

KAZUISTIKY V PNEUMOLOGII

ISSN 1214-6404



ČÍSLO 1

ROČNÍK 1

2004

www.geum.org/pneumo

GEUM



Vážení čtenáři,

časopis *Kazuistiky v pneumologii*, který se vám právě dostává do ruky, je novým počinem, který by měl doplnit stávající spektrum časopisů v pneumologii a jí blízkým oborům či specializacím. Už podle názvu časopisu lze vytušit, co bude jeho hlavním obsahem, právě kazuistická sdělení, která byla doposud publikována v omezené míře, považujeme za kořeny své každodenní práce hlavně proto, že každý pacient je i ve své nemoci ryzí individualitou. Jsme přesvědčeni, že kazuistiky jsou, vedle uplatňovaných postupů medicíny založené na důkazech, důležitým doplněním našich znalostí a že budou ku prospěchu našim pacientům. Časopis *Kazuistiky v pneumologii* je určen pro široké spektrum lékařů, včetně praktických lékařů a kolegů různých specializací spolupracujících s pneumologií. Z tohoto důvodu jsou některá kazuistická sdělení vybírána tak, aby byla zajímavá a užitečná i pro lékaře, jejichž specializace činí i z relativně běžného pneumologického onemocnění zajímavý případ.

Každé číslo časopisu *Kazuistiky v pneumologii* je vedle redakčních článků doplněno o zprávu ze zahraniční studie, o které se členové redakční rady domnívají, že je svým významem, respektive dopadem na naši každodenní práci zásadní a měla by být s určitým vysvětlujícím komentářem prezentována našim čtenářům.

Velice uvítáme jakékoliv vaše reakce a připomínky a samozřejmě nejvíce oceníme, budete-li nám posílat i své příspěvky, neboť bychom rádi, aby časopis *Kazuistiky v pneumologii* byl hlavně vašim časopisem a prostorem, kterého můžete využívat k odborné diskusi.

Velmi bych si, společně s celou redakční radou, přál, aby vám *Kazuistiky* přinášely nejen poučení, ale i potěšení.

Jan Chlumský, předseda redakční rady

Milí čtenáři, autoři a příznivci,

u první redakční uzávěrky nového časopisu přeji vám i nám, aby se mezi redakcí a všemi jejími příležitostnými a později i stálými spolupracovníky vytvářel bezprostřední, upřímný vztah, bez kterého by nebyla možná smysluplná práce. Význámám se vám z radostného zážitku pocitovaného nad každým novým příspěvkem a předem se těším na další kazuistiky, které nám klasická nebo elektronická pošta přinese z českých a slovenských pracovišť.

Vím, že pro mnohé, zejména mladé lékaře, není jednoduché odhodlat se k vystoupení ani před spolupracovníky ve vlastním ústavu nebo na konferenci; o to těžší je rozhodnout se k využití takového publikačního fóra jakým je odborný časopis. Chtěl bych ale z pozice starého lékaře s mnohaletou zkušeností ve zdravotnickém tisku ujistit kolegy, že se nemusí ostýchat ani otálet s psaním kazuistiky. I skromná případová studie může dobře reprezentovat autora či kolektiv autorů včetně vedoucího pracoviště, který jistě rád přispěje svými připomínkami k její kvalitě.

Požadavky na obsahovou a formální stránku kazuistik obsahují naše Pokyny autorům. Každý příspěvek předkládáme některému členu redakční rady nebo jinému odborníkovi k posouzení a jeho připomínky sdělíme autorovi, aby je mohl, pokud s nimi souhlasí, zapracovat do svého textu. Takto si chceme ve vzájemné spolupráci s autory a s redakční radou zajistit po každé stránce uspokojivou úroveň časopisu.

V takovémto způsobu naší práce vidím záruku trvalého uskutečňování „programového prohlášení“ vydavatelství, ale také rozšiřování čtenářské obce a okruhu autorů, kteří pak mohou *Kazuistiky v pneumologii* pokládat za vsutku svůj časopis.

Juraj Szántó, redaktor

Vážení čtenáři a spolupracovníci,

máte v rukou první číslo nového časopisu odborného nakladatelství a vydavatelství GEUM, které má za sebou více než rok zkušeností s vydáváním svého prvního časopisu *Kazuistiky v diabetologii*. Obsahové zaměření jsme si vytyčili tak, abychom případovými studiemi a dalšími materiály zaujali pneumology, alergology, balneology ale také pediatry a praktické lékaře. Počítáme s tím, že také autory získáme z řad lékařů, kteří jsou v péči o nemocné zainteresováni přímo nebo v rámci interdisciplinární spolupráce. Věříme, že i tento náš časopis se brzy stane nejen publikačním, ale také diskusním fórem našich předních odborníků a pracovníků praxe.

Největší, nosnou část uveřejňovaných textů by měly tvořit podle našich představ kazuistiky z pneumologie, alergologie a lázeňství, přičemž uvítáme i příspěvky z oborů hraničních, dále komentáře, připomínky a jiné ohlasy. Každé číslo bude obohaceno aktualitou z klinických studií a zpestřeno rozhovorem, medailonem osobnosti, recenzemi, ilustracemi a inzercí. Ze standardu odborného časopisu plyne, že i u obrazových ilustrací z nemedicinské oblasti, které nesouvisí s kazuistikami, nalezneme čtenář korektní vědeckou charakteristiku či určení, jejich cílem je však potěšit jeho oko a duši. K zásadám vydavatelství patří etická práce s reklamou, tedy plná nezávislost redakce na inzerci, její odlišení od odborných příspěvků a redakčních textů. Inzerentům děkujeme za podporu časopisu a jistě i čtenáři ocení, že inzerční strany nám krom své informační hodnoty pomohou udržet cenu předplatného na rozumné úrovni.

Letos vyjdou dvě čísla tohoto časopisu, od příštího roku bude již vycházet se čtvrtletní periodicitou, případně se supplementary. Budeme rádi, zareagujete-li na ně jakoukoliv formou komunikace kriticky nebo pochvalně a budoucí podobu časopisu nám pomůžete spoluvytvářet svými připomínkami, náměty, ale také příspěvky.

Karel Vízner, vydavatel

Obrázek na obálce:

Dianthus superbus L. (Hvozdík pyšný)

Tento krásný hvozdík roste v horách Evropy a zčásti i Asie. U nás je reprezentován ssp. *alpestris*, vzácnou a přísně chráněnou rostlinou Krkonoš a Hrubého Jeseníku. Zřídka je pěstován jako okrasná skalnička. Tradičně je užíván v čínské medicíně. Současné výzkumy prokázaly vliv např. na Chlamydia trachomatis v urogenitálním traktu (Li, J. J. et al. *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi* 10: 628 – 630, 2000.), zkoumají se antimutagenní účinky výtažku z této rostliny aj.

(foto Geum – Mgr. Karel Vízner)

Poznámky pod čarou věnované životopisným údajům lékařských osobností pocházejí z publikace Vokurka, M., Hugo, J. et al. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2003., případně z osobního sdělení autorů této publikace (údaje jsou z připravovaného 4. vydání). Lékařské slovníky nakladatelství Maxdorf naleznete také na <http://www.slovníky.cz>

časopis pro pneumology, alergology,
lékaře ORL, praktické lékaře a pediatriy

Ročník 1.

ISSN 1214-6404

Vydává:
Nakladatelství GEUM Praha, s.r.o.

Redakční rada:

Prim. MUDr. Jan Chlumský (předseda)
Doc. MUDr. Petr Brhel, CSc.
Prim. MUDr. Jarmila Fišerová
MUDr. Pavel Jansa
Prim. MUDr. Viktor Kašák
Doc. MUDr. Petr Panzner, CSc.
MUDr. Jindřich Pohl
Doc. MUDr. František Salajka, CSc.
MUDr. Milan Teřl, PhD.
Prim. MUDr. Martina Vašáková
MUDr. Vladimír Zindr

Vydavatel – poštovní kontakt:
(autorské příspěvky a předplatné)
Nakladatelství GEUM
redakce Kazuistiky v pneumologii
P. O. Box 436, 111 21 Praha 1

Telefon/fax: +420 222 584 590
Tel.: +420 721 639 079
E-mail: geum@geum.org
Internet: <http://www.geum.org/pneumo>

Inzertní oddělení:
GEUM Pro
Dagmar Kaprálová
Tel.: + 420 604 935 365
E-mail: kapr@geum.org

Vedoucí redakce:
MUDr. Juraj Szántó
szanto@geum.org

Zástupce vydavatele:
Karel Vízner
KarelVizner@geum.org

Sazba:
Mgr. Christo Bjalkovski
chb@geum.org

Redakční zpracování, ilustrační fotografie:
GEUM – Mgr. Karel Vízner
geum@geum.org

Tisk:
Tiskárna Glos Semily, s.r.o.
tiskarna@glos.cz

Předplatné:

Předplatné je možné uhradit nejméně na 4 čísla dopředu. Cena časopisu včetně poštovního a balného je 39,- Kč/číslo, tj. 156,- Kč/4 čísla. Předplatné lze objednat na adrese vydavatele. Distribuci provádí pověřená společnost. Za uvedené ceny je prováděna distribuce v rámci ČR a SR, do ostatních států je cena předplatného vyšší o příslušnou sazbu poštovního do zahraničí.

Obsah



| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Editorial | 1 |
| Milan Teřl Astma rybáře | 4 |
| Pavel Jansa, Jan Horák, Jiří Endrys, Helena Sládková, Michael Aschermann Perkutánní balóňková atriální septostomie v léčbě plicní arteriální hypertenze | 8 |
| Alice Edrisová, Martina Vašáková Případ 42leté ženy s těžkou plicní hypertenzí | 12 |
| Robert Vyšehradský, Zdeno Huřka, Lukáš Plank, Jana Buchancová, Gabriela Klimentová, Eva Rozborilová Disseminovaný pľúcný proces menej obvyklej etiológie | 16 |
| Jan Anton Sarkoidóza s atypickou prezentací | 21 |
| Pavla Žáčková, Martina Vašáková Pempzová plíce – neobvyklá příčina rozsáhlého oboustranného plicního procesu | 27 |
| Jiří Votruba, Evžen Gregora, František Petřík Dechové obtíže u pacientky s tracheobronchiální amyloidózou | 30 |
| Rarita Martina Vašáková Buffalo chest neboli býčí hrudník | 33 |
| Myšlenky o kazuistikách | 34 |
| Juraj Szántó Osobnost pneumologie Doc. MUDr. Rudolf Křivinka, CSc. | 35 |
| Představujeme... Český červený kříž | 39 |
| Navštívili jsme... Den astmatu a alergie | 41 |
| Aktuality z klinických studií Jan Chlumský Nové důkazy o efektu volum redukční operace plic | 48 |

UPOZORNĚNÍ ČTENÁŘŮM

Kazuistiky v pneumologii v angličtině na internetu

Poznat náš časopis mohou také vaši kolegové v cizině. Obsah jednotlivých čísel a souhrny publikovaných českých a slovenských kazuistik umístujeme v anglickém znění na internetu (<http://www.geum.org/casestudypneumo>). Prosíme naše čtenáře, aby na tuto možnost příležitostně upozornili své kolegy a přátele ve světě.

Astma rybáře



Milan Teřl

Klinika TRN FN a LF UK v Plzni

Souhrn:

Je popsán případ mladého muže, u kterého dechové potíže, ač poměrně typické a narůstající v průběhu několika let ve vazbě na specifickou expozici, nevedly k diagnóze astmatu ani jeho příčiny. Proč?

Summary:

A fisherman's asthma

The case of a young man, whose respiratory problems, though quite typical and increasing in the course of several years in relation to a specific exposition, did not result in the diagnosis of asthma or its cause. Why?

Teřl, M. *Astma rybáře. Kazuistiky v pneumologii* 1, č. 1: 4 – 7, 2004.

Klíčová slova:

- astma
- diagnóza
- funkční vyšetření
- alergie na koryše

Key words:

- asthma
- diagnosis
- pulmonary function testing
- allergy to crustaceans

Úvod:

Astma je nemoc s velkou variabilitou svých příčin i projevů.

Diagnóza astmatu vychází z pečlivé a důsledné anamnézy a klinického vyšetření a ve většině situací je možno ji stanovit s velkou mírou pravděpodobnosti již po těchto vyšetřeních.

K objektivizaci **přítomnosti nemoci** pak slouží celá řada různě náročných a různě spolehlivých metod funkčního vyšetřování plic. V zásadě se jedná o průkaz přítomnosti bronchiální obstrukce a její reverzibility a/nebo o průkaz bronchiální hyperreaktivitu. U pacientů s klasickou a výraznou symptomatologií postačí jednoduchá spirometrie a bronchodilatační test, naopak u pacientů s méně typickou symptomatologií nebo nejasnými výsledky jednodušších vyšetření je nutno použít náročnějších metod (bodypleysmografie, bronchoprovokační testy). Někdy však i jednoduchá vyšetření mohou, při pečlivé analýze, poskytnout stejně cenné informace jako vyšetření mnohem náročnější.

K objektivizaci **příčiny nemoci** je často indikováno alergologické vyšetření. Avšak negativní výsledek alergologického vyšetření astma ani jeho alergickou příčinu nevylučuje. Astma nevylučuje proto, že velká řada astmat, zvláště vzniklých v dospělosti, je nealergické geneze. Alergickou příčinu nevylučuje proto, že řada alergií může být, z různých důvodů, dlouho nepoznána.

Kazuistika:

Na jaře roku 2003 se na naši kliniku dostavil 27letý muž. Přišel k vyšetření pro několik let trvající dechové potíže – dráždivý kašel a progredující, dlouho jen ponámahovou dušnost, doprovázenou pocitem snížené celkové výkonnosti, nadměrnou únavností a častý-

mi bolestmi hlavy.

Mladý muž, nekuřák, je robustní atletické postavy, rozhodně ne typ bolístky, který s každou maličkostí ihned navštíví lékaře. Na kliniku se dostavil proto, že se „přece jen domnívá, že nebude s plicemi dlouhodobě úplně v pořádku“, ačkoliv mu řada ošetřujících lékařů doposud tvrdila opak.

To, že pacientova domněnka byla správná, ukázala revize anamnestických a klinicko-funkčních nálezů, které se nám podařilo získat.

Prvé dechové potíže zaznamenal v r. 1998, uprostřed vysokoškolských studií při brigádním pobytu na farmě v Norsku. Ač ve Skandinávii, brigáda spočívala ve sběru jahod. Bydleli nedaleko pobřeží ve starém dřevěném srubu, lůžkoviny měli z dutých syntetických mikrovláken, vedle v domě byl ustájen hovězí dobytek. Pouze jednou, cca uprostřed třítydenního pobytu, se mu v noci dostavil záchvat výrazné klidové dušnosti, který jej probudil – a u otevřeného okna, bez povšimnutí okolí, to „rozdýchal“. Po zbytek brigády byl bez potíží, až den před odjezdem, během rozlučkového večírku, se mu dostavila svědivá urtikariální reakce na kůži, nejspíše v souvislosti s pozřením krevet.

Studoval na Jihočeské Univerzitě obor se zaměřením na rybářství, zpočátku aktivně provozoval box, později, ještě před brigádou v Norsku, jej omezil – jednak díky množícím se jiným aktivitám a starostem při závěru studia, jednak proto, že začal pozorovat, že „ostatním, asi po půlhodině tréninku, již jaksi nestačí, jak se zadýchá“. Potíže při tréninku se zvýraznily právě po návratu z Norska, takže nakonec mu jeden z boxujících spolužáků, astmatik, daroval svůj Berodual. Náš pacient po něm pozoroval mírnou, zdaleka ne však úplnou úlevu a byl darujícím astmatikem označen za „divného“.

Po ukončení vysokoškolského studia nastoupil v r. 2000 jako kantor na rybářské učiliště, kde vyučoval teoretické předměty. Aby

si, jako většina učitelů, vydělal na slušné živobytí, zařídil si vedlejší živnost – rozšířil si doma počet akvárií a začal se věnovat odchovu akvariálních rybiček. Na učilišti vyučoval většinou v 5. patře a v této souvislosti začal pravidelně pociťovat námahovou dušnost. Po několika měsících gradující námahové dušnosti se proto dostal na vyšetření k plicnímu specialistovi v místě bydliště. Objektivní nález z tohoto vyšetření nemáme. Dle slov pacienta mu byla provedena spirometrie, tu prý „přefouk“ a byl ujištěn, že je v pořádku. Nicméně mu bylo doporučeno, aby si v případě potíží užil „svůj“ Berodual.

Po roce trvajících a pozvolna progredujících potíží kašle a námahové dušnosti se pacient dostavil na jiné pneumologické pracoviště. Zde mu při funkčním vyšetření byly zjištěny „supramaximální hodnoty“. Objektivní nálezy z tohoto vyšetření se nám podařilo získat a jsou uvedeny v tabulce č. 1. Pacientovi byl ponechán Berodual p.p. a doporučeno alergologické vyšetření. Při něm byla pacientovi kožní testací rutinní řadou alergenů zjištěna pouze alergie na „bakterie“ a léčba doplněna o Zyrtec.

Ač u něj prvá hodina výuky pravidelně začínala několikaminutovým vydýcháním a užitím opakovaných dávek Berodualu, k lékaři se již se svými potížemi neodvážil. Potíže míval ve škole, doma i venku v přírodě – kde čas rád trávil obcházením rozlehlých rybníků spolu se svým psem.

Nový impuls k návštěvě lékaře se dostavil na začátku roku 2003. Během zimních měsíců se začal pravidelně budit výraznou klidovou dušností, „hvízdalo to v něm“ a úlevu přineslo až několik (i více než 10) dávek Berodualu. Po jedné z takových nocí, kdy byl tak dušný „že ani nemohl vstát“, se přece jen rozhodl k opětovné návštěvě lékaře.

Získali jsme výše předestřenou anamnézu. Fyzikální poslechový nález v klidu byl normální, při usilovném výdechu přítomny sporé endexpirační jemné vrzoty. Při funkčním vyšetření měl pacient VC 6,3 l a FEV₁ 5,07 l, tj. 100 %, resp. 103 % n.h. Po aplikaci bronchodilatancia (400 µg salbutamolu MDI) stoupla hodnota FEV₁ na téměř 6 litrů (5,92 l) a hodnota VC se zvýšila na téměř 7 litrů (6,90 l). Spolu s ostatními parametry viz tabulka č. 1.

Dále jsme provedli kožní testaci na základní řadu aeroalergenů a tuto jsme rozšířili o kočku, psa, sladkovodní ryby a dafnie. Výsledky byly pozitivní pouze u histaminu (jako pozitivní kontroly) a u dafnií, viz tabulka č. 2.

Vyšetření jsme doplnili odběrem krve na eozinofilní kationický protein (ECP) a celkové a řadu specifických imunoglobulinů E (IgE), ovšem bez možnosti vyšetření na dafnie, viz tabulka č. 3.

Tabulka č. 1 – Výsledky funkčních vyšetření 2001 – 2003

| Parametr | Norma | 9/2001 | 3/2003 (BDT) | 5/2003 |
|------------------|--------------|--------------------|--------------|--------------------|
| VC | 6,30 l | 7,45 (=117 % n.h.) | 6,30 → 6,90 | 7,5 (=120 % n.h.) |
| FEV ₁ | 5,00 l | 5,05 (=100 % n.h.) | 5,07 → 5,92 | 6,05 (=123 % n.h.) |
| RV | 1,80 l | 1,55 | 3,30 → 2,95 | 2,05 |
| Raw | 0,30 kPa/l/s | 0,28 | 0,38 → 0,26 | 0,18 |
| TGV | 2,85 l | 4,42 | 4,93 → 4,25 | 3,52 |

VC = vitální kapacita, FEV₁ = usilovně vydechnutý objem za prvou sekundu, RV = reziduální objem, Raw = odpor dýchacích cest, TGV = nitrohruční objem plynů (na konci klidného výdechu)

ECP byl mírně zvýšen, výsledky na specifické IgE byly vesměs negativní.

Nálezy jsme uzavřeli jako nejspíše astma bronchiale při výrazné a izolované alergii na koryše.

Pacienta jsme poučili o podstatě nemoci i její hlavní příčiny, kterou byly dafnie. Dafnie (perloočky) jsou používány v čerstvé, zmražené i sušené formě jako základ krmiva v akvaristice. Vyskytují se ve velkém množství jako součást vodního a vzdušného aeroplanktonu při březích a okolí stojatých vodních ploch. Pacientovi jsme doporučili najít náhradní zdroj krmiva, nebo učinit jiná opatření k zamezení expozice dafniím a zavedli jsme léčbu kombinovaným preparátem inhalačních steroidů (IKS) a dlouhodobých beta₂-mimetik (LABA).

Po měsíci této léčby udával pacient vymizení veškerých dosavadních letitých potíží – to mu změnilo život mj. i tím, že okřiknout hlučící třídu mohl již při vstupu do dveří. Při funkčním vyšetření došlo ku vzestupu VC na 7,5 l a FEV₁ na 6,05 l (viz opět tabulka č. 1).

Tabulka č. 2 – Výsledky kožní testace 3/2003

| Alergeny | Výsledky testace |
|--------------------------------|------------------|
| Roztoči | |
| Dermatophagoides pteronyssinus | 0 |
| Dermatophagoides farinae | 0 |
| Pyly | |
| jarně kvetoucích stromů | 0 |
| trav | 0 |
| pelyňku | 0 |
| Plísňe rodů: | |
| Alternaria | 0 |
| Cladosporium | 0 |
| Aspergillus | 0 |
| Zvířata | |
| Kočka | 0 |
| Pes | 0 |
| „Profesní“ alergen | |
| Sladkovodní ryby | 0 |
| Dafnie | ++ !! |
| Kontroly | |
| Negativní kontrola | 0 |
| Pozitivní kontrola (histamin) | + |

Tabulka č. 3 – Výsledky laboratoře 3/2003

| Parametr | Výsledek (norma) |
|--------------------------------------|------------------|
| ECP (eosinofilní kationický protein) | 18,4 (do 15,0) |
| Celkový IgE | 156 (do 200) |
| Specifické IgE | (do 0,35) |
| Dermatophagoides pteronyssinus | Negativní |
| Dermatophagoides farinae | Negativní |
| Pyly jarně kvetoucích stromů | Negativní |
| Pyly trav | Negativní |
| Pyly pelyňku | Negativní |
| Plísně rodu <i>Alternaria</i> | Negativní |
| Plísně rodu <i>Cladosporium</i> | Negativní |
| Plísně rodu <i>Aspergillus</i> | Negativní |
| Kočka | Negativní |
| Pes | Negativní |
| Křeček | Negativní |
| Směs základních potravin | Negativní |
| Latex | Negativní |

Navzdory náležitému poučení vedlo vymizení potíží našeho pacienta k názoru, že je uzdraven. Nadále rozšiřoval svůj chov rybiček a po čase si i vysadil preventivní léčbu.

Teprve návrat těžkých stavů dušnosti, který na sebe nenechal dlouho čekat, jej přiměl ke změně názoru. Akvária přemístil do

oddělené místnosti v domě a pravidelné krmení mu obstarává manželka. Ostatní nutné činnosti spojené s akvaristikou vykonává jen po nezbytně nutnou dobu a s respirátorem a na rybářském učilišti nadále vyučuje pouze teorii.

Jeho nemoc je při malých dávkách kombinovaných léků plně stabilizována.

Diskuse:

Při podezření na astma, které by v nás měly vzbuzovat prakticky jakékoli dechové potíže, je vhodné si položit dvě zásadní otázky. Prvá – je to skutečně astma? A druhá – co je jeho příčinou?

Průkaz astmatu jako nemoci spočívá v objektivizaci přítomnosti bronchiální obstrukce a její reverzibility a/nebo v průkazu bronchiální hyperreaktivity.

Přítom je dobré více věřit pacientovým potížím – mj. proto, že se jedná o onemocnění, pro které je typická variabilita jeho průběhu. Naopak je dobré méně „věřit“, resp. být kriticky skeptický k fyzikálním a některým funkčním nálezům.

Někteří pacienti mají i při aktuální přítomnosti výraznější bronchiální obstrukce normální poslechový nález.

A dále především prostá spirometrie a někdy i křivka průtok/objem jsou metodami, skrývajícimi četná úskalí při jejich provedení i interpretaci.

V popisovaném případě byli ošetřující lékaři několikrát nedůslední. Poprvé tehdy, když se spokojili pouze s vyloučením přítomnosti ventilační poruchy, kdy navíc vycházeli pouze z hodnocení, které provádí sám přístroj. Většina spirometrů je softwarově vybavena tak, že hodnotí přítomnost ev. ventilační poruchy na základě

Viktor Kašák, Petr Pohunek, Ester Seberová

Překonejte své astma

Astmatem trpí v České republice podle odhadu půl milionu obyvatel. Ekonomický dosah této skutečnosti je obrovský, ale ještě závažnějším problémem je dopad postižení astmatem na pacienta a jeho rodinu. Z tohoto hlediska má edukace astmatiků a jejich zapojení do kontroly nemoci a její léčby stejný význam jako například u diabetiků. Proto bylo odborníky a všemi, kdo astmatem sami trpí nebo žijí či pracují s astmatikem, se zájmem přijato již první vydání knihy Překonejte své astma, která navazovala na základní pravidla pro diagnostiku, prevenci a léčbu průduškového astmatu, publikovaná v roce 1996. Trojice autorů usoudila, že by svou knihu měli na základě nových poznatků v oboru a také vlastních zkušeností s edukací a s léčebným ovlivňováním nemoci doplnit a aktualizovat.

Druhé rozšířené vydání publikace zahrnuje vše podstatné, co by měli vědět nejen lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci, ale i sami nemocní a jejich nejbližší. Autoři probírají témata v deseti kapitolách od definice a vzniku přes diagnózu, diferenciální diagnostiku a klasifikaci po otázky léčby a problémy sociální, psychologické i ekonomické. Nově byla zařazena kapitola o značně rozšířené alergické rýmě, která je významným rizikovým faktorem pro rozvoj astmatu. Nechybí ani informace o alternativních metodách léčby a jejich hodnocení.

Kniha je čtivá, bohatě ilustrovaná výstižnými kresbami, schématy, grafy a tabulkami. Připojen je přehled přípravků užívaných k léčbě astmatu a alergické rýmy a slovníček nejčastějších pojmů.

Maxdorf, Praha, 2004, 2. vyd., ISBN 80-85912-96-1, 240 stran



porovnání naměřených výsledků FEV₁ s rozpětím normálních průměrných hodnot 80 – 120 % vzhledem k věku a výšce vyšetřovaného. Náš pacient však byl ve své výchozí vitální kapacitě plic nadprůměrný a tak jeho FEV₁ i při přítomnosti obstrukce přesahovala 100 % normálních hodnot.

V daném případě nebyl brán zřetel na Tiffeneauův index, tj. poměr aktuálních hodnot FEV₁ a VC a dále nebyly nijak zhodnoceny nálezy, svědčící pro hyperinflaci, resp. fenomén „air trappingu“ při bodypletysmografii.

Druhá nedůslednost spočívala ve skutečnosti, že i když (by) veškeré zmiňované nálezy byly normální, bylo (by) na místě, při trvajícím klinickém podezření, provést průkaz přítomnosti bronchiální hyperreaktivity – buď průkazem variability vrcholové výdechové rychlosti (PEF), nebo nespecifickým bronchoprovokačním testem, v našich podmínkách nejčastěji s histaminem.

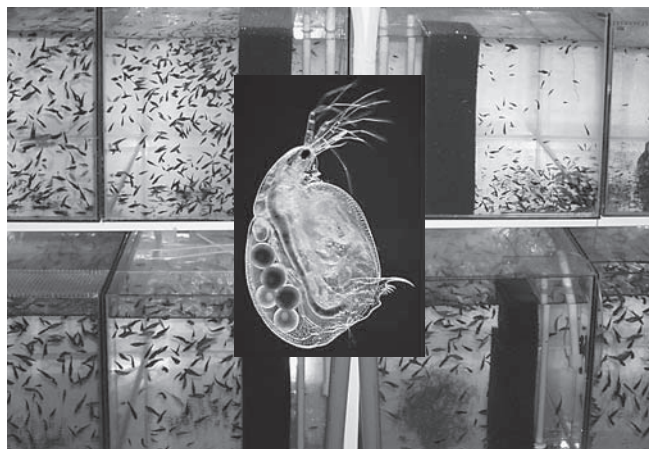
Přitom před provedením těchto vyšetření se nám již nescetněkrátě osvědčilo provést i při „normálních“ hodnotách nejprve obyčejný bronchodilatační test – zvláště u pacientů sportovního založení, kde očekáváme „supranormální“ osobní hodnoty. V této souvislosti zmiňuji náruživého sportovního potápěče, kterého jsme nemohli zařadit do jedné ze studií nekontrolovaného astmatu, neboť zcela vybočoval z myslitelných hodnot – měl totiž VC 9,1 litru a tak jeho FEV₁ 4,5 l se stále vešlo do normálních tabulkových hodnot.

Třetí nedůslednost spočívala v provedení alergologického vyšetření, k němuž se náš pacient dostavil s nejistou diagnózou intermitentního astmatu. Toto vyšetření mělo za úkol odhalit především příčinu pacientových potíží. Nedůsledná byla zřejmě především anamnéza.

Prvou zřetelnou ataku svých potíží sice pacient časoval do doby brigádního pobytu v Norsku. Avšak již předtím míval neurčitě potíže námahové dušnosti, které přičítal menší trénovanosti a již tehdy choval doma rybičky, které jsou nejčastěji krmeny dafniemi, což jsou drobní korýši. A v Norsku se mu dostavila zřetelná kožní reakce po pozření „velkých“ korýšů, konkrétně krevet. Vlastní atace dušnosti nepředcházelo sice pozření „frutti di mare“, přítomnost vzdušného aeroplanktonu v blízkosti pobřeží však nebylo možné vyloučit. Navíc i poblíž ustájený skot mohl být přikrmován rybí moučkou, kontaminovanou mořskými korýši. Ač poslední úvahy jsou již spekulativní, podstatné bylo, že pacient se jak doma, tak v práci, ale i v okolní přírodě po dlouhá léta pohyboval v prostředí a věnoval činností, kdy lze výskyt vodních korýšů přinejmenším předpokládat. Navzdory tomu nebyl v tomto smyslu vyšetřen a nález byl uzavřen jako nejspíše bakteriální alergie. Přitom skutečná bakteriální alergie je dle současných názorů velmi vzácná, naopak alergie na korýše je zmiňována ve všech alergologických učebnicích.

V této souvislosti si dovoluji tvrdit – základem alergologického vyšetření nejsou kožní testy anebo vyšetřování specifických IgE, ale anamnéza. A uvedená vyšetření by z ní měla vycházet a anamnestická data podpořit. V odůvodnění, proč tomu tak často není, v lakonickém podtextu dodávám – testace je (podobně jako některá funkční vyšetření) relativně dobře placena, avšak čas strávený pečlivou anamnézou nikoli.

Co lze tedy nakonec doporučit našemu astmatikovi? „Chlapče, drž se svého“. Vedle již provedených opatření je totiž nutno jevarovat před vybranými pokrmy „velkého světa“: kraby, raky, humry, langustami, krevetami a garnáty. To všechno jsou, spolu s inkrimi-



novanými dafniemi, korýši, kteří jsou si vývojově a tedy antigenně podobní a je proto u nich nutno předpokládat i zkříženou alergickou reakci – při pozření pak i s rizikem anafylaktického šoku. Naopak s jihočeským kaprem může zažívat netušené (a nerušené) gurmánské zážitky na sto způsobů.

Závěr:

Při diagnóze astmatu se nikdy nemůžeme spokojit s „normálními“ hodnotami při spirometrickém vyšetření a při pochybnostech je potřeba indikovat vyšetření další (bodypletysmografii, bronchoprovokační testy), nejprve však bronchodilatační test i při „normálních“ hodnotách.

Druhým nezbytným krokem je snaha o co nejkompexnější určení rozhodujících příčin nemoci u konkrétního pacienta. Základním nástrojem k dosažení tohoto cíle je, navzdory všem moderním vyšetřovacím možnostem, stále anamnéza.

Literatura:

- Fuchs, E., Schulz, K. – H. Manuale allergologicum. Dieneshofen: Dusteri – Verlag Dr. Karl Feistle, 1990.
- Jeebhay, M. F., Robins, T. G., Lehrer, S. B., Lopata, A. L. Occupational seafood allergy: a review. *Occup Environ Med* 58(9): 553 – 562, 2001.
- Nolte, D. Asthma. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 5. vydání, 1991.
- Špičák, V., Kašák, V., Pohunek, P. Globální strategie péče o astma a jeho prevenci. Praha: Jalna, 2003.
- Teřl, M. Problémy u obtížného astmatu nevyvolává vždy vlastní choroba. *Lékařské listy XLIX*, č. 16: 3 – 5, 2000.

MUDr. Milan Teřl, PhD.
Klinika TRN FN v Plzni
Tř. E. Beneše 13
305 99 Plzeň
E-mail: terl@fnplzen.cz

Perkutánní balónková atriální septostomie v léčbě plicní arteriální hypertenze



Pavel Jansa¹, Jan Horák¹, Jiří Endrys²
Helena Sládková¹, Michael Aschermann¹

¹II. interní klinika VFN a 1. LF UK, Praha

²1. interní klinika FN, Hradec Králové

Souhrn:

Autoři referují případ nemocného s plicní arteriální hypertenzí, který nebyl vhodným kandidátem pro farmakoterapii. Pacient podstoupil perkutánní balónkovou atriální septostomii. Při stupňované balónkové dilataci v původně intaktním mezisíňovém septu bylo dosaženo vzniku pravo-levého zkratu s očekávanou akceptovatelnou systémovou desaturací a vzestupem srdečního výdeje.

Summary:

Percutaneous ball atrial septostomy in the treatment of pulmonary arterial hypertension

The authors describe the case of a patient suffering from pulmonary arterial hypertension who was not a suitable candidate for pharmacotherapy. The patient went through the percutaneous ball atrial septostomy. In the course of escalated ball dilatation in the originally intact atrial septum right-left shunt was achieved with the expected acceptable system desaturation and increased cardiac output.

Jansa, P., Horák, J., Endrys, J., Sládková, H., Aschermann, M. Perkutánní balónková atriální septostomie v léčbě plicní arteriální hypertenze. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 1: 8 – 11, 2004.

Klíčová slova:

- plicní arteriální hypertenze
- perkutánní balónková atriální septostomie

Key words:

- pulmonary arterial hypertension
- percutaneous atrial septostomy

Úvod:

Plicní arteriální hypertenze (PAH) představuje heterogenní skupinu chorob, které jsou charakterizovány prekapilární plicní hypertenzí, nálezem plexiformních lézí v histologickém obraze a závažnou prognózou (u neléčených nemocných je délka přežití průměrně 2,8 roku od stanovení diagnózy). PAH může vznikat v souvislosti s vaskulitidami, infekcí některými viry, vrozenými levo-pravými zkraty, portální hypertenzí, abúzem anorektik. Pokud není vyvolávající příčina jasná, označuje se jako idiopatická nebo familiární PAH (dříve primární plicní hypertenze).

V léčbě PAH se uplatňuje vedle antikoagulace a blokátorů kalciových kanálů především prostacyklin, antagonisté endotelinových receptorů a inhibitory fosfodiesteráz. V pokročilých stádiích onemocnění má své místo perkutánní balónková atriální septostomie (PBAS) a transplantace plic.

PBAS je invazivní terapeutickou metodou, při níž je katetrizačně vytvořen arteficiální pravo-levý zkrat na úrovni mezisíňového septa. Hemodynamickým efektem je bezprostřední zvýšení srdečního výdeje a omezení žilního městnání spojené se zlepšením symptomatologie a snad i s několikaměsíčním zlepšením prognózy navzdory výraznému poklesu parciálního tlaku kyslíku. Žádný z patogenetických mechanismů vzniku plicní hypertenze však není dotčen.

PBAS zůstává jako jediná paliativní léčba, pokud jiné možnosti nejsou k dispozici. Hlavní indikací jsou recidivující synkopy při maximální farmakoterapii. V neposlední řadě může být septostomie mostem k transplantaci. Výkon je zatížen relativně vysokou mortalitou.

SWAN HAROLD J. CH. (vysl. svon, nar. 1922) – americký kardiolog, profesor vnitřního lékařství na University of California; při vývoji katetru s ním spolupracoval další americký kardiolog W. Ganz (1919). Viz. Swan-Ganzův katetr. (Zdroj: Velký lékařský slovník)

EISENMENGER VICTOR (1864 – 1932) – německý lékař působící ve Vídni. Viz. E. reakce, E. komplex (tetralogie), E. syndrom. (Zdroj: Velký lékařský slovník)

Kazuistika:

75letý nemocný s tříletou anamnézou progredující námahové dušnosti byl doporučen na kardiologickou kliniku k vyšetření etiologie plicní hypertenze. Při hemodynamickém vyšetření v září 2003 jsme prokázali těžkou prekapilární plicní hypertenzi se středním tlakem v plicnici 53 mmHg, tlakem v zaklínění 14 mmHg, srdečním výdejem 2,7 l/min a srdečním indexem 1,4 l/min/m². Plicní vaskulární rezistence byla 14,4 Woodových jednotek, test akutní plicní vazodilatace byl negativní (tab. č. 1). Neproklázali jsme známky ani zdroj případné plicní tromboembolie, ani známky zkratové srdeční vady. Rovněž další příčiny prekapilární plicní hypertenze se nám nepodařilo prokázat. Onemocnění jsme diagnosticky uzavřeli jako idiopatickou PAH a zahájili jsme antikoagulační léčbu.

V následujících 3 měsících se stav nemocného dále zhoršoval a v prosinci 2003 byl opět hospitalizován. Kontrolní hemodynamické vyšetření ukázalo progresi plicní hypertenze a pokles srdečního výdeje proti vyšetření ze září 2003 (tab. č. 1). Tlak v pravé síni byl 12 mmHg, tlak v zaklínění 7 mmHg. Plicní vaskulární rezistence se zvýšila na 18,5 Woodových jednotek. Při testu šestiminutové chůze dosáhl nemocný vzdálenosti 170 m, saturace krve kyslíkem před testem byla 96 %, po testu 95 % (tab. č. 2). Mezišišňová přepážka při vyšetření jícnovou echokardiografií byla intaktní. Pacienta jsme se rozhodli indikovat k PBAS.

Přes pravou femorální žílu jsme zavedli Mullinsovo instrumentarium k transseptální punkci, která byla provedena bez komplikací. V levé síni jsme změřili tlak 6 mmHg. Saturace tepenné krve kyslíkem byla 94 %. Cestou vnitřní jugulární žíly vpravo jsme zavedli plovoucí Swan-Ganzův katetr k monitorování hemodynamiky, z pravé femorální artérie jsme zavedli pig-tail katetr do levé

komory. Přes vodič zavedený z pravé femorální žíly do pravé síně a přes mezišišňovou přepážku do levé síně jsme postupně zaváděli 4 mm, 8 mm, 12 mm a 16 mm balónky k dilataci mezišišňové přepážky. Dilatace byly provedeny tlakem 4 atmosfér. Výkon jsme ukončili po dilataci 16 mm balónkem při dosažení poklesu saturací tepenné krve kyslíkem na 85 % (obr. č. 1). Tlak v levé síni stoupl na 10 mmHg, došlo rovněž k vzestupu srdečního výdeje (tab. č. 1).

Stav nemocného se po výkonu výrazně zlepšil. Při klidovém echokardiografickém vyšetření bylo patrné zkratové proudění ve fossa ovalis mezišišňové přepážky o bazální šíři 7 mm. Vzdálenost dosažená při testu šestiminutové chůze se po výkonu prodloužila na 235 m, na vrcholu zátěže v šesté minutě testu byla zřetelná desaturace jako projev vytvořeného pravo-levého zkratu (tab. č. 2).

Při kontrolním vyšetření v březnu 2004 byl echokardiografický náález i hodnoty testu šestiminutové chůze zhruba stacionární (tab. č. 2).

Diskuse:

Existuje řada experimentálních a klinických pozorování, která ukazují, že přítomnost zkratového proudění na úrovni mezišišňové přepážky u nemocných s těžkou plicní hypertenzí může mít příznivý vliv na průběh onemocnění. U psů s experimentálně vyvolanou plicní hypertenzí bylo prokázáno, že přítomnost defektu septa síní zlepšuje toleranci zátěže a prognózu (Austen et al. 1964). Z klinických pozorování je známo, že pacienti s vrozenými levo-pravými zkraty a Eisenmengerovým syndromem přežívají déle než pacienti s primární plicní hypertenzí (Hopkins et al. 1996). Podobně nemocní s primární plicní hypertenzí a foramen ovale patens přežívají déle než nemocní s primární plicní hypertenzí a intaktní mezišišňovou přepážkou (Glanville et al. 1987).

Tab. č. 1: Hodnoty hemodynamického vyšetření

| | RAP (mmHg) | LAP (mmHg) | PASP (mmHg) | PADP (mmHg) | PAMP (mmHg) | PCW (mmHg) | CO (l/min) | CI (l/min/m ²) | PVR (WU) | SaO ₂ (%) |
|------------------------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---------------|-------------------------------|-------------|-------------------------|
| Září 2003 | 13 | | 89 | 38 | 53 | 14 | 2,7 | 1,4 | 14,4 | 97 |
| Před PBAS (prosinec 2003) | 12 | 6 | 74 | 45 | 55 | 7 | 2,6 | 1,3 | 18,5 | 94 |
| Po PBAS (prosinec 2003) | 10 | 10 | 78 | 28 | 45 | 8 | 3,1 | 1,6 | 11,9 | 85 |

PBAS = perkutánní balónková atriální septostomie, RAP = tlak v pravé síni, LAP = tlak v levé síni, PASP = systolický tlak v plicnici, PADP = diastolický tlak v plicnici, PAMP = střední tlak v plicnici, PCW = tlak v zaklínění, CO = srdeční výdej, CI = srdeční index, PVR = plicní vaskulární rezistence, SaO₂ = saturace tepenné krve kyslíkem



KAZUISTIKY V PNEUMOLOGII

Tab. č. 2: Hodnoty testu šestiminutové chůze

| | TK 1 (mmHg) | TK 2 (mmHg) | P1 | P2 | SaO ₂ 1 (%) | SaO ₂ 2 (%) | Vzdálenost (m) | Borgova škála dušnosti |
|------------------------------|----------------|----------------|-----|-----|---------------------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|
| Před PBAS (prosinec 2003) | 96/60 | 120/80 | 100 | 121 | 96 | 95 | 170 | 8 |
| Po PBAS (prosinec 2003) | 100/60 | 130/80 | 104 | 144 | 92 | 82 | 235 | 5 |
| Po PBAS (březen 2004) | 120/60 | 125/75 | 105 | 119 | 85 | 79 | 213 | 5 |

PBAS = perkutánní balónková atriální septostomie, TK 1 = tlak krve před testem, TK 2 = tlak krve v šesté minutě, P 1 = tepová frekvence před testem, P 2 = tepová frekvence v šesté minutě, SaO₂ 1 = saturace tepenné krve kyslíkem před testem, SaO₂ 2 = saturace tepenné krve kyslíkem v šesté minutě

Jako paliativní metodu v léčbě PAH užívali balónkovou atriální septostomii poprvé v roce 1983 Rich a Lam (Rich et al. 1983). Nemocný však krátce po výkonu zemřel na plicní edém a nezvladatelnou hypoxemii.

Hemodynamickým důsledkem atriální septostomie je zlepšení oxygenace tkání v důsledku zvýšení srdečního výdeje. Pokles tlaku v pravé síni vede k poklesu žilního městnání a může tak přispívat k redukci ascitu a periferních otoků.

Potenciální komplikací výkonu je těžká hypoxemie a akutní levostranné srdeční selhání při špatně kontrolovaném průměru vytvářeného defektu. Toto riziko je obzvláště významné v případech vysokého tlakového gradientu mezi pravou a levou síní. Mortalita

výkonu pak může dosáhnout až 25 % (Rich et al. 1997). Technika postupné dilatace balónky o vyšším průměru a pečlivé sledování dopadu každého kroku na hemodynamické parametry toto riziko snižuje. Některá pracoviště se snaží důsledky vzniklé desaturace omezit podáváním krevních převodů nebo erythropoetinu.

K léčbě jsou indikováni nemocní, kteří splňují tato kritéria: in-taktní mezisíňová přepážka nebo restriktivní foramen ovale patens, opakované synkopy a progredující pravostranné srdeční selhání při maximální konzervativní léčbě, střední tlak v pravé síni 10 – 20 mmHg, pravděpodobnost ročního přežívání méně než 40 %, saturace tepenné krve kyslíkem nejméně 90 % (Jansa et al. 2004; Sandoval et al. 1998).

PBAS je kontraindikována u nemocných s nezvladatelným pravostranným srdečním selháním. Tito pacienti výkon netolerují.

Vzhledem k tomu, že výkon zlepšuje klinický stav nemocných a krátkodobě snad také prognózu, slouží atriální septostomie především jako most k transplantaci a také jako alternativa, pokud nejsou k dispozici nebo jsou vyčerpány možnosti farmakoterapie, zejména prostacyklin.

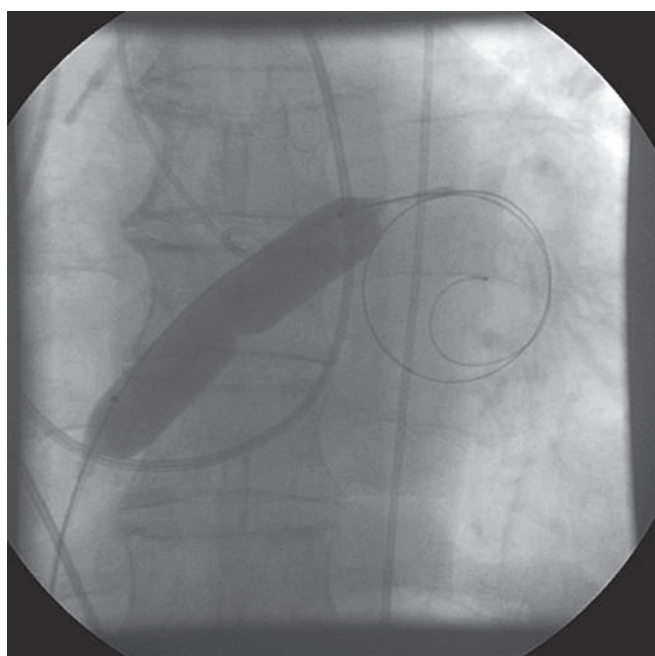
Referovaný nemocný nesplňoval kritéria k léčbě blokátory kalciových kanálů, antagonisty endotelinových receptorů, prostacyklinem a k transplantaci plic. Blokátory kalciových kanálů jsou indikovány pouze u pacientů s pozitivním testem akutní plicní vazodilatace. Léčba antagonisty endotelinových receptorů a prostacyklinem je pro její finanční náročnost zatím v České republice rezervována pro pacienty před transplantací plic, pro kterou nemocný nesplňoval věkové kritérium. Atriální septostomie tak zůstala vedle antikoagulační léčby jedinou léčebnou možností.

Hemodynamický efekt po dilataci 16 mm balónkem byl patrný již na katetrizačním sále. Efekt se však projevil zejména při testu šestiminutové chůze po výkonu, kdy byla zřetelná výrazná desaturace jako důsledek pravo-levého zkratového proudění, které se zvýraznilo při námaze. Nárůst systémových tlaků v šesté minutě testu svědčí o zvýšení srdečního výdeje, prodloužení dosažené vzdálenosti je klíčovým parametrem zlepšení funkční zdatnosti.

Závěr:

PBAS představuje efektivní léčebnou alternativu pro nemocné s PAH, kteří jsou refrakterní k farmakoterapii, případně pokud není farmakoterapie dostupná. Relativně vysoká mortalita výkonu vyžaduje, aby byl prováděn zásadně na pracovištích, která mají zkušenosti s celým spektrem léčebných možností PAH.

Obr. č. 1: Perkutánní balónková atriální septostomie. Zářez uprostřed balónku je místem, kde dochází k dilataci mezisíňové přepážky. Do levé komory je zaveden pig-tail katetr, do plicnice plovoucí Swan-Ganzův katetr.



Literatura:

Austen, W. G., Morrow, A. G., Berry, W. B. Experimental studies of the surgical treatment of primary pulmonary hypertension. *J Thorac Cardiovasc Surg* 48: 448 – 455, 1964.

Glanville, A. R., Burke, C. M., Theodore, J. et al. Primary pulmonary hypertension. Length of survival in patients referred for heart-lung transplantation. *Chest* 91: 675 – 681, 1987.

Hopkins, W. E., Ochoa, L. L., Richardson, G. W. et al. Comparison of the hemodynamics and survival of adults with severe primary pulmonary hypertension or Eisenmenger syndrome. *J Heart Lung Transplant* 15: 100 – 105, 1996.

Jansa, P., Aschermann, M., Riedel, M. et al. Doporučení pro diagnostiku a léčbu plicní arteriální hypertenze v ČR. *CorVasa* 46: K35 – K44, 2004.

Rich, S., Dodin, E., McLaughlin, V. V. Usefulness of atrial septostomy as a treatment for primary pulmonary hypertension and

guidelines for its application. *Am J Cardiol* 80: 360 – 371, 1997.

Rich, S., Lam, W. Atrial septostomy as palliative therapy for refractory primary pulmonary hypertension. *Am J Cardiol* 51: 1560 – 1561, 1983.

Sandoval, J., Gaspar, J., Pulido, T. et al. Graded balloon dilatation atrial septostomy in severe primary pulmonary hypertension. *J Am Coll Cardiol* 32: 297 – 304, 1998.

MUDr. Pavel Jansa
II. interní klinika VFN
Centrum pro plicní arteriální hypertenzi
U nemocnice 2
128 02 Praha 2
E-mail: p.jansa@email.cz

Václav Špičák, Petr Panzer a kol.

Alergologie

Monografii vytvořili Prof. MUDr. Václav Špičák a Doc. MUDr. Petr Panzer, CSc. jako hlavní pořadatelé s dvaceti čtyřmi spoluautory z devatenácti specializovaných pracovišť. Již průkopník alergologie, rakouský pediatr Clemens von Pirquet (1874 – 1929), jenž alergii pojmenoval, pokládal tento jev za změněnou reakci imunitního systému. Od těch dob bylo mnohonásobně potvrzeno, že na vzniku značné části alergických stavů a nemocí se podílejí vedle genetické predispozice a alergenů i další mechanismy, které patří mezi imunopatologické reakce. Proto asi byla hned na úvod knihy zařazena kapitola, zabývající se fyziologií imunitního systému. Další kapitola je věnována slizniční imunitě a jejímu významu v alergii, následující pak objasňují imunologické základy alergických odpovědí a genetiku atopie. Plných čtyřicet pět stran se zabývá alergeny, které jsou probírány jako celek i jednotlivě.

Rozsahem krátké, ale obsahem významné kapitoly se zabývají vlivem infekce na vznik a průběh alergického onemocnění a alergizujícími vlivy škodlivin v obytném prostředí. Atopie a imunodeficiencie je kapitolou, v níž se probírají nejvýznamnější onemocnění zapříčiněná imunitní nedostatečností, syndrom Wiskottův-Aldrichův, Jobův syndrom a další formy defektu imunity, ale také dědičně podmíněná abnormální přecitlivělost jako možná příčina sekundárního imunitního deficitu. Rozsáhlejší kapitoly obecné části monografie tvoří tematické oblasti alergie a autoimunita, diagnostika a zejména léčba alergických onemocnění, která zahrnuje eliminaci alergenů, farmakoterapii, podpůrnou léčbu a terapeutické ovlivnění imunitní odpovědi.

Přibližně o čtyřicet stran širší speciální část monografie uvádějí kapitoly o vývoji, prognóze a prevenci alergií a o jejich psychologických a psychosociálních aspektech. Na přední místo se dostala také anafylaxe s výkladem celé problematiky a s postupem u život ohrožujících stavů. Zasloužená pozornost je věnována jednomu z nejfrekventovanějších onemocnění s vleklým průběhem, chronické rýmě. Největší rozsah zabírají v této části pneumologicko-alergologické kapitoly; v první z nich se probírá problematika asthma bronchiale, ve druhé, kratší pak je pojednáno o dalších chorobných stavech ve vztahu k alergii, což jsou plicní eosinofilie, eosinofilní pneumonie a jiná postižení dýchacích cest či dalších orgánů. Krátká, ale významná kapitola se zabývá očními alergiemi. Neméně důležité jsou poslední kapitoly knihy o alergii na potraviny, na léky a latex, a na jed blanokřídlého hmyzu. Na konec zařadili pořadatelé monografie kapitolu o profesních alergiích, která se zabývá také právními aspekty a posudkově-lékařskými pohledy na alergická onemocnění.

Srozumitelnosti díla přispívá zařazení značného počtu přehledů, tabulek a obrázků, z nichž jsou některé barevné. K jednotlivým kapitolám patří přehled literatury a uživatel jistě uvítá také seznam zkratk a jejich vysvětlení. Monografie, kterou zde představujeme, má všechny předpoklady, aby si ji do knihovny zařadil každý lékař, kterému záleží na moderním přístupu k alergickému onemocnění svých pacientů.

Galén/Karolinum, Praha, 2004, ISBN 80-7262-265 (Galén); ISBN 80-246-0846-4 (Karolinum), I. vyd., formát 195 x 280 mm, váz., 348 stran, 1500 Kč



Případ 42leté ženy s těžkou plicní hypertenzí



Alice Edrisová, Martina Vašáková

Pneumologická klinika 1. LF UK, Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, Prosečnice n. S.

Souhrn:

Autoři předkládají případ mladé ženy s těžkou prekapilární plicní hypertenzí. Provedená vyšetření u pacientky neprokázala jasnou příčinu plicní hypertenze, proto bylo nejprve uvažováno o idiopatické plicní arteriální hypertenzi. Vzhledem k nálezům pozitivní autoprotilátek ENA-SS-A (Ro) a ANA se však nejpravděpodobněji jednalo o plicní arteriální hypertenzi při systémovém onemocnění.

Summary:

The case of a 42 years old woman suffering from grave pulmonary hypertension

The authors present a case of a young woman with grave precapillary pulmonary hypertension. Examinations of the patient did not demonstrate a clear cause of the pulmonary hypertension and thus an idiopathic pulmonary arterial hypertension was considered.

Yet, since the ENA-SS-A (Ro) and ANA auto-antibodies test was positive, she most probably suffered from pulmonary arterial hypertension due to system disease.

Edrisová, A., Vašáková, M. Případ 42leté ženy s těžkou plicní hypertenzí. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 1: 12 – 14, 2004.

Klíčová slova:

- prekapilární plicní hypertenze
- plicní arteriální hypertenze

Key words:

- precapillary pulmonary hypertension
- pulmonary arterial hypertension

Úvod:

Plicní hypertenze (PH) není nosologická jednotka, ale hemodynamický následek společný pro celou řadu plicních a srdečních onemocnění. Primární plicní hypertenze je velmi vzácná, většina plicních hypertenzí je sekundární. Podle aktuální klasifikace se primární plicní hypertenze označuje jako plicní arteriální hypertenze (PAH) idiopatická nebo familiární. Do skupiny PAH dále patří PH v souvislosti se systémovými onemocněními, vrozenými levo-pravými zkraty, portální hypertenzí, abúzem anorektik, infekcí virem HIV.

Normální střední tlak v plicnici činí 15 mmHg. Plicní hypertenze je definována jako střední tlak v plicnici přesahující 25 mmHg nebo střední tlak v plicnici přesahující při zátěži 30 mmHg. Dlouho trvající plicní hypertenze vede k dysfunkci pravé komory srdeční a v konečném důsledku k pravostrannému srdečnímu selhání.

Plicní hypertenze vzniká, pokud je zvýšen odpor krevnímu toku v kterémkoli místě plicního řečiště, včetně zpětného tlaku z levého srdce. Plicní hypertenzi může způsobit i značně zvýšený krevní

průtok sám o sobě, i když je odpor řečiště normální. Zvýšení středního tlaku v plicnici může být způsobeno rovněž zvýšenou viskozitou krve. Obecně zvýšení tlaku v plicnici má tři hlavní příčiny: 1. zvýšení plicní cévní rezistence (PVR), 2. zvýšení plicního průtoku krve (MV = minutový srdeční výdej) a 3. zvýšení tlaku v levé síni nebo plicního okluzního tlaku, či tlaku v zaklínění (P_{LA}).

Etiologie

Idiopatická a familiární PAH je vzácné onemocnění, jež má neznámou příčinu. Vyskytuje se s četností 1 – 10 : 1 000 000 a s 2krát vyšší prevalencí u žen než u mužů. Část onemocnění je pravděpodobně způsobena mutací v genu lokalizovaném na druhém chromozómu. Dědičnost je pak autozomálně dominantní s neúplnou penetrancí. Mutace v konečném důsledku vede ke zvýšení buněčné proliferace ve stěně plicních cév, k fibrotizaci a zesílení intimy, k hypertrofii hladké svaloviny, zmnožení proteinové matrix a pojivové tkáně v medii a k proliferaci fibroblastů vedoucí k tvorbě deposit extracelulární matrix v adventicii. Tyto změny v plicních cévách jsou charakteristické i pro další typy plicní arteriální hypertenze.

TAWARA SUNAO (1873 – 1952) – japonský patolog. Po promoci na univerzitě v Tokiu pracoval v letech 1903 až 1906 na patologickém ústavu v německém Marburgu pod vedením Karla Aschoffa. V r. 1906 publikoval průkopnickou práci „Převodní systém savčího srdce“, kde popsal anatomii i fyziologii převodního systému v komorách. Důraz přitom kladl na dostatečnou rychlost vedení vzruchu jako předpoklad mechanicky efektivního stahu. O dva roky později Tawarovu práci využil Einthoven pro interpretaci elektrokardiogramu. Po návratu do Japonska se Tawara stal profesorem patologie ve Fukuocu. Vzhledem k tomu, že AV uzel před ním popsal již His, lze se kromě označení Tawarův-Aschoffův uzel setkat i s názvem Hisův-Tawarův uzel. (Zdroj: Velký lékařský slovník)

RAYNAUD MAURICE (vysl. rejnó, 1834 – 1881) – francouzský lékař, který pracoval v několika pařížských nemocnicích bez ambicí na profesionální postupu. Pro své zásluhy byl zvolen do lékařské akademie a obdržel řád důstojníka Čestné legie; nedožil se však zřízení katedry historie medicíny, o což mnoho let usiloval. Viz R. fenomén (nemoc), R. syndrom. (Zdroj: Velký lékařský slovník)

Nejčastějšími příčinami sekundární plicní hypertenze jsou chronická obstrukční plicní nemoc, srdeční selhání, plicní embolie a interstiální plicní procesy. U systémových onemocnění může být příčinou plicní hypertenze hypoxie při interstiální plicní fibróze nebo PAH.

Klinický obraz

Příznaky PH jsou nespecifické. Patří mezi ně především dušnost, bolest na hrudníku, cyanóza a synkopy. V pozdějších stadiích se onemocnění projevuje pravostranným srdečním selháním.

Vyšetřovací metody

Při fyzikálním vyšetření pacienta s PH můžeme zaznamenat klidovou tachykardii, zvýšenou náplň krčních žil, cyanózu a otoky. Můžeme slyšet akcentovanou druhou ozvu, dále třetí nebo čtvrtou srdeční ozvu a šelest trikuspidální nebo pulmonální regurgitace.

Laboratorní vyšetření zaměřujeme na vyloučení systémového onemocnění nebo infekce HIV jako příčiny plicní hypertenze. Na skiagramu hrudníku u pacientů s PH je patrné rozšíření proximálních plicních arterií. Rozšíření truncus pulmonalis je příčinou prominence mezi aortáním knoflíkem a levým okrajem srdečního stínu. Na EKG je typicky patrný posun osy srdeční doprava, známky hypertrofie pravé komory a P pulmonale. Často je přítomen blok pravého Tawarova raménka. Vyšetřením krevních plynů zjišťujeme v pokročilejších stádiích hypoxemii. Noční desaturaci zjišťujeme u pacientů se syndromem spánkové apnoe. Ventilacně perfúzní plicní scan by měl odhalit případnou plicní embolii. Echokardiografické vyšetření slouží především k odhadu stupně plicní hypertenze. Dále odhalí přítomnost intrakardiálních zkratů, může posoudit přítomnost trikuspidální regurgitace, paradoxní pohyb septa, hypertrofii či dilataci pravé komory. Dále by mělo být provedeno spirální CT a HRCT hrudníku. Jednak z důvodu detekce plicní arteriální obstrukce při tromboembolické nemoci a dále k posouzení změn v plicním parenchymu (interstiální plicní procesy, emfyzém, bronchiektázie atd.).

Pravostranná srdeční katetrizace slouží k definitivnímu stanovení diagnózy a k posouzení plicní vazoreaktivity. Plicní biopsie je

u nemocných s PH indikována zřídka. Ve většině případů se diagnózu podaří stanovit bez biopsie.

Léčba pacientů s PAH probíhá ve specializovaných centrech (v České republice na II. interní klinice VFN a 1. LF UK v Praze). Vedle antikoagulace a konvenční farmakoterapie při srdečním selhání se v léčbě uplatňuje především podání prostacyklinu, dále se užívají antagonisté receptorů pro endotelin. Z nefarmakologických postupů je k dispozici atriální septostomie a transplantace plic.

Kazuistika:

32letá žena se obrátila na odborného plicního lékaře, u kterého byla sledována pro opakované pneumonie, z důvodu zhoršující se námahové dušnosti. Uvedla dále, že asi před 3 týdny pozorovala otok a bolestivost nártu levé dolní končetiny. Otok i bolest ustoupily. Jiné obtíže neměla. Na skiagramu hrudníku shledal pneumolog rozšíření stínu srdečního a odeslal pacientku na transtorakální echokardiografii. Na základě nálezu dilatace a hypertrofie pravé komory srdeční a dilatace levé síně byla pacientka doporučena k hospitalizaci na spádovém interní oddělení. Zde vyloučili plicní embolii, nicméně perfúzní plicní scan prokázal zřetelně nehomogenní distribuci perfúze v obou plicích. Pacientka byla s podezřením na plicní fibrózu s projevy plicní hypertenze odeslána na naše pracoviště k dalšímu vyšetření.

Zajímavá byla u pacientky rodinná anamnéza. Matka pacientky měla prý mnoho nemocí, údajně měla opakované zápaly plic a zemřela ve 36 letech. Sama pacientka nikdy vážněji nestonala, na spádovém plicním oddělení byla sledována poté, co prodělala 2 zápaly plic, naposledy v létě roku 2001. Pro vertebrogenní obtíže byla ošetřena koncem měsíce května 2002. Anorektika nikdy neužívala, brala hormonální antikoncepci (Femoden) a od hospitalizace na interním oddělení užívala Corvaton.

Při přijetí byl fyzikální nález bez zvláštností. V krevním obraze jsme zaznamenali eozinofilii v diferenciálním rozpočtu (6 – 8 %).

Obr. č. 1: Zadopřední skiagram hrudníku se známkami plicní hypertenze



Obr. č. 2: CT hrudníku s patrnými rozšířeními centrálními částmi plicních tepen a plicním edémem



D-dimery byly mírně zvýšeny (400 ng/ml), sérový angiotensin konvertující enzym (ACE) byl v normě. Biochemie séra a vyšetření moči bylo bez pozoruhodností. Na skiagramu hrudníku bylo patrné zvětšení pravé síně a rozšíření truncus pulmonalis asi na 4 cm, plicní parenchym byl bez ložiskových změn (obr. č. 1). Dále jsme provedli základní imunologické vyšetření, kterým byl zjištěn pokles imunoglobulinů třídy IgA na 0,65 g/l, hodnoty složek komplementu byly v normě, autoprotilátky ANA, ANCA a anti dsDNA byly negativní. Slabá pozitivita byla zjištěna u protilátek proti bazální membráně glomerulů. Hraniční byl titer revmatoidního faktoru 1:80, zaznamenán byl pokles cirkulujících imunokomplexů na 10,0 j. Významnější nález byl ve skupině extrahovatelných nukleárních autoprotilátek (ENA), a to vzestup anti SS-A (Ro) na 3,56.

Hodnoty krevních plynů z kapiláry byly v normě, rovněž hodnoty ventilčních parametrů byly v mezích normy, transfer faktor byl snížen o 28 % a transfer koeficient o 38 %. Vzhledem k anamnestickému údaji námažové dušnosti bylo objednáno spiroergometrické vyšetření. Při submaximální zátěži 50 W 3 min a 75 W 30 s byla zátěž ukončena pro dušnost. Před ukončením zátěže byla zjištěna hyperventilační hypokapnie, jinak respirace byla v mezích normy. Dosažená VO_2 max byla významně snížena. Během tohoto vyšetření se neprojevovaly ischemické změny ani poruchy rytmu na EKG křivce.

Pacientka podstoupila bronchoskopické vyšetření, během kterého byla provedena bronchoalveolární laváž ze středního laloku. V buněčném rozpočtu bylo zastoupeno 73 % alveolárních makrofágů, 11 % polymorfonukleárů a 16 % lymfocytů. IRI (imunoregulační index) z bronchoalveolární lavážní tekutiny byl 1,0.

Na HRCT hrudníku byly popsány okrsky mlhovitě zvýšené denzity v centrálních částech plic a v okolí centrilobulárních struktur, svědčící pro plicní edém (obr. č. 2). Kmen plicnice byl rozšířen na 3,4 cm a rovněž byly rozšířeny i centrální části plicních tepen. Byla přítomna kardiomegalie se zvětšením oddílů pravého srdce.

Dle echokardiografického nálezu bylo popsáno zvětšení pravé komory srdeční s hypertrofií volné stěny (asi 5 – 6 mm), těžká plicní hypertenze s vrcholovým gradientem regurgitace na trikuspidálním ústí 105 mmHg, dilatace dolní duté žíly na 20 mm s omezenou kolapsibilitou a dilatace jaterních žil. Transtorakálně nebyly prokázány známky zkratové vady. Levá komora srdeční byla malá s normální systolickou funkcí.

Diferenciálně diagnostická rozvaha nás vedla k diagnóze idiopatické PAH. Zvažovali jsme i možnost genetické zátěže vzhledem k úmrtí matky pacientky v poměrně mladém věku. Přítomnost autoprotilátek ENA- SS-A (Ro) by však mohla být dokladem toho, že se jednalo o PAH při systémovém onemocnění.

Pacientku jsme odeslali k dalšímu vyšetření na specializované kardiologické pracoviště. Tam bylo provedeno hemodynamické vyšetření a test plicní vazodilatace, jež prokázal těžkou prekapilární plicní hypertenzi se zachovalou vazoreaktivitou. Závěr zněl: suspektní plicní arteriální plicní hypertenze při systémovém onemocnění. Byla zahájena antikoagulační a vazodilatační terapie. Ke kontrole se pacientka dostavila s trvající námažovou dušností NYHA III a otoky dolních končetin. Echokardiograficky byl vrcholový gradient regurgitace na trikuspidálním ústí 129 mmHg. Pacientce byla nabídnuta možnost zařazení na čekací listinu k transplantaci plic s předchozí léčbou intravenózním prostacyklinem. Kontrolní imunologické vyšetření překvapivě ukázalo vzestup titru ANA a nově se objevil Raynaudův fenomén na horních končetinách. To potvr-

dilo podezření na PAH při systémovém onemocnění (systémový lupus erytematoses nebo sklerodermie). K léčbě byly přidány kortikoidy. Stav pacientky se však rychle horšil a nemocná zemřela krátce po zahájení léčby kortikoidy pod obrazem nezvladatelného pravostranného srdečního selhání.

Pitevní protokol uvádí jako příčinu úmrtí cor pulmonale chronicum decompensatum se všemi projevy pravostranného srdečního selhání, orgánovou venostázou, hydroperikardem, ascitem, otoky dolních končetin, otokem mozku. Pravá komora srdeční byla hypertrofická, vedlejším nálezem bylo foramen ovale pervium. Histologické vyšetření plicního parenchymu prokázalo fokální kulatobuněčnou celulizaci sept a těžkou plexiformní arteriopatii. Popsána byla i přítomnost lymfocytárních infiltrátů v okolí cév a bronchů. U drobných cév bylo popsáno ztlustění jejich stěny a endoteliální fibróza. U některých cév kulatobuněčná celulizace. V parenchymu ledvin byly popsány známky těžké venostázy, kolabované glomeruly a těžká vazoparalytická nefróza. V myokardu opět kulatobuněčná celulizace subendokardiálně a subepikardiálně.

Diskuse:

Plicní arteriální hypertenze se vyskytuje u systémových onemocnění nejčastěji u CREST varianty systémové sklerodermie (karcinóza, Raynaudův fenomén, ezofageální dysmotilita, sklerodaktylie, teleangiektázie). Méně často je PAH přítomna u systémového lupus erytematoses. Neléčené onemocnění má velmi nepříznivý průběh, většina nemocných zemře do 2 – 3 let od stanovení diagnózy. Léčba imunosupresí může mít vliv na PAH u systémového lupus erytematoses, u systémové sklerodermie nikoli. U pacientů s PAH bez vazoreaktivity je metodou volby léčba prostacyklinem nebo antagonisty endotelinových receptorů. V České republice je tato ekonomicky náročná terapie (roční léčba 1 pacienta 2 – 3 miliony Kč) dostupná zejména pro pacienty zařazené na čekací listinu k transplantaci plic.

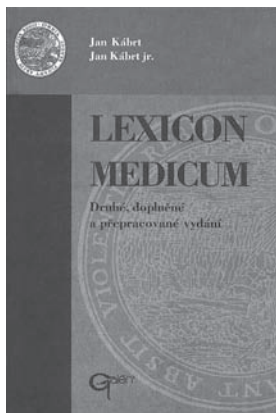
Závěr:

Plicní hypertenze může být přítomna u řady onemocnění. Setkali jsme se s případem pacientky s těžkou prekapilární plicní hypertenzí, která byla diagnosticky uzavřena jako PAH při systémovém onemocnění. Autoři chtějí poukázat na nutnost myslet i na méně časté či raritní příčiny v diferenciální diagnostice plicní hypertenze.

Literatura:

- Dilworth, J. P., Baldwin, D. R. Respiratory medicine specialist handbook. London: Martin Dunitz, 2001.
 Prutkin, J., Moss, J. Genetics for pulmonologist. London: Remedica, 2002.
 Riedel, M. Choroby plicního oběhu. Praha: Galén, 2000.
 Štefja, M. Kardiologie. Praha: Grada, 1995.

MUDr. Alice Edrisová
 Pneumologická klinika 1. LF UK FTNsP
 Prosečnice n. S.
 257 42 Krhanice
 E-mail: a.edrisova@seznam.cz



Recenze – dnes netradičně – srovnávací

V nakladatelství Galén vyšlo druhé, doplněné a přepracované vydání slovníkové publikace **Lexicon medicum**, která je dílem Prof. PhDr. Jana Kábrta, CSc. a Doc. MUDr. Jana Kábrta, CSc. (od jejího prvního vydání v někdejším Avicenu uběhlo 16 let). Jde v podstatě o latinsko-český slovník, jehož latinská hesla jsou důsledně doplněna přízvuky a nezbytnými gramatickými údaji, tedy u substantiv genitivem a rodem a u adjektiv tvarů nominativu všech tří rodů. V závorce se pak stručně uvádí řecký či latinský původ slova.

Slovník je dílem přesahujícím samotnou medicínu, jde o lingvistické dílo vysoké hodnoty s obecně kulturním rozměrem. Kromě latinských termínů, které dnešní medicína stále používá, obsahuje i slova historického charakteru či obecně latinská slova. Na druhou stranu jsou uvedeny také některé moderní technické či chemické

termíny (electrocardiographia, lipasis apod.). Užitečné je i přibližně stostránkové úvodní repetitorium latinské a částečně i řecké gramatiky, včetně abecedního přehledu hlavních latinských a řeckých kmenů, předpon a přípon.

Česko-latinská část je stručnější než latinsko-česká, ale poskytuje dobrou orientaci v situaci, kdy nevíme, kde v latinsko-českém slovníku hledat. Z farmakologického hlediska je užitečný rozsáhlý přehled farmaceutických zkratk. Mnozí z uživatelů ocení např. přehled termínů pro polohu a směry částí těla, latinsko-české názvy některých odborných disciplín, chemické názvosloví a přehled chemických prvků, či přehled skupinových označení léků, léčebných prostředků a léčivých rostlin.

Mimořádnost díla je ještě více patrná při pohledu na zahraniční literaturu, kdy si s hrdostí uvědomujeme, že podobné latinské slovníky byly vydány pouze v tzv. světových jazycích, a to ještě ne ve všech. Srovnání s klasickým *Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke* (Duden) vychází ve prospěch *Lexicon medicum*.

Česká odborná literatura při srovnání se zahraniční není na tom špatně ani v oblasti výkladových lékařských slovníků. Svědčí o tom **Velký lékařský slovník**, sestavený MUDr. Martinem Vokurkou, MUDr. Janem Hugo a jejich kolektivem, který poprvé vyšel v roce 2001 a jehož třetí aktualizované vydání obsahuje již 35 tisíc hesel.

Těžištěm tohoto slovníku jsou výkladová hesla; hesel překladových je menší počet. Také zde jde hlavně o latinské termíny, ty ale nejsou uvedeny systematicky. Tam, kde existuje termín počeštěný, je mu zpravidla dána přednost (falciformní proti falciformis, prozopagnozie proti prosopagnozia). Uveden je vždy pouze první pád a u adjektiv obvykle pouze maskulinum.

Hesla zahrnují klinické, preklinické, teoretické i pomocné obory medicíny. Velký lékařský slovník uvádí prakticky celou anatomickou terminologii, např. u svalů, jichž je uvedeno cca dvě stě, jsou vždy popsány úpony, funkce a inervace. Několik tisíc hesel je věnováno biochemii a molekulární biologii. Z preklinických oborů je bohatě zastoupena patologie, včetně vrozených vývojových vad, farmakologie a zejména patofyziologie. Na ně úzce navazují hesla z vnitřního lékařství a jeho podoborů. Největší počet hesel patří samozřejmě klinickým oborům. Značný počet hesel je věnován dědičným chorobám včetně stovek vzácných nemocí a syndromů – metabolické vady jsou popisovány v návaznosti na biochemii.

Moderní medicínu charakterizuje stále větší měrou používání zkratk. Je proto velmi cenné zařazení výkladu několika tisíců českých i anglických zkratk, včetně oborově odlišného významu. (Např. zkratka SA může označovat sociální anamnézu, spondylarthritis ancylopoetica, sérový albumin, sinoatriální uzel, či sinusovou arytmiu.)

Také tento slovník obsahuje etymologické poznámky, i když zdaleka ne tak systematicky jako *Lexicon medicum*. Jejich předností naopak je zdůraznění kontextu, a to jak jazykového (samostatné vysvětlení předpony a kmene), tak věcného (např. u stenokardie se dozvíme, že doslovným překladem do latiny je angina pectoris).

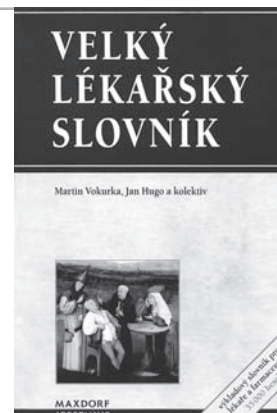
Sympatickým prvkem Velkého lékařského slovníku jsou životopisné údaje u eponym. Nejsou uvedena u všech eponym, ale i těch přibližně 2000 medailónků představuje zajímavé čtení. Nepřinášejí sice – na rozdíl od ostatních hesel – žádné praktické poučení pro naši uspěchanou dobu (tak jak jsem se zmínil o *Lexicon medicum*), ale snad o to více si mezi čtenáři za tři roky, kdy je tento slovník na trhu, již získaly oblibu. Připomeneme si například, že manželé Coriovi, laureáti Nobelovy ceny za objev glukózo-laktátového cyklu, byli spolužáci na pražské lékařské fakultě, nebo, že objevitele stresu, kanadského vědce maďarského původu Hanse Selyeho, k zájmu o nadledvinu přivedl, rovněž v Praze, slavný Arthur Biedl.

Nejvýznamnějším přínosem Velkého lékařského slovníku je jeho mezioborový charakter. Vyjadřuje ho obrovský počet odkazů, které myšlenkově propojují hesla jak uvnitř jednotlivých oborů, tak mezi nimi. Žijeme v době, kdy profesionalita je podmíněna specializací a orientace lékaře mimo svůj obor klesá progresivně jak s časovým odstupem od promoce, tak rychlým rozvojem každého jednotlivého oboru.

Závěrem můžeme shrnout: **Lexicon medicum** nám dává dokonalý přehled o latinské lékařské terminologii, **Velký lékařský slovník** pak poskytuje k této terminologii výklad a vysvětlení. Každé z těchto děl má v knihovně lékaře své opodstatnění a v žádném případě si nekonkurují, ale vzájemně se ideálně doplňují.

Lexicon medicum, Galén, Praha, 2004, 2. vyd., ISBN 80-7262-235-8, 1130 stran

Velký lékařský slovník, Maxdorf, Praha, 2003, 3. vyd., ISBN 80-85912-43-0, 925 stran



Disseminovaný pľúcny proces menej obvyklej etiológie



Robert Vyšehradský¹, Zdeno Huťka²,
Lukáš Plank², Jana Buchancová³,
Gabriela Klimentová³, Eva Rozborilová¹

¹Klinika tuberkulózy a pľúcnych chorôb

²Ústav patologickej anatómie

³Klinika pracovného lekárstva a toxikológie

Univerzita Komenského Jesseniova LF a Martinská FN, Martin

Súhrn:

Autori prezentujú kazuistiku 32-ročnej fajčiarky, fúkačky skla, s anamnézou náhle vzniknutých ťažkostí od decembra 2002. Na natívnej snímke hrudníka disseminácia sýtych mikronodulárnych tieňov. Vyslovené podozrenie zo špecifickej etiológie. Antituberkulotická liečba bez efektu. Indikovaná pľúcna biopsia. Nález hodnotený ako silikóza pľúc so sekundárnou mykózou, mykóza nepotvrdená sérologicky ani kultivačne. Hygienický prieskum pracoviska vylúčil významnú expozíciu prachu SiO₂. Diagnostické doriešenie s následným liečebným zásahom prinieslo až prehodnotenie pľúcnej biopsie.

Summary:

Disseminated pulmonary process of less usual etiology

The authors present the case of a 32 year old female smoker, a glass blower with the history of sudden problems since December 2002. The simple thorax x-ray demonstrates dissemination of deep micronodular shadows. Specific etiology has been suggested. Antituberculous treatment had no effect. Referred for pulmonary biopsy. The finding has led to the assessment of pulmonary silicosis with secondary mycosis. Mycosis has been confirmed neither serologically nor in cultivation. The hygiene officer's examination of the work place ruled out the possibility of prominent exposition to SiO₂ dust. Reassessment of pulmonary biopsy resulted in final diagnosis and subsequent treatment.

Vyšehradský, R., Huťka, Z., Plank, L., Buchancová, J., Klimentová, G., Rozborilová, E. Disseminovaný pľúcny proces menej obvyklej etiológie. Kazuistiky v pneumológii 1, č. 1: 16 – 20, 2004.

Kľúčové slová:

- disseminovaný pľúcny proces
- diagnostika
- pľúcna biopsia
- počítačová tomografia

Key words:

- disseminated pulmonary process
- diagnostics
- pulmonary biopsy
- computer tomography

Úvod:

Dovoľujeme si prezentovať prípad, ktorý spôsobil isté diagnostické rozpaky a problémy na viacerých pneumoftizeologických aj patologicko-anatomických pracoviskách. Dôvodov bolo zrejme niekoľko: zavádzajúca pracovná anamnéza, nešpecifický klinický obraz, neobvyklý röntgenologický obraz, absencia typického nálezu v laboratórnych vyšetreniach a napokon zriedkavý pôvodca. Chceli by sme ním poukázať na stále aktuálnu nutnosť dobrej medziodborovej spolupráce a vzájomnej informovanosti v procese diagnostiky, ale aj na možný rôzny pohľad viacerých odborníkov toho istého odboru na ten istý problém.

Kazuistika:

V čase objavenie sa príznakov (v decembri roku 2002) mala pacientka 32 rokov. Bola to fajčiarka, bez akýchkoľvek predchádzajúcich závažnejších chorôb. Pracovala 5 rokov ako fúkačka skla vo výrobe vianočných ozdôb. V roku 1996 mala natívnu snímku hrudníka bez patologického nálezu. Vo vyššie uvedenom čase náhle u pacientky vznikla tlaková bolesť na hrudníku a námahová inšpiračná dýchavica, zároveň sa objavila celková slabosť, únava, nadmerné potenie a mierny suchý dráždivý kašeľ. Praktický lekár pacientku empiricky preliečil antibakteriálnou chemoterapiou (amoxicilin), čo však nevedlo k ústupu uvedených ťažkostí, preto bola pa-

SCHIFF HUGO J. (1834 – 1915) – nemecký chemik, ktorý pripravil produkty kondenzácie aldehydů a aminů (Schiffovy baze) a zavedl zkoušku na aldehydy. Viz. Sch. reakce, Sch. činidlo, Sch. baze. (Zdroj: Velký lékařský slovník) PAS (periodic-acid-Schiff reaction)

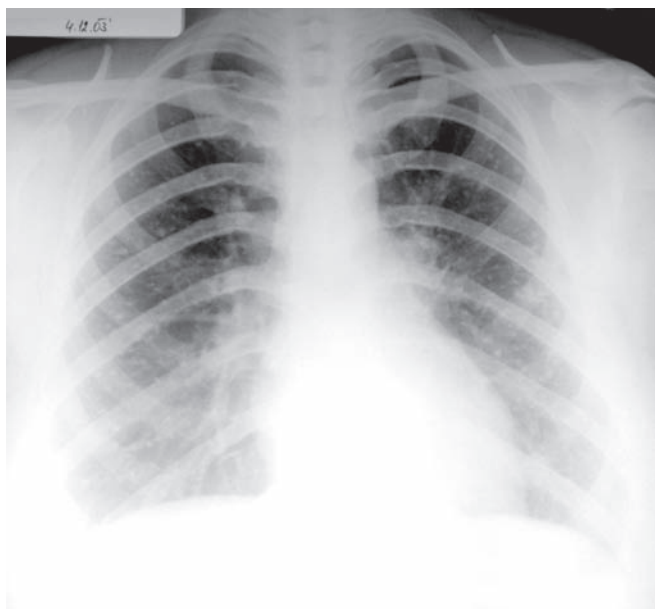
cientka odoslaná na röntgenovú snímku hrudníka. Na natívnej snímke bola nápadná disseminácia sýtych mikronodulárnych tieňov v oboch pľúcnych krídlach (obr. 1). Boli realizované základné laboratórne vyšetrenia. Rýchlosť sedimentácie erytrocytov bola v norme, krvný obraz vrátane diferenciálneho rozpočtu leukocytov bol bez posunu voči referenčným hodnotám, podobne ako elektroforetické rozdelenie bielkovín séra. Pacientka bola vyšetrená regionálnym pneumoftizeológom. Vo funkčnom vyšetrení pľúc nebola prítomná reštrikčná ani obštrukčná ventilačná porucha, ani hyperinflácia pľúc. Pneumoftizeológ vyslovil podozrenie z tuberkulózne etiológie procesu a bola započatá antituberkulotická liečba podľa režimu III., odporúčaného WHO pre náš región. Mikroskopickým vyšetrením spúta nebola potvrdená prítomnosť acidorezistentných tyčiek, kultivačne neboli dokázané mykobaktérie tuberkulózy. Po mesiaci liečby pretrvávali subjektívne ťažkosti, röntgenologický nález na natívnej snímke hrudníka bol bez zmeny oproti stavu pred zahájením antituberkulotickej liečby. Z týchto dôvodov bolo realizované vyšetrenie pľúc počítačovou tomografiou s vysokou rozlišovacou schopnosťou (HRCT) ultratenkými rezmi. Nález potvrdzoval dissemináciu mikronodulárnych opacít vysokej denzity s náhodnou distribúciou v oboch pľúcnych krídlach (obr. 2). Neboli prítomné žiadne iné zmeny v pľúcnom parenchýme, na pleure, ani významné zväčšenie regionálnych lymfatických uzlín. Bola indikovaná pľúcna biopsia z diferenciálno-diagnostických dôvodov. Pacientka bola odoslaná za účelom tohto výkonu na pracovisko hrudníkovej chirurgie. 28. januára 2003 bola realizovaná pľúcna biopsia vľavo cestou video-asistovanej torakoskopie.

Záver patológa boli nasledovné:

„Deskvamatívna, miestami hyperplastická mykotická chronická bronchitída. Hýfy sú degeneratívne pozmenené, takže nie je možná ich typizácia.

Obr. 1: Natívna snímka hrudníka v zadoprednej projekcii v čase objavenia sa ťažkostí

Legenda: Disseminácia rôzne veľkých sýtych drobnouzličkových tieňov v oboch pľúcnych krídlach.



Ďalej v tkanive jedno väčšie, druhé menšie oválne ložisko na periférii s jemným väzivovým obalom, centrálnne s kazeózou nekrozou, medzi nekrozou a puzdrom miestami degenerované hyfy plesní. Disperzne drobné ložiská nešpecifickej fibrotizácie, striedajúce sa s drobnými atelektázami, nevýrazné prekrvenie ciev. V iných bronchoch, mierne štrbinovite utlačených, chronický atrofický nešpecifický zápal. V početných alveoloch početné skupinky pulmofágov bez pozitIVITY železa. Farbenie na acidorezistentné tyčky negatívne.

Dodatok: V rezervnom bioptickom materiáli z pľúcneho parenchýmu ... sú prítomné ojedinelé menšie noduliformné patologické ložiská, tvorené cibulovitou vrstvenou fibrózou. Centronodálne sú prítomné epiteloidné bunky a obrovské viacjadrové bunky z cudzích telies. V polarizačnom mikroskope nachádzame depozitá kryštaloidného typu, otáčajúce rovinu polarizovaného svetla...

Záver: Morfológický nález je kompatibilný z etiologického hľadiska pre exogénny intersticiálny pľúcny proces profesionálneho charakteru irreverzibilného typu (silikotická fibróza, iné anorganické a organické)...

Mikroskopické ani kultivačné vyšetrenie spúta nepotvrdilo prítomnosť plesní, vyšetrenia protilátok proti aspergilom v sére v triade IgG aj IgE boli negatívne. Na základe vyššie uvedených nálezov bol stav uzavretý ako silikóza pľúc so sekundárnou mykózou. Pacientka bola krátkodobo preliečená intrakonazolom bez efektu na klinický a röntgenologický obraz.

Následne bola odoslaná s vyššie uvedeným záverom na Kliniku pracovného lekárstva a toxikológie UK JLF a MFN za účelom pracovno-lekárskeho doriešenia. Bol iniciovaný hygienický prieskum pracoviska, bol konzultovaný pneumoftizeológ, ktorý odporučil opakovať niektoré vyšetrenia: rýchlosť sedimentácie erytrocytov bola 12/26, v periférnej krvi bolo $5,81 \times 10^9/l$ leukocytov. V diferenciálnom krvnom obraze zastúpenie neutrofilných granulocytov 57,2 %,

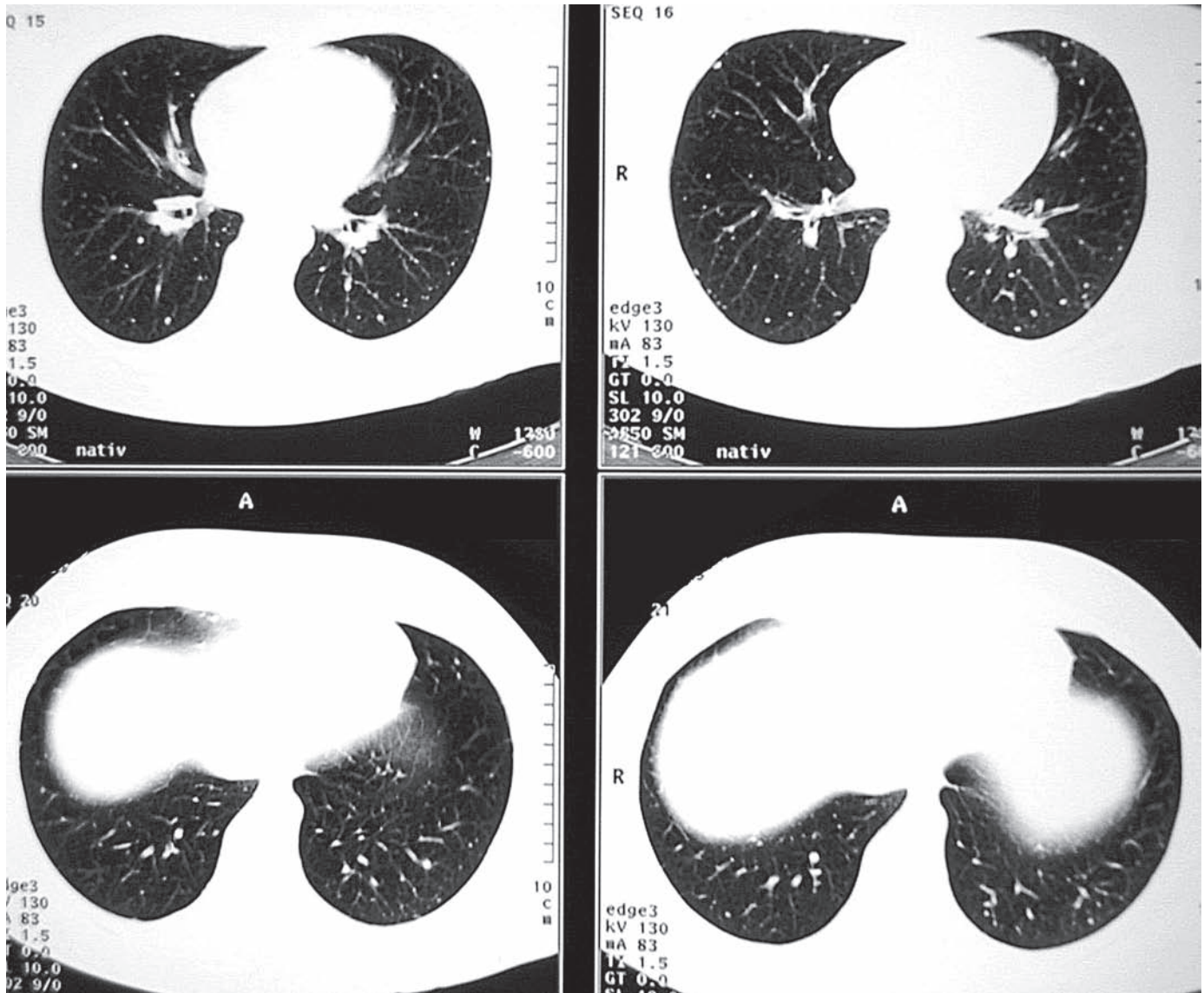
Obr. 6: Natívna snímka hrudníka v zadoprednej projekcii po mesačnej liečbe flukonazolom

Legenda: Čiastočná regresia mikronodulárnej disseminácie obojstranne



Obr. 2: Počítačová tomografia pľúc s vysokou rozlišovacou schopnosťou (HRCT)

Legenda: Štyri tenké vrstvy HRCT dokumentujú dissemináciu mikronodulárnych opacít vysokej denzity s náhodnou distribúciou v oboch pľúcnych krídlach. Nie sú prítomné proximálne bronchiectázie, peribronchiálne infiltráty, kavitácie či väčšie nodulárne opacity.

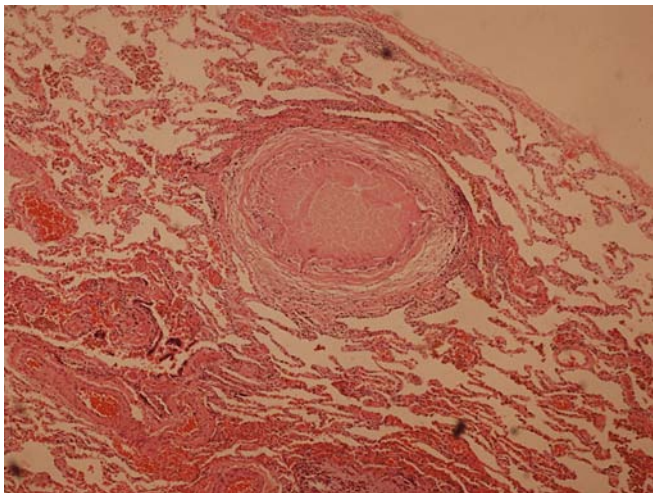


lymfocytov 34,2 %, eozinofilných granulocytov 3,4 %. Eozinofília v spúte opakovane nezistená. Sérologické vyšetrenia protilátok proti aspergilom v triede IgG aj IgE boli opäť negatívne, plesne neboli v spúte dokázané mikroskopicky ani kultivačne. Celkové imunoglobulíny IgG 10,27 g/l, IgA 1,4 g/l, IgM 0,89 g/l, IgE < 200 U/l. Hodnota cirkulujúcich imunokomplexov 0,011. Fagocytárna aktivita polymorfonukleárov 27 % (referenčné rozpätie 37 – 74), pri kontrolnom vyšetrení už v referenčnom rozpätí, index avidity 6,48 (referenčná hodnota > 5). Vrstvenie T, B a NK buniek v periférnej krvi bolo fyziologické. Protilátky proti vírusu ľudskej imunodeficiencie HTLV-1 boli negatívne. Nedokázali sme teda žiadny deficit humorálnej, celulárnej ani nešpecifickej imunity. Vo funkčnom vyšetrení pľúc úsilná vitálna kapacita (FVC) 106 % referenčnej hodnoty, objem vzduchu vydýchnutý za 1. sekundu úsilného výdychu (FEV_1) 107 % referenčnej hodnoty, totálna pľúcna kapacita (TLC)

92,4 % referenčnej hodnoty, difúzna kapacita pľúc pre oxid uhoľnatý meraná jednodychovou metodikou ($D_{LCO,SB}$) 71 % referenčnej hodnoty. Inhalačný nešpecifický bronchoprovokačný test s acetylcholínom nepotvrdil prítomnosť hyperreaktivity tracheobronchiálneho stromu. Bola urobená bronchoskopia s odberom bronchoalveolárnej lavážnej tekutiny. Makroskopický endoskopický nález bol fyziologický, ani v bronchoalveolárnej lavážnej tekutine neboli dokázané plesne mikroskopicky či kultivačne. Rozpočet buniek v lavážnej tekutine: makrofágy 95 – 97 %; lymfocyty < 4 %; neutrofilné granulocyty < 2 %. Na HCRT pľúc bol nález totožný s nálezom z rádiodiagnostického pracoviska v mieste bydliska pacientky (obr. 2). Pripomíname, že neboli prítomné proximálne bronchiectázie, peribronchiálne infiltráty, kavitácie či väčšie nodulárne opacity. Na základe prehliadnutia vyššie uvedených výsledkov vyšetrení sme sa priklonili k diagnóze silikózy. Dôkazu hýfov plesní v bioptickej

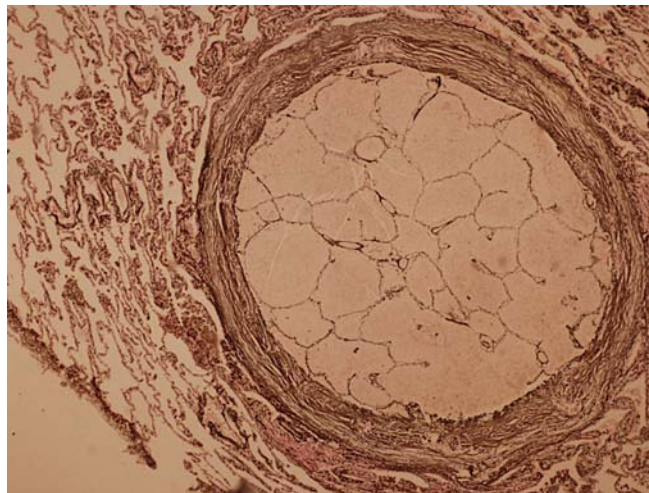
Obr. 3: Biopsia pľúc – farbenie hematoxylín – eozín

Legenda: Granulóm s kazeifikačnou nekrózou v centre. Je ohraničený väzivom bez výraznejšej zápalovej celulózie. Okolité parenchým ľahko hyperemický.



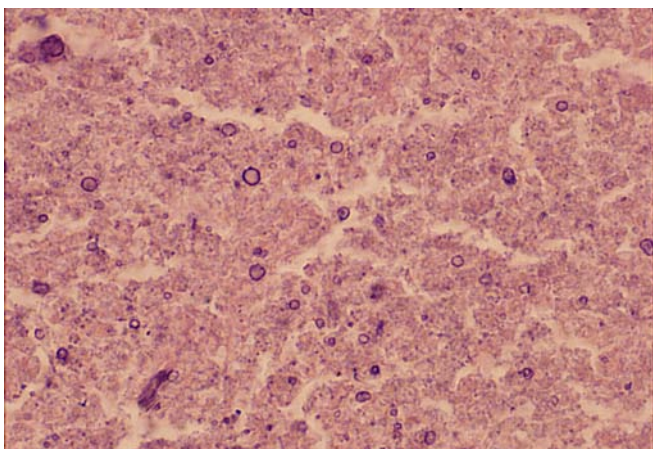
Obr. 4: Biopsia pľúc – Gömoriho impregnačná metóda

Legenda: Retikulínové vlákna dokazujú predchádzajúcu prítomnosť alveolárnych sept v oblasti kazeifikačnej nekrózy.



Obr. 5: Biopsia pľúc – farbenie PAS

Legenda: Oválne prstencovité PAS+ útvary v oblasti kazeifikačnej nekrózy v centre granulómu. Môže ísť o kryptokoky, histoplazmy alebo kokcidomycety.



vzorky sme nepripisovali klinickú relevanciu vzhľadom k negatívne sérologickým aj kultivačným vyšetrením (plesne boli považované za kolonizáciu).

V júni 2003 sme obdržali výsledok hygienického prieskumu pracoviska pacientky, ktorý nepotvrdil významnú expozíciu prachu SiO_2 . Keďže však subjektívne ťažkosti pacientky pretrvávali, požiadali sme pracovníkov Ústavu patologickej anatómie UK JLF a MFN, aby vyžiadali biopsický materiál od svojich kolegov z pracoviska, kde bola biopsia realizovaná a prehliadli ho (obr. 3, 4, 5). Ich hodnotenie zaslaného materiálu bolo nasledovné:

„V nami vyšetrených excíziách je obraz respiračnej bronchiolitídy (až deskvamatívnej intersticiálnej pneumónie) s výskytom sporadických granulómov. Tieto sú tvorené dominujúcou centrálnou kazeóznou nekrózou, na periférii ktorej sú koncentrické vrstvy kolagenizovaných vlákien. V nekrózach sú ojedinelé kryštály cho-

lesterolu, bunková výbava nie je viditeľná a BK sme v nich nedokázali. Neboli zachytené významné množstvá birefringentného materiálu. Pri väčšom zväčšení možno pozorovať, najlepšie vo farbení PAS disperzné nepravidelné ovoidné štruktúry s PAS+ membránou, ktoré pripomínajú kryptokokové či histoplazmové organizmy, prípadne kokcidomycety. Záver: Granulomatózny fibrokazeózný proces, najskôr zo skupiny mykotických zápalov. Morfológický obraz, podobne ako klinicky známy obraz, nepodporuje podľa nášho názoru diagnózu silikózy.“

Nález konzultovali aj s Prof. MUDr. Rostislavom Kodřouskom, DrSc. z Ústavu patológie Palackého Univerzity Olomouc, ktorý sa stotožnil s ich názorom, a ktorému touto cestou za konzultáciu ďakujeme.

Keďže pacientka aj pri opätovnom cieleňom odbere epidemiologickej anamnézy poprela pobyt v oblastiach s endemickým výskytom histoplazmózy a kokcidomycet, priklonili sme sa k diagnóze kryptokokózy. Opätovne sme komplexne prešetrili imunologický profil pacientky, pričom všetky laboratórne nálezy v zhode s výsledkami laboratórných vyšetrení počas pobytu na Klinike pracovného lekárstva a toxikológie, nevykazovali odchýlku od referenčných rozpätí. Vzhľadom na pretrvávajúce ťažkosti pacientky (predovšetkým námahová dýchavica), sme prišli k liečbe flukonazolom 2×100 mg p. o. v dĺžke 1 mesiaca. Po tejto liečbe došlo k zmierneniu (aj keď nie k úplnému vymiznutiu) námahovej dýchavice. Kontrolná natívna snímka hrudníka je síce odlišnej kvality než východzia, predsa je však zreteľná čiastočná regresia mikronodulárnej disseminácie obojstranne (obr. 6).

Diskusia:

Uvedomujeme si, že v prezentovanom prípade ostáva niekoľko nejasností:

V prvom rade, ku kryptokokovej etiológii procesu sme dospeli per exclusionem. Mikroskopickým vyšetrením biopsie pľúc nebolo možné diferencovať medzi touto infekciou a kokcidomycózou či

histoplazmózou. Posledné dve uvedené mykózy sme vylúčili len na základe absencie kontaktu s prostredím endemického výskytu. Exaktná etiologická diagnostika by bola možná buď detekciou cirkulujúcich protilátok proti kryptokokom, alebo cirkulujúcich kryptokokových antigénov, či polymerázovou reťazcovou reakciou na špecifické reťazce ribozomálnej DNA tejto huby (Takahashi 2003). Ani jedna z týchto metód nám však nebola dostupná.

Kryptokoky sú kapsulované kvasinky, ktoré sú v podstate ubikvitné. Najvyššiu koncentráciu v našom životnom prostredí dosahujú v truse holubov (Kohn 2003). Je dobre známe, že infekciu (pľúcnu či inú) spôsobujú ako oportúnne patogény predovšetkým u imunokompromitovaných jedincov (Kohn 2003; Makni et al. 2000; Tanigawa et al. 2004; Tashiro et al. 2003). Napriek tomu, existuje niekoľko správ o pľúcnej kryptokokóze imunokompetentných osôb (Nadrous et al. 2003). Príčinou by mohol byť napr. veľmi špecifický defekt imunity, ktorý nie je detekovateľný bežne používanými diagnostickými metódami. Naznačujú to práce, dokazujúce napr. úlohu väzby medzi CD40 a jeho ligandom v rozvoji infekcie (Pietrella 2004).

Indikácie systémovej antimykotickej liečby pľúcnej kryptokokózy u imunokompetentných osôb nie sú jednoznačné. Vo všeobecnosti má choroba v tejto skupine pacientov benígny priebeh s tendenciou k spontánnej remisii (Nadrous et al. 2003; Woodring et al. 1996). Liečba je indikovaná predovšetkým pri progresívnom priebehu, pri mimopľúcnej disseminácii a v symptomatických prípadoch (Nadrous et al. 2003; Woodring et al. 1996). V prezentovanom prípade vysoká denzita nodulárnych útvarov v RTG obraze spolu s histopatologickým vzhľadom granulómov (absencia výraznejšej zápalovej celulózy) svedčia proti čerstvej infekcii. Nepoznáme presne dĺžku trvania choroby, nakoľko ťažkosti pacientky, udávané od decembra 2002, nemuseli mať vzťah ku kryptokokovej infekcii. Navyše sa nepodarilo etiologické agens vykultivovať zo spúta ani z bronchoalveolárnej laváže. V pľúcnej biopsii mikroskopicky zistené organizmy teda nemuseli byť v čase odberu vitálne. Napriek uvedeným faktom sme sa rozhodli pre liečbu. Dôvodom boli perzistujúce subjektívne ťažkosti pacientky. Ako sme však naznačili, nie je isté, či tieto ťažkosti mali vzťah k uvedenej mykotickej infekcii. Voľba antimykotika zodpovedala aktuálnym trendom (Miller et al. 1999).

Otázny ostáva napokon aj efekt nami podávanej liečby. Došlo síce po nej nielen k zmierneniu subjektívnych ťažkostí (čo by mohlo podporovať vzťah ťažkostí ku kryptokokóze), ale aj k čiastočnej regresii röntgenologického nálezu po liečbe. Ani to však nemusí byť jednoznačný dôkaz účinnosti podávanej liečby. Mohli by sme uvažovať o postupnej hyalinizácii granulómov, ktorá môže imponovať röntgenologicky ako regresia procesu. Musíme tiež pripomenúť tendenciu choroby k spontánnemu zhojeniu u imunokompetentných osôb (Nadrous et al. 2003). Na druhej strane však treba uviesť, že röntgenologický aj klinický obraz bol stacionárny počas takmer 12 mesiacov, kým nebola liečba nasadená.

Záver:

Dovolili sme si poukázať v našom príspevku na prípad disseminovaného pľúcneho procesu, ktorý sa nám javí zaujímavý z viacerých dôvodov a priniesol nám niekoľko poučení:

1. V klinickej praxi sa asi nedá vychádzať z pravdepodobnosti – môžeme sa stretnúť aj s veľmi vzácnym pôvodcom určitého klinického obrazu, resp. môže sa tak stať za okolností ktoré sú veľmi netypické (avšak nevylučujú danú etiológiu).

2. Konečné rozhodnutie o etiológii disseminovaných pľúcnych procesov veľmi často prináša až vyšetrenie pľúcnej biopsie. V indikovaných prípadoch nemá zmysel s jej realizáciou váhať.

3. Aj pri mikromorfologickom hodnotení biopsie je však uhol pohľadu (a tým aj záverečné hodnotenie) patomorfológa do istej miery subjektívny – zaťažený skúsenosťami, chýbajúcimi, či zavádzajúcimi informáciami klinikov.

4. Javí sa preto ako užitočné, nebať sa názory konfrontovať, revidovať, konzultovať iných odborníkov daného odboru.

5. Napokon by sme chceli zdôrazniť nutnosť dobrej komunikácie všetkých zúčastnených bez ohľadu na ich odbor, so snahou o výmenu maximálne objektívnych a vyčerpávajúcich informácií.

Literatúra:

- Kohn, S. Clinical and mycological features of cryptococcosis. *Nippon Ishinkin Gakkai Zasshi*. 44, č. 3: 159 – 162, 2003.
- Makni, F., Cheikrouhou, F., Ayadi, A. Parasitoses and immunodepression. *Arch. Inst. Pasteur Tunis*. 77, č. 1 – 4: 51 – 54, 2000.
- Miller, R. F., Lipman, M. C. I. Pulmonary Infections. In: Albert, R. K., Spiro, S. G., Jett, J. R. *Comprehensive Respiratory Medicine*. London: Mosby, 1999.
- Nadrous, H. F., Antonios, V. S., Terrell, C. L., Ryu, J. H. Pulmonary cryptococcosis in nonimmunocompromised patients. *Chest* 124, č. 6: 2143 – 2147, 2003.
- Pietrella, D., Lupo, P., Perito, S., Mosci, P., Bistoni, F., Vecchiarelli, A. Disruption of CD40/CD40L interaction influences the course of *Cryptococcus neoformans* infection. *FEMS Immunol. Med. Microbiol.* 40, č. 1: 63 – 70, 2004.
- Takahashi, T., Goto, M., Kanda, T., Iwamoto, A. Utility of testing bronchoalveolar lavage fluid for cryptococcal ribosomal DNA. *J. Int. Med. Res.* 31, č. 4: 324 – 329, 2003.
- Tanigawa, M., Kimura, M., Ichioka, M., Saito, K. A case of secondary pulmonary cryptococcosis complicating diabetes mellitus. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi* 42, č. 3: 272 – 276, 2004.
- Tashiro, N., Takahashi, M., Sato, K., Yamamoto, Y., Takeda, A., Nishigaki, Y., Fujiuchi, S., Okamoto, K., Yamasaki, Y., Fujita, Y., Fujikane, T., Shimizu, T. A case of pulmonary cryptococcosis with multiple nodular shadows under treatment of bronchiolitis obliterans with organizing pneumonia (BOOP). *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi* 41, č. 12: 874 – 877, 2003.
- Woodring, J. H., Ciporkin, G., Lee, C., Worm, B., Woolley, S. Pulmonary cryptococcosis. *Semin. Roentgenol.* 31, č. 1: 67 – 75, 1996.

Doc. MUDr. Robert Vyšehradský, PhD.
Klinika tuberkulózy a pľúcnych chorôb
Univerzita Komenského, Jesseniova LF v Martine
Kollárova 2
036 59 Martin
E-mail: Robert.Vysehradsky@lefa.sk

Sarkoidóza s atypickou prezentací



Jan Anton

Pneumologická klinika 1. LF UK, Praha

Souhrn:

Sarkoidóza je multisystémové onemocnění z neznámé příčiny. Vykazuje výraznou rasovou heterogenitu prezentace. Jen vzácně se projevuje hemoptýzou a jednostrannou převahou postižení uzlin mediastina, což jsou znaky typické pro nádorové onemocnění. Kazuistika popisuje případ pacienta černé pleti, který byl v důsledku těchto neobvyklých projevů indikován k opakovanému chirurgickému ověření uzlinového procesu v mediastinu.

Summary:

Sarcoidosis with atypical presentation

Sarcoidosis is a multisystem disease of unknown cause which demonstrates conspicuous racial heterogeneity of presentation. Only rarely it is manifested through haemoptysis and unilateral predominance of mediastinal nodes involvement that is typical for tumorous disease. The case study describes a black patient, who has been repeatedly referred to a surgical verification of the nodes process in mediastinum.

Anton, J. Sarkoidóza s atypickou prezentací. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 1: 21 – 25, 2004.

Klíčová slova:

- sarkoidóza
- hemoptýza

Key words:

- sarcoidosis
- haemoptysis

Úvod:

Americká hrudní společnost, Evropská respirační společnost a Světová asociace pro sarkoidózu a další granulomatózní onemocnění v roce 1999 ve svém ATS/ERS/WASOG prohlášení o sarkoidóze definovaly sarkoidózu jako multisystémové onemocnění z neznámé příčiny. Podle definice nejčastěji postihuje lidi mladé a ve středním věku a často se prezentuje oboustrannou hilovou adenopatií, plicními infiltráty a očními a kožními lézemi. Játra, slezina, lymfatické uzliny, slinné žlázy, srdce, nervový systém, svaly, kosti a další orgány mohou být též postiženy. Diagnóza je stanovena, pokud jsou radiologické nálezy podpořeny histologickým průkazem nekaseifikujících granulomů z epiteloidních buněk. Musí být vyloučeny granulomy ze známých příčin a lokální sarkoidní reakce. Prominentním imunologickým znakem je imunopatologická reakce oddálené přecitlivělosti a zvýšení Th1 imunitní odpovědi v místech postižení. Mohou být přítomny i cirkulující imunokomplexy (CIK) spolu se známkami hyperaktivity B lymfocytů (Hunninghake et al. 1999).

V literatuře se udává incidence 21,6/100 000 u žen a 15,3 /100 000 u mužů (Eklund 2003), prevalence kolísá mezi 50/100 000 u černochů z New Yorku a 10/100 000 u kavkazské rasy v Londýně, ve studii ACCESS byl poměr černochů a bělochů 4 : 1 (Hunninghake et al.

1999; Baughman 2001). Sarkoidóza vykazuje výraznou etnickou a rasovou heterogenitu prezentace: u černochů bývá těžší průběh a častěji se u nich vyskytuje chronická uveitida, kavkazská rasa mívá častěji asymptomatické onemocnění (Hunninghake et al. 1999).

Kazuistika:

32letý pacient s negativní rodinnou a alergickou anamnézou, černoch původem z Alžíru, pracující v tiskárně textilu, příležitostný kuřák, byl od roku 1998 opakovaně vyšetřen u obvodního lékaře pro bolesti vlevo na hrudi s akcentací při nádechu a kašli, zhoršení v poloze na levém boku. Obtíže byly hodnoceny jako vertebrogenní algický syndrom. Pro jiné choroby nesledován.

Na naši kliniku byl pacient přijat 31. 10. 2003 pro několik dní trvající hemoptýzu – příměs krve ve sputu a výše popsané bolesti vlevo na hrudi. Při příjmu bez febrilií, dušnosti, kašle, expektorace, nauzey, vomitu, patologie stran stolice, dysurií, váhového úbytku a bez systémových příznaků: lymfadenopatie, sialoadenopatie, keratitidy, konjunktivitidy, artralgií, exfoliací, Raynaudova fenoménu.

Laboratorní ukazatele byly až na elevaci AST (1,32 μ kat/l) a ALT (1,19 μ kat/l) v normě. EKG bez převodní poruchy či známek ischemie. Pacient byl bez poruchy respirace (krevní plyny z arterie:

LANGHANS THEODOR (1839 – 1915) – německý patolog a anatom, který působil ve Švýcarsku. Zabýval se vnějším obalem plodu, popsal cytotrofoblast, obří buňky u tuberkulózy objevil ve svých 28 letech. Viz. L. buňky. (Zdroj: Velký lékařský slovník)

pH 7,432, pCO₂ 5,17 kPa, pO₂ 9,4 kPa). Spirometrické vyšetření prokázalo snížené dechové objemy, které šly na vrub sníženému dechovému úsilí při bolestech vázaných na respiraci (FVC 3,14 l (62 % normy); FEV₁ 2,29 l (54 % normy); FEV₁%FVC 73 %; RV/TLC 44 %).

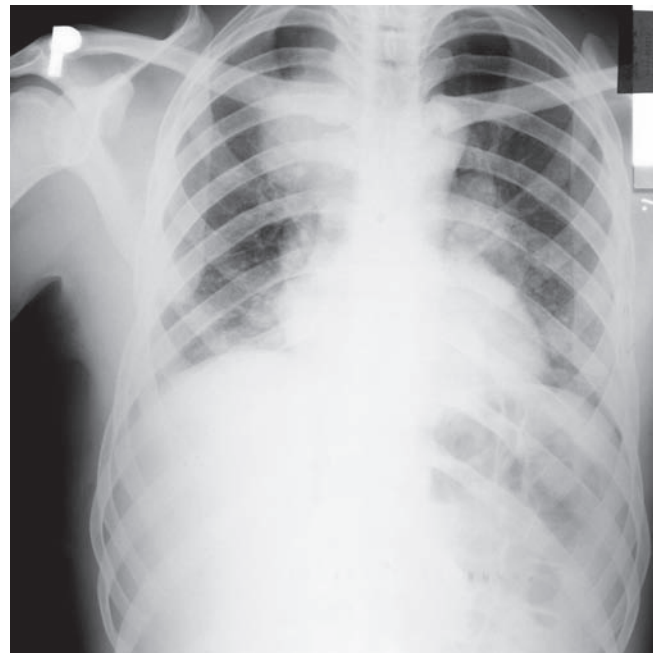
Byl proveden RTG hrudníku (obr. č. 1) s následujícím nálezem: obloučkovitého rozšíření stínu mediastina doprava nad horním polem pravého hilu zhruba do výše klíček, od laterální kontury trachey je širší mediastina 5 cm. Při dolním pólu levého hilu a dorzálně bylo patrné okrouhlé ložisko odpovídající nejspíše uzlině. Bránice hladká, klenutá, s ostrými kostofrenickými úhly oboustranně. Bez patologických infiltrativních změn v obou plicních polích. Dále doplněno CT hrudníku (obr. č. 2): V předním horním mediastinu vpravo se nachází hypodenzní poměrně ostře ohraničený útvar o velikosti 5,5 x 6,6 cm mírně dislokující tracheu doleva. Po podání kontrastní látky se tumor prakticky nesyťí. Další útvary obdobného charakteru jsou v bifurkační oblasti o průměru do 30 mm, obdobně tak nacházíme proces v obou plicních hilech do 20 mm. V plicním parenchymu ložiskové změny neprokázány. Pleura je jemná neztluštělá. Nález uzavírán jako expandující proces v mediastinu a plicních hilech charakteru lymfomu.

Při flexibilní bronchoskopii byla trachea volná, přímočará, bez vyklenutí, karina ostrá, minimálně deviována doprava, všechny průdušky volné a dobře přehledné až do subsegmentálního větvení, sliznice všude lehce překrvená. Cytologické vyšetření z výplachu bronchů bez atypií, vyšetření na BK negativní.

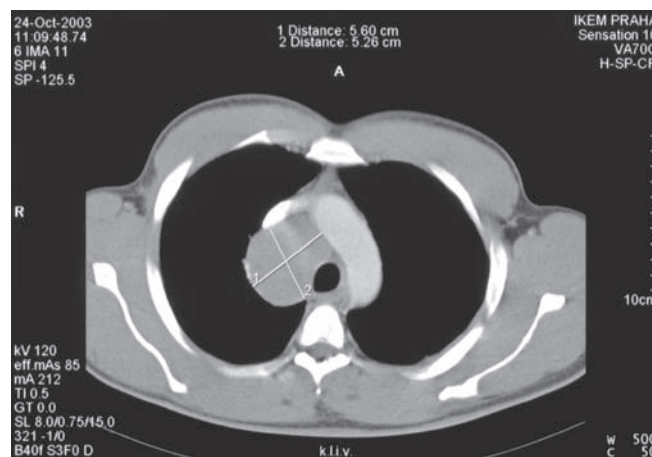
S diagnózou expandujícího procesu v mediastinu a plicních hilech charakteru lymfomu k morfologickému ověření byl pacient odeslán na Chirurgickou kliniku FN KV, kde byla 4. 11. 2003 prostřednictvím VATS provedena biopsie. Makroskopicky byl nádor o velikosti 5 x 4 x 3 cm hodnocen jako lymfom s intimním vztahem k vena cava superior. Odebráno 6 částí z periferie tumoru. Histologicky ve všech excizích z mediastina zastiženy lymfatické uzliny s granulomatózním zánětem. Šlo o granulomy z epiteloidních buněk, pouze fokálně zastiženy obrovské buňky vícejaderné Langhansova typu. Nekrózy nebyly prokázány. Granulomy různé velikosti, místy splývající v mapovitá ložiska. Barvení na průkaz BK bylo negativní. Při průkazu antigenu CD20 a CD3 převažovaly T-buňky, které jsme prokázali jak v granulomech, tak v reziduální tkáni původní lymfatické uzliny. B-buňky byly přítomny pouze mezi granulomy s maximem v místech zárodečných center. Závěr nálezu: Nejspíše se jedná o sarkoidózu. Nádorovou infiltraci Hodgkinovým lymfomem jsme neprokázali.

Pacient byl u nás hospitalizován znovu od 6. 11. do 21. 11. 2003. Trvaly drobné hemoptýzy. Nově navíc konstituční symptomy: subfebrilie, celková slabost, nechutenství s váhovým úbytkem cca 10 kg v průběhu posledních dvou měsíců a artralgie v oblasti rukou

Obr. č. 1: Zadopřední skiagram hrudníku



Obr. č. 2: CT hrudníku



a kotníků. Laboratorně zjištěna vyšší FW (31/78) – přičítáno stavu po operaci. Elevace JT (AST 1,13 μ kat/l, GMT 1,45 μ kat/l), elevace SACE (131 U/l), nespecifická elevace TU markerů (CA 15,3 30,9, NSA 19,3, CA 125 110,1, PSA 2,5 při nízkém indexu), pacient bez

KOCH ROBERT (1843 – 1910) – německý bakteriolog, jeden ze zakladatelů mikrobiologie, profesor hygieny a bakteriologie na berlínské univerzitě, nositel Nobelovy ceny. Jeho poznatky o možnosti kultivace čistého mikrobu mimo tělo živočicha (antrax) bez ztráty jeho infekční aktivity zaujaly odborníky a vyvolaly četné spory. Při zdokonalování metod identifikace bakterií a získávání čistých kultur objevil původce tuberkulózy. Při cestách do Afriky a Indie objevil *Vibrio cholerae* a bacil zánětu oční spojivky. Podrobně popsal etiologii infekcí při poraněních. Jeho tuberkulin, předčasně uvolněný k výrobě a šíření, se sice nehodil k léčení TBC, osvědčil se však jako indikátor tuberkulózní imunity. V eponymickém názvu bacilu infekční konjunktivitidy je též jméno chirurga, který bacil izoloval v r. 1886. Viz BK (Kochův bacil). (Zdroj: Velký lékařský slovník)

HODGKIN THOMAS (vysl. hodžkin, 1798 – 1866) – britský lékař, významný patolog a anatom. Studoval anemie, žilní a lymfatický systém, ve své soukromé praxi byl prý proslulý svou neschopností vyžádat od pacienta finanční odměnu za svůj výkon. Viz. H. nemoc, H. paragrulom. (Zdroj: Velký lékařský slovník)

MANTOUX CHARLES (vysl. mantú, 1877 – 1947) – francouzský lékař, který vyvinul nitrokožní aplikaci tuberkulinu pro tuberkulinovou zkoušku, jeho postup záhy vytlačil podkožní aplikací. Byl průkopníkem rentgenologického vyšetření plic, zabýval se záněty pohrudnice a patřil k prvním, kdo použili umělý pneumothorax. Sám trpěl tuberkulózou a trávil dlouhá období v sanatoriích. Viz. M. zkouška. (Zdroj: Velký lékařský slovník)

známek hyperkalcemie či hyperkalciurie, oční vyšetření v normě. Provedená zkouška Mantoux II byla negativní, sputa na *Mycobacterium tuberculosis* mikroskopicky i kultivačně negativní. Sonografie břicha s nálezem mírné splenomegalie.

Pacient byl předveden 18. 11. 2004 na pneumologicko-radio-logicko-chirurgickém semináři naší kliniky. Vzhledem k atypické klinické prezentaci (bolesti na hrudi, hemoptýza), konstitučním symptomům a sugestivnímu CT i makroskopickému obrazu procesu při videotorakoskopii dále trvalo podezření na malignitu. Indikováno opakování biopsie.

15. 12. 2003 provedena z pravostranné thorakotomie extirpace mediastinálních uzlin. Podle definitivní histologie opět pouze nález nekaseifikujících granulomů charakteru sarkoidózy, bez průkazu mykobakteriální infekce (Úplný popis: „v lymfatické uzlině granulomatózní lymfadenitis. Celá uzlina je prostoupena epiteloidními granulomy, které jsou místy dobře ohraničené, místy splývají ve velká mapovitá ložiska. V granulomech místy přítomny obrovské vícejaderné buňky a v centrální části granulomů drobné nekrózy. Ve dvou excizích nacházíme větší mapovité nekrózy, které však nemají charakter nekros kaseozních. Vzhledem k tomuto nálezu provádíme další bakteriologické vyšetření ke zjištění etiologického agens – provádíme barvení na průkaz BK, barvení dle Crocottea, Giemzy, Grama a Werthina-Starryho. Výsledky bakteriologického vyšetření jsou negativní. Nenacházíme bakteriální ani mykotické infekční agens.“)

I po biopsii trvaly konstituční symptomy a artralgie výše popsané. Doplněn RTG drobných kostí ruky s cystickými projasněními odpovídajícími změnám při sarkoidóze. Funkční vyšetření pro nespoupráci opakovaně nehodnotitelná, pacient bez poruchy respirace. Elevace hodnot jaterních testů a hepatomegalie při CT vyšetření břicha (které jinak v normě) kompatibilní s diagnózou sarkoidózy. Vyšetřením autoprotilátek a sérologie na hepatotropní viry vyloučena primární bilární cirhóza či infekční příčina hepatopatie. Oční vyšetření, EKG, vyšetření vápníkového metabolismu a EKG bylo v normě.

Případ uzavřen jako sarkoidóza I. st. nitrohruďního postižení dle 1961 Scaddingovy klasifikace, histologicky prokázána z torakotomické extirpace mediastinálních uzlin XII/2003, bez funkčního plicního postižení s mimohrudním postižením: klouby, kosti, játra dle 1999 ACCESS kritérií.

Vzhledem k invazivitě procesu (hemoptýza, intimní vztah k vena cava superior), výrazným perzistujícím konstitučním symptomům a symptomatickému kostnímu postižení i přes nepřítomnost funkční plicní poruchy byla nasazena 20. 1. 2004 systémová kortikoterapie s iniciální dávkou Prednisonu 60 mg/den, dále pokračováno ve schématu dle Judsona.

U pacienta došlo v průběhu jednoho měsíce k vymizení hemoptýzy, konstitučních symptomů, artralgií. Nadále je při udržovací dávce Prednisonu 10 mg/den patrna pouze mírná redukce dechových objemů při špatné spolupráci. Pacient je bez poruchy di-fuzní kapacity a respirace.

Diskuse:

Horečka (většinou subfebrilie), vyčerpání, únava, ztráta hmotnosti (2 – 6 kg během 10 – 12 týdnů před manifestací) se v průběhu onemocnění objevuje u 1/3 pacientů. Někdy bývá přítomno noční pocení. V čase diagnózy bývají celkové příznaky přítomny u 6,3 % pacientů. Obecně jsou více vyjádřeny u černochů a indiánů (Hunninghake et al. 1999; Judson et al. 2003).

Dušnost, suchý kašel, bolest na hrudi se objevuje u 1/3 – 1/2 pacientů. Bolest se projevuje spíše jen tlaky na hrudi, ale může imitovat i anginózní bolest. Hemoptýza je vzácná (6 %), ale může mít i fatální průběh (Hunninghake et al. 1999; Chang et al. 1987; Lemay et al. 1995; Cabrol et al. 2000).

Hilová adenopatie je přítomna u 90 % nemocných (Newman et al. 1997), 5 – 30 % pacientů má postižení mimohrudních uzlin (Judson et al. 1999). Při provedení prostého skiagramu hrudníku je nejcharakterističtější nálezem BHL (bilaterální hilová lymfadenopatie), vyskytuje se u 50 – 80 % pacientů. Pacienti se sarkoidózou tvoří 74 % všech pacientů s BHL, která je jen v 11 % znakem malignity.

Vyskytuje se pouze u 3,8 % lymfomů, 0,8 % bronchogenních karcinomů a 0,2 % mimohrudních nádorů (Hunninghake et al. 1999). Atypičnost našeho případu spočívala v přítomnosti hemoptýzy, která nebyla spojena s postižením plicního parenchymu, unilaterální predomancí mediastinální lymfadenopatie na skiagramu a CT hrudníku a nálezem intimního vztahu s horní dutou žílou při videotorakoskopickém výkonu.

Játra jsou hmatná u méně než 20 % pacientů, ačkoli bioptické vzorky prokazují postižení až v 80 %. Časté jsou abnormality jaterních testů (asi 1/3 pacientů). Izolované granulomatózní postižení jater není dostatečné pro jistou diagnózu sarkoidózy, označuje se jako GLUS (granulomatous lesion of unknown significance) (Judson et al. 1999). V případě jaterních granulomů je nutno vzít diferenciálně diagnosticky v úvahu celou řadu dalších onemocnění (infekce, poléková postižení, lymfom, primární biliární cirhóza, idiopatickou granulomatózní hepatitis) (Judson 2003).

Hepatální selhání či portální hypertenze se objevují jen vzácně (Hunninghake et al. 1999). Elevace jaterních testů a hepatomegalie přítomná při CT vyšetření byla u našeho pacienta konzistentní s diagnózou sarkoidózy podle ACCESS kritérií. Vyšetřením sérologie hepatotropních virů a autoprotilátek jsme vyloučili autoimunitní a infekční etiologii nálezů.

Bolesti kloubů bývají přítomny u 25 – 30 % pacientů (Hunninghake et al. 1999). Akutní migrující oligo či polyartikulární artritida může být prvním příznakem sarkoidózy. Nejčastěji postihuje kotníky (100 %), méně často kolena (41 %), zápěstí (33 %), lokty (20 %), ostatní klouby jsou postiženy daleko méně často. Bývá přítomen periartikulární edém bez nitrokloubního výpotku. Je obvykle sebelimitující a většinou nerecidivuje. Symptomy obvykle perzistují po dobu několika týdnů až 3 měsíců. Často bývá sdružena s BHL a erythema nodosum v trias Löfgrenova syndromu.

GIEMZA GUSTAV (1867 – 1948) – německý chemik, studoval farmacii, chemii a bakteriologii v Lipsku. Roku 1900 se stal ředitelem chemického oddělení Ústavu námořní a tropické medicíny v Hamburku, na tamější univerzitě se stal soukromým docentem chemoterapie. Vynul barviva pro cytologické preparáty (původci malárie, spirochety) a metodu fixace živé tkáně. Viz. G.-Romanowsky (barvení). (Zdroj: Velký lékařský slovník)

GRAM HANS CHRISTIAN JOACHIM (1853 – 1938) – dánský lékař, profesor vnitřního lékařství v Kodani. Původně okresní lékař, pak profesor farmakologie, zabýval se nejprve červenými krvinkami (makrocyty při zhoubné anemii, zvětšení červenýchrvinek při žloutence), pro jejichž studium vyvíjel různé modifikace tehdy používaných barvicích metod. Mezinárodní pověst mu pak získala metoda barvení bakterií, která umožnila jejich přímou klasifikaci. Jeho celoživotním zájmem byla také botanika. Viz. G. barvení, G. roztok. (Zdroj: Velký lékařský slovník)

Chronická artritida je málo častá, byla zjištěna zejména u Američanů černé pleti, objevuje se až při dlouhém trvání sarkoidózy a může být deformující (Abril et al. 2000). Kostní postižení popisované u 5 % pacientů může být bolestivé, avšak obvykle je asymptomatické. Většinou bývá sdružené s chronickým průběhem onemocnění a kožním postižením.

Patognomické jsou cystické změny na kostech ruky a nohy (Judson et al. 1999; Abril et al. 2000). Projevy akutní artritidy a kostní změny na RTG u našeho pacienta odpovídají ACCESS kritériím orgánového postižení. Atypická je přítomnost cystických kostních změn ve stadiu I plicního postižení.

Definitivní diagnóza sarkoidózy může být stanovena jedině průkazem nekaseifikujících granulomů v postiženém orgánu, identifikací typického klinického obrazu a vyloučením všech ostatních diagnostických možností (Newman 1994). Pouze pacienti s Löfgrenovým syndromem nevyžadují biopsii pokud ústup onemocnění je rychlý a spontánní (Hunninghake et al. 1999). V diferenciální diagnostice granulomů je užitečné imunohistochemické vyšetření: sarkoidóza a mykobakteriální infekce jsou imunohistochemicky negativní na B lymfocyty. Sarkoidní reakce u tumorů jsou imunohistochemicky pozitivní na B lymfocyty (sarkoidní reakce přítomna v regionálních uzlinách u 4,4 % karcinomů, v játrech a slezině u Hodgkinských lymfomů prokázána při biopsii ve 13,8 %, u non-Hodgkinských v 7,3 %). V případě GLUS jsou granulomy rovněž imunohistochemicky pozitivní na B lymfocyty, stejně jako u toxoplasmózy (Hunninghake et al. 1999). V našem případě byla mikrobiologická vyšetření na infekční agens včetně TBC negativní, granulomy byly imunohistochemicky pozitivní na T lymfocyty.

Biopsie by měla být získána z nejsnáze dosažitelného orgánu za pomoci co možná nejméně invazivních metod (Judson et al. 1999). Transbronchiální plicní biopsie (TBLB) má výtěžnost 55 % u stadia I zatímco 70 % u stadií II a III, přičemž je nutno odebrat 4 – 6 vzorků z horního a dolního laloku jedné plíce, u stadia I až 10 vzorků (Newman 1994; Chapman et al. 2003). Transbronchiální jehlová aspirace (TBNA) je indikována u pacientů s podezřením na sarkoidózu s mediastinální nebo hilovou adenopatií. V případě mediastinální lymfadenopatie zapříčiněné sarkoidózou má 62 – 87,5% výtěžnost při minimální invazivitě, avšak jen 33% výtěžnost u pacientů s lymfomem (Chapman et al. 2003; Cetinkaya et al. 2002; Centikaya et al. 2004).

Endobronchiální biopsie (EBB) má výtěžnost 55 – 75 %, u pacientů s normálním endobronchiálním nálezem 24 – 44 %, avšak většina studií prováděna na souborech pacientů s výrazným zastoupením afroamerické populace, kde jsou abnormality sliznice častější (85 % oproti 38 % u bělochů) (Chapman et al. 2003; Shorr et al. 2001). V případě mediastinální lymfadenopatie je při nediagnostické EBB či EBNA metodou volby mediastinoskopie (Hunninghake et al. 1999). Video-asistovaná torakoskopie (VATS) a otevřená plicní biopsie (OLB) by měly být vyhrazeny jen pro velmi

omezený počet případů, kdy selhaly další diagnostické možnosti, zejména se jedná o případy unilaterální mediastinální lymfadenopatie, kde je obtížné vyloučit lymfom (Eklund 2003). Postup byl v našem případě volen s přihlédnutím k malé výtěžnosti endoskopických technik v případě lymfomu, který jsme diferenciatně diagnosticky zvažovali na prvním místě.

Nespecifickým laboratorním vyšetřením je elevace sérového angiotenzin – konvertujícího enzymu (S-ACE). Jeho zvýšení pod dvojnásobek horního limitu normy není nikdy diagnostické, při zvýšení nad dvojnásobek je diagnóza sarkoidózy pravděpodobná, je však nutné vyloučit jiná granulomatózní onemocnění (TBC, Gautherovu chorobu a hypertyreoidismus) (Hunninghake et al. 1999). V našem případě více než dvojnásobné zvýšení S-ACE výrazně přispělo k potvrzení diagnózy.

Lymfocytóza v bronchoalveolární laváži (BAL) se zvýšeným imunoregulačním indexem (IRI) CD4/CD8 nad 3,5 má pro sarkoidózu, pokud zvažujeme diferenciální diagnostiku plicních onemocnění obecně, specificitu 50 %, která vzrůstá až na 94 %, pokud bereme v potaz pouze intersticiální plicní choroby, a senzitivitu 53 %. Zvýšení IRI se vyskytuje taktéž u beryliózy, azbestózy, TBC, Crohnovy choroby a revmatoidní artritidy, které mohou být vyloučeny podle jiných faktorů. Nízká hodnota nevylučuje diagnózu sarkoidózy, protože normální hodnoty se vyskytují u 30 % pacientů a snížení u 10 % pacientů v čase diagnózy (Hunninghake et al. 1999; Newman 1994; Chapman et al. 2003). Při flexibilní bronchoskopii bohužel v našem případě BAL provedena nebyla, její doadečně provedení pacient odmítl.

Vzhledem k tomu, že by nebylo etické asymptomatické pacienty vystavit vedlejším účinkům dlouhodobé systémové kortikoterapie a symptomatické pacienty se závažným funkčním postižením ponechat bez léčby jsou možnosti provedení kontrolovaných studií omezené. V současnosti neexistují přesvědčivé důkazy zlepšení plicních funkcí při systémové steroidní terapii ani jejího efektu na dlouhodobou progresi onemocnění. Ze stejného důvodu jsou jen omezené důkazy účinnosti imunosupresivní a cytotoxické léčby (Askling et al. 1999; Bouros et al. 2002; Paramothayan 2002).

Názory na to, kdy zahájit léčbu kortikosteroidy, se různí. Podle většiny autorů by, vzhledem k nízké mortalitě a potenciálním závažným vedlejším účinkům systémových kortikosteroidů, měla být léčba nitrohrudní sarkoidózy vyhrazena pro pacienty symptomatické (Judson 1999; Sharma 2002) či s rychle progredujícími RTG změnami (Reich 2002). Na naší klinice používáme pro léčení akutní plicní sarkoidózy šestistupňové schéma léčby podle Judsona, které spočívá v potlačení akutního zánětu (T buněčné alveolity a granulomatózního zánětu), zabránění opětovnému vzplanutí klinicky signifikantní zánětlivé odpovědi a vysazení léčby s monitorací případných relapsů (Judson 1999). V případě akutní sarkoidní artritidy jsou lékem volby nesteroidní antirevmatika. U chronické artritidy může být prospěšné podávání antimalarik (hydroxychloroquin

LÖFGREN SVEN H. (1910 – 1978) – švédský lékař, který působil ve Stockholmu, specialista na hrudní choroby, později šéf plicní kliniky. Viz L. syndrom. (Zdroj: Velký lékařský slovník)

GAUCHER PHILLIPE CH. E. (vysl. góšé, 1854 – 1918) – francouzský dermatolog, od r. 1902 šéf katedry dermatologie v Hôpital Saint-Louis. Studoval syfilis, hojně publikoval, chorobu po něm pojmenovanou popsal již ve svých 28 letech. V 1. světové válce odpovídal za pařížské vojenské nemocnice. Viz. G. buňky, G. nemoc. (Zdroj: Velký lékařský slovník)

CROHN BURRIL B. (1884 – 1938) – americký gastroenterolog. Pracoval v Mount Sinai Hospital v New Yorku, věnoval se převážně výzkumu vředové choroby a žaludeční sekrece. Již jako prezident Americké gastroenterologické společnosti popsal lokální poruchu tlustého střeva, která mu zajistila proslulost. Viz. C. nemoc. (Zdroj: Velký lékařský slovník)

či chloroquin), u těžší akutní nebo chronické artritidy, myopatie nebo symptomatického kostního postižení je namísto podávání systémových kortikosteroidů, případně nízkých dávek methotrexátu (10 mg týdně) (Judson 2003; Abril 2000). Vzhledem k tomu, že kortikosteroidy neovlivňují vývoj jaterních funkcí, nejsou u pacientů se sarkoidózou jater, kteří nejeví známky progresivní jaterní dysfunkce rutinně doporučovány (Judson 2003).

S ohledem na invazivitu procesu (hemoptýza, intimní vztah k vena cava superior), výrazným perzistujícím konstitučním symptomům a symptomatickému kostnímu postižení byla u našeho pacienta i přes nepřítomnost funkční plicní poruchy nasazena systémová kortikoterapie.

Závěr:

V literatuře byly opakovaně publikovány kazuistiky pacientů se současným výskytem nádorového onemocnění a sarkoidózy. Ačkoli, zejména kvůli časté misklasifikaci, nejsou k dispozici zcela průkazné epidemiologické studie prokazující souvislost mezi sarkoidózou a malignitami, je nutné mít na zřeteli jejich potenciální riziko u pacientů se sarkoidózou.

Publikované práce poukazují zejména na zvýšené riziko plicních nádorů a maligních lymfomů (Askling 1999; Bouros et al. 2002; Caras et al. 2003). V našem případě nás ke komplikovanému, pacienta zatěžujícímu a nákladnému postupu vedla jednak atypická prezentace, zejména hemoptýza, která se vyskytuje velmi často u pacientů s bronchogenním karcinomem, avšak zcela výjimečně u pacientů se sarkoidózou a maligním lymfomem, a jednostranná predominance hilové lymfadenopatie s expanzivními projevy, často pozorovaná u pacientů s karcinomy a lymfomy, netypická pro sarkoidózu. Postup byl volen s přihlédnutím k malé výtečnosti endoskopických technik v případě lymfomu, který byl v naší diferenciální diagnostice na prvním místě. K opakovanému chirurgickému ověření nás vedla obava ze současného souběhu sarkoidózy (pro kterou v té době svědčily výsledky histologie z VATS a elevace SACE) a nádoru.

Literatura:

Abril, A., Cohen, M. D. Rheumatological manifestation of sarcoidosis. *Bulletin on the Rheumatic Diseases* 49: 1 – 3, 2000.

Askling, J., Grunewald, J., Eklund, A. et al. Increased risk for cancer following sarcoidosis. *AJRCCM* 160: 1668 – 1672, 1999.

Baughman, R. P., Teirstein, A. S., Judson, M. A. et al. Clinical characteristics of patients in a case control study of sarcoidosis. *AJR-CCM* 164: 1885 – 1889, 2001.

Bouros, D., Hatzakis, K., Labrakis, H. et al. Association of malignancy with diseases causing interstitial pulmonary changes. *Chest* 121: 1278 – 1289, 2002.

Cabrol, S., Morel, H., Quandt, S. et al. Massive hemoptysis during sarcoidosis. *Rev Mal Respir* 17 (6): 1111 – 1113, 2000. (Abstract)

Caras, W. E., Dillard, T., Baker, T. et al. Coexistence of sarcoidosis and malignancy. *South Med J* 96: 918 – 922, 2003.

Centikaya, E., Yildiz, P., Kadakal, F. et al. Transbronchial needle aspiration in the diagnosis of intrathoracic lymphadenopathy. *Respiration* 69 (4): 335, 2002. (Abstract)

Centikaya, E., Yildiz, P., Altin, S. et al. Diagnostic value of transbronchial needle aspiration by Wang 22-gauge cytology needle in intrathoracic lymphadenopathy. *Chest* 2004, 125: Abstract.

Eklund, A. Pulmonary sarcoidosis. PCCU, Lesson 6, Volume 16, 2003.

Hunninghake, G. W., Costabel, U., Ando, M. et al. American Thoracic Society. European Respiratory Society. World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders. Statement on sarcoidosis. *AJRCCM* 160: 736 – 755, 1999.

Chang, J. C., Driver, A. G., Townsend, C. A. et al. Hemoptysis in sarcoidosis. *Sarcoidosis* 1: 49 – 54, 1987. (Abstract)

Chapman, J. T., Mehta, A. C. Bronchoscopy in sarcoidosis: Diagnostic and therapeutic interventions. *Curr Opin Pulm Med* 9: 402 – 407, 2003.

Judson, M. A. An approach to the treatment of pulmonary sarcoidosis with corticosteroids: The six phases of treatment. *Chest* 115: 1158 – 1165, 1999.

Judson, M. A. Extrapulmonary sarcoidosis. PCCU, Lesson 12, Volume 13, 2003.

Judson, M. A., Baughman, R. P., Tierstein, A. S. et al. Defining organ involvement in sarcoidosis: the ACCESS proposed instrument. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 16: 75 – 86, 1999.

Judson, M. A., Thompson, B. W., Rabin, D. L. et al. The diagnostic pathway to sarcoidosis. *Chest* 123: 406 – 412, 2003.

Lemay, V., Carette, M. F., Parrot, A. et al. Hemoptysis in sarcoidosis. Apropos of 6 cases including 4 with fatal outcome. *Rev Pneumol Clin* 51 (2): 61 – 70, 1995. (Abstract)

Newman, L. S., Rose, C. S., Maier, L. A. Sarcoidosis. *N Engl J Med* 336 (17): 1224 – 1234, 1997.

Newman, L. Sarcoidosis. *Nat Jewish – Med Sci Update* 12: 1 – 11, 1994.

Paramothayan, N. S., Jones, P. W. Corticosteroid therapy in pulmonary sarcoidosis: a systematic review. *JAMA* 287 (10): 1031 – 1307, 2002. (Abstract)

Paramothayan, N. S., Jones, P. W. Corticosteroids for pulmonary sarcoidosis (Cochrane review). *The Cochrane Library* 2: 2004. (Abstract)

Paramothayan, N. S., Lasserson, T., Walters, E. H. Immunosuppressive and cytotoxic therapy for pulmonary sarcoidosis (Cochrane review). *The Cochrane Library* 2003, 4: Abstract.

Reich, J. M. Mortality of intrathoracic sarcoidosis in referral vs population-based settings. Influence of stage, ethnicity, and corticosteroid therapy. *Chest* 121: 32 – 39, 2002.

Sharma, O. P. Pulmonary sarcoidosis: management. *J Postgrad Med* 48: 135 – 141, 2002.

Shorr, A. F., Torrington, K. G., Hnatiuk, O. W. Endobronchial biopsy for sarcoidosis. A prospective study. *Chest* 120: 109 – 114, 2001.

MUDr. Jan Anton

Pneumologická klinika 1. LF UK a FTNsP

Vídeňská 800

140 59 Praha 4

E-mail: rudoch_2000@yahoo.com

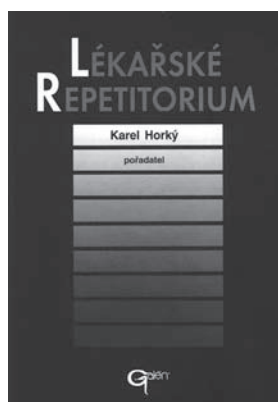
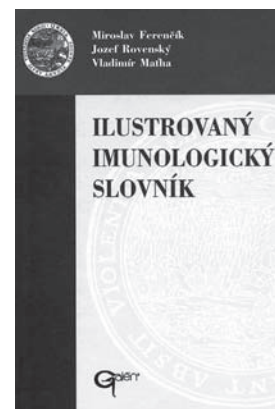
Miroslav Ferencík, Jozef Rovenský, Vladimír Mařha

Ilustrovaný imunologický slovník

V patogenezi řady onemocnění hrají důležitou roli imunologické mechanismy. Lékaře by však měla imunologie zajímat v širších souvislostech a také v některých detailech, aby se mohl nejen lépe orientovat v mezioborově integrované moderní medicíně, ale také vnímat novinky, pokroky a někdy až převratné změny ve vlastním oboru. Nový slovník zpřístupňuje každému lékaři teoretické základy imunologie a umožňuje mu snadné rozšíření znalostí o všem, co je obsahem pojmů a termínů používaných ve sděleních z tohoto oboru. Proto se může stát široce používanou praktickou pomůckou i v pregraduálním a postgraduálním vzdělávání lékařů.

Ilustrovaný imunologický slovník je společným dílem dvou slovenských a jednoho českého autora. Je to zdařilé dílo, které bylo vydáno již dvakrát ve slovenštině, dvakrát v angličtině a jednou ve španělštině. Původní název *Imunológia. Základné termíny a definície* byl pro poněkud rozšířené vydání v českém překladu pozměněn. Ve slovníku jsou doplněna některá hesla a přidány nové obrázky a tabulky. Srozumitelnost zvyšuje kolem devadesáti ilustrací.

Galén, Praha, 2004, 1. vyd., ISBN 80-7262-243-9, 288 stran, váz., cena 890 Kč



Karel Horký, pořadatel a kolektiv autorů

Lékařské repetitorium

Od vydání prvního Charvátova repetitoria uplynulo přes půl století a od jeho poslední reedice také již více než dvacet let. Nyní vyšlo pod staronovým názvem Lékařské repetitorium nesrovnatelně větší dílo, které pod vedením Prof. MUDr. Karla Horkého, DrSc. vytvořilo přes čtyři sta autorů-specialistů z českých pracovišť, zahrnující fond medicínských poznatků podle stavu současné lékařské vědy. Jeho vydání uvítala svými slovními i písemnými projevy již řada lékařských kapacit a příznivý ohlas vyvolalo i v širší odborné veřejnosti.

Rozsahem i obsahem imponující kniha by měla najít své místo v knihovničce každého lékaře, který ani při své specializaci nechce ztratit alespoň základní orientaci v žádném z oborů, jehož znalost bývala dříve, před současným nárůstem objemu informací z vědy, výzkumu a praxe, samozřejmě.

Zde nelze charakterizovat knihu v celé šíři – pokusíme se o to alespoň výčtem hesel spadajících do oboru pneumologie a fizeologie:

Např. pleuritida, pneumonie a související onemocnění jsou probírány v osmatřiceti heslech. Čtyři hesla týkající se bronchiálních onemocnění, obsáhnou sice značnou část problémů, ale s průduškami se setkáme ještě i jinde, zejména u třech obsáhlých hesel zabývajících se astmatem. Více než čtyři strany velkoformátového repetitoria jsou věnovány problematice tuberkulózy, kterou se v různých jejích podobách zabývá sedmáct hesel.

Redakce kladla zřejmě s ohledem na přehlednost a praktické využití popisu nemocí a poruch velký důraz na dodržení jednotné koncepce při tvorbě hesel. Autoři zachovali stanovený postup a tak za názvem vždy následuje synonymum a definice, pak etiologie a patogeneze, dále klinický obraz, diagnostika a terapie, a v mnoha případech také prognóza. U některých hesel, vyžadujících interdisciplinární pohled, např. u astmatu, je připojen komentář dalších specialistů.

Nové repetitorium, které lze považovat bez nadsázky za nejpotřebnější publikaci medicínské knižní tvorby a v této oblasti snad i nejvýznamnější událostí roku, se nepochybně stane pro řadu dalších generací našich lékařů nepostradatelnou odbornou encyklopedií.

Galén, Praha, 2003, 1. vyd., ISBN 80-72622-41-2, 788 stran, váz., cena 2 500 Kč

Pemzová plíce

– neobvyklá příčina rozsáhlého oboustranného plicního procesu



Pavla Žáčková, Martina Vašáková

Pneumologická klinika 1. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Prosečnice n. S.

Souhrn:

Autoři předkládají kazuistiku nemocného s řadu let trvajícím chronickou renální insuficiencí, která vyústila v ne zcela běžný obraz pemzové plíce. Pemzová plíce je důsledkem metastatických kalcifikací podmíněných poruchou kalciofosfátového metabolismu k němuž dochází mimo jiné při chronické uremii. Kromě plicního intersticia dochází ke vzniku metastatických kalcifikací rovněž v žaludeční sliznici, ledvinách a ve vnitřní elastice tepen.

Summary:

Pumice lung – unusual cause of an extensive bilateral pulmonary process

The authors present a case study of a patient suffering a number of years from a chronic renal insufficiency that lead to not a very usual picture of pumice lung. Pumice lung is a result of metastatic calcifications cause by a dysfunction of calcium phosphate metabolism which occurs also during chronic uremia. Besides the pulmonary intersticium, the metastatic calcifications occur also in the gastric membrane, kidneys and in the inner elastic layer of arterial wall.

Žáčková, P., Vašáková, M. Pemzová plíce – neobvyklá příčina rozsáhlého oboustranného plicního procesu. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 1: 27 – 29, 2004.

Klíčová slova:

- chronická uremie
- kalciofosfátový metabolismus
- metastatické kalcifikace
- pemzová plíce

Key words:

- chronic uremia
- calcium phosphate metabolism
- metastatic calcifications
- pumice lung

Úvod:

Metastatické zvápenění je systematické ukládání vápenných solí do intersticia plic, žaludeční sliznice, ledvin a vnitřní elastiky tepen při hyperkalcemii. Stereotypní lokalizace metastatického zvápenění se vykládá zvýšenou lokální alkalitou krve v daných orgánech, která vede ke snížení rozpustnosti vápenných solí. Příčinou metastatického zvápenění mohou být různá metabolická, zánětlivá nebo nádorová onemocnění (tab. č. 1) (Bednář et al. 1975).

Bývá postižena řada orgánů, často srdce, žaludek a ledviny, ale nejčastěji jsou postiženy plíce. Metastatická kalcifikace plic bývá difúzně a téměř výhradně intersticiální, to znamená, že depozita vápníku jsou patrna v alveolárních septech a ve stěně bronchiolů, bronchů a plicních cév. Většinu pacientů nečiní zvápenění plicního intersticia (v české odborné literatuře zmiňované jako „pemzová plíce“) žádné obtíže a kalcifikace mohou být náhodně zachyceny na skiagramu hrudníku, při výpočetní tomografii (CT) hrudníku, nebo při patologické anatomické pitvě. Nutné je odlišit kalcifikace dystrofické, kde dochází ke zvápenění pozánětlivých lézí (tab. č. 1) (Schwarz et al. 2003; Gibson et al. 2003).

Chronické renální selhání je stav, kdy funkce ledvin je natolik snížena, že ledviny nejsou schopny udržet parametry vnitřního prostředí slučitelné se životem ani za bazálních podmínek. Současně se projevují změny v metabolicko-endokrinní funkci ledvin. Porucha kalciofosfátového metabolismu – hypokalcemie a hyperfosfatemie patří při chronickém selhávání k častým nálezům. Jejím podkladem je nedostatečná produkce kalcitriolu v ledvinách, následně snížená resorpce kalcia ve střevě a hyperfosfatemie způsobená sníženou glomerulární filtrací. Důsledkem je pak sekundární hyperparatyreóza s nadprodukcí parathormonu a mobilizací kalcia z kostí.

Kazuistika:

79letý polymorbidní nemocný byl k nám přijat překladem z interního oddělení pro oboustranný plicní proces nejasné etiologie nereagující na antibiotickou léčbu.

V roce 1980 prodělal levostrannou pyelolitotomii. Na interním oddělení byl poprvé hospitalizován v roce 1989 pro anteroseptální akutní infarkt myokardu. Za hospitalizace byla zjištěna uroinfekce, proteinurie (1,5 g/24 hod) a mikroskopická hematurie. Renál-

ní funkce byly v mezích normy, stejně jako provedená izotopová nefrografie a vylučovací urografie. S odstupem 3 měsíců byl nemocný rehospitalizován pro hlubokou flebotrombózu v oblasti levého bérce komplikovanou sukcesivní plicní embolizací. Laboratorně byla vstupně zjištěna mírná elevace urey a kreatininu a hyperkalemie, přetrvávala proteinurie a mikroskopická hematurie. V roce 1993 byl nemocný znovu hospitalizován pro ischemickou chorobu srdeční se syndromem nestabilní anginy pectoris. Byla zjištěna hypertenze (160/110 mmHg), přetrvávající zvýšení hodnot urey (14,6 mmol/l) a kreatininu (143 μ mol/l) a proteinurie s denními ztrátami 4 – 5 g. Sonograficky byly nalezeny korové cysty pravé ledviny, izotopová nefrografie popisovala shodné křivky s patrným omezením parenchymové zdatnosti obou ledvin. Nález byl hodnocen jako v.s. chronická glomerulonefritida s počínající renální insuficiencí. Biopsii ledvin nemocný odmítl, byla doporučena dispenzarizace v nefrologické poradně.

Koncem téhož roku byl nemocný opět hospitalizován pro oboustrannou plicní embolii verifikovanou perfuzní plicní scintigrafií. Na provedeném skiagramu hrudníku byl nález v mezích normy. Vstupně byla zachycena hyperkalemie (5,8 mmol/l), došlo k dalšímu vzestupu urey (16,9 mmol) a kreatininu (207 μ mol/l), koncentrace kalcia a fosfátů v séru byla v mezích normy. Dokumentace popisuje metabolickou acidózu, která byla korigována pomocí NaHCO_3 a CaCO_3 . Přes chronickou antikoagulační léčbu (Pelen-tan) došlo s odstupem dvou měsíců k recidivě embolizace do plicnice oboustranně, opět potvrzené scintigraficky, na skiagramu hrudníku byl plicní parenchym oboustranně bez patrných ložiskových změn. Za hospitalizace byla pro zjištěnou hypertenzi (190/110 mmHg) upravena antihypertenzní léčba a po úvodní hepariniza-ci byl nemocný převeden na Warfarin. Hodnoty urey a kreatininu se podstatněji nezměnily, přetrvávala hyperkalemie (5,8 mmol/l).

Následně nemocný pravidelně docházel do nefrologické poradny a v září 1997 byl pro další zhoršení renálních funkcí předán do

péče predialyzační poradny. V říjnu téhož roku byla při kontrolním vyšetření zjištěna výrazná hyperkalemie (7,2 mmol/l) a nemocný byl indikován k akutní hemodialýze. Za krátkodobé hospitalizace byl komplexně přešetřen. Byla zjištěna anemie (hemoglobin 92 g/l) mírná hyperkalcemie (Ca 2,89 mmol/l) a hyperfosfatemie (1,98 mmol/l), došlo k dalšímu snížení renálních funkcí, hodnota urey byla 30,8 mmol/l a kreatininu 465 μ mol/l. Sonografické vyšetření prokázalo přítomnost mnohočetných cyst v korové zóně obou ledvin. Kontrolní skiagram hrudníku byl bez ložiskových změn. Pro přetrvávající hyperkalemii s korelujícím EKG nálezem byl nemocný za hospitalizace ještě opakovaně dialyzován, dlouhodobá medikace byla doplněna o bikarbonáty a iontoměničce a nemocný byl zařazen do chronického dialyzačního programu.

V roce 2002 byl nemocný opět hospitalizován na interním oddělení pro zhoršující se celkový stav, stavy zmatenosti a špatně korigovanou hypertenzi. Laboratorně byla zaznamenána pokročilá renální insuficience (urea 27,4 mmol/l, kreatinin 689 μ mol/l), hyperfosfatemie (2,1 mmol/l), anemie (hemoglobin 87 g/l) a lehká metabolická acidóza, sérová koncentrace kalcia byla v normě. Na skiagramu hrudníku byla patrná hypertrofie levé komory srdeční, plicní parenchym byl nadále bez ložiskových změn, při RTG vyšetření pravého zápěstí byla popsána výrazná kalcifikace cévního řečiště (obr. č. 1).

Naposledy byl nemocný hospitalizován na interním oddělení v lednu 2004. Byl pravidelně dialyzován, v mezidobí prodělal cévní příhodu mozkovou s reziduální parézou n. facialis vpravo, opakovaně byl na neurologickém oddělení hospitalizován pro tranzitorní ischemickou příhodu mozkovou. V klinickém obraze dominovaly stavy zmatenosti při encefalopatii kombinované etiologie. Laboratorně byla popsána hyperfosfatemie (2,6 mmol/l), metabolická acidóza, koncentrace kalcia byla v normě, trvala anemie. Na kontrolním skiagramu hrudníku se objevil rozsáhlý oboustranný nález nejasné etiologie, který neustupoval navzdory léčbě antibiotiky. Nemocný byl afebrilní, klidově dušný, laboratorně bez výraznější elevace zánětlivých markerů. Pro suspekci na specifický plicní proces byl pacient přeložen k nám na pneumologickou kliniku.

Při přijetí byl nemocný ve velmi špatném celkovém stavu, lucidní, ale zcela dezorientovaný, neklidný až agresivní. Laboratorně byl patrný vzestup zánětlivých markerů (C reaktivní protein 142 mg/l), hypalbuminemie (25,4 g/l) a především těžká respirační insuficience při parciálním tlaku kyslíku v arteriální krvi 5,56 kPa.

Na skiagramu hrudníku přetrvával rozsáhlý oboustranný nález splývajících infiltrátů, nepříliš typický pro tuberkulózní postižení (obr. č. 2). Diferenciálně diagnosticky jsme zvažovali především nekardiální plicní edém při chronické uremii a hypalbuminemii. Čtvrtý den po přijetí na oddělení nemocný zemřel za příznaků kardiopulmonální insuficience. Za příčinu úmrtí jsme označili terminální bronchopneumonii v terénu uremické plíce.

Překvapením byl patologicko-anatomický nález mnohočetných metastatických kalcifikací v plicní tkáni podmiňující popsaný RTG nález a makroskopický obraz pemzové plíce. Současně byly sekčně popsány i metastatické kalcifikace ve sliznici žaludeční a v ledvinách. Bezprostřední příčinou smrti bylo však srdeční selhání při základním onemocnění chronické renální insuficiencí na podkladě chronické glomerulonefritidy a chronické kardiální insuficience s významnými stenózami koronárních tepen, stavem po infarktu a myofibrózou myokardu.

Tabulka č. 1

| Plicní kalcifikace: formy a příčiny | |
|----------------------------------------|--|
| Metastatické kalcifikace: | |
| Difuzní intersticiální | |
| Hyperparathyroidismus | |
| Chronické renální selhání, hemodialýza | |
| Intoxikace vitamínem D | |
| Maligní nádory, mnohočetný myelom | |
| Dystrofické kalcifikace: | |
| Fokální intersticiální | |
| Zhojená tuberkulóza | |
| Zhojené houbové infekce | |
| Difuzní intersticiální | |
| Zhojená varicellová pneumonie | |

Diskuse:

Porucha kalciofosfátového metabolismu může být důsledkem řady onemocnění a při chronickém selhání ledvin je častým nálezem. Komplikací provázejících chronické selhání ledvin je celá řada. Jedná se především o poruchy acidobazické rovnováhy a metabolismu. Klinická symptomatologie – uremický syndrom – je projevem poškození orgánů změnami vnitřního prostředí a metabolickými změnami. Typické jsou kardiovaskulární komplikace, které jsou příčinou úmrtí u více než 50 % nemocných s chronickým selháním ledvin, poškození nervového systému, těžká anemie, krvácivé stavy, nekrotizující kolitida, popřípadě gastritida, uremická perikarditida, renální osteopatie (Klener et al. 2001).

Z pneumologického hlediska může být projevem chronického selhání ledvin tzv. uremická plíce. Podkladem je nekardiální plicní edém podmíněný hyperhydratací a hypalbuminemií. Velmi časté jsou také infekční komplikace – bronchopneumonie v terénu porušené buněčné i humorální imunity. Metastatické kalcifikace podmiňující obraz pemzové plíce jsou však vzácné (řada nemocných zemře patrně na jiné komplikace dříve, než dojde k jejich rozvoji). V diferenciální diagnostice postižení plicního parenchymu u nemocných s chronickou uremií je však nutno zvažovat i tuto možnost, především tam, kde zjišťujeme opakovaně vysokou sérovou koncentraci fosfátů a plicní proces nereaguje na adekvátní léčbu. Určitým vodítkem ke správnému stanovení diagnózy mohla být u námi sledovaného nemocného výrazná kalcifikace cévního řečiště náhodně popsána při RTG vyšetření zápěstí. CT hrudníku, které by mohlo stanovit diagnózu, u pacienta vzhledem ke stavu nemohlo být provedeno. I tak by ale zřejmě ani CT nález v tomto případě nebyl jednoznačný, neboť kromě kalcifikací by byly zřejmě patrné i alveolární opacity při plicním edému, které by nález významně modifikovaly.

Závěr:

U nemocných s déletrvající poruchou kalciofosfátového metabolismu, která může být různé etiologie, je nutné v diferenciální diagnostice oboustranných plicních procesů zvažovat i možnost metastatického zvápenění plicního parenchymu – pemzové plíce, zvláště tam, kde nedochází k regresi nálezu při adekvátní terapii.

Literatura:

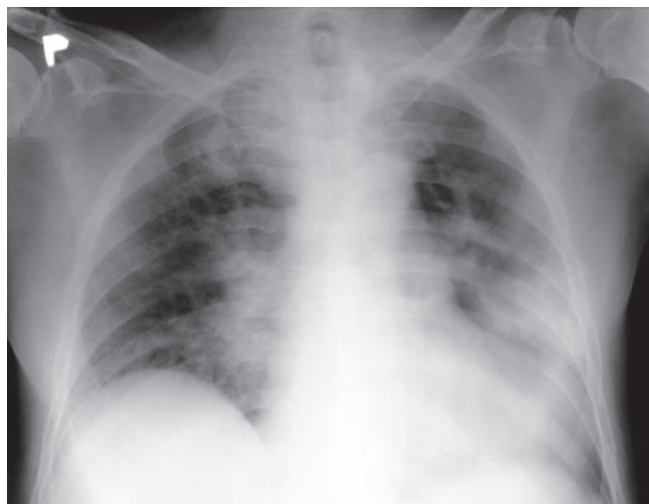
- Bednář, B. et al. Učebnice patologické anatomie. Praha: Avicenum, 1975.
- Klener, P. et al. Vnitřní lékařství. Praha: Galén a Karolinum, 2001.
- Schwarz, M. et al. Interstitial Lung Diseases. 4th edition. Hamilton, London: BC Decker Inc, 2003.
- Gibson, G. J. et al. Respiratory Diseases. 3rd edition. London: Saunders, 2003.

MUDr. Pavla Žáčková
Pneumologická klinika 1. LF UK FTNsP
Prosečnice n. S.
257 42 Krhanice

Obr. č. 1: RTG pravého zápěstí. Kalcifikovaná stěna cévy.



Obr. č. 2: Skiagram hrudníku. Rozšířený srdeční stín a známky městnání v malém oběhu. V tomto terénu jsou viditelné okrsky kalcifikací s maximem vlevo parakardiálně a v pravém horním poli.



KAZUISTIKY
V PNEUMOLOGII

Dechové obtíže u pacientky s tracheo-bronchiální amyloidózou



Jiří Votruba¹, Evžen Gregora², František Petřík³

¹Bronchologické oddělení Kliniky pneumologie a hrudní chirurgie FN Na Bulovce, Praha

²Klinika hematologie FN Královské Vinohrady, Praha

³Pneumologická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

Souhrn:

Popisujeme případ pacientky s tracheobronchiální amyloidózou sledované na našem pracovišti již 4 roky. Dokumentovány zvolené neinvazivní i invazivní terapeutické postupy a diskutovány možnosti další léčby. Poukazujeme i na obtíže a komplikace, které pacientku obtěžovaly po různých terapeutických modalitách.

Summary:

Breathing problems in the female patient with tracheobronchial amyloidosis

The paper describes the case of the patient with tracheobronchial amyloidosis during her long-term follow up at our facility. Invasive and noninvasive therapeutic procedures performed are documented and possibilities of further treatment are discussed. We point to the problems and side effects of different therapeutic modalities in this particular case.

Votruba, J., Gregora, E., Petřík, F. Dechové obtíže u pacientky s tracheobronchiální amyloidózou. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 1: 30 – 32, 2004.

Klíčová slova:

■ tracheobronchiální amyloidóza

Key words:

■ tracheobronchial amyloidosis

Úvod:

Amyloidóza je onemocnění charakterizované extracelulární depozicí homogenního eosinofilního materiálu, který se barví Kongo červení a jeví charakteristický zelený dvojlom při polarizaci. Amyloidová vlákna mají 7 – 10 nm v průměru a rozlišujeme 2 hlavní typy těchto vláken. Prvním je amyloid AL, který je tvořen lehkými řetězci imunoglobulinů a druhým je amyloid AA, který je tvořen proteiny akutní fáze a je ponejvíce přítomen u pacientů se sekundární formou amyloidózy u chronicky probíhajících infekcí. V obou případech je podstatné postižení terciální struktury bílkovin – tedy prostorové konfigurace proteinů. Patogenetický podklad procesu tvorby amyloidu je však nejasný.

Dosti vzácně se vyskytující primární amyloidóza plic má tři základní formy – tracheobronchiální, nodulárně parenchymovou a difúzně parenchymovou, která má nejhorší prognózu. V předkládané kazuistice se zabýváme amyloidózou tracheobronchiální. Obvyklou manifestací jsou u ní fokální či difúzní amyloidové pláty, které mohou postihovat celý tracheobronchiální trakt a způsobovat bronchiální obstrukci (Gillmore et al. 1999).

Průměrný věk, kdy pacienti vyhledávají pro obtíže lékařskou pomoc je 53 let. Onemocnění se u mužů objevuje 2krát častěji než u žen. Nejčastějšími symptomy jsou kašel (74 %), pískoty (70 %) hemoptýza (50 %) a dušnost (50 %). Diagnóza je potvrzována biopsií, histologicky nalézáme amyloid AL v submukóze.

Pro prognózu pacienta je podstatný rozsah a zejména lokalizace onemocnění. U difúzní formy tracheobronchiální amyloidózy bylo popsáno pětileté přežití v 70 % případů. Pacienti většinou umírají za příznaků asfyxie, respirační insuficience, či masivní hemoptýzy.

Kazuistika:

Pacientka J. K. narozená v roce 1949 byla poprvé hospitalizována na Klinice pneumologie a hrudní chirurgie v 8/2000. Byla přijata pro hemoptýzu, pro kterou byla již v minulosti (poprvé v roce 1998) na jiném pracovišti vyšetřována se závěrem suspekce na cévní malformaci. V předchorobí pacientky byla zjištěna pouze hypertenze, která je léčena již 37 let medikamentózně a dlouhodobě je stabilizovaná. Nepravidelná kuřačka s celkovou náloží nižší než 20 000 cigaret, kouřit přestala úplně v roce 2000. Je alergická na hmyzí bodnutí, lokální anestetika a aspirin.

Pacientka podstoupila bronchoskopické vyšetření, při kterém byly nalezeny atypické masy v pravém hlavním a spojném bronchu a menší změny v dolním lobárním ústí. Histologicky byl z excize bronchu prokázán AL amyloid (barvení Kongo červení pozitivní).

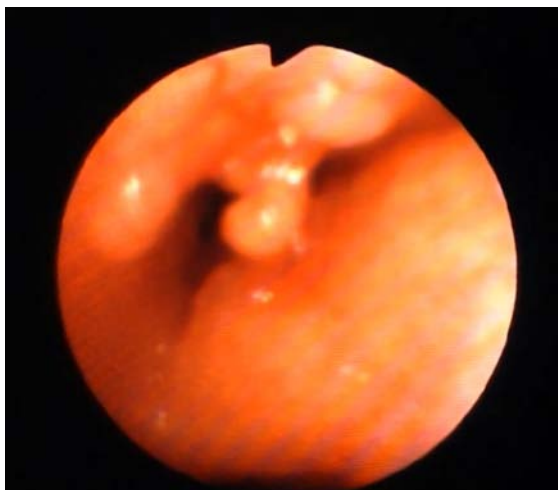
Následně bylo provedeno i kardiologické konzilium, kde byla popsána suspektní (biopticky neverifikovaná) kardiální manifestace systémové amyloidózy. Pátrání po dalším systémovém postižení bylo negativní včetně biopsie rekta.

Pacientka byla poté zaléčena na oddělení klinické hematologie FNKV 4 cykly chemoterapie VAD (vincristin, adriblastin, dexametazon).

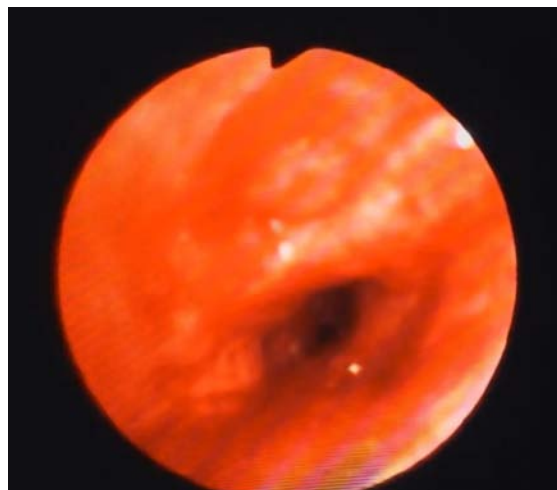
Chemoterapie byla komplikována ezofagitidou II. stupně, mukozitidou, a G+ septikemií s pravostrannou bronchopneumonií. Po odeznění těchto komplikací byla pak pacientce po stimulaci CPA provedena úspěšná separace kmenových buněk a v roce 2001 provedena vysokodávkovaná chemoterapie s autologní transplantací kostní dřeně.

Tato terapie měla výrazný klinický efekt, pacientka byla bez obtíží při dalších kontrolách až do roku 2004. V dubnu 2004 pro-

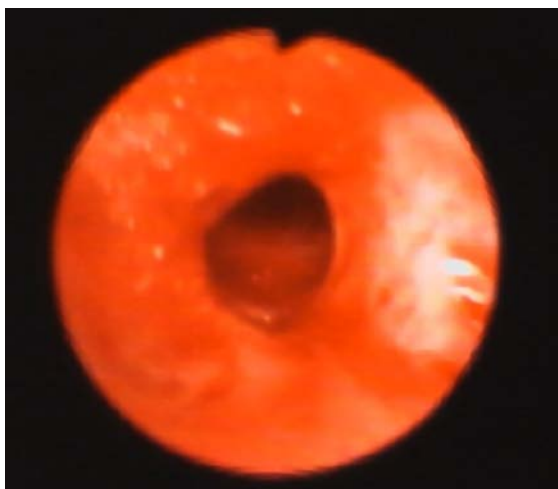
Obr. č. 1



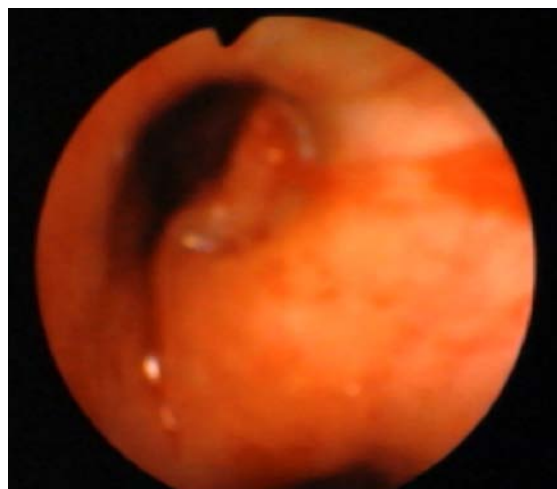
Obr. č. 2



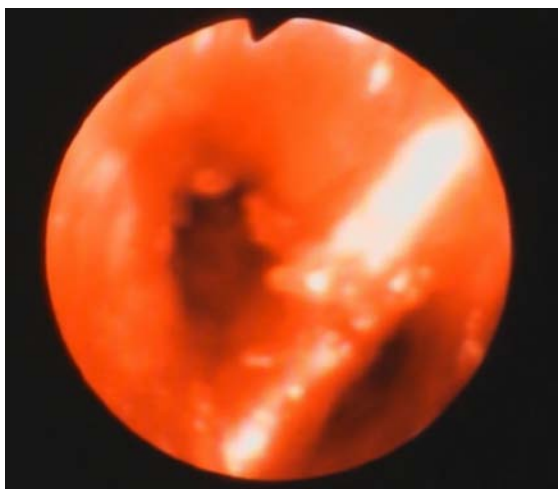
Obr. č. 3



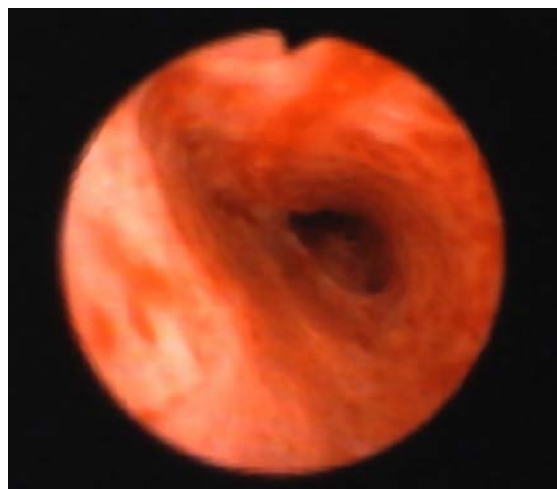
Obr. č. 4



Obr. č. 5



Obr. č. 6



veden hematologický a kardiologický restaging s negativním výsledkem ve smyslu progresu onemocnění.

V 5/2004 byla pacientka přijata ke kontrolnímu bronchoskopickému vyšetření. Při bronchoskopii byla konstatována výrazná progresu patologického nálezu oproti minulému vyšetření z roku 2003. Byly nalezeny masy amyloidu v ústí horního laloku vpravo (obr. č. 1), při ústí středního lobárního bronchu, který byl masami zcela obturován (obr. č. 2) a výrazné zúžení hlavního vlevo na lumen užší než 3 mm (obr. č. 3). V průběhu tohoto vyšetření byla provedena mechanická dezobliterace krápníkovitých mas z oblasti horního lobárního ústí a laservaporizace v téže oblasti (obr. č. 4). Po výkonu se stav pacientky dočasně výrazně zhoršil asi po dobu 3 dnů a poté se upravil se subjektivním pocitem zlepšené dechové situace oproti stavu před bronchoskopií. Při druhém sezení – o týden později byla provedena balónková dilatace ústí středního lobárního bronchu (obr. č. 5), dilatace hlavního vlevo (obr. č. 6) a pokus o balónkovou dilataci dolního bronchu vlevo, který však vzhledem k množství amyloidových mas v ústí dolního nebyl zcela úspěšný. Podařilo se jej však zprůchodnit pro sondu.

Po výkonu je pacientka subjektivně výrazně zlepšena.

Diskuse:

Pacientka je nyní ve stavu dechové dostatečnosti, její výkonnost se celkově zlepšila. Vzhledem k progresivnímu charakteru jejího onemocnění je však nutno zvažovat další možnosti endobronchiální a systémové terapie. V literatuře jsou popisovány částečné úspěchy zevní radioterapie hrudníku a systémové chemoterapie (Kyle et al. 1997) (produkce AL amyloidu je zřejmě spojena s jistým typem dyskrazie plasmatických buněk) u pacientů s difúzní formou AL amyloidózy. Tracheobronchiální amyloidóza je onemoc-

nění považované za výrazně benignější, komplikovaný průběh onemocnění u naší pacientky s mnohočetným postižením bronchů nás však nutí k úvaze o možnostech nestandardního řešení situace.

Nabízí se tedy možnost užití endobronchiální brachyradioterapie. Technicky je užití této metody u pacientky schůdné za použití dvou afterloadingových sond, a i když taková indikace ještě nebyla dle našich informací (rešerše Medline a Medbase) u tracheobronchiální amyloidózy provedena, věříme, že její užití by bylo výrazně šetrnější a cílenější nežli zevní ozáření. Případná postradiační pneumonitida by totiž byla zvláště pro naši pacientku krajně nepříznivá.

Literatura:

Gillmore, J., Hawkins, P. Amyloidosis and the respiratory tract. *Thorax* 54: 444 – 451, 1999.

Kyle, R., Gertz, M., Greipp, P. et al. A trial of tree regiment for primary amyloidosis: kolchicine alone, melphalan and prednisolone and melphalan, prednisolone and kolchicin. *N Engl J Med* 336: 1202 – 1207, 1997.

Pepys, M. B. Amyloidosis. In: Weatherall, D. J. *Oxford textbook of medicine* 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 1995.

Další literatura u autora.

MUDr. Jiří Votruba
Bronchologické oddělení
Klinika pneumologie a hrudní chirurgie
FN Na Bulovce, Praha
E-mail: jivo02@volny.cz

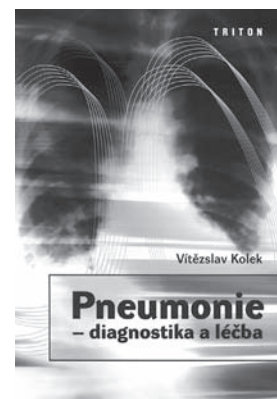
Vítězslav Kolek

Pneumonie – diagnostika a léčba

Publikace je určena praktickým lékařům, internistům, pneumologům a všem lékařům, kteří se ve své praxi setkávají s plicními záněty. Autor klade důraz na potřebu spolupráce lékařů s pracovníky antibiotických středisek. Úvodní část své knihy věnuje historii poznávání pneumonie, její definici, etiopatogenezi, epidemiologii pneumonií ve světě a u nás a jejich rozdělení z různých hledisek. Diagnostikou, diferenciální diagnózou a terapií jednotlivých druhů pneumonií se zabývá na přibližně šedesáti stranách publikace, přičemž je charakterizuje dle vyvolávajících agens. Předkládá také charakteristiku čtrnácti nejčastěji používaných antibiotických skupin z hlediska jejich účinnosti.

K dobré orientaci lékaře slouží stránky věnované národním standardům v diagnostice a léčbě pneumonií, charakteristika doporučení v zahraničních standardech a komentář ke standardům českým. Autor včlenil do své práce i nezbytnou stať o ekonomických aspektech pneumonie, vycházející z údajů české zdravotnické statistiky a z přehledu nákladů na ambulantní a nemocniční péči ve Velké Británii a ve Spojených státech. Na čtrnácti stranách pak rozebírá české klinické studie a jejich výsledky. Text doplňují schémata a tabulky, sedm rentgenových ilustrací s popisem snímků a devět stran citací odborné literatury.

Triton, Praha, 2003, ISBN 80-7254-359-8, 155 stran





Víte, co to je... ?

Úvodem bych ráda pozdravila všechny čtenáře této rubriky, která by měla prezentovat neběžné jevy v pneumologii, jako jsou vzácné syndromy a fenomény nebo nové či dávno zapomenuté nemoci a chorobné stavy.

Samotnou mě vždy velmi zajímaly rarity, tzv. „špeky“ a vždy jsem byla ráda, když se mi nějaký podařilo objevit u mého pacienta. Právě tato rubrika by měla být věnována oněm zvláštnostem a zajímavostem, které představují určité občerstvení v rutinní klinické pneumologii. Těším se také na Vaše příspěvky.

Martina Vašáková

Buffalo chest neboli býčí hrudník

Martina Vašáková

Jedná se vlastně o anatomický symptom, který není zcela neběžný, má však velmi hezký a výstižný název.

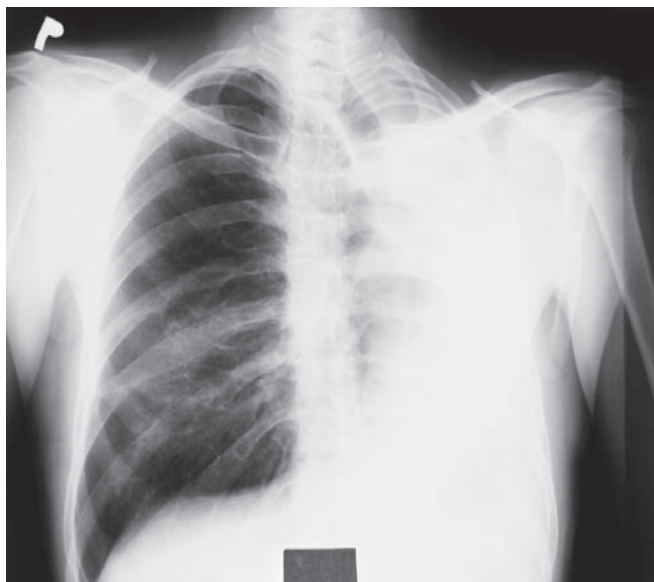
Býci totiž mají unilokulární hrudník, nemají pravou a levou pohrudniční dutinu, čehož s výhodou využívali Indiáni, kteří mohli trefit při lovu býka do libovolné poloviny hrudníku šípem a úspěšně jej tím imobilizovali v důsledku pneumotoraxu obou plic.

Unilokulární hrudník se samozřejmě za běžných okolností u člověka nevyskytuje, ale můžeme jej najít jako projev přehnaného adaptačního mechanismu u některých pacientů po pneumonektomii, kdy zbylá plíce herniuje do prázdné pohrudniční dutiny s typickým nálezem na RTG a CT hrudníku. Také již při fyzikálním vyšetření slyšíme matoucí oboustranné sklípkové dýchání.

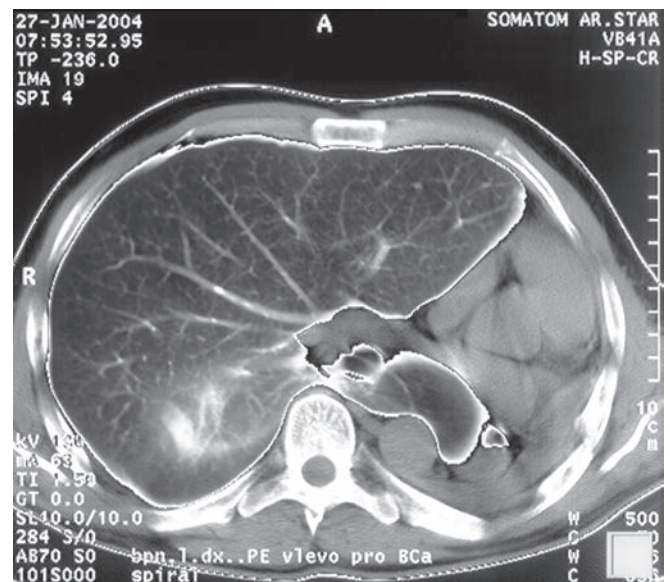
Přikládám CT scan a RTG snímek hrudníku našeho pacienta s tímto fenoménem.

Jedná se o 47letého muže, který podstoupil levostrannou pneumonektomii pro epidermoidní bronchogenní karcinom před 2 lety. Na začátku tohoto roku u nás byl hospitalizován pro infiltrát v pravé plíci, který byl naštěstí jenom pomalu regredující pneumonií a nikoli generalizací nádoru. Na jako vedlejší fenomén byl u pacienta hezky vyjádřený „Býčí hrudník“ s typickým poslechovým i RTG nálezem.

Obr. č. 1: Zadopřední skiagram hrudníku s přesunutými mediastinálními strukturami do levého hemithoraxu, herniace pravé plíce do levého hemithoraxu.



Obr. č. 2: CT hrudníku. Patrná herniace pravé plíce ventrálně i dorzálně do levého hemithoraxu.



Poznámka redakce:

Redakce spolu s patronkou této rubriky, prim. MUDr. Martinou Vašákovou, si dovoluje vyzvat k publikaci všechny případné autory (pneumology i lékaře jiných oborů), kteří by chtěli prezentovat nějakou další pneumologickou zajímavost či raritu. Autorské pokyny pro tuto rubriku jsou samostatnou součástí autorských pokynů a jsou umístěny na str. 46 tohoto čísla a také na internetu (<http://www.geum.org/pneumo>).



Lékaři v roli učitelů využívají kazuistiky vždy nejen ke zpestření svého výkladu, ale zejména k zainteresování mediků či lékařů o problematiku, osvětlenou jedním nebo několika případy z diagnostické a terapeutické praxe... Důležitost kazuistik pro správnou diagnostiku v běžné léčebné praxi potvrzují také autoři řady současných odborných publikací... Čtenářsky zajímavý popis případu onemocnění má opodstatnění zejména v tom, že lékařům všech stupňů odborné kvalifikace či pracovního zařazení v jejich oborech poskytuje možnost podělit se o čerstvé poznatky a zkušenosti, o nichž se každému vyplatí uvažovat, diskutovat i polemizovat. Uveřejňování kazuistik má v řadě odborných časopisů již dlouhou tradici a bez nadsázky lze říci, že patří k článkům, které bývají čteny s nevšedním zájmem. Proto se také redakce prestižních časopisů snaží, aby v jejich obsahu nechyběl ani tento žánr odborných sdělení a redakční rady mu vyhrazují potřebný prostor... Význam časopisecky publikovaných kazuistik v současnosti dále stoupá s prohlubováním vzájemné interdisciplinární spolupráce lékařů, zainteresovaných na otázkách diagnostiky a léčby téhož onemocnění a jeho komplikací.

MUDr. Juraj Szántó, Mgr. Karel Vízner

Z úvah o vydávání kazuistických časopisů nakladatelství GEUM

Kazuistiky jsou můj oblíbený žánr. Pamatuji se, jak jsem se po nich sháněl už jako medik, a proto jsem se rozhodl v tomto pomoci našim studentům jako asistent 3. infekční kliniky. Během výuky nebylo mnoho času na podrobné probírání složitějších případů a tak se rozšířením a zlepšením dostupnosti internetu ukázalo výhodou využít i tuto informační technologii. Problémem zůstala skutečnost, že příprava materiálů je časově náročná a většinou není honorována. Nelze ani počítat s tím, že by se psaní kazuistik odrazilo v hodnocení vědecké nebo odborné práce autora. Jistou satisfakci pro mne představuje kladné hodnocení kolegů. Ohlas čtenářů ale není příliš velký. Přesto mně sestavování internetových stránek zatím stále baví a chci v tvorbě ještě pokračovat.

MUDr. Hanuš Rozsypal, CSc.

Z internetové stránky 3. kliniky infekčních a tropických nemocí I. LF UK

<http://www1lf.cuni.cz/-hrozs>

„Každý pacient, který projde vchodem této nemocnice, se stává potenciální kazuistikou...“

Anonym, Všeobecná nemocnice Montreal

... Na nedávném setkání se svými studenty jsem se ujistil, že i toto elementární téma může vyvolat obrovský zájem, a byl jsem rád, že se mi podařilo upozornit na nenahraditelné místo kazuistického zpracování medicínského problému. Kazuistika je totiž jádrem medicínských znalostí a duší medicínského důvtipu. Je ale také „popelkou“ mezi váženějšími formami lékařských prezentací, jakými jsou monografie, souhrnné referáty, randomizované vědecké studie a jiné. Často se však setkáváme i s jistým opovržením, že se jedná pouze o „obyčejnou“ kazuistiku. Málokdo z nás si dnes uvědomuje, že na základě jednotlivých kazuistik byla objasněna například elementární funkce štítné žlázy, že bylo upozorněno na typické příznaky syndromu získané poruchy imunity (AIDS) nebo

nemoci šílených krav. Kazuistiky jsou dnes neodmyslitelnou součástí obsahu většiny kvalitních světových časopisů. Stávají se zdrojem nových informací a mají i neodmyslitelnou vzdělávací funkci pro každého z nás. Když profesor Dušek přišel s novou formou praktické výuky patologie s tzv. „problem based learning“, vyvolal u mnohých studentů zvědavý zájem a posléze nadšené přijetí tohoto programu. Co většina z nás tehdy považovala za „revoluční“ změnu, to věděl Wiliam Osler na počátku dvacátého století, kdy již tehdy formuloval pozoruhodnou myšlenku: „Nejlepší výuka medicíny je ta, která je vyučována samotným pacientem.“

Prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Z článku Proč a jak psát kazuistiku?

Pediatric pro praxi 3, 2003.

Kazuistika aj v dnešných časoch zostáva hodnotným zdrojom nových informácií a excelentnou učebnou pomôckou. Mala by prezentovať koncepčné, analytické a písané komunikačné schopnosti autora/autorov. Mala by dokumentovať schopnosť autora/autorov prepojiť teoretické a koncepčné poznatky do klinickej praxe, schopnosť reflektovať klinické skúsenosti. Kazuistika tiež podporuje tvorbu sebedomia a zručnosti pri príprave ústnej prezentácie. Táto forma prezentácie by mala demonštrovať schopnosť autora viesť diagnosticko-terapeutický proces ako aj monitorovať zmeny, vyplývajúce z rôznych intervencií. Je aj významnou pomôckou pri rozvoji profesionálnej etiky a úcty k hodnotám...

„Filozofiou“ dôvodu publikovania kazuistiky je podeliť sa so zaujímavými, výnimočnými a výpovednými informáciami a poskytnúť ich odbornej komunite. Autor/autori by tak mali urobiť čo najskôr, skôr ako by to mohli urobiť ich kolegovia.

Prof. MUDr. Dušan Meško, PhD.

Z článku Ako písať kazuistiku

Psychiatria pre prax 2, 2003.

Kupodivu sepsat dobrou kazuistiku s přehledem literatury, s diferenciálně diagnostickou rozvahou a se shrnutím vedoucím k určitému zevšeobecnění není tak snadné, jak by se zdálo na první pohled. Chtěl bych vyzvednout, že za každou kazuistikou stojí reálná situace pacienta, jeho příběh, často dramatický, je za ní i naznačeno řešení problému. Právě ta konkrétní lidská situace dává kazuistice to, o čem se stále běduje, že z medicíny ustupuje – lidskou dimenzi. Proto je také kazuistika neopomenutelná při výuce, proto si také my, již zralejší lékaři, pamatujeme spoustu věcí ve vztahu k nějakému konkrétnímu pacientovi či pacientce. Proto také kazuistika je odborný článek, který přesahuje svou dimenzí vlastní odborné sdělení. Za kazuistiku se zřídka kdy inkasují body za publikaci v impaktovaném časopise, jejich soubor však vytváří jakési kolektivní vědomí lékařů vycházejících z jedné školy, z jedné kliniky, jedné odborné společnosti či českých lékařů.

Prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.

Z editorialem časopisu DMEV 1, 2003.



Doc. MUDr. Rudolf Křivinka, CSc.

1904 – 1991

Letos uplynulo sto let od narození svědomitého lékaře, jednoho z průkopníků české a slovenské ftizeologie, vědeckého pracovníka a vysokoškolského učitele, který si zvolil z medicínských oborů ne zrovna nejlehčí a věnoval se mu doživotně.

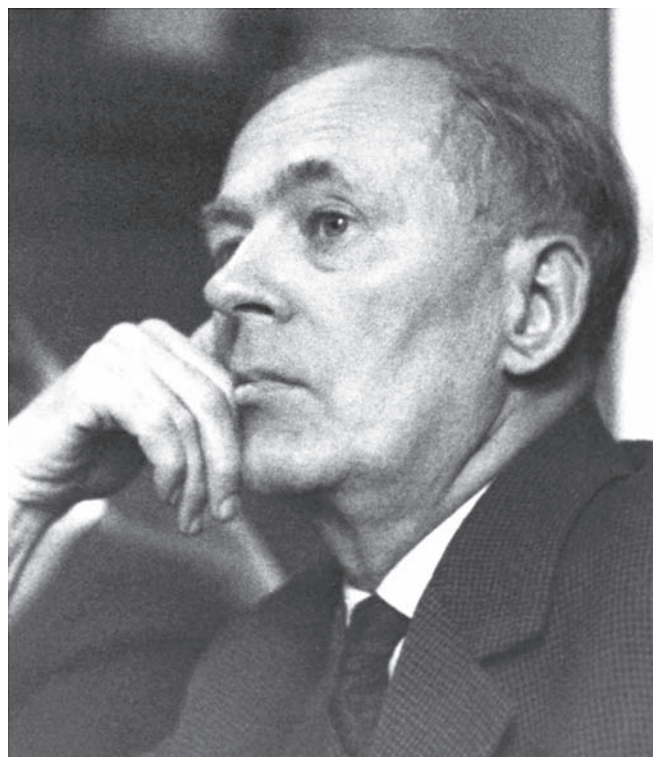
Pocházel ze zemědělského rodu. Prarodiče žili na jihomoravském venkově. Oba jeho rodiče vyrůstali v nuzných poměrech a od mládí se museli živit sami. Rudolf Křivinka se narodil už v Brně a měl sestru a bratra. Když byl zapsán do české obecné školy a gymnázia, měli na zdi obraz císaře pána, ale maturoval již pod portrétem prezidenta samostatné Československé republiky. Zřízení brněnské univerzity a vysoké školy zvěrolékařské rozhodlo o tom, že jeden z bratrů vystudoval humánní, druhý veterinární medicínu. Jejich sestra se stala rentgenovou laborantkou.

Sám během svého života rád vzpomínal na léta svých středoškolských a univerzitních studií a na své učitele. Z některých pedagogů, kteří ho učili na gymnáziu, se stali vysokoškolští profesori. Často čerpal z bohatství, kterým ho obdarovali, zejména z latiny a z přírodopisu.

Podle vzpomínek jeho syna Petra, dnes Ing. Petra Křivinky, CSc., rád používal latinská úsloví a přísloví, přičemž neopomenul svým dětem či lidem, s nimiž mluvil, objasnit jejich význam. Také rozhovor v odborném časopise u svých pětasedmdesátin uzavřel docent MUDr. Rudolf Křivinka, CSc. větou: „*Feci quod potui, meliora faciant potentes!*“ („Udělal jsem, co jsem mohl, nechť lépe dělají ti, kteří dovedou!“)

Někdejší student medicíny pociťoval vůči svým profesorům úctu, lásku a celoživotní vděčnost – svědčí o tom například jeho slova, zapsaná s odstupem půl století: „... *Ozdobou mladé fakulty byl profesor Babák a akademik Studnička. Pozdější akademik Hamzík, akademik Laufberger, rektor univerzity nebo profesor Neumann, hrávali s námi mediky tenis na kurtech na fakultním nádvoří. Velmi jsem si oblíbil profesora Volkera, který nám přednášel anatomii, pro jeho vzácnou korektnost ve styku se studenty a spravedlivou klasifikaci. Měl jsem rád i profesora chirurgie Julia Petřivalského jako vzorného učitele, který v Brně vychoval opravdovou školu význačných chirurgů. Osobností a svým strhujícím přednesem mě uchvátil profesor Hamza, zakladatel sociálního lékařství v ČSR, který mě získal pro myšlenku věnovat se ftizeologii. Když se nás po zkoušce z patologické anatomie tázal examínátor, profesor Neumann, kterému oboru se chceme po promoci věnovat, odpověděl jsem: tuberkulóze.“*

Stojí za zmínku, že Rudolfův bratr – MVDr. Jan Křivinka jako první v Československu popsal tularémii, zjištěnou u nás poprvé koncem třicátých let na jižní Moravě a v přilehlé části západního Slovenska. Zatímco Jan zůstal věrný Brnu, kde se stal ředitelem



Vědeckého vyšetřovacího ústavu veterinárního, Rudolf vystřídal v různých lékařských funkcích řadu působišť.

Krátce po promoci, v roce 1930, projevil doktor Křivinka aktivní zájem o ftizeologii, která byla tehdy mladými lékaři pokládána za málo atraktivní obor, a přijal místo sekundáře daleko od Brna, v Jablunkově. Sanatorium Slezské humanity, které mělo sto dvacet lůžek, bylo na pozemcích bývalého mlýna. Podle Křivinkových vzpomínek doktoři museli dělat nejen veškeré práce praktického lékaře, ale i řadu prací namísto středních zdravotnických pracovníků. Přesto si museli najít čas na prohlubování svého medicínského vzdělání. Sám se tam zdokonalil v technice snímkování a studoval zahraniční, zejména francouzskou ftizeologickou literaturu, kterou mu zpřístupňoval ředitel ústavu.

Od Nového roku 1931 se dr. Křivinka stal lékařem poměrně primitivně vybavené Zemské plicní léčebny v Pasece, kde se lékaři pro delší mezivládlí prakticky bez vedení sami museli starat o dvě stě sedmdesát plně obsazených lůžek. Na jednoho sekundáře tam připadalo devadesát nemocných většinou s rozsáhlými plicními nálezy se značným výskytem tuberkulózy krku a střev. Téměř dvouletá práce v těchto poměrech, plných potíží a odborných problémů,

ho naučila důsledně medicínsky myslet, zodpovědně přistupovat k situaci každého pacienta a samostatně ji také řešit. Příchod nového ředitele sanatoria dr. Skládala znamenal pro něj značné uvolnění a mohl se tak více věnovat problematice, která ho zaujala tou měrou, že se jí zabýval několik let: tuberkulóze střev. Z Paseky vzešly jeho první publikované práce. Snad i tato časopisecká sdělení přispěla k tomu, že na sklonku roku 1932 mohl nastoupit na nově otevřeném III. interním oddělení v brněnské Zemské nemocnici. Na svého přednostu, prof. Siebera vzpomíná jako na přísného, ale hodného a laskavého učitele, s nímž se mohl sekundář kdykoliv během dne poradit. „Byl jedním z posledních žáků Thomayerových, byl skvělým diagnostikem. Ale denně rázem osmé hodiny ranní vyrazil jako od startu na vizitu, která nikdy nebyla formální. To už musel být napsán chorobopis a provedena základní vyšetření...“ Zde a na klinice prof. Hory si doplňoval vzdělání a praxi internisty.

V těchto letech však Rudolf Křivinka pomýšlel také na založení rodiny, což ale vyžadovalo trvalé místo a existenční jistotu. To byl vedle odborných ambicí motiv pro to, aby si podal žádost do konkursu na obsazení tří primariátů renovovaného sanatoria v Novém Smokovci.

Teprve po přijetí se dozvěděl, že byl jediný, za něhož nikdo neintervenoval. Začalo to slibně: novým primářům byla ještě před otevřením sanatoria dána možnost zapracovat se a nabýt nových zkušeností na předních domácích a zahraničních pracovištích. V Praze chodil na kliniku profesora Hynka k docentu Bašteckému a na kliniku profesora Diviše k docentu Žahourkovi. S finančním příspěvkem na měsíční pobyt v Paříži mohl přímo u zdroje studovat pokroky francouzské ftizeologie, s níž se seznamoval již za svého působení v Jablunkově. „Navštívil jsem kliniku profesora Sergeanta a kliniku profesora Bezancona, ale rozhodl jsem se strávit co nejdéle dobu u Ameuilla, který nebyl sice profesorem, ale byl vynikající osobností a skvělým učitelem. V té době pracovali u něj Canetti a Lemoine, vynálezce optického bronchoskopu. Ameuille mně tak zaujal, že jsem se po roce o své dovolené k němu vrátil.“

Primář MUDr. Rudolf Křivinka, který nikdy předtím nebyl ve Vysokých Tatrách, nastoupil do Nového Smokovce v prosinci 1934. Nadšeně seznamoval s novým přírodním prostředím, kde bude mít příznivé podmínky pro práci a rodinný život, s jinými tatranskými léčebnami a také se slovenskými a českými kolegy, kteří tam pracovali již delší dobu. Provoz nového sanatoria, jehož ředitelem byl MUDr. Arnošt Eckstein, byl zahájen v únoru 1935. Dle prvních poznatků kolektivu odborníků přicházeli pacienti v různých stadiích nemoci a nezřídka nebyly správné ani indikace pro tatranskou léčbu. Poprvé v životě však doktor Křivinka neměl důvod k nespokojenosti s pracovními podmínkami a s vybavením pro diagnostiku a terapii, o němž podal svědectví: „Bakteriologické, rentgenové, patofyziologické a biochemické vyšetření bylo na tak vysoké úrovni, že v té době nemělo v celém Československu obdoby. Prováděla se kultivační diagnostika, typizace BK, sérologická diagnostika; každému nemocnému byl při příchodu, během pobytu podle potřeby a na konci léčby pořízen snímek; od počátku roku 1937 byl v ústavě instalován první tomograf ve střední Evropě.“

Doktora Křivinku lze pokládat za průkopníka tomografické diagnostiky v Československu.

V roce 1937 zavedl u nás metodu stratigrafie, která v tehdejší střední Evropě ještě nebyla používána. Sám si musel vypracovat techniku snímkování a interpretaci stratigramů. Tato vyšetření obstarával vedle péče o svěřené pacienty pro celý ústav. Jeho článek v *Časopise*

lékařů českých (č. 6, r. 1938) *Stratigrafie a její význam při diagnose plicní tuberkulózy*, který byl asi první původní českou odbornou publikací o lékařské tomografii, podává nejen detailní výklad této diagnostické metody, ale také její kritické hodnocení a zejména poznatky, které s přístrojem, provozovaným v tatranském sanatoriu, získal vlastní zkušeností. „... *Stratigrafie nás dokonale poučuje o prostorových poměrech fotografovaného objektu,*“ uzavírá článek. „*Při diagnose dutin stratigrafie prokáže nejen jejich existenci, ale i správnou velikost, tvar, polohu, tloušťku stěny, drenáž a okolí dutin, tedy řadu podrobností, důležitých při indikaci chirurgického zákroku, a to lépe než všechny dosavadní metody.*“ Za zavedení tomografie a její využití v diagnostice tuberkulózy mu byla později udělena cena České akademie věd a umění.

V roce 1939 postihl rodinu MUDr. Rudolfa Křivinky osud mnoha státních zaměstnanců české národnosti, které tisoovsko-tukovská vláda nového samostatného státu bez ohledu na jakékoliv zásluhy nemilosrdně vyhostila. Nabídl mu funkci ředitele Sanatoria Českého pomocného spolku proti tuberkulóze v Žamberku, kde také dne 5. července nastoupil. Nové místo však bylo pro něj po moderně zařízeném tatranském sanatoriu neočekávaně trpkým zklamáním, protože ani v malé léčebně nepředpokládal tak primitivní vybavení. Měli k dispozici např. rentgenový přístroj z nemocnice v Hradci Králové, který byl již v roce 1926 vyřazený jako zastaralý. Chyběla také řada jiných základních potřeb a pomůcek pro diagnostiku a léčbu. Nejvíce ale chyběl odborně školený personál: na péči o nemocné se vedle čtyř lékařů podílelo pouze devět sester bez jakéhokoliv zdravotnického vzdělání.

Zpočátku pomýšlel na hledání výhodnější štace, ale brzy začal svoji funkci chápat jako novou výzvu. Navíc po vypuknutí druhé světové války úřední zákaz znemožňoval změnu působiště. Po důkladném rozboru situace, v níž se nalézala léčebna, zaměřil se zejména na získání prostředků k jejímu vybavení. Přesvědčil nemocenské pojišťovny, aby neodkladně uhradily částky, které dlužily za léčbu svých pacientů a souhlasily také se zvýšením denní ošetrovací taxy, která tam byla o dvě až tři desítky korun nižší než kdekoliv jinde. Tak mohl doplnit skromně vybavené zařízení čtyřventilovým rentgenovým přístrojem, planigrafem a potřebami pro bakteriologickou laboratoř. Poměry v léčebně se mu podařilo zlepšit natolik, že lékaři pod jeho vedením se definitivně rozhodli pracovat v oblasti boje s tuberkúzou; jména některých z nich, jako např. Šula, Kolář, Štrupl, Krejzek a Ungr, ukazují, že i ve své další činnosti, každý na svém postu, významně přispěli k rozvoji ftizeologie v této zemi.

K těmto válečným létům se váží Křivinkovy zkušenosti z nuzně vybavené poradny Ligy proti tuberkulóze, kterou před ním vedl praktický lékař. Když mu jako odborníkovi nabídli vedení poradny, slíbili mu půlčlenný přístroj na skiaskopování a sociální sestru na půl úvazku. Práci v poradně přes potíže považoval za poutavou a takto na ni vzpomíná: „*Poradna byla otevřena dvakrát týdně, takže v zimě se rentgenová lampa obalila ledem. Proto jsme ji po každé ordinaci museli přenášet do stále vytápěné budovy. Návštěvnost byla zcela neregulovatelná, kolísala podle ročního období a agrotechnických lhůt od 3 do 85 návštěvníků. Za mého působení jsme v poradně zachytili 260 nových dětských primoinfekcí...*“ Přes tyto problémy byla jeho poradna pro okres s třiceti tisíci obyvateli ve své době jedním z nejlépe vedených protituberkulózních zařízení v zemi. Na Žamberk válečných let vzpomínal jako na ideální místo k přežití těžké doby.

V Žamberku setrval doktor Křivinka i po válce, kdy se však lékařské obsazení opět výrazně zhoršilo a na celé sanatorium s pře-

mi sty lůžky zůstal s jedinou doktorkou. Tento stav se změnil až v polovině roku 1946 nástupem manželské dvojice lékařů. Ve víru práce si už jen málokdy vzpomněl léta strávené ve Vysokých Tatrách. „Poznal jsem Tatry za slunečné pohody i za bouří, vichřic a nepohody. Ať tomu bylo jakkoliv, vždy to byla monumentální krása, která mně zůstala v paměti. Na nepříjemné události a příhody, kterým jsem se nemohl vyhnout, jsem zapomněl...“ Dbal, aby se v tomto prostředí také jeho rodina cítila dobře. Syn Petr Křivinka si ze vzpomínek na žamberské období živě vybavuje, jak otec vodil své děti do přírody za sanatoriem, ale i do okolí, aby je seznamoval s květenou, s plicníkem lékařským, petrklíčem nebo křivatcem a s dalšími lučními květinami. Přírodu obdivoval už jako gymnazista a později se snažil prohloubit své znalosti o ní právě při procházkách a výletech s dětmi. Navštěvoval malíře Vojtěcha Sedláčka v jeho ateliéru – oblíbil si ho proto, že na mnoha plátnech zvýraznil sepětí člověka a přírody; chodil také k Janu Slavíčkovi a k Janu Trampotovi.

Již první poválečná léta se vyznačují jeho obětavou angažovaností v oboru. V roce 1945 se stal zodpovědným redaktorem časopisu *Rozhledy v tuberkulóze*. Následující rok přinesl nové povinnosti: Asociace československých ftizeologů a Čs. vědecký spolek proti tuberkulóze se spojily v Československou pneumologickou a ftiseologickou společnost a Křivinka v čele její české odbočky obnovil pravidelné měsíční schůze v Praze. Ve stejném roce byl jmenován členem ustaveného poradního sboru ministerstva zdravotnictví proti tuberkulóze a předsedou jeho ústavní komise

Rudolf Křivinka patřil k lékařům, kteří vlastnímu odbornému růstu a rozvíjení svého oboru obětovali nejen svůj čas, energii a prostředky, ale často i dovolenou, kterou jiní lidé věnují zálibám a rekreačním aktivitám. Již před válkou využil možnost čtrnáctidenního pobytu v římském Institutu Floriani a týden pobyl na tuberkulózním oddělení profesora Daniella v Kluzi. Po válce se zúčastnil měsíčního kurzu hromadného snímkování v Londýně a při té příležitosti navštívil odborná zařízení v několika dalších anglických městech. Nejen návštěvy zahraničních pracovišť, ale také setkání s uznávanými odborníky na mezinárodních sjezdech a při jiných jednáních dokázal vždy exploatovat k prospěchu československé ftizeologie.

V letech 1947 – 48 se dr. Křivinka věnoval své habilitaci, při níž uplatnil své dlouholeté studium problematiky tuberkulózy střev a zkušenosti s léčbou takto postižených pacientů. Již brzy pak začal s výukou na lékařské fakultě UK v Hradci Králové. Přednášky o tuberkulóze přerušil kvůli tříměsíční stipendijní cestě do Dánska a Švédska. Na univerzitě v Uppsale pracoval u profesora Hedwalla a v Örebro se seznámil také s jeho spoluautorem základní monografie o vzniku tuberkulózy dospělých, s Malmrosem. Cenné poznatky si odnesl i z dvoutýdenního pobytu na stockholmské klinice profesora Wallgreny.

Po návratu do vlasti se musel Rudolf Křivinka rozhodnout mezi dvěma možnostmi: zůstat dále ředitelem žamberského sanatoria, které se mu podařilo dotvořit v době fungující ústav, nebo opět přesídlit a to do Prahy, kde mu nabízeli ve Státní oblastní nemocnici Na Bulovce funkci primáře tuberkulózního oddělení. Volil Bulovku, kde nastoupil dne 1. dubna 1949. Dnes zní téměř neuvěřitelně, že na tomto svém novém působišti nenašel kromě poměrně dobré rentgenové laboratoře nic povzbudivého a opět musel mnoho hodin a energie věnovat, jako kdysi na svých prvních postech, získávání přístrojů i ostatních potřeb pro diagnostiku a léčbu tuberkulózy.

V té době mělo otevřenou tuberkulózu desetitisíce občanů země a tisíce jich na tuto nemoc umíraly. Ftizeologové pracovali s malým počtem kvalifikovaného personálu, chyběla lůžka, nebylo dost poliklinických zařízení a ta stávající neodpovídala aktuální potřebě ani svým rozmístěním ani vybaveností. Negativní bilanci zhoršoval nedostatek kalmetizačních sester a také štítovek. Za takovéto situace byl v roce 1950 Rudolf Křivinka jmenován předsedou poradního sboru ministerstva zdravotnictví pro boj proti tuberkulóze a započalo cílevědomější úsilí, zaměřené ke zpracování jeho koncepce a protituberkulózních opatření. Ke konci roku 1952 byl v rámci reorganizace čs. zdravotnictví pověřen funkcí hlavního ftizeologa. Po tomto jmenování se vzdal volené funkce v odborné společnosti a její činnosti se účastnil ex offio.

V rámci příprav druhé československé „pětiletky“ rozvoje zdravotnictví byl docent Křivinka vyzván, aby v červnu 1954 na rozšířeném zasedání předsednictva vědecké rady ministerstva v Jevanech předložil rozbor problematiky tuberkulózy a navrhl také nápravná opatření. Jeho důkladně připravený elaborát vyvolal živou diskusi a jevanské zasedání a následné projednání Křivinkovy analýzy vyústilo v rozhodnutí, že tuberkulóza bude v resortním programu rozvoje po několik let preferovaným oborem před jinými obory, v nichž se danými prostředky nedalo tolik docílit. Ještě bylo třeba překonat dost obtíží a překážek, přesto bylo dne 21. prosince 1955 schváleno Vládní usnesení o zvláštních opatřeních v boji proti tuberkulóze č. 3593/1955 a na tento boj uvolněno sto dvacet milionů korun. Usnesení vlády zahrnovalo opatření charakteru organizačního (povinnosti pro národní výbory), materiálního (sto přístrojů pro snímkování ze štítu) a personálního (dvě stě lékařů navíc pro obor tuberkulózy). Jeho realizace byla následně periodicky kontrolována.

Teprve na základě československých zkušeností se známá konference v Ardenne House roku 1957 usnesla na podobných zásadách a Mezinárodní unie proti tuberkulóze v Istanbulu roku 1959 schválila rezoluci doporučující přijetí protituberkulózních opatření v globálním měřítku. Křivinka inicioval i diskusi o tuberkulóze skotu, která po říjnové konferenci v Liblicích roku 1958 vyústila ve vládní usnesení č. 453/1960 o likvidaci tuberkulózy a brucelózy skotu. Škody, způsobené tuberkulózou byly v roce 1960 odhadovány u lidí na 1200 milionů korun. Lze říci, že zejména vládní usnesení z roku 1955, na jehož probíjení a realizaci měl docent MUDr. Rudolf Křivinka, CSc. lví podíl, se stalo důležitým milníkem v boji proti tuberkulóze a největším úspěchem jeho organizátorské činnosti.

Zároveň s funkcí hlavního odborníka ho však pověřili i prozatímním řízením tuberkulózního pracoviště v nemocnici Na Bulovce, které se mělo stát Výzkumným ústavem tuberkulózy. Přerod to byl těžký: „Teprve v roce 1955 se podařilo naplnit plán pracovních sil, co do počtu, nikoliv však co do kvality. Začínali jsme s pracovníky, kteří neměli dosud ani jedinou publikaci. Prvé výsledky jsme dosáhli v epidemiologii a v organizaci, současně jsme školili kádry, potřebné pro mikrobiologii, biochemii a patofyziologii. S pomocí bronchologa a patologa nám velmi rychle vyrostla klinika v pracoviště špičkové úrovně, schopné vlastní výzkumné činnosti.“

Ve funkci ředitele Výzkumného ústavu tuberkulózy působil Doc. MUDr. Rudolf Křivinka, CSc. necelé dvě desetiletí, ale částečným úvazkem tam pracoval do konce let sedmdesátých. Tehdy, přibližně před čtvrt stoletím, vyřkl slova o budoucnosti oboru, kterému zůstal věrný od prvních let své lékařské praxe do pozdního stáří: „Rozhodně nevidím v tuberkulóze nemoc, kterou již není třeba se zabývat...“

I když se naše současná situace oproti padesátým letům podstatně zlepšila, stále se vyskytují – byť jen ojediněle – rozpadové formy tuberkulózy ve věkových skupinách, v nichž by měla být preventivní opatření dobře zajištěna. Proto boje proti tuberkulóze nelze předčasně zanechat, ale je třeba ho dovést až do úplného konce.“

Křivinkův podíl na rozvoji čs. zdravotnictví na úseku boje proti tuberkulóze nelze dostatečně ocenit. Pod jeho vedením v roce 1972 dokončena longitudinální studie Epidemiologický a klinický výzkum tuberkulózy v Československu, která vyvolala v členských zemích Světové zdravotnické organizace široký ohlas. V domácím a zahraničním odborném tisku publikoval více než stovku původních prací a ještě ve vysokém věku uveřejnil rozsáhlou práci *80 let boje proti tuberkulóze v českých zemích* a medicínsko-historický článek *Přínos českého lékaře gen. prof. Karla Franze do světového fondu lékařské vědy*.

Vedle cílevědomé organizačnické a řídicí práce je třeba vysoce hodnotit, co Křivinka udělal na všech úrovních svého působení pro výchovu a výuku ftizeologických kádrů. Řada lékařů, kteří pracovali pod jeho vedením nebo které připravoval pro práci v oboru na lékařské fakultě v Hradci Králové či na katedře, později klinice tehdejšího Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, se osvědčila ve významných odborných funkcích.

Křivinkova průkopnická práce a jeho zásluhy o obor byly oceněny státním vyznamenáním, ale i řadou společenských poct, kterých se mu dostalo doma i v zahraničí. Čs. pneumologická a ftizeologická společnost navrhla, aby docentu Křivinkovi byla udělena čestná plaketa Čs. lékařské společnosti J. E. Purkyně. V roce 1974 se stal jejím čestným členem. Byl zvolen také čestným členem komise pro diagnostické metody Mezinárodní unie proti tuberkulóze, polské, maďarské i rumunské odborné společnosti. Ze zahra-

ničních vyznamenání měl radost zejména z bronzové medaile Francouzské lékařské akademie a ze stříbrné medaile Louise Pasteura. Ve vlasti mu bylo předáno předsedou Československé akademie věd k 85. narozeninám nejvyšší uznání, zlatá oborová čestná plaketa J. E. Purkyně za zásluhy v biologických vědách.

Spokojeně a bez reptání, s vědomím poctivě odvedené práce dožil svůj pracovitý život lékař, který se rozhodl pomáhat nemocným v oblasti nejvíce zanedbané. S manželkou Julií, kterou si někteří ze čtenářů snad ještě pamatují jako vedoucí knihovny v Lékařském domě, vychovali ze svých talentovaných dětí ambiciózní pracovníky svých profesí: prvorozená dcera Julie Quadratová si zvolila pedagogickou dráhu, Petr Křivinka je chemický inženýr a ta nejmladší, Helena Willénová, profesorka patologie a cytologie, nyní pracuje ve švédské Uppsale. Již ne dlouho, ale přece se ještě mohl těšit ze svých vnuků a pravnoučat; jeden z jeho vnuků je stomatologem, druhý kardiologem, starší z vnuček má doktorát věd z Harvardské Univerzity, mladší dokončuje studium medicíny. Při ohlednutí po profesní dráze, kterou měl Doc. MUDr. Rudolf Křivinka, CSc. za sebou, řekl: „Můj život nebyl nikdy procházkou po rozkvetlém sadu, spíše cestou po oranici. Přinesl mně však radost z práce a takové uspokojení z medicíny, které žádné materiální požitky poskytnout nemohou. Nikdy jsem nenaříkal ani nefňukal, ale zatínal zuby a pěsti. Měl jsem v životě to štěstí, že jsem se narodil do historické doby tak radikálních přeměn ve společnosti a v medicíně, které vytvořily podmínky, abych mohl dát všechny své síly do boje proti tuberkulóze, který se stal mým osudem. Na základě později a jinde získaných zkušeností by se někomu mohlo zdát, že toho či onoho se mohlo dosáhnout jednodušeji. V mé době a v našich podmínkách se nedalo ovšem jít podle vyšlapaného vzoru.“

S využitím rodinného archivu Juraj Szántó

Vratislav Schreiber, Ivo Budil

Nové křižovatky medicíny

Ani lékařské ani laické veřejnosti není třeba zvlášť představovat českého vědce, prof. MUDr. Vratislava Schreibera, DrSc, autora řady významných objevů, ale také více než čtyř stovek odborných publikací a devíti monografií. Připomeňme si jen, že tento lékař, dlouholetý předseda České endokrinologické společnosti a Rady pro popularizaci vědy Akademie věd ČR byl zařazen do mezinárodního biografického slovníku *Pioneers in Neuroendocrinology* a že se stal laureátem ceny *Praemium Bohemiae* 2002 v oboru biomedicína za objevené práce v endokrinologii.

Profesor Schreiber prokázal zejména svojí odborně populární tvorbou, že je vědcem, který dokáže mluvit nejen s odborníky, ale také s „obyčejnými“ lidmi, pro které není v jeho řeči nic, čemu by neporozuměli. Nově o tom svědčí v posledních letech jeho rozhovory s redaktorem vědy a vzdělávání Českého rozhlasu 2, s Dr. Ivo Budilem, z nichž ty nejzajímavější vyšly v roce 1997 knižně pod názvem *Křižovatky medicíny*. Pokračováním tohoto díla je další výběr rozhovorů lékaře a novináře, nazvaný *Nové křižovatky medicíny*. Vkusně upravená publikace v pevné vazbě je poutavým a poučným čtením i pro medicínsky vzdělané zájemce, kterým navíc slouží vzorem, jak je důležité si veřejný projev důkladně promyslet a své myšlenky vyjádřit tak, aby je každý napoprvé snadno pochopil. Autoři člení knihu do osmi částí; každá z nich obsahuje skupinu zamyšlení podaných formou živých rozhovorů, kterých je rovných sto. Ke každé z otisků rozhlasových rozhovorů patří datum, kdy odezněla v populárním pořadu *Meteor*. Témata jednotlivých zamyšlení neuvádíme ani příkladem, abychom čtenáři ponechali zážitek bezprostředního poznávání zajímavého obsahu. Dodejme k těmto řádkům ještě nejnovější zprávu z AV ČR: Spoluautor knihy, redaktor Dr. Ivo Budil, autor mnoha časopiseckých a knižních publikací, byl v těchto dnech oceněn čestnou medailí Vojtěcha Náprstka za zásluhy v popularizaci vědy.

Galén/Karolinum, Praha, 2003, ISBN 80-7262-126-2 (Galén); ISBN 80-246-0746-8 (Karolinum), 1. vyd., 535 stran



Představujeme...

... národní společnost mezinárodního hnutí Červeného kříže a Červeného půlměsíce,

Český červený kříž

a to rozhovorem s paní Helenou Jůzlovou,

kteřá říká:

„Pracuji sice v ústředním úřadu této organizace v Thunovské ulici více než čtyřicet let, ale nejsem jejím oficiálním představitelem.“

Vybrali jsme si ji však jako služebně nejstarší pracovníci našeho Červeného kříže, která nám ze všech nejlépe může přiblížit jeho minulost a současnost.



Členové, funkcionáři, pracovníci a sympatizanti Českého červeného kříže si v tomto roce připomínají několik historických událostí. Mohla byste našim čtenářům osvětlit význam těch nejdůležitějších?

Především je tomu právě teď v létě sto čtyřicet let, kdy se v srpnu 1864 sešla konference Mezinárodního výboru Červeného kříže s delegáty ze šestnácti zemí, aby přijala návrh Ženevské konvence o zlepšení osudu raněných v polních armádách. Ta se stala základem dnešního mezinárodního humanitárního práva. Sanitní vozidla a vojenské nemocnice včetně personálu požívají neutralitu, musí být chráněny a bojujícími stranami respektovány. Ranění vojáci mají být ošetřeni bez ohledu na to, ke které straně patří.

V moderní době se války vedou jiným způsobem než v devatenáctém století... Docházelo také k modernizaci či k doplnění těchto dohod?

Tato vaše otázka mi připomíná hlavní milníky na cestě ke dnešní podobě mezinárodního humanitárního práva. V letech 1929, 1949 a 1977 se zrodily nové Ženevské dohody, jejichž dodatkové protokoly a z nich odvozené dokumenty. Vzešly ze zkušeností a z poučení obou světových válek, ale i z následného vývoje, který byl, a bohužel ještě dosud je, poznamenán zřizováním internačních a koncentračních táborů, deportací civilních osob a genocidou, ale také trvalou hrozbou použití zbraní hromadného ničení a zaváděním tak zákeřných zbraní jakými jsou náslapné miny. Protokoly zakazují zbraně, které nerozlišují vojenské a civilní cíle. Zakázané je i kobercové bombardování, ostřelování hrází, přehrad, jaderných elektráren, plynáren, vodáren, skladišť a všech zařízení, jejichž zničení či poškození by mohlo ohrozit přežití obyvatel. Významné je také rozšíření právní ochrany na účastníky a oběti ozbrojených konfliktů, které nemají mezinárodní charakter, s nimiž je třeba v případech zajetí zacházet jako s válečnými zajatci.

Dostalo se Červenému kříži a Červenému půlměsíci nějakého světového ocenění jeho úsilí o uplatňování humanitárních principů?

Za nejprestižnější lze nepochybně považovat Nobelovu cenu míru. Tu první v roce 1901 obdržel zakladatel Červeného kříže Henri Dunant společně s pacifistou Frédéricem Passym. V letech první světové války byla cena udělena jen jednou, v roce 1917, a to Mezinárodnímu výboru ČK, který ji opět získal v roce 1944 za činnost během druhé světové války. Ke stému výročí založení hnutí udělili cenu Mezinárodnímu výboru ČK a Lize společností ČK a ČP.

Již v začátcích byl schválen také jednotný znak: červený kříž v bílém poli, který by měl být všude respektován.

V poslední době jsme však stále častěji svědky jeho profanace. Bohužel, ve světě i u nás dochází dokonce k jeho hrubému zneužívání. Podle mezinárodního práva i naší legislativy se jím mohou označit jen vozidla, letadla, plavidla, budovy, zařízení a osoby, které pečují o raněné ve válce či mají na starosti jejich přepravu. Ráda bych zde upozornila na to, že každé zneužití tohoto označení, například doprava vojenských jednotek v sanitních vozidlech nebo třeba znak červeného kříže na střechě municičních skladů, je vážným porušením platných právních ustanovení. V této souvislosti bych chtěla upozornit na nešvar, který přispívá ke znevažování znaku červeného kříže, symbolizujícího humanitární pomoc a ochranu. V obchodní a mediální sféře se tento symbol nezdůvodněně používá ke komerčním nebo reklamním účelům, což náš zákon o Českém červeném kříži výslovně zakazuje. Týká se to také některých lékařů se soukromou praxí, kteří červeným křížem zvyrazňují skutečnost, že v domě mají svou ordinaci.

Československý červený kříž byl v minulosti násilně zařazen mezi společenské organizace. Poměry se radikálně změnily a také Červený kříž prošel výraznými změnami. Jak je dnes organizován a jaká je jeho členská základna?

Po rozdělení Československa na samostatné republiky vznikly také dvě národní společnosti Červeného kříže. V České republice i ve Slovenské republice však navazujeme na společnou historii a bohatou tradici jednotné organizace, založené před osmdesáti pěti lety, v roce 1919, kdy se její předsedkyní stala Alice G. Masaryková. V současnosti je Český červený kříž jednou z našich největších humanitárních organizací. Našich sedmdesát šest oblastních spolků sdružuje přes osmdesát tisíc členů ve 2 204 místních skupinách. Máme však ještě šest významných kolektivních členů s právem používání znaku Červeného kříže a to Vodní záchrannou službu, Horskou záchrannou službu, Skalní záchrannou službu Chráněné krajinné oblasti Broumovsko, Českou speleologickou společnost, Českou unii námořního jachtingu a Svaz záchranných brigád kynologů ČR.

V povědomí našich občanů je Červený kříž spojen zejména s poskytováním první pomoci. V minulosti mnoho lékařů a zdravotních sester z povolání pomáhalo školit dobrovolné zdravotníky v různých typech kurzů. Jak je to dnes?

Úloha Červeného kříže ve výuce první pomoci je dosud nezapomenutelná a stěžejní bychom ji zvládali bez profesionálních zdravotnických pracovníků. Školením v základní normě zdravotnických znalostí, pro kterou byl našemu Červenému kříži udělen certifikát Evropské komise pro výuku první pomoci v Bruselu, prošlo loni

přes deset tisíc dospělých osob. Náročnější přípravu mělo v uplynulém roce padesát dva zdravotnických instruktorů, jedenáct maskérů, dva tisíce sedm set zdravotníků zotavovacích akcí a dvě stě třicet dobrovolných sester ČČK. V kategorii Mladý zdravotník I. a II. stupně výuku první pomoci absolvovalo dvacet pět tisíc pět set padesát sedm žáků základních škol a ve studijních střediscích tisíc šest set devadesát pět dětí a mládeže.

My starší pamatujeme, že v rámci československého zdravotnictví se také transfúzní služba rozvíjela díky vydatné pomoci ČSČK. Jaké změny zde nastaly v posledních desetiletích?

Dnes se právem preferuje dárcovství krve bez uplatňování nároku na finanční příspěvek, který byl opodstatněný v dobách předělového systému či nedostatku potravin. O rozvoj bezpříspěvkového dárcovství krve se neocenitelnou měrou zasloužil právě ČČK, zajišťující propagaci, nábor a oceňování dárců. Také zde budou nepřesvědčivější statistická čísla. Na transfúzních odděleních je registrováno tři sta padesát tři tisíc sedm set třináct dárců krve, z nichž bylo vloni oceněno za krevní dar bez příspěvku dvacet čtyři tisíc tři sta devadesát osm dárců některým ze tří stupňů Medaile prof. Janského. Počet dárců, kteří mají na svém kontě osmdesát, sto dvacet nebo sto šedesát bezpříspěvkových odběrů, dosáhl jen v roce 2003 na sedm set dvacet jeden a každý z nich byl poctěn nejvyšším významáním pro dárce krve, Zlatým křížem.

Jednu z oblastí, o které veřejnost ví poměrně málo, jsou akce Červeného kříže pro zdravotně postižené děti. O jaké diagnózy a o jakou formu pomoci jde?

Desítky našich oblastních spolků již tradičně organizují pro ně tuzemské, ale také zahraniční rekondiční pobyty. Indikacemi k přijetí školáka na takový pobyt jsou diagnózy bronchiální astma, alergie, atopický ekzém, psoriáza, enuréza, obezita, záchvatová onemocnění, ortopedické vady nebo mentální postižení. K přihlášce se vyžaduje doporučení příslušného odborníka. Na úhradě nákladů týdenního nebo dvoutýdenního turnusu se spolupodílejí rodiče a Ministerstvo zdravotnictví ČR. Každého turnusu se účastní lékař a kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci. Vloni je absolvovalo v devadesáti tuzemských pobytech více než tři tisíc tři sta čtyřicet dětí, a v padesáti dvou pobytech u moře přibližně tisíc čtyři sta padesát dětí. Mohla bych uvést jako příklad spojený oblastní spolek sdružující organizace Červeného kříže městské části Praha 10 a okresu Benešov, který letos připravil jeden kratší a jeden delší prázdninový rekondiční turnus v Itálii a tuzemský čtrnáctidenní pobyt v Ředkovicích u Světlé nad Sázavou. Letos jen pro děti trpící astmatem a alergickým onemocněním zorganizuje sedmdesát tři tuzemských a zahraničních ozdravných pobytů čtyřicet pět oblastních spolků ČČK.

Uvedla jste řadu indikací, z nichž se některé zcela jistě týkají malých pacientů našich čtenářů. Tato skupina odborných lékařů se však může dočíst v informační publikaci Pomocník alergologa a klinického imunologa, a to v přehledu dětských léčeben určených pro léčbu alergických a astmatických onemocnění, že jedna z nich je zařízením Českého červeného kříže.

Jde o Dětskou odbornou léčebnu Charlotty Garrigue Masarykové na zámku v Bukovanech, kterou založil Československý červený kříž před více než sedmdesáti léty a Český červený kříž se stal

jejím zřizovatelem v roce 1994. Správně je ve zmíněné publikaci uvedeno, že tam mohou být posláni děti od jednoho do osmnácti roků s indikacemi jako recidivující katary horních cest dýchacích s oslabením odolnosti, alergické i kožní nemoci či potřeba doléčování a rekonvalescentního pobytu. Kromě běžných léčebných pobytů tam proběhl i jednoměsíční ozdravný turnus pro děti z černo-bylské oblasti. Kapacita léčebny je sto dvacet lůžek, ale v minulých letech se v ní léčilo průměrně jen devadesát dětí za měsíc, takže zřejmě není zcela využita...

Nemluvili jsme ještě o angažovanosti Červeného kříže na operativním řešení problémů v sociální sféře. Migrace, nezaměstnanost, rozpad rodin, ztráta domova a v neposlední řadě postižení přírodními živly nás staví před nové situace...

Také v této oblasti se řadíme k nejaktivnějším humanitárním a charitativním organizacím.

Značnou část ze své sociální činnosti zaměřuje Červený kříž na pomoc ohroženým skupinám obyvatel, zejména důchodcům, zdravotně postiženým občanům, samoživitelům a rodinám s více dětmi, bezdomovcům, vězňům a propuštěným z vězení. Agentury profesionální pečovatelské služby některých našich spolků se v České republice starají o více než čtyři tisíce potřebných osob měsíčně. Dobrovolná pečovatelská služba ČČK pečuje o dva tisíce šest set starých a chorých lidí. Ošacovací střediska padesáti čtyř našich spolků uspokojila v loňském roce přes čtyřicet dva tisíc zájemců o obnošené šatstvo, zdarma poskytla ošacení sedmi tisícům osmi set třiceti potřebným lidem. Z další řady zařízení našich spolků zde uvedu alespoň hygienické centrum pro bezdomovce v Teplicích, jídelnu pro bezdomovce a důchodce v Ústí nad Labem, ubytovny bezdomovců v Lounech, Přerově a Zlíně, sociální domy v Olomouci, v Berouně a v Kladně, v neposlední řadě pak středisko humanitární péče pro matky s dětmi ve Svitavách.

Mnohé z toho, o čem jsme mluvili, by mělo být součástí všeobecného vzdělání občana. Co dělá národní společnost Červeného kříže vedle kurzů a přednášek pro zakořenění humanitárních zásad v řadách obyvatelstva?

Opravdu toho není málo. Jsou to různé akce, kterými se snažíme působit na širokou veřejnost. Osobně příkládám velkou váhu každému článku v novinách, každé relaci v rozhlasu a každé zmínce v televizi o obětavém úsilí členů a funkcionářů organizací Červeného kříže. Podle mého názoru by ale novináři měli lépe využívat našich informací a tipů ke zpracování zajímavých příběhů, často strhujících příkladů, třeba významaných zachránců, kteří se bez otálení vrhli do nebezpečné situace a zcela neznámého člověka vrátili životu. Vidím však také další možnost popularizace myšlenky mezilidské solidarity, a to v lepším využití publikací, vydávaných Úřadem Českého červeného kříže. Dnes je to již úctyhodná řada brožur a knih, z nichž některé slouží aktuální potřebě našich funkcionářů, instruktorů a lektorů, některé by ale oblastní spolky měly darovat vybraným knihovnám v okruhu svého působení, kde by tituly jako „Jan Janský – objevitel čtvrté krevní skupiny“, „Alice Masaryková – první předsedkyně Československého červeného kříže“, Dunantovy „Vzpomínky na Solferino“ nebo „Henri Dunant – zakladatel mezinárodního hnutí Červeného kříže“ jistě neměly nouzi o čtenáře.

Za rozhovor poděkoval Juraj Szántó



Den astmatu a alergie

Den astmatu je každoročně vyhlášen Globální iniciativou pro astma (GINA), tradičně bývá spojován s aktivitou Evropské federace asociací astmatiků a alergiků (EFA), kterou je Evropský den alergie. Letošní den astmatu byl vyhlášen na 4. květen. Slaví se od roku 1998 a je reprezentován činností partnerských organizací GINA v desítkách zemí po celém světě.

V České republice je hlavním organizátorem akcí spojených s propagací Dne astmatu a alergie Česká iniciativa pro astma (ČIPA). Motem této akce u nás bylo: „Dny astmatu jsou pouze v květnu – o astma se staráme celý rok.“ Je formulováno tak, že jej v této podobě může číst jak ošetřující lékař, resp. zdravotník, tak astmatik a pro každého z nich má význam. Nejde o náhodu. I podoba Dne astmatu měla podobu především dalšího setkávání lékařů, astmatiků a veřejnosti. Obsáhla edukační, propagační a vzdělávací akce v 11 českých a moravských městech a zahrnuje jak měření plicních funkcí, sportovní akce a přednášky pro laickou veřejnost a astmatiky, tak tradiční velký odborný seminář v Praze v Národním domě na Vinohradech.

Praha

Seminář pro lékaře při příležitosti Dne astmatu a alergie v pražském Národním domě na Vinohradech (letos 7. května) měl jako již tradičně velmi silné odborné zastoupení. Po úvodu předsedy ČIPA Prof. MUDr. Václava Špičáka vystoupil s obsáhlou přednáškou o Finském programu léčby astmatu prof. Tari Haahtela.

Program přednášek zahrnul příspěvky našich předních odborníků na zcela praktická témata využitelná v každodenní praxi. V programu i doprovodných materiálech nechyběla základní odborná publikace společnosti GINA, resp. ČIPA, a to Globální strategie péče o astma a jeho prevenci a její aktuální úpravy, výsledky studie ENFUMOSA, kardiovaskulární problematika spojená s astmatem, alergenová terapie, inhalační systémy...

Seminář doprovázela rozsáhlá prezentace výrobců farmaceutik a techniky a navazovalo měření plicních funkcí pro veřejnost v mobilní laboratoři na náměstí pod heslem „Dýchat bez zábran“.



Foto Karel Vízner

Nestor české alergologie a předseda České iniciativy pro astma – Prof. MUDr. Václav Špičák, DrSc.

Ústí nad Labem

Den astmatu v Ústí nad Labem proběhl ve dnech 4. – 5. května a přinesl atraktivní kombinaci sportovního testu, vyšetření plicních funkcí, odborných přednášek pro veřejnost i možnost diskuse zájemců s odborníky.

Pozornost vzbudilo již ve středu 4. května vyšetřování plicních funkcí, které v centru města v mobilní jednotce využilo více než 140 lidí. Devatenácti z nich bylo, vzhledem k výsledkům testů, doporučeno podrobnější vyšetření u odborného lékaře.

Další den pak měli zájemci možnost vyzkoušet si v ústecké Masarykově nemocnici běh do 6 pater vysokých „ústeckých schodů“ a poté si nechat změřit plicní funkce před a za 10 minut po zátěži.

Odborný přednáškový program zahrnul dobře koncipované a široké veřejnosti přístupné referáty MUDr. Martiny Grimmové a MUDr. Jarmily Fišerové o astmatu a alergii, jejich diagnostice a léčbě a novinkách v tomto oboru.

Nesmírně sympatická a vstřícná byla možnost individuálních konzultací s lékaři Masarykovy nemocnice, kterým byla vyhrazena



Foto Karel Vízner

Měření plicních funkcí, Praha, náměstí Míru, 7. 5. 2004. Zájemců v řadě stále neubývá...

samostatná místnost se stolkou pro osobní setkání lékařů a pacientů. Ne každý je ochoten probírat své problémy veřejně, řada z nás se stydí zeptat na prostou otázku ukazující naši základní neznalost problematiky, či prostě jen nerada mluví veřejně. Nechyběla prezentace správné funkce a používání jednotlivých inhalačních pomůcek, tak důležitá pro správnou aplikaci antiastmatik, a edukační filmy o astmatu.

Díky aktivitě prim. Fišerové a jejich spolupracovníků měl Den astmatu v Ústí nad Labem perfektní organizaci. Hlavní však byla atmosféra vstřícnosti, otevřenosti a komunikace mezi zdravotníky, nemocnými a veřejností. V Ústí zapoměli na protektorský přístup a pacient je zde partnerem lékaře. Nezbyvá než doufat, že organizátoři budou mít i v příštím roce sílu a ochotu pustit se do organizace této akce, a že možnosti dozvědět se něco více o astmatu a alergii využije co nejvíce lidí.



Foto Miroslav Rača

Oddělení funkčního vyšetřování, MN v Ústí nad Labem. Tak zde se děti opravdu nebojí...



Foto Libor Zavoral

Primárka oddělení funkčního vyšetřování MN v Ústí nad Labem – prim. MUDr. Jarmila Fišerová. Ani za Dne astmatu práce nepočká.



Foto Karel Vízner

Ústí nad Labem,
5. 5. 2004,
Den astmatu a alergie.
Ing. Kurková z firmy
Kurka.Med, s.r.o. měří
zájemcům jejich
plicní funkce.

Malý portrét



Foto Karel Vízner

Po chodbách se valí hustý, štiplavý dým. Žár, ve kterém hoří snad i vzduch. Někde zařimčelo sklo, všude je hrozný zmatek. Řada lidí pobíhá a pokřikuje, někteří dobře radí, jiní radí ještě lépe. Hasiči stále ještě v nedohlednu. Situace nevypadá dobře. Vbíhá atleticky vyhlížející, na jezka ostříhaný, sympatický muž a likviduje požár hořícího auta. Vzduch je žhavý až plíce úpí...

Nejde o scénu z akčního filmu a hrdinou na scéně není Bruce Willis. Je to přibližná představa zcela reálné situace z Ústí nad Labem a oním mužem byl **Jan Kolařík**, mladý trénovaný sportovec, dnes řidič-záchranář Masarykovy nemocnice. Ona příhoda je stará přibližně pět let a byla stimulem rozvoje astmatu mladého záchranáře. Dnes je, podle slov jeho ošetřující lékařky, prim. MUDr. Jarmily Fišerové, jeho středně těžké perzistující astma dobře kontrolováno kombinovanou léčbou β_2 -mimetik a inhalačních kortikoidů a stav je stabilizovaný.

Potkal jsem se s tímto zajímavým mladým mužem na Dnech astmatu a alergie, které v Ústí nad Labem pořádala ČIPA ve spolupráci s Masarykovou městskou nemocnicí. Spolu jsme se předháněli na „ústeckých schodech“, stáli frontu na spirometrické vyšetření i absolvovali přednášky odborníků. A tak jsem nezaváhal, využil situace a v průběhu akce se zeptal:

Proč jste přišel na Dny astmatu a alergie? Co si od této akce slibujete?

Trpím astmatem už 5 let a myslím, že to podstatně už o své nemoci vím. Na akci mne pozvala má ošetřující lékařka, dr. Fišerová, ale hlavním stimulem, který převážil, byla zvědavost. Přišel jsem si vyzkoušet, jak jsem na tom, vyběhnout „ústecké schody“, změřit se a poslechnout přednášky, zda je něco nového.

Co pro Vás osobně znamená astma?

Na jaře a na podzim, když kvetou stromy nebo se zhoršuje počasí, je to horší. Dnes se ale cítím dobře a dlouhodobě jsem vcelku spokojen. Spokojený bych byl, kdyby to takhle vydrželo i do budoucna a já neměl v podstatě žádná omezení ani v práci ani v životě. Díky léčbě se s astmatem dá docela dobře žít i pracovat.

Co je na astmatu nejhorší?

Nejsou to ani fyzické potíže, ani fyzická omezení, ale spíše pocit tísně. Pocity nejistoty a strachu, když nemůžete dýchat.

Nyní jste spolu absolvovali i přednášky lékařů na téma alergie a astma. Dozvěděl jste se něco nového?

Většinu základních informací jsem již znal, vřdyť nejsem žádný „nováček“, takže moc nového pro mne nebylo, ale některé věci přece jen ano. Třeba o zkřížených alergických reakcích, o sóje aj.

(kviz)

Jarmila Fišerová, Jan Chlumský, Jana Satinská a kol.

Funkční vyšetření plic

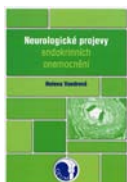
Inspirací k napsání knihy byly odborné akce v roce 2000, na kterých bylo poukázáno na nedostatek aktuálních přehledových publikací věnovaných problematice vyšetřování plicních funkcí. Její 1. vydání pokřtil přední český pneumolog Prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc. společně s její první autorkou Prim. MUDr. Jarmilou Fišerovou začátkem roku 2004 v rámci 9. Dní rinologie, alergologie, pneumologie a lázeňství v Karlově Studánce. Pro neočekávaně velký zájem o knihu muselo odborné nakladatelství GEUM přistoupit k přípravě 2. vydání, které vyjde ke konci roku. Primárka oddělení funkčního vyšetřování Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem přizvala k realizaci svého záměru pět spoluautorů ze třech pražských klinik a ze dvou mimopražských pracovišť v Ostravě a v Plzni.

Vyšetření plicních funkcí má řadu indikací jako stanovení diagnózy, monitorování léčby k odhadu operačního a postoperačního rizika u pacienta s plicním onemocněním zejména před resekci plic, ale také před jinými výkony v torakální či v abdominální oblasti. Slouží však i posudkovým, preventivním a výzkumným účelům. Funkční vyšetření plic patří mezi základní vyšetřovací metody v pneumologii a v diferenciální diagnostice je zcela nezbytné. K stanovení diagnózy však vede jen spolu s důkladnou anamnézou, fyzikálním vyšetřením a zhodnocením dalších vyšetřovacích metod, uvádí se v úvodní stati, kde je zdůrazněn také požadavek, aby funkční vyšetření plic prováděli prokolení pracovníci standardizovanými postupy za dodržení všech předepsaných hygienických opatření.

První část knihy tvoří deset kapitol, jejichž autoři předkládají uživateli nejen definice, indikace, kontraindikace a metodiky vyšetřování funkčních poruch, ale pro praxi velmi instruktivní přehled měřených parametrů a návod k jejich hodnocení. Druhá část o čtyřech kapitolách je sice méně rozsáhlá, ale stejně významná z hlediska diagnostiky a průběžné terapie probíhajících chorobných procesů, zejména pak u pacientů v předoperační přípravě, u nichž je důležité reálně odhadnout rizika chirurgického výkonu a možných komplikací; pozornost je věnována také postoperační kontrole a péči. Ke každé z kapitol patří přehled příslušných citací. Obsahem čtyř posledních stran jsou abecedně řazené, v praxi zavedené zkratky, „přeložené“ do lékařské češtiny. Knihu ilustrují desítky grafů, tabulek a obrázků.

Přestože kniha má sloužit v prvé řadě lékařům, kteří provádějí vyšetření plicních funkcí a/nebo hodnotí jeho výsledky, umožňuje každému medicínsky vzdělanému čtenáři nahlédnout do ventilačních dějů a porozumět výsledkům vyšetření interpretovaným odborníky v jejich speciální terminologii. Tyto znalosti by měly nepochybně patřit do výzbroje všech lékařů, včetně lékařů první linie.

GEUM, Praha, 2003, ISBN 80-86256-32-4, 128 stran, formát A5, váz., cena 320 Kč



Nabídka knih v nakladatelství GEUM

Pro objednání v rámci ČR použijte vložený lístek, distribuci na Slovensku zajišťuje: Nakladatelstvo a vydavateľstvo Osveta, Špitálska 16, 811 08 Bratislava, tel.: 00421 2 5263 5638-40



MUDr. Helena Vondrová, CSc. – Neurologické projevy endokrinních onemocnění
(ISBN 80-86256-30-8 – 1. vydání)

Knihy určená neurologům, interním a praktickým lékařům, diabetologům a ostatním odborníkům se zájmem o tuto problematiku. Neurologické projevy všech základních endokrinních onemocnění (včetně rozsáhlé kapitoly o diabetes mellitus) jsou v publikaci probírány velmi fundovaně a se znalostí nejnovějších trendů diagnostiky a léčby. Kniha obdržela cenu IPVZ za nejlepší vědeckou monografii roku 2003.

A5, váz., čb schémata a obrázky, 144 stran, 320,- Kč



MUDr. Jarmila Fišerová, MUDr. Jan Chlumský, MUDr. Jana Satinská, et al. – Funkční vyšetření plic
(ISBN 80-86256-32-4 – 1. vydání)

Praktická příručka o metodách funkčního vyšetření plic užitečná všem lékařům, kteří provádějí nebo hodnotí funkční vyšetření plic. Bohatě zkušenosti a renomé autorů mohou přinést užitek především pneumologům a alergologům.

A5, váz., čb obrázky, tabulky a grafy, 130 stran, 320,- Kč

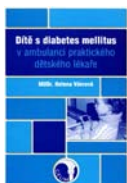


Prof. MUDr. Václav Zamrazil, DrSc. – Glukagon a jeho význam v klinické medicíně

(ISBN 80-86256-03-0 – 1. vydání)

Souhrn poznatků o glukagonu od významného autora – endokrinologa s širokým mezioborovým přehledem. Určeno lékařům.

A5, čb schémata, 61 stran, 150,- Kč



MUDr. Helena Vávrová – Dítě s diabetes mellitus v ambulanci praktického dětského lékaře

(ISBN 80-86256-26-X – 1. vydání)

Názorná publikace užitečná jak dětským diabetologům a endokrinologům, tak praktickým dětským lékařům. Věnováno diagnostice a terapii všech typů diabetu u dětí. Grafy, schémata, obrázky, kazuistiky.

A5, 127 stran, 220,- Kč



Prof. MUDr. Jaroslav Šimon, DrSc., MUDr. Ivana Šípová – Novinky v léčbě hypertenze

(ISBN 80-86256-36-7 – 1. vydání)

Knihy obsahuje nejen novinky v terapii a farmakoterapii, ale i poznámky k patofyziologii, epidemiologii hypertenze a samostatné kapitoly věnované léčbě hypertenze u diabetiků nebo hypertenzi ve vyšším věku.

A5, vázaná, tabulky a schémata, 88 stran, 220,- Kč

Knihy Nakladatelství GEUM můžete zakoupit také v pražské prodejně zdravotnické literatury Miroslava Wimmera v Lípové ulici č. 6, Praha 2.

Výzva k autorské spolupráci

Vážení čtenáři,

pravděpodobně jste již prolistovali první číslo nového časopisu, kterým oslovujeme zejména pneumology, alergology, balneology, pediatriy a praktické lékaře. Jak z jeho názvu, tak i z obsahu jste poznali, že společně s redakční radou jsme se snažili vytvořit specializované tištěné fórum k publikaci kazuistik, které bývají v odborných časopisech nejsledovanějšími příspěvky.

Tvorba příspěvků tohoto žánru vyžaduje pečlivou volbu zajímavého, ale i dostatečně doloženého případu, který si zaslouží, aby se nad aplikovanou terapii a jejími výsledky zamyslel i širší okruh zainteresovaných odborníků. Ústřední postavou takového případové studie nebo chcete-li story, bude vždy pacient, jehož léčíme sami či v mezioborové součinnosti s dalšími kolegy.

Lékař může přistoupit k sepsání kazuistiky z vlastní iniciativy nebo na výzvu svého představeného či školitele. Může jít o rutinní autora z předního pracoviště nebo také o mladého lékaře s krátkou praxí v oboru, který se připravuje k atestaci. Avšak žádný z nich nebude popírat význam připomínek svého učitele, ale ani zkušenost nabytou přednesem kazuistiky či její prezentací v podobě posteru na akci spolku lékařů nebo odborné společnosti.

Vydavatel a redakce se domnívají, že nad některými kazuistikami, otištěnými v tomto čísle, se řada čtenářů zamyslela s otázkou, zda by jako autoři rovněž neměli využít toto nové publikační fórum. Odpověď je prostá: Proč ne? Ale pohnutkou a zároveň jedinou podmínkou realizace tvůrčího záměru by mělo být, aby autor opravdu měl co říci lékařům, které chce oslovit. Pak si musí už jen ujasnit předmět svého sdělení, utřídit podstatná fakta a souvislosti případu, vlastní zkušenost konfrontovat s poznatky v dostupné literatuře a začít se psaním dle Pokynů autorům.

Chtěli bychom ujistit čtenáře, který by se mohl stát naším autorem, že každý příspěvek je z odborného hlediska posuzován kvalifikovaným členem redakční rady nebo jiným odborným recenzentem a po jeho připomínkách prochází pečlivou redakční úpravou za spolupráce autora. Je zařazen k publikaci, nedojde-li z pádného důvodu k odmítnutí. Odměnou za kazuistický příspěvek bude nejen autorský honorář, poukázaný na základě nakladatelské smlouvy, ale jistě také dobrý pocit z podílu na tematickém zpestření časopisu a na úsilí o zvýšení jeho kvalitativní úrovně.

Juraj Szántó
redaktor

Redakční kontakt:

Nakladatelství GEUM, Kazuistiky v pneumologii, P. O. Box 436, 111 21 Praha 1
e-mail: geum@geum.org, tel.: 222 584 590, 721 639 079

Boj proti tuberkulóze a Červený kříž

Noviny Červeného kříže přicházejí do oblastních spolků a základních skupin již více než deset let. Úřad Českého červeného kříže je vydává s dvouměsíční periodicitou a stávají se již nepostradatelným prostředkem působení na členskou základnu i na spolupracující složky. Referují nejen o významných událostech na úrovni vedení a o mezinárodních kontaktech této dobrovolné zdravotnické organizace, ale také o tom, jak její členové a funkcionáři uskutečňují aktuální úkoly Červeného kříže v rámci místních možností.

Toto skromné, přitom však obsahově pestré periodikum zrcadlí nejen současné dění, ale také dějiny tohoto mezinárodního humanitárního hnutí a dnes již 85letou historií a tradicí národní společnosti Čs. červeného kříže. Z hlediska čtenářů našeho časopisu si zaslouží pozornost, že zde v několika pokračováních pod názvem *Boj proti tuberkulóze a Červený kříž* vychází text paní Marie Cejnarové, zdravotní sestry z oboru poraden TBC, jejíž vzpomínání má vskutku dokumentární hodnotu. Autorce, která je matkou sólistky opery Národního divadla Nadi Šormové, bylo letos uděleno nejvyšší vyznamenání ČČK, Medaile Alice Masarykové. Požádali jsme ji prostřednictvím redakce *Novin ČK* o svolení k tomu, abychom ve 2. čísle *Kazuistik v pneumologii* mohli využít významnější části jejich vzpomínek.

nt

Mimořádná odměna pro autory publikovaných příspěvků v rubrice Rarita:

Viedemann, H.-R., Kunze, J. et al. Atlas klinických syndromů pro kliniku a praxi. Martin: Osveta, 1996.

Unikátní obrazový atlas více než 300 klinických syndromů (320 obrazových příloh). 684 stran formátu A4. Většina syndromů je charakterizována hlavními znaky, případně doplňujícími nálezy, poznámkami o etiopatogenezi, manifestaci, výskytu, prognóze, diferenciální diagnostice a terapii. Vždy však jsou základem popisu fotografie. Nechybí základní literární odkazy.

Pokyny pro autory

Texty:

1. Redakce přijímá texty v českém nebo slovenském jazyce. Článek by měl být napsán v souladu s pravidly českého, resp. slovenského pravopisu.
2. Texty zasílejte v elektronické podobě na disketě (nebo e-mailem) v textových editorech Microsoft Word nebo T602. Jiné textové editory je třeba konzultovat s redakcí.
3. Současně s elektronickou podobou je třeba dodat i vytištěnou podobu článku (kazuistiky) jen v případě, že obsahuje tabulky nebo složitější vzorce.
4. Maximální ani minimální délka textu není stanovena, optimální je rozsah 4 – 8 normostran textu.
5. Za normostranu textu je redakcí zvolena norma 30 řádek na stránku a 80 úhozů na řádku.
6. V textu nepoužívejte rámečky, makra ani další grafické prvky, neprovádějte grafickou úpravu textu, text zarovnávejte pouze vlevo.
7. Stránky číslyte, mezi odstavci nevynechávejte řádky.
8. Nepoužívejte podtržený text, zvýrazňujte **tučným** písmem nebo *kurzívou*, nepoužívejte text s proloženými mezerami mezi p í s m e n y. Používejte kulaté závorky (nenahrazujte je lomítkem), nepište velká PÍSMENA v nadpisech.
9. Speciální symboly, řecká písmena je třeba vyznačit v tištěné podobě textu, případně je napsat ručně na okraj textu (neobsahuje-li je znaková sada vašeho PC).
10. V případě použití zkratk je třeba vyhotovit seznam a vysvětlení zkratk. Nejlépe je zkratkám se vyvarovat.

Grafy, obrázky, tabulky, schémata:

1. Grafy, obrázky, tabulky a schémata je třeba dodat ve vytištěné podobě každý na samostatném listu. Z druhé strany je nutné vyznačit orientaci (horní stranu obrázku), číslování (např. Tabulka č. 1, Obrázek č. 1 apod.) a název obrázku.
2. V textu vyznačte místo pro zařazení obrázku (tabulky, grafu) textem „Tabulka č. XY: Název tabulky.“
3. Obrázky přijímáme v tištěné podobě jako kvalitní černobílé i barevné fotografie, kvalitní výtisky černobílých laserových tiskáren nebo v elektronické podobě (formáty nutno konzultovat s redakcí). Ideální velikost obrázku (podkladu) je 13 x 18 cm, u obrázků je nutno počítat s tím, že bude zmenšen podle potřeb textu.
4. U obrázků je potřeba vyznačit autorství, není možno zařadit obrázky, ke kterým autoři článku nemají autorská práva.

Struktura kazuistiky:

1. Struktura kazuistiky
 - a. Název kazuistiky, jména autorů a jejich pracoviště
 - b. Souhrn
 - c. Úvod
 - d. Kazuistika
 - e. Diskuse
 - f. Závěr
 - g. Literatura
 - h. Kontaktní adresa (ev. e-mail) prvního z autorů určená k publikování u článku
2. Název není nijak limitován, v ideálním případě vystihuje obsah kazuistiky. Jména autorů jsou uváděna v pořadí zvoleném autory. U autorů je uvedeno jejich pracoviště, v závěru kazuistiky je uveden kontakt na prvního z autorů (event. zvoleného autora/podle volby autora adresa nebo e-mailový kontakt). Imprimatur vedoucího pracoviště není vzhledem k charakteru publikovaných článků (kazuistiky) striktně vyžadován, redakce jej uvítá.
3. Souhrn by měl ve 2 – 8 řádcích shrnout obsah kazuistiky. Anglický překlad není nezbytný, v případě, že není součástí článku jej redakce zajistí. Součástí souhrnu musí být i přehled klíčových slov.
4. Úvod by měl uvést obecně problematiku, ke které se kazuistika vztahuje, např. obecný popis syndromu, prevalenci, úroveň poznání této problematiky...
5. Kazuistika by měla být věnována vlastnímu popisu případu.
6. Diskuse by měla zaujímat stanovisko ke kazuistice případně k postupům léčby obdobných případů obecně.

7. Závěr pak shrnuje výsledky kazuistiky a diskuse do krátkého resume.
8. Literatura by měla obsahovat jen základní nebo použité prameny. V textu uváděné odkazy na literární citaci se uvádějí v podobě příjmení prvního z autorů, ev. et. al. a roku vydání, např. (Mathias et al. 2003). Redakce doporučuje vyhnout se formulacím „Dostupné u autora“ apod. a preferuje reálný výčet užitých literárních zdrojů.

Citační norma nakladatelství GEUM je:

- a. pro časopisy: Příjmení, J. Název práce. Název časopisu 3, č. 1: 15 – 23, 2002. (Název časopisu a jeho ročník, číslo časopisu: čísla stran, rok vydání.)
- b. pro knihy: Příjmení, J. Název knihy. Místo vydání: Nakladatelství, rok vydání.
- c. citace jsou řazeny abecedně dle příjmení prvního z autorů

Autorský honorář a právní ustanovení:

1. Autorský honorář je dle ceníku nakladatelství vyplácen (pro autorský tým) na účet nebo adresu prvního z autorů. Podmínkou proplacení je uzavření autorské smlouvy a uvedení potřebných údajů.
2. První z autorů prohlašuje čestným prohlášením, že ostatní členové autorského týmu souhlasí s publikací článku. Autorská práva na článek je možno poskytnout jinému jen se souhlasem nakladatelství GEUM. Autor (ři) musí vlastnit autorská práva (být autorem nebo mít svolení) i ke všem předaným přílohám článku – kazuistiky (obrázky).
3. Poskytnutá autorská práva se vztahují na publikaci v časopisu Kazuistiky v pneumologii a na jeho případné reprinty s tímto časopisem.
4. Redakce si vyhrazuje provést gramatické, případně i stylistické úpravy textu.
5. Poskytnuté kazuistiky mohou být před publikací poskytovány k recenznímu řízení případně k připomínkování.
6. Po redakčním zpracování může být kazuistika zaslána prvnímu z autorů k autorské korektuře (v případě větších změn nebo recenzních připomínek). Korektury není možno využívat ve větší míře k dodatečným změnám textu.
7. Redakce má právo odmítnout nabídnuté články pokud nezapadají do koncepce časopisu.
8. Reklamní články vypracované na žádost farmaceutických či jiných společností publikuje redakce jen s označením „PR“ (public relation) jako placenou inzerci.

Pokyny pro autory – rubrika „Rarita“

1. Technické podmínky a citace literatury jsou shodné se základními Pokyny pro autory.
2. Optimální rozsah příspěvku je do 1 normostrany textu a 1 (maximálně 2) obrázek.
3. Struktura příspěvku:
 - a. Výstižný název
 - b. Sdělení (popis, význam, zajímavosti)
 - c. Literatura
 - d. Jméno a příjmení autora (bez uvedení titulů)
 - e. Kontaktní adresa určená k publikaci (včetně jména s uvedením titulů)
4. Autorský honorář je shodný s honorářem za publikaci kazuistického sdělení.
5. Mimořádnou odměnou navíc k autorskému honoráři v rubrice Rarita bude pro každého autora Atlas klinických syndromů.

V případě jakýchkoliv nejasností či problémů redakce uvítá vaše dotazy, připomínky a žádosti.

GEUM Praha, s.r.o.

office: Biskupcova 6, 130 00 Praha 3

korespondence: P. O. Box 436, 111 21 Praha 1

tel./fax: 00420 222 584 590

tel.: 00420 721 639 079

e-mail: geum@geum.org, internet: <http://www.geum.org>

Nové důkazy o efektu volum redukční operace plic

Jan Chlumský

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je pomalu progresující onemocnění, které ve většině případů vede k předčasné invaliditě a úmrtí. Je charakterizováno zpomalením rychlosti vzduchu průduškami při výdechu, což se projevuje postupně se zhoršující námahovou dušností, omezením tolerance fyzické zátěže s následným snížením kvality života. Obstrukční ventilační porucha je u pacientů s CHOPN způsobena převážně snížením retrakčního tlaku plic v důsledku úbytku elastických vláken v intersticiu plicního parenchymu vedoucímu k předčasnému vyrovnání transpulmonálního tlaku s intraluminálním a následnému kolapsu periferních dýchacích cest v průběhu každého výdechu. Předčasné vyrovnání zmíněných tlaků je navíc ovlivňováno aktuální dechovou frekvencí a mírou zapojení expiračních dýchacích svalů. Plicní hyperinflace, která vzniká důsledkem kolapsu bronchiolů, je tudíž jevem dynamickým a zvyšuje se při jakékoliv fyzické aktivitě pacientů s CHOPN.

Léčba pacientů s CHOPN je symptomatická a opírá se o podávání bronchodilatačních léků, které mají z podstaty onemocnění relativně omezený účinek. Volum redukční operace plic (LVRS) byla navržena jako paliativní léčba pacientů v pokročilých stádiích onemocnění s cílem uměle zvýšit retrakční tlak plic a tudíž snížit kolapsibilitu periferních dýchacích cest. Nejistota týkající se morbidity a mortality, rozsahu a trvání zlepšení plicních funkcí a tolerance fyzické zátěže a chybění indikačních kritérií předpovídajících účinek LVRS vedla k provedení multicentrické randomizované prospektivní studie srovnávající efekt tohoto operačního výkonu se standardní léčbou u pacientů s pokročilou formou CHOPN po dobu 2 let⁽¹⁾.

Do studie bylo zařazeno 1218 pacientů, kteří byli náhodně rozděleni do 2 skupin (skupina LVRS a skupina léčených konzervativně). Pacienti v obou skupinách absolvovali nejprve 6 – 10týdenní ambulantní plicní rehabilitaci a postrehabilitační hodnoty sledovaných parametrů, včetně tolerance zátěže a kvality života, byly považovány za výchozí. Na základě vyšetření pomocí CT hrudníku s vysoce rozlišovací schopností (HRCT) byli pacienti rozděleni do 2 podskupin: 1. skupina měla heterogenní emfyzém s predilekcí v oblasti horních plicních laloků (upper-lobe emphysema) a 2. skupina měla emfyzém buď homogenní nebo heterogenní s predilekcí v jiných lalocích, než horních (non-upper-lobe emphysema).

Mortalita

Již v průběhu studie bylo rozhodnuto o nezařazování pacientů s hodnotou FEV₁ pod 20 % normy a současně s homogenním plicním emfyzémem nebo DL_{CO} pod 20 % normy, protože tato skupina nemocných vykazovala neúměrně vysokou mortalitu při malé pravděpodobnosti klinického zlepšení.

Po vyřazení této skupiny pacientů byla 30denní mortalita ve skupině LVRS 2,2 %, zatímco ve skupině konzervativně léčených 0,2 % ($p < 0,001$), 90denní mortalita byla ve skupině LVRS 5,2 % a konzervativně léčené skupině 1,5 % ($p = 0,001$). V průběhu celé studie se mortalita v obou skupinách vyrovnala a činila pro skupinu LVRS 0,09, zatímco pro konzervativně léčenou skupinu 0,1 úmrtí/pacienta/rok ($p = 0,31$).

Klinický efekt

Klinické zlepšení, které je uváděno v % pacientů, kteří vykazovali zlepšení s odstupem 6, 12 a 24 měsíců od randomizace, bylo pozorováno častěji ve skupině LVRS. Ve skupině LVRS vykazuje zlepšení FEV₁ v 69 %, 56 % a 43 %, zatímco v konzervativně léčené skupině 27 %, 26 % a 19 %. Zlepšení maximální zátěže při bicykloergometrii (ve wattch) vykazovalo ve skupině LVRS 52 %, 41 % a 32 %, zatímco v konzervativně léčené skupině 20 %, 16 % a 10 %.

Výraznější rozdíly byly zaznamenány, pakliže byly samostatně hodnoceny skupiny s rozdílnými typy plicního emfyzému a vstupní tolerancí fyzické zátěže. Největších rozdílů bylo dosaženo ve skupině upper-lobe emphysema s nízkou úvodní tolerancí zátěže, kde ve skupině LVRS vykazovalo zlepšení maximální zátěže při bicykloergometrii 69 %, 56 % a 43 %, zatímco v konzervativně léčené skupině jen 25 %, 19 % a 9 % pacientů. Pro tuto skupinu byl dokonce zaznamenán významný rozdíl v přežití ve prospěch LVRS ($p < 0,001$ pro všechny sledované období).

Závěr

Výsledky této studie jsou klinicky velmi významné, protože zásadním způsobem upravují indikační kritéria k LVRS a můžeme je shrnout do několika bodů:

1. Pacienti s FEV₁ pod 20 % normy a současně s homogenním typem emfyzému nebo hodnotou DL_{CO} pod 20 % by nikdy neměli být indikováni k LVRS.

2. LVRS poskytuje zlepšení ventilačních parametrů, tolerance zátěže a kvality života významně většímu počtu pacientů, než konzervativní postup.

3. Pacienti s emfyzémem postihujícím převážně horní plicní laloky a nízkou vstupní tolerancí zátěže mají z LVRS největší profit, přičemž jim LVRS rovněž významně prodlouží život.

U naposledy jmenované skupiny by proto měla být volum redukční operace plic zařazena do standardního léčebného schématu.

Prim. MUDr. Jan Chlumský
Plicní klinika 1. LF UK a FTN
Václavská 800
140 59 Praha 4

Literatura:

(1) NETT reaserch group. A randomized trial comparing lung-volume-reduction surgery with medical therapy for Severe Emphysema. NEJM 348: 2059 – 2073, 2003.