálních onemocnění s abnormální sekrecí hlenu a poruchou jeho transportu. **Dávkování a způsob podání:** Tbl: dospělí: 3×1–2×2, tablety: dospělí 1×1, po jídle a zapít. Sir 15 mg/5 ml (5 ml=1čaj. lžička): dospělí a děti nad 12 r. 3×10 ml, 6–12 r. 2–3×5 ml, 2–6 r. 3×2,5 ml, do 2 r. 2×2,5 ml, při jídle. Sir 30 mg/5 ml (5 ml=1čaj. lžička): dospělí a děti nad 12 r. 2×10 ml, 6–12 r. 2–3×5 ml, 2–6 r. 3×2,5 ml, od 1–2 r. 2×2,5 ml, při jídle. Roztok: p.o.podání – dospělí a děti nad 12 r. 3×4 ml, 6–12 r. 2–3×2 ml, 2–6 r. 3×1 ml, do 2 r. 2×1 ml, při jídle a zředěné. Inhalace: dospělí a děti nad 6 r. 1–2 inhalace 2–3 ml, do 6 r. 1–2 inhalace 2 ml. Pacienti s astmatem užijí před inhalací svá bronchodilatační. Roztok k inhalaci se nesmí mísit s kyselinou chromoglykanovou. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na ambroxol, jiné látky v přípravku, vrozená intolerance galaktosy a fruktosy. **Zvláštní upozornění:** U roztoku možnost bronchokonstrikce po benzalkoniumchloridu (konzervans). Sirup vhodný pro diabetiky, pro obsah sorbitolu možnost výskytu laxativního účinku, v těhotenství užívat po poradě s lékařem, není doporučeno užívání při kojení. **Interakce:** Podávání s atb (amoxicilin, cefuroxim, erythromycin) zvyšuje jejich koncentrace v bronchopulmonálním sekretu a sputu. Závažné nežádoucí interakce s jinými léky nehlašeny. **Nežádoucí účinky:** Obvykle dobře snášeny; mimé GI poruchy (pálení žáhy, dyspepsie, nauzea, zvracení, průjem); vyrážka, kopřivka, angioedém, anafylaktické a alergické reakce. **Balení na trhu:** 20 tbl; sir à 120 ml (15 mg/5 ml), à 100 ml (30 mg/5 ml), roztok à 60 ml, 20 tbl. **Uchovávání:** tbl, roztok, sir 15 mg/5 ml, tob do 25°C v původním obalu, sir 30 mg/5 ml bez zvláštních podmínek. Sirup 15 mg/5 ml, 30 mg/5 ml spotřebovat do 6 měsíců po otevření. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Německo. **Registrační číslo:** Tbl: 52/122/81-C. Roztok: 52/121/81-C. Sir junior: 52/123/81-C. Sir pro dosp.: 52/231/05-C. Ret. tablety: 52/141/91-C. **Datum poslední revize:** tbl, roztok, sir junior 30.8.2006; sir pro dospělé 23.4.2008; ret. tablety 4.7.2006.

Výdej léčivého přípravku možný bez lékařského předpisu. Částečná úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění pouze u indikací cystická fibróza, idiopatická plicní fibróza, prokázané bronchiektazie. Před podáním se seznáme s úplnou informací o přípravku.

Boehringer Ingelheim, spol. s r.o. • Na Poříčí 1079/3a, 110 00 Praha 1 – Nové Město • tel.: + 420 234 655 111

**tři pilíře léčby
– eliminace infekce,
průchodnost dýchacích
cest a dobrý stav výživy**

**pankreatická
insuficience – enzymy
ve formě
minimikropelet**

**Airway
Clearance
Techniques**

nemocných. Od poloviny roku 1994 izolujeme kulti-
vačně *Burkholderia cepacia*, jejíž výskyt je bohužel
u našich nemocných vysoký. Nové infekce se poda-
řilo omezit tím, že jsme přestali pořádat rekondiční
tábory pro nemocné s CF, zavedli přísnou segregaci,
hygienická opatření a zlepšili diagnostické metody.
V roce 2001 jsme zavedli PCR diagnostiku, která
nám umožňuje časnější detekci této nebezpečné
bakterie.

Komplikace CF

Zaměřili jsme se na časnou diagnostiku a léčení
závažných komplikací CF. U všech nemocných nad
10 let provádíme jednou ročně oGTT. Zjistíme-li
poruchu glukózové tolerance, provádíme i.v.GTT,
a prokáže-li závažnou insulinopenii, nasazujeme
ihned terapii inzulinem. Stejně tak provádíme jed-
nou ročně u všech nemocných ultrazvukové vyšetře-
ní jater a u pozitivních nálezů nasazujeme ursodeo-
xycholovou kyselinu. Tento postup významně snížil
morbidity a mortalitu na CFLD. Transplantaci jater
podstoupili dva naši nemocní (v roce 1995 a 1998),
jeden je na čekací listině.

Ze vzácnějších komplikací byla u 22 dětí našeho
souboru prokázána kardiomyopatie (KMP). U 4
dětí byla příčinou náhlého úmrtí, aniž se vědělo, že
mají CF. Základní onemocnění i KMP byly diagnosti-
kovány sekčně. Čtyři z nemocných s KMP žijí, z nich
21letý muž je 2,5 roku po transplantaci srdce. Kost-
ní postižení (CFBD) je pravidelně sledováno pouze
u dospělých, u dětí s tímto vyšetřením začínáme.

Současné léčení CF

Je založeno na třech pilířích – léčení infekce, péči
o průchodnost dýchacích cest a o dobrý stav výživy.
V tomto ohledu nyní plně respektujeme doporučení
ECFS konference z Artimina, Itálie (3).

V roce 1978 jsme zavedli do léčby nemocných s CF
infikovaných *Pseudomonas aeruginosa* i.v. podává-
ní antibiotik a od té doby je podáváme v souhlase
s „dánským postupem“ preventivně 3–4× ročně.
Dáváme přednost formě domácí i.v. léčby, pokud
to je možné. Současně inhalují nemocní infikovaní
Pseudomonas aeruginosa colistin nebo tobramycin.
Jako protizánětlivou léčbu užíváme azitromycin.
V minulosti jsme se experimentálně věnovali zka-
palňování hlenu studiem účinku různých mukolytik
na respirační epitel zdravých králíků. V klinické pra-
xi jsme zavedli inhalační aplikaci amiloridu, který
ovlivňuje transport elektrolytů buněčnou membrá-
nou. Od roku 1995 inhalují naši nemocní rDNázu,
která je dosud plně hrazena zdravotními pojišťov-
nami.

Pankreatická funkce a substituce

Pankreatickou insuficienci jsme v minulosti posu-
zovali především nepřímými testy. V roce 1998
jsme zavedli vyšetření elastázy 1 ve stolici u všech
nemocných s CF. Nemocní s pankreatickou insufici-
encí dostávají enzymy ve formě minimikropelet, pro
zlepšení stavu výživy užíváme popíjení nutričních
přípravků a výjimečně zavádíme perkutánní gast-
rostomii.

Fyzioterapie

Základní rehabilitační metody byly do léčby chro-

nických respiračních nemocí zavedeny záhy po
roce 1946 a užívaly se i u CF. Od roku 1990 jsme
začali postupně zavádět pro všechny nemocné
nové metody „Airway Clearance Techniques“ (ACT).
Nejčastěji aplikovanou metodou se stala autogenní
drenáž (autogenic drainage, AD) s kontrolou kašle.
Od roku 1993 používají všichni nemocní Flutter,
který je finančně více než z poloviny hrazen státní
pojišťovnou. Inhalační terapie je součástí ACT
a každý nemocný vlastní alespoň jeden tryskový
inhalátor. Novorozenci a malé děti jsou cvičení tech-
nikou respiračního handlingu (RH), který kombinuje
respirační fyzioterapii s reflexní stimulací fyziologic-
ké dechové motoriky hrudníku. Ve věku 5 až 7 let
jsou děti vedeny ke cvičební samostatnosti. Kon-
sultace na fyzioterapii se v Centru CF v UH Motol
konají nejméně jednou za rok, běžně jednou za tři
měsíce a fyzioterapeuti v Motole úzce spolupracují
s „lokálními“ fyzioterapeuty pod patronací Pracovní
skupiny respirační fyzioterapie v ČR.

Psychologie

Systematicky řešíme psychologické problémy CF
nemocných a jejich rodin ve všech stádiích nemo-
ci. Od roku 1977 jsme pořádali víkendová setkání
rodin s nemocnými dětmi, kde se diskusí skupiny
kombinovaly s modelovými principy psychoterapie.
Testovali jsme znalost podstaty nemoci a adapta-
ci na ni a opravovali nesprávné názory. Instruova-
li jsme otce o zásadách rehabilitace a komplexní
péče o jejich děti. Z epidemiologických důvodů jsme
však museli zrušit pořádání těchto setkání, stejně
jako organizaci tzv. rekondičních táborů, které byly
u dětí i jejich rodin velmi oblíbené.

Klub nemocných CF

Organizace nemocných CF byla založena v roce
1990 a nyní funguje pod názvem Klub nemoc-
ných CF (www.cfklub.cz). Klub poskytuje sociální
poradenství a psychosociální podporu nemocným
a jejich rodinám, organizuje setkání rodičů a růz-
né sociální akce spojené se získáváním finančních
prostředků. Klub úzce spolupracuje s týmy lékařů
v českých CF centrech. Spolupracuje úzce s organi-
zací nemocných na Slovensku, ale i s ostatními laic-
kými organizacemi CF v Evropě. Seznamuje veřej-
nost s problémy spojenými s projevy onemocnění
a spolupracuje s médii v přípravě akcí sloužících
k získávání finančních prostředků – Adventní kon-
cert, aukce obrázků, které děti s CF malují, apod.

Péče o dospělé s CF

Systematické léčení dospělých nemocných s CF
začalo v prosinci 1987. Mezi nejdůležitější úlohy
patří kromě léčby bronchopulmonálního onemoc-
nění a zevně sekretorické insuficience pankreatu
také aktivní vyhledávání a léčba komplikací dospě-
lého věku, především diabetu (CFRD) a osteoporózy
(CFBD). Specializovaní pneumologové také dohlíží
nad těhotenstvími žen s CF. Již 15 žen s CF úspěš-
ně porodilo. CF centrum pro dospělé spolupracuje
také s centrem asistované reprodukce (IVF), uvaž-
jí-li partnerky dospělých mužů s CF o těhotenství.
V současné době se 3 dospělí muži stali biologickými
otci dětí po asistované reprodukci, následované
prenatální diagnostikou v Ústavu biologie & lékař-

ské genetiky. Důležitým a ne vždy lehkým úkolem je diagnostika pankreaticky sufficentních nebo atypických forem CF u dospělých, kteří jsou většinou léčeni pod jinými diagnózami. V současné době byla CF diagnostikována u 9 nemocných, léčených pod jinými diagnózami na jiných pracovištích.

Program transplantace plic

CF centra mají přímou návaznost na III. chirurgickou kliniku 1. lékařské fakulty Karlovy univerzity, kde probíhá od poloviny devadesátých let program transplantace plic. První nemocná s CF tu podstoupila transplantaci plic v září 1998 a od té doby zde bylo provedeno 17 transplantací plic u pacientů s CF. Zásadní je v otázce indikace k transplantaci plic kolonizace epidemickým kmenem Burkholderia cenocepacia, která dosahuje mezi dospělými 36% prevalence a bohužel představuje v současnosti absolutní kontraindikaci k tomuto léčebnému postupu.

Současný stav českých nemocných s CF

K 1. červnu 2007 žilo v České republice 471 nemocných s CF (224 mužů a 247 žen) ve věku od 0,1 do 53,1 roku (medián 14,5 roku) a 38,2 % z nich bylo starších než 18 let. Regionální rozložení pacientů podle CF center je uvedeno v obr. 1. V současné době pracujeme na založení národního registru (www.cfregistr.cz) a rovněž spolupracujeme na iniciativách EuroCareCF (www.eurocarecf.eu) a ECFS (www.ecfsoc.org).

Z genetického pohledu je 46,3 % nemocných homozygotních pro F508del, 35 % jsou složení heterozygoti pro mutaci F508del a jiné CF mutace, 5,7 % má F508del a jinou dosud neurčenou CF mutaci, 9,3 % jsou složení heterozygoti pro non-F508del mutace, 1,5 % jsou složení heterozygoti non-F508del mutací a dosud neidentifikované allele a pouze v 2,1% nebyla dosud nalezena CF působící mutace. Nejčastějšími mutacemi jsou F508del (66,7 %), CFTRdela2,3 (21kb) (5,5 %), N1303K (2,2 %), 3849+10kbC>T, G551D (2,1 %), G542X (1,7 %) a 1898+1G>A (1,3 %). Celkem bylo u našich CF nemocných identifikováno 70 CFTR mutací, z nichž většina je privátních nebo vzácných včetně několika intra-CFTR přestaveb (obr. č. 2). Na poli genetiky jsme dosáhli téměř 98 % populačně specifického zachytu mutací, odhalujeme obojí bodové mutace i intra-CFTR přestavby a sekvenujeme celou CFTR kódující oblast.

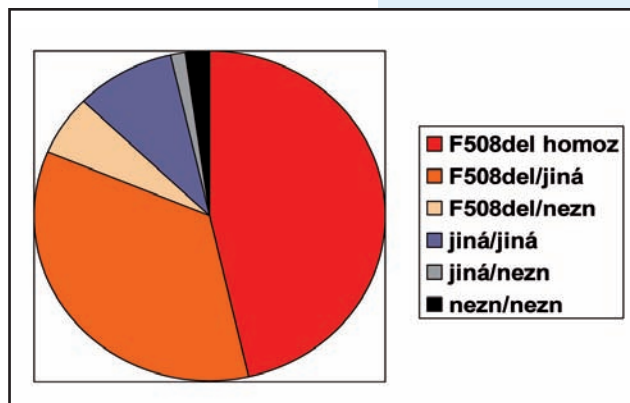
Mekoniový ileus byl přítomen u 11,5 % našich nemocných, z nichž 50 % jsou F508del homozygoti, 21,8 % jsou složení heterozygoti „slovanské“ mutace CFTRdela2,3 (21 kb) s jinou CF-působící mutací. Na CF vázaný diabetes (CFRD) je přítomen u 3,8 % (11/291) dětí, ale trpí jím 29,4 % (53/180) CF dospělých. Naštěstí jsme díky časnému screeningu a léčení nepozorovali v longitudinálně sledované skupině nemocných s CFRD vyšší mortalitu. Hepatobiliární onemocnění je přítomno u 15,9 % a jaterní cirrhóza u 2,3 % našich nemocných. Prevalence bakteriální infekce je znázorněna v tabulce č. 1. Podrobnější analýza ukázala, že 35,5 % CF nemocných je infikováno pouze Pseudomonas aeruginosa (21 % z nich má chronickou infekci), 8,5 % je kolo-

Tabulka 2: Přehled FEV1 a stavu výživy

	Všichni Medián (min.; max.)	Děti Medián (min.; max.)	Dospělí Medián (min.; max.)
FEV1*	79 (17; 144)	88 (32; 128)	62 (17; 144)
Výška (SDS)	-0,7 (-3,4; 2,8)	-0,8 (-3,4; 2,8)	-0,7 (-3,3; 2)
Hmotnost (SDS)	-0,7 (-4; 2,6)	-0,7 (-3,9; 2,8)	-0,8 (-4; 2,6)
BMI (SDS)	-0,5 (-3,7; 2,9)	-0,5 (-3,3; 2,7)	-0,6 (-3,7; 2,9)

Legenda: *procento náležitých hodnot; populačně specifické normy byly užity pro všechny parametry.

nizováno Burkholderia cepacia a 10,2 % všech našich nemocných je infikováno oběma těmito mikroby (tab. 1). V současné době je stav výživy většiny našich nemocných v rozmezí normálních hodnot. Nicméně je těžká růstová retardace (hmotnost pod 3. percentilem) stále přítomna u 14,3 % a poměr hmotnosti k výšce je u 10,9 % pod 3. percentilem; růstovou retardací pod 10. percentilem má 18,9 % našich nemocných s CF. Vyšetření funkce plic ukázalo, že 41,3 % nemocných má v současné době FEV1 nad 85 % náležité hodnoty, zatímco 10,3 % má těžkou obstrukci dýchacích cest s FEV1 pod 40 % náležité hodnoty (tab. č. 2).



Obr. 2: Genotyp českých pacientů s CF

Literatura:

- 1) Vávrová V. a kol. Cystická fibróza. Praha, 2006; Grada ISBN 80-247-0531-1, s 516
- 2) Holubová A, Balaščíková M, Skalická V, Kračmar P, Piskáčková T, Vávrová V, Zemková D, Gonsorčíková L, Lebl J, Macek M.ml., Votava F. Novorozenecký screening cystické fibrózy v České republice: závěry pilotní studie Čes.slov. Pediatr. 2007;62(4):187-195
- 3) Kerem E, Conway S, Elborn S, Heijerman H; Consensus Committee. Standards of care for patients with cystic fibrosis: a European consensus. J Cyst Fibros. 2005; 4(1):7-26
- 4) Zemková D, Skalická V, Bartošová J et al. Moderní management cystické fibrózy a jeho vliv na zdravotní stav a přežívání českých nemocných. Čes.slov. Pediatr. 2008;63 (2):76-82

Poděkování:

Rádi bychom poděkovali všem nemocným a jejich rodinám za trvalou podporu „Věci cystická fibróza“ v České republice. Náš dík patří i všem spolupracovníkům, kteří se podílejí na péči o nemocné s CF. Jsou to: Kateřina Austová, MUDr. Miroslava Balaščíková, MUDr. Jana Bartošová, MUDr. Kristýna Böhmová, MUDr. Jitka Brázová, MUDr. Ondřej Cinek, Ph.D., RNDr. Jana Čamarová, MUDr. Pavel Dřevínek, Ph.D., MUDr. Tereza Fischerová, Eva Kinclová, MUDr. Luděk Pelikán, MUDr. Otakar Nýč, MUDr. Tereza Piskáčková, MUDr. Andrea Holubová, Mgr. Helena Chladová, MUDr. Alice Krejsová, doc. MUDr. Milan Macek, Sr., CSc., Božena Mottlová, Veronika Kazárová, Mgr. Alice Picková, prof. MUDr. Anna Šedivá, CSc., Jana Šimoničková, RNDr. Alexandra Štambergová, Mgr. Tereza Tesařová, Božena Tomášková, MUDr. Marek Turnovec.

Podporováno VZFN 00064203 a projekty EuroGentest, ECORN EuroCareCF.

471 nemocných s CF v ČR v roce 2007, ve věku 0,1–53,1 roku

prim. MUDr. Jaroslav Kraus

ORL oddělení Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.

as. MUDr. Jan Plzák, Ph.D.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, 1. LF UK, FN v Motole, Praha

Chrápání a obstrukční syndrom spánkové apnoe

Souhrn: Chrápání může být příznakem syndromu spánkové apnoe, který se projevuje opakovanými epizodami zástavy dechu ve spánku s poklesem saturace kyslíku. Příčinou je vznik překážky v dýchacích cestách. Onemocnění je spojeno s významnou morbiditou a mortalitou, může však mít i potenciálně nebezpečné celospolečenské následky. Před indikací léčby je nezbytné řádné vyšetření včetně monitorace spánku ve spánkové laboratoři. Terapie začíná vždy režimovými opatřeními, zejména redukcí tělesné hmotnosti. Zlatým standardem léčby je CPAP. Nevhodná indikace chirurgického zákroku může pacienta trvale poškodit.



prim. MUDr.
Jaroslav Kraus



as. MUDr. Jan
Plzák, Ph.D.

**primární ronchopatie
(prosté chrápání)**

**obstrukční syndrom
spánkové apnoe
(OSAS)**

Úvod

Ronchopatie (česky nejčastěji hovoříme o chrápání) je častým steskem pacientů či jejich partnerů. Zvukové fenomény jsou většinou spojovány s chvěním tkáně oblasti měkkého patra. Obecně však jde o epizody obstrukce (uzávěru či zúžení) horních dýchacích cest během spánku, kde jisté oblasti mají zvýšenou tendenci kolabovat. Nejčastěji jsou to oblasti měkkého patra a hltanové úžiny, kořene jazyka, případně nosu. Většinou je však překážka lokalizována na více místech.

Normální průchodnost dýchacích cest je udržována napětím hltanových svalů, které se během spánku snižuje. Závisí samozřejmě i na rozměrech hltanu a poddajnosti tkání. Při nádechu dochází k podtlaku v horních cestách dýchacích a při kolapsu stěn může dojít k jejich uzavření. Tento proces pak bývá doprovázen známým zvukovým fenoménem.

Jestliže dochází „pouze“ k vyluzování nepříjemných zvuků bez dalších souvislostí, lze tento problém považovat více méně za kosmetický. Mluvíme o tzv. primární ronchopatii nebo čistém chrápání. Ale chrápání může být hlavním příznakem tzv. obstrukčního syndromu spánkové apnoe (OSAS = angl. obstructive sleep apnea syndrome).

Definice OSAS

Slovo apnoe pochází z řečtiny a znamená bez dechu. Obstrukční syndrom spánkové apnoe (OSAS = obstructive sleep apnea syndrome) je charakterizován opakovanými epizodami obstrukce horních cest dýchacích během spánku, které jsou obvykle doprovázeny poklesem saturace kyslíku v krvi (1). Příčinou je patologicky zvýšená tendence extratorakálních dýcha-

cích cest kolabovat. Prevalence OSAS ve věkové kategorii 30–60 let činí 4 % mužů a 2 % žen (2). Primární ronchopatie není doprovázena poklesem saturace a změnami fyziologických funkcí během epizod chrápání, je však považována za jakýsi předstupeň OSAS.

Příčina

OSAS může být způsoben anatomickou abnormalitou v horních cestách dýchacích, která je zužuje nebo obturuje. Nejčastěji bývá postižena retrolinguální oblast a krajina měkkého patra, zřídka však nacházíme obstrukci lokalizovanou pouze do jednoho místa. Normální průchodnost trubice horních cest dýchacích je spoluudržována mnoha anatomickými i fyziologickými faktory. Během nádechu vzniká v dýchacích cestách podtlak. Otevřený lumen dýchací trubice je udržováno jinými mechanismy v různých etážích. V oblasti nosu je to kostěný skelet nosu, v hrtanu, průdušnici a dále kaudálně skelet chrupavčitý. Proti kolapsu jeho stěn působí klidový tonus hltanového svalstva (nazývaného souhrnně dilatátory hltanu) a hlubokého svalstva jazyka. Během spánku se tyto svaly stávají hypotonickými a stabilita dýchacích cest je závislá na rozměru hltanu a poddajnosti jeho měkkých tkání. Jestliže se stane poddajnost tkání neadekvátní negativnímu intraluminálnímu tlaku v dýchacích cestách během nádechu, dochází k jejich obstrukci. Centrální nervový systém následně upraví hloubku spánku (změlčí, případně dojde až k probuzení), zvýší tak napětí hltanového svalstva. To vede k opětovnému znovuotevření dýchacích cest a poté je zahájen další spánkový cyklus.

Příznaky

Příznaky OSAS jsou odvozené od obstrukce

horních dýchacích cest, přerušovaného spánku a respiračních a kardiovaskulárních následků poruchy dýchání. Nadměrná denní spavost, způsobená fragmentací spánku, je klíčovým rysem OSAS. Pacienti si stěžují na časté záchvaty usínání během dne, například při řízení auta, čtení, sledování televize, monotónní práci. Toto může být pro pacienty samotné i pro jejich okolí nebezpečné v případě strojové manipulace s těžkými náklady či při řízení dopravních prostředků. Chronická denní ospalost může také vést ke snížené pracovní výkonnosti. Dalším téměř vždy přítomným příznakem je chrápání různé intenzity. Partneři jsou svědky lapání po dechu, dočasné zástavy dechu a opakovaného probouzení pacientů s OSAS. V mnoha případech to pro ně bývá dostatečný důvod ke spaní v jiné místnosti. Samotný pacient si ráno často nebývá frekvence nočního probouzení ani zástav dechu vědom. Mezi další stížnosti patří pocit nevyspání navzdory celonočnímu spánku, suchost v ústech, bolest hlavy, absence snů, únava, pokles libida a příznaky deprese. Respirační následky OSAS závisí na míře hypoxemie a hyperkapnie, které vznikají jako důsledek poruchy dýchání. U pokročilých případů OSAS se setkáváme s plicní hypertenzí, cor pulmonale, polycytemií. Kardiovaskulární následky zahrnují hypertenzi, poruchy srdečního rytmu,

infarkt myokardu, cévní mozkové poruchy. To jsou též příčiny zvýšené mortality pacientů trpících OSAS ve srovnání s ostatní populací. Nejen z důvodů subjektivních obtíží pacientů, ale i vzhledem k faktu, že se jedná o potenciálně život ohrožující stav, je důležitá řádná diagnostika a léčba pacientů s OSAS. Shrnutí příznaků, následků a rizik OSAS přináší tabulka 1.

Diagnóza

Klíčové jsou, jak vyplývá z předešlého, odpovědi pacienta na dvě otázky: Chrápete hlasitě? Máte obtíže zůstat vzhůru, jestliže provádíte nějakou neaktivní činnost (při sledování televize, čtení, při řízení auta atd.)? Zazní-li dvakrát ano, je možno vyslovit vážné podezření na OSAS. Anamnéza by měla být doplněna otázkami typu: Pozoruje váš partner přechodné zástavy dechu během spánku? Usínáte během potenciálně nebezpečných situací? Pozorujete snížení své pracovní výkonnosti? Zhoršuje se vaše koncentrace, paměť či nálada? Vhodné je využití dotazníku Epworthské škály spavosti (tabulka 4). Jestliže anamnestická data podporují diagnózu OSAS, měl by být pacient odeslán do spánkové laboratoře, kde je provedeno noční kompletní polysomnografické (PSG) vyšetření, případně jiná jednodušší metoda monitorace dechových událostí během spánku. Ke stanovení diagnózy

Příznaky OSAS:
záchvaty usínání
během dne
chronická denní
ospalost
chrápání různé
intenzity
příznaky deprese

Důsledky OSAS:
plicní hypertenze
cor pulmonale
polycytemie
hypertenze
arytmie
infarkt myokardu
cévní mozkové poruchy



Stilnox[®]

zolpidem 10 mg

JISTOTA ORIGINÁLU

... když hypnotikum, tak Stilnox[®]

SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU STILNOX[®]

Léčivá látka: zolpidem hydrogenotartras 10 mg. **Indikace:** Krátkodobá léčba nespavosti tam, kde nespavost zneschopňuje nebo vede k těžkému stresu nemocného. **Dávkování a způsob podávání:** Zolpidem působí rychle, a proto se podává bezprostředně před ulehnutím nebo po ulehnutí. Přípravek by měl být užíván pouze v případě, že lze zajistit dostatečnou délku spánku (7–8 hodin). Doporučená denní dávka pro dospělé je 10 mg. Starší nebo oslabení nemocní mohou být k účinkům zolpidemu zvláště citliví, v těchto případech se doporučuje podání pouze 5 mg. Celková dávka zolpidemu nemá překročit 10 mg, doba léčby nemá překročit 4 týdny. **Kontraindikace:** přecitlivělost na zolpidem nebo ostatní složky přípravku, obstrukční spánková apnoe, myastenien, těžká jaterní nedostatečnost; akutní nebo těžká respirační nedostatečnost. Z důvodu nedostatečných údajů je Stilnox kontraindikován u dětí, v těhotenství a během kojení. **Zvláštní upozornění:** Tam, kde je to možné, se má před podáním hypnotika stanovit a léčit příčina nespavosti. Zvláštní skupiny nemocných: starší nemocní – viz doporučené dávkování. Dechová nedostatečnost – zolpidem je třeba předepisovat opatrně pacientům se sníženou respirační funkcí. Psychotická onemocnění – hypnotika nejsou doporučena k primární léčbě psychotických onemocnění. Deprese – zolpidem se má podávat opatrně pacientům s příznaky deprese. Jaterní nedostatečnost – viz doporučené dávkování. **Interakce:** Nedoporučuje se: současné podávání s alkoholem. Při podání léčiva v kombinaci s alkoholem může být zvýšen sedativní účinek. **Nežádoucí účinky:** Jsou prokázány nežádoucí účinky zolpidemu závislé na dávce, zejména některé CNS projevy. Jsou to: ospalost během dne, snížená bdělost, zmatenost, amnézie, psychiatrické a paradoxní reakce, deprese, únava, bolesti hlavy, točení hlavy, svalová bolest, poruchy chůze nebo diplopie. **Závistlost:** Při podávání zolpidemu v souladu s doporučeními (dávkování, doba podávání a upozornění) je riziko abstinčních příznaků nebo opětovné objevení příznaků minimální. **Uchovávání:** Při teplotě do 25 °C. **Velikost balení:** 10 nebo 20 potahovaných tablet. **Držitel registračního rozhodnutí:** sanofi-aventis, s.r.o., Praha, Česká republika. **Registrační číslo:** 57/887/92-C. **Datum poslední revize textu:** 15. 11. 2006. Pouze na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podrobnější informace jsou obsaženy v SPC nebo jsou dostupné na adrese: sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 2590/33c, 160 00 Praha 6, tel.: +420 233 086 111, fax: +420 233 086 222, www.sanofi-aventis.cz.



sanofi aventis

Protože na zdraví záleží.

Tabulka 1: Příznaky, následky, rizikové faktory OSAS

Příznaky	Možné následky	Rizikové faktory
• hlasitě, nepravidelně chrápání • únava, nutkání usnout během dne • snížená psychická i fyzická výkonnost • ztráta koncentrace • nervozita, podrážděnost • bolest hlavy • „noční můry“ • sexuální dysfunkce, impotence • noční pomočování u dětí • závrať • pocit deprese • změny osobnosti • noční pocení • a další...	• hypertenze • srdeční arytmie • ICHS • srdeční selhání • náhlá smrt • mozková mrtvice • polycytemie • noční epistaxe • deprese • zvýšené riziko dopravních nehod	• nadváha • konzumace nadměrného množství potravy před spaním • příjem alkoholu před spaním • kouření • užívání hypnotik • nepravidelný spánek (práce na směny) • OSAS v rodinné anamnéze • mužské pohlaví

**kompletní
polysomnografické
(PSG) vyšetření**

**apnoe-hypopnoe
index (AHI)**

**mnoho pacientů
s OSAS není obézních**

OSAS je nutné, aby přístroj registroval dýchací pohyby a proudění vzduchu nosem. Při kompletní PSG jsou sledovány následující údaje: chrápání, saturace kyslíku v krvi, srdeční frekvence (EKG), respirační pohyby hrudníku a břicha, vzduchové proudění při dýchání, pohyb dolních končetin, EEG, poloha těla (na zádech, břiše, boku), krevní tlak atd. (3). Vzhledem k celosvětově nedostatečné dostupnosti PSG jsou však pro diagnostiku OSAS používány i jednodušší vyšetřovací metody. Jedná se o vícekanálové monitorace spánku, které jsou schopny zaznamenat a zhodnotit dýchací poruchy během spánku, tzv. limitovaná PSG či polygrafie. Hlavním rozdílem proti PSG je absence EEG. Neumožňují tedy hodnotit výskyt probouzecích reakcí a eventuelní fragmentaci spánku. Opakovaně však byla ověřena dostatečná specifita i senzitivita pro vyšetření poruch dýchání ve spánku.

Výhodou je pak možnost i ambulantního (rozměj doma provedeného) vyšetření spánku a menší dyskomfort pro pacienta. Domácí monitorace spánku bude nejspíše trendem dalších let, zatím se jedná o vysoce nadstandardní službu.

Nejdůležitější proměnnou, kterou získáme z PSG, je apnoe-hypopnoe index (AHI). Apnoe je definována jako přerušení dechového proudění na dobu nejméně 10 vteřin, hypopnoe bývá definována různě, nejčastěji jako 30–50% redukce dechového proudění po dobu alespoň 10 vteřin. AHI udává součet apnoí a hyponoí za průměrnou hodinu. Hodnoty pod 10 jsou považovány za normu, 10–20 signalizuje lehkou formu OSAS, 20–40 středně těžkou a AHI větší než 40 formu těžkou (3). Apnoe index (AI) udává počet apnoí za hodinu spánku, norma je stanovena do 5. Důležité je odlišení obstrukční apnoe, kdy je přerušeno dechové proudění, ale jsou zachovány dechové pohyby, od centrální apnoe, při které je také nulové dechové proudění, ale nejsou přítomny žádné dechové pohyby. Mezistupněm je smíšená apnoe, při které jsou dechové pohyby výrazně omezeny. Závažnější stupně onemocnění

bývají spojeny s epizodami poklesu saturace kyslíku k 80 % i hlouběji, za normu jsou považovány desaturace do 90 %. Dalším sledovaným parametrem je index poklesu saturace (ODI – oxygen desaturation index). Udává počet desaturací (poklesů saturace o více než 4 %) za hodinu, norma do 10. Typická je také porucha struktury spánku, apnoičtí pacienti stráví většinu spánku v prvním a druhém stadiu spánku, na hluboký spánek (třetí a čtvrté stadium) a REM fázi často připadá pouze 10–20 %.

Před stanovením léčby je nutné i řádné klinické, případně zobrazovací vyšetření dýchacích cest a skeletu lebky. Nejspolehlivější metodou k určení místa obstrukce dýchacích cest je flexibilní endoskopie dýchacích cest během farmakologicky navozeného spánku. Jedná se však o metodu experimentální, nepovažovanou za základní. Schéma viz tabulku 2.

Léčba

Strategie léčby je závislá na závažnosti OSAS a pacientově subjektivním stavu. Adekvátní vyšetření před zahájením jakékoli léčby, zejména chirurgické, je samozřejmostí. Naopak zjednodušené postupy, kdy je pacient často bez řádného vyšetření indikován k chirurgickému zákroku, je nutno považovat za postup non lege artis a může pacienta trvale poškodit.

Konzervativní léčba

V mnohých případech jsou postačující opatření upravující životní styl pacientů, zejména redukce nadměrné váhy, omezení příjmu alkoholu, kouření a sedativ, dodržování pravidelného spánkového rytmu. Pacienti trpící těžším stupněm OSAS však mají obvykle problémy s redukcí váhy, protože nadměrná denní spavost a únava brání zvýšení fyzické aktivity a cvičení. Alespoň v první fázi je nutná pomoc jiných způsobů léčby. Je však důležité zdůraznit, že mnoho pacientů s OSAS není obézních.

Zlatým standardem léčby OSAS je nCPAP (nasal

continuous positive airway pressure), první úspěšné použití u pacientů s OSAS bylo popsáno v roce 1981. Přístroj udržuje během spánku prostřednictvím masky, vzduchotěsně nasazené na nos, trvalý lehký přetlak (cca 5–15 mBar) v dýchacích cestách, a tak zabráňuje kolapsu tkání dýchací trubice. Compliance pacientů této velmi účinné léčby je cca 60 %, vzhledem k dyskomfortu, který způsobuje maska, hlučnosti přístroje, vysychání úst a nosu, iritace kůže maskou a úniku vzduchu podél netěsnící masky. V posledních letech však nastal velký pokrok ve vývoji přístrojů s tendencí k zmenšování velikosti, snižování hlučnosti, zavedení zvlhčovačů atd. Byly zavedeny i přístroje malých rozměrů, které lze označit jako cestovní a lze je používat např. na služebních cestách. Přistupují však i důvody společenské – pacienti se často stydí spát vedle partnera „s chobotem“. Při nutnosti použít vyšších tlaků k dosažení terapeutického efektu je alternativou BiPAP (bilevel positive airway pressure), který udržuje potřebný tlak při inspiriu a při expiriu již výdech neprobíhá proti protitlaku. S úspěchem se poslední dobou využívají automatické přístroje, tzv. Auto-CPAP nebo Auto-BiPAP, které dokážou samy vytitrovat optimální tlak k udržení volných dýchacích cest. Celková účinnost obou metod, jestliže jsou pacienti dobře snášeny, se udává kolem 90 % (3). Mezi další možnosti nechirurgické léčby patří ústní aplikátory. Jedná se o individuálně vytvářené pomůcky, podobné chráničům zubů pro boxery, které udržují protahovanou dolní čelist, táhnou oblast kořene jazyka dopředu a uvolňují obstrukci dýchacích cest. Jejich použití je úspěšné zejména u pacientů s AHI menším než 30 a spících převážně na zádech. Nežádoucími účinky mohou být bolesti v temporomandibulárním kloubu či dislokace zubů.

K redukci zvýšené nosní rezistence mohou být vyzkoušeny vnitřní nebo zevní nosní dilatátory, které však většinou významně neovlivní hodnoty AHI. Koreluje-li apnoické a hypopnoické epizody výhradně s polohou na zádech, je vhodné pokusit se ovlivnit polohu ve spánku (používají se kupříkladu vesty, které tvoří na zádech „hrb“).

Přestože bývají k terapii poruch spánku používány různé skupiny farmak, např. tricyklická antidepresiva, agonisté serotoninu (tryptofan), kyslík či nejčastěji používaný theofylin, jehož přesný účinek na noční respiraci není znám, nedovolují dosavadní poznatky žádné exaktní doporučení ohledně použití medikamentů v léčbě OSAS.

Chirurgická léčba

Před indikací chirurgické léčby je třeba opět vždy začínat režimovými opatřeními. Důležitá je zejména redukce tělesné hmotnosti, neboť i úspěšnost chirurgické léčby je nepřímo úměrná hodnotě BMI. Chirurgické postupy se snaží

Tabulka 2: Vyšetřovací metody OSAS

Vyšetření	
Základní	Výběrová
• anamnéza (nejlépe formou dotazníku) • klinické ORL vyšetření, včetně endoskopického (event. Müllerův manévr) • polysomnografie • body mass index • rinomanometrie • vyloučení psychiatrického, neurologického nebo interního onemocnění • u dětí pediatrické vyšetření	• stomatologické vyšetření (okluze) • boční měkký rtg snímek lebky (cefalometrie) • tracheobronchoskopie • objektivní testy únavy, bdělosti • alergologické vyšetření • zobrazovací vyšetření VDN • flexibilní endoskopie během spánku

Tabulka 3: Schéma možností léčby OSAS

Léčba	
Konzervativní	Chirurgická
• redukce nadváhy • úprava hygieny spánku (omezení alkoholu, kouření, sedativ, pravidelný spánek) • úprava polohy při spaní • ústní a nosní aplikátory • CPAP (BiPAP)	• chirurgie nosu (např. septoplastika, FESS, mukotomie) • adenotomie a/nebo tonzilektomie • UPPP s/bez tonzilektomie (ev. RFITT) • chirurgie jazyka (např. radiofrekvenční ablace kořene jazyka, závěs jazyky, předsun začátku m. genioglossus) • maxilomandibulární předsun • tracheotomie jako ultima ratio

operativně řešit lokální obstrukci dýchacích cest. Postupně jsou stručně probrány jednotlivé používané metody.

a) Nosní chirurgie

Je-li přítomna zjevná patologie zvyšující nosní rezistenci (polypy, deformace septa, hypertrofie dolní skořepky), je jistě její řešení namístě. Je nutno ale konstatovat, že nosní chirurgie pozitivně ovlivňuje zejména zhoršené dýchání nosem, OSAS (hodnotu AHI) však ovlivní pouze ve 20 % případů (5). Volné dýchání nosem je ovšem i předpokladem úspěšné léčby pomocí nCPAP, proto jsou tyto zákroky často prováděny i před zahájením léčby trvalým přetlakem.

b) Uvulopalatofaryngoplastika (UPPP)

UPPP zavedl do léčby chrápání Ikematsu v roce 1952, v léčbě OSAS ji začal používat Fujita v roce 1981 (3). Metoda podstoupila mnohé méně či více radikální modifikace, „radikální“ zde znamená stupeň destrukce svaloviny patra a odstranění uvuly. Výkon zahrnuje tonzilektomii, nástřih zadního patrového oblouku, zkrácení uvuly a suturu předního a zadního patrového oblouku s tonzilárním lůžkem. Následkem je pak zkrácení měkkého patra, zvětšení jak vertikálního, tak horizontálního rozměru úžiny hlt-

nCPAP = nasal continuous positive airway pressure



**základem je úprava
životosprávy, snížení
tělesné hmotnosti**

**zlatým standardem
terapie je CPAP**

**chirurgické metody
jsou vhodné zejména
pro pacienty s normální
tělesnou hmotností**

nové s odstraněním nadbytečné „plandající“ tkáně zejména zadního patrového oblouku (webbing). Na zdejšími pracovišti obvykle používáme modifikaci s uvulárním lalokem dle Hörmanna. Úspěšnost samotné UPPP je udávána kolem 50 %. Výkon je

spojen s nepříjemnými bolestmi v pooperačním období, komplikací může být pooperační krvácení, velofaryngeální insuficience (proto je nutné šetření svalstva měkkého patra).

c) Radiofrekvenční termoterapie (RFITT = Radiofrequency Induced Thermotherapy) je poměrně novou a velmi ceněnou metodou (6). Princip metody RFITT (též někdy nazývána somnoplastikou) spočívá v zavedení aplikátoru do hypertrofické tkáně. Na konci aplikátoru je bipolární elektroda. Vysokofrekvenční (500 Hz) proud prochází z generátoru na konec aplikátoru mezi dva póly elektrody. Po vpíchnutí hrotu aplikátoru do ošetřované tkáně a spuštění aplikace je zahřát přesně definovaný objem tkáně až na 80 °C, tkáň je denaturována, dochází k jejímu jizvení a následnému zmenšení objemu. Aplikace trvá pouze několik sekund. Přístroj automaticky ukončí koagulaci po dosažení přesně definovaného prahu impedance tkáně, tak je zabráněno nežádoucímu termickému poškození. Jedná se o minimálně invazivní metodu, tzv. nekrvácivou, jednoduchou, bezpečnou. Je uskutečnitelná i aplikace v lokální anestezii. Používá se v oblasti kořene jazyka, při hypertrofii dolní nosní skořepky, hypertrofii tonzil i v oblasti měkkého patra a uvuly.

d) Laserem asistovaná uvuloplastika (LAUP) Výhodou tohoto výkonu je, že může být prováděn v lokální anestezii. Různí autoři se liší v názorech na jeho účinnost na snížení patologických hodnot AHI. Dle standardů Americké společnosti poruch spánku není tento výkon u pacientů s OSAS indikován (7). Výkon není vhodný k léčbě OSAS, ale má své jisté místo v léčbě primární ronchopatie. Alternativou je použití radiofrekvenční termoterapie (RFITT).

e) Zákroky v oblasti kořene jazyka

Značná hypertrofie linguální tonzily může být řešena perorální laserovou resekci (3). Výhodnou metodou je radiofrekvenční ablace kořene jazyka – RFITT (6). Vzhledem k riziku vzniku zánětlivé komplikace je nutné výkon pokrýt ATB clonou. Oblasti za kořenem jazyka nebyla v prvních letech výrazného zájmu o léčbu OSAS věnována taková pozornost jako úžině hltanové, jejíž

rozměry bylo možno poměrně úspěšně chirurgicky ovlivnit pomocí UPPP. Poslední dobou se, zejména vzhledem k velmi dobrým výsledkům, minimálním rizikům a malé zátěži pacienta při radiofrekvenční ablaci kořene jazyka, dostává do popředí zájmu chirurgů i retrobazilinguální region.

Závěs jazyčky (hyoid suspension) spočívá v předsunutí a pevné fixaci jazyčky ke chrupavce štítné. Tahem za musculus hyoglossus tak dochází k ovlivnění pozice kořene jazyka. Obdobně působí i předsun začátku musculus genioglossus. Vytvoří se kostěné okénko v oblasti symphysis menti v místě připojení šlachy tohoto svalu, posune se ventrálně a otočením o 90° se zafixuje v předsunuté poloze.

f) Čelistní chirurgie

Jednou z nejúspěšnějších (až 90 %) chirurgických technik v terapii OSAS je maxilomandibulární předsun – maxilomandibulární osteotomie a předsunutí periferního segmentu. Principem je zde opět tah za měkké struktury jazyka a hltanu směrem vpřed umožněné posunem části horní a dolní čelisti. Na základě pečlivé diagnostiky, zejména zhodnocení bočního rtg snímku lebky, může být tento postup doporučen asi 40 % pacientů trpících závažnějšími formami OSAS, zvláště je-li přítomna retrognacie či jiná deformita obličejového skeletu. Nepříznivým faktorem ale zůstává, že po výkonu je výrazně změněn obličejový typ pacienta.

g) Tracheotomie

Tracheotomie byla první úspěšnou chirurgickou metodou v léčbě OSAS, její použití v této indikaci je datováno do počátku 70. let minulého století (3). Ještě dnes zůstává poslední možností, jestliže všechny předešlé léčebné pokusy selhávají.

Celkovou strategii léčby lze shrnout do následujících bodů. Základem je úprava životosprávy, u pacientů s nadváhou snížení tělesné hmotnosti. U těchto pacientů ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) rozhodně není indikována jako léčba první volby chirurgie (3). Zlatým standardem terapie OSAS je CPAP, bohužel však vzhledem k výše uvedeným důvodům (dyskomfort...) není pro téměř polovinu nemocných přijatelný. Chirurgické metody jsou vhodné zejména pro pacienty s normální tělesnou hmotností a lehčí formou OSAS. Zaměřují se na oblasti vykazující patologickou tendenci k obstrukci. V současné době je věnována pozornost koncepci víceetapové chirurgie vzhledem k poznatkům, které nasvědčují tomu, že obstrukce dýchacích cest nebývá obvykle způsobena zúžením pouze v jedné lokalitě. Příkladem je následující postup: 1) UPPP + radiofrekvenční ablace kořene jazyka (+ eventuální korekce nosní patologie) v celkové anestezii, 2) závěs jazyčky, 3) maxilomandibulární advancement, 4) tracheotomie jako ultima

ratio. K dalšímu kroku se přistoupí, když PSG vyšetření hodnotící úspěšnost předešlého stupně léčby nevykazuje dostatečný pokles AHI (8, 9). Souhrn léčby je uveden v tabulce 3.

Závěr

OSAS je poruchou dýchání během spánku spojenou s významnou morbiditou i mortalitou. Proto je velmi důležité, aby byli lékaři řádně seznámeni s možnými klinickými příznaky, diagnostickými postupy a léčebnými možnostmi. Lze očekávat, že se stoupající informovanost lékařské obce bude zároveň stoupat i počet diagnostikovaných pacientů trpících OSAS. To by pak mělo vést k odpovídajícímu léčení a způsobit pokles morbidit i mortality u OSAS. Nutné je zejména rozlišení pacientů trpících primární ronchopatií od apnoiků. Léčba nerozpoznaného apnoika pomocí LAUP bez kontroly monitorace spánku po výkonu může vést k odstranění jednoho ze základních příznaků OSAS – chrápání. Tak může neznalý lékař přispět k vzniku tzv. „tichého“ apnoika, který je i nadále vystaven závažným zdravotním rizikům souvisejícím s dechovou poruchou během spánku, i když subjektivně bude pacient spokojen s ovlivněním chrápání. Zároveň pooperační změny v oblasti měkkého patra mohou být příčinou i jen diskrétní velofaryngeální insuficience, která dokáže kompromitovat případné použití CPAP. Proto je takový důraz kladen na PSG vyšetření pacientů stěžujících si na chrápání. Dle údajů různých autorů je mezi pacienty, kteří přijdou za lékařem s jediným příznakem – chrápáním, kolem 50 % pacientů s OSAS.

Praktický lékař je nejčastěji prvním, který se setká s pacientem trpícím OSAS. Měl by být schopen základního vyšetření a při podezření na OSAS odeslat pacienta do příslušného centra s možností spánkové monitorace a návazné léčby. Většinou se jedná o ORL, plicní nebo neurologické lůžkové pracoviště, případně multiborové centrum v rámci nemocnice.

Literatura:

1. American Sleep Disorder Association: The international classification of sleep disorders, revised: diagnostic and coding manual. American Sleep Disorder Association, Rochester, 1997, s. 52-58.
2. Young, T., Palta, M., Dempsey, J., Skatrud, J., Weber, S., Badr, S.: The occurrence of sleep-disordered breathing in middle-aged adults. *N. Engl. J. Med.*, 1993, 328, s. 1230-1235.
3. Kryger, M.H., Roth, R., Dement, W.C.: Principles and Practice of Sleep Medicine, 3rd ed. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 2000.
4. Plzák, J., Klozar, J., Betka, J.: Obstrukční sleep apnoe syndrom: diagnóza a léčba. *Otorinolaryng. a Foniatr. /Prague/*, 2002, 51, s. 216-220.
5. Verse, T., Maurer, J.T., Pirsing, W.: Effect of nasal surgery on sleep-related breathing disorders. *Laryngoscope*, 2002, 112, s. 64-68.
6. Steward, D.L., Weaver, E.M., Woodson, B.T.: A comparison of radiofrequency treatment schemes for obstructive sleep apnea syndrome. *Otolaryngol. Head. Neck. Surg.*, 2004, 130, s. 579-585.
7. Standards of Practice Committee of the ASDA. Practice parameters for the use of laser-assisted uvuloplasty. *Sleep*, 1994, 17, s. 744-748.
8. Verse, T., Pirsing, W.: New developments in the therapy of obstructive sleep apnea. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.*, 2001, 258, s. 31-37.
9. Šonka, K., a kol.: Apnoe a další poruchy dýchání ve spánku, 1. vyd., Grada, Praha, 2004.

Tabulka 4: Epworthská škála spavosti

Dřímáte nebo usínáte v situacích popsaných níže? (Nejedná se o pocit únavy). Tato otázka se týká Vašeho běžného života v poslední době. Jestliže jste následující situace neprožil, zkuste si představit, jak by Vás mohly ovlivnit. Vyberte v následující škále číslo nejvhodnější odpovědi ke každé níže uvedené situaci.

0 = nikdy bych nedřímával, neusínal

1 = slabá pravděpodobnost dřímoty, spánku

2 = střední pravděpodobnost dřímoty, spánku

3 = značná pravděpodobnost dřímoty, spánku

Situace	Číslo odpovědi
Četba vsedě	
Sledování televize	
Nečinné sezení na veřejném místě	
Při hodinové jízdě v autě jako spolujezdec	
Při odpoledním ležení, když to okolnosti dovolují	
Při hovoru vsedě	
Vsedě, v klidu, po jídle, bez alkoholu	
V automobilu stojícím několik minut v dopravní zácpě	
Součet celkem	

Děkujeme za Vaši spolupráci

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

as. MUDr. Jan Plzák, Ph.D. – od roku 1998 pracuje jako odborný asistent na Klinice ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN v Motole. Věnuje se zejména onkologii hlavy a krku (klinická problematika i aplikovaný výzkum) a problematice poruch dýchání ve spánku. Absolvoval zahraniční stáže v Německu, Norsku, Španělsku a Řecku. Je autorem 36 publikací, z toho 24 zahraničních. Je členem různých odborných společností, např. České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou medicínu, European Sleep Research Society, European Academy of Sleep Medicine.

cca 50 % pacientů s chrápáním má současně OSAS

MUDr. Kateřina Bartoníčková

Urologická klinika, 2. LF a FN Motol, Praha

Chlamydiové infekce z pohledu urologa

Souhrn: Pro správnou diferenciální diagnostiku onemocnění způsobených chlamydiemi potřebujeme znát jejich chování, způsoby přenosu, klinické projevy onemocnění a možnosti správné laboratorní diagnostiky jednotlivých druhů těchto mikroorganismů. Úspěch léčby závisí na včasném zachytu onemocnění a na fázi, kdy je mikroorganismus dosažitelný pro antimikrobní léčbu.



MUDr. Kateřina Bartoníčková

Úvod

Lidské chlamydiové infekce se dostaly do širšího povědomí až od druhé poloviny 20. století. S rozšířením diagnostických metod upřesňujeme význam těchto infekcí, můžeme lépe rozlišit akutní a chronické stavy a stanovit správné klinické postupy.

Obecně lze konstatovat, že chlamydiové infekce, které působí jako lidské patogeny, vyvolávají slizniční infekce močové trubice, pohlavních orgánů, dýchacích cest a oční spojivky. Přenášejí se přímým kontaktem infikovaných sliznic a sekretů při pohlavním styku, vertikálně při porodu z matky na plod a kapénkovou nákazou respirační cestou (plicní patogeny). Ve sdělení z pohledu urologa mají plicní patogeny místo především při diferenciální diagnostice, klinické náhledy a úvahy patří do rukou pneumologů a internistů, kteří se tímto onemocněním v praxi zabývají.

Vstupní akutní infekce probíhají z valné většiny bez klinicky alarmujících příznaků, skrytě, často se skrývají za souběžné standardní bakteriální původce jednotlivých skupin onemocnění – to platí pro všechny druhy chlamydií. Při vstupu přes urogenitální trakt postihují následně fibroproduktivní reaktivní záněty malou pánev, kloubní výstelky a méně často dutinu břišní hlavně v perihepatální oblasti. Je třeba na tyto patogeny myslet a cíleně je vyloučit při akutním zánětu uretry a nadvarlat mužů a kolpitudě a cervicitudě žen u rizikových skupin. Chronické záněty mají vleklý ráz bolestí v oblasti pánve, dyskomfortů v urogenitální oblasti, bolestí kloubů, zřídka nejasných bolestí v pravém podžebří. I když se k této diagnóze upínáme jako k řešení obtíží pacienta, jsme často zklamaní výtěžností dostupných vyšetření. Výsledky svědčí pro

anamnestický kontakt s chlamydiemi, ale akutní zánět není potvrzen. Ve většině případů se nedaří ani průkaz původce na vstupních sliznicích nebo z punktátů (z kloubů nebo Douglasova prostoru). Je třeba najít rozumnou rovnováhu mezi opakovanou drahou diagnostikou, pro pacienta i dosti nepříjemnou, a mezi naslepo podávanými pulzy antibiotické léčby, ve snaze alespoň něco terapeutického udělat.

Epidemiologické informace

V ČR nejsou dostupná data výskytu chlamydiových infekcí, protože tato infekce nepodléhá povinnému hlášení původců sexuálně přenosných onemocnění (dále STI = sexually transmitted infections). Můžeme tedy usuzovat podle dat WHO (1, 2, 3). V běžné praxi se nesetkáme s trachomem, který vyvolává **Chlamydia trachomatis sérotyp A, B, Ba a C**. Trachom je nejčastější příčinou slepoty v celosvětovém měřítku (v endemických oblastech tropů a subtropů žije 6000 milionů lidí, 25% je infikovaných). Rezervoárem jsou akutní infekce dětí a vektorem přenosu mouchy. Rovněž lymfogranuloma venereum, vyvolaný **sérotypy L1, L2, L2a a L3**, je i přes větší sexuální turistiku a promiskuitu v ČR stále raritní. Onemocnění začíná papulárním nesvědčivým exantémem urogenitální oblasti a jednostranným zvětšením tříselných uzlin. U žen tyto počáteční fáze probíhají až 10× častěji asymptomatičtě! Výsledkem je rozsáhlý destruktivní zánět

úspěch léčby závisí na včasném zachytu onemocnění a na fázi, kdy je mikroorganismus dosažitelný pro antimikrobní léčbu

v Česku nejsou dostupná data o výskytu chlamydiových infekcí

Tabulka 1: Nová taxonomie čeledi Chlamydiaceae

Rod	Druh	Lidský patogen
Chlamydia	Chlamydia trachomatis	+
	Chlamydia muridarum	
	Chlamydia suis	
Chlamydophila	Chlamydophila pneumoniae	+
	Chlamydophila pecorum	?
	Chlamydophila psittaci	+
	Chlamydophila abortus	
	Chlamydophila caviae	
	Chlamydophila felis	

postižených tkání s následným až mutilujícím jizvením a lokalizovanou elefantiázou z blokády lymfatických cest. Onemocnění vyvolané **Chlamydia trachomatis sérotypy D–K** je nejčastějším sexuálně přenosným bakteriálním patogenem na světě. Podle WHO je každoročně z 500 nových případů sexuálně přenosných onemocnění asi 90 milionů těchto infekcí připisováno *Chlamydia trachomatis*. Odhadem představuje více než 50% urogenitálních nákaz. Procento výskytu souvisí významně s věkem a sexuálním chováním postižené populace. Nejvíce jsou ohroženi mladí lidé obojího pohlaví ve věku 15–30 let. Asi u 2/3 žen a také mužů probíhá úvodní fáze bezpříznakově. Víme, že chlamydie často doprovázejí jiné původce STI (gonokok, ureaplasmata) nebo i enteropatogenní flóru (*E. coli*). Tzv. postgonokoková chlamydiová infekce není v podstatě nic jiného než záchyt chlamydie na terénu, ze kterého jsme terapeuticky eliminovali klinicky nápadného gonokoka a při kontrole pro přetrvávající nespecifické obtíže nebo z pečlivosti zjistíme *Chlamydia trachomatis*. U těhotných hrozí přestup infekce na plodové obaly s rizikem předčasné ruptury a odtoku plodové vody. Matkám s chlamydiovou infekcí se až v 60% rodí děti s nízkou porodní váhou. U 30–50% porodů infikovaných matek dochází k vertikálnímu přenosu infekce na dítě, u kterého se projeví konjunktivitidou, někdy i s postižením nasofaryngu. S nezralostí plodu a nízkou porodní hmotností stoupá riziko chlamydiové pneumonie a mesotitidy.

Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae byla poprvé izolována v 60. letech. Šíří se kapénkami, možný je přenos i přímým kontaktem. Z výsledků séroepidemiologických studií vyplývá, že infekci prodělá většina celosvětové populace, a to jednou nebo vícekrát během života. Prevalence druhově specifických protilátek v jednotlivých věkových skupinách ukazuje, že většina infekcí proběhne asymptomaticky v předškolním věku s prudkým nárůstem protilátek mezi 6. a 20. rokem. Dospělá populace vykazuje průměrně 60% protilátek. Dle údajů SZÚ byla protilátková reakce v ČR r. 1998 podle prevalence protilátek ve skupině 1–4 roky 22,2%, nad 20 let 63–79%, nad 60 let 97,1%. Nákaza nemusí být klinicky patrná. Mezi klinické projevy patří akutní infekce horních a dolních dýchacích cest. Komplikací může být artritida nebo myokarditida. V minulosti se tato diagnóza skrývala za tzv. atypickou bronchopneimónii. Riziková je infekce pro oslabené jedince (novorozence, mladistvé a seniory, zejména institucionalizované). Perzistence infekce *Chlamydophila pneumoniae* je možná. Intenzivně se zkoumá její vztah k artritidám, pravděpodobná je účast na astmatu a CHOPN, předpokládá se též u cystické fibrózy, cévních zánětů, nestabilní aterosklerózy. Nověji se objevily práce o vztahu infekce *Chlamydophila pneumoniae* k bronchiálnímu karcinomu a chronickému onemocnění CNS.

Co jsou chlamydie

Chlamydie patří mezi ubikviterní mikroorganismy, vyskytující se v přírodě (1). Oční onemocnění trachom, vyvolané chlamydiemi, bylo popisováno již od starověku. Prvně byly chlamydie objeveny v konjunktiválním stěru právě u trachomu v r. 1907 Halbestaetterem a Provazkem. Původně byly inkluze označeny za prvoka, později byly považovány za velké viry. Průkaz buněčné stěny a jejího složení a množení binárním dělením zařadily chlamydie mezi gram-negativní bakterie. Jejich struktura se od klasických gram-negativ-

matkám s chlamydiovou infekcí se až v 60% rodí děti s nízkou porodní váhou

Tabulka 2: Diagnostické metody

Metodika		Materiál	Citlivost %	Původce
Přímý průkaz				
Kultivace	McCoy, HeLa	výtěry	60–80	<i>C. trachomatis</i>
Detekce anti-genu	ELISA (rychlí testy)	výtěry	50–80	<i>C. trachomatis</i>
	MIF	výtěry	50–80	<i>C. trachomatis</i>
Detekce úseku DNA	Bez amplifikace	výtěry	50–80	<i>C. trachomatis</i> + <i>N. gonorrhoeae</i> !
	S amplifikací	výtěry, moč, punktáty	92–99	<i>C. trachomatis</i>
Nepřímý průkaz – sérologické metody				
Rodově specifické LPS, chHsp	ELISA, IgM, IgA, IgG	sérum		<i>C. pneumoniae</i> <i>C. trachomatis</i>
Druhově specifické MOMP	MIF, ELISA IgM, IgA, IgG	sérum		<i>C. trachomatis</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>C. psittaci</i>

ních bakterií liší nepřítomností kyseliny muremové a větším množstvím lipidů. Chlamydie jsou obligatorní intracelulární „energetičtí“ parazité: jsou neschopné syntetizovat vlastní ATP, protože nemají příslušné enzymatické systémy. Využívají tedy ATP hostitelské buňky.

Taxonomicky čeleď Chlamydiaceae obsahovala jeden rod *Chlamydia* se čtyřmi klasifikovanými druhy: *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Chlamydia pecorum*. Vzhledem k rozdílu v 16S rRNA bylo navrženo přerozdělení do dvou rodů *Chlamydia* a *Chlamydophila*. Do rodu *Chlamydophila* by spadaly *Chlamydia pneumoniae*, *psittaci* a *pecorum*. V rámci druhů jsou chlamydie dále děleny na biovary, sérovary a kmeny (podle mikroimuno fluorescenčního testu, testu toxicity na myši a molekulárně biologických metod).

V lidské medicíně mají hlavní význam *Chlamydia trachomatis* a *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae*. Jednotlivé sérovary *Chlamydia trachomatis* způsobují trachom (A–C), lymfogranuloma venereum (L1–L3) a oční nebo genitální infekce (D–K). U *Chlamydia (chlamydophila) pneumoniae*

v medicíně mají hlavní význam *Chlamydia trachomatis* a *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae*

***Chlamydia trachomatis*: trachom (A–C), lymfogranuloma venereum (L1–L3) a oční nebo genitální infekce (D–K)**

**perzistentní
infekce**
**induktory
perzistence**

je znám pouze jeden sérotyp. Chlamydia psittaci je z epidemiologického hlediska antropozoonóza. Vyskytuje se ve velkém počtu sérotypů u ptáků (holubi, papoušci) i savců (skot, ovce, kozy, koně, prasata, kočky). Ptačí kmeny vyvolávají u lidí atypické pneumonie a savčí kmeny placentitidy. Výskyt lidských onemocnění je sporadický, antropozoonózy podléhají povinnému hlášení.

Růstový cyklus je zcela odlišný od jiných mikroorganismů. Infekce hostitelské buňky je zahájena receptorem zprostředkovanou infekční endocytózou elementárního tělíska (= metabolicky neaktivní a nereproducibilní forma). Tělíska zůstávají ve vakuole (= endosomu) po celou dobu rozmnožovacího cyklu. V důsledku opakované reprodukce

bakterií se tento útvar v napadené buňce zvětšuje a je patrný jako tzv. inkluzní tělísko. Inkluzní tělíska Chlamydia trachomatis obsahují glykogen a jsou barvitelná Lugolovým roztokem. Dříve se této metody využívalo v diagnostice chlamydií v nátěru. Bakterie v této vakuole, endosomu, jsou chráněny před mikrobicidními účinky intracelulárního prostředí. Za 10–24 hodin se mění elementární tělíska ve větší, mitoticky a metabolicky aktivní, ale ještě neinfekční retikulární tělíska. Ta se dalších 24–48 hodin intenzivně binárně dělí a opět kondenzují v elementární tělíska. Celý růstový cyklus trvá 48–72 hodin podle typu napadené buňky a druhu a biovaru chlamydie. Nejčastěji končí rozpadem hostitelské buňky a uvolněním velkého množství elementárních tělísek.

Chlamydia trachomatis napadá především buňky cylindrického epitelu. Chlamydie může ale v napadené buňce přežívat. Vztah hostitelské/napadené buňky a infekčního/parazitujícího agens je předmětem podrobného sledování od r. 1980, kdy byla perzistence poprvé popsána. Interferon gama (dále INF-gama) může stimulovat hostitelskou buňku k potlačení množení chlamydií, ale nevede k eliminaci infekce. **Perzistentní infekce** není totožná s inaparentní infekcí. **Inaparentní infekce** je infekce bezpříznaková, kdy probíhá normální rozmnožovací cyklus chlamydií. Perzistentní infekci se tvoří následkem limitovaného růstu intracelulární, dále se nedělící aberantní formy chlamydie s omezenou metabolickou aktivitou. Pozměněné biochemické a metabolické vlastnosti bakterie ovlivňují klinické rysy infekce (větší exprese rizikových antigenů významných pro udržení chronického zánětu na úkor antigenů projektivních). Laboratorní diagnostika je ztížená. Klasická kultivace je negativní, je změněné spektrum protilátek. Perzistence může být navozená

řadou exogenních a endogenních faktorů a po odstranění spouštěcího vlivu je zpravidla reverzibilní. Mezi induktory perzistence patří i některá antibiotika, např. penicilin, ampicilin, chloramfenikol, kyselina nalidixová, sulfonamidy. Imunologicky navozená perzistence je pravděpodobně klíčová pro přechod infekce do chronicity a závisí na tvorbě INF-gama, produkovaného T-helper lymfocyty. Tento cytokin se tvoří i při fyziologické obraně proti intracelulárním infekcím a slouží k aktivaci infikovaných a neinfikovaných makrofágů.

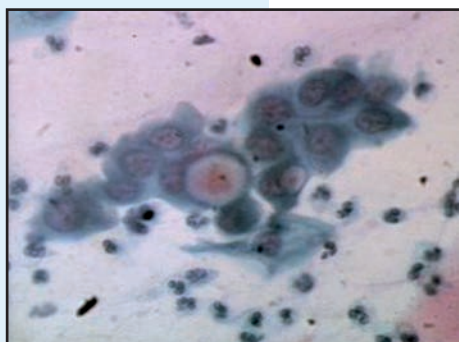
Klinické projevy

Chlamydiová infekce nemá specifické klinické projevy (1, 2, 3). Na chlamydiovou infekci pomýšlíme vždy u možné STI, tj. u akutního výtoku z uretry a akutního zánětu nadvarlete mladých mužů. U žen se může projevovat jako akutní fluor při kolpitidě nebo cervicitidě, bolestmi na konci močení, postkoitálním krvácením nebo výtokem, zánětem Bartolinské žlázy, akutní adnexitidou nebo endometritidou. Akutní projevy vedou pacienta přímo ke specialistovi na gynekologii, urologii nebo dermatovenerologii. V léčebných schématech při podezření na STI je vždy zohledněná možná chlamydiová infekce. Pokud je možné při akutní infekci nabrat materiál k diagnostice, vždy bychom měli toto vyšetření provést. K praktickému lékaři přichází spíše pacienti s onemocněním respiračním, kdy v akutní fázi pomýšlíme na chlamydiovou infekci velmi zřídka. Praktický lékař a specialista se setkává častěji s vleklými nejasnými bolestmi pánve, břicha a kloubů. Teprve při těchto stavech v rámci diferenciální diagnostiky pátráme jako po jednom z možných důvodů i po chlamydiové infekci.

Opakovaně jsou popsány **následky neléčené chlamydiové infekce** – gynekologové varují před sterilitou a aborty žen. Chlamydie jsou schopné adherence na spermie (5). Jednak mohou spermie sloužit jako vektor přenosu infekce do ženského genitálu, jednak se negativně mění jejich funkční a morfologické vlastnosti. U mužů se chlamydiová infekce vztahuje k mužské sterilitě, strikturám vývodních pohlavních cest a chronickému zánětu nadvarlete a chronickým strikturám uretry, které se vyvíjejí dlouhodobě po vstupním zánětu. Spekulatívni je vztah chlamydií k chronické prostatitidě. Spíše je smysluplné popisovat syndrom bolestivé pánve s předpokládaným fibroproduktivním zánětem v pánvi. Různé sexuální praktiky vedou k proktitidě až proktokolitidě a konjunktivitidě dospělých.

Chronické infekce, komplikace

S chronickými chlamydiovými infekcemi se urolog setkává obvykle ve dvou případech: v prvním případě se jedná o muže a ženy se **syndromem bolestivé pánve**, ve druhém případě o pacienty doporučené k vyšetření z revmatologie, gynekolo-


Obr. 1: Inkluzní tělíska

Obr. 2: Inkluzní tělíska

**pokud je možné
při akutní infekci nabrat
materiál k diagnostice,
vždy bychom měli toto
vyšetření provést**

**syndrom
bolestivé pánve**

gie (kde byla vyšetřena partnerka pacienta) nebo z reprodukčních center (před umělým oplodněním, vyšetření pro sterilitu). Revmatolog indikuje vyšetření pro artritidu suspektní z chlamydiové etiologie. Opakovaně se cituje **Reiterův syndrom**, podle klasického popisu zahrnující konjunktivitidu nebo iridocyklitidu, uretritidu a artritidu. Původně popsal syndrom německý hygienik Hans Reiter u mužů mezi 20. a 40. rokem, kteří prodělali průjemové onemocnění, někdy dysenterii. Chlamydia trachomatis je jedním z možných původců, obvykle při chlamydiové infekci u dospělých oční postižení chybí nebo je vyjádřeno méně významně a přechodně. Totéž platí o pozitivitě HLA-27, kterou též není správné etiologicky jednoznačně vztahovat pouze k prodělané chlamydiové infekci. V mikrobiologické anamnéze pacientů s HLA-27 pozitivitou bývá enteropatogenní flóra, jako je Escherichia coli, Salmonella sp. nebo Shigella sp. Syndrom chronické pánevní bolesti zahrnuje dříve užívané symptomy a syndromy, které zahrnují různé typy bolestivých stavů, vyzařujících za stydkou sponu, do zevního genitálu s iradiací na hráz, do perianální oblasti, někdy do oblasti kostrče. Může a nemusí být vyjádřen mikční dyskomfort ve smyslu pálení nebo svědění v uretře, většinou bez výtoku. U žen bývá doprovodné pálení nebo svědění v oblasti introitu a ve vagíně, nepravdělné dyspareunie. Pokud bolestivý stav trvá déle než 6 měsíců, přechází do stavu fixovaných bolestí, které se jen obtížně řeší. Právě chronický bolestivý syndrom pacienta traumatizuje a fixuje psychickou nadstavbu. Perihepatitida se projevuje bolestmi v pravém podžebří s iradiací do pravého ramene, jejím podkladem je fibroproduktivní zánět kolem jater. Diagnóza je až laparoskopická. Vyžádaná vyšetření s odběry z cílových sliznic jsou pro urology nejméně úspěšná, což souvisí s podstatou chlamydiové infekce a faktory ovlivňujícími perzistenci chlamydií a imunopatologickou problematiku.

Diagnostika

Standardní morfologická a funkční vyšetření jsou obvykle bez odchylek nebo jen s minimálními odchylkami. Rovněž aktuální bakteriologické vyšetření vykazuje v běžné kultivaci buď negativní nálezy nebo komenzální flóru. Přítomná infekce močových cest může chlamydiovou infekci přerušit. Má významnější příznaky a po jejím léčení je třeba vyčkat nejlépe 4–6 týdnů, tak aby odběry nebyly zkresleny použitou antimikrobní léčbou. Intracelulárně žijící chlamydie se diagnostikují přímými nebo nepřímými metodami (1, 2, 3, 4). Důležitý je **správný odběr** tak, aby materiál obsahoval co nejvíce buněk s předpokládanými chlamydiemi. Používáme abrazní metody stěru z uretry a cervixu. Abrazní metody se používají i na stěry z rektu, nasofaryngu, při bronchoskopii. Z oční spojivky provádíme stěr vatovým tamponem. Ve volné tekutině (moč, punktáty z kloubů, Douglasu

Tabulka 3: Doporučená terapie infekcí Chlamydia trachomatis

Atb	obv. denní dávka pro dospělého	délka léčby
Doxycyklin	2× 100 mg	7–10 dní (14)
Azitromycin	1000 mg / 1× denně (bolus)	jednodenní třídenní prolongovaně 1× týdně 3–6 týdnů
Erytromycin	4× 500 mg	7–10 dnů
Roxitromycin	2× 150 mg	7–14 dnů
Klaritromycin	2× 500 mg	7–14 dnů
Ofloxacin	2× 200 mg	10–14 dnů
Ciprofloxacin	2× 500 mg	10–14 dnů
	1× 500 mg	prolongovaně 3–6 týdnů (v kombinaci s azitromycinem)
Gravidita:		
Spiramycin	2–3× 3 mil. IU	7–10 dnů
Ertromycin	4× 500 mg	7–10 dnů
Amoxycilin	3× 500 mg	14 dnů
Azitromycin	od II. trimestru (6) 1× 1000 mg 1× 500 mg	jednorázově 3 dny

apod.) je záchyt chlamydií obecně nízký. V moči je možno výtěžnost zvýšit odběrem po dlouhé stagnaci moče v měchýři tak, aby moč obsahovala co nejvíce uvolněných povrchních buněk sliznice – tedy nejlépe první ranní moč, přes den minimálně po dvouhodinovém intervalu. Urologické námitky proti abrazním metodám vycházejí z obavy před přílišnou traumatizací sliznice uretry zejména abrazními kartáčky. Někdy i malá poranění uretry startují vznik striktury. Při odběru urologové upřednostňují suché vatové tampony. Odběr je pro pacienta nepříjemný a bolestivý, měl by být prováděn lékařem na specializovaném pracovišti. Kromě kvality odběru je důležitý včasný transport do laboratoře a při době transportu delší než dvě hodiny uložit vzorek ve správné teplotě. Obvykle se doporučuje 5–8 °C, někdy preferuje laboratoř při vyšetření DNA určitým typem genové sondy dodání zmrazeného materiálu na –18 °C, zmrazení má mít i ochranný vliv před inhibicí reakce.

Přímé metody jsou **kultivace**, průkaz antigenu a průkaz úseku DNA. Kultivace je metoda s vysokými nároky na transport a technické provedení (provádí se na buněčných kulturách), citlivost je 60–80 %. Rutinně se využívá minimálně, v ČR ji provádí jen velmi omezený počet virologických laboratoří, nejvíce využívaná je regionálně v Českých Budějovicích (mají s metodikou největší zkušenosti). Nelze vykultivovat formy, které se nemnoží! (tedy perzistující infekce!).

Vyšetření antigenu metodou **ELISA** detekuje zpravidla rodově specifický chlamydiový lipopolysacharid monoklonální protilátkou. Antigen je v pevné fázi na mikrotitrační destičce, přelévá se

Reiterův syndrom

HLA-27 pozitivita

stěr z uretry a cervixu

kultivace je technicky náročná a dělá se minimálně

vyšetření antigenu metodou ELISA nebo MIF



Obr. 3: Uretritida – nespecifický, vodnatý fluor



Obr. 4: Cervicitida

metody PCR a LCR

sérologické metody jsou dostupné pro praktické lékaře a mohou být ukazatelem při diferenciální diagnostice onemocnění – nutně je slovně označit druh požadovaného vyšetření

vzorkem (výtěr, u testů s amplifikací moč). Spojení antigenu s hledanou protilátkou se značí barevně a odečítá spektrofotometricky. Citlivost metody stoupá s množstvím chlamydií v testovaném vzorku. Umožňuje rychlotesty bez amplifikace s citlivostí 50–60 %. Metoda přímé **MIF** (mikroimunofluorescence): materiál (výtěr) je fixován na mikroskopické podložní sklíčko, překryt monoklonální protilátkou proti hledanému antigenu, která je značená fluoresceinem. Ve fluorescenčním mikroskopu detekovaný antigen zeleně září. Citlivost metody je 50–80 %. Je vysoce náročná na zkušenosti odečítajícího a je závislá na subjektivním hodnocení vzorku.

Zlatým standardem jsou **molekulárně biologické testy** detekující úsek nukleové kyseliny. Metody **bez namnožení** (amplifikace): synteticky připravené genové sondy a komplementární úsek mRNA agens ze vzorku vytvářejí dvouřetězcové komplexy. Materiál je výtěr, jen výjimečně moč. Citlivost odpovídá ELISE. Z jednoho vzorku je možná současná detekce *Neisserie gonorrhoeae*. Metody **s amplifikací** a následnou hybridizací: jedinečný úsek bakteriální nukleové kyseliny ve vzorku je identifikován a geometrickou řadou kopírován (amplifikován) do dosažení potřebného počtu kopií pro záchyt použitým detekčním systémem. Používá se **PCR a LCR**, testovaný materiál jsou výtěr, moč a punktáty. Senzitivita obou metod je 92–99 %. Rizikové je vyřazení klíčové polymerázy inhibicí. Mezi inhibitory patří pudr (z rukavic!), hem (vzorky s příměsí krve), heparin, lidský choriogonadotropin (těhotné),

nitrity, fosfáty aj. Některé PCR systémy mohou detekovat inhibici, a vyhnou se tak nesprávně negativnímu hodnocení vyšetření. Inhibici eliminuje filtrace, ředění, skladování vzorku v lednici nebo zmražení. Profesionálně jsou preferovány ověřené firemní testy, které jsou finančně nákladné. Pojišťovna hradí dvě vyšetření za půl roku! Pokud laboratoř využívá jiné typy testů, např. PCR vlastní provenience, cena se sníží, ale vždy je důležitá důvěryhodnost daného postupu. Chlamydia pneumoniae je přímou diagnostikou jen velmi obtížně prokazatelná: kultivace ani molekulárně biologické testy nejsou rutinně prováděny, v úvahu přichází MIF z konjunktiválního stěru nebo odběr z horních dýchacích cest. MIF je rovněž metodou volby při diagnostice Chlamydia psittaci.

Metody nepřímého průkazu (sérologické) prokazují protilátky proti **rodově** společným chlamydiovým antigenům (chlamydiový lipopolysacharid – LPS nebo chlamydiové proteiny tepelného šoku – chHsp) nebo **druhově** specifické protilátky (proteiny vnější chlamydiové membrány – MOMP). Rodově specifické protilátky se prokazují většinou metodou ELISA (průkaz protilátek v různých imunoglobulinových třídách IgM, IgA, IgG). Druhově specifické protilátky se vytvářejí dříve než protilátky proti druhově specifickým membránovým proteinům. Za jejich pozitivitu je ve většině případů zodpovědná Chlamydia pneumoniae. U dětí do 2 let vzhledem k nevyzrálosti B-lymfocytů je nedostatečná tvorba protilátek proti lipopolysacharidům, vyšetření druhově specifických protilátek je proto nezastupitelné. Druhově specifické protilátky prokazujeme metodou MIF (zlatý standard), v současné době jsou dostupné i druhově specifické testy ELISA (častější záchyt protilátek IgM a IgA).

Chlamydiový LPS a chHsp jsou převážně vylučovány u chronické a perzistující infekce a v kombinaci s druhově specifickými protilátkami mohou přispět k odhalení tohoto typu nákazy. Rozlišení aktivní a anamnestické infekce se opírá o průkaz protilátek v různých imunoglobulinových třídách. Samotná pozitivita IgG bez známek onemocnění je považována za obraz prodělané nákazy. Při klinicky suspektní infekci mohou být vysoké hodnoty IgG ukazatelem akutní infekce. IgA protilátky se vytvářejí později po infekci a mohou vymizet po několika měsících. Proto se užívají jako ukazatel aktivity infekce. U některých jednotlivců mohou být ale pozitivní dlouhodobě. IgM protilátky bez positivity IgA a IgG jsou považovány za obraz primoinfekce. Vzhledem k vysoké promítenosti populace Chlamydia pneumoniae ve školním věku je doporučováno vyšetřovat IgM u dětí do 10 let. U některých dospělých dlouhodobá IgM pozitivita v rodově i druhově specifických testech se současně pozitivními IgA a IgA znamená buď vysokou aktivitu chronické infekce, nebo intenzivní reinfekci. Významným ukazatelem onemocnění je dynamika protilátkové tvorby. Posuzujeme vzorky za 2–3 týdny a další za 4–6 týdnů od předpokládaného začátku (záchytu) nemoci. U Chlamydia trachomatis využíváme v diagnostice metody přímé, z nepřímých druhově specifické protilátky. U Chlamydia pneumoniae je metodou volby sérologické vyšetření v kombinaci druhově a rodově specifických protilátek. U Chlamydia psittaci je základem diagnostiky průkaz druhově specifických protilátek.

Sérologické metody jsou dostupné pro praktické lékaře a mohou být ukazatelem při diferenciální diagnostice onemocnění. Při odběru krve je nutno pro laboratoř požadované vyšetření slovně označit (rodově specifické nebo druhově specifické protilátky nebo obojí).

Princip léčby

Léčíme akutní nebo častěji aktivní chronické infekce na základě přímých nebo nepřímých testů. Empirická léčba je diskutabilní. Užívá se nejčastěji při kloubních bolestech s průkazem HLA-27 nebo při bolestech v oblasti pánevního dna a prostaty („chronická prostatitida“), když se indikující lékař domnívá, že je důvodem chlamydiová infekce a nemůže ji diagnosticky postihnout. Osobně nepatřím mezi zastánce léčby naslepo. Pokud se pro ni lékař rozhodne, je pravidlem léčit antibiotiky 2 týdny, a pokud není odezva, v léčbě nepokračovat. Při klinické odezvě pokračovat celkem 4 týdny, u kloubních bolestí až 6 týdnů. Recidivující bolesti se bez průkazu agens nedoporučuje léčit opakovanými antibiotickými pulzy.

V léčbě chlamydií jsou metodou volby antibiotika s intracelulárním průnikem, dlouhodobým eliminačním poločasem, stabilitou v kyselém prostředí a vysokou účinností proti cílovému mikroorganismu. Výhodou je účinnost i na ostatní původce STI a jednoduché dávkovací schéma. Z doporučeného spektra vyhovují nejlépe tetracykliny, makrolidy – především azalidová antibiotika a chinolony. Posledně jmenované skupiny, tj. azalidy a chinolony, lze s výhodou kombinovat zejména u systémových infekcí nebo po předchozím neúspěchu monoterapie. V graviditě je doporučovaný amoxycilin, erytromycin nebo josamycin (v ČR není dostupný). (1, 2, 3, 6.) Pro terapii *Chlamydia trachomatis* platí zásady jako u každé STI: léčit dostupné sexuální partnery, po dobu terapie a další 3–4 týdny do kontrolního odběru mít přísně chráněný styk. Výrazem terapeutického nihilismu jsou kolísající názory na délku léčby. Původní nadšení pro krátkodobé jednodenní nebo tří denní podávání antibiotik již nesdílí téměř žádný lékař, který se problematikou zabývá. Na druhé straně se upustilo i od dlouhodobých, až 12týdenních léčebných schémat. Zlatým standardem je 14denní podávání antibiotik u *Chlamydia trachomatis* s prodloužením na 4 týdny (v případě postižení nadvarlat nebo prostaty). U systémového postižení s kloubními bolestmi při dobrém efektu léčby můžeme výjimečně podávat antibiotika po dobu 6 a 8 týdnů. V léčbě je značné množství neúspěchů, zaviněných nejčastěji nedodržením režimových opatření s reinfekcemi anebo perzistující formou infekce, která je odolná na léčbu chronickou infekcí či recidivující (léčba eliminuje pouze aktivní formy mikroorganismu, pacientovi působí obtíže následky infekce, tj. fibroproduktivní zánět, který již nelze antibiotiky podstatně ovlivnit). V doplňkové léčbě se propaguje na ovlivnění fibroproduktivního zánětu enzymoterapie, podávání nesteroidních antirevmatik a fyzikální léčba. Efekt doplňkové léčby je postaven pouze na subjektivním pocitu pacienta. Obecně v léčbě chronické bolesti upřednostňujeme postupy, které pacienta mini-

málně zatěžují, nevystavují riziku vedlejších účinků a vedou k úlevě jeho obtíží. Z tohoto pohledu se jeví enzymoterapie a fyzikální léčba při efektivním podávání jako vítané.

Souhrn

K lékaři se většinou obrací nemocní, kteří již mají vleklé obtíže, a ti, kteří byli upozorněni na pozitivní testy na chlamydie. Při posuzování bezpříznakových pacientů s pozitivními testy na chlamydie je vhodné dobře posoudit výpovědní hodnotu provedených testů a při pochybnostech lépe testy opakovat nebo nahradit testy s vyšší výpovědní hodnotou (vhodná je spolupráce se specialisty). Pacienty vyděšené zkreslenými informacemi správně informovat a na základě správných testů rozhodnout, jak se budou léčit. Po dobu čekání na výsledky testů platí obecná režimová doporučení u STI. Není správné podávat antibiotika empiricky („vždyť přece měl/a chlamydie...“). Je nutno rozlišovat mezi prodělanou infekcí, kde má pacient již paměťové protilátky IgG druhově specifické. V této skupině je nejvíce úspěchů. U nemocných, kteří již trpí vleklými bolestmi, je vysoké procento jednak diagnostických a bohužel i terapeutických selhání, což vyplývá z podstaty chlamydiové infekce. Aktivní vektory přenosu STI se obtížně vyhledávají a léčí, proto je nutná dostatečná informace a prevence, cílená na velmi mladé osoby s vysokým rizikem nákazy a relativní promiskuitu středního věku.

Literatura:

1. Medková, Z., Kalousek, I., Jarčuška, P.: Chlamydiové infekce. Praha, Triton 2001, 111s.
2. 2. ročník mezinárodní konference Chlamydiové infekce. Sborník přednášek – abstrakta. Brno:13.-15.11.2003
3. Burstein, G.R., Hunt, K.V.: Whats new in the new CDC HIV and STD guidelines. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; 16: 57-60
4. Screening test to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections. *MMWR* 2002; 51/RR-15
5. Věžník, J. Pospíšil, L., Švecová D. et al.: Chlamydie v ejakulátu: ovlivnění kvality semene a morfologie spermií. *Prakt Gyn* 2005; 9, 6-9
6. Toršová, V.: Urogenitální chlamydiové infekce: stále aktuální problém. *Prakt Gyn* 2004;4, 53-57



Obr. 5: PCR vyšetřovací zkumavky

léčit dostupné sexuální partnery, po dobu terapie a další 3–4 týdny do kontrolního odběru radit přísně chráněný styk

původní nadšení pro krátkodobé jednodenní nebo tří denní podávání antibiotik padlo

zlatým standardem je 14denní podávání antibiotik (4 týdny u postižení nadvarlat nebo prostaty)

MUDr. Kateřina Bartoničková – promovala v roce 1977 na FVL UK v Praze. Má atestaci I. stupně z chirurgie a atestaci I. a II. st. z urologie. Po promoci nastoupila do nemocnice na Bulovce nejprve na chirurgickou kliniku a od r. 1981 na urologické oddělení. 1986–2002 pracovala jako asistentka katedry urologie IPVZ. Od roku 2002 pracuje na urologické klinice 2. LF a FN Motol jako vedoucí lékařka JIP. Dlouhodobě se věnuje infekcím v urologii, metafylaxi urolitiázy a péči o komplikované nemocné.

MUDr. Hana Papřoková

Ambulance praktického lékaře pro dospělé, Poliklinika Frýdek-Místek

Kazuistika: **Netypický symptom**

V našich praxích se setkáváme s velmi širokou problematikou potíží. Ne vždy však odpovídají standardním symptomům pro jednotlivé diagnózy, což často ztěžuje diagnostiku. V této kazuistice se věnuji případu recidivujících kolapsových stavů u 60leté, dosud zdravé pacientky.

Při vyšetřování jsem vycházela z diferenciální diagnostiky synkopy, což je náhlá krátkodobá ztráta vědomí a posturálního tonu s následnou spontánní úpravou. Příčinou může být řada stavů, které za určitých okolností mohou vést k neúplně vyjádřené synkopě (závratě, pocity nejistoty) – což se dělo v daném případě.

Nejčastější příčinou je nervově zprostředkovaná synkopa na podkladě reflexních mechanismů. Sem řadíme vazovagální a situační synkopy (defekační, mikční, tusigenní, při polykání) a syndrom karotického sinu. Vazovagální synkopa může vznikat např.: při afektu, při bolesti, z psychických příčin. Situační je způsobena snížením venózního návratu při Valsalvově manévru a podráždění mechanoreceptorů v gastrointestinálním a urogenitálním traktu. Druhou častou kategorií je ortostatická hypotenze způsobená volumovou deplecí, léky nebo onemocněním autonomního nervového systému. Třetí kategorií jsou kardiální a čtvrtou cerebrovaskulární synkopy. Dále je pak řada stavů, které mohou synkopu připomínat (např. epilepsie, metabolické poruchy, intoxikace).



**MUDr. Hana
Papřoková**

Vlastní případ

60letá žena – učitelka – byla vyšetřována pro stavy na omdlení provázené pocením, stavem horkosti, nutností se ze stoje posadit. Stavy přicházely neočekávaně – například při výuce žáků. Stavy se rychle po posazení normalizovaly. Pro opakované obtíže musela opustit i výuku. Nikdy neudávala palpitace, bolesti na hrudi ani bolesti v jiných oblastech, neměla křeče ani parestezie ani jiné neurologické obtíže. Neměla stavy dušnosti ani hyperventilací. Neužívala žádné léky.

Jako prvotní příčinu jsem zvažovala vazovagální synkopu z psychických příčin – pacientka zdůrazňovala potíže při výuce. Při podrobnější anamnéze však potíže bylo možno vysledovat i mimo školní prostředí, pacientka působila velmi vyrovnaně, práce pro ni nebyla zátěží – jednalo se pacientku v důchodovém věku a pracovat již nemusela.

I přesto, že anamnesticky vše svědčilo pro vazovagální synkopu, byla doplněna vyšetření k vyloučení jiných příčin synkop. Jelikož synkopy vznikají v důsledku sníženého přívodu kyslíku a glukózy do mozkových buněk, zaměřila jsem se v první řadě na vyloučení anémie (KO) a kardiovaskulární příčiny (fyzikální vyšetření, ortostatický test, poslech nad karotidami, EKG Holter, ECHO, RTG plic, základní laboratorní vyšetření). Všechny nálezy byly v normě. HUT (test na nakloněné rovině – head-up table tilt test) nebyl indikován – nikdy nebylo bezvědomí.

V rámci diferenciální diagnostiky byla zvažována i plicní embolie, ale pro nízkou pravděpodobnost byla cílená vyšetření odložena. Doplněna byla

vyšetření vylučující centrální příčinu – neurologické konzilium včetně EEG, CT mozku (obojí s normálním nálezem).

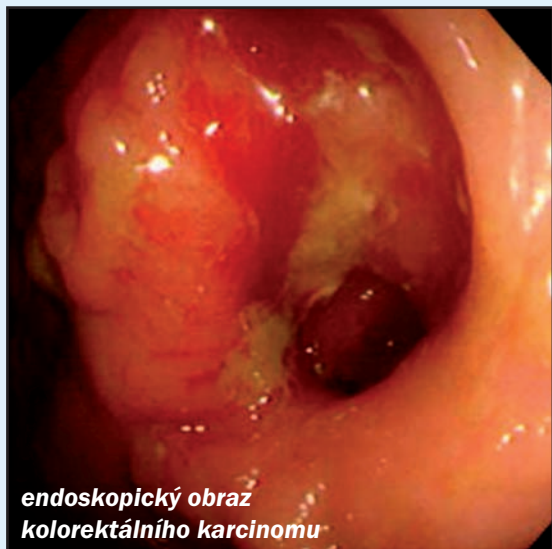
Vzhledem k tomu, že nastala doba preventivní prohlídky, byl současně doplněn test na okultní krvácení s pozitivním nálezem. Přednostně proto byla provedena kolonoskopie, která prokázala přítomnost karcinomu. Následné sonografické vyšetření odhalilo metastatické ložisko v játrech.

Komentář

Pacientka neudávala žádné potíže odpovídající klasickým projevům kolorektálního ca. Při známé diagnóze kolorektálního ca a vyloučení nejčastějších příčin vazovagálních synkop by se kolapsové stavy mohly vysvětlit jako situační – přesněji řečeno vznikající snížením žilního návratu při Valsalvově manévru a podrážděním mechanoreceptorů. Pacientka ale neměla potíže při defekaci, což danou úvahu nepodporuje. Kolapsové stavy by také mohly být paraneoplastickým projevem základního onemocnění (autonomní neuropatie způsobená amyloidózou?, krátkodobé hypoglykemické stavy způsobené nádorovou sekrecí somatomedinů?).

Synkopa u této pacientky tedy nejspíše byla prvním klinickým příznakem kolorektálního karcinomu, příznakem pro tuto diagnózu velmi netypickým, který sám o sobě jistě nikoho nebude vést ke hledání této diagnózy. Správná diagnóza byla odhalena náhodně díky současnému preventivnímu vyšetření stolice na OK, jehož čas shodou okolností v té době nastal. Bohužel i tak v tomto

**kolaps jako
paraneoplastický
projev (?)**



endoskopický obraz
kolorektálního karcinomu

případě byl karcinom odhalen pozdě – v metastatickém stadiu.

Závěr

Závěrem bych si dovolila vyhodnotit preventivní vyšetření stolice na okultní krvácení v mé ambulanci. V průběhu 8 měsíců bylo provedeno celkem 138 testů. Z toho 92 negativních a 46 pozitivních nálezů. U všech 46 pacientů s pozitivními nálezy bylo provedeno kolonoskopické vyšetření s následujícími nálezy: u 25 pacientů byly sneseny polypy (v 10 případech šlo o hyperplastické polypy, u 15 pacientů o polypy s lehkou až těžkou dysplazií),

u 2 pacientů – zcela asymptomatických – byl nalezen karcinom (1× karcinom transverza se sonograficky potvrzenou metastázou v játrech a 1× malignizovaný polyp, který řešen endoskopicky), dále pak u 6 pacientů byly zjištěny divertikly sigmoidea, u 7 pacientů hemoroidy, po jednom případě lipomu a leiomyomu. 4 kolonoskopie byly zcela negativní.

Chtěla bych také zdůraznit vysokou compliance pacientů, kdy v průběhu sledovaného období pouze 2 pacienti odmítli i přes poučení provést test na okultní krvácení. V situaci, kdy Česká republika je hned po Maďarsku zemí s nejvyšším výskytem kolorektálního karcinomu a na tento karcinom ročně umírá 15 mužů a 9 žen ze 100 000 obyvatel, je třeba na tuto možnost stále myslet a důsledně využívat možností preventivních prohlídek.

MUDr. Hana Papřoková – promovala na Lékařské fakultě UP Olomouc v r. 1994. Následně pracovala na interním oddělení nemocnice ve Frýdku-Místku až do roku 2005, kdy převzala ambulanci praktického lékaře, kde pracuje dosud. V r. 1997 složila atestaci z interního lékařství, v r. 2001 atestaci ze všeobecného lékařství, v r. 2003 získala licenci pro obor interního lékařství, v r. 2008 licenci pro obor praktické lékařství pro dospělé, v r. 2004 získala osvědčení České lékařské komory k provádění samostatných vyšetření v břišní ultrasonografii, v r. 2006 diplom celoživotního vzdělávání lékařů.

**význam důsledného
vyšetřování stolice
na okultní krvácení**

Zajímavosti...

Jak zlepšit sebeovládání nejen u závislosti

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

1. Přiznat si problém.
2. Rozpoznávat podněty vyvolávající bažení nebo zhoršující sebeovládání a vyhnout se jim. Pokud to nejde, alespoň se na ně připravit.
3. Rozpoznat bažení, dokud je slabé a dá se lépe zvládnout. Silné bažení znesnadňuje sebeovládání, oslabuje paměť a soustředění a je spojené se stresem.
4. Opustit rizikové prostředí.
5. Pozorovat bažení a nereagovat na něj. Zaujmout postoj diváka, uvolněného pozorovatele.
6. Využívat negativní motivaci, uvědomit si rizika a minulé problémy.
7. Využívat pozitivní motivaci, tj. připomenout si výhody abstinence.
8. Využívat vhodné symboly, např. deník, ametyst, fotografie, vhodná kniha.
9. Vzpomeňte na dobré vzory a příklady.
10. Zpomalit, zastavit automatické jednání.
11. Používat semafor, nejdříve rozsvítit červenou, pak rozvážit, co dál.
12. Na bažení nereagovat a počkat, až přejde. Nebo rozhodnutí odložit na další den. To už bažení asi dávno odezní.
13. Požádat někoho o pomoc nebo si s někým, kdo žije zdravě, i jen promluvit na neutrální téma (lze i telefonicky).
14. Odvedení pozornosti bezpečným směrem.

15. Relaxace
16. Meditace, modlitba nebo jiné duchovní praktiky.
17. Tělesné cvičení.
18. Zhluboka a pomalu dýchat do břicha. Lze použít i dechová cvičení z jógy (např. udždžájí, šítalí).
19. Dostatečně odpočívat a dobře si organizovat čas. Člověk, který je odpočatý a nenudí se, je odolnější.
20. Předcházet negativním emocím nebo je rychle zvládat.
21. Smích, humor, nadhled.
22. Využívat autosugesci, např. Žiji zdravě! Střízlivost je výhodná! Abstinence trvá! Abstinence se daří! Zvláště účinné je to před usnutím, po probuzení, na konci relaxace. Lze použít k zvládnutí krize.
23. Bažení mohou mírnit i některé nenávykové léky. To usnadňuje sebeovládání. Informujte se o nich u svého lékaře.
24. Naučte se různá odmítání alkoholu, drog a hazardu a využívejte je podle situace.

Pro zajímavost: Jak zvládat špatné myšlenky podle Buddha

- Vyvolat opačné myšlenky.
- Uvědomit si zhoubné následky špatných myšlenek.
- Myšlenky pozorovat a nereagovat na ně.
- Hledat příčiny a kořeny špatných myšlenek.
- Zatnout zuby, přitlačit jazyk k dásním, prostě vydržet a myšlenky překonat.

Příručky pro pacienty volně ke stažení: www.drnespor.eu

Situace lékařek s malými dětmi je stále velmi těžká...



MUDr. Jana Sternová vystudovala I. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Po promoci v roce 1994 pracovala 4 roky jako lékař absolvent ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, absolvovala zde obsáhlou předatestační přípravu na všech klinikách (doplňenou stážemi na hygienické stanici, plicní a infekční klinice FTN pod záštitou IPVZ), kterou zakončila roku 1998 atestací I. stupně v oboru všeobecného lékařství. Po mateřské dovolené absolvovala v roce 2004 doškolovací stáž v ordinaci odborného asistenta I. LF UK MUDr. Cyrila Muchy. Od roku 2005 pracuje jako praktická lékařka pro dospělé v Lékařském domě Praha 7, a.s. Je vdaná, má dvě děti.

MUDr. Zdeňka Englichová ukončila studium 3. LF UK Praha v roce 1996. Po studiích nastoupila jako zaměstnanec IPVZ, aby absolvovala předepsané stáže v oboru všeobec. lékařství. Roční interní praxi získala v Železniční nemocnici v Praze. V roce 1999 atestovala z všeobecného lékařství, získala licenci v oboru a nastoupila na krátkou dobu jako praktická lékařka do Acromion, s.r.o., v Praze 7. Po dobu mateřské dovolené zastupovala v praktických ordinacích některých kolegů a prováděla závodní preventivní prohlídky. Od května 2005 pracuje jako praktická lékařka v Lékařském domě v Praze 7.

Dnes jsme na návštěvě ve zcela netypické praxi (na rozdíl od předchozích návštěv, kdy většinou v privátní praxi pracuje jeden lékař, případně má asistenta), tady to funguje jinak.

Zaujal nás nápad dvou mladých lékařek, které obě z rodinných důvodů (malé děti školou povinné) nemohou, a vlastně ještě nechtějí samostatnou praxi na plný úvazek. Obě jsou zodpovědné matky s malými dětmi a mají zájem skloubit profesi s mateřstvím, což – jak ostatně uvidíte sami – se jim docela dobře daří. Dokazují tak, že i v našem oboru je možné zvládnout náročnou práci praktického lékaře s péčí o malé děti a jejich výchovou. Spojily své síly a nápady a díky šťastné náhodě (kolega) vybudovaly dobře fungující ordinaci, v níž každá pracuje jen na půl úvazku. To jim umožňuje zvládnout péči o rodinu, aniž by se vzdaly své profesi na delší dobu.

A jako vždy na počátku se ptám na profesní cestu obou lékařek do ordinace praktika.

MUDr. Sternová:

Na škole ke konci studia byla povinná 14denní stáž u praktického lékaře. Měla jsem kamaráda z Pardubic, MUDr. Víta Šlechtu, který se usadil v podkrkonošském Libštátě. Jela jsem k němu

a obor v jeho podání mě okouzli. Je fakt, že práce, kterou dělám teď já a on v Podkrkonoší, je dost rozdílná. Jeho je mnohem náročnější, asi bych si na to ani netroufla. Ve velkém městě má praktik za zády dostupnou a někdy až přebujelou síť zdravotnických zařízení. Tehdy jsem ale pochopila, jak krásné může být, když se vytvoří opravdový vztah mezi pacientem a „jeho“ doktorem. Vítek byl navíc osobnost, pro obec byl důležitou osobou i ve veřejné sféře – jako za starých časů lékař, učitel a farář. Po škole jsem pracovala jako lékař absolvent – ve vinohradské nemocnici. Byla to pro mou budoucí kariéru velmi dobrá škola. Byli jsme tenkrát přijati jako pokus o přiblížení se americkému doškolovacímu systému, teprve po dvouletém kolečku v hlavních státnicových oborech (lékaři-absolventi)

jsem si mohli vybrat „svůj“ obor (dále už lékaři-rezidenti). Oproti našim spolužákům, kteří od začátku pracovali ve „svém“ oboru, se to zdálo jako ztráta času, ale pro mě to bylo velmi dobré. Jako lékař rezident jsem už však nenastoupila. Brzy jsem totiž zjistila, že mé povaze špitální dril a prostředí nedělá dobře, „necítila“ jsem se tam. Práce na interně, kterou jsem původně chtěla dělat, mi nesesedla z mnoha důvodů. Definitivní rozhodnutí padlo, když jsem se vdala za anesteziologa, který v nemocnici trávil velmi mnoho času.

MUDr. Englichová:

Asi v 5. ročníku na fakultě jsem získala pocit, že bych chtěla pracovat v oboru všeobecného lékařství. Přiznám se ale, že mně nebyly lhostejné ani některé další oblasti medicíny, zvláště pak revmatologie. Absolvovala jsem velice zajímavý kurz pod vedením prof. Trnavského. K oboru mě definitivně přilákala možnost zaměstnání v IPVZ. Po atestaci jsem začínala jako praktická lékařka v Acromion, s.r.o., na Praze 7.

Jak vlastně vznikl nápad na společnou ordinaci?

MUDr. Sternová:

S MUDr. Englichovou nás dal dohromady kolega Cyril Mucha, který o mně Zdence řekl, když sháněla někoho na půlúvazek do Lékařského domu. Absolvovala jsem u něj totiž doškolovací stáž po dlouhé mateřské dovolené. Jsem mu za to dodnes vděčná, protože situace lékařek s malými dětmi je stále velmi těžká, zvláště po zavedení nového zákona v roce 2004. Náš zaměstnavatel nám ovšem také velmi pokrokově vyšel vstříc. Myslím, že je to velmi prozíravé. Tento systém je výhodný pro obě strany. Matky-lékařky dobře umí organizovat svůj čas i práci, dvě lékařky na půlúvazek udělají jistě mnohem více práce než jedna na celý, jsou loajální k zaměstnavateli, který jim umožňuje mít čas na práci i rodinu.

MUDr. Englichová:

Před více než 3 lety jsem dostala nabídku ordinovat jako praktická lékařka v Lékařském domě. V té době můj mladší syn ještě nechodil do školky. Bylo mně jasné, že sama praxi nemohu zvládnout. Můj kolega a kamarád MUDr. Cyril Mucha mně doporučil MUDr. Janu Sternovou. Hned při prvním kontaktu jsem cítila, že si budeme rozumět.

Společná ordinace obou lékařek se nachází v moderním zdravotnickém zařízení v Lékařském domě v Praze 7. V současné době se z původních 700 klientů rozrostla na 2000 pacientů. Součástí je péče zhruba o 300 obyvatel domovů důchodců v Praze 6. Obě lékařky jsou zaměstnanci Lékařského domu v Praze 7. Zaměstnavatel je dle jejich mínění velmi vstřícný a s velkým pochopením jim společné ordinování umožnil, přesto je tak trochu láká v budoucnu se osamostatnit. Obavy mají pouze z nadměrných administrativních a organizačních záležitostí, které zatím leží t.č. na jejich

...ve velkém městě má praktik za zády přebujelou síť zdravotnických zařízení



zaměstnavateli. Díky zkušené a schopné sestřičce paní Křesťanové pracující pro obě dvě lékařky všechno hladce funguje včetně objednávacího systému. Výhodou je jistě i jazyková vybavenost celé ordinace, neboť jsou schopné s pacienty mluvit nejen anglicky, ale i německy a rusky.

Jak na tento systém reagují a jak se líbí pacientům?

MUDr. Sternová:

Je fakt, že mnoho pacientů se při objednávání ptá, ke komu z nás vlastně patří, chápu to, je to trochu nezvyklé. Spousta lidí si také časem zvykne více na jednu z nás. Vzájemná zastupitelnost při dobrém vedení dokumentace a v éře mobilních telefonů není velkým problémem, spíše mám dobrý pocit, že se mohu kdykoli poradit s kolegyní o komplikovanějším případě. Psychologicky to myslím tolik nevede k syndromu vyhoření. Jistě to však v některých situacích může naše pacienty obtěžovat, ale klady jistě převažují mnohonásobně nad zápory této praxe.

MUDr. Englichová:

Hlavním přínosem naší spolupráce je vzájemná zastupitelnost, kterou využíváme zejména při nemocech našich dětí. Myslím, že pro nás obě je výhodná i možnost konzultace. V neposlední řadě praxe 2 lékařek zvyšuje pravděpodobnost vyhovět více pacientům. I když radím sebe i kolegyni mezi lidmi s vysokou schopností empatie, občas se najde nějaký ten pacient, který upřednostní jednu z nás. Systém naší ordinace mu tuto volbu umožňuje. K druhé části otázky musím odpovědět, že jistě obě nepřemýšlíme jako jedno tělo a jedna duše, ale doposud se nám veškeré rozdílnosti podařilo vykomunikovat k vzájemné spokojenosti. K souladu v ordinaci velkou měrou přispívá i naše sestřička Eva Křesťanová, která s námi tvoří dobrý tým.

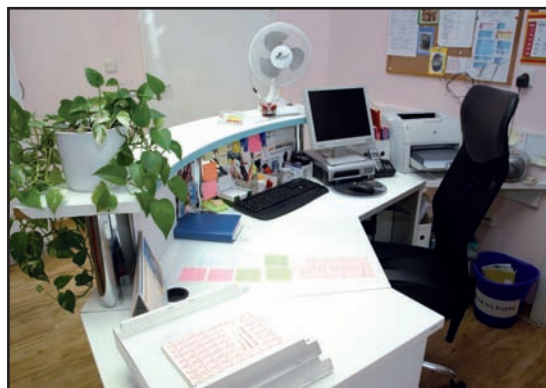
Jaký máte názor na současné vzdělávání PL a budoucnost našeho oboru?

MUDr. Sternová:

Vzdělávání praktiků je, myslím, na dobré úrovni, ale přesto touto cestou dám k zamyšlení následující. Při mé stáži na interně v roce 1999 mi kamarád z koronární jednotky po návratu ze Švédska barvitě líčil, jak při jeho stáži byli zároveň na 14denní stáži na kardiol. pracovišti švédští praktici. Ne proto, aby se naučili pečovat o pacienty na koronární jednotce, ale proto, aby na vlastní oči viděli, co nového je v oboru a mohli na to ve vlastní praxi reagovat. Já

tyto informace získávám často od svých bývalých spolužáků z nejrůznějších oborů, se kterými jsem stále v kontaktu, a je to velmi cenné. Velmi bych ale ocenila možnost pravidelné krátké (týdenní) stáže na zajímavém pracovišti jakéhokoli oboru. Jinak musím přiznat, že teoretické přednášky jsou na velmi dobré úrovni.

Myslím, že obor má všeobecně velmi dobrou budoucnost. Osvícený a vzdělaný praktický lékař může celému zdravotnickému systému uspořit velmi mnoho prostředků, zvláště když své klienty vede k prevenci. Z vlastní praxe vím, že specialisté se se svými pacienty moc nebaví např. o škodlivosti kouření, mám pocit, že to považují za ztrátu času. Mám však zkušenost, že soustavná edukace má často velmi dobré výsledky i u lidí, do kterých bych to ani sama neřekla. Důležité je při každé příležitosti „naťuknout“ problém pacienta, nemusí to být ani časově náročné. Další velmi důležitá věc je zpětná vazba – málokterý obor má takovou výhodu sledovat své klienty i jejich rodiny v čase. To vidím zvláště při srovnání svého oboru s manžellovým – anesteziologií. Myslím, že systém by měl být více nastaven tak, aby nekomplikované případy chronických onemocnění byly vedeny v dispenzární péči více u praktického lékaře za kvalitnější komunikace se specialistou.



Co vaše zájmy mimo oblast medicíny, máte na ně při práci a náročných povinnostech matky ještě čas?

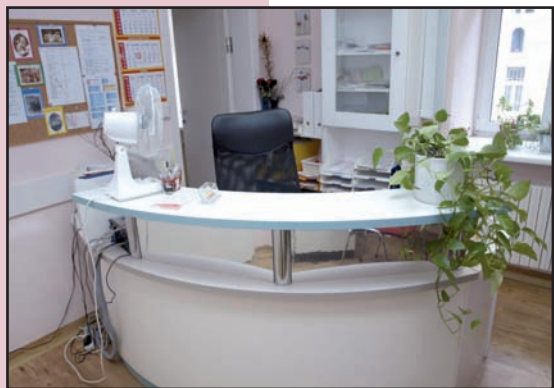
MUDr. Sternová:

Na koníčky mi stále ještě času moc nezbyvá, mám dvě děti školáky. Snažíme se sportovat, spíše však rekreačně, celá rodina lyžujeme, jezdíme na kole okolo Třeboně a letní dovolená je ve znamení windsurfingu. Už asi 10 let jezdíme k moři jen do tzv. surfařských revírů – manžel surfuje moc rád a mně, abych se tak nenudila, nezbylo než se to taky trochu naučit – prkno máme zatím dohromady, já jezdím, když je slabší vítr, a to pak manžela nebaví. Je to krásný sport, jen náročný na vybavení a různé seřizování a sama bych se k tomu jistě nedostala. Moc ráda bych zpívala v pěveckém komorním sboru, zpívala jsem do maturity v dětském sboru a pak krátce v Brixihov akademickém sboru a moc mě to bavilo. Ale stále ještě nevychází čas. Hudbu, převážně rockovou a vážnou, vstřebávám nyní alespoň ze sluchátek cestou do práce metrem.

Můj muž mě při mém návratu do praxe velmi pod-

výhodou je jazyková vybavenost, jsou schopné s pacienty mluvit nejen anglicky, ale i německy a rusky

nepřemýšlíme jako jedno tělo a duše, ale všechny rozdílnosti se daří vykomunikovat



**stěžejní část výuky
by měli studenti
praktikovat v ordinaci
u pacientů**

**pro mne je
prvořadý prospěch
mého pacienta**

pořil a podporuje dodnes. Jen v začátcích mé práce v oboru byl často přehlacen „klinickými večery“, kdy jsem toho byla z práce plná a líčila mu své zajímavé případy. Byl už totiž přesycen vlastních, mnohem dramatičtějších. Mně osobně ale obor vyhovuje i v tom, že nezasahuje tolik do akutní medicíny, je to jistě věc povahy, ale obecně stres ženy asi sná-

ší hůř, a mně v tom můj obor vyhovuje.

MUDr. Englichová:

Vzhledem k tomu, že obě moje děti mají časově náročné koníčky (syn hraje fotbal a dcera tancuje disko a rokenrol), hodně volného času trávím doprovodem na jejich tréninkové i soutěžní aktivity. Ráda lyžuji, jezdím na kole, cestuji a opečovávám své domácí květiny. Pokud mi to nabitý harmonogram umožní, zajdu na nějaké zajímavé divadelní nebo filmové představení. Mám osmiletou dceru a šestiletého syna. Žiji s přítelem. Kromě dříve zmíněných koníčků a práce je mým hlavním zájmem spokojená rodina.

Jaký je váš názor na výuku našeho oboru na lékařských fakultách.

MUDr. Sternová:

Přiznám se, že už si moc nepamatuji, jak vypadalo vzdělávání v oboru všeobecného lékařství na 1. lékařské fakultě u mě osobně. Teprve při pohledu do indexu jsem zjistila, že jsme v šestém ročníku (v roce 1993) měli 14 dní obor primární lékařská péče, ale moc se mi to nevybavuje. Mnohem větší vliv měla na mě stáž u mého kamaráda praktika, jak jsem už zmínila v úvodu. Z toho důvodu si myslím, že stěžejní část výuky by měla probíhat v ordinaci u pacientů. Ráda bych k tomu v budoucnu přispěla i osobně a chtěla bych se na praktické výuce také podílet.

Považuji to za velmi užitečné i pro sebe, protože si pamatuji, jak záladné otázky medicíny mívají. Člověk pak má menší šanci ustrnout v zaběhnutých stereotypch a více se snaží držet krok se současným poznáním. Myslím si také, že pokud bude stáž medika v ordinaci PL zajímavá, může je to nejen pozitivně ovlivnit pro jejich budoucí dráhu, ale i vztah k našemu oboru v budoucnu vůbec. Stále se setkávám s náznaky toho, že je jakási revnivost mezi specialisty a praktiky. Pokud však mohu říct za sebe, neřeším to, pro mě je prvotní prospěch mého pacienta a množí se případy specialistů, kteří vnímají, že spokojený pacient, a tím i jeho praktický lékař budou využívat i nadále jeho služeb.

MUDr. Englichová:

Myslím, že výuka na lékařských fakultách stále postrádá dostatek praxe v našem oboru, i když se zdá, že oproti době, kdy jsem studovala já, se situace mírně zlepšila. S tím nepochybně souvisí nedostatečný zájem o obor. Proto přemýšlím o tom, že bych také mediky učila, mimo jiné by to mohl být způsob, jak udržet kontakt s teoretickou medicínou.

Co byste chtěly vzkázat svým kolegům a budoucím praktickým lékařům?

MUDr. Sternová:

Budoucím praktikům bych ráda vzkázala, že pokud mají rádi nejen medicínu jako vědu, ale je pro ně cenný i opravdový vztah lékař-pacient, ať volí náš obor.

Kalí ho pro mě momentálně jen pár věcí, podivný



labyrint neschopenek, důchodů a lázní atd., který dle mého názoru přežívá z dob reálného socialismu, a s tím současně přetrvávající i podivný vztah veřejnosti ke zdravotnictví vůbec. Mám v tomto totiž odezvu od našich pacientů-cizinců, žijících a pracujících v Praze, kteří mají ze zákona účast na zdravotním pojištění a našem zdravotním systému včetně registrace u praktika. Například systém neschopenek je pro ně dost nepochopitelný. Na druhé straně se velmi často setkávám s tím, že velmi chválí úroveň našeho zdravotnictví, jen jazykové vybavení lékařů údajně stále pokulhává. My se snažíme mluvit s našimi pacienty anglicky, německy a občas i rusky a považují to za velké zpestření a vlastně bezplatné hodiny konverzace. Zpočátku to byla trochu zátěž a stres, ale lepší se to, všem doporučuji.



MUDr. Englichová:

Kolegové (i z ostatních oborů), nepamínejte na osobní přístup k pacientům. Zdá se, že u řady lékařů ubývá lidskosti.

Budoucí kolegové, nebojte se naší práce. I když předpokládá široký záběr znalostí, budete pracovat v oboru, kde můžete dlouhodobě sledovat výsledky své práce.

Rozhovor připravila MUDr. Jana Vojtíšková



Outlook Express

– pomocník s maily (nastavení)

Outlook Express je program, který slouží k pohodlnému odesílání a přijímání e-mailů z vašeho počítače. Je součástí každé instalace Windows, ale je nutné jej nejdříve nastavit. Že to je složité jen na první pohled, zjistíte v následujícím článku. K tomu budeme nejprve potřebovat existující e-mailovou adresu (viz minulé číslo Practicusu).

Outlook Express najdeme v počítači na ploše při spuštění počítače přes pokyny Start – Programy – Outlook Express.

Při prvním spuštění se nás program dotáže, zda chceme tento konkrétní účet otevřít při každém spuštění programu. Pokud používáme jeden (jednu mailovou schránku), je tato volba vhodná. Další dotaz, který zaškrtneme, je *Při spuštění aplikace Outlook Express přejít přímo do složky Doručená pošta*. To nám umožní, že při každém dalším přihlášení se nám budou ihned zobrazovat příchozí e-maily a program pak při každém spuštění automaticky stáhne veškeré nově příchozí zprávy a odešle ty, které jsou připraveny k odeslání.

Nyní vlastní nastavení účtu. V nabídce Nástroje vyberte položku Účty. Vyberte tlačítko Přidat a poté klepněte na Pošta. Jako první vyberte jméno, které se bude zobrazovat ostatním v hlavičce e-mailů, které odešlete (tedy to, co vás bude identifikovat – nejčastěji jméno nebo přezdívka (mezi e-veřejností jsou velmi často užívány). V druhém kroku se Vás program dotáže na vaši existující e-mailovou adresu (schránku). V závislosti na tom, na kterém serveru schránku máte, vyplníte v dalším kroku Typ serveru příchozí pošty. Nejčastěji POP3.

Server příchozí pošty má každý poskytovatel jiný: např. Centrum používá *pop3.centrum.cz*, Seznam má *pop3.seznam.cz* a je to server, přes který přijímáte nové e-maily.

Další dotaz je na server odchozí pošty (SMTP, neboli server, přes který se budou zprávy odesílat). Ten je opět pokaždé jiný, Seznam používá *smtp.seznam.cz*, ovšem takové Centrum SMTP server neposkytuje, proto je třeba nastavit odchozí server dle poskytovatele vašeho internetu:

Poskytovatel

SMTP

Telefónica O₂ (ADSL)

smtp.iol.cz (smtp.o2isp.cz)

Telefónica O2 (Mobil)

smtp.etmail.cz

T-Mobile

smtp.t-email.cz

Vodafone

smtp.vodafoneemail.cz

U:fon (MobilKom)

smtp.ufon.cz

GTS Novera (Contactel)

ismtp.sbone.cz

Dial Up (Atlas.cz)

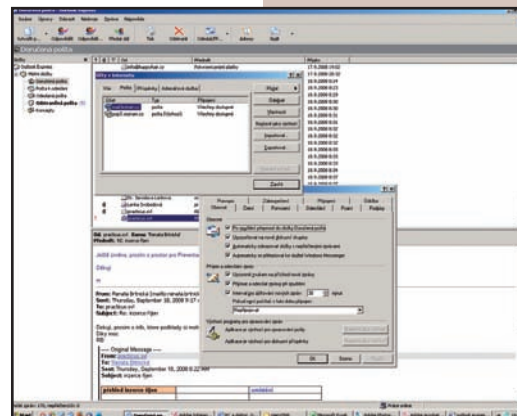
smtp.atlas.cz

UPC (Karneval)

smtp.upcmail.cz

V dalším kroku je třeba už pouze zadat přihlašovací údaje k vaší schránce, tedy název účtu (uživatelské jméno) a heslo. Pokud používáte počítač jen vy, je dobré zaškrtnout políčko Zapamätovat heslo, abyste ho nemuseli zadávat při každém odeslání/přijetí e-mailu.

Pak už stačí jen klepnout na Dokončit, a účet je vytvořen.



Pokud chcete, aby se vám všechny stáhnuté zprávy ukládaly i na serveru (ve vaší „staré“ schránce), přejděte na Nástroje, klepněte na Účty, zvolte Vlastnosti a záložku Upřesnit a dole zaškrtněte políčko *Zachovat na serveru kopii zprávy*. To je důležité, pokud chcete mít ke svým zprávám přístup i z jiného počítače (např. na cestách, v ordinaci apod.).

Rubrika řádkové inzerce

NZZ PŘIJME PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Nestátní zdravotnické zařízení Praha přijme praktického lékaře/lékařku.

Požadujeme: specializaci v oboru všeobecné lékařství prvního stupně, minimální praxe 6 let.

Nabízíme dobré platové i sociální podmínky.

Informace: pí Koubková, tel.: 296 192 402

MUDr. Tymich, tel.: 222 672 886

NABÍZÍME PRÁCI LÉKAŘŮM

Francouzská společnost Rivière Consulting Associates nabízí práci českým a slovenským specializovaným lékařům ve FRANCII.

POŽADAVKY: atestace z oboru, základní znalost francouzštiny.

Kontakt na p. Solanskou: tel.: 0033.1.53.05.93.65,

e-mail: recrutement26@santeconsult.com

Adresa: 5, rue Tronchet, 75008 Paris, Francie

<http://www.riviere-consulting.com/>

v tomto prostoru můžete inzerovat i Vy...

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Antidepresiva pomáhají u chronické revmatické bolesti a u dalších bolestivých onemocnění

Klinická otázka:

Pomáhají antidepresiva v ovlivnění bolesti u pacientů s chronickými revmatickými onemocněními?

Závěr:

Obecně jsou antidepresiva v léčbě chronické bolesti jen málo účinná a slabě účinná v léčbě revmatických onemocnění. Tricyklická antidepresiva (TCA) jsou nejvíce studovanými antidepresivy a jsou účinnější než selektivní inhibitory vychytávání serotoninu (SSRI). Antidepresiva mají také účinek na zlepšení poruch spánku a únavy spojených s těmito stavy. (LOE = 2a)

Reference:

Perrot S, Javier RM, Marty M, Le Jeune C, Laroche F; CEDR (Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie France), French Rheumatological Society, Pain Study Section. Is there any evidence to support the use of anti-depressants in painful rheumatological conditions? Systematic review of pharmacological and clinical studies. *Rheumatology* 2008; 47(8): 1117–1123.

Typ studie:

Systematický přehled

Financování:

Neznámé/neudáno

Prováděcí prostředí:

Různé (metaanalýza)

Synopse:

Tým autorů prohledal několik databází a bibliografií textů týkajících se tohoto problému (včetně publikovaných doporučených postupů a dalších systematických přehledů). Dva pracovníci nezávisle hodnotili kvalitu studií a přiřazovali jim bodové hodnocení kvality. Do metaanalýzy byly zařazeny práce, které získaly minimálně 2 body kvality (maximum Jadadovy stupnice = 5). Autoři použili bolest jako primární výstup a vypočítali velikost analgetického efektu (rozdíl mezi analgetickým účinkem antidepresiv a analgetickým účinkem placeba).

Ačkoliv antidepresiva byla účinná na zmírnění bolesti, autoři nenašli žádná konzistentní data, která by demonstrovala závislost na dávce antidepresiva v léčbě chronické bolesti. Autoři také zjistili, že analgetický účinek začíná dříve než antidepresivní. Při léčbě chronické nemaligní bolesti byla velikost analgetického efektu větší u TCA než u jiných skupin a SSRI antidepresiva byla obecně neúčinná. V léčbě fibromyalgie autoři zjistili významný placebo efekt a zjistili, že účinek antidepresiv byl malý a krátkodobý. TCA se ukázala v léčbě fibromyalgie jako více účinná než SSRI, několik studií demonstrovalo synergický efekt kombinace TCA a SSRI. Kromě bolesti antidepre-

siva zmírňují únavu, poruchy spánku a funkční poruchy u pacientů s fibromyalgií. V léčbě bolesti dolních zad byla nejvíce studována TCA a ukázala se být efektivní, ovšem celková kvalita těchto studií byla slabá. Pouze 2 studie hodnotily účinek SSRI. Autoři našli 15 randomizovaných kontrolovaných studií zaměřených na účinek antidepresiv u revmatoidní artritidy a ankylozující spondylitidy, ale pouze 8 z nich splňovalo kritéria kvality. TCA mají slabý analgetický účinek u revmatoidní artritidy. Autoři nenašli žádné studie týkající se účinku antidepresiv u degenerativního kloubního onemocnění.

Copyright © 2008 by Wiley Subscription Services, Inc. All rights reserved.

Chabé důkazy pro dentální profylaxi u pacientů s artroplastikou

Klinická otázka:

Zabrání podání antibiotik před dentálními výkony infekci u pacientů po artroplastice kyčelního nebo kolenního kloubu?

Závěr:

I když je možné, že profylaktické podání antibiotik zabrání infekci u pacientů po artroplastice, kteří podstupují invazivní dentální výkon, tyto autoři nenašli žádná důvěryhodná data k tomuto problému. (LOE = 3a)

Reference:

Uçkay I, Pittet D, Bernard L, Lew D, Perrier A, Peter R. Antibiotic prophylaxis before invasive dental procedures in patients with arthroplasties of the hip and knee. *J Bone Joint Surg Br* 2008; 90(7): 833–838.

Typ studie:

Systematický přehled

Financování:

Neznámo/ neudáno

Prováděcí prostředí:

Různé (metaanalýza)

Synopse:

Tito autoři systematicky prohledali pouze PubMed se zaměřením na články vztahující se k rozvoji infekce po invazivních dentálních výkonech u pacientů, kteří měli v anamnéze provedenu artroplastiku kyčelního nebo kolenního kloubu. Ručně prohledali bibliografie odpovídajících odkazů a neomezili svůj průzkum pouze na klinické studie. Nalezli celkem 24 kazuistik, 3 malé kazuistické série a 34 přehledových článků, dále 23 prací, které prospektivně hodnotily výskyt asymptomatické bakteriémie. Nenašli však žádné kontrolované studie.

Copyright © 2008 by Wiley Subscription Services, Inc. All rights reserved.

TCA jsou u chronické bolesti a fibromyalgie účinnější než SSRI

profylaktické podávání antibiotik u invazivních dentálních výkonů u pacientů po totální endoprotéze kloubu nemá opodstatnění

Mnoho pacientů užívajících warfarin užívá také aspirin

Klinická otázka:

Jaké jsou modely péče a jejich výsledky, pokud jde o kombinaci warfarinu a antiagregancia?

Závěr:

Kombinované užívání aspirinu s warfarinem je běžné, ale tato kombinace není podporována důkazy a zvyšuje riziko krvácení. Lékaři by se měli ptát svých pacientů, kteří užívají warfarin, na to, zdali neužívají nějaké produkty obsahující aspirin, a odradit je od těchto kombinací. (LOE = 2b)

Reference:

Johnson SG, Rogers K, Delate T, Witt DM. Outcomes associated with combined antiplatelet and anticoagulant therapy. *Chest* 2008; 133(4): 948–954.

Typ studie:

Kohortní (retrospektivní)

Financování:

Neznámé/neudáno

Prováděcí prostředí:

Populace

Synopse:

Kombinace warfarinu a antiagregancia (aspirin, clopidogrel nebo dipyridamol) je doporučena pouze u vybraných pacientů s mechanickými srdečními chlopněmi. Ačkoliv tato kombinace byla studována i u pacientů po akutním infarktu myokardu, nebyl zjištěn žádný benefit, přičemž riziko krvácení bylo zvýšené (*Circulation* 2002; 105: 557–563; POEM #40656). V této kohortní studii byla prozkoumána

dokumentace pacientů, kteří byli ošetřeni z důvodu antikoagulační léčby dne 30. 9. 2005 v organizaci „Kaiser Permanente system“. Pacienti, kteří udali užívání aspirinu nebo kteří měli předepsán dipyridamol nebo clopidogrel během předcházejících 90 dnů, byli považováni za uživatele antiagregační léčby ($n = 1623$) a zbytek byl považován za neužívající antiagregační léčbu ($n = 2560$). Naprostá většina užívala aspirin, obvykle v dávce 81 mg denně. Pouze 1,3 % pacientů užívajících warfarin současně užívalo clopidogrel. Primární indikace pro kombinovanou antikoagulační léčbu byla fibrilace síní (47 %), venózní tromboembolismus (17,3 %), chlopenní onemocnění srdce (12,6 %), ischemická mozková příhoda nebo transienční ischemická ataka (8,3 %), koronární onemocnění (6,5 %), kardiomyopatie (3,7 %) a arteriální embolizace (1,5 %). Kombinační léčba byla méně častá u pacientů léčených pro venózní tromboembolismus, častější byla mezi pacienty s koronárním onemocněním, kardiomyopatií nebo cerebrovasculárním onemocněním. Nastavené koeficienty nerovnosti (adjusted odds ratios) prokázaly vyšší riziko jakéhokoliv krvácení (2,7; 95 % CI 1,4–5,3) a velkého krvácení (2,1; 95 % CI 1,01–4,4) u kombinované léčby, neprokázaly ale rozdíl v riziku úmrtí, trombózy nebo koronárních příhod. INR hodnoty při kontrole léčby byly druhotným výstupem a byly horší u kombinované léčby.

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

Připravila MUDr. Jaroslava Laňková

prospěch kombinace warfarinu a aspirinu není podpořen důkazy, tato kombinace navíc zvyšuje riziko krvácení

jedinou indikací ke kombinaci antikoagulancia a antiagregancia je přítomnost mechanické srdeční chlopně

Pozvánka...

Pracovní skupina pro prevenci a léčbu závislosti na tabáku ČLS JEP, 1. LF UK v Praze, Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, ve spolupráci s Českou lékařskou komorou a Českou asociací sester pořádá postgraduální doškolovací seminář

8. konference Tabák a zdraví

pro lékaře a sestry

pátek 23. listopadu 2007 (9–17 hodin)

Velký sál Lékařského domu, Sokolská 31, Praha 2

Program:

Kouření a diabetes mellitus, *prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc., MBA, 1. LF UK a VFN, Praha*

Biochemické souvislosti kouření v interní medicíně, *prof. MUDr. Zdeněk Zadák, CSc., LF UK Hradec Králové*

Alergie, astma a kouření, *prof. MUDr. Václav Špičák, CSc., FN Na Bulovce, Praha*

Kouření a foniatrie, *MUDr. Hana Čechová, Healthcom, Praha*

Kouření a anestezie, *MUDr. Ludmila Pohlová, 1. LF UK*

Motivační rozhovory – příprava ke změně, *PhDr. Jan Soukup, 1. LF UK a VFN, Praha*

Novinky v léčbě závislosti na tabáku: naše zkušenosti s vareniklinem, k abstinenci přes redukci s náhradní terapií nikotinem, *MUDr. Eva Králíková, CSc., 1. LF UK a VFN, Praha*

Hrazení léčby závislosti na tabáku v ČR – zástupci zdravotních pojišťoven (111, 201, 207, 211)

Sestry a léčba závislosti na tabáku, *Vladislava Felbrová a Markéta Řehová, VFN, Praha, Kateřina Malá, ÚVN, Praha*

Aktivity České koalice proti tabáku, *MUDr. Kateřina Langrová, ČKPT, Praha*

Prezentace současné farmakoterapie na trhu v ČR

Panelová diskuse o možnostech léčby závislosti na tabáku v ČR

Možnost získání kreditů České lékařské komory i České asociace sester

Přihlášky: Oddělení pro další doškolování lékařů, Kateřinská 32, 121 08 Praha 2, tel./fax: 224 965 675, vzdelavani.lekaru@lf1.cuni.cz42

Příliš vysoká cena fyzické inaktivity

Souhrn: Chronická inaktivita je fyziologicky nenormální. Náš organismus přestane správně fungovat, když množství tělesné aktivity v našem životě klesne pod určitou „historicky normální hladinu“. Fyzická inaktivita zkracuje délku lidského života, snižuje kvalitu života a významně omezuje naši funkční samostatnost. Upozorňovat pacienty na důležitost tělesného pohybu by měl být jeden z důležitých cílů primární péče.



MUDr. Peter Pribiš, Dr.P.H.

**3 faktory
dlouhověkosti – dobrý
genetický základ,
zdravá výživa
a pravidelný pohyb**

**syndrom
sedavého stylu
životu**

Genetika – výživa – pohyb

Dobrý genetický základ, zdravá výživa a pravidelný pohyb jsou 3 faktory, které pravděpodobně nejvíce přispívají k lepší kvalitě života a dlouhověkosti. První faktor – genetiku – žel zatím nemůžeme ovlivnit, protože ji dědíme od svých rodičů, ale výživu a množství fyzické aktivity v našem životě můžeme kontrolovat a ovlivňovat. Žel, naše moderní společnost nám nabízí řadu příležitostí, jak se vyhnout tělesné aktivitě (auta, výtahy, eskalátory atd.).

Zdravotní a ekonomické důsledky nedostatku pohybu

Psát o výhodách pravidelné fyzické aktivity skutečně není nic nového. Za posledních padesát let byly publikovány stovky studií poukazujících na to, že muži i ženy, kteří jsou fyzicky aktivní, trpí v menší míře onemocněními kardiovaskulárního systému, hypertenzí, metabolickým syndromem, dyslipidemiemi, diabetem, obezitou, karcinomem tlustého střeva i prsu, depresí či insomnií a dožívají se delšího věku. Prospěšnost tělesné aktivity byla vědecky beze zbytku prokázána. Znamená to

snad, že tak, jako je tělesná aktivita prospěšná, naopak nedostatek pohybu je skutečně škodlivý? Skutečně vědci začali publikovat zajímavé studie o zdravotních a ekonomických důsledcích „nečinnosti“ a nedostatku pohybu. V roce 2000 Frank Booth (1) poprvé použil termínu Sedentary Death Syndrome (SEDS) – [Syndrom sedavého stylu života vedoucího k předčasné smrti] v článku publikovaném v Journal of Applied Physiology (tabulka 1). Poukazuje na to, že v příští dekádě způsobí SEDS předčasnou smrt 2,5 milionu Američanů a léčba důsledků SEDS bude stát americký zdravotní systém přibližně 3 biliony dolarů. Dále poukazuje na to, že chronická inaktivita je fyziologicky nenormální. Náš organismus přestane správně fungovat, když množství tělesné akti-

vity klesne pod určitou „historicky normální hladinu“. Jinými slovy, naše geny očekávají, že se budeme fyzicky pohybovat, abychom mohli správně fungovat.

Za fyzickou inaktivitu platíme příliš vysokou cenu. Fyzická inaktivita zkracuje délku lidského života, snižuje kvalitu života a významně omezuje naši funkční samostatnost.

Univerzita, na které učím, se nachází ve státě Michigan. V roce 2002 požádala guvernérka státu, aby se vypracovala studie o ekonomickém dopadu fyzické inaktivity na stát Michigan (3). Studie zjistila, že v Michiganu, který má přibližně stejně obyvatel jako ČR, jsou více než 4 miliony lidí fyzicky inaktivní – nepohybují se ani 30 minut denně / 5 dnů v týdnu. Toto číslo představuje 55 % dospělé populace Michiganu. Fyzická inaktivita způsobila v průměru ztrátu 162 pracovních hodin (přibližně 20 pracovních dnů) na pracovníka ročně a stála stát 8,9 miliardy dolarů v roce 2002. Autoři studie odhadli, že kdyby se pouze 1 z 20 neaktivních dospělých obyvatel státu začal více pohybovat, mohlo by se ušetřit 575 milionů dolarů ročně. Jak velkou ekonomickou zátěž nedostatek pohybu způsobuje, je podle mého názoru příliš málo zdůrazňováno.

Obezita

Po kouření se největším světovým problémem lidstva stává obezita. V roce 2006 Dr. Barry Popkin, profesor výživy na univerzitě v North Carolině, Chapel Hill, šokoval zjištěním, že na naší zemi žije přibližně 1 miliarda lidí s nadváhou ve srovnání s 800 miliony lidí, kteří jsou podvyživení. Důvodem této smutné skutečnosti je fakt, že obezita se rozšiřuje rychleji, než se nám daří eradikovat hlad mezi 6,5 miliardami obyvatel této planety (4).

Žel, Česká republika není výjimkou těchto nepříznivých trendů. Podle longitudinální studie České obezitologické společnosti 52 % dospělé populace trpí nadváhou či obezitou (35 % spadá do kategorie nadváhy a 17 % spadá do kategorie obezity). Čas, který populace věnuje fyzické aktivitě, se obecně zkracuje. Týdně věnuje občan ČR náročné fyzické aktivitě v průměru necelé 4 hodiny, přičemž oproti roku 2000 došlo k poklesu o 1 hodinu. Minimální doba doporučovaná odborníky pro prevenci civilizačních chorob je 3,5 hodiny (5). V souvislosti s epidemií obezity je zajímavý postoj amerického fyziologa Marka Fentona,

Tabulka 1: Nemoci způsobené SEDS (2)

Hypertriglyceridemie
Hypercholesterolémie
Hyperglykemie
Rezistence inzulinu
Zvýšené riziko trombóz
Hypertenze
Srdeční ischemie
Smrtelné ventrikulární arytmie
Významně snížený systolický objem a celkový maximální srdeční objem
Obezita
Diabetes II. typu
Karcinom prsu a tlustého střeva
Osteoporóza (fraktury femorálního krčku a obratlů)
Sarkopenie
Chronické bolesti zad
Cholelitiáza
Významně omezený pocit zdraví a duševní pohody
Mozková příhoda



který systematicky v médiích upozorňuje, že lidé se často vymlouvají na genetiku, když jde o obezitu. Je potřebné nazývat tuto epidemii pravým jménem – **epidemie fyzické inaktivity a špatné výživy** – protože každý z nás je zodpovědný za to, kolik se pohybuje a jak se stravuje (6).

Problém obezity je v tom, že vzniká pomalu a nedá se rychle odstranit. Víme, že 0,5 kg tuku obsahuje přibližně 3500 kcal (14 000 kJ). Když každý den přijmeme pouze o 100 kcal (400 kJ) více energie, než potřebujeme, za 35 dnů budeme těžší o 0,5 kg tuku. V průběhu roku je tak možné přibrat 7 kg na váze. Fyzická aktivita umožňuje významně regulovat energetický metabolismus, aby nedošlo k tomuto jevu. Žel, jakmile člověk adoptuje usedavý způsob života, ochranný účinek tělesného pohybu je eliminován. Výsledkem je nadváha nebo obezita se všemi přidruženými nemocemi.

Čas versus kroky

Existuje několik způsobů, jak vyjádřit minimální potřebu fyzické aktivity pro prevenci chronických onemocnění. Tradičně se uvádí čas: 30 minut mírné fyzické aktivity nebo 3 × 10 minut. Veliké popularitě se v USA těší měření kroků pedometrem (tabulka 2). Pro udržení dlouhodobého zdraví je potřebné udělat denně přibližně 10 000 kroků, což přibližně odpovídá vzdálenosti 8,5 km. Z mé vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že určitý segment populace opravdu miluje tento jednoduchý způsob monitorování tělesné aktivity. Je to zajímavé především pro lidi, kteří milují čísla a rádi vedou přesné záznamy o svých životních aktivitách. Není to ale pro každého.

Zajímavé je hnutí America on Move (<http://aom.americaonthemove.org>), které si vytyčilo jako cíl motivovat lidi alespoň k tomu, aby každý den udělali 2000 kroků navíc, což odpovídá přibližně vzdálenosti 1,7 km. Udělat těchto 2000 kroků navíc vyžaduje asi 100 kcal (400 kJ) energie, což je přibližně hodnota energie, kterou Američané denně zkonsumují v nadbytku potřeby. Je to jednoduchá propagace fyzické aktivity a boj proti obezitě.

Prevence

Metaanalýza 73 publikovaných studií o ozdravných programech na pracovišti ukázala, že v průměru je možné na každý dolar investovaný do prevence ušetřit přibližně 3,5 až 8 dolarů díky významně zredukovanému absentismu a menším nákladům na zdravotní péči (7). Metaanalýza 64 studií publikovaných mezi léty 1995 a 2005 došla k závěru, že behaviorální intervence orientované na kouření, výživu, alkoholismus a tělesný pohyb jsou do různé míry rentabilní a efektivní (8). Dle očekávání – největší rentabilita byla pozorována u kardiovaskulárních onemocnění.

Tabulka 2: Kolik kroků potřebujeme pro lepší zdraví

Pro udržení dlouhodobého zdraví	10 000 kroků denně
Pro snížení nadváhy	15 000 kroků denně
Pro zvýšení fyzické kondice	Minimálně 10 000 , z toho 3000 by měly být rychlá chůze nebo běh
Předejít pomalému přibývání váhy	2000 kroků denně (100 kcal [400 kJ])

Aplikace a doporučení

Upozorňovat pacienty na důležitost tělesného pohybu by měl být jeden z cílů primární péče. Ideální by samozřejmě byla možnost propagace tělesného pohybu prostřednictvím preventivních programů. I při absenci této možnosti pro velkou část populace je stále lékař autoritou a opakované připomínání a dotazy mohou ovlivnit alespoň část pacientů. Šikovnou možností je dělat u pacientu screening pomocí velice jednoduchého dotazníku o pohybových aktivitách. Možné je pak sledovat změny a případně pozitivní výsledky behaviorální intervence. Je také možné se soustředit pouze na nejrizikovější subpopulace pacientů – jako hypertoniky, diabetiky nebo pacienty s kardiovaskulárními onemocněními. Zajímavou možností je i propagace pedometru a monitoring tělesné aktivity tímto způsobem.

Literatura:

1. J Appl Physiol 2000; 88:774-787
2. McArdle W., Katch F.I. & Katch V.L. (2001) Exercise physiology. Fifth Ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins
3. Chenoweth, D., DeJong, G., Sheppard, L. & Lieber, M. (2003) The Economic Cost of Physical Inactivity in Michigan. Získané 12. června 2006 ze zdroje <http://www.michiganfitness.org/indexpage-downloads/CostofInactivity.pdf>
4. Popkin B.M. (2006) International Association of Agricultural Economist
5. Životní styl a obezita. (2006) CSL JEP; Ceska obezitologicka spolecnost, Praha
6. Fenton, M. (2005, March 8). Creating Active Communities. Přednáška prezentována na konferenci Healthy People 2005, Loma Linda University, Loma Linda, CA.
7. A J Health Prom 2001; 15 (5): 296-320
8. Chronic Illness 2007; 3:101-129

MUDr. Peter Pribiš, Dr.P.H. – Asistent na oddělení Nutrition and Wellness, Andrews University, USA. Promoval v roce 1988 na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze. V letech 1990–1996 studoval na Loma Linda University v Kalifornii – School of Public Health, kde promoval jako Doctor of Public Health v oboru výživa a epidemiologie. V letech 1997–2003 pracoval jako konzultant a lékařský odborný poradce pro několik organizací propagujících zdraví v ČR a pro německou asociaci Zdraví (Deutscher Verein fur Gesundheitspflege). Od roku 2004 vyučuje výživu a prevenci na oddělení Nutrition and Wellness na Andrews University ve státě Michigan v USA. Jeho výzkum se soustřeďuje na oblast zdravého životního stylu, dlouhověkost a omega-3 nenasycené mastné kyseliny.

důležitost tělesného pohybu – zvláště pro nejrizikovější subpopulace pacientů – hypertoniky, diabetiky či s KV onemocněními

těšíme se na vyjádření Vašeho názoru, zkušeností či postoje k tomuto tématu na e-mail odpovědného redaktora rubriky: svl.cz@seznam.cz nebo na adresu redakce: practicus.svl@cls.cz

Odpovědi na Vaše otázky...

Dotaz:

Vážení, již několikrát byly v různých lékařských časopisech řešeny otázky okolo závodní preventivní péče. Většinou byly odpovědi nejasné a nekonkrétní. Velmi by mi pomohlo (a nejen mně), pokud byste mohli zodpovědět opravdu konkrétně modelové situace z běžné ordinace u firem, se kterými má ordinace smlouvu o poskytování ZPP:

I. Firma, kategorie I (např. administrativa) a II (např. učitelé):

- kdo hradí vstupní prohlídky;
- kdo hradí periodické p. a v jaké jsou frekvenci;
- kdo hradí mimořádné p.;
- kdo hradí výstupní prohlídku a zda je povinná.

Pokud by je bylo možné účtovat VZP, jakými kódy?

II. Firma, kategorie III (např. chem. čistírna) s předepsanou frekvencí 1x za rok jaterní testy:

- kdo hradí vstupní prohlídky, včetně laboratoře (VZP x zaměstnavatel x zaměstnanec);
- kdo hradí periodické p. a v jaké jsou frekvenci (VZP x zaměstnavatel);
- kdo hradí mimořádné p. (VZP x zaměstnavatel);
- kdo hradí výstupní prohlídku a zda je povinná (VZP x zaměstnavatel).

Firmy kategorie IV asi nepřipadají v ordinaci PL v úvahu – nebo ano? Pokud ano, prosím o stejné odpovědi.

Jaké minimální vzdělání musí mít lékař poskytující smluvně ZPP pro firmy?

Pokud lékař účtuje prohlídku VZP, je to jediná platba, nebo může ještě něco účtovat firmě?

Pokud ano, jaké výkony (např. posudek)?

Kdo je zodpovědný za řádné dodržování příslušných termínů prohlídek: smluvní lékař, nebo zaměstnavatel?

Děkuji vám předem a těším se, že Practicus nezklame a bude opravdu praktický.

J. H., Brno

Odpověď:

K dotazu pisatelky nejdříve obecně:

Neexistují firmy kategorie I–IV, existuje kategorizace prací. Každá firma byla povinna kategorizovat jednotlivé práce podle jejich charakteru, takže jedna firma může mít práce I. i III., výjimečně IV. kategorie. Následně pak je rozhodnutím orgánu ochrany veřejného zdraví (zpravidla lékařem KHS) stanovena frekvence prohlídek a jejich obsah.

Platí stále zákon č. 48/92 Sb., který jasně vymezuje, co je hrazené ze zdravotního pojištění.

Obecně tedy na všechny konkrétní modelové situace v dotazu platí, že vstupní prohlídky NEHRADÍ ZP, hradí je žadatel o vstup do zaměstnání.

Vychází se z toho, že podle zákoníku práce je zaměstnavatel povinen postupovat při zařazová-

ní pracovníka do práce podle posudku závodního lékaře, a pracovník si tedy opatřuje posudek formou vstupní prohlídky.

Je-li prováděna prohlídka ke vstupu na rizikové pracoviště, musí žadatel projít vyšetřeními platnými pro dané pracoviště v rozhodnutí orgánu ochrany veřejného zdraví. To musí být upřesněno v žádosti o vstupní prohlídku. Lékař potvrzující vstupní prohlídku musí pracoviště znát. Jestli potom zaměstnavatel prohlídku zaměstnanci proplatí, nebo ne, je věcí mezi nimi – tedy zaměstnavatelem a žadatelem o vstup do zaměstnání.

Mimořádné prohlídky platí ten, kdo je nařídí. Většinou zaměstnavatel.

Periodické prohlídky mohou být nařízeny orgánem ochrany veřejného zdraví ve smyslu zákona 258/2000 na základě šetření na pracovišti. Jsou jím stanoveny frekvence a obsah prohlídek, tzn. že na dotaz nelze odpovědět paušálně.

Každé pracoviště může mít jiný obsah a jinou frekvenci prohlídek. Periodické prohlídky nařízené orgánem ochrany veřejného zdraví lze po nasmlouvání se ZP vykazovat zdravotním pojišťovnám. ZP zpravidla chtějí potvrzení, že máme se závodem příslušnou smlouvu (na obsah smlouvy a zejména ujednání o platbách nemá ZP nárok).

Jde o výkony 01193 a 01195 preventivní prohlídka závodní preventivní péče typ I., resp. II. (náročnější prohlídka s laboratorními vyšetřeními apod.). Podle mezinárodní úmluvy práce mají být prohlídky zásadně v pracovní době zaměstnance a nesmějí ho finančně zatěžovat.

Posudek lékaře není součástí pracovnělékařské prohlídky a lékař ho účtuje příslušnému závodu v ceně dohodnuté ve smlouvě.

Rovněž čas strávený dohledem na pracovišti není hrazen ZP, ale závodem v dohodnuté ceně.

Zodpovědnost za dodržování termínů prohlídek má zaměstnavatel. Může to být jím pověřený pracovník, v budoucnu možná pracovnělékařská sestra, ovšem za příslušnou odměnu. Lékař není administrativním zaměstnancem závodu a nesmí být podle mezinárodní úmluvy na závodě závislý.

Minimální vzdělání pro pracovnělékařskou prohlídku vykonávanou praktickým lékařem je pro I. a II. kategorii jeho všeobecné vzdělání, jsou doporučovány kurzy pořádané Společností pracovního lékařství či Společností nemocí z povolání podle konkrétního výkonu práce.

Povinnost výstupních prohlídek není v zákoníku práce zakotvena, avšak jejich důležitost tkví zejména v ochraně zaměstnavatele před pozdějšími požadavky bývalých zaměstnanců. Zvláště důležité jsou při odchodu z rizikových pracovišť. Výstupní prohlídky hradí zaměstnavatel.

Protože tazatelka je z Brna, doporučuji publikaci autorů Brhel, Manoušková, Hrnčír Pracovní lékařství, základy primární pracovnělékařské péče, vydanou v roce 2005 v Brně.

MUDr. Toman Horáček

pokud má ZZ smlouvu s firmou, může prohlídky vykazovat ZP a posudky firmě

těšíme se na Vaše další dotazy a podněty na e-mail odpovědného redaktora cyril.mucha@centrum.cz

Zákon č. 305/2008 Sb., o nemocenském pojištění

Vážené kolegyně a kolegové,
v následujícím textu přinášíme vybrané části aktuálního znění **ZÁKONA č. 305/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, s platností od 1. 9. 2008.**

Podržené čarou jsou informace důležité – **tlustě zeleně je komentář redaktora** – červeně jsou platné novinky zákona.

§ 55

Dočasná pracovní neschopnost

(1) Dočasnou pracovní neschopností se rozumí stav, který pro poruchu zdraví nebo jiné v tomto zákoně uvedené důvody neumožňuje pojištěnci a) vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, a trvá-li porucha zdraví déle než 180 kalendářních dnů, i jinou než dosavadní pojištěnou činnost,

b) plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání podle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, vznikla-li dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání, nebo trvá-li dočasná pracovní neschopnost po skončení dosavadní pojištěné činnosti.

(2) Za dočasnou pracovní neschopnost se nepovažuje ošetřování pojištěnce

a) v nočním sanatoriu,

b) v době detoxikace po požití alkoholu, omamných nebo psychotropních látek, s výjimkou případů, kdy pojištěnec požil tyto látky bez vlastního zavinění,

c) při poskytování zdravotní péče v osobním zájmu z kosmetických nebo estetických důvodů za úhradu pojištěncem.

(3) Dočasnou pracovní neschopnost pojištěnce, který vykonává několik pojištěných činností, posuzuje ošetřující lékař pro každou pojištěnou činnost samostatně.

(4) Pokud pojištěnci po ukončení dočasné pracovní neschopnosti vznikne v následujícím kalendářním dni další dočasná pracovní neschopnost, považuje se tato dočasná pracovní neschopnost za pokračování předcházející dočasné pracovní neschopnosti.

§ 15

(1) Nemocenské náleží též, jestliže ke vzniku dočasné pracovní neschopnosti (§ 57) nebo k nařízení karantény (§ 105) došlo po zániku pojištění v ochranné lhůtě. Ochranná lhůta činí 7 kalendářních dnů ode dne zániku pojištění; pokud však pojištění trvalo kratší dobu, činí

ochranná lhůta jen tolik kalendářních dnů, kolik dnů pojištění trvalo.

§ 56

Režim dočasně práce neschopného pojištěnce a místo pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti

(1) Režim dočasně práce neschopného pojištěnce stanoví ošetřující lékař při rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti. Režim dočasně práce neschopného pojištěnce může být ošetřujícím lékařem změněn v souladu se změnou zdravotního stavu.

(2) Režim dočasně práce neschopného pojištěnce zahrnuje

a) stanovení léčebného režimu podle § 12 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb. (**Určuje ho lékař dle diagnózy – poznámka redakce.**)

b) povinnost zdržovat se v době dočasné pracovní neschopnosti v místě pobytu a **dodržovat rozsah a dobu povolených vycházek**; místem pobytu dočasně práce neschopného pojištěnce je místo, které pojištěnec sdělil ošetřujícímu lékaři při vzniku dočasné pracovní neschopnosti, nebo místo, na které změnil pobyt v souladu s **odstavcem 3**,

c) povolení vycházek, včetně jejich rozsahu a doby, pokud zdravotní stav pojištěnce a stanovený léčebný režim tyto vycházky nevylučuje,

d) povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti podle odstavce 3 věty první, pokud zdravotní stav pojištěnce a stanovený léčebný režim tuto změnu nevylučuje,

e) provádění pracovní rehabilitace, pokud ji zabezpečuje úřad práce.

(3) Změnit místo pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti smí pojištěnec pouze s předchozím souhlasem ošetřujícího lékaře. Byla-li pojištěnci podle věty první povolena změna místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti v období prvních 14 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti, popřípadě náleželi-li pojištěnci po uplynutí tohoto období v době dočasné pracovní neschopnosti nadále započitatelný příjem [§ 16 písm. b)] také v období, po které mu v době dočasné pracovní neschopnosti náleží tento příjem, je pojištěnec povinen tuto změnu místa pobytu předem písemně nebo jinak prokazatelně oznámit zaměstnavateli. Změnu místa pobytu dočasně práce neschopného pojištěnce z důvodu pobytu v cizině může ošetřující lékař povolit jen po předchozím písemném souhlasu příslušného orgánu nemocenského pojištění;



informace připravil
MUDr. Jozef Čupka,
odborný redaktor časopisu

**režim PN pojištěnce
může ošetřující lékař
změnit se změnou
zdravotního stavu**

**ochranná lhůta
- 7 kalendářních dnů**

**PN se nevystavuje
při zdravotní péči
v osobním zájmu
z kosmetických nebo
estetických důvodů, ale
za úhradu pojištěncem**

**při nepovolení
vycházek může
ošetřující lékař vydat
rozhodnutí o tomto
nepovolení**

**nezjistí-li se důvody
k PN, avšak pojištěnec
ji požaduje, vydá lékař
rozhodnutí o tom,
že PN nevznikla**

o souhlas orgánu nemocenského pojištění žádá tento orgán pojištěnec.

(4) O povolení vycházek nebo změny jejich rozsahu a doby [odstavec 2 písm. c)] a o změně místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti podle odstavce 3 věty první rozhoduje ošetřující lékař; o změně místa pobytu rozhoduje ošetřující lékař jen na základě žádosti dočasně práce neschopného pojištěnce. Pokud dočasně práce neschopný pojištěnec požádá o povolení vycházek nebo změny jejich rozsahu a doby nebo o povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti **(VYPUŠTĚNO – „na dobu delší než 3 kalendářní dny nebo do ciziny“ – poznámka redakce)** a ošetřující lékař vycházky nebo jejich změnu nebo změnu místa pobytu nepovolí, vydá ošetřující lékař rozhodnutí o tomto nepovolení, jen pokud pojištěnec vydání tohoto rozhodnutí požaduje. Na rozhodnutí týkající se vycházek a povolení změny místa pobytu ošetřujícím lékařem a na další postup se použije § 77 a 77a zákona č. 20/1966 Sb., o rozhodování při výkonu zdravotní péče.

(5) O změnu místa pobytu pojištěnec nežádá a ošetřující lékař o ní nerozhoduje v případě, jde-li o změnu místa pobytu v souvislosti s poskytováním ústavní péče nebo lázeňské péče; tuto změnu hlásí pojištěnec ošetřujícímu lékaři při propouštění z ústavní péče nebo lázeňské péče.

§ 57

Vznik dočasné pracovní neschopnosti

(1) Ošetřující lékař rozhodne o vzniku dočasné pracovní neschopnosti

- pojištěnce, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav pro nemoc nebo úraz (dále jen „nemoc“) nedovoluje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, popřípadě, jde-li o vznik dočasné pracovní neschopnosti v ochranné lhůtě, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání,
- pojištěnce, který byl přijat do ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu (dále jen „ústavní péče“) nebo kterému byla na základě veřejného zdravotního pojištění poskytnuta komplexní lázeňská péče,
- pojištěnce, který byl přijat do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého dítěte přijatého do lůžkové péče, s výjimkou pojištěnce, který má nárok na výplatu peněžité pomoci v mateřství,
- pojištěnce, který nemůže pro poškození nebo ztrátu ortopedické nebo kompenzační pomůcky vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, popřípadě, jde-li o vznik dočasné pracovní neschopnosti v ochranné lhůtě, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání,

e) pojištěnce vdobě nároku na výplatu peněžité pomoci v mateřství, jestliže mu závažné dlouhodobé onemocnění znemožňuje pečovat o dítě; dlouhodobým onemocněním se pro účely tohoto zákona rozumí takové onemocnění, které podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden měsíc,

f) pojištěnky, která doložila potvrzením orgánu nemocenského pojištění, že nemá nárok na peněžitou pomoc v mateřství z žádné pojištěné činnosti, a to od počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu.

(2) Dočasná pracovní neschopnost začíná dnem, v němž ji ošetřující lékař zjistil, pokud se dále nestanoví jinak.

(3) Ošetřující lékař může v případě, že pojištěnec nemohl navštívit ošetřujícího lékaře, nebo v jiných odůvodněných případech rozhodnout, že dočasná pracovní neschopnost pojištěnce vznikla i přede dnem uvedeným v odstavci 2; za období delší než 3 kalendářní dny přede dnem, v němž dočasnou pracovní neschopnost zjistil, však může ošetřující lékař tak učinit jen po předchozím písemném souhlasu příslušného orgánu nemocenského pojištění uděleného na základě žádosti ošetřujícího lékaře. Pokud ošetřující lékař rozhodl o tom, že dočasná pracovní neschopnost vznikla v období delším než 3 kalendářní dny přede dnem, v němž dočasnou pracovní neschopnost zjistil, bez souhlasu příslušného orgánu nemocenského pojištění, má se za to, že dočasná pracovní neschopnost trvá pouze 3 kalendářní dny přede dnem, v němž ji zjistil.

(4) Nejistí-li ošetřující lékař po vyšetření důvody k rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, avšak pojištěnec požaduje vydání rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, vydá ošetřující lékař rozhodnutí o tom, že dočasná pracovní neschopnost nevznikla; na toto rozhodnutí a na další postup se použije § 77 a 77a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdravý lidu o rozhodování při výkonu zdravotní péče. Tento zvláštní právní předpis platí též pro postup v případě, kdy pojištěnec nesouhlasí s datem vzniku dočasné pracovní neschopnosti nebo s tím, že byla uznána jeho dočasná pracovní neschopnost.

(5) Ošetřující lékař, který rozhodl o vzniku dočasné pracovní neschopnosti a tato neschopnost byla ukončena rozhodnutím orgánu nemocenského pojištění (§ 75), může rozhodnout o vzniku dočasné pracovní neschopnosti téhož pojištěnce v období 7 dnů po ukončení předchozí dočasné pracovní neschopnosti rozhodnutím tohoto orgánu pro stejnou nebo obdobnou nemoc, s výjimkou akutního vzplanutí téže nemoci, pouze s předchozím písemným souhlasem tohoto orgánu uděleným na základě žádosti ošetřujícího lékaře.



§ 58

Průběh dočasné pracovní neschopnosti

(1) V průběhu dočasné pracovní neschopnosti ošetřující lékař posuzuje, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný a zda se pracovní schopnost pojištěnce obnovila. Za stabilizovaný se pro účely tohoto zákona považuje takový zdravotní stav, který se ustálil na určité úrovni zdraví a pracovní schopnosti, která umožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní nebo jinou pojištěnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu, a který další léčení již podstatně nemůže ovlivnit; udržení stabilizace zdravotního stavu může být přitom podmíněno zavedením určité léčby nebo pracovních omezení.

(2) Ošetřující lékař stanoví se zřetelem na zdravotní stav pojištěnce termín příštího lékařského ošetření nebo kontroly. Tento termín ošetřující lékař vyznačuje na rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti.

(3) Prokáže-li pojištěnec existenci vážných důvodů, pro které se nemůže dostavit k ošetření nebo kontrole v den stanovený podle odstavce 2, stanoví ošetřující lékař náhradní termín.

(4) Prokázal-li pojištěnec existenci vážných důvodů, pro které se nemohl dostavit k ošetření nebo kontrole v den stanovený podle odstavce 2,

ošetřující lékař vydá nové rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti. Tato dočasná pracovní neschopnost se považuje za pokračování předchozí dočasné pracovní neschopnosti.

§ 59

Ukončování dočasné pracovní neschopnosti

(1) Ošetřující lékař rozhodne o ukončení dočasné pracovní neschopnosti

a) pojištěnce, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav umožňuje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, a to dnem, kdy tuto skutečnost zjistil, nebo nejpozději třetím kalendářním dnem od tohoto vyšetření,

b) pojištěnce, jestliže uplynulo alespoň 180 dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti a vyšetřením zjistí, že jeho zdravotní stav je stabilizovaný.

c) pojištěnce při ukončení ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče, je-li splněna podmínka uvedená v písmenu a),

d) pojištěnce, který byl přijat do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého dítěte přijatého do ústavní péče, při ukončení ústavní péče tohoto dítěte nebo při ukončení pobytu tohoto pojištěnce v zařízení, do jehož ústavní péče bylo toto dítě přijato,

**ukončení PN
- nejpozději třetím
kalendářním dnem
od dne zjištění
schopnosti pracovat**

Vlastní cestou v léčbě osteoartrózy



PIASCLEDINE® 300

Avocado and soya unsaponifiables

Nový lék ze skupiny pomalu působících léků na osteoartrózu (SYSADOA) s originálním komplexem účinných látek.

Zkrácená informace o přípravku PIASCLEDINE® 300

Složení: Avocado oleum insaponificabile 100 mg, Sojae oleum insaponificabile 200 mg v jedné tobolce. **Indikace:** Léčba bolestivé osteoartrózy kolene nebo kyčle. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na složky přípravku. Přípravek je nevhodný pro pacienty alergické na sóju nebo arašidy. **Upozornění:** Není určen pro pacienty do 12 let, neměl by být podáván během těhotenství. **Nežádoucí účinky:** Piascledine je velice dobře snášen, v ojedinělých případech se mohou vyskytnout zažívací potíže. Vzácné regurgitaci s tukovou pachutí může být zabráněno užitím během jídla. Vzácně se vyskytly hypersenzitivní reakce, velmi vzácně zvýšení jaterních enzymů. **Dávkování:** 1 tobolka denně během jídla. **Balení:** 15 tobolek. **Datum poslední revize textu SPC:** 6.9.2006. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen zdravotními pojišťovnami. Dříve, než přípravek předepíšete, seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Medicom International s.r.o.

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

cena v lékárně: 199,- Kč

www.piascledine.cz

další možnosti ukončení PN

- e) pojištěnce, který po opravě nebo opatření nové ortopedické nebo kompenzační pomůcky může vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, **popřípadě, vznikla-li dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě nebo trvá-li dočasná pracovní neschopnost po skončení dosavadní pojištěné činnosti, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání.**
- f) pojištěnky, která má nárok na peněžitou pomoc v mateřství, k počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu, pokud pojištěnka nezačala pobírat peněžitou pomoc v mateřství dříve,
- g) pojištěnce, kterému závažné dlouhodobé onemocnění znemožňovalo pečovat o dítě, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav opět umožňuje pečovat o dítě,
- h) pojištěnky, která byla v dočasné pracovní neschopnosti v souvislosti s těhotenstvím a porodem podle § 57 odst. 1 písm. f), uplynutím šestého týdne po porodu, pokud není nadále dočasně práce neschopna z jiných důvodů,
- i) pojištěnce, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav umožňuje plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, vznikla-li dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě nebo trvá-li dočasná pracovní neschopnost po skončení dosavadní pojištěné činnosti, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání,
- j) pojištěnce, který se nedostaví k lékařskému ošetření nebo kontrole zdravotního stavu v den, který je vyznačen na rozhodnutí podle § 58 odst. 2, aniž by pojištěnec prokázal existenci vážných důvodů, pro které se k tomuto ošetření nebo kontrole nemohl dostavit, a to tímto dnem,
- k) pojištěnce, který byl uznán plně nebo částečně invalidní, a to nejpozději třicátým dnem ode dne následujícího po dni, v němž byl pojištěnec uznán plně nebo částečně invalidní; lékař okresní správy sociálního zabezpečení je povinen neprodleně ošetřujícího lékaře o dni uznání plně nebo částečné invalidity písemně informovat. Byl-li pojištěnec uznán plně nebo částečně invalidní na základě výsledku soudního řízení o žalobě, ošetřující lékař ukončí dočasnou pracovní neschopnost nejpozději do 10 dnů po písemném vyrozumění orgánem, který vydal rozhodnutí o plném nebo částečném invalidním důchodu, o výsledku tohoto řízení; ošetřující lékař je přitom povinen vyzvat pojištěnce nejpozději v pracovní den následující po dni, v němž byl písemně vyrozuměn o výsledku tohoto řízení, aby se neprodleně dostavil k ošetřujícímu lékaři za účelem ukončení dočasné pracovní neschopnosti. Dočasnou pracovní neschopnost ukončí ošetřující lékař podle věty dru-

hé, i když se pojištěnec na výzvu ošetřujícího lékaře k němu nedostaví.

- l) pojištěnce, který je poživitelem starobního důchodu a jehož pojištěná činnost skončila přede dnem, od něhož v době dočasné pracovní neschopnosti vznikl nárok na výplatu starobního důchodu, a to nejpozději dnem, kterým podle písemného oznámení orgánu nemocenského pojištění **zanikl nárok na nemocenské**, pokud k ukončení dočasné pracovní neschopnosti nedojde dříve podle písmen a) až e) nebo j).

(2) Ošetřující lékař dočasnou pracovní neschopnost neukončí podle odstavce 1 písm. k) u pojištěnce, který byl uznán částečně invalidní, pokud u tohoto pojištěnce po dni, v němž byl uznán částečně invalidní, nastala nebo trvá jiná porucha zdraví, než která byla důvodem uznání dočasné pracovní neschopnosti, anebo nastaly nebo trvají jiné důvody, které by odůvodňovaly uznání dočasné pracovní neschopnosti, a tato porucha nebo tyto důvody neumožňují pojištěnci vykonávat pojištěnou činnost nebo plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, jestliže pojištěná činnost skončila, a to i když pojištěnec uchazečem o zaměstnání není; v tomto případě dočasná pracovní neschopnost pokračuje dále. Ošetřující lékař je povinen stanovit den, od něhož dočasná pracovní neschopnost pokračuje z důvodů uvedených ve větě první.

(3) Na postup při nesouhlasu pojištěnce s rozhodnutím o ukončení dočasné pracovní neschopnosti podle odstavců 1 a 2 se použije § 77 a 77a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, o rozhodování při výkonu zdravotní péče.

§ 60

Rozhodnutí ve věcech dočasné pracovní neschopnosti

Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, které po dobu dočasné pracovní neschopnosti slouží též jako průkaz dočasné práce neschopného pojištěnce, rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti a rozhodnutí o změně režimu dočasné práce neschopného pojištěnce vydává ošetřující lékař na předepsaných tiskopisech. Část těchto tiskopisů, která je určena pro zaměstnavatele, nesmí obsahovat statistickou značku diagnózy nebo jiný údaj, z něhož lze diagnózu dovodit.

V dalším pokračování příště rozebereme povinnosti a oprávnění lékařů, zařízení závodní preventivní péče, povinnosti a oprávnění dočasné práce neschopného pojištěnce i zaměstnavatele, kontrolu dodržování režimu, podmínky nároku na ošetřovné...

***těšíme se na vyjádření
Vašeho názoru,
zkušeností či postoje
k tomuto tématu na
e-mail odpovědného
redaktora rubriky:
svl.cz@seznam.cz,
nebo na adresu redakce:
practicus.svl@cls.cz***



Akutní dušnost / srdeční selhání

Akutní srdeční selhání často nasedá na chronickou srdeční nedostatečnost, může být i první manifestací onemocnění, nejtěžší formou kardiálního selhání je kardiogenní šok.

Plicní edém je akutní, život ohrožující stav, který ohrožuje akutně pacienta na životě. Pokud se nezačne léčit bezprostředně po jeho vzniku, je riziko úmrtí pacienta velmi vysoké.

Etiologie kardiální insuficience může být různá, ale vždy platí, že jen rychlá a účinná pomoc má naději na úspěch.

Příčinou akutního levostranného srdečního selhání je neschopnost levé komory přečerpávat dostatečné množství okysličené krve do velkého oběhu tkání se vznikem postkapilární plicní hypertenze. Mezi nejčastější příčiny vzniku levostranného srdečního selhání patří hypertenze, akutní IM, aortální stenosa, myokarditida, dilatační kardiomyopatie, hypertrofická obstrukční kardiomyopatie, ruptura mezikomorové přepážky při AIM, akutní aortální regurgitace při disekci aorty a infekční endokarditida.

Patofyziologie a klinická manifestace SS v sobě v různém stupni zahrnují jak projevy vzniklé z nedostatečné perfúze orgánů, tak z městnání před selhávající komorou.

Akutní pravostranné selhání znamená náhlé selhání čerpací funkce pravé komory v důsledku tlakového (akutní plicní embolie, pneumotorax, status astmaticus) nebo objemového přetížení (ruptura mezikomorové přepážky), poruchy plnění (srdeční tamponáda) nebo i poruchy integrity pravé komory (infarkt myokardu PK).

Případ noční dušnosti

02.42 Dispečink RLP přijímá špatně srozumitelnou výzvu 65leté pacientky: „Nemohu dýchat, nemohu popadnout dech.“ Na cílený dotaz připouští bolest na hrudi.

03.00 Příjezd RLP na místo. Pacientka sedí na zemi u dveří, opocená s chladnou periferií, již skrze dveře do bytu je slyšet „vlhké“ dýchání. Sedí v předklonu, nemůže mluvit. Nasazen pulsní oxymetr, SpO₂ 67 %. Ještě na zemi jako první zákrok je pacientce zavedena ihned i.v. kanyla a aplikován Furosemid forte 125 mg i.v. Pacientka dále ošetřována v polosedě na křesílu. Poslechově bilaterálně vlhké chropy difúzně prodloužené expirium a pískoty. (Šlo by jistě zde namítnout, že není znám krevní tlak pacientky, ale pokud je jasný poslechový nálezný s vlhkými fenomény, je jistě namístě podat lék první volby, tedy diuretikum.) Pacientce je dále nasazena O₂ polomaska, dále 100 mg Hydrokortizonu i.v. Otoky DK bilaterálně do poloviny bérků. Podán Fentanil 1 ml i.v. Přechodně udává pacientka mírnou úlevu, vzestup SpO₂ k hodnotám 86 až 90 %. Nasazena nekrvavá venepunkce (Esmarchovo škrtidlo na obě DKK ve výši stehna a na paži PHK).

03.28 Pacientka je v pojezdovém křesílu v domě bez výtahu svezena do sanity. Zde opět nárůst dušnosti, pokles SpO₂ (78), tachykardie 140/150 min. Přistoupeno k endotracheální intubaci. Podán Hypnomidat 20 mg i.v., SCCHJ 80 mg i.v. Po provedení ETI je z ET kanyly opakovaně odsáváno tekuté zpěněné mírně sanguinolentní sputum. Pacientka sedovaná, podán Fentanyl 4 ml i.v., relaxovaná Arduanem 4 mg i.v. Připojena k ventilátoru, ventilační režim SIMV, ve kterém nastaven PEEP 8 (PEEP – pozitivní endexpirační

tlak). Před transportem zavedena NGS. Kape infuze Plasmalyte 1000 ml. Pro pokles tenze 60/90 nasazen Noradrenalin startovací dávka 0,5 mg/hod. Pacientka transportována na RES, dále sedovaná, podpora oběhu katecholaminy, provedeno ECHO, kde dilatace srdečních oddílů EF 25–30 %.

5. den se stav lepší, udržována negativní tekutinová bilance, pacientka extubována, ventilačně je sufficentní.

7. den překlad k další terapii na JIP interního oddělení.

17. den Po dalších 10 dnech propuštěna do domácího ošetření.

Selhávající pacient na LSPP

21.40 Na dispečink ZZS volá lékařka LSPP a požaduje transport klidové dušné pacientky na interní ambulanci nemocnice.

21.43 Vzhledem ke krátké vzdálenosti od ordinace příjezd ZZS na místo. V ambulanci LSPP sedí klidově dušná pacientka. Udává potíže s dechem asi dva dny, namáhavé dýchání je slyšet již z čekárny. Pacientka má již připravenou zprávu o vyšetření, ale to nejdůležitější bohužel nemá: i. v. kanylu. ZZS zajišťuje žilní vstup, podán Furosemid forte 1 amp i.v. Poslechově množství vlhkých chropů s maximem bazálně. Tachykardie kolem 150 min. Nasazena O₂ polomaska, vstupní SpO₂ 82 %.

21.53 Pacientka je vsedě transportována do vozu RLP a převezena na interní ambulanci.

21.58 Zde při pokusu o natočení EKG v leže dochází opět ke zhoršení dušnosti, pacientka je neprodleně posazena a transportována k další terapii na JIP interního oddělení.

U akutního SS je pro praktické lékaře velice důležité ihned po diagnostice (většinou nedělá problém) zahájit účinnou terapii. Pacient zůstane do příjezdu RLP v klidu, nejlépe v polosedě a pod trvalou kontrolou lékaře. Zavedeme i.v. kanylu a ihned podáme diuretikum, je-li potřeba, i opakovaně. *Zavedení i.v. kanyly je základním úkonem přednemocniční péče. Pokud by ji PL nezavedl nebo se o to alespoň nepokusil, mohlo by to být považováno za postup „non lege artis“.* Diuretikum (Furosemid) snižuje preload cestou žilní vazodilatace. Pokud máme k dispozici, podáváme O₂ polomaskou, monitorujeme HR a krevní tlak. U těchto stavů lze očekávat rozvoj těžké respirační insuficience s nutností provedení ETI a zahájení UPV. Nekrvavá venepunkce je jistě při těžkém plicním edému také jednou z užitečných metod k podpůrné terapii. Opiáty snižují afterload i preload, rovněž mírní pocit dušnosti a tlumí bolest. Nitráty vedou k žilní vazodilataci, kontraindikací je hypotenze, opatrnost je potřeba u pacientů s aortální stenózou nebo hypertrofickou obstrukční kardiomyopatií (což samozřejmě bez anamnézy ambulantně nezjistíme).

Méně běžné léky – zde uváděné:

- **Arduan** – kurariformní svalové relaxans, používané při intubaci
- **Hypnomidat** – nitrožilní anestetikum používané k úvodu do anestezie, účinek 3–5 min.
- **Plasmalyte** – izotonický roztok vhodný jako vehikulum i náhrada krevní ztráty



prim. MUDr. Jaroslava
Ščamburová

**nekrvavá venepunkce
je i v dnešní době
dobrým medicínským
opatřením
v přednemocniční péči**

**zavedení kanyly
do periferní žíly
by měl zvládnout každý PL**

Depresivní pacient



MUDr. Radkin Honzák, CSc.

**depresivní jedinec dává
najevo svou
bezmoc,
bezvýchodnost,
neschopnost
cíleného
racionálního chování**

Přestože deprese je v jistém smyslu opakem agrese, jednání s depresivním jedincem je neméně náročné. Ten kolem sebe totiž šíří špatnou náladu jako neinfekční nákazu. Všichni ze zkušenosti známe, jak otrávený či bědující člověk dokáže rychle otrávit atmosféru ve svém okolí. Většina z nás se proto instinktivně snaží kontaktu s ním vyhnout. Vznešeně se říká, že deprese má „sociálně repudiační“ charakter, tedy že doslova svoje okolí odpuzuje, a to i tehdy, chce-li mu původně nabídnout pomoc.

Tyto postoje jsou kódovány hluboko biologicky, a není proto třeba se za ně stydět. Opakovaně bylo prokázáno, že se tak chovají i naši fylogeneticky starší příbuzní. Aplikujeme-li některé opici žijící v tlupě (tlupa již má určité sociální uspořádání) dysforikum, tedy látku vyvolávající depresi, začne se tato opice také depresivně chovat: sedí sklesle, vydává naříkavé zvuky atd. V tomto momentu jí ostatní členové tlupy přispěchají na pomoc a „komfortují“ ji, tedy hladí ji, vískají a všemožně dávají najevo svou sociální podporu. Jestliže se však postižená opice „nevzchopí“ (a to ani nemůže, protože poskytnutá podpora nepřeváží nad účinkem chemie), vyženou ji. Doslova a do písmene proto, že jim kazí a ohrožuje morálku skupiny.

Depresivní jedinec dává najevo svou bezmoc, bezvýchodnost, neschopnost cíleného racionálního chování a současně jako by (někdy až hrdě) signalizoval, „dělej, co chceš, stejně mi nepomůžeš“, čímž staví do bezradné a bezmocné pozice i své okolí. Je prokázáno, že nejbližší příbuzní těžce depresivních pacientů pociťují stejnou psychickou zátěž jako pacienti, podobně jako psychiatrický personál, který o tyto pacienty systematicky pečuje.

Pamatuji se na pacientku, která mě doslova deptala, a to v době, kdy mi bylo už skoro padesát let a považoval jsem se za zkušeného. Každé sezení zahajovala větou „Pane doctore, zasej to není lepší, já vás dneska nepotěším“, pronášenou triumfálně kňouravým hláskem a doprovázenou příslušnou mimikou. Marně jsem jí vysvětloval, že za mnou nechodí, aby mě potěšila. Následoval stereotypní výčet obtíží hodnocených jako zcela nesnesitelné a závěrem dodala, že nové léky opět nepomohly. Když jsem ji viděl v čekárně, přemýšlel jsem, jestli ji nemám vzít hned, abych se jí zbavil. Ale to by zas bylo nefér vůči pacientům, kteří tam seděli už hodinu...

Jednou jsem ji nechal vyplnit jakousi inventuru intenzity obtíží: na tři týdny pro každou hodinu jedno políčko, do kterého měla jako školní známky zapisovat od jedničky do pětky kvalitu své nálady. Je to dobrá metoda, protože každého otráví psát jen pětky a po čase se objeví i lepší známka, té je možné pak se zachytit a sledovat,

co může náladu zlepšit. Otrávil to každého, ji však ne: s výjimkou prázdného okénka v 11.00 hodin v úterý ve druhém týdnu (to políčko nestačila vyplnit, protože „neměla čas“) to byla jedna sardel vedle druhé.

Nabral jsem dech a povídám: „Paní B., vezměte rozum do hrsti – jak tak na vás koukám, pohodlně se tam vejde – a uvažujte. Říkáte, že vaše nálada je ráno nejhorší, tak logicky musí být večer lepší, ne?!“ Utřela mě tragickou mollovou árií: „Ále večír je to taky strašnýýý!“ Tehdy jsem pochopil, že její cílovou premií není dobrá nálada, ale můj scalp. Ten nezískala a vycházíme spolu dobře od chvíle, kdy jsem jí jasně řekl, že pokud sama pro sebe něco nezačne dělat, věci se nezlepší. Zato však svým bēdováním terorizuje zbytek své rodiny, ve které přežila zatím o dvacet let svého původně vitálního manžela.

Zde bych asi nemluvil o depresi, nýbrž spíše o vyděračském životním stylu, nicméně naše vztahy s depresivními pacienty a postoje k nim mohou být podobné. Tím spíše, že skutečně depresivní pacienti ve snaze vyhnout se nálepce psychiatrické diagnózy shodně se svým okolím jsou ochotni překvalifikovat svůj stav na nedostatek vůle, celkovou slabost a dokonce i lenost a důsledně nabízejí v ordinaci své tělesné symptomy, které jsou nedílnou součástí depresivního komplexu. Takže **typický depresivní pacient** v ordinaci praktického lékaře si stěžuje na bolesti (hlavy, na hrudi, v břiše, v zádech, ve sva-lech), které nemají žádný organický podklad, na dyspeptické obtíže, někdy charakteru dráždivého tračníku, na zácpu a na typickou nespavost, následovanou ranní únavou a neschopností se soustředit.

Pro rychlou orientaci, zda se jedná o depresi, či ne, pomůže akronym **SASA**, v němž každé písmeno představuje jeden okruh symptomů. **S** = spánek; pacienti se probouzejí po půlnoci nebo nad ránem o dvě až tři hodiny dříve a po ránu je jejich nálada i výkon horší než večer (večer se jim dokonce může jejich stav jevit jako docela dobrý). **A** = anhedonie, tedy neschopnost se radovat, mít potěšení z emočně kladných podnětů, ztráta životního elánu, radosti, životní „šťávy“ (jak vyždímanej citron). **S** = sebehodnocení, které je výrazně snižené co do dosažených či naplánovaných cílů, prožitků, vlastních kvalit a schopností si nějak pomoci. **A** = apetit, který bývá většinou snížen a doprovázen váhovým úbytkem bez tendencí redukovat tělesnou hmotnost. Jestliže jsou naplněny tři ze čtyř uvedených okruhů a stav trvá déle než několik týdnů, můžeme vsadit sirotčí peníze na to, že se jedná o chorobnou depresi.

Abychom se vyhnuli frustracím a uměli správně vyhodnotit zdravotní stav, je třeba si uvědomit,

**po stanovení diagnózy
deprese je spolupráce
sestry při přesvědčení
pacienta k léčbě
nezastupitelná**

že deprese není smutná nálada (ta může být a dokonce bývá častěji mrzutá, otrávená nebo líčená jako „stav bez nálady“), ale rozvrat řídicích funkcí zasahující nejen emoce (kdy nejtíživější je neschopnost se radovat nebo na něco těšit; klíčová může být věta „Ani na vnoučata se už netěším a nemám z nich žádnou radost.“), ale také rozumové a rozhodovací funkce, zpomalení a zhoršení mentálního výkonu, nerozhodnost až bezradnost. U starších lidí se velmi často stává, že jejich těžší až těžká deprese je nesprávně diagnostikována jako demence. Psychiatrie tento stav označuje za pseudodemenci.

V roce 1987 mi poslal kolega padesátiletou pacientku s diagnózou náhle vzniklé demence, jejímž kardinálním symptomem bylo, že dosud výborná kuchařka „zapomněla, jak se vaří knedlíky“. Stanovení správné diagnózy vedlo ke specifické antidepressivní léčbě a příznaky pseudodemence a posléze i deprese do dvou měsíců ustoupily. Dodnes je pacientka na udržovacích dávkách (vysadit se nám nepodařilo), sama sebe hodnotí jako zdatnou a schopnou, protože v létě jezdí autobusem „s holkama“ cvičit do Chorvatska a v zimě k mamince do Jizerských hor na běžky.

Uvědomíme-li si komplexní psychosomatický deficit doprovázející depresivní onemocnění, pomůže nám to začít vnímat depresivní pacienty stejně nepředpojatě jako jiné a vyjít přiměřeně vstříc jejich potřebám. Na jejich negativní bilancování minulosti, přítomnosti i budoucnosti („celý můj život nestál za nic, teď je to zoufalé a už nikdy to nebude lepší“) pomáhají víc než útechy a ujišťování tzv. zpochybňující otázky, které „dotahují“ jejich pochybnosti a špatné sebeoceny až do nejzazších důsledků, a je vhodné neklást je jen jako otázky řečnické, ale vyžadovat na ně konkrétní odpovědi:

- Opravdu jste na tom tak špatně? Vždyť si vzpo-

meňte na..., kdy jste na tom byla daleko hůř, a také jste se z toho dostala.

- Opravdu jste v životě nikdy nic nedokázal? A co vychovat děti?
- Opravdu jste nikdy nezažil nic pěkného?
- Opravdu věříte tomu, že už vás nemůže potkat nic dobrého?
- Opravdu se nemáte na co těšit?
- Opravdu si myslíte, že vám nic nepomůže? To nám nevěříte?

Jestliže i lékař stanoví diagnózu deprese, je spolupráce sestry při přesvědčení pacienta, aby se odpovídajícím způsobem léčil, zvláště když se mu do toho nechce, nezastupitelná. Může mu totiž mnohem „lidštějším“ způsobem (mám tím na mysli méně autoritativně, než to mívá ve zvyku lékař) vysvětlit, že deprese není ostuda, že je léčitelná a že po odeznění je člověk naprosto „normální“, že antidepressiva nejsou v žádném případě návykové látky, zatímco diazepam, lexaurin či neurol, které si pokoutně obstarává, mohou vést k návyku, že s ústupem deprese se vrátí spánek, elán a životní síla, která mu pomůže překonat stresy vzniklé během jeho přechodného oslabení.

MUDr. Radkin Honzák, CSc. – promoval v r. 1962 na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze. Po čtyřleté praxi v Psychiatrické léčebně v Kosmonosích nastoupil jako psychiatrický konziliář v dnešním IKEM, kde na částečný úvazek pracuje dosud. V letech 1990–1999 byl vedoucím Oddělení lékařské psychologie, psychoterapie a psychosomatiky 1. LF UK, od roku 1999 dosud je odborným asistentem Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK Praha, dále je odborným asistentem Psychiatrické katedry IPVZ. Léta byl vedoucím redaktorem prezidiálního časopisu ČLS JEP Praktický lékař. Je autorem mnoha prací publikovaných u nás i v zahraničí.

**těšíme se na vyjádření
Vašeho názoru,
zkušeností či postoje
k tomuto tématu na
e-mail odpovědného
redaktora rubriky:
svl.cz@seznam.cz
nebo na adresu redakce:
practicus.svl@cls.cz**

Odborné konference pro sestry z ordinací praktických lékařů – podzim 2008

NEUROLOGICKÝ PACIENT V PRIMÁRNÍ PÉČI

Podzimní konference sekce primárních sester.

Pořádá sekce primárních sester České asociace sester, SVL ČLS JEP, HARTMANN-Rico, a.s. (generální partner ČAS)

Termíny:

20.10., 15.00–17.00 hodin, Praha, přednáškový sál ÚVN

25.11., 15.00–17.00 hodin, Praha, aula FN Motol

30.10., 15.00–17.00 hodin, Plzeň, místo bude doplněno

4.12., 15.00–17.00 hodin, Brno, kinosál FN Bohunice

4.11., 15.00–17.00 hodin, Ostrava, Hornické muzeum

ČTE TUTO RUBRIKU I VAŠE ZDRAVOTNÍ SESTRA?

Tato rubrika je určena pro zlepšení informovanosti a vzdělávání Vaší zdravotní sestry.



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 odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to nejpozději do 15. 10. 2008. Písemné odpovědi zasílejte na adresu Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, U Hranic 16, 100 00 Praha 10.

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

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

Dyspepsie horního typu

1. mezi indikace k časné endoskopii u dyspepsie patří:

- a) říhání
- b) krvácení
- c) mikrocytární hypochromní anémie

2. Jedním z alarmujících příznaků u dyspepsie je nechtěné zhubnutí charakterizované jako:

- a) zhubnutí o více než 10 % hmotnosti za 6 měsíců
- b) zhubnutí o více než 10 % hmotnosti za 3 měsíce
- c) zhubnutí o více než 25 % hmotnosti za 6 měsíců

3. Pacienti s dyspepsií, kteří užívají NSA, mají zvýšené riziko peptického vředu:

- a) 1,1×
- b) 2×
- c) 5×

4. Správné užívání PPI v ranním podávání je:

- a) 30–60 min. před snídaní

- b) během jídla
- c) po snídani

Chřipka – medicínské a ekonomické aspekty

5. U nás na trhu jsou vakcíny:

- a) pouze inaktivované
- b) inaktivované i živé atenuované
- c) pouze živé atenuované

Cystická fibróza v České republice

6. Co se zjišťuje v potu při podezření na cystickou fibrózu plic:

- a) koncentrace natria
- b) koncentrace kalia
- c) koncentrace chloridů

Chrápání a obstrukční syndrom spánkové apnoe

7. Mezi příznaky spánkové apnoe nepatří:

- a) chronická ospalost během dne
- b) záchvaty usínání během dne
- c) neúčinnost hypnotik

8. V lidské medicíně mají hlavní význam:

- a) Chlamydia trachomatis
- b) Chlamydophila pneumoniae
- c) Chlamydophila caviae

9. Jednotlivé sérovary Chlamydia trachomatis mohou způsobit:

- a) respirační infekce a atypickou pneumonii
- b) oční nebo genitální infekce
- c) lymfogranuloma venereum

10. Standardní délka léčby u infekce Chlamydia trachomatis v současné době je:

- a) krátkodobá jednodenní nebo třídenní léčba
- b) 2týdenní léčba (u postižení prostaty nebo nadvarlat 4týdenní)
- c) dlouhodobé 12týdenní cykly

Správné mohou být 1–3 odpovědi.

test 8/2008

Správné odpovědi testu č. 7/2008:

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

odpovědní lístek – test č. 8/2008

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 |