

červen 2001 ■ číslo 6 ■ ročník 1

# VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů

Parazitární infekce v pediatrii

Virové gastroenteritidy u dětí

Zánětlivá onemocnění CNS



**VOX PEDIATRIAE**

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství  
**MEDIX**Adresa vydavatelství:  
V Pláni 23, 142 00 Praha 4  
tel./fax: 02/617 111 33  
e-mail: medix@quick.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. Jiřina Dvořáková  
MUDr. Jiří Liška, CSc.  
MUDr. Petr Chaloupka  
MUDr. Josef Krejčík**Odpovědný redaktor:**  
Mgr. Zdeněk Brtnický**Jazykové korektury:**  
PhDr. Jana Kratochvílová**Adresa redakce:**  
Klimentská 11, 115 60 Praha 1  
tel./fax: 02/24 80 25 49  
e-mail: centrum@mybox.czČasopis je určen praktickým dětským lékařům, členům  
SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP.  
Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků, zdarma.Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem  
MK ČR E 10971  
ISSN 1213 - 2241Redakce nezodpovídá za obsah článků.  
Reprodukce obsahu je povolena pouze  
s písemným souhlasem redakce.Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.  
Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické  
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.**Inzerce:**Kontaktní osoba: MUDr. Petr Chaloupka  
Poliklinika BIOREGENA, Vajgarská 1141, 198 00 Praha 4  
tel: 02/90041897, 02/81021212, mobil: 0602/809709

<b>Přehled činnosti SPLDD ČR za květen 2001</b>	<b>5</b>
<b>Stav přípravy oboru pediatrie v otaznících a odpovědích</b>	<b>6</b>
<b>Zápisy z jednání Koalice ambulantních lékařů</b>	<b>7</b>
<b>Usnesení regionální konference SPLDD pro Prahu a středočeský region</b>	<b>8</b>
<b>Zápis z volebního shromáždění OSPDL ČLS JEP</b>	<b>10</b>
<b>Zpráva ze 7. národního očkovacího dne</b>	<b>12</b>



MUDr. K. Menci	
<b>Problematika parazitárních infekcí v pediatrii</b>	<b>13</b>
<b>Zákon o ochraně veřejného zdraví - 2. část</b>	<b>příloha</b>
MUDr. H. Ambrožová	
<b>Virové gastroenteritidy u dětí</b>	<b>20</b>
As. MUDr. V. Štruncová	
<b>Zánětlivá onemocnění CNS</b>	<b>21</b>

<b>6. Celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže ČR</b>	<b>27</b>
<b>příhláška k výzkumu</b>	<b>vložená příloha</b>

<b>Katalog PIS</b>	<b>30</b>
--------------------	-----------



<b>Aktuality</b>	<b>31</b>
------------------	-----------



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

*Život nám někdy připraví neočekávané změny, ale nejsme-li fatalisté víme, že tyto změny si zapříčiňujeme z větší části sami. Tak se stalo, že se Vám nyní nepředstavuji již jen jako místopředsdkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, ale též jako nově zvolená předsdkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP. Jsem si plně vědoma své osobní odpovědnosti za tuto situaci, ale jiná cesta pro mě nebyla. Natolik jsem se spojila s prosazováním myšlenky na užší personální propojení obou dvou organizací zastupujících jednu členskou základnu,*

*že odmítnutí této kandidatury bych brala za sebe jako zklamání všech těch, kdo mi vyjádřili podporu. Co však bylo pro mě osobně ještě více alarmující, že by hrozilo další oddálení řešení tohoto problému nazývaného poruchou komunikace a ve svých důsledcích by mohlo vyústit v hájení rozdílných stanovisek výborů obou společností. To vše by velmi ublížilo profesi praktických dětských lékařů a já sama tuto profesi již nikdy nehodlám změnit. Dostala jsem se do situace, kdy odmítnutí takovéto funkce by pro mě znamenalo zpochybnění toho, co jsem sama prosazovala.*

*Vážím si všech, kdo mají vlastní názor, byť je i odlišný od mého. Co však je podmínkou dialogu, je nechat si vysvětlit názor opačný a alespoň o problému přemýšlet. Zásadně špatné je považovat člověka s názorem opačným za svého nepřítel. I s tím se bohužel setkáváme a já prosím všechny ty, kdo doposud tento základní princip komunikace nepochopili, aby se alespoň nad tímto textem zamysleli. To jen na okraj všeho toho, čeho jsme byli svědky.*

*Před naší odbornou společností stojí mnoho úkolů. Bez vyjasnění si stanovisek s profesní organizací však plnění těchto úkolů není možné. Naše síla je v síle argumentů, které musíme společně pokládat na stůl. Co osobně považuji za zásadní, je prosazení oboru praktický lékař pro děti a dorost mezi obory základní s vlastním postgraduálním vzdělávacím cyklem, který bude zakončen atestací. To bude klást velkou míru odpovědnosti na ty, kdo budou akreditováni ke školení našich mladých kolegů. Kritéria pro tyto školitele však nejsou stanovena tak, aby odpovídala dalším platným normám, v současnosti je první rozpor s platným licenčním řádem a systémem celoživotního vzdělávání schváleného na posledním sjezdu ČLK. Rovněž tak je třeba dosáhnout finančního ohodnocení za tuto práci. Zdroj těchto financí není zatím definován ani v připravovaném návrhu zákona o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Základem naší snahy o obor je deklarovat schopnost zajistit vzdělávání pro zájemce o profesi PLDD. Zde byl učiněn největší objem práce předchozích výborů naší odborné společnosti a v tomto bych byla ráda, aby nově zvolený výbor pokračoval.*

*Hodně kritických připomínek bylo proneseno na adresu bývalého výboru OSPDL v souvislosti se situací, která nastala kolem připravené změny vyhlášky o očkování. Nechci se k připomíncekám vracet konkrétně, i já jsem byla jednou z kritizujících. Tady jsme našim kolegům zůstali opravdu mnohé dlužni a pevně doufám, že se tato situace již nebude opakovat. Vše bude záležet na tom, jakou pozici si naše organizace vybuduje, jak moc budou brány názory Odborné společnosti praktických dětských lékařů vážně. To vše bude výsledkem týmové práce mojí, mých kolegů ve výboru a Vás všech praktických dětských lékařů.*

**MUDr. Hana Cabrnová**

**Tyreotoxikózy**

**Jódové deficity**

**Novorozenecké hypotyreózy**

**Struma**



**seznam  
inzerujících  
firem...**

**LÉČIVA**

**NUTRICIA**

**HEINZ**

**ORION  
DIAGNOSTICA**





# Přehled činnosti SPLDD za měsíc květen 2001

## Měsíc ve znamení pokračujících jednání Koalice ambulantních lékařů především na téma legislativa a individuální smlouvy.

**2.5.** – schůzka s VZP na téma bonifikace praktických lékařů. V obsáhlejší diskusi byla snaha najít řešení pro objektivizaci nákladů na léky zejména ve vztahu k tzv. drahým pacientům. Navrženy dvě varianty řešení, první – ze sledování vyloučit kategorii nejdražších a nejlacinějších léků, nebo druhá – ze sledovaných nákladů vyloučit extrémně drahé pacienty ve všech sledovaných parametrech. Nutno vyřešit správné začlenění prevencí tak, aby jejich provádění bylo bonifikováno ne trestáno. VZP připravuje začlenění kritérií kvality do bonifikačního systému.

**2.5.** – pokračují jednání Koalice ambulantních lékařů, především na téma legislativa a individuální smlouvy (zápis z jednání je zveřejněn na jiném místě).

**3.5.** – konference regionu Praha a Střední Čechy, kde diskutovány obvyklé časté problémy, zmíněna i možnost spolupráce SPLDD a OSPDL (usnesení je otisknuto na jiném místě).

**9.5.** – redakční rada časopisu VOX PEDIATRIAE, za OSPDL stále pouze jeden zástupce, přesto se daří získávat dostatek příspěvků.

**14.5.** – schází se skupina k řešení problematiky „Katalogu PIS“, tedy možnosti úhrady nadstandardních služeb pro pacienty, výsledný materiál opět otisknut.

**17.5.** – první rozšířené jednání Koalice ambulantních lékařů s ambulantními lékaři z regionu Brno. Akce se zúčastnilo cca 60 lékařů a hlavním diskutovaným bodem byla otázka ohrožení financování soukromých ambulancí zejména v souvislosti s navrhovanými legislativními změnami a rozhodnutím vlády, které nadále ekonomicky zvýhodňuje segment lůžkové péče.

**16.5.** – mimořádný jednací den DŘ o cenách, MZČR vrátilo k přepracování dohodu segmentu domácí péče. Nedostatky byly odstraněny shodně všemi účastníky jednání, vše bude opět předáno MZČR.

**18.5.** – výjezdní Předsednictvo na Seči, regionální zástupci byli seznámeni s obsahem proběhlých jednání na všech úrovních, byla vysvětlena strategie a nastíněny nejbližší úkoly.

**19.–20.5.** – historicky první Sněm SPLDD. Ryze pracovní jednání, projednána nejdůležitější témata – od LSPP přes katalog PIS k individuálním smlouvám a úhradovým systémům jednotlivých ZP. Usnesení bylo zveřejněno již v minulém čísle.

**21.5.** – s VZP pokračuje jednání o znění individuálních smluv, oproti předchozímu jednání se jednalo více věcně, neboť i Dr. Vodička (ředitel právního oddělení) pochopil, že nelze podceňovat schopnosti zástupců poskytovatelů při těchto jednáních.

**21.5.** – společná schůzka zástupců segmentů poskytovatelů a VZP. Řešena především problematika charakteru smluvního vztahu dle Obchodního nebo Občanského zákoníku a problematika sankcí. Výsledkem byla výrazná redukce smluvních pokut, tedy pouze těch, které vycházejí z Občanského zákoníku.

**22.5.** – další schůzka Koalice ambulantních lékařů.

**23.5.** – schůzka „segmentu pediatrie“. Hlavním bodem jednání byla problematika drog a možnost ustavení koordinátorů jednotlivých odborností v rámci krajů. Diskutována byla i problematika koncepce.

**29.5.** – další jednání Koalice ambulantních lékařů, na které navázalo jednání zástupců většiny segmentů poskytovatelů zdravotní péče se zástupci VZP. Na tomto jednání již byla domluvena rámcová podoba individuálních smluv.

**30.5.** – v kanceláři SPLDD je opět diskutována koncepce oboru pediatrie vytvořenou pracovní skupinou, především s ohledem na návrhy společnosti dorostového lékařství a sociální pediatrie.

**31.5.** – začíná zatěžkávací zkouška OSPDL – začíná kongres ČLS JEP organizovaný OSPDL.

## Enzym proti „nemoci starců“

Japonští vědci určili enzym, který by mohl hrát klíčovou roli při ničení takzvaných amyloidních destiček, jejichž hromadění je příznačné pro dosud nevyléčitelnou Alzheimerovu chorobu, zvanou též „nemoc starců“. O objevu, který by mohl napomoci při léčbě této těžké duševní nemoci, informuje dnešní vydání časopisu Science. Enzym pojmenovaný jako neprilysin je součástí třídy enzymů, které regulují činnost zmíněných destiček, jež se vytvářejí z proteinů beta-amyloid. Tým neurologů z Rikenova institutu pro výzkum mozku odhalil, že některé z těchto enzymů upřednostňují vytváření destiček, jiné jejich ničení. Dosud se vědci snažili vynalézt látku, která by byla schopna bránit v činnosti enzymům způsobujícím shlukování, a tudíž vytváření destiček. Japonští vědci se však soustředili na určení enzymu, který ničí amyloidní destičky. Objev neprilysinu by podle vědců mohl být další možností, jak bojovat s nemocí, jíž trpí na celém světě podle odhadů kolem 22 milionů lidí. Časem by mohl také umožnit identifikovat ty, jimž hrozí onemocnění „alzheimerem“, a to rozbořen odchylek v genu, který řídí vytváření neprilysinu. Alzheimerova nemoc je postupnou degenerací mozkové kůry, kterou provázejí ztráty některých intelektuálních funkcí, jakými jsou například myšlení, paměť, uvažování nebo řeč. Poprvé ji popsal v roce 1906 německý neurolog Alois Alzheimer. Postihuje ve stejné míře muže a ženy, hlavně ve vyspělých zemích. Vědci se v poslední době zabývají hledáním nových možností terapií – sázejí přitom například na genový výzkum. V lednu letošního roku byla ve Velké Británii schválena možnost využít naklonovaných embryonálních buněk k výzkumu. Jedním z důvodů, proč se obě komory parlamentu i vláda k takovému rozhodnutí odhodlaly i přes poměrně silnou kritiku, bylo vytvoření možnosti pracovat na nových, revolučních metodách výzkumu léčby degenerativních chorob, jako jsou právě Alzheimerova, ale také Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza a další dosud nevyléčitelné nemoci. Výjimečně mohou touto „nemocí starců“ ochotet již třicátníci. Příčiny nemoci, kterou trpí například bývalý americký prezident Ronald Reagan, se dosud nepodařilo zcela vysvětlit.



# Stav přípravy oboru pediatrie v otaznících a odpovědích

**MUDr. Tomáš Soukup**

Místopředseda SPLDD ČR

**Uplynulo šest měsíců od sepsání článku, pojednávajícího o Koncepti oboru pediatrie s porovnáním stanovisek MZ ČR a SPLDD ČR. Text byl uveřejněn v únoru v prvním čísle nového VOXu a nemohl aktuálně obsahovat následný vývoj v této nejednoduché oblasti zájmu PLDD. Následný průběh prací nad tímto materiálem, který staví mantinely pediatrie, ale i naší odbornosti praktického lékaře pro děti a dorost do budoucna, přináší následující stať.**

Koncepce pediatrie je dále zpracovávána paní Doc. MUDr. Hanou Hrstkovou, CSc., členkou Vědecké rady Ministerstva zdravotnictví ČR pro obor pediatrie. Během ledna 2001 se podařilo některé připomínky PLDD ze pomoci OSPDL ČLS JEP do oficiálního materiálu MZ ČR zařadit po návrhu SPLDD ČR. Stále ovšem zůstávají základní otázky, jež výrazně stále ovlivňují nové a nové podoby, resp. verze, tohoto materiálu. Pozice PLDD není adekvátní v komisi Koncepce pediatrie důležitostí role primární péče, natož pak v počtu PLDD v ČR v poměru např. ke klinickým dětským lékařům. Reálná situace na jednáních je taková, že PLDD může být oficiálně zastupován 1 resp. 2 hlasy, na rozdíl od více než 10 hlasů klinických, resp. státních kolegů. Tento kvantitativní nepoměr ovšem podstatně ovlivňuje výslednou podobu materiálu. Stále je totiž v Koncepti pediatrie věnován malý prostor primární péči. Velmi jednoduše je charakterizována lékařská praxe pro děti a dorost, ač jde o základní prvek péče o dítě ve zdraví i nemoci. Zkratkovitě je popisován budoucí možný rozvoj lékařských praxí, který může být značný. Žel to vše odráží reálnou situaci, kdy primární péče leží ve stínu péče lůžkové, která je v Koncepti pediatrie rozepisována ve velké šíři a detailně. Celková nevyváženost obou výše uvedených základních sfér je patrná na první pohled, už z rozsahu textů resp. počtu stran.

Positivním prvkem, kterým prošla koncepce pediatrie od prosince, je její celkové zeshitlení, dnes asi do 7 listů. Přetrvává zatím malá návaznost na Koncepti oboru všeobecného lékařství, a to oboustranně. Dospělí praktici mají oproti nám výhodu, že prakticky pouze oni si svůj materiál vytváří. O to více překvapuje, že jejich materiál nejasně defi-

nuje věkové období péče o pacienty a připouští i výklad péče o klientelu od narození do dospělosti!? Též je velmi zavádějící v pasáži systému péče o dorostence, kde nenavazuje na PLDD a naši odbornost 002 prakticky zcela opomíjí, jakoby neexistovala... Proto byla Koncepce oboru všeobecného lékařství v dubnu 2001 na schůzce u místopředsedy VR MZ prof. Horkého přepracována a naše připomínky byly v této věci předány. V květnu 2001 se objevila další verze Koncepce pediatrie, pozměněná poměrně významně o připomínky skupiny dorostového lékařství a sociální pediatrie. Zejména dodatky dorostového lékařství a jejich široké zapracování v duchu - cituji - „opětné ustavení tzv. primární pracovní lékařské péče o dorost v praktické výuce, po doškolení v dorostovém a praktickém lékařství, jako možnost uplatnění lékařů při rušení dětských oddělení nemocnic I. typu...“. Fakticky jde o návrat dřívějších tzv. přechodných registrací, jež duplikovaly poskytování zdravotní péče, včetně jejího zdvojeného proplácení. Stejně tak se nedomníváme, že je třeba obnovit každoroční preventivní prohlídky u dorostu a že je třeba obnovit síť odborných dorostových lékařů. SPLDD ČR poukazuje nejen na nutnost udržení postavení praktického lékaře pro děti a dorost, ale i na postupné rozšiřování jeho erudice a kompetencí jako protiváhy zavádění nového oboru rodinného lékařství. Dosud nebyl využit značný potenciál dětských lékařských praxí k rozvoji primární péče. Nelze v poslední verzi Koncepce pediatrie akceptovat, že odbornost 301 je odbornost nástavbová k odbornosti 002, a proto nelze ani akceptovat původně navržený text. Obdobně není odbornost 002 nadřazena pro ambulantní péči odbornosti 301. To ovšem

nevyklučuje vzájemnou komunikaci lékařů obou odborností.

Stále má SPLDD ČR odlišný názor na rozvoj a vývojové trendy v oboru. V pasáži o systému kvality poskytované péče v pediatrii MZ ČR navrhuje kromě jiného zavedení regionálních odborníků pro péči nemocniční, neonatologickou, dorostovou a primární. Rozdělení lze akceptovat, ovšem problematickou se jeví jeho šíře.

Přestože se zdálo koncem roku 2000, že již nelze Koncepti pediatrie připomínkovat - protože zazněla vyhlášení v tomto směru - zejména nyní po několika měsících na příkladu dorostového lékařství se ukazuje, že tomu tak není. Vzhledem k tomu, že v poslední verzi byly vypuštěny některé důležité odstavce, čímž dochází k rozměňování zejména primární péče a odbornosti 002, budeme navrhopvat úpravy, které by naši odbornost upevňovaly.

Velmi bychom uvítali dopracování Koncepce pediatrie, v duchu posílení role dětského praktika, za plné podpory OSPDL a SPLDD, při eficientní roli dětské nemocniční péče. Na rozdíl od výboru ČPS se domníváme, že diskusi nad Konceptí pediatrie zatím nelze uzavřít, už z toho prostého důvodu, že se objevují její nové verze.

Z připomínek dorostového lékařství lze přijmout prevenci syndromu rizikového chování. Důležité jsou i některé připomínky spolupráce s odborníky sociální pediatrie.

Očekáváme, že nalezení konsensu a takových formulací a důrazů umožní vzniknout takové Koncepti pediatrie, jež bude odrážet sílu tohoto oboru a nás, zprostředkovanou za pomoci MZ ČR.

Dne 7. června 2001



# Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů

## Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů 29.5.2001

### Program:

1. Společné jednání zástupců poskytovatelů se zástupci VZP
2. Připomínky k zákonu č. 160/1992 Sb.
3. Problematika I. a II. atestací
4. Veřejná vystoupení Koalice
5. Mítink v Brně
6. Medializace Koalice
7. Navrhovaná témata pro další jednání

### 1. Společné jednání zástupců poskytovatelů se zástupci VZP

MUDr. Neugebauer a J. Uher shrnuli výsledky společného jednání s VZP, které se konalo v pondělí 21.5.2001 v prostorách firmy CENTROMED. Členové Koalice se shodli na tom, že pokud VZP přistoupí na požadavek vypustit sankční ujednání z individuálních smluv, budou souhlasit s uzavřením smluv podle Občanského zákoníku. Do úvodního ustanovení navrhuji vložit vysvětlení, proč je smlouva uzavírána podle této právní normy (smluvní vztah mezi podnikatelským a nepodnikatelským subjektem). Členové Koalice předpokládají, že pokud VZP přepracuje již projednané návrhy individuálních smluv bude zástupce poskytovatelů, kteří se účastnili pondělního jednání, v dostatečném časovém předstihu informovat.

Na tiskové konferenci 19.4.2001 přislíbil prokurista VZP Ing. Jiří Zahradník poskytnout Koalici podklady pro srovnání výše finančních úhrad za zdravotní péči lůžkovým zařízením a ambulantním lékařům. MUDr. Neugebauer požádá Ing. Zahradníka o tyto informace oficiálním dopisem.

### 2. Připomínky k zákonu č. 160/1992 Sb.

J. Uher přednesl návrh Sdružení praktických lékařů sladit zákon č. 160/1992 Sb., se Živnostenským zákonem, protože některá jeho ustanovení lépe odpovídají podnikatelským potřebám ZZ. J. Uher zapracuje navrhované změny do zákona č. 160 a rozešle e-mailovou poštou všem členům Koalice.

### 3. Problematika I. a II. atestací

V souvislosti s informací MUDr. Tautermanna týkající se otázky I. a II. atestací hovořili členové Koalice o nebezpečí, které představuje pro soukromé ordinace souběh praxí v nemocnicích. Navrhují oslovit odbornou společnost, požádat je o stanovisko a poté projednat tento problém s předsedou České lékařské společnosti JEP prof. MUDr. Jaroslavem Blahošem, DrSc.

### 4. Veřejná vystoupení Koalice

Sobota 26.5.2001 – shromáždění Sdružení praktických lékařů v Praze v Národním domě na Vinohradech od 13.00 hodin (hosté se mohou

jednání zúčastnit již od 10.00 hodin a aktivně reagovat na vystoupení MUDr. Jelínka, který bude o činnosti Koalice informovat v dopoledním bloku programu).

Neděle 27.5.2001 – celostátní sjezd Sdružení soukromých gynekologů Brně v hotelu Voroněž od 9.00 hodin.

Sobota 13.10.2001 – sjezd Sdružení smluvních lékařů ZP v Praze v hotelu Pyramida od 9.00 hodin.

### 5. Mítink v Brně

Účastníci jednání zhodnotili průběh mítinku Koalice v Brně. Konstatovali malou účast a nešťastné spojení pozvánky s informací o projektu MATRA. Navrhují pro další mítinky stanovit nosné aktuální téma a do pozvánky uvést kontakt na organizátora. Navrhovaná témata: individuální smlouvy, přesouvání finančních prostředků lůžkové péči (návrh – pozvat na jednání zástupce zdravotních pojišťoven), regulace ZP.

### 6. Medializace Koalice

MUDr. Stará informovala členy Koalice o zájmu redaktorky Jany Klusákové zúčastnit se některého z příštích jednání. Redaktorka uvažuje o možnosti pozvat zástupce Koalice postupně do rozhlasového vysílání, eventuálně do televizního diskusního pořadu (jako zástupce do televize navrhuje Koalice MUDr. Pekárka). MUDr. Stará pozve J. Klusákovou na jednání v úterý 5.6.2001.

### 7. Navrhovaná témata pro další jednání

- Regulace
- Návrh lékové politiky Grémia majitelů lékáren

## Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů 29.5.2001

### Program:

1. Hodnocení vystoupení zástupců Koalice
2. Financování nemocnic
3. Připomínky k zákonu č. 160/1992 Sb.
4. Problematika I. a II. atestací
5. Navrhovaná témata pro další jednání

### 1. Hodnocení vystoupení zástupců Koalice

Vystoupení zástupců Koalice ambulantních lékařů na shromáždění Sdružení praktických lékařů v Praze a celostátním sjezdu Sdružení soukromých gynekologů v Brně byla úspěšná a setkala se s velkým zájmem účastníků jednání. Jedním z dotazů, se kterými se lékaři obraceli na zástupce Koalice, byly současné požadavky na hygienické předpisy v ordinacích. ČSK vypracovala v souladu s novou vyhláškou 440/2000 Sb., pro své členy vzorový Provozní řád, který poskytne ostatním zástupcům Koalice.

### 2. Financování nemocnic

MUDr. Dvořák opět připomenul problematiku financování nemocnic. MUDr. Neugebauer seznámil přítomné s obsahem dopisu, kterým se obrátil na zdravotní pojišťovny s žádostí o poskytnutí podkladů pro srovnání výše finančních úhrad za zdravotní péči lůžkovým zařízením a ambulantním lékařům. Hovořil o zkrácených údajích, které má k dispozici MZ ČR z důvodu dosud neuzavřených smluv o financování zdravotní péče s velkými nemocnicemi.

Zástupci Koalice se rozhodli svolat k tomuto tématu tiskovou konferenci dne 11. června 2001 od 10.30 hodin a před tiskovou konferencí požádat o schůzku ministra zdravotnictví. Kromě projednání otázky financování nemocnic a ambulantních zařízení jej chtějí požádat o pozvání zástupců praktických lékařů a specialistů na dohodovací řízení mezi Ministerstvem zdravotnictví, nemocnicemi a zdravotními pojišťovnami.

### 3. Připomínky k zákonu č. 160/1992 Sb.

J. Uher předal zástupcům Koalice připomínky zpracované Sdružením praktických lékařů, kteří do zákona zapracovali některá ustanovení Živnostenského zákona. Zástupci Koalice plánují svolat k novele zákona monotematickou schůzku s právníky k odbornému posouzení všech navrhovaných změn.

### 4. Problematika I. a II. atestací

MUDr. Tautermann informoval o současném stavu projednávání I. a II. atestací a přednesl návrh, se kterým vystoupí na dohodovacím řízení k Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 7.6.2001.

### 8. Navrhovaná témata pro další jednání

- Regulace
- Návrh lékové politiky Grémia majitelů lékáren

## Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů 5.6.2001

### Program:

1. I. a II. atestace
2. Individuální smlouvy se zdravotními pojišťovnami
3. Zákon č. 160/1992 Sb.
4. Úhrady zdravotní péče v lůžkových zařízeních
5. Ambulance v nemocnicích
6. Oddělení SSG ČR od skupiny ambulantní specializované péče a vytvoření samostatné skupiny
7. Schůzka s MUDr. Zuzanou Roithovou



### ■ 1. I. a II. atestace

Zástupci Koalice se dohodli podpořit na DŘ k Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami dne 7.6.2001 společný návrh SSL ZP ČR a SSG ČR.

### ■ 2. Individuální smlouvy se zdravotními pojišťovnami

Podstatné sporné body jsou již projednány a vyřešeny, individuální smlouvy se zdravotními pojišťovnami se postupně uzavírají.

### ■ 3. Zákon č. 160/1992 Sb.

Zástupci Koalice ambulantních lékařů trvají na zachování zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních a v tomto duchu budou pokračovat v jednáních.

### ■ 4. Úhrady zdravotní péče v lůžkových zařízeních

Podle informace MUDr. Pekárka přistoupí MZ ČR na požadavek nemocnic na navýšení finančních prostředků v poměru 51% pro nemocnice ku 49% pro ambulantní zařízení. I když ministerstvo dosud nerozhodlo, je třeba reagovat. Členové Koalice seznámí s tímto problémem zástupce médií na tiskové konferenci dne 13.6.2001 od 9.00 hodin v prostorách Vzdělávacího střediska ČSK. Před tiskovou konferencí bude prof. Ing. Václavu Klausovi, JUDr. Karlu Kühnlovi, JUDr. Cyrilu Svobodovi a PhDr. Vladimíru Špidlovi doručen otevřený dopis s mottem: „Ještě je čas zabránit zneuží-

vání finančních prostředků k předvolební kampani!“ Všichni zástupci Koalice si připraví vlastní návrhy textu dopisu, který bude společně sestaven na příštím jednání.

### ■ 5. Ambulance v nemocnicích

Ambulance v nemocnicích představují nebezpečí pro soukromá ambulantní zařízení – více finančních prostředků a zázemí lůžkového zařízení. Je třeba prosadit, aby ambulance byly pouze v terénu s výjimkou úzce specializovaných zařízení. Na příští jednání připraví zástupci Koalice návrhy na výjimky.

### ■ 6. Oddělení SSG ČR od skupiny ambulantní specializované péče a vytvoření samostatné skupiny

MUDr. Dvořák požádal členy Koalice o podporu návrhu oddělit SSG ČR od skupiny ambulantní specializované péče a vytvořit samostatnou skupinu poskytovatelů ambulantní péče v gynekologii a porodnictví.

### ■ 7. Schůzka s MUDr. Zuzanou Roithovou

Odložená schůzka se bude konat ve čtvrtek 7.6.2001 od 18.00 hodin u MUDr. Roithové.

#### Informace k novému očkování

v souvislosti s platnou vyhláškou č.439/2000 Sb., kterou se zavádí nové očkování proti invazivnímu onemocnění vyvolanému *Haemophilum influenzae b* a proti hepatitidě B:

- Aplikace tetrařivkové vakcíny DITEPEHib se zahajuje 1.července 2001 u dětí, které přijdou poprvé k tomuto očkování.
- Současná aplikace monovakcíny proti hepatitidě B je jednou z možností naplnění textu vyhlášky která říká: „První dávka očkovací látky se podá dětem v prvních měsících života podle očkovací látky“.
- Očkování proti virové hepatitidě B u starších dětí se zahajuje 1.července 2001 u dětí dvanáctiletých, tj. u dětí, které již měly dvanácté narozeniny a ještě neměly narozeniny třinácté a první přijdou k očkování po 30.červnu 2001.

Za výbor OSPDL ČLS JEP  
MUDr. Hana Cabrnová  
předsedkyně

## Usnesení regionální konference Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost pro Prahu a středočeský region

konané dne 3.5.2001 v hotelu Olšanka

#### Konference bere na vědomí:

1. Zprávu o činnosti SPLDD region Praha a středočeský kraj za rok 2000 přednesenou předsedkyní Dr. Vitoušovou
2. Zprávu předsedy Dr. Neugebauera o činnosti předsednictva, jednání se zdravotními pojišťovnami, o situaci na Ministerstvu zdravotnictví a v ČLK, zprávu o připravovaných zákonech
3. Zprávu Dr. Kudyna o vzniku pětikoalice, o situaci ve financování zdravotnictví a problematice převodu praxí při generační výměně lékařů, o problematice LSPP
4. Zprávu Dr. Endlera, předsedy OSPDL, o začlenění praktického lékaře pro děti a dorost v úseku primární péče v kontextu vstupu do Evropské unie, zprávu o přípravě nových voleb do OSPDL
5. Zprávu Dr. Cabrnova, poslance Parlamentu ČR, o internetovém projektu iZIP

#### Konference schvaluje:

1. Zprávu o hospodaření regionu Praha a středočeského kraje za rok 2000 a zprávu revizní komise, kterou přednesl Dr. Kopecký
2. Rozpočet regionů pro rok 2001

#### Konference ukládá:

1. Okresním zástupcům projednat na úrovni okresu větší aktivitu členů SPDLL v orgánech ČLK
2. Okresním zástupcům projednat problematiku spolupráce OSPD JEP a SPLDD

#### Konference doporučuje představenstvu SPLDD:

1. Usilovat o zohlednění nákladů na léčbu těžce nemocných chronických pacientů ve svých jednáních se zdravotními pojišťovnami o regulačních mechanismech

#### Účastníci konference si uvědomují:

1. Závažnost současného ohroženého postavení praktických lékařů v systému zdravotnictví a ve společnosti. Všemi prostředky se budou snažit participovat na jeho zlepšení v souladu s postupy vedení SPLDD ČR
2. Nutnost provázané spolupráce OSPDL JEP a SPLDD ČR

Zapsala: Dr. Ivana Nulíčková, Dr. Alena Kyjonková, Dr. Nora Struková  
Dne: 3.5.2001





# Zápis z volebního shromáždění OSPDL ČLS JEP

**Zápis z volebního shromáždění Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP. dne 3.6.2001 v sále Sporthotelu Tichonice v Kácově u Vlašimi.**

**1) Zahájení:** MUDr. Endler přivítal všechny účastníky, vysvětlil, proč bylo svoláno volební shromáždění. Volby 1.10.2000 v Koutech u Šumperka byly prohlášeny revizní komisí ČLS JEP za neplatné z důvodu špatné anoncovanosti členské základny. Člen Společnosti praktických dětských lékařů MUDr. Kudyn podal písemnou stížnost na nedostatečnou informovanost členů o konání tohoto shromáždění.

**Schválen** byl předložený program s doplněním, že kandidáti se před volbou krátce představí.

**Schváleno** prokázání členství dodatečně na místě prohlášením člena o řádném zaplacení.

**2) Volba:** Pracovního předsednictva: Hejl, Karger, Endler, Zahálka, Seifertová – schváleno jednohlasně, 2 se zdrželi hlasování. Návrhové komise: Soukup Tomáš, Halašková, Marek – schváleno jednohlasně. Volební komise: Struková, Vurmová, Nulíčková – schváleno jednohlasně. Mandátová komise: Pečenková, Nedělková, Burešová.

**3) Vystoupení hostů:** profesor Zvěřina za revizní komisi pozdravil shromáždění, zopakoval důvod nové volby představitelů Společnosti a popřál shromáždění úspěšné konání. Zdůraznil význam České lékařské společnosti a její postavení. Vzdělávací akce schválené představiteli a zařazené do Katalogu České lékařské společnosti mají automaticky akreditaci i České lékařské komory. Pan profesor nás krátce seznámil s návrhem nového zákona, kdy by mělo dojít ke shodě mezi Ministerstvem zdravotnictví, Českou lékařskou společností, Českou lékařskou komorou a Lékařským odborovým klubem. Návrh by měl být jednotný

a věci v něm neuvedené by měly doplňovat prováděcí vyhlášky.

**4) Zpráva o činnosti OSPDL ČLS JEP:** P. Endler předal úkol přednést zprávu za období 1.10.2000 – 6.3.2001 I. Novákovi, který po tuto dobu vykonával funkci předsedy. Zpráva byla rozdělena do 3 celků: **organizační činnost** (měsíční schůzky výboru, 50 nových členů), **úkoly**, které společnost řešila (LSPP, koncepce pediatrie, rodinný lékař), **spolupráce v oblasti pediatrie** (spolupráce se Sdružením lékařů pro děti a dorost, s Pediatrikou společností, s odborem péče o dítě na MZ, spolupráce s IPVZ). Dále se I. Novák zmínil o nové vyhlášce o očkování a o navržených zástupcích do výběrových komisí pro vakcíny v každém regionu. Hovořil o přípravě zákona o způsobilosti k výkonu povolání.

Shrnul celou přípravu 6. kongresu České lékařské společnosti 31.5. a 1.6.2001, kterou měl na starosti za Společnost. Kongres byl pojat v duchu spolupráce s obory spolupracujícími s praktickým dětským lékařem. Vyzvaný praktický dětský lékař přednesl své zkušenosti z primární péče a následovalo sdělení odborníka. Kongres měl 250 účastníků a byl hodnocen jako velmi přínosný pro práci praktického dětského lékaře, a to i z řad představitelů ČLS JEP.

**5) Zpráva revizní komise:** Za období do 1.10.2000 přednesl zprávu J. Liška, a od 1.10.2000 do 31.3.2001 zprávu přednesl J. Koláčný. Zpráva byla přijata bez diskuzí.

**6) K přednesené zprávě o činnosti byla dlouhá diskuze.** Byl jednohlasně odhlasován časový limit 4 minuty na příspěvek, P. Neugebauer jako představitel Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost a I. Novák, který zprávu přednesl, nebyli limitováni. Diskuze se vedla o novém schématu očkování dětí.

Diskutovalo se o přípravě koncepce pediatrie. Zde se stále zdá problematická odbornost 301, která je pro zúčastněné akceptovatelná v posledním návrhu koncepce, bude-li jasně definováno její odborné vzdělání jako specialisty – tedy vyšší než odbornosti 002. V diskuzi se znovu probírala otázka a hlavně budoucí postavení rodinného lékaře a jeho vzdělání. Vyplývala nutnost se na této přípravě zásadně podílet.

**7) Volby do výboru společnosti a revizní komise.** Byl odhlasován způsob voleb – 96 hlasů pro a 3 proti.

8) Dle mandátové komise bylo přítomno 103 osob, z toho 99 členů s hlasovacím právem.

**9) Zpráva volební komise:** bylo odevzdáno 99 hlasovacích lístků, z toho 97 platných. Před vlastní volbou od kandidatury odstoupili navržení kandidáti Karger a I. Novák.

**Zvolený výbor:**

**Cabrnochová Hana – Praha (83 hlasů)**

**Liška Jiří – Plzeň (70 hlasů)**

**Marek Jiří – Veselí nad Lužnicí (69 hlasů)**

**Seifertová Jarmila – Kladno (68 hlasů)**

**Adamová Ruth – Čáslav (56 hlasů)**

**Krejčík Josef – Praha (56 hlasů)**

**Hanousek Ladislav – Hradec Králové (55 hlasů).**

**Předsedkyní zvolil výbor Cabrnochovou Hanu.**

10) Halašková H. přednesla usnesení shromáždění, které bylo přijato.

**11) Shromáždění bylo prohlášeno zástupcem České lékařské společnosti – revizní komise profesorem Zvěřinou za platné.**

*Dne 3.6.2001 Kácov u Vlašimi  
Zapsala Seifertová Jarmila*





# Usnesení volebního shromáždění Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP

## Volební shromáždění bere na vědomí

zprávu o činnosti OSPDL ČLS JEP přednesenou

1. doc. MUDr. Ivanem Novákem z titulu předsedy OSPDL za období říjen 2000 až únor 2001
2. MUDr. Endlerem z titulu posledního předsedy OSPDL za období březen až červen 2001

## Schvaluje Zprávu Revizní komise OSPDL přednesenou

1. MUDr. Koláčným, předsedou RK za období říjen 2000 až únor 2001
2. MUDr. Liškou, posledním předsedou RK za období leden až říjen 2000 a březen až červen 2001

Z diskuse volebního shromáždění OSPDL vyplývá nutnost spolupráce nového výboru OSPDL se všemi subjekty, které se podílejí na péči o děti a dorost, zvláště s profesní organizací, t.j. Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost ČR.

## Aktuálními, závažnými tématy, společnými pro všechny praktické lékaře pro děti a dorost se jeví zejména:

Koncepce oboru

Problematika rodinného lékaře

Otázka regionálních zástupců pro primární péči

Správné nadefinování odbornosti 301

Seznámení se současnou situací v oblasti očkování celé veřejnosti praktických dětských lékařů

Volební shromáždění OSPDL ČLS JEP proběhlo na základě rozhodnutí Revizní komise OSPDL a Revizní komise ČLS JEP za účasti člena Revizní komise ČLS JEP prof. MUDr. Zvěřiny. Bylo konstatováno, že volby proběhly dle Stanov ČLS JEP a jednání volebního shromáždění je nenapadnutelné.

*Kácov dne 3.6.2001*

*Za navrhovanou komisi  
MUDr. Halašková Helena  
MUDr. Marek Jiří  
MUDr. Soukup Tomáš*

## Černý čaj dokáže omezit zubní kaz

V zubních ordinacích se sice dosud černý čaj neservíruje, podle vědců však může pití tohoto nápoje mezi jídly pomoci ke snížení tvorby zubního kazu a povlaku. Nejnovější studie, kterou financovala Tea Trade Health Reserach Association, uvádí, že několik dávek černého čaje denně snižuje vytváření zubního plaku a také usměrňuje bakterie. „Zjistili jsme, že černý čaj může potlačovat či zabraňovat nárůstu počtu bakterií, které způsobují zubní kaz, a ovlivňovat jejich schopnost napadat zubní sklovinu,“ uvádí profesorka Illinoiské univerzity Christine Wu, která řídila část studie.

Zatímco předchozí výzkum v Japonsku prokázal, že v boji proti zubnímu kazu je účinný zelený čaj, který je bohatý na antioxidanty, její tým se zaměřil na černý čaj, jenž je v západních kulturách mnohem populárnější. Studie je součástí společného výzkumu Iowské univerzity a univerzity ve švédském Göteborgu. Jeho výsledky byly představeny na schůzi Americké mikrobiologické společnosti v Orlando. Zubní povlak obsahuje více než 300 druhů bakterií, které přilnou k povrchu zubů a produkují kazotvorné kyseliny. Plak je také hlavní příčinou onemocnění dásní. Specifická složka černého čaje – polyfenol – bakterie, které způsobují kazy, usmrcuje nebo potlačuje jejich vylučování kyselin, uvádí studie.

Čaj rovněž působí na bakteriální enzymy a zabraňuje vytváření lepkavého materiálu, který udržuje povlak na zubech. Účastníci výzkumu si vyplachovali ústa čajem pětkrát po půl minutě, mezi každým kloktáním byla tříminutová přestávka. „Pokoušeli jsme se nasimulovat, co lidé dělají, když usrkávají čaj,“ řekla Wu. Podobných výsledků se dobrali při výzkumu na univerzitě v Göteborgu, jehož účastníci kloktali čaj desetkrát denně jednu minutu. Obě studie ukázaly, že čím častěji tak lidé činili, tím více ubývalo plaku a bakterií. Vědci Iowské univerzity zkoumali vliv přítomnosti fluoru v černém čaji na prevenci proti zubnímu kazu, ale podle jejich výsledků nejsou příznivé účinky tak zřejmé. Počínající zubní kaz vystavili působení černého čaje, neviděli však téměř žádnou změnu. Podle nich schopnost černého čaje bojovat se zubním kazem pramení z komplikovaných reakcí mezi nápojem a bakterií. „Máme výsledky, které ukazují, že pokud má čaj dopad při používání, není to díky fluoru,“ řekl James Wefel, profesor a ředitel Dowsova institutu dentálního výzkumu Iowské univerzity.

Pokud má čaj napomoci v prevenci proti zubnímu kazu, musí být skutečně „černý“ – bez cukru, mléka, medu a dalších příměsí. Vědci také zdůraznili, že pití černého čaje nemůže nahradit tradiční ústní hygienu.

## Informace o výsledku voleb do výboru OSPDL ČLS JEP

### Předseda:

MUDr. Hana Cabrnová

### Místopředseda:

MUDr. Jarmila Seifertová

### Vědecký sekretář:

MUDr. Jiří Liška, CSc.

### Předseda oborové komise ČLK:

MUDr. Josef Krejčík

### Předseda revizní komise:

MUDr. Marie Kolářová

### III. tématický kongres

## FARMAKOTERAPIE V PEDIATRII

Plzeň - Dům kultury, 7. - 9. září 2001

**Pořádá:** Česká pediatriká společnost

České lékařské společnosti J. E. Purkyně: Lékařská fakulta UK Plzeň; Dětská klinika FN Plzeň; Město Plzeň

**Téma:** FARMAKOTERAPIE V PEDIATRII

Prezentace nejmodernějších ev. standardních léčebných postupů předními odborníky a seznámení zájemců s novými i zavedenými farmaceutickými výrobky farmaceutických firem.

**Místo a doba konání:** Plzeň, Dům kultury, Americká tř. 49, 7. - 9. září 2001

**Společenský program:** Slavnostní zahájení s divadelním představením a rautem, společenský večer v pivovare.

**Prezident:** Prof. MUDr. Jiří Šolc, CSc.

**Organizační výbor:** MUDr. Helena Honomichlová; Doc. MUDr. František Stožický, DrSc.

**Kontaktní adresa sekretariátu:** Prof. MUDr. Jiří Šolc, CSc.; MUDr. Helena Honomichlová

Dětská klinika FN, E. Beneše 13, 305 99 Plzeň, Tel.: 019/740 2284, tel./fax: 019/742 0745, 0603 549 949

**Příhlášky k účasti:** Příhlášky laskavě zasílejte spolu s potvrzením o platbě (1. díl složenky nebo kopie bankovního převodu) na adresu sekretariátu.

Těšíme se, že kongres bude ještě úspěšnější, než předešlé „Farmakoterapie v pediatrii“ a srdečně Vás zveme do Plzně.

*Jménem organizačního výboru  
Prof. MUDr. Jiří Šolc, CSc.  
Předseda ČSP ČLS JEP*

## FARMAKOTERAPIE V PEDIATRII

### Závazná přihláška k účasti

Příjmení ..... Jméno ..... Titul .....

Adresa ..... PSČ .....

Tel.: ..... Fax: ..... E-mail: .....

Účast (žádané zaškrtněte)  aktivní  pasivní

Název přednášky

Aktivním účastníkům zašleme dodatečné tiskopis abstraktu.

Ubytování:  ano  ne  hotel  kolej

Ubytování v hotelu Vám zajistí kancelář Čedok.

### Společenské akce

Počet vstupenek .....

Slavnostní zahájení ..... Společenský večer v pivovare (150 Kč)

Sjezdový poplatek ..... 700 Kč Doprovázející osoby a důchodci ..... 200 Kč

Účastníci zaplatí poplatky přiloženou složenkou nebo bankovním převodem na účet:

GE Capital Bank, Anglické nábřeží 1, 301 49 Plzeň, č.ú.: 19-509464/0600, var. symbol: 5555



## Zpráva ze 7. národního očkovacího dne

**7. národní očkovací den se konal dne 19.5.2001 v prostorách Autoklubu ČR, Opletova 29, Praha 1, pod patronací Českého výboru pro UNICEF a paní Dagmar Havlové.**

Letošní účast nás, praktických dětských lékařů byla vysoká. Z více než 180 účastníků bylo kolem 140 dětských praktiků. Abstrakta budou uveřejněna na www stránce, proto zde uvedu dle mého soudu nejzajímavější fakta. Zahajovací sdělení **MUDr. Sylvy Kvášové** z MZ ČR se týkala současného stavu očkovací politiky v ČR.

Připomněla nový zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a vyhlášku č. 439/2000 Sb., o očkování proti infekčním nemocem. Touto vyhláškou se nově v ČR zavádí od 1. července 2001 pravidelné očkování dětí proti invazivním onemocněním vyvolaným Hib a dále pravidelné plošné očkování novorozenců a dvanáctiletých dětí proti virové hepatitidě B. Nová vyhláška též mj. stanoví, jak postupovat v případě kontraindikací očkování (např. trvalé kontraindikace náleží posoudit příslušnému odbornému lékaři). Závěrem paní doktorka sdělila aktuální informaci SZO o výskytu potvrzeného případu poliomyelitidy u dítěte ve městě Burgas. Toto dítě nebylo vakcinováno proti polio z neopodstatněného důvodu kontraindikace.

**Pan profesor Dr. E. G. Huber z Rakouské pediatrické společnosti** shrnul vývoj vakcinace v Rakousku v posledních 4 dekádách a výhled do budoucnosti.

**Pan profesor Dr. S. Dittman ze stálé komise pro očkování v SRN** hovořil velmi zajímavě o prevenci invazivních pneumokokových nemocí s použitím konjugované pneumokokové vakcíny. Tato vakcína je použitelná již u 2 měsíčních dětí a pravidelné očkování je plánováno ve státech EU.

**Pan profesor MUDr. S. Dluholucký, CSc. ze Slovenské pediatrické společnosti** hovořil o současném stavu vakcinace na Slovensku. Očkování proti hepatitidě B se realizuje od roku 1998 a očkování Act Hib od roku 2000 jako pravidelné očkování. Již po roce je evidentně nižší výskyt invazivních hemofilových chorob.

**Pan profesor MUDr. Karel Křepela, CSc. z dětské kliniky IPVZ** hovořil o situaci dětské tuberkulózy a BCG vakcinace v ČR v roce 2001. Srovnáním roku 2000 s rokem 1999 možno konstatovat, že incidence dětské TBC stoupla skoro o 50% případů, dále podle regionů byl výrazný nárůst v severočeském kraji, po 7 letech bylo zjištěno v ČR opět úmrtí s průkazem Myco-avium až na pítvě. Od prosince 2000 je k dispozici dánská vakcína SSI Kodaň, která má certifikát WHO. Komplikace po BCG vakcinaci se hlásí na novém tiskopise, který je jednotný pro hlášení podezření nežádoucího účinku léčiva a který vypracoval SU-KL, kam se také hlášení zasílá. Dle sdělení pana profesora v diskusi se hlásí ulcerace nebo absces větší než 10 mm v místě očkování nebo regionální

uzliny. Jako ošetření postačí punkce a evakuace hnisu.

**Pan Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc. z Dětské kliniky IPVZ** hovořil o důvodech očkování proti *Haemophilus infl.* b. Ve sdělení pan docent přehledně uvedl historii objevu, stavbu bakterie, rozlišení neopouzdřených kmenů vyvolávajících mírně probíhající záněty HCD a opouzdřených kmenů, vyvolávajících invazivní, smrtelné infekce. I po prodělaném invazivním onemocnění je nutno dítě očkovat (!), neboť imunogenita je nízká. V tomto případě doporučuje pan docent očkovat dítě do 2 let věku již po 3týdenní rekonvalescenci od onemocnění. U dětí od 2 do 5 let věku po onemocnění nejprve stanovit protilátky a pak ev. očkovat. U dětí nad 5 let věku obecně očkovat děti s imunodeficitem.

Velice zajímavé bylo sdělení **MUDr. M. Čihaře z novorozeneckého oddělení z JIRP v Motole** o imunoprofylaxi RSV infekci přípravkem Synagis. Je to monoklonální protilátka proti RSV. Výběr novorozenců k očkování bude indikovat perinatologické centrum, dále schvalovat Česká neonatologická společnost, dále bude lék podléhat schválení RL. 1. dávka bude aplikována v perinatol. centru a další 4 dávky PLDD, který dostane k léku podrobné instrukce. Podání Synagisu nenarušuje běžný očkovací kalendář!

Další dvě sdělení byla věnována zkušenostem s očkováním proti chřipce.

**Doc. MUDr. Dimitrij Slonim z České eradikační komise pro polio** hovořil o eradikaci poliomyelitidy a taktice imunoprevence. Nesmírně zajímavá čísla dokazující eradikaci polio u nás od roku 1960 dosud. Pan docent hovořil o svém celoživotním poslání velice poutavě.

**Sdělení MUDr. Jitky Luňáčkové a MUDr. Čestmíra Beneše z OHS Č. Budějovice a SZU Praha** o problému klíšové encefalidity. Proočkovanost naší populace je zatím jen 5%, a proto zatím nedochází k poklesu počtu nemocných, výjimkou je jen skupina 15-19letých, ve které došlo k poklesu nemocnosti v posledních 2 letech.

Velmi zajímavá byla informace **Doc. MUDr. Jana Jandy, CSc., MUDr. Ing. Jana Vejvalky, MUDr. Jitky Škovránkové z FN Motol a 2. LF UK Praha** o založení www stránky Očkování dětí v ČR. Tyto www stránky budou určeny zejména pediatrům, budou přinášet novinky v oblasti vakcinace, včetně možných rizik. Bude tam ale i sekce určená laikům - tedy rodičům našich dětí. O otevření stránek budeme informováni v Bulletinu ČPS. Zatím je k dispozici česká stránka:

[www.ockovani.com](http://www.ockovani.com)

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

[www.domuvezdrazi.cz](http://www.domuvezdrazi.cz) (pro laiky)

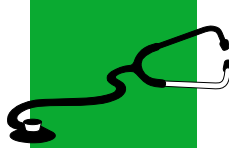
**MUDr. Jitka Škovránková z ambulance pro očkování při FN Motol** hovořila o demyelinisaci a jiných autoimunních komplikacích po očkování.

Tyto komplikace jsou velice vzácné, jsou nejčastěji po očkování živými očkovacími látkami. Prevencí jejich vzniku je dodržování zásad správného očkování a individuální přístup k očkování.

Paní doktorka dále zodpovídala **dotazy účastníků**: odstup mezi jednotlivými dávkami DTP: mezi 1. a 2. dávkou maximálně 12 týdnů, mezi 2. a 3. dávkou maximálně 10-12 měsíců. Optimální odstup obou polio dávek je 6-8 týdnů. Odstup 2. dávky Trivivac optimálně 6-12 měsíců po 1. dávce, lze očkovat ale jen do 10 let věku, při očkování po 10. roce věku je třeba nejprve stanovit protilátky. Při potřebě očkovat dospělého proti polio je též třeba stanovit protilátky a poté očkovat IPV. Pokud je třeba očkovat dospělé proti Diphterii (výjezd do ohrožené oblasti v zahraničí), očkuje se 0,1 ml DiTe a 0,4 ml Te - toto schéma platí i při očkování dětí starších 7 let. Inhalační kortikoterapie není kontraindikací k očkování. Po inf. mononukleóze lze očkovat neživými vakcínami po ústupu klin. příznaků, živými až po poklesu aktivity anti VCA a anti EBNA protilátek v IgM třídě. Základní očkování proti pertussi musí být vždy 3 dávkami. Očkování adolescentů proti HB se bude týkat 12letých dětí narozených po 1.7.1989, přesné pokyny k očkování kojenců nám budou předány spolu s očkovací látkou ve druhé polovině měsíce června t.r. Kojenci budou očkováni Tetravakcínou (DTP s Act Hib) a vakcínou Engerix ve 2 injekcích i.m., do každého stehna jednu. U dětí s kontraindikací pertussové složky budou děti očkovány DiTe + Act Hib + Engerix. Pneumokokové vakcíny jsou určeny pro děti s imunodeficitem, splenektomované, po transplantacích kostní dřeně atd. Po BCG lze očkovat za 8 týdnů při zhojení reakci. Po polio lze DTP dát za 4 týdny. Při celkové kortikoterapii lze očkovat neživé, ale nikoli živé vakcíny. Po vakcínách (pyly, roztoči) je vhodný interval 2 týdny, po bakt. lysátech (Ribom., Bronchov.) 1 týden. Podání Colinfant vakcíny a polio současně je možné. Podání FSME IMMUN v létě je sporné, jedinec v inkubační době klíš. encefalidity může mít zvýrazněnou reakci ev. i onemocnění po očkování, dále podání není doporučeno u epileptiků, též je sporné dle údajů ze SRN očkování dětí do 4 let věku - došlo ke zvýšenému výskytu FK. Neurologičtí pacienti mají kontraindikaci očkování proti pertussi. Nové doporučení: při alergické reakci po očkování DiTePe lze podat DiTe + antihistaminikum. Žádáme-li HES o vakcínu INFANRIX, je třeba doložit doporučení neurologa. Po varicelle lze očkovat za 3-4 týdny.

**Důležité upozornění motolského očkovacího centra: změna času pro telefonické dotazy lékařů ohledně očkování, nově Po a Čt 13.30-15.30 hod.**

MUDr. Jana Hejhalová PLDD, Praha



# Problematika parazitárních infekcí v pediatrii

MUDr. Karel Mencil

Mikrobiologické oddělení, Nemocnice Pardubice

## Souhrn

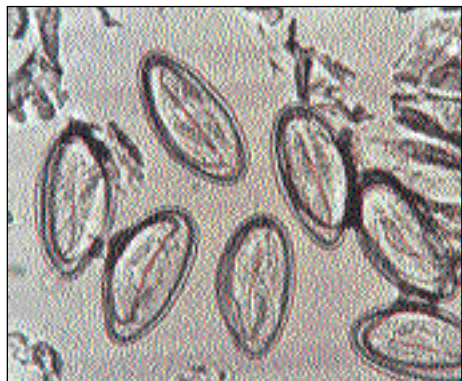
V příspěvku jsou učebnicovým stylem připomenuty základní parazitární nákazy, se kterými je možné se na našem území setkat v rámci vyšetřování dětské populace. U jednotlivých nálezů jsou uvedeny základní údaje o původci, klinických příznacích onemocnění a údaje o stavu jejich záchytu na území ČR. Příspěvek je doplněn o přehled kritérií, která jsou nezbytná pro dodržení zásad správného odběru biologického materiálu pro parazitologická vyšetření, včetně základních údajů o době nutné pro získání výsledků z jednotlivých metod.

## Klíčová slova

Parazitózy - Protozoózy - Helmintózy - Artropodózy - Přehledy  
Symptomy - Odběry biol. materiálu - Typy vyšetření

Lidské parazitózy jsou onemocnění působená prvky, červy a členovci a stále představují závažný celosvětový zdravotnický problém. Protože jsme se od devadesátých let otevřeli světu a svět se také otevřel nám, je

Obr. č. 1 - Vajíčka *Enterobius vermicularis* v perianálním otisku (640x zvětšeno)



potřeba mít stále více na zřeteli nejenom problematiku parazitárních nálezů člověka endemických na území naší republiky, ale také být informován o parazitózách, se kterými se u nás můžeme setkat u cizích státních příslušníků, stejně jako u našich občanů, kteří se vrací z tropů a subtropů. A protože se parazitární infekce nevyhýbají žádné věkové kategorii, můžeme se s nimi setkat jak u kojenců, tak i u osob velmi pokročilého věku.

Při onemocnění působeném parazity nebývá často klinický obraz zcela charakteristický a mnohdy ho nelze specificky, pouhým klinickým vyšetřením, odlišit od jiných infekčních chorob. V oblasti pediatrie je pak uváděná problematika složitější zvláště u mladších věkových skupin, kdy nelze spoléhat na

odpovídající subjektivní pocity a stesky těchto malých pacientů.

Vzhledem k tomu, že sleduji problematiku parazitóz člověka od laboratorního stolu, a mám pocit, že počet vyžadovaných vyšetření biologického materiálu na přítomnost parazitů neodpovídá v našich podmínkách stavům uváděným v zahraniční literatuře, dovoluji se ve svém příspěvku zaměřit na připomenutí nejdůležitějších parazitárních nálezů, se kterými se v běžné praxi setkáváme, spolu s přehledem základních klinických projevů uvedených onemocnění a možnostmi jejich diagnostiky.

Jak vyplývá z tabulky (tab. č. 1), představují parazitární nákazy velmi širokou a různorodou skupinu onemocnění. Přenos parazitů se může dít různými cestami (tab. 2), kdy jsou hlavními určujícími faktory životní projevy jednotlivých parazitů, jejich životní cyklus, nebo jejich vazba na prostředí, mezipřenašeče, nebo vazba na specifického přenašeče.

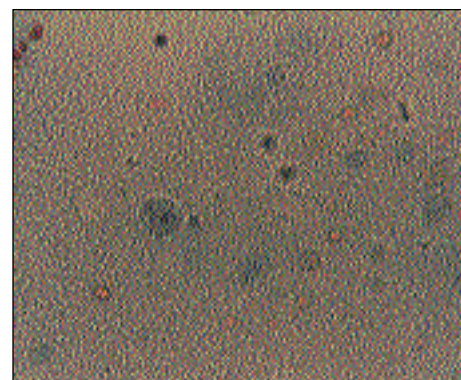
### ■ 1. Střevní nákazy působené prvky (protozoózy)

V našich podmínkách se při vyšetřování stolice nejčastěji setkáváme s *Endolimax nana*, přestože je ve statistice Národní referenční laboratoře pro střevní parazitózy pro rok 1999 (dále jen NRL/99) uváděn pouze 0,5% záchyt. Jeho 4 - 5 jaderné cysty se také mohou objevit i jako náhodný záchyt při preventivních vyšetřeních. Nicméně jeho přítomnost může zvláště u dětí způsobovat střevní obtíže různé intenzity, charakterizované většinou jako mírné průjmy, střevní nepokoj nebo bolestivost v podbřišku.

Ani nález měňavky *Entamoeba coli* (NRL/99 uvádí 0,6%) nepředstavuje stav ke znepokojení, neboť se v podstatě jedná o neškodného komensála. Byl však již též uveden v souvislosti s tzv. průjmy cestovatelů, takže by v případě pozitivní anamnézy měl i tento prvek mít své místo v diferenciální diagnostice. Pro potvrzení jeho účasti na onemocnění je nutné vyšetřit vzorek čerstvé stolice, protože diagnózu může potvrdit pouze přítomnost trofozoitů parazita.

Významným patogenem dětského věku je *Giardia intestinalis*, jehož trofozoity žijí v duodenu a jejunu přichyceni na střevním epitelu (NRL/99 uvádí 0,5% celkový záchyt).

Obr. č. 2 - Cysta *Giardia intestinalis* ve stolici (1000x zvětšeno)



Přestože v řadě případů probíhá nákaza asymptomaticky a u 50% nálezů dochází ke spontánnímu vyléčení, způsobuje silnější nákaza tímto prvokem gastrointestinální poruchy ve smyslu chronických vodnatých průjmů, kolik, zvracení, nechutenství, hubnutí





tab. č. 1

## Jednoduché rozdělení parazitů, se kterými se v praxi častěji setkáváme

Prvoci	Améby	<i>Entamoeba histolytica</i> (měňavka úplavičná) <i>Entamoeba coli</i> (měňavka střevní) <i>Endolimax nana</i>
	Bičíkovci	<i>Giardia intestinalis</i> (lamblia střevní) <i>Chilomastix mesnili</i> <i>Trichomonas vaginalis</i> (bičenka poševní) rod <i>Plasmodium</i> (původci malárie)
	Výtrusovci	<i>Toxoplasma gondii</i> (toxoplasma obecná) rod <i>Cryptosporidium</i>
	Nálevníci	<i>Balantidium coli</i> (vakovka lidská)
Červi	Tasemnice	<i>Hymenolepis nana</i> (tasemnice dětská) <i>Taenia saginata</i> (tasemnice bezbranná) <i>Taenia solium</i> (tasemnice dlouhočlenná) <i>Echinococcus granulosus</i> (měchožil zhoubný)
	Hlístice	<i>Trichuris trichiura</i> (tenkohlavec lidský) rod <i>Ancylostoma</i> rod <i>Necator</i> <i>Enterobius vermicularis</i> (roup dětský) <i>Ascaris lumbricoides</i> (škrkavka dětská) rod <i>Toxocara</i> (zvířecí škrkavky)
Členovci	Zákožkovití	<i>Sarcoptes scabiei</i> (zákožka svrabová)
	Trudníkovití	rod <i>Demodex</i>
	Čmelíkovití	rod <i>Dermanyssus</i> (u drůbeže a ptáků) rod <i>Ornithonyssus</i> (u ptáků a krysy)
	Klíšťata	<i>Ixodes ricinus</i> (klíště obecné)
	Hmyz	Vši <i>Pediculus capitis</i> (veš dětská, hlavová) Štěnice <i>Cimex lectularius</i> (štěnice domácí) Blechy <i>Pulex irritans</i> (blecha obecná, lidská) rod <i>Ctenocephalides</i> (blechy psí a kočičí) Komáři rod <i>Anopheles</i> rod <i>Culex</i> Muchničky

nebo příznaků cholecystitidy. Ve stolici nebývá při této infekci přítomna ani krev, ani samotné leukocyty.

V případě původce amébové dyzenterie ***Entamoeba histolytica*** se ve většině případů infekce jedná o importované případy z oblastí tropů a subtropů, místa výskytu však na řadě míst zasahují i do oblastí mírného pásma. Infekce se projevuje prudkými vodnatými průjmy provázenými tenesmy, bez zvýšené teploty, později se ve stolici objevuje příměs hlenu a krve, při vyšetření krevního obrazu bývá pravidelně leukocytóza. Průběh amébozy bývá u dětí mírnější, přestože invaze měňavek do střevní stěny jsou častější než u dospělých. Onemocnění může přejít do chronicity nebo dlouhodobého nosičství, daleko závažnější jsou však stavy způsobené perforací

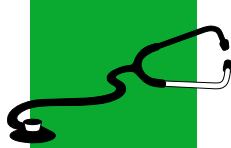
střevní stěny s následnou peritonitidou, nebo postižení jiných orgánů (jaterní absces). Ve většině případů jsou i po vyléčení střevní formy amébozy zaznamenávány jako trvalé následky po onemocnění různé poruchy zažívání. I když je NRL/99 uváděné procento zachytu velmi nízké (0,05%), nemělo by být parazitologické vyšetření stolice v případech průjmů s příměsí krve nikdy opomíjeno.

Balantidióza působená prvokem ***Balantidium coli*** je onemocnění charakterizované bolestmi břicha a chronickými krvavými průjmy. Během infekce může dojít až k perforaci střevní stěny s následnou peritonitidou. Zdrojem nákazy jsou vepři, v jejichž tlustém střevě nálevníci žijí. Vedle profesionální nákazy však jako postižení přicházejí do úvahy také děti.

V dřívějších dobách byl v našich dětských

domovech jako původce vodnatých průjmů bez tenesmů, bez teplot a při zachování chuti k jídlu diagnostikován ***Chilomastix mesnili***, který je dnes již spíše vzácností. Nicméně v případě chronického průjmového onemocnění bez výraznějších klinických obtíží by mělo být při diferenciální diagnostice pamatováno i na možnost přítomnosti tohoto prvoka.

V poslední době je v otázkách gastrointestinálních potíží věnována pozornost střevním kokcidiózám působených rodem ***Cryptosporidium*** (kryptosporidióza). Toto onemocnění je sledováno ze dvou pohledů, podle stavu imunitního systému postiženého jedince. U osob imunokompetentních, zvláště u dětí (vyšší výskyt mezi 1. – 12. rokem věku), se infekce projevuje většinou jako krátkodobé onemocnění s vodnatými průjmy,



stolic může být až 20 denně, provázenými případně teplotou, bolestmi břicha a zvracením. Ve většině případů zde dochází ke spontánnímu uzdravení ve chvíli, kdy prvok ukončil svůj vývojový cyklus. Protože je však možná autoinfekce, může se postižení vléci až týdny i roky, kdy může vyústit do malabsorpčních syndromů. U pacientů imunosuprimovaných, zvláště pak u osob s AIDS, se jedná o život ohrožující četné vodnaté průjmy s horečkami, bolestmi břicha a kachektizací. Celkově se v ČR v roce 1999 na kryptosporidíózu provedlo 677 vyšetření s pozitivním záchytem 0,74%. Oproti požadavkům na klasické vyšetření stolice však představuje vyšetření na kryptosporidíózu pouze 0,7% žádanek.

### Nákazy působené prvoky mimo střevo

Pomineme-li možnost tkáňových infekcí **E. histolytica**, zvláště postižení jater, můžeme se v našich podmínkách i v pediatrii setkat s chorobami působenými prvoky jako je trichomonóza a toxoplasmóza, u importovaných nákaz pak s možností malárie.

Trichomonóza působená **Trichomonas vaginalis** je v naprosté většině považována za sexuální přenosné onemocnění působící u postižených žen akutní zánět poševní sliznice. Přestože je možný též přímý přenos na novorozence od matky při porodu nebo též úzkým kontaktem s infikovanou matkou i v pozdějším věku, vždy by se měla pečlivě zvážit také možnost sexuálního zneužívání dítěte.

Onemocnění vyvolané **Toxoplasma gondii** je pravděpodobně jedno z nejnámějších parazitárních onemocnění, se kterými se v běžné praxi setkáváme. Odhaduje se, že promoření naší dospělé populace se pohybuje v rozmezí kolem 40%. Nejčastější formou je tzv. **toxoplasmóza získaná**, klinicky charakterizovaná symptomy jako subfebrilie, bolesti hlavy a svalů („chřipkové příznaky“), malátnost, v akutním stádiu je též obvyklá lymfatická forma, kdy jsou přítomny zvětšené a většinou nebolestivé uzliny. Vedle celkového onemocnění se můžeme setkat také se samostatným postižením jednotlivých orgánů (CNS, oko, játra, forma gynekologická apod.).

**Toxoplasmóza vrozená** vzniká intrauterinní infekcí plodu. Výsledek nepříznivého působení parazita, který má schopnost transplacentárního přestupu, závisí na době nákazy matky v graviditě. Čím ranější je infekce, tím závažnější bývá poškození plodu, kdy jsou klasickými příznaky těžké vrozené toxoplasmózy kalcifikace CNS, chorioretinitis a hydrocefalus.

V současné době umíme toxoplasmózu velmi dobře diagnostikovat pomocí sérologických metod a vzhledem k monitorování rizikových stavů (gravidní ženy, ohrožení novorozenci) je možné včas zahájit cílenou terapii, kterou lze nepříznivý vývoj působení parazita zvrátit.

V případě malárie, přestože jsou známy

i tzv. letištní formy nákazy, stále dominuje forma importovaná. Původci onemocnění patří k rodu **Plasmodium**, jejichž výskyt je geografického charakteru. Na možnost onemocnění malárií by se mělo v diferenciální diagnostice pomýšlet v případě pozitivní cestovatelské anamnézy při intermitentních horečkách, splenomegalii a anémii, kdy jsou záchvaty horečky provázené zimnicí s třesavkou a pocením a následnou afebrilní periodou. Uvedené příznaky nemusí být vždy přesně vyjádřeny, můžeme se setkat i se stavy, kde jsou hlavními symptomy výrazné bolesti hlavy, polyneuritický syndrom, poruchy zraku a vědomí, bolesti břicha a zvracení. I drobná pochybnost lékaře by však měla být v takovém případě potvrzena či vyvrácena parazitologickým vyšetřením krve.

## ■ 2. Nákazy působené červy (helmintózy)

### A. Hlístice

Přestože existuje celá řada parazitárních nákaz působených různými červy mimo zažívací trakt, stojí v našich podmínkách střevní helmintózy na prvním místě.

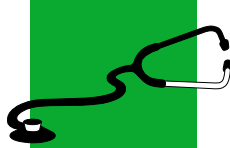
Z pohledu pediatra pak čelné místo patří jistě enterobióze, působené drobným oblým červem **Enterobius vermicularis**, který je výhradně lidskou infekcí. Přestože se v odborné literatuře uvádí, že promořenost zvláště dětských kolektivů se pohybuje v rozmezí 20 – 80 – 100%, jsou naše laboratorní zkušenosti se záchytem tohoto parazita o poznání skromnější, kdy náš záchyt v perianálních otiscích kolísá mezi 8 – 14% (údaje NRL/99). Vlastní infekce probíhá nejčastěji asymptomaticky, nebo jen velmi málo výrazně. Onemocnění je nejčastěji charakterizováno perianálním pruritem, kdy asi do jedné hodiny po ulehnutí dítěte do postele vylézají samičky roupa z řitního otvoru, aby mohly klást vajíčka na perianální řasy. Proces je provázen nespavostí nebo neklidným spánkem. Může se však objevit také bolestivost břicha, často spojená s nechutenstvím, nebo též bolesti hlavy. U děvčat může při „bloudění“ samic roupa dojít k jejich přechodu na vulvu, čímž mohou být příčinou vulvitid, nebo při dráždění okolí uretry příčinou nočního pomočování. Vzhledem k možnému asymptomatickému průběhu infekce, možnému dlouhému přežívání vajíček parazita v prostředí a možnostech autoinfekce se doporučuje přeléčit při výskytu enterobiózy celý dětský kolektiv nebo rodinu.

Dalším hlístem, který i v současnosti vyža-

tab. č. 2

### Možnosti přenosu parazitů na člověka

alimentární cesta	- potravou přímo	vajíčka červů cysty prvoků
	- potravou nepřímo	kontaminace a následné pomnožení původce
	- pitnou vodou přímo	voda kontaminovaná fekáliemi lidí či zvířat
	- pitnou vodou nepřímo	pozření mezihostitelů (např. buchaneck)
	- půdní substráty	vajíčka červů
pokožkou a sliznicemi	- styk s vodou	- trofozoity prvoků (améby) - larvy červů
	- styk s půdním substrátem	- larvy červů (larva migrans)
pohlavním stykem		- trichomonóza - giardióza
přímý kontakt se zvířaty		- cysty prvoků
členovci	- pasivně	- cysty na povrchu těla
	- aktivně	- krev sající hmyz, kde parazit prodělává část svého vývoje



tab. č. 3

**Systém odběru biologického materiálu pro parazitologická vyšetření**

MATERIÁL	ODBĚR	POZNÁMKA
sputum	sterilní nádobka (sputovka, kontejner)	larvy <i>Ascaris lumbricoides</i> a <i>Strongyloides stercoralis</i> , háčky <i>Echinococcus spec.</i> , vajíčka <i>Paragonimus spec.</i>
bronchoalveolární laváž	5–10 ml z 1. – 3. porce	dtto jako u sputa
duodenální šťáva	asepticky sondou do skleněné zkumavky	!!! pouze při opakovaně negativním koprologickém vyšetření. Je nutné domluvit s laboratoří a dodat v čerstvém stavu při 37°C.
stolice	a) čerstvá stolice velikosti třešně do parazitovky nebo kontejneru b) u průjmové stolice 3–5 ml	do laboratoře co nejdříve, u průjmové stolice do jedné hodiny po defekaci
perianální stěr (GRAHAM)	nalepením a opětným sejmutím průhledné lepicí pásky velikosti a šíře mikroskopického podložního skla na konečnickové řasy	provést ráno, před defekací a omýváním konečníku, do laboratoře zaslat přilepenou na podložním skle
moč	ranní moč (50 – 100 ml)	hlavně poslední porce při domočování
vaginální, event. cervikální sekret	vatový tampon s transportním médiem	pro vyšší záchytnost <i>Trichomonas vaginalis</i> je vhodné spolu s odběrem zaslat též roztěr
uretrální sekret	bakteriologickou kličkou přímo na kultivační půdy	na mikroskopickém podložním skle
punktát z jaterního abscesu	sterilní zkumavka	při susp. améboze je vhodné ještě před punkcí vyšetřit pacienta sérologicky – v případě positivity není punkce pro dg. nutná
kožní afekce – papulky	při susp. svrabu – po maceraci 10% NaOH seškrab sterilním skalpelem	odběr možno dohodnout s laboratoří nebo s kožním odd. nemocnice
krev pro sérologii	4–5 ml venózní krve do sterilní zkumavky	borrelióza, toxoplasmóza, tkáňové parazitózy apod. – transport jako u jiných sérologických vyšetření
krev na malárii	tlustá kapka z kapilární krve  krevní roztěr z kapilární krve	kapku krve na podložním skle ihned roztáhneme rohem jiného skla do průměru cca 1,5 cm a spirálovým pohybem mícháme do zaschnutí hematologickou technikou zhotovíme tenký roztěr a necháme zaschnout
krev pro zvláštní požadavky	4–5 ml heparinizované krve ve zkumavce	pro vyšetření filarióz, trypanosomóz – do laboratoře doručit do 1 hod. od odběru po předchozí domluvě s laboratoří
biopsie, nekropsie, excise apod.	asepticky do vhodné sterilní nádobky s fyziologickým roztokem	vyšetření je lépe předem domluvit s laboratoří

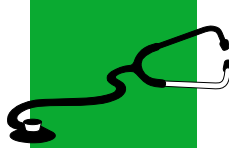
duje naši pozornost, je ***Ascaris lumbricoides***, původce askariózy, přestože procento pozitivních vyšetření kolísá kolem 0,3% (NRL/99). Protože vajíčka tohoto červa potřebují ke svému zrání 3 – 4 týdny v zevním prostředí, hraje velkou roli v procesu přenosu jednak konzumace kontaminované vody a potravin, hlavně zeleniny po hnojení lidskými nebo prasečími výkaly, ruce špinavé po kontaktu s půdou, u malých dětí pak také geofágie. Vlastní postižení škrkavkami, kdy dospělý červ má délku kolem 30 cm, je určeno jejich počtem ve střevě. Počet vyšší než

30 jedinců již může postiženého ohrozit na životě ileózním stavem nebo perforací střeva. U malých dětí však stačí k projevům nákazy i velmi nízký počet červů. V klinickém obraze jsou na prvním místě zažívací potíže, nechutenství, neklid a zvracení. V časných fázích infekce, při masivní naze, kdy larvy škrkavek cestují přes plíce, se mohou objevit i bronchopneumonie.

***Trichuris trichiura***, původce trichuriózy, se z našeho materiálu pravděpodobně díky vysoké hygieně potravin i hygieně osobní téměř vytratil (NRL/99 udává 0,2% s převahou

positivity u cizinců). Celosvětově je to však stejně jako askarióza jedno z nejrozšířenějších parazitárních onemocnění. Přenos vajíček je stejný jako u škrkavy, v klinice převládají u silnějších nákaz průjmy, slabost, hubnutí, bolesti břicha event. anémie, u slabých nákaz může infekce probíhat zcela asymptomaticky.

Červi rodu ***Ancylostoma*** a ***Necator*** patří k parazitózám, které je možné importovat do naší republiky z tropických a subtropických oblastí (o tom svědčí i údaje NRL/99, které uvádí procento záchytu u v ČR vyšetřených



cizinců 13,3% a pouze 0,16% připadá na naše občany vracející se ze zahraničí). Vzhledem k aktivnímu průniku invazivních larev parazita pokožkou můžeme v první fázi pozorovat svědivou kopřivkovou vyrážku v místech průniku larev, další fáze jsou podobné jako u askariózy.

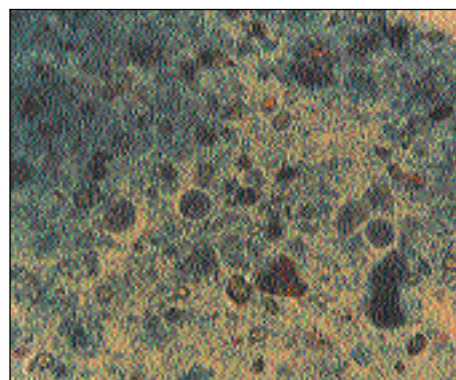
Zvláštní místo zaujímá parazitární onemocnění s názvem larvální toxokaróza. Jde o postižení, jehož příčinou jsou larvy psí nebo kočičí škrkavky *Toxocara canis* a *T. cati*, kdy k infekci zvířete může dojít již při nitroděložním vývoji vzhledem k transplacentárnímu přenosu larev. K postižení člověka dochází požitím vajíček uvedených škrkavek, kdy larvy ze střeva pronikají do krevního oběhu, kterým jsou roznášeny do různých orgánů. K dalšímu vývoji parazita však již nedochází a vlastní onemocnění je charakterizováno místem „uváznutí“ zmíněných larev. Při postižení viscerálních orgánů se jedná o teploty, průjemy, kožní vyrážky, hepatomegaliu, při postižení CNS se mohou objevovat i stavy podobné epilepsii. Vždy je vyznačena silná eozinofilie. Další závažnou formou toxokarózy je postižení oka, kdy se zhoršuje vidění, zakalu-

je se sklivec, rozvíjí se uveitida. U solitárního očního postižení nebývá přítomna eozinofilie. Viscerální forma je popisována u všech věkových kategorií, forma oční více u starších dětí a dospělých. Vzhledem k promořenosti psů a koček škrkavkami (u nás 20 – 30 – 50%) je toto možné postižení populace stále aktuálním problémem. V naší republice byla zjištěna průměrná séropozitivita u 18,4% populace, což ČR řadí mezi země s vysokým promořením touto tkáňovou helmintózou.

**B. Tasemnice**

V případě tasemnic nám z laboratorních stolů prakticky zmizela *Hymenolepis nana*, která bývala před 15 a více lety poměrně často zachytávaným agens. Tato drobná tasemnička, kdy ve střevě postiženého mohlo být přítomno i více jedinců, působila sice při slabší nákaze pouze nevýrazné zažívací potíže a průjemy, ale vzhledem k snadnému přenosu nákazy, včetně možné autoinfekce, měly její nálezy epidemiologickou významnost hlavně pro šíření v dětských kolektivech. Vzhledem k tomu, že je 1,9% u nás vyšetřených cizinců pozitivních na přítomnost tohoto parazita (údaje NRL/99), neměla by být opo-

Obr. č. 3 - *Cysty Endolimax nana* ve stolici (1000 x zvětšeno)



míjena ani možnost výskytu u našich dětí.

Z dalších tasemnic se tu a tam stále diagnostikuje přítomnost *Taenia saginata*, jejíž cysticeky (boubele) se tvoří ve svaloch hovězího dobytka a člověk se nakazí požitím syrového (tatarský biftek) nebo nedostatečně tepelně upraveného hovězího masa. V případě nákazy je ve střevě vždy přítomna pouze jediná tasemnice a postižené osoby mívají různé zažívací potíže, meteorismus, různě intenzivní bolesti hlavy a břicha, alergické projevy, někteří hubnou, jiní naopak přibývají na váze.

*Taenia solium*, jejíž cysticeky se nacházejí ve svalovině vepřů, byla na našem území eradikována a její záchyt podléhá přísnému epidemiologickému hlášení. Ve způsobu přenosu, i ve svých klinických projevech se nákaza podobala *T. saginata*.

Onemocnění hydatidózou (cystická echinokokóza), při níž se v orgánech postiženého vytváří cysty (hydatidy) je způsobeno požitím vajíček drobné tasemnice *Echinococcus granulosus*, jehož hostitelem je pes (zvláště v teplých krajích). I přes poměrně značné celosvětové rozšíření echinokoka je u nás během roku diagnostikováno pouze několik málo případů onemocnění. Postupně narůstající cysty jsou lokalizovány nejčastěji v játrech a plicích, méně v mozku a jiných tělních orgánech. Klinické příznaky souvisí s lokalizací, množstvím a velikostí cyst, které utlačují parenchym postiženého orgánu.

Podobná tasemnice - *E. multilocularis*, jejíž definitivním hostitelem je liška (může se však objevit i u psa) se na našem území vyskytuje u lišek ve vysokém procentu (2-35%), kdy promořenost kolísá podle jednotlivých sledovaných lokalit. Požití vajíček tohoto parazita člověkem má za následek podobné onemocnění jako v případě *E. granulosus* a je označováno jako tzv. alveolární echinokokóza.

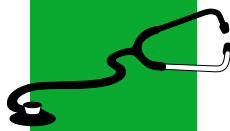
tab. č. 4

Přehled odebíraného materiálu ve vztahu k diagnóze a délce vyšetření			
Onemocnění	Vyšetřovaný materiál	Délka vyšetření v hod.	Sérologie
Amébióza	stolice, punktát abscesu	48 / 72	+
Giardióza	stolice	24	
	duodenální šťáva	1-3	
<b>BALANTIDIÓZA</b>	stolice	24	
Kryptosporidióza	stolice	24	
Trichomonóza	vaginální sekret	24	
Toxoplasmóza	krev	/*	+
	likvor, tkáň, punktáty (pro přímý průkaz)	24 / 28	+
Malárie	„krev“ - tlustá kapka a roztěr z periferní krve na podložním mikroskopickém skle	24	+
Enterobióza	perianální stěr	24	
Askarióza	stolice	24	
	sputum (1. stadium invaze)		
Larvální toxokaróza	biopsie tkání	96	+
Hymenolepióza	stolice	24	
Taenióza	stolice, odcházející články event. perianální stěr	24	
<b>HYDATIDÓZA</b>			
Cysticerkóza	krev na sérologii		/**
Skabies	biopsie (seškrab) kůže	24	

/\* ..... podle zvyklostí laboratoře

/\*\* ..... specializovaná pracoviště





tab. č. 5

**Přehled základní antiparazitární terapie**

Patogen - diagnóza	Lék volby	Dávkování
Endolimax nana Entamoeba histolytica Giardia intestinalis	METRONIDAZOL	5 mg/kg 3x denně po 7 dnů 500 mg 3x denně po 3 dny
Chilomastix mesnili	ORNIDAZOL	1 g ve 2 dávkách - 1 den
Trichomonas vaginalis	METRONIDAZOL ORNIDAZOL	250 mg 3x denně po 7 dnů 1 g ve 2 dávkách - 1 den
Cryptosporidium	- zatím pouze podpůrná terapie	
Enterobius vermicularis	PYRVINIUM MEBENDAZOL ALBENDAZOL	5 mg/kg jednorázově 100 mg/den po 3 dny 100 mg jednorázově a opakovat po 2-4 týdnech 100 mg jednorázově a opakovat po 2-4 týdnech
Ascaris lumbricoides	MEBENDAZOL ALBENDAZOL	100 mg 2x denně po 3 dny 500 mg jednorázově 400 mg jednorázově
Trichuris trichiura	MEBENDAZOL ALBENDAZOL	200 mg/den po 3-5 dnů a opakovat za 1-2 týdny 600 mg jednorázově 400 mg/den po 3 dny
Hymenolepis nana	NIKLOSAMID PRAZIQUANTEL	děti do 10 kg: 0,5 g ve 2-4 dávkách 1 den děti 10-30 kg: 1 g ve 2-4 dávkách 1 den děti přes 4 roky: 15-25 mg/kg jednorázově
Taenia saginata	NIKLOSAMID PRAZIQUANTEL	stejně jako u Hymenolepis nana 5-10 mg/kg jednorázově ALBENDAZOL
Ancylostoma / Necator	ALBENDAZOL MEBENDAZOL THIABENDAZOL	400 mg jednorázově 100 mg 2x denně po 3-4 dny, 600 mg jednorázově 50 mg/kg po 3 dny
Toxoplasma gondii	- výběr léků, jejich kombinace a dávkovací schéma se řídí podle typu a fáze onemocnění, stavu a věku pacienta	
larvální toxokaróza	ALBENDAZOL THIABENDAZOL	děti do 2 let: 5 mg/kg/den ve dvou dávkách po 10 dnů vyšší věk: 10 mg/kg/den ve dvou dávkách po 14 dnů nízký věk: 50 mg/kg/den ve dvou dávkách po 14 dnů vyšší věk: 80 mg/kg/den ve dvou dávkách po 14 dnů
hydatidóza	ALBENDAZOL	10 mg/kg a den ve 3 dávkách po 14 dnů - pak 14 dnů přestávka a další stejná kúra (délka celkové terapie až 1 rok)
malárie	- podle typu onemocnění a stavu pacienta - na infekčním oddělení nemocnice	
skabies	LINDAN JACUTIN EURAX (Geigy)	1% mast (!!! hepatotoxická) 0,3% mast krém - po koupeli po 2 noci
vši	DIFFUSIL H 92 M DIFFUSIL H 92 P ORTHOSAN H PARA PLUS	šampon vlasová voda

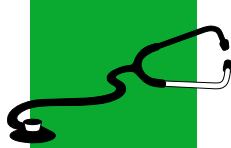
**■ 3. Postižení působená členovci (artropodózy)**

Kromě krev sajících členovců, kteří působí jako dotěrní „trapiči“ (komáři, muchničky) je třeba pamatovat i na možnost přenosu některých parazitárních, ale i jiných infekčních onemocnění jejich prostřednictvím. Čmelíci a blechy (vyjma blechy lidské) jsou příležitostnými parazity člověka ve chvíli, kdy ztratily svého původního hostitele a člověk v jejich

blízkosti představuje jediný zdroj potravy. Jejich bodnutí však bývají velmi nepříjemná a způsobené rány se většinou poměrně dlouho hojí.

Za zmínku však stojí připomenout některé pravé ektoparazity, s jejichž působením na člověka se stále můžeme v lékařské praxi setkat, a to i přes to, že častěji než u praktického lékaře končí přímo u dermatologů. Jsou to vši, svrab a demodikóza.

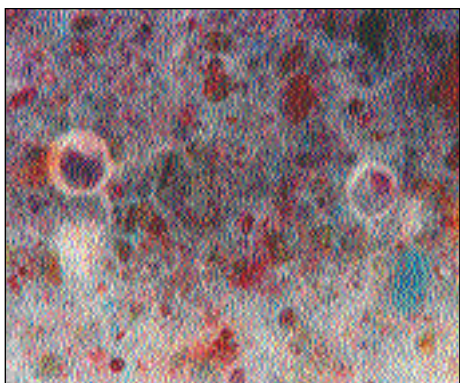
Vši, z nichž nejčastější je *Pediculus capitis*, žijí v ochlupených částech lidského těla, jejich bodnutí intenzivně svědí a škrábáním se do napadených míst zanášejí sekundární bakteriální infekce. K jejich rozpoznání není potřeba provádět žádná speciální vyšetření. Počet případů pedikulózy se radikálně snížil společně s kvalitními odlišovacími prostředky a do jisté míry i tím, že pro školní mládež přestalo platit třídní „odlišovací



volno“ od vyučování.

Svrab, působený roztočem **Sarcoptes scabiei**, představuje velmi nepříjemné kožní postižení s úporným svěděním, zvláště ve večerních hodinách po zahřátí na lůžku. Další-

Obr. č. 4 - Cysty *Entamoeba histolytica* ve stolici (1000 x zvětšeno)



mi kožními projevy jsou erytém a tzv. „stuhové morfy“, což jsou obrazy klikatých chodbiček vyražených v kůži parazitem. V nich se žijí tkáňovou tekutinou a klade svá vajíčka.

**Demodex folliculorum** patří k roztočům. Jeho životní cyklus probíhá u hostitele v mazových žlázkách, aniž by musel být hostitelem pozorován. Bývá pokládán za jednoho z původců komedonů („uhrů“), zvláště na obličeji. Promořenost obyvatelstva v Evropě se odhaduje na 60%.

#### ■ 4. Odběry biologického materiálu

Pro to, aby se při klinickém podezření na parazitární onemocnění bylo možné opřít o kvalitní laboratorní vyšetření a příslušná parazitologická laboratoř mohla plnit úlohu kvalitního servisu, je nutné splnit určitá kritéria správného odběru biologického materiálu.

1. Odběr typického materiálu pro požadované vyšetření.

2. Odběr provést ve vhodnou dobu (např. na vzestupu teplot, při průjmu apod.).

3. Odeslat do laboratoře co nejrychleji. Materiál odebraný po pracovní době mikrobiologického oddělení uložit do chladničky. U bioptického materiálu dodat ve fyziologickém roztoku, pro delší transport ve fixační tekutině.

4. Odběry dle možnosti opakovat, a to 3x obden, u podezření na amébozu až 10x po dvou dnech (pro vyloučení negativních fází parazita).

5. Pro sérologii odebrat srážlivou venózní krev – minimálně 3 ml, odběr provádět do zkumavky pro srážlivou krev, u akutních infekcí je vhodný odběr 2 vzorků v intervalu 2–3 týdny. Noční odběry pro sérologická vyšetření nechat 1 hodinu odstát při pokojové teplotě, poté uložit v chladniče (4–10 °C).

6. Na průvodní list uvést:

■ Kromě základní diagnózy vždy diagnózu, která se vztahuje k požadovanému vyšetření a zda jde o opakované vyšetření.

■ Kromě základních údajů také rodné číslo a pojišťovnu pacienta včetně jeho adresy, jméno a IČZ odesílajícího lékaře, adresu odesílajícího pracoviště.

■ Anamnestické údaje: – anamnéza cestovatelská (přesná data cesty, navštívená země, provozovaná činnost, použitá chemoprophylaxe) – anamnéza profesní (práce se zvířaty apod.) – anamnéza rodinná (domácí mazličky, chovatelství, apod.).

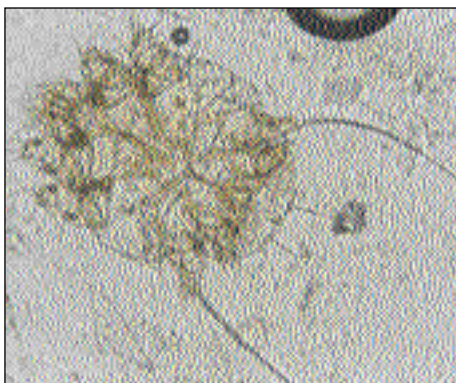
■ Údaj o trvání choroby (datum prvních příznaků apod.) a stručné klinické údaje (včetně zásadních laboratorních výsledků – např. KO+ dif., apod.).

■ Vyznačit druh materiálu s datem a hodinou odběru.

■ Údaje o případné terapii antiparazitiky i jinými léky.

Systém odběru jednotlivých biologických materiálů pro parazitologická vyšetření je

Obr. č. 5 - *Sarcoptes scabiei*, nativní preparát seškrabu kůže po maceraci 10% NaOH (400 x zvětšeno)



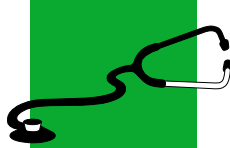
přehledně uveden v příložené tabulce (tab. č. 3). Při dodržení výše uvedených obecných zásad může parazitologická laboratoř velmi zodpovědně přistupovat ke každému vzorku a klinik pak může očekávat výsledky laboratorního vyšetření ve velmi krátké době (tab. č. 4). V příložené tabulce jsou časové údaje pro vyšetření vybraných parazitárních nákaz uvedeny v optimální podobě, lze však po dohodě s laboratoří některé limity podstatně

zkrátit (vyšetření na malárii, trichomonózu apod.). Jako doplněk pohledu na problematiku parazitóz může sloužit i jednoduchý přehled antiparazitárních přípravků a jejich použití (tab. č. 5).

Osobně bych si velmi přál, aby se spolupráce kliniků a laboratoří nejen při diagnostice parazitóz neustále zkvalitňovala. Prospěch z toho nebudou mít pouze zdravotničtí pracovníci, ale především naši pacienti. ■

#### Literatura

- 1) Fuchs V.: *Infekční onemocnění v těhotenství ve vztahu matka – plod*. *Klin Mikrobiol* 1995; 2:9–12.
- 2) Uhlíková M., Hübner J.: *Larvální toxokaróza – klinika, diagnostika a terapie onemocnění*. *Remed – Klin Mikrobiol* 1999; 3:255–259.
- 3) Kodým P., Talarová V.: *Laboratorní diagnostika toxoplazmózy*. *Remed – Klin Mikrobiol* 1998; 2:224–226.
- 4) Fajfrlík K., Břejchová H.: *Zkušenosti s vyšetřováním těhotných žen na přítomnost protilátek proti Toxoplasma gondii*. *Remed – Klin Mikrobiol* 1998; 2:227–229.
- 5) Pavlásek I.: *Aktuální situace ve sledování výskytu měchožila větveného Echinococcus multilocularis u lišek v Evropě a v České republice*. *Remed – Klin Mikrobiol* 1998; 2:233–240.
- 6) Blažeková M., Šišková Ľ.: *Výskyt parazitárních onemocnění u pacientů vyšetřovaných na oddělení pro cizokrajné choroby FN v Bratislavě za roky 1990 – 1995*. *Klin Mikrobiol Inf Lek* 1997; 3:244–247.
- 7) Bednář M., Fraňková V., Schindler J., Souček A., Vávra J.: *Lékařská mikrobiologie*. *Marvil* 1996; 483–527.
- 8) Jírovec O. a spol.: *Parazitologie pro lékaře*. *Avicenum* 1977; 798 s.
- 9) Stolaříková J., Lvová M.: *Příspěvek k problematice zánehtů zevních rodidel a pochvy u děvčátek do 14 let věku*. *Remed – Klin Mikrobiol* 1999; 3:332–334.
- 10) Pavlásek I.: *Kryptosporidie: biologie, diagnostika, hostitelské spektrum, specifita a vztah k životnímu prostředí*. *Remed – Klin Mikrobiol* 1999; 3:290–301.
- 11) Nožička Z., Česák T., Vysloužil L., Eliáš P.: *Parazitární cysta mozku (neurocysticercosis)*. *Lék Zpr LF UK Hradec Králové* 1999; 44:207–212.
- 12) Virtová S., Táborská J., Šebor J., Chudáček Z., Fajfrlík K., Nohýnková E.: *Jaterní absces*. *Prakt Lék* 1998; 78:122–124.
- 13) Hübner J., Uhlíková M., Zástěrová I., Hadererová H.: *Parazitární nákazy člověka a jejich laboratorní diagnostika*. *IPVZ Praha* 1989; 66 s.
- 14) Hübner J. a spol.: *Oportunní parazitózy u imunodeficitních pacientů*. *IPVZ Praha* 1995; 41 s.



# Virové gastroenteritidy u dětí

MUDr. Helena Ambrožová

I. infekční klinika 2. LF UK a FN Bulovka, Praha

Virové střevní infekce jsou rozšířeny po celém světě jak v rozvojových, tak v rozvinutých zemích. Nejzávažnější z nich – rotavirové gastroenteritidy – jsou nejčastější příčinou těžké dehydratace při průjemovém onemocnění u kojenců a malých dětí. V rozvojových zemích je každoročně kolem 130 milionů případů rotavirových gastroenteritid a 1 milion úmrtí. V rozvinutých zemích je sice mortalita díky lepší zdravotní péči nižší, ale léčba a další nepřímé náklady jsou vysoké. Například v USA je ročně hlášeno 3,5 milionů rotavirových infekcí, 100 000 hospitalizací a celkové náklady činí kolem 1 miliardy USD. Počty hlášených virových gastroenteritid v České republice dle Centra mikrobiologie a epidemiologie při SZÚ uvádí tabulka č. 1.

tab. č. 1

Počty hlášených virových gastroenteritid v České republice							
1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
58	174	193	793	476	918	807	1197

Přes pomalu stoupající záchyt tato čísla neodpovídají realitě a skutečný počet onemocnění je mnohem vyšší. Důvodem je zřejmě nedostatečná diagnostika těchto onemocnění. Ačkoli je u některých virových infekcí (rotaviry, adenoviry) poměrně jednoduchá a dostupná, z ekonomických důvodů se v terénu mnohdy neprovádí. Některé viry jsou prokazatelné pouze elektronmikroskopicky a jejich diagnostika není běžně dosažitelná mnohdy ani pro klinická pracoviště. Lehčí případy se obvykle vůbec nevyšetřují. Nejběžnější vyvolavatele abakteriálních gastroenteritid uvádí tabulka č. 2.

tab. č. 2

Nejčastější etiologická agens u abakteriálních gastroenteritid
a) rotaviry
b) adenoviry
c) Norwalk, Norwalk-like viry a další caliciviry
d) coronaviry
e) astroviry

**Rotavirové infekce** jsou nejčastější u malých dětí do dvou až pěti let života, ale výjimkou nejsou ani v dospělosti, zejména u starších lidí. Vyskytují se nejvíce v zimě. 95% rotavirových infekcí vyvolávají sérotypy 1 – 4 ze skupiny A. Inkubační doba je krátká (do 48 hod.), k přenosu dochází přímou fekální cestou, ale je možný i kontaminovanou potravou, vodou, předměty a zřejmě i aerosolem. Rotaviry jsou citlivé na látky obsahující chlór, ale relativně rezistentní k běžně užívané dezinfekci a mytí rukou a přežívají dlouho na površích a ve vodě. Infekční dávka je velmi malá (jen 10 virových partikulí), což vede k častým nozokomiálním nakažám na dětských odděleních. Při rotavirovém průjmu dochází ke ztrátě řasinkového epitelu v duodenu

a jejunu, k poruše vstřebávání disacharidů, zejména laktózy a následnému osmotickému průjmu. Malabsorbce laktózy může trvat i několik měsíců po prodělaném onemocnění. V klinickém obraze je přítomna horečka a zvracení, které trvá průměrně přes dva dny, stolice jsou zelené vodnaté, často stříkavé, velmi četné a trvají obvykle pět a více dní. Následkem velké ztráty tekutin může dojít k dehydrataci, a to jak izotonické, tak hypertonické, pro kterou je typické těstovitě prosáklé podkoží, výrazný neklid dítěte a hltavé pití. Těžký průběh může být u dětí imunodeficitních, s malnutricí či transplantovaných. U kojenných dětí se vyskytují spíše asymptomatické a lehké infekce, u nekojených dětí je obvyklý symptomatický průběh. Onemocnění může být někdy provázeno respiračními příznaky, mohou se vyskytnout febrilní křeče, často se setkáváme i s mírnou anikterickou hepatální lézí. Vzácně byl popsán i výskyt Reyova syndromu a meningoencefalitidy. Virus je vylučován stolicí ve vysoké koncentraci na počátku onemocnění a 4 – 7 dní poté.

**Adenovirové infekce** se vyskytují všude na světě během celého roku a mívají lehčí prů-

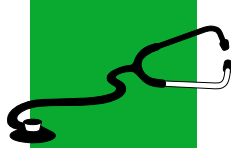
běh než infekce rotavirové. Děti obvykle nejsou hospitalizovány. Z mnoha známých sérotypů adenovirů způsobují průjemová onemocnění zejména sérotypy 40 a 41 – tzv. enteroadenoviry. Postihují hlavně děti do dvou let věku. Virus je vylučován stolicí, k přenosu dochází fekální cestou. Onemocnění má obvykle náhlý začátek s horečkou, zvracením, stolice jsou řídké bez příměsí, většinou 5 – 6x denně, průjem trvá až 9 dnů. Těžké průběhy byly popsány u imunodeficitních pacientů.

**Infekce vyvolané Norwalk viry a Norwalk-like viry** se vyskytují zejména v zimě a jsou častější u starších dětí a dospělých než u malých dětí. Infekční dávka je nízká (10–100 mikrobů), k přenosu dochází po požití kontaminované vody (pití, koupání v bazénu), ledu či potravin (ústřice, mušle, měkkýši), ale i vzdušnou cestou, neboť virus je vzácně přítomen ve zvracích. Byly popsány epidemie v léčebnách, nemocnicích, na výletních či námořních lodích i v armádě. Po inkubační době 18 – 72 hod. dochází k rozvoji gastroenteritidy, průběh je obvykle afebrilní, jen asi u 1/3 nemocných jsou subfebrilie. Začátek je obvykle náhlý s nauzeou, dominujícím zvracením, bolestmi břicha a průjmem bez příměsí. Průběh onemocnění je většinou lehký, doba trvání obtíží mezi 24 – 48 hodinami. Virus je stolicí vylučován většinou jen krátkodobě, třetí den onemocnění jej vylučuje již jen 10% nemocných.

**Calicivirové infekce** - Caliciviry vyvolávají epidemie průjemových onemocnění u kojenců, dětí, ale i u dospělých. Zdá se, že počet těchto onemocnění v ČR má stoupající tendenci, letos již byly u nás hlášeny epidemie mezi dospělými. K přenosu dochází fekální cestou kontaminovanou vodou a potravinami (studená kuchyně, měkkýši) po inkubační době 1 – 3 dny. Onemocnění probíhá jako gastroenteritida s nauzeou, zvracením a průjmem bez příměsí a dobou trvání 24 – 48 hod.

**Coronavirové infekce** se vyskytují častěji v zimě a na jaře v každém věku, ale zejména u dětí. Průjemová onemocnění vyvolávají tzv. střevní coronaviry se špatným růstem na tkáňových kulturách. K přenosu dochází fekálo-





rální cestou, onemocnění má náhlý začátek s horečkou, zvracením, distenzí a bolestmi břicha, ve stolici bývá příměs krve a hlenu. Tyto viry bývají dávány do souvislosti i s norovirovou nekrotizující enterokolitidou.

**Astrovirové infekce** jsou v mírném pásmu častější v zimě. Vyskytují se v celém světě, obvykle u dětí do tří let, ale i u dospělých. Vyvolávají epidemie ve školách, dětských zařízeních, na dětských odděleních. K přenosu dochází přímou fekálorální cestou, ale i kontaminovanou vodou a potravinami. Inkubační doba je 3 – 4 dny, doba trvání 1 – 5 dnů. Onemocnění probíhá většinou jako lehká gastroenteritida se subfebriliemi, vodnatými stolicemi bez příměsí, zvracení je méně obvyklé.

#### ■ Diagnostika virových gastroenteritid

Všechny uvedené viry lze diagnostikovat elektronovou mikroskopií. Jak již ale bylo uvedeno výše, tato metoda není všude běžně dostupná. Rotaviry a adenoviry lze diagnostikovat latexovou aglutinací ze vzorku stolice, kde záchyt agens je vysoký – přes 90% a výsledek je k dispozici během několika hodin.

#### ■ Léčba virových gastroenteritid

Kauzální léčba neexistuje, rozhodující je rehydratace s úpravou vnitřního prostředí a acidobazické rovnováhy. U většiny virových střevních infekcí postačí perorální rehydratace, zejména u rotavirových průjmů je však mnohdy nutná rehydratace permanentní nazogastrickou sondou či intravenózně. Z nespecifických protiprůjmových prostředků lze použít např. adsorbensia (aktivní uhlí, Smecta). U dětí s malabsorbí laktózy je vhodné podávání mléka s nízkým obsahem laktózy (např. Nutrilon low lactose).

Vzhledem k mnohdy závažnému průběhu rotavirových infekcí a nemožnosti kauzální terapie se zájem soustřeďuje na prevenci, tj. vývoj vakcín. Vakcíny chrání zejména proti těžkým průběhům onemocnění. Velmi nadějná vakcína připravená z opičích a lidských rotavirů byla podávána v širším měřítku dětem především v USA, ale v roce 1999 byla stažena z trhu pro zvýšený výskyt invaginací po její aplikaci. V současné době je ve vývoji vakcína na bázi lidských rotavirů.

# Zánětlivá onemocnění centrální nervové soustavy

as. MUDr. Věra Štruncová

Infekční klinika FN Plzeň

Zánětlivá onemocnění mozku, míchy, míšních obalů, mozkových a periferních nervů mohou vyvolat téměř všechna infekční agens patogenní pro člověka. Jednou je postižení nervového systému pravidelnou součástí obrazu onemocnění, jindy příležitostnou komplikací. Neuroinfekce patří stále mezi velice závažná onemocnění pro často rychle se rozvíjející těžký stav, možnost trvalých následků i smrtelné zakončení. U těchto nemocí neohrožuje nemocného jen patogen, jeho množství a virulence, ale důležitou roli hrají imunita člověka a imunopatologické děje provázející průběh onemocnění. U neuroinfekcí většinou nejde jen o izolované postižení CNS, provázené známkami nitrolební hypertenze a meningeálním syndromem, ale o onemocnění celého organismu s projevy akutní infekce (horečka, tachykardie, tachypnoe, leukocytóza, psychické změny, rash, petechie při meningokokové sepsi, šok). U zánětlivých afekcí zejména bakteriální etiologie jde vždy o akutní infekční příhodu, proto je nutné rychlé stanovení diagnózy, včasné zahájení léčby, rozpoznání a léčení komplikací, které jsou vyvolány infekčním procesem (septický šok, diseminovaná intravaskulární koagulace, nitrolební hypertenze).

#### Existuje několik schémat rozdělení zánětlivých afekcí nervové soustavy:

1. podle etiologie – na bakteriální, virové, parazitární a mykotické
2. podle průběhu na akutní, perakutní, subakutní a chronická onemocnění
3. podle likvorového nálezu na purulentní (hnisavé), serózní (aseptické) záněty
4. podle lokalizace na meningitidy, encefalitidy, myelitidy, neuritidy, event. jejich kombinace
5. podle lokalizace a dle histologického nálezu na polioencefalitidy, leukoencefalitidy a panencefalitidy
6. podle způsobu vzniku infekčního procesu na primární a sekundární meningitidy

Žádné z těchto schématických rozdělení

se v zásadě nedodrzuje, protože jednotlivé typy splývají a pro infekční klinickou medicínu má význam rozdělení na hnisavé (bakteriální) meningitidy a serózní, většinou virové meningoencefalitidy. Speciální kapitolu tvoří invazivní meningokoková onemocnění, manifestující se jako meningokokové meningitidy, sepse a septický šok. Významným zástupcem nehnisavých bakteriálních zánětů CNS je lymeská neuroborrelióza. Nejčastějšími neuroinfekcemi v České republice vůbec jsou virové serózní záněty – klíšťová encefalitida a enterovirové meningitidy. U všech neuroinfekcí je diagnostické úsilí zaměřeno na rychlé stanovení diagnózy onemocnění, zjištění původce a zahájení adekvátní léčby. V jiných případech je naopak nutno vyloučit tzv. infekční příčinu onemocnění u některých život ohrožujících stavů a předat nemocného příslušným specializovaným pracovištím.

#### ■ MENINGOENCEFALITIDA

je serózní zánět mozku a mozkových obalů, probíhající dle etiologie pod různými klinickými obrazy, které často splývají. Tento typ nehnisavého zánětu vyvolávají nejčastěji viry nebo bakterie z rodu spirochet (t.j. borreliie a leptospiry). Serózní – aseptické záněty tvoří až 70% všech zánětů CNS. Nejčastěji mají benigní průběh a jsou „sebelimitujícím se onemocněním“. U nehnisavých zánětů převládají smíšené formy – meningoencefalitida.

V souvislosti s etiologií dělíme tato onemocnění dle odlišných patologicko-anatomických forem na:

1. Akutní serózní meningitidu, kde je zánět omezen pouze na mozkové obaly a kde se jako původci uplatňují enteroviry, virus příušnic, borreliie a leptospiry. Zánět je charakterizován hyperémií leptomening s lymfomonocytární infiltrací, která vede k mozkovému edému a distenzi subarachnoidálního prostoru.

2. Akutní encefalitidu, vyvolanou přímým účinkem viru na nervovou buňku. Důsledkem je perivaskulární zánět, destrukce neuronu,





neuronofagie a nekroza tkáně v šedé hmotě mozkové.

3. Postinfekční encefalomyelitidu, která nastupuje za 2–21 dnů po primární virové infekci různé etiologie. V mozkové tkáni chybí známky přímého poškození nervové buňky biologickým agens, ale je přítomna perivaskulární demyelinizace, která postihuje bílou hmotu. Některé viry (např. virus Ebsteina a Baarové a virus příušnic) mohou vyvolat obě formy onemocnění.

4. Encefalopatii až encefalitidu/encefalomyelitidu neinfekční etiologie v důsledku metabolické dysbalance, hypoxie CNS, polékové intoxikace (vysoké dávky opiátových analgetik, fenytoin, indometacin, některá

antidepresiva), po podání imunoglobulinů nebo jako reakce na provedená vyšetření (lumbální punkce, myelografie, epidurální analgézie).

Přibližně 2/3 fatálních průběhů onemocnění jsou spojeny s akutní virovou encefalitidou a 1/3 s postinfekční encefalomyelitidou. V této skupině stále klesá počet nemocných díky očkování proti spalničkám, příušnicím a rubeole a v důsledku ukončení očkování proti pravým neštovicím. Dle literárních údajů je incidence akutní encefalitidy 3,5–7,4 případů na 100 000 obyvatel, častější výskyt je u dětí (16 případů na 100 000). Sezónní výskyt onemocnění je typický u klíšťové nebo enterovirové encefalitidy (duben až říjen), za-

tímco s herpetickou encefalitidou se může setkat během celého roku. Postinfekční encefalitidy po respiračních onemocněních se objevují i po období zvýšeného výskytu respiračních infekcí. Na vzniku akutní virové meningoencefalitidy se může podílet téměř 100 virových etiologických agens, ale život ohrožující onemocnění vyvolávají herpes simplex virus (HSV1 a HSV2) a arboviry. Enteroviry (ECHO 6, 9, 11, 19, 30, Coxsackie A9, B4, B5) mohou způsobit dramatický průběh (častěji meningitid než meningoencefalitid) s dobrou prognózou při symptomatické léčbě.

Postinfekční encefalomyelitidy se nyní vyskytují nejčastěji po respiračních virových infektech. V diferenciální diagnostice těchto stavů je nejdůležitější vyloučit nevirou etiologii onemocnění, vyžadující urgentní léčbu a správně rozpoznat herpetickou encefalitidu, jejíž závažný průběh a mortalita může být snížena specifickou antivirovou terapií (acyklovir).

#### ■ KLÍŠŤOVÁ ENCEFALITIDA

Klíšťová encefalitida (KE) je nejčastější neuroinfekcí nejen v západních Čechách, ale i v celé České republice. Ročně bývá v ČR hlášeno 400–750 onemocnění, z toho v západočeském regionu 40–85 onemocnění. Jde o sezónní onemocnění s výskytem od dubna do listopadu, onemocnění volného času a onemocnění dospělého věku. Děti do 15 let se podílí na onemocnění ve 14%. Častěji onemocní muži (60%), nejvyšší incidence v ČR byla 24,6/100 000 obyvatel (1995), nejvyšší nemocnost je ve věkové skupině 15–34 let a 55–64 let. Profesionální nákaza byla v zpč. regionu prokázána u 5,8% nemocných a u 4% osob se při přenosu viru pravděpodobně uplatnila konzumace nepasterizovaného mléka.

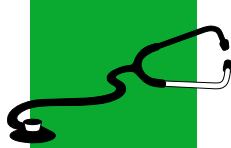
Virus KE patří mezi arboviry do heterogenní skupiny Flaviviridae spolu s Alfaviridae a Bunyaviridae. Existují 2 subtypy viru – subtyp 1, způsobující centrální evropskou encefalitidu a subtyp 2, vyvolávající ruskou klíšťovou encefalitidu s těžším průběhem onemocnění.

K přenosu viru je nutný vektor. Tím je ve střední Evropě klíště *Ixodes ricinus*. Promořenost klíšťat dle literárních pramenů je 0,5–5%, v endemických oblastech až 20%. Udává se, že riziko získání nákazy po přisátí klíštěte je 0,1–5% a riziko manifestního onemocnění po přisátí infikovaného klíštěte je 30%. Inkubační doba bývá v průměru 7–14

tab. č. 1

#### Etiologická agens vyvolávající serózní záněty CNS

<b>Viry</b>	enteroviry	coxackie A,B ECHO Polio 1, 2, 3 enteroviry 70, 71	
	arboviry	evropská klíšťová encefalitida ruská jaro–letní klíšťová encefalitida japonská encefalitida dengue	
	adenoviry		
	RS virus		
	herpetické viry	Herpes simplex 1, 2 varicella – zoster virus Epsteina – Barrové cytomegalovirus HHV 6	
	myxoviry a influenza	paramyxoviry parainfluenza	
	postinfekční etiologie	rubeola parotitis epidemica morbilli lymfocytární choriomeningitida HIV	
	<b>Bakterie</b>	spirochety	Borrelia burgdorferi leptospirozy Treponema pallidum
		Mykobakterium tuberculosis	
		brucely	
rickettsie			
Mykoplasma pneumoniae			
<b>Paraziti</b>		Toxoplasma gondii Malarická plasmodia Trypanosomy	
<b>Plísně</b>		kryptokoky kandidy	
<b>Postvakcinační</b>			



dnů, dvoufázový průběh onemocnění má až 75% případů.

#### Patogeneze:

Na patogenезi onemocnění se podílejí dva mechanismy:

1. přímý účinek viru, který vede k neuronálnímu a gliovému poškození
2. imunitně zprostředkovaná reakce v důsledku migrace imunologicky aktivních buněk do perivaskulárních prostorů.

Po přísátí infikovaného klíštěte na kůži dochází k replikaci viru v buňkách epidemis, Langerhansových buňkách (kožní makrofágy) a v drénující lymfatické uzlině. Lymfou i krví se dále šíří do dalších lymfatických tkání, kde se intenzivně množí (pojivo, svaly, myokard, játra). Tato tzv. I. fáze onemocnění – primární virémie – je provázena první vlnou horečky a příznaky, které připomínají chřipku nebo faryngitidu. V popředí udávaných potíží bývá zvýšená teplota, malátnost, únava, bolesti v krku, bolesti hlavy, svalů, břicha, nauzea, někdy průjem. Překročí-li replikace viru kapacitu monocyto-makrofágového systému, dojde k volné cirkulaci viru v krevním oběhu. Virus dále krevní cestou pronikne přes fenestrované kapiláry plexus choroideus do mozkových komor a k meningám, kde je pohlcen buňkami endotelu kapilár. Jakmile virus zmizí z oběhu, horečka poklesne. Další vlna febrilit se objeví za několik dnů, jakmile virus přestoupí z kapilár do neuroglie a neuronů, kde se opět množí a devastuje poškozené buňky. Současně dochází k migraci imunologicky aktivních buněk do perivaskulárních prostorů. Důsledkem je rozvoj tzv. druhé, neboli nervové fáze onemocnění, která se dle lokalizace zánětu klinicky manifestuje encefalitidou, meningoencefalitidou nebo encefalomyelitidou.

Patologicko-anatomické studie zemřelých v průběhu onemocnění vykazují difúzní nebo multifokální ložiska zánětu a neuronofagie především v kůře mozku, mozečku, v jádrech bazálních ganglií, thalamu a hypothalamu, v mozkových jádrech kmene a v šedé hmotě míšni.

#### Klinický obraz:

Infekce virem klíšťové encefalidity proběhne asi v 70% nepozorovaně (**inaparentní forma**) pouze s protilátkovou odpovědí imunitního systému při malé infekční dávce.

Další je **abortivní forma** (již onemocnění), která se manifestuje pouze I. fází nemoci jako flu-like syndrom s teplotou, polymorfními příznaky, ale bez rozvoje druhé nervové fáze.

V laboratorních nálezech zjišťujeme leukopenii, trombocytopenii a zvýšenou aktivitu aminotransferáz. Likvorový náleze je negativní. Ve 20–30% dojde po období týdenní interfáze, kdy je nemocný afebrilní a bez potíží, k rozvoji druhé fáze onemocnění. Ta může mít několik forem:

**Forma encefalitická**, kde v popředí je vždy horečka a různé neurologické příznaky mozkové dysfunkce: bolesti hlavy, zvracení, světloplachost, poruchy spánku, paměti, pozitivní meningeální syndrom bývá jen naznačen. Objevuje se různý stupeň alterace vědomí: bradypsychismus, spavost, neklid, stupor až kóma. Častý je třes akrálních částí končetin, jazyka, víček. Dále při neurologickém vyšetření nacházíme motorickou slabost, hyperreflexii, parézy lícniho nebo okohybných nervů a mozečkový syndrom.

**Meningitická nebo meningoencefalitická forma** probíhají často společně a díky pozitivním meningeálním příznakům, silným bolestem hlavy a zvracení se na toto onemocnění myslí častěji než u formy encefalitické.

**Encefalomyelitická forma** je charakterizována rozvojem chabých paréz v důsledku poškození předních rohů míšních, zejména v oblasti brachiálního plexu. Obrny jsou většinou asymetrické a objevují se do týdne po poklesu teplot. Retence moče, obstipace v důsledku paréz močového měchýře a střeva i kořenové bolesti doplňují klinický obraz. U nejtěžších forem onemocnění se parézy rozvinou do dvou dnů od začátku II. fáze provázené teplotou.

U nejzávažnější **formy bulbocervikální** jsou v důsledku poškození předních rohů míšních krčních segmentů a prodloužené míchy poškozena životně důležitá centra.

**Stanovení diagnózy** klíšťové encefalidity je závislé na epidemiologické anamnéze, klinickém neurologickém nálezu, na cytobiochemickém vyšetření mozkomíšního moku a na průkazu specifických protilátek proti viru ve třídě IgM a IgG v likvoru a séru metodou ELISA. Přímý průkaz viru klíšťové encefalidity kultivací na tkáňových kulturách ani PCR se neprovádí pro dostatečnost sérologické diagnostiky.

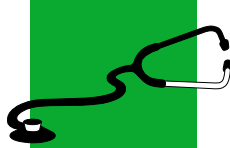
**Laboratorní vyšetření:** základní vyšetření krve u rozvinutého onemocnění ve II. nervové fázi přináší jen nespecifické výsledky. Nacházíme středně zvýšenou FW, leukocytózu s posunem doleva až v 80% a mírnou alteraci aminotransferáz. Důležitější je likvorový

náleze s pleocytózou (desítky až stovky elementů, převážně lymfocytů) a mírným zvýšením celkové bílkoviny, s normální nebo lehce zvýšenou hladinou glukózy a normální hladinou chloridů.

**Diferenciální diagnostika** je zaměřena na vyloučení jiné virové etiologie. Je třeba vzít v úvahu celou řadu onemocnění, která se mohou skrývat pod diagnózou suspektní encefalidity. Může se jednat o toxické encefalopatie, absces mozku, mikroabscesy v CNS po embolizaci při bakteriální endokarditidě, subarachnoidální krvácení, mozkové hemoragie, trombózu splavů, gliomatózu mozku, karcinomatózní meningitidu, bazilární meningitidu, sarkoidózu, systémový lupus erythematodes, vaskulitidu, rupturu, intracerebrální cysty, okulocefalický syndrom, traumata a tumory mozku. U nemocných s AIDS je třeba myslet na toxoplasmózu a plísňovou etiologii encefalidity.

**Léčba:** Léčba encefalidity je symptomatická. Podáváme antipyretika, analgetika, antiemetika a zajistíme klidový režim při hospitalizaci. Při známkách edému mozku je indikována protiedémová léčba s manitolem. Užití kortikosteroidů není rutinní záležitostí a má sporný efekt. Indikace kortikosteroidů je oprávněná u těžších průběhů, na kterých se podílí nejen přímé působení viru, ale i imunopatologické děje s tvorbou autoproti-látek. Zde je třeba podat imunosupresivní dávky kortikosteroidů k dosažení požadovaného efektu. Důležitá je správná hydratace nemocného a podávání adekvátního množství infuzních roztoků, úprava vnitřního prostředí. Při křečích je indikována léčba antikonvulziv. Při známkách stoupajícího intrakraniálního tlaku s progresí poruchy vědomí a neurologického nálezu je nutná intenzivní invazivní léčba s řízenou ventilací. Při rozvoji paréz je potřeba včas zahájit rehabilitaci s horkými zábaly dle metody sestry Kenny.

**Průběh a následky:** Až 75% manifestních onemocnění klíšťovou encefalitidou má typický dvoufázový průběh. Nemocné je potřeba hospitalizovat většinou na infekčních klinikách nebo odděleních v průměru 2–3 týdny. Těžké průběhy encefalomyelitidy vyžadují léčbu (včetně řízené ventilace) na jednotkách intenzivní péče a následnou intenzivní rehabilitaci po dobu několika týdnů až měsíců. Bez následků proběhne onemocnění v 70%. Při příznivém průběhu onemocnění je třeba rekonvalescence po dobu 6–8 týdnů. Následky přechodného charakteru jako jsou



bolesti hlavy, únava, porucha spánku pozorujeme u 10% nemocných, v 6–12% zůstávají trvalé následky – parézy, většinou brachiálních plexů. Letální průběh bývá u 1–2% nemocných. V každém případě toto onemocnění i při nekomplikovaném průběhu a bez následků vede k tříměsíční pracovní neschopnosti a k podstatnému omezení aktivity volného času.

**Preventivní opatření** proti klíšťové virové encefalitidě zahrnují použití vhodného oblečení, zmenšující šanci klíšťatům přisát se, použití repelentů a prohlídku těla s osprchováním po návratu z přírody. V případě, že klíště je již přisáté, je třeba rychle ho odstranit a ránu dezinfikovat. Tato pravidla jsou velmi jednoduchá, ale nedostatečná a proto přichází specifická prevence, která má formu pasivní nebo aktivní. Spolehlivou dlouhodobou ochranou před onemocněním je aktivní imunizace očkovací látkou, která obsahuje inaktivovaný virus. Očkování se provádí vakcínou FSME-Immun Inject (Frühling-Sommer Meningo-Encephalitis), nebo Encepur ve 3 dávkách s přeočkováním po 3 letech. Zjištěná protekce po očkování je 97–98,5%. Při pasivní imunizaci je možno do 48 hodin po přisátí klíštěte podat imunoglobulinový přípravek s vyšším titrem specifických protilátek. U dospělých aktivní ani pasivní imunizace není hrazena pojišťovnou. Paradoxně je aktivní imunizace hrazena u dětí do 15 let, takže nejvíce proočkovanou skupinou jsou děti do 9 let, což svědčí o neracionální podpoře očkování zdravotními pojišťovnami v nejmladších věkových kategoriích.

Očkování proti klíšťové encefalitidě bylo v zpč. kraji zahájeno v roce 1990. Proočkovatost dětí je 7%, dospělých 3% a paradoxně nestoupá, ačkoliv informovanost o očkování je již značná. Stále se ale setkáváme s názorem, a to i u zdravotníků, že očkování proti klíšťové encefalitidě je škodlivé, že vede k oslabení imunity a vzniku autoimunitních onemocnění či závažných komplikací lokálních i celkových. Tato tvrzení však nejsou podložena důkazy. Tak jako jakékoliv jiné má u disponovaných jedinců očkování proti KE kolem 1% komplikací. Možné jsou alergické reakce (alergie na albumin a konzervační činidla), očkování do akutního infektu, úžeh a úpal, dehydratace předcházející nebo následující očkování v letních měsících. Proto se výrobci snaží produkovat kvalitnější vakcíny s virem 20x pasážovaným na kuřecích

embryonálních buněčných kulturách, kde albumin je nahrazen polyželatinou a konzervační látky vyloučeny.

Očkovat je možné po celý rok, ale k minimalizaci nežádoucích účinků se doporučují zimní měsíce. Neexistuje žádný důvod omezit očkování proti viru klíšťové encefalitidy na určité období v průběhu roku. V žádné z evropských zemí, kde se FSME používá, není očkování časově omezeno na určité období.

Obavy, že by se mohl očkováním v inkubační době vyvolat těžký průběh onemocnění jsou neopodstatněné a nejsou podpořeny žádnými zkušenostmi. Jsou však popisovány případy onemocnění, kdy již pozdě zahájené očkování nezabránilo vzniku onemocnění. Je třeba vědět, že dostatečně účinná hladina protilátek, která zabrání vzniku onemocnění v 80% při klasickém schématu očkování se vytvoří až za 42 dnů po zahájení vakcinaci, tzn. po aplikaci minimálně 2 dávek.

tab. č. 2

Doporučený diagnostický postup
<b>CT x MRI</b>
<b>Oční vyšetření</b>
<b>Likvor</b>
– imunocytochemické vyšetření
– kultivace viru
– vyšetření protilátek ELISA
– PCR
<b>Sérologie</b>
– ELISA, KFR
<b>Stolice</b>
– kultivace viru EEG

## HERPETICKÁ ENCEFALITIDA

Akutní zánět CNS může vyvolat 6 herpetických virů: virus herpes simplex 1 (HSV-1), herpes simplex 2 (HSV-2), virus varicella-zoster (VZV), cytomegalovirus (CMV), virus Epstein-Barrové (EBV) a šestý lidský herpetický virus (HHV 6). U neuroinfekcí vyvolaných viry herpes simplex se liší klinická manifestace, ale i diseminace do CNS. HSV-1 (herpes labialis) se dostává do CNS neurogenně, HSV-2 (herpes genitalis) pak převážně hematogenní cestou.

Nejzávažnější onemocnění – hemoragicko-nekrotickou encefalitidu – vyvolá HSV-1. Ve 30% se jedná o primoinfekci, v 70% o reaktivaci latentní infekce. Začátek onemocnění bývá

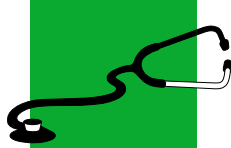
velmi prudký. Serózní meningitida s příznivějším průběhem vyvolaná HSV-2 bývá důsledkem reaktivace latentní infekce. Encefalitidy vyvolané tímto typem jsou vzácné, vyskytují se ale izolované radikulitidy, nebo radikulomyelitidy, neuritidy (periferní paréza lícního nervu). Onemocnění probíhají sporadicky a postihují mladší jedince obojího pohlaví. Neléčená kojenecká herpetická encefalitida vede k úmrtí až v 70%. Pozdě zahájená virostatická léčba má těžké následky.

**Klinický obraz:** v klinickém obraze převládá horečka a polymorfní „chřipkové“ potíže, rychle se objevuje porucha vědomí, dostavují se křeče, během několika dnů se rozvíjí ložiskový neurologický nález, který odpovídá postižení temporálních a frontotemporálních oblastí. Asi u poloviny nemocných můžeme najít výsev herpetických eflorescencí na kůži, rtech a sliznicích.

**Stanovení diagnózy:** při podezření na herpetickou encefalitidu – při poruše vědomí a ložiskové neurologické symptomatologii – je třeba provést vyšetření CT ev. MRI mozku, které prokáže edém v temporálních lalocích a později až nekrózu tkáně. Typické nálezy vykazují i EEG vyšetření. Nejdůležitějším laboratorním vyšetřením je likvorový nález s pleocytózou (lymfocytární řady – kolem 200 buněk/mm<sup>3</sup>), s přítomností erytrocytů, zvýšenou celkovou bílkovinou a normální hladinou cukru. Při vyšetření krevního obrazu nacházíme normální počet leukocytů, nebo leukocytózu při přítomnosti mozkové nekrózy a zvýšenou hladinu asparátaminotransferázy (AST).

K potvrzení etiologie HSV-1 je třeba co nejrychleji vyšetřit likvor v Národní referenční laboratoři SZÚ v Praze metodou PCR, kde v pozitivním případě bude prokázána virová DNA. Dále se provádí vyšetření k průkazu intratékální syntézy protilátek proti HSV a průkaz antiherpetických protilátek ve třídě IgM a IgG v séru.

**Léčba:** již při pouhém podezření na herpetickou etiologii onemocnění je nutné zahájit intravenózní léčbu acyklovirem (10 mg/kg/den ve třech denních dávkách po 8 hodinách). Diskutabilní je podání kortikosteroidů při léčbě difúzního edému mozku. Efekt léčby není okamžitý, nastupuje za 2–3 dny. Léčba musí trvat nejméně 14 dnů, většinou déle. Mozkové abnormality se upravují velmi pomalu a často zůstávají následky. Součástí léčby bývá rehabilitace a prevence komplikací.



## ■ POSTINFEKČNÍ ENCEFALOMYELITIDA

Existuje několik názvů pro tento klinicko-patologický syndrom. Postinfekční, parainfekční, postexantémová, postvakcinační encefalomyelitida. V patologickoanatomickém obraze se jedná o akutní diseminovanou encefalomyelitidu, perivaskulární encefalitidu, akutní demyelinizační encefalomyelitidu, nebo alergickou či imunitně zprostředkovanou, hyperergickou encefalomyelitidu, nebo diseminovanou vaskulomyelopatii. Incidence onemocnění kolísá mezi 10–15% případů akutních encefalitid v USA. V minulosti nejčastější postinfekční encefalitida byla vyvolána virem spalniček a virem varicella-zoster nebo následovala očkování proti pravým neštovicím.

**Klinický obraz** se neliší od primárních encefalitid, ale k vývoji onemocnění dochází za 2–21 dnů po prodělání primární infekce event. po očkování. Postinfekční komplikace postihující CNS bývají specifické pro určité viry, například u varicelly je nejtypičtější cerebelární ataxie. Likvorový nález ukazuje mírnou mononukleární pleocytózu a zvýšenou hladinu bílkoviny, ale až u 1/3 nemocných bývá zcela normální nález. Na EEG jsou abnormality ve smyslu difúzní poruchy aktivity s přítomností pomalých vln. Vyšetření MRI prokazuje enhancement multifokálně v bílé hmotě, což dovoluje odlišení od akutní virové encefalitidy. Nálezy na MRI přetrvávají několik měsíců i přes kompletní klinickou úzdravu.

**Léčba** onemocnění je opět jen podpůrná, symptomatická. Podávání hyperimunního gamaglobulinu se neosvědčilo. Léčba kortikosteroidy je velmi rozšířená pro příznivou reakci u nemocných (pokles teploty, zlepšení psychiky, subjektivně úleva, rychlejší vymizení bolestí hlavy, možnost časnějšího ukončení rehydratační léčby), ale jsou známy i práce, ve kterých nebyly prokázány žádné rozdíly v průběhu onemocnění ani v následcích u nemocných, kteří nebyli kortikosteroidy léčeni.

**Prevence onemocnění** spočívá v možnosti využití bezpečných vakcín proti spalničkám, příušnicím a rubeole.

**Vlastní pozorování:** analyzovali jsme výskyt neuroinfekcí v západočeském regionu v letech 1994–2000 z hlediska nejčastějších původců onemocnění, klinických průběhů, diagnostických a léčebných postupů, prognózy a prevence. Podkladem pro analýzu byly údaje o výskytu onemocnění z EPIDATU SZÚ, výsledky z virologické laboratoře Mikrobiolo-

gického ústavu LF UK v Plzni a zdravotní dokumentace nemocných z Infekční kliniky v Plzni.

Sledovaný soubor tvořilo 733 nemocných (436 mužů a 297 žen), z toho 260 dětí (35%) ve věku do 15 let. 75% všech zánětlivých onemocnění CNS v regionu proběhlo pod obrazem serózního zánětu, nejčastějším onemocněním byla klíšťová encefalitida (69%). Spolu s lymeskou borreliózou (8%) bylo v 77% klíště zdrojem a přenašečem původce onemocnění. V etiologii bakteriálních zánětů, které tvořily 25% onemocnění, u dětí dokonce 43%, převládaly meningokoky (63%). Pouze u 44 osob nebyl potvrzen původce (6%). Hlavními klinickými manifestacemi byly: meningitida, meningoencefalitida, meningitida se sepsí, sepse nebo septický šok. V neurologickém nálezu převládala meningeální syndrom, různý stupeň poruchy vědomí, cerebelární ataxie. Ze závažných trvalých následků bakteriálních meningitid byla prokázána pozánětlivá epilepsie, psychomotorický neklid a postižení sluchu. 18 nemocných s invazivním meningokokovým onemocněním zemřelo, 13 z nich byly děti. V důsledku ostatních bakteriálních meningitid zemřeli 4 nemocní (3x pneumokoková a 1x bazilární tbc meningitida). Jeden ze dvou nemocných, u nichž byla prokázána kryptokoková meningitida zemřel. Ve skupině serózních zánětů bylo zaznamenáno 5 úmrtí na klíšťovou encefalitidu, trvalé postižení ve smyslu chabých paréz převážně horních končetin u 10 nemocných a těžká kvadruparéza v jednom případě.

## ■ NEUROBORRELIÓZA

V souvislosti se zánětlivými onemocněními CNS je třeba neopomenout serózní zánět, který vyvolává bakterie – *Borrelie burgdorferi* (BB). Narozdíl od jiných serózních zánětů, většinou virové etiologie, je u tohoto onemocnění nutná antibiotická léčba. Klinicky manifestní postižení nervového systému, objevující se asi u 12% nemocných s lymeskou borreliózou, se označuje jako neuroborrelióza. Neurologický nález a zánětlivý obraz v mozkomíšním moku se objevuje až v rámci systémového postižení při II. a III. stadiu onemocnění. Neurologické potíže se však mohou objevit již v časném stadiu – jako bolest hlavy při flu–like syndromu, nebo jako parestézie v místě časného kožního stadia lokalizované infekce – erythema migrans (EM).

**Historie:** V roce 1922 Garin a Bujadoux prvně popsali klinický obraz charakterizova-

ný meningitidou s kořenovým postižením po přisátí klíštěte a nazvali onemocnění „paralýzou po klíštěti“. 1941 Bannwart detailně popsal zánětlivé onemocnění CNS jako meningoencefaloradikulomyelitidu, u které předpokládal arbovirovou etiologii, ale příznivý efekt antibiotické léčby penicilinem (Hallstrom 1951) svědčil pro bakteriálního původce. Až v roce 1983 bylo Willym Burdorferem prokázáno etiologické agens multisystémového onemocnění s projevy kožními, nervovými a kloubními – spirocheta – Borelie nazvaná po svém objeviteli.

**Epidemiologie:** onemocnění akutní neuroborreliózou probíhá většinou v letních měsících – červnu až říjnu, má tudíž sezónní charakter. Přenašečem původce je klíště, v Evropě *Ixodes ricinus*. Pouze 40–50% nemocných udává přisátí klíštěte, ostatní uvádějí většinou jakýkoliv létající hmyz nebo členovce. Za celých 25 let se doposud nepodařilo přenést borrelie ani krev sajícím hmyzem a dosud nebyla nalezena celá živá spirocheta, která by se mohla pomnožit v trávicím ústrojí komára, muchničky, mouchy, včely, čmeláka, mravence či blechy, jak udávají a předpokládají naši nemocní. Bylo ale prokázáno, že borrelie mohou být přeneseny i nezralými formami klíštěte – larvami a nymfami, které mají velikost makového zrnka a mohou být snadno přehlédnuty a odstraněny spontánně při svlékání šatů nebo sprchování. Klíště je ideálním přenašečem i dalších původců onemocnění – zoonóz – ehrlichii, *Pasteurely tularensis*, rickettsií, babezií a arbovirů.

**Klinický obraz:** po uplynutí inkubační doby (několik dnů až týdnů po nákaze) 30–50% nemocných s neuroborreliózou udává prodělaní časného kožního stadia lokalizované infekce erythema migrans (EM) po přisátí klíštěte. Až v 90% případů bývá tento erytém prvním klinickým příznakem onemocnění. Dále převládají radikulární, nebo pseudoradikulární bolesti, a to až v 70%, nebo neurologický deficit – parézy mozkových nervů, hemiparézy, vzácně se neuroborrelióza prezentuje jen organickým psychosyndromem.

BB vyvolává velmi široké spektrum klinických obrazů – mono nebo polyneuritidu, akutní lymfocytární meningitidu, meningoencefaloradikuloneuritidu, myeloradikulitidu, encefalitidu s extrapyramidovou symptomatologií nebo s cerebelární ataxií, hemiparézou, záchvatem křečí, cerebrální vaskulitidu s mozkovým infarktem nebo progresivní encefalomyelitidu. Všechny tyto klinické ma-





nifestace mohou proběhnout izolovaně, ale častěji v kombinaci. Nejčastější formou neuroborreliózy (v rámci II. stadia onemocnění) v Evropě je až v 74–86% Garin-Bujadoux-Bannwarthův syndrom (GBB), meningoradikuloneuritida, charakterizovaná kořenovými bolestmi, dysesteziemi v lumbosakrální oblasti (až v 67%) a parézami. Časté jsou parézy hlavových nervů, převážně lícního (66%), nebo oko-hybných.

Izolovaná akutní meningitida, nejčastější forma neuroborreliózy u dětí, je charakterizována mírnou bolestí hlavy, pozitivním meningeálním syndromem a mírně zvýšenou teplotou. U meningoencefalitidy převládá emoční labilita, porucha koncentrace, paměti a fokální příznaky – hemiparéza, cerebelární ataxie. Přejdem do chronického III. stadia, stadia progresivní encefalomyelitidy, je cerebrovaskulární neuroborrelióza s mírnou symptomatologií meningeálního syndromu, přechodnými nebo trvalými parézami hlavových nervů a pomalou progresí mozkové dysfunkce.

Akutní a chronická neuritida, myositida (II.–III. stadium) se vyskytuje ve 2–5% všech neuroborrelióz. Sem patří lokalizovaná kožní neuritida jako komplikace EM nebo neuritida až plexitida v postižené oblasti u acrodermatitis atroficans s nálezem axonální degenerace s mírnou demyelinizací v EMG vyšetření (ve 40–60%). V bioptickém nálezu lze prokázat perivaskulární lymfocytární infiltraci peria endoneurálních cév a cévní okluze. Myositida jako další z klinických manifestací bývá izolovaná nebo součástí ostatních syndromů. Lymeská encefalopatie je v americké literatuře zařazována mezi chronické formy. Může provázet všechna stadia a klinické manifestace, v popředí je porucha paměti, soustředění, únava a u disponovaných jedinců může přetrvávat měsíce až léta. Tuto poruchu lze údajně objektivizovat psychologickými testy. Vyšetření likvoru a EEG je v normě, MRI občas prokáže ložiska v bílé hmotě. V Evropě jsou tato kritéria pro důkaz neuroborreliózy nedostatečná. Vyžaduje se průkaz zánětlivého likvoru a intratékální syntézy specifických antiborreliových protilátek ve třídě IgG.

**Diagnostika:** diagnostický postup vychází z anamnestického údaje přísátí klíštěte, radikulární bolesti a neurologického nálezu. Indikované vyšetření mozkomíšního moku prokáže pleocytózu s převahou lymfocytů, zvýšenou hladinu celkové bílkoviny, potvrdí

intratékální syntézu IgG a poruchu hematoencefalické bariéry. Původce onemocnění se v likvoru prokazuje buď přímým průkazem – elektronovou mikroskopií (EMI) či PCR, nebo nepřímým průkazem (sérologickými metodami) přítomnosti antiborreliových protilátek ve třídě IgM a zvl. IgG v likvoru a séru metodou ELISA s následnou konfirmací metodou Western-blot. V indikovaných případech se provádí vyšetření EEG, EMG, evokovaných potenciálů, CT, MRI, SPECT nebo svalová a nervová biopsie.

**Diferenciální diagnóza** je zaměřena k vyloučení jiné etiologie aseptických zánětů CNS (enteroviry, klíšťová encefalitida). Na dalším místě nutno vzít v úvahu radikulární kompresivní syndromy, revmatickou polymyalgii, periarteriitis nodosa, demyelinizační onemocnění typu roztroušené sklerózy, Guillain-Barrého syndrom, diabetickou polyneuropatii, TBC myelitidu, cévní mozkovou příhodu, systémové vaskulitidy, lupus erythematosus a sarkoidózu.

**Léčba:** vzhledem k bakteriální etiologii zánětu je indikovaná antibiotická léčba, pro kterou existuje několik doporučených schémat. Nelze opomenout některé důležité faktory ovlivňující indikaci vhodného antibiotika: intracelulární uložení borrelií, přítomnost borrelií ve tkáních s chudým cévním zásobením, rozvoj persistujících forem, prostupnost hematoencefalické bariéry a rezistenci na antibiotika u jednotlivých druhů borrelií.

Antibiotika je třeba podávat dostatečně dlouho, intravenózně, v dostatečně vysokých dávkách. Léčebné schéma bývá individuální, řídí se klinickým nálezem a ustupujícími příznaky. Pro léčbu meningitidy a Bannwartova syndromu tyto podmínky splňuje draselná sůl penicilinu G v megadávkách po dobu 2–3 týdnů, nebo cefotaxim ev. ceftriaxon. U neurologického postižení, kde převládá periferní symptomatologie mohou být indikovány i tetracykliny – doxycyklin po dobu 14 dnů. Výrazný efekt antibiotické léčby pozorujeme zejména u kořenových bolestí, které do 10 dnů léčby zcela odezní. Opakování antibiotické léčby je indikováno pokud potíže přetrvávají více než 14 dnů po ukončení léčby, neodezní-li neurologický nálezu nebo přetrvává-li nálezu pleocytózy v likvoru více než 6 měsíců. Tak jako u každé jiné neuroinfekce musí být léčba komplexní a zahrnuje nejen podávání antibiotik, ale i protiedémovou terapii manitolem, ev. kortikosteroidy, analgetika, nesteroidní antirevmatika, antikonvulziva,

nootropika a včasnou rehabilitaci.

**Prognóza:** spontánní zhojení zánětu CNS borreliové etiologie bývá popisováno bez antibiotické léčby až ve 30%. U správně diagnostikovaného a prokazaného onemocnění dochází k úplnému zhojení v 62–94% po jedné léčebné antibiotické kúře. S déle trvajícím provleklym hojením je třeba počítat u 17–30% nemocných a s následky u 6–38%. Selhání antibiotické léčby je popisováno pouze v 1–3% případů. U vzácných chronických průběhů encefalomyelitidy jsou v americké literatuře popisovány následky v 67–100%.

## ■ TIBOLA tick-borne lymphadenopathy

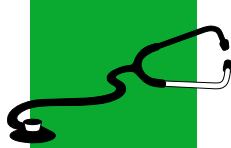
Nově rozpoznaná zoonóza, u které se na přenosu nákazy podílí klíště – *Dermacentor marginatus*. Onemocnění bylo popsáno v roce 1997 ve Francii, další onemocnění se vyskytla ve střední Evropě (Maďarsko, Slovensko), v Portugalsku a Švédsku. Onemocnění se vyskytuje v časných jarních měsících (březen), dále na podzim a v jižní Evropě také v zimě. Jako původce onemocnění byla prokázána *Rickettsia slovaca*.

Po přísátí klíštěte ve vlasaté části hlavy se objevuje nehojící se kožní zánět až nekróza, následuje zvětšení uzlin ve svodné oblasti, teplota, „chřipkové potíže“. V důsledku kožního zánětu vzniká alopecie. Průkaz původce onemocnění se provádí sérologickými metodami – vyšetřením protilátek – zatím pouze ve výzkumných laboratořích (Budapešť, Paříž). Antibiotická léčba tetracyklinovými antibiotiky vede k vyléčení onemocnění.

## ■ Závěr

Dlouhodobé sledování úspěšnosti léčby nemocných s neuroinfekcemi v západočeském regionu ukazuje, že při diagnostice a léčbě zánětů CNS se osvědčuje mezioborová spolupráce. Léčba nemocných by měla být prováděna jen na těch pracovištích, která jsou schopna zajistit kvalitní diagnostiku a optimální komplexní péči.

*Literatura u autorky*



## 6. Celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže v ČR

Česká republika patří k zemím s velkou tradicí antropologických výzkumů dětí a mládeže. Od roku 1951 bylo uskutečněno již pět celostátních antropologických výzkumů, vždy v desetiletých intervalech. V letošním roce 2001 proto připravujeme 6. Celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže od 0 do 18 let. Výzkum organizuje Státní zdravotní ústav ve spolupráci s katedrou antropologie a genetiky člověka na UK v Praze – Přírodovědecké fakultě, za podpory Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR (grant č. NJ/6792-3).

Výsledky těchto výzkumů jsou – mimo jiné – podkladem pro vypracování růstových norem, které pak slouží dětským lékařům i lékařům specialistům ke sledování přiměřeného růstu a vývoje dítěte. Takové normy jsou například součástí Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého, který je rozdáván maminkám při narození dítěte a jsou v něm vedeny záznamy o zdravotním stavu dítěte až do věku 18 let. Výzkum bude probíhat v ordinacích pediatrií (děti od 0 do 6 let), na školách všech typů a stupňů, které navštěvují děti od šesti do osmnácti let, v předškolních zařízeních (děti 3 až 6 let), popř. v porodnicích.

Výzkum se skládá ze 2 částí – z části dotazníkové zahrnující dotazník pro rodiče dětí a dotazník pro děti od 6 do 18 let. Druhou část představuje zjišťování tělesných rozměrů dětí: tělesné výšky a hmotnosti, obvodu hlavy, břicha, boků a paže. Údaje v dotaznících jsou anonymní, určené pouze ke statistickému zpracování. Datum narození dítěte je potřebné pro výpočet věku dítěte.

Školy a pediatrické ordinace jsou vybírány dle předem určeného klíče tak, aby bylo dosaženo rovnoměrného pokrytí celé republiky a všech věkových skupin dětí. Pro zajištění patřičného rozsahu souboru jsme se obrátili na OSPDL a SPLDD, které výzkum podpořily s tím, že chápou význam této studie, protože její výsledky může každý pediatr použít ve své praxi. Proto OSPDL i SPLDD doporučují pediatrům spolupráci ve smyslu umožnění přístupu pracovníků provádějících výzkum k pa-

cientům a jejich rodičům.

Obracíme se proto na vás, dětské lékaře, s prosbou o spolupráci. Protože není v našich silách změřit potřebné množství dětí pouze našimi pracovníky – pokud bude právě Vaše ordinace vybrána – prosíme Vás o provedení měření podle metodiky, kterou dostanete po Vašem písemném souhlasu s účastí na výzkumu a po uzavření dohody o provedení práce. Za každé změřené dítě Vám můžeme nabídnout odměnu 20,- Kč před odečtením srážek.

Pokud se rozhodnete pro spolupráci s námi, budeme od Vás očekávat:

1. Změření výše zmíněných rozměrů dětí a získání vyplněného dotazníku od rodičů.
2. Změření co největšího počtu dětí od narození do 6 let, a to do 15. listopadu 2001. Děti mohou být měřeny i opakovaně, vzhledem k tomu, že potřebujeme mít zastoupeny věkové skupiny do 1 roku v měsíčních intervalech, do 2 let ve čtvrtletních, do 4 let v půlročních a do 6 let v ročních intervalech.

My Vám k měření poskytneme:

1. Metodický návod k měření požadovaných rozměrů
2. Patřičná papírová a pásová měřidla
3. Dotazníky pro zaznamenání výsledků a dotazník pro rodiče

**Vyplněnou vloženou přihlášku pošlete na adresu:**

**Doc. RNDr. Pavel Bláha, CSc.  
Katedra antropologie a genetiky člověka  
Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta  
Viničná 7, 120 00 Praha 2  
tel.: 02 – 21 95 34 13  
e-mail: blaha@natur.cuni.cz**

Všechny údaje v přihlášce jsou nutné pro uzavření dohody o provedení práce s Vámi.

Tímto bychom chtěli poděkovat všem, kdo se na tomto výzkumu podílejí a budou podílet. Děkujeme za pochopení a těšíme se na spolupráci.

### Upozornění hlavního hygienika

**Věc:**

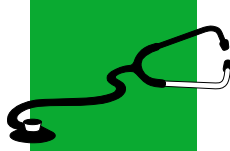
**Případ poliomyelitidy v Bulharsku**

V příloze zasílám na vědomí dopis Regionální úřadovny SZO pro Evropu, ve kterém tato organizace informuje o potvrzeném případě poliomyelitidy, který byl vyvolán divokým poliovirem typu 1 a který byl po jeho 30měsíční absenci v Evropě zaznamenán ve městě Burgasu v Bulharsku. Jednalo se o onemocnění 13měsíčního neočkovaného dítěte romského původu, které nebylo očkováno pro údajnou kontraindikaci a které onemocnělo paralytickou formou 24. března t.r. Jak vyplývá z příloženého dopisu byla v Bulharsku přijata všechna opatření k zamezení dalšího šíření této infekce.

Regionální úřadovna SZO pro Evropu v této souvislosti připomíná, že uvedený případ je praktickým dokladem toho, že pokud divoké polioviry budou kolovat, vnímavé děti kdekoliv na světě se mohou nakazit. V této souvislosti dále připomíná důležitost pečlivého pokračování v surveillanci akutních chabých paréz a význam vysoké proočkovanosti zejména v „rizikových“ skupinách populace.

Vzhledem k výše uvedenému žádám, aby při očkování proti poliomyelitidě a při kontrolách proočkovanosti u této infekce byla věnována pozornost dosahování vysoké proočkovanosti a kontrole kontraindikací zejména u „rizikových“ skupin a současně připomínám význam sledování akutních chabých paréz podle metodiky SZO.

**MUDr. Michael Vít  
Hlavní hygienik ČR**



# Nové možnosti ve výživě dětí

MUDr. L. Kužela

2. interní klinika 3. LF UK Praha

V oblasti dietologie, nebo v širším pojmu v oblasti klinické výživy, se začíná do popředí odborné pozornosti dostávat poněkud jiný aspekt, než ten, na který jsme byli doposud zvyklí. Běžně jsou například určovány **doporučené denní dávky** základních nutričních složek, které mají zajistit, aby u člověka v kterémkoliv věkovém období, tj. od narození vlastně až do smrti, nedošlo k manifestním projevům jejich deficitu. V popředí byl tedy spíše pohled kvantitativní, menší pozornost byla již věnována tomu, zda tyto dávky jsou pro daného jedince v dané situaci skutečně i dávkami optimálními. Realitě jsou ale bližší dávky, které se nyní začínají prosazovat, a které se nazývají „**doporučenými výživovými dávkami**“. Většinou jsou poněkud odlišné od dosud požívaných doporučených denních dávek, přihlížejí ale již více i ke kvalitativní stránce výživy.

Právě určitá nerovnováha mezi některými nutrienty může být příčinou dysbalancí nutričních složek s následnou poruchou funkce některého systému v organismu. Je třeba daleko více rozlišovat mezi malnutricemi a dysnutricemi. I když zdánlivě není mezi nimi prakticky žádný podstatný rozdíl, přece každý chápe, že pojem dysnutrice více přihlíží právě ke zmíněné kvalitativní stránce. Přitom i dysnutrice může mít za následek velmi nepříznivé změny pro organismus, jak možno například ukázat u pacientů s extrémní obezitou a se všemi důsledky z toho plynoucími.

Současně je třeba si také uvědomit, že problémem správné či zdravé výživy (dříve nazývané výživou racionální) není jen otázkou dospělého věku, ale začíná vlastně již od narození, podle řady nových pozorování již vlastně od intrauterinního života. Nejsem pediatr a nechci v žádném případě polemizovat se stanovisky odborníků na výživu dětí v časných stadiích života. Nicméně z hlediska dietologa, vlastně správněji řečeno z hlediska lékaře, zabývajícího se klinickou výživou, chci prezentovat několik poznámek týkajících se nového přípravku dětské výživy, Sunaru complex.

Tento přípravek totiž považuji za důležitý právě v tom, že přihlíží nejen ke kvantitativním potřebám, ale navíc má řadu „novinek“, které je možno z hlediska klinické výživy považovat za kvalitativně jiné. Jedná se zejména o následující rozdíly oproti dosavadní a běžně známé klasické Sunarové řadě. Především sacharidy jsou tvořeny nejen laktózou (63%), ale také směsí maltodextrinu (20%), fruktózy (14%) a oligofruktózy (3%). Takovéto složení komplexu sacharidů je možno hodnotit jako směs s poněkud nižší osmolalitou ve srovnání s pouhou laktózou, ale především s nižším glykemickým indexem.

Pojem glykemický index vlastně zavedl do nutriologie Jenkins v r. 1981 (5). Jeho snížená hodnota znamená, že dané složení potravy bude mít nižší požadavek na sekreci inzulínu. To je zře-

telně výhodné nejen pro diabetiky, ale pro člověka vůbec (11). Také u dětí znamená podávání potravy s nižším glykemickým indexem menší zátěž na inzulární aparát, který pak není nadměrně zatěžován. Tato alternativa může mít u některých jedinců v pozdějším životě příznivé zdravotní důsledky.

Je třeba také vědět, že po požití potravy s nižším glykemickým indexem dochází ke snížení glykemické odezvy, pokud se týká inzulinemie a také výše glykémie, přitom ale glykemická křivka odeznívá delší dobu. S tím také souvisí skutečnost, že hypoglykemie, která je hlavním faktorem, vyvolávajícím pocit hladu, se objeví později než po potravě s glykemickým indexem vyšším (2, 3). S tím pak souvisí podněty, ovlivňující významně rytmus příjmu potravy.

Přítomnost oligofruktózy v podávaném mléce má ještě jiný pozitivní důsledek. Není v tenkém střevě štěpena alfa-amylásou, proto se vlastně zde chová jako rozpustná vláknina. V přítomnosti mikrobiální flóry je pak fermentována střevní mikroflórou na mastné kyseliny s krátkým řetězcem, zejména acetát, propionát a butyrát (9). Ty mají trofický vliv na kolonocyty a na optimalizaci střevní mikroflóry (7, 8). Proto je oligofruktóza vhodná u různých dysmikrobií. Rozpustná vláknina je přímo součástí různých nutričních formulí, používaných i u zánětlivých postižení střeva, jako Crohnovy choroby či proktokolitidy (1, 4). Právě u dětí, kde dyspepsie s dysmikrobií bývá častějším jevem, může se ukázat takovéto preventivní působení běžné výživy jako velmi vhodné.

Je tedy možno říci, že složení sacharidů zajistí nejen nutriční požadavky, tj. kvantitativní aspekt výživy, ale má rovněž, možno říci, preventivní aspekt z hlediska potenciálního rizika vzniku diabetu a podpoří rovněž optimalizaci střevní mikroflóry. Z hlediska složení sacharidů je tedy možno mluvit o kvalitativní změně nutričního přípravku Sunar complex.

Dalším kladem posuzovaného přípravku je přítomnost antioxidantních působících vitaminů, tj. vitamínu C, vitamínu E a  $\beta$ -karotenu. Negativní vliv volných radikálů je široce dokladován, dochází k poškození řady struktur a funkcí různých orgánů a systémů (10). Z hlediska dětí možno považovat za nežádoucí jejich nepříznivý vliv na funkci imunitního systému. Samozřejmě s pohledem na celý život je třeba zvažovat i jiná možná rizika vlivu volných radikálů v dalších obdobích, ale jenom jejich vyjmenování by však bylo značně obsáhlé a vymykalo by se z rámce stávající informace. Zajištění určité dávky antioxidantů již od dětského věku je třeba z hlediska moderní výživy třeba považovat za žádoucí. Samozřejmě se nejedná o suplementaci ve smyslu konzumace značného či až nadměrného množství vitaminů, ale o kvalitativní úpravu požívané stravy tak, aby i v tomto smyslu odpovídala spotřeba její reálné potřebě.

Podobně je třeba pozitivně hodnotit i suplementaci vápníkem a fluorem. Existence stále se zvyšujícího počtu nemocných s osteoporózou v dospělosti zdůvodňuje tuto úpravu nutriční formule právě u dětí. Je dobře známo, že o zajištění optimální výstavby a mineralizace kostí je třeba pečovat právě ve věku dětském a adolescentním (6). Proto dodávka dostatečného přívodu vápníku v moderní výživě dětí je vlastně příspěvkem ke zlepšení jejich zdravotního stavu v období prezenia a senia.

Nutno upozornit, že výrobek určený vlastně pro dětskou populaci může být úspěšně využit také v dospělosti nebo i v seniu jako jedna z možností kvalitní tekuté výživy, snadno použitelné. Například v období rekonvalescence, u osob s malnutricemi zejména při hypermetabolických stresových stavech, je možno použít tzv. formou „sipping“ buď některý z přípravků používaných pro intragastrickou či enterální výživu, nebo alternativně také, zejména v počátečních obdobích zátěže, i komentovaný přípravek „Sunar complex“.

Sumárně je možno jen potvrdit to, co bylo řečeno na začátku informace. Nový výrobek je možno zjednodušeně ve srovnání se základní řadou hodnotit jako „nadstandard“. Je však otázka, zda se pro děti skutečně o „nadstandard“ jedná, nebo jde o důsledek rozvoje nových poznatků v oblasti výživy, kdy se začíná dávat přiměřený důraz i na kvantitativní stránku výživy. Protože chceme, aby se délka života člověka prodloužila, ale aby při tomto prodloužení nedošlo ke zhoršení kvality života, je to vlastně zcela přiměřený požadavek. Je třeba si uvědomit, že za svoje zdraví máme podstatnou část odpovědnosti my sami, event. v dětském věku pak naši rodiče. Tuto složku jsme schopni ovlivnit způsobem života včetně dodržování životní správy jenom my. Renomovaní výživáři odhadují, že takto ovlivnitelná délka našeho života může činit nejméně 15 let, pravděpodobně i více.

Zamyšlení nad stylem našeho života, včetně života našich dětí je tedy plně na místě. V době výrazných pokroků naší vědy, včetně pokroků v oblasti medicíny, je na místě plně akceptovat využití poznatků i v oblasti výživy, uvědomit si vlastní zodpovědnost v řadě oblastí našeho života. V návaznosti na toto poznání by pak mělo následovat rozhodnutí, zda budeme dbát i na dodržování kvalitativní stránky výživy nás a našich dětí, nebo je budeme považovat za „luxus“ nebo „nadstandard“. Tuto zodpovědnost z nás nikdo nesejme, ani další nové poznatky v oblasti výživy či obecněji medicíny.

*Tento článek je placenou inzercí.*

*Literatura u autora*

**inzerce2**





## Katalog PIS

### Katalog placených individuálních služeb (PIS), poskytovaných zdravotnickými zařízeními provozovanými praktickými lékaři pro děti a dorost

#### Poskytovatel PIS:

Tyto služby je oprávněn poskytovat lékař, který provozuje ambulantní zdravotnické zařízení v oboru pediatrie, odbornosti praktický lékař pro děti a dorost v souladu se zákonem č.160/1992 Sb. v platném znění při dodržování platné legislativy.

#### Rozsah služeb:

Cílem této služby je rozšíření péče ordinace praktického lékaře pro děti a dorost pro jím registrovanou klientelu. Jde především o zvýšení nabídky pro pacienty, která jde nad rámec úhrady vymezené systémem veřejného zdravotního pojištění a není v rozporu s platnou legislativou.

#### Nezbytné podmínky:

Základní podmínkou poskytování těchto služeb je uzavření řádného smluvního vztahu mezi provozovatelem ZZ a zákonným zástupcem dítěte. Nedílnou součástí této smlouvy musí být cenové ujednání a výčet jednotlivých služeb.

Poskytování řádné péče v souladu s platným rámcem veřejného zdravotního pojištění nesmí být podmiňováno uzavřením smlouvy na poskytování tohoto druhu péče.

Uzavírání těchto smluv nesmí mít vliv na dostupnost péče o další pojištěnce, kteří tento druh smlouvy se ZZ neuzavřeli.

Uzavření této smlouvy není žádnou ze smluvních stran vymahatelné.

Smlouvy pro tento druh péče musí být vypověditelné z důvodu faktické nemožnosti jejich naplnění.

Výkony PIS mohou být nasmlouvávány samostatně, ale i v definovaných souborech. Všechny výkony poskytované v rámci PIS musí být podloženy řádnou časovou a režijní kalkulací. Kalkulace ceny vychází ze stanovení minutové režie ordinace násobené časem stráveným poskytováním těchto služeb a započítáním přímých nákladů. Výpočet paušálu za konkrétní období je smluvním ujednáním vycházejícím z předpokladu objemu těchto služeb za dané období.

#### Varianty platby:

1. za konkrétní výkony
2. paušál za zvolený soubor výkonů v rámci určené časové jednotky (měsíc, čtvrtletí, pololetí, rok...)
3. možnost kombinace předchozích dvou bodů

#### Základní charakter výkonů PIS:

Jsou poskytovány individuálně a výběrově, netýkají se běžně poskytovaných placených služeb pro všechny pojištěnce. Jedná se o výkony nehrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění, které nejsou poskytovány všem registrovaným pojištěncům ve stejném rozsahu.

#### Příklady výkonů pro PIS:

- objednání na dobu mimo běžný chod ordinace – ošetření, edukace, administrativa v domácím prostředí v. v ordinaci
- telefonická konzultace v době mimo běžný chod ordinace
- návštěva na vyžádání v době činnosti legitimní LSPP
- osobní konzultace nad rámec běžného poučení pacienta
- aktuální zjišťování laboratorních výsledků (kromě STATIM vyšetření)
- aktivní spolupráce při hospitalizaci dítěte
- smluvené objednání ke konkrétnímu ambulantnímu specialistovi na konkrétní čas
- zjištění dostupnosti konkrétního léku v zařízení lékárenské péče
- internetové spojení s pacientem
- podání podrobných informací před výjezdem do zahraničí vč. doporučení optimální sestavy léků
- odběr biologického materiálu v domácím prostředí
- zajištění léků pro pacienta v domácím prostředí
- zapůjčování přístrojové techniky do domácího prostředí

#### Holandanky rodí děti doma

Mnohé Holandanky jsou přesvědčeny, že porod v domácím prostředí je nejlepší volbou. Podle nových statistik, které zveřejnil nizozemský rozhlas, rodí doma 29 procent žen. A to je nejvyšší číslo v Evropě. Přirozené a důvěrné prostředí je to, čeho si dotazované ženy nejvíce cení. „Byla to první z otázek, kterou mi moje porodní asistentka položila,“ říká o volbě místa porodu Marieke van Amersfoortová z Nijmegen. Nastávající maminka nemá pocit, že by překročila k něčemu neobvyklému. „Pro mne je to jednoduché rozhodnutí. Moje první dcera se také narodila doma, byl to fantastický zážitek.“ Doma si každá žena v první fázi porodu cení, že může dělat to, co chce – třeba napustit vanu. „Moc důležité pro mne bylo, že jsem mohla rodit v poloze, která je v tu chvíli nejpohodlnější pro mne, a nikoli jen pro doktora,“ říká Marieke van Amersfoortová. „Můj manžel se postaral o intimní osvětlení a příjemnou hudbu.“ Statistiky přitom bývaly před lety ještě jednoznačnější. Na začátku šedesátých let rodily doma téměř tři čtvrtiny nizozemských žen. Podle odborníků má totiž i pobyt v nemocnici své výhody. „Na mnoho žen bezprostřední dostupnost nemocniční aparatury působí uklidňujícím dojmem – prostě pod vlivem myšlenky, že člověk nikdy neví, co se může stát,“ vysvětluje to porodní asistentka Else de Haanová, autorka knihy *Rodit a vstát*. „Ještě ten samý den se ale vracejí domů,“ říká. Přesto je celý proces podle ní až příliš zmedializovaný. „To se nehodí k tak přirozenému procesu, jako je porod,“ tvrdí. V jedné věci je vliv domácích porodů nepřehlédnutelný. Inspirovaly nemocnice ke zlidštění pokojů a větší intimitě, stejně jako odbouraly nutnost diskuse o přítomnosti partnera. „Pomoc muže a jeho podpora jsou při porodu neodmyslitelným faktorem,“ uvedl gynekolog Jaap Rijnders z Doetinchemské nemocnice. Těhotné ženy v Nizozemsku většinou nejsou pod pravidelným lékařským dozorem. Po dobu těhotenství chodí na kontroly k vysokoškolsky vzdělané porodní asistentce, která však není lékařkou. Pouze existuje-li pro to důvod, jako třeba očekávané komplikace při porodu nebo riziko dědičné vrozené vady, pošle je porodní asistentka ke gynekologovi. Ten potom rozhodne, zda je nutné rodit v nemocnici. Po domácím porodu nebo po porodu v nemocnici mají matka s dítětem právo na více než týdenní péči profesionální ošetřovatelky. „Naší úlohou je starat se první dny o matku a dítě, průběžně kontrolovat jejich zdravotní stav, starat se o domácnost a eventuálně i o starší děti,“ říká ošetřovatelka Maartje den Heyerová. Je překvapivé, že nizozemské ženy, které tak často dávají přednost přirozenému porodu doma, mají v malé oblíbenosti kojení. Sedmasedmdesát procent žen po porodu sice začne kojit, ale o tři měsíce později kojí již jen pětina matek.



## Aktuality

### Farmaceutické firmy zneužívají charitu

*Koncerny odvozují příspěvky na dobročinnost podle množství prodaných léků.*

Předepište náš lék a my podpoříme handicapované děti nebo vám přispějeme na vzdělání, říkají výrobci léčiv lékařům.

Ve snaze získat co největší podíl na trhu s léky vytáhly farmaceutické firmy novou zbraň – city. Pod pláštíkem charity tlačí lékaře, aby pacientům předepisovali jejich výrobky. Společnost Léčiva například věnuje korunu z každého vydaného balení Ibuprofenu na konto Svazu paraplegiků – Centra Paraple. Firma Abbott Laboratoires přidá za předepsání antibiotika Klacid pět korun Nadaci Naše dítě. Nejdále zatím zašla firma IVAX, bývalá Galena. Založila vlastní nadační fond, který má financovat přímo lékaře, jejich vzdělávání. K úvodnímu vkladu 300 000 korun chce přidat tři koruny z každého balení Simgalu, léku na snížení hladiny cholesterolu v krvi.

*Může jít o skrytou korupci.*

Podle kritiků mj. z řad České lékařnické komory jde o skrytou formu korupce. Zdánlivě charitativní akce má v první řadě přispět k tomu, aby se daný výrobek ve srovnání s konkurencí lépe prodával. „Lékárníkům je sice jedno, který z kvalitativně i cenově srovnatelných léků dvou výrobců vydají, ale v principu to v pořádku není,“ míní mluvčí komory Jan Horáček. Takové interpretaci se firma IVAX brání. „Nadační fond Galena vznikl jako nezávislý subjekt, do kterého mohou přispívat fyzické i právnické osoby. Je sice dotován na základě prodeje konkrétních výrobků, ale nefunguje jen z těchto peněz,“ vysvětluje mluvčí společnosti Alice Černá. Černá tvrdí, že fond nebyl založen za účelem zvýšení prodeje, ale jako pomoc českému zdravotnictví. „O tom, komu a na jaké účely budou peníze z fondu poskytnuty rozhoduje nezávislá komise,“ argumentuje Černá. Zvolená forma „motivace“ lékařů je však podle Horáčka neetická a může vést ke zneužívání medikamentů. Může lékaře ovlivnit například při rozhodování, zda předepsat léky nebo pacientovi raději doporučit změnu životosprávy. „Pokud by firmy měly skutečný zájem o charitu, měly by peníze dávat ze svého zisku, a nikoli je vázat na prodej konkrétního přípravku,“ soudí Horáček. David Rath, prezident České lékařské komory, nemá na tyto praktiky firem jednoznačný názor. I on si ale myslí, že výrobcům jde především o zvýšení vlastního zisku, nikoli o charitu. „Vadilo by mi, kdyby firmy tímto způsobem nutily lékaře předepisovat léky, když je pacient nepotřebuje. Takové jednání by bylo postížitelné jako porušení lékařské etiky. Pokud se snaží přesvědčit lékaře, aby mezi dvěma srovnatelnými a stejně drahými přípravky zvolil ten jejich, pak je to normální obchodní strategie. I léky jsou totiž zboží,“ tvrdí Rath.

*Bez peněz z farmacie si někteří lékaři neporadí.*

Podle Ratha může za vzniklou situaci i stát, který lékařům nepřispívá na jejich další povinné vzdělávání. Lékaři pak s povděkem přijmou, když jim cestu na zahraniční kongres či zaslání odborných

časopisů uhradí firmy. „Bez peněz z konkurenčního boje by se snížila úroveň české medicíny,“ myslí si dokonce Rath. Schovávání se za charitativní pohnutky je podle zasvěcených jen jednou z forem, jak si firmy vylepšují pozici na trhu. Výrobci i dodavatelé nezřídka sahají i k přímé korupci penězi nebo spotřebním zbožím. Platí lékařům „vzdělávací“ pobyty v exotických zemích či pořádají různé zákaznické soutěže s velmi hodnotnými cenami. Svou podporou si firmy zavazují i mladé začínající lékaře s mizivými příjmy, kterým platí pracovní pomůcky či učebnice. „Vliv farmaceutických firem na lékaře je u nás příliš velký, než jak by se v civilizované zemi slušelo,“ domnívá se mluvčí lékárníků Horáček.

### Pracovní skupina tripartity: rozšíříme smluvní volnost

Pracovní skupina pro zdravotnictví při Radě hospodářské a sociální dohody (tzv. tripartita) se 8. června zabývala návrhem vyhlášky MZ, kterou se stanoví hodnoty výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění včetně regulačních opatření pro 2. pololetí 2001. Podle předsedy Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Jiřího Schlangera doporučila skupina vzhledem k potřebě udržet stabilitu systému zachovat stávající systém úhrad z prvního pololetí 2001, postupně rozšiřovat smluvní volnost, diferencovat úhrady od jednotlivých zdravotních pojišťoven s ohledem na zvýšený výběr pojistného těmito pojišťovnami a zvýšit měsíční zálohy s ohledem na diferencované zvýšení úhrad. „Pokud tato doporučení nebude možné realizovat prostřednictvím připravované vyhlášky, bude zapotřebí využít nejbližší legislativní iniciativy k uplatnění těchto principů v zákoně o zdravotním pojištění,“ uvedl J. Schlanger s tím, že MZ na podzimní jednání pracovní skupiny připraví návrhy nových možných principů systému úhrad, případně dalších opatření v systému zdravotního pojištění.

### Děti chodí do školy příliš brzy, tvrdí vědci

Vyučování v evropských školách začíná příliš brzy, tvrdí skandinávští zdravotní odborníci z univerzit v norském Bergenu a švédské Uppsale. Podle jejich výzkumu provedeného na několika základních školách ztěžuje žákům život především únava. Výuka by se prý měla zahajovat nejdříve v devět hodin, napsal norský list Dagbladet. Kdyby škola začínala později, naučili by se žáci podstatně víc, protože by je nerozptylovala únava, bolesti hlavy a hlad, míní výzkumníci. Děti mají obecně zpožděný denní rytmus, rozvrh hodin však v současnosti odpovídá potřebám dospělých, nikoli dětí, uvedl deník Dagbladet. Podle provedeného výzkumu patří 34 procent žáků druhého stupně základních škol mezi takzvané „noční ptáky“, zatímco u dospělých je to pouze 15 až 20 procent. Tito žáci častěji trpí bolestmi hlavy, jsou pasivní a necítí se ve škole v dobré kondici. Mají



také zpravidla špatné jídelní návyky, které začínají již tím, že z nedostatků času pořádně nesnídají. „Ranní ptáčka“ naopak chodí spát brzy, jedí více ovoce a zeleniny a snáze sledují vyučování. Problémy pokračují i u studentů na středních školách. Ti dnes spí zhruba osm hodin, takže mnozí z nich údajně tráví celé dny téměř v mdlobách. Žáci, kteří chodí nejpозději spát, mívají také v průměru nejhorší známky, tvrdí lékař z bergenské univerzity zabývající se spánkovými poruchami. Podle skandinávských odborníků by mládež měla spát devět až deset hodin denně a celý týden dodržovat pravidelný řád.

### **Každý měsíc se desítky lidí poraní o odhozené jehly**

Až padesát lidí měsíčně se v republice poraní o pohozenou použitou injekční jehlu. Tento fakt potvrdil hlavní pražský hygienik Vladimír Polanecký. „Registrujeme padesátku případů za měsíc, kdy se někdo neprofesionálně píchne o pohozenou injekční jehlu,“ řekl. Podle něho hygienici zaznamenávají nejvíce případů v Praze, Ústí nad Labem a Ostravě. „Jsou to města s rozvinutou drogovou scénou,“ vysvětlil hygienik. Odborníci se shodují, že odhozená použitá jehla může způsobit vážné zdravotní problémy. Nejvíce se mluví o viru HIV a hepatitidě typu C. „Proti hepatitidě typu A a B jsou lidé očkováni, proti typu C se však očkovat nedá,“ poznamenal Polanecký. Za mnohem vážnější hrozbu než nakažení virem HIV považuje hepatitidu typu C i lékař Ladislav Machala z AIDS centra pražské nemocnice na Bulovce. „V nejhorším případě může nedobrovolně píchnutí skončit rakovinou jater,“ upozornil Machala. Lékaři zatím žádný případ nakažených lidí kvůli poranění jehlou nezaznamenali.

### **Den léčby toxikomana přijde na pětistovku**

Přibližně na 215 tisíc korun za rok, respektive až 585 korun za den, přijde léčba člověka závislého na drogách. Pobyť ve státních zařízeních, psychiatrické léčebně či psychiatrickém oddělení v nemocnicích hradí zpravidla zdravotní pojišťovna. Průměrná léčba narkomana trvá podle údajů Meziřesortní protidrogové komise 4 až 6 měsíců, alkoholika zhruba 3 až 4. Při hospitalizaci v nestátních zdravotnických zařízeních náklady stoupají už na 650 korun za den v závislosti na tom, v jaké výši obdrží terapeutické komunity státní dotace na provoz. Délka léčby u střednědobých programů činí 6 až 8 měsíců, u dlouhodobých 12 až 18 měsíců. Někteří narkomani, kteří prošli léčbou v psychiatrických léčebnách a necítí se na začlenění do běžné společnosti bez drog, pokračují v terapii ještě v komunitách. Ambulantní odvykací léčba stojí ve srovnání s hospitalizační výrazně méně. K tzv. udržovací metadonové léčbě se uchylují toxikomani, kteří se pokoušeli abstinovat, ale nezvládli to. Náklady na jeden den s veškerým lékařským a sociálním servisem se pohybují ve výrazně nižších dimenzích, přibližně 126 korun. Suma za roční substituční léčbu se vyšplhá na pouhých 46 tisíc korun za rok. Podobné taxy si vyžádá ambulantní léčba v denních stacionářích, 115 korun za den a 42 tisíc za jeden rok. Po léčbě následuje tzv. doléčování – postupné zapojení klienta do společnosti s podporou te-

rapeutů, a to buď formou chráněného bydlení (asi 6 měsíců), nebo ambulantní (asi 1 až 2 roky). Náklady za jeden den v chráněném bydlení přijdou na 74 korun, ambulantní doléčování stojí 55 korun. Doléčovací programy jsou v České republice většinou nestátní, například provoz jednoho podobného centra v Děčíně hradí tamní městský úřad. Doléčování závislých přitom zvyšuje podle zahraničních zkušeností úspěšnost terapie (tj. trvalá abstinence) až o 80 procent. Práci kontaktních center a terénních programů (výměna injekčních stříkaček apod.) lze jen těžko vyčíslit v nákladech na jednoho klienta. Služba je poskytována anonymně, klient do centra dochází podle své vůle. Pro srovnání – náklady průměrného uživatele drog, který denně spotřebuje půl až jeden gram heroinu, se za rok vyšplhají na půl miliónu až osm set tisíc korun ročně. Prostředky na nákup dávky si většinou takto závislí lidé pořízují krádežemi, loupežemi či prodejem drog. Ministerstvo spravedlnosti vynaloží na jednoho vězně 109 500 až 255 000 korun na celý kalendářní rok.

### **Ústavní soud:**

#### **Integrita jedince je téměř nedotknutelná**

Ústavní soud poskytl Zdravotnickým novinám zdůvodnění svého nálezu, v němž nedávno potvrdil porušení základních práv a svobod Jarmily Ederové z Třebíče, která se na návrh obvodní lékařky a za asistence policie podrobila proti své vůli psychiatrickému vyšetření. Soudci dospěli k závěru, že nedotknutelnost integrity osobnosti je základní ústavní princip, z čehož vyplývá i zásada svobodného rozhodování občanů v otázkách péče o vlastní zdraví. Tato zásada sice není absolutní, ale k podrobení se určitým medicínským výkonům může občana donutit pouze zákon, případně státní orgán veřejné moci (opět v mezích zákona). Podle zákona o policii je policista oprávněn zajistit jen osobu, která svým jednáním bezprostředně ohrožuje svůj život anebo život či zdraví jiných osob. Podle zákona o péči o zdraví lidu lze nedobrovolně převzít občana do psychiatrické léčebny tehdy, pokud jeví známky duševní choroby a ohrožuje sebe nebo své okolí. „Ze zjištěných okolností případu však má Ústavní soud za nepochybně prokázané, že o žádnou takovou situaci se nejednalo,“ uvádí se v nálezu. Lékař sice má právo obrátit se na policii se žádostí o pomoc, avšak „tato pomoc končí tam, kde začíná ústavně garantovaná svoboda jednotlivce“. Navíc nešlo o rozhodnutí státního orgánu, pouze o návrh lékařky. Ústavní soud v závěru nálezu připomíná, že „ani v případech diagnostikovaných psychických poruch nelze stavět lékařskou diagnózu nad právo“. Orgány policie i jiné orgány veřejné moci protot musí „bedlivě vážit“, zda žádost o jejich zákrok či asistenci, a zejména zákrok sám, má oporu v právu. „Nelze přehlédnout, že oznámení příbuzných a rodinných příslušníků jsou ne vždy vedena zájmem o zdraví, ale motivy mohou být zcela odlišné a ne vždy bohubílé,“ uvádí se v nálezu. Soudci dále dodávají, že je třeba šetřit podstatu a smysl ustanovení Listiny základních práv a svobod včetně ustanovení zákonů tak, aby nedošlo ke zneužití možnosti omezit práva jednotlivce.



### K řízení nemocnic chybějí zákony

Další osud stěžejních zákonů pro české zdravotnictví je nejistý. Návrhy vypracované Fišerovým ministerstvem neprošly ani do vlády, což může mít pro většinu nemocnic závažné důsledky. Kdo bude po 1. lednu 2003 řídit nemocnice, dosud spravované okresními úřady, není jasné. Dosavadní zřizovatelé k tomuto datu v rámci reformy státní správy zaniknou. Pokud do té doby nebude právně vyřešeno, komu správcovství připadne, z právního hlediska zaniknou i okresní nemocnice. Byly totiž zřízeny jako příspěvkové organizace a ty podle příslušného zákona bez zřizovatele existovat nemohou. Převod kompetencí na obce či kraje mají vyřešit zákony chystané Ministerstvem zdravotnictví. Jejich návrhy ale minulý týden zamítla legislativní rada vlády jako zcela nevyhovující. „Už delší dobu upozorňujeme, že způsob předání kompetencí musí být do zániku okresních úřadů legislativně vyřešen,“ prohlásil Jaroslav Přehnal, předseda Asociace českých a moravských nemocnic. Legislativní rada vlády kvůli zásadním výhradám vrátila ministerstvu zákon o státní správě a samosprávě ve zdravotnictví, o zdravotnickém zařízení, o péči o zdraví lidu a o transplantacích. První dva návrhy přitom mají pro probíhající reformu státní správy ve zdravotnictví klíčovou úlohu. Ministr dostal lhůtu do začátku srpna. Další termín předložení návrhů stanovila rada na 10. srpna. Pokud by je ministerstvo zvládlo bez dalších překážek přepracovat, do parlamentu budou předloženy začátkem podzimu. Vedení nemocnic i odbory se ale obávají, že v té době už bude sněmovna zmítána předvolebním bojem, a proto nebude mít dostatek vůle návrhy předkládané sociálnědemokratickou vládou schválit. Nová vláda vzešlá z voleb za rok v červnu pak bude mít jen minimum času, aby nové právní normy připravila. „Je to pravda, taková situace může nastat. Nynější zdržení však není tak dramatické a parlament bude mít pořád téměř rok času, aby zákony schválil,“ řekl mluvčí Ministerstva zdravotnictví Otakar Černý.

*Ministerstvo: o nic nejde*

Podle Černého je vrácení materiálů radou rutinní krok. „Nešlo o žádný debakl. Podle náměstka Antonína Maliny, který se jednání zúčastnil, je to jen otázka dopracování určitých nuancí a připomínek,“ konstatoval Černý. „Připomínky rady byly naprosto zásadního charakteru. Ministerstvo se při přípravě zákonů chová velmi nezodpovědně, nezohlednilo ani připomínky schválené tripartitou,“ namítl předseda Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Jiří Schlanger, který se jednání rovněž zúčastnil. Z textu zákona o zdravotnickém zařízení například na poslední chvíli vypadla pasáž o kontrolní úloze státu. Rada odmítla i nevhodnou definici pojmu zdravotnické zařízení. Jeho přesné určení je přitom pro veškerou legislativu klíčové.

*Je třeba vyřešit samosprávu*

Samosprávu ve zdravotnictví navržené předpisy podle legislativců vůbec neřeší. „Členové rady dospěli k názoru, že Ministerstvo zdravotnictví nepochopilo princip reformy veřejné správy,“ uvedl Schlanger. Nemocnice řízené okresními úřady další zdržení zákonů znervózňuje. „Zákony přesně definují postavení zřizovatele. Kromě ekonomických jsou to i otázky kontroly a zodpovědnosti. Okresní úřady například stále nesou zodpovědnost za poskytování zdravotní péče ve spravovaném území. Jde o ústavní povinnost státu. Kdo ji

zajistí, když okresy zaniknou a kraje na to nebudou mít zákonné nástroje?“ ptá se Přehnal. Ten si vůbec neumí představit, jak by jeho nemocnice bez potřebných zákonů po 1. lednu 2003 fungovala. Takovou situaci zjevně nehodlá připustit ani ministr vnitra Stanislav Gross. Pokud by zdravotnictví nestihlo připravit potřebné zákony včas, je vnitro připraveno vyřešit otázku předávání kompetencí „mimořádnými opatřeními“.

### Lékařů je na některých místech málo

Do severních Čech se lékařům zřejmě příliš nechce. Na nedostatek dětských praktických lékařů si stěžují na Děčínsku. Přednosta tamního okresního úřadu mluví o počínající krizi. V okrese Ústí nad Labem zase chybí obvodní lékaři pro dospělé. „Řada dětských lékařů je důchodového věku a mladí lékaři do okresu nepřicházejí,“ uvedla Jana Herrmannová ze Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost. Toto sdružení požádalo kompetentní úředníky o potřebnou podporu při lákání mladých lékařů do příhraničního okresu. Podobné nesnáze postihly praktiky pro dospělé v ústeckém okrese. „Ve srovnání s celostátními průměry je tady mírný nedostatek. Asi kvůli prestiži a penězům zůstávají mladí lékaři v Praze a okolí,“ tvrdí ústecká lékařka Pavla Píchová, která je zároveň předsedkyní zdejšího Sdružení praktických lékařů. Těch je v tomto okrese podle údajů lékařské komory necelá padesátka. Počet dětských praktických lékařů zde ale odpovídá požadavkům obyvatel. „Je nás tady dvacet, a ještě jsem neslyšela o nějakých problémech,“ uvedla lékařka Jana Sudková, zástupkyně ústeckého sdružení dětských praktiků. Potíže však mají s noční pohotovostí. „Jednak to je špatně placené, dostáváme sedmdesát korun za hodinu na noční službě. Navíc občas bývají problémy s obsazením, převažují mezi námi starší lékařky nebo zase ženy s malými dětmi. Ale zatím jsme to zvládli. Spíše by měli lidé posoudit, zda je opravdu nutné jít na pohotovost,“ domnívá se Sudková. Podle vlastní zkušenosti uvedla, že při poslední službě ošetřila deset dětí, z toho devět případů mohlo počkat do rána. „Rodiče přivedou dítě s jedním pupínkem, že ho svědí kotník. Ale tím nechci říct, že by noční služba neměla své opodstatnění. Jindy zase přijdou tři děti a lékařská pomoc je nezbytná u všech,“ dodala Sudková. Někdy se však podle ní i rodiče přiznají, že je pro ně pohodlnější přijet v noci než trávit čas v čekárně obvodního lékaře. V souvislosti s nedostatkem pediatriů na Děčínsku se chystá omezení dětských pohotovostních služeb v Děčíně tak, aby byla v noční době všedních dnů zajištěna ve zdejší nemocnici. V současné době pracuje lékařská služba první pomoci pro děti v Děčíně po celých čtyřadvacet hodin. V severní části okresu však není a děti jsou již tradičně ošetřovány lékaři pro dospělé a na pediatrickém oddělení rumburské nemocnice. „Okresní úřad záležitost s omezením provozní doby dětské pohotovosti v Děčíně nyní projednává s okresním sdružením České lékařské komory. Od července bychom služby měli upravit,“ uvedl přednosta děčínského Okresního úřadu Jiří Benedikt. V těchto dnech jedná přednosta s ředitelem zdejší nemocnice i se zástupci České lékařské komory o tom, jak mladé lékaře nalákat. „Mohli bychom jim například poskytnout půjčku nebo byt,“ upřesnil mluvčí Okresního úřadu v Děčíně Ondřej Horák.





## I N Z E R C E

**Lidé nemoc podceňují nebo se bojí jít k lékaři**

Na rakovinu budou lidé ještě dlouho umírat. Jednak proto, že některým nádorům nelze předejít, jednak proto, že existuje poměrně silná skupina lidí, kteří si takzvaně nedají říci. Čím více si zvyšují riziko rakoviny kouřením a nezdravým stylem života, čím niž stojí na sociálním žebříčku, tím větší mají sklon odmítat jakoukoli osvětu, vyhýbat se doktorům, prostě brát nemoc jako „vůli osudu“. Ti, kteří přece jen nějaké obavy z nemoci mají, se zase bojí jít ke svému obvodnímu lékaři a když už přijdou, lékař první příznaky rakoviny nerozezná. To jsou hlavní závěry průzkumu, v němž agentura STEM na zakázku Ministerstva zdravotnictví zjišťovala, co si veřejnost myslí o rakovině a její léčbě. „Moje žena mi říká dávno: zdravé je být bohatý,“ glosoval to ředitel Masarykova onkologického ústavu v Brně Jan Žaloudík. Výsledky byly oznámeny včera, právě den poté, co podobný průzkum, zaměřený na rakovinu prsu, zveřejnila agentura StemMark. Výsledky jsou si ostatně podobné: lidé se bojí jít k lékaři, aby jim náhodou diagnózu nepotvrdil, na druhé straně fenomén rakovina zveličují. Myslí si například (každý druhý), že rakovina je nejrozšířenější vážná nemoc ačkoli na nemoci srdce a cév se umírá dvakrát více. Mnoho lidí je také přesvědčeno, že rakovině nelze předejít, že je to „osud“. „V tom se u některých nádorů nemylí, proto nerad dávám doporučení typu: dodržujte pět rad a budete zdraví. Důležitější je nádor včas zachytit,“ řekl Žaloudík. Ono to však vždycky nefunguje. Dotazovaní se například přiznali, že se stydí jít za obvodním doktorem s pouhým podezřením. Průzkum se zaměřil i na lékaře-onkology. Ti si postěžovali, že praktičtí lékaři někdy příznaky rakoviny u svých pacientů nezachytí. Zástupci ministerstva potvrdili, že vzdělávání se musí věnovat víc pozornosti. Podle Žaloudíka chybějí i jasné návody, jak má prevence v ordinacích vypadat. Že třeba po 50. roce věku se má dělat test na krvácení z konečníku, což signalizuje nádor.

**Fišerovy propadáky**

Už krátce po nástupu do funkce přiznal ministr zdravotnictví Bohumil Fišer, že nemá k dispozici dostatek kvalitních odborníků na legislativu. V době, kdy jsou ministerstva nucena chrlit jeden zákon za druhým, by se čekalo, že ministr s úrovní „svých“ právníků něco udělá. Neudělal. Propadák zatím posledních čtyř právních norem, o nichž samo vedení ministerstva tvrdí, že jsou pro české zdravotnictví nepostradatelné, to jasně dokazuje. Přímí aktéři jednání legislativní rady vlády se nechali slyšet, že to byl „děs a hrůza“. V ministerském podání jde o vyladění nuancí a několik drobných připomínek. Je zajímavé, že svá díla neobhajoval první náměstek Pohanka, jenž má legislativu na starosti, nýbrž náměstci Malina a Hlaváček, kteří podle svědků nedokázali téměř vůbec reagovat na připomínky. Neměl čas, nebo předem tušil? Další zdržení přípravy zákonů může mít pro většinu českých nemocnic fatální následky. Kvůli reformě státní správy se ocitnou v právním vakuu. To už ale ministra Fišera ani jeho spolupracovníky pálit nemusí. Dojde-li ke kolapsu, „vyžere“ si ho už nová vláda...

**Redakční rada upozorňuje, že v nově zřízené rubrice INZERCE je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.**

**Hledáme pediatra**

Dětská ozdravovna Javorník s.r.o. přijme pediatra s atestací I.stupně z pediatrie (event. její brzké složení nutné). Byt 3+1 v místě k dispozici, perspektivně možnost zřízení malé praxe. Nabízíme možnost zaměstnání pro partnera(ku): učitel, zdr. sestra, rhb. pracovník i jiné profese. Zdravé životní prostředí v nadmořské výšce nad 1000 m. Nástup dle dohody.

Žádosti zasílejte k rukám prokuristy ozdravovny p. Hladíka na adresu: Sanatorium Javorník s.r.o., Javorník 46, 384 73 Stachy

**Lázeňská léčba dětí**

Upozorňujeme pediatriy ČR na možnost a prospěšnost lázeňské léčby dětí s níže uvedenou indikací v dětském oddělení Státních léčebných lázní Darkov, s.p.

- ortopedie: indikace XXVII/1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
  - kožní: indikace XXX/1, 2, 3, 4, 5, 6
  - pobyty jsou plně hrazeny ZP
  - součástí oddělení je základní škola
  - stravování zajišťuje samostatné kuchyňské pracoviště s možností přípravy diet při enzymatických poruchách, metabolických onemocněních, alergiích
  - v případech schválených ZP přijímáme i dorost a realizujeme doprovodný pobyt matky
- Veškeré podrobné informace podá:  
MUDr. K. Ježíková, tel.: 069/637 61 20  
příjímací kancelář - p. Plutová, tel.: 069/631 20 11

**Hledáme pediatra**

Dětská lázeňská léčebna Lázně Kynžvart přijme samostatně pracujícího lékaře s atestací I. stupně z pediatrie. Možnost přípravy a složení atestace z FBLR u nás. Nástup možný ihned. Byt k dispozici. Výhodné platové podmínky. Informace u ředitelky léčebny na tel.: 0165/672 160.

**Hledáme pediatra**

Přijmu pediatra do zavedené a prosperující soukromé ordinace 30 km jihovýchodně od Brna (s velmi dobrým autobusovým spojením). Pracovní poměr není nutný, možná samostatná činnost s podílem na zisku. Pozdější převzetí ordinace není vyloučeno. Podmínkou natestace I. stupně. Nástup co nejdříve.  
Tel.: 0603/234 829 nebo e-mail: pribanovi@telecom.cz

**Zástup do ordinace PLDD**

Přijmu zástup do ordinace praktického dětského lékaře v Třešti (okr. Jihlava) na dobu trvání mateřské dovolené od září 2001. V případě potřeby byt zajištěn.  
Tel.: 066/72 14 433, 066/72 14 234