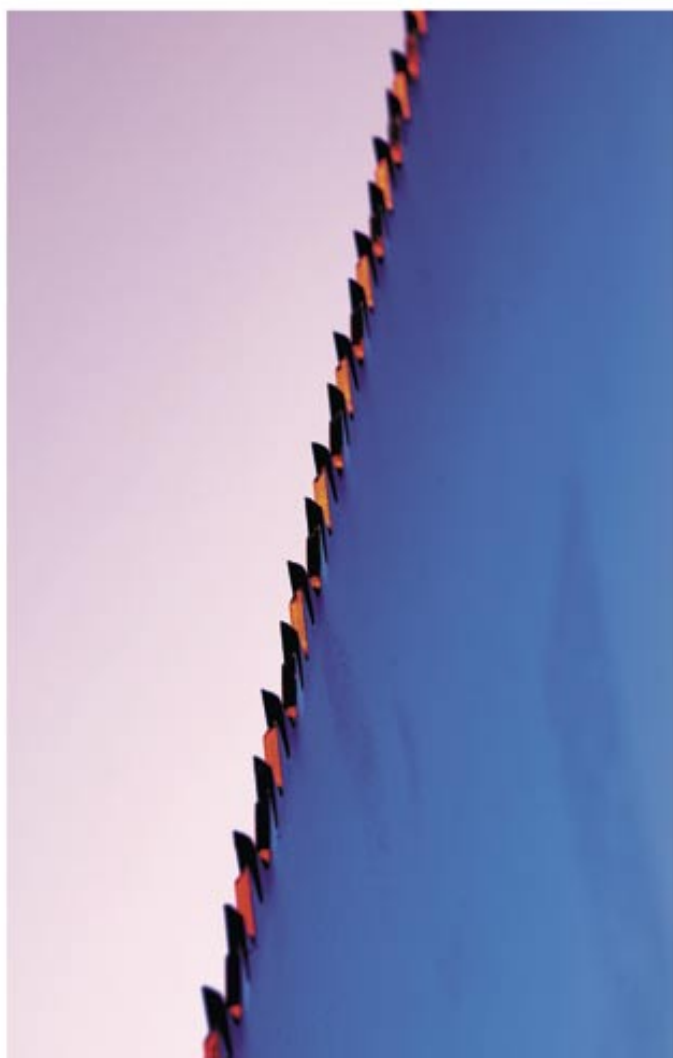


M. Souček, J. Špinar, P. Svačina a kolektiv

VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ PRO STOMATOLOGY



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umisťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



Copyright © Grada Publishing, a.s.



Copyright © Grada Publishing, a.s.

VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ PRO STOMATOLOGY

Hlavní autoři:

doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc., prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc., FESC, prim. MUDr. Petr Svačina

Autorský kolektiv:

doc. MUDr. Mojmír Blaha, CSc., MUDr. Jana Böhmová, prof. MUDr. Petr Brhel, CSc.,
prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc., as. MUDr. Jiří Dolina, Ph.D., as. MUDr. Martina Doubková,
prof. MUDr. Aleš Hep, CSc., as. MUDr. Anna Hrazdírová, doc. MUDr. Petr Husa, CSc.,
as. MUDr. Libuše Husová, MUDr. Zdeněk Král, CSc., as. MUDr. Darja Krusová, Ph.D.,
doc. MUDr. Jan Lata, CSc., as. MUDr. Pavel Matuška, as. MUDr. Zdeněk Merta, CSc.,
doc. MUDr. Helena Němcová, CSc., MUDr. Petr Němec, as. MUDr. Ivo Novotný, CSc.,
MUDr. Věra Olšovská, MUDr. Jindřich Olšovský, MUDr. Olga Pilařová, MUDr. Lucie Prokopová,
MUDr. Aleš Průcha, as. MUDr. Ivan Řiháček, Ph.D., doc. MUDr. Jana Skříčková, CSc.,
MUDr. Doris Sobotová, CSc., doc. MUDr. Vladimír Soška, CSc., doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc.,
prim. MUDr. Petr Svačina, doc. MUDr. Kamil Ševela, CSc., doc. MUDr. Jiří Špác, CSc.,
prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc., FESC, prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC,
prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., doc. MUDr. Vladimír Zbořil, CSc.

Recenzent:

prof. MUDr. František Kölbél, DrSc.

Konzultanti z oboru stomatologie:

MUDr. Jiří Pekárek, prezident České stomatologické komory

prof. MUDr. Jiří Vaněk, CSc., Stomatologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

© Grada Publishing, a.s., 2005

Obrázek dodali autoři.

Cover Photo © profimedia.cz/CORBIS

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 2374. publikaci

Odpovědná redaktorka PhDr. Viola Lyčková

Sazba a zlom Martin Hanslian

Počet stran 380

1. vydání, Praha 2005

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

Tato kniha vznikla ve spolupráci s Lékařskou fakultou Masarykovy univerzity v Brně.

Tato publikace vyšla za laskavé podpory firem

Boehringer Ingelheim, s.r.o., Pfizer, spol. s r. o., a Novartis, s.r.o.



Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplynají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmějí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství.

ISBN 80-247-1367-5 (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-7001-7 (elektronická verze ve formátu PDF)

© Grada Publishing, a.s. 2011

Obsah

Autorský kolektiv	17
Slovo úvodem.....	19
A – Propedeutika (M. Souček, P. Svačina)	21
1 Nemoc, její příznaky, průběh a prognóza.....	23
2 Postup při vyšetření nemocného.....	25
2.1 Anamnéza.....	25
2.1.1 Osobní data	25
2.1.2 Současné obtíže	26
2.1.3 Rodinná anamnéza.....	26
2.1.4 Osobní anamnéza	26
2.1.4.1 Dřívější onemocnění.....	26
2.1.4.2 Nynější onemocnění	26
2.1.4.3 Doplňující anamnéza podle jednotlivých systémů.....	26
2.1.5 Pracovní a sociální anamnéza.....	27
2.2 Základní fyzikální vyšetřovací metody.....	28
2.2.1 Pohled.....	28
2.2.2 Pohmat.....	28
2.2.3 Poklep.....	28
2.2.4 Poslech.....	29
2.2.5 Vyšetření pomocí čichu.....	29
2.3 Vyšetření celkového stavu nemocného	29
2.3.1 Vědomí	29
2.3.2 Poloha	30
2.3.3 Postoj a chůze	31
2.3.4 Abnormální pohyby	31
2.3.5 Habitus.....	31
2.3.6 Změny hlasu a poruchy řeči.....	32
2.3.7 Kůže.....	32
2.3.7.1 Barva kůže.....	32
2.3.7.2 Kožní exantémy.....	33
2.3.7.3 Patologické kožní útvary a jizvy	33
2.3.7.4 Krvácení do kůže	33
2.3.7.5 Vlhkost kůže	34
2.3.7.6 Napětí (turgor) kůže	34
2.3.8 Otok	34
2.3.9 Kožní adnexa	35
2.3.9.1 Změny ochlupení.....	35
2.3.9.2 Změny nehtů.....	35

2.3.10 Tělesná teplota	35
3 Vyšetření hlavy	37
3.1 Vyšetření lebky	37
3.1.1 Vyšetření lebky pohledem	37
3.1.2 Vyšetření lebky poklepem a pohmatem	38
3.2 Vyšetření očí	38
3.3 Vyšetření nosu	39
3.4 Vyšetření rtů a dutiny ústní	39
3.5 Vyšetření uší	40
4 Vyšetření krku	41
4.1 Vyšetření krčních arterií	41
4.2 Vyšetření krčních žil	41
4.3 Vyšetření krčních mízních uzlin	41
4.4 Vyšetření štítné žlázy	42
5 Vyšetření hrudníku	43
5.1 Vyšetření hrudníku pohledem	43
5.1.1 Abnormální a některé patologické tvary hrudníku	43
5.1.2 Dýchací pohyby	44
5.1.3 Vyšetření prsů	45
5.2 Vyšetření hrudníku pohmatem	46
5.2.1 Hrudní chvění (fremitus pectoralis)	46
5.2.2 Pleurální tření	46
5.3 Vyšetření hrudníku poklepem	46
5.3.1 Srovnávací poklep	46
5.3.2 Topografický poklep	47
5.3.3 Poklepové změny nad plicemi	47
5.4 Vyšetření plic poslechem	48
5.4.1 Dýchací šelesty	48
5.4.1.1 Sklípkové dýchání	48
5.4.1.2 Trubicové dýchání	48
5.4.2 Změny dýchacích šelestů	48
5.4.2.1 Patologické sklípkové dýchání	48
5.4.2.2 Patologické trubicové dýchání	49
5.4.3 Vedlejší dýchací fenomény	49
5.4.3.1 Suché chrůpky	49
5.4.3.2 Vlhké chrůpky	49
5.4.3.3 Třaskání (krepitus)	50
5.4.3.4 Stridor	50
5.4.3.5 Třecí pleurální šelest	50
5.4.4 Hrudní hlas (bronchofonie)	50
5.5 Základní plicní syndromy	51
5.5.1 Pneumonie	51
5.5.2 Plicní infarkt	51

5.5.3	Atelektáza	51
5.5.4	Fluidotorax (syndrom přítomnosti tekutiny v pohrudniční dutině)	52
5.5.5	Pneumotorax (syndrom přítomnosti vzduchu v pohrudniční dutině – PNO).....	52
5.6	Hlavní příznaky plicních onemocnění	53
5.6.1	Dušnost	53
5.6.2	Kašel	53
5.6.3	Krvácení z plic (hemoptýza a hemoptoe)	54
5.6.4	Bolesti na hrudi	55
5.6.5	Cyanóza	55
6	Vyšetření srdce	57
6.1	Vyšetření srdce pohledem	57
6.1.1	Změny konfigurace srdeční krajiny	57
6.1.2	Pulzace v srdeční krajině	57
6.2	Vyšetření srdce pohmatem	57
6.2.1	Úder srdečního hrotu	57
6.2.2	Systolické zvedání sternu	58
6.2.3	Víry (tzv. turbulence).....	58
6.3	Vyšetření srdce poklepem	58
6.4	Vyšetření srdce poslechem	58
6.4.1	Poslechové oblasti chlopní	59
6.4.2	Srdeční ozvy	59
6.4.3	Cval	60
6.4.4	Srdeční kliky	60
6.4.5	Šelesty	60
6.4.5.1	Extrakardiální šelesty	61
6.4.5.1.1	Perikardiální třecí šelest	61
6.5	Měření krevního tlaku (TK)	61
6.6	Tep (pulz)	64
6.7	Fyzikální nálezy u nejčastějších chlopenních a zkratových vad v dospělosti	64
6.7.1	Zúžení levého žilního ústí (mitrální stenóza)	64
6.7.2	Nedomykavost levého žilního ústí (mitrální insuficience)	65
6.7.3	Kombinovaná mitrální vada (stenóza a insuficience)	65
6.7.4	Zúžení levého tepenného ústí (aortální stenóza)	65
6.7.5	Nedomykavost levého tepenného ústí (aortální insuficience)	66
6.7.6	Kombinovaná aortální vada (stenóza a nedomykavost)	66
6.7.7	Nedomykavost trojcípé chlopně (trikuspidální insuficience)	66
6.7.8	Pulmonální stenóza	66
6.7.9	Pulmonální regurgitace	67
6.7.10	Defekt septa síní (defectus septi secundi)	67
6.7.11	Defekt septa komor	67
6.7.12	Koarktace aorty	67
6.7.13	Otevřená Botallova dučej	67
6.7.14	Fallotova tetralogie	68

6.7.15 Ebsteinova anomálie.....	68
6.8 Hlavní příznaky srdečních onemocnění.....	68
6.8.1 Bolest.....	68
6.8.2 Dušnost.....	69
6.8.3 Palpitace.....	70
6.8.4 Synkopa.....	70
6.8.5 Cyanóza.....	71
6.8.6 Systémový edém.....	72
6.8.7 Hemoptýza a hemoptoe.....	72
7 Vyšetření břicha.....	75
7.1 Rozdělení břicha na oblasti.....	75
7.2 Vyšetření břicha pohledem.....	75
7.3 Vyšetření břicha pohmatem.....	76
7.4 Vyšetření břicha poklepem.....	77
7.5 Vyšetření břicha poslechem.....	78
7.6 Vyšetření per rectum.....	78
7.7 Hlavní příznaky onemocnění jícnu.....	78
7.7.1 Dysfagie.....	78
7.7.2 Odynofagie.....	79
7.7.3 Pyróza (pálení žáhy).....	79
7.8 Žaludeční a střevní dyspepsie.....	79
7.9 Bolesti břicha.....	79
7.10 Meteorizmus.....	80
7.11 Krvácení do gastrointestinálního traktu.....	81
7.12 Posouzení zvratků.....	81
7.13 Poruchy rytmu stolice.....	82
7.14 Vyšetření stolice.....	82
7.15 Vyšetření ascitu.....	82
8 Vyšetření jater.....	85
8.1 Anatomické uložení jater.....	85
8.2 Vyšetření jater pohmatem.....	85
8.3 Hlavní příznaky onemocnění jater.....	85
8.3.1 Žloutenka.....	85
8.3.2 Portální hypertenze.....	87
8.3.3 Portosystémová encefalopatie.....	88
8.3.4 Ascites.....	88
9 Vyšetření žlučníku.....	89
9.1 Anatomické uložení žlučníku.....	89
9.2 Vyšetření žlučníku pohmatem.....	89
9.3 Žlučnicková kolika.....	89
10 Vyšetření sleziny.....	91
10.1 Anatomické uložení sleziny.....	91
10.2 Vyšetření sleziny pohmatem.....	91

10.3 Splenomegalie	91
11 Vyšetření urogenitálního systému	93
11.1 Anatomické uložení ledvin	93
11.2 Vyšetření ledvin	93
11.3 Vyšetření močového měchýře	94
11.4 Nejčastější příznaky onemocnění močového ústrojí.....	94
12 Vyšetření pohybového systému	97
12.1 Vyšetření kloubů	97
12.2 Vyšetření páteře.....	99
12.3 Vyšetření měkkých tkání lokomočního systému	101
13 Vyšetření obvodových cév.....	103
13.1 Vyšetření tepen.....	103
13.1.1 Anamnéza	103
13.1.2 Vyšetření tepen pohledem.....	104
13.1.3 Vyšetření tepen pohmatem.....	104
13.1.4 Vyšetření tepen poslechem	105
13.1.5 Funkční vyšetření tepenného systému.....	105
13.1.6 Ultrazvukové vyšetření v diagnostice tepenných onemocnění.....	105
13.1.7 Akutní tepenné uzávěry	106
13.1.8 Syndromy horní hrudní apertury	106
13.2 Vyšetření žil	107
13.2.1 Anamnéza	107
13.2.2 Vyšetření žil pohledem	107
13.2.3 Vyšetření žil pohmatem	108
13.2.4 Funkční vyšetření žilního systému	108
13.2.5 Ultrazvukové vyšetření v diagnostice žilních onemocnění	109
13.2.6 Tromboflebitida	109
13.2.7 Žilní trombóza	110
13.2.8 Chronická žilní insuficience	111
14 Vyšetření mízních uzlin.....	113
B – Speciální část.....	115
15 Kardiologie (J. Špinar, J. Vítovec)	117
15.1 Ischemická choroba srdeční	117
15.1.1 Bolestivé formy ICHS	118
15.1.1.1 Stabilní angina pectoris	118
15.1.1.2 Akutní koronární syndrom.....	121
15.1.1.2.1 Nestabilní angina pectoris	121
15.1.1.2.2 Akutní infarkt myokardu	122
15.1.1.2.2.1 AIM s elevacemi ST.....	124
15.1.1.2.2.2 Komplikace AIM.....	125
15.1.1.2.2.3 AIM bez elevací ST.....	126

15.1.2	Nebolestivé formy ICHS	127
15.1.2.1	Srdeční selhání.....	127
15.1.2.1.1	Akutní srdeční selhání	127
15.1.2.1.2	Chronické srdeční selhání	128
15.2	Arytmie	131
15.2.1	Supraventrikulární tachykardické arytmie.....	131
15.2.1.1	Sinusová tachykardie.....	131
15.2.1.2	Fibrilace síní	131
15.2.1.3	Flutter síní.....	132
15.2.1.4	Supraventrikulární tachykardie	132
15.2.1.5	Dysfunkce sinusového uzlu – sick sinus syndrom	132
15.2.2	Komorové arytmie.....	133
15.2.3	Bradykardie	133
15.2.4	Arytmie z poruchy vedení vzruchů (blokády)	134
15.3	Plicní embolie	135
15.4	Cor pulmonale	137
15.4.1	Plicní hypertenze	138
15.5	Chlopenní vady	139
15.5.1	Aortální stenóza	139
15.5.2	Aortální regurgitace	140
15.5.3	Mitrální stenóza	141
15.5.4	Mitrální regurgitace	142
15.5.5	Další možné chlopenní vady.....	142
15.5.6	Kombinované chlopenní vady.....	143
15.5.7	Nemocní po náhradě choré chlopně chlopni umělou	143
15.6	Kardiomyopatie	144
15.6.1	Dilatační kardiomyopatie	144
15.6.2	Hypertrofická kardiomyopatie	145
15.6.3	Restriktivní kardiomyopatie (RKMP)	146
15.6.4	Arytmogenní dysplazie pravé komory	146
15.7	Zánětlivá postižení srdce	147
15.7.1	Infekční endokarditida (IE)	147
15.7.1.1	Principy antibiotické profylaxe	148
15.7.2	Myokarditidy	149
15.7.3	Perikarditidy	151
15.7.3.1	Akutní perikarditida.....	151
15.7.3.2	Konstriktivní perikarditida	152
16	Arteriální hypertenze (M. Souček)	153
16.1	Prevalence, definice a klasifikace	153
16.2	Diagnostika arteriální hypertenze	154
16.3	Léčebné postupy	155
16.3.1	Nefarmakologická léčba.....	155
16.3.2	Farmakologická léčba.....	155
16.4	Cíl léčby hypertenze	156

17 Angiologie (<i>J. Špinar, J. Vítovec</i>)	157
17.1 Tromboembolická nemoc	157
17.2 Onemocnění aorty a velkých tepen.....	158
17.3 Onemocnění periferních tepen.....	159
17.4 Choroby žil	161
18 Pneumologie	163
18.1 Akutní tracheobronchitida (<i>A. Hrazdírová, J. Skříčková</i>).....	163
18.2 Záněty plic – pneumonie (<i>J. Skříčková, A. Hrazdírová</i>).....	164
18.3 Tuberkulóza a mykobakteriózy (<i>Z. Merta, A. Hrazdírová</i>)	168
18.4 Chronická obstrukční plicní nemoc (<i>A. Hrazdírová, J. Skříčková</i>)	171
18.5 Asthma bronchiale (<i>P. Matuška, A. Hrazdírová</i>)	174
18.6 Pohrudniční výpotek (<i>A. Hrazdírová, J. Skříčková</i>)	178
18.7 Respirační insuficience (<i>O. Pilařová, A. Hrazdírová</i>)	180
18.8 Difúzní intersticiální plicní procesy (<i>M. Doubková, J. Skříčková</i>).....	181
18.9 Sarkoidóza (<i>M. Doubková, J. Skříčková</i>)	182
18.10 Idiopatická plicní fibróza – kryptogenní fibrotizující alveolitida (<i>M. Doubková</i>)	184
18.11 Nádory plic (<i>J. Skříčková, A. Hrazdírová</i>).....	185
18.12 Nádory pleury (<i>J. Skříčková</i>)	189
18.13 Urgentní stavy v pneumologii (<i>A. Hrazdírová, J. Skříčková</i>).....	190
18.13.1 Obstrukce velkých dýchacích cest.....	190
18.13.2 Hemoptýza.....	190
18.13.3 Pneumotorax.....	191
19 Gastroenterologie	193
19.1 Nemoci jícnu (<i>A. Hep</i>)	193
19.1.1 Symptomatologie.....	193
19.1.2 Diagnostika.....	194
19.1.3 Klinické stavy	194
19.2 Nemoci žaludku (<i>P. Dítě</i>).....	196
19.3 Idiopatické střevní záněty (<i>V. Zbořil, L. Prokopová</i>)	199
19.3.1 Ulcerózní kolitida	199
19.3.2 Crohnova nemoc.....	203
19.4 Funkční poruchy trávicího traktu (<i>J. Dolina</i>)	206
19.4.1 Funkční dyspepsie	207
19.4.2 Dráždivý tračník	209
19.5 Nádory gastrointestinálního traktu, prekancerózy a stavy rizikové pro vznik nádoru GIT (<i>V. Zbořil, L. Prokopová</i>).....	211
19.5.1 Nádory jícnu	214
19.5.2 Nádory žaludku.....	215
19.5.3 Nádory pankreatu	216
19.5.4 Nádory jater	217
19.5.5 Nádory žlučníku a žlučových cest.....	218
19.5.6 Nádory tlustého střeva a konečníku.....	218
19.5.6.1 Benigní nádory tlustého střeva.....	218

19.5.6.2	Maligní nádory tračníku – kolorektální karcinom.....	220
19.5.7	Nádory anu	223
19.6	Biliární systém (<i>I. Novotný</i>).....	224
19.6.1	Cholelitiáza.....	224
19.6.1.1	Cholecystolitiáza (CL).....	224
19.6.1.2	Choledocholitiáza.....	225
19.6.2	Postcholecystektomický syndrom	226
19.6.3	Onemocnění Vaterovy papily	226
19.6.3.1	Benigní stenóza Vaterovy papily	226
19.6.4	Dyskineze žlučových cest.....	227
19.7	Chronická pankreatitida (<i>P. Dítě</i>)	228
20	Hepatologie (<i>J. Lata, L. Husová</i>)	231
20.1	Vyšetřovací metody.....	231
20.2	Žloutenka	231
20.3	Akutní jaterní selhání.....	231
20.4	Chronické hepatitidy.....	232
20.5	Alkoholické jaterní poškození	232
20.6	Jaterní steatóza.....	233
20.7	Jaterní cirhóza.....	233
20.8	Metabolické nemoci jater.....	234
20.9	Toxická a poléková postižení jater.....	234
20.10	Akutní stavy v gastroenterologii	235
20.10.1	Akutní krvácení.....	235
20.10.2	Ileus	237
20.10.3	Akutní pankreatitida	238
21	Nefrologie.....	241
21.1	Vyšetřovací metody v nefrologii (<i>D. Sobotová</i>)	241
21.2	Nemoci ledvin (<i>D. Sobotová, A. Průcha</i>)	242
21.2.1	Vrozené a dědičné nemoci ledvin	242
21.2.2	Získané nemoci ledvin.....	243
21.2.2.1	Primární glomerulopatie.....	243
21.2.2.1.1	Akutní glomerulonefritida (akutní nefritický syndrom).....	243
21.2.2.1.2	Chronická glomerulonefritida – GN (chronický nefritický syndrom).....	244
21.2.2.1.3	Rychle progredující glomerulonefritidy	245
21.2.2.1.3.1	Antirenální glomerulonefritida	245
21.2.2.1.3.2	ANCA-pozitivní (asociované) vaskulitidy	245
21.2.2.1.4	Nefrotický syndrom.....	246
21.2.2.2	Sekundární glomerulopatie.....	246
21.2.2.3	Tubulointersticiální nefritidy	247
21.2.3	Akutní selhání ledvin	248
21.2.4	Chronické selhání ledvin	250
21.2.5	Urolitiáza (nefrolitiáza) (<i>A. Průcha</i>)	252
21.2.6	Nádory ledvin (<i>A. Průcha</i>)	254

21.2.7	Wilmsův nádor (<i>A. Průcha</i>).....	255
21.2.8	Nádory ledvinné pánvičky (<i>A. Průcha</i>)	256
22	Základní poruchy acidobazické rovnováhy (ABR) (<i>A. Průcha</i>).....	257
22.1	Metabolická acidóza	257
22.2	Metabolická alkalóza	258
22.3	Respirační acidóza	259
22.4	Respirační alkalóza	260
23	Poruchy vodního hospodářství (<i>A. Průcha</i>)	261
23.1	Tělesná voda a její distribuční prostory	261
23.2	Hyperosmolární stavy	261
23.3	Hypoosmolární stavy	262
24	Poruchy minerálového hospodářství (<i>A. Průcha</i>)	263
24.1	Natrium	263
24.1.1	Hyponatremie	263
24.1.2	Hypernatremie	263
24.2	Kalium	264
24.2.1	Hyperkalemie	264
24.2.2	Hypokalemie.....	265
25	Endokrinologie (<i>V. Olšovská</i>)	267
25.1	Choroby hypofýzy	267
25.1.1	Hormonálně neaktivní expanze v oblasti tureckého sedla.....	267
25.1.2	Hypopituitarizmus	267
25.1.3	Diabetes insipidus centralis	268
25.1.4	Syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu (SIADH).....	269
25.1.5	Akromegalie a gigantismus	270
25.1.6	Hyperprolaktinemie	270
25.1.7	Cushingova choroba	271
25.2	Choroby štítné žlázy	272
25.2.1	Eufunkční struma.....	272
25.2.2	Hypertyreóza	273
25.2.3	Hypotyreóza.....	274
25.2.4	Záněty štítné žlázy	275
25.2.4.1	Akutní tyreoiditida.....	275
25.2.4.2	Subakutní tyreoiditida (de Quervainova, granulomatózní, obrovskobuněčná).....	275
25.2.4.3	Chronická autoimunitní tyreoiditida (Hashimotova).....	276
25.2.4.4	Fibrotická tyreoiditida (Riedlova).....	276
25.2.5	Nádory štítné žlázy	277
25.2.5.1	Diferencovaný karcinom štítné žlázy	277
25.2.5.2	Anaplastický karcinom štítné žlázy	277
25.2.5.3	Medulární karcinom štítné žlázy	277
25.3	Choroby příštítných tělísek.....	278

25.3.1	Primární hyperparatyreóza	278
25.3.2	Sekundární hyperparatyreóza	278
25.3.3	Hypoparatyreóza.....	279
25.4	Choroby nadledvin.....	279
25.4.1	Kůra nadledvin	279
25.4.1.1	Primární adrenokortikální nedostatečnost – Addisonova nemoc	280
25.4.1.2	Primární hyperkortizolizmus – Cushingův syndrom.....	280
25.4.1.3	Primární hyperaldosteronizmus.....	281
25.4.1.4	Syndrom adrenální virilizace.....	281
25.4.2	Choroby dřene nadledvin.....	282
25.4.2.1	Feochromocytom.....	282
25.4.3	Afunkční nádory nadledvin – incidentalomy.....	282
26	Diabetes mellitus (J. Olšovský)	283
26.1	Diabetes mellitus 1. typu	284
26.2	Diabetes mellitus 2. typu	286
27	Obezitologie (D. Krusová)	289
27.1	Obezita.....	289
27.2	Malnutrice.....	290
28	Revmatologie	293
28.1	Revmatická horečka (P. Němec)	293
28.2	Revmatoidní artritida (J. Böhmová).....	293
28.3	Ankylozující spondylitida (M. Bechtěrev) (J. Böhmová).....	296
28.4	Osteoartróza (J. Böhmová)	297
28.5	Dna (arthritis urica) (P. Němec)	299
28.6	Sjögrenův syndrom (P. Němec)	300
28.7	Systémový lupus erythematoses (P. Němec)	301
29	Hematologie (Z. Král, J. Vorlíček)	305
29.1	Úvod	305
29.2	Anémie	305
29.2.1	Patofyziologické rozdělení	305
29.2.2	Anémie z poruchy krvetvorby	306
29.2.2.1	Anémie sideropenické	306
29.2.2.2	Anémie megaloblastové.....	307
29.2.3	Anémie ze zvýšených ztrát erytrocytů.....	308
29.2.3.1	Anémie hemolytické.....	308
29.3	Poruchy koagulace.....	309
29.3.1	Laboratorní koagulační testy	310
29.3.1.1	Protrombinový čas (protrombin-time, PT)	310
29.3.1.2	Aktivovaný parciální tromboplastinový čas (APTT)	310
29.3.1.3	Trombinový čas (TT).....	311
29.3.1.4	Doba krvácení.....	311
29.3.1.5	Kvantitativní koncentrace fibrinogenu	311

29.3.2	Krvácivé stavy z cévních příčin (purpury)	311
29.3.3	Krvácivé stavy z destičkových příčin – trombocytopenie	311
29.3.4	Koagulopatie	312
29.3.5	Krvácení z jiných příčin	312
29.3.6	Zákroky ve stomatologii	312
29.4	Nádorové choroby krvetvorby	313
29.4.1	Akutní myeloidní leukemie	313
29.4.2	Akutní lymfatická leukemie dospělých (ALL)	314
29.4.3	Chronická myeloidní leukemie (CML)	314
29.4.4	Chronická lymfatická leukemie (CLL)	315
29.4.5	Hodgkinova choroba	315
29.4.6	Nehodgkinské lymfomy (NHL)	316
29.4.7	Plazmocytom (mnohočetný myelom)	317
29.5	Diferenciální diagnóza dle místa lymfadenopatie	318
29.5.1	Krční lymfadenopatie	318
29.5.2	Supraklavikulární lymfadenopatie	318
29.5.3	Axilární lymfadenopatie	318
29.5.4	Ingvinální lymfadenopatie	318
29.5.5	Lymfadenopatie plicních hilů a mediastina	318
29.5.6	Abdominální lymfadenopatie	319
29.5.7	Generalizované lymfadenopatie	319
30	Intoxikace (K. Ševela, P. Svačina, P. Brhel)	321
30.1	První pomoc a obecná terapie akutních otrav (P. Svačina)	321
30.1.1	Symptomatická podpůrná terapie	321
30.1.2	Primární eliminace	321
30.1.3	Antidota	322
30.1.4	Eliminační terapie	322
30.2	Speciální část (K. Ševela)	324
30.2.1	Otrava organofosfáty	324
30.2.2	Otravy herbicidy	325
30.2.3	Otrava kyanidy	325
30.2.4	Otrava kovy a metaloidy (P. Brhel)	326
30.2.5	Otrava metylalkoholem	327
30.2.6	Otrava etylalkoholem	327
30.2.7	Otrava etylenglykolem	328
30.2.8	Otrava organickými rozpouštědly	328
30.2.9	Otrava oxidem uhelnatým (CO)	328
30.2.10	Otravy tricyklickými antidepresivy (TCAD)	329
30.2.11	Otrava hypnotiky	329
30.2.12	Otrava benzodiazepiny	330
30.2.13	Otrava teofylinem	330
30.2.14	Otrava digitalisem	330
30.2.15	Otrava analgetiky	331
30.2.16	Otrava houbami	331
30.2.17	Otravy návykovými látkami	332

30.2.17.1 Opioidy	332
30.2.17.2 Amfetaminy	332
30.2.17.3 Kokain	332
31 Náhlé stavy ve vnitřním lékařství.....	333
31.1 Synkopa – krátkodobé bezvědomí (<i>J. Špác</i>).....	333
31.2 Náhlá smrt (<i>J. Špác</i>).....	335
31.3 Hypertenzní krize (<i>H. Němcová</i>)	337
31.4 Cévní mozková příhoda (CMP, „mozková mrtvice“) (<i>H. Němcová</i>)	338
31.5 Epileptický záchvat (<i>H. Němcová</i>)	340
31.6 Hyperventilační křeče (<i>H. Němcová</i>).....	341
31.7 Aspirace (<i>H. Němcová</i>)	342
31.8 Dušení, cizí těleso v dýchacích cestách (<i>M. Blaha</i>)	343
31.9 Anafylaxe (<i>J. Špác</i>).....	344
31.10 Komplikace lokální anestezie (<i>H. Němcová</i>).....	345
31.10.1 Toxická reakce na lokální anestetika	346
31.10.2 Alergická reakce	347
31.10.3 Oběhové komplikace lokální anestezie	347
31.11 Neodkladná resuscitace (kardiopulmonální resuscitace) (<i>M. Blaha</i>) ...	348
31.11.1 Základní neodkladná resuscitace dospělých.....	349
32 Vybrané kapitoly z infekčního lékařství (<i>P. Husa</i>)	351
32.1 Infekce trávicího ústrojí.....	351
32.2 Virové hepatitidy.....	353
32.3 HIV/AIDS.....	355
32.4 Infekce centrálního nervového systému	357
32.5 Projevy infekčních chorob v dutině ústní	359
C – Normální hodnoty vybraných	
 základních laboratorních vyšetření (<i>V. Soška</i>)	361
Rejstřík	365

Autorský kolektiv

- doc. MUDr. Mojmír Blaha, CSc.,
II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno
- MUDr. Jana Böhmová,
II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno
- prof. MUDr. Petr Brhel, CSc.,
Klinika pracovního lékařství LF MU a FN u sv. Anny, Brno
- prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.,
Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice
- as. MUDr. Jiří Dolina, Ph.D.,
Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice
- as. MUDr. Martina Doubková,
Klinika nemocí plicních a tuberkulózy LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice
- prof. MUDr. Aleš Hep, CSc.,
Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice
- as. MUDr. Anna Hrazdírová, Klinika nemocí plicních a tuberkulózy LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice
- doc. MUDr. Petr Husa, CSc.,
Klinika infekčních chorob LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice
- as. MUDr. Libuše Husová, Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice
- MUDr. Zdeněk Král, CSc.,
Interní hematoonkologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice
- as. MUDr. Darja Krusová, Ph.D.,
II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno
- doc. MUDr. Jan Lata, CSc.,
Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice
- as. MUDr. Pavel Matuška, Klinika nemocí plicních a tuberkulózy LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice
- as. MUDr. Zdeněk Merta, CSc.,
Klinika nemocí plicních a tuberkulózy LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice
- doc. MUDr. Helena Němcová, CSc.,
II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno
- MUDr. Petr Němec, II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno
- as. MUDr. Ivo Novotný, CSc.,
Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice
- MUDr. Věra Olšovská,
II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

MUDr. Jindřich Olšovský,

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

MUDr. Olga Pilařová,

Klinika nemocí plicních a tuberkulózy LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

MUDr. Lucie Prokopová,

Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

MUDr. Aleš Průcha, II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

as. MUDr. Ivan Řiháček, Ph.D.,

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

doc. MUDr. Jana Skříčková, CSc.,

Klinika nemocí plicních a tuberkulózy LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

MUDr. Doris Sobotová, CSc.,

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

doc. MUDr. Vladimír Soška, CSc.,

Oddělení klinického komplementu FN u sv. Anny, Brno

doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc.,

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

prim. MUDr. Petr Svačina,

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

doc. MUDr. Kamil Ševela, CSc.,

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

doc. MUDr. Jiří Špác, CSc.,

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc., FESC,

Interní kardiologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC,

I. interní kardiologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.,

Interní hematologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

doc. MUDr. Vladimír Zbořil, CSc.,

Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Slovo úvodem

Vydání učebnice **Vnitřní lékařství pro stomatology** bylo motivováno potřebou zpracovat text, který by zahrnoval nezbytná, základní data pro studenty zubního lékařství.

Kniha vzniká v době, kdy se diskutuje o další podobě vzdělávání v rámci zubního lékařství. Hledá se v ní i postavení interny, její rozsah, náplň v rámci studia a dá se předpokládat, že do budoucna dozná určitých změn. Po konzultacích s představiteli zubního lékařství a představiteli České stomatologické komory jsme se rozhodli uspořádat dílo, které by odpovídalo minimální představě internistů a maximální představě zubních lékařů.

Premýšleli jsme, co by měl student zubního lékařství pro svoji potřebu nezbytně znát. Je třeba říci, že názor není zcela jednotný. Předkládaná učebnice je určena budoucím stomatologům – zubním lékařům, kteří nikdy neprojdou delší praxí na interním oddělení a nebudou léčit interní nemoci. Podle našeho názoru však i oni musí umět vždy poskytnout kvalifikovanou lékařskou první pomoc a musí být schopni určit, zda je pacient nemocný, či nikoliv, do jakého diferenciálně diagnostického okruhu patří a kdy a s jakou dokumentací je třeba ho poslat k odborníkovi.

Knihu jsme rozdělili na tři části. V první části je popsána propedeutika ve vnitřním lékařství. Propedeutika by měla být průpravou k systematickému studiu, ve kterém se student seznámí se základními principy vyšetřování nemocného. Ty jsou základním předpokladem pro diagnostiku vnitřních chorob. Druhá část je pak věnována těm chorobám, se kterými se může stomatolog – zubní lékař v praxi setkat, měl by znát jejich alespoň základní symptomatologii, tedy snad symptomy (chorobu) diagnostikovat, ale neměl by ji léčit. Terapie je proto probírána jen v zásadních rysech, někde bez uvádění léků a jejich dávkování. Vzácná onemocnění a nemoci, které se neprojeví zřetelnými příznaky a jejichž diagnóza je výsledkem složitého vyšetřování odborníkem, jsou popsány jen stručně. Lékař-neinternista však musí vědět, že existují, a mít o nich základní představu. Třetí část pak představuje přehled potřebných základních laboratorních parametrů.

S rozvojem jednotlivých vědních oborů a s hromaděním nových poznatků není v možnostech jednoho autora a ani jedné kliniky zahrnout tak široký obor, jakým je vnitřní lékařství, a to ani ve zjednodušené podobě. Rozhodli jsme se proto pro spolupráci se všemi pracovišti interních oborů Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a s renomovanými odborníky oborů vnitřního lékařství všech brněnských klinik.

Určitá nejednotnost v přístupu a někdy i v rozsahu jednotlivých kapitol je dána snahou o vyšší profesionální úroveň, vyplývající z odborného zaměření autorů. Jako editoři jsme se snažili o určitou plynulost a srozumitelnost textu, s maximální snahou respektovat příspěvky jednotlivých autorů. Na závěr jednotlivých kapitol jsme zařadili souhrn toho nejdůležitějšího se zaměřením pro potřeby studentů studijního programu zubní lékařství.

Jsmo si vědomi toho, že dobré učebnice vznikaly desetiletí, mnohými a opakovánými vydáními. Zkrátit tento proces lze jen kritikou těm, kteří budou učebnici

používat ke studiu, i těmi, kteří budou předmět učit. Autoři by považovali za úspěch knihy, kdyby se jim dostalo nejen kladných, ale i kritických připomínek.

Závěrem si dovoluujeme poděkovat recenzentovi, prof. MUDr. Františku Kölbelovi, DrSc., který s ohromným přehledem a citem přistoupil k recenzi. Patří mu náš nesmírný dík za prostudování knihy a cenné připomínky.

Brno, září 2005

Doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ

A – Propedeutika

1 Nemoc, její příznaky, průběh a prognóza

Nemoc nebo **choroba** (morbus) je stav, kdy je změněna nebo porušena funkce jednoho či více orgánů. Porušená nebo změněná funkce orgánů se zpravidla za kratší či delší dobu projeví určitými příznaky neboli symptomy.

Příznaky (symptomy) dělíme na subjektivní a objektivní.

Subjektivní příznaky jsou údaje nemocného o jeho obtížích, např. pocit slabosti, bolesti hlavy, nechutenství.

Objektivní příznaky jsou nálezy, které zjišťujeme při vyšetření nemocného pohledem, pohmatem, poklepem, poslechem nebo různými přístroji a laboratorními vyšetřovacími metodami. K objektivním příznakům patří např. otok tváře, zvětšení mizních uzlin, zvětšení srdečního stínu při RTG vyšetření apod.

Subjektivní obtíže nemocného a jejich stupeň nemusí odpovídat velikosti objektivního nálezu. Známe případy, kdy má nemocný i při větším objektivním nálezu jen malé subjektivní obtíže nebo se cítí zcela zdrav, jindy může ale naopak při minimálním objektivním nálezu mít značné obtíže.

Některé příznaky mohou mít vedle své stránky subjektivní i stránku objektivní. Dušnost, tedy nedostatek dechu, je příznakem subjektivním. Jsou však známy také doprovázející známky, které lze zjistit objektivně, jako zvýšený počet dechů, prohloubené dýchání, vynucená poloha vsedě apod. Semikvantitativně lze pak dušnost hodnotit podle zátěže, při které se dušnost objeví (např. známá klasifikace New York Heart Association – NYHA I–IV).

Některé příznaky jsou pro určité onemocnění typické, charakteristické, označujeme je jako příznaky **specifické**. Mají značnou diagnostickou cenu. Jiné příznaky jsou společné více nemocem (např. zvýšená únavnost, horečka, úbytek hmotnosti) a jsou tedy **obecné a nespecifické**.

Sdružení většího počtu příznaků charakteristických pro danou nemoc nebo skupinu nemocí nazýváme **syndromatologií**.

Nemocí (chorobou) rozumíme ve většině případů medicínsky vymezenou jednotku, zatímco **onemocněním** označujeme poruchu zdravotního stavu jako takovou ve vymezeném časovém období.

Průběh nemoci může být buď **prudký** (akutní), nebo **provleklý** (chronický). Někdy po prudkém začátku přechází onemocnění do stadia chronického. Onemocnění může skončit buď uzdravením nemocného, nebo může způsobit jeho smrt, jestliže změny, které nemoc vyvolala, nejsou sluchitelné s životem.

Uzdravení nemocného je někdy úplné a dokonalé, jindy jen částečné, s přetrváním subjektivních obtíží a objektivních příznaků. Změny, které choroba zanechala, mohou omezovat pracovní schopnost nemocného a způsobovat jeho **částečnou** nebo **úplnou invaliditu**.

Součástí vyšetřování, tedy diagnostického procesu, je i stanovení **prognózy** (předpovědi) choroby. Prognóza se týká otázky zachování života (*prognosis quoad vitam*), uzdravení a možných následků. Podle druhu choroby a jejího průběhu

může být prognóza **příznivá** (např. po zánětu středního ucha), **nepříznivá** (např. při zhoubném nádoru) nebo **nejistá** (např. při plicní embolizaci).

2 Postup při vyšetření nemocného

Podmínkou pro léčení je vlastní rozpoznání choroby, tedy **stanovení správné diagnózy**. K diagnóze dospívá lékař po vyšetření nemocného, které má při správném postupu toto pořadí:

1. anamnéza,
2. fyzikální vyšetření (pohled, pohmat, poklep, poslech); změření teploty, krevního tlaku, pulzu, počtu dechů, hmotnosti a výšky,
3. pracovní diagnóza včetně diferenciálně diagnostické úvahy,
4. návrh laboratorních a dalších pomocných vyšetření (RTG, EKG apod.),
5. konečná diagnóza,
6. stanovení prognózy,
7. plán léčebného postupu.

Na podkladě anamnézy a vlastního fyzikálního vyšetření se stanoví **pracovní diagnóza**. Ve většině případů po fyzikálním vyšetření přichází v úvahu více možností, je tedy třeba provést **diferenciálně diagnostickou rozvahu**. Dále je třeba navrhnout laboratorní a další pomocná vyšetření tak, aby se po jejich provedení dala definovat konečná diagnóza. Teprve pak je možno uvažovat o racionální terapii.

Diagnóza stanovená za života nemocného je **diagnóza klinická**, diagnóza zjištěná po smrti nemocného pomocí pitvy a event. dalších vyšetření je **diagnóza patologickoanatomická**.

2.1 Anamnéza

Anamnéza je soubor všech údajů o zdravotním stavu nemocného od narození až do současné doby.

Anamnestické údaje získáváme jednak od nemocného – **anamnéza přímá**, jednak od příbuzných nebo jiných osob – **anamnéza nepřímá** (někdy zvaná objektivní). Anamnéza nepřímá je nutná tehdy, když od nemocného údaje získat nelze vzhledem k jeho psychickému stavu, poruchám vědomí apod. Objektivní anamnéza mnohdy umožní doplnit údaje nemocného.

Anamnéza by měla obsahovat hlavně následující části.

2.1.1 Osobní data

Jméno, příjmení a rodné číslo nemocného, stav, zaměstnání, u důchodců dřívější zaměstnání, dále kdo nemocného doporučil k vyšetření, adresu praktického lékaře, adresu (telefon) nejbližších příbuzných, číslo zdravotní pojišťovny nemocného.

2.1.2 Současné obtíže

Zjišťujeme současné obtíže nebo důvod, pro který nemocný vyhledal lékaře.

2.1.3 Rodinná anamnéza

Zjistíme údaje o zdravotním stavu rodičů (event. i prarodičů), sourozenců a vlastních dětí nemocného. U členů rodiny, kteří zemřeli, zjišťujeme věk v době úmrtí a vlastní příčinu úmrtí. Ptáme se na výskyt dědičných chorob a nemocí s určitým rodinným výskytem (např. cukrovky, otylosti, hypertenze apod.).

2.1.4 Osobní anamnéza

2.1.4.1 Dřívější onemocnění

Zaznamenáme všechna závažná onemocnění, operace a úrazy, které nemocný prodělal, způsob léčení a dřívější hospitalizace. Zjistíme dětské infekce, pátráme mj. po revmatické horečce jako časté příčině získaných chlopenních vad.

2.1.4.2 Nynější onemocnění

Ptáme se na souvislosti důležité pro současné onemocnění, charakter obtíží, dobu jejich vzniku a pořadí, ve kterém se jednotlivé obtíže dostavily.

Většina symptomů kromě obecných (horečka, únavnost, slabost) zpravidla nasvědčuje poškození určitého orgánu nebo systému.

Osobní anamnézu vždy doplníme o údaje o kouření (od kolika let, co a kolik denně, kdy pacient event. přestal), o požívání alkoholických nápojů, o údaj o drogách. U žen stručně zaznamenáme gynekologickou anamnézu (první menstruaci, její pravidelnost, sílu, těhotenství, porody a potraty, menopauzu a průběh klimakteria a údaj o hormonální antikoncepci).

2.1.4.3 Doplnující anamnéza podle jednotlivých systémů

V rámci současného onemocnění doplníme anamnézu podle systémů. **Celkové obtíže:** celkový stav zdraví, změny hmotnosti, zvýšené teploty, noční pocení, časté infekce, alergické projevy. **Kůže a kožní adnexa:** vyrážka, svědění, neobvyklá ztráta vlasů a ochlupení. **Hlava:** bolesti, úrazy. **Oči:** zrakové obtíže, bolesti očí, otoky víček. **Uši:** sluch, výtok. **Nos:** krvácení z nosu, záněty vedlejších dutin, časté rýmy. **Dutina ústní, chrup, dásně:** problémy s chrupem, s protézou (pokud ji nemocný má), poslední vyšetření chrupu, krvácení z dásní. **Hrdlo:** časté katary horních cest dýchacích, chrapot, záněty mandlí. **Respirační trakt:** kašel, expektorace a její charakter, dušnost (klidová, námahová, záchvatová). **Kardiovaskulární soustava:** bolest na hrudníku, bušení srdce, otoky dolních končetin, klaudikační obtíže, záněty žil, údaje o krevním tlaku v minulosti. **Gastrointestinální trakt:** chuť k jídlu, obtíže při polykání, žloutenka, bolesti břicha, nadýmání, nauzea, zvracení, stolice (zácpa, průjem), krev nebo hlen ve stolici. **Urogenitální trakt:** poruchy močení, pálení při močení. **Svaly, klouby, páteř:** svalová slabost, křeče, bolesti a otoky kloubů, ztuhlost kloubů; bolesti, změny pohyblivosti a úrazy páteře. **Neurologické příznaky**

a psychický stav: záchvaty bezvědomí, křeče, závratě, poruchy spánku; úzkostné stavy, nervozita, deprese. **Lymfatický a krevní systém:** zduření uzlin, chudokrevnost, krvácivé projevy. **Endokrinní systém:** snášení tepla a chladu, žízeň (polydipsie), polyurie, nadměrné pocení. **Alergické projevy:** druh alergie, alergie na léky.

2.1.5 Pracovní a sociální anamnéza

Zajímají nás povolání, která nemocný zastával v průběhu života, a současné pracovní zařazení nemocného. Pozornost věnujeme těm zaměstnáním, kde je možnost vzniku choroby z povolání.

Obecně údaje získané anamnézou posuzujeme kriticky. Někteří nemocní své obtíže rádi zveličují – **aggravace**. Jindy jde o zdravou osobu, která obtíže předstírá – **simulace** (snaha o pracovní neschopnost, o přiznání invalidního důchodu apod.), ale setkáme se i s opakem, s nemocným, který se snaží nemoc zatajit nebo příznaky zastříti – **disimulace** (obava z přefazení na méně placené místo, přefazení do invalidního důchodu, strach z hospitalizace apod.).

Závěrečné pokyny pro odebrání anamnézy:

1. Je nutný zájem o obtíže nemocného. Nemocný pozná, že se zajímáte o jeho problémy, a odmění se vám důvěrou důležitou pro budoucí spolupráci.
2. Není možno spěchat, nervozita není dobrá pro nastolení důvěry a spolupráce.
3. Nelze vyjadřovat překvapení a soudy nad údaji nemocného.
4. Je třeba zdravá míra kritičnosti; nemocný může některé okolnosti zapomenout, jeho údaje mohou být i nezáměrně zkresleny.
5. Nevyslovujeme nikdy soudy nad předchozím léčením nemocného; ani od nemocného nemusíme mít dostatek natolik spolehlivých údajů, aby byl soud opodstatněný.

Zjištěné anamnestické údaje a pak i výsledek našeho fyzikálního vyšetření zaznamenáváme do chorobopisu.

Chorobopis je úřední dokument, který obsahuje osobní údaje nemocného a dále všechny zprávy a doklady o jeho zdravotním stavu. Musí být sepsán pečlivě a pravdivě. Jako dokument může sloužit k soudnímu jednání.

Do **dekurzu** zaznamenáváme pravidelně všechny subjektivní obtíže nemocného, objektivní nálezy, jeho změny, u těžce nemocných, kde se stav rychle mění, zaznamenáváme i hodinu nálezu. Dále zaznamenáváme terapii včetně diety a pohybového režimu a ordinovaná vyšetření. K dennímu záznamu patří samozřejmě údaje o teplotě, diuréze, počtu a charakteru stolic, pulzu a krevním tlaku. Minimálně jednou týdně je v dekurzu **epikríza**, v níž je stručně a výstižně zhodnocen dosavadní průběh nemoci, závěry z dosavadních vyšetření a dosavadního léčení, pracovní diagnóza, event. diferenciálně diagnostický plán a návrh na další vyšetřovací nebo léčebný postup. Při propuštění se chorobopis uzavírá vedle diagnózy i obsírnější epikrízou. Neúplné nebo nedbalé vyplnění chorobopisu a nedbalé vedení dekurzu může mít závažné forenzní důsledky.

2.2 Základní fyzikální vyšetřovací metody

K nim patří: vyšetření pohledem (inspekci), pohmatem (palpací), poklepem (perkusí) a poslechem (auskultací), a někdy i zhodnocení čichových vjemů.

2.2.1 Pohled

Pohled (inspekce) je vyšetření nemocného zrakem. Čeho je nutno si při pohledu všimnat, bude zmíněno v jednotlivých kapitolách.

2.2.2 Pohmat

Pohmat (palpace) používá hmatu. Palpace poskytuje jednak informaci o stavu kůže, jejím napětí, teplotě, vlhkosti, jednak nás informuje o útvarech uložených pod kůží a stěnou břišní, jejich velikosti, tvaru, povrchu, konzistenci, pohyblivosti. Palpace dále umožňuje odkrýt patologické útvary a zjistit bolestivé pocity nemocného při vyšetření. Způsob palpace jednotlivých orgánů a tělních krajin je popsán v příslušných kapitolách.

Při palpaci musíme mít teplé a suché ruce a vlastní palpace by měla být vždy šetrná. Při palpaci, zvláště břicha, postupujeme z míst nebolestivých směrem k maximu bolesti.

2.2.3 Poklep

Poklep (perkuse) je metoda, při níž klepeme na tělo buď přímo – **poklep přímý**, nebo na přiložený prst – **poklep nepřímý**. Podle jakosti pokleповého zvuku soudíme na vzdušnost nebo nevzdušnost tkáně pod poklepávaným místem a posoudíme také, zda poklep vyvolává bolest.

Poklep přímý: dnes se používá jen při poklepu na klíček a na lebku. **Poklep nepřímý:** třetí prst levé ruky přiložíme pevně na místo, kde chceme klepat, tak, aby mezi tímto prstem a povrchem těla nebyl vzduch, ostatní prsty levé ruky lehce oddálíme. Klepeme třetím prstem pravé ruky na druhý článek přiloženého prstu.

Při poklepu je důležité, aby úder byl krátký a pružný. Perkutující prst musí dopadat na podložku kolmo a ihned po úderu odskočit, aby netlumil chvění vzniklé poklepem. Pohyb ruky vychází ze zápěstí. Zpravidla používáme dva údery za sebou. Při vyšetřování používáme nejčastěji středně silného úderu. Dbáme, aby intenzita všech úderů byla stejná, abychom mohli pokleповé zvuky srovnávat.

Poklepem rozumíme jak vyšetřovací metodu, tak i zvuk poklepem vzniklý.

Pokleповé zvuky

Poklep jasný je nad zdravou, vzdušnou plicní tkání. Zdravá plicní tkáň sestává z obrovského počtu plicních sklípků, jejichž stěny tvoří napjaté blanky, které se při poklepu rozechvějí. Výsledný zvuk je součtem vzniklých zvuků. **Poklep hypersonní (škatulový)** je slyšet při zvýšené vzdušnosti plicní tkáně nebo při přítomnosti vzduchu v pohrudniční dutině (pneumotoraxu). Zvýšená vzdušnost plicní tkáně bývá při emfyzému. Pokleповý zvuk je hlasitý, hluboký a dlouhý. **Poklep bubínkový** je

normálně nad žaludkem a střevy, patologicky nad velkými dutinami v plicích a nad pneumotoraxem. **Poklep temný** vzniká nad bezvzdušnou tkání, např. nad svalovou masou, nad velkým pohrudničním výpotkem, nad bezvzdušnými orgány (srdcem, játry, slezinou).

2.2.4 Poslech

Poslech (auskultace) je metoda, při které posloucháme zvuky vzniklé činností některých orgánů (plic, srdce, střev). Posloucháme buď přímo uchem přiloženým na povrch těla – **poslech přímý**, nebo nepřímo pomocí fonendoskopu – **poslech nepřímý**. Poslechu nepřímého používáme častěji, je pohodlnější a hygieničtější. K nepřímému poslechu používáme fonendoskopu.

2.2.5 Vyšetření pomocí čichu

Pach po alkoholu, po acetonu při těžké diabetické ketoacidóze, pach z úst při kariézním chrupu nebo pach při některých infekcích a metabolických poruchách (jaterní a uremické kóma) apod. může přispět k diagnóze.

2.3 Vyšetření celkového stavu nemocného

Vlastní vyšetření nemocného začínáme posouzením stavu vědomí, polohy, postoje a chůze nemocného, jeho vzrůstu a výživy, změn hlasu a poruch řeči, stavu kůže a kožních adnex.

2.3.1 Vědomí

Vědomí je projevem veškeré aktivity centrálního nervového systému a poruchy vědomí jsou pak důsledkem jeho poškození.

Rozlišujeme tyto stupně kvantitativní poruchy vědomí: somnolenci, sopor a kóma.

- ♦ **Somnolence (letargie):** nemocný je spavý, má jen malou spontánní aktivitu, ze spánku jej lze probudit. Na otázky odpovídá přiléhavě, provede příkazy, ale vše s váháním a se zpožděním. Reflexy jsou zachovány.
- ♦ **Sopor:** nemocný je v hlubokém spánku, lze jej z něho probudit bolestivými podněty (např. zmáčknutím kůže), ale hned do spánku opět upadá.
- ♦ **Kóma:** nejtěžší stav poruchy vědomí. V lehkém kómatu nemocný ještě reaguje obrannými pohyby na bolestivé podněty, k vědomí se ale neprobere. V hlubokém kómatu již na zevní podněty vůbec nereaguje, neudrží stolicí a moč, vyhasínají reflexy a dostavují se poruchy dechu a oběhu.

Stavy, které vedou k poruše vědomí, jsou způsobeny:

1. **Hypoxií**, tj. nedostatkem kyslíku v centrálním nervovém systému při poruše krevního oběhu v organismu a tím i v mozku. Setkáváme se s ní u nemocných v pokročilém stadiu srdečního selhávání, při náhlých cévních mozkových příhodách – „iktech“.
2. **Přímým poškozením mozkové tkáně** úrazem, nádorem, zánětem mozku či zánětem mozkových blan.
3. **Nahromaděním zplodin vlastní látkové přeměny** – tedy sekundární metabolické poškození mozku u kómatu diabetického, uremického, jaterního, u intoxikací léky a oxidem uhelnatým.

Další formou poruchy vědomí je **obnubilace**. Je to mráкотný stav, kdy je u nemocného zachována prostorová orientace, ale není si svého počínání vědom. Může být např. u hypoglykemie. V **deliriu** je nemocný dezorientován časově i místně, je neklidný, často vykonává neúčelné pohyby. Vyskytuje se v pokročilých stádiích u chronických alkoholiků (*delirium tremens*).

K poruchám vědomí je možno přiřadit také poruchy bdění a spánku. Při **insomnii** se nemocný v noci často probouzí, obtížně usíná (tento stav se často vyskytuje u mozkové aterosklerózy, u neurotiků a bývá jedním z prvních projevů selhávání levé komory srdeční). Další příčinou insomnie je kašel u nemocných s chronickým zánětem průdušek, meteorismus, bolesti jakékoliv lokalizace. **Hypersomnie** je naopak zvýšená potřeba spánku. Dostavuje se kdykoliv, zvláště v odpoledních hodinách. Vyskytuje se u neurotiků. Spolu se zvýšenou únavností ale může být počátečním projevem srdečního selhávání.

2.3.2 Poloha

Poloha nemocného závisí na celkovém stavu nemocného a na druhu onemocnění. Rozeznáváme polohu:

1. **aktivní**: nemocný je schopen zaujmout jakoukoliv polohu sám, bez vynaložení zvláštního úsilí,
2. **pasivní**: nemocný je bezvládný, mění polohu jen s pomocí druhé osoby,
3. **vynucenou**: nemocný sám vyhledává takovou polohu, ve které se zmírňuje jeho subjektivní potíže.

Mezi takovéto polohy patří: a) **ortopnoická poloha**: nemocný s dušností usedá na lůžku, musí mít vysoko pod hlavou a event. nohy svěšeny z postele; b) **poloha na pravém či levém boku** při jednostranném onemocnění pohrudnice: nemocný uléhá na nemocnou stranu, aby omezil dýchačí pohyby, které mu působí bolest; c) **poloha na břiše nebo vleče na všech čtyřech končetinách**: zmírňuje bolesti při tumoru slinivky břišní; d) **poloha na zádech**: v této poloze leží nemocní při zánětu pobřišnice; e) **poloha s hlavou zvrácenou nazad a s flektovanými končetinami** v kloubech kyčelních a kolenních: při zánětu mozkových blan (opistotonus).

2.3.3 Postoj a chůze

K nejčastějším poruchám chůze pozorovaným u nemocných patří: a) **chůze drobnými krůčky s nakloněným tělem dopředu**; je typická pro sklerotické postižení mozkových cév (tzv. parkinsonský syndrom); b) **chůze, kdy je dolní končetina natažená v kolenním kloubu a vykonává obloukovitý pohyb do strany** (tzv. cirkumdukce). Tato chůze je typická pro hemiparézu (např. po mozkové cévní příhodě).

2.3.4 Abnormální pohyby

Tik je spontánní pohyb některých svalových skupin, který si nemocný neuvědomuje. Projevuje se např. záškuby lícních svalů, zavíráním oka či pohybem ústního koutku. Stupňuje se při rozrušení a mizí ve spánku. **Třes** (tremor) je nechtěný rytmický pohyb postihující končetiny, hlavu či víčka. **Třes při parkinsonském syndromu** je pravidelný třes postihující hlavu včetně brady a horní končetiny. Vyskytuje se u starších lidí při mozkové arterioskleróze anebo při parkinsonském syndromu jakékoliv jiné etiologie (např. pozánětlivé). **Třes při tyreotoxikóze** je jemný, rychlý, někdy sotva patrný třes prstů. Lze jej lépe zjistit pohmatem než pohledem. Nemocného vyzveme, aby předpažil, roztáhl prsty a zavřel oči. K roztaženým prstům nemocného přiložíme zdola dlaň. V kladném případě cítíme jemné vibrace. **Třes rukou a prstů u neurotiků** bývá hrubý.

2.3.5 Habitus

Rozlišují se tři typy: normostenický, astenický a hyperstenický. **Normostenici** představují optimální typ, naproti tomu **astenici** jsou štíhlí, gracilní, s dlouhým plochým hrudníkem, chabého svalstva. **Hyperstenici** jsou zase menší, silnější kostry, vyvinutého svalstva, často obézní.

Vedle habitu nemocného si všímáme stavu výživy.

Za **obézního** se pokládá jedinec, který má BMI nad 30 [výpočet: Body Mass Index = váha (kg)/výška² (m)]. Další rozdělení je uvedeno v kapitole „Obezitologie“. Tuk se predilekčně ukládá u mužů na břicho, u žen na hýždích, stehnech a bocích. Tzv. **Pickwickův syndrom** je kombinace obezity a respirační insuficience. Množství tuku v břišní dutině a na hrudníku snižuje dýchací pohyby, tím vážně výměna plynů a dochází k hromadění kysličníku uhličitého v krvi, který působí narkoticky – nemocný je spavý.

Kachexie je výrazný pokles hmotnosti se ztrátou většiny tukových zásob. Tento nemocný má atrofické svalstvo, vystupují kosterní části, kůže bývá suchá, bledá. Mívá i bradykardii. Kachexie vzniká při zhoubných nádorech, někdy i při tuberkulóze. Z endokrinních chorob vede k výrazné kachektizaci diabetes mellitus a tyreotoxikóza.

2.3.6 Změny hlasu a poruchy řeči

Změny hlasu

Chrapot se objevuje při zánětu nebo nádoru laryngu. **Zhrubění hlasu** se často pozoruje při snížené činnosti štítné žlázy (k čemuž vede prosáknutí hlasových vazů). **Huhňavý hlas** mají nemocní s obrnou měkkého patra nebo nemocní s rozštěpem patra. **Tichý hlas** se někdy vyskytuje při obrně n. recurrens např. po strumektomii.

Poruchy řeči

Afonie je ztráta hlasu. **Afázie** je neschopnost řeči. Při **motorické afázii** nemocný rozumí řečenému, není však schopen odpovědět. Jestliže nemocnému ukážeme brýle a zeptáme se, co to je, není schopen vyslovit slovo brýle, je však schopen souhlasným posuňkem projevit souhlas, jestliže se zeptáme, zda jsou to brýle. **Porušená artikulace (dysartrie)** se vyskytuje při cévních mozkových příhodách, při nichž je postiženo centrum řeči.

2.3.7 Kůže

2.3.7.1 Barva kůže

Zbarvení kůže je dosti individuální a hlavní roli hrají tři pigmenty – melanin, karotenoidy a hemoglobin. Dále se na barvě kůže podílí bohatost a prokrvení kožních kapilárních pletení.

Červené difuzní zbarvení pokožky se objevuje při aktivním překrvení (ozáření ultrafialovými paprsky). Ohraničené rudě červené zbarvení, hlavně na obličeji, na krku a někdy i přední části hrudníku, bývá způsobeno centrálně-nervovými vlivy, bývá difuzní nebo skvrnité, ale vždy je prchavé a vyskytuje se hlavně u nervově labilních lidí. Zvláštním zbarvením je tzv. **flush**, což je červenofialové, skvrnité nebo difuzní zbarvení, postihující také obličej a horní polovinu těla a vyskytující se u určitých nádorů střevní sliznice (tzv. karcinoidů). U otrav kyslíčnickem uhelnatým bývá kůže v obličeji jasně červená.

Bledost kůže a sliznic bývá přítomna u anémie a je součástí „anemického syndromu“ spolu s dalšími známkami chudokrevnosti (závratě, námahová dušnost, hučení v uších, tachykardie). Bledost se také vyskytuje u kolapsu a někdy u záchvatu hypertenze.

Žloutenka (ikterus) je žluté zbarvení kůže, sliznic a sklér, k němuž dochází při zvýšené plazmatické hladině bilirubinu – zhruba nad 35 $\mu\text{mol/l}$. Příčinou může být buď zvýšená nabídka bilirubinu játrům (při zvýšeném rozpadu červených krvinek – prehepatická žloutenka), dále poškození jaterní buňky (hepatitidou – hepatocelulární žloutenka), nebo porucha transportu žluče (cholestatická žloutenka). Mírný ikterus se nazývá **subikterus**. Není zjistitelný při umělém osvětlení.

Cyanóza je namodralé až temně modré zbarvení kůže a sliznic, která vzniká, je-li v krvi více než 50 g/l redukováného hemoglobinu. Cyanóza vzniká snáze u nemocného s normálním (či zvýšeným) počtem červených krvinek. Rozlišujeme centrální a periferní typ cyanózy. **Centrální cyanóza** vzniká při nedostatečném okysličování krve v plicích při různých onemocněních plic a dýchacích cest, při nízkém obsahu

kyslíku ve vdechovaném vzduchu nebo při plicním městnání. Tato cyanóza postihuje rovnoměrně kůži celého těla i sliznice a jazyk. **Periferní cyanóza** je podmíněna stagnační hypoxií. Dochází k ní při zvýšené ztrátě kyslíku z krve při zpomaleném průtoku krve kapilárami, kdy krev předává tkáním větší množství kyslíku než normálně a tím stoupá i množství redukováného hemoglobinu. K takovému zpomalenému průtoku krve přes kapiláry dochází např. při pravostranném srdečním selhávání. Tento mechanismus je hlavním faktorem při vzniku cyanózy u nemocných se srdečními chorobami. U těch nemocných, kde je vedle pravostranného srdečního selhávání současně i plicní městnání, se uplatňuje i snížená saturace krve kyslíkem. Periferní typ cyanózy je nejvýrazněji vyjádřen na akrálních částech, např. na boltcích, rtech, špičce nosu.

Při **pigmentaci** jde o zvýšené ukládání melaninu v kůži, zvláště na predilekčních místech. Bývá u Addisonovy choroby (chronická nedostatečnost kůry nadledvin). **Šedohnědé zbarvení** pokožky se tu objevuje nejdříve na místech vystavených slunečnímu záření nebo tlaku (v obličeji, zvláště kolem očí, na krku, v dlanových rýhách). U zvýšené činnosti štítné žlázy bývají pigmentace víček, v těhotenství se objevují hnědavé skvrny v obličeji (**chloasma gravidarum**) a zvýšená pigmentace prsních bradavek a *linea alba*. Pigmentové skvrny v obličeji a na rukou pozorujeme u starších jedinců. Vymizení melaninu – **depigmentace** – může být buď difúzní (**albinismus**), nebo lokální (**vítligo**).

2.3.7.2 Kožní exantémy

Kopřivka (urtica) je výsev růžových až načervenalých svědivých pupenů. **Erytém** u *lupus erythematoses* bývá lokalizován v obličeji a má motýlovitý tvar. **Erythema nodosum**, což jsou plošné skvrny nafialovělé barvy, velikosti až kolem 2 cm, tužší a na pohmat citlivé, se vyskytuje někdy u tuberkulózy, revmatické horečky a u infekcí způsobených β -hemolytickým streptokokem. Objevuje se zvláště nad extenzory dolních končetin. **Herpes zoster** – **pásový opar** – je výsev puchýřků nejčastěji v interkostálních prostorech a je často doprovázen neuralgií v dané oblasti. Poměrně často souvisí s maligními chorobami.

2.3.7.3 Patologické kožní útvary a jizvy

Při bakteriální endokarditidě se mohou objevit **Oslerovy uzlíky**. Jsou lehce zarudlé, velikostí do 1 cm a bývají lokalizovány především na bříškách prstů. U jaterní cirhózy se drobné cévní ektázie nacházejí zvláště na přední straně hrudníku – tzv. **pavoučkovité névy**. Na kůži si všímáme také **jizev po různých operacích** (v pravém podžebří klasicky po operacích žlučníku, v podbříšku po porodnických a gynekologických operacích, na hrudníku po operacích srdce a plic).

2.3.7.4 Krvácení do kůže

Tečkovité výrony do kůže nazýváme **petechie**. Vyskytují se při poruchách činnosti a množství krevních destiček a při krvácivých stavech způsobených poruchou cévní stěny (vaskulární purpury). Plošným výronům říkáme **sufuze** nebo **ekchymózy**. Krevní výrony zasahující do hloubky jsou **hematomy**.

2.3.7.5 Vlhkost kůže

Zvýšená bývá u neurotiků a u pacientů s revmatickou horečkou. U tuberkulózy a některých maligních onemocnění se vyskytuje **noční pocení**. Noční pocení může být rovněž projevem levostranného srdečního selhávání. Pocení může být vyvoláno také léky (salicyláty), objevuje se při hypoglykemii a u pacientů v šoku.

2.3.7.6 Napětí (turgor) kůže

Vytvoříme-li stisknutím na kůži řasu, normálně se rychle vyrovná. Její pozvolné vyrovnávání je známkou **dehydratace**, která může být důsledkem těžkého zvracení, průjmů nebo nedostatečného příjmu tekutin. Dehydratace se také vyskytuje v průběhu hyperglykemického kómatu (po úvodní polyurii způsobené velkými ztrátami cukru v moči).

2.3.8 Otok

Otok (edém) znamená skoro vždy zmnožení extracelulární tekutiny v intersticiálních prostorách. K **lokalizovaným otokům** počítáme otok při zánětech, trombózách a tromboflebitidách. U **generalizovaných otoků** se musí objem intersticiální tekutiny zvýšit o několik litrů, aby byl otok postižitelný vyšetřením.

Příčina otoků je složitá a podle choroby se může uplatnit několik faktorů:

- ♦ zvýšený filtrační tlak v kapilárách, při kterém se vytlačuje tekutina mimo cévu;
- ♦ snížený onkotický tlak bílkovin plazmy; onkotický tlak bílkovin krevní plazmy udržuje tekutinu v cévách a působí opačným směrem než tlak filtrační;
- ♦ koncentrace sodíku, který na sebe váže vodu;
- ♦ stav cévní stěny;
- ♦ stav lymfatického systému.

Otok vyšetřujeme pohledem a pohmatem. Kůže nad ním je napjatá, lesklá a při nezávětlivém otoku většinou bledá. V místech tlaku přiléhajícího oděvu vznikají vklesliny a při zatlačení prstem vzniká v místě otoku důlek. Při ústupu otoku se kůže řasí.

Tekutina otoků se hromadí nejčastěji na místech nejnižše uložených. U chodících nemocných tedy kolem kotníků (perimaleolární otoky) nebo pretibiálně. U ležících nemocných je nejnižše uložená sakrální krajina, proto jí při vyšetření věnujeme pozornost. Při větších otocích se otok šíří i na břicho, někdy i na horní polovinu těla. Edémová tekutina se také hromadí v tělních dutinách, tj. v dutině břišní, hrudní a perikardiální (ascites, hydrotorax, hydroperikard). Při rozsáhlých generalizovaných otocích hovoříme o **anasarce**.

Generalizované otoky jsou nejčastější při pravostranné srdeční nedostatečnosti, při některých onemocněních ledvin a při jaterní cirhóze.

Zánětlivý otok je lokalizovaný a kůže nad zaníceným místem je napjatá, lesklá, zarudlá a teplejší.

Lymfedém vzniká při porušeném odtoku lymfy, a to při zánětu uzlin nebo jejich nádorové infiltraci.

2.3.9 Kožní adnexa

2.3.9.1 Změny ochlupení

Rozložení ochlupení se počítá k sekundárním pohlavním znakům. Se změnami ochlupení se setkáváme hlavně při onemocnění žláz s vnitřní sekrecí. Snížené ochlupení bývá také u jaterní cirhózy. Po některých cytostatikách dochází k vypadávání vlasů. Vymizení vlasů se označuje jako **alopecie**, která bývá buď ohraničená – **alopecia areata**, nebo difuzní – **alopecia diffusa**.

2.3.9.2 Změny nehtů

Zvýšená třepivost a lomivost nehtů se vyskytuje u myxedému (snížené činnosti štítné žlázy) a anémie z nedostatku železa. Tzv. **sférické nehty** – podobné vypouklému hodinovému sklíčku – se sdružují s **paličkovitými prsty** a vyskytují se u vrozených srdečních vad spojených s cyanózou a u plicních onemocnění (rakovina, bronchiectázie). Lžičkovitě prohloubené nehty – **koilonychie** – se vyskytují spolu s třepivostí u anémií z nedostatku železa.

2.3.10 Tělesná teplota

Změření teploty patří ke každému fyzikálnímu vyšetření. Normální teplota je mezi 36 až 37 °C. Teplota od 37 do 38 °C se nazývá **subfebrilní**, nad 38 °C jde o **horečku**. Při horečce nad 40 až 41 °C mluvíme o **hyperpyrexii**.

Charakter teplotní křivky měl diagnostickou cenu v dobách před používáním antibiotik a kortikoidů. Dnes již takový význam nemá. Rozeznáváme: a) **kontinuální horečku** (febris continua), charakterizovanou trvalým zvýšením teploty nad 38 °C s kolísáním v průběhu dne zpravidla ne větším než o 1 °C (břišní tyfus nebo neléčená pneumonie); b) **remitentní horečku** (febris remittens): teplota během dne kolísá o více než 2 °C. Minimální teplota neklesá na normální hodnotu (těžké infekce); c) **intermitentní horečku** (febris intermittens): vysoká horečka se během téhož dne střídá s normální až subnormální teplotou (sepsy, cholangitidy, pyelonefritidy); d) **návratnou (rekurentní) horečku** (febris recurrens): pravidelně se střídají periody dnů s horečkou s obdobími dnů bez horeček (rekurentní tyfus); e) **vlnivou horečku** (febris undulans): teplota během několika dnů stoupá a po dosažení maxima opět klesá. Bezohřečnaté údobí může trvat několik dnů a pak přichází nová vlna (Hodgkinova choroba – tzv. Pelův-Ebsteinův typ horečky, brucelóza).

Vzestup teploty je doprovázen pocitem mrazení až třesavkou. Prvotní třesavka, která se již neopakuje, bývá u bakteriálních infekcí apod. Opakující se třesavky provázející každý vzestup teploty bývají u sepsí a jsou většinou příznakem těžkého onemocnění. Při alergických reakcích a při teplotách u zhoubných nádorů většinou nebývají třesavky.

3 Vyšetření hlavy

3.1 Vyšetření lebky

3.1.1 Vyšetření lebky pohledem

Normální tvar lebky se nazývá **mezocefalický**. Lebka zkrácená ve směru předozadním se označuje jako **brachycefalická**, prodloužená ve směru předozadním jako **dolichocefalická**. **Mikrocefalie** je vrozeně malá lebka při poruše vývoje mozku co do velikostí a funkce. **Makrocefalie** se vyskytuje při *hydrocefalu* (zvětšení hlavy v dětství způsobeném zvýšeným intrakraniálním tlakem při porušení cirkulace cerebrospinálního moku), při *Pagetově chorobě* (ztluštění kostí lebky vede ke zvětšení kalvy hlavně ve frontální krajině). **Turicefalie** je tzv. věžovitá lebka vznikající předčasným srůstem švů.

Všímáme si také **polohy hlavy**. U meningitid bývá někdy hlava zvrácena nazad. Třes hlavy se vyskytuje u parkinsonizmu, kývání hlavy soudobé se systolou se pozorovalo dříve u těžké aortální insuficience (Mussetův příznak).

Dále si všímáme **obličej jako takového**. Změny tváře se označují podle chorob a stavů, při kterých se vyskytují. **Facies febrilis** bývá při horečce, při níž tváře plnou a oči jsou lesklé. **Facies myxedematosa** jsou změny obličejů při myxedému. Kůže je nažloutlá, těstovitě prosáklá, se zřetelným periorbitálním edémem, zevní část obočí je prořídlá, mimika je celkově snížena. **Facies mitralis** je tvář s červeným ruměncem, s nádechem cyanózy, později i s nádechem subikteru. Kolem očí, čela a úst bývá bledost, ušní boltce a rty mohou být cyanotické. **Facies abdominalis** se vyskytuje u náhlých příhod břišních, zvláště peritonitid. Oči jsou vpadlé, nos špičatý, rty a jazyk suché. **Cushingoidní facies** se vyskytuje jednak u morbus Cushing, jednak u nemocných dlouhodobě léčených kortikosteroidy. Jde o kulatý, „měsíčkovitý“ obličej. U **facies nephritica** je obličej bledý s možným prosáknutím víček; nyní jej nejčastěji vídáme u nemocných v dlouhodobém hemodialyzačním programu. Celkové zbarvení kůže (nejen obličej) bývá bledě šedé až šedavě nažloutlé. Poměrně typický je vzhled člověka s **primární polycytemií (Vaquezovou-Oslerovou chorobou)** – ušní boltce, nos, tváře, sliznice spojivek, rtů i ústní dutiny jsou sytě švestkově zbarvené. U pokročilé aterosklerózy mozku bývá dosti často mimika obličejů výrazně snížena (hypomimie) a kůže je mastná – jde o **obličej u parkinsonského syndromu**. V endokrinologii se někdy setkáme s **facies acromegalica** – u akromegalie jsou výrazné nadočnicové oblouky, mohutný, prominující nos, široké, silné rty a dopředu vystuplá brada.

Při **poruše motorické inervace obličejů** (parézy – obrny n. facialis – lícního nervu) se pozorují dva typy poruchy inervace: jednak tzv. **centrální** – při cévních mozkových příhodách – a **periferní** – např. při prochlazení, „e frigore“, někdy zvaná Bellova nemoc. U centrální poruchy bývá nazolabiální rýha na postižené straně vyhlazena, ústní koutek pokleslý, nemocný nemůže zapískat. Při periferní obrně navíc

nemocný nedokáže pokrčit čelo a nemůže zavřít oči. Dolní víčko ztrácí tonus, mezi ním a bulbem dochází k hromadění sekretu – jde o tzv. **lagoftalmus**.

3.1.2 Vyšetření lebky poklepem a pohmatem

Poklepová bolestivost v obličejí může znamenat zánět dutiny – sinusitidu. Dále vyšetřujeme pohmatem **inervaci obličeje**, tj. bolestivost výstupů tří větví trojklanného nervu: 1. větve na horním okraji očnice vně střední čáry, 2. větve na dolním oblouku jařmové kosti a 3. větve asi 1,5 cm od střední čáry na dolní čelisti.

U tzv. temporální arteriitidy (zánětu spánkové tepny) někdy pozorujeme a hmatáme ve spánkové krajině tuhý zarudlý pruh, který vystupuje nad úroveň okolní kůže. Tep na arterii není hmatný.

3.2 Vyšetření očí

Při vyšetření očí vyšetřujeme **oční okolí** (nadočnicové oblouky, obočí a oční víčka) a pak vlastní **oči**.

Oční okolí

Nadočnicové oblouky výrazně prominují při akromegalii (viz výše), při nadměrně vyvinutém **obočí** u ženy myslíme na virilismus, typické je prořidnutí zevní části obočí u hypofunkce štítnice (myxedému). Prosáknutí **víček** bývá jednak u onemocnění ledvin a u myxedému a také při alergickém angioneurotickém edému, pigmentace víček pozorujeme při Addisonově a Basedowově chorobě. Žlutavé prominující skvrny na obou víčkách nazýváme **xantelazmata** a bývají hlavně u poruch lipidového metabolismu.

Oči

Oční bulby. Vystoupení bulbů směrem ventrálním s určitým rozšířením oční šterbiny se nazývá **exoftalmus**, který vidáme často u tyreotoxikózy (oboustranný a symetrický). Jednostranný exoftalmus bývá nejčastěji při jednostranných retrobulbárních tumorech. Důležitý je **jednostranný exoftalmus**, který je provázen městnavým **otokem** v periorbitální krajině a **chemózou** (prosáknutím) **spojivky**. Je známkou nitrolebeční žilní trombózy – trombózy kavernózního sinu. Daleko vzácnější je vpadnutí bulbů – **enoftalmus**. Někdy jej pozorujeme jako součást Claude Bernardova-Hornerova trias, které vzniká nejčastěji z tlaku nádoru na krční sympatikus a k němuž patří vedle enoftalmu mióza zornice a ptóza víčka.

Pro tyreotoxikózu jsou důležité ještě i tyto oční příznaky: **Graefeho příznak:** víčko při pohybu bulbu dolů nesleduje bulbus a objevuje se srpek bělma, **Moebiův příznak:** bulbus při pohledu do blízka diverguje pro svalovou slabost při tomto onemocnění, **Stellwagův příznak:** řídkost očního uzávěru (řídké mrkání).

Při vyšetření vlastní pohyblivosti bulbů nemocného vyzveme, aby sledoval očima prst, kterým pohybujeme v rovině horizontální i vertikální. Tak zjišťujeme, zda jsou bulby všemi směry volně pohyblivé. Při obrně okohybných svalů vzniká **strabismus** (šilhání), který může být buď divergentní – oční osa směřuje do stran, nebo konvergentní – oční osa se uchyluje mediálně. Vykonávají-li bulby rychlé spontánní