

VI.

**DOPORUČENÉ PREVENTIVNÍ POSTUPY
V PRIMÁRNÍ PÉČI**

21 ZDRAVOTNÍ RIZIKA A MOŽNOSTI JEJICH OVLIVNĚNÍ

21.1 ÚVOD

Prevence nemocí a podpora zdraví jsou přístupy, jimiž se moderní medicína, ale i celá společnost, snaží dosáhnout východiska ze situace, která současnost zákonitě provází. Zvýšená společenská aktivita a produkce klade vysoké nároky na každého jedince i komunity. Průvodním jevem vývoje je vysoké riziko mnoha nemocí, zejména neinfekčních, ale i nemocí infekčních. Finanční nároky na léčbu exponenciálně narůstají a téměř všechny státy stojí před problémem, jak je dále řešit. Dochází k paradoxu, že lidstvo se svojí vysokou produktivitou dostává do osudového dluhu samo vůči sobě.

Vzniku a rozvoji mnoha hromadně se vyskytujících onemocnění je možné do značné míry předcházet změnou způsobu života, neboť expozice většiny závažným faktorů, jako jsou kouření, nevhodná strava, nadměrná spotřeba alkoholu, nízká pohybová aktivita, nevhodné sexuální a reprodukční chování aj., je většinou dobrovolná a je možné ji redukovat, ne-li přímo eliminovat.

Prevence a podpora zdraví směřují právě ke snížení nebo eliminaci expozice těmto preventabilním příčinám, a tím k zabránění vzniku a rozvoji nemocí s nimi spojených.

Existuje široká škála intervenčních opatření, kterých je možné využít. Jsou to:

- zdravotní politika státu;
- výchova ke zdravému způsobu života;
- komunitní programy zaměřené na zlepšení podmínek pro zdravý způsob života a motivující občany k němu;
- vyhledávání pacientů se zvýšenými riziky a v asymptomatickém stadiu onemocnění a jejich léčeni.

Preventivní strategie může být cílena na celou populaci, jednotlivé komunity nebo jednotlivce. Po celosvětových zkušenostech z minulých let dochází v současnosti k odklonu od široce založených populačních programů. Účinná prevence musí být směřována na jasně definovaná rizika a skupiny lidí jimi ohrožených.

Praktický lékař a jeho sestra jsou ideálními prostředníky pro poskytování preventivních služeb, neboť k tomu mají dostatečnou erudici a přirozenou autoritu.

Kontakt lékaře s pacientem v ordinaci nebo v rodině zaručuje dobrou možnost provedení nezbytných preventivních kroků. Těmi kroky jsou:

- individuální zhodnocení rizika;
- srozumitelná informace a praktická rada pacientovi;
- pomoc vedoucí ke změně způsobu života;
- včasná detekce asymptomatických onemocnění a jejich léčba;
- včasné odeslání ke speciálnímu léčení.

V publikaci je zmíněn program WHO CINDI. Je to program, jehož název vznikl jako zkratka sestavená z počátečních písmen anglického názvu „Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme.“ Jak je z názvu zřejmé, jde o program, jehož cílem je snížení výskytu neinfekčních onemocnění cestou redukce rizikových faktorů pro většinu těchto nemocí společných. Mezi mnoha evropskými a zámořskými zeměmi, které jsou do programu

zapojeny, je i Česká republika a program CINDI je jedním ze způsobů naplňování Národního programu zdraví ČR. A v rámci programu CINDI vznikl anglický originál této příručky, který Vám předkládáme v české upravené verzi.

Věříme, že se prevence dostane ve Vaší hierarchii profesionálních hodnot na důstojné místo vedle diagnostiky a terapie a že Vás uspokojí. K tomu by Vám měla tato příručka pomoci.

21.2 NADVÁHA A OBEZITA

Nadváhou rozumíme nadbytek hmotnosti, obezitou nadměrnou akumulaci tukové tkáně. V obou případech se jedná o poruchu výživy, která s sebou nese významné zdravotní riziko.

Pro definici a stanovení míry obezity jsou vymezena různá kritéria. Na základě relativní nadváhy určujeme lehkou obezitu při 120 – 140 % ideální tělesné hmotnosti, střední obezitu při 140 – 200 % a morbidní obezitu – nad 200 %. Hodnota ideální hmotnosti je u mužů v průměru o 8 % a u žen o 6 % nižší než tzv. normální hmotnost podle Brocy (výška těla v cm – 100 = hmotnost v kg).

V současné době je běžně užíváno **hodnocení dle indexu hmotnosti** (body mass index – BMI = hmotnost v kg / (výška v m)², kdy znamená:

- hodnota **BMI** < 20 nižší hmotnost;
- 20 – 25 normální hmotnost;
- 25 – 30 nadváha – obezita 1. stupně (lehká otylost);
- 30 – 40 obezita 2. stupně (výrazná otylost);
- > 40 obezita 3. stupně (malígní – morbidní otylost).

Vysoká a stále se zvyšující **prevalence obezity** ve vyspělých zemích představuje významný zdravotnický problém. Údaje získané v různých populačních studiích prokazují, že přibližně 1/4 - 1/3 populace ve věku 20 – 65 let má BMI vyšší než je optimální (>27). Dalším rizikem je zvyšující se výskyt obezity u dětí.

V ČR se do roku 1989 prevalence obezity zvyšovala a dosahovala ve věkové skupině 25 – 64 let 24 % u mužů a 33,3 % u žen. V období mezi roky 1988 a 1992 došlo ke snížení prevalence obezity o cca 5 % u obou pohlaví.

Při diagnostice obezity je důležitý nejen absolutní podíl **tukové tkáně**, resp. tukových rezerv, ale také jeho **rozložení**. Bylo prokázáno, že riziko komplikací obezity je významně vyšší při **abdominální (androidní) formě** obezity, kdy se zásobní tuky vytvářejí v oblasti břicha, než u **formy gynoidní**, která je typická ukládáním tuků v oblasti hýždí a stehen. Tyto dvě formy lze snadno rozlišit změřením obvodu pasu a boků. Podíl těchto čísel v cm je znám jako WHR (waist hip ratio).

Obezita androidní = WHR mužů > 0,95, žen > 0,85.

Přesnější informaci o složení tělesných tkání, resp. obsahu tělesného tuku, podávají speciální vyšetření, z nichž dostupné je měření podkožního tuku na kožních řasách, tzv. kaliperace.

Obezita může být způsobena řadou faktorů, mezi něž patří vlivy genetické, hormonální, metabolické, psychické. K nejčastějším příčinám obezity však patří vlivy zevní, kdy dochází k **nerovnováze příjmu a výdeje energie**.

Strava obézních lidí je z nutričního pohledu typická vysokou energetickou hodnotou, vysokým obsahem tuků (vč. exogenního cholesterolu) a jednoduchých cukrů a nízkým obsahem ochranných látek – vlákniny, vitaminů (C,E,B) a některých minerálů. Z potravinového pohledu jde většinou o nadměrný příjem živočišných produktů, zvláště masných výrobků a sladkostí, a nízký příjem zeleniny, ovoce a příloh.

Významným faktorem, který se podílí na vzniku obezity, je **nízká tělesná aktivita**. Jejím důsledkem je malý energetický výdej, který energetickou disbalanci prohlubuje.

Zdravotní důsledky obezity

Důsledkem energetické a nutriční nerovnováhy jsou různé stupně zdravotního rizika a poškození. Jde zejména o:

- **zvýšený krevní tlak** – pravděpodobnost vyššího diastolického TK je pro jedince s BMI >27 dvojnásobná a v případě BMI >30 dokonce trojnásobná;
- **zvýšenou hladinu krevního cholesterolu** – obezita je považována za jeden z hlavních faktorů, který zvyšuje LDL cholesterol (prevalence tohoto ukazatele je u mladých jedinců s nadváhou 2,1x vyšší ve srovnání s jedinci s hmotností normální);
- **kardiovaskulární onemocnění** – se stoupající tělesnou hmotností stoupá riziko vzniku těchto nemocí;
- **diabetes II. typu (noninzulin dependentní)** – jeho prevalence je 3x vyšší u obézních jedinců ve srovnání s osobami s normální hmotností;
- **další onemocnění**, která jsou v možném příčinném vztahu – cholelitiáza, nádory prsu a endometria.

Možnosti prevence

Zdravotní výchova by měla veřejnosti vysvětlovat pojem normální váhy, doporučit lidem, aby se zajímali o správnou hmotnost a udržovali ji.

Veřejnost by měla být vedena k:

- vlastnímu sledování tělesné hmotnosti a proporcionality;
- regulaci příjmu potravy tak, aby nedocházelo k narůstání tělesné hmotnosti;
- regulaci příjmu tuků a jednoduchých cukrů;
- dostatečnému příjmu vlákniny (zeleniny, celozrnných výrobků);
- příjmu nesladkých tekutin 2,5l za den.

S vyšším důrazem je třeba tyto zásady uplatňovat u pacientů s rodinným výskytem obezity či nadváhy, hypertenze, kardiovaskulárních onemocnění.

V souvislosti s nejnovějšími výsledky výzkumu je třeba dále **zdůrazňovat význam pravidelné tělesné aktivity**. Ta hraje roli nejen zvýšením denního energetického výdeje, ale zvyšuje i energetickou potřebu bazálního metabolismu, která je často u obézních osob snížena.

Značný význam má tělesná aktivita v prevenci komplikací obezity, zvláště pak vzniku diabetu a kardiovaskulárních nemocí.

Doporučené preventivní postupy v primární péči

- Konzultace o metodách redukce váhy musí být přednostně poskytována pacientům s dalšími rizikovými faktory vzniku kardiovaskulárních onemocnění (kuřáctvím, hypertenzí, vyššími hodnotami plasmatického cholesterolu, diabetem).
- U osob starších 65 let je nutné brát v úvahu specifické problémy tohoto věku.
- Snižování váhy by mělo být postupné, tj. redukce 0,5 kg za týden. Pacient by měl postupně a přiměřeně zvyšovat tělesnou aktivitu.
- U pacientů s vyšším zdravotním rizikem nebo v případech, kdy vlastní opatření nevedou ke snížení hmotnosti, doporučujeme speciální poradenství.
- Lékaři by si měli osvojit metodu přesvědčování a být seznámeni se způsobem, jak pacientovi pomoci při nutné změně chování.
- Nadváha ve věku 13 let je silným predikčním faktorem

obezity v dospělosti; optimálním věkem pro regulaci nadváhy je 5. – 12. rok života. Je třeba dosáhnout, aby se váhový přírůstek zpomalil, zatímco růst pokračuje.

- Redukční dieta by neměla být doporučena těhotným ženám a kojícím matkám.

Praktické postupy pro lékaře a sestry

Lékař a sestra pracující v oblasti primární péče by měli:

- ověřovat výživový stav pacienta – rutinně měřit jeho výšku a váhu, stanovit BMI. Vážíme ve spodním prádle, pokud možno nalačno nebo alespoň před jídlem;
- sledovat distribuci tuku s použitím WHR indexu; obvod pasu měříme ve středu mezi posledním žebrem a horním okrajem pánve (crista iliaca) a místo nejširšího objemu boků nad velkým trochanterem;
- sdělit pacientovi obě hodnoty a informovat ho o významu;
- reagovat na možnost nutričních poruch, když BMI indikuje podváhu (anorexii); není nutné se obávat poruch zdraví, pokud BMI u mladých lidí neklesne pod 18,5;
- informovat o rizicích spojených s nadváhou a o interakci obezity a ostatních zdravotních rizik (kouření); ptát se pacienta na jeho současné stravovací zvyklosti a životní podmínky;
- poskytnout radu o způsobu a metodách redukce váhy, kdykoliv je to žádoucí (BMI >27); plán redukce nadváhy by měl být realistický a s dlouhodobými cíli;
- podporovat postupnou redukci nadváhy, tj. 0,5 – 1 kg za týden. K dosažení tohoto cíle doporučít:
 - úpravu diety s restrikcí energetického příjmu ;
 - zvýšit frekvenci a intenzitu pohybové aktivity ;
 - zdůrazňovat důležitost zdravé výživy pro udržení váhy dosažené redukci;
- podporovat pacientovo úsilí o redukci a udržení dosažené váhy a dlouhodobě tyto pacienty sledovat;
- **doporučit obézním pacientům, kterým se nepodařilo snížit svou hmotnost, konzultovat specialistu.**

21.3 ZVÝŠENÝ KREVŇÍ TLAK

Hranice mezi normálním a zvýšeným krevním tlakem je definována arbitrárně jako hodnota, nad níž vzniká riziko zdravotního poškození a intervence toto riziko zmenšuje.

Světová zdravotnická organizace a Mezinárodní společnost pro hypertenzi navrhly ve svých doporučeních pro léčbu mírné hypertenze v r. 1993 následující třídění:

Třídění hypertenze

Krevní tlak (mmHg)	STK	DTK
normální	< 140	< 90
mírná hypertenze	140 -180	90 -105
střední a závažná hypertenze	> 180	> 105
izolovaná systolická hypertenze	> 140	< 90

Používá se i vydělení podskupiny osob se systolickým tlakem 140 – 160 mmHg a diastolickým tlakem 90 – 95 mmHg. Tyto hodnoty jsou označovány jako **hraniční hypertenze** a skupina je důležitá zejména proto, že jde o hodnoty často indikované pro nefarmakologickou léčbu. Bylo prokázáno, že výskyt kardiovaskulárních příhod se váže více k tlaku systolickému než diastolickému.

Tato kapitola se zabývá pouze hypertenzí primární, tzv. esenciální nebo idiopatickou, bez zjevné příčiny, a hypertenzí benigní, která umožňuje pacientům žít bez zjevných zdravotních potíží, ale která přesto může být příčinou selhání srdce a zvyšuje riziko ischemické choroby srdeční a mozkového krvácení. Hypertenze, která je sekundárním projevem jiných onemocnění, a rychle se zhoršující maligní hypertenze, nejsou předmětem této publikace, která je zaměřena na metody prevence.

Prevalence a trendy

Odhaduje se, že ve většině vyspělých zemí je prevalence hypertenze 15 – 30 % z celkové populace. Liší se výrazně mezi jednotlivými zeměmi. Věkově standardizovaná prevalence mírné a středně závažné hypertenze pro věkovou skupinu 25 – 64 let je v Kanadě 10 %, na Islandu 15 % a ve Finsku 30 %. U osob starších 65 let je prevalence hypertenze v Kanadě 35 %, zatímco v USA to je 64 %.

V ČR byla v roce 1985 prevalence hypertenze ve věku 25 – 64 let u mužů 22,2 % a u žen 16,8 %. V roce 1992 pak u mužů ve 20,4 % a u žen v 15 %. V posledních letech zaznamenáváme klesající trend výskytu hypertenze.

Vysoký krevní tlak je jedním z hlavních rizikových faktorů aterosklerózy, ICHS a CMP. Riziko kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních komplikací zvláště zvyšuje kombinace hypertenze s kouřením nebo hyperlipoproteinémií či diabetem mellitus.

Riziko vzniku koronárních příhod je u hypertoniků 3x až 4x vyšší, riziko vzniku cerebrovaskulárních příhod dokonce 7x vyšší v porovnání s normotoniky. Se zvyšujícím se věkem se riziko logicky zvyšuje.

Na zvýšení tlaku krevního významně působí:

- vysoký příjem sodíku;
- nadměrné užívání alkoholu;
- obezita;
- nedostatečná tělesná aktivita.

Riziko se zvyšuje spolupůsobením dalších rizik, jako je kouření, zvýšená glykémie, zvýšená hladina celkového cholesterolu a snížená hladina HDL cholesterolu.

Možnosti prevence

Základem intervence je **systematická zdravotní výchova** zaměřená na předcházení rizikům vycházejícím ze způsobu života.

Měření tlaku krevního v každé klinické situaci je důležitou metodou detekce a východiskem doporučení ke změně způsobu života, rozhodnutí o léčbě a způsobu monitorování zdraví.

Důležitá je správná metoda měření. Naměřené hodnoty mohou být nepřesné z řady důvodů. Proto je třeba zachovávat standardní postup:

- **použitý tlakoměr** – kalibrovaný rtuťový s předepsanou šíří manžety, která překrývá alespoň 2/3 paže, tj. 12,5 cm, u obézních 14 cm; rtuťový sfygmomanometr není třeba kalibrovat, pokud meniskus rtuťového sloupce je přesně na hodnotě "0";
- **příprava pacienta** – pacient musí před měřením nejméně 5 minut sedět, měříme na pravé paži (při prvním měření na obou k vyloučení případných cévních anomálií), měření by mělo být opakováno po 30 sekundách;

- **postup měření** – sloupec rtuti musí klesat plynule a vyšetřující by se měl vyhnout preferenci čísel (např. s nulou na konci) nebo předpokladu naměření určitých hodnot;
- **prostředí** – měl by se vyloučit tzv. efekt bílého pláště, který vyvolává prostředí ordinace, čehož je možno zčásti dosáhnout adaptací pacienta na toho prostředí nebo jeho přizpůsobení domácímu či klubovému prostředí.

Zjišťování zvýšeného krevního tlaku

Podle obecně přijatého názoru by měl každý dospělý znát svůj krevní tlak a má být seznámen s interpretací svých hodnot. Již samo povědomí lidí o důležitosti kontroly tlaku může motivovat ke změně životního stylu.

Screeningové vyšetření populace, které se svého času považovalo za efektivní způsob vedoucí ke zlepšení zdravotního stavu, je v současnosti vážně kritizováno:

- Za prvé nebylo nikdy prokázáno, že masové vyšetřování tlaku vedlo ke snížení incidence a mortality kardiovaskulárních onemocnění.
- Toto vyšetření má nízkou specifickou ve vztahu k jeho schopnosti předpovědět možné poruchy zdraví, neboť u dvou třetin osob se zvýšeným tlakem nedojde k rozvoji zdravotních obtíží po dobu dalších 25 let.
- Přitom pacient dostává „nálepku“ hypertonik. Takto psychicky stigmatizován může zdravý pacient pocítit pokles životní pohody a symptomy podmíněné pouze psychicky. Proto se více doporučuje koncepce **vyhledávání případů**. Tato koncepce vychází ze skutečnosti, že lékař primární péče přichází do styku se svými pacienty nejméně každý druhý či třetí rok a může využít i znalostí rodinného a pracovního prostředí s možnými riziky, a tak může tlak kontrolovat cíleně, a tím i efektivněji.

Léčba

Bez ohledu na úvahy o významu masových měření tlaku je zřejmé, že včasná léčba hypertenze může redukovat pravděpodobnost pozdějšího rozvoje její závažnější formy a snížení tlaku může snížit i riziko kardiovaskulárního onemocnění a úmrtí. Čím nižší je krevní tlak, tím nižší je i riziko vzniku koronární příhody, ale zejména mozkového krvácení.

Cílem léčby hypertenze je maximálně snesitelná redukce krevního tlaku na následující doporučené hodnoty pro různé kategorie hypertoniků:

- u mladších pacientů s mírnou hypertenzí a diabetiků dosáhnout 120 – 130/80 mmHg;
- u starších pacientů se zvýšeným systolickým i diastolickým tlakem snížit tlak pod 140/90 mmHg;
- u pacientů s izolovanou systolickou hypertenzí dosáhnout 140 mmHg.

U starších osob, kdy je systolická hypertenze způsobena změnou pružníku vyvolanou aterosklerózou aorty a jejich větví, léčíme STK 180 mmHg a vyšší s cílem dosáhnout hodnoty 150 – 160 mmHg.

Nefarmakologická léčba, která je výchozím krokem léčby, zahrnuje:

- redukci tělesné hmotnosti;
- omezení příjmu soli;
- suplementaci kalia a magnezia, kalcia;
- omezení příjmu alkoholu nebo abstinenci;
- redukci příjmu tuků;
- zvýšení pohybové aktivity;
- zanechání kouření;
- intervenci dalších rizikových faktorů, zejména hypercholesterolemie.

Nefarmakologické postupy léčby mohou normalizovat mírnou hypertenzi a potencionovat léčbu farmakologickou.

Doporučené preventivní postupy v primární péči

- Dospělým by měl být krevní tlak vyšetřován periodicky v průběhu jejich návštěvy ordinace. Jsou-li návštěvy málo frekvenční, měl by být krevní tlak měřen cíleně jednou za dva roky, u osob starších 65 let jednou ročně.
- U dětí a mládeže by měl být krevní tlak měřen rutinně při každé návštěvě lékaře.
- Všem, kterým byl krevní tlak měřen, je nutno hodnoty sdělit a vysvětlit jejich význam.
- Měření se provádí 2x v průběhu jedné návštěvy po uklidnění pacienta.
- Při naměření zvýšeného krevního tlaku při prvním vyšetření je pacient upozorněn, že to ještě neznamená, že je hypertonik. Před touto diagnózou a zahájením léčby je nutno zvýšené hodnoty ověřit nejméně ještě během tří dalších cílených návštěv. Tato ověřovací vyšetření musí být provedena v průběhu následujících 6 měsíců.
- Při ověřeném zjištění krevního tlaku systolického 140 – 180 mmHg a diastolického 90 – 105 mmHg je třeba zahájit léčbu. Tlak vyšší vyžaduje okamžitou kontrolu a léčbu specialistou.
- Před zahájením **farmakologické léčby** se provádí **nefarmakologická intervence** a kontrola efektu.

Praktické postupy pro lékaře a sestry

V ordinaci lékaře primární péče se podílejí na kontrole a léčbě hypertenze lékař i sestra. V rámci této činnosti by měli:

- **měřit** tlak pravidelně alespoň jednou za dva roky u všech pacientů s normálním tlakem a snažit se pozvat ty pacienty, kteří využívají lékařských služeb méně často;
- **potvrdit** nalezené zvýšené hodnoty nejméně ve třech opakovaných měřeních v průběhu následujících 6 měsíců;
- **informovat** pacienta o naměřených hodnotách při ověřené hypertenzi a ujistit ho, že vysoký tlak je možné léčit nefarmakologicky i farmakologicky za předpokladu, že bude spolupracovat;
- **poradit** před zahájením léčby pacientovi, jak upravit způsob života – stravování, pohybovou aktivitu, kuřáctví, a vysvětlit mu závažnost těchto i dalších rizikových faktorů;
- podle potřeby **předepsat** léky pro léčení hypertenze s respektováním všech klinických doporučení a pokud to vyžaduje stav, odeslat pacienta ke specialistovi;
- **monitorovat** pacientův krevní tlak a pomáhat mu vyrovnat se s nároky dlouhotrvající a většinou celoživotní intervence hypertenze.

Při rozhodování o léčbě a specializované kontrole je nutno brát v úvahu věk pacienta, osobní a rodinnou anamnézu s hypertenzí, předčasným výskytem kardiovaskulárních onemocnění, diabetem, poškození jiných orgánů (ledviny, sítnice), přítomnost dalších rizikových faktorů.

21.4 ZVÝŠENÝ CHOLESTEROL

Hladina cholesterolu v krvi je jedním ze základních indikátorů rizika kardiovaskulárních onemocnění (KVO). Hladina celkového cholesterolu v krevní plazmě v průběhu života stoupá od 2,8 mmol/l u malých dětí po 6,2 mmol/l u osob starších. Celkový cholesterol se dělí na **lipoproteiny o nízké denzitě** (LDL – low density lipoproteins) a na **lipoproteiny**

o vysoké denzitě (HDL – high density lipoprotein).

Zvýšená hladina krevního LDL cholesterolu je rizikovým faktorem vzniku KVO, zvýšená hladina HDL cholesterolu je naopak faktorem ochranným.

Prevalence a trendy

Zvýšená hladina cholesterolu je jevem dosti běžným. Jeho prevalence je vyšší u mužů než u žen a zvyšuje se s věkem. U mužů dosahuje maxima ve věkové skupině 40 – 45 let a u žen ve skupině 65 – 74 let. Jsou patrné i rozdíly geografické. Nejnižší hodnoty v Evropě byly zjištěny v Řecku a Itálii a nejvyšší ve Švédsku, Norsku a Finsku. Byly nalezeny i rozdíly mezi socioekonomickými skupinami. Lidé v nižších socioekonomických třídách mají častější výskyt vysokých hladin cholesterolu. Tyto jevy jsou zapříčiněny z velké části způsobem výživy.

ČR patří mezi země s vyššími hladinami cholesterolu, přičemž vyšší hodnoty byly zjišťovány v 80. letech. Přestože v posledních letech je zaznamenáván pokles průměrných hladin u mužů i u žen, jsou vysoké hladiny cholesterolu (>6,5 mmol/l) zjišťovány u cca 30 % osob.

Zvýšené hladiny cholesterolu jsou významným indikátorem rizika vzniku onemocnění před projevem prvních symptomů. Vztah mezi KVO a hodnotami cholesterolu byl prokázán mnoha studiemi s následujícími závěry:

- Výskyt onemocnění je poměrně nízký v populacích s nízkou hladinou celkového cholesterolu v krvi, a naopak v zemích, kde průměrná hodnota je vyšší než 5,2 mmol/l jsou KVO běžným jevem.
- Úmrtnost na KVO plynule stoupá se zvyšujícími se hladinami cholesterolu v krvi. Riziko koronární trombózy je u jedinců s hladinami celkového cholesterolu 6,5 mmol/l dvakrát vyšší a u jedinců s hladinami 7,8 mmol/l třikrát vyšší v porovnání s lidmi, u nichž byly zaznamenány hodnoty 5,2 mmol/l.
- Incidence KVO u diabetiků stoupá se současně zvýšeným cholesterolem.
- Snížení cholesterolu a zejména frakce LDL může redukovat riziko vzniku KVO.
- U žen, zejména v období premenopauzy, není zvýšená hladina cholesterolu závažným rizikem KVO.
- Přímé riziko zvýšené hladiny cholesterolu u dětí a starších osob není jednoznačně prokázáno.

Riziko vzniku KVO je významně vyšší, jsou-li přítomny i další rizikové ukazatele, zejména hypertenze, hypertrofie levé komory, glukózová intolerance, obezita a kuřáctví.

Z hlediska rizika vzniku a rozvoje aterosklerózy není tak závažný příjem potravního cholesterolu, jako příjem nasycených mastných kyselin a vysoký energetický příjem.

Možnosti prevence

Primární prevence

Existují tři základní intervenční přístupy:

- strava s nízkým obsahem tuků a vysokým obsahem vlákniny a antioxydantů;
- farmakoterapie;
- multifaktoriální intervence.

Kromě snížení hladiny celkového cholesterolu v krvi přinášejí uvedené postupy i snížení výskytu nefatálních infarktů myokardu (IM) a snížení incidence KVO.

Stanovení zvýšené hladiny cholesterolu v krvi

Vzorek pro vyšetření je získán odběrem venózní nebo kapiální krve. Při nálezů zvýšené hladiny se doporučuje provést více vyšetření, protože opakovaná vyšetření se mohou lišit

až o 5 %. Opakované měření je nutné zejména před rozhodnutím o farmakoterapii.

Jestliže byla zjištěna při prvním vyšetření hladina nízká, není třeba vyšetření opakovat.

V ČR, v období let 1985 a 1988, se zvýšila prevalence hypercholesterolemie (celkový cholesterol > 6,5 mmol/l) ze 38,5 % na 39,5 % u mužů a u žen se nezměnila (36,3 %) ve věkové skupině 25 – 64 let. Prevalence hypercholesterolemie se zvyšovala s věkem.

Metody vyšetření musí být standardizovány a musí je provádět laboratoř s vysvědčením o kontrole kvality.

Při použití **přenosných analyzátorů** pracujících s kapilární krví je výsledek orientační. Nález vysokých hodnot cholesterolu je potřeba potvrdit z žilní krve v biochemické laboratoři.

Náklady na hromadná screeningová vyšetření, která mají motivovat lidi ke změně způsobu života, jsou obvykle velmi vysoké a jejich pozitivní přínos nebyl jednoznačně prokán.

Doporučené preventivní postupy v primární péči

- Stanovení hladin cholesterolu by mělo být prováděno selektivně u osob s nalezeným nebo předpokládaným dalším rizikem. Masová screeningová vyšetření se nedoporučují.
- Vyšetření cholesterolu je obecně doporučováno provádět u dospělých s normálními nebo hraničními hodnotami v pětiletých intervalech a častěji u osob s prokázanými vyššími hodnotami. Osoby s hodnotami celkového cholesterolu vyššími než 6,5 mmol/l je třeba pozvat na vyšetření po 3 měsících a opakovat po dalších 3 měsících.
- Pro přednostní vyšetření cholesterolu je žádoucí určit **vysoce rizikové osoby**. Těmito vysokými riziky jsou:
 - výskyt xantelasmat před 50. rokem života nebo xantomů v jakémkoliv věku;
 - rodinná anamnéza předčasného úmrtí na koronární příhodu, infarkt myokardu u osob mladších 50 let;
 - vznik diabetu nebo KVO před 65. rokem života;
 - familiární hypercholesterolemie nad 7,8 mmol/l;
 - osoby středního věku se dvěma nebo více dalšími rizikovými faktory: kouřením, hypertenzí, obezitou, diabetem, nedostatkem pohybu.
- Každé vyšetření cholesterolu musí být doplněno kvalifikovaným rozhovorem s vysvětlením důvodu vyšetření, významu zjištěných hodnot a doporučeními o způsobu správné výživy. Vedle předání některého z letáků o správné výživě by měla být pacientům doporučena podle možností **návštěva nutriční poradny**. Pacientům je třeba vysvětlit i význam kombinace s dalšími zdravotními riziky.
- Důležité je nenavodit úzkost u přecitlivělých pacientů, a naopak falešnou jistotu, že nejde o nic závažného. Je třeba zdůraznit vysoký význam snížení vlivu dalších rizik, která může pacient sám snadno zvládnout změnou způsobu života.
- Výživová doporučení cílená na snížení hladin cholesterolu (středozezemská dieta) by měla být nabízena i osobám bez prokázaných rizik tak, aby zasáhla co největší část komunity.
- Při náhodně zjištěné hladině celkového cholesterolu 6,2 – 6,85 mmol/l nebo LDL cholesterolu 4,15 – 4,9 mmol/l je potřeba zvládnout nápravu ve dvou krocích:
 - 1. krok: redukovat příjem tuků tak, aby jejich podíl na celkovém energetickém příjmu byl nižší než 30 %, a z toho, aby nasycené mastné kyseliny představovaly jen 10 %, a snížit denní příjem cholesterolu v dietě na méně než 300 mg.

- V případě neúspěšnosti 1. kroku provést 2. krok: dále snížit příjem nasycených mastných kyselin na 7 % celkového energetického příjmu a denní příjem cholesterolu na 200 mg.

- Komplexní vyšetření lipidového spektra a farmakoterapii zvažovat u pacientů s hladinami celkového cholesterolu nad 7,8 mmol/l a u pacientů s hodnotami nad 6,5 mmol/l, jejichž odpověď na dietní intervenci nebyla v průběhu 3 – 6 měsíců uspokojivá.

Praktické postupy pro lékaře a sestry

- **Doporučit** příležitostně vyšetření hladin cholesterolu v krvi u osob náležejících do rizikových skupin (viz výše obecné zásady bod 3).
- **Poradit** pacientům se zvýšenými hodnotami cholesterolu, jak sestavit stravu se sníženým obsahem tuků, s nižším celkovým energetickým příjmem a nižším cholesterolem. Využít tištěné letáky a brožury. Podle možnosti spolupracovat s nutriční poradnou a pacienta eventuálně odkázat na její pomoc.
- **Odeslat** pacienta k odbornému vyšetření a zahájit farmakoterapii, jakmile si to vyžádá jeho zdravotní stav.
- **Provádět** systematicky výchovu ke zdravému způsobu života, zejména k nekuřáctví a správné výživě, směřující ke všem lidem v dosahu vlastní lékařské působnosti a podílet se na výchově ke zdraví celé komunity.

21.5 NEDOSTATEČNÁ POHYBOVÁ AKTIVITA

Člověk je morfologicky i funkčně adaptován na způsob života, který vedl po tisíce let a ve kterém schopnost vyrovnat se s náročnou tělesnou činností patřila k základním atributům žití a přežití. V současné době však žije v podmínkách pře technizované společnosti, která potřebu pohybu omezuje na minimum.

Tělesná nečinnost nebo sedavý způsob života jsou pak spojeny s množstvím zdravotních poruch včetně kardiovaskulárních nemocí, zvýšeným krevním tlakem, non-inzulin dependentním diabetem, osteoporózou a v neposlední řadě i chronickými poruchami pohybového a opěrného aparátu.

V současné době lze uzavřít, že **u 70 % mužů a žen všech věkových skupin je fyzická aktivita pod úrovní, která ještě může mít pozitivní vliv na zdraví**. Je odhadováno, že méně než 20 % populace se aktivně věnuje tělesným cvičením na úrovni, která může pozitivně ovlivnit riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění.

Ze sledování zdravotního stavu vyplývá, že zdravotní potíže týkající se pohybového aparátu jsou nejčastěji (v 50 %) uváděnou příčinou chronických poruch zdraví. Dlouhodobě užívané léky pro onemocnění pohybového aparátu se řadí hned za užívání léků z důvodů kardiovaskulárních nemocí. Přitom lze předpokládat, že příčina většiny zdravotních obtíží s pohybovým ústrojím padá na vrub právě chronické hypomobility.

Tělesný pohyb má dobře zdokumentovaný **protektivní vliv na zdraví** v tom nejširším slova smyslu. Zejména:

- redukuje riziko vzniku onemocnění srdce a cév;
- snižuje krevní tlak;
- zlepšuje lipoproteinový profil – zvyšuje hladinu HDL a snižuje hladinu LDL cholesterolu;
- vyšším výdejem energie podporuje redukci váhy, je prevencí obezity;
- snižuje hladinu glykémie, zvyšuje glukózovou toleranci,

sníží inzulínorezistenci a je tak prevencí vzniku diabetu II. typu;

- zabraňuje vzniku osteoporózy;
- zlepšuje psychický stav a schopnost vyrovnat se se stresem a vyčerpáním;
- vyšší tělesná zdatnost snižuje celkovou mortalitu.

Nejnovější studie prokazují, že střední a vysoký stupeň kardiovaskulární zdatnosti má ochranný vliv nejen proti jednotlivým rizikovým faktorům, ale i proti kombinované síle ostatních prediktorů časných úmrtí. Osoby s vysokou zdatností a kombinací rizik mohou pak mít nižší celkovou úmrtnost než osoby bez rizik s nízkou zdatností.

Možnosti prevence

Vedle plošných informací o vztahu tělesné aktivity (TA) ke zdraví je nezbytné soustavné působení lékařů na tuto významnou oblast životního stylu pacientů.

V prevenci nemocí je rozhodující tzv. **zdravotně orientovaná zdatnost**. Ta zahrnuje kardiorepirační zdatnost, svalovou sílu a kloubní pohyblivost a probíhá v intenzitě, která má dostatečný protektivní účinek a přitom nepřináší zbytečná zdravotní rizika.

Preskripce tělesné aktivity

- K důležitým momentům intervence patří metodika programu TA. Ta vychází z kapacity transportního systému (TS), který zajišťuje přísun O_2 a dalších zdrojů do tkání a odsun CO_2 a dalších metabolitů z tkání (buněk) organismu. Kapacita TS, která je známa jako maximální spotřeba kyslíku ($VO_2 \text{ max}$), klesá s věkem a je závislá na trénovanosti organismu. Intenzita fyzické činnosti je vyjadřována v % z maxima VO_2 nebo v % maximální tepové frekvence, která je této hodnotě úměrná. Průměrná hodnota maximální TF = 220 – věk v letech.
- Pro **trénink zdravotně orientované zdatnosti** je třeba, aby intenzita zatížení přesáhla minimální dolní hranici zatížení (obvykle 50 – 60 % maxima TF) a nepřesáhla bezpečnou horní hranici (obvykle 70 – 80 %).

Přesnější informace pro preskripci TA získáme ergometrickým vyšetřením. Zátěžové vyšetření provádíme také vždy u pacientů nemocných či rizikových.

Doporučené preventivní postupy v primární péči

1. tělesná aktivita o mírné intenzitě nejméně 30 minut denně – nové poznatky ukazují, že není nezbytné, aby doba TA byla souvislá, ale že ji lze v průběhu dne počítat po alespoň 10 minutách.
2. **tělesná aktivita o střední intenzitě alespoň 30 – 45 minut 3 – 5x týdně**. Jedná se o trénink aerobní kardiorepirační zdatnosti. Je důležité, aby probíhala v optimální srdeční frekvenci (SF). Orientační hodnota minimální SF pro klinicky zdravé jedince je doporučována v intenzitě 60 – 70 % maximální SF.

Zásady TA

- **postupné zvyšování zátěže** – obvykle začínáme od mírných tělesných aktivit (od 50 % maximální SF). Mírné aktivity (např. chůze pěšky do práce) by měly být denně alespoň 30 minut, vyšší intenzita pak 3 – 5x v týdnu;
- **pravidelnost a dlouhodobost** – pacienta je třeba upozornit, že výsledek lze očekávat nejdříve po 1 měsíci pravidelného tréninku;
- **typ pohybové aktivity** – pacient by si měl vybrat formu pohybu, která mu přináší radost a uspokojení. Společně hledáme nové aktivity – cvičení pro obězní, plavání, cykloturistika, pro starší procházky se psem;

- **intenzita** – informujte pacienta, že potřeba dýchat ústy signalizuje nadměrnou zátěž, stejně jako bolesti ve svalu po výkonu večer či druhý den;
- **bezpečnost** – důrazně vysvětlíte, že s každým cvičením je nutno ihned přestat, jakmile pacient ucítí bolest na prsou, v pažích, šíji či čelisti, bude dušný, pocítí hukot v uších či závrať, bude mu nevolno od žaludku, bude mít nepravidelný srdeční tep, bude pocíťovat značnou bolest ve svalu.

Praktické postupy pro lékaře a sestry

Profesionální pracovníci primární péče by měli zahrnout poradenství o fyzické aktivitě do své praxe. V průběhu rutinálních kontaktů s pacienty by měli:

- **diskutovat** s pacienty zdravotní rizika nečinnosti, její provázanost s ostatními riziky, zlepšení zdraví jako důsledek pohybové aktivity a její role v prevenci kardiovaskulárních onemocnění, měli by své pacienty motivovat, aby fyzickou aktivitu učinili součástí svého denního programu;
- v rozhovoru s pacientem **zjišťovat**, zda se ve volném čase věnuje tělesnému pohybu (jak intenzivnímu pohybu a s jakou frekvencí: Kolikrát týdně cvičíte nebo se věnujete nějaké fyzické aktivitě, včetně chůze, která trvá 20 minut nebo více? Při které z těchto aktivit jste se zadýchal, zrychlil se vám významně tep?);
- **zaznamenat v dokumentaci**, zda fyzická aktivita je nízká, mírná nebo postačující;
- **identifikovat** jedince, kteří potřebují změnit v tomto směru svůj životní styl a poskytnout jim veškerou pomoc a podporu, aby to byla změna trvalá;
- **pomáhat** pacientům připravit program jejich fyzické aktivity a poradit jim při výběru jejich forem. Snažit se, aby doporučená aktivita byla v souladu s jejich denními činnostmi, respektovala jejich věk, počáteční tělesnou zdatnost a zdravotní stav;
- **sledovat** pacienty, kterým byla fyzická aktivita doporučena, monitorovat, do jaké míry byli schopni navržený program dodržovat a motivovat ty, kteří se vzdávají a vracejí se ke starému způsobu života;
- **odeslat** pacienty se specifickými zdravotními problémy na konzultaci ke specialistovi.

21.6 NEVHODNÁ VÝŽIVA

Základním úkolem správné výživy je zjistit optimální přívod energie a živin ve formě makroelementů a mikroelementů přiměřeně k věku, zdravotnímu stavu a životnímu stylu člověka.

Energetický příjem z potravy má být v rovnováze s energetickým výdejem organismu, který je dán zejména potřebou energie pro bazální metabolismus a tělesnou aktivitu člověka.

Energetická potřeba bazálního metabolismu závisí na věku, pohlaví a tělesné hmotnosti (zvláště aktivní tělesné hmotě). Přitom se jednotlivci v hodnotách bazálního metabolismu výrazně liší, a to až o ± 200 kcal.

Dále má výživa zabezpečit **optimální příjem základních živin** – bílkovin, tuků a sacharidů. Významný je i přívod mikroelementů – vitaminů, minerálů a dalších látek.

Obecné zásady výživy, která má protektivní charakter před vznikem kardiovaskulárních onemocnění, hypertenze, diabetu a některých nádorů, je možné definovat společně:

- příjem tuků by neměl překročit 30 % energetického pří-

jmu; saturevané tuky by podle tohoto doporučení neměly představovat více než 10 %, polyenové mastné kyseliny maximálně 7 %.

- příjem dietního cholesterolu by neměl překročit 300 mg/den;
- příjem sacharidů by měl být 55 – 60 % energetického příjmu, přičemž podíl jednoduchých cukrů by neměl být vyšší než 10 %.

Prevalence a trendy

V průběhu posledních desítek let je výživa ve vyspělých zemích charakterizována významným vzestupem spotřeby, a to zvláště produktů živočišných s vysokým obsahem satureovaných tuků.

V ČR se tak např. za posledních 50 let zvýšila spotřeba živočišných bílkovin o 90 % a spotřeba živočišných tuků o 70 %. Spotřeba vitaminů (s výjimkou vitamínu A) se však prakticky neměnila.

Ke změně stoupajícího trendu spotřeby živočišných potravin došlo po r. 1989. Liberalizace ekonomiky, vyšší ceny potravin a pestřejší sortiment potravin přinesl pokles nadměrné spotřeby masa, vajec, mléka a mléčných výrobků a živočišných tuků a vzestup spotřeby rostlinných tuků, ovoce a zeleniny.

Přes tyto příznivé změny však hodnotíme současnou úroveň výživy u nás nepříznivě, a to zejména pro:

- přetrvávající nadměrný příjem masa a masných výrobků;
- malé zastoupení ryb a drůbeže;
- nízkou spotřebu nízkotučných mléčných výrobků;
- nízkou spotřebu zeleniny;
- stagnující spotřebu ovoce;
- vzestup spotřeby pochutin a sladkých nápojů, zejména u dětí;
- nadměrnou spotřebu soli.

Při hodnocení spotřeby potravin je třeba brát v úvahu i zvyšující se energetickou nerovnováhu, která je dána zejména nízkým energetickým výdejem v důsledku snižování tělesné aktivity naší populace.

Přestože nutriční potřeba organismu je vysoce individuální, lze z výsledků epidemiologických studií zevšeobecnit základní vztahy mezi výživou a výskytem některých nemocí.

Nutriční faktory mají následující zdravotní rizika:

- saturevané tuky a cholesterol v dietě zvyšují hladinu cholesterolu v krvi a urychlují aterosogenezi;
- vysoký příjem satureovaných tuků a nadměrný energetický příjem je spojován s rizikem nádorů prsu, kolorekta, endometria, ovarií;
- vysoký příjem soli je významným faktorem rozvoje arteriální hypertenze;
- dlouhodobý vysoký příjem sacharidů, zvláště jednoduchých, vede k obezitě, inzulinové rezistenci a rozvoji diabetu II. typu;
- nízký příjem dietních vláknin je spojován a aterosklerózou, diabetem II. typu a nádory střeva;
- nízký příjem vápníku a vitamínu D má nepříznivý vliv na vznik osteoporózy;
- nízký příjem jódu hraje roli při poruchách funkce štítné žlázy;
- nízký příjem látek s antioxydačním účinkem (vitamínu C, E, beta-karotenu, selenu).

Vyvážená strava s dostatečným obsahem antioxydantů, vlákniny, stopových prvků a vyváženým obsahem všech druhů tuků **vykazuje naopak protektivní účinky**. Přestože zdravotní efekt těchto látek je již všeobecně uznáván, nebyl

dosud podán dostatečný vědecký důkaz pro suplementaci jednotlivými mikroelementy v preventivní péči. Důraz je nadále kladen na dostatečný přívod z přírodních zdrojů.

Možnosti prevence

Dříve uvedená doporučení jsou vyjádřena v technických termínech, tj. nutrienty, mikronutrienty a jejich kvantitativní a proporcionální zastoupení v přijímané stravě. Aby je bylo možno použít v praxi a pacienti správně rozuměli radám lékaře, musejí být tyto termíny převedeny do konkrétních názvů složek potravin, potravin samotných nebo jejich skupin.

Pro populaci proto byla formulována v následující výživové doporučení:

1. Jezte pestrou stravu.
2. Udržujte si vhodnou tělesnou hmotnost.
3. Vyberte stravu obsahující nízké množství tuku, zvláště živočišného, a cholesterolu.
4. Konzumujte dostatečné množství ovoce, zeleniny a potravin připravených z obilovin.
5. Omezujte spotřebu cukru.
6. Omezujte příjem kuchyňské soli.
7. Přijímejte dostatečné množství tekutin.
8. Pokud pijete alkoholické nápoje, čiňte tak umírněně.

Individuální doporučení by měla být upravena s ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta, jeho životního styl, genetické riziko a individuální stravovací zvyklosti.

Praktické postupy pro lékaře a sestry

V ordinaci praktického lékaře i specialisty je třeba:

- **využívat** všech možností diskutovat se svými pacienty v duchu zásad správné výživy otázky vztahu rizika některých onemocnění k dietním návykům a prospěšnost doporučení;
- **zjišťovat** formou anamnestického pohovoru pacientovy stravovací zvyklosti a tyto informace podchytit v záznamu;
- **pomáhat** lidem změnit jejich stravování, kdykoliv to bude indikováno;
- **snažit se vypořádat s nedůvěrou pacientů** v prospěšnost výživových změn;
- **podat** realisticky návrh stravovacích změn a úprav tak, aby respektoval tradice, ekonomickou situaci klienta, možnosti nákupu potravin a jejich přípravu;
- **poradit**, jak sestavit jídelní lístek – uvědomit si, že lidé ne vždy rozumí odborné terminologii, jedí potraviny, ne jejich nutriční složky;
- **poskytnout** praktické příklady, jak vybrat a připravit zdravou stravu – využít informačních pomůcek;
- **monitorovat** stav výživy pacienta (body mass index – BMI) a doporučit udržovat přiměřenou tělesnou hmotnost vyrovnaním příjmu a výdeje, energie;
- **věnovat** pozornost lidem se speciálními nutričními potřebami – dětem, dospívajícím, těhotným, kojícím matkám (podporovat kojení), starým lidem, nemocným, vegetariánům;
- **odeslat pacienta, kdykoliv to jeho stav vyžaduje, do nutriční poradny**.

21.7 KOUŘENÍ

Všechny formy spotřeby tabáku, tj. kouření cigaret, doutníků, dýmky, žvýkání tabáku nebo šňupání i pasivní vystavení produktům hoření tabáku, významně přispívají ke vzniku více

než 20 různých nemocí a k předčasnému úmrtí na ně. Nejzávažnějšími z těchto onemocnění jsou nemoci srdce a cév a karcinom.

Většina studií prokázala vztah výše rizika k výši dávky a době trvání pravidelného kouření. Redukce obsahu dehtu a nikotinu v cigaretách, které nabízejí výrobci, může zřejmě riziko onemocnění snížit, i když to není jednoznačně potvrzeno. Bezpečná cigareta a neškodlivé kouření neexistují!

Kouření je závažným zdravotním problémem ve většině evropských zemí. Prevalence kuřáctví sice poklesla mezi muži severovýchodních a západoevropských států, ale na druhé straně zde stoupají počty kouřících mezi mládeží a ženami. V zemích střední a východní Evropy kuřáctví stále stoupá. Prevalence kuřáctví je obecně vyšší v populačních skupinách s nižším sociálním postavením. V ČR se v období mezi roky 1985 a 1992 snížila prevalence kuřáctví ve věkové skupině 25 – 64 let, a to u mužů z 46 % na 39,7 % a u žen z 26,1 % na 23,1 %.

Vyšší prevalence kuřáctví je v mladších věkových skupinách u obou pohlaví. Významný je i rostoucí počet kuřáček v mladších věkových skupinách.

Návyk kouření nevzniká rychle. Mladí lidé procházejí stadiem přípravy, prvních pokusů a příležitostného kouření, než se stanou pravidelnými kuřáky. Postupný nárůst kuřáctví jak příležitostného (méně než 1x týdně), tak pravidelného je možné pozorovat již od věku 10 let.

Zdravotní následky kouření jsou mnohoznačné

- Zhruba polovina úmrtí na kardiovaskulární onemocnění, zejména koronárních příhod, je zapříčiněna kouřením. Odhadované riziko se pravidelným kouřením zvyšuje dvakrát a ještě vyšší je u mladých lidí.
- Kouření je příčinou asi 30 % všech úmrtí na karcinom a karcinom plic se na této prognóze podílí 20 %. V populacích, v nichž je kouření rozšířeno po dvě a více generací, je kouření příčinou karcinomu plic v téměř 90 %. Kromě toho je kouření v příčinném vztahu k dalším nádorům.
- Převážná většina úmrtí na chronické obstrukční nemoci plic je přisuzována kouření. Riziko je u kuřáků 5 – 8x vyšší než u nekuřáků.
- Kouření v těhotenství přináší riziko potratu, nižší porodní váhy novorozence, předčasného úmrtí plodu, retardovaného tělesného i mentálního vývoje dítěte. Kromě toho je spojováno se sníženou fertilitou a vzestupem abnormalit spermií.
- Kouření ovlivňuje průměrnou délku života. Kuřák ve věku 35 let může očekávat zkrácení života o 7 let oproti nekuřákovi a žena kuřačka o 5 let.
- Kuřáctví zvyšuje významně i nebezpečí plynoucí z dalších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění, jako jsou hypertenze, obezita, hypercholesterolemie, nízká pohybová aktivita.
- Pasivní kouření uvádí Americká agentura životního prostředí (EPA) do příčinného vztahu s:
 - rakovinou plic dospělých;
 - zvýšenou incidencí infekcí dolních dýchacích cest;
 - zvýšenou prevalencí exudačních procesů středního ucha, iritací horních dýchacích cest a redukcí plicní tkáně, zvýšeným výskytem astma u dětí.

Možnosti prevence

Komplexní plán boje proti kouření

- Zákaz reklamy a podpory distribuce tabákových výrobků, včetně sponzorství a ostatních forem nepřímé reklamy.

- Účinné varování o zdravotních důsledcích kouření.
- Plán opatření na ochranu práv nekuřáků a zákonná úprava nároku na nekuřácké prostředí.
- Plán daňových a cenových opatření a ekonomická alternativa, která by nahradila ztráty z produkce a prodeje tabákových výrobků.
- Tato opatření jsou v rukou politiků řídicích národního hospodářství. Základním kamenem úspěchu intervence proti kouření je, že sami zdravotníci jsou si vědomi nejen toho, jakým je kouření problémem, ale i svých možností a schopností se s tímto problémem vypořádat. V této fázi úvah by měl lékař zvažovat následující:
 - Je otázkou odpovědnosti a svědomí každého zdravotníka zapojit se do boje proti celosvětové epidemii kuřáctví.
 - Jsou k dispozici metody, kterými může pomoci každý zdravotník.
 - Ukončení kouření není jen otázkou výchovy a prevence, ale je součástí léčby a rehabilitace.
 - Lékař a sestra by měli být nekuřáky.

Informační kampaň a zdravotní výchova

Zdravotní riziko kouření je značně sníženo, jestliže kuřák kouřit přestane. V průběhu 5 let po zanechání kouření klesá riziko karcinomu plic na hladinu srovnatelnou s nekuřáky. Riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění se snižuje o 50 % v průběhu jednoho až dvou let po zanechání kouření.

Doporučené preventivní postupy v primární péči

Prevence kouření v dětství a dospělosti

Lékaři a sestry primární péče při trvalém styku s pacienty, jejich rodinami a dětmi mají dávat jednoduchou osobní radu formou poselství: „NEKUŘ! NIKDY ANI KOUŘIT NEZKOUŠEJ!“ Kouřícím rodičům musí být zdůrazňováno riziko pasivního kuřáctví pro jejich děti. **Nekuřáctví je pozitivní model úspěšného chování ve společnosti.**

Ukončení kouření

- Převážná většina dospělých kuřáků si přeje přestat kouřit a také to jednou nebo i vícekrát zkusila. Lékař by měl být k dispozici kuřákům od jejich návyku pomoci. Zkušenosti ukazují, že právě osobní lékař a sestra mohou svoji přirozenou autoritou významně kuřákům pomoci v jejich realizaci rozhodnutí přestat kouřit.
- Problém kouření a jeho zvládnutí je nutno chápat jako kterýkoliv jiný medicínský diagnostický a terapeutický problém. Lékař postupuje podle následující strategie:
 - Minimální intervence je jedno krátké sezení s osobní konzultací a nabídkou brožur s metodami odvykání.
 - Opakovaná konzultace přichází po úvodním sezení. Pacienti jsou zváni v pravidelných intervalech (1, 2, 6 měsíců) k opakovaným konzultacím, v jejichž průběhu je v rozhovoru posilována jejich vůle vytrvat a rozhodnutí je podpořeno dalšími argumenty.
 - Pro dočasné ulehčení nikotinových abstinčních příznaků poskytuje lékař pravidelnou radu, jak správně používat odvykacích prostředků, které pacientovi nabídnou (nikotinová žvýkačka, náplast).

Odvykání je dlouhodobý a komplexní proces. Strategie bude jiná pro každého pacienta v závislosti na stupni jeho odhodlání a stadiu odvykání, v němž se pacient nachází.

Praktické postupy pro lékaře a sestry

Nejen v ordinaci primární péče, ale i při všech kontaktech je třeba:

- **Zjišťovat** u všech pacientů, zda on sám nebo někdo v jeho rodině kouří.
- **Zabezpečit**, aby zdravotní záznamy obsahovaly informaci, zda pacienti kouří či nekouří.
- **Vyhledávat** příležitost hovořit o problému kouření, diskutovat názory na kouření a zdraví při jakémkoliv návštěvě ordinace, návštěvě v rodině a zejména se zaměřit na dospívající, těhotné ženy, rodiče školních dětí, pacienty s hypertenzí, hypercholesterolémií, kardiovaskulárním onemocněním, respiračním onemocněním a na osoby, které se mají podrobit operaci.
- **Poradit** všem kuřákům přestat kouřit:
 - podat kompletní, jasnou a na konkrétní osobu zaměřenou informaci o zdravotních rizicích kouření, pátrat po pacientových mylných představách;
 - ujistit se, že rada byla přijata, ale i dobře pochopena, a zopakovat ji podle potřeby ještě jednou;
 - zjistit, zda má pacient zájem přestat kouřit a motivovat ho nabídkou možností;
 - zdůraznit výhody nekuřáctví, podpořit pacientovo odhodlání a připravit ho pro intervenci, ale nenutit ty, kteří se ještě nerozhodli.
- **Pomoci** těm, kteří jsou připraveni pokusit se zanechat kouření a pomoci jim naplánovat individuální strategii.
- **Zajistit** pravidelnou kontrolu a v případě relapsu povzbudit pacienta pokusit se znovu kouření zanechat.
- Pokud je to nezbytné, **odeslat** pacienta na specializované pracoviště zabývající se odvykáním kouření nebo do odvykacích kurzů.

21.8 NADMĚRNÁ KONZUMACE ALKOHOLU

Pití alkoholu a alkoholismus jsou spojitým problémem. Konzumace alkoholu se pohybuje v rozmezí od úplné abstinence až po pravidelné „těžké“ pití. Tento spojitý charakter problematiky požívání alkoholu vedl k nové definici problému s ním souvisejících.

Hazardní, rizikové pití je konzumace s pravděpodobnými zdravotními důsledky – u mužů je to více než 350 g (35 jednotek) alkoholu týdně, u žen 210 g (21 jednotek) alkoholu týdně.

Škodlivé pití je konzumace, při níž dochází k poškození duševního nebo somatického zdraví.

Konzumace je vyjadřována v jednotkách. Jednotka je rovna 10 g alkoholu, tj. množství, které je obsaženo v 1 sklenice vína a 1 stopce destilátu.

V zemích západní Evropy má konzumace alkoholu sestupný trend. V zemích střední a východní Evropy naopak spotřeba stoupá. Jsou samozřejmě značné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi a oblastmi dané ekonomickými a kulturními rozmanitostmi a tradicemi. Dalším povážlivým jevem je stoupající konzumace mezi ženami a mládeží.

Průměrná spotřeba alkoholu v ČR v roce 1995 byla 9,41 stoprocentního lihu na 1 obyvatele, čímž se řadíme k zemím s nejvyšší spotřebou alkoholu. Přitom se zvyšuje frekvence spotřeby alkoholických nápojů, zejména u žen a nejmladších věkových skupin.

Rizika požívání alkoholu jsou mnohočetná a jsou v přímém vztahu k množství.

Rizika somatická:

- cirhóza jaterní;
- karcinom dutiny ústní, hltanu, hrtanu a jícnu (riziko je potencováno kouřením);
- karcinom žaludku, tlustého střeva a prsu (jasné příčinné důkazy jsou zatím nedostatečné);
- hypertenze, iktus;
- gastritis, pancreatitis;
- poruchy nervového a reprodukčního systému.

Naopak byl pozorován **protektivní účinek** mírného požívání alkoholu (1 jednotka denně) vůči kardiovaskulárním onemocněním. Tento účinek by měl být zejména patrný při pití červeného vína, které obsahuje látku resveratrol snižující hladiny sérových lipidů a inhibující agregaci na cévních stěnách.

Rizika duševní a sociální:

Je známo mnoho přímých i nepřímých důsledků opilství a alkoholismu. Jsou to např. rodinné rozvraty, týrání dětí, problémy v zaměstnání, agresivní chování, úrazy, sebevraždy, kriminální činnost.

Ze všech úmrtí na rakovinu jsou 2 – 4% přisuzována alkoholu.

Možnosti prevence

Jsou známy a ověřeny 4 strategické přístupy:

- **Národní politika boje proti alkoholismu.** Tato politika zahrnuje především finanční legislativu (regulace cen, omezení reklamy, limitující čas a místo prodeje). Dále je to politika zemědělská a obchodní limitující produkci a dovoz.
- **Zdravotní výchova.** Jejím základem je systematické informování veřejnosti o rizicích alkoholismu. Je zaměřena zejména na zranitelné jedince, populační skupiny a situace (těhotné ženy, mládež, pití v práci).
- **Obecné uznání.** Obecné uznání se vytváří na základě znalostí příčin a důsledků a mělo by být součástí povědomí. Jen mírné pití by mělo být součástí společenského a profesního uznání a ideálního obrazu úspěšného člověka.
- **Individuální intervence.** Nejúčinnější možnosti jsou v rukou lékaře primární péče, který se denně setkává se svými pacienty, zná jejich rodiny a jejich přednosti i slabiny.

Anamnestickým dotazníkem a řízeným pohovorem získáme informace o přístupu k pití a závislosti.

Pro první orientaci slouží různé dotazníky. Nejkratším tohoto typu je dotazník CAGE (odvozeno z anglických slov Cut, Annoyed, Guilt a Eye opener), který se skládá ze čtyř otázek.

V české verzi se podle Dr. Honzáka objevil název dotazníku jako PIVO (pocit, iritace, vína, otevírač očí):

1. Měl jste někdy pocit, že byste měl pití omezit?
2. Vadilo vám, že lidé vaše pití kritizovali?
3. Měl jste někdy kvůli pití pocit viny?
4. Stalo se vám někdy, že jste se hned poránu napil, abyste se uklidnil nebo zbavil kocoviny?

Výsledek: 3 nebo 4 kladné odpovědi znamenají s velkou mírou pravděpodobnosti závislost na alkoholu, 2 kladné odpovědi podezření na ni a také 1 kladná odpověď je důvodem k důkladnějšímu vyšetření.

Po orientačním zjištění je možno uskutečnit **pohovor a konzultaci jako základní intervenční opatření**. V závislosti na rozsahu pití mají rozhovory dvojí formu:

- **Jednoduchá konzultace** je asi 5 minutový přátelský rozhovor, v němž lékař identifikuje problémy spojené s nadměrnou konzumací se zdůrazněním zdravotních a dalších obtíží, ujistí se, že pacient si rizika uvědomuje a zdůrazní limity požívání alkoholu. Konzultaci je vhodné nebo nutné ukončit předáním výchovných materiálů, které radí, jak spotřebu snížit.
- **Krátká motivační sezení** jsou používána u pacientů se škodlivým, závažnějším typem konzumace. Cílem této intervence je připravit pacienta na změnu chování, vybrat nejvhodnější strategii a motivaci a pomoci pacientovi v jeho rozhodování.
- Při složitějších a obtížně zvládnutelných případech konzultuje lékař primární péče **specialisty**.

Doporučené preventivní postupy v primární péči

Zdravotní výchova a individuální poradenství

- Jako horní hranici relativně nízkého rizika doporučujeme pro dospělého muže 280 g a pro ženu 140 g alkoholu týdně. Starším a mladším osobám doporučujeme nižší limity.
- Zdůrazňujeme, že zdravotní riziko z alkoholu není závislé na typu nápoje.
- Týdenní konzumaci alkoholu je dobré rozložit pravidelně na všechny dny.
- Abstinenci a příležitostní pijáci by neměli začít pít jen proto, aby využili hypotetického protektivního účinku malých dávek alkoholu.
- Alkohol by neměl být konzumován vůbec při některých onemocněních (nemocech jater, hypertenzi, depresivních stavech, psychózách), při léčbě některými farmaky (hypnotiky, sedativy, tricyklickými antidepresivními preparáty, antibiotiky aj.), při výkonu některých profesí (řidič, obsluha strojů), při odpovědnosti za bezpečnost a pořádek na veřejnosti, při pověření ostrahou střelných zbraní, toxických a radioaktivních látek, v těhotenství a době kojení.

Určení rizikové nebo škodlivé konzumace

- Pro detekci je možné využít každého kontaktu s pacientem. Při přátelském důvěrném rozhovoru pacienti obvykle odpovídají pravdivě. Samozřejmě jsou ale i takoví, kteří se snaží disimulovat, neboť se obávají stigma, které by jim mohla pravdivá odpověď o nadměrné konzumaci přinést.
- Rutinní vyšetřování biologických markerů v tělních tekutinách není na místě jako metoda volby zjišťování možnosti alkoholického abusu.

Intervence

- V krátkém rozhovoru je nutno pacienta přesvědčit, aby začal přemýšlet o změně svého životního stereotypu v pití a aby si stanovil limity nebo se rozhodl pro úplnou abstinenci. Při takovém rozhovoru musí nabýt pacient jistoty, že není považován za alkoholika, ale měl by pochopit, že mu pití může přinést zdravotní poruchy i sociální problémy. Je důležité vysvětlit všechna zdravotní rizika, která pití může přinést.
- Stanovený cíl musí pacient přijmout za svůj a musí jej považovat za splnitelný. U těžších pijáků je možné domluvit mezistupně postupného snižování limitu.
- Je nutno postupovat citlivě, aby pacient neměl pocit manipulace, který by ho mohl přivést k defenzivnímu postoji, zvláště u osob, které ještě nedospěly k jednoznačnému rozhodnutí změnit svůj postoj k pití.

- Krátký motivační rozhovor obsahuje **8 strategických kroků**, z nichž každý trvá 5 – 15 minut. Postupné absolvování jednotlivých kroků strategie vyžaduje určité odhodlání pacienta ke změně. První polovinu kroků je možno použít u všech, druhá část je určena pro pacienty již připravené.

Strategické kroky

1. Úvodní sezení a) – Způsob a podmínky života.
2. Úvodní sezení b) – Zdravotní stav, role alkoholu v osobním životě pacienta.
3. Průběh typického pacientova dne a týdne.
4. Postoj k alkoholu a snaha změnit stereotyp.
5. Informace o zdravotních důsledcích nadměrného pití.
6. Přítomnost a budoucnost.
7. Obavy ze závislosti.
8. Pomoc v rozhodování, plán léčby a kontrol.

- Kroky 1. a 2. otevírají problém, hovoří pouze obecně o stylu života a problém alkoholu je navozen víceméně mimoděk otázkou po místě, které alkohol ve způsobu života zaujímá a po zdravotních obtížích, které s pitím mohou mít souvislost.
- Krok 3. a 4. seznamuje lékaře s pacientovým způsobem života a souvislostmi, které mohou pití navozovat. V kroku 4. je pak nutno odhadnout stav pacientova odhodlání způsob života změnit.
- V případě, že se pacient rozhodl ke změně, nastupují další kroky.
- Pacient se dozví podrobně o negativních účincích alkoholu na zdraví a vlivu pití na zdravotní a sociální budoucnost.
- Na základě pacientových obav ze závislosti (krok 7.) může dojít k pevnému rozhodnutí svůj dosavadní stav změnit. Potom mu lékař v kroku 8. nabídne systematickou pomoc. Důležitý je systematický postup, neboť pacientovo rozhodnutí se může časem změnit, proto jsou nezbytné opakované kontroly.

Praktické postupy pro lékaře a sestry

- U všech pacientů ve věku od 16 do 74 let, kteří přijdou do ordinace, by měly být v rámci běžného anamnestického vyšetření získány informace o jejich postoji k alkoholu a konzumaci.
- U pacientů s hypertenzí a s depresivními stavy musí být zjištěn stupeň konzumace.
- U všech pacientů, kteří udávají pravidelnou konzumaci alkoholu, musí být zjištěno množství a frekvence konzumace.
- Pacienti musejí být informováni o možných rizicích spojených s pravidelným pitím a je nutno jim poradit, aby omezili konzumaci menší, než je horní hranice spotřeby pro nízké riziko. Pacientům se zdravotními kontraindikacemi pití musí být rozhodně doporučena abstinence.
- Pacientům, jejichž pití je nad hranicí rizika, je nutno poskytnout konzultaci.
- U pacientů se škodlivým pitím a se zdravotními potížemi je nezbytné zajistit motivační rozhovory podle výše uvedených 8 kroků.

21.9 ZNEUŽÍVÁNÍ DROG

Zneužívání legálních a nelegálních drog je velký problém, který vyžaduje odpovídající zájem na každém stupni zdravotní péče a celé společnosti. Existuje mnoho těsných souvislostí mezi zneužíváním drog a spotřebou alkoholu.

Zneužívání drog je široký pojem, který označuje užívání nelegálních drog nebo oficiálně předepisovaných léků, které neodpovídá účelům lékařské péče. Zneužívání drog je spojeno se zdravotními a sociálními problémy a je rozděleno do následujících kategorií:

- rizikové užívání, jehož předpokládaným následkem je buď narušení normálních funkcí, nebo jiné poškození uživatele drog a je součástí rizikového modelu shoving;
- dysfunkční užívání, které vede k poškození psychologických nebo sociálních funkcí;
- škodlivé užívání, které prokazatelně způsobuje fyzické poškození (ničení tkání) nebo duševní chorobu uživatele.

Na drogovou závislost je pohlíženo jako na sociální, psychologický a tělesný syndrom, ke kterému dochází následkem opakovaného užívání jedné nebo více psychoaktivních drog nepřetržitě nebo periodicky, a který se manifestuje modelem chování, v němž droga stojí na žebříčku hodnot nejvýše.

Toto chování lze charakterizovat jako: všemu nadřazená neovladatelná touha nebo potřeba pokračovat v braní drogy a získat ji jakýmkoli prostředky, tendence zvyšovat dávku, psychická a obvykle i fyzická závislost na droze a zhoršující se účinek na osobu a na společnost.

V těchto souvislostech je psychická závislost definována jako stav, při které droga vyvolává příjemné pocity a uspokojení. K dosažení tohoto stavu nebo k zabránění nepříjemných pocitů při chybění drogy je potřeba jejího opakovaného nebo nepřetržitého podávání. Fyzická závislost je adaptační stav, který se projevuje intenzivními tělesnými potížemi, pokud je podávání drogy omezeno nebo je mu zabráněno (abstinenční syndrom).

Problemové užívání drog je odlišné od drogové závislosti. Je definováno jako sociální, psychologický, tělesný nebo právní problém související s intoxikací nebo pravidelným nadměrným příjmem drog, léků nebo jiných chemických látek. Problemové užívání drog je klíčovou motivační silou vedoucí k vyhledání pomoci a následné změny.

Je obecně přijatým názorem, že užívání drog nemá jedinou příčinu. Drogová závislost vyrůstá z komplexní interakce mezi osobou, drogou a prostředím. Následující faktory hrají roli ve zvýšené individuální zranitelnosti:

- ovlivnění rodinou, např. rozpad rodiny, narušená výchova nebo nevhodný rodičovský příklad;
- osobnostní faktory, např. úzkostnost, deprese, emoční nestabilita, nízké sebevědomí, zvědavost, obranářství, vzpurnost, nepřátelství, ztráta kontroly a nadměrné spoléhání se na jiné osoby nebo instituce;
- sociální a kulturní faktory, např. normy sociálních nebo profesních skupin, ke kterým uživatel náleží.

Široké spektrum drog, léčiv a psychoaktivních látek, které mohou být zneužívány, zahrnuje jak drogy považované za velmi nebezpečné, tak látky, které mají zanedbatelný škodlivý efekt. Většina zemí ratifikovala v r. 1971 Dohodu Spojených národů o psychotropních látkách, ale současná legislativa ke kontrole drog se v jednotlivých zemích liší od přísně restriktivní k volně liberální.

Termín zneužívání drog se vztahuje k ilegálním drogám, pro něž lékaři nemají oprávnění je předepisovat a farmaceuté s nimi nesmějí disponovat. Vlastnění, zásobování nebo výroba těchto drog není dovolena za žádných okolností (kanabis, opium a LSD). Drogy nebo léky, které jsou určeny pro léčení a mohou být distribuovány a předepisovány pouze v souladu s vládními nařízeními, mohou být zneužívány také. Je ilegální vlastnit tyto drogy-léky bez lékařského předpisu a lékaři je musí registrovat a hlásit jejich používání. Velká většina kontrolovaných drog spadá do této kategorie. Lidé mohou

také zneužívat legální léky a psychoaktivní látky, které jsou prodejné bez předpisu. K těmto patří některá antidepresiva, trankvilizéry, léky proti kašli a bolesti.

Některé nejčastěji zneužívané skupiny drog:

1. těkavé látky (lepidla, aerosoly, rozpouštědla a výfukové plyny);
2. upravené konopí (hašiš a marihuana);
3. opiáty (heroin, kodein);
4. barbituráty;
5. amfetaminy a jejich deriváty;
6. kokain;
7. halucinogenní drogy (LSD);
8. „domácí drogy“ vyráběné amatérsky doma nebo jinde v tajných laboratořích jsou chemicky velmi podobné drogám spadajícím pod legislativu o narkotikách.

Zdravotní důsledky

Účinky drog je možné rozdělit na dvě subkategorie: psychosociální a zdravotní.

Psychosociální účinky mohou být dále rozděleny na dvě skupiny. První zahrnuje okamžité farmakologické psychotropické efekty. Mezi ně patří excitace, veselost, euforie, zvýšené sebevědomí, zrakové a sluchové halucinace nebo pseudohalucinace, změněné vnímání a později úzkost, deprese, agresivita, útlum mozkové činnosti, ztráta paměti a poškozený stav vědomí. Druhý typ psychosociálních účinků je nazýván nefarmakologický. Komplex fyziologických, psychologických a environmentálních interakcí vede k typickému "drogovému" chování, jako je zanedbávání povinností v práci, doma i v zaměstnání. Nutkání získat drogu vede k násilnostem a zločinům. Selhání při pokusech zastavit tento stav vede k pocitům sebe-nenávisti a nízkého sebevědomí. Drogy v sobě také nesou velké riziko dopravních nehod a pracovních úrazů.

Zdravotní následky zneužívání drog v sobě zahrnují:

- předávkování (vědomé či jiné);
- hypotermie nebo horečka;
- respirační komplikace – hypoventilace, akutní pulmonální edém, snížený kašlací reflex, bronchitidy a pneumonie;
- kardiovaskulární komplikace – sympatomimetický efekt, tachykardie, vazokonstrikce, vysoký krevní tlak u uživatelů stimulačních drog a zpomalená srdeční akce způsobená vagovou stimulací v ostatních případech;
- účinek na CNS – křeče způsobené mozkovou excitací, známky poškození mozečku (nystagmus, ataxie, periferní a optická neuropatie);
- účinek na reprodukční orgány a sexuální funkce – nepravidelnosti menstruačního cyklu, ztráta libida;
- psychologický účinek – poruchy vnímání, poškození poznávacích a motorických funkcí a poruchy paměti;
- psychiatrická onemocnění – symptomy paranoidní schizofrenie, deprese, anxiety, hypomanie a delirium;
- další účinky – uživatelé drog, a zejména adolescenti, jsou ve vyšším riziku sebevražedného chování.

Dále je třeba připomenout, že intravenózní aplikace drog (heroinu, kokainu a dalších) v sobě zahrnuje i další zvláštní rizika. Je významným faktorem pro přenos infekčních onemocnění, jako je hepatitida B a AIDS. Třetina všech případů AIDS v Evropě je připisována právě přenosu viru HIV sdílením kontaminovaných jehel. Tyto počty jsou pravděpodobně nižší v zemích s organizovaným programem poskytování a výměn jehel.

Prevalence a trendy

Světová zdravotnická organizace pro Evropu odhaduje, že v Evropě je asi 500 000 závislých uživatelů opiátů a amfetaminů, 400 000 uživatelů kokainu a více než 15 milionů uživatelů konopí. Předpokládá se, že tyto odhady jsou značně podhodnocené. Zdá se, že v zemích s dlouhodobou "drogovou epidemií", zejména co se týče heroínu, se počet jeho uživatelů zastavil. Problém heroínu i ostatních drog se v těchto zemích stabilizuje a v některých městech klesá, ačkoli roste počet úmrtí na předávkování. Na druhé straně se problém s drogami ve zvýšené míře týká některých jiných zemí, kde zkušenosti s drogami byly v minulosti malé, zejména v zemích střední a východní Evropy a bývalého Sovětského Svazu.

Přestože chybí dostatečné údaje o užívání drog v různých sociálních skupinách, je zřejmé, že hlavními uživateli drog jsou muži. Nicméně se objevují známky zvyšujícího se užívání ilegálních drog u žen. Průměrný věk uživatelů drog se zvyšuje. Průměrný věk je 25 – 35 let a používání drog ve věku 15 – 24 let se snižuje. Uživatelé drog mladší 15 let téměř výlučně zneužívají těžké látky. Ostatní věkové skupiny většinou užívají konopí. Rostoucí je nadměrné používání psychoaktivních farmak, zejména trankvilizérů u žen, a kokainu, amfetaminu a "domácích drog" mezi privilegovanými lidmi.

Vzhledem ke vztahu zneužívání drog k přenosu HIV infekce se tento problém stává v Evropě stále citlivějším tématem.

Možnosti prevence

Prevence zneužívání drog má dva cíle:

- snížení individuálního rizika zneužívání;
 - snížení společenských škod spojených s užíváním drog.
- Existuje pět hlavních strategií pro prevenci: legislativní zákazy, vzdělávání a výchova, časné odhalení, léčba a omezení škodlivých následků.
- Legislativní zákaz nebo omezování zneužívání drog je v souladu s mezinárodní kontrolou drog prováděné na základě mezinárodních úmluv. Tím jsou jednotlivé země povinny zavádět vlastní legislativu a účinný kontrolní systém. Všichni lékaři primární péče podléhají tomuto systému.
 - Vzdělávání o drogách a jejich účincích na 2. stupni základních škol, středních školách a ve sdělovacích prostředcích vede k omezení počtu osob experimentujících s drogami. Hlavním poselstvím, vyplývajícím z výchovných a vzdělávacích programů, by mělo být stanovisko, které diskredituje užívání drog a omezuje jejich přitažlivost pro mladé lidi. Propagování životního stylu podporujícího duševní a tělesné zdraví má preventivní účinky.
- Pracovníci ve zdravotnictví mohou identifikovat problém s drogami v časných stadiích těmito způsoby:

- zjistit užívání drog v anamnéze;
- laboratorním testem z moči provést průkaz drogy v organismu.

V současnosti používané a dostupné laboratorní testy mají omezenou hodnotu, protože přinášejí informace pouze o nedávném užití drogy, nikoliv o jeho pravidelnosti, jsou zatíženy značnou chybou (vysokým procentem falešně pozitivních výsledků) a negativní výsledek nevylučuje zneužívání drog. Odborníci by proto neměli spoléhat pouze na výsledky laboratorního testování moči.

Zdravotníci poskytují léčbu drogové závislosti u všech případů, u kterých bylo screeningovým vyšetřením prokázáno rizikové nebo škodlivé užívání drog. Způsob léčby se různí od všeobecné lékařské péče k sociálnímu nebo nemedicínskému komunitnímu modelu pomoci.

Omezení škodlivých následků je zaměřeno na uživatele drog, kteří nechtějí změnit své chování a vzdát se svého zvyku. Nicméně, tato strategie rozhodně není podporou užívání drog. Všeobecně přijímaným argumentem pro tento přístup je vztah mezi nitrožilní aplikací drog a přenosem viru HIV.

Obecné zásady

- Všichni lékaři primární péče musí znát opatření na předepisování a hlášení všech kategorií kontrolovaných léků a léčiv a rozpoznat symptomy zneužívání drog u svých pacientů.
 - Přestože vzdělávání o účincích drog na základních školách 2. stupně a středních školách ještě nebylo zhodnoceno, předpokládá se, že je efektivní v omezování počtu mladých lidí experimentujících s drogami. Uvádění skutečných informací o účinku drog a závislosti, i když je míněno jako "léčba šokem" vyvolávající strach z drogy, může ve skutečnosti zvýšit atraktivnost drog pro mladé lidi a může být v podstatě škodlivé. Výchovné programy je proto nejlepší podávat v širším rámci výchovy k podpoře zdraví, pravidelnému cvičení, zdravé výživě, nekuřáctví a mírné spotřebě alkoholu.
 - Lékaři ovládající správné zásady výchovy by měli pomáhat ostatním odborníkům, zejména učitelům a dobrovolným pracovníkům, v jejich úsilí zabránit zneužívání drog mezi mladými lidmi.
 - Lékaři primární péče poskytují zdravotní informace o drogách svým pacientům (uživatelům drog, jejich přátelům, příbuzným) např. i tím, že vystaví v čekárnách ordinací informační materiály. Stejně důležité je i poskytování a dostupnost informací v místních psychologických poradnách, léčebnách a na pracovištích svépomocných skupin.
 - Aktivně vyhledávat uživatele drog položením jednoduché otázky na užívání drog je nástrojem pro časnou identifikaci problému, účinnější léčbu a snížení škodlivých následků spojených s aplikací drog sdílením jehel a stříkaček.
- Prevalence užívání drog je často podhodnocena, neboť pacienti vědomě užívání drog lékařům zatajují, i když jejich problémy trvají dlouho. Přímé otázky na užívání drog jsou však stejně užitečné, protože umožňují uživatelům drog, kteří sami cítí, že potřebují pomoc, poznat, že lékař je ochoten s nimi o jejich problému diskutovat kdykoli. Protože vzájemná důvěra je základem pro přiznání, lékař se sám musí přenést přes obecné předsudky odsuzující uživatele drog, aby jim mohl pomoci.
- Testování přítomnosti drogy v moči není doporučováno jako primární metoda detekce u bezpříznakových osob. Test nesmí být prováděn bez pacientova souhlasu. Výsledek testu musí být, s ohledem na nedostatečnost metody, opatrně interpretován.
 - Lékař, který podezívá pacienta z užívání drog nebo drogové závislosti, musí provést další vyšetření, aby diagnózu potvrdil. Jakmile je diagnóza stanovena, musí zajistit vhodnou lékařskou péči a poradenství jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. Lékař by měl "ušít" individuální léčebný plán pro uživatele drog podle stavu a potřeb pacienta.
 - Tým zdravotníků primární péče by měl poskytovat pomoc během odvykání tak, aby se zabránilo opětovnému užití drogy a pacient se mohl vrátit k normálnímu životu ve společnosti.

Praktická doporučení pro lékaře a sestry

- Lékaři primární péče mají rutinně klást otázky o užívání drog, kouření a příjmu alkoholu jako součást anamnézy.

Všichni dospívající a dospělí, kteří přijdou k lékaři poprvé, by měli pravdivě odpovědět na otázku: „Berete nějaké drogy?“

- Lékař by se měl k otázce vrátit i později, kdy je již vytvořena atmosféra důvěry mezi ním a pacientem: „Mohu se vás zeptat, zcela důvěrně, zda v současnosti nebo kdykoli v minulosti jste bral nelegální drogy, jako je..., nebo zneužíval léky, které vám předepsal lékař, např...?“ Jestliže odpověď je souhlasná, pak by lékař měl:
 - zaznamenat používání drog do záznamů pacienta a pokud to vyžadují předpisy, oznámit to odpovídajícím úřadům;
 - zeptat se pacienta: „Píchal jste si někdy drogu? Jestli ano, používal jste jehlu nebo stříkačku společnou více osobám alespoň jednou?“

Jestliže pacient odpoví ano, lékař by ho měl varovat před opakováním takových praktik, které mohou přenášet virus HIV a jiné.

Lékař primární péče by měl dále udělat:

- doporučit pacientovi, aby neřídil auto nebo jiné dopravní prostředky, pokud je pod vlivem drogy;
- diskrétně prohodit pacientův problém s drogami včetně škodlivých zdravotních a psychosociálních následků, motivovat postupně změny jak předejít drogové závislosti a pomoci pacientovi rozhodnout se ke změně;
- odeslat ho na specializované terapeutické pracoviště, pokud se u pacienta objevují klinické příznaky psychické a tělesné drogové závislosti;
- poskytovat ve spolupráci s místními odbornými službami a svépomocnými skupinami poradenství a dlouhodobou podporu pacientovi a jeho rodině v průběhu odvykání.

21.10 NADMĚRNÁ EXPOZICE ULTRAFIALOVÉMU ZÁŘENÍ

Nadměrná expozice ultrafialovému (UV) záření může vyvolávat akutní a chronické účinky na kůži (1). UV záření leží těsně za koncem fialového spektra viditelného záření a má vlnovou délku kratší než 400 nm. Podle vlnové délky se rozlišuje:

- UVA (320 – 400 nm), které nezpůsobuje akutní zčervenání a pálení kůže ani po nadměrné expozici;
- UVB (280 – 320 nm), které je hlavní složkou přírodního slunečního záření a způsobuje akutní a chronické poškození kůže;
- UVC (100 – 280 nm), kterému je kůže exponována velmi zřídka, protože je kompletně absorbováno zemskou atmosférou.

UVB záření, které je nazýváno opalovací, je nejškodlivější, a proto se stává hlavním předmětem zájmu.

Přirozené sluneční světlo je hlavním zdrojem UVB záření v každodenním životě. Ozónová vrstva stratosféry ve výšce 15 – 30 km nad mořskou hladinou hraje hlavní obrannou úlohu proti škodlivým účinkům UV záření. Ozón absorbuje většinu škodlivého UV záření, které emituje slunce.

Umělé zdroje UV záření jsou zářivky, které produkují zejména UVA a které jsou stále více používány v opalovacím průmyslu (solária). Diagnostické a terapeutické využití UV v dermatologii není předmětem této kapitoly.

Zdravotní důsledky

Expozice je největší u lidí, kteří pracují nebo se rekreují ve venkovním prostředí. Tato expozice může být:

- trvalá, každodenní, dlouhodobá, kumulativní: u lidí pracujících venku (zejména u zemědělců, stavebních dělníků a námořníků);
- občasná, intenzivní: během dovolených nebo rekreačních aktivit lidí, kteří normálně pracují v interiérech.

Zdravotní riziko expozice slunečnímu záření závisí na intenzitě UV záření, která se odlišuje v různých lokalitách (stejně tak, jako se liší atmosférická koncentrace ozónu podle zeměpisné délky), během dne a v průběhu roku. Například sluneční paprsky jsou v letním poledni nejsilnější. Počasí je také ovlivňujícím faktorem. Odraz UV od sněhu nebo vody zvyšuje intenzitu záření, ale na druhé straně zatažená obloha nebo mírný stín snižuje intenzitu UV jen nevýznamně.

UV záření má také pozitivní účinky. Například většina vitamínu D je syntetizována v kůži po expozici UV záření vlnové délky 220 – 315 nm. Záření o vlnových délkách uprostřed UV spektra silně stimuluje produkci melaninu. Melanin, hnědočerný pigment, je podstatou opálení, pohlcuje celé světelné spektrum včetně UV záření a zajišťuje ochranný mechanismus tak, že láme a šíří absorbovanou světelnou energii v organismu bezpečně jako teplo.

Mezi nepříznivé účinky patří katarakta – šedý zákal, suprese imunitního systému a poškození DNA a jejich reparačních mechanismů. Nadměrná expozice slunečnímu záření může způsobit:

- akutní účinek: spálení pokožky s přetrvávajícím zarudnutím, otoky, olupování kůže;
- chronické poškození kůže: nadměrná suchost, tvorba vrásek, povolení podkožního vaziva, pigmentové skvrny a obecně „stárnutí“ kůže.

Prevalence a trendy

Údaje z epidemiologických studií dokazují příčinný vztah mezi nadměrnou expozicí slunečnímu záření a různými typy nádorů kůže. Například bazální a squamózní karcinomy, které se objevují u starých lidí, zejména na místech nechráněných před slunečním zářením – v obličeji, hřbetu rukou a na předloktí. Tyto nádory jsou vyvolány dlouhodobou kumulativní expozicí slunci u pracujících venku. Maligní melanom kůže je spojován spíše s občasnou intenzivní expozicí slunečnímu záření při rekreačních aktivitách, jako je opalování. Věk v případech výskytu tohoto nádoru není určující.

Některé charakteristiky fenotypů jsou považovány za predisponující nebo podpůrné faktory nepříznivých účinků UV záření. Nejvíce citliví k slunečnímu záření jsou lidé, kteří:

- bledou pokožku, světlou barvu vlasů (zrzavou, blond nebo světle hnědou) a modré nebo světle zbarvené oči;
 - se snadno spálí, často se neopálí nebo se opálí s potřízením
- Převedeno do praxe, obyvatelé se světlou kůží v severském klimatu jsou vnímavější k nepříznivým účinkům UV záření než lidé s tmavou, pigmentovanou kůží, kteří žijí v jižních zeměpisných délkách. V největším riziku jsou běloši žijící poblíž rovníku, kde intenzita UV záření je vysoká (např. v Austrálii).

Kromě ztenčování ozónové vrstvy v atmosféře, která umožňuje pronikání většího množství škodlivého UV záření na zemi, sociální změny a změny v chování, které nastaly v tomto století, mají podíl na zvyšování expozice slunečnímu záření. Móda celoročního opálení, spojená se zvyšující se akceptovatelností odhalenosti lidského těla při pobytu venku nebo při opalování, vede velké množství lidí k nadměrnému exponování slunci, důsledkem čehož vzniká opálení a spálení kůže během odpočinkových aktivit, zejména o dovolených na plážích Středozemního moře. Výsledkem je, že nemocnost a úmrtnost pro maligní melanomy se u mnoha populací na celém světě zvyšuje.

Možnosti prevence

Intervenční opatření by měla podporovat rozumné vystavování se slunečnímu záření spíše, než snahu o úplné vymýcení zvyku se opalovat. Následující opatření mají ověřenou účinnost:

1. Program vědomé pozornosti slunci. Veřejnost by si měla být vědoma zvýšeného zdravotního rizika vyplývajícího z expozice UV záření – stárnutí a nádorů kůže. Zdravotní výchova by měla podporovat přirozené ochranné chování při opalování tak, aby nedocházelo ke spálení kůže, zejména v dětství. Nejvážnější skupině populace (lidem se světlou pletí, kteří se snadno spálí a špatně se opalují) by měla být věnována největší pozornost.
2. Běžně dostupné opalovací prostředky zachycují většinu škodlivého UVB záření. Každý prostředek má ochranný faktor (SPF), udávající jeho účinnost nebo čas, který je možno strávit venku na slunci tak, aby se zabránilo spálení. Například, krém s faktorem 10 umožňuje pobyt na slunci desetkrát delší, než při ničím nechráněné kůži. Jinými slovy, osoba používající tento přípravek může strávit opalováním desetinásobně delší dobu než osoba, která přípravek nepoužila. Lidé by proto měli být povzbuzováni k používání přípravků s vysokým ochranným faktorem.

Výchovou a vzděláváním by si měla veřejnost uvědomit možná rizika ultrafialového záření, zejména jeho nadměrné expozice. Informace by se neměly soustřeďovat jen na riziko nádorů, ale prezentovat "sluneční opatrnost" jako chránící, přirozený životní styl. Protože děti a dospívající jsou ke spálení nejcitlivější, měli by být zvláště zaměřenou cílovou skupinou, které mohou být informace poskytovány formou školních programů(6). Zdravotníci pracovníci by měli být zodpovědní za přípravu správných, přehledných, jednoduchých a správně určených programů a informací. Tým odborníků primární péče má důležitou úlohu ve výchově pacientů a jejich rodin.

Praktická doporučení pro lékaře a sestry

Lékaři a zdravotní sestry by měli:

- zvyšovat znalosti svých pacientů o možných rizicích expozice slunečnímu záření, jako jsou akutní spálení, stárnutí a nádory kůže;
- poradit svým pacientům, zejména těm se zvýšenou expozicí během práce nebo rekreace, jak zabránit nadměrné expozici slunečnímu záření (jehož výsledkem je přetrvávající zčervenání, nepříjemné pocity a olupování kůže);
- varovat vysoce vnímavé osoby se světlou kůží, ty, kteří pracují a zdržují se převážně v interiérech, a "prázdninové cestovatele" před rizikem nadměrného vystavování nechráněné kůže slunci;
- povzbuzovat a učit "uctívače slunce" rozumným opalovacími praktikám:
 - nevystavovat se silnému polednímu slunci, zejména v blízkosti vodních nebo sněhových ploch;
 - nosit ochranné součásti oblečení, např. klobouk;
 - používat opalovací prostředky s ochranným faktorem 6 nebo vyšším před a během opalování a po každém koupání (lidé se světlou pokožkou by měli používat krémy s faktorem 15 první 3 – 4 dny pobytu na slunci, poté mohou použít prostředek s nižším ochranným faktorem);
- doporučit pacientům, aby používali umělé zdroje UV střídmě, s vyvážením, že požadované celoroční opálení z expozice UVA záření v soláriích nepřipravuje kůži pro přirozené letní sluneční záření a že také opalování v soláriích s sebou nese riziko vzniku melanomu kůže;

- věnovat speciální vzdělávací péči dětem, dospívajícím a jejich rodičům.

21.11 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ A NÁSILÍ

Na sexuální zneužívání a násilí je pohlíženo jako na sociální a kulturní fenomén, který se vyskytuje v mezilidských vztazích ve veřejné nebo soukromé sféře společnosti.

Tyto jevy mají kořeny v sociální nerovnováze, kterou je celková fyzická a sociální převaha mužů nad ženami ve všech vrstvách společnosti. Ve veřejné sféře muži formují a dominují ve všech institucích moci a vlivu od politických k profesním. Zatímco ženy se starají o soukromou sféru, včetně rodiny a osobních vztahů, které zahrnují muže a ženy, děti a staré lidi, muži ji kontrolují. Toto asymetrické rozdělení moci má za následek zranitelnost neprivilegovaných: oběti sexuálního zneužívání a násilí jsou, až na malé výjimky, ženy, děti a staří lidé.

Sexuální zneužívání se objevuje ve veřejné nebo soukromé sféře a má různé formy:

Mezi veřejné sexuální zneužívání a násilí patří také znásilnění a zneužívání v zaměstnání. Znásilnění je definováno jako útok na osobní sexuální integritu, který navozuje stud a stigmatizuje napadenou osobu. Až na malé výjimky jsou oběti ženy. Žena znásilněná neznámým mužem se ostýchá vyhledat pomoc nebo odmítá popsat, co se stalo, pokud se obrátí na polici nebo zdravotní služby.

Určité vztahy ve veřejné sféře nabízejí příležitosti pro sexuální obtěžování a velkou míru zneužívání:

- vztahy podřízenosti mezi zaměstnanci a zaměstnavatelem nebo pracovníky a vedoucími v každodenním pracovním životě;
- vztahy důvěry a poslušnosti mezi odborníky (učiteli, právníky, lékaři, psychoterapeuty a duchovními) a jejich klienty (zejména ženami nebo dětmi) vyhledávající jejich odbornou pomoc.

Některé z extrémních forem veřejného sexuálního násilí patří mimo cíl této publikace – sexuální mučení a znásilňování ve válce nebo sexuální násilí v kulturních a kulturních rituálech. K posledně vyjmenovaným patří takové tradiční praktiky, jako znetvořování genitálií žen (klitodektomie) jako výraz sociální kontroly ženské sexuality a plodnosti.

Domácí sexuální zneužívání a násilí označuje fyzické zneužívání jednoho z partnerů. Nejčastěji se vztahuje na násilí manžela páchaného na jeho manželce. Ženská oběť domácího násilí tohoto typu, bitá žena, je definována jako žena chycená ve vztahu lásky, ve kterém je opakovaně vystavena násilným činům (mnohem závažnějším než fackování) páchaných jejím manželem, druhem nebo milencem.

Domácí zneužívání v sobě zahrnuje také sexuální zneužívání dětí, které lze široce definovat: zneužívání bez tělesného kontaktu (exhibicionismus a slovní návrhy) a zneužívání, při němž dochází k tělesnému kontaktu (hlazení prsou a genitálu, násilné pronikání do konečníku, nucení dotýkat se penisu ústy, pokus o znásilnění a dokonané orální, anální nebo vaginální znásilnění). Za speciální formu sexuálního zneužívání dětí je považována situace, kdy je dítě svědkem zneužívání jednoho z rodičů.

Činy sexuálního zneužívání a násilí v domácí sféře se odlišují od těch, které se odehrávají ve sféře veřejné, protože k nim dochází skrytě před zraky veřejnosti, doma, a jsou předem představou nedotknutelnosti soukromí. Páchají je rodiče, manželé, milenci, příbuzní nebo osoby, kterým je

zneužívaná osoba svěřena do péče, a proto jsou zřídka odhaleny, neboť oběti jsou vázány loajalitou, láskou nebo závislostí. Navíc jsou tyto činy prováděny opakovaně mnohá léta, náhodně nebo pravidelně, a oběti trvale ohrožují.

Nešťastný rodinný život je rizikem pro zneužívání a násilí. Být svědkem násilí mezi rodiči je pro děti nebo dospívající traumatizujícím zážitkem, pod jehož vlivem se v dospělosti sami nebrání viktimizaci. Děti napadených matek jsou v třikrát vyšším riziku, že se stanou obětí manželské násilnosti než děti jiných žen. Dívky jsou ve vyšším riziku všech typů sexuálního zneužívání, bez ohledu na rodinné okolnosti. Jakékoli narušení rodiny toto riziko zvyšuje.

Dívky jsou zneužívány v mladším věku než chlapci, ale obě pohlaví jsou nejzranitelnější v letech před pubertou (mezi 8 – 10 lety věku).

Sociální třída se neprokázala jako validní rizikový ukazatel, ačkoli konzumace alkoholu může násilné činy usnadňovat.

Zdravotní důsledky

Sexuální zneužívání a násilí ohrožuje zdraví a integritu lidí. Obojí vede k napadání osobní integrity a poškozuje zdraví, vede k okamžitým nebo dlouhodobým následkům, které se odrážejí v poruchách psychologických, duševních a tělesných funkcích:

1. Zneužívané děti trpí nejrůznějšími následky, včetně tělesných poranění. Fyzikální nález nemusí být u mnoha obětí patrný; místní zranění, zejména genitálií nebo úst, nebývají vždy pro průkaz sexuálního zneužívání dostačující.
2. Zneužívané děti vykazují nepřiměřené mentální a emocionální reakce – strach, zlost, nepřátelství, vinu, potíže s příjmem potravy, únavnost, spánkové potíže, náhlé změny chování a vyhýbání se lidem nebo určitým místům. Žádná z těchto reakcí není pro zneužívání specifická, ačkoli je tak často retrospektivně interpretována.
3. Děti, které jsou oběťmi nebo svědky násilí, často vykazují abnormality v emocionálním a sociálním vývoji: deprese, úzkosti, sebevražedné myšlenky, sebe-destruktivní chování (užívání drog) nebo tzv. mnohočetné poruchy osobnosti jako následek zneužívání.
4. U zneužívaných dětí lze pozorovat somatizaci nebo tělesné symptomy bez objektivní somatické patologie a odpovídajících nálezů lékařského vyšetření. Tyto příznaky jsou tělesným vyjádřením předchozí zakoušené bolesti a utrpení (tělesné vzpomínky) a měly by vést k diagnostickým a terapeutickým zásahům.

U bitých žen se objevují tyto následky:

- často mnohočetná a někdy smrtelná zranění: škrábance, otevřené rány, popáleniny, zlomeniny a hemoragie;
- somatické problémy: bolesti v pánevní oblasti, gastrointestinální potíže a zánětlivá onemocnění v pánvi;
- duševní problémy: pocit bezmocnosti, stálý strach o sebe a své děti, deprese, úzkost, pokusy o sebevraždu a psychózy.

Prevalence a trendy

Údaje o sexuálním zneužívání dětí a fyzickém zneužívání partnerů jsou nižší než je skutečnost, rozsah domácího násilí zůstává neznámý. Pro absenci velké populační studie mohou být uvedeny pouze odhady. Například prevalence sexuálního zneužívání dětí se odhaduje mezi 8 – 62 % dívek a mezi 3 – 31 % chlapců v závislosti na rozdílnosti použitých definic a metod. Nejčastěji citované studie uvádějí, že 3,8 % žen je zneužíváno svými manželi, druhy nebo milenci. Alespoň k jedné formě tělesného násilí dochází u 20 – 30 % manželských párů, závažné násilí probíhá v 1 – 5 % manželství.

Zneužívání je nejčastější příčina poranění u žen. I v těch nejnižších odhadech domácí násilí ovlivňuje zdraví mnoha žen.

Možnosti prevence

Popisuje se pět hlavních strategií pro odhalení, zhodnocení a postup při násilných poraněních:

Prvním je lékařský pohovor a fyzikální vyšetření k identifikaci obětí násilí a průkazu poranění vzniklých následkem násilí. Dosud pro tyto činnosti neexistují žádné standardní postupy. Rutinně pokládaná otázka na ohrožení násilným chováním není vhodná jako screeningová metoda. Neexistuje důkaz pro to, že fyzikální vyšetření spolehlivě odhalí oběti násilí. K tomu je potřeba otevřená spolupráce napadeného člověka, proto rozhodujícími faktory jsou znalosti a vlastnosti lékaře, který s obětí hovoří.

Druhou strategií je psychologické zhodnocení duševního zdraví, které je důležité jak pro stanovení péče o oběť, tak pro zabránění dalším incidentům.

Třetí strategie, pečlivé zaznamenání a zdokumentování případů domácího násilí, je důležitým důkazem pro právní a sociální intervenci. Právní předpisy na ochranu dítěte ve většině zemí požadují lékařskou zprávu potvrzující sexuální zneužívání dítěte nebo podezření na něj.

Čtvrtou strategií je intervence celospolečenská nebo komunitní – právní ochrana a sociální služby. Vzdělávací programy pro děti, které se začínají zavádět v mnoha zemích, zvyšují uvědomění dětí o tom, co všechno patří mezi sexuální zneužívání a jak se proti němu chránit a bránit. Účinnost těchto opatření v prevenci násilí není však dosud téměř vůbec studována.

Pátou strategií je prevence. Příčiny násilného chování zahrnují mnoho faktorů a vyplývají z komplexu sociálních a kulturních charakteristik. Prevence násilí je tak komplexní úkol, který je výzvou celé společnosti.

Obecné zásady

- Identifikace, hodnocení, následný postup v co nejširším rozsahu a další sledování případů násilných zranění se uplatňuje zejména v primární péči. Lékaři primární péče by si měli být především vědomi velké prevalence sexuálního zneužívání a násilí, měli by být schopni rozpoznat možné okamžité a dlouhodobé následky a být připraveni poskytnout veškerou nutnou podporu obětem a jejich rodinám.
- Mnoho obětí fyzického domácího násilí navštíví svého lékaře právě kvůli svým poraněním. Přesto však mohou často odmítat vysvětlit jejich původ a okolnosti, které k nim vedly. Lékař nesmí ignorovat násilí jako možnou etiologii poranění a bolestí a spokojit se pouze s jeho standardním ošetřením. Léčení má obsáhnout více než jen viditelné poranění.
- Lékaři by měli rozpoznat a správně ohodnotit případy podezřelého nebo zjištěného sexuálního násilí na dětech. Tělesné následky nemusejí být zjevné a výsledky vyšetření mohou být často nejasné. Lékař by měl být schopen vycítit nejistotu, emoční napětí a strach, i když nejsou vyjadřovány slovně. Chyby v rozpoznání sexuálního zneužívání mají závažné následky emocionální, právní i společenské, které mohou mít podobu nesprávných akcí nebo postupů obviňující nevinnou osobu.
- Lékařský rozhovor se sexuálně zneužívaným dítětem by měl odhalit povahu a rozsah zneužívání. Měl by určit, zda se jedná o jednorázovou epizodu nebo o stav trvajících různě dlouhou dobu a zda-li dochází ke kontaktnímu či nekontaktnímu zneužívání. Rozhovor by také měl stanovit

emociální vliv na oběť. Ten spolu s následným fyzikálním vyšetřením umožní optimální lékařskou a psychologickou péči, identifikaci násilníka, soubor důkazů a ochranu oběti před dalšími napadeními.

Praktická doporučení pro lékaře a sestry

Lékaři primární péče by měli:

- si být vědomi zneužívání a násilí jako možné etiologie, pokud vyšetřují osoby ve zvýšeném riziku zneužívání: malé děti, těhotné ženy a staré lidi;
- pečlivě vyšetřovat pacienty, u kterých je podezření na zneužívání a násilí, o kterém svědčí:
 - pozorovaná mnohočetná traumatická poranění lokalizovaná na hlavě, v obličeji, na prsou, břicho a končetinách, v různých stadiích hojení, nebo pokud je vysvětlení o jejich původu v rozporu s lékařskými nálezy;
 - uváděné nepřesné somatické symptomy bez odpovídajících lékařských nálezů;
- zeptat se neponižujícím způsobem pacienta, který je podezřelou obětí napadení, zda jeho zranění nejsou následkem fyzického zneužívání. Pokud pacient zneužívání přizná, zeptat se na jeho průběh v minulosti i současnosti a na osobní a rodinnou situaci a životní podmínky (zda-li je v bezpečí nebo ohrožen dalšími útoky);
- zaznamenat a zdokumentovat všechny odpovídající fyzické a psychologické nálezy a sociální anamnézu (včetně mapy těla s označenými zraněními nebo fotografie);
- poslat pacienta na psychiatrické vyšetření nebo na pohovor s psychologem, pokud je to nutné;
- informovat a poradit pacientovi, jak využít místní právní a sociální služby a dostupné komunitní prostředky, které mu pomohou překonat potíže nebo uniknout ze svazku, ve kterém je zneužíván (příčemž musí být respektováno pacientovo rozhodnutí, zda vyhledá či nevyhledá pomoc).

Aby lékař primární péče získal co nejvíce informací při rozhovoru se zneužívaným dítětem, musí:

- rozvíjet vlastní osobní nepředpojatost a přijmout fakt, že zneužívané dítě není v žádném případě zodpovědné za to, co se stalo;
- být schopen překonat osobní pocity strachu, vzteku, znechucení nebo hrůzy, pokud je násilník blízkým členem rodiny dítěte;
- navodit vztah důvěry mezi sebou a dítětem, aby dosáhl vyzrazení tajemství, které dítěti přikázal zachovávat ten, který ho zneužívá (je to důležité pro identifikaci násilníka);
- volně diskutovat sexuální tematiku s dětmi, ale pamatovat na to, aby udržoval rozhovor odpovídající vývojovému stupni dítěte (např. používat dětská slova pro označování částí těla);
- ujistit dítě a jeho příbuzné, že nedošlo k žádnému z možných následků zneužívání, jako jsou traumatická poranění, těhotenství nebo sexuálně přenosné choroby, a zdůraznit, že nedošlo k žádnému závažnému a trvalému poškození dítěte, které by omezovalo jeho příští sexuální vztahy a reprodukci v dospělosti;
- být otevřený pokračujícím kontaktům, kdykoli dítě potřebuje lékařovu pomoc při hledání dalších informací nebo odpovědí na otázky, které s sebou nese tělesné a duševní zranění dítěte;
- dodržovat pravidla, zaznamenávat a hlásit zneužívání.

21.12 NADMĚRNÝ STRES

Stres je jakýmsi „módním“ rizikovým faktorem, kterým se operuje velmi intenzivně v posledních cca 20 letech. Téměř každý člověk někdy pocítil jeho účinky, avšak jeho přímý vliv na vznik a rozvoj některých onemocnění je jen velmi obtížně prokazatelný. Ne zcela jednoznačně prokázané, ale **předpokládané souvislosti** mezi působením stresu (zvláště **chronickým**) a vznikem a rozvojem řady poruch a onemocnění (např. poruch spánku, soustředění, bolestí hlavy, kardiovaskulárních ale i nádorových onemocnění), byly přitom popsány v řadě našich i zahraničních publikací.

Jednou z příčin této nesrovnalosti jsou jednak obtíže spojené s exaktním měřením míry stresu, jíž jsou lidé vystaveni, jednak též subjektivně založená podstata stresového účinku: stejně silný stresový podnět (stresor) může vyvolávat u různých lidí různý efekt, jenž u někoho končí hluboko pod hranicí nástupu stresové reakce, u jiného je již vysoko nad ní.

Psychologickou podstatou stresu je totiž právě **subjektivní prožitek**, neboli **interindividuálně se lišící subjektivně zpracovaná zkušenost**. K ní se váže i momentálně vnímaná míra svobody, jíž je prostoupena situace, v níž může (ale nemusí) dojít k nástupu stresové reakce. Je známo, že snižující se míra svobody v situaci působení stresoru usnadňuje nástup stresové reakce, a naopak.

Definic stresu bylo publikováno již několik desítek, avšak žádná z nich není jednoznačně akceptována jako plně vystihující jeho podstatu. Za obecně přijímané parametry stresu lze označit:

- charakteristiku iniciujícího momentu stresové reakce, kdy je organismus vystaven působení nepříznivých vlivů vnějšího i vnitřního prostředí;
- okolnost, že za stres je považováno takové zatížení organismu, které překračuje možnosti, jimiž organismus disponuje k jeho zvládnutí. Tím se dnes již obvykle nemyslí pouhé přízpusobenění (adaptace), ale **aktivní vyrovnávání se zátěží (coping)**.

Skutečností je, že život lidí je v současné době jakoby stresem více prostoupen:

- zvýšené životní tempo klade na většinu lidí vyšší nároky než dříve;
- přibýlo možností seberealizace vyžadující vyšší nasazení;
- objevily se i některé nové problémy související s pracovním uplatněním, jako např. možnost ztráty zaměstnání, nutnost rekvalifikace či fenomén přepracovaných zvaný workaholismus;
- relativně nově se ve výčtu stresorů objevil zdravotní stav, jemuž byla sice vždy přisuzována poměrně značná důležitost, ale teprve v posledních letech se ukázalo, že jeho hodnota je přímo vyjádřitelná penězi.

Potenciální rizika působení stresu:

- důsledky pro duševní zdraví včetně aktuálního psychického stavu;
- důsledky pro rozvoj psychosomatických chorob;
- důsledky pro rozvoj somatických onemocnění;
- důsledky pro imunitu.

Možnosti prevence

Zdravotní výchova

Informace o stresu, jeho zdravotních důsledcích a možnostech jeho zvládnutí by se měly stát součástí zdravotně výchovných kampaní.

Lidé by měli být informováni o tom, že stres je důsledkem nesouladu mezi požadavky, které na ně doléhají, a jejich možnostmi. Přitom zdrojem stresu mohou být všechny hlavní životní dimenze:

- práce a seberealizace;
- manželství (resp. partnerský vztah), rodina;
- zdravotní stav (vlastní i blízkých osob);
- ekonomická situace;
- hlavní životní plány a perspektivy.

Přitom jde o **naplnění životní spokojenosti** v jednotlivých dimenzích, jejich vzájemnou vyrovnanost a celkovou úroveň životní spokojenosti.

Zásadní význam má **identifikace zdrojů** chronického stresu a cílené omezování situací, které stresovou reakci vyvolávají.

Důležitý je trénink zvládnání, resp. aktivního se vyrovnání s danou zátěží. **K základním technikám zvládnání stresu patří:**

- vytvoření pořadí důležitosti;
- umění „vypnout“ a odpočívat;
- dostatek pohybu;
- správná výživa;
- relaxační techniky.

Doporučené preventivní postupy v primární péči

V naprosté většině případů se jedná o **komplexní problém**, proto je třeba uplatňovat následující zásady:

- **individuální přístup** s naprostým respektováním důvěrného až intimního charakteru projednávaných problémů;
- **somatické obtíže** či somatická choroba se zdánlivě jednoznačným průběhem, diagnózou i terapií mohou být pouze vyvrcholením rozsáhlejších problémů psychosomatické povahy;
- **navození atmosféry důvěry a spolupráce** je v těchto případech důležitější než kdekoli jinde, neboť úspěch intervenčních postupů do značné míry závisí na plném zasvěcení lékaře do všech aspektů pacientovy situace.

Základním východiskem jsou proto dva elementární diagnostické postupy:

1. **Rozhovor** orientovaný především na celkovou životní spokojenost pacienta ve všech jejích hlavních dimenzích – v práci a seberealizaci, manželství (resp. partnerském vztahu), rodině, se zdravotním stavem (jak pacientovým, tak i jemu blízkých osob), s ekonomickou situací a hlavními životními plány a perspektivami. Zjišťujeme jednak orientační úroveň naplnění životní spokojenosti v jednotlivých dimenzích, jednak jejich vzájemnou vyrovnanost, a konečně odhadovanou celkovou úroveň životní spokojenosti.
2. **Sebehodnotící škály** prožívání stresu jsou poměrně rozšířeným nástrojem. Lze užít např. souboru škál „Zátěž a stres“ a zjištění úrovně pacientovy **odolnosti**.

Praktické postupy pro lékaře a sestry

Je třeba mít na paměti, že téměř všechny nepříznivé důsledky stresu jsou pozitivně ovlivnitelné za podmínky, že máme dostatek informací v rámci všech složek etiologie, včetně základní charakteristiky premorbidní osobnosti a jejího sociálního zázemí.

Proto je třeba v praxi primární péče:

- **vysvětlovat** pacientům principy působení nadměrné psychické zátěže a její důsledky;
- **zjišťovat** pacientovu situaci v oblasti působení nadměrného stresu;
- s pomocí základních testů **diagnostikovat** míru psychické zátěže pacienta;
- **podat návrh** žádoucích změn životního stylu s dohodnutím krátkodobých cílů realizovatelných v časovém horizontu dnů až týdnů;
- **naučit** pacienty jednoduché základní relaxační techniky;
- **provádět pravidelnou kontrolu** efektu s možností mimořádné návštěvy mimo dlouhodobě dohodnuté termíny v případě rizikových situací;
- **zajistit odbornou spolupráci psychologa** v případě potřeby, zejména v oblasti psychoterapeutického působení.

22 PREVENCE VYBRANÝCH ONEMOCNĚNÍ

22.1 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Ateroskleróza způsobuje onemocnění koronárních, mozkových a periferních tepen, souhrnně označované jako kardiovaskulární onemocnění.

Při ateroskleróze dochází k vytváření plátů, které ztlušťují stěny artérií různých velikostí, především v důsledku ukládání lipidů a vytváření fibrózní tkáně. Používá se zde termín ateroskleróza, neboť léze má měkkou, na lipidy bohatou část a tvrdou (sklerotickou) fibrózní část. Nepravidelné ztluštění má za následek snižování průchodnosti artérií, které je často komplikováno okluzivní trombózou s následnou ztrátou přívodu krve, chronickou ischemií a infarktem různých orgánů a tkání.

V důsledku aterosklerózy vzniká ischemická choroba srdeční (ICHS). Koronární tepny, které zásobují myokard, bývají často silně zasaženy. Silné ateromatózní zúžení, zejména pokud se vyskytne ve více než jedné hlavní koronární artérii, může mít za následek anginu pectoris a infarkt myokardu. Angina pectoris je prudká, někdy mučivá bolest na hrudi s náhlým nástupem, která je způsobena akutní ischemií části myokardu s nedostatečným přívodem krve, vyvolaná faktory, které zvyšují práci srdce. Infarkt myokardu je akutní ischemická nekróza části myokardu, obvykle způsobená okluzivní trombózou koronární tepny nad ateromatózním plátem. Toto ischemické srdeční onemocnění je obvyklou příčinou: náhlého úmrtí, srdečního selhání, při němž myokard není schopen udržet oběh přiměřený potřebám těla, a srdečních arytmií v důsledku ischemického poškození oběhového systému.

Důsledkem aterosklerózy je i cerebrovaskulární onemocnění, často označované jako mrtvice (centrální mozková příhoda – CMP). To lze rozčlenit do dvou kategorií: ischemické poškození mozku a spontánní intracerebrální krvácení.

Ischemické poškození mozku neboli mozkový infarkt nastává, jestliže přítok krve do některé části mozku klesne pod kritickou úroveň, která je potřebná k udržení životaschopnosti mozkové tkáně. Hlavní lokální příčinou nedostatečného přívodu krve do mozku je aterom postihující vnější mozkové tepny: vnitřní krční a vertebrální arterie, ze kterých vycházejí hlavní nitrolebeční mozkové tepny. To může vést k pouhé stenóze, ale může také dojít k uzavření arterie v důsledku vytvoření trombu na ateromatózním plátu. Mozkovou tepnu může také zablokovat vmetek, který obvykle vzniká z murálního trombu u pacientů s infarktem myokardu.

Spontánní intracerebrální krvácení v naprosté většině případů nastává u pacientů s hypertenzí, která bývá doprovázena výraznější aterosklerózou. Dochází ke krvácení z mikroaneurysmat nebo malých mozkových artérií. To je běžné u lidí s hypertenzí ve věku nad 50 let, ale vzácné u jedinců s normálním tlakem. Hematom se rychle zvětšuje, způsobuje závažné lokální poškození mozkové tkáně a vyvolává náhlý vzestup nitrolebečního tlaku a rychlou deformaci a herniaci mozku. Pacienti s velkým intracerebrálním hematomem zřídkažijí déle než několik dní. (Spontánní intracerebrální hematomy, které se vyskytují u jedinců s normálním tlakem, obvykle souvisejí s rupturou kongenitálního

intrakraniálního aneurysmatu nebo vaskulárních malformací v mozku.)

Ateroskleróza může také vést k onemocněním periferních tepen. Často dochází k postižení tepen dolních končetin s následným progresivním snížením krevního zásobování. Zvýšená metabolická náročnost v důsledku námahy může způsobit relativní svalovou ischemii. Ta vyvolává prudkou bolest v noze, která po odpočinku ustupuje (claudicatio intermittens). Ischemie způsobená zúžením nebo uzavřením hlavních tepen dolních končetin může být tak závažná, že vyvolá gangrénu (nekrózu spojenou s hnilobou), která obvykle začíná u prstů nohou a šíří se proximálně.

Ateromatózní léze dolních končetin je nutno klinicky rozlišit od zánětlivého onemocnění tepen a žil známého jako Buergerova choroba (trombangiitis obliterans). Ta může vyvolávat jak claudicatio intermittens, tak gangrénu. Postihuje téměř výhradně těžké kuřáky. (Rozlišujícími znaky jsou relativně brzký nástup, postižení zejména menších cév, zasažení tepen a žil dolních a horních končetin a vzácný výskyt u žen.)

Vzhledem k tomu, že aterom se může vyskytnout ve kterékoli artérii, pacienti s onemocněním cerebrálních a periferních artérií často trpí také onemocněním koronárních tepen nebo ischemickou chorobou srdeční.

Rizikové faktory

Epidemiologické průzkumy odhalily řadu predisponujících faktorů pro rozvoj aterosklerózy. Tyto faktory jsou, byť různou měrou, rozhodující pro riziko ICHS, CMP a onemocněním periferních tepen. Lze je shrnout následovně:

Za prvé, ateroskleróza a komplikace s ní spojené narůstají s postupujícím věkem. Muži jsou ve všech věkových skupinách silněji postiženi než ženy. (Mužské pohlaví je někdy považováno za samostatný faktor.) Rozdílnost mezi pohlavími může být způsobena estrogény, o nichž je známo, že ovlivňují metabolismus lipidů a snižují celkový obsah cholesterolu v krvi, takže mají určitý ochranný účinek proti ICHS.

Druhým rizikovým faktorem je kouření tabáku. Výskyt ICHS u kuřáků je nejméně dvojnásobný v porovnání s nekuřáky. Přispění tohoto faktoru k onemocněním cerebrovaskulárním a onemocněním periferních arterií se různí. Riziko roste s počtem cigaret vykouřených denně, délka trvání návyku se však nejeví jako významný faktor. (Kouření pravděpodobně podporuje spíše trombózu koronární tepny než rozvoj ateromu.)

Za třetí se prokázalo, že vysoká hladina cholesterolu v krvi úzce souvisí s aterosklerózou. Dietní faktory – příjem nasycených tuků a celkový energetický příjem – jsou známy jako hlavní determinanty.

Za čtvrté zvýšený výskyt a závažnost aterosklerózy jsou spojovány se zvýšeným krevním tlakem. Studie prokázaly jasnou souvislost mezi výškou krevního tlaku a rizikem ICHS, zejména u starších mužů. Je však známo, že hypertenze představuje daleko větší riziko onemocnění mozkových tepen než ICHS.

Pátým rizikovým faktorem je nedostatek tělesné aktivity. Ukázalo se, že výskyt ICHS je nižší u lidí, kteří jsou fyzicky aktivní než u jedinců se sedavým způsobem života. Cvičení snižuje riziko CMP v menší míře. (Fyzická aktivita může působit jako ochranný faktor tím, že spotřebovává lipidy a sacharidy k vytváření energie.)

Šestým rizikovým faktorem je nadváha nebo obezita. Ukázalo se, že souvisí s hypertenzí, CMP a ICHS. (Není však jasné, do jaké míry tento rizikový faktor působí prostřednictvím jiných mechanismů jako je hypertenze.)

Za sedmé, konzumace alkoholu je dávana do souvislosti

se zvýšeným krevním tlakem a zvyšuje riziko CMP. Existuje však obrácená souvislost mezi umírněným požíváním alkoholu a ICHS.

Osmým faktorem je rodinná anamnéza. U mladých obětí ICHS se často v rodině vyskytuje případ srdečního onemocnění nebo náhlého úmrtí v relativně mladém věku. V některých případech jde o identifikovatelný genetický defekt. Nejznámější je familiární hypercholesterolemie.

Za deváté, jako významný rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění byl prokázán diabetes mellitus. Onemocnění koronárních, mozkových a periferních tepen představují hlavní příčinu předčasných úmrtí u lidí s diabetem I. i II. typu. Diabetik má zhruba dvakrát větší pravděpodobnost, že zemře na kardiovaskulární onemocnění než nediabetik, u žen diabetiček je toto riziko dokonce vyšší. Toto riziko je částečně dáno častějším výskytem rizikových faktorů jako zvýšený krevní tlak a cholesterol v krvi. Zvýšený krevní tlak je pro diabetické pacienty obzvláště škodlivý a značně zvyšuje riziko kardiovaskulárního onemocnění.

Studie založené na průzkumu populace zjistily, že lidé se stenózou krční tepny jsou vystaveni podstatně zvýšenému riziku CMP.

Prospektivní studie ukázaly, že různé rizikové faktory se sčítají. Například u osoby, která kouří, má vysoký krevní tlak a hladinu cholesterolu a je obézní, existuje velká pravděpodobnost vzniku kardiovaskulárního onemocnění.

Vznik aterosklerózy

Ateromatózní pláty se vytvářejí pomalu a postupně. Hlavní charakteristikou časných lézí je hromadění lipoproteinů o nízké hustotě, které se vytvářejí z plazmy, jejich průnik do vnitřní vrstvy cévní stěny poraněními, a buněčná proliferace a vytváření fibrózní tkáně subendoteliálně, což má za následek ukládání tenké vrstvy murálního trombu z krevních destiček a fibrinu pokrytého endotelem (zvýšený krevní tlak může podporovat vznik poranění endotelu a pokusy prokázaly, že vdechování cigaretového kouře způsobuje poškození endotelu.)

Později nastupuje v důsledku ischemie nekróza v hlubší vrstvě ateromatózního plátu. Způsobuje zužování průsvitu arterií, často komplikované okluzivní trombózou. To vše může vést ke snížení a ztrátě přívodu krve, chronické ischemii a infarktu tkání v myokardu nebo mozku.

Výskyt

Kardiovaskulární onemocnění jsou nejvýznamnější příčinou smrti a invalidity ve vyspělých zemích. Prakticky všichni v těchto zemích mají kolem čtyřicítky určitý stupeň koronární aterosklerózy a dokonce dřívější úmrtí nejsou v žádném případě neobvyklá.

Kardiovaskulární onemocnění jsou zvláště významnou příčinou smrti u mužů středního věku. Ve věkové skupině 45 – 64 let představují jednu třetinu veškerých úmrtí u mužů a jednu desetinu u žen. Ke třem ze čtyř úmrtí na ICHS dochází u lidí nad 65 let. Akutní infarkt myokardu – navzdory současnému pokroku v technikách resuscitace a udržování života – vykazuje stále velkou úmrtnost. Úmrtnost na CMP je kolem 30 procent do konce prvního měsíce.

V celé evropské oblasti poklesla v letech 1980 až 1990 průměrná úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění standardizovaná podle věku ve věkové skupině 0 – 64 o asi 15 procent: ze 102 na 87,3 na 100 000.

Kardiovaskulární úmrtnost v této oblasti velmi kolísá. Zejména rozdíl mezi východní a západní částí se dosud stále zvětšoval a předčasná úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění je na východě dvojnásobná. Velké snížení úmrtnosti

v některých zemích je pravděpodobně dáno změnou životního stylu, zejména snížením kouření cigaret.

Intervence

Strategie prevence kardiovaskulárních onemocnění jsou založeny na modifikaci jejich příčin.

Kardiovaskulární onemocnění mohou mít více než jen jednu příčinu, přičemž kombinace více rizikových faktorů s sebou nese zvýšení rizika. Hodnocení rizika u jednotlivce tedy vyžaduje zjištění všech hlavních rozhodujících rizikových faktorů, které mohou být přítomny.

Kterýkoliv jednotlivý rizikový faktor má stupňovitou povahu, jako například lehké a těžké kuřáctví, mírně nebo silně zvýšená hladina cholesterolu v krvi, mírná nebo silná hypertenze. Navíc jejich zdravotní důsledky mohou mít souvislost s dávkou, například riziko poroste s množstvím vykouřených cigaret, stoupající hladinou cholesterolu, zvyšujícím se tlakem a váhou. Většina vysoce rizikových jedinců je postižena interakcí dvou nebo více mírně zvýšených rizikových faktorů, které se spíše násobí než sčítají. Například kuřáci s vysokým tlakem jsou vystaveni 3 – 6x vyššímu riziku úmrtí na ICHS než nekuřáci s normálním tlakem, v závislosti na hladině cholesterolu v krvi. U lidí, kteří trpí jen hypertenzí, je riziko infarktu myokardu dvakrát tak vysoké jako u lidí s normálním tlakem, ale pro hypertoniky s velmi vysokou hladinou cholesterolu je toto riziko asi patnáctkrát vyšší. Riziko onemocnění periferních arterií je u hypertenických kuřáků trojnásobné.

Byly vytvořeny systémy pro skórování rizikových faktorů, které berou v úvahu jejich stupňovitou povahu a interakci, s cílem napomoci při stanovování priorit intervence. Například „Dundee coronary risk score“ – metoda, která používá kruhové posuvné počítadlo – vypočítává riziko na základě věku a úrovně tří hlavních rizikových faktorů: kouření, krevního tlaku a koncentrace cholesterolu v krvi. Riziko prudce stoupá s počtem vykouřených cigaret. Výsledek se může pohybovat v číslech od 1 do 100, přičemž nižší číslo naznačuje nižší riziko. Tento výpočet je považován za odhad rizika pacientovy „koronární smrti“ v příštích pěti letech, v závislosti na jeho pohlaví a věkové skupině.

„GP score“ je jednoduchý klinický nástroj pro lékaře a sestry v primární péči. Umožňuje jim výběrově stanovit skupinu lidí středního věku, kteří jsou nejvíce ohroženi infarktem myokardu a pro něž bude mít intervence největší význam.

Důkaz efektivity

Důkazy naznačují, že:

- u lidí, kteří se vzdají kouření, je menší pravděpodobnost vzniku kardiovaskulárního onemocnění než u těch, kteří v kouření pokračují;
- snahy o snížení hladiny cholesterolu v krvi vykazují snížení výskytu a úmrtnosti na ICHS, i když zprávy o vlivu na celkovou úmrtnost jsou nekonzistentní;
- čím nižší je krevní tlak, tím nižší je jak riziko CMP, tak koronárních příhod, přičemž podstatnějším způsobem je ovlivněno riziko CMP.

Existuje zatím málo důkazů o efektivitě programů ke snížení kardiovaskulárního rizika v primární péči. Rozsáhlé vyhodnocení takovéto práce se provádělo ve Velké Británii, kde byli praktičtí lékaři podporováni sestrami vycvičenými pro hodnocení a intervenci se zaměřením na kardiovaskulární rizikové faktory. První výsledky ukazují následující průměrné snížení rizikových faktorů po roce: kouření cigaret o 4 procenta, tělesná váha o 1 kg, systolický krevní tlak o 7 mmHg, diastolický tlak o 3 mmHg a koncentrace cholesterolu o 0,1 mmol/l (2,3 procenta).

Doporučené preventivní postupy

1. Primární péče poskytuje jedinečné podmínky jak pro hodnocení, tak ovlivnění rizika. Pracovníci primární péče by proto měli hrát aktivní roli v předcházení kardiovaskulárním onemocněním tím, že budou zjišťovat rizikové faktory u jednotlivců a poskytovat následné poradenství a léčbu, bude-li to zapotřebí.
2. Vzhledem k tomu, že ICHS je podmíněna multifaktoriálně, prevence nesmí klást nepřiměřený důraz na kterýkoliv jednotlivý rizikový faktor. Přístup k hodnocení a snižování rizika, který bude založen na mnoha faktorech, bude daleko účinnější, než výběrová pozornost soustředěná na jednotlivce s vysokými hodnotami jen u jednoho rizikového faktoru. Například vyšetřování krevního tlaku a cholesterolu by se mělo provádět jen v souvislosti s odhadováním dalších rizikových faktorů ICHS.
3. Komplexní, multifaktorální hodnocení rizika, má za cíl určit jedince, u nichž je zvýšené riziko vzniku ICHS, stanovit u nich míru rizika a rozhodnout, kterým pacientům by se mělo dostat specializované péče. Pacienti s klinickým rizikem mají již určitou klinickou diagnózu jako je ICHS nebo diabetes nebo jsou léčeni pro vysoký tlak nebo cholesterol. Odhaduje se, že do této kategorie klinického rizika spadá asi 15 procent průměrné populace ve věku 35 – 64 let. Další kategorií je kategorie vícenásobného rizika. Ta zahrnuje jedince, kteří mají vysoké riziko ICHS, a u nichž je třeba věnovat pozornost jednomu nebo více rizikovým faktorům.
4. Za účelem intervence je možno rozdělit rizikové pacienty do dvou skupin. Skupina se speciální péčí by měla zahrnovat pacienty s klinickým rizikem a pacienty s vícenásobným rizikem, u nichž je zapotřebí zvláštní pozornosti. Ti by měli být individuálně vedeni a sledováni: pravidelné kontroly, pomoc při úpravě životního stylu (jako je odvykání kouření), následné kontroly efektivity poskytovaného poradenství a medikamentózní léčby. Skupina s všeobecným poradenstvím by pak měla dostávat doporučení týkající se kouření, výživy, snižování nadváhy, fyzické aktivity a konzumace alkoholu.
5. Počet pacientů, jimž může tým primární péče poskytovat takovou zvláštní péči, závisí na zdrojích, které jsou k dispozici pro prevenci. Dostupné zdroje by pak měly být soustředěny tam, kde je to nejvíce ku prospěchu. Ke stanovení priorit by se mělo využívat existujících systémů pro skórování rizika.
6. Podrobné rady na témata jak přestat kouřit, zdravá výživa, požívání alkoholu a cvičení by měly provázet proces hodnocení rizika. Zdravotničtí pracovníci a ti, jichž se to týká, by se měli na postupu dohodnout, neměl by být nikomu autoritativně ukládán. Tým primární péče by měl s pacientem probrat jeho znalosti, přesvědčení a chování ve vztahu k vlastnímu zdraví (na nichž závisí i to, jak bude vnímat svá rizika). Tým by měl poskytnout praktické rady, přiměřené míře ohrožení jedince a konkrétním okolnostem. Zdravotničtí pracovníci by měli radit, ale nesmějí nařizovat, jak má pacient žít svůj vlastní život.
7. Tým primární péče by měl uplatňovat dva hlavní přístupy preventivní péče v oblasti kardiovaskulárních onemocnění – veřejnou zdravotnickou osvětu a strategii vysokého rizika – synergickým a vzájemně se doplňujícím způsobem.

Seznam doporučených postupů

1. K určení lidí, kteří vyžadují zvláštní pozornost, by lékaři a sestry v primární péči měli:
 - a) zjistit a zaznamenat osobní a rodinnou anamnézu všech dospělých pacientů, včetně otázek týkajících se zjištěné ischemické choroby srdeční, diabetu, farmakologic-

- ké léčby zvýšeného krevního tlaku nebo cholesterolu a diagnostikované familiární hypercholesterolemie;
 - b) zhodnotit a zaznamenat anamnézu kouření u všech pacientů (zda nekouřili nikdy, kouří v současné době nebo jsou bývalí kuřáci, jak dlouho kouřili atd.);
 - c) změřit a zaznamenat krevní tlak u všech pacientů;
 - d) změřit výběrově u prioritních skupin krevní cholesterol;
 - e) zjistit váhu a výšku dospělých pacientů a vypočítat index tělesné hmotnosti (body mass index – BMI).
2. Po stanovení pacientů, kteří potřebují speciální péči, by lékaři a sestry v primární péči měli:
 - a) nabídnout těmto lidem léčbu, včetně pomoci při snaze zanechat kouření, přejít na dietu se sníženým obsahem cholesterolu a včetně farmakologické léčby vysokého cholesterolu nebo krevního tlaku;
 - b) tam, kde je to nezbytné, doporučit pacienty ke specializovanému vyšetření a léčbě.
 3. Tým primární péče by také měl:
 - a) poskytovat pacientům, kteří kouří, mají hraniční krevní tlak a cholesterol nebo trpí nadváhou či obezitou, poradenství, jak přestat s kouřením, přejít na zdravější dietu, snížit váhu a věnovat se pohybové aktivitě;
 - b) povzbuzovat všechny pacienty, včetně dětí a adolescentů, aby přešli na zdravější životní styl;
 - c) bedlivě sledovat klinické příznaky onemocnění periferních arterií u rizikových případů (nad 50 let, kuřáků nebo diabetiků) a důkladně sledovat ty, u nichž jsou klinicky prokázány cévní poruchy; koordinovat svá preventivní opatření s činností místních zdravotnických orgánů, složek zdravotnické osvěty a podpory zdraví, služeb pracovního lékařství, zájmových organizací a sdělovacích prostředků.

22.2 DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus je heterogenní porucha vyvolaná nedostatkem inzulínu nebo rezistencí a změněným vzorcem vylučování inzulínu s nejrůznějšími abnormalitami v metabolismu cukrů, bílkovin a tuků. Znamená chronickou hyperglykémii, která může být provázena příznaky zvýšené žízně a močení, ztráty váhy, rozmazaného vidění nebo stuporu vrcholícího v kómatu.

Expertní výbor WHO stanovil diagnostická kritéria. Spontánní zvýšená hladina krevní glukózy dosahující hodnoty 7,8 mmol/l nebo vyšší či hladina glukózy v krvi neodebírané nalačno na úrovni 11,1 mmol/l nebo vyšší, glukóza v moči provázená spontánními hodnotami krevní glukózy 7,8 mmol/l nebo vyššími zakládá diagnózu diabetes mellitus.

Hladiny glukózy v rozmezí mezi těmi, jaké se vyskytují u normálních a diabetických jedinců, naznačují narušenou glukózovou toleranci, která může být určena orálním testem. Podle něj je jedinec považován za osobu s narušenou glukózovou tolerancí, jestliže glykémie dosahuje 7,8 – 11,1 mmol/l dvě hodiny poté, co bylo podáno 75 g glukózy. (Termín „hraniční diabetes“ je považován za nevhodný, neboť u mnoha lidí s narušenou glukózovou tolerancí se diabetes vůbec nevyvine.)

Klinická klasifikace

Diabetes je rozdělen do tří kategorií. Typ I je inzulin-dependentní diabetes mellitus (IDDM). Je spojován s absolutním nedostatkem inzulínu v důsledku chronické autoimunní destrukce pankreatických beta buněk. Tento autoimunní proces může být zjištěn na základě přítomnosti buněčných protilá-

tek. Produkce inzulínu se postupně snižuje, což může nastat velmi akutně, ale také postupně až během 10 let. V této fázi se nemusí nijak projevit hyperglykémie. Později může nicméně určitá kritická událost, jako chirurgický zákrok nebo virová infekce, vyvolat akutní zhoršení pankreatické funkce, která má za následek akutní prudkou hyperglykémii. Jakmile se diabetes mellitus projeví, buněčné protilátky postupně mizí.

Typ II je non-inzulín dependentní diabetes mellitus (NIDDM). Považuje se za důsledek inzulínové rezistence, která vede k poruše vylučování inzulínu pankreatem a posléze k hyperglykémii na lačno. NIDDM se vyskytuje velmi často u dospělých a je stále běžnější po 40. roce věku. U lidí s NIDDM může být žádoucí léčba inzulínem pro lepší kontrolu hladiny glukózy v krvi.

Třetím typem je gestační diabetes. Ten se objevuje, když u nediabetiček v průběhu těhotenství dojde ke vzniku narušené glukózové tolerance nebo jiných příznaků diabetického stavu. Může se pojít s komplikací u novorozence nebo matky a s vyšší perinatální mortalitou.

Rizikové faktory

Etiologie diabetu dosud není známa.

Rizikovými faktory NIDDM jsou obezita, dieta s vysokým obsahem tuků, nedostatečná tělesná aktivita a objevení se gestačního diabetu. Výskyt NIDDM v rodinách naznačuje určitou roli dědičné predispozice. IDDM se objevuje u lidí s genetickou zranitelností, ale jednotlivé případy se častěji vyskytují v rodinách, kde se diabetes nevyskytl.

Všeobecně se má za to, že u lidí s narušenou glukózovou tolerancí může být větší riziko vzniku diabetu a kardiovaskulárních chorob.

Vznik onemocnění

Diabetes mellitus je chronická choroba, která prochází několika stádii, než se projeví případné příznaky hyperglykémie. Akutní komplikace se projevují jako metabolické příhody, např. diabetická ketoacidóza a akutní hyperglykemická dekompenzace nebo inzulínová hypoglykémie. Dlouhodobá prognóza a kvalita života diabetických pacientů závisí na vývoji a závažnosti dlouhodobých kardiovaskulárních komplikací. Ty mohou existovat již v době zjištění NIDDM a mohou vzniknout již pět let poté, co se projevil IDDM. Na druhé straně se komplikace mohou objevit i více než 25 let po zjištění choroby.

Tyto komplikace zahrnují:

- diabetickou retinopatii, která může vést až ke slepotě;
- diabetickou nefropatii, která prostřednictvím mikro- a makroalbuminurie a hypertenze může v konečné fázi vést k onemocnění ledvin a jejich selhání;
- diabetickou neuropatii, která může nabýt podoby asymptomatické subklinické polyneuropatie nebo autonomní neuropatie, narušující veškeré sympatické či parasympatické funkce;
- makrovaskulární onemocnění.

Makrovaskulární onemocnění zahrnují onemocnění periferních arterií, cerebrovaskulární onemocnění (jehož výskyt je u diabetiků obojího pohlaví dvakrát tak častý jako u nediabetiků) a ICHS (s předčasnou úmrtností do 45 let dvojnásobnou až trojnásobnou v porovnání s nediabetiky). Navíc tyto choroby mohou být ovlivněny vzájemně působícími rizikovými faktory jako je hypertenze, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, obezita nebo kouření.

Pokud jsou zjištěny sekundární komplikace, zvýšená kontrola krevní glukózy a specifická opatření mohou vývoj diabetu ovlivnit k lepšímu.

Výskyt

V evropské oblasti představuje NIDDM asi 85 procent případů. Jeho prevalence v populaci je 6 – 10 procent, přičemž vzrůstá po 50. roce věku. Riziko kardiovaskulárního onemocnění je 2 – 3x vyšší než u nediabetiků. Studie odhadují u pacientů nad 40 let ztrátu 5 – 10 let života v porovnání s běžnou očekávanou délkou života. Nejobvyklejšími příčinami úmrtí u lidí s NIDDM jsou kardiovaskulární onemocnění (60 – 70 procent) a selhání ledvin (7 – 8 procent).

Výskyt IDDM je asi 10 – 30 na 100 000 obyvatel. Postihuje zejména osoby do 30 let. Asi třetina pacientů umírá do 30 let po stanovení diagnózy na kardiovaskulární nebo ledvinové onemocnění. Délka života dětí s IDDM závisí na vývoji nefropatie. Pokud se rozvine, je perspektiva asi 50 – 75 procent délky života nediabetických dětí. V jiných situacích může být průměrný věk v těchto případech o několik let nižší, avšak žádné přesné údaje zatím nejsou k dispozici.

Obecně je věk, jehož se dožívají lidé s NIDDM, mírně kratší než u nediabetiků, závisí to však na vývoji makrovaskulárních komplikací a nefropatie.

Výskyt gestačního diabetu kolísá mezi 1 až 5 procenty těhotných žen.

Intervence

Prevence

Prevence NIDDM, která by měla celosvětový dopad, je záležitostí prvořadého významu. Byla provedena řada pozorování, včetně mezinárodních porovnání a studií migrujících populací, a provádějí se prospektivní kohortové studie zaměřené na výzkum různých fyziologických, metabolických a behaviorálních rizikových faktorů.

Za významné rizikové faktory, na něž je třeba se zaměřit, jsou považovány následující:

- obezita, rozložení tuku v těle a vysoký BMI (body mass index);
- nedostatečná fyzická aktivita;
- složení stravy, zejména nadměrný přísun tuků;
- výskyt diabetu v rodinné anamnéze.

Prevence NIDDM musí proto zahrnovat postupy směřující k prevenci kardiovaskulárních onemocnění, kontrole obezity, prosazování fyzické aktivity a diety s nízkým obsahem tuku. Osvěta veřejnosti zdůrazňující příznivé změny v životním stylu by mohla výskyt NIDDM v populaci snížit. „Prediabetické poradenství“ je možno zaměřit na lidi, u nichž je vysoké riziko onemocnění (v jejichž rodinách se diabetes vyskytl).

Vzhledem k tomu, že IDDM je autoimunní choroba, úsilí o prevenci je zaměřeno na intervence v oblasti imunity. Preventivní strategie jsou nicméně stále ještě v plenkách.

Zlepšená kontrola glukózy prostřednictvím samostatného sledování glykémie a techniky vhodné inzulínové terapie by mohly předejít nebo oddálit některé z dlouhodobých komplikací diabetu: slepotu, selhání ledvin, případně další. Screening časných stádií komplikací může být v tomto směru přínosem.

Časná detekce

Při detekci asymptomatického NIDDM je hlavním testem měření krevní glukózy. Tento test může být prováděn namátkově, dvě hodiny po jídle nebo v určitém intervalu po orálním podání glukózy.

Diabetické komplikace mohou být odhaleny v časném stadiu například prostřednictvím oční fundoskopie nebo snímkováním očního pozadí, rozbořením moči na mikroalbuminurii, neurologickým vyšetřením některých reflexů, měře-

ním krevního tlaku, periferního pulzu a posouzením hladin lipidů a kreatininu. Okamžité léčení zjištěných komplikací může zahrnovat udržování normoglykémie na základě dietních doporučení, orálních hypoglykemických prostředků nebo inzulinové léčby či specifické postupy, jako je léčba očí laserem, léčba hypertenze a proteinová restrikce při mikroalbuminurii. Zmíněné postupy mají význam při prevenci dalšího rozvoje běžných komplikací.

Doporučené preventivní postupy

1. Nejsnadnější cestou k určení diabetu je testování spon-tánní glykémie (ne nalačno). Test glukózové tolerance po orálním podání není vhodný pro plošný screening, protože je časově náročný, pro pacienta nepohodlný a nákladný. Měření glukózy v krvi nalačno a po jídle je proto nevhodnější metoda. Měření hladin krevní glukózy u všech asymptomatických osob ovšem není proveditelné. Měli by být výběrově testováni jen ti, u nichž existuje vysoké riziko. Screening celé populace se nedoporučuje.
2. Ze 3. mezinárodní konference o gestačním diabetu a z některých dalších instancí vzešlo doporučení podrobit všechny těhotné ženy ve 24. – 28. týdnu orálnímu testu glukózové tolerance (50 g), neboť naznačuje očekávanou pravděpodobnost budoucí narušené glukózové tolerance jak u matky, tak u potomka. Pravidelné kontroly glukózy v moči a stanovování krevní glukózy v průběhu těhotenství, zejména u žen, kde existuje jisté riziko, mohou vést k lepším výsledkům.
3. Dostatečně vyškolení lékaři primární péče mohou zvládnout screening za účelem časně detekce a léčbu diabetických komplikací. Ostatní by měli pacienty posílat na specializované kliniky.

Seznam doporučených postupů

1. O diabetiky by se měl starat diabetický zdravotnický tým, skládající se z lékařů, diabetických sester a dalších odborníků. Úkoly primární péče by měly zahrnovat osvětu, organizaci a koordinaci s dalšími zdravotnickými pracovníky. Pro tyto úkoly musí být k dispozici personál, čas a výcvik, přičemž specifickou roli by měly hrát i organizace pacientů.
2. Lékaři a sestry v primární péči by měli:
 - poskytovat poradenství týkající se zdravého životního stylu, povzbuzovat je k vytvoření zdravých návyků v oblasti výživy a zejména k fyzické aktivitě;
 - doporučovat podle potřeby pravidelná měření glykémie u lidí s vysokým rizikem diabetu (obézní pacienti s rodinnou anamnézou diabetu a ženy, u nichž se projevily gestační diabetes nebo jsou těhotné);
 - registrovat všechny pacienty, u nichž byl diabetes diagnostikován, zařadit jejich záznamy do záznamového systému lékařské praxe a vypracovat systém zvaný na pravidelné kontroly;
 - poučit pacienty s diabetem o povaze nemoci, sebesledování a léčbě, o nárocích na výživu, o rozpoznávání a zvládnání akutních situací;
 - organizovat pravidelné kontroly a odeslat pacienta podle potřeby na specializované pracoviště, k dietní sestře, oftalmologovi, neurologovi nebo chirurgovi, navázat a udržovat komunikaci se všemi těmito specialisty a poskytovat jim spolupráci a podporu;
 - povzbuzovat diabetické pacienty, aby se stali členy svépomocných skupin nebo organizací pacientů.

22.3 OSTEOPORÓZA

Osteoporóza je stav charakterizovaný snížením hustoty kostní hmoty, který zvyšuje náchylnost ke zlomeninám. Může být způsobena sníženou tvorbou kostí, zvýšenou resorpcí kostí nebo kombinací obojího a může mít lokalizovanou nebo generalizovanou podobu.

Jen malá část lidí s osteoporózou trpí známými endokrinními poruchami (jako je Cushingův syndrom, tyreotoxikóza nebo hypogonadismus), posttraumatickým znehybněním nebo jinou formou osteoporózy z inaktivity. Daleko větší skupinu žen po menopauze a starších mužů postihuje celkový úbytek kostní hmoty.

Při úbytku kostní tkáně způsobeném stárnutím se úroveň hustoty kostí mění tak, že se houbovitá a kortikální kost ztenčuje a řídne. Výskyt zlomenin je v přímé souvislosti s kostní hmotou a mírou úbytku.

V dospělém věku je kostní hmoty nejvíce ve věku kolem 35 let. Po třetí dekádě kosterní hmoty u mužů i žen ubývá. Osteoporózu u starších mužů lze považovat za vystupňovaný úbytek kostí v souvislosti s věkem. U žen je míra tohoto úbytku vyšší než u mužů a zrychluje se v průběhu pěti let bezprostředně po menopauze.

V závislosti na věku, pohlaví a typu zlomenin byly definovány dva typy osteoporózy. Typ I – osteoporóza po menopauze postihuje převážně jedince mezi 55 a 75 lety, přičemž poměr žen a mužů je 6:1. Úbytek trámčité hmoty převyšuje úbytek kortikální hmoty a ke zlomeninám dochází především u obratlů a zápěstí. Hlavním etiologickým faktorem je zřejmě nedostatek estrogenu.

Osteoporóza typu II postihuje především skupinu ve věku 70 – 85 let. Poměr žen a mužů je 2:1. Jsou zasaženy oba typy kostí a dochází hlavně ke zlomeninám kyčlí, dlouhých kostí (proximální femur a distální předloktí) a obratlů. Za hlavní etiologický faktor je považováno stárnutí.

Rizikové faktory

Mezi faktory spojované se zvýšeným rizikem osteoporózy patří pokročilý věk a ženské pohlaví, případně oboustranná ovariectomie u mladších žen. K méně závažným rizikovým faktorům patří křehčí konstituce, osteoporóza v rodinné anamnéze, chronický nedostatek vápníku, tělesná nečinnost, nadměrná konzumace alkoholu a kouření.

Výskyt

Osteoporóza je převážně zdravotním problémem u žen po menopauze a postihuje jednu ze čtyř žen. Výskyt začíná stoupat po 50. roce a dramaticky se zvyšuje po 70. roce.

Osteoporóza je uváděna jako příčina značného počtu zlomenin: v USA je to 1,2 milionu ročně. Zejména nebezpečné jsou zlomeniny kyčlí, které jsou spojovány s 5–20% úmrtností, a souvisejí s nimi větší úmrtnost a vyšší náklady než u všech ostatních osteoporotických zlomenin. Zlomeniny vedou k tělesné dysfunkci, chronické bolesti a vysokým nákladům na lékařskou péči. Nejčastější jsou zlomeniny obratlů. Zhroucení obratlů je často asymptomatické a je objeveno náhodně na rentgenu. V jiných případech může zlomenina obratle vyvolávat bolest, která obvykle trvá několik měsíců a lze ji zvládnout klidem na lůžku a analgetiky. Progresivní zhroucení obratlů může vést ke kyfóze a chronické bolesti. Poměr lidí se symptomy deformace nebo zhroucení obratlů není znám.

Intervence

Časná detekce

Základem detekce osteoporózy je radiologické vyšetření obsahu kostních minerálů. Rada radiologických testů může být

zdrojem informací o tomto obsahu, ale většina z nich není vhodná pro detekci osteoporotického úbytku kostí u asymptomatických osob.

Např. klasická kosterní radiografie není dostatečně citlivá, neboť může zachytit jen snížení obsahu minerálů, které převyšuje 20 %. Radiogrammetrie (měření kúry periferních tubulárních kostí, jako záprstních kostí, podle toho, jak se jeví na rentgenu) poskytuje málo informací o absolutním kostním obsahu minerálů a značně se liší podle pozorovatele. Kromě toho fotodenzitometrie (měření optické hustoty rentgenového zobrazení kosti) je ovlivněna interferencí měkkých tkání.

Nejpřesnější, nejvyspělejší a neinvazivní jsou tři techniky. První, kvantitativní počítačová tomografie, přes svou přesnost pro měření obsahu minerálů v kostech, není vhodná jako rutinní test pro svou nákladnost a míru vystavení radiaci, která je s ní spojena. Dalšími technikami je duální fotonová absorpční metoda s využitím radioizotopů a rentgenová absorpční metoda, jež vyzařuje fotony na dvou různých energetických hladinách, a tím koriguje efekt vrstev měkkých tkání. Tyto metody jsou nejužitečnější při vyhodnocování hustoty minerálů v kostech kosterních systémů s velkými vrstvami měkkých tkání. Údaje o jejich účinnosti mají specializovaná výzkumná střediska, ale je zapotřebí dalšího vyhodnocení, než bude možno je doporučit k využití v praktických podmínkách.

Terapie

Retrospektivní studie a klinické zkoušky naznačují, že substituce estrogeny může snížit riziko osteoporózy, míru úbytku kostní hmoty a výskyt zlomenin u žen kolem menopauzy. Důkazy o prospěšnosti zahájení estrogenové léčby v pozdějším věku jsou méně jasné. Prospektivní důkazy spojující estrogen s frakturami se obtížně získávají, protože interval mezi nástupem osteoporózy a výskytem symptomů je dlouhý. Tato léčba může mít jiná pozitiva: zlepšuje lipoproteinové profily a snižuje úmrtnost na ischemickou chorobu srdeční. Nicméně s dlouhodobým nekompenzovaným používáním estrogeny (nekombinovaným s progestiny) jsou spojovány potenciálně významné nepříznivé účinky. Patří k nim vaginální krvácení a zvýšené riziko endometriální hyperplazie a karcinomu endometria. Důkazy o údajné souvislosti mezi estrogenovou terapií a karcinomem prsu nejsou konzistentní.

Je obtížné určit, zda prospěšnost substituční terapie estrogeny převažuje nad potenciálními riziky.

Epidemiologické studie u žen po menopauze přinesly nejednotné výsledky o účinnosti zvýšeného přísunu kalcia jako opatření, které má zpomalit řídnutí kostí. Důkazy o prospěšnosti suplementace kalcie u žen, u kterých se již vyvinula osteoporóza po menopauze, rovněž nejsou průkazné.

Studie naznačují, že tělesná aktivita typu chůze může úbytek kostní hmoty snížit nebo dokonce zvýšit kostní hmotu i po menopauze. Přesná povaha a intenzita potřebného cvičení dosud nebyla stanovena.

Doporučené preventivní postupy

1. Rutinní radiologický screening ke zjištění sníženého obsahu minerálů v kostech nebo řídnutí kostí se u asymptomatických osob nedoporučuje.
2. U žen kolem menopauzy, u nichž je zvýšené riziko osteoporózy, může stanovení obsahu kostních minerálů pomoci při rozhodování o terapii. Nebylo nicméně zjištěno, zda rutinní posuzování obsahu kostních minerálů u těchto žen vede ke zlepšeným výsledkům a zda jeho přínos je takový, aby byl dostatečným důvodem pro náklady, diagnostické omyly a vystavení radiaci.

3. Neexistují dostatečné důkazy pro rutinní preskripci estrogenové substituční terapie. O estrogenové terapii by se mělo uvažovat především u těch žen, kde je zvýšené riziko osteoporózy a nejsou známy kontraindikace (vaginální krvácení v anamnéze, aktivní onemocnění jater, tromboembolické poruchy nebo hormonálně dependentní karcinom).
4. Ženy, které souhlasí s estrogenovou terapií, by měly být informovány o různých dostupných estrogeno-progestinových preparátech a způsobech jejich podávání. (Jeden z obvyklých postupů je užívání 0,625mg estrogeny denně a 5 – 10mg medroxyprogesteron acetátu v průběhu posledních 12 dní cyklu.) Lékaři by měli modifikovat dávkování tak, aby snížili vedlejší účinky, jako nevolnost, bolesti hlavy, krvácení, přibývání na váze a citlivost prsů.
5. Ačkoliv všeobecná suplementace vápníkem není oprávněná, lékaři by ji měli zvážit jako doplňkovou léčbu u žen po menopauze. Ženy bez kontraindikace by měly užívat 1500mg denně.
6. Všechny ženy by měly být informovány o prospěšnosti cvičení o nízké intenzitě. (Jeden z vhodných režimů je rychlá chůze po dobu jedné hodiny třikrát týdně.)

Seznam doporučených postupů

1. Lékaři primární péče by měli:
 - a) sledovat možnost a příznaky osteoporózy u žen kolem menopauzy;
 - b) mít na paměti faktory, které naznačují vysoké riziko osteoporózy, a u žen, kde je toto riziko zvýšené, zařadit stanovení obsahu minerálů v kostech;
 - c) informovat ženy kolem menopauzy o rizicích a následcích osteoporotických zlomenin a prospěšnosti a rizicích hormonální léčby, aby mohly učinit informované rozhodnutí o terapii, a jakmile se rozhodnou, aby navrženou léčbu dodržovaly;
 - d) poradit pacientům o dalších možných alternativách, jako je cvičení a suplementace kalcie.

22.4 DEPRESE A ÚZKOST

Pojem deprese je široce používán jako popis příznaku, syndromu nebo onemocnění. V této publikaci popisuje syndrom, který v sobě zahrnuje soubor psychických, emočních a kognitivních projevů.

Poruchy nálady představují kontinuum normálního střídání nálad. Normální osoba může prožívat širokou škálu nálad. Depresivní nálada po určité časové období může být normální reakcí na určitou ztrátu nebo stresující dění. Normální lidé nicméně takovou epizodu překonají, zatímco jiní jsou „náchylní“ k rozvoji poruchy nálady.

Depresivní syndrom je definován jako nepsychotická psychiatrická porucha, která zahrnuje přinejmenším pět z následujících symptomů (přítomných téměř denně v průběhu dvou týdnů) a představuje změnu v porovnání s předchozím normálním fungováním:

1. depresivní nebo podrážděná nálada, konstatovaná buď na základě subjektivního vnímání nebo prostřednictvím pozorování druhými;
2. výrazně snížený zájem nebo ztráta zájmu a potěšení ze všech, nebo téměř všech, obvyklých činností;
3. změny váhy (výrazný úbytek nebo přírůstek), snížená nebo zvýšená chuť k jídlu;
4. poruchy spánku (nespavost nebo zvýšená spavost),

5. psychomotorický neklid nebo retardace, pozorovatelná druhými, nikoliv pouze subjektivní pocit neklidu nebo zpomalenosti;
6. únava a ztráta energie;
7. pocity bezcennosti, výčitky a přehnané pocity viny;
8. snížená schopnost myšlení a koncentrace, snížená motivace k pouštění se do nových úkolů, nerozhodnost;
9. stále se vracející myšlenky na smrt, úvahy o sebevraždě nebo pokus o ni.

Deprese může mít v průběhu času proměnlivou závažnost, od mírných příznaků po závažné formy.

Depresivní syndrom se také označuje jako unipolární deprese, při cyklickém střídání depresivních a manických epizod hovoříme o bipolární poruše. (Mánie je stav charakterizován povznesenou náladou, abnormální vzrušivostí, přehnanými pocity blaha a nadměrné aktivity. Bipolární porucha je natolik závažná, že vede ke značnému narušení obvyklých sociálních aktivit a vztahů nebo výkonu povolání a bývá nezbytná hospitalizace, aby pacient neublížil sobě nebo druhým.) Tato kapitola se zabývá pouze unipolární depresí.

Faktory, u nichž se předpokládá, že hrají roli při depresi Tab. 1

Typ	Obsah
Predisponující faktory	
Biologické	Genetická dispozice, intrauterinní poškození (alkohol a tabák), porodní trauma, fyzická deprivace v dětství.
Sociální	Citová deprivace v dětství (např. oběti zneužívání), nedostatek podpůrných osobních a sociálních vztahů, pracovní nebo manželské problémy, odloučení nebo ztráta (zejména ve vztahu k rodičům, partnerovi).
Psychologické	Špatné vzory rodičovských rolí (alkohol, drogy, násilí), nízká sebeúcta (zejména u žen), naučená bezmocnost (přesvědčení založené na minulých zkušenostech, že člověk vlastním jednáním nemůže ovlivnit svou vlastní situaci).
Spouštěcí faktory	
Biologické	Nedávno prodělaná infekce, invalidizující zranění, somatické onemocnění (zejména maligní).
Sociální	Nedávné stresující životní události zahrnující skutečnou nebo hrozící ztrátu (např. nadbytečnost, nezaměstnanost, odchod do důchodu, závažná nemoc v rodině, odloučení a rozvod, ztráta vztahu).
Psychologické	Pocity bezmoci a beznaděje, vyvolávané "špatným přízpůsobením se" jiným faktorům.
Udržující faktory	
Biologické	Chronická bolest a invalidita.
Sociální	Chronické sociální stresy nebo tlaky působené určitými problémy (s bydlením, financemi, prací, manželstvím, rodinou, přáteli), nedostatek blízkých vztahů, nedostatek informací o tom, jak se vyrovnávat s problémy, jak zvládat psychické potíže a nalézt praktickou pomoc.
Psychologické	Nízká sebeúcta, pochyby o možnosti uzdravení se z nemoci, důsledky "závislosti na podpoře".

Depresivní epizody mohou být komplikovány úzkostí (vysoce nepříjemný, často nejasný pocit obavy z něčeho neznámého, doprovázen určitými tělesnými pocity). To může zahrnovat záchvaty paniky (spontánní, epizodická, intenzivní období úzkosti) a vést ke zvýšené spotřebě alkoholu a užívání drog. I když depresivní symptomy mohou zhoršovat současné somatické onemocnění, nelze poukázat na žádný organický faktor, jenž by tyto symptomy vyvolával nebo udržoval.

Etiologie deprese není známa. Fakt, že se některé poruchy nálady opakovaně objevují v rodinách, naznačuje roli genetických faktorů, ale nezvratný důkaz pro dědičnost unipolární deprese nebyl podán. Není ani stanoven žádný jednotlivý osobnostní vzorec, který by byl výhradně predisponující k depresi. Za určitých okolností, jako jsou stresující události v životě, může být deprimován každý.

Rizikové faktory

Byla navržena široká škála biologických, sociálních a psychologických faktorů, které:

- zvyšují zranitelnost lidí ve vztahu k depresi (predisponující faktory);
- provokují nástup deprese a rozhodují o tom, kdy deprese začne (spouštěcí faktory);
- prodlužují onemocnění a oddalují uzdravení (udržující faktory).

Každý typ faktoru má biologické, sociální a psychologické složky (Tab.1).

Deprese a úzkost mohou postihnout kohokoliv, avšak lidé, kteří jsou sociálně izolováni, tělesně handicapováni, ztratili někoho blízkého nebo starší lidé jsou vystaveni obzvláště vysokému riziku.

Důsledky

Deprese a úzkost jsou zdrojem velkého osobního strádání, chronických onemocnění a ekonomických nákladů. U asi 50 % depresivních případů může dojít ke spontánní remisi. Neléčená deprese může mít závažné důsledky, jako je zvýšené riziko sebevraždy a pokusu o ni, manželské problémy nebo zhroutení manželství a pracovní problémy (jako je nemocenská, fluktuace, špatná výkonnost a nehody). Děti depresivních pacientů jsou kromě toho náchylnější k emočním a kognitivním poruchám.

Chronická deprese a závislost na uklidňujících prostředcích může vést ke snížené kvalitě života, k alkoholismu a zneužívání návykových látek, může nepřiměřeně zatěžovat zdravotnické služby a vést ke ztrátě produktivní ekonomické aktivity.

Výskyt

Poruchy nálady, zejména unipolární deprese, patří mezi nejběžnější psychiatrické poruchy u dospělých. Údaje uvádějí, že asi 30 % dospělé populace někdy pocítuje depresi a úzkost v takové míře, která je s to ovlivnit každodenní činnost. Tyto epizody jsou nicméně většinou krátké a souvisejí s běžnými životními událostmi, takže pomíjejí, aniž jsou diagnostikovány. Poměr „skrytých“ případů není znám. Odhaduje se, že asi 5 případů se dostane k odborným lékařům. Asi dvě třetiny pacientů, u nichž byl diagnostikován depresivní syndrom, uvažují o sebevraždě a 10 – 15 % ji spáchá.

Poruchy nálady jsou např. v Anglii třetí nejčastější příčinou návštěvy u lékaře a představují valnou část psychiatrické pracovní náplně praktických lékařů. Na praktického lékaře se obrací 2 – 3x větší počet žen než mužů.

Unipolární deprese může nastat v kterémkoliv životním

období, avšak nástup u 50 % pacientů probíhá ve věku mezi 20. až 50. rokem, většinou kolem čtyřicítky. Depresivní symptomy se vyskytují přibližně u 15 % lidí nad 65 let a u 15 – 25 % těch, kteří žijí v domovech důchodců.

Ačkoliv neexistuje korelace mezi společenskou třídou a depresí, vztah mezi depresí a sociálně nepříznivou situací, sociálním stresem a sociální izolací je silný. Také migrace může být zcela určitě dávana do souvislosti s depresí.

Výskyt deprese je vyšší u lidí, kde se tento stav vyskytuje v rodinné anamnéze.

Intervence

Strategie primární prevence spočívají v identifikaci a poskytování podpory těm, u nichž je vysoké riziko deprese. Například sociální pomoc rizikovým skupinám může zamezit dopadu akutního a chronického stresu a pomoci zabránit a zkrátit trvání deprese a úzkosti. K pomoci by měly být přizvány podle nutnosti svépomocné skupiny a dobrovolné organizace, dále školení poradci a sociální pracovníci i členové týmu primární péče.

Léčení somatického onemocnění, jehož příznakem nebo druhotným důsledkem deprese a úzkost mohou být, může riziko deprese snižovat. Za užitečnou při prevenci deprese lze považovat také zdravotnickou osvětu a podporu tělesného a duševního zdraví zaměřenou na celou populaci, ale zejména na děti, adolescenty a těhotné ženy.

U depresivních a úzkostných pacientů je zapotřebí časná diagnóza a okamžitá léčba. Diagnostické testy na zjištění deprese zahrnují vyhledávání klinických příznaků a symptomů uvedených výše. Lékaři, kteří nejsou psychiatry, mohou však zaměnit symptomy časně deprese s příznaky somatického onemocnění. Rutinní screening těchto diagnostických kritérií se u osob bez příznaků neprovádí.

Klinické zvládnání diagnostikovaných případů je zaměřeno na snížení nebo odstranění symptomů, návrat k normálnímu fungování a prevenci recidivy. Může spočívat v podpůrné léčbě (rozhovorech, osvětě a poradenství) kombinované s klinickou léčbou s podáváním antidepresiv a psychoterapií.

Doporučené preventivní postupy

1. Vzhledem k tomu, že dostupné diagnostické testy na depresi postrádají průkaznost, jakou by vyžadovalo jejich širší použití jako screeningových testů, jejich rutinní použití u osob bez příznaků se nedoporučuje.
2. Protože pacienti s depresivními poruchami jsou obvykle podchycováni na úrovni primární péče, praktičtí lékaři by si měli být vědomi jejich příznaků. Deprese často nebývá odhalena, neboť pozornost je soustředěna na současně probíhající somatické onemocnění. Lékaři by neměli vyvozovat závěr, že deprese je normální následek somatického onemocnění nebo pokročilého věku.
3. Lékaři potřebují získat dovednosti, jak vést psychiatrický rozhovor a komunikaci ke zjištění a zvládnutí emočního strádání, úzkosti a deprese. Tyto problémy bývají spojeny s rodinnými problémy a sociálními obtížemi a jsou pochopitelné jen tehdy, jsou-li nahlíženy na tomto pozadí. Při posuzování pacientů musí lékaři věnovat pozornost nejen tělesným a psychologickým, ale také sociálním a osobnostním faktorům, které se podílejí na celkovém stavu pacienta.
4. Společenské stigma spojené s depresí jako „duševní chorobou“ je značné a je pravděpodobné, že bude hrát velkou roli v neochotě pacienta vyhledat, přijmout a dodržet léčbu. Lékaři by proto měli poučit pacienty a jejich rodiny o povaze a prognóze depresivních poruch. Lékaři by měli pacienty posílat k psychiatrům s uvážením právě pro tento negativní sociální dopad.

5. Tým primární péče by měl nabízet podporu jednotlivcům a rizikovým skupinám po významných stresujících událostech v jejich životě, jako je odchod do důchodu, ztráta zaměstnání, rodičovství (mnoho matek, které opustily zaměstnání, aby se staraly o své děti, se dostávají do sociální izolace, chybí jim intelektuální podněty a nastupuje deprese). Členové týmu by měli poskytovat preventivní poradenské služby i před stresujícími událostmi, které je možno předvídat.

Seznam doporučených postupů

Lékař primární péče by měl:

- zachytit depresivní symptomy u pacientů, kteří jsou vůči depresi obzvláště zranitelní (adolescenti a mladí lidé, starší lidé, ženy, osamělí, rozvedení, ovdovělí, ti, kteří v nedávné době ztratili své blízké nebo jsou sociálně izolovaní, lidé s poruchami spánku, vícečetnými nevysvětlitelnými somatickými potížemi, chronickými chorobami a invaliditou a pacienti s rodinnou nebo osobní anamnézou deprese);
- dokázat kvalifikovaně komunikovat s pacienty v emočním distresu tím, že:
 - navodí atmosféru vzájemné důvěry;
 - bude klást různé typy otázek (přímé, otevřené a uzavřené) o domově, práci a vztazích;
 - bude dobrým posluchačem (bude projevovat empatii a povzbuzovat pacienty k vyjádření emocí);
 - z rozhovoru vybere a využije veškeré dostupné zdroje informací (nejen co pacient říká, ale i verbální a neverbální známky, jako je tón hlasu, držení těla a výraz);
 - bude rozhovor usměrňovat a bude vyslovovat vstřícné komentáře;
 - spíše, než aby prostě dospěl k diagnóze, se bude snažit zkoumat a vyjasňovat pacientův problém, přesně jej odhadnout a uvést tělesné příznaky do souvislosti s událostmi v pacientově životě a psychologickými problémy, které se za nimi skrývají;
 - probere s pacientem vhodný a dohodnutý postup (plány ke zvládnutí nebo vyřešení problémů);
- stanovit diagnózu depresivních nebo úzkostných pacientů a zahájit léčbu (antidepresivní medikace nebo poradenství) nebo je poslat na odbornou psychiatrickou konzultaci s tím, že se vyhne falešně pozitivnímu diagnostickému značkování a následnému nepříznivému vlivu sociální stigmatizace „psychiatrického pacienta“;
- sledovat průběžně diagnostikované a léčené pacienty.

22.5 SEBEVRAŽEDNÉ CHOVÁNÍ

Sebevražda (suicidium) je definována jako záměrné jednání ohrožující vlastní život, které má za následek smrt. Osoba, která páchá sebevraždu, tento čin pečlivě plánuje, podniká veškerá opatření proti jeho odhalení a používá nebezpečnou metodu, aby si vzala život.

Je činěn rozdíl mezi lidmi, kteří se skutečně zabijí – dokonaná sebevražda – a mezi těmi, kteří to, co se jeví jako sebevražedný akt, přežijí – pokus o sebevraždu. Tato druhá kategorie ve skutečnosti zahrnuje dvě podskupiny: jsou lidé, kteří si skutečně přejí zemřít, ale z nějakého důvodu se jim nepodaří se zabít, a pak ti, jejichž touha po smrti je v daném okamžiku nejistá. Termín „parasuicidium“ byl zaveden jako pojem označující tyto pokusy o sebevraždu. Lidé, kteří se dopouštějí parasuicidia, jednájí impulzivně, způsobem, který si říká o odhalení a používají metody, u nichž je malá pravděpodobnost, že budou smrtelné.

Parasuicidium je definováno jako čin, který nevede ke smrti a při němž osoba záměrně zahájí neobvyklé jednání, jež by bez zásahu druhých vedlo k sebeпоškození. Motivace parasuicidálního chování je heterogenní a zahrnuje touhu manipulovat s druhými a vyvolat určité žádoucí změny, neverbální sdělení stavu úzkosti nebo touhu uniknout z napjaté situace. Podstatné ovšem je, že taková osoba si buď vůbec nepřeje zemřít, nebo v této věci není jistá.

Případy suicidia a parasuicidia se značnou měrou překrývají. Až 50% těch, kteří spáchají sebevraždu se předtím o ni alespoň jednou pokusili. Lidé, kteří se dopouštějí parasuicidia představují skupinu, která v sobě zahrnuje mnoho budoucích sebevražed. To má význam pro prevenci sebevražed: závažnost sebevražedného úmyslu a vražednost metody použité při pokusu mají značný prognostický význam pro pozdější autodestruktivní chování.

Používané metody se různí podle pohlaví a věku sebevraha nebo člověka, který se o sebevraždu pokouší a stejně tak se liší i kultura a dostupnost smrtících prostředků. Nejčastější metody jsou následující:

Zdaleka nejčastějším způsobem je předávkování předepsanými léky, zejména analgetiky a antidepresivy. Dříve se k záměrným otravám používaly barbituráty. To je nyní daleko méně časté v důsledku všeobecně nižší frekvence předepisování těchto léků. V posledních letech se stále častěji používá paracetamol. Je obzvlášť nebezpečný, protože poškozuje játra a může vést k pozdější smrti u lidí, kteří vlastně neměli v úmyslu zemřít.

Celkem běžnou metodou je otrava. Sebevražda plynem používaným v domácnosti je od zavedení netoxických plynů méně častá. Přibýlo počtu otrav vdechováním výfukových plynů z automobilu. Otravy pevnými a kapalnými domácími prostředky jsou na ústupu.

Frekvence použití násilných metod, jako sebevražda střelnou zbraní, oběšením nebo skokem, zůstává více méně konstantní, zejména u mužů, ale značně se liší mezi jednotlivými zeměmi.

Parasuicidium má ve většině případů formu předávkování předepsanými léky. Méně časté je pořezání.

Suicidium i parasuicidium zpravidla doprovází požívání alkoholu.

Rizikové faktory

Se zvýšeným rizikem sebevraždy se pojí nejrůznější faktory. Sebevraždu páchá asi třikrát více mužů než žen, na druhé straně pokusy o sebevraždu jsou 2 – 3krát častější právě u žen.

Riziko stoupá s věkem. Sebevraždy jsou mimořádně vzácné u jedinců mladších 12 let, častější začínají být po pubertě, v pozdní adolescenci a rané dospělosti a jejich četnost stoupá až do středního věku. Mezi staršími muži je nejvyšší sebevražednost ve druhé polovině 70. let, u starších žen je to mezi 55 a 64 lety.

Pokud jde o rodinný stav, sebevražednost je vyšší u odloučených, rozvedených a ovdovělých lidí než u svobodných či ženatých a vdaných.

Riziko se kromě toho zvyšuje s úrovní vzdělání, nestabilitou zaměstnání a s nezaměstnaností. Nadměrně zastoupeni jsou univerzitní studenti a zdravotnický personál.

Se zvýšeným rizikem sebevraždy jsou spojovány psychiatrické stavy, zejména:

- depresivní poruchy nálad se symptomy beznaděje, viny, nespavosti, nechutenství;
- závislost na alkoholu, zejména u starších lidí, s tělesnými komplikacemi a sociálními následky;

- drogová závislost, zejména u adolescentů a mladých dospělých;
- schizofrenie.

Poruchy osobnosti jsou rovněž významné. K lidem, u nichž je zvýšené riziko, patří: sociálně patologické osobnosti s výkyvy nálad, agresivitou, impulzivností a odcizením od vrstevníků, ti, kteří v dětství trpěli deprivací, včetně ztráty jednoho z rodičů, ti, kteří pocházejí z rozvrácených rodin a rodin, kde se vyskytla sebevražda, nebo ti, kteří žijí v rodině nebo subkultuře, kde je běžné násilí, alkoholismus nebo požívání drog. Má se za to, že svou roli hrají i zdravotní stavy, jako chronické, ochromující nebo bolestivé somatické onemocnění.

Další faktory dávávané do souvislosti se zvýšeným rizikem sebevraždy jsou:

- dřívější pokusy o sebevraždu;
- osobní ztráta nebo ztráta partnera;
- osobní konflikty jako manželská disharmonie;
- osamělost, bezmocnost a nedostatek společenské podpory;
- stresující životní události, jako rozvod, změna zaměstnání, stěhování, finanční potíže, odchod do důchodu nebo menopauza.

Faktory zvyšující riziko parasuicidia jsou podobné a zahrnují:

- stresující problémy v životě;
- osobní konflikty v rodině nebo práci;
- ztrátu zaměstnání;
- hádku nebo rozchod s manželským nebo mileneckým partnerem;
- odmítnutí sexuálním partnerem;
- fyzické nebo sexuální zneužití v minulosti;
- nemoc.

Výskyt

Suicidální chování je nadále důvodem k obavám. Mortalita se mezi jednotlivými evropskými zeměmi značně liší. Část těchto rozdílů je zřejmě možné připisovat také rozdílným kritériím pro identifikaci sebevraždy – v důsledku různých kulturních postojů ve vztahu k ní.

Sebevražednost sahá od dolní hranice 6 případů na 1 milion u žen na Maltě po horních 581 na 1 milion u mužů v Maďarsku. Země v jižní Evropě mají nejnižší výskyt, následují severozápadní země (Spojené království a Holandsko) a skandinávské země. Země s nejvyšší sebevražedností jsou Maďarsko (u mužů i žen), Finsko (muži), Rakousko, Švýcarsko, Francie, Belgie a Ruská federace.

Narůstající trend v sebevražedách v průběhu 70. let se po roce 1980 srovnal. Průměrná mortalita v 25 zemích, které podávají zprávy WHO, vrcholila v polovině 80. let a nyní vykazuje mírně sestupný trend. Nárůst byl pozorován ve 14 zemích, pokles v 11. Odchytky od evropského „středu“ a pořadí zemí zůstaly nezměněny. Nicméně riziko sebevraždy vzrostlo v průběhu dvou minulých desetiletí u adolescentů a mladých dospělých, zejména mužů. To je v souladu s klesajícím věkem začátku depresivních poruch.

Žádná země nevede oficiální statistiku, pokud jde o parasuicidia. Národní trendy tak nemohou být porovnány s vývojem sebevražed. Na základě dostupných údajů (například ze záznamů o propuštění z nemocnice) se však předpokládá, že oba trendy jsou v úzkém sepětí. Výskyt parasuicidií u adolescentů a mladých dospělých v mnoha zemích prudce vzrostl. Lze očekávat, že klesající věk těch, kteří se o sebe-

vraždu pokoušejí, sníží také věk u sebevrahů a zvýší celkové celoživotní riziko.

Intervence

Při prevenci sebevražd jsou hlavní strategie: sociální prevence, regulační opatření a lékařská intervence.

Sociální prevence spočívá v celkových národních strategiích. Ty by měly zahrnovat:

- opatření ke zlepšení sociálních a ekonomických podmínek, o nichž je známo, že jsou živnou půdou sebevražd;
- národní výzkumné programy;
- zlepšení služeb prostřednictvím poskytování informací a výcviku v prevenci sebevražd relevantním profesním skupinám a organizacím;
- osvětové programy pro veřejnost (v oblasti podpory duševního zdraví a v otázkách zneužívání alkoholu a drog).

Regulační opatření by měla zahrnovat omezení dostupnosti potenciálních smrtících látek, snížení účinnosti některých běžně užívaných metod sebevraždy a zlepšení praktik v oblasti předepisování takových léků, jako jsou sedativa, antidepresiva a paracetamol.

Opatření lékařské intervence zahrnují: zlepšenou detekci a zvládání depresivních poruch a dalších s nimi souvisejících stavů (konzumace alkoholu a užívání návykových látek), u nichž je známo, že predisponují k suicidálnímu chování, a identifikaci, posouzení a zvládání suicidálních stavů.

Identifikace a posouzení suicidálních pacientů mají několik prvků:

Prvním je prediktivní posouzení rizika sebevraždy s cílem rozpoznání potenciálně suicidálních osob podle demografických atributů a psychiatrické choroby. K tomuto účelu byly vypracovány standardní formáty rozhovoru a klinické nástroje. Problémy nicméně spočívají v statistickém předvídání události s nízkou frekvencí (nízká výtěžnost) a ve velkém počtu lidí s indikátory „vysokého rizika“, kteří k sebevraždě nikdy nedospějí (příliš mnoho falešných pozitiv, příliš nízká předpovědní hodnota). Z těchto důvodů rutinní screening u zdravých lidí na riziko sebevraždy nemá smysl. Jiným důležitým úkolem je posouzení:

- přítomnosti suicidálního úmyslu přímým dotazem (i když efektivnost této techniky nebyla zhodnocena);
- pacientů, u nichž je patrný vážný suicidální úmysl, s cílem vypracovat vhodný plán intervence;
- jednotlivých pokusů o sebevraždu s cílem odhadnout riziko dalšího pokusu v bezprostřední budoucnosti.

Zvládání suicidálních stavů může zahrnovat krizovou intervenci, akutní nebo intenzivní lékařskou péči a využití psychiatrických a podpůrných služeb.

Na švédském ostrově Gotland významně klesly míry sebevraždě poté, co byl realizován vzdělávací program pro praktické lékaře o posuzování a zvládání suicidálních stavů. Tento fakt podporuje potenciální preventivní roli lékařů primární péče.

Doporučené preventivní postupy

1. Vzhledem k tomu, že suicidium má svou sociální stránku, některé aspekty spadají do odpovědnosti politiků a široké veřejnosti. Sociální prevence je zcela jasně politická záležitost.
2. Rutinní screening asymptomatických osob na zjištění suicidálního úmyslu se nedoporučuje pro jeho nízkou výtěžnost a malou prediktivní hodnotu. Osoby, které jeví známky emoční tísně nebo u nichž se projevují rizikové faktory sebevraždy, je nicméně zapotřebí adekvátně posoudit z hlediska možného suicidálního úmyslu.

3. Prevence suicidia spočívá na lékařích primární péče, neboť oběti s nimi mají vysokou míru přímého kontaktu bezprostředně před svou smrtí. Retrospektivní vyšetřování (tzv. psychologické autopsie) ukazují, že až 70 % sebevrahů v měsíci před svou smrtí navštíví svého lékaře a asi 40 % tak učiní v týdnu před sebevraždou.
4. Taktní, avšak přímé dotazy pacientovi se sebevražděnými úmysly nezvyšují pravděpodobnost suicidálního chování. Rozhovor o sebevražděných myšlenkách a plánech nemusí nutně tuto představu ještě upevnit v pacientově mysli. Naopak, pro pacienta, který již pomýšlí na sebevraždu a nedokáže se se svými pocity zoufalství nikomu svěřit, to může být obrovská úleva. Citlivý a otevřený rozhovor může krizi spíše uvolnit a málokdy, pokud vůbec, ji rozjítí.
5. Velké riziko sebevraždy je u starších mužů a žen, kteří žijí osaměle. Jejich lékař pro ně může být jediným zdrojem sociálního kontaktu. Lékaři si musí být vědomi toho, že starší lidé často prezentují své psychické a sociální problémy jako somatické potíže (jako nespavost nebo chronickou bolest). Jakákoliv snaha o léčbu by proto měla zahrnovat i zhodnocení rizika sebevraždy a pochopení sociálních příčin psychických problémů.
6. Podobně mnoho problémů, s nimiž přicházejí mladí lidé, kteří projevují suicidální chování, pramení ze zdrojů, jež jsou převážně sociální a situační: konflikty s rodiči, přerušování vztahu, problémy nebo neúspěch ve škole, sociální izolace, požívání návykových látek nebo fyzické či sexuální zneužívání. Známky a příznaky deprese jsou často atypické. Lékaři by to měli vycítit a dále konzultovat s dalšími odborníky, jako jsou pracovníci v oblasti duševního zdraví, kliničtí psychologové, sociální pracovníci a pediatři se zkušeností v dorostové medicíně.
7. Ukázalo se, že lidé, kteří páchají sebevraždu, přímo nebo nepřímo varují, že to mají v úmyslu. Signálem může být:
 - přímé konstatování úmyslu (jako „chci zemřít“, „už vám dlouho nebudu zavazet“);
 - nepřímé, skryté narážky vyjadřující frustraci, celkový pocit neštěstí nebo beznaděje (jako „ta práce je na mě moc, už na to nestačím“, „nemůžu se s tím vyrovnat, nic mi nejde“, nebo „vykašlu se na to, stejně nic nedokážu změnit“);
 - neverbální, behaviorální náznaky (jako zbavování se osobních věcí, odmítání kupovat si nové šaty, shromažďování léků, nový zájem o životní pojištění, porízení závěti).

Lékaři by se měli při takových signálech mít na pozoru a brát je vážně. Není pravda, když se říká, že lidé, kteří o sebevraždě mluví (i opakovaně), ji nikdy neprovedou. Ignorovat tato varování znamená dopouštět se nedbalosti.

1. Zdravotníci by neměli zlehčovat pokusy o sebevraždu. U pacientů, kteří se dopustili záměrného sebepoškození, je riziko dokonané sebevraždy v následných 12 měsících asi 100x vyšší než u běžné populace. Asi 3 % těch, kteří se o sebevraždu pokusili, si nakonec život vezmou. Dvě třetiny až polovina lidí, kteří spáchali sebevraždu, se o to v minulosti již pokusili. Zdravotníci by měli u pacientů, kteří se pokusili o sebevraždu, posoudit následné riziko dokonané sebevraždy, aby jí mohli předejít.
2. Zdravotníci by měli s takovými pacienty vést rozhovory objektivně, aniž by je soudili, klidně, uvolněně, beze spěchu a účastně. To umožní pacientovi, aby přiznal případné zoufalství a sebezničující úmysly. Neexistuje žádný soubor otázek, který by byl použitelný pro všechny takové pacienty, a žádné klinické rysy, které by mohly sloužit

jako přesné měřítko předpovědi sebevražděného úmyslu. Jsou však určitá fakta a faktory, které ukazují na zvýšené riziko, a posouzení by mělo mít za cíl stanovení jejich přítomnosti.

3. Zvládání suicidálních stavů závisí na intenzitě suicidálního úmyslu, závažnosti psychiatrického stavu, z něhož vychází, a dostupnosti sociální podpory mimo nemocnici.

Seznam doporučených postupů

Lékař primární péče by měl:

- mít na paměti fakta a faktory, které naznačují zvýšené riziko suicidálního chování obecně, a zejména prediktory bezprostředně hrožící sebevraždy (jako projevy duševního stavu, vyhledání pomoci v posledním měsíci nebo měsících, hovory o sebevraždě nebo příprava na ni, snadný přístup k určité metodě sebevraždy);
- být pozorný ve vztahu k jakýmkoliv varovným signálům před pokusem o sebevraždu a brát je vážně;
- být ochoten a schopen taktního dotazování na pacientův úmysl, jestliže jeho anamnéza odhaluje některé indikátory a prediktory rizika nebo možnost, že ho napadají myšlenky na sebevraždu, a když se dostaví zcela nový pacient s potížími a tísní emočního rázu;
- posoudit na základě relevantních otázek v rozhovoru s potenciálně suicidálním pacientem přítomnost suicidálního úmyslu a jeho naléhavost;
- vyšetřit pacienty, kteří byli zachráněni při nedávném pokusu o sebevraždu, provést lékařské vyhodnocení fyzického poškození a posoudit pravděpodobnost opakování pokusu o sebevraždu se smrtelným následkem;
- rozhodnout o vhodném plánu intervence pro daného pacienta a přesvědčit jej, aby tento plán přijal, odeslat pacienta domů, jestliže nehrozí bezprostřední riziko sebevraždy a je k dispozici spolehlivá rodinná péče, nebo poslat pacienta do nemocnice, jestliže existuje značné bezprostřední riziko sebevraždy nebo vážného fyzického poškození a je zapotřebí lékařského nebo psychiatrického léčení;
- poskytnout účastné poradenství příbuzným pacienta, který spáchal sebevraždu;
- upozornit pacienty, kteří se zabírají myšlenkami na sebevraždu nebo mají takové podezření u svých příbuzných nebo přátel, na dostupné místní služby (střediska krizové intervence a telefonní linky pro tísňové volání).

Hodnocení suicidálního chování

Posouzení rizika sebevraždy, jestliže dosud nebyl učiněn žádný pokus, nebo hledání přítomnosti suicidálního úmyslu zahrnuje následující:

1. Dotažte se na pacientovy současné problémy a jeho reakce na ně. Otázky by se měly týkat témat, jako stresující události v životě v současné době, nedávné ztráty

(osobní, finanční nebo postavení), konflikty, osamělost, problémy s drogami nebo alkoholem a tělesné nemoci.

2. Posuďte osobnost pacienta a jeho současný duševní stav. To by mělo zahrnovat náladu, impulzivní nebo agresivní tendence a postoje k náboženství a ke smrti. (Mějte na paměti, že pacientův popis sama sebe může být zbarven depresí, a pokud je to možné, pohovořte si se zainteresovanou osobou.)
3. Dotažte se pacienta na sebevražedné myšlenky a úmysly. Začněte obecnými otázkami a postupujte ke konkrétnějším („Máte někdy pocit, že byste to nejrady vzdal?“, „Ste někdy blízko tomu si ublížit nebo skončit se životem?“, „Udělal byste to?“, „Máte pocit, že se v dohledné budoucnosti zabijete?“). Přímé popření suicidálního úmyslu je obvykle pravdivé a podrobnější dotazování pak není zapotřebí.
4. Pokud pacient připustí sebevražedný úmysl, posuďte jeho stupeň dotazováním, zda již má plány a do jaké míry jsou konkrétní („Kdy a kde byste to udělal?“, „Kde byste k tomu sehnal prostředky?“), na vražednost a dostupnost uvažované metody a pravděpodobnost záchranu při uvažovaném pokusu („Víte ještě někdo o vašich plánech?“).
Lékařské posouzení tělesného poškození po pokusu o sebevraždu zahrnuje otázky o následujícím:

- použitý prostředek a jeho smrtící účinky;
- zda pacient měl narušené vědomí (zda byl při vědomí, semikomatózní a zmatený nebo komatózní);
- k jakému rozsahu tělesného poškození došlo (mírnému, střednímu, závažnému), jak rychle se pacient může uzdravit a jaké léčby je zapotřebí (první pomoci, hospitalizace, intenzivní péče).

Posouzení stupně suicidálního úmyslu při právě podniknutém pokusu zahrnuje položení následujících otázek:

1. Co měl pacient v úmyslu? Byl tento čin předem promyšlený a plánovaný nebo impulzivní?
2. Byla podniknuta opatření proti záchraně? Abyste získali odpověď, zeptejte se:
 - zda byla použita metoda nebezpečná (například vzhledem k množství požitých léků);
 - v jakém prostředí k pokusu došlo (známém, ne sice známém, ale nikoli vzdáleném, nebo ve vzdáleném);
 - jaká byla pravděpodobnost, že pacienta někdo zachrání (jistá, téměř jistá, střední, nejistá, malá, byla to náhoda);
 - kdo podnikl záchranou akci (někdo, kdo pacienta zná, profesionál, např. policista nebo lékař, cizí osoba, jako taxikář nebo kolemjdoucí);
 - do jaké míry se pacient podílel na záchraně (požádal o pomoc, zanechal stopy, nežádal o pomoc); kolik času uplynulo, než byl pokus objeven.
3. Pacient poté, co byl zachráněn, má stále ještě v úmyslu zemřít?

23 PREVENCE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ

23.1 KARCINOM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Karcinom děložního čípku a jeho prekancerózy obvykle vycházejí z přechodné zóny, ve které se setkává vícevrstevný epitel endocervixu s cylindrickým epitelem endocervixu. Během života se hranice vícevrstevného a cylindrického epitelu posouvá kraniálně.

Prekancerózy nádoru děložního čípku jsou ty změny, které se vyhledávají v rámci screeningů. Zahrnují lehké, střední a závažné dysplazie a carcinoma in situ. Léze, jejichž buňky vykazují cytologické známky neoplazie, jsou lokalizovány do povrchových vrstev epitelu nebo prostupují celou jeho šíří. Prekancerózy jsou však charakterisovány absencí invaze do dalších vrstev epitelu. Někdy je obtížné odlišit dysplazii a carcinoma in situ, a proto současná klasifikace užívá označení cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN) pro obě léze. Podle tohoto rozdělení je CIN I rezervováno pro lehkou dysplazii, CIN II pro středně závažnou dysplazii a CIN III pro těžkou dysplazii a carcinoma in situ.

Rizikové faktory

Incidence karcinomu děložního čípku prudce vzrůstá ve věku okolo 40 let s vrcholem mezi 45 a 55 roky života. Poté se opět snižuje. Nádor čípku je vzácný u žen do 25 let.

Nejjasnější je vztah mezi rizikem nádoru čípku a sexuální a reprodukčním chováním ženy. Do nejvíce rizikové skupiny patří ženy, jejichž pohlavní život začal časně, měly hodně sexuálních partnerů a jsou multipary. Je patrný vliv pohlavně přenosných chorob, virových agens a špatné genitální hygieny (mužů i žen). Předpokládá se také negativní vliv kouření a dlouhodobého užívání perorální antikoncepce. Bariérové metody antikoncepce se ukázaly jako protektivní faktor. Navíc je patrná vazba se špatnými socioekonomickými podmínkami.

Je těžké vyhledávat rizikové skupiny podle uvedených faktorů, protože populace nemůže být klasifikována podle sexuálních zvyků nebo podle přítomnosti protilátek proti pohlavně přenosným nemocem. Pro rozdělení do skupin je možné využít věk a definovat tak skupinu s vysokým rizikem a ženy bez pohlavní zkušenosti mohou být považovány za málo rizikovou část populace.

Vznik onemocnění

Karcinom děložního čípku je progresivní onemocnění. Rozvíjí se velmi dlouhou dobu (10 i více let). Některé formy dysplazie vedou k rozvoji carcinoma in situ a v konečné fázi k invazivní lézi. CIN může progredovat až do karcinomu, ale může také spontánně zcela zmizet. Protože však nelze predikovat, které CIN se rozvine a které nikoliv, je nutné brát všechny typy jako potenciálně maligní.

Většina karcinomů vychází z vícevrstevného epitelu lokalizovaného v oblasti epiteliální junkce. Výjimkou je adenokarcinom, který má svůj původ v endocervikálních žlázách ve sliznici čípku. Prognóza závisí na pokročilosti onemocnění. Statistika pětiletého přežití jasně dokazuje význam včasné diagnózy a léčby (78 % v 1. stadiu, 57 % ve

2. stadiu, 31 % ve 3. stadiu a 8 % ve 4. stadiu nemoci). Dlouhodobé přežití žen s karcinomem in situ nebo s dysplazií je v podstatě 100%.

Výskyt

Karcinom děložního čípku je v celosvětovém měřítku druhý nejčastější nádor u žen po nádorech prsu. V rozvojových zemích je vůbec nejčastějším nádorem a v evropském regionu je na pátém nebo šestém místě, ale v rámci oblasti jsou značné rozdíly.

V současnosti byl zaznamenán pokles incidence i mortality, a to zejména v zemích s dobře organizovanými screeningovými programy. Avšak i v těchto zemích se výskyt nádorů posouvá do nižších věkových kategorií. Incidence je asi 2x vyšší u žen z nižších socioekonomických vrstev.

Intervence

Zatímco možnosti primární prevence jsou značně omezeny, významnou roli může hrát osvětová činnost o bezpečném sexuálním chování.

Časná detekce prekanceróz a počátečních forem nádoru screeningovými vyšetřeními je úhelným kamenem redukce mortality a incidence cervikálního karcinomu. Příprava a vyšetření stěru z čípku může snadno, bezpečně a ekonomicky prokázat cytologické známky přítomnosti sledovaných změn.

Cervikální stěr (sec. Papanicolau) se stal vhodným vyšetřením k detekci asymptomatických lézí. Je jednoduchý, bezpečný, relativně laciný a přijatelný pro pacientky. Sensitivita testu je vysoká; může identifikovat pacientky s preklinickými stadii nemoci, což je cílem screeningů. Určitý počet falešně pozitivních výsledků, a proto musí následovat histologické ověření pozitivity. Kontroly kvality mohou minimalizovat počet i falešně pozitivních i falešně negativních výsledků ve screeningů. Prokázalo se, že při dobře provedeném screeningů s negativním výsledkem trvá protektivní efekt 2 roky a pak s časem klesá. To implikuje frekvenci, resp. interval, mezi jednotlivými screeningovými testy.

Význam příležitostného screeningů je kontroverzní. Provádět testy při každé vhodné příležitosti (při těhotenství, potratech, předpisu antikoncepce apod.) je na jedné straně pro řadu žen zbytečně extenzivní, a na druhé straně v takovém systému unikají pacientky, které se na takové gynekologické prohlídce nedostavují, a není známo ani procento vyšetřených žen ve sledované populaci. Zkušenost ukázala, že takovým způsobem jsou extenzivně vyšetřovány mladé vzdělané ženy, u kterých je riziko rozvoje nádoru nízké, zatímco starší ženy a ženy z nižších socioekonomických vrstev možnosti screeningů nevyužívají.

Proto bylo doporučeno nezavádět screening, pokud nebude dobře organizován: je vhodné zvát všechny registrované ženy a vést přehled o vyšetřených pacientkách a podle doporučení je zvát na opakované kontroly.

Navíc, protože jiné rizikové faktory než věk se obtížně identifikují (sexuální praktiky, socioekonomický stav, přenosná onemocnění), je obtížné definovat rizikové skupiny a nebyl zjištěn přínos jiného dělení než podle věku. Proto není doporučováno provádění selektivního screeningů.

Organizace screeningů

Organizované screeningové programy jsou iniciovány a zaváděny zdravotní autoritou podle uznávaných pravidel. Základní předpoklady pro takové programy jsou:

- identifikace vhodných žen pro screening v cílové populaci;
- vhodné zařízení pro provádění screeningů, tak aby bylo

zaručeno dostatečné pokrytí populace; zahrnuje v sobě zvaní podle jména a osobní dopis, nedostaví-li se pacientka k vyšetření;

- vhodná strategie pro vybrání cílové skupiny (optimálně jsou to všechny ženy mezi 25 a 60 lety) a intervalů mezi jednotlivými vyšetřeními (3 – 5 let);
- vhodné zařízení pro diagnostiku a optimální léčbu potvrzených neoplazií a sledování léčených žen;
- monitorování a zhodnocení vlivu screeningu na incidenci a mortalitu.

Evidence efektivity

Organizovaný screening podle cervikálních cytologií se ukázal jako efektivní co do snížení incidence i mortality na nádory děložního čípku v zemích, které jej využívají několik let. Nejpřesvědčivější údaje přicházejí ze severovýchodních zemí, kde během 20 let klesla incidence a mortalita o 40 – 60 % v závislosti na intenzitě a rozsahu screeningu. Pouze jediná země, ve které byl zaveden screening (a zde se jednalo o náhodný screening) udával vzestup incidence.

Příležitostný screening byl znatelně méně efektivní bez ohledu na jeho intenzitu a rozsah.

Doporučené preventivní postupy

1. Koncepce prevence nádorů děložního čípku (včetně vlivu sexuálního chování, osobní hygieny, bariérových metod antikoncepce), varovné známky přítomnosti nádorového onemocnění a význam časné detekce nádorů by měly být součástí zdravotní výchovy ve školách a osvětových programech pro veřejnost.
2. Všechny ženy mezi 25 a 60 lety by měly mít v pravidelných 3 – 5 letých intervalech provedeno cytologické vyšetření cervikálního stěru. Pro dosažení optimálního efektu by měl být vytvořen systém zvaní a opakovaných pozvání ke kontrolám.
3. Screening by měl být nabídnut citlivě a ve vhodném kontextu vzhledem ke kulturním odlišnostem.
4. Měly by být využívány vhodné prostředky k tomu, aby ženy byly informovány o dostupnosti a významu screeningu a v čem screening spočívá. Zvláštní pozornost by měla být věnována ženám, které jsou ve vysokém riziku, nikdy nepodstoupily test nebo se zdráhají vyšetření podstoupit.
5. Zdravotní autority by měly podporovat rozvoj a zlepšování organizovaných screeningových programů a zajistit, aby vhodný mechanismus kontrol kvality správně fungoval.
6. Každý ze subjektů, který se na screening podílí, by měl dodržovat návody na zajištění kvality při odběru cytologií, jejich zpracování i interpretaci v laboratoři a zajistit vhodné další postupy a doporučení pro pacientky s abnormálními výsledky testů.
7. Kolposkopie by neměla být využívána jako primární screeningová metoda, ale jako součást diagnostického postupu u žen s abnormálním cytologickým nálezem. Tato technika by měla být svěřena gynekologům a jiným zdravotníkům, kteří mají dostatečnou zkušenost a výcvik k provádění takových vyšetření.
8. Cytologické stěry by se neměly odebírat v intervalu mezi screeningovými vyšetřeními, pokud se nejedná o klinickou manifestaci podmíněný diagnostický postup. Podle Správné klinické praxe (Good Clinical Practice – GCP) by měly být výsledky testů odebírány bez klinického opodstatnění by měly být hlášeny pracovišti, které je za screening odpovědné.
9. Screening by měl být ukončen v 60 letech věku za před-

pokladu, že žena měla v předchozích 10 letech alespoň 2 za sebou následující cytologie negativní a žádnou cytologii v tomto období s patologickým nálezem. V opačném případě je možné pokračovat do věku 65 let.

10. V případě, že neexistuje organizovaný screeningový program, je možné, aby screening prováděli terénní lékaři s tím, že je nezbytně nutné dodržet základní pravidla screeningu a technická doporučení:
 - musí existovat registr screeningu, ve kterém budou zavedeny všechny pacientky (ať už screening podstoupily či nikoliv);
 - musí být vhodné zařízení a podmínky pro provádění screeningu;
 - vyšetřující lékař musí mít dostatečné zkušenosti s odběrem a hodnocením vzorků;
 - musí existovat komunikace s laboratoří i centrem, které se zabývá léčbou a sledováním případných pozitivních pacientek.
11. Jestliže žena ve věku, ve kterém by měl být prováděn screening, navštíví svého lékaře z důvodu nesouvisejícího s cytologií, lékař by měl zjistit, zda a kdy byla naposledy screeningově vyšetřena. Pokud od posledního vyšetření uplynulo déle než 5 let nebo pokud žena nebyla vyšetřena vůbec, měl by cytologické vyšetření provést nebo naplánovat a výsledek hlásit registru screeningového centra.

Seznam doporučených postupů

1. Pro přesnou informaci a praktické doporučení v každé fázi screeningu by tým primární prevence měl:
 - rozumět organizaci a procedurám screeningového programu včetně doporučení a dalšího sledování žen, které vyžadují další sledování;
 - založit a udržovat komunikaci se všemi zúčastněnými (včetně cytologické laboratoře a centra pro léčbu a sledování neoplazií) a zajistit podporu spolupráce.
2. Aby byla zajištěna vyšší návštěvnost screeningového programu, tým primární prevence by měl:
 - vyčlenit konkrétní osobu odpovědnou za vyhledávání odpovídajících žen;
 - sledovat a doplňovat seznam žen, který by mohl být využitelný pro první pozvání všech žen odpovídajícího věku a zajistit pravidelná další pozvání;
 - začlenit a obnovovat anamnézu a informace ze screeningu v záznamech terénních lékařů;
 - vzdělávat, motivovat a přesvědčovat ženy, aby přijaly pozvání na screening a sledovat důvody, proč pozvání nepřijaly.
3. Aby se zlepšovalo přijímání screeningu, tým primární prevence by měl:
 - vysvětlit pacientkám význam testů a vyšetření, jejich pozitivita, možná selhání a nežádoucí účinky systému a jejich rovnováhu a přesvědčit ženy, že pozitivní efekt převažuje nad možnými negativy;
 - podat informaci tak, že ženy budou rozumět všemu, co se provádí, a jsou připraveny pro různé etáže screeningu;
 - sledovat obavy a vysvětlovat význam abnormálních výsledků a rozptýlit nejistotu z toho, co bude následovat.
4. Tým primární prevence by měl mít dostatek zkušeností, aby prováděl vhodný odběr stěru a aby vzorek obsahoval reprezentativní buňky. Proto by měl:
 - odebírat materiál asi uprostřed menstruačního cyklu;
 - v případě zánětlivého postižení nejdříve vyléčit zánět, teprve poté provést odběr na screening;

- používat vaginální zrcadla, aby byla provedena inspekce cervixu;
 - používat speciální vatový tampon na špejli nebo cytologický kartáček a odebrat vzorky z endocervikálního kanálu, přechodné zóny i exocervixu a pracovat tak, aby nedošlo k poranění a krvácení;
 - udělat ihned z odebraného materiálu nátěr na sklíčko a označit jej jménem pacientky a číslem vyšetření tak, aby nemohlo dojít k záměně (diamantový hrot);
 - fixovat nátěr fixačním médiem co nejdříve, aby nedošlo k vysušení buněk;
 - zajistit transport vzorků do cytologické laboratoře.
5. Tým primární prevence by se měl podílet na sledování a další péči o ženy jak s negativním, tak pozitivním výsledkem screeningového vyšetření.

23.2 NÁDORY KŮŽE

Kožní nádory je možné rozdělit do dvou skupin: maligní melanomy a ostatní maligní nádory.

Nemelanomové karcinomy kůže se vyvíjejí z buněk bazální vrstvy epidermis, která je za normálních okolností zdrojem pro keratinocyty. Mezi tyto nádory patří bázoceulární karcinom, lokálně expandující nádor, který roste pomalu a zřídka metastázuje, a spinocelulární karcinom, který má známky invazivity, ale jeho buňky ukazují známky diferenciace do keratinizujících buněk.

Maligní melanom je vysoce maligní karcinom, který má svůj původ v melanocytech junkční zóny mezi epidermis a dermis a nádor prokazuje různou míru pigmentace. Rozlišují se 4 typy maligního melanomu. Prvním typem je Lentigo maligna melanoma, který se vyskytuje zejména na slunci exponovaných místech (tváří) starých lidí a vytváří pomalu rostoucí hnědou pihu. Druhým typem je povrchově se šířící melanom, který je nejčastějším z maligních melanomů (50 – 70%) a může se vyskytnout v kterékoliv oblasti kůže. Postihuje mladší lidi a nejobvyklejší lokalizací u žen jsou dolní končetiny a u mužů záda. Jistou dobu před přechodem do hlubších vrstev kůže se šíří povrchově. Nodulární melanom (třetí typ) je nejrychleji rostoucím typem. Prezentuje se jako polypózní nebo lehce zvýšená léze kdekoli na těle, zejména na trupu. Růst nodulárního melanomu je v prvních fázích vertikální a dostává se tak do hlubších vrstev kůže a podkožních struktur. Snáze metastázuje do lymfatických uzlin a má nejvyšší mortalitu. Čtvrtým typem je akrolní melanom, který je poměrně vzácný. Tvóří asi 10% všech melanomů a vypadá jako tmavě hnědý pigmentované ploché ložisko umístěné na dlani ruky nebo plosce nohy nebo v nehtových lůžkách.

Rizikové faktory

Epidemiologická data a experimentální modely poukazují na úzkou souvislost mezi expozicí ultrafialovému záření (UV) a kožními nádory. UVB záření (součást slunečního spektra) obsahuje vlnové délky (280 – 320 nm) odpovědné za vznik kožních karcinomů.

Závažné argumenty podporují tvrzení, že vznik bázoceulárního i spinocelulárního karcinomu souvisí s dlouhodobou kumulativní expozicí slunečnímu záření, tak jak je tomu u lidí, kteří pracují venku (farmářů, stavebních dělníků, rybářů, námořníků atd.). Tyto léze se objevují v anatomických lokalizacích, které jsou zatíženy každodenní expozicí slunečnímu svitu (hlava a tvář apod.). Jsou také důkazy o tom, že dlouhodobá expozice slunečnímu záření je hlavní příčinou vzniku lentigo maligna. Na druhé straně etiologie ostatních typů kožních nádorů má souvislost spíše s intermitentní in-

tenzivní expozicí slunci (opalování o prázdninách) s malým kontaktem se sluncem během ostatních částí roku. Incidence je zvláště vysoká u lidí, kteří profesionálně tráví většinu času v místnostech, ale během zimní a letní rekreace jsou na slunci vystavených svazích nebo plážích.

Dále existují některé hostitelské faktory, které jsou spojeny s vyšším rizikem. Důležitý je věk jedince, který hraje roli zejména u nemelanomových karcinomů, kde incidence vzrůstá se stoupajícím věkem. Melanom na věku významně nezávisí.

Muži jsou náchylnější k rozvoji nemelanomového karcinomu; incidence melanomů je srovnatelná u mužů a žen.

Lidé se světlou kůží a světlými vlasy (blond, rzzavými, světle hnědými) a modrými nebo světlými očima jsou náchylnější k rozvoji karcinomu kůže než lidé tmavší pleti. Vzhledem k tomu, že uvedené znaky jsou poměrně časté v bílé populaci, není možné na jejich základě definovat rizikovou skupinu.

Zvláště významný je typ reakce kůže na expozici slunci. Ohrožení jsou zejména lidé, kteří se snadno spálí a obtížně se opalují. Navíc anamnéza opakovaných slunečních spálenin je rizikovým faktorem. Lidé, kteří byli v posledních 10 – 20 letech jednou nebo vícekrát závažněji popáleni sluncem, mají signifikantně vyšší riziko.

Zvýšené riziko rozvoje melanomu je u lidí s vícečetnými benigními pigmentovými névy.

Imunosuprese je dalším rizikovým faktorem.

Vznik onemocnění

Není známa prekanceróza bázoceulárního karcinomu. Obvyklým prekurzorem spinocelulárního karcinomu je aktinická keratóza (senilní nebo solární) a karcinoma in situ (Morbus Bowen) epidermis. Jen velmi malý počet těchto afekcí se však vyvine v invazivní karcinom. Aktinická keratóza je senzitivním indikátorem kumulativní expozice UVB záření a zvýšení rizika rozvoje nemelanomového karcinomu.

Melanom se může vyvinout na normální kůži v preexistujícím pigmentovém névu. Mladí dospělí mají v průměru 25 névů. Riziko maligního zvratu névu nebylo stanoveno.

V současné době jsou známy 2 prekancerózy maligního melanomu. Jednou z nich je syndrom dysplastických névů. Jedná se o stav, kdy lidé mají stovky velkých plochých nepravidelných různě pigmentovaných kožních afekcí v různých lokalizacích. Objevují se dříve než běžné névy (ty se vyskytují v adolescenci) a mohou vzniknout do 35 let života. Mají typickou histologickou strukturu. Syndrom se může vyskytnout u dvou i více členů rodiny. Melanom se může rozvinout přímo na podkladě těchto afekcí. Předpokládané riziko je asi 10% a zvyšuje se, je-li postiženo více členů rodiny. Druhou prekancerózou je kongenitální névus, který je přítomen již od narození nebo se objeví v kojeneckém věku. Jeho velikost může kolísat. Melanom se může na takovém podkladě vyvinout, zejména je-li jejich průměr větší než 20 cm.

Změny pigmentového névu jsou varovnou známkou toho, že by na podkladě existující afekce mohl vzniknout maligní melanom. Klinickými známkami maligní transformace jsou:

- asymetrie;
- rozpití okrajů (neostré ohraničení);
- změny barvy;
- rozměr (průměr přes 5 mm);
- progresi.

Prognóza pacientů s maligním melanomem je závislá na tloušťce primární léze nebo hloubce invaze nádorových buněk. Pětileté přežití pacientů s afekcí do 1,5 mm je okolo 90%. Pokročilé nádory jsou rezistentní k léčbě.

Výskyt

Bázocelulární a spinocelulární karcinom kůže jsou nejčastější malignity mezi bílou populací převyšující svou frekvencí všechny ostatní nádory dohromady. Přesná incidence není známa, protože mnoho pacientů je léčených praktickými lékaři nebo v ambulancích a mnoho jiných dokonce není léčeno vůbec. Navíc registry nádorových onemocnění nesledují kožní nádory. Bázocelulární karcinom tvoří asi 80 % všech nemelanomových nádorů kůže a 95 % těchto afekcí je vyléčeno excízi.

Přestože maligní melanom je mnohem méně častý, je odpovědný za velkou většinu úmrtí na kožní nádory. Incidence a mortalita výrazně kolísají podle geografických podmínek a jednotlivých států. To odráží spojitost mezi rizikem vzniku melanomu a koncentrací protektivního ozónu v atmosféře v dané geografické lokalizaci a fenotypu obyvatel (kožního typu). Nejvyšší počty jsou hlášeny mezi bílou populací Austrálie a severských zemí.

Byl zaznamenán značný vzestup incidence i mortality téměř v celém světě u obou pohlaví, a to i v oblastech, kde jsou výchozí hodnoty nízké (např. v Japonsku). V evropském regionu je největší nárůst pozorovaný v severovýchodních zemích (v Norsku se incidence zdvojnásobuje každých 10 let). U lidí narozených v kterékoliv dekádě je výrazně vyšší pravděpodobnost rozvoje kožní malignity, než u lidí narozených v předchozí dekádě. To svědčí pro změnu chování celé populace ve vztahu ke slunění, spíše než pro změnu chování jednotlivců.

Bylo zjištěno, že zmenšení ochranné ozónové vrstvy ve stratosféře zvýší množství UVB záření dopadajícího na zem o 5 – 20 %. Jako důsledek těchto změn se předpokládá vzestup incidence kožních nádorů.

Intervence

Hlavním prostředkem primární prevence jsou vzdělávací programy, které by přiměly lidi, aby se nevystavovali zbytečně slunečnímu záření v práci a při hrách a aby používali vhodné ochrany proti slunci. Takové informace by měly k lidem přicházet z hromadných sdělovacích prostředků, ve školách, v práci i při jiných příležitostech. Zvláště důležitá je úloha lékařů a ostatních zdravotníků v edukaci pacientů.

Bylo prokázáno, že dobře organizované vzdělávací programy mohou přinést změnu v chování populace ve vztahu k opalování, které bývalo velmi oblíbené.

Dále je vhodné přimět lidi k časnému vyhledávání kožních nádorů, aby bylo možné zlepšit terapeutický dopad. Programy sekundární prevence se soustřeďují na prohlubování znalostí o známkách časného melanomu a vizuálním vyšetření kůže. Screeningové testy jsou bezpečné, spolehlivé a přijatelné pro veřejnost. Zkušenost ukazuje, že mohou přinést výrazné snížení tloušťky detekovaných nádorů, a tak přes stoupající incidenci nemusí stoupat mortalita.

Doporučené preventivní postupy

1. Uplatněna by měla být strategie zaměřená na celou populaci i na rizikové skupiny. Při plánování cílu edukačních programů je nutné si uvědomit, že opalování je obecně uznávaným symbolem zdraví, bohatství a dobré kondice. Prázdninové cestování ze severovýchodních oblastí na jih je preferovanou rekreační aktivitou. Navíc UV záření má také pozitivní vliv na zdraví lidí. Proto by měly být podporovány rozumné návky v souvislosti se sluněním, spíše než eradikace opalování.
2. Strategie pro vysoce rizikové skupiny by měla být uplatněna u skupin, které jsou nejsnáze zranitelné (u dětí, adolescentů a lidí se světlou kůží, kteří se snadno spálí

na slunci). Dále by se měla týkat těch, kteří mají některý predisponující faktor pro rozvoj karcinomu kůže.

3. Veřejnost by měla být seznámena s klinickými projevy časných forem nádorů a s tím, že při včasné diagnóze je velmi dobrá prognóza. Pravidelné sebevyšetřování však může být zdrojem obav, a proto by mělo být doporučováno individuálně a opatrně. Je známo, že při rozšíření sebevyšetřování mnoho lidí přichází s benigními lézemi a také na to by měli být zdravotníci připraveni.

Seznam doporučených postupů

Tým primární prevence by měl:

- podávat informace o škodlivosti nadměrného slunění a jak mu předcházet;
- zaměřit pozornost na děti a nabízet dostatek informací rodinám s dětmi;
- provádět vizuální vyšetření kůže jako součást fyzikálního vyšetření pacientů, kteří přicházejí z jiného důvodu, přestože celotělová prohlídka by měla být vyhrazena pro pacienty se zvýšeným rizikem;
- vyhledávat lidi patřící do rizikových skupin a doporučovat jim minimalizaci expozice slunečnímu záření;
- informovat lidi o nutnosti bezodkladné návštěvy lékaře, zpozorují-li jakoukoliv změnu na již existujícím pigmentovém naevu nebo vznik nového;
- znát varovné známky maligní transformace existujícího pigmentového naevu a pacienty, kteří některou takovou známku vykazují, neodkladně doporučovat na dermatologické vyšetření.

23.3 PLICNÍ KARCINOM

Plicní karcinom má svůj původ v primárních a segmentálních bronších a méně často v malých bronchiolích. Proto termíny plicní karcinom a bronchiální karcinom jsou synonyma. Plicní karcinomy jsou biologicky a histologicky heterogenní skupinou. Většinu nádorů (90 %) lze zařadit do některé ze 4 skupin:

- epidermoidní nebo dlaždicový karcinom (40 – 45 %) má centrální charakter (kolem hlavních nebo lobárních bronchů). Vyskytuje se zejména u mužů;
- adenokarcinom tvoří 15 – 20 % plicních karcinomů a je lokalizován spíše periferně;
- malobuněčný (anaplastický) karcinom se vyskytuje ve 25 %;
- velkobuněčný karcinom (10 %) se vyskytuje jak centrálně, tak periferně, stejně jako malobuněčný.

Každý z uvedených typů se dále dělí ještě na podtypy. Ostatní skupiny nádorů nejsou obvyklé.

Rizikové faktory

Kouření tabáku je odpovědné asi za 90 % plicních nádorů. Incidence a mortalita jsou v populaci jasně svázány s kouřením.

Existuje vztah mezi dávkou a rizikem rozvoje plicního karcinomu ve vztahu ke kouření tabáku. Kuřáci, kteří spotřebují denně jednu krabičku cigaret po 30 let mají asi 20násobně vyšší riziko rozvoje plicního karcinomu než nekuřáci. Ti, kteří začali kouřit mezi 15. a 20. rokem života jsou ve větším riziku než lidé, kteří kouří od 25 let. Jestliže osoba kouřit přestane, riziko stále přetrvává, ale postupně se snižuje a za 10 – 15 let dosahuje úrovně nekuřáků. Nejvýznamnější souvislost s kouřením vykazuje malobuněčný karcinom. U nekuřáků se může plicní nádor vyskytnout také, ale ve většině případů se jedná o adenokarcinom.

Ostatní rizikové faktory jsou následující:

Se zvýšeným rizikem byla spojená některá zaměstnání a profesionální expozice. Profesionální expozice azbestu působí multiplikativně s expozicí tabákovému kouři. Je také předpokládán vliv radiační zátěže (radon v dolech a domácnostech) a znečištění ovzduší. Tabákový kouř však výrazně zastiňuje ostatní rizikové faktory. Přestože lze obtížně kvantifikovat, faktory prostředí hrají pravděpodobně menší roli.

Přestože nejsou známy nutriční rizikové faktory, dieta s obsahem čerstvé zeleniny a některých vitaminů může mít protektivní efekt.

Vznik onemocnění

Plicní karcinom se vyvíjí během asi pětiletého období z buněk bazální membrány přes několik stupňů dysplazií a intraepiteliálních lézí až k invazivnímu nádoru. Biologicky se buňky chovají jako pluripotentní se schopností diferenciací různými směry. To se pak odráží v histopatologickém i klinickém obraze.

Malobuněčný karcinom se považuje za specifickou entitu mezi různými typy plicního karcinomu (ostatní nádory se označují jako nemalobuněčné). Malobuněčný karcinom je většinou senzitivní k radioterapii a chemoterapii, které mohou prodloužit přežití, ale velmi často metastázuje již v době diagnózy. Počet vyléčených se pohybuje okolo 3 %. Pro pacienty s nemalobuněčným karcinomem zůstává chirurgické odstranění metodou volby, ale záchytnost pacientů s časnými formami nádoru (bez metastáz) je velmi malá. Dlouhodobé přežití se i v této skupině pohybuje pod 10 % a v posledních desetiletích se prakticky nezměnilo.

Klinicky se manifestuje plicní karcinom perzistujícím kašlem, chraptotem, hemoptýzou, dyspnoí, hmotnostním úbytkem a příležitostnou hrudní bolestí. K diagnóze a stagingu podle TNM klasifikace se používá RTG hrudníku, CT, mediastinoskopie a vyšetření funkce jater a ledvin. Jaterní a ledvinové funkce determinují operabilitu nádoru.

Výskyt

Plicní karcinom je téměř jistě nejobvyklejším typem nádoru. Ve vyspělých průmyslových zemích je odpovědný za 1/5 úmrtí na nádory u žen a 1/3 u mužů. Mortalita v rozvojových zemích prudce vzrůstá.

Plicní karcinom má vedoucí postavení u mužů a je nejčastější příčinou úmrtí v mnoha evropských zemích. Jeho počet je v některých zemích až 3x vyšší než v jiných. V několika zemích Evropy (Finsku, Velké Británii) jeho incidence u mužů mladších 50 let začala zvolna klesat a v některých dalších se růst zpomalil. V mnoha zemích, zejména střední a východní Evropy, se naopak zrychlil u obou pohlaví. U žen je stále třetím nebo čtvrtým nejčastějším nádorem a jeho incidence je výrazně nižší než u mužů. Také vzestup incidence je pomalejší než u mužů, avšak postupně dohání incidenci karcinomu prsu.

Kouření vysvětluje většinu rozdílů mezi muži i ženami. Ženy jsou v menším riziku, protože ve většině zemí jich kouří méně nebo začali kouřit později než muži. Také cigarety, které kouří ženy, obsahují většinou méně dehtu.

Intervence

Vzhledem k jasné příčinné souvislosti mezi kouřením a plicním karcinomem je možná dobrá prevence kontrolováním kuřácké epidemie. Přesto je nutné předpokládat, že uplyne značně dlouhá doba od snížení kouření a snížení incidence nádorů plic, protože časová prodleva mezi expozicí a rozvojem karcinomu je dlouhá. Současné údaje o incidenci a mor-

talitě odrážejí předchozí trendy v kouření. To znamená, že konečný dopad současného snížení kouření bude možné pozorovat až za mnoho let.

Snížení úmrtnosti na plicní nádory je velmi žádoucí. Bylo provedeno několik randomizovaných studií u mužů z vysoce rizikových skupin (silných kuřáků starších 45 let), které využívaly RTG plic a cytologické vyšetření sputa (každoročně, každého půl roku nebo 3x ročně) samotné nebo v kombinaci. Výsledky byly zklamáním. Přestože zachycené nádory byly méně pokročilé, nebyla prokázána snížená mortalita. Proto nelze screeningové metody doporučit ani pro sledování rizikových skupin.

Doporučené preventivní postupy

Nedoporučuje se screeningové vyšetřování RTG plic nebo cytologickým vyšetřením asymptomatických jedinců ani ve vysoce rizikových skupinách. Přesto je sledování kuřáků s ohledem na množství vykouřených cigaret a snaha snížit spotřebu tabáku jedinou cestou, jak incidenci a mortalitu na plicní karcinom ovlivnit.

Seznam doporučených postupů

Praktičtí lékaři a sestry by měli:

- znát a vyhledávat časné symptomy plicního karcinomu a pacienty, kteří takové příznaky mají, odesílat k podrobnějšímu vyšetření;
- rozhodně použít všechny dostupné prostředky k informování a edukaci veřejnosti, aby se dosáhlo snížení spotřeby tabáku.

23.4 KARCINOM PROSTATY

Karcinom prostaty se objevuje v epitelu lalůček posterolaterální periferní a anteromedianí přechodné zóny žlázy. Téměř všechny (95 %) karcinomy prostaty jsou adenokarcinomy. Jejich struktura je cribriformní, acinární, solidní nebo trabekulární. Stupeň buněčné diferenciací značně kolísá.

Běžně je karcinom prostaty klasifikován následovně. Klinický karcinom je takový, kde je diagnóza provedena klinicky a je verifikována histopatologickým vyšetřením. Okultní karcinom se manifestuje přítomností metastáz dříve, než se nalezne primární ložisko. Subklinický karcinom je takový, který je nalezen při histologickém vyšetření prostaty odstraněné pro nemaligní lézi. Latentní karcinom se nalézá při patologickém vyšetření post mortem u pacientů, kteří neměli žádné klinické příznaky.

Benigní hyperplazie prostaty, známá také jako nodulární zvětšení prostaty nebo hypertrofie, je častá nemaligní léze. Hyperplazie může mít různé zastoupení glandulární a stromální tkáně bez známek progresivní proliferace. Může způsobovat diferenciálně diagnostické problémy nebo může být svázána s rozvojem karcinomu.

Rizikové faktory

Příčina karcinomu prostaty není známa. Epidemiologické studie ukazují na vliv prostředí a životního stylu; např. jsou známy studie, které ukazují vyšší incidenci u lidí, kteří migrovali z nížce do vysoce rizikových oblastí.

Vliv hormonů (androgenů) je podpořen faktem, že karcinom prostaty nebyl nalezen u mužů vykastrovaných před začátkem puberty. Přestože se uvažovalo o faktorech, jako je sexuální a reprodukční chování, anamnéza pohlavně přenosných chorob, nadměrný příjem tuků, nebyla dosud prokázána jasná korelace.

Vznik onemocnění

Ve většině případů předchází vzniku rozvinutého karcinomu prostaty poměrně dlouhé preklinické období, během kterého může být diagnostikován. Primární nádor začíná jako tvrdá masa, která velmi pomalu infiltruje kapsulu a okolní tkáň. Může se lokálně šířit do periprostatických struktur, pánevních lymfatických uzlin, a pak dále krevním oběhem do kostí, plic a jater. Míra progresu, a tím i prognóza, koreluje se stupněm diferenciací (jak je zohledněno v Cleasnově systému klasifikace karcinomu prostaty).

Intraepiteliální neoplazie prostaty v periferní zóně žlázy a atypická adenomatózní hyperplazie v přechodné zóně jsou považovány za prekancerózy. Není znám žádný doklad, který by ukazoval na souvislost benigní hyperplazie prostaty s karcinomem. Některé karcinomy se vyvíjejí na terénu benigní hyperplazie, ale předchozí přítomnost této afekce nemá téměř žádný (jestli vůbec nějaký) vliv na rozvoj malignity. Význam nálezu latentních karcinomů na terénu benigní hyperplazie je také sporný, protože je otázkou, zda se opravdu jedná o skutečné karcinomy.

Diagnóza karcinomu prostaty je založena na klinických symptomech obstrukce uretry (jako progresivní obtíže při močení, polakisurie, pocit neúplného vyprázdnění močového měchýře, retence, bolesti pánve nebo zad apod.), digitálním vyšetření rektu, transrektální sonografií a aspirační biopsií tenkou jehlou. Jakmile je diagnóza potvrzena, je nutné provést rektální vyšetření, hladiny nádorových markerů v séru, kostní scan a RTG vyšetření kostí a hrudníku, aby bylo možno říci, zda se růst nádoru omezuje pouze na prostatu. Pro klinický staging se používá TNM systém nebo klasifikace Americké urologické asociace (American Urologic Association = AUA).

Pokud je nádor lokalizován (T1, T2 nebo A, B), tak se neléčí nebo se provádí radikální prostatektomie nebo externí radioterapie. T3 nádory jsou léčeny externí radioterapií. Pokročilé karcinomy (T4) jsou léčeny estrogény, které mají značný paliativní efekt.

V současné době se příliš mnoho karcinomů prostaty zachycuje v pokročilých stádiích a příliš mnoho pacientů má špatnou prognózu. Pětileté přežití se pohybuje v rozmezí 40 – 60 %. Na rozdíl od těchto údajů, je-li nádor zachycen včas, je pětileté přežití 80 – 95%. V tomto stadiu je však nádor většinou asymptomatický, a proto se předpokládá, že časná detekce by mohla zlepšit přežití pacientů. V současnosti není k dispozici žádná metoda, která by mohla predikovat, zda se karcinom v časně fázi vývoje bude dále rozvíjet a bude způsobovat klinické obtíže nebo pacienta zahubí nebo zda zůstane klinicky němý po zbytek pacientova života. Léčba takových nádorů je nejen zbytečná, ale dokonce může pacienta poškodit, protože s sebou přináší možnost nežádoucích reakcí, jako je inkontinence, cystitidy, proktitida a impotence. Navíc pacienti s časným karcinomem prostaty (zejména ti ve věku nad 70 let) pravděpodobně zemřou na jiné onemocnění, než je karcinom prostaty (především na kardiovaskulární choroby).

Výskyt

V některých částech západního světa je karcinom prostaty jedním z nejčastějších maligních nádorů a představuje narůstající zdravotní problém s tím, jak se prodlužuje délka života.

Incidence karcinomu prostaty narůstá současně se stoupajícím věkem, když ve věku 50 let má karcinom prostaty 10 % mužů ve věku 80 let již 70 %. Velmi zřídka se vyskytuje před 40. rokem života, a tak je zdravotním problémem pouze těch nejmouzejších zemí, kde populace stárne. V příštích

30 letech se předpokládá, že se incidence karcinomu prostaty zdvojnásobí jenom tím, že populace stárne.

Karcinom prostaty je v celosvětovém měřítku pátým nejčastějším nádorem a tvoří 7 % všech maligních nádorů u mužů. Geografická variabilita je ve věkově standardizovaných skupinách nejméně 7násobná. Největší incidence je v severozápadní Evropě, kde je nejčastějším nebo druhým nejčastějším nádorem u mužů. Incidence je však podhodnocena, protože mnoho karcinomů prostaty zůstává klinicky nediodagnostikováno, a proto nehlášeno. Latentní karcinom je mnohem častější než klinicky zjištěný a je zajímavé, že nesleduje na rozdíl od klinického geografickou variabilitu. Údaje o mortalitě při geografickém srovnání pak nejsou ovlivněny přítomností latentního karcinomu.

Ve skutečnosti je mortalita mnohem nižší než incidence. Nejvyšší počty jsou ve Švédsku, Norsku a Švýcarsku. Následuje Maďarsko, Lucembursko, Finsko, Rakousko a Nizozemí.

Jak incidence, tak mortalita stoupají ve většině populací, zejména v zemích východní Evropy.

Intervence

Primární prevence není v současné době možná.

Časná detekce u asymptomatických mužů

Časná detekce karcinomu prostaty, když je ještě malý a lokalizován pouze ve žláze, je předpokladem k tomu, aby bylo možno nabídnout léčbu, a tím snížit mortalitu. Dostupnými vyšetřeními pro časnou detekci jsou digitální vyšetření rektu, transrektální ultrasonografie a sledování sérových nádorových markerů.

Digitální vyšetření rektu je základním vyšetřovacím postupem pro detekci karcinomu prostaty u asymptomatických mužů. Jeho senzitivita i specifita jsou limitovány. Senzitivita proto, že lze palpatovat pouze zadní a laterální povrchy a není možné detekovat malé uzlíky uvnitř. Specifita je zatížena vysokým počtem falešně pozitivních nálezů a některé podezřelé uzlíky jsou nakonec zhodnoceny jako benigní hyperplazie prostaty. Testování nalézá příliš mnoho nádorů v pokročilém stadiu a vyžaduje značnou zkušenost lékaře, a proto záchytnost při tomto vyšetření může významně kolísat podle toho, kdo pacienta vyšetřuje. Pozitivní prediktivní hodnota je poměrně velmi nízká (6 – 39 %).

Při transrektální ultrasonografii je možné speciální sondou dobře znázornit celou strukturu prostaty a okolních tkání. Test je schopen zachytit velmi malé afekce (o průměru 5 mm i menším), které mohou být klinicky němé. Vzhledem k morfologické podobnosti nádoru a některých zánětlivých lézí je vysoké procento falešně pozitivních výsledků. Interpretace získaných údajů vyžaduje poměrně náročné zhodnocení. Sonografické vyšetření je poměrně drahé a obtížně proveditelné v podmínkách primární prevence nebo v rámci screeningu. Navíc je otázkou, jak by byl přijímán asymptomatickými muži. Sonografie je však vhodná jako vedení pro aspiraci tenkou jehlou.

Sérové nádorové markery jsou prostatický specifický antigen a kyselá fosfatáza.

Prostatický specifický antigen je glykoprotein, který se nalézá v cytoplazmě buněk prostaty. Je přítomen také v benigních i maligních buňkách a je možno jej detekovat a kvantifikovat v séru. Je to tedy nejsenzitivnější marker karcinomu prostaty. Jeho specifita je však poněkud omezená, protože zvýšení antigenu v séru může být důsledkem benigní hyperplazie nebo poranění prostaty při digitálním rektálním vyšetření.

Normální hodnoty prostatického specifického antigenu

se pohybují do 4 mg/l. Hladiny nad 10 mg/l nejsou s největší pravděpodobností způsobeny samotnou benigní hyperplazií, a proto mohou indikovat přítomnost karcinomu. Přesto je doporučeno urologické vyšetření. Hodnoty v rozmezí 4 – 9,9 mg/l musí být interpretovány v kontextu celého klinického obrazu.

Jak normální, tak maligní prostatické buňky produkují kyselou fosfatázu. Zvýšení hladiny tohoto enzymu je nejčastěji způsobeno přítomností nádorové tkáně prostatického původu v jiných lokalizacích. Vzhledem k tomu je vyšetřování hladin méně významné pro detekci prostatického karcinomu než prostatický specifický antigen.

Kombinace časných detekčních testů

Používání různých metod současně může zvýšit benefit. Metodami první volby jsou digitální vyšetření a vyšetření hladin prostatického specifického antigenu. Přidávání dalších metod k digitálnímu vyšetření rektu značně zvyšuje cenu časné detekce.

Přínos časné detekce

Nejsou k dispozici žádné údaje, které by prokázaly vliv časné detekce na mortalitu. Jsou nutné prospektivní studie srovnávající vyšetřené a nevyšetřené muže.

Je velmi málo údajů o tom, že časná detekce karcinomu prostaty zlepšuje výsledek. Pacienti s karcinomem ve fázi T2 nebo B, kteří byli léčeni radikální prostatektomií, mají medián přežití 15 let, což je srovnatelné s pacienty bez léčby. Některé z těchto nádorů zůstávají němé do konce života. Mladší jedinci jsou ve větším riziku progresu nádoru než starší. Zdraví muži ve věku 50 nebo 60 let mají před sebou předpokládanou délku života, že by mohli ztratit pokud by se nádor nedostatečně léčil. Proto je vhodné vypracovat postupy k časnému zjištění karcinomu prostaty, přestože incidence je v tomto věku nízká. Naopak u mužů starších 70 let je významně vyšší riziko úmrtí na jiná onemocnění, a proto není příliš imperativní provádět screening na časně fáze nádoru prostaty.

Doporučené preventivní postupy

1. Vzhledem k nedostatečnému významu rutinního digitálního vyšetření per rektum jako efektivní screeningové metody k detekci karcinomu prostaty u asymptomatických mužů není organizovaný screening doporučován. Vyšetření hladin prostatického specifického antigenu v séru a transrektální sonografie nejsou doporučeny jako rutinní screeningové postupy.
2. Vysoká pravděpodobnost přehnané léčby v časných fázích nádoru je argumentem proti provádění screeningu.
3. Vyhledávání takových případů praktickým lékařem je však vhodné. Muži ve věku od 50 do 70 let by měli podstoupit pravidelné (ne-li každoroční) vyšetření per rektum. Vzhledem k tomu, že dlouhodobé přežití u mužů nad 70 let lze očekávat jen výjimečně, není důvod zatěžovat je rektálním digitálním vyšetřením.
4. Jestliže je při digitálním vyšetření zjištěná indurace nebo tvrdé uzlíky, mělo by následovat urologické vyšetření. Jeho součástí může být vyšetření hladiny prostatického specifického antigenu a transrektální sonografie. Je-li hladina prostatického specifického antigenu nad 10 mg/l, je indikována transrektální sonografie a aspirační biopsie tenkou jehlou. Je-li hladina antigenu hraniční a sonografie negativní, je doporučeno sledování každých 6 měsíců. Není-li pozorován vzestup hladiny antigenu ani rozvoj jiné patologie, je doporučeno každoroční sledování.
5. Pracovníci primární prevence by měli zlepšovat své zna-

losti a praktické dovednosti týkající se detekce karcinomu prostaty a jeho léčby a následného sledování pacientů.

Seznam doporučených postupů

Praktický lékař by měl:

- provést vyšetření prostaty, kdykoliv je muž nad 50 let mělo by být prováděno digitální rektální vyšetření z jakéhokoliv důvodu;
- nabízet digitální vyšetření rektu všem mužům ve věku od 50 do 69 let každé 2 – 3 roky bez ohledu na důvod jejich návštěvy;
- přesně vyhodnotit symptomy, které by mohly souviset s karcinomem nebo benigní hyperplazií prostaty;
- doporučit ke specializovanému vyšetření všechny pacienty s abnormálním rektálním nálezem nebo příznaky podezřelými z onemocnění prostaty;
- nabídnout spolupráci a podporu randomizovaným screeningovým programům sledujícím karcinomy prostaty, které zahrnují registrované pacienty, a být psychologickou oporou pro pacienty zahrnuté do takových studií, aby byl minimalizován psychologický vliv;
- účastnit se v léčbě a sledování pacientů s diagnostikovaným a léčeným karcinomem prostaty.

23.5 KARCINOM PRSU

Karcinom prsu vychází z epitelu ductů a lalůček prsní žlázy. Jak lobulární, tak i duktální karcinom mohou být neinvazivní a mohou být považovány za afekci předcházející malignímu bujení. Jejich maligní potenciál je nejistý. Velkou většinu invazivních karcinomů tvoří adenokarcinomy s různým stupněm diferenciací. Mohou obsahovat kombinaci několika histologických skupin a jsou řazeny podle predominující histologické struktury (duktální nebo lobulární) nebo do skupiny blíže nespecifikovaných typů (skirhózní, medulární apod.). Jsou často multifokální a bilaterální.

Termínem minimální karcinom prsu jsou označovány takové afekce, které měří méně než 5 mm. Do této skupiny patří jak carcinoma in situ, tak invazivní tumory. Je nutná velmi obezřetná interpretace takové klasifikace, protože se jednotlivé subtypy nádorů výrazně liší svým chováním. Benigní onemocnění prsu, jako je např. dysplazie prsní žlázy nebo fibrocystická nemoc, se mohou manifestovat palpovatelnou rezistencí ve tkáni prsu, která je obtížně odlišitelná od maligního onemocnění. Taková onemocnění jsou však histologicky charakterizována spektrem regresivních a proliferativních změn tkáně prsu.

Rizikové faktory

Pro rozvoj karcinomu prsu byly bezpečně stanovené 4 rizikové faktory. Prvním je výskyt nádoru prsu v rodině anamnéze (žena, jejíž matka nebo sestra trpěla tímto onemocněním, má v průměru dvojnásobné riziko vzniku karcinomu prsu než ostatní populace). Riziko je zvláště významné, jestliže se v rodině vyskytl nádor prsu v menopauze nebo byl bilaterální. Druhým rizikovým faktorem je výskyt nádorového bujení v kontralaterální mléčné žláze (riziko rozvoje maligního bujení po předchozích benigních lezích je mnohem méně prozkoumané). Časná menarche a pozdní menopauza jsou považovány za třetí rizikový faktor. Riziko stoupá s prodlužujícím se menstruačním obdobím. Poslední rizikový faktor se týká reprodukce. Relativně vyšší riziko karcinomu prsu je u žen, které měly své první dítě po 28. roce života. Nullipary a svobodné ženy mají dvakrát vyšší

riziko výskytu maligního onemocnění prsu než ženy vdané. Infertilní ženy jsou ve větším riziku než ženy fertillní a je velmi pravděpodobný protektivní účinek kojení.

Vysoce rizikovou skupinu tvoří ženy, které splňují 3 výše uvedená kritéria.

Jsou také další faktory, o kterých se uvažuje jako o rizikových, přestože jejich skutečný význam nebyl dosud spolehlivě určen:

- exogenní hormony (používání kombinovaných estrogen-progesteronových kontraceptiv; začátek v mladém věku a pokračování mnoho let);
- vysoký příjem tuků a nadbytečný příjem energie a nadváha;
- pravidelné požívání alkoholu;
- ozáření malými dávkami (přestože pravděpodobnost rozvoje nádoru u ženy středního věku po jediném mamografickém vyšetření je velmi nízká 1:2000000);
- určité charakteristiky při mamografickém vyšetření (Wolfův příznak, při kterém jsou patrné dysplastické nebo příliš početné prominentní kanálky).

Vznik onemocnění

Karcinom prsu se vyvíjí pomalu, někdy 6 – 8 let. Stupně předcházející rozvinutému nádorovému bujení nejsou ještě dostatečně prozkoumány. Je známo široké spektrum patologií mléčné žlázy od afekcí s malým klinickým významem, které napodobují infiltrativní lobulární karcinom (sklerozující adenóza a duktální nebo lobulární hyperplazie), přes nonmaligní afekce, které však vyžadují pečlivé sledování (atypická papilomatóza a atypická duktální a lobulární hyperplazie), až po léze s vysokým rizikem invazivity (lobulární neoplazie). Jsou-li epiteliální proliferace spojeny s cytologickým obrazem neoplastických buněk, zdají se být krokem směrem k maligní transformaci. Přesto však nemusí nutně progredovat. A naopak, carcinoma in situ v sobě zahrnuje celou řadu jednotlivých onemocnění od velmi pozvolných až po rychle progredující.

Karcinom prsu je onemocnění s časnou diseminací a pozdními rekurencemi. V čase diagnózy je obvykle rozšířen v regionálních oblastech, přestože nemusí být ve všech regionálních uzlinách detekovatelný. To dává racionále pro adjuvantní chemoterapii: léky by měly být podány před i po chirurgickém zákroku.

Diagnóza a zjištění stupně nádorů je provedeno nejprve pomocí fyzikálního vyšetření a mammografie. Punkce tenkou jehlou byla přijata jako prostředek, který může přinést preoperační informaci o tkáňové struktuře. Peroperační diagnóza pomocí zmrazených řezů, podle které se rozhoduje o mastektomii, byla používána méně. Všeobecně je pro staging choroby používána TNM klasifikace (nádor, uzliny, metastázy) vypracované Mezinárodní ligou proti rakovině (International Union against Cancer) IUCC. Léčebný plán se skládá z chirurgického odstranění, radioterapie a chemoterapie. Chirurgické řešení bez ablace je metoda vhodná k léčbě časných stadií. V takových situacích je preferován konzervativnější přístup, protože výsledky přežití jsou srovnatelné s přežitím při totální mastektomii a axilární disekci a je zachován prs.

Výskyt

Karcinom prsu je třetí nejčastější typ nádoru a nejčastější nádor u žen (postihuje 1/5 žen). Je neobvyklý u žen mezi 25. a 30. rokem života, ale mezi 30. a 70. rokem jeho incidence prudce stoupá. Největší vzestup je ve 4. dekádě, a proto je nutné věnovat se zejména ženám středního věku. Po menopauze se křivka zvyšování incidence s věkem stává

pozvolnější. Karcinom prsu se může objevit také u mužů, ale výskyt tvoří 1 % z incidence u žen.

Morbidity na toto onemocnění v posledních 60 – 70 letech stoupla ve všech zemích, které WHO ve své zprávě uvádí. Vzestup byl jasně patrný do 70. let. Mortalita má tendenci mírnějšího, ale vytrvalého vzestupu s velkými variacemi mezi jednotlivými zeměmi.

Intervence

Je málo možností, které jsou využitelné v primární prevenci. Pozitivní účinek mohou mít změna dietních návyků a snížení obsahu tuků a shoduje se s doporučením pro zdravou stravu.

Možnost využití tamoxifenu (významného antiestrogenu) jako přípravku pro prevenci nádoru prsu se zkoumá.

Časná detekce

Randomizované kontrolované studie prokázaly benefit časně detekce karcinomu prsu rozsáhlým screeningem. Takto zjištěné léze jsou obvykle malé invazivní nádory v časných fázích vývoje spíše než prekancerózy, a proto není možné očekávat snížení incidence nádorů prsu. U vyšetřovaných žen je však možné značně snížit mortalitu.

Mezi vyšetřovací metody patří fyzikální vyšetření prsu, mammografie a samovyšetřování prsu. Mammografie je stále častěji využívána jako screeningová metoda u žen, které nemají příznaky onemocnění ani palpačně zjistitelnou afekci v mléčné žláze.

Mammografie

První randomizovaná studie sledující nádor prsu začala v New Yorku v roce 1963 mezi lidmi zařazenými do plánu zdravotního pojištění. Po 4 roky byly ženy každý rok vyšetřovány fyzikálně a měly opakované mamografické kontroly. Deset let po skončení studie měla sledovaná skupina ve věkové kategorii nad 50 let o 25 % nižší mortalitu než skupina bez pravidelných kontrol.

Ve švédské randomizované studii, ve které bylo ženám nad 40 let nabídnuto mamografické vyšetření, byla zjištěna snížená mortalita okolo 40 % u žen, kterým bylo při zahájení sledování 50 – 69 let a žádné snížení u žen ve věku 40 – 49 let.

Tyto a mnohé další randomizované kontrolované studie prováděné ve Švédsku, Velké Británii, Holandsku a Kanadě prokázaly efektivitu mamografického screeningu. Vedly také k následujícím závěrům:

Mammografický screening prováděný v pravidelných intervalech 1 – 3 roky může snížit úmrtnost na nádor prsu zejména u žen ve věku 50 – 70 let. Provádění screeningu u žen do 50 let neprokázalo významnější benefit. Výsledný efekt u cílové populace závisí na compliance pacientek a kvalitě mamografického vyšetření. Je-li senzitivita screeningu nedostatečná, je výrazně snížen efekt na mortalitu. To vede k nutnosti zaručit kvalitu. Poměr ceny a významu screeningu u žen nad 50 let každé 2 – 3 roky je srovnatelná s mnoha jinými zdravotnickými procedurami.

Současné výsledky hodnocení nežádoucích účinků screeningu nádorů prsu jsou nižší, než se původně předpokládalo. Procento žen, které jsou na základě screeningu doporučeny k dalšímu vyšetřování (aspirace tenkou jehlou, opakování RTG vyšetření, biopsie), je menší než 10 %. Asi 1,5 % všech vyšetřovaných žen je indikováno k biopsiím a malignita je potvrzena u 1 ze 4 bioptovaných. Navíc léčba benigních lézí, které by neohrozily život pacientky, se vyskytuje jen velmi zřídka. Největším problémem se však stává strach z opakovaného pozvání k vyšetření.

Národní screeningový program pro nádor prsu začal

v Anglii v roce 1986. Mammograficky bylo vyšetřeno 70 % pozvaných žen. Efekt na snížení mortality nemůže být sledován dříve než za 10 let po začátku programu, a tak otázka, zda benefit screeningu převáží nad nežádoucími účinky, musí být teprve zodpovězena.

Samovyšetřování prsu

Samovyšetřování prsu je snadné, nebolestivé a laciné, ale jeho přínos je pouze omezen. Jediná prospektivní randomizovaná kontrolovaná studie (která probíhá v St. Petersburgu) neprokázala během pětiletého trvání rozdíl ve frekvenci zjištěných malignit prsu mezi ženami, které si vyšetření prováděly a kontrolní skupinou. Nicméně bylo prokázáno, že pravidelné samovyšetřování mléčné žlázy může snížit výskyt pokročilých stadií nádoru a může přispět k odhalení nádorů vznikajících v intervalu mezi jednotlivými mammo grafickými vyšetřeními. Na druhé straně může vyvolávat strach u žen, které si vyšetření spojují s karcinomem prsu, a proto je třeba zdůrazňovat jeho pozitivní efekt spíše, než vzbuzovat u pacientek obavy. Premenopauzální změny prsu mohou vzbuzovat obavy, které vedou ke zbytečným vyšetřením a biopsiím.

Nebyl zjištěn žádný doklad, na jehož základě by bylo možné doporučit samovyšetření prsu jako primární screeningovou techniku nebo metodu, která by měla být rutinně prováděna po jiném screeningu. V oblastech, kde mammo grafické vyšetření není dostupné, však může přispět k tomu, že se ženy naučí, co mají hledat a případné změny jsou dříve podrobněji vyšetřeny. Většinu nádorů prsu objeví pacientky samy, a důraz je tedy kladen na to, aby ženy sledovaly možné změny, věděly, co v případě jejich výskytu mají dělat a zabránily tak zbytečným zdržením při diagnóze a následné léčbě.

Diagnostické postupy

Vyšetřování palpačně zjistitelné rezistence v prsu vyžaduje: fyzikální vyšetření včetně odebrané anamnézy; biopsii tenkou jehlou, která dokáže odlišit výskyt cysty od solidní hmoty; doporučení k chirurgickému vyšetření a diagnostické mammografii, je-li léze solidní nebo perzistuje po aspiraci nebo je-li přítomen výtok z bradavky; biopsii s histologickým vyšetřením.

Další symptomy onemocnění prsu jsou difúzně nodulární hrudkovitý prs u žen nad 35 let, bolestivost prsu nesouvisející s menstruačním cyklem a unilaterální perzistující lokalizovaná bolestivost prsu. Ženy s těmito příznaky a pozitivní rodinnou anamnézou by měly být doporučeny k mammografickému vyšetření.

Kombinace mammo grafického a klinického vyšetření může diagnostikovat karcinom prsu s 97% přesností. Pozitivní mammo grafické vyšetření však nemůže nahradit histologické vyšetření.

Doporučené preventivní postupy

1. Ženy nad 40 let by měly být poučeny o periodických změnách mléčné žlázy a varovných známkách karcinomu prsu. Měly by si pravidelně kontrolovat svá prsa a obrátit se na svého lékaře, naleznou-li nepravidelnosti. Přestože nelze v tomto věku doporučit samovyšetřování prsu jako specifickou metodu, ty ženy, které jej provádějí, by neměly být od tohoto postupu odrazovány.
2. Všechny ženy ve věku 50 – 70 let by měly mít prováděnou mammografii v pravidelných intervalech (za 1 – 3 roky). Vyšetřování do 50 let není doporučováno.
3. Mammografické vyšetření by měl provádět pouze dostatečně zkušený rentgenolog.

4. Přestože samotné fyzikální vyšetření prsu není screeningový test, zdravotníci by jej měli provádět jako pravidelnou součást gynekologického vyšetření žen nad 40 let.
5. Zdravotníci by měli pravidelně kontrolovat vysoce rizikové skupiny žen. Seznam prokázaných rizikových faktorů je užitečný, aby byly vytypovány pacientky s vysokým rizikem.

Seznam doporučených postupů

1. Aby byla podaná přesná informace a praktické doporučení v každé fázi screeningového procesu, je třeba:
 - porozumět organizaci a procedurám screeningových programů včetně odkazů na pracoviště, kde je možné provádět další sledování;
 - zavést a udržovat spolupráci se screeningovým pracovištěm (kde je prováděno mammo grafické vyšetření) a s multidisciplinárním týmem (který se zabývá potvrzováním podezřelých nálezů a následnou léčbou).
2. Aby byla zvýšena frekvence kontrol, měl by lékař odpovědný za primární prevenci:
 - používat odpovídající databázi (registr pacientů podle pohlaví a věku v kartičkové formě nebo na počítači), aby doporučil mammo grafické vyšetření pacientkám odpovídajícího věku;
 - zahrnout výsledky screeningového vyšetření do databáze a pravidelně je aktualizovat;
 - kontrolovat a upřesňovat seznam registrovaných pacientek, který slouží jako základ pro zvaní ke kontrolám; měl by také odstraňovat ze seznamu ty pacientky, které již dále nespádají do skupiny pro screeningové kontroly;
 - vzdělávat, motivovat a přesvědčovat ženy, aby přijaly pozvání.
3. Aby byl program lépe přijímán, měl by tým primární prevence:
 - podávat podrobné informace a vysvětlovat důvody testů a procedur a objasňovat přínos a případná možná rizika a omezení tak, aby se ženy mohly na základě těchto informací rozhodnout pro vyšetření;
 - vyhledávat ty ženy, které se prevence neúčastní, pokusit se nalézt důvody neúčasti, objasnit jim výhody screeningu a prodiskutovat jejich očekávání, obavy a strach z karcinomu prsu a screeningu;
 - poradit ženám, které měly patologické výsledky screeningových vyšetření a jsou zvány na opětovnou mammografii nebo podrobnější vyšetření; to zahrnuje diskuzi o významu následných vyšetření a testů a vysvětlení možných výsledků, případně možnosti biopsie a léčby; součástí by měla být také psychologická podpora.
4. Tým, který zajišťuje primární prevenci, by měl přesvědčit ženy, aby znaly fyziologii a anatomické změny svých prsou během menstruačního cyklu a rozuměly těmto změnám a aby věděly, které změny musí neprodleně posoudit jejich lékař. To znamená: neobvyklé změny povrchu, tvaru nebo velikosti prsu, zduření nebo ztenčení mléčné žlázy, hrubění nebo vtažení kůže na prsu, výtok z bradavky nebo neobvyklá bolest nebo diskomfort.
5. Lékař zajišťující primární prevenci by se měl účastnit v diagnostickém procesu:
 - doporučit pacientku s palpačním nálezem rezistence (i přes negativní mammo grafické vyšetření) nebo s výtokem z bradavky přímo k chirurgickému objasnění nálezu a uvědomit si, že rychlost může zachránit život;
 - doporučit pacientku k mammo grafickému vyšetření, jsou-li přítomny symptomy onemocnění prsu, i když není palpačně zjistitelná rezistence;

- není-li klinický náález jistý, pozvat pacientku na další kontrolu v průběhu následujících 2 týdnů;
- pečlivě sledovat pacientky (s nebo bez použití mamografie), jejichž rodinná anamnéza je řadí do rizikové skupiny.

23.6 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

Karcinom rekta a tlustého střeva jsou úzce spojeny. Přes 50 % těchto nádorů je lokalizováno v rektu a 20 % postihuje sigmoideum. Ve vlastním tlustém střevu se nalézá jen asi 15 %. V colon transverzum 6 – 8 % a v colon descendens 6 – 7 %. Přes rozdíly související s anatomicou lokalizací a chirurgií jsou uvedené nádory považovány za afekci jednoho orgánu a označují se jako kolorektální karcinom. Jsou řazeny mezi postižení tlustého střeva.

Kolorektální karcinom má svůj původ v glandulárním epitelu střevní sliznice. Většinou se jedná o adenokarcinom, který může vypadat jako polypoidní léze, snadno krvácející tkáň nebo vředovitý útvar s ostrými okraji. Většina z nich je dobře diferencována a produkuje hlen. Mucinózní typ zadržuje značné množství hlenu v nádorové mase. Ostatní typy jsou anaplastické karcinomy.

Benigní nádory (tubulární, villózní nebo tubulovillózní) jsou poměrně časté a mohou hrát roli v patogenezi kolorektálního karcinomu. Zatímco hyperplastické polypy nemají k adenomům ani karcinomům vztah, adenomatózní polypy jsou považovány za prekancerózy, přestože ne všechny se maligně zvrhávají. Větší adenomy villózní struktury mají podle endoskopického, histologického a cytologického vyšetření tendenci (až 50%) ke vzniku karcinomu.

Rizikové faktory

Svůj podíl na vzniku kolorektálního karcinomu mají jak genetické, tak vnější (životní prostředí, styl života) vlivy. Byly definovány 4 skupiny se zvýšeným genetickým rizikem:

- osobní nebo rodinná anamnéza kolorektálního karcinomu;
- polypóza tlustého střeva (syndrom Peutz-Jeghers);
- colitis ulceróza;
- adenomatózní, adenovillózní nebo villózní polypy.

Podíl diety je zdaleka nejvýznamnějším zevním faktorem. Dieta s vysokou energetickou náloží, vysokým obsahem nasycených tuků a obsahem alkoholu (zejména piva) může zvyšovat riziko rozvoje kolorektálního karcinomu. Naopak snížení rizika je spojováno s dietou s vysokým obsahem vlákniny. Jsou popisovány další rizikové faktory, jejichž význam však dosud není zcela jasný. Mezi tyto patří profesionální vlivy (vyšší riziko u mužů se sedavým zaměstnáním), snížená fyzická aktivita a cholecystektomie v anamnéze.

Vznik onemocnění

Jsou jasné důkazy, že většina kolorektálních karcinomů se rozvíjí na podkladě již existujícího adenomu nebo neoplastického polypu. Karcinomy vznikající *de novo* z normální sliznice jsou vzácné. Přesto ne všechny adenomy se změní v karcinom (je nalézáno asi 15x více adenomů než karcinomů). Kolorektální karcinom se rozvíjí řadu let (1 – 15 s mediánem 7 roků). Tento pomalý rozvoj od fyziologické sliznice k rozvinutému inkurabilnímu karcinomu nabízí dobrou příležitost pro detekci a léčbu prekanceróz. Klinická symptomatologie zahrnuje změny v chování střeva, krev ve stolici, tenesmy, hlenový výtok, obštipaci, nevysvětlitelnou anémii a úbytek hmotnosti.

Kolorektální karcinom je diagnostikován a klasifikován nejprve na základě klinického vyšetření (kontrastní RTG, proktosigmoideoskopie a vzestup karcinoembryonálního antigenu). V klinickém stagingu je možné použít obě klasifikace (Dukova i TNM). První metodou volby je chirurgické řešení kombinované s adjuvantní chemoterapií.

Výhody časně diagnózy a léčby jsou jasné: pacienti s nádory lokalizovanými pouze ve sliznici mají vysoké procento pětiletého přežití (80 – 90 %). Jakmile karcinom penetruje stěnou střevní, délka přežití se výrazně snižuje (pětileté přežití v této skupině je okolo 30 %). Výsledky léčby měly v posledních 20 letech pouze malý vliv na změnu prognózy kolorektálního karcinomu.

Výskyt

Kolorektální karcinom je onemocnění běžné v celém světě, ale týká se zejména bohatých skupin obyvatelstva, kde je druhou nejčastější příčinou úmrtí na nádorová onemocnění. Incidence i mortalita je zhruba stejná mezi muži i ženami, ale u žen je výskyt onemocnění o něco častější do 60 let věku a u mužů po 60 letech. Incidence a mortalita stoupá zejména v oblastech, kde byla dosud nízká. V západním světě má alespoň 1 z 10 obyvatel starších 40 let adenomy.

Intervence

Není dostatek údajů k tomu, aby bylo možno jako součást primární prevence doporučit specifické dietní změny, kromě současných poměrně přísných doporučení zdravé výživy.

Časná detekce a screening

Konečným cílem je snížení incidence a mortality na kolorektální karcinom. Toho je možno dosáhnout detekcí a odstraněním adenomů a polypů dříve, než se maligně zvrhnou a časnou identifikací karcinomů. Přestože bylo navrženo několik metod k dosažení tohoto cíle, nejsou stále ještě dostatečné pro screening. Přestože je potřeba značná, nebylo dosud vypracováno schéma, které by bylo vhodné pro pravidelné kontroly lidí bez klinických symptomů.

Sigmoidoskopie je vysoce specifická i senzitivní, ale dokáže zjistit jen málo přes polovinu nádorů – ty které jsou uloženy do 20 cm od anu. Při kontrolované studii bylo pozorováno snížení mortality na kolorektální karcinom, ale týkalo se jen nádorů lokalizovaných v dosahu vyšetřovacího přístroje. Na druhé straně je jasné, že tato metoda vyžaduje značné úsilí od lékaře i pacienta a je drahá a pro pacienta nepříjemná. Z těchto důvodů není přínosná jako screeningové vyšetření.

Colonoskopie je bezpečná a efektivní metoda pro detekci patologických lézí, ale není schopna rozlišit maligní potenciál adenomů. Vzhledem ke své invazivitě je rovněž nevhodná jako metoda pro primární screening. Měla by být vyhrazena pro pacienty z rizikových skupin (přímké příbuzné lidí s kolorektálním karcinomem a pacienty s rodinnou anamnézou adenomatózní polypózy).

Digitální rektální vyšetření je přínosné, protože je palpatelná zadní část rekta, která není příliš přístupná endoskopickému vyšetření, ale možnosti jsou omezené na dosažitelnou vzdálenost (7 – 10 cm). Přesto by mělo být nedílnou součástí jakéhokoliv klinického, a zejména endoskopického, vyšetření.

Testování stolice na okultní krvácení

Toto vyšetření by mohlo splňovat screeningová kritéria s výjimkou senzitivity.

Nejčastěji používané chemické testy (např. hemokult) jsou založeny na peroxidáze, podobné reakci hemoglobinu,

kteřá je zatížena vysokou frekvencí falešně pozitivních výsledků, pokud pacient požil maso nebo zeleninu s vysokým obsahem peroxidázy. Falešně negativní výsledky jsou naopak zapříčiněny obsahem vitamínu C, který může inhibovat reakci. V případě pozitivního výsledku se doporučuje provést kompletní vyšetření tlustého střeva včetně colonoskopie nebo irrigografie (s dvojnásobným kontrastem) a sigmoidoskopie.

Ostatní testy, jako například hemoporfyrinový test (který je senzitivnější na krvácení včetně krvácení z proximální části GIT) a human haemoglobin immunoassay (specifický pro lidský hemoglobin) jsou dražší a náročnější na metodiku.

Randomizované kontrolované studie sledující okultní krvácení ve stolici byly provedeny na začátku 80. let. V této chvíli nejsou k dispozici konečné závěry z velkých Dánsku, Švédska, Velké Británie a USA. Předběžné výsledky lze shrnout následovně:

Testy byly nabízeny každý rok nebo každý druhý rok osobním pozváním lidem ve věku nad 50 let. Návratnost byla poměrně vysoká (53 – 65 %) a klesala s věkem. Poněkud se zlepšila, byl-li zvací dopis rozeslán praktickým lékařem. Senzitivita testu se pohybovala od 22 do 65 %, specificita byla 95 – 98 %. Detekováno bylo 1,8 – 2,3 na 1000. V experimentální skupině bylo identifikováno asi 10x více adenomů než v kontrolním souboru. Karcinomy byly zachycovány v časnějších fázích, a naopak u nonrespondentů byla vysoká incidence pokročilých nádorů. Byla sledována mortalita, ale nepodařilo se prokázat signifikantní rozdíly. Studie probíhaly 5 let a předpokládá se, že při delším sledování by snížení mortality nepřesáhlo 10 – 15 %.

Současný závěr UICC z těchto studií poukazuje na časnější detekci kolorektálních karcinomů, ale bez snížení mortality při použití okultního krvácení jako screeningové metody. Proto není tato metoda doporučována pro zdravotní politiku jako vhodný screening kolorektálního karcinomu aplikovatelný na celou populaci.

Přesto se doufá, že současné výzkumy prokáží, zda screening má vliv na mortalitu na kolorektální karcinom. Ty však budou trvat několik let.

Doporučené preventivní postupy

1. Význam screeningu je kontroverzní. Současná doporučení se liší, protože nejsou dostatečně vyzkoušeny neinvazivní metody ani nebyl prokázán vliv na mortalitu na kolorektální karcinom při randomizovaných kontrolovaných studiích. Některá doporučení se přiklánějí k provádění digitálního vyšetření, testu na okultní krvácení a sigmoidoskopie každé 3 – 5 let u lidí starších 50 let. Jiná tvrdí, že není dost podkladů k tomu, aby se taková vyšetření doporučila, ale ani zavrhlá. V některých zemích se provádí každoroční vyšetření okultního krvácení; ve většině zemích však nikoliv. Není dostatek údajů, aby bylo možné obhájit nabízení vyšetření okultního krvácení, digitálního vyšetření nebo sigmoidoskopie každému zdravému jedinci jako screeningový test.
2. Z klinického hlediska je možná moudré nabízet testování asymptomatickým jedincům se zvýšeným genetickým rizikem polypózy, adenomatózy nebo karcinomu. Takové sledování by mělo být prováděno v intervalech od 3 do 5 let. V uvedených případech mohou být opodstatněny jak testy na okultní krvácení, tak invazivní metody; colonoskopie a sigmoidoskopie by měly být prováděny zkušeným lékařem.
3. Zdravotníci by neměli nabízet uváděná vyšetření dravým asymptomatickým lidem ve věku nad 50 let s výjimkou výzkumu. Na druhé straně by však žádost o takové vyšetření neměli odmítnout, ale pacient by měl být informován o limitech prováděného vyšetření.

4. Digitální vyšetření rektu má své opodstatnění u pacientů se sugestivními symptomy, jako jsou změny ve vyprazdňování, rektální krvácení, hlenový výtok a úbytek na váze. Následujícím vyšetřením takového pacienta by měla být endoskopie, protože vyšetření na přítomnost okultního krvácení má své limity.
5. Digitální vyšetření by mělo být provedeno u stojícího pacienta s lokty opřeny o vyšetřovací lůžko nebo na gynecologickém lůžku. Musí být vyšetřen celý obvod rektu a současně by měla být prováděna palpáce hypogastria.
6. Zdravotníci by měli provádět osvětu mezi pacienty a měli by je povzbuzovat, aby přicházeli se symptomy charakteristickými pro kolorektální karcinom včas a takoví pacienti by měli být rychle a kompletně vyšetřeni. Zpoždění v indikaci doporučených vyšetřovacích postupů by mohlo mít vliv na výsledek.

Seznam doporučených postupů

1. Tým primární prevence by se měl zaměřit na vyšetřování genetického rizika jednotlivců a měl by se soustředit na sledování rizikových skupin, aby se snížila incidence kolorektálního karcinomu. Taková péče zahrnuje především:
 - odebrání rodinné a osobní anamnézy a vyhledávání lidí s vysokým rizikem;
 - registrace těchto pacientů;
 - monitorování vysoce rizikových pacientů a nabízení vyšetření okultního krvácení a endoskopie a odesílání lidí z rizikových skupin k podrobnému vyšetření ke specialistům, je-li to třeba;
 - odebrání podrobné anamnézy od pacientů s kolorektálním karcinomem a nabízení preventivního vyšetření členům jejich rodin.
2. Tým primární prevence by měl podrobně znát metodiku odběru vzorků na testování okultního krvácení a měl by znát dietní doporučení před odběrem na test. Tato doporučení by měla být vysvětlena všem lidem, kteří krvácení podstoupí.
3. Zdravotníci, kteří se zabývají primární prevencí, by také měli:
 - doporučovat pacientům snižovat množství energie a nasycených tuků ve stravě a zvyšovat podíl ovoce a zeleniny bohaté na vlákninu a současně doporučovat dietní změny s ohledem na ostatní onemocnění;
 - vyšetřovat nebo rychle doporučovat k dalšímu vyšetření pacienty s klinickými symptomy charakteristickými pro kolorektální karcinom;
 - pravidelně sledovat pacienty se zjištěným kolorektálním karcinomem a poskytovat jim podporu ve všech fázích onemocnění.

23.7 PREVENCE KARCINOMU DUTINY ÚSTNÍ

Nádory dutiny ústní se vyskytují v ústech, orofaryngu a hypofaryngu a tvoří okolo 40 % všech nádorů hlavy a krku. Nejčastější lokalizací těchto nádorů je jazyk následovaný orofaryngem, patrem a dolním rtem. Histologicky se jedná především o různé diferencované epitelální karcinomy.

Prekancerózami jsou anemické epitelální léze (Hunterova glossitis nebo sideropenická dysfagie jako součást syndromu Plummer-Vinson), orální Lichen planus (zejména afekce nesouvisející s jiným definovaným onemocněním), leukoplakie, erytroplakie nebo kombinované formy (erytro-

leukoplakie), které tvoří bílé nebo jasně červené skvrny na ústní sliznici bez jiné zjištěné etiologie.

Rizikové faktory

Kouření tabáku, užívání tabáku v jiných formách a jiných produktů a nadměrné požívání alkoholu patří mezi známá rizika. Efekt kouření a nadměrného pití je multiplikativní; nekuřáci a abstinenti tvoří méně než 1/5 pacientů s karcinomem dutiny ústní. Rizikovým faktorem je navíc věk a prekancerózy.

Zdůrazňuje se také význam nedostatečné ústní hygieny, místní dráždění zuby a některé celkové faktory (např. nedostatek železa, nutriční vlivy a infekční, zejména virová, agens).

Vznik onemocnění

Riziko maligní transformace leukoplakií kolísá mezi 1,6 a 6 % a závisí na typu. Nehomogenní a kombinované formy (erytroleukoplakie) mají vyšší tendenci k maligním změnám. K rozlišení jednotlivých subtypů je obvykle nezbytné histologické vyšetření.

Přežití pacientů s nádorem dutiny ústní závisí na lokalizaci afekce, na věku jedince a zejména na pokročilosti nádoru v době diagnózy. Všeobecně je pětileté přežití asi 80 % pacientů s intraorálním nádorem a 30 – 40 % pacientů s karcinomem rtu.

Prognóza značně závisí na invazivitě nádoru a zejména na postižení lymfatických uzlin. Významnou roli hraje časná diagnóza a léčba. Nejeftektivnějšími terapeutickými přístupy stále zůstávají chirurgické řešení a radioterapie.

Výskyt

Karcinom dutiny ústní se co do frekvence řadí na 6. místo v rozvojových zemích a na 3. místo ve vyspělých zemích. Informace o incidenci a prevalenci stále nejsou zcela kompletní; tyto ukazatele značně kolísají, a to od 2,1 do 46,5 na 100000 obyvatel. Dosavadní údaje vyznívají v neprospekch mužů, ale s rozšiřováním kouření mezi ženami stoupají epidemiologické ukazatele také v ženské populaci. V 50. letech byl poměr kuřáků ke kuřačkám 5 – 6:1 nyní se pohybuje okolo 2:1.

Velká většina těchto nádorů (95 %) se objevuje u lidí nad 40 let. Incidence pak pozvolna stoupá až do 65 let, a pak se snižuje. Od roku 1965 udávají vzestup mortality východní i západní země evropského regionu. Zejména se to týká dramatického vzestupu úmrtnosti na nádory jazyka u mužů.

Podle několika studií se pohybuje frekvence leukoplakií od 0,4 do 11,7 % v různých geografických podmínkách.

Intervence

Eliminace kouření a žvýkání tabáku, snížení spotřeby alkoholu a zlepšení orální a dentální hygieny by zcela jistě přispělo k prevenci nádorů dutiny ústní. Předpokládá se alespoň 60 – 80% snížení incidence a mortality. Další sni-

žení by mohla u některých karcinomů přinést časná detekce a léčba prekanceróz.

Časná detekce a screening

Aspekce a palpace dutiny ústní jsou hlavní screeningové metody u asymptomatických lidí. Mohou zjistit leukoplakie a některé časně a presymptomatické invazivní karcinomy. Přesto nelze opomenout ani některé speciální techniky k vyšetření oblastí dutiny ústní, které zůstávají skryty přímé aspekci. Nejpovolanější jsou k takovým výkonům zubní lékaři. V některých rozvojových zemích s vysokou prevalencí byly zjištěny nádory dutiny ústní screeningem prováděným přímo v domech pacientů. Přestože není ještě stanovena senzitivita těchto vyšetření, nebyl pozorovaný vliv na snížení mortality.

Exfoliativní cytologie se jako screeningová metoda ukázala méně senzitivní, než aspekce prováděná zkušeným lékařem. Je možné ji v některých případech použít jako doplňkovou metodu při zjištěných lézích, ale neměla by nahrazovat bioptické vyšetření.

Doporučené preventivní postupy

1. Screening není doporučovaný. Není dostatečně prokázáno, zda obecný screening exfoliativní cytologií může snížit mortalitu na karcinom dutiny ústní.
2. Intervenční procedury mohou provádět zubní lékaři, hygienici nebo asistenti nebo členové týmu primární prevence. Zdravotníci by v každé fázi měli:
 - odebrat anamnézu týkající se dentální a orální hygieny, kouření a žvýkání tabáku a požívání alkoholu;
 - vyšetřit dutinu ústní zavedenými metodami;
 - doporučit pacienta ke specializovanému vyšetření a ošetření, je-li to nezbytné;
 - provádět další sledování;
 - provádět osvětlu.
3. Přestože vyšetřování dutiny ústní je doménou zubních lékařů, praktičtí lékaři a sestry by měli být s postupem vyšetření seznámeni a měli by jej provádět v případech, kdy je to nutné nebo vhodné.

Seznam doporučených postupů

Tým primární prevence by měl:

- dotázat se vyšetřovaných pacientů na orální a dentální hygienu a zdravotní stav jako součást anamnézy;
- provádět aspekci dutiny ústní zejména při vyšetřování silných kuřáků nebo pacientů s excesivním užíváním alkoholu nebo pacientů, kteří sami přivedou pozornost na existující léze v dutině ústní. V případě pozitivního nálezu by měl doporučit specializované vyšetření a ošetření;
- doporučit všem pacientům pravidelné kontroly u zubního lékaře;
- podtrhnout význam orální hygieny jako součást „zdravotního vzdělávacího souboru“ v primární péči.

