

ĎALŠIE INFORMÁCIE Z KONFERENCIE WONCA EUROPE 2007 V PARÍŽI

Eva Jurgová

Prvá privátna prax, Piešťany

Článok je pokračovaním informácie o konferencii praktických a rodinných lekárov v Paríži. Prvá časť informácie bola uverejnená v predchádzajúcom čísle tohto časopisu.

Kľúčové slová: primárna zdravotná starostlivosť, gastrointestinálne choroby, adolescenti a drogy, syndróm „vyhorenia“ u lekárov.

FURTHER INFORMATION FROM WONCA EUROPE 2007 IN PARIS

This article is a continuation of information about general and family doctors Conference in Paris. First part was published in the previous edition of this journal.

Key words: primary health care, gastro-intestinal diseases, adolescents and drugs abuse, doctors' „burn-out“ syndrom.

Via pract., 2008, roč. 5 (3): 142–144

V článku o konferencii WONCA EUROPE 2007 v Paríži, uverejnenom v minulom čísle tohto periodika, mal čitateľ možnosť dozvedieť sa o aktívnej účasti praktických lekárov zo Slovenska na veľkolepom podujatí, venovanom praktickým a rodinným lekárom z celého sveta. Pozornosť bola venovaná prednáškam týkajúcim sa kardiovaskulárnych ochorení, diagnostike a liečbe niektorých psychických porúch, ako aj workshopom organizovaným stálymi pracovnými skupinami, zastrešenými pod organizáciou WONCA WORLD. Workshopy sa týkali vzdelávania, výskumu, prevencie a vidieckej medicíny. V tomto článku bude pozornosť venovaná nielen ďalším oblastiam medicíny, ktoré sú každodennou súčasťou práce lekárov primárnej zdravotnej starostlivosti (PZS), ale aj chorobám samotných lekárov.

O častých ochoreniach GIT

Významnú časť pacientov u praktických lekárov tvoria **chorí s gastrointestinálnymi ťažkosťami**. Z množstva zaujímavých prednášok k tejto problematike vyberám tri:

Poľská lekárka, **Margorzata Palka** z Jagelonského Univerzity v Krakove spolu s **Bohumilom Seifertom** z Karlovej Univerzity v Prahe, predniesli výsledky štúdie zameranej na **porovnanie výsledkov ELISA testu s ureázovým dychovým testom (UDT)** pri neinvazívnom vyšetrení prítomnosti *Helicobacter pylori* (HP). UDT sa považuje za „zlatý štandard“ neinvazívnej diagnostiky HP. Serologické vyšetrenie ELISA testu sa ukázalo ako všeobecne dostupné a finančne nenáročné, alternatívne vyšetrenie pri podozrení na HP. Autori testovali spolu 238 pacientov pod 45 rokov veku. Z toho 179 trpelo tráviacimi ťažkosťami a 59 tvorilo kontrolnú skupinu. Pacienti boli vybraní z troch ambulancií praktických lekárov, dve z nich boli v Poľsku a jedna v Čechách. 46,6 % pacientov bolo pozitívne testovaných na UDT. ELISA test bol považovaný za pozitívny pri

hodnotách nad 1,00 U/ml. Pozitívny ELISA test sa objavil u 92,8 % pacientov, ktorí mali pozitívny UDT. Priemerná hladina IgG protilátok ELISA testu u pacientov s pozitívnym UDT bola 3,16 U/ml, kým u pacientov s negatívnym UDT iba 0,53 U/ml. Autori prišli k záveru, že **ELISA test je vhodnou metódou na diagnostiku HP u pacientov pod 45 rokov**, pretože zvýšené hladiny protilátok zistených pomocou ELISA testu u nich významne korelujú s pravdepodobnosťou positivity UDT.

Spomenutí dvaja autori z Poľska a Českej republiky, spolu s **Fracacsi Pietro-Luigim** z talianskej gastroenterologickej kliniky Don Bosca v Ríme a **Christosom Lionisom** z Univerzity na gréckej Kréte pripravili zaujímavý **workshop** na tému **Rôzne prístupy k prevencii kolorektálneho karcinómu (KRK) v PZS**. Najprv bol prednesený prehľad národných skriningových programov prevencie KRK v krajinách pôvodu štyroch autorov. Vzápätí

sa, v rámci workshopu, do diskusie zapojili ďalšie krajiny: Nemecko, Slovensko, Maďarsko, Rakúsko, Francúzsko, Veľká Británia a Holandsko. Výsledkom bol solídny prehľad skriningových stratégií v prevencii KRK v Európe z pohľadu PZS. Záverom workshopu bolo jednoznačné konštatovanie, že **praktickí lekári majú hlavnú úlohu v prevencii KRK**, či už hodnotením rizikových faktorov u pacienta, oboznámením pacienta so skriningovými možnosťami, až po samotné realizovanie testov na okultné krvácanie a odoslanie pacienta na odborné vyšetrenie pri pozitívne testu.

Dánsky lekár, **Jon Eik Zwisler**, z Univerzity v Odense, prezentoval projekt o prerušení antiulcerózneho liečby u pacientov s jej dlhodobým, „návykovým“ užívaním. Cieľom projektu bolo zistiť, či pacienti dlhodobo užívajúci inhibítory protónovej pumpy alebo liečbu H₂ – antagonistami, skutočne potrebujú lieky. K získaniu odpovede bola použitá randomizo-

Obrázok 1. MUDr. Jurgová s Yvonne Chung, generálnou sekretárkou WONCA WORLD.



vaná, slepá, placebom kontrolovaná štúdia. Pacienti v nej užívali buď 40 mg Omeprazolu alebo placebo. **Dlhodobé užívanie antiulceróznych liekov** bolo definované ako užívanie najmenej 8 týždňov, v priebehu posledných 6 mesiacov. Sledovanie prebiehalo v ambulanciách praktických lekárov. Pacienti boli súčasne testovaní na prítomnosť HP, a v prípade pozitívneho nálezu bola u nich prevedená kompletná eradikačná liečba. V súbore bolo 171 pacientov, 85 dostalo užívať Omeprazol a 86 placebo. Iba 16 pacientov, t. j. 19 % mohlo pokračovať s placebom, zvyšok musel v krátkom čase, maximálne do mesiaca, opäť prejsť na užívanie Omeprazolu. Záverom projektu bolo zistenie významného rozdielu v tom, či pacienti, ktorí už predtým užívali antiulcerózne lieky, brali Omeprazol alebo placebo, prirodzene, v prospech Omeprazolu.

Drogy a duševné zdravie

I keď **problematike psychiatrických ochorení** bola venovaná pozornosť už v predchádzajúcom článku, zostalo nevyhovedaných niekoľko dôležitých informácií o úlohách praktických lekárov v tejto oblasti.

Caroline Haus, praktická lekárka z ambulancie v centre Paríža, ktorá súčasne prednáša na Univerzite v Paríži VII, si položila otázku, či je nebezpečné príležitostné užívanie cannabisu. Konštatovala, že **mladí ľudia** vo Francúzsku **často užívajú marihuanu**. Napriek tomu vraj nenašla v literatúre jednoznačné informácie o tom, v akom množstve spôsobuje táto droga bezprostredné alebo chronické poškodenie a aká je správna miera prevencie. Koordinovala preto štúdiu, ktorej cieľom bolo zistiť vzťah medzi zdravotným, predovšetkým psychickým stavom užívateľov, a stupňom užívania cannabisu. 16 934 francúzskych adolescentov, vo veku 12 až 19 rokov, samostatne vyplnilo „multiple choice questionnaire“ **dotazník o požívaní niektorých návykových látok** (tabak, alkohol, marihuana), **psychických odchýlkach, sociodemografickej situácii a vzdelaní**.

Podľa vzťahu k užívaniu cannabisu boli definované 4 kategórie: 1. Neužil nikdy (NN), 2. Užíval v minulosti (UM) – jeden alebo viackrát v živote, avšak nie v poslednom mesiaci, 3. Súčasný príležitostný užívateľ (SPU) – menej než 5-krát za posledný mesiac, 4. Súčasný ťažký užívateľ (STU) – 5 a viackrát za posledný mesiac. Analýza bola vykonaná zvlášť u mužov a žien. Výsledok ukázal, že 68,2 % študentov vo veku 12 až 19 rokov bolo v kategórii NN. V skupine UM bolo 15,4 % a v skupinách SPU a STU zhruba rovnako, 8,3 a 8,1 %. Pri porovnaní výskytu pokusov o samovraždu v skupinách SPU s NN bol zistený významný rozdiel: v skupine SPU bolo **suicídálne správanie** zaznamenané 4,2-krát častejšie než v NN skupine. **Prejav násilia** boli až 12,6-krát častejšie v SPU skupine než v NN, podobne ako „**únik z reality**“, ktorý bol 4,1-krát častejší u SPU než NN. Pri porovnaní skupín príležitost-

ných a ťažkých užívateľov marihuany bolo zistené, že rozdiely v zmenenom patologickom správaní nie sú až také výrazné. Suicídálne tendencie boli zaznamenané u STU iba 1,6-krát častejšie než u SPU, násilné správanie 2,6-krát častejšie a „únik z reality“ 2,3-krát častejší. Alarmujúce boli významné rozdiely zistené medzi skupinou UM a NN, viaceré prípady totiž dokazovali, že **už jedno užitie drogy môže spustiť psychickú poruchu a mať trvalé následky**. Čo sa týka depresie, tá bola výrazne vyššia u užívateľov než u neužívateľov drogy, a, napodiv, boli len minimálne vzájomné rozdiely medzi tromi skupinami, ktoré marihuanu užíli. Výsledky varujú, že praktickí lekári by nemali podceňovať riziko užívania cannabisu u mladých ľudí, a to ani riziko príležitostného užitia.

Úrazu a jeho následkom vo forme **post-traumatického šoku** (PTŠ) sa venovala vo svojej štúdií **Gabrielle Fobbe**, z Inštitútu všeobecného lekárstva v Essene (Nemecko). Za hlavné príznaky PTŠ u svojich pacientov považovala depresiu a anxiétu. V štúdií porovnávala častosť výskytu PTŠ u nemeckej populácie a imigrantov. Súbor tvorilo 440 Nemcov (vek 37 – 67 rokov, 59,8 % žien) a 195 imigrantov z Turecka, ktorí žili v Nemecku viac, než 20 rokov (vek 27 – 54 rokov, 63,6 % žien). Formou dotazníka bol u nich zisťovaný **výskyt ťažkého úrazu** (ktorý bol „standardizovaný“) počas života a výskyt následných depresíí a anxiety. Medzi dvomi porovnávanými skupinami boli zistené viaceré odlišnosti. Kým „standardizovaný“ úraz udávalo až 83 % nemeckých respondentov, u imigrantov to bolo iba 53 %. Naopak, imigranti vykazovali následne, po standardizovanej traume, oveľa vyšší **výskyt anxiety a depresie**. Zatiaľ čo u imigrantov bol PTŠ zistený v 19,6 %, u Nemcov to bolo iba 5,5 %. Zaujímavé sledovanie, avšak v rámci diskusie boli niektoré zistenia spochybnené a autorka nedokázala pochybnosti úplne vyvrátiť. Diskutujúci, vrátane autorky tohto článku, pochybovali o tom, či možno zvýšený výskyt depresie a anxiety u imigrantov s prekonaným úrazom až tak presvedčivo pripísať PTŠ. Samotné životné pomery mnohých imigrantov nepochybne významne predisponujú k vzniku psychických porúch.

Burn-out syndrom u lekárov

Často diskutovaným problémom sú aj **psychické odchýlky a patologické nálezy u lekárov**. Jednou z takých odchýlok je tzv. „**Burn-out**“ **syndrom** (BOS), čiže syndróm „vyhorenia“. K tejto téme odoznelo množstvo prednášok, pozornosť si však vyslúžil predovšetkým **Eric Galam**, z Univerzity Paríž VII. Ako uviedol v úvode svojej prednášky, na základe troch štúdií uskutočnených v rokoch 2001 až 2003 v Paríži, sa BOS v rôznej miere a podobe dotýkal až 40 % praktických lekárov. **Regionálna únia slobodných lekárov** (RÚSL), združujúca vyše **23 tisíc lekárov Paríža** a blízkeho okolia (z nich 38 % tvoria

praktickí lekári), preto zriadila v januári 2005 **bezplatnú, anonymnú, „horúcu linku“** pre svojich členov. Lekári mali možnosť volať kedykoľvek, t. j. 24 hodín denne a 7 dní v týždni, ak pociťovali akékoľvek **problémy psychického charakteru**. Pri analýze činnosti za prvých 12 mesiacov sa zistilo, že na horúcu linku sa obrátilo 1180 lekárov, z toho 64 % tvorili lekári PZS a len 36 % lekári – špecialisti. Ďalej sa ukázalo, že 48 % volaní trvalo 10 až 30 minút a 22 % viac než 30 minút. Pomer mužov a žien bol 1 : 1. Priemerný vek volajúcich bol 50,7 rokov u mužov, 44,5 rokov u žien. 49 % volajúcich malo predovšetkým záujem o to, aby boli vypočutí, 40 % si žiadalo informácie a 11 % žiadalo o pomoc. Bolo zistené, že 40 % lekárov malo záujem riešiť **problémy súvisiace s profesijným životom**, 38 % so súkromným životom a 22 % diskutovalo o svojich problémoch v súkromnom aj profesijnom živote. Až 36 % volajúcich sa priznalo, že už navštívili psychológa a 38 % užívalo psychofarmaká. Viacerí lekári hovorili o nadmernom požívaní alkoholu a žiadali o pomoc. Dvaja lekári volali, pretože mali samovražedné úmysly. Takmer 100 lekárom bolo odporučené, aby navštívili psychológa, či psychiatra.

Aj v dôsledku týchto zistení sa RÚSL rozhodla realizovať štúdiu, taktiež koordinovanú **Ericom Galamom**, v rámci ktorej oslovia 10 tisíc parížskych lekárov, spomedzi svojich 23 173 členov. Začiatkom roku 2007 bol lekárom e-mailom zaslaný **elektronický dotazník**, zameraný na prieskum prítomnosti psychických a somatických problémov, charakteristických pre BOS. Zisťovali sa **príčiny, účinnosť, prejavy a následky BOS**. Dotazník vyplnilo 2243 lekárov, z nich praktických lekárov bolo 42 %. Až 53 % všetkých respondentov sa cítilo ohrozených BOS, u praktických lekárov to bolo až 60,8 %! Najviac ohrození sa cítila lekári vo veku 45 – 55 rokov, skôr muži než ženy. Viac než polovicu lekárov „otravovalo“ vyrušenie počas konzultácie s pacientom, ako príčinu frustrácie ho uviedlo až 53,9 % opýtaných. Na nepriaznivý zásah profesie do súkromného života sa sťažovalo 50,2 % lekárov. Lekári sa najčastejšie chránia relaxačnými a oddychovými aktivitami – 58,4 %, lieky pre symptómy BOS užíva 10 %, a ďalších 10 % navštevuje psychológa. Fajčenie a pitie alkoholu, ako dôsledok BOS, udávalo 7,5 % lekárov. Až 1136, t. j. vyše polovica lekárov vyslovila túžbu po zásadnej zmene v profesii, 279 sa vyjadrilo, že by zmenu okamžite prijali, a 52 lekárov priznalo, že sa k zmene reálne chystajú práve v dôsledku pocitu „nenaplnenia“ až „vyhorenia“.

Medzi navrhovanými **inštitucionalizovanými zmenami**, ktoré by lekári radi zaradili ako **priority v boji proti BOS**, boli: zlepšenie sociálnej bezpečnostnej siete pre lekárov – v 97,2 %, kvalitnejšia práca študentov medicíny v oblasti oboznámenia sa s rizikom BOS – 93,2 %, väčšia miera nezávislosti lekárov – 88,3 %, zaradenie BOS medzi choroby z po-

volania – 87,3 %, telefonická horúca linka pomoci pri psychických problémoch – 83,3 %, lepšia ochrana ambulancií – 66,2 % a zlepšenie možností delegovania profesionálnych úloh a kompetencií – 52,7 %. Záverom prednášky bolo konštatovanie, že vyplnenie elektronického dotazníka takmer každým štvrtým osloveným lekárom možno považovať za veľký úspech a súčasne za signál toho, že problematika BOS je vysoko aktuálna. Boli vyzvané profesijné organizácie lekárov PZS na celom svete, aby sa týmto problémom intenzívne zaoberali. Cieľom je zníženie výskytu nebezpečného fenoménu, ktorý ohrozuje lekárov a nepriamo aj ich pacientov.

O tom, že **BOS je nebezpečný nielen pre lekára**, ktorý ním trpí, **ale aj pre pacienta**, nachádzajúceho sa v starostlivosti takého lekára, svedčí holandská štúdia NIVEL. Autorka prezentácie, **Else Zanting**, z Univerzity v Groningene, hovorila o tom, ako sa pocity a správanie praktických lekárov trpiacich BOS odrážajú v procese vyšetrenia pacienta. Vychádzala zo skúsenosti, že pri konzultácii praktického lekára hrá významnú úlohu: **1. čas venovaný pacientovi, 2. spôsob komunikácie a 3. zisťovanie psycho-somatických faktorov**, t. j. zameranie sa na psychickú dimenziu pacientových ťažkostí. 142 holandských lekárov sa dobrovoľne zúčastnilo sledovania, a to formou zhotovenia videozáznamu

konzultácie lekára s pacientom. Na 2095 získaných videozáznamoch sa hodnotila: 1. dĺžka konzultácie, 2. forma komunikácie a 3. obsah konzultácie, s dôrazom na pozornosť, ktorú lekár venoval psychologickým aspektom etiopatogenézy ochorenia. Za príznaky BOS sa u lekárov považovali: **1. emocionálna únava, 2. znížený záujem o okolie, 3. nespokojnosť a 4. „depersonalizácia“**, charakterizovaná ako **odosobnenie sa od problémov**. Lekári boli podľa prevládajúcich príznakov rozdelení do 4 skupín. Viacstupňová analýza získaných materiálov ukázala, že jednotlivé skupiny lekárov sa pri vyšetrení pacienta správali odlišne. Ako „**najnebezpečnejšia**“ kategória sa ukázala **skupina lekárov so „zníženým záujmom o okolie“**. Tí evidentne venovali pacientovi menej času, málo sa zaujímali o psychologické aspekty zdravotných ťažkostí, a tak mali problémy hlavne pri diagnostikovaní a liečbe psychosomatických chorôb. Autorka štúdie pritom podotkla, že dnes už medzi príčinami takmer všetkých chorôb, nevylučujúc ani úrazy, možno nájsť psychologický aspekt, a jeho zanedbanie môže mať vážne dôsledky. Skupina lekárov trpiacich „odosobnením“ vykazovala všeobecne nižší záujem o pacienta, s negatívnym dôsledkom na diagnostické a terapeutické výsledky. Napodiv, u lekárov zostávajúcich dvoch skupín, bolo počas konzultácie zaznamenaných dokonca viac prvkov zisťovania psy-

chologických aspektov zdravotných ťažkostí pacienta, než je zvyčajné. Pre pacientov to síce môže byť prínos, ale autorka odporučila takýmto lekárom menej „zainteresovaný“ prístup, pretože prispieva k zhoršeniu ich BOS. Čo si z toho vybrať? Myslím si, že tu platí „zlatá stredná cesta“.

Témy WONCA EUROPE 2008

Na webovej stránke nasledujúcej konferencie (www.woncaeurope2008.org), ktorá bude v septembri v Istanbule, si možno už dnes prečítať názvy prihlásených abstraktov. Sľubujú opäť obsiahnutie širokej škály problémov riešených praktickými a rodinnými lekármi, nevynímajúc napr. nové pohľady na využitie genetiky v PZS, ale tiež návrat k riešeniu mnohých chronických problémov, ktoré sa týkajú všetkých pacientov, bez ohľadu na rasu, vierovyznanie, či národnosť. Reálny predpoklad, že konferencie sa opäť zúčastnia aj praktickí lekári zo Slovenska, znamená **prísľub k ďalšiemu rozšíreniu odborných vedomostí a poznatkov**.

MUDr. Eva Jurgová, PhD.
praktická lekárka pre dospelých
Prvá privata prax, Piešťany, združenie FO
Štefánikova 111, 921 01 Piešťany
e-mail: e.jurga@prax.sk

LIGA PROTI OBEZITE SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Liga proti obezite Slovenskej republiky je dobrovoľné, charitatívne a nezávislé združenie zastrešené poprednými odborníkmi rôznych medicínskych odborov, takže ňou navrhované metódy prevencie a liečby sú plne v súlade s odporúčaniami Svetovej zdravotníckej organizácie.

Via pract., 2008, roč. 5 (3): 144

Liga uskutočňuje svoje poslanie kvalifikovaným informovaním verejnosti o rizikových faktoroch, ktoré sa podieľajú na vzniku obezity a o pokrokoch v obezitológii. Aktívne vystupuje proti skresleným informáciám v oblasti problematiky obezity. Pomáha pri organizovaní preventívnych akcií a poskytuje všestrannú pomoc obéznyim pacientom. Širokú dostupnosť zabezpečuje podporou rozvoja siete Centier pre liečbu obezity, podporou kurzov znižovania hmotnosti založených na metodike STOB (www.istob.sk). Pod záštitou Ligy proti obezite sa realizoval pilotný projekt na základných školách, ktorého cieľom je implementácia výučby o zdravom životnom štýle do osnov na základnom stupni vzdelávania.

Prvoradou úlohou Ligy proti obezite je šírenie osvetu o tomto ochorení, príčinách jeho vzniku a o vysokých zdravotných rizikách, ktoré z neho vyplývajú. Hlavným cieľom je ozdravenie populácie ako celku prostredníctvom zmeny životného štýlu a dôraznenie životných priorít, čo vedie ku zvýšeniu kvality života obyvateľstva.

Základným krokom na riešenie obezity je vedieť o nej čo najviac a poznať správne odpovede najmä na otázky:

- je obezita civilizačným alebo dedičným problémom?
- je otázkou pevnej vôle alebo diétnych režimov?
- prečo ľudia s nadváhou a obezitou napriek snahe aj diétam zlyhávajú?
- je vôbec možné obezitu riešiť t.j. schudnúť a dlhodobo si udržať telesnú hmotnosť?

Na tieto a mnohé ďalšie otázky širokej verejnosti dáva odpoveď odborníkmi a Svetovou zdravotníckou organizáciou odporúčaný model komplexného manažmentu obezity. **Komplexný manažment obezity ako účinný a overený spôsob zníženia telesnej hmotnosti pozostáva zo štyroch pilierov:**

- výživy,
- fyzickej aktivity,
- zmeny životného štýlu,
- príslušnej farmakoterapie.

Realizuje sa za účasti lekára, asistenta výživy, psychológa v Centrách pre liečbu obezity s prihliadnutím na individuálne potreby daného pacienta. Centrá pre liečbu obezity predstavujú ideálnu pôdu na stretnutie odborníkov na presadenie tohto modelu do praxe. Výsledkom je zníženie telesnej hmotnosti, jej dlhodobé udržanie a následné zlepšenie zdravotného stavu aj kvality života pacientov.

Liga proti obezite Slovenskej republiky

www.lpo.sk
Timonová 13, 040 01 Košice
IČO: 355 381 39
č. účtu: 2629 7700 44/1100



MUDr. Ivan Majerčák
prezident Ligy proti obezite
II. interná klinika FNLP a LF UPJŠ
Rastislavova 43, 040 66 Košice
e-mail: majercak@medicalgroup.sk