

Česká pneumologie ve třetím tisíciletí

prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.

Klinika plicních nemocí a tbc, FN a LF UP Olomouc

Článek je přehledem současné situace a perspektiv pneumologie. Jsou diskutovány diagnostické přístupy k nejčastějším plicním nemocem, specializovaná činnost oboru a nové terapeutické možnosti. Je rozveden pojem respirační medicína, který svou náplní ukazuje další vývoj péče o rozsáhlou skupinu plicních nemocí v evropských zemích i na americkém kontinentu.

Klíčová slova: pneumologie, diagnostika, léčba, perspektivy.

Czech pneumology in the third millenium

Present work is a overview of the contemporary situation and perspectives in pneumology. Several topics are discussed: diagnostic approaches to the most frequent lung diseases, tertiary care and new therapeutic potential. The term „respiratory medicine“ and its content is a leading direction to the management of the a wide group of respiratory diseases in European and American areas.

Key words: pneumology, diagnostics, therapy, perspectives.

Interní Med. 2009; 11(6): 304–305

Pneumologie je lingvisticky poměrně nevyhraněný termín, který mohou milovníci latiny odvozovat od slova **pneuma** – vzduch nebo **pneumon** – plíce. Pneumologie je však zcela konkrétní pojem, pokud máme na mysli obor, který řeší komplexní problémy respirační soustavy a pod různými názvy je zastoupen ve všech zemích Evropského společenství. Jeho náplň je mnohem jasnější, pokud se použije modernější pojem: **respirační medicína**. Tento název je pro Evropu více charakteristický a nejvýznamnější výsledky výzkumu i reálné problémy praxe se řeší na výročních sjezdech Evropské respirační společnosti (ERS). Ve Spojených státech se sice spíše udržuje pojem „hrudních společností“ (ACCP, ATS, ALA), ale i zde se na sjezdech scházejí „internisticky zaměřené pneumologové“ spolu s torakochirurgy, imunology, alergology, patology nebo fyziology. Je zde zastoupena dětská pneumologie, pracovní lékařství, ftizeologie, fyziatrie i pneumoonkologie. Tyto sjezdy patří k největším lékařským akcím na světě, což demonstruje aktuálnost uvedeného pojetí integrace, a tematika sjezdů je klasickým příkladem rozvoje na podkladě funkce a nikoliv formy. Z hlediska výskytu nemocí je zájem pochopitelný, vždyť plicní nemoci patří mezi nejčastější nemoci vůbec a mortalita na ně stoupá. Rovněž česká pneumologie podstupuje vývoj, který se odráží v rozšiřující se náplni bez ohledu na staré názvosloví. Z názvu společnosti (**Česká pneumologická a ftizeologická společnost JEP**) a od loňského roku i z názvu oboru (**pneumologie a ftizeologie**) vyplývá, že je ještě stále zdůrazňována péče o tuberkulózu (již od Hippokrata – **phthisis**), i když ta již dávno není

hlavním problémem oboru. V ambulantní péči jednoznačně převažují nemocní s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN), bronchiálním astmatem a pneumoniemi. Mezi hospitalizovanými se setkáváme s těžšími formami uvedených nemocí, ale asi polovina hospitalizovaných nemocných v plicních zařízeních s akutní péčí jsou pacienti s malignitami, především bronchogenním karcinomem, nádory mediastinu a regionálně i mesoteliomem pleury. Obor zajišťuje diagnostiku intersticiálních plicních procesů, kde na jedné straně stojí sarkoidóza s poměrně benigním průběhem a na straně druhé idiopatická plicní fibróza s dosud stále infaustní prognózou. Spektrum těchto nemocí se rozrostlo, některé jednotky byly přesněji specifikovány. Nově se rozvíjí diagnostika a léčba poruch dýchání ve spánku, jsou řešeny stenózy průdušnice, cystická fibróza dětí i dospělých, pleurální syndrom, bronchiektázie a řada dalších nemocí.

Komplexní péče o tuberkulózu zůstává specifickou problematikou oboru, byla však zúžena na vybraná pneumologická pracoviště, která jsou schopna zabezpečit izolaci nemocných v moderním slova smyslu, jak to vyplývá ze současné legislativy. Základním trendem tuberkulózy na našem území je stálý pokles výskytu. Přesto je potřeba nepolepovat v důsledné ochraně hranic vzhledem k potenciálnímu riziku narůstající legální i ilegální imigrace ze zemí s vysokou incidencí tbc. Dalším rizikem je stoupající výskyt multirezistentních mykobakterií a jejich celosvětová distribuce. Situace ukazuje, že stoupá potřeba používat moderní, ale i ekonomicky efektivní formy kontroly, diagnostiky

a léčby této infekce. Je třeba se smířit i s tím, že moderní koncepce vede k opouštění metod, které dle požadavků medicíny podložené důkazy neprokázaly svůj efekt. To se nepochybně týká revakcinace v 11 letech, která byla zrušena novou vyhláškou. Prováděla se na základě tuberkulinového testu, který však jednoznačně není ukazatelem odolnosti vůči tuberkulózní infekci a v očkované populaci spolehlivým diagnostickým testem není. Revakcinace sama o sobě odolnost vůči tbc nezvyšovala.

Preventivní činnost oboru se dříve zaměřovala především na vakcinaci a dohled nad tuberkulózou. V současnosti se dostává do popředí obecně prevence respiračních infekcí (chřipková a pneumokoková vakcína), systémy preventivních opatření u bronchiálního astmatu a jiných alergických stavů. V prevenci celé řady závažných plicních nemocí dnes dominuje zaměření na odvykání kouření, což je dlouhodobý a svízelný úkol, jehož dílčím krokem je vznik specializovaných center léčby závislosti na tabáku. Časná detekce nemocí z kouření doposud vážně a léčba pokročilých stavů je značně nákladná, což se týká především rakoviny plic, ale i CHOPN.

Intenzivní pneumologie se stává nosnou problematikou rozvoje oboru tak, jako je tomu v jiných rozvinutých zemích. Vyžaduje další rozšiřování jednotek intenzivní péče zaměřených především na neinvazivní podporu dýchání při respirační insuficienci a na provádění intervenčních pneumologických výkonů. Přestože nutnost těchto zařízení je zřejmá a je obsažena v koncepci oboru již řadu let, nebylo ještě dosaženo celostátního pokrytí a absence těchto

jednotek v některých velkých nemocnicích je citelná. Chybí také personální zabezpečení.

V diagnostice plicních nemocí se uplatňují zobrazovací metody, ale ani ty nejvíce sofistikované (CT, MR, PET/CT) nemohou nahradit kombinaci endoskopie a mikromorfologického vyšetření. *Bronchologická diagnostika* se zaměřuje na detekci časných fází malignit a na přesné určování rozsahu nádoru (staging). K tomu dostala v posledních letech k dispozici autofluorescenční a endosonografické přístroje nebo elektromagnetickou navigaci. Bronchologické intervence umožňují nejen rekanalizaci, ale i řešení píštělí (stenty), léčbu těžkého astmatu (laserová termoplastika) nebo emfyzematických bul (endobronchiální chlopně). *Klinická cytologie* je nadále pěstována v rámci oboru a umožňuje v řadě případů spolehlivou diagnózu bronchogenního karcinomu. Jindy je nutné diagnostikovat malignitu pouze na základě histologie, což často vyžaduje agresivnější diagnostický přístup za přispění chirurgických metod. Součástí diagnostiky je hledání prediktivních a prognostických faktorů. CHOPN a bronchiální astma lze diagnostikovat pomocí dobré anamnézy, fyzikálního vyšetření a hlavně díky kvalitnímu *funkčnímu vyšetření plic*, které se provádí standardně v ambulancích všech terénních pneumologů, a to včetně bronchomotorických testů potřebných k diferenciální diagnostice i výběru vhodné léčby. Opět zde platí, že úspěšnost léčby je úměrná časnosti diagnózy. Pneumologie je také stěžejní oblastí ve *spánkové medicíně*. Přibližně 90 % závažných spánkových poruch s noční desaturací je obstrukčního typu a jejich příčina je v dýchacích cestách.

Léčba zvýšila mnohonásobně svou úspěšnost, ale přesto ročně na respirační nemoci umírá přes 10 000 000 lidí ze světové populace. Pokud

nedojde k posunu v rámci časně diagnostiky, účinné prevence a celého systému zdravotní péče, bude toto číslo i nadále stoupat. **V rozvinutých zemích zatím nezadržitelně stoupá mortalita na CHOPN a na karcinom plic u žen.**

Optimističtější jsou křivky úmrtnosti na infekční respirační nemoci (pneumonie) a mírně klesá také mortalita na karcinom plic u mužů v zemích, kde se snižuje spotřeba cigaret. Největšího úspěchu bylo dosaženo v léčbě astmatu, kdy je současným cílem umožnit život stejné kvality a délky jako u zdravé populace. U CHOPN nové léky přinesly významné zlepšení kvality života a největší ze všech dosud provedených studií ukázala, že existuje i možnost prodloužení života (studie UPLIFT s anticholinergikem Spiriva). V astmatu se uplatňuje novější trend individualizované léčby systémem SMART, léčba obtížně léčitelného astmatu probíhá v centrech, která mohou aplikovat lék Xolair (monoklonální protilátku proti IgE). Celosvětově se daří snižovat mortalitu na infekční respirační nemoci, a to jednak díky novějším efektivním antibiotikům a jednak díky racionálním konsenzuálním klinickým doporučením. U bronchogenního karcinomu bylo v posledních desetiletích dosaženo prodloužení života asi o půl roku. Je to možná málo ve srovnání s ekonomickými vklady, ale tento trend pokračuje při aplikaci všech nových použitelných postupů včetně biologické léčby. K zásadnímu prodloužení života došlo naopak u cystické fibrózy. U dospělých pacientů dominují respirační obtíže, a proto jsou sledováni i hospitalizováni na pneumologických odděleních. Ve spolupráci s kardiologií se stala reálnou léčba plicní hypertenze, která je sice extrémně finančně náročná, ale signifikantně prodlužuje život. Došlo k zásadnímu rozšíření výběru přístrojů dlouhodobé domácí oxygenoterapie,

léčby spánkových poruch, ale i dechové rehabilitace a systému intenzifikace léčby u chronických nemocí. V rozvinutých zahraničních zemích se hovoří o „domácí hospitalizaci“, která významně šetří zdravotnické systémy. Nedostatky lze zatím stále spatřovat v zabezpečení paliativní péče, ať už se jedná o nemocné s bronchogenním karcinomem nebo preterminálními stadii CHOPN, plicních fibróz a dalších respiračních nemocí. Zde je nespornou výhodou oboru možnost následné péče v odborných léčebných ústavech (OLÚ), které však nemohou suplovat hospicovou péči, protože mají jinou pracovní náplň.

Obstát důstojně v řešení všech uvedených problémů ve prospěch nemocných je obtížný úkol, který závisí jen částečně na angažovanosti samotných pneumologů a spolupracujících odborníků. Objektivní ekonomické a racionalizační tlaky jsou spojené se snižováním lůžkového fondu oboru, ale i s nedostatkem kvalifikovaných odborníků z řad lékařů i sester. Mohou se negativně projevit především v péči o těžší a prognosticky nejisté pacienty, kterých je v tomto oboru podstatná část. To se může odrazit v nedostatečném udržení rovnoměrnosti zdravotní sítě, nedosažitelnosti dražší zdravotní techniky apod. Restrikce lůžkového fondu by tedy měla být provázána se zlepšením organizace a technické vybavenosti specializovaných terciárních center, spolehlivostí ambulantních a domácích služeb a neměla by se realizovat na úkor dostupnosti nebo suplováním péčí nižší kvality – poskytovanou lékaři bez potřebné odbornosti.

prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy FN
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
kolekv@fnol.cz
