

# VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

březen 2009 ■ číslo 3 ■ ročník 9



**Nejčastější parazitární a mykotické infekce kůže**

**Nekomplikované infekce kůže a měkkých tkání**

**Astma bronchiale v kojeneckém a batolecím věku**

**Kraniosynostózy a deformity neurokrania**



Orion Diagnostica



GlaxoSmithKline

Heřo

Sunar

Téma čísla:  
**DERMATOLOGIE**

**GSK - A4 - Cervarix**

tiráž...

# VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

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

**Adresa redakce:**

U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

**Sekretariát:**

tel.: 267 184 065, fax: 267 184 050

**Redakce VOX:**

tel.: 267 184 065, 267 184 047

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

**Vydavatel:**

Sdružení praktických lékařů  
pro děti a dorost ČR, o. s.

**Odborná garance:**

Odborná společnost praktických  
dětských lékařů ČLS JEP

**Grafika, výroba, distribuce:**

Vydavatelství MEDIX, s. r. o.

([vox@imedix.cz](mailto:vox@imedix.cz); GSM: 777 281 866)

**Redakční rada:**

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Milan Kudyn

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Olga Roškotová

**Odpovědný redaktor:**

Mgr. Zdeněk Brtnický

**Jazykové korektury:**

Mgr. Michaela Šmejkalová

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.  
Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10× ročně, v nákladu 2200 výtisků.

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze  
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické  
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá  
za obsah inzerce a vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE – Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty

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

obsah...



**Přehled činnosti SPLDD za měsíc únor 2009** 5

**Koalice soukromých lékařů  
a aktuální dění ve zdravotnictví** 6

**Dopis SPLDD ČR prezidentu Václavu Klausovi** 10

**Dopis prezidenta republiky Václava Klause SPLDD ČR** 11

**3. kongres primární péče 2009** 12

**Od dubna se u 70 procent léčivých přípravků  
regulační poplatek 30 korun vybírat nebude** 13

Rozhovor s náměstkem ministryně zdravotnictví  
Bc. Markem Šnajdrem



**Informace OSPDL ČLS JEP** 15

prim. MUDr. Štěpánka Čapková  
**Nejčastější parazitární a mykotické infekce kůže  
v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost** 16

prim. MUDr. Jiří Horažďovský, PhD.  
**Nekomplikované infekce kůže a měkkých tkání** 21

MUDr. Jan Balcar  
**Astma bronchiale v kojeneckém a batolecím věku** 23

doc. MUDr. Hana Krásničanová, CSc.  
**Kraniosynostózy a deformity neurokrania  
„pediatrické minimum suturální patologie“** 26

Mgr. Martina Péčová a kolektiv  
**Děti se sluchovým postižením jako pacienti  
dětských praktických lékařů a klienti rané  
péče dotazníkové šetření mezi pediatry v ČR** 31

MUDr. Pavel Skála  
**Kazuistika: Neobvyklý typ diabetu** 34

Barbora Minksová  
**Ěčka: naši zabijáci, nebo přátelé** 38

**Ze světa odborné literatury** 44



**Aktuality** 45

**Řádková inzerce** 49

*Středová příloha: Vyhláška č. 537/2006 Sb. ze dne 29. listopadu  
2006 o očkování proti infekčním nemocem - změna: 65/2009 Sb.*



NAKLADATELSTVÍ  
**UMÚN** s. r. o.

Nakladatelství UMÚN, s. r. o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec

tel.: 485 161 712, e-mail: [umun@umun.cz](mailto:umun@umun.cz), [www.umun.cz](http://www.umun.cz)

Obrázek na titulní straně namaloval ústy Thomas Kahlau.





Vážené kolegyně, vážení kolegové,

kamže to zase kráčí naše zdravotnictví? Chtělo by se mi povzdechnout, když se poohlédnu za uplynulým čtvrtrokiem. Máme zase nového ministra, resp. ministryni – proč ale vlastně vzdychat, vždyť je to „teprve“ první výměna v tomto volebním období; reforma mizí v nedohlednu - paradoxně jí pohřbil ten, co s ní přišel; politické hrátky přinesly další ovoce - byla zrušena část našeho příjmu; ministryně veřejně vyhláší, že není problém kompenzovat zrušené poplatky u dětí – ředitelé zdravotních pojišťoven se ovšem tváří, že nevidí a neslyší; zdravotní pojišťovny veselé rozesílají úhradové dodatky – my vydáváme doporučení nepodepisovat (pomalu se stává tradicí); SUKL

chystá neuvěřitelnou databázi informací, přičemž nikdo pořádně neví, k čemu všemu to má sloužit, takže běží „septanda“; hygienu jako postrach kontrol našich ordinací střídá SUKL – a my marně přemýšlíme, jak dokladovat, že v úterý 12.3.2006 neklesla teplota v naší ordinaci pod 21 st.; nejsou vakcíny – nikdo ale za nic nemůže; a dalo by se i pokračovat.

Má to ale cenu? Asi se všichni nesebereme a neodejdeme, a tak se musíme smířit s tím, že svět ani naše zdravotnictví zítra nezměníme. Co tedy? Počkáme si, jak dlouho vydrží sedět na žhavém křesle nová ministryně, pokusíme se dohodnout s pojišťovnami na kompenzaci zrušených regulačních poplatků, nakonec i ty dodatky většinou podepíšeme, s centrálním úložištěm to nakonec nějak dopadne, na kontroly SUKLu si pomalu zvykneme, vakcíny nakonec budou atd. atd. Ještě, že jsme jen lidé, kteří jsou nadáni mimořádnou adaptabilitou. Nebo to slovo, které vyjadřuje smíření se s „osudem“, zní jinak?

Milé kolegyně a kolegové, i když možná předchozí řádky vyznívají skepticky, byl bych nerad, aby to bylo jediný výstup z mého zamyšlení. Ba naopak. Použiji parafrázi jednoho známého výroku: „Byli jsme před rokem 2009, budeme i po něm“. V současnosti probíhají volební konference ve všech regionech, někteří se třeba ještě rozhodují, zda přijmou či nepřijmou funkci v našem Sdružení. Věřte, že si nesmírně vážím každého, komu není lhostejný osud našeho oboru, komu není lhostejné postavení praktického lékaře pro děti a dorost v našem systému zdravotnictví. Bez nadšenců, kteří se nebojí nejen říkat nahlas svůj názor, ale také jsou schopni a ochotni tento názor obhajovat na různých úrovních jednání, by náš obor asi těžko byl na seznamu základních oborů a zástupci Sdružení by nefigurovali na pozvánkách na důležitá jednání. Absolvoval jsem již řadu konferencí, a to i volebních, a někdy na mne padá tíseň, když vidím děs v očích některých kolegů, kteří jsou nejdříve schopni vystoupit a kritizovat práci druhých, a když jsou následně osloveni, aby kandidovali, najednou ztratí řeč. S určitou nadsázkou se někdy na konferencích dokonce dohadujeme, zda právě riziko z „vyfasování“ nějaké funkce není tím motivem, který brzdí širší účast na konferencích.

Závěrem bych si Vás proto dovolil vyzvat, pokud Vám není osud našeho oboru lhostejný, nebojte se zvednout prapor naší profese a pojd'te spolu s námi obhajovat naše ideje, pojd'te s námi budovat naši společnou vizi péče o děti, myslím, že nám za to naši malí pacienti stojí. A pokud se na to opravdu necítíte, přijd'te nás alespoň podpořit svou účastí na zbývajících konferencích.

S přáním mnoha hezkých dní

MUDr. Pavel Neugebauer

## Gastroenterologie



### v tomto čísle inzerují...

**BEIERSDORF**

**BIOVIT**

**GSK**

**HERBITA**

**HERO**

**MEDICOM INTERNATIONAL**

**MSD**

**NESTLÉ**

**PFIZER**

**STIEFEL**

### úřední hodiny SPLDD ČR...

<b>Pondělí</b>	<b>10.00–15.00 hodin</b>
<b>Úterý</b>	<b>10.00–15.00 hodin</b>
<b>Středa</b>	<b>10.00–15.00 hodin</b>
<b>Čtvrtek</b>	<b>10.00–15.00 hodin</b>
<b>Pátek</b>	<b>10.00–13.00 hodin</b>

**Sdružení praktických lékařů  
pro děti a dorost ČR, o. s.  
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@detskykar.cz**





# Přehled činnosti SPLDD za měsíc únor 2009

**MUDr. Pavel Neugebauer**

předseda SPLDD ČR

**Měsíc únor se nesl ve znamení jednání o kompenzaci chystaného zrušení regulačních poplatků u dětí v našich ordinacích. Z celé řady jednání však žádné konkrétní výstupy nevzešly. Pokračovala také jednání se SUKLeM, tentokrát se týkala především kontrolní činnosti v našich ordinacích. Určitým vrcholem měsíce února byl již 3. ročník Kongresu primární péče. Z prvních ohlasů lze dovodit, že i tento ročník byl úspěšný a celá akce pomohla zviditelnit primární péči jako základní článek celého zdravotního systému.**

**2.2.** - na schůzce se zástupci ČNZP byla upřesněna témata pro jednání analytické komise Sdružení zabývající se jednotlivými projekty zdravotních pojišťoven, které v sobě nesou prvky řízení péče.

**4.2.** - diskuse Koalice, lékárníků a SUKLu pokračovala dalším kolem jednání, tentokrát se diskuse točila kolem kontrolní činnosti SUKLu. Pro mnohé přítomné zástupce poskytovatelů byly informace SUKLu občas opravdu překvapením. Po jednání bylo proto zástupci Koalice soukromých lékařů dodnuto, že bude vypracován jakýsi metodický pokyn, který bude obsahovat základní kompetence SUKLu, vč. informací, jaké pravomoci SUKL při kontrolách má.

**4.2.** - se zástupci VZP – RNDr. Ambrožovou, dr. Pokorným a dr. Macháčkovou jsme se sešli k jednání na téma připomínek k nedořešeným otázkám úhradových dodatků. Snažili jsme se vysvětlit důvody našeho nedoporučení podpisu dodatků vč. mezioborového vyrovnání v rámci segmentu praktických lékařů, a to i v souvislosti se zrušením regulačních poplatků u dětí v našich ordinacích, jednání nedospělo k jednoznačným výstupům, bylo tedy spíše o objasnění našich požadavků.

**5.2.** - zúčastnil jsem se konference „eHealth day“, jejímž obsahem byla především problematika možné elektronické komunikace ve zdravotnictví. Šlo o konferenci mezinárodní a vyplynulo z ní, že je třeba se na elektronickou komunikaci připravovat, tyto trendy se zdají jako již opravdu nezvratné.

**5.2.** - sešli jsme se s novou ministryní zdravotnictví ing. arch. Filipiovou, abychom

diskutovali způsoby vzájemné komunikace. Dohodli jsme se, že tématem příštího jednání bude diskuse nad připomínkami k tzv. reformním zákonům.

**6.2.** - na půdě našeho Sdružení se sešla poprvé Komise pro posuzování projektů zdravotních pojišťoven obsahující prvky řízení péče. Na toto jednání jsme si pozvali zástupce ČNZP a ZP MV ČR. Přítomnost zástupce VZP k diskusi nad projektem Akord se nám zajistit nepodařilo. O výstupech z jednání informujeme na jiném místě.

**10.2.** - na svém pravidelném jednání se sešla Koalice soukromých lékařů. O výstupech z tohoto jednání informujeme na jiných místech.

**12.2.** - s ředitelem VoZP ing. Beránkem jsme se sešli k upřesnění důvodů závěrů lednového Předsednictva, které vydalo doporučení nepodepisovat úhradové dodatky do doby dořešení problematiky kompenzace zrušení regulačních poplatků. Toto jednání však k vyřešení této problematiky nevedlo, nicméně byl učiněn příslib dalších jednání, především na základě doporučení ze strany ministerstva zdravotnictví.

**16.2.** - obdobné jednání s obdobným obsahem se konalo tentokrát s ing. Gajdáčkem na půdě ZPMV. Ani toto jednání nebylo ukončeno dohodou o řešení problému, nicméně i v tomto případě jsme odcházeli s příslibem dalších jednání na dané téma.

**18.2.** - v prostorách hotelu Ambassador byla zahájena mezinárodní ministerská konference věnující se problematice eHealth. Osobně mne zaujal seminář věno-

vaný problematice osobního identifikátoru zdravotnického profesionála. Zdá se, že v této otázce máme co dohánět.

**19.2.** - se zástupci ČNZP byly probrány závěry pracovní komise Sdružení posuzující jednotlivé projekty zdravotních pojišťoven, které se staly limitní pro další průběh projektu SIP této zdravotní pojišťovny.

**20.2.** - na mimořádném jednání se sešlo Předsednictvo Sdružení. Hlavním tématem bylo posouzení reakce zdravotních pojišťoven na závěry lednového Předsednictva a stanovení dalšího postupu při jednáních o kompenzaci zrušení regulačních poplatků u dětí v našich ordinacích.

**24.2.** - s ing. Vrožinou pokračoval cyklus jednání s jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Diskuse se tentokrát točila i kolem možného slučování zdravotních pojišťoven, ale i o situaci kolem projektu SNLP této pojišťovny. Bylo dohodnuto, že současný model bude projednán na pracovní komisi Sdružení, která již několik projektů s prvky řízení péče projednávala.

**25.2.** - na pracovní schůzce jsme se sešli s ministryní zdravotnictví, abychom s ní diskutovali problematiku kompenzace zrušení regulačních poplatků u dětí v našich ordinacích. Dohodli jsme se, že paní ministryně zašle upozorňující dopis ředitelům jednotlivých zdravotních pojišťoven s apelem na urychlené řešení této problematiky.

**27.2.-28.2.** - v kongresových prostorech TOP HOTELU Praha proběhl již 3. ročník Kongresu primární péče, blíže informujeme na jiném místě.



# Koalice soukromých lékařů a aktuální dění ve zdravotnictví

**Jak je již uvedeno v přehledu činnosti, měsíc únor byl měsícem, ve kterém byly na mnohých jednáních skloňovány regulační poplatky. Měsíc únor byl ale také měsícem změny na postu ministra zdravotnictví. Byly to, mimo jiné, právě regulační poplatky, které k této změně vedly. Do horkého křesla usedla křehká žena, ing. arch. Daniela Filipiová. Při svém nástupu deklarovala snahu pokračovat v reformních krocích dr. Julínka. Jedním z jejich prvních kroků bylo zrušení regulačních poplatků u dětí v ambulancích. Bude tato koaliční dohoda stačit na potvrzení počínajících reformních kroků ve zdravotnictví? A jak se promítne tato změna do financování našich ordinací? Odpovědi budeme muset hledat v dalších měsících.**

## I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů

ze dne 10. února 2009

### 1. Uskutečněná jednání

**A. Setkání s ministrem zdravotnictví Tomášem Julínkem** se konalo dne 8. 2. 2009.

Schůzka nesplnila očekávání, okruhy problémů navrhované zástupci Koalice k jednání byly shrnuty do „různého“ a nebyly uspokojivě prodiskutovány. Jednání o neschopenkách bylo odloženo, u „přeregistrací“ zdravotnických zařízení je MZ ČR přesvědčeno, že problém je dostatečně ošetřen současnou formulací v návrhu zákona. Koalice se domnívá, že výklad příslušného paragrafu je i nadále nejednoznačný a ohrožuje kontinuitu podnikání ZZ. Problém tedy zůstal nedořešen.

Mgr. Sladkovská požádá Kabinet ministryně zdravotnictví o zaslání posledního znění návrhů zákonů s připomínkami po ukončení koaličních jednání (rozeslání bylo přislíbeno na posledním jednání Rady poskytovatelů).

**B. Jednání se zástupci SÚKL** se týkalo zejména problematiky elektronické preskripce v souvislosti s připravovaným Centrálním úložištěm dat. Koalice vnímá požadavky SÚKL na rozsah údajů o vydaných léčivých přípravcích jako neoprávněné, nad rámec skutečných potřeb a ve svém důsledku ohrožující citlivá osobní data pacientů.

### 2. Připomínky k návrhům zákonů

#### – konkrétní návrhy pro jednání

##### s ministryní zdravotnictví

- Zástupci Koalice shrnuli na základě tohoto a předcházejících jednání základní okruhy problémů, týkajících se současných navrhovaných legislativních změn pro další jednání s MZ ČR:
  - a) zachování dohodovací řízení jako základní principu dohodování cen zdravotní péče,
  - b) respektování dohod ze zdravotními pojišťovnami a jejich vydání vyhláškou,
  - c) zákon o zdravotních službách:
    - problematika „přeregistrací ZZ“,

- nejasná formulace o účelu tzv. Katalogu služeb,
- příliš velké pokuty,
- d) zákon o specifických zdravotních službách:
  - zbytečné narůstání, resp. tupování četnosti kontrol u RTG pracovišť,
- d) poplatky a reakce na postup krajů ve věci nevybírání poplatků,
- e) pracovní neschopnosti,
- f) elektronická preskripce,
- g) úložiště dat,
- h) obsah vyhlášky o věcném, technickém a personálním vybavení.

Koalice připraví pro jednání s ministryní písemně připomínky, týkající se těchto problémů a ve spolupráci s Mgr. Jakubem Uhrem a Mgr. Jiřím Slavíkem (právními zástupci SPL ČR a ČSK) je doplní o návrhy, jak tyto problémy konkrétně řešit.

- Součástí připomínek k současné legislativě je i **otázka neschopenek**, zejména termínu „průkazné odeslání“. Koalice písemně osloví MPSV ČR s dotazem, co je míněno termínem „průkazné“ a kdo bude hradit případné náklady. Kopie dotazu bude zaslána ministryni zdravotnictví.

- Kromě legislativních problémů bude Koalice v rámci jednání s ministryní řešit i vystoupení Marie Součkové v Radiožurnálu, ve kterém svými výroky ohrožuje privátní zdravotnická zařízení.

- Spolu s žádostí o schůzku bude Daniele Filipiové zaslána i informace o Koalici soukromých lékařů.

## II. Doporučení a výzva

**Rady Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s. k současnému vývoji v otázce regulačních poplatků přijatá dne 1.2.2009.**

### 1. Rada SAS konstatuje, že registruje:

- aktivity Krajských úřadů v tom smyslu, že různým způsobem refundují svým zdravotnic-

kým zařízením nevybírání od pacientů všech nebo většiny regulačních poplatků, čímž vytvářejí nerovnost mezi zdravotnickými zařízeními v přístupu k finančním prostředkům a nerovnost pacientů ve finanční dostupnosti ke zdravotní péči a to vyloženě a jen v závislosti na tom, kdo je vlastníkem příslušného zdravotnického zařízení bez ohledu na jakékoli jiné hledisko.

- zdravotní pojišťovny, jež dle zákona 48/97 Sb. mají hlídat důslednost ve vybírání regulačních poplatků a postihovat eventuelní postihovat, do této chvíle nepodnikly žádné účinné kroky, které by vedly k narovnání postavení soukromých zdravotnických zařízení vůči krajským.

- nečinnost Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže, ačkoli je jisté nesporné, že refundace regulačních poplatků krajskými úřady jen svým zdravotnickým zařízením ze společných peněz všech občanů žijících na jeho území, vytváří nejen nerovnost zdravotnických zařízení, ale i nerovnost občanů v přístupu ke zdravotní péči. **Podle názoru Rady SAS jde o porušování hospodářské soutěže v pravém slova smyslu bez ohledu na to, jak to je v zákonech ČR definováno.**

- nečinnost všech příslušných státních orgánů včetně Ministerstva zdravotnictví a financí. Místo toho, aby zajišťovaly rovnost všech osob v ČR vůči zákonu a dodržování zákona, aby hlídaly správnost využívání veřejných finančních prostředků krajskými orgány, omezují své zjevné aktivity jen na nic neřešící komentáře v médiích.

### 2. Rada SAS vydává toto doporučení ambulantním specialistům – členům SAS:

Vzhledem k tomu, že jsme všichni soukromí podnikatelé a jako takový každý sám za sebe neseme odpovědnost za to, jakým způsobem provozujeme svou ambulanci, doporučujeme se zachovat následovně:

1. Máte-li dostatek pacientů a poloha Vaší ambulance je ve větší vzdálenosti od krajských zařízení, nadále vybírejte regulační poplatky



přesně tak, jak nařizuje zákon 48/97 Sb.

2. Máte-li zatím dostatek pacientů, ale poloha Vaší ambulance je taková, že se obáváte odlivu pacientů do krajských zdravotnických zařízení, zkuste vymyslet pro své pacienty nějakou kompenzaci (objednávkový systém, příjemné prostředí v čekárně apod.), která je udrží u Vás, takže nebudou motivováni odcházet do potencionálně přeplněných krajských ambulancí. Hlavním faktorem by ovšem měla být vynikající kvalita Vaší péče.

3. Registrujete-li, že přesto hrozí aktuální nebezpečí přesunu Vašich pacientů do blízkého krajského zařízení, nebo jestliže již máte jasně vypočítané, že Vám pacienti ubývají v důsledku toho, že raději jdou někam, kde nemusí poplatky platit, postupujte i Vy v duchu doporučení Grémia majitelů lékáren ze čtvrtka 29.1.2009. **Slibujeme Vám, že pokud byste se kvůli takovéto jasně sebezáchovné akci dostali do jakýchkoli potíží, budeme Vás (jste-li členem SASu) bránit všemi dostupnými prostředky.**

### **3. Rada SAS současně vyzývá:**

**A) krajské samosprávy, aby se zřekly nevybíráni regulačních poplatků v krajských zdravotnických zařízeních, neboť tím se jen dále prohlubuje již existující nerovnost přístupu zdravotnických zařízení k veřejným finančním prostředkům a nerovnost pacientů ve finanční dostupnosti ke zdravotní péči, přičemž jsou takto spotřebovány společně finanční prostředky všech občanů kraje určené původně ke zcela jinému účelu.**

**B) všechny příslušné nejen státní orgány a organizace včetně Parlamentu, Ministerstev zdravotnictví a financí, Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže a zdravotní pojišťovny, aby:**

- přestaly tolerovat nerovnost jednotlivých zdravotnických zařízení před zákonem.

- místo nic neřešících komentářů v médiích provedly účinné kroky, které budou ve svém důsledku znamenat opravdovou rovnoprávnost soukromých zdravotnických subjektů vůči všem ostatním a zabrání iniciaci koncentrace zdravotní péče do velkých krajských zdravotnických zařízení se všemi negativními důsledky, které známe z minulosti.

- okamžitě zajistily všem dotčeným zdravotnickým zařízením plnohodnotnou kompenzaci, pokud svým rozhodnutím (např. zrušením části poplatků) připustí jakýkoli výpadek příjmů zdravotnických zařízení.

- provedly takové změny v zákonech, aby nebylo možné evidentní porušování hospodářské soutěže skrýt pod jinou definici jen proto, že se jej dopustí jiný, než soukromý subjekt, a tím do budoucna zajistili opravdovou rovnost soukromého sektoru vůči městským,

krajským a státním institucím, organizacím a společností.

**4. Rada SAS opakovaně vyhláší, že bude monitorovat všechny eventuelní vzniklé ztráty, které pak bude požadovat po státu soudní cestou. V případě neúspěchu je připravena se obrátit na soud evropský.**

Rada SAS

## **III. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 24. února 2009**

### **1. Informace MUDr. Pekárka o výsledcích jednání se zástupci MZ ČR**

MUDr. Pekárek se v uplynulém týdnu postupně sešel s Bc. Markem Šnajdrem, 1. náměstkem ministryně zdravotnictví, s MUDr. Markétou Hellerovou, náměstkyní pro zdravotní péči, s novým náměstkem pro legislativu a právo Mgr. Martinem Plíškem a projednal s nimi otázky týkající se současných návrhů zdravotnických zákonů a vyhlášek. Kromě již dříve zmiňovaných připomínek Koalice upozornil na problematiku místa a nejednoznačný výklad některých ustanovení vyhlášky o věcném, technickém a personálním vybavení zdravotnických zařízení. Vyhlášku je třeba ji prostudovat a připomínkovat, obsahuje maximalistické a nesplnitelné požadavky.

### **2. Informace MUDr. Duřpektové o výsledcích jednání se zástupci MPSV ČR**

• Zástupci SAS ČR se sešli s MUDr. Mariánem Hoškem, 1. námětkem ministra práce a sociálních věcí, Mgr. Jiřím Králem, vrchním ředitelem Sekce rodinné a sociální politiky a MUDr. Bc. Rostislavem Čevelou, ředitelem odboru posudkové služby. Tématem jednání byly otázky související s pracovní neschopností (zejména náležitosti formuláře neschopenky, její odesílání příslušnému orgánu nemocenského pojištění, ochrana citlivých dat pacientů, vysvětlení pojmu ošetřující lékař).

Přestože zástupci SAS jednali s pracovníky ministerstva, kteří jsou za diskutované problémy a jejich řešení přímo odpovědní, výsledky jednání byly neuspokojivé a o řadě oprávněných připomínek bude třeba dále jednat.

Výsledky schůzky jsou obsaženy v zápise, který má k dispozici SAS ČR, zde pouze nejpodstatnější:

- připomínky k zákonu 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, lze uplatnit prostřednictvím nově vytvořené komise k novelizaci tohoto zákona,

- pojem „průkazné doručení“ se v zákoně nevykládá,

- ochrana dat pacientů je dostatečně zabezpečena, zneužití informací nehrozí,

- pojem „ošetřující lékař“ nebyl pracovníky

ministerstva vysvětlen. SPL ČR má definici k dispozici a poskytne ji členům Koalice, - dotaz na nedostatky formulářů neschopenek také nebyl uspokojivě zodpovězen.

### **3. Další postup Koalice po uskutečněných jednáních**

• MUDr. Jelínek oslovil **ministerní zdravotnictví s žádostí o schůzku**, na které zástupci Koalice seznámí ministerní s KSL, její činností a cíli a v rámci časových možností projednají okruhy problémů specifikované v předcházejícím zápise, doplněné o další dva body:

- zakotvení možnosti odvolat se k MZ ČR v zákoně o zdravotních službách

- řešení kontrol SÚKL v připravované novele zákona o zdravotnických prostředcích.

• KSL se bude snažit urychleně **jednat o problému financování odesílání neschopenek.**

Pokud nebude průběh jednání s MPSV o této záležitosti rychlý a uspokojivý bude Koalice jednat o možnostech protestů.

Současně KSL projedná financování odesílání neschopenek na schůzce s ministerní zdravotnictví.

Zástupci SPL ČR zjistí na víkendovém jednání, jakým způsobem je tato situace řešena na Slovensku.

MUDr. Pekárek navrhl obrátit se s tímto problémem na ombudsmana.

• Dalším problémem, o které je třeba jednat, je centrální **úložiště elektronických receptů**, připravované SÚKL a jeho propojení a povinnými hlášeními lékáren o vydaných léčivých přípravcích. Kromě toho, že hrozí nebezpečí úniku citlivých údajů, není do dnešní doby dořešena průkaznost oprávnění předepisování receptů, není ošetřeno, jakým způsobem lékařník s receptem a daty na něm naloží a jako velký problém se jeví přepisování receptů lékárníkem do elektronické podoby, kterou již lékař, který lék předepsal, nemůže zkontrolovat.

### **4. Různé**

• MUDr. Pavel Neugebauer znovu upozornil na kontroly ZZ prováděné SÚKL, navrhl oslovit právní zástupce členů Koalice a požádat je o specifikaci pravomoci kontrolorů (jejich zmocnění v právních předpisech) a cíle kontrol. Podle informace MUDr. Pekárka bude možno připomínky uplatnit při projednávání připravované novely zákona o zdravotnických prostředcích (viz body jednání s ministerní zdravotnictví).

• MUDr. Duřpektová informovala účastníky jednání, že v souvislosti s přijetím novely zákona o veřejném zdravotním pojištění požaduje SAS ČR kompenzaci za zrušené regulační poplatky a protestuje proti úpravám cen státem po ukončení dohodovacího řízení. Koalice se





k požadavkům SAS připojuje. **Obory, které byly postiženy mají právo na kompenzaci.** MZ ČR finanční vyrovnání přislíbilo, otázkou zůstává, kdo a jakým způsobem úhradu provede.

#### ■ IV. Výzva Rady Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s. lékárníkům České republiky přijatá dne 20.2.2009.

Rada SAS konstatuje, že:

- registruje aktivity Státního ústavu pro kontrolu léčiv (dále také jen SÚKL) v rámci zahajování provozu tzv. Centrálního úložiště receptů, přičemž je toho názoru, že rozsah dat o pacientech a lékařích, které chce SÚKL získávat od lékárníků, je výrazně nad rámec příslušného zákona.

- nesouhlasí s tím, aby jakýkoliv úřad v ČR shromažďoval data týkající se zdravotního stavu lidí a údajů o lékařích bez toho, aby toto bylo podmíněno jejich informovaným a odvolatelným souhlasem.

- jakékoli shromažďování dat o pacientech či lékařích považuje za možné jen tehdy, pokud bude pro tato data účinně zajištěna co nejpřísnější kontrola proti možnosti jejich úniku a zneužití a pokud shromažďováním těchto dat bude pro pacienty či lékaře znamenat nějaký důležitý přínos, např. pokud shromažďováním dat bude dosaženo takové zlepšení zdravotní péče o pacienty, jež není možné dosáhnout jiným způsobem.

Vzhledem k tomu, že žádná z výše vyjmenovaných podmínek t.č. při vytváření Centrálního úložiště receptů není splněna a je jednoznačné, že požadavky SÚKL vůči lékárníkům jsou mimo rámec příslušného zákona, Rada SAS opakuje nesouhlas s aktivitami SÚKL v této věci a vyzývá lékárníky, aby do změny stavu, k němuž může dojít nejspíše jen změnou přístupu SÚKL a dohodou mezi lékaři a lékárníky, event. změnou zákona, tomuto úřadu v žádném případě neposkytovali údaje o lékařích, kteří předepisují léky, ani o pacientech, kterým léky vydávají.

Rada SAS

Dne 6.3.2009 se k této výzvě připojilo i Předsednictvo SPLDD ČR, o.s.

#### ■ V. Otevřený dopis Rady Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s. prezidentu ČLK

Vážený pane prezidente,

jsem šokován Vaším vyjádřením na adresu žen - lékařek, které jste uvedl na zasedání zdravotního výboru Parlamentu ČR během jednání v týdnu od 23.2.2009. Označil jste totiž ženy v medicíně za druhou nejdůležitější příčinu personální krize českého zdravotnictví.

Hovoříte-li o horší výkonnosti žen v medicíně, ptáme se:

Jaké máte pro toto tvrzení důkazy?

Jak můžete něco takového vůbec pustit z úst?

Kde by byla dnešní česká medicína bez žen?

Zapomněl jste na doložitelná fakta:

1. nižší platy žen ve srovnání se stejně odborně a funkčně postavenými muži v medicíně,

2. nižší procento žen ve vedoucích funkcích i ve zdravotnictví ve vztahu k jejich procentuálnímu zastoupení.

Existují přesná čísla, dokládající nerovnoprávné postavení žen v české lékařské komunitě. Toto nelze popřít. Jak chcete tvrdit, že ženy mají méně schopností a jsou méně výkonné? Jaké srovnávací parametry jste použil? Na jak velkém souboru jste tyto parametry testoval?

Máme za to, že v civilizovaném světě by byl vedoucí představitel jakékoli podobné instituce – a zvláště jde-li o prezidenta organizace, která má za úkol hlídat etiku a morálku – ihned donucen veřejným tlakem abdikovat na všechny své funkce.

Proto Vás vyzýváme:

**Pane prezidente, odstupte z funkce prezidenta ČLK.**

**Pane prezidente, urazil jste bez jakéhokoli objektivního důvodu a bez jakéhokoli důkazu ženy - lékařky, jež tvoří nadpoloviční většinu instituce, které předsedáte.**

**Pane prezidente, před svým odstoupením se ženám - lékařkám omluvte.**

Věříme, že Vaše vyjádření otevře oči i těm lhostejným, ze zákona povinným členkám ČLK. Vy věřte, že to nejsou feministky. Jen každý den chodí do práce a mimo práci mají jen starost o svou rodinu. Mnohé z nich by jistě významně lépe zvládly i Vaší funkci nejen proto, aby Vám dokázaly, že jsou schopné pracovat stejně intenzivně jako Vy.

Rada SAS ČR, o.s.

Dne 6.3.2009 se k výzvě Rady SAS připojilo i Předsednictvo SPLDD ČR, které zároveň vyzývá své členy, aby se obrátili na okresní sdružení ČLK s žádostí o projednání problematiky vystoupení prezidenta ČLK MUDr. Milana Kubka na téma horší pracovní výkonnosti žen v medicíně.

#### ■ VI . Otevřený dopis MUDr. Milana Kubka lékařkám

Hurghada 3. března 2009

Vážené kolegyně,

obracím se na Vás formou otevřeného dopisu. V této chvíli jsem s rodinou na dovolené

mimo republiku a s úžasem a rozhořčením sleduji mediální výstupy z mého vystoupení před zdravotním výborem PSP, zejména pak články v Mladé frontě Dnes.

Nejprve mi dovoluňte konstatovat, že jsem v žádném případě nekritizoval a nezlehčoval Vaši práci, které si nesmírně vážím, stejně jako práce kolegů lékařů. Při mém povolání a činnosti ve funkcích nerozlišuji mezi lékaři a lékařkami. Za dobu mé práce v nemocnici, ve své praxi ambulantního internisty, při práci v LOK-SČL a v České lékařské komoře jsem poznal mnoho vynikajících lékařů a lékařek, z nichž mnozí byli a jsou mémi učiteli, spolupracovníky a přáteli. Navíc moje maminka je praktická lékařka a moje žena zdravotní sestra, takže mám zkušenost se zdravotnicemi i z rodiny. Proto mne nepravdivé a manipulativní vyznění článků v Mladé frontě Dnes tolik rozhořčilo.

Na semináři před zdravotním výborem jsem přednesl přednášku „Nedostatek lékařů v ČR již ohrožuje kvalitu zdravotní péče.“ Vycházel jsem v ní z ověřitelných statistických dat. Klesá počet absolventů lékařských fakult a mnozí z nich hned po ukončení medicíny opouštějí republiku. Zároveň Česká lékařská komora registruje každoročně stovky žádostí o vystavení potvrzení o profesní bezúhonnosti, které je podmínkou pro možnost práce v zahraničí.

Odhadem až tři čtvrtiny žadatelů skutečně mimo republiku odejdou. Zároveň lékařská obec stárne a zvyšuje se podíl lékařek oproti počtu lékařů. Jak vyplývá z registru ČLK lékařky pracují a nastupují více do oborů, v nichž se tolik neslouží. A přitom do ciziny odcházejí právě lékaři a lékařky z oborů, které jsou zatíženy větším počtem služeb a o které mezi lékařkami není takový zájem. V loňském roce požádalo o vystavení potvrzení o profesní bezúhonnosti 323 žadatelů, z nichž byly dvě třetiny muži. Protože o tyto obory není mezi lékařkami takový zájem, hrozí, že odcházející kolegy a kolegyně nebudou mít kdo nahradit.

Mým cílem bylo v této části vystoupení poukázat na fakt, že některé obory nejsou pro lékařky atraktivní, a to souvisí mimo jiné s profesními podmínkami. Mám na mysli například vyšší mezd, která neumožňuje některým kolegyním zajistit si bezproblémové hlídání dětí, pokud jim v tomto nepomohou partneři či rodiče (o neexistenci takových mzdových příplatků nemluvě). To je aspekt, který s nedostatkem lékařů v ČR souvisí. V žádném případě nešlo o kritiku kvality a výkonnosti lékařek, které své povolání vykonávají, ať již slouží či nikoliv.

Nikterak jsem také nekritizoval (a ani bych si to nedovolil) rodinnou situaci lékařek a způsob, jakým se lékařka v rámci rodiny dohodne o péči o dítě.

Ve své funkci jsem se vždy snažil a budu se snažit i nadále o zlepšení profesních a pra-



covních podmínek lékařek a lékařů bez rozdílu. Nerozlišuji a nikdy jsem nerozlišoval, zda jde o lékaře zaměstnance, či lékaře privátní, ať jde o lékařky, či lékaře. Snažil jsem se také o odstranění některých nespravedlností – například diskriminaci lékařek na mateřské dovolené při přiznávání specializované způsobilosti. Podařilo se dokonce prosadit změnu příslušného zákona, kterým byla tato diskriminace odstraněna.

Vážené kolegyně, musím znovu opakovat, že jsem v žádném případě Vaši práci, kvalifikaci a schopnosti nechtěl nijak zlehčovat nebo dokonce kritizovat. Celé to považuji za propagandistickou snahu některých novinářů odvést pozornost od skutečných problémů českého zdravotnictví, tedy i od problémů lékařek a lékařů.

S kolegiálním pozdravem a s úctou

MUDr. Milan Kubek

## ■ VII. Tisková zpráva Ministerstva zdravotnictví k regulačním poplatkům ze dne 11.3.2009

### Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné léčby vážně nemocných

Za první rok fungování se poplatky osvědčily a do českého zdravotnictví přinesly celkovou úsporu ve výši deset miliard korun – pět miliard korun se vybralo na regulačních poplatcích a dalších pět miliard představují úspory uvnitř systému, které zdravotní pojišťovny využily na financování moderní špičkové léčby. Tyto finanční prostředky umožnily mimo jiné zpřístupnění dříve nedostupné a nákladné léčby pro vážně nemocné, zvýšení dostupnosti účinné a moderní léčby ve specializovaných centrech, zvýšení počtu operačních zákroků, zkrácení dlouhých čekacích lhůt nebo navýšení financování zdravotnické záchranné služby a rozšíření počtu výjezdových stanovišť. V neposlední řadě regulační poplatky zvýšily dostupnost zdravotnických zařízení, uvolnily přeplněné čekáry a zvýšily tak komfort. Lékařská služba první pomoci přestala být zneužívána a využívali ji pouze ti, kteří pomoc skutečně potřebovali.

Zcela se naplnilo očekávání ministerstva zdravotnictví a regulační poplatky plní svůj primární účel – lepší využití prostředků veřejného zdravotního pojištění a přesměrování peněz od banalit k potřebnějším pacientům. Zároveň zamezily zbytným návštěvám u lékaře. Počet návštěv na pohotovosti klesl o 36%, u ambulantních specialistů o 15%, u ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních dokonce o 19%. Došlo i k dalšímu očekávanému efektu – počet receptů na léky klesl o 28% a výdaje na

Celkový finanční dopad regulačních poplatků v roce 2008		
	Vybrané regulační poplatky	Odhad úspory
Ambulantní služby	1 801 mil. Kč	1 250 mil. Kč (ušetřeno 4,15 milionů klinických vyšetření)
Recepty v lékárnách	2 437 mil. Kč	3 630 mil. Kč (zabráněno obvyklému 9% nárůstu nákladů)
		Následná úspora 1 600 mil. Kč na straně pacientů (zamezení růstu doplatků - kompenzován růst cen vzhledem k inflaci)
Pohotovost	107 mil. Kč	0 mil. Kč (ušetřeno 400 tisíc návštěv na pohotovosti)
Lůžkové služby	679 mil. Kč	165 mil. Kč (205 tisíc ušetřených ošetrovacích dní)
<b>Celkem</b>	<b>5 024 mil. Kč</b>	<b>5 045 mil. Kč</b>

léky do 150 Kč poklesly o 19%.

„Díky regulačním poplatkům se podařilo výrazně omezit plýtvání ve zdravotnictví, ušetřit prostředky za levné léky a přesunout je na péči pro těžce nemocné. Ve specializovaných centrech, kde se léčí rakovina, roztroušená skleróza a další závažné choroby bylo léčeno o 40 % více pacientů než v roce 2007, úhrada na léky ve specializovaných centrech vzrostla o 47 %, počet operací kyčelních a kolenních náhrad vzrostl například u VZP o 35 %. Zároveň působí jako velmi účinné protikrizové opatření.“ uvádí příklady přínosu regulačních poplatků pro pacienty ministryně zdravotnictví Daniela Filipiová.

### Celkový finanční dopad regulačních poplatků v roce 2008

Dopad regulačních poplatků na omezení zbytných návštěv na pohotovosti, u ambulantních specialistů a zbytných ošetrovacích dnů v lůžkových zdravotních zařízeních je navíc stabilní a trvalý. Také v oblasti spotřeby léků trvá efekt snížení výdajů na levné léky jako je například aspirin nebo paralen, který umožnil zdravotním pojišťovnám zlepšit přístup k moderní účinné léčbě ve specializovaných centrech. „Ušetřené miliardy korun můžeme díky změně chování nás všech přesunout na úhradu dříve nedostupné a nákladné léčby pro vážně nemocné,“ připomíná Marek Šnajdr, první náměstek ministryně zdravotnictví, a dodává: „S regulačními poplatky úzce souvisí i ochranný limit, který chrání především chronicky nemocné pacienty a pacienty

Změna poptávky po zdravotních službách v roce 2008	
Návštěvy ambulantních specialistů	-15,32%
Návštěvy ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních	-19,15%
Dispenzární prohlídky	10,83%
Pohotovost	-36,07%
Výjezdy záchranné služby	0,49%
Počet ošetrovacích dnů v nemocnicích	-1,37%
Počet hospitalizovaných v nemocnicích	3,18%
Počet ošetrovacích dnů v zařízeních následné péče	-3,75%
Počet hospitalizovaných v zařízeních následné péče	5,09%
Počet položek na receptu	-30,67%
Počet receptů	-27,95%
Počet balení léků	-21,09%
<b>Celková úhrada</b>	<b>-3,48%</b>

trpící více chorobami. Díky němu se výrazně snížily náklady na léčbu celkem 18 700 pojištěncům. Přesto, že jsou poplatky nepopulární, zásadním způsobem zvýšily jistotu našich občanů, že až budou sami nebo jejich blízcí vážně nemocní, dostane se jim moderní a účinné léčby včas.“

### Základní přínosy regulačních poplatků:

- Zpřístupnění dříve omezeně dostupné a nákladné léčby pro vážně nemocné
- Zvýšení dostupnosti účinné a moderní léčby ve specializovaných centrech
- Zvýšení počtu operačních zákroků
- Zkrácení dlouhých čekacích lhůt
- Navýšení financování zdravotnické záchranné služby a rozšíření počtu výjezdových stanovišť
- Lékařská služba první pomoci přestala být zneužívána a využívají ji pouze ti, kteří pomoc skutečně potřebují
- Zvýšení dostupnosti péče a zvýšení komfortu pro pacienty

Pro Vox připravil:  
MUDr. Pavel Neugebauer,  
předseda SPLDD ČR



## Dopis SPLDD ČR prezidentu Václavu Klausovi

Prof. Ing. Václav Klaus, CSc.  
Prezident České republiky

Vážený pane prezidente,

dovolujeme si Vám nabídnout k posouzení argumenty praktických dětských lékařů České republiky, kteří jsou znepokojeni možnými dopady Parlamentem přijatého zákona, upravujícího výběr regulačních poplatků.

Přijetím senátního návrhu úprav regulačních poplatků za návštěvu u lékaře, zahrnující osvobození dětí do 18 let, dojde k legislativní podpoře vyloučení jednoho segmentu poskytovatelů z přímého výběru finančních prostředků v době, kdy se předpokládá výrazný propad výběru pojistného. Takto vytvořená nerovnováha systému může vést k těmto skutečnostem:

- zakládá se nerovnost v dostupnosti k finančním zdrojům mezi ambulantní sférou zdravotnických zařízení zřizovaných jednotlivými lékaři (převážně OSVČ) a lůžkovými zařízeními, zřizovaných státem (fakultky, městské a krajské nemocnice), kde zůstal zachován poplatek 60 Kč za lůžkoden a zřizovateli LSPP /zachován poplatek 90 Kč/.

Tím provozovatele nestátních zdravotnických zařízení (zejména dětské praktiky) ekonomicky do budoucna poškozují.

- pokud je věk brán jako nárokové kritérium sociální potřeby (od narození do 18 let), schválené úpravy zakládají výraznou nerovnost v platbách pacienta (rodičů) při návštěvě stejně starého dítěte v závislosti na typu zdravotnického zařízení. V ambulantním zařízení (obvykle 1-2 návštěvy za nemoc) neplatí 30 Kč, ale při hospitalizaci stejně staré dítě zaplatí 60 Kč za lůžkoden (obvykle 5-7 dnů). Ekonomicky obecně přijímaný názor, že ambulantní péče je výrazně levnější než péče nemocniční není takto nastaveným výběrem poplatku akceptován. O jeho zamýšleném regulačním efektu ani nemluví.

- přijatou úpravou nevyběru poplatků vázanou na věk dítěte a mladistvého je finančně postižena zejména skupina dětských praktiků, která ve svých nestátních zdravotnických zařízeních poskytuje komplexní léčebně-preventivní péči o dětskou populaci (tzv. primární péče.) Jako základní

článek zdravotní péče také zajišťuje protidrogovou prevenci, monitoruje možné týrání dítěte a aktivně zajišťuje naplnění Zákona o ochraně veřejného zdraví (povinné očkování).

- ekonomicky bude zejména postižena skupina lékařů (2 200 dětských praktiků), která se nachází ve velmi nepříznivé demografické situaci (50% z nich je v důchodovém věku). Začínají pociťovat nedostatek ekonomické motivace pro ty lékaře, kteří by si měli zvolit postgraduální obor praktické dětské lékařství a měli by po nich převzít jejich praxe

- nevyběrem poplatků v dětských ambulancích zcela zanikne jejich zamýšlený regulační princip (snížení počtu zbytečných návštěv) a zvýší se opět počty dětských pacientů v ordinacích.

Z těchto důvodů se dá očekávat zvýšené čerpání prostředků ze solidárního veřejného zdravotního pojištění v těchto věkových skupinách, včetně „hospitalizačního fenomenu“, kdy nemocnice budou preferovat léčbu na lůžku (60 Kč den) před ambulantní léčbou (0 Kč za návštěvu).

- za nesystémové považujeme návrhy MZ ČR, aby chybějící prostředky za nevybrané regulační poplatky byly kompenzovány ze solidárního systému veřejného zdravotního pojištění pouze těm poskytovatelům zdravotní péče, kteří se starají o omezenou věkovou skupinu a za kterou je zdravotní pojištění hrazeno ze státního rozpočtu formou mandatorních výdajů.

- pokud bude uplatněno věkové kritérium pro nevyběr poplatků, dá se předpokládat snaha „postižených“ nahradit ekonomickou ztrátu svých zařízení jiným způsobem a prohloubí se stávající „poplatkový chaos“, který panuje při odpouštění poplatků v krajských zdravotnických zařízeních a soukromých lékárnách (např. žádat od pacientů cash platby v návaznosti na podpis sponzorské smlouvy, v lepším případě nabízet za úplatu „nadstandardní individuální služby“ do té doby, než státní správa a zdravotní pojišťovny tento standard vytvoří a vykalkuluje.

Z výše uvedených důvodů se domníváme, že Vaše veto tohoto zákona by přispělo k zachování křehké stability stávajícího „sys-

tému“ výběru regulačních poplatků.

Do té doby, než nový ministr zdravotnictví připraví nové vládní návrhy zákonů tak, aby pacient standardně věděl kolik, komu a za co má platit nad rámec veřejného zdravotního pojištění.

Za optimální považujeme do budoucna systém individuální zdravotně-pojistné smlouvy mezi pacientem a jeho zdravotní pojišťovnou, která by respektovala pacientovo sociální postavení a zohledňovala také jeho aktuální zdravotní stav.

MUDr. Pavel Neugebauer,  
předseda SPLDD ČR;  
MUDr. Milan Kudyn,  
1. místopředseda SPLDD ČR

### Na vzdělávání lékařů a sester půl miliardy

Půl miliardy korun rozdělí letos ministerstvo zdravotnictví na vzdělávání lékařů a sester.

„Jde o tzv. rezidenční místa. To jsou ta, když lékař pracuje ve zdravotnickém zařízení nebo v nemocnici, ale nemůže pracovat ještě jako samostatný lékař, ale musí nad sebou mít dozor. Připravuje se vlastně na svoji specializaci a to může být například praktický lékař nebo anesteziolog,“ vysvětlil včera Právu mluvčí ministerstva zdravotnictví Tomáš Cikrt.

Až dosud takový mladý lékař v nemocnici nedostával plat a někdy musel nemocnici za svoji přípravu i platit. Ministerstvo proto letos podpoří 300 míst pro lékaře na celou dobu jejich studia a 449 míst pro ty, kteří již svou specializaci zahájili. Na tyto účely vydá 324 miliónů korun. Znamená to, že tito lékaři, kteří ještě pracují pod dozorem, už budou dostávat plat. Ministerstvo náklady za jejich výchovu včetně platu těmito penězi pokryje.

Dalších 170 miliónů je určeno na podporu nelékařských zaměstnanců ve zdravotnictví.

Celkově má vzniknout 1925 rezidenčních míst pro lékaře a sestry.

Zdroj: Právo 9.1.2009





## Prezident republiky

V Praze dne 3. března 2009

Vážený pane doktore Neugebauere, pane doktore Kudyne,

reaguji na Váš dopis ze dne 16. února 2009, ve kterém vyjadřujete své znepokojení nad podobou novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, upravující výběr tzv. regulačních poplatků. Jak zajisté víte, novelu zákona jsem dne 18. února tohoto roku podepsal.

Vámi vznesené výhrady jsou relevantní, mnohé z nich jsem vzal v potaz při svém rozhodnutí. Obecně se domnívám, že regulační poplatky mají svůj hluboký smysl. Navrhovaná úprava je principiálně nesystémová, významně se v ní vytrácí regulační charakter poplatků, a také komplikuje náš zdravotní systém. Vnímám však také vyhrcovanou debatu ohledně těchto poplatků a těžko hledaný konsensus napříč politickým spektrem i v samotné vládní koalici. Jsem přesvědčen, že mé veto by naopak vedlo k ještě většímu vzdálení se od věcné diskuze, k výraznějším snahám o úpravy stávajícího systému až k jeho úplné destrukci. Je především na vládě, aby systém poplatků před veřejností obhájila a našla pro něj dostatečnou podporu. Je škoda, že se Vaše výtky neobjevily již dříve a nebyly směřovány zejména těm, kteří mají zákonodárskou iniciativu.

Zároveň s Vámi vidím jako jeden z klíčových prvků reformy našeho zdravotnického systému smlouvy založené na skutečném pojistném vztahu mezi pacientem a zdravotní pojišťovnou.

Přeji Vám i Vašemu sdružení vše dobré.

S pozdravem

Vážený pan  
**MUDr. Pavel Neugebauer**  
Předseda  
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.  
Centrum primární péče  
U Hranic 16-18  
100 00 Praha 10



## 3. Kongres primární péče 2009

**MUDr. Olga Roškotová**

Akreditované pracoviště PLDD Litoměřice

**V pátek 27. února 2009 někteří praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost zamířili namísto do svých ordinací do Kongresového centra Top hotelu Praha, kde se konal dvoudenní 3. ročník Kongresu primární péče s mezinárodní účastí.**

Od osmi hodin se v přilehlých prostorách kongresového sálu začali trousit první návštěvníci, aby si v klidu prohlédli nabídku vystavujících firem. Těsně před devátou se kongresový sál zaplnil do posledního místa. Předsedové obou Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost MUDr. Pavel Neugebauer a pro dospělé MUDr. Václav Šmatlák, předsedkyně OSPDL ČLS JEP MUDr. Hana Cabrnová a prezident ČLS JEP prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc. přivítali účastníky a zahraniční hosty kongresu a zahájili program.

Úvodem prezidentka Evropského sdružení praktických lékařů (UEMO) Dr. Isabel Caixeiro z Portugalska představila poslání a cíle této organizace. Zdůraznila podporu role všeobecného praktického lékaře a snahy o dosažení kompromisu v řadách svých členů v pohledu na problematiku všeobecného lékařství se záměrem prosazovat a obhajovat tyto postoje v orgánech EU.

Zahajovací odborná témata v obou přednáškových sálech nebyla příliš optimistická, nicméně obě nejsou v primární péči výjimečná. Zazněly rady k poskytování zdravotní péče pacientovi ohroženému domácím násilím, k vedení jeho dokumentace, jaké jsou povinnosti lékaře v těchto situacích a možnosti mezioborové spolupráce. Souběžně ve druhém sále probíhaly přednášky s psychiatrickou problematikou na téma role stresových událostí v rozvoji, průběhu a léčbě deprese a úzkostných



poruch, nespavost a stres v primární péči.

Zatímco ve velkém sále následovaly odborné přednášky z oboru gastroenterologie na téma novinky v oblasti diagnostiky a léčby celiakie, idiopatické střevní záněty, ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc v klinické praxi, část posluchačů se přesunula do menšího sálu, aby si vyloučila čerstvé informace z oblasti postgraduálního vzdělávání lékařů.

Vystoupení paní náměstkyně pro vzdělávání



IPVZ PhDr. Hany Krejčíkové Ph.D. a paní náměstkyně MZ ČR MUDr. Markéty Hellerové přiblížilo posluchačům současné možnosti postgraduálního vzdělávacího programu s finanční podporou státu formou rezidenčních míst. Dobrou zprávou byla informace, že v rámci rezidenčních míst je počítáno i s podporou středního zdravotnického personálu při získávání specializované způsobilosti. Velice zajímavé bylo pro publikum vystoupení MUC. Jany Maňákové, viceprezidentky IFMSA CZ (International Federation of Medical Students Associations Czech Republic), která informovala o této nezávislé nepolitické organizaci, možnostech účasti studentů medicíny na výměnných stážích, různých národních i mezinárodních projektech a aktivitách.

Její vystoupení bylo svěží, suverénní a přesvědčilo posluchače, že ti, co nás v budoucnosti nahradí v našich praxích, mají už nyní zdravé představy a plány, odhodlanost a rozhodnost, jsou ambiciózní a připraveni povznést lékařský stav na patřičnou úroveň.

Studenti medicíny v kuloárech potvrdili, že rozsah pediatrické pregraduální přípravy na lékařských fakultách je velmi omezený. Jediným světlým paprskem je brněnská fakulta, kde od 3. ročníku studia je možnost pediatrického zaměření. Ostatní fakulty věnují oboru pediatrie zoufale malý prostor. Zájemci o obor dětského lékařství a obor praktického lékařství pro děti a dorost tak mohou poznatky a zkušenosti získávat až v rámci postgraduálního studia. Je nutno zdůraznit, že i některé další obory, např. dětská chirurgie, dětská hematologie a onkologie, dětská ORL, dětská alergologie, infekce aj., mají v rámci své postgraduální přípravy povinný pediatrický kmen. Všechny tyto skutečnosti ukazují na to, že by pediatrie pro zájemce o tyto obory měla být rozšířena již v pregraduálním studiu.

Neméně zajímavé byly po polední pauze přednášky na téma vzdělávání v nelékařských oborech, právní podmínky výkonu práce sestry v primární péči a dopad legislativních změn na práci sestry v ordinaci praktického lékaře. Byla opravdu radost naslouchat přednášejícím sestřím, které se před svými jmény honosily tituly Bc. nebo Mgr. Z jejich prezentací bylo zřejmé, že se dostávají na rovnocennou úroveň v týmu lékař - sestra. Otázkou je, zda postavení lékaře v primární sféře s jeho finančními příjmy, umožní v blízké budoucnosti přijmout do pracovního poměru takto vzdělané sestry a patřičně je finančně ohodnotit.

Ve velkém sále souběžně probíhala témata ze stomatologie. Byl představen nový model dětské zubní péče, hovořilo se o prevenci a současných možnostech léčby zubního kazu a ortodontické terapii u dětských pacientů.

V posledním bloku prvních dne kongresu zazněly novinky z oblasti očkování, byl představen očkovací kalendář 2009 a nový systém hrazení očkovacích látek.



Kdo si druhý den kongresu přivstal, měl možnost vyslechnout sdělení zástupců SÚKL o nežádoucích účincích léčiv, proč se jimi zabývat, jak je při podezření hlásit a jak vést lékové záznam pacienta..

Mnozí naši kolegové dali přednost přednáškám z oblasti diabetologie zaměřeným jak pro praktického lékaře pro dospělé, tak pro děti a dorost. Nejvíce jsme se těšili na vystoupení našeho kolegy MUDr. Pavla Skály, který svou prezentaci zpracoval do podoby článku pro čtenáře VOX PEDIATRIAE tohoto čísla. V následujícím kardiologickém bloku pak na kasuistiku kolegy MUDr. Bohuslava Procházky. Svým vystoupením neklamali a ukázali účastníkům kongresu, možný souběh dvou dětských oborů. Oběma těmto kolegům patří dík za jejich úspěšnou aktivní účast.



Věčné téma antibiotika, jejich správné užívání a antibiotická politika v ČR je přes opakovanou prezentaci vždy lákavé, aby se člověk ujistil, že postupuje správně a dle současných trendů.

Někteří kolegové dali před odbornými přednáškami přednost prezentaci právních aspektů ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám, informacím o úhradách v primární péči a diskuzi se zástupci zdravotních pojišťoven.

Důmyslně sestavený program kongresu udržel posluchače v přednáškových sálech až do závěru kongresu, protože málokdo si nechal ujít nabídku plastické chirurgie pro primární péči a vystoupení pana profesora PaedDr. Pavla Koláře na téma klinická diagnostika vertebrogenních poruch.

Letošní ročník kongresu navštívilo kolem tisíce čtyři sta padesáti účastníků z obou oborů primární péče, lékaři, zdravotní sestry, studenti medicíny i kolegové ze sousedního Slovenska.

Jejich představitelka praktických lékařů pro děti a dorost MUDr. Květa Prcúchová pochvalně hodnotila průběh kongresu. Hostem kongresu s aktivním příspěvkem byl také poslanec Evropského parlamentu MUDr. Milan Cabrnoch.

Spokojenost byla i na straně vystavujících farmaceutických firem, které těšil zájem účastníků kongresu o jejich vystavované produkty a jimi poskytované informace.

Doprovodné kulturní programy byly příjemným zpestřením kongresu. Vinohradské divadlo hrálo opět pro lékaře a jejich rodinné příslušníky.

Posledním bonbónkem kongresu byl reprezentativní ples. Některé lékařky si daly na svých róbách opravdu záležet, jiné se držely pravidla, že v jednoduchosti je krása a elegance. Jako dva motýlci poletovaly po celý večer na parketu holčičky doktora Šmatláka a připomínaly nám pediatrům, že není nic krásnějšího a sladšího na světě než právě děti.

A kdyby nám v životě už nic hezkého nevyšlo, to bohatství, které v sobě nosíme z každodenního kontaktu s nimi, nám nikdy nikdo nevezme a jejich úsměvy, stisk ručičky a jiné projevy jejich přízně, jsou nám věčnou odměnou.

Z iniciativy firmy Orion Diagnostika se na plesu dražily šperky z umělecké dílny a výtěžek dražby ve výši asi deseti tisíc korun byl předán hematologickému oddělení motolské nemocnice.

Třetí kongres primární péče byl opět dokladem spolupráce praktických lékařů pro děti a dorost s praktickými lékaři pro dospělé a ukázkou, kolik společného mají obě profesní skupiny a že tato setkání jsou dobrou volbou.

Dík patří všem, kteří se podíleli na organizaci kongresu a přispěli tak k příjemným odborným a společenským zážitkům účastníků.



**Během plesu na 3. kongresu primární péče proběhla módní přehlídka skleněných šperků, které věnovala společnost Orion Diagnostica. Výtěžek benefičního prodeje těchto šperků byl věnován pacientům Kliniky dětské hematologie a onkologie fakultní nemocnice v Motole.**

## Od dubna se u 70 procent léčivých přípravků regulační poplatek 30 korun vybírat nebude

**Bc. Marek Šnajdr**

Náměstek ministryně zdravotnictví

### ■ Od dubna se změní ceny léků. Kdo na nich vydělá?

Změna souvisí s prosazenou kompromisní změnou regulačních poplatků. V lécích přináší zásadní změnu. Regulační poplatek se bude vybírat pouze u přípravků, kde doplatek není větší než 30 korun, resp. součet poplatku a doplatku nesmí tuto hranici překročit. Znamená to, že jednoznačně vydělají pacienti. Protože léky s doplatkem vyšším než třicet korun už nebudou zatíženy regulačním poplatkem. Doplatek sám o sobě je totiž regulační.

### ■ Kolik pacienti ušetří?

Naše výpočty ukazují, že proti dnešnímu stavu se u 70 % léků regulační poplatek vybírat nebude. Pacienti ušetří za rok zhruba jeden až jeden a půl miliardy korun – a nejvíce důchodci.

### ■ Proč?

Logicky vzhledem k věku a zdravotnímu stavu chodí do lékáren nejčastěji.

### ■ Řekli jste, že vydělá pacient. Ale levné léky na předpis budou dražší.

To je velký omyl. Dražší nebudou. Proti dnešnímu stavu budou stejně drahé. Léky s nulovým doplatkem budou stejně jako dnes zatíženy třicetikorunovým poplatkem. Naopak, u většiny léků dojde ke snížení spoluúčasti o regulační poplatek. Tedy žádné zdražení ani u levných léků. Naopak, mírné zlevnění u většiny léků s doplatkem.

### ■ Dobře. Ale paralen na předpis bude stát 30 korun a v lékárně stojí dvanáct.

Už dnes, když si ho koupíte sám v lékárně, stojí

dvanáct korun, když na předpis, zaplatíte 30 korun – regulační poplatek. Na tom se nic nemění. A je to tak správné. Zde jednoznačně funguje regulační funkce. Protože říkáme lidem, aby si ho raději koupili sami, než aby ho hradila pojišťovna.

### ■ A proč tomu tak je?

Důvod je zřejmý. Chceme prostředky ušetřené z paralenů investovat do moderní biologické léčby, která je mimořádně nákladná. V centrech specializované péče, například onkologických, se nelimituje, kolik pacientů může biologický, tedy nejmodernější lék dostat. Dostane ho každý, kdo ho potřebuje. A není tedy nikdo limitován jenom tím, že pojišťovny nemají peníze, protože je utratit třeba za ty paraleny.





■ **Dražší léky budou od dubna o regulační poplatek 30 korun lacinější. Nebylo by lepší ten poplatek úplně zrušit?**

Vím, že tento poplatek populární není. Ale efekt je nesporný. Na pojišťovnu se přestaly psát levné léky. Čili podle mne – nezrušit.

■ **Pacienti tvrdí, že v lékárně platí doplatek za lék a ještě regulační poplatek a ten v podstatě jen za to, že lékárník jim podá lék. Tento poplatek je nejvíc kritizovaný. Zeptám se znovu: nebylo by lepší ho zlikvidovat?**

Asi se nám ne úplně dobře podařilo vysvětlit, že regulační poplatek vybraný v lékárně nezůstává lékárníkům. Změnila se marže u léků, a tak vybraný regulační poplatek se odečítá od ceny léků. To znamená, že snižuje jeho cenu i doplatek. DPH stoupl a pokud bychom nepromítli vybraný regulační poplatek do ceny léků, tak by všechny léky zdražily o zvýšené DPH a stouply by i doplatky. Nám se to podařilo regulačním poplatkem vykompenzovat, ale nepodařilo se nám to občanům vysvětlit. Pacient byl chráněn, jenom o tom neví.

■ **A to lékárníkoví opravdu z poplatku nezůstane nic?**

Pokud se podívám na vzorec, jak je konstruována cena léku, pak je to zjednodušeně řečeno prodejní cena výrobce krát marže, minus vybrané regulační poplatky. Jsem schopen takto prokázat, že lékárníkoví z regulačního poplatku nezůstane nic.

■ **A nebylo by lepší, když už jste proti zrušení regulačního poplatku za položku na receptu, zavést poplatek za recept, třeba deset korun?**

Ne. Kdybychom zavedli poplatek za recept, zcela určitě by docházelo k tomu, že lékař by napsal lék a protože recept už by poplatkem zatížen byl, tak by někteří lidé chtěli, aby jim pan doktor na předpis ještě nějaký jiný lék připsal. Tím by se regulační efekt poplatku vypařil. Proto prosazujeme poplatek za položku na receptu.

■ **Jak to, že některé drahé léky jsou bez doplatku a jiné s vysokým doplatkem, za něž pacienti platí tisíce korun?**

V lékové politice došlo loni k revoluci. Prosadili jsme zásadní změnu. Na českém trhu dříve byly prodávány stovky, možná tisíce přípravků za ceny vyšší, než je běžné v Evropské unii. Státní ústav pro kontrolu léčiv provedl přecenění a snížil ceny zhruba u 3500 přípravků. Dokonce počet léků bez doplatku pacienta stoupl o 500. Nám se tak podařilo zásadním způsobem snížit ceny léků, doplatky a ještě díky regulačním efektům zmrazit výdaje zdravotních pojišťoven na léky. Efekty první fáze reformy v oblasti léků jsou tedy úspěšné.

■ **Neuvažujete o tom, že vyřadíte levné léky třeba do 50 korun, které jsou zároveň na předpis i volně prodejné, z předepisování lékařem? Tedy že by byly jen volně prodejné?**

Nebylo by to správné.

■ **Jaký k tomu máte důvod?**

Tím je obava, že by předepisování takového levného léku bylo nahrazeno předepisováním mnohem dražšího léku. Jsou studie o tom, že mnoho pacientů má pocit, že když jde k lékaři a nedostane předpis na lék, že nebyli dostatečně ošetřeni. Kdybychom na to, co říkáte, přistoupili, tak místo snížení nákladů na léky by se zvýšily. Systém, který máme dnes, že je pro pacienta výhodnější si levný lék koupit než nechat předepsat – ale volba pacienta je zachována – je účinnější.

■ **Má se zavést kategorie léků volně prodejných, ale s omezením. Je anebo se teprve připravuje?**

Legislativně již zavedena tato kategorie je. Nyní ale Státní ústav pro kontrolu léčiv připravuje vhodné skupiny léků, které do této kategorie budou zařazeny.

■ **Nejčastěji se hovoří o přípravcích s obsahem pseudoefedrinu.**

Ano. Ty se v normálním případě používají na běžná nachlazení, ale občas jsou zneužívány pro výrobu návykových látek, tedy drog. Nová kategorie léků – tedy volně prodejných ale s omezením, je výhodná proto, že umožňuje regulovat prodané množství a evidovat kupujícího.

■ **V parlamentu je návrh, aby léky s pseudoefedrinem byly výhradně na lékařský předpis.**

To je zlomyslnost, která jde proti lidem. Kategorie volně prodejného přípravku s omezením, do které pseudoefedrin by měl patřit, umožňuje naplnit obranu proti zneužití a současně nešikanovat lidi. Kdyby zůstal v platnosti návrh z Poslanecké sněmovny, tedy pouze na předpis, tak je to proti duchu reformy. My přece nechceme lidi s banálním onemocněním tahat k lékařům, když si mohou zajít do lékárny a léčit se sami. Tedy koupit si takový přípravek sami. Návrh parlamentu naopak vhání lidi do čekáren, komplikuje jim přístup k banální léčbě a zdražuje jim tuto léčbu, protože by museli platit 30korunový poplatek u lékaře a dalších 30 korun v lékárně. Věřím, že Senát tento návrh vrátí.

■ **Desítky miliard korun se vydají ročně za léky. Budete nějak výrazně regulovat jejich cenu i po dohodě s výrobci, když připravujete balíček opatření, který by měl čelit nadcházející finanční krizi?**

Léky díky našim opatřením jsou pod kontrolou. Neutrácíme za paraleny, ale za moderní účinné

preparáty. To je kvalitativní změna. V rámci protikrizových opatření chceme obdobně jako u léků vytvořit systém stanovování cen a úhrad zdravotnických prostředků. Dále vážně uvažujeme o tom zavést u léků takzvanou generickou preskripci, tedy předepisování. To by výrazným způsobem snížilo korupci v českém zdravotnictví.

■ **Před časem jste doslova rozlítli pacienty svým prohlášením, že důchodci utratí za alkohol víc peněz než za léky. Mnozí vás vyzvali k tomu, abyste se omluvil. Uděláte to?**

Pokud se někoho má slova dotkla, tak mne to mrzí. Byla ale dobře míněna. Ve zdravotnictví bychom měli být k sobě poctiví, říkat si pravdu. V málokterém segmentu se tak lže jako ve zdravotnictví.

■ **To myslíte vážně?**

Jistě. Jsem přesvědčen o tom, že chceme-li mít účinné, moderní a kvalitní zdravotnictví, tak to není zadarmo. Někde si musíme trochu utáhnout kohoutek, poctivě přiznat barvu. Změny ve zdravotnictví, které provádíme, svědčí nejvíc chronicky nemocným pacientům. Pokud jsem interpretoval údaje Českého statistického úřadu o tom, že v ČR významně nestoupala spoluúčast pacienta a koreluje s tím, co domácnosti vydají za alkohol a tabák, tak je to pravda, kterou publikoval statistický úřad. Já jsem si ji nevymyslel. Možná že se tato fakta někoho dotkla. Ale já chtěl jenom zdůraznit, že změny v českém zdravotnictví jsou vysoce sociální a ne asociální, jak se často tvrdí.

■ **Máte nějakou radu pro pacienty, jak se zachovat při nákupu léků od dubna, kdy změny vstoupí v platnost?**

Rád bych, aby pochopili, že změny, které často působí nepopulárně, mají i stránku pozitivní. Směřujeme k tomu, aby každý občan této země měl garanci, že pokud vážně onemocní, bude mít zajištěnou nejmodernější léčbu. A prosím každého, aby si vzpomněl na dřívější roky, kdy lékaři nemohli léčit, protože nedostali za léčbu zaplacené, kdy centra specializované péče měla přesně stanoven počet pacientů od zdravotních pojišťoven, protože pojišťovny nebyly schopny léčbu více pacientů zaplatit v důsledku své zadluženosti.

■ **Měli by se více ptát lékařů?**

Samozřejmě. Lékařů by se měli ptát, jaké léky jim předepisují, neměli by se bát říci si o alternativní preparát. Mrzí mě, že do zdravotnictví vstoupilo něco nevidaného – chaos v krajských zdravotnických zařízeních při hrazení poplatků. To vrací naše zdravotnictví do dob komunismu, do dob front, byrokracie, nervozity mezi pacientem a zdravotníkem atd. To do moderního zdravotnictví nepatří.

Zdroj: Právo 4.3.2009



## Informace OSPDL ČLS JEP

### ■ Aktuality z oblasti očkování

Novela vyhlášky o očkování byla podepsána a vstupuje v platnost dnem zveřejnění, tedy 12.3.2009. Celý text naleznete v příloze, pro informaci uvádím hlavní změny.

#### Změny budou následující:

1. Zrušení revakcinace proti TBC včetně revakcinace 2-letých dětí. V praxi by tedy mělo být ukončeno sledování jizev po primovakcinaci a zvaní dětí na tzv. přeočkování. Ruší se i revakcinace v 11 letech.
2. Zavedení přeočkování proti pertusi vakcínou BoostrixIPV, tedy včetně přeočkování proti DT a IPV. Další přeočkování pro tyto děti proti tetanu se posune mezi 25.-26. rok života. U ostatních dětí, které neměly toto přeočkování a proti tetanu byly očkovány v 5 letech, zůstává přeočkování mezi 14.-15. rokem.
3. V roce 2009 se budou přeočkovávat IPV děti mezi 13.-14. rokem a všechny starší 14 let, které dosud nebyly očkovány. V roce 2010 se toto přeočkování bude týkat všech dětí starších 11 let, které nedostaly toto přeočkování v žádné podobě (Boostrix IPV, IPV).
4. Zavádí se nová riziková skupina proti pneumokokům, děti s porodní hmotností pod 1500 g.

### ■ Nedostatek očkovací látky Trivivac

Z důvodu pozastavení výroby očkovací látky Trivivac naším výrobcem nyní MZČR usilovně jedná na téma zajistit pro náš trh náhradu. Podle informací z tohoto týdne (12.3.) by měla být zajištěna vakcína Priorix, a to výhledově v takovém množství, které by umožňovalo pokračovat v očkování dětí, a to nejen prvními dávkami. Budete-li mít dostatek očkovací látky, platí tedy po domluvě s MZ, že nic nebrání tomu, aby se Priorixem očkovaly všechny děti, které tuto očkovací látku potřebují. Toto platí i pro děti, kterým rodiče zakoupili první dávku Priorixu. Není možné, aby tyto děti byly diskriminovány a nebyla jim poskytnuta druhá dávka Priorixu zdarma, bude-li jí na našem trhu dostatek.

Pouze za situace, kdyby se přechodně očkovací látky nedostávalo, je vhodné upřednostnit první dávky a na základě níže uvedeného doporučení ujistit rodiče, že se určitě nic neděje, jestliže dítě dostane druhou dávku později.

Jsmo si vědomi, že každý nedostatek očkovacích látek komplikuje situaci v našich ordinacích, proto věříme, že Priorixu bude dostatek. Na našem trhu tak bude pro povinné očkování očkovací látka s ověřenou účinností, kterou si dosud rodiče museli platit a doufáme, že jí bude dostatek pro první i druhé dávky. Zatím to vypadá, že budou pokryty požadavky na první pololetí s tím, že bude distribuována očkovací

látka s kratší expirací, tedy naopak bude třeba ji včas vyočkovat.

### ■ Česká vakcinologická společnost ČLS JEP

V Hradci Králové 4.3.2009

Ad informandum

#### Věc: Očkování proti MMR (spalničkám, příušnicím a zarděnkám)

Nastalá situace s nedostatkem vakcíny Trivivac na trhu neznamena jakékoliv ohrožení subjektů, pokud je aplikována alespoň jedna dávka v předpokládaném intervalu. Odstup k druhé dávce je velmi variabilní a i naše Vyhláška připouští kromě standardního odstupu 6-10 měsíců i pozdější aplikaci s tím, že horní hranice není omezena. Na základě zkušeností evropských zemí je možno aplikovat 2. dávku s odstupem 1 měsíc až téměř 13 let (Estonsko, Norsko, Belgie).

Neexistuje tedy jakékoliv opodstatnění pro obavy v případě posunu 2. dávky.

*prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., PhD.*

### ■ Dotace na rezidenční místa

MZ bude finanční prostředky poskytovat na začátku roku vždy dopředu (příslib MZ). Jinak po poskytnutí dotace ještě na letošní rok se Vám rezidenti mohou přihlásit nejpozději do konce roku 2009, mezi nimi si budou moct držitelé dotace vybrat na základě výběrového řízení. Máte-li již rezidenta vyhlášeného, nelze dopředu požadovat pro konkrétní osobu, ale výběr učinit až následně. Na adresu [www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz) se nám hlásí zájemci o obor PLDD, kterým budeme průběžně informace o rezidenčních místech a vybraných pracovištích zasílat tak, aby se mohli včas přihlásit.

MZČR přidělilo pro specializační vzdělávání PLDD 35 rezidenčních míst. Každé má dotaci 1 276 000 Kč na minimální délku přípravy 4 roky. Z toho minimálně 55 % musí jít na rezidentův plat, 20 % je maximální odměna pro školitele a zbytek částky je na přímo nakupované služby nebo materiál.

Uvedený nový systém nepředpokládá proti minulým žádnou finanční participaci akreditovaných lékařů. Naopak předpokládá, že budete za svoje aktivity placeni. Pro získání uvedených prostředků bylo nezbytné do 16. 3. 2009 zaslat přihlášku o rezidenční místo na MZČR (akceptovány budou pouze přihlášky došlé do 16. 3. 2009 včetně). V průběhu dubna až června se dozvíte, zda Vám bylo přiděleno rezidenční místo a poté Vy sami vyhlásíte výběrové řízení na toto místo a přijmete Vámi vybraného kandidáta.



### Společnost pro prebiotika a probiotika

pořádá

dne 13.5.2009

## celodenní IV. Symposium

v Kongresovém centru

Ústřední vojenské nemocnice Praha

U vojenské nemocnice 1200

169 02 Praha 6, Střešovice

Uzávěrka pro aktivní příspěvky je 15. dubna 2009.

Více informací na

[www.probiotika-prebiotika.cz](http://www.probiotika-prebiotika.cz).

V případě zájmu potvrďte účast

na adrese: Jana Vojtková

Pediatrická klinika FN Motol,

V úvalu 84, 150 06 Praha 5 Motol

tel.: 224 432 000-1, fax: 224 432 020

e-mail: [jana.vojtkova@lfmotol.cuni.cz](mailto:jana.vojtkova@lfmotol.cuni.cz).

Za výbor Společnosti pro probiotika a prebiotika

prof. MUDr. Jiří Nevorál, CSc.

předseda

prof. Ing. Vojtěch Rada, CSc.

vědecký tajemník

### Vzdělávací akce pro možnost vykazování výkonů CRP

Ústav všeobecného lékařství spolu s Ústavem klinické biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK v Praze

pořádá dne 3. dubna 2009

od 14 do 18 hodin kurz

## „Diagnostika akutního zánětu v ambulantní péči - stanovování CRP v praxi“

Místo konání:

Purkyňův ústav, velká posluchárna

(mezipatro mezi 1. a 2. patrem)

Albertov 4, Praha 2

(tramvaj č. 18, 24 - stanice Albertov)

Kurs je určen zejména pro praktické lékaře

a je podmínkou k nasmalování kódu

pro stanovování CRP.

Odborní garanti:

Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA

MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Účastníci kursu obdrží na místě potvrzení

o účasti.

Akce je zařazena do centrálního registru akcí

ČLK a je ohodnocena 4 kredity.

Přihlášky a informace:

Petra Richtrová, Ústav všeobecného

lékařství 1. LF UK, Albertov 7, Praha 2,

tel./fax: 224 917 479, [vselek@f1.cuni.cz](mailto:vselek@f1.cuni.cz).

Cena kursu 500,-Kč.

# Nejčastější parazitární a mykotické infekce kůže v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost

prim. MUDr. Štěpánka Čapková

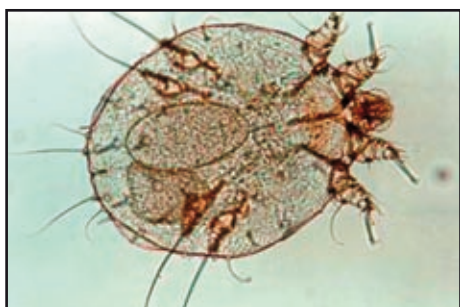
Dětské kožní oddělení, Dětská poliklinika, FN v Motole, Praha

## Souhrn

**Kožní onemocnění tvoří 20% z chorob, pro které dítě přichází k praktickému lékaři pro děti a dorost. Mezi množstvím dětí s atopickou a seborrhoickou dermatitidou a s různými exantémy se často zapoíná na infekční kožní onemocnění. Přitom při změněném životním stylu celých rodin (cestování do vzdálených destinací, časté návštěvy bazénů, aquaparků a fitness center, oblíbenost kontaktních sportů, trvalé nošení sportovní obuvi) se setkáváme s kožními infekcemi, včetně parazitárních a mykotických, stále častěji (1, 2, 3, 4).**

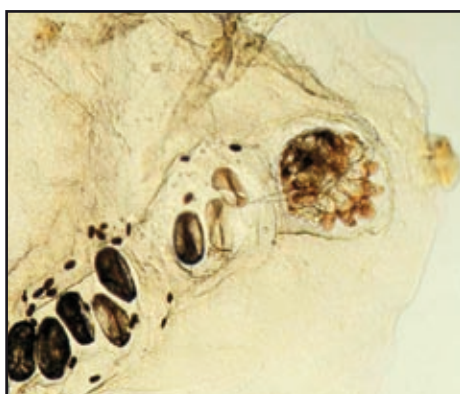
### ■ Scabies (svrab)

Scabies (svrab) je silně svědivé, přenosné a nejčastější parazitární onemocnění, se kterým se v našich ordinacích setkáváme. Lidstvo trpí „svědivkou“ nejméně 3000 let.



Obr. 1: *Sarcoptes scabiei* (zákožka svrabová), 40 x zvětšeno, v těle patrná vajíčka

Popisy lze nalézt již ve starobylých textech z Číny, Indie a Středního východu. Giovanni Cosimo Bonomo (1663-1696) jako první spojil svědění a roztoče jako příčinu. Když mu bylo 24 let, byl svědkem zvláštního chování chudé ženy. Žena používala jehly na šití a vypichovala svým nemocným dětem ze svědivé vyrážky na kůži droboučké puchýřky



Obr. 2: Chodbička v rohové vrstvě epidermis (na konci chodbičky samička zákožky, v chodbičce vajíčka a trus)

plné vody. Bonomo sám potom jemnou jehlou extrahoval velmi malé bělavé globulky. V mikroskopu Bonomo viděl jak se globulky změnilly v „živá malá zvířátka“. Přirovnal je k malým bílým želvičkám. Popisuje tenké dlouhé chloupky, šest nohou a 2 rohy na konci čumáku (5).

**Původcem svrabu** je *Sarcoptes scabiei* (zákožka svrabová), roztoč řádu Acarina, podřádu Astigmata, čeledi Sarcoptidae (obr. 1). Je to obligátní lidský parazit. Všechny vývojové formy zákožky svrabové tvoří chodbičky v rohové vrstvě epidermis. Zanechávají v nich trus a samičky do nich kladou vajíčka (obr.2). Fertilní samička je velikosti 300-500 x 230-340 mikrometrů. Pohybuje se na kůži rychlostí 2,5 cm/min. Do 30 minut po kontaktu s kůží „nové oběti“ začíná hloubit chodbičku a po 3-20 minutách je již zcela ukrytá.

Chodbička směřuje ke stratum granulosum a dále paralelně s touto vrstvou. Samička nikdy neopouští svoji původní chodbičku. Vyhlubí během noci úsek 0,5 - 5 mm dlouhý a během dne naklade 1-3 vajíčka. Dožívá se celkem 4-6 týdnů a naklade za svůj život 40-50 vajíček, dospěje jich však jen 10%. Larva se z vajíčka líhne za 72-96 hod a za stejně dlouhou dobu se mění v první nymfu (protonymfu). Protonymfa se mění v dospělého samečka nebo v druhou nymfu (tritonymfu) a ta dává vznik dospělé samičce. Sameček je menší (213 x 162-210 mikrometrů); během

jedné hodiny až několika dnů nachází samičku a po kopulaci umírá do 48 hodin (4, 5).

**Onemocnění se přenáší přímým kontaktem** (u dospělých většinou při pohlavním styku). Nebo je možný nepřímý přenos (ložním prádlem, nepovlečenými lůžkovinami, půjčováním oděvů). Ošetřující personál v nemocnicích může snadno získat svrab jako profesionální dermatózu. Mimo hostitele zákožka hyne při 50° během 10 minut, je citlivá na vyschnutí i vlhko, při 20° není schopna



Obr. 3: Tělo kojence postiženého svrabem (erytematózní makuly, papuly, urtikariální léze, exkoriace, krusty)

aktivního pohybu a za pokojové teploty umírá do 3 dnů. **Inkubační doba** je 2-6 týdnů, ale při reinfestaci se mohou příznaky objevit již během 1-3 dnů.

V **klinickém obraze** dominuje nejprve generalizované, typicky noční, intenzivní svědění. Svědění se často u dětí stupňuje i při sprchování teplou vodou. Pruritus je prvním příznakem svrabu a předchází viditelným projevům. U dospělých a větších dětí na kůži v typických lokalizacích (meziprstní prostory rukou, volární strana zápěstí, lokty, axily, prsa, pupek a jeho okolí, genitál, hýždě,



stehna) nacházíme chodbičky eso-  
vitého průběhu zakončené papulou  
nebo vesiculou a sekundární proje-  
vy, jež jsou výrazem hypersenzitivní  
reakce. Jsou to především eryte-  
matózní makuly, papuly, urtikariál-  
ní léze, exkoriace, krusty a známky  
ekzematizace. **Skabies v kojenc-  
kém a batolecím věku** má závažněj-  
ší příznaky. Děti jsou podrážděné,  
neklidné, špatně jí a pruritus je budí  
ze spaní. Vyrážka bývá po celém  
těle, ale typický je nález zarudlých  
papul, chodbiček a puchýřků na dla-  
ních a chodidlech (obr. 3, 4, 5).  
Projevy na rozdíl od dospělých často  
nacházíme i na obličeji i ve vla-  
sech. Sekundární infekce vede ke vzniku  
pustul a hnisavých krust a je příčinou růz-  
ných pyodermií. V místech hustě osídlených  
zákožkou (přirození, třísla, axily) jako výraz  
vystupňované imunologické reakce, někdy  
nacházíme silně svědící, až kolem 10 mm  
v průměru velké, jasně červené až nahnědlé  
noduly, které často přetrvávají i řadu měsíců  
po přeléčení (obr. 6) (1, 2, 3, 6).



Obr. 4: Scabies – typický nález na chodi-  
dle kojence (papulopustuly a chodbičky)



Obr. 5: Scabies – dlaň batolete s papulopustulami

#### Terapie svrabu zahrnuje:

- Likvidaci zákožky svrabové
- Zhojení kožních lézí a stavů komplikujících onemocnění
- Hygienická opatření, zamezující další šíření nákazy nebo reinfestaci
- Identifikaci a přeléčení kontaktů
- **Scabies podléhá povinnosti hlášení!**

V našich podmínkách je nyní dostupná  
pouze lokální terapie sírou a permethrinem.

**Síra** je nejstarší protisvrabový lék použí-  
vaný již v Číně v r. 1111 př. n. letopočtem. Je  
to prostředek levný, bezpečný, vysoce účinný,  
bez hlášeného vzniku rezistence.

Výhodou síry je nízká cena léčby a účinnost  
na parazita, navíc má síra i keratolytický,  
antibakteriální a antimykotický účinek.  
Její nevýhodou je však zápach, nepraktická  
masťová léková forma, délka léčby, mož-

nost podráždění a vysušení kůže při použití vyšších koncentrací. Síra je účinná jen v masťovém základu (používáme sirnou vazelínu nebo síru předepisujeme do masťového základu synderman). Koncentraci (5-20%) a předepsané množství (musí vystačit k ošetření celého těla na 3

dny!) volíme podle věku dítěte.

*Kojence léčíme 5% sirnou masť:*

Rp. Sulphuris praecipitati 10,0

Vasellini albi ad 200,0

M.f.ung.

*Pro batolata a děti do 12 let předepisujeme 10% sirnou masť:*

Rp. Sulphuris praecipitati 30,0

Vasellini albi ad 300,0

M.f.ung.

*Pro starší děti a dospělé užíváme již 20% sirnou masť.*

Rp. Sulphuris praecipitati 100,0

Vasellini albi ad 500,0

M.f.ung.

Místo bílé vazelíny lze dobře použít k výrobě sirné masti i Synderman ung, předepisuje se ve stejném množství a se stejnou koncentrací síry podle věku pacienta.

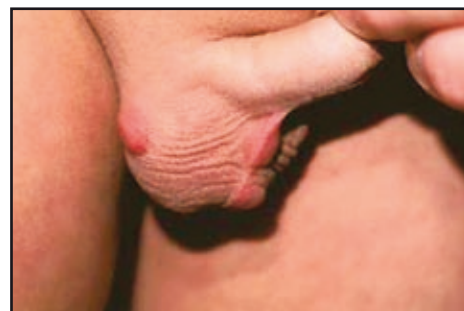
Před ošetřením musí pacient i ošetřující odložit zlaté špeky. Po kontaktu se sírou zlato černá. Po **důkladné koupeli za použití mýdla** se sirná masť vtírá do kůže celého těla kromě hlavy (jen u kojenců a batolat ošetřujeme i obličej a vlasovou oblast) ráno a večer po dobu 3 dnů. Žádná část kůže se při ošetření nesmí vynechat, zvláště pečlivě ošetřujeme prsní bradavky, genitál a mezi-prstí. Pacient zůstává po celou dobu léčby v původním osobním prádle a spí původním ložním prádlem. Omývá si jen ruce a místa vlhké zapáčky, které však ihned po umytí znovu „domazává“ sirnou masť. Čtvrtý den po léčbě se vykoupe, obleče si čisté osobní prádlo a vprané šaty a vymění se ložní prádlo, osušky a ručníky. Kůže je po léčbě sirnou masť suchá, podrážděná, svědění přetrvává i 2 – 3 týdny po závěrečné koupeli. Ke zklidnění používáme indiferentní krémy (např. Rp. Ambidermani ung. 100,0). Když je podráždě-

ní větší, nebo dojde k ekzematizaci, přidáváme do krému nízkou koncentraci kortikoidu (Rp. Dexamethasoni 0,01 Ambidermani ung. ad 100) (5, 10).

**Permethrin**, syntetický *pyrethroid* (InfectoScab 5% krém) je druhou možností léčby. Jako přírodní látka je obsažen v některých druzích chryzantém. Je to nyní v ČR jediný dostupný hromadně vyráběný lék. Jeho výhodou je vysoká účinnost, jednoduchá a většinou jednorázová aplikace. Je dobře tolerovaný a dobře kosmeticky přijatelný, nezapáchá a riziko vzniku nežádoucích účinků je 40 - 400 x nižší než u dříve používaného lindanu (Jacutinu), který se k nám již nedovává. Léčba je technicky velmi jednoduchá. Pacient se večer vykoupe nebo osprchuje a nanese krém od krku směrem dolů na trup, končetiny, genitál (u kojenců a malých dětí i na hlavu a obličej). Pro kojence a dítě do 5 let je potřeba orientačně 7,5 g krému, pro dítě od 6-12 let 15 g krému, starší děti a dospělí potřebují průměrně 30 g (1 tuba). Po nejméně 8 hodinách (obvykle necháváme 12 hodin) je třeba přípravek smýt. U problémových případů opakujeme léčbu znovu za 14 dnů (4, 6, 11).

Je vhodné provést i soubor dalších opatření, aby byla léčba úspěšná a nedošlo znovu k nákaze (5, 11):

- Nutná je současná léčba všech členů domácnosti, jejich intimních partnerů a všech kdo pečují o nemocné dítě.
- Je třeba podrobně vysvětlit průběh léčby a jak ošetřit „posvrabovou dermatitidu“ a svědění po léčbě.
- Spodní a ložní prádlo je třeba vyprat (nejméně na 60°), vyžehlit a nepoužívat 3 dny, boty nepoužívat 5 dnů.



Obr. 6: Scabies nodularis – 3letý chlapec 2 měsíce po léčbě

- Věci, které nelze prát ani dát do čistírny, je třeba uložit na týden do igelitového pytle.
- Je nutné důkladně vysát koberce, čalouněný nábytek a potahy v rodinném autě.



## ■ Dermatomykózy

Onemocnění kůže a sliznic vyvolané mikroskopickými houbami patří k nejrozšířenějším nákazám dospělých i dětí. Incidence stoupá hlavně v důsledku rozvoje turistiky, zvýšené obliby sportu a většího množství zvířat, která chováme přímo v bytě. Setkáváme se však i s tím, že jiné kožní choroby jsou mylně za mykózu považovány (nejčastěji numulární atopický ekzém, juvenilní plantární dermatitida a pityriasis rosea Gibert).

Z klinického hlediska se houbové nemoci rozdělují na *dermatofytické infekce*, *kvasinkové infekce* a *systémové mykózy* (1, 4, 7). Budeme se v článku věnovat jen u dětí nejčastějším **dermatofytózám**, které postihují epidermis, nehty a vlasy. Zájemce o podrobnější informace o systémových a některých dalších dermatomy-

kózách a o kvasinkových infekcích odkazují na doporučenou literaturu (3, 4, 7, 8).

Všeobecně pozorujeme, že dermatofytózy vlasů a kůže na těle jsou častější u dětí v předškolním a raném školním věku, zatímco dermatofytózy dlaní a chodidel se vyskytují hlavně ve věku před pubertou a v období dospívání. *Zoofilní druhy dermatofyt* (*Microsporum canis*, *Trichophyton verrucosum*, *Trichophyton mentagrophytes* var. *mentagrophytes*) přenášejí na děti „domácí mazlíčci“ (kočky, psi, morčata, křečci, králíci). Při podezření, že zdrojem infekce je domácí zvíře, musí být také vyšetřeno u veterináře a současně léčeno s dítětem. *Antropofilní houby* žijí na člověku a přenášejí se z člověka na člověka nebo z jedné části těla na jinou nebo nepřímo kontaktem s kontaminovanými materiály pomocí spor a vláken.. Patří sem *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*, *Trichophyton schoenleinii* a *Microsporum audouinii* (1, 2).

### Tinea capitis (capillitii)

Jedná se o dermatofytickou infekci ovlášené části hlavy a někdy i obočí a řas. *Tinea capitis* je nejčastější dermatofytickou infekcí dětského věku. Obecně je to onemocnění dětí předškolního a školního věku s maximem výskytu mezi dvěma až deseti lety. Nejčastějším vyvolavatelem je nyní *Microsporum canis* a *Trichophyton mentagrophytes* var. *Mentagrophytes*. Klinický obraz onemocnění je charakteristický postižením vlasaté části hlavy s následnou částečnou, či úplnou ztrátou vlasů v dané oblasti. V primárním ložisku jsou vlasy ulámané, délky 1- 3cm. Primární ložisko je obvykle kulatého či oválného tvaru, silně zánětlivě infiltrované, může vytvářet až hnisající hrboly - tzv. *Kerion Celsi*. Ložiska mohou splývat. Na povrchu hrbolů jsou medové krusty a záhy dochází ke zduření mízních uzlin. Postupně se zánět může šířit po celé hlavě a vede až k obrazu jizvící alopecie. Častěji se setkáváme s formou nazývanou *mikrosporie*, která představuje nezánětlivou formu *tinea capitis*. Ve kštici vznikají oválná ložiska s pityriazi-formně se olupujícím povrchem a ulámanými vlasy níže nad kůží hlavy (obr. 7) (2, 7).

### Tinea corporis

Jde o dermatofytickou infekci kůže trupu, horních a dolních končetin (kromě třísel, rukou a nohou), tedy míst, která jsou kryta velusovým typem ochlupení. Onemocnění je vyvo-



Obr. 7: *Tinea capitis* u 6leté dívky (původce - *Microsporum canis*, zdroj - kočka domácí)

láno kontaktem s infikovaným domácím nebo divokým zvířetem, vzácně s půdou. Klinický obraz bývá rozmanitý a většinou je určen vyvolávajícím druhem dermatofyta. Ložiska jsou ostře ohraničená, kruhovitá někdy s navýšeným valovitým okrajem (obr. 8). Typická je rychlá centrifugální progresse s aktivními okraji a hojícími se centry. Sousední ložiska mohou splývat až vznikají serpiginózní nebo gyrátní útvary. Na okrajích ložisek se mohou vyskytovat vesikuly až pustulky (3, 8).

### Tinea pedis

*Tinea pedis* nebo-li také „atletická noha“ se výjimečně vyskytuje u předškoláků (jen při častých návštěvách bazénů), častější je až u dětí mladšího školního věku a především u adolescentů. Onemocnění se může vyskytovat ve 3 formách: interdigitální, hyperkeratotické a vesikulo-bulózní. Projevy často svědí až pálí. Chůze je bolestivá, častý je výrazný pruritus. Potíže vyvolávají nejčastěji antropofilní *Trichophyton rubrum* nebo *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*. U většiny případů v dětském věku je onemocnění lokalizováno na laterální strany prstů nohou či do meziprstí. Méně často na ploskách, patách a hranách nohou. Často je postižena pouze jedna noha. Macerace, ragády a eroze v meziprstních prostorách svědčí o přerůstání bakteriální flóry a vzniku smíšené houbové a bakteriální infekce. Samotná antimykotická terapie je proto často neúčinná. Nákaza se přenáší z člověka na člověka, především ve společných hygienických a sportovních zařízeních (hotely, rekreační zařízení, bazény, sauny,

Tab. 1. Lokální antimykotika

#### Polyenová antimykotika

natamycin Pimafucin crm  
nystatin Fungicidin ung

#### Azolová antimykotika

bifonazol Mycospor liq, crm  
klotrimazol Candibene spray, crm  
Canesten crm, liq  
Canifug crm, liq  
Clotrimazol liq,  
Clotrimazol AL 1% crm, spr  
Imazol plus crm  
Imazol crm pst  
ekonazol Pevaryl crm, liq  
ketokonazol Nizoral shp, crm  
oxikonazol Myfungar crm  
flutrimazol Micetal crm, gel, spr. sol.

#### Allylaminová antimykotika

naftifin Exoderil crm, liq  
terbinafin Lamisil crm, liq

#### Pyridinová antimykotika

cyklopiroxolamin Batrafen liq, crm

#### Morfolinová antimykotika

amarolfin Loceryl lak na nehty

Tab. 2. Antimykotika pro systémovou léčbu

flukonazol: Diflucan, Fluconazol, Mycomax, Diflazon, Mycosyst  
itakonazol: Sporanox, Prokanazol  
ketokonazol: Nizoral, Oronazol  
terbinafin: Lamisil, Onychon, Terbisil

**Beiersdorf - A4**



tělocvičny, sportovní areály), prostřednictvím šupinek kůže a nehtů prorostlých houbou, které kontaminují podlahy místností. Protože hyfy a spory dermatofytů mohou v odloučených šupinkách přežít i déle než rok, získává se infekce nejen z kontaminovaných vlhkých podlah sprch a bazénů, ale i při chůzi bosýma nohama po hotelových koberecích a z gymnastických koberců v tělocvičnách. Infekce se může přenést i obuví, ručníky, nůžkami na nehty, pilníčkem nebo přímým kontaktem zdravé osoby s chorobnými projevy nemocného (4, 8).

### Tinea unguium (onychomycosis)

Tinea unguium (onychomycosis) je chronickou mykotickou infekcí nehtů rukou či nohou. Onychomykózy jsou u dětí vzácné, častější jsou až u adolescentů a dospělých. Zdravý nehet bývá u dětí napaden zřídka, predisponujícími faktory jsou často mikrotraumata, periferní neuropatie, či endokrinní onemocnění (diabetes mellitus). Onemocnění nejčastěji vzniká na distální a poté na laterální straně nehtové ploténky, která je na volném okraji bělavě nebo žlutavě zbarvena a není transparentní. Infekce se pomalu šíří proximálním směrem, nehet je matný a deformovaný. Pod nehtovou ploténkou jsou silně hyperkeratotické masy (3).

### Pityriasis versicolor

Pityriasis versicolor je v období dospívání

velmi časté chronické, povrchní, obvykle nezápovědné kožní onemocnění způsobené lipofilními kvasinkami *Malassezia furfur* (dříve označovaná *Pityrosporon ovale*). *Malassezia* je součástí normální kožní flóry dospívajících a dospělých. Příčinu přechodu saprofytické infekce do fáze parazitické je třeba hledat v hostiteli. Vznik onemocnění podporují příznivé podmínky exogenní - vysoká vlhkost a teplota, i endogenní jako jsou mastná kůže, hyperhidróza, či kortikosteroidní terapie. Onemocněním bývají postižena nejčastěji místa s největším výskytem mazových žláz - přední, střední a zadní části hrudníku. Eventuelně se onemocnění může šířit na horní končetiny a krk, vzácně je postižena oblast pupku, či obličej. Typické jsou ostře ohraničené okrouhlé skvrny zpočátku růžové barvy, která postupně přechází do světle hnědé odstínu - barva bílé kávy. V letních měsících je barva postižených míst světlejší než okolní opálená kůže, v zimě naopak tmavší - odtud název „versicolor“ (3, 8).

### Terapie dermatomykóz

Léčba mykotických infekcí není snadná. Musí být pravidelná, dlouhodobá a důsledná. Nelze spoléhat na předpis jedné tinktury nebo masti. Antimykotika je nutno měnit, dermatofyta si na ně zvykají. Kožní příznaky ustupují dříve než podhoubí z rohovinové vrstvy, proto je třeba pokračovat v léčbě ještě 14 dnů po vymizení kožních příznaků. Léčbu

je nutno doplnit i některými profylaktickými opatřeními (především dezinfekcí bot, ponožek a punčoch). I dnes zaujímá lokální terapie významné místo při ošetřování akutních mykotických onemocnění omezeného rozsahu. Nejčastěji předepisovaná lokální antimykotika uvádí Tab.1. Pro léčbu rozsáhlých infekcí, při léčbě chronických nebo na lokální léčbu rezistentních onemocnění a při léčbě tinea capitis a onychomykóz se lépe uplatňuje celková antimykotická léčba (Tab. 2), kterou by měl řídit dermatolog. Před zahájením celkové léčby je vhodné mykologické vyšetření, které je dostupné na dermatologických klinikách a odděleních, v mykologických laboratořích a v některých dermatologických ambulancích. Před odběrem materiálu na mikroskopické a kulturační vyšetření nesmí být postižený několik týdnů ošetřován žádným antimykotickým prostředkem (7, 9, 10, 11).

### Závěr

Stanovení správné diagnózy co možná nejdříve a volba adekvátní léčby u infekčních onemocnění kůže zabrání komplikacím a přenosu infekce na další členy rodiny nebo na další děti v kolektivu, který pacient navštěvuje. V případě diagnostických pochybností nebo nepřiměřené odpovědi na léčbu, je plně na místě vyšetření dítěte dětským dermatologem.

### Literatura:

1. Harper, J., Oranje, A., Prose, N.: *Textbook of pediatric dermatology*. Second edition. Blackwell Publishing 2006. 2251 s.
2. Paller A S, Mancini AJ.: *Hurwitz clinical pediatric dermatology*. 3rd edition multimedia on line. Elsevier Saunders 2006. 737 s.
3. Schachner, L. A., Hansen, R.C.: *Pediatric dermatology*. 3rd edition. Mosby 2003, 1340 s.
4. Štork, J. et. al.: *Dermatovenerologie*, Galén 2008. 502 s.
5. Štork., J.: *Skabies*, *Trendy v medicíně*, ročník 5, 2003/04/ s. 14 - 20.
6. Chosidow, O.: *Scabies*. *N Engl J Med* 2006; 354:1718 - 27.
7. Kuklová, I.: *Diagnostika, terapie a prevence kožních mykóz*. *Trendy v medicíně*, ročník 4, 2002, č. 5, s. 20 - 26.
8. Kulíková, Z.: *Kožní mykózy*. *Postgraduální medicína*, 2007, 9, č. 5, s. 507 - 514.
9. Lebowitz, M., Heymann, W. R., Berth-Jones, J., Coulson, I.: *Treatment of Skin Disease*. Mosby 2002.
10. Fadrhonicová, A.: *Farmakoterapie kožních nemocí*, Grada Publishing, 1999. 415 s.
11. Katsambas, A.D., Lotti, T.M.: *European Handbook of Dermatological Treatments*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2000.

Obrázky jsou z archivu autorky.



Obr. 8: Tinea corporis u 12leté dívky (původce - *Trichophyton mentagrophytes* var. *Mentagrophytes*, zdroj - morče zakoupené v obchodě)



# Nekomplikované infekce kůže a měkkých tkání

prim. MUDr. Jiří Horažďovský, PhD.

Kožní oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.



Obr. 1: Pacientka č.2 – ročník 1997. Bez imunologické alterace. Anamneza 1 den, bez zjevné etiologie. Kultivačně *Str. pyogenes*. Postižené partie- ulnární hrana pravého předloktí, levé koleno. Před léčbou.

## Bakteriální infekce kůže:

Důležitá je ochrana kůže před mikrobiální kolonizací. Pro toto jsou důležité tři faktory.

1. fyzikální bariera (stratum corneum, maz a pot)
2. mikrobiální bariera (trvalé osídlení bakteriemi a kvasinkami)
3. imunitní bariera (antigen prezentující buňky, Langerhansovy buňky a lymfocyty)

Vlastní infekce pak znamená napadnutí buněk hostitele a objevení se klinických projevů bakteriální infekce. Vlastní kolonizace pak vede k imunologickým změnám a k zánětu. Nejčastějším původcem je *Staphylococcus aureus*. Jeho výskyt u zdravých je uváděn v nose u 35 % populace a na kůži u 5 % populace. Jeho výskyt u atopiků je na nezánettlivé kůži v 80 % a v ekzémových ložiscích až ve 100%.

Nekomplikované infekce kůže a měkkých tkání se dělí na:

### A. Impetigo

### B. Sekundárně infikovaná dermatitis (SID)

### C. Sekundárně infikovaná traumatická léze (SITLs)

### A. Impetigo

Je vysoce nakažlivá, komunitní, povrchová hnisavá kožní infekce, specifická u dětí. Z hlediska patogenů se uplatňuje v 80 % *Staphylococcus aureus*, dalším patogenem je *Streptococcus pyogenes*. Postihuje intaktní i poraněnou kůži. V klinickém obraze dominuje otok, zarudnutí, objevují se papulky, puchýřky, krusty, svědění a bolest. Existuje forma bulozní a non-bulozní. Tato převažuje a tvoří kolem 75 % z celkového počtu klinických obrazů. Věkové postižení mezi 1. – 17. rokem. Rizikovými faktory jsou zhoršené hygienické podmínky,

letní tábory, slabé sociální skupiny, poškození kůže, vlhkost a horko. Postiženy jsou nejčastěji končetiny a obličej. Nejčastějšími sekundárními komplikacemi je celulitida, lymfadenitida a septikémie u stafylokokového osídlení a komplikací streptokokového osídlení pak glomerulonefritida.

Z terapie celkové se doporučuje cefuroxim-acetil, penicilin, amoxicilin-klavulanát, případně makrolidy a fluorochinolony.

Z lokální terapie pak neomycin s bacitracinem (Framykoin), muciprocín (Bactroban) (kys. fusidová/Fucidin) a retapamulin (Altargo). Na první dva preparáty narůstá rezistence.

### B. Sekundárně infikovaná dermatitis (SID)

Jedná se o infekci, která již nasedá na již existující dermatitidu při současně poškozené kožní bariéře. Vyskytuje se v podobě impetiginizované atopické dermatitidy, dále pak jako alergická kontaktní dermatitis nebo psoriasis a akne.

### C. Sekundárně infikovaná traumatická léze (SITLs)

Vznikají v případech porušené kožní bariéry traumatem, kdy bakterie napadne podkožní



Obr. 2: Pacientka č.2, před léčbou.





Obr. 3: Pacientka č.2, po 3 dnech terapie, aplikace 2x denně.



Obr. 4: Pacientka č.2, po 3 dnech terapie, aplikace 2x denně.



Obr. 5: Pacientka č.3 - ročník 1997. Od 15 měsíců věku léčena s AD. Anamneza 1 týden po poštipání hmyzem. Kultivačně St. aureus. Postižené partie - pod třísem vlevo a na pravém stehnu. Před léčbou.



Obr. 6: Pacientka č.3, před léčbou.



Obr. 7: Pacientka č.3, po 5 dnech terapie, aplikace 2x denně.

tkáně. Tyto jsou pak vhodným prostředím pro kolonizaci a množení. Tento klinický obraz se vyvíjí po klinických incizích, u šitých ran, po bioptických punkcích, u tržných ran, popálenin, odřenin a u jednoduchých abscesů.

#### ■ Mikrobiologie kožních infekcí

Mimo výše uvedené mikroby - Staph. aureus a Str. pyogenes se zde dále uplatňují koaguláza negativní stafylokoky, ostatní Beta haemolytické streptokoky včetně Streptococcus agalactiae a dále viridující streptokoky. Častými jsou ale i polymikrobiální infekce.

#### ■ Současná orální a topická antibiotika pro ošetření infekcí kůže a měkkých tkání

Penicilin základní

Penicilinaza rezistentní peniciliny: dycloxacilin (Dynapen), oxacilin (Oxacilin)

Ampiciliny - Ampicilin inj.

Amoxyciliny (Amoclen), komb. Augmentin

1. generace cephalosporinů - cefalexin (Cefaclen)

2. generace cephalosporinů - cefadroxil (Duracef), cefuroxim (Zinnat)

Makrolidy - azitromycin (Sumamed), claritromycin (Klacid)

Aminoglykosidy - gentamycin (Garamycin lokálně)

Tetracykliny - doxycyclin (Deoxyomykoin, Doxy-

lene) minocyclin (Minocyclin Stada)

Linkosamidy - clindamycin (Dalacin, Klindamycin)

#### Lokální:

retapamulin (Altargo), kys. fusidová (Fucidin), muciprocin (Bactroban), neomycin s bacitracinem (Framykoin)

Antibiotická léčba je výhodná speciálně pro léčbu impetiga. Antibiotická léčba urychlí vyléčení, je současně prevencí recidivy a prevencí šíření infekce v kolektivu. Také redukuje zameškání ve škole, lépe zachovává denní režim dítěte a zamezí komplikacím výše uvedeným.

Účinnost léčby ohrožuje rezistence na antibiotika, která je podle studií vysoká na methicilin, erytromycin a částečně i na klindamycin a tetracykliny. Z topických antibiotik vzrůstá podle studií rezistence na bacitracin i parciálně na muciprocin. Nejvyšší protibakteriální účinnost má retapamulin z hlediska efektu na staph. aureus a na Str. pyogenes, podobnou má kyselina fusidová. U retapamulinu se uvádí jeho podávání 2x denně po dobu 5 dnů. Není schválen pro použití na SID. Spolu s obklady se osvědčuje i na paronychia v dětském věku.

Na základě dohody zpracoval přednášku z PowerPointu do písemné podoby MUDr. Jiří Liška.



Obr. 8: Pacientka č.3, po 5 dnech terapie, aplikace 2x denně.





# Astma bronchiale v kojeneckém a batolecím věku

MUDr. Jan Balcar

Ordinace klinické imunologie a alergologie, Litoměřice

## Souhrn

**Úvodem řekněme, že podle definice ČIPA (Česká iniciativa pro astma) je astma vrozené chronické zánětlivé onemocnění průdušek, na jehož vzniku se podílí genetická predispozice a faktory zevního prostředí. Tento zánět zvyšuje reaktivitu průdušek, jejímž důsledkem jsou projevy reverzibilní (vratné) a později ireverzibilní (nevratné) bronchiální obstrukce. Zároveň způsobuje remodelaci stěny bronchů, která je po určitém čase též nevratná.**

Astma celosvětově postihuje asi 10-15 % dětské a 5-10 % dospělé populace. V České republice se prevalence (výskyt) astmatu pohybuje u dětí kolem 5 – 10 % a u dospělých okolo 2 – 5 %. Incidence astma bronchiale je v ČR 0.33%. Nejvyšší incidence je u dětí do 5 let a u dospělých mezi 50. a 60. rokem

Za akutní příznaky astmatu je zodpovědná bronchokonstrikce (zúžení průsvitu průdušek), edém (otok, zduření), vasodilatace (rozšíření průsvitu cév) a sekrece hlenu. Trvale probíhající alergický zánět v dýchacích cestách vede k jejich zvýšené a nepřiměřené reakci na různé specifické i nespecifické podněty zúžením průsvitu průdušek.

Chronický alergický zánět se pak projevuje opakujícími se astmatickými příznaky, obstrukcí dýchacích cest a bronchiální hyperreaktivitou.

Klinické příznaky astmatu mohou být různé intenzivní a nemusí být vyjádřeny vždy všechny současně.

Mezi příznaky astmatu patří častý dráždivý kašel, který se může zhoršovat v noci, opakované epizody pískotů, dušnosti a tlaku na hrudníku. **Je třeba upozornit, že recidivující dráždivý kašel při běžném nachlazení, trvající déle než 10 dní, obvykle s narušením spánku, může být u dětí jediným příznakem astmatu.** Astmatické příznaky se typicky objevují nebo zhoršují při akutní virové respirační infekci, tělesné zátěži, kontaktu s roztoči v domácím prachu, zvířaty, pyly, plísněmi, cigaretovým kouřem a jinými dráždivými látkami a při silných emočních prožitcích.

Astma se může projevit již v prvních měsících života. Bylo prokázáno, že u 50–80 % astmatických dětí se příznaky objeví do 5 let. **Potvrdit diagnózu astmatu u kojenců a batolat je nesnadné a často je správná diagnóza stanovena až v předškolním věku.** Pískoty při dýchání u kojenců jsou často vyvolány akutní virovou respirační infekcí.

Děti s recidivujícími pískoty při dýchání lze rozdělit do dvou skupin.

V první skupině jsou kojenci, u nichž časným pískotům předchází snížení plicní funkce, které vypovídá o přechodném nedostatečném růstu plic. Prognóza je v tomto případě dobrá, s růstem dítěte pískoty vymizí. Ukazuje se, že pískoty v prvním roce života dítěte nemají vztah k prognóze astmatu a ani neznamenají vývoj do těžšího stupně astmatu v budoucnosti. Druhou skupinou jsou kojenci, u nichž epizody pískotů přetrvávají až do předškolního věku. Tyto děti mají často alergické (atopické) astma. U dětí s **genetickou predispozicí** dochází ke vzniku přecitlivělosti na běžné inhalované alergeny a dráždivé látky. Exacerbace astmatu v tomto případě vyvolávají alergeny, viry nebo se jedná o kombinaci více faktorů. Zatímco v kojeneckém věku převažují viry, v předškolním a školním věku se více uplatňují alergeny. V individuálním případě je obtížné v kojeneckém a batolecím věku rozhodnout, zda u dítěte nastane ústup astmatických příznaků v předškolním období nebo se skutečně jedná o průduškově astma. K diagnóze astmatu se přikláníme u dětí mladších než 5 let, které mají časté epizody pískotů při dýchání (např. v posledním roce více než tři epizody pískotů trvající déle než jeden den a s narušením spánku)

**Hlavní rizikové faktory** pro rozvoj astmatu jsou: západní životní styl, prenatalní expozice alergenům, znečištění životního prostředí, strava, špatné prostředí v domácnosti, chudoba.

**Klinický obraz AB v dětském věku:** opakované dušnosti vyvolané infekcí a/nebo alergeny, pískoty a kašel při tělesné námaze, emoci, opakované bronchitidy a pneumonie zvláště při negativním RTG obraze, protražovaný kašel jako ekvivalent astma bronchiále.

**Diagnostika AB v dětském věku:**

**Anamnéza:**

**V RA** dítěte se ptám: u rodičů, sourozenců

ale i v širší rodině na výskyt astmatu, ekzému, na chronickou rýmu a ostatní projevy alergie, zajímají mne další eventuelní plicní, srdeční, střevní i jiné choroby.

**V OA** dítěte se ptám: na ekzém, protražovaný rýmu, sinusitidu, zda infekt vždy „spadne na průdušky“, na protražovaný kašel, na dušnost, na pískoty při tělesné námaze, smíchu, pláči, změně počasí, v pylové sezoně apod., na ublinkávání, (u dětského astmatu platí, že čím je dítě mladší, tím je pravděpodobnější jiná příčina pískotů než je astma a jedna z možností pískotů u dětí do 5 let je gastroesofageální reflux – GER). Důležité jsou údaje o další dispenzarizaci pacienta např. v kardiologii, na ORL atd. Chci vidět propouštěcí zprávy, pokud bylo dítě hospitalizováno a znát i odborná vyšetření z ostatních odborných ordinací (kožní, ORL, kardiologie atd.).

**V NO** dítěte se ptám: na afebrilní průběh bronchitidy, jejíž průběh dobře reaguje na beta 2 mimetika, pokud byla podána. Na typ a charakter kašle, na závislosti kašle nebo dechových potíží na denní či noční době, na námaze, vztah kašle a dechových potíží k infekci.

**Při fyzikálním vyšetření:** často vidím úzkostné dítě, dyspnoi, tachypnoi i tachykardii, cyanotické sliznice, na plicích slyším pískoty, vrzoty, prodloužený výdech, ale i chropy a chrůpky.

**V laboratorním vyšetření indikují:** FW, CRP, KO (Leu, Eo), virologii a sérologii k vyloučení infekce (např. Chlamydie, Mykoplasmata).

**Vyšetření RTG plic** indikují při pneumonickém nálezu.

**Imunologické vyšetření** obnáší minimálně vyšetření sérových imunoglobulinů včetně Ig E, další odběry závisí na zjištěné anamnéze.

**Alergologické vyšetření** u kojenců a batolat do 3 let provádím z krve – zjišťuji specifické Ig E na inhalační, zvířecí, potravinové a další alergeny. Děti nad tři roky testuji s upřednostněním prick testů.



**Impulsní oscilometrie** je v možnostech spolupracujících dětí od 3 let (spolupracuji s Ordinací funkční diagnostiky, která je součástí plicního odd. Krajské nemocnice v Ústí n/L).

**Spirometrie** (provádím ve své ordinaci na spirometru fy ZAN) je obvykle možná u dětí okolo čtyř - pěti let věku.

**Bronchoprovokační testy** – zátěžový volným během nebo bronchodilatační beta2mimetikem provádím u dětí, které zvládly spirometrii.

**Saturaci krve O2** zjišťují hlavně u dětí s dyspnoí, tachypnoí a cyanosou sliznic puls-ním oxymetrem.

**Hladina ECP** v krvi mi pomáhá u dětí, které ještě nevládnou provést vyšetření na přístroji NIOX Mino alespoň k orientačnímu určení tíže alergického zánětu průdušek.

**Hladina NO ve vydechaném vzduchu** (vlastním přístroj NIOX Mino) je velmi přesným ukazatelem alergického zánětu průdušek.

**Bronchoskopie s Bal a biopsií** indikují u těžších stavů (provádí mým pacientům dětská plicní ambulance FN Bulovka).

**Vyloučení GER:** sono jícnu a žaludku provádí u mých pacientů dětská gastroenterologická ordinace Krajské nemocnice v Ústí n/L, fibroskopii jícnu a žaludku mohou objednat tamtéž, nebo je součástí vyšetření bronchoskopie na dětské plicní ordinaci Bulovka, pH metrii objednávám při hospitalizaci na lůžkovém oddělení buď Krajské nemocnice v Ústí n/L, nebo na dětském odd. FN Bulovka.

**ORL** vyšetření patří k základnímu vyšetření u dětí s podezřením na astma bronchiale.

**Vězme: pro nespoupráci je**

• **obtížná diagnostika astma bronchiale u dětí do 4-5 let.**

Je třeba si uvědomit, že 1/3 opakujících se obstrukčních bronchitid je příznakem astma bronchiale, že u 30% astmatiků jsou první příznaky do 3 let, že u dítěte se třemi obstrukčními bronchitidami do 3 let je velmi pravděpodobně astma bronchiale, že včasná diagnóza a včasná léčba jsou prevencí ireverzibilních změn bronchiální stěny.

## Změna termínu specializačního kurzu Vedení lékařské praxe PLDD na 16. 4. 2009

Podrobnosti najdete na [www.ipvz.cz](http://www.ipvz.cz)

Kurzy jsou povinné pro uchazeče o obor PLDD, vhodné pro lékaře předávající nebo přejímající praxi.

Od konce září 2008 do konce ledna 2009 jsem ošetřil na doporučení praktických dětských lékařů 3 kojence, shodou okolností chlapce, ve věku od 6 do 10 měsíců, u nichž před vyšetřením předcházely nejméně dvě ataky pískotů s dušností a nejméně jedna hospitalizace pro akutní dušnost s pískoty nebo pro bronchopneumonii.

### 1) Pacient D.B. nar. 3.5.2008

Poprvé vyšetřen 24. září 2008 ve věku devíti měsíců na doporučení praktického dětského lékaře. Vyšetření bylo akutní, v den telefonického objednání dětským obvodním lékařem.

Od 23.9.2008 dráždivě kašle, 24.9.2009 u OL dyspnoický, na plicích pískoty. Ve 3,5 měsících byl hospitalizován pro obstrukční bronchitis.

V RA matka pollinosis, otec matky pollinosis, otec Pollinosis.

V OA perinatálně bpn. PH 3 800 g, kojen 6 týdnů a pak HA mléko. Alergie na ATB nezjištěna - nebral. Alergie na potraviny neudána, nyní je již na Sunaru bez HA formule. Zvířata v okolí dítěte nejsou, matka kuřačka. Dispenzarizován v kardiologické ordinaci pro nevýznamný ASD. Byt suchý, bez plísní, byl bez kontaktu se zvířaty.

V alergologické ordinaci dráždivě kašle, eutrofický, eupnoe, kůže čistá, spojivky klidné, sliznice nosní růžové, bez otoku a sekretu, hrdlo klidné, SM uzliny a podél kývačů nezvětšeny, štítná. žláza nezvětšena, dýchání sklípkové, s diskretními expiračními pískoty nad oběma plicemi s převahou při bazích vzadu, srdce, břicho bpn. Genitál chlapecký, testes sestouplá, PM odpovídá věku, VF v úrovni.

Indikovány odběry: Ig G, A, M, E, protilátky na kravské mléko, ECP (Eosinofilní basický protein), Phadiatop S (soubor specifických Ig E – roztoči, plísně, trávy, plevele a stromy) a doporučeno gastroenterologické vyšetření k vyloučení gastroesofageálního refluxu.

**Pracovní diagnosa:** Obstrukční bronchitis recidivans a vysloveno podezření na astma bronchiale.

Nasazena terapie: chamberem Ecosal 3x1 vdech týden a dále SOS, chamberem Ecobec 100 2x1 vdech a Zyrtec gtt 2x3 kapky.

Ještě v ordinaci aplikován Ecosal chamberem a za půl hodiny po aplikaci Ecosalu kojeneček zkontrolován. Během půl hodiny po aplikaci přestal dráždivě kašlat a poslechový nálezn byl minimální - přetrvávaly ojedinělé, velmi diskretní pískoty vzadu při obou plicních bazích.

Při kontrole 5. listopadu 2008 od prvního vyšetření nestonal a nekašlal stále podáván Ecobec 100 2x1 vdech a Zyrtec gtt 2x3 kapky.

Dítě eupnoické a dýchání bylo zcela čisté. V laboratorních vyšetřeních v normě

Imunoglobuliny G, A, M, E, ECP v normě, v séru zjištěny protilátky proti kravskému mléku – pozitivní v Ig A a Ig G Beta-laktoglobulín, pozitivní v Ig A a Ig G Kasein, pozitivní v Ig A a Ig G Alfa-laktalbumin., v GIT ordinaci GER neprokázán.

**Uzavírám jako astma bronchiale. Intolerance na kravské mléko a kasein.**

Dále pokračováno v léčbě Ecobecem 100 2x1 vdech přes chamber a Zyrtec gtt 2x3 kapky, doporučeno vnechání kravského mléka s možností ponechání sýrů, jogurtů a zakysaného mléka.

Při kontrole 2.2.2009 je dle matky při nasazené léčbě zcela zdravý, v ordinaci je eupnoický a dýchání čisté. Pozván ke kontrole za tři měsíce a dle stavu.

### 2) Pacient M.M. narozen 3.4.2008

Vyšetřen po telefonickém objednání zastupujícím praktickým dětským lékařem za tři dny – statim vyšetření nepožadováno, dne 5.12.2008 ve věku deseti měsíců pro opakované obstrukční bronchitidy a jednou hospitalizací pro obstrukční bronchitidu ve věku pěti týdnů. Příslušný dětský obvodní lékař rodinu ujišťoval, že takto malé dítě (ve věku do 2 let) nelze vyšetřit a že musí počkat.

V RA má otec alergii na PNC a pollinosisu, v dětství trpěl ekzémem, bratr dítěte má pollinosisu, matka dítěte trpí nefrolitiasou.

V OA perinatálně bpn. PH 3 600 g, kojen 2 měsíce, prodělal 5x obstrukční bronchitidu bez teplot. Na porodnici na tvářích dermatitida, která během asi týdne ustoupila. Alergie na ATB neudána, ATB nebral. Alergie na potraviny neudána, od 2 měsíců Nutrilon HA II, polévky, pečivo. Dispenzarizován nikde není. Trvale žádné léky nebere. U babičky je pes. Oba rodiče kouří. Byt je vlhký, v ložnici s plísní, vytápění plynovými kamny.

Při vyšetření v mé ordinaci jsou na distanc expirační pískoty, lehce zatahuje jugulum, tachypnoe cca 70/min. (tento stav je pro matku obvyklý), je eutrofický, kůže čistá, spojivky klidné, sliznice nosní růžové, bez otoku a sekretu, hrdlo klidné, SM uzliny a podél kývačů nezvětšeny, štítná. žláza nezvětšena, dýchání sklípkové, s difúzními inspiračními i expiračními pískoty a vrzoty, srdce, břicho bpn. Genitál chlapecký, testes sestouplá, PM odpovídá věku, drobná VF v úrovni.

Indikován odběr: Ig G, A, M, E, ECP (Eosinofilní basický protein), Phadiatop S (soubor specifických Ig E – roztoči, plísně, trávy, plevele a stromy) a fx 5 (soubor specifických Ig E - vaječný bílek, kravské mléko, tresku, pšenici, burské ořechy a sojové boby). Ještě před vlastním odběrem krve na zmiňovaná vyšetření aplikován chamberem 4 pufy Ecosalu.



Za 20 minut po této aplikaci zjištěn ústup distančních fenoménů, tachypnoe okolo 55/min, na plicích stále difúzně expirační pískoty, ale ve výrazně menší intenzitě.

**Pracovní diagnóza:** suspektní astma bronchiale.

Nasazena léčba: chamberem na 3 dny Ecosal 4x1 puf, chamberem Ecobec 100 4x1 puf, Zyrtec gtt. 2x4 kapky.

Při kontrole za 3 dny na nasazené léčbě dle matky již nekašle a není dušný. Při vyšetření eupnoický a dýchání zcela čisté. V laboratorních hodnotách prokázána atopie – zvýšené celkové Ig E, zvýšený Eosinofilní basický protein svědčí pro eosinofilní zánět bronchů a jsou pozitivní protilátky v Ig A a Ig G na Beta-laktoglobulín, Kasein a Alfa-laktalbumin

**Uzavírám již jako astma bronchiale, Intolerance na kravské mléko a kasein**

Pokračováno v léčbě Ecobecem 100 2x1 vdech přes chamber a Zyrtec gtt 2x3 kapky, doporučeno vynechání kravského mléka s možností ponechání sýrů jogurtů a mléka zakysaného.

Při kontrole 4.2.2009 je při nasazené léčbě dle rodičů bez obtíží, v ordinaci eupnoický a dýchání čisté. Pozván ke kontrole za tři měsíce a dle stavu.

### **3) Pacient V.Š. narozen 26.7.2008**

Vyšetřen statim 22. ledna 2008 ve věku šesti měsíců na vyžádání praktickým lékařem.

Od konce listopadu 2008 kašlal. Kašel neustupoval při běžné expektorační léčbě, proto nasazen na středisku 23. prosince Spiropent a následně ještě 28. prosince 2008 Cefzil. Pro nelepšící se kašel byl 7. ledna 2009 hospitalizován na dětském lůžkovém oddělení. Při hospitalizaci prokázána na RTG bronchopneumonie v pravém hilu a nasazen Klacid - v laboratorních hodnotách z dětského oddělení však upoutává překvapivě nízké CRP i FW. Na lůžku krom Klacidu podáván Berodual a Aldecin (dávkování?). Na této léčbě zlepšen a propuštěn domů 14. ledna 2008. Závěr z dětského oddělení je bronchopneumonie vpravo. Domů dítě propuštěno bez léčby inhalačními kortikosteroidy. Ke zhoršení dochází znovu 18.1.2008. Chlapec znovu dráždivě kašle a 22. ledna se ke kašli přidává dyspnoe. U OL konstatovány na plicích difúzně na plicích pískoty. Telefonicky domluveno obvodním lékařem statimové vyšetření v mé ordinaci.

V RA zjištěn u otce otce karcinom tlustého střeva, na který ve 47 letech zemřel.

OA těhotenství bpn., Porod ve 35. týdnu S.C., asi pro praeeklampsi. PH 3 200 g, Kojen 14 dnů, pak podáván Nutrilon. Hospitalizován v lednu 2009 pro bronchopneumonii. Alergický na ATB není. Alergie na potraviny neudána.

Dispenzarizován není, trvalé žádné léky nebere.

Doma mají morče a venku je pes. Rodiče jsou nekuřáci. Byt je s ústředním topením, vlhčí a občas s plísni.

Již na distanc je při vyšetření slyšet výdechový a nádechový stridor, chlapec lehce zatahuje jugulum, zjištěna tachypnoe cca 90/min, je eutrofický, kůže čistá, spojivky klidné, sliznice nosní růžové, bez otoku a sekretu, hrdlo klidné, SM uzliny a podél kývačů nezvětšeny, štítná. žláza nezvětšena, dýchání sklípkové, s masivními výdechovými pískoty difúzně nad oběma plicemi s převahou při bazích, srdce, břicho bpn. Genitál chlapecký, testes sestouplá, PM odpovídá věku, VF v úrovni.

Aplikovány chamberem 3 pufy Ecosalu.

Za 20 minut po této aplikaci zjištěn ústup distančních fenoménů, tachypnoe ustoupila, na plicích zůstávají téměř neslyšitelné pískoty pouze vzadu při plicních bazích.

**Pracovní diagnóza:** suspektní astma bronchiale

Provedeny odběry Ig G, A, M, E, ECP (Eosinofilní katonický protein), Phadiatop S (soubor specifických Ig E – roztoci, plísňe, trávy, plevele a stromy), na protilátky proti endomysiu a anti-transglutamináze, na protilátky na kravské mléko, specifické Ig E morče, kočka, pes.

Zahájena léčba chamberem Ecosal 3x1 vdech a chamberem Ecobec 100 3x1 vdech na 3 dny, Zyrtec gtt. 2 x 3 kapky.

Při kontrole 29. ledna zjišťuji, že u obvodního lékaře dne 28. ledna byl nasazen Augmentin pro teplotu, kašel a zvýšené CRP – 45 mg/l. Poslechový nále z den nasazení ATB na středisku nemám k dispozici. V mé ordinaci je však chlapec afebrilní, spokojený, eupnoický se zcela čistým dýcháním.

V laboratorních hodnotách zjištěno: zvýšená hladina Ig E svědčící pro atopii, snížená hladina sérového Ig A, Pozitivní jsou protilátky v Ig G Beta-laktoglobulín, v Ig G Kasein a v Ig A a Ig G Alfa-laktalbumin, normální hladina ECP, specifických Ig E kočičího, psího a morčecího epitelu, normální hladina specifických Ig E ve Phadiatopu S a protilátek proti endomysiu a anti-transglutamináze.

**Stále pracovně uzavírám jako astma bronchiale, St. p. pravostranné bronchopneumonii, Dysgamaglobulinemie v Ig A, atopie, intolerance na kravské mléko a kasein.**

U tohoto pacienta zatím diagnose astma bronchiale není zcela jasná. Vzhledem k věku se nabízí široká paleta dalších diagnóz např. VVV plic (stenosa trachey nebo bronchů), anomálie cévní, gastroesofageální reflux, stále je ve hře vrozená srdeční vada (neprovedeno sono srdce

a EKG), syndrom imobilních řasinek, cystická fibrosa atd.

Pokračováno v léčbě Ecobecem 100 2x1 vdech přes chamber a Zyrtec gtt 2x3 kapky, ponechán na Nutrilonu a další strávě dle poradny praktického dětské lékařě.

Pozván ke kontrole dle stavu !! a za 3 měsíce.

Dovolu mi vážené kolegyně a kolegové ještě několik slov závěrem.

Nejen u diagnózy astma bronchiale, ale u všech chorob je nejdůležitější, krom stanovení správné diagnózy a nasazení optimální léčby, **získání pacienta, respektive rodičů našich dětí, ke spolupráci na léčbě.** Uvědomme si, že dle statistik jen 50% pacientů s astmatem užívá správné léky. Důležitý je proto **praktický nácvik** používání **správných pomůcek** k aplikaci antiastmatik. V případě léčby astma bronchiale u kojenců a batolat používám pomůcku Optichamber Advantage, skupina 10, kód VZP 0063943 s maskou velikosti M. Neméně důležité jsou pak i **průběžné kontroly.** Rodičům je třeba vysvětlit **nefarmakologickou prevenci.** Myslím tím odpovídající vlhkost a teplotu v bytě. Protiprašný a protiroztočový režim, nevhodná jsou zvířata v bytě, ve vlhkých bytech provádět dle možností i protiplísňová opatření. Snažit se omezit i působení zevních alergenů jako jsou pyl, plísňe venkovní, potraviny, léky, cigaretový kouř a jiné fyzikálně chemické škodliviny.

Důležité je vytvoření **plánu dlouhodobé léčby astmatu** lékařem. Myslím tím nastavení správné medikace pro daný stupeň tíže astmatu a dále stupňovitě schéma farmakologické léčby. Všem svým pacientům nebo jejich rodičům vytvářím **plán léčby akutní exacerbace astmatu**, tak aby zvládli akutní stav bez nutnosti hospitalizace. **Nezbytná je spolupráce praktického dětského lékaře, odborné plicní ordinace a alergologa.** Vždyť nekontrolované astma, u něhož přetrvávají klinické příznaky a je snížena funkce plic, vede k ireverzibilní obstrukce bronchů a následně k CHOPN a ke kardiopulmonálnímu selhání.

Naším cílem u malých astmatiků jsou žádné nebo jen minimální příznaky, žádné akutní stavy, žádná potřeba akutní lékařské péče, minimální potřeba záchranných léků, neomezená fyzická aktivita, normální plicní funkce, žádné vedlejší účinky léčby.

Na závěr si položíme otázku: Co může praktický dětský lékař udělat pro dětského astmatika? Musí včas vyslovit podezření na astma bronchiale a poslat dítě k odbornému lékaři (alergolog, pneumolog), nebo sám musí včas začít léčbu astma bronchiale.



# Kraniosynostózy a deformity neurokrania „pediatrické minimum suturální patologie“

doc. MUDr. Hana Krásničanová, CSc.

Pediatrická klinika, 2. LF UK a FNM Praha

## Souhrn

**Deformity infantní lebky - konkrétně neurokrania novorozenců a kojenců - představují stálou a naléhavou diagnostickou i terapeutickou výzvu. Jejich specifickou a nejčtenější variantou jsou tzv. kraniosynostózy (dále KS), s nimiž se vzhledem k jejich incidenci setkává každý pediatr ve světě i u nás. Na pediatrovi či neonatologovi spočívá první a nezbytný krok k úspěšnému řešení kraniosynostózy, tedy její včasná diagnostika.**

**Kraniosynostózu definujeme jako předčasný uzávěr (obliteraci) jednoho či více švů (satur) neurokrania vedoucí k jeho charakteristické deformitě. Kraniosynostózy se vyskytují jako izolovaný defekt (viz dále „Nesyndromové KS“) či jako součást určitého syndromu (viz dále „Syndromové KS“).**

**Problematika kraniiální suturální patologie prostupuje celou řadou medicínských oborů - od molekulární genetiky přes pediatrii až ke špičkové kraniofaciální chirurgii a neurochirurgii. Neléčená progresivní kraniosynostóza může vést k inhibici růstu mozku a zvyšování intrakraniálního a intraorbitálního tlaku, tedy ke kraniostenóze. Včasná přesná diagnostika a včasné moderní chirurgické řešení kraniosynostóz tak představují zcela zásadní moment infantního období.**

Prevalence kraniosynostóz byla dlouhodobě uváděna **1: 1 800 až 2 200 porodů**, resp. 0,4 na 1000 živě narozených, současné odhady a údaje se však, též v souladu se zkušenostmi našeho pracoviště, zvyšují.

Nejčastějším typem KS je **izolovaná sagitální synostóza (synostotická skafocefalie)**, která tvoří 40 až 60% všech případů KS. Vzácnější jsou **izolovaná uni- či bilaterální obliterace koronárního švu (synostotická brachycefalie, 20 až 30%)** či **izolovaná obliterace metopického švu (synostotická trigonocefalie, cca 15% případů)**. Raritní je **izolovaná synostóza sutura lambdaidea**, představuje méně než 2% z celkového počtu případů s KS.

Oproti izolovaným nesyndromovým KS méně obvyklé jsou **kraniosynostózy syndromové** (do 20% všech případů KS), k dnešku je již však identifikováno více než **150 syndromů s kraniosynostózou**. Tři nejznámější syndromové KS jsou **Crouzon, Apert a Muenke syndrom**, všechny s již objasněnou molekulárně genetickou podstatou.

Od výše uvedených charakteristických patologických deformit neurokrania, spojených s kraniosynostózou, musí být diagnosticky odlišeny **velmi časté deformační plagiocéfalie, tedy benigní varianty kraniiálních deformit**. V současnosti, vzhledem k doporučené preferenci polohování novorozenců a kojenců na zádech, zaznamenáváme

oproti období s preferencí spánkové polohy na břiše **významně zvýšenou incidenci okcipitální plagiocéfalie**.

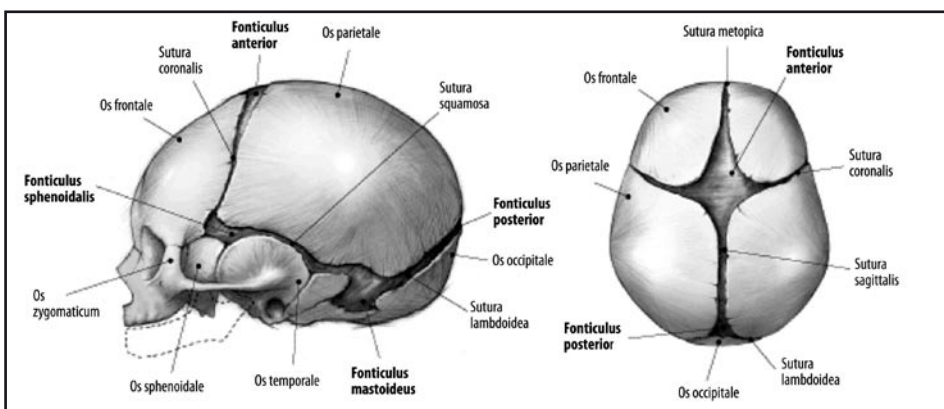
**Diagnostika kraniosynostóz** je založena na fyzickém, rentgenovém a případně i na CT (3DCT) vyšetření. Při prokázání diagnózy KS je indikováno její **chirurgické řešení, optimálně mezi třetím až devátým měsícem života, resp. po dosažení tělesné hmotnosti 5000 až 6000 gramů**. Úroveň kvality péče o pacienty s KS je zcela jednoznačně spojena s jejich centralizací, v ČR zajištěné pracovišti FN a UK 2. LF v Praze Motole.

## ■ Úvod - růst neurokrania v normě a v patologii

Lidská kraniiální skeletogeneze před-

stavuje **zcela unikátní fenomén** - skelet neurokrania člověka byl v evoluci značně modifikován a pozoruhodná je i jeho ontogeneze. Pokroky humánní genetiky zvýšily naše porozumění složitým mechanismům vedoucím k nejrůznějším malformacím skeletu lebky, které však i v 21. století zůstávají stále nedořešenou diagnostickou a terapeutickou výzvou.

**Růst všech kostí klenby i baze lebny je primárně řízen expanzí růstu mozku, jehož tvar a velikost v každém okamžiku ontogeneze zdravá lebka „kopíruje“**. Nejvyšší růstovou rychlost má mozek in utero a v prvních třech letech života. Donošený novorozenec má téměř 40% adultního objemu mozku,



Obr.1: Anatomie novorozenecké lebky



ve třech letech života je to již 80 a v sedmi letech 90% finální hodnoty - stejné relace platí i pro neurokranium. **Růst lebky, resp. mozku je podmíněn přítomností otevřených (patentních) švů, které slouží jako rezervoár buněk úzce spojených s normální osteogenezí lebečních kostí. (Druhou významou funkcí švů je jejich podíl na funkční konformaci lebky při porodu).**

**Donošený novorozenec má kosti lebky odděleny šesti hlavními švy (suturami) a šesti fontanelami (Obr. 1), které se uzavírají v různém věku (Tab. 1). Čtyři párové fontanely a fontanela minor (posterior) se uzavírají již perinatálně. Pozdější je čas zániku velké fontanely (fontanela major či anterior), jejíž značná variabilita velikosti a času zániku bývá uváděna jako její klíčový znak. Iniciální (0,6 cm až 3,6 cm, průměr 2,1 cm) ale ani pozdější velikost velké fontanely není prediktorem času jejího zániku, jehož medián je 13,8 měsíců.**

**Ke kompletnímu uzávěru většiny švů lebky dochází až od třetího decenia a později. Předčasný uzávěr (obliterace)**

**Tab 1. Čas uzávěru hlavních lebečních švů a fontanel**

Metopický šev	9 měsíců až 2 roky
Sagitální šev	22 roky až 40 let
Koronární šev	24 roky až 40 let
Lambdový šev	26 let až 40 let
Velká fontanela	3 až 24 měsíců (medián 13,8 měsíců)
Malá fontanela	0 až 2 měsíce

*Pozn. V tabulce neuvádíme údaje pro dalších pět švů mozkovny a švy skeletu obličeje*

**jednoho či více švů (sutura) neurokrania vedoucí k jeho deformitě se nazývá kraniosynostóza. Kraniosynostózy jsou spolu s rozštěpy patra nejčastějšími kranialními defekty, mluvíme o tzv. kranialní suturální patologii.**

#### ■ Etiologie, epidemiologie a klasifikace kraniosynostóz

Kraniosynostózy se označují jako „jednoduché“ (monosynostózy, resp. „simple“) je-li postižen jen jeden šev a jako „smí-

šené“ („compound“), když jsou předčasnou obliterací zasaženy dva či více švů. Kraniosynostózy se vyskytují jako izolovaný defekt (viz dále „Nesyndromové KS“) či jako součást určitého syndromu (viz dále „Syndromové KS“).

Kraniosynostózy mohou být nahlíženy ze dvou perspektiv: anatomické a genetické. Je-li hlavním předmětem zájmu klinická situace (tj. růst a vývoj neurokrania a tedy chirurgické řešení synostózy), pak je preferováno hledisko anatomické, kde prvotní důležitost má uzavřený šev.

Často též užívané členění představuje klasifikace kraniosynostóz na primární a sekundární (viz Tab. 2).

**Etiologie nesyndromových kraniosynostóz není dosud jednoznačně objasněna. Potenciálními rizikovými faktory, uváděnými v mnoha nejrozumnějších studiích, jsou útlak hlavy plodu, pokročilý věk matky, mužské pohlaví, kuřáctví matky, matka bílé rasy, užívání některých léků (př. nitrofurantoin, chlordiazepoxid, chlorpheniramin), určitá povolání rodičů (př. v zemědělství) a léčba plodnosti. 2 až 6% pacientů se sagitální**

**SILGARD®**

Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná)



## První a stále jediná kvadrivalentní vakcína

určená k prevenci:

**rakoviny děložního hrdla**

**cervikálních, vulválních a vaginálních premaligních lézí**

**a genitálních bradavic**

**vyvolaných lidskými papilomaviry (HPV) typů 6, 11, 16 a 18.**

#### Zkrácené informace o léčivém přípravku:

Silgard® injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce.

Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18]

(rekombinantní, adsorbovaná) (Papillomaviry humani typus 6, 11, 16, 18 proteinum L1)

**Indikace:** prevence premaligních genitálních lézí (cervikálních, vulválních a vaginálních), cervikálního karcinomu a bradavic zevního genitálu (condyloma accuminata) v příčinné souvislosti s lidským papilomavirem (HPV) typů 6, 11, 16 a 18. Indikace je založena na prokázané účinnosti u dospělých žen ve věku 16 až 26 let a na prokázané imunogenitě u 9- až 15-letých dětí a dospívajících.\*

**Kontraindikace:** přecitlivělost ke všem komponentám vakcíny, závažné akutní horečnaté onemocnění.

**Dávkování:** základní očkování - 3 samostatné 0,5 ml dávky podané dle následujícího schématu: 0, 2, 6 měsíců. Všechny dávky musí být podány intramuskulárně během jednoletého období.

**Upozornění:** pro případ vzácných anafylaktických reakcí musí být k dispozici odpovídající léčebná opatření. Vakcína není určena k léčbě, nenahrazuje rutinní cervikální screening. Jedinci se sníženou imunitní reakcí nemusí na vakcínu zareagovat. Podávat opatrně jedincům s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace. **Interakce:** při současném podání s vakcínou proti hepatitidě typu B (rekombinantní) nedošlo ke klinicky významným změnám v imunitních odpovědích na obě vakcíny. Použití hormonální antikoncepce neovlivnilo imunitní odpověď. **Těhotenství a kojení:** očkování odložit až na dobu po ukončení těhotenství. Může být podávána kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** velmi často erytém, bolest a otok v místě injekce, pyrexie, často zhmožděnina, podlitina a pruritus v místě injekce, vzácně kopřivka, velmi vzácně bronchospasmus. Po uvedení na trh: Protože tyto účinky byly hlášeny spontánně, není možné spolehlivě odhadnout jejich četnost. Lymfadenopatie, nauzea, zvracení, reakce přecitlivělosti včetně anafylaktických/anafylaktoidních reakcí, syndrom Guillain-Barrého, závrat, bolest hlavy, synkopa. **Léková forma:** injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** v chladničce (2°C-8°C), ve vnější krabičce, chránit před mrazem.

**Velikost balení:** 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce se dvěma jehly - balení po 1 kusu. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-021 **Poslední revize textu SPC:** 2. 9. 2008 \*) Všímněte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

**Prípravek je vázan na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dříve, než přípravek předepíšete, seznajte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.**

06-09-GRD-2008-CZ-1419-J



© Registrovaná ochranná známka Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

© Copyright Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A., 2009. Všechna práva vyhrazena.

Merck Sharp & Dohme Idea, Inc., org.sl.\*, Křenova 5, 162 00 Praha 6, tel.: 233 010 111, www.msdi.cz

\* Affiliate of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

**Tab 2. Klasifikace kraniosynostóz**

**PRIMÁRNÍ**

**Jednoduché („simple“)** - postižení jednoho švu

**Nesyndromové:** sagitální, koronární, metopická, lambdová

**Smíšené („compound“)** - postižení dvou a více švů

**Nesyndromové:** bikoronární

**Syndromové:** Crouzonův syndrom, Apertův syndrom, Pfeifferův syndrom, Muenke syndrom, Saethre-Chotzen syndrom, Jackson-Weiss syndrom, Beare-Stevenson syndrom, FGFR2-related izolovaná koronární synostóza, Crouzon syndrom s acanthosis nigricans

**SEKUNDÁRNÍ**

Expozice plodu teratogeny (př. valproát, flukonazol, cyklofosfamid)

Metabolická onemocnění (př. hypertyroidismus, křivice)

Malformace (př. holoprosencefalie, mikrocefalie, encephalokéla)

Hematologická onemocnění (př. talasémie)

Iatrogenní situace (př. řešený hydrocefalus)

Mucopolysacharidózy (př. Hurler či Morquio syndrom)

synostózou a 8 až 14% pacientů s koronární synostózou jsou **nesyndromové familiální kraniosynostózy**, přenášené jako **autozomálně dominantní choroby**.

**Nárůst incidence kraniosynostóz v současnosti** je nejnověji slučován se třemi nalezenými asociacemi: umělá inseminace, asistované reprodukční techniky a užívání klomifencitrátu matkou.

Na růstu a obliteraci kranialních švů (ale např. i na růstu končetin a regulaci osteo-

geneze vůbec) se významně podílí **FGF/FGFR systém: fibroblastové růstové faktory (FGFs) a receptory pro fibroblastové růstové faktory (FGFRs)**. Mutace genů kódujících FGFR jsou podstatou tzv. **syndromových KS**, oproti nesyndromovým méně častých. Konkrétně se jedná o **spektrum osmi tzv. FGFR-related kraniosynostóz**: Apert syndrom, Crouzon syndrom, **Muenke syndrom**, Jackson-Weiss syndrom, Beare-Stevenson syndrom, Pfeiffer syndrom, FGFR2-related

izolovaná koronární synostóza a Crouzon syndrom s acanthosis nigricans.

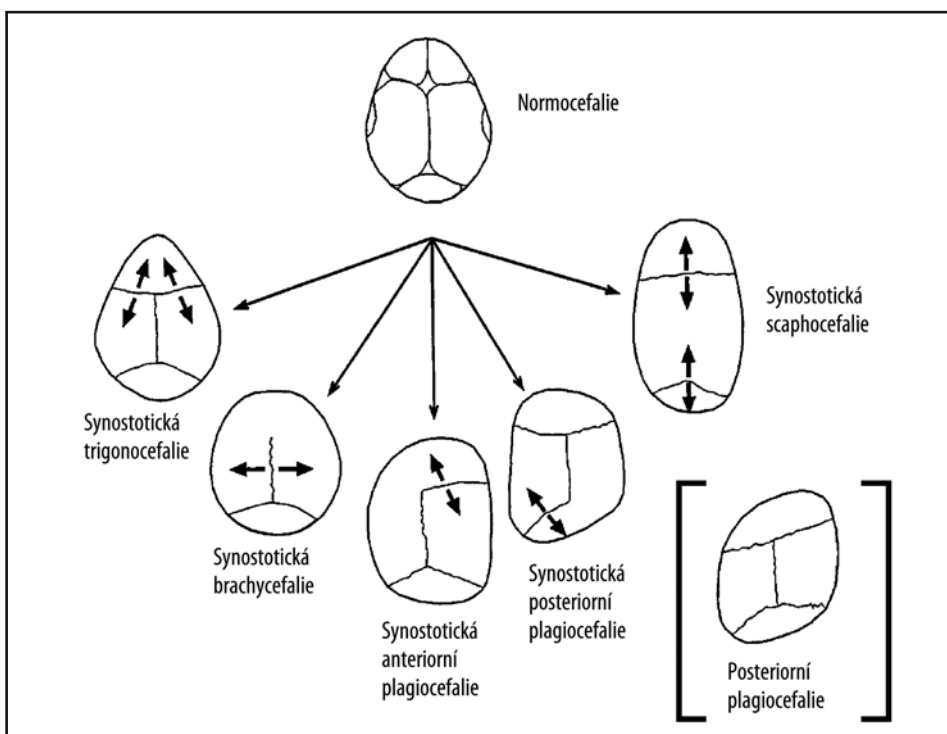
Muenke syndrom (izolovaná koronární synostóza s mutací genu **FGFR3**) a **FGFR2-related izolovanou koronární synostózu** charakterizuje pouze přítomnost uni- či bikoronární synostózy. **Šest ostatních syndromů je spojeno nejčastěji s bikoronární kraniosynostózou, viz obr. 6 (nebo vzácněji s postižením více švů = s lebkou tvaru jetelového listu/„cloverleaf skull“)** a dalšími zcela specifickými znaky (malformace lební baze a facies, anomálie rukou a nohou), viz dále.

**■ Diagnostika kraniosynostóz**

Kraniosynostózy jsou téměř vždy zřejmé již při narození. Jsou-li perinatálně jen mírného stupně, jsou diagnostikovány později, nejčastěji však již v prvních třech měsících života. Diagnostika kraniosynostóz je založena na fyzickém vyšetření (**kefalooskopické a kefalometrické diagnostické vyšetření v ČR zajišťuje pracoviště autorky tohoto sdělení**) a dále na zobrazovacích vyšetřeních.

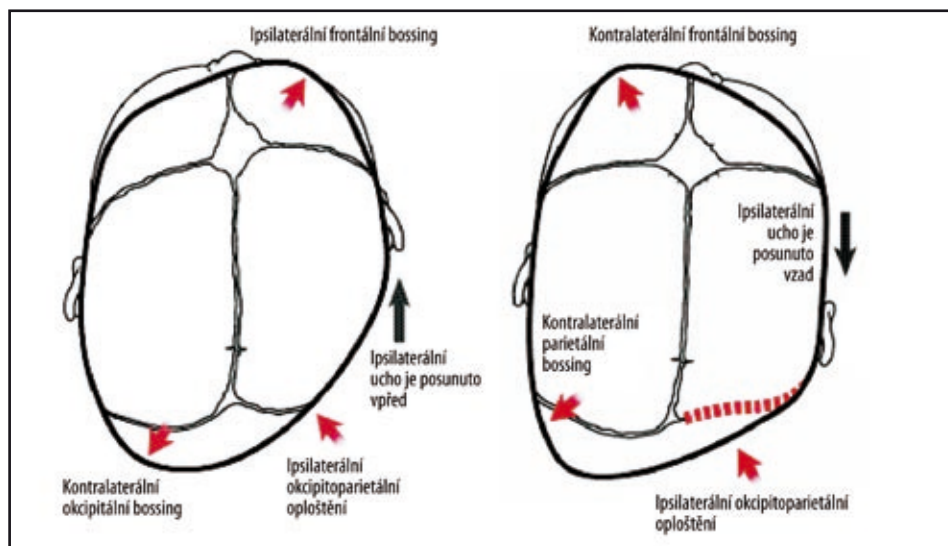
Součástí anamnézy při podezření na kraniosynostózu (komplikace a četnost těhotenství, poloha plodu, délka gravidity a perinatální antropometrie včetně fronto-okcipitálního obvodu atd.) musí být údaj o polohování novorozence, resp. kojence, nezbytný při diferenciální diagnostice nesynostotické deformační plagiocefalie, fyziologické dolichocefalie či fyziologické brachycefalie. Všechny tyto hereditární ale i nonhereditární varianty konfigurace, resp. konformace mozkovny, mohou být „akcentovány“ preferovanou spánkovou polohou.

Observací hlavy kojence shora diferencujeme **raretní unilambdovou synostózu** od naopak velmi časté **deformační plagiocefalie záhlaví (též nazývané okcipitální plagiocefalie, posterior plagiocefalie, plagiocefalie bez synostózy či posturální plagiocefalie)**. U pacientů se synostózou jednoho lambdového švu nalézáme kontralaterální „bossing“, tedy vyklenutí v čelní (anteriorní) ale i parietální (posteriorní) oblasti kalvy (Obr. 5 vpravo). Deformační plagiocefalie okciputu (Obr. 5 vlevo) však způsobuje ipsilaterální frontální vyklenutí a kontralaterální vyklenutí okcipitální. U kojenců s lambdovou synostózou je ušní boltec posunut vzad, tedy ve směru k uzavřenému švu. Naproti tomu u kojenců



Obr. 2: Varianty konfigurace neurokrania, resp. kraniosynostóz podle stavu sutur (anatomické členění). Tvar mozkovny je zcela charakteristický pro každý typ kranialní suturální patologie. Normocefální lebku charakterizují otevřené (patentní) švy, normální hodnota obvodu a nejčastěji mezocefalická konfigurace.





Obr. 3: Znaky rozlišující velmi častou deformační posteriorní plagiocefalii (vlevo) od raritní unilambdové synostózy (vpravo) při observaci hlavy shora.

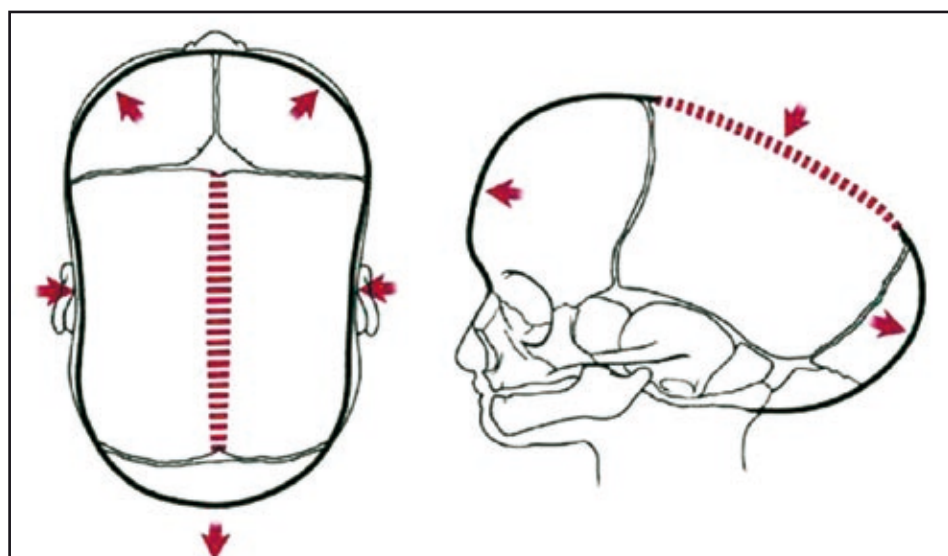
ců s prostou deformační plagiocefalií je ucho strany s deformací posunuto vpřed. Při pohledu shora má tato **velmi častá polohová deformita hlavy tvar tzv. „paralelogramu“**. Vzácná synostotická plagiocefalie nemá na straně se zaniklým lambdovým švem protruzi čelní partie a při pohledu shora má **tvar lichoběžníku** (Obr. 5 vpravo).

**Incidence deformační plagiocefalie je velmi vysoká, udává se přibližně 1 na 300 živě narozených**, zatímco raritní lambdová synostóza postihuje jen cca 3 ze 100 000 živě narozených jedinců.

**Počet kojenců s deformační plagiocefalií okciputu významně vzrostl v zemích**

**s pediatrickými kampaněmi s preferencí spánkové polohy novorozenců a kojenců na zádech („back to sleep“)**. Ta je v současnosti, po odklonu od preferování polohy na břicho, uplatňována jako **součást prevence SIDS, syndromu náhlého úmrtí kojence (sudden infant death syndrome)** v celé řadě zemí včetně České republiky.

**Účinnou prevencí deformační plagiocefalie je instrukce rodičům, aby střídali spánkovou polohu dítěte na levém či pravém záhlaví vleže ale i v dnes mnohdy nadužívaných autosedačkách (fixují polohu hlavy!). Při bdělém stavu dítěte a za dohledu dospělého je doporučována poloha na břicho („tummy time“, resp. „prone position“)**

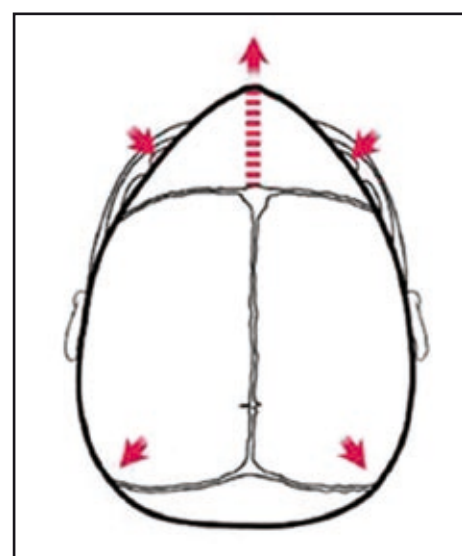


Obr. 4: Sagitální synostóza (skafocefalie, zcela vlevo pohled shora). Charakteristické je biparietální, zúžení a nápadné frontální a okcipitální vyklenutí kalvy („bossing“). Odstředivé šipky na obou obrázcích označují směr kompenzačního růstu neurokrania postiženého monosynostózou.

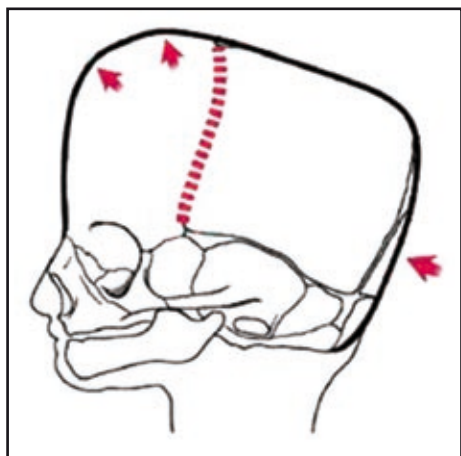
jako **možná a účinná spontánní korekce deformity záhlaví**. Polohování kojence může ale nemusí již vzniklé oploštění hlavy korigovat a v zahraničí je pro takovou situaci dnes již zcela běžné **používání helmy („terapie helmou“, viz obr. 7)**. Autorka tohoto sdělení již opakovaně zaznamenala toto řešení též v u nás. Žádost o finanční úhradu nákladů spojených s pořízením helmy (např. [www.cranio-online.de](http://www.cranio-online.de)) byla českou pojišťovnou v indikovaných případech vyřízena kladně. Jen při absenci zlepšení, resp. při další progresi deformity krani, je zde výjimečně zvažováno chirurgické řešení, obliqátně indikované jen pro jednoznačnou lambdovou synostózu.

**Druhou dnes rovněž často vídanou nesynostotickou deformitou krani je hyperdolichocefalie předčasně narozených dětí**, daná jejich hypotonií a tedy nemožností udržet záhlaví na podložce (**deformita lebky „její vlastní vahou“**). Nemá markery patologické dolichocefalie (tedy skafocefalie, viz níže) a s věkem se může, ale nemusí zmírnit.

**Nejčastější izolovanou nesyndromovou synostózou (40 až 50% z nich) ve světě i u nás je sagitální synostóza, tzv. skafocefalie, prematurní obliterace šípového švu** (viz obr. 4). V současnosti je pro skafocefalii často uváděna **incidence 1 na 5 000**. Naše pracoviště v loňském roce diagnostikovalo 17 případů, při natalitě roku 2007 je to 0.8 na 5000, pravděpodobně však dosud ještě všechny vloni narozené skafocefalie neznáme. Mozkovna je v důsledku prema-



Obr. 5: Metopická synostóza (trigonocefalie) - trojúhelníkový tvar frontální kosti. Symetrické vyklenutí parietooccipitální oblasti.



Obr.6: Bilaterální koronární synostóza (patologická brachycefalie, nejčastěji součástí FGFR-kraniosynostóz). Krátká, široká a vysoká mozkovna s oploštělým okcipitem s prominující frontální partií a anteriorním posunem vertexu.

turní obliterace šipového švu velmi úzká, velmi dlouhá, **má zcela charakteristickou prominenci frontální partie** a úzké záhlaví. Velmi častá je „hřebenovitá“ prominence lebky podél obliterovaného šipového švu. Většina skafocelálních kojenců (ve značné převaze chlapci) má zcela normální facies a žádné přidružené anomálie.

**Druhou nejčastější nesyndromovou synostózou je trigonocefalie (metopická synostóza**, viz obr. 5), která vzniká v důsledku prematurní obliterace metopického švu. Jeho zánik znemožňuje růst frontotemporální partie lebky, resp. předního mozku do šířky a vede ke kompenzačnímu růstu mozku a krania laterálně a posteriorně. Obligátním důsledkem je charakteristická **prominence centrální partie čelní kosti a defigurace orbit**, tedy trojúhelníkovitá lebka (viz obr. 5) a **hypotelorismus**.

**Méně časté syndromové kraniosynostózy** většinou představují pro svůj charakteristický fenotyp snazší diagnostickou situaci, navíc je dnes známá i jejich molekulárně genetická podstata (v ČR dostupné vyšetření). **Za relativně častou a zároveň fenotypicky „nejmírnější“ syndromovou kraniosynostózou je dnes označován Muenke syndrom (popsán v roce 1996)**, dle nejnovějších odhadů s výskytem 1 na 30 000. **Je spojen většinou jen s jedno- či oboustrannou synostózou koronárního švu na podkladě mutace genu pro FGFR3**. Může však zahrnovat i postižení sluchu, končetin a intelektu, **s výraznějším vyjádřením u dívek**.

Srovnatelný výskyt (1 na 25 000 živě narozených) má **Crouzonův syndrom (CS)** s autozomálně dominantní dědičností. Přibližně 60% případů CS jsou čerstvé muta-

ce, často sdružené s věkem rodičů nad 35 let. Crouzonův fenotyp vzniká alterací nukleotidů **FGFR2 genu** na desátém chromozomu. Klinickými markery Crouzonova syndromu („**kraniofaciální dysostóza**“) jsou **synostotická brachycefalie, exoftalmus, hypertelorismus, maxilární hypoplazie, zobákovitý nos**, mnohdy i rozštěp patra. Častá je patologie ucha a krční páteře, **pacienti s Crouzonovým syndromem nemají na rozdíl od Apertova syndromu anomálie rukou a nohou**.

Obdobnou genetickou podstatu jako Crouzonův syndrom (**dvě různé mutace genu pro FGFR2**) má **Apertův syndrom (AS)**, označovaný též jako **akrocephalosyndaktylie**. Jedná se o autozomálně dominantní onemocnění s výskytem okolo 1 na 55 000 porodů. Většina případů AS jsou však rovněž čerstvé mutace, nejčastěji paternálního původu. Hlavními znaky tohoto závažného postižení kranialního ale i postkranialního skeletu jsou **synostóza koronárního švu a syndaktylie končetin**. K obligátním znakům patří hyperbrachycefalie, hypertelorismus, stenóza cho-



Obr.7: Terapie helmou - konzervativní řešení posturální (deformační) plagiocelalie

an a mělké orbity/exoftalmus. U některých pacientů s AS nalézáme kardiální a renální anomálie či anomálie CNS vedoucí ke zhoršenému kognici, resp. sníženému intelektu.

#### ■ **Hodnocení kraniosynostóz rentgenem a CT**

Při diagnostice monosynostóz bývá dostačující standardní RTG zobrazení lebky (*anteroposteriorní a laterální projekce*), pro zkušeného klinika je však vyšetřením postradatelným, navíc s mnohdy nejednoznačným výsledkem. Nad běžným RTG lbi tak dnes již převažuje **CT vyšetření**, indikované u všech nejednoznačných kefaloskopických či RTG nálezů. CT navíc zhodnotí možné sdružené strukturální abnormality CNS. **Zobrazovací**

**optimum dnes představuje 3DCT rekonstrukce**, která navíc může pomoci při strategii chirurgického řešení. Šev je důležité hodnotit v celém jeho rozsahu neboť může být zasažena pouze jeho část. Známky kraniosynostózy při zobrazení zahrnují překrývání kostí podél švu (*vytváří imprese či naopak prominence*), sklerózu, vyhlazení či zúžení švu a ztrátu jeho jasnosti.

#### ■ **Chirurgické řešení kraniosynostóz**

Nejnámější a nejrizikovější možnou komplikací sdruženou s nekorigovanou kraniosynostózou je **zvýšení intrakraniálního tlaku - kraniosostenóza**, kterou soudobá přístrojová technika prokazuje i u izolovaných nesyndromových KS. Neřešená KS dále může vytvářet deformace skeletu obličeje: vzniklé asymetrie orbit mohou vést k okulární dystopii a následnému strabismu, při postižení nižších etází skeletu hlavy až k malokluzi. **Cílem chirurgického řešení KS je zvětšení intrakraniálního objemu ale i normalizace tvaru kalvy, tedy současné dosažení klinického a kosmetického přínosu**.

Chirurgické řešení sagitální synostózy je založeno na „strip-kraniektomii“ spojené s razantní remodelací neurokrania. Řešení metopické synostózy znamená zvětšení objemu přední jámy lebky a korekci hypotelorismu. Operace koronární synostózy je spojena s předsunutím nadočnicového skeletu, jímž se dosáhne zvětšení předozadní dimenze krátké lebky.

**Operace KS se nejčastěji provádí do devátého měsíce života, optimálně mezi třetím a šestým měsícem**, vyšší věk je již spojen s vyšším stupněm deformity, pokročilejší osifikací lebky a tedy méně příznivým kosmetickým efektem operace. **Věk při operaci je limitován objemem krevních ztrát - požadavek motolského neurochirurgického pracoviště je dosažení alespoň 5 000 gramů hmotnosti pacienta**. Urgentní řešení je indikováno pouze u pacientů s příznaky nitrolební hypertenze.

V pooperačním období je především pro možné riziko refúze švů **nezbytné dlouhodobé sledování všech operovaných dětí (motolské pracoviště do cca 6 let věku)**. **Optimální přístup k řešení kraniosynostóz představuje multidisciplinární tým (v pojetí motolského pracoviště klinický antropolog, neurochirurg, kraniofaciální chirurg, genetik a pediatr)** a tedy zcela jednoznačně **centralizovaná péče**.

Literatura u autorky.



# Děti se sluchovým postižením jako pacienti dětských praktických lékařů a klienti rané péče

## Dotazníkové šetření mezi pediatry v ČR

**Mgr. Martina Péčová a kolektiv**

Federace rodičů a přátel sluchově postižených, Praha

### Souhrn

**Raná péče pro rodiny dětí se sluchovým postižením je u nás zajišťována prostřednictvím celostátní organizace Federace rodičů a přátel sluchově postižených – Střediskem Tamtam. Je to podle našich vědomostí jediné pracoviště rané péče pro danou skupinu dětí v celé ČR. Má v současnosti celkem 8 odborných poradenských pracovníků (speciální pedagogové, psycholog), kteří z center v Praze a Olomouci dojíždějí do klientských rodin v celé republice. Je definována jako terénní sociální služba určená rodinám s dětmi do věku maximálně 7 let. Při denní praxi si pracovníci kladli otázky, které vyústily v potřebu zjistit data, týkající se počtu a rozložení potenciálních klientů této služby: Jsou dvě centrální pracoviště dostačující? Bylo by efektivnější zřídit pobočky Střediska Tamtam ve všech nebo alespoň ve více krajích? Kolik dětí s postižením sluchu evidují dětské lékaři ve vztahu k počtům našich klientů? Proč je někde klientů více a jinde méně? Změnil by se počet klientů v krajích, pokud by byli o možnosti využití služby všichni informováni?**

Abychom našli odpovědi na své otázky, uskutečnili jsme v roce 2008 rozsáhlé šetření, v rámci kterého jsme požádali pediatry, logopedy a ústavní zařízení pro děti do 3 let v České republice o vyplnění krátkého anonymního dotazníku, uvádějícího aktuální počty dětí s postižením sluchu v jejich péči, a to od narození do 15-ti let. Využili jsme obdobného dotazníku, vytvořeného Střediskem Tamtam Olomouc pro potřeby Krajského úřadu Moravskoslezského kraje. Takováto depistáž zaměřená na konkrétní skupinu uživatelů nebyla zatím u nás provedena.

Při tomto výzkumu jsme sledovali následující cíle:

- 1) Zmapovat počty dětí s postižením sluchu v jednotlivých regionech a následnou potřebnost poradenských a sociálních služeb pro tyto děti a jejich rodiny.
- 2) Poskytnout praktickým lékařům, kteří mají dětské pacienty se sluchovým postižením vědomost o existujících službách, které mohou rodičům nabídnout.
- 3) Poskytnout výsledky jednotlivým krajským úřadům, případně příslušným ministerstvům.

Vycházeli jsme z předpokladu, že úkoly zdravotní a rané péče jsou do jisté míry obdobné a prolínají se, jak je uvedeno v přehledu (kráceno, z publikace Když...Praha 2002, PaedDr. J. Vachulová)

- 1) společný přístup: orientace na kvalitu života, využívání poznatků rodičů, respekt k rodičům,

- 2) dodržování hranice profese
- 2) diagnóza: lékaři-včasně určené diagnózy, etické a srozumitelné sdělení rodičům poradci rané péče-včasně určené zachovalých funkcí dítěte, pozorování projevů dítěte a jeho interakce s rodiči, pomoc rodině v pochopení a přijetí diagnózy
- 3) klient: lékaři-pacient-dítě poradci RP-rodina
- 4) principy práce: lékaři-zdravotní stav dítěte, práce ve zdravotnickém zařízení poradci RP-potřeby rodiny, práce v přirozeném prostředí (doma)
- 5) prevence druhotného postižení: lékaři-znalost zdravotních rizik, informovanost o návazných nezdravotnických službách poradci RP-stimulace dítěte, motivace rodičů, spolupráce s lékaři
- 6) cíle: lékaři-zlepšení, stabilizace zdravotního stavu poradci RP-minimalizace důsledků postižení na život dítěte a rodiny
- 7) ovlivňování vývoje dítěte: lékaři-léčba dítěte, terapie a zácvk, sledování stavu dítěte, předpis rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, léků poradci RP-podpora vývoje dítěte-stimulace, terapie, podpora rodiny-informace, poradenství, pomoc při výběru dalších služeb a předškolního zařízení.

Celkem bylo zasláno 2 273 dopisů, doručeno bylo 2 211 dotazníků, z nichž se vrátilo vyplněných

zpět 711, tedy 32,3%. Nejméně odpovědi zaslali lékaři z Moravskoslezského (24%) a Karlovarského (25,7%) kraje, nejvíce z kraje Pardubického (40%) a Vysočina 42,3%. Odpovědi přišly i od 81 pediatriů, tedy 11,4%, kteří aktuálně žádné pacienty se sluchovým postižením nemají.

Dále byl zaslán dopis na 372 pracovišť klinických logopedů (celkem 101 odpovědí) a do 36 dětských kojeneckých ústavů, ze kterých přišlo celkem 12 odpovědí.

Někteří odborníci připojili k dotazníku osobní dopis nebo telefonovali. Zajímali se zejména o včasnost vyšetření sluchu v dětském věku, poskytnutí více informací rodičům a lepší způsob komunikace s neslyšícími rodiči.

### ■ Získaná data o počtech dětí se sluchovým postižením:

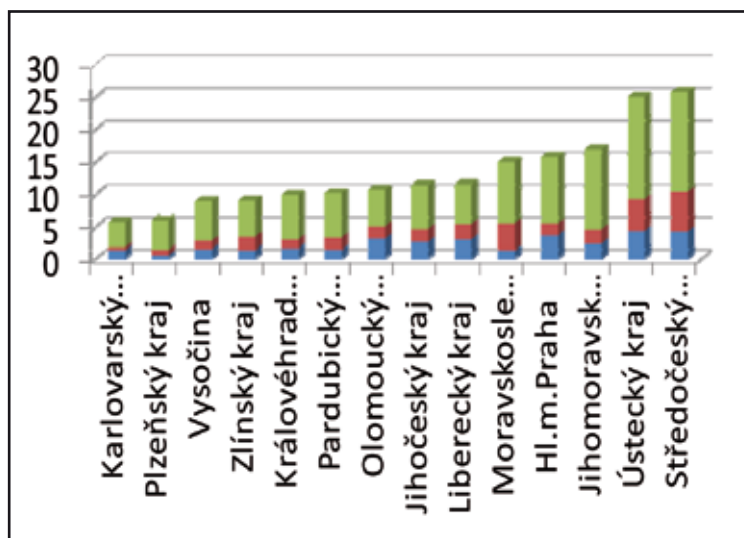
**Počet všech dětí s postižením, z nichž jedno je sluchové** (tedy společně děti sluchově postižené -SP, duálně dvou smyslů -DU a kombinované -KO ve věku 0 - 15 let: 1 816.

Z toho děti s SP: 1353  
dětí s DU: 176  
dětí s KO: 287

### Počty dětí podle věku:

Děti od 0 do 3 let celkem: 319  
Z toho děti s SP: 217  
dětí s DU: 33  
dětí s KO: 69





Tabulka č.1: Rozložení dětí v jednotlivých věkových kategoriích (0-3, 3-7, 7-15) v rámci krajů České republiky. Údaje jsou uvedeny v desítkách.

Děti od 3 do 7 let celkem: 337

Z toho děti s SP: 258

děti s DU: 24

děti s KO: 55

Děti od 7 do 15 let celkem: 1160

Z toho děti s SP: 878

děti s DU: 119

děti s KO: 163

V kojeneckých ústavech bylo celkem 18 dětí se sluchovým postižením, z nichž 4 měly duální a 4 kombinovanou vadu.

### ■ Údaje o dětech se sluchovým postižením v jednotlivých krajích:

Karlovarský kraj: 57 dětí s postižením sluchu do 15 let, z toho 18 do 7 let.

Plzeňský kraj: 60 dětí s postižením sluchu do 15 let, z toho 14 do 7 let.

Vysočina: 89 dětí s postižením sluchu do 15 let, z toho 28 do 7 let.

Zlínský kraj: 90 dětí s postižením sluchu do 15 let, z toho 34 do 7 let.

Královéhradecký kraj: 99 dětí s postižením sluchu do 15 let, z toho 30 do 7 let.

Pardubický kraj: 101 dětí s postižením sluchu do 15 let, z toho 33 do 7 let.

Olomouckém kraji: 107 dětí s postižením sluchu do 15 let, z toho 49 do 7 let.

Jihočeský kraj: 114 dětí s postižením sluchu do 15 let, z toho 46 do 7 let.

Liberecký kraj: 115 dětí s postižením sluchu do 15 let, z toho 54 do 7 let.

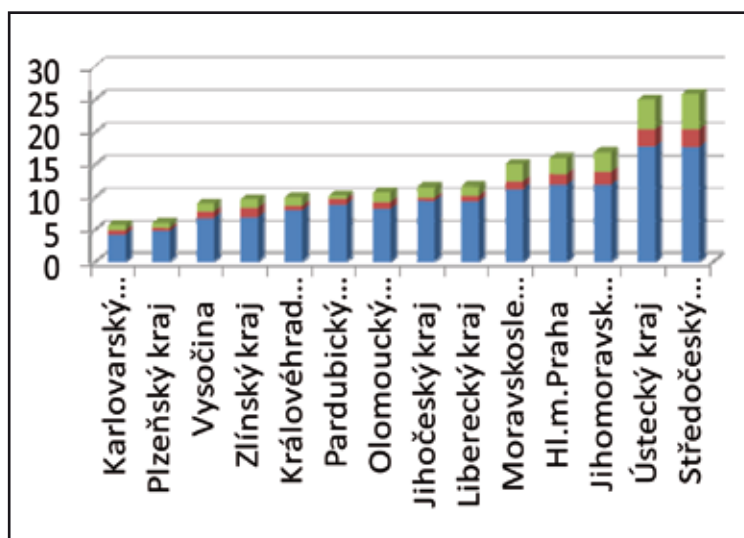
Moravskoslezský kraj: 150 dětí s postižením sluchu, z toho 55 do 7 let.

Hlavní město Praha: 158 dětí s postižením sluchu do 15 let, z toho 55 do 7 let.

Jihomoravský kraj: 168 dětí s postižením sluchu do 15 let, z toho 45 do 7 let.

Ústecký kraj: 250 dětí s postižením sluchu do 15 let, z toho 92 do 7 let.

Středočeský kraj: 258 dětí s postižením sluchu do 15 let, z toho 103 do 7 let.



Tabulka č.2: Počty dětí v krajích podle typu postižení (v pořadí sluchové, duální a kombinované).

Výrazně menší počty dětí v nejnížší věkové kategorii do 3 let jsou způsobené pravděpodobně pozdějším odhalováním méně závažných sluchových vad. Počet dětí nejnížších věkových kategorií „pouze“ s vadou sluchu může v příštím období narůst v souvislosti s celoplošným screeningem.

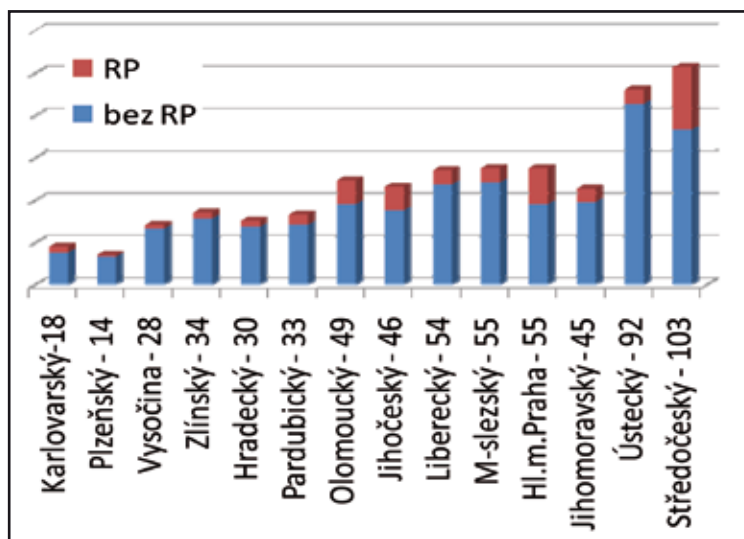
Z výzkumných údajů dále vyplynulo, že ve věkové skupině 0 – 7, která je primárním uživatelem sociálních služeb rané péče, je v České republice 656, tedy 37% z celkového počtu dětí se sluchovým postižením. Tuto službu využívá v současné době celkem 113 rodin, tedy 17,2% možných příjemců. Rozložení uživatelů v krajích, jak uvádí poslední tabulka, nekorresponduje s počty dětí sluchovým postižením.

### ■ Závěr

Celkový počet možných sluchově postižených uživatelů služeb rané péče odpovídá kapacitně existenci dvou odborných pracovišť – pro klienty z Čech a z Moravy.

Rozložení uživatelů v krajích nekorresponduje s počty dětí sluchovým postižením a závisí zejména na informovanosti o existenci služby jako takové a jednak na alternativním zařízení pro děti s SP v kraji, zpravidla však školského typu a bez možnosti terénního charakteru.

Výrazně menší počty dětí v nejnížší věkové kategorii do 3 let jsou způsobené pravděpodobně pozdním odhalováním sluchových vad.



Tabulka č. 3: Klienti služeb rané péče – rodiny s dětmi do 7 let



## UNIKÁTNÍ DOPLŇKY STRAVY PRO DĚTI - NOVINKA NA TRHU!

**Přírodní doplňky stravy australské výroby vyvinuté speciálně pro děti:**



- **KIDS MULTI** – poskytuje vyváženou kombinaci potřebných minerálních látek, vitamínů a stopových prvků, které napomáhají zdravému růstu a vývoji dětí.
- **KIDS SMART OMEGA 3** - doplňuje nedostatečný příjem Omega-3 nenasycených mastných kyselin EPA a DHA a podporuje tak zdravý vývoj dětského mozku, schopnost učení a koncentrace, rozvoj imunitního systému a celkovou vitalitu dětí.
- **KIDS CALCIUM** – poskytuje organismu dostatečné množství vápníku, který příznivě ovlivňuje kvalitu kostí, zubů a tvorbu kostní hmoty

**Přípravky jsou ve formě chutných žvýkacích kapslí v různých ovocných příchutích.**

Výhradní dovozce: Herbita s.r.o., K Sádkám 158, Praha 5, Tel: 257940460

**K dostání v lékárnách. Více na [www.alfalekarna.cz](http://www.alfalekarna.cz)**

## BARVOCITOVÉ TABULKY

podle původního německého originálu

- pro praktické lékaře pro dospělé
- pro praktické lékaře pro děti a dorost
- pro oční lékaře a ostatní zájemce

Nakladatelství Aventinum se ujalo velmi záslužného úkolu a vydalo "Tabulky k vyšetření barvocitu". Oftalmologové, praktičtí lékaři i kolegové z jiných oborů se většinou setkávají s věkovitými německými vydáními, jejichž desky jsou těsně před rozpadnutím a o jejichž barvách se dá s úspěchem pochybovat. Vždy se najde někdo, kdo chrání jako oko v hlavě český překlad základní diferenciální diagnostiky a předává ho z generace na generaci.

Nyní tedy máme možnost získat novou českou verzi. Originální podklady pro tisk barevných tabulek dodalo německé vydavatelství, které má zkušenosti s 29 předchozími vydáními. To je podle mne dobrý předpoklad odpovídající barevnosti a tím spolehlivému vyšetření.

V krátkém úvodu k tabulkám nalezneme stručný přehled poruch barvocitu a jejich diferenciální diagnostiku založenou na chybném čtení určitých tabulek, standardní postup vyšetření a nejčastější chyby, které mohou narušit jeho objektivitu.

Dvě krátké kapitoly jsou věnovány diferenciální diagnostice simulace a disimulace a sporným případům včetně doporučení, kdy je vhodné odeslat pacienta ke specializovanému vyšetření. Úvod je doplněn přehledem správné interpretace znaků. Tabulky slouží k rychlému orientačnímu vyšetření, které v praxi v naprosté většině případů dostačuje.

Dodržení pokynů uvedených v přehledném osmistránkovém úvodu umožňuje provést jednoduše a s vysokou spolehlivostí vyšetření barvocitu nejen oftalmologům, praktickým lékařům, zdravotním sestřám, ale i odborníkům z jiných oblastí.

Doufám, že Aventinum neskončí u prvního vydání, protože v civilizovaných zemích bývá dobrým zvykem tabulky pravidelně obnovovat.

MUDr. Jiří Cendelín, CSc.

Zájemci, obraťte se  
na adresu časopisu  
VOX PEDIATRIAE

Obálku označte heslem „Tabulky“.

**cena: 480 Kč**  
+ DPH, poštovné a balné



## Kazuistika: Neobvyklý typ diabetu

MUDr. Pavel Skála

Praktický lékař pro děti a dorost a endokrinolog, Buštěhrad

### Souhrn

**Rozvojem molekulární genetiky se postupně rozšiřuje obzor v oblasti diagnostiky nemocí podmíněných poruchou mitochondriální DNA. Mitochondrie mají hlavní úlohu v tvorbě ATP, glykolýze, produkci tepla, syntéze steroidů, v Krebsově cyklu, v neposlední řadě pak v řízené buněčné smrti-apoptoze. Mitochondriální DNA (mtDNA) je označení pro DNA, která se nachází v mitochondriích a tvoří tak součást mimojaderné genetické informace. (Tato skutečnost je známa mnohem později, kdy do doby objevu se v genetice předpokládala role dědičnosti pouze v jaderné DNA. Mitochondriální DNA je zpravidla kruhová a podobá se prokaryontnímu nukleotidu. Mitochondriální DNA tedy představuje doklad předpokladu, že mitochondrie vznikly pohlcením, resp. ochočením určitých proteobakterií - rod příbuzný rodu rickettsia.)**

#### ■ DIDMOAD - neobvyklý typ diabetu u mladé dívky

**RA:** babička měla diabetes 2. typu, matka a sestra zdravý, otec měl jaterní lezi a zemřel před 2 lety (v r. 2006) v 52 letech na nejasné kardiální onemocnění

**OA:** pacientka narozená v r. 1980 je z 1. nekomplikované gravidity v termínu spont. porod P.H. 2850 g. 49 cm nekříšena Apg. skóre 9,9,9 kojena 1 měsíc, PSM vývoj v mezích. Očkována normálně. Podstoupila AT pro opakované otitidy, ale nemocnost vcelku malá. Prodělala parotitidu, varicelu a rubeolu.

**NO:** V r. 1986 při 6 leté preventivní prohlídce **zjištěn cukr** v moči, **polyurie** a přetrvávající **primární enureza** a jako **diabetes mell.** (vstupní glykemie 10... 12...17,9 mmol/l) hospitalizována na dětském odd. v Kladně, poté přeložena na DK v Praze Motole, odkud předána na inzulínoterapii ve dvou kombinovaných dávkách denně do dětské diaporadny v Kladně.

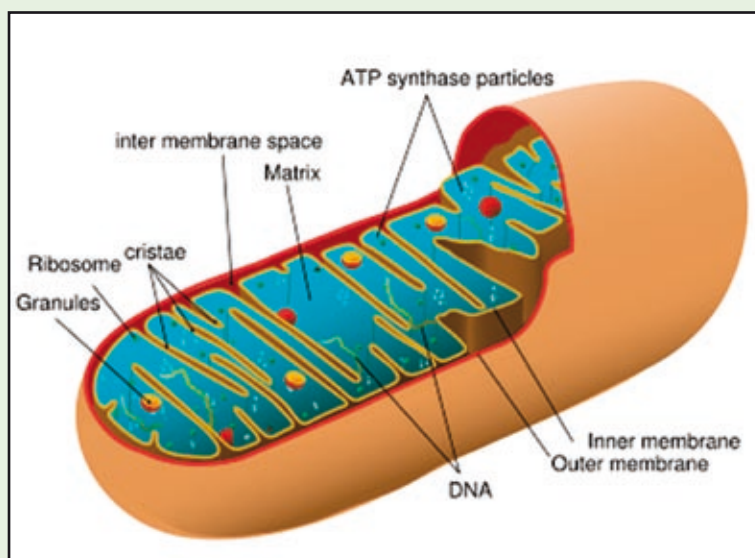
Kompenzace cukrovky se celkem dařila dlouhodobě na 2 denních dávkách inzulínu **při dobrých glykemických profilech** a glykovaných parametrech. Teprve po 4 letech trvání curovky přešla na 3 denní injekce při poměrně dobrých glykemických profilech s občasnými výkyvy (opakovaně prodělala těžší hypoglykemie pro které byla 2x hospitalisována.) Glykosylovaný protein 1,1-

1,6mmol/l MAU byla v normě, HBA1C 6-8 proc.

Pro **přetrvávající enurezu** během dobré kompenzace byla dívka sledována v nefrologické poradně, kde zjištěn **VU reflux 2-3 st.** Pacientka začala být m.j. sledována i na

**drom.** Pacientka byla podrobena komplexnímu vyšetření včetně metabolického skríníngu (CT a MR mozku byl norm. nález), v jednu chvíli se zvažoval souběh autoimunity v podobě demyelinizačního onemocnění. V roce 1994 v 7. roce trvání diabetu byla

pacientka vyšetřena na dětské neurologické klinice se závěrem **parciální atrofie zrakového nervu oboustranně, diabetes mellitus I. typu** a výrazné **neurotické rysy.** Neprokázána porucha v oblasti metabolických vad. V následném roce se významně zhoršilo domácí zázemí dívky. Začala podvádět, falšovala glykemické profily, detektivním způsobem jsme zjistili, že si od různých specialistů a PLDD shání Adiuretin, který nadužívá (až 4 lahvičky měsíčně). V osobním kontaktu na základě neadekvátních odpovědí jsme zjistili odezírání a potvrdili **zhoršení**



urologické klinice a dostala vzhledem k perzistující enureze mimo jiné léky i **Adiuretin gtt**, po kterých se stav enurezy zlepšil. Nález **neurologický byl dlouhodobě normální.**

V rámci **očního** preventivního sledování byl v r. 1990 popsán na očním pozadí **nález světlejších papil** s hrubou strukturou pigmentu. Nález nesouvisel ani nebyl připisován poměrně dobře kompenzované cukrovce. Při následných kontrolách byl nález na očním pozadí klasifikován jako **parciální atrofie papil očního nervu bilaterálně.** Neurologicky byl pak popisován **frustrní hypotonický syn-**

**sluchu.** Neustále docházelo ke konfliktům s matkou, zhoršení psychiky vystupňovala zpráva o uvěznění otce v zahraničí. Pro **podezření na poruchu mitochondriální DNA** byly pacientka odeslána na klinické pracoviště. Vyšetřením **svalové biopsie** byla potvrzena **snížená aktivita komplexu II a III respiračního řetězce**, a **aktivita cytochromoxidazy byla hraniční.** Případ byl uzavřen jako generalizovaná **porucha mitochondriálního energetického metabolismu na enzymatické úrovni.**

V tu chvíli jsme již konstatovali **defini-**





**ivní diagnózu: Wolframův syndrom** zvaný též **DIDMOAD** (**D**iabetes **M**ellitus, **D**iabetes **I**nsipidus, **O**ptic **A**trophy, **D**eafness (hluchota)

#### Diferenciální diagnostika diabetu:

**Diabetes mellitus:** definice: jde o metabolické onemocnění charakteristické dlouhodobou hyperglykemií v důsledku poruchy tvorby, nebo účinku inzulínu, nebo kombinací obou faktorů. Jde o soubor onemocnění s různou příčinou, ale podobným průběhem.

#### Přehled typů DM:

**Diabetes 2. typu** (tzv. senilní) je zaznamenán velký nárůst a postup do nižších věkových skupin, podkladem je pokles citlivosti na inzulín (polygenní dědičnost) epidemie výskytu: hlavně je patný nárůst v USA, ale i Indii.

**Diabetes 1. typu** (tzv. juvenilní) je na autoimunním podkladě, manifestuje se však i u starších- LADA (polygenní dědičnost) Charakteristická je pozitivita protilátek A-GAD, A-IA2, a-ICA

**MODY** známo již více než 9 typů, jde o monogenní dědičnost-vertikální přenos z generace na generaci molekul. genetickým vyšetřením lze diferencovat jednotlivé typy. V podstatě jde o dvě hlavní skupiny:

Porucha transkripčních faktorů: MODY 1,3,4,5,6 některé s progresivním rozvojem

Glukokinázový diabetes: zastoupený typem MODY 2 (20-70% všech MODY) nejčastější a benigní.

**Gestační diabetes** (tranzitorní porucha, většinou jde o subklinickou formu DM 2. typu.

**Neonatální diabetes** (monogenně dědičný), manifestuje se kolem 6 měs. života. Známá je forma permanentní a tranzitorní.

**Diabetes jako součást některých syndromů**

**Diabetes na podkladě poruchy mtDNA** DIDMOAD-Wolframův sy.

Charakteristika Wolframova syndromu: V roce 1938 Wolfram popsal 4 sourozence s diabetem mellitem a oční atrofií (1. publikace Wolfram DJ, Wagner HP. Diabetes and simple optic atrophy among siblings: report of four cases. Mayo Clinic Proc. 1938 715-718)

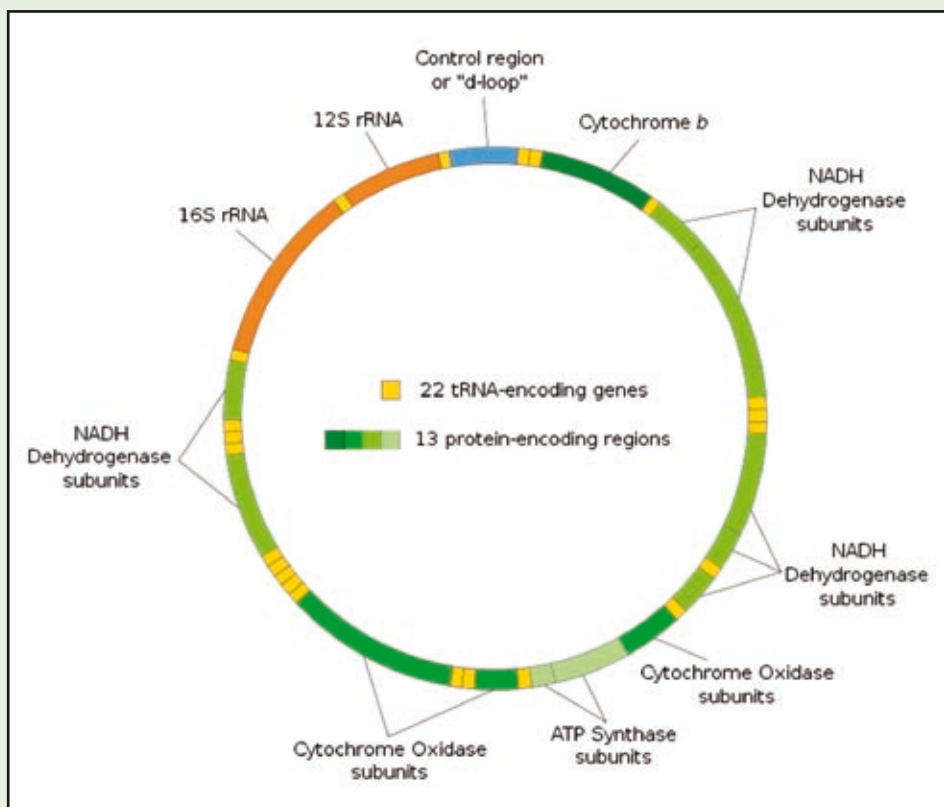
#### Známé pořadí manifestace:

**Diabetes mellitus**, se manifestuje kolem 6. roku věku. (6-10 r.)

**Oční Atrofie** se manifestuje kolem 11. roku

**Diabetes Insipidus** se manifestuje v průběhu 2. dekády života

Sensorineurální hluchota (**Deafness**) se manifestuje v průběhu 2. dekády.



(Diferenciálně diagnosticky, stejně jako u MODY diabetu jsou **protilátky** proti antigenům Langerhansových ostrůvků, anti-GAD, anti-IA2, ICA vždy **negativní**.)

#### Asociované nálezy:

Hydronefroza a atonie močového měchýře, cerebellární ataxie, myoclonus gastrointestinální dysmotilita, deprese, psychiatrické poruchy, anosmie. Téměř ve 25% případů postižených WS jsou registrovány suicidální pokusy.

Průměrný věk dožití je 30-35 let. Příčina úmrtí bývá nejčastěji centrální respirační postižení v důsledku mozkové atrofie, nebo komplikací z močového traktu.

**Výskyt Wolframova syndromu v populaci je odhadován ve velkém rozpětí.**

**USA 1:100 tis. až 2,5 mil.**

**GB 1:770 000**

**Střední Evropa 1:750 000**

**Libanon Turecko 1:68 000 (velký podíl konsanguinít)**

**Některé zdroje uvádějí výskyt poruchy v populaci diabetiků I. typu až 1:175.**

**Prenatální diagnostika a fertilita:** Při **snížené fertilitě** je popsána **úspěšná gravidita** a porod.

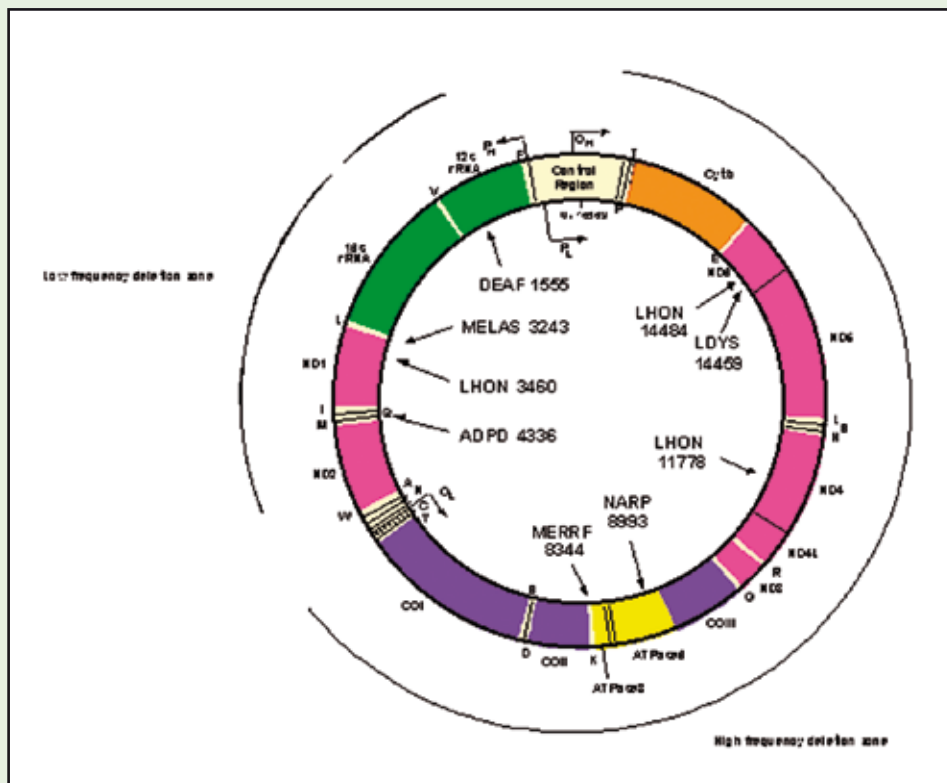
První zpráva o lidské chorobě vznikající v důsledku narušené energetické aktivity mito-

chondrií byla zveřejněna v r. 1962 Sekvence genu Wolframova syndromu byla popsána v r. 1998.

Jsou popsány případy prenatální diagnostiky a analýzy WFSI genu. **Pro prenatální diagnostiku lze určit zastoupení mutované mtDNA v choriových klíčích, nebo amniových buňkách.** Protože rozložení abnormální mt. DNA je nejisté, pro prenatální diagnostiku je důležitější enzymatické **měření aktivit respiračních enzymů v kultivovaných amniocytech nebo choriových buňkách.** Wolframův syndrom je způsobený defektem jak mitochondriální DNA (různé delece), tak i defektem v jaderné DNA (krátké raménko 4. chromozomu)

**Prognóza onemocnění a terapeutické možnosti**

- **Obecně je prognóza onemocnění velmi špatná**
- **Léčba diabetu závislého na inzulínu je odvislá od compliance pacienta**
- **Stav zlepšuje snaha o udržení co nejlepší kompenzace cukrovky**
- **Oční sledování, péče o diabetické změny na OP venoprotektiva, laserové zásahy, péče o oční čočku**
- **Neurologické sledování a protektivní preparáty**
- **Zajištění zlepšení sluchu sluchadly**
- **Psychiatrická dispenzarizace, antidepressiva**



- Léčba diabetu insipidu desmopresinem (Minirin, Minirin Malt tbl, Mellipramin.)
- Antioxidanty, vitaminy, význam mají Thiamin, Kardioprotektin, Gingium.
- Nutná je kožní, resp. podologická péče.
- Socioekonomická pomoc (hluchoslepota)
- Antikoncepce, případně prekoncepční, prokoncepční a perinatální vč. genetické péče.

**Dědičnost mitochondriálních chorob:** Mitochondriální DNA je maternálně dědičná a její mutace jsou přenášeny prostřednictvím vajíčka matky. Spermie nemají cytoplasmu a ani mitochondrie (nebo je mitochondrií jen málo a jsou potlačeny maternálními)! Během dělení buněk jsou mitochondrie maternálního původu náhodně rozděleny do dceřinných buněk. (často je choroba komplikována mutacemi jaderného genomu, takže výsledný syndrom je kombinace poruch složek jaderného a mitochondriálního genomu.)

Naprostá většina mitochondriálních proteinů je kodována v jádře buňky a tyto sem musí být přeneseny z místa vzniku v cytosolu.

**Heteroplasmie:** jsou-li v mateřských buňkách přítomny molekuly normální i mutantní mtDNA.

**Homoplasmie:** je stav, kdy buňky obdrží

jen pouze normální mitochondrie či jen pouze mutované.

**Tíže a variabilita postižení:** Tíže mitochondriálních chorob závisí na počtu postižených mitochondrií. Čím vyšší je procento buněk s mutací mitochondriálního genomu, tím je nižší i tvorba ATP a rozsáhlejší klinické postižení.

(Symptomy se často objevují až v pozdějším věku, kdy se postupně nahromadí další mutace.)

V podstatě jde o **dysfunkci dýchacího řetězce** - oxidativní fosforylaci, dochází k nedostatečnému odbourávání kyslíkových radikálů vznikajících v průběhu oxidačního procesu v buňce. **Tento děj je podkladem mitochondriální koncepce stárnutí.**

**Neurologické příznaky mitochondriálních chorob:** Obrna okohybných svalů, mozková mrtvice u mladých, křeče, poškození zrakového nervu, svalové poškození, únavy, ataxie, periferní neuropatie, kalcifikace bazálních ganglií, projevy poškození jiných orgánů, porucha vedení srdečního vzruchu, kardiomyopatie, diabetes mellitus, šedý zákal, laktátová acidoza, poškození ledvinových glomerulů, postižení sluchu, postižení slinivky břišní, intestinální pseudoobstrukce, epizodické zvracení, pancytopenie a deprese.

## ■ Přehled lidských mitochondriálních nemocí

- **CEOP** chronická externí oftalmoplegie paralýza okohyb. svalů, později na DK, mikroskopicky potrháná sval. vlákna
- **KSS** Kearnov - Sayrov syndrom. Malá postava + oční nález: retinitis pigmentosa, ataxie, hluchota, demence
- **LHON** Leberova dědičná optická neuropatie centrální skotom. slepota, porucha barevného vidění, srdeční dysrytmie (dominance buněčného jádra nad mitochondriemi - proto jsou více postiženi muži)
- Leighův sy. Progresivní ztráta motorických schopností, degenerace bazálních ganglií.
- **MELAS** Mitochondrial Encephalopatie Lakt. Acidoza Stroke like sy. u dětí je typický malý vzrůst, laktátová acidoza, poškození mozku, časté bývají křeče.
- **MMC** Maternálně dědičná Myopatie a Kardiomyopatie
- **MERRF** Myoklonická Epilepsie s „potrhanými svalovými vlákny“ mikroskopicky
- **NARP** Neurogení svalová ochablost s Ataxií a Retinitis Pigmentoza neuromyopatie, degenerace retinálního neuroepitelu a atrofie zrakového nervu.
- **Pearsonův sy.** pancytopenie, porucha zev. funkce pankreatu, typické jsou prstenčité sideroblasty v kostní dřeni.
- **ADMIMY** Autosomal Dominant Inherited Mitochondrial MYopathy

**Získané poruchy mitochondriálního genomu:** Postupné hromadění mutací mitochondriálního genomu s následnou poruchou funkce mitochondrií bylo označeno za jednu z možných příčin Alzheimerovy a Parkinsonovy choroby.

**Mitochondrie a AIDS:** antivirové prostředky (substráty virové DNA polymerázy či transkriptázy) počítalo se pouze se zabudováním do jaderné DNA. mtDNA nebyla brána v úvahu (po Zidovudině byly popisovány těžké myopatie) (Lamivudin není toxický).

**Mitochondriální hepatitida FIALURIDIN** lék na chronickou hepatitidu B - byla zaznamenána četná úmrtí, a nutné transplantace jater.

**Ten Years later** (pacientka již v péči PL a diabetologa pro dospělý)

29. letá dívka těžce invalidní. Bydlí spolu s matkou a jejím druhem v malém bytě v denním konfliktu. Matka má zájem dívku umístit proti její vůli do ústavu. V osobním kontaktu



komunikuje částečně adekvátně. Vychází ven a je svým okolím vnímána jako feťačka. Je neadekvátně zmalovaná makeupem, bývá podivně oblečená. Okolí neví, že je téměř hluchoslepá. Ataxie je vnímána jako vliv drog či alkoholu. V komunikaci je dívka naivní, dětinská a milá.

Visus je silně omezen - vidí jen obrysy, někdy jen světlo a tmou. Má zbytky sluchu, používá trvale sluchadlo.

Matka jí aplikuje 5 x denně inzulín: Actrapid Hm: Ve 3 h ráno 7j, před snídaní 12j, před obědem 12 j, před večeří 12j, na noc Insulatard 16 j. Glykemie jsou s občasnými výkyvy. Poslední hodnota glykovaného hemoglobinu byla 5,2 %. Nedostává se, nebo jen nepravidelně chodí na kontroly. Opakovaně pro těžké hypoglykemie bývá hospitalizována nemocnost je však malá. Sledována je jen nepravidelně v odborných ambulancích.

**Předkládám výsledky jednotlivých vyšetření k posouzení zdravotního stavu 29 leté dívky:**

- **Retinopatia diabetica proliferativa oc.utr.** (stp FAG s laser. koagul.)
  - **Atrophia papillae n.II.oc.utr.** (zhoršení v posledních 3 letech) (11.08)
  - **Cataracta secund.oc.sin.** Stp. implantaci čočky.
  - **Těžký polyneuropatický syndrom DK.** Syndrom zadních provazců míšních gravis. ataxia na DK i HK.
  - **Sensorineurální porucha sluchu bil,** výrazné zhoršení více vlevo.
  - **Chron. tinnitus aurium bilat**
  - **Imperativní mikce, inkontinence urinae,** málo dependentní na ADH
  - **Peroneální parapareza, instabilita s poruchou polohocitu, pohybcitu.**
  - **Areflexie L2-S2 bil,** zkrácená ladička od kolen distálně.
  - **Ulcerace na prstech DK**
  - **EMG (9.06) m. tib. dx zachyceny denervace.**
- Závěr: těžká smíšená axonálně demyelinizační senzická neuropatie DK.**
- **MR (05) drobná ložiska zvýšeného signálu na rozhraní šedé a bílé hmoty nejas. etiol.**

- 2006 **Poražena autem kontuze PDK,** zhoršení neurol. nálezu na PDK
- 4/2007 oční klinika 1.LF UK Praha **operace OL ...endolaser, exokrinokoagulace....** Na OP výrazné **sklerotické změny, flebopatie.** OL: Nad horní temporální arkádou plošná **fibroproliferativní membrána,** která je také v dolním kvadrantu.
- V temp. dolní periferii **okludovaná céva.** nasálně od papily drobná **periferní hemoragie** a výrazné **sklerotické změny.**

bí ve všech citlivých tkáních jejich menší odolnost vůči oxidačnímu stresu. Kromě absolutního nedostatku inzulínu při jeho plné substituci lze předpokládat větší vulnabilitu i poruchu tkáňové citlivosti. To navíc při špatné kontrole diabetu stav zhoršuje. Je všeobecně známo, že stav očního pozadí ukazuje často obecně celkový stav cév a tkání a tím i celkový zdravotní stav pacienta.

Jak bylo již uvedeno, prognoza onemocnění je špatná, paliativní úlevová léčba, použití antioxidantů a snaha o zlepšení kompenzace cukrovky dávají naději na jen trochu lepší délku přežití.

**Diagnóza pacientky byla původně stanovena na enzymatické úrovni (svalová biopsie).** Podařilo se mi získat kontakt na molekulárně genetické pracoviště ve SRN, (**prof. Dr. Julia Rohayem** - Universitäts - Klinikum Carl Gustav Carus, Klinik für Kinder und Jugendmedizin Dresden) kam byl odeslán materiál k potvrzení definitivní diagnózy.

**Výsledek molekulárně genetického vyšetření ze 3.2.2009: Homozygotní mutace byla nalezena v exonu 8. genu WFS 1 (c.1096C T) Mutace je výsledkem záměny glutathionu u jednoho stop-kodonu, který determinuje proteosyntezu: pGln366X. Tato mutace je vlastní příčinou onemocnění Wolframovým syndromem.**

**Děkuji tímto paní profesorce Julii Rohayem za laskavost a vstřícnost při dovyšetření a potvrzení konečné diagnózy.**

## IMUNITA • TRÁVENÍ



**Swiss**

Natural Sources®

**LAKTOBACÍLKY™**

malé cucací pastilky s výbornou přírodní třešňovou chutí pro mlsné dětské jazyčky  
doplňek stravy



- pro rekonvalescenci po antibiotické léčbě**
- při zvýšeném riziku průjmů vyvolaných rotaviry a cestovních průjmů**
- pro posílení imunity**
- vhodné pro alergiky**
- při potížích dýchacích cest**

- 3 kmeny, 1 miliarda aktivních buněk
- použita **mikroenkapsulace** - záruka maximálního prostupu živých organismů do střeva



**LAKTOBACÍLKY**  
probiotikum pro děti

Více info: tel. 241 430 910 • [www.swissherbal.cz](http://www.swissherbal.cz)

• **Psychologické vyš:** IQ: 67 = lehká debilita, mnestické schopnosti mají kvality těžkého defektu s výraznými organickými znaky. Celkově hodnoceno jako organické poškození CNS rázu těžké poruchy.

**Závěr:**

Případ těžce postižené pacientky otevřený po 10 letech potvrzuje rychlou progresi onemocnění, což odpovídá i literatuře. Kromě základní poruchy je zde akcelerován navíc progresivní rozvoj tzv. pozdních diabetických komplikací. Snížená regenerační schopnosti, dané poruchou mitochondriální DNA půso-

*P.S. Poruchy mitochondriální DNA jsou velmi vzdálené Mendelovské genetice a jejím zákonům, často i povědomí lékařů. Barevná symptomatologie a variabilita nálezů může vytvářet zmíněné obrazy a pomýšlí-li PL na souvislosti mezi jednotlivými nálezy, může být na stopě některému z výše popsaných syndromů. Je pravděpodobné, že tyto poruchy (od lehkých až po těžké) jsou v populaci zastoupeny mnohem více, než je zatím diagnostikováno. Věřím že tyto informace přispějí ke zlepšení diagnostiky těchto onemocnění.*





# Ěčka: naši zabijáci, nebo přátelé

Barbora Minksová

## Souhrn

**Ěčka. Slovo, kterého se většina lidí bojí. A často mají důvod - vyskytují se nejen v potravinách, ale i v lécích. Některá mohou vyvolat alergie. Jiná jsou však zdravá zcela neškodná.**

To, že potraviny obsahují takzvaná ěčka, vědí asi všichni. Ne každý si ale uvědomuje, že bývají i součástí léků. Některá z nich přitom prokazatelně způsobují zdravotní potíže, nejčastěji v podobě alergií.

Jednou takovou látkou je i žluté syntetické azobarvivo E110, často uváděné jako oranžová žluť. Je například součástí sirupu proti alergii Aerius, antihistaminika třetí generace. „Naše dcera tento přípravek užívala. Alergické projevy v podobě kopřivky se ale nelepšily. Zjistil jsem, že lék obsahuje žluť, a šel se na to zeptat lékařky, která medikament předepsala.

Samotnou ji to překvapilo a okamžitě dceři předepsala jiný lék, po kterém alergické projevy postupně zcela vymizely,“ říká Petr Dvořák z Prahy. Barvivo E110 je přitom nejčastěji jmenovanou látkou v diskusích o nežádoucích účincích syntetických barviv na lidské zdraví. Je prokázáno, že může zvláště u pacientů alergických na kyselinu acetylsalicylovou způsobovat alergické reakce v podobě kopřivky nebo třeba otoků. Může být i příčinou záchvatu průduškového

astmatu. Diskutuje se také o tom, že u citlivých osob může vyvolat migrény či způsobit rozmazané vidění. Látka bývá také spojována s dětskou hyperaktivitou.

### Lék na alergie s alergenem? To není vyloučené

Přestože žluť tedy může prokazatelně alergické projevy naopak vyvolat, výrobce se tím, že je součástí léků pro alergiky, nijak neproviňuje. Ěčko 110, stejně jako i další pomocné látky, u kterých byl prokázán možný negativní vliv na zdraví, může být podle Evropské komise součástí léčivých přípravků.

„Musí být ale uvedeny na obalech a v příbalovém letáku se musí objevit upozornění pro pacienty,“ informuje Veronika Petláková ze Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Tuto podmínku výrobce splňuje. Součástí příbalového letáku je nejen složení léku, ale i upozornění: Neužívejte Aerius, jestliže jste alergický/á (přecitlivělý/á) na desloratadin, loratadin nebo na kteroukoli další složku přípravku Aerius, zvláště na barvivo oranžovou žluť E110.

„Podle mých zkušeností mohu říci, že lidé sirup Aerius velmi dobře snášejí, a s tím, že by vyvolal alergickou reakci, jsem se zatím nesešel,“ říká alergolog Petr Čáp z Nemocnice Na Homolce.

Navíc lidé alergičtí na barvivo E110 mohou užívat jinou formu přípravku Aerius, například roztok. Oranžovou žluť obsahuje totiž pouze sirup. Proč se vlastně barviva do léků přidávají? „Obecně se barviva používají jako farmaceutické pomocné látky umožňující esteticky zlepšovat vzhled léčivých přípravků, a tím i jejich psychologický účinek. Dále také například k možnosti rozlišení síly, tedy množství účinné látky v jednotlivých léčivých přípravcích,“ vysvětluje Veronika Petláková.

Oranžová žluť E110 se nevyskytuje jen v lécích, ale rovněž v potravinách, často například v oranžově zbarvených limonádách, které bývají oblíbené mezi dětmi. Kromě ní však existuje i celá řada dalších ěček, která mají prokazatelně negativní vliv na zdraví a mohou být součástí jak potravin, tak léků.

Mezi takové látky patří například náhradní sladidlo aspartam (E 951), který je zdrojem fenylalaninu. Ten představuje riziko pro nemocné fenylketonurií, dědičným metabolickým onemocněním způsobeným mutacemi v genu pro enzym fenylalaninhydroxylázu. V lidském těle z něj také částečně vzniká dioxopiperazin, o kterém se uvažuje jako o potenciálně karcinogenním. Přesto ale platí, že přiměřená konzumace aspartamu není pro zdravého člověka riziková.

Další látky, které se mohou vyskytovat jak v léčivých přípravcích, tak i v potravinách, jsou butylhydroxyanisol a butylhydroxytoluen, tedy ěčka 320 a 321. Tyto látky dráždí kůži a jsou popsány případy výskytu kopřivky. Dále mohou prokazatelně dráždit oči a sliznice a jednoznačně nejsou jejich toxikologická hodnocení, proto je lepší se těmito ěčkům raději vyhýbat.

## Ěčka

- Kód E zavedla **Evropská unie** pro přídavné látky, které byly podrobně zhodnoceny na základě toxikologických studií a jsou v povolených dávkách bezpečné pro zdraví konzumentů.
- Každá přídavná látka obsažená v jídle musí být na obalu potraviny označena v údajích o složení **uvedením názvu látky nebo písmene E a příslušného číselného kódu a názvu kategorie**, do které patří (barvivo, sladidlo, konzervant apod.) Každá potravina tak může mít ve svém složení přídavné látky označené E kódem, ale i plným názvem látky bez použití E kódu.
- Pro příklad uvádíme prokázané *možné* účinky ěček, která se vyskytují i v lécích:

**E 102, E 110, E 122 až 124, E 151** - alergické reakce hlavně u lidí přecitlivělých na kyselinu acetylsalicylovou

**E 200 až 203** - záněty kůže

**E 214 až 219** - kontaktní zánět kůže, vzácněji kopřivku a záchvatovitě zúžení průdušek

**E 220 až 228** - alergické reakce včetně anafylaktického šoku a záchvatovitě zúžení průdušek především u alergiků

**E 210 až E 213** - dráždí kůži, oči, sliznici, zvyšují riziko vzniku žloutenky u novorozenců

**E 320 a E 321** - dráždí oči, kůži a sliznice

**E 951** - zdroj fenylalaninu

Zdroj: Fórum zdravé výživy, SÚKL



### **Siřičitany a disiřičitany**

Mezi další éčka, která mají prokazatelně škodlivý vliv, můžeme zařadit i siřičitany a disiřičitany, tedy konzervanty E 220 až E 228. Mohou způsobit alergické reakce, jako je kýčání, kopřivka, kašel, obtížné dýchání či nevolnost, a dokonce i anafylaktický šok, dále také záchvatovitě zúžení průdušek, případně průjem. V potravinářství ho obsahuje například sušené ovoce - ananas, banány či například meruňky. Sířena bývají i vína.

Dalšími látkami, které mohou mít negativní vliv na zdravotní stav, jsou benzoany (E 210 až E 213) a parabeny (E 214 až E 219). Benzoany mírně dráždí kůži, oči i sliznici a zvyšují riziko vzniku žloutenky u novorozenců. Parabeny mohou způsobit kontaktní zánět kůže či kopřivku nebo záchvatovitě zúžení průdušek. Má se za to, že tyto konzervanty vyvolávají alergické příznaky hlavně u osob s chronickou kopřivkou. Dusičnan sodný E 251, kterým se konzervují potraviny, může vyvolat bolesti hlavy, vyrážky či problémy s trávením. Pozor si dejte také na fosfáty, které mohou být součástí tavených sýrů či kolových nápojů.

Jejich nadměrný příjem může zhoršovat využití vápníku, a proto jsou nevhodné zvláště pro děti, které potřebují vápník pro správný růst a vývoj kostí. Pro ty, kteří drží dietu při onemocněním trávicího traktu, nejsou zpravidla vhodné látky zvýrazňující chuť.

V souvislosti s nežádoucími účinky éček na lidské zdraví je ale potřeba také říci, že jsou škodlivé pouze při zvýšené konzumaci a nežádoucí reakce mohou vyvolávat zejména u citlivých jedinců - alergiků, atopiků či malých dětí. Každá přídatná látka se může ve výrobku vyskytovat jen v rámci takzvané přijatelné denní dávky (ADI), která by neměla ohrožovat zdraví spotřebitelů.

### **Škodí jen nadměrná konzumace**

Přídatné látky tedy nejsou škodlivé v množství obsaženém v jedné potravine. Negativní účinky na zdraví mohou mít při jejich nadměrném příjmu a v různých kombinacích. To znamená, že když jednou za čas sníte na ulici párek v rohlíku s hořčicí, rozhodně se nemusíte bát, že by to poškodilo vaše zdraví, nebo že by vám dokonce hrozilo vyšší riziko vzniku rakoviny. Přesto odborníci doporučují, aby převažovala konzumace čerstvých potravin.

„Vzhledem k tomu, že ADI je bezpečné množství přídatné látky vztahované na jeden kilogram tělesné hmotnosti, mohou děti tuto dávku překročit snadněji než dospělí,“ říká Jitka Rusková, nutriční terapeutka z Poradenského centra Výživa dětí, s tím, že obzvláště dětská strava by měla obsahovat co nejméně barviv, konzervačních látek a náhradních sladidel. Opět u citlivých jedinců, zvláště u atopiků a astmatiků, mohou způsobit třeba bolest hlavy či hyperaktivitu.

Důležité je si také uvědomit, že ne každé éčko je zdraví škodlivé. Kódem E se totiž označují veškeré přídatné látky, a to syntetické i přírodní. „Svoje éčko má tak například i vitamin C nebo E, kyselina citronová nebo přírodní barvivo beta-karoten. A tyto látky rozhodně nelze označit za zdravotně nevhodné,“ potvrzuje skutečnost, že ne z každého éčka bychom měli mít strach, nutriční terapeutka Věra Králová z Fóra zdravé výživy. Některá éčka dokonce zvyšují bezpečnost potravin.

Zdroj: LN 24.2.09

### **Pojišťovny: Nevybrané regulační poplatky proplácet nemůžeme**

*Proplácení nevybraných regulačních poplatků zdravotnickým zařízením je podle Svazu zdravotních pojišťoven nerealistické. Jedinou možností kompenzace je zvýšení úhrad či bonifikace.*

Svaz zdravotních pojišťoven svým prohlášením zareagoval na apel České lékařské komory, která vyzvala zdravotnická zařízení, aby nepodepisovala smlouvy s pojišťovnami, pokud jim nebudou proplácet nevybrané regulační poplatky. Takovou výzvu považuje Svaz zdravotních pojišťoven za nerealistickou a škodlivou. Podle něj zákon jednoznačně stanoví, co mohou zdravotní pojišťovny hradit.

„Rozhodně není zákonem uvedeno, že by pojišťovny měly zdravotnickým zařízením vyplácet náhradu za regulační poplatky, které byly zákonem zavedeny jako příjmy zdravotnických zařízení. Navíc lze očekávat, že spolu se snížením regulačních poplatků vzroste i objem poskytované a hrazené zdravotní péče, takže příjmy zdravotnických zařízení neklesnou,“ uvedl prezident svazu Ladislav Friedrich

#### **Odůvodněné případy**

Podle pojišťoven je ale třeba hledat jiné cesty kompenzací. „Nevyloučili jsme, že ve skutečně odůvodněných případech budeme hledat takové bonifikace nebo cenová navýšení, jež klientům přinesou reálné zvýšení kvality a umožní zdravotnickým zařízením dílčí pokrytí výpadku tržeb,“ vysvětlil pro ZDN Friedrich. Tuto cestu bude zřejmě prosazovat i ministryně zdravotnictví Daniela Filipiová.

„Takové navýšení bude mít rozumný a legitimní důvod a tato varianta podle zákona možná je.“ Vyšší plateb zdravotních pojišťoven zdravotnickým zařízením v roce 2009 reguluje vyhláška č. 464/2008 Sb., kde se praví: Výše základní sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

„Když si tedy zdravotní pojišťovna a zdravotnické zařízení domluví ve smlouvě nějaké rozumné podmínky, může při jejich splnění zdravotní pojišťovna poslat praktickému lékaři pro děti a dorost vyšší platbu, než jaká je v souladu se základní sazbou určenou vyhláškou,“ potvrdil ZDN expert na medicínské právo Radek Policar. Sami pediatři již dříve pro ZDN potvrdili, že kompenzace by měla být zřejmě provedena skrze bonifikační systém a že taková cesta je přijatelná i pro ně.

#### **Pojišťovny: S pediatry začneme jednat**

Jednání s dětskými lékaři se pojišťovny nebrání. „Pediatři jsou opravdu výpadkem zasažení více než jiné segmenty. Zároveň bychom však určitě nechtěli uzavřít jednání dříve, než budeme znát aktuální výběr pojistného v únoru, abychom reálně odhadli očekávané příjmy roku 2009. Ekonomický výhled je nyní natolik vážný, že o případných dalších výdajích budeme muset jednat i ve správních radách,“ říká Friedrich.

Prezident SZP ČR dodává, že pojišťovny podporují všechna řešení vedoucí ke stejnému postupu uplatňovanému ve všech zdravotnických zařízeních. „Současná nejednotnost vybírání poplatků vnáší do systému chaos, nervozitu a nerovnost. Zároveň snižuje komfort poskytované péče pacientům, kteří jsou nuceni pracně zjišťovat, zda a jak to které zařízení poplatky vybírá či nevybírá,“ uvedl prezident svazu pojišťoven.

Zdroj: ZN 23.2.09

# **Hero PR článek 1**



## **Hero PR článek 2**

**Hero - inzerce Sunar**



## Ze světa odborné literatury...

### Prolongovaná intravenosní terapie versus včasná změna na perorální terapii při osteomyelitidě

Autoři prováděli studii u dětí ve věku od 2 měsíců do 17 let, u kterých byla diagnostikována osteomyelitida v letech 2000-2005. Záměrem práce bylo potvrdit variaci možnosti včasného přechodu z intravenosní terapie na léčbu perorální. V souboru měli celkem 1969 dětí, na která se vztahovala kritéria. 1021 dětí dostávalo prolongovanou intravenosní terapii a 948 pak léčbu perorální. Použití intravenosní léčby se týkalo pouze doby hospitalisace. Úvodem shrnují, že v USA u 5000 dětí pod 13. rok věku prodělává osteomyelitida. Je to 1% všech hospitalisací. Osteomyelitida je vlastně bakteriální infekce kostí, která může postihnout děti všech věkových kategorií, vyžaduje hospitalisaci a iniciální razantní léčbu. Osteomyelitida může rezultovat v penetrující trauma nebo být místem trvalé infekce. Z převážné části je příčinou hematogenní inokulace v kosti z doby bakteriemie. Léčba samozřejmě vyžaduje prolongované podání antimikrobiálních léků s dobrým průnikem do kosti. Neadekvátní léčba může rezultovat v chronickou infekci a i ztrátu funkce kosti. Celková doba léčby obnáší 4-6 týdnů, většinou ve formě aplikace pomocí centrálního žilního katetru. Objevuje se však poměrně nezanedbatelné množství komplikací tohoto katetru. Toto souvisí s prolongovanou inzercí katetru. Komplikace při intravenosní léčbě se objevily ve studii v rozmezí mezi 29-41%. V USA se přechod z intravenosní na perorální terapii objevuje ve veliké šíři. Léčebné selhání při intravenosní terapii je malé a pohybuje se kolem 5% a jen 4% při perorální léčbě. Nebyla zjištěna žádná asociace mezi léčebným selháním a způsobem léčby. 3,4% dětí při prolongované intravenosní terapii mělo komplikace spojené s katetrem. Autoři se velmi přimlouvají za co nejkratší dobu ponechání centrálního žilního katetru. Zmiňují se o komplikacích jiného charakteru během léčby, např. agranulocytóze, infekci nebo komplikacím katetru a neznámém negativním efektu Beta laktamových antibiotik. Z hlediska mikrobiálního je velkým problémem přítomnost infekce *Staphylococcus aureus* nebo s methicilin rezistentními stafylokoky. Střední čas selhání léčby byl podobný v obou skupinách. Pohyboval se kolem 16. dne při intravenosní terapii a kolem 14. dne při perorální léčbě. Nejčastější lokalitou místa postižení bylo rameno, paže, předloktí, pánevní oblast dolní končetina a a klouby na nohou. Z mikrobu se nejčastěji podílely stafylokoky

a methicilin rezistentní stafylokoky, pak streptokoky, zvláště skupiny A. Z parenterálních antibiotik se užíval nejčastěji cefazolin, pak kombinace oxacilin/nafcilin, clindamycin a a vankomycin. Věkově nejvíce zastoupeny děti po roce věku a zvláště po 5. roce věku. Chronická osteomyelitida se objevila při intravenosní léčbě u 1,3% a při perorální léčbě u 0,8%. Počet komplikací po katetru byl u již uvedeného % dětí, což obnášelo 35 dětí. Po perorální léčbě vše bez komplikací. Děti v obou výše uvedených sledovaných skupinách neměly odlišné dermatografické charakteristiky. Závěrem se domnívají, že léčba intravenosní s centrálním žilním katetrem má trvat kolem jednoho týdne.

*Pediatrics, 123, č.2 únor 2009*

\*\*\*

### Efekt antibiotické léčby při otitis media na vznik mastoiditidy

V práci si kladli základní otázku, zda se zvyšuje frekvence mastoiditidy s poklesem antibiotické terapie při otitis media. Studie byla provedena ve Velké Británii a využila databáze jejich General Practice. Zavzaty byly děti mezi 3 měsíci a 15 lety, a to v letech 1990 - 2006. Dále se určovalo riziko mastoiditidy během 3 měsíců po otitis media a protektivní efekt antibiotik. Z databáze praktiků bylo prostudováno celkem 2,6 milionu dětí. Celkem nalezeno 854 mastoiditid a z toho jen jedna třetina měla před tím diagnostikovanou otitis media. Incidence mastoiditidy zůstávala stále stabilní mezi léty 1990 a 2006 tzn. 1,2 na 10 000 dětí. Riziko mastoiditidy po otitis media bylo 1,8 na 10 000 epizod po předchozí léčbě antibiotiky ve srovnání s 3,8 na 10000 dětí bez antibiotické léčby. Zvyšovalo se s věkem. Antibiotika v podstatě rozpouštěla riziko mastoiditidy. Praktici měli na 4831 dětí s otitis media léčených antibiotiky jednu mastoiditidu. Jestliže antibiotika nebyla podávána při otitis media, bylo pozorováno 255 případů mastoiditidy. Je ale také zajímavé, že většinu dětí s mastoiditidou jejich praktici primárně neviděli. Lze konstatovat, že větší použití antibiotik bylo určitou prevencí mastoiditidy. Po mastoidektomii a současné intravenosní terapii následovala nekomplikovaná úprava. Vlastní léčba otitis media antibiotiky je spíše problémem bakteriální rezistence. Je ve VB známo, že většina dětí s otitis media se rekrutuje z předškolního věku. Otitis media je také nejčastější příčinou poruch sluchu a může i v řídkých případech vést i k meningitidě. Ukazuje se, že u dětí pod dva roky věku je komplikací daleko více. Také v dalších

pracích se ukazuje, že užívání PNC snižuje množství komplikací mastoiditidou a v dalších sděleních je uváděno, že výrazná redukce antibiotik vedla ke zvýšenému příjmu k hospitalisacím. Dále sledovali dobu mezi otitis media a mastoiditidou, která byla v průměru 21 dní. 76% dětí dostávalo amoxicilin a 15% erytromycin. 40% dětí s mastoiditidou mělo v posledních 3 měsících předepsaná antibiotika. Děti měly v průměru 0,4 epizody otitis media za rok. Incidence mastoiditidy byla vysoká u kojenců, nižší ve 2 letech, pak následovalo zvýšení. Nakonec uvádějí mimo laboratoř postaurikulární zduření a protruse boltce jako signifikantní pro mastoiditis. Velmi efektivní je pneumokoková vakcína.

*Pediatrics, 123, č.2, únor 2009*

\*\*\*

### Identifikace fetálního alkoholového syndromu v primární péči

Postihuje děti matek exponovaných během gravidity k alkoholu. Rozděluje se dnes na několik forem. Někdy bývá narušen růst, bývají faciální anomálie, hlavně na víčkách, na rtech - tenký horní ret, narušení CNS, porucha kognitivních funkcí, narušení chování, manuální zručnosti, narušení pozornosti a soustředivosti. Také se objevuje mikrocephalie.

*JAMC, Mars 2005, 172, 628-630*

\*\*\*

### Zvýšení adherence k inhalační kortikoterapii u školních dětí

Snažili se ohodnotit efekt tzv. supervize při inhalační kortikoterapii školních dětí. Inhalační kortikoidy redukuje pediatrickou morbiditu na asthma. Proto je také školákům doporučována.

Její využití se ale pohybuje od 18 do 65%. Pokud toto denně kontrolujeme, zvýšíme adherence školáků k inhalační kortikoterapii. Právě u persistujícího asthmatu je nutná denní kontrola medikace, schopnost používání inhalátorů v práškové formě a ohodnocení pomocí PeekFlowMetru. Špatně léčené asthma má více než jednu epizodu v měsíci a nedobré nálezy ve výdechoměru. Celkem do tohoto sledování zavzali 40 dětí. Supervize výrazně zlepšila zdravotní stav školáků.

*Pediatrics, 123, č.2, únor 2009*

*Ve spolupráci s firmou Mucos Pharma připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.*





## Aktuality...

### Filipiová chce na receptu účinné látky, ne lék

Ministerstvo zdravotnictví pod vedením Daniely Filipiové (ODS) chce ušetřit, a proto připravuje radikální změnu ve způsobu předepisování léků.

Pacienti by tak možná už od července nedostávali recept s konkrétními předepsanými léky, ale lékař by na předpis uvedl jen název účinné látky, kterou má lék obsahovat. Lékárny by tak rozhodovaly o tom, jaký lék na předpis nakonec lidem vydají, a většina pacientů by ani netušila, co jim lékař vůbec předepsal.

„Uvažujeme o zavedení tzv. generické preskripce, což by znamenalo, že na lékařský předpis by se už nepsaly názvy léků, ale názvy účinných látek,“ vysvětlil Právu Marek Šnajdr, první náměstek ministryně zdravotnictví. „Lékárník by pak měl povinnost, zdůrazňuji povinnost, v případě, že existují alternativy léku s danou účinnou látkou, což u generických přípravků je zcela běžné, vydat lék s nejnižší cenou.“

### Lékaři: záměna možná už dnes

Pacienti by se na tuto změnu asi moc radostně netvářili. Už by si neodnášeli z ordinace recept na konkrétní lék, na který jsou zvyklí, ale jen název, kterému by určitě nerozuměli.

Například lék na alergie je Claritine nebo Flonidan. Oba léky obsahují účinnou látku loratadinum. Pokud by lékař na recept předepsal tuto účinnou látku, každý pacient by si mohl z lékárny odnést lék s jiným názvem. To by ale podle lékařů zřejmě vedlo ke zmatkům, zejména u starších lidí, kteří jsou na své léky zvyklí.

Už dnes ale něco podobného funguje. Je povolena tzv. generická záměna, což znamená, že když nemá předepsaný léčivý přípravek lékárník k dispozici, je oprávněn jej - se souhlasem pacienta - nahradit jiným léčivým přípravkem, který obsahuje stejnou léčivou látku a je shodný z hlediska účinnosti a bezpečnosti. Pokud však pacient trvá na předepsaném léčivém přípravku, je většina lékáren schopna v krátké době požadovaný přípravek zajistit.

Generických přípravků je na trhu v Česku většina z 8600 hrazených léků. Jde o přípravky, které mají stejnou léčivou látku ve stejném množství jako originální lék. Generika ale mohou být na trh uvedena až po uplynutí určitého období, kdy je originální lék chráněn a jeho kopii nesmí nikdo vyrábět. Tato doba je různě dlouhá a souvisí s vývojem originálního léku. Většinou ale je pět až deset let.

„Generická preskripce je dobrá věc,“ řekl Právu prezident lékárnické komory Stanislav Havlíček. „Lékař by ale měl mít možnost předepsat buď lék, nebo účinnou látku. Tak to funguje i v jiných zemích.“

### Jelínek: Narazí to

Ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv Martin Beneš soudí, že tak revoluční úprava receptů by musela být učiněna zákonem. V ČR je 8600 hrazených léků a na 9600 účinných látek.

„Pro lékaře psát místo léku účinnou látku by bylo asi svízelné,“ soudí ředitel. Lékaři, s nimiž jsme mluvili, jsou ze záměru ministerstva rozpačití.

„O konkrétním léku by rozhodoval lékárník, nikoli lékař, a to je chyba,“ tvrdí Jan Jelínek, soukromý praktický lékař z Prahy. Dodává, že jedna účinná látka může být v několika lécích, ale ne každý lék pacientovi vyhovuje. Může se stát, že účinná látka sice bude stejná, a pacient přesto daný lék nebude moct užívat, protože pro něj bude mít řadu vedlejších účinků.

„Proto takto striktně, jak zamýšlí ministerstvo, by to fungovat nemohlo. Určitě by pak musely být výjimky, kdy by lékař mohl na recept napsat konkrétní lék. A zavedení od července? Reálně to není. Narazí to.“

Podle dětského lékaře z Prahy Milana Kudyna, myšlenka, aby čeští lékaři

předepisovali na recept pouze latinský název substance dle chemického složení, není nová. Už v 90. letech s ní přišlo ministerstvo zdravotnictví, ale upustilo od ní, protože lékařská veřejnost ani pacienti na to připraveni nebyli. „Mám dojem, že situace se od té doby nezměnila,“ tvrdí Kudyn.

### Úspora - miliardy

Náměstek Šnajdr tvrdí, že pokud by se nahradilo předepisování léků účinnou látkou a lékárník by vydal vždy nejlacinější přípravek, pak by zdravotní pojišťovny ušetřily za léky možná několik miliard korun a výrobci by se snažili ceny léků snížit.

„Zároveň by se odstranila korupce v českém zdravotnictví,“ soudí Šnajdr. Lékaři si ale myslí, že dealeri by pak ještě víc obcházeli lékárny a dávali nejrůznější množstevní slevy, aby jejich přípravek byl nejlacinější a lékárníci ho preferovali.

Zdroj: Právo 6.3.2009

### Vakcína jako virová „uniforma“

Při výrobě očkovací látky proti chřipce by se mohly používat jen povrchové bílkoviny viru. Celý proces by se zjednodušil.

Při epidemii chřipky slouží všichni nakažení jako inkubátory miliard virů. Naše buňky v sobě vir množí tak dlouho, až puknou a viry se vydají kolonizovat další buňky. Proto se nákaza šíří rychle.

Jednou z možných obran je vakcína. Předává imunitní obraně těla něco jako popis hledaných pachatelů, virů. Buňky imunitní obrany podle něj dokáží útočnicka rozeznat a zneškodnit. Pokud by to nedovedly, organismus je brzy zachvácen virovou nákazou a zahyne.

Vědci se obávají, že se dříve nebo později objeví virus, proti kterému se nebudeme umět bránit. Způsobí pandemii a ta bude mít na civilizaci podobný dopad jako morové rány ve středověku.

Problém současné - tradiční technologie - výroby vakcín spočívá v její časové náročnosti a komplikovanosti. „Chřipkový virus se množí na kuřecích embryích,“ vysvětluje profesor Jaroslav Petr z České zemědělské univerzity v Praze. Je potřeba obrovské množství kvalitních sterilních slepičích vajec. Musí se pracovat v laboratořích, které jsou proti úniku viru velmi důkladně zabezpečeny, a práci zvládne jenom špičkový odborník.

„Kdyby dnes propukla pandemie nového typu chřipky, je spočítáno, že za devět měsíců bychom tradiční technologií připravili sedm set milionů dávek,“ poznamenává profesor Petr. To je hodně, ale lidí je na Zemi devětkrát víc. Navíc za devět měsíců by chřipka zcela jistě napáchala obrovské škody.

Proto vědci vyvíjejí zcela nové typy vakcín. Jednou z možností je takzvaná adjuvans. „Jde o látku, která se přidá k vakcíně - a ta potom stimuluje imunitní systém mnohem silněji. Proto kýženého efektu dosáhneme s menším množstvím očkovací látky,“ vysvětluje Jaroslav Petr. Adjuvans je trikem, o kterém se ví už zhruba sto let. Právě nyní se ale vyvíjejí nové metody pro jeho účinné využití v boji s chřipkou.

Druhý trik spočívá v tom, že k výrobě vakcíny nepotřebujeme celý virus. Dnes existují očkovací látky, které používají jen některé povrchové bílkoviny viru. Odborníci tedy pracují jen s virovou „uniformou“. Podle ní imunitní systém pozná, že se blíží cizáci a hrozí invaze. S nadsázkou řečeno: nemusí přijít voják, stačí jeho šaty navlečené na figuríně.

Tato metoda má podle Jaroslava Petra hned několik výhod: „Nepotřebujeme slepičí vejce, nepoužíváme živý virus, takže nehrozí jeho útek a vznik pandemie, v laboratoři nemusí pracovat špičkoví odborníci s nejlepšími dostupnými technologiemi.“ Vývoj očkovací látky tak může probíhat i v zemích jako Vietnam či Thajsko, kde je riziko propuknutí epidemie



vysoké. Používané zařízení lze navíc naložit do letadla a převézt na místo, kde ho potřebujeme. Během krátké doby se tak může rozběhnout výroba 500 milionů dávek vakcíny týdně, což je ve srovnání s devíti měsíci u tradiční očkovací látky úžasné zkrácení. „Pak bychom mohli očkovat přímo v ohnisku epidemie a zadusit ji tak v samém počátku,“ poznamenává profesor Petr.

Pokud se potvrdí pesimistické předpovědi odborníků, podle kterých lidstvo dříve nebo později bude čelit pandemii nového neznámého viru, budou tyto technologie velmi potřebné. Jaké následky by případná pandemie měla, o tom si můžeme udělat obrázek srovnáním s takzvaně obyčejnou chřipkou. Už ta je relativně častou příčinou smrti. Připadají na ni asi dvě procenta všech úmrtí.

Jen ve Spojených státech zemřelo za deset let (od roku 1990 do roku 1999) na obyčejnou chřipku 36 tisíc lidí. Na celém světě jí ročně podlehnou 90 až 120 tisíc osob. Některé odhady mluví až o půl milionu obětí.

Zdroj: LN 28.2.2009

### Pediatři přijdou o 150 milionů

Praktičtí lékaři pro děti hledají cestu, jak nahradit výpadek příjmů ze zrušených poplatků. Kompenzovat jim je mají zdravotní pojišťovny.

Děti už nebudou platit poplatky u lékařů. Osvobození pacientů do 18 let od poplatku za návštěvu lékaře je jednou z hlavních změn, které včera schválili poslanci.

Pro praktické dětské lékaře, tedy pediatry, kteří registrují děti do 19 let, budou změny poplatků znamenat významný výpadek příjmů. „Jednotlivé ordinace přijdou o částku, která se pohybuje mezi šesti a sedmi tisíci korun měsíčně,“ upozornil Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost.

„Je to částka, která může být zajímavá. Lékaři ji dávali do zlepšení prostředí ordinace nebo do vybavení například přístrojů pro rychlou diagnostiku v ordinaci,“ dodal.

„Celkově to je asi 150 milionů korun (míněno ročně – pozn.

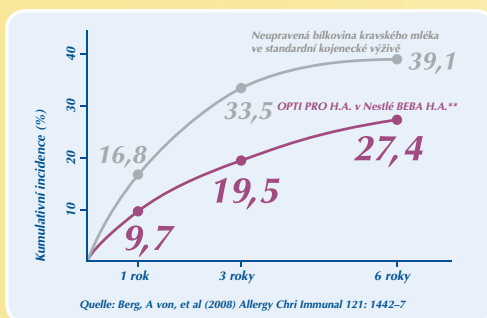
red.),“ potvrdila ministryně zdravotnictví Daniela Filipiová (ODS).

Už se proto začalo mluvit o tom, že by jim měl být tento příjem nějak kompenzován.

„Je to nezbytné,“ soudí Filipiová. Už o tom také jednala se zástupci zdravotních pojišťoven, kteří původně o kompenzacích poplatků nechtěli ani slyšet. „Pediátrům a ambulantním specialistům se to bude kompenzovat formou bonusů,“ tvrdí ministryně. Odmítá ovšem, že by se plošně všem praktickým dětským lékařům zvýšily měsíční platby za jednoho pacienta.



## Jistota pro vaše doporučení v prevenci alergií s více jak 15 klinickými studiemi



Jen bílkovinný hydrolyzát obsažený v Nestlé BEBA H.A. má svůj preventivní účinek potvrzený ve více jak 15 klinických studiích, které zahrnovali děti s rizikem vzniku alergie v rodině.

To je jeden z mnoha dobrých důvodů, který mluví pro BEBU H.A.

**GINI studie\* potvrzuje významný efekt v prevenci atopické dermatitidy a to až do 6 let věku dítěte.**

\*GINI studie je světově největší a nezávislá studie podporována ministerstvem pro výzkum a vývoj v Německu.

\*\*OPTI PRO H.A. v Nestlé BEBA H.A. významně snižuje riziko atopické dermatitidy u rizikových dětí v každém jejich věkovém období ve srovnání se standardní kojeneckou výživou s neupravenou bílkovinou kravského mléka.



Pro pocit správného rozhodnutí.



Ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Pavel Horák před časem připustil, že správní rada jeho pojišťovny větší navýšení plateb pro praktické dětské lékaře projedná.

Také sami pediatři s pojišťovnami jednají. Podle Pavla Neugebauera je třeba možné, že by jim pojišťovny přidaly na bonusech za objednávkový systém, rozšířené ordinační hodiny nebo za provádění preventivních prohlídek.

Co by se stalo, kdyby se pojišťovnami na kompenzacích nedohodli, nechtěl Neugebauer předvídat. Připustil ale, že by zrušení poplatků mohlo být u některých dětských praktiků signálem pro zavedení placených služeb. „Už kdysi jsme dávali dohromady systém placených individuálních služeb. Například za objednání pacienta na termín mimo ordinační dobu,“ doplnil pediatr Neugebauer. Zda takové služby zavede, je na rozhodnutí každé jednotlivé ordinace. Musely by ovšem opatrně „bruslit“ mezi paragrafy.

Neugebauer očekává, že po 1. dubnu, kdy by měla novela začít platit, bude do ordinací chodit opět více dětí zbytečně. Po zavedení poplatků přitom praktici hlásili, že pacientů ubylo a že ordinace navštěvují pouze skutečně nemocné děti.

Před zavedením poplatků se ale často stávalo, že s nemocným dítětem vzala matka k lékaři i jeho zdravého sourozence, aby jej lékař prohlédl kvůli nějaké banalitě.

A ještě jeden „oříšek“ čeká na pediatry. Ve svých ordinacích budou muset předcházet zmatkům kolem věku pacientů. Regulační poplatky totiž poslanci zrušili pacientům do dne jejich 18. narozenin. Jenže praktičtí dětské lékaři registrují pacienty až do jejich 19. narozenin. A na to podle pražské praktické lékařky pro děti a dorost Danuše Vakočové přijatý návrh nepamatuje. „Budeme nyní muset u dětí pečlivě hlídat data narození,“ upozornila Vakočová. Lékaři hrozí postih, pokud poplatek nevybere, když má, i pokud jej vybere neoprávněně.

*Zdroj: LN 12.2.2009*

### Stát nemá peníze na plošné očkování dětí proti pneumokokům

Česko zůstává jednou z jedenácti zemí Evropské unie, kde dosud nebylo zavedeno plošné očkování dětí proti pneumokokovým infekcím. Stát na očkování nemá peníze a zdravotní pojišťovny vakcínu nehradí. V Česku se tak povinně očkují jen děti z rizikových skupin, kterých je ročně asi deset tisíc. Ostatní děti zůstávají před infekcí nechráněny. „V šestnácti státech zavedeno plošné očkování je, v ostatních ne,“ řekl Právu Michael Vít, hlavní hygienik republiky. Dodal, že by stálo zhruba 400 milionů korun ročně.

„Když vezmeme v úvahu, že veškeré povinné očkování dětí přijde na 700 milionů korun, tak by to bylo velké zvýšení plateb státu na tyto účely.“

Podle Víta stát přesto povinně očkuje zhruba deset tisíc dětí, které mají nějaké chronické onemocnění a jsou zařazeny do takzvané rizikové skupiny. Mezi ně patří děti po onkologických onemocněních, ale i s nízkou imunitou.

„Považujeme pneumokoky za vážnou hrozbu kojeneckého a dětského věku. Každoročně totiž zemře okolo deseti dětí. A když máme nástroj prevence, musíme ho použít. Zatím se tak neděje,“ řekla Právu v pátek doktorka Hana Cabrnchová, dětská lékařka z Prahy.

Onemocnění začíná jako běžné nachlazení, ale dítě dostane vysoké horečky a pokud není zahájena okamžitá léčba, může i zemřít. Nejzávažnějšími projevy je zánět mozkových blan, sepse, záněty plic atd. Šedesát procent dětí, které přežijí, si do života odnáší trvalé následky, hlavně rozumové zaostávání, epilepsii a ohluchnutí.

### Novela zákona leží v parlamentu

Přítom problém s očkováním už mohl být dávno vyřešen. Očkování dětí proti pneumokokům dětí od tří měsíců věku – byť dobrovolné, ale plně hrazené pojišťovnou – je totiž součástí návrhu novely zákona 48 o zdravotním pojištění, která je zase součástí balíčku reformních zákonů, připravených exministrem zdravotnictví Tomášem Julínkem. Vláda na sklonku minulého roku tyto zákony schválila a poslala do sněmovny.

Ve sněmovně se ale dosud neprojednaly a nová ministryně zdravotnictví Daniela Filipiová požádala v únoru poslance, aby odložili jejich projednávání na březen.

Dosud je očkování dobrovolné, ale rodiče ho hradí v plné výši. Jedna dávka vyjde zhruba na 1800 korun a jsou zapotřebí dávky čtyři, tedy 7200 korun. A to je pro hodně rodičů mnoho peněz.

Novela zákona přitom říká, že toto očkování bude dále dobrovolné, ale vakcína bude plně hrazena ze zdravotního pojištění, což znamená, že rodiče by nestála ani korunu.

Průzkum pediatrů ukázal – pokud by novela zákona prošla – na obrovský zájem rodičů o toto očkování dětí. „Takřka každý rodič by dal své dítě očkovat,“ uvedla Cabrnchová.

Vít uvedl, že dobrovolné očkování, kdy vakcínu hradí zdravotní pojišťovny, je určitým předstupněm před zavedením plošného očkování. Zda k němu ale dojde, si netroufal odhadnout.

*Zdroj: Dnes, 16.3.2009*

### Situace v primární lékařské péči je podle MediClinic alarmující

Podle společnosti MediClinic je situace v primární lékařské péči alarmující a do 10 let může dojít ke kolapsu současného systému.

Problémem je nedostatek lékařů. Například do 10 let by se ve skupině nad 50 let mohl zvýšit počet lékařů odcházejících do penze až dvojnásobně. Informace vyplývají z webu společnosti MediClinic.

„V současné době i my stojíme před situací, kdy ze 100 lékařů vstupujících do sítě MediClinic nebude až 23 z nich pokračovat ve výkonu praxe po dobu delší než 15 měsíců. Nejčastějším důvodem je odchod do důchodu nebo jde o lékaře v důchodovém věku,“ uvedl personální ředitel MediClinic Štěpán Hakl.

Hlavní důvodem nedostatku lékařů je malý zájem studentů medicíny zvolit si obor praktického lékaře. Situace souvisí s dlouhodobou absencí motivace studentů a neutěšených podmínek pro jejich profesionální start.

Do sítě ambulaní MediClinic vstoupilo již více než 60 lékařů, do budoucna společnost plánuje rozšířit síť o dalších několik desítek, možná až stovek ordinací a to především v kraji Královehradeckém a Západočeském.

*Zdroj: ČIA 20.2.2009*

### Stát zvýší platbu za své pojištěnce o 113 korun

I na zdravotnictví dopadne krize. Ministryně zdravotnictví Daniela Filipiová tomu chce čelit balíčkem opatření. Jedno z nich je i zvýšení plateb státu za své pojištěnce, tedy hlavně za děti a důchodce.

„Pokud nebude přijata žádná novela zákona o zdravotním pojištění, tak automaticky od ledna příštího roku bude stát platit místo současných 677 korun přibližně 790 korun za každého svého pojištěnce,“ řekl Eduard Janota, náměstek ministra financí. Uvedl, že nyní stát platí zdravotní pojištění za 5,8 miliónu svých pojištěnců, tedy hlavně za děti, důchodce, nezaměstnané, ženy na mateřské dovolené, vězně a další. „Pokud se pojistné zvýší, přinese to do zdravotního pojištění 7,5 až 8 miliard korun.“





Zprávu uvítal ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Pavel Horák. „V rámci stabilizace veřejných financí byly platby za státní pojištění zmrazeny na dva roky. Každé nové navýšení nám pomůže.“

Dalším zdrojem peněz do zdravotnictví na odvrácení možné krize financí, jak informoval Janota, může být zrušení maximálního vyměřovacího základu pro odvod zdravotního pojištění.

„Každý, kdo dnes bere asi 90 tisíc korun měsíčně, se dostává nad současný strop,“ řekl Janota. Což znamená, že po jeho překročení už pojištění neplatí a neplatí ho za něj ani zaměstnavatel. Pokud by tento strop byl zrušen, umožnilo by to jeho zvýšení ze současného čtyř- na pětinasobek průměrného platu v zemi.

„Toto zvýšení by zdravotnímu pojištění mohlo přinést zhruba 2 až 2,5 miliardy korun,“ řekl Janota s tím, že zrušení stropu je možné zavést nejdříve ve třetím čtvrtletí letošního roku.

Ministryně zdravotnictví Filipiová nechce zatím o balíčku opatření, který chystá spolu s ministerstvem financí, hovořit. „Předložíme ho maximálně do 14 dnů. Teď se o něm jedná,“ řekla včera Právu.

Jak jsme již ve čtvrtku uvedli, ČSSD volá po zvýšení daní lidem, kteří si vydělají přes sto tisíc měsíčně. A kritizuje také zmíněný strop na placení pojistného. Po dosažení příjmu 1 034 880 Kč (tento strop platí od ledna 2008) totiž člověk pojištění dál neodvádí a neplatí ho ani zaměstnavatel. To odpovídá měsíčnímu výdělků už nad 86 240 Kč.

Zdroj: Právo 27.2.2009

### Astma začíná před porodem

Objev by mohl vést k vývoji testu náchylnosti k astmatu u velmi malých dětí. Zplodiny z dopravy způsobují genetické změny v těle matky a zvyšují tak pravděpodobnost výskytu astmatu u dítěte, naznačuje nový výzkum. Vyspělé země se úspěšně potýkají s většinou nemocí a moderní zdravotnictví snižuje výskyt historických zabijáků na rekordně nízkou míru, ale najdou se i výjimky. Například o astma. Toto chronické onemocnění je na vzestupu prakticky ve všech rozvinutých zemích. A věda zatím nedokáže odpovědět na otázku, jak přesně vzniká.

Rozhodně už se ale ukázalo, že čistota prostředí má na výskytu nemoci výrazný podíl (viz). Zřejmě i proto, že i tak banální věc jako „špatný vzduch“ dokáže pořádně zahýbat s funkcí našich genů.

To ukazuje i nová studie několika desítek matek a jejich dětí z chudých oblastí New Yorku, zveřejněná v odborném časopise PLoS ONE. Oblasti jako jižní Bronx nebo severní Manhattann představují oblasti s nejvyšším výskytem astmatu ve Spojených státech. Těmito potížemi trpí více než čtvrtina dětí, které se tu narodí.

Souvislosti vyčtené z pupečnickové krve Vědci nejprve u těhotných žen pomocí monitorů, které nosily s sebou, sledovali, do jaké míry byly vystaveny zplodinám z výfukových plynů. Výzkumníci se zaměřili na látky ze skupiny polycyklických aromatických uhlovodíků (označovaných obvykle anglickou zkratkou PAH). Jde o produkty nedokonalého spalování paliv v motoru. Už podle starších vědeckých prací velké dávky těchto látek zvyšují pravděpodobnost některých onemocnění včetně astmatu.

Následně odebrali ženám vzorky pupečnickové krve a hledali v nich, jaké stopy zanechaly zplodiny na genetické mašinerii, která se stará o hladký chod našich těl.

U více než 70 procent žen, které byly vystaveny vyšším dávkám látek ze skupiny PAH, odborníci identifikovali i změny v „rychlosti fungování“ jistého genu. Stejně tak platilo i opačné tvrzení, že u více než 80 procent žen ze skupiny, která nebyla vystavena vysokým hodnotám zplodin, k těmto změnám v funkci genů nedošlo.

Dobry original, ale špatny překlad Postizený gen označovaný jako ACSL3 pracuje především v buňkách plic a leží v části našeho genetického kódu,

kteřá podle jiných nových studií souvisí s rizikem výskytu u dané osoby. Zřejmě se podílí na tvorbě buněčných membrán.

Zplodiny z ovzduší patrně ještě v těle matky způsobí „přeprogramování“ tohoto genu, soudí vědci, které vedl Shuk-mei Ho z univerzity v Cincinnati. Její potomek si tak do života odnese nechtěné dědictví, které později vede k vývojovým abnormalitám v jeho plicní tkáni a tím vývoji astmatu. Nedojde přitom ovšem k poškození genu samého, tedy k přeházení jednotlivých písmen genetického kódu. Postiženy jsou jenom mechanismy, které regulují překlad genu do látky aktivně působící v našem těle. Jde o příklad tzv. epigenetických změn, jejichž význam pro fungování organismů věda zatím nedokáže plně popsat. Podle všeho ale představují pružný mechanismus, jak regulovat funkci genetického kódu.

Gen včasného varování Objev zatím rozhodně nepovede k nové léčbě astmatu. Ale mohl by posloužit při prevenci. Vědci doufají, že by se jim mohlo podařit vyvinout nenáročný a snad i levný test pupečnickové krve, který by umožnil určit dávno před prvním projevem nemoci děti v největším ohrožení astmatem.

Alespoň také vysvětluje, proč trpí astmatem především děti z oblastí s významným znečištěním, jak dokládají statistiky. Ty ovšem nemohly zjistit, jakou roli hraje narušení funkce jednoho genu.

Nejbližším krokem ovšem bude potvrzení závěrů studie na podstatně větším množství osob. Astma je totiž komplikované onemocnění a auta za okny podle všeho nejsou jediným faktorem jeho vzniku.

Zdroj: LN 16.2.2009

### Vědci zakroutili chřipce krčkem

**Hned dva vědecké týmy nezávisle na sobě objevily protilátky na široké spektrum chřipkových virů. Zabraly by proti viru „španělské chřipky“, který v letech 1918 a 1919 zabil asi 50 milionů lidí. Neodolala by jim ani současná „ptačí chřipka“ vyvolaná virem H5N1.**

**Achillova pata pod „hlavičkou“**

Imunitní systém reaguje při setkání s chřipkovým virem na jeho povrchovou bílkovinu hemagglutinin. Ten slouží viru k uchycení na povrchu lidské buňky a k vyslání virové dědičné informace do nitra hostitele. Virus buňku ovládne a promění v továrnu na nové virové částice. Protilátky vyrobené imunitním systémem se na hemagglutinin navážou a tím jej vyřadí z činnosti.

Bohužel, drtivá většina protilátek se váže na „hlavičku“ hemagglutininové molekuly, která podléhá rychlým změnám. Pro imunitní systém představuje „hlavička“ hemagglutininu pohyblivý terč. Proto nemá obrana navozená tvorbou protilátek ani dlouhé trvání, ani univerzální platnost pro různé viry. Tým vedený Wayne Marascem z Harvard Medical School našel na molekule hemagglutininu místo, které je překvapivě stabilní. Nachází se na „krčku“ hemagglutininu. „Hlavička“ této molekuly rozhoduje o navázání viru na lidské buňky a funguje i po poměrně rozsáhlých obměnách. „Krček“ sehrává klíčovou roli při vnášení dědičné informace viru do nakažené buňky a je na významnější změny velice háklivý. Stačí jen malá obměna a virus už svou dědičnou informaci do napadené buňky nepropašuje. Většina virů s pozměněným „krčkem“ hemagglutininu je proto defektní a evoluce je vymýtí.

Marasco a jeho spolupracovníci našli protilátky, které se vážou na „krček“ hemagglutininu. Při testech na myších podali zvířatům dávku smrtícího viru „ptačí chřipky“ a k tomu i protilátky proti hemagglutininovému „krčku“. Většina myší životu nebezpečnou infekci přežila. Protilátky zabíraly, i když byly myším podány až tři dny po nákaze virem, píše Marasco s kolegy v časopise Nature Structural and Molecular Biology.

Prakticky současně zveřejnil výsledky podobného výzkumu v týdeníku Science tým Iana Wilsona ze Scripps Research Institute v americkém San



Diegu. Také Wilsonův tým odhalil protilátky schopné reagovat s „krčkem“ hemaglutininové molekuly a ověřil, že chrání před širokým spektrem chřipkových virů.

#### První zkoušky na lidech už za dva roky

Práce obou týmů otevírá nové možnosti v boji proti chřipce, na kterou ročně zemře zhruba čtvrt milionu lidí. Vakcínu, která by navozovala tvorbu protilátek vůči „krčku“ hemaglutininu chřipkového viru, by chránila dlouhodobě. Její vývoj však bude komplikovaný, protože imunitní systém bývá ke „krčku“ hemaglutininu chřipkového viru tolerantní. Většinou se jím bohužel nenechá vyprovokovat k výraznější tvorbě protilátek. Ty lze ale vyrobit do zásoby a bez větších problémů je dlouhodobě skladovat.

Pokud by propukla pandemie smrtící chřipky, mohli by lékaři podávat nemocným „univerzální“ protilátky spolu s léky, jež hubí chřipkové viry. Marasco plánuje první zkoušky s podáváním protilátek lidem ohroženým chřipkou na přelom roku 2011 a 2012.

I tato strategie, označovaná jako „pasivní imunizace“, může narazit na vážné potíže. Výroba protilátek není jednoduchá, a jejich cena je proto vysoká. Pro obyvatele mnoha zemí ohrožených propuknutím nové chřipkové pandemie by byly protilátky vzhledem k jejich ceně nedostupným luxusem.

Zdroj: LN 3.3.2009

#### Britští vědci už vědí: šťěstlí se jmenuje 5-HTTLPR

Je vaše do půlky zaplněná sklenice whisky poloprázdná, či poloplná? Záleží na tom, z jaké strany jste zvyklí na svět pohlízet. Britští vědci nyní zjistili, že o míře vašeho optimismu rozhoduje značnou měrou fungování genu, který má vědecké označení 5-HTTLPR.

To, že tento gen hraje klíčovou roli v činnosti serotoninu, hormonu ovlivňujícího náladu, prokázaly dřívější výzkumy. Na úpravě hladiny serotoninu v organismu je už dnes založena řada antidepresiv.

Vědci z univerzity v Essexu však prověřili, jak duševní pohodu lidí ovlivňuje samotný gen.

„Poprvé jsme ukázali, že různá varianta genu má dopad na to, zda se lidem daří dívat na svět z té lepší stránky,“ citovala agentura AFP Elaine Foxovou, šéfku tříčlenného výzkumného týmu.

Vědci identifikovali tři varianty genu. Dvě takzvané „krátké“ varianty jsou spojeny s vyšším rizikem depresí a sebevražedných sklonů. Na rozdíl od třetí, „dlouhé“ varianty zřejmě přispívají k přehnaným neurochemickým reakcím na stresovou zátěž. Přesná funkce genu 5-HTTLPR není dosud objasněna, podle Chrise Ashwina, spoluautora studie, však zřejmě tlumí aktivitu v té části mozku, která řídí naše emoce.

Vědci zkoumali na vzorku 97 lidí s různými variantami genu, jak reagují na „libé“ a „nelibé“ obrázky. K tomu jim posloužila série diapozitivů, vybraných z takzvané Mezinárodní sady emocionálních obrázků. Ta se používá při psychologických testech.

Mezi pozitivní obrázky patří třeba objímající se pár či projížďka na lodi. Negativním obrázkem v sadě je například zašpiněný člověk.

Šestnáct účastníků testu, kteří mají to štěstí, že disponují „dlouhou“ variantou genu, se vyznačovalo „znatelnou ztrátou zájmu o negativní obrázky a zároveň zvýšenou pozorností u pozitivních obrázků,“ uvedli vědci ve své studii. Lidé, kteří měli „krátké“ varianty genu, reagovali na obrázky opačně.

Objev dává naději věčným pesimistům, že se v budoucnu najde na jejich nenáladu „genetický lék“. Britský list Guardian nicméně varoval, že objev vědců nemusí mít jen pozitivní dopad. Zvyšuje se tak možnost zneužití genetických testů. Zaměstnavatelé by tak mohli například dopředu odhadovat schopnost jednotlivých lidí snášet zátěž v krizových situacích.

Essexští výzkumníci však soudí, že lidé jsou odlišní v tolika směrech, že by podobné testy nebyly nijak efektivní.

Zdroj: Dnes 27.2.2009

#### Multivitaminová deziluze

**Potravinové doplňky nijak neovlivňují zdravotní stav žen po menopauze. V žádném případě nesnižují riziko rakoviny ani nebezpečí infarktu.**

Prodej potravinových doplňků je velký byznys s obratem, který se počítá v desítkách miliard dolarů. Ve Spojených státech multivitaminy pravidelně konzumuje každá třetí žena, ovšem čím dál víc je vyhledávají i spotřebitelé z jiných zemí. Jako podpůrný argument se v některých reklamách objevují tvrzení o tom, že ten který přípravek je vhodné používat i jako prevenci proti rakovině či kardiovaskulárním chorobám. Pro mnoho lidí jde o pádný důvod, proč otevřít peněženku.

Problém je, že tvrzení o protirakovinných účincích stojí na vodě. Prokázala to zdaleka největší studie zkoumající zdraví žen, kterou koordinovali odborníci z Výzkumného centra rakoviny Freda Hutchinsona v Seattlu. Tato instituce je jedním z celosvětově nejuznávanějších středisek věnujících se prevenci a léčbě rakoviny. Zaměstnává mimo jiné i tři nositele Nobelovy ceny a medicínu.

Vědci sledovali po osm let zdravotní stav 161 808 žen, žádná z nich již nebyla v plodném věku. Na tak velké skupině osob dosud vliv umělých vitaminů nikdo nezkoumal. Ve sledované skupině byl počet žen užívajících vitaminové doplňky mírně nad americkým průměrem. Každý den po nich sáhlo 41,5 procenta účastnic.

Obě skupiny se na první pohled lišily. Multivitaminy preferují bílé ženy ze západních států USA. Pravidelné konzumentky vitaminů se snaží dělat pro své zdraví víc, než je průměrné. V průměru mají tyto ženy nižší BMI, vyšší vzdělání, méně kouří, ale častěji pijí alkohol. Konzumují více zeleniny a méně tuků.

Po započtení zmíněných faktorů a také zohlednění vlivu věku, fyzické aktivity, četnosti výskytu rakoviny v různých rodinách a mnoha dalších odlišností vědci zjistili, že vitaminové doplňky výskyt rakoviny nijak neovlivňují. Týká se to četnosti nádorů prsu, vaječníků, tlustého střeva a konečníku i pravděpodobnosti vzniku dalších typů rakoviny.

Podle výsledků publikovaných ve specializovaném periodiku Archives of Internal Medicine lze to samé konstatovat o kardiovaskulárních onemocněních, jako je srdeční infarkt nebo mozková mrtvice. Nebyl zaznamenán ani častější výskyt krevních sraženin. I celková úmrtnost byla v obou skupinách naprosto srovnatelná.

#### Dobrá zpráva: neškodí

„Spotřebitelé utrácejí za potravní doplňky s myšlenkou, že dělají něco pro své zdraví, ovšem neexistuje žádný důkaz, který by jejich přesvědčení potvrdil,“ říká hlavní autorka publikované studie Marian L. Neuhouserová z Výzkumného centra rakoviny Freda Hutchinsona. „Častější koupě ovoce a zeleniny by byla lepší volbou. Multivitaminy v podstatě žádný efekt nemají. Díky údajům získaným od tak širokého spektra osob ale také můžeme říct, že nikomu neškodí,“ dodává Marian Neuhouserová.

To je v podstatě dobrá zpráva. Některé starší studie totiž naznačovaly, že úmrtnost konzumentů potravinových doplňků je dokonce větší než ve skupině, která tyto produkty důsledně ignoruje. Efekt však podle všeho lze připsat skutečnosti, že reklamě argumentující ochranou zdraví snadněji podléhají lidé, kteří již nějaké potíže pociťují.

Zdroj: LN 11.2.2009

#### Kdy se bát antikoncepce

Měl někdo z vašich pokrevních příbuzných infarkt v nízkém věku? Pak



byste měla být při užívání antikoncepce opatrná. Gynekologa před předepsáním léků informujte o vážných nemocech v rodině.

Antikoncepční pilulky se u zhruba každé desáté ženy mohou z vítaného pomocníka stát smrtící hrozbou, protože zvyšuje riziko mrtvice či infarktu. Předtím, než je začnete užívat, měla byste si pořádně ověřit, zda nepatříte do ohrožené skupiny.

Infarkt v rodině nahlaste gynekologovi Základní pravidlo je přitom jednoduché: vědět, jaké nemoci trápí nebo trápily vaše nejbližší příbuzné, a nekouřit.

Hormonální antikoncepci by gynekologové neměli předepisovat ženám se zvýšenou krevní srážlivostí, která může vést k infarktu či mrtvici. Pilulky totiž obsahují hormony, které srážlivost krve v cévách ještě zhoršují, a ženám s dědičnou zátěží mohou ohrozit život. Jde zejména o estrogen.

V zahraničí už lékaři zaznamenali případy, kdy mladé dívky na ucpání cév zemřely právě proto, že u nich nikdo nezkoumal, zda nemají problémy s krevní srážlivostí. Na zvýšené riziko srážlivosti (latinsky trombofilii) nejčastěji upozorní rodinná anamnéza. Zjednodušeně řečeno, je to výčet chorob, kterými trpěli nebo na něž zemřeli vaši nejbližší - rodiče, jejich sourozenci a vaše sestra či bratr. Pokud se u nich před padesátým rokem života vyskytl infarkt nebo mozková příhoda, měl by lékař pozorně.

Sklony ke zvýšené krevní srážlivosti dcery dědí i od otce, případně od bratra své matky. Pokud jeden z rodičů nebo váš sourozenec má trombofilii, pak vy ji podle genetiků budete mít s padesátiprocentní pravděpodobností - a to je hodně. Leidská mutace?

Antikoncepce je tabu!

Když spolu s gynekologem zjistíte, že ve vašem případě se může jednat o riziko, budete muset absolvovat speciální testy. Laboratorním vyšetřením krve lékaři zjistí, zda poruchami krevní srážlivosti trpíte i vy.

Vzorky se posílají taktéž na genetické vyšetření, které přesně určí, jaký typ genové mutace v sobě nosíte. Nejčastěji je to takzvaná leidská mutace, kterou v evropské populaci trpí přibližně každý dvacátý člověk. Vyskytují se dva typy této mutace. Pokud půjde o takzvanou homozygotní formu, bude pro vás hormonální antikoncepce tabu. U druhého typu (heterozygotního) je „polámaná“ jen polovina chromozomů a některé druhy hormonů je možné užívat.

Krevní testy, na něž vás pošle váš gynekolog, si nemusíte platit, jsou hrazeny z veřejného pojištění. Na zvýšenou krevní srážlivost můžete mít podezření, když trpíte otoky nohou nebo se vám snadno tvoří obrovské modřiny. Varovat by vás také měly bolesti hlavy poté, co jste již začala s užíváním antikoncepce. Ale stále to ještě nemusí znamenat, že jste v nebezpečí. Po příčinách je třeba pátrat. Patnáct cigaret denně - riziko Další faktor, který riziko užívání antikoncepce u jinak zdravých mladých žen zvyšuje, je kouření. Hranice, kdy už si žena vážně zahrává se svým zdravím, je kombinace více než patnácti cigaret denně a hormonální antikoncepce. Nebezpečí stoupá s věkem, více ohrožené jsou ženy-kuřačky nad pětáctilet.

Antikoncepce může ublížit také ženám s obezitou, cukrovkou nebo těm, kterým lékař naměřil vysokou hladinu cholesterolu či vysoký krevní tlak. Všechny tyto faktory stejně jako kouření poškozují cévy a mohou vést k jejich předčasnému ucpání v souvislosti s hormony obsaženými v antikoncepčních tabletách.

Dalšími onemocněními, se kterými se antikoncepční pilulky příliš nesou, jsou žloutenka a mononukleóza. Obě výrazně zasahují játra.

Hormony obsažené v pilulkách taktéž játra zatěžují, ženy, které prodělaly tyto nemoci v nedávné době a ještě musí držet dietu, by proto měly být opatrné a absolvovat jaterní testy. U zdravých žen to není nutné, protože pro ně je zátěž malá.

Zdroj: Dnes 27.2.2009

## I N Z E R C E

**V této rubrice je možno otiisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA. Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.**

### Hledám asistenta na zástup

Hledám asistenta do ordinace PLDD v Praze 9. Tel.: 775 283 513, e-mail: c.dostal@seznam.cz. • Ev. č.: 141-07-08

### Hledám nástupce

Hledám nástupce do zavedené pediatrické ordinace v České Třebové. Tel.: 602 435 938 ve večerních hodinách. • Ev. č.: 142-07-08

### www.cviceniprozdravi.cz

Vadné držení těla, bolesti zad. Osvědčené zdravotní cvičení na DVD. www.cviceniprozdravi.cz. • Ev. č.: 143-08-08

### Prodám zavedenou praxi PLDD

Prodám zavedenou praxi PLDD na Mostecku. Spěchá. Tel.: 606 471 197 od 17 hod. • Ev. č.: 144-08-08

### Převod praxe PLDD

Dvě spojené praxe po rekonstrukci (Velim, Cerhenice), 50 km od Prahy. V obci nová výstavba. Byt od obce k dispozici. Informace: MUDr. Němeček, tel.: 603 461 740 • Ev. č.: 145-08-08

### Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Karlových Varech. Tel.: 737 623 358 • Ev. č.: 146-09-08

### Přenechám zavedenou praxi PLDD

Přenechám zavedenou praxi PLDD v okrese Znojmo. Tel.: 777 890 615 od 17 do 18 hod. • Ev. č.: 147-09-08

### Hledám kolegyni či kolegu

Hledám kolegyni či kolegu na výpomoc do ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, úvazek 0,4, event. 0,6 s perspektivou odprodeje praxe, Liberecký kraj. Kontakt - mobil: 737 385 196 • Ev. č.: 149-11-08

### Přenechám zavedenou praxi

Hledám lékaře/lékařku s licencií ČLK k pravidelným zástupům do dětské ordinace Praha 15. Ordinace 2 - 3 hodiny 3x - 4x týdně. Event. převod ordinace po dohodě možný. Kontakt: 737 100 524, e-mail: martikactus@seznam.cz. • Ev. č.: 150-01-09

### Hledám lékaře na příležitostné zástupy

Hledám lékaře na příležitostné zástupy během roku a hlavně za dovolenou do privátní ordinace v Praze 9 - Letňanech. Tel.: 724 107 469 nebo 283 923 206. • Ev. č.: 151-02-09

### Přenechám zavedenou praxi PLDD

Přenechám zavedenou praxi PLDD na Praze 9, event. z počátku zástup 2 dny v týdnu. Dle osobní dohody. Tel.: 603 788 868. • Ev. č.: 152-03-09



# Autodidaktický test 3 / 2009

## III. ALERGOLOGIE

### 1. Na budoucím projevení se atopické reaktivity:

- a) se u 80% dětí podílí narušení střevní mikroflory užitím širokospektrých antibiotik v prvních dvou měsících života dítěte snížením exprese IL-10
- b) je podíl narušení střevní mikroflory užitím širokospektrých antibiotik v prvních dvou měsících života dítěte nevýznamný, protože střevní prostředí dítěte je do 3 měsíců významně chráněno mateřskými protilátkami
- c) má použití širokospektrých antibiotik v prvních dvou měsících života dítěte u predisponovaných jedinců stejné riziko jako u nezatížené populace, protože exprese IL-10 není závislá na střevní dysmikrobii

### 2. Pod pojmem orální tolerance rozumíme

- a) identifikování antigenu přijatého ústy imunokompetentními buňkami střevního traktu za nepatogenní
- b) nevnímání slovní výzvy jako příkazu a její ignorování
- c) schopnost přijímat ústy i chuťově nepříjemné látky

### 3. Které tvrzení je správné?


- a) pomocné lymfocyty Th1 spoluodpovídají za ochranu před infekcí, Th2 za imunologickou netoleranci I. typu s hyperprodukcí IgE. Existence Th3 lymfocytů nebyla zatím prokázána
- b) pomocné lymfocyty Th1 spoluodpovídají za imunologickou netoleranci I. typu s hyperprodukcí IgE, Th2 za ochranu před infekcí a Th3 za imunologickou toleranci
- c) pomocné lymfocyty Th1 spoluodpovídají za ochranu před infekcí, Th2 za imunologickou netoleranci I. typu s hyperprodukcí IgE a Th3 za imunologickou toleranci

### 4. Vyšetření specifických protilátek IgE proti potravinovým alergenům (bílkovina kravského mléka, vaječná, moučná, sojová, rybí, ořechová) u jedinců s atopickým ekzémem má:

- a) vysokou specifitu kolem 70-80% a proto na základě výsledku doporučíme dietu s eliminací alergenů s pozitivitou IgE
- b) nízkou specifitu kolem 30% a proto na základě výsledku nelze s jistotou doporučit dietu s eliminací alergenů s pozitivitou IgE
- c) nízkou specifitu kolem 30 % a proto na základě výsledku raději doporučíme eliminační dietu všech alergenů s pozitivitou IgE

### 5. Vyšetření celkového IgE je:

- a) při zvýšení nad 90. percentil patognomonické pro atopii či atopickou konstituci
- b) nutno hodnotit v kontextu s věkem a pohlavím dítěte
- c) zbytečné provádět u dětí do 8 let, protože nemusí být ještě vyvinuta IgE mediovaná senzitivita

Generální partner testů je  MSD

**Stiefel - A4 - Duac gel**

**Medicom international – A4 – Erdomed**