

březen 2003 ■ číslo 3 ■ ročník 3

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů

Indikace k alergickému a imunologickému vyšetření

Alergie a alergická onemocnění

Pertuse a pertusoidní syndrom

Systemová enzymoterapie



tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství

MEDIX

Adresa vydavatelství:
Branická 141, 147 00 Praha 4
tel./fax: 244 462 959
e-mail: vox@imedix.cz

**Časopis garantován
Sdružením praktických lékařů
pro děti a dorost ČR**
zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem
ve spolupráci s Odbornou společností
praktických dětských lékařů ČLS JEP
zastoupené MUDr. Hanou Cabrnchovou.

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer
MUDr. Jiřina Dvořáková
MUDr. Jiří Liška, CSc.
MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10
sekretariát - tel.: 267 184 065, fax: 267 184 050
redakce VOX - tel.: 267 184 065, 267 184 047
e-mail: centrum@detskylekar.cz

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.
Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.
Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků.

Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem
MK ČR E 10971, ISSN 1213 - 2241

Redakce nezodpovídá za obsah článků.
Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.
Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.
Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsahovou stránku časopisu Děti a my.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Bc. Veronika Drahovzalová
U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10
tel.: 267 184 065, GSM: 602 873 761 - jen pro inzerenty
e-mail: centrum@detskylekar.cz
e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc únor	5
Koalice ambulantních lékařů	6
Problematika registrace novorozenců	9
LSPP	10
Podvojný či jednoduchý?	12
Zápis z jednání zástupců SPL ČR, SPLDD ČR a VZP ČR	13



Zápis z jednání OSPDL ČLS JEP	14
Stále živé téma - očkování	14
MUDr. V. Gutová Indikace k alergologickému a imunologickému vyšetření	17
Prof. MUDr. V. Špičák, CSc. Alergie a alergická onemocnění	20
Doc. MUDr. V. Petřů, CSc., MUDr. D. Kopičková Olivova dětská léčebna	24
Doc. MUDr. V. Marešová, CSc. Pertuse a pertusoidní syndrom	26

MUDr. B. Hubková Systémová enzymoterapie	30
Zápis z výboru ČPS	32
MUDr. I. Nentwich, Ph.D. Budoucnost prevence atopických onemocnění	34



Aktuality	36
Řádková inzerce	42



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrázek na titulní straně namalovala ústy Jolanta Borek-Unikowska



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovoluji mi, abych přispěla do diskuze kolem vládního návrhu zákona „O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a o změně některých souvisejících zákonů“. Je přirozené, že tato předloha je středem zájmu především všech lékařů, a tím mám na mysli samozřejmě i oněch sedm lékařů, kteří jsou členy 21-členného výboru pro sociální politiku a zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky. Osobně se

dlouhodobě zabývám pracováním postgraduálního vzdělávání, neboť díky svému mnohaletému působení na Interní klinice Fakultní nemocnice v Plzni prožívám již delší čas obavu z důsledků atomizace medicínských oborů při přirozeném ubývání tzv. týmových lékařů. Moje obavy jsou podtrženy některými ustanoveními, obsaženými v dosavadních, ale i chystaných předpisech Evropské unie, před jejímiž branami stojíme. Především odbourání atestací II. stupně v hlavních medicínských oborech mi dlouho připadalo jako kontraproduktivní. Otázkou také zůstává, který z odborníků bude dostatečně vzdělaným kandidátem na funkci primáře nebo přednosta např. interního, chirurgického nebo pediatrického pracoviště? Při koncipování zmíněného zákona jsem se přidržovala několika zásad:

1. tato norma by měla sloužit především potřebám českého zdravotnictví, a to nejen v jeho fázi protražované a nedokončené transformace, ale i později.

2. měla by být kompatibilní s přístupovou smlouvou.

3. měla by být kompromisem mezi pokročilou specializací v jednotlivých medicínských oborech a mezi potřebou všestranně vzdělaného týmového lékaře.

4. měla by být adaptací na nově zavedené a stále se vyvíjející a měnící podmínky pro výkon lékařského povolání (privatizace, systém financování, dosud chybějící síť zdravotnických zařízení, volný pohyb osob zejména po vstupu do EU).

Zabudováním hlavních oborů do přílohy zákona a oborů dílčích pak do vyhlášky by bylo dosaženo relativní záruky lepší organizace a úrovně našeho zdravotnictví a zároveň i existenční jistoty pro absolventy studia na lékařských fakultách. V oborech dílčích je uveden i rodinný lékař. I toto je kompromis a adaptace novým podmínkám. Půjde jistě o výjimečné případy především v příhraničních regionech, v oblastech s řídkým osídlením na velkém území, s malým výskytem dětské populace, kde kterýkoliv lékař prvního kontaktu se stává jediným kompetentním zdravotníkem, který musí vždycky poradit anebo rozhodnout o dalším postupu, ale jen někdy diagnostikovat, léčit a dispenzarizovat. Pokud si troufne naplňovat funkci rodinného lékaře, tj. má schopnost sledovat medicínské vědění v celé jeho šíři a dynamice a v praxi toto uplatňovat, pak musí být jeho schopnost potvrzena doplňujícím vzděláním a atestační zkouškou. Jde mimo jiné i o důvody forensní, které se týkají i právoplatnosti uzavírané smlouvy s pojišťovnou. U jeho atestační zkoušky bude patrně několik examinátorů z různých medicínských oborů, neboť si nejsem jista, že by na vše vystačil examinátor jediný, něco jako je pohádkový „děd Vševěd“. V pohádce však nežijeme a vrátíme se proto nohama na zem. Kategorie „rodinný lékař“ je tedy pro podmínky našeho zdravotnictví jen cosi výjimečného a je obtížné předvídat, zda se tato idea v praxi uplatní. Každopádně jde o kompromisní řešení, které v žádném případě neznamená rušení pediatrické praxe anebo popírání nezastupitelného místa pediatra v našem systému zdravotnictví. Spíše bychom měli všichni přemýšlet o tom, jak zvednout populační křivku, a to nejen kvůli adekvátnímu pracovnímu vytížení pediatričů. V četnosti a kvalitě dětí, mladých lidí a rodin spočívá záruka budoucnosti naší země, národa, který by se měl začlenit se vši hrdoostí do EU.

Doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc.
předsedkyně Výboru pro sociální politiku
a zdravotnictví Poslanecké sněmovny
Parlamentu České republiky

Některé naléhavé situace u dětí

Invazivní bakteriální onemocnění

Zvláštnosti kardiopulmonární
resuscitace u dětí

Koniopunkce



seznam inzerujících firem

AVENTIS PASTEUR
CK ELECTRA TOURS

HAPRA

HIPP

LÉČIVA

NESTLÉ

NUTRICIA

OMNEO

ORION DIAGNOSTICA

UCB PHARMA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

Úterý 10,00 - 17,00

Středa 10,00 - 17,00

Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla
zastihnete v těchto hodinách:

Úterý

14,00 - 16,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

Středa

10,00 - 12,00 - MUDr. Hana Cabrnová

13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn

16,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc únor

MUDr. Pavel Neugebauer

Také nejkratší měsíc v roce byl bohatý na události. Parlament, resp. výbor pro zdravotnictví se zabýval problematikou návrhu zákona o odborné a specializované způsobilosti k výkonu povolání lékaře, i když nakonec své jednání přerušil, byl znatelný postup v náš prospěch, obdobně lze hodnotit i další jednání, o kterých se níže zmiňuji. Koncem tohoto měsíce jsme se opět dohodli se zdravotními pojišťovnami na návrhu úhrad ve druhém pololetí letošního roku, i když to chvílemi vypadalo na prakticky nulové navýšení, nakonec k rozumnému navýšení došlo, i když stále neodpovídá našim představám.

7.2. – jednání Parlamentního výboru pro zdravotnictví na téma návrh Zákona o odborné a specializované způsobilosti k výkonu povolání lékaře

■ V obecné rozpravě poukázáno na množství problémů v návrhu zákona

■ Diskutováno i začlenění PLDD

■ Přijat komplexní pozměňovací návrh vypracovaný MZd, ale předložený poslancem Maštálkou

■ Odhlasováno, že přijatý komplexní pozměňovací návrh bude podkladem pro příští jednání, toto bylo přerušeno

■ Přerušením podrobné rozpravy pro množství úprav původního návrhu způsobilo odložení projednávání tohoto zákona až na příští schůzi Poslanecké sněmovny, tj. koncem března

7.2. – Petičnímu výboru Parlamentu jsme předali první část petičních archů s podpisy více jak 110.000 obyvatel, což způsobilo značný rozruch, neboť takový počet podpisů není při petičních akcích obvyklý, dle Petičního zákona bude vypořádání petiční akce na programu společného jednání petičního a zdravotního výboru Parlamentu

10.2. – na jednání Vědecké rady MZ ČR jsem byl přizván společně s předsedkyní OSPDL MUDr. Cabrnchovou, tématem bylo opět postavení a budoucnost PLDD, jednání se za odbor zdravotní péče účastnil jeho ředitel MUDr. Pavel Březovský

■ Zdůrazněna nutnost transformace současného vzdělávání s nutností začlenění PLDD do legislativy

■ Systém dvou typů PL hodnocen jako osvědčený a dobře fungující

■ Rodinné lékařství jako obor je v ČR za posledních 50 let bez tradice, nic neukládá tento obor zřizovat

18.2. – pokračují cenová jednání v našem segmentu, pojišťovny stahují své návrhy s odůvodněním nutnosti vyčkat výsledku mimořádného jednání analytické komise dohodovacího řízení o cenách

18.2. – jednání Koalice ambulantních zařízení, jehož jedinou náplní byla problematika ČLK – reakce na vzniklou situaci, podrobnější informace uveřejňujeme na jiném místě

18.2. – společná schůzka čtyř předsedů – SPL, SPLDD, SVL a OSPDL, výsledkem jsou společné teze, resp. společné stanovisko k problematice rodinných lékařů

■ Odkázáno na usnesení vlády č.1046 ze dne 30.10.2002, kde je v kapitole 15.2.6. uvedeno:

v současné době neexistuje v ČR žádný naléhavý důvod ani vnější tlak ke změně v poskytování primární zdravotní péče ve smyslu zavedení jediného praktického – rodinného lékaře....

■ Dosavadní dělba péče mezi praktické lékaře pro děti a dorost a praktické lékaře pro dospělé je považována na základě praktických výsledků a evropských trendů za plně vyhovující

■ Rodinné lékařství není totéž jako součet obou odborností praktických lékařů

■ Byl vysloven nesouhlas s tendencí k postupnému omezování poměru finančních prostředků pro praktické lékaře v porovnání s celkovými výdaji na zdravotní péči

24.2. – jednání Komise ministerstva zdravotnictví pro péči o děti a dorost

■ Členy komise, jejíž jednání se účastním spolu s dr. Cabrnchovou, byl schválen jednací řád a statut komise

■ Byl odsouhlasen návrh na zřízení jednoho centra pro novorozenecký screening dědičných poruch metabolismu v ČR a dále návrh, aby toto centrum bylo zřízeno při Ústavu dědičných metabolických poruch VFN v ulici Ke Karlovu 2, Praha 2.

■ K otázce vzdělávání pediatriů bylo konstatováno, že je třeba stavět na co nejširším společném kmeni s co nejpružnější možností přecházet z odbornosti do odbornosti s tím, že bude třeba připravit a vypracovat kritéria, která budou vyžadována od akreditovaných pracovišť v souvislosti s případným udělováním certifikátů

■ Všichni účastníci jednání považují diskusi na téma rodinných lékařů za ukončenou.

■ Účastníci jednání schválili ustavení pracovních skupin ke konkrétním problematikám. Na dalším jednání komise bude diskutována náplň a úkoly jednotlivých pracovních skupin.

25.3. – jednání přípravné fáze DŘ o cenách na 2.pololetí 2003 bylo zakončeno předběžnou dohodou, ve které se základní minimální sazby navyšují u kapitačního paušálu na 33 Kč a u hodnoty bodu na 0,90 Kč, což v danou chvíli bylo asi maximum dosažitelného

26.3. – proběhlo společné jednání čtyř předsedů (SPL, SPLDD, SVL a OSPDL) s ministryní zdravotnictví, jednání se dále účastnili za MZd 1. náměstek MUDr. Čevela a ředitel odboru zdravotní péče

MUDr. Březovský

■ Celé jednání se točilo kolem problematiky naší odbornosti a problematika rodinného lékaře

■ I když z tohoto jednání nebyl pořizován zápis, z jednání snad vyplynulo, že není žádná potřeba měnit současný systém dvou typů praktiků, zástupci MZd však trvají na nutnosti diskuse nad zavedením nového oboru rodinného lékařství, zástupci praktických lékařů pro dospělé deklarovali na tomto jednání, že problematika rodinných lékařů není problematika dneška, ale možné budoucnosti

28.3. – jednalo Předsednictvo našeho Sdružení

■ Jednání předcházelo setkání s pokladníky Sdružení, problematika financí je stále živá, proto bylo nutno opět prodiskutovat a sjednotit správný tok financí ve Sdružení

■ Následovalo setkání Předsednictva s Výborem OSPDL rozšířeným o regionální zástupce OSPDL, hlavním bodem jednání bylo samozřejmě vyjasnění a upřesnění vzájemné spolupráce na poli organizačním i ekonomickém

■ Vlastní Předsednictvo se pochopitelně obšírně zabývalo stavem jednání kolem oboru PLDD

■ Byla diskutována otázka strategie cenových jednání, bonifikačních systémů, CRP, ale i dalších aktivit, v nichž jsou našimi partnery především zdravotní pojišťovny, nemohla chybět ani informace o podání k ústavnímu soudu, úplné znění najdete v tomto čísle našeho časopisu

■ Nemohla se opomenout ani problematika LSPP, ta je však v současnosti značně nepřehledná, i proto na jiném místě otiskujeme obdržené ucelené informace k 31.1.2003

■ Předmětem jednání byla i aktuální situace v ČLK, podrobněji opět na jiném místě

■ Byla diskutována i další aktuální problematika jednotlivých regionů

■ Členové Předsednictva byli informováni o záměru vzniku zahraniční komise Sdružení, měli by se pokusit vytipovat a nakontaktovat naše kolegy s dobrou znalostí cizích jazyků a zájmem o práci v této komisi

Nechyběly ani pravidelné středeční setkání členů Výboru, problematiky k řešení je stále dost a dost.



Koalice ambulantních lékařů

V tomto vydání našeho časopisu nenajdete klasický zápis z jednání této Koalice, ale ve dvou částech se Vás pokusím seznámit s aktuálními problémy, které v uplynulém měsíci zcela naplnily obsah opakovaných jednání tohoto uskupení zástupců organizací sdružujících převážnou většinu ambulantních poskytovatelů zdravotní péče.

I. Problematika ČLK

Především ze Zdravotnických novin a z Komorového časopisu jste se již měli možnost seznámit, že na půdě vedení ČLK došlo ke střetu Revizní komise a Prezidenta ČLK, resp. Předsednictva ČLK. Domnívám se, že je nutno Vás s některými skutečnostmi seznámit. Není mým cílem Vám vnucovat nějaký názor, myslím, že si ho po přečtení následujících textů vytvoříte sami. Výběr z informací nemůže být úplný, neboť by na to rozsah našeho časopisu rozhodně nestačil, proto jsem se pokusil vybrat ty příspěvky, které snad stručně charakterizují vzniklou situaci.

Oslovení členů ČLK MUDr. Martou Holanovou, úřadující předsedkyni revizní komise ČLK.

Vážené kolegyně a vážení kolegové, situace ve vrcholném orgánu ČLK se stala již natolik vážnou, že vzbudila zájem médií. Věnuji se jí poslední čísla Zdravotnických novin. Pro přesnější informovanost se pokusím shrnout, co se vlastně děje. Rozhořel se spor mezi Revizní komisí a představenstvem, resp. prezidentem Rathem. Nemělo by být pochyb o tom, že Revizní komise je orgán nezávislý na představenstvu, který má kontrolní pravomoci a v některých případech může dokonce rozhodnutí představenstva pozastavit. Ze svého středu si (podle zákona) volí předsedu, nicméně v předpisu není uvedeno, zda předsedu může i odvolat.

Údálosti začaly nabírat na spádu v době brněnského XIV. sjezdu ČLK. Objevil se text informující o jednání Revizní komise, který měl neoficiální charakter a který nebyl publikován. V tomto textu byla vyslovena podezření, že některé kroky představenstva nejsou korektní a údaje poskytované představenstvem nejsou úplné. Bylo poukázáno na nejasnosti a to zejména 1) v účelnosti výdajů vynakládaných představenstvem, 2) v toku peněz kolem vydávání časopisu Tempus medicorum, resp. nákladu na tento časopis, 3) na nedostatečnou aktualizaci webových stránek ČLK, 4) v osudu prostředků ze sponzorských akcí, 5) v efektivitě činnosti sekce vzdělávání, kde ztráty

snad činí přes 360 tis. Kč, 6) ve vyplacení odměn či mezd některým pracovníkům (Dr. Horké, Dr. Nováčkoví, řidiči ČLK), 7) v oblasti sjednávání a uzavírání hospodářských smluv.

Je zřejmé, že klást takovéto otázky je legitimní, ale odpověď na to, zda vyslovená podezření se zakládají na pravdě by mělo přinést šetření Revizní komise. Odpovědi by měly velmi zajímat delegáty sjezdu. Objeví-li se takovéto pochybnosti, je povinností Revizní komise je řádně vyšetřit a vyvrátit nebo potvrdit, včetně vyvození důsledků. Prezident Rath pobouřeně reagoval tak, že vše označil za pomluvu a lež a vyhrožoval dr. Holanové, jejíž jméno je na konci textu uvedeno, trestním oznámením pro pomluvu. Dr. Holanová se od textu jakožto neoficiálního materiálu distancovala. Nicméně položené otázky a pochybnosti zůstávají bez odpovědi.

Krátce poté, 15.12.2002, napsal předseda Revizní komise Dr. Merhaut jejím členům dopis, který byl stylizován velmi stroze a autoritativně. Striktní zákaz požívání jakýchkoliv alkoholických nápojů při schůzích Revizní komise, zdůrazněný v dopise, implikuje dojem, že šlo o schůzky pilců. Tato neobvyklá forma komunikace, budící dojem účelovosti, pobouřila a urazila členy komise natolik, že se rozhodli Dr. Merhauta z funkce předsedy odvolat. Za předsedkyni pak zvolili dr. Holanovou. Následovaly další dva dopisy Dr. Merhauta z 29.12.2002 a 17.1.2003, ve kterých se členům komise omlouvá, ale komise potvrdila předsednictví Dr. Holanové.

Na zasedání představenstva ČLK ve dnech 24. a 25.1.2003 se dostavila dr. Holanová jako nově zvolená předsedkyně. Dr. Rath zpochybnil odvolání dr. Merhauta a volbu dr. Holanové. Zastává názor, který se opírá o stanovisko právního oddělení ČLK, že Revizní komise nemůže předsedu odvolat, neboť pro tento akt není opora ani v zákoně ani ve stanoviskových předpisech. (Předseda by tedy byl neodvolatelný i v případě jeho duševního onemocnění.) Prezident dr. Rath zastává stanovisko, že jediný, kdo může vykládat stanoviskové předpisy, je představenstvo. Ve velmi dramatickém jednání se pan prezident a část představenstva snažili dr. Holanovou ze zasedání vykázat téměř s pohrůzkou vyvedení a odmítli uznat právoplatnost rozhodnutí Revizní komise. Pan prezident zašel dokonce tak daleko, že požádal brněnský soud, aby vydal předběžné

opatření, které by zakazovalo dr. Holanové podepisovat se jako předsedkyně Revizní komise ČLK. To soud odmítl. Nyní běží odvolací lhůta. Na svém mimořádném zasedání dne 13.2.2003 RK ČLK všemi přítomnými 7 hlasy (z 9 členné komise) potvrdila odvolání dr. Merhauta z funkce a potvrdila zvolení dr. Holanové do funkce předsedkyně RK ČLK. Dr. Merhaut se dopisem ze dne 14.2.2003 omluvil revizní komisi a prezidentu dr. Rathovi, že nemůže ze zdravotních důvodů vykonávat svou funkci v Revizní komisi a „pověřil do doby konání nejbližšího zasedání představenstva ČLK dne 14.3.2003 členy RK ČLK svým zastupováním s tím, že kontaktními osobami pro kancelář RK/ČR bude MUDr. Kocman a MUDr. Holanová“.

Tolik fakta. Nutno však dodat, že postoj pana prezidenta a představenstva k činnosti Revizní komise je neobvykle zneklidňující. Vyslovená podezření nejenže nejsou vyjasněna, ale některé kroky mají jejich objasnění zřejmě znesnadnit. Je jistě podivné, proč byla na hodinu propuštěna účetní ČLK paní Směkalová nebo proč přístup k dokumentům má být Revizní komisi umožněn jen přes jednoho zaměstnance – tajemníka ČLK dr. Nováčka. Závažných otazníků je příliš mnoho. Podivné právní výklady vedení komory ukazují na nezbytnost upřesnění zákonného rámce činnosti této korporace. Poslední novelu zákona, která odnímá komoře právo zasahovat do dohodovacích řízení o úhradách, komora obchází zaregistrováním občanského sdružení s názvem Česká lékařská komora s dodatkem o.s., používá stejné logo, adresu i zdroje financování jako ČLK. Úporná snaha po nekontrolované a nekontrolovatelné centralizaci moci zejména ve finanční oblasti vyvolává oprávněné obavy. Revizní komise ČLK v tomto personálním složení je rozhodnuta hájit svoji nezávislost a dostát svým kontrolním povinnostem, jak jí ukládá zákona č. 220/91 Sb.

MUDr. Marta Holanová
předsedkyně RK ČLK

Pro dokreslení situace dále přetiskujeme zajímavou reakci MUDr. Holanové na vzniklou situaci, resp. na reakci prezidenta Komory a rozbor JUDr. Macha. Oba tyto materiály (případně další související) jsou uloženy v kanceláři Sdružení, na vyzádání zašleme.



V Brně dne 2. 2. 2003

Věc: Odpověď na dopis prezidenta ČLK ze dne 27. 1. 2003, č.j.: 58/2003

Stanovisko k vyjádření JUDr. Macha z 22. 1. 2003

Vážení,

obdržela jsem dopis prezidenta ČLK z 27. 1. 2003, č.j.: 58/2003, ve kterém nás představenstvo ČLK zve na společné zasedání představenstva ČLK, dále ve kterém jsou rozvedeny příčiny krize revizní komise, ve kterém zpochybňuje volbu předsedy revizní komise, ve kterém se odkazuje na paralelu obdobného případu, který řešil Vrchní soud v Praze při vydávání licence a ve kterém poukazuje, že odvolání MUDr. Merhauta údajně vyvolává dojem, že je odvolán poté, co upozornil na různé nešvary.

Obdržela jsem přípis pana JUDr. Jana Macha z 22. 1. 2003 ve věci vyjádření k otázce, zda revizní komise ČLK může odvolat svého předsedu se závěrem, že zákon ani stavovské předpisy odvolání předsedy revizní komise v průběhu funkčního období nepředpokládají a právo tak nedávají, vyjma extenzivního výkladu a že dle § 16 odst. 3 pís. g) zák. č. 220/1991 Sb. v platném znění má představenstvo ČLK oprávnění provádět výklad stavovských předpisů.

Důrazně se ohražuji proti tvrzením prezidenta ČLK, že současná krize je spojena s mými „pochybnými aktivitami“ s „hrubě urážlivým dopisem“, který měl dopomoci dr. Suchardovi při kandidatuře na prezidenta ČLK. V této věci jsem vystoupila na sjezdu delegátů Komory ČLK. **Důrazně se dále ohražuji**, že toto je předmětem šetření policie, o žádném šetření policie neví a už jenom ta skutečnost, že prezident ČLK chce vyvolat zdání kriminalizace a používá těchto argumentů svědčí o mnohém.

Hluboce nesouhlasím s tím, že prezident ČLK zpochybňuje volbu předsedy RK s odůvodněním, že MUDr. Merhaut tuto komisi vedl kvalitně již 9 let.

Tvrdím, že MUDr. Merhaut (funkcionář) byl zvolen v době účinnosti starého volebního řádu, kdy délka volebního období orgánů a **funkcionářů** činila 3 roky. Novela z listopadu 2000 funkční období prodloužila na 4 roky, ale dle ustanovení §9 se pouze délka volebního období **orgánů**, zvolených v době účinnosti předchozího volebního řádu prodloužuje. O délce nového volebního období funkcionářů §9, přechodné ustanovení nic neříká. Tvrdím, že předseda RK není orgán, ale jen funkcionář – viz §10 zák. č. 220/1991 Sb.

S politováním musím konstatovat, že v dopise pana JUDr. Jana Macha z 22. 1. 2003, ve kterém se vyjadřoval k otázce odvolání předsedy RK z funkce, tyto skutečnosti zcela unikly.

Vzhledem k tomu, že prezident ČLK nechal provést v této věci rozbor, a to i právníkem a dokonce se se svými názory podělil se všemi členy představenstva a zároveň dal na vědomí představenstvům OS ČLK, dovoluji prosím i mně, abych provedla časově náročný teoretický rozbor, ve kterém budu již se sdělením polemizovat.

V roce 1991 se Česká národní rada usnesla na zák. č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, kdy komory jsou právními osobami a jsou samosprávnými, nepolitickými stavovskými organizacemi. Zákon zároveň ustanovil orgány komory a vymezil jejich pravomoci a působnosti.

Po prostudování tohoto zákona a prostudování orgánů komory, jejich pravomocí a působností, jsem došla k názoru, že jednotlivé orgány komory byly zřízeny na základě **principu dělby moci**.

Nejvyšším orgánem komory je sjezd delegátů, který rozhoduje o všech nejdůležitějších otázkách komory.

Nejvyšším řídicím a výkonným orgánem komory je představenstvo.

Čestná rada komory vykonává disciplinární pravomoci.

Revizní komise komory je nejvyšším kontrolním orgánem.

Každý z těchto vyjmenovaných orgánů má svoji pravomoc a působnost.

Teorii dělby moci propracoval Ch. Montesquieu ve svém spisu „O duchu zákonů“, kdy struktura dělby moci měla zabezpečit svobodu práv a jistotu a měla se stát překážkou zneužití moci, jemuž je podle autora každý člověk nakloněn. Toho se mělo dosáhnout rozdělením moci na zákonodárnou, výkonnou a soudní a vyloučením, aby jedna a táž „vůle“ ovládala více mocí. Podle teorie dělby moci jsou vůdčími dvě zásady:

- zásada nezávislosti mocí, jejich oddělenosti a samostatnosti
- zásada rovnováhy mocí a vzájemných brzd mezi nimi

Vlastní strukturu dělby moci charakterizují inkompatibilita a nezávislé nabývání moci (důsledkem nezávislosti mocí a její vzájemné právní neodpovědnosti je, že orgán jedné moci nemůže přivodit odvolání druhé moci). Zásada nezávislosti je možná jen na základě rovnováhy mocí a vzájemných brzd (**není možné nastat situace, kdy jedna moc převládá ostatní, uzurpuje její funkce a koncentruje moc ve svých rukou**).

Z tohoto historického, nicméně stále aktuálního rozboru mi dovoluji, abych se vrátila k naší situaci v ČLK. Dopis prezidenta ČLK tvrdí všechno možné, polemizuje se vším, odvolává se na vrchní soud v Praze, tvrdí, že odvolání MUDr. Merhauta je z důvodu, že upozornil na různé nešvary a cituji „...před-

stavenstvo rozhodlo uspořádat mimořádné zasedání spolu se všemi členy revizní komise, abychom se pokusili zjednat nápravu, uvedli vše do právního povídajícího stavu a pokusili se rehabilitovat alespoň elementární důvěrou v tento orgán a zajistit jeho bazální činnost do příštího sjezdu.“

Domnívám se, a to nejen na základě tohoto dopisu, že autoru tohoto dopisu jsou vlastní při rozhodování jiné principy, než ty, které jsem výše naznačila a obávám se, že se jedná o principy jednotného až direktivního rozhodování a jednotné moci.

Na závěr mi dovoluji: prezident České lékařské komory se při odvolání předsedy revizní komise odvolává na paralelu s tím, že ČLK sice vydává licence, ale dle vrchního soudu v Praze je nemůže odejmout, neb toto právo odejmutí není nikde uvedeno, stejně jako není možnost odvolat předsedu revizní komise.

K tomuto opět trochu teorie: soudní praxe a precedenty vznikají jako individuální právní akt (judikát), který je prvním rozhodnutím určitého soudu **v konkrétní věci**, která není upravena obecným právním předpisem. Takové rozhodnutí nabývá pro budoucnost obecné závaznosti. Pan prezident ČLK ale zapomněl podotknout, že precedenty nejsou pramenem našeho práva a pokud se někdo na ně odvolává, má sice usnadněnou roli, nicméně ve skutkových okolnostech případu v konkrétní věci se musí jednat o obdobné – tvrdím, že odnětí licence lékaři stavovskou organizací **není** obdobné volbě a odvolání orgánů stavovské organizace.

Tolik má odpověď na dopis prezidenta ČLK z 27. 1. 2003 a k právnímu rozboru z 22. 1. 2003, nechci předbíhat událostem, ale domnívám se, že celá situace směřuje ke svolání mimořádnému sjezdu ČLK.

S pozdravem

MUDr. Marta Holanová
předsedkyně RK ČLK

II. Podání k Ústavnímu soudu

V této části bych Vás rád informoval o podání k Ústavnímu soudu. Nejsme totiž spokojeni se situací, kdy se MZD snaží řešit problematiku zadluženosti nemocnic z fondu zdravotního pojištění. Celá tato záležitost má negativní dopad na úhradový systém, kdy necitlivé zásahy vedou k zadlužování systému a prohlubování platební neschopnosti zdravotních pojišťoven. Při jednáních Koalice jsme se proto dohodli, že se pokusíme na vzniklou situaci reagovat a to tak, že ČSK podá podnět prostřednictvím ombudsmana a zároveň obě sdružení praktiků se obrátí přímo na Ústavní soud. Co že je to předmětem našich stížností, to je obsahem níže uvedených podání.

**Ústavní soud České republiky****Joštova 8, Brno****Věc:****Návrh na zrušení vyhlášky č.532/2002 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1.pololetí 2003****Navrhovatelé:**

Sdružení praktických lékařů ČR

U Hranic 16, Praha 10, 100 00

IČO: 001 96 967

zastoupené MUDr.Václavem Šmatlákem, předsedou

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

U Hranic 16-18, Praha 10, 100 00

IČO: 457 738 91

zastoupené MUDr.Pavlem Neugebauerem, předsedou

Právní zastoupení:

JUDr.Tomáš Kašpar, advokát

Novomlýnská 5, Praha 1,

Odpůrce:

Ministerstvo zdravotnictví České republiky Palackého náměstí 8, Praha 2

I. Ministerstvo zdravotnictví vydalo výše uvedenou vyhlášku a tato nabyla účinnosti dne 1.1.2003. Ministerstvo zdravotnictví tuto vyhlášku vydalo na základě zákonného zmocnění obsaženého v ustanovení § 17 odst. 11 písm.b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 459/2000 Sb.

Důkaz: Vyhláška MZ ČR č.532/2002 Sb.

II. Navrhovatelé mají za to, že při vydání výše uvedené vyhlášky nebyla respektována procedurální pravidla zákonodárného procesu, která jsou jedním ze zásadních hledisek právního státu. Navrhovatelé odkazují na ustanovení § 17 odst. 11 písm.b) zákona č. 48/1997 Sb., ze kterého jednoznačně vyplývá, že Ministerstvo zdravotnictví je oprávněno stanovit vyhláškou výši úhrad hrazené péče včetně regulačních omezení pro kalendářní pololetí, pouze v případě je-li v rámci dohodovacího řízení učiněna dohoda, ovšem tato dohoda je není předložena Ministerstvu zdravotnictví ve stanovené lhůtě (viz. §17, odst.6.) nebo odporuje-li tato dohoda právním předpisům nebo veřejnému zájmu.

V daném případě však dohody v rámci dohodovacího řízení dosaženo nebylo. Tuto situaci pak řeší ustanovení §17 odst.7), které uvádí, že nedojde-li dohodovací řízení k výsledku do 60 dnů před skon-

čením období, pro které byly sjednány ceny bodu a sjednány nebo stanoveny výše úhrad hrazené zdravotní péče včetně regulačních omezení, zůstávají v platnosti

a) ceny bodu sjednané v rámci platné regulace cen i po skončení období, na které byly sjednány,

b) výše úhrad včetně regulačních omezení i po skončení období, na které byly sjednány nebo stanoveny, do doby, než dohodovací řízení sjedná nové výše úhrad včetně regulačních omezení, nebo do doby, než Ministerstvo zdravotnictví stanoví nové výše úhrad včetně regulačních omezení pro kalendářní pololetí vyhláškou.

Důkaz: ustanovení §17, zákona č.48/ 1997 Sb.

III. Předmětná vyhláška upravuje mimo jiné cenu bodu (ustanovení §2, odst.2, §3, odst.2 §4, odst.2, §5, odst.2, §7, odst.2, příloha 20, odst.1, písm.b.), ačkoli zmocnění k stanovení výše bodu nejsou obsaženy ani v ustanovení §17 odst.11, ani z ustanovení §17 odst.7.

Vyhláška dále upravuje hodnotu režie přiřazenou k bodové hodnotě příslušných ošetřovacích dnů (ustanovení §3, odst.3, §4, odst.3, §5, odst.3) ačkoli zmocnění k stanovení režie přiřazené k bodové hodnotě příslušných ošetřovacích dnů opět nejsou obsaženy ani v ustanovení §17 odst.11, ani z ustanovení §17 odst.7. Hodnota režie je upravena vyhláškou č.134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Vyhláška dále stanovuje paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 12 zákona 48/1997 Sb., (§3, odst.4, §4, odst.4, §5, odst.4), k čemuž opět není založeno zmocnění.

Vyhláška dále upravuje lhůty splatnosti (formou záloh - viz. ustanovení přílohy 1, kapitola A, oddíl.6, odstavec 6.1, příloha 2, kapitola A, oddíl 1, odst. 1.1), k čemuž rovněž nemá Ministerstvo zdravotnictví zmocnění. Lhůty splatnosti jsou stanoveny ve smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče dle ustanovení §17, odst. 1 a 2 zákona č. 48/1997 Sb., a to na základě vyhlášky MZ ČR č.457/2000 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení mají možnost se dohodnout na lhůtách splatnosti jinak, ovšem Ministerstvo zdravotnictví nemá oprávnění jejich dohodu změnit.

Vyhláška dále uvádí konkrétní seznamy zdravotnických zařízení, kterým se poskytuje specifickým způsobem úhrada určité zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění (§2, odst.7, přílohy č.3, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 19), k čemuž rovněž není založeno zmocnění.

Důkaz: v textu uvedená ustanovení vyhlášky č. MZ ČR č.532/2002 Sb.

IV. Z výše uvedeného vyplývá, že nejen že neby-

la respektována procesním (procedurální) pravidla legislativního procesu, ale postup Ministerstva zdravotnictví při vydání předmětné vyhlášky neodpovídá požadavku čl.79, odst.3, Ústavy České republiky, který uvádí, že ministerstva, jiné správní úřady a orgány územní samosprávy mohou na základě a v mezích zákona vydávat právní předpisy, jsou-li k tomu zákonem zmocněny.

Při vydání předmětné vyhlášky nebyla, dle našeho názoru, splněna nejen podmínka vydání právního předpisu v mezích zmocnění zákonem, ale předmětná vyhláška byla dokonce vydána zcela bez existence tohoto zákonného zmocnění. Pokud by byl přijat názor, že předmětnou vyhlášku bylo možné vydat na základě ustanovení §17, odst.7, písm.b), je na místě zabývat se souladem mezi rozsahem zmocnění (mezi zmocnění stanovenou zákonem) a obsahem vyhlášky. Specifikace jednotlivých problematických okruhů je uvedena výše v textu v článku III. Pokud Listina základních práv a svobod umožňuje na základě čl.2 uplatňovat státní moc pouze v případech a mezích stanovených zákonem, domníváme se, že došlo minimálně k jednání značně nad rámec tohoto ustanovení.

Vzhledem k tomu, že aplikaci předmětné vyhlášky velmi výrazně ovlivňuje provozování zdravotnických zařízení (a to jak státních, tak i nestátních), upozorňujeme na čl.26, Listiny základních práv a svobod, a na skutečnost, že došlo ke stanovení podmínek a omezení garantovaného práva podnikání a provozování hospodářské činnosti podzákonnou právní normou, což odst.2, Čl.26 nepřipouští.

Za podstatné považujeme též skutečnost, že předmětná vyhláška stanovuje odlišné podmínky pro různé typy zdravotnických zařízení. Pro vyjmenované typy zdravotnických zařízení zakotvuje zvýšení úhrady v závislosti na výběru pojistného zdravotními pojišťovnami, což pokládáme za porušení principu rovnosti zakotvenému v čl.I. Listiny základních práv a svobod.

VII. Navrhujeme podle §64 zákona č. 182/ 1993 Sb., aby Ústavní soud vydal tento nález:

Vyhláška MZ ČR č.532/2002 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1.pololetí 2003, se tímto zrušuje.

V Praze dne 26.3.2003

Navrhovatelé:

MUDr.Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr.Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR

**Věc:**

Ústavní stížnost dle ustanovení §72, odst.1, písm.a), 182/1993 Sb.

Právní zástupce:

JUDr. Tomáš Kašpar
Ústavní soud České republiky Joštova 8 Brno

Stěžovatelé:

Sdružení praktických lékařů ČR
U Hranic 16, Praha 10, 100 00
IČO: 001 96 967
zastoupené MUDr.Václavem Šmatlákem, předsedou
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
U Hranic 16-18, Praha 10, 100 00
IČO: 457 738 91
zastoupené MUDr.Pavlem Neugebauerem, předsedou

Právní zastoupení:

JUDr.Tomáš Kašpar, advokát
Novomlýnská 5, Praha 1,

Odpůrce:

Ministerstvo zdravotnictví České republiky Palackého náměstí 8, Praha 2

I. Stěžovatelé jsou účastníky dohodovacího řízení o cenách ve smyslu ustanovení §17, odst.5), zákona č.48/1997 Sb. Toto dohodovací řízení o cenách pak rozhoduje o výši úhrad zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pokud toto dohodovací řízení dospěje k dohodě a splní procedurální postup dle ustanovení §17 výše uvedeného zákona je tato dohoda závazná a Ministerstvo zdravotnictví je povinno výsledek dohodovacího řízení zveřejnit. Pokud dohodovací řízení k dohodě nedospěje, zůstává v platnosti dohoda předchozí. Pouze pro případ, kdy dohody je dosaženo, ovšem tato trpí vadami (buď rozpor s právními předpisy, či pozdní doručení Ministerstvu zdravotnictví), je Ministerstvo zdravotnictví zmocněno upravit výši úhrad vyhláškou.

Důkaz: Zápis z 1. dne dohodovacího řízení, zápis mandátové komise dohodovacího řízení, evidence účastníků dohodovacího řízení, Vyhláška MZ ČR č.532/2002 Sb., ust.§17, zákona č.48/1997 Sb.

II. V situaci, kdy dohodovací řízení pro 1.pololetí 2003 nedospělo k dohodě, vydalo s účinností od 1.1.2003 Ministerstvo zdravotnictví vyhlášku č.532/2002 Sb., kterou upravilo výši úhrady na toto období, bez ohledu na výše uvedený postup, tedy bez zmocnění k vydání této vyhlášky.

Vzhledem k tomu, že předmětná vyhláška nebyla vydána na základě a mezích pravomoci a působ-

nosti Ministerstva zdravotnictví, považují akt jejího vydání stěžovatelé za zásah veřejné moci do práva zákonem svěřenému dohodovacím řízení, jehož jsou účastníky.

III. Stěžovatelé jsou si vědomi skutečnosti, že předchozí judikatura Ústavního soudu konstatovala, že za zásah orgánu veřejné moci nelze považovat legislativní činnost, jakož i vydání obecně závazného předpisu ústředního orgánu státní správy v mezích jeho pravomoci a působnosti, ovšem právě nedostatek pravomoci a působnosti na straně Ministerstva zdravotnictví je vede k podání této stížnosti.

Navrhovatele mají za to, že pouze takový právní předpis, který je vydán v souladu se zmocněním ze zákona a v mezích tohoto zmocnění může být považován za legislativní činnost. V opačném případě by byla připuštěna situace, kdy centrální orgán státní správy dle své vlastní úvahy upraví formou „vyhlášky“ libovolnou problematiku, bez ohledu na to, zda je k tomu zmocněn, či zda je k rozhodování o dané věci zmocněn zákonem jiný subjekt, jako je tomu v našem případě.

Podstatnou skutečností je, že stěžovatelé nemají žádnou jinou možnost bránit se neoprávněnému zásahu do svých práv garantovaných zákonem a nemají ani žádnou možnost opravného prostředku. Touto stížností stěžovatelé realizují uplatnění práva domáhat se stanoveným postupem svého práva u nezávislého a nestranného soudu a ve stanovených případech u jiného orgánu, garantovaného čl.36, Listiny základních práv a svobod.

Vzhledem k tomu, že výše uvedený akt Ministerstva zdravotnictví výrazným způsobem ovlivňuje vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče – tedy prakticky celý systém veřejného zdravotního pojištění, je zřejmé, že stížnost svým významem podstatně přesahuje vlastní zájmy stěžovatelů.

Protože stěžovateli napadaný zásah veřejné moci o jehož zrušení stěžovatelé usilují, má formu právního předpisu, stěžovatelé podávají spolu s touto stížností návrh na zrušení jiného právního předpisu ve smyslu ust.§74, zákona č.182/1993 Sb.

V Praze dne 26.3.2003

Stěžovatelé: MUDr. Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR

Právní zástupce: JUDr.Tomáš Kašpar

Pro přesnost, JUDr. Tomáš Kašpar je advokát, pod nímž oficiálně pracuje Mgr. Uher, právník obou uvedených sdružení.

Pro VOX PEDIATRIAE připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda

Problematika registrace novorozenců:

výběr z korespondence

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda
Klimentská 11, 115 60 Praha 1

Praha, 13. 1. 2003
Č.j. ÚIS- 18/ 03

Vážený pane předsedo,
jako odpověď na Váš e-mailový dotaz, týkající se problematiky registrace novorozenců – pojištěnců VZP u praktických lékařů, můžeme sdělit následující:

OP VZP dostávají hlášení o novorozencích ze tří zdrojů:

- Zákonní zástupci (rodiče) – prostřednictvím rodného listu

- Matrika

- Okresní evidence obyvatel

Zpracovává se to hlášení, které přijde jako první, bez ohledu na jeho zdroj. Je-li hlášení provedeno zákonnými zástupci nebo matrikou, je novorozenci přiřazena správná zdravotní pojišťovna a případné problémy s jeho registrací mohou být způsobeny jednak snahou OP VZP vyjít vstříc rodičům novorozence a vydat jim průkaz pojištěnce dřív než je tento zaveden do registru a jednak omylem lékaře, který uvede na registrační list chybné číslo zdravotní pojišťovny. Ohlašuje-li jako první Okresní evidence obyvatel, které není známa příslušnost novorozence ke zdravotní pojišťovně, je informačním systémem vygenerován kód ZP=888 (neznámá zdravotní pojišťovna).

V těchto případech, stejně jako v případě pozdního ohlášení, se může stát, že se novorozence – pojištěnce VZP dostane do centrálního registru pojištěnců později, než registrující praktický lékař předloží OP VZP jeho registrační list. V takovém případě je jeho registrace odmítnuta a praktický lékař musí opakovat v příštím termínu.

Při odmítnutí registračního listu praktický lékař samozřejmě nemůže od pojišťovny inkasovat kapitační platbu za tohoto novorozence, ale může zpětně vykázat poskytnuté výkony. Pojišťovna mu poté dodatečně lékařskou péči uhradí výkonovým způsobem. Vaše domněnka, že „ošetření nikdo zpětně neuhradí“, jak je uvedeno v dotazu, je tedy mylná.

S přátelským pozdravem

Ing. Petr Damborský
vrchní ředitel ÚIS ÚP VZP ČR



LSPP

Vzhledem k značné variabilitě přístupu k jednáním o LSPP jsme se pokusili zpracovat obdržené informace k 31.1.2003. Ve formě tabulky si dovoluujeme i Vás seznámit s těmito údaji. Možná, že by Vám tyto údaje mohly posloužit při přípravě jednání na toto téma právě ve Vašem regionu. Pokud v této tabulce nenajdete ty „Vaše“ údaje, není to chybou časopisu, ale tyto nebyly v ucelené formě k uvedenému datu k dispozici. Možná bude i zajímavé sledovat vývoj uvedených ukazatelů, pokusíme se je v našem časopise s odstupem aktualizovat.

REGION	KRAJ	OKRES	VŠEDNÍ DNY (cena/h)	SO, NE, SV. (cena/h)	POZNÁMKY	
Severočeský	Ústecký	Ústí/L	17:00 - 22:00 (145,-)	8:00 - 22:00 (195,-)		
		Most	17:00 - 22:00	8:00 - 22:00		
		Litoměřice	17:00 - 22:00	8:00 - 22:00		
		Louny	17:00 - 22:00	8:00 - 22:00		
		Děčín	17:00 - 22:00	8:00 - 22:00		
		Teplice	17:00 - 22:00	8:00 - 22:00		
		Chomutov	16:00 - 22:00	8:00 - 22:00 (190,-)		
		Liberecký	Liberec	16:00 - 22:00	8:00 - 22:00	slouží lékaři děts.odd., PLDD jako příslužba
		Jablonec	nepřetržitá služba na děts.odd - lékaři pro děti a dorost			
		Semily - Jil+Tur	nepřetržitá služba na děts.odd - PLDD			
	- Sem	nepřetržitá služba na děts.odd - 2 lékařky pro děti a dorost				
Jihomoravský	Zlínský	Zlín	17:00 - 6:00 (200,-)	8:00 - 6:00 (300,-)	1 LSPP v okrese,bez výjezdu, odděleně od dospělých	
		Uherské Hrad.	17:00 - 23:00 (200,-)	8:00 - 23:00 (300,-)	1 LSPP v okrese,bez výjezdu, odděleně od dospělých	
		Kroměříž	17:00 - 23:00 (200,-)	8:00 - 23:00 (300,-)	1 LSPP v okrese,bez výjezdu, odděleně od dospělých	
		Vsetín	17:00 - 23:00 (200,-)	8:00 - 23:00 (300,-)	1 LSPP v okrese,bez výjezdu, odděleně od dospělých	
		Vysočina	Jihlava	18:00 - 21:00 (200,-)	8:00 - 16:00 (350,-)	
	Žďár/Sázavou	17:00 - 22:00 (200,-)	8:00 - 18:00 (300,-)	1 LSPP na okres, společně s dospělými, Pá od 15:00		
Třebíč			nepřetržitě na děts.odd., bez účasti PLDD			
		- Náměšť/Oslav.	13:00 - 18:00 - pouze Pa	8:00 - 18:00	smíšená LSPP (PLDD+ PL)	
		- Mor. Budějov.	17:00 - 21:00	8:00 - 21:00	pouze návrh	
	Jihomoravs.	Brno	děts. LSPP brz účasti PLDD			
		Blansko		8:00 - 20:00 (150,-)		
		Hodonín	ambulantně zrušeno, pouze při děts.odd. - slouží všichni			
		Vyškov		8:00 - 20:00 (180,-)		
		Prostějov		8:00 - 20:00 (160,-)		
		Znojmo	smíšené LSPP			
		Břeclav	dětské oddělení			
		- Hustopeče		8:00 - 20:00 (180,-)		
		Brno (venkov)				
		- Kuřim	nedošlo k domluvě			
		- Ivančice	do 22:00 (150,-)	8:00 - 22:00 (180,-)	PLDD slouží se na DO nemocnice (100 -120,-) smlouvy	
		- Rosice	do 22:00 (150,-)	8:00 - 20:00 (180,-)		
	- Židlochovice					
Východočeský		Rychnov/ Kněž.	17:00 - 21:00 (90,-)	8:00 - 20:00 (120,-)	nevýjezdni	
		Hradec Kr.	15:30 - 22:00 (90,-)	8:00 - 22:00 (120,-)	N. Bydž.- na DO nonstop	
		Trutnov	16:00 - 7:00	7:00 - 7:00	plat tabulkový	
		Pardubice	16:00 - 22:00 (120,-)	7:00 - 22:00 (160,-)	vík.- příslužba na telefonu	
		Svitavy	16:00 - 22:00	16:00 - 22:00	Polička-doma na telef., Litomyšl - DO 16:00 -	
22:00		Chrudim	15:30 - 21:30 (100,-)	7:00 - 21:30 (150,-)	nevýjezdni	
		Náchod	15:30 - 22:00 (120,-)	8:00 - 22:00 (150,-)		
		- Broumov	15:30 - 7:00 (120,-)	7:00 - 7:00 (150,-)	smíšená	
		Jičín	16:00 - 22:00 (120,-)	8:00 - 22:00(150,-)		
		- Nová Paka	16:00 - 22:00 (120,-)	8:00 - 22:00 (150,-)	pouze dospělá	
	Západočeský	Plzeňský	Plzeň - město	17:00 - 7:00	7:00 - 7:00	
			Plzeň - sever			LSPP smíšená
			Plzeň - jih	15:00 - 7:00	15:00 - 7:00	smíšená
			- Stod			supluje dětské oddělení NsP
			- Přeštice			LSPP smíšená jen den + RZP
Domažlice					smíšená	
Rokycany			dospělá LSPP	8:00 - 13:00 (nevýjezdni)		
Tachov						
- Bor					výjezdni smíšená	
- Stříbro					nevýjezdni smíšená	
- Planá			17:00 - 7:00	7:00 - 7:00		
Klatovy			17:00 - 7:00	7:00 - 7:00		
- Sušice					dětské oddělení	
- Nýrsko					smíšená LSPP	



Před reorganizací LSPP je třeba zodpovědět otázky po smyslu této služby

V souvislosti se špatně připravenou reformou veřejné správy se hodně hovoří o zajištění lékařské služby první pomoci (LSPP). Odpovědnost za to přechází z okresních úřadů na tzv. pověřené obce, současně přitom přechází odpovědnost za zajištění zdravotní péče z okresních úřadů na kraje. Je otázkou výkladu, zda za LSPP odpovídá obec, pověřená obec, kraj, stát či nikdo. Než se ale pustíme do organizace LSPP nebo jejího zrušení, je třeba si odpovědět na některé zásadní otázky.

Co je to LSPP?

Je předmětem činnosti LSPP poskytnutí péče v situacích, kdy neselhávají ani nejsou bezprostředně selháním ohroženy základní životní funkce pacienta, ale kdy obtíže vznikly náhle nebo se onemocnění rychle zhoršilo a kdy by prodlení mohlo vést k dalšímu zhoršení stavu pacienta? Nebo je to ordinace praktického lékaře mimo jeho ordináční dobu? Jednou věcí je současný stav, druhou požadovaný cíl. Čím víc se budou lišit, tím bude přechod z jednoho do druhého dramatičtější a bolestivější. Současná situace je přitom neuspokojivá. LSPP je ve své převážné většině zneužívána. Většina ošetřených pacientů nespĺňuje podmínky, pro které je určena (obtíže vznikly náhle či se náhle zhoršily nebo by prodlení mohlo vést k dalšímu zhoršení zdravotního stavu pacienta). Odpověď na otázku, jak pacienti motivovat k racionálnímu využívání LSPP, je přitom už dávno nalezena: přijatelný poplatek. Pacient, který lékařskou první pomoc skutečně potřebuje, jej zaplatí. Občan, který službu zneužívá, zvolí jiné řešení.

Požadovaná dostupnost

Máme zájem stanovit dostupnost LSPP v závislosti na počtu obyvatel (x LSPP na 100 tisíc obyvatel), na vzdálenosti od bydliště pacientů (nejvýše x km) nebo na časové dostupnosti (dostupná do x hodin)?

Kvalita LSPP

Má být LSPP poskytována nepřetržitě? Vycházejme z toho, pro koho je určena:

- pacienti registrované u praktických lékařů, kteří právě nejsou ve své ordinaci,
- pacienti registrované u praktického lékaře ve vzdáleném místě (jsou „na cestách“)
- pacienti neregistrované u žádného praktického lékaře.

Pokud chápeme LSPP jako ordinaci praktika pokračující po skončení pracovní doby, můžeme omezit její provoz na dobu mimo „obvyklé“ ordináční hodiny. Současně je ale nezbytné rozhodnout o tom, který lékař poskytne péči osobám „na cestách“ a neregistrovaným pacientům. Pokud však chápeme LSPP skutečně jako službu lékařské první

pomoci, je zřejmě třeba ji zajišťovat nepřetržitě, tedy 24 hodin po 365 dní v roce. To je snadné, pokud je LSPP při záchranné službě či při nemocnici.

Je součástí LSPP návštěvní služba? Odpověď na tuto otázku se promítne především do personálního a technického zajištění, a samozřejmě také do nákladů na provoz LSPP. Můžeme přistoupit na to, že pacient, který není bezprostředně ohrožen na životě, tedy není klientem záchranky, se dokáže do ordinace LSPP dopravit. Na druhé straně můžeme pokračovat v modelu návštěvní služby LSPP tak, jak jej známe dnes. Tato vstřícná služba je nákladná a ve více vytížených místech vyžaduje, aby se na LSPP podílelo více lékařů.

Má LSPP poskytovat:

- jakýkoli lékař schopný poskytnout lékařskou první pomoc?
- lékař kvalifikovaný v řešení neodkladných stavů?
- lékař kvalifikovaný pro poskytování komplexní primární péče?

Kromě lékaře se může na této službě podílet zdravotní sestra v ordinaci, dále dispečer, který přijímá telefonické výzvy, součástí týmu může být i řidič, který se účastní výjezdů LSPP. Měl by být také stanoven požadavek na technické vybavení ordinace LSPP, které lékař musí schopný kvalifikovaně využívat. Má být vybavením LSPP pouze základní „stetoskop a pero“, nebo vybavení pro resuscitaci, či vybavení pro základní či podrobnější diagnostiku (EKG, suchá chemie)?

U spolupráce LSPP a záchranné služby je třeba odpovědět na otázky kolem komunikace. Kdo bude přijímat a vyhodnocovat výzvy, kdo rozhodne, kterou přebere LSPP a kterou záchranka? Jaký bude postup, pokud bude výzva přijata na lince 112?

Nepřetržitá péče lékaře primární péče

Zvláštní otázkou je často zmiňovaná povinnost nepřetržitě péče registrujícího lékaře o jeho registrované pacienty. Tato povinnost nevyplývá z žádného předpisu, ale především je v praxi neproveditelná. Nikdo není schopen pracovat nepřetržitě, nezbytně by nemohl poskytovat kvalitní péči. Samozřejmě je možné uvažovat o tom, že by praktičtí lékaři sdružili své síly a poskytovali službu LSPP společně. Podmínkou je samozřejmě ekonomická návratnost této služby. Důležité pro takové úvahy je připomenout si konstrukci kombinované kapitačně výkonové platby pro praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost. Do kapitace nebyly započteny žádné výkony poskytované mimo ordináční dobu, a tak nelze ani na základě této kapitační platby žádné takové výkony požadovat.

Organizace LSPP

Konkrétní řešení organizace LSPP se odvíjí od

odpovědí na výše položené otázky a samozřejmě také od předpokládaného využívání LSPP v tom kterém místě.

Samostatná ordinace poskytující LSPP může být zřízena kterýmkoli zdravotnickým zařízením. Má smysl především tam, kde je očekávána velká vytíženost této služby. Výhodou je, že LSPP tak může být zřízena i tam, kde není ani nemocnice ani výjezdové středisko ZZS. Nevýhodou je chybějící návaznost na další služby, především na komplement a na lůžkovou péči. Stejně tak není zajištěna doba, kdy je lékař LSPP na návštěvě. Umím si představit, že samostatné LSPP mohou provozovat i skupiny soukromých lékařů primární péče.

Ordinace LSPP také může být zřízena při nemocnici. Výhodou je bezprostřední návaznost na komplement a lůžkovou péči, možnost zajištění situací, kdy je lékař LSPP na návštěvě. Nevýhodou je zřejmá nutnost navazování pracovního poměru lékařů poskytujících LSPP s nemocnicí.

Ordinace LSPP může být zřízena rovněž při výjezdovém středisku záchranné služby. Jsem přesvědčen, že každé takové středisko musí být připraveno poskytnout lékařskou první pomoc každému, kdo o ni žádá. Propojení je výhodné zejména v místech, kde je výjezdové středisko a není lůžkové zdravotnické zařízení (nemocnice). Zřizovat v takovém místě další ordinaci s nepřetržitým provozem by ve většině případů bylo nevhodné. Výhodou je návaznost na záchrannou službu, možnost personálního propojení. Lze bezpochyby sdílet i část technického vybavení. V době, kdy je předpokládáno větší vytížení, může být zařízení posíleno o lékaře vyhrazeného pouze pro LSPP, v méně exponované době pokryje obě služby jeden lékař. Při této organizaci také snadněji lékař LSPP doplní záchrannou službu v mimořádných případech. Nevýhodou je chybějící návaznost na komplement a lůžkovou péči, stejně tak jako zřejmá nutnost navazování pracovního poměru lékařů poskytujících LSPP se záchrannou službou.

Kolem LSPP a jejího zajištění je a bude celá řada otázek. Naší povinností je hledat na ně odpovědi, a současně přijatelným způsobem plynule pokračovat v jejím poskytování tak, aby nedocházelo k poškození zdraví občanů.

MUDr. Milan Cabrnock
poslanec sněmovny za ODS

Odpověď na otázku, jak pacienti motivovat k racionálnímu využívání LSPP, je už dávno nalezena: přijatelný poplatek. Pacient, který lékařskou první pomoc skutečně potřebuje, jej zaplatí. Občan, který službu zneužívá, zvolí jiné řešení.

Zdroj: ZdrN 27.2.2003



Podvojně či jednoduché?

Ing. Jaromír Adamec

auditor a daňový poradce

Volba vhodné účetní soustavy, i to patří k rozhodnutím, která musí řešit každý podnikatel, tedy i lékař jako samostatně výdělečně činná osoba. Výběr účetní soustavy je v největší míře ovlivněn prvním kontaktem s potenciální účetní resp. účetní firmou. Je samozřejmě možné rozhodnutí nechat na účetních, nicméně je vhodné znát základní informace o možnostech výběru a o základních rozdílech mezi oběma soustavami.

Základní účetní soustavou pro všechny účetní jednotky, tedy i pro podnikající fyzické osoby je podvojná soustava. Obchodní zákoník umožňuje fyzickým osobám nezapsaným v obchodním rejstříku účtovat v soustavě jednoduchého účetnictví. Znamená to tedy, že těmto osobám je umožněno si účetní soustavu vybrat, případně ji za určitých podmínek změnit přičemž přechod z jedné do druhé účetní soustavy je možný jedině k prvnímu dni účetního období a nese s sebou daňový dopad, jehož popis je však nad rámec tohoto příspěvku.

Jako výhoda jednoduchého účetnictví jsou většinou prezentovány nižší finanční nároky na jeho zpracování včetně možnosti vést si účetnictví svépomocí, neboť vedení peněžního deníku a knihy pohledávek a závazků se na první pohled jeví jako velmi jednoduché. Neméně významnou informací je skutečnost, že daň z příjmů se v případě jednodu-

chého účetnictví odvíjí od skutečného peněžního toku, tedy dokud pohledávka (např. za zdravotní pojišťovnou) není zaplacená, nevstupuje do příjmů pro stanovení daňového základu a naopak závazek (např. telefonní poplatky či nájemné) je daňově účinným výdajem až v momentě zaplacení. Výše popsané je používáno jako jeden ze základních optimalizačních postupů v jednoduchém účetnictví. Je však nutno dodat, že funguje pouze tam, kde je možné finanční vztahy mezi obchodními partnery ovlivnit (tedy tam kde existuje možnost dohody o zaplacení pohledávky v dohodnutý termín např. až v novém roce) a nejedná se o podnikání, které příjmy realizuje okamžitě (jako např. maloobchod, restaurační služby...). Ta druhá stránka, tedy zaplacení existujících závazků před jejich splatností ještě „ve starém roce“, je otázkou volných finančních zdrojů v ten správný okamžik.

Oproti tomu je podvojně účetnictví účetnictvím se vším všudy. Platí pro něj zásada věcné a časové souvislosti výnosů a nákladů a s tím tedy v praxi spojené danění výnosů (tedy bez ohledu na termín skutečného zaplacení) a daňové účinnosti nákladů souvisejících věcně a časově, bez ohledu na to, zda již byly zaplacené.

Je-li tedy možné předplacením nájemného za ordinaci na část následujícího roku dopředu v jedno-

duchem účetnictví snížit daňový základ daně z příjmů fyzických osob, tatáž operace v podvojném účetnictví na daňový základ nemá žádný dopad, neboť se jedná o náklad související s příštím rokem a je tedy daňově účinný právě až v tomto příštím roce.

V jednoduchém účetnictví se však může stát to, že snaha o daňovou optimalizaci je zmařena tím, v poslední den roku zaplatí odběratel významnou částku a tuto skutečnost se lékař dozví až v roce novém a tím zcela bez možnosti cokoliv již v minulém roce ovlivnit.

Možná i proto je mnohými účetními preferováno podvojně účetnictví, které tyto nejistoty eliminuje. Navíc je podstatně přehlednější a umožňuje lepší ekonomické analýzy stavu podnikání a z tohoto důvodu je u mnohých bank při žádostech o podnikatelské úvěry podmínkou právě podvojně účetnictví.

Není možné v tak krátkém příspěvku postihnout vše podstatné o takové disciplíně jakou je účetnictví a její dvě účetní soustavy. Výše uvedené zjednodušení, za které se známým závěrem omlouvám, však všem ostatním může pomoci odpovědět na otázku uvedenou v názvu tohoto článku, resp. na otázku, zda se zabývat problémem přechodu do jiné účetní soustavy.

Usnesení regionální konference SPLDD Jihočeského regionu

konané dne 8.3.2003 v kině Panorama v Hluboké nad Vltavou

1. Konference bere na vědomí:

- zprávu o činnosti SPLDD Jihočeského regionu za rok 2002 přednesenou předsedou MUDr. J.Bočínským.
- zprávu o hospodaření v r. 2002 přednesenou MUDr. J. Veselým - pokladníkem Jihočeského regionu SPLDD.

2. Konference schvaluje:

- rozpočet regionu na r. 2003
- volbu nového 5ti členného výboru Jihočeského regionu ve složení:
předseda - MUDr. Daniela Verdánová
místopředseda - MUDr. Romana Janoušková
pokladník - MUDr. Jaromír Veselý
členové - MUDr. Ludmila Fialová, MUDr. Milan Rytíř
- volbu 3členné revizní komise ve složení:
MUDr. Hejnová Jaroslava, MUDr. Vozábalová Beata, MUDr. Marek Jiří.

3. Konference ukládá:

Zajistit registrujícího lékaře pro Výchovný ústav v J.

Hradci předsedům SPLDD a OSPDL Jihočeského regionu.

4. Konference doporučuje:

Spolupracovat na úrovni SPLDD a OSPDL Jihočeského regionu.

■ Kontakty na členy jihočeského regionálního výboru:

MUDr. Daniela Verdánová

U Nemocnice 380/III
Jindřichův Hradec, PSČ 37701
Tel.: 384 324 934 - ordinace, 384 325 786 - domů
Fax: 384 324 934
Mobil: 777/ 67 52 87
E - mail: daniela.verdanova@seznam.cz

MUDr. Romana Janoušková

Opatovická 43
České Budějovice, PSČ 370 10
Tel.: 38 722 05 48 - ordinace, 38 722 03 70 - domů

Mobil: 602/ 408 407
e-mail: romamajanouskova@seznam.cz

MUDr. Ludmila Fialová

Bezděkovská 911
Strakonice, PSČ 386 01
Tel. 383 328 048 - ordinace
383 334 075 - domů
Mobil 603/895 102

MUDr. Milan Rytíř

Budějovická 911
Tábor, PSČ 390 02
Tel. 381 252 713
E - mail m.rytir@volny.cz

MUDr. Jaromír Veselý

ČSA 250
Planá nad Lužnicí
Tel.: 381 292 140 - ordinace, 381 254 640 - domů
Mobil: 603/ 501 964



Zápis z jednání zástupců SPL ČR, SPLDD ČR a VZP ČR, které se konalo dne 23. ledna 2003

Přítomni:

MUDr. Uhrová – za SPL ČR
MUDr. Neugebauer – za SPLDD ČR
MUDr. Pečenka, MUDr. Pokorný, MUDr. Poláček,
MUDr. Beránková, MUDr. Macháčková, MUDr. Ze-
manová – za ÚP VZP

■ Jednání zahájil MUDr. Pečenka.

Bylo konstatováno, že dohodnuté věci dle zápisů z 16.1.2003 a 26.3.2002 jsou platné. Předmětem dnešního jednání jsou nedořešené či sporné body zápisu ze dne 26.3.2002.

■ MUDr. Pokorný informoval, že v rámci kontroly MZ a VZP se objevil problém v definování obsahu kapitální platby (tj., které výkony jsou zahrnuty v kapitaci a které je možno vykazovat nad, neboť to v žádném právním předpisu není uvedeno). VZP proto navrhuje dát výčet výkonů hrazených kapitací jako přílohu cenových jednání na 2. pololetí 2003.

■ MUDr. Poláček potvrdil MUDr. Uhrové dohodu o aktivní účasti ze strany VZP na vzdělávacích kurzech praktických lékařů. Prezentace nabídnutých témat se nebude zabývat vysvětlováním regulací a problematikou GIP.

■ Kód 09532 – Prohlídka osoby dispenzarizované. Problematika tohoto kódu byla diskutována ve 2 rovinách:

a) obecné pravidlo resp. metodika jeho vykazování
b) jeho vykazování jako kritérium pro bonifikaci dobré praxe

VZP: Vykázání kódu 09532 nemá vypovídající schopnost ani pro PL ani pro VZP. Jeho vykazování není ukazatelem kvality péče.

PL: Do dispenzarizace pacienty zařazuje registrující tzn. i praktický lékař. Vykázání kódu 09532 nám řekne, že se pacient v termínu dostavil k dispenzární prohlídce. Pravděpodobně bude výhledově legislativně změněna definice dispenzarizace. Jeho vykazování lze použít jako ukazatel kvality péče.

■ Závěr:

Je třeba stanovit

- 1) Definici dispenzarizace – i když je obsažena v současné platné legislativě, je třeba ji vyložit.
- 2) Obsah kódu.
- 3) Kritéria pro kontrolu.

Kód 09532 zůstává v obou odbornostech zařazen v obligatorních výkonech a ve výkonech, které lze vykazovat nad rámec kapitace.

Frekvence jeho vykazování nebude do stanovení

pravidel použita pro hodnocení zdravotnického zařízení v pozitivním ani negativním smyslu. Před zařazením tohoto kritéria do GIP je nutná dohoda mezi oběma sdruženími a VZP o jednoznačné metodice vykazování a kontrole pro dohodnuté dispenzární skupiny.

■ Péče o diabetiky

Praktičtí lékaři zpracovávají návrh registračního listu nového kódu na péči o diabetiky, v současné době byl předložen ke schválení odborné společnosti. Bude projednán na pracovní skupině č. 2. Záleží na vyjádření diabetologické společnosti. Praktičtí lékaři tento návrh dodají na 2. Pracovní skupinu s předstihem před projednáváním.

■ Vyřazení kódu 09223

I.v.infuze – ze souboru zkapitovaných výkonů a jeho přeřazení do fakultativních výkonů.

Rozsáhlá diskuse k oprávněnosti a podmínkám vykazování kódu 09223 praktickými lékaři nad rámec kapitace. Tato problematika není dosud dořešena.

■ Vykazování některých laboratorních výkonů

Praktičtí lékaři vznesli požadavek na možnost provádět a vykazovat některé laboratorní diagnostické výkony v ordinacích. VZP není proti tomu, aby PL vykazovali určité laboratorní výkony. Musí však být stanoveno, jaké laboratorní výkony, za jakých podmínek a pro jaké diagnózy. Podmínkou vykazování výkonů komplementu v ambulancích je jejich zařazení do indukované péče. Zástupci SPL a SPLDD byli informováni, že 4.2.2003 proběhne na VZP jednání zástupců odborných společností klinické biochemie, praktického lékařství, interního lékařství a diabetologie k problematice nasmlouvání a vykazování kódu 81441 – glukóza testacním proužkem a glukometrem. Na základě výsledků tohoto jednání mohou následovat další schůzky o problematice provádění a úhradách laboratorních výkonů mimo laboratoře.

■ Závěr:

Do konce měsíce února 2003 bude rozhodnuto o zaktualizovaných Základních souborech zkapitovaných a mimokapitálních výkonů.

MUDr. Jana Uhrová

místopředsedkyně SPL ČR

MUDr. Antonín Pečenka

vrchní ředitel ÚZP ÚP VZP ČR

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR



Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky

Jihomoravský region

Vás srdečně zve na

volební

Jihomoravskou regionální konferenci SPLDD ČR

která se koná

**29. března 2003 od 8.00 hodin
v Brně v sále B. Bakaly
na Žerotinově náměstí 2/4 („Bílý dům“)**

Program:

Dopoledne

- 8.00 hod. registrace účastníků, prezentace firem
- 9.00 hod. zahájení konference
- 9.30 hod. odborná přednáška

Mentální anorexie, bulimie a deprese v ordinaci PLDD

Prof. MUDr. Jaroslava Bouček, CSc.
Přednosta psychiatrické kliniky
LF UP v Olomouci

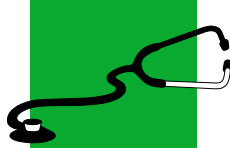
Odpoledne

- volby
- diskuse
 - Kam kráčí pediatrie?
 - Zůstane PLDD?
 - Jak dál s LSPP?
 - Vzdělávání - co dál?

Za přípravný výbor konference

MUDr. Ilona Hülleová

Podrobný program dostanete na konferenci.



Zápis OSPDL ČLS JEP

ze dne 12.2.2003

Přítomni: MUDr. Cabrnchová, MUDr. Liška, MUDr. Marek, MUDr. Krejčík, MUDr. T. Soukup, MUDr. Procházka, MUDr. Růžičková, za revizní komisi MUDr. Kolářová

1. Z rozhodnutí výboru prominuty členské příspěvky za rok 2002 nově přijatým členům, kteří se stali členy koncem roku 2002. ČLS jim nyní zesílá složenky k zaplacení příspěvků za loňský rok zpětně a současně i na rok letošní. Jedná se o organizační problém s pozdním rozesláním členských příspěvků ze sekretariátu ČLS o kterém byl náš výbor nově informován.

2. Informace o situaci PLDD: Jednání v PSP ČR společně s profesní organizací PLDD, jednání na MZ ČR (MUDr. Cabrnchová a MUDr. Neugebauer pozváni na jednání Vědecké rady MZ ČR), příprava na schůzku s pí ministryní, plánováno společné jednání předsedů obou sdružení PL a obou odborných společností. Nutné postupovat jednotně. Dále probíhá petiční akce PLDD, petice předány petičnímu výboru, bude společně jednáno tohoto výboru a zdravotního výboru PSP ČR. Do dnešní dne není jasné, zda bude respektována dohoda učiněná v rámci pediatrické obce (neonatalogie, PLDD, pediatrie) a její zakotvení do zákona, zachování jednoatestovaných PLDD v systému by měl vyřešit pozměňovací návrh poslanců.

3. Výbor formuluje stanovisko k problematice kalmetizace. Po projednání na výboru ČPS panuje shodný názor. Postupně dle doporučení WHO ini-

ciovat kroky vedoucí ke zrušení revakcinace (již dvakrát projednáváno na MZ ČR). V případě nutnosti posunutí primovakcinace nelze dopustit problémy, kdy kalmetizační stanice by si zvaly děti v prvním roce života (velké množství jiných očkování, před kalmetizací se bude muset provádět testování). Jedinou možností by bylo, aby kalmetizaci indikoval PLDD v doporučeném období. Výhledově by celou problematiku měl zabezpečovat PLDD, ale tento proces nelze uspěchat, předpokládá značnou přípravu. Stanovisko k navržené studii od ČPFS je negativní. Obsahuje nejasnosti například v definici, kdy má dítě ukončené základní očkování (ne vždy do prvního roku věku dítěte, není jasné pojetí termínu základní očkování). Studie nemůže mít za rozhodující kritérium bydliště dítěte, často místo narození není totožné s místem bydliště.

4. MUDr. Cabrnchová jmenována členkou poradního orgánu ministryně zdravotnictví pro preventabilní nákazy (skupina zabývající se očkováním). Nutné řešit i na této půdě problematiku kalmetizace. Dále nutné stanovit výhled očkovacího schématu na delší období. Aktuálně zpřesnit doporučení týkající se kontraindikací použití celulózní pertuse, OPV a další. Upřesnit definice komplikací po očkování.

5. Informace o proběhlé volební konferenci ČLS JEP, do čela zvolen opět prof. Blahoš, MUDr. Cabrnchová náhradnice do předsednictva ČLS JEP.

6. MUDr. Procházka zodpovědný za studii týkající se problematiky kojení, kterou nově připravil a která v současnosti opět probíhá mezi PLDD. Navržen jako kontaktní osoba pro zvažovanou pracovní skupinu pro dětskou výživu napříč odbornými společnostmi.

7. Připraveny vzdělávací semináře pro dětské sestry ve spolupráci s Českou asociací sester. Semináře proběhnou ve všech sedmi regionech, první termín 1.3.2003.

8. Diskutovány podklady pro společné jednání regionálních zástupců SPLDD a OSPDL spolu s výbory obou společností, nutné specifikovat a zkvalitnit spolupráci na regionální úrovni. Jednání proběhne 28.2.2003.

9. OSPDL se bude podílet na propagaci akce „Twinrix – třetí dávka zdarma“, která proběhne jako každoročně. Nutné dále propagovat očkování především pro mladistvé, kteří nejsou očkováni proti hepatitidě B. 10.

Přijetí nových členů OSPDL:

MUDr. E. Schallerová, MUDr. M. Kalincová, MUDr. K. Galisová

Zapsala:
MUDr. Cabrnchová
Ověřil:
MUDr. Krejčík

Stále živé téma - očkování

Bohužel se stává, že i sdělení míněná jinak, se někdy v médiích ocitají v podobě, která může velmi ublížit. Nabízíme Vám k porovnání jeden takovýto článek, který opět rozvířil problematiku očkování. Je velkým poučením pro všechny z nás, kdo mají možnost se k uvedené problematice mediálně vyjadřovat a musí nás nabádat ke zvýšené opatrnosti při diskusi k této problematice. Přikládáme Vám otištěný text uvedeného článku uveřejněného v MF DNES a současně následně poskytnutý rozhovor v reakci na tento článek MUDr. Hanou Cabrnchovou, předsedkyně OSP

Redakční rada

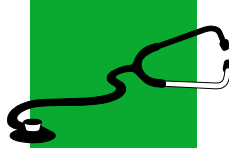
České děti více trpí vážnými chorobami

Možná to zavinilo očkování i kravské mléko místo mateřského.

Děti musí stále častěji bojovat s chorobami, které donedávna trápily jen dospělé. Doktoři dnes léčí kojence s revmatismem, předškoláky s cukrovkou či Crohnovou chorobou, což je bolestivý

zánět trávicí soustavy. Nemoci se navíc projevují i u nejmenších dětí. Například dětí s diabetem přibývá rok co rok téměř pět procent. „U předškoláků je to dokonce sedm procent ročně,“ konstatoval Jan Vavřínek, přednosta II. dětské kliniky v pražském Motole. Lékaři uvádějí, že za to možná může i očkování, ačkoli jinak zdravotníci na přímý dotaz většinou tvrdí, že vedlejší účinky vakcín nestojí za řeč. „Děti vyrůstají v moc velké čistotě, jedí sterilní jídla, příliš se očkuje. Imunitní systém nic nenu-

tí, aby se bránil,“ tvrdí alergolog Ondřej Rybníček z brněnské fakultní nemocnice. Přednosta dětské kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze Josef Hoza to vidí podobně. „Děti vyrůstají jako ve vatičce i kvůli očkování,“ řekl. Stále více se totiž ukazuje, že za podobnými nemocemi stojí selhání imunitního systému, který se neumí bránit spouštěcími virovými infekcemi. U Crohnovy choroby je podezřelé i kravské mléko, používané k umělé výživě místo mateřského. Na přibývajícím počtu



chronicky nemocných dětí se paradoxně podílí i medicína svými úspěchy. „Šest procent dětí se rodí s nízkou porodní hmotností a lékaři je dokážou zachránit, mají ale dýchací i jiné potíže,“ říká Jozef Hoza.

Lidé žijí jako ve vatičce a jejich imunita na to doplácí, nedokáží se bránit virům

České děti jsou stále více nemocné. A nejsou to žádné banální choroby. Přibývá těch, které mají cukrovku, revma, alergie. S potížemi se budou potýkat celý život.

Sotva půl roku bylo nejmladšímu pacientovi pediatra Jozefa Hozy. Dítě mělo revma. „Tahle nemoc byla přitom takřka synonymem pro nemoci stáří,“ říká Hoza, přednosta Kliniky dětského a dorostového lékařství pražské Všeobecné fakultní nemocnice. A není to jen revma omezující pohyblivost. „Nemocných dětí přibývá. Zejména těch, které trpí autoimunitními chorobami,“ potvrzuje Hoza. To jsou nemoci, při nichž se imunitní systém obrací vůči vlastním orgánům. Dále sem patří cukrovka, astma, endokrinologické potíže, cystická fibróza. „Počet těch dětí stoupá částečně proto, že dokážeme zachránit ty, které by dříve svou nemoc

nepřežily,“ říká pediatr. Díky pokroku medicíny se děti s cystickou fibrózou postižené nadměrnou tvorbou hlenu dožívají dospělosti, stejně jako děti s jinými závažnými chorobami. „Ale pravda také je, že tyto nemoci postihují stále mladší děti,“ dodává Hoza. Situace je přitom poměrně vážná. „Přibývá jich dokonce rychleji, než jsme čekali. Asi před čtyřmi roky jsme odhadovali, kolik budeme mít dětských diabetiků v roce 2005. Toho čísla jsme dosáhli už v roce 2001,“ konstatuje Jan Vavřínek, přednosta II. dětské kliniky pražského Motola. Ročně v zemi přibude čtyři a půl procenta dětských diabetiků, nejvíce mezi předškoláky. „A stále se to zrychluje a bude se to zrychlovat ještě více,“ soudí Vavřínek. Také alergolog Ondřej Rybníček z brněnské fakultní nemocnice potvrzuje: „Alergií i astmatu je čím dál víc.“ Číslo hovoří o tom, že alergií trpí více než pětina dětí. Naopak, dětí s rakovinou či leukémií tolik nepřibývá. „Za posledních dvacet let mírně stoupl výskyt nejčastější formy dětské leukemie u dětí mezi jedním a čtyřmi roky, u ostatních zůstává výskyt stejný,“ říká lékař Jan Starý z dětské hematologie nemocnice v Motole. Počet dětí, které se již narodily s krevními nemocemi, dokonce kle-

sá. „Rodí se méně dětí a také se zlepšují možnosti předporodní diagnostiky – to je případ hemofilie,“ doplňuje lékař. Právě díky včasné diagnostice také ubývá dětí, které krátce po narození umírají na srdeční vadu – lékaři je léčí ještě v děloze matky a po narození jim voperují kardiostimulátor.

■ **Které nemoci trápí děti**

Diabetes – při této chorobě neumí tělo vyrábět inzulín. V roce 1990 jej mělo 1300 dětí, nyní téměř dva tisíce. Každý rok jich přibude 4,5 procenta

Crohnova choroba – vleké zánětlivé a velmi bolestivé onemocnění trávicí soustavy. Dříve postihovalo lidi mezi dvacítkou a třicítkou, nyní jím trpí předškolní děti.

Revmatismus – bolestivé onemocnění kloubů, svalů a šlach omezující pohyblivost. Postihuje stále mladší děti, včetně kojenců. Přesný počet pacientů lékaři neznají, protože databáze neexistuje.

Alergie, astma – alergie je přecitlivělost na některé látky, při astma trpí člověk záchvaty dušnosti. Před čtvrtstoletím mělo alergie deset procent dětí, dnes jich je dvacet až pětadvacet procent. Astma má pět procent dětí.

HIPP



Reakce čtenářů na článek z MF DNES:

Očkování vinu nenese

Když jsem v MFD uviděl článek „České děti více trpí vážnými chorobami“ s podtitulem „Možná to zaviniho očkování i kravské mléko místo mateřského“, poněkud jsem se vyděsil. Léta se epidemiologové, infektologové a mikrobiologové snaží vysvětlit veřejnosti, že povinná očkování jsou opravdu potřeba, a je smutné, že sotva se to trochu podaří, objeví se nějaká zpráva, která je vodou na mlýn těm, kteří očkování odmítají. Přitom článek nepřináší žádné rozumné argumenty, které by tvrzení z podtitulku dokládaly. V článku se píše, že „Lékaři uvádějí, že za to možná může i očkování...“ Z dalšího textu však vyplývá, že jde o osobní a vágně formulované názory alergologa MUDr. Rybníčka a přednosta dětské kliniky pražské VFN prof. Hozy. Pokud jde o povinná očkování, nevěřím, že tito lékaři mohli najít nějaký opravdu průkazný argument proti nim. V opačném případě by totiž bezpochyby orgány veřejného zdraví alespoň v některých zemích očkování omezily. Není pochyb o tom, že každé očkování je zásahem do imunitního systému a že kromě ochrany přináší i jistá rizika. Pozitivní vlivy však u očkování základního očkovacího kalendáře převažují zcela jednoznačně, a jestli je panu profesorovi Hozovi málo, že očkování „zabrání úmrtí na nějakou nemoc“, pak už opravdu nevím, co by podle něj mělo umět. Rozhodně však není dobré očkování nadbytečné. Je třeba úplně zbytečné, když se nadměrně pečlivá maminka snaží přesvědčit lékaře, aby její dvouletou ratolest naočkoval proti klíšťové encefalitidě. Je totiž velmi nepravděpodobné, že by takové dítě během procházky získalo klíště, a kdyby se to i stalo, jistě si přisátého klíštěte někdo záhy všimne (klíšťata potřebují mnoho hodin, aby se z nich nemoc mohla přenést). (Ondřej Zahradníček, Brno)

Nemáme tu středověk

Článek je podložen domněnkami, a nikoli ověřenými fakty. Chce-li si paní redaktorka Wallerová ověřit, zda jsou její tvrzení oprávněná, postačí, seznámí-li se na webových stránkách světové zdravotnické organizace se zdravotním stavem dětí z chudých zemí, kde ještě žijí stejným způsobem jako my za středověku. Nízká hygienická úroveň, podvýživa, nízká úroveň zdravotního zabezpečení, diagnostiky onemocnění a léčby jsou příčiny, proč děti z těchto zemí opravdu trpí vážnými chorobami. V létě proběhla jižní polokoulí epidemie chřipky a akutních respiračních onemocnění. Nejvíce postiženou zemí byl Madagaskar, kde na chřipku zemřely tisíce lidí, a to především dětí. Epidemii způsobily viry chřipky typu A(H1N1) a A(H3N2), tedy stejné, které se podílejí na epidemii chřipky u nás. Jenže na rozdíl od dětí z Madagaskaru, ty naše se za týden uzdraví. Další šíření chřipky na Madagaskaru bylo zastaveno mimořádnou očkovací kampaní organizovanou přímo WHO. (Lenka Šimůnková, Děčín)

Doktoři se bojí

Přáli bychom si, aby už lékaři konečně vylezli ze své ulity a začali říkat, co si myslí i o očkování. Zatím nám to sdělují jen nevěřejně, protože se bojí o svou existenci - kdyby nemuseli být povinné v lékařské komoře, byla by situace mnohem lepší. (Zdeněk Troníček, předseda sdružení Paracelsus)

Abychom neublížili

Úroveň očkování u nás je předmětem obdivu řady zemí. Jakkoliv bych si přál zlepšit zdraví dětí, vždy bych se obával použít neověřenou argumentaci, která by případně mohla působit v opačném smyslu, než bylo míněno. Cestou ke zlepšení zdraví dětí není nestarat se o děti s nízkou porodní hmotností či neočkovat. (Petr Velebil, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha)

Podstatné jsou geny

U dětských civilizačních nemocí není hlavní příčinou přílišná čistota, ale jde vesměs o poškozenou genovou výbavu získanou od rodičů, tedy jejich životním stylem. V roce 1993 proběhla denním tiskem stručná zprávička z jedné z přednášek na mezinárodní konferenci v Melbourne o mutagenech v životním prostředí. Sborník té konference u nás pravděpodobně není k sehnání, ale autor přednášky, biochemik B. N. Ames, napsal v devadesátých letech řadu článků na téma vliv trvalého kouření rodičů na potomky. Uváděné dětské „civilizační“ nemoci jsou jen výsledkem dlouholetého zanedbávání problémů zdravého životního stylu rodičů. Jak budou vypadat ratolesti dnešních náctiletých kuřáků, jestliže si pořídí rodinu až kolem svých třiceti let? Pokud by pracovníci lékařského výzkumu chtěli ověřovat výsledky z USA, tak by neměl být žádný problém získat grant. Dostatek údajů pro statistická hodnocení je u rodičů v celé řadě sdružení nemocných dětí. (Tomáš Jarchovský, Praha)

Stanovisko

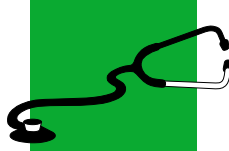
MUDr. Hany Cabrnchové, předsedkyně OSPDL ČLS JEP

1. Někteří rodiče zastávají názor, že nemoci mají význam a signalizují, že v našem organismu není něco v pořádku. Pokud mu nějakým způsobem neumožníme, aby je prodělal, najde si jinou cestu jako alergii, epilepsii atd.... Tak někteří argumentují proti očkování.

Takováto diskuse je obtížná, dle mého pohledu dokonce nemožná za situace, kdy děti očkujeme proti velmi závažným onemocněním, která by mohla znamenat v některých případech dokonce smrtelné nebezpečí pro dětský organismus. Málokdo si již pamatuje, že děti umíraly na záškrt a nebo si nesly po zbytek života nepříjemné komplikace po prodělaných onemocněních proti kterým se dnes v České republice děti pravidelně očkují. Každé nové očkování zařazené mezi očkování pravidelná je hrazeno z prostředků státního rozpočtu. Vždy předcházela rozsáhlá diskuse před jeho zavedením, zda vynaložené finanční prostředky jsou vynaloženy účelně. V roce 2001 bylo zavedeno plošně očkování proti invazivním hemofilovým nákazám a žlutence typu B. Nám lékařům se hodně ulevilo, protože každoročně byly známé případy úmrtí malých dětí způsobené hemofilovou nákazou, při které došlo k zánětu hrtanové příklopky a následnému udušení dítěte. Procento komplikací a možný rozvoj nádorového onemocnění po prodělané žlutence typu B je tak vysoký, že opět i v tomto případě je zavedení plošného očkování jednoznačným přínosem a já osobně si nedokážu představit, že jako rodič svých dětí bych volila jinou cestu, než chránit své děti před takovými onemocněními. Jiná může být diskuse pouze v případě očkování doporučených, kdy neočkujeme všechny děti plošně, ale doporučujeme tato očkování vždy s ohledem na možná rizika a ze znalosti epidemiologické situace výskytu takovýchto onemocnění. Zde vždy zvažujeme celkový přínos očkování pro dětský organismus.

2. Nejvíce připomínek rodičů se týká očkování proti spalničkám či zarděnkám, nemocem, které si prý naše rodiče odstonali a jsou snadno léčitelné. Co si o tom myslíte?

I v případě těchto onemocnění se vyskytovaly komplikace vedoucí až k úmrtí, a to je také důvod, proč proti nim v České republice očkujeme. V případě výskytu zarděnek také hrozí vážné riziko pro všechny neočkované budoucí matky, že se jim ve vysokém procentu narodí postižené dítě. Naše republika se řídí doporučeními světové zdravotnické organizace (WHO) a plní program ke kterému se zavázala. Dokud se nepodaří vyvolavatele těchto onemocnění zcela vymýtit, vždy bude hrozit riziko nákazy a to nejen pro děti neočkované, ale ve výjimečných případech i pro děti očkované. Tato rizika vedou společnost k uzákonění metod pomocí kterých se chrání veřejné zdraví a jednou z nich je



plošné očkování. Nebude-li populace proti těmto virovým onemocněním plošně chráněna, jsou všechna uvedená rizika velmi pravděpodobná a to nesmíme dopustit.

3. Co říkáte názoru, že pertuse by vymizela i bez očkování a že pokles nemocnosti není důsledkem očkování, ale komplexu společenských a ekonomických faktorů.

Tady dokážeme oponovat konkrétními příklady, kdy došlo-li k poklesu počtu očkováných dětí, výrazně stoupla nemocnost. Například v sousedním Německu se přestalo na určitou dobu očkovat a výskyt tohoto onemocnění stoupl na 100 000 případů ročně. To vedlo ke znovuzavedení tohoto očkování. Další podobné zkušenosti z Japonska, Velké Británie a Švédska již dnes nedovolují provádění takovýchto nebezpečných experimentů. Naopak jejich výsledkem je pouze maximální důraz na šetrnost celého očkování, výsledkem byl vývoj očkovacích látek majících minimální počet reakcí po očkování.

4. Nemyslíte, že by se diskuse kolem povinného očkování vyřešila jeho zrušením a nebo alespoň individuální plánem očkování. Lékař by očkoval děti v souladu se zdravotním stavem dítěte a přáním rodičů.

Každá společnost hledá dle svých možností cestu k ochraně veřejného zdraví. Důvodem je i snaha chránit celou populaci a to se nepodaří, nebude-li dosaženo vysokého stupně proočkovanosti naší populace, tedy nedojde-li následkem toho k výraznému poklesu výskytu vyvolavatelů závažných onemocnění a v některých případech i jejich úplné eliminaci. Důraz na individualizaci procesu očkování nezajistí vysokou proočkovanost i když v procesu očkování je nezbytný. Každodenní komunikace s rodiči a poučení před očkováním musí být součástí práce každého lékaře. Ani vyspělé demokratické společnosti však neponechávají proces očkování jen na individuálním přístupu a dle svých možností se snaží řešit ochranu veřejného zdraví zákonnou povinností nebo restriktivními opatřeními například nevyplácením sociálních dávek pro neočkované děti.

5. Jak ve své praxi přistupujete k rodičům, kteří nechtějí nechat své děti očkovat?

Myslím, že i očkování, tak jako ostatní zdravotní péče, je založené na důvěře mezi lékařem a pacientem. V případě dětí jsou nositeli této důvěry také jejich rodiče a já sama jsem se do této situace nikdy nedostala. Znáám ale kolegy, kterých si velmi vážím, a vím, že se v komunikaci s rodiči snažili udělat maximum a přesto rodiče očkování odmítají. Jedná se o výjimečné případy spojené s určitým názorovým přesvědčením těchto rodičů a lékař je povinen tyto případy ohlásit hygienické stanici. Ve většině případů se pak opakovanou komunikací s rodiči podařilo situaci vyřešit.

V Praze dne 23.2.2003

Indikace k alergologickému a imunologickému vyšetření

MUDr. Václava Gutová

Ústav imunologie a alergologie FN Plzeň

Alergická onemocnění představují v posledních letech stále významnější zdravotní problém, který se týká všech věkových kategorií. Podle posledních epidemiologických studií, zahrnujících velké soubory lidí na celém světě, je zhruba 1/3 populace postižena nějakou alergickou chorobou, ve velkých průmyslových aglomeracích jde mnohdy až o polovinu populace. Největší nárůst alergií se týká bohužel hlavně dětí a adolescentů. Prevalence alergické rýmy – nejčastějšího alergického onemocnění – se za poslední desetiletí zdvojnásobila a činí kolem 30%. Prevalence astmatu, nejzávažnějšího alergického onemocnění je v evropské populaci asi 5%, ale prudce roste, zvláště ve věkové skupině předškolních a školních dětí, podle posledních českých studií je 5,7%. Prevalence atopického ekzému je u předškolních dětí asi 20%. Podle posledních studií je dokonce u ročních dětí s rodinnou atopickou zátěží prevalence senzibilizace na roztočové alergeny 5%!

Dědičnost u alergie je polygenní a pravděpodobnost projevů alergie u dítěte, jehož oba rodiče jsou alergici se udává 50–80 %, roste, pokud jsou postiženi oba rodiče stejnou chorobou. Pokud trpí alergií jeden z rodičů je pravděpodobnost postižení dítěte asi 30–40%. Věková hranice začátku alergických projevů u geneticky determinovaného jedince se v posledních deseti letech posouvá do nižších věkových kategorií.

Příčiny tohoto nárůstu alergií jsou předmětem mnoha výzkumných prací na celém světě, zatím se však nedaří k jednoznačným závěrům. Jasně je, že se uplatňují jak faktory genetické, tak vlivy prostředí.

Nejčastějším projevem alergie je postižení sliznic, hlavně horních cest dýchacích – alergická rýma a konjunktivitida a dolních dýchacích cest – astma bronchiale. Dále jde o projevy kožní – atopický ekzém, urtikarie, otoky, projevy gastrointestinální – nejčastěji pozorované při potravinové alergii. Dále pak závažné projevy celkové – anafylaxe.

Projevy v dětském věku, zvláště časné, nemusí být ale vždy zcela typické. U menších dětí může být projevem pylové alergie i častá nemocnost v pylové sezoně, astma se může projevit nejen recidivujícími obstruktivními bronchitidami, ale i chronickým kašlem bez jasné přítomnosti ob-

strukce. Gastrointestinální projevy nebývají příliš časté. Projevy ekzémové jsou ale většinou velmi typické.

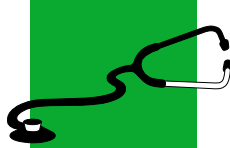
Poruchy imunity typu vrozených vad jsou poměrně vzácné a jejich prevalence v populaci se zatím nijak významně nemění. Nejčastější je deficiencie slizničního IgA, kde je prevalence asi 1 onemocnění na 700 dětí, jde o vrozenou, úplnou deficienci IgA. Další známou poruchou je běžný variabilní imunodeficit, který ovšem u dětí diagnostikujeme velmi obtížně, většinou až ve školním věku, ale typickým věkem prvních projevů je 3. dekáda. Poruchy imunity, které běžně u dětí vidíme jsou vývojové hypoimmunoglobulinemie, sekundární snížení buněčné imunity po opakovaných virových infekcích.

■ Které dítě a kdy tedy poslat k alergologickému vyšetření?

Není asi příliš sporná situace typických potíží. Sezónní nebo celoroční rhinokonjunktivitida, dušnosti či časté pískavé bronchitidy, rýmové či bronchitické potíže spojené s konkrétním prostředím (kontakt se zvířaty), typický ekzém, jasná reakce na některou potravinu. Praktický pediatr má výhodu dobré znalosti rodiny dítěte, alergické zátěže i v širší rodině pacienta. Dítě z takové rodiny by mělo být vyšetřeno již při prvním podezření. V případě recidivujících onemocnění horních a dolních dýchacích cest může jít také o alergii, ale současně i o mírné vývojové poruchy tvorby protilátek nebo jinou dysregulaci imunity.

Další logickou indikací k vyšetření jsou různé formy urtikarie. V tomto případě však platí, že alergická příčina se najde jen velmi vzácně. Většinou jde o různé pseudoalergické reakce na nejrůznější potravinová aditiva, případně parainfekční projevy při chronických virových, parazitárních nebo bakteriálních onemocněních. Ve vzácnějších případech to jsou sekundární projevy závažných endokrinních nebo onkologických onemocnění. Asi 20–25% případů zůstane nejasných.

Imunologické vyšetření je indikováno u dětí s opakovanými, komplikovanými infekty, nejčastěji dýchacích cest, ale i močových cest a gastrointestinální. Dále je vhodné toto vyšetření u opakovaných reakcí po očkování. U větších dětí



s recidivujícími anginami, a to i tam, kde ORL lékař indikuje tonsilektomii. Před tímto výkonem by se imunologické vyšetření mělo provést vždy. Při indikaci imunologického vyšetření u předškolních dětí je třeba vzít v úvahu, že nekomplikované infekty horních dýchacích cest jsou u těchto dětí běžné a mohou se dle literatury opakovat 6–8x ročně u zcela zdravého dítěte! Domněnka některých rodičů, že lékaři „zařídí“ aby dítě nebylo vůbec nemocné je zcela scestná. Většinou jsou to rodiny, jejichž životní styl neodpovídá tomu nejzdravějšímu.

■ Jaká vyšetření může provést v období před alergologickým vyšetřením pediatr?

Zcela základním vyšetřením je krevní obraz s diferenciálním rozpočtem leukocytů – vyloučení anemie, zhodnocení eosinofilie, poruchy poměru granulocytů a lymfocytů. Prakticky všichni pracovníci praktických lékařů mají možnost provést základní vyšetření humorální imunity – hladiny imunoglobulinů G, A a M, případně E, ale je nutné vyšetřovat tyto parametry v době kdy je dítě zdravé a není v rekonvalescenci po proběhlé infekci, kdy mohou být výsledky Ig „falešně“ normální a IgE zvýšený.

U recidivujících onemocnění dolních dýchacích cest, by měl být zhotoven rtg plic.

V případě rýmy je nutné jak vyšetření alergologa, tak ORL specialisty. Je těžko říci, které má být první, ale ORL vyšetření by mělo zahrnout i vyšetření vedlejších nosních dutin a adenoidní vegetace. V současné době již by mělo být samozřejmostí vyšetření endoskopické s posouzením stavu nosní sliznice a poměrů v nosohltanu. Bakteriologické vyšetření stěrů z nosní sliznice a z krku je doporučeno tam, kde jde i o hnisavé projevy rýmy, nebo při požadavku imunologického vyšetření pro recidivující tonsilitidy.

U dětí s atopickým ekzémem je stejně důležité vyšetření kožní i alergologické a imunologické. Také trvalá péče o atopika by měla být vedena ve spolupráci pediatra a obou specialistů.

■ Kromě vyšetření ale může pediatr rodiče i dítě na návštěvu alergologa připravit!

Může zdůraznit to, že bude velmi podrobně odebrána anamnéza, rodina by měla alespoň rámcově vědět v čem spočívají alergologické testy, že dítěti bude velmi pravděpodobně odebrána krev. Pokud již byl provedena některá vyšetření, zdůraznit rodičům, že jejich výsledky jsou pro alergologa důležité, aby je nezapomínali doma.

■ Co alergolog očekává, že přinesou rodiče sebou k vyšetření?

Stručnou epikrizu o stavu dítěte a důvodech

požadovaného vyšetření a výsledky provedených vyšetření. Někteří pediatři dávají rodině sebou celou dokumentaci! Na studium, mnohdy ručně psané dokumentace opravdu nemá alergolog při vyšetření čas.

■ Alergologické vyšetření

Konečně se rodiče octli u alergologa, čekací doby se pohybují mezi 1–3 měsíci! Vzpomínají na nemoci v rodině, raná onemocnění svého dítěte, která někdy ani nedávají do souvislosti s potížemi současnými. Neradi přiznávají kouření v bytě, prozradí je mnohdy spíše jejich nemocné děti. (Pediatr, který rodinu zná zblízka by i v tomto mohl pomoci!)

Ptáme se i na případné reakce po léčích a málokterý rodič si pamatuje, na které antibiotikum mělo jeho dítě reakci!

Osobní anamnesa, kterou alergolog s rodinou rozebírá by měla zahrnovat údaje o onemocnění dýchacích cest a kůže v raném dětství. Často bývají obstrukční bronchitidy v období 2–3 let věku předzvěstí pozdějšího astmatu a v témže věku recidivující otitidy a sinusitidy předzvěstí chronické alergické rýmy. Důvodem je chronický zánět na podkladě alergie, který může být v určitých obdobích života bez příznaků. To, že atopický ekzém v raném dětství je začátkem tzv. alergického pochodu – postupného výskytu alergických projevů během dětství, je již jistě dostatečně známo.

U potíží se kterými pacient přichází se ptáme na dobu výskytu během dne a noci, vazbu potíží na určitou sezónu, na prostředí ve kterém jsou příznaky manifestní – venku, v bytě, ve škole, při rekreaci například na chatě či chalupě, kontakt se zvířaty. U jednotlivých příznaků zkoumáme jejich charakter. Kašel suchý, produktivní, v záchvatech, nebo stálé pokašlávání, kašel ponámahový. Ptáme se na stupeň dušnosti a okolnosti za kterých vzniká – námaha, infekce, kontakt se zvířaty, určité prostředí, zda je dušnost během dne, nebo noci. U dětí je někdy prvním projevem slyšitelné pískavé dýchání.

I u rýmy pátráme po charakteru – převážně sekrece či kongesce, charakter hlenu, komplikace – sinusitidy, otitidy.

U sezónní rýmy se snažíme zjistit co nejpřesněji období potíží a podle pylového kalendáře určit nejpravděpodobnější alergeny. Zde nám pomáhají i informace PIS (Pylová informační služba), která mapuje během pylové sezóny každý týden výskyt pylů v republice i v Evropě.

U kožních projevů se soustředujeme spíše na potravinové alergeny a potíže po kontaktu s některými látkami.

U potravin je důležitý interval mezi požitím určitého jídla a vznikem potíží. Cenná je informace

o příznacích tzv. orálního alergického syndromu – OAS, pocity svědění a pálení na rtech, v ústech nebo hltanu po požití některých zelenin a ovoce. Je příznakem zkřížené alergie na pyly, u nás nejčastěji pyly jarních stromů a reakce OAS na jablka, třešně, broskve, ořechy a kořenovou zeleninu, hlavně mrkev.

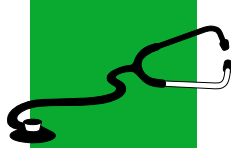
■ Dalším bodem vyšetření je testace

V současné době se testuje standardně metodou vpichového „prick“ testu: na očištěnou kůži volární strany předloktí se aplikuje kapka alergenního extraktu a přes ni se provede vpich speciální lancetou se standardizovaným hrotem tak, aby došlo jen k povrchovému narušení kůže, bez krvácení. Alergen se tak dostává k molekulám IgE na mastocyty a po vazbě dojde k degranulaci mastocyty a uvolnění mediátorů do podkoží, následkem je vznik edému a erytému a pruritus. Edém a erytém se odečítají po 15–20 minutách a měří se v mm. Za pozitivní reakci se považuje velikost pupenu od průměru 3 mm a erytému od 5 mm. Současně s alergeny se zjišťuje reaktivita pozitivní a negativní kontroly – negativní kontrolou je samotné rozpouštědlo alergenního extraktu, pozitivní kontrolou roztok histaminu, nebo kodeinu. V současné době se již k testaci používají pouze alergeny standardizované biologickými metodami, které zajišťují v podstatě standardní kožní reakci.

V základní řadě alergenů, které se používají při testaci jsou alergeny inhalační – pyly stromů (nejčastěji bříza, olše, líska), pyly travin (jílek, bojíněk, tomka, žito, medyněk), zde jsou směsi různé, ale vzhledem k rozsáhlé zkřížené reaktivitě mezi jednotlivými travami nejsou malé odchylky podstatné. Dále zvířecí alergeny – peří, kočičí srst, psí srst (doplňujeme další alergeny podle anamnesy), alergeny nejčastějších druhů roztočů – jednotlivě, či ve směsi, plísňové alergeny – nejčastěji *Alternaria* a *Cladosporium*, vzhledem k jejich převládajícímu výskytu. Jako pozitivní kontrola je používán histamin, který vytváří standardně kožní reakci a jako negativní kontrola rozpouštěcí roztok.

U některých dětí, kde převažují infekční projevy testujeme směs bakterií HCD intradermální injekcí a hodnotíme časnou i pozdní (za 8–24 hod) reakci. Potravinové alergeny testujeme spíše vyjímečně. Zatímco pro inhalační alergeny platí, že jejich senzitivita a specifita je přesnější než u určení sp. IgE, u potravinových a i např. hmyzích alergenů je senzitivita lepší u sp. IgE.

Existují ovšem i kontraindikace testace. Je to stav v akutním infektu, používání antihistaminik (AH I. generace nutno vysadit asi na 3 dny, AH II. generace u dětí raději na 10 dnů, ketotifen na 3



týdny). U ekzematiků nelze testovat na kůži léčbou topickými steroidy dříve než 3 týdny po vysazení. Systémové steroidy také výsledky testů ovlivňují, ale inhalační steroidy na výsledek vliv nemají. U velmi malých dětí – do 2 let může být kožní testace falešně negativní.

Při hodnocení výsledků kožních testů je třeba si uvědomit, že není jasná korelace mezi velikostí testů a intenzitou potíží.

Positivitu alergenů na které pacient nijak nereaguje označujeme jako „latentní alergii“, došlo k senzibilizaci, ale ještě ne k projevu.

V případech, kde nelze testovat z uvedených důvodů, nebo, kde nastala diskrepance mezi anamnestickým údajem a testy, vyšetřujeme sp. IgE. Nepřesnější je stanovení pomocí moderních laboratorních analyzátorů.

Tzv. „proužkové metody“ nejsou zdaleka tak dokonalé. Pozitivita sp. IgE je počítána od hodnoty 0,75, hodnoty mezi 0,35–0,75 jsou „hraniční“. I při hodnocení laboratorních testů není korelace mezi výškou hladiny sp. IgE a klinickými potížemi.

Výhody a nevýhody různých způsobů diagnostiky:

Kožní testy – jsou více citlivé a výsledek je okamžitý, „viditelný“ pro pacienta i rodiče. Jsou ekonomičtější – základní testace stojí asi 140 Kč.

Sp. IgE – z poměrně malého množství krve vyšetříme řadu alergenů, ale jejich specifita je nižší, jsou daleko nákladnější – 1 test na 1 alergen stojí od 250 do 450 Kč, ceny směsí alergenů se pohybují kolem 500 Kč – při počtu základních testů cca 10, je tedy cena minimálně kolem 3000 Kč!

■ Další součástí vyšetření je vyšetření imunologické

U všech pacientů, pokud již nebylo provedeno, vyšetřujeme základní parametry – hladiny protilátek, základních složek komplementu a krevní obraz. U případů vyšetřovaných pro podezření na poruchu imunity vyšetřujeme ještě základní složky specifické buněčné imunity – počet T lymfocytů, jejich subpopulace a schopnost aktivace, tam kde je to z anamnestického hlediska indikované i počet B lymfocytů a NK buněk (přirození zabíječi), event. schopnosti nespecifické buněčné imunity – fagocytosu a test schopnosti nitrobuňčného zabíjení mikroorganismů.

Imunologické vyšetření je nutno vždy hodnotit v souvislosti s klinickými projevy a dalšími vyšetřeními – vyšetření infekčních fokusů – včetně stomatologických!!, vyšetření případných skrytých chronických infekcí – EBV, CMV apod.

■ Vyšetření spirometrické

Běžnou součástí alergologického vyšetření při podezření na astma je vyšetření spirometrické – základní vyšetření spočívá ve vyšetření křivky prů-

tok/objem, eventuálně v bronchomotorických testech. V zásadě lze takové vyšetření provést už u dětí mezi 4.–5. rokem, ale spolehnout se na výsledek můžeme většinou až u dětí 6letých. Pomáhá nám při diagnóze astmatu a hlavně při sledování stavu bronchů u astmatika během dalšího vývoje a léčby.

Z laboratorních ukazatelů u astmatu je cenné určení hladiny ECP – eosinofilního kationického proteinu. Je to látka uvolňovaná z tzv. aktivovaných eosinofilů a je považována za korelát intenzity bronchiálního zánětu s převahou eosinofilních granulocytů. Její hladina je zvýšena především u alergického astmatu. Při správné protizánětlivé léčbě dochází většinou ke snížení hladiny ECP z původních hodnot a proto ji můžeme využít jako marker léčby astmatu. Jako pomoc pro určení diagnózy má však jen omezený význam.

■ Léčba

Medikamentózní léčba alergických onemocnění má v současnosti velmi široké spektrum možností. Antialergická léčba moderními antihistaminiky II. generace jak systémově, tak lokálně je i v rukou pediatra. Lokální léčba kortikosteroidy – inhalačními v případě astmatu nebo v nosních sprejích v případě rýmy přinesla převrat v léčbě alergických onemocnění a zvýšila významně kvalitu života alergiků. Preparátů je na trhu velký výběr a je možné si vybírat a „šít léčbu pacientovi na míru“. Přesto se musíme v dlouhodobé léčbě obávat některých nepříznivých vedlejších účinků lokálních steroidů a snažit se o optimalizaci dávek tak, aby byl potlačen zánět s co nejmenší účinnou dávkou. V poslední době jsou velmi účinné kombinace inhalačních kortikoidů a dlouhodobě působících betamimetik, nebo inhalačních kortikoidů a antiuleukotrienů. **Jedinou kauzální a velmi účinnou léčbu mají v rukou alergologové – specifickou terapií alergenovými vakcínami.**

Dříve jsme jí říkali hyposenzibilizace, nebo desenzibilizace.

V čem je tato léčba jedinečná? Jako jediná prokazatelně dokáže zvrátit „alergický vývoj“ organismu, zmírňuje prokazatelně potíže pacienta, snižuje množství farmakoterapie. Působí preventivně na rozvoj dalších senzibilizací a v případě alergické rýmy preventivně proti rozvoji astmatu. Jako vše v medicíně se tento způsob léčby velmi rychle vyvíjí. Dnes už léčíme poměrně přesně definovanými, standardizovanými alergeny, které se k nám dovážejí. Česká produkce firmy Sevapharma bohužel není zcela na úrovni evropských preparátů, které máme možnost využít. Dnes již víme, že je lepší používat jednotlivé alergeny, nebo směsi s obsahem maximálně 3–5 alergenů stejné skupiny (např. pylů trav), protože

kombinace různých alergenů významně snižuje léčebný efekt vakcín. Dáváme přednost parenterálnímu podávání, kde je účinnost prokázána v mnoha studiích. Pokud podáváme alergeny perorálně, je nutná sublinguální aplikace, která jediná má prokázaný efekt, i když ne na srovnatelné úrovni s parenterálním podáním.

Specifická alergenová imunoterapie ale má i svá úskalí, zvláště u dětí.

Léčba vyžaduje velmi dobrou spolupráci s rodinou – v iniciální fázi – t.j. v prvních 4 měsících pacient dochází na léčbu 1x týdně! Zahájení léčby je možné již po 5. roce věku, ale z našich zkušeností, je to problematické pro poměrně vysokou nemocnost těchto předškolních dětí – alergiků. Dále do podávání vakcíny vstupuje celá řada povinných očkování, ale při dobré spolupráci s rodiči a praktickým pediatrem není očkování problém. Často se rodiče ptají, zda lze vakcínu aplikovat u jejich praktického pediatra. Pokud s aplikací pediatr souhlasí a pokud aplikace probíhá nekomplikovaně, je to možné při dodržení všech preventivních opatření k eventuální celkové reakci. Trvá ale zhruba 2 měsíce iniciální fáze, kdy zjišťujeme reaktivitu pacienta a kdy je potřeba na aplikaci docházet k alergologovi. V udržovací fázi, většinou aplikace u pediatra nebývá problém, měl by však vždy konzultovat netypické reakce a delší vynechání vakcíny.

■ Spolupráce alergologa a praktického pediatra

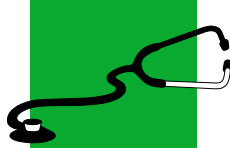
Co by měl pediatr požadovat od alergologa ve vzájemné spolupráci?

Především písemné zprávy o provedených vyšetřeních, výsledky imunologických vyšetření s příslušným komentářem, doporučení k nasazení léčby a k provedení určitých preventivních opatření – eliminace alergenů v bytě, doporučení omezení kontaktu s alergeny v přírodě apod., plán postupu dalších vyšetření a léčby pacienta. Aktuální zprávy o stavu pacienta při kontrolách, alespoň 1x ročně. Naopak by neměl očekávat řešení akutních infekčních stavů. Ke konzultaci alergologa mimo plánovanou kontrolu v případech protražovaných postinfekčních potíží jsou vyzýváni rodiče i pacienti vždy když opouštějí naši ordinaci.

■ Co říci závěrem?

Specialista se bez praktika neobejde a naopak. A tak bychom měli z obou stran přistupovat ke spolupráci zodpovědně, protože nám jde přece o prospěch pacienta.

Literatura u autora



Alergie a alergická onemocnění v roce 2003

Prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.

FN Na Bulovce, Praha, IPVZ Praha

Souhrn

Ve všech oborech můžeme pozorovat, že 21. století je poznamenáno snahou podepřít pozorování, medicínské zkušenosti nalézáním důkazů a formulováním definic. Vznikají tak celosvětové, národní a nakonec dovedeno až k pacientovi i individuální programy léčení a prevence chorob, opírající se o pravidla „medicíny založené na důkazech“. To vše se odehrává i v alergologii a klinické imunologii. Tento proces není o ničem jiném, než o tom, že lékař i pacient touží znát odpovědi na to, proč a jak nemoc vznikla, jaké jsou její příčiny a jak se jí účinně a bezpečně bránit. Podívejme se v krátkém přehledu, co víme o alergii a alergických onemocněních u dětí.

■ Prevalence alergických onemocnění v dětství

V prosinci 2001 si poslanci Evropského parlamentu vyslechli zprávu, že každé čtvrté dítě v Evropě je alergické a v diskusi se ptali, co bude v budoucnu. Znalost epidemiologických dat je podmínkou zajištění léčebných a preventivních opatření. Nejnovější data pracovní skupiny Státního zdravotního ústavu (SZÚ) vycházející ze sledování dětské populace při preventivních prohlídkách (5–9–13–17 letých) v letech 1996–2001 potvrzují, že se od evropského průměru nelišíme. Prevalence alergických onemocnění dosáhla 24,7% (u chlapců 26,4%, u dívek 22,8%).

Na výzkumu se podílelo 54 PLDD spolu s hygieniky 26 stanic. Data se opírají o dotazníky, vyšetření pediatra a diagnózy byly v průměru v 75% potvrzeny alergologem. Průduškovým astmatem je postiženo 5,1%, alergickou rýmou 12,3%, atopickou dermatitidou 7,1%. Studie během let odkryla i naše diagnostické rezervy. Mezi 16 městy byly i značné rozdíly v prevalenčních hodnotách, jejichž příčina nebyla v rozdílnosti prostředí. Příkladem je i nezanedbatelný počet dětí s diagnózou recidivující bronchitidy jako alergického onemocnění. Podrobnější rozbor ukázal, že u většiny těchto dětí jde zřejmě o nepotvrzené astma. Na těchto závěrech se podílel pediatr i s alergologem (v 79% případech). Srovnání prevalence alergických onemocnění v letech 1996 a 2001 u dětí 5,9 a 13 letých ukázalo vzestup prevalence aler-

gických onemocnění ze 17% na 23% (J.Kra-
ténová a spol.).

■ Teoretická východiska posuzování alergie a alergických onemocnění

V roce 2002 bylo publikováno i upravené alergologické názvosloví. Pro praxi nejdůležitější je definování pojmů atopie a alergie. **atopie** je vrozená dispozice k alergii, **alergie** je již klinický projev atopie.

Atopie má polygenní základ, v němž se jednotlivé geny uplatňují velmi individuálně a variabilně a jejich umístění je na řadě chromosomů (5,6,17). Imunologicky je atopik charakterizován dnes již známou

- převahou Th2 lymfocytů, tvořících interleukiny IL-4, IL-13, IL-5
- zvýšenou tvorbou specifických protilátek třídy IgE
- aktivitou buněk zánětu, zejména eozinofilů
- pozitivitou kožních testů s alergeny
- nespecifickou neimunologickou hyperreaktivitou (kožní, slizniční, nosní, bronchiální, střevní, neurogenní).

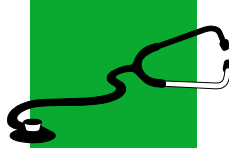
Alergie je klinickým projevem alergické reakce spuštěné po kontaktu s alergenem na žírných buňkách a bazofílech s následnou aktivací a účastí buněk zánětu, zejména eozinofilů.

Alergická reakce probíhá vždy v časné fázi (do 30 minut po spuštění alergenem) a s odstupem několika hodin ve fázi pozdní.

Časná fáze se projeví příznaky, se kterými k nám pacient přichází. Mohou odeznít spontánně nebo vyžadují léčebný zásah. Výkonnými látkami jsou známé mediátory, z nichž hlavní úlohu má histamin a leukotrieny. Jejich biologické účinky jsou vazoaktivní (otok sliznic, otok, erytém kůže, překrvení, vodová sekrece) a spazmogenní (spazmy hladkých svalů bronchiálních a střevních).

Pozdní fáze je pro pacienta „neviditelná“ a bezprostředně ji nevnímá. Charakterizuje ji infiltrace sliznic a tkání, kde reakce probíhá, eozinofily a celková systémová aktivace buněk zánětu. Eozinofily jsou aktivovány interleukinem IL-5, který prodlužuje jejich životnost a jsou přitahovány do místa reakce chemokiny (eotaxinem a RANTES). Z periferní krve jsou eozinofily přiváděny pomocí adhezivních endotelových molekul. Eozinofily jsou producenty cytotoxických proteinů, které již působí poškození tkání a devastaci sliznic. Vyvolávají neinfekční zánět s podlizničním ukládaním kolagenu, aktivací fibroblastů a následnou strukturální přestavbou kůže, bronchiální i střevní stěny i hrubým poškozením sliznice nosní. Tato pozdní fáze s rozvojem chronického eozinofilního zánětu rozhoduje o prognóze alergického onemocnění. Klinickými příklady nezvládnutého eozinofilního zánětu jsou chronické hyperkeratotické změny na kůži, ztráta čichu u alergické rýmy, ztráta reverzibility bronchiální obstrukce u astmatu s neodpovídavostí na bronchodilatancia.

Proto hlavním cílem všech léčebných



a preventivních opatření je bránit rozvoji tohoto alergického eozinofilního zánětu. Proto lékař i pacient má vnímat rozdíl mezi léky úlevovými, které použije jen podle potřeby při akutních příznacích (antihistaminika, beta-2 mimetika) a léky pro dlouhodobé preventivně účinné protizánětlivé léčení (inhalační kortikosteroidy, antileukotrieny, teofyliny, kromony a některá antihistaminika).

Alergie je systémové onemocnění s místními projevy. To je důvodem k potvrzení toho, co již dávno označujeme jako „atopický syndrom“ nebo „alergický pochod“. Tak atopická dermatitida je rizikem pro astma i alergickou rýmu, alergická rýma je rizikem pro astma a alergická konjunktivitida je rizikem pro alergickou rýmu. Tato jednoduchá téze je však v praxi při diagnostice nedočkávána. Příkladem je výše uvedená diagnóza „recidivující bronchitidy“. Riziko vývoje alergického onemocnění je dané výskytem alergie v rodině, ale také i velmi časnou senzibilizací (s možností už prenatálně od 22. týdne těhotenství), časnou tvorbou specifických IgE protilátek zejména proti alergenům roztočů, trav a kočky. To je pak východiskem k projevům atopického syndromu.

■ Alergeny

- příčina alergických projevů

Alergeny jsou antigeny navozující přecitlivělost zprostředkovanou většinou protilátkami třídy IgE. Dnes je k dispozici databáze již přesně definovaných alergenů, v nichž je určena, ale i kvantifikována biologicky nejaktivnější frakce (tzv. hlavní alergen). Doba, kdy jsme pracovali s hrubými extrakty připravenými ze sesbíraného prachu v domácnosti, je pryč. Dominantní postavení mají alergeny pylové, roztočové, zvířecí (zejména alergeny kočky) a hmyzí. Nezadržitelně se zvyšuje význam alergenů potravinových. Mezi potravinovými a pylovými alergeny přibývá údajů o zkřížených reakcích. Alergik reagující na pyl břízy reaguje současně na jablko, kořenovou zeleninu. Je důležité připomenout skutečnost, že až 36% všech šokových alergických reakcí je vyvoláno potravinami (arašidy, celer, mák, ořechy, ryby, vejce, koryši, měkčíši, sezam). Nelze opominout ani přídatné látky v potravinách, označované jako aditiva a označované známými kódy s písmenem E. Už i alergické děti mluví o „éč-

kách“. Jsou to zejména barviva (karmínová červeň E 120, tartrazin E 102). Patří sem konzervační látky a řada příchutí, mezi nimiž glutamát sodný si vysloužil označení „syndrom čínské kuchyně“. Definované alergeny jsou významné nejen pro diagnostiku příčin alergie, ale jsou základem i pro účinnější a bezpečnější specifickou alergenovou imunoterapii standardizovanými alergeny. Zásadním obratem je imunoterapie spočívající v kontinuálním, celoročním (a to i u pylové alergie) podávání alergenového extraktu po dobu nejméně tří let.

■ Globální strategie péče o astma a jeho prevenci

Na počátku 90. let vznikla pod patronací WHO Globální iniciativy pro astma (GINA), která připravila Globální strategii péče o astma a jeho prevenci (1995). V březnu 1996 vznikla u nás Česká iniciativa pro astma (ČI-PA) a byla vyhlášena česká Strategie diagnostiky, prevence a léčby průduškového astmatu. Více než polovina praktických pediatriů prošla víkendovými kurzy o astmatu a většina lékařů primární péče začala postupně uplatňovat nové směry v péči o astmatiky. V loňském roce byla publikována nová revidovaná verze Globální strategie, která byla přeložena do češtiny a bude uvedena pod záštitou ministryně zdravotnictví MUDr. Součkové v ČR 7. května 2003. Základní změnou v pohledu na astma bylo přijetí definice, která astma charakterizuje jako chronický zánět dýchacích cest. Jeho základní klinické projevy, jimiž je reverzibilní bronchiální obstrukce a hyperreaktivita dýchacích cest se pak na tomto zánětlivém podkladě promítají do individuální mnohotvárnosti a variabilitě. Tomu odpovídá pestrost příznaků, mezi nimiž kromě stíženého dýchání a výdechové dušnosti je početně zastoupen dráždivý, perzistující kašel noční a/nebo po tělesné zátěži. Fenomen pískání při dýchání se pak stal hlavním sledovaným projevem. Projev kašle bez zjevné dušnosti je pak často omylem přisuzován respirační infekci a skutečnost, že jde o dítě s ekzémem, z rodiny alergiků nebo s příznaky alergické rýmy bývá nedoceněna. Nízký věk dítěte samozřejmě situaci ztěžuje, protože do pěti let věku jsou možnosti posouzení stavu funkce plic a bronchiální reaktivity omezené. Nepřímým důkazem eozinofilního zánětu může být vy-

šetření eozinofilního kationického proteinu (ECP) v krevním séru nebo při bronchoskopii v broncho-alveolární laváži. Šetrnou neinvazivní metodou se do budoucna jeví vyšetření kondenzátu vydechaného vzduchu, v němž lze měřit množství leukotrienů nebo i vasoaktivních mediátorů. Pro vedení péče o dětského astmatika je potřebné zhodnotit stav a zařadit dítě do klasifikace astmatu intermitentního nebo perzistujícího se stupni -lehké, středně těžké, těžké. Toto dělení není rigidní, ale je třeba je vždy znovu při kontrolách dítěte zhodnotit, případně změnit a odpovídajícím způsobem upravit léčbu.

Monitorování průběhu astmatu zahrnuje záznam o skóre příznaků, o spotřebě úlevové medikace, o počtu a tíži exacerbací, variabilitě výdechových proudů a zhodnocení funkce plic. Zejména ohodnocení exacerbace nová verze strategie zdůrazňuje. Těžký průběh exacerbace posouvá na příklad terapií lehkého perzistujícího astmatu do úrovně astmatu středně těžkého! Změny pak lze provádět vždy až s odstupem nejméně tří měsíců.

■ Alergická rýma a astma

V roce 2002 byl publikován i v českém překladu celosvětový dokument iniciativy „Alergická rýma a její vliv na astma“. Zdůrazňuje jenom již známou zkušenost - 60-78% astmatiků trpí současně alergickou rýmou a téměř 40% pacientů s alergickou rýmou trpí současně astmatem. Praktickým výstupem je výzva lékařům i pacientům: „Nepodceňujte alergickou rýmu ať je intermitentní (sezónní) nebo perzistující“. Pacient s alergickou rýmou, zejména při projevech dráždivého kašle, by měl mít vždy zkontrolován a monitorován funkci plic spirometrií.

■ Tradiční pohled na lék se mění

Globální strategie i v nové revidované verzi zdůrazňuje rozlišení dvou skupin farmak. První skupinu tvoří léčiva úlevová, „záchranná“, ke kterým pacient sahá podle potřeby k potlačení akutních příznaků. Tato léčiva se nepodávají pravidelně, dlouhodobě. Jakmile stav onemocnění vyžaduje časté používání těchto farmak (antihistaminika, beta-2 mimetika, teofyliny s krátkým účinkem), pak je nemocný ohrožen progresí eozinofilního eracznětu, tkáňovým poškozením, přestavbou bronchiální stěny, kůže, nosní i střevní



tab. č. 1

Srovnání jednotlivých typů kortikosteroidů

Lék	Nízká d.		Střední d.		Vysoká d.	
	> 5r.	< 5 r.	> 5 r.	< 5 r.	> 5 r.	< 5 r.
BDP CFC	168-504	84- 336	504-840	336-672	> 840	> 672
BDP HFA	80-240	80-160	240-480	160-320	480	320
BUD	200-600	200-400	600-1200	400-800	1200	800
FP	88-264	88-176	264-660	176-440	660	440

BDP= beklometason CFC (freonový)
HFA (bezfreonový)
BUD = budesonid FP = flutikason

sliznice a nastává naléhavá nutnost nasazení protizánětlivé, pravidelné léčby (inhalačními kortikosteroidy, antileukotrieny, kromony v monoterapii nebo kombinacích za podpory teofylinů s prodlouženým účinkem, beta-2 mimetik s prodlouženým účinkem nebo i antihistaminik s imunomodulačním účinkem.

■ Antihistaminika - nejstarší antialergika

Antihistaminika jsou klasickým příkladem úlevových léků pro akutní potřebu. Výrazným přelomem bylo uvedení antihistaminik II. generace s vyšší účinností a menším sedativním účinkem. Ukázala se ale i jejich částečný vliv na eozinofilní zánět. Známa studie ETAC u ekzematických dětí z alergických rodin prokázala protektivní účinek cetirizinu, snižující riziko vzniku astmatu u dětí s časnou senzibilizací k roztočům a travinným alergenům až na polovinu. Ještě slibnější se jeví nová skupina antihistaminik s imunomodulačním účinkem (levocetirizin - Xyzal, desloratadin - Aeries). Jejich využití se jeví perspektivní jednak opět u rizikových dětí s atopickým ekzémem, jednak u pacientů se souběhem astmatu a alergické rýmy. Nový evropský projekt EPAAC (časná prevence astmatu u atopického dítěte) právě začíná v 9 centrech ČR.

■ Antiastmatika - vývoj 1996-2002

Globální strategie i v nové revidované podobě zdůrazňuje inhalační podání léčiv. Vychází z předpokladu přímého účinku na sliznici nosu nebo bronchů a snížení nežádoucích systémových projevů. Souvisí s tím rozšiřující se nabídka inhalačních systémů. Příkladem

jsou dechem aktivované aerosolové dávkovače inhalátory (Easi Breathe) a nové inhalátory práškových forem. Postoupil také vývoj kombinovaných forem. Ve skupině úlevových léků např. Combivent, v němž fenoterol byl nahrazen salbutamolem. Významným posunem byla beta-2 mimetika s prodlouženým účinkem (Oxis, Serevent, Foradil), která zaujala místo v kombinaci s inhalačními kortikosteroidy. Poslední vývojovou řadou jsou pak fixní kombinace inhalačního kortikosteroidu s beta-2 mimetikem pro středně těžké a těžké formy astmatu (Seretide Diskus, Symbicort Turbuhaler). V nesteroidní alternativě je nová skupina antileukotrienů v perorálním podání jednou denně (Singulair 4mg, 5mg, 10mg - již od tří let věku nebo Accolate 2x denně od 6 let věku) buď jako monoterapie nebo v kombinaci.

Zvláštní novou skupinu tvoří bezfreonové aerosolové přípravky. Aerosolový oblak je menší, teplejší, nedráždí tedy „chladovým fenoménem“. Hnacím plynem jsou vesměs hydrofluoroalkany. Jsou k dispozici jak ve skupině úlevových farmak (Ventolin N, Berotec N, Berodual N, Ecosal Easi-Breathe), tak ve skupině kortikosteroidů (Ecobec, Ecobec Easi-Breathe, Flixotide N). V případě beklometasonu je depozice v ústech menší, v plicích vyšší a tomu také odpovídá úprava dávkování. U bezfreonového přípravku je dávka o polovinu menší.

Významný je v Globální strategii pokus o srovnání jednotlivých typů kortikosteroidů.

■ Příčiny neúčinnosti farmakoterapie

- nevhodná volba léku, dávky
- špatná technika podání (až v 50% případů)
- nedodržení doporučeného postupu

- nepochopení, negativismus, nespolupráce
- životní styl rodiny, pacienta

■ Nefarmakologická léčba

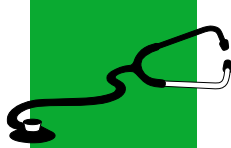
I v novém dokumentu je zdůrazněn význam nefarmakologických přístupů v léčbě i prevenci. Mají začít už při prvním setkání s pacientem a rodinou, kdy by měla být uzavřena jakási dohoda o společném postupu, o společných cílech. Srozumitelnost a otevřenost dává naději na postup „šitý na míru“ dítěti i rodině. Stále nedostatečně ze strany rodičů i dětí a adolescentů je vnímán význam bytového prostředí a způsobu života v něm. 40% domácností chová v bytě zvířata, Zvířecí alergeny jsou „lepivé“, mají vysokou adhezivitu k povrchům, kontaminují respirabilní prašný aerosol. Ve vysokém procentu jsou zejména v zimním období poměry teploty a vlhkosti prostředí bytů s nedostatečným větráním. Kuřáctví je otrěsnou skutečností. 24,2% alergiků kouří, u adolescentů-astmatiků bylo potvrzeno 27% kuřáků a 25% kuřaček !! A tak se potvrzuje, že měl pravdu profesor Švejcár, když říkal, že hlavním činitelem v našem životním prostředí je člověk se svými kladnými i zápornými vlastnostmi.

■ Závěr

Alergici tvoří u nás skutečně čtvrtinu populace. Na alergii je třeba se dívat jako na systémový projev imunologické úchytky geneticky podmíněné, jehož projevy se promítají místně v izolované nebo kombinované podobě. Hlavním prognostickým rizikem je chronicita eozinofilního alergického zánětu. Ke snížení rizika může přispět jen integrovaný léčebný a preventivní postup, v němž dokážeme individuálně co nejlépe sladit léčbu akutních stavů, dlouhodobé preventivní protizánětlivé léčení farmaky i úpravou životního stylu pacienta i jeho okolí. Jedním z hlavních cílů je identifikovat riziko dříve než se onemocnění klinicky projeví. Naše praxe by se neměla dostávat do konfliktu s objektivitou důkazů, na nichž je současná medicína založena.

Literatura u autora

Zyrtec



Olivova dětská léčebna – projekt objektivizace účinku terapie

Doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.

Subkatedra alergologie a klinické imunologie IPVZ Nemocnice Na Homolce, Praha

Evidence based medicine – medicína založená na důkazech, to není módní fráze, ale moderní požadavek dnešní doby. Pokud chce v současnosti někdo prokázat, že ten nebo onen nový léčebný postup je indikovaný, účinný a bezpečný, musí o tom přinést důkazy. A ty důkazy musí získat na podkladě seriózně provedených a vědecky doložených výsledků. Pro hodnocení různých terapeutických účinků farmak jsou vypracovány dnes už všeobecně uznávané postupy, kdy jejich výsledky jsou získávány na podkladě dvojité zaslepených, placebem kontrolovaných studií. Skupina léčená je porovnávána se skupinou kontrolní. Ne vždy jsou tyto studie snadno proveditelné, někdy je nutno pečlivě zvažovat celé studijní schéma, aby byly zachovány všechny nezbytné etické principy a přítomnost pacienta v této studii byla přínosem nejen pro vědu, ale i pro něho samotného. Přitom pacient nesmí být ohrožen ani nijak omezován, jeho účast je vědomá a dobrovolná.

Jinak je tomu s důkazem účinnosti léčebných postupů již dávno zavedených, léty praktikování vyzkoušených a lékařskou i laickou veřejností všeobecně uznávaných. Sem patří mimo jiné i takové léčebné postupy, které můžeme řadit do skupiny

podpůrných opatření a které někdy tvoří důležitou součást komplexních terapeutických přístupů (např. léčba lázeňská, přímořská, speleoterapie, akupunktura a další). S tím se však ale nemůžeme navždy uspokojovat. Je třeba novými způsoby ověřovat a někdy i revidovat staré a možná i osvědčené léčebné návyky. Samozřejmě, že nikdo rozumně uvažující nebude chtít, aby byly provedeny dvojité zaslepené placebem kontrolované studie, dokazující např. antipyretický účinek aspirinu či antianafylaktický efekt injekčního adrenalinu. Je ale vždy dobré a sympatické, když někdo přijde s nápadem jak objektivizovat opodstatněnost provádění takových léčebných metod, jejichž účinek nemusí být patrný hned na první pohled a během několika minut či hodin, které se mohou ve svém způsobu provádění na různých pracovištích odlišovat. Dnes, kdy se na vše díváme i pohledem peněz, je zapotřebí sbírat také důkazy o tom, zda se zkoumaná metoda vyplatí, nejen např. zdravotní pojišťovně, ale i nám, jejím spotřebitelům

S radostí je proto třeba přivítat aktivitu pracovníků Olivovy dětské léčebny v Říčanech u Prahy. Tato léčebna má již dlouholetou tradici v péči o děti s opakovanými respiračními infekty horních

i dolních dýchacích cest, s bronchiálním astmatem a dalšími podobnými chorobami. Cílem předloženého projektu je získání dokladů o účinku lázeňské léčby na zdravotní stav dětí, které ji absolvovaly. K tomu, aby získané výsledky byly validní, je zapotřebí nejenom získat dostatečný počet hodnocených pacientů, ale porovnání jejich zdravotních charakteristik s údaji od dětí tento typ léčby neabsolvujících, kteří budou tímto tvořit pro studii nezbytnou kontrolní skupinu. Výběr těchto kontrolních pacientů a zpracování jejich údajů bude stejně náročný jako stejné parametry získávané od účastníků skupiny sledované. Podmínkou úspěchu je i kvalitní spolupráce pracovníků léčebny s terénními praktickými lékaři pro děti a dorost, kteří se budou na projektu spolupodílet. Pro všechny zúčastněné bude práce víc než dost. Bude nutno přesně charakterizovat všechny u dětí v průběhu lázeňské léčby prováděné léčebné procedury. Ověřit správnost diagnózy, pro kterou je dítě k léčbě posláno, podrobně specifikovat předchozí i současnou léčbu. Vše kvalitně statisticky vyhodnotit. Jedná se o projekt náročný, ale velmi potřebný a záslužný. Nelze k němu přistupovat jinak, než jej plně podpořit.

Praha, 15.12.2002

Dlouhodobý vliv léčebné péče v respirační léčebně na zdravotní stav dětí

MUDr. Dagmar Kopiczková

Olivova dětská léčebna o.p.s., Říčany u Prahy

V respirační léčebně v Říčanech u Prahy se každoročně léčí několik set dětí trpících opakovanými respiračními infekty, poruchami imunity, alergiemi, astmatem, chronickou rýmou a ekzémy. Řada pacientů přichází i opakovaně v průběhu několika let. U většiny těch, kteří se k nám vrací, vidíme vývoj jejich onemocnění, máme zprávy, jak se jim dařilo doma po propuštění. Tyto informace však obvykle nemáme u pacientů, kteří prošli naším zařízením pouze jedenkrát. Na základě našich osobních zkušeností z ambulancí však víme, že pobyt v léčebnách a lázních vede ke zlepšení zdravotního stavu u velké části pacientů. Toto zlepšení je různě dlouhé a různě intenzivní v závislosti na věku, diagnóze a dalších okolnostech. Pokud je nám známo, objektivizace těchto údajů zatím nebyla v naší republice provedena, a přitom

se domníváme, že by byla velkým přínosem pro všechny, kdo mají děti s chronickými respiračními problémy ve své péči a to jak pro odborníky, tak i laickou veřejnost.

Z těchto důvodů jsme v naší ODL vypracovali projekt, který má sloužit k objektivizaci vlivu dlouhodobého léčebného pobytu v odborné dětské léčebně na zdravotní stav dětí. Cílem je shromáždit a zpracovat dostatečné množství dat, která charakterizují základní onemocnění, tak i celkový zdravotní stav dětských pacientů v závislosti na diagnóze, věku, pohlaví, sociálních podmínkách... před a po absolvování léčebného pobytu. Projekt byl zahájen v září 2002 a jeho délka bude minimálně dvouletá, v případě dostatku finančních prostředků i delší. Do projektu jsou zařazeny děti léčené v naší léčebně s datem propuštění po

1.9.2002. Kontrolní skupinu tvoří pacienti s obdobnými potížemi, kteří nikde v léčebně ani lázních nebyli. Podkladem pro získání potřebných dat je dotazník, který vyplňuje praktický dětský lékař ve spolupráci s rodiči. Dotazník A hodnotí období 12 ti měsíců před nástupem do léčebny, dotazník B bude sledovat stejné údaje za 12 měsíců po propuštění. Naším cílem je získat a zpracovat co nejvíce dat od pacientů z celé ČR. Do projektu je zatím zapojeno cca 30 pediatrů, uvítáme však spolupráci i dalších.

Pokud Vás tento projekt zaujal a máte zájem podílet se na jeho realizaci, kontaktujte, prosím, sekretariát Olivovy dětské léčebny, tel: 323 619 111.

Dětské klimatické pobyty, obecně prospěšná společnost, ve spolupráci s CK Sport, Výborem dobré vůle - Nadace Olgy Havlové a Magistrátem města Plzně pořádají

5. ročník léčebných klimatických pobytů

pro rodiče s dětmi trpícími onemocněním dýchacích cest, astmatem a ekzémy

Termíny

Chorvatsko, klub hotel Medena:

8mi denní pobyty, možno prodloužit na 16 dní

5.7. - 12.7. 2003, 12.7. - 19.7. 2003
19.7. - 26.7. 2003, 26.7. - 2.8. 2003
2.8. - 9.8. 2003, 9.8. - 16.8. 2003

Slovenská republika, chata Opalisko:

14ti denní turnusy

7.8. - 18.8. 2003
18.8. - 29.8. 2003

Slovenská republika, chata Limba (dříve Adam):

14ti denní pobyt
18.8. - 29.8. 2003

Odjezd autobusy vždy den předem (na noc), návrat den po skončení pobytu.

Cena zahrnuje: Chorvatsko- dopravu, ubytování, polopenzi, pojištění proti úpadku CK.
Slovensko - dopravu, ubytování, plnou penzi, pojištění proti úpadku CK, vstupy na termální koupaliště, vstupy do jeskyní, rehabilitaci pro děti i rodiče, výlety

Nástup do autobusu v následujících městech:

Pobyty Chorvatsko: Karlovy Vary, Plzeň, České Budějovice

Pobyty Slovensko: Karlovy Vary, Plzeň, Praha, Brno, Olomouc, Valašské Meziříčí

Cesta autobusem do SR trvá asi 10 hodin, do Chorvatska asi 15 hodin.

V autobuse i na pobytech v Chorvatsku i na Slovensku je stále přítomen náš lékař se zkušenostmi v nadačních pobytech respiračně nemocných dětí.

Chorvatsko, klub hotel Medena:



Chata Opalisko, Závažná Poruba, SR

- ubytování v hotelu Medena, 4 km severně od Trogiru
- hotel v příjemném prostředí borového lesa
- oblázková pláž přístupná po pěšině od hotelu (asi 200m)
- polopenze - snídaně formou bufetu, večere v restauraci s obsluhou
- v ceně je využití sportovních zařízení při hotelu
- dohodnuto je rovněž využívání tobogánu
- každý večer možné pohybové aktivity pro děti - košíková, kopaná, pohybové hry pro menší děti
- na začátku a na konci pobytu je prováděno funkční vyšetření dechových schopností

Slovenská republika, chata Opalisko a chata Adam:



Chata Opalisko, Závažná Poruba, SR

- stravování - plná penze
- obě střediska jsou v Nízkých Tatrách, poblíž Liptovského Mikuláše
- chata Adam leží 5 minut cesty od známého termálního koupaliště v Liptovském Jáně
- pobyt se skládá z **pěších výletů, opakovaných pobytů na termálním koupališti s bazény pro plavce a neplavce, zátěže v Demanovských jeskyních a sportovních aktivit v okolí chat a rehabilitace pod vedením odborníka**
- po celou dobu pobytu je na místě lékař společnosti, rehabilitační pracovník a vedoucí pobytu
- lékař se účastní celého pobytu včetně výstupů
- na začátku a na konci pobytu je prováděno funkční vyšetření dechových schopností
- věková hranice dětí 4-18 let

Pro účast dítěte na pobytu je nutná velmi stručná lékařská zpráva s uvedením jména, adresy, rodného čísla, zdravotní pojišťovny. Zprávu vystaví praktický, dětský nebo odborný lékař.

Stejně jako v minulých letech budeme pro plzeňské děti žádat dotaci od Magistrátu města Plzně. Mimoto má každý možnost žádat o individuální dotaci na zdravotním nebo sociálním odboru příslušného úřadu. Výbor dobré vůle - Nadace Olgy Havlové značnou měrou dotuje pobyty ve Slovenské republice (doprava včetně fakultativních výletů, pobyty v jeskyních a na termálních koupalištích a další)

Cestovní kancelář Sport, Moskevská 2, 360 01 Karlovy Vary, tel./fax 353 585 225

**Cestovní kancelář Sport, Kolkova 15, 301 24 Plzeň, tel. 377 220 808, <http://www.kvkraj.cz/cksport/>
Dětské klimatické pobyty, o.p.s., Mulačova nem. Plzeň, Dvořákova 17, tel 377677191, <http://fox.esnet.cz/ops/>**

Kontaktní telefony na lékaře a zástupce společnosti: MUDr Liška, Mulačova nemocnice Plzeň 377677191, MUDr Pousková, nemocnice Sv. Jiří Plzeň 377263965, MUDr Pečenková, poliklinika Slovany 377674251, MUDr Marek, dětské odd. Louny 415620111, MUDr Skala, dětské odd. Klatovy 376311553, MUDr Burket, dětské odd. Vrchlabí 499502111, MUDr Růžičková, K. Vary 353223041, MUDr Liška, K. Vary 353233922

Ceny zájezdů zahrnují pojištění dle zákona 159/1999 Sb. o povinném pojištění cestovních kancelářů.



Pertuse a pertusoidní syndrom

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.

I. infekční klinika, 2. LF UK, FN Na Bulovce, Praha

Souhrn

Černý kašel (pertussis) je akutní respirační onemocnění s protražovaným průběhem, charakterizované záchvatovitým dráždivým kašlem, se zajíknutím, u kojenců s apnoe. Záchvat kašle často končí zvracením. U větších dětí a dospělých může probíhat atypicky jako přetrvávající dráždivý kašel, ale bez zajíknutí. Dospělí s atypickým průběhem mohou být zdrojem nákazy pro vnímavé kojence. Pertusoidní syndrom může být vyvolán také dalšími bakteriemi i viry.

Klíčová slova

Pertuse, parapertuse, pertusoidní syndrom

Úvod

Klasické onemocnění – černý kašel je vyvolán mikroorganismem *Bordetella pertussis*, resp. *Bordetella parapertussis* a *Bordetella bronchiseptica*. V současné době, kdy je vakcína proti pertusi součástí základního očkování, se častěji jako vyvolavatelé uplatňují viry (adenoviry, viry, parainfluenzy, vzácněji RSV), vzácněji *H. influenzae*, *M. pneumoniae*, *Chlamydia spp.* Tyto však na rozdíl od bordetel nemívají prodloužený průběh s opakovanými spasmami. Onemocnění se vyskytuje více v podzimních a zimních měsících, častěji u dětí navštěvujících kolektivní zařízení. Klasické onemocnění černým kašlem se může objevit u kojenců, kteří ještě nejsou řádně očkováni, resp. u dětí, u kterých bylo očkování proti pertusi kontraindikováno. Očkování bakterií nezanechává celoživotní imunitu, proto jako zdroj může být starší sourozenec nebo matka, u kterých onemocnění probíhá pod obrazem kataru dýchacích cest.

Etiologie

Bordetella pertussis je gramnegativní nepohyblivý kokobacil, jenž je málo odolný vůči zevním vlivům a dobře citlivý na běžné dezinfekční prostředky. Jeho pouzdro i stěny obsahují antigeny. Onemocnění vyvolává pouze opouzdřená S-forma mikroorganismu, neopouzdřené R-formy nejsou virulentní. *B. parapertussis* je mikroskopicky i biochemicky téměř shodná, liší se však antigenními a růstovými vlastnostmi a také mírnějším klinickým průběhem. Ke kultivaci vyžaduje specifickou půdu.

Epidemiologie

Černý kašel je lidské onemocnění, zdro-

tab. č. 1

Počty hlášených onemocnění <i>B. pertussis</i> a <i>B. Parapertussis</i> v letech 1999–2002				
Název onemocnění	Roky			
	1999	2000	2001	2002
Pertussis	97	187	124	329
Parapertussis	53	208	113	113

Zdroj: NRL–Centrum pro analýzu epidemiologických dat SZÚ–CEM

tab. č. 2

Faktory virulence <i>Bordetella pertussis</i>	
Adhesiny	Toxiny
Filamentózní hemaglutinin	Pertussis toxin S2 subjednotka
Pertussis toxin S1 subjednotka	Hemolyzin toxin
Pili	Dermonekrotický toxin
Pertactin	Tracheální cytotoxin

jem nákazy je nemocný člověk, který vylučuje agens již ke konci inkubační doby, masivně v období katarálním (viz tabulka), kdy je pacient nejvíce nakažlivý pro okolí. Infekciozita je pro vnímavou populaci vysoká, 70 – 80%. Nemoc se přenáší vzdušnou cestou kapénkovou infekcí. Protilátky získané od matky přetrvávají jen krátkou dobu 4 – 6 týdnů. Po onemocnění vzniká celoživotní imunita. Člověk však může onemocnět parapertusí. Onemocnění má sezónní výskyt s převahou v zimních měsících roku. Po zahájení očkování výskyt onemocnění prudce poklesl a v současné době je hlášeno několik desítek ročně (viz tabulka).

Patogeneze

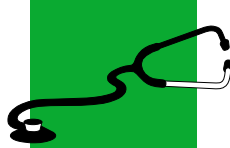
Bordetely adherují za pomoci adhesinů k povrchu epitelu dýchacích cest, zde se

množí a blokují činnost řasinek. Do krve nepronikají. Rozpadlé bakterie uvolňují toxiny, které poškozují sliznice, vyvolávají zánět až nekrózu a výraznou lymfocytózu (viz tabulka faktory virulence). Všechny tyto pochody pak kromě peribronchitidy, intersticiální pneumonie mohou vést ke vzniku atelektáz a emfyzému.

Klinický obraz

Je přehledně uveden v tabulce. U pertuse začíná onemocnění po inkubační době 7 – 14 dnů katarálním stadiem kašlem, který během několika dnů progreduje do paroxysmálního stádia, charakterizovaného záchvatovitým kašlem ukončen zajíknutím. U nejmenších kojenců nemusí být typický a záchvat může končit apnoí bez zajíknutí. Počet záchvatů za den může být 30 – 40 a dí-

OMNEO



tab. č. 3

Klinická stadia pertuse				
	IKD	Katarální s.	Paroxysmální s.	Rekonvalescentní s.
Trvání	7-10 dní	1-2 týdny	2-4 týdny	3-4 týdny i více
Příznaky	0	KHCD Subfebrilie Anorexia Nevolnost	záchvaty kašle se zajiknutím leukocytóza	ustupující záchvaty rozvoj sekundárních komplikací (pneumonie, křeče, encefalopatie)
Kultivace	0 - +	+++	++	+ - 0
PCR		+++	+++	0
Serologie	0	0	+ - ++	++
IKD inkubační doba KHCD katar horních cest dýchacích				

tab. č. 4

Léčba <i>B. pertussis</i>	
Lék volby	Erytromycin 40-50mg/kg/den p.o. rozdělen do 4 dávek po 6 hodinách po dobu 14 dnů; max. dávka 2g/den
Lék alternativní	Klaritromycin 10mg/kg/den ve 2 dávkách po dobu 7 dnů; max. dávka 1g/den nebo azitromycin 10mg/kg/den jednou denně po dobu 5 dní Co-trimoxazol 8mg trimetoprimu/40mg SMX/kg/den rozděleně ve 2 dávkách

tě vykašlává jen malé množství sputa, častěji v noci, může být také ukončen zvracením. Záchvat lze vyprovokovat i vyšetřením nosohltanu. Horečka u nekomplikovaných průběhů je vzácná. U větších dětí a dospělých průběh nemusí být tak dramatický, může probíhat atypicky a nemoc se projeví pouze jako prolongovaný kašel. Vždy má však onemocnění prolongovaný průběh a záchvaty, i když již s nižší frekvencí, se mohou znovu objevit při virovém infektu. U dalších uvedených agens se také jedná o záchvatovitý kašel, onemocnění však nemá tak závažný průběh, ale zato častěji bývá provázeno horečkou. Důležitá je správně odebraná epidemiologická anamnéza.

■ Komplikace

Apnoe během záchvatu může zapříčinit cyanózu a také křeče. V důsledku anoxie se mohou objevit abnormality CNS, příčinou mohou být hemoragické, metabolické a toxické faktory. Atektázy plic a sekundární pneumonii můžeme nalézt na RTG snímku. Vzácněji u malých kojenců se vzestupem nitrohručního a nitrobřišního tlaku během paroxysmů mohou objevit pupeční nebo tříselní hernie, nebývá vzácné poranění uzdičky jazyka, subkonjunktivální hemoragie, prokrvácení víček.

■ Diagnóza

Nejspolehlivějším průkazem je kultivační vyšetření a izolace agens. Stále se používá Bordet-Gengouova půda. Je však nutné provést odběr před nasazením antibiotika a předem mikrobiologické pracoviště upozornit. Doplnujícím vyšetřením je sérologický průkaz protilátek. Při podezření na pertusi je vhodné vyšetřit rodinné příslušníky, kteří mohou být zdrojem onemocnění. V krevním obraze nacházíme u černého kašle relativní i absolutní lymfocytózu. V diferenciální diagnóze zvažujeme další agens, vyvolávající záchvatový kašel. K průkazu *H. influenzae* se používá nasofaryngeální výtěr za pomoci drátěné kličky, u virologických agens, resp. u *M. pneumoniae* a Chlamydií využíváme sérologickou diagnostiku. Nelze opomenout při dlouhotrvajícím kašli alergologické vyšetření k vyloučení asthma bronchiale, provést rtg plic při podezření na cizí těleso v dýchacích cestách.

■ Prognóza

U kojenců může být průběh závažný. Vzhledem k očkování je výskyt v ČR nízký, několik desítek případů za rok. U ostatních případů je prognóza dobrá.

■ Terapie

U pertuse, mykoplasmatických i chlamy-

diových infekcí je dobře účinný erytromycin v obvyklých dávkách, u hemofilových infekcí jsou vhodné aminopeniciliny, popřípadě s inhibitorem betalaktamáz. Antibiotika zkracují trvání nemoci, musí být však nasazeny včas. U pertuse je důležitá izolace nemocného, je nutné dítě hlídat, sledovat, zvlhčovat vzduch, ev. tlumit záchvaty levopromazinem. Kojenec by měl být hospitalizován. Někdy je nutná oxygenoterapie, vzácně i intubace. Izolace pacienta je nutná aspoň 5 dní po zahájení léčby erytromycinem.

■ Prevence

V ČR je očkování proti pertusi zařazeno do povinného očkování v kombinaci s očkováním proti tetanu a záškrtu. Očkuje se suspenzí usmrcených 3 sérotypů *B. pertussis* třemi injekcemi. **Očkování nezanechává celoživotní imunitu.** V současné době je již dostupná acelulární vakcína. Kontraindikací očkování je encefalopatie. Při výskytu pertuse v kolektivním zařízení lze neočkovaným jedincům v riziku podat profylakticky erytromycin v obvyklých dávkách po dobu 7 dnů.

Literatura:

- 2000 Red Book, Committee on Infectious Diseases American Academy of Pediatrics, Pickering LK edit., 25th edit. 2000, Elk Grove Village AAP, USA
- Jindrák V., Běbrová E.: Mikrobiologické podklady pro léčbu antibiotiky v ambulanci. *Klin. mikrob. inf. lék.* 2000;6(9-10): 290-293
- Long Sarah S. and Edwards Kathryn M.: *Bordetella pertussis (Pertussis) and other species. Pgs 880-888. In: Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases 2nd Edition, 2003, Churchill Livingstone*
- Marešová V.: Infekce dýchacích cest v komunitě - diagnostika a léčba. *Remedia* 2001; 11(3): 192 - 198
- Murray P.R., Rosenthal K.S., Kobayashi G.S., Pfaller M.A.: *Medical Microbiology, 4th Edit., 2002, Mosby*
- Nelson J. D., Bradley J. S.: *Nelson's Pocket Book of Pediatric Antimicrobial Therapy. Lippincott Williams & Wilkins, USA, 2000*
- Nennig M.E., Shinefield H. R., Edwards K. M. et al.: *Prevalence and incidence of adult pertussis in an urban population. JAMA* 1996; 275: 1672- 78
- Nteyayabo B., De Serres G., Duval B.: *Pertussis resurgence in Canada Largely caused by a cohort effect. Pediatr. Infect. Dis. J.* 2003; 22(1):22-27
- Toršová V., Medková Z.: *Mykoplasmata a chlamydie v etiologii respiračních onemocnění. Pediatrie pro praxi* 2000, 1(3), 118 - 123

Nestlé II



Systemová enzymoterapie jako významná pomoc v ordinaci praktického dětského lékaře

MUDr. Blažena Hubková

Ordinace PLDD, Kladno

Léčbu Wobenzymem jsem poprvé doporučila v listopadu 1999 čtyřletému chlapci, který trpěl vysokou nemocností. Chlapec má prokázanou polyvalentní alergii, prodělal mimo jiné opakované pneumonie a je po operaci vrozené brániční hernie v novorozeneckém věku. Podnětem k zahájení této léčby byl vlastně dotaz matky, která se o Wobenzymu dozvěděla z laického tisku. Výsledkem jsem byla velmi mile překvapena. U chlapce skutečně došlo k výraznému zlepšení stavu. V průběhu 12 měsíců před nasazením Wobenzymu byl chlapec 7krát nemocen – jednou byl hospitalizován pro těžkou angínu s masivním otokem tonzil, 5krát prodělal tracheobronchitidu a 1krát gastroenteritidu. Antibiotika užíval celkem 4krát. V roce po nasazení Wobenzymu (6 měsíců léčby + 6 měsíců bez léčby) měl 1krát tracheobronchitidu, 1x angínu a 1x gastroenteritidu. Antibiotika musel užívat jenom jednou.

Po dohodě s rodiči jsem pak začala ordinovat enzymy i u jiných dětí, které vykazovaly vysokou nemocnost a opakovaně jim musela být podávána antibiotika. I u nich se dostavil obdobný příznivý efekt léčby. Proto jsem se rozhodla zpětně vyhodnotit dokumentaci dětí, které Wobenzym užívaly, abych si pokles jejich nemocnosti přesně vyčíslila. Pro vysvětlení uvádím, že mám ve středisku z důvodu mého vlastního chronického onemocnění jen 450 dětí a veškerou dokumentaci, včetně dat nutných pro statistiku, si vedu v počítači.

Do hodnoceného souboru jsem zařadila celkem 37 dětí, které Wobenzym užívaly v letech 1999 – 2001 a v době přípravy článku u nich bylo možné vyhodnotit období ukončených 12 měsíců po zahájení léčby Wobenzymem. Jejich věk se pohyboval od 1 roku a 9 měsíců do 18 let.

Přehled onemocnění v hodnoceném souboru: 13 dětí s prokázanými alergiemi, recidivujícími

tab. č. 1

Výsledky skupiny 37 pacientů léčených Wobenzymem		
	rok před zahájením enzymoterapie	rok po zahájení enzymoterapie
počet onemocnění v průběhu roku celkem	199 ⇒ 5,4 onem./pac = 100 % celkem	68 ⇒ 1,8 onem/ pac. 34,2 % ⇒ ↓ o 65,2 %
počet antibiotických kúr v průběhu roku	71 = 100%	20 = 28,2 % ⇒ ↓ o 71,8 %

mi katary dýchacích cest včetně bronchitid (z toho 5 dětí s dermorespiračním syndromem), 6 dětí s opakovanými bronchitidami, bez prokázané alergie, 5 dětí po těžce probíhajících pneumoniích (3x atypické pneumonie), 4 děti s opakovanými angínami, 4 děti s opakovaným onemocněním ledvin a močových cest (2 děti s pyelonefritidami a 2 děti s cystitidami), 2 děti s opakovanými se laryngitidami, 1 dítě s opakovanými otitidami, 2 děti s opakovanými a těžce probíhajícími převážně virovými infekcemi.

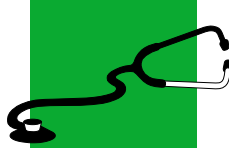
Děti dostávaly Wobenzym v dávce 1 dražé (6 kg t. hm.) den, rozděleně do 2 dávek, vždy nalačno – tj. ranní dávku 1/2 hodiny před prvním jídlem a druhou dávku alespoň 2 hodiny po posledním předcházejícím a 1/2 hodiny před následujícím jídlem. Nutnost správného podávání jsem rodičům důkladně vysvětlila a zdůrazňovala, aby enzymy podané s jídlem nesloužily jen k trávení podané potravy. U malých dětí, které ještě samy nespokly celé dražé, jsem lék doporučovala rozdrtit a podávat přísně na lačný žaludek s větším množstvím čisté vody, opět rozděleně do 2 dávek. Dávku jsem v těchto případech zvyšovala na 1 dražé/4 kg t.hm./ den. Před zahájením enzymoterapie měly všechny děti základní laboratorní vyšetření, KO + diff., imunoglobulíny a další nut-

ná vyšetření vázaná k danému onemocnění.

Ve většině případů děti dostávaly léčbu 6 měsíců v období od podzimu do jara. Pouze v několika případech to byly jen 3 měsíce, hlavně z důvodů finančních. V průběhu léčby Wobenzymem, ani půl roku před jejím nasazením, ani po jejím ukončení děti nedostávaly žádné imunostimulační léky.

■ Výsledky

Při svém hodnocení jsem spočítala průměrný počet onemocnění u dětí léčených Wobenzymem a to v průběhu 12 měsíců před nasazením léčby a pak v dalších 12 měsících po nasazení léčby. Toto období v sobě zahrnovalo 6 měsíců užívání Wobenzymu a dalších 6 měsíců bez léčby. Pro porovnání jsem spočítala průměrný roční počet onemocnění u všech zbývajících dětí ve středisku za poslední 3 roky. Do těchto výpočtů jsem zahrnovala všechna onemocnění včetně průjmových, kdy děti měly teplotu vyšší než 37,2 st. C (kontrola teploty na středisku). Dále infekční onemocnění i s průběhem bez teploty (např. varicella), ataky zhoršení alergického kašle a pollinózy bez teploty, když nepostačovala dosavadní medicína. Nezapočítávala jsem úrazy. Samozřejmě jsem u skupiny léčených dětí připočítala i návštěvy a antibiotika podaná na lékařské pohotovosti či při pobytu mimo bydliště. U ostatních dětí jsem z každého ročníku vybrala náhodně vzorek 10 % dětí, spočítala jejich ná-



vštevny na pohotovosti, násobila 10x a připočítala k celkové nemocnosti v ordinaci v příslušném roce.

Výsledky byly následující. V roce 1999 onemocněly děti v mém obvodu v průměru 3,8x, v roce 2000 – 4,2x a v roce 2001 v průměru 3,2x. Průměr v těchto 3 letech tedy byl 3,7 onemocnění na jedno dítě za rok.

V roce před zahájením léčby Wobenzymem onemocnělo 37 dětí sledované skupiny celkem 199x – to je v průměru 5,4 onemocnění za rok na jednoho pacienta. V roce po nasazení léčby Wobenzymem onemocněli stejní pacienti jen 68x – to je v průměru 1,8 onemocnění na jednoho pacienta za rok. Ještě zajímavější jsou výsledky počtu předepsaných antibiotik, která byla nutná pro zvládnutí onemocnění.

Jeden rok před zahájením enzymoterapie byly tyto děti léčeny antibiotiky celkem 71x, 1 rok po nasazení léčby už jen 20x. V procentech poklesla nemocnost léčených dětí o 65,2% a počet podaných antibiotik klesl dokonce o 71,8 %. Viz. tabulka č. 1.

■ Několik postřehů

Velmi zajímavé jsou výsledky u malých dětí, které dostávaly drčené tablety. K tomuto v podstatě non lege artis způsobu podání dražé s acidoresistentním potahem jsem se rozhodla až po určitém váhání u pacientů s laryngitidami, kde se nedařilo ovlivnit jejich časté opakování jinými léčebnými prostředky. Terapeutický efekt se dostavil i při tomto způsobu podání léku a laryngitidy již prakticky neopakuji. U jednoho z těchto pacientů došlo k první recidivě laryngitidy až za 13 měsíců po nasazení Wobenzymu, ovšem jen velmi lehce probíhající (chrapot bez dušnosti). Při opakovaném podávání v následující sezóně (podzim až jaro) žádnou další laryngitidu neměl.

U 5 dětí s dermorespiračním syndromem došlo k významnému zlepšení stavu kůže. Je ovšem nutné podotknout, že toto zlepšení se projevilo až po delší době užívání – nejdříve po 8 týdnech. U dětí s prokázanými pollinózami ve sledovaném roce došlo k omezení alergických projevů, jako obstrukce nosu a pálení očí v období jejich pylové sezóny, které dříve mívaly i při užívání antihistaminik. Současně s Wobenzymem děti užívaly antihistaminika

stejně jako v předešlých letech. Při léčbě enzymy si rodiče velmi pochvalovali, že děti nebyly tak unavené a neměly subfebrilie, jako při léčbě imunostimulačními léky.

Po dohodě s alergologem mám již několik dětí, které tyto léky dostávají opakovaně, ve všech případech na žádost rodičů a při důkladném sledování na dětském středisku i na alergologii. Chlapec, u kterého jsem Wobenzym použila vůbec poprvé, má za sebou už tři takové kúry a od letošního podzimu by matka chtěla podávat Wobenzym znovu, protože

se obává zvýšené nemocnosti při nástupu do první třídy.

Na základě výše uvedených poznatků se domnívám, že systémová enzymoterapie může být velmi cennou pomocí v léčbě dětí s vysokou nemocností, kterou podstatně omezuje a tak snižuje potřebu podávat antibiotika. U chronicky nemocných dětí je vhodná jako doplňková léčba redukující jejich průvodní nemocnost.

Literatura u autorů

Doškolovací akce pro PLDD, pořádané Klinikou dětí a dorostu FN Královské Vinohrady ve spolupráci s katedrou pediatrie IPVZ v 1. pololetí 2003

Místo konání:

Klinika dětí a dorostu UK-3.LF a FN Královské Vinohrady, Praha 10, Vinohradská 159

Přihlášky:

přes katedru pediatrie IPVZ, tel. 241 721 238 (nikoliv přímo na Kliniku dětí a dorostu)

Aktuality v dětské endokrinologii

5.4.2003 (sobota) 9–16 hodin

kurz č. 220009

- Léčba růstovým hormonem – stav v roce 2003 (doc. Lebl)
- Autoimunitní polyglandulární syndrom-1 – nekomplikovanější dětské endokrinní onemocnění (doc. Lebl)
- Diabetes mellitus v dětském věku: Diferenciální diagnostika (as. Průhová)
- Psychologické problémy diabetických dětí (Mgr. Chválová)
- Sonografie v dětské endokrinologii (dr. Zikmund)
- Obézní dítě: Diagnostika a léčba (dr. Finková)

Odborná stáž:

Dětská endokrinologie – 1 týden (leden–červen)

stáž č. 220048

strukturovaná stáž, zaměřená zejména na součinnost s dětskou endokrinologickou ordinací (školitel: doc. Lebl a spolupracovníci)

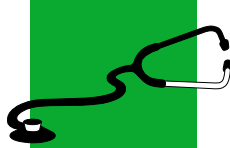
Konkrétní termín možno dojednat na sekretariátu Kliniky dětí a dorostu, tel. 267 162 561

Aktuality v pediatrii pro praktické lékaře pro děti a dorost

kurz č. 220006

vždy ve středu od 17 do 18 hodin

- 9.4.2003: Diferenciální diagnostika rezistencí na krku u dětí (dr. Zikmund)
- 14.5.2003: Diferenciální diagnostika tachykardie u dětí (prim. Čeřovská)
- 11.6.2003: Diferenciální diagnostika zvracení u dětí (as. Marx)



Zápis z výboru ČPS ze dne 16. ledna 2003

Přítomni:

Šolc, Janda, Bielek, Honomichlová, Hrstková, Gut, Pozler, Seifertová, Slaný, Smrčka, Škvor, Wiedermann.

Omluveni:

Hoza, Miláček

Hosté:

Cabrnochová, Pajerek

Cabrnochová referovala o závažných potížích zajištění **lékařské služby první pomoci pro děti a dorost – LSPP v ČR**. V některých okresech již ne-

funguje vůbec, na jiných místech je zajištění LSPP různým způsobem. Ministerstvo zdravotnictví ČR nevydalo směrnice k LSPP. Z diskuse, které se účastnili prakticky všichni přítomní, vyplynulo, že práce LSPP dopadá bohužel na lůžková oddělení dětských nemocnic, která k účelům LSPP nejsou určena a tato činnost je různou měrou zatěžuje. Praktičtí lékaři pro děti a dorost (což je běžné v zahraničí v sousedních zemích a funguje přirozeně i v několika málo místech ČR) by měli zajistit péči o své registrované pojištěnce po dobu 24 hodin.

Rodiče registrovaného dítěte musí vědět, kam se mají obrátit v případě potřeby LSPP.

Úkolem Ministerstva zdravotnictví ČR by mělo být prosadit do zákona povinnost zajistit nebo se spolupodílet na LSPP u praktických lékařů pro děti a dorost, u kterých jsou děti a mladiství registrováni. Tím by byla realizována požadovaná skutečně „komplexní“ a „dostupná“ péče.

Zapsal J. Škvor

Stanovisko k zápisu z jednání výboru České pediatrické společnosti

Jako host jsem se zúčastnila jednání výboru ČPS dne 16. ledna 2003. Zápis z jednání výboru, zveřejněný v Bulletinu ČPS č. 1/2003, obsahuje podle mého názoru některé nepřesnosti a neodpovídá zcela průběhu jednání.

Moje připomínky se týkají problematiky LSPP. Rozhodně jsem výbor ČPS neinformovala o závažných problémech při zajišťování LSPP. Informovala jsem výbor ČPS o tom, že k problematice LSPP se jménem PLDD vyjadřuje SPLDD, jehož stanovisko jsem výboru ČPS předala. OSPDL pouze doporučuje, aby byla péče v rámci LSPP dětem poskytována dětským lékařem (PLDD).

Zvláště nesouhlasím s požadavkem zajištění pohotovostní služby registrujícím PLDD pro jím registrované pojištěnce v rozsahu 24 hodin. Během jednání výboru takové stanovisko vůbec nezaznělo.

K jiným bodům jednání výboru ČPS se nemohu vyjádřit, protože jsem se nezúčastnila jejich projednávání.

Vzhledem k výše popsaným skutečnostem navrhuji, aby v případě účasti hostů na jednání výboru ČPS bylo v zápise uvedeno, kterých bodů jednání se host zúčastnil. Bylo by také vhodné, aby se mohl podílet na formulaci závěrů jednání, kterých se účastnil.

MUDr. Hana Cabrnochová,
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

5. celostátní konference

DĚTSKÉ PNEUMOLOGIE

„Multidisciplinární přístup k chronickým respiračním onemocněním“

DATUM KONÁNÍ

26. dubna 2003

MÍSTO KONÁNÍ

Nemocnice Na Homolce - Kongresové centrum, Roentgenova 2, 150 30 Praha 5

POŘADÁ

Česká pediatrická společnost ČLS JEP, Pracovní skupina pro dětskou pneumologii

PŘEDSEDA ORGANIZAČNÍHO VÝBORU A ODBORNÝ GARANT KONFERENCE

doc. MUDr. Petr Pohunek, CSc.

2. dětská klinika FNM, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, tel.: 224 432 255

e-mail: petr.pohunek@lfmotol.cuni.cz, fax: 224 432 220

SEKRETARIÁT KONFERENCE - informace a přihlášky

„Dětská pneumologie“, Česká lékařská společnost J.E. Purkyně

Sokolská 31, 120 26 Praha 2

tel.: 224 266 228, 224 266 227, fax: 224 266 206, e-mail: congress@cls.cz

REGISTRAČNÍ POPLATKY

do 15.3.2003

350,- Kč

po 15.3.2003

400,- Kč

platba na místě

450,- Kč

PŘEDBĚŽNÝ PROGRAM

Diagnostické postupy u chronických respiračních onemocnění

Multidisciplinární aspekty léčby chronických respiračních onemocnění

Sociální, právní a profesní problematika chronického respiračního onemocnění

Chronická respirační onemocnění - varia

Hamilon

Lehce či důkladně?

Zamyšlení nad budoucností prevence atopických onemocnění

MUDr. Ivo Nentwich, Ph.D.

Masarykova univerzita v Brně Lékařská fakulta

Navzdor pokrokům v diagnostice a léčbě atopie představují její projevy *crux medicorum*. Ve snaze zabránit rozvoji atopických příznaků se u kojenecké populace s vysokým rizikem atopie, kde není možné plné kojení, zkoušejí různá dietetická opatření, tzv. nutriční intervence. Mezi ně patří i podávání hypoalergenických přípravků, tzv. proteinových hydrolyzátů. Tyto přípravky obsahují různě silně štěpenou bílkovinu, nejčastěji z kravského mléka. Jen velmi zhruba lze říci, že zbytkový obsah antigenů v peptidové směsi hypoalergenického přípravku, tzv. zbytková (rezi-duální) antigenicita, je nepřímo úměrná stupni hydrolyzy bílkoviny, ze které je hydrolyzát připraven.

Ačkoliv to celou situaci komplikuje, ještě méně můžeme usuzovat ze stupně hydrolyzy přípravku na jeho profylaktické vlastnosti, pokud jde o vznik a vývoj atopických projevů u kojenců s vysokým rizikem atopie. Již od za-

čátku 90. let XX. století probíhají mezi odborníky spory o tom, zda přípravek s rozsáhlým stupněm hydrolyzy chrání kojence s rizikem atopie účinněji než přípravek štěpený částečně.

Studie (nazvěme je např. studie I. typu) mají za cíl stanovit *in vitro* antigenicitu (alergenicitu), tj. vazebnou kapacitu hydrolyzátu vůči specifickým IgG (IgE) protilátkám proti kravskému mléku (1;2). Používají k tomu séra pacientů alergických na kravské mléko s vysokou hladinou specifických protilátek IgG nebo IgE. Velmi citlivá metoda je stanovení specifické proliferace reaktivních lymfocytů pupečnickové krve po inkubaci s příslušnými hydrolyzáty (3). Ve všech těchto *in vitro* studiích jasně „boduji“ rozsáhle štěpené hydrolyzáty nad částečně štěpenými přípravky, rozsáhle štěpené přípravky mají nižší antigenicitu a alergenicitu. Výhodou těchto studií je, že jsou citlivé, avšak jejich výsledky

můžeme jen velmi omezeně využít v klinické praxi.

U studií II. typu (tzv. imunologické studie) je cílem stanovit imunitní odpověď kojenců nebo pokusných zvířat na výchozí bílkovinu (bílkovinu kravského mléka) v průběhu různě dlouhého krmení určitým přípravkem. Za všechny jmenujme např. skandinávskou studii Oldaeuse a kol. (4) nebo u nás provedenou studii (5). Také zde zhruba platí, že rozsáhle štěpené hydrolyzáty vyvolávají u kojenců nebo pokusných zvířat nižší protilátkovou i buněčnou imunologickou odpověď. Pokud jde o alergizaci (produkci specifických IgE protilátek) na bílkovinu kravského mléka, významné rozdíly mezi nimi nebyly prokázány. Studie provedené na myších (6;7) prokázaly, že částečně štěpené hydrolyzáty vyvolávají specifickou toleranci vůči bílkovině kravského mléka. Tyto studie jsou cenné proto, že nás informují o mechanismech imunologické

NESTLÉ I

Proporce výskytu atopického ekzému u kojenců živěných různými typy hydrolyzátů ve studii GINI
(počet dětí s atopickým ekzémem/počet všech dětí).

	nehydrolyzovaný přípravek	rozsáhlý hydrolyzát syrovátky (s-eHF)	částečný hydrolyzát syrovátky (s-eHF)	rozsáhlý hydrolyzát kaseinu (k-eHF)
proporce výskytu atopického ekzému	38/256 (14,8%)	31/238 (13,0%)	22/241 (9,1%)	15/210 (7,1%)
Zpracováno podle (11)				

odpovědi na různé hydrolyzáty. Protože provedení náročných imunologických vyšetření je drahé, málokdy se provádějí u velkého vzorku kojenců.

V praktické pediatrii však platí, že jediným kritériem efektivity hypoalergenního přípravku je výskyt projevů atopie (nejčastěji atopického ekzému) v určitém věku u kojenců s vysokým rizikem atopie živěných daným hydrolyzátem. Jde o klinické studie (studie III. typu), jejichž validita je přímo úměrná velikosti klinického souboru. Výhodou těchto studií je, že je lze provést na velmi vysokém počtu probandů a jejich výsledky mají pro kliniku největší cenu. Pokud však nejsou kombinované s imunologickými studiemi, nevíme nic o mechanismu prevence alergie u daného souboru kojenců.

Dvě klinické studie provedené v posledních letech na relativně vysokém počtu probandů (8:9) ukazují, že v této studii použité rozsáhle štěpené přípravky za daných okolností na daném počtu probandů byly účinnější, pokud jde o prevenci atopického ekzému v prvních dvou letech věku, než použité částečně štěpené přípravky. Tato úmyslně opatrná formulace chce podtrhnout, že v žádném případě nemůžeme paušálně říci, že rozsáhle štěpené hydrolyzáty chrání lépe než částečně štěpené. Proč, to se dozvíme dále.

Jako odpověď na stále nevyjasněné stanovisko výborů pro hypoalergenní přípravky společnosti ESPACI a výboru pro výživu společnosti ESPGHAN (10) byla v Německu provedena velmi rozsáhlá a nákladná (3 mil. DM), dvojitě slepá randomizovaná multicentrická studie na více než dvou tisících kojencích s vysokým rizikem atopie, tzv. GINI-studie (German International Nutrition Intervention Study). Cílem bylo srovnat preventivní účinky rozsáhle (eHF), částečně (pHF) štěpených přípravků na bázi různých bílkovin kravského mléka (kasein: k, bílkovina syrovátky: s). Ačkoliv výsledky GINI budou teprve letos v létě publikovány in extenso, částečně byly již představeny v německé literatuře (11). Pokud hodnotíme výskyt ato-

pického ekzému u dětí ze všech rodin (bez přesnější definice atopické zátěže), výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 1. Nejúčinnější byl rozsáhlý hydrolyzát kaseinu, následován částečným resp. rozsáhlým hydrolyzátem syrovátky.

Navíc bylo prokázáno, že účinek primární prevence alergií výživou je ovlivněn genetickou zátěží dítěte. Výskyt atopického ekzému u příbuzného prvního stupně (otec, matka, sourozenec) měl podstatný vliv na účinek jednotlivých přípravků. U kojenců, jejichž nejbližší příbuzní měli atopické onemocnění (astma, senná rýma), avšak nikoliv atopický ekzém, se u dětí krmených s-pHF, s-eHF i k-eHF relativní riziko výskytu atopického ekzému snížilo o 45–58% ve srovnání s dětmi živěnými nehdrolyzovaným přípravkem. Mezi jednotlivými hydrolyzáty však nebyl významný rozdíl. Pokud však byl v nejbližší rodině atopický ekzém, neměl s-pHF ani s-eHF ve srovnání s běžným mlékem žádný ochranný účinek, zatímco kaseinový hydrolyzát (k-eHF) snížil relativní riziko atopického ekzému o více než 50%.

Výhodou této studie je vysoký počet probandů a vysoká profesionalita statistického zpracování. Nevýhodou je, že zatím nebyly prezentovány výsledky imunologických vyšetření v daném souboru, mechanismus prevence atopických projevů tak zůstává neznámý. Soudí se, že mechanismus lepšího (ač statisticky nevýznamného) výsledku částečného (s-pHF) vůči rozsáhlému (s-eHF) hydrolyzátu syrovátky spočívá ve vyvolání specifické tolerance k bílkovinám kravského mléka pomocí peptidů se střední molekulovou hmotností, které mají vyšší tolerogenní schopnost než nízkomolekulární peptidy. Tyto „tolerogenní peptidy“ jsou obsaženy v částečně štěpených přípravcích, zatímco v rozsáhle štěpených většinou chybějí.

Tyto kontroverzní výsledky byly tématem neoficiálního semináře expertů na nutriční prevenci alergie (profesoři Bauer, Lenz, B. Koletzko a S. Koletzko, Urbanek) letos v únoru v Mnichově, jehož jsem se také účastnil. Ačkoliv ze semináře nevyšlo žádné oficiální vyjád-

ření, převládá názor, že stupeň hydrolyzy daného hypoalergenního přípravku již není možné považovat za relevantní pro jeho preventivní účinky. Preventivní účinnost každého přípravku by měla být kontrolována v samostatné studii, pokud možno na vyšším počtu probandů. Výsledky studie s jedním hydrolyzátem nelze automaticky přenášet na jiný přípravek podobného typu. Preventivní výživová opatření by měla být v budoucnu více „šitá na míru“ genetické zátěži dítěte. Zde se pohybujeme již na okraji tzv. nutriční genomiky (obdobá farmakogenomiky). I nadále však platí, že nejlepší prevencí atopie je kojení. Pokud není možné kojít, je indikován hypoalergenní přípravek. Budoucnost nutriční prevence alergií však již nemůže spočívat pouze v kojení nebo podávání samotného hydrolyzovaného přípravku. Probiotika podávaná ženám v graviditě a laktaci zvýšila preventivní účinek jejich mateřského mléka, pokud jde o výskyt atopického ekzému plně kojenečích kojenců (12).

Budoucnost nutriční prevence atopických projevů u rizikové populace bude zřejmě spočívat v kombinaci kojení a probiotik resp. probiotik a hypoalergenního přípravku.

Literatura:

- Giampietro PG, Kjellman NI, Oldaeus G, Wouters-Wesseling W, Businco L. Hypoallergenicity of an extensively hydrolyzed whey formula. *Pediatr Allergy Immunol* 2001; 12 (2): 83–6.
- Rugo E, Wahl R, Wahn U. How allergenic are hypoallergenic infant formulae? *Clin Exp Allergy* 1992; 22 (6): 635–9.
- Szefalusi Z, Nentwich I, Jost E et al. Cord blood mononuclear cells and milk-specific T-cell clones are tools to evaluate the residual immunogenicity of hydrolyzed milk formulas. *J Allergy Clin Immunol* 1998; 101 (4 Pt 1): 514–20.
- Oldaeus G, Björkstén B, Jenmalm MC, Kjellman NI. Cow's milk IgE and IgG antibody responses to cow's milk formulas. *Allergy* 1999; 54 (4): 352–7.
- Nentwich I, Michkova E, Nevala J, Urbanek R, Szefalusi Z. Cow's milk-specific cellular and humoral immune responses and atopy skin symptoms in infants from atopic families fed a partially (pHF) or extensively (eHF) hydrolyzed infant formula. *Allergy* 2001; 56 (12): 1144–56.
- Fritsche R, Pahud JJ, Pecquet S, Pfeifer A. Induction of systemic immunologic tolerance to beta-lactoglobulin by oral administration of a whey protein hydrolysate. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 100 (2): 266–73.
- Pecquet S, Bovetto L, Maynard F, Fritsche R. Peptides obtained by tryptic hydrolysis of bovine beta-lactoglobulin induce specific oral tolerance in mice. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 105 (3): 514–21.
- Halken S, Hansen KS, Jacobsen HP et al. Comparison of a partially hydrolyzed infant formula with two extensively hydrolyzed formulas for allergy prevention: a prospective, randomized study. *Pediatr Allergy Immunol* 2000; 11 (3): 149–61.
- Oldaeus G, Anjou K, Björkstén B, Moran JR, Kjellman NI. Extensively and partially hydrolyzed infant formulas for allergy prophylaxis. *Arch Dis Child* 1997; 77 (1): 4–10.
- Host A, Koletzko B, Dreborg S et al. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. Joint Statement of the European Society for Paediatric Allergy and Clinical Immunology (ESPACI) Committee on Hypoallergenic Formulas and the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Arch Dis Child* 1999; 81 (1): 80–4.
- von Berg A. Primäre Prävention durch nutritive Maßnahmen. *Kinder- und Jugendmedizin* 2002; (2): 54–9.
- Rautava S, Kalliomaki M, Isolauri E. Probiotics during pregnancy and breast-feeding might confer immunomodulatory protection against atopic disease in the infant. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 109 (1): 119–21.



Aktuality

Pouze zdraví jsou u nás svobodní

U nás je každý svobodný, pouze pokud je zdravý. Jakmile onemocní, ocitne se v soukolí mechanismů, které jsou často nedůstojné člověka. Dnes se proto hledají cesty, jak změnit systém státem zajišťované zdravotní péče. Jednou z nejdiskutovanějších otázek týkajících se zdravotnictví je jeho financování. Ve skutečnosti je to vlastně jednoduché. Všechny evropské státy na něj dávají asi sedm procent svého HDP. Česká společnost ale není schopna generovat stejný produkt jako země EU. Procento české je v absolutní hodnotě zcela něco jiného než procento evropské. Materiální vstupy do zdravotnictví jsou přitom stejné. Pokud tedy nemůžete ušetřit na vstupech materiálních, musíte, chcete-li pacientům poskytnout evropský standard, šetřit na těch personálních.

Lidé u nás stále žijí pod vlivem dvou komunistických sloganů: lid má právo na zdraví, lékařská péče je bezplatná. Mnozí, a je to už třináct let od změny režimu, stále neuvažují o ekonomickém pozadí těchto hesel. Úroveň české medicíny je srovnatelná s tou, jakou má Rakousko, Německo, Británie, a v některých případech je i lepší. Je ale třeba se ptát – na úkor koho je péče taková, jaká je? Systém se u nás zkrátka „drží“ na znevýhodnění zdravotníků. Politici by měli občanům otevřeně říct, v jaké jsme situaci. Pokud budeme poskytovat péči na evropském standardu a za nezměněných podmínek, musíme vědět, že to bude stále s obrovskými problémy. Máme jen dvě možnosti. Buď do zdravotnického systému pustit další zdroje prostředků, anebo snížit úroveň toho, co mají pacienti v Rakousku či Německu a co se pokládá za samozřejmé.

Potřebujeme odvahu

Dnes můžete volně cestovat po celém světě, koupit si letadlo nebo zaoceánskou loď, pokud na to máte. Ale jakmile onemocníte, je všechno jinak. Nemůžete své prostředky použít k tomu, co je pro vás nejdůležitější ochraně zdraví. Pokud člověk s vysokými příjmy přijde do nemocnice, snaží se pochopitelně pro sebe nějakým způsobem získat výhodu – třeba i pomocí obálek s penězi. A je třeba přemýšlet o tom, zda najde někoho, kdo si je vezme... Vytváří se tak možné korupční prostředí. Je to nedůstojné pro obě strany – pro toho, kdo úplatky nabízí, i pro ty, kteří je přijímají. Proč by to nemohlo být jako v Německu, kde platby za mimořádné služby probíhají přes účty a platí se z nich daně? V českém zdravotnictví pochopitelně existují černé díry, do kterých padají peníze. Každý resort by mohl šetřit – včetně zdravotnictví. Ale i pokud se podaří ony černé díry zatmelit, stejně to na vyrovnání rozdílu mezi námi a západní Evropou nestačí. Občas se vyskytují návrhy snížit míru povinného pojištění a zavést diverzifikovanější systém. V našich podmínkách bude přechod na takový model obtížný. Téměř tři čtvrtiny nákladů na zdravotní péči jsou nutné pro osoby v důchodovém věku. Starší lidé potřebují srdeční chlopu, náhradu kyčelního kloubu, oční operaci... Stále před sebou valíme kouli problémů. Stát si neví rady – jakmile nasadí připojištění pro lidi v produktivním věku, tak jako by postavil do druhé řady důchodce. Jak k tomu přijdou? Oni si přeci již připojištění sotva mohou dovolit. A kde jinde mají na nákladné zákroky brát peníze? Zajímavý pro mne byl náhodný rozhovor se starší manželskou

dvójicí z Británie. Muž musel na oční operaci, jinak mu hrozilo, že kvůli své vadě přijde o práci. V systému standardní péče by na operaci čekal dva roky. Půjčil si od banky a mohl na ni jít již za tři týdny. Jeho žena by si ani půjčovat nemusela, platila si totiž připojištění, které zahrnovalo i tento druh zákroků. V tom je svoboda člověka, aby se sám rozhodl. Jsem optimista. Domnívám se, že dříve či později přejdeme k jinému mechanismu zajištění zdravotní péče. Jde jen o to, získat odvahu k jeho nastartování.

Očkování proti rakovině?

Vědci objevili vakcínu, která by mohla zabránit nádorům děložního čípku

Nekuřte, nepijte, jezte zdravě a žijte zdrženlivě, snaží se lékaři chránit lidi před rakovinou. Aspoň v jednom případě se zdá, že by askezi mohlo nahradit očkování.

Očkovací látka, která by ženy mohla ochránit před rakovinou děložního čípku, je možná na dosah. V listopadovém čísle prestižního amerického časopisu *New England Journal of Medicine* byly zveřejněny závěry studie, z nichž plyne, že se podařilo vyvinout vakcínu, která funguje a chrání ženy před vznikem nebezpečných změn na čípku. Ty se označují jako prekancerózy, protože se z nich mohou vyvinout zhoubné nádory. Rakovina děložního čípku patří mezi ty lidské nádory, které jsou infekčního původu. Ve světě je to druhé nejčastější zhoubné bujení u žen, ročně jich onemocní půl milionu a tři sta tisíc jich na nemoc umírá. V České republice postihuje ročně dvacet dva žen ze sta tisíc, výskyt u nás je třikrát vyšší než například ve Skandinávii. „Myslím, že je to důsledek stále ještě nedostatečné prevence,“ míní profesor Vladimír Vonka z Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze. I když, jak připomíná profesor Luboš Petruželka z České onkologické společnosti, situace se lepší a díky tomu tohoto typu rakoviny alespoň nepřibývá, na rozdíl například od rakoviny prsu. Uvedené studie se zúčastnilo přes tisíc žen, které byly očkovány novou vakcínou, přes tisíc dalších bylo očkováno placebem (to znamená, že nedostaly skutečnou vakcínu, což však nevěděly). Očkovací látka byla připravena proti papilomaviru typu 16, který je nejnebezpečnější ze všech papilomavirů a celosvětově odpovídá za více než polovinu případů onemocnění. Použitá látka zabránila infekci virem typu 16, ani u jediné z očkovaných žen se neobjevily prekancerózní změny vyvolané virem. „Myslím, že je to převratná událost v medicíně, především v oblasti onkologie a imunologie,“ hodnotí zprávu přední český virolog Vonka. „Stoprocentní účinnost je v oblasti vakcín něco, s čím se běžně nesetkáváme. I když na dlouhodobé závěry je ještě brzy, protože ženy byly sledovány prozatím pouze dva roky, jde nesporně o obrovský úspěch,“ dodal.

Nebude to levné

Mají však na vakcínu v dohledné době naději i české ženy? Budou muset zřejmě ještě počkat, podobně jako ženy v jiných zemích. Je tu totiž hned několik problémů: technologie výroby očkovací látky je náročná, a vakcína proto – alespoň prozatím – bude drahá. Jedna kúra by vyšla na desítky tisíc korun. „Kdyby například vláda rozhodla, že očkovány budou všechny dívky ve věku 10–14 let a vakcíny by bylo dostatek, tak by asi všechny zdravotní pojišťovny zbankrotovaly.“

Hexavac



ly,“ obává se Vonka. Nejspíš bude možné si takovou vakcínu v blízké budoucnosti koupit, ale podle Vonky je logické, že pokud se taková očkovací látka na trhu objeví, bude veřejnost naléhat na to, aby byla dostupná všem bez ohledu na jejich finanční možnosti. A kdy že bude vakcína k mání? Odborníci jsou optimističtí. Snad v průběhu tří až pěti let.

Očkování zakryje nezodpovědnost?

S tím vyvstává další otázka: Má mít jednou automaticky nárok na vakcínu, notabene hrazenou ze zdravotního pojištění, žena, která si na nemoc sama zadělává svým bouřlivějším pohlavním životem? „Pravděpodobnost infekce, a tím i vzniku nádoru čípku roste s počtem sexuálních partnerů,“ podotýká Vonka. Jenže pravda je taková, že infekci může chytit dívka „zcela nevinně“ už při prvním pohlavním styku (a právě u papilomavirů se to stává velmi často). S počtem partnerů riziko stoupá, ale samo o sobě nevzniká, koneckonců třeba naopak promiskuitní partner představuje riziko pro svou ženu, která žije spořádaným manželským životem. Stejně tak člověk může onemocnět rakovinou plic jen proto, že kouří někdo v jeho okolí. I tady už vyvstala řada otázek: mají kuřáci nárok na to, aby jim stáť hradil veškerou léčbu, když k onemocnění významnou měrou sami přispívají? „Tehle problém zatím nevyřešili uspokojivě nikde na světě,“ říká profesor Vonka. Problémem je, jak lidem dokázat, že jsou kuřáci, respektive že kouří více než 10 cigaret denně, což se zdá hodně rizikové množství, a to i pro zmíněnou rakovinu čípku, či jak ženě dokázat rizikový počet sexuálních partnerů, pokud to sama nepřizná? Ochranou v „éře před očkováním“ je oddálení sexuálních styků do věku nad 18 let, kdy je tkáň pohlavního ústrojí odolnější.

Mohou za to viry

Cesta k objevu, že rakovinu děložního čípku vyvolávají viry, byla docela dlouhá. Už v druhé polovině 19. století si lékaři všimli, že toto chorobou často trpí prostitutky, zatímco jeptišky vůbec ne. V 60. letech minulého století už vědci mluvili o infekci, ale přece jen střeřlili vedle v označení hlavního viníka: byli totiž přesvědčeni, že původcem je jeden typ viru herpes-simplex. Protilátky proti němu se totiž vyskytovaly u pacientek mnohem častěji než u osob zdravých. Nic to však neříkalo o tom, zda se ženy nakazily ještě před vznikem nádoru. Právě čeští experti dokázali, že „herpesvirová“ hypotéza byla mylná. „Šest let jsme sledovali deset tisíc pražských žen a nakonec vyšlo najevo, že předchozí infekce virem herpes simplex typu 2 riziko vzniku choroby nezvyšuje. Tím jsme virus vyloučili jako původce choroby,“ uvedl Vladimír Vonka. Skupina německých vědců krátce nato vyslovila hypotézu, že skutečným viníkem jsou takzvané papilomaviry, které do té doby byly známy jako původci bradavic, kožních i genitálních. Dva typy těchto virů objevili přímo v nádorech. Zatímco v případě běžných infekčních chorob (jako je například dětská obrna či infekční žloutenka) se uplatňují především preventivní vakcíny, u nádorů vyvolaných viry se pracuje na dvou typech vakcín, preventivních a terapeutických. Na druhém typu, tedy terapeutické vakcíně, nyní bádají i čeští vědci na oddělení experimentální virologie Ústavu hematologie a krevní transfuze ve spolupráci s Akademií věd. Zmíněný průlom nyní nastal u preventivních vakcín. Trvalo to trochu dlouho, protože s lidskými papilomaviry je bádání obtížné nerostou na tkáňových kulturách, nedají se vypěstovat na žádném zvířeti, takže rakovinou tvorné typy papilomavirů dlouho nikdo jako virové částice neviděl. Pokrok při vývoji vakcín nastal teprve po účinném uplatnění genového inženýrství. „Právě s jeho pomocí se podařilo vytvořit pseudočástice viru, které nenesou nebezpečnou

genetickou informaci, ale po vpravení do organismu vyvolávají žádoucí imunologickou odezvu, jež chrání do budoucna,“ vysvětlil princip vakcíny Vonka.

53 nemocnic se obrátilo na Ústavní soud

Nejsme spokojeny s tím, jak jsme placeny, volají nemocnice. Třináctdesát z nich se v pátek obrátilo na Ústavní soud a podalo stížnost na ministerstvo zdravotnictví. Jde zhruba o čtvrtinu všech nemocnic v zemi. Nemocnice, jejichž dluhy jdou do miliard, napadají ministerskou vyhlášku. Tvrdí, že jim komplikuje vyjednávání s pojišťovkami a diskriminuje je v platbách. „Proděláváme a ohrožuje to pacienty,“ prohlásil tajemník Asociace českých a moravských nemocnic Luděk Hajíček. Podle ministerstva je vyhláška pouze výsledkem toho, že se nemocnice a pojišťovny spolu nedokážou domluvit samy. Do jednání tak musí pravidelně vstupovat stát. Už to je trnem v oku pro změnu ambulantním lékařům. Ti mají za to, že stát nemocnicím nadřazuje.

Úporné chrápání se dá většinou dobře vyléčit

Chrápání není jen problém narušující partnerské vztahy. Ohrožuje totiž zdraví, protože se člověk pořádně nevyspí a navíc může jeho srdci a mozku scházet kyslík.

Úvodem dvě zprávy: jedna lepší, druhá horší. Od úporného chrápání lze většinu lidí pomoci, protože se podaří najít a odstranit příčinu potíží. Za některé zákroky však musí zaplatit.

Honem ke specialistovi

Mýlí se ten, kdo považuje chrápání pouze za kosmetický problém. „Někdy může způsobovat zdravotní potíže. Každopádně lidem hrozí, že se nevyspí a budou unaveni. Rozhodnout to ale lze až po odborném vyšetření u lékaře z ušní, nosní a krční ambulance (ORL), nejlépe u specialisty na chrápání,“ říká lékařka Ludvika Záhořová z pražské polikliniky na Národní třídě. Většina lidí se dozví, že je medicína dokáže jejich problému zbavit – za chrápání mohou buď polypy v nose, nebo vybočená nosní přepážka. „To lze napravit chirurgickým zákrokem,“ říká lékařka.

Laserem proti neduhu

Další příčinu chrápání je možné najít v anatomickém uspořádání zadní části dutiny ústní – když je měkké patro povoleno a z něj vyčnívající čípek příliš dlouhý, ve spánku při nádechu vibruje a vydává nepříjemné zvuky. Obzvláště silné, pokud má člověk navíc zvětšené krční mandle. „Je tam málo místa na proudění vzduchu,“ vysvětluje lékařka. Pak je podle ní na místě uvažovat o laserovém zákroku – je ovšem třeba počítat s tím, že zabere tři až pět sezení a za každé z nich pacient zaplatí jeden až dva tisíce korun. Podobné operace si ale lidé platí sami všude na světě. Laserové zákroky zabírají u sedmdesáti až osmdesáti procent lidí. Jsou také mnohem šetrnější než dříve používané chirurgické operace, u nichž hrozilo, že se lidem změní hlas či že jim dokonce bude potrava zatékat do nosohltanu. Bohužel, někdy medicína postiženým s chrápáním pomoci neumí, i když se příčina najde – to platí například pro muže s krátkým masivním krkem.

Kdo chrápe a kdo ne

Proč vlastně mnohem častěji chrápe muži? „Je to anatomickou stavbou těla,“ vysvětluje Záhořová. Navíc muži spíše než ženy jedí před spaním a také více pijí alkohol, který uvolňuje svaly a na průchod vzduchu nezbyvá tolik místa. To platí i pro lidi obézní. Někdy však chrápe i děti. Většinou za to může zvětšená nosní mandle.



Pokud však jinak dítě netrpí rýmou, angínami či záněty středního ucha, nemá podle Záhořové smysl mandli odstraňovat.

Dýchejte i ve spánku

Chrápání však může způsobit i závažné zdravotní trable. Největší z nich se jmenují apnoické pauzy – člověk, který jimi trpí, nedýchá ve spánku trvale, nýbrž vždy na chvíli přestane. V tom případě je namísto návštěvy lékaře neodkládat, rizika totiž nejsou zrovna malá. „Těmto lidem více hrozí ischemická choroba srdeční, mrtvice či vysoký krevní tlak,“ vyjmenovává neurolog Karel Šonka ze spánkové laboratoře pražské Všeobecné fakultní nemocnice. Jaká je souvislost mezi chrápáním a vynecháváním dýchání? „Chrápání může být jedním z příznaků těchto pauz anebo se naopak může chrápání do těchto pauz vyvinout,“ vysvětluje neurolog. Apnoické pauzy ve spánku trápí dvě až čtyři procenta lidí. Řešení našťastí existuje, byť nikterak elegantní. Lidé s tímto zdravotním problémem by měli v noci nosit masku připojenou ke speciálnímu přístroji. „Přivádí vzduch s vyšším tlakem. Díky tomu jsou dýchací cesty dostatečně široké,“ popisuje Šonka aparát a jeho funkci. Připouští ovšem, že se k této léčbě většinou rozhodnou jen lidé, kteří mají mnoho pauz za hodinu. „Jinak lze chirurgicky odstranit překážky horních cest dýchacích nebo ovlivnit postavení dolní čelisti a pozici jazyka,“ nastiňuje lékař další možná řešení. V případě, že člověk trpí apnoickými pauzami, může počítat s tím, že zákrok zaplatí pojišťovna.

Subsaharská Afrika, líheň smrti

Ebola si v Kongu vyžádala stovky životů, ale vědci varují, že to nehorší může přijít

Svět v pohybu

Demokratická republika Kongo nemá v posledních měsících šťastné období. Od října minulého roku byly statisíce obyvatel nakaženy smrtící chřipkou a nejméně šest tisíc lidí zemřelo na následky choroby. Na začátku února se objevil další, tentokrát mnohem nebezpečnější útočník, který nezná hranice, ebola. A to je jen jeden z mnoha smrtících virů, které se zatím skrývají v hloubi africké džungle.

Průkopník HIV

HIV je bezesporu nejúspěšnějším virem ze subsaharské Afriky. Od svého objevení se rozšířil po celém světě. Představuje však jen jednu z tváří smrti, která má svůj původ v deštných pralesích. HIV byl poprvé identifikován v roce 1959 u muže z tehdejšího Zairu. Následný výzkum ukázal, že HIV se vyvinul z opičího viru SIV. Prozatím se vědci nedokázali shodnout na tom, jak se podařilo viru překonat druhovou bariéru. A také se nepodařilo najít lék, který by spanilou jízdu viru HIV dokázal definitivně zastavit. Avšak proti dalším zabijákům této oblasti je HIV pouze slabý odvar. Odborníci očekávají, že v subsaharské Africe číhá nejméně třicet dalších virových kmenů, které by za jistých okolností mohly po celém světě zabít stamiliony lidí.

Smrtící jednoduchost

Ebolu a další jí podobné viry řadí vědci do skupiny R4, kam patří nejnebezpečnější virové kmeny. Ty dosud nemají na svém kontě ani zdaleka tolik obětí jako HIV, ale vědci se obávají rychlosti, s jakou dokážou zaútočit, a především snadnosti přenosu mezi lidmi. A to vše v situaci, kdy není problém si odjet na skok do afrického pralesa a bez jakýchkoliv překážek se vrátit zpět do civilizace. První příznaky eboly se projevují jako obyčejná chřipka, zvýšená teplota a celková slabost. V té chvíli se však virus v organismu bleskově

množí, zasahuje především játra, ledviny či reprodukční orgány. Pokud by se infikovaný člověk pohyboval po městě, mohl by nakazit stovky dalších lidí. Postižený nemá téměř šanci na přežití. Například zairská verze eboly usmrtila devět z deseti pacientů, u súdánské verze téhož viru se úmrtnost pohybuje kolem 70 %.

Viry číhají kdekoliv

Ebola není jediným zástupcem. Mezi další zástupce virů R4 patří margurg. Ten byl poprvé identifikován v Německu, kam se dostal s pokusnými opicemi. Z 25 nakažených zemřelo sedm lidí. Margurg zabije v průměru 25 % nakažených. Pravá epidemie však našťastí neproběhla v Evropě, ale v místě původu. Na ugandsko-keňském pomezí se tímto virem nakazil Francouz Charles Monet. Po týdnu se u něho projevovaly příznaky, ale protože si s ním lékaři nevěděli rady, poslali ho do keňské metropole Nairobi. Po cestě se však Monetovi udělalo špatně a zvracel černou krev. Jen zázrakem a včasným zákrokem lékařů se epidemie nerozšířila.

Budeme mít lék?

Vědcům se již podařilo vyvinout vakcínu proti ebolě a marburgu, ale zatím ji testovali pouze na zvířatech. Výsledky jsou podle nich slibné. Pro nalezení léku je však důležité najít přirozenou lokalitu, kde se virus vyskytuje. A tak vědci odchytávají v džungli stovky zvířat, aby mohli virus izolovat. Na otázku, proč je o virech z pralesa stále častěji slyšet, někteří odpovídají, že si za to člověk může sám, protože proniká stále hlouběji do pralesa a přichází do styku s něčím, co by tam mělo zůstat.

Vědci: Ibuprofen může škodit lidem s nemocným srdcem

Dvojnásobný nárůst úmrtnosti zaznamenala lékařská studie u pacientů, kteří brali ibuprofen dohromady s aspirinem.

Ibuprofen, který se běžně užívá například proti bolesti kloubů, může být smrtelně nebezpečný pro řadu lidí se srdečními problémy. S těmito závěry přišli vědci ve své nejnovější studii, kterou v uplynulém týdnu zveřejnil britský lékařský časopis The Lancet. Ibuprofen podle studie především výrazně oslabuje účinky aspirinu. Ten v malých dávkách snižuje nebezpečí infarktu a mrtvice tím, že omezuje vytváření krevních sraženin. Ibuprofen však způsobí, že aspirin za ním „uvízne“ a nemůže se k ředění krve v ucpaném kanále dostat. Předkladatelé studie svá tvrzení podporují dlouhodobým pozorováním sedmi tisíc pacientů, kteří byli mezi lety 1989 a 1997 propuštěni z nemocnice. Každý z nich měl ale předepsány jiné kombinace léků. První skupina brala pouze aspirin, druhá aspirin s ibuprofenem a třetí aspirin s dalším utišovačem bolesti, diklofenakem. Výsledek výzkumu odhalil u druhé skupiny výrazný nárůst úmrtnosti. Naopak studie nezaznamenala žádný výkyv smrtelných případů ve zbývajících dvou skupinách. „Zaznamenali jsme dvojnásobnou úmrtnost u těch pacientů, kteří s aspirinem brali i ibuprofen,“ prohlásil profesor Tom MacDonald, vedoucí týmu vědců, kteří studii vypracovali. „Skutečně to vypadá tak, že ibuprofen snižuje prospěšný účinek aspirinu,“ dodal MacDonald.

Zdrženlivé reakce

Vědci, kteří na studii nepracovali, berou její výsledky o poznání opatrněji. „Je to varovné, ale viníkem nemusí být ibuprofen. Pacienti, kteří ho užívali, mohli trpět ještě jinými chorobami, jež jim mohly způsobit předčasnou smrt,“ vyjádřila pochybnost například Veronique Rogerová, vedoucí kardiologického výzkumu z kliniky Mayo



v Minnesotě. Vedoucí studie Tom MacDonald však upozorňuje, že se ibuprofen může stát životu nebezpečným, až když se s aspirinem bere opakovaně a po dlouhou dobu. Další z vědců – Garret Fitzgerald z Oxfordské univerzity – ve svém komentáři ke studii doporučil, aby lidé k aspirinu raději ibuprofen neužívali.

■ **Špinavý vzduch způsobuje rakovinu**

Vědci dokázali, že znečištěné ovzduší ohrožuje zdraví podobně jako tabákový kouř

Čím více času tráví lidé v ulicích, tím více se zvyšuje riziko jejich onemocnění rakovinou. Vyplývá to z výzkumu českých lékařů.

Lidé žijící ve městech, kde je hustá automobilová doprava, jsou vystaveni zdravotním rizikům, mezi něž patří i rakovina. Zplodiny z aut obsahují karcinogenní látky, jejichž účinky jsou podobné vlivu tabákového kouře. Čím více času tráví lidé v rušných ulicích, tím více se zvyšuje riziko jejich onemocnění rakovinou. Vyplývá to z výzkumu českých vědců z Ústavu experimentální medicíny Akademie věd ČR a Zdravotního ústavu v Kolíně. V minulých letech bylo nejhorší ovzduší v severních Čechách, nyní nejvíce znečištěný vzduch patrně dýchají lidé v Praze. Může za to především nárůst automobilové dopravy. Souvislost mezi nečistým ovzduším a rakovinou dokázali vědci při výzkumu, který se uskutečnil před dvěma lety. V únoru a v červnu chodilo po Praze 120 lidí, kteří měli na těle umístěný zvláštní přístroj, odběrovou sondu s filtrem. Ta nasávala týž vzduch, jaký dýchali lidé. Na filtru se usazovaly sledované škodliviny. Každý večer vědci odebrali těmto lidem krev, aby zjistili vliv škodlivin na lidské buňky. Nejvyšším rizikům byli vystaveni ti, kteří se venku pohybovali více než osm hodin denně. Modelovou skupinu tvořilo 60 strážníků pohybujících se v centru Prahy. Ostatních 60 dobrovolníků naopak trávilo venku pouze 10 procent času, zbytek dne pobývali v uzavřených prostorech. „Zjistili jsme, že strážníci dýchali dvakrát více škodlivin než ostatní,“ řekl koordinátor výzkumu Radim Šrám z akademie věd.

Větší riziko hrozí dětem

Negativní dopad na lidské zdraví mají zejména polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU). Tyto karcinogenní látky způsobují poruchy chromozomů. „Je dokázáno, že čím více těchto poruch člověk má, tím větší je pravděpodobnost, že onemocní rakovinou,“ tvrdí Šrám. Právě v krvi strážníků bylo objeveno více poruch než u lidí, kteří byli většinu dne uvnitř. Stejně tak byly u strážníků zaznamenány poruchy DNA, které vedou ke genetickým poruchám a ke vzniku nádorových bujení. „Zvýšeným rizikům jsou ale vystaveni všichni, kdo se pohybují v městských ulicích,“ upozornil Šrám. Podle něj to ale neznamená, že tito lidé onemocní rakovinou. Dopady těchto látek se většinou projevují až po 20 letech. V místnostech je průměrně o polovinu méně škodlivin než v ulicích. To ale neplatí o místnostech, kde se kouří. „Tam je naopak koncentrace PAU několikanásobně vyšší,“ uvedl Šrám. Z výpočtů odborníků vyplývá, že špatné ovzduší zapříčiňuje zhruba 70 onemocnění rakovinou na milion obyvatel. Mnohem větší riziko ale hrozí dětem. Znečištěné ovzduší způsobuje zpomalení nitroděložního vývoje čtyř procent dětí. Nyní se pravidelně měří koncentrace PAU v ovzduší v Teplicích a v Praze–Smíchově a v Praze–Libuši. Výsledky těchto měření ukazují, že rozdíl mezi centrem Prahy a okrajovými částmi není nijak propastný. Lidé žijící v okrajových částech Prahy však dýchají lepší vzduch než obyvatelé Teplic. Výzkum zaměřený na souvislost mezi rakovinou

a ovzduším by měl pokračovat i letos, pokud na něj uvolní peníze ministerstvo životního prostředí. Jeden takový výzkum stojí kolem 14 milionů korun. „Naše výzkumy jsou unikátní a je o ně velký zájem i v zahraničí,“ dodal Šrám.

Co jsou PAU

Polycyklické aromatické uhlovodíky – mají karcinogenní a mutagenní účinky, způsobují nádorová onemocnění, mají negativní vliv na vývoj dětí, ovlivňují reprodukční schopnosti obyvatel. Vznikají nedokonalým spalováním uhlí a nafty, nejvýznamnějšími zdroji jsou automobilová doprava, tepelné elektrárny a spalovny.

■ **Nekvalitní ovzduší zvyšuje nemocnost dětí**

Kvalita vzduchu, který dýcháme, může být příčinou vyšší nemocnosti dětí, jejich problémů s učením. Na vývoj dětí má znečištěné ovzduší negativní dopad už v prvním měsíci po početí. U mužů zase ovlivňuje kvalitu spermií. Dokazují to výsledky mezinárodního průzkumu, který v uplynulých letech uskutečnil v Teplicích. Severní Čechy nebyly vybrány náhodně. Koncem osmdesátých let byly považovány za nejvíce znečištěnou oblast Evropy. Kromě odumírání lesů měly škodliviny z ovzduší dopad i na zdraví obyvatel. Děti trpěly alergií, onemocněním dýchacích cest. Mnoho dětí se rodilo s vývojovými vadami. „Před rokem 1989 se o tom ale nesmělo mluvit,“ řekl Radim Šrám, koordinátor výzkumu. Programy Teplice I a Teplice II. měly za úkol potvrdit, či vyvrátit souvislost se špatným ovzduším. Pro srovnání se tytéž výzkumy prováděly v Prachaticích, kde je naopak jedno z nečistších ovzduší v České republice. „Náš výzkum potvrdil předpoklady, že ve znečištěné oblasti je zvýšený výskyt dětských onemocnění, především dýchacích cest a alergií,“ uvedl Šrám. Podle něj se ale vliv škodlivin z ovzduší může na lidském zdraví projevit i v pozdějším věku. U padesátiletých lidí může být příčinou cukrovky, kardiovaskulárních chorob či nádorových onemocnění.

Vliv na kvalitu spermií

Výzkum odhalil i další závažnou skutečnost, s níž se dříve nepočítalo. Znečištěné ovzduší má negativní vliv na kvalitu spermií. „V okrese Teplice byl zaznamenán vyšší výskyt vad spermií. Jejich tvaru, koncentrace, pohyblivosti,“ tvrdí Šrám. Spolu s faktem, že špatné ovzduší negativně ovlivňuje i vývoj zárodku v děloze, by to mohlo podle odborníků vést k ohrožení příštích generací. Ukázalo se tak, že špinavý vzduch neničí jen plíce. Nyní je životní prostředí na severu Čech mnohem lepší než v minulých letech, hlavně díky plynofikaci, ale i dalším opatřením. Přesto se tam muži dožívají v průměru 68 a ženy 75 let, což je o tři až čtyři roky méně, než je republikový průměr.

■ **Pětina těhotných žen a novorozenců nemá v těle dostatek jodu**

Pětina těhotných a novorozenců v Česku má mírný nedostatek jodu. Jod je nezbytný pro tvorbu hormonů štítné žlázy, které regulují přeměnu látek ve většině buněk organismu. Má zásadní význam pro raný vývoj orgánů, zejména mozku. „Nedostatek jodu pak oslabuje duševní funkce dítěte a může způsobit i další vývojové poruchy,“ řekla Olga Hníková z FN Královské Vinohrady. Podle Václava Zamrality z Endokrinologického ústavu česká populace v současnosti netrpí akutním nedostatkem jodu, ale existují ohrožené skupiny. Vedle těhotných žen a malých dětí to jsou i lidé s kardiovaskulárním onemocněním a lidé s nemocnými ledvinami, kteří omezují spotře-



bu soli. Ta je totiž hlavním zdrojem jodu. V těhotenství potřeba jodu značně stoupá, protože žena musí dostatečně zásobit tímto prvkem i plod. Zvýšený přísun jodu by žena měla zajistit i v době kojení. Těhotné ženy by samy měly požádat gynekologa o předpis jodidu, který pojišťovny hradí. Zvýšenou dodávku jodu mohou tělu zajistit i multivitaminy, ale i přílišný přísun jodu může způsobit zdravotní komplikace. Od roku 1990 se přísun jodu zvýšil. Zvyšuje se i počet výrobců potravin, kteří používají sůl s jodem. Počet výrobců masných produktů, kteří jodizovanou sůl používají, stoupl od roku 1999 z 56 na 84 procent. U výrobců pekařských produktů se zvýšil z 55 na 81 procent. Zvyšuje se i obsah jodu v mléce, které je vedle darů moře jeho nejdůležitějším zdrojem.

Nový zápal plic děsí svou záhadností

Experti tvrdí, že přenosnou chorobu je možné léčit, dosud však žádné léky neúčinkují

Někteří experti se domnívají, že nová nemoc může být stejně smrtelná jako epidemie španělské chřipky. Ta v letech 1918 a 1919 zabila ve světě nejméně 20 milionů lidí.

Nový druh zápalu plic, který postihl jihovýchodní Asii, stále děsí svět svým záhadným vznikem a globálním šířením. Světová zdravotnická organizace (WHO) tvrdí, že je nemoc sice léčitelná, přesto mezi experty organizace panuje velké znepokojení – stále netuší, o jakou chorobu jde. Zdravotníci jí začali říkat těžký akutní syndrom dýchacích cest (SARS). „Máme obavy, protože nevíme, co tu nemoc způsobuje. Je-li tato choroba něco jako nová chřipka, mohla by se po celém světě rozšířit velmi rychle,“ prohlásil jeden z odborníků WHO. Zdravotní experti již dlouho upozorňují, že se může objevit nový druh chřipky, který by mohl být stejně smrtelný jako španělská chřipka. Ta po světě řádila mezi lety 1918 až 1919 a zemřelo na ni nejméně 20 milionů lidí. Jiní však oponují, že taková tvrzení jsou přehnaná. Upozorňují, že se v těchto dnech ví o chorobě příliš málo. Nový typ zápalu plic propukl na začátku února v jihočínské provincii Kuang-tung, když tam onemocnělo přes tři sta lidí a pět jich chorobě podlehl. Včera se však počet nakažených ani zemřelých nezvýšil, postižení se dokonce jeden po druhém uzdravují. Přesto není důvod k optimismu, tradiční antibiotika totiž nezabírají. Podle posledních zpráv se zatím po světě nakazilo přes 400 lidí, nemoc si dosud vyžádala celkově devět obětí. První případy nemoci byly včera hlášeny z Británie, Slovinska a Německa. Tam se nakazili dokonce tři lidé. Ve Frankfurtu onemocněla těhotná manželka jednoho již hospitalizovaného lékaře, který v Singapuru ošetřoval nakažené tímto virem. Další dva pacienti byli hospitalizováni v Lipsku. Do Německa přiletěli stejným letadlem jako frankfurtský lékař. Před neznámou formou zápalu plic je v pohotovosti většina evropských nemocnic, některé státy starého kontinentu zavedly předběžná zdravotní opatření i na svých letištích. Preventivní středisko bylo například zřízeno na pařížském letišti v Roissy, kam přilétají cestující z jihovýchodní Asie. Opatření přijaly i belgické úřady na bruselském letišti, cestujících z Dálného východu s podezřelými příznaky se mají ihned ujmout zdravotníci. Kromě Francie a Belgie podobná opatření zavedly například i Itálie, Švýcarsko, Rakousko či Británie. Choroba však vyvolává zděšení především v Asii. Na mezinárodním letišti v Hongkongu například mělo včera na sobě mnoho cestujících z Tchaj-wanu, Singapuru a z dalších asijských zemí chirurgické roušky. WHO za uplynulý týden registrovala chorobu kromě těchto dvou zemí také v Indonésii, Thajsku, na Filipínách a ve Vietnamu. „Tato nemoc nám ukazuje, že přenosné choroby nejsou otázkou minu-

losti. Měli bychom začít připravovat plány, jak jim čelit,“ varoval Alan Schur z pekinské WTO.

Smrtný zápal plic se rozšiřuje do Evropy

Záhadný virus z jihovýchodní Asie, který způsobuje zápal plic, se šíří do Evropy. Včera přibyli tři nakažení pacienti v Německu. Čeští hygienici přikázali posádkám letadel, směřujících do ČR z Číny, Vietnamu, Hongkongu, Singapuru, Thajska a Tchaj-wanu, aby sledovaly své pasažéry. Pokud budou mít podezření, že někdo z pasažérů je nakažen, musí dotyčného okamžitě izolovat od ostatních. Po přistání na Ruzyni bude pasažér převezen do nemocnice. Cestující z Asie také v Ruzyni dostanou podrobné informace o příznacích nemoci a pokyny, jak se chovat v případě podezření, budou cestující z Asie dostávat i po přistání na ruzyňském letišti. Varovné letáky už nechalo ministerstvo vytisknout. Letecké společnosti navíc musí v případě podezření na výskyt nemoci zajistit seznam všech cestujících příslušného letu. Lidé, kteří v uplynulých několika týdnech pobývali v jihovýchodní Asii, by měli pečlivěji sledovat svůj zdravotní stav. „Příznaky nemoci se mohou vyskytnout do čtrnácti dnů. Jsou to horečka přes 38 stupňů, potíže s dechem a kašel,“ vypočítal Vít. Podle Víta jsou nejvíce ohroženi lidé, kteří přišli do přímého kontaktu s už nakaženými. „Z toho, jak nemoc postupuje, je zjevné, že k nákaze dochází převážně těsným osobním kontaktem. Nejvíce nových nemocných je mezi zdravotnickým personálem, který pacienty ošetřoval,“ uvedl hlavní hygienik. Podobného druhu je i případ zachycený v německém Frankfurtu. Podle informací hlavního hygienika jde o lékaře, který v Singapuru ošetřoval nakažené pacienty. Přes Frankfurt, kde se příznaky nemoci projeví, cestoval na vědecký kongres do New Yorku. Proto už také ministerstvo prostřednictvím krajských hygienických stanic a zdravotních ústavů informovalo lékaře o projevech nemoci a podrobné informace připravuje vyvěsit i na své internetové stránky. „Budou tam k dispozici pokyny pro bariérovou ochranu v infekčních odděleních nemocnic a instrukce, jak se mají zdravotníci k pacientům chovat, pokud bude takový případ u nás diagnostikován,“ podotkl Vít.

Lékařská komora dostala pokutu

Rath nesouhlasí a chce se bránit soudní cestou

Úřad pro ochranu hospodářské soutěže udělil České lékařské komoře (ČLK) pokutu 450 000 korun za to, že před dvěma roky doplnila svůj katalog nadstandardní péče o ceny služeb ambulantní zdravotní péče. Oznamil to ve čtvrtek v Brně antimonopolní úřad. „Je to nehoráznost, dáme to k soudu. S pokutou samozřejmě nesouhlasíme,“ řekl Právu prezident České lékařské komory David Rath. Doplnění katalogu o ceny je podle úřadu porušením hospodářské soutěže. Podle předsedy úřadu Josefa Bednáře toto porušení se řadí mezi tzv. dohody o cenách, které patří mezi nejzávažnější soutěžní delikty a jsou za ně ukládány nejvyšší sankce. Včasným zásahem podle Bednáře úřad zabránil tomu, aby pacienti platili vysoké ceny za lékařskou péči. „To není pravda. Šlo o pracovní materiál, který byl dán k připomínkování. Vyšli jsme tak vstříc občanům, kteří volali po tom, aby ceny za poskytnuté nadstandardní služby, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, byly přibližně stejné a ne tak obrovsky rozdílné jako dosud,“ tvrdí Rath. Podle něj se tento pracovní materiál dostal ke zmíněnému úřadu a ten zahájil řízení. „Je to paradox, protože o žádný oficiální dokument nešlo. Ten jsme přijali později na základě diskuse uvnitř komory a žádné ceny v něm nejsou. Zdůrazňuji, nejsou. Nechápu, jak z pracovní neschválené kopie někdo mohl takové závěry učinit,“ říká Rath. Podle Bednáře ale tím, že ČLK ce-



ník zveřejnila i na internetu, připravovala pacienty na zdražení. Rath potvrdil, že komora se v žádném případě s touto skutečností nesmíří, a proto případ bude řešit soud. Jak již Právo informovalo, v pracovním návrhu ceníku byly zveřejněny ceny za určité nadstandardní služby. Šlo např. o zavolání specialisty domů mimo jeho ordinací hodiny nebo konzultace zdravotního stavu pacienta po telefonu. Závěrečný dokument, který ČLK přijala, skutečně však žádné ceny neobsahuje a nadstandardní služby, které lékaři poskytují pacientům, si tedy mohou účtovat podle nákladů vlastní ordinace.

Američtí vědci objevili „gen dlouhověkosti“

Američtí vědci poprvé identifikovali genetickou mutaci, která je společná stoletým lidem. Tvrdí, že tento objev může být klíčem k prodloužení života. Na proces stárnutí má vliv působení volných radikálů. Ty vznikají nejen kvůli škodlivinám ve vnějším prostředí, ale také během metabolických procesů uvnitř organismu. Volné radikály napadají ostatní molekuly a poškozují tak buněčné struktury, což může vést až k odumření buňky. Odborníci zjistili, že lidé ve vysokém věku mají pětkrát častěji než ostatní určitou mutaci mitochondriální (nejaderné) DNA. Ta má podle vědců lepší schopnosti vytvářet kopie sebe samé. Organismus lidí s touto mutací nejaderné DNA je tak schopen lépe bojovat proti působení volných radikálů. Jeho buňky se totiž rychleji obnovují. Mitochondrie jsou buněčné orgány, které v buňkách odpovídají za energetický metabolismus. DNA mitochondrií je dědičná pouze po matce. Vajíčko totiž do sebe otcovské mitochondrie spermie nepustí. Během výzkumu, který probíhal na Kalifornském technickém institutu v Pasadeně, vědci studovali genetickou výbavu 52 italských staříků a stařenek. U sedmnácti procent z nich narazili na specifickou mutaci (C150T), která se zároveň objevila pouze u 3,4 procenta ze 117 lidí mladších 99 let. Tým odborníků se dále snažil zjistit, zda je tato abnormalita dědičná. Dvakrát – v odstavu devatenácti let proto odebral zkoumaným jedincům buňky kůže, aby zjistil, zda v průběhu let nedošlo v mitochondriální DNA ke změnám. Výsledek? Mutaci lze nejen zdědit po matce, ale někteří lidé ji také získávají s přibývajícím věkem. „Vše napovídá tomu, že mutace napomáhá přežití,“ řekl vedoucí týmu Giuseppe Attardi, který je profesorem molekulární biologie. K dlouhému životu nenapomáhá pouze zmíněná mutace. V srpnu loňského roku zveřejnili američtí vědci objev tří faktorů, které údajně hrají klíčovou roli v délce lidského života. Jako biologické „faktory dlouhověkosti“ určili nízkou tělesnou teplotu, nízkou hladinu inzulínu v krvi a vysokou hladinu androgenu s anabolickým účinkem DHEAS. Odborníci jsou také zajedno v tom, že k dlouhému životu přispívá fyzická aktivita, optimismus, střídavá strava a klid.

SPOLEČENSKÁ RUBRIKA

OZNÁMENÍ

Oznamujeme s lítostí úmrtí MUDr. Vlasty Trpíkové, dětské lékařky venkovských obvodů Hlučínska.

Za všechny spolupracovníky

MUDr. Dočkalová

I N Z E R C E

V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.

Hledám pediatra na zástup

Hledám zástup během MD pro ambulanci PLDD. Okolí Veselí nad Moravou, okr. Hodonín. Nástup od IV/2003.
Tel.: 723 010 623

Odkoupím praxi PLDD

Převzmu (odkoupím) praxi PLDD v Ústeckém kraji (Ústí nad Labem, Litoměřice a okolí). Dětská lékařka, 12 let praxe, z toho 2 roky na obvodě. Atestace I. stupně, licence.
Tel.: 475 533 547 (večer), mobil +420 721 985 289.

Hledám dětského lékaře na zástup

Hledám dětského lékaře/lékařku s licencií na zástup v ordinaci 2 x 5 hodin týdně. Lokalita Přerovsko. Vhodné pro lékařky na MD, ŘP skupiny B podmínkou.
Tel.: 607 988 361.

Zastoupím či odkoupím praxi PLDD

Pediatr t.č. na MD hledá zástup, ev. odkoupení praxe PLDD v Praze a oblasti Praha - Západ s možností nástupu r. 2005 - 2006; 5 let praxe v nemocnici (oboru), 1. atestace.
Tel.: 605 752 766, 257 810 200

Krátkodobě zastoupím v ordinaci PLDD

Zastoupím krátkodobě v ordinaci PLDD v Praze. 39 let praxe, 2 atestace, licence.
Tel. 2748 14 880 (záznamník), mobil 606 612 447.

Hledám místo asistenta

Hledám místo asistenta PLDD (s případným převzetím praxe). Licenci mám. Předpokládaný termín nástupu od září 2004. Jihlavsko.
Tel.: 567 210 889, mobil: 605 414 045.

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra (i důchodce) na občasný zástup do privátní ordinace PLDD Praha 6. Dobré podmínky.
Tel: večer 235 355 913 Mobil: 604 988 174.

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra k občasným zástupům do privátní ordinace v okrese Brno-venkov.
Tel. večer: 544 228 359.