



Respiro

časopis pre kontinuálne vzdelávanie v pneumológii a ftizeológii

3

Kvalita života

u nemocných s CHOPN vyžadujúcí DDOT

Optimálny manažment nádchy

a jeho význam v pneumológii

Compliance pacientov

*s prieduškovou astmou
pri samomonitorovaní PEF*

Chronický kašeľ a bronchiálna astma

versus refluxová choroba pažeráka

Na linke je hlavný odborník	3
Kvalita života u nemocných s CHOPN vyžadujúci dlhodobou domáci oxygénoterapií	5
Optimálny manažment nádchy a jeho význam v pneumológii	9
Potreba dôkazov Národné a medzinárodné smernice na liečbu CHOCHP	14
Compliance pacientov s prieduškovou astmou pri samomonitorovaní PEF	17
Astma zdroje informácií na internete	20
Chronický kašeľ a bronchiálna astma versus refluxová choroba pažeráka	22
Management terapie respiračných infekcií v ambulantnej praxi	25
Lemierrov syndróm	28
Diagnostický algoritmus pleurálneho syndrómu v ústavných podmienkach	29
Poézia a realita tetováže v pneumológii	31
Tuberkulóza a géniovia	32
MUDr. Milan Jurikovič, CSc. sedemdesiatročný	33
Pokyny pre prispievateľov	34
Poliklinické oddelenie TaRCH Bardejov	35
VI.Bardejovské dni pneumológov a ftizeológov	37

Vážení a milí čitatelia

letné horúčavy sú už dúfam za nami. Človek ťažko znáša presilu prírody. Ja osobne však ešte ťažšie znášam presilu ľudskej zloby, ignorancie a arogantnej hlúposti (lebo arogancia je hlúpa a hlúposť väčšinou arogantná). Veľmi ťažko znášam, keď prídem do úradu (vyhýbam sa tomu, ako len môžem), do obchodu či na benzínovú pumpu a za niekoľko sekúnd kontaktu s vládnuou triedou – byrokraciou či službami občanom – sa cítim ako posledný idiot (s prepáčením), teda – aby to bolo hodné dnes už renomovaného odborného časopisu – ako človek nekompetentný. Nekompetentný, lebo nevie, aké formality treba na vybavenie takého či onakého dokumentu, nekompetentného, lebo do servisu s poruchou na aute neprišiel už s hotovou diagnózou a nevie, že na vine je semering (alebo že „spadol štift do trību“, ako pôvabne hovorieval protagonistka kultúry v medziludských vzťahoch Miroslav Horníček). A tak sú nekompetentní ľudia na uliciach stále zamračenejší a nevrlejší. Nielen preto, že sa akýmsi záhadným spôsobom nedvíha životná úroveň. Iste aj preto, že u nás na Slovensku je naozaj človek človeku vlkom. Alebo aspoň ľahostajným a bezohľadným nevšímavcom. A potom si nahromadenú frustráciu z vlastnej nekompetentnosti vršíme na najbližších alebo – na našich zákazníkoch.



Stretol som sa s názorom svojho kolegu: keď sa ku mne na každom úrade chovajú takto, neviem, prečo by som sa ja mal chovať ináč ku svojim pacientom. Prečo by som im mal vychádzať v ústrety pri organizácii vyšetrení, nech prídu hoci aj desaťkrát.

Viem, že práve pre Vás, ktorí toto číslo nášho časopisu držíte v rukách, nie je moje trpké zamyslenie určené. Som si istý, že práve Vy vychádzate svojim pacientom maximálne v ústrety.

Uplyňajte prosím v tomto duchu aj na svoje okolie. Začnime od seba, teda od našej profesie. Dokážme, že tí kompetentní, ktorí tvrdia, že lekári myslia v prvom rade ekonomicky a až potom na prípadné potreby pacienta, sa mýlia. Že pacient nie je pre nás, pre lekárov (ale ani pre sestry a sanitárov) stránka za prepážkou. Že to myslíme s našou prácou úprimne.

A raz to možno začnú úprimne myslieť aj tí, pre ktorých sme stránkou my, zdravotnícki pracovníci.


Ladislav Chovan



RESPIRO, Ročník 2, 2000, č. 2.
Časopis pre kontinuálne vzdelávanie v pneumológii a ftizeológii.

Vydavateľ: Q-EX, a.s., Brianska 1, 911 05 Trenčín, tel.: 0831/502 111
Grafická úprava: Stanislav Dunaj

Redakčná rada: šéfredaktor: doc. MUDr. Ladislav Chovan, CSc.
Katedra tbc a respiračných chorôb SPAM, NÚ TaRCH Bratislava - Pod. Biskupice
zástupca šéfredaktora: prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc.,
NÚ TaRCH Bratislava - Podunajské Biskupice

Členovia redakčnej rady:

A. J. Krzywiecki (Zabrze, Poľsko)
J. Homolka (Praha, ČR)
V. Kašák (Praha, ČR),
S. Kos (Janov, ČR)
J. Musil (Praha, ČR)
O. Ošřádal (Olomouc, ČR)
M. Pešek (Pizeň, ČR),
V. Špičák (Praha, ČR)
V. Votava (Praha, ČR)
P. Zatloukal (Praha, ČR)

A. Bajan (Bratislava, SR)
P. Bánovčin (Martin, SR)
P. Beržinec (Nitra - Zobor, SR)
M. Černá (Bratislava, SR)
M. Hájková (Bratislava, SR),
M. Hrubíško (Bratislava, SR)
I. Hruškovič (Bratislava, SR)
P. Kasan (Bratislava, SR)
O. Kuchárik (Bratislava, SR),
P. Kukumberg (Bratislava, SR)
H. Leščišinová (Bardejov, SR)
I. Majer (Bratislava, SR)

V. Parrák (Bratislava, SR)
Š. Petříček (Nitra - Zobor, SR)
V. Pohanka (Dolný Smokovec, SR)
E. Rajecová (Bratislava, SR)
E. Rovenský (Kvetnica, SR)
E. Rozborilová (Martin, SR)
D. Salát (Štrbské pleso, SR)
I. Solovič (Vyšné Hágy, SR),
J. Sýkora (Bratislava, SR),
M. Švejnochová (Bratislava, SR)
K. Virsik (Bratislava, SR)



Na linke je hlavný odborník

Vážení spolupracovníci v odbore, milí čitatelia,

bol som príjemne prekvapený Vašimi pozitívnymi reakciami na predchádzajúcu tému príhovoru, ktorý sa týkal návrhu reštrukturalizácie. Dovoľte mi preto aspoň v krátkosti uviesť problematiku, ktorá by mala predchádzať úvahám o potrebnosti a nevyhnutnosti existencie a dokonca rozsahu činnosti akýchkoľvek zdravotníckych zariadení. Je smutné, že do zdravotníckej praxe sa ani po 11 rokoch od nežnej revolúcie nepodarilo zaviesť systém nepretržitej kontroly kvality s auditmi zdravotníckych zariadení, s akreditáciami pracovísk a s certifikátmi na rôzne zdravotnícke činnosti. Použité termíny sú Vám všetkým notoricky známe, aj keď ich napĺňanie je v plienkach. Vďaka zvláštnemu manažmentu choroby hlavy štátu je v súčasnosti populárny AUDIT. Podľa rôznych slovníkov audit znamená revíziu, kontrolu, vyúčtovanie, výsluch, zúčtovanie, skúmanie, alebo súvahu, ale azda najvhodnejší a najmodernejší termín je previerka riadenia akosti. Vnútorňý, alebo interný audit by si malo robiť každé zdravotnícke zariadenie najmenej raz ročne vo vlastnej réžii podľa dohodnutých kritérií. Mal by predstavovať kritický pohľad na kvalitu činnosti všetkých prevádzok a posúdenie toho, v čom zaostávame a prečo. K internému auditu by mali mať blízko výročné správy zariadení za predpokladu maximálnej objektívnosti (t.j. bez kozmetických úprav). Externý audit je vykonávaný vybranými (a nezávislými) externými expertmi na vybrané činnosti. Výrazne by sa mal líšiť od kontrol nadriadených v nedávnej minulosti, kedy sa po výdatnom obede a koštovke miestnych alkoholických špecialít kontrolný orgán od stola spýtal: tak čo chcete, aby som uviedol do protokolu o kontrole ?

Kvalitu čohokol'vek, teda aj zdravotníckych činností, nie je možné dosiahnuť bez vedomého úsilia a plánovania. Nepri-de sama od seba, neobjaví sa automaticky, nedá sa dosiahnuť okamžite, ale postupným a cieľavedomým presvedčaním okolia, lebo človek, a teda aj zdravotník, je tvor lenivý (česť výnimkám). Tiež ju nie je možné naordinovať od stola administratívnych pracovníkov, ovládajúcich niekoľko definícií zo zahraničného manažérskeho rýchlokurzu. Bezmyšlienkovité opakovanie hesiel, ako je riadenie celkovej kvality (TQM - total quality management), nepretržité zdokonaľovanie kvality (CQM - continuous quality improvement), či zabezpečovanie kvality (QA - quality assurance) je iba prázdnu nálepkou ničnerobenía, pokiaľ sa nezačne s boles-tivým uvádzaním do praxe.

Medicínske povolanie malo doteraz výraznú autonóm-nosť, do ktorej si nechce nechať rozprávať. Preto sa väčšina leká-rov bráni tomu, aby kvalitu ich práce posudzoval niekto iný. Vety typu: robím to tak už dvadsať rokov a doteraz sa nikto nesťa-žoval ..., sú ale skôr obžalobou, ako obhajobou tiež-lekárov. Niečo podobné platí aj o zdravotníckych zariadeniach. Predstavy o kva-lite medicínskych služieb sú rozdielne, a preto nie je možné pone-chať hodnotenie kvality iba na vedení nemocnice, ústavu, lôžko-vých či ambulatných oddelení, kliniky, či vysokošpecializova-ných zariadení. Medializácia kvalitných lekárov a zdravotníckych zariadení na stránkach časopisov je tiež záslužný a pochopiteľný krok k získaniu klientely, ale je plná subjektivity a môže niekedy pôsobiť kontraproduktívne na pacienta, ktorý právom očakáva služby vychválené v novinách. Oklamany, alebo sklamaný pacient bude stále kritickejší, a po posledných príhodách sa bude žiadať napríklad do rakúskeho špitálu ...

Takto sa dá pokračovať do nekonečna. Skúste porov-nať kvalitu našej urgentnej starostlivosti s tým, čo produkujú na-príklad protagonisti amerického seriálu Pohotovosť. Môžete na-mietať, že v seriáloch je všetko prehnané a nepravdepodobné, ale spomeňte si, ako sme plní ideálov o pomoci svojim pacientom za-čínali slúžiť v pohotovostných službách. Najskôr sme chodili aj na WC s návodmi na riešenie naliehavých situácií, lebo sme zo školy boli podkutí hlavne teoreticky, ale postupne sme asi aj pod vply-vom okolia zaspali kdesi na polceste. Dnes už väčšinu lekárov viac zaujíma, z ktorého rajónu a z ktorej poisťovne je pacient, aká drahá bude liečba a či budeme mať na ňu peniaze od poisťovne. Čo bude ďalej?

Predstavy nového pána ministra, MUDr. Romana Kováča, CSc., sú veľmi zaujímavé. Chystá veľké zmeny. Všetky zdravotnícke zariadenia, vrátane fakultných, krajských a národných, by mali byť odštátnené. Ako verejno - prospešné zariadenia by boli usmerňované svojimi samosprávami (správnymi radami). Nemocnice nebudú rušené, ale mali by byť lepšie štrukturované. Uvažuje sa aj o platbách za stravu počas hospitalizácie a o príplatkoch za inú, ako štandardnú liečbu. Každé zariadenie by malo robiť iba tú činnosť, ktorú kvalitne zvládne, a nepredlžovať hospitalizáciu, neopakovať zbytočne vyšetrenia, nepredlžovať fatálne pauzy, prípadne neliečiť to, čo neviem liečiť. Ministerstvo zdravotníctva by malo na starosti hierarchizáciu (kategorizáciu) nemocníc a iných zariadení, na základe ktorej by bolo jasné, kto na čo má a čo môže. Prestane platiť doterajší trend (CT do každej dediny), a budú udeľované licencie na činnosti s dôrazom na hodnotenie kvality. Držme si palce, aby odbor TaRCH obstál.

V súvislosti s návrhom reštrukturalizácie v našom od-bore, ktorý som Vám predstavil v predchádzajúcom čísle, by som sa chcel ospravedlniť pani primárke MUDr. K. Ďuricovej z odde-lenía TaRCH vo Zvolene za uverejnenie nesprávnych údajov tak v

časopise Respiro č.2, ako aj v Zdravotníckych novinách č.26. Uvedených 200 lôžok mala možno tesne po vojne Liečebňa TaRCH, ale v roku 1994 došlo k prvej redukcii z 80 na 70 lôžok, od 1.12.1997 už malo odelenie 60 lôžok, po presťahovaní do nových priestorov NsP vo Zvolene sa stav znížil na 36 lôžok, a od 1.1.2000 disponuje odd. TaRCH konečným počtom 20 lôžok. Takže nie redukcia z 200 na 20, ale z 36 na 20 lôžok.

Vysvetlenie som dlžný aj pánu riaditeľovi plk. MUDr. S. Pijakovi a pracovníkom Vojenského ústavu pre choroby pľúcne (VÚCHP) v Novej Polianke. V našej kategorizačnej schéme sme ich zneznalosti zaradili do IV., neštandardnej skupiny, porovnateľnej v oddeleniach TaRCH pri NsP, ale vzhľadom na možnosti VÚCHP by patrili na iné miesto. Pánu riaditeľovi sme preto ponúkli, aby svoje zariadenie predstavil v našej rubrike, v ktorej sa predstavujú zdravotnícke zariadenia odboru. Domnievam sa, že pre všetkých nás bude užitočné dozvedieť sa všetko dôležité, aby sme vedeli, že čím je Šrobárov ústav detskej TaRCH (pôvodný názov DOLÚ TaRCH) v Dolnom Smokovci pre deti, ÚTaRCH v Kvetnici pre do-speľých, je VÚCHP v Novej Polianke pre ozbrojené zložky našej re-publiky a skoro z polovice aj pre civilných pacientov.

Píšte, volajte, telefonujte. Veľa spokojných pacientov želá

Peter Krištúfek, 22.08.2000.

KVALITA ŽIVOTA

u nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí vyžadující dlouhodobou domácí oxygenoterapií

V. Vondra¹, M. Reisová¹, M. Malý²

¹ Plicní oddělení, Praha 5, ² SZÚ, Praha 10

Souhrn: Kvalita života 166 nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN) léčených dlouhodobou domácí oxygenoterapií (DDOT) byla srovnána s těžkou CHOPN, se středně těžkou CHOPN a se skupinou zdravých (N = 101). K hodnocení kvality života byl použit zkrácený standardizovaný dotazník (SF-36, short form). Analýzou rozptylu (ANOVA) a mnohočetnou analýzou rozptylu (MANOVA) byla prokázána statisticky významně zhoršená kvalita života u skupiny s DDOT proti zdravým (P < 0,001) ve všech osmi sledovaných oblastech hodnocení kvality života. Skupina s DDOT měla také statisticky významně horší kvalitu života než nemocní s těžkým stádiem CHOPN, kteří nebyli léčeni DDOT v následujících oblastech: tělesná aktivita, všeobecné hodnocení zdraví, vitalita a společenská aktivita.

Summary: Quality of life of chronic obstructive pulmonary disease with long-term oxygen therapy. Quality of life of 166 subjects suffering from chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with long-term oxygen therapy (LTOT) was compared to moderate COPD, severe of COPD and to group of healthy subjects (N = 101). Short form standardised questionnaire (SF-36) was used for the assessment of quality of life. The analysis of variance (ANOVA) and multiple analysis of variance (MANOVA) confirmed statistically significant decrease of COPD with LTOT group compared to healthy subjects (P < 0,001) in all eight evaluated domains of quality of life. The group of COPD with LTOT had also significant decrease of quality of life compared to severe stage of COPD having no oxygen therapy in following domains: limited physical activity, general evaluation of health, vitality and social activity. Quality of life of 166 subjects suffering from chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with long-term oxygen therapy (LTOT) was compared to moderate COPD, severe COPD and to group of healthy subjects (N = 101). Short form standardised questionnaire (SF-36) was used for the assessment of quality of life. The analysis of variance (ANOVA) and multiple analysis of variance (MANOVA) confirmed statistically significant decrease of COPD with LTOT group compared to healthy subjects (P < 0,001) in all eight evaluated domains of quality of life. The group of COPD with LTOT had also significant decrease of quality of life compared to severe stage of COPD having no oxygen therapy in following domains: limited physical activity, general evaluation of health, vitality and social activity.

Hodnocení kvality života se stává nedílnou součástí studií, u nichž je dlouhodobě sledován zdravotní stav nemocných v různých oborech medicíny. Vpneumologii je tomu tak hlavně u chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN), u bronchiálního astmatu [1] a u bronchogenního karcinomu [2]. Nemocným s CHOPN, kteří potřebují dlouhodobou domácí oxygenoterapii (DDOT), je oprávněně věnována pozornost, protože tato skupina CHOPN se svojí mortalitou blíží mortalitě na bronchogenní karcinom (v ČR v posledních letech zhruba 50 - 55 / 100 000 obyvatel).

Cílem této práce je doložit standardizovanými metodami, jaká je kvalita života nemocných s CHOPN, kteří potřebují DDOT, zda a jak se liší od jiných skupin CHOPN nebo od zdravých.

Metodika

V rámci grantu IGA MZ ČR (1) jsme provedli nejprve pilotní studii u 45 mužů a 45 žen léčených DDOT v r. 1997 v ČR a ověřili validitu a reprodukovatelnost použitých dotazníků (1, 2, 8). Potom jsme z 1342 osob používajících domácí oxygenátor De Vilbiss - Gemma 92 - v r. 1997 v ČR provedli šetření u reprezentativního vzorku 166 nemocných léčených DDOT, kteří byli vybráni metodou náhodného výběru (12,4 % souboru).

K hodnocení kvality života byl použit standardizovaný dotazník (3) všeobecného typu (SF-36, Short form quality of life questionnaire). Metodologickými otázkami (reprodukovatelností, srovnání všeobecného a specifického dotazníku) jsme se podrobně zabývali v předchozích sděleních (4). Nízké skóry znamenaly špatnou kvalitu života, vysoké hodnoty svědčily pro výbornou kvalitu života. Statistické hodnocení bylo provedeno u dotazníku SF-36 analýzou rozptylu (ANOVA) v několika modifikacích. Při porovnání průměrných hodnot skóre několika skupin nemocných se používala mnohočetná analýza rozptylu (MANOVA). Touto metodou se také korigovala dosažená hladina významnosti na mnohonásobné srovnání.

Výsledky

Charakteristiku nemocných s CHOPN léčených DDOT, ostatních nemocných s bronchiální obstrukcí a zdravých ukazuje tabulka 1. Věkový průměr nemocných s CHOPN léčených DDOT 62,5 roku (SD 13,6) se nelišil od ostatních nemocných s CHOPN (63,3 r., SD 10,3), průměrný věk zdravých však byl nižší: 40,2 r.

Statisticky vysoce významné rozdíly (P < 0,001) byly prokázány ve všech osmi sledovaných dimenzích kvality života - viz tabulka 2. Největší rozdíly byly v hodnocení tělesné aktivity a v jejím omezení u CHOPN s DDOT (22,8 a 9,8) proti zdravým lidem (94,1 a 86,4).

Proti zdravým měli nemocní s DDOT výrazné omezení každodenní činnosti pro problémy fyzické i duševní. Tato skutečnost je ukázána v tabulce 3. Střední a velké omezení v komunikaci se společnostmi (rodina, přátelé, sousedi, organizace a instituce) udávalo 59 %, zatímco zdraví byli bez omezení nebo s malým omezením v 50 %. Výskyt únavy (stále, většinou, často) uváděli nemocní s DDOT v 81 % a vyčerpanosti v 72 %, u zdravých tomu tak bylo jen v 17 % a v 5 %. Podobné výsledky byly

Tab. 1 Charakteristika nemocných s CHOPN s DDOT

Diagnózy a zdraví	Počet dotazníků			Věk
	Muži	Ženy	Celkem	
Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN)	130	106	236	63,3
Bronchiální astma	82	150	232	44,6
Prostá bronchitida	19	17	36	62,8
CHOPN s bronchiálním astmatem	12	17	29	61,2
CHOPN léčená domácí oxygenoterapií (RI s DDOT)	104	62	166	62,5
Bez přesné definice obstrukce	21	15	36	53,8
Zdraví	41	60	101	40,2
Celkem	409	427	836	

Tab. 2 Porovnání skóre kvality života nemocných s respirační insuficiencí léčených dlouhodobou domácí oxygenoterapií (RI s DDOT) a u zdravých

	RI s DDOT (N = 166)		Zdraví (N = 101)		P
	Q	S. D.	Q	S. D.	
Tělesná aktivita	22,8	17,8	94,1	11,6	P < 0,001
Omezení tělesné aktivity	9,8	23,2	86,4	24,6	P < 0,001
Společenská aktivita	45,8	22,4	75,6	19,2	P < 0,001
Omezení emočními problémy	31,1	40,7	76,6	32,5	P < 0,001
Duševní oblast	52,9	18,7	71,5	13,8	P < 0,001
Vitalita	30,9	16,9	57,7	14,4	P < 0,001
Bolest	49,3	23,4	79,1	19,3	P < 0,001
Všeobecné hodnocení zdraví	18,1	11,1	72,1	17,8	P < 0,001

v hodnocení vitality, 47 % nemocných s DDOT nikdy nebo zřídka mělo elán, zdraví pouze ve 12 %, pocit energie neměli nemocní s DDOT v 70 %, zdraví ve 27 %. Nemocní s DDOT si jsou až v 87 % vědomi závažnosti svého stavu. Svědčí pro to odpovědi na 4 otázky uvedené v tabulce 4. Výrazné rozdíly jsou mezi skupinou zdravých a skupinou s DDOT v otázkách 1 až 4 ve všech krajních hodnoceních, t. j. rozhodně ano / rozhodně ne.

Jednou z posuzovaných oblastí kvality života je všeobecné hodnocení zdravotního stavu. Četnost rozdílů hodnocení (výborný + velmi dobrý / přijatelný + špatný) je mezi zdravými a léčenými DDOT výrazný (viz. tabulka 5). U nemocných s DDOT nikdy nebyl zdravotní stav hodnocen jako výborný nebo velmi dobrý, ale byl pouze přijatelný (58 %) nebo špatný (34 %). Zdraví měli výborný nebo velmi dobrý zdravotní stav v 66 % a nikdy nepovažovali svůj zdravotní stav za špatný. I běžné životní úkony nemocní s DDOT také značně omezují, např. ohýbání nebo kleknutí (v 93 %), donést si nákup dokáže jen 2 %, první patro vyjdu 4 %, do více pater dokáže vyjít jen mizivých 0,6 %, umýt se a obléknout je však schopno 31 % nemocných.

Kvalita života se také liší v řadě oblastí od ostatních nemocných s CHOPN (viz. tabulka 6). Nemocní s těžkou CHOPN (FEV1 menší než 50 % náležitých hodnot) měli statisticky významně (P < 0,001) lepší

skóre proti skupině s DDOT v oblastech:

- tělesná aktivita,
- všeobecné hodnocení zdraví,
- vitalita
- a společenská aktivita.

Z této tabulky také vyplývá, že v oblasti duševní a v omezení emočními problémy nebo bolestí je u sledovaných nemocných s DDOT postižení poměrně malé. Při hodnocení pohody, sklíčenosti, štěstí a deprese jsme u skupiny s DDOT zjistili: zřídka nebo nikdy nebyli deprimováni v 53 %, nikdy nebyli sklíčení ve 34 %, i když pohodu (stálou nebo velmi častou) mají jen v 18 % a štěstí pociťují jen v 11 %.

Diskuze

Pojem kvality života zahrnuje širokou škálu vnímání života. I když má měření plicních funkcí zásadní význam pro posouzení tíže CHOPN, nedokáže postihnout všechny hlavní faktory ovlivňující kvalitu života. Mezi ně patří nejen zdravotní stav, ale také sociální a ekonomické podmínky, psychický stav, splnění životních cílů, kulturnost i hodnotový systém v různých geografických podmínkách (1, 6).

Kvalita života je subjektivně vnímaná úroveň života, kterou lidé hodnotí své fyzické, emoční a sociální schopnosti (6). Kvalita života je pocit vznikající z rozdílů přání a míry jejich (ne)splnění v životě. Kvalita života je sice primárně určována

zdravím jednotlivce, ale také dalšími rozměry života, jako je pocit uspokojení (pocit blaha). Proto dušnost a plicní funkce i ostatní hodnoty života nemusí spolu u CHOPN korelovat. Příkladem je malá nebo špatná korelace zvýšené hodnoty funkční reziduální kapacity, snížené FEV1 a dušnosti (7). Proto jsou dotazníky na zjišťování kvality života vhodným doplněním hodnocení stavu nemocných s CHOPN. U našich nemocných s DDOT jsme korelaci mezi dotazníkem SF-36 a hodnotami FEV1 prokázali, jestliže jsme tuto skupinu porovnali se skupinou zdravých. Nízké hodnoty skóre byly provázány nízkými hodnotami FEV1 (vždy pod 50 % náležitých hodnot) u skupiny s DDOT, zatímco ve skupině zdravých byly skóre vysoké (viz. tabulka 2). Z tabulky 6 však vyplývá, že se korelace mezi skupinou s DDOT a skupinou s těžkou formou CHOPN bez DDOT snižuje a mezi těžkou a středně těžkou obstrukcí je již pouze v oblasti tělesné aktivity a všeobecného hodnocení zdraví. Jestliže byly porovnány různé parametry před a po roční aplikaci DDOT, byly nejvyšší korelace hodnocení kvality života s počtem dnů hospitalizace a se vzdáleností, kterou nemocní ušli za jeden den (9).

Také práce ze vzdáleného Vietnamu (N = 61, průměrný věk 66 let) dokazuje slabou korelaci (P < 0,05) mezi plicními funkcemi na počátku DDOT a při čtyřicetíměsíční léčbě v řadě dimenzí kvality života. Autoři použili k hodnocení dotazníky Duke (Duke health profile) a SGRQ (St George's respiratory questionnaire) (10). Při posuzování kvality života pomocí zmíněného dotazníku SGRQ Okubadejo (11) naopak našel rozdíly kvality života mezi skupinou s CHOPN před zahájením DDOT (N = 23, věk 71 r., FEV1 0,75 l, PaO2 6,95 kPa) proti kontrolám se stejně těžkou CHOPN (N = 18, 72 r., FEV1 0,94 l, PaO2 8,17 kPa). Naše práce se sestavou nemocných s DDOT nebyla zaměřena na otázku, jaký účinek má DDOT v závislosti na délce jejího trvání. Nemocní používali DDOT 1 měsíc až 5 let. Přehled léčených pomocí DDOT v ČR od r. 1993 do 1. čtvrtletí 2000 ukazuje obr. 2. Na něm jsou zahrnuty pouze údaje o koncentrátořech kyslíku De Vilbiss dodávaných firmou Gemma 92.

V poslední době se zvýšil celkový počet léčených DDOT v ČR o zhruba 5 - 10% těch, kteří inhalují tekutý kyslík. V ČR nadále platí, že hlavní indikací DDOT (t. j. zhruba v 95 %) je CHOPN. Podle Zielinského patří ČR mezi ty země, u nichž je indikace DDOT pro CHOPN v 94 % a v zbylých 6 % jsou indikací restriktivní procesy, ev. další stavy spojené s plicní hypertenzí (12).

Tab. 3, DOTAZNÍK SF-36
Omezení každodenní činnosti zdravotním stavem v posledních 4 týdnech u skupin RI s DDOT a zdraví (v tabulce jsou uváděny počty)

ČINNOSTI	RI s DDOT (N = 166)	Zdraví (N = 101)
• Nutnost zkrátit dobu	153	11
• Vykonal jsem méně	147	24
• Lze dělat jen určité věci	156	14
• Nutnost vynaložit velké úsilí na obvyklou činnost	142	6
OMEZENÍ KAŽDODENNÍ ČINNOSTI PRO DUŠEVNÍ PROBLÉMY		
• Nutnost zkrátit dobu	116	12
• Lze udělat jen méně	118	37
• Nelze udělat věci důkladně	107	22

Tab. 4, DOTAZNÍK SF-36, Hodnocení pocitů zdraví u nemocných s RI s DDOT a u zdravých dle otázek 1, 2, 3 a 4

Skupiny Otázky	1		2		3		4	
	DDOT	Zdraví	DDOT	Zdraví	DDOT	Zdraví	DDOT	Zdraví
Stupně								
Rozhodně ANO	66	0	0	32	42	3	0	16
Spíše ANO	62	7	5	41	64	11	0	42
NEVÍM	25	10	15	21	45	30	4	23
Spíše NE	8	32	41	6	8	29	17	15
Rozhodně NE	5	52	105	1	7	28	145	5

Otázky:
1 = Onemocním snadněji než jiní lidé 2 = Jsem zdravý jako kdokoli, koho znám
3 = Očekávám, že se moje zdraví zhorší 4 = Mám výborné zdraví

Tab. 5, DOTAZNÍK SF-36, Všeobecné hodnocení zdravotního stavu

Zdravotní stav	RI s DDOT (N = 166)	ZDRAVÍ (N = 101)
Výborný a velmi dobrý		66
Dobrý	13	22
Přijatelný	96	13
Špatný	57	

Tab. 6, Průměry (a směrodatné odchylky) skóreů dotazníku SF-36 u vybraných skupin nemocných s CHOPN

DIMENZE	Počet otázek	Tíže CHOPN podle FEV1 (% N. H.)					
		69 - 50 (střední)		< 50 (těžká)		< 50 s DDOT (těžká s RI a DDOT)	
		Skóry	P	Skóry	P	Skóry	P
Tělesná aktivita	10	56,44 (22,62)	0,003	48,35 (25,24)	< 0,001	22,80 (17,82)	
Omezení tělesné aktivity	4	27,38 (34,19)	0,14	25,58 (35,96)	0,002	9,79 (23,16)	
Bolest	2	57,55 (23,70)	0,444	57,59 (24,27)	0,039	49,33 (23,44)	
Všeobecné hodnocení zdraví	5	38,86 (18,2)	0,001	32,26 (16,60)	< 0,001	18,08 (11,09)	
Vitalita	4	42,44 (15,95)	0,203	42,44 (19,49)	< 0,001	30,86 (16,88)	
Společenská aktivita	2	63,54 (20,92)	0,114	61,08 (24,01)	< 0,001	45,83 (22,44)	
Omezení emočními problémy	3	45,63 (40,68)	0,095	40,23 (44,94)	0,29	31,11 (40,68)	
Duševní oblast	5	60,46 (15,84)	0,309	60,40 (20,92)	0,029	52,89 (18,69)	

Z referencí Rozborilové (13) vyplynulo, že také na Slovensku je ve více než 90 % indikována DDOT pro CHOPN a tito nemocní signifikantně ($P < 0,05$) déle přezívají než nemocní s restriktivní ventilační poruchou.

Podmínkami správného použití dotazníků je výběr, standardizace a řada dalších aspektů (8). Vyplnění dotazníku trvá většinou 10 - 15 minut. U našich nemocných zhruba 5 - 6 % dotázaných nevyplnilo úplně nebo správně dotazník a pro-

to jim byl poslán zpět s vysvětlením, které odpovědi je třeba zpřesnit nebo doplnit.

V této práci se nezmiňujeme o kouření. Otázky o kouření byly pochopitelně součástí charakteristiky nemocných. Odpovědi na ně však byly insuficientní. Vysvětlení je několik, jedno z nich je skutečnost, že podmínkou přidělení oxygenátoru je nekouřit nebo zanechat kouření.

Dušnost různého stupně (chronická nebo akutně zhoršená) je u CHOPN pravidlem a úzce souvisí s kvalitou života (viz. obr. 1). Dušnost výrazně limituje fyzický stav nemocných, neboť omezuje fyzickou aktivitu. U našich nemocných s DDOT se toto projevilo nemožností zajistit si každodenní životní potřeby ve více než v 93 %. U velmi těžkých forem restriktivních plicních poruch vyžadujících domácí umělou ventilaci plic bylo dokonce skóre pro dušnost lepší než u CHOPN. Autor si to vysvětluje délkou trvání i konzervativní léčbou CHOPN (14).

Špatná kvalita života ve většině z oblastí hodnocených pomocí dotazníků u lidí s DDOT při CHOPN je obdobná jako u skupiny CHOPN s častými akutními exacerbacemi (15). Relativně malé postižení nemocných v oblasti osobní pohody u velmi těžkých forem CHOPN, t. j. CHOPN s DDOT, hodnotíme rezervovaně. Jde o nemocné s velkým rozptylem trvání DDOT (až 5 let), nemůžeme posuzovat stav před a po stejné dlouhém trvání léčby.

Psychologické otázky CHOPN a kvality života jsou předmětem řady prací, které se zabývají stavem před a po léčbě farmaky, kyslíkem a rehabilitací (16, 17). Polští autoři provedli 8 způsobů psychologických šetření u 90 nemocných s CHOPN před a po roce léčby DDOT. Prokázali, že před zahájením léčby byly významně přítomny: deprese, úzké zaměření nemocných na sebe sama, úzkost a duševní stres. Po roce DDOT došlo k významné změně v této oblasti (16). Janssens (9) zjistil u nemocných s DDOT depresivní poruchy u 27 % a úzkostlivé stavy ve 21 %. Autor soudí, že i tyto nálezy jsou podhodnocené, protože jiné studie uvádějí deprese od 28 do 74 % a úzkost až v 96 %. Je obtížné stanovit, zda a kdy je deprese důsledkem omezení hybnosti pro CHOPN. U CHOPN je výskyt úzkosti a deprese častější než v populaci, kde se vyskytují v 19 % a ve 2 - 4 % (18).

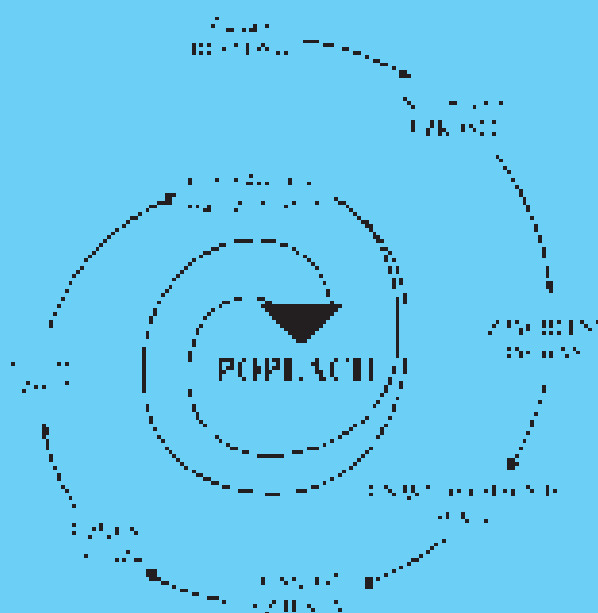
Z této práce vyplývají závěry:

Kvalita života nemocných s CHOPN s respirační insuficiencí, kteří jsou léčeni DDOT, je špatná, hlavně v omezení fyzické aktivity a ve všeobecném hodnocení zdraví je třeba provést prospektivní studii srovnávající kvalitu života před a po určitých intervalech léčby DDOT.

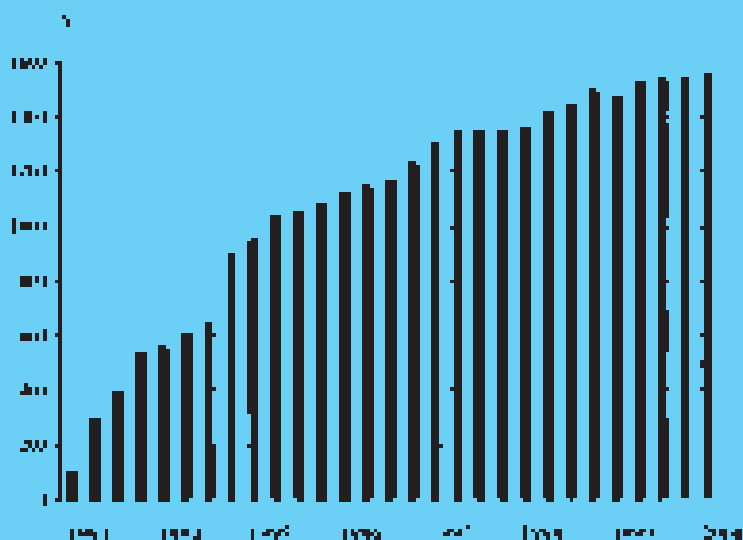
Literatura:

- Vondra, V., Reisová, M.: Kvalita života nemocných bronchiálním astmatem, alergickými rýmami a chronickou bronchitidou. Závěrečná zpráva grantu IGA MZ ČR č. 4346 - 2, 1997 - 98, 134 s.
- Helsing, M., Bergman, B., Thaning, L. a kol.: Quality of life and survival in patients with advanced non-small lung cancer receiving supportive care plus chemotherapy with carboplatin and etoposide or supportive care only. A multicenter randomised phase III trial. *Eur. J. Cancer* 1998, 34, s. 1036 - 1044
- Jones, P. W.: QOL measurement: The value of standardisation. *Eur. Respir. Rev.* 7, 1997, s. 46 - 49
- Malý, M., Vondra, V., Reisová, M.: Quality of life in COPD and bronchial asthma in Czech Republic (methodological and practical issues). Conference proceedings: Quality of life statistical data analysis., Ed. W. Ostasiewicz, Varšava 1999, s. 19 - 34
- Vondra, V., Reisová, M., Malý, M.: Metodologie zjišťování kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí. *Stud. Pneumol. Phthisiol* 60, 2000 (v tisku)
- Last, J. M.: A dictionary of epidemiology III, Ed. Oxford Univ. Press, 1995, 180 s.
- Jones, P. W.: Issues concerning health related quality of life in COPD. *Chest* 107, 1995, s. 187 - 193
- Malý, M., Reisová, M., Vondra, V.: Kvalita života nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí. *Pneumologie* 2000 (Aktuality oboru TRN), Ed. Špásová, I., Nucleus H. K. 2000, 192 s.
- Janssens, J. P., Rochat, T., Frey, J. G. a kol.: Health-related quality of life in patients under LTOT: a home-based descriptive study. *Respir. Med.* 91, 1997, s. 592 - 602
- Hoang, Thi, T. H., Guilemin, F., Cornette, A. a kol.: Health-related quality of life in long term oxygen-treated chronic obstructive pulmonary disease patients. *Respir. Med.* 1997, 175, 1, s. 63 - 71
- Okubadejo, A. A., Paul, E. A., Jones, P. W. a kol.: Does long term O2 therapy affect quality of life in patients with COPD and severe hypoxemia? *Eur. Respir. J.* 9, 1996, 11, s. 2335 - 2339
- Zielinski, J.: Long term oxygen therapy in conditions other than COPD. *Respir. Care* 45, 2000, 2, s. 172 - 177
- Rozborilová, E., Vyšehradský, R., Strapko, P., Krivčák, K.: Pátročné prežívání pacientov s dlhodobou domácou oxygenoterapiou. *Zborník XVII. Martinských dní dýchania*, 8. - 10. 6. 2000, s. 14
- Janssens, J. P., Penalosa, B., Degive, C. a kol.: Quality of life patients under home mechanical ventilation for restrictive lung diseases: a comparative evaluation with COPD patients. *Monaldi Arch. for Chest disease* 51, 1996, 3, s. 178 - 184
- Seemungal, T. A., Donaldson, G. C., Paul, E. A. a kol.: Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 157, 1998, 5, s. 1418 - 1422
- Borak, J., Sliwinski, P., Tobiasz, M. a kol.: Psychological status of COPD patients before and after one year of long-term oxygen therapy. *Monaldi Arch. Chest Dis.* 51, 1996, 1, s. 7 - 11
- Wijskstra, P. J., Jones, P. W.: Quality of life in patients with COPD. In: *Management of COPD*, Eur. Respir. monograph, Ed. Postma, D. S.: 3, 1998, s. 235 - 246
- Katon, W., Schulberg, H.: Epidemiology of depression in primary care. *Gen. hosp. psychiatry* 14, 1992, s. 237 - 247

Obr. 1 , Bludný kruh dušnosti



Obr. 2, Koncentrátory kyslíku De Vilbiss (Gemma 92) v ČR



Optimálny manažment nádchy a jeho význam v pneumológii

Martin Hrubisko, Oddelenie klinickej imunológie a alergológie, Národný ústav tuberkulózy a respiračných chorôb, riaditeľ prof. Mudr. Peter Krišťufek, CSc.

Súhrn: Súhrnný prehľadný článok nadväzuje na predošlé autorove publikácie na tému väzby nádchy a astmy. Zameriava sa na optimálny manažment alergickej a ostatných foriem neinfekčnej nádchy. Vychádza z dvoch medzinárodných konsenzov o diagnostike a liečbe alergickej nádchy (1994, 2000), pričom pridáva aj osobné dlhoročné skúsenosti s liečbou nádchy. Upozorňuje na význam optimálnej diagnostiky a liečby nádchy v pneumológii a upozorňuje na potrebu úzkej spolupráce špecialistov alergológov a ORL. Za rovnocenné a navzájom komplementárne farmaká prvej voľby považuje antihistaminiká (perorálne aj lokálne) a topické steroidy.

Kľúčové slová: alergická a nealergická nádcha, manažment, návody na liečbu

Optimal management of rhinitis and its importance in pneumology

Summary: Review article as a proceeding of previous contributions about rhinitis and asthma connections. Main topic is optimal management of allergic and other forms of rhinitis. The basis for this contribution are two International Consensus Reports (1994, 2000), and also authors own clinical practice. Importance of optimal diagnosis and treatment of rhinitis for pneumological practice and cooperation between two specialists – allergologist and otorinolaryngologist – is stressed. As equivalent and complementary first line drugs antihistamines (peroral and topical) and topical corticosteroids are emphasized.

Key words: allergic and non allergic rhinitis, management, therapy guidelines

V predchádzajúcich príspevkoch sme opakovane upozornili na význam liečby akútnych aj chronických foriem nádchy pre celkovú stabilizáciu astmatického pacienta (7,8,9). Upozornili sme na vzájomné väzby medzi alergickým zápalom horných a dolných dýchacích ciest, s dôrazom na pochopenie fyziológie jediných dýchacích ciest („united airways“). Epidemiologické štúdie nás presvedčajú o veľmi častej koincidencii astmy a nádchy a o význame nádchy ako predastmatického stavu. Ak pacient trpí iba astmou, alebo iba nádchou, je skorý vznik druhej choroby veľmi pravdepodobný.

Neliečený zápal horných dýchacích ciest (rinitída, sínusitída, polypóza, otitída) je rizikovým faktorom pre zhoršovanie zápalu v dolných dýchacích cestách. U detí sa alergická nádcha považuje za tzv. pred-astmatický stav a od jej liečby do značnej miery závisí prognóza dieťaťa - atopika. Z mnohých štúdií zameraných na kvalitu života astmatikov vyplýva, že táto sa aj pri adekvátnej antiastmatickej liečbe priaznivo zmení iba málo, ak pretrvávajú symptómy nádchy. Je teda na mieste pozrieť sa na súčasný pohľad na liečbu chronickej nádchy podrobnejšie a osvojiť si najnovšie trendy liečby. Rôzne formy chronickej nádchy sú takmer také časté ako infekčná vírusová nádcha. Už z názvu chronickej vyplýva, že postihnutí jedinci trpia na príznaky celé týždne, mesiace, ba aj roky. Zistilo sa, že chronickej nádcha ovplyvňuje kvalitu života tak významne ako stredne ťažká astma, alebo aj ľahšie formy chronickeho srdcového zlyhávania (1). Z tohto dôvodu, ako aj preto, že chronickej rinitídou trpia milióny ľudí na celom svete, čo predstavuje obrovský farmakoekonomický problém, sa v roku 1993 vytvorila medzinárodná skupina odborníkov, ktorá vypracovala a v roku 1994 publikovala tzv. „Medzinárodný konsenzus pre diagnostiku a liečbu rinitídy“ (10). Odhaduje sa, že na istú formu neinfekčnej nádchy trpí 15-20% populácie vyspelých krajín sveta. Z toho asi trpia na celoročnú (tzv. pereniálnu) a pacientov trpí na sezónnu (prevažne peľovú) formu chronickej nádchy. Pre zaujímavosť, v druhej polovici 90. rokov tvorili priame náklady na liečbu alergickej nádchy v krajinách Európskej únie 1,0-1,5 miliardy Euro, a nepriame náklady sa odhadli až na 1,5-2,0 miliardy Euro (4).

Definícia

Podľa konsenzu sa chronická neinfekčná rinitída definuje ako zápal sliznice nosa, charakterizovaný minimálne jedným z nasledovných príznakov: svrbenie (alebo iný dráždivý pocit v nose) a kýchanie, rinorea (sekrécia, výtok z nosa), upchávanie (znížená priechodnosť až úplná obturácia nosových priechodov spôsobená opuchom sliznice). Často sa pridružujú aj ďalšie prejavy, ako sú bolesti hlavy, strata čuchu a očné (prevažne spojivkové) príznaky. Definícia založená iba na symptómoch nám však nič nehovorí o tom, čo sa skutočne v chorom nose deje. Navyše z definície nevyplýva, že takmer pri každej chronickej nádche býva postihnutá aj sliznica prínosových dutín, a pri alergickej nádche aj očná spojivka.

Za výstižnejšiu preto považujeme patogenetickú definíciu nádchy, ktorá zohľadňuje aj uvedené skutočnosti a vychádza zo súčasných poznatkov o zápalovej podstate ochorenia: neinfekčná (chronická, alergická) rinitída je zápal sliznice nosa a prínosových dutín, a často aj očnej spojivky, sprostredkovaný aktivovanými imuno-kompetentnými bunkami (Langerhansove bunky, makrofágy, lymfocyty T, eozinofily, žirné bunky), ich mediátormi (interleukíny 3, 4, 5, 8, 10, 13, rastový faktor GM-CSF, RANTES) a adhezívnymi molekulami spôsobujúci vyššie uvedené symptómy (a symptómy vyplývajúce z postihnutia prínosových dutín a oka) počas väčšiny dní v dĺžke minimálne jedného mesiaca (3,5,6).

Diagnostika

Na diagnostike chronickej rinitídy sa podieľa praktický lekár, odborník ORL a alergológ-imunológ (tab. 1). Diagnóza sa opiera o dôslednú anamnézu (všimame si rodinnú anamnézu, čas vzniku symptómov, ich sezonalitu, väzbu na istú dennú dobu, prostredie, súvislosti s potravou, fyzickou aktivitou ap., prípadné postihnutie dolných dýchacích ciest, kože, alergické potravinové reakcie). Každého pacienta s chronickej nádchou má vyšetriť otorinolaryngológ (predná a zadná rinoskopia, rtg a CT vyšetrenie dutín, diagnostická punkcia s prípadným výplachom dutín, mikro-biologické vyšetrenie obsahu nosa a laváže dutín...). Je to dôležité najmä z dôvodov možného nálezu anatomických abnormalít (deviácia priehradky nosa, polypózne zmenená sliznica, zmeny mušlí obmedzujúce priechodnosť nosa, adenoidy, atrézia vývodov z dutín,

tumor...) a posúdenia vhodnosti chirurgickej liečby. Po ORL vyšetrení by malo nasledovať alergologic-ké vyšetrenie, ktorého základom je kožný prick test zameraný na potvrdenie alebo vylúčenie atopickej zložky ochorenia. V sporných prípadoch, a všade tam, kde nie je možné realizovať kožný test, sa odporúča vyšetrenie špecifických IgE protilátok (ELISA alebo RIA metóda).

Diferenciálna diagnóza

Diferenciálna diagnóza vyplýva z možných typov rinitídy (3,10), ktoré uvádza v nasledujúcom prehľade (tab. 2, pozri tiež tab. 3):

Tabuľka 2: Typy nádchy

1. Alergická

- sezónna
- celoročná

2. Infekčná

- akútne
- chronická
- nešpecifická
- špecifická

4. Ostatné typy

- hyperreaktívna
- NARES
- hormonálna
- navodená liekmi
- navod. iritantami
- medicamentosa
- ASA intolerancia
- atrofická
- profesionálna
- postinfekčná
- emocionálna

Idiopatická alergická nádcha sa delí na celoročnú (pereniálnu) a sezónnu. Najčastejšou príčinou celoročnej nádchy sú alergény bytových roztočov a domácich zvierat (mačka, pes), pri sezónnej nádche ide o peľ drevín, tráv a bylín. Toto spek-

trum dopĺňajú alergény húb (plesní), ktoré sa môžu podieľať tak na sezónnych, ako aj celoročných alergických prejavoch. O význame baktérií a kvasiniek ako alergénov sa stále diskutuje. Hoci klinická skúsenosť svedčí pre existenciu tzv. „infektalergie“, v súčasnej vedeckej literatúre sa tento pojem neuznáva.

Formy nádchy označované ako nealergická neinfekčná (chronická) nádcha majú veľmi podobné prejavy ako nádcha alergická, a preto sa im v „návodoch“ tiež venuje pozornosť. Dôvodom je aj skutočnosť, že farmakoterapia týchto stavov sa v zásade nelíši od medikamentózne liečby alergickej nádchy. Chronická nealergická nádcha však býva na liečbu výrazne rezistentná. Liečba týchto stavov je komplexná, s dôrazom na odstránenie vyvolávajúcej príčiny. Pri každej chronickej nádche rezistentnej na bežnú liečbu treba diferenciálne - diagnosticky vylúčiť polypy sliznice nosa a prínosových dutín, chronickú sínusitídu, ale aj cystickú fibrózu, Wegenerovu granulomatózu a tumor, či už malígny, alebo benígny.

Pomerne častý je tzv. NARES syndróm (Non Allergic Rhinitis with Eosinophilia Syndrome), pri ktorom ide o idiopatickú formu nealergickej nádchy, ktorú charakterizuje výrazná eozinofília v nosových sekrétoch (väčšinou aj v periférnej krvi). Častá je aj hyperreaktívna nádcha, nazývaná vazomotorická, pri ktorej ide o rôznymi stimulmi (fyzikálne, chemické, neznáme) navodenú hyperreaktivitu nosovej sliznice, ktorá vedie ku jej chronickému zdureniu. Upozorniť treba na tzv. rhinitis medicamentosa. Najčastejšou príčinou býva dlhodobé nadužívanie topických nosových dekongestív (pozri ďalej), z celkovo užívaných liekov ju môžu spôsobiť niektoré vazodilatanciá, hydralazín, betablokátory. Túto formu chronickej nádchy netreba zamieňať s chronickou nádchou pri intolerancii acetylosalicylovej kyseliny.

Táto forma nádchy je pravdepodobne častejšia, ako si myslíme. Jej význam spočíva aj v koincidencii s nosovou polypózou a prieduškovou astmou.

Ďalšiu, a nie malú skupinu tvoria pacienti trpiaci na chronickú rino-(sino)-faryngitídu prejavujúcu sa tzv. granulárnou faryngitídou (anglicky „cobblestone oropharynx“) so zatekaním väzkého hlienu z nosohltana do hrtana (anglicky „post-nasal drip“, oficiálny slovenský termín chýba, odporúčame „syndróm zatekania“). Postihnutí sa sťažujú na rôzne nepríjemné dráždivé pocity v hrdle, pocit stekania do hrdla s nemožnosťou odstránenia (odkašľania) hlienu a dráždenie na kašeľ, pre ktoré nejeden takýto pacient končí na pľúcnom vyšetrení. Potrebné je ORL vyšetrenie (aspekcia slizníc, posúdenie adenoidných vegetácií, zápalu prínosových dutín) a alergologic-ké vyšetrenie (liečba alergie a/alebo infekcie, vrátane precitlivenosti na mikrobiálnu flóru). O sinobronchiálnom syndróme možno hovoriť iba v prípade súčasného zápalového postihnutia prínosových dutín a priedušiek. V prípade čistého syndrómu zatekania je postihnutý iba nosohltan, to znamená, že suchý kašeľ, ktorý ho často sprevádza, v tomto prípade nepovažujeme za ekvivalent astmy. Tento prejav chronickej nádchy je pomerne rezistentný na liečbu, uplatňujú sa predovšetkým topické nosové steroidy (6). Skúšajú sa mukolytiká (ambroxol) a prípravky určené na systémovú enzýmoterapiu. Krátkodobo, intermitentne, možno použiť dekongestíva.

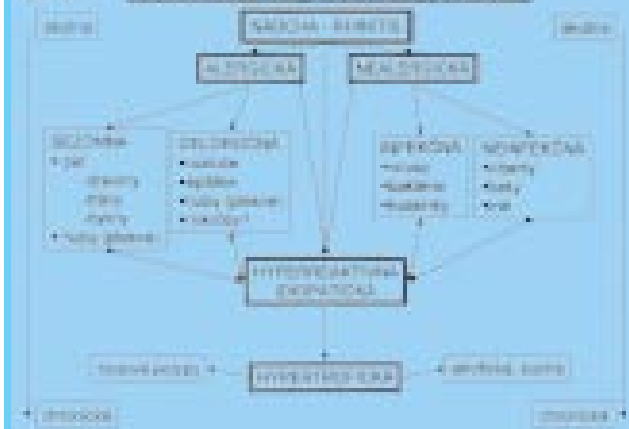
Liečba

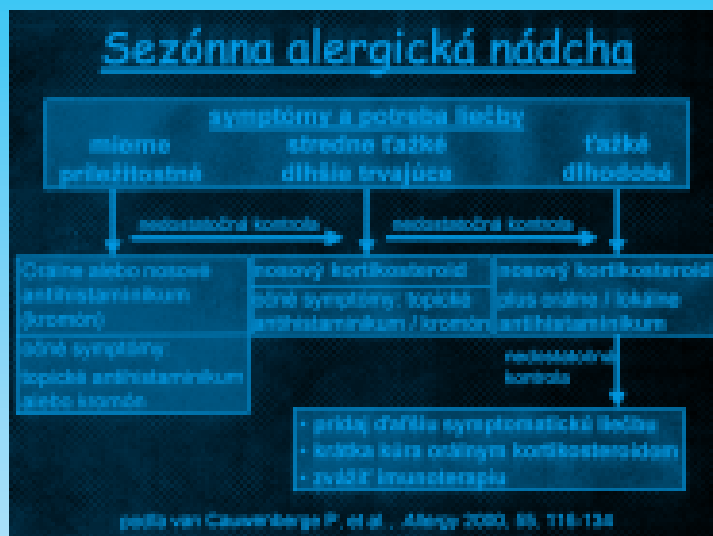
Pre liečbu rinitídy, resp. rinokonjunktivitídy máme k dispozícii antihistaminiká (perorálne alebo topické), kortikosteroidy (lokálne alebo perorálne), kromoglykany (iba topické - u nás zatiaľ iba kromolyn, vo svete aj nedokromil) a ostatné

Tab. 2 | Diferenciálna diagnostika a typy nádchy

Typ nádchy	Príčina	Liečba
1. Alergická	sezónna, celoročná	antihistaminiká, kortikosteroidy
2. Infekčná	akútne, chronická, nešpecifická, špecifická	antibiotiká, kortikosteroidy
4. Ostatné typy	hyperreaktívna, NARES, hormonálna, navodená liekmi, navod. iritantami, medicamentosa, ASA intolerancia, atrofická, profesionálna, postinfekčná, emocionálna	antihistaminiká, kortikosteroidy, dekongestíva

Tab. 3 | Diferenciálna diagnostika a typy nádchy





stabilizátory membrán zápalových buniek (kyselina N-acetyl-aspartyl glutamová, lodoxamid) a dekonjestíva (alfa-mimetiká, perorálne alebo lokálne).

Antihistaminiká sú najčastejšie používané lieky alergickej nádchy. Jednoznačne uprednostňujeme prípravky II. generácie, u ktorých sa overili aj protizápalové a profylaktické účinky a sú proti prvogeneračným nesedatívne, účinnejšie, a s výnimkou terfenadínu a astemizolu aj bezpečnejšie. Užívajú sa iba 1x denne, čo nie je zanedbateľné z hľadiska compliance pacienta. Užívanie terfenadínu a astemizolu sa spája s rizikom malígnych arytmií, a tak sa už v mnohých štátoch Európy, aj v USA, ich používanie zakázalo. Preto prekvapuje, že sa na našom trhu stále distribuuje generický terfenadín českého výrobcu. Od jeho používania by sa malo jednoznačne ustúpiť. Astemizol sa na Slovensku, podobne ako vo väčšine ostatných krajín Európy a Ameriky, už nepoužíva.

Kortikosteroidy sú potrebné najmä pri výraznej obturácii nosa spôsobenej opuchom sliznice. Napriek tomu, že sme si vedomí možných vedľajších účinkov, preferujeme ich podanie pred dlhodobou aplikáciou dekonjestív. Steroidom zasahujeme priamo do patogenézy zápalu, zatiaľ čo dekonjestívum (alfa-mimetikum) pôsobí iba symptomaticky. Pri aplikácii alfa-mimetika dlhšie ako týždeň sa znižuje citlivosť alfa-receptorov, čo vedie k potrebe častejšej aplikácie farmaka, hrozí porucha trofiky nosovej sliznice. Po vynechaní dlhodobého podávaného dekonjestíva vzniká rebound fenomén. V konečnom dôsledku sa cievy v sliznici nosa ešte viacej dilatujú a vzniká rhinitis medicamentosa. Pri perorálnej aplikácii dekonjestív je lokálny nežiaduci účinok menej vykreslený, treba však mať na pamäti kontraindikácie takéhoto podávania

(glaukóm, hypertrofia prostaty, závažnejšia hypertenzia, ICHS, hypertyreóza...).

Zvláštnu skupinu tvoria pacienti s výraznou a na konvenčnú terapiu rezistentnou rinoreou. Nosová sekrécia je moderovaná drážením muskarínových receptorov, a preto býva v týchto prípadoch užitočným liekom ipratropium bromid aplikovaný vo forme nosového spreja. Ipratropium poznajú lekári v aplikáčnej forme pre astmatikov, nosový sprej sa na škodu vecí používa málo.

Okrem farmakoterapie nesmieme zabudnúť na alergénovú imunoterapiu (AIT). Táto liečba je jediná kauzálna a u optimálne vybraných pacientov prináša veľmi dobré výsledky. AIT, známejšia pod menej presným názvom desenzibilizácia, sa môže zväziť na každom stupni ochorenia. Čím skôr sa začne, čím mladší je pacient a čím kratší je priebeh ochorenia, tým lepšie môžeme očakávať výsledky. Viaceré štúdie potvrdili preventívny účinok AIT na neskorší vznik astmy, respektíve v prípade už existujúcej astmy, zmiernenie jej priebehu (11). V prípade astmy je však možné podanie iba v prípade celkom stabilizovaného ochorenia. AIT, vzhľadom na potrebu optimálneho výberu pacientov aj alergénov, ako aj pre riziko anafylaxie pri jej podávaní, patrí jednoznačne do rúk odborníka - alergológa (2).

V starších aj nových odporúčaníach pre liečbu alergickej nádchy („konsenzu“) sa zvolil krokový systém liečby vychádzajúci z rozdelenia nádchy podľa stupňov obtiažnosti. V tabuľke 4 sme sa pokúsili o syntézu oboch konsenzov a pridali sme liečebné modalities, ktoré sa taktiež v praxi používajú a vychádzajú z medicíny založenej na dôkazoch (lodoxamid, kyselina N-acetyl-aspartyl glutamová). V prípade ľahkých foriem nádchy sa ako liečba I. voľ-

by odporúčajú lokálne alebo celkové antihistaminiká, v prípade ťažších foriem sa odporúčajú topické nosové kortikosteroidy. Tieto dve skupiny farmák sa mechanizmami účinku navzájom dopĺňajú a potencujú, preto sa často používajú v kombinácii a sú základom liečby každej alergickej alebo inej formy neinfekčnej nádchy. Randomizované, zaslepené, placebo kontrolované klinické štúdie potvrdili ich vyššiu účinnosť v porovnaní s inými farmakami, pričom bezpečnostný profil moderných molekúl je optimálny. Ostatné farmaká sú menej účinné a majú skôr doplnkovú funkciu. Keďže nádchu, najmä jej alergické formy, často sprevádza zápal očných spojiviek, návody na liečbu nádchy sa zaoberajú aj farmakoterapiou konjunktivitídy.

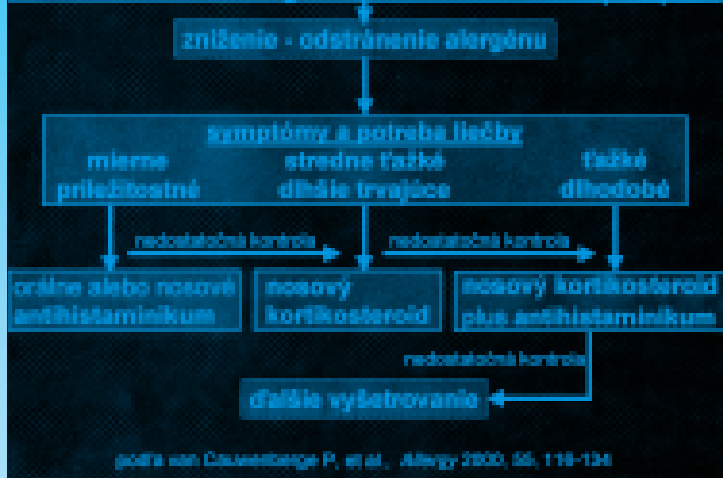
Zhrnutie

Liečba alergickej nádchy sa môže líšiť podľa toho, či u daného pacienta prevládajú symptómy rinitídy, alebo konjunktivitídy, respektíve či dominuje svrbenie a kýchanie, alebo obturácia, či profúzna sekrécia.

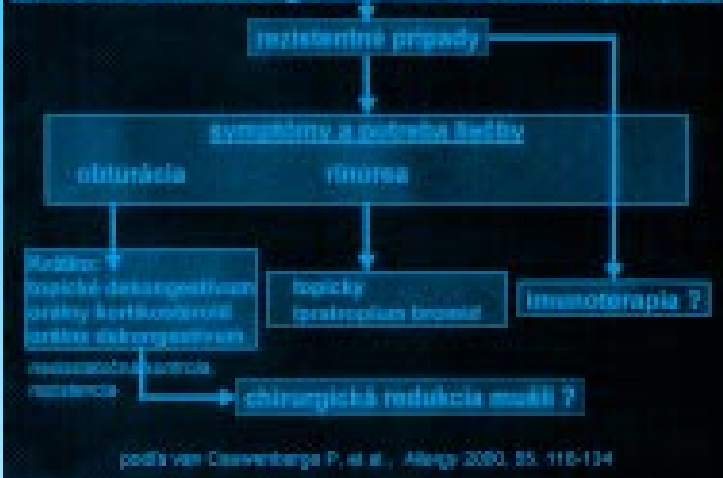
Konsenzus z roku 2000 hodnotí všetky liečebné postupy z pohľadu medicíny založenej na dôkazoch, a tak okrem farmák I. línie (celkové a lokálne antihistaminiká, topické steroidy) sa kriticky zaoberá kromoglykanmi, dekonjestívami, systémovými steroidmi a alergénovou imunoterapiou. Jednoznačne neodporúča alternatívne liečebné postupy (homeopatia, fytooterapia, akupunktúra, biorezonancia...). Považuje ich za vedecky neoverené a v prípade zanedbania adekvátnej liečby aj za poškodzujúce pacienta (3).

Kromoglykany (kromolyn, nedokromil) sa v súčasnosti už neodporúčajú ako lieky I. voľby, a to ani v pediatrickej

Celoročná alergická nádcha dospelých



Celoročná alergická nádcha dospelých



indikácii. Účinnosť kromoglykanov je oproti celkovým aj lokálnym antihistaminikám a topickým steroidom nižšia. Na tejto skutočnosti sa vpraxi podieľa aj skutočnosť, že kromoglykany je potrebné aplikovať 4-6 x / deň, čo pochopiteľne znižuje compliance pacientov.

Dekongestíva sa vyhradujú pre prípady zvlášť obťažujúcej a na prvotníovú liečbu rezistentnej obturácie nosa. Používať by sa mali maximálne 10 dní, pri dlhšom podávaní hrozí desenzitizácia cievnych alfa-receptorov a vznik rhinitis medicamentosa. Varuje sa pred podávaním de-kongestív u celkom malých detí (minimálne rozpätie medzi terapeutickou a toxickou dávkou). U pacientov starších ako 60 rokov sa upozorňuje na potrebu dodržania kontraindikácií ich systémového podávania (pozri vyššie).

Systémové kortikosteroidy je možné krátkodobo použiť v prípade obťažujúcich, každodenných a na základnú liečbu rezistentných príznakov. Odporúča sa počiatočná dávka 20-40 mg prednizónu, resp. 16-32 mg metylprednizolónu (dospelí). Liečba by nemala trvať viac ako 3 týždne a optimálne by sa nemala opakovať častejšie ako raz za 3 mesiace. Pripúšťa sa výnimočné podanie depotných steroidov (40-80 mg metylprednizolónu) intramuskulárne, avšak varuje sa pred ich podávaním do nosových mušlí (hrozba závažných komplikácií, vrátane oslepnutia!).

Alergénová imunoterapia (AIT) zaujíma v novom konsenze významnejšie miesto ako v starších návodoch. Považuje sa popri odstránení alergénu za jedinú kauzálnu liečbu, respektíve liečbu zasahujúcu do prirodzeného vývoja ochorenia, a tak sa má zväžiť jej použitie všade tam, kde sa dokázala špecifickým IgE sprostredkovaná genéza ochorenia. Odporúčanie

AIT vychádza z citácie celého radu placebo kontrolovaných klinických štúdií, ktoré overili účinnosť tejto liečby: 43 štúdií v prípade subkutánnej AIT (=SIT), 14 v prípade lokálnej nosovej AIT (=LNIT) a 7 v prípade sublinguálnej AIT (=SLIT). Hoci sa AIT stále odporúča najmä v prípade zlyhania farmakoterapie, súčasne sa objavuje aj posun v nazeraní na časovanie AIT. Na základe pochopenia mechanizmu účinku AIT sa odporúča čo najskoršie začatie liečby, ktoré prináša nielen najlepšie klinické výsledky, ale v konečnom dôsledku aj ušetrenie priamych a nepriamych výdajov na konkrétneho pacienta.

Nové odporúčania pre liečbu alergickej nádchy obsahujú schémy postupu pre sezónnu alergickú nádchu, celoročnú alergickú nádchu, nealergickú nádchu, alergickú nádchu detí a pre nádchu rezistentnú na farmakoterapiu. Na rozdiel od starších návodov, ktoré sa zamerali iba na praktických lekárov, materiál z roku 2000 je určený aj špecialistom (ORL, alergológom, pneumológom). Nový konsenzus je vedeckejší, a súčasne stručnejší a prehľadnejší. Osvojiť by si ho mal každý lekár liečiaci pacientov s ochoreniami dýchacích ciest.

Literatúra:

1. Bousquet J, Bullinger M, Fayol C. et al.: Assessment of the quality of life in patients with perennial allergic rhinitis with the French version of the SF-36 Health Status Questionnaire. *J Allergy Clin Immunol* 1994, 94, 182-188.
2. Bousquet, J. et al.: WHO Position Paper - Allergen Immunotherapy: Therapeutic vaccines for allergic diseases. *Allergy* 44, 53, Supplement 1998.
3. van Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, et al.: Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis.

EAACI Position Paper. *Allergy* 2000, 55, 116-134.

4. European Allergy White Paper. UCB Institute of Allergy, 1997.
5. Howarth PH: Mucosal inflammation and allergic rhinitis. In: Naclerio RM, Durham SR, Mygind A, editors. *Rhinitis mechanisms and management*. New York, Dekker 1999, 109-134.
6. Hollingsworth HM, Irwin RS: Nasal Obstruction, Rhinorea, and Postnasal Drip. In: Irwin RS, Curley FJ, Grossman RF, editors: *Diagnosis and Treatment of Symptoms of the Respiratory Tract*. Armonk, New York, Futura Publishing Company 1997, 523-556
7. Hrubisko M.: Astma a alergická rinitída. In: Krištufek, P. a kol.: *Škola astmy, III. vydanie, učebné texty SPAM - Mediforum, Bratislava 1999, s.56-64.*
8. Hrubisko M.: Chronická nádcha a astma: choroby horných, dolných alebo jediných dýchacích ciest? *Respiro* 1999, 1, 3, 8-12.
9. Hrubisko M.: Astma a chronická rinitída: jedna alebo dve choroby? In: Chovan, L. a kol.: *Škola pneumológie a ftizeológie, I. vydanie, SPAM - Respiro, Bratislava, 1999, s.21-23, Učebné texty pre postgraduálne štúdium, II. vydanie, SPAM - Respiro, Bratislava, 2000, s.13-15.*
10. International Rhinitis Management Working Group: International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Rhinitis. *Allergy* 1994, 49, Suppl.9, 5-34.
11. desRoches A, Paradis L, Menardo JL et al.: Immunotherapy with standardized *Dermaphagoides pteronyssinus* extract. VI. Specific immunotherapy prevents the onset of new sensitization in children. *J Allergy Clin Immunol* 1997, 99, 450-453.

Potreba dôkazov

Národné a medzinárodné smernice na liečbu CHOCHP

Romain Pauwels, MD, PhD, FCCP

Súhrn: Zavedenie smerníc na liečbu astmy viedlo k štandardizácii liečby a k lepšej starostlivosti o pacientov s týmto ochorením. Mnohé národné a medzinárodné spoločnosti zaoberajúce sa respiračnými ochoreniami vyvinuli smernice na liečbu CHOCHP. Svetová zdravotnícka organizácia WHO a Národný ústav srdca, pľúc a krvi v Spojených štátoch spoločne vyvíjajú smernice, ktoré budú obsahovať overené odporúčenia na liečbu CHOCHP. Smernice sa budú týkať definície, epidemiológie, prirodzeného priebehu, rizikových faktorov, patológie a diagnostiky CHOCHP. Okrem toho poskytnú odporúčenia týkajúce sa liečby chronického ochorenia a akútnych exacerbácií, vzdelávania, prevencie a sociálno-ekonomickej stránky ochorenia. (Chest 2000; 117: 20S-22S)

Kľúčové slová: CHOCHP, overený liek, smernice na liečbu

Skratky: GOLD = globálna iniciatíva pre chronické obštrukčné choroby pľúc

Mnohé oblasti nášho života sa riadia určitými smernicami. Hoci smernice sa do zdravotnej starostlivosti zaviedli len pred 10 rokmi, v súčasnosti ich možno nájsť takmer vo všetkých oblastiach zdravotníctva. Klinickú smernicu je možné definovať ako „systematicky vytvorený výrok, ktorý má pomáhať lekárom pri rozhodovaní o vhodnej zdravotnej starostlivosti za osobitných klinických okolností“. Zavedenie smerníc na liečbu astmy viedlo k štandardizácii liečby a k lepšej starostlivosti o pacientov s týmto ochorením.

Vývoj smerníc predstavuje dobre zdokumentovaný proces, ktorý podľa možnosti spočíva na dôkazoch získaných v rámci kontrolovaných klinických štúdií. V prípade nedostatku dôkazov obvyčajne použijeme konsenzus viacerých odborníkov v danej oblasti. Smernice postavené na dôkazoch sú vo všeobecnosti prijateľnejšie ako smernice vyplývajúce z konsenzu, pretože moderná zdravotnícka prax si vyžaduje, aby každá liečba bola postavená na jasných vedeckých a klinických základoch. Žiadne smernice nemôžu mať význam, ak neexistuje zreteľná snaha o ich zavedenie do praxe. Na druhej strane, dopad smerníc na zdravotnícku prax sa len zriedka vyhodnocuje. Hodnotenie je dôležité nielen kvôli stanoveniu úspešnosti zavedenia smerníc, ale taktiež slúži na ich preverenie v praxi.

Iniciatíva GOLD

Počet smerníc pre CHOCHP neustále rastie (tab. 1). Národný ústav srdca, pľúc a krvi v Spojených štátoch a Svetová zdravotnícka organizácia WHO spoločne vytvárajú smernice na liečbu CHOCHP: Globálnu iniciatívu pre chronické obštrukčné choroby (GOLD). Predsedom výkonného výboru som ja a okrem mojej osoby ho tvorí 19 členov, ktorí nesú zodpovednosť za vznik rozličných častí dokumentu.

Hlavným cieľom projektu GOLD je zvýšiť informovanosť o význame CHOCHP. Smernice musia byť vytvorené tak, aby boli použiteľné na celom svete. Z našich skúseností so smernicami Globálnej iniciatívy pre astmu (1) vyplýva, že odporúčenia týkajúce sa CHOCHP musia byť dostatočne flexibilné a zároveň musia obsahovať jasné pokyny na úpravu v rámci rôznych kultúr a systémov zdravotníctva. V neposlednej rade už pri vývoji smerníc sa musí zväziť, akým spôsobom sa budú zavádzať do praxe.

Odporúčenia výboru GOLD

Odporúčenia iniciatívy GOLD navrhujú novú definíciu CHOCHP: „CHOCHP je ochorenie charakterizované progresívnym obmedzením prietoku vzduchu v dôsledku abnormálnej zápalovej reakcie na chronickú inhaláciu častíc.“ Pritom je po-

trebné si uvedomiť dva dôležité momenty. Po prvé, zápal je riadiaci mechanizmus, ktorý je zodpovedný za abnormality v dýchacích cestách pacientov s CHOCHP (2). Po druhé, preskúmanie údajov z celého sveta nám jasne naznačuje, že tabak nie je jedinou príčinou CHOCHP, ale že CHOCHP je možné chápať ako celkovú abnormálnu reakciu na rozličné častičky.

Tab.1. Smernice pre CHOCHP

- Americká hrudníková spoločnosť
- Britská hrudníková spoločnosť
- Kanadská hrudníková spoločnosť
- Nemecká liga pre dýchacie cesty
- Európska spoločnosť pre dýchanie
- Nórsky ústav pre farmakoterapiu
- Poľská spoločnosť pre ftizeopneumológiu
- Francúzska pneumologická spoločnosť
- Španielska spoločnosť pre pneumológiu a hrudníkovú chirurgiu
- Švajčiarska pneumologická spoločnosť
- Hrudníková spoločnosť Austrálie a Nového Zélandu

Vzhľadom na diagnózu CHOCHP je zrejmé, že toto ochorenie je potrebné odhaliť včas. Spirometria nemusí byť vhodnou skriningovou metódou, pretože nie je dostatočne citlivá, a pritom je pomerne nákladná. Podľa nás by včasná diagnostika ochorenia mala spočívať na odhalení niektorých jeho príznakov vrátane kašľa, produkcie spúta, dýchavice, piskotov a na vyšetrení funkcie pľúc.

Hoci definícia CHOCHP hovorí, že obmedzenie prietoku vzduchu má progresívny a vo veľkej miere ireverzibilný charakter, väčšina odporúčení vrátane orgánov majúcich na starosti registráciu liekov používa FEV1 ako kritérium výsledku (3). Boli by potrebné aj ďalšie kritériá výsledku, napr. zníženie počtu exacerbácií a hospitalizácií. Medzi ďalšie potenciálne kritéria patrí zmiernenie príznakov, zlepšenie kvality života, zastavenie dlhodobého poklesu pľúcnej funkcie, zvýšenie výkonnosti a predĺženie života.

Výbor GOLD navrhol predbežné odporúčania týkajúce sa liečby CHOCHP (tab. 2). Najdôležitejším opatrením pri liečbe CHOCHP je ukončenie fajčenia. Podľa súčasných názorov sa jedná o jediné opatrenie, ktoré dokázateľne ovplyvňuje dlhodobý pokles FEV1. Existujú jasné dôkazy o tom, že lekár, osveta a nikotínová substitučná terapia môžu mať veľký vplyv na zníženie počtu fajčiarov medzi pacientmi s CHOCHP. Okrem toho sa hromadia dôkazy o tom, že liečba bupropionom

naozaj pomáha znížiť počet fajčiarov medzi pacientmi s CHOCHP. V nedávno vykonanej štúdií sa porovnávalo placebo s nikotínovou náplastou, samotným bupropionom a kombináciou nikotínovej náplasti a bupropionu (4). Pridanie bupropionu významne zvýšilo počet pacientov, ktorí ukončili fajčenie.

Ďalším dôležitým momentom pri dlhotrvajúcej liečbe CHOCHP je použitie bronchodilatancií. Inhalačná liečba sa považuje za výhodnejšiu kvôli jej vyššej bezpečnosti. Existujú určité informácie o tom, že pri liečbe CHOCHP je v prípade potreby možné prejsť na pravidelné užívanie v závislosti od závažnosti príznakov. Nie je zatiaľ úplne jasné, či liekom voľby je anticholinergikum, β_2 -sympatomimetikum alebo kombinácia oboch látok. Počet údajov svedčiacich o význame inhalačného dlhodobého pôsobiaceho β_2 -sympatomimetika alebo anticholinergika v rámci udržiavacej liečby sa neustále zvyšuje.

Štúdiá Lung Health Study ukázala, že hoci pravidelná liečba krátkodobou pôsobiacim anticholinergikom – ipratropiom – nezabraňuje dlhodobému poklesu FEV1, nemá taký nepriaznivý vplyv (5), ako sa niekedy tvrdí o β_2 -agonistoch pri liečbe astmy. Vo všeobecnosti existujú jasné dôkazy o tom, že chronická liečba nebulizátormi nie je vhodná kvôli nepriaznivému pomeru medzi ich cenou a účinnosťou. V niekoľkých štúdiách sa potvrdilo, že perorálne xantíny sú účinnými bronchodilatanciami pri liečbe CHOCHP. Avšak v krajinách, kde je dostupná inhalačná liečba, je nutné ich považovať za lieky druhej línie kvôli nedostatočným dôkazom o ich prídavnom účinku, vysokej pravdepodobnosti toxických prejavov a komplikácií a nutnosti monitorovania. Na druhej strane môžu mať perorálne xantíny význam pri liečbe pokročilých foriem závažnej CHOCHP.

Údaje o úlohe inhalačných kortikoidov v liečbe CHOCHP sa začínajú hromadiť. V súčasnosti je nutné kortikoidy považovať za liečbu druhej línie, pričom presnú indikáciu na ich použitie zatiaľ nepoznáme. V štúdiách EUROSCOP (6) a ISOLDE (7) sa potvrdilo, že inhalačné kortikoidy zlepšujú hodnotu FEV1 po bronchodilatácii. Okrem toho sa v týchto štúdiách zistilo, že kortikoidy znižujú výskyt exacerbácií a zabraňujú progresívnemu znižovaniu kvality života, ktorá sa pozoruje u pacientov s CHOCHP. Avšak chýbajú dôkazy o ich dlhodobom vplyve na znižovanie hodnoty FEV1. Perorálne kortikoidy majú význam pri liečbe akútnych exacerbácií CHOCHP. O ich dlhodobej aplikácii je možné uvažovať len vtedy, ak sa v po-

kuse dokáže ich priaznivý účinok, ktorý nebolo možné dosiahnuť pomocou inhalačných kortikoidov. Existujú jasné dôkazy o tom, že krátkodobé používanie kortikoidov v širokom merítku nemá žiadny význam pri predpovedaní reakcie na inhalačné kortikoidy. Ak by inhalačné kortikoidy nemali žiadny účinok pri pokročilom ochorení, potom je možné zvážiť nasadenie perorálnych kortikoidov napriek chýbaniu dôkazov o ich účinku a údajov o ich minimálnej dávke. Výbor preskúmal ďalšie opatrenia, ktoré sa často využívajú pri liečbe CHOCHP. Dôkazy o význame muko-

Tab. 2. Predbežné odporúčania iniciatívy GOLD týkajúce sa liečby CHOCHP

Ukončenie fajčenia

Jediné opatrenie, ktoré dokázateľne ovplyvňuje dlhodobé znižovanie funkcie pľúc

Bronchodilatancia

Inhalačná liečba je uprednostnená, býva pravidelná alebo podľa potreby v závislosti od ťažkostí. β_2 -agonista, anticholinergikum alebo kombinácia oboch látok. Hromadia sa dôkazy o význame dlhodobého pôsobiaceho β_2 -agonistu alebo anticholinergika v rámci udržiavacej liečby. Xantíny predstavujú liečbu druhej línie.

Inhalačné kortikoidy

Existujú dôkazy o ich význame ako liekoch druhej línie, ale chýbajú údaje o ich dlhodobom vplyve na funkciu pľúc.

Perorálne kortikoidy

Liečba akútnych exacerbácií

Mukolytiká, kromóny, antibiotiká, antitusiká

Neodporúčajú sa na rutinnú liečbu.

lytík, kromónov, antibiotík alebo antitusík v liečbe CHOCHP nie sú dostačujúce. K dispozícii máme údaje, ktoré jasne podporujú použitie vakcín proti chrípke, ale v nedávno vykonanej meta-analýze sa ukázalo, že očkovanie proti Streptococcus pneumoniae pravdepodobne nie je účinné. Dlhodobá oxygenoterapia znižuje mortalitu. Význam pľúcnej rehabilitácie pri zvyšovaní výkonnosti bol overený v štúdiách. V rozsiahlej, práve prebiehajúcej štúdií sa

hodnotí úloha chirurgického zákroku zameraného na zmenšenie pľúcneho objemu vzhľadom na obmedzené množstvo údajov, ktoré máme v tomto smere k dispozícii. O význame transplantácie pľúc a ventilácie v domácom prostredí máme taktiež len obmedzené množstvo informácií. V súčasnosti nie sú k dispozícii žiadne dobré intervenčné štúdie, ktoré by priniesli klinicky významné poznatky týkajúce sa výživy u pacientov s CHOCHP.

Záver

Smernice GOLD obsahujú overené odporúčania na liečbu CHOCHP, hoci ešte stále máme pred sebou veľké výzvy. V prvom rade musíme zlepšiť diagnostiku CHOCHP a prehĺbiť znalosti pacientov, verejnosti a zdravotníkov o tomto ochorení. V diagnostike odporúčame použiť hodnotenie príznakov. Hoci vyšetrenie funkcie pľúc potvrdzuje diagnózu CHOCHP, nejedná sa o skriningovú metódu s priaznivým pomerom medzi účinnosťou a cenou. Ďalej musíme zmeniť terapeutický nihilizmus, že toto ochorenie si spôsobil pacient sám. Ischemickú chorobu srdca je taktiež možné považovať za ochorenie, ktoré si pacient spôsobil sám, avšak výskumu v tejto oblasti sa venujú nemalé prostriedky narozdiel od vývoja nových postupov pri liečbe CHOCHP. Je potrebné zdôrazniť rozdiel medzi CHOCHP a astmou a definovať primerané výsledné kritériá. CHOCHP vážne potrebuje nové terapeutické modalities, pričom je nutné podporiť vývoj terapeutík.

Literatúra

1. National Institutes of Health. Global strategy for asthma management and prevention: National Heart, Lung, and Blood Institute/ World Health Organization workshop report. 1995.
2. Barnes, P.J.: Mechanisms in COPD: differences from asthma. Chest 2000; 117 (suppl.): 10S-14S.
3. Celli, B.R.: The importance of spirometry in COPD and asthma: effect on approach to management. Chest 2000; 117 (suppl.): 15S-19S.
4. Jorenby, D.E., Leischow, S.J., Nides, M.A. et al.: A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N. Engl. J. Med. 1999; 340: 685-691.
5. Anthonisen, N.R., Connett, J.E., Kiley, J.P. et al.: Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1: The Lung Health Study. JAMA 1994; 272: 1497-1505.
6. Pauwels, R.A., Löfdahl, C.G., Laitinen, L.A. et al.: Long-term treatment with inhaled budesonide in persons with mild chronic obstructive pulmonary disease who continue smoking. N. Engl. J. Med. 1999; 340: 1948-1953.
7. Laverley, P.M.A., Burge, P.S., Jones, P.W. et al.: Effect of three years treatment with fluticasone propionate in patients with moderately severe COPD [abstrakt]. Am. J. Resp. Crit. Care Med. 1999; 159 (suppl.): A524.

Vážená pani doktorka,
Vážení pán doktor,

firma Boehringer Ingelheim Pharma
si Vás dovoľuje čo najsrdečnejšie pozvať
na satelitné sympóziu

PREVENENCIA A LIEČBA CHOCHP VO VYŠŠOM VEKU

Sympóziu sa bude konať
v rámci X. Kongresu Slovenskej a Českej
pneumologickej a ftizeologickej spoločnosti

7. októbra 2000 v čase od 15.00 – 16.15 hod.
v hlavnej kongresovej sále "A" Mestského úradu v Poprade

Program

Chairman: P. Krištúfek

1.	S. Kos, Janov	CHOCHP civilizačná hrozba pre tretie tisícročie	15.00 – 15.15 hod.
4.	E. Rozborilová, Martin	Farmakoterapia CHOCHP vo vyššom veku	15.15 – 15.30 hod.
5.	L. Chovan, Bratislava	Kvalita života ako ukazovateľ správnej liečby u pacientov s CHOCHP	15.30 – 15.45 hod.
7.	D. Zverková, Bratislava	Náklady na optimálnu liečbu CHOCHP	15.45 – 16.00 hod.

DISKUSIA

16.00 hod.

Tešíme sa na stretnutie s Vami
a zostávame s pozdravom

Compliance pacientov s prieduškovou astmou pri samomonitorovaní PEF

MUDr. Robert Vyšehradský, PhD.,¹ MUDr. Hana Kayserová, CSc.,² MUDr. Július Duchoň,³ MUDr. Ján Plutinský, CSc.,⁴ MUDr. Jana Korytárová,⁵ MUDr. Jana Šimovičová,⁶ MUDr. Dagmar Klčová,⁷ Doc. MUDr. Eva Rozborilová, CSc.¹

¹Klinika TaPCH JLF UK a MFN, Martin, ²Detská klinika IVZ, ³Poliklinické oddelenie TaRCH Trnava, ⁴VOÚ TaRCH Nitra-Zobor, ⁵Detské oddelenie NsP Piešťany, ⁶Poliklinické oddelenie TaRCH Levice, ⁷Alergoimunologická ambulancia Trenčín

Súhrn: Autori predkladajú výsledky multicentrickej štúdie, ktorá na základe minimálne 3-mesačného monitorovania pľúcnych funkcií pacientov s prieduškovou astmou pomocou elektronického osobného spirometra AM1 hodnotí compliance pacientov vo vzťahu k samomonitorovaniu vrcholového výdychového prietoku (PEF). Do štúdie bolo zaradených 30 žien a 21 mužov, ktorí boli považovaní za dobre spolupracujúcich pacientov. Bolo vyhodnotených 20278 meraní PEF. Priemerný počet meraní PEF za deň podľa elektronického záznamu sa neodlišoval od priemerného denného počtu meraní, udávaného pacientmi. Počas monitorovacieho obdobia došlo k poklesu priemerného denného počtu meraní na hranici významnosti, čo potvrdzuje predpoklad, že pri samomonitorovaní PEF, podobne ako pri dlhodobej medikácii, dochádza postupne k poklesu patientskej compliance. Toto zistenie by malo viesť lekárov k opakovanému preverovaniu používania osobných spirometrov pacientmi a k opakovanej motivácii pacientov.

Kľúčové slová: Asthma bronchiale, samomonitorovanie, PEF, compliance

Compliance of patients with bronchial asthma in PEF-self-monitoring.

Summary: Outcomes of a multi-centric study, based on at least 3 months follow-up of lung functions in patients with bronchial asthma using electronic personal spirometer AM1, evaluating patients' compliance related to self-monitoring of peak expiratory flow (PEF), are presented. 30 female and 21 male patients considered as well-cooperating were included in this study. 20278 measurements of PEF were evaluated. Mean value of count of daily electronically recorded PEF-measurements did not differ from those declared by patients. Mean value of count of daily performed PEF-measurements dropped down during follow-up period at the margin of significance. This confirms the premise, that like in a long-term treatment, it comes to gradual fall in patients' compliance in PEF-self-monitoring. This statement should be conducive for physicians for repeated check of use of peak-flow-meters by patients and for repeated motivation of patients.

Key words: Asthma bronchiale, self-monitoring, PEF, compliance

Úvod

Samomonitorovanie vrcholového výdychového prietoku (PEF) je pevnou súčasťou všetkých aktuálne platných medzinárodných a národných smerníc – odporúčení pre optimálnu diagnostiku a liečbu prieduškovastej astmy. O význame samomonitorovania PEF pre informovanosť pacienta i lekára niet pochýb. Je však známe, že compliance pacientov pri každej dlhodobej medikácii s časom klesá. Jej pokles je priamo úmerný všetkým nárokom, ktoré sa na pacienta kladú v súvislosti s použitím lieku (1, 2) (počet denných aplikácií, skladnosť, hmotnosť, časová a ekonomická náročnosť, nápadnosť aplikácie pre okolie). Preto býva lepšia compliance pacientov pri užívaní once-daily prípravkov, než pri užívaní liekov s niekoľkými dennými aplikáciami (3). To je tiež dôvod, prečo niektorí pacienti tvrdošijne dávajú prednosť perorálnym metylxantínom pred inhalačnými protizápalovými liekmi (4). Z rovnakého dôvodu niektorí pacienti používajú dávkovacie sprayové formy bez nadstavca, napriek tomu, že nie sú schopní adekvátne zvládnuť inhalačnú techniku. Podobné princípy zrejme platia nielen pre liečbu, ale aj pre použitie diagnostických pomôcok. V tejto súvislosti by bola zrejme značne idealistická predstava o adultnom, ekonomicky a sociálne aktívnom astmatikovi, ktorý dlhodobo monitoruje svoj PEF pomocou osobného spirometra minimálne 3-krát denne, a to pred i po aplikácii bronchodilatancií a vedie si záznamy o nameraných hodnotách. Už v súčasnosti existujú vo svete správy, že patientská compliance vo vzťahu k dlhodobému samomonitorovaniu PEF nie je optimálna a časom klesá (5). Preto sme sa v našej multicentrickej štúdií pokúsili zistiť, aká je objektívna compliance našich pacientov pri samomonitorovaní PEF a ako koreluje so subjektívnym sebahodnotením pacientov.

Materiál a metodika

Išlo o minimálne 3-mesačný ambulantný monitoring vrcholového výdychového prietoku (PEF) u pacientov s prieduškovou astmou pomocou elektronického osobného spirometra AM1 fy Jaeger-Toenies (Nemecko). Štúdia prebiehala na pracoviskách uvedených v záhlaví publikácie.

Inklúzne kritériá:

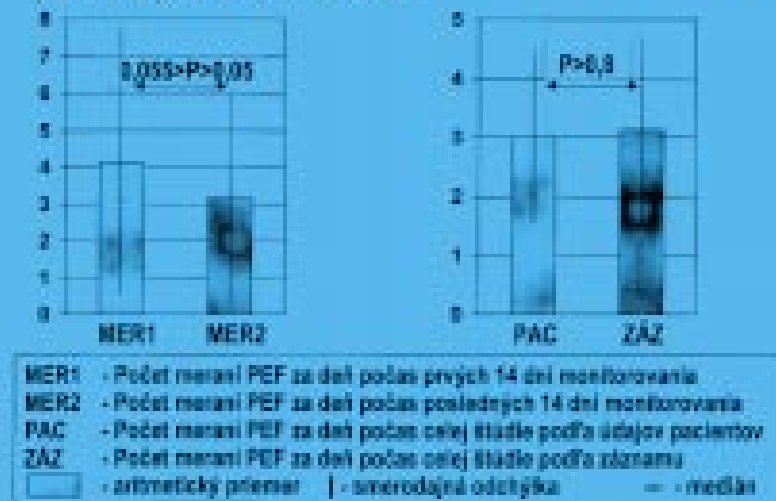
- Stanovenie diagnózy bronchiálnej astmy na základe klinického vyšetrenia (anamnéza a fyzikálny nález), podporeného dôkazom alergie kožnými testami (obligátne), príp. eozinofiliou v periférnej krvi a/alebo dôkazom signifikantného titra celkových či špecifických IgE (fakultatívne) a objektivizáciou variabilnej obštrukcie dýchacích ciest variabilitou PEF resp. FEV1 > 20% v priebehu sledovania a/alebo pozitívnym výsledkom inhalačného nešpecifického bronchoprovokačného testu (obligátne). Išlo o novodiagnostikovaných i o už známych astmatikov.
- Stupeň závažnosti bronchiálnej astmy ani jej aktuálny stav (remisia versus exacerbácia) nerozhodoval.
- Pacienti boli zaraďovaní do štúdie postupne, náhodne bez ohľadu na ročné obdobie v čase zaradenia do štúdie.
- Boli predpoklady pre používanie AM1 (dostatočný všeobecný intelekt, kooperatívnosť).

Exklúzne kritériá:

- Prítomné ochorenia, ktoré sa spájajú s ireverzibilnou obštrukciou dýchacích ciest (predovšetkým chronická bronchitída a emfyzém pľúc).
- Prítomné ochorenia, ktoré významne a variabilne ovplyvňujú pľúcne funkcie (predovšetkým slabosť ľavého srdca a urémia).

Po oboznámení s cieľom a významom štúdie a obdržaní súhlasu so zaradením do štúdie, boli pacienti poučení o používaní AM1, prípadne o používaní inhalačných prípravkov a o kontakte s lekárom. Pacienti boli inštruovaní optimálne monitorovať PEF 3-4-krát denne, pred použitím inhalačného bronchodilatancia a asi 30 minút po bronchodilatácii a navyiac pri každom zhoršení stavu. Zaznamenávanie styku s alergénom, príznakov (a ich intenzity) a použitia liekov bolo interpretované ako nie nevyhnutné, ale žiaduce. K použitiu týchto funkcií AM1 sa pristupovalo individuálne, nevyžadovalo sa ich využívanie striktnie u pacientov, u ktorých by takýto prístup mohol pre zdanlivú komplikovanosť ohroziť celkovú compliance. Každý pacient navyiac obdržal písomné

Obr. 1.: Počet meraní PEF za deň podľa údajov pacientov a podľa elektronického záznamu počas prvých a posledných 14 dní štúdie



pokyny pre používanie.

Vzhľadom na základnú diagnózu sme uprednostnili monitorovanie PEF, preto boli pacienti inštruovaní vykonávať manéver PEF. Z tohto dôvodu ani neboli parametre FVC, FEV1, FEV1/FVC, MEF 25,50,75 ďalej štatisticky vyhodnocované.

Pri zaradení do štúdie pacienti vyplnili anamnestický dotazník, ktorý obsahoval otázky o predchádzajúcej liečbe, o skúsenosti so samomonitorovaním PEF, o fajčení a o predpokladanom dopade používania AM1 na výsledky liečby, na pravidelnosť samomonitorovania a na informácie ním sprostredkované.

Počas štúdie boli údaje z AM1 prenášané do osobného počítača ošetrojúceho lekára pri kontrolných návštevách. Po ukončení štúdie boli exportované do textových súborov, ktoré boli prenesené do koordinačného centra štúdie, tu konvertované do databáz v prostredí Microsoft Access 97 a FoxPro 2.0. Následne boli štatisticky spracované s využitím metód deskriptívnej štatistiky a neparametrickeho testovania hypotéz (párový variant Wilcoxonovho testu) pomocou software Statgraphics v. 4.0 (STSC, Inc. a Statistical Graphic Corporation). Výsledky deskriptívnej štatistiky vyjadrujeme ako aritmetický priemer +/- smerodajná odchýlka a minimum - maximum.

Po ukončení štúdie pacienti spolu s lekárom vyplnili ďalší anamnestický dotazník, ktorý hodnotil používanie AM1 (rozsah a pravidelnosť podľa údajov pa-

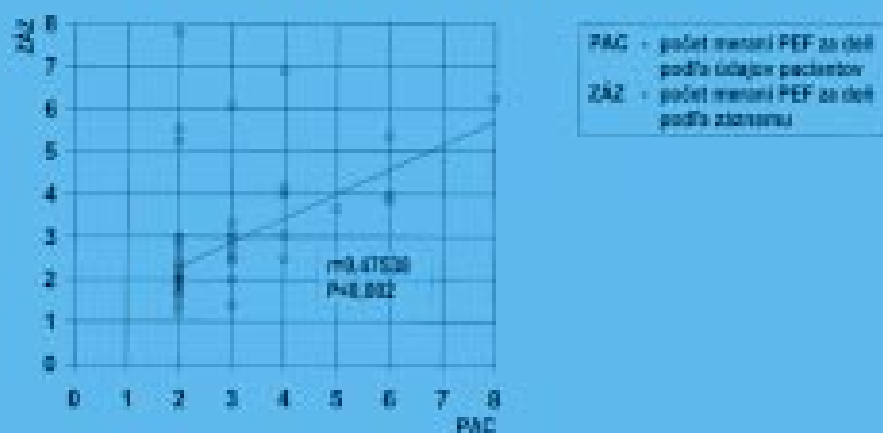
cienta aj lekára), spokojnosť pacientov s nastavením liečby v priebehu sledovaného obdobia, nutnosť úprav liečby, schopnosť pacientov vykonať tieto úpravy bez návštevy lekára na základe inštrukcie a výsledkov samomonitorovania a prínos používania AM1 na pravidelnosť samomonitorovania, kvalitu informácií ním sprostredkovaných, skutočnosť, či by pacienti v budúcnosti uprednostnili AM1 pred bežným výdychomerom a či by boli ochotní za AM1 určitú čiastku doplatiť.

Postupne bolo podľa vyššie uvedeného postupu zaradených do štúdie 51 pacientov (30 žien a 21 mužov) s vekom od 17 do 74 rokov (41,1+14,8 (x+SD) roku). Z hľadiska stupňa závažnosti základného ochorenia išlo o 15 pacientov s ľahkým, 22 so stredne ťažkým a 14 s ťažkým stupňom prieduškovkej astmy.

Výsledky

Vyššie uvedeným spôsobom bolo zaznamenaných a následne štatisticky spracovaných 20278 meraní PEF. Zo 48 pacientov, ktorí správne vyplnili vstupný anamnestický dotazník, 17 (35,4%) malo už predchádzajúce skúsenosti so samomonitorovaním PEF pomocou konvenčného osobného spirometra. Z nich 15 merali svoj PEF pravidelne (denne), 2 len pri ťažkostiach. Denná frekvencia meraní bola 2 merania denne u 12 pacientov, 4 merania denne u 1 pacienta. Namerané hodnoty zaznamenávali 16 pacienti, z toho 13

Obr. 2.: Korelácia medzi počtom meraní PEF za deň podľa údajov pacientov a ich počtom podľa elektronického záznamu



pravidelne. Oproti tomu pri vyradení zo štúdie udávalo pravidelné denné meranie PEF 44 z uvedených 48 pacientov. Denne títo pacienti udávali 2 merania v 23 prípadoch, 3 merania v 10 prípadoch, 4 merania v 5, 6 meraní v 4 a 8 meraní v 1 prípade.

Pri objektívnom hodnotení na základe analýzy elektronicky zaznamenaných údajov sme zistili, že priemerný počet meraní PEF za deň počas celej štúdie sa neodlišoval od počtu udaného pacientmi v anamnestickom dotazníku ($P > 0,8$; obr. č. 1). Dokázali sme významnú lineárnu koreláciu medzi počtom meraní PEF za deň, udaným pacientmi v anamnestickom dotazníku a elektronicky zaznamenaným počtom meraní PEF za deň ($r = 0,47538$, $P < 0,002$; obr. č. 2). Na tomto obrázku je vidieť, že v našom súbore sa nevyskytovalo väčšie subjektívne nadhodnocovanie denného počtu meraní PEF. Naopak, občas pacienti významne podhodnocujú svoje monitorovanie PEF.

S ohľadom na určenie vývoja patientskej compliance pri dlhodobom samomonitorovaní PEF sme separovane hodnotili prvých a posledných 14 monitorovaných dní. Priemerný počet meraní PEF za deň počas prvých 14 dní štúdie bol $4,1 \pm 3,6$ (0,1-20,3). Na konci štúdie (počas posledných 14 dní) bol $3,2 \pm 2,8$ (0,3-14,3). Pokles v priemernom počte meraní PEF za deň počas štúdie je na hranici štatistickej významnosti ($0,055 > P > 0,05$; obr. č. 1).

Diskusia

Pacientská compliance v súvislosti s dlhodobým samomonitorovaním PEF

poklesla v našej štúdiu na hranicu významnosti napriek skutočnosti, že pacienti vedeli, že používanie prístroja je elektronicky registrované v jeho pamäti a bude následne podľa zaznamenaných meraní objektivizované lekárom. Ovplyvnenie frekvencie samomonitorovania podstatnou zmenou klinického priebehu ochorenia môžeme vylúčiť, nakoľko nedošlo k signifikantnej zmene priemernej hodnoty PEF počas sledovaného obdobia (6). Zistený pokles patientskej compliance pri dlhodobom samomonitorovaní PEF však rozhodne neznižuje klinický prínos používania osobného spirometra. Práve naopak, mal by byť stimulom pre opakované preverovanie jeho používania lekárom, pre opakovanú edukáciu a motiváciu pacientov. Je overené, že sledovanie dennej variability PEF je jedným z najužitočnejších ukazovateľov pre včasnú detekciu exacerbácie astmy (7). Z našich údajov zadaných do tlačie vyplývalo, že pravidelné monitorovanie PEF má priaznivý vplyv na výsledky liečby prieduškového astmy (8). V kontraste s tým musíme uviesť, že aj v podmienkach ekonomicky vyspelých krajín len asi 26% astmatikov má svoj osobný spirometer a len 6% (!) ho denne používa (9).

Záver

Uvedené výsledky potvrdzujú mierne pokles patientskej compliance pri dlhodobom samomonitorovaní PEF u pacientov s prieduškovou astmou, čo by malo byť stimulom pre opakované preverovanie používania osobného spirometra a pre opakovanú edukáciu a motiváciu pacientov.

Literatúra

- Cambell, L. M.: Once-daily inhaled corticosteroids in mild to moderate asthma: improving acceptance of treatment. *Monaldi Arch. Chest Dis.*, 1999, 58: 25-33.
- Cochrane, G. M., Horne, R., Chanez, P.: Compliance in asthma. *Respir. Med.*, 1999, 93: 763-769.
- Hyland, M. E.: Rationale for once-daily therapy in asthma: compliance issues. *Drugs*, 1999, 58: 1-6.
- Kelloway, J. S., Wyatt, R. A., Adlis, S. A.: Comparison of patients' compliance with prescribed oral and inhaled asthma medications. *Arch. Intern. Med.*, 1994, 154: 1349-1352.
- Côte, J., Cartier, A., Malo, J. L., Rouleau, M., Boulet, L. P.: Compliance with peak expiratory flow monitoring in home management of asthma. *Chest*, 1998, 113: 968-972.
- Vyšehradský, R., Kayserová, H., Duchoň, J., Plutinský, J., Korytárová, J., Šimovičová, J., Klčová, D., Rozborilová, E.: Liečime dobre prieduškovú astmu? *Alergie*, 2000, (v tlači).
- Iwasaki, Y., Kubota, Y., Yokomura, I., Ueda, M., Hashimoto, S., Arimoto, T., Hara, H., Nakagawa, M.: Usefulness and early detection of acute exacerbation by peak expiratory rate in the management of asthma. *Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi*, 1997, 35: 1040-1046.
- Vyšehradský, R., Kayserová, H., Duchoň, J., Plutinský, J., Korytárová, J., Šimovičová, J., Klčová, D., Rozborilová, E.: Efekt monitorovania PEF na výsledky liečby prieduškového astmy. *Respirace*, 2000, (v tlači).
- Legorreta, A. P., Christian Herman, J., O'Connor, R. D., Hassan, M. M., Evans, R., Leung, K. M.: Compliance with national asthma management guidelines and specialty care: a health maintenance organization experience. *Arch. Intern. Med.*, 1998, 158: 457-464.

Podakovanie

Firme Boehringer Ingelheim za materiálnu a organizačnú podporu, vďaka ktorej mohla byť štúdia realizovaná.



Astma

zdroje informácií na internete

Peter Beržinec, Vysokošpecializovaný odborný ústav TaRCH, Nitra-Zobor
riaditeľ: MUDr. Štefan Petříček, MPH

Súhrn: Výsledky ankety medzi pneumológmi a imunológmi na západnom Slovensku kraji ukázali enormný záujem o informácie o zdrojoch informácií o astme na Internete. Na Internete je dostupné obrovské množstvo stránok venovaných zdravotnej starostlivosti, vrátane stránok venovaných rôznym aspektom astmy. V stručnom prehľade sú uvedené charakteristiky a adresy niektorých dôležitejších zdrojov informácií o astme na Internete.

Kľúčové slová: astma, informácie, Internet

ASTHMA - INFORMATION RESOURCES ON THE INTERNET

Summary: A survey among the pulmonologists and immunologists in western part of Slovakia showed enormous interest in information about asthma resources on the Internet. The Internet houses an immense amount of pages devoted to health care, including those devoted to different aspects of asthma. The characteristics and the addresses of some of the more important asthma resources on the Internet are given in a brief overview.

Key words: asthma, information, Internet

Výsledky ankety medzi pneumológmi a imunológmi na západnom Slovensku ukázali enormný záujem o informácie o možnostiach získavania odborných poznatkov, špecificky aj poznatkov o astme, pomocou Internetu (1). Na Internete je vo všeobecnosti dostupné obrovské množstvo stránok venovaných zdravotnej starostlivosti, vrátane informácií týkajúcich sa rôznych aspektov astmy. Podobne, ako je tomu aj pri iných ochoreniach, veľká časť informácií je určená pre pacientov. Pre lekárov a profesionálnych zdravotníckych pracovníkov budú iste zaujímavé nasledovné zdroje informácií, v ktorých je možné nájsť okrem iného aktuálne spravodajstvo z kongresov a konferencií, medzinárodné smernice diagnostiky, liečby, učebnice, kompletne texty článkov týkajúcich sa astmy, vstup do databáz, do časopisov, prepojenia na iné užitočné adresy.

MedMark Respiration Medicine

<http://medmark.org.rm>

<http://medmark.org.rm>

MedMark ponúka informácie o astme v sekcii Respiration Medicine. Okrem informácií o manažmente, edukácii, prepojeniach na množstvo ďalších adries má MedMark niektoré ďalšie zaujímavé možnosti. Patrí medzi ne ponuka prehľadávania celej siete WWW pomocou rôznych programov, ponuka prehľadávania MedMark pomocou kľúčových slov a veľmi prehľadne zobrazené adresy na vstupy do Medline (<http://medmark.org.main.html>).

Medscape Respiratory Care

<http://respiratorycare.medscape.com>

<http://respiratorycare.medscape.com>

Informácie o astme je možné v Medscape získať v sekcii Respiratory Care alebo vyhľadaním stránok záujmu. Respiratory Care Editors Choice články obsahujú aktuálne informácie a komentáre. Zaujímavé sú prepojenia na Next Day Summaries on Asthma (obsahuje zhrnutie dôležitých nových informácií z American Thoracic Society/American Lung Association Meeting) a Conference Summaries. Okrem množstva ďalších informácií zasluhuje pozornosť dostupnosť plného textu Diagnosis and Management of Asthma a možnosť vyhľadávania kompletných článkov v databáze výberu Medscape.

AsmaNet

<http://www.asmanet.com>

<http://www.asmanet.com>

InterAsma - nezávislá medzinárodná organizácia - šíri cez AsmaNet (Asthma on the Net) informácie o astme a podporuje vzdelávanie v tejto oblasti (obr. č. 1). AsmaNet pokrýva celé spektrum astmológie. Informácie sú vo francúzštine a v angličtine. Zaujímavosťou je inštalované bezplatné elektronické prekladanie textov angličtina - francúzština a francúzština - angličtina.

EFAnet

<http://www.efanet.org>

<http://www.efanet.org>

Cez EFAnet šíri informácie European Federation of Asthma and Allergy Associations - aliancia 27 organizácií v 14 európskych krajinách. Cieľom EFAnetu je šírenie objektívnych informácií o astme a alergiách. Milou zaujímavosťou je sekcia Kids Page, ktorá obsahuje stránky zamera-

né na deti. Pre lekárov a zdravotníckych pracovníkov sú okrem iných informácií v stručnom, ale efektívnom prehľade dostupné a priebežne dopĺňané ďalšie dôležité prepojenia (<http://www.efanet.org/links>).

JAMA Asthma Information Center

<http://www.ama-assn.org/special/asthma>
<http://www.ama-assn.org/special/asthma>

Informačné centrum The Journal of the American Medical Association obsahuje stránky venované rôznym aspektom astmy (obr. č.2). Všetky zdroje a informácie sú „peer-reviewed“ – čo je (aj) na Internete veľmi cenná skutočnosť (2).

Sekcia Newslines obsahuje aktuálne spravodajstvo, vrátane správ z kongresov a konferencií. Sekcia Library obsahuje výber článkov - plných textov alebo abstraktov - z vybraných časopisov. V Treatment Center sú smernice/odporúčania opublikované od r. 1994. V Treatment Center sú aj Treatment Updates - venované napríklad problematike tehotenstva a astmy, astme u starších pacientov, astme a gastroezofageálnemu refluxu atď. Sekcia „Best of the Net“ ponúka prepojenia na iné „top“ adresy.

The Virtual Hospital

<http://www.vh.org> <http://www.vh.org>

The Virtual Hospital - virtuálna nemocnica (obr. č. 3) - obsahuje časť venovanú astme s interaktívnymi návodmi diagnostiky, liečby, riešenia situácií a problémov z klinickej praxe. Zaujímavosťou je sekcia pre poskytovateľov zdravotníckych služieb, samozrejmosťou (ako v reálnej nemocnici) sú informácie pre pacientov.

PharmInfoNet

<http://www.pharminfo.com>
<http://www.pharminfo.com>

Pharmaceutical Information Network šíri informácie pomocou PharmInfoNet. Súčasťou PharmInfoNet je aj Asthma Information Center. Jeho hlavným zameraním je farmakologická liečba astmy. Okrem iných informácií obsahuje sekcie: Drugs Used in the Treatment of Asthma, Research News, Articles, správy FDA, vrátane správ z FDA programu MedWatch, zameraného na vedľajšie účinky a interakcie liekov.

Ďalšie adresy

Cenné informácie je možné nájsť na celom rade ďalších adries. Uvedený výber je iba malou časťou z nich. Na každej z týchto adries sú však prepojenia a odkazy na iné zdroje a tak vlastne uvedené adresy, podobne ako už tie uvedené vyššie, dávajú ďalšie možnosti na získanie množstva ďalších informácií.

American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology - AAAAI
<http://www.aaaai.org>



obr. č.3

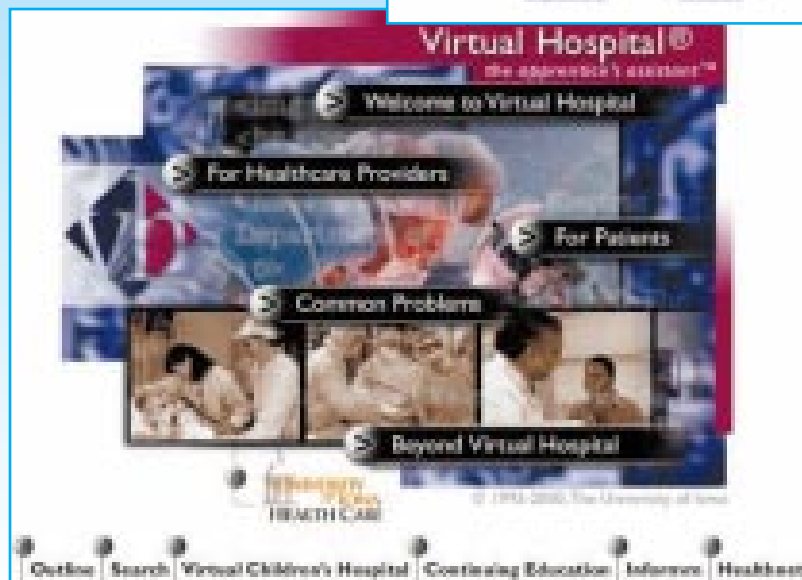
American College of Allergy, Asthma & Immunology - ACAAI
<http://www.allergy.mcg.edu>

The Joint Council of Allergy, Asthma & Immunology - JCAAI
<http://www.jcaai.org>
 British Medical Journal Asthma Collection
<http://www.bmj.com/cgi/collection/asthma>

Doctors Guide - Asthma Information and Resources
<http://pslgroup.com/asthma.htm>

obr. č.1

obr. č.2



Záver

Ako už bolo uvedené, informačné zdroje na Internete sú obrovské. Časť informácií je poskytovaná komerčnými spoločnosťami. Podľa zákonov platných v USA sú takéto adresy charakterizované v Internetovej adrese doménovou skratkou com. Časť informácií je poskytovaná vzdelávacími/školskými inštitúciami - takéto adresy sú charakterizované skratkou edu alebo inými organizáciami - org. (3). Upozornenie "Neverte všetkému, čo je publikované na Internete", ktoré je mimochodom tiež z publikácie na Internete (4), je nepochybne aktuálne.

Literatúra:

- Beržinec, P., Demo, P.: Odborné informácie na internete - záujem medzi západoslenskými pneumológmi a imunológmi. IX. Zoborský deň - Respiračné alergózy. Zborník Abstrákt. Nitra, Monopress, 2000, A:29
- Bingham, C.: Peer review on the Internet: a better class of conversation. Lancet, 1998, 351 (suppl. I): 10 - 14
- Drda, V., Bína, F., Drda, M.: Internet krok za krokom. Praha, IDG Czech, a.s., 2000, 48 s.
- Goldsborough, R.: E-medicine. Information on the Internet: do not believe everything you read. <http://www.medscape.com/CPG/ClinNews/1999, 3 s>.

Chronický kašeľ a bronchiálna astma versus refluxová choroba pažeráka

MUDr.Žigmund Henžel, MUDr.Mária Letková, MUDr.Peter Selický, MUDr.Jozef Weber
VOÚ TaRCH Nitra-Zobor, Endoskopické oddelenie, prim.MUDr.Henžel Žigmund
Riaditeľ: MUDr.Štefan Petříček M.P.H.

Súhrn: Autori v článku referujú o problematike bronchiálnej astmy, chronického kašľa a refluxovej choroby pažeráka. Informujú o vzájomných súvislostiach medzi týmito chorobami. Prezентujú výsledky retrospektívnej štúdie 218 pacientov s astmou a chronickým kašľom, ktorí boli ezofagogastroskopicky vyšetrení. Odporúčajú endoskopické vyšetrenie pažeráka u všetkých pacientov s astmou a chronickým kašľom, u ktorých sú prítomné zažívacie ťažkosti (pyróza, regurgitácie, bolesť v epigastriu, globus, odynofagia, dysfagia, nekardiálna bolesť na hrudníku).

Kľúčové slová: chronický kašeľ, bronchiálna astma, refluxová choroba pažeráka

Chronic cough and asthma versus gastroesophageal reflux disease

Summary: It has been reported by the authors in this article on the problems related to asthma, chronic cough and gastroesophageal reflux disease. They have informed about a common relationship between these diseases. They undertook retrospective trial with 218 patients suffering from asthma and chronic cough examined by oesophagogastrosocopy. The authors have recommended to undertake an endoscopy of oesophagus in all patients with asthma and chronic cough suffering from digestive symptoms (heartburn, regurgitation, epigastric pain, globus, odyndophagia, dysphagia, non cardiac pain of the chest).

Key words: chronic cough, asthma, gastro-oesophageal reflux

Kašeľ je obranný dýchací reflex, ktorý vzniká na podklade podráždenia aferentných nervových zakončení v sliznici laryngu a tracheobronchiálneho stromu. Reflexný oblúk je sprostredkovaný nervom vágom. Vzniká za fyziologických okolností len vtedy, ak do dýchacích ciest náhodne vniknú tekuté alebo pevné súčasti potravy, prípadne vzniká po vdýchnutí dráždivých plynov. Vždy, keď človek kašle bez uvedených „fyziologických príčin“, musíme predpokladať, že v dýchacích cestách alebo ďalších anatomických štruktúrach, ktoré majú priame alebo nepriame napojenie na dolné dýchacie cesty, je prítomný patologický proces (1).

Kašeľ môže byť symptómom rôznych ochorení, a nielen respiračného sys-

tému. Zhoršuje kvalitu života pacienta, obťažuje ho v bežných denných aktivitách, limituje jeho uplatnenie v niektorých zamestnaniach a obmedzuje spánok. Často mu pacienti nepripisujú veľký význam, pretože je jediným príznakom. Skúšajú sa liečiť sami, prípadne po niekoľkých týždňoch navštívia praktického lekára, ktorý spravidla indikuje expektoranciá alebo antitusiká a uplynie znova niekoľko týždňov bez efektu, kým pacient (ak vôbec) navštívi pneumológa. Na uvedenú klinickú jednotku sa používajú rôzne synonymá ako: -syndróm dráždivého kašľa, chronický perzistujúci kašeľ alebo chronický kašeľ. Práve posledne menovaný termín sa odporúča akceptovať aj u nás, za účelom zjednotenia terminológie.(1).

Je viacero definícií chronického kašľa, ktoré zohľadňujú dĺžku trvania a definované podmienky. Napríklad podľa Hardera a kol. (1989) je chronický kašeľ definovaný tým, že:

- trvá viac ako 8 týždňov
- je jediným symptómom ochorenia
- rtg snímka hrudníka je negatívna
- nie je prítomné žiadne chronické ochorenie respiračného traktu

Podľa iných autorov sa dĺžka trvania kašľa pohybuje od 3 do 8 týždňov a z podmienok je ešte doplnené, že pacient neužíva inhibítory angiotenzin konvertujúceho enzýmu (1). V praxi sa však stretávame s tým, že pacienti kašľú podstatne dlhšie obdobie. V literatúre sa uvádza, že pacient sa k pneumologickému vyšetreniu dostaví po mesiacoch, až niekoľkých rokoch trvania dráždivého kašľa (2, 3). Je potrebné rozlišovať medzi kašľom, ktorý je symptómom iného ochorenia, a chronickým kašľom ako klinickou jednotkou.

Najčastejšie príčiny kašľa ako symptómu podľa Chunga (4) sú:

- Akútne infekcie: - tracheobronchitída, bronchopneumónia
- Chronické infekcie: - chronická bronchitída, bronchiektázie, tbc, cystická fibróza pľúc
- Ochorenia dýchacích ciest: - post-nasal drip, asthma bronchiale
- Ochorenia pľúcneho parenchýmu: fibróza, emfyzém
- Tumory: - malígne, benígne
- Cudzie telesá
- Kardiovaskulárne choroby: zlyhanie srdca, aneurizma aorty
- Refluxová choroba pažeráka
- Lieky: inhibítory angiotenzin konvertujúceho enzýmu

Tri najčastejšie príčiny chronického kašľa (klinickej jednotky) podľa najvýznamnejších prác posledného desaťročia sú (1,5,6,14)

1. Rhinitída (post-nasal drip)
2. Asthma bronchiale
3. Refluxová choroba pažeráka

Refluxová choroba pažeráka je teda tretou najčastejšou príčinou chronického kašľa. Chronický kašeľ u nefajčiarov v USA sa vyskytuje v 14 až 23% (4). Pre chronický kašeľ neznámej etiológie je vyšetřovaných 10-38% ambulantných pacientov u pneumológa (ako cituje Tatár - Medicínsky Monitor 5/99).

Astma bronchiale je definovaná v Správe zo sympózia „ International Asth-

ma Management Project“ (USA 1992) a v ďalších publikáciách Global Initiative for Asthma USA 1995 atd. nasledovne: Astma je chronické zápalové ochorenie dýchacích ciest s účasťou eozinofilov, mastocytov, bazofilov a lymfocytov T. Výsledkom zápalu sú prejavy bronchiálnej obštrukcie, ktorá je spontánne, alebo vplyvom liečby reverzibilná. Dochádza k priduženej zvýšenej vnímavosti dýchacích ciest na rôzne stimuly (7,8).

V prípade astmy, ktorá je chronickým ochorením, sa používajú dve kategórie prevalencie. Je to kumulatívna prevalencia (predchádzajúca a súčasná) a súčasná (momentálna, ročná). Prevalencia astmy stúpa tak, ako stúpa prevalencia alergóz. V regióne Petržalka sa zvýšil výskyt astmy u detí z 1,1% v r. 1970 na 6,2% v r. 1995. Obdobne ako u detí je kumulatívna prevalencia u dospelých vyššia ako súčasná (ročná): 4,8%/Švédsko, 3,3–5,5%/Taliansko (8).

Jednou z mnohých príčin astmy je pažerákový reflux. Spojitosť medzi astmou a pažerákovým refluxom bola opísaná Wiliemom Oslerom už v roku 1912, ako to cituje Harding (9). Osler uvádzal, že záchvaty astmy môžu byť spôsobené priamou iritáciou bronchiálnej sliznice, alebo tiež nepriamo, reflexným vplyvom zo žalúdka. Toto sa po desiatkach rokov potvrdilo klinickým výskumom.

Sontag a kol. v súbore pacientov s astmou zistili v 43% endoskopicky prítomnú ezofagitídu a pri 24 hodinovom monitorovaní pH v pažeráku zistili abnormálny reflux až v 82% (10). Mnohé štúdie poukazujú na to, že pri vzniku bronchokonstrikcie pri patologickom refluxe je dôležitý reflexný mechanizmus sprostredkovaný nervom vágom. Pažerák a bronchiálny strom majú spoločný embryonálny základ a teda aj autonómnú nervovú reguláciu (9). Je potvrdené, že ak sú stimulované receptory v distálnej časti pažeráka kyselinou, môže to viesť k bronchokonstrikcii u pacientov s bronchiálnou astmou. Potvrdená bola aj účasť vágového reflexu pri štúdiu chronického kašľa neznámej etiológie (11). Druhým mechanizmom vzniku bronchokonstrikcie a kašľa je priama aspirácia žalúdočnej šťavy počas abnormálneho refluxu. Je zaujímavé aj zistenie Suchanovej a kol., že pri expozícii pažeráka kyselinou dochádza k zhoršeniu rôznych pľúcnych funkcií aj u zdravých jedincov, ktorí boli použítí pri štúdiu ako kontrolná skupina. Tento fakt sa vysvetľuje ako možný obranný reflex ezofagobronchiálny, ktorý má chrániť pľúca pred poškodením toxickými látkami z pažeráka, ktoré by mohli byť aspirované (12).

Refluxová choroba pažeráka je Sontagom (17) definovaná ako abnormálny reflux obsahu žalúdka do pažeráka, ktorý spôsobuje rôzne typy poškodení. Spôsobuje dyskomfort a/alebo bolesť s/alebo bez poškodenia sliznice pažeráka. Zapríčiňuje striktúry až stenózy brániace prehĺtaniu, spôsobuje zmeny v sliznici, ktoré môžu vyústiť do adenokarcinómu pažeráka. Poškodzuje aj okolité teritória ako oropharynx, larynx a bronchopulmonálny systém.

Za príčinu patologického refluxu sa všeobecne považuje znížený tonus dolného pažerákového zvierača, ktorý je výsledkom poruchy motility. Dochádza k porušeniu rovnováhy medzi antirefluxovou bariérou a agresívnymi činiteľmi žalúdočného obsahu. Detailné poznanie príčin tohto stavu však chýba. Sontag na stretnutí v Yale pod názvom “GERD: the last word...?” v r. 1997 prezentoval 3 hypotézy.

1. Kongenitálna hypotéza - u nedonosených detí nedošlo pre skrátený čas gestácie ku kompletnému vyzretiu pravého crus diafragmaticum a frenoezofageálneho ligamenta.
2. Traumatická hypotéza - u dospelých vplyvom traumy hrudníka alebo brucha (úrazy, dvíhanie bremien, šport atď.) dochádza k vzniku hiatovej hernie a oslabeniu antirefluxovej bariéry.
3. Tretia teória je vlastne civilizáčna. Moderná doba priniesla ústup od sedenia na zemi so skrčenými nohami (čupenia), sedíme na vysokých stoličkách, aj defekácia v civilizovanom svete je neprirodzená na toaile s vysoko umiestneným sedadlom. K tomuto pristupuje ešte strava s nízkym obsahom vlákniny, a teda malý objem stolice tuhej konzistencie, čiže defekácia si vyžaduje veľmi vysoký abdominálny tlak. Z toho rezultuje zvýšený tlak na hiatus bránice počas defekácie a oslabuje sa sfinkterický mechanizmus dolného pažerákového zvierača. Toto je asi najčastejšia príčina refluxu a Sontag predpokladá, že tvorí až 90% príčin refluxu v civilizovanom západnom svete (17).

Ten istý autor v inej publikácii prezentuje výsledky štúdie 636 pacientov odoslaných na chirurgickú liečbu refluxu. 45% pacientov z tejto skupiny malo respiračné aj GIT ťažkosti súčasne, 39% malo len GIT ťažkosti a 16% pacientov malo len respiračné ťažkosti. Z toho vyplýva, že viac ako 60% pacientov malo koexistenciu gastrointestinálnych aj respiračných ťažkostí (18).

Diskusia

Chronický kašeľ a bronchiálna astma sú dennou problematikou na pneumologickej ambulancii alebo pľúcnom lôžkovom oddelení. Fakt, že ich koincidencia s refluxovou chorobou je vysoká, núti venovať týmto stavom pozornosť a myslieť na ich vzájomné vzťahy. Astma môže byť napríklad vyjadrená len kašľom (kašľový ekvivalent astmy). Pažerákový reflux môže byť spúšťačom, či príčinou chronického kašľa, ale aj bronchokonstrikcie. Za zmienku stojí aj existencia takzvanej pseudo-steroidrezistentnej astmy. Pseudo-steroidrezistentná astma sa vyskytuje u malej časti pacientov s astmou. Je charakteristická tým, že ochorenie nereaguje na vysoké dávky steroidov a beta-mimetík. V prípade zlyhávania liečby u takýchto pacientov sa môže jednať o prejav refluxovej choroby pažeráka (13).

Je známe, že lieky používané na terapiu astmy - hlavne teophyllin, sympatomimetiká a anticholinergiká - znižujú tonus dolného pažerákového zvierača. Aj používanie steroidov zhoršuje prejavy refluxovej choroby. Opisuje sa aj vplyv hyperinflácie (počas astmatického záchvatu) na zníženie tonusu dolného pažerákového zvierača. Hyperinflácia spôsobuje, že dolný pažerákový zvierač je „povyťahnutý“ do hrudníka, čím je porušený fyziologický záklopkový mechanizmus zvierača (11).

Pacienti s chronickým kašľom alebo bronchiálnou astmou sú vyšetrovaní na alergologických ambulanciách, ambulanciách TarCH, prípadne hospitalizovaní na lôžkových oddeleniach. Algoritmus diagnostického postupu pri týchto ochoreniach v našom zariadení, a aj podľa literatúry je nasledovný:

1. rtg snímka hrudníka
2. funkčné vyšetrenie pľúc vrátane bronchomotorického testu
3. rtg snímka prinosových dutín vrátane ORL vyšetrenia (vo vyspelých krajinách CT PND)
4. základné biochemické a hematologické vyšetrenie vrátane vyšetrenia imunoglobulínov
5. vyšetrenie spúta a steru sliznice nosa na eozinofily
6. bronchoskopické vyšetrenie
7. ezofagogastroskopické vyšetrenie
8. imunologické vyšetrenie za účelom celkového zhodnotenia stavu

Na záver by sme si dovoli prezentovať naše skúsenosti s vyšetrovaním uvedených ochorení, ktoré sme už publi-

kovali v časopise Motilita č.5. 1999 (15). V rokoch 1995 až 1998 sme vyšetrili 218 pacientov s dráždivým kašľom a/alebo bronchiálnou astmou podľa vyššie uvedeného algoritmu – vrátane ezofago-gastroskopickeho (GFS). GFS vykonávame na vlastnom endoskopickom oddelení a zameriavame sa na zistenie príznakov refluxovej choroby pažeráka. Výsledky prezentuje nasledujúca tabuľka č.1.

Z tabuľky je zrejmé, že sme do súboru zaradili aj pacientov, ktorí nemali žiadne symptómy zo strany GIT-u, a napriek tomu sme u nich našli až v 17,4% známky svedčiace pre reflux. Ak mal pacient len jeden príznak zo strany tráviaceho traktu, percento pozitívnych nálezov sa zvýšilo na 58,1%. V prípade 2 a viacerých príznakov zo strany GIT-u sme našli známky svedčiace pre pažerákový reflux až v 85,2%. Sumárne u pacientov s astmou a/alebo chronickým kašľom sme zistili známky refluxu v 42,2%.

Za subjektívne príznaky svedčiace pre refluxovú chorobu považujeme:

- pyrózu
- regurgitácie
- bolesť v epigastriu
- dysfágiu a odynofágiu
- nekardiálnu bolesť na hrudníku
- nauzeu
- globus
- zhoršovanie pyrózy a regurgitáciu pri práci v predklone
- zhoršovanie príznakov v polohe na pravom boku
- zhoršovanie stavu po niektorých jedlách (paradjková omáčka, sladké ovocné šťavy, citrusy)

Endoskopická diagnóza refluxovej choroby pažeráka je jednoznačná pri náleze ezofagitídy. Treba si však uvedomiť, že až 60% pacientov s refluxovou chorobou nemá známky ezofagitídy. Pre reflux svedčia tzv. nepriame známky: - viditeľný voľný reflux, „špliechanie“, nedovieranie kardia, nedovieranie kardia v inverznom pohľade, prolaps sliznice žalúdka do pažeráka, nodulácie a „zhrubnutie epitelu“ (16). Je niekoľko diagnostických možností na potvrdenie refluxovej choroby. Najdôležitejšia je cieľená anamnéza, kde pátrame po uvedených príznakoch svedčiacich pre reflux. V prípade pozitívnej anamnézy vykonávame GFS vyšetrenie. Je pozoruhodné, že aj v prípadoch, kedy sa anamnesticky nezistili známky svedčiace pre reflux, sme našli endoskopické známky refluxu vrátane ezofagitídy. V sporných prípadoch indikujeme gamagrafické vyšetrenie paže-

Tab. č.1 Závislosť endoskopicky pozitívnych nálezov svedčiacich pre pažerákový reflux vo vzťahu k počtu subjektívnych príznakov zo strany GIT-u u pacientov s chronickým kašľom alebo bronchiálnou astmou.

Počet symptómov zo strany GIT-u	Počet vyšetrených pacientov	Počet endoskopicky endosk. pozitívnych nálezov	% pozitívnych nálezov
0	121	21	17,4%
1	43	25	58,1%
2 a viac	54	46	85,2%
Suma	218	92	42,2%

ráka na reflux s 99m TcO₄ perorálne. Špeciálne vyšetrovacie metódy ako 24 hodinové monitorovanie pH v pažeráku a manometriu nepoužívame pre nedostupnosť, a ani vo vyspelých krajinách tieto metodiky nie sú vykonávané rutinne. Možno využiť aj tzv. „diagnostický terapeutický test“, kde u pacientov s typickými ťažkosťami sa podávajú prokinetika a blokátory protónovej pumpy a vymiznutie príznakov potvrdzuje diagnózu. Citlivosť toho „testu“ je údajne porovnateľná s výsledkami 24 hod. pH-metrie pažeráka (16).

Záver

U pacientov s chronickým kašľom a bronchiálnou astmou je vhodné pátrať po refluxovej chorobe pažeráka pre ich vysokú koincideniu. Ako vhodný diagnostický postup sa nám osvedčilo endoskopické vyšetrenie pažeráka zamerané na zistovanie známk refluxu. U pacientov s dvomi a viacerými subjektívnymi príznakmi zo strany GIT-u je výťažnosť vyšetrenia viac ako 85%. Ako doplnujúce vyšetrenie možno použiť gamagrafiu pažeráka alebo „diagnostický terapeutický test“. V prípade zistenia pažerákového refluxu v koincidenii s dráždivým kašľom alebo astmou nastáva problém interpretácie ich vzájomného vzťahu.

Zapričiňuje astma refluxovú chorobu? Zapričiňuje refluxová choroba astmu? Exacerbuje jedno ochorenie druhé? Sú na sebe nezávislé alebo sa ovplyvňujú? U každého, kto sa snaží nájsť vzťah medzi týmito ochoreniami, panuje určitá skepsa. Napriek vedeckému pokroku a najmodernejším diagnostickým testom sme vo väčšine prípadov odkázaní na klinické pozorovanie (18).

Literatúra:

1. Tatár, M., Krištúfek, P., Rozborilová, E.: Chronický kašeľ – patofyziológia, diagnostika a liečba. Medicínsky monitor, 1999, 5: 4 – 7

2. McGarvey, L.P.A., Heaney, L.G., Lawson, J.T., Johnston, B.T., MacMahon, J.: Evaluation and outcome of patients with chronic nonproductive cough using a comprehensive diagnostic protocol. Thorax, 1998, 53: 738 – 734
3. Boulet, L.P., Milot, J., Boutet, M., Laviolette, M.: Airway inflammation in nonasthmatic subjects with chronic cough. Am. J. Respir. Crit. Care Med., 1994, 149: 482 – 489
4. Chung, K.F., Lallo, U.G.: Diagnosis and management of chronic persistent cough. Postgraduate Medicine Journal, 1996, 72: 594 – 598
5. Carney, I.K., Gibson, P.G., Saltos, N., Olson, L.G.: A systematic evaluation of mechanisms in chronic cough. Am.J.Respir.Crit. Care Med., 1997, 156:211 – 216
6. Harder, R.V., Israel, R.H., Kallay, M.C.: Chronic persistent cough: experience in diagnosis and outcome using an anatomic diagnostic protocol. Chest, 1995, 723 – 728
7. Balý, J.: Zónový systém a farmakoterapie astmatu v pohľadu ambulantiho pneumologa. Respirace, 1995, 3: 5 - 6
8. Hrušková, I.: Astma bronchiálna - nové fakty o patofyziológii, nová liečba. Recipe, 1996, 2: 41 - 43
9. Harding, S. M., Richter, J.:The role of gastroesophageal reflux in chronic cough and asthma. Chest, 1997, 5: 1389 - 1402
10. Sontag, S.J., Schnell, T. G., Miller, T.: Prevalence of esophagitis in asthmatics. Gut, 1992, 33: 872 – 876
11. Ayres, J.G., Miles, J. F.: Oesophageal reflux and asthma. Eur. Resp. J., 1996, 9: 1073 – 1078
12. Suchan, C. A., Harding, S. M., Richter, J.: Gastroesophageal reflux – induced bronchoconstriction. Chest, 1994, 3: 731 – 738
13. Thomas, P.S., Geddes, D.M., Barnes, P.J.: Pseudo-steroid resistant asthma. Thorax, 1999, 54: 352 – 356
14. Magula, D., Petříček, Š.: Novinky z kongresu Európskej respiračologickej spoločnosti v Berlíne 1997. Slovenský lekár, 1998, 7: 40 - 43
15. Henzel, Ž.: Uvažovať o poruche motility pažeráka u pacienta s chronickým kašľom a bronchospazmom? Motilita, 1999, 5: 8 – 9
16. Lukáš, K.: Refluxní choroba minimum pro praxi. Praha, Triton , 1997, 77s.
17. Modlin, M.I.: GERD: the last word...?. Konstanz, Schnetztor-Verlag GmbH, 1998, 67s.
18. Sontag, S.J.: Pulmonary complication of gastroesophageal reflux. In.: Castell, D.O.: The Esophagus. Boston, Little, Brown and Company, 1995, s.555 - 571

Management terapie respiračných infekcií

v ambulancnej praxi

Daniel Paulovič, Vysokošpecializovaný odborný ústav tuberkulózy a pľúcnych chorôb Nitra-Zobor, Riaditeľ: MUDr. š. Petříček, M.P.H., Poliklinické oddelenie TaRCH, vedúci lekár: MUDr. D. Paulovič

Abstrakt: Infekcie respiračného systému tvoria podstatnú časť v praxi ambulancného lekára odboru TaRCH, ale aj praktického lekára. V krátkodobej pracovnej neschopnosti sú akútne respiračné infekcie na prvom mieste, chronické na 4. až 5. mieste. Podľa údajov WHO o úmrtnosti na 12 najčastejších ochorení sú akútne infekcie dýchacích ciest a pľúc na 3. mieste s počtom úmrtí 3,75 mil. osôb ročne, TBC na 4. mieste s 2,9 mil. úmrtí ročne, CHOCHP na 5. mieste s 2,89 mil. úmrtí. Liečba respiračných infekcií má byť vždy komplexná, založená na správnom diagnostickom postupe. Antibiotiká sú nutnou súčasťou liečby infekcií respiračných orgánov. Zvyšujúci sa počet rezistentných kmeňov *Pneumococcus*, ale aj *Haemophilus* a *Moraxella* hlavne na PEN a ERY nás nútia prispôbiť tejto situácii taktiku liečby antibiotikami a viac využívať informácie z mikrobiologických vyšetrení a poznať situáciu v regiónoch.

Kľúčové slová: respiračné infekcie, ATB liečba, odporúčané postupy

Managing respiratory infections in ambulatory practice

Abstract: Respiratory system infections prevail in the ambulatory practice of pneumophthiologist and form an important part of GP`s practice as well. Acute respiratory infections are the first main cause of acute morbidity, acute exacerbations of chronic respiratory infections represent the 4th – 5th main cause. According to WHO database on 12th most frequent causes, the acute infections of respiratory system are the 3rd most frequent cause (with 3.75 mil. deaths a year), TB the 4th most frequent cause (2.9 mil. people die yearly), and COPD the 5th most frequent (with 2.89 mil. deaths yearly). Therapy of respiratory infections should always be comprehensive and based on good diagnostic practice. Inevitable part of this therapy should be antibiotics. Increasing number of *Pneumococci*, *Haemophilus* and *Moraxella* strains resistant to PEN and ERY force us to adapt our antibiotic therapy strategy and more than before obtain and use microbiological examinations results and intimately know the epidemiological situation in the community.

Key words: respiratory infections, antibiotic therapy, recommended management

Úvod:

Akútne a chronické respiračné infekcie patria medzi najrozšírenejšie ochorenia vôbec v ambulancnej praxi pneumoftizeológa, ale aj praktického lekára. Akútne respiračné ochorenia sú na 1. mieste krátkodobej pracovnej neschopnosti (14). Podľa údajov WHO z roku 1998 sa umiestnili ochorenia odboru TaRCH medzi 12 najčastejšími príčinami smrti na popredných miestach (10), najvyššie sa umiestnili hneď za ICHS a cerebróvaskulárnymi ochoreniami akútne infekcie dolných dýchacích ciest a pľúc, s počtom úmrtí 3,75 mil. za rok. Na tuberkulózu ročne zomrie

vo svete 2,9 mil. ľudí (4. miesto), na CHOCHP 2,89 mil. (5. miesto) a na karcinóm pľúc 1,05 mil. (10. miesto), čo spolu na tieto 4 sledované ochorenia nášho odboru činí úctyhodných 10,6 mil. úmrtí ročne na celom svete (1,5,10,17). V USA bola napríklad chronická bronchitída 4. najčastejšou príčinou úmrtnosti s asi 20% (11). Okrem toho sú pľúca aj najčastejším miestom oportunných infekcií u AIDS (7. miesto v úmrtnosti), čo bude veľkým problémom v 3. tisícročí, podľa vízie expertov spolu s karcinómom pľúc. Chronická obštrukčná choroba pľúc sa dostane na 3. miesto v tej-to tabuľke úmrtnosti pred akútne infekcie. Všetky

tieto alarmujúce čísla a údaje nás nútia zamerať týmto smerom aj našu pozornosť a starostlivosť o pacientov v ambulancnej praxi. Celosvetová prevalencia CHOCHP je okolo 5%, astmy 10% u detí a 5% u dospelých.

Úmrtnosť na CHOCHP v Európe je od 2 do 41/100 000, u nás a v ČR okolo 20/100 000 obyv., čo je 5. miesto medzi príčinami smrti a tretie miesto ako pôvodca pracovnej neschopnosti! Presné čísla prevalencie týchto ochorení sa u nás nedajú presne zistiť, dúfame, že tak bude po skompletizovaní Národných registrov.

I keď sú patofyziologické mechanizmy CHOCHP aj astmy pomerne známe (4) a dominuje názor o zápalovej etiopatogenéze oboch ochorení, je ešte stále patogenéza CHOCHP menej jasná (viac sa akceptuje teória progresívneho zápalu hlavne v malých dýchacích cestách s bronchiolitídou a peribronchitídou a prevahou proteolytickej aktivity, s dominantnou úlohou neutrofilov a ich stúpnutím pri akútnej exacerbácii), nie celkom jasná je úloha eozinofilov, ktoré sa zvyšujú aj pri akútnej exacerbácii, ale bez známok aktivácie a degranulácie. Zaujímavo vyznieva aj fakt, že len u 15-20% fajčiarov vznikne CHOCHP, čo však neuberá nič na škodlivosti fajčenia a jeho poprednom mieste v patogenéze ochorenia (1,4,5,16). Dobré známe je aj fakt, že inhalačné steroidy sú schopné prostredníctvom inhibície NF- κ B (nuclear factor kappa B) znižovať produkciu IL-8 a tým priaznivo ovplyvniť neutrofilný zápal (4). Častá bakteriálna infekcia, superinfekcia alebo permanentná kolonizácia bronchov patogénmi je vysvetľovaná zníženou produkciou špecifických antimikrobiálnych látok, defenzínov neutrofilmi. Úloha vírusov a baktérií pri akútnych alebo exacerbáciách chronických respiračných infekcií je známa, nás bude teraz zaujímať antibiotická liečba týchto infekcií respiračných orgánov.

Prognózu CHOCHP však ovplyvňuje niekoľko faktorov:

1. Fajčenie (najľahšie odstrániteľná príčina)
2. Fyzikálne a chemické škodliviny vonkajšieho prostredia (exhaláty, prašnosť, meteorologické vplyvy)
3. Častosť exacerbácií infekčným agensom
4. Genetické faktory
5. Stav imunitného systému
6. Liečba ochorenia

Z praktického hľadiska môžeme infekcie dýchacích orgánov rozdeliť nasledovne:

I. Akútne infekcie-rhinitis, tonsillitis, pharyngitis, bronchitis, bronchopneumónia. Na tomto mieste treba zopakovať, že akútne infekcie bývajú najčastejšie vírusovej etiológie (až 90%), a až na druhom mieste ako patogény sú baktérie, menej často aj plesne a iné.

II. Chronické infekcie – postihujú tie isté miesta respiračného traktu ako akútne. Dôležité je odlíšiť CHOCHP a bronchopneumóniu, ako aj TBC, RTG vyšetrením. U týchto infekcií sú etiologickým agensom baktérie, zriedkavo plesne.

Dôležitou podmienkou správnej liečby je samozrejme stanovenie správnej diagnózy na základe anamnézy (RA, OA, PA, SA, fajčenie a škodliviny), fyzikálneho vyšetrenia, funkčného vyšetrenia, mikrobiologického a laboratorného vyšetrenia (na začiatku ochorenia) a RTG vyšetrenia (3,9). V praxi sa často zabúda, že chronický kašeľ je ten, ktorý trvá 3 týždne a viac a pre stanovenie diagnózy chronickej bronchitídy platia stále Fletcherove kritériá (1).

Liečba CHOCHP: má byť vždy komplexná! (1,9,15)

1. Expektorancia (hlavne pri akútnej exacerbácii)
2. Bronchodilatancia (anticholinergiká – napr. Atrovent, v praxi sú často poddávkované, beta-2 mimetiká krátko a dlhodobo pôsobiace, s možnosťou nežiaducich účinkov pri vyšších dávkach, teofylíny – hlavne dlhodobo pôsobiace)
3. Antibiotiká (správne zvolené, v dostatočnej dávke a dĺžke)
4. Kortikoidy (inhalačné, aj celkové)
5. Kyslík (krátkodobo pri akútnom zhoršení, dlhodobo pri chronickej respiračnej insuficiencii – DDOT)
6. Rehabilitácia (dychová)
7. Podporná a umelá pľúcna ventilácia (na JIS, ARO)
8. Chirurgická liečba (objem redukujúce operácie pri emfyzéme, transplantácia pľúc)

Indikácie ATB považujeme za správne, ak ide o bakteriálnu infekciu, hlavne pri akútnej exacerbácii. V praxi sa často stretávame aj s nesprávnou indikáciou ATB:

1. Antipyretikum
2. Antitusikum
3. Analgetikum
4. Všetelik

Mikrobiologické vyšetrenie: v ambulancijnej praxi nie je podmienkou nasadenia ATB (ak nie je dostupné). U ťažšie prebiehajúcich infekcií (s vysokou teplotou, vysokou FW, leukocytózou, výrazným fyzikálnym nálezom, resp. RTG nálezom) je nutné odobrať materiál na mikrobiologické vyšetrenie (spútum – nie sliny!, výtery z HCD a BSC, hnis, punktát) na začiatku ochorenia a potom kontrolne podľa potreby. Dôležité sú aj: správnosť odberu za dodržania sterility, časový faktor (do 2 hodín dopraviť do laboratória, neskladovať v chladničke resp. na slnku!). Prvý výsledok z mikrobiologického laboratória môžeme zistiť už o 24 – 28 hodín, do 3 dní v každom laboratóriu, čo sa nie vždy využíva.

Najčastejšie zistené patogény: Je rozdiel, či bol materiál odobratý z horných alebo dolných ciest dýchacích. Podľa mnohých štúdií a autorov možno zoradiť patogény respiračných infekcií:

1. Hemophilus influenzae (22 – 59% všetkých príčin)
2. Streptococcus pneumoniae (pneumokok) - 10 – 25%
3. Moraxella catarrhalis (do 19%)
4. Streptococcus pyogenes, Stafylococcus aureus, Enterobakter a iné G-kmene (Pseudomonas, Proteus, E.coli, anaeróby). Overenosť zo spúta sa však pohybuje medzi 45 – 70%!

V súvislosti s bakteriologickým vyšetrením však treba povedať, že uvedené poradie nie je dogmou a pre jednotlivé regióny sa líši a každý pneumológ, ale aj praktický lekár by mal poznať situáciu a prehľad najčastejších patogénov v príslušnom mikrobiologickom laboratóriu, kde zasiela materiál na vyšetrenie! Ako príklad uvádzame tabuľku prehľadu výsledkov mikrobiologických vyšetrení na úseku pre respiračné nákazy mikrobiologického odd. v NsP Nitra za rok '99.

Vo VOÚ TaRCH Nitra – Zobor z 2 200 vyšetrených spút v roku 1999 boli v mikrobiologickom laboratóriu NsP v Nitre izolované nasledovné bakteriálne kmene:

1. Str. pneumoniae – 416-krát (5% kmeňov v rezistentných na PEN),
2. H. influenzae – 294-krát (18% kmeňov produkuje beta-laktamázy),
3. Moraxella catarrhalis – 18 kmeňov s produkciou beta –laktamázy, vysoká rezistencia na nechránené AMP,
4. Klebsiella pneumoniae – 211-krát (dobře citlivá na chránené AMP a cefalosporíny II. generácie).

Rezistencia na antibiotiká: Je celosvetovým problémom pri liečbe infekcií, nielen respiračných infekcií, a praktický lekár musí na ňu myslieť a vedieť, že neustále pribúda rezistentných kmeňov, čomu môžeme predísť len uváženou a cieľovou preskripciou ATB, znalosťou regionálnej situácie o rezistencii a citlivosti najčastejších patogénov, dostatočnou dĺžkou a účinnou dávkou ATB. Najčastejšou chybou je nízka dávka ATB (vzhľadom na váhu a vek) (3,9). Na zvyšovaní rezistencie sa podieľajú hlavne neuvážená preskripcia ATB a selekčný tlak antibiotík (lekár sa nesmie dať ovplyvniť reklamou farmaceutických firiem). V tejto oblasti by sa dalo zrejme aj veľa ušetriť, nakoľko v ambulancijnej praxi tvoria ATB až 25% z preskripcie liekov (na lôžkach až 40%), (14). Súhrnne môžeme povedať, že narastá rezistencia na penicilíny (hlavne nechránené), hlavne u pneumokoka. V SR je až 1/3 kmeňov Str. pneumoniae izolovaných zo spúta rezistentných na PEN a 8,5% kmeňov je rezistentných na makrolidy (ERY), pričom existuje aj skrížená rezistencia!

Príčinou vysokej rezistencie v SR aj ČR je u PEN produkcia betalaktamáz pneumokokom (ale aj H.influenzae). Lepšia situácia ako u nás je v Nemecku, Holandsku, Grécku (lepšia preskripcná disciplína lekárov). Rezistencia na makrolidy vo svete aj u nás stúpa hlavne produkciou beta-laktamáz baktériami, ale aj zvýšením preskripcie makrolidov. Moraxella tiež produkuje beta-laktamázy, situácia s rezistenciou je tu však lepšia (tento patogén je ty-

Tab.č.1: Výsledky mikrobiologických vyšetrení v roku 1999

Pôvod materiálu	Počet vzoriek	β-hemol. strept.	Haemoph. influenz.	Haemoph. parainfl.	Moraxella catarh.	Strept. pneumon.	Klebsiella	Staphyl. koag. negat.	Staphyl. aureus
nos	12143	26	260	312	31	67	68	2864	1612
hrdlo	14097	408	1680	2150	98	336	180	1344	1028
spútum	4273	52	294	383	29	416	211	516	280

Údaje: odd. klinickej mikrobiológie NsP Nitra (prim. MUDr. Lišková, CSc.)

pický pre staršiu populáciu a oslabených pacientov-etylici, narkomani, poruchy imunity a pod.) U Moraxelly nebola u nás zistená rezistencia na chránené aminopenicilíny, na COT je rezistencia až 22% a na ERY 7% (prevzaté od Langšádl L.: Projekt Alexander, 1999).

Pri predchádzaní vzniku rezistencie patogénov na antibiotiká si treba uvedomiť, že dávka ATB výrazne ovplyvňuje účinnosť liečby a baktericídnosť ATB je dostatočná, ak hladiny lieku v sére prevyšujú hodnotu MIC viac ako 40-50%. Dobrým podkladom pre prevenciu rezistencie budú výsledky Projektu Alexander, ktorý beží od roku 1992 a SR sa doň zapojila od roku 1996.

vysokej FW a hnisavom sekréte z nosa (nález zlatého stafylokoka v nose je takmer bežný). Niekedy ťažko odlíšiteľnú infekčnú mononukleózu (od angíny) neliečiť PEN, ale linkomycínom, klindamycínom alebo metronidazolom. V liečbe pneumónií, resp. bronchopneumónií treba brať na zreteľ, či ide o ambulantnú (community acquired) alebo nozokomiálnu nákazu, a podľa toho prispôbiť ATB liečbu, v prípade neúspechu liečby vymeniť ATB (napr. chinolóny) alebo dať kombináciu ATB! Ťažký priebeh pneumónie alebo aj bronchitídy liečiť na lôžku. U atypických pneumónií dať prednosť makrolidom a chinolónom. Ako príklad možného postupu uvádzame pri akútnej exacerbácii

CHB nasledovnú schému (tab. č. 3).

Záver:

Problematika ATB liečby v ambulancii odborníka pre TaRCH, ale aj praktického lekára patrí medzi najdôležitejšie. Vysoká prevalencia ochorení respiračného traktu, veľký podiel ATB na preskripcii liekov v ambulanciách (až 25%), vysoká úmrtnosť na tieto ochorenia a ich neustále zvyšovanie v celom svete a nárast rezistencie patogénov na antibiotiká posledné roky u nás, ale aj vo svete sú silným argumentom na to, aby sme problematike liečby respiračných infekcií venovali patričnú pozornosť. Poznanie základných informácií o skupinách ATB, citlivosti a rezistencií v konkrétnom regióne spolu so striedaním antibiotík vo svojej terapeutickú schému musí byť samozrejmom podmienkou postupu lekára v ambulancii lege artis. Spolupráca praktického lekára v ambulancii s mikrobiológom sa stáva nevyhnutná spolu neustálym dopĺňaním nových poznatkov o liekoch.

Tab.č.2: Náčrt ATB liečby respiračných infekcií

ATB liečba respiračných infekcií

Diagnóza	Patogény	Liek voľby	Alternatívy
Bronchitís ac.	Vírusy (90%)	Bez ATB	
Bronchitís ch.	Str. pneum., E. coli Strept., H. influenz. Klebsiella	CEF II (Zinnat) AMO/CLAV AMP/SUL, CHIN	COT, CEF III, MAK
Bronchopneum. Ambulantná	Str. pneum., Strept. Mykoplazmy	MAK, CEF II, AMP/SUL AMO/CLAV	CTX, COT CEF III
Nozokomiálna	S. aur., Ps. aerug, Enterobakt, Huby Acinetobacter	PIP/TAZ + AGL CEF III - IV + AGL CHIN, TIC/CLA+AGL	IMI,AZT + VAN MER.
Sinusitís ac.	Str. pneum., Strept. S. aureus, vírusy	AMO/CLAV AMP + SUL CEF II + výplach	MAK, COT ORL výkon
Tonsillitís	β-hem. strept.	PEN	MAK, CEF I, CLI
Otitis media Acuta	H.infl., strept.	AMO/CLAV, CEF II AMP/SUL, CHIN	COT, MAK
Chronica	Pseudom, Enterob.	Lokal chir. liečba	

Podľa: Krčmery V.: Manuál antimikrobiálnej chemoterapie, Osveta Martin 1998

V súvislosti s ATB liečbou v ambulantných podmienkach uvádzame niekoľko poznámok z praxe: v liečbe tonsilitídy, kde je najčastejším patogénom beta - hemolytický streptokok zostáva stále liekom voľby č.1 PEN! Avšak pri dodržaní účinných dávok. V prípade alergie na PNC možno nasadiť ako liek voľby makrolidy alebo cefalosporíny, resp. chinolóny. Penicilín nie je liekom voľby na infekcie spôsobené pneumokokom, tu sú liekom voľby chránené aminopenicilíny a cefalosporíny vyššej generácie, podobne je to aj u Hemophilla, kde okrem spomenutých dvoch ATB sú liekom voľby aj chinolóny. Nález Staph. aureus vo výteroch z nosa (aj opakovaný) treba brať veľmi rezervovane a ATB nasadiť len pri teplote, leukocytóze,

Tab.č.3: ATB liečba akútnej exacerbácie CHB:

1. AMOX (CLAV) Augmentín, Amoksiklav, Unasyn, Betalaktín.....)
2. CFR II. - III. generácie (Zinnat, Suprax, Cedax, Orelox...)
3. MAK (Rulid, Klacid, Rovamycín, Erytromycín, Sumamed...)
4. F - chinolóny (Tarivid, Taroflox, Ofloxín, Ciprinol, Ciproxín...)

Záverom môžeme uvedené fakty a skúsenosti z ambulantnej praxe zhrnúť do nasledovných bodov:

1. Zvážiť indikáciu ATB (anamnéza, klin. vyšetrenie, lab. vyšetrenie, mikrobiológia, RTG vyšetrenie, presné DG, vírusová alebo bakt. infekcia)
2. Bral už pacient ATB? (kedy, aké, ako dlho, dávka)
3. Alergia na ATB (PNC, COT, SLF...)
4. Individuálna dávka (hmotnosť, vek, celkový stav, pridružené ochorenia.....)
5. Riziká ATB liečby (alergia, nežiadúce účinky, pokles imunity)
6. Informácie o rezistencii na ATB (hlavne lokálna situácia)
7. Výber správneho ATB

Nasadenie správne zvoleného ATB

Literatúra:

1. Barnes, P.J.: Managing COPD, Science Press Ltd., 1999, s.1-67.
2. Džurík, R., Trnovec, T.: Štandardné terapeutické postupy, Martin, Osveta, 1997, 936 s.
3. Hájková M.: Moderný pohľad na liečbu infekcií dýchacieho traktu. Škola pneumológie a ftizeológie, Bratislava, SPAM, 1999, s.72.
4. Hruškovič B.: Novšie poznatky o zápale u obštrukčných pľúcnych ochorení a možnosti ich terapeutického využitia, škola pneumológie a ftizeológie, Bratislava, SPAM, 1999, s.19.
5. Chovan L.: Inovácia medzinárodných a národných smerníc pre optimálny manažment CHOCHP. Škola pneumológie a ftizeológie, Bratislava, SPAM, 1999, s.13.
6. King, T.E.: Update in pulmonary medicine, Ann.Intern.Med.129, 1998, č.10, s.806-812.
7. Kolek V.: Antimikrobiálna liečba pľúcnych zánětů, Triton, Praha, 1997, 89 s.
8. Konceptia odboru TarCH, Vestník MZ SR, 1997, čiast.16.
9. Krčméry V. a kol.: Manuál antimikrobiálnej chemoterapie, Osveta, Martin, 1998.
10. Krištúfek P., Chovan L.: Národné smernice pre diagnostiku a liečbu CHOCHP v SR, Bratislava, SLS, 1997, 14 s.
11. Krištúfek P.: Pneumológia a ftizeológia na prahu 3. tisícročia, Respiro, 1, č.1, 1999, s.6.
12. Magula D., Petříček š.: Amoxicilín/klavulanát v liečbe akútnych zápalových exacerbácií CHB, Med. Monitor 5, 1999, s.34-36.
13. Musil J., Hirsch V.: Příčiny exacerbace CHOCHP, Stud. pneumol. phthiseol., 59, 1999, č.3, s.124.
14. Gross, N.J.: Airway inflammation in COPD. Reality or myth?, Chest, 107, 1995, 5, s.210.
15. Niký M., Foltán V., Kotulová D., Krkoška D.: Racionálna antibiotická liečba, Med. Monitor, 1, 2 000, s.1-7.
16. Rozborilová E.: Vyšehradský R., Strapko P., Kavcová E.: Antibakteriová chemoterapia respiračných infekcií, Stud. Pneumol. Phthiseol., 58, 1998, č.4, s.25.
17. Stockley, R.A.: Role of inflammation in respiratory tract infection. Amer. J. Med., 1995, 19, supl.68, s.8.
18. World Health Report 1998: Life in the 21-st century, a vision for all. WHO, Geneva, 1998, 241 s.

Lemierrov syndróm

Epi-News, Statens Serum Institut, Copenhagen, 12, 2000.

Referuje A. Bajan

Lemierrov syndróm je potenciónálne fatálna infekcia, ktorú spôsobuje *Fusobacterium necrophorum*. Infekcia obyčajne začína v horných dýchacích cestách a dáva podnet ku vzniku metastatických abscesov v pľúcach a iných orgánoch. Infekcia sa niekedy nazýva "zabudnutá choroba", ale mnohé dôkazy nasvedčujú, že toto závažné ochorenie a infekcia je oveľa častejšia, ako sa predpokladá. Retrospektívny pohľad na závažné prípady Lemierrovho syndrómu v roku 1998 poukazuje na štyri ochorenia, vyskytujúce sa v Dánsku. Údaje z posledných rokov poukazujú na najmenej štvornásobne vyšší počet ochorení.

Lemierrov syndróm postihuje hlavne mladé, zdravé osoby a má charakteristicky klinický priebeh. Syndróm typicky štartuje s infekciou horného dýchacieho traktu, obyčajne faryngotonzilitídou vírusového alebo bakteriálneho pôvodu. Infekcia *F. necrophorum* sa môže rozšíriť z orofaryngu do parafaryngeálneho priestoru a môže sa komplikovať fokálnou septickou tromboflebitídou v jugulárnej véne na krku. Klinické nálezy predstavuje submandibulárny edém a tlaková bolesť pozdĺž m. sternomastoideus, obyčajne umilaterálne. Po jednom-dvoch týždňoch "postanginózne septikémie" sa pridružujú mnohopočetné, metastatické, nekrotické abscesy, najčastejšie v pľúcach, kostiach a zhyboch, zriedkavejšie v mozgu, pečeni a obličkách. V tomto štádiu dochádza obyčajne k rýchlej a razantnej progresii symptómov. Rtg vyšetrenie hrudníka vykazuje bilaterálne infiltráty, ktoré sa môžu komplikovať empyémom alebo pľúcny abscesmi. Muskuloskeletálny systém ukazuje široké spektrum symptómov a prejavov od artralgie ku septickej artritíde a osteomyelitíde. Možno tiež niekedy vidieť ľahkú hyperbilirubinémiu a miernu diseminovanú intravaskulárnu koaguláciu.

Patogeneticky Lemierrov syndróm je zapríčinený pleomorfným, anaeróbnym gram-negatívnym *F. necrophorum*, ktorý pravdepodobne vytvára časť normálnej flóry orofaryngu, gastrointestinálneho traktu a ženských genitálií. Na rozdiel od väčšiny ostatných anaeróbných baktérií sa javí ako primárny patogén. Nie je známe, prečo *F. necrophorum* sa stáva v niektorých prípadoch rýchle invazívnym. Mikroorganizmus pre jeho charakteristickú morfológiu možno demonštrovať priamo zo septických ložísk, farbením podľa Grama a mikroskopicky. Dôkaz rastu na pôdach alebo hemokultúra vyžadujú 2-3 dni inkubácie. *F. necrophorum* je obyčajne citlivé na penicilín a metronidazol, zatiaľ čo erytromycín sa neodporúča.

Včasná, intenzívna a prolongovaná antibiotická liečba je dôležitá. Na báze charakteristického klinického obrazu liečba štartuje s intravenóznym penicilínom G v dávkach najmenej 2 MIV 4-krát denne, kombinovaná metronidazolom 500 mg 3-krát denne počas najmenej 2-3 týždňov alebo tak dlho, kým abscesy pretrvávajú. Klindamycín sa môže použiť v prípade alergie na penicilín. Pri prechode na orálnu liečbu sa odporúča amoxicilín a metronidazol alebo klindamycín, počas celého trvania liečby, najmenej 3-6 týždňov. Počas celého priebehu liečby je nutná kontrola, kým sa nezíska definitívna odpoveď, hlavne pokiaľ sa týka tendencie vývoja nekrotických abscesov. Je tiež indikovaná perkutánna drenáž abscesov. V prípadoch mediastinitídy je dôležitá urgentná torakálna chirurgia a drenáž za účelom objasnenia infekcie. Lemierrov syndróm má variabilnú mortalitu, ktorá sa pohybuje od 4-33%, a to aj pri správnej antibiotickej liečbe.

Diagnostický algoritmus pleurálneho syndrómu v ústavných podmienkach

Ivan Tudík, Mária Berezová, Denisa Kavková, Eugen Rovenský
Ústav tuberkulózy a respiračných chorôb Poprad-Kvetnica,
<http://www.pp.psg.sk/prezenta/kvetnica>
Riaditeľ: MUDr. Eugen Rovenský

Diagnostika pleurálneho syndrómu môže byť veľmi náročná, keďže okrem základných príčin tvorby výpotku (zápal pľúc, nádory, tuberkulóza a kardiálna dekompenzácia) pripadá do úvahy celá škála rôznych vyvolávajúcich faktorov. Táto práca predstavuje konsenzus odporúčaných vyšetrení a postupov v našom ústave. Text je usporiadaný do tabuliek, aby sa zabezpečila prehľadnosť a zároveň komplexnosť uvedenej problematiky, aj keď za cenu úspornosti v slovných formuláciách. V diskusii je rozobraté použitie navrhovaného diagnostického algoritmu v klinickej praxi so zdôvodnením. Uvedenú prácu je možné nájsť spolu s ďalšími medicínskymi informáciami pre klinickú prax na internetovej stránke nášho ústavu, v kapitole Medinfo.

Kľúčové slová: pleurálny výpotok, diagnostika, algoritmus vyšetrení.

Skratky: PV - pleurálny výpotok, LDH - laktát dehydrogenáza, ADA - adenozyndeamináza

Tabuľka č. 1: Diferenciálna diagnostika transsudátov a exsudátov

Hlavné kritéria (Lightove)	
Pomer koncent. bielkovín: PV /sérum	> 0,5
Pomer koncent. LDH PV /sérum	> 0,6
LDH v PV	> 2/3 z horného limitu normálnych sérových hodnôt alebo > 3,3 ukat/l
Pomocné kritéria:	
koncentrácia bielkovín v PV	> 30 g/l
cholesterol v PV	> 1,55 mmol/l

Ak nie je splnené žiadne z hlavných (Lightovych) kritérií, je výpotok transsudátom, pri splnení minimálne jedného kritéria je výpotok exsudátom. V prípade hraničných výsledkov, ak klinicky predpokladáme transsudát, ale laboratórne parametre sponujú exsudát (tzv. pseudoexsudát), potom Lightove klasické kritéria treba ignorovať a pre transsudát svedčí väčší rozdiel medzi koncentráciou albumínu v sére a pleure ako 12g/l (11, 12, 18).

Tabuľka č. 2: Transsudáty - príčiny a charakteristika

Kardiálne zlyhanie	Najčastejšia príčina transsudátov. Po diuretikách vzniká pseudoexsudát.
Hepatálny hydrotorax	Býva s ascitom, pravostranný, LDH v ascite a v PV sú podobné
Nefrotický syndróm	Anasarka, vzniká pri hypoalbuminémii < 18g/l, močový nález.
Atektáza	Príčina: negat. intrapleurál. tlak
Urinotorax	Pri obštrukčnej uropatii. Pomer kreatinínu PV /sérum > 1
„Trapped lung“ (opuzdrené pľúca)	Príčina: negat. intrapleurál. tlak pod - 7 cm H ₂ O
Konstrikt. perikarditída	Príčina: zvýšený systémový a pľúcny venózný tlak
Meigsov sy.	Ovariálny fibróm alebo iný tumor
Peritoneálna dialýza	Vzniká do 48 hod. po peritoneál. dialýze, proteíny v PV < 10g/l, glukóza zvýšená v PV

Tabuľka č. 3: Exsudáty - základné príčiny

Infekčné	pneumonia, tuberkulóza, parazity, plesne, nokardióza, aktinomykóza, subfrenický, hepatálny a splenický absces, hepatitída, spontánna ezofageál. ruptúra
Malignity	karcinóm, lymfóm, mezotelióm, leukémia, malígny chylothorax
Iatrogénne	polieková pleuritída, lieky, ktoré indukujú výpotok (viď tab.č. 7), radiačná terapia, ezofageálna perforácia a skleroterapia, chybné umiestnenie CVK alebo enterálnej sondy
Reaktívne	pankreatitída akútna alebo chronická, benígna azbestóza, ARDS, pľúcna embólia, sarkoidóza, Dresslerov sy.
Choroby spojiva	lupus pleuritída, reumatoidná pleuritída, zmiešaná choroba spojiva, Churg-Straussov syndróm, Wegenerova granulomatóza
Lymfatické abnormality:	malignita, yellow nail syndróm (T) lymfangiomyomatóza
Uremický pleurálny výpotok	
Presun tekut. z brušnej dut.:	pankreatická pseudocysta, chylózný ascites, malígny ascites
Endokrinná dysfunkcia:	hypotyreóza (T), sy. ovariálnej hyperstimulácie (T)

pozn.: T - výpotok môže byť transsudátom aj exsudátom

Tabuľka č. 4: Základné vyšetrovacie metódy v diferenciálnej diagnostike pleurálnych výpotkov

1. makroskopický vzhľad	farba, charakter, zápach (viď tab. č. 4)
2. analýza pleurálneho exsudátu	štandardne: glukóza, bielkoviny, cholesterol, ADA, ADA 2, albuminy, LDH, bunkový rozpočet fakultatívne: amylázy, triglyceridy, hematokrit, nád. markery (CEA, CYFRA 21-1, CA 125, NSE), LE bunky, ANF, C3, C4, pH
3. mikrobiologický rozbor	štandardne: mikroskopia, kultivácia (BK, NŠF) fakultatívne: kultivácia (anaeróby, plesne), kultivácia vzorky pleury na BK, M-GIT, PCR
4. mikromorfolog. vyšetrenie	cytológia, zatvorená biopsia pohrudnice
5. meranie negat. intrapleurálneho tlaku	
6. torakoskopia, torakotómia	

Tabuľka č. 5: Suspektné diagnózy podľa farby, vzhľadu a charakteru pleurálneho výpotku

Farba	
červená	malignita, hemotorax, azbestóza pleury, pľúcny infarkt, trauma, sy. poškodenia po I.M.
biela / mliečna	chylotorax, pseudochylotorax - cholesterolový výpotok
hnedá	dlhotrvajúci krvavý výpotok, ruptúra amébovej cysty
žlto-zelená	reumatoidná pleuritída
čierna	aspergilóza pleury
Charakter	
hnis	empyém
viskózný	mezotelióm
skalený	reumatoidná pleuritída, zápalový exsudát, chylothorax a pseudochylothorax
„sardelová pasta“	ruptúra amébového abscesu pečene
Zápach	
putridný	anaeróbny empyém
amoniak	urinotorax

Tabuľka č. 6: Diagnózy podľa patognomickej metódy
Metódy a vyšetrenia pleurálneho výpotku a pleury, ktoré vedú k definitívnej diagnóze.

Malignita	mikromorfológia (cytológia, zatvorená biopsia pleury, torakoskopia, torakotómia)
Tuberkulóza	mikrobiológia (BK mikroskopia a kultivácia), +- mikromorfológia (biopsia pleury), +- analýza výpotku (ADA v PV nad 101 nkat/l, vysoký pomer koncent. ADA2/ADA v PV)
Empyémy	observácia, mikrobiológia (mikroskopia , kultivácia)
Reumatoidná artritída	analýza výpotku (glukóza <1,6 mmol/l, LDH >16,7 ukat/l, pH<7,00, NSE v PV zvýšená, vysoký pomer koncent. NSE PV/sérum, C3, C4 znížené , +- mikromorfológia (biopsia pleury - reumatoidné uzlíky)
Lupus pleuritída	analýza výpotku (prítomné LE bunky v PV, pozit. antinukleárne protilátky)
Chylotorax	observácia, analýza výpotku (triglyceridy v PV >1,25 mmol/l, pozit. chylomikróny v ELFO lipoproteinov v PV)
Pleuritída pri pankreatitíde	analýza výpotku (amylázy v PV > ako v sére), u chronickej pankreatitídy enormne vysoké hodnoty amyláz v PV.
Hemotorax	observácia, analýza výpotku (hematokrit - pomer PV / sérum >0,5)
Ezofageálna ruptúra	analýza výpotku (vysoká hodnota slinných amyláz), možnosť rozvoja empyému !
Plesňová pleuritída	mikrobiológia (mikroskopický a kultivačný dôkaz plesní)
„Trapped lung“ (opuzdrené pľúca)	meranie intrapleurálneho tlaku: pod -7cm vodného stĺpca

Tabuľka č. 7: Manažment parapneumonických výpotkov

Nekomplikovaný parapneum. výpotok	pH PV > 7,30, glukóza v PV > 3,4 mmol/l, LDH v PV <16,7 ukat/l. Terapia: ATB, event. pleurálna punkcia
Komplikovaný parapneum. výpotok	pH PV < 7,10, glukóza v PV < 2,2 mmol/l, LDH v PV > 16,7 ukat/l. Terapia: ATB, hrudná drenáž !

Tabuľka č. 8: Lieky, ktoré môžu indukovať tvorbu pleurálneho výpotku (15)

Kardiovaskul. prípravky	Amiodaron, Minoxidil, Practolol
Námelové alkaloidy	Bromocriptin, Metylsergid, Dihydroergocristin, Dihydroergotamin, Ergotamin tartarát
Lieky indukujúce pleurálnu eozinofíliu	Nitrofurantoin, Dantrolen, Valproická kys. (Depakin), Propyltiouracil (Propycil), Isotretinoin
Lieky indukujúce lupus pleuritídu	Procainamid, Hydralazin, Chinidin, Chlorpromazin, INH, Mesalamin
Cytostatiká	Bleomycin, Mitomycin C, Procarbazin, Methotrexat, Cyclophosphamid
Ďalšie lieky	Acyklovir, Clozapin (Alemoxan, Leponex), D-Penicillamin, GC-SF, Interleukin 2, Itrakonazol, L -tryptofan, lieky používané pri sklerotizácii ezofageálnych varixov

Diskusia:

Základným krokom diferenciálnej diagnostiky PV je odlišenie transsudátu (pasívny dej pri intaktnej pleure, keď tvorba PV je spôsobená systémovým faktorom, ktorý narušuje vytváranie a absorpciu pleurálnej tekutiny) a exsudátu (aktívny dej pri poškodení pleurálneho povrchu alebo krvných kapilár) (tabuľka č. 1).

Aj napriek opakovaným snahám o vylepšenie pôvodných Lightových kritérií (10), zapojením ďalších diskriminátorov (cholesterol v PV a pomer koncentrácie PV/sérum, pomer koncentrácie bilirubínu PV/sérum, manipuláciou rôznymi cut off hodnotami bielkovín a LDH v PV) (8,17), ostávajú klasické kritéria najviac odporúčanými parametrami na odlišenie oboch stavov (1, 16, 21). Z Lightových kritérií je problémová koncentrácia LDH v PV, vzhľadom na veľké rozdiely medzi jednotlivými laboratóriami (1), so snahou používať pomerné čísla. V našom ústave je však hodnota zodpovedajúca 2/3 z hornej hranice normálneho limitu v sére veľmi vysoká - 5 ukat/l, a preto sa prikláňame k pôvodnému kritériu 200 U/l, čo odpovedá 3,3 ukat/l. Niektorí autori odporúčajú používať "skrátene Lightove kritériá", bez LDH v PV, bez zmeny v diagnostickej výťažnosti (16).

Po ukončení základnej kategorizácie sa v prípade transsudátu diagnostika spravidla uzatvára stanovením príčiny výpotku, ktorá vyplýva zo zhodnotenia celkového stavu (tabuľka č. 2). Ak diagnostikujeme exsudát, je problematika zložitejšia, pretože okrem hlavných príčin (pneumónia, tuberkulóza, malignita), prichádza do úvahy množstvo ďalších dôvodov tvorby výpotku (tabuľka č. 3). Základné vyšetrovacie metódy sa zvyčajne používajú systémom postupných krokov (tabuľka č. 4). Je otázkou, kedy použiť invazívnejšie postupy, keďže po využití prvých štyroch krokov ostáva stále asi 20% pacientov nediagnostikovaných. Vzhľadom na nárast malígnej etiológie v súčasnosti sa odporúča použiť torakoskopiou, ak príčina výpotku ostáva neodhalená po 2 týždňoch vyšetrovania (3). Naproti tomu Ferrer so spolupracovníkmi odporúčajú konzervatívny postup. Opierajú sa pritom o výsledky svojej prospektívnej štúdie, kde z 394 pacientov s pleurálnym syndrómom dlhodobo sledovali 40-tich, ktorí nemali iniciálne stanovenú diagnózu. Pri definitívnom určení pôvodu výpotku mala väčšina pacientov benígnu príčinu a len u dvoch pacientov bola diagnostikovaná malignita (5).

V tabuľke č. 5 sú zoradené diagnózy, na ktoré musíme myslieť pri netypickom makroskopickom vzhľade pleurálneho výpotku. Prehľad diagnóz, ktoré môžeme definitívne uzavrieť na zákla-

de rôznych metód vyšetrenia pleurálneho výpotku alebo pleury, je zachytený v tabuľke č. 6. Je to vlastne súhrn uvedenej problematiky.

Krátky komentár si zasluhuje diagnostika tuberkulózne pleuritídy, kde sa okrem klasických mikrobiologických metód uplatňujú aj novšie diagnostické parametre, z ktorých je najpoužívanejšie stanovenie ADA a ADA2 v PV. V súlade s údajmi v literatúre (6, 11, 20) aj naše skúsenosti svedčia pre diagnostický význam stanovenia ADA v PV (3) (v súčasnosti máme súbor 730 pacientov, cut-off hodnota 101 nkat/l, senzitivita 0,97, špecificita 0,96). Jej diagnostická hodnota ešte rastie u vysokého pomeru koncentrácie ADA2/ADA v PV (nad 80%), u mladých ľudí s pozit. Mantoux II skúškou (20).

V diagnostike malígnych výpotkov má dominujúcu úlohu mikromorfológia - cytológia, zatvorená biopsia pohrudnice, avšak najvýťažnejšia, ale aj najinvasívnejšia, je torakoskopia. Ukazuje sa, že aj stanovovanie nádorových markerov v PV môže mať význam v tejto problematike (7).

V prípade elevovaných amyláz v PV, ak myslíme na chorobu pankreasu, je potrebné mať na zreteli, že aj 10% pacientov s metastatickou karcinomatózou pleury má zvýšenú hodnotu tohto enzýmu v PV, pričom origo nádoru nebýva v pankrease. V diferenciálnej diagnostike môže pomôcť vyšetrenie izoenzýmov, pretože s malignitou je spojená elevácia amyláz slinného typu (9).

Záver:

Napriek všetkému úsilíu môže zostať časť pacientov nediagnostikovaná, preto je dobré, že pleura a pleurálny výpotok ostala predmetom vedeckého záujmu. V poslednej dekáde pribudli ďalšie metódy (napr. prietoková cytometria s analýzou DNA, imunocytometria, elektrónová mikroskopia, imunohistochemické vyšetrenie), ktorých význam overí až budúcnosť.

Snahou autorov bolo podať stručné zhrnutie súčasných možností diagnostiky pacientov s pleurálnym syndrómom v podmienkach špecializovaného pneumologického zariadenia s návrhom diagnostického algoritmu.

Literatúra:

1. Bartter, T., Santarelli, R.J., Pratter, M.R.: Transudate vs. Exudate: Genu! Chest, 1996, 109 (6), s. 1419 - 1420.
2. Baum, G.L., Crapo, J.D., Celli, B.R., Karlin-sky, J.B.: Textbook of pulmonary diseases. Sixth edition. Lippincott-Raven, 1998, s. 1503.
3. Berezová M., Kokenyová, G., Plutinský, J., Varmusová, E., Kováč, J.: Validita vyšetrova-

nia adenozyndeaminázy v pleurálnom výpotku v diferenciálnej diagnostike tuberkulózy. Stud. pneumol. phtizeol., 1996, 56 (2), s. 59 - 64.

4. Dzurík, R., Trnovec, T.: Štandardné terapeutické postupy. 1997, Osveta, Martin, s.974.
5. Ferrer, J.S., Muñoz, X.G., Orriols, M.R., Light, R.W., Morrell, F.B.: Evolution of idiopathic pleural effusion. Chest, 1996, 109 (6), s. 1508 - 1513.
6. Ferrer, J.: Pleural tuberculosis. Eur. Respir. J., 1997, 10, s. 942 - 947.
7. Ferrer, J., Villarino, M.A., Encabo, G., et al.: Diagnostic utility of CYFRA 21 - 1, carcinoembryonic antigen, CA 125, neuron specific enolase, and squamous cell antigen level determinations in the serum and pleural fluid of patients with pleural effusion. Cancer, 1999, 86, s. 1488 - 1495.
8. Gazquez, I., Porcel, J.M., Vives, M., de Vera, V. M. C., Rubio, M., Rivas, M.C.: Comparative analysis of Light's criteria and other biochemical parameters for distinguishing transudates from exudates. Respir. Med., 1998, 92 (5), s. 762 - 765.
9. Kramer, M.R., Cepero, R.J., Pitchenik, A.E.: High amylase in neoplasm - related pleural effusion. Ann. Intern. Med. 1989, 110, s. 567 - 569.
10. Light, R.W., Macgregor, I., Luchsinger, P.C. et al.: Pleural effusions: the diagnostic separation of transudates and exudates. Ann. Intern. Med., 1972, 77, s. 507 - 513.
11. Light, R.W.: Diagnostic principles in pleural disease. Eur. Respir. J., 1997, 10 (2), s. 476 - 481.
12. Light, R.W.: Useful tests on the pleural fluid in the management of patients with pleural effusions. Curr. Opin. Pulm. Med. , 1999, 5 (4), s. 245 - 249.
13. Loddemper, R., Schonfeld, N.: Medical thoracoscopy. Cur. Opin. Pulm. Med., 1998, 4 (4), s. 235 - 238.
14. Marel, M., Štátný, B., Melinová, L., Svandová, E., Light, R.W.: Diagnosis of pleural effusions. Experience with clinical studies, 1986 to 1990. Chest, 1995, 107, s. 1598 - 1603.
15. Morelock, S.Y., Sahn, S.A.: Drugs and the pleura. Chest, 1999, 116 (1), s. 212 - 221.
16. Porcel, J.M., Vives, M.: Classic, abbreviated and modified Light's criteria: the end of the story? Chest, 1999, 116 (6), s. 1833 - 1836.
17. Romero, S., Martinez, A., Hernandez, L., Fernandez, C., Espasa, A., Candela, A., Martin, C.: Light's criteria revisited: consistency and comparison with new proposed alternative criteria for separating transudates and exudates. Respiration, 2000, 67 (1), s. 18 - 23.
18. Roth, B.J., O Meara, T.F., Cragun, G.W.: The serum - effusion albumin gradient in the evaluation of pleural effusions. Chest, 1990, 98 (3), s. 546 / 549.
19. Rubins, J.B., Colice, G.L.: Evaluating pleural effusions. How should you go about finding the cause? Postgrad. Med., 1999, 105 (5), s. 39 - 42, 45 - 48.
20. Valdéz, L., Alvarez, D., San José, E., Juanatey, J.R.G., Pose, A., et al.: Value of adenosindeaminase in the diagnosis of tuberculous pleural effusions in young patients in a region of high prevalence of tuberculosis. Thorax, 1995, 50 (6), s. 600 - 603.
21. Vives, M., Porcel, J.M., De Vera, V.M., Ribelles, E., Rubio, M.: A study of Light's criteria and possible modifications of distinguishing exudative from transudative pleural effusions. Chest, 1996, 109 (6), s. 1503 - 1507.

Poezia a realita tetováže v pneumológii

Dr. Pavel Samek, NsP Košice- Okolie
riaditeľ Dr. Kasinec

Ako dlhoročný pneumológ stretol som sa pri vyšetrovaní pacientov s rôznymi kuriozitami. Mohol by som k nim zahrnúť aj prípady tetovania. Pri aspechii hrudníka sa u určitej sociálnej skupiny obyvateľstva pravidelne vyskytuje tetováž. Táto má rôznu kvalitu a plošný rozsah. Najčastejšie sú rôzne heslá. Napríklad v mieste 7. krčného stavca nápis: „Len pre kata“. Ďalej nasledujú ženské mená, niekedy kombinované ženským aktom alebo jeho torzom. Zaujal ma značne astenický mládenec s nápadne hypotroficým hrudníkom, kde na ľavej strane mal vytetované „VYNETO“. Karol May si svojho hrdinu určite predstavoval ináč. Kuriózna bola tetováž vodorovnej čiary dlhjej asi 6 cm, umiestnenej asi 15 cm nad pupkom. Na otázku, čo to má byť, odpovedal: „Viete, pracoval som ako lesný robotník, tak aby som vedel koľko je jeden meter.“ Často sa vyskytovali rôzne symboly: kríže, svastiky, skautské lalíe. Pritom o posledných dvoch symboloch nevedeli, čo znamenajú. Pekná bola tiež tetováž „HAU ARJÚ“ - nositeľ tohto nápisu nevedel, čo znamená.

Osobitnú obľubu mali portréty Brigity Bardotovej. Vyskytovali sa vo veľkom množstve, často od rovnakého autora a v rôznej kvalite. Dodnes mám pacienta, ktorý má na sebe úbohý portrét ženy. Aby nebolo pochyby, o koho ide, je pod ním vytetované: Brigita. Bardotka by sa divila, ako dlho a v akej forme ešte pretrváva jej sláva.

Vrcholný výkon tetováže som videl na širokom, dobre vyvinutom chrbáte. Išlo tak povediac o divadelnú scénu vo forme obrazu podopretého dvomi amorkami. V pravom rohu sedel za stolom morský vlk s pohárom piva v ruke. V ľavom rohu hral harmonikár na akordeón. V popredí centrálnej časti predvádzala štíhla dievčina brušný tanec. Za ňou tancovali námorníci so svojimi dievčatami. V pozadí bolo vidno zakotvené plachtence. Idylu završovalo zapadajúce slnko. Túto tetováž som videl dvakrát od rovnakého autora. Záverom možno povedať, že aj všedný deň pneumológa môže obsahovať iskru humoru.

MUDr. Ivan Solovič, CSc.
Pracovisko:
ÚTPCHAHCCH Vyšné Hágy
Riaditeľ:
MUDr. Julián Hamžík

Voľne spracované podľa
Pospíšil:
Lékař a tuberkulosa
Praha 1945



Tuberkulóza a géniovia

Istý francúzsky spisovateľ napísal: Nerozlučným sprievodcom génia a slávy je nešťastie. Ako búrka k horám tiahnu sa k veľkým ľuďom bolesti. V chorom tele býva podlomená duša, hlása ľudová múdrosť. Mali by sme predpokladať, že len najzdravší ľudia dosiahnu najvyššie méty. Skutočnosť čerpaná zo životopisov géniov hovorí však vo väčšine prípadov inou rečou. Veľkú skupinu geniálnych ľudí tvoria slávni tuberkulotici.

Mnohí slávni ftizici mali i zjavnú krásu tuberkulózných – „beauté phtisique“. Táto krása sa vyznačovala lesklými očami, bolestne smutným výrazom v tvári, rozšírenými zrenicami, bielou pleťou s červenými lícami, hustým obočím, dlhými a bujnými vlasmi (Goethe, Petöfi, Molière, Paganini, Keats, Shelley). Z ďalších anglických literátov trpeli tuberkulózou Stevenson, sestry Bronteové a Elisabeth Browningová. Z českých literátov Karel Hlaváček, Jiří Wolker, Karel Havlíček.

Tuberkulózni géniovia sa mnohokrát obetovali pre iných. Príkladom je život a smrť najvýznamnejšieho z hviezd francúzskeho divadla Moliéra, ktorý ochorel na tuberkulózu 20 rokov pred svojou smrťou. Po celú túto dobu rád ironizoval vo svojich komédiách lekárov, bol s nimi nespokojný. Vtedy bolo liečenie tuberkulózy všeobecne na veľmi nízkej úrovni. Keď sa Moliérov choroba zhoršovala a nepriatelia mu strojili intrigy tak, že na javisku musel kašľať, bol vyzvaný priateľmi, aby prestal hrať a odpočinul si. Ale zo strachu z toho,

že by tým mnoho rodín prišlo o prácu, Molière nepoľavil – naopak napísal svojho Zdravého nemocného ako veľkú a trpkú výčitku lekárom. Na konci predstavenia, v ktorom hral hlavnú úlohu, dostal hemoptýzu a skončil. Z francúzskych literátov trpeli na tuberkulózu tiež Rousseau, Diderot a Marcel Proust. Tragika osudu suchotinára je známa zo života Fréderika Chopina, ako ju opisuje Sandová, životná Chopinova družka. Odišla s chorým Chopinom na Baleáry. Pretože kašľal, majiteľ vily im dal výpoveď a obidvaja sa utiahli do opusteného kláštora. Služka im utiekla a žiadna iná nechcela slúžiť suchotinárovi. Museli sa vrátiť domov, ale nedostali žiaden povoz. Namáhavú cestu pešo odpykal Chopin chrľením krvi v prístave, odkiaľ mal jedinou možnosť ísť loďou, ktorá vozila do Barcelony prasatá. Nakoniec Chopin umiera, opustený i milenkou G. Sandovou, vo veku 39 rokov. Jeho choroba trvala 11 rokov. Zo známych hudobných umelcov popri Chopinovi trpeli touto chorobou C.M. von Weber a Paganini, ktorých dlho trápila tuberkulóza pľúc a hrtana, ďalej Edvard Grieg, Hugo Wolf a W. A. Mozart. Mozartov životopis je písaný krvou. Najprv musel znášať príkorie v službách cisára, potom viedol biedny život vo Viedni v ovzduší plnom intrig. Bieda a duševné utrpenie boli živnou pôdou pre tuberkulózu, ktorá predčasne ukončila života tohto veľkého hudobného génia. Pochovaný bol v spoločnej šachte chudobných.

Sám Jozef II., najsvetlejšia postava medzi Habsburgovcami, mal tiež tuberkulózu. Aj kráľ Václav II. v dobe, keď české kráľovstvo bolo najrozsiahlejšie, trpel touto chorobou. Zbraslavská kronika zvlášť zdôrazňuje, že na konci života pri plnej telesnej bezmocnosti nestrácal ani na chvíľu jasnosť ducha. Tuberkulóza ponecháva duševnú čulosť až k samému prahu smrti.

Vedľa Moliéra i iných hviezd javiska boli postihnutí tuberkulózou: najslávnejšia talianska herečka Eleonóra Duse, najväčší nemecký herec klasickej epochy Iffland, filmová umelkyňa La Jana, Petöfi, známy maďarský lyrický básnik.

Tuberkulózni umelci umierali spravidla mladí. Vek 45 rokov, akého sa dožil Schiller, je výnimkou. Friedrich Schiller trpel dlhé roky tuberkulózou pľúc a čriev. Keď ho Goethe prvý raz videl, myslel si, že nevydrží ani štyri týždne. Schiller sa však v ťažkom stave udržal ešte mnoho rokov. Ešte vzácnejšou výnimkou je sám Goethe. Už devätnásťročný mal chrľenie krvi a kolísal medzi životom a smrťou. V jeho Wertherovi sa odráža citlivá duša suchotinára. Až vo veku 81 rokov dostal opäť chrľenie krvi a 83 ročný zomrel. Aj iní nemeckí básnici mali tuberkulózu - Róbert Hamerling, Novalis, Burger, Klubund, Petzoldt. Zo známych vedcov to boli najväčší francúzsky lekár Laennec, vynálezca lekárskeho posluhu, ktorý dlho platil za najvýznamnejšiu vyšetrovaciu metódu. Je zaujímavé, že vedci i umelci sú jedinci prevažne leptozomného konštitučného typu.

Medzi slávnymi maliarmi nie je tuberkulóza častá. Trpel na ňu Watteau a anglický ilustrátor Beardsley (zomrel vo veku 26 rokov).

Tuberkulózou trpeli filozof Seneca, pedagóg Pestalozzi, najvzdelanejší z reformátorov kresťanstva Kalvín.

Nemyslíme si, že kultúra celej Európy je dielom chorých ľudí alebo dokonca, že kultúra je výplodom choroby. Korene kultúrnej tvorivosti spočívajú totiž omnoho hlbšie v zdravej podstate ľudstva, nie sú závislé na bacilo. Musíme uznať, že nejedno veľké dielo by nebolo vytvorené, alebo by dopadlo inak, nebyť toho, že duša jeho tvorcu bola pod vplyvom choroby.

MUDr. Milan Jurikovič, CSc., sedemdesiatročný



Jedna z najväčších osobností
nášho odboru, dlhoročný naj-
vyšší funkcionár našej odbornej
spoločnosti, organizátor zdra-
votníctva vo Vysokých Tatrách
a predovšetkým dobrý človek,
MUDr. Milan Jurikovič, CSc.,
oslavuje v tomto roku v dobrom
zdraví svoje sedemdesiatiny.

Narodil sa 24. novembra 1930 v Modre, gymnázium ukončil maturitou v Trnave a v rokoch 1950 - 1956 študoval na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave. Po promócií začal pracovať ako sekundárny lekár v Odbornom liečebnom ústave tuberkulózy a respiračných chorôb vo Vyšných Hájoch. V roku 1959 získal špecializáciu v odbore tbc a respiračné choroby a v roku 1967 atestoval z vnútorného lekárstva.

V rokoch 1961 až 1966 bol MUDr. Milan Jurikovič vyslaný ako expert Ministerstva zdravotníctva do vtedajšej Nemeckej demokratickej republiky, kde 2 roky pracoval ako odborný lekár v krajskej liečebni tbc v Kolkwitz-Cottbuse a ďalšie dva roky ako okresný ftizeológ a primár lôžkového oddelenia nemocnice v Eberswalde.

Po takmer päťročnom pôsobení v Nemecku sa vrátil späť do Vyšných Hájov, kde od roku 1967 vykonával funkciu primára pneumoftizeologického oddelenia. Vo Vyšných Hájoch a v Nemecku mal možnosť dokonale sa oboznámiť so špecifikami terénnej práce na tbc stredisku, ako aj s diagnostikou, diferenciálnou diagnostikou, liečbou a rehabilitáciou pľúcnych chorôb vrátane tuberkulózy. Na obidvoch pracoviskách sa oboznámil aj s problema-

tikou chirurgie hrudníka, depistáže, dispenzarizácie pľúcnych chorôb a riadenia zdravotníckych činností.

Dňa 1.1.1971 sa stal riaditeľom OLÚ vo Vyšných Hájoch a 1.4.1974 bol vymenovaný do funkcie ústredného riaditeľa Ústavov tbc a respiračných chorôb vo Vysokých Tatrách. V rámci tejto funkcie vybudoval úzku vedeckú spoluprácu s viacerými známymi zahraničnými ústavmi: s Zentralklinik für Herz und Lungenkrankheiten v Bad Berka, s Institutom Medycyny v Lubline, s Korányi Frigyes Országos tuberkulózis és pulmonológiaiai intézet v Budapešti, s Institutom za plucne bolezni i tuberkuleza v Sremskej Kamenici a s Centrálnym inštitútom doškoľovania lekárov v Moskve. Vedeckú hodnosť kandidáta vied získal v roku 1978 na Lekárskej fakulte v Martine po obhájení dizertačnej práce s tematikou liečby pľúcnej tuberkulózy.

MUDr. Milan Jurikovič, CSc. publikoval v odborných časopisoch spolu 47 publikácií, z toho 34 prác ako prvý autor a 5 prác v zahraničí. Na domácich i zahraničných odborných fórach odprednášal 71 referátov. Ako zodpovedný riešiteľ celoštátnych výskumných úloh sa zaoberal problematikou výskytu azbestózy pľúc a racionalizácie liečby pľúcnej tuberkulózy, v

rokoch 1982 až 1990 bol predsedom hlavnej odborej komisie 21, členom pléna Vedeckej rady Ministerstva zdravotníctva, ako aj členom poradného zboru hlavného odborníka MZaSV SR pre pľúcne choroby a tbc. V dvoch funkčných obdobiach bol predsedom Slovenskej pneumologickej a ftizeologickej spoločnosti (SPFS) a striedavo aj predsedom federálneho výboru pneumologickej a ftizeologickej spoločnosti (ČsPFSS).

Vyjadrením bohatých odborných kontaktov a medzinárodného uznania činnosti MUDr. Milana Jurikoviča, CSc. s vtedy dostupným zahraničím boli :

- Čestné členstvo Maďarskej pneumologicko - ftizeologickej spoločnosti (Budapešť, 1984),
- Čestné členstvo Bronchopneumologickej spoločnosti NDR (Karl-Marx-Stadt, 1985),
- Čestné členstvo Všeľvázovej spoločnosti ftiziatrov ZSSR (Charkov, 1986),
- Čestné členstvo Poľskej pneumologickej a ftizeologickej spoločnosti (Krakov, 1989) a
- Čestné uznanie Juhoslovenskej pneumologicko-ftizeologickej spoločnosti (Novi Sad, 1986).

Keď sme v roku 1991 z poverenia výboru SPFS na slávnostnej vedecko - vzdelávacej schôdzi pri príležitosti 50. výročia založenia OLÚTaRCH vo Vyšných Hájoch ocenili dlhoročnú zásluhnú činnosť MUDr. Milana Jurikoviča, CSc. čestným členstvom Slovenskej pneumologickej a ftizeologickej spoločnosti, naznačil nám vysoký (vzrastom, funkciou a sebaistotou) miestny funkcionár SLK, že nie je žiaduce vyzdvihovať zásluhy bývalého riaditeľa. V období desiatich rokoch od nežnej revolúcie mal tento nekompromisný kritik možnosť ukázať sa aj v riaditeľskej funkcii. Aj keď som si istý, že by s tým jubilant nesúhlasil, môžeme porovnať činnosť dvoch, takmer po sebe riaditeľujúcich manažérov v rovnakej funkcii. Na jednej strane MUDr. Milan Jurikovič, CSc., ktorý okrem už vymenovaných zásluh vo Vyšných Hájoch zaviedol a so spolupracovníkmi rozpozhoval Národný (predtým centrálny) register tuberkulózy pre celú SR a ktorému sa v čase ústredného riaditeľovania podarilo vytvoriť z Hájov najvyhľadávanejšie pracovisko s vyšperkovaným odborným obsadením (Mayer, Votruba, Minárik, Vrástyk, Janík, Janíková, Doležel, Hejný, Meduna, Oružinský, Pikora, Pokorná a mnohí ďalší), s celoštátnym knižničným informačným strediskom a chirurgickým oddelením premenovaným na základe jeho vtedajšieho významu a odborného poten-

ciálu na Centrum hrudníkovej chirurgie. Na druhej strane, 7 rokov stagnácie OLÚTaRCH, premenovaného na Ústav tuberkulózy, pneumológie a hrudníkovej chirurgie (ÚTPaHCH).

Je dobre, že nové vedenie ÚTP aHCH vo Vyšných Hágoch, na čele s riaditeľom MUDr. Hamžíkom, CSc., má možnosť nadviazať na prácu bývalého ústredného riaditeľa MUDr. Milana Jurikoviča, CSc., ktorý je ochotný byť konzultantom a dať k dispozícii svoje bohaté skúsenosti. Tie sú dobre využité aj v jeho súčasnej funkcii vedúceho odboru zdravotných činností a zástupcu riaditeľky pobočky Všeobecnej zdravotnej poisťovne v Poprade.

Milý Milan,

ako mladý bažant a začínajúci vedecký sekretár som mal možnosť prejsť s Tebou kus cesty v odbore a učiť sa od Teba. Nezabudnuteľnými pre mňa zostávajú Tvoje osobné vlastnosti, pomocou ktorých sa Ti darilo vynulovať vtedajšiu dlhoročnú polarizáciu Bratislavy a Tatier, alebo krotiť invazivitu istého federálneho kolegu. V pamäti mi navždy zostane 6. kongres SPFS a ČPFS v roku 1985 vo Vyšných Hágoch, pri ktorého organizácii som mal česť Ti pomáhať a presvedčiť sa, že v Tvojich Tatrách bolo možné zrealizovať všetko, čo sme si vysnívali pre úspech podujatia. Výstižne to dokumentovala predkongresová príhoda: Aby sme po skončení prestávok vedeli rýchlo upozorniť účastníkov, že začínajú ďalšie odborné bloky, skromne som požiadal, či by sme nemohli mať k dispozícii buď zvonec, alebo gong, alebo kus zavesenej koľajnice, na ktorý by sme udierali. Pokiaľ si dobre pamätám, do 1 hodiny sme mali možnosť odskúšať všetky tri možnosti aj so špeciálnym telefonickým spojením, ktorým sme koordinovali načasovanie prestávok, aby účastníci mali šancu stíhať naplánované prednášky v rôznych sekciách

Vážený pán primár, pán ústredný riaditeľ, pán predseda SPFS, pán prezident 6. kongresu PFS, pán vedúci odboru VŠZP, milý priateľ. Pri príležitosti Tvojho významného jubilea prajeme Tebe a Tvojej rodine veľa zdravia, šťastia a do ďalších rokov veľa úspechov a možností odovzdávať svoje skúsenosti. Ad multos annos !

Za pneumologickú a ftizeologickú obec

Peter Krištúfek

Pokyny pre prispievateľov

Najdôležitejšiu obsahovú náplň časopisu RESPIRO predstavujú prehľadové články s edukačným potenciálom, možné je však využiť v ich kontexte vlastné výsledky, resp. použiť širšiu odbornú súvislosť ako odrazový mostík pre prezentáciu vlastnej pôvodnej práce. Ďalej možno prispievať medailónmi známych osobností, predstavením vlastného pracoviska. Samostatnú časť predstavujú správy z kongresov a prehľady (výber) zo svetovej literatúry vo forme krátkych sumárov. Prijímame aj korešpondenciu ako aj reakcie na uverejnené články, glosy - poznámky (úvahy, komentáre) na margo dôležitých skutočností relevantných z hľadiska odborného, reagujúcich na výročia a pod., recenzie publikovaných kníh, aktuálne informácie zo života spoločností či o pripravovaných akciách.

Článok môže byť napísaný po slovensky alebo anglicky. Musia ho imprimovať všetci autori, imprimatur vedúceho pracoviska nepožadujeme. Súčasne musí byť priložené čestné prehlásenie, že článok nebol uverejnený ani zaslaný na uverejnenie do iného periodika. Stáva sa vlastníctvom časopisu a následná publikácia akejkoľvek jeho časti, obrázku a pod. je možná iba so súhlasom redakcie a citovaním zdroja. Práce sú posudzované dvoma nezávislými recenzentami, ktorí rozhodnú (po eventuálnych úpravách) o ich prijatí či neprijatí. Redakcia si vyhradzuje právo na drobné štylistické úpravy, nemeniace v žiadnej miere obsahovú podstatu textu.

Nevyžiadané rukopisy sa nevracajú.

Spracovanie rukopisu

Rukopis je potrebné dodať na diskete formátu 3,5" v editore Word alebo T602 (ktorý vydavateľstvo preferuje). Disketu treba označiť názvom súboru a vyznačiť použitý editor. Súčasne je potrebné dodať dve výtlačky textu.

NÁLEŽITOSTI

- názov práce v slovenčine i angličtine, krstné mená a priezviská všetkých autorov spolu so všetkými titulmi a vedeckými hodnotami, pracoviská s uvedením ich vedúcich
- súhrn v slovenčine a angličtine zakončený kľúč. slovami v oboch jazykoch

- text
- zoznam použitej literatúry: usporiadaný podľa poradia, v akom sú jednotlivé práce uvedené v texte (v ňom treba literárne odkazy uvádzať číslicou označujúcou príslušné poradie v zozname)

VZOR

časopisecká publikácia:

Cookson, W.O.C.M., Moffat, M.F.: Asthma, an epidemic in the absence of infection. Science, 1997, 275: 41 - 42

monografia:

Dzúrik, R., Trnovec, T.: Štandardné terapeutické postupy. Martin, Osveta, 1997, 936 s.

kapitola v knihe:

Saag, K. G., Kline, J. N., Hunninghake, G. W.: Interstitial Lung Diseases. In: Baum, G. L., Crapo, J. D., Celli, B. R., Karlinisky, J. B., eds.: Textbook of Pulmonary Medicine. Philadelphia, Lippincott - Raven, 1998, s. 341 - 366

DOKUMENTÁCIA (PRÍLOHY)

Obrázky:

diapozitívy (vhodnejšie) alebo fotografie (oba druhy aj farebné)

Grafy:

Je potrebné dodať aj výtlač! Legendu k obrázkom a grafom treba napísať na samostatný list.

Tabuľky:

Buď priamo v texte, alebo na samostatnom papieri; legenda k tabuľke ako nadpis nad ňou.

Všetky prílohy treba na zadnej strane označiť menom autora, názvom práce, číslom stránky rukopisu, ku ktorej sa vzťahujú, a číslom, pod ktorým je označená v texte. Na záver príspevku je potrebné uviesť kontaktnú adresu prvého (alebo iného relevantného) autora.

Príspevky zasielajte na adresu:

Doc.MUDr.Ladislav Chovan, CSc.
Katedra TaRCH SPAM
NÚ TaRCH Bratislava - Pod.Biskupice
Krajinská 93
PSČ 82556
tel. 07/40251 632, 40251 332
fax: 07/45243622
e-mail: chovanl@netlab.sk

Poliklinické oddelenie TaRCH Bardejov

predstavujeme

Helena Leščišinová,
Poliklinické oddelenie TaRCH, NsP Bardejov,
vedúci lekár MUDr. Helena Leščišinová,
riaditeľ NsP MUDr. Marian Petko



Pohľad na budovu TaRCH na Bezručovej ulici

História

Boj proti tuberkulóze bol v našom okrese na mimoriadne nízkej úrovni až do roku 1947, keď sa starostlivosť o chorých na tuberkulózu ochotne ujal MUDr. Ernest Gašpar, primár novozriadeného interného oddelenia. V roku 1954 bol funkciou ftizeológa poverený MUDr. Karol Pejchal, ale ten na tomto úseku ostáva iba rok a ďalšie 3 roky starostlivosť o chorých na tuberkulózu zabezpečovali vo forme úväzkov obvodní lekári.

Positívna zmena nastáva až koncom päťdesiatych rokov, keď do Bardejova z tatranských liečební prichádza MUDr. Gustáv Predmerský. Liečebno-preventívna starostlivosť ale nie je na žiaducej úrovni. V oblasti s vysokou incidenciou tuberkulózy ordinoval tri roky ftizeológ spolu s internistom v internej ambulancii vo vymedzenom čase 2 hodiny denne, za porušovania základných hygienicko - epidemiologických zásad. Prvé nelôžkové pľúcne oddelenie bolo v provizórnych priestoroch na Dukelskej ulici.

Celková situácia sa zlepšila otvorením novej nemocnice v roku 1961 a presťahovaním pľúcneho oddelenia do nových priestorov koncom sedemdesiatych

rokov. V roku 1980 sa začalo s rekonštrukciou terajších priestorov poliklinického oddelenia, po adaptácii rodinných domov na Bezručovej ulici. V tom istom roku nastupuje na oddelenie MUDr. Peter Berník, ktorý sa zaslúžil okrem tuberkulózy výrazne rozšíril liečebno - preventívnu starostlivosť výrazne aj o netuberkulózne ochorenia dýchacích ciest. Zaviedol nové liečebné postupy, do liečby uviedol infúznú a inhalačnú liečbu. V decembri 1984 nastupuje na oddelenie ako samostatne pracujúci lekár MUDr. Helena Leščišinová, ktorá v roku 1985 preberá funkciu vedúceho lekára oddelenia. 1.marca 1995 začína pracovať na druhej ambulancii MUDr. Dana Macková.

Náplň a rozsah činnosti.

PO TaRCH poskytuje liečebno-preventívnu starostlivosť pre okres Bardejov s počtom obyvateľov 80 000 a pre časť poliklinického oddelenia TaRCH Giraltovce (ďalších 15 000 obyvateľov), ktoré patrí do okresu Svidník. Ambulantné služby pre TaRCH v Giraltovciach 1 krát v týždni zabezpečuje lekárka z POTaRCH v Bardejove. Na oddelení okrem dvoch lekárk

s atestáciou v odbore TaRCH pracujú 3 dispenzárne sestry, 2 ambulantné sestry (z nich jedna má v úväzku aj funkciu vrchnej sestry), 2 kalmetizačné sestry, jedna sestra s rozdelením úväzku na inhalačnú liečbu, infúznu liečbu a funkčné vyšetrenie pľúc. Je to celkovo 8 SZP na 95 000 obyvateľov. Priestorové podmienky sú vyhovujúce, oddelenie sa nachádza mimo hlavného areálu NsP ako samostatný komplex.

Z prístrojového vybavenia vlastníme rtg aparát, ktorý je súčasťou nášho oddelenia, tomograf, štítovku, spirometer Schiller, 2 inhalátory Parimaster a fibrobronchoskop Olympus T30. Na oddelení máme iba 1 počítač, výlučne na spracovávanie údajov pre zdravotné poisťovne. V NsP Bardejov máme k dispozícii CT vyšetrenia, histológiu z patologicko-anatomickeho oddelenia, materiál na BK mikroskopicky a kultivačne vyšetruje SZÚ Prešov.

Analýza poskytovaných služieb.

K 30.6.2000 bolo na našom poliklinickom oddelení aktívne dispenzarizovaných vo všetkých dispenzárných skupinách spolu 5 329 osôb, z toho 91 detí.

Mimo bežnej dennej praxe robíme

Na úseku nešpecifických ochorení sledujeme:

Dispenzárna skupina	Počet pacientov
zhubné nádory spolu	66
overené	52
neoverené	14
nezhubné nádory	8
zápal. ochorenia pľúc	271
CHOCHP	1 760
bronchiálna astma	764
bronchiektázie	51
sarkoidóza	72
pneumokomiózy	14
ostatné dif.	22
intersticiálne procesy	
nenádorové ochorenia	64
pohrudnice	
choroby pľúcneho obehu	36
tromboembolická	7
choroba pľúc	
primárna pľúcna hypertenzia	11
pľúcne vaskulitidy	2
všetky ochorenia	62
s respir. insuficienciou	
syndróm spánkového apnoe	6
pacienti po torakochir. operácii	32
iné netuberkulózne ochorenia	1 476

základné bronchodilatačné testy, bronchoskopické vyšetrenia pre celú NsP, v prípade potreby podávame infúziu liečbu, pokračujeme v aktívnom vyhľadávaní rizikových skupín so zameraním na bronchogénny karcinóm, CHOCHP, tuberkulózu a na rizikových fajčiarov. Chorých a rizikové skupiny preberáme do dispenzárnej starostlivosti. Nové prípady hlásime do národných registrov. V okrese máme 9 pacientov na dlhodobú domácu oxygenoterapiu (DDOT), ktorí sú kontrolovaní podľa smerníc DDOT.

V roku 1999 bolo v našom okrese zistených 27 nových prípadov tuberkulózy, čo je o 6 viac ako v roku 1998. Z uvedeného počtu sa u 23 pacientov sa jednalo o pľúcnu lokalizáciu, ostatní 4 majú mimopľúcne ochorenie. Nezaznamenali sme ani jedno úmrtie pacienta s aktívnou tuberkulózou.

Na úseku kalmetizácie prebiehalo testovanie a očkovanie podľa vopred vypracovaného harmonogramu, výkony kalmetizácie sa podstatne znížili zrušením vakcinácie u prvákov a 18-ročných. Výpady v zásobovaní tuberkulínom a BCG vakcínou sme nezaznamenali. Nebola zistená žiadna komplikácia po BCG vakcinácii, ktorá by podliehala povinnému hláseniu. Dispenzárne sestry pri prešetrovaní kontaktov a u pacientov na DDOT vykonali spolu 372 návštev, lekármi oddelenia boli pacienti s DDOT navštívení 41-krát.

Konziliárne bolo na všetkých odde-

Počty vyšetrení za rok 1999

celk. poč. vyšetrených pacientov	18 772
skiagrafia	2 064
tomografia	626
funkčné vyšetrenie	5 001
spútum na BK	1 348
spútum na nešpecifickú bakt. flóru	271
spútum na cytologické vyšetrenie	97
tuberkulínový test	4 216
(do 1.9.aj 7 a 18 roční)	
BCG	1 366

leniach NsP vyšetrených 224 pacientov. Naokoľko v okrese nie je lôžkové oddelenie TaRCH, v diagnosticky nejasných prípadoch a v prípade potreby hospitalizácie odosielame pacientov na lôžkové oddelenie TaRCH Prešov, s ktorým je veľmi dobrá spolupráca, podobne ako so všetkými OĽÚ.

Vedecko – vzdelávacia činnosť

Jedenkrát mesačne máme na oddelení odborné semináre pre lekárov a SZP, lekári sa pravidelne zúčastňujú podujatí v



kolektív PO TaRCH NsP Bardejov

rámci Spolku lekárov v Bardejove, ale aj odborných akcií SPFS v SR aj v zahraničí. MUDr. Leščišinová opakovane v spolupráci s farmaceutickými firmami pripravila odborný seminár o astme a CHOCHP, aktívne sa prezentovala na Bardejovských dňoch pneumológov a ftizeológov, ktoré tohto roku oddelenie zorganizovalo už šiestykrát.

Obaja lekári sú členmi SPFS, MUDr. Leščišinová je členkou výboru SPFS, členkou redakčnej rady Respiro, okresným a krajským odborníkom MZ SR pre TaRCH a v rámci NsP Bardejov je prezidentkou Regionálnej lekárskej komory.

Aj napriek tomu, že práca v našom 95 000 regióne, kde je až 10% rómskej populácie, nie je najľahšia, náš malý kolektív sa denne snaží poskytovať čo najkvalitnejšie služby pacientom vo svojej spádovej oblasti.

Občas nám prácu spestria aj pacienti úsmevnými príhodami :

1. Pri poučení rómskeho pacienta s novozistenou tuberkulózou som spomenula aj nákladnosť liečby, vysokú cenu liekov, ktoré mu predpisujem a pacient zareagoval veľmi pohotovo:

„Pani doktorka a kto by to odo mňa mohol kúpiť?“

2. Na ambulanciu prišla rozčúlená pacientka s požiadavkou, aby som jej manželovi potvrdila, že má skutočne prieduškovú astmu.

On mi neverí, včera ma prinútil natierať ploty a ja som dostala záchvat. Bolo mi veľmi zle, dusila som sa a tak som kričala. On mi jednu vylepil a povedal, že mne nič nie je, že nemám žiadny záchvat, to ja iba stimulujem. Tak som ho privliekla so sebou. No povedzte pani doktorka, však ja nie som stimulant, ja mám iba astmu!“

3. Mladú pacientku, ktorá sa dlho ne-



MUDr. Leščišinová, MUDr. Macková

chcela vzdať svojich obľúbených vôní typu Russkij odekolon a duchi Maskvy, sa mi po dlhšej dobe podarilo presvedčiť na nutnosť inhalačnej liečby. Až raz došla jej matka s otázkou, čo som to dcére predpísala, že sa má síce o niečo lepšie, už tak nekašle, ani ťažko nedýcha, ale to asi preto, že niečo fetuje. Vraj tak nejako divne lapá po vzduchu vo svojej izbe. Mladá astmaticka sa pri ďalšej kontrole na ambulancii po výzve, aby predviedla, či správne inhaluje, vyšla s farbou von:

„Viete, čítala som, že Claudia Schiffer aj niektoré iné modelky si parfém nestriekajú priamo na kožu, ale iba streknú do vzduchu a potom cez ten obláčik vône prejdú. Tak som to skúšala aj ja s Ventolínom. Ale ani mi to veľmi nepomáhalo a ešte ma pri tom aj nacytala mama ...“

Občania čakajúci na námestí na bezplatné vyšetrenie pľúcnych funkcií v rámci projektu "Zdravo dýchať" firmy Glaxo Welcome počas VI. Bardejovských dní

VI. Bardejovské dni pneumológov a ftizeológov

MUDr. Helena Leščišinová, Poliklinické oddelenie
TaRCH, NsP Bardejov, riaditeľ r. M. Petko

Bardejovské Kúpele boli už po šiestykrát miestom odborného stretnutia pneumoftizeológov, alergológov, ale aj internistov, onkológov, pediatrov a lekárov z iných odborov, ktorí prichádzajú do styku s ochoreniami dýchacích ciest.

V dňoch 17.-19. mája 2000 sa konali VI. Bardejovské dni pneumológov a ftizeológov, ktoré tradične spoločne zorganizovali Slovenská lekárska spoločnosť, Slovenská pneumologická a ftizeologická spoločnosť, Spolok lekárov v Bardejove a Poliklinické oddelenie TaRCH a NsP Bardejov.

Koordinátorom podujatia bola MUDr. Helena Leščišinová.

Ústrednou témou, podobne ako po iné roky, bola bronchiálna astma, CHOCHP, tuberkulóza, ale početnejšie boli zastúpené aj práce onkológov a hrudníkových chirurgov.

Slávnostného otvorenia sa zúčastnil viceprimátor mesta Bardejov, Ing. Pavol Tarcala, námestník riaditeľa NsP Bardejov, MUDr. Ladislav Luník, lekársky riaditeľ Bardejovských Kúpeľov, a.s. MUDr. Ján Hudák, hlavný odborník MZ SR pre TaRCH, prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc., a predseda SPaFS MUDr. Eugen Rovenský.

Na prednáškach popredných slovenských odborníkov, medzi ktorými boli aj doc. MUDr. Eva Rozborilová, CSc., doc. MUDr. Ladislav Chovan, CSc., prof. MUDr. Ivan Hruškovič, CSc. sa v priebehu 3 dní zaregistrovalo viac ako 400 lekárov. Celkove na podujatí odznelo 57 prednášok, uskutočnili sa 3 sympóziá farmaceutických firiem.

Krištúfek (Bratislava) bol autorom úvodnej prednášky Liečba astmy u nás a vo svete v prvom bloku na tému „Účinná a bezpečná liečba bronchiálnej astmy“. Analyzoval, aký vývoj zaznamenala liečba astmy, priblížil obdobie 70. rokov, keď sa používali iba teofylíny, systémové steroidy, a pacienti boli väčšinou nedostatočne liečení, až po 90. roky, kedy už vieme, že podstatou ochorenia je zápal a preto sa do popredia sa dostali kromóny, inhalačné kortikosteroidy a nové bronchodilatanciá. Zameral sa na liečbu exacerbácie, ako aj na dlhodobú liečbu astmy podľa platných smerníc, ktoré, ako zdôraznil, bude už vzhľadom na vývoj v problematike potrebné inovovať. Poukázal na potreby v budúcnosti so zameraním na nutnosť pokračovania vo vzdelávaní všetkých cieľových skupín, potrebu žiadať pomoc expertov pri neriešiteľných situáciách. Záverom zdôraznil, že súčasná kategorizácia liekov umožňuje modernú liečbu v plnej miere.

Hruškovič (Bratislava) prezentoval najnovšie názory na bronchiálnu astmu, s poukázaním na nutnosť včasnej diagnostiky

atopie, porovnával úroveň liečby u nás a vo svete, poukázal na najväčšie a najčastejšie chyby v radoch lekárov prvého kontaktu, ale aj u odborníkov. Znovu zdôraznil nutnosť včasného podávania inhalačných kortikosteroidov, poukázal na ich bezpečnosť a jednoznačný klinický efekt.

Kossárová (Bratislava) referovala o nových poznatkoch v patogenéze astmy za posledných 10 rokov, o zmene pohľadu na astmu a jej liečbu. Poukázala na odlišnosti astmy u detí, farmakokinetické rozdiely, odlišnosti diferenciálnej diagnostiky. Zdôraznila nutnosť včasného záchytu astmy v I. a II. stupni. Zaoberala sa postavením steroidných a nesteroidných liekov a ich pôsobením vo všetkých fázach zápalu.

Valentová (Bratislava) na súbore 49 pacientov poukázala na význam kromónov v liečbe ľahkých foriem astmy a prezentovala ich charakteristiku, účinky, miesto zásahu. Efekt liečby bol sledovaný počas 12 mesiacov, so zhodnotením nežiadúcich účinkov. Konštatovala, že Tilade je vhodné profylaktikum liečby ľahkej astmy a syndrómu dráždivého kašľa, ako aj na zvládnutie príznakov ponámahovej astmy.

Hruškovič (Bratislava) informoval o novinkách 256. kongresu v San Diegu, zameraný na vznik atopie, senzibilizáciu plodu. Klasifikoval rizikové faktory vzniku atopie so zdôraznením vplyvu vírusov, životného prostredia, výživy a predovšetkým genetiky. Zdôraznil, že znaky atopického dieťaťa sú tak nápadné, že ich musí diagnostikovať už pediater prvého kontaktu. Prezentoval význam angiogenézy na vznik astmy, ale aj na iné závažné ochorenia.

Černá (Bratislava) informovala o nových kombináciách liečebných modalít, prezentovala prvé skúsenosti s neoadjuvantnou chemoterapiou nemalobunkového karcinómu, poukázala na výhody, vyššiu efektívnosť, kde odpoveď na túto liečbu je až u 70% pacientov. Výsledky tejto liečby prezentovala na vlastnom súbore pacientov.

Hrubý (Žilina) analyzoval prípady hospitalizovaných pacientov na onko-rádioterapeutickom oddelení v Žiline za posledných 15 rokov, kde bolo pre pľúcny karcinóm liečených 659 pacientov. Konštatoval nárast nemalobunkových nádorov a vyšší výskyt malignít u mladších vekových skupín. V súbore pacientov hodnotil odpoveď na prvolíniovú chemoterapiu, rádioterapiu a kombinovanú terapiu v liečbe lokálne po-

Kročilého nemalobunkového nádoru.

Kleinová (Žilina) informovala o výskyte a diagnostike bronchogenného karcinómu v žilinskom kraji, hodnotila súbor pacientov za roky 1994-1998, kde za uvedené obdobie diagnostikovali 324 zhubných ochorení pľúc. Konštatovala nárast adenokarcinómu u mužov, poukázala na negatívny vplyv fajčenia. Po zhodnotení postupu ambulantných lekárov pri diagnostike malignít ocenila skutočnosť, že stúpol počet pacientov, ktorí boli ihneď odoslaní na príslušné oddelenie pri podozrení na nádor. Prezentovala vlastné kazuistiky.

Bereza (Kvetnica) prezentoval výsledky a prínos USG pri určovaní štádia pľúcneho karcinómu v UTaRCH Kvetnica. Predstavil vlastný súbor 262 pacientov, poukázal na výhody USG vyšetrenia, ktoré urýchlí diagnostiku, nezaťažuje pacienta a má veľké perspektívy, ktoré vidí v bronchoskopickej ultrasonografii a transezofageálnej ultrasonografii.

Rindoš (Vyšné Hágy) poukázal na najčastejšie príčiny vzniku postintubačných stenóz trachey, prezentoval techniku tracheostómie, ako aj vyšetrovacie metódy k posúdeniu stenózy. Prezentoval súbor operovaných pacientov za posledných 6 rokov. V závere konštatoval, že na stenózu sa vždy nemyslí, často sa interpretuje a lieči ako astma.

Janík (Košice) prezentoval kazuistiku pacientky s pľúcnou herniou na krku, poukázal na oneskorenú diagnostiku a demonštroval operačný výkon k jej odstráneniu.

Rayman (Žilina) konštatoval, že inveterované cudzie telesá sú často diagnostickým problémom, lebo sa na ne nemyslí. Autor prezentoval vlastné skúsenosti a kazuistiky.

Lešová (Michalovce) poukázala na demonštráciu pacienta s hemoptýzou, ktorý mal diagnostikovaný Grawitzov tumor s metastázami v pľúcach, na príčiny oneskorenej diagnostiky a prezentovala, ako je možné k diagnóze prispieť v ambulantných podmienkach.

Michaličková (Nitra) rozobrala najčastejšie príčiny pleurálneho syndrómu, na kazuistikách poukázala na oneskorenú diagnostiku descendentnej aneurizmy aorty, charakterizovala aneurizmu, diagnostické postupy.

Druhý deň podujatia bol venovaný okrem bronchiálnej astmy a CHOCHP aj anti-

mikrobiálnej liečbe.

Krištúfek (Bratislava) v úvodnej prednáške Národného registra bronchiálnej astmy informoval o prevalencii astmy na Slovensku, prezentoval súčasné výsledky z národných registrov. Konštatoval, že na základe spracovaných dotazníkov k máju 2000 je na Slovensku prevalencia okolo 3%, porovnal tento údaj so svetovými ukazovateľmi. Po spracovaní 26200 dotazníkov hodnotil trvanie choroby, stupne astmy. Konštatoval, že tento ukazovateľ je porovnateľný napr. údajmi v Japonsku a inými vyspelými štátmi. Počty vyplnených dotazníkov z jednotlivých zariadení demonštroval mapou, kde konštatoval veľa „bielych miest“, preto upozornil na dôležitosť hlásenia do registra. O význame Národného registra bronchiálnej astmy svedčí úspech prezentácie v Budapešti tohto roku a požiadavka jeho predstavenia na kongrese v Berlíne v roku 2001.

Chovan (Bratislava) analyzoval úroveň preskripcie po štatistickom spracovaní dotazníkov. Prezentoval hlavné ciele racionálnej a efektívnej farmakoterapie, poukázal na prvolíniovú liečbu vo vybraných krajinách sveta, hodnotil vývoj spotreby jednotlivých skupín liekov za posledné roky. Z analýzy samotného registra demonštroval spotrebu liekov podľa jednotlivých krajov, kriticky sa vyjadril k niektorým skupinám, zhodnotil priemerný počet liekov na 1 pacienta, s konštatovaním, že pretrvávajú sklon k neúčelnej polypragmácii. Kladne hodnotil vysoké percento pacientov na inhalačných KST, kritizoval nadužívanie Ditecu a Zaditenu.

Čáповá (Bratislava, AstraZeneca) poukázala na cesty k optimálnej kontrole astmy, s cieľom prevencie ireverzibilných zmien, nutnosťou včasnej diagnostiky a adekvátnej protizápalovej liečby. Ako hlavné príčiny nedostatočnej kontroly astmy uviedla neadekvátnu liečbu zo strany lekára, nedostatočnú edukáciu pacienta, nedodržiavanie liečby, nedostatočný self-monitoring.

Komada (Poprad) podal pohľad ambulantného pneumológa na ciele a význam NRA, štatisticky spracoval dotazníky z okresu Poprad. Konštatoval, že z odoslaných dotazníkov z okresu 77% spracoval pneumológ, iba 15% imunoalergológ a 8% detský alergológ.

Krištúfek (Bratislava) vytýčil ciele manažmentu bronchiálnej astmy, potrebu dosiahnuť úroveň kontroly astmy, referoval, aké sú dopady na životný štýl a prístupy pri dosahovaní prijateľného životného štýlu.

Pohľad na predsednícky stôl pri zahájení



Sympóziu firmy AstraZeneca



Predstavy a skutočnosť prezentoval spracovaním dotazníkovej akcie medzi rodičmi astmatických detí a lekármi, kde konštatoval určitú komunikačnú bariéru, a poukázal na nutnosť fungovania trojuholníka rodič, detský pacient, lekár.

Brezina (Bratislava) poukázal na postavenie antagonistov leukotriénových receptorov v liečbe astmy u detí. U tejto novej triedy kontrolórov astmy informoval o histórii ich vzniku, pôsobení, mechanizme účinku. Bezpečnostný profil u detí je jednoznačný, sú dve hlavné indikačné skupiny - aspirínová a ponamáhová astma.

Nové pohľady na terapiu chronickej obštrukčnej choroby pľúc boli témou sympózia firmy GlaxoWellcome.

V úvode **Krištúfek** (Bratislava) pohľadom na manažment CHOCHP u nás a vo svete

analyzoval príčiny stúpajúceho počtu ochorení a úmrtí na CHOCHP. Ako hlavné príčiny tohto stavu uviedol zanedbávanie prevencie, zanedbanie významu dlhodobej protizápalovej liečby a nedostatok vedomostí o mechanizme vzniku CHOCHP. Poukázal na patogenézu vzniku CHOCHP, rizikové faktory, liečebné modalities až po transplantáciu.

Chovan (Bratislava) sa zaoberal bronchodilatačnou liečbou u CHOCHP so zameraním na postavenie dlhodobo pôsobiacich B-2 sympatomimetík. Poukázal na ciele farmakologického zásahu do CHOCHP. Svoje poznatky a skúsenosti oprel o rozsiahle štúdie. Ich cieľom bolo jednak sledovanie pľúcnych funkcií po podaní lieku, jednak sledovanie pľúcnych funkcií a ďalších parametrov, ako je kvalita života, nočné symptómy. Osobitne sa venoval porovnávacej štúdiu účinku salmete-

rolu a ipratropia.

Leščišinová (Bardejov) na vlastnom súbore 113 pacientov prezentovala klinický a bezpečnostný profil salmeterolu, jednak v 1.línii, jednak v kombinácii s anticholinergikom. Používaním u pacientov aj so závažným vedľajším - kardiálnym ochorením konštatovala, že klinicky benefit je jednoznačný a bezpečný aj u týchto pacientov.

Po ukončení sympózia odpovedala **Rozborilová** (Martin) na otázku, ako liečime bronchiálnu astmu spracovaním multicentrickej štúdie zo 7 pracovísk, ktorej základom bolo monitorovanie pľúcnych funkcií počas 3 a viac mesiacov. Po zhodnotení súboru 51 pacientov konštatovala, že výsledky liečby nie sú u všetkých pacientov optimálne, východiskom sú nové aplikáčne formy, nové lieky a novinky v monitorovacej technike.

Benedik (Michalovce) hodnotil liečbu exacerbácie astmy v praxi. Ako jednu z príčin zlyhania liečby uviedol vysadenie dlhodobej liečby, kritizoval neadekvátnosť ATB terapie v neodôvodnených prípadoch, poukázal na nutnosť edukácie hlavne praktických lekárov. Hodnotil vlastný súbor 53 pacientov, ktorí absolvovali kurz edukácie.

Hlinka (Nová Polianka) zodpovedal niektoré otázky vzťahu respiračných infekcií a bronchiálnej astmy. Poukázal na úlohu mikroorganizmov na tvorbe imunitného systému, vplyv na vývoj astmy, zaoberal sa problémom atopie, vplyvmi vonkajšieho prostredia, úlohou cytokínov. Konštatoval vysoké percento vzniku akútnej exacerbácie astmy v súvislosti s respiračným infektom. Východisko vidí v prevencii, vakcinácii a adekvátnej liečbe infektov.

Lapšanská (Dolný Smokovec) hovorila o vzťahu medzi ochoreniami horných dýchacích ciest a astmou u detí. Ako konštatovala, opakované ochorenia HDC našťastujú astmu. Hovorila o postavení vírusov, sekundárnej bakteriálnej infekcie, o úlohe sekrečného IgA a konštatovala, že alergické ochorenia sú hrozbou 3.tisícročia.

Bajan (Bratislava) sa zaoberal niektorými aspektami primárnej prevencie alergických ochorení, vrátane astmy. Poukázal na environmentálne faktory, genetické predpoklady, zmienil sa o najčastejších alergénoch, nutnosti ich eliminácie. Z preventívnych opatrení vyzdvihol aj vakcináciu.

Valentová (Bratislava) informovala o vypracovanom konsenze v liečbe alergickej rinitídy, od rozdelenia, cez príznaky až po liečebné možnosti. Na súbore 246 pacientov prezentovala výsledky používania lokálne pôsobiaceho antihistaminika Allergodil. Hodnotila ho ako preparát so širokým uplatnením u alergickej rinitídy s rýchlym nástupom účinku a ojedinelými nežiadúcimi účinkami.

Benedik (Michalovce) priblížil nový inhalačný systém aktivovaný dychom. Na súbore prvých 116 pacientov zo Slovenska porovnal prípravky aktivované a neaktivované dychom, zhodnotil dotazník u uvedeného súboru, konštatoval, že táto forma lieku si nájde miesto v manažmente a kontrole astmy, závisí od vzdelanosti pacientov.

Mečřřová (Tatranská Kotlina) porovnala liečbu bronchiálnej astmy v OLÚ v rokoch 1984-1999 retrospektívnou štúdiou 100 náhodne vybraných chorobopisov za každý rok a konštatovala, že za uvedené obdobie došlo k vzostupu počtu hospitalizovaných pacientov, k poklesu priemernej ošetrovacej doby. Kladne hodnotila pokles spotreby p.o. kortikosteroidov, parenterálnych kortikosteroidov (KST), zvýšenie počtu inhalačných KST, pokles užívania krátkopôsobiacich teofylínov a pokles užívania ketotifenu.

Reinhardt (Tatranská Polianka) z pohľadu edukátora astmy hodnotil, aký niesmierny význam má edukácia pacienta pre vývoj jeho ochorenia a prognózu. Konštatoval, že pre edukáciu sú najlepšie podmienky v OLÚ. Následne hodnotil výsledky vlastného súboru, skúsenosti s edukáciou. Konštatoval, že pomer edukovaných k needukovaným je 1:10, a že 99,5 % pacientov má záujem absolvovať vzdelanie.

Balogová (Košice) predstavila Astma klub, fungujúci od roku 1999, poukázala na nutnosť edukácie rodičov aj detí, nutnosť komplexného pohľadu na choré dieťa a komplexné vyšetrenie. Hodnotila priebeh klubu, spokojnosť rodičov a konštatovala, že všetci chcú vo vzdelaní pokračovať aj v budúcnosti.

Černek (Léčiva SK,a.s.) predstavil antibiotiká firmy Léčiva používané v praxi, v rámci racionálnej ATB terapie a oboznámil prítomných s novinkami firmy-Zodac, nové antihistaminikum II.generácie a Mycomax- antimykotikum.

Paulovič (Nitra) sa zaoberal problematikou akútnych a chronických infekcií v pra-

xi ambulantného pneumoftizeológa. Rozdelil najčastejšie patogény, podal prehľad o najčastejších pôvodcoch infekcií respiračného traktu v Nitre, venoval sa prehľadu a príčinám vzniku rezistencie. Prezentoval postupy pri výbere vhodného ATB a vyslovil názor, že antibiotiká sa až 75 % podávajú v neindikovaných prípadoch.

Poľanová (Kvetnica) charakterizovala cefalosporíny II. a III. generácie, ich indikácie, rezistenciu, podala prehľad o najčastejších patogénoch v OLÚ na súbore 479 pacientov. Ako hlavné príčiny rezistencie uviedla nesprávne indikácie a neopodstatnené predĺžovanie liečby.

V popoludňajších hodinách druhého dňa prebiehalo v druhej sekcii Diskusné sústreďenie o pediatrickej bronchoskopii, organizované pod záštitou SPAM, ktorého koordinátormi boli Brezina a Majer. Následoval blok Diagnostika a liečba intersticiálnych pneumopatií u dospelých pacientov. Jedná sa o širokú problematiku, kde odznelo spolu 12 prednášok. Informáciu o nich prinesieme v niektorom z ďalších čísiel Respiro.

V posledný deň zahájil program **Krištúfek** (Bratislava) zhodnotením epidemiologickej situácie v tuberkulóze za rok 1999. Referoval o výskyte, incidencii a prevalencii podľa jednotlivých krajov a okresov. Znovu poukázal na nutnosť hlásenia nových prípadov a povinnosť hlásenia výsledkov liečby.

Solovič (Vyšné Hágy) sa venoval zaujímavej aktuálnej problematike legislatívy vo vzťahu k tuberkulóze, kde je stále veľa nejasného ohľadom nutnosti vyšetrenia, povinnej liečby, dodržiavania režimu, problémov s asociálmi, alkoholikmi.

Dudáš (Košice) zhodnotil molekulárno-biologické aspekty rezistencie Mycobacterium tuberculosis na antituberkulotiká, s ohľadom na spoluprácu kliniky TarCh a Ústavu lekárskej biológie.

Rodziňák (Kvetnica) na zaujímavých kazuistikách dokumentoval závažné a komplikované prípady novozistenej tuberkulózy, poukázal na oneskorenú diagnostiku, čím potvrdil, že tuberkulóza je stále aktuálna a musí na ňu myslieť každý lekár a každé zariadenie.

Brezina (Bratislava) prezentoval klinický obraz mykoplazmových a chlamýdiových infekcií u detí. Spracoval a vyhodnotil 490 prípadov pneumónií za 3 roky na lôžku aj

v ambulantných podmienkach. V 24 % prípadov boli ako etiologické agens potvrdené chlamýdie, v 6 % pacientov sa jednalo o súbežnú infekciu. Liekom prvej voľby sú makrolidy podávané 14 dní.

Kayserová (Bratislava) prezentovala súbor pacientov s cystickou fibrózou, kde asi 1/3 tvoria pacienti nad 18 rokov, toto ochorenie sa teda stáva aj problémom dospelého veku, klinika môže byť podobná CHOCHP, mala by byť súčasťou dif. dg. úvahy pri prejavoch chronického ochorenia.

Súčasťou VI. Bardejovských dní pneumológov a ftizeológov bola prezentácia farmaceutických firiem, ktoré sú súčasne sponzormi celej akcie. V druhom dni Bardejovských dní bolo aj zasadnutie výboru SPFS, ktorého hlavnou náplňou bolo plánovanie akcií na ďalšie obdobie. Všetci účastníci obdržali certifikát o účasti. V rámci záverečného ceremonálu boli vyhodnotení a ocenení autori najlepších prednášok a autori, ktorí sa zúčastnili na všetkých 6 ročníkoch Bardejovských dní.

Záverečné slovo so zhodnotením VI. Bardejovských dní pneumológov a ftizeológov mal hlavný odborník MZ SR pre TarCh prof. MUDr. P. Krištúfek CSc., predseda SPFS, MUDr. Rovenský E., a vedec-ký sekretár SPFS a vedúci katedry TarCh SPAM doc. MUDr. CHovan L.,CSc.

Spríevodnou akciou VI. Bardejovských dní bolo podujatie v rámci projektu Zdravo dýchať, organizované firmou GlaxoWellcome, kde na námestí v Bardejove si každý občan mohol dať bezplatne zmerať svoje pľúcne funkcie. Podujatie malo veľký ohlas, zúčastnilo sa ho 250 občanov z Bardejova a okolia.

Na záver chcem poďakovať všetkým, ktorí pomohli pri organizácii, najmä farmaceutickým firmám, bez ktorých by podujatie nemohlo existovať, všetkým svojim kolegom za odborné rady, kolektívu oddelenia TarCh Bardejov a všetkým, ktorí boli na Bardejovských dňoch zúčastnení či už aktívne alebo pasívne.

Ak Vám podujatie prinieslo akékoľvek obohatenie odborné a spoločenské, prijmite pozvanie aj na VII.Bardejovské dni v roku 2001, ktoré budú tradične v máji, v Bardejovskom kúpeľoch.

Inflammide®

budezonid

100 µg, 200 µg

Vážená pani doktorka,
vážený pán doktor,

dovoľujeme si Vám oznámiť, že farmaceutická firma Boehringer Ingelheim uvádza od 1. novembra 2000 na slovenský trh inhalačný kortikosteroid **Inflammide®** (*budezonid*).

Preparát **Inflammide®** prinášame v liekovej forme inhalačného roztoku v tlakovom obale (MDI) v dvoch silách 100 µg a 200 µg. Každé balenie obsahuje 300 dávok lieku.

Veríme, že **Inflammide®** obohatí skupinu antiastmatík o kvalitný, účinný a bezpečný inhalačný kortikosteroid a zaplní medzeru, ktorá vznikla absenciou liekovej formy budesonidu vo forme inhalačného roztoku v tlakovom obale.

Preparát **Inflammide®** je t.č. v dostatočnom množstve vo vybraných lekárňach. Naše konsignačné sklady sú pripravené promptne vybaviť požiadavky všetkých lekární týkajúce sa nielen preparátu **Inflammide®** ale aj ostatných prípravkov firmy Boehringer Ingelheim.

Inflammide® - inhalačný roztok v tlakovej nádobke

	Inflammide® 100	Inflammide® 200
maximálna cena v lekárni	701,20 SK	1402,60 SK
doplatok pacienta	0 SK	0 SK
preskripčné obmedzenie	ALG, TRN	ALG, TRN
cena za DDD	18,70 SK	18,70 SK

MUDr. Ján Sýkora
Respiratory Product Manager

Vážení odberatelia časopisu **RESPIRO**[®].

Úprimne nás teší Váš obrovský záujem o časopis **RESPIRO**[®], ktorý je určený širokej odbornej verejnosti so záujmom o kontinuálne vzdelávanie v pneumológii a ftizeológii.

Ku dnešnému dňu evidujeme viac ako 1 900 pravidelných odberateľov časopisu na Slovensku a v Čechách. Kvalitu časopisu sa snažíme s každým vydaním držať na vysokej úrovni a neustále zlepšovať, čo môžete posúdiť hlavne Vy, spokojní odberatelia. Sme nesmierne radi, že ste **RESPIRO**[®] prijali a stal sa naozaj Vaším odborným médiom v pneumológii a ftizeológii.

Neustály nárast pravidelných a spokojných odberateľov nás o tom presviedča.

Ani sa nenazdáme a bude tu rok 2001 a s ním aj tretí ročník nášho časopisu. Samozrejme, že i naďalej sa budeme snažiť kvalitu **RESPIRO**[®] zlepšovať a budeme sa snažiť uspokojovať potreby všetkých odberateľov.

Nárast pravidelných odberateľov časopisu **RESPIRO**[®] nás prinútil zaviesť symbolické predplatné 200,- SK na rok (4 vydania).

Veríme, že toto naozaj symbolické predplatné Vás neodradí a zostanete naďalej jeho pravidelnými odberateľmi.

V prípade záujmu o odber časopisu v roku 2001 Vás prosíme o vyplnenie objednávky predplatného.

Objednávam predplatné časopisu **RESPIRO**[®] na rok 2001 (4 vydania)

titul/meno/priezvisko

pracovisko (názov)

ulica

PSČ

mesto

telefón

privát

ulica

PSČ

mesto

telefón

POZOR

časopis si žiadam zasielať na pracovisko na domácu adresu

(Osobné údaje sú diskrétné a sú výlučne určené na bezproblémovú distribúciu časopisu.)

Čitateľne vyplnený objednávkový lístok (použite prosím paličkové písmo) zašlite na adresu vydavateľa: Q-EX, a.s., Brnianska 1, 911 05 Trenčín