

# VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

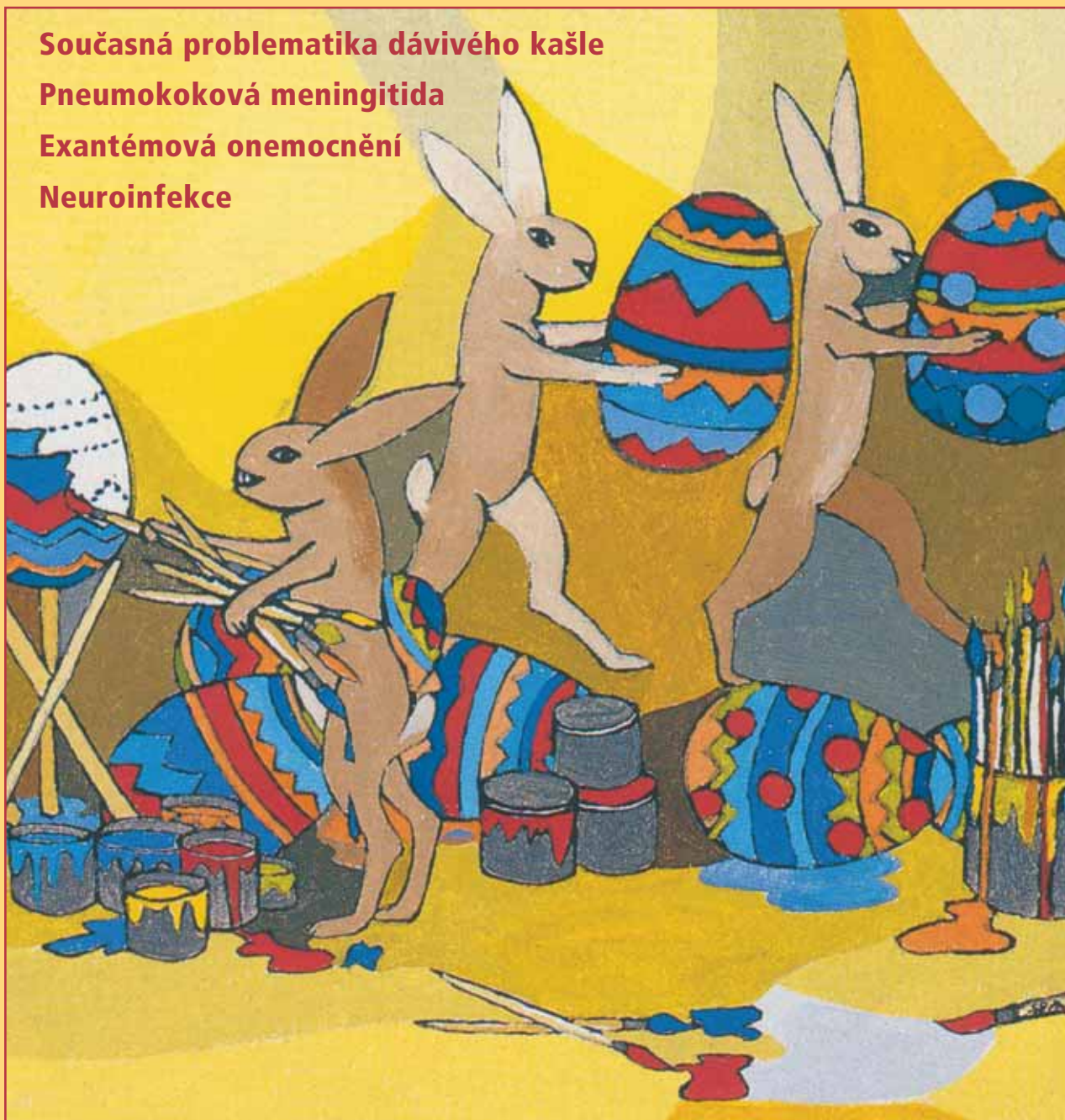
duben 2005 ■ číslo 4 ■ ročník 5

**Současná problematika dáivého kašle**

**Pneumokoková meningitida**

**Exantémová onemocnění**

**Neuroinfekce**



**ČESKÁ  
SPORITELNA**

**ZENTIVA®**



OSPDL ČLS JEP

**inzerce QuikRead**

## tiráž...

# VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

[www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz)

### 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](mailto:centrum@detskylekar.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



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 písemných 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 vložených tiskovin.

### Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Bc. Veronika Drahovzalová  
U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 065, GSM: 602 873 761 - jen pro inzerty

e-mail: [centrum@detskylekar.cz](mailto:centrum@detskylekar.cz)

e-mail: [veronika.drahovzalova@detskylekar.cz](mailto:veronika.drahovzalova@detskylekar.cz)

vydavatelství

**MEDIX** Branická 141, 147 00 Praha 4

tel.: 261 260 412, e-mail: [vox@imedix.cz](mailto:vox@imedix.cz)

## obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc březen	5
Koalice soukromých lékařů	6
Usnesení regionálních konferencí	9
Samoléčba dle WSMI (World Self-Medication Industry)	10
Program generační výměny SPLDD ČR - seznam poradců České spořitelny	13



Doc. MUDr. D. Bartošová, CSc. <b>Exantémová onemocnění v dětském věku</b>	15
Doc. MUDr. V. Dostál, CSc. <b>Neuroinfekce: výskyt, rizika, dif. diagnóza</b>	18
MUDr. M. Maixnerová, CSc. <b>Současná problematika dáivého kašle</b>	22
Doc. MUDr. P. Pazdiora, CSc. <b>Opatření v ohnisku virové hepatitidy A a B, aktuální epidemiologická situace</b>	25

MUDr. P. Kosina <b>Pneumokoková meningitida</b>	28
<b>Aktuality OSPDL ČLS JEP</b>	36
<b>Zajímavosti ze světa odborné literatury</b>	37

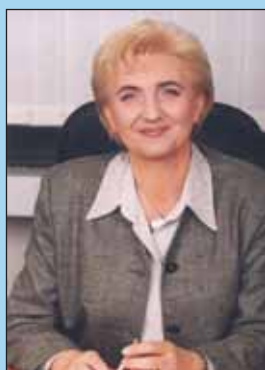


<b>Aktuality</b>	37
<b>Řádková inzerce</b>	42



NAKLADATELSTVÍ  
**UMÚN**

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec  
tel.: 485 161 712, e-mail: [umun@volny.cz](mailto:umun@volny.cz), [www.volny.cz/umun](http://www.volny.cz/umun)  
Obrázek na titulní straně namaloval ústy Klaus Spahní



„Čechy krásné, Čechy mé, srdce mé se touhou pne.....“ zvolal radostně autor známé písně, když se jednou na jaře zahleděl z vršku, zvaného Velíz, do berounské kotliny. Výtrysk jeho slovy vyjádřené jarní radosti je pochopitelný. Protože i my, tak jako on, máme jaro spojeno s kladnými pocity. Vyvolávanými probouzející a rozvíjející se přírodou, vzpomínkami na dětství, dospívání či na první lásky.

Radost vyvolaná jarem a novými začátky poněkud opadne, když si uvědomíme, že letošní jaro v naší zemi vítá oproti roku 1995 o 310 tisíc občanů a občánek méně, než jej vítalo ještě před pouhými deseti lety, kdy nás ještě bylo 10,5 milionu.

Další újmu naše radost z jara utrpí, povšimneme-li si dostupných statistických údajů. Údajů, které potvrzují to, co všichni víme: že jako národ vymíráme - ne proto, že bychom více a častěji umírali, ale proto, že se my Češi, Moravané a Slezané nerodíme.

Citelnými úbytky občanů a občánek se dostáváme skokově do situace, do které se tzv. „vyspělé“ země počaly dostávat před dvaceti lety. Stárnutí populace a klesající počet v roce narozených dětí vyvolává skepsi nejenom v myslích badatelů a teoretiků, ale především v myslích politiků, těch, kteří nesou odpovědnost za „kultivaci“ zdravotního, nemocenského a důchodového zabezpečení občanů, a také nás představitelů zdravotních pojišťoven, zda bude dost finančních prostředků na zdravotní péči.

Protože otázka dne zní: kde brát, či jak získat peníze na kvalitní zdravotní péči, finanční dávky poskytované v nemoci a na důstojné důchody, je-li princip mezigenerační solidarity narušován prohlubujícím se početním deficitem mladých, zdravých a vysoké pojistné platících spoluobčanů? Obávám se, že příliv imigrantů a jejich vyšší porodnost naší situaci z nejrůznějších důvodů nevyřeší.

Jsem přesvědčena, že vytvoření předpokladů pro zdravý vývoj naší populace a pro dlouhotrvající dobrou kvalitu života našich občanů mají ve svých rukách naši praktičtí lékaři pro děti a dorost, pečující o naše „národní naděje“. Jsem rovněž přesvědčena o tom, že jsou si této svoji nezastupitelné úlohy vědomi a vykonávají ji zodpovědně a na úrovni odpovídající vyspělým zemím světa. A to i přesto, že se v naší zemi stále ještě přikládá mnohem menší pozornost problematice rozumné dostupnosti medicínského pokroku, organizaci zdravotnických služeb, přiměřenosti a kvalitě poskytované zdravotní péče a vlivu životního prostředí i životního stylu na zdraví dětí a dospělých. A vzdor tomu, že řadě našich spoluobčanů chybí povědomí, které bylo občanům zemí Evropské unie od malička vštěpováno rodiči, školou, lékaři a komunitou i nabyvanou zkušeností: že o zdraví je třeba pečovat odpovědně, správně a vytrvale, neboť jedině tak se lze dožít aktivního stáří a ušetřit výdaje za poplatky, placené při čerpání zdravotní péče.

Hodnocení, která se mi dostávají do rukou svědčí a vypovídají o tom, že medicínské úspěchy naší pediatrie jsou mimo jiné dány i tím, že praktičtí lékaři pro děti a dorost dbají více než ostatní lékaři - jak vypovídají čísla na prevenci, a že v uplynulých letech naučili rodiče i malé klienty nepodceňovat vzniklá onemocnění a umění vytváření časového prostoru pro změnu životního stylu a péči o zdraví. A že je odnaučili lhostejnosti ke zdraví, prevenci a zdravému způsobu života, či k tomu, co dokáže prožívání života zlepšovat.

Velmi kladně hodnotím skutečnost, že pediatři daleko více než ostatní pracovníci ve zdravotnictví ctí práva svých malých klientů. Práva, vycházející jak z platných právních předpisů, tak i z nadnárodního etického kodexu, ke kterému se naše zdravotnictví přihlásilo již 25. února 1992. Práva, jejichž dodržování je věcí lidské morálky a respektu k oprávněným potřebám a nárokům nemocného či trpícího člověka.

Za takový přístup k poskytování zdravotní péče, za korektnost při společných jednáních i ve společných vztazích patří našim praktickým lékařům pro děti a dorost celospolečenské uznání. A ocenění. Projevené nejenom slovně, ale i hmatatelně.

Budeme se snažit.

Jiřina Musílková

P.S. Ctěte pediatrický zákon: „Nikdy nevyšetřujte dítě obuté do okovaných bot“.

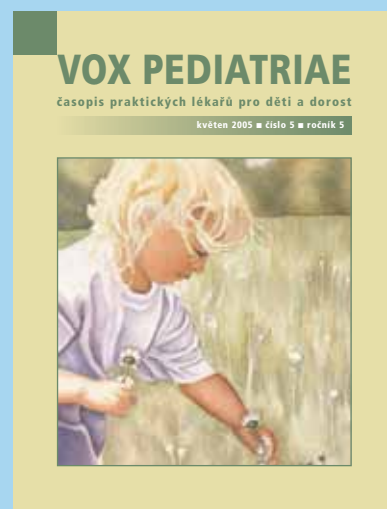
Indikace ke genetickému vyšetření

Pokroky v molekulární biologii

Hereditární osteopetróza

Okulocerebrorenální syndrom

Genetika trombofilních stavů



## seznam inzerujících firem

ALCON  
AVENT  
ČESKÁ SPOŘITELNA  
DAKOCYTOTOMATION  
HERO  
HIPPI  
NESTLÉ  
NUTRICIA  
ORION DIAGNOSTICA  
ZENTIVA

## 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 - 20,00 - MUDr. Pavel Neugebauer  
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková  
15,00 - 18,00 - MUDr. Eva Vitoušová  
**Středa**  
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrmochová  
13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn  
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková  
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



## Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc březen 2005

MUDr. Pavel Neugebauer  
předseda SPLDD ČR

**Pokud budeme hodnotit březen, nelze pominout vládní krizi, ke které přispělo mlhavé, nejasné a měnící se stanovisko premiéra k vlastním financím. Doufejme, že podobný postup nečeká i naše zdravotnictví, i když, když sledujeme výpisy z našich účtů, mnohý se domnívá již dnes, že snad špatně vidí. Čím dál déle se objevují informace o úhradách zdravotní péče, perspektiva je navíc značně pesimistická. Věřme, že vývoj událostí s možností nové vlády a nového ministra přinese alespoň jiskřičku naděje na zlepšení této již značně povážlivé situace.**

**2.3.** - segment praktických lékařů se sešel na svém druhém jednání dne dohodovacího řízení o cenách na 2. pololetí 2005, pojišťovny stále trvají na nutnosti nenavyšovat úhrady vzhledem k situaci v systému, proklamovaná podpora primární péče a analýza nutnosti navýšení stále nepadá na úrodnou půdu

**3.3.** - Koalice soukromých lékařů se sešla se zástupci Svazu zdravotních pojišťoven ČR, aby diskutovali aktuální situaci zejména v oblasti financí, s tím samozřejmě úzce souvisí i problematika uzavírání tzv. cenových dodatků, náš požadavek nemíchat do cenových dodatků jiná ustanovení, což pak působí problém při podpisu takového dodatku, by snad mohl být vyslyšen

**9.3.** - opět diskuse v segmentu praktických lékařů o cenách na 2. pololetí 2005, opět neúspěšná

**11.3.** - na svém plánovaném jednání se sešlo Předsednictvo Sdružení, předmětem jednání bylo především projednání aktuální situace ve zdravotnictví a příprava regionálních konferencí, řešeny byly i některé konkrétní problémy jednotlivých regionů, o výsledcích a průběhu jednání informují regionální předsedové okresní zástupce na

regionálních radách

**14.3.** - při závěrečném jednání přípravné fáze dohodovacího jednání o cenách na 2. pololetí 2005 jsme nakonec souhlasili i s minimálním navýšením stávajících cen, tedy základní kapitační sazby na 34 Kč a hodnoty bodu na 0,97 Kč, hlavními důvody byly především - neudržitelnost situace s opakovaným nenavýšením, rozhodnutí řídicích orgánů obou Sdružení praktických lékařů a nakonec i navýšení přesahující navýšení v ostatních segmentech, a tedy alespoň částečná eliminace propadu vůči těmto segmentům

**17.3.** - v Parlamentu ČR byla zahájena zajímavá diskuse na téma „hlavní pilíře našeho zdravotnictví“, bohužel organizátory nebyli naši zákonodárci, ale vše se konalo pod hlavičkou Českého zdravotnického fóra, diskusního fóra, ve kterém se scházejí zajímaví lidé s mnoha zkušenostmi s naším zdravotnictvím, jen aby výstupy vůbec k něčemu posloužily

**20.3.** - region Jižní Morava zahájil každoroční cyklus regionálních konferencí, tentokrát došlo ke spojení se vzdělávacím dnem, který předcházela vlastní konferenci, v klidu a pohodě tak mnoho účastníků strávilo docela příjemný víkend

**22.3.** - na svém jednání se sešla Koalice soukromých lékařů, o aktivitách Koalice Vás pravidelně informujeme v samostatných textech našeho časopisu

**23.3.** - obdobně jako se Svazem zdravotních pojišťoven ČR se sešli zástupci Koalice s vedením VZP, témata byla obdobná, postoj VZP kupodivu o poznání vstřícnější

**24.3.** - na FTVS v Praze se konal seminář na téma zdravotní tělesná výchova, na tomto semináři byly prezentovány i výsledky naší dotazníkové akce, děkuji i touto cestou všem, kteří se aktivně zapojili, i když tento seminář problematiku zdravotní tělesné výchovy na školách rozhodně nevyřešil, šlo o pozitivní signál, že se tímto problémem vůbec někdo zabývá, a hlavně, že vyplnění uvedených dotazníků by nemuselo být nakonec zcela zbytečné

**29.3.** - diskuse Českého zdravotnického fóra pokračovala v sídle nadačního fondu Elpida, určitě by stálo za to, aby byl výstup porovnán s koncepčním materiálem stávajícího vedení našeho resortního ministerstva, půjde to ale určitě velmi obtížně, nicméně pro Vás se pokusíme výstup zveřejnit v některém z dalších čísel našeho časopisu. ■

### Upozornění:

**V příštím čísle naleznete Supplementum s obsahem všech předcházejících ročníků časopisu VOX PEDIATRIAE.**



# Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů si vzala za úkol obhajovat zájmy provozovatelů soukromých zdravotnických zařízení. Jak již bylo vícekrát uvedeno, Sdružení praktických lékařů, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, Sdružení ambulantních specialistů, Sdružení soukromých gynekologů a Česká stomatologická komora se sdružily, aby společně čelily soustavnému útoku současné socialistické vlády proti právu provozovat za přijatelných podmínek soukromé zdravotnické zařízení, a to i v systému veřejného zdravotního pojištění. V následujících řádkách Vás proto seznámíme s nejdůležitějšími aktivitami tohoto volného sdružení.

## I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 22. 3. 2005

### 1. Vyhodnocení období od posledního jednání Koalice

■ **Schůzka zástupců Svazu zdravotních pojišťoven ČR a Koalice soukromých lékařů** se konala 3. 3. 2005. Její účastníci projednali problematiku smluvních vztahů a aktuální situaci vývoje v českém zdravotnictví (společně prohlášení Koalice a SZP jsme již zveřejnili).

Positivním výstupem z jednání je příslib zdravotních pojišťoven, že cenové dodatky, pokud budou obsahovat jiná, než cenová ujednání, budou rozděleny na dvě části a popisována každá zvlášť.

Členové Koalice rozhodli na podkladě jednání se SZP ČR a po připravované schůzce s VZP ČR, která je naplánována na 23. 3. 2005, zformulovat znovu požadavky Koalice vůči zdravotním pojišťovnám a na pojišťovny, které s nimi nebudou souhlasit, upozornit:

- a) členy Koalice soukromých lékařů
- b) média

Spory se zdravotními pojišťovnami, které postupují v rozporu s „úhradovou vyhláškou“ navrhuje Koalice řešit soudní cestou.

### ■ **Výsledky dalšího jednání dohodovacího řízení**

Zástupci Koalice se vzájemně informovali o výsledcích dohodovacího řízení k cenám zdravotní péče na II. pololetí 2005 v jednotlivých segmentech.

### ■ **Různé**

- Dr. Pekárek upozornil na nutnost pečlivě sledovat postup zdravotních pojišťoven při projednávání obsahu rámcových smluv a zabránit jejich účelovému výkladu zákona č. 48/1997 Sb.

- Dr. Jojka seznámil přítomné s výsledky

jednání s MZ ČR k problematice indikací k přepravě pacientů sanitními vozy. Přislíbil zaslat e-mailem návrh doporučeného postupu a navrhl projednat jej na další schůzce Koalice.

- Dr. Neugebauer informoval o vzniku Pojišťovny VZP a.s. (www.pvzp.cz), která je dceřinou společností VZP ČR.

### 2. Zásahy státu do práv soukromých ZZ

Zástupci Koalice se dohodli na podpoře České stomatologické komory, která veřejně vystupuje proti snaze MZ ČR omezovat práva provozovatelů soukromých zdravotnických zařízení, a vydali společně prohlášení (uveřejněno níže)

### 3. Podání stížnosti k Ústavnímu soudu na zrušení regulace dle zdravotné pojistného plánu ZP dle návrhu SAS

Členové Koalice se neshodli na formě a obsahu stížnosti vzhledem k rozdílným posouzením textu právníky. Proto se Koalice nepřipojila k podání ústavní stížnosti v navržené formě. Respektuje ale, že SAS stížnost podá a současně bude pracovat na společném znění dalšího podání stížnosti ke stejnému problému. Toto podání by mělo být předloženo prostřednictvím senátorů, které se pokusí členové Koalice k tomu získat. Ve věcné otázce, tedy nutnosti zrušit napadený paragraf, se členové Koalice shodují.

### 4. Setkání na téma Modrá šance

Dr. Jelínek navrhl setkání zástupců Koalice se senátorem Julínkem před plánovanou červnovou schůzkou k diskusi o koncepci zdravotnictví pod názvem Modrá šance.

### 5. Předání funkce mluvčího Koalice

Od 22. 3. 2005 je mluvčím Koalice soukromých lékařů MUDr. Jan Jelínek, místopředseda Sdružení praktických lékařů ČR.

### 6. Různé

■ Ředitelka Kanceláře ČSK Dr. Švábová projednala se zástupcem společnosti Konzulta Brno možnost **rozesílání SMS zpráv** pro členy Koalice. Po zpracování informace, která bude zveřejněna v periodikách jednotlivých organizací, bude možné se do systému přihlásit.

### Podmínky:

- jednotliví zájemci se mohou na základě informace, jejíž text poskytne zástupce společnosti Konzulta Brno, přihlašovat do systému individuálně

- organizace sdružené v Koalici budou v systému odlišeny kódem a zprávy budou rozesílat určenými pracovníky jednotlivých organizací Koalice na základě instrukcí poskytnutých společností Konzulta Brno

Dr. Pekárek navrhl organizovat v rámci jednání Koalice monotematické schůzky. Předběžně byla navržena tato témata:

a) zdravotní péče, kterou je možné vyřadit z veřejného zdravotního pojištění

b) síť ZZ

Ad b) SAS ČR zveřejnilo na svých webových stránkách způsob vytváření sítě zdravotnických zařízení prosazovaný Sdružením ambulantních specialistů. Podle informace Dr. Jojka mají krajské úřady zájem o této problematice jednat.

■ K obsahu formuláře pro poskytnutí statistických údajů ÚZIS sdělil Mgr. Jakub Uher, že požadavek ÚZIS je legitimní a je třeba mu vyhovět.



## II. Tisková zpráva Koalice soukromých lékařů

Na svém jednání dne 22. 3. 2005 se zástupci Koalice soukromých lékařů dohodli na podpoře České stomatologické komory, která veřejně vystupuje proti snaze MZ ČR omezovat práva provozovatelů soukromých zdravotnických zařízení a vydali společně následující prohlášení:

### **Stomatologové mají pravdu!**

**Koalice soukromých lékařů, která zastupuje cca 15 000 soukromých lékařů, vyhláší svou podporu České stomatologické komoře. Je nesporným faktem, že legislativní změny připravované Ministerstvem zdravotnictví ČR míří k zestátnění soukromých zdravotnických zařízení. Vyzýváme proto lékaře a zejména pacienty, aby se v rámci zachování svých občanských svobod proti takovému postupu bránili.**

## III. Společné tiskové prohlášení Koalice soukromých lékařů a stínového ministra zdravotnictví, senátora Tomáše Julínka

30. března 2005 se sešli zástupci Koalice soukromých lékařů se stínovým ministrem zdravotnictví, senátorem Tomášem Julínkem. Shodli jsme se na názoru, že snaha ministryně zdravotnictví Emmerové rozhodovat za pacienty jako za nesvéprávné jedince je nebezpečná. Pacientům hrozí vládní diktát zdravotní péče na příděl. Kroky ministryně Emmerové ohrožují i právo pacienta vybrat si svého lékaře. Představa případného spojení ČSSD a KSČM v Parlamentu naše obavy jenom posiluje.

V Praze dne 30. 3. 2005

MUDr. Jan Jelínek

mluvčí Koalice soukromých lékařů

## IV. Kdo šlape po chráněných zájmech občanů?

30.3.2005 Lidové noviny str. 14 Horizont, autor: Milada Emmerová

Je prý nesporným faktem, že legislativní změny připravované ministerstvem zdravotnictví (MZ) míří k zestátnění soukromých zdravotnických zařízení. „Vyzýváme proto lékaře a zejména pacienty, aby se v rámci zachování svých občanských svobod proti takovému postupu bránili.“ Tento suggestivní a účelově politický text zformulovala 22. března Koalice soukromých lékařů (KSL). Stomatologové ani mluvčí Koalice soukromých lékařů Jan Jelínek ale vůbec nemají pravdu! Já ani MZ nemíříme k zestátnění soukromých zdravotnických zařízení. Naopak **reforma zdravotnictví** jde výhradně cestou

demokratizace a větší účasti občanské společnosti na zdravotní politice.

Občanské svobody staví na hlavu pan Jelínek i prezident České stomatologické komory Jiří Pekárek, který vyhrožuje pacientům, že si budou muset zubní ošetřování platit v hotovosti a vylučuje je tak z režimu veřejného zdravotního pojištění.

Zjevně i MUDr. Jelínek při vymýšlení snadno vyvratitelných nepravd žádá pacienty, aby na svoje peníze vložené do pojištění rezignovali a stali se jeho rukojmími podle scénáře pana Pekárka. Mluvčí KSL si také asi sotva připustí, že se jeho koalice de facto ani nemá

právo takto nazývat, protože jde ve skutečnosti o spolek smluvních lékařů, participujících na veřejném zdravotním pojištění. Tedy nikoliv lékařů poskytujících soukromé služby, které neproplácejí pojišťovny, ale hradí si je sami pacienti „placením na dřevo“.

Nemusíme se opírat o populismus výroků MUDr. Jelínka, je nasnadě si totiž přeložit, že tady jde o záměrný dezinformující krok namířený proti právům pojištěnců směřující k jejich vylučování z veřejných zdravotních služeb. Zřejmě si pánové Jelínek ani Pekárek dosud neuvědomili, že šlapou po chráněných zájmech občanů - se všemi důsledky.

## V. Reakce na článek v Lidových novinách ze dne 30.3., str. Horizont: „Kdo šlape po chráněných zájmech občanů?“

Paní ministryně Emmerová žije v mylné představě, že „privátní lékaře“ lze rozdělit na „soukromé“ (platí se u nich peníze) a „smluvní“ (za jejich péči platí zdravotní pojišťovny). Dovolují si upozornit, že úroveň ambulantní péče je v drtivě většině zvyšována právě snahou soukromých lékařů a naši pacienti ať posoudí, jak se v posledních 15 letech, kdy se ambulantní lékaři stali „podnikateli“, změni-

la. Je to jejich zásluhou, oni nesou ekonomická rizika a oni často investovali bez naděje na rychlou návratnost svých investic. Oni opravdu podnikají, i když jsou všemožně svažováni a omezováni.

Zatím jsem neslyšel, že by si ministr nějakého jiného rezortu troufl tvrdit, že soukromá firma, která pracuje na státní zakázce a je tedy placena z „veřejných peněz“, najednou

přestává být firmou soukromou. Takový ministr by ji mohl chtít pro stát odkoupit a řídit ji pak povelami ze svého ministerstva. Šílené, že?! Na Ministerstvu zdravotnictví už myšlenky na „zpětný odkup soukromých prací státem“ úspěšně zrají. Prostě jsou tam napřed! Nicméně soukromí lékaři podnikají se všemi důsledky a bez jakýchkoliv úlev oproti jiným podnikatelům. Rizika jejich podnikání ještě



zvyšuje ministryně Emmerová svými zoufalými zásahy do systému úhrad zdravotní péče a zvrácenými představami, že bude zasahovat i do ekonomiky jednotlivých ordinací (například státním schvalováním investic soukromých ordinací nebo diktováním mezd jejich zaměstnanců).

Naše podnikání je o práci a zodpovědnosti a ne o „kšeftování se zdravím“, jak nás doc. Emmerová obviňuje. Z jejích vyjádření je cítit rétorika doby již našťástí dávno minulá, kdy se zřejmě utvářela její osobnost. To jen potvrzuje její veřejné přiznání kladného příje-

tí podpory vlády komunisty - to prý proto, že právě oni podporují její reformní návrhy.

Upřímně řečeno se jim dost divím, protože už Karel Marx dobře rozlišoval mezi vlastnictvím soukromým a státním a nepokoušel se tyto pojmy směřovat a dělat ze soukromých podnikatelů státní zaměstnance. Paní ministryně asi před lety někde nedávala pozor.

Praha, 4.4.2005

MUDr. Jan Jelínek

mluvčí Koalice soukromých lékařů

## VI. Oslovení členů Poslanecké sněmovny, Senátu a vlády České republiky

V poslední době byla Česká stomatologická komora, a zejména její prezident MUDr. Jiří Pekárek, nepravdivě obviňován Ministerstvem zdravotnictví ČR, že vyzývají zubní lékaře k odchodu ze systému veřejného zdravotního pojištění. Zodpovědným pracovníkům MZ ČR muselo být přitom známo, že komora na žádném ze svých sněmů podobně usnesení nepřijala a její prezident prokazatelně takto na veřejnosti nikdy nevystupoval (viz [www.dent.cz](http://www.dent.cz), Česká stomatologická komora, Usnesení sněmů ČSK).

Abychom Vás mohli seznámit s našimi skutečnými požadavky a cíli, využíváme svého práva oslovit otevřeným dopisem členy Poslanecké sněmovny, Senátu a vlády České republiky.

### Co skutečně žádáme:

- Racionální zúžení rozsahu stomatologické péče poskytované z veřejného zdravotního pojištění (podobně jako je tomu na Slovensku a dle doporučení expertů Světové banky).
- Posílení práv pacienta
  - a) zrušením návrhu spádových oblastí
  - b) rozšířením svobodné volby i na nesignifikantní zdravotnická zařízení a zajištěním nároku na minimálně 80% úhrady zdravotní péče poskytované v rámci veřejného zdravotního pojištění (podobně jako je tomu v Rakousku nebo podle návrhu místopředsedy vlády Ing. Martina Jahna).
- Zachování práva na svobodné nakládání se svým majetkem a nezávislé rozhodování o:
  - a) investicích bez vlivu státních úředníků
  - b) mzdách svých zaměstnanců podle do-

hody a nikoliv podle státem vytvořených tabulek.

- U všech zdravotnických zařízení (bez ohledu na formu vlastnictví, či jeho typ) zachování nediskriminačních podmínek:
  - a) v přístupu k prostředkům veřejného zdravotního pojištění
  - b) daňového zatížení.
- Rozvíjení konkurence zdravotních pojišťoven a omezení všech přímých státních zásahů.

### Co rozhodně odmítáme:

- Koncepci zdravotnictví doc. MUDr. Milady Emmerové, CSc.
- Legislativní návrhy, předložené MZ ČR, jejichž přijetí by vedlo k významné negativní změně současného systému zdravotnictví bez ohledu na to, zda bude nebo nebude přijata koncepce.

Děkujeme za Váš zájem o naše stanoviska, která mají podporu nejen členů ČSK, ale i Koalice soukromých lékařů, zastupující více než 15 tisíc soukromých subjektů, které tíží stejné problémy jako zubní lékaře!

Jsme Vám kdykoliv připraveni předložit více než 100 mediálních výstupů, které od 26. 2. 2005 do dnešního dne dokumentují naše názory a stanoviska a podat Vám k nim podrobná vysvětlení.

S pozdravem

V Praze dne 29. března 2005

MUDr. Jiří Pekárek

prezident České stomatologické komory

### Emmerové se „vzbouřila“ léková komise

Nebudeme se podepisovat pod nic, co jsme nemohli pořádně prostudovat, natož ovlivnit. Ministryni zdravotnictví Miladě Emmerové se postavili členové poradního orgánu, kategorizační komise. Jejich „vzpouza“ může znamenat nutnost odložit vydání důležité vyhlášky o úhradách léků na příští pololetí.

Kategorizační komise je skupina odborníků, jež posuzuje, na která léčiva a v jaké výši budou zdravotní pojišťovny pacientům připlácet. Dvakrát do roka vydává doporučení, na jehož základě pak ministerstvo zpracuje příslušnou vyhlášku.

Paradoxní je, že současnou komisi Emmerová jmenovala teprve nedávno jako náhradu za předchozí expertní skupinu, kterou loni v listopadu rozpustila jako nedůvěryhodnou. Bývalá komise totiž připravila lékovou vyhlášku, která se ministryni zdála nepřijatelná, neboť prý neúměrně zatěžovala pacienty vyššími doplátky. Vyhlášku pro první pololetí proto ministerstvo vydalo samo a závěry komise v ní nerespektovalo. Za to si Emmerová vysloužila kritiku mezinárodních farmaceutických firem a stížnosti k Evropské komisi pro netransparentnost cenové politiky u léčiv.

Před hotovou věc

Nově jmenovaná komise se sešla 23. března. A hned na prvním zasedání jí ministryně Emmerová prostřednictvím svých úředníků předložila novou vyhlášku na druhé pololetí. „Postavili nás prakticky před hotovou věc. Předložili nám seznam 8000 položek a hned to chtěli schválit,“ postěžoval si Karel Němeček, který v komisi zastupuje Všeobecnou zdravotní pojišťovnu. Komise většinou svých členů požadavek odmítla.

Běžný postup je, že se podklady pro vyhlášku připravují zhruba celý půlrok. Členové komise na svých zasedáních probírají jednu položku za druhou. Nový statut komise teď po nich navíc chce, aby ke každé vyslovili společné stanovisko.

„Požádali jsme ministryni Emmerovou, ať jasně specifikuje, zda se má komise vyjadřovat k návrhům dodaným do konce března, kdy tato komise ještě neexistovala, nebo jen k těm, které došly až po jejím vzniku. Kdybychom je neměli probrat, chci, aby komise jasně řekla, že proces stanovování úhrad nebyl transparentní. V takovém případě odmítáme mít s návrhem cokoli společného,“ konstatoval další z členů komise, prezident České lékařské komory David Rath.

Nová léková vyhláška by měla platit od 1. července. Komise žádá, aby byla o dva měsíce pozdržena. Zákony ale Emmerovou nenuť, aby stanovisko svého poradního orgánu respektovala.





# Usnesení regionálních konferencí

## Usnesení jihomoravské regionální konference SPLDD ČR v Horní Cerekvi - březen 2005

### Konference bere na vědomí:

- zprávu o činnosti JMR přednesenou předsedkyní JMR MUDr. Ilonou Hülleovou
- zprávu o hospodaření přednesenou pokladníkem JMR MUDr. Marcelou Křížovou
- zprávu o revizní činnosti přednesenou předsedkyní RK JMR MUDr. Miroslavou Doležalovou
- vystoupení předsedy SPLDD MUDr. Pavla Neugebauera a místopředsedy SPLDD MUDr. Milana Kudyna s aktuální proble-

### matikou

Konference schválila rozpočet JMR SPLDD na rok 2005.

Konference vyjádřila zásadní nesouhlas s prodlužováním lhůt splatnosti zdravotních pojišťoven. V této souvislosti konference zmocňuje Výbor SPLDD k razantnímu postupu vůči zdravotním pojišťovnám, který v případě dalšího prodlužování lhůt splatnosti může vést k hromadnému vypovídání smluv.

Konference zmocňuje výbor SPLDD k jednání o zvýšení věkové hranice při ošetřování dorostu.

Konference se přihlásila k perspektivnímu rozdělení jihomoravského regionu na 3 regiony a doporučila založení přípravných výborů, které rozdělení připraví.

Konference doporučuje vytvořit na celostátní úrovni základní strategii pro jednání o nových typových smlouvách.

## Usnesení severočeské regionální konference SPLDD ČR v Ústí nad Labem - duben 2005

### Konference vzala na vědomí:

- zprávu o činnosti za předchozí období přednesenou předsedkyní SVČ regionu MUDr. Krukovou
- zprávu o hospodaření za minulé období přednesenou pokladníkem SVČ regionu MUDr. Sudkovou

### Konference schválila:

- návrh rozpočtu SVČ regionu na rok 2005

### Konference přijala:

- zprávu revizní komise SVČ regionu přednesenou jejím předsedou MUDr. Michalíkem

### Konference dále vzala na vědomí:

- diskusní příspěvek MUDr. Záhorského, člena rady Ústeckého kraje, Ing. Severy z odboru zdravotnictví KÚ Ústí nad Labem, Ing. Benedikta z odboru zdravotnictví KÚ Libereckého kraje

- diskusní příspěvek MUDr. Veselského, ředitele krajské pobočky VZP Ústeckého kraje, Ing. Moučky, ředitele krajské pobočky ZP MV ČR v Ústí nad Labem

- diskusní příspěvek předsedy Sdružení MUDr. Neugebauera, MUDr. Kudyna, MUDr. Cabrnýchové

### Konference vyzývá:

- všechny členy SPLDD severočeského regionu k aktivnější činnosti ve svých okresních sdruženích a tím k podpoře mandátu zvolených představitelů k jednáním na všech úrovních

- všechny členy SPLDD k aktivní účasti na volebních okresních shromážděních ČLK

### Konference ukládá:

- výkonnému výboru SPLDD ČR připravit návrh systémových kroků vedoucích k ekonomické stabilitě praxí PLDD a připravit řešení možného dopadu krize systému.

## Usnesení regionální konference SPLDD ČR regionu Praha a Střední Čechy v Praze - duben 2005

### Regionální konference schvaluje:

1. Zprávu o činnosti regionu v roce 2004
2. Zprávu o hospodaření regionu v roce 2004
3. Návrh rozpočtu na rok 2005

### Regionální konference bere na vědomí:

1. Zprávu revizní komise o hospodaření v roce 2004
2. Personální změny ve výkonném výboru SPLDD ČR

### Regionální konference ukládá:

1. Okresním a obvodním zástupcům informovat členskou základnu o závažnosti situace ve zdravotnictví a vyzvat členy sdružení k podpoře kroků připravovaných vedením SPLDD
2. Výkonnému výboru SPLDD ČR připravovat kroky k řešení možné krizové situace

### Regionální konference doporučuje:

1. Členům sdružení účastnit se obvodních a okresních shromáždění ČLK a zde podporovat volbu delegátů celorepublikového sjezdu z řad soukromých lékařů

2. Členům sdružení před podpisem smluv a dodatků smluv se zdravotními pojišťovnami se informovat u svých obvodních a okresních zástupců o jejich přijatelnosti.



# Samoléčba dle WSMI (World Self-Medication Industry)

Ing. Jan Kotek

výkonný ředitel SVOPL

**Zdraví je drahocenná věc a všichni máme zájem zůstat zdraví. Samoléčení a volně prodejné léky jsou neoddelitelnou součástí lékové politiky každého státu. Vedle širšího užití genetik samoléčba šetří náklady na zdravotnictví. Proto je důležité, abychom i v ČR kladli důraz na podporu zdraví. Zvyšovali zodpovědnost jednotlivce za své zdraví a zdraví svých nejbližších. Je to jeden z nezbytných kroků, jak snížit náklady na vlastní zdravotní péči.**

## ■ Co je samoléčba?

Statut **volného prodeje** bez lékařského předpisu může získat každý lék, u kterého žadatel **prokáže dostatečnou bezpečnost** (a účinnost)

1. „Samoléčba je užití volně prodejných léků pacienty k dosažení úlevy od příznaků nezávažných chorob a **ke zvládnutí menších a okamžitých indispozic**“.
2. Pacient na sebe bere plnou zodpovědnost za svoji léčbu.
3. Lékaři a lékárníci hrají velmi důležitou roli při asistenci, poskytování rad a informací pacientům o samoléčbě a o jejím racionálním využití - postupná změna jejich role - k více aktivní a osvětové činnosti
4. Výrobci léku jsou základním zdrojem informací o svých léčivých přípravcích.
5. **Doba po kterou se můžete sami léčit** se může lišit podle okolností, ale normálně by neměla být delší, než **tři až sedm dnů**.
6. **U všech léků, včetně těch určených k samoléčbě, jsou respektovány stejné standardy EU o bezpečnosti, kvalitě a účinnosti léčiv<sup>®</sup>.**

## V praxi:

Méně závažné stavy, které byste mohli léčit samo-léčebnými přípravky jsou např.:

- Nachlazení a chřipka
- Kašel
- Bolest v krku
- Opakující se infekce nosu (včetně senné rýmy)
- Ústní vředy (afty)
- Neúplné nebo obtížné trávení (včetně pálení žáhy)
- Mírné až střední kožní obtíže, např. říznutí, kousnutí hmyzem, ekzém, apod.
- Nepravidelná a obtížná stolice
- Zvracení, průjem

- Popáleniny slunečním zářením
- Bradavice
- Mírné až střední bolesti jako je bolení hlavy a bolesti svalů
- Nespavost
- Astma
- Žaludeční vředy

7. **Samoléčba není vhodná** a měl by být konzultován lékař v následujících situacích:

- příznaky přetrvávají
- zdravotní stav se zhorší nebo se znovu objeví horší než před tím
- silná bolest nepřestává
- jeden či více léčivých přípravků nezabralo
- objeví se nežádoucí účinky léku
- myslíte si, že Vaše příznaky jsou vážné
- máte psychologické problémy jako jsou úzkost(1), neklid(2), deprese(3), letargie(4), vzrušení(5), zvýšená dráždivost(6)

8. **Zvláštní pozornost** zdraví je třeba věnovat v těhotenství, při kojení nebo, když se indispozice týkají dětí.

Jde o léčení symptomů, kdy lékařská rada a přesná diagnóza není požadována. Je to v souladu s rostoucím přáním každého z nás převzít více zodpovědnosti za své zdraví. Pacient má zájem o své zdraví a aktivně se podílí na péči o své zdraví.

*Dle brožury Stálého výboru evropských lékařů (CPME) ve spolupráci s Evropskou unií lékařských specialistů (UEMS), Evropskou unií praktických lékařů (UEMO) a Asociace evropského průmyslu samoléčby (AESGP) (The Association of the European Self-Medication Industry).*

## ■ Výhody samoléčby:

Pokud je **samoléčba** prováděna správně,

může šetřit čas pacienta, kapacity a finanční výdaje národnímu systému

- Snižuje počet návštěv u lékařů, kdy u nás jich 95% končí předepsáním léku
- Snižuje spotřebu drahých (Rx) léků (o více než 18% - 2.5 miliard Euro)
- Šetří pracovní čas specialistů (umožňuje jim koncentrovat se na vážné choroby) (5.8 miliard Euro)
- Snižuje náklady na nemocenské dávky (o více než 10%)
- Snižuje čerpání peněz hrazené léčby a rozpočet jednotlivých lékařů
- Prodej nehrazených OTC znamená hotové prostředky pro lékárny - bez účasti VZP
- Snižuje náklady za nepřítomnost v práci (4.7 miliard Euro) ...
- Je v souladu s očekáváním obyvatel - zlepšuje celkovou kvalitu léčby
- Jestliže se sníží o 50% návštěvy lékaře u méně závažných nemocí = 13 miliard Euro

Dle WSMI lidé ve všech zemích trpí stejnými zdravotními problémy zhruba ve stejné frekvenci. Nachlazení, bolest hlavy, potíže žaludečního traktu, bolesti svalů apod. patří mezi ty, které jsou nejčastěji uváděny.

## ■ Tři základní předpoklady šíření samoléčby v praxi - deregulace

1. **liberalizace cen** OTC- bez jakéhokoliv usměrňování z MF, tržní podmínky - mimo těch s úhradou VZP
2. **liberalizace prodeje** OTC - blíže k pacientům - povolit samoobslužný prodej v lékárnách, + umožnit jejich prodej mimo lékárny - Vyhrazená léčiva (deregulovat stávající nerealizovatelná omezení) dát je do gesce MZ a ne poslanců, porovnat tento řízený prodej s povoleným interneto-



vým a zásilkovým prodejem OTC

### 3. **liberalizace propagace a komunikace** o OTC k růstu edukace obyvatel - uvolnit jako v některých zemích EU zákon o reklamě (pravdivost a pravidla Etických komisi...)

Do kategorie „OTC“ - patří mimo volně prodejné léky, také o potravní doplňky, zdravotní pomůcky a kosmetika, které **nelze zaměňovat s léky**. Mají jiné parametry výroby, kvality a složení, registrace, skladování, propagace, výše cla, DPH. V praxi jsou však i z neznalosti jejich rozdíly stírány, což často vede k nespokojení pacientů.

#### ■ **Základní faktory financování zdravotní služby**

1. Vzrůstající počet starších lidí a chronických pacientů jako důsledek úspěšné prevence a léčbě nemocí.

2. Úspěchy lékařské péče

3. Vyšší znalosti a očekávání veřejnosti o možnostech léčby, substitucích a o vyšším komfortu léčby

To vše ovlivňuje výši nákladů. Nejen vlády zemí EU vidí řešení v **převzení zodpovědnosti z národní zdravotní služby na jednotlivce**, a to zejména v případě lehčích poruch zdraví, navíc **jednotlivec platí za léky přímo a v hotovosti**. Občan se stává více zodpovědný za zvládnutí lehčích a akutních onemocnění. Stoupá zájem o prevenci, sebeděči a aktivní podíl na vlastním zdraví.

#### ■ **Změny a nové trendy**

**WHO zformovala zásady** zacházení s léky dostupnými bez lékařského předpisu. Tedy kategorie léků určených i pro samoléčení. Vzrůstá počet léků převáděných z kategorie Rx do kategorie volně prodejných - „switching“. To vychází z názoru, že léky, užívané dlouhodobě na trhu, jsou bezpečné a kvalitní, a proto mohou přejít do kategorie volně prodejných léků. Populace se snaží o prevenci různými způsoby od změn ve stravovacích návycích a životním stylu až po užívání vitamínových tablet. Je nezbytné reagovat na tyto změny a trendy a vytvořit pravidla pro fungování farmaceutického trhu podobně jako u zavedeného trhu zemí EU.

#### ■ **Prodej (distribuce) volně prodejných léků a OTC**

Lze vytipovat tři systémy.

1. je tzv. monopol lékáren, který historicky

zajišťoval bezpečnost léků ve společnosti a ochranu jejich uživatelů. V těchto zemích i dnes mají lékárny výhradní právo prodeje všech druhů léků.

2. některé OTC a volně prodejné léky mohou být prodávány i mimo lékárny - podle stanoveného seznamu (např. Velká Británie a GSL).

3. všechny OTC a volně prodejné léky mohou být prodávány i mimo síť lékáren, jako je tomu v USA či od letošního roku v Holandsku, Dánsku...

Velká Británie představuje zemi, která je na prvním místě v uvedeném pohybu léků. Jde o přesun léků z kategorie POM (léky jen na Rp) do kategorie P (bez Rp, ale prodej vázán na lékárnou), ale i z kategorie P do GSL (takové léky mohou být distribuovány i mimo lékárny). Tento přesun léků se koná 2x ročně (leden a červenec).

**Tam, kde je prodej OTC i mimo síť lékáren, jsou často i sníženy ceny volně prodejných léků** (což vadí našim lékárníkům), které si pacient hradí sám. V některých studiích je uvedeno, až o 15%. Při srovnání možných způsobů distribuce OTC se ukázalo, že lékárny mohou nabídnout více informací a lepší sortiment, zatímco obchodní domy mohou nabídnout nižší ceny a větší dosažitelnost (širší prodejní síť, včetně delší otvírací doby) - volně prodejných léků pacientům v případě jejich potřeby.

**K zemím s povolením samoobslužného prodeje přímo v obchodech** (GSL) patří Spojené státy, Nizozemí, Finsko, Dánsko, Norsko a Švédsko, pro omezenější rozsah OTC jsou to Spojené Království, Kanada, Austrálie, Argentina, Hong Kong, Malajsie, Singapur, Švýcarsko a Německo.

Studie z UK ukázaly, že spotřebitelé vítají příležitost samo-výběru OTC. Tři ze čtyř Britů ve studii cítili, že změny v lékárnách k snadnějšímu přístupu k OTC byly dobrý nápad, polovina že to šetří jejich vlastní čas nebo čas jejich lékaře a zbytek že to poskytuje větší možnosti výběru a dostupnost.

**Mnoho zemí a lékáren provedlo změny** k většímu zviditelnění volně prodejných léků a OTC nebo k přístupu k nim. To spotřebitelům nejen ukazují širší sortiment dostupných produktů, ale **povzbuzují je, aby hledali informace a rady od lékárníků** nebo jiných

zdravotníků osobně nebo telefonicky či pomocí e-mailu.

WSMI zkoumá způsoby, jak rozšířit zviditelnění a dostupnost volně prodejných léků a přístup k nim, což je ve veřejném zájmu.

#### ■ **Další vlivy ovlivňující trh s OTC v EU**

Dochází k postupné liberalizace pravidel cenotvorby a reklamy - komunikace. **Ceny léků jsou většinou kontrolovány jen u léků, které hradí pojišťovny**. Pravidla trhu do jisté míry ovlivňují spotřebu volně prodejných léků a jejich cenovou úroveň. Několik mezinárodních studií uvedlo, že zvýšená finanční spoluúčast pacientů na nákladech za léky snižuje spotřebu léků (při zvýšení spoluúčasti o 10 % se sníží spotřeba o 0,3 - 6 %).

Také WSMI doporučuje jednotlivým vládám povolit výrobcům léků realizovat jejich vlastní ceny volně prodejných léků na trhu, bez regulace - jejich prodej založit na tržních podmínkách. Oblast komunikace, edukace a propagace je uvolňována a řízena Etickými kodexi reklamy a odborných společností s cílem předejít klamání zákazníků.

#### ■ **Lékárník a lékař poradcem?**

Předpokládá se, že lékař a farmaceut v lékárnách budou poradcem pro samoléčení a volně prodejné léky. Musí ale umět komunikovat s pacienty, udělat si čas na pohovor s nimi a znát symptomy vybraných nemocí stejně jako škálu léků jež může nabídnout. Lékárník by měl být motivován a umět aktivně komunikovat, být schopen poradit farmakoterapii a rozhodnout, kdy je nezbytná konzultace s lékařem. Lékárníci v SRN či Velké Británii mají zájem o tuto činnost a sami aktivně vyhledávají vzdělávací kurzy spojené s touto tematikou. Pohled na volně prodejné léky a OTC se mění - zejména v poslední době, kdy probíhají pokusy o vytvoření jednotného trhu OTC léků v rámci EU. Lékárníci by měli být flexibilnější v přístupu k OTC a jeho prodeji. Měli by být schopni poskytovat své znalosti o léčích takovým způsobem, že pacient upřednostní nákup v lékárně, kde bude mít záruku kvality a odborné informace.

#### ■ **AESGP - navrhuje vládám:**

■ Rozšířit re-klasifikaci léků z Rx do kategorie volně prodejných léků (růst sortimentu OTC a možností samoléčby)

■ Povzbudit rostoucí trend spotřebitelů k větší nezávislosti v samoléčbě

■ Uvolnit rozsah odborných informací a medi-



ální reklamu - samo-regulaci v reklamě na nehraně volně prodejné léky

- V zájmu spotřebitele je zvýšit dostupnost a viditelnost volně prodejných léků v místě prodeje a zvětšit přehled o jejich sortimentu
- Umožnit spotřebiteli číst informace na obalech, právo na soukromí ( vybrat si zda si koupí OTC mimo klasické lékárny, jako v např. v Droxi se samostatným oddělením pro zdraví, či získat odborné informace od odborníka či až u pokladny samoobsluhy před výdejem....)
- Pacient má právo možnosti výběru volně prodejných léků i konzultace o nich - jejich samoobslužný prodej je jednou z alternativ distribuce léčiv - aktivní role obou stran procesu
- Je prokázáno, že lékárny se samoobslužným provozem OTC povzbuzují vzájemný dialog končící vyšším prodejem, lepšími ználostmi o OTC

#### ■ **Postavení OTC u nás**

- Zákon nerozlišuje volně prodejná léčiva od léčiv na předpis (jde o dvě odlišné kategorie) a tak „svazuje“ jejich distribuci, propagaci a cenotvorbu - což neplatí u zbytku kategorie OTC (potravni doplňky, kosmetika apod.)
- Veřejnost a mnoho odborníků ještě ani dnes nerozlišují OTC (volně prodejné léky od „ne-léků“ ), případně užívání volně prodejných léčiv nepodporují
- Přístup k volně prodejným lékům a jejich dostupnost pacientům neodpovídá běžným standardům EU, samoléčba je ještě „prázdným“ pojmem (ani při novelizaci zákon o léku není popisován),
- Není léková politika ani motivace samoléčbu propagovat, - změnit „socialistické zdravotní nároky“ za „tradiční“, rozumnou léčbu od prvních symptomů - bez nutnosti okamžité intervence lékařů
- „Zdraví“ však u nás nabízejí a aktivně propagují také různé potraviny, pomůcky a kosmetické výrobky (OTC) - slabá úroveň legislativy a její dodržování, možnosti jejich postihů...
- Většinou jsou vystaveny a prodávány společně s léky v lékárnách, kde zabírají větší prodejní plochy - pozornosti pacientů
- Pacienti nemohou rozeznat rozdíl léku od „ne-léku“, (co je lék a léčí a co je jen dopl-

	<b>Léky</b>	<b>Potravní doplňky, kosmetika...</b>
SVP (výzkum, vývoj, studie...)	Ano (stovky mil. Kč)	Ne
	Registrace SÚKL (7-12 měsíců)	SZÚ (1 měsíc)
Průkaz kvality	Ano	jen zdravotní nezávadnosti
Průkaz účinnosti	Ano	Ne
Průkaz bezpečnosti	Ano	Ne
Vigilance (kvalita výroby)	Ano	Ne
Regulace reklamy	Ano	Ne
Regulace distribuce	Ano	Ne
Regulace ceny	Ano	Ne

- něk, kosmetika, pomůcka, které by léčbě mohly za jistých podmínek pomoci), což vede k jejich nadměrnému očekávání a k nesplnění slibovaných „zdravotních“ zlepšení
- Rozdíl mezi léky a „ne-léky“ - *viz tabulka.*
- Kosmetika jako „lék“ není z pohledu „zdraví“ a reklamy řešena vůbec

#### ■ **Faktory rozhodování zákazníka lékárny při nákupu OTC**

- Nerozlišuje volně prodejné léky od potravních doplňků, kosmetiky apod.
- Nemůže se vyznat v rozdílech nabídky lékárny
- Očekává individuální přístup a odbornost obsluhy - důvěřuje odborníkům
- Očekává rady, ochotu, vřídlost - empatii
- otevírá často soukromí a čas na rozmyšlenou před dotazy a výběrem
- Nechce čekat ve frontě, mnohdy i z obavy přenosu infekce

#### ■ **Nabídka, výběr, vystavení a prodej OTC v lékárnách je limitován:**

- jejich prostorami a objektivními možnostmi
- sortimentem (léků, pomůcek a „ne-léků“) v prostorách lékárny
- otevírací dobou a umístěním lékárny - otevírací dobu lékárny
- úrovní komunikace s pacientem
- úrovní znalostí prodávajících o léčích, OTC a o samoléčbě
- osobním přístupem a zájmy (zainteresovaností) obsluhy ....

#### ■ **Poskytuje lékárník pacientům to co dostává od výrobců a distributorů k prodeji?**

- odborné informace o produktu a jeho odlišnostech od jiných

- slevy a pobídky k podpoře prodeje
- čas, zájem a empatii k pacientům jejich problémům - individuální přístup
- možnost pro výběr vhodného sortimentu a čas na jejich rozhodnutí

#### **Výsledky průzkumu GfK, který byl sestaven ze vzorku jednoho tisíce lidí vybraného z populace starší 14 let, která pravidelně využívá internet:**

*Celkem 46,2 procenta uživatelů internetu by bylo ochotno nakupovat volně prodejné léky přes internet. U léků na předpis by takovou možnost využilo 24,7 procenta dotázaných. Vyplyvá to z průzkumu společnosti.*

*Naopak nezájem o distribuci volně prodejných léků přes internet má 31,6 procenta respondentů, indifferenční postoj pak zaujalo 22,2 procenta dotázaných. Léky na předpis by přes internet nekupovalo 52,6 procenta lidí, 22,7 procenta žádné stanovisko nezaujalo.*

*Nakupovat volně prodejné léky by chtěli nejvíce starší občané, obyvatelé nejmenších obcí a osoby s nižší úrovní dosaženého vzdělání. Naopak nezájem projeví častěji muži, kolem 40 let a obyvatelé malých měst, zejména z moravských krajů. Mezi odpůrce internetového prodeje léků na předpis patří vysokoškolsky vzdělaní respondenti.*

*V současnosti lze prostřednictvím internetu nakupovat pouze potravinové doplňky. Volně prodejné léky a léky na předpis přes internet získávat nelze. Potravinové doplňky nakupuje téměř desetina internetové populace, jde o osoby střední generace se základním či středním vzděláním bez maturity.*



## Program generační výměny SPLDD ČR

### Seznam poradců pro svobodná povolání v České spořitelně - kontaktní místa programu

Blatný Ing.	Martin	Tyršova 162	Benešov	317 765 405	mblatny@csas.cz
Kopecká	Lenka	Pol.věžňů 183	Beroun	311 652 105	lkopecka@csas.cz
Gric	Evžen	Smetanova 3	Blansko	516 482 340	egric@csas.cz
Zdražil Ing.	Libor	Kounicova 4	Brno	541 586 223	lzdrazil@csas.cz
Špaček	Martin	Jánská 6	Brno	542 125 250	mspacek@csas.cz
Zrůnová	Helena	Nár.hrdinů 7	Břeclav	519 307 225	hzrunova@csas.cz
Srb	Jiří	Hrnčířská 2985	Česká Lípa	487 820 623	jsrb@csas.cz
Marešová	Jana	U Černé věže 1	České Budějovice	387 717 326	jmaresova@csas.cz
Vobejdová	Šárka	U Černé věže 1	České Budějovice	387 717 217	svobejdova@csas.cz
Lukešová	Pavčina	Pohraniční 1385	Děčín 1	412 590 111	plukesova@csas.cz
Skryja	Lubomír	Msgre B.Staška 264	Domažlice	379 775 522	lskryja@csas.cz
Šnajder	Pavel	Na poříčí 596	Frydek-Místek	558 603 208	psnajder@csas.cz
Lasztowková	Marcela	Dělnická 1b/255	Havířov-Město	596 805 740	mlesztowkova@csas.cz
Novotný	Josef	Havlíčkově nám.168	Havlíčkův Brod	569 496 918	jnovotny@csas.cz
Synková	Věra	Národní třída 44	Hodonín	518 314 380	vsynkova@csas.cz
Faltová	Jana	ČSA 402	Hradec Králové	495 066 166	jfaltova@csas.cz
Kos	Jan	ČSA 402	Hradec Králové	495 066 347	jkos@csas.cz
Jiráčková	Věra	Palackého 801	Chrudim	469 644 308	vjirackova@csas.cz
Försterová	Iva	Mírové nám.13	Jablonec nad Nisou	483 360 551	iforsterova@csas.cz
Plánka	Martin	Křížová 1	Jihlava	567 140 326	mplanka@csas.cz
Krbečková Ing.	Vladislava	Nádražní 187/II	Jindřichův Hradec	384 412 181	vkrbekova@csas.cz
Brož Ing.	Daniel	T.G.Masaryka 14	Karlovy Vary	353 105 221	dbroz@csas.cz
Vejrychová Ing.	Hana	Hrnčířská 11	Karviná	596 395 290	hvejrychova@csas.cz
Martykanová	Taťána	nám.Míru 152	Klatovy	376 340 373	tmartykanova@csas.cz
Tvrdík	Pavel	Rubešova 50	Kolín	321 739 116	ptvrdik@csas.cz
Frydek	Václav	náměstí Svobody 2003	Kladno	312 292 620	vfrydek@csas.cz
Hesová	Světlana	Husova 579	Kralupy nad Vltavou	315 743 187	shesova@csas.cz
Tláškal	Jaroslav	Husova 579	Kralupy nad Vltavou	315 743 138	jtlaskal@csas.cz
Martíšková Ing.	Ludmila	Velké nám.43	Kroměříž	573 319 142	lmartiskova@csas.cz
Linhartová	Jiřina	Masarykova 645	Kutná Hora	327 505 227	jlinhartova@csas.cz
Patzaková	Renata	Felberova 9	Liberec	485 234 239	rpatzakova@csas.cz
Krejčová	Jitka	Mírové nám. 1	Litoměřice	416 725 814	jkrejцова@csas.cz
Špetlíková Ing.	Markéta	nám. Míru 47	Mladá Boleslav	326 716 497	mšpetlikova@csas.cz
Macho	Marek	Bankovní 1300	Most	476 445 220	mmacho@csas.cz
Balcar	Radek	Karlovo nám. 179	Náchod	491 415 290	rbalcar@csas.cz
Vaniček	Jaromír	Masarykovo nám. 3	Nová Paka	493 760 321	jvaniček@csas.cz
Dlouhý	Marek	Štefánikova 13	Nový Jičín	556 779 301	mdlouhy@csas.cz
Brožová Ing.	Jana	tř.Svobody 19	Olomouc	585 526 337	jbrozova@csas.cz
Hlaváčková Ing.	Petra	nám.Republiky 15	Opava	553 759 823	phlavackova@csas.cz



## VOX PEDIATRIAE

Břemková	Jana	nám.Dr.E.Beneše 6	Ostrava	596 209 119	jbremkova@csas.cz
Zátopek	Robert	nám.Dr.E.Beneše 6	Ostrava	596 209 329	rzatopek@csas.cz
Kratochvílová	Milena	Palackého 1908	Pardubice	466 811 148	mikratochvilova@csas.cz
Tunklová Ing.	Marie	Masarykovo nám.30	Pelhřimov	565 357 124	mtunklova@csas.cz
Křišťáková	Jana	Alšovo nám.17	Písek	382 757 205	jkristakova@csas.cz
Korda	Václav	nám. Republiky 36	Plzeň	377 171 117	vkorda@csas.cz
Strejcová	Marie	Františkánská 15	Plzeň	377 212 285	mstrejcova@csas.cz
Brzák	Martin	Riegrovo nám. 4	Poděbrady	325 605 011	mbrzak@csas.cz
Richter	Vladislav	Riegrovo nám. 4	Poděbrady	325 605 043	vrichter@csas.cz
Brůna	Radek	Václavské nám. 16	Praha 1	224 402 405	rbruna@csas.cz
Kundrátová	Alexandra	Rytířská 29	Praha 1	224 101 478	akundratova@csas.cz
Nogol	Petr	Vršovické nám. 67	Praha 10	267 204 260	pnogol@csas.cz
Lipavský	Marcel	Jugoslávská 19	Praha 2	221 634 241	mlipavsky@csas.cz
Šebestová	Jaroslava	Jugoslávská 19	Praha 2	221 634 202	jarsebestova@csas.cz
Adámková Mgr.	Alena	Budějovická 1912	Praha 4	261 072 361	aadamkova@csas.cz
Kreclová Ing.	Kateřina	Zdislavická 583	Praha 4	241 029 833	kkreclova@csas.cz
Fúsek	Miloš	Štefánikova 17	Praha 5	261 097 378	mfusek@csas.cz
Drozdová	Renata	Vítězné nám. 9	Praha 6	224 307 267	rdrozdova@csas.cz
Schönfeld	Petr	Dukelských hrdinů 29	Praha 7	233 101 672	pschonfeld@csas.cz
Rozsévač Ing.	Pavel	Sokolovská 1	Praha 8	221 801 117	prozsevac@csas.cz
Doudová	Jana	Verneřická 408	Praha 9	286 002 125	jdoudova@csas.cz
Gartner	Lukáš	Žižkovo nám. 17	Prostějov	582 305 382	lgartner@csas.cz
Machurová Ing.	Miroslava	Palackého 16	Přerov	581 269 204	mmachurova@csas.cz
Obermajerová Ing.	Petra	Milínská 166	Příbram	318 646 221	pobermajerova@csas.cz
Šváchová	Miroslava	Husovo nám.2347	Rakovník	313 521 141	msvachova@csas.cz
Kryčinská	Eva	Karlovo nám. 22	Roudnice nad Labem	416 826 103	ekrycinska@csas.cz
Šulc	Richard	Velké nám.55	Strakonice	383 360 161	rsulc@csas.cz
Lidmila	Libor	nám. Míru 34	Svitavy	461 562 200	llidmila@csas.cz
Brtnová	Iveta	HI.třída 25	Šumperk	583 385 241	ibrtnova@csas.cz
Michalec	Petr	9.května 518	Tábor	381 495 130	pmichalec@csas.cz
Šimová	Eva	Kapelní 1	Teplice	417 512 151	esimova@csas.cz
Hátle Ing.	Michal	Krakonošovo nám. 20/16	Trutnov	499 855 156	mhatle@csas.cz
Ondráková Ing.	Jana	Soukopova 139	Třebíč	568 891 122	jondrakova@csas.cz
Jemelíková	Silvie	nám.Svobody 1142	Třinec-Lyžbice	558 337 316	sjemelikova@csas.cz
Bláhová	Jiřina	nám.Českého ráje 94	Turnov	481 356 128	jblahova@csas.cz
Míšková	Vladimíra	Dvořákova 1210	Uherské Hradiště	572 528 232	vmiskova@csas.cz
Černá	Marta	Mírové nám. 2	Ústí nad Labem	475 255 559	marcerna@csas.cz
Jansová	Lenka	Mírové nám., 87	Ústí nad Orlicí	465 565 213	lejansova@csas.cz
Chromková	Eva	Komenského 3	Valašské Meziříčí	571 669 426	echromkova@csas.cz
Gotzmannová Ing.	Marie	Tyršova 1080	Vsetín	571 489 435	mgotzmannova@csas.cz
Baťová Ing.	Vlasta	Zarámí 4463	Zlín	577 612 341	vbatova@csas.cz
Misařová	Petra	Pontassievská 1	Znojmo	515 210 251	pmisarova@csas.cz
Kvasnička	Jiří	nám.Republiky 23	Žďár nad Sázavou	566 693 236	jkvasnicka@csas.cz



# Exantémová onemocnění v dětském věku

Doc. MUDr. Drahomíra Bartošová, CSc.

Klinika dětských infekčních nemocí, FN Brno

**Exantémová onemocnění** u dětí jsou jednou z nejčastějších příčin, které přivádějí dětské pacienty k lékaři, ať praktickému či na specializovanou pracoviště. Chorobné změny kůže jsou častým příznakem jak infekční, tak neinfekční etiologie. Proto je diferenciálně diagnostické hodnocení exantému u dětí mnohdy velmi obtížné. Často stojíme nad kožními projevy v rozpacích, zda se jedná pravděpodobně o infekční onemocnění, nebo zda jde o projev alergie, přičemž kombinace obou není také vyloučena.

**Podle etiologie lze tedy dělit exantémy na neinfekční nebo infekční.** Tyto podle specifického původu na bakteriální, virové, mykotické a parazitární. U některých infekcí je exantém pravidelný a nejnápadnější příznak nemoci. Tato onemocnění označujeme jako exantémová, např. spála, spalničky, zarděnky, páta a šestá nemoc a plané neštovice. Výskyt typických virových exantémových onemocnění, spalniček a zarděnek, se po zavedení aktivní imunizace dramaticky snížil.

**Pátá nemoc - erythema infectiosum (me-galerythema infectiosum)** je nákaza vyvolaná lidským parvovirem B 19, která postihuje především školní děti a mladistvé. Klinicky se manifestuje po inkubační době 10 - 18 dnů, především na tváři motýlovitým exantémem, který se šíří přes tváře na nos, dále přechází na trup, na extensorovou stranu končetin a na hýždě. Svědí, zpočátku je makulopapulózní, během pěti dnů se mění na typicky polymorf-ní, kruhový až gírlandiformní. Exantém trvá 1 - 3 týdny a u některých nemocných se po přechodném vymizení znovu objeví.

**Exanthema subitum - roseola infantum - šestá exantémová nemoc** je benigní exantémové onemocnění starších kojenců a batolat, vyvolané lidským šestým a sedmým herpetickým virem (HHV 6,7). Po inkubační době 5 - 12 dnů začíná onemocnění bez katarální či jiné zjevné symptomatologie vysokou teplotou (kolem 39°C - 40°C), která trvá asi 3 - 4 dny. Potom teplota náhle klesá a na trupu a na obličeji se objeví drobný prchavý růžový exantém, trvající několik hodin až 2 dny.

Obě tato onemocnění často probíhají v uzavřených kolektivech v malých epidemiích.

Exantém u **planých neštovic** a pásového oparu je zcela typický, pro onemocnění charakteristický a o etiologii tak není pochyb. Původcem obou nemocí je herpetický virus varicella-zoster (VZV). Po primoinfekci tímto virem dojde k onemocnění planými neštovicemi (varicella) s generalizovanou vezikulární vyrážkou. Onemocnění začíná vyrážkou a nové eflorescence se vysévají v několika vlnách po dobu 2 - 6 dnů. Na kůži jsou vedle sebe tedy různá stadia vyrážky (makula, papula, vezikula a krusta), která je i ve vlasaté části hlavy. Výsev morf může být i na sliznicích. Průběh u dětí je většinou benigní, nejčastější komplikací bývá sekundární bakteriální superinfekce morf (impetiginizace).

Pásový opar vzniká jako sekundární infekce VZV.

Charakteristický exantém je u primoinfekcí i opakovaných infekcí vyvolaných **virem herpes simplex (HSV 1, 2)**. Infekci, pokud je manifestní, poznáme podle vezikulární erupce na kůži, aftózního výsevu na sliznicích. Exacerbací infekce podle typického herpes simplex labialis.

Mimoto se exantém může objevit jako méně obvyklý příznak u řady dalších infekčních onemocnění. Takovým příkladem je exantém u celé řady viróz, např. adenovirózy, enterovirózy, hepatitidy B, EBV a CMV infekce a další.

V současné době jsou hlavními původci makulopapulózních (5 - 10 %), ale i vezikulózních onemocnění enteroviry a adenoviry.

**Z enterovirů**, hlavně Coxackie viry typu A16, B1, 3 a 5 a ECHO viry 4, 9 a 10 vyvolávají onemocnění nazývané nemocí rukou-nohou a úst (hand-foot-mouth diseases). Klinicky se projevuje stomatitidou s papulovezikulózním exantémem lokalizovaným především na dlaních a ploskách nohou a okrajích prstů, někdy je ale lokalizován i na nohou, hýždích, pažích i obličeji. Někdy je přítomen i enantém, který u ECHO 9 může mít charakter Koplikových skvrn. Nemoc postihuje častěji děti do 10 let věku v malých epidemiích, zejména koncem léta a na podzim. Pro enterovirózu svědčí někdy i dvoufázový průběh onemocnění s přízna-

ky serózní meningitidy a lehký průjem. Na rozdíl od herpetické stomatitidy nebývají výrazně postiženy dásně a na rozdíl od varicely puchýře nezasychají v krusty. Enterovirové infekce, které nemívají charakteristické klinické projevy, bývají také nesprávně diagnostikovány, nejčastěji jako poštipání hmyzem, různé alergické projevy apod.

U **adenovirózy** je exantém velmi různorodý a diagnózu jen podle typu exantému stanovit nelze. Exantém se může projevit sporým náprsenkovitým rašem na trupu až po exfoliativní dermatitidu s mukokutánním postižením sliznic a spojivek typu Stevens-Johnsonova syndromu. Pro adenovirovou etiologii svědčí přítomnost respiračních příznaků, zvětšených krčních uzlin, jednostranná konjunktivitida, hemoragické cystitidy i průjmy. Adenoviry typ 1, 2 a 3 mohou vyvolat také onemocnění charakteru exanthema subitum. Vzácně se infekce virem hepatitidy B může manifestovat kožními projevy, označovanými jako syndrom Gianotti-Crosti (papulózní akrodermatitida). Je charakterizována makulopapulózním exantémem v obličeji, na akrálních částech končetin, bývají na dlaních, ploskách a hýždích, ale ohbí kolena a lokty vynechávají. Vyrážka bývá provázena zduřením lymfatických uzlin a anikterickou hepatitidou.

U infekční mononukleózy vznikají častěji u dětí makulopapulózní exantémy, především na trupu. Mimoto vzniká při léčbě mononukleózy ampicilinem téměř vždy morbilliformní exantém. Proto je jeho použití kontraindikováno.

Z bakteriálních infekcí jsou nejčastěji provázeny exantémem mykoplazmové pneumonie, salmonelové a yersiniové infekce, meningokokové infekce, sekundární syfilis nebo kožní změny v průběhu boreliózy, event. další.

Z klasických bakteriálních infekcí jsou charakteristickým exantémem provázeny infekce vyvolané streptokoky a stafylokoky.

**Spála - scarlatina** je jedno z nejčastějších akutních infekčních onemocnění charakterizované angínou, skarlatinózním exantémem a později olupováním kůže. V etiologii se



uplatňuje *Streptococcus pyogenes* skupiny A (beta hemolytický streptokok), produkující erytrogenní toxin (v několika antigenních typech). Stafylokoky produkující erytrogenní toxin, mohou vyvolat klinický obraz „stafylokokové „ spály.

Exantém je typický drobný folikulární, na pohmat charakteru „husí kůže“, až makulární v predilekčních lokalitách (místo vlhké zapářky - axily, třísla). Charakteristicky je i Šrámkův příznak - drobné bledé papulky na čele, posledních člancích prstů a na ušních boltcích.

#### **Streptokoky a stafylokoky jsou nejčastějšími původci hnisavých projevů na kůži nebo podkoží.**

Ty pronikají často mikrotraumaty kožního povrchu a způsobují hnisavé procesy. Nejčastější infekce jsou kožní pyodermie jako je folikulitida, impetigo, furunkl, karbunkl, paronychium, panaritium nebo hordeolum. Patří sem i ranné infekce, kdy průběh může kolísat od mírného zarudnutí až po rozsáhlé celulitidy, fasciitidy až myonekrózy. Jednou z život ohrožujících klinických jednotek je syndrom toxického šoku. Je to akutně vzniklá příhoda provázená vysokou teplotou, průjemem, kožním exantémem připomínajícím spálu s následným olupováním kůže, poruchami funkce jater a ledvin a příznaky šoku. Samostatným syndromem je syndrom epidermální nekrolýzy - Lyellův syndrom, který začíná náhle horečkou a výsevem sytě červených, rychle se zvětšujících makulopapul, z nichž se záhy začnou tvořit puchýře a buly. I lehkým tlakem se odlučují rozsáhlé cary pokožky (Nikolského fenomén) a vznikají obnažené plochy, takže stav připomíná opaření - tzv. syndrom opařené kůže. Etiopatogeneticky může být vyvolán i některými léky. U novorozenců se onemocnění označuje jako pemfigus neonatorum Ritter .

**APEC (asymetrical periflexural exanthem of childhood)** se manifestuje jako drobný, narůžovělý makulopapulózní exantém, který se šíří z axily centrifugálně na laterální stranu hrudníku a proximální třetinu horní končetiny. Výjimečně se šíří z kubitální či popliteální flexury. Výsev je bez celkových příznaků, asi u 50 % případů je přítomna lymfadenopatie.

Nejdramatičtější kožní projevy provází infekce vyvolané invazivními typy *Neisseria meningitidis*. Petechiální exantémy provází meningokokovou sepsi, kdy velmi rychle nastupují krvácivé projevy na kůži, manifestované petechiemi až sufuzemi. Bohatá vyrážka spojená

s rozsáhlými hematomy se nazývá purpura fulminans. Mimo známek krvácení do kůže a sliznic je možné i krvácení do parenchymatózních orgánů (Waterhousův-Fridrichsenův syndrom) . Velmi důležité je rychlé stanovení diagnózy, počáteční rychlá adekvátní terapie a okamžitý transport na specializovaná infekční oddělení se zajištěním intenzivní nebo resuscitační péče.

Purpura Schönlein-Henoch se manifestuje na kůži symetricky utvářeným hemoragickým exantémem s manifestací hlavně na hýždích a extenzorových stranách dolních končetin.

#### **I parazitární onemocnění se někdy manifestuje vyrážkou a lze je s alergií zaměnit.**

Často se tak děje u scabies. Vyvolavatelem onemocnění je roztoč zákožka svrabová, která se zavrtává do rohové vrstvy kůže, kdy vytváří tunelové chodbičky, do kterých klade vajíčka. Parazit si vybírá lokalizace, kde je kůže teplá a měkká, nejčastěji mezi prsty, v tříselech, okolo pupku, na flexorové straně předloktí. Pro svrab je typické, že kůže svědí v teple a v noci.

U osob, které se vrátily z oblasti tropů či subtropů, musíme myslet na exantematické arbovirózy (dengue, západonilská horečka aj.) a hemoragické horečky.

Diagnostika exantémových onemocnění se opírá hlavně o epidemiologickou anamnézu (roční období, výskyt exantému v okolí, pobyt v zahraničí), rodinnou i osobní anamnézu (prodělaná exantémová onemocnění, očkování), alergickou anamnézu i anamnézu nynějšího onemocnění (prodromální příznaky před vznikem vyrážky, místo jeho vzniku, další šíření a charakter vyrážky i její vývoj, průvodní změny celkového stavu). Při objektivním vyšetření zjišťujeme změny na sliznicích, spojivkách a event. zvětšení mízních uzlin. Kontrolujeme, zda jsou přítomny charakteristické příznaky pro některá exantémová onemocnění, jako Koplikovy - Filatovy skvrny u spalniček, Šrámkův či Filatův příznak u spály apod. V laboratorní diagnostice se vedle nescifických vyšetření opíráme hlavně o specifická hematologická, mikrobiologická, virologická a zvláště pak sérologická vyšetření.

**Diferenciální diagnostika infekčních exantémů se v posledních letech stává stále obtížnější.** Snadno rozpoznatelné klasické exantémové nemoci se vlivem protiepidemiologických opatření staly vzácné (spalničky, zarděnky, příušnice, skvrnivka) nebo zcela vy-

mizely (pravé neštovice). Přibývá naopak nákaz, které jsou provázeny často atypickým vzhledem vyrážky, z jejíhož charakteru nelze soudit na etiologii nemoci. Objevují se dokonce nové exantémové nemoci, např. mukokutánní lymfonodární syndrom - Kawasakiho nemoc. Zvyšuje se výskyt alergenů v prostředí a alergická reakce na kůži může napodobit kterýkoliv infekční exantém. Lokalizace však bývá častěji na extenzorových stranách končetin, má tendenci ke splývání a obvykle svědí. Virové exantémy se často mylně považují za lékové a zvláště vyrážka vznikající u respiračních virových onemocnění bývá chybně považována za alergickou vyrážku po podání antipyretiku nebo antibiotiku. Navzdory narůstání spektra moderních vyšetřovacích metod zůstává stále pečlivá anamnéza, důsledné fyzikální vyšetření a pozorné sledování klinického průběhu onemocnění základním postupem diferenciální diagnostiky exantémových onemocnění v dětském věku. ■

*Literatura u autorů*

#### **Diabetici se strachují, že naletěli podvodníkům**

Diabetici i další chronicky nemocní lidé, kteří utratili tisíce za injekční léčbu roztokem bílkovin - imunoterapeutickými peptidy, zřejmě naletěli podvodníkům.

Státní ústav pro kontrolu léčiv včera na svých webových stránkách upozornil, že léčba není ověřená.

„Roztoky imunoterapeutických peptidů nejsou registrovány jako léčiva v Česku ani v zahraničí. Jejich účinnost, kvalita ani bezpečnost není doložena a nikým zaručena!“ varuje mluvčí ústavu Věra Černá. Ústav se začal o neschválenou léčbu peptidy zajímat poté, co se na něj obrátilo několik nespokojených pacientů. „Mají pocit, že byli podvedeni. Netuší, co za své peníze dostali. Léčba nikomu z nich nepomohla,“ dodala Černá s tím, že by uvítali informace od dalších pacientů. Ústav zajímá, kdo a za kolik léčbu nebo přípravky nabízí. „Šetření je teprve v začátcích, víc k tomu zatím nemohu sdělit,“ uvedla Černá.



**Hamilon**



# Neuroinfekce: výskyt, rizika, diferenciální diagnóza

Doc. MUDr. Václav Dostál, CSc.

Klinika infekčních nemocí FN a LF, Hradec Králové

**Infekční nemoci** v sobě skrývají řadu zá-  
kladností od necharakteristických projevů na  
začátku některých onemocnění přes drama-  
tické průběhy jiných až po mnohdy svízelné  
rozdílení mezi infekční a neinfekční příči-  
nou rozvíjejícího se chorobného stavu. Navíc  
mnohé z nich provází nebezpečí z prodlení při  
opožděné diagnóze a léčbě. Mezi ně bez-  
sporně patří infekce postihující centrální ner-  
vový systém (CNS).

Přes nemalé vlastní zkušenosti neurologů,  
neurochirurgů, infektologů a mikrobiologů  
a nepřehledné množství informací, které mů-  
žeme najít v literatuře, stojíme nejednou  
před nemocným, u něhož nejsme schopni  
stanovit etiologickou diagnózu. A není jisté  
pochyb o jejím významu pro účinnou a racio-  
nální kauzální terapii.

Závěr druhého tisíciletí s sebou přinesl řa-  
du nových poznatků v patogenezi, diagnostice  
i léčbě infekcí CNS. Přesto nejsou vzácné situ-  
ace, kdy je klinik ponechán v nejistotě nad vý-  
běrem optimálního přístupu k nemocným s in-  
fekcemi CNS. Závažný stav nemocného  
s poruchou vědomí, event. s křečemi, vyvolává  
potřebu rychlých diagnostických a léčebných  
kroků. Je třeba především vyloučit či potvrdit  
úraz hlavy nebo zánětlivé poškození CNS, kde  
riziko prodlevy je asi největší. Další možné pří-  
činy uvedeného stavu, jako jsou metabolická  
komata, předávkování léků, ať již náhodné ne-  
bo úmyslné, a cévní mozkové příhody, až na  
malé výjimky, poskytují přece jen ošetřujícímu  
lékaři poněkud více prostoru pro diagnostic-  
kou a terapeutickou rozvahu.

**Nemá-li dojít k závažnému diagnostic-  
kému pochybení je nutné mít na paměti  
mnohdy necharakteristickou symptomato-  
logii zánětlivých lezí CNS, tedy myslet na  
možnost neuroinfekce i při neurčitých cel-  
kových projevech nebo zdánlivě banálním  
zánětu v horních cestách dýchacích, kte-  
rým dosti často hnisavé záněty v nitrolebí  
začínají.** Je nutno pátrat po přítomnosti zná-  
mek meningeálního dráždění. Ty musíme od-  
lišit od projevů vertebrogenního algického  
syndromu (falešný meningeální syndrom),  
který ovšem nebývá doprovázen febrilním  
stavem.

Na neuroinfekcích se podílejí všechny  
mikroorganismy, bakterie, viry, plísňe i proto-  
zoa. Nejčastějším klinickým projevem je me-  
ningitida, co do závažnosti je nejvýznamnější  
purulentní meningitida.

## ■ Etiologie a epidemiologie

Bakteriální purulentní meningitidy jsou ur-  
gentní stavy vyvolané zánětlivým poškozením  
mozkomíšních plen spojené dosud s vysokou  
morbiditou a mortalitou přes zavádění no-  
vých diagnostických technik a nových anti-  
mikrobiálních látek. Etiologie je odlišná v zá-  
vislosti na věku. **U novorozenců dominují  
gramnegativní tyčky, především E. coli  
a streptokoky skupiny B, vzácněji Listeria  
monocytogenes.** Ve vyšších věkových skupi-  
nách se „klasická“ bakteriální etiologie zá-  
nětlivých poškození CNS v posledních deseti-  
letích významně nezměnila. Přední místa  
původců purulentních meningitid zauímají  
stále tři hlavní patogeny - *Streptococcus  
pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Hae-  
mophilus influenzae* s převahou meningoko-  
ků a hemofilů u dětí a pneumokoků u dospě-  
lých, i když lze očekávat v blízké budoucnosti  
pokles invazivních hemofilových infekcí  
vzhledem k celoplošné vakcinaci. *Staphylo-  
coccus aureus* a *Staphylococcus epidermi-  
dis* se izolují vzácněji, především po shunto-  
vých či jiných neurochirurgických operacích,  
po traumatech, epidurálních katétrech, při  
spondylitidě, endokarditidě a u jedinců s di-  
abetes mellitus a alkoholismem.

Výskyt hlášených neuroinfekcí za posled-  
ních 5 let je uveden v tabulce a na grafu. Hlá-  
šení nerozlišuje jednotlivé formy lymeské bo-  
reliózy, možnost vývoje neuroboreliózy  
s chronickým průběhem či následky je však  
nutno připustit u každého nemocného.

**Purulentní meningitidy** jako nejvýznamněj-  
ší závažné neuroinfekce vznikají buď v důsled-  
ku předchozí bakteriémie nebo přestupem in-  
fekce při hnisavých procesech v blízkosti  
likvorových cest (středouší, paranasální duti-  
ny, osteomyelitidy). K pozdním posttraumatic-  
kým meningitidám dochází měsíce nebo roky  
po úrazu, který vedl k fisuře většinou v oblasti  
čichové kosti.

Na rozdíl od purulentních meningitid je  
bakteriální etiologie mozkových abscesů ve-  
lice pestrá. Nejčastěji se na ní podílejí strep-  
tokoky, ať již aerobní nebo anaerobní, dále  
gramnegativní tyčky a stafylokoky. Ostatní  
etiologie je méně častá, ale je nutno připus-  
tit, že prakticky kterákoli bakterie může být  
vyvolavatelem abscesu.

**Zvláštní skupinu tvoří nehnisavá menin-  
gitida tuberkulózní (bazilární) vyvolaná My-  
cobacterium tuberculosis.** Obraz syndromu  
aseptické meningitidy způsobují i spirochéty  
(*Borrelia*, *Leptospira*, *Treponema*). Spiroche-  
tové infekce CNS přitahují oprávněnou pozor-  
nost vzhledem ke zjištění invaze *Treponema  
pallidum* do CNS i v časném stadiu syfilidy,  
vlivu HIV na neurosyfilis a variabilní neurolo-  
gické manifestaci lymeské boreliózy. ***Borrelia  
burgdorferi* může vyvolat širokou paletu  
akutních, chronických a progresivních abnor-  
malit napodobujících různá jiná neurologič-  
ká onemocnění, včetně sclerosis multiplex  
a amyotroficke laterální sklerózy, a rovněž  
celou řadu očních afekcí. Spirochety zřej-  
mě přežívají v CNS léta před vznikem klinic-  
kých projevů onemocnění.**

**Virová agens** vyvolávají nehnisavá one-  
mocnění, nejčastěji aseptické meningitidy  
a encefalitidy. Infekce CNS obvykle předsta-  
vují komplikace systémové virové infekce.  
Velká řada možných agens vyvolávajících  
akutní meningoencefalitidu kontrastuje s na-  
šími omezenými možnostmi průkazu etiolo-  
gie, i když zdokonalená diagnostika v posled-  
ních letech tyto mezery vyplňuje. Lze  
detekovat enteroviry, herpetické viry, virus  
příušnic, adenoviry, viry influenzy a parain-  
fluenzy, HIV i protilátky proti viru klíšťové me-  
ningoencefalitidy. Aseptická meningitida  
však může mít i neinfekční původ - nesteroid-  
ní antirevmatika, antimikrobiální léky, krev,  
cizorodé substance, nemoci pojiva.

**Koincidence s HIV významně změnila  
prevalenci dalších patogenů ve spektru in-  
fekcí CNS a jejich klinické manifestace, di-  
agnózu, terapii i prognózu. Toxoplasmová  
encefalitida je pokládána za nejčastější lo-  
žiskovou intracerebrální lézi, při níž jsou tra-  
diční sérologické testy pro diagnózu nespo-**



## Výskyt vybraných hlášených infekcí v České republice v letech 2000-2005

DG	Název onemocnění	2000	2001	2002	2003	2004
A39	Meningokoková onemocnění	68	104	109	99	98
A 69.2	Lymeská borrelióza	3847	3547	3658	3677	3243
A 84.1	Středoevropská klíšťová encefalitida	719	633	647	606	507
A87.9	Virová meningitida, NS	561	572	313	291	561
G00	Bakteriální meningitida	227	209	165	163	165

lehlivé. Mykotické meningitidy byly známy již dříve u normálních i imunodeficientních jedinců, ale epidemie HIV/AIDS rozšířila spektrum ještě o kryptokokovou meningitidu. Mykotické a protozoární meningitidy jsou vzácnější, klinický projev je obvykle neodlišitelný od bakteriální purulentní meningitidy, prognóza je však podstatně horší, především u amébové meningitidy (*Naegleria fowleri*).

Výzvou do budoucna je dosud nejasná role některých agens v etiologii onemocnění CNS, jako jsou *Mycoplasma pneumoniae* a *Chlamydia pneumoniae*, tím spíše, že tato agens mají tendenci k perzistenci v organismu.

### ■ Klinické projevy

Symptomatologie většiny neuroinfekcí má obvykle náhlý začátek a je dána kombinací febrilního stavu s příznaky meningeálního dráždění a syndromu nitrolební hypertenze. Méně často předchází vlastní onemocnění několik dní trvající katar horních cest dýchacích. To, co obvykle vede k podezření z neuroinfekce, je přítomnost známek meningeálního dráždění. **Meningeální syndrom** je soubor subjektivních a objektivních příznaků, které vznikají v důsledku dráždění mozkomíšních plen u neuroinfekcí zánětem, u jiných stavů krvácením, nádorovou infiltrací plen nebo jen změnami likvorové tenze, horečkou apod. Postižení plen vede k dráždění nervových kořenů procházejících přes pleny, a tím ke kontrakcím svalstva, zvláště paravertebálního. Subjektivně nemocný udává bolesti hlavy, nauseu, event. zvracení, hyperestézii, fotofobii. V popředí objektivního nálezu jsou známky meningeálního dráždění: opozice šíje, spine sign, (posuzuje se u dětí - u ležícího pacienta vážně pokus o posazení a přiblížení čela ke kolenům) a další známé příznaky, Amosův (příznak trojnožky), Lassegueův, Brudzinského, Kernigovy manévry. U malých kojenců však nemusí být opozice šíje, nao-

pak nápadná bývá vyklenutá fontanela, odmítání stravy, zvracení, neobvyklý křik, zvýšená dráždivost, křeče, vzácněji leze mozkových nervů, u novorozenců může být jediným projevem neprosívání. Alterace vědomí není ani u purulentních meningitid konstantní. Může jít o poruchy kvalitativní, většinou ve formě časové a místní desorientace, ale i kvantitativní až po hluboké koma. Ne vzácně bývají těžší stavy provázeny agresivitou nemocného, křečemi, méně často lateralizací v neurologickém nálezu včetně postižení mozkových nervů. S kožními projevy se prakticky výhradně setkáme u invazivních meningokokových infekcí (petechie, sufuze, výsev papul, povrchové nekrózy). **Poněkud jiný, protrahovanější průběh mívají komunitní meningitidy stafylokokové etiologie.** Nemocní udávají spíše bolesti zad, **nebývají bolesti hlavy.** Jde většinou o starší jedince, často diabetiky, s lokálním nálezem spondylitidy a event. epidurálního abscesu nebo hnisavého procesu v oblasti psotů.

Rovněž **tuberkulózní meningitida** se odlišuje obvykle podstatně pomalejším průběhem. Z klinických projevů jsou v prvních dnech až týdnech subfebrilie, event. nevysoké horečky, bolesti hlavy a noční pocení. Později nastupují parézy mozkových nervů (III, IV, VI) a alterace vědomí. Časté jsou ložiskové neurologické příznaky.

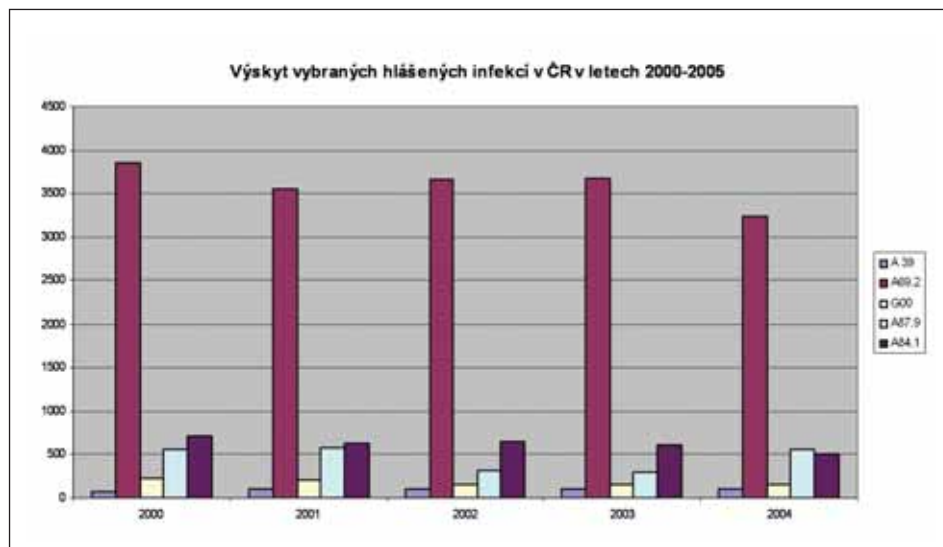
### ■ Diagnóza a diferenciální diagnóza

Diagnostický postup vychází z pečlivé anamnézy (úraz hlavy!, likvoreja), fyzikálního vyšetření (meningeální syndrom, syndrom nitrolební hypertenze) a pomocných vyšetření. Ať je anamnéza a fyzikální vyšetření jakkoli důležitá, etiologická diagnóza závisí na průkazu původce infekčního onemocnění, tedy na laboratorním průkazu. K potvrzení či vyloučení neuroinfekce je nezbytné provedení lumbální punkce, u závažnějších stavů po

předchozím vyšetření CT. Dosud se standardně provádí před lumbální punkcí i vyšetření očního pozadí, byť jeho přínos je u akutních neuroinfekcí s krátkou anamnézou minimální. Ve vyhraněných případech vyšetření likvoru rozhodne o typu neuroinfekce. Při purulentní meningitidě bývá zkalený likvor s nálezem mnoha tisíc buněk, převážně segmentů, vyšší hladinou bílkoviny a laktátu, sníženou hladinou cukrů. Bakteriologické vyšetření likvoru a odběr hemokultur doplňuje pátrání po předpokládané bakteriální etiologii. U tuberkulózní meningitidy je likvor obvykle čirý, zmnožení buněk nevýrazné s převahou lymfocytů, vysoká hodnota bílkoviny, snížená hladina cukrů a chloridů. Při virových meningitidách a encefalitidách je téměř vždy likvor čirý s nálezem lymfocytární pleocytózy. Určení etiologie klasickými metodami přímého průkazu agens (kultivace, izolace na tkáňových kulturách) mají u virové etiologie malou výtěžnost.

Velkým přínosem v diagnostice infekčních nemocí včetně neuroinfekcí bylo zavedení **polymerázové řetězové reakce (PCR)**, které má podstatně vyšší zachytlost s rychlou odezvou v průběhu 1-2 dnů. **Reakce se používá k průkazu DNA, event. RNA, ve vyšetřovaném vzorku. Její největší výhodou je rychlost a schopnost průkazu i „nekultivovatelných“ agens.** Je rovněž vysoce citlivá a relativně specifická. Přínos PCR vyniká zvláště tam, kde dosavadní klasické metody selhávají nebo jsou příliš zdlouhavé. Lze ocenit především přínos při diagnostice mykobakteriálních infekcí, herpetických infekcí, ale i u tradičních bakteriálních meningitid meningokokových, hemofilových, pneumokokových i stafylokokových, kdy předchozí terapie většinou zabráni pozitivnímu kultivačnímu nálezu. PCR může přispět i k posouzení terapeutického efektu.

**Diagnostické možnosti dále doplňují rychlé diagnostické testy (průkaz antigenů), zobrazovací metody a EEG vyšetření. Stan-**



dardní součástí jsou i hematologická a biochemická vyšetření, která významně napomáhají při rozhodování o bakteriální či virové etiologii. **Nemocní s hnisavým zánětem v nitrolebním prostoru mívají prakticky bez výjimky leukocytózu s posunem doleva, vysokou hodnotu CRP, méně často známky poruchy koagulace. Sedimentace erytrocytů nemusí být v prvních dnech onemocnění zrychlená.** Diferenciální diagnostika spočívá ve snaze rozlišit purulentní meningitidu, meningoencefalitidu, syndrom aseptické meningitidy, absces mozku a určit etiologii těchto zánětlivých procesů. Nelze opominout ani sepsi, která může být doprovázena méně či více vyjádřenými meningeálními a/nebo encefalitickými projevy včetně likvorového nálezu. Obtíže v diferenciální diagnostice činí i variabilní neurologické manifestace lymeské boreliózy, i když zřejmě nejčastějším agens vyvolávajícím akutní meningoencefalitidu jsou viry.

**Zvláštní zmínku zaslouží herpetická encefalitida (HSE),** která patří k nejtěžším formám akutní virové encefalitidy. Vykazuje podobné klinické projevy jako řada encefalitid či meningoencefalitid jiné etiologie - febrilie, meningeální syndrom, alteraci vědomí, někdy i lokální neurologický nálezu a křeče. V etiologii se uplatňuje *Herpes virus hominis* typu 1 a 2. Může jít o primoinfekci, reinfekci i akti-

vaci latentní infekce. Neuvádějí se informace o případné možnosti interhumánního přenosu v průběhu akutního onemocnění. Sami jsme nepozorovali ani jediný případ sekundárního onemocnění u blízkých osob nebo ošetřujícího personálu. Záludnost herpetické encefalitidy (HSE) spočívá nejen v těžko předvídatelném průběhu, ale mnohdy i v atypickém začátku onemocnění. Může jít i o afebrilní průběh simulující v prvních hodinách a dnech spíše psychiatrické onemocnění, popřípadě lehký průběh meningitidy s nespecifickými projevy. Pro diagnózu HSE je v současné době považováno za rozhodující vyšetření magnetické rezonance a PCR.

**Méně často přichází v úvahu rozpoznání nádorového onemocnění mozku či plen a subarachnoidální krvácení** (mívá febrilní průběh).

#### ■ Léčba, prognóza, prevence

Terapie neuroinfekcí je komplexní a patří do rukou zkušeného personálu specializovaných pracovišť se zavedenými jednotkami intenzivní péče. Převážná většina nemocných je hospitalizována na velkých infekčních odděleních a klinikách fakultních nemocnic, výjimečně na lůžkách ARO a JIP dětských klinik. U nemocných s purulentní meningitidou je nutno zahájit iniciální antibiotickou terapii bez prodlevy. Větší prodlevu nelze dopustit

ani u herpetické encefalitidy, kde je k dispozici účinná antivirová terapie. Přínosem je úzká a včasná spolupráce s neurochirurgy a otorinolaryngology, která může příznivě ovlivnit prognózu nemocných.

Obtíže spojené s diagnostikou lymeské boreliózy nejsou jediným problémem u této klinické jednotky. Ani terapie tohoto onemocnění není jednoznačně dořešena přes poměrně širokou nabídku antibiotik. Dokladem je občasný klinický neúspěch léčby, včetně „post-lyme syndromu“, a určité procento vedlejších nepříznivých účinků. Na rozdíl od vlastní etiologie, která se v posledních desetiletích příliš nemění, zaznamenáváme významnou změnu citlivosti nejčastějších původců hnisavých zánětů v oblasti CNS na antibiotika volby, což může do budoucna znamenat i hrozbu zhoršené prognózy nemocných. Varujícím příkladem je stoupající rezistence pneumokoků vůči penicilinu a hemofilů vůči ampicilinu. Význam relativně penicilin-rezistentních meningokoků zůstává kontroverzní, poněvadž terapie penicilinem je obvykle účinná.

**Prognóza neuroinfekcí je závažná především** v extrémních věkových skupinách a u jedinců s imunodeficiencí, dle etiologie **zvláště u pneumokokové, tuberkulózní a amébové meningitidy.** Prodlení v terapii výrazně zhoršuje prognózu zejména u meningokokové sepsy a meningitidy. V těchto případech se doporučuje zahájit antibiotickou léčbu již v terénu. Následky zánětlivých afekcí CNS jsou poměrně časté, např. poruchy sluchu, hydrocefalus, opakované křeče, u novorozenců a malých kojenců retardace vývoje; recidivující meningitidy (úraz v anamnéze!). I u benigních průběhů neuroinfekcí bývají problémy posudkové, zvláště u neuroboreliózy.

Základním preventivním opatřením je vakcinace, pneumokoková vakcína se používá u rizikových skupin. Neurochirurgickou intervencí lze předejít recidivám pouřazových meningitid. U kontaktů s invazivní meningokokovou, ev., hemofilovou infekcí se využívá chemoprophylaxe (rifampicin).

Literatura u autora

### Upozornění: Vklad

**„Postgraduální medicína - Preventivní pediatrie“  
obdrží pouze členové OSPDL ČLS JEP jako členský bonus.**

**ALCON**



# Současná problematika dávivého kašle

MUDr. Marina Maixnerová, CSc.

Národní referenční laboratoř pro pertussi a parapertussi, 3. LF UK, Praha

## Souhrn

**Ve vyspělých státech s vysokou proočkovaností (patří k nim i ČR) představuje dnes pertusse znovu vynořený problém. V České republice je v současné době nejvyšší nemocnost ve věkové skupině 10 - 14 let. Starší děti a dospělé osoby jsou nebezpečným zdrojem pro vnímavé jedince, zejména pro neočkované kojence. S ohledem na stávající epidemiologickou situaci bude pravděpodobně vhodné zavést revakcinaci starších dětí. Nemocnost parapertussí zůstává nezměněna.**

## Klíčová slova

dávivý kašel, pertusse, parapertusse, nemocnost

### ■ Úvod

V etiologii dávivého kašle se uplatňují 2 původci - Bordetella pertussis a Bordetella parapertussis, podle nichž definujeme onemocnění jako pertusse nebo parapertusse. Pertusse se vyznačuje mnohem závažnějším klinickým projevem než parapertusse a je proto v popředí zájmu na celém světě.

Pertusse patřila u nás před zavedením očkování mezi nejobávanější dětské infekční nemoci. Postihovala tisíce malých dětí a ohrožovala vážně jejich zdraví a životy. Úmrtnost kojenců na pertusis převyšovala úmrtnost na všechny ostatní běžné nákazy. Největší nebezpečí představuje onemocnění pertussis v prvním roce života. V celosvětovém měřítku zůstává pertusse významnou příčinou dětské nemocnosti a úmrtnosti. Podle odhadu Světové zdravotnické organizace (WHO) onemocnělo ve světě v r. 2003 kolem 17,6 miliónů jedinců (90 % z nich v rozvojových zemích) a 279 000 jich zemřelo.(6) Těžký průběh a úmrtí jsou hlášeny hlavně u nejmladších neočkovaných kojenců. Ve vyspělých státech (USA, Kanada, Japonsko, Austrálie, Francie, Finsko aj.), ve kterých nemocnost pertussis byla významně redukována úspěšnou imunizací, byl v 90. letech zaznamenán stoupající trend incidence pertusse zejména u starších dětí, adolescentů a dospělých.(6)

### ■ Klinická manifestace dávivého kašle

#### Pertusse

Klinický projev pertusse má značné rozdíly a je závislý především na věku a očkovací anamnéze infikovaného jedince. Inkubační doba kolísá mezi 4 - 21 dny, v průměru je 7 - 10 dní.

**Typická forma pertusse** (pozorovaná u neočkovaných mladších dětí)

Onemocnění obvykle trvá 6 - 8 týdnů a má 3 stadia - katarální, paroxysmální a rekonvalescentní.

Počáteční projevy - rýma, slzení, mírný kašel,

případně subfebrilie - odpovídají příznakům běžného nachlazení. Prudkost kašle se stupňuje v průběhu 1 - 2 týdnů, ale pertusse není podezřívána, pokud se kašel nestane záchvatovitým (sta-

dium paroxysmální). Záchvat sám se skládá z několika atak, které se vyznačují sérií krátkých expirací ukončených charakteristickým zajívkým táhlým inspiriem. Ataky se opakují tak dlouho, dokud

tab. č. 1

Pertussis v ČR 2005			
Rok	Počet onemocnění	Nemocnost na 100.000	Počet úmrtí
1950	60 685	606,90	166
1955	30 788	307,93	46
1960	5 668	56,83	4
1965	671	6,86	1
1970	362	3,69	1
1975	17	0,17	0
1980	19	0,18	0
1985	36	0,34	0
1990	35	0,33	0
1991	33	0,32	0
1992	9	0,08	0
1993	87	0,84	0
1994	78	0,75	0
1995	26	0,23	0
1996	126	1,22	0
1997	114	1,10	0
1998	25	0,24	0
1999	97	0,94	0
2000	187	1,82	0
2001	124	1,20	0
2002	329	3,21	0
2003	342	3,35	0
2004	373	3,66	0



se dítěti nepodaří vykašlat trochu vazkého, hustého hlenu. U mladších kojenců nebývá vyjádřeno tak zřetelně typické zakončení záchvatu hlubokým inspiriem, spíše se projevuje sérií drobných expirí se zvětšující se cyanózou v obličejí a apnoí.

Záchvaty kašle, obvykle provázené dávením a zvracením, se objevují v průběhu dne, zejména však v noci. Rekonvalescentní stadium je charakterizováno snížením počtů záchvatů a zmírněním kašle. Záchvaty se pozvolna mění v pokašlávání jako na počátku onemocnění. Případy klasické (typické) pertusse se vyznačují leukocytózou s lymfocytózou.

**Lehká forma pertusse** - nejčastěji se vyskytuje u dětí školního věku, adolescentů a dospělých, ale není žádnou výjimkou ani u kojenců a malých dětí. Probíhá jako suchý dráždivý kašel, obtěžující pacienta i v noci, trvající 2 a více týdnů. Může být provázen dávením i zvracením, ale bez typických záchvatů.

Pertusse je vysoce nakažlivé onemocnění, období nakažlivosti začíná koncem inkubační doby a může trvat až do rekonvalescence. Nejvyšší stupeň nakažlivosti je v průběhu katarálního stadia a prvních 2 týdnech paroxysmálního stadia.

#### **Parapertusse**

Typický průběh parapertusse připomíná pertussi s krátkým katarálním i kratším paroxysmálním stadiem. Klinicky je těžko odlišit parapertussi od pertusse. Atypické případy se vyznačují pouze suchým dráždivým kašlem bez záchvatů. Většina případů parapertusse probíhá atypicky nebo inaparentně.

#### **Laboratorní diagnostika**

Problematika diferenciatní diagnostiky dáivého kašle je v posledních letech opět naléhavá. Standardním laboratorním testem pro diagnózu dáivého kašle je **kultivační průkaz** *B. pertussis* nebo *B. parapertussis*. Ke kultivačnímu vyšetření se odebírá výtěr z nazofaryngu a laryngu tamponem na drátě, který se před odběrem ohne do patřičného úhlu o vnitřní okraj zkumavky. Nejvyšší záchytnost je v katarálním stadiu a prvních 2 týdnech paroxysmálního stadia. Odběr materiálu na kultivační vyšetření se provádí před zahájením antibiotické léčby.

Stejný biologický materiál může být vyšetřen metodou **PCR** (polymerázová řetězová reakce). PCR je velmi citlivý test, ale validita testu je zatím předmětem diskuzí. (1)

**Sérologická diagnostika** je založená na průkazu signifikantního vzestupu titrů specifických protilátek (anebo sérokonverze z negativity do positivity) v párových sérech infikovaných osob. K sérologickému vyšetření (aglutinace, ELISA, imunofluorescence a jiné testy) se odebírají 2 vzorky krve (sérum)

v 3 týdenním intervalu. I. vzorek se odebírá co nejdříve v akutním stadiu.

Jakákoli hladina protilátek v jediném vzorku není průkazem akutně probíhajícího onemocnění.

#### **Vývoj nemoci v České republice**

Od r. 1958, kdy bylo v ČR zahájeno pravidelné očkování proti pertussi, měl vývoj nemoci rychle klesající trend (tab. č. 1). Z původních desetitisíců případů ročně se výskyt pertusse od

druhé poloviny 70. let do r. 1992 udržoval na velmi nízkých hodnotách (9 - 36 případů ročně). Většina těchto případů byla u dětí mladších 3 let. V r. 1993 bylo hlášeno 87 případů pertusse, polovina z nich již byla u dětí školního věku (i u dospělých). V anamnestických údajích onemocnělých dětí byly tehdy vesměs pobyty rodičů a spolužáků v zahraničí včetně zemí s vysokým výskytem pertusse (Itálie, Švýcarsko, Řecko, Chorvatsko). V následujících letech zaznamenáváme vzestupný trend incidence pertusse s nejvyšším výskytem

## Dako Cytomation



tab. č. 2

Pertussis, ČR 2002, 2003 a 2004						
Počty hlášených případů a nemocnost na 100 000 podle věku						
Věková skupina (roky)	2002		2003		2004	
	počet	nemocnost	počet	nemocnost	počet	nemocnost
0	9	10,0	17	18,9	9	9,96
1 - 4	46	12,8	38	10,7	35	9,73
5 - 9	77	13,9	56	10,8	98	20,16
10 - 14	140	21,6	177	27,6	173	27,38
15 - 19	44	6,4	35	5,2	35	5,27
20 - 24	1	0,1	4	0,5	4	0,53
25 - 34	5	0,3	4	0,3	4	0,24
35 - 44	6	0,4	8	0,6	5	0,37
45 - 54	0	0,0	2	0,1	3	0,20
55 - 64	0	0,0	1	0,1	4	0,32
65 - 74	1	0,1	0	0,0	2	0,25
75+	0	0,0	0	0,0	1	0,17
<b>Celkem</b>	<b>329</b>	<b>3,2</b>	<b>342</b>	<b>3,35</b>	<b>373</b>	<b>3,66</b>

v posledních 3 letech - 329, 342 a 373 hlášených případů. Největší nárůst hlášených případů pertusse je u starších dětí a adolescentů, zejména ve věkové skupině 10 - 14 let (tab. č. 2). Ukazatel nemocnosti je v této věkové kategorii nejvyšší a přesahuje v současné době 27 případů na 100000 obyvatel. V korelaci s tímto zjištěním jsou i výsledky sérologického přehledu protilátek proti pertussi z r. 2001, demonstrující stoupající hodnoty séropozitivity a relativně vyšší titry protilátek (hlavně proti typu B. pertussis 1,3, který dominuje v naší populaci) u jedinců starších 11 let, což je patrně odrazem probíhající infekce v této populaci.(4)

Z očkovací anamnézy hlášených případů (tab. č. 3) je evidentní, že kromě kojenců se většinou jedná o výskyt pertusse u očkováných jedinců, u nichž onemocnění obvykle probíhá v lehké formě. Ale mezi nemocnými kojenci převážná většina není očkovaná. Při případném nárůstu výskytu pertusse v nejmladší populaci se mohou objevit velmi závažné projevy této infekce právě u nechráněných kojenců.

Výskyt paraptussie, proti níž se neočkuje, se nijak významně nemění. V posledních 3 letech bylo hlášeno 113,102 a 78 případů. Většina hlášených případů je u dětí starších 5 let. Cirkulace B. paraptussie v naší populaci je pravděpodobně značná, protože sérologické přehledy protilátek

v ČR opakovaně prokazují poměrně vysokou pro-  
mořenost populace, která začíná stoupat po 3. roce života a ve věku 10 let již 60 % dětí má protilátky proti paraptussii.(5)

### ■ Závěr

Před zavedením očkování patřila pertusse v ČR k nemocem s největším výskytem v nejmladší dětské populaci. Současná epidemiologická situace ukazuje posun největšího výskytu do věku starších dětí a adolescentů. Podobná situace je zaznamenána ve všech vyspělých státech s vysokou proočkovaností.(2, 3, 7) Dnes již všechno nasvědčuje tomu, že za 6 - 12 let po očkování proti pertussi dochází k poklesu postvakcinační imunity (nezávisle na typu vakcíny proti pertussi) a tím se vy-

tváří v populaci starších dětí a adolescentů vhodné podmínky pro cirkulaci původce a šíření nákazy. Tato skutečnost je pravděpodobně jednou z příčin vyoření pertusse. Starší děti, adolescenti a dospělé osoby, u nichž má pertusse lehký mnohdy zcela atypický průběh a proto často není diagnostikovaná, jsou nebezpečným zdrojem nákazy pro vnímavé jedince a hlavně pro neočkované kojence.

Za stávající epidemiologické situace bude pravděpodobně nutné uvažovat o revakcinaci dětí vyšších věkových skupin. Rozvoj acelulárních vakcín přináší sebou možnost očkování starších dětí a dospělých,(8) což je s ohledem na současnou situaci vítáno. Cílem očkování starších dětí a adolescentů (příp. i dospělých) je snížit riziko přenosu pertusse na nejmladší neočkované jedince, u nichž toto onemocnění má nejzávažnější průběh.

### Literatura:

1. Fry N.K., Tzivra O., Li Y.T., McNiff A., Doshi N., Maple P.A., Crowcroft N.S., Miller E., George R.C., Harrison T.G.: Laboratory diagnosis of pertussis infections: the role PCR and serology. *J. Med. Microbiol.* 2004 Jun; 53 (6): 519 - 525
2. Gzyl A., Augustynowicz E., Rabczenko D., Gniadek G., Slusarczyk J.: Pertussis in Poland. *Int. J. Epidemiol.* 2004 Apr; 33 (2): 358 - 65
3. Guris D., Strebel P. M., Bardenheier B., et al.: Changing epidemiology of pertussis in the United States: increasing reported incidence among adolescents and adults, 1990 - 1996. *Clin. Infect. Dis.* 1999; 28: 1230
4. Maixnerová M.: The 2001 serological survey in the Czech Republic - Pertussis. *Cent. Eur. J. publ. Health* 11, 2003, Suppl., p. S17 - S22
5. Maixnerová M.: The 2001 serological survey in the Czech Republic - Paraptussis. *Cent. Eur. J. publ. Health* 11, 2003, Suppl., p. S23 - S24
6. Pertussis vaccines, WHO position paper. *Weekly epidemiological record*, No 4, 2005, 80, 31 - 39
7. Strebel P., Nordin J., Edwards K., et al.: Population - Based Incidence of Pertussis Among Adolescents and Adults, Minnesota 1995 - 1996. *The Journal of Infectious Disease* 2001; 183 (9): 1353 - 1359
8. Van-Damme P., Burgess M.: Immunogenicity of combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis vaccine in adults. *Vaccine* 2004 Jan 2; 22 (3 - 4): 305 - 8

tab. č. 3

Pertussis, ČR, 2002, 2003 a 2004						
očkovací anamnéza pozitivních případů						
Věková skupina (roky)	2002		2003		2004	
	Počet onemocnění	Počet neočkovaných	Počet onemocnění	Počet neočkovaných	Počet onemocnění	Počet neočkovaných
0	9	6 (66,7 %)	17	14 (82,3 %)	9	8 (88,9 %)
1 - 4	46	3 (6,5 %)	38	4 (10,5 %)	35	7 (20 %)
5 - 9	77	5 (6,5 %)	56	4 (7,1 %)	98	14 (14,3 %)
10 - 14	140	6 (4,3 %)	177	4 (2,3 %)	173	5 (2,9 %)
15 - 19	44	1 (2,3 %)	35	0	35	0
20 - 24	1	0	4	0	4	1 (25 %)
25 - 34	5	0	4	0	4	0
35 +	7	2 (28,6 %)	11	3 (27,3 %)	15	11 (73,3 %)
<b>Celkem</b>	<b>329</b>	<b>23 (7 %)</b>	<b>342</b>	<b>29 (8,5 %)</b>	<b>373</b>	<b>46 (12,3 %)</b>





# Opatření v ohnisku virové hepatitidy A a B, aktuální epidemiologická situace

Doc. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.

Ústav epidemiologie LF UK, Plzeň

**V r. 2004 byl zaznamenán v ČR historicky nejvyšší výskyt virové hepatitidy A (VHA) - 70 onemocnění i druhý nejvyšší počet hlášených akutních virových hepatitid B (VHB) - 392 nákaz.** Příznivá epidemiologická situace má odraz nejen v přehodnocování preventivních postupů, ale i v rozsahu požadavků na diagnostiku těchto infekcí, resp. jejich jednotlivých markerů. Autor shrnuje poznatky z řady dílčích studií v posledních letech v Západočeském, resp. Plzeňském kraji a vyslovuje názor na priority v dalších letech.

Výskyt VHA se výrazně změnil v posledních 20 letech. Onemocnění, která byla dříve typická pro kolektivy vojáků a školních dětí, se v těchto částech populace nyní vyskytují hromadně jen sporadicky. Ubývání zdrojů infekce v dětské populaci je doprovázeno zároveň i snížením profesionálního rizika pro pediatry na minimum. Problémem posledních let je riziko této nákazy spojené s užíváním drog - narkomané se v letech 1998-2001 podíleli např. v Západočeském kraji na těchto infekcích 20 %. **Fenoménem posledního desetiletí se stal nárůst importovaných onemocnění** - v jednotlivých krajích republiky se jejich podíl na celkovém počtu pohybuje mezi 2-48 %! **Zatímco v minulosti mělo ve věku 50 let protilátky po prožití VHA více než 75 % populace, v současnosti je toto procento výrazně nižší - pohybuje se mezi 10-45 %** podle socioekonomické úrovně a rizika expozice. **U osob mladších 30 let jsou tyto protilátky přítomny jen u cca 10 % vyšetřených.** Z toho vyplývá, že většina naší populace je nejen v dětství, ale i v dospělosti vůči této naze vnímavá (tab. 1).

Na druhé straně výskyt ojedinělých infekcí vyžaduje aktivní přístup epidemiologů, praktických lékařů a diagnostikujících laboratorních pracovníků. V ohnisku nákazy je třeba co nejdříve

**vymezit okruh exponovaných osob a v něm zajistit kromě vyšetření aminotransferáz i vyšetření IgM a celkových protilátek.**

U osob, které mají hned při prvním vyšetření v krvi celkové protilátky, je jejich další vyšetřování zbytečné. V souvislosti s onemocněním ukrajinské uklízečky ve Fakultní nemocnici (FN) v Plzni bylo takto vyšetřeno v r. 2001 204 osob v přímém či nepřímém kontaktu, po importované naze pracovníce v cukrárenské výrobě v Plzni v r. 2004 37 spolupracovníků. Nulový výskyt sekundárních infekcí v ohnisku obou nákaz potvrzuje vysoký standard hygienické úrovně naší populace.

**Od r. 1994 se i v naší republice objevily vakcíny proti virové hepatitidě A.** S výjimkou očkování osob, které se profesionálně či neprofesionálně mohly dostat do kontaktu s potenciálně infikovaným materiálem, a nově nastupujících pracovníků integrovaného záchranného systému, je očkování ostatních nadstandardním placeným výkonem. Vakcinaci je vhodné doporučovat všem, kteří vyjždějí pracovně či soukromě do oblastí endemického výskytu této nákazy, do zemí s nižším hygienickým standardem než u nás. Lidé, u kterých byly před očkováním detekovány celkové protilátky v hladině vyšší než 10 mIU/ml, by neměli být očkováni. Předvaccinační skrínink se ale obecně nedoporučuje vzhledem k nízké efektivitě tohoto vyšetření. Výjimkou jsou pouze lidé, kteří mají v ana-

mnéze hepatitidu neznámé, v době vzniku neobjasněné etiologie. V souvislosti s očkováním osob proti VHA není žádoucí zavádět ani rutinní kontrolu hladin postvaccinačních protilátek. Zejména po zavedení kombinované vakcíny proti virové hepatitidě A a B se zvýšil zájem o toto očkování i v dětském věku. Vzhledem k nízkému riziku infekce v předškolním i školním věku je na místě zvážit potřebnost této vakcinace v nejnižších věkových skupinách. Nebezpečí nákazy je v současnosti reálné až ve věku prvních pokusů s drogami, resp. se zahájením cestování do oblastí s nižším hygienickým standardem.

**Situace se významně změnila i u VHB.** Zatímco v minulosti byl věkový průměr nemocných mezi 45-50 roky, což souviselo s převahou nozokomiálních a profesionálních infekcí, pohybuje se současný průměr kolem 35 let. Tento trend souvisí s tím, že se tato nákaza stala u nás především infekcí se sexuálním přenosem, v posledních letech je významný podíl těchto onemocnění spojen i s narkomanií. Profesionální infekce prakticky vymizely, např. ve FN Plzeň se vyskytovaly trvale do r. 1991, od tohoto roku došlo už jen ke čtyřem nákazám, poslední byla zaznamenána v r. 2003. Zatímco více než 10 % starších diabetiků má detekovatelné postinfekční markery VHB (HBsAg, anti-HBcAg), jsou nyní infekce v této subpopulaci zcela výjimečné. Podobně u dialyzovaných osob byla

tab. č. 1

Věková skupina (roky)	Prevalence celkových anti-HAV protilátek v % při počtu <20 (%)		
	Sérologický přehled ČR 2001 (zahrnuje i očkované!) (Němeček, Zprávy CEM 2003)	Zdravotníci FN Plzeň 2001 (Pazdiora, Zprávy CEM 2002)	Zdravotníci Infekční kliniky Ostrava 1999-2003 (Rožnovský, EMI 2005)
15-19	17	-	-
20-29	13	7	(5)
30-39	10	6	(11)
40-49	36	11	44
50-59	68	50	87
?60	89	-	(67)



tato nákaza v minulosti pouze otázkou času. V současnosti díky provádění řady nespécifických opatření, ale i očkování na dialyzačních pracovištích, se počet infikovaných výrazně snižuje, v plzeňské FN je v dialyzačním programu zařazeno tč. už jen 15 % osob s přítomnými postinfekčními markery VHB. V republice už nyní převažují pracoviště, na kterých v posledních letech nebyla tato infekce vůbec zaznamenána.

Po snížení rizika přenosu ve zdravotnických zařízeních je nyní třeba věnovat zvýšenou pozornost prevenci šíření nákazy v dalších částech populace. **Za nejdůležitější rezervoár infekce lze v současnosti považovat cca 50-100 000 nosičů HBsAg (vesměs bezpříznakových), z nichž cca třetina je současně i HBeAg pozitivní. V souladu s legislativou je nyní možné jejich rodinné a sexuální kontakty očkovat bezplatně proti VHB.** Ověřili jsme si, že cca 17 % těchto kontaktů je ale již infikováno, proto se domníváme, že by vakci-

tab. č. 2

### Přítomnost postinfekčních markerů u kontaktů HBsAg + osob ve vztahu k příbuzenskému poměru (Plzeňský kraj, 1997-2003)

Příbuzenský poměr	Počet vyšetřených	Počet pozitivních (%)
Manžel(ka)	153	35 (22,9)
Rodiče	85	23 (27,0)
Sourozenci	50	17 (34,0)
Děti	264	27 (10,2)
Vnuci	68	3 (4,4)
Ostatní	141	27 (19,1)
Celkem	761	132 (17,3)

naci mělo předcházet vyšetření postinfekčních markerů (tab. 2). V souvislosti s narůstající imigrací je nutno upozornit, že zejména v některých komunitách, v ČR zejména u **Vietnamců**, je nutné počítat s vysokou prevalencí těchto markerů. V našem dlouhodobě sledovaném souboru je **mezi rodinnými kontakty HBsAg+ osob vietnamské národnosti 50,8 % infikovaných**, nosiči HBsAg je 28,8 %

vyšetřených! Bylo by proto jistě žádoucí při sebemenším náznaku hepatálního onemocnění vyšetřovat v této, příp. dalších obdobných komunitách markery virové hepatidy B, vnímavé pak očkovat vzhledem k vysokému riziku horizontálního přenosu v rodinách.

**Po zahájení pravidelného očkování kojenců a dvanáctiletých dětí v r. 2001 můžeme počítat s tím, že v r. 2013 bude proti této infekci chráněna populace do 25 let**, tím se definitivně vyřeší riziko šíření infekce po zahájení sexuálního života, při případných pokusech o užívání drog. **Zatímco v minulosti měli být zdravotníci po základní vakcinaci přeočkováni za 4 roky, dnes se tato re-vakcinace neprovádí** vzhledem k současným znalostem o přetrvávání protilátek a významu buněčné imunity. Za protektivní hladinu anti-HBsAg se v současnosti považuje 10 mIU/ml, bohužel jejich rutinní vyšetřování po očkování zdravotníků bylo v současnosti platnou legislativou zrušeno. Opakované vyšetřování protilátek (cca každých 6 měsíců) je ale nutné nadále zajišťovat u dialyzovaných osob, které jsou v imunosupresi. Na druhé straně znalost imunity je důležitá pro rozsah postexpozicních opatření, např. při profesionálním poranění. Rutinní vyšetřování anti-HBsAg v rámci preventivních prohlídek není nadále žádoucí. Jejich vyšetření má význam pouze u osob profesionálně či neprofesionálně exponovaných krví, příp. jiným biologickým materiálem. V uvedených případech by měla existovat možnost statimového vyšetření.

Naznačené změny v epidemiologii virové hepatitidy A a B v ČR, změny diagnostických požadavků, rozšiřující se možnosti nespécifické i specifické prevence potvrzují nutnost trvalé komunikace praktických lékařů, laboratorních pracovníků a epidemiologů.

Literatura u autora

## POZVÁNKA na 11. národní očkovací den

sobota 28. května 2005

v Autoklubu ČR v Opletalově ulici, Praha 1, 8.30 - 15.00 hodin

#### Program:

Louise Gare-Leech (Technical Officer, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen):

#### Priorities for advocacy and effective communication

Silvie Kvášová - MZD ČR:

#### Současná situace vakcinace u dětí

Wolfgang Maurer, Universität Wien:

#### Austrian Vaccination schedule 2005, switch from wPER to aPER in Austria, aPER and wPER vaccines, potency, potency clinical trials

Sv. Dluholucký, Slovenská pediatriká spoločnosť:

#### Současná situace vakcinace u dětí na Slovensku

Hana Cabrnachová:

#### Očekávané změny vakcinačního schématu v ČR a komentář OSPDL

Zástupce České lékařnické komory:

#### Uchování a distribuce očkovacích látek

K. Křepela, P. Nykodýmová, E. Šejdová, J. Balý, E. Vítková:

#### Problematika BCG vakcinace v České republice

Helena Ambrožová (Bulovka):

#### Rotavirové infekce ve světě a u nás-možnosti vakcinace

Věra Štruncová (Plzeň):

#### Fatální průběh klíšové meningoencefalitidy

Jan Janda:

#### Závažné pneumokokové infekce v dětství

Jitka Škovránková:

#### Prevenar- nová konjugovaná očkovací látka proti pneumokokům

Eva Daňková:

#### Očkování a konzultace na imunoalergologické ambulanci

Panelová diskuze, prezentace firem, polední občerstvení

**2 x A5 HIPP**



# Pneumokoková meningitida

MUDr. Pavel Kosina

Klinika infekčních nemocí, FN Hradec Králové

## Souhrn:

V článku je stručně charakterizována problematika pneumokokových meningitid a na případu čtyřměsíčního kojence hospitalizovaného ve FN Hradec Králové jsou uvedeny současné možnosti diagnostiky. V souvislosti s terapií je zdůrazněna nutnost odpovídající antibiotické léčby těchto závažných onemocnění s přihlédnutím k aktuální epidemiologické situaci. Rozvoj konjugovaných pneumokokových vakcín by do budoucna měl změnit dosud nepříznivý stav ve výskytu těchto chorob a ovlivnit i stále rostoucí počet pneumokoků rezistentních na betalaktamová antibiotika.

Purulentní meningitidy vyvolané *Streptococcus pneumoniae* zůstávají i nadále vážným medicínským problémem a patří společně s meningokokovými a hemofilovými meningitidami k obávaným infekcím především útlého dětského věku. Charakter onemocnění je často perakutní, provázený záchvaty křečí a poruchou vědomí. Není vzácností, že přes počáteční dobrou odpověď na terapii je stav komplikován rozvojem subdurální kolekce, empyému, v některých případech i s nutností neurochirurgické intervence. Přes 50% případů je v průběhu prvních

72 hodin provázeno syndromem inadékvátní sekrece antidiuretického hormonu (SIADH), ojediněle se setkáváme i syndromem ze ztráty solí (cerebral salt wasting syndrom - CSWS).

Část pacientů má, i přes dobrý zdravotní stav při propuštění, obraz různě vyjádřené mozkové atrofie při vyšetření nukleární magnetickou rezonancí (NMR). Tyto změny nemusí nutně znamenat poruchu dalšího psychomotorického vývoje, **běžné je ale postižení sluchu**. Následná neurologická a ORL dispenzarizace je samozřejmostí.

Některé aspekty diagnostiky a léčby je možné demonstrovat na průběhu onemocnění **čtyřměsíčního kojence**, který byl přijat na spádové dětské oddělení pro tři dny trvající febrilní stav. Do doby onemocnění vážněji nestonal, byl narozen v termínu **při rizikové graviditě matky, která dlouhodobě trpí juvenilní idiopatickou artritidou s trvalou medikací methylprednisolonem**. Kojen nebyl, očkování kromě BCG ještě neproběhlo, prospíval dobře. Klinické a laboratorní nálezy byly na spádovém oddělení hodnoceny jako



Obr. č. 1: Počítačová tomografie - široký komorový systém a subdurální prosťory pod kalvou více vpravo, atrofie mozku.

infekce močových cest při záchytu *Proteus mirabilis* v necévkované moči a byla zahájena i.v. antibiotická léčba v kombinaci aminopenicilin/inhibitor betalaktamáz + aminoglykosid ve středních dávkách. Po přechodném zlepšení došlo 4. den k rozvoji pravostranných křečí na horní končetině, nystagmu a poruše vědomí, dítě urgentně překládáno na jednotku intenzivní péče naší kliniky se suspekci na infekci centrálního nervového systému (CNS). Provedená lumbální punkce s obrazem makroskopicky zkaleného mozkomíšního moku a následným biochemickým a hematologickým vyšetřením potvrdila podezření na purulentní meningitidu. Změněna antibiotická léčba na cefalosporiny III. generace (ceftriaxon), podány kortikoidy a upravena minerálová dysbalance. Pro opakované ataky pravostranných křečí indikováno hned v úvodu CT vyšetření bez obrazu ložiskového postižení, při terapii Diazepamem a následně malých dávek barbiturátů se křeče již neopakovaly. V dalším průběhu klinický i laboratorní nález svědčil pro ústup aktivity onemocnění, metodikou polymerázové řetě-

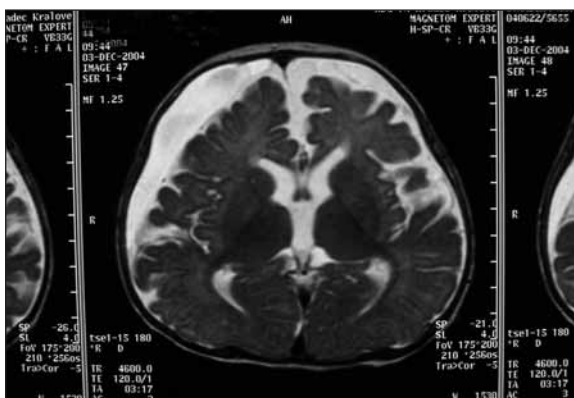
zové reakce (PCR) zachycen *Streptococcus pneumoniae* v mozkomíšním moku. Pro přetrvávající febrilie provedena 5. den sonografie mozku s nálezem **zahuštěné kolekce pod konvexitami hemisfér bilaterálně**. Následující den v celkové anestezii doplněno vyšetření NMR s potvrzením sonografického nálezu a následnou evakuační punkcí, při které se nepodařilo zánětlivá ložiska zcela vypunktovat. Získaná tekutina měla **charakter empyému**, pro přetrvávání nálezu bylo neurochirurgem rozhodnuto o další punkci, která byla v krátkém časovém odstupu kompli-

kována závažnou atakou křečového stavu. Opětovné naplnění ložisek v subdurálním prostoru se známkami rozvíjející se nitrolební hypertenze si vyžádalo několikadenní zevní drenáž, která postupně odváděla již pouze tekutinu charakteru likvoru s vysokým obsahem bílkoviny. Pozvolná regrese subdurální kolekce při vyšetření NMR a pokles objemu až vymizení drenované tekutiny umožnily ukončení zevní drenáže bez dalších známek poruch cirkulace mozkomíšního moku, pneumokok zachycen již nebyl. Při zcela sanovaném likvoru a bez laboratorních známek zánětu byla antibiotická léčba 21. den ukončena. Před propuštěním provedeno ještě závěrečné vyšetření NMR mozku s obrazem **výrazné difúzní mozkové atrofie**, avšak při normálních tlakových a cirkulačních poměrech. V neurologickém statu převládala diskrétní levostranná lateralizace, dítě v dalším průběhu zcela bez křečové aktivity, sledující, orientační sluchová zkouška v normě, EEG bez patologie. Laboratorně nebyl prokázán deficit imunity v humorální ani buněčné složce.

**Pneumokokové meningitidy patří typic-**



ky mezi tzv. sekundární meningitidy, kterým nejčastěji předchází onemocnění respiračního traktu (sinusitida, mezotitida), vzácnější je etiologie posttraumatická. V uvedeném případě se jednalo o těžký průběh pneumokokové purulentní meningitidy, při níž nebyl zjištěn žádný ložiskový zdroj infekce a k postižení CNS došlo hematogenní cestou. Lze se s určitostí domnívat, že značný rozsah ložiskového postižení byl částečně zapříčiněn opožděným stanovením diagnózy a léčbou nepotvrzené močové infekce. Zahájená antibiotická léčba v nedostatečných dávkách (aminopenicilin/inhibitor betalaktamáz + aminoglykosid) vedla k tomu, že záchyt etiologického agens standardními mikrobiologickými metodami (hemokultivace, kultivace z mozkomíšního moku, latexová aglutinace) byl neúspěšný a diagnóza se opírala o průkaz pneumokoka metodou PCR z mozkomíšního moku. Tato metoda neumožňuje stanovení citlivosti patogena na antibiotika, v léčbě bylo z tohoto důvodu pokračováno cefalosporinovým antibiotikem, protože v současné době **nemůžeme již vyloučit výskyt penicilin-rezistentního pneumokoka (PRSP)**. Nejčastěji se jedná o sérotypy 6, 14, 19, 23 a jejich výskyt je úzce spjat s pobytem dětí v kolektivních zařízeních a s předchozí opakovanou antibiotickou léčbou. V zemích, kde se vyskytují i **multirezistentní pneumokoky (DRSP)**, je k léčbě přidáván vankomycin, event. chloramfenikol nebo karbapenem. V našich podmínkách zůstává lékem volby penicilin G po ověření citlivosti, v dávce dosahující 500 000j/kg/den, záchyt DRSP



Obr. č. 2: nukleární magnetická rezonance - T2 vážená sekvence ukazuje rozšíření likvorových prostor. Široký komorový systém a subdurální prostory. Štíhlé subarachnoidální prostory. Obraz difúzní atrofie mozku bez ložiskových změn intracerebrálně.

zůstává zatím ojedinělý. Vzniklá zánětlivá ložiska komunikovala s likvorovými prostory, což vedlo k opakovaným poruchám tlakových poměrů v centrálním nervovém systému s křečovými projevy a k nutnosti několika-denní drenáže mozkomíšního moku. Další sledování psychomotorického vývoje a senzorických funkcí je nezbytné, neboť k postižení korových funkcí i přes výraznou atrofii je velmi obtížné se vyjádřit a kvalitní rehabilitace často přináší překvapivě dobré výsledky.

Hnisavé meningitidy vyvolané *Streptococcus pneumoniae* se po zavedení povinného očkování proti *Haemophilus influenzae* v roce 2001 (v kombinované vakcíně společně s očkováním proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli) stávají nejčastější příčinou tohoto onemocnění u kojenců a následky zůstávají nadále závažné. Mezi ně patří **poruchy sluchu a zraku, sekundární epileptické syndromy, motorické poruchy a odchylky** v psychomo-

torickém vývoji („nemotornost“, lehké mozkové dysfunkce charakteru hyperreaktivity, poruchy učení atd.). Zavedení vakcinace proti *Haemophilus influenzae* naplnilo očekávání - dochází k progresivnímu poklesu počtu tohoto onemocnění, jehož výskyt po dokončení proočkování dětské populace klesne na minimum. **Částečně se zlepšila i situace možné prevence hnisavých meningitid vyvolaných patogenem *Neisseria meningitidis*, protože je k dispozici konjugovaná vakcína proti sérotypu C, kterou je možno používat u dětí od dvou měsíců věku.** Nadějný výhled do budoucnosti dávají dobré výsledky s očkováním kojenců **konjugovanou**

**heptavalentní pneumokokovou vakcínou** (sérotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F), která se v roce 2003 rozšířila ze Spojených států i do evropských zemí. Ještě lepší účinnost i v našich podmínkách se očekává od 11-valentní konjugované vakcíny, která by měla lépe postihovat sérotypy vyskytující se v České republice. **U nás běžně dostupná 23-valentní polysacharidová vakcína je v kategorii dětí do dvou let prakticky neúčinná.** Dosavadní zkušenosti především v USA ukazují na signifikantní snížení výskytu zánětu středouší v dětském věku i snížení nosičství invazivních kmenů. S větším rozšířením této vakcíny se dá očekávat i pokles četnosti pneumokokových hnisavých meningitid stejně jako je tomu v případě hemofilových infekcí. ■

Literatura u autora

## Mléčná výživa batolat z pohledu lékaře

as. MUDr. Milan Bajer, Ph.D.

I. dětská interní klinika LF MU a FN Brno

Strava v prvním roce života zdravého dítěte je jednoznačně definována. Elementární složkou je mateřské mléko, v prvním půlroce života jako výhradní zdroj živin a v druhém půlroce jako součást smíšené kojenecké stravy. Náhrady mateřského mléka přicházejí na řadu pouze tehdy, je-li to nevyhnutelně nutné, vždy po zralé úvaze lékaře a matky, v návaz-

nosti na věk a zdravotní stav dítěte. Dostatečná péče musí být později věnována zavádění nových složek potravy a příkrmů, stejně jako vybudování výživového schématu, které je nedílnou součástí denního režimu dítěte. V období, kdy se takovéto vzorce upevňují, tj. do konce prvního roku, není nejlepší vystavovat dítě mimořádným okolnostem jako je cesto-

vání a krátkodobé změny prostředí, které dítě nemusí dobře snášet. Neopomeňme, že poruchy příjmu potravy v prvním roce života mohou mít velmi závažný vliv na celkový zdravotní stav dítěte a jeho psychomotorický vývoj. V jednom roce by dítě již mělo mít fixní menu, jehož součástí jsou jak mléčné dávky, tak i pestrá a rozmanitá tuhá strava.

Kojení v současné době prožívá renesanci a počet matek, které se snaží kojit co nejdéle, roste. I v batolecím období může být dítě kojeno. Není pak problém s batoletem cestovat a zachovat stravovací schéma na jaké je dítě zvyklé z domácího prostředí. Kromě odpovídající výživy zabezpečí mateřské mléko i ochranu před možnými infekcemi, např. cestovními průjmy. Imunitní systém matky reaguje na antigenní podněty z vnějšího prostředí a vytváří specifické složky imunitního systému, jež se dostávají z mateřského mléka do zažívacího traktu dítěte a stávají se součástí bariérových systémů.

V případě, že mateřské mléko po dovršení 1 roku dítěte není již součástí jeho stravy, a má-li být zachováno standardní množství mléka 0,5 l na den, je třeba zvážit, jakým způsobem saturovat potřebu mléčné dávky.

Zvláštní situace nastává tehdy, pakliže se rodiče rozhodnou s batoletem cestovat, což v současné době není nic neobvyklého. Neobvyklé však bohužel nebývají ani zdravotní komplikace vyplývající ze změny prostředí s ohledem na roční období. Zvláště rizikové jsou přesuny do subtropů ev. tropů v jarním či letním období.

Jaké mléko doporučit v případě, že se rodiče s dítětem starším než 1 rok chystají absolvovat letní dovolenou?

Nejběžnější situací je ta, kdy dítě netrpí žádným chronickým onemocněním, ani potravinovou alergií, a v kojeneckém období bylo kojeno anebo dostávalo počáteční či pokračovací mléko. Vzhledem k věku lze zvolit mléko určené pro děti od ukončeného 12. měsíce, tj. mléko batolecí. V době cestování bude ideální podání mléčného přípravku s probiotikem. Konkrétním reprezentantem batolecího mléka s probiotickou složkou je Junior mléko BIFIDUS dodávané na trh firmou Nestlé. Z probiotické flory jsou v něm zastoupeny kmeny *Bifidobacterium lactis* a *Streptococcus termophilus*.

### ■ Jaké jsou jeho výhody?

Přítomné bakterie osidlují zažívací trakt a znemožňují masivní pomnožení patogenní střevní flóry. Svoji přítomností stabilizují permeabilitu střevní stěny a brání adhezi patogenů na střevní epitel a prostupu toxinů do krevního řečiště. Zároveň produkují vitamíny skupiny B, podporují střevní peristaltiku a mimo jiné mají pozitivní vliv na reaktivitu imunitního systému dítěte. Kromě toho, že podání mléka s probiotikem snižuje pravděpo-

dobnost vzniku průjmového onemocnění, zkrátí trvání virových (rotavirových) průjmů. Své místo má probioticky obohacené mléko i po odeznění akutního průjmu. Přítomnost mikroflóry zkrátí dobu realimentace a uspíší úpravu stolic. V neposlední řadě usnadní trávení laktózy v období, kdy tolerance tohoto disacharidu může být přechodně snížena. Výhodné je podání mléka s probiotikem také po antibiotické terapii, kdy je žádoucí znovuosídlení GIT fyziologickými mikroorganizmy.

**Na závěr je dobré připomenout, že veškeré změny ve stravování malého dítěte, ať už jde o zavádění nových potravinových složek či odstavení od prsu a následné převedení na umělou mléčnou výživu, je záhodno provádět v domácím prostředí, aby byla zachována dostupnost odborné pomoci při vzniku jakýchkoli komplikací, a v dostatečném časovém předstihu před odjezdem na dovolenou tak, aby byla skutečně klidnou a příjemnou.**

*Literatura u autora*

## Mléčná výživa batolat z pohledu matky

MUDr. Kateřina Bajerová

Lékař, přiznejme si, často pohlíží na doporučené přípravky okem ryze odborným a nevnímá jiné méně proklamované, přesto pro uživatele významné vlastnosti, vztahující se k běžným stránkám života. Leckterá maminka si cení zejména praktických vlastností a odborně nedocenených kvalit. Jako matka tří malých dětí, již několik let více či méně úspěšně cestující v různých podmínkách, si dovlím několik takových aspektů vyčíslit.

### ■ 1. Balení.

Před cestou kamkoliv je nutné se nabalit. V případě vybavování batolete to obnáší spoustu věcí, které se postupně, tiše a posléze výhružně vrší tak dlouho, až zjistíte, že nashromážděné množství vaše bagáž prostě nepojme. I začnete nejdříve lamentovat a poté redukovat objemy. V této chvíli počítáte každý kus, kousek ba i kousíček prostoru, i tolik že mléka vaše robátko v době dovolené spotřebuje. Jak je to s Junior mlékem? Bale-

ní 450 g představuje cca 11 dávek po 250 ml mléka, takže při spotřebě 500 ml denně vystačí na 5 dní. Snadné počty. Tak do tašky vražte odpovídající počet „pixlí“. Pravím „pixlí“, neboť tento výraz připadá mi příléhavý pro kovovou nádobu s plastovým uzavíratelným víčkem.

### ■ 2. Cestování

Leckdo si možná neuvědomí, že mléka balená obvyklým způsobem při cestování s otevřeným balením nerada setrvávají uvnitř sáčku a krabice, nýbrž s chutí saharského písku se šíří po taškách, kabelách a jiném cestovním příslušenství. Na rozdíl od saharského písku nelze prášek mléčný snadno vysypat, neboť ulpívá, lepí se a patlá, kde může. Uzavíratelné víko zamezí takovým nepříjemnostem a prášek nádobu opouští pouze tehdy, je-li to svobodná vůle cestovatele. Kromě toho, že forma balení zamezí cestě prášku ven, snižuje i pravděpodobnost

vniknutí nežádoucích příměsí (písek, bakterie, hmyz) dovnitř balení.

### ■ 3. Příprava

Lapidárně řečeno: možná kdekoliv. V restauraci stačí místo čaje objednat pouze šálek teplé nebo i studené vody, tu odměřit do láhve podle požadovaného množství mléka, přidat odměrkou potřebné množství prášku, láhev uzavřít, protřepat a mléko podávat tak, jak je dítě zvyklé. K přípravě Junior BIFIDA totiž není nutná vroucí voda, naopak maximální teplota vody pro přípravu mléka je 45 °C. Prášek se však dobře rozpouští i při nižších teplotách.

Tak toto je stručné shrnutí mých praktických zkušeností s Junior mlékem BIFIDUS. Jde pouze o výčet drobných příjemností spojených s jeho užíváním, které mají svoji váhu v běžném životě.

*Literatura u autorky*

**Nestlé - Bifidus mléko**

# Nestandardní využití pokrmů dětské výživy

Tamara Starnovská a kol.

Nutriční terapeutky, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

To, že se ovocné přesnídávky používají ke konzumaci běžně i pro dospělou populaci asi nikoho nepřekvapí. Ostatní produkty určené pro dětskou výživu však mají také své výhody ve výživě jiných skupin populace.

Při stravování nemocných je třeba stále hledat další možnosti a varianty, protože nutná dietologická omezení, případně aktuální zdravotní stav pacienta vyžaduje individuální postupy a kombinace. Ty mnohdy nejsou řešitelné obvyklým způsobem. Kvalifikovaní nutriční terapeuti proto stále zkoušejí a hledají další možnosti výživy nemocných.

Velmi vhodnou skupinou výrobků k použití nejen ve zdravotnickém zařízení, ale často i v domácí péči, jsou výrobky určené pro stravování kojenců a batolat. První výhodou je zaručené použití kvalitních surovin bez konzervačních a barvicích činidel, další, ač na první pohled zdánlivou nevýhodou je to, že nejsou použita ochucovadla a koření. No a v neposlední řadě je výhodou snadná použitelnost a balení po malých porcích.

Relativně často je třeba poradit nemocným s přísnou formou diety jak postupovat ve stravování doma, přičemž je obvyklé, že tito nemocní nejsou natolik fyzicky schopní, aby si byli schopni nakupovat a připravovat stravu běžným způsobem. Jejich blízcí jsou omezení svými časovými možnostmi a stále častěji i schopnostmi (lépe řečeno neschopnostmi) při přípravě stravy. V mladších rodinách je obvyklé, že se stravování řeší formou polotovárů, fast food, instantních pokrmů, případně návštěvou restaurací. Klasické formy vaření jsou „velkou neznámou“ a úprava dietní stravy naprostým problémem. Jak pro pacienta, tak pro jeho blízké je tedy dokonalým řešením možnost využití pokrmů dětské stravy.

Ty dokážou řešit i situaci možnou, budoucí. Tedy variantu, kdy je nemocným člověkem například žena, která si v běžných domácích podmínkách vyhovující stravu umí připravit, ale potřebuje řešit situaci, kdy jede s přáteli na výlet, na dovolenou či podobně. Další výhodou těchto výrobků jsou dlouhé záruční lhůty, které umožňují uskladnění doma pro případ potřeby - například při zhoršení onemocnění či při viróze, chřipce a podobně, kdy není možnost nákupu a přípravy pokrmů z důvodu onemocnění.

Je samozřejmé, že dlouhodobá konzumace těchto výrobků bez jakéhokoliv dochucení je pro dospělého člověka jednotvárná a nevyhovující. Důležité proto je jednak vybrat druhy optimální pro daného pacienta (nejen vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu, ale i ve vazbě na chuťové

preferenci) a hlavně poskytnout návod na případnou malou úpravu těchto výrobků.

Pro nemocné s přísným dietním omezením (například po pankreatitidě, po akutních obtížích při onemocnění střev a podobně) je typické, že se obávají dalších potravin a pokrmů a nejsou-li si jisti, raději volí čaj, housku, případně ovocnou přesnídávku. Taková forma stravování je však velmi karetní vzhledem ke skladbě živin a dlouhodobě vede k vzniku malnutrice a malabsorbce se všemi závažnými důsledky.

Před propuštěním z nemocnice je proto třeba s těmito nemocnými v rámci edukačního pohovoru provést i rozbor jejich stravovacích možností po propuštění a dát jim vhodný návod.

Výhodné jsou jak různé kaše, tak zejména dětské pokrmy s masem. Výrobci na trhu dětské výživy stále rozšiřují nabídku masozeleninových pokrmů a přichází s inovacemi, které se dají velmi dobře využít i v tomto případě. Jako příklad je možné uvést novinku z řady masozeleninových příkrmů Sunárek, které obsahují dvojitou porci masa. V prvním přísném období domácí diety je možné použít výrobek tak jak je, pouze jej přisolit. Velmi oblíbenou variantou jsou však drobné úpravy těchto výrobků. Například zeleninové směsi s masem se po přisolení, případně podle možnosti diety i dalším dokořeněním (mletá sladká paprika, zelené natě) a rozmixování stanou „hitem studené kuchyně“ jako pomazánky (lze doplnit i vmícháním taveného sýra či žervé). Lze je využít i jako základ pro rychlou polévku, kterou opět můžete připravit ve variantě klasické či mixované, krémové (opět můžete doplnit sýrem). Podle druhu použitého pokrmu můžete doplnit polévkové nudle či brambory, rýži. Pokud máte rýži uvařenou, opět snadno můžete připravit rizoto či s těstovinami náryp, případně pouze po rozkrájení případných větších kousků masa a doplnění vejce a strouhanky připravíte jemný náryp. Iniciativě a nápadům se prostě meze nekladou. Vzhledem ke kvalitě těchto výrobků je dietní bezpečí zajištěno, přitom máte přehled i o nutričním složení. A to podstatné - díky tomu, že jde o výrobky hotové, nikoliv polotovary je doba přípravy minimální.

Nikdy však nesmíte zapomenout na dochucení, minimálně přisolením, protože jinak by výsledek byl pro dospělého příliš chuťově nevýrazný.

S využitím těchto výrobků lze tedy vytvořit kompletní menu včetně případného moučnicku (kde přijdou ke slovu shora zmíněné ovocné varianty přesnídávek).

## Světový objev brněnských vědců

Mohl by pomoci i při léčení

Alzheimerovy choroby

Světový objev po desetiletém výzkumu oznámil tým vědeckých pracovníků a studentů z Národního centra pro výzkum biomolekul na Přírodovědecké fakultě Masarykovy univerzity v Brně.

Brněnští vědci objevili dosud neznámé schopnosti jednoho z mnoha zkoumaných enzymů syntetizovat tzv. opticky aktivní alkoholy, látky potřebné k přípravě léčiv. Přítomnost zmíněného enzymu umožní nahradit složitou organickou syntézu potřebných látek v mnoha krocích jednoduchou reakcí a tím zlevnit a výrazně zrychlit výrobu takových léků, jaké se užívají například k léčbě Alzheimerovy choroby.

Objev vědeckého asistenta Zbyňka Prokopa byl na konci minulého roku díky finanční podpoře Masarykovy univerzity přihlášen k patentování na národní úrovni a nyní se pracovníci týmu snaží získat sponzora, který by poskytl prostředky nutné k přihlášení světového patentu.

Enzym dokáže neutralizovat yperit

„Šíře využití dehalogenázy - tak se enzym jmenuje - přesahuje hranice farmakologie. Má ještě další možnosti aplikace. Lze jej využívat například k odbourávání toxických látek ze životního prostředí. Ve spolupráci s Vojenským technickým ústavem ochrany jsme například zjistili, že tento enzym dokáže detoxikovat yperit. Další aplikace, kterou vyvíjíme ve spolupráci s univerzitou v Coloradu a nově i s partnery ze Španělska a Německa v rámci programů NATO, je využití enzymu k tzv. biosenzingu. Stručně řečeno, jde o jejich schopnost prokazovat přítomnost určitých substrátů v životním prostředí,“ vysvětlil šéf čtrnáctičlenné skupiny proteinového inženýrství docent Jiří Damborský.

Výzkumníci z Masarykovy univerzity doufají, že patentová přihláška jim pomůže získat zájem některé z velkých farmaceutických společností na dalším využití patentované metody k výrobě léků na Alzheimerovu chorobu. Jen tak je totiž možné financovat další výzkum chování zmíněného enzymu v poloprovozních a provozních množstvích. Možnosti financování hledají mladí vědeckí pracovníci, asistenti, doktorandi a studenti také v založení vlastní firmy v biotechnologickém inkubátoru Jihomoravského inovačního centra, které s nimi již zahájilo spolupráci.



**AVENT AGS sport**

# **A4 - Nutrilon 1**

## **A4 - Nutrilon 2**



## Aktuality OSPDL ČLS JEP

■ Na společném jednání zástupců čtyř organizací došlo ke konsensu v názoru na připravované curriculum rodinného lékaře. Následně byl tento níže uvedený a všemi účastníky podepsaný dopis rozeslán na následující instituce: MZ ČR k rukám ministryně zdravotnictví, ČLK k rukám prezidenta, IPVZ k rukám ředitele.

### **Věc: Společné stanovisko ke specializační přípravě v oboru rodinné lékařství**

Dne 29.3. 2005 se sešli níže podepsaní předsedové odborných a profesních společností praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost k posouzení připravené specializační přípravy v oboru rodinné lékařství. Po projednání se jednomyslně shodli, připravený materiál neakceptovat a nedoporučit. Mezi hlavní důvody patří praktická nereálnost dosažení současného standardu kvality LPP v primární péči zabezpečenou praktickým lékařem, praktickým lékařem pro děti a dorost a v preventivní gynekologické péči s gynekologem, při stanovené délce a struktuře specializační přípravy RL. Dalším argumentem je předpokládaná organizace specializační přípravy neumožňující v průběhu specializační přípravy nebo po jejím ukončení flexibilní přechody mezi obory PL, PLDD a RL podle potřeb praxe.

Navrhujeme, aby byla předložená specializační příprava RL přepracována ve spolupráci navrhovatele (IPVZ) a odborných a profesních společností tak, aby byly alespoň částečně naplněny cíle stanovené v preambuli uvedeného materiálu.

*Doc. MUDr. S. Býma  
předseda SVL ČLS JEP  
MUDr. H. Cabrnchová  
předseda OSPDL ČLS JEP  
MUDr. V. Šmatlák  
předseda SPL ČR  
MUDr. P. Neugebauer  
předseda SPLDD ČR*

■ MZ ČR schválilo curriculum oboru praktický lékař pro děti a dorost, aktuální podobá platného znění je umístěna na:  
[www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz).

### **Subkatedra praktického lékařství pro děti a dorost**

#### **■ 220101 Specializační kurz - Očkování v praxi PLDD**

Určeno pro praktické lékaře pro děti a dorost,

lékaře ve specializační přípravě v oboru.

**Program:** Základy používání očkovacích látek. Mechanismus účinku očkovacích látek. Legislativa. Očkovací schémata. Očkovací kalendář v ČR a ostatních státech. Očkování při cestách do zahraničí u dětí.

Vedoucí: *MUDr. H. Cabrnchová*

Místo konání: *Praha 4, Budějovická 15*

**Předpokládaná cena: 200,- Kč**  
**27.10.2005**

#### **■ 220102 Specializační kurz - Vedení lékařské praxe PLDD**

Určeno pro PLDD a lékaře ve specializační přípravě.

**Program:** Management soukromé praxe. Komunikace se zdravotními pojišťovnami. Legislativa, převody lékařských praxí. Vedení zdravotnické dokumentace. Internet.

Vedoucí: *MUDr. O. Roškotová*

Místo konání: *Praha 4, Budějovická 15*

**Předpokládaná cena: 200,- Kč**  
**22.9.2005**

#### **■ 220103 Specializační kurz - Používání antibiotik v praxi PLDD**

Určeno pro PLDD a lékaře ve specializační přípravě

**Program:** Doporučené postupy pro používání antibiotik. Dávkování antibiotik u dětí. Diagnostika bakteriálních infekcí.

Vedoucí: *MUDr. J. Marek*

Místo konání: *Praha 4, Budějovická 15*

**Předpokládaná cena: 200,- Kč**  
**24.11.2005**

#### **■ 220104 Kurz pro školitele PLDD**

Určeno pro školitele PLDD.

**Program:** Setkání školitelů s odborným programem.

Vedoucí:

*MUDr. H. Cabrnchová, MUDr. O. Roškotová*

Místo konání: *dle dohody se školitelem*

**Předpokládaná cena: 300,- Kč**

**Termín dle dohody se školitelem.**

#### **■ 220201 Kurz - Gynekologická problematika adolescentního věku, kontracepce v dospívání a její rizika**

Určeno pro dorostové lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost, praktické lékaře, pediatri, gynekology.

**Program:** Fyziologie pohlavního dozrávání u dívek. Specifické somatické a psychosoci-

ální problémy v reprodukční oblasti v dospívání. Kontracepce v dospívání a její rizika.

Vedoucí: *MUDr. P. Kabíček, CSc.*

Místo konání: *Praha 4, Budějovická 15*

**Předpokládaná cena: 400,- Kč**  
**23.9.2005**

#### **■ 220202 Kurz - Primární prevence abusu drog a dalšího rizikového chování v dospívání - v návaznosti na manuál prevence syndromu rizikového chování v adolescenci**

Určeno pro praktické lékaře pro děti a dorost, pediatri, praktické lékaře, dorostové lékaře, hygieniky.

**Program:** Prevence zneužívání drog. Prevence negativních psychosociálních jevů (v užším smyslu) a rizik časného sexuálního života. Zásady jednání s dospívajícím a jeho rodiči v těchto otázkách.

Vedoucí: *MUDr. P. Kabíček, CSc.*

Místo konání: *Praha 4, Budějovická 15*

**Předpokládaná cena: 400,- Kč**  
**2.12.2005**

#### **■ Setkání školitelů se uskuteční třetí víkend v měsíci září v Kutné Hoře, výbor**

OSPDL pověřil přípravou členy výboru pod vedením MUDr.O.Roškotové, v příštím čísle bude zveřejněna pozvánka, kterou dostanou všichni evidovaní školitelé.

■ V letošním roce proběhne 5 seminářů věnovaných problematice očkování v následujících termínech:

23.4.2005 České Budějovice hotel Gomel

14.5. 2005 Brno LF Komenského nám. 2

4.6. 2005 Praha Kongresové centrum, komorní sál

11.6. 2005 Liberec Grandhotel Zlatý lev, Gutenbergova 3

18.6. 2005 Olomouc, Právnická fakulta UP, 17.listopadu 948/6

Témata přednášek: Plánované zavedení hexavakcíny do očkovacího kalendáře, Kombi-nované vakcíny, Očkování proti varicele

*Pro VOX připravila  
MUDr. Hana Cabrnchová*



## Zajímavosti ze světa odborné literatury

Počet obézních v dospělém věku narůstá, ale i počet dětí a mládeže se zřetelnou až extrémní obezitou. Proto se lékařské kruhy zajímají o současné i pozdní důsledky tohoto, v podstatě onemocnění. Zajímají se nejen o centrální regulaci a psychologii obezity, genetiku obezity, ale i o cévní a metabolické komplikace. Je prezentována obezitou navozená rezistence k inzulínu jako důležitá příčina cévních a metabolických komplikací. Jsou popisovány dokonce i okamžité dynamické funkční změny pružnosti cév po tučném jídle! Proto byl sledován efekt obezity, rodu a etnika na hypertrofii a geometrii levé srdeční komory u dětí s hypertenzí.

Byla tak shromážděna data od 129 pacientů průměrného věku 13,6 let, která byla následně analyzována. Vyšetření prováděna dvourozměrnou echokardiografií. Masa levé komory byla kalkulována k tělesné váze. Geometrie levé komory následně klasifikována jako koncentrická, koncentrická remodelující, excentrická a normální. Pediatřičtí pacienti s ventrikulární hypertrofií levé srdeční komory mají v budoucnu větší riziko infarktů, cerebrovaskulárních příhod a srdečních selhání než pacienti bez hypertrofie. Ve skupině bylo 86 chlapců a dívek. Následně 55 pacientů dostávalo antihypertensiva a 74 pacientů bylo bez medikace. Sekundárních hypertenzí, většinou renálního původu, bylo 25. Několik hypertenzí vzniklo na základě autoimunitních onemocnění. Prevalence hypertrofie levé komory (HLK) zaznamenána v 15,5 % při užití kritérií pro dospívající a 41,1 % při užití kritérií pediatrických. Také podle užívaných kritérií se měnila geometrie LK, nejvíce 18 % dětí mělo koncentrickou remodelaci LK. Ale při užití pediatrických kritérií bylo nejvíce dětí (t.j. 22%) s excentrickou HLK. **Celkem tedy zaznamenáno, že 41 % dětí a adolescentů splňovalo pediatrická kritéria HLK a 16 % pak kritéria pro adolescenty. Byla potvrzena obesita jako vysoce rizikový faktor HLK.** Z hlediska etnika byly nalezeny největší nálezy u Hispánců. Je patrné, že hypertenze probíhající určitou dobu zanechává změny v oblasti LK již v dětském věku, ale tyto změny jsou ještě potencovány obezitou.

(Pediatrics, Vol. 113, č. 2, 2004, str. 328-332)

\*\*\*

Pediatři, psychologové i neurologové se již dlouhou dobou zabývají vlivem sledování televize na dětskou populaci.

Z nejruznějších průřezových studií prováděných v minulosti vzniká dojem, že příliš časně vysedávání dětí u televize přechází následně v konkrétní narušení denní pozornosti v dětském věku. **Jedná se především o expozici televizních pořadů dětem mezi prvním až třetím rokem, jehož pozdním projevem jsou poruchy pozornosti na začátku školní docházky** ve věku kolem 7 let. Průzkum byl prováděn ve velké skupině amerických dětí, celkem bylo sledováno 3500 dětí věkové skupiny 1-3 roku věku. Je všeobecně známo, že poruchy pozornosti a obtížně zvladatelná hyperaktivita je popisována přibližně

u 10 % amerických dětí. Chyběla však práce právě o vlivech prostředí v batolecím věku, speciálně vlivu příliš časného vysedávání dětí před televizní obrazovkou. Autoři upozorňují na strukturální a neurochemické rysy vyvíjejícího se mozku v kojenecko-batolecím období, rychlost vývoje i značnou plasticitu během tohoto období. V tomto období má vizuální a sluchová expozice nepochybně velký vliv. Televizní obraz také rychle mění představy, scénérie i události. Všeobecně je dnes již známo, že **sledování televize v jednotlivých obdobích dětského věku výrazně redukuje dobu, po kterou se děti věnují čtení, na které se nejsou schopni koncentrovat.** Všechny tyto studie ale opomíjely vliv televize na batolata. **V posledním desetiletí výrazně přibývá batolat, která jsou nejméně hodinu denně nucena pasivně sledovat televizní obrazovku.** Je nutné si uvědomit, že právě v tomto období probíhá kritická fáze vývoje synapsí v CNS. Porovnávali proto děti v batolecím věku, které vysedávaly před TV 2 hodiny denně a následně je pak srovnávali s dětmi, které před obrazovkou trávil jen kolem 2 hodin týdně. Na nejruznějších dotazníkových a dalších akcích pak porovnali tyto dvě skupiny ve věku 7 let a zjistili statisticky velmi významné poruchy koncentrace pozornosti u dětí, které vysedávaly před TV 2 hodiny denně. Samozřejmě také brali do úvahy sociální charakter rodin. Je při tom zdůrazňováno, **děti by měly být brány k TV jen na edukační pořady v pohádkové formě.** Pokud však děti dlouhodobě vysedávají před TV, pozitivní vliv edukačních pořadů se zcela smývá. Je nutné se přimluvit za radikální limitaci pobytů malých dětí před obrazovkou, zvláště pak upozornit na nevhodnost pobytu batolat před TV.

Nejenom příliš časně vysedávání u televize, ale jak uvádějí britští psychiatři (VOX č. 4/2003), ukazuje se, že obdobné problémy s technikou mají dospívající v Anglii. **Zde se jedná o posílání SMS zpráv, kdy u části dospívajících, posílajících denně 50 i více SMS, vzniká určitá posedlost.** Dospívající opakovaně kontrolují během dne, zda nepřišla další zpráva, které je mají ujistit o permanentním stávajícím začlenění ve skupině vrstevníků, což jim zpětně vytváří pocit posilování vlastního sebevědomí.

(Pediatrics, Vol. 113, č. 4, duben 2004, 708-712.)

\*\*\*

S medicínským pokrokem se dostávají do popředí vědeckého zájmu dříve méně sledované záležitosti, jako je vulvovaginitida.

Vulvovaginitida je velkým problémem u prepubertálních děvčat. Existuje několik predispozičních faktorů, kterými jsou špatná hygiena, sexuální abusus, iritace vagíny, cizí tělesa a paraziti. Pediatrická vulvovaginitida je komplex, který zahrnuje přítomnost leukocytů v exsudátu, infekce a následná terapeutická doporučení. Etiologicky je popsána flora od grampozitivní ke gramnegativní. Proto studie definují epidemiologickou a mikrobiologickou charakteristiku nemoci. Bylo zpracováno 13.000 vzorků pro

dg. vulvovaginitidy, z toho bylo 1300 vzorků děvčat do 14 let věku. 319 vzorků vykazovalo nález zánětlivých buněk v exsudátu. Z tohoto bylo vyčleněno 74 pacientek průměrného věku 5,8 roku při věkovém rozmezí od 2 do 11 let a střední doba prvé kontroly byl 7 den. **Jako rizikový faktor byly určeny předchozí respirační infekce!** U těchto 74 pacientek bylo izolováno 86 mikrogramů, Streptokokus pyogenes byl izolován u 47 děvčat a Haemophilus influenzae u 12 děvčat. Perorální léčba nasazena u 51 pacientek. Z toho amoxicilin u 22, amoxicilin-klavulanová kyselina u 16 a u zbylých 13 pacientek nasazena ostatní antibiotika. **Trvání léčby 9 dní.** Remise v 97 %. Je nutné podotknout, že ke kultivaci byly předloženy jen vzorky se zánětlivým obrazem v mikroskopu. Není pochyb, že je určitá souvislost mezi předchozími respiračními onemocněními a autoinokulací. U zdravých mladých dívek nebývá všeobecně Haemophilus influenzae izolován. Jen některé práce jej líčí jako původce, všeobecně se však považuje jeho nález při vulvovaginitidě jako sekundární. Také léčba musí být zvažována, zvláště když v zemích jihovýchodní Evropy i Blízkého východu narůstá rezistence na antibiotika.

(Eur. J. Pediatr. 2004, 163, 105-107.)

\*\*\*

Pokud se pediatři ve své praxi setkají s obrazem fulminantního jaterního selhání, musí v rámci diferenciální dg. brát do úvahy také leukémii, dále samozřejmě intoxikaci tabletami nebo toxiny. Musí také mít na paměti, že i při těžkém průběhu leukémie, zvláště s rychlým začátkem, nemusí být v periferním krevním obraze žádný nález. **Naopak pancytopenie, výrazná hepatosplenomegalie a v laboratoři vysoká laktátdehydrogenaza mohou upozornit na začátek leukémie.** Je uváděn příklad 4-letého děvčete, které zvracelo, mělo poruchy citlivosti a posléze i vědomí. Byla vyloučena intoxikace. Z objektivního nálezu dominující ikterus a hepatosplenomegalie. V laboratoři Hb 9g %, leukocyty pod 1000, trombocyty 29000, nenalezeny žádné blasty. Jaterní testy stejně jako bilirubin zvýšeny 15 x, 8x zvýšena LDH, amoniak 3x. Na sono jater nalezena četná hypoechogenní ložiska. INR zvýšen 2x. Screening hepatitid v normě. Z kostní dřeně určena dg. ALL typ 3. Zahájena včasná hemofiltrace a prevence tumor lysis syndromu. Následovala rehydratace a podání rasburicasy a vincristinu spolu s podáním prednisolonu. Den po úpravě koagulopatie následovala první dávka intratékální terapie. Dítě bylo po celou dobu prvních 7 dnů hospitalizace intubováno, extubace provedena 7 den. Objektivní nález se výrazně zlepšil, je patrný výrazný ústup hepatosplenomegalie. Další chemoterapie pokračovala podle protokolu, po roce je dítě v remisi s normálními jaterními testy.

(Eur. J. Pediatr. 2004, 163, 628-629.)

Zpracoval: MUDr. J. Liška  
ve spolupráci s firmou MUCOS



## Aktuality

### Ke stabilizaci zdravotnictví je třeba 18 opatření

Je mezi nimi mj. šetření s léky, více peněz od státu a zdravotní knížky

Zdravotní tripartita se v pondělí shodla na 18 konkrétních opatřeních, která mají přispět k finanční stabilizaci resortu. Jsou mezi nimi např. zdravotní knížky, ale i šetření s léčivy a více peněz od státu za své pojištěnce, což je 5,6 miliónu obyvatel.

„Materiál jsme vzali na vědomí a doporučili ho plénu tripartity,“ řekl Právu Jiří Schlanger, předseda Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče. „Pouze jsme nesouhlasili s bodem, který by omezoval svrchovanost zdravotních pojišťoven.“ A co se pacientů nejvíce dotkne? „Největší úspory by měly být v léčivech,“ prohlásil náměstek ministryně zdravotnictví Petr Sláma. Navrhuje se například tzv. degresivní obchodní přírůžka na léčiva a zdravotnické prostředky. Znamená to, že distributoři a lékárny by si mohli dát jen malou marži na drahé léky a naopak vyšší marži na lacinější léky. Nyní je u všech léků stejná. Zároveň se navrhuje tzv. racionální farmakoterapie, což znamená, že odborníci by vydali pro určité diagnózy doporučené postupy včetně léků a tyto postupy by vycházely z nejnovějších poznatků vědy.

Ročně by se tak mohly ušetřit jen v tomto bodě zhruba tři miliardy korun.

Zdravotní knížky

Od podzimu mají být zavedeny papírové zdravotní knížky pro seniory. Tedy lidé nad 60 let. Budou dobrovolné. Lékaři by pak do nich zapisovali všechny léky, které pacient bere. Ministerstvo si od toho slibuje, že se sníží počet léků, které pacienti denně užívají, protože někteří jich berou až 15 za den, a to je zdraví nebezpečné.

Přibližně dvě miliardy korun by měly do zdravotního pojištění plynout z pravidelné valorizace úhrad státu za své pojištěnce. Těmi jsou hlavně děti a důchodci, což činí přibližně 5,6 miliónu korun. Dříve byl podíl financí ve zdravotním pojištění za tyto pojištěnce 29% a nyní klesl na 21%.

Více údajů od nemocnic

Jedním z dalších opatření je, že nemocnice budou zveřejňovat údaje o hospodaření, aby se tak v praxi daly srovnávat částky, za které léčí stejnou diagnózu. Navrhuje se rovněž zbavit mlčenlivosti členy dozorčích a správních rad zdravotních pojišťoven.

„Nejde o obchodní tajemství ani o soukromý sektor, kde by snad bylo odůvodnění pro mlčenlivost. Ve veřejném sektoru, kterým zdravotnictví je, je zapotřebí, aby členové orgánů i pojišťoven byli mlčenlivosti zbaveni,“ řekla již dříve Právu ministryně zdravotnictví Milada Emmerová.

Jsou proti koncepci

Odbory vyjádřily nesouhlas s koncepcí zdravotnictví, která v současné době je na vládě, kam ji předložila ministryně Emmerová.

Chťejí připravit do čtvrtka vlastní materiál s principy reformy zdravotnictví, jejichž součástí by se pak mohlo stát 18 stabilizačních opatření. Není však ale jisté, zda ministryně na tento přístup odborů a zaměstnavatelů přistoupí. Pokud ano, tak by to znamenalo, že koncepce, která je na vládě, by byla smetena ze stolu a nahrazena zcela jiným dokumentem. Schlanger si myslí, že je to reálné a to dokonce tak, aby vláda jejich představu projednala do června. Pak by se dala opatření zavést již od ledna příštího roku.

Vláda ale má koncepci Emmerové projednávat již koncem dubna a 18 stabilizačních opatření má být přílohou koncepce. Dnes tedy nelze říci, zda a co vlastně vláda bude v nejbližších dnech projednávat.

### Náklady na léky raketově rostou

Zdravotní pojišťovny chtějí o medikamentech víc rozhodovat

Náklady na léky na recept raketově rostou a tvoří už třetinu všech nákladů zdravotních pojišťoven.

Po lůžkové péči, která je nejdražší, je to druhá nejvyšší položka, kterou hradí za léčení. Přitom zdaleka ne všechny léky se využívají a mnohé skončí v popelnících. Pojišťovny proto chtějí spolurozhodovat o tom, kolik vydají na léky, jaké přípravky budou mít pacienti plně hrazené z pojištění a na které si připlatí.

„Jen v loňském roce stouply náklady na recept u naší pojišťovny o 11 % proti roku 2003,“ sdělil novinářům ve čtvrtek docent Karel Němeček, ředitel lékové politiky Všeobecné zdravotní pojišťovny.

Všechny pojišťovny včera kritizovaly ministerstvo zdravotnictví za zrušení tzv. kategorizační komise, která stanovuje, jak velká bude úhrada zdravotních pojišťoven za účinnou látku v léku. Ministryně zdravotnictví tuto komisi před časem zrušila, nyní se vybírají kandidáti do komise nové. Pojišťovny, které až dosud měly v jedenáctičlenné komisi dva své zástupce, jich chtějí třetinu.

Pojišťovny se domnívají, že k tomu, aby se nárůst léků na recept zastavil nebo snížil, komise musí mít jasné zadání a ministerstvo by mělo definovat rozsah hrazené péče ze zdravotního pojištění. Pojišťovny se přimlouvají za zavedení například poplatku za recept.

### K roztržce ministryně se stomatology

Se zájmem jsem si přečetl celou řadu příspěvků kritizujících morálku dnešních stomatologů. Chci podotknout, že nejsem lékař a ani nepracuji ve zdravotnictví. Jsem jen konzument zdravotní péče. Musím ale přiznat, že moje manželka je zubařka na venkovském obvodě. Tím zdůvodňuji částečně svůj zájem o zdravotní tematiku.

A teď k věci. Lékaři si nezaslouží žádné zvláštní ohledy! Jestliže jsou tak hloupí a nedokážou se domluvit sami mezi sebou, a to prosím bez ohledu na specializaci, nedokážou prosadit svoje požadavky, tak ať si nestěžují. Jaképak řeči o lékařské přísaze, o braní pacientů za rukojmí apod. Žádná přísaha neříká, že lékař musí zdechnout hladem pro blaho svého pacienta, že mu musí být k dispozici ve dne i v noci. Srovnajte platy soudců, advokátů, daňových poradců s platy a podmínkami práce lékařů, ale hlavně nezapomeňte na míru zodpovědnosti, kterou nesete.

Vzpomeňte si na svoje peníze, které vám dluží zkrachovalé pojišťovny a které už asi nikdy nevidíte, přesto že jste zaplatili právníkům za vypracování žalob! Už jenom poznámku. Paní ministryně Emmerová zřejmě asi neví, co to je 100 000 Kč hrubého. Pravděpodobně si plete fakturaci a hrubý příjem. A že není pokladenský systém? Vezměte si 14 dní dovolenou všichni najednou, ponechte jenom pohotovost a uvidíte, jak rychle bude i pokladenský systém. Má to ale jeden háček. Museli byste se domluvit.

Jaroslav Skalička

### Žloutenka typu C může i zabít

Nemoc často probíhá bez příznaků. Pacientovi však hrozí cirhóza či rakovina jater.

Když sexbomba Pamela Andersonová prohlásila, že umírá a možná jí zbývá už jen pět let života, hodně lidí se usmívalo. Brali to jako další snahu hvězdy, kterou proslavily seriál Pobřežní hlídka a silikonová ňadra, jak na sebe upozornit.

Ukázalo se, že je to jinak. Herečka se před léty infikovala žloutenkou typu C. Postupující choroba ji přes péči lékařů značně poškodila játra. Hrozí jí cirhóza, tedy smrtelné tvrdnutí jater.

Nakazila se od svého bývalého manžela, rockera Tommyho Lee. Kupodivu nikoliv při sexu, jak by u hvězdičky s jejím image lidé čekali, ale při tetování. Nedala si pozor a nechala se tetovat stejnou jehlou jako on. Infikování jehlou je přitom nejčastějším způsobem, jak se touto nebezpečnou nemocí nakazit.



K přenosu obvykle dochází mezi narkomany, kteří používají stejnou jehlu. Možným způsobem nákazy je rovněž nechráněný sexuální styk. Méně běžná je nákaza:

- při tetování nebo akupunktury,
- prostřednictvím zubního kartáčku,
- hřebem, případně žiletkou.

K infikování prostřednictvím krevní transfuze už dnes prakticky nedochází, protože odebraná krev se testuje.

#### Zežloutne jen čtvrtina nakažených

Žloutenek, tedy hepatitid, existuje více druhů, nejdůležitější jsou: A, B, C, D, a E. Jsou vlastně zánětem jater vyvolaným virovou nákazou. Žloutenka typu C je asi nejhorší.

Často probíhá bez nějakých zjevných příznaků. Lidé se obvykle cítí jenom unavení, rozlámaní a bez nálady. Jako u řady jiných viróz. Na počátku onemocnění zhruba čtvrtině nakažených zežloutne kůže. Dalšími počátečními příznaky může být přechodná ztráta chuti k jídlu, poruchy spánku, svědění kůže nebo trávicí obtíže. Ty se mohou objevit, ale nemusí.

Záludnost této žloutenky spočívá právě v tom, že, na rozdíl od hepatitid typu A a B, může dlouho probíhat bez výraznějších projevů. Většina lidí vůbec neví, že se infikovala.

Tento typ hepatitidy přechází u 70 až 80 % pacientů do nebezpečného chronického stádia. Z něj se u víc jak poloviny může vyvinout aktivní zánět jater a u 5 až 20 % jaterní cirhóza. U pětiny nakažených ale infekce časem zmizí. Léčení žloutenky typu C bývá efektivní jen v počátečních stádiích, dokud nedojde k nevratnému poškození jater. To neohroží pouze cirhózou a následnou transplantací, ale i rakovinou.

#### Rekordní Japonsko

V Japonsku, které je první na světě pokud jde o rakovinu jater, prodělalo 90% nemocných v minulosti žloutenku typu C nebo B. Také cirhózu, kterou většina lidí považuje za nemoc alkoholiků, mnohem častěji vyvolává právě hepatitida typu C.

Proto letos v březnu začali bít lékaři a hygienici v severních Čechách na poplach. Hepatologové u nás ročně diagnostikují žloutenku typu C u 600-800 lidí. Letos, jen za necelé tři měsíce, zachytili v severních Čechách téměř sedm set nakažených. Důvod je prostý. Jsou tu nejlevnější drogy a stahuje se sem spousta narkomanů, kteří se pak nakazí infikovanou jehlou.

#### Účinnější interferony

Proti hepatitidám typu A a B existuje očkování. Na žloutenku typu C nic takového není. Dlouho na ni nebyly ani léky. „V současné době se používá antivirotikum ribavirin v kombinaci s interferony,“ říká docent MUDr. Petr Urbánek, hepatolog ze 4. interní kliniky VFN v Praze.

„Bývá však důležité zachytit nemoc včas. Čím později ji odborníci zachytí, tím víc se viry rozšíří do těla a tím obtížnější bývá ji léčit.“ Je proto dobré konzultovat se svým lékařem, jestli jste se nemohli infikovat viry žloutenky, pokud vás trápí dlouhotrvající únava nebo další zmíněné příznaky. S jistotou to prokáží jaterní testy a některá další vyšetření krve. Obvykle však k diagnostikování nemoci dochází náhodou, v rámci jiného vyšetření.

„Úspěšnost léčby ovlivňuje i věk,“ vysvětluje docent Urbánek. „U mladších lidí, kteří bývají zdravější a lépe tolerují vyšší dávky nasazených léků, je obvykle efektivnější. Účinnost kombinované léčby, zejména s moderním typem interferonů, se pohybuje kolem 60 až 65 procent. Dřív dosahovala zhruba 35 procent.“

#### Trumfla i AIDS

Způsob, jakým se hepatitida typu C přenáší (infikování krví a tělesnými tekutinami) připomíná smrtelný virus HIV. Zatímco ten budí hrůzu, o žloutence typu C se to říct nedá. Doktor Everett Koop, americký odborník na infekční choroby, přitom označil tento druh hepatitidy za mnohem větší nebezpečí, nežli představuje právě virus HIV. Hepatolog doc. MUDr. Petr Urbánek z Prahy s ním souhlasí. „Virem HIV se zatím infikovalo asi 40-50 milionů lidí,“ říká. „U žloutenky typu C mluví odhady o 180-200 miliónech nakažených.“

#### Bazplatné konzultace

Pokud se o žloutenkách typu A, B, C, D, a E chcete dozvědět víc, můžete navštívit internetové stránky: [www.vseozloutence.cz](http://www.vseozloutence.cz) Na adrese [www.domuvezd-ravi.cz](http://www.domuvezd-ravi.cz) vám zase vysvětlí, jak se vyhnout hepatitidám na cestách do zahraničí. A na adrese [www.ockovani.com](http://www.ockovani.com) se dočtete víc o preventivní vakcinaci proti různým typům žloutenek.

Pokud se chcete zeptat odborníka na něco, co se týká přímo hepatitidy typu C a její léčby, můžete zavolat na bezplatnou telefonní linku: 800 331 122. Od pondělí do pátku mezi 8.00 až 16.00 hod.

### **Genetické tajemství žen je podhaleno**

Odborníkům se podařilo zjistit, že aktivní geny z jednoho chromozomu patrně určují rozdíly mezi jednotlivými ženami

Vědci přečetli chromozom X - část dědičné informace určující ženské pohlaví. Odhalili geny hroznící vážnými chorobami i geny, které zřejmě pomohly člověku na výsluní evoluce.

Někdy se muži a ženy chovají tak odlišně, jako kdyby ani nepatřili k jednomu biologickému druhu. Pokud jde o dědičnou informaci, vědci nevěřili, že by obě pohlaví dělila hluboká propast.

Lidská DNA tvořená třemi miliardami písmen dědičného kódu se dělí na 46 porcí zvaných chromozomy. Vývoj pohlaví má u zárodků všech savců včetně člověka na starost dvojice „porcí“ označovaná jako chromozom X a Y. Ženy nesou ve všech svých buňkách dvojici „ženských“ chromozomů X. Muži jsou vybaveni jedním chromozomem X doplněným o „mužský“ chromozom Y.

#### Ženský chromozom - sídlo dědičných chorob

Ve jménech obou chromozomů se odrážejí rozpaky, které vědci po staletí pociťovali při hloubání nad záhadami určení pohlaví.

Mužský a ženský chromozom dlouho představovaly „velkou neznámou“. Ujal se klíčové role při určování pohlaví předků dnešních savců jako naprosto rovnocenná dvojice už před 300 miliony roků. Následně prošly dramatickou přestavbou. Mužský chromozom Y o většinu své dědičné informace přišel. S 50 miliony písmen genetického kódu a zhruba stovkou genů patří mezi lidskými chromozomy k trpaslíkům.

Ženský chromozom X naopak představuje „ostrov genetické stability“. Od dob, kdy se na Zemi objevili první savci, se změnil jen málo. Udržel si 160 milionů písmen genetického kódu a podle posledního „sčítání“ hostí 1098 genů.

Mužský chromozom byl zevrubně prozkoumán v roce 2003. První detailní pohled do nitra „ženského“ chromozomu X nabídl tým britských a německých vědců vedený Markem Rossem z britského Wellcome Trust Sanger Institute na stránkách prestižního přírodovědného časopisu Nature až v polovině března letošního roku.

Genetické „kutání“ v chromozomu X vyneslo na denní světlo čtyři stovky dosud neznámých lidských genů. Zároveň tu vědci odhalili stovku genů, které se po vymknutí z kontroly významnou měrou podílejí na vzniku zhoubných nádorů. Nejsou to jediné choroby, které mají na chromozomu X „trvalé bydliště“. Lékaři znají přinejmenším tři sta dědičných chorob, za jejichž vznikem se skrývá poškození genů sídlících na chromozomu X.

„Tyto choroby se obvykle projevují u mužů, protože ti nemají geny na druhém chromozomu X, které by výpadek způsobený dědičnou poruchou kompenzovaly,“ říká Mark Ross.

Příkladem onemocnění děděných na chromozomu X je chorobná krvácivost, některé typy svalových dystrofií, mentálních retardací a zřejmě i autismus. Vědci věří, že v „přečteném“ chromozomu X najdou geny podílející se na dalších chorobách. Jejich odhalení otevře cestu nejen k léčbě či prevenci dědičných onemocnění, ale snad i k očkovacím látkám proti rakovině.

#### Proč je každá žena jiná?

Ačkoli se chromozom X vyskytuje v dědičné informaci u samičího pohlaví v „tandemu“, zástupkyně „slabšího pohlaví“ si této skutečnosti moc neužijí. Už během velmi časného vývoje se v každé buňce zárodku uloží jeden z dvojice Xchromozomů k spánku. Ortel padá na chromozom zcela náhodně. V některých buňkách usne jeden chromozom, v ostatních se k spánku odebere je-



ho protějšek. Každý z chromozomů může nést jinou variantu téhož genu. Buňky v těle samice se pak mohou chovat různě v závislosti na tom, který chromozom X v nich spí či naopak bdí.

Názorným příkladem jsou tříbarevné kočky. Gen pro zbarvení skvrn na kožichu se nachází na chromozomu X a vyskytuje se ve dvou formách - černé a zrzavé. Buňky, které uspaly chromozom s „černým“ genem, se v kůži kočky prozradí rezavou barvou srsti.

A naopak, buňky, kde se chromozom s „černým“ genem udržel v bdělém stavu, zajistí srsti černé zbarvení. Kocour s jediným chromozomem X nemá na vybranou. V závislosti na genu, který jeho chromozom X nese, může mít skvrny buď jen černé nebo jen ryšavé.

Američtí genetici Laura Carrellová z Pennsylvania State University a Huntington Willard z Duke University zjistili, že ženský chromozom X upadá do notně neklidného spánku. Plná čtvrtina genů zůstává na uspaném chromozomu vzhůru. Pracují díky tomu na ženském chromozomu spojeným úsilím ve dvojicích. To může stát v pozadí některých rozdílů mezi pohlavími, protože muži mají jen jeden chromozom X a geny ženského chromozomu jsou v jejich těle odsouzeny do role „samotářů“.

Nespavé geny z chromozomu mohou stát i v pozadí rozdílů mezi jednotlivými ženami. Dvě třetiny „nespavých“ genů najdeme „vzhůru“ u všech žen. Rejstřík zbývající třetiny bdělých genů na spícím chromozomu X se u jednotlivých žen liší. Geny, které u některých žen pracují v tandemu, jsou u jiných žen odsouzeny k práci „o samotě“ a naopak.

Jednotlivé ženy se liší dokonce i mírou probuzení genů na „uspaném“ chromozomu. Jeden a tentýž gen může u jedné ženy z 90 procent spát a u jiné být naopak ze 75 procent vzhůru.

O tom, jak se tyto rozdíly projevují v běžném životě, nemají vědci zatím nejménší tušení. Mnozí genetici jsou však přesvědčeni, že právě tady musíme hledat příčiny, proč mají ženy sklon k některým onemocněním.

Genetici znají 221 genů, jejichž poškození dokáže vážně narušit lidský intelekt. Asi desetina těchto genů má domovskou adresu na chromozomu X. To je překvapivě hodně, když vezmeme v úvahu, že ženský chromozom nese jen pětadvacetinu všech lidských genů. Zdá se, že se genům „pro chytrost“ na chromozomu X obzvláště líbí.

Huntington Willard je přesvědčen, že je to dědictví z počátků lidstva. Každá nová výhodná varianta genů má šanci přesvědčivě zazářit právě na X chromozomu. Projeví se plně u všech mužů, kteří ji s chromozomem X zdědí.

Vzhledem k tomu, že jsou vybaveni jen jedním X chromozomem, nehrozí mužům, že by druhá - tedy „horší“ - verze genu účinek genetické novinky nějak maskovala. Muž vybavený výhodnou variantou genu na ženském chromozomu se proto dostával do výhody, plodil více potomků a genetickou inovaci rychle šířil na další generace.

Z hlediska evoluce moderního člověka druhu Homo sapiens byly klíčové především ty geny, které předurčovaly člověka k vyšší inteligenci a dovolovaly mu účinnější spolupráci. „Pokud byla inteligence základním předpokladem našeho evolučního úspěchu, pak je zcela zákonité, že se geny pro tuto vlastnost vyvíjely právě na chromozomu X,“ říká Willard.

Podle německého genetika Horsta Hameistera z university v Ulmu se rozvoj lidské inteligence výrazně urychlil také tím, že se u žen vyvinula dědičná schopnost odhadnout inteligenci nápadníků a vybrat si toho nejchytřejšího. Vlastní inteligence a schopnost najít si inteligentního partnera se vyvíjely a dědily ruku v ruce. Inteligence byla nejen výhodná, ale zároveň i vysoce žádaná.

„Na chromozom X jsme se vždycky dívali jako na něco nudného,“ říká australská genetička Jenny Gravesová z Australian National University v Canbeře. „Teď je nám všem jasné, jak hluboce jsme se v něm mýlili.“

### Lékaři chtějí zdravotní ochranu hranic

Při žádostech o dlouhodobější pobyt by měli cizinci doložit „bezinfekčnost“  
Je třeba zabránit zavlečení tuberkulózy a dalších nebezpečných nakažlivých

chorob do Česka, tvrdí odborníci. Žádají vládu, aby zavedla zdravotní omezení pro cizince.

Každý cizinec, který se hodlá v Česku usadit na dobu delší než 90 dní, by měl prokázat, že netrpí žádnou infekční chorobou. Bez patřičného potvrzení od lékaře mu ambasáda neudělí vízum, případně nedostane povolení k pobytu.

Nové pravidlo pro udělování dlouhodobějších pobytů v zemi žádají zavést lékaři, kteří se zabývají léčbou tuberkulózy. Mělo by být zaměřeno především na občany ze zemí mimo Evropskou unii, hlavně z východní Evropy a Asie.

Odborníci při prosazování změny v zákoně o pobytu cizinců argumentují statistickými údaji. Ty přesvědčivě dokazují, že v této oblasti překračuje míra nemocnosti TBC mnohonásobně české i evropské průměry. Také procento objevených případů tuberkulózy u skupiny azytantů v Česku výrazně překračuje úroveň zjištěnou v běžné populaci. Z loňských více než 1000 nově zjištěných případů TBC tvořili cizinci převážně z Ukrajiny, Gruzie a Vietnamu zhruba 14 procent.

„Nežádáme nic, co by bylo v západní Evropě a v zámoří neobvyklé. Sami tato potvrzení pro české občany běžně vydáváme,“ tvrdí Pavla Nykodýmová z České pneumologické a ftizeologické společnosti. Tím, že bude tato povinnost přenesena na cizince ještě před vstupem na naše území, nebudou vyšetření českou stranu ani nic stát. Vyšetření by se neměla týkat jen TBC, ale i dalších nebezpečných infekčních chorob.

„Žádali jsme ministerstvo zdravotnictví, aby tento požadavek zakotvilo do cizineckého zákona, který se novelizoval. Ale nesetkali jsme se s pochopením,“ říká předseda odborné společnosti Stanislav Kos. „Situaci jsme sondovali i na ministerstvu vnitra a tam proti tomu nic nenamítali,“ konstatuje Kos.

Podle hlavního hygienika ČR a náměstka ministryně zdravotnictví Michaela Víta ale úřad proti požadavku odborníků námitky nemá. „Uvedený návrh je věcně správný. Jen je třeba upřesnit některé dosud nevyjasněné technické možnosti jeho zapracování do zákona,“ tvrdí Vít. Jako příklad uvádí potřebu zavést jednotnou formu požadované lékařské zprávy či vymezení jazyků, v kterých by ji české úřady přijímaly. O změnu zákona se podle Víta ministerstvo pokusí při nejbližší novelizaci zákona.

### Zodpovědnost, mozek a zákony

Světový tisk přinesl nedávno zprávy o výsledcích výzkumu mozku, které naznačují, že biologické zrání tohoto orgánu je u člověka završeno až okolo pětadvaceti let věku. To by samo o sobě nebylo nic zvláštního, kdyby se v důsledku těchto zjištění neobjevily pozoruhodné souvislosti s celospolečenským dopadem.

Skupina badatelů okolo dětského psychiatra Jay Giedda z Národního ústavu duševního zdraví (NIMH) ve Spojených státech ukázala s využitím zobrazovacích metod, že dětský mozek je na jedné straně neuvěřitelně přizpůsobivý nárokům okolí, do kterého jedinec vrůstá, ale na druhé straně zůstává velmi dlouho nezralý, zejména v oblastech, které zodpovídají za „nejvyšší“ mentální funkce, tedy ty, které odlišují člověka od ostatních živočichů.

Zrání se myslí plnohodnotný rozvoj, propojení a výživa sítě nervových buněk a jejich výběžků.

To první znamená, že ve vývoji člověka se již záhy objeví období téměř zázračné schopnosti naučit se pohybu (např. chůzi), o něco později jazyku a různým komplikovaným činnostem (hře na hudební nástroj).

To druhé však znamená, že tyto mimořádné schopnosti a zdatnosti dospívající mládeže, ke kterým patří postřeh, rychlost, síla, pružnost, rychlé zpracování informací, prostorový odhad aj., nejsou provázeny dostatečnou schopností korekce, vyhodnocení následků svého chování, uvážlivosti a zkrátka všeho, co bychom mohli nazvat útlumem rizikového chování. Tento defekt souvisí nejenom s nedostatkem zkušenosti, ale také s faktem, že jako poslední v mozku dozrává poměrně malá postranní část čelního mozku (dorsolaterální prefrontální kůry), která má v tzv. výkonných (exekutivních) funkcích právě toto vyhodnocování na starosti. U chlapců je v tomto smyslu mozek plně funkční zhruba ve dvaceti pěti letech, u děvčat asi o dva roky dříve.





Jedním z důsledků nerovnoměrného dozrávání lidského mozku je to, že psychomotorická zdatnost a energie, která u dospívajících není provázena dostatečným útlumem rizikového chování, má v běžném životě katastrofické důsledky. Americké statistiky ukazují, že u postpubertálních jedinců je oproti dospělým čtyřikrát „vyšší riziko, že se stanou účastníky autonehody, a třikrát vyšší riziko, že při ní zahynou. Vyšší výskyt rizikového chování se týká i jiných oblastí včetně sportu, hazardu a konzumace alkoholu a drog. Nezralost mozku má tedy za následek zbytečnou úmrtnost mladistvých. Navíc se ukázalo, že rizikovost chování skokem narůstá za přítomnosti vrstevníků. Pravděpodobnost autonehody vzroste dvakrát, jsou-li ve voze přítomni další dva kamarádi, čtyřikrát, je-li jich tam víc.

Odborníci včetně právníků se domnívají, že mortalita mladistvých je z velké části preventabilní, tj. dalo by se jí předejít, například změnou předpisů. Mohla by se řečně zvýšit věková hranice pro získání řidičského průkazu, mladiství by nesměli řídit v přítomnosti dalších vrstevníků bez dozoru apod. Legislativní dopad neurovědního výzkumu zahrnuje i trestní odpovědnost, způsobilost k velkým finančním transakcím a další oblasti. Paradoxní přitom je, že fyzicky a sexuálně se hranice dospívání za poslední století posunula směrem k mladšímu věku, zatímco plně osobnostní dozrávání trvá buď stejně dlouho, nebo se dokonce posunulo opačným směrem.

#### Ne sociálnímu inženýrství

Proti ukvapené aplikaci výsledků výzkumu mozku do legislativy však mluví několik skutečností. Všechny uvedené okolnosti jsou odborníkům víceméně známy již dlouho, protože stadia osobnostního zrání byla mapována psychologicky. Navíc není zcela prokázáno, že souvislost zrání určité vymezené oblasti mozku s výskytem nějakého chování je opravdu kauzální (příčinná).

Celospolečensky uznávané věkové hranice zodpovědnosti nejsou důsledkem nějakého lékařského rozhodnutí, ale všeobecného konsenzu, který má kromě biologických i své historické, kulturní, náboženské, ekonomické a právní aspekty. Jejich rozdíl je důležitý a je nápadný i mezi průmyslovými zeměmi: statistiky dopravních nehod například nelze jednoduše přenášet přes Atlantik, už proto, že v USA je leckde povoleno řídit auto již od 16 let nebo i dříve, což je dáno odlišným životním stylem. Na druhou stranu by tamní legislativní vývoj v této oblasti mohl být pro Evropu varováním, aby ho nenásledovala se všemi extrémami.

Lze tedy shrnout, že ačkoliv nejnovější výsledky výzkumu mozku určitě stojí za zamyšlení, neměly by se stát důvodem k sociálněinženýrským autoritářským zásahům do oblastí, které se dlouhodobě utvářejí v historickém a společenském kontextu a odrážejí mnohdy protichůdné potřeby a zájmy.

„Americké statistiky ukazují, že u postpubertálních jedinců je oproti dospělým čtyřikrát vyšší riziko, že se stanou účastníky autonehody, a třikrát vyšší riziko, že při ní zahynou. Nezralost mozku má tedy za následek zbytečnou úmrtnost mladistvých.

### **Jak s volně prodejnými léky**

#### Polemika

Jedním z navrhovaných opatření, jak zlepšit financování zdravotnictví, je zrušit úhradu ze zdravotního pojištění volně prodejných léků, které jsou zároveň na lékařský předpis. Na první pohled se zdá logické, že tím naše zdravotnictví ušetří, neboť pacienti pro ně nebudou chodit k lékařům, ale do lékárny. Ale bude tomu tak doopravdy?

Již v 80. letech v řadě vyspělých zemí bylo navrhováno vyřadit z úhrady ze zdravotního pojištění volně prodejná léčiva. Tento zásah dostal dokonce i jméno - „OTC switch“ a očekávaly se od něj značné úspory. Země, které tento návrh realizovaly, však zjistily, že náklady na léky paradoxně vzrostly. Proč k tomu došlo?

Lékaři, kteří nechtěli přijít o své pacienty, vycházeli vstříc jejich přáním předepsat na jejich chorobu hrazený lék. Lékař pacientovi totiž nefekne: „Máš chřipku, běž si do lékárny koupit acylpyrin.“

Když byla v Portugalsku nebo Irsku zrušena úhrada na levné léky typu acylpy-

rin a paralen (který obsahuje paracetamol), začali lékaři na snížení horečky u banálních nachlazení předepisovat dražší léky, které na horečku a bolesti zabírají.

A je třeba upozornit, že volně prodejné léky jsou mnohem levnější než léky vázané na předpis: v 15 vybraných zemích EU stojí jedna dávka volně prodejného léku 0,239 eura, kdežto léku vázaného na předpis 1,775 eura.

K podobnému scénáři by jistě mohlo dojít i v Česku. U nás stojí jedna dávka volně prodejného léku 7krát více než léku vázaného na recept a lékaři se též snaží vyhovět pacientům podobně jako v jiných vyspělých zemích. Takže by se mohlo stát, že po zrušení úhrad levných volně prodejných léků by pacient nedostával na bolesti kloubů paracetamol (cena jedné tablety 0,823 Kč), ale dražší tramadol (2,61 Kč), diklofenak (1,80 Kč) nebo valdekokib (dokonce 49,69 Kč za jednu tabletu).

Podobné paradoxy lze předpovědět při léčbě nachlazení a dalších běžných banálních nemocí. Kvalita péče by se tímto nezvýšila, utratili bychom více peněz za stejnou službu, což lze považovat za poněkud nešťastné.

Z výše uvedeného vyplývá, že spoluúčast pacientů a především zlepšení jejich motivace je třeba realizovat promyšleně a systémově.

Nebo bude Česko sloužit ostatním jako další odstrašující příklad, jak se při regulaci nákladů na léky postupovat nemá?

### **Odbory, pojišťovny i zaměstnavatelé: ať pacient připlácí**

#### Koncepce Emmerové má konkurenci ve dvou nových dokumentech

Koncepce zdravotnictví, kterou vypracovala ministryně Milada Emmerová, dostala v těchto dnech dva konkurenty. Zpracovaly je také společně odbory se zaměstnavateli a samostatně pak i zdravotní pojišťovny. Rázem tak jsou tři návrhy koncepcí. Ani u jedné ale není jasné, jak skončí.

„Trvám na tom, že spoluúčast pacienta není nutná, dokud se přesně neodhadlí rezervy celého systému. Musíme jít cestou úspor a ne vytahávání peněz z kapes pacientů,“ soudí ministryně zdravotnictví Milada Emmerová. Další dvě koncepce ale se spoluúčastí pacienta počítají. „Je podstatně efektivnější a eticky přijatelnější než korupce,“ soudí Jaromír Gajdáček, výkonný ředitel Svazu zdravotních pojišťoven.

#### 50 korun za den v nemocnici

Právě pojišťovny mají představu určitého příplatku za stravu a ubytování v nemocnici, například asi 50 korun, dále za vystavení receptu, a možná i za návštěvu u lékaře. „Vše by ale muselo být velmi citlivě sociálně ošetřeno a tvořit jakési bariéry, které by pacientovi zabránily jít si pro recept k lékaři a zaplatit za jeho vystavení víc než stojí vlastní lék v lékárně, kdyby si ho koupil sám. To je typické například u paralenu,“ říká Gajdáček.

Třetí koncepce, která je z dílny Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče a Unie zaměstnavatelských svazů ČR, se spoluúčastí počítá také. „Šlo by o hotelové služby, které s výkonem zdravotní péče přímo nesouvisí. Ty by hradil pacient,“ řekl předseda odborů Jiří Schlanger, ale odmítl být konkrétnější. Zatímco odbory již svůj návrh koncepce zdravotnictví ministryni Emmerové předaly, zdravotní pojišťovny se svou koncepcí hodlají vystoupit teprve ve čtvrtek a pak ji dát ministerstvu a poslancům.

#### Chtějí i připojištění

Zdravotní pojišťovny i odbory a zaměstnavatelé chtějí, aby pacient měl možnost výběru z několika druhů individuální pojistné smlouvy, kterou mu nabídne, a to vzhledem k věku a jeho případným nemocím.

„Pokud by takovouto individuální smlouvu nepodepsal, platila by pro něj základní smlouva, v níž by měl garantovanou péči, která odpovídá běžné péči,“ řekl Gajdáček. Pojišťovny by také rády, aby měly větší vliv na tvorbu sítě zdravotnických zařízení a stát aby pouze stanovil rozsah hrazené a nehrazené péče ze zdravotního pojištění. Emmerová naopak chce posílit vliv státu ve zdravotnictví.

#### Jednání asi v květnu

Zatímco koncepce Emmerové již leží zhruba dva měsíce na vládě a nyní jako



dotatek k ní je přidáván soubor ekonomických opatření, zbylé dvě koncepce neprošly řádným připomínkovým řízením. Není tedy vůbec jasné, jak to s nimi dopadne.

Vláda by měla koncepci Emmerové projednávat koncem dubna nebo začátkem května, ale odbory, zaměstnavatelé i pojišťovny jsou proti této koncepci a chtějí, aby ji neprojednávala.

Spoluúčast pacientů, kterou však navrhuje, bude svízelné prosadit. Už v minulosti několik takových pokusů bylo, ale nikdy spoluúčast vláda ani parlament neschválily.

Je docela možné, že všechny tři koncepce budou smety ze stolu anebo se z nich vytvoří jedna. K tomu by ale bylo třeba více politické odvahy. V současné době, ale není jasné a nelze ani odhadnout, jaké zásadní kroky ve zdravotnictví budou učiněny.

### Poléťavý prach „zabíjí“ desetitisíce lidí

Valná většina občanů velkých měst v Česku dýchá vzduch plný toxického prachu. Miniaturní zrníčka se usazují v plicích a podílejí se na vzniku nebezpečných chorob.

Více než stokrát do roka naměří speciální čidla v ovzduší vyšší koncentraci poléťavého prachu, než jakou povolují předpisy. Nejhorší situace je v Praze, Ústí nad Labem, Karvině a Ostravě. Jejich obyvatelé jsou permanentně vystavováni riziku vzniku závažných zdravotních obtíží, které mohou být příčinou smrti.

Miniaturní prachové částice, které navíc často obsahují toxické látky, se totiž podle odborníků podílejí na příčinách úmrtí desítek tisíc osob. Studie, kterou nedávno zveřejnili v Německu, odhadla, že účinky poléťavého prachu mají vliv na úmrtí 65 000 Němců ročně.

„Ve světě byly zjištěny statistické souvislosti vlivu částic v ovzduší na úmrtí na srdeční, oběhové a choroby cest dýchacích.

Jsou i jednou z příčin kojenecké úmrtnosti a podílí se na vzniku chronických onemocnění průdušek,“ vypočítala Růžena Kubínová ze Státního zdravotního ústavu. Podobné statistiky či studie v Česku zatím neexistují.

Čím jsou zrnka prachu menší, tím jsou nebezpečnější

Od letošního roku zpřísnila Evropská unie normy pro sledování množství prachových částic ve vzduchu. Denní limit u částic o velikosti 10 mikronů (nanometrů) by neměl překročit 50 mikrogramů častěji než sedmkrát ročně.

Z hlediska ohrožení zdraví platí, že čím jsou prachová zrnka menší, tím jsou nebezpečnější. „Zatímco částice o velikosti 10 mikronů jsou zachyceny v horních cestách dýchacích, částice pod pět mikronů pronikají až do plic,“ vysvětluje Kubínová. Hodnoty nejnebezpečnějších miniaturních prachových částic v ovzduší se přitom v Česku téměř nesledují. Koncentrace 10 mikronových částic měří více než 120 stanic, částice menších velikostí měří jen několik. „Vyhláška totiž tuto povinnost neukládá,“ říká Kubínová.

Většina z 21 českých měst, v nichž se tyto hodnoty měří, měla problém vypořádat se už s původními předpisy, které připouštěly překročení norem nanejvýš pětáctkrát za rok. Podle norem EU by to přitom již mělo být jen sedmkrát. Například v roce 2003 bylo nadměrnému působení částic vystaveno 83 % obyvatel pěti měst, v nichž došlo k překročení ročního imisního limitu.

Poléťavý prach tvoří anorganické i organické látky. Jejich největšími zdroji jsou elektrárny, hutě, železárny, kamenolomy a další továrny, významný podíl patří automobilové a letecké dopravě. Spalovací motory navíc „obohacují“ prach o rakovinotvorné polyaromatické uhlovodíky.

Vyčistit vzduch o polovinu

Zbavit ovzduší zdraví škodlivého poléťavého prachu je podle hygieniků dnes prakticky nemožné. Existují ale cesty, jak jejich koncentrace alespoň výrazně omezit - například odkláněním dopravy z center měst pomocí obchvatů či záchytných parkovišť, přechodem na ekologičtější pohony (elektrina, plyn), omezováním rizikové průmyslové výroby ve velkých aglomeracích. „Důsledným zavedením některých opatření by bylo možné snížit množství prachových částic v ovzduší až na polovinu,“ domnívá se Kubínová.

## 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. Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.**

### Přenechám praxi

Přenechám dobrou praxi PLDD 40 km od Brna. Tel. večer: 604 373 235.

### Odkoupím ordinaci PLDD

Lékařka - pediatr, dlouholetá praxe, licence, II. atestace; odkoupí zavedenou ordinaci PLDD v Praze.

Zn: Osobní jednání, tel.: 603 293 584

### Hledám pediatra na zástup

Soukromý PLDD z Pelhřimova hledá pediatra s licencií na občasně zástupy v době nemoci, dovolené či lázni, možné i jako asistent na 0,2 úvazku.

Tel.: 565 326 179 či 723 433 778 v ordinaci době, později: 723 666 156.

### Hledám místo asistenta v ordinaci PLDD

Lékařka, 36 let, s 1. atestací a pediatrickou licencií, t.č. na rodičovské dovolené, hledá místo asistenta v ordinaci PLDD v Praze. Nástup možný na částečný úvazek od září či října 2005. Tel.: 604 839 882

### Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou praxi PLDD v Praze, popřípadně její část. Tel.: 737 314 564.

### ALMEDA přijme lékaře - pediatra

ALMEDA, a.s., provozovatel Městské nemocnice v Neratovicích přijme na zajištění služeb sekundárního lékaře s I. atestací z pediatrie nebo v přípravě na ni na novorozenecké oddělení. Nástup ihned nebo dle dohody.

Kontakty: telefon: 315 637 111 - ústředna, 315 637 337 - personální oddělení, fax: 315 684 212, e-mail: nemocnice@almeda.cz

### Nabízím místo asistenta v ordinaci PLDD

Nabízím místo asistenta do ordinace PLDD v Táboře na poliklinice. Přenechání ordinace a prodej podílů možný. Telefon: 381 253 220

### Hledám pediatrickou praxi

Hledám pediatrickou praxi s možností odkoupení v Praze. Tel.: 732 942 882.

### Odkoupím zavedenou ordinaci PLDD

Lékařka - pediatr, dlouholetá praxe, licence, II. atestace; odkoupí zavedenou ordinaci PLDD v Praze. Zn: Osobní jednání, tel.: 603 293 584