

září 2002 ■ číslo 7 ■ ročník 2

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Revmatická onemocnění u dětí

Zánětlivý uzlinový syndrom

Terapie akutních infekčních gastroenteritid

Leptospiroza



tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství

MEDIX

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

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

Vedoucí redakční rady:
MUDr. Milan Kudyn

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

Odpovědný redaktor:
Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:
PhDr. Jana Kratochvílová

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

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

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

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

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.
Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Veronika Drahovzalová
U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10
tel.: 267 184 065, mobil: 602 873 761
e-mail: centrum@detskykylekar.cz
e-mail: veronika.drahovzalova@detskykylekar.cz

obsah...



Stručný průřez činnosti SPLDD ČR od června do srpna	5
Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů	6
Vyhodnocení bonifikačního systému	7
CRP	9
Povodně	11



Zápis z jednání OSPDL ČLS JEP	17
MUDr. K. Jarošová Novinky v terapii revmatických onemocnění u dětí	17
MUDr. J. Varvařovská Imunologie autoimunních onemocnění	18
MUDr. V. Lád Revmatologická problematika v praxi	20
MUDr. A. Holčíková Zánětlivý uzlinový syndrom u kojenců a batolat	24
Doc. MUDr. J. Hoza, CSc. Příběh dvou dětí s kloubním postižením	26
Návrh zákona o způsobilosti...	příloha
Doc. MUDr. J. Vaništa, CSc. Leptospiróza	28
MUDr. R. Kotulová, doc. MUDr. J. Nevorál, CSc. Terapie akutních infekčních gastroenteritid	29

Fluoridy v prevenci zubního kazu u dětí	34
MUDr. J. Helcl, DrSc. Očkování proti chřipce	35
Epistop V - MEDIFORUM	37



Aktuality	49
Řádková inzerce	54



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec
tel.: 048/5161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrázek na titulní straně namaloval ústy a nohama Stanislav Kmiecik



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

doba letních dovolených, prázdnin, tepla a sluníčka je opět za námi a nezbývá, než zase rok na tuto dobu čekat. Jaké bylo letošní léto z pohledu praktického dětského lékaře, resp. z pohledu činnosti naší organizace? Bylo skutečně obdobím klidu, pohody a letního lenošení?

Příprava na prázdninové měsíce byla vyplněna intenzivními jednáními na téma CRP, resp. zavádění drobné laboratorní diagnostiky v ordinacích PLDD. Vše se zdálo téměř idylické, byl dohodnut kód výkonu, jeho úhrada, metodika vykazování. Než jsme se však stačili rozkoukat v prvním prázdninovém měsíci, dostali jsme první políček. Idyla skončila a nastoupila realita.

Dohodnutý postup nelze zrealizovat, vrchní ředitel zdravotní péče nejmenované pojišťovny sliboval nesplnitelné, resp. dohodnutý způsob je nutno upravit, změnit, odložit. Spousta otazníků, žádná jasná odpověď. Ve stejnou dobu informuje jiná pojišťovna o připravenosti hradit tento výkon, jednoduše, i když ne jako součást zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Jaký to paradox, na straně jedné požadavek pojištěn na zvyšování kvality poskytované péče, na straně druhé jejich velmi opatrný přístup k aktivitě, která by právě ke zvyšování kvality mohla vést, snad krom oné jedné pojišťovny.

Druhý prázdninový měsíc začal opět relativně optimisticky. Největší zdravotní pojišťovna přichází na jednání o úhradách zdravotní péče na další období s návrhem navýšení cen, který zaskočil i ostatní zdravotní pojišťovny. Těm nakonec nezbylo, než si vyžádat čas na rozmyšlenou. Jak však tento krok hodnotit v době, kdy do kanceláře Sdružení docházejí informace o prodlužování lhůty splatnosti faktur a pozastavení vyplácení bonifikací v některých lokalitách u stejné pojišťovny? Aby byl i tento políček dokonalý, začátek září přinesl stažení tohoto návrhu. Pro zachování objektivity je nutno uvést, že nakonec se tato pojišťovna ke svému návrhu opět vrátila.

Asi nejnečekanější políček připravila matka příroda. Voda vstoupila do života mnoha občanů naší vlasti a samozřejmě nevynechala ani naše kolegy. Někoho postihla pracovní, někoho osobně, někoho pracovní i osobně. Asi bude ještě chvíli trvat, než budou celkové škody vyčísleny, ale už nyní je jasné, že žijeme v civilizované zemi, kde osudy druhých nejsou všem lhostejné. Chtěl bych poděkovat všem, kteří projeví svou solidaritu a nabídlí pomoc, ať již v jakékoliv formě. Nic člověka nepohladí více, než zjištění, že v dnešní, často trochu divoké době, se najde dost takových lidí, kteří pomoc druhým upřednostní před vlastním prospěchem.

Poslední políček, o kterém bych se chtěl v tomto zamyšlení zmínit, jsme obdrželi od Ministerstva zdravotnictví. Konec prázdnin přinesl legislativní aktivitu, která nás, i když jsme se na ni připravovali, stejně zaskočila. Zmíním se jen o té nejdůležitější. Slovy dva dny jsme dostali na připomínkování návrhu zákona o způsobilosti k výkonu povolání lékaře, návrhu, který by mohl položit základní kámen zásadní změny struktury primární péče v naší republice. PLDD v tomto návrhu již není, je jen dětský lékař a všeobecný praktický lékař. To, čeho jsme se obávali, začíná mít víc než jasné obrysy. Byla opravdu naše předchozí aktivita v otázce založení oboru PLDD tak nesmyslná, jak jsme občas byli napadáni? Udělejte si sami úsudek, rozhodli jsme se totiž Vás v tomto čísle podrobněji seznámit s obdrženým materiálem.

Chci věřit, že podzim bude obdobím klidnějším, ve smyslu méně políčků, i když na nedostatek práce si asi stěžovat nebudeme.

Závěrem bych Vás chtěl pozvat na naši listopadovou celostátní konferenci, snad budeme v nastíněných otázkách a problémech moudřejší.

S pozdravem

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Méně známé exantémy
dětského věku

Léčba kortikosteroidními externy
v kojeneckém a dětském věku

Diagnostika a léčba kopřivek



seznam inzerujících firem

AVENTIS PASTEUR

BOIRON

LÉČIVA

NUTRICIA

ORION DIAGNOSTICA

STIEFEL LABORATORIES

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

Úterý 10,00 - 17,00

Středa 10,00 - 17,00

Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla

zastihnete v těchto hodinách:

Úterý

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

Středa

10,00 - 12,00 - MUDr. Hana Cabrnová

13,00 - 17,00 - MUDr. Milan Kudyn

15,00 - 17,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup



Stručný průřez činnosti SPLDD ČR od června do srpna

MUDr. Pavel Neugebauer

Měsíc červen se nesl v duchu intenzivních jednání s VZP na téma spuštění pilotního projektu CRP v ordinacích PLDD, vše se zdálo velmi nadějně, byla dohodnuta cena i způsob vykazování, začátek července však přinesl velké zklamání, jednání však dále pokračují. Červenec byl pak měsícem relativního klidu, pokračovalo se v zařizování nového sídla Sdružení, kancelář v Klimentské byla předána bez problémů správců budovy. Srpen výrazně narušil poklidnou hladinu prázdnin a dovolených, povodně výrazně vstoupily do života mnoha lidí a nevynechaly ani některé naše kolegy, konec prázdnin pak přinesl legislativní aktivitu ministerstva zdravotnictví, která by mohla znamenat první krok k ukončení našeho systému primární péče s dvěma typy praktických lékařů.

4.6. – jednání Koalice ambulantních zařízení – o obsahu těchto jednání pravidelně informujeme na jiném místě tohoto našeho časopisu

7.6. – jednání s MUDr. Pečenkou k možnosti zahájení pilotního projektu CRP v ordinacích PLDD, o jednáních na toto téma informujeme podrobně na jiném místě

10.–12.6. – mezinárodní kongres Wonky v Londýně – podrobnější informace bude zveřejněna v některém z dalších čísel

19.6. – úvodní den dohodovacího řízení o cenách na 1. pololetí 2003 – společné jednání, které stanovilo harmonogram jednotlivých fází dohodovacího řízení

21.6. – jednání Předsednictva

■ Strategie pro dohodovací řízení o cenách na další pololetí

■ Problematika dispenzárního kódu, není jasný způsob vykazování, bude jednáno, nutno nasmlouvat se ZP

■ Spolupráce s OSPDL – problematika očkávání, ZOP, screeniny, školitelé, obor

25.6. – jednání analytické komise Sdružení

■ Vyhodnocována dotazníková akce šetření nákladovosti ordinací, upřesňováno její pokračování

■ Očekávána aktualizace programu vyhodnocování bonifikací VZP

■ Upřesňovány další cíle komise

3.7. – společné Výbory OSPDL a Sdružení

■ Upřesňovány některé aspekty vzájemné spolupráce

■ Metodika vzniku termínového kalendáře akcí na rok 2003

24.7. – jednání Výkonného výboru

■ Dodatky VZP – ředitelce VZP zaslán dopis pro zjištění problematiky ustanovení rozšiřovaného dodatku

■ Problematika CRP – pilotní projekt se neko-

ná, vše musí teprve projednat a schválit zdravotní komise správní rady, termín a způsob hrazení zatím neznámý

■ Bonifikace VZP – ne všude proplaceny, podezření na chybné hodnocení v kategorii „dobré praxe“ předáno na ústředí VZP a bude předmětem jednání analytické komise Sdružení

■ České zdravotnické fórum – vznikla diskusní platforma zkušených lídrů ve zdravotnictví, postupně se zapojují i politici, mohla by být významnou silou ve zdravotnickém dění, vznikne informační servis uveřejňovaný ve Zdravotnických novinách

30.7. – jednání Koalice ambulantních lékařů – zápis z tohoto jednání otištěn na jiném místě

3.8. – na základě pozvání našich slovenských kolegů se náš zástupce zúčastnil setkání se zástupcem americké pediatrie – jednání dominoval výrazný akcent na náš systém s dětským praktikem v primární péči, podrobná informace bude uveřejněna v některém z dalších čísel

6.8. – první jednací den segmentu praktických lékařů dohodovacího řízení o cenách na 1. pololetí 2003

■ Po diskusi nad předloženými návrhy jednání končí na výchozích hodnotách pro další kolo jednání – hodnota kapitace 32 Kč, hodnota bodu 0,90 Kč, zrušena regulace nepravidelné péče vztahovaná na republikové průměry

28.8. – jednání Výkonného výboru

■ Pomoc zaplaveným ordinacím – diskutovány možnosti, vyhodnocovány získané informace, stanoven postup předání nejdůležitějších informací postiženým ordinacím

■ CRP – Ing. Musílková, ředitelka ÚP VZP informovala o schválení hrazení CRP formou pilotního projektu, bližší informace budou ještě předány

■ Legislativní aktivity ministerstva – k připomínkování jsme obdrželi návrh zákona o způsobilosti k výkonu povolání lékaře, objevuje se nový pojem „všeobecný praktický lékař“, praktický dětský lékař již z tohoto návrhu mizí – na připomínkování jsme dostali 2 dny, materiál zveřejňujeme na jiném místě

Dovolujeme si oznámit změnu adresy sekretariátu České pediatrické společnosti ČLS JEP:



Dětská klinika FN

Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín

tel./fax: 019 7530318, tel.: 019 7104686

e-mail: solcj@fnplzen.cz



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů 30. července 2002

Program:

1. Informace o jednání s ministryní zdravotnictví ČR, MUDr. Součkovou
2. Koalice ambulantních lékařů – občanské sdružení
3. Aktuální úkoly

1. Informace o jednání s ministryní zdravotnictví ČR, MUDr. Součkovou

MUDr. Pekárek informoval o dvou schůzkách s novou ministryní zdravotnictví (23. 7. a 30. 7.), které se týkaly vládního návrhu zákona o „vzdělávání“. Výsledkem jednání je návrh na rozdělení zákona na dvě části – jedna se bude zabývat vzděláváním lékařů, druhá se zaměří na vzdělávání ostatních pracovníků ve zdravotnictví. V souladu se směrnicemi EU bude systém přípravy lékařů jednoatestační. Součástí návrhu zákona je i veřejně přístupný registr lékařů s informacemi o jejich kontinuálním vzdělávání.

Ministerstvo připravuje další jednání k zákonu o veřejném zdravotním pojištění a dědění a předávání privátních praxí.

V souvislosti s touto informací upozornil MUDr. Neugebauer na přijatou novelu transplantčního zákona, která upravuje nakládání se zdravotnickou dokumentací při ukončení provozování nestátního ZZ. MUDr. Neugebauer poskytne zástupcům Koalice připomínky zpracované Mgr. J. Uherem. MUDr. Dvořák navrhl požádat ministryni zdravotnictví o schůzku na které by ji zástupci Koalice informovali o činnosti a cílech tohoto orgánu (pozn. informační dopis s žádostí o schůzku byl odeslán 1. 8. 2002).

2. Koalice ambulantních lékařů – občanské sdružení

Podle informace právní poradny ČSK je nevhodnější formou přeměny Koalice v registrovanou instituci občanské sdružení.

Úkol: Zástupci jednotlivých sdružení připraví návrh stanov se základními cíli činnosti Koalice:

1. hájení svobodného výkonu povolání
2. legislativa
3. systémové změny ve financování zdravotnictví
4. pomoc při řešení konkrétních problémů na žádost jednotlivých členů sdružení. Návrhy projednají zástupci Koalice ve výborech svých sdružení a výsledky jednání předloží na další schůzce, na kterou budou přizváni i další zástupci jednotlivých sdružení.

3. Aktuální úkoly

1. zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
2. dědění, předávání a prodej privátních praxí

Další jednání: úterý 10. 9. 2002 od 17.00 hodin v pracovně MUDr. Pekárka

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

Odborný kurz pro pediatry a začínající otolaryngology,

pořádaný Klinikou ušní, nosní a krční UK 2. LF a FN Motol
a subkatedrou dětské ORL IPVZ

„Zajímavé kauzistiky v ORL oblasti u dětí“
spojené s rozбором diferenciální diagnostiky
dané problematiky, kód 219201

Termín: **19. 10. 2002**

Začátek: **9.00 hod.**

registrace účastníků od 8.00 hod. před kinosálem

Účastnický poplatek: 250 Kč

Místo konání: **kinosál ředitelství FN Motol, 2. patro**
Vzdělávací akce je hodnocena 5 kredity.

Program:

- | | | |
|-----|---------------|--|
| 1. | 9.00 - 9.20 | doc. MUDr. Z. Kabelka :
Zahájení odborného kurzu.
Výtok z ucha - dif. diagnostika
(problematika chronické otitidy) |
| 2. | 9.20 - 9.40 | MUDr. E. Mikešová:
Rezistence na krku - dif. diagnostika |
| 3. | 9.40 - 10.00 | doc. MUDr. L. Vyhnánková, CSc.:
Bolest ucha - dif. diagnostika |
| 4. | 10.00 - 10.20 | MUDr. H. Fišerová:
Dysfonie - dif. diagnostika |
| | 10.30 - 11.00 | Přestávka
Káva |
| 5. | 11.00 - 11.20 | MUDr. P. Lesný:
Epistaxis |
| 6. | 11.20 - 11.40 | MUDr. D. Groh:
Bolesti hlavy - dif. diagnostika |
| | 12.00 - 13.00 | Oběd
(závodní restaurace) |
| 7. | 13.00 - 13.20 | MUDr. D. Vaculíková:
Poruchy nosní průchodnosti |
| 8. | 13.20 - 13.40 | MUDr. M. Jurovčík:
Poleptání jícnu u dětí |
| 9. | 13.40 - 14.00 | MUDr. P. Janoušek:
Bolesti v krku - dif. diagnostika |
| 10. | 14.00 - 14.25 | PaedDr. J. Roubíčková:
Dysfagie - dif. diagnostika
a rehabilitace |
| 11. | 14.30 - 15.00 | MUDr. E. Mikešová,
doc. MUDr. L. Vyhnánková, CSc.:
Nácvik intubace na modelech |
| | | Diskuze |
| | 15.00 - 18.00 | Prohlídka pracoviště Kliniky ušní,
nosní a krční UK 2. LF a FN Motol.

Individuální konzultace |



Vyhodnocení bonifikačního systému pro praktické lékaře za 2. pololetí 2001

(přetisk komplexní informace uveřejněné ve Zpravodaji VZP ČR)

Jak jsme již informovali v předcházejících číslech Zpravodaje VZP ČR pojišťovna připravila bonifikační systém pro praktické lékaře, který by měl praktické lékaře motivovat k lepší péči o naše pojištěnce.

Po překonání počátečních problémů byl tento systém plošně zaveden v 1. pololetí 2001 a úspěšně pokračoval i ve 2. pololetí 2001. Ve 2. pololetí 2001 došlo k jeho rozšíření jako motivačního nástroje z pouhého vyhodnocování vybraných nákladů na zdravotní péči pro pojištěnce VZP, registrovaných u praktického lékaře (ozn. dále nákladovost PL) na sledování a vyhodnocování vybraných ukazatelů, indiku-

jících „Dobrou praxi“, neboť rozvoj bonifikačního systému sleduje v dlouhodobé perspektivě základní cíl, kterým je dosažení co nejlepších výsledků v péči o zdravotní stav pacienta při současných ekonomických možnostech VZP ČR.

Základní změnou, ke které pro 2. pololetí 2001 došlo v metodice pro přiznání a výši bonifikace, je zavedení sledování ukazatele kvality poskytované péče u praktických lékařů.

Ve 2. pololetí 2001 se bonifikační systém skládal ze 3 samostatných složek:

- **bonifikace okresní (BonOP)** – porovnání nákladovosti PL uvnitř jednotlivých okresů

- **bonifikace celostátní (BonČR)** – porovnání nákladovosti PL v rámci celé České republiky

- **bonifikace „Dobré praxe praktického lékaře“ (BonDP)** – vyhodnocení činnosti praktických lékařů podle kritérií „Dobré praxe“

Okresní a celostátní bonifikace je založena na porovnání skutečných nákladů s věkově standardizovanými vybranými náklady (sledují se a vyhodnocují ty hrazené náklady na zdravotní péči, které může praktický lékař jako důsledek své činnosti ovlivnit ať již přímo či nepřímo). Mezi sledované náklady byly ve 2. pololetí 2002 také zahrnuty náklady na

tab. č. 1

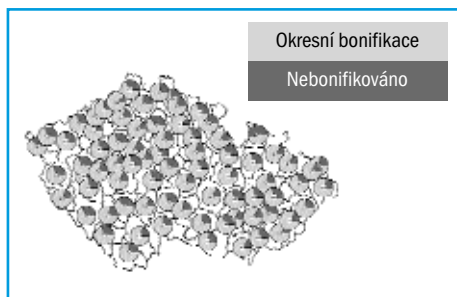
Základní údaje o výši bonifikace							
ODB	Počet IČZ	Přepočtený počet lékařů	Přímé platby v Kč	Odbornost celkem:		Pro bonifikované lékaře:	
				Průměrná bonifikace 1 lékaře	Navýšení přímých plateb	Průměrná bonifikace (Kč)	Navýšení přímých plateb
001	4 518	4 722	1 453 347 637	16 483	5,4%	19 160	6,1%
002	2 151	2 123	583 749 999	14 542	5,3%	15 139	5,5%
Celkem	6 669	6 845	2 037 097 636	15 881	5,3%	17 816	5,9

tab. č. 1

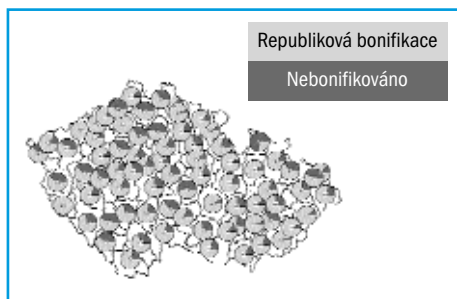
Přehled souběhů dosažených bonifikací									
ODB	Počet	Počty ZZ v souběhu bonifikací							
		Bez bonifikací	Pouze v rámci okresu	Pouze v rámci ČR	Souběh okresní a ČR	Pouze „dobrá praxe“	Souběh okresní a „dobré praxe“	Souběh ČR a „dobré praxe“	Souběh všech tří (okres., ČR, DP)
001	4518	669	440	203	2 882	52	19	15	238
	%	14,8%	9,7%	4,5%	63,8%	1,2%	0,4%	0,3%	5,3%
002	2151	138	55	17	247	252	227	94	1 121
	%	6,4%	2,6%	0,8%	11,5%	11,7%	10,6%	4,4%	52,1%
Celkem	6 669	807	495	220	3 129	304	246	109	1 359
	%	12,1%	7,4%	3,3%	46,9%	4,6%	3,7%	1,6%	20,4%



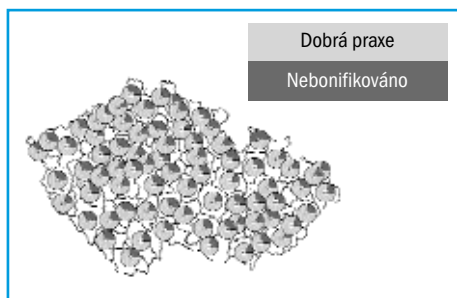
Podíly počtu IČZ bonifikovaných okresně za období 2. pololetí 2001 v odbornosti praktický lékař pro děti a dorost



Podíly počtu IČZ bonifikovaných celorepublikově za období 2. pololetí 2001 v odbornosti praktický lékař pro děti a dorost



Podíly počtu IČZ bonifikovaných za „dobrou praxi“ za období 2. pololetí 2001 v odbornosti praktický lékař pro děti a dorost



ošetřovací dny při hospitalizaci na standardních lůžkách ve vybraných oborech a na ošetřovací dny čerpané na lůžkách následné péče.

Přiložené tabulky a mapy ilustrují souhrnně výsledky výpočtu těchto bonifikací za 2. pololetí 2001.

Z dat v tabulkách je patrné, že celková výše vypočtených bonifikací pro 2. pololetí 2001 činí 108 709 tisíc Kč, z toho:

- pro odbornost 001 „Praktický lékař pro dospělé“: 77 836 tisíc Kč

- pro odbornost 002 „Praktický lékař pro děti a dorost“: 30 873 tisíc Kč

V přepočtu na jednoho bonifikovaného lékaře činí celková bonifikace 17 816 Kč, z toho pro odbornosti 001 je to 19 160 Kč pro odbornosti 002 je to 15 139 Kč.

Ve vztahu k „Přímým platbám bonifikovaných praktických lékařů“ (kapitační paušál plus úhrada za nekapitované výkony) to představuje příspěvek ve výši +5,9% celkem, (+6,1% pro praktické lékaře odbornosti 001 a +5,5% pro praktické lékaře odbornosti 002. Ve vztahu ke všem praktickým lékařům (hrazených formou kombinované kapitačně výkonovou platbou) představuje bonifikace příspěvek ve výši 5,3%.

Z celkové výše vypočtené bonifikace Kč 108 709 tis. činí:

- okresní bonifikace 34 833 tis. Kč (tj. 32%)
- celorepubliková bonifikace 66 958 tis. Kč (tj. 61,6%)
- bonifikace dobré praxe 6 918 tisíc Kč (tj. 6,4%)

Ze všech ZZ, zařazených do bonifikačního systému (6 669 ZZ), získalo:

- okresní bonifikaci 5 229 (tj. 78,4%) ZZ
- celorepublikovou bonifikaci 4 817 (tj. 72,2%)
- bonifikaci dobré praxe 2 018 ZZ (tj. 30,3%)

■ Vyhodnocení „dobré praxe“

Základním kritériem hodnocení dobré praxe byly pro obě odbornosti počty preventivních prohlídek. Vzhledem k povinnosti poskytnout registrovanému pojištěnci preventivní prohlídku jednou za 2 roky, byla jako minimální hranice počtu preventivních prohlídek stanovena mez 17% (tj. 17% registrovaných pojištěnců musí být v dané pololetí poskytnuta preventivní prohlídka), přitom ZZ, které poskytlo více jak 22% registrovaným pojištěncům preventivní prohlídku, byla

vypočtena bonifikace se zvýšenou sazbou za dobrou praxi.

Po vyhodnocení počtu poskytnutých preventivních prohlídek lze konstatovat, že v případě:

- praktických lékařů pro dospělé jen 1 321 ZZ (tj. 30%) z celkového počtu ZZ
- praktických lékařů pro děti a dorost jen 1 243 (tj. 58%) z celkového počtu ZZ splnilo kritéria pro přiznání bonifikace z titulu poskytování preventivních prohlídek v dostatečné četnosti.

Z těchto výsledků se dá usoudit, že praktičtí lékaři velmi často nevykonávali tu činnost, která je od nich očekávána, což ve svém důsledku může vést k tomu, že včasné neodhalení skryté nemoci se časem projeví zvýšenými nároky na čerpání finančních prostředků (nemluví o dalších důsledcích sociálních). Tato skutečnost je pak i marketingově zneužívána ostatními zdravotními pojišťovnami, které lákají pojištěnce za příslib hrazení a zajištění preventivních prohlídek. Z tohoto pohledu můžeme zavedení sledování počtu preventivních prohlídek jako jednoho z klíčových ukazatelů kritérií dobré praxe hodnotit jako velmi pozitivní krok vedoucí k již výše popsanému základnímu cíli bonifikačního systému.

V případě praktických lékařů pro dospělé bylo zvoleno ještě jedno nezávislé kritérium pro sledování kvality poskytované zdravotní péče, a to sledování počtu provedených screeningů kolorektálního karcinomu. V tomto případě pouze 111 ZZ z celkového počtu 4 528, tj. jen 2,45% obdrželo tuto bonifikaci. Bude proto nezbytné zjistit, co je důvodem tak malého počtu.

Případné připomínky k předložené analýze zasílejte na adresu VOXu - budou podkladem pro jednání analytické komise.

Redakce



CRP

Na akcích Sdružení jste byli v uplynulém roce informováni o naší aktivitě zavést do ordinací PLDD drobnou laboratorní diagnostiku ve formě rychlotestů tj. takových vyšetření, jejichž výsledky je k dispozici ještě během návštěvy pacienta v ordinaci. Zavedení všech těchto vyšetření by mělo odrážet snahu o zvyšování kvality poskytované péče. Typickým zástupcem se stalo vyšetření CRP. Dovolujeme si Vám předložit zkrácenou anabázi jednání resp. částí korespondence na jejichž konci je výsledek, který stále ještě nezaručuje, že toto vyšetření bude uznatelnou metodou užívanou za určitých podmínek v ordinacích PLDD.

Ing. Jiřina Musílková, Ředitelka ÚP VZP ČR, Orlická 4/2020, 130 00 Praha 3

V Praze dne 9.7.2002, Č.J.: 130/02/NE

Vážená paní ředitelko,

v návaznosti na náš telefonický rozhovor se na Vás obracím s následujícími problémy.

1. CRP – pilotní projekt použití ve vybraných ordinacích PLDD

Již 25.2.2002 na společném jednání jsme avizovali práci nad zavedením rychlotestu CRP do ordinací PLDD, při jednání za Vaší účasti byl projednáním pověřen MUDr. Pečenka. 26.3. na jednání o specifikaci souborů výkonů PL bylo MUDr. Pokorným potvrzeno, že problematiku CRP převzal k projednání a řešení MUDr. Pečenka, proto nebyla tato problematika na zmíněném jednání šířeji rozebírána a naše podněty byly nadále směřovány vrchnímu řediteli úseku zdravotní péče.

26.4. proběhla první schůzka nad naším návrhem o způsobu možného zavedení CRP do ordinací PLDD již pod vedením MUDr. Pečenky. Na tomto jednání bylo oboustranně akceptováno, že bude k nejbližšímu čtvrtletí, resp. pololetí spuštěn pilotní projekt, jehož metodologie bude upřesněna na dalším jednání, vč. výše úhrady vyšetření CRP a metodologie způsobu vykazování. Na základě tohoto jednání byli osloveni naši kolegové dopisem s dotazníkem k získání informací pro realizaci projektu vč. souhlasu s analýzou vlastních dat ve smyslu používání ATB v návaznosti na vyšetření CRP (kopii přikládám v příloze).

17.5. byly již upřesňovány jednotlivé detaily, MUDr. Pečenka byl informován o stavu odpovědí na zaslané dotazníky, byl vznesen požadavek na upřesnění indikací CRP ze strany naší odborné společnosti ČLS J.E.P., jejíž reprezentanti se zmíněných schůzek od počátku aktivně účastnili.

18.5. byli o projektu podrobně informováni okresní zástupci Sdružení na pracovním sněmu Sdružení, projekt vzbudil značnou a vpravdě velmi kladnou odezvu ze strany PLDD, neboť nabízel univerzálnější řešení než dílčí projekty zaměstnaneckých ZP.

7.6. na dalším jednání již za přítomnosti i MUDr. Pokorného byly diskutovány poslední detaily, byli jsme seznámeni s definicí výkonu CRP, byla dohodnuta výše úhrady a bylo dohodnuto technické zrealizování projektu formou zvláštních dodatků těm PLDD, kteří jsou uvedeni ve vzniklém seznamu. Ten měl být také předán na nejbližším společném jednání ředitelů OP VZP těmto pobočkám (připravený způsob hodnocení jednotlivými lékaři opět přikládám).

1.7.2002 na základě dotazů našich členů kontaktuji nejprve MUDr. Pečenku, o 2 dny později i Vás a dozvídám se, že vše je jinak.

Od té doby následuje řada rozhořčených dotazů ze strany našich členů, značně utrpěla image VZP, z řady míst jsou žádány kroky požadující vyslovení nedůvěryhodnosti VZP. Odpovědi se zdůvodněním, které jsem se od Vás telefonicky získal, vášně netlumí.

Na základě výše uvedeného Vás žádám o poskytnutí informací o dalším osudu projektu co možná nejdříve poté, co bude na půdě Vaší pojišťovny rozhodnuto. Rozhodně lze však očekávat negativní reakci ze strany našich členů vůči Vaší pojišťovně, nejčastěji zatím zaznívá snaha toto vyšetření účtovat Vaším pojištěncům v hotovosti.

Neberte, prosím, předcházející věty jako nějaké vyhrožování, ale spíše jako upozornění na vážnost vzniklé situace, kterou navíc spíše podtrhuje následující problém.

V úctě

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda SPLDD ČR



V Praze dne 22.8.2002

Vážený pane předsedo,

odpovídám na Váš dopis ze dne 9.7.2002 a sděluji následující stanovisko:

1. CRP – pilotní projekt použití ve vybraných ordinacích PLDD

O skutečnosti, že zdravotní komise Správní rady ÚP VZP ČR schválila poskytnutí 2,5 mil. Kč z fondu prevence ÚP VZP ČR na realizaci projektu „Kvantitativní stanovení C–reaktivního proteinu v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost s použitím přístroje QuickRead CRP firmy Orion Diagnostica“, jsem informovala svým dopisem ze dne 7.8.2002 č.j.: SŘ – 2733/OZPo 442/02 předsedkyni Odborné společnosti dětských praktických lékařů ČLS JEP MUDr. Hanu Cabrnchovou a následně i Vás dopisem ze dne 16.8.2002.

Původní předpoklad o hrazení předmětného výkonu ze základního fondu zdravotního pojištění nemohl být naplněn, neboť podmínkou pro tento způsob úhrady bylo jeho zařazení do obecně závazného právního předpisu – vyhlášky MZ ČR, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen Seznam). Pracovní skupinou dohodovacího řízení k Seznamu byl však návrh na jeho zařazení odmítnut a zástupci odborníků v oboru biochemie, imunologie, pediatrie a PL pro dospělé doporučili nepoužívat metody vyšetření CRP v ambulancích plošně. Tam, kde je k dispozici biochemická laboratoř v denní dostupnosti, doporučují přednostně provést vyšetření v laboratoři.

S pozdravem

Ing. Jiřina Musílková

V Praze dne 7.8.2002

MUDr. Hana Cabrnchová Předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vážená paní doktorko,

sděluji Vám, že Zdravotní komise SR ÚP VZP ČR schválila poskytnutí 2,5 mil. Kč z Fondu prevence ÚP VZP ČR na realizaci projektu „Kvantitativní stanovení C–reaktivního proteinu v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost s použitím přístroje QuickRead CRP firmy Orion Diagnostica“ s termínem realizace od 1.9.2002 do 31.12.2002 na 140 pracovištích PLDD.

Současně Vám sděluji, že předpokládám provedení cca 360 vyšetření CRP pro každou ze zúčastněných 140 ordinací PLDD se smluvní cenou 50,- Kč za jedno vyšetření.

S pozdravem

Ing. Jiřina Musílková

Současně byla zahájena jednání na téma úhrady vyšetření CRP s dalšími pojišťovkami. Zatím máme k dispozici jediný výstup a to od Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, která informuje své smluvní partnery následujícím způsobem.

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví s účinností od 1.7.2002 zahajuje zdravotně preventivní program zaměřený na screeningové vyšetření C–reaktivního proteinu v ordinacích lékařů odbornosti 002, kteří vlastní patřičné přístrojové vybavení a toto vyšetření ve své ordinaci již provádějí. Program je hrazen z Fondu prevence a je určen všem pojištěncům OZP ve věku od 0 do 19 let, registrovaných u daného praktického lékaře pro děti a dorost. V případě Vašeho zájmu o tento program kontaktujte pracovníky oddělení zdravotních programů MUDr. Bretysovou, tel.: 02/83022136, e–mail: tatana.bretysova@ozp.cz nebo pí Landovou tel: 02/83022258, e–mail: iva.landova@ozp.cz.

O dalším průběhu jednání na výše uvedené téma Vás budeme i nadále informovat prostřednictvím našeho časopisu.



Povodně

Měsíc srpen přinesl katastrofální záplavy na území České republiky, tato živelná katastrofa se podepsala významným způsobem do života mnohých lidí a nevynechala samozřejmě ani některé naše kolegy. Naší snahou bylo a je pomáhat těm kolegům, kteří se dostanou nezaviněně do svízelné situace a takovým příkladem proběhlé povodně rozhodně jsou. Dovolujeme si vám předložit několik základních aktivit a opatření, která byla provedena v souvislosti se vzniklou situací.

Poškození či zničení zdravotnické dokumentace v souvislosti s povodněmi a záplavami. Předběžný návrh SPL, právní část – zpracoval Mgr. Uher, MUDr. Červený:

V současné době se objevuje celá řada dotazů od lékařů či zdravotnických zařízení vztahujících se k mimořádné situaci vzniklé následkem povodní.

Jedním z těchto dotazů je problém týkající se poškození či zničení zdravotnické dokumentace.

Právní postavení zdravotnické dokumentace je zdravotnické veřejnosti snad již dostatečně známo, nicméně pro úplnost uvedu několik základních informací.

Zdravotnickou dokumentaci je povinno vést zdravotnické zařízení (viz. ustanovení § 67a a násl. zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu), informace vedené ve zdravotnické dokumentaci požívají ochrany povinné mlčenlivosti a přístup k nim je zákonem významně omezen. Pro daný problém mají význam ustanovení zák. č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v platném znění, který v ustanovení § 417, odst. 1, uvádí: „Komu škoda hrozí, je povinen k jejímu odvrácení zakročit způsobem přiměřeným okolnostem ohrožení.“, dále pak v ustanovení § 418 odst. 1) uvádí, že kdo způsobil škodu, když odvrátil přímo hrozící nebezpečí, které sám nevyvolal, není za ni odpovědný, ledaže bylo možno toto nebezpečí za daných okolností odvrátit jinak anebo jestliže je způsobený následek zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil.

Protože s vedením zdravotnické dokumentace úzce souvisí i plnění na základě smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou má význam i ustanovení zák. č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, který v § 374, odst. 1) uvádí, že za okolnosti vylučující od-

povědnost se považuje překážka, jež nastala nezávisle na vůli povinné strany a brání jí ve splnění její povinnosti, jestliže nelze rozumně předpokládat, že by povinná strana tuto překážku nebo její následky odvrátila nebo překonala, a dále, že by v době vzniku závazku tuto překážku předvídala.

Je nutno si uvědomit, že každá zdravotnická dokumentace vedena v listinné formě, která přišla do kontaktu se záplavovou vodou je potenciálně kontaminovaná (riziko nákazy hrozí i po případném vysušení) a jako s takovou je nutno s ní nakládat.

Dle mého názoru je celkem jednoznačné, že právní zájem na ochraně zdraví (resp. opatření na zabránění hrozcím škodám) mají přednost před zájmem na záchraně zdravotnické dokumentace. Není tedy správný postup ten, kdy se bude lékař pokoušet zachránit dokumentaci „za každou cenu“ tak, že se zvýší riziko poškození zdraví – a to ať jeho, či dalších osob.

Dle mého názoru je v první řadě nutné odlišit v jakém stavu se zdravotnická dokumentace nachází, pracovně lze tedy rozlišit zhruba následující skupiny:

1. Dokumentace je zničená, nečitelná

V takovémto případě je nutno neprodleně zbytky dokumentace odklidit tak, aby nedocházelo k vystavení osob riziku ohrožení osob infekcí při styku s touto. Oporou pro toto opatření je ustanovení zák.č. 40/1964 Sb., občanský zákoník § 417, odst.1. Je vhodné zdokumentovat stav zdravotní dokumentace a informovat o této skutečnosti a o provedených opatřeních registrující orgán (referát zdravotnictví OkÚ) a zdravotní pojišťovny.

2. Dokumentace je částečně čitelná, ale nepoužitelná – rozmočená, rozpadající se, event. zabahněná

Není vhodné, aby se lékař sám pokoušel o vyčištění takto poškozené a kontaminova-

né dokumentace, je vhodné ji zbavit přebytečné vody a uložit tak, aby rizika pro ohrožení lékaře či dalších osob, byla snížena na minimum. Jako možné řešení lze doporučit dokumentaci vložit do neprodyšně uzavřených igelitových obalů (např. pytle na mrtvolu) s přidáním desinfekčního prostředku (např. chloramin), nebo uložení do mrazících boxů. Opět je nutné informovat registrující orgán a zdravotní pojišťovnu.

3. Dokumentace čitelná, mokrá, částečně zasažená

Lékař sám může v tomto případě dokumentaci zachránit sám. Je však nutno zachovat nutnou opatrnost a hygienicko-epidemiologická opatření, tj. použití ochranných pomůcek, desinfikování dokumentace (roztok chloraminu, ev. zehlení, páry Persteril – ale v běžné ordinaci nedostupné – apod.) a následné usušení. Pokud jsou některé části dokumentace zasažené závažněji je u těchto nutno postupovat dle výše uvedených bodů, dle intenzity poškození.

Pokud dojde k částečnému zachránění dokumentace je do této nutno písemně a zřetelně uvést, že již nejde o dokumentaci kompletní.

Při veškerých opatřeních výše uvedených je třeba učinit opatření tak, aby nedošlo k seznámení se třetími osobami s údaji uvedenými ve zdravotnické dokumentaci. Nicméně i pokud by k porušení mlčenlivosti došlo, bylo by možné aplikovat ustanovení § 14, zák. č. 140/1961 Sb., trestního zákona, který uvádí, že čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému tímto zákonem, není trestným činem. Nejde o krajní nouzi, jestliže bylo možno toto nebezpečí za daných okolností odvrátit jinak anebo způsobený následek je zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil.



O řešení situace, kdy nemohou potřebné provést lékaři sami, bylo požádáno Ministerstvo zdravotnictví ČR:

K Vaší žádosti o stanovisko k některým problémům vzniklým v oblastech postižených v minulých dnech záplavami sdělujeme:

Zdravotnická dokumentace

K nakládání se zdravotnickou dokumentací byl ve spolupráci s odborem hygieny a epidemiologie upraven Vámi předložený návrh textu: **Obecně lze uvést, že riziko infekčních onemocnění při manipulaci se zdravotnickou dokumentací kontaminovanou při povodních či záplavách je minimální, pokud pracovník má neporušenou kůži a dodržuje zásady osobní hygieny a hygieny při práci, tzn. po práci si umyje ruce a event. je desinfikuje, při práci nejí, nekouří apod.**

Zdravotnická dokumentace zničená

Jedná se o zdravotnickou dokumentaci kontaminovanou a znehodnocenou záplavovými vodami. V takovémto případě je nutno neprodleně dokumentaci za dodržení základních opatření odklidit – zlikvidovat tak, aby nedocházelo k vystavení osob riziku ohrožení infekcí.

Zdravotnická dokumentace plně nebo částečně použitelná

Jedná se o zdravotnickou dokumentaci nebo její části, které nebyly kontaminovány záplavovými vodami ale přesto nelze ev. kontaminaci vyloučit. V tomto případě lze doporučit zdravotnickou dokumentaci vložit do neprodyšně uzavřených igelitových obalů s přidáním desinfekčního pro-

středku (např. prostředku, ze kterého se uvolňují páry formaldehydu). Pokud je zvažováno její uložení v mrazicích boxech, upozorňujeme, že uložení v mrazicích boxech není event. virová kontaminace ničena.

Při nakládání se zdravotnickou dokumentací je vždy nutno zachovat opatrnost a dodržovat zásady osobní hygieny a hygieny při práci včetně např. použití ochranných pomůcek, jakými jsou zejména ochranné rukavice.

Vždy je potřebné zdokumentovat stav zdravotnické dokumentace a prokazatelně informovat o této skutečnosti a o provedených opatřeních registrující orgán (referát zdravotnictví příslušného okresního úřadu) a zdravotní pojišťovny. Při nakládání s poškozenou zdravotnickou dokumentací je třeba učinit opatření tak, aby nedošlo k seznámení se třetími osobami s citlivými údaji uvedenými ve zdravotnické dokumentaci. Pokud dojde k částečnému zachránění dokumentace je do této nutno písemně a zřetelně uvést, že dokumentace již není kompletní a ztracené části dokumentace následně doplnit.

Pokud muselo být přistoupeno k likvidaci zdravotnické dokumentace, pak je potřebné v nejkratším možném termínu tuto alespoň v zásadních informacích „rekonstruovat“, a to ve spolupráci s pacienty, o nichž byla vedena, nebo jejich zákonnými zástupci, dalšími zdravotnickými zařízeními, zdravotními pojišťovnami ev. příslušnými správami sociálního zabezpečení. Současně předpokládáme, že zdravotní pojišťovny ve spolu-

práci se svými pobočkami vyhoví registrujícím lékařům při obnově seznamu u nich registrovaných pacientů.

K Vámi předloženému právnímu názoru k ev. využití příslušných ustanovení občanského a obchodního zákoníku nemáme námitek.

Dále k možnému využití postupujeme v příloze „Pravidla základní hygieny po záplavách“

Problematika tiskopisů

Podle Vašeho sdělení již došlo k projednání o náhradě zničených tiskopisů s Českou správou sociálního zabezpečení a zdravotními pojišťovnami, pokud se jedná o náhradu tiskopisů jimi vydávaných.

K receptům s modrým pruhem konstatujeme, že problematiku „STORNA“ zničených, odevzdání nepoužitelných desinfikovaných tiskopisů a vydání nových je nutno řešit ve spolupráci s příslušným referátem zdravotnictví; v akutních případech do doby zajištění nových receptů ve spolupráci s LSPP popř. ZZS.

V závěru mi dovoluji, abych jménem Ministerstva zdravotnictví vyslovil poděkování všem lékařům, kteří mnohdy i za složitých podmínek se podíleli na zvládnutí velice těžké situace v době povodní a popřál zejména kolegům v oblastech postižených záplavami hodně sil pro následující období.

S pozdravem

MUDr. Antonín Malina, Ph.D.
náměstek pro zdravotní péči, v. r.

Vážená paní

Ing. Jiřina Musílková
Ředitelka VZP ČR

V Praze, dne 19.8.2002

Vážená paní ředitelko,

dovolujeme si na Vás obrátit se žádostí o vyjádření k několika okruhům problémů, které úzce souvisí se současnou výjimečnou situací způsobenou povodněmi. Na Sdružení praktických lékařů ČR se obrací celá řada členů z postižených oblastí s různými dotazy a žádostmi. Pokud shrneme alespoň ty v současné době nejpodstatnější, které se týkají Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, jde o tyto:

Celá řada praktických lékařů v současné době poskytuje zdravotní péči mimo své ordinace. Někteří mají ordinace nezpůsobilé k poskytování zdravotní péče (zaplavené oblasti), někteří nedostupné pro pacienty, řada praktických lékařů tedy poskytuje zdravotní péči v centrech, kde jsou shromážděni evakuovaní občané, v jiných prostorách (např. v ordinacích LSPP, či ordinacích kolegů). Tito lékaři pochopitelně poskytují péči všem občanům, bez ohledu na to, zda jde o jejich registrované pacienty či nikoli. Dovolujeme si Vám zaslat nástin některých konkrétních problémů a současně návrh jejich řešení souvisejících se současnou výjimečnou situací

1. Praktičtí lékaři, kteří poskytují zdravotní péči mimo svou ordinaci oznámí tuto skutečnost s odůvodněním příslušné pobočce zdravotní pojišťovny v souladu s ustanovením článku X. Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, odst.2, písm.b), které uvádí, že zdravotnické zařízení oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů druhé smluvní straně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit plnění Smlouvy

Návrh řešení: Ze strany zdravotní pojišťovny v takovémto případě budou tolerovány změny ordinační doby, výkon činnosti mimo místo uvedené ve smlouvě, jakož i další případná nedodržení ustanovení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče.



Protokol o zničení či poškození zdravotnické dokumentace

Dne

došlo k neodvratitelné události, jejímž následkem jsou níže uvedené škody na zdravotnické dokumentaci vedené zdravotnickým zařízením:

Název ZZ:

Sídlo ZZ:

IČO:

IČZ:

Jméno či skupina pacientů – intenzita poškození:

.....
.....
.....
.....
.....

Posouzení stupně poškození provedl provozovatel NZZ MUDr.

Výše uvedené skutečnosti potvrzuje:

Pokyny k vypracování:

Uvést jednotlivě či dle skupin pacienty, jejichž zdravotnická dokumentace byla poškozena, s uvedením intenzity poškození. Příklad: Jan Novák – zdravotní dokumentace kompletně zničena, nepoužitelná ani částečně; Josef Novák, Marie Nováková – zdravotní dokumentace zničena v rozsahu přibližně 50 %, nelze zjistit obsah zničené části

Pozn.:

Potvrzení další osobou (svědkem) není nezbytné, nicméně jeví se jak vhodné. Z hlediska povinné mlčenlivosti může být takovým svědkem nejlépe spolupracující zdravotnický pracovník (sestra, lékař-asistent apod.). Pro dokumentaci celkové situace může být pořízena fotodokumentace (nikoli jednotlivých karet, ale např. zatopené ordinace, kartotéky). Tuto dokumentaci doporučuji provést každopádně, neboť významně zjednoduší vyřízení pojistné události a může napomoci i pro získání finanční pomoci z jiných zdrojů než je pojistka.



Kapitační platba bude lékařům i nadále proplácena, neboť budou nadále péči poskytovat, byť s jistými prostorovými omezeními. V případě nemožnosti lékaře provést měsíční vyúčtování, bude mu proplácena úhrada ve výši letošního měsíčního průměru s následným doučtováním.

Případné chyby v uvádění čísel pojišťovny na receptech a žádankách jakož i případné dílčí nedostatky při vedení zdravotnické dokumentace budou tolerovány a nebudou penalizovány, vzhledem k mimořádnému charakteru činnosti v improvizovaných podmínkách a nemožnosti si objektivně ověřit některé údaje.

Bonifikace PL za 2. pol. 2002 - vzhledem ke změně situace zřejmě obtížné až nemožné hodnocení a realizace dohodnutého systému včetně indikátorů kvality v období 2. pololetí. Návrh řešení: bonifikace za druhé pololetí nebudou proúčtovávány a prostředky na ně určené budou použity na nárůst úhrady praktických lékařů.

2. Praktičtí lékaři, kteří poskytují v této mimořádné situaci zdravotní péči musí poskytovat zdravotní péči bez rozdílu, zda jde o jimi registrované či neregistrované pacienty.

Návrh řešení: Vůči praktickým lékařům poskytujícím zdravotní péči v režimu nepravidelné péče ve zvýšeném rozsahu (včetně dopravy v návštěvní službě) nebude za tuto činnost uplatněn žádný postih. Obdobně nebude uplatněn žádný postih vůči praktickým lékařům jejichž registrovaní pacienti budou ošetřeni jiným praktickým lékařem.

3. Pro praktické lékaře, ani jejich pacienty není technicky možné v současné době zajistit předpis či doporučení pro preskripci odbornými lékaři. Je však zcela zřejmé, že pacientům musí být tyto léčivé přípravky preskripčně omezené poskytnuty dostupnými praktickými lékaři.

Vzhledem k vytíženosti ordinací i možným dlouhodobým změnám pobytu bude kromě toho v tomto období nezbytné i předepisování většího množství léků. V některých - plně fungujících a dostupných - ordinacích PL se tedy nutně zvýší i náklady na preskripci registrovaným pojištěncům, které budou v současné době v zájmu zajištění péče o pojištěnce objektivně nutné, neovlivnitelné a naprosto nerovnoměrné. **Je zřejmé, že průměry z tohoto období nemohou být základem pro výpočet a uplatnění regulací ani na překročení průměrných nákladů preskripce pro registrované pojištěnce.**

Návrh řešení: Vůči praktickým lékařům, kteří provádějí předpis léčivých přípravků s preskripčním omezením, tj. těch, které by v běžné situaci samostatně předepsat nemohli (jedná se zejména o omezení „L“ a „P“), nedojde ze strany VZP k uplatnění nároku na úhradu léčivých přípravků předepsaných v rozporu s přílohou č.2, zák.č.48/1997Sb.

V období III. Q 2002 nedojde ze strany VZP k uplatnění regulačních mechanismů vůči NZZ praktických lékařů.

Vážená paní ředitelko, Vámi i paní ministryní MUDr. Součkovou jsme, stejně jako všichni lékaři a občané, již byli informováni o dohodě, kterou jste na schůzce dne 15.8. v tomto smyslu ze stejných důvodů uzavřely. Účelem tohoto dopisu je pouze upřesnění pravidel („dořešení detailů“, jak jste telefonicky zmínila), které by mělo zabránit zbytečným sporům či nejasnostem v terénu. Uvedené návrhy řešení pokládáme za racionální a pro zajištění potřebné primární zdravotní péče o občany v tomto těžkém období, které je jistě společným zájmem nás všech, za nezbytné. Vzhledem k nutnosti vzájemné spolupráce a rychlého postupu v této krizové situaci je proto současně posíláme i představitelům MZ ČR, ostatních ZP a dalších institucí včetně lékařů.

Za předsednictvo SPL ČR se srdečným pozdravem,

MUDr. Zdeněk Hamouz, MUDr. Jana Uhrová

Ministryně Součková jednala se zdravotními pojišťovkami

Kvůli pružnějšímu řešení úhrad zdravotní péče a koordinaci aktivit při řešení povodňové situace se 15.8. dopoledne v Praze sešli zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), Oborové zdravotní pojišťovny (OZP) a Svazu zdravotních pojišťoven ČR s představiteli Ministerstva zdravotnictví. V úvodu seznámila ministryně Marie Součková přítomné s aktuální situací a poděkovala pojišťovkám za vstřícnost k zálohovým platbám zdravotnickým zařízením v oblasti povodní. Zdůraznila nutnost úhrady individuálního předepisování léků nad rámec regulací a smluvních vztahů pro občany všech zdravotních pojišťov-

ven u zasahujících lékařů. K této otázce se staví Svaz zdravotních pojišťoven, VZP i OZP kladně. Účastníkům byl předán materiál, v němž jsou uvedeny indikační skupiny léků, které budou posuzovány v rámci ambulantního předepisování individuálně. Účastníci jednání pak hovořili na téma zdravotně sociálních hospitalizací evakuovaných klientů zdravotních pojišťoven, které nebude možno umístit do domácí péče. Zdravotní pojišťovny oznámily, že jsou připraveny hradit individuálně nutné zdravotní výkony provedené v lůžkových zdravotnických zařízeních a ošetrovatelskou hospitalizací. Alergickým

a chronicky respiračně nemocným dětem z oblastí, které byly vystaveny záplavám, nabízí VZP ozdravné pobyty u moře v rámci své akce Mořský koník. Ministerstvo zdravotnictví bude prostřednictvím centrálního krizového štábu doporučovat podobné akce i z jiných zdrojů, aby nedošlo k nežádoucímu pohybu dětí v revitalizovaných oblastech. Ministerstvo dále předá VZP připravovaný leták o dezinfekčních opatřeních, nutných po návratu do evakuovaných oblastí k distribuci prostřednictvím okresních poboček.

**MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ**

128 01 Praha 2, Palackého nám. 4, pošt. příhr. 81

OPATŘENÍ MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

Podle ustanovení § 11, odst. 1) zákona č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení
a o změně některých zákonů Ministerstvo zdravotnictví
vyhlašuje

mimořádné očkování dětí proti virové hepatitidě A

Tomuto očkování se podrobí děti s trvalým pobytem v níže uvedených obcích nebo městských částí níže uvedených měst, narozené v letech 1997, 1998 a 1999. Očkování se nepodrobí shora uvedené děti, u kterých je očkování proti virové hepatitidě A kontraindikováno, které prodělaly onemocnění virovým zánětem jater A nebo byly proti tomuto onemocnění již očkovány.

Hlavní město Praha:

Správní obvod:

Praha 1, Praha 2, Praha 4, Praha12, Praha 5, Praha 16, Praha 6, Praha 7, Praha 8.

Středočeský kraj:

okres Beroun: Beroun – Závodí, Beroun – sídliště Litava, Žloukovice, Nižbor, Strádonice, Hýskov, Srbsko, Karlštejn, Hlásná Třebáň, Zadní Třebáň, Lochovice, Libomyšl, Chodouň, Zdice, Králův Dvůr – Popovice

okres Kolín: Stříbrná Skalice

okres Kutná Hora: Zruč, Vrdu, Zbyslav, Kobylnice, Vinice, Vlastějovice, Bojmany

okres Mělník: Kralupy nad Vltavou, Chvatěruby, Nelahozeves, Nová Ves, Veltrusy, Všestudy, Vojkovic, Zálezlice, Vraňany, Lužec nad Vltavou, Hořín, Býkev, Kostelec nad Labem, Tišice, Neratovice, Libiš, Tuhaň, Obříství, Kly, Mělník – Mlazice, Pšovka, Hostín u Vojkovic, Chlumín, Liběchov, Dolní Beřkovic, Horní Počápy, Záryby

okres Praha-východ: Klecánky, Husinec – Řež

okres Praha-západ: Štěchovice, Vrané, Hradiško, Davle, Libčice, Černošice, Řevnice, Roztoky, Dobřichovice

okres Příbram: Solenice, Kamýk, okres Rakovník: Křivoklát, Roztoky, Zbečno, Skryje, Sýkořice, Hřebečnický.

Jihočeský kraj:

okres České Budějovice: České Budějovice,

Roudné, Vidov, Plav, Doudleby, Římov, Boršov nad Vltavou, Hluboká nad Vltavou, Týn nad Vltavou, Nové Hrady, Komařice okres Český Krumlov: Brloh, Křemže, Zlatá Koruna, Větřní, Chvalšiny, Rožmberk, Benešov nad Černou, Kaplice, Hořice na Šumavě, Český Krumlov

okres Jindřichův Hradec: Lužnice, Poneždrážka, Lomnice nad Lužnicí, Majdaléna, Třeboň – Stará a Nová Hlína, Klec

okres Písek: Písek, Protivín, Sepek, Putim, Mirovice, Mirovice, Varvařov, Smet. Lhota, Kestřany, Albrechtice, Borovany, Horosedly, Chyžky, Křížanov, Myslín, Olešná, Ostrovec, Žďár

okres Prachatice: Prachatice, Husinec, Těšovice, Strunkovice nad Blanicí, Čkyně

okres Strakonice: Pracejovice, Střelecké Hoštice, Horní Poříčí, Novosedly, Radošovice, Bavorov, Blatná, Mutěnice, Bezdědovice, Předmír (Metly), Tchořovice

okres Tábor: Veselí nad Lužnicí, Soběslav, Planá nad Lužnicí, Sezimovo Ústí, Bechyně, Tábor, Dobronice u Bechyně, Skalice, Nadějkov, Jistebnice, Sudoměřice u Bechyně.

Pízeňský kraj:

okres Klatovy: Horažďovice, Klatovy, Kolinec, Měčín, Nalžovské hory, Nýrsko, Sušice, Švihov, Velhartice, Žichovice

okres Plzeň-jih: Lužany, Příchovice, Přeštice, Dolní Lukavice, Lišice, Snopušov, Předence, Čížice, Štěnovice, Útušice, Hradec u Stoda, Střelice, Stod, Lelov, Chotěšov, Mantov, Hoříkovice, Týnec, Losiná, Vstíš, Dobřany, Vodní Újezd, Lhota u Dobřan, Radochov, Žinkovy, Kokořov, Neurazy, Čepinec, Prádlo, Novotníky, Klášter, Nepomuk, Dvorec, Vrčeň, Srby, Ždírec, Žďár, Smederov, Blovice, Stará Huť, Hradiště, Vlčice, Kamensko, Nová Huť, Zdemyslice, Žákavá, Nezvěstice, Olešná,

Štáhlavy, Štáhlavice, Starý Plzenec, Sedlec, Čížkov, Nové Zemětice, Čelákovy, Líšíná, Bolkov, Otěšice, Soběkury, Dnešice, Černotín, Přestavky, Ves Touškov, Honezovice, Hradišany, Horšice, Radkovic, Řenče, Krasavce, Vodokrty, Nebílovy, Štenovický Borek, Nebílovský Borek, Losiná, Chocenice, Letiny, Drahek, Seč, Nekvasovy, Záhoří, Želvice, Bezděkov, Třebčice, Víška, Životice okres Plzeň-sever: Heřmanova Huť, Nýřany, Vejprnice, Chrást, Dýšíná, Kyšice okres Plzeň-město: Roudná, Koterov, Lobzy, Doudlevec, Anglické nábřeží, U Zvonu okres Rokycany: Rokycany, Klabava, Ejpovice, Mýto, Mirošov, Kornatice, Dobřív, Skořice, Strašice, Hrádek, Kamenný Újezd, Volduchy.

Ústecký kraj:

okres Most: Brandov, Český Jiřetín, Hora Sv. Kateřiny, Horní Jiřetín, Nová Ves v Horách (+ Mníšek), Obrnice, Želenice

okres Litoměřice: Bohušovice nad Ohří, Lovosice, Štětí, Brňany, Černěves, Hrobce, Keblice, Kyškovice, Libochovany, Malé Žernoseky, Pišťany, Prackovice nad Labem, Trávčice, Vědomice, Žalhostice, Litoměřice, Roudnice nad Labem, Terezín, Brozánky, Dobřín, Chodouny, Křešice, Lhotka nad Labem, Libotenice, Lukavec, Mlékojedy, Polepy, Račice, Velké Žernoseky, Záluží, Židovice okres Děčín: Děčín I, Děčín III, Děčín IV (Labské pobřeží), čtvrť Visnice, čtvrť Chrochvice, čtvrť Chmelnice, čtvrť Pípeř, čtvrť Horní Žleb, čtvrť Prostřední Žleb, čtvrť Dolní Žleb, Hřensko, Dobkovice, Malšovice, Choratice, Těchlovice

okres Teplice v Čechách: Novosedlice, Proboštov, Hostomice, Ohnič, Velvěty, Dubí, Rtyně nad Bílinou

okres Ústí nad Labem: Církvice, Sebužín,



Brná, Ústí nad Labem – Střekov, Olšinky, Svádov, Valtířov, Velké Březno, Malé Březno, Dolní Zálezly, Vaňov, Trmice, Ústí nad Labem – město centrum, čtvrť Krásné Březno, čtvrť Neštětice, čtvrť Mojžíř, Neštětice, Povrly, Roztoky.

Nařízené očkování provedou příslušní praktičtí dětské lékaři, očkovací látku dodají příslušné okresní hygienické stanice. Očkování bude zahájeno 4. 9. 2002. Seznamy očkovaných předají očkující lékaři po ukončení tohoto očkování okresním hygienickým stanicím. Ve výjimečných případech (např. děti

vedeného věku, které nemají trvalé bydliště v uvedených obcích a městských částí měst, ale byly v době záplav v těchto místech na rekreaci či na návštěvě) rozhodne příslušný praktický dětský lékař.

Toto opatření nabývá účinnosti dnem 30. 8. 2002.

Opatření bude kromě vyhlášení v hromadných sdělovacích prostředcích vyvěšeno na úředních deskách okresních úřadů, obcí a správních obvodů hl.m. Prahy, kterých se týká.

Odůvodnění: V důsledku rozsáhlých povodní

nelze vyloučit kontaminaci záplavových vod původci virové hepatitidy A, proti které existuje účinná očkovací látka. Výsledky sérologických přehledů ukázaly, že odolnost dětí uvedených ročníků narození proti této infekci je velmi nízká a jejich hygienické návyky nevyklučují možnost styku se záplavovou vodou. Proto je třeba tyto děti očkovaním chránit.

MUDr. Marie Součková
ministryně zdravotnictví
V Praze dne 30. 8. 2002

Informace VZP ČR

Na základě Opatření MZ ČR ze dne 30.8.2002, kterým bylo vyhlášeno mimořádné očkování dětí narozených v letech 1997, 1998 a 1999 proti virové hepatitidě typu A v oblastech postižených povodněmi, vydávám tento metodický pokyn:

1. Aplikace očkovací látky prováděná praktickým lékařem pro děti a dorost – odbornost 002, bude vykazována podle vyhlášky MZ ČR č. 134/98 Sb., v platném znění, kterou

se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kódem 02110.

2. Jedná se o výkon hrazený mimo kapitační platbu a jeho ohodnocení včetně režijní sazby je celkem 60 bodů. Při hodnotě bodu 0,87 Kč stanovené pro výkony mimo kapitační, činí úhrada 52,20 Kč na 1 očkování.

3. Podle ust. § 30 odst. 3 písm. a) a b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním

pojištění, v platném znění, není z veřejného zdravotního pojištění hrazeno očkování prováděné zařízeními ochrany veřejného zdraví a poskytnutí očkovací látky.

Ve výše uvedené souvislosti nebude úhrada za mimořádné očkování proti hepatitidě typu A zahrnuta do regulací na nepravdělnou péči.

Ing. Jiřina Musílková
ředitelka VZP ČR

Seznam dosud nahlášených povodní postižených ordinací lékařů - členů SPLDD

Jméno a příjmení	Ulice	Město	PSČ
MUDr. Ondřej Drátovský	V podzámčí 182	Blatná	388 01
MUDr. Milan Fürst	DS Voříškův Dvůr	České Budějovice	370 01
MUDr. Marie Kováčová	DS Liběchov	Liběchov	277 21
MUDr. Zuzana Karlová	DS Liteň	Karlštejn	267 27
MUDr. Věra Matlová	U křižovatky 8/314	Praha 5	159 00
MUDr. Olga Horová	Ortenovo nám. 6	Praha 7	170 00
MUDr. Marcel Růžička	Křížíkova 43	Praha 8	182 00
MUDr. Hana Krákorová	Sokolovská 72	Praha 8	186 00
MUDr. Eva Kohoutová	DS Terezín	Terezín	411 55
MUDr. Libuše Řepková	Koněvova 191/19	Dubí	417 01
MUDr. Renata Zachová	OZS Štěchovice	Štěchovice	252 07

Kontaktní spojení na postižené lékaře k dispozici v kanceláři SPLDD.

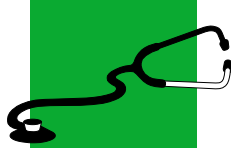
Výzva členům SPLDD ČR

Peněžité dary pro kolegy postižené povodněmi lze zasílat na účet SPLDD ČR u KB Praha, číslo účtu: 195530270297/0100, variabilní symbol: 2002.

O jejich rozdělení rozhodne výbor SPLDD ČR a vyúčtování bude zveřejněno ve VOXu.

Potvrzení o převzetí daru vystaví na vyžádání sekretariát SPLDD ČR.

Věcné dary (nábytek, přístroje apod.) - nabídku zašlete na sekretariát SPLDD ČR, bude předána postiženým kolegům.



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP dne 3.7.2002

Přítomni:

MUDr. Cabrnchová, MUDr. Liška, MUDr. Marek, MUDr. Krejčík, MUDr. Růžičková, MUDr. Procházka
za revizní komisi:

MUDr. Kolářová

Omluven: MUDr. T. Soukup

1) Úvodem jednání výboru proběhlo společné setkání s členy výboru SPLDD, došlo k dohodě na postupu při přípravě společného termínového kalendáře. Oba výbory prostřednictvím svých zástupců se na toto téma sejdou do konce září. Na zářijovém výboru OSPDL dojde k potvrzení termínů regionálních vzdělávacích akcí OSPDL.

2) Výbor byl informován o průběhu jednání na téma úhrady CRP, všichni přihlášení do studie budou informováni dopisem o nesrovnalostech za strany VZP, zpoždění celé akce.

3) Jednání výboru se zúčastnil prim. Jindrák, který informoval o předběžných výsledcích ATB auditů, přístupech PLDD k používání antibiotik. Výsledky je potřebné zveřejnit v září! Daná problematika by měla být prioritou veřejného zdravotnictví. Otevřít systém auditů pro kohokoliv přes internet. Diskuse opakovaných výtěrů prováděných při hospitalizaci! Chování se díky auditům mění. Pozvání prim. Jindráka na 21.9.2002 na Javorník. Publikace bude na kongresu klinické mikrobiologie v roce 2004 v Praze. Základní metoda managementu je provádění auditu.

4) Prezentace dataprojektoru od firmy Toshiba, nutná objednávka přes ČLS JEP.

5) Dr. Kolářová se domluvila na ČLS JEP jak postupovat při inventarizaci majetku. Všichni držitelé majetku OSPDL budou o postupu informováni písemně.

6) Školitelé proběhnou v plánovaném termínu, OSPDL připravuje program na zbytek soboty a neděle. V sobotu od 17,00 hod vystoupí prim. Jindrák. Upřesnění programu dostanou školitelé poštou.

7) Informace o průběhu vypořádání připomínek očkovacího průkazu dětí v ČR.

8) Informace o proběhlém jednání na MZČR na téma kalmetizace u dětí v ČR, bude ověřený zápis, který bude možné zveřejnit. Diskutována byla problematika revakcinace u dětí v 11 letech.

9) Přijetí nových členů: MUDr. Průčuchová Květoslava, MUDr. Potyszová Květoslava, MUDr. Slavík Zdeněk, MUDr. Bartesová Jana.

Zapsala: MUDr. Cabrnchová
Ověřil: MUDr. Liška

Novinky v terapii revmatických onemocnění u dětí

MUDr. Kateřina Jarošová

Revmatologický ústav Praha

V posledních letech došlo k významnému pokroku v léčbě revmatických chorob, především pak revmatoidní artritidy (RA) u dospělých pacientů. Na základě nových poznatků o patogenезi této nemoci a po objasnění některých prozánětlivých procesů byla vyvinuta tzv. biologická léčba. Tato léčba je namířena zejména proti buňkám imunitního systému a proti některým prozánětlivým mediátorům. Zatím největší úspěch byl dosažen použitím léků blokujících prozánětlivý cytokin TNF-alfa (tumor necrosis factor alfa).

Blokádu TNF-alfa je možné terapeuticky navodit buď pomocí monoklonální protilátky proti TNF-alfa (infiximab) nebo pomocí solubilního receptoru pro TNF- α (etanercept). Infiximab je již jako přípravek Remicade registrován v České republice a je podáván u pacientů s těžkou formou revmatoidní artritidy a Crohnovy choroby.

Stejně jako u RA je TNF-alfa jedním z nejdůležitějších mediátorů uplatňujících se na progresi synovitidy a degradaci kloubní matrix u dětí s juvenilní idiopatickou artritidou (JIA), resp. juvenilní chronickou artritidou. Vyšší hladina TNF-alfa byla prokázána v séru, synoviální tekutině i synoviální tkáni u dětí s JIA.

Zkušenosti s podáním léků blokujících TNF-alfa jsou však u dětí zatím velmi omezené. Otázkou je také jejich efekt u různých typů JIA a rovněž jejich bezpečnost. Prvním lékem, schváleným FDA (Food and Drug Administration) k podávání u JIA, je etanercept (Enbrel). Jeho efekt a bezpečnost byla prokázána např. v multicentrické lékové studii u 69 dětí s polyartikulární formou JIA, refrakterní na metotrexát.

Po tříměsíční léčbě etanerceptem v dávce 0,4 mg/kg subkutánně dvakrát týdně byl pozorován efekt u 51 (76%) dětí (resp. alespoň 30% zlepšení u 3 ze 6 ukazatelů – celkové hodnocení lékařem a pacientem, počet aktivních a omezených kloubů, funkční ohodnocení a sedimentace erytrocytů. Pouze 1 ukazatel mohl vykazovat více než 30% zhoršení). Po tříměsíční léčbě byli tito pacienti, kteří zareagovali na léčbu, randomizováni. Druhá část studie byla dvojslepá, placebem kontrolována. U 81% dětí s placebem došlo ke vzplanutí choroby (medián byl 28 dní). Ve skupině s etanerceptem zůstal terapeutický efekt až do ukončení studie, tj. celkem 7 měsíců. Z nežádoucích

účinků byly pozorovány mírné lokální reakce, infekce horních cest dýchacích, bolesti břicha a zvracení.

Běžně používané choroby modifikující léky jsou metotrexát, sulfasalazin a antimalarika. Novým lékem je leflunomid (Arava). Zatím je podáván u dospělých pacientů s revmatoidní artritidou. Účinnost a bezpečnost léčby leflunomidem u dětí však nebyla ještě ověřena.

Pokud mluvíme o novinkách v terapii revmatických chorob, musíme se zmínit také o nových nesteroidních antirevmaticích (NSA). NSA se používají u dětí s artritidou pro jejich analgetický a protizánětlivý efekt a u systémového typu JIA i pro účinek antipyretický. Vzhledem k tomu, že mají krátkodobý efekt a neovlivňují dlouhodobý průběh choroby, podávají se převážně v kombinaci s dalšími léky (chorobu modifikující léky, kortikosteroidy). Nejpoužívanější NSA jsou ibuprofen, diclofenac, kyselina tiaprofenová a naproxen. Z novějších NSA je to zejména nimesulid, který patří mezi preferenční COX-2 inhibitory.

Mezi nové protizánětlivé léky patří COX-2 specifické inhibitory, tzv. koxiby, jako je celecoxib (Celebrex) a rofecoxib (Vioxx). U těchto léků byl prokázán nižší výskyt nežádoucích účinků. Očekávají se klinické studie k ověření účinnosti a bezpečnosti těchto léků u dětí. Vzhledem k tomu, že Vioxx je vyroben i ve formě sirupu, bude přínosný v terapii revmatických onemocnění malých dětí.

Literatura

1) Shanahan JC, St Clair W. Tumor necrosis factor- α blockade: a novel therapy for rheumatic disease. *Clin Immunol* 2002 Jun; 103:231-42

2) St Clair EW, Wagner CL, Fasanmade AA, Wang B, Schaible T, Kavanaugh A, Keystone EC. The relationship of serum infiximab concentrations to clinical improvement in rheumatoid arthritis: results from ATTRACT, a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2002 Jun; 46: 1451-9

3) Takei S, Groh D, Bernstein B. Safety and efficacy of high dose etanercept in treatment of juvenile rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2001; 28:1677-80

4) Rozman B. Clinical pharmacokinetics of leflunomide. *Clin Pharmacokinet* 2002; 41:421-30



Imunologie autoimunních onemocnění

Která laboratorní vyšetření volit v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost při podezření na autoimunní onemocnění?

MUDr. Jana Varvařovská

Dětská klinika FN a LF UK, Plzeň

I když v ordinaci PLDD převažují akutní respirační, střevní nebo močové infekce či alergické obtíže, v určitých situacích je potřeba u nemocného dítěte pomýšlet na možnost **autoimunního onemocnění** s celou širokou škálou klinických obtíží. Na rozvoji autoimunní choroby se podílejí jak **faktory vnitřní** (genetická predispozice, hormonální vlivy, přítomnost imunodeficitů, mutace v genech ovlivňujících apoptózu buněk či produkci cytokinů), tak **faktory vnější** (stress, léky, UV záření, aktivace imunitních buněk infekcí). V patogenezi AO se účastní jednak široká škála IgG či IgA autoprotilátek zaměřených proti nejrůznějším vlastním složkám těla (intracelulární substance, cirkulující proteiny, cytokiny, enzymy,...) a dále autoreaktivní T a B lymfocyty. Vývoj autoimunního onemocnění AO je dlouhodobý, první ataka choroby je pak obvykle provokována banální infekcí nebo těžkou psychickou či fyzickou zátěží. Z širšího pohledu do AO zařazujeme jednak choroby systémové, jednak orgánově specifické. Oba typy se pak mohou vzájemně prolínat.

U **systémových onemocnění** je třeba zmínit systémový lupus erythematosus, revmatoidní artritidu, dermatopolymyositidu, Sjögrenovu chorobu, některé vaskulitidy, mezi **autoimunními chorobami postihujícími převážně určitý orgán** jsou především chronické střevní záněty (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida), celiakie, autoimunní hepatitida, plicní fibróza, autoimunní endokrinopatie včetně tyreoiditidy a diabetu mellitu typu 1. Cílem výše uvedeného výčtu chorob je zdůraznit velkou šíři klinických jednotek a tím také i rozsáhlou škálu možných příznaků. Je třeba zdůraznit, že pro definitivní diagnózu autoimunní nemoci je důležitý i časový interval, obvykle mají obtíže trvat minimálně 3 měsíce (kloubní obtíže).

V ordinaci PLDD je třeba kromě pečlivé anamnézy a klinického vyšetření doplnit některá laboratorní vyšetření, směřující především k **vyločení** jiných příčin obtíží, tj. především **vyločení známé a zjištělé infekce, úrazu či přetížení, důsledek vrozené vady, toxické léze, vedlejších účinků léků.**

Z hlediska vhodných laboratorních vyšetření shrneme pro přehled následující metody: Vyšetření zvýšené **sedimentace erytrocytů** při podezření na autoimunní proces je přínosné až je-li vysoká hodnota přítomna opakovaně. Je třeba si uvědomit, že zvýšená sedimentace (ovlivněná zejména vyšší hodnotou alfa či gama globulinů) přetrvává alespoň 3–4 týdny po závažnější akutní infekci (pneumonie, pyelonefritida, těžký zánět dutin).

Opakovaný odběr **krevního obrazu včetně diferenciálního rozpočtu leukocytů a počtu trombocytů** je samozřejmostí – není málo případů, kdy nespecifické obtíže typu únavy, bolesti kloubů vedou sice k podezření na artritidu, ale za vším se může skrývat leukemický proces.

U nemocných s prokázanou anémií je nutno vyloučit vedle anémie z nedostatku železa rovněž anémii při chronickém zánětu, ale také autoimunní hemolytickou anémii stanovením **počtu retikulocytů**, hodnoty bilirubinu a vyšetřením přímého a nepřímého **Coombsova testu**.

Základní hemokoagulační vyšetření může být přínosné v případech, kdy zjistíme prodloužený **APTT** (zejména u nemocných s cirkulujícím lupus antiokoagulans u systémového lupusu erythematosu). Zvýšená hladina fibrinogenu je nespecifický marker u chronických zánětů. Nízká hodnota **CRP** nevylučuje probíhající autoimunní proces, vysoká hodnota CRP je obvykle přítomna u bakteriálních infekcí a autoimunních procesů. Vyšetření **moče** včetně kultivace je nezbytné u všech nejasných febrilních stavů, stejně jako kultivační vyšetření **výtěrů** z nosu, stěr z tonsil (vhodné provádět před najezením či čištěním zubů!), výtěr ze stolice k vyloučení event. salmonelové infekce. Vždy je třeba potvrdit streptokokovou či jinou bakteriální infekci dýchacích cest, z hlediska zažívacího traktu pak možnou salmonelovou infekci event. infestaci parazity.

Při krevním odběru v případě kloubních či svalových obtíží a únavy je vždy nutné stanovení **jaterních testů a svalových enzymů** a event. pomýšlet na možnou hepatitidu typu A a B

(u neočkované populace) a EBV a CMV infekci. Při pátrání po dalších infekcích je vhodné vyloučit lymeskou boreliózu, aktivní chlamydiovou či mykoplasmovou infekci, yersiniózu. Z hlediska posouzení stupně zánětu trávajícího delší dobu je v ordinaci PLDD nutné vyšetřit **ELFO bílkovin séra** s určením typu akutního či chronického zánětu (u autoimunního procesu je vždy přítomen chronický zánět), **hladiny imunoglobulinů zejména IgG a IgM, hodnotu ASLO, revmatoidní RF a antinukleární faktor ANF.**

Při vyšetřování nemocného s podezřením na event. autoimunní onemocnění je ještě vhodné kromě výše uvedených laboratorních metod doplnit **některé zobrazovací metody** (rtg kloubů, plic, sonografie, ekg, echokardiografie) a event. konzultovat specialistu ORL a oftalmologa.

Jestliže klinický obraz a výsledky laboratorních a zobrazovacích vyšetření nepotvrdily jednoznačně infekční příčinu, úraz či lokální přetížení, toxicitou lézí, vedlejší účinky léků, apod. a obtíže nemocného trvají, je **nutno pomýšlet na možnou autoimunní chorobu a je třeba konzultovat dle typu obtíží příslušného specialistu** (klinického imunologa, revmatologa, gastroenterologa, endokrinologa), který doplní další speciální testy (orgánově nespecifické a specifické autoprotilátky, vyšetření buněčné imunity, složky komplementu, histologické vyšetření postižené tkáně, další zobrazovací metody typu gastrokopie, kolonoskopie, jaterní biopsie, kostní densitometrie, počítačová tomografie, magnetická rezonance,...).

Závěrem je třeba zdůraznit, že **diagnóza autoimunních chorob je v řadě případů obtížná** (pokud nejde o jednoznačně vyjádřený klinický obraz jako např. u diabetu mellitu typu 1) a **vyžaduje spolupráci PLDD a příslušných specialistů s nemocným a jeho rodinou. Autoimunní onemocnění vždy vyžaduje dlouhodobou terapii nemocného, velmi často rovněž vede k celoživotnímu postižení a invalidizaci pacienta.**

Literatura u autorky

nutricia 1



Revmatologická problematika v praxi PLDD

MUDr. Václav Lád

Dětská klinika FN, Plzeň

Souhrn

Z velké skupiny onemocnění pohybového ústrojí se ve své praxi PLDD setkává ve srovnání s onemocněními jiných systémů méně často. Zvláště stavy související s úrazy jsou z velké většiny primárně ošetřeny na chirurgických a ortopedických odděleních.

Onemocnění pohybového aparátu, zvláště neúrazové etiologie, mohou mít někdy závažný průběh, mohou zanechávat následky či invalidizovat, některé autoimunitní nemoci mohou ohrožovat svého nositele na životě.

Společným jmenovatelem těchto onemocnění je postižení kloubů nebo jiných částí pohybového ústrojí (šlachy, pochvy, burzy, kosti, chrupavky, svaly) a mohou být sdruženy s postižením jiných orgánů či systémů, jež mohou někdy v symptomatologii dominovat a tím komplikovat diagnostiku.

Nemoci pohybového ústrojí lze podle etiologie rozdělit do následujících skupin:

- I. Infekce**
- II. Zánětlivá onemocnění pojiva (autoimunitní nemoci, dříve kolagenózy)**
- III. Nádorová onemocnění**
- IV. Postižení při vrozených vadách pohybového aparátu**
- V. Postižení při endokrinopatiích, vadách metabolismu a koagulopatiích**
- VI. Jiná získaná postižení různé etiologie**

■ I. Infekce

Postihuje pohybové ústrojí dvojným způsobem, buď jako přímá nebo nepřímá.

Přímé infekce se mohou týkat všech částí pohybového ústrojí, nejčastěji je však vidíme jako osteomyelitis a hnisavou (septickou) artritidu.

Osteomyelitis a septická artritida je bakteriální nebo mykotický zánět kostní dřevě, kostního pojiva, kloubní chrupavky a pouzdra a jiných nitrokloubních struktur. Výskyt je nejvyšší v novorozeneckém a kojeneckém věku a dále méně často kdykoliv v dětství, hlavně však mezi 3.–10. rokem života. Nejčastějším vyvolavatelem je zlatý stafylokok, v novorozeneckém věku i Beta hemolytický streptokok sk. B, u kojenců *B. coli*, *Haemophilus influenzae*, salmonely a v podstatě jakékoliv patogeny aerobní i anaerobní. *Mycobacterium tuberculosis* rovněž může být etiologickým agens (vzpomeňme na časté tzv. BCGitidy v 80. letech, které vznikaly po změně dánské kalmetizační vakcíny na sovětskou). Hlavní vstup infekce představuje hematogenní rozsev ze zdroje kdekoli v organismu (dýchací cesty, kožní procesy, močový trakt). V méně častých případech se infekce usídí cestou per continuitatem z poranění příslušné ob-

lasti. Osteomyelitis bývá u novorozence a kojence lokalizovaná v metafýze a rychle se šíří do epifýzy a může přejít do kloubní štěrbin. U starších dětí zůstává omezena na metafýzu, což je dáno rozdílným krevním zásobením těchto partií kosti. Kliniky se nemoc projeví septickými teplotami, bolestmi v postižené části končetiny, což vede k reflexnímu omezení hybnosti a s určitým časovým prodloužením i teplým zduřením a zarudnutím postiženého místa. Laboratorně nalézáme vysoké parametry zánětu a pozitivní hemokulturu. Ta však nemusí být pozitivní vždy ve 100%, potom je třeba pokusit se získat materiál k bakteriologickému vyšetření pomocí punkce z ložiska či kloubu. Rentgenové změny se opožďují za klinickými projevy o 3 i více týdnů. Ke stanovení diagnózy může napomoci i radionuklidový kostní scan. Nemoc může mít i subakutní nebo od počátku chronický průběh, kdy příznaky jsou méně vyjádřené a méně dramatické je i průběh. Léčba spočívá v cílené antibiotické terapii dle citlivosti vyvolávajícího agens v trvání minimálně 4–6 týdnů. Nutno ji dle situace doplňovat imunomodulačně a chirurgickými zákroky (imobilizace, punkce, incise, drenáže, výplachy antibiotiky). Prognóza je dobrá. Nemoc však může zanechat následky ve smyslu postižení růstové chrupavky nebo deformity kloubu.

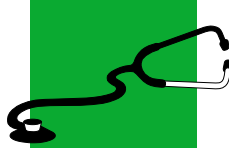
Nepřímé infekce jsou v dětském i dospělém věku častější. Jde o postižení kloubů v souvislosti s proběhlou infekcí jiných systémů (průjmy, močové a pohlavní infekce, infekty respirační nebo kožní). Jde o tzv. reaktivní artritidy, u nichž infekční agens nelze vykultivovat v postiženém kloubu a lze ho prokázat pomocí serologických a virologických vyšetření nebo jej vykultivovat z nemocného orgánu (kultivace moči, stolice, kůže atd.). Jedná se především o infekce salmonelové, yersiniové,

chlamydiové, gonokokové, boreliové, streptokokové a různé viry). Předpokládá se imunopatologická reakce v průběhu původního infektu. O přímé úloze vyvolávajícího agens v kloubu se v současné době diskutuje, ale dosud nebyly podány přesvědčivé důkazy. K reaktivním artritidám inklinují pacienti s HLA B27 pozitivitou. Klinický obraz: jde o asymetrické postižení zejména velkých kloubů dolních končetin, provázených entezopatiemi a častými bolestmi v LS páteři. Léčba spočívá v eliminaci vyvolávajícího agens a podávání nesteroidních anti-revmatik. Vzácně je průběh horečnatý s celkovou alterací, což si někdy vynutí přechodnou krátkodobou aplikaci kortikoidu.

Do této skupiny lze teoreticky zařadit dnes již naštěstí vzácně se vyskytující revmatickou horečku, která ještě do 60. let minulého století svými následky na srdci hubila či invalidizovala děti a mladé dospělé. Začíná po prodělaném onemocnění Streptokokem beta sk. A. Projevuje se migrujícími artritidami (polyarthritis revmatica), postihuje srdce (peri-, myo- a endokarditis revmatica), mozek (chorea minor), kůži (erythema anulare) a podkoží (uzlíky). K diagnostice používáme velká a malá Jonesova kritéria. V souvislosti se streptokokovými infekty (nonA) lze diagnostikovat i poststreptokokovou reaktivní artritidu, která nespĺňuje Jonesova kritéria a má typickou dynamiku hladiny ASLO. Léčíme ji podle zásad léčby reaktivních artritid, na rozdíl od febris revmatica není nutná penicilinová profylaxe do 18 let.

■ II. Zánětlivá onemocnění pojiva (autoimunitní nemoci, dříve kolagenózy)

Do této skupiny patří především nejčastější revmatické onemocnění dětského věku.



Juvenilní idiopatická artritida (dále JIA) se staršími synonymy juvenilní chronická artritida nebo juvenilní revmatoidní artritida. Incidence 1:10.000 dětí. Bývá častou příčinou invalidizace nebo slepoty. Choroba postihuje děti od kojeneckého věku (neobvyklá je do 6 měsíců) do 16. narození. Kloubní obtíže bývají dominantní, ale nemusí tomu tak být vždy. Může předcházet postižení očí nebo postižení jiného systému. K diagnostice je zapotřebí splnit alespoň 4 z následujících 16 diagnostických kritérií:

- artritida trvající 3 měsíce
- artritida dalšího kloubu za 3 měsíce nebo později
- symetrické postižení drobných kloubů
- výpotek v kloubu
- kontraktura kloubu
- tendosynovitida nebo burzitida
- svalová atrofie
- ranní ztuhlost
- postižení očí
- revmatické uzlíky
- osteoporóza nebo přestavba epifýz na rtg
- zúžení kloubních štěrbin, eroze nebo ankylozy na rtg
- porucha růstu kosti na rtg
- postižení krční páteře na rtg
- laboratorně pozitivita revmatoidního faktoru
- histologicky pozitivní biopsie synoviální membrány.

Přestože choroba má velmi pestrý klinický obraz u každého jedince, přesto ji lze rozdělit do několika nejtýpickejších podskupin:

1. Systémová forma (Stillova nemoc) se septickým průběhem, serozitidami, prchavým rašem, zvětšením uzlin a hepatosplenomegalií. Tyto příznaky mohou artritidu předcházet. Nejčastější výskyt u dětí kolem 2. roku života. Prognóza závažná, v polovině případů následky kloubní, úmrtnost kolem 1%.

2. Polyartritida seronegativní postihuje 5 a více kloubů v prvních 6 měsících choroby. Prognóza je příznivá, někdy zanechává trvalé následky na kloubech. RF negativní.

3. Polyartritida seropozitivní je prognosticky nejhorší. Postihne 5 a více kloubů v prvním půlroce trvání, má těžký od začátku destruuující průběh s trvalou aktivitou, špatně reaguje na léčbu, přechází do dospělosti. Podoba s RA dospělých. RF pozitivní.

4. Oligoartritida perzistující postihující 1 - 4 klouby během prvního půlroka svého trvání. Tato forma postihuje hlavně předškolní děvčátka a bývá spojena s pozitivitou ANA. Velmi často se komplikuje přední uveitidou a hrozí nebezpečí trvalého poškození zraku či slepoty. Po stránce kloubní prognóza příznivá.

5. Oligoartritida rozšířená postihuje v prvním půlroce maximálně 4 klouby, ale po 6 měsících se stává polyartritidou. Vede k deformitám kloubů se sníženou funkcí.

6. Artritida s entezitidou je asymetrická artritida dolních končetin se záněty šlach. Postihuje chlapce po 9. roce života a je asociovaná a HLA B27. Může se komplikovat iridocyklitidou. V jejím průběhu se může manifestovat ulcerózní kolitida nebo Crohnova choroba, pak jde o tzv. enteropatickou artritidu nebo spondyloartritidu.

7. Psoriatická artritida je většinou polyartritida u dětí s psoriázou nebo s jejím výskytem u příbuzných 1. posloupnosti. I tato forma může být spojena s uveitidou a je asociována s HLA B27.

8. Další artritidy - sem zařazujeme děti, které nespĺňují kritéria pro zařazení do předchozích skupin a jejichž artritida neznámé etiologie perzistuje alespoň 6 týdnů.

Podle patogeneze je JIA považována za autoimunitní chorobu pro množství imunologických abnormalit (RF, ANA, CIK, proteiny akutní fáze, poruchy cytokinů, vazba na některé HLA). Z největšího podílu na rozvoji zánětlivé aktivity jsou obviňovány prozánětlivé cytokiny, především IL-1 a TNFalfa.

Artritida se projevuje bolestivým zduřením postiženého kloubu, který je teplejší na pohmat, ale bledý. Reflexně dochází k omezení hybnosti postižených kloubů s následným vznikem deformit event. atrofii příslušných svalů. Často je v kloubu přítomen výpotek. Při postižení drobných kloubů dostávají prsty vřeténkový tvar. Bývají postiženy i mimokloubní struktury (tendovitidy, burzitidy apod.). Postižení očí považujeme za závažnou součást nemoci. Uveitida může mít akutní začátek s bolestivostí, světlolachostí a zarudnutím oka, ale i od počátku nenápadný plíživý začátek, po němž je třeba aktivně pátrat cíleným oftalmologickým vyšetřením. Zvláště děvčátka s oligoartrikulární formou perzistující musí mít pravidelné oční kontroly každé 3 měsíce. Laboratorně hlavně sedimentace erytrocytů a CRP a výše uvedené imunologické markery korelují s aktivitou nemoci a pomáhají určit strategii léčby.

Léčba

Cílem je zachovat existující funkční stav pohybového ústrojí, zabránit či odstranit subjektivní potíže, zabránit komplikacím za co možná nejméně vedlejších účinků léků.

Základem léčby JIA jsou nesteroidní antirevmatika (NSAR) např. ibuprofen, kyselina tiaprofenová, naproxen, diclofenac. V poslední době se jeví nadějně coxiby pro svůj delší biologický poločas a minimální gastrické komplikace (např. Vioxx).

U závažnějších forem nebo při selhání NSAR saháme k léčbě antirevmatikou modifikujícími chorobu

(DMAR), z nichž u dětských pacientů se dnes na prvním místě uplatňuje nízkodávkovaný Methotrexát podávaný 1x týdně s minimem vedlejších účinků. Dále se běžně užívají Sulfasalazin nebo antimalarika, event. lze tyto léky s výhodou kombinovat. V minulosti užívané soli zlata nebo Penicilamin se dnes u dětí používají jen velmi zřídka.

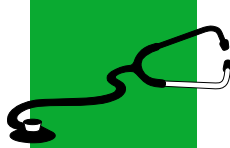
Zvláštní postavení v léčbě zaujímají kortikoidy. Neobejdeme se bez nich u formy systémové a polyartikulární seropozitivní. Pro jejich závažné nežádoucí účinky se snažíme o co nejnižší ještě účinné dávky po co nejkratší dobu. Lze je aplikovat i.v. v malých infusích, perorálně nebo s výhodou i intraartikulárně. Nejtěžší formy jsou indikovány k imunosupresivní léčbě (Cyklofosamid, Cyklosporin A, Imuran), k aplikaci intravenózních imunoglobulinů, zkouší se užití monoklonálních protilátek proti molekulám CD, proti antigenům HLA a proti cytokinům. S úspěchem se setkala léčba anti TNFalfa.

V minulosti prováděná chirurgická synovektomie se dnes indikuje jen výjimečně. Nezbytnou součástí léčby byla, jsou a budou rehabilitační cvičení s cílem zachování a zlepšení funkce pohybového aparátu a zlepšení svalové síly. Je indikována i lázeňská léčba, sociální pomoc a psychoterapie.

Prognóza je různá a byla již zhruba nastíněna u jednotlivých forem. Rodičům je třeba vysvětlit, že nemoc nelze definitivně vyléčit, ale v určitých případech lze dosáhnout uspokojivých různě dlouhých remisí.

Juvenilní systémový lupus erythematosus je typické autoimunitní onemocnění, kdy nadměrná tvorba protilátek je namířena proti vlastním strukturám. Ve výskytu významně převažuje postižení dívek, nejčastěji v dětství se začátkem ve školním věku, vrchol výskytu je však až v dospělosti. Kromě postižení kloubů (neerozivní artritidy) může být postižen kterýkoliv orgán: kůže (fotosenzitivita, motýlovitý nebo diskoidní exantém), ledviny (glomerulonefritidy), CNS (epilepsie, cefalea), krevní systém (hemolytická anémie, leukopénie, trombocytopenie, koagulopatie - antifosfolipidový syndrom sekundární), polyserozitidy. Typické jsou imunologické abnormality dané zvýšenou přítomností protilátek např. ANA, antiDNA, proti jaderným a mimojaderným buněčným antigenům.

Prognóza nemoci je vážná a je závislá na stupni postižení jednotlivých orgánů. Rozhodující je stav ledvin, CNS, srdce a plic. K léčbě se užívají kortikoidy, cytotoxická imunosupresiva, intravenózní imunoglobuliny, antimalarika, antikoagulantia a antiagregantia. Při léčbě nutno dbát na ochranu před infekcí, která by mohla vést ke ztrátě pacienta při léky navozeném imunodeficitu.



Ještě vzácněji se v dětství setkáváme s dalšími nemocemi pojiva, jako je **smíšená nemoc pojiva – MCTD** (Raynaudův fenomén, polyartritidy, příznaky sklerodermie nebo myozitidy, které se často kombinují a překrývají, proto též název „překryvný syndrom“).

Sclerodermie s formou čistě kožní nebo orgánovou.

Dermato/polymyozitis je charakterizována svalovou slabostí, vysokou hladinou svalových enzymů, charakteristickými změnami v EMG záznamu a v histologii a MR obraze kosterního svalu. Do této skupiny nemocí patří i různé typy vaskulitid dětského věku. Z nich se v dětství nejčastěji setkáváme s Henoch Schönleinovou purpurou (klinicky palpovatelná purpura, artritidy, nefritidy a krvácení do GIT) a Kawasakiho nemocí (horečka delší než 5 dnů, infekce spojivky, záněty rtů a jazyka, krční lymfadenopatie, polymorfni raš, edém rukou a nohou s pozdějším olupováním pokožky). Zatímco u H.Sch. purpury je léčba stále diskutabilní, u Kawasakiho choroby je nepochybný benefit aplikace intravenózních imunoglobulinů a podání kyseliny acetylosalicylové. Při této léčbě se zabrání nejobavnější komplikaci – vzniku koronárních aneurysmat.

■ III. Nádorová onemocnění

Nádorová onemocnění pohybového aparátu se vyskytují jednak ve formě solidních tumorů benigních i maligních. Z maligních tumorů v dětství jsou nejzávažnější **osteosarkom a Ewingův sarcom**. Projevují se nejčastěji u adolescentů bolestí, lokálním otokem a teplotou, tedy podobně jako osteomyelitis. Charakteristický je však jeho rtg obraz s cibulovitou stavbou tumoru. Jeho nebezpečnost je dána vysokou maligností a rychlým metastazováním. Léčba patří do rukou onkologického ortopeda. Kromě solidních tumorů se mohou bolesti kostí a kloubů vyskytovat jako časný příznak všech typů hemoblastóz a lymfómů. U akutních dětských leukémií je tento příznak spolu s únavností, horečkou a krvácivými projevy udáván až u 40% dětí.

■ IV. Postižení při vrozených onemocněních pohybového ústrojí

Tato skupina je velmi obsáhlá a nečiní si zdaleka nárok na úplnost. Může se týkat jak postižení svalů (primární myopatie, choroby nervosvalového přenosu, neurogenní svalové poruchy – amyotrofie, primární neuropatické atrofie aj.). Z poruch kloubů a kostí sem zařazujeme vrozené anomálie páteře, např. sy Klippel Feil, končetin, např. aplázie radia, syndaktylie a další abnormality kostí ruky, nohy a prstů, anomálie hlavy, krku a ramen, např. dysostosis cleidocranialis, Crouzonův sy, torticosis.

lis. Řadíme sem i vrozenou luxaci kyčelních kloubů a celkové kostní dysplasie (achondroplasie, artrogryposis multiplex, osteogenesis imperfecta atd.)

Do této skupiny lze zařadit i vrozené hypermobilní syndromy – nadměrná kloubní volnost (např. sy Ehlers Danlos, Marfan, Larsen aj.) spojené kromě jiných potíží i s artralgiemi.

■ V. Postižení při endokrinních, metabolických vadách či koagulopatiích

Sem lze zařadit rachitidy (karenční, renální, vitamin D rezistentní, hypofosfatemické a hypofosfatázie), při poruchách činnosti štítné žlázy, příštitných tělísek nebo hypofýzy. U metabolických vad je postižení největší u glykogenóz a mukopolysacharidóz. Z hemokoagulopatií vidíme často tzv. hemofilické klouby, které mohou imitovat artritidu u lehčích forem dosud nediagnostikovaných vrozených deficitů faktorů VIII. nebo IX. Vznikají různě silným a opakovaným krvácením do kloubů.

■ VI. Jiná získaná onemocnění různé etiologie

Tuto polymorfni skupinu tvoří především traumata a jejich následky a pečlivými rodiči bývají jen málokdy přehlédnuta. Význam drobných úrazů staršího data je z pohledu revmatologa častěji přeceňován v časných stádiích artritid či infekcí, a tyto jsou pak nesprávně a neúčinně léčeny jako distorze či kontuze většinou na chirurgických ambulancích.

Opačná situace nastává u sy **týraného dítěte**, kdy pro opakovaná netypická traumata a úrazy včetně zlomenin, nejsme schopni nalézt společného jmenovatele v žádné jiné základní chorobě metabolické, endokrinní, hemokoagulační nebo vrozeném onemocnění pohybového ústrojí.

Poměrně často se lze v dětství setkat s onemocněním, zvaným **aseptická nekróza**. Synonyma: osteonekrosis idiopatica, osteochondronekrosis. Jde o nemoc nejasné etiologie s předpokládanou poruchou krevního zásobení na traumatickém nebo genetickém podkladu. Patří sem např. **Morbus Calvé– Legg–Perthes** (necrosis capitis femoris, aseptická nekróza hlavičky stehenní kosti). Začíná nejčastěji mezi 5. až 12. rokem bolestmi v oblasti kyčle, kulháním, ale často se může projevit bolestí v kolenním kloubu (tzv. přenesená bolest). Brzy vznikne kontraktura s omezenou abdukci. Léčba patří dětskému ortopedovi, jenž rozhodne mezi konzervativním či operativním řešením. Další aseptické nekrózy se týkají různých lokalit v různých končetinových kostech a mají názvy podle svých objevitelů, např. apofysitis tuberositas tibiae

– **morbus Osgood Schlatter** u 12 – 14 letých chlapců, často fotbalistů, apofysitis tuberis calcanei – **morbus Haglund** u 9 – 14 letých sportovců, necrosis navicularis tarsi – **morbus Köhler I** a mnoho dalších, které jsou uváděny v ortopedické literatuře. Jejich léčba spočívá v dostatečně dlouhém klidu, fixaci, fyzikálních procedurách, přívozem kalcia a vitaminu D a je řízena dětským ortopedem.

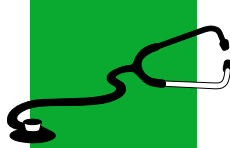
Morbus Scheuermann (idiopatická juvenilní kyfóza, kyfosis adolescentium, osteochondrosis columnae vertebralis) vzniká u adolescentů. Dochází ke klínovité deformaci těla jednoho nebo více obratlů. Hrudní forma je nebolestivá a má progredující charakter, dorzolumbální je bolestivá. Projevuje se kulatými zády a na rtg snímku kromě klínovitých obratlů jsou popisovány nepravidelné eroze plošek a protruze disku do spongiozy obratlů (Schmorlovy uzly). Léčbu opět řídí dětský ortoped a spočívá v klidu event. imobilizaci.

Každý PLDD se občas setká s relativně častou **tranzitorní synovitiidou** kyčelního kloubu (coxitis transitoria). Začátek je akutní. Batole nebo dítě předškolního věku se náhle většinou po ránu nemůže pro bolest postavit na končetinu, při pokusu o chůzi kulhá a nařká bolestí. Jde o benigní přechodnou synovitidu, která má několikadenní (max. 10 dnů) průběh a odezní po několikadenním pobytu na lůžku za event. pomoci NSAR či Paralenu a dává se do souvislosti s probíhajícím nebo proběhlým respiračním infektem. V těžších případech uleví krátkodobá trakce na odd. dětské ortopedie. Laboratorní nálezy jsou normální.

Častým tématem diskuzí pediatriů i ortopedů je existence tzv. **růstových bolestí**. Dnes je tento syndrom řazen pod názvy idiopatický muskuloskeletární bolestivý syndrom, fibromyalgie, primární fibromyalgický syndrom, fibromyalgické bolesti nebo revmatismus měkkých tkání. Má téměř univerzální klinický obraz: děti batolecího a předškolního nebo mladšího školního věku se v noci probudí bolestmi, které lokalizují nejčastěji do předních ploch bérců, mimo klouby. Po zklidnění děti usnou. Ve dne bolesti nejsou, maximálně po větší fyzické zátěži v podvečer. Noční bolesti se vracejí v různých intervalech – každou noc, 1x týdně nebo měsíčně. Tento stav trvá i několik let bez tendence ke zhoršování nebo ústupu. Po několika letech vymizí bez následků. Laboratorní a veškerá grafická vyšetření jsou normální. Léčebně se doporučuje uklidnění rodičem, někdy pomůže studený obklad, jindy NSAR lokálně aplikované na bolestivá místa či perorálně, nebo mírné analgetikum. Vhodná je úprava denního režimu dítěte, zvyšování tělesné zdatnosti event. úprava psychosociálních poměrů. ■

Literatura u autora

nutricia 2



Příspěvek k diferenciální diagnóze zánětlivého uzlinového syndromu kojenců a batolat

MUDr. Alena Holčíková

Klinika dětských infekčních nemocí, LF MU, Brno

Většina dětí má hmatné lymfatické uzliny. Zvětšenou uzlinou myslíme uzlinu nad 10 mm v průměru. Uzliny v tříslech nepovažujeme za zvětšené ještě do velikosti 15 mm. Na parainfekčním zvětšení uzliny se podílí antigenní stimulace, která vede k proliferaci lymfocytů a dalších buněk zevnitř uzliny. Zvětšení uzliny vlevo v axile, nadklíčku nebo na krku způsobí i aplikace očkovací látky proti tuberkulóze.

Při kalmetizaci se atenuovaný BCG kmen aplikuje intradermálně a v kůži se v podstatě vytváří primární komplex. Místo s inokulací reaguje zarudnutím a zduřením a příslušná svodná uzlina se mírně zvětší. Nejčastěji to bývá uzlina v axile, avšak mohou reagovat



i uzliny v oblasti klíčku či výjimečně na krku. Vždy je to však nalevo, na straně očkování. Pokud uzlina zkolikvuje, je to již reakce nežádoucí a mluvíme o komplikaci očkování.

Problém vedlejších reakcí provází BCG vakcinaci již od dob, kdy se vakcína podávala orálně a kdy byly v této souvislosti popisovány hnisavé otitidy, retrofaryngeální abscesy a krční lymfadenitidy. Přesto jsou postvakcinační reakce vzhledem k vážnosti TBC onemocnění nevýznamné a neuvažuje se o ukončení kalmetizace.

Ke komplikaci očkování může dojít při špatné technice aplikace vakcíny, při nedostatečném naředění lyofilizované látky či při nedodržení velikosti dávky doporučené výrobcem. Vznik komplikace však rovněž souvisí s imunitním stavem jedince a především pak s typem očkovacího kmene.

Za posledních deset let se u nás vyměnily čtyři typy očkovací vakcíny proti tuberkulóze.

Do roku 1993 se používala ruská očkovací látka, která vykazovala větší podíl vedlejších reakcí než předchozí vakcína česká, především více reagovala v místě inokulace vakcíny a na rozdíl od české vakcíny způsobovala i kolikvaci svodné mízní uzliny či jiné komplikace, jako například ostitidy.

Od roku 1993 se začalo u nás s očkováním BCG vakcínou firmy Behring (BCG Vaccine 500 Behring). Po několika měsících používání této vakcíny bylo zřejmé, že je reaktogennější než je žádoucí. Především přibýlo zkolikvovaných mízních uzlin, podle našich zkušeností to bylo šestinásobně ve srovnání s ruskou očkovací látkou. Proto se od 1.7.1996 přešlo na vakcínu téže firmy, avšak slabší (BCG Vaccine Behring). Vedlejších reakcí včetně zkolikvovaných uzlin mírně ubylo.

Firma Behring však postupně výrobu vakcíny zrušila a tak se od konce roku 2000 začalo očkovat dánskou vakcínou SSI. Výskyt zkolikvovaných uzlinových reakcí opět stoupl a to téměř dvojnásobně.

Přesto, že je postvakcinační lymfadenitida relativně častá, činí ještě některým pediatrům obtížné diagnózu stanovit. Ne vzácně k nám přichází děti se zkolikvovanou uzlinou, které byly opakovaně sérologicky vyšetřeny v rámci diferenciální diagnostiky uzlinového syndromu a užívaly širokospektrá antibiotika, nebo byly odeslány na chirurgii k extirpaci uzliny či dokonce na onkologii s podezřením z malignity.

Diferenciální diagnostika zánětlivého uzlinového syndromu je velmi široká.

Příčina může být v **bakteriální infekci** vyvolané stafylokoky nebo streptokoků skupiny A. Zvětšení uzlin provází brucelózu, leptospirozu či listeriózu. Často zvětšená uzlina kolikvuje při tularémii nebo felinóze – nemoci z kočičho škrábnutí. Infekce luetická či vyvolaná *B. anthrax* by byla spíše raritní. Naproti tomu infekce atypickými a tuberkulózními mykobakteriemi, včetně BCG kmene odvozeného od *M. bovis* způsobí uzlinovou reakci spíše pravidelně.

Zánětlivé zvětšení uzliny může mít i původ v **mykotické infekci**, jako je například *Candi-*

da albicans, *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides immitis* či *C. neoformans*.

Uzlina se může zvětšit a dokonce i kolikvovat při **chlamydiovém zánětu** vyvolaném *Chl. pneumoniae*.

Zvětšené lymfatické uzliny jsou obvykle patrné při **virové infekci** jako jsou spalničky,

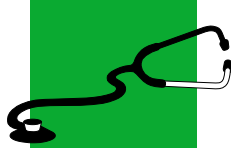


zarděnky, RS viroza, adenoviroza, infekce virem EBV a cytomegalovirem a dalšími herpetickými viry – HSV 1 a 2, HHV6. Po iniciální expozici virem HIV se objeví uzlinový syndrom.

Z parazitálních nákaz je to především *Toxoplasma gondii*, která má za následek lymfadenitidu.

Nejčastější příčinou uzlinového syndromu u nás je toxoplazmóza, avšak ta nemá tendenci ke kolikvaci. Navíc děti kojeneckého věku se zpravidla dosud touto infekcí nepromoňují. Uzliny při virových onemocněních rovněž nekolikvují. Ze všech uvedených etiologických agens má sklon ke kolikvaci uzlina při bakteriálním zánětu vyvolaném tularémií, felinózou a stafylokokovou nebo streptokokovou a dále pak mykobakteriální infekcí. Protože v tak útlém dětském věku jiný specifický zánět uzliny než BCG kmenem je málo pravděpodobný, ani tularémií a felinózou kojenci zpravidla nestonávají, zůstávají nám v diferenciálně diagnostické rozvaze proti sobě záněty vyvolané Gram pozitivními koky, z nichž v posledních třech dekádách je na prvním místě *Stafylococcus aureus* a BCG vakcínou.

Klinické rozdíly mezi oběma postiženími podle našich dosavadních zkušeností jsou uvedeny v následujícím přehledu.



■ Nespecifická bakteriální lymfadenitida

Je lokalizovaná nejčastěji submandibulárně, může být i jinde na krku či v axile, nepreferuje však jen levostrannou lokalizaci jako BCG reakce. Věk dítěte není typický. Snad nejčastěji jde o batolata anebo děti předškolní, ani kojenci však nejsou výjimkou. Začátek je vždy akutní, náhlý, s teplotou. Může být i zimnice s třesavkou, jak je u bakteriálních infekcí typické. Uzlina je výrazně bolestivá, kůže nad ní pravidelně zarudlá a jsou výrazné zánětlivé markery.

■ BCG lymfadenitida

Je pouze na straně očkování, vlevo, nejčastěji je postižena axila, méně často oblast klíčku či krku. Výskyt zkolikvovaných uzlin může být výjimečně mnohočetný. Obvykle nevzniká před 2. měsícem věku, nejčastěji je to mezi 3.-5. měsícem věku dítěte. Ani pozdější výskyt však není výjimkou. Nejstarší dítě s BCG zkolikvovanou axilární reakcí, které jsme měli možnost ošetřovat, bylo 27měsíční. Reakce po primovakcinaci však nepřesa-

huje batolecí věk. Často jsme vídali reaktivaci již zhojené BCG reakce po zahájení očkování DTP. Po současném očkování vakcínou TETRActHib to vídáme ještě častěji. Zda je to jiným typem vakcíny nebo posunutím začátku dalšího očkování po kalmetizaci o 3 týdny dopředu je otázkou. Zkolikvované uzliny po revakcinaci jsou spíše raritní.

Rozvoj příznaků provázejících BCG uzlinovou reakci je pozvolný, průběh je vždy afebrilní, bez alterace celkového stavu dítěte a bez vzestupu zánětlivých markerů. Uzlina spontánně není bolestivá, dítě nereaguje bolestivě ani při palpaci uzliny. Při palpaci zkolikvovaná uzlina pruží, je jako „gumová“. Kůže nad uzlinou bývá zpravidla zarudlá jen před chystanou perforací. UZ vyšetření změní velikost uzlinové reakce a je tak možno monitorovat progresi či ústup změn. UZ ne vždy však kolikvací potvrdí a není nutné proto ultrasonografií BCG uzliny provádět rutinně. Občas se stane, že BCG uzlina zkalifikuje. Bývá to pak náhodný nálezný na rentgenovém snímku hrudníku a tento nálezný nevyžaduje žádný další postup či sledování.

Zkolikvovaná uzlina se nemá nechat perforovat spontánně, nýbrž se má provést punkce silnější jehlou. V žádném případě nepatří uzlina do rukou chirurga. Po chirurgické exstirpaci či incizi se stejně tak jako po spontánní perforaci častěji tvoří dlouho se hojící píštěle nebo i větší dilacerace. Jen výjimečně, u rozsáhlejších reakcí, je nutno podat chemoprophylaxi, ke které se používá Nidrazid v dávce 5mg/kg váhy v jedné denní dávce.

Každá nežádoucí pookčovací reakce, tedy i zkolikvovaná BCG uzlina, podléhá hlášení, které se podává na tiskopise „Hlášení podezření na nežádoucí účinek léčiva“ na adresu MUDr. Eva Vítková, CSc., SÚKL, Šrobárova 48, 100 41 Praha. Opis hlášení je vhodné odeslat i na příslušné kalmetizační pracoviště. Kalmetizační sestry komplikaci zapíší do kalmetizační karty a dítě by pak více nemělo být revakcinováno.

Literatura u autorů.

BOIRON - C. E. D. H.

(Středisko vzdělávání a rozvoje homeopatie se sídlem v Paříži)

HOMEOPATICKÉ SEMINÁŘE pro lékaře, farmaceuty a veterináře

školní rok 2002/2003; vždy sobota 9.00 - 17.00, neděle 9.00 - 17.00

Přednášející: čeští i francouzští lékaři

SEMÍNÁŘE I. CYKLU - moderní styl výuky - elektronická prezentace

Příspěvek účastníka: 2.100,- Kč/rok (1. den 1. sem. ZDARMA)

	Praha	Hradec Králové	Brno	Ostrava
1. seminář	12.- 13. 10. 02	09.- 10. 11. 02	05.- 06. 10. 02	09.- 10. 11. 02
2. seminář	16.- 17. 11. 02	04.- 05. 01. 03	23.- 24. 11. 02	07.- 08. 12. 02
3. seminář	18.- 19. 01. 03	08.- 09. 02. 03	11.- 12. 01. 03	25.- 26. 01. 03
4. seminář	22.- 23. 02. 03	01.- 02. 03. 03	15.- 16. 02. 03	08.- 09. 03. 03
5. seminář	22.- 23. 03. 03	05.- 06. 04. 03	15.- 16. 03. 03	05.- 06. 04. 03
6. seminář	26.- 27. 04. 03	17.- 18. 05. 03	12.- 13. 04. 03	24.- 25. 05. 03

SEMÍNÁŘE II. CYKLU

Příspěvek účastníka: 2.100,- Kč/rok (1. den 1. sem. ZDARMA)

Praha	Brno
19.- 20. 10. 02	05.- 06. 10. 02
30.11.- 1. 12. 02	11.- 12. 01. 03
18.- 19. 01. 03	15.- 16. 02. 03
22.- 23. 03. 03	15.- 16. 03. 03
17.- 18. 05. 03	24.- 25. 05. 03

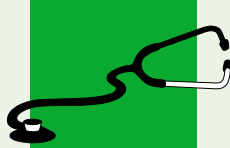
a dále: SPECIALIZAČNÍ SEMÍNÁŘE a regionální setkání

Výuka probíhá ve 20 zemích světa.

Homeopatický diplom je uznávaný Celostátní radou francouzské lékařské komory

V případě Vašeho zájmu kontaktujte:

BOIRON CZ, Pobřežní 3, 186 00 Praha 8, tel.: 02/24835090-1, fax: 02/22326502, e-mail: iz@boiron.cz



Příběh dvou dětí s kloubním postižením

Jak to vidí pediatrický revmatolog

Doc. MUDr. Jozef Hoza, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN v Praze

Po domluvě se zástupci redakční rady VOXu předkládám dvě kazuistiky z běžné ambulance dětské revmatologie naší kliniky, které podle mne stojí za komentář či zamýšlení. Odbornou stať na téma revmatických nemocí u dětí jsme nedávno ve VOXu uvedli (viz článek MUDr. Pavly Doležalové, CSc. a MUDr. Dany Němcové).

■ Kazuistika č.1

12-letý chlapec dosud zdravý, s normálním vývojem, jen od školního věku trvale mírně nadváha. Rodiče a sourozenci jsou zdraví, v širší rodině není žádná závažná nemoc. V polovině července 2002 při běhání kolem bazény na koupališti uklouzl a upadl na pravé koleno. Po pádu se objevila velká bolest v kolenní, nemohl kolenem hýbat, česka byla nápadně posunuta do strany. Šlo nejspíše o luxaci česky. Náhodně přítomná zdravotní sestra manévrem česku vrátila do střední polohy a chlapec byl převezen k dalšímu ošetření na ambulanci dětské chirurgie. Chlapec byl přijat, na nativním snímku kolena nebyly zjevné traumatické změny na skeletu. Byl na lůžku, dostal ortezu, analgetika, koleno bylo „laserováno“ (podle propouštěcí zprávy z chirurgie). Po týdnu byl propuštěn, koleno bylo ale stále mírně oteklé, navíc se objevil i otok na zadní straně bérce pod nemocným kolenem. Další ambulantní péče na chirurgické ambulanci spočívala v opakované aplikaci laseru, která byla ale bez efektu, koleno a lýtko bolelo stále více a otoky postižených míst se zvětšovaly. Za 4 dny po propuštění se otok bérce zvětšil a tak chirurg doporučil sonografické vyšetření žilního systému pravého bérce a nohy, při kterém byla zjištěna obliterace hlavního žilního systému v oblasti pravého bérce. Pro podezření z flebotrombozy v popliteální oblasti pravé nohy byl přeložen po domluvě s pediatrickým konziliářem z těžce nemocnice na naší kliniku k trombolýze a antikoagulační léčbě.

Při přijetí si stěžoval na výrazné bolesti v pravém kolenní, lýtku. Koleno bylo oteklé v celém rozsahu, teplé, popliteální jamka promínovala, prosvítala lividní barva, prominence jevila fluktuaci, koleno bylo možné plně extendovat, ale flexe nad 75 stupňů byla značně bolestivá. Pravý bérce v celém rozsahu oteklý, obvodem o 4 cm větší než levý, ale nebolestivý na pohmat. Pravý kotník nebyl oteklý, při dorzální flexi ale bolestivé napětí v lýtku. Pulzace a dorsalis pedis hmatná ale méně než vlevo. Teplota kůže nohy byla normální. Uzliny v tříslech ani jinde nebyly zvětšené.

Laboratorně byla zvýšená FW 37/63, KO a dif však normální, CRP mírně zvýšené. Koagulační vyšetření bylo zcela normální.

Vzhledem k tomu, že v lokálním nálezu dominovalo více postižení kolena než ostatních struktur jak je tomu při klasické žilní obliteraci trombozou, zvažovali jsme možnost postraumatické synovity kolena nebo přetrvávajícího hemartrosu. Náplň kloubu mohla být extrémně velká sama o sobě může způsobovat zevní útlak popliteálních žil. Tato rozvaha vedla k tomu, že jsme nezačali s trombolýzou a antikoagulační léčbou jak doporučovali chirurgové a pediatři konziliáři, ale indikovali jsme magnetickou rezonanci kolena. Ta naše podezření potvrdila. Na MRI pravého kolena byly výrazné traumatické změny – leze mediálního menisku 3. stupně, masivní hydrops kolenního kloubu, Bakerova pseudocysta v podkolenní jamce velikosti 16x34 mm, posttraumatická změna předního zkříženého vazy, edém patyly bez porušení kontinuity, posttraumatická změna proximální chrupavky tibie.

Obliterace žilního řečiště bérce způsobil útlak nadměrného množství tekutiny v kolenním kloubu, které vzniklo podceněním možnosti devastujících traumatických změn kolena při obyčejném pádu s možnou luxací česky a normálním rtg nálezu kostěných struktur kolena. Chlapec byl předán za něko-

lik hodin po přijetí k nám na dětskou chirurgickou kliniku, kde po konzervativní léčbě se trauma kolena zahojilo a je nyní v rekonvalescenci.

Z této kazuistiky vyplývá několik poznatků pro praxi:

1) I zdánlivě nevinný pád na koleno může způsobit rozsáhlé traumatické změny měkkých tkání kolena, které nemají žádný odraz na nativním rtg snímku kolena.

2) Týká se to zejména dětí s nadváhou nebo kloubní hypermobilitou.

3) Náplň kolenního kloubu tekutinou (krev, synoviální tekutina při zánětu nebo přetížení) může být tak velká, že způsobí útlak žil v podkolenní jamce.

4) Ne každá porucha žilního průtoku je způsobena trombozou či jinou žilní obliterací.

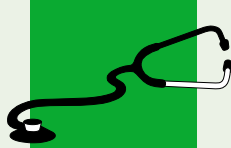
5) Po týdnu trvající náplň kolenního kloubu může dojít k iritaci synovie s hyperprodukcí tekutiny a laboratorním známkám zánětu (FW, CRP). V této fázi je indikováno podrobné vyšetření zaměřené na širokou diferenciální diagnostiku. Postižení měkkých tkání zobrazí nejlépe MRI (případně i s kontrastem).

6) Základem je ale pozorné fyzikální vyšetření. Pokud by je provedl chirurg nebo pediatr-konziliář, asi by mu neuniklo, že koleno jeví výraznou náplň a funkční postižení, že proti klasické tromboze svědčí otok jen horní části bérce a nikoliv na periferii, že je normální teplota i zbarvení kůže.

7) Zvýšená FW a CRP nemusí vždy znamenat pouze zánět či infekci.

■ Kazuistika č.2

5 roků starý chlapec má v rodině tetu s psoriázou, v kojeneckém a batolivém věku byl zdravý. Od 3 let po nástupu do mateřské školky se u něj projevila vyšší frekvence respiračních infekcí, které nebyly komplikovány. V posledním roce ho opakovaně kouslo klíště. Kolem 3. roku věku se u něj objevily bo-



lesti chodidel, zejména při delších vycházkách a praktický dětský lékař poslal chlapce na vyšetření na ortopedickou ambulanci. Ortoped konstatoval ploché nohy a coxa valga a doporučil ortopedické vložky. Toto opatření vedlo k zlepšení, které vydrželo asi rok a půl. Začátkem března 2002, (tj. ve 4,5 letech), se objevily bolesti nad oběma koleny, hlavně v noci, jejichž intenzita byla tak velká, že výrazně omezovala chůzi. Opět vyšetřen na ortopedii, kde upozorněn na patologický pohybový stereotyp při lezení, neopíral se o dlaně, ale o zavřené pěsti. Byla doporučena rehabilitace. Toto opatření však nepomáhalo, bolesti se přesouvaly do kolenou, byla nápadná ztuhlost zejména ráno a v noci, když se probudil. Zhoršovala se fyzická zdatnost. Byl unaven i po menší fyzické zátěži, stále afebrilní. Pro tyto obtíže ho opakovaně viděl ortoped v místě bydliště, který doporučoval pouze rehabilitaci. V červenci 2002 vyšetřen na ambulanci dětské ortopedické kliniky, kde byly provedeny rtg snímky kolenních kloubů. Na popisu dominovalo prořidnutí kostních struktur, zejména v laterálních částech kondylu femuru a výrazné kalkaneo-valgózní postavení na obou stranách. I tam doporučeny pouze nové ortopedické vložky. V srpnu 2002 se rodiče obrátili s obtížemi svého syna tentokrát na dětského neurologa, protože se jim zdálo, že chlapec ztrácí svalovou sílu, je méně komunikativní a měli obavy z nějakého neurologického postižení. Dětský neurolog při ambulantním vyšetření konstatoval, že příčinou svalové slabosti a poruch hybnosti je spíše bolestivá manipulace téměř se všemi klouby. Proto požádal o vyšetření v revmatologické ambulanci naší kliniky. Při revmatologickém vyšetření dominoval obraz středně pokročilého polyartikulárního postižení. Chlapec při chůzi velmi opatrně našlapuje, chodí kolébavě a šetří všechny klouby dolních končetin, předklon provede jenom v náznaku, dřep odmítá pro bolest. Ze židle se zvedá velmi opatrně a pomalu, ruce zvedá nad hlavu, ale flexe v loktech je omezena, pěsti nedovře úplně ani na jedné ruce. Na krční páteři omezení rotací, záklon bolí. Malé klouby rukou jsou mírně zduřelé, totéž zápěstí, funkčně velmi omezené. Velké klouby rukou jsou teplejší. Na dolních končetinách je značné omezení v levé kyčli, kolena jsou prosáklá, teplá, bleďá, není výpotek. Flexe maximálně do 70ti

stupňů. Kotníky jsou lehce valgózní, svalstvo stehen a lýtek chabé. Fyzikální nález na hrudníku a břiše byl normální.

Chlapce jsme pro podezření na polyartikulární formu juvenilní idiopatické artritidy přijali na kliniku k dalšímu vyšetření.

V průběhu vyšetření byla středně zvýšená FW, hypochromní anémie, CRP negativní, na RTG úbytek kostního minerálu, který je potvrzen denzitometricky, v imunologickém profilu nebyly žádné závažnější změny, infekce nebyla potvrzena ani kultivací ani serologií. RTG kyčlí: mírná eroze levé hlavice, jinak žádné větší strukturální změny. EMG vyšetření: vyloučena svalová nebo neurogenní příčina obtíží.

Na základě vývoje příznaků klinického vyšetření, přes chudé laboratorní podklady, soudíme, že jde o plíživý rozvoj polyartikulární formy juvenilní idiopatické artritidy. Příznaky nemoci se velmi rychle zlepšily po úvodní pulzní léčbě metylprednizonem a u chlapce jsme zahájili bazální léčbu metotrexátem. Matka zvládá i rehabilitační péči a chlapec je nyní v domácím ošetření výrazně zlepšen.

Z této kazuistiky vyplývají následující poznatky:

1) Bolesti v končetinách u dětí předškolního věku jsou časté a většina dětí je po prvním vyšetření u praktického dětského lékaře poslána k ortopedům. Hodně rodičů těchto dětí se již na PLDD neobrací s těmito obtížemi a zůstávají v péči ortopedů. Diferenciální diagnostika těchto obtíží v ortopedické ambulanci je přes mnohá upozornění a diskuze soustředěna více na trauma nebo vrozenou vadu než na širokou škálu jiných příčin. To se stalo i v našem případě, kde nemoc postupně dospěla do pokročilého stádia pod dohle-

dem ortopedů. PLDD se uspokojil s tím, že dítě je v péči specialisty.

2) Kloubní postižení, zejména polyartikulární, které začíná v raném věku, může dítě interpretovat velmi pestře. Nejčastěji je to bolest v celé končetině, zvýšená únava a intolerance i běžné zátěže, svalová slabost, ztráta zručnosti vyžadující dobrou hybnost malých ručních kloubů. Dítě, které se předtím samo obléklo a zavázalo si tkaničky na botě, najednou tyto dovednosti ztrácí. Rodiče a často i pediatr se s touto anamnézou obrací na neurology, tam dítě absolvuje řadu vyšetření a zpoždění správné diagnózy může narůstat. Naštěstí v našem případě neurolog dítě pozorně vyšetřil a správně posoudil zdroj obtíží.

3) U předškolních dětí má i polyartikulární forma juvenilní idiopatické artritidy (JIA) velmi malou laboratorní symptomatologii. Proto je vhodné dítě s výše uvedenými příznaky velmi pečlivě vyšetřit fyzikálně a hodnotit velmi podrobně anamnezu. O psoriase v rodině jsem se dozvěděl až po opakovaném dotazu, ztuhlost při nočním probuzení na vyčůrání byla interpretována jako rozespalost – to jen pro doplnění. Při rozpacích je u bolestí v končetinách nebo osovém skeletu namísto oslovit nejen ortopeda ale také dětského revmatologa.

4) PLDD musí požadovat na specialistovi zprávu z každé ambulantní kontroly aby mohl skutečně vést dítě, které má v péči jako registrující lékař. Specialista je povinen písemnou formou informovat poukazujícího lékaře o nálezech a doporučeních u nemocného, i když zůstává v jeho dlouhodobé specializované péči.

SEPA 2002 ESAP

13th CONGRES OF THE EUROPEAN SOCIETY
OF AMBULATORY PEDIATRICS

24, 25 - 26 October 2002

Upozornění:

Žádáme přihlášené lékaře, aby kontaktovali Centrum,
tel.: 267 184 065 za účelem koordinace cestovních nákladů.



Vzhledem ke zhoršení epidemiologické situace a k možnému rozšíření tohoto onemocnění v souvislosti s povodněmi v České republice zařazujeme aktuálně tento článek.

Redakční rada VOX

Leptospiróza

Doc. MUDr. Jiří Vaništa, CSc.

Katedra infekčních nemocí IPVZ a Infekční klinika FN Na Bulovce, Praha

Původcem leptospirózy je více než 250 sérovarů spirochety rodu *Leptospira*. Jde o spirální pohyblivé bakterie vyskytující se ve vodě a bahnitě půdě. Zdrojem nákazy jsou zvířata, především hlodavci (potkan, myš, hraboš), ale i vepř, skot nebo pes, která dlouhodobě vylučují leptospiry močí. Nákaza se vyskytuje celosvětově. V ČR je v posledních letech hlášeno ročně 10 až 100 leptospiróz. Nutno však předpokládat, že lehké formy nemoci probíhající pod obrazem chřipkovitého onemocnění často unikají etiologické diagnóze i hlášení. K nákaze dochází především v teplém období roku a je častější u dospělých než u dětí. Na území ČR se vyskytuje 7 sérovarů leptospir uvedených v tabulce 1. V loňském roce 68% nákaz způsobila *L. grippotyphosa*, 12% *L. icterohaemorrhagiae* a 7% *L. sejroe*. Výskyt nákazy ovlivňují dva faktory. Prvním je periodické přemnožování rezervoárových drobných hlodavců a druhým jsou záplavy postihující v poslední době větší či menší oblasti ČR. Před pěti lety při povodních na Moravě se nemocnost leptospirózou v ČR několikanásobně zvýšila a dvě třetiny hlášených případů se vyskytly v zaplavených oblastech. Vehikulem nákazy je voda kontaminovaná výkaly infikovaných zvířat. Do záplavové vody se leptospiry dostávají vypláchnutím hlodavčích výkalů ze sklepů a kanálů. Riziko nákazy se zvyšuje po opadnutí vody, kdy se lidé brodí v loužích, zatopených sklepech a v bahně. Ve vlhké půdě či povrchové vodě leptospiry přežívají několik měsíců. K nákaze člověka dochází stykem poraněné kůže či neporušené sliznice s kontaminovanou vodou, půdou a nebo požitím kontaminované potravin. K nákaze může dojít i pokousáním či poškrábáním infikovaným zvířetem. Onemocnění mělo dříve profesionální charakter a často onemocněli řezníci, zootechnici, pracovníci kanalizace nebo zemědělci. V současnosti má nákaza

spíše rekreační charakter a onemocní lidé, kteří pobývají v přírodě při stanování, chalupařství nebo rybaření. V epidemiologické anamnéze nemocných osob dětského či dorostového věku často zjišťujeme údaj o koupání v rybníku, vodní nádrži či v řece, o vodní turistice, vodáckém sportu, lovu ryb, kempování a nebo pití vody z nezajištěného zdroje. Po onemocnění vzniká sérovarově specifická imunita a opakované nákazy jiným sérovarem jsou možné. K mezilidskému přenosu nákazy nedochází.

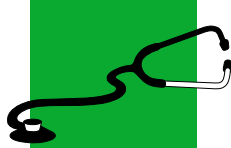
Klinický obraz je necharakteristický a podle převažující symptomatologie se onemocnění zprvu považuje za chřipku, horečku neznámého původu, meningitidu, nefritidu či hepatitidu. Klinické projevy kolísají od asymptomatické nákazy přes lehké chřipkovité onemocnění (časté u dětí) k závažnému klinickému obrazu se selháním ledvin, ikterickým poškozením jater, meningoencefalitidou, krvácivými projevy a rychlým rozvojem šoku. O závažnosti nemoci rozhodují infekční dávka, sérovar a virulence původce, vstupní brána nákazy a obranyschopnost napadené-

ho organismu. Těžší průběh je častější u osob vyššího věku a nebo u nemocných jiným vlekým onemocněním.

Inkubační doba je 1 až 2 týdny s krajním rozmezím 2 – 26 dnů. Průběh nemoci je často dvoufázový. V první fázi vznikají náhle horečka, často se zimnicí a třesavkou, bolesti hlavy, překrvení spojivek až subkonjunktivální hemoragie a bolesti ve svalech zejména zad, břicha a lýtek. Nemocný mívá nauzeu a zvrací. Po této fázi trvající 4 až 8 dnů horečka na dobu 1 až 3 dnů mizí. Následuje druhá fáze, kdy teplota krátce znovu stoupá a objevují se příznaky zánětu mozkových blan nebo poruchy funkce ledvin či jater. Všeobecně se rozlišují dvě klinické formy: **ikterická a anikterická**. Vzácnější **ikterická forma** má těžší průběh a charakterizují ji parenchymová žloutenka, ledvinná nedostatečnost, krvácivé a kardiální příznaky. Klinický obraz popsal v roce 1886 Weil a proto se označuje jako **Weilova nemoc**. Klinický obraz však mohou vyvolat vedle původně prokázané *L. icterohaemorrhagiae* i jiné sérovary leptospir a proto jí dnes nazýváme spíše **Weilovým**

tab. č. 1

Leptospirózy vyskytující se v ČR		
Původce (sérovar)	Rezervoár nákazy	Způsob nákazy
<i>L. icterohaemorrhagiae</i> <i>L. copenhageni</i>	potkan (pes, vepř, liška, hraboš vodní)	práce na jatkách, v kanálech, stokách, pokousání potkanem, koupání
<i>L. grippotyphosa</i>	hraboš polní (myšice, hryzec, vepř, dobytek)	pobyt v přírodě, koupání ve stojaté vodě, stanování, žně, sklizeň sena
<i>L. sejroe</i>	myš domácí	
<i>L. pomona</i>	vepř (dobytek, králík, potkan, myšice)	ošetřování a porážka vepřů
<i>L. sorex</i>	rejsek	pobyt v přírodě
<i>L. bratislava</i>	ježek (prase)	pobyt v přírodě



syndromem. V poslední době se v rámci Weilova syndromu zjišťuje i postižení plic v podobě hemoragické pneumonie. Smrtelnost stoupá s věkem a blíží se 10 %. U přeživších nemocných se postižení ledvin i jater zpravidla zhojí a nevede k chronickému poškození těchto orgánů.

Častější **anikterická forma** probíhá buď jako necharakteristické chřipkovité horečnaté onemocnění („letní chřipka“) nebo pod obrazem serózní meningitidy až meningoencefalitidy. Původcem je nejčastěji *L. grippotyphosa* a onemocnění se označuje jako **polní, žňová** či **blatácká** horečka. I u této formy však často nalezneme laboratorní známky lehkého poškození ledvin (proteinurie, erythrocyturie, cylindrurie) a jater (mírné zvýšení aktivity jaterních enzymů v séru bez zvýšení hladiny bilirubinu). Na kůži se může objevit prchavý makulopapulózní exantém a u dětí bývá krční lymfadenopatie.

Laboratorně charakterizují leptospirózu vysoká hodnota sedimentace erytrocytů, zvýšená hladina C-reaktivního proteinu v séru, leukocytóza a laboratorní známky postižení ledvin a jater. Aktivita sérových aminotrans-

feráz na rozdíl od virové hepatitidy však bývá jen mírně zvýšena a to i při vysoké bilirubinémii. Zpravidla nalézáme zvýšenou aktivitu sérové kreatininkázy v důsledku poškození svalů a někdy i hyperamylázemii svědčící pro lézi pankreatu. Diagnózu ověří průkaz specifických protilátek v séru nemocného **mikroaglutinačně lytickou reakcí**. Protilátky vznikají obvykle ve 2. týdnu nemoci, vrcholí kolem 3. měsíce a v nízkých titrech přetrvávají léta. Za pozitivní se považuje titer 1:400 a na vrcholu nemoci titry dosahují tisícových hodnot. Při včasném zahájení antibiotické léčby a u těžkého průběhu nemoci bývá tvorba protilátek opožděna. Proto je třeba krev na sérologické vyšetření u podezřelých případů odebrat opakovaně.

Při diferenciální diagnostice je podle převažující symptomatologie třeba odlišit „letní chřipku“ jiné etiologie (zejména enterovirové), serózní meningitidu způsobenou jiným původcem, u renální formy epidemickou nefropatii způsobenou hantaviry a u ikterické formy virovou hepatitidu.

Lehké průběhy leptospirózy léčíme symptomaticky. U těžších průběhů podáváme do-

xycyklin nebo amoxicilin per os v běžných dávkách po dobu 7 dnů. Nemocné s meningeální, renální či ikterickou formou hospitalizujeme. Zahájíme-li chemoterapii do 5. dne nemoci, můžeme průběh nemoci zkrátit a předejít rozvoji orgánových komplikací. V rekonvalescenci sledujeme ústup klinických i laboratorních nálezů svědčících pro poškození nervové soustavy, jater a ledvin. Vzhledem k možnému výskytu pozdních komplikací zejména očních a srdečních rekonvalescenty dispenzarizujeme. Onemocnění podléhá povinnému hlášení. V prevenci jsou důležité zachovávání předpisů bezpečnosti práce na rizikových pracovištích (jatká, stáje, kanalizace), pravidelná deratizace objektů i kanalizační sítě a dodržování základních hygienických pravidel při pobytu v přírodě (nepít vodu z nezajištěných zdrojů, neplavat ani se nebrodit v kontaminované vodě). Při práci v ohnisku nákazy je možná chemoprofylaxe doxykylinem.

Literatura u autora

Terapie akutních infekčních gastroenteritid – současná doporučení

Za Pracovní skupinu dětské gastroenterologie a výživy Čs. pediatrické společnosti

MUDr. Radana Kotalová, CSc., doc. MUDr. Jiří Nevorál, CSc.

I. dětská klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy při Čs. pediatrické společnosti seznamuje pediatrickou veřejnost s posledními doporučeními pro terapii akutních gastroenteritid, které byly vypracovány Evropskou společností pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHAN). Tato doporučení byla připravena počátkem 90. let a v dalších letech potom ještě upravována. **Bohužel, na jaře 2002 se dostal do oběhu osvětový materiál „Průjem kojenců a batolat“, vydaný Státním zdravotním ústavem, který soudobá doporučení nerespektuje a stále vychází z terapie založené na čaji a mrkvovém odvaru a pozvolné realimentaci – tak, jak bývalo uvedeno v učebnicích**

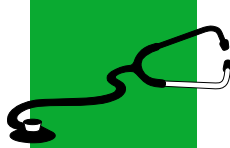
60. let. Materiál neinformuje o glukózových nebo rýžových perorálních rehydratačních roztocích, na nichž je současná moderní terapie průjmových onemocnění založena. To vede ke špatné a nedostatečné informovanosti rodičů a k situacím, kdy lékař musí vysvětlovat v čem a proč se jeho doporučení liší od zastaralého letáku. Z těchto důvodů a pro lepší informovanost pediatrické veřejnosti zveřejňujeme poslední doporučení, tak jak jsou používána v evropských zemích.

Akutní infekční gastroenteritidy jsou stále jedním z nejčastějších onemocnění dětí, jsou i častým důvodem k hospitalizaci. Ta se týká hlavně dětí mladších dvou let. V rozvinutých

zemích mají gastroenteritidy většinou lehký průběh s malým nebo žádným dopadem na stav hydratace, ale mohou vést i k těžké dehydrataci (ztrátě vody a iontů) s mnohými závažnými následky.

O průměru hovoříme v situaci, kdy objem stolice přesahuje 10 ml/kg/den, resp. kdy dítě má tři řídké až vodnaté stolice během 24 hodin. Dehydrataci jsou nejvíce ohroženi kojenci mladší 12 měsíců pro velký tělesný povrch a zvýšený sklon ke zvracení. Rozvoj dehydratace hrozí, jestliže dítě má za 24 hodin více než 8 stolic a více než 2x zvrací. Riziko se zvyšuje v případě podvyživeného nebo jinak závažně nemocného dítěte.

Akutní infekční gastroenteritidy u dětí nej-



tab. č. 1

Hodnocení stupně dehydratace			
Dehydratace	Lehká	Střední	Těžká
ztráta hmotnosti	< 5%	5-10%	> 10%
celkový stav	při vědomí žížeň, neklid	velký neklid nebo ochablost	somnolence, chladná periferie
kožní turgor	normální až lehce snížený	snížený	stojící kožní řasy
sliznice	vlhké	suché	výrazně suché
fontanela	v niveau	pod niveau	výrazně pod niveau
oči	v niveau ev. lehce halonované	halonované	výrazně halonované
slzy	přítomny	chybějí	chybějí
množství moči	normální	oligurie	oligurie nebo anurie

častěji způsobují enteropatogenní viry (rotaviry, Norwalk-like viry, adenoviry, kalikoviry). Vyvolavatelé bakteriálních průjmů v rozvinutých zemích jsou salmonely, *Campylobacter jejuni*, *E.coli* enterotoxické nebo enteroinvazivní, yersinie, jen výjimečně shigely. Z parazitárních agens se uplatňují hlavně cryptosporidie a lamblie. Většina gastroenteritid je limitována sama sebou, dostatečná hydratace zajistí podmínky vyloučení agens z napačeného organismu.

Léčba akutních průjmových onemocnění je proto založena na rychlé perorální náhradě ztrát vody a elektrolytů (**rehydratace**) s event. korekcí acidózy a na včasném podání výživy ve formě dobře tolerovaných potravin (**realimentace**) s cílem zabránit dalšímu poškození střevní sliznice a rozvoji chronických průjmů.

Úspěch léčby akutních gastroenteritid v rozvinutých zemích je založen na respektování těchto pravidel:

1. užití perorálních hypotonických rehydratačních roztoků (ORS) (Na⁺ 60 mmol/l, glukóza 74 - 111 mmol/l)
2. rychlé orální rehydrataci během 4 hodin
3. rychlé následné realimentaci běžnou stravou
4. podávání speciálních dietetik nebo ředěné stravy není opodstatněno
5. kojení není přerušováno
6. průběžné hrazení dalších ztrát vody a iontů perorálními rehydratačními roztoky
7. medikamentózní terapie není potřebná

Akutní gastroenteritidy lze většinou řešit ambulantně, vždy ale pod vedením lékaře.

Léčba je doporučována dle stavu hydratace dítěte (resp. míry jeho dehydratace). Stav s těžkou (event. i střední) dehydratací je nutné vždy hospitalizovat. Také děti, které zvracejí, bývají na dětské oddělení přijímány dříve a častěji, než ty, u kterých v příznacích onemocnění převládají průjmy.

■ Rehydratace

Určení stavu hydratace - resp. stupně dehydratace (pokud není k dispozici znalost hmotnosti z předchozích dnů) je možné podle kritérií uvedených v tabulce č. 1. Lehká dehydratace nastává, když ztráta hmotnosti je menší než 5 %, střední dehydratace mezi 5 až 10 % původní tělesné hmotnosti. Ztráty hmotnosti nad 10 % jsou již těžkou dehydratací a jsou pro dítě velmi rizikové.

Perorální rehydratační roztoky:

Terapie akutních průjmových onemocnění perorálními iontovými rehydratačními roztoky (ORS) je dlouho známa, ale až v posledních padesáti letech byly na základě vědeckých poznatků sestaveny definované ORS, které řeší akutní průjmová onemocnění i s vy-

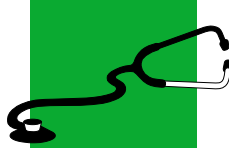
sokým stupněm dehydratace.

Nejprve za podpory WHO a Unicefu vznikl „WHO perorální rehydratační roztok“ s 90 mmol Na⁺/l, který byl určen především k léčbě cholery v rozvojových zemích. Roztok byl potom užíván i v rozvinutých zemích jak u dospělých, tak u dětí. U evropských dětí ale byly pozorovány otoky nártů a víček nebo i zvýšená dráždivost. Zjistilo se, že roztoky způsobovaly hypernatremii, protože obsahovaly více natria, než děti stolicí ztrácely. Následovala řada studií vedená Evropskou společností pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHAN), která vyústila v doporučení z roku 1992 pro perorální rehydrataci evropských dětí. V nově vytvořených tzv. ESPGHAN roztocích byla zohledněna znalost, že agens způsobující průjmy u evropských dětí vedou ke ztrátám natria jen kolem 60 mmol Na⁺/l stolice. WHO roztoky jsou proto pro vysokou koncentraci natria pro evropské děti nevhodné. ESPGHAN roztoky dále obsahují 20 mmol/l K⁺, koncentrace chloridů nemá klesnout pod 25 mmol/l.

Zásadní podmínkou účinnosti rehydratačního roztoku je přítomnost glukózy, protože umožňuje resorpci Na⁺ i při nízkých koncentracích a tedy i nízké osmolalita roztoku. ESPGHAN doporučuje koncentraci glukózy v roztoku upravit na 74-111 mmol/l, při které probíhá optimální resorpce vody. Glukóza je obvykle v roztoku jako monomér. Lze ji podávat i jako polymér, zvl. v podobě rýžového škrobu (obsahuje krátké a dlouhé polyméry glukózy a jen nepatrné množství pentóz a hemicelulózy). V rehydratačních roztocích jsou tyto polyméry velmi výhodné pro nízkou osmolalitu roztoku, větší toleranci pacientem, a protože jsou dostupné a levné. (Pozn. podávání rýžového odvaru při akutních gastroenteritidách bylo doporučováno a s úspěchem podáváno po celá desetiletí - ovšem opomíjelo se současné podání potřebných iontů!). Ce-

tab. č. 2

		Přehled složení rehydratačních roztoků	
		ESPGHAN	WHO standard
Na ⁺	mmo/l	60	90
K ⁺	mmol/l	20	20
Cl ⁻	mmol/l	>25	80
HCO ₃ ⁻	mmol/l	-	30
citrát	mmol/l	10	-
glukóza	mmol/l	74-111	111
	g/l	13,3-20	20
osmolalita	mosm/kg	200-250	331



reální škroby nejsou doporučovány pro riziko alergizace zvl. mladých kojenců. V ORS je zastoupena alkalizační složka pro léčení ev. acidózy při závažných průjmech. Pro nevhodnou chuť a další negativní aspekty do roztoku není již zařazován bikarbonát, ale je podáván citrát. Doporučené množství citrátu pro evropské děti je 10 mmol/l. Další podmínka úspěchu podání ORS je jeho hypoosmolalita, ta je doporučována v rozmezí 200–250 mosm/kg.

Při užití těchto roztoků je potřebné znát, že: ORS upravují dehydrataci a udržují hydrataci, korigují acidózu a až zprostředkovaně ovlivňují počet a objem stolic a dobu trvání gastroenteritidy.

Tolerance roztoku

Roztok je dětem slušně tolerován, úspěšně jím lze zvládat i situace, které jsou zpočátku provázené zvracením. Roztok vždy podáváme chlazený na 4 – 8 °C po lžičkách, např. po 5 – 10 minutách vždy 5 – 10 ml roztoku. Při přetrvávání zvracení nebo odmítání roztoku lze využít jeho podání po kapkách nazogastričnou sondou. To řeší situaci přirozenější cestou, než jak by tomu bylo při intravenózní rehydrataci. Roztoky ale nelze ochucovat šťávami nebo džusy, protože to vede k zvýšení osmolality – a ztrátě jejich efektu.

Velkým nešvarem je podávání nápojů typu Coca-Cola nebo ovocných džusů u batolat a dětí s gastroenteritidami. Tyto roztoky mají vysoký obsah cukrů – tedy vysokou osmolalitu, čímž zhoršují vlastní osmotický průjem a navíc prakticky neobsahují potřebné ionty k hrazení jejich ztrát. Jsou tedy k léčbě akutních gastroenteritid zcela nevhodující, u průběhů onemocnění s dehydratací jsou škodlivé! Podávání čaje také problém neřeší, protože obsahuje jen stopové množství požadovaných iontů, stejně tak i podání dostupných minerálek, navíc v obou nápojích samozřejmě chybí požadované množství glukózy a citrátu. Event. úspěchu těmito nápoji lze docílit jen u velmi lehkých onemocnění, kdy vůbec nedochází k dehydrataci dítěte – a tyto tzv. „úspěchy“ jsou potom mylně aplikovány na gastroenteritidy s dehydratací a mohou vést ke zhoršení jejich průběhu.

Na trhu v ČR je volně v lékárnách k dispozici perorální glukózový rehydratační roztok ESPGHAN s názvem Kulíšek (firma Goldim s.r.o.).

tab. č. 3

Analýza některých nevhodných nápojů k rehydrataci

Druh	pH	osmolalita mosm/kg	Na ⁺ mmol/l	K ⁺ mmol/l
Coca-Cola	2,8	469	3,0	0,1
Pepsi-Cola	2,7	576	1,0	0,1
pomerančový džus	4,0	587	1,0	46
jablečný džus	3,6	694	0,0	27,4

Rýžový rehydratační roztok lze připravit dle následující receptury:

Rp
 Natrii chlorati 1,75 g
 Kalii chlorati 1,5 g
 Natrii citrici dihydrati 2,94 g
 M.f. pulvis
 Ad sacc.pap.
 D.S. obsah sáčku rozpustit v 1 litru 5% rýžového odvaru (tj. 50 g rýže na 1 litr vody, nejlépe připravit z instantní bezmléčné rýžové kaše)

Dávkování ORS

Dávkování ORS vychází z požadavku rychlé rehydratace, která má být vyřešena během 4 hodin. Ovšem i po zvládnutí hydratace bude dále probíhat akutní průjemové onemocnění s dalšími ztrátami elektrolytů a vody, které je nutné dále průběžně hradit k udržení stavu hydratace.

U lehkých stavů dehydratace s úbytkem hmotnosti 3 – 5 % podáváme po dobu 4 hodin 30 – 50 ml rehydratačního roztoku na kg hmotnosti, u středně těžké dehydratace s úbytkem hmotnosti 5 – 10 % se po dobu 4 hodin se podává 50 – 100 ml rehydratačního roztoku na kg hmotnosti. I stavy těžké dehydratace je možné řešit ORS. Zde se podává 100 – 150 ml rehydratačního roztoku na kg hmotnosti během 4 hodin. (tab.č 4) Pro nutnost podání většího množství roztoku je možné použít nasogastričnou sondou.

Po 4 hodinách je nezbytné přehodnocení stavu hydratace lékařem. V případě, že se hydratace upravila, zahajujeme včasnou realimentaci.

tab. č. 4

Schéma dávkování ORS

stupeň dehydratace %	zvládnutí dehydratace	udržení hydratace
	ml ORS/kg/4hodiny	ml ORS/kg na každou vodnatou stolicí
< 5	30–50	10
5–10	50–100	10
> 10	100–150	10

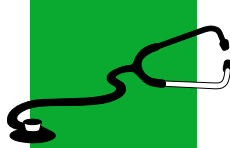
Po zvládnutí hydratace ve většině případů stále trvají průjmy a další ztráty elektrolytů a vody hradí ORS v dávce 10 ml/kg na každou vodnatou stolicí.

Jestliže přetrvávají po 4 hodinách rehydratační léčby známky dehydratace, je možné dalších 6 – 12 hodin podávat perorální rehydratační roztok. Pokud se hydratace přesto nezlepší nebo dokonce zhorší, je indikována hospitalizace a parenterální rehydratace.

Realimentace

Realimentace při akutních gastroenteritidách vychází z doporučení ESPGHAN z roku 1997 a je založena na systému časně realimentace uměle živých kojenců a starších dětí a nepřerušovaného kontinuálního kojení. Dřívější systém „čajových pauz“ resp. hladovění byl opuštěn pro častý rozvoj protrahovaných gastroenteritid a následných malabsorpčních syndromů.

Důvody, pro které se systém čajových pauz používal, byla především snaha snížit počet stolic při hladovění a omezit důsledky nepřetržitého podávání stravy. To vedlo k systému eliminace všech živin, zaživací trakt nebyl zatížen stravou a klesl počet stolic. To však neovlivní vyloučení infekčního agens z organismu, ani nevypovídá o stavu střevní sliznice. Naopak patogennímu agens je vystavena celá resorpční slizniční plocha. Proto je nutná přítomnost živin, která reguluje zvýšenou střevní permeabilitu prostřednictvím digestivních enzymů, podílí se na udržení integrity sliznice, omezuje možnost bakteriálního přerůstání a možnost rozvoje



tab. č. 5

Přehled realimentace

	0–4 hodiny	> 4 hodiny
kojené děti	mateřské mléko + ORS 10ml/kg/každou stolicí	mateřské mléko + ORS 10ml/kg/každou stolicí
nekojené děti do 1 roku	ORS 30–150ml/kg dle stupně dehydratace	původní mléko + ORS 10ml/kg/každou stolicí
starší děti	ORS 30–150ml/kg dle stupně dehydratace	mixované brambory, rýže, kukuřice jablečné, mrkvové, banánové pyré kuřecí maso, suchary, starší pečivo + ORS 10ml/kg/každou stolicí

závažné střevní léze (ev. až atrofické sliznice) vedoucí k protrahované gastroenteritidě.

K včasné realimentaci se užívají živiny, které nezatíží střevo. Realimentace prováděná již po 4 hodinách výhradního podávání ORS zajišťuje rychlejší a větší hmotnostní přírůstky, neprodlužuje trvání gastroenteritidy, nezvyšuje četnost zvracení a stolic a není příčinou laktóзовé intolerance. I během gastroenteritidy má zaživací trakt dostatečnou reziduální kapacitu k adekvátní úspěšné enterální výživě. Je resorbováno 80 – 95% cukrů, 70% tuků a 75% bílkovin.

Mateřské mléko je podáváno kontinuálně i v situaci aktuální dehydratace dítěte pro obsah látek přímo ochraňujících nebo stimulujících střevní sliznici. Jedná se o látky hormonální povahy (thyroxin, gonadotropiny, epidermální růstový faktor, prolaktin), látky antiinfekční (lysozym, laktoferin, sekreční IgA, oligosacharidy), látky obsahující nebičkovinný dusík (nukleotidy, karnitin) a volné mastné kyseliny. Dále obsahuje látky s významným příznivým efektem na metabolismus enterocytu a celé střevní sliznice (glutamin, ω -3 mastné kyseliny, vlákninu a nukleotidy).

Doporučovaná strava k realimentaci musí být dobře a snadno stravitelná, chutná, levná a dostupná. Je jí samozřejmě mateřské mléko, pokud je dítě kojeno. Uměle živení kojenčí jsou realimentováni stejnými mléčnými preparáty pro kojence na bázi kravského mléka, jakými byli živeni před onemocněním. Nutné je zachovat stejné mléko podávané před začátkem onemocnění, protože tím se předchází případnému rozvoji alergické reakce na nově podaný antigen. Mléka jsou podávána v plné koncentraci, dříve používané ředění snižuje kalorickou hodnotu a není již doporučováno.

Výhodná je příprava mlék v rýžovém odvaru, pro lepší toleranci laktózy. Do základní léčby nepatří podávání bezlaktózových mlék.

Ta jsou vhodná (Nutrilon low lactose – Nutricia, Alidiar – Heinz) jen pro děti s laktázovou deficiencí, rozvíjející se u 1 – 6% dětí především při rotavirové gastroenteritidě. Podání bezlaktózových mlék je doporučováno až po průkazu sníženého pH stolice (< 5,5) a přítomnosti redukujících látek v ní. Podání hydrolyzovaných preparátů při akutní gastroenteritidě není indikováno (naopak zvyšují osmolalitu a kojencem mohou být odmítány pro odlišné chuťové vlastnosti).

U starších dětí se v realimentaci vynechává strava s vysokým obsahem disacharidů a tuků. Je preferována mixovaná strava z brambor, rýže a kukuřice. Vhodná jsou jablečná, mrkvová a nebo banánová pyré. Dobře tolerované je kuřecí maso, suchary a starší pečivo. Realimentace je uvedena přehledně v tabulce 5.

Medikamentózní terapie

Terapie akutních enteritid vychází z předpokladu, že většina onemocnění odezní spontánně. Stav hydratace řeší ORS.

Desinficiencia, antiemetika, léky tlumící motilitu či sekreci střevní nejsou indikovány. Absorbancia nejsou nutná, ale např. podávání diosmectitumu – Smecty, pokud ji dítě přijímá, může vést k určitému snížení absolutního počtu stolic.

V současnosti je diskutováno podávání probiotik (zvl. ve formě Lactobacillus GG) v době akutních gastroenteritid, v oficiálních doporučeních však zatím není uvedeno.

Antibiotika a chemoterapeutika nejsou obecně v léčbě přínosem. Tato terapie je indikována při bakteriálních enteritidách pouze u kojenců do 4 měsíců věku a u starších dětí jsou podávána v případě imunodeficiency ev. imunosupresivní terapie nebo u velmi těžce probíhajících onemocnění jako prevence možného postižení dalších orgánů (osteomyelitida). Lékem volby je cotrimoxa-

zol. Je doporučován u enteritid, jejichž vyvolatelem jsou salmonely, yersinie, shigely, enterotoxické nebo enteroinvazivní *E. coli* po dobu 7 dnů. U průměru vyvolaných kmenem *Campylobacter jejuni* je podáván erytromycin, u enteritid vyvolaných *Clostridium difficile* vancomycin nebo metronidazol. Parazitární průjmy s nálezem *Giardia lamblia* jsou léčeny metronidazolem.

Medikamentózní terapie virových enteritid není možná.

Literatura:

- Goepf, J. G.: Hypocaloric Oral Therapy During an Episode of Diarrhea and Vomiting Can Lead to Severe Malnutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 27, 1998, s.116–117.
- Guandalini, S., Pensabene, S., Abu Zirki, M., et al: Lactobacillus GG administered in oral rehydration solution to children with acute diarrhea: a multicenter European trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 30, 2000, s. 54–60.
- Guandalini, S.: Treatment of Acute Diarrhea in the New Millennium. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 30, 2000, s. 486–489.
- Guarino, A., Albano, F.: Guidelines for the approach to outpatient children with acute diarrhoea. *Acta Paediatr*, 90, 2001, s. 1087–1095.
- Lebenthal, Y., Lebenthal, E.: Therapy of acute diarrhoea in children: re-evaluation. *Acta Paediatr*, 90, 2001, s.1096–1106.
- Murphy, M. S.: Guidelines for managing acute gastroenteritis based on a systemic review of published research. *Arch Dis Child* 79, 1998, s. 279–284.
- Sandhu, B. K., Isolauri, E., Walker-Smith, J. A. et al: Early Feeding in Childhood Gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 24, 1997, s. 522–527.
- Smith, M. W.: Aspects of Sugar Transport Relevant to Oral Rehydration Therapy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 26, 1998, s. 336–342.
- Szajewska, H., Hoekstra, J. H., Sandhu, B et al.: Management of Acute Gastroenteritis in Europe and the Impact of the Recommendations. A Multicenter Study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 30, 2000, s. 522–527.
- Report of an ESPGAN Working Group: Recommendations for Composition of Oral Rehydration Solutions for the Children of Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 14, 1992, s. 113–115.
- Walker-Smith, J. A., Sandhu, B. K., Isolauri, E., et al: Recommendations for Feeding in Childhood Gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 24, 1997, s. 619–620.

nutricia 3



Stanovisko České pediatrické společnosti, České společnosti pro dětskou stomatologii
a Odborné společnosti praktických dětských lékařů

Fluoridy v prevenci zubního kazu u dětí

za Českou pediatrickou společnost: **J. Nevoral, J. Janda, P. Frühauf**

za Českou společnost pro dětskou stomatologii: **Z. Broukal, V. Merglová, J. Handzel**

za Odbornou společnost praktických dětských lékařů: **H. Cabrnová, J. Liška**

■ Dostatečný příjem fluoridu spolu s lokální aplikací fluoridových přípravků na povrch zubů snižuje náchylnost skloviny ke vzniku a progresi zubního kazu a obě tyto formy jsou stále základní metodou jeho prevence; ochranný účinek celkově podávaného a lokálně aplikovaného fluoridu se plně uplatňuje pouze v rámci komplexního preventivního programu, ke kterému patří dobrá ústní hygiena, snižování frekvence příjmu sacharidů a pravidelné preventivní prohlídky u praktického zubního lékaře

■ Přirozené potravní zdroje fluoridu jsou v České republice až na malé výjimky nedostatečné; V současnosti máme k dispozici pouze dva způsoby suplementace jeho přirozených potravních zdrojů: tablety s fluoridem sodným (0,25 mg fluoridu v tabletě) nebo zvláště označená fluoridovaná kuchyňská sůl s 250 mg fluoridu/kg (která je povolena v České republice k užívání pouze v domácnostech);

■ Nejrozšířenějším prostředkem pro lokální aplikaci fluoridu jsou fluoridované zubní pasty; V předškolním věku je však nutné počítat s podílem fluoridu ze zubních past na celkovém příjmu fluoridu polykáním pasty při čištění zubů. Z těchto důvodů obsahují zubní pasty pro děti méně fluoridu (0,5 g/kg zubní pasty) než pasty pro dospělé (1,0–1,5 g/kg zubní pasty). Malým dětem, které si ještě neumí vypláchnout ústa a všechnu pastu polykají je třeba kartáček dětskou zubní pastou pouze lehce potřít.

■ V současnosti v České republice má dětská populace v průměru střední stupeň kazivosti dočasného a stálého chrupu, což indikuje **plošné doplňování přirozeného potravního příjmu fluoridu podle doporučeného dávkového schématu**.

Fluoridová suplementace je zejména vhodná:

- u dětí trvale psychicky nebo fyzicky hendikepovaných, u kterých je stomatologické ošetření obtížné

- u dětí se závažným onemocněním a rizikem zhoršení zdravotního stavu v důsledku komplikací zubního kazu
- u dětí ze sociálně slabých rodin
- u dětí imigrantů.

■ S fluoridovou suplementací je potřeba začít v době, kdy začínají prořezávat dočasné zuby a kdy začíná mineralizace skloviny zubů stálých, tedy v půl roce života dítěte a pokračovat v ní až do věku, kdy je stálý chrup (s výjimkou zubů moudrosti) prořezán (cca 14 let).

tab. č. 1

Denní dávkové schéma pro fluoridové tablety (à 0.25 mg F ⁻)						
věk	1/2 – 3 roky		3 – 6 let		6 a více let	
pravidelné čištění zubů pastou s fluoridem	F zubní pasta		F zubní pasta		F zubní pasta	
	ne	ano (reálně od 2 let)	ne	ano	pro děti	pro dospělé
fluorid v pitné vodě při pravidelném používání denní	dávkou tablet					
< 0,3 mg/l	1	0	2	1	4	2
0,3 – 0,6 mg/l	0	0	1	0	2	1
> 0,7 mg/l	0	0	0	0	0	0

■ Dělení dětského věku pro fluoridovou suplementaci na tři věková pásma má hledisko dávkovací (viz dávkovací schéma) ale hlavně hledisko praktické. Do tří let je dítě v pravidelném kontaktu s pediatrem a ten tedy indikuje a nastavuje dávkovací schéma, protože jen malá část dětí je viděna stomatologem. V předškolním věku (3–6 let) se již větší část dětí dostává pod kontrolu stomatologů, kteří mohou, v případě zvýšené kazivosti dočasného chrupu, dávkovací schéma upravit. Ve školním věku je většina dětí již v péči stomatologa a ten by měl řízení případné fluoridové suplementace od pediatra převzít.

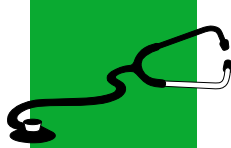
Orientační kritéria pro volbu denní dávky fluoridové suplementace:

- věk dítěte v pásmech 1/2–3 roky, 3–6 let, 6 a více let
- pravidelné používání fluoridované zubní pasty při čištění zubů
- obsah fluoridu ve vodě, ze které se pravidelně připravují potravina a nápoje, výživa bilancovanou stravou, podávání mléčných výrobků obohacených fluoridem (Sunar complex), podávání potravních doplňků s fluoridem

- míra informovanosti a věrohodnosti odpovědí rodičů ke kritériím sub b) a c)

Upřesnění orientačních kritérií:

sub b) pozitivní odpověď na otázku o pravidelném čištění zubů dítěte fluoridovanou pastou je třeba brát v úvahu od dvou a půl let sub c) do pásma <0,3mg/l patří dítě, kterému se potravina a nápoje pravidelně a dlouhodobě připravují z kojeneckých vod, balených vod vhodných pro kojence (s výjimkou Dobré vody) (viz tabulka č. 2) nebo z pitné vody z komunálních nebo individuálních zdrojů; do pásma 0,3–0,6 mg/l patří dítě, pro které se pravidelně a dlouhodobě používá Dobrá vo-



da; do pásma >0,7 mg/l by se výjimečně zařadilo dítě z lokalit v okolí Teplíc, Kladna a Kolína, které by pravidelně a dlouhodobě dostávalo pitnou vodu z lokálních individuálních studní (bližší informace v lokálních OHS);

sub d) není-li informace o obsahu fluoridu v pravidelně používané vodě jasná, volíme zařazení do nižšího pásma; není-li informace o pravidelném čistění zubů hodnověrná, volíme alternativu „nepoužívá se fluoridová pasta“. Pravidelností a dlouhodobostí používání určitého druhu vody resp. čistění zubů fluoridovanou pastou se rozumí každodennost, opakovanost, převážnost atp.

Používané fluoridové preparáty:

- Natrium fluoratum, Slovakofarma, tabl. a 0,25 mg fluoridu
- Zymafluor® 0.25mg fluoridu, Novartis, tabl. Oba preparáty jsou výhradně na lékařský předpis a plně hrazeny zdravotními pojišťovnami

Způsob podávání fluoridových tablet:

- pokud se podává více tablet, není vhodné je aplikovat najednou. V prvních dvou věkových pásmech pokud možno podávat v jiné denní době než se čistí zuby;
- denních dávek má být nejméně 300 v roce;
- vynechaná denní dávka se zásadně nenahrazuje zdvojením dávky následujícího dne;
- do tří let je vhodné tablety rozpouštět v podávaných nápojích nebo v tekuté potravě;
- nevhodnější je nechat tablety rozpouštět v ústech jakmile to spolupráce dítěte umožní,
- podávání fluoridových tablet se nedo-

poručuje kombinovat s podáváním jiných doplňků výživy obsahujících fluoridy;

Podávání fluoridových tablet se dočasně přerušuje:

- při horečnatých onemocněních,
- při podávání antibiotik, nesteroidních a steroidních antiflogistik,
- při prokázaném jódovém deficitu,
- v pooperačním období po celkové anestézii;

Podávání fluoridových tablet se ukončuje:

- při snížené funkci ledvin,
- při přechodu na smíšenou stravu pravidelně a dlouhodobě přísolovanou fluoridovanou kuchyňskou solí

Rizika podávání fluoridových tablet:

■ Zvýšení denního příjmu fluoridu v období mezi 1/2 až 4. rokem života dítěte, které může prakticky nastat při nesprávném nastavení dávkového schématu při nerespektování možné sumace z více zdrojů, se může projevit mírnými poruchami vývoje skloviny stálých frontálních zubů označovanými jako zubní fluoróza; jiné negativní vlivy na vyvíjející se organismus nebyly zaznamenány.

■ V kritickém období vývoje skloviny stálých zubů (1/2 až 4 roky) je nutné zabránit sumaci negativních vlivů fluoridu s dalšími faktory poškozujícími sklovinný orgán (horečnaté stavy, některé léky);

■ Dlouhodobé významné zvýšení příjmu fluoridu v dětském věku může potencovat negativní vliv prokázaného jódového deficitu na vývoj mozku. Při podání i nejvyšších dávek fluoridových tablet, uvedených v dávkovém schématu toto nebezpečí nehrozí. ■

Literatura u autorů

Očkování dětí proti chřipce

MUDr. Jaroslav Held, DrSc.

Chřipka je obvykle pokládána za infekční onemocnění, které postihuje především starší populaci a osoby postižené chronickým onemocněním. V průběhu každoročních epidemií chřipky však dochází k nejvyššímu relativnímu postižení dětí a při vysoké nakaživosti chřipky se děti uplatňují jako velmi významný zdroj při šíření virů chřipky ve společnosti. Každé dítě je ohroženo chřipkovou nákazou, a to nejen děti z rizikových skupin, včetně astmatiků, ale i zdravé děti, zvláště děti ve stáří do dvou let a děti školního věku.

V průběhu chřipkových epidemií dochází k nadměrnému počtu hospitalizací u dospělých i dětí, přičemž děti ve věku do dvou let, nepatřící do rizikových skupin, jsou hospitalizovány v přičinné souvislosti s chřipkovým onemocněním v poměrném počtu, odpovídajícím poměrnému počtu u dospělých z rizikových skupin. Chřipka je významnou příčinou nemoci a úmrtnosti všech dětí.

Hospitalizované děti představují jen špičku ledovce z počtu dětí, postižených chřipkou. K dětem léčeným doma nemusí být buď povolán lékař, nebo onemocnění dítěte může být diagnostikováno jako onemocnění jiné než chřipka. Je to ovlivněno i tím, že u postižených dětí se ve vysokém procentu vyskytují jako hlavní příznaky rýma, faryngitida, zvracení, průjem a příznaky bronchiolárního a plicního postižení (1).

Protože kašel a nevolnost mohou přetrvávat i dva týdny, bývá onemocnění dětí delší než u zdravých dospělých a je následováno dlouhým obdobím slabosti a únavnosti.

Onemocnění chřipkou vede poměrně často ke vzniku komplikací, především k zánětům středního ucha a k postižení plic. U dětí postižených chřipkou dochází ve 30–50 % k zánětům středního ucha. V průběhu epidemického období bývá sice většina případů dětských bronchiolitid vyvolána RS virem, 20 – 25% případů je však vyvoláno virem chřipky (2).

Přímé i nepřímé výdaje rodin i zdravotnictví, vznikající následkem chřipkových onemocnění a jejich komplikací, jsou proto podstatné a chřipka u dětí je proto nejen zdravotním, ale i ekonomickým problémem.

tab. č. 2

Balené kojenecké vody, stolní vody vhodné pro kojence a obsah fluoridu.

Kojenecké vody		Stolní vody vhodné pro kojence	
Značka	mg F-/l	Značka	mg F-/l
Aqua kojenecká	0,131	Aqua Belle	0,154
Českomoravská voda	0,068	Aquilla - neperlivá	0,048
Horský pramen	0,113	Dobrá voda neperlivá	0,710
Niko	0,164	Hochmann	0,173
Skalní voda	0,118	Toma voda	0,056
Celtic (dovoz Francie)	0,168		
Iwa (dovoz Slovensko)	0,087		
Lucka (dovoz Slovensko)	0,143		



Jak závažná je problematika chřipky dětí prokazují i údaje z epidemiologické a virologické surveillance akutních respiračních onemocnění v průběhu epidemické sezóny 2000/2001 v České republice, zajišťované Národní referenční laboratoří pro chřipku a Národní referenční laboratoří pro nechřipkové respirační viry v Centru epidemiologie a mikrobiologie Státního zdravotního ústavu (3). Chřipková epidemie trvala v tomto období celkem 4 týdny od 4. do 7. kalendářního týdne 2001. V tomto období bylo ohlášeno celkem 581 811 případů akutních respiračních onemocnění. Postižení věkových skupin vyjádřené pomocí attack rate (kumulativní ukazatel incidence, užívaný pro výskyt onemocnění u určité skupině osob, pozorované po omezenou dobu a za zvláštních okolností, např. během epidemie, vyjádřený v procentech) bylo u věkové skupiny 0 – 5 letých 26,7%, u školních dětí (6 – 14 let) bylo 27,2% a u věkové skupiny 15 a více let jen 7,1%. Maximální relativní nemocnost přesáhla u školních dětí 8 500 případů na 100 000 a týden. Za období chřipkové epidemie bylo hlášeno 8 398 komplikací v podobě zánětu plic (pneumonie a bronchopneumonie). Relativní nemocnost zánětem plic byla nejvyšší ve věkové skupině 0 – 5 letých dětí, na druhém místě byla věková skupina školáků (6–14 let). Výskyt zánětu plic ve věkové skupině 15–59 let a 60 a více let byl prakticky stejný. Pokud byl vztážen výskyt zánětu plic k nemocnosti akutními respiračními onemocněními, byly získány zajímavé výsledky. Nejvyšší podíl výskytu komplikací byl ve skupině 0–5 let (1,5% – 3,5%), následovala věková skupina 6 – 14 letých (1% – 3%). Ve věkové skupině 15 – 59 let bylo 0,7% – 1,8% komplikací.

Celkový počet akutních respiračních onemocnění, hlášených v době epidemie, v přepočtu na celou populaci, představuje 1 070 000 osob, na populaci ve věku 0–5 let 150 000 osob, ve věku 6–14 let 312 000 osob ve věku 15 a více let 608 000 osob.

Pro potřeby hlášení je v současné době za akutní respirační onemocnění považováno každé onemocnění s některou z následujících klinických diagnóz: akutní zánět nosohltanu, akutní zánět hrtanu a průdušnice a chřipka. Určitý odhad toho, jaká virová infekční agens se při jejich vzniku v určitém období uplatňovala, je možno provést na základě výsledků virologické surveillance. V lednu, únoru a březnu 2001, tj. v období předcházejícím epidemii, v jejím průběhu a v období bezprostředně po ní, byl u dětí ze skupiny 0–5 let zjištěn ve 111 případech v párových sérech signifikantní vzestup protilátek proti chřipkovým nebo nechřipkovým virům, z toho ve 24 případech (21,6%) to bylo proti viru chřipky. U dětí 6–14 letých byla pozitivní detekce protilátek ve 160 případech, z toho v 56 případech (35,0%) proti viru

chřipky. Ve stejném období byl pozitivní nález antigenů uvedených virových agens prokázán u skupiny 0–5 letých dětí v 131 případech, z toho v 27 případech (20,6%) to byl průkaz viru chřipky. U dětí 6–14 letých byla pozitivní detekce antigenů u 120 dětí, z toho u 92 to byl průkaz viru chřipky (76,6%).

Jedinou účinnou prevencí chřipky je očkování. Vakcína proti chřipce je však zatím obvykle doporučována pouze pro děti z rizikových skupin a jen zřídka je podávána i dětem zdravým. Stoupající počet údajů o zdravotním i ekonomickém dopadu chřipky u dětí i o jejich významné roli v šíření chřipky v populaci, vedou nově k názorům, že by měl být očkovan proti chřipce i co nejvyšší počet zdravých dětí.

Jako příklad je možno uvést doporučení Poradního sboru pro imunizační praxi pro Centra pro kontrolu a prevenci nemocí v USA k používání očkovací látky proti chřipce, publikovaná každoročně v *Morbidity and Mortality Weekly Report* (4). Po řadu let bylo v těchto doporučeních uváděno, že používání chřipkové vakcíny je doporučováno pro všechny osoby starší než 6 měsíců, které mají zvýšené riziko k vzniku komplikací chřipky. V doporučení v roce 2002 se však nově uvádí, že vzhledem k tomu, že jinak zdravé děti mají vysoké riziko hospitalizací ve vztahu k onemocnění chřipkou, doporučuje se očkování proti chřipce zdravých dětí ve stáří 6 – 23 měsíců, kdykoliv je to jen možné. Doporučení očkovat děti z rizikových skupin přetrvává (dětí s chronickým postižením plic a kardiovaskulárního systému, včetně astmatiků, dětí s chronickým metabolickým onemocněním, renální dysfunkcí, hemoglobinopatií a imunosupresí, děti a adolescenti s dlouhodobou terapií aspirinem).

Hromadné očkování dětí je umožněno existencí účinných, bezpečných a dobře tolerovaných očkovacích látek proti chřipce. VAXIGRIP Aventis Pasteur je významným představitelem těchto přípravků. V tříleté randomizované, prospektivní, kontrolované studii s touto očkovací látkou byla prokázána její účinnost vyšší než 89% (5). V nejnovějších klinických studiích s látkou VAXIGRIP, prováděných na souborech dětí, byl zjištěn pouze velmi nízký počet převážně lokálních reakcí, které jen zřídka trvaly déle než 24 hodin. U méně než 10% očkovaných se projevil horečnaté reakce v průběhu tří dnů po aplikaci. Nebyly hlášeny žádné závažné nežádoucí účinky.

VAXIGRIP je podáván podle následujícího očkovacího schématu:

- Děti ve věku od 6 do 35 měsíců: 1 dávka 0,25 ml (na předplněné stříkačce je ryska pro odměření této dávky)
- Děti ve věku od 36 měsíců: 1 dávka 0,5 ml
- U dětí mladších než 8 let, které dosud neprožily

chřipku a nebyly dosud očkované, má být aplikována posilovací druhá dávka za 4 týdny po první dávce.

K vzestupu titrů na ochranné hladiny dochází za 15 dní po první dávce. Nejvhodnější doba pro očkování je před nástupem chřipkové sezóny. Očkování je třeba každoročně opakovat, protože virus chřipky průběžně pozměňuje svůj antigenní charakter a je proto nutné každý rok upravovat složení očkovací látky tak, aby chránila před změnám aktuálním virem.

Provedené studie prokázaly, že očkovací látka proti chřipce účinně snižuje počet případů zánětu středního ucha v dětské populaci, vznikajících v průběhu epidemické sezóny chřipky. Clements a spol. zjistili, že očkování proti chřipce vedlo v průběhu epidemické sezóny u populace dětí ve věku 6 – 30 měsíců k snížení počtu případů zánětu středního ucha o 32% (6). Heikkinen a spol. provedli studii u dětí ve věku 1 – 3 roky a prokázali, že v průběhu chřipkové epidemie byl u proti chřipce očkovaných dětí výskyt zánětu středního ucha o 83% nižší než u dětí neočkovaných (7).

V současné době začíná období, vhodné pro provádění chřipkové vakcinace. Praktičtí lékaři pro děti a dorost by měli uvážit všechny uvedené informace a doporučovat rodičům očkování proti chřipce nejen pro děti z rizikových skupin, ale i pro děti zdravé. Mohou tak přispět nejen k snížení případů chřipky u dětí ve své oblasti v příští chřipkové sezóně, ale i k snížení počtu závažných komplikací. ■

Literatura

- 1) Kilbourne E.D. *Influenza: Infection and Disease*. New York, Plenum, 1987 : 157–66
- 2) Brunell P.A., Collier A.M., Glezen W.P. et al. *Management and Prevention: New Options*. *Infect Dis Child Dec* 2001
- 3) Havlíčková M., Kynčl J., Otavová M., Brynychová D., Lukášová M., Limberková R. *Zpráva NRL pro chřipku a NRL pro nechřipkové respirační viry za sezónu 2000/2001*, *Zprávy CEM (SZÚ, Praha) 2001*; 10 (6): 236–240
- 4) CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) *Prevention and Control of Influenza*. *MMWR April* 12, 2002 ; 51
- 5) Wilde J.A., McMillan J.A., Serwint J. et al. *Effectiveness of influenza vaccine in health professionals – A randomized trial*. *JAMA* 1999; 281 (10): 908–913
- 6) Clements D.A., Langon L., Bland C., Walter E. *Influenza A vaccine decreases the incidence of otitis media in 6–30 months-old children in day care*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 1113–7
- 7) Heikkinen T., Ruuskanen O., Waris M. et al. *Influenza vaccination in the prevention of acute otitis media in children*. *AJDC* 1991; 145: 445–48



**MINIMÁLNÍ
DIAGNOSTICKÝ
A TERAPEUTICKÝ
STANDARD
U PACIENTŮ
S EPILEPSÍ
V**

- V/1 Epilepsie a spánek
- V/2 Fotostimulace
- V/3 Zobrazovací vyšetření



AUTORSKÝ KOLEKTIV

Užší autorský kolektiv

MUDr. Jiří HOVORKA, CSc.

Doc. MUDr. Vladimír KOMÁREK

MUDr. Petr MARUSIČ

Prof. MUDr. Soňa NEVŠÍMALOVÁ, DrSc.

MUDr. Radomír ŠLAPAL, CSc.

MUDr. Jana ZÁRUBOVÁ

Širší autorský kolektiv

MUDr. Milan Brázdil

MUDr. Jindřiška Burešová

MUDr. Jiří Dolanský

MUDr. Jan Hadač

Doc. MUDr. Miluše Havlová, CSc.

MUDr. Markéta Jirásková

MUDr. Marie Kolínová

Prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc.

MUDr. Zdena Salcmanová, CSc.

Uspořádala

MUDr. Jana ZÁRUBOVÁ

V/1 EPILEPSIE A SPÁNEK

Spánek má výrazný aktivační vliv jak na výskyt epileptické aktivity v EEG záznamu, tak i na vznik klinických záchvatů. Registrace spánkového záznamu přispívá ke stanovení klinické diagnózy epilepsie, případně k odlišení paroxysmálních stavů jiné etiologie. Aktivační vliv na klinickou manifestaci záchvatů může mít i denní spánek, proto jedním ze základních předpokladů anti-epileptické životosprávy je pravidelný spánkový režim.

A. Spánek a epileptické záchvaty

Aktivační vliv na klinické záchvaty i interiktální EEG výboje má zejména NREM spánek. V průběhu REM spánku jsou aktivovány pouze změny fokálního rázu. Motorická inhibice v této fázi spánku znemožňuje manifestaci klinických záchvatů.

Epilepsie s vazbou klinických záchvatů na spánek či probuzení

- Idiopatické parciální záchvaty věkově vázané (např. benigní parciální epilepsie s rolandickými či okcipitálními hroty)
- Autosomálně dominantní frontální epilepsie
- Idiopatické primárně generalizované záchvaty (včetně juvenilní myoklonické epilepsie a epilepsie s generalizovanými tonicko-klonickými záchvaty vázanými na probuzení)
- Symptomatická epilepsie s parciálními záchvaty se simplexní nebo komplexní symptomatologií, ev. se sekundárně generalizovanými tonicko-klonickými záchvaty

Porucha elektrogenese – elektrický status epilepticus

- Landau-Kleffner (získaná afázie)
- jiná etiologie

B. Spánek a neepileptické záchvaty

- Parasomnie
 - vázané na NREM spánek:
náměsíčnost, noční děsy, jactatio capitis, příp. bruxismus, noční enuréza
 - vázané na REM spánek:
noční můry, spánková obrna, poruchy chování s vazbou na REM spánek
- Mimovolné pohyby ve spánku:
hypnagogické záškuby, benigní myoklonie, paroxysmální dystonie
- Apnoické pauzy (centrální či reflexní etiologie)

C. Diagnóza

- Pečlivý rozbor anamnestických údajů, klinické a zpravidla i psychologické vyšetření. Vyšetření pomocí adekvátních zobrazovacích metod
- EEG vyšetření nativní, příp. postdeprivační, u menších dětí vyšetření denního spánku
- Dlouhodobé video-EEG monitorování
- Video-polysomnografické vyšetření v laboratoři, příp. ambulatorní polysomnografie
 - Doporučené registrované parametry:
EEG, EOG, EMG, EKG, respirace, příp. další

D. Terapie

- Při průkazu epileptické etiologie dle charakteru záchvatů
- Při průkazu neepileptického původu nočních paroxysmálních stavů dle diagnostického nálezu s přihlédnutím k závažnosti a frekvenci projevů
- Při vzácné kombinaci epileptických a neepileptických projevů indikována dle možnosti monoterapie antiepileptiky s doprovodnou adekvátní léčbou včetně psychoterapie

V/2 FOTOSTIMULACE

Přerušované světlo, jak uměle vytvořené, tak z přírodních zdrojů, může být jedním z provokačních faktorů epileptických záchvatů.

Můžeme se setkat s několika situacemi.

Pacient

- **má epilepsii a je fotosenzitivní** (v EEG fotoparoxysmální odpověď, klinicky záchvaty spontánní, může mít zkušenost s fotostimulací vyprovokovaným záchvatem)
- **má fotosenzitivní epilepsii** (v EEG fotoparoxysmální odpověď, klinicky záchvaty provokované fotostimulací. 0,025 % populace)
- **nemá epilepsii a je fotosenzitivní** (v EEG fotoparoxysmální odpověď, nemá klinické záchvaty)

V tomto standardu se pokoušíme podat přehled, jak se v některých situacích zachovat a co lze pacientům s touto problematikou doporučit.

Fotosenzitivita

Přítomnost fotoparoxysmální odpovědi v EEG neznamena nutně epilepsii. Může být ovlivněna spánkovou deprivací, farmakologickou léčbou, sezónními faktory, u žen fází menstruačního cyklu. U 25% pacientů spontánně mizí během 2.-3. dekády.

Fotosenzitivní epilepsie

Pacient uvádí anamnesticky záchvaty (generalizované i parciální) provokované blikajícím nebo přerušovaným světlem (u některých pacientů i spontánní záchvaty). Zpravidla je přítomna fotoparoxysmální odpověď provokovaná fotostimulací při EEG vyšetření.

Je jednou z nejznámějších reflexních epilepsií, patří mezi idiopatické generalizované epilepsie, má genetický podklad.

Věk nejčastěji 7 - 19 let. Pohlaví – častěji u žen, 3:2.

Roční incidence 1,1/100 000 v celé populaci. Roční incidence 5,7/100 000 u adolescentů

FOTOSTIMULACE PROVÁDĚNÁ PŘI EEG VYŠETŘENÍ

Doporučené technické parametry a metodologie

mezinárodní standard

(consensus meeting V/96 Holandsko)

Montáž

- nejméně 16-nebo 21-kanálový přístroj
- bipolární nebo zdrojové zapojení
- fotostimulace by neměla být prováděna dříve než 3 minuty po ukončení HV

Vzdálenost

- 30 cm od kořene nosu

Místnost

- s přitlumeným osvětlením tak, aby bylo možné pozorovat pacient

Frekvence

- optimálně 1 - 60 Hz, například:

Binnie protokol I pro pacienty bez známé fotosenzitivity 18, 2, 6, 8, 10, 15, 20, 30, 40, 50, 60

Binnie protokol II pro pacienty se známou fotosenzitivitou 2, 6, 8, 10, 15, 18, 20, 30, 40, 50, 60

Kasteleijn-Nolst Trenité 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20 - 60, 50, 40, 30, 25

Stimulace

- každou frekvencí 10 sec s nejméně 7 sec pauzou

Poznámky laborantky/laboranta

- zda stimulace provokuje klinické projevy (např. myoklonie, absence)

EEG vyšetření s fotostimulací

- může potvrdit hypotézu, že se jedná o fotosenzitivní epilepsii
- zjišťuje, že se jedná o fotosenzitivního jedince

Nejvíce epileptogenní jsou frekvence 15 - 18 Hz (12 - 30)=70 - 85% FPO
Stimulace frekvencí 50 Hz vede k FPO u téměř 50 % fotosenzitivních jedinců.

V EEG s fotostimulací nacházíme

Fotoparoxysmální odpověď

Pravidelné (vícečetné) hroty a vlny (PSW, SW), které obvykle nejsou ve fázi se stimuly, mohou mít maximum nad zadními kvadranty. Tam, kde fotoparoxysmální odpověď pokračuje i po ukončení stimulu, je pravděpodobnost epilepsie > 90%.

Jiné odpovědi

- okcipitální hroty se nejčastěji objevují při nízkých frekvencích, jsou ve fázi s frekvencí stimulace
- driving (přejímání frekvence), často supra-nebo subharmonický
- fotomyoklonická odpověď - rytmické akční potenciály z očních a jiných obličejových svalů synchronní se záblesky.

Přítomnost těchto odpovědí nesvědčí pro fotosenzitivitu, bývá fyziologická. Přítomnost okcipitálních hrotů svědčí pro určitou formu hyperexcitability okcipitální kůry, která nemusí být klinicky významná.

Přirozené zdroje fotostimulace

- televize (> 60% prvních záchvatů)
- blikající světlo, zejména červené (sluneční, stroboskop, diskotéky)
- videohry a počítačové hry

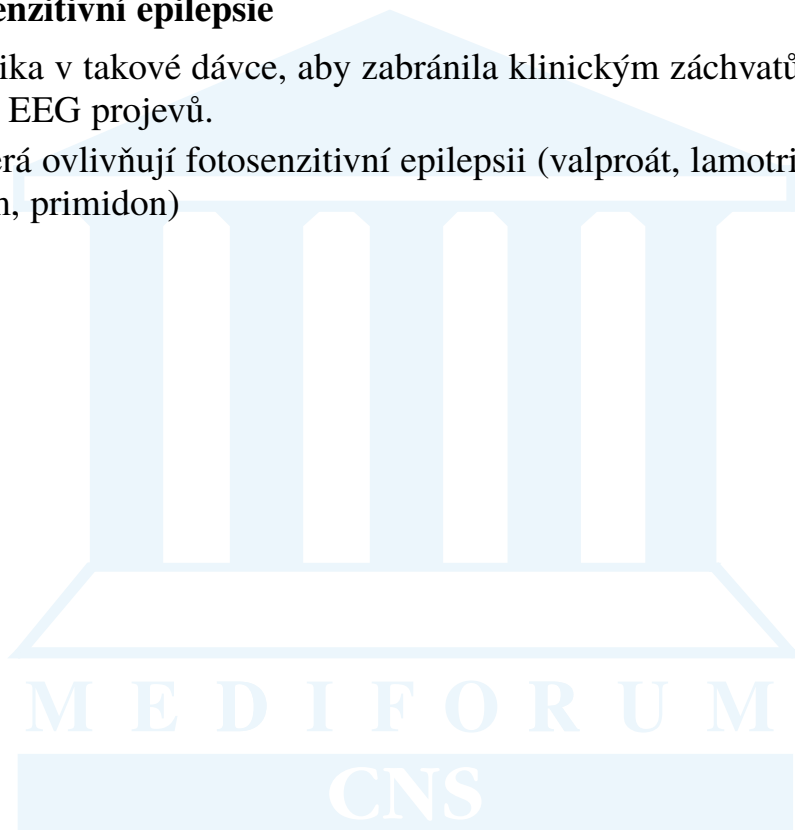
Jak se zachovat?

Prevence

- Nekombinovat rizikové faktory
- Sledování televize ze vzdálenosti nejméně 2,5 m v dobře osvětlené místnosti
- Zakrytí jednoho oka při fotostimulačním podnětu
- Brýle s polarizačními skly, účinnější jsou zabarvená skla, zvláště do modra
- Televize s frekvencí monitoru 100 Hz
- U počítače a při video hrách menší monitor, nehrát, nepracovat déle než 1 hodinu, ne při únavě, nevypání, nalačno. U jedinců s prokázanou fotosenzitivní epilepsií, pokud hrát, pracovat, tak v přítomnosti druhé osoby, která je poučena.

Léčba fotosenzitivní epilepsie

- Antiepileptika v takové dávce, aby zabránila klinickým záchvatům, bez snahy o vymizení EEG projevů.
- Taková, která ovlivňují fotosenzitivní epilepsii (valproát, lamotrigin, klonazepam, primidon)



V/3 ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ

Cílem zobrazovacího vyšetření je

- určit etiologii epilepsie, obzvláště takovou, která vyžaduje specifický léčebný přístup (např. lezionální epilepsie)
- upřesnit klasifikaci epilepsie či epileptického syndromu

U pacientů s epilepsií je **magnetická rezonance (MR)** obecně metodou volby a měla by být preferována před **CT** vyšetřením vzhledem k vyšší senzitivitě i specifitě. Před vyšetřením MR není nutné provádět CT vyšetření.

V **akutních případech** (akutní symptomatické záchvaty) je CT vyšetření považováno za adekvátní, pokud nelze dostatečně rychle zajistit vyšetření MR (tzn. hrozí nebezpečí z prodlení) nebo pokud MR nelze provést z technických důvodů.

Neakutní případy - ideálně se provede MR u všech pacientů s epilepsií. CT vyšetření je alternativní metodou v případě nedostupnosti MR či nemožnosti provést MR z technických důvodů. Vyšetření MR, i opakovaně, je zvláště indikované u pacientů:

- se záchvaty s fokálním začátkem (anamnesticky či dle EEG)
- s ložiskovým nálezem v neurologickém nebo neuropsychologickém vyšetření
- se záchvaty rezistentními na terapii antiepileptiky
- s dekompenzací onemocnění či změnou charakteru záchvatů naznačujících možnou progresivní lézi

Funkčně zobrazovací vyšetření (SPECT, PET, funkční MR a MR spektroskopie) se provádí pouze u vybraných pacientů.

STRUČNÝ ŽIVOTOPIS KOORDINÁTORA PROJEKTU



Doc. MUDr. Vladimír Komárek se narodil 1949 v Praze. V roce 1973 promoval na FDL UK.

V roce 1977 složil první atestaci z dětského lékařství, v roce 1982 druhou atestaci z dětské neurologie. Specializoval se na klinickou elektroencefalografii. V roce 1992 obhájil habilitační práci na téma „Etiopatoge netická diagnostika epilepsie“. V roce 1993 byl jmenován docentem pro obor neurologie. Absolvoval několik studijních po-

bytů v Epileptologickém centru v Heemstede, Bielefeldu, Clevelandu a Sandvici. Je řešitelem a spoluřešitelem řady tuzemských i mezinárodních výzkumných grantů.

V roce 1990-1991 se stal poradcem ministra zdravotnictví a zakládajícím ředitelem odboru péče o zdravotně postižené. V květnu 1991 byl jmenován na základě konkursního řízení přednostou Kliniky dětské neurologie 2. lékařské fakulty UK a FN v Motole. V letech 1990-1995 byl členem Akademického senátu 2. LF UK, od roku 1997 je proděkanem pro studium na 2. LF UK. Podílel se na epileptologickém a epileptochirurgickém programu České republiky, vybudoval první jednotku pro intenzivní monitorování epilepsie a poradenské centrum při Klinice dětské neurologie ve FN v Motole. Podílel se na vypracování koncepce zdravotně sociální péče o postižené děti v České republice.

Doc. MUDr. Vladimír Komárek se věnuje výuce neurologie i rozsáhlé přednáškové činnosti na mezinárodních kongresech. Spolupracuje s institucemi zabývajícími se postgraduálním vzděláváním lékařů a přednáší doma i v zahraničí. Je předsedou správní rady Nadace Dětský mozek, předsedou České ligy proti epilepsii, místopředsedou České společnosti dětské neurologie. Byl členem edukační komise International League against Epilepsy a byl jmenován generálním sekretářem organizačního výboru 23. Mezinárodního epileptologického kongresu 1999 v Praze.



MEDIFORUM

Mediforum je vzdělávací středisko společnosti GlaxoSmithKline podporující edukační programy ve vybraných terapeutických oblastech

- *Naším cílem je poskytovat nejnovější informace z oblasti výzkumu i lékařské praxe*
- *Iniciujeme výměnu názorů a zkušeností předních odborníků na vybraná témata a napomáháme k šíření obecných závěrů z těchto diskusí v lékařské veřejnosti*
- *Podporujeme postgraduální vzdělávání především v rychle se vyvíjejících oblastech lékařských oborů*
- *Spolupracujeme se vzdělávacími institucemi a odbornými společnostmi*
- *Podporujeme rozvoj programů orientovaných na komunikaci s pacientem, s cílem zlepšit spolupráci s lékařem*

Od roku 1998 vydáváme řadu Nové trendy, která reaguje na nejnovější poznatky ve farmakoterapii a napomáhá zavádění inovativních léčebných postupů do denní praxe.

*Kateřina Koubková
Mediforum*

Dosud vydané publikace

infektologie:

- Zásady racionální antibiotické léčby respiračních infekcí
- Diagnostika a terapie infekcí vyvolaných virem Herpes simplex a Varicella zoster
- Zásady racionální antibiotické léčby infekcí močových cest
- Zásady diagnostiky a racionální terapie bakteriálních meningitid
- Postherpetická neuralgie jako důsledek neléčeného herpes zoster
- Zásady diagnostiky a terapie chřipky

epileptologie:

- Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií I
- Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií II
- Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií III
- Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií IV

anesteziologie:

- Nové trendy v opioidní anesteziologii

onkologie:

- Monoklonální protilátky v onkologii



Projekt podporovalo MEDIFORUM,
vzdělávací a doškolovací oddělení společnosti GlaxoSmithKline s.r.o.
Číselný kód publikace 900 478

Upozorňujeme čtenáře, že grafická úprava textu MEDIFORA je smluvně vázána a nelze do ní zasahovat.



Aktuality

■ **VZP odpustí lékařům penále, které vzniklo kvůli povodním**

Lékaři, kteří během povodní ošetřovali pacienty svých zaplavených kolegů, dostanou za práci navíc zapláceno. Nemusejí se ani obávat, že by byli vystaveni sankcím ze strany Všeobecné zdravotní pojišťovny za překročení limitu, který VZP stanovila na počet pacientů neregistrovaných v lékařově kartotéce. „Nebudeme postihovat lékaře za to, že k nim v době záplav chodilo víc pacientů, protože jejich lékař nemohl ordinovat,“ prohlásila ředitelka Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiřina Musílková. Pražská centrála pojišťovny podle Musílkové nechá rozhodnutí na svých okresních pobočkách. S těmi by měli lékaři o prominutí penále a úhradách za ošetřování pacientů navíc vyjednávat. „Pokud někteří lékaři poskytovali péči nad rámec svých povinností i třeba mimo svou hlavní specializaci, budeme to považovat za poskytnutí neodkladné péče, a ta je pojišťovnou ze zákona hrazena,“ uvedl ředitel okresní pobočky VZP v Mělníku Jan Petrželka. Hůře na tom budou lékaři a zdravotnická zařízení, která jsou placena podle výkonů a musela na několik dnů práci přerušit. Těm VZP ušlý zisk nahradit nemůže. To je případ nemocnice v Kralupech nad Vltavou, jež byla několik dnů evakuována.

Mnoho lékařů si vybíralo dovolenou

„Nemocnice už fakturu za srpen odevzdala a výsledná částka je nižší než v běžném měsíci. My jsme ale ze zákona oprávněni platit jen za péči, kterou poskytovatelé skutečně odvedli,“ dodal Petrželka. Náhradu za ušlý zisk musejí žádat spolu s odškodněním za další případné škody od komerčních pojišťoven. Sdružení praktických lékařů rovněž žádalo, aby pojišťovna tolerovala případné vynucené změny ordinačních dob či dočasné provozování praxe v náhradních prostorách. Lékaři, kteří nyní nejsou schopni práci vyúčtovat, by měli dostávat zálohy ve výši průměrných měsíčních plateb s tím, že je VZP doučtují později. „O zálohu za srpnové platby už nás požádalo rehabilitační centrum na poliklinice, které bylo ze všech zdravotnických zařízení ve městě asi nejvíc postiženo. O jejím schválení musí rozhodnout pražské ústředí,“ řekl ře-

ditel děčínské pobočky VZP Michal Marek. Podle zástupců VZP byly výpadky ve většině ordinací krátkodobé, maximálně několikadenní, což by nemělo hrát v příjmech lékařů závažnější roli. Mnoho lékařů v postižených oblastech si v době povodní vybíralo dovolenou a neordinovalo.

■ **VZP kvůli povodním platí pozdě**

Následky povodní zasahují i ty, jichž se voda nedotkla. Všeobecná zdravotní pojišťovna platí lékařům se zpožděním a mnohým dluží ještě za červenec. A ty lékaře, které povodeň nepostihla, žádá, aby jí dovolili po dobu čtyř měsíců odložit platby o celých dvacet dnů. S lékaři o tom chce uzavřít dodatky ke smlouvám. Zdůvodňuje to tím, že jí firmy z postižených oblastí neplatí pojistné. „Mají teď úplně jiné starosti,“ uvedla na jejich obranu mluvčí pojišťovny Kateřina Zamastilová. VZP chce dokonce iniciovat, aby bylo postiženým firmám prominuto penále za pozdní platby. Pozdější platby mají dostávat lékaři v oblastech, kde povodeň nebyla. V zatopených místech může být podle VZP více nemocných a peníze by tam neměly chybět. Mnozí lékaři nesou zpoždění plateb nelibě. Dagmar Bečicová, praktická lékařka z Ostravy, uvedla: „Jsem malé soukromé zařízení a VZP je jeden z mých dvou hlavních partnerů. Pokud mi nezaplatí, z čeho mám hradit faktury já? Nemám žádné rezervy, musela bych sáhnout do soukromých úspor.“ Někteří se proto snaží přemluvit své pacienty, aby přešli k jiné pojišťovně. „Právě jsem byl u praktického lékaře. Zmínil se, že VZP mu dosud nezaplatila červenec, a doporučil mi přepojištění k jiné pojišťovně,“ uvedl mladý muž z Ostravy-Hrabůvky, který odmítl sdělit své jméno, aby sebe i svého lékaře ochránil před problémy. Prezident lékařské komory David Rath vydal prohlášení, v němž největší zdravotní pojišťovnu obvinil z nemorálního nátlaku na lékaře, hyenismu a parazitování. VZP nařčení odmítá. „Pojišťovna netají, a veřejně informuje, že dochází k určitým několikadenním prodlevám po lhůtě splatnosti na úkor zdravotnických zařízení, a žádá je o porozumění,“ uvedl ve stano-



visku pojišťovny vedoucí oddělení vnějších vztahů VZP Jiří Suttner. Dodal, že uzavření dodatku smlouvy o pozdějších platbách je dobrovolné.

USA: Máme v akcínu proti AIDS

Američtí vědci oznámili, že vyvinuli vakcínu, která by mohla podle jejich přesvědčení chránit člověka před nakažením virem HIV. Vakcína, jež je v prvních stadiích výzkumu, bude zřejmě schopna vyvolat tvorbu protilátek, které tak poprvé zabrání infekci organismu mnoha kmeny viru HIV, tvrdí vědci z Institute of Human Virology a laboratoří Advanced BioScience v americkém státě Maryland. Laboratorní zkoušky provádějí zatím na opicích. Virus HIV je zálný, protože napadá samotné řídicí centrum imunitního systému, tedy T4 lymfocyty, a ochromí obranu organismu ještě dříve, než se stačí zformovat k boji. Destrukce imunitního systému způsobí, že se organismus pacienta neumí bránit běžným infekcím a některým nádorovým onemocněním. Virus HIV je chráněn proteinovým obalem (gp120) s různými chemickými vlastnostmi, což ztěžuje vývoj vakcíny schopné vyprodukovat protilátky, jež by rozpoznaly četné formy tohoto proteinu. Vědci vycházejí z poznatku, že všechny molekuly gp120 mají společné vlastnosti umožňující všem kmenům viru HIV napadnout lymfocyty T4, jež nesou receptor CD4. Vyvinuli proto umělé kombinace gp120-CD4, které byly chemicky zpracovány, aby vytvořily sloučeninu. Tyto kombinace potom použili pro vývoj protilátek u laboratorních zvířat. Ředitel virologického institutu Robert Galo říká, že tato vakcína pracuje velmi specificky proti typu viru používanému v laboratořích. HIV se rychle mění a studie ukazují, že gp120 je velmi rozmanitý a odolává imunizaci. První pokusy na opicích ukázaly, že po očkování touto vakcínou začne produkce protilátek. V laboratorních podmínkách tyto opičí protilátky neutralizovaly hlavní kmeny HIV, včetně kmenů HIV-A, B, C, D a E. Subtypy se navzájem liší ve 30 procentech genetické posloupnosti. Subtyp B se nachází hlavně v Evropě, Americe a Japonsku, zatímco A, C, D a E se šíří hlavně v Africe a Asii. „U mnoha zvířat, včetně opic, jsme byli schopni vyvinout neutralizující protilátky, které nejsou zaměřeny jen na jeden typ, ale mohou pokrýt různé typy viru HIV,“ řekl ředitel Gallo. „Tato stra-

tegie funguje dobře při laboratorních testech a nemám důvod domnívat se, že člověk by měl být výjimkou, ale není jasné, jak dlouho to bude ještě trvat.“ Na světě je infikováno virem HIV 40 milionů lidí, 25 milionů na AIDS už zemřelo.

Zvířata chrání děti před alergiemi

Američtí vědci zjistili, že kontakt s kočkami a psy snižuje riziko alergické reakce

O polovinu menší je pravděpodobnost onemocnění běžnými alergiemi u dětí, které žily od narození s domácími mazlíčky. Děti, které vyrůstají v kontaktu se zvířaty, jsou podstatně méně ohroženy alergiemi na kočky, psy, ale i prach, plísňe a trávy. K tomuto závěru dospěli američtí vědci, kteří sedm let sledovali 474 dětí od narození do věku sedmi let. „Výsledky výzkumu jsou přesně opačné než to, co jsme očekávali,“ prohlásil pro americkou CNN doktor Dennis R. Ownby, ředitel alergologického oddělení fakultní nemocnice ve městě Augusta v americkém státě Georgia. „Alergologové se celé generace učili, že psi a kočky v domácnosti zvyšují riziko alergií. My přitom víme, že pro vznik alergie je nutný opakovaný styk s danou látkou.“ Odborníci porovnávali skupinu dětí, která byla v dětství vystavena kontaktu nejméně se dvěma kočkami nebo psy, se skupinou, která s těmito zvířaty do styku nepřišla. Zjistili, že u dětí, které byly v kontaktu se zvířaty, bylo riziko onemocnění alergiemi o polovinu menší. Například 15,5 procenta dětí, které neměly doma psa nebo kočku, bylo alergických na kočky, zatímco u dětí, které žily s jedním domácím zvířetem, to bylo pouze 12 procent. A u dětí, které měly v domácnosti dva nebo více domácích mazlíčků, to bylo dokonce jen osm procent. Podobnou tendenci lze vypočítat i u dětí, které mají alergii na psy.

Vyvrácení staré pravdy

„Nová zjištění dokazují, že to, čemu alergologové celá léta věřili a s čím množství rodičů žilo, není pravda,“ uvedl Ownby. Lékaři zjistili, že malé množství kočičího alergenu (látky, která je schopná vyvolat alergickou reakci) způsobuje u dětí vznik alergie, zatímco jeho velké množství působí preventivně proti alergiím i proti astmatu. V čem ale tato záhada přesně vězí? Odborníci se domnívají, že tajemství spočívá v endotoxinech (látkách, které produkují bakterie), jež se



nacházejí ve zvířecí tlamě. „Když si děti hrají se psy nebo kočkami, zvířata je olizují. Olizováním se přenáší spousta bakterií. Endotoxiny údajně mohou modifikovat způsob, jakým bude reagovat imunitní systém lidského těla,“ řekl Ownby. „Jedním z důvodů, proč tolik dětí trpí alergií nebo astmatem, je proto možná to, že žijeme příliš čistotně,“ řekl Ownby.

Amerika se bojí ptáků, kteří nosí virus od Nilu

Před úpravnými domy v severozápadním Washingtonu již časně ráno nekrácejí vrány. Odletěly pryč a stovky jich podle všeho padly za oběť tzv. západonilskému viru. Dětská hřiště, která byla dříve za soumraku po pracovní době plná, jsou dnes obvykle vylidněná, protože rodiče malé děti nechávají doma a chrání je před červcovým horkem a vlhkostí, ale také před komáry přenášejícími západonilský virus. Experti se nyní domnívají, že virus, který se poprvé na západní polokouli objevil v newyorském Queensu v roce 1999, se rozšířil skoro po celém východním pobřeží Spojených států a postupuje na západ a na sever. Virus, který může způsobit encefalitidu nebo meningitidu, přenášejí tažní ptáci a mohl by se nastálo usídlit v celých USA. Postupuje opravdu rychle, řekl ředitel Národního střediska pro zdraví ve volné přírodě v Madisonu ve státě Wisconsin Bob McLean. „Tento rok přibylo osm nových států a další jsou na západě včetně Texasu, Nebrasky, Severní Dakoty a kanadské Manitoby.“ Loni v tuto dobu hlásilo západonilský virus u ptáků a komárů jen devět států, ale letos jich je již 28. Někteří lidé reagují s hrůzou, ale lékaři se shodují, že virus neznamena pro obyvatelstvo vážnou hrozbu. Západonilský virus usmrtil ve Spojených státech od roku 1999 18 lidí a infekce byla zjištěna u 161 osob, tvrdí Středisko pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC). Dvěma třetinám pacientů bylo přes 60 let a mnozí z nich měli další nemoci, kvůli nimž byli náchylní k infekci. Loni onemocnělo 66 lidí a devět jich zemřelo. Letos CDC zatím hlásí 12 onemocnění a žádné úmrtí. Virus byl poprvé hlášen v roce 1937 v Ugandě a nyní je běžný ve větší části Afriky, na Blízkém východě a v Evropě, kam ho pravděpodobně přenesli ptáci. Virus se šíří z komárů na ptáky, kteří jej přenášejí při migraci. Je smrtelný pro krkavcovité ptáky, tedy pro sojky, straky

a vrány. Lépe ho snášejí drozdi, vrabci, holubi a hrdličky, kteří virus přenášejí zpět na komáry. Ti potom mohou nakazit savce včetně člověka. Ve Washingtonu je ministerstvo zdravotnictví zavaleno zprávami o mrtvých vránách a obyvatelé si stěžují, že vrány nepřijde nikdo prozkoumat. „Ptáky se západonilským virem nacházíme každý rok dřív,“ tvrdí Peggy Kellerová z washingtonského střediska pro kontrolu nemocí zvířat. Kellerová také věnuje hodně úsilí uklidňování lidí. „Riziko je velmi, velmi malé. Když jste v oblasti, kde byli zjištěni infikovaní komáři, je tu šance jedna ku 1000, že tu nějaký komár přenáší virus.“ uklidňuje.

Západonilská horečka dostává v Česku šanci Choroba, která někdy končí i smrtí, se u nás už jednou objevila, a to po záplavách v roce 1997. Vráti se?

Nedávný ničivý útok vodního živlu skončil. Nyní se řeky pomalu vrací do svých koryt. Přesto je voda stále nebezpečná. Lehce se může stát zdrojem řady onemocnění, například i západonilské horečky.

Kdy by se mohl rozšířit virus západonilské horečky? Nemoc se objevuje, pokud vzroste množství komárů a zároveň je k dispozici dostatek přenašečů z ptačí říše. Rozsáhlá území zatopená vodou a teplé počasí představují ideální podmínky pro rozmnožení komárů populace. Počet jejich příslušníků se při současných poměrně vysokých teplotách může zvýšit už během jednoho či dvou týdnů. „Virem západonilské horečky se člověk nakazí, pokud ho bodne infikovaný komár,“ vysvětluje docent RNDr. Zdeněk Hubálek, DrSc., pracující v laboratoři medicínské zoologie Ústavu biologie obratlovců Akademie věd ČR ve Valticích. Jestliže se virus v oblasti objeví, bývá nakažena zhruba tisícina komárů. Mezi nejčastější přenašeče patří u nás běžný druh *Culex pipiens*. Komáři nebezpečný virus získávají většinou od vodních ptáků. Agresivnější forma viru západonilské horečky, která se nedávno vyskytla v USA, zabíjí dokonce i samotné ptáky. Mrtvá těla amerických vran, právě ty zákeřnou nemoc v USA zpravidla přenášejí, se pak stávají vítaným objektem zájmu virologů. V Evropě opření přenašeči většinou sami onemocní. Když však komáři „poobědvají“ jejich krev, mohou nebezpečný virus předat člověku, jehož později bodnou.



Taková „normální“ chřipka

Většina nakažených osob naštěstí vůbec onemocní. Pouze malé procento lidí napadených infikovaným komárem má některé příznaky akutního infekčního onemocnění. Tři až deset dnů po nakažlivém bodnutí tak přicházejí například bolesti hlavy, svalů či kloubů. Nemocné sužují horečky a „škrábe“ je v krku. Symptomy se podobají chřipce. U malých dětí postižených západonilskou horečkou se zpravidla objevují především vysoké teploty a vyrážka na pokožce. Zhruba u jednoho procenta všech nemocných trpících uvedenými obtížemi dochází k onemocnění mozku – encefalitidě nebo meningitidě. Virus tak může zavinit trvalé nervové poškození. Starší lidé nebo jedinci s oslabenou imunitou mohou dokonce na následky západonilské horečky zemřít. Po povodních, které udeřily v roce 1997 na Moravě, se nemoc objevila u pěti lidí v postižených oblastech. Počet nakažených byl však možná ve skutečnosti vyšší. Lehčí formy onemocnění lze totiž snadno zaměnit s obyčejnou chřipkou. Češi dosáhli neradostného prvenství. Postižený z Moravy byl první člověk ve střední Evropě, u kterého vědci zaznamenali onemocnění vyvolané tímto virem. „V roce 1997 se nám podařilo izolovat západonilský virus z komára,“ vysvětluje docent Zdeněk Hubálek. Odborníci tehdy vyšetřili více než 11 tisíc komárů z Břeclavska a poprvé v České republice izolovali kmen viru západonilské horečky. Následný sérologický průzkum prokázal existenci protilátek k viru u 2,1 procent, osob z Břeclavska. Vědci ve své práci pokračovali v této oblasti i v letech 1999 a 2000. Po vyšetření více než 14 tisíc komárů sedmi různých druhů opět izolovali jeden kmen viru způsobujícího západonilskou horečku. Jednou z neúčinnějších metod, které mohou pomoci odhalit případnou epidemii západonilské horečky, je takzvaná surveillance. Probíhá tak, že odborníci souběžně zkoumají přítomnost viru u komárů, u volně žijících obratlovců a také u lidí.

Udeří nebezpečná nemoc v Česku i letos?

„I po nedávných povodních by se mohl virus západonilské horečky objevit. Jeho výskyt lze však očekávat spíše na jihu Moravy,“ říká docent Hubálek, „tam jsme se s ním totiž už jednou setkali.“ Hygienici již začali v oblasti, kde se nedávno rozvodnila Dyje, s preventivními postřiky komárů. Pravděpodobnost výskytu nemoci je i proto velice nízká. Nutnou podmínku umožňující šíření viru představuje přítomnost dosta-

tečného množství komárů. Ti se podle docenta Hubálka však zatím naštěstí neobjevili. Zastavené oblasti velkých měst neposkytují vhodné podmínky pro jejich množení. Odborníci musí přesto sledovat komáří populaci. Pokud zaznamenají rostoucí počet jejich příslušníků, přistupují k virologickým vyšetřením. Opatrnost je na místě. Proti západonilské horečce totiž neexistuje žádná očkovací látka. Lidé se mohou před útoky komárů chránit pouze pomocí repelentů nebo sítí v oknech příbytků. Hygienici by se při přemnožení komárů měli zaměřit především na likvidaci jejich larev nacházejících se ve stojatých vodách. Postřiky dospělých komárů totiž mohou zabít i další živočichy.



Cesta psychologa Matějčka k osmdesátce

Psychologie nemá v očích veřejnosti nejlepší jméno. Řada lidí podezírá psychology z toho, že komplikovanými a ne zcela srozumitelnými větami sdělují naprosté banality, že po hodinách zjišťování nakonec stejně dojdou k tomu, co už klient věděl předem, že mezi jejich nejoblíbenější výroky patří „hm, hm“ nebo „může to být tak, či naopak“. Naštěstí psychologie i konkrétní psychologové si stále více uvědomují, že výzkumné poznatky, experimentování, výsledky teoretických reflexí dojdou naplnění teprve tehdy, když se je podaří přetavit do praxe, a když tedy mohou napomoci těm, kteří pomoc potřebují. Mezi psychology, kteří naplňují uvedenou myšlenku měrou vrchovatou, patří i dětský psycholog profesor Zdeněk Matějček, který se v minulých dnech (narozen 16. 8. 1922) dožil osmdesáti let. Za sebou má více než padesát let praktické poradenské služby pro děti, jejich rodiče i učitele, bohatou pedagogickou, výzkumnou, popularizační a charitativní činnost. Zmínit z ní lze jen střípky. Vzpomínám na vždy plnou ambulanci v Thomayerově nemocnici, znovu a znovu mě překvapuje, kolik mých klientů konzultovalo s Matějčkem nebo u něj byli s dítětem na vyšetření. Když u nás na katedře psychologie FFUK vypíšeme na pondělní podvečer volitelný cyklus přednášek prof. Matějčka, můžeme si být jisti, že posluchárna bude prskat ve švech. Přestože nikdy nebyl členem katedry, zájem o spolupráci s ním i o jeho témata diplomových prací je přes třicet let trvalý a neuvadající. Matějček výzkumně a teoreticky poznamenal řadu oblastí. Nepřehlédnutelné je jeho působení v oblasti náhradní rodinné péče.



Stál u zrodu českých SOS vesniček a změn systému náhradní rodinné péče. Jeho průkopnická práce o deprivaci (spolu s J. Langmeierem) ze šedesátých let vyšla v řadě překladů. Neopominutelný je jeho podíl na řadě unikátních longitudinálních výzkumů pro Světovou zdravotnickou organizaci či pro UNESCO. Týkaly se nechtěných dětí, dětí vyrůstajících v rodinách alkoholiků, dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí. Teprve když se nám po roce 1989 otevřel svět dokořán, viděli jsme na vlastní oči, že v oblastech, kterými se Matějček zabývá, víme docela dobře, co podstatného se právě děje ve světě. Zcela bez výhrad je jeho popularizační činnost. Nevím, jestli někdo kdy u nás dělal či dělá takovou službu při kultivaci veřejnosti v psychologii jako profesor Matějček. Jeho příspěvky jsou odborně fundované, přitom psané hezkou češtinou (vždyť ji také vystudoval), sdělné pro nejširší veřejnost. Po roce 1989 mohl vyndat ze šuplíku a napsat celou řadu knížek pro rodiče, vychovatele, lékaře i psychology. Naštěstí Matějček nemoralizuje, nepoučuje, nekritizuje, ale uvádí a vykládá životní příběhy, dává do souvislosti naše působení a možné následky u dětí. V posledních letech se významnou měrou podílí na charitativní činnosti ve prospěch jedinců se zdravotním postižením, zejména ve spojitosti s kontem Bariéry. Podnítil zrod dyscenter, Společnosti pro podporu a rozvoj čtenářství, společnosti Dyslexie a patrně ještě dalších. Profesor Matějček nebyl a není sběratel funkcí. Nebyl členem zájmových skupin, měl své názory dříve a má je i nyní. Svou práci nabízel každému, kdo projevil alespoň minimální zájem a ochotu poslouchat, ale nepodbízel se. Jestliže v posledních letech získal mezinárodní, státní či resortní vyznamenání, čestné doktoráty, pak to budiž doklad pro to, že poctivá, nenápadná, trpělivá a kvalitní práce se někdy přece jen dočká uznání. Velmi dlouho jsem se vypořádával s tím, jak je možné být pořád laskavý, trpělivý a vstřícný i v případech, kde jsme my ostatní byli oprávněně odmítaví. Postupně jsem dospěl k závěru, že efekt Matějčkova přístupu je mnohem větší i trvalejší. Čím dál více se přesvědčuji, že jak ve výchově dětí, tak ve vztazích mezi dospělými nemáme jinou šanci pro budoucnost než jít právě touto cestou. Přeju zejména pevně zdraví. To ostatní – dobrou hlavu, srdce na správném místě a neuvěřitelné množství vitality má Zdeněk Matějček stále na rozdávání. Jsem přesvědčen, že spolu se mnou tak osobně či jen v duchu činí tisíce vděčných klientů, rodičů, prarodičů, žáků, spolupracovníků, kolegů i „obyčejná“ veřejnost. Děkuje, pane profesore.

Pacienti zjistí, kdo je léčí

V ordinacích se objeví informace, zda si lékař doplňoval znalosti. Lidé se brzy dozvědí, zda jejich lékař drží krok s vývojem medicíny a trvale se vzdělává. Lajdáckého doktora však úřady postihovat nebudou.

Profesní komory začnou vydávat lékařům diplomy, jež budou viset v ordinacích. Pacienti se dozvědí, že lékař se vzdělává a v posledních letech neměl disciplinární postih. Stomatologická komora vydala osvědčení už polovině zubařů. Osvědčení začne vydávat i lékařská komora. Lékaři měli v uplynulých pěti letech možnost sbírat takzvané kredity za účast na konferencích či stážích. „Může si to dát do ordinace a udělat si z toho čest,“ řekl prezident komory David Rath. Bude to však systém ryze pozitivní motivace – lékaře, který na vzdělávací kurzy nechodí, komora nijak postihovat nebude. „To, že někdo nechodí na kurzy, ještě nutně neznamená, že je špatný doktor. Třeba je to samorost a čte si odborné časopisy,“ míní Rath. „A naopak: lékař může na kurzy chodit, aniž si z nich něco odnese.“ Na to poukázal i kardiolog Michael Aschermann: „Je chyba, že doktor dnes dostane certifikát za účast na kongresu už při registraci. Teoreticky tam pak nemusí chodit.“ Systém kreditů nadto neřeší problémy lidí na venkově, kteří jsou odkázáni na milost a nemilost jednoho lékaře. MF DNES psala o praxi ve vsích na Písecku: například lékařka v Záhoří ordinuje přes léto pouze do jedenácti, lidé nejsou spokojeni ani s tím, jak je léčí. Ale nemají na výběr. Lékařská komora nabízí jediný recept – stěžujte si.

Vědci objevili, jak se šíří rakovina

Za vším stojí molekuly SRC, které ničí tkáň okolo nádoru

Britští vědci odhalili způsob, jakým se v lidském organismu šíří rakovinové buňky. Pravděpodobně to umožní vyvinout lék, který zabrzdí růst a tvorbu metastáz. Lékaři tak budou moci nádor spolehlivě a odstranit bez následků dalšího šíření.

Britští vědci posunuli lidstvo o krok blíže porozumění rakovině a způsobu, jakým se šíří v lidském těle. Podle týmu odborníků v oboru onkologie z Beatson Institute ve skotském Glasgow je pro růst a metastazování rakovinového nádoru klíčová přítomnost proteinové molekuly SRC, která uvolňuje tkáň kolem ná-



doru, a tím umožňuje snazší šíření rakovinových buněk do zbývajících částí organismu.

Nové zjištění vědců by podle BBC mohlo vést k objevení nového léku, který šíření rakoviny zabrání. O vlivu molekuly SRC na růst rakovinového nádoru se hovořilo již dříve, zejména v souvislosti s rakovinou střev. Až dosud však nikdo nevěděl, jak přesně působí.

SRC narušuje tkáňovou strukturu

Buňky ve zdravé tkáni jsou pospojovány molekulami tak, že dohromady vytvářejí systém, který lze přirovnat k lešení. Když se v organismu začne vyvíjet rakovina, „lešení“ se zhroutí a tkáň celkově povolí a stane se neorganizovanou hmotou. V procesu sehrává klíčovou úlohu právě molekula SRC. Ta je za normálních okolností zodpovědná za celkovou pružnost zdravých tkání, aby mohl organismus růst.

Při výskytu rakoviny se však molekula stává příliš aktivní a normální strukturu tkáně začne narušovat. „Věděli jsme, že SRC hraje důležitou roli u rakoviny střev. Odhalit, jakou má přesně úlohu, trvalo celkem dlouho,“ cituje BBC vedoucí výzkumného týmu Margaret Frameovou. „Nyní jsme zjistili, že molekula vysílá několik chemických signálů, které působí na okolní buňky. Kdyby se podařilo vyvinout léky, které tyto signály zabrzdí, mohly by zabránit šíření rakoviny střev,“ řekla.

Šance na léčení

Britští odborníci zjistili, že molekula SRC dá pokyn molekule zvané E-cadherin, aby opustila své místo na buněčném povrchu. Adhezivní molekula E-cadherin je nosnou součástí celého „lešení“, které drží buňky pohromadě. Má význam pro tvar buněk a zpomaluje růst nádoru. Jejím odstraněním se naruší celá tkáň. Molekula SRC působí i na takzvané integriny, které udržují integritu tkáně. V důsledku tohoto působení pak vzniká nový typ tkáňové struktury, který umožňuje rakovinovým buňkám, aby putovaly a šířily se do celého organismu. „Kdyby se nám podařilo udržet buňky v rámci původního nádoru, byla by mnohem větší šance, že prostřednictvím chirurgického zákroku snížíme riziko opětovného výskytu rakoviny v jiných částech těla,“ řekla Frameová.

Je-li nádor odhalen včas, lze často rakovinu ještě léčit. Většina rakovinových buněk totiž zůstává uvnitř nádoru, který lze odstranit chirurgickou cestou. Po nějakém čase se však buňky dostanou do krevního a lymfatického oběhu, a tím se rozšíří do zbývajících částí organismu. Jakmile se objeví metastázy, naděje na úspěšnou léčbu jsou nesrovnatelně nižší.

I N Z E R C E

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

Přenechám praxi

Přenechám zavedenou privátní ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v Liberci.
Tel: 048/5122458.

Hledám pediatra pro zástup

Hledám pediatra s licencií pro zástup do ordinace PLDD v Kyjově po dobu trvání MD v termínu od 9/02 nebo i později dle dohody.
Kontakt: 0629/601985

Pomoc pro vyplavenou ordinaci

Jakýkoliv zachovalý starší nábytek pro vybavení vyplavené ordinace potřebuji k znovuotevření praxe PLDD.
Dr. Zachová, Štěchovice, tel.: +420 724 030 435

Pronajmu ordinaci

Dlouhodobě pronajmu zařízenou lékařskou ordinaci v Říčanech - Radošovicích, okres Praha - východ. Seriózní jednání a rozumné nájemné. Vhodné pro praktického lékaře (možnost získání smlouvy s VZP) i specialistu. Nájemné možné od 02/2002.
Prosím kontaktujte tel.: 0603/268 233

Přijmu místo asistentky

Dětská lékařka s atestací I. stupně a licencií přijme místo asistentky u PLDD v Praze 4, ev. 2, 10, nebo přijme místo na částečný pracovní úvazek.
Tel.: 02/4177 4448

Přijmu pediatra

Přijmu pediatra do privátní ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, 12 km severně od Brna. Nástup možný od 1.7.2002.
Tel.: 05/4927 3678 - po 18. hodině

Přijmu asistentku

Přijmu asistentku do ordinace PLDD na 2 - 3 půldne v týdnu, dlouhodobá spolupráce.
Prosím písemně: Dětská ordinace, 273 03 Stochov

Hledáme lékaře - externí spolupracovníky

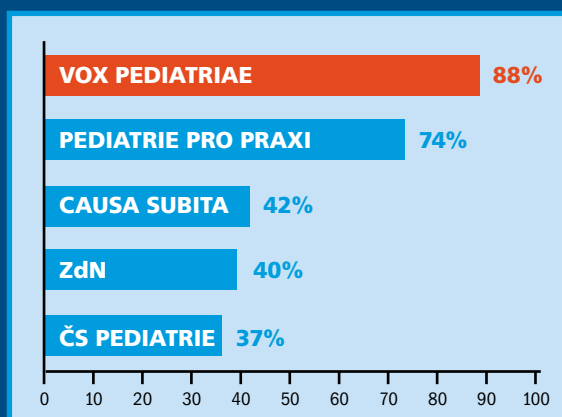
FN Na Bulovce - dětské interní oddělení hledá lékaře - externí spolupracovníky pro výkon ústavních pohotovostních služeb.
Požadavky: I. atestace z pediatrie. Informace na tel.: 02/6608 2607.

VOX PEDIATRIAE

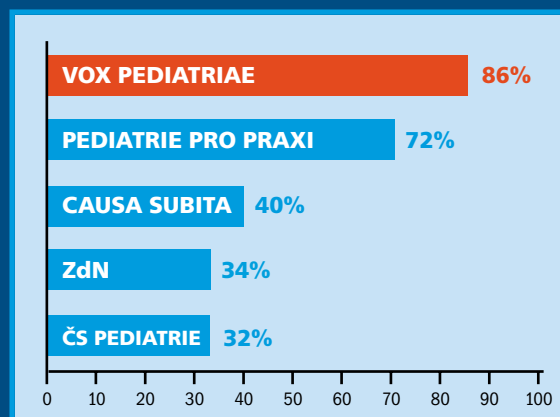
Nejčtenější časopis praktických lékařů pro děti a dorost

■ VOX PEDIATRIAE je nejčtenějším periodikem praktických lékařů pro děti a dorost v ČR

pravidelně dostávají



nejčastěji čtou



■ VOX PEDIATRIAE je nejlépe hodnoceným periodikem praktických lékařů pro děti a dorost v ČR

	VOX PEDIATRIAE	PEDIATRIE PRO PRAXI	CAUSA SUBITA	ZdN	ČS PEDIATRIE
Odborná úroveň	1,33	1,59	1,75	1,70	2,15
Grafická úprava	1,48	1,73	1,75	1,72	2,45
Přehlednost	1,34	1,60	2,08	1,68	2,10
Výběr článků	1,38	1,58	2,14	1,88	2,27
Validita informací	1,34	1,53	2,09	1,68	2,06
Celková úroveň	1,28	1,57	2,09	1,81	2,15

škála od 1 do 5; 1 = nejlepší, 5 = nejhorší