

říjen 2002 ■ číslo 8 ■ ročník 2

VOX PEDIATRIAE

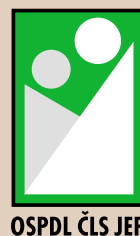
časopis praktických dětských lékařů



Méně známé exantémy dětského věku

Léčba kortikosteroidními externy

Diagnostika a léčba kopřivek a angioedému



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@detsky lekar.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@detsky lekar.cz
e-mail: veronika.drahovzalova@detsky lekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc září	5
Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů	6
Zápis z jednání analytické komise	6
Usnesení shromáždění PL v Milovech	6
Dohoda o úhradě zdravotní péče	7
Výběr z korespondence	8
Sjezd ČLK 2002	10



Zápis z jednání OSPDL ČLS JEP	13
MUDr. Š. Čapková	
Méně známé exantémy dětského věku	14
MUDr. Š. Čapková	
Léčba kortikosteroidními externy	20
Doc. MUDr. M. Viktorinová, CSc.	
Diagnostika a léčba kopřivek a angioedému	25
MUDr. B. Turek, CSc.	
K biologické hodnotě přípravků pro náhradní mléčnou kojeneckou výživu...	32



Aktuality	34
Řádková inzerce	38



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

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



Vážené kolegyně a kolegové,

touto cestou si dovolím zrekapitulovat proběhlé měsíce z pohledu předsedkyně naší odborné společnosti (OSPDL ČLS JEP).

Měsíc srpen na místo očekávané klidné dovolené přinesl mnoho neočekávaného. Naši republiku postihly záplavy, a to v rozsahu, který ani velcí pesimisté nemohli nikdy čekat. Naše ordinace, zdá se dle údajů hlášených na centru, nebyly postiženy v nějakém významném počtu, každopádně však i problém jednoho kolegy musí být důvodem k určitým opatřením, následným aktivitám. Konečné číslo postižených kolegů naší odbornosti je v řádu do deseti.

Především Sdružení pomáhalo s rozesíláním aktuálních pokynů jak postupovat s dokumentací, jak zajistit chod ordinace a podobně. Společně se naše obě organizace podílely na zajištění a následné distribuci humanitární pomoci z Řecka. Všichni jsme museli reagovat na výzvu paní ministryně zdravotnictví, abychom ve zvýšeném nasazení zajišťovali primární péči o obyvatelstvo včetně dětí. Za odměnu nám bylo přislíbeno odpuštění regulačních opatření na nepravidelnou péči. Odborná společnost se stala účastníkem rozhodování jak postupovat v případě očkování dětské populace proti hepatitidě A. Výsledky jsou myslím dostatečně známé a v současnosti očekáváme rozhodnutí hlavního hygienika ČR, zda bude stát hradit i přeočkování proti hepatitidě A ve vyjmenovaných lokalitách a uvedených ročních narozeních.

Výše zmíněné události vedly výbor OSPDL k rozhodnutí změnit termín konání republikového setkání školitelů, a jsem velmi ráda, že v současnosti je již znám termín náhradního setkání, které se uskuteční koncem letošního roku 29.11. - 1.12.2002 na Javorníku.

S velkou radostí jsem uvítala finální podobu doporučení, jak dál s fluoridovou prevencí, na které se shodly odborné společnosti. Jsem velmi ráda, že došlo k odsouhlasení konečné podoby návrhu nového zdravotního a očkovacího průkazu, který je již nyní prezentován jako výsledek společného názoru OSPDL i České pediatrické společnosti. Již tradičně nyní probíhá řešení stránky finanční, hledání prostředků na jeho vydání od 1.1.2003. Nesmíme dopustit, aby vinou nezodpovědného přístupu některých účastníků tohoto procesu nebyly průkazy po Novém roce k dispozici.

Po počátečních startovacích obtížích se konečně podařilo rozeběhnout společnou studii s VZP ČR na téma zavedení CRP diagnostiky do našich ordinací. Účastníci studie jsou nyní vyzváni k podpisu smlouvy o úhradě tohoto vyšetření. Všichni doufáme, že se podaří prokázat i efekt úspory preskripce antibiotik, a tím snad napomůžeme jak přislíbenému nárůstu úhrady tohoto výkonu, tak i jeho plošnému zavedení.

OSPDL v současnosti připravuje vzdělávací projekty na příští rok, diskutujeme s IPVZ podobu další spolupráce jak v oblasti vzdělávacích akcí, tak v oblasti pořádání setkávání školitelů. To vše jsou aktivity, které zaberou nemalý čas všem těm, kdo se na nich podílí, a já musím touto cestou především poděkovat všem regionálním zástupcům OSPDL, kteří nyní připravují podzimní regionální akce. Všichni pracují velmi spolehlivě a tím v nemalé míře napomáhají tomu, aby OSPDL na úrovni výboru mohla dále připravovat další projekty na příští rok.

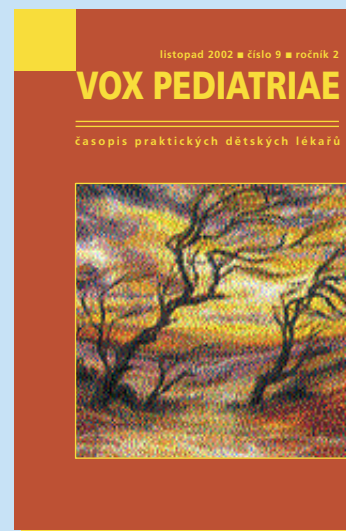
S pozdravem a přáním klidného podzimu všem kolegům

MUDr. Hana Cabrnová

Infekce dýchacích cest v komunitě

Postvakuinační reakce

Detekce Helicobacter pylori



seznam inzerujících firem

- AVENTIS PASTEUR
- HEINZ
- LÉČIVA
- NUTRICIA
- ORION DIAGNOSTICA
- PLIVA
- 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
16,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc září

MUDr. Pavel Neugebauer

I září byl měsíc bohatý na události. Rozvíjí se činnost nové platformy – České zdravotnické fórum, přípravná fáze dohodovacího řízení o cenách na 1. pololetí 2003 skončila málem nedohodou, začíná kampaň k volbě prezidenta ČLK, pokračuje legislativní aktivita Ministerstva zdravotnictví ČR. Do parlamentu prošel zákon, který může významně zasáhnout do systému primární péče v ČR, na druhou stranu paní ministryně chystá legislativní podklady pro možnost legitimního prodeje praxe.

3.9. – rozbíhá se činnost určité platformy, která se nazývá „České zdravotnické fórum“. Jde o platformu skupiny lidí, kteří mají zájem a jsou ochotni ve vzájemné spolupráci připravovat materiály, které by mohly být vodítkem k účinným změnám ve zdravotnictví. Zastoupení dává tušit, že by mohla vzniknout opravdu významná aktivita, neboť k činnosti na půdě tohoto fóra se již přihlásili někteří poslanci, ředitelé zdravotních pojišťoven, zástupci ministerstev, ale i zástupci významných organizací působících na poli zdravotnictví, nás může těšit, že jsme ke spolupráci byli přizváni i my. O založení tohoto fóra jste již byli seznámeni na stránkách Zdravotnických novin a my se budeme snažit zajímavé výstupy publikovat i v našem časopise.

4.9. – 2. jednací den segmentu praktických lékařů dohodovacího řízení o cenách na 1. pololetí 2003. Jednání začalo překvapivou zprávou, že VZP stahuje svou nabídku navýšení sazeb oproti 2. pololetí 2002, k tomu se posléze přidala i VoZP, ostatní ZP jsou ochotny jednat o navýšení, jednání dospělo do nedohody, pro hrozbu nedohody v dohodovacím řízení domluvena ještě jedna schůzka, za nás jsme návrh VZP nemohli akceptovat.

4., 10., 18. a 25.9. – jednal Výkonný výbor Sdružení o aktuálních problémech s nimiž vás postupně seznamujeme i na stránkách tohoto časopisu.

5.–7.9. – v Teplicích probíhal pediatrický kongres, o výstupech budeme informovat v odborné části našeho časopisu.

10.9. – další jednání Koalice ambulantních zařízení – zápis zveřejňujeme na jiném místě

10.9. – na půdě Zdravotnických novin probě-

hl kulatý stůl na téma předávání praxí, podrobná informace byla zveřejněna v těchto novinách, zdá se, že ledy by se mohly v této otázce skutečně pohnout.

11.9. – poslední jednací den přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na 1. pololetí roku 2003, VZP se vrátila ke svému původnímu návrhu navýšení sazeb, po zhodnocení reálných možností a předpokladu navýšení výběru pojistného v roce 2003 jsme na dohodu přistoupili, její text zveřejňujeme na jiném místě.

17.9. – opět jedná analytická pracovní skupina našeho Sdružení, zápis otiskujeme na jiném místě.

19.9. – Koalice ambulantních zařízení navštívila paní ministryni, po obecné diskusi na téma ambulance versus lůžka jsme se rozešli se závěrem dohody o vzájemné spolupráci nad problematikou poskytování zdravotní péče v ambulantním sektoru.

21.9. – jednání Předsednictva Sdružení

■ Diskutována problematika bonifikací PLDD VZP

■ Dále opožďování plateb, dodatky s prodloužením splatnosti faktur

■ Nové skutečnosti v problematice zavádění CRP do ordinací PLDD, zdá se, že nakonec pilotní projekt s VZP bude realizován z fondu prevence

■ Diskutovány možnosti a formy další spolupráce se zdravotními pojišťovnami

■ Přítomní byli seznámeni s výsledkem přípravné fáze DŘ o cenách na 1. pololetí 2003

■ Dále s úhradou mimořádného očkování v souvislosti s povodněmi

■ Pokračovala diskuse k oboru PLDD

■ Pokračuje příprava republikové konference
■ Informace o činnosti OSPDL
■ Prezentovány další výstupy z jednání na téma generační výměna PLDD.

23.9. – pokračuje další kolo jednání s lékárníky na téma lékových záznam pacienta, opět zdůrazněno, že lékárníci nemohou suplovat poskytování zdravotní péče, nutné pouze jednat o jejím případném doplnění o službu lékárníků na poli volně prodejných léků a kombinace léků, vše musí být založeno na vzájemné spolupráci lékárníka s lékařem.

27.–29.9. – v Milovech probíhá republikové setkání volených zástupců SPL (jakási obdoba našeho sněmu). Na tomto jednání zaznělo mnoho společného s naší odborností – od LSPP přes legislativní aktivity až po financování praktických lékařů. Jednání se zúčastnila řada zajímavých hostů včele s ředitelkou VZP ing. Musílkovou.

Z usnesení si dovoluji vybrat několik bodů:

■ Vyjádření znepokojení nad nepříznivým vývojem financování zdravotnictví v návaznosti na rozhodování vlády o úhradách zdravotní péče – přeliv financí do nemocničního sektoru

■ Zásadní protest proti znovuoobnovování diskuse nad 24 hodinovou péčí PL

■ Podpora MUDr. Ivana Suchardy jako kandidáta na prezidenta ČLK

■ Výzva směrem k MZ ČR k užší spolupráci při přípravě legislativních norem

28.9. – ve Vídni probíhá setkání zástupců ambulantních pediatrů, podrobnější informaci zveřejníme v příštím čísle našeho časopisu.



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů

10. září 2002

Program:

1. Jednací řád smírčího jednání
2. Návrh vyhlášky o zdravotnické dokumentaci
3. Aktuální informace

1. Jednací řád smírčího jednání

Připomínky k jednacímu řádu smírčího jednání byly projednány na setkání zástupců Koalice 16. 4. 2002. Česká stomatologická komora je soustředí a za Koalici odešla.

2. Návrh vyhlášky o zdravotnické dokumentaci

Vzhledem k odkazům na neexistující přílohy není možné se k materiálu vyjádřit. Zástupci Koalice navrhuji, vzhledem k tomu, že jde o velice důležitý předpis, požádat o přijetí u ministryně, a připomínky, spolu s návrhy na změnu transplantčního zákona projednat přímo s ní. MUDr. Pekárek nabídl možnost předložit transplantční zákon k posouzení právní poradně ČSK.

3. Aktuální informace

- V souvislosti s přeměnou Koalice ambulantních lékařů na obecně prospěšnou společnost se účastníci jednání dohodli na společné schůzce výborů všech organizací sdružených v Koalici. Schůzka se uskutečnila 12. 10. 2002 od 15.00 hodin ve velké učebně Vzdělávacího střediska ČSK.
- S novelou zákona o vzdělávání dojde i k novelizaci zákona týkajícího se činnosti profesních komor, jež budou pověřeny vedením registrů lékařů, zubních lékařů a lékárníků. Do registrů se mají zaznamenávat mimo jiné údaje o zaměstnavateli, dosaženém vzdělání, osvědčení k samostatnému výkonu povolání i o dalším vzdělávání. Registr by měl být veřejně přístupný.

Další jednání:

Úterý 12. 10. 2002 po skončení společné schůzky výborů.

Zapsala
Mgr. Zina Sladkovská

Zápis z jednání analytické komise (pracovní komise SPLDD)

ze dne 19.9.2002

1. Hodnocení dosavadních zkušeností s bonifikačním systémem VZP

- Dopad bonifikací tzv. dobré praxe – úskalí hodnocení provádění preventivních prohlídek
- Nutno prověřit výpočet ve vztahu na započtený počet klientů
- Chybovost daná vykazáním kódu končícím 1
- Možnosti začlenění očkování

2. Stanovení krátkodobých cílů

- Aktivně působit na zavádění drobné laboratorní diagnostiky do ordinací PLDD, rozšířit používání CRP i na další zdravotní pojišťovny (dosud OZP, snad i VZP)
- Připravit podklady pro vytváření lokálních projektů, tj. projektů na zvyšování kvality poskytované péče v návaznosti na úhradu od ZP – posilování úlohy a postavení PLDD
- Do všech bonifikačních systémů začlenit problematiku očkování, možná i dispenzarizace – diskutována otázka možnosti zavedení očkovacího (dispenzárního) bonifikačního paušálu – nutno vytvořit kritéria, metodiku

3. Stanovení dlouhodobých cílů

- Vyhodnocení uplatňování regulací ve smyslu odstranění negativních regulací a přechod pouze na pozitivní motivace
- Diskutována problematika DPH ve zdravotnictví – bude nutno upřesnit některé pojmy
- Pracovat na přípravě přechodu z bodníku na ceník za zdravotní péči

4. Nákladová střediska

- Vytvořit podklady pro vznik nákladových středisek pro možnost dlouhodobého sledování vývoje ekonomiky ordinací PLDD

5. Audit praxe, uplatnění ISO norem ve zdravotnictví

- Z našeho pohledu hodně neprobádaný terén
- Nutno zahájit diskusi nad možnostmi

6. Stanovení další termín schůzky na 15.10.

Zapsal

MUDr. Pavel Neugebauer

Usnesení shromáždění praktických lékařů v Milovech

27. – 29. 9. 2002

Účastníci jednání se znepokojením konstatují, že nadále pokračuje nepříznivý vývoj financování jednotlivých segmentů zdravotnictví, který je důsledkem opakovaného chybného rozhodování vlády o úhradách zdravotní péče. V rozporu s evropským trendem dochází k dalšímu prokazatelnému navyšování finančních prostředků pro segment lůžkové péče na úkor péče ambulantní. To vede mimo jiné ke zpoždování plateb zdravotních pojišťoven.

Stát se nesmí zříci své povinnosti zajistit poskytování neodkladné zdravotní péče. Tzv. „24 hodinová povinnost péče praktického lékaře o pacienta“ nemá oporu v zákonných normách a ani není ve fyzických silách praktiků. K výkonu lékařské služby první pomoci jsou navíc plně kvalifikováni i lékaři dalších odborností.

Praktičtí lékaři se dohodli na společné podpoře kandidáta na prezidenta ČLK pro její nadcházející volební sjezd. Je jím **MUDr. Ivan Sucharda**.

Praktičtí lékaři vyzývají ministerstvo zdravotnictví k užší spolupráci při tvorbě zákonných norem týkajících se práce praktických lékařů. Normy musí být realizovatelné a musí mít jednoznačný výklad.

Milovy, 29.9.2002



Dohoda o úhradě zdravotní péče poskytované praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost na 1. a 2. čtvrtletí 2003

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost bude hrazena v 1. a ve 2. čtvrtletí 2003 podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením takto:

■ A) kombinovanou kapitačně výkonovou platbou

Výše kapitačně výkonové platby se vypočte podle počtu registrovaných pojištěnců s příslušným věkovým indexem násobeným základní sazbou ve výši **minimálně 32,- Kč** na měsíc (před uplatněním degresního koeficientu).

Úhrada výkonů hrazených mimo kapitační platbu a výkonů za neregistrované pojištěnce bude realizována podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č.134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kdy hodnota bodu je **minimálně 0,90 Kč**.

■ B) kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace

Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet jednicových registrovaných pojištěnců, než je 70% celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále jen „VZP“) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinnosti zdravotní pojišťovny podle § 46 odst.1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících předpisů, ve znění pozdějších předpisů.

Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90% kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců. Na dorovnání se podílejí zdravotní pojišťovny, s nimiž má příslušný praktický lékař uzavřenu smlouvu o poskytování a o úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z jednicových registrovaných pojištěnců tohoto praktického lékaře. Tento typ úhrady se týká ordinací praktických lékařů, kterým byl Komisí pro malé praxe přiznán statut malé praxe.

■ C) podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb.,

kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, kdy hodnota bodu je **minimálně 0,46 Kč** do limitu času nositele výkonu 12 hodin na kalendářní den. Maximální výše úhrady je nejvýše 100% porovnávacího objemu úhrady za příslušné čtvrtletí roku 2002.

■ Podmínky úhrady podle tohoto článku, písmen A) až C):

1. Na základě vyhodnocení komplexní finanční nákladovosti zdravotní péče poskytnuté registrované klientele a porovnáním s obdobnými náklady na zdravotní péči u jiných zařízení praktických lékařů (resp. praktických lékařů pro děti a dorost) může být

a) základní sazba smluvně upravena za dodržení podmínek uvedených pod písmenem A)

nebo

b) celková výše úhrady upravena po skončení období.

Při vyhodnocování komplexní finanční nákladovosti pojišťovna zajistí vyloučení nákladů, které praktický lékař nemůže ovlivnit (zejména stomatology, gynekologie, mimořádně nákladná péče), zohlední především nehomogenitu čerpání nákladů jednotlivými věkovými skupinami a délku registrace. Pro zajištění transparentnosti tohoto opa-

tření jsou zdravotní pojišťovny oprávněny předávat a zdravotnická zařízení přejímat potřebné datové soubory.

2. Pokud úhrada za předepsané léky a zdravotnické prostředky konkrétním zdravotnickým zařízením vztažena na jednoho registrovaného pojištěnce, kromě léků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, se zohledněním věkových skupin, převyší o více než 20% celostátní průměrnou úhradu za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky, kromě léků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, je pojišťovna oprávněna uplatnit srážku do výše 25% z překročení. Tento regulační mechanismus je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit, pokud celkové sledované parametry nákladovosti daného zdravotnického zařízení, specifikované zdravotní pojišťovnou, převyší o více než 10 % celostátní průměr zdravotní pojišťovny.

3. Pokud celková úhrada za ošetřené neregistrované pojištěnce převyší 5 % celkové úhrady za registrované pojištěnce v 1. resp. 2. čtvrtletí 2003, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku ve výši 50% z překročení (netýká se péče pro neregistrované ošetřené pojištěnce v rámci řádného zástupu). Tento regulační mechanismus se neuplatní v případě úhrady zdravotní péče podle písmena C).

Koalice ambulantních lékařů – informace pro ČTK

Zástupci Koalice ambulantních lékařů (Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost a Sdružení smluvních lékařů) se shodli na společné podpoře kandidáta na post prezidenta České lékařské komory do voleb na jejím listopadovém sjezdu. Tímto kandidátem je **MUDr. Ivan Sucharda**, gynekolog z Varnsdorfu a současný člen revizní komise ČLK. Koalice podniká další kroky k získání široké podpory pro tohoto kandidáta v řadách lékařů.

Konstatujeme, že se čím dál častěji setkáváme s voláním po nápravě poměrů v ČLK, zejména po jejím návratu k poctivé práci ve prospěch celého lékařského stavu a po odklonu od současného politicko-odborářského zaměření.

Jsme přesvědčeni, že MUDr. Ivan Sucharda je právě tou osobností, která svou prací přispěje k nápravě ČLK a vyzýváme lékařskou veřejnost, aby ho v nadcházejících volbách prostřednictvím svých delegátů podpořila. Společný kandidát se lékařům poprvé ve své roli představil na setkání praktických lékařů o tomto víkend v Milovech. Předpokládáme, že Sdružení soukromých gynekologů ČR se k jeho podpoře připojí po svém zasedání o týden později.

Praha, 29.9.2002

MUDr. Jan Jelínek



Výběr z korespondence

**MUDr. Evy Matouškové, zástupkyně SPLDD ČR za okres Jihlava
a Ing. Jiřiny Musílkové, ředitelky VZP ČR**

Všeobecná zdravotní pojišťovna
ředitelka VZP ing.
Jiřina Musílková
Orlická 4/2020
130 00 Praha 3

Věc : Opakované překročení doby splatnosti faktur

Vážená paní ředitelko,

obracím se na vás jménem okresního sdružení SPLDD v Jihlavě. S lítostí mohu já i všichni moji kolegové konstatovat, že poté, co jsme byli v lednu 2002 prakticky donuceni podepsat novou smlouvu s VZP s novými, pro nás podstatně nevýhodnějšími platebními podmínkami (splatnost faktur byla prodloužena z 10 pracovních dnů na 20 kalendářních, což je doba rozhodně delší než v běžném platebním styku obvyklá, a rovněž nestandardní jsou i ostatní platební podmínky - např. za datum splatnosti se podle Obchodního zákoníku pokládá den připsání na účet věřitele, zatímco VZP za něj považuje den odeslání ze svého účtu atd...), se platební morálka Vaší pojišťovny stále více zhoršuje. Zprvu jsme byli nuceni tolerovat několikadenní zpoždění plateb, nyní je to již zpoždění týdně.

Po telefonickém dotazu na okresní pobočce VZP mi bylo ředitelem ing. Hrdličkou sděleno, že nikdo na této pobočce není kompetentní tento problém řešit, protože pobočky jsou odkázány na příslušné financí z centra, a že v nejbližším čtvrtletí se situace nejspíše nezlepší, spíše naopak, a s dalšími dotazy mě odkázal na ústředí VZP.

I my všichni máme své finanční závazky a v důsledku Vaší platební nekázně se dostáváme do druhotné platební neschopnosti, což může následně ohrozit i samotnou existenci naší soukromé praxe. Žádám Vás proto o sdělení, jakým způsobem hodlá VZP zamezit dalšímu jednostrannému porušování smlouvy. Nedojde-li k okamžitému zlepšení stávajícího stavu, jsme kromě penalizací připraveni bromadně žádat své pacienty o přestup k jiným pojišťovnám, k tomuto krajnímu kroku však nechceme přistupovat bez předchozího pokusu o domluvu s Vámi, naším dominantním smluvním partnerem.

S pozdravem

MUDr. Eva Matoušková
zástupce SPLDD za okres Jihlava

Na vědomí: Centrum primární péče SPLDD ČR - MUDr. Neugebauer

V Telči 28.8.2002

Vážená paní MUDr. Eva Matoušková
zástupce SPLDD za okres Jihlava
Masarykova 444, 588 56 Telč

Vážená paní doktorko,

ve svém dopise ze dne 28.8.2002 jste se na mne obrátila jménem okresního sdružení SPLDD v Jihlavě ve věci opakovaného překročení doby splatnosti faktur s pohrůzkou, že budete působit na naše pojištěnce, aby se přehlásili k jiné zdravotní pojišťovně. S politováním musím konstatovat, že Pojišťovna je skutečně v tuto dobu v situaci, kdy nemůže plně dostát svým závazkům v termínu splatnosti. Příčinou je finanční bilance, a proto mi dovoluji zabývat se nejprve jí. Finanční bilance má stranu příjmovou a stranu výdajovou. Rozhodující položku příjmů tvoří výběr pojistného od plátců. Ten je dán úrovní příjmů (výpočtové základny) plátce, procentem odvodu a disciplínou, respektive schopností pláce pojistné hradit. Až dosud se Pojišťovna zaměřovala právě na disciplínu plátců a v závislosti na jejich možnostech pojistné hradit činila potřebné zákonné kroky. Nezáskala tím ani na popularitě, a bohužel ani uznání či podporu zdravotnické veřejnosti. Získala však takto nemalé prostředky. Jen v roce 2001 to bylo z pokut, penále a přírůžek 563,6 mil. Kč a z náhrad škod 160,9 mil. Kč (viz Výroční zpráva). Druhou významnou položku příjmů činí platba pojistného od státu za pojištěnce, za které pojistné hradí stát. Její výši určuje stát (oproti průměrné platbě zaměstnavatele 1 053 Kč platí stát jen 439 Kč). Na straně výdajů stěžejní část tvoří úhrady věcných dávek zdravotní péče (97 %). Jejich objem je odvislý od



výše cen (sazeb) za zdravotní péči a od počtu (sítě) poskytovatelů. Výše cen je v případě dohody stanovena dohodovacím řízením, v případě nedohody ji stanovuje stát. Bohužel již poněkoličkáte za sebou nedošlo k dohodě v segmentech lůžkové péče a stát stanovil výši úhrad nad finančními možnostmi Pojišťovny. Část výdajů tvoří náklady na vnitřní provoz Pojišťovny. Výše těchto nákladů je stanovena vyhláškou Ministerstva financí. Chtěla bych v tomto bodě připomenout, že Pojišťovna ve své historii vždy z tohoto objemu ušetřila a převedla takto uspořené prostředky do zdravotního fondu (v roce 2001 to bylo 216,7 mil. Kč). Navíc z těchto prostředků hraď smluvní pokuty zdravotnickým zařízením za opožděné úhrady, což znamená, že tyto prostředky nemůže využít pro svou činnost (v roce 2001 to bylo 186,2 mil. Kč). Myslím, že za zmínku stojí i to, že ve prospěch zdravotní péče převádí Pojišťovna i prostředky ze smluvního pojištění. V roce 2001 převedla takto do základního fondu zdravotního pojištění 3 mil. Kč a do fondu prevence 49,5 mil. Kč.

Pro ucelenou představu funkce systému je třeba ještě uvést tzv. přerozdělovací mechanismus mezi zdravotními pojišťovnami, který určitým způsobem přerozděluje prostředky z vlastního výběru pojistného pojištěn a prostředky od státu. Nechci současný model přerozdělování popisovat, je ostatně daný zákonem, jen konstatuji, že nezohledňuje dostatečně rizikovost jednotlivých skupin pojištěnců a to jednak tím, že přerozděluje 60 % příjmů od plátců, ale zejména pak tím, že na straně výdajů neodráží adekvátně nákladovou rizikovost jednotlivých pojištěnců. To jednotlivým zdravotním pojišťovnám umožňuje selektivní (tzv. adverzivní) výběr pojištěnců, tedy cíleně se zaměřit na příjmově a současně i nákladově výhodné skupiny pojištěnců. Otázkou však je, co s těmi zbývajícími. Právě s ohledem na tento moment se Pojišťovna na aktivity selektivního výběru nezaměřila, přestože je má poměrně dobře zmapované. Namísto toho se vydala cestou požadující nápravu přerozdělovacího mechanismu, která je však možná jen cestou změny zákona. Vládní návrh předložený minulou Poslaneckou sněmovnou, který úpravu obsahoval, Sněmovnou neprošel. O to více oceňujeme, že podpora plného přerozdělení je zakotvena v programovém prohlášení současné vlády. Je však již poněkud pozdě a Pojišťovna se mezitím dostala do situace, kterou popisují v úvodu. V této souvislosti jsem nucena uvést, že Pojišťovna má závažné indície o tom, že k onomu selektivnímu způsobu výběru pojištěnců (pro Pojišťovnu nevýhodnému) významnou měrou přispěli praktičtí lékaři. Někdy vědomě – cíleně, někdy nevědomky, např. v důsledku bonifikačního systému úhrad. Pojišťovna a s ní celý systém zdravotního pojištění stojí před závažným rozhodnutím. Buď bude tato chyba odstraněna, a důsledky působení současného přerozdělovacího mechanismu kompenzovány, nebo si Pojišťovna pomůže sama, a to ještě před zavedením nového přerozdělovacího mechanismu tak, aby si do něj současný deficit nepřenesla. Jsem přesvědčena, že Pojišťovna má schopnost toto zvládnout sama, nejsem si však jista, jak toto řešení přijme veřejnost, média, ale i vy lékaři. Chci věřit, že v takovém případě spravedlivě připustíte, že Pojišťovna má právo chovat se stejně jako jiné pojišťovny, tedy marketingově a vybírat si pojištěnce. Bude pak ale nezbytně nutné vyřešit problém pojištěnců, kteří nebudou pro žádnou zdravotní pojišťovnu dostatečně výhodní a nebude nikoho, kdo by jim poskytnutou zdravotní péči ubradil. Nemohu se samozřejmě nezmínit ještě o jedné věci. Zjišťuji, že v komunikaci mezi Pojišťovnou a lékaři není vše v pořádku, a to zejména na místní úrovni. Koneckonců tomu naznačuje i obsah Vašeho dopisu. Ano, Pojišťovna prošla složitým obdobím, vznikla takřka přes noc, na druhé straně na ní ležela obrovská zodpovědnost za obrovské prostředky, ležela na ní tíha transformace (vždyť i díky tomu mohly vzniknout Vaše soukromé praxe), byla víc kontrolována než podporována, často byla nucena suplovat rozhodnutí státu (což ji na popularitě nepřidalo) a o to víc mne mrzí, že se občas setkávám s nevhodným, nekomunikativním přístupem některých našich pracovníků k Vám lékařům.

Jsem odhodlána tomuto jevu s plnou vážností čelit a pokud bych zjistila, že tato situace nastala i ve Vašem okrese, vyvodím z toho patřičné závěry. Co Vám však v současné situaci slíbit nemohu je okamžité zlepšení naší finanční situace, kterou navíc výrazně ztížily povodně. Žádám Vás proto o poshovění s tím, že Vás ujišťuji, že podnikám důrazné kroky pro nápravu. Nechci proto chápat Váš dopis jako výhružku, naopak věřím, že pokud bude Pojišťovna donucena k razantním postupům při výše zmiňované změně portfolia pojištěnců mohu počítat s Vaší účinnou podporou.

S pozdravem

ing. Jiřina Musílková
ředitelka VZP ČR

V Praze dne 11. září 2002

Poděkování

Děkuji svým kolegyním, které projevíly solidaritu, pochopení i skutečně aktivní pomoc a pomohly mně zmírnit následky letošní povodně, která mě připravila o ordinaci i o byt.

MUDr. Věra Matlová, Praha 5 - Velká Chuchle

Tisková oprava

Číslo účtu pro kolegy postižené povodněmi je **19 - 5530270297/0100.**

(V minulém čísle nám technickým nedopatřením chyběla pomlčka.) Všem, kterým se vrátila platba jako nedoručitelná, se omlouváme.



Sjezd ČLK 2002

Volební teze kandidáta na prezidenta ČLK

Lékaři i veřejnost dnes vnímají komoru velmi rozporuplně. Zaměstnaní lékaři mohou být spokojeni, že jim komora v posledních letech konečně pomohla ke zvýšení platů, jiní nesouhlasí se zásahy komory do dohodovacího řízení o cenách zdravotní péče. Veřejnost si myslí, že komora je spiklenecká organizace lékařů k jejich vlastní ochraně, a odborové organizace i politici nelibě nesou stále vyhraněnější skupinově lobistický a politizující se charakter komory.

Řada lékařů se nechce smířit s tím, že komora by měla „za jejich peníze“ vůči nim uplatňovat represivní (disciplinární) pravomoci a přitom by neměla bojovat za jejich finanční ohodnocení. Veřejnost naopak není spokojena s tím, že pokud podá komoře stížnost, komora lékaře nelikviduje a jim nezajistí tučné náhrady domnělých škod.

Komora však přes všechna tato nepochopení či nespokojenost zůstává a **měla by zůstat důležitou součástí stavovské samosprávy**, která – vzhledem k nespornému monopolu na odborné vědomosti – je předurčena i k tomu, aby **převzala některé odborné úkoly státní správy a samosprávy**. Přitom **není podstatné, zda bude komora „spolkem“ s povinným členstvím** všech lékařů nebo organizací, která bude povinně (a za poplatek) lékaře registrovat – pokud bude mít vůči nim všem pravomoci, zajišťující možnost splnění všech úkolů, jimiž je pověřena.

Komora není univerzální servisní organizací pro lékaře, její hlavní náplní je dozor nad kvalitou, zajištění vzdělávání a kultivace lékařského stavu i prostředí, v němž tento stav působí.

Komora je a musí být především dobrý úřad, kterým si lékařský stav zajišťuje vliv na svoji situaci (zdravotnických zařízení i lékařů samotných), za cenu, že zajistí některé úkoly a pravomoci, které by jinak obtížně zajišťoval stát. Základní vlastností dobrého úřadu je efektivní fungování – rychlé a správné vyřízení požadavků a úkolů s optimálním vynaložením prostředků.

Komora je a musí být organizace nepolitická. Znamená to, že **komora nevyvíjí politickou činnost, nepodporuje (ani neostoují) jednotlivé politické směry či strany**, i když se pochopitelně může vyjadřovat k jejich činnosti, pokud se bezprostředně dotýká oblastí zdravotnických, sociálních či etických.

■ Co musí komora zajistit navenek Záruka odbornosti jednotlivých lékařů

Dohled nad odbornou i etickou úrovní činnosti

svých členů je jedním ze základních úkolů všech stavovských organizací, a ať už se to členům líbí nebo ne, musí být základem činnosti komory.

Licence

Stanovování podmínek pro výkon samostatné praxe a pro výkon funkcí vedoucích lékařů a odborných zástupců nestátních zdravotnických zařízení je zatím svěřeno komoře. S velkou pravděpodobností však již od příštího roku bude stanovení podmínek pro výkon samostatné činnosti lékaře založeno na podmínkách stanovených státem, nikoliv na vůli komory.

Neudržitelná je ovšem současná právní situace, kdy komora smí osvědčit splnění podmínek, ale není oprávněna (a ani nikdo jiný) licenci odebrat! **Je nezbytné pokusit se zakomponovat** – za podpory zákonů – **do podmínek k výkonu samostatné praxe i splnění určitých podmínek lidské morální a etické kvality i zdravotní způsobilosti a rovněž možnost udělování výjimek** v oprávněných případech.

Funkční licence

Oprávněnost **udělování zvláštního odborného osvědčení pro výkon metod a postupů, které vyžadují speciální znalosti a dovednosti a které jsou spojeny s nezanedbatelným rizikem pro pacienty**, je nepopíratelná. Problematické je dosud způsob udělování těchto licencí. Zatímco dříve byly funkční licence vydávány komorou v podstatě na základě vyjádření jednotlivých odborných společností ČLS JEP ke každému uchazeči, převedla nyní pravomoc k vydávání funkčních licencí na jiné subjekty (lektory), které jsou po vydání akreditace na komoře nezávislé a obtížně kontrolovatelné. Optimální by pravděpodobně bylo **stanovení podmínek ve spolupráci s odbornou společností a pak vydávání funkčních licencí komorou s přihlédnutím k vyjádření** akreditovaného pracoviště či lektora.

Kontinuální vzdělávání

Kvalita poskytované péče je nedílně spjata s trvalým vzděláváním lékařů. Komora by si měla udržet místo jednoho z poskytovatelů (a to zvláště na lokální úrovni) a patrně i centrálního organizátora a garanta vzdělávání každého lékaře (což bude velmi náročná úloha). Zahraniční komory tuto úlohu plní zcela samozřejmě.

Odborná vyjádření

Odborná stanoviska komory, vydaná po dostatečné odborné diskusi, mohou významně ovlivňovat kvalitu péče, poskytovanou lékaři. Zejména by

neměla zůstat zapomenuta práce komory na poli standardů odborných postupů. Je nutno mít na paměti **nutnost opakované periodické revize** všech odborných vyjádření komory.

Zajišťování kvality zdravotnických zařízení

Garantovat kvalitu poskytované zdravotní péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních může komora dvěma cestami. Jednou – a základní z nich – je **licencování jednotlivých lékařů**, popsané výše, a také důsledně **trvání na tom, aby odpovědné funkce zastávali právě licencovaní a co nejlépe vzdělaní lékaři**. Druhou možností je zodpovědné naplnění **pravomoci k posuzování personálního, věcného a materiálního vybavení** nově vznikajících (zatím nestátních) zdravotnických zařízení před jejich registrací.

Souhlas s personálním, věcným a technickým vybavením zdravotnického zařízení

I za současného stavu, kdy komora jednou vydaný souhlas nemůže odebrat, považují **oprávněné komory k posuzování způsobilosti zdravotnických zařízení** po stránce fyzické (budovy, objekty, uspořádání), materiální (přístroje) a personální (dostatek a kvalifikace zdravotnického personálu) za velmi důležité. Pokud je totiž při vzniku nového zařízení posuzování provedeno zodpovědně, s fyzickou kontrolou zařízení a se skutečně pečlivým zvážením přiměřenosti počtu i kvalifikace personálu, **je velkým nástrojem k udržení úrovně kvality zdravotnických zařízení**.

U zařízení již fungujících bychom však měli vycházet z toho, že dodržování správného vybavení materiálního i personálního je součástí výkonu povolání lege artis, takže by ve většině případů mělo být postiženo spíše odebráním licence odpovědnému lékaři, než jen odebráním souhlasu k PVT.

Obdobně jako v problematice licencí, je nutno i zde počítat s „druhou vlnou“ žádostí v souvislosti s přechodem většiny zdravotnických zařízení do zřizovatelství krajů a tedy do sféry nestátních zdravotnických zařízení.

Disciplinární činnost komory

Řešení stížností na členy komory Činnost disciplinárních orgánů je bolavou patou komory. Komora dosud není schopna řešit (stále rostoucí) množství stížností rychle a kvalitně. V mnoha případech tomu napomáhá i malý rozsah okresu jako samosprávné jednotky komory, v níž je obtížné



najít dost kvalitních funkcionářů. Disciplinární činnost je vlastně všem komorám a – za předpokladu zachování principu disciplinární pravomoci komory vůči všem lékařům – **bude stěžejní činností komory i nadále**. Úplná profesionalizace této činnosti není možná, protože disciplinární pravomoc musí zůstat v rukou lékařů – volených funkcionářů. Komora tedy musí v souvislosti s přechodem na krajský systém **přejít i na (nejméně) krajské pravomoci disciplinárních orgánů**, tvořených menším počtem ochotných funkcionářů, kterým bude již snadnější zajistit technickou i právní pomoc v jejich činnosti.

Spoluúčast při činnosti znaleckých komisí

Členové budoucích krajských orgánů komory, zejména jejich disciplinárních orgánů, jsou předurčení k tomu, aby spolupracovali a zúčastňovali se jednání krajských územních znaleckých komisí. Toto propojení, které nyní funguje již čtvrtým rokem, **umožní komoře mít přehled a podle potřeby se zabývat každým závažným případem**, který by mohl ohrozit důvěru veřejnosti k lékařskému stavu.

Vytváření vhodných podmínek pro zdravotnická zařízení

Spoluúčast na tvorbě a stabilitě sítě veřejných zdravotnických zařízení

Komora musí prosadit to, že **jednotlivá zdravotnická zařízení** nebudou bojovat se zdravotními pojišťovkami o uzavření smlouvy o úhradě poskytované péče, ale **budou se ucházet u správních orgánů státu nebo kraje o oprávnění patřit do sítě veřejných zdravotnických zařízení**. Budou-li tam zařazena, bude již uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovkami automatické. Zařízení může být ze sítě vyřazeno na základě zákonem kvalifikovaných důvodů, zejména pokud neposkytuje péči v množství, rozsahu nebo kvalitě, kterou deklarovalo při zařazení do sítě. Při dodržování podmínek, za nichž bylo zařízení do sítě zařazeno – musí být **zajištěna převoditelnost a děditelnost statutu veřejného zdravotnického zařízení i s povinností pojištění uzavřít smlouvy o úhradě**.

Komora by jako jeden z důležitých účastníků měla mít slovo v orgánech (nejspíše na krajské úrovni), **které budou rozhodovat o hustotě a rozložení sítě veřejných zdravotnických zařízení**.

Účast ve výběrových řízeních na zařazení do sítě

Účast zástupců komory ve správních orgánech či výběrových komisích, které budou rozhodovat o zařazení konkrétního zařízení do sítě a případně i vyřazení z ní [dnes se rozhoduje o uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovkami], **je nástrojem, kterým může komora účinně kontrolovat především kvalitu tohoto vlastního řízení a dodržování pravidel a práv jejich účastníků**.

Účast v konkurzech a výběrových řízeních na funkce

Obdobně jako ve výběrových řízeních na zařazení do sítě, **měla by si komora ponechat možnost vlivu na obsazení důležitých míst a funkcí** ve zdravotnických zařízeních. Zodpovědné delegování vhodného nezaujatého odborníka je ovšem podmínkou pro to, aby se účast nestala jen pouhou formalitou.

Spoluúčast při tvorbě zdravotnických právních předpisů

Kvalitní připomínkování předpisů

Komora má obrovský duševní potenciál desítek, ne-li stovek odborníků, kteří se mohou již v připomínkovém řízení vyjádřit k vhodnosti či problémům navrhované právní úpravy. Podmínkou je jednak zajištění právního posouzení (kapacity komory má), jednak – a to především – komunikační schopnost komory. **Komora musí mít připravenou skupinu „odborníků“ či zájemců z oblasti medicínského práva, jakousi legislativní radu**, a musí být schopna (s přihlédnutím k obvykle šibeničním termínům) bleskurychle (nejlépe internetem) jí dodat materiály a sebrat připomínky.

Podmínkou pro úspěšnost v této oblasti je trvalá spolupráce s ministerstvy, zejména MZd a MPaSV, které v nás musí cítit a respektovat odborné partnery a ne věčné oponenty.

Lobbying

Dobré vztahy s poslanci a senátory musí být trvalým záměrem a prodlouženou rukou komory (i když samozřejmě asi ne s úplně každým a za každou cenu). Jen s jejich pomocí se komoře může podařit prosazovat takové změny, které budou ve prospěch komory, lékařů a zdravotnických zařízení. Mnohdy může být komora pro poslance i zdrojem informací, které pak formují jejich názor.

Účast na tvorbě a zlepšování principů financování činnosti ZZ

Dohodovací řízení o cenách zdravotní péče

Česká lékařská komora není profesním sdružením poskytovatelů zdravotní péče, a proto **není vhodné, aby se snažila ovládnout dohodovací řízení o cenách zdravotní péče**. Je obtížné, aby komora kvalitně pokryla vyjednávání v celém spektru druhů zdravotní péče, a – což je podstatnější – tím **tříští síly a oslabuje pozici ostatních, skutečně profesních oborových sdružení** poskytovatelů zdravotní péče. Jen jednotná a silná sdružení mohou vyvinout potřebný tlak na „protistranu“ – a prospěch pak budou mít ti, které taková sdružení zastupují, tedy lékaři a zdravotnická zařízení.

Za nejvhodnější pokládám takovou situaci, kdy **komora by měla v dohodovacím řízení statut pozorovatele s poradním hlasem**, a snažila by se **jako integrující prvek** udržovat proporce mezi par-

tikulárními zájmy jednotlivých segmentů a varovat v případě, že bude hrozit závažné narušení celého systému. Vyjednávat se ovšem musí k obecným principům úhrady (kalkulační vzorce, valorizace cen a podobně).

Kolektivní vyjednávání o platech a mzdách

Kolektivní vyjednávání o platech a mzdách je celosvětově doménou odborových organizací a je škoda, že v naší zemi (nejenom v komoře) má odborová činnost hanlivou příchut. **Činnost komory v této oblasti je nejen nevhodná, ale patrně stejně škodlivá, jako v oblasti dohodovacího řízení**. Komora má zcela jiný základ členství, zcela jiné složení členů a zcela jiné úkoly než kolektivní vyjednávání. „Odborová“ činnost komory oslabuje sílu skutečných odborových organizací, jak lékařských (LOK-SČL), tak obecně zdravotnických (OSZSP), působí zmatení u svých členů, kteří si ji pletou s odborovou organizací. Ve svých důsledcích byla právě tato činnost příčinou útoku poslanecké sněmovny proti komoře.

Komora se má zabývat obecnou problematikou odměňování lékařů, jak v zaměstnaneckém poměru, tak samostatně činných, musí se ale vyvarovat přímého vměšování do jednání o platech nebo dokonce do řešení lokálních zaměstnanecko-zaměstnavatelských sporů! Komora může prezentovat podložené informace o relacích platů lékařů či o nerovnováze v systému konstrukce úhrad za zdravotní péči – neměla by se ale pouštět do přímého vyjednávání, kladení podmínek či dokonce vyhrožování v oblasti, která patří do zájmové sféry odborové organizace.

Komora může každopádně prosazovat pouze takové změny a požadavky, které jsou přínosem pro všechny lékaře, protože **je komorou všech lékařů**.

■ Co se musí udělat uvnitř komory

Přechod na krajský systém

Naprostou nezbytností se jeví **přebudování struktury komory tak, aby přešla na celostátně aplikovaný krajský systém**. Neznamená to likvidaci okresních sdružení, ale hlavní samostatnou a samosprávnou jednotkou bude muset být krajské sdružení s krajskými orgány s celokrajskou působností. Po přechodu na krajský systém územního uspořádání státu bychom totiž jinak nemohli být partnery krajským orgánům, ať samosprávy nebo třeba zdravotních pojišťoven.

Této přestavbě musí ovšem předcházet **příprava a přijetí novely zákona o komorách**, na jehož přípravě by měly všechny komory intenzivně pracovat. Nový komorový zákon musí jasně a lépe než dosud (tedy přímo v zákoně) vymezovat **pravomoci komor v oblastech státní správy** (účast v různých výběrových a schvalovacích řízeních, vydává-



ní a odebrání licencí, certifikátů a souhlasných vyjádření), v **oblasti kárné pravomoci** a zejména v **oblasti kontinuálního vzdělávání**.

Je nutno myslet na to, že krajská struktura bude vyžadovat potřebné technické, administrativní a věcné zázemí v krajích – **bude třeba vybudovat přiměřeně velké, ale výkonné krajské kanceláře**.

Více diskuse uvnitř komory

Komora, sdružující lékaře všech odborností, věku i pracovního a sociálního postavení, nemůže hovořit jen jedním hlasem. Je **nutné, aby hledala to, co jí spojuje, co je všem společné a na čem se mohou všichni shodnout**. K hledání tohoto „konsensu“ vede pouze jediná cesta – svobodná diskuse všech zainteresovaných a snaha pochopit a přijmout názory a potřeby ostatních skupin. Tendence ukazovat prstem na všechny oponenty a vyločovat je z řad těch „slušných“ vede jen k vyhrcování vnitřní atmosféry a neschopnosti dospět k skutečné demokratické samosprávě.

Je nutno zlepšit komunikaci v komoře

Řada orgánů komory na okresních úrovních řeší opakovaně stejné problémy a jsou mnohdy nuceni objevovat to, co už jinde bylo vyřešeno. Týká se to jak revizních komisí a čestných rad, tak i představenstev a kancelářů. Je potřebné **zajistit maximální kontakty mezi těmito funkcionáři i zaměstnanci**, a neomezovat je jen na „vodopád“ pokynů shora, ale umožnit i vzájemnou diskusi a předávání zkušeností.

Jako lékařská komora státu, chystajícího se ke vstupu do EU a přitom zaujímajícího důležitou polohu v střední Evropě, si nemůžeme hrát jen na vlastním písečku. Je **třeba trvale pěstovat kontakty s komorami okolních států** a hlavně se nechat poučit i inspirovat jejich zkušenostmi a metodami práce.

Komora jako zdroj informací a prostředník jejich výměny

Zlepšení informačních toků v komoře je především technickým problémem, význam a dopad na fungování komory i její vnímání samotnými členy je obrovský a mělo by patřit k trvalým prioritám komory. Jedním ze základních kroků musí být **jednotný systém adresování a kompletní, aktualizovaný a veřejně přístupný elektronický adresář** orgánů, funkcionářů a členů komory. Dobré fungování informačního systému může minimalizovat poštovní styk a ve svých důsledcích by mělo snížit i ekonomické nároky při zvýšené rychlosti a bezpečnosti předávání informací, včetně informací ekonomických.

Současné technické možnosti mohou zajistit členům a především funkcionářům komory **přístup k velkému množství informací**, budou-li komorou nabídnuty. Na informační systém komory je možné

napojit řadu databází, k nimž pak bude zajištěn diferencovaný a bezpečný přístup – nejen **databázi členů** s jejich základními (veřejnými) údaji a kontakty, **databázi jednotlivých složek komory a jejich funkcionářů**, ale i **jednotlivých zdravotnických zařízení a pracovišť**, zejména **pracovišť a jednotlivců, akreditovaných k poskytování kontinuálního vzdělání**. Systém musí rovněž zajišťovat bezpečný přístup k **všem důležitým komorovým dokumentům** (nejen stavovským předpisům, ale i zápisům z jednání většiny orgánů včetně sjezdu), **může však zajistit i přístupy pro zdravotníky k důležitým obecně platným právním normám**.

Právní servis pro orgány i členy

Jednou z oblastí, které by měly stát v **popředí činnosti komory, je právní servis pro lékaře**. V současné společnosti nabývají právní jistoty i právní spory na důležitosti, a přitom je to oblast, v níž se stále většina lékařů pohybuje jen velmi obtížně. **Komora musí dále rozvíjet možnosti poskytování právní pomoci lékařům či zdravotnickým zařízením** v problematice, týkající se poskytování zdravotnických služeb i provozu těchto zdravotnických zařízení. Přitom není nutné, aby tento servis byl zadarmo, pokud bude kvalitní, rychlý a skutečně odborný.

MUDr. Ivan Sucharda - říjen 2002

Rada Sdružení smluvních lékařů ČR společně se reprezentací Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a Sdružení soukromých gynekologů ČR doporučuje delegátům volebního sjezdu ČLK, který se bude konat 1. - 2. 11. 2002 v Brně, aby volili za prezidenta ČLK kolegu

MUDr. Ivana Suchardu.

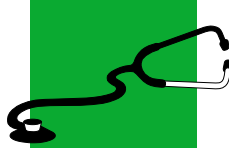
MUDr. Ivan Sucharda, nar. 1952, pracuje jako ambulantní gynekolog ve Varnsdorfu, je ženatý a má dva syny. V roce 1990 vykonal druhou atestaci ve svém oboru a do zrušení lůžkového oddělení nemocnice v r. 1999 vykonával funkci primáře oddělení a zástupce ředitele Nemocnice ve Varnsdorfu. Nebyl členem žádné politické strany. Angažoval se však v komunální politice jako člen místního zastupitelstva, je členem ultrazvukové sekce České gynekologicko-porodnické společnosti a Společnosti medicínského práva. Těžištěm významu jeho působení byla práce pro ČLK. V roce 1991 byl delegátem ustavujícího sjezdu ČLK a byl zvolen do Čestné rady ČLK za Severočeský kraj, kde po prvním volebním období vykonával další tři roky funkci předsedy této čestné rady. Od roku 1996 po dobu tří let byl předsedou Revizní komise OS ČLK v Děčíně a na další období byl zvolen za Severočeský kraj členem Revizní komise ČLK. Tuto funkci vykonává doposud.

MUDr. Ivana Suchardu jsem blíže poznala jako členka Revizní komise ČLK, kde působím za Jihomoravský kraj a doporučuji kandidaturu kolegy MUDr. Ivana Suchardy na prezidenta ČLK z následujících důvodů.

MUDr. Ivan Sucharda je kolega s vysoce vyvinutým citem pro etiku lékařského povolání, pravdivost, spravedlnost a současně i pro porozumění ke specifickým výkonom lékařské profese. Jde o kolegu moudrého, osobnostně vyspělého a vyrovnaného, který se již roky altruisticky a úspěšně angažoval ve prospěch lékařského stavu. Jen jeho skromnost způsobila, že se doposud nepokoušel o posty nejvyšší. Jsem velmi ráda, že oslyšel argumenty svých přátel a se svou kandidaturou na funkci prezidenta ČLK souhlasil. Pokud se stane naším prezidentem, jsem si jista, že bude velmi dobře hájit a racionálně prosazovat zájmy lékařského stavu, tak jak ukládá ČLK přenesená pravomoc státní správy. Jsem si jista, že nebude prezidentem demagogickým, sebe prosazujícím, pozéřským, konfrontačním a účelově pozměňujícím informace. Nepochybuji o tom, že ČLK potřebuje ve svém čele kolegu rázného, ale současně i racionálně komunikujícího, znalého problematiky a schopného naslouchat jiným názorům. Zdá se, že i nelékařská veřejnost začala rozlišovat mezi různými typy osobností (viz volby na Slovensku). Prezident ČLK by měl být svým postojem prototypem většiny z nás, protože s ním nás veřejnost srovnává. Přeji nám všem, aby se volba námi zvoleným zástupcům povedla.

MUDr. Marta Holanová

smluvní ambulantní specialista - psychiatr



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP dne 11.9. 2002

Přítomni:

MUDr. Cabrnchová, MUDr. Liška, MUDr. Marek, MUDr. Krejčík, MUDr. Růžičková

Omluven:

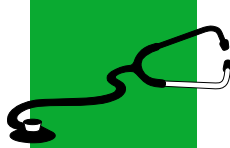
MUDr. T. Soukup, MUDr. Procházka, MUDr. Kolářová

- 1) Výbor informován o probíhajícím očkování dětí proti hepatitidě A. Očkování zahájeno 3.9.2002 ve vyjmenovaných lokalitách u dětí narozených v roce 1997,1998,1999. MUDr.Cabrnchová přítomná jednání na toto téma na MZČR. Důležité bude stanovit termín ukončení očkování, odevzdat seznamy naočkovaných dětí, následně hlavní hygienik rozhodne, zda bude hrazené i přeočkování. Zdravotní pojišťovny vyzvány k potvrzení způsobu úhrady. Navržen princip úhrady očkovacím kódem s příslušnou diagnosou očkování proti hepatitidě.
- 2) Výbor souhlasí se zrušením setkání školitelů v původně plánovaném termínu. Rozhodnutí učiněno již v průběhu měsíce srpna, doporučeno nepořádat v původně plánovaném termínu republikovou akci. Rozhodnutí bylo oznámeno i Katedře pediatrie IPVZ, do konce roku máme nabídku z Javorníka uspořádat akci v náhradním termínu. Termín se domluví s Katedrou pediatrie IPVZ.
- 3) Termín schůzky účastníků studie ATB auditů v praxi PLDD je dne 9.11.2002 v Praze na Holce.
- 4) OSPDL zakoupila dataprojektor, bude nutné proškolení regionální zástupce pro pořádání vzdělávacích akcí.
- 5) MUDr. Cabrnchová informovala o proběhlém kongresu v Barceloně, kde zastupovala ČR. Tématem bylo očkování, o kongresu bude informovat na stránkách VOXu.
- 6) Do příštího výboru nutné doplnit termínový kalendář akcí OSPDL a SPLDD, k doplnění termínu vyzvána i Katedra pediatrie IPVZ, nutné doplnit dva termíny školitelů na rok 2003.
- 7) Vyhodnocení Pediatrického kongresu v Teplicích, informace z výboru ČPS, kterého se zúčastňuje MUDr.Cabrnchová.Vydáno společné doporučení k fluoridové prevenci u dětí v ČR, prezentováno i na kongresu v Teplicích. Poděkování všem členům výboru, kteří se aktivně účastnili pediatrického kongresu.
- 8) Proběhlo jednání na téma očkovací průkaz, došlo ke shodě s ČPS, zápis z jednání je toho dokladem. Edukativní část spolu s percentilovými grafy se stane samostatným doplňkem, který rodiče dostanou ve stejných deskách jako zdravotní a očkovací průkaz. Nutné dořešit finanční zajištění vydání nového zdravotního a očkovacího průkazu.
- 9) Odeslány připomínky k vyhlášce o dispensární péči. Není stále jednoznačný výklad pojmu dispensární péče, v legislativě odlišné pojetí. Nutnost sladění pojmů dispensární péče je nezbytná a důležitá i pro další připomínkování jednotlivých diagnos.
- 10) Přijetí nových členů OSPDL: MUDr. Kulhánková, MUDr. Věra Nováková

Vědci objevili lidský gen schopný ničit virus způsobující AIDS

Nový směr boje proti nemoci AIDS otevřel britsko-americký vědecký tým: objevil totiž lidský gen schopný úplně likvidovat virus HIV. Experti z londýnské King's College a Pensylvánské univerzity zjistili, že zdrojem obranyschopnosti lidského organismu proti smrtelnému selhání imunity je gen CEM 15. Problém je v tom, že za normálních okolností tento gen ale podléhá jinak nevýznamnému proteinu Vif, který si virus HIV nese ve svém obalu jako útočnou zbraň. „Pokud by bylo možné nalézt lék eliminující zmíněný protein, gen CEM 15 by mohl fungovat tak, že by to znamenalo první krok ke skutečné léčbě syndromu získané imunodeficiencie,“ napsal ve svém internetovém vydání odborný magazín Nature. Dosavadní léky na bázi retrovirů se soustředily především na likvidaci dvou enzymů, s jejichž pomocí se virus HIV množí. Ačkoli tyto přípravky dokáží blokovat nemoc úspěšně po řadu let, nejde o skutečné vítězství nad nemocí. „Zjistili jsme, že CEM 15 úplně likviduje životní cyklus viru HIV,“ tvrdí šéf výzkumu profesor Michael Malim. Pokud HIV napadne buňku, „otevře ji“ s pomocí proteinu Vif a následně změní celý její biochemický aparát na továrnu produkující další viry. „Kdyby ale CEM 15 smrtící útok proteinu za pomoci léků přežil, s vlastním virem HIV by měl již snadnou práci,“ říká Malim, jehož tým již zahájil klinické testy. „Jde o ambiciózní projekt, který může ovlivnit léčebné metody během příští dekády,“ prohlásil vědec. Informace o objevu byla zveřejněna jen několik dnů po skončení mezinárodní konference o nemoci AIDS v Barceloně, během níž se vědci shodli na relativní neúčinnosti dosavadních léčebných metod a nutnosti zaměřit lékařský výzkum zcela novým směrem. O šanci na brzké nalezení účinného léku na AIDS se vyjadřovali vesměs velice skepticky.

Zapsala: **MUDr. Cabrnchová**
Ověřil: **MUDr. Liška**



Méně známé exantémy dětského věku

MUDr. Štěpánka Čapková

Dermatovenerologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Souhrn

Diferenciálně diagnostické hodnocení exantémů v dětském věku je mnohdy velmi obtížné. Praktický dětský lékař se ve své ordinaci setkává nejen s klasickými infekčními exantémy dětského věku, ale i s alergickými exantémy při nesnášenlivosti léků a potravin, urtikariálními exantémy imunologicky i neimunologicky podmíněnými, parainfekčními exantematickými erupcemi při řadě běžných virových a bakteriálních infekcí. Určitý typ exantémů je charakteristický i pro některá chronická kožní onemocnění (např. atopickou dermatitidu, psoriázu, lichen ruber). Exantém je průvodním znakem mnoha interních onemocnění (autoimunitní choroby, nádorová onemocnění). Ve svém sdělení připomenu některé exantémy známé etiologie, v jejichž diagnostice často chybujeme, a dále některé častější formy exantémů, které jsou klinicky přesně definovány, ale jejich etiologie není zatím vždy objasněna. Jejich znalost umožní praktickému lékaři stanovit délku onemocnění, cílenější léčbu a často i uklidnit znepokojené rodiče.

■ Běžné přechodné novorozenecké exantematické dermatózy

Kůže novorozence, která byla v děloze dokonale chráněna sterilním tekutým médiem, je náhle konfrontována s úplně novým suchým prostředím, změnami okolní teploty, třením a řadou mikroorganismů. Novorozenecká kůže má mnoho anatomických a funkčních odlišností od kůže starších dětí a dospělých, proto i klinický obraz a především spektrum dermatóz se kterými se setkáváme v prvních dnech a týdnech po porodu je zcela jiné. Typické a časté novorozenecké dermatózy, které mají exantematický charakter, většinou po několika dnech až týdnech samovolně ustupují. Jejich příznaky je však třeba dobře ovládat, abychom je odlišili od mnohdy závažných patologických stavů.

Erythema toxicum neonatorum (dále ETN)

Jde o velice časté kožní projevy. ETN postihuje v různém rozsahu 30 – 70% donošených novorozenců, většinou až z „dalších“ gravidit matky.

Etiologie je neznámá, uvažuje se o „malé“ GVH reakci, která je pravděpodobně způsobena přenosem lymfocytů matka – plod před porodem nebo při porodu (1).

Klinický obraz je velice různorodý. K výsevu dochází 1. až 4. den po porodu. Obvykle vidáme dva typy erupcí.

Erytematózní makulopapulózní typ je častější (70% případů). V centru červené skvrny, která bývá průměru 1– 3 cm, nacházíme bílo – žlutou papulu (obr. 1). Projevy mohou být jednotlivé nebo mnohočetné a lokalizované



Obr. 1: Erythema toxicum neonatorum – makulopapulózní typ

kdekoliv na těle. Pro podobnost jednotlivých morf se štípnutím blechou mluvíme často o „flea bite“ příznaku.

Pustulózní typ (30% případů) je charakteristický většinou mnohočetným výsevem bělavých pustul s průměrem 1–2 mm, které jsou někdy obklopeny úzkým erytematózním lemem (obr.2). Pustuly jsou většinou lokalizovány na trupu, hlavně na zádech, ale mohou být i na horní části paží, stehnech nebo v oblastičejí. Projevy obou typů většinou odeznívají

po 2–3 dnech samovolně (1, 2).

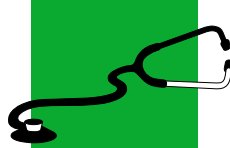
Terapie: ETN většinou nevyžaduje léčbu, je však třeba uklidnit rodiče postiženého novorozence (1,3). Při delším trvání a méně typickém průběhu je nutno diferenciálně diagnosticky pomýšlet na řadu dalších onemocnění novorozeneckého věku (tab.1).

Miliaria

Etiologie: Miliaria vznikají obstrukcí potních vývodů keratinovou zátkou, což vede k retenci potu pod místem obstrukce s ná-



Obr. 2: Erythema toxicum neonatorum – pustulózní typ



slednou rupturou vývodu. Je to nejčastější kožní novorozenecké onemocnění. Zvláště často se vyskytuje u dětí nedonošených, vzhledem k nezralosti vývodů potních žláz v prvních týdnech života.

hladké papuly, lokalizované na tvářích, nose, bradě a čele. Vzácněji mohou být extrafaciálně na trupu a končetinách (1). Někdy je obtížné odlišit milii od novorozenecké hyperplazie mazových žláz.

tab. č. 1

Erythema toxicum neonatorum – diferenciální diagnóza

1. infekční onemocnění:

bulózní impetigo, folliculitis, systémová sepse, vrozená kožní kandidóza, HSV, VZV, CMV

2. neinfekční onemocnění:

novorozenecký erythem, miliaria crystallina, miliaria rubra, incontinentia pigmenti, eozinofilní pustulóza skalpu, přechodná pustulózní melanóza, kojenecká akropustulóza, self-healing histiocytosis

3. poruchy imunity :

- kombinované defekty imunity (SCID) a funkční poruchy T lymfocytů (Omennův syndrom)
- protilátkové a buněčné imunodeficity: syndrom hyperimmunoglobulinemie IgE (syndrom Jobův – Buckleyové)

Klinický obraz: Rozlišujeme dvě hlavní formy tohoto onemocnění, které se rozvíjí hlavně v podmínkách většího přehřátí.

Miliaria crystallina jsou obrazem obstrukce potního vývodu v oblasti stratum corneum a objevují se hlavně v prvních dvou týdnech života, především v letních měsících a často u dětí ošetřovaných v inkubátorech. Klinicky jde o výsevy čirých plochých puchýřků velikosti 1–2 mm bez doprovodného zánětlivého lemu. Nejčastěji vznikají na čele, horní části trupu a volární straně paží.

Miliaria rubra vznikají obstrukcí potního vývodu hlouběji v epidermis. Pozorujeme mnohočetné výsevy papul, papulovesicul nebo i pustul na zarudlé spodině většinou 11. až 15. den života, někdy zároveň s *miliaria crystallina* nebo je následují. Často se objevují ve flexurálních lokalitách, ale postihují i obličej, trup a místa okluze. Na vzniku se kromě přehřátí podílí i větší vlhkost a tření v postižené oblasti. Léčba obou typů směřuje ke snížení okolní teploty a vlhkosti a odstranění mechanického tření pokožky v rizikových lokalitách (1,3).

Milia

Milia postihují 30–50% novorozenců.

Etiologie: Vznikají retencí keratinu a mazu v pilosebaceozní jednotce. Jde o epidermální cystičky odvozené z pilosebaceosního folikulu a jsou většinou lokalizovány při jeho ústí. Během několika týdnů jsou samovolně odloučeny a dochází k úplnému vyhojení.

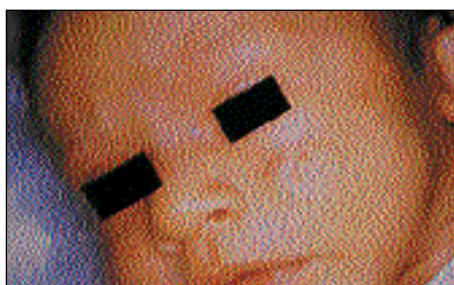
Klinicky se milia jeví jako jednotlivé nebo mnohočetné 1–2 mm velké bílé nebo žlutavé

Acne neonatorum

Akné novorozenců postihuje 20% dětí, častější je u chlapců. Objevuje se 2. až 4. týden po porodu a trvá obvykle do 3 až 6 měsíců.

V etiologii se uplatňuje především nadprodukce mazu mazovými žlázami novorozence vlivem mateřských androgenů, které byly předány transplacentárně. Byla však prokázána i kolonizace vývodů mazových folikulů *P. acnes* (3).

Klinický obraz je velice pestrý. Nacházíme uzavřené i otevřené komedony, papuly, papulopustuly a pustuly (obr.3). Projevy jsou loka-



Obr. 3 - Acne neonatorum

lizovány většinou na tvářích a čele, méně často na ramenou, zádech a přední straně hrudníku.

Terapie: Mírnější formy nevyžadují léčbu, při závažnějším nálezu je vhodné vyšetření specialistou a často i lokální léčba, ve snaze předejít jizvení (2).

Exantémy bez jednoznačné etiologické podstaty

Tyto formy exantémů jsou klinicky přesně

definovány, ovšem jejich etiologie je často nejasná nebo stejná a charakteristický obraz působí mnoho různých vyvolávajících příčin.

Syndrom Gianotti – Crosti

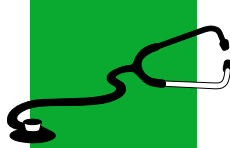
Původně jsme pro toto onemocnění užívali název akrální papulóza. V roce 1964 Gianotti a Crosti popsali tyto charakteristické exanthematické projevy v souvislosti s one-



Obr.4: Syndrom Gianotti-Crosti



Obr.5: Syndrom Gianotti-Crosti



mocněním hepatitidou B. V roce 1979 Gianotti popsal stejný typ exantému při řadě dalších, většinou virových onemocnění pod názvem akrální papulovesikulózní syndrom. Caputo a Gelmetti v roce 1992 navrhli jeden název pro exantémy s charakteristickým klinickým obrazem, i když mají různou etiologii. Od té doby užíváme název syndrom Gianotti – Crosti i přesto, že původců onemocnění je již popsáno mnoho a stále přibývají další (1).

Etiologie: Tento symetrický exantém může být vyvolán virem hepatitidy A, B, C, EBV, CMV, respiračním syncytiálním virem, virem coxsackie, parainfluenzy, adenoviry, enteroviry, echoviry, rotaviry, virem rubeoly, poliioviry a HIV. Byl popsán i jako reakce na vakcinaci, především při očkování proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli, poliomyelitidě a TBC. Vzácně byl tento syndrom pozorován i při některých bakteriálních onemocněních, především při toxoplasmóze a tuberkulóze (1).



Obr.6: Syndrom Gianotti-Crosti



Obr.7: Syndrom Gianotti-Crosti

Klinický obraz: Onemocnění se vyskytuje pouze v batolivém a předškolním věku. Jde o symetrický monomorfní makulopapulózní exanthém, často morbiliformního charakteru, s velikostí jednotlivých morf až 3–5mm (obr. 4,5). Postihuje symetricky obličej, hýždě a končetiny nad extensory. Na kolenou a loktech dochází často ke splývání jednotlivých eflorescencí do větších chorobných ploch. Charakteristické a pro diagnózu velmi důležité je, že trup a flexury končetin zůstávají po celou dobu onemocnění vyrážky ušetřeny (obr.6,7). Erupce většinou nesvědčí. Onemocnění proběhne většinou bez závažnějších celkových příznaků, ale v 50% případů se může objevit únava, subfebrilie, lymfadenopatie, hepatomegalie, vzácně i pruritus (2).

Průběh je dosti vleklý, exantém ustupuje za 3 až 4 týdny, ale setkáváme i s délkou trvání 6 až 8 týdnů.

Diagnóza se stanovuje dle klinického obrazu a délky onemocnění. Vhodné je pokusit se pomocí průkazu specifických protilátek proti nejčastějším virovým původcům najít příčinu onemocnění.

Terapie je pouze symptomatická dle celkového stavu dítěte. Na úlohu antihistaminik nejsou jednotné názory, větší význam mají pravděpodobně jen u dětí, které pociťují svědění. Lokálně předepisujeme tekuté pudry s protisvědčivými a protizánětlivými přísadami.

APEC (Asymmetrical periflexural exanthem of childhood)

Ačkoliv jde o velmi časté onemocnění s typickým klinickým obrazem, nemá zatím český název. Poprvé byl tento unilaterální exantém popsán pod názvem „nový papulózní exanthém dětského věku“ v USA v r. 1962 Brunnerem u 75 batolat, která navštívila pískoviště v Chicagu a byl dáván do souvislosti s neznámou infekcí z písku. V Evropě v roce 1986 popsal tuto jednotku pod názvem „lokalizovaný erytém s regionální lymfadenopatií“ Taieb, který se i v dalších letech zabýval tímto exantémem výzkumně a v roce 1993 doporučil pro onemocnění název APEC, jako akronymum z „asymmetric periflexural exanthem of childhood“ (4,5). Toto označení se již mezi dětskými dermatology vžilo a doporučujeme ho k užívání i široké pediatrické veřejnosti.

Etiologie: Uvažuje se o virové etiologii. Vyskytuje se v malých epidemiích, nejčastěji u dětí ve věku 2–4 let, ale v jednotlivých případech ošetřujeme i děti roční a pěti až šestileté. Pravděpodobnou příčinou jsou viry vy-

volávající respirační onemocnění, izolace odpovědných virů je předmětem intenzivního výzkumu. Nejvíce případů vidáme v předjarím a jarním období.

Klinický obraz: Onemocnění zhruba v 60% případů začíná prodromálním stadiem, nejčastěji lehčím onemocněním HCD (rhitis, pharyngitis, někdy i bronchitis), nebo one-



Obr.8: APEC



Obr.9: APEC

STIEFEL



mocněním GIT (gastroenteritis) někdy pozorujeme conjunktivitis. Vlastní klinický obraz je velmi charakteristický. Jde o drobný, světle červený makulopapulózní exantém, který se



Obr.10: APEC

šíří z axily centrifugálně na laterální stranu hrudníku a proximální třetinu horní končetiny (obr.8,9). Výjimečně se šíří z kubitální či popliteální flexury nebo i z oblasti třísla (obr. 10). Morfy mají výraznou tendenci ke splývání v postižené lokalitě a k následné ekzematizaci postižených chorobných ploch. Je velmi typické, že postižení je pouze jednostranné. Někdy se objevuje ve 2. až 3. týdnu onemocnění následný drobnopapulózní výsev na trupu bilaterálně. Onemocnění není většinou doprovázeno závažnými celkovými příznaky, ale děti jsou mrzuté, některé si stěžují na svědění, či spíše pálení kůže v místě vyrážky. U 50% postižených je přítomná lymfadenopatie spádově k místu erupce. U 40% dětí je průběh doprovázen subfebriliemi, většinou koncem prvního týdne onemocnění. Méně často pozorujeme zvracení nebo průjemy. Onemocnění samo ustupuje po 4–8 týdnech a bývá pouze 1 x v životě (4,5).

Diagnóza: Je snadná podle klinického obrazu, průběhu a věku pacienta. Onemocnění je velmi typické a u batolat a malých dětí dosti časté, zvláště v jarní a podzimní sezóně.

Terapie: Není většinou nutná. Stačí vysvětlit znepokojeným rodičům, že onemocnění samo ustoupí. V případech, kdy svědění kůže dítě příliš obtěžuje, předepisujeme antihistaminika. Tam, kde je významná infiltrace postižených oblastí, je vhodné 1x deně ošetřovat tekutým pudrem se 4% tinct. carbonis detergens. Po ústupu akutních projevů často přetrvává výrazná suchost pokožky v místech původního postižení. V těchto případech předepisujeme na doléčení běžné zvláčňující krémy.

Pityriasis rosea (Gibert)

Často přicházející dermatóza postihující hlavně školní děti, adolescenty a mladší dospělé. Onemocnění se objevuje v malých epidemiích od podzimu do jara.

Etiologie: Podle průběhu a sezónního výskytu se vždy pomýšelo na infekční etiologii. Dlouho však žádné infekční agens nebylo prokázáno a dřívější autoři obviňovali jako zdroj infekce oblečení nového nesepraného prádla z bavlny. Nyní usuzujeme na virovou etiologii. Podle nových literárních údajů se u velké skupiny pacientů s pityriasis rosea podařilo již prokázat infekci nověji identifikovaným lidským herpesvirem-7 (HHV-7). Je však možné, že virových původců bude časem izolováno více. 98% pacientů získá po prodělaném onemocnění celoživotní imunitu (1).

Klinický obraz: Je velmi charakteristický. Onemocnění začíná prodromálním stadiem, které se projevuje malátností, bolestí hlavy, faryngitidou, lymfadenitidou. Na kůži se objeví nenápadné oválné nebo okrouhlé ložisko průměru 2–6cm (tzv. mateřská skvrna nebo primární plaka), které je většinou lokalizované na postranních částech trupu, někdy na krku nebo na stehně. Jde o růžovou nebo světle červenou skvrnu, která se v centru otrubovitě olupuje, pak šupiny mizejí, střed poněkud vybledává a na okraji ložiska zbývá „límeček“ jemných šupinek. Po 5 až 14 dnech se postupně objevuje na trupu (převážně v postranní tzv. embolizační lokaliza-



Obr.11: Pityriasis rosea Gibert

ci), někdy i na pažích, stehnech a na krku exantém složený ze skvrn mnohem menších, jinak však podobných primární skvrně (obr.11). Skvrny jsou místy uspořádány v čarách štěpitelnosti kůže. Výsev je často provázen mírným svěděním. Průběh se zhoršuje častým mytím, zapocením a nevhodným oblékáním do drsných, přiléhavých a neprodyšných materiálů. Onemocnění obvykle spontánně odeznívá do 6–8 týdnů (1,2).

Diferenciální diagnóza: Je někdy dosti obtížná. Nutno v začátku vyloučit především tinea corporis a numulární ekzém, později lékové a jiné alergické exantémy a syfilis secundaria.

Terapie: Především je třeba ujistit pacienta nebo rodiče postiženého dítěte o dobré prognóze a spontánním ústupu onemocnění. Důležitou součástí léčby je tělesné šetření, omezení mytí s vynecháním mýdla v postižených lokalitách, oblékání jen do hladkého, volného, bavlněného oděvu. Při svědění předepisujeme antihistaminika. Lokálně aplikujeme tekuté pudry, nejčastěji se 4–5% tinctury carbonis detergens.

■ Klasické infekční exantémy dětského věku

Jde o skupinu exantematických onemocnění praktickým dětským lékařům dobře známou. Dvě méně často se vyskytující jednotky bych však ráda připomněla.

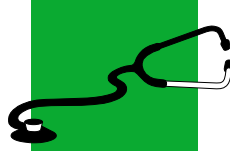
Erythema infectiosum (EI) „pátá nemoc“

EI bylo popsáno poprvé v roce 1889 jako forma rubeoly a označeno jako „pátá nemoc“.

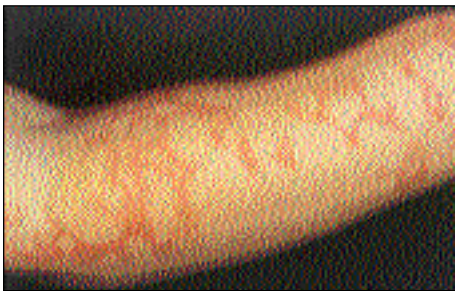
Etiologie: Teprve v roce 1983 byl jako původce onemocnění identifikován parvovirus B19 (HPV B19). Lidský parvovirus B19 je ubikviterní, s převahou výskytu na sklonku jara a začátkem léta. Větší výskyt pozorujeme vždy v intervalu 3–4 roky. Přenos se děje kapénkovou infekcí, orofekálně, ale i transplacentárně. K replikaci viru dochází v buňkách kostní dřeně, proto nacházíme při laboratorním vyšetření nižší množství retikulocytů a mírný pokles hladiny Hb (1,2).

Klinický obraz: Nejčastější věk nemocných je 5–11 let. V 50% případů je průběh asymptomatický. Inkubační doba se udává 4–14 dnů. V prodromálním stadiu pozorujeme subfebrilie, malátnost, bolesti v krku. Vlastní kožní výsev má 3 fáze:

1. fáze: erytematózní, teplý, motýlovitý splývající exantém v obličeji. Pro podobnost se zarudnutím po políčku ji označujeme jako



Obr. 12: Erythema infectiosum – 1. fáze: „zřackovaná tvář“



Obr.13: Erythema infectiosum – 2.fáze: „sít nebo krajka“

„zřackovaná tvář“ (obr.12).

2. fáze: do 5 dnů (ale někdy i současně) se objevuje symetrický makulopapulózní, svými výběžky síťovitě splývající exantém na extensorových stranách končetin a na hýždích (někdy jsou postižené i dlaně a plosky). Pro podobnost s rybářskou sítí nebo textilní krajkou ji označujeme jako „sít nebo krajka“ (obr. 13).

3. fáze: exantém odeznívá 7–14 dnů. **Recidivy** se však mohou objevovat ještě 4–6 týdnů, především po teplé koupeli nebo fyzické námaze.

Onemocnění dospělých má jiný, často závažnější průběh. Probíhá jako „flu-like“ syndrom s artralgiemi a artritidami. Exantém je přítomen jen ve 44%!

Komplikace EI mohou být velmi závažné. Vzhledem k proerytrocytovému tropismu nacházíme u všech pacientů nižší počet erytrocytů, retikulocytů a pokles hemoglobinu. U pacientů s hemolytickou anémií infikovaných parvoviry může dojít k aplastické krizi. U imunodefektních pacientů a pacientů HIV pozitivních může být infekce chronická s recidivujícími příznaky anémie. Nejzávažnější komplikace bývají při parvovirové infekci v graviditě. Infekce plodu bývá až ve 33%. Zaznamenán byl abortus (5–9%), hydrops fetalis ale i srdeční vady (1,2).

Terapie je pouze podpůrná, nutno sledovat laboratoř. Ve zvláště závažných případech se podávají i.v. imunoglobuliny.

Hand foot and mouth disease (HFM) „nemoc rukou, nohou a úst“

Onemocnění bylo poprvé popsáno až v roce 1950. Vyskytuje se často v malých epidemických koncích léta a na podzim. Převážně jsou postiženy děti do 10 let věku.

Etiologie: Nejčastějším vyvolavatelem jsou Coxsackie A16, někdy i A5, A9, A10, B1, B3. Inkubační doba je 4–6 dnů s vysokou infekcivitou (zvláště u předškolních dětí) (1,2).

Klinický obraz: Prodromální stadium většinou chybí, nebo je jen mírné 1–2 dny před slizniční a kožní erupcí. Mohou se objevit



Obr.14: Hand foot and mouth disease – enantém

subfebrilie, nechutenství nebo bolestivost dutiny ústní. Nejprve se v dutině ústní objevuje **enantém**, charakteru drobných makul, které se rychle mění ve vezikuly 1–3 mm v průměru, někdy však až 2 cm (obr.14). Postupně vznikají ulcerace, většinou lokalizované na bukalní sliznici, dásních a jazyku. Ma-



Obr.15: Hand foot and mouth disease – exantém

kulopapulózní **exantém** se objevuje vzápětí po enantému. Postupně se vytvářejí superficiální šedobílé vesiculopustuly o průměru 3–7 mm často se zarudlým lemem. Bývají nejčastěji na dlaních a ploskách nebo na dorsální straně prstů nohou a rukou (obr.15). Makulopapulózní erupce mohou být zároveň na hýždích a v oblasti genitálu. Celkové příznaky nebývají u všech pacientů, patří k nim zvýšená teplota, bolesti hlavy, nechutenství, bolesti břicha, bolesti v krku a lymfadenitida (1,2).

Terapie většinou není nutná, onemocnění odeznívá většinou během 7 dnů.

Závěr

Abychom mohli stanovit příčinu exantému, je nutná podrobná rodinná a osobní anamnéza, jakož i podrobná epidemiologická anamnéza. Je třeba chronologicky sledovat vývoj kožních a celkových příznaků. U exantému si všímáme lokalizace a jeho šíření. Důležitý je charakter morf a jejich vývoj. Sledujeme i subjektivní příznaky. Cenná jsou některá laboratorní vyšetření, především sérologické testy, průkaz specifických protilátek, krevní obraz s diferenciálním rozpočtem a některá kulturační vyšetření. Často však ani podrobným pediatrickým, dermatologickým a laboratorním vyšetřením původ některých exantématických erupcí neodhalíme.

Literatura:

1. Harper J, Oranje A, Prose N: *Textbook of Pediatric Dermatology*. Blackwell Science, 2000.
2. Hurwitz S: *Clinical Pediatric Dermatology*. W.B. Saunders Company, 1993.
3. Eichenfield LF, Frieden IJ, Esterly NB: *Textbook of Neonatal Dermatology*. W.B. Saunders Company, 2001.
4. Coustou D, Masquelier B, Lafon ME et al.: *Asymmetric Periflexural Exanthem of Childhood*. *Pediatric Dermatology* Vol. 17 No.3 169–173, 2000.
5. Coustou D, Taieb A et al.: *Asymmetric Periflexural Exanthem of Childhood*. *Arch. Dermatol.* Vol.135, 799–803, July 1999.



Léčba kortikosteroidními externy v kojeneckém a dětském věku

MUDr. Štěpánka Čapková

Dermatovenerologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Souhrn

Lokální kortikosteroidy (dále KS) jsou nejvíce používané terapeutické prostředky v léčbě zánětlivých kožních onemocnění. Od objevení základní struktury cholesterolu, prekursoru v biosyntéze všech steroidů, uběhlo 20 let, než byl použit v roce 1952 první steroid lokálně. Aplikace kortisonu na kůži přinesla nejprve zklamání z léčebných výsledků. Teprve hydrokortison, který byl získán fermentací a v roce 1952 použit Sulzbergerem a Wittenem přinesl obrovský léčebný pokrok (1). Modifikace molekuly hydrokortisonu vedly k syntéze daleko účinnějších sloučenin, které lépe penetrují do kůže a pevněji se váží na receptory epidermálních buněk. Změny kortikosteroidní molekuly mají za následek jak odlišnou intenzitu a specifitu účinku (změnou vazebných vlastností k receptoru), tak změnu farmakokinetiky. Rozdíly účinku jednotlivých sloučenin jsou tedy dány jednak molekulárními vlastnostmi látky ve smyslu jejího celulárního účinku, tzn. její farmakodynamikou, jednak schopností molekuly pronikat kožní bariérou, tzn. její farmakokinetikou, na čemž se podílejí i vlastnosti nosného vehikula. Konečný terapeutický efekt však závisí i na aktuálním stavu kůže, na věku nemocného a na místě a způsobu aplikace (2).

■ Mechanismus účinku

Zavedení KS v zevní aplikaci znamenalo zásadní změnu v léčbě většiny dermatóz dětského věku. Přínosem byl nejen neobvykle rychle nastupující léčebný účinek, ale i pro malé pacienty a jejich rodiče tak příjemný odklon od barevných, zapáchajících a často i dráždivých extern. Po lokální aplikaci působí KS především protizánětlivě, imunosupresivně, vazokonstrikčně a antiproliferačně, a proto se používají k terapii zánětlivých chorob kůže (3). Pro dětské pacienty je zvláště důležité i to, že KS přinášejí úlevu od svědění, které tyto dermatózy téměř vždy doprovází. Na druhé straně je však třeba u kojenců a dětí dbát při výběru a léčbě KS zvláště přísných kritérií.

■ Zvláštnosti dětské kůže a nežádoucí účinky

Kojenci a malé děti mají kůži zvýšeně hydratovanou, jemnější a tenčí, není ještě plně rozvinuta její bariérová funkce. Proto dochází ke snadnějšímu vstřebávání KS a při déle trvající aplikaci je i větší nebezpečí ovlivnění činnosti nadledvin a zpomalení růstu (7). Pro dětskou dermatologii jsou proto

nesmírným přínosem nové generace vyvinutých lokálních KS, které jsou velmi účinné a přitom mají méně nežádoucích účinků (6).

Lékař, který předepisuje KS pro dítě, si musí být neustále vědom, že i přes znamenitý efekt jde o lék pomocný, že chorobu většinou jen

tab. č. 1

Nežádoucí účinky místní aplikace KS

Lokální:

- ztenčení, zvýšená zranitelnost, atrofie epidermis (obr. 1)
- poruchy pigmentace (hyperpigmentace X leukoderm)
- rubeosis steroidica
- teleangiektázie
- akneiformní erupce (monomorfní papuly a komedony)
- foliculitis
- miliaria
- striae atrophicae distensae (obr. 2)
- purpura a sufuze
- periorální dermatitida (obr. 3)
- acne rosacea
- vzplanutí (resp. zhoršení) bakteriálních infekcí
- oslabení obranné schopnosti kůže vůči infekci
- tinea incognita
- scabies incognito
- granuloma gluteale infantum
- zhoršení hojení ran (úbytek kolagenu i elastiky v kóriu)
- hypertrichóza (obličej!)

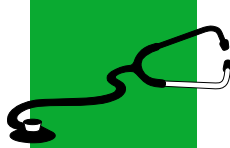
Systémové:

útlum osy:

hypotalamus - hypofýza - kůra nadledvin

- zpomalení růstu!
- Cushingův syndrom
- nitrolební hypertenze
- zvýšení nitroočního tlaku
- retence solí a tekutin
- zvýšení rizika vzniku systémových infekcí

PLIVA



Obr.1: Atrofie kůže po léčbě KS



Obr.2: Striae atrophicae po léčbě KS



Obr.3: Periorální a periorbitální dermatitis po léčbě KS

potlačuje, působí morbostaticky a symptomaticky, nikoli kauzálně, a po náhlém přerušení aplikace může dojít k akutnímu vzplanutí původního kožního onemocnění v ještě větší intenzitě, než v jaké se původně vyskytovalo (tzv. rebound fenomén) (5). Učíme proto rodiče malých pacientů, jak dostat pomocí KS nepříjemnou chorobu „pod kontrolu“ a že KS používáme spíše jen „jako záchrannou brzdu“. Edukace rodičů o použití KS musí být srozumitelná, přesná a opakovaná. Přitom sám lékař musí často překonat svůj ambivalentní postoj ke KS, protože dobře zná jejich efekt, ale i nežádoucí účinky při jejich dlouhodobé aplikaci (tab. 1). K instruktáži rodičů musí však ošetřující lékař přistupovat sebevědomě, s jasným léčebným plánem a cílem dítěti pomoci. Jinak posílí

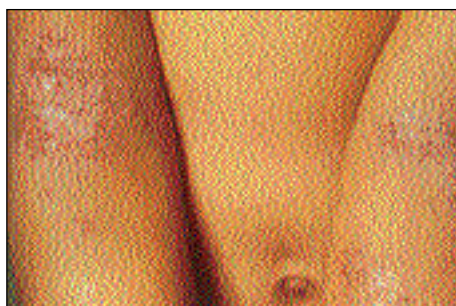
kortikosteroidní fobii, která je u rodičů malých pacientů nyní tak rozšířená a vede k „podléčení“ nebo vyřazení zatím nejúčinnějších léčebných prostředků z našeho terapeutického arzenálu.

■ Taktika léčby lokálními KS

Taktiku léčby dětských dermatóz zevními KS lze rozdělit do několika modelů:

1. *Krátkodobá terapie:* KS aplikujeme po dobu 3–14 dnů. Nejčastěji využíváme k léčbě akutního vzplanutí atopické dermatitidy v predilekční lokalizaci nebo na ohraničených lokalitách (obr.4). Střídáme v kruhu dle stadia onemocnění s ostatními prostředky lokální péče (obr.5). Krátkodobě KS ošetřujeme i pacienty se seborrhoickou (obr.6), iritativní a kontaktní alergickou dermatitidou.

2. *Kontinuální terapie:* KS aplikujeme po dobu 2–12 týdnů. Tento způsob je vhodný pro pacienty s některými formami psoriázy (obr.7), většinou na úvod léčby. Dále symptomaticky využíváme u některých úporných (granuloma anulare (obr.8), lichen sclerosus et atrophicus (obr.9) nebo závažných (erythematodes chronicus discoides, scleroderma circumscripta) onemocnění. Ošetřujeme takto často i ložiska alopecia areata (obr.10) a vitiliga. Někdy kombinujeme kontinuální (útočné zahájení) a intervalo-



Obr.4: Ekzema atopicum – akutní exacerbace



Obr.5: Rotační léčba atopického ekzému



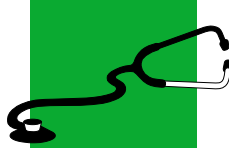
Obr.6: Dermatitis seborrhoica

vu léčbu (udržení efektu), kterou individuálně „šijeme na míru“ pro každého pacienta, především dle věku dítěte, ošetřované lokality, stadia onemocnění, léčebného efektu a příslušné diagnózy (7).

3. *Intervalová (intermitentní) terapie:* Po 3–4 dnech aplikace účinného KS preparátu následuje vždy stejně dlouhé (nebo o něco delší) ošetřování indierentním přípravkem (zvláčňujícím krémem) nebo jiným nesteroidním prostředkem. Využíváme tam, kde povaha onemocnění vyžaduje dlouhodobou aplikaci KS, nejčastěji u závažnějších forem atopické dermatitidy a některých forem seborrhoické dermatitidy. Intervalová terapie omezuje nežádoucí účinky kortikosteroidní terapie snížením kumulativní dávky kortikosteroidu v době, kdy v důsledku tachyfylyxe chybí terapeutický efekt. Intervalová léčba často ihned navazuje na krátkodobou nebo kontinuální KS léčbu (4,5).

4. *Sestupná terapie:* V akutní fázi onemocnění k rychlému potlačení chorobných změn použijeme KS s vyšší účinností (na 3–5 dnů) a rychle přecházíme na preparáty slabší a postupně je nahrazujeme jinými formami zevní terapie. Snížíme tak riziko rebound fenoménu. Tento způsob využíváme především při léčbě všech typů ekzémů a u iritativní kontaktní dermatitidy (4,5).

Kromě výběru vlastní KS sloučeniny je pro účinek KS extern důležitý i výběr vehikula, který je do značné míry ovlivněn fází kožního



onemocnění. Čím je onemocnění akutnější, tím důležitější je výběr vehicula, a čím je onemocnění chroničtější, tím více rozhoduje o úspěchu léčby účinná látka (3).

■ Kontraindikace lokální léčby KS

Samozřejmostí je dobrá *znalost kontraindikací lokální léčby KS* (tab.2). Při léčbě bereme stále ohled na věk dítěte a velikost ošetřované plochy. Pro aplikaci KS delší než 14 dnů musí být u dětí zvláštní důvod. Po dosažení dobrého účinku je vhodné přejít na intervalovou léčbu. Před zahájením KS léčby je vždy nutno znovu ověřit diagnózu, nikdy neléčíme „zkusmo“ děti bez diagnózy. Zvláště riziková místa pro aplikaci KS jsou: obličej,

víčka, prsní bradavky, předkožka, scrotum, břicho, hýždě, intertriginózní lokalizace a oblast pod plenami. Dříve velmi oblíbenou aplikaci KS pod okluzí (s použitím mikrotenové folie) již u dětí nedoporučujeme pro vysoké vstřebávání účinné látky kůží.

■ Dělení externě aplikovaných KS

Léčebný efekt se liší podle chemické struktury, podle koncentrace účinné látky, lékové formy (typu vehicula) a podle alergogenní potence. Na základě těchto kritérií jsou KS řazeny do mnoha skupin, jejichž zástupci mají nejvíce shodných vlastností (2). Pro praktické dětské lékaře je nevhodnější osvojit si *dělení KS podle intenzity účinku*. V dět-

tab. č. 2

Kontraindikace lokální léčby kortikosteroidy

Infekce: - virové	- bakteriální	- mykotické	- parazitární
- kožní reakce na vakcinaci			- nehojící se rány
- acne vulgaris	- acne rosacea	- dermatitis perioralis	
- přecitlivělost na účinnou KS látku nebo složky základu			
- aplikace do očí a jejich okolí (neplatí pro oftalmologická KS externa)			
- aplikace novorozencům			- opatrnost v graviditě a laktaci

tab. č. 3

I. skupina - KS s mírným účinkem

dexamethasonacetát	Dexamethason crm, ung
hydrocortisonacetát	Hydrocortison ung Pimafucort crm, ung, lot (+natamycin a neomycin)
prednisolon	Linola H Fett N crm Prednisolon J ung (+kliočinol) Imacort crm (+klotrimazol a hexamidin) Alpicort liq (+kyselina salicylová) Alpicort F (+estradiol a kyselina salicylová)

tab. č. 4

II. skupina - KS střední účinnosti

flumethasonpivalát	Lorinden A ung (+kyselina salicylová) Lorinden C (+kliočinol)
hydrocortisonbutyrát	Locoid crm, lipocr, lot, crelo, ung Laticort ung, crm
prednikarbát	Dermatop crm, ung
triamcinolonacetonid	Triamcinolon lot, crm, ung Triamcinolon tct (+kyselina salicylová) Triamcinolon E ung (+kloroxin) Triamcinolon S (+kyselina salicylová)
alclometasonum	Afloderm krém, mast

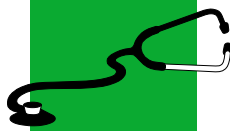


Obr.7: Kojenecká psoriáza



Obr.8: Granuloma anulare

ské dermatologii využíváme tzv. „evropskou klasifikaci“, která je dána KS sloučeninou a její koncentrací. KS rozdělujeme na I.-IV. skupinu od „nejslabších“ k „nejsilnějším“ KS. Každá země používá jinou klasifikaci, např. v USA je klasifikace sedmistupňová v opačném řazení.



tab. č. 5

III. skupina – KS silně účinné

betamethason	Beloderm ung, crm, Belosalic ung, lot (+kyselina salicylová) Diprosone ung, crm, Diprosalic ung, liq (+kyselina salicylová), Kuterid crm, ung, Betnovate ung, crm, Belogent krém, mast (+gentamycin)
flucinolonacetonid 0,025	Gelargin gel, ung, lot, Flucinar gel, ung, Synalar crm, ung, gel
flutikason	Cutivate crm, ung
budesonid	Apulein crm, ung
momethasonfuroát	Elocom ung, crm, lot
methylprednisolonaceponát	Advantan krém, mastný krém
halcinonid	Betacorton U crm (+urea), Betacorton U mastný krém (+urea), Betacorton liq, Betacorton S liq (+kyselina salicylová)

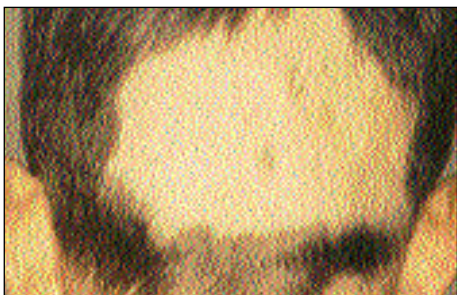
tab. č. 6

IV. skupina – KS s velmi silným účinkem

klobetasoliumpropionát	Dermovate crm, ung
fluocinolonacetonid 0,2	Gelargin forte ung, Gelargin forte lot



Obr.9: Lichen sclerosus et atrophicus



Obr.10: Alopecia areata

I. skupina – KS s mírným účinkem

KS I. skupiny jsou indikovány na zánětlivé procesy bez hyperproliferace a do problémových lokalit (místa s vyšší penetrací KS sloučenin) jako např. obličej, oblast genitálu, intertriginózní lokality a pro léčbu kojenců a malých dětí. Řadíme sem KS v tab. 3.

II. skupina – KS střední účinnosti

Jsou vhodné pro zánětlivé dermatózy volné kůže (i s mírnou proliferací). Lze použít do problémových lokalit u proliferativních dermatóz. U dospělých používáme nejdéle 3–8 týdnů, u dětí spíše krátkodobě, u běžných dermatóz ne déle než 14 dnů a spíše na menší plochy. Řadíme sem KS v tab. 4.

III. skupina – KS silně účinné

Jsou indikovány především pro dermatózy s podílem hyperproliferace (např. chronický ekzém, psoriáza). Do problémových lokalit aplikujeme krátce a výjimečně, např. při selhání skupiny II. U dospělých neúčinné déle než 2–4 týdny. Dětem předepisujeme jen na 1 týden (výjimečně 2 týdny), většinou na úvod léčby, jen u některých diagnóz a do vybraných lokalit. Dlouhodobá a opakovaná léčba III. skupinou vyžaduje již velké zkušenosti a znalosti lékaře. Řadíme sem KS v tab. 5.

IV. skupina – KS s velmi silným účinkem

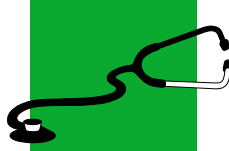
Jsou vhodné jen pro krátkodobou aplikaci (maximálně 1 týden) např. u psoriázy, lichen ruber planus, granuloma anulare. Plocha aplikace nesmí přesáhnout 3% kožního povrchu. Zásadně nepředepisovat dětem! Řadíme sem KS v tab. 6.

Závěr

KS externa patří k neúčinnějším lékům v zevní terapii dětských dermatóz. Vzhledem k četným nežádoucím účinkům však jejich preskripce vyžaduje dodržování určitých postupů. Čím déle jsou KS používány, tím větší jsou znalosti o jejich příznivých i nepříznivých účincích. I když jsou k dispozici nové generace KS extern s velmi příznivým poměrem riziko/ prospěch, neexistuje zatím ideální KS. *Výsledný poměr žádoucích a nežádoucích účinků KS je plně v rukou ošetřujícího lékaře* (2,3,5). Rodiče je třeba pečlivě poučit nejen o bezpečné aplikaci KS, ale i o dalších možnostech jak snížit aktivitu dermatózy (správné hygienické návyky, vhodné oblékání, vhodné mycí prostředky, dietní opatření, léčba přímořská, klimatická, lázeňská, poradit s vhodnými sportovními aktivitami a koníčky, zdůraznit nutnost dostatečného spánku a odpočinku, pátrat po „spouštěcích faktorech“ onemocnění). Jen komplexní léčebný a režimový přístup může přinést trvalejší efekt v léčbě většiny dětských dermatóz.

Literatura:

1. Katsambas, A.D., Lotti, T.M.: Corticosteroids Topical. In: *European Handbook of Dermatological Treatments*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2000: 779–786.
2. Semrádová, V.: Kortikosteroidní externa. *Farmakoterapeutické informace* 12/2001, s. 1–4.
3. Semrádová, V.: Léčba zevními kortikosteroidy – věda i umění. *Čs. Derm.* 72, 1997, No.1, s. 27–32.
4. Semrádová, V.: Optimální léčba zevními kortikoidními přípravky. *Čs.Derm.* 66, 1991, No. 3, s. 214–218.
5. Fadrhonicová, A.: *Farmakoterapie kožních nemocí*, Grada 1999
6. Brazzini, B., Pimpinelli, N.: New and Established Topical Corticosteroids in Dermatology. *Am J Clin Dermatol* 2002, 3 (1): 47–58.
7. Harper, J., Oranje, A, Prose, N.: *Textbook of Paediatric Dermatology*, Blackwell Science, 2000.



Diagnostika a léčba kopřivek a angioedému

Doc. MUDr. Marie Viktorinová, CSc.

Dermatovenerologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Klinická diagnóza kopřivky je ve většině případů snadná, zatímco objasnění její etiopatogeneze může být obtížné. Čím déle kopřivka trvá, tím je naděje na objasnění etiologie menší. K **diagnostickým postupům** patří anamnéza, klinické vyšetření, laboratorní vyšetření, fyzikální kožní testy, kožní testy s alergenem, alergologické vyšetření in vitro, eliminační a provokační testy, diagnostické diety, histologické a imunofluorescenční vyšetření a další doplňující vyšetření.

Prospektivní studie prokazují, že k etiopatogenetické diagnóze není nutné podrobné laboratorní a alergologické vyšetření. Srovnatelných výsledků lze dosáhnout omezeným počtem vyšetření, která jsou provedena cíleně na základě podrobných anamnestických údajů a klinického vyšetření.

■ Anamnéza

Musí být zaměřena na začátek onemocnění a vztah k možným vyvolávajícím příčinám – kontaktním a fyzikálním (tlak, chlad, teplo, námaha aj.), lékům, potravinám a nápojům, infekcím i psychosomatickým faktorům. Dále zda výsevu kopřivky předcházelo nějaké onemocnění (angína, nachlazení) a zda pacient v posledních 14 dnech před výsevem užíval nějaké léky pravidelně nebo občas (analgetika, sedativa, hypnotika atd.).

Pokud nemocný zná nebo předpokládá vyvolávající příčinu, ptáme se na latenci výsevu kopřivky a přetrvávání pomfů na určitém místě těla. Důležitá jsou také data týkající se délky trvání a průběhu kopřivky. **Akutní kopřivka** bývá častěji u dětí, má výrazné projevy i celkové příznaky nebo anafylaktické reakce. Příčinou krátkodobé akutní kopřivky mohou být virové infekce, léky, kontaktní příčiny nebo potraviny. U **intermitentní akutní kopřivky** nárazová expozice vyvolávajícího agens, např. potraviny, léky, pylové alergeny + ovoce. **Chronická kopřivka** bývá častěji u dospělých, má mírnější projevy bez celkových příznaků a může trvat měsíce i léta. Příčinou chronické kopřivky mohou být potravinová aditiva, některé nepravidelně užívané léky (analgetika, sedativa, hypnotika), endogenní příčiny, fyzikální faktory nebo infekce (parazitární, fokusy). Přetrvávání pomfů na určitém místě delší než 24 hodin signalizuje imunokomplexový typ přecitlivělosti – urtikariální vaskulitidu nebo reakce typu sérové nemoci.

V **anamnéze** se ptáme i na intenzitu svědění

a časový sled začátku svědění a kopřivky (u urticaria factitia svědění předchází kopřivce), a také na výskyt celkových příznaků provázejících výsev. Podle intenzity klinických projevů může pacient uvádět jen kopřivku, kopřivku a angioedém, celkové příznaky – únavu, bolesti hlavy, svalů, kloubů, křečovitě bolesti břicha, průjem, obtížné polykání, potíže s dýcháním, tachykardií i reakce anafylaktického typu, nebo jen frustrní projev, tzn. jen svědění nebo erytém.

V **osobní anamnéze** je nutné se ptát na závažnější onemocnění v průběhu celého života, reakce po léčích, přítomnost chirurgických a stomatologických implantátů v organismu, projevy atopických chorob v dětství, a také na přítomnost atopie v rodině. Důležitá může být také pracovní anamnéza, činnost ve volném čase, záliby apod.

■ Klinické vyšetření

Vyšetření pacienta ověří, zda je kopřivka **lokalizovaná** jen na určitém místě těla nebo generalizovaná, provázena angioedémem nebo **celkovými symptomy**, např. dušností nebo poklesem krevního tlaku. Z průběhu kopřivky, její lokalizace a morfologie pomfů (velikost, tvar, barva) lze někdy usuzovat na vyvolávající příčinu.

Malé, folikulárně vázané pomfy, jsou charakteristické pro cholinergní, kontaktní tepelnou a aquagenní kopřivku. Přitom u kontaktní tepelné a aquagenní kopřivky jsou projevy lokalizované jen na exponované oblasti kůže, zatímco u cholinergní jsou diseminované, zejména na trupu a provázené výrazným erytémem v okolí pomfů.

Lineární uspořádání pomfů v místech tření nebo škrábání kůže je charakteristické pro urticaria factitia, projevy jsou však prchavé, rychle odeznívají, proto je obvykle lékař při vyšetření pacienta nevidí.

Kontaktní fyzikální kopřivky postihují jen určitou oblast těla, která byla vystavena určitému fyzikálnímu podnětu.

Několik izolovaných pomfů na určité části těla je nejspíše reakcí vyvolanou bodnutím a sáním hmyzu. Nejčastěji to jsou komáři, blechy nebo štěnice, přitom nemusí být vždy patrné místo vpichu, ale někdy je ve středu pomfu drobná krusta. Vosy a včely vyvolávají obvykle větší reakce vzhledu angioedému červené barvy.

Naopak **generalizovaný akutní výsev kopřivky**

s rozsáhlými urtikariálními ložisky, postihujícími kůži celého těla, je nejspíše endogenní etiologie. Nejčastějšími příčinami jsou léky, potraviny, infekce. U chronické kopřivky bývají pomfy obvykle drobnější, mohou být generalizované, nebo lokalizované jen na určitém místě těla, ale výsev je obvykle symetrický, např. na obou končetinách.

K základnímu klinickému vyšetření pacienta s kopřivkou při první návštěvě lékaře patří vyšetření dermatografismu.

■ Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření by mělo být prováděno vždy cíleně podle údajů zjištěných z anamnézy a klinického vyšetření. Podrobnější vyšetření vyžadují nemocní s kopřivkou, kde příčina není dosud objasněna a všichni pacienti s chronickou kopřivkou. S výjimkou základního laboratorního vyšetření by měl tato vyšetření indikovat dermatolog, v případě potřeby ve spolupráci s alergologem.

Mezi základní vyšetření patří **sedimentace, KO s diferenciálním rozpočtem, moč a biochemická vyšetření**, prováděna cíleně podle anamnestických údajů.

Při **zvýšené sedimentaci** erytrocytů je třeba se zaměřit především na vyloučení onemocnění infekčního původu. Vysoká sedimentace může ukazovat také na autoimunitní nebo imunokomplexové mechanismy onemocnění, např. SLE, polékové reakce typu sérové nemoci, vaskulitidy. **Leukocytóza** s posunem k vyššímu počtu granulocytů i tyčků ukazuje na akutní infekci, může se však také objevit při celkové aplikaci kortikosteroidů. Při **zvýšeném počtu monocytů** by měly být vyšetřeny protilátky proti infekční mononukleóze a jaterní testy k vyloučení latentně probíhající infekce. Při **eozinofilii** je třeba pátrat po parazitárním onemocnění (oxyuriáze, giardiáze), může však jít také o nemocného s nějakou atopickou chorobou, jako je atopický ekzém, alergická rýma nebo astma časného typu. Vysoká eozinofilie a anamnestické údaje o přítomnosti psa v rodině by mělo vyvolat podezření na toxokarózu, k jejímuž průkazu je třeba vyšetření protilátek v séru testem ELISA a vyšetření specifických IgE protilátek.

Vyšetření **humorální imunity** je indikováno zejména u pacientů s chronickou idiopatickou kopřivkou. I zde platí, že je potřebný výběr podle anamnestických údajů, a výsledků základního la-



boratorního vyšetření. **Změny v hladinách imunoglobulinů** IgM, IgA, IgG a CRP, spolu se zvýšenou FW, leukocytózou nebo změnami v globulinových frakcích při elektroforéze sérových bílkovin (zvýšené α 1- a α 2-globuliny), mohou upozornit na akutní nebo latentně probíhající bakteriální infekci či jiný chronický zánětlivý proces v organismu. Zvýšené **cirkulující imunitní komplexy**, event. snížené C3 a C4 složky komplementu, spolu se zvýšenou FW bývají u imunokomplexové kopřivky typu sérové nemoci a u urtikariální vaskulitidy. **Autoprotilátky** ANA, ANCA, revmatoidní faktory aj. u současně probíhajícího autoimunitního onemocnění. **C1-INH v plazmě**, celková hemolytická aktivita komplementu (CH50), C3, C4 a C1q složky komplementu se vyšetřují při podezření na hereditární nebo získaný angioedém. Vysoká **hladina celkových IgE protilátek** upozorňuje na atopickou dispozici i u nemocných bez pozitivní anamnézy atopického onemocnění, ale negativní výsledek atopii nevylučuje. Může také signalizovat parazitární onemocnění. Specifické IgE protilátky by měly být u nemocných s kopřivkou vyšetřovány vždy cíleně podle anamnézy, např. při neurčitě podezření na potravinovou alergii se nejdříve provede vyšetření směsí (např. směs masa, směs potravin) a teprve při pozitivním nálezu podrobnější roztřesování potravin.

Serologické vyšetření se provádí k **nepřímému průkazu infekčních chorob** mikrobiálních, parazitárních i virových. Za nefyziologické je možno pokládat vysoký titr nebo vzestup především ve frakci IgM, který svědčí pro akutní průběh nebo recidivu infekce. Vysoké hladiny IgG protilátek upozorní na to, že pacient příslušnou infekcí prodělal, nebo na chronický průběh onemocnění. Protože jde o sekundární imunitní odpověď, zvýšené hladiny mohou přetrvávat mnoho měsíců, u některých infekcí i mnoho let. Kopřivka může provázet různá infekční onemocnění – hepatitidu B a C, infekční mononukleózu, chlamydiové nebo cytomegalovirové infekce, toxokarózu (v krevním obraze výrazná eozinofilie), infekci yersiniemi nebo helikobakterem. Při pozitivním nálezu specifických IgA a IgG protilátek proti antigenům helikobaktera, je nutné další speciální gastroenterologické vyšetření se zaměřením na onemocnění zažívacího traktu – gastritidu nebo žaludeční vředy.

Kryoglobuliny a chladové protilátky je nutné vyšetřit u nemocných se získanou chladovou kopřivkou k vyloučení její symptomatické formy, a také při podezření na urtikariální vaskulitidu. **Porfyriny** v krvi a stolici se vyšetřují u pacientů se solární kopřivkou k vyloučení erythropoetické protoporfyrie.

■ Fyzikální kožní testy

U nemocných s chronickou kopřivkou je vhod-

né nejdříve vyloučit nebo potvrdit fyzikální kopřivku pomocí fyzikálních kožních testů.

■ **Vyšetření dermografismu** se provádí tahem a tlakem tužkovitého předmětu s tupým hrotem po kůži zad. **Plastický dermografismus** se projevuje jako svědění, růžový nebo bílý, vyvýšený (edematózní, kopřivkový) pruh, obklopený reflexním erytémem v okolí. U malého procenta lidí je fyziologickou reakcí, která svědčí pro převahu parasimpatiku. Může však být také symptomem fyzikální kopřivky – **urticaria factitia**. Rozdíl je v subjektivních pocitech nemocného – urticaria factitia je provázena svěděním, „vrozený“ plastický dermografismus nesvědčí.

■ **Tlakový test** slouží k ověření podezření na **tlakovou kopřivku**, kterou lze vyvolat působením silného plošného tlaku na určitou oblast kůže, např. závažím upevněným na širokém pruhu pevné látky, který se zavěsí přes rameno. Hodnocení se musí provádět opakovaně za 3 – 12 hodin po ukončení tlakového podnětu. V pozitivním případě se objeví v místě kde podnět působil otok a erytém, připomínající angioedém. Subjektivně bývá spíše pálení než svědění a místní reakce může být provázena i celkovými příznaky.

■ **Chladové testy** s ledem nebo vodou 10 °C ve zkumavce nebo Petriho misce se provádějí k potvrzení **chladové kopřivky**. Orientačně je možné toto vyšetření provést tak, že nemocnému necháme téct vodu z vodovodu na předloktí po dobu 5 – 10 minut. U nemocného s chladovou kopřivkou se objeví na exponované lokalitě izolované nebo splývající urtikariální pomfy, nebo angioedém lokalizovaný po celé ploše, kde chlad působil.

■ **Tepelný test** s vodou o teplotě 42° – 45 °C se provádí stejným způsobem jako chladový test, slouží k potvrzení **kontaktní tepelné kopřivky**.

■ **Námahový test** se používá k potvrzení diagnózy **cholinergní kopřivky**. Nemocný cvičí v teplém oděvu až do zapocení a vzestupu tělesné teploty. V pozitivním případě se objeví na trupu

drobné folikulárně vázané pomfy s erytémem v okolí. Protože cholinergní kopřivka je reflexním typem kopřivky a nelze vyloučit během testů vznik celkové anafylaktoidní reakce, je nutné, aby pacient byl v průběhu vyšetření pod kontrolou zdravotnického personálu.

■ **Fototesty** se zdrojem umělého záření slouží k ověření diagnózy vzácné **solární kopřivky**, v pozitivním případě se vytvoří v místě ozáření pomfy.

■ **Test s vodou** se používá k ověření diagnózy vzácné **aquagenní kopřivky**, v pozitivním případě se objeví drobné folikulární pomfy s erytémem v okolí.

■ **Vířivá vibrace** předloktí se používá k potvrzení diagnózy velmi vzácného **vibračního angioedému**.

Při negativních fyzikálních testech se provádějí expoziční testy, při nichž jsou napodobeny podmínky vzniku kopřivky, které nemocný udává v anamnéze.

■ Kožní testy s alergenem

Kožní testy s alergenem slouží k potvrzení imunologické přecitlivělosti časného anafylaktického nebo pozdního ekzémového typu.

Epikutánní testy

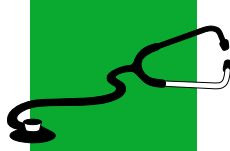
Používají se zejména dermatologové k průkazu přecitlivělosti na nejrůznější alergeny chemické povahy ze zevního prostředí, s nimiž přichází kůže do přímého kontaktu. V principu je malý okresek zdravé kůže exponován kontaktu s alergenem, který je podezřelý z vyvolávající příčiny na základě podrobné anamnézy. Klasický uzavřený epikutánní test (odečtení za 48 hodin) slouží k průkazu kontaktního alergického ekzému. K potvrzení kontaktní kopřivky (např. latex, peruánský balzám) se používá otevřený epikutánní test s alergenem rozpuštěným ve vhodném vehikulu, reakce se odečítá za 20 – 30 minut.

tab. č. 1

Základní rozdíly mezi fyzikální a endogenní kopřivkou

Kopřivka	fyzikální	endogenní
lokalizace	přesně ohraničená na místa vystavená fyzikálnímu podnětu (exantematická jen u reflexního typu)	vždy exantematický výsev
nové výsevy v noci	téměř nikdy	velmi časté
provokační testy	vždy pozitivní	ne vždy pozitivní
odpověď na kortikoidy	žádná (s výjimkou tlakové kopřivky)	prakticky vždy

AVENTIS



Intrakutánní testy

Používají je především alergologové k průkazu přecitlivělosti časného anafylaktického typu, tedy k nepřímému průkazu specifických IgE protilátek na inhalační, perorální, ale také kontaktní alergeny. Vyšetřovaný alergen se vpravuje intradermálně různými technikami.

- Test vetřením s nativními alergeny slouží k průkazu kontaktní kopřivky, např. na čerstvé ovoce nebo zeleninu, přirozené pyly, prach z exotických dřev a především s antigeny proteinové povahy, jako jsou zvířecí chlupy (kočka, pes, kůň, kráva, morče), bílek, rybí sliz a šupiny, šťávy z mas apod.

- Prick testy se používají ke zjištění anafylaktické přecitlivělosti na prachové, pylové, potravinové a kontaktní alergeny (vosy, včely, latex aj.).

- Intradermálními (injekčními) testy se zjišťuje přecitlivělost především na alergeny mikrobiální a potravinové. Intradermální testy s léky se nedoporučují provádět vzhledem k velkému riziku život ohrožující anafylaktické reakce.

■ Alergologické vyšetření in vitro

Laboratorní diagnostika k průkazu imunologické přecitlivělosti není pro klinickou praxi běžně dostupná, s výjimkou vyšetření specifických IgE protilátek. Testy pro průkaz alergie na léky nebo potraviny in vitro (test blastické transformace lymfocytů, inhibice migrace leukocytů aj.) jsou značně technicky a časově náročné, přitom jejich spolehlivost je omezená. Proto se v klinické praxi používají málo a raději se podezřelý lék nebo potravina zakazují používat.

Vyšetření **specifických IgE** může potvrdit anafylaktickou přecitlivělost na některé potraviny, léky (např. penicilin a ampicilin), kontaktní nebo inhalační alergeny (vosy, včely, latex) aj. Citlivost vyšetření je udávána v 50 – 70 %. Vyšetření specifických IgE protilátek by mělo být prováděno vždy cíleně, podle anamnestických údajů. Je vhodné především u nemocných v případech, kdy z různých důvodů není možné provést kožní testy, např. u pacientů s plastickým dermatografismem, některými kožními chorobami, u nespolupracujících pacientů, při velkém riziku anafylaktické reakce, u dětí do 3 let. Dále v případech, kdy není možné vysadit léky, které potlačující reakce imunologické přecitlivělosti a také za účelem potvrzení relevantního alergenu před zahájením specifické imunoterapie a jako kontrola její úspěšnosti.

Je třeba si také uvědomit, že se měří cirkulující, tedy méně významné IgE protilátky, zatímco kožní testy prokazují IgE navázané na buňky, tzn. reaktivitu mastocytů. Pozitivita specifických IgE protilátek nemusí být vždy provázena klinickými projevy a naopak, negativní výsledek nevylučuje

alergickou reakci po kontaktu pacienta s alergenem. Důvodem je rychlý pokles specifických IgE po eliminaci vyvolávajícího alergenu, takže několik týdnů po expozici mohou být specifické IgE negativní při pozitivním výsledku kožních testů.

■ Eliminační a provokační (expoziční) testy

Při **eliminačním testu** je pacient izolován z vlivu předpokládaného výskytu alergenu. Nejčastěji se provádí při podezření na potravinovou nebo lékovou alergii a při podezření na výskyt alergenu v domácím či pracovním prostředí.

Provokační testy umožňují reprodukci klinických příznaků a někdy i objasnění vyvolávající příčiny kopřivky. Zároveň odpoví na otázku, do jaké míry mají význam pozitivní nálezy v kožních, fyzikálních nebo in vitro testech pro konkrétní obtíž dané osoby. Pozitivní výsledek provokačního testu je podstatný pro různá rozhodnutí, jako je eliminace určitých potravin, vyloučení styku s kontaktními alergeny, např. latexovými (gumovými) rukavicemi, externími léky, případně i změna pracoviště při prokázání profesionální expozice. U fyzikálních kopřivek je expoziční test s fyzikálním podnětem důležitý ke stanovení diagnózy při negativních fyzikálních testech, provedených v laboratoři.

Provedení **provokačních testů s podezřelými léky** je nutné vždy pečlivě zvážit. Nedoporučují se provádět u parenterálně aplikovaných léků, a také u perorálně podávaných léků, u nichž je podezření (po pečlivém rozboru anamnézy a klinického obrazu) na anafylaktický typ přecitlivělosti. Perorální provokační testy jsou vhodné u nemocných s chronickou idiopatickou kopřivkou **jen při podezření na intoleranční reakce** na kyselinu acetylsalicylovou, konzervační látky nebo barviva v potravinách.

Exaktní metodou pro průkaz alimentární alergie je **dvójtě slepý placebem kontrolovaný expoziční test**, při němž nemocný dostává náhodně stejné množství podezřelé potraviny nebo placebo v kapslích. Negativní výsledek tohoto testu je vždy třeba následně ověřit otevřenou expozicí, tj. podáním potraviny v množství a složení, které je v běžné stravě nemocného.

■ Diagnostické diety

Používají se k průkazu přecitlivělosti nebo intolerance na potraviny. Patří mezi složitější, náročné a dlouhodobé diagnostické postupy, které při špatné spolupráci s pacientem nevedou k žádoucímu cíli, tzn. ke zjištění potraviny, která je příčinou obvykle dlouhodobé recidivující kopřivky. Předpokladem úspěšného vyšetření je dobrá spolupráce s pacientem a vyloučení nebo snížení vlivu léků, které tlumí reakce imunologické přecitli-

vělosti, tzn. antihistaminik, kortikosteroidů, selektivních beta2-mimetik a některých tricyklických antidepresiv.

Při **eliminační dietě** se záměrně vypouštějí při přípravě jídel ty potraviny, které jsou známými alergeny a dále ty, o nichž se předpokládá podle anamnestických údajů pacienta, že jsou hledanými alergeny. Na ni navazuje **dieta provokační (nárazová)**, při níž pacient postupně zkouší jíst jednotlivé podezřelé potraviny. V případě, že po některé potravine dojde k výsevu kopřivky, je nutné, aby tuto potravinu zcela vyloučil z jídelníčku.

Při podezření na potravinovou přecitlivělost nebo intoleranci u pacientů s chronickou idiopatickou kopřivkou je někdy vhodné použít tzv. **dietní deník**. Princip spočívá ve sledování časové závislosti mezi požitou potravou a výsevem kopřivky alespoň po dobu jednoho měsíce.

■ Histologické a imunofluorescenční vyšetření

Klinický obraz kopřivky s prchavým výsevem pomfů je tak typický, že nevyžaduje histologické vyšetření kůže. V některých případech je však nutné toto vyšetření provést v rámci diferenciální diagnózy:

- U chronických kopřivek s pomfů přetrvávajícími déle než 24 hodin k potvrzení diagnózy **urtikariální vaskulitidy** – histologický obraz alergické nebo leukocytoklastické vaskulitidy, při imunofluorescenci depozita C3 složky komplementu, imunoglobulinů a fibrinu.

- Při podezření na **urticaria pigmentosa**, což je kožní mastocytóza.

- **Jiná kožní onemocnění**, která se mohou v určitém stadiu projevit kopřivkou nebo napodobit klinický obraz angioedému, např. multiformní erytém, dermatitis herpetiformis Dühring, pemfigoid aj.

■ Doplnující vyšetření

- Mikrobiologické vyšetření výtěrů z krku a nosu, mikrobiologický obraz poševní (kandidy, *Trichomonas vaginalis*)

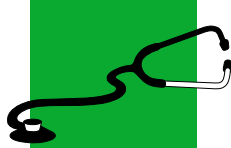
- Vyšetření stolice na parazity (*Giardia lamblia*), stěr z konečníku (*Oxyuris vermicularis*), event. kulturační vyšetření stolice na dysmikrobii

- Sonografické nebo RTG vyšetření k vyloučení fokální infekce v oblasti zubů, paranazálních dutin, žlučníku, apendixu, močových cest apod.

- Podle patologických nálezů další cílená laboratorní nebo klinická vyšetření k vyloučení endokrinologických, hematologických, onkologických a jiných chorob.

■ Diagnosa ex iuventibus

Pokud se nepodaří prokázat vyvolávající příčinu kopřivky, používá se někdy terapeuticko-dia-



agnostický pokus. Spočívá v léčbě antihistaminiky 2. generace po dobu 2 – 3 týdnů. Vymizení nebo oslabení kopřivkových výsevů naznačuje přecitlivělost zprostředkovanou IgE protilátkami, neúspěch vliv jiných patogenetických mechanismů.

■ Diferenciální diagnostika hereditárního a získaného angioedému (Quinckeho edému)

Angioedém je náhle vzniklý, ohraničený, nezá-
nětlivý otok kůže nebo sliznic dýchacího, zažívacího
či močového traktu. Může být hereditární nebo
získaný, v obou případech vyvolaný různými pato-
genetickými mechanismy. Otok dosahuje maxima
během několika hodin a ustupuje spontánně bě-
hem jednoho až tří dnů, **chybí svědění a součas-
ný výsev pomfů na jiných místech těla. Nereagu-
je na léčbu antihistaminiky** a nedostatečně na
celkovou aplikaci kortikosteroidů. K provokaci
angioedému dochází v souvislosti s drobnými
traumaty, po extrakci zubu, při menstruaci, po na-
máhavé práci nebo při stresu. Vysoká letalita
(25 – 30 %) souvisí s akutním edémem laryngu
a následnou asfyxií. Přestože patří mezi vzácná
onemocnění, **je důležité znát jeho symptomato-**

logii z důvodů diferenciální diagnostiky a léčby angioedému provázejícího akutní kopřivku zprostředkovanou jinými patogenetickými mechanismy.

Podstatou je nedostatečný útlum aktivace klasické cesty komplementu vyvolaný snížením aktivity inhibitoru C1-esterázy (C1-INH). Důsledkem je ve všech případech nekontrolovaná aktivace C1 složky komplementu a kalikrein-kininového systému, která má za následek zvýšení cévní permeability a edematózní prosáknutí tkáně.

U všech pacientů s tímto angioedémem je snižena hladina komplementu (CH 50), C3 a C4 složky komplementu během záchvatu a změny v koncentracích C1-INH. Výsledky alergologických vyšetření jsou negativní.

■ U **hereditárního angioedému I. typu** (85 – 90% pacientů) je příčinou vrozená porucha biosyntézy C1-INH, hladina C1-INH je snížena na 50 %.

■ U **hereditárního angioedému II. typu** je příčinou vrozená funkční porucha C1-INH, při vyšetření je hladina C1-INH v normě nebo zvýšená, ale funkčně neaktivní.

■ U **získaného angioedému I. typu** může jít o zvýšený katabolismus C1-INH nebo zvýšenou

spotřebu C1q složky komplementu a C1-INH v imunitních komplexech u nemocných s lymfoproliferativními chorobami, maligními nádory, autoimunitním onemocněním nebo infekcemi. Koncentrace C1-INH v plazmě je v době ataky angioedému snížena na 30 % normálu.

■ U **získaného angioedému II. typu** se uplatňuje autoimunitní mechanismus s tvorbou autoprotilátek IgG1 proti C1-INH. Hladina C1-INH je snížena na 60 – 70 %, ale funkčně je neaktivní.

Od výše uvedených angioedémů, v jejichž etiopatogenezi se uplatňuje především bradykinin, je nutné odlišit angioedém vyvolaný jinými mechanismy. **Angioedém provázející kopřivku** má stejnou etiopatogenezi jako kopřivka, nejčastěji je zprostředkovan IgE protilátkami proti lékovým, potravinovým nebo infekčním antigenům. Vyskytuje se u 20 – 30% pacientů s akutní kopřivkou. Tento angioedém provází vždy kopřivka na jiných místech těla, otok bývá růžověčervené barvy nebo je obklopený erytémem. Rychle reaguje na léčbu antihistaminiky nebo celkovou aplikaci kortikosteroidů. Hladiny sérového C1-INH a komplementu nejsou sniženy.

Léčba kopřivek

Stejně jako u jiných chorob, při prokázaných etiologických faktorech je možná kauzální léčba, jinak je léčba kopřivek pouze symptomatická.

■ Kauzální léčba

Kopřivka je v podstatě kožní reakcí způsobenou nejruznějšími etiopatogenetickými mechanismy, proto kauzální léčba často vyžaduje interdisciplinární spolupráci lékařů různých oborů.

Kauzální léčba předpokládá:

■ Eliminaci všech prokázaných vyvolávajících příčinných faktorů ve smyslu profylaxe expozice.

■ V případech, že kopřivka je pouhým symptomem jiného onemocnění organismu, je nutné léčit všechny zjištěné patologické nálezy, tzn. cílenou léčbu infekcí antibiotiky, antimykotiky nebo antiparazitiky, sanaci fokální infekce, léčbu interních chorob, operací nádoru atd.

■ U **potravinové alergie** je nutné dodržovat důsledně dietu s vyloučením potravin, na které byla prokázána přecitlivělost. Při porušení této diety dochází k vzestupu střevní peristaltiky, která vede k větší absorpci dalších potravinových antigenů a původní přecitlivělost pouze na jednu složku potravy se může postupně rozšířit na příbuzné i jiné potravinové antigeny.

■ U nemocných s chronickou kopřivkou a prokázanou **přecitlivělostí na kvasinky**, zejména u žen s recidivující kvasinkovou kolpítidou je vhodná dieta bez obsahu droždí, a také potravin a nápojů, při jejichž výrobě probíhá kvasný proces.

■ U **intoleranční kopřivky** se doporučuje dieta bez potravinářských aditiv, používaných ke konzervaci a barvení potravin, doplněná o vyloučení všech léků obsahujících kyselinu acetylosalicylovou – tzv. bezsalicylátová dieta. Je nutné se také vyhnout barevným zubním pastám a barevným lékům.

■ U nemocných s **intolerancí na histamin** je nutná dieta s vyloučením potravin obsahujících větší množství histaminu a jiných vazodilatorních látek atd.

■ **Specifická imunoterapie** má význam pouze u nemocných s prokázanou anafylaktickou přecitlivělostí na včely nebo vosy pomocí prick testů a průkazu specifických IgE protilátek. Tuto léčbu indikuje alergolog, který pacienty dispenzarizuje.

■ Symptomatická léčba

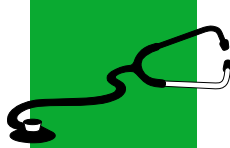
Je patogeneticky zaměřená proti efektorové složce reakce. Základním lékem jsou antihistami-

nika, která obsazením H1 receptorů pro histamin na cílových buňkách reverzibilně blokují tyto receptory, a tak zabrání výsevu kopřivky. Protože jde v podstatě o léčbu profylaktickou, je důležité, aby byla dlouhodobá a denní dávka antihistaminik dostatečně vysoká, aby zabránila výsevům kopřivky nebo je alespoň zmírnila. Je také důležité, aby pacient užíval antihistaminika pravidelně.

Protože klinické zkušenosti ukazují individuálně variabilní odpověď pacienta na určité antihistaminikum, je nutné, pokud konkrétní lék nevykazuje dostatečný léčebný účinek, vystřídat jej za jiný. Jinou možností je kombinovaná léčba antihistaminiky 1. a 2. generace, nebo kombinace antihistaminika s ketotifenem, antidepresivou nebo anxiolytiky.

Klasická antihistaminika 1. generace

Starší antihistaminika 1. generace procházejí hemoencefalickou bariérou – mají výrazné sedativní a většinou také anticholinergní a antiserotoninové účinky. Z nich vyplývají **hlavní kontraindikace léčby** (glaukom, peptický vřed a hypertrofie prostaty s retencí moče) a **nežádoucí účinky** – suchost v ústech, neostře vidění, zvýšení nitroočního tlaku, zácpa aj. Proto nejsou tato antihistaminika



vhodná pro dlouhodobou léčbu chronických kopřivek, někdy je však výhodné podávat tato sedativní antihistaminika ve večerních hodinách.

Mezi antihistaminika 1. generace patří:

- bisulepin (Dithiaden tbl., inj.)
- cyproheptadin (Peritol tbl., sir.)
- dimentinden (Fenistil 24 cps. retard, Fenistil gtt.)
- klemastin (Tavegyl tbl., inj.)
- oxatomid (Tinet tbl.)
- promethazin (Prothazin drg., inj., Promethazin sir.)
- medosulepin+kalcium (Methiaden-calcium inj.)

U dětí od jednoho měsíce věku lze podávat pouze dimentinden (Fenistil gtt.), od jednoho roku klemastin (Tavegyl tbl.), ostatní uvedená antihistaminika 1. generace by se měla podávat až od 2 let věku. Výrazný H1 antihistaminový účinek má také ketotifen, hydroxyzin a amitriptylin (viz dále).

Perorální antihistaminika 2. generace

Antihistaminika 2. generace působí selektivně na H1 receptory pro histamin, mají rychlý nástup terapeutického efektu (s výjimkou terfenadinu do 30 minut) a většinou protrahovaný účinek, proto se podávají 1x denně. Pro tyto vlastnosti jsou ideální pro léčbu akutních i chronických kopřivek a zejména pro profylaktické podávání.

Patří sem:

- acrivastin (Semprex cps.)
- cetirizin (Zyrtec tbl., gtt.; Zodac tbl.; Alerid tbl.)
- loratadin (Claritine tbl., sir.; Flonidan tbl., sus.)
- terfenadin (Lotanax 60tbl; Terfenadin AL 60 tbl.)

Výběr přípravku pro konkrétního pacienta by se měl řídit především rozdíly mezi antihistaminiky 2. generace v dalších farmakodynamických účincích a ve způsobu jejich degradace v organismu. Například terfenadin se nesmí podávat současně s makrolidovými antibiotiky (např. erytromycin a klaritromycin) a při systémové léčbě ketokonazolem, mikonazolem, itraconazolem, metronidazolem, flukonazolem, některými antiarytmiky, tricyklickými antidepresivy a diuretiky snižujícími kalium v séru. Nedoporučují se jíst grepy. U pacientů s nedostatečnou funkcí ledvin se doporučuje redukce denní dávky cetirizinu na polovinu, u nemocných s těžkým postižením jater a dětí s těžkým jaterním a ledvinovým onemocněním se snižují denní dávky loratadinu nebo terfenadinu na polovinu.

Pro dlouhodobou léčbu chronických kopřivek, vzhledem k dávkování 10 mg 1x denně a absenci interakcí s jinými léky, se nejlépe osvědčují cetirizin a loratadin, u fyzikálních kopřivek je nejví-

ce klinických zkušeností s cetirizinem (Zyrtec tbl.). Podle klinického stavu, a také vzhledem k hmotnosti pacienta, je možné doporučenou denní dávku cetirizinu a loratadinu zvýšit na dvojnásobek. Doporučené věkové omezení pro děti je u loratadinu 1 rok, u cetirizinu 2 roky, v klinické praxi se však oba přípravky používají již od 1 roku věku.

U fyzikálních kopřivek jde o profylaktickou léčbu, proto musí být dlouhodobá, ale při dobré klinické odezvě je možné doporučené denní dávky postupně snižovat. Příčina neúspěšnosti léčby fyzikálních kopřivek spočívá zejména v tom, že pacient, jakmile je bez potíží, přestane léky užívat a projevy fyzikální kopřivky se vracejí. Proto musí být součástí léčebného plánu řádné poučení pacienta o charakteru onemocnění, které je obvykle dlouhodobé (víceleté), a také o nutnosti užívat léky pravidelně, i když denní dávky mohou být podle klinického stavu postupně snižovány, event. léčba ukončena.

Tricyklická antidepresiva

Používají se jako alternativní léčba chronických (především fyzikálních) kopřivek, rezistentních k léčbě H1 antihistaminiky. U nás je k dispozici pouze amitriptylin (Amitriptylin drg. 25 mg), který má výrazný periferní i centrální blokující účinek na H1 a H2 receptory pro histamin, anti-serotoninový a anticholinergní účinek. Na kožní klinice v Olomouci se začal používat s velmi dobrým terapeutickým efektem k léčbě fyzikálních kopřivek v r. 1982, tj. v době, kdy ještě u nás nebyla k dispozici antihistaminika 2. generace.

Proti psychiatrickým indikacím stačí u fyzikálních kopřivek nízké počáteční denní dávky (25 – 50 mg, max. 75 mg) a plný terapeutický efekt na symptomy kopřivky nastupuje rychle – do 24 hodin. Vzhledem k tlumivému účinku se léčba zahajuje večerní dávkou. Podle individuální terapeutické odezvy i snášenlivosti (útlum zejména v prvním týdnu léčby) lze denní dávku postupně po 2 – 3 týdnech snižovat. Víceleté zkušenosti ukázaly, že lék je nutné užívat pravidelně a denní dávku snižovat postupně.

Nevýhodou léčby amitriptylinem je řada kontraindikací, které je nutné respektovat a také jeho nežádoucí účinky. Mezi absolutní kontraindikace patří glaukom, současná léčba inhibitory aminooxidázy, epilepsie, pylorostenóza, paralytický ileus, nedoporučuje se podávat při ischemické chorobě srdeční, hypertrofii prostaty, u stavů spojených s tachykardií a poruchami srdeční frekvence, opatrnosti je třeba především ve vyšším věku. Z nežádoucích účinků je nejčastější sedativní efekt (může přetrvávat až 24 h) a suchost v ústech, vzácně ortostatická hypotenze, sinusová tachykardie, přírůstek hmotnosti, poruchy akomodace, zácpa nebo třes končetin.

Systémová léčba kortikosteroidy

Systémová léčba kortikosteroidy příznivě ovlivňuje průběh kopřivky a angioedému na několika úrovních, uplatňují se v časně i pozdní fázi anafylaktické reakce a mají silný protizánětlivý účinek.

Kortikosteroidy v injekční formě (Hydrocortison inj.; Solu-Medrol inj.)

Jsou indikovány ve středních dávkách u těžkých generalizovaných kopřivek, kopřivek s celkovými symptomy a v rámci komplexní léčby anafylaktického šoku. Lze je aplikovat intravenózně, v infuzích nebo intramuskulárně. U akutních generalizovaných kopřivek bez celkových nebo anafylaktických symptomů a pokud je u pacienta eliminována vyvolávající příčina (např. lék), obvykle stačí aplikace intramuskulární – 1. den 4x 100 mg Hydrocortisonu po 6 hodinách, v dalších dnech se denní dávku postupně snižuje na 300, 200, 100 mg/den a léčba se co nejdříve ukončí.

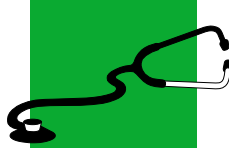
Prednison (Prednison tbl.)

Léčba vysokými dávkami prednisonu je indikována jen u urtikariální vaskulitidy, kopřivek typu sérové nemoci a u těžkých forem idiopatické kopřivky po vyloučení infekčních příčin a v případech, že průběh onemocnění ukazuje na imunokomplexový typ přecitlivělosti nebo současně probíhající autoimunitní choroby. Zpočátku se podávají vysoké denní dávky až 1 mg/kg hmotnosti (u dospělého obvykle 60 – 80 mg denně), rozdělené do tří dávek během 24 h, přitom nejvyšší denní dávka má být podávána v ranních hodinách. Při zlepšení klinických symptomů se denní dávka snižuje, zpočátku až o 10 mg po 3 dnech léčby, později podle klinických symptomů obvykle o 5 mg a léčba by měla být co nejdříve ukončena.

Nízké dávky prednisonu (10 – 30 mg denně), spolu s cetirizinem nebo amitriptylinem, jsou indikovány k léčbě těžkých forem tlakové kopřivky s celkovými příznaky, které jsou rezistentní k jiné léčbě. Při zlepšení by měla být denní dávka prednisonu snižována a dle možností léčba prednisonem co nejdříve ukončena. S výjimkou tlakové kopřivky jsou všechny fyzikální kopřivky rezistentní na celkovou aplikaci kortikosteroidů. Dlouhodobá léčba chronické idiopatické kopřivky kortikosteroidy je odmítána pro riziko všeobecně známých nežádoucích účinků. *Není zdůvodnitelné indikovat nízké dávky prednisonu 10 – 30 mg u chronických idiopatických kopřivek bez důkladného vyšetření pacienta, pacient by měl být odeslán ke kompletnímu vyšetření při hospitalizaci.*

Jiná léčba kopřivek

- Ketotifen (Zaditen tbl. sir.; Ketotifen cps.; Ketotif sir.)



Ketotifen je tricyklické H1 antihistaminikum, které výrazně stabilizuje membránu mastocytů a bazofilů, a tím brání jejich degranulaci a uvolňování mediátorů časné i pozdní fáze.

Používá se profylakticky u chronických kopřivek, jeho příznivý léčebný účinek se projeví většinou až po několika týdnech léčby. V klinické praxi se ketotifen většinou používá v kombinaci s neselektivními antihistaminiky. Může příznivě ovlivnit průběh rezistentních fyzikálních kopřivek, kopřivek vyvolaných neimunologickými mechanismy, a také kopřivek po potravinách, zejména u atopiků, u nichž se uplatňuje zkřížená přecitlivělost mezi pylovými alergeny a ovocem nebo zeleninou. Opatrnosti je třeba u pacientů s cukrovkou, současné podávání antidiabetik může vyvolat trombotopenii.

■ Kombinace H1 s H2 antihistaminiky

Při nedostatečné odezvě na H1 antihistaminika je v literatuře u chronických idiopatických a fyzikálních kopřivek stále doporučována, dříve často používaná, kombinace H1 antihistaminik (většinou hydroxyzinu) s antihistaminiky blokujícími H2 receptory pro histamin, tj. cimetidinem nebo ranitidinem (Cimetidin tbl., Belomet tbl., Ranisan tbl.). Mají své opodstatnění v případech současného peptického vředu, žaludeční hyperacidity a gastritidy, anebo floridní infekce vyvolané helikobakterem v rámci kombinované léčby po doporučení gastroenterologem.

■ Hydroxyzin (Atarax tbl., sir., inj.)

Hydroxyzin se používá od 70. let jako silně účinné H1 antihistaminikum k léčbě kopřivky chladové a cholinergní, urticaria factitia a také u chronické idiopatické kopřivky. V kontrolované randomizované klinické studii byl prokázán stejný klinický efekt hydroxyzinu v dávce 2x 25 mg a cetirizinu 1 x 10 mg denně.

V ČR byl registrován hydroxyzin až v roce 1992 jako anxiolytikum a malý trankvilizér. Má výrazný sedativní účinek, zejména v prvních dnech léčby. Na rozdíl od dříve často používaných benzodiazepinů nevyvolává závislost nebo abstinenční syndrom. Výrazně ovlivňuje svědění, lze jej použít i u dětí od 3 let. U pacientů s úzkostnými stavy nebo depresemi a těžkým průběhem kopřivky nebo angioedému je vhodná kombinace antihistaminik s anxiolytiky ve večerních hodinách, např. cetirizin 10 mg ráno a hydroxyzin 25 mg večer.

■ Kromoglykát sodný (Nalcrom cps.)

Kromoglykát sodný, podobně jako ketotifen, stabilizuje membránu mastocytů a bazofilů, a tím brání uvolňování histaminu a jiných vazoaktivních mediátorů. Jeho účinek je pouze lokální na sliznici

zažívacího traktu, prakticky se nevstřebává. Používá se k léčbě a profylaxi alergických reakcí vyvolaných požitím některé z potravin. Léčbu kromoglykátem indikuje alergolog na základě alergologického vyšetření, pozitivního kožního nebo expozičního testu nebo průkazu specifických IgE protilátek.

■ Selektivní beta-2 mimetika

Selektivní beta-2 mimetika s krátkodobým účinkem jsou indikována jako součást léčby kopřivek s celkovými symptomy anafylaktického typu s dechovými potížemi. Mají silný bronchodilatační účinek, používají se v tabletové, nebo častěji v aerosolové formě. V současné době je u nás k dispozici velké množství přípravků různého složení, některý z těchto přípravků by měl obsahovat pohotovostní balíček pro pacienty s alergií na hmyz, léčbu indikuje v tomto případě alergolog.

Další léčebné postupy, uváděné v literatuře převážně jako kazuistiky, vycházejí většinou z klinických zkušeností léčby určitého typu kopřivky, rezistentní na obvyklou léčbu. Nejsou to standardní terapeutické postupy, protože nebyly podrobeny srovnávacímu kontrolovanému klinickému zkoušení podle zásad správné klinické praxe. Nejsou určeny pro praktické lékaře a většinou ani pro ambulantní specialisty. Některé z nich se provádějí pouze na specializovaných klinických pracovištích, jiné jsou zatím pouze ve fázi experimentálního ověřování, zejména u chronických rezistentních kopřivek. Patří k nim například:

- antimalarika nebo fototerapie PUVA u rezistentní solární kopřivky
- fyzikální léčba u chladové nebo tepelné kopřivky
- nespecifická hyposenzibilizace kombinací imunoglobulinů s histaminem (Histaga inj.) u chronických idiopatických kopřivek a neimunologicky podmíněných kopřivek potravinových
- cyklosporin A (Sandimun Neoral cps.; Consupren cps.) u chronických rezistentních kopřivek, včetně kopřivek zprostředkovaných autoimunitními mechanismy
- anti-leukotrieny zafirlukast (Accolate tbl.) a montelukast (Singulair tbl.) v léčbě chronických kopřivek rezistentních na léčbu
- plazmaferéza k léčbě těžké solární kopřivky i chronických kopřivek s autoprotiálkami proti receptoru Fc γ RI na mastocytech nebo anti-IgE protiálkami
- psychoterapie, hypnóza nebo akupunktura u chronických idiopatických kopřivek aj.

■ Zevní léčba

Zevní léčba kopřivek je pouze symptomatická, je vhodná u akutních, zejména kontaktních kopřivek, protože urychlí odeznění kožní reakce např. na hmyz. Nemůže však ovlivnit průběh chronické

kopřivky. Protože přechodně zlepšuje subjektivní potíže pacienta, tj. svědění, má významný psycho-terapeutický efekt. K zevní aplikaci se používají:

- tekuté pudry s obsahem mentholu – působí svými fyzikálními vlastnostmi
- lokální antihistaminika dimentinden (Fenistil gel) nebo difenylhydramin (Psilo-balsam gel) mají výrazný protisvědivý, antihistaminový a lokální anestetický účinek.
- středně účinná kortikosteroidní externa ve formě gelu nebo lotia, např. triamcinolon (Triamcinolon lotio) nebo fluocinolon (Gelargin gel) mají výrazný protisvědivý, vazokonstrikční a protizánětlivý účinek. Jejich použití je vhodné u pacientů s kontaktní kopřivkou a silnými lokálními reakcemi. Tyto přípravky by se neměly používat dlouhodobě.

Literatura u autorů

Chcete zdravé srdce? Jezte každý den jednu mandli

Jezte mandle a budete mít zdravější srdce, tvrdí britští vědci. Už staří Římané považovali mandle za prostředek ke zvýšení plodnosti. Ve středověku se těmto jádřům navíc dostalo i ocenění jako velmi účinnému léku proti následkům neúměrné konzumace alkoholu. Nyní lékaři zjistili, že se blahodárných účinků mandlí dá využít i ve prospěch srdce. Podle britského listu The Observer vědci z Tuftovy univerzity v americkém Bostonu dospěli ke zjištění, že už jedna mandle denně má blahodárný účinek v boji s kardiovaskulárními nemocemi. Podstata objevu spočívá v poznání, jak spolu reagují dvě složky v mandli obsažené. Jde o vitamin E ve vnitřní části mandle a o polyfenoly, které jsou ve slupce. Jak vědci zjistili, tyto složky přispívají k optimalizaci některých procesů v lidském těle tak, že brání přeměně cholesterolu na substance, jež by jinak provokovaly kardiovaskulární problémy. Takže alespoň jednu mandličku denně, doporučují noviny.

K biologické hodnotě přípravků pro náhradní mléčnou kojeneckou výživu s obsahem mléčného tuku...

MUDr. Bohumil Turek, CSc.

Z fyziologického a biologického hlediska by náhradní kojenecká výživa měla v maximální míře poskytnout kojenci jednotlivé nutriční složky v množství a vzájemných poměrech odpovídajících složení mateřského mléka. Je zcela jasné, že nelze všechny látky obsažené v mateřském mléce nahradit. Jedná se zejména o složky ovlivňující imunitní procesy (imunoglobuliny IgG1, IgG2, IgA, IgM), růstové faktory aj. Proto také nelze kojenní mateřským mlékem plně nahradit umělou výživou. Pokud se týká nutričních faktorů, pak by složení přípravků pro kojeneckou výživu mělo co nejvíce kopírovat přírodu, tj. obsah látek v mateřském mléce.

Obsah mléčného tuku je v mateřském mléce v průměru vyšší než v mléce kravském, proto není třeba se ve výživě kojenců tuku vyhýbat a tuk nepřiměřeně snižovat. Důležitější je upravit poměry jednotlivých mastných kyselin. V mateřském mléce je více polynenasycených mastných kyselin reprezentovaných kyselinou linolenovou v hodnotě 10 - 15 % z celkových mastných kyselin. V kravském mléce je obsah kyseliny linolenové podstatně nižší - 4 % z celkových mastných kyselin. Jednoznačně je významné přidávat do přípravků umělé kojenecké výživy polynenasycené mastné kyseliny, ovšem se zajištěnou antioxidační ochranou.

Tím se dostáváme také k problematice cholesterolu v těchto přípravcích. Jedná se o klasický příklad věkových zvláštností ve výživě.

Cholesterol je nesprávně řazen mezi lipidy. Nemá strukturu tuku, organismus z cholesterolu nemůže získat žádnou energii, sterolové jádro není v organismu odbouratelné. Cholesterol slouží jako významná stavební a funkční látka v buněčných membránách a jiných buněčných strukturách, v nervových buňkách nebo slouží jako prekurzor k tvorbě steroidních hormonů a žlučových kyselin, zbytek se pak vyloučí nebo uloží, v dospělosti většinou ke škodě organismu, zejména v aterosklerotických plátech a v žlučových kamenech.

Cholesterol je důležitou biologickou látkou a organismus je enzymově vybaven si zajistit odpovídající množství endogenní syntézou. Klíčovým enzymem je 3-hydroxy 3-methylglutaryl koenzym A reduktáza (HMG CoA red). Zvýšením či snížením aktivity tohoto enzymu má za fyziologických podmínek docházet k regulaci hladiny cholesterolu v krvi podle přívodu cholesterolu potravou. U mnoha jedinců je tato regulace narušena. Často se uvádí, že děti kojenní mateřským mlékem mají v dospělosti nižší hladinu

cholesterolu, protože v době kojení získají z mateřského mléka dostatečné množství cholesterolu a organismus „nenastaví“ endogenní tvorbu na vyšší úroveň. Při sledování endogenní tvorby cholesterolu u narozených nezralých dětí se zjistilo, že endogenní tvorba cholesterolu dosahuje 36-56 mg za den (27-39 mg/kg th./den), tedy vztaženo na tělesnou hmotnost (th.) dosahuje endogenní tvorba hodnot více jak 3 x vyšších, než u dospělých, (Renfurm et al., 2002).

O významu cholesterolu pro růst a vývoj svědčí výsledky experimentů u gravidních krys. Při podání inhibitorů endogenní syntézy cholesterolu a následném nedostatku cholesterolu byly prokázány závažné teratogenní účinky. Tyto poruchy se projeví zejména ve vývoji mozku, především v limbální oblasti, ve vývoji genitálií u samců a došlo k anomáliím prstů. Prokázalo se narušení mezibuněčné interakce nutné k dokonalé diferenciaci buněk, (Roux et al., 2000).

Obavy z přítomnosti cholesterolu v přípravcích umělé kojenecké výživy s obsahem mléčného tuku nejsou opodstatněné. Hodnota cholesterolemie u dětí krměných takovou výživou nebývá vyšší, než u dětí kojenných mateřským mlékem (Akeson et al., 1999, Kallo et al., 1992, Wong et al., 1993). Dokonce je doporučována suplementace kojenecké výživy cholesterolem, většinou spolu s nenasycenými mastnými kyselinami nebo také taurinem (Bayley et al., 1998, Van Biervliet et al., 1992, Fomon, 1970, Szotova, 1989). V nedávno publikované australské studii při podávání 4 vaječných žloutků za týden dětem ve věku od 6 do 12 měsíců nedošlo ke zvýšení koncentrace cholesterolu v plasmě nad hodnotu u kontrolní skupiny dětí kojenných, a to i u skupiny, která dostávala vaječné žloutky neobohacené nenasycenými mastnými kyselinami. (Makrides et al., 2002).

Obsah cholesterolu v mateřském mléce je přirozený a slouží k pokrytí fyziologických a biologických funkcí. Řada látek v mléce zajišťuje regulaci cholesterolemie, ať je to laktóza, vápník, fosfolipidy, nebo kyselina orotová. Nepřítomnost mléčného tuku neznámá pouze nepřítomnost cholesterolu, ale i absenci dalších nutričně významných faktorů, zejména fosfolipidů, karotenoidů, nativních lipofilních vitamínů a dalších látek.

Mléčný tuk, emulgovaný v mléce ve formě mikroskopických kapének, vytváří velké vnitřní povrchy, je rychle tráven a představuje pohotový zdroj energie.

Mléčný tuk se také významnou měrou podílí na senzorických vlastnostech obnoveného mléka, což přispívá k jeho dobrému přijímání kojenci a dětmi. Na příkladu mléka lze ukázat některé mechanismy snižující hladinu cholesterolu, takže mléko, i když obsahuje určité množství cholesterolu, má ve svém výsledném účinku hypocholesterolemický efekt.

Výhodou současného obohacení přípravků náhradní kojenecké výživy i nenasycenými mastnými kyselinami je kromě jejich důležité fyziologické a biologické funkce též podpora regulace hladiny cholesterolu v krvi. Záměrně uvádíme pojem „regulace“ nikoliv „snížení“ protože by se mělo jednat právě o podporu regulačních mechanismů, které by zaručovaly dostatek potřebného cholesterolu a snížení nepotřebného. Jinak se ovšem polynenasycené mastné kyseliny významnou měrou podílejí na vývoji mozku, psychomotorických funkcí, mentálnímu vývoji a rozvoji kognitivních schopností (Hornstra, 2000).

V přizpůsobení kojenecké výživy je běžným postupem úprava obsahu bílkovin poměru 1:3 mezi mateřským a kravským mlékem.

V mateřském mléce je asi 10 x vyšší koncentrace kyseliny listové než v mléce kravském, což je s podivem ve vztahu ke způsobu výživy, patrně se jedná o možnosti vstřebávání nebo využití kyseliny listové bacherovou mikroflórou, ale v každém případě by na tento rozdíl měl být brán zřetel při sestavování složení přípravků umělé kojenecké výživy. Vitamin B6 (pyridoxin) bývá do těchto přípravků přidáván. Tyto nutriční složky spolu s vitamínem B12 snižují hladinu homocysteinu, který je nutno počítat mezi významné rizikové faktory. Za vhodný přírůstek do kojenecké a dětské výživy je možno považovat také nukleotidy.

Přípravky pro náhradní kojeneckou výživu jsou velmi významné pro děti, které nemohou být kojenné. Pro další vývoj zdravotního stavu dětí jsou velmi prospěšné takové přípravky, které jsou nejvíce přizpůsobeny složení mateřského mléka a obsahují všechny dostupné látky, které pro tento účel mohou být použity. Z tohoto hlediska jsou v ČR dostupné zejména přípravky pro náhradní kojeneckou výživu řady Sunar.

Literatura u autora

HEINZ



Aktuality

Zajíc v bílém pytlí

Nemocnice mají mnohamiliardové dluhy. Kolik přesně? Tak se zeptá člověk, který ze svých daní zdravotnictví platí a užívá je. Neřeknu, stydím se, jak jsou velké! Tak odpoví zase ministryně zdravotnictví, která byla občany zvolena a má jim skládat účty. Neuvěřitelné tajnostkářství má ovšem svou logiku. Ve zdravotnictví se totiž předlouhá léta nosí. Pánuje tu jakási tichá dohoda: lidé nejsou politiky a úředníky obtěžování informacemi a ti se jich na oplátku zase moc neptají. Jsou-li nějaké problémy (obvykle finančního rázu), politici je nějak vyřeší. Jak? Zač? Ani na to se neptáme. Hlavně že pana doktora najdeme v ordinaci a na léky nemusíme moc doplácet. Důsledek tiché dohody je však děsivý: platíme si a kupujeme jednu z nejdůležitějších veřejných služeb, a přitom o ní nemáme potuchy.

Test pro běžného člověka

Udělejme si malý test. Víme, že na zdravotnictví dáme letos 140 miliard korun? Víme, že pojistné platí zhruba jen polovina z nás a za ostatní platí stát z daní? Víme, že z průměrného šestnáctitisícového platu odvede zaměstnanec do bílé kasičky 720 korun, ale zaměstnavatel přidá ještě 1440? A víme přitom, že jeden rentgenový snímek vyjde i na tisícovku? Že se účet za léčení deficitu růstového hormonu u dětí vyšplhá ročně na 420 tisíc? A že léčba průměrného Čecha stojí ročně 12 344 korun? Kdo znal odpovědi na všechny otázky, je buď lékař, nebo pracovník pojišťovny. Běžný člověk neví, nezajímá se, neříkají mu to. Zdravotní pojišťovny výpisy z účtů pacientům neposílají (stály by moc peněz) a politici řeší problémy zdravotnictví „globálně“. Mají-li pak zodpovědět prostou otázku, kolik námi placené nemocnice dluží, zda špatně hospodaří, raději mlčí. Jestli o něčem z finanční kuchyně zdravotnictví víme, pak jsou to nanejvýš platy lékařů. K anonymnímu zdravotnictví přirozeně máme velmi neosobní vztah. Nevím, co mě služba stojí, tudíž necítím nutnost s ní racionálně zacházet. Není proto žádnou výjimkou, když lidé vrátí do lékárny prošlé léky za pět i patnáct tisíc (částka rovnající se sedmiměsíční zdravotní dani z průměrného platu). Je naprosto běžné, že řada z nás si chodí k lékařům jen tak popovídat.

Tak kolik, paní ministryně?

Na ulici zvedneme desetník, ale oknem vyhodíme tisíce. I to je důsledek všeobjímajícího pocitu, že zdravotní peníze nejsou naše peníze, ale jakési státní poukázky. Když dojdou, stát je kdesi najde. A kde jinde než v naší kapse. Představte si, že bychom šli do krámu, dali pokladní nespočítaný balíček bankovek a odnesli si zajíce v pytlí. Kolik jsme platili? Kolik ušatec stál? Ani na jednu otázku bychom neznali odpověď, přesto bychom byli spokojeni. Jak absurdní! Ale ve vztahu k zdravotnictví běžné. Čili, paní ministryně, nestyďte se. Kolik miliard nemocnice dluží?

MF DNES, Jana Bendová

Všechno všem? A za co, vážení?

Očima mé profese

Projekt ideálního zdravotnictví pro občany je hezky popsán v koalici smlouvě, de facto tedy v návrhu programového prohlášení vlády. Je však reálný? V padesátých letech minulého století jsme se ve škole učili, že v socialismu budou lidé odměňováni podle svých zásluh a v komu-

nismu podle svých potřeb, že vlastně peníze ztratí význam a každý dostane to, co bude potřebovat. Právě tento stav slibuje programové prohlášení vlády v oblasti zdravotnictví. Slíbují se v něm „svobodný výběr zdravotní péče, volná dostupnost této péče, kvalitní, účinná a bezpečná léčiva všem“. Tedy každý občan si bude moci vybrat a dostane to nejlepší, protože o ničem jiném se zde nepíše. Osobně pochybuji (pracuji ve státním zdravotnictví již 39 let a měl jsem možnost pracovat i v cizině), že „všechno všem“ je reálné. Zatím se to nikde realizovat nepodařilo. Každý zdravotní systém je přece limitován finančními prostředky na něj určenými. Demokratické evropské země, stejně jako Česká republika, na něj dávají 6–8 procent ze svého hrubého domácího produktu na hlavu. Tento však je u nás čtvrtinový až pětinový ve srovnání s vyspělými západoevropskými státy. Je možné slibovat za čtvrtinovou hodnotu moderní zdravotní péči srovnatelnou s péčí v těchto státech, když všechny materiálové vstupy (léky, přístroje atd.) nakupujeme za stejné ceny jako vyspělé státy? Když ano, tak za jakou cenu? Poslední společenská změna v roce 1989 přinesla občanům naší země svobodu. Svobodu rozhodování, kde žít, jak žít. Můžeme si koupit letadlo, námořní loď, továrnu. Sametová revoluce přinesla tedy i svobodu, jak nakládat se svým majetkem. Tato svoboda končí v době, kdy onemocníme. I kdybychom chtěli, nemůžeme své úspory až na výjimky legálně investovat do toho, co je pro nás v dané chvíli nejcennější – do svého zdraví. Protože prakticky vše je hrazeno z všeobecného zdravotního pojištění, které není schopno pokrýt naši potřebu v době, kdy to potřebujeme. Tak mnozí například čekají na svou protézu kyčelního kloubu rok i více, ač by si rádi finančně přispěli a zkrátili toto období spojené pro ně s bolestmi. Moderní společnost řeší naší vládou proklamovaný „svobodný výběr zdravotní péče“ tak, že zachovává svobodu občana i v nemoci, umožňujíc mu opravdu svobodný výběr tím, že si na něj ať už formou připojištění nebo přímou platbou přispívá. I u nás s jakýmsi studem sledujeme tento trend (v nemocnicích vznikají nadstandardní pokoje, lidé si připlácejí na některé léky), ale v prohlášení vlády se o tom nehovoří. Z pohledu odborníka je moderní medicína jenom jedna. Je to medicína, která na základě důkazů má nejlepší diagnostické a léčebné výsledky. Proto je moderní. Nadstandardní je pouze to, že si pacient vybere, kým, kde a kdy chce být ošetřován, a to podle mého názoru není možné nabídnout všem, i když to mají někteří už teď. Až to bude pro všechny, bude to ideální. Zatím si na to všude ve vyspělých státech v Evropě i za mořem lidé připlácejí, aniž je tím dotčena myšlenka občanské a mezigenerační solidarity. Pouze je tím potvrzena svoboda člověka v nemoci.

Prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.

Ředitelé pojišťoven píší ústavním činitelům

Pokud ve vrcholících cenových jednáních pro 1. pololetí 2003 nedojde k dohodě, měla by rozhodnutí MZ o úhradách v příslušném segmentu předcházet pečlivá analýza finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění, aby u zdravotních pojišťoven nedošlo k prohloubení finanční nerovnováhy mezi příjmovou a výdajovou složkou. Uvádí se to v dopisu, který ředitelé všech devíti zdravotních pojišťoven poslali ministryni zdravotnictví Marii Součkové. Ředitelé pojišťoven ministryni upozorňují, že financování lůžkových za-



řízení probíhá už po sedm pololetí podle nařízení vlády, respektive vyhlášky MZ. Koncem roku 2000 byla do vyhlášky MZ přijata zásada, že segmentům, které se na cenách nedohodly, se garantuje zvyšování úhrad bez ohledu na rozsah péče, její kvalitu a potřebnost (v roce 2001 a ve 2. pololetí 2002 to byla lůžková zařízení, v 1. pololetí 2002 všechny segmenty kromě praktických lékařů, stomatologů a lánů). Pojišťovny podle tohoto ustanovení poskytly v roce 2001 nemocnicím doplátky, které však vycházely z plánovaných výběrů, nikoliv ze skutečného rozšíření zdrojů. Z toho důvodu výdaje základních fondů pojišťoven převýšily v loňském roce jejich příjmy. Letos se sice přešlo k doplátkům podle skutečného nárůstu zdrojů, ale bez ohledu na to, zda byl nárůst už vyčerpán v jiných segmentech nebo uvnitř jednoho segmentu. Na rychlejším čerpání zdrojů nad hranici jejich nárůstu se podílí i plošná změna režie výkonů a úprava seznamu léčiv, ke kterým tento rok došlo.

Doplátky za 1. pololetí 2002 zatím nebyly z technických důvodů realizovány, ale podle předběžných analýz letos dojde ke zvýšení výdajů na zdravotní péči nad možnosti systému, zejména u lůžkových zařízení, která část zdrojů získávají na úkor ambulantních zařízení. Důkazem pro tento trend odporující tendencím ve světě je změna procentního rozložení ročních výdajů, píše se v dopisu.

Podle pojišťoven je zřejmé, že při zachování stejné dynamiky nárůstu výdajů dojde už v roce 2003 k rozkolísání systému pojištění. Největší vliv na to má právě ustanovení vyhlášek MZ o doplácích. Ředitelé pojišťoven upozorňují na nerovné vyjednávací pozice při cenových jednáních, protože vyhlášky MZ v roce 2002 výrazně zvýhodnily ty segmenty, které se nedohodly, zejména nemocnice. Dopis datovaný 10. zářím poslali na vědomí předsedovi vlády, ministrům financí a práce a sociálních věcí, předsedům sněmovny a senátu i předsedům obou zdravotně sociálních výborů parlamentu.

Studené zbytky jídla prý snižují riziko rakoviny

Studené zbytky od oběda či večeře jsou možná účinnější v boji proti rakovině než cereálie s vysokým obsahem vlákniny – tvrdí to britští vědci. Studené brambory, vařené fazole, rýže či ovesná kaše obsahují velké množství nestravitelného zkrystalizovaného škrobu, který zabraňuje vzniku nemoci. „Když jídlo vychladne, škrob zkrystalizuje ve formu, která se dostane do střev a reaguje s bakteriemi,“ tvrdí profesor John Burn. Tím podle něj vznikne chemická látka, jež má prokazatelný účinek na 12 tisíc genů vyvolávajících rakovinu střev.

Cizina láká doktory na eura, v přepočtu na 150 tisíc korun

Východní Německo má problém. Nemocnicím a klinikám se zoufale nedostává lékařů. Velká část jich po sjednocení odešla do západního Německa, kde jsou platy poněkud, zhruba o deset procent, vyšší. Německo se snaží tuto patálii řešit tím, že láká lékaře odjinud. Z Polska, ale ještě více z Česka. V českých lékařských časopisech už řady měsíců vycházejí inzeráty, které vábí zdejší doktory na práci v Německu. Plat – zhruba čtyři až pět tisíc eur, což je v přepočtu až sto padesát tisíc korun měsíčně. A na lékaře z „východu“ nelze pohlížet jako na levnou pracovní sílu. „Tarify jsou sice v každé spolkové zemi jiné, ale není naopak podstatné, z jaké spolkové země doktor pochází. Český doktor musí podle zákona dostávat stejně vysoký plat jako Němec nebo jiný občan Evropské unie,“ uvedl Gerd Freiwerth z firmy Kienbaum se sídlem v Berlíně, která zprostředkovává nábor doktorů z různých zemí. Jen v posled-

ním čísle časopisu České lékařské komory má firma Kienbaum hned tři inzeráty, v nichž hledá lékaře a lékařky z oboru úrazové chirurgie, intenzivní medicíny, anestezie a interního lékařství. „Chybí nám v tuto chvíli ještě asi 60 doktorů, počítáme s rostoucí poptávkou,“ řekl Freiwerth. Počet lékařů z České republiky, kteří odešli do Německa, nedokázal vyčíslit, v poslední době je prý nadto vyšší zájem o práci mezi Poláky. Čeští doktoři, kteří do Německa přišli, jsou podle Freiwertha mladí a svobodní, jsou nezávislí a chtějí zůstat v Německu i déle. Nebo jsou to doktorské manželské páry, kdy oba partneři hledají práci ve spolkové republice. Někdy přijede lékař do Německa s celou rodinou. A ještě častější je, že doktor pracuje v Německu nedaleko hranice, kde si na ubytování pronajme jen malý pokoj, a o víkendy dojíždí domů. „Aby mohl český doktor začít pracovat v německé nemocnici, stačí mu pracovní povolení, povolení k pobytu a osvědčení, které uděluje lékařská komora,“ řekl Freiwerth. Jednou z klinik, která rovněž inzeruje v českém tisku, je bavorská klinika Tischenreuth. „Zatím jsme nikoho nezaměstnali, ale máme několik uchazečů, s nimiž budeme ještě vyjednávat. Momentálně tu pracují asi dva čeští lékaři, kteří už v Německu žijí déle a mají i zdejší občanství. Zkušenosti s českými zaměstnanci jsou dobré, jsou naprosto srovnatelní s německými,“ uvedla pracovnice kliniky Tischenreuth.

Diabetikům může ulehčit nový objev

Lidem, kteří trpí jedním z typů cukrovky, by mohl pomoci nový objev amerických vědců. Tým vědců z Institutu zdraví Howarda Hughese sídlícího v americkém Chevy Chase objevil, že určitý typ buněk dospělého člověka může být přeměněn na plně funkční buňky produkující inzulín. Tento objev by tak mohl pomoci lidem, kteří trpí prvním typem cukrovky. Ten je způsoben tím, že jsou buňky speciální části slinivky, kde se inzulín produkuje, zničeny. Tito lidé jsou tedy odkázáni na svou každodenní dávku inzulínu, která zajišťuje hladinu cukru v krvi, a musí se vyhýbat příliš sladkému jídlu. Podle vědců, kteří se na výzkumu podíleli, se objevem otevírají nové perspektivy léčby – stačí nahradit nefunkční buňky za funkční a tím se postižený vyhne pravidelným dávkám inzulínu zvenku. Velkou výhodou celého postupu je, že nejde o transplantaci cizích buněk, které by mohly způsobit imunitní reakci organismu, ale že dárce buněk je diabetik sám. Vedoucí týmu vědců k tomu řekl: „Pokud můžeme transplantovat buňky, které pocházejí přímo z pacientova těla, je negativní imunitní reakce vyloučena.“ Tým vědců pracoval na výzkumu speciálního typu kmenových buněk. Ty jsou nerozlišené a dají se z nich „vypěstovat“ takřka všechny typy tkáně, tedy i buňky produkující inzulín. „Pokud jsou kmenové buňky hormonálně stimulovány, vytvářejí se z nich buňky produkující inzulín, takové buňky jsou pak plně funkční.“ Vědci však mírní přehnané naděje – výzkum je teprve na počátku a na badatele čeká ještě mnoho práce, než se bude moci objev projevit v klinické praxi. Navíc, většina diabetiků trpí druhým typem diabetu.

Guvernantka Součková...

Co chybí českému pacientovi nejvíc? Nejsou to ani léky, ani lékaři, ani moderní léčebné přístroje. Chybí mu svoboda a možnost volby. Získá ji od nové ministryně zdravotnictví Marie Součkové? Podruhé povládnou lékařům a pacientům žena a lékařka navrch. Zdánlivě ideální kombinace. Usedne do křesla, v němž nikdo z předchůdců nevydržel celé čtyři



roky. V resortu je nepořádek, čekací doby na operace se prodlužují, peníze chybějí stejně jako ta pacientova svoboda. Představy Marie Součkové by však slušely spíš guvernance než velkému reformátorovi. Guvernance starostlivé a přísné zároveň, která nedovolí „dětem“ dělat si, co uznají za vhodné – pro jejich vlastní dobro. Takový Špidla v sukních, chtělo by se říci. Soudě podle jejich dosavadních slov, chybějící svobodu od ní nezískáme. I nadále máme zůstat nedospělými pacienty. Stát nám přikáže, kolik na zdraví povinně zaplatíme, a za to dostaneme jen takové ošetření, které je stát v dané chvíli ochoten uznat a schopen zaplatit z veřejného pojištění. Paní ministryně Součková nemíní na tom nic měnit. Jako lékařka se chce starat o lepší platy kolegů lékařů. Jako žena bude s láskou pečovat o své adoptivní děti-pacienty. Práh ordinace či nemocnice tak i nadále zůstane malým českým Rubikonem: překročíš-li ho, ocitáš se v nesvobodném světě. Říká se mu vznešené bezplatné solidární zdravotnictví, kde všichni mají nárok na stejné ošetření. Vně toho světa můžeme o svém životě rozhodovat jakkoli, jsme nadáni právem volit, kupovat si pistole i psy lidožrouty. Uvnitř se však musíme vzdát vlastního rozumu i volby. Důkaz? Nesmíme si domluvit se zdravotní pojišťovnou speciální osobní pojistku na kus zdravotní péče. Nemáme šanci přikoupit si luxusnější oční či kloubní protézu. Za socialismu bývala taková péče pod pultem, dnes je pod zámkem. Klíče k němu má lékař, systém a přidělená diagnóza, nikoli pacient a jeho přání, jeho ochota připlatit si. Nezískáme ani žádnou prémii za starost o vlastní zdraví. Nekuř, denně cvič a jez jen zdravou stravu, ušetří ze společné kasičky statisíce, před zdravotním systémem jsi a budeš si roven s chlápem, který se denně nacpává bůčkem, patnácti knedlíky, doráží se kontušovkou a dvacetkrát za rok běhá k lékaři. I pro novou paní ministryni je důležitější rovnost než svoboda. Dospělému člověku však nelze upírat právo zvolit si svou léčbu, přikoupit si lepší ošetření, pokud chce. Proč? Protože třeba hodlá v devadesáti tančit s perfektním kyčelním kloubem charleston a žádná guvernance mu nemá co přidělovat či zakazovat. Jsme totiž dospělí lidé! *MFDNES, Jana Bendová*

Alkohol prospívá pouze starším lidem

Britští vědci zjistili, že příznivé účinky alkoholu na lidské zdraví se týkají pouze mužů nad 34 let a žen starších 55 let. Mladší lidé se konzumací alkoholu vystavují vyššímu riziku různých onemocnění i smrti než abstinenti. Informovala o tom BBC. Vědci na základě rozsáhlého výzkumu dospěli k doporučeným denním dávkám alkoholických nápojů pro ženy a muže různých věkových kategorií. Muži mladší 34 let by podle nich měli denně vypít maximálně jedno velké pivo nebo jednu sklenku vína. Mužům mezi 35 – 44 lety vědci doporučují denní dávku dvou sklenek alkoholického nápoje, po pětadvaceti letech jsou to tři skleničky. Mužům starším 85 let prý neuškodí ani pět skleniček denně. Ženy jsou na tom o poznání hůře. Do 44 let by si měly dopřávat maximálně jednu skleničku denně, do 74 let dvě sklenky, v pozdějším věku maximálně tři.

Cena pro tři vědce a jednoho červíka

Nejvyšší vědecké ocenění bylo uděleno za objev principů, které řídí zrod buněk i jejich smrt.

Zkoumali malinkého červa. Přitom došli k poznatkům, které mohou pomoci léčit lidské nemoci, s nimiž si lékaři dosud nevědí příliš rady – rakovinu, mozkovou mrtvici, srdeční infarkt, AIDS i některá poškození mozku. Tři vědci za tyto objevy dostanou letošní Nobelovu cenu za fyziologii a lékařství.

O cenu, která letos dosahuje deseti milionů švédských korun, v přepočtu přes 32 milionů korun českých, se svorně podělí dva britští a jeden americký vědec. Nejstarším je pětasedmdesátiletý britský výzkumník Sydney Brenner, původem z Jižní Afriky, který své objevy učinil na univerzitě v anglické Cambridgi. Později pracoval v americké Kalifornii. V anglické Cambridgi působí i druhý laureát, čerstvý šedesátník John Sulston. Američan Robert Horvitz je nejmladší, je mu pětapadesát, a působí na Massachusettském technologickém institutu, rovněž ve městě Cambridge, avšak ležícím tentokrát ve Spojených státech. Dnes bude oznámeno, kdo dostane Nobelovu cenu za fyziku, ve středu pak budou vyhlášeni laureáti v oboru chemie a ekonomie. V pátek se veřejnost dozví, kdo získá Nobelovu cenu za mír, která se jako jediná neuděluje ve švédském Stockholmu, ale v norském Oslu. Nobelovský výbor jako už tradičně předem nesdělil, kdy bude vyhlášena cena za literaturu, obvykle to však bývá ve čtvrtek v tomtéž týdnu, kdy jsou zveřejňováni všichni ostatní laureáti. Slavnostní předání těchto cen se uskuteční 10. prosince, ve výroční den smrti švédského průmyslníka a vynálezce Alfreda Nobela, který svou závětí cenu ustanovil.

Uvědomělá sebevražda

Je známo, že všechny buňky v našem těle jsou „potomky“ oplodněného ženského vajíčka. Právě z něho se vyvíjejí další a další buňky, které se pak v organismu specializují a vytvářejí jednotlivé tkáně a orgány – například svaly včetně srdečního, ale i krev a součásti imunitního systému, který brání tělo před onemocněním. Buňky se rozmnožují dělením. Je tedy nezbytné, aby některé zanikaly a zůstaly vždy jen ty, které tělo potřebuje a které z něho vytvářejí správně fungující organismus. Procesu zániku buněk lékaři obvykle říkají programované odumírání a dá se přirovnat k uvědomělé sebevraždě. V těle jde prostě o to, aby se zbavilo buněk nadbytečných, nepotřebných, ale i poškozených a takových, které by se pro ně mohly stát nebezpečnými. Už při vývoji lidského plodu v děloze matky postupně vznikají orgány a tkáně, které po čase začnou překážet (třeba blána mezi prstíky na rukou a na nohou). Ke slovu pak přichází právě „řízená sebevražda“ těchto nežádoucích buněk. Také v těle dospělého člověka se každý den tvoří více než bilion nových buněk a odpovídající počet jich současně odumírá. „To se děje i podle toho, jaké buňky člověk právě potřebuje,“ vysvětluje profesor Miroslav Červinka, proděkan Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. „Například kojící matka má pochopitelně vyvinutou mléčnou žlázu. Až přestane kojit, žláza se zmenší, protože nepotřebné buňky odumrou.“

Červík pomáhá!

Co převratného tedy vědci zjistili? Lékaři se samozřejmě snažili poznat mechanismus tohoto vytváření a odumírání buněk. K tomu potřebovali najít vhodné živočicha, na němž by jej mohli zkoumat. Začátkem šedesátých let si Sydney Brenner vybral hlístici, jednoduchého červa s latinským názvem *Caenorhabditis elegans*. Je velká zhruba milimetr, a co se Brennerovi hlavně zamlouvalo – červík je úplně průhledný, takže se dá dělení jeho buněk snadno sledovat pod mikroskopem. Brenner ve svých výzkumech, které publikoval v roce 1974, ukázal, že geny, které řídí proces vytváření a odumírání buněk v tomto červovi, se dají ovlivnit uměle dodanými chemickými látkami. Na jeho práci pak navázal John Sulston, který vyvinul originální techniku pro sledování vývoje a dělení buněk hlístice *Caenorhabditis elegans* od oplodněného vajíčka po konečných 959 buněk, které tvoří dospělý organismus. (Za život hlístice vznikne přesně 1090 buněk, ale 131 z nich v přesně daném období odumře.) V roce 1976 popsal vývoj části nervového systému a prokázal, že je pro všechny tyto hlístice úplně stejný. Objevil také první geny, kte-



ré se podílejí na řízení vývoje a odumírání buněk. Po nich si stejného červíka vzal do práce Američan Robert Horvitz. V roce 1986 publikoval své objevy o fungování genů, jež záměrně zanikání buněk regulují. Později navíc zjistil, že obdobné „geny smrti“ jako v hlístici existují i v lidském těle.

Léky na obzoru

Poznatky o odumírání buněk a zejména o poruchách v tomto procesu velmi úzce souvisí s pochopením některých nemocí. Například při AIDS, při chorobách poškozujících nervové tkáně, při mozkové mrtvici či při srdečním infarktu tělo ztrácí potřebné buňky, protože nadměrně odumírají. Naopak rakovina či některá onemocnění imunitního systému se projevují nedostatečným odumíráním buněk, a tedy jejich „přemnožením“. „Udělení Nobelovy ceny za poznání procesu vytváření a odumírání buněk je určitě správné,“ myslí si profesor Červinka z královéhradecké lékařské fakulty. „V posledních letech je to jedna z nejnižších oblastí biologie, objevuje se zde velké množství nových poznatků.“ Právě tři laureáti Nobelovy ceny tuto éru výzkumu zahájili a otevřeli ji pro své následovníky. Miroslav Červinka předpokládá, že objevy zahájené díky hlísticím umožní vznik nových medikamentů. Ty budou moci buněčnou smrt podle potřeby vyvolávat nebo utlumovat, a odstraní tak nebezpečné, například nádorové buňky, či naopak zachrání ty, o které by tělo nemělo přijít. „Nezapomínejte, že vývoj léčiv trvá řadu let. Soudím však, že právě přichází doba, kdy se léky vzniklé díky novým poznatkům o řízeném odumírání buněk začnou objevovat,“ tvrdí.

Deprese a obezita spolu souvisí

Větší riziko obezity u lidí v depresi zjistily studie francouzských i amerických vědců. Zatímco tým z amerického Cincinnati tento vztah ukázal u adolescentů, výzkum ze severu Francie došel k závěru, že deprese souvisí s obezitou u žen. Tým z dětské nemocnice a z univerzity v Cincinnati zjišťoval stav 9000 dospívajících v roce 1995 a poté o rok později. U adolescentů, kteří na začátku nebyli obézní a měli depresivní náladu, se pravděpodobnost, že budou příští rok obézní, zdvojnásobila, uvádí studie, která včera vyšla v odborné revue *Pediatrics*. Riziko zůstávalo stejné i při porovnání faktorů spojených s obezitou i s depresí, včetně malého sebevědomí, nízké fyzické aktivity, obezitou rodičů a nízkým vzděláním rodičů, dodává studie. Podle ní existují i jiné vědecké práce spojující obezitu s depresí, ale zatím se všeobecně mělo za to, že obezita způsobuje depresi, a ne naopak. Po celém světě přibývá obezity i depresí a důvody těchto trendů nejsou známy, tvrdí američtí vědci. Podle zprávy mohou být obezita i deprese způsobeny „neurobiologickými mechanismy“, zejména vylučováním serotoninu a činností žláz s vnitřní sekrecí. Vládou podporovaná studie provedená v posledních deseti letech na severu Francie zase ukázala, že 25 procent obézních žen trpí depresí, zatímco u ostatních tento podíl činí 14 procent. Stejně tak z výzkumu vyplývá, že deprese nezvyšuje podíl obézních mužů. Tým odborníků koordinovaný doktorem Jeanem-Michelem Borysem to vysvětluje tím, že deprese u mužů často vede k závislosti na cigaretách, které zase brzdí přibývání na váze. Velká část obézních žen měla malé vzdělání, zatímco ženy, které hodně četly, měly k obezitě menší sklon, vyplývá ze studie. I když je čtení fyzicky nenáročná činnost, podle vědců si čtenářky více uvědomovaly potřebu zdravého životního stylu a ochotněji cvičily. Studie již deset let sleduje 6666 obyvatel vesnic na severu Francie. Tato oblast byla podle vyjádření odborníků vybrána proto, že zde ve Francii umírá nejvíce lidí na kardiovaskulární choroby.

Ministerstvo se začalo zabývat pohotovostí a záchrankami

Zástupci Asociace zdravotnických záchranných a dopravních služeb byli pověřeni přípravou zákona o zdravotnické záchranné službě (ZZS). Ministryně zdravotnictví Marie Součková o tom informovala 29. srpna s tím, že se uvažuje i o propojení ZZS s lékařskou službou první pomoci (LSPP). Prvním krokem bude ovšem novelizace současných předpisů tak, aby od 1. ledna ZZS byla plně funkční. V této souvislosti M. Součková podotkla, že v některých místech bude nutné zřídit nová stanoviště ZZS, aby mohl být dodržen požadavek časové dostupnosti podle vyhlášky.

Zástupci Asociace zdravotnických záchranných a dopravních služeb byli pověřeni přípravou zákona o zdravotnické záchranné službě (ZZS). Ministryně zdravotnictví Marie Součková o tom informovala 29. srpna s tím, že se uvažuje i o propojení ZZS s lékařskou službou první pomoci (LSPP). Prvním krokem bude ovšem novelizace současných předpisů tak, aby od 1. ledna ZZS byla plně funkční. V této souvislosti M. Součková podotkla, že v některých místech bude nutné zřídit nová stanoviště ZZS, aby mohl být dodržen požadavek časové dostupnosti podle vyhlášky.

„Na zákon o záchranných službách čekáme zoufale,“ řekl k tomu prezident asociace Petr Žák. MZ mělo k dispozici návrh zákona už loni, ale podle jiného zadání – od 1. ledna příštího roku však mají všechny záchranky včetně územních středisek spadat pod kraje a v tom smyslu také bude třeba návrh přepracovat, dodal P. Žák. Oceňuje nicméně, že ministryně přislíbila zákon o ZZS energicky prosazovat.

MZ také hodlá metodicky přispět k tomu, aby na LSPP participovaly obce, města nebo kraje. Jde ale rovněž o personální pokrytí pohotovostních služeb. Praktičtí lékaři se mohou po ordinaci době vzájemně zastupovat v rámci svých lokálních sdružení, a pak by nebylo třeba LSPP zřizovat. Pokud k tomu nebudou ochotni, bude LSPP nutností, ale praktici by se měli podílet na jejím financování, uvedla M. Součková. Předseda Sdružení praktických lékařů Václav Šmatlák se k těmto představám nechtěl vyjadřovat s tím, že o LSPP ještě hodlají zástupci praktických lékařů s ministryní jednat. (vad, mt)

Ministryně chce přidat velkým nemocnicím

Budoucí lékaři by se už neměli učit na přístrojích, které někde patří spíš do muzea než do učeben fakultních nemocnic. To je další z příslibů nové ministryně zdravotnictví Marie Součkové, která chce, aby fakultní nemocnice dostávaly v budoucnu více peněz. Měly by z nich vzniknout takzvané univerzitní nemocnice. Fakultní nemocnice mají dnes sice nižší ztrátu než nemocnice okresní a hospodaří vyrovnaně, zajišťují však navíc výuku a výzkum. V mnohých zařízeních se právě v této oblasti šetřilo a přístrojové vybavení zaostávalo. „Některá naše pracoviště připomínají muzeum,“ řekl nedávno náměstek ředitele Všeobecné fakultní nemocnice v Praze Pavel Horák. Představa nové ministryně je taková, že nemocnice by kromě plateb od zdravotních pojišťoven za léčení pacientů získávaly peníze z rozpočtu školství na výuku a výzkum. „Není důvod, abychom na to přispívali z peněz, které platíme ze zdravotního pojištění,“ míní Součková. Další prostředky by se měly shromažďovat v takzvaném fondu vývojové medicíny, z něž by se hradily drahé operace, například transplantace. To by mělo urychlit zavádění nových metod. Marie Součková chce, aby do fondu vývojové



medicíny šla koruna z každé prodané krabičky cigaret a z každé lahve alkoholu. Velkým nemocnicím bývá vytýkáno, že peníze v nich mízí jak v černé díře a nikdo je nekontroluje. Tomu by mělo podle Součkové zabránit zřízení správních a dozorčích rad. Změny chce ministryně prosadit pomocí zákona o zdravotnickém zařízení, s kterým už však řada jejích předchůdců neuspěla v parlamentu.

Opakující se úzkostlivé myšlenky mají původ v genech

Vědci objevili gen, který má na svědomí obsedantně kompulzivní poruchu (OCD). Tvrdí, že tento objev jim umožní určit, kteří lidé jsou k této nemoci náchylní a zároveň vyvinout efektivnější léčbu. Lidé trpící OCD mají neustále se opakující myšlenky, kterých nejsou schopni se zbavit. Nevěnují se tak téměř ničemu jinému, a mnohdy proto ani nemohou pracovat. Člověk je na základě nich nucen k opakovaným úkonům. Obavy o zdraví vedou nemocného například k neustálému mytí rukou nebo pečlivému čištění všeho, čeho se dotkne. K tzv. kompulzivním úkonům patří také nakupování, klepání na dřevo, modlení nebo počítání věcí v místnosti. Odborníci z torontské univerzity zkoumali pacienty s OCD a jejich rodiče. Zaměřili se přitom na gen, který řídí činnost serotoninových receptorů. Tyto receptory určují, kolik serotoninu (hormonu, na kterém závisí komunikace mezi mozkovými buňkami) má být uvolněno. Zjistili, že lidé trpící OCD dědí určitý typ genu po rodičích. OCD je potom způsobena poruchou produkce serotoninu. °Ve světle nového výzkumu musím říci, že porucha OCD má genetický základ,° řekl pro britskou BBC profesor Kevin Gournay z Britského institutu psychiatrie. Podle dalšího odborníka Iana Hancocka však sehrávají při rozvíjení poruchy důležitou roli také prostředí a zážitky.

Hádky míří na seznam psychických poruch

Domníváte se, že máte šílenou rodinu? Jste možná pravdě blíží, než tušíte. Američtí lékaři totiž hodlají na seznam mentálních chorob zavést dosud neznámou nemoc, která by se měla nazývat porucha ve vztazích k druhým, uvedl kanadský list The Globe and Mail. Do této kategorie duševně postižených by spadali rodiče, kteří se nedokážou dohodnout s dětmi, notoricky se hádající manželské páry, ba dokonce i věčně se peroucí sourozenci. Diagnóza nevyklučuje, že jako jednotlivci mohou tyto osoby působit jako zcela vyrovnané, zdravé, schopné udržet se v zaměstnání, mít přátele a patřit k pilířům města. Ocitnou-li se však v místnosti společně s manželem, manželkou, sestrou či synem, rozum jde stranou, hlas nabírá výšku a spouští se mechanismus chronického konfliktu. Prosadí-li členové amerického psychiatrického sdružení novou poruchu do seznamu chorob, bude to první mentální porucha, která definuje nemoc nikoli jako záležitost individua, ale v závislosti na skupině. Prozatím by se měla týkat jen rodinných vztahů. Kritici návrhu upozorňují, že definice nové nemoci se stane omluvou pro nejrůznější spory, od hádky na silnici po teroristický čin. „Uvědomte si, co se stalo s psychickou poruchou, která se dostavuje po prožití velkého stresu. Byla zavedena pro vojáky vracující se s těžkými traumaty z Vietnamu a dnes ji často diagnostikujeme i u dětí, které zhlédnou Batmana,“ podotkl profesor Edward Shorter z torontské univerzity.

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: 485 122 458

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: 518 601 985

Pomoc pro vyplavenou ordinaci

Jakýkoliv zachovalý starší nábytek pro vybavení vyplavené ordinace potřebuji k znovuootevření 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.: 603 268 233

Pronajmu praxi

Pronajmu zavedenou pediatrickou praxi, zatím na 2 roky.
Možnost pozdějšího odkoupení.
Info: 549 424 336

Hledám zaměstnání

Lékařka s 1. atestací, licencií, 20 let praxe, hledá zaměstnání, event. převzetí praxe v Olomouci, Přerově a okolí.
Tel.: 604 402 770, nebo 595 056 250

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra na zástup do privátní ordinace PLDD, cca 25 km od Prahy, od dubna 2003 za MD.
Mobil: 606 83 96 37

Přijmeme dětského lékaře

Dětského lékaře přijme Zdravotní středisko Pernink, okres Karlovy Vary. Byt 2+1 k dispozici, výhodné platové podmínky, vhodné pro milovníky přírody a sportu. Telefon: 607 244 730