

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

duben 2009 ■ číslo 4 ■ ročník 9



Cílený skrining celiakální sprue

Nespecifické střevní záněty

Stenóza anu - častá příčina „tříměsíční koliky“

Gastroezofageální reflux u kojenců



Téma čísla:
GASTROENTEROLOGIE

GSK - A4 – Havrix

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

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

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; 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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD za období březen 2009	5
Koalice soukromých lékařů a aktuální dění ve zdravotnictví	5
Projekty řízené péče ČNZP, ZPMV a VZP	7
Mezi Scyllou a Charybdou Naši političtí polobohové ještě nedorostli k domluvě a spolupráci s opozicí	12
Řízená zdravotní péče: ano, či ne?	14
MZ představilo projekt standardizace zdravotní péče	15
Usnesení regionálních konferencí SPLDD ČR	16



Informace OSPDL ČLS JEP	19
Dagmar Záleská Specializovaná způsobilost	22
MUDr. Pavel Frühauf, CSc. Současná „evidence based medicine“ doporučení pro léčbu gastroezofageálního refluxu u kojenců	24
doc. MUDr. Josef Sýkora, Ph.D., MUDr. Michal Huml Současná diagnostická a terapeutická doporučení infekce Helicobacter pylori v dětském věku	26
MUDr. Miroslava Adamcová Nespecifické střevní záněty v dětském věku	28
MUDr. Martin Liška, MUDr. Václava Gutová Atopický ekzém v dětském věku – pohled imunoalergologa	32
MUDr. Jaroslava Homolová Stenóza anu - častá příčina „tříměsíční koliky“	36
doc. MUDr. Oldřich Pozler, CSc. Cílený screening celiakální spruce	37
MUDr. Olga Roškotová Batole není malý dospělý	40
doc. Ing. Miroslav Dědek, DrSc., MUDr. Bohumil Turek, CSc. Význam vápníku pro batolecí a předškolní věk	41
Ze světa odborné literatury	43



Aktuality	44
Řádková inzerce	49

*Středová příloha: ZÁKON o veřejném zdravotním pojištění
a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*



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, www.umun.cz
Obrázek na titulní straně namalovala ústy Zdena Ježková.



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

cyklus regionálních konferencí se fakticky naplnil a je pomalu čas bilancovat. Výstupy z regionálních konferencí zpravidla slouží jako podklad při sestavování programu pro Sněm, co lze tedy očekávat, a jaká důležitá poselství vyslaly proběhlé regionální konference?

Prvním poselstvím je jistě otevření diskuse nad organizačním uspořádáním Sdružení. Před několika lety jsme nastavili základní strukturu, která vychází z filosofie, že každá etáž má svůj orgán výkonný, řídicí a kontrolní, přičemž jednotlivé etáže jsou okres, region a centrum. Brzy poté došlo k novému republikovému rozdělení krajů, z původních sedmi jich najednou bylo třináct. Diskuse nad možným organizačním kopírováním republikového rozdělení krajů do jisté míry rozčísila letošní jihomoravská konference.

Po několikaletých diskusích se tento největší region rozdělil na tři, které odpovídají i současnému krajskému uspořádání. Ostatní regiony zatím zachovaly původní strukturu.

Proč je důležité tuto diskusi vést? Pravdou je, že dřívější akcent na okresy, kdy okresní úřady byly registračními místy a kdy některé zdravotní pojišťovny měly své okresní pobočky se svými pravomocemi, byl logický a správný. Jenže řada pravomocí byla přesunuta na kraje. Nabízí se tedy otázka, zda by se základním článkem neměla stát krajská etáž s příslušnými pravomocemi krajských volených zástupců Sdružení. Okresní zástupci by pak byli jako dnes součástí řídicího orgánu kraje, dnes nazývaného regionální radou. Struktura centra by mohla být zachována, případně posílena. Případně uvádím proto, že je nutné vést diskusi, jestli zachovat ještě nějaký mezičlánek. Pokud se dohodneme, že ano, pak je třeba zajistit do určité míry paritu Čech a Moravy, pokud ne, pak by se tato parita asi měla promítnout do struktury centrálního orgánu. Máme tedy před sebou jedno z důležitých rozhodnutí a Sněm je jistě prostředím, kde toto rozhodnutí můžeme učinit.

Druhým důležitým poselstvím je vlastní organizace zdravotnictví. I když vzhledem k politické situaci nelze v nejbližší době očekávat nějaké zásadní organizační změny (i když po podzimu může být vše jinak), dříve či později se jim naše zdravotnictví nevyhne. Z diskusí nad současnými problémy lze, podle mého, vytušit dva základní trendy. Prvním je zaměření pozornosti státních institucí, resp. resortního ministerstva, a zdravotních pojišťoven na sledování kvality poskytované zdravotní péče a tím druhým je řízení zdravotní péče vzhledem k narůstající ekonomické náročnosti celého systému zdravotnictví.

Tomu druhému jsme věnovali již nemálo času na Sněmu v loňském roce, nicméně toto téma je stále aktuální, resp. stále aktuálnější. Projekty, které jsme řešili již v Harachově, někam postoupily a je třeba si říci, jak dál. Objevily se ale také projekty nové, především VZP přišla se svým Akordem. O různých projektech zdravotních pojišťoven se diskutuje i na stránkách našeho časopisu, a důležitá sdělení naleznete i v tomto čísle. Diskuse na toto téma se tedy rozhodně nevyhne, a to i vzhledem k aktivitám řetězců ambulancí, které se již celkem etablovaly na našem zdravotnickém trhu. Budeme schopni ochránit stávající zařízení o jednom lékaři? Má Sdružení schopnost a sílu přijít s vlastním konceptem, který bude na tuto situaci reagovat? Není třeba se vrátit k diskusi o účelovém uskupení našich ordinací? To již tady ale i bylo, jistě si vzpomenete na tzv. „IPU“.

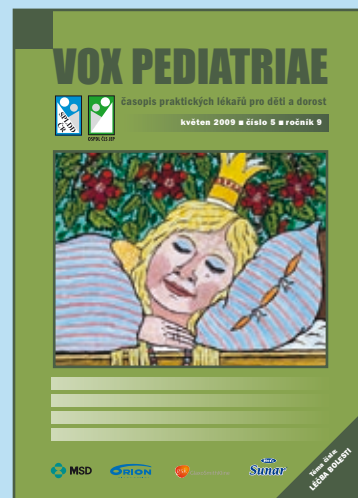
S předešlým úzce souvisí i druhé téma, téma kvality. Doba pomalu, ale jistě, dozrává i k diskusi o organizačním, věcném a technickém uspořádání našich ambulancí. Asi si všichni uvědomujeme, že doba, kdy základní výbavou praktického lékaře i pro děti a dorost byl fonendoskop a tužka. Současná doba klade stále vyšší nároky na technické a přístrojové vybavení našich ordinací, s tím souvisí i zvýšené nároky na diagnostické a terapeutické schopnosti lékařů primární péče, lékařů, kteří tvoří základnu celé pyramidy zdravotnického systému. Je tedy potřeba, dle mého, přinejmenším začít diskusi o tzv. pasportizaci ordinace PLDD vč. toho, kdy, kde a za jakých podmínek budou možné rozdíly. Zdá se, že i ze strany zdravotních pojišťoven roste po tomto popotávka. Je třeba si ale uvědomit, že s tím může souviset i nastavení úhradového systému. Budeme umět reagovat i na tento podnět?

Témat by se našlo jistě více, nicméně jejich výčet by přesáhl rozsah tohoto sdělení, a tak jsem si dovolil nadhodit alespoň ta, která považuji za jedna z nejdůležitějších. Budu se tedy těšit na setkání s Vámi všemi, kteří jste dostali důvěru od svých kolegyně a kolegů a věřím, že společnými silami dojdeme k výstupům, které budou dále zvyšovat prestiž svobodného výkonu povolání praktického dětského lékaře.

S přáním mnoha hezkých jarních dní

MUDr. Pavel Neugebauer

Léčba bolesti



v tomto čísle inzerují...

BIOVIT
GSK
HERO
JOHNSON & JOHNSON
MEDICOM INTERNATIONAL
MONTROSE PHARMA
MSD
NESTLÉ
WYETH

úřední hodiny SPLDD ČR...

Pondělí	10.00-15.00 hodin
Úterý	10.00-15.00 hodin
Středa	10.00-15.00 hodin
Čtvrtek	10.00-15.00 hodin
Pátek	10.00-13.00 hodin

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 období březen 2009

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc březen byl pro naše Sdružení důležitý z pozice zahájení cyklu regionálních konferencí. Začala se hodnotit činnost v jednotlivých regionech a zároveň se zhodnotila činnost regionálních funkcionářů v podobě voleb. Možné dopady na nás všechny můžeme očekávat z vývoje politické situace v ČR. Máme před sebou již tradiční výměnu resortního ministra, resp. ministryně, tentokrát v tom však není sama. Spolu s ní se loučí i všichni její ostatní kolegyně a kolegové....

6.3. - ke svému mimořádnému jednání se sešlo Předsednictvo Sdružení, hlavním tématem byla situace kolem zrušení regulačních poplatků u dětí; Předsednictvo nastavilo strategii pro jednání jednak s ministerstvem zdravotnictví, především s ministryní Filipiovou, která se ke kompenzaci za zrušené regulační poplatky u dětí přihlásila na jednání Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, a jednak se zdravotními pojišťovnami, které se k nějaké kompenzaci stále stavěli velmi zdrženlivě

11.3. - ministryně Filipiová si pozvala na svůj úřad tzv. Radu poskytovatelů, hlavním tématem byla problematika osudu „Julínkových“ zákonů, nutno přiznat, že se paní ministryni podařilo přesvědčit účastníky o znovuzahájení diskuse nad problematikou ustanoveními předkládaných zákonů

14.3. - v Brně byl zahájen cyklus regionálních konferencí, krom tradičně vzrušené debaty na aktuální témata ve zdravotnictví byla tato konference možná důležitá i pro zahájení možného procesu nového organizačního uspořádání Sdružení; stávající velký

region se rozdělil na tři, budou ostatní regiony následovat?

17.3. - s generálním ředitelem ZP MV jsme hledali průsečíky možné dohody o kompenzaci za zrušené regulační poplatky, zatím zůstalo jen u diskusí...

21.3. - v Klatovech se konalo druhé dějství cyklu regionálních konferencí, k rozdělení regionu tentokrát nedošlo, nicméně tato konference měla nádech loučení, po řadě aktivních let v pozici regionální předsedkyně se s funkcí ve Sdružení rozloučila naše kolegyně MUDr. Alena Šebková, všichni však věříme, že nečinnost nebude jejím hlavním krédem a pomůže zejména při organizaci vzdělávání v regionu

23.3. - v ČNZP jsme upřesňovali vazbu jejich návrhu na kompenzaci za zrušené regulační poplatky; faktem je, že nabídka této pojišťovny je v porovnání s ostatními pojišťovnami poměrně velkorysá a není identická s dospělými praktiky, tedy asi lze konstatovat, že rámcově je v cenovém dodatku náš požadavek zohledněn

26.3. - MZ ČR svolalo jednání nad novou podobou jednacího řádu dohodovacího jednání o cenách na rok 2010. Přes občas bouřlivější diskusi nakonec byla přijata pro všechny akceptovatelná podoba jednacího řádu, jednání tak budou moci začít...

27.3. - společnost IZIP svolala pracovní schůzku na téma elektronická zdravotní dokumentace versus elektronická zdravotní knížka, podaří se tvůrcům ve své době revoluční myšlenky elektronických zdravotních knížek uskřísit tento systém? To asi ukáže až čas...

28.3. - na Seči se sešli tentokrát kolegyně a kolegové z Královéhradeckého a Pardubického kraje, aby potvrdili spokojenost s účinkováním jejich předsedy MUDr. Štefana Hrunky, a aby vše zdárně proběhlo, v předvečer konference si zatancovali při společném posezení ne jeden country taneček

31.3. - Koalice soukromých lékařů se sešla na svém plánovaném setkání aby probírala aktuální vývoj ve zdravotnictví – blíže informujeme na jiném místě. ■

Koalice soukromých lékařů a aktuální dění ve zdravotnictví

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

V březnu došlo k vyhocení politické situace v ČR a Poslanecké sněmovna nakonec vyslovila současnou vládě nedůvěru. Současná ministryně tedy nestačila své křeslo ani řádně zahrát, čeká nás tedy další změna. Přesto se v březnu objevily i informace, které nás nutí být ve střehu. Z MZ ČR se ozvalo volání po tzv. generické preskripci, pro změnu opět bez předchozí aktuální diskuse.... Naši kolegyně



ze SASu sepsali, dle mého, poměrně výstižné stanovisko k této problematice, proto ho i zveřejňujeme. Samozřejmě se četná jednání nevyhnula ani problematice regulačních poplatků. Za pozornost jistě stojí i stanovisko úřadu, který má za povinnost dohlížet na spravedlivá pravidla hospodářské soutěže...

I. Vyhlášení Rady Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s. k plánu zavést v ČR tzv. generickou preskripci ze dne 6.3.2009.

Rada SAS vyhláší, že registrovala informaci o tom, že je MZ údajně připraveno nejspíše s platností od 1.7.2009 zavést nový systém předepisování léků, kdy lékař by nově na recept již nepsal název konkrétního léku od konkrétní firmy, ale jen chemický název účinné látky.

Rada SAS konstatuje, že vnímá objektivní potřebu pracovat na takových opatřeních, která povedou k redukci zbytečných finančních výdajů za léky, tato myšlenka by ovšem jednak dle názoru Rady SAS k deklarovanému ušetření peněz nevedla a přinesla by proti stávající situaci řadu nových problémů odborných, etických i psychologických. Zároveň by vyvolala potřebu vícenákladů na straně zdravotnických zařízení.

Rada SAS upozorňuje na to, že:

- léky nelze považovat za prosté zboží s možnostmi zcela volné záměny.
- vznikne-li situace, kdy bude hrozit, že pacient při každé návštěvě v lékárně dostane jiný lék, nebude-li pacient farmakologicky vzdělaný, ztratí ve velmi krátké době všichni jeho ošetřující lékaři přehled o tom, co kdy a jak užíval. Naprostá většina pacientů nebude u lékaře schopna vyjmenovat léky, které v poslední době užívala. Dále je také velké nebezpečí v tom, že při neznalosti jednotlivých léků dojde k tomu, že si pacienti začnou léky se stejnou účinnou látkou brát současně a dojde k toxickému účinku léků. K takovým případům dochází již dnes např. u psychofarmak stejné generické substance.
- lékař je ten, kdo nese plnou odpovědnost za léčbu pacienta včetně eventuelních nežádoucích účinků léků, musí tedy mít plnou záruku, že pacient dostane opravdu přesně to, co mu bylo předepsáno.

- u pacientů existuje řada genových mutací, které vedou i k různým reakcím pacientů na různé příměsi hlavních účinných látek

různých léků. Je mimo jakoukoli možnost lékárníka takováto rizika včas identifikovat a vyhnout se jim.

- zdravotnické zařízení by, ačkoli je k tomu vázáno smlouvou se zdravotní pojišťovnou, ztratilo tímto krokem jakoukoli možnost kontroly nákladovosti své preskripce.
- uvažované úsporné opatření do značné míry bude znamenat vznik potřeby nových finančních výdajů na straně zdravotnických zařízení a je otázkou, zda tyto výdaje nebudou vyšší, než možná uvažovaná úspora. Myslíme tím hlavně vyvolání potřeby nákladů na změnu naprosto všech softwarů u naprosto všech zdravotnických a lékárenských zařízení.

Rada SAS je toho názoru, že pokud by se vůbec o nějakém takovém podobném návrhu mělo začít uvažovat, jako povinnou součást jeho plnění by bylo nutné zajistit:

- 1) finanční kompenzaci zdravotnickým a lékárenským zařízením za vícenáklady s tímto vzniklé,
- 2) to, aby se všechny léky jmenovaly stejně a rozlišovaly se jen názvem společnosti za názvem účinné látky (např. za pomlčkou nebo v závorce). I zde je ale třeba určit, kdo takovéto přejmenování zaplatí a tyto výdaje kalkulovat proti případné úspoře.
- 3) to, aby byl při všech výdejích všech léků ve všech lékárnách trvale osobně přítomen plně erudovaný lékárník (nikoli jen laborant), přičemž zákonem by muselo být zajištěno, že za nežádoucí účinky vydaných léků není odpovědný předepisující lékař, ale právě lékárník.

Rada SAS považuje za nesporné, že požadovaného ekonomického efektu lze dosáhnout daleko jednodušeji. Je možné například zajistit, aby lékárny měly povinně své ceníky dostupné internetem z jejich internetových stránek pro potřeby předepisujících lékařů. Další možností je, aby bylo umožněno lékařům vydávat alespoň některé léky, jež tvoří základ jejich preskripce,

přímo v ambulanci. Tímto krokem by byla vedle finanční úspory zajištěna i úspora času pacienta.

Rada SAS s myšlenkou, že by byl zaveden systém, kdy by lékař předepisoval jen hlavní účinnou látku a lékárník by pak bez kvalitní znalosti konkrétního zdravotního stavu příslušného pacienta vybíral přesný přípravek, důrazně nesouhlasí. Je toho názoru, že by v celkových výdajích k žádné úspoře peněz nevedla a byla by jen nově vzniklým nebezpečím pro samotné pacienty.

Rada SAS ČR

II. Stanovisko Úřadu pro hospodářskou soutěž k problematice nevybírání regulačních poplatků v některých krajích

Dne 9. února 2009 Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (dále jen „Úřad“) obdržel dopis ve věci úhrad regulačních poplatků v krajských zdravotnických zařízeních za pacienta krajem, který byl zaslán vládě ČR. Dovolte mi se k uvedené záležitosti krátce vyjádřit.

Co se týče oblasti hospodářské soutěže, z analýzy provedené úřadem vyplynulo, že na kraje, které svými opatřeními rozhodly o nevybírání regulačních poplatků v jimi zřízených zdravotnických zařízeních, nelze pohlížet jako na soutěžitele ve smyslu § 2 odst. 1 zákona č. 143/2001 Sb., o ochraně hospodářské soutěže a o změně některých zákonů (zákon o ochraně hospodářské soutěže), ve znění pozdějších předpisů. Z tohoto důvodu nelze postup krajů posuzovat z hlediska tohoto zákona.

V oblasti veřejné podpory bych rád zdůraznil skutečnost, že Úřad je podle zákona č. 215/2004 Sb., o úpravě některých vztahů v oblasti veřejné podpory a o změně zákona o podpoře výzkumu a vývoje, centrální koordinační, poradenský, konzultační a monitorovací orgán. Jako takový vydává svá nezávazná stanoviska, která mají sloužit jako doporučení, jak postupovat v souladu s pravidly veřejné podpory.

Na podzim minulého roku Úřad nastínil několik variant postupu, při jehož dodržení nedojde k porušení komunitárního práva v oblasti veřejné



podpory. K této věci uspořádal dne 4. prosince 2008 schůzku se zástupci všech krajů, kde sdělil svoje návrhy řešení.

Pokud by se poplatky proplácely ve všech zdravotnických zařízeních všech krajů, nebyl by tu rozpor s pravidly veřejné podpory. Otázkou, zda by vrácení poplatků nebylo v rozporu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, se Úřad nezaobýval. Tato otázka nespadá do jeho působnosti.

V případě, že by kraje zamýšlely proplácet poplatky jen v krajských nemocnicích, Úřad uvedl možnou variantu, která je v souladu s pravidly veřejné podpory, a to proplácet poplatky v režimu tzv. podpory „de minimis“. Pak je nutné postupovat v souladu s Nařízením Komise č. 1998/2006 o použití článků 87 a 88 Smlouvy na podporu de minimis (dále jen „Nařízení“). Při zvolení této možnosti je povinností příslušného kraje upozornit krajská zdravotnická zařízení na charakter podpory de minimis s výlučným odvoláním na Nařízení. Dále si kraj vyžádá prohlášení o jakýchkoliv dalších podporách de minimis, které krajská zdravotnická zařízení čerpaly v předchozích dvou rozpočtových letech a v současném roce. Souhrn poskytnuté podpory nesmí v jednotlivém krajském zdravotnickém zařízení překročit během tří rozpočtových let strop de minimis, který je v současné době 200 000 EUR. Povinností kraje je rovněž zajistit kontrolu nepřekročení stropu podpory de minimis.

Pokud by proplácení poplatků splnilo rigidní náležitosti služby obecného hospodářského zájmu, byl by možný rovněž postup podle Rozhodnutí Komise 2005/842/ES (Rozhodnutí SGEI). Při poskytnutí vyrovnávací platby podle Rozhodnutí je tato platba

považována za podporu slučitelnou se společným trhem a je proto vyloučena z oznamovací povinnosti plynoucí z čl. 88 odst. 3 Smlouvy ES. Dle názoru Úřadu však nelze garantovat, že jsou v současné době naplněny podmínky dané Rozhodnutím SGEI.

Úřad v lednu tohoto roku odeslal dopisy na všechny kraje s výše zmíněnými postupy. Současně zde bylo uvedeno upozornění na sankce, které by hrozily při porušení pravidel veřejné podpory. Věříme, že kraje při svém jednání ve věci hrazení regulačních poplatků zohlední doporučení Úřadu a budou postupovat v souladu s pravidly veřejné podpory.

V Brně dne 26. března 2009

Ing. Petr Křížan,

ředitel odboru veřejné podpory

■ III. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 31. března 2009

1. Další spolupráce s MZ ČR

Schůzka s ministryní zdravotnictví, plánovaná na 27. 3. 2009, byla z důvodu změny politické situace zrušena, přesto má MUDr. Hroboň, náměstek MZ ČR pro zdravotní pojištění, zájem seznámit se s nejdůležitějšími připomínkami Koalice k navrhované legislativě. MUDr. Jelínek s ním na večerní schůzce v úterý 31. 3. projedná následující okruhy problémů:

- pracovní neschopnosti** – změna tiskopisů a otázka financování,
- kompenzace zrušených regulačních poplatků** – správní rada VZP uvolnila částku 150 milionů korun, ale jejich rozdělení ordinacím

dětským lékařům podmiňuje dalšími službami. Zástupci Koalice nesouhlasí s takovým způsobem kompenzace a žádají o plošné rozdělení finančních prostředků bez dalších podmínek. MUDr. Pekárek navrhuje schůzku s ředitelem VZP k projednání tohoto problému. V souvislosti s touto otázkou jednala Koalice o požadavku, zakotveném v metodickém pokynu MZ ČR, který se týká vykazování kódu 09547 (V případech, kdy je při návštěvě u lékaře - odbornost 001 nebo 002 - provedeno klinické vyšetření u pojištěnců do 18 let věku, vykazuje se číslo výkonu 09547 - regulační poplatek - pojištěnec od úhrady osvobozen),

c) **centrální úložiště elektronických receptů**

d) **generická preskripce**

e) **potvrzení o způsobilosti** vydávané MZ ČR (nástavbové obory – specializace), je třeba provést právní rozbor.

2. Různé

- MUDr. Dvořák vznesl dotaz, zda pracovníci SÚKL mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace v souvislosti s kontrolou deníků evidence vzorků.
- MUDr. Pekárek se v této souvislosti zmínil o účasti SÚKL při kolaudaci zdravotnických zařízení. ČSK se s oběma problémy obrátí na svého právního zástupce.
- Případ HIV pozitivního zubního lékaře, o kterém média informovala od 20. 3. 2009 považuje MUDr. Pekárek za porušení lékařského tajemství a navrhuje obrátit se na ombudsmána.
- Zástupci Koalice jednali o standardech zdravotní péče připravovaných odborným fórem MZ ČR.

Pro VOX připravil MUDr. Pavel Neugebauer

Projekty řízené péče ČNZP, ZPMV a VZP

JUDr. Ondřej Dostál

■ Několik teoretických úvah úvodem

Systém veřejného zdravotního pojištění lze popsat jako trojúhelník složený ze tří právních vztahů:

- mezi **pojištěncem a zdravotní pojišťovnou**, v rámci kterého je pojištěnec povinen odvést pojišťovně zákonné pojistné, a pojišťovna je povinna mu smluvně zajistit pro případ nemoci poskytnutí bezplatné péče v rozsahu stanoveném zákonem,
- mezi **pojišťovnou a smluvním zdravotnickým zařízením** (nemocnicí, lékařskou ordinací

atd.), v rámci kterého se zdravotnická zařízení zavazují poskytnout pojištěncům zdravotní pojišťovny bezplatně smluvený rozsah péče, a pojišťovna se zavazuje péči čerpanou pojištěnci v rozsahu smlouvy uhradit.

- mezi **pojištěncem a smluvním zdravotnickým zařízením**, v rámci kterého je nemocný pojištěnec oprávněn čerpat ve zdravotnickém zařízení bezplatně péči v takovém rozsahu, v jakém mu ji jeho pojišťovna v daném zdravotnickém zařízení nasmlouvala.

Práva pojištěnce veřejného systému pojištění¹ nejsou identická s právy pacienta.² Mnohá

nedorozumění plynou z toho, že díky takřka univerzálnímu pokrytí všech osob zákonným zdravotním pojištěním, velmi širokému rozsahu ze zákona hrazené péče a faktu, že naprostá většina zdravotnických zařízení je zařízeními smluvními, pojmy „pojištěnec“ a „pacienta“ mnohým splývají.

- Práva pacienta** vůči zdravotnickému zařízení nemají zásadně nic do činění se způsobem, jak pacient za péči zaplatí. Každý pacient, český pojištěnec i nepojištěný cizinec, má právo zvolit si zdravotnické zařízení, být poučen o možnostech léčby dle sou-



časných dostupných poznatků medicínské vědy a souhlasí-li, má právo péči na této úrovni čerpat. Zdravotnické zařízení má vůči pacientovi právo na zaplacení smlouvané či stanovené ceny poskytnuté péče; úhrada může proběhnout buďto formou přímé platby, nebo přes pacientovu pojišťovnu. Způsob úhrady péče nemá na výkon těchto práv žádný vliv; stejná práva tedy platí ve smluvním i v nesmluvním zdravotnickém zařízení. Jediné právo pacienta, mající vztah k úhradě, je právo být poučen předem o ceně zákroku, není-li z jeho pohledu bezplatný.

- **Práva pojištěnce** se týkají zejména ekonomických vztahů, tedy otázky, co pojištěnec obdrží za povinné pojistné a za jakých podmínek, tedy jaká péče bude uhradena, jak snadno bude dostupná, s jakými možnostmi volby zdravotnického zařízení či lékaře, s jakou spoluúčastí. Omezení práv občana jako pojištěnce veřejného systému nemá žádnou právní relevanci k jeho právům jakožto pacienta. To, že část péče indikované dle současných dostupných poznatků medicínské vědy není pojištěncem hrazena, neznamená, že by nemocný neměl na tuto péči nárok nebo že by lékaře cokoliv opravňovalo mu tuto péči odepřít. Pokud však pacient s poskytnutím nehrzené péče souhlasí, je povinen její cenu uhradit.

Nároky pojištěnce v našem systému veřejného pojištění musí vyplývat ze zákona. Pro nepopulárnost omezování rozsahu hrazené péče však Parlament nejvíe ochotu k zúžení tohoto zákonného nároku. V případě, že prostředky vybrané na pojistném fakticky nestačí na pokrytí zákonného nároku každého pojištěnce v plné míře, pojišťovna nemůže snížit rozsah hrazené péče ve svém vztahu s pojištěncem, neboť by se jednalo o postup zjevně protizákonný. Zdravotní pojišťovny, které nemohou regulovat na straně poptávky (nároky pojištěnce) proto volí cestu limitací na straně nabídky. Jde o omezování počtu smluvních zdravotnických zařízení, limity na objem nasmlouvané péče a další formy řízení nákladů, přičemž pojišťovny využívají své tržní síly a spolupráce se státní správou, aby tato omezení zdravotnickým zařízením „smluvně vnutily“. Protože však nároky pojištěnců a práva pacientů mají sílu zákona, nemocný má tedy ve zdravotnickém zařízení stále právo na bezplatnou péči na úrovni současných dostupných poznatků medicínské vědy bez ohledu na úhradové limitace. Péče je stále teoreticky „hrzená“, zákon tedy neumožňuje, aby nedostatečnou úhradu lékař řešil naučtováním ceny přímo nemocnému. Pojišťovny a stát tak fak-

ticky přenášejí tíhu rozporu mezi ekonomickými možnostmi a nároky pacienta a s tím spojené riziko ekonomických ztrát a právní odpovědnosti na zdravotnická zařízení. Nutnou obranou zdravotnických zařízení a jejich sdružení je nenechat se do vmanipulovat, zejména podpisem nevýhodných smluv, do situace, kdy by byla ekonomickým tlakem nucena nedodržovat zákon a poškozovat zájmy nemocných.

■ Pojem řízené péče

V nejšířším slova smyslu se řízenou péčí (*managed care*) rozumí jakékoliv zásahy do volné spotřeby hrazené zdravotní péče pojištěncem u smluvních poskytovatelů. Mezi nejběžnější způsoby řízení péče patří směřování pacienta do omezeného okruhu poskytovatelů, posuzování odůvodněnosti čerpání hrazených služeb před či po jejich poskytnutí (předchozí nebo následná autorizace) či vytváření motivací pro omezování nákladů zdravotní péče (paušální úhrady, limity). V rámci řízené péče je též někdy uplatňován dohled nad kvalitou a účelností poskytované péče. V USA bylo zpočátku zavádění nástrojů řízené péče přijato s všeobecným souhlasem, a to především s ohledem na fakt, že vedlo k omezení nákladů a zároveň ke zvýšení kvality zdravotní péče, zejména cestou určité unifikace postupů. Koncem devadesátých let se však zvedl vůči řízené péči odpor (tzv. *managed care backlash*), a to zejména vlivem široce medializovaných případů, v nichž se ukázalo, že se kontrola nákladů cestou řízené péče stala nepřiměřeně tíživou a fakticky vedla k omezování péče o pacienty pod úroveň potřebnou z medicínského hlediska; některé z těchto případů měly též soudní dohru s mnohamilionovými odškodnými. Následkem toho byla takřka ve všech státech řízená péče podrobena veřejné kontrole, chránící pojištěncův přístup k péči a terapeutickou svobodu lékařů před nadměrným ekonomickým tlakem.

Zkušenost s řízenou péčí má každý lékař pracující v českém zdravotnictví; různé formy limitů na léčení byly uplatňovány již v předrevolučním zdravotnictví a ani současný systém veřejného pojištění se jim nijak nebrání, byť je dosud „řízenou péčí“ nenazýval. Bez velké nadsázky lze říci, že některé smluvní podmínky uplatňované českými pojišťovnami jsou podobné těm nejstriktnějším a nejkritizovanějším nástrojům řízené péče z USA 90. let. Kdyby se nějaký zdravotní fond v současné Americe pokusil zavést například bonifikačně-regulační mechanismy v podobě známé z našich recentních úhradových vyhlášek, vlna hromadných žalob ze strany

pojištěnců by jej patrně rychle odstranila z trhu. U nás však zatím pojištěnci takto uvědoměli nejsou, spořádaně odvádějí povinné pojistné a úhradové limitace mylně považují za něco, co se jich vlastně netýká; v případě nespokojenosti s dostupností péče žalují zpravidla lékaře.

■ Nové projekty řízené péče

Koncem minulého roku představily zdravotní pojišťovny smluvní instrumenty, o kterých se mluví jako o projektech řízené či integrované péče. Z právního hlediska jde o dodatky ke smlouvám o poskytování a úhradě zdravotní péče. Věcně jde o bonus spočívající zejména v navýšení kapitační platby, za což se zdravotnická zařízení zavazují plnit poměrně vágně definované povinnosti, které by měly údajně vést k zefektivnění a z kvalitnější péče.

Zdravotnická zařízení nejsou nijak nucena tyto nové podmínky přijmout, záleží na každém, zda je vyhodnotí jako výhodné. Pracovní skupina při SPLDD se setkala se zástupci tří zdravotních pojišťoven (ČNZP, ZPMV a VZP), za účelem představení jejich projektů. V následujícím článku si jako právník dovoluji učinit ke každému z nich několik komentářů, které by mohly praktickému lékaři pomoci při rozhodování, zda se všech nebo některého z těchto projektů zúčastní.

■ Systém integrované péče ČNZP

Dle informací poskytnutých ČNZP představuje systém integrované péče (SIP) soubor informačních,

metodických, smluvních a především lékařských postupů, které mají ve výsledku zvýšit kvalitu péče o pacienta a zefektivnit vynakládání finančních prostředků v systému zdravotního pojištění. Na rozdíl od „klasického“ pojetí tzv. řízené péče, nedochází v případě SIP k omezení práva pacienta na svobodnou volbu lékaře, ale naopak k rozšíření zdravotních služeb o další možnost. Díky projektu má dojít k vytížení skupin pacientů se stejnými chronickými zdravotními problémy, stanovení objemu péče a nákladů pro tyto skupiny. Praktický lékař se má též prostřednictvím internetu systému dozvídat informace o „pohybu“ svých pacientů v rámci systému, což mu umožní efektivně koordinovat zdravotní péči poskytovanou nejen jeho vlastní ordinací, ale čerpanou pacienty i v jiných zdravotnických zařízeních. Za navýšení kapitace ČNZP požaduje, aby lékař poskytoval pojišťovně informace o zařazení pacienta do diagnostické skupiny, což probíhá prostřednictvím webového rozhraní. Mezi jednotlivými lékaři v rámci tohoto projektu se informace nepředávají, informace



týkající se zařazení pacienta cestují jen po linii lékaře – pojišťovna. Systém na základě dat zařadí pacienta do skupiny, lékař toto zařazení potvrdí či změní. Lékař je odměňován jen za zařazení pacienta, nikoliv za množství pacientů v jednotlivých skupinách.

Z právního pohledu je třeba uvážit, zda jsou informace v systému řádně chráněny a zda se předáváním informací o zařazení pacienta do diagnostických skupin do webového rozhraní nedostává lékař do rozporu se svou povinností mlčenlivosti. Povinností lékaře při účasti v projektu je vlastnit počítač s připojením na internet, s jehož pomocí jsou informace zpracovávány. Zákon 20/1966 Sb. k tomu říká v §67b odst. 7) a 8):

“Pokud se vede zdravotnická dokumentace pouze na paměťových médiích výpočetní techniky, lze zápis zdravotnické dokumentace provádět jen za těchto podmínek:

- všechny samostatné části zdravotnické dokumentace obsahují zaručený elektronický podpis osoby, která zápis provedla,
- bezpečnostní kopie datových souborů jsou prováděny nejméně jednou za pracovní den,
- po uplynutí doby životnosti zápisu je zajištěn opis archivních kopií,
- uložení archivních kopií, které jsou vytvářeny nejméně jedenkrát za rok, je provedeno způsobem znemožňujícím do nich provádět dodatečné zásahy.

Při uchovávání archivních kopií dat na paměťových médiích výpočetní techniky musí být zajištěn přístup k datům a jejich čitelnost (použitelnost) nejméně po dobu, která je předepsána pro archivaci zdravotnické dokumentace”.

Z výše uvedeného je možno učinit závěr, že zdravotnickou dokumentaci je možno vést výhradně v elektronické podobě, což bude pro případ účasti na projektu zapotřebí. Při respektování uvedených podmínek, zejména elektronického podepisování záznamů, pravidelného zálohování a archivace v tom však není třeba spatřovat žádná právní rizika. Zdravotnické zařízení jako správce dat pacientů bude muset dohlédnout též na to, aby byly citlivé informace uloženy v počítači důsledně chráněny před narušením či zneužitím, a to jak před neoprávněným užitím počítače samotného (čemuž lze bránit podmíněním přístupu k citlivým údajům příslušným heslem, automatickým odhlášením v případě nečinnosti a správným poučením zaměstnanců ordinace) tak před neoprávněným přístupem při předávání dat cestou internetu (pro což je zapo-

třebí dohlédnout na profesionální zabezpečení této komunikace).

Pokud jde o rozsah předávaných informací v rámci SIP, týž zákon uvádí v §67b odst. 10): *„Do zdravotnické dokumentace mohou nahlížet, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence (kromě jiných též) zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, a dále revizní lékaři zdravotních pojišťoven v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem.“* Zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění dále stanoví kontrolní pravomoci pojišťoven v § 42, kde se mj. uvádí, že *„zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců. Kontrolní činnost provádějí prostřednictvím informačních dat v rozsahu stanoveném zákonem a činností revizních lékařů. Další kontrolní činnost provádějí odborní pracovníci ve zdravotnictví způsobilí k revizní činnosti.“*

Na otázku, zda právní předpisy o povinné mlčenlivosti neznemožňují plnění povinností, které na sebe lékař bere účasti v SIS ČNZP, není jasná odpověď. Na jednání Pracovní skupiny převážil právní závěr, že zařazování pacientů do diagnostických skupin ve webovém rozhraní ČNZP není vzhledem k charakteru sdělovaných informací v rozporu s povinností mlčenlivosti. Současně však bylo prezentováno, že existuje významný, zcela opačný právní názor, prezentovaný Českou lékařskou komorou. Jakkoliv se právníci Pracovní skupiny domnívají, že pro lékaře je účast v SIP ČNZP dle podmínek pro rok 2009 z hlediska povinnosti mlčenlivosti bezpečná, lze doporučit ČNZP, aby získala k svému projektu stanovisko Úřadu pro ochranu osobních údajů (ÚOOÚ). ÚOOÚ dle § 29 zákona 101/2000 Sb. je mj. oprávněn poskytovat konzultace v oblasti ochrany osobních údajů. Podle § 178 Trestního zákona platí, že *„odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem bude potrestán, kdo osobní údaje o jiném získané v souvislosti s výkonem svého povolání, zaměstnání nebo funkce, byť i z nedbalosti, sdělí nebo zpřístupní, a tím poruší právním předpisem stanovenou povinnost mlčenlivosti.“* Tato skutková podstata vyžaduje zavinění alespoň ve formě tzv. nedbalosti nevědomé (§ 5 TZ), tzn. že pachatel *nevěděl, že svým jednáním může porušení nebo ohrožení způsobit, ač o tom vzhledem k okolnostem a k svým*

osobním poměrům vědět měl a mohl. Lze se domnívat, že pokud by ÚOOÚ ve svém stanovisku neshledal problém v provádění zařazování do skupin dle diagnóz, jak je předvídáno v projektu SIP ČNZP, lékař by se mohl s odkazem na toto stanovisko spolehnout, že postupuje-li dle pravidel projektu, nejde o jednání naplňující znaky § 178 TZ.

■ Systém integrované péče ZPMV

Projekt SIP ZPMV byl představen jakožto třífázový.

- V první fázi se předpokládá zejména sběr ekonomických informací o poskytnuté a vykázané péči a trendy vývoje v posledních třech letech a sdílení těchto dat cestou zabezpečené internetové komunikace.
- Druhá fáze, která je aktuální v tomto roce, spočívá v tom, že lékaři z poskytnutého přehledu zdravotnických zařízení, kam odesílají své pacienty, budou subjektivně vybírat ta nejlepší a toto „hlasování“ sdělovat ZPMV. Za to poskytne ZPMV lékařům malou bonifikaci; dále web ZPMV nabídne lékařům jednoduchý program k nezávaznému orientačnímu zjišťování kontraindikací mezi léky.
- Třetí fáze již počítá s určitým řízením péče, půjde o zařazování pacientů do definovaných skupin podle určitých markerů, přičemž k těmto skupinám pacientů budou rozpracovávány specifické programy péče. Toto však není v daný moment součástí předkládaných návrhů, třetí fáze se bude moci rozběhnout nejdříve ve 2. pololetí 2009, možná až od 1.1.2010.

V tento moment projekt nejde nad rámec existujícího právního stavu. Předávání informací odpovídá tomu, co uvádí zákon, pro lékaře půjde pouze o potřebu spravovat informace pomocí počítače připojeného na internet kvůli komunikaci s webovým rozhraním ZPMV. První fáze nabízí lékařům možnost zjištění všech léků, které si pacient vyzvedl, informace o veškeré péči, kterou pacient kde čerpal, zjistit bude moci i seznam specialistů, ke kterým chodí jeho pacienti. To je v souladu s § 20 a 21 zákona 48/1997 Sb., který stanoví role lékařů primární péče a specializované péče, a se zákonnou povinností zajistit návaznost péče. Druhá fáze přináší hlasování o kvalitě poskytovatelů, ke kterým praktický lékař odesílá své pacienty, za což lékař získá určitou bonifikaci. Toto hlasování je zcela subjektivní. Jakkoliv na Pracovní skupině zazněly výhrady ohledně účelnosti tohoto hodnocení, z hlediska práva nepředstavuje problém a pokud bude lékař ochoten toto hodno-



cení za úplatu pro pojišťovnu provádět, nic mu v tom nebrání. Naznačená budoucí třetí fáze bude patrně zahrnovat některé velmi sporné nástroje, které se již dnes objevují v projektu AKORD navrhovaném VZP; těmi však bude třeba se zabývat teprve v příštím roce. Pracovníci pojišťovny výslovně deklarovali, že podpis současného dodatku na druhou fázi („o hodnocení kolegů“) nijak nezakládá povinnost účastnit se třetí fáze, která bude obsažena teprve v dodatcích na příští rok.

■ VZP: Program kvality péče AKORD

Nejvíce kontroverzí v rámci jednání Pracovní skupiny vzniklo ve spojení s nekomplexnějším z navrhovaných projektů, programem kvality péče AKORD VZP. Jde o dodatek, ve kterém se zdravotnické zařízení za poměrně znatelný bonus spočívající zejména v navýšení kapacity zavazuje k četným povinnostem, zahrnujícím vedení objednávkového systému s čekací dobou nepřevyšující 15 minut, směřování pojištěnců v rámci navazující péče pouze k jiným poskytovatelům participujícím v AKORDu, konzultování poskytování péče o pojištěnce s útvarem krajského koordinátora pojišťovny a dalším.

Obsahem projektu AKORD má být podpora kontinuálního zvyšování kvality a efektivity zdravotních služeb prostřednictvím sdílení informací, komunikace a přiměřených motivací. Účelem smluvního vztahu v rámci tohoto projektu je založit vzájemnou aktivní spolupráci mezi zdravotnickým zařízením a VZP s cílem zvýšení kvality a komfortu zdravotních služeb poskytovaných pojištěncům.

Povinnosti zdravotnického zařízení v projektu AKORD, které považuji za potenciálně problematické, uvádím postupně, včetně právních komentářů.³ Ty se vztahují jak k právům nemocných jako pojištěnců, tak zejména k právům nemocných jako pacientů a tomu odpovídajícím zákonným povinnostem lékařů.

1) Povinnost zdravotnického zařízení využívat informace poskytnuté Pojišťovnou v souladu s tímto Dodatkem výhradně pro potřeby poskytování zdravotní péče pojištěncům VZP, kteří jsou u něj registrováni.

Jde o jakousi smluvní povinnost mlčenlivosti, jejíž obsah však není zcela jasný. Odpovídající povinnosti pojišťovny je patrně povinnost zajišťovat zdravotnickému zařízení informač-

ní podporu potřebnou ke zlepšování efektivit a kvality poskytovaných odborných služeb. Informační podpora vychází zejména ze vzájemného porovnávání chování zdravotnických pracovišť poskytujících obdobné služby, analýzy odchylek, expertního hodnocení a vztahu mezi náklady a přínosy. V úvahu připadají tedy buďto informace medicínské nebo ekonomické, které patrně bude lékaři sdělovat „útvarem koordinátora“ popsany níže.

Každý pacient má právo na péči na úrovni současných dostupných poznatků medicínské vědy – bez ohledu na to, zda je pojištěncem VZP nebo jiné pojišťovny. Z povahy věci proto nemůže existovat žádná „medicínské know-how“, které by pojišťovna poskytovala lékařům výhradně pro potřeby svých pojištěnců.

Pravděpodobněji se však bude jednat o ekonomické informace, například o srovnání nákladů na péči o zvláště nákladné pacienty či o spotřebě léků u tohoto lékaře a jeho kolegů, včetně případných pokynů vedoucích k úsporám. Ani zde však nenalézám prostor pro smluvní povinnost mlčenlivosti, neboť v zájmu zachování rovné dostupnosti péče a zamezení diskriminace mají pojištěnci i veřejnost právo vědět, jak jsou prostředky na péči rozdělovány.⁴ Není zde proto prostor např. pro argumentaci obchodním tajemstvím.

2) Povinnost zdravotnického zařízení vést objednávkový systém a v případě zájmu objednávat pojištěnce k vyšetření na přesně stanovené termíny s čekací dobou nepřesahující obvykle 15 minut a povinnost přizpůsobovat po provedení s Pojišťovnou smluvně dohodnutý počet a rozložení ordinačních hodin potřebám pojištěnců.

Proti tomuto ustanovení nelze mít výhrad, s jedinou výjimkou, a to je zachování rovného přístupu k péči i na straně pojištěnců jiných pojišťoven než VZP. I pokud tyto pojišťovny smluvní požadavek objednání na termín bez čekání pro své pojištěnce nevyžadují, bylo by v rozporu s právem, pokud by pojištěnci VZP byli objednáváni přednostně nebo za příznivějších podmínek. Souhlas s tímto ustanovením AKORDu tedy fakticky zavazuje lékaře zavést objednávací systém a vhodné rozložení ordinačních hodin všem pojištěncům.

3) Povinnost zdravotnického zařízení zajišťovat objednání pojištěnců k indi-

kované ambulantní či lůžkové zdravotní péči.

V dřívějších verzích bylo přímo stanoveno, že zdravotnické zařízení zajišťuje objednání pacientů do zdravotnických zařízení zahrnutých do programu AKORD. Toto ustanovení, jehož cílem bylo zjevně vytvořit jakýsi uzavřený systém preferovaných smluvních zdravotnických zařízení, z novější verze vypadlo, a to zejména pro rozpor s právem pojištěnce i právem pacienta na volbu zdravotnického zařízení. Z hlediska odesílajícího zdravotnického zařízení by se tedy jednalo o závazek k plnění, které právně nemůže ovlivnit – pacient mohl i bez ohledu na objednání nejtímnikam či zvolit zcela jiné zdravotnické zařízení.

Druhým potenciálním problémem bylo narušení soutěže mezi zdravotnickými zařízeními, resp. diskriminace „neAKORDových“ zařízení, vyplývající z toho, že odesílající zdravotnické zařízení dle smlouvy s VZP mělo doporučovat selektivně na základě účasti navazujících zařízení v AKORDu, nikoliv na základě jejich kvality či vhodnosti pro pojištěnce. I v současné verzi AKORDu zůstala zachovaná ustanovení o povinnostech pojišťovny doporučovat zdravotnické zařízení svým pojištěncům, což je problematické hned z několika důvodů. Především jde o zvýhodnění jedné smluvní partnerů VZP před jinými. Dochází tím i k nevyváženosti práv a povinností, protože i „neAKORDová“ smluvní zařízení budou mít stále povinnost ze stávající smlouvy nedoporučovat pojištěncům VZP přechod k jiné pojišťovně, kdežto VZP bude moci pojištěncům doporučovat přechod k jiným, „AKORDovým“ zařízením. Podpisem takové smlouvy se lékař dále může patrně dostat do rozporu s Etickým kodexem ČLK, který v § 2 odst. 16 uvádí, že *lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činností, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.* Není možno vyloučit interpretaci, podle které bude za takovou „druhou osobou“ považována i pojišťovna.

Konečně, z hlediska práva zní poněkud absurdně též smluvní povinnost pojišťovny podporovat zdravotnické zařízení (zapojené do AKORDu) v přístupu jeho pacientů ke specializované péči. Zákonnou povinností VZP je zajistit dostatečný přístup ke specializované péči všem svým pojištěncům, nejen pouze těm, kteří jsou náhodou registrováni u poskytovatele primární



péče zapojeného do AKORDu. Pokud pojišťovna nabízí jako „bonus“ AKORDovým praktikům, že jaksi „zařídí“, aby se jejich pacienti domohli specializované péče, zatímco pacienti registrované u nespolupracujících neAKORDových praktiků podporovat v přístupu ke specializované péči nebude, je to značně na pováženou. Známý nešvar českého zdravotnictví, kupčení se zajištěním přístupu ke specializované péči, se tak dostává na oficiální smluvní úroveň.

4) Povinnost zdravotnického zařízení respektovat organizační pokyny útvaru krajského koordinátora programu kvality péče a konzultuje s ním řešení složitých a neobvyklých léčebných postupů.

Tato povinnost byla oproti předchozí verzi dodatku značně změkčeno. Je však nasnadě, že účelem tohoto ustanovení je podrobit terapeutickou autonomii lékařů dohledu a konzultacím pracovníků VZP. To může mít v zásadě dvě podoby – konzultace za účelem zkvalitnění péče a konzultace ve věci omezení výdajů na nákladné pacienty. Existují názory, které takové řízení péče ze strany pojišťovny považují za přínos (standardizace procesů, sdílení informací o ověřených metodách, efektivní vyhledávání a zavádění nejlevnějších efektivních variant řešení), i názory vysoce kritické (neetický tlak na omezování nákladné, leč potřebné péče, svěření léčebných rozhodnutí „účetním z pojišťovny“). Domnívám se, že tento nástroj řízení péče může mít ve zdravotnickém systému své místo, za podmínky striktního zákonného rámce chránícího zejména zájem pacienta, inspiraci pro nějž lze čerpat ze sofistikované, odborně diskutované legislativy některých států USA. V platném českém právu však zákonnou oporu pro tento nástroj najít nelze. Proto při jeho uplatnění budou vznikat neřešitelné právní problémy, a to zejména v oblastech

- práva pojištěnce na přístup k péči,
- povinné mlčenlivosti
- odpovědnosti za škodu a
- podmínek výkonu lékařské praxe.

Právo pojištěnce na přístup k péči vyplývá již z čl.31 odst. 2 Listiny základních práv a svobod, která zakotvuje právo každého občana na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného pojištění, za podmínek stanovených zákonem. Pouze zákon tedy může stanovit rozsah nároku na hrazenou péči. Nic v platném zákoně nedává zdravotní pojišťovně či jejímu „útvary koordinátora“ právo vymezit tento nárok

odlišně, či dokonce podle aktuální ekonomické bilance vytvářet jakési „pojišťovenské standardy péče“. Byť by byly názory koordinátora na nákladovou neefektivitu a ekonomickou neúčinnost nějakého léčebného postupu sebevíce správné a sebelépe odborně podložené, ani tak jej nemůže platně lékaři „zakázat“, je-li tento postup pro pacienta byť jen marginálně medicínsky prospěšný a není-li vyloučen z okruhu postupů hrazených dle zákona. Budou-li pokyny koordinátora orientované na úspory v rozporu se zákonnou formulací nároku pojištěnce, budou mít nulovou právní relevanci a lékař nebude povinen, ba ani oprávněn se jimi řídit.

Zachovávat mlčenlivost je etickou i právní povinností každého lékaře. Průlomů do mlčenlivosti musí být stanoveny zákonem, nad rámec zákonných výjimek je možno mlčenlivost prolomit jen s výslovným souhlasem pacienta. Domnívám se, že nic v platném zákoně neopravňuje lékaře, aby „útvary koordinátora“ sděloval informace o pacientově onemocnění, anamnéze, navrženém postupu léčby atd. Jen stěžejí si však lze představit, jak by mohl koordinátor VZP smysluplně konzultovat s lékařem „řešení složitých a neobvyklých léčebných postupů“, aniž by byl seznámen s detaily péče o konkrétního pacienta – které mu lékař není oprávněn sdělit. Mají-li být tyto konzultace smysluplné, musel by lékař nejprve získat souhlas pacienta s tím, že jeho léčbu prodiskutuje s koordinátorem VZP. Nejsem si jist, jakou bude mít pacient motivaci tento souhlas udělit, zejména uvědomí-li si, že konzultace se značnou pravděpodobností povedou k tlaku na limitaci lékařem poskytované péče.

Významným problémem pro lékaře je otázka odpovědnosti za škodu na zdraví pacienta, vzniklou následkem nesprávného pokynu ze strany koordinátora VZP. Lékař je povinen pacientovi poskytovat péči dle §11 zákona 20/1966 Sb. *lege artis*, tzn. na základě současných dostupných poznatků medicínské vědy. Této povinnosti jej nemůže zprostit fakt nedostatečnosti úhrad či jakékoliv doporučení ze strany pojišťovny. Vznikne-li podkročením tohoto vysokého standardu na zdraví pacienta újma, bude lékař čelit občanskoprávní i trestní odpovědnosti. Pokud koordinátor VZP poskytne lékařovi nedostatečně odbornou konzultaci nebo mu vydá lékařovi nesprávný pokyn (typicky k nepřiměřenému šetření na zdravotnických výkonech či léčích), nepředstavuje smluvní povinnost vyplývající z AKORDu pro lékaře v jeho právním vztahu s pacientem okolnost vylučující protiprávnost. Po stránce občanskoprávní by

se snad lékař, žalovaný pacientem na vysokou částku náhrady škody na zdraví či odškodnění osobnostní újmy, mohl teoreticky domáhat uhrazení části odškodného pojišťovnou z titulu spoluzavinění. Trestněprávní odpovědnost si však ponese lékař sám.

Všechny výše uvedené problémy mají vztah k tomu, že koordinátor – úředník pojišťovny – dle AKORDu fakticky účastní procesu hodnocení pacientova zdravotního stavu a určení léčebného postupu; do určité míry se tedy sám **stává na místo lékaře**. Nebude-li koordinátor lékařem, je teoreticky možné posoudit jeho činnost jako neoprávněný výkon zdravotnického povolání. Bude-li lékařem, je nutno uvažovat o tom, zda je v souladu s právem výkon lékařské činnosti zaměstnancem pojišťovny, mimo rámec zdravotnického zařízení. V tomto kontextu je namístě poukázat na ustanovení § 2 odst. 12 Etického kodexu ČLK, podle nějž lékař *nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe*. Jakkoliv se mohou zdát tyto úvahy absurdní, v prostředí USA byly předmětem právních sporů vedených sdruženími lékařů, kterým se nelíbilo, že do jejich terapeutických kompetencí zasahují z pojišťovny v lepším případě zdravotní sestry, v horším případě osoby s pouze ekonomickým vzděláním.

■ AKORD jako pilotní projekt

Dle informací od zástupců VZP běží AKORD jakožto pilotní projekt jen v některých krajích, mimo tyto oblasti není lékařům nabízen. Takový postup nelze hodnotit jako správný, neboť přináší-li podepsání AKORDu s sebou nemalé finanční zvýhodnění na kapitaci, potom smluvní partneri VZP, kterým nebyl AKORD nabídnut, jsou neodůvodněně diskriminováni. VZP je organizací hospodařící s veřejnými prostředky, s dominantním postavením na trhu. Stejně jako není právně přípustné, aby byla narušována hospodářská soutěž mezi zdravotnickými zařízeními tím, že v některých nemocnicích a lékárnách jsou kraji kompenzovány poplatky a v jiných ne, není možné, aby VZP nabídla potenciální ekonomické zvýhodnění jen některým lékařům. Má-li být AKORD zaveden, je třeba trvat na tom, aby nebyl nabízen k podpisu selektivně, ale všem zdravotnickým zařízením ochotným se tohoto projektu zúčastnit.

■ Závěrem: podepsat „řízenou péči“?

Z politických debat vyplynulo, že projekty řízené péče mají být do jisté míry kompenzaci za výpadek příjmů způsobený částečným zrušením regulačních poplatků. Jakkoliv se domnívám,



že korektní metodou kompenzace za regulační poplatky by bylo odpovídající navýšení kapacity všem zasaženým zdravotnickým zařízením, nikoliv poskytnutí „bonusu“ pouze těm, kteří projeví ochotu spolupracovat na právně značně vágních projektech, stav je patrně daný. Zdravotnická zařízení tedy musí vyřešit otázku, zda odmítnout citelnou finanční odměnu, nebo se vystavit možným problémům vyplývajícím z účasti v projektech. Na základě diskusí v rámci Pracovní skupiny docházím tedy k následujícím závěrům a doporučením:

- Lékař se musí za všech okolností řídit výhradně svým svědomím, prospěchem pacienta a povinnostmi uloženými v zákoně. Poruší zákonem dané povinnosti, byť za účelem dodržení smluvních podmínek úhradového dodatku, s sebou nese riziko občanskoprávní či trestněprávní odpovědnosti.
- Občanský zákoník stanoví v § 39, že *neplatný je právní úkon, který svým obsahem nebo účelem odporuje zákonu nebo jej obchází anebo se přičí dobrým mravům*. V § 41 pak stanoví, že vztahuje-li se důvod neplatnosti jen na část právního úkonu, je neplatnou jen tato část, pokud z povahy právního úkonu nebo z jeho obsahu anebo z okolností za nichž k němu došlo, nevyplývá, že tuto část nelze oddělit od ostatního obsahu. Rozhodne-li se lékař podepsat některý z dodatků a zúčastnit se některého projektu, lze doporučit, aby dodržoval stanovené smluvní podmínky jen v tom rozsahu, v jakém nezasahují do práv pacienta a pojištěnce stanovených zákonem. Smluvní povinnosti v dodatcích jsou stanoveny do určité míry vágně a nejsou následo-

vány jednoznačnou sankcí. Pokud tedy lékař smluvní povinnost nebude respektovat pro její rozpor se zákonem, je pravděpodobné, že vůči němu žádná smluvní sankce uplatněna nebude. Pokud by však uplatněna byla, měl by se lékař bránit argumentací analogickým využitím citovaných ustanovení Občanského zákoníku, tedy tvrdit, že jím porušená smluvní ustanovení byla primárně neplatná pro rozpor se zákonem, porušení této části smlouvy tedy nemůže zakládat důvod k uplatnění sankce. To platí zejména pro ustanovení o povinnosti respektovat pokyny útvaru koordinátora VZP v rámci projektu AKORD. Ve sporech s pojišťovnami by mělo SPLDD poskytnout napadeným lékařům veškerou právní pomoc a skupinovou podporu.

- Ve věci projektů ČNZP by patrně nebylo na škodu, pokud by smluvní podmínky nechala tato pojišťovna přezkoumat Úřadem pro ochranu osobních údajů, zejména kvůli sdělování informace o zařazování pacientů do diagnostických skupin. V případě, že ÚOOÚ neshledá problém, je možno účast v projektu hodnotit jako bezpečnou.
- SPLDD by mělo podrobit projekty řízené péče stálému sledování. Mělo by trvat na tom, aby nedocházelo k jejich nabízení cestou selektivních pilotních projektů, ale aby byla možnost účasti otevřena všem zájemcům z řad zdravotnických zařízení. Ohledně inovací projektů pro rok 2010 lze doporučit, aby již nyní byla zahájena jednání s pojišťovnami o jejich podobě a jednotlivých právních ustanoveních.
- SPLDD by mělo konečně dohlédnout na to, aby byly pojišťovnami dodrženy všech-

ny podmínky dodatků, zejména ustanovení o vyplacení finančních navýšení. Nové projekty spojené s čerpáním prostředků z veřejného pojištění by neměly být podepisovány dříve, než dojde ke splnění starých závazků ze stávajících právních vztahů se zdravotnickými zařízeními.

¹ Tato práva jsou převážně uvedena v platném zákoně 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

² Tato práva jsou převážně popsána v platném zákoně 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu a v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně. Přípravovaná legislativa tento okruh práv řeší převážně v návrhu zákona o zdravotních službách.

³ Pracovní skupina s podivem zjistila, že texty dodatků zaslané s předstihem jako podklady pro jednání dne 6.2.2009 se v podstatných bodech liší od textů, které zástupci VZP osobně přinesli dne 13.2.2009. Zástupci VZP informovali, že dodatky již jsou od počátku roku podepisovány jednotlivými praktickými lékaři. Otázkou tedy je, zda se lékaři, kteří „podepsali AKORD“ hned počátkem roku, zavázali k striktnějšímu znění původního návrhu dodatku, nebo zda jim již tehdy pojišťovna nabídla „měkčí“ znění či zda jim v průběhu února jejich smluvní povinnosti nějak upravila. Uvádím vždy znění prezentované jako definitivní k 13.2.2009.

⁴ Zde je též třeba poukázat na to, že VZP i další pojišťovny jsou veřejnými institucemi, povinnými dle zákona 106/1999 Sb. sdělovat na žádost informace o vynakládání svěřených veřejných prostředků.

Mezi Scyllou a Charybdou

Naši političtí polobohové ještě nedorostli k domluvě a spolupráci s opozicí

Martin Čermák

Text s názvem Incidit in Scyllam, qui vult vitare Charybdim (Upadá do Scylly, kdo se chce vyhnout Charybdě), který na zlínském kongresu přednesl doc. Zdeněk Susa z II. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, dokládá, že ve Zlíně se kromě čistě odborných medicínských a farmakoterapeutických aspektů uplatnil i širší pohled na problematiku českého zdravotnictví jako celku. Referát Z. Susy otiskujeme v mírně zkráceném znění.

■ Scylla nákladů a Charybda zdrojů

Verš z antické mytologie, kterým je uveden tento referát, je natolik nadčasový, že se hodí i na mnohé současné situace, čes-

ké zdravotnictví nevyjímaje. Příšery Scylla a Charybda byly zosobněním dvojího nebezpečí, které hrozilo lodníkovi, proplouvajícímu Messinskou úžinou. Skalisko na jednom

břehu, vír u druhého. Kdo se příliš soustředí na jedno nebezpečí, upadne do druhého. Proplout mezi oběma nástrahami vyžadovalo nejen šikovnost lodníků, ale i zvláštní přizeň



bohů, tj. štěstí, jak jsme si zvykli říkat později. Úžinou proplovává loď českého zdravotnictví. Cíl a smysl její plavby je navýsost etický – nejlepší péče o nemocného, která je na úrovni současného vědeckého poznání. Víme, že to nejde, protože žádná společnost není a nebude tak bohatá, aby mohla zajistit každému všechno, co je možné. Ale budeme to tak říkat dál – když pro nic jiného, tak proto, že ve chvíli, kdy se provalí, že neužíváme těch nejlepších a nejmodernějších prostředků, organizace pacientů si budou stěžovat a média se toho ráda chytí se senzačními titulky.

Prvním úskalím naší plavby jsou rostoucí náklady: farmaceutické firmy mají snahu maximalizovat zisk a nelze jim to mít za zlé, chovají se tak všechny firmy; není důvod, proč by to u léků neplatilo (zlé jazyky tvrdí, že nejlepší byznys na světě jsou drogy, zbraně a léky; drogy jsou ilegální, zbraně jsou o ústa – takže co je nejlepší byznys?). V ceně léku se ovšem musejí zaplatit i léta nutného výzkumu a vydělat se musí za několik let, než skončí patentová ochrana léku a výroby se chytí firmy dodávající na trh laciná generika. V ceně léku se musí zaplatit i „všimné“, které se různou formou – tričky, propisovacími tužkami a snad i nějakými poněkud dražšími pozornostmi – vyplácí lékařům, aby k léku nabyli sympatií a předpisovali ho. Z dobře informovaných kruhů jsem zaslechl, že toto všimné prý odpovídá asi 15 procentům konečné ceny léku. Farmaceutické společnosti to tedy nemají lehké.

Druhým úskalím je měšec peněz, určených na léky a zdravotnické potřeby. Nebudu vykládat, z čeho všeho a jak se skládá – jisté je pouze, že to všechno jsou naše peníze: nepřímo z daní a z nemocenského pojištění i přímo z naší kapsy, když v lékárně dopláčíme za lék. Tento náš měšec záleží na bohatství společnosti, tedy nás samých, je proto ohraničený a nemůže neomezeně růst. Proplout zvyšujícími se náklady s omezenými financemi a zachovat co možná nejlepší péči o nemocné – to vskutku vyžaduje být ve zvláštní přízni bohů.

■ **Lod' a její posádka**

Všechny přednášky tohoto bloku (farmakoekonomika – pozn. red.) se týkaly problému, jak přízni bohů napomoci. Slyšeli jsme moudro kapitánů – onkologických, gerontologických, internistických, kardiologických. Slyšeli jsme také moudro lodivodů, znalců účiny a jejich proudů – z hlediska České lékařské společnosti, Všeobecné zdravotní pojišťovny i samotného ministerstva zdra-

votnictví. Loď českého zdravotnictví ovšem nepohánějí ani kapitáni, ani lodivodové, ač by si to jistě přáli; loď pluje podle toho, jak vesluje mužstvo. Když nahlédnete do podpalubí, zahlédnete značný chaos. Někteří veslaři se snaží jako o závod, jiní brzdí, jiní dokonce veslují sice jako o závod, ale opačným směrem. Výsledkem je, že loď sebou trhá, točí se dokolečka, pořád se potácí mezi svou Scyllou a Charybdou a jakoby ne a ne najít svůj směr. Že ještě nenarazila, je velké štěstí.

Jak to, že se veslaři nedrží příkazů svých kapitánů a rad lodivodů a veslují si podle svého? Podle způsobu veslování jsem mezi nimi vyzoroval několik skupin; jejich zástupců jsem se pak ptal, proč veslují právě takhle a ne jinak.

První skupinou veslařů jsou praktičtí lékaři. Jejich příjmy jsou dány z naprosté většiny – asi z 80 procent – kapitací platbou, to jest podle počtu registrovaných pacientů. Jen zbytek je za výkony. Jejich přirozeným zájmem tedy je, aby se pacienti u nich registrovali a pak je navštěvovali co nejméně a nic nechtěli. Lepším modelem by bylo asi, kdyby to měli tak půl na půl – za registraci a výkony. Ale to nepůjde prosadit. Je totiž krásné mít v registru co nejvíc zdravých pacientů, kteří neobtěžují a pouhou svou existencí zajišťují pravidelný příjem. Slyšel jsem, že se pojišťovny – není to VZP – dokonce přelácejí, kolik peněz jim za tyto zdravé pacienty dají. I v zájmu pojišťoven je mít zaregistrované zdravé pacienty. Druhou skupinou jsou ambulantní odborníci. Ti jsou placeni podle provedených výkonů. Jejich zájem je proti praktickým lékařům právě opačný – potřebují, aby k nim chodilo co nejvíc pacientů, kteří budou něco chtít – aby měli výkonů co nejvíc. Pojišťovny na to po čase přišly a začaly jim výkony limitovat, ovšem ne všem stejně – hraje v tom roli také historický průměr výkonů toho kterého lékaře. Proti méně průbojným a nováčkům jsou tedy zvýhodněni ti, kteří na počátku účtovali hodně výkonů – ponechávám stranou, zda je skutečně do důsledku prováděli.

Lékař – jak praktický, tak odborný – má limit na preskripci. Ten je určován podle oborů. Limity jsou možná u některých oborů nadsazeny (mezi obory jsou někdy překvapivé rozdíly) – ale zdá se, že ani s tím se nedá nic udělat. Co se jednou „vybojovalo“, to už nejde snížit. Navíc se v limitech preskripce také uplatňuje historický průměr. Když si založím novou ordinaci dnes, bude mým limitem oborový průměr. U zaběhaných ordinací

to bude spíš vlastní průměr z minula.

Mírné převýšení limitu se toleruje, větší se penalizuje. Lékař je tedy motivován k tomu, aby nepsal drahé léky, nebo alespoň aby je nepsal všem. Chytrý lékař to ovšem dokáže obejít: limity jsou na rodné číslo a kvartál, respektive pololetí. A když si například domluví s nějakým podnikem, že pro jeho zaměstnance provedu preventivní prohlídky nebo alespoň nějaké preventivní výkony, mám řadu rodných čísel a bez preskripce. Tím se mi zvýší limity a pak mohu většímu množství svých pacientů napsat drahé léky.

A praktik, ten svůj limit dodrží snadno. Dražší léky totiž většinou doporučil nějaký odborník. Pak se může nemocnému vždycky říci – to já nemohu předepisovat – i když může. Takoví lidé pak chodí pro recept k odborníkovi, například ke mně – já je nevyhodím, a když už u mě jsou, poprosí i o předpis svých běžných léků, aby nemuseli svého praktika obtěžovat.

Třetí skupinou jsou lékaři-zaměstnanci. Mezi nimi jsou jednak zaměstnanci soukromých poliklinik a menších zdravotnických podniků, jednak zaměstnanci velkých nemocnic. V těch menších podnicích jsou lékaři více na očích svého vedení a dobře kontrolovatelní. Jejich situace je však rozdílná: vedení je buď může honit víc, než je nezbytné, nebo může sloužit také jako jakýsi polštář mezi svými lékaři a pojišťovnou. Záleží vskutku na vedení, jak je ke svým lékařům přísné nebo naopak laskavé.

Ve velkých nemocnicích to bývá pro lékaře nejsvobodnější. Z ředitelství je daleko na oddělení či kliniku a dohled nad jednotlivými ambulancemi nebývá prakticky žádný. Ambulantní provoz velké nemocnice je vůbec na okraji zájmu vedení. O nákladech rozhoduje lůžkový provoz a ani v jeho ceně nejsou léky rozhodující. Například na kardiologii, kterou mám možnost sledovat, jsou největším nákladem katetry, stenty, kardiostimulátory a implantabilní defibrilátory. Léky jsou až v druhé řadě. Peníze za preskripci jsou tedy menší částí toho obrovského balíku, který stojí provoz nemocnice, a vždycky se v něm nějak ztratí. Lékař, který ambuluje ve velké nemocnici, předepisuje tedy víceméně bez omezení. Nanejvýš může být pokárán – a pak se to nějak srovná – vždyť je to pan profesor, pan docent, pan primář.

Léky pro lůžkové oddělení se musejí dostat do paušálu na lůžko a den. Existuje zajímavý způsob, jak s paušálem dobře vyjít: pacienta, který přijde do příjmové ambulance například v pátek, objednáme k přijetí na pondělí. Zatím



ho zajistím potřebnými léky na recept. Jsem štedrý, předepíšu po třech baleních – léky vydá ústavní lékárna, takže rabat zůstane doma. Pacient přijde v pondělí se svými léky a při hospitalizaci užívá léky ze své zásoby. Pojišťovna tyto léky zaplatí vlastně dvakrát – jednou uhradí recepty (v balíku ambulantní preskripce), podruhé vyplatí paušál za hospitalizaci, kde se s léky počítá. Způsobu, jak skutečně ušetřit – kupovat pro lůžková oddělení léky v klinických baleních (v průměru o 20 procent levnějších) – se málo využívá. Nevím proč; bylo by to mnohostranně výhodné nejen ekonomicky – existují například stroje, které léky z klinických balení rozdělují pro jednotlivé pacienty bez dotyku lidské ruky, a pacient tak skutečně dostane to, co dostat má, a neosahané. Zasloužil jsem, že VZP je dokonce ochotna velkým nemocnicím na takovou mašinu přispět – tak jsem zvědav.

Tohle je tedy obraz našeho mnohotvarého podpalubí. Hlas kapitánů různých oborů tu nebývá příliš respektován. A hlas lodivodů do podpalubí většinou nedoléhá. Veslaře tedy nic netlačí, a když, dokážou to nějak obejít. Pouze dvě skupiny lodivodů, kteří jsou vzhledem ke své moci a vlivu na úrovni polobohů, mohou ovlivňovat chování mužstva.

■ Polobohové pojišťovenští a ministerští

Pojišťovny ovlivňují mužstvo smlouvami, které uzavírají se soukromými jednotlivci nebo se zaměstnavateli zaměstnanců. Přestože pro všechny smlouvy platí stejné podmínky, tyto stejné podmínky vedou k tomu, že různí lékaři a organizace – jak už jsem vysvětlil – si mohou s pojišťovnami nasmlouvat různé limity. Smlouvy jsou individuální a jejich podrobnosti nejsou veřejné. Neznám smlouvy, které uzavírá pojišťovna s někým druhým, nemohu si tedy spočítat, jak jsem zvýhodněn nebo poškozen, a uvažovat o důvodech. Není také známo, zda a jak je možno zajistit si přízeň pojišťoven-ských polobohů – zda obětmi zápalnými či jinými. Musím však být spravedlivý a uznat, že pojišťovny se snaží nerovnosti v limitech zrušit nebo alespoň omezit, ale je to téměř nadlidský úkol. Nic se neodstraňuje obtížněji než neprávem nabytá, leč zaběhaná privilegia.

Polobohové ministerští mohou ovlivňovat veslaře nejvíce. Tedy mohli by, ale nečiní tak. Na ministerstvu je jistě řada lidí, kteří by věděli, jak na to. Ale každá změna systému vyžaduje politické rozhodnutí a na to není čas; ministři zdravotnictví se u nás v průměru střídají dvakrát rychleji než vlády. Takový

ministr se nejprve v úřadu rozkoukává, pak – v lepším případě – vytvoří nějakou koncepci a hle – je odvolán. A pokud koncepci nevytvoří, je vyměněn stejně, neboť jeho svíčka – spolu s volebním obdobím – dohořela. Když některý z ministrů naplánuje jakoukoliv změnu systému, zapracuje příslušná lobby – svou lobby má každý druh lékařů i každá nemocnice – a zbrzdí realizaci. A to stačí. Protože pak se vymění ministr nebo celá vláda a začíná se zase od začátku. Ani ministerstvo to nemá lehké. U nás se totiž myslí dopředu pouze na čtyřleté volební období. Vybudovat fungující systém zdravotnictví vyžaduje ovšem vizi s delším horizontem, je tedy nezbytná domluva a spolupráce s opozicí – a k tomu naši političtí polobohové ještě nedorostli. K podstatným změnám systému tedy nemůže dojít – někdy bohům díky, někdy bohům žel. Budeme se ovšem dál placatit uprostřed úžiny v dosahu Scylly i Charybdy a doufat, že ještě rok dva budeme mít štěstí.

Nikdo z nás to nemá lehké... Bohové nám buďte milostivi!

Zdroj: ZDN 5.11.2004

Řízená zdravotní péče: ano, či ne?

Je skutečně tak revoluční, jak o ní tvrdí její obhájci, nebo není?

Dříve než přikročím k argumentaci, musím se zastavit u jevu, se kterým se poslední době setkáváme až příliš často. A sice u neschopnosti získat podporu pro vlastní projekty. Pokud se nám je z toho či onoho důvodu nedaří obhájit věcně, snažíme se zvýšit jejich atraktivitu tím, že je vyzdobíme nejrůznějšími přívlastky jedinečnosti a osobitosti. Označíme je za nevšední a očekáváme, že toto naše vidění si osvojí i okolí. Tak jednoduché to ale není. Pokud má veřejnost přijmout nové myšlenky, musí jim rozumět, musí znát jejich přednosti i slabiny a především jim musí důvěřovat.

O tom, že stávající systém zdravotní péče takové nové myšlenky potřebuje, byly popsány stohy papíru a snad neexistuje nikdo, kdo by o tom pochyboval či byl zásadně proti. Stejně tak panuje poměrně vysoká shoda v tom, že obsahu těchto myšlenek by měl dominovat mechanismus tlaku na úsporné chování všech jeho účastníků. Pacientů, poskytovatelů, pojišťoven i státu.

Model řízené zdravotní péče, o kterém je dnes řeč, v sobě tento mechanismus do jisté míry obsahuje. V jeho pozadí stojí jednoduchá představa propojit plátce (pojišťovnu) a poskytovatele v jeden subjekt, a tím dostat pod kontrolu neustále se zvyšující náklady na zdravotnické služby.

První typy takto strukturované zdravotní péče vznikly již ve čtyřicátých letech minulé-

ho století v USA, kdy velké loděnice hledaly způsob, jak snížit náklady na zdravotní péči svých zaměstnanců. Našly ho ve vytvoření sítě dceřiných společností – Health Maintenance Organizations (HMO), které zaměstnance nejen pojišťovaly, ale i léčily. Zaměstnanec zaplatil fixní poplatek, a za to mohl čerpat vymezený rozsah zdravotnických služeb v předem určených zařízeních. Zde je vhodné



poznávanat, že první zkušenosti s použitím tohoto modelu v praxi byly velmi povzbudivé. Náklady na výkony skutečně klesly a lidé se začali ke svému zdraví stavět odpovědněji. Začali šetřit. Vznikl dokonce systém jakýchsi bonusů upřednostňujících ty, kteří čerpali zdravotní péči méně než ostatní.

Jak ale plynul čas, začaly se objevovat i první nedostatky. Mezi nejzávažnější patřil i očividný pokles kvality služeb. Postupně se začala vytrácet zdravá soutěživost, rivalita mezi sesterskými zařízeními, lékaři ztráceli motivaci být nejlepší-

mi. Dominantní pobídkou se stalo dodržování nejrůznějších limitů a norem. Není se čemu divit. Model řízené zdravotní péče totiž neodstranil hlavní nedostatek zdravotního pojištění - anonymitu. Konkrétní pojištěnec a skutečná plátce zdravotní péče zůstal z hlediska jejích úhrad i nadále neznámý. Hlavním zákazníkem systému se stal jeho zaměstnavatel s vlastními prioritami (minimalizace nákladů, co nejhospodárnější režim a podobně). A to nestačí.

Aby systém fungoval, aby byl ekonomicky vyvážený a dále se nezadlužoval, potřebuje

změnu daleko zásadnější. Potřebuje od základu přebudovat postavení jeho jednotlivých účastníků a potřebuje do svého středu postavit jeho skutečného zákazníka, tedy pacienta. Informovaný čtenář jistě tuší, že řeč je o systému osobních zdravotních účtů. Ale to už je téma na samostatný článek.

MUDr. Ján Popovič

lektor Slovenské zdravotníckej univerzity

Zdroj: Medical Tribune 2.3.09

MZ představilo projekt standardizace zdravotní péče

Ministryně zdravotnictví Daniela Filipiová minulý úterý představila projekt tvorby standardů zdravotní péče. Pacienti se z nich mají dozvědět, na jakou péči mají při daném onemocnění nárok. Pro lékaře budou standardy závazné, pokud bude schválen zákon o zdravotních službách.

Ministerstvo zdravotnictví schválilo realizaci „Systému tvorby národních standardů“, který zahrnuje „Národní sadu standardů odborné zdravotní péče“, „Národní sadu ukazatelů kvality zdravotních služeb“ a „Standard zdravotnické dokumentace“. „Všechny projekty úzce souvisí s kvalitou péče o pacienty a s jejich bezpečím. Mimo jiné mají za cíl stanovit stejná pravidla pro poskytování zdravotní péče napříč všemi obory a pro všechny poskytovatele zdravotních služeb.

Výsledkem zavedení standardů bude zpřístupnění nejmodernější zdravotní péče založené na nejnovějších poznatcích a znalostech specialistů všem pacientům v České republice,“ řekla na tiskové konferenci ministryně. Standardy zdravotní péče, často označované také jako doporučené klinické postupy, mají podle Filipiové velký význam jak pro lékaře a ostatní odbornou veřejnost, tak pro pacienty a zdravotní pojišťovny.

Ve vztahu k odborné veřejnosti přináší přehled o nejhodnějších a nejaktuálnějších lékařských postupech při léčení konkrétních diagnóz. Zdravotní pojišťovny ve standardech získají možnost garantovat kvalitní péči svým pojištěncům i nástroj pro financování zdravotní péče. Pro pacienty bude léčení podle standardů znamenat možnost v daleko větší míře než dosud porozumět procesům, které při konzumaci zdravotní péče podstupují, a současně se tak více podílet na rozhodování o svém zdravotním stavu.

■ Počítá se s využitím zahraničních zkušeností

„V rámci projektu se počítá jak s využitím dosavadních výsledků dosažených na úrovni jednotlivých odborných lékařských společností, tak s využitím zahraničních zkušeností ze zemí, kde je proces standardizace odborné zdravotní péče již v pokročilejším stadiu. Počítáme rovněž s pravidelnou aktualizací jednotlivých standardů tak, aby odpovídaly aktuálním a moderním medicínským trendům a postupům,“ vysvětlila ministryně Filipiová.

Projekty navazují na ukončenou pilotní fázi realizovanou Odborným fórem pro standardizaci zdravotní péče, které funguje od minulého roku jako poradní orgán ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven pro tvorbu doporučených lékařských postupů. Za účasti odborníků z vybraných lékařských oborů pracovalo fórum na vývoji procesních postupů a na metodice tvorby standardů.

„Ministerstvo zdravotnictví předpokládá zapojení široké odborné veřejnosti na všech úrovních projektů. Tito experti se budou podílet na vývoji standardů, na oponentních řízeních i na zkoušení aplikace standardů v praxi. Vedle nich se budou k jednotlivým návrhům standardů vyjadřovat další zájmové skupiny, zejména zdravotní pojišťovny a pacienti. Samo ministerstvo bude v rámci projektů plnit funkci koordinační a ekonomicko-organizační,“ dodává Daniela Filipiová.

Ministerstvo zdravotnictví v současné době vyjednává o poskytnutí dotací z evropských operačních programů, které umožní realizovat jednotlivé projekty v potřebném rozsahu.

■ Filipiová chce jednat s Hovorkou

Filipiová řekla, že se chce kvůli standardům co nejdříve sejit s rebelujícími lidovce-kým poslancem Ludvíkem Hovorkou. Podle ní Hovorka „šíří poplašnou zprávu, když tvrdí, že MZ chce rychle zavést standardy a nadstandardy, tedy jen léčbu pro bohaté“. Ministryně mu předá svůj plán tvorby národních standardů péče s vysvětlením, jak budou vznikat a kde budou zveřejněny. Hovorka trvá na tom, že standardy musejí být v zákoně.

Filipiová počítá s tím, že pacienti nově dostanou možnost připlatit si na nadstandard. Pokud například bude u léčení kýly standardem klasická „otevřená“ operace, pacient, který bude chtít operaci laparoskopickou, si rozdíl v ceně doplatí. Nyní musí nadstandardní operaci platit celou, přiblížila náměstkyně ministryně Markéta Hellerová. Náměstkyně řekla, že v současnosti existuje řada standardů, neboli doporučených postupů, které vypracovaly odborné lékařské společnosti. Některé jsou staré pět let, pro některé nemoci existuje souběžně více doporučených postupů. Zdravotníci ani pacienti nevědí, kde najdou správný standard péče.



Standardy vyjdou ve věstníku

Jakmile budou standardy pro dané onemocnění vytvořeny, vyjdou ve věstníku ministerstva zdravotnictví. Zákon stanoví lékařům povinnost je dodržovat. Přesné znění standardů zákon ani vyhláška nezahrnou, protože by to lékařům neumožnilo, aby se v odůvodněných případech od standardů odchýlili.

Standardy se budou každé dva roky obnovovat podle nejnovějších poznatků medicíny. S jejich tvorbou pomohou zahraniční odborníci, například z renomované americké Mayo kliniky.

Ministerstvo už loni ustanovilo Radu pro tvorbu standardů, v níž jsou zástupci lékařů i zdravotních pojišťoven. Rada zpracovala

metodiku přípravy standardu a jeho definici. Nyní jsou hotové dva standardy - pro léčbu cévní mozkové příhody a zlomeniny krčku stehenní kosti. Do konce roku jich bude osm. Do roku 2013 už to má být několik stovek standardů.

Zdroj: ZDN 30.3.09

Usnesení regionálních konferencí SPLDD ČR

Usnesení konference SPLDD ČR

Jihomoravského kraje Brno, 14.3.2009

Pracovní předsednictvo = současný výbor JMR

Volební komise (Slaninová, Caklová, Škubalová)

Návrhová komise (Svítilová, Křížová, Nentvich)

Mandátová komise (Kuklová, Frajtová, Fuňková, Menšíková), v každé komisi zástupci všech 3 nových krajů, zapisovatel - Dr. Blažková

Konference bere na vědomí:

Zprávu o činnosti JMR v minulém roce - přednesla Hüllelová

Zprávu o hospodaření JMR v minulém roce a návrh rozpočtů na rok 2009 - přednesla Chvátalová

Zprávu revizní komise - přednesla Doleželová

Informace o změnách v očkování /platnost nové vyhlášky od 12.3.2009 a problematice rezidenčních míst - Cabrnchová

Konference schvaluje:

Návrh rozpočtu na rok 2009.

Rozdělení zůstatku JMR rovným dílem na 3 nové regiony.

Rozdělení zisků z odborných akcí pořádaných Sdružením a nebo ve spolupráci s OSPDL na území současného JMR rovným dílem na 3 nové regiony.

Ponechat hmotný majetek k používání zvoleným zástupcům v nových 3 regionech.

Ponechat společnou účetní novým regionům.

Možnost společné konference nových regionů.

Rozdělení JMR SPLDD ČR na 3 nové regiony a nově zvolené zástupce těchto regionů:

Region zlínský:

RV:

1. Hüllelová Ilona
2. Kalabusová Eva
3. Chvátalová Eva

RK:

1. Kuklová Alice
2. Kvíčalová Stanislava
3. Bubelová Marie

Region jihomoravský:

RV:

1. Zemánková Pavlína
2. Adamová Zdena
3. Frindová Maria

RK:

1. Doleželová Miroslava
2. Nentvich Josef
3. Sedláčková Hana

Region Vysočina:

RV:

1. Matoušková Eva
2. Bušek Milan
3. Březinová Dagmar

RK:

1. Beneš Libor
2. Svítlová Ivana
3. Caklová Hana

Konference doporučuje:

Do vyjasnění způsobu kompenzací výpadků RP u odbornosti 002 vyčkat s podpisem dodatků smluv.

Intenzivně spolupracovat při řešení generační výměny s centrem - kontaktní osoba dr. Kudyn

Při generační výměně dbát na adekvátní ohodnocení praxí - kontaktní osoby: dr. Kudyn, ing. Elis.

Spolupracovat na jednotném postupu v rám-

ci SPLDD proti narůstající síti řetězců ZZ. „Léčí lékař, ne pojišťovna!“

Konference ukládá:

Předložit před Celostátní konferencí návrhy na změnu Stanov SPLDD ČR, které musí reagovat na změny ve struktuře a finančních tocích SPLDD a zahájit projednávání již na Sněmu SPLDD.

Výboru SPLDD ve spolupráci s OSPDL a Vakcinologickou společností intenzivně i nadále řešit krizovou situaci v plynulosti zásobování ordinací očkovacími látkami.

Výboru SPLDD nepřipustit další nárůst administrativní zátěže PLDD a pokusit se redukovat dosavadní administrativu.

Konference vyzývá:

• **ministři zdravotnictví**, aby naplnila veřejný příslib kompenzace zrušených regulačních poplatků u PLDD do konce března 2009.

Bude-li kompenzace provedena cestou úhrady zdravotní pojišťovnou a vzhledem k omezeným finančním prostředkům ZP, není nutno měnit již podepsané cenové dodatky na r. 2009, kterých je údajně kolem 50%.

Konference pověřuje Výkonný výbor SPLDD ČR jednat v tomto smyslu.

• **Výbor SPLDD**, aby prosazovalo stažení předkládaných reformních zdravotních zákonů (viz. připomínky legislativní komise) a jejich vrácení k přepracování.

• příslušné orgány MZ ČR k adekvátnímu ohodnocení školitelů akreditovaných pracovišť.

Konference odmítá:

• centrální úložiště receptů, formu elektronického receptu a centrální veřejně přístupný registr poskytovatelů zdravotní péče do vyjasnění právní a technické problematiky s tím související.



Zároveň odmítá navrhovanou preskripci účinné látky

- současnou podobu pilotních i ostrých projektů řízené péče, hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Usnesení konference SPLDD ČR Plzeňského a Karlovarského kraje Klatovy, 21.3.2009

Konference

I. Bere na vědomí:

- zprávu o činnosti regionu za rok 2008 přednesenou regionální předsedkyní MUDr. Alenou Šebkovou
- zprávu o hospodaření regionu za rok 2008 přednesenou reg. hospodářem MUDr. Ivou Kubiasovou
- informaci o volbách okresních zástupců: PM-Frantová, PS-Jandová, PJ-Hrubá, RO-Jirků, TC-Šandová, DO-Benešová, KT-Bijedičová, KV-Líska, CH-Tomčalová, SO-Volšíková

II. Schvaluje:

- volbu pracovních komisí ve složení:
Návrhová komise: Bijedičová, Kozderka, Martínek, Pečenková, Poláková
Mandátová komise: Jirků, Tomčalová, Urbanová
Volební komise: Benešová, Frantová, Šandová
- rozpočet na rok 2009

III. Ukládá:

- předsednictvu SPLDD vyjednat se ZP průhlednost vyúčtování poskytnuté zdravotní péče s oddělením kapitační platby a mimokapitačních plateb a bonifikací
- předsednictvu SPLDD dále připomínkovat způsob vystavování PN a Žádosti o ošetřovné
- předsednictvu SPLDD dále vyjednávat se ZP zajištění dostupnosti zdravotní péče poskytované PLDD v neobsazených místech i s výhledem na zajištění personálního obsazení při stárnutí kmene lékařů (generační výměna) a dále při uzavírání smluv trvat na požadavku respektování sítě pracovišť PLDD a uzavírání smluv pouze s lékařem se specializovanou způsobilostí, pokud to individuální podmínky nevyžadují jinak

IV. Doporučuje:

- zatím nepodepisovat cenové dodatky na r. 2009 do doby ukončení jednání o kompenzaci RP se ZP
- u cizinců si ověřovat na Portálu VZP platnost pojistky

V. Zvolila:

- regionální výbor ve složení: Kozderka-předseda, Růžičková-místopředseda, Kubiasová-pokladník, Bijedičová-člen, Nová-Jilichová-člen
- regionální revizní komisi ve složení: Aronová, Králová, Kuběnová

VI. Vyjadřuje

poděkování MUDr. Aleně Šebkové za její dosavadní práci pro SPLDD a OSPDL ve funkci regionální předsedkyně SPLDD a poděkování dosavadním funkcionářům regionální rady.

Usnesení konference SPLDD ČR Východočeského kraje Seč, 28.3.2009

1. Konference zvolila regionální výbor SPLDD VČ regionu

1 Hrunka Štefan	54 hlasů
2 Dvořáková Jiřina	50 hlasů
3 Doležalová Alena	49 hlasů
4 Petřtylová Zuzana	44 hlasů
5 Paverová Dagmar	35 hlasů

2. Regionální výbor SPLDD VČ regionu zvolil ze svého středu předsedu Štefana Hrunku

3. Konference zvolila revizní komisi SPLDD VČ regionu

1 Zavřelová Tařana	56 hlasů
2 Bartoňová Evženie	55 hlasů
3 Vlčková Markéta	55 hlasů

4. Konference bere na vědomí zprávu o činnosti SPLDD Východočeského regionu za rok 2008, kterou přednesl MUDr. Hrunka.

5. Konference bere na vědomí zprávu o hospodaření východočeského regionu SPLDD za rok 2008, kterou přednesla MUDr. Doležalová.

6. Konference bere na vědomí zprávu revizní komise za rok 2008, kterou přednesla MUDr. Zavřelová.

7. Konference schválila jednohlasně rozpočet na rok 2009.

8. Konference doporučuje členům od 1.4.2009 nevykazovat kód 09547 u pacientů do 18 ti let.

9. Konference vyzývá členskou základnu prozatím nepodepisovat úhradové dodatky ke smlouvám s ZP na rok 2009.

10. Konference ukládá předsednictvu SPLDD jednat se ZP o kompenzaci ztráty vzniklé nevybíráním regulačních poplatku u dětí do 18 ti let. od 1.4.2009.

11. Konference vyzývá členskou základnu k větší účasti na akcích SPLDD.

Usnesení konference SPLDD ČR regionu Praha a Střední Čechy Praha 8, 2.4.2009

1. Účastníci konference pověřují regionální výbor SPLDD k jednání o změně stanov tak, aby nebyla nutná duplicita revizní komise a pokladníka v regionu.

2. Účastníci konference i nadále nedoporučují podepisovat cenové dodatky, dokud nebude vyjasněna event. refundace finanční ztráty z nevyběru regulačních poplatků.

3. Přítomní účastníci apelují na členskou základnu, aby zvýšila aktivitu a spolupráci s výborem, a vyšší účastí na akcích podpořila vedení SPLDD při vyjednávání společných zájmů.

4. Účastníci konference vzali na vědomí zprávu o legislativních změnách v očkování.

5. Konference pověřuje výbor SPLDD a OSPDL k intenzivnímu jednání s odpovědnými orgány na zajištění dostatečného množství očkovacích látek pro celý rok 2009.



6. Konference vyjádřila znepokojení nad hrozícími dopady insolventnosti zdravotních pojišťoven.

7. Konference zvolila:

Pražský regionální výbor:

MUDr. Nulíčková, MUDr. Růžková,
MUDr. Schwarzová.

za OSPDL regionální zástupce

MUDr. Vurmová.

Předsedkyní regionu Praha byla zvolena

MUDr. Nulíčková.

Pražská revizní komise:

MUDr. Kopecký, MUDr. Deylová,
MUDr. Střídová.

Středočeský regionální výbor

MUDr. Němeček, MUDr. Kyjonková,
MUDr. Adamová.

za OSPDL regionální zástupce:

MUDr. Procházka.

Předsedou Regionu StČ byl zvolen

MUDr. Němeček.

Středočeská revizní komise:

MUDr. Hesoun, MUDr. Pajdlová,
MUDr. Valášková.

Usnesení konference regionu Severní Morava a Slezsko

Opava, 5.04.2009

Konference konstatuje, že je přítomno 75 členů.

Konference vyslechla odbornou přednášku Ochrana před slunečním zářením.

Konference zvolila

- návrhovou komisi ve složení MUDr. Pukovec Michal, Štverková Dagmar, Ostrčilová Marie
- mandátovou komisi ve složení MUDr. Křivská Eliška, Kolářová Cecilie, Losová Ludmila
- volební komisi ve složení MUDr. Geržová Barbara, Góbllová Marie, Ondrušíková Věra

Konference vyslechla

- zprávu o činnosti předsedkyně Regionu Severní Morava a Slezsko MUDr. Kuběnové Heleny,
- zprávu MUDr. Křivské Elišky o hospodaření regionu za rok 2008 s příjmy 605.895 Kč Výdaje 456.000 Kč
- Návrh rozpočtu Regionu na rok 2009 s plánovanými příjmy 605.000 Kč a výdaji ve

výši 488 000 Kč

- zprávu revizní komise MUDr. Losové Ludmily
- návrh kandidátky do Výboru a revizní komise Regionu
- informaci fy Glaxo o očkovací látce proti pneumokoku - SYNFLORIX

Konference bere na vědomí

- na základě přednesené zprávy, že nebyly zjištěny nesrovnalosti v hospodaření

Konference dále vyslechla

- informaci předsedy SPLDD ČR MUDr. Pavla Neugebauera o
 - a) možnosti převzetí pojišťovny Agel Hutnickou zam. pojišťovnou
 - b) vzniku nové zdravotní pojišťovny
 - c) k problematice zrušení regulačních poplatků, kompenzace
 - d) možnosti modifikace programu Akord
 - e) rozbor kalkulace možností finančního narovnání
 - f) informace k vypisování Potřeby ošetřování
 - g) informace k novelizaci vyhlášky o očkování, připojení novelizace 48 k hygienickému zákonu
 - h) informace k očkování Priorixem, rizika omezení očkování od 1.7.09

Konference vyslechla

- informaci místopředsedy MUDr. Kudyna o doporučení správní rady VZP a
- Informaci o vyčleněných prostředcích pro kompenzaci zrušených poplatků

Konference bere na vědomí

- informaci o hospodaření regionu za rok 2008

Konference souhlasí a odhlasovala

- návrh rozpočtu Regionu SM a Slezsko na rok 2009
- že členové SPLDD si budou hradit ubytování při účasti na konferenci v příštích letech
- jednání se zdrav. poj. VZP o navýšení kapitáční platby o 2 Kč s nutností vykazování signálního kódu

Konference vyslechla sdělení volební komise, že pro volbu do Regionálního výboru bylo odevzdáno 75 volebních lístků, z toho 4 neplatné.

Konference dále vyslechla sdělení volební

komise, že pro volbu do Revizní komise bylo odevzdáno 75 volebních lístků, z toho 3 neplatné.

Konference zvolila na další tříleté období Regionální výbor ve složení:

Křivská Eliška se 70 hlasy, Kuběnová Helena 69, Pukovec Michal 61, Andresová Zuzana 54, Halašková Veronika 45

Jako 1. náhradník byla zvolena MUDr. Nováková Ludmila 18

Konference zvolila revizní komisi ve složení:

Mackowská Eliška 71, Bolková Halina 67, Hendrichová Ivana 54

Konference bere na vědomí, že

Předsedou Regionu byla nepřímou volbou zvolena MUDr. Kuběnová Helena místopředsedou pro kraj Olomoucký MUDr. Pukovec Michal pokladníkem MUDr. Křivská Eliška

Konference nesouhlasí

- se zrušením výběru regulačních poplatků

Konference kategoricky odmítá

- podmiňování kompenzace zrušení regulačních poplatků zapojením do programu Akord a povinností vykazovat v této souvislosti jiné kódy

Konference dává mandát Výkonnému výboru SPLDD ČR k dalším intenzivním jednáním souvisejícím s kompenzací zrušeného výběru regulačních poplatků.

Konference kategoricky odmítá prohlášení MZd ČR, že dopady nevybírání regulačních poplatků byly PLDD kompenzovány rozdílnou výší kapitace proti jiným poskytovatelům zdravotní péče.

Konference doporučuje členům nevykazovat kód 09547 ani pod nátlakem pojišťoven.

Konference i nadále doporučuje Výkonnému výboru SPLDD zvyšovat aktuální informovanost členské základny aktivováním komunikačních cest přes SMS bránu, e-mailovou komunikaci a pravidelným aktualizováním webových stránek SPLDD ČR.

Konference jako v minulých letech žádá členskou základnu o aktualizaci e-mailových adres a telefonních spojení pro zlepšení komunikace v rámci regionu.



Informace OSPDL ČLS JEP

Očkování dětí proti tuberkulóze v České republice

V ČR se již několik let vede diskuze o očkování proti tuberkulóze vakcínou BCG, názory odborné veřejnosti (pediatrů, vakcinologů, infektologů, epidemiologů) se od některých odborníků v oblasti pneumologie v poslední době významně liší.

Současná legislativa zatím předepisuje povinné plošné očkování všech novorozenců již na porodnici a do 12.3.2009 bylo povinné i přeočkování v 11 letech života. Očkování u novorozenců bylo u nás zahájeno již v roce 1953, provádí se tedy již 56 let.

Dlouhá léta se ve světě ví, že vakcína BCG zajišťuje jen omezenou ochranu proti nákaze tuberkulózou, může jen snížit výskyt těžkých komplikovaných případů pouze o 60-80%, podle některých prací dokonce jen o 40%. Na rozdíl od jiných očkování tato očkovací látka nedokáže spolehlivě zabránit onemocnění a navíc je její aplikace provázena vysokým výskytem komplikací. To vše za situace, kdy výskyt tuberkulózy v ČR je prakticky jeden z nejnižších v Evropě, nás vede k přehodnocení názoru na toto očkování. Výsledkem tohoto přehodnocení je první správný krok, zrušení přeočkování v 11 letech. Dalším krokem by mělo být zrušení povinného očkování na porodnici a ponechání pouze pro rizikové skupiny novorozenců.

Současný stav je charakterizován použitím dánské BCG vakcíny, očkování je ale provázeno vysokým počtem komplikací. V místě podání očkovací látky (raménko dítěte) se často objevuje nadměrná místní reakce, v podkoží se hromadí hnis, který je často třeba injekční jehlou odsávat. Poměrně častá je i reakce mízních uzlin v podpažní jamce, které občas rovněž zhnisají. Počet takových hlášených komplikací se počítá ročně na několik set případů, Státní ústav pro kontrolu léčiv se ale dle vlastní zkušenosti domnívá, že nehlášených komplikací může být i řádově více. Závažný je i fakt, že nezhojená jizva po očkování brání zahájení dalšího povinného pravidelného očkování proti 6 infekčním nemocem (Hexavakcina), dodržení očkovacího kalendáře s doporučenými termíny není pak možné. Bohužel se vyskytly případy, že např. odklad pravidelného očkování proti pertussi (černému kašli) vedl k závažným komplikacím a dokonce k úmrtí, toto onemocnění v prvním roce života probíhá často velmi závažně. Bohužel prakticky každý rok se u nás pediatři setkávají, i když ojediněle, se závažnou komplikací BCG očkování, kdy očkovací kmen způsobí na příklad zánět kosti (osteomyelitis). Nejhorší život hrožící komplikací je rozsev očkovacího kmele do různých orgánů (BCG sepse), to je hlavně v případech významné poruchy imunity (obranschopnosti), o které se ještě v době očkování na porodnici nevědělo. Takové případy se vyskytují všude v zemích, kde se očkují novorozenci a většina případů končí fatálně. Po výrazných místních

reakcích zůstává i po zhojení na kůži paže v těchto případech často nevhledná jizva, která představuje zvláště u děvčat kosmetický defekt.

S podobnými shora uvedenými komplikacemi se samozřejmě setkávali i naši kolegové ve vyspělých evropských zemích. Vysoký výskyt uvedených komplikací a nízká účinnost očkovací látky a nízký počet případů TBC u dětí tam vedly v posledních letech k tomu, že plošné očkování u novorozenců bylo zcela zrušeno, upustilo se i od očkování dospívajících. V těchto zemích se po zrušení očkování neobjevily u dětí žádné případy epidemie TBC ani žádný dramatický vzestup výskytu onemocnění.

Naši pediatři jsou v kontaktu s kolegy okolních států a mají k dispozici doporučení jejich odborných společností (Rakousko, Německo), kde se očkování již léta neprovádí. Pochybnosti o smyslu očkování v ČR vyjadřuje i Národní jednotka dohledu nad tuberkulózou, náš názor podporuje i hlavní hygienik ČR. A tak jediným zastáncem celoplošného očkování proti TBC zůstává pneumologická společnost, která odmítá shora uvedené argumenty a trvá i nadále na očkování. Zvláště v případě revakcinace v 11 letech byl přístup České republiky v Evropě velmi ojedinělý.

Doporučení pneumologů posunout očkování z novorozeneckého věku do doby okolo 6 měsíce minimalizuje sice závažné komplikace u vzorných imunodeficitů, nevyřeší však situaci v počtu vedlejších reakcí, za ty je především zodpovědná očkovací látka s vysokou reaktogenitou (vysoké množství hlášených komplikací). Navíc technické zabezpečení tohoto odloženého očkování by bylo dle praktických lékařů pro děti a dorost nesmírně složité, děti by musely být dopraveny do tzv. kalmetizačních stanic, kde nelze ani vyloučit jejich kontakt se skutečně nemocnými pacienty s TBC. Zde by ve druhém půlroce musely absolvovat dokonce dvě návštěvy. V souladu se zkušeností naprosté většiny vyspělých zemí je tedy vhodnější zrušit i primovakcinaci a očkovat pouze rizikové skupiny.

Argumentem zastánců očkování je studie provedená ve středočeském a východočeském kraji ve 2. polovině 80. let, kdy bylo v těchto regionech celoplošné očkování proti TBC zastaveno. Očkovány byly pouze děti se zvýšeným rizikem TBC v rodině nebo okolí, neočkovaných bylo nakonec skoro 200 000. Z tohoto počtu onemocnělo do roku 1993 celkem 48 dětí, plicní postižení ale mělo minimální rozsah, u 6 z nich se vyskytlo jen onemocnění krčních uzlin, jedno dítě v roce 1993 zemřelo na rozsev TBC infekce. Paradoxně vlastní publikace autorů shrnuje tehdy, že riziko infekce bylo velmi nízké - (0.04%) a onemocnění se jen velmi vzácně objevilo do 11. roku života. Dalším argumentem je dle pneumologů zvýšený počet imigrantů v ČR, kteří skutečně přicházejí z oblastí, kde se TBC vyskytuje častěji. Naši kolegové v zahraničí k tomuto faktu podotýkají, že u nich je počet takových rizikových skupin podstatně vyšší, přesto v Rakousku bylo očkování zrušeno i u rizikových skupin. Navíc se v zahraničí ví, že u nás se o děti starají pouze pediatři a v primární péči je možno věnovat prevenci daleko větší pozornost než v zemích, kde se o děti starají mimo pediatrů často i rodinní lékaři.

MUDr. Hana Cabrnchová
předsedkyně Odborné společnosti
praktických dětských lékařů ČLS JEP, v.r.
Prof. MUDr. Jan Janda, CSc.
předseda České pediatrické
společnosti ČLS JEP, v.r.
Prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., PhD.
předseda České vakcinologické
společnosti ČLS JEP, v.r.
MUDr. Pavel Neugebauer
předseda Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR, v.r.
MUDr. Jiří Wallenfels
vedoucí lékař Národní jednotky
dohledu na tuberkulózu

Na podkladě uvedených faktů je samozřejmě nutné položit si otázku, co vede naše pneumology k tvrdošijné obhajobě očkování. Jsou to skutečně pouze obavy ze zvýšeného výskytu TBC?

Není jedním z hlavních důvodů zachování současného stavu fakt, že pneumologové sami disponují finančními částkami určenými na krytí nákladů na očkování řádově v rozsahu 30 milionů Kč a o tomto balíku peněz rozhodují jen oni? Zrušení celoplošné vakcinace by nepochybně ušetřilo značné částky, určitý díl dosavadních nákladů by ovšem mohl být využit na následné sledování rizikových skupin právě pneumology. Toto opatření však nepochybně není tak finančně zajímavé jako tvrdošijné udržování stávajícího stavu. Chtěli bychom také uvést, že zdaleka ne všichni pneumologové jsou přesvědčeni o nutnosti celoplošného očkování proti tuberkulóze a že při minulých diskuzích v jejich společnosti zastávala velká řada z nich stanovisko blízké našemu.



Vyhláška č. 65/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem

Dne 12.3.2009 nabyla účinnosti vyhláška č. 65/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem. S cílem sjednotit výklad této vyhlášky v praxi Vám sdělují následující:

• Očkování dle § 3 vyhl. č. 65/2009 Sb.

Zrušení BCG revakcinace v případě jedenáctiletých dětí provedené touto vyhláškou v praxi znamená, že ani u dětí, které byly na BCG revakcinaci před účinností vyhlášky pozvány a v době účinnosti vyhlášky se na BCG revakcinaci dostavily, se BCG revakcinace neprovede. Od 12.3.2009 s také neprovádí kontrola kalmetizační jizvy u kojenců a tyto děti nejsou zvány na přeočkování ve dvou letech. Odborné zdůvodnění zrušení BCG revakcinace je uvedeno na internetu MZ.

• Očkování dle § 4 odst. 3 vyhl. č. 65/2009 Sb.

Podání očkovací látky Boostrix/IPV se s ohledem na výše uvedenou účinnost vyhlášky vztahuje v roce 2009 pouze na děti narozené od 12.3.1999 včetně, ale nevztahuje se již na děti narozené před 12.3.1998, tedy které v den účinnosti vyhlášky dovršily 11. rok života. Text vyhlášky říká, že toto očkování se týká dětí od dovršeného 10. do dovršeného 11. roku. Do 12.3. byly tyto děti očkovány IPV a v případě, kdy z nějakého důvodu očkování nebylo, budou doočkovány v roce 2010. V roce 2009 IPV budou očkovány děti starší 13-ti let, v roce 2010 děti starší 11-ti let, které nedostaly 5. dávku IPV (v monovalentní nebo kombinované podobě).

Distribuce vakcíny Boostrix/IPV bude zahájena ve druhé polovině dubna a děti, které měly

na tuto očkovací látku dle vyhlášky nárok, budou doočkovány.

• Bod 9. přílohy č. 1 vyhl. č. 65/2009 Sb.

Podání konjugované pneumokokové vakcíny dětem s porodní hmotností pod 1 500 g se netýká jen dětí narozených po datu 12.3.2009, protože tato vyhláška neupřesňuje. Lze tedy toto očkování podat dětem s p.h. do 1500 g, které do 12.3. nebyly touto očkovací látkou očkovány a kterým k datu účinnosti vyhlášky nebylo více než 5 let, tedy splňují indikace podání této očkovací látky. Většina z těchto dětí spadá i do jiných indikací (bronchopulmonální dysplasie, imunodeficity) a byla již očkována.

• Poliovakcinace – vakcinace IPV v případě zahájení vakcinace OPV (opakované dotazy pediátrů)

V roce 2008 v březnu a květnu naposledy použita OPV k přeočkování dvěma dávkami (3. a 4. dávka) dětí narozených v roce 2006 (§ 20 (3), vyhl. č. 537/2006 Sb.)

Výjimečné situace (KI, zahraniční pobyty, cizinci apod.):

1) 2x OPV: v průběhu následujícího roku aplikovat 2x IPV v intervalu 1 – 2 měsíců

2) 1x OPV:

a) V průběhu následujícího roku aplikovat 3x IPV v intervalu 1 – 2 měsíců

NEBO

b) v témže roce aplikovat 1 až 2 dávky IPV v intervalu 1 – 2 měsíců, ale nejdříve 4 týdny po OPV, 4. dávku IPV aplikovat za rok po 3. dávce.

Ve všech případech následně 5. dávka IPV dle

nové vyhlášky

3) 3x OPV: je možno aplikovat 1x IPV nejdříve za měsíc po 3. dávce OPV. Nicméně 3 dávky OPV s boosterem v 11-ti letech formou Boostrix-IPV jsou zcela dostatečné.

Kompletní očkování = 5 dávek vakcíny proti poliomyelitidě, v případě bodu 3) - 4 dávky.

• Vzhledem k pozastavení výroby očkovací látky

Trivivac tuzemským výrobcem a.s. Sevapharma zajistilo MZ dovoz očkovací látky Priorix (fy GSK) zatím v objemu 70 930 dávek, distribuce se předpokládá počátkem dubna 2009. Celkový objem této očkovací látky tak umožňuje opět pokračovat ve dvoudávkovém schématu a z valné části pokrývá požadavky I. pololetí roku 2009. Upozorňuji, že druhá dávka Priorixu z tohoto objemu bude podávána i dětem, jejichž rodiče si první dávku Priorixu zakoupili jako alternativní vakcínu za Trivivac. Pouze za situace, kdyby opět nastal přechodný nedostatek MMR vakcíny, bude upřednostněno podávání první dávky MMR vakcíny. Současně upozorňuji, že shora uvedený objem Priorixu bude dodán s kratší expirací (7/09 a 8/09). Zajištění zbývajících potřebného objemu MMR vakcíny pro rok 2009 je předmětem stávajících jednání MZ a GSK.

S pozdravem

MUDr. Michael Vít, Ph.D.

hlavní hygienik ČR a náměstek ministryně

Očkovací látky

Všem ředitelům KHS

V Praze dne 19. března 2009
Č. j.: MZDR 13471/2009/OVZ

Očkovací látky

V souvislosti s aktuální medializací informací o nedostatku očkovacích látek, zejména medializovaných zpráv o nedostatku očkovací látky Infanrix Hexa v některých krajích, opakovaně ukládám, aby v případě reálného nedostatku očkovacích látek byl v první řadě využíván systém IS OČKO s náhledem do ostatních skladů KHS a provedena redistribuce vakcín. Není přípustné, aby některá KHS měla téměř

nulové zásoby a jiná KHS byla předzásobena. Pokud možnost redistribuce vakcín mezi KHS bude vyloučena, je třeba ihned cestou MZ provést doobjednání a tím MZ informovat o vzniklém nedostatku. S politováním konstatuji, že navzdory medializaci údajného nedostatku očkovací látky Infanrix Hexa, MZ nebylo z žádné KHS o takovéto situaci informováno.

Podotýkám, že podle IS OČKO je k dnešnímu dni cca 21 tis. dávek shora uvedené očkovací látky ve skladech KHS s tím, že chybějící objem očkovací látky Infanrix Hexa pro potřeby I. čtvrtletí roku 2009 (celkem 16 tis. dávek) bude dle sdělení GSK distribuován 27.3. 2009 a 30.3.2009.

Upozorňuji na platnost závěru mého dopi-

su č.j. 4414/2008-OVZ-38.0-4.2.08 ze dne 4.2.2008 to znamená, že nakládání s očkovacími látkami bude zohledněno ve Vašem ročním hodnocení.

Důvody nedostatku očkovací látky Trivivac a postup MZ směřující k zajištění alternativní vakcíny, včetně postupu v případě zajištění očkovací látky Avaxim, která nebyla pro potřeby I. čtvrtletí na základě objednávky MZ vůbec dodána do ČR. byl vysvětlen na poradě vedoucích protiepidemických odborů KHS konané dne 11.3.2009 na MZ.

MUDr. Michael Vít, Ph.D.

hlavní hygienik ČR a náměstek ministryně

Nestlé - A4 - Beba HA



Specializovaná způsobilost

Blíží se konec možnosti doplnění chybějící části odborné praxe

Dagmar Záleská

právní oddělení ČLK

Souhrn

S pojmem specializovaná způsobilost lékaře se v České republice setkáváme od roku 2004, přesněji řečeno od 2. 4. 2004, kdy nabyl účinnosti zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

Cílem přijetí tohoto zákona bylo sjednocení české právní úpravy podmínek výkonu povolání lékaře (zubního lékaře a farmaceuta) s evropskou legislativou. Vzhledem k tomu, že náš tehdejší dvoustupňový vzdělávací systém (specializace I. a II. stupně) byl v Evropě ojedinělý, bylo třeba vyřešit aplikaci evropských podmínek zejména na ty české lékaře, kteří svoji specializační přípravu ukončili podle pravidel platných před přijetím nového zákona a na základě takto ukončené specializace vykonávají lékařské povolání zcela samostatně, často formou soukromé lékařské praxe.

Nutno konstatovat, že v tomto ohledu se zákon č. 95/2004 Sb. promarněnou příležitostí k přijetí transparentní a spravedlivé právní úpravy, která by ve všech případech respektovala již dříve přiznaná práva. V uplynulých téměř pěti letech způsobila aplikace přechodných ustanovení zákona č. 95/2004 Sb., která tuto problematiku upravují, stovkám lékařů v České republice závažné, často až existenční problémy. Přestože se přes opakovanou snahu České lékařské komory nepodařilo dosáhnout potřebné legislativní změny, ČLK i nadále prosazuje svůj právní vyklad přechodných ustanovení, který reflektuje spravedlivý přístup k jednotlivým skupinám lékařů s ohledem na jejich práva nabytá před přijetím zákona č. 95/2004 Sb. V této souvislosti již bylo za podpory právního oddělení ČLK podáno několik soudních žalob, o jejichž výsledku budeme lakařskou veřejnost informovat.

■ Odbornou praxi dokončit do 2. 4. 2009

Právní oddělení ČLK je na podmínky získání specializované způsobilosti po celou dobu účinnosti zákona č. 95/2004 Sb. (dal jen „zákon“)

často dotazováno, přičemž v poslední době se množí otázky, zda existuje nějaký termín, do kterého je třeba žádost o potvrzení specializované způsobilosti na ministerstvo zdravotnictví podat. Jaká je tedy aktuální situace v procesu získávání specializované způsobilosti u lékařů, kteří ukončili specializační přípravu podle dřívější právní úpravy, tj. u lékařů s tzv. první, druhou nebo nástavbovou atestací? Je zřejmě všeobecně známo, že v případě lékařů, kteří podle dřívější právní úpravy získali specializaci I. stupně (tzv. první atestaci), existují dva způsoby získání specializované způsobilosti:

1. lékař s první atestací si doplní chybějící část odborné praxe stanovené novým vzdělávacím programem příslušného specializačního oboru, ve kterém získal atestaci, a to nejpozději do 2. 4. 2009,

2. lékař s první atestací předloží osvědčení České lékařské komory k výkonu soukromé lékařské praxe a doloží, že nejméně 5 z posledních 6 let nepřetržitě vykonává zdravotnické povolání lékaře.

Možnost získání specializované způsobilosti prvním způsobem (na základě doplnění chybějící odborné praxe) obsahuje časové omezení, avšak pouze termínem, **dokdy lze chybějící část odborné praxe doplnit tak, aby byla pro tento účel uznatelná. Zákonem byla lhůta k doplnění chybějící odborné praxe stanovena na pět let od jeho účinnosti, tj. odbornou praxi lze doplnit nejpozději do 2. 4. 2009.** Tento termín se nyní významně přiblížil a právní oddělení ČLK je lékaři dotazováno, zda po tomto termínu již nebude možné o potvrzení specializované způsobilosti ministerstvo žádat. Není tomu tak. Jak již bylo uvedeno, **termín 2. 4. 2009 není datem, do kterého lze podat žádost o potvrzení specializované způsobilosti, nýbrž je to**

datum posledního dne, ke kterému je třeba odbornou praxi dokončit, aby byla uznatelná pro přiznání specializované způsobilosti dle § 44 odst. 1 věta první až pátá zákona. Ale pokud tedy lékař s první atestací ministerstvu doloží, že absolvoval chybějící odbornou praxi, jejíž ukončení bude datováno po 2. 4. 2009, nebude mu tato praxe uznaná a lékař o možnost získání specializované způsobilosti tímto způsobem definitivně přijde. **Z tohoto důvodu je datování absolvované odborné praxe opravdu důležité. Podat následně po ukončení odborné praxe na ministerstvo žádost o uznání specializované způsobilosti lze kdykoli před i po 2. 4. 2009.**

■ Výrazný zásah ministerstva

V případě získání specializované způsobilosti bez doplnění chybějící odborné praxe na základě osvědčení ČLK k výkonu soukromé lékařské praxe, tj. druhým výše uvedeným způsobem, **se v minulém roce podařilo ministerstvu zdravotnictví prosadit legislativní změnu, která do možnosti získat specializovanou způsobilost tímto způsobem významně zasáhla. Od 1. 7. 2008 bylo totiž přes dlouhodobý a trvalý nesouhlas ČLK uzákoněno, že pro účel získání specializované způsobilosti jsou použitelná pouze osvědčení ČLK vydána do 17. 4. 2004.** V praxi to znamená, že i v případě tohoto způsobu získání specializované způsobilosti je od 1. 7. 2008 nově dáno časové omezení, v tomto případě termínem vydání licence ČLK. ČLK s takto definovanou podmínkou i přes její uzákonění nesouhlasí právě z toho důvodu, že její bezmyšlenkovitou aplikací dochází k poškození práv zejména té části lékařů, kteří do uvedeného data o licenci ČLK nepožádali, nicméně podmínky pro její udělení již mnohdy



řadu let splňovali. Dlužno dodat, že i před 1. 7. 2008 ministerstvo v čele s ministrem Tomášem Julínkem licence ČLK vydané po 17. 4. 2004 neuznávalo. ČLK považuje tento postup za právně sporný a prostřednictvím právního oddělení poskytla právní podporu těm lékařům, kteří se rozhodli proti zamítavému rozhodnutí ministerstva brojit formou soudní žaloby. Žádná pravomocná rozhodnutí v této věci dosud nepadla. Pro úplnost je třeba doplnit, že výše uvedená legislativní změna (konkrétně ustanovení čl. V. odst. 2 zákona č. 189/2008 Sb.) má nicméně jeden pozitivní přínos. **Samotná dikce předmětného ustanovení zákona č. 189/2008 Sb. totiž přináší jednoduché vyřešení problému se získáním specializované způsobilosti u těch lékařů, kteří před přijetím zákona č. 95/2004 Sb. získali osvědčení ČLK k výkonu soukromé lékařské praxe v některém z dříve nastavbových oborů (kardiologie, diabetologie atd.), a to na základě dlouhodobé odborné praxe v tomto oboru.** Nutno však dodat, že i přes poměrně jednoznačné znění předmětného ustanovení zákona č. 189/2008 Sb. se i nadále setkáváme se zamítavým přístupem ministerstva zdravotnictví, které i po 1. 7. 2008 trvá na svém názoru, že tito lékaři musí pro získání specializované způsobilosti doložit získání tzv. **nastavbové atestace.** K tomu lze dodat, že jediným orgánem, který je oprávněn závazně rozhodnout o nároku na přiznání specializované způsobilosti v konkrétním případě, je soud. Správní žalobu lze podat v případě, kdy jsou vyčerpány všechny řádné opravné prostředky proti rozhodnutí ministerstva zdravotnictví. V každém konkrétním případě je tedy třeba podat žádost o potvrzení specializované způsobilosti, pote podat opravný prostředek (rozklad) a v případě zamítavého rozhodnutí ministerstva o rozkladu podat ve lhůtě dvou měsíců od doručení rozhodnutí správní žalobu. Lékařům, kteří by měli zájem spor o získání specializované způsobilosti uvedenou cestou řešit, poskytne právní oddělení ČLK bezplatnou právní podporu.

■ Pro koho platí výjimka

Výjimka ze dvou výše uvedených způsobů získání specializované způsobilosti v případě lékařů s první atestací platí u **lékařů, kteří podle dřívějších právních předpisů získali specializaci I. stupně v základním oboru všeobecné lékařství.** U nich je situace poměrně přehledná: podle zákona získávají bez dalšího specializovanou způsobilost v oboru všeobecné praktické lékařství (od 1. 7. 2008 byl takto přejmenován obor praktické lékařství pro dospělé). Výjimkou jsou také **lékaři, kteří podle dřívějších práv-**

ních předpisů získali specializaci I. stupně v základním oboru pediatrie a chtějí získat specializovanou způsobilost v oboru praktické lékařství pro děti a dorost. V takovém případě zákon stanoví jedinou podmínku – pracovat v oboru pediatrie déle než 3 roky, z toho alespoň 1 rok v primární péči. **Možnost podání žádosti o přiznání specializované způsobilosti není ani v těchto případech nijak časově omezena.** Poměrně jednoduchá a přehledná situace je také u **lékařů, kteří podle dřívější právní úpravy získali specializaci II. stupně v základním oboru (tzv. druhou atestaci) nebo specializaci v nastavbovém oboru (tzv. nastavbovou atestaci).** Tito lékaři získávají bez dalšího specializovanou způsobilost v oboru, ve kterém byla specializace získána, popř. v obdobném oboru, pokud byl dřívější obor přejmenován nebo nahrazen jiným specializačním oborem. Výjimkou je specializace v **nastavbovém oboru audiologie nebo foniatrie.** Tyto specializační obory již samostatně neexistují a lékaři, kteří získali specializaci v jednom z těchto oborů, získají specializovanou způsobilost v oboru audiologie a foniatrie za předpokladu, že si doplní chybějící část odborné praxe stanovené vzdělávacím programem tohoto specializačního oboru do 2. 4. 2009. I v tomto případě se tedy uplatní časové omezení a i zde platí, že se tento termín týká pouze povinnosti doplnit si chybějící odbornou praxi. **Podání žádosti o přiznání specializované způsobilosti v oboru audiologie a foniatrie, ale i v ostatních dříve základních nebo nastavbových oborech, je možné kdykoli, tj. i po 2. 4. 2009.**

■ Specializovaná způsobilost přímo ze zákona

Závěrem pár slov k otázce, zda lékař získává specializovanou způsobilost přímo ze zákona, nebo až potvrzením této skutečnosti ministerstvem zdravotnictví. Jinými slovy, **jsou lékaři ve všech případech povinni žádat ministerstvo zdravotnictví o posouzení podmínek k získání specializované způsobilosti?** Taková povinnost zákonem stanovena není. **Lékaři získávají specializovanou způsobilost přímo ze zákona na základě splnění zákonem stanovených podmínek.** Nejsou tedy povinni opatřovat si potvrzení ministerstva zdravotnictví. **Ministerstvo je navíc oprávněno pouze posoudit, zda byly splněny zákonné podmínky pro získání specializované způsobilosti, a to také ve svém rozhodnutí potvrzuje.** O posouzení splnění zákonem daných podmínek, resp. „o přiznání specializované způsobilosti“, jak je často nepřesně používáno, tak běžně žádají lékaři s první atestací. Už méně čas-

to o potvrzení specializované způsobilosti žádají lékaři s druhou nebo nastavbovou atestací. Je to dáno tím, že posouzení skutečnosti, zda tito lékaři mají nebo nemají specializovanou způsobilost, je pro zaměstnavatele, zdravotní pojišťovny či krajský úřad poměrně jednoduché. **V praxi se nicméně čím dál častěji setkáváme zejména ze strany zdravotních pojišťoven s požadavkem, aby lékař doložil potvrzení ministerstva zdravotnictví, že má v daném oboru specializovanou způsobilost.** Je nepochybné, že není povinností lékaře si toto potvrzení opatřit, když specializovanou způsobilost získává přímo ze zákona a zmíněným institucím by tedy měl stačit doklad o dosaženém vzdělání. Stejně tak je zřejmé, že v mnohých případech, kdy je na základě dosaženého vzdělání (druha nebo nastavbová atestace) zřejmé, že dotyčný lékař má specializovanou způsobilost v daném oboru, si zmíněné instituce tímto způsobem zjednodušují práci. **Na druhou stranu se v mnohých případech ukázalo, že trvat při jednání s úředníky na tom, že informaci o specializované způsobilosti lze vyvodit z dokladů o vzdělání, bylo v mnohých případech kontraproduktivní. Z praktických důvodů lze proto doporučit všem lékařům, kteří nezískali specializovanou způsobilost na základě složení tzv. nove atestace, aby si žádost o potvrzení specializované způsobilosti na ministerstvo zdravotnictví podali.** Usnadní si tím budoucí komunikaci nejen s výše uvedenými institucemi, ale například i se zaměstnavatelem při vyjednávání pracovního a platového zařazení. Opatřit si potvrzení specializované způsobilosti lze doporučit nejen těm lékařům, kteří si plánují založit nové nestatní zdravotnické zařízení, ale i těm, kteří již soukromou lékařskou praxi provozují. Jednou ze změn, kterou navrhuje ministerstvo zdravotnictví v návrhu zákona o zdravotních službách, je totiž požadavek, aby všechna stávající zdravotnická zařízení znovu prošla registračním řízením u krajských úřadů. Přestože se ČLK všemi dostupnými prostředky snaží tomu bezprecedentnímu zásahu do nabytých prav zabránit, může se stát, že právní úprava bude v této podobě přijata. V takovém případě bude nepochybně přínosné mít již potvrzení o specializované způsobilosti k dispozici. Opakuji, že žádost o potvrzení specializované způsobilosti lze na ministerstvo zdravotnictví podat kdykoli s tím, že určité podmínky musí být splněny nejpozději k zákonem stanovenému datu, jak je rozvedeno výše. Vzory žádostí, kontakty a další informace lze nalézt na webových stránkách ministerstva zdravotnictví www.mzcr.cz.

Zdroj: *Tempus Medicorum* 2/2009



Současná „evidence based medicine“ doporučení pro léčbu gastroezofageálního refluxu u kojenců

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN Praha

Definice:

- Gastroezofageální reflux (GER) – pasáž žluodečnického obsahu do jícnu, která se objevuje v průběhu celého dne u zdravých kojenců, dětí i dospělých. Většina epizod je krátká a asymptomatická a nepřekračuje distální jícen.
- Regurgitace – pasáž žluodečnického obsahu do orálního pharyngu.
- Nemoc z GER (GERD) – reflux do jícnu nebo oropharyngu vyvolává symptomy (komplikace).
- Symptomy GERD: neprospívání, iritabilita, regurgitace, hematemeza, dysfagie/odmítání jídla, apnoe/ALTE, stridor/wheezing, chraptot, kašel, Sandiferův syndrom (tortikolis).
- Možné komplikace jako následek GERD: ezofagitida, striktura, Barrettův jícen, recidivující laryngitida nebo pneumonie, hypoproteinemie, anemie.

Recidivující zvracení (ublinkávání) se vyskytuje u:

- 50 % kojenců v prvních třech měsících života,
- v 67 % u kojenců ve věku 4 měsíce,
- v 5 % u kojenců ve věku 10 – 12 měsíců,
- zvracení spontánně ustupuje u většiny kojenců,
- u malého procenta kojenců se vyvíjí GERD (4)

Léčebná opatření u kojeneckého GER:

1) režimová

a) dieta:

Ztužování formulí (AR formule) vede ke snížení počtu regurgitací a tím ke snížení ztráty energie, nechrání však sliznici jícnu. Proto není nutné nabízet tato mléka ublinkávajícím kojencům automaticky, ale měly by být vyhrazeny těm, kteří neprospívají, samozřejmě s dalším sledováním, event. dalším vyšetřením a léčbou, je udáváno – zvláště u regurgitací, které nereagují na obvyklá dietní a režimová opatření – že více než 40 % těchto recidivujících obtíží je spojeno s výskytem alergie na bílkovinu kravského mléka, a proto je v těchto případech doporučováno podat terapeutické extenzivní hydrolyzáty (eHF) na 1–2 týdny se zhodnocením klinického efektu (1).

b) poloha:

V pH metrických studiích je konstatováno, že nejméně kyselých epizod je zaznamenáváno v poloze na bříšku, ta je však spojena s vyšším výskytem SIDS. Proto je v kojeneckém věku doporučována poloha na zádech, nebyly nalezeny významné rozdíly v horizontální poloze dítěte a jeho elevaci (30°) v oblasti hlavy (5).

2) Farmakologická intervence při GERD

a) antacida (2)

b) prokinetická terapie:

medikace:	dávka pro děti
cimetidin	40 mg/kg/24 hod./ 3-4 dávky/den
ranitidin	5-10 mg/kg/24 hod./ 3 dávky/den
famotidin	1 mg/kg/24 hod./ 2 dávky/den
omeprazol	1 mg/kg/24 hod./ 2 dávky/den

Léčba cisapridem je určena vybrané skupině kojenců se zvracením, neprospíváním, ALTE nebo asthmatem, kde selhala režimová opatření a antisekreční terapie. Pro dětské pacienty budou zachovány dodávky suspenze cisapridu (Prepulsidu) v režimu neregistrovaného léčivého přípravku (na osobní odpovědnost předepisujícího lékaře, informovaný souhlas, každý předpis hlásit SÚKL).

Indikace u novorozenců, batolat a dětí: léčba projevů prokázané gastroesofagální refluxní choroby po selhání jiných léčebných možností choroby do věku 36 měsíců. Léčbu může zahajovat

pouze specializovaný lékař u hospitalizovaného pacienta, sledování každé 3 měsíce (3).

Informace o možnosti použití neregistrovaného léčivého přípravku v návaznosti na novelizované právní předpisy (zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů), včetně vymezení povinností a odpovědností ošetřujícího lékaře, byla zveřejněna ve Věstníku SÚKL č. 10/2000, v mimořádném čísle Farmakoterapeutických informací (12/ 2000), ve Zdravotnických novinách (01/2001) a je dostupná na domovské stránce SÚKL (www.sukl.cz). Jednou z povinností ošetřujícího lékaře v případě předepsání či použití neregistrovaného léčivého přípravku je tuto skutečnost neprodleně oznámit SÚKL, nejpozději však do 7 dnů od předepsání či použití přípravku. Oznámení mohou být podávána písemně či elektronicky, včetně využití faxu. Aby bylo elektronické oznámení předepsání či použití neregistrovaného léčivého přípravku průkazné, příjem bude oznamovateli elektronicky potvrzen. Pro usnadnění oznamování použití neregistrovaného přípravku byl vypracován formulář, který obsahuje údaje vyžadované právními předpisy, a je jako všechny pokyny dostupný na domovské stránce SÚKL. Při oznamování použití neregistrovaného přípravku je nutné mít na paměti ochranu osobních údajů pacienta, a proto se pro identifikaci pacienta uvádí pouze jméno a příjmení, nikoliv rodné číslo.

c) chirurgická léčba – Nissenova fundoplikace – je indikována ojediněle u kojenců s GERD, kde není efekt medikamentózní terapie.

Literatura u autora

Oznámení o setkání školitelů

Vážení školitelé,

ve dnech 19 – 21. 6. 2009 proběhne v Seči v hotelu Jezerka tradičně pracovní setkání školitelů a školitelů-čekatelů.

Pozvánku s programem dostanete na své e-mailové adresy v průběhu května.

Za Výbor OSPDL ČLS JEP Olga Roškotová

Johnson&Johnson - A4 - Olynth HA



Současná diagnostická a terapeutická doporučení infekce *Helicobacter pylori* v dětském věku: praktické pediatrické hledisko

doc. MUDr. Josef Sýkora, Ph.D., MUDr. Michal Huml

Univerzita Karlova v Praze, Lékařská Fakulta v Plzni

Dětská klinika, Fakultní nemocnice v Plzni

Souhrn

***Helicobacter pylori* (H. pylori) je důležitý gastroduodenální patogen u dětí a dospělých, současně patří mezi nejrozšířenější mikroby a infikuje více jak 50% celosvětové populace. Obvykle vyvolává celoživotní infekci a rozhodujícím obdobím pro infekci je dětský věk.**

H. pylori vyvolává: chronickou gastritidu, žaludeční a duodenální vředy, MALT (mucosal associated lymphoid tissue) lymfomy a rakovinu žaludku.

H. pylori může být spojen také s extra-gastrointestinálními chorobami (sideropenická anémie, idiopatická trombocytopenická purpura, opoždění růstu, migréna, kardiovaskulární nemoci Reynaudův fenomen, diabetes mellitus, cholelithiáza, angioedém, syndrom náhlého úmrtí kojence, chronická kopřivka).

Velká část infikovaných dětí (až 80%) nemá žádné klinické projevy a nedojde k rozvoji žádného onemocnění ani klinických symptomů v souvislosti s infekcí *H. pylori* (asymptomatická forma).

■ Současná doporučení pro diagnostiku a terapii infekce *H. pylori* v běžné pediatrické praxi

Současné metodické standardy a doporučení jsou založena na závěrech Evropské pracovní skupiny pro studium *H. pylori* (EHSG), Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii s výživu (ESPGHAN), Severoamerické společnosti (NASPGHAN) a Evropské pediatrické iniciativy (the European Pediatric Task Force) jakou součástí ESPGHAN.

Cílem těchto doporučení je na základě současných znalostí pomoci zlepšit péči a stanovit účinné a racionální diagnostické a léčebné postupy u této infekce u dětí.

- 1) Eradikační léčba je doporučena pro děti s prokázanou aktivní *H. pylori* infekcí a symptomatickým gastroduodenálním onemocněním, u kterého při průkazu infekce *H. pylori* je následně plánována eradikační terapie.
- 2) V běžné pediatrické praxi je nezbytné přesně specifikovat vztah mezi klinickými symptomy a současnou aktivní infekcí *H. pylori*.

3) Hlavním předpokladem je rozlišení mezi vlastní infekcí *H. pylori* a chorobami vyvolaných mikroblem *H. pylori*.

4) Indikací pro léčbu jsou peptický žaludeční a dvanáctníkový vřed, žaludeční lymfom a sideropenická anémie. Eradikace infekce *H. pylori* vede k signifikantnímu snížení recidiv žaludečních nebo duodenálních vředů.

5) Léčba není všeobecně doporučena při absenci buď aktivní infekce nebo symptomatického onemocnění.

6) Aktivní infekce je definována jako pozitivní histopatologický nálezní při endoskopii horní části trávicího traktu (HČTT) nebo pozitivní kultivace (bakteriologie).

7) Recidivující bolesti břicha, chronické dyspeptické obtíže a další abdominální symptomy jsou v dětském věku velmi časté. Na druhé straně však prevalence infekce *H. pylori* v rozvinutých zemích je relativně nízká. Z tohoto důvodu by měla být infekce *H. pylori* považována za kauzální zdroj klinických obtíží dítěte až po vyloučení všech dalších příčin symptomů a stanovení infekce *H. pylori* by mělo být součástí komplexní vyšetřovací strategie.

8) Endoskopické vyšetření HČTT se zjištěním slizničních změn, současným odběrem biopsických vzorků (histologie, bakteriologie-stanovení citlivosti na antibiotika, ureáza, PCR reakce, FISH testy) a stanovení *H. pylori* v případě závažných abdominálních symptomů podezřelých z organického onemocnění (vředy, eroze) je optimální postup při vyšetření těchto pediatrických pacientů. Vlastní identifikace příčiny symptomů by měla být hlavním cílem vyšetřování než pouhé stanovení *H. pylori* infekce.

9) Endoskopie HČTT má nezastupitelnou roli při krvácení z gastrointestinálního traktu (hematemeza, melena), recidivujícím zvracením, dlouhotrvající neurčené bolest břicha a sta-

novení charakteru peptických gastroduodenálních vředů (*H. pylori*-pozitivní, *H. pylori*-negativní), polékové, stresové, Crohnova choroba, Zollinger-Ellisonův syndrom (gastriinom).

10) Dechový test (13-UBT) a/nebo stanovení antigenu *H. pylori* (monoklonální protilátky) ve stolici není dostatečnou alternativou endoskopie HČTT pro primární diagnostiku infekce *H. pylori* a samozřejmě nevyloučí přítomnost organického onemocnění vyvolávajícího symptomy (vředy, eroze, gastritidy, gastropatie, ezofagitida, cizí těleso, atd).

11) Sérologické testy nejsou spolehlivé a nejsou obecně doporučeny pro dětský věk v běžné klinické praxi.

12) Dechový test a stanovení antigenu *H. pylori* ve stolici jsou spolehlivé a dobře použitelné neninvazivní testy pro stanovení úspěšnosti eradikace *H. pylori* po léčbě nebo v případě podezření na reinfekci.

13) Screeningové vyšetření infekce *H. pylori* u asymptomatických jedinců není zcela oprávněné a nemá v současnosti žádný praktický prospěch. Stanovení infekce má však logické opodstatnění u rodinných členů u dříve infikovaných a úspěšně eradikovaných dětí. Jeví se jako racionální, i když dosud neprokázané, že vyšetření a terapie *H. pylori* u členů rodiny může mít svoje logické ospravedlnění pro snížení rizika reinfekce u dítěte po úspěšné léčbě nebo v rodinách s výskytem rakoviny žaludku.

14) V případě léčby (eradikace) infekce *H. pylori* v dětském věku je doporučena jako první metoda trojkombinace: kombinace anti-sekreční terapie, blokátor protonové pumpy (omeprazol) a 2 antibiotik (klaritromycin, amoxicilin) (7 - 14 dní) 2x denně. ■

Wyeth - A4 - Prevenar



Nespecifické střevní záněty v dětském věku

MUDr. Miroslava Adamcová

Pediatrická klinika FN Motol a 2. LF UK, Praha

Souhrn

Nespecifické střevní záněty v dětském věku mají svá specifika, v jejich popředí stojí poruchy růstu a pubertálního vývoje dítěte. V posledních letech se incidence onemocnění zvyšuje a současně se jejich manifestace posouvá do nižších věkových skupin. Nejnovější studie ukazují, že včasná a správná diagnostika a zahájení léčby do značné míry ovlivňují průběh onemocnění i kvalitu života pacientů. Hlavními cíli péče o dětské pacienty s nespecifickými střevními záněty je navození a udržení dlouhodobé remise onemocnění a prevence komplikací.

■ Definice nespecifických střevních zánětů

Jako **nespecifické střevní záněty (NSZ)** se označuje skupina chronických onemocnění postihujících především zažívací trakt. Nicméně pro časté mimostřevní projevy se v posledních letech díváme na NSZ spíše jako na systémové onemocnění organismu než jako na izolované zánětlivé střevní onemocnění. Do této skupiny patří především Crohnova nemoc a ulcerosní kolitida.

Crohnova nemoc (CN) je granulomatózní, transmurální zánět postihující kteroukoliv část zažívacího traktu, segmentálně nebo plurisegmentálně. Onemocnění probíhá chronicky s obdobími zhoršení, nazýváme je relapsy a obdobími zklidnění onemocnění, nazývané remisí. Pro onemocnění není známa kauzální léčba, je medikamentózně i chirurgicky nevléčitelné.

Ulcerosní kolitida (UC) je hemorhagicko-katarální zánět sliznice tlustého střeva, který postihuje vždy rektum a šíří se kontinuálně na část nebo celé tlusté střevo. Průběh je charakterizován relapsy a remisemi. Opět není známa kauzální léčba, medikamentózně vyléčit nelze, chirurgická léčba (proktokolektomie) vede k definitivnímu odstranění nemoci. V dětském věku zmiňujeme častěji i **idiopatickou (indeterminovanou) proktokolitidu (IC)**. Jedná se o zánětlivé onemocnění tlustého střeva, které by se nejspíše podobalo ulcerosní kolitidě, nicméně má některé necharakteristické projevy, např. segmentální postižení, či zánětlivé léze zasahující do podslizničních vrstev střevní stěny.

■ Incidence

V posledních letech se incidence onemocnění, a to převážně Crohnovy nemoci, zvyšuje,

současně se manifestace onemocnění posouvá do nižších věkových skupin. 25 až 30 % pacientů je diagnostikována ještě před 21. rokem věku a jejich včasná a správná diagnostika a zahájení léčby může značně ovlivnit průběh onemocnění a ovlivnit tak i kvalitu života dětských pacientů.

Incidenční evropské studie z posledních let, které by potvrzovaly naše pozorování o nárůstu incidence, zatím nejsou k dispozici. Poslední evropská studie je finská, z roku 2003 (Turunen et al.), která potvrdila ve Finsku téměř dvojnásobné zvýšení incidence Crohnovy nemoci ve srovnání let 1987 a 2003 (3,9:100 000, resp. 7,0:100 000).

V roce 2006 publikovala skupina amerických pracovníků výsledky incidenční studie, která se navíc zaměřila na několik dalších faktorů. Sledovala závislost výskytu typu NSZ na věku pacienta, lokalizaci nemoci a pozorování vyššího výskytu NSZ v rodinách pacientů. CN, UC a IC se vyskytuje u dětí ve věku 0 až 2 roky se stejnou prevalencí. Přitom u 1 % pacientů byla definitivní diagnóza stanovena ještě před prvním rokem věku. UC byla častější u mladších dětí (3 až 5 let) s prevalencí 47 %. Onemocnění CN stoupá s věkem a dosahuje prevalence až 66 % ve věkové skupině 13 až 17 let. Naopak výskyt idiopatické (indeterminované) kolitidy s věkem klesá. Zatímco u malých dětí představuje až 33 % nemocných, do pubertálního věku klesá její prevalence až k 9 %. S věkem se liší i lokalizace onemocnění. U mladších dětí je častější postižení tlustého střeva, a to i ve smyslu izolované kolické formy CN. V rodinách, kde se NSZ vyskytuje, byl zaznamenán výskyt u 3 % sourozenců, 9 % rodičů a 22 % příbuzných druhého stupně. Nejvyšší příbuzenský výskyt byl zaznamenán u pacien-

tů s UC, u kterých se onemocnění projevilo již v předškolním věku.

■ Etiologie a patogeneze

Dosud se nepodařilo uspokojivě objasnit ani etiologii, ani patogenезi onemocnění. V průběhu let docházelo ke změně pohledu na etiologické faktory. V současnosti se největší význam přisuzuje genetickým faktorům, dále se na etiologii onemocnění jistě podílí i faktory vnějšího prostředí a infekce. V posledních letech byla objevena již řada genů, které souvisí s nespecifickými střevními záněty, především Crohnovou nemocí a objasňují i vazby k jiným autoimunitním chorobám. V dětském věku se velký důraz klade na výzkum genetických dispozic onemocnění, pravděpodobně se jedná o typ polygenní dědičnosti, nicméně vnější prostředí má nezbytný vliv na spuštění a přetrvávání zánětlivých změn, a to u CN i UC. Dětský věk a zvláště věk kojenecký jsou nejdůležitější pro rozvoj atopie a později i autoimunitních onemocnění. Postnatální vývoj imunitního systému je významně ovlivněn výživou dítěte a vývojem normální bakteriální střevní flory. Poslední studie ukazují, že u dětí, které nebyly kojeny nebo byly kojeny jen krátce, se v průběhu života objevuje CN ve vyšší frekvenci. Genetický výzkum objevil tzv. IBD1 gen na 16. chromozomu, který zahrnuje i nejvíce diskutovaný NOD2/CARD15. Gen má více než 60 variací, ale z nich tři se vyskytují u pacientů s CN nejčastěji. 15 – 20 % pacientů s CN mají heterozygotní konstituci těchto tří variant, zatímco 10 – 15 % pacientů s CN je homozygoty nebo kombinovanými heterozygoty. U těchto pacientů studie prokazují časnější věk manifestace onemocnění, méně časté postižení pouze levého tračníku a frekventovanější výskyt stenoz. Nebyla nalezena žádná asociace mezi genotypem a závažnos-



tí onemocnění, extraintestinálními projevy a účinnosti nové formy terapie.

Dlouhé roky se výzkum upínal k myšlence, že záněty jsou infekčního původu a výzkumníci se snažili objevit konkrétního mikroba, který by byl za onemocnění zodpovědný. Dosud se nikomu takovýto objev nepodařil. V posledních letech se objevuje hypotéza ztráty imunoregulačních mechanismů střevní sliznice, která pak identifikuje vlastní střevní mikroflóru jako patogenní kmen a indukuje se tak zánětlivé onemocnění.

■ Klinické projevy onemocnění

Klinické projevy onemocnění jsou rozdílné u Crohnovy nemoci a ulcerosní, či idiopatické kolitidy. **Crohnova nemoc**, jejíž nejvyšší výskyt v dětském věku je v počátku puberty nebo před pubertou, nejčastěji postihuje ileocekální oblast střeva. Prvními symptomy tedy často bývají bolesti břicha, lokalizované nejčastěji do oblasti pravého podbřišku, postupně provázené ztrátou chuti k jídlu, stagnací hmotnosti, poruchou růstu a pubertálního vývoje pacienta. Opožďuje se i kostní zralost. Dále se objevuje perianální postižení, ve smyslu nehojících se fisur a píštělí, krvácení z rektu. Méně často je pozorováno zvracení, nauzea. Děti si stěžují na sníženou výkonnost, vyšší unavitelnost. Časté jsou i subfebrilní teploty nebo febrilní špičky. Symptomy mohou být plíživé a trvají někdy i několik let před stanovením diagnózy. Kolickou formu CN provází pak i průjemy, často s příměsí krve a typické křečovitě bolesti břicha před defekací (tenesmy). U dětských pacientů je i častější postižení gastroduodena, než u pacientů dospělých. Některé studie uvádí až 40% výskyt zánětlivých změn v oblasti žaludku a duodena v době stanovení diagnózy.

Pro **ulcerosní i idiopatickou proktokolitidu** je typická přítomnost průjemovitých frekventních stolic, které jsou s příměsí hlenu a krve.

Defekaci často provází již zmiňované tenesmy. U ulcerosní kolitidy nebývá tak významný váhový úbytek a růstová retardace, ta bývá typická u těžkých forem pankolitidy. I zde se objevuje zvýšená unavitelnost, subfebrilní teploty až febrilní špičky. U dětí a především adolescentů je i vyšší výskyt rychle probíhající těžké až fulminantní formy pankolitidy než u dospělých pacientů.

■ Mimostřevní projevy onemocnění

Již zmiňované mimostřevní projevy onemocnění se mohou vyskytovat u všech NSZ, někdy onemocnění střevní i o několik let předchází a jejich aktivita nemusí být přímo závislá na aktivitě střevního onemocnění. U dětí jako nejzávažnější sledujeme **poruchy růstu**, až 95% pacientů s NSZ má váhový deficit, který představuje především nedostatek svalové hmoty. U pacientů se opoždí růstová rychlost, každé druhé dítě zaznamenalo snížení růstové rychlosti ještě

před klinickými projevy gastrointestinálních příznaků. K normalizaci růstu vede správná a včasná medikamentózní nebo chirurgická léčba, jinak hrozí nebezpečí malého vzrůstu v dospělosti.

Typicky sem patří nejčastější **muskuloskeletální onemocnění**. Jako **enteropatická artritida** se označuje oligoartritida nebo polyartritida s predilekčním postižením kloubů dolních končetin a její aktivita převážně závisí na aktivitě NSZ. **Spondylartritida** při NSZ bývá HLA B27 asociovaná oligoartritida a entezitida dolních končetin, často doprovázená sakroileitidou s vývojem do ankylozující spondylitidy a její aktivita většinou nezávisí na aktivitě NSZ.

Z **kožních změn** jsou nejčastěji pozorovány erythema nodosum a pyoderma gangrenosum. Erythema nodosum se vyskytuje častěji, gangrenosní pyodermie bývá vzácná.

Z očních onemocnění

často pozorujeme episkleritidu nebo iridocyklitidu, uveitidu. Pacient by měl být vždy sledován očním lékařem a absolvovat pravidelně vyšetření na šterbinové lampě k vyloučení těchto komplikací, které mohou při nedostatečné terapii k trvalému poškození zraku pacienta.

Z častějších mimostřevních projevů musíme ještě zmínit **hepatobiliární projevy**, které se objevují až u 5% pacientů s NSZ. S UC bývá asociována primárně sklerozující cholangitida (PSC) – chronické stenotickofibrotické postižení malých i velkých žlučových cest. Typická je chudá klinika, varovný by měl být nález elevace obstrukčních jaterních enzymů (GMT, ALP). Diagnóza bývá verifikována vyšetřením magnetickou resonancí (MRCP) nebo endoskopickou metodou (ERCP). Pro dětský věk bývá charakteristický tzv. překryvný syndrom autoimunitní hepatitidy (AIH) a primárně sklerotizující cholangitidy.

Max BRUSINKY PASTILKY

Skvělá chuť a účinná péče o zdraví močových cest a zubů

- příjemná alternativa bez obtížného polykání
- vhodné pro děti a seniory
- bez cukru

Žádejte v lékárně • www.swissherbal.cz • ☎ 241 430 910 (12–17hod)

Pacient nemá typický nález na MRCP stenotických postižení, histologický nález z biopsie jaterní tkáně svědčí pro periportální zánětlivé až fibrotizující změny. Tito pacienti jsou podrobně sledováni z hlediska dalšího vývoje onemocnění, které se vyprofiluje v průběhu let buď do typické PSC nebo AIH. Pro AIH je používána klasická imunosupresivní terapie, pro PSC není imunosupresivní léčba efektivní, nyní se nejčastěji používá pouze symptomatická léčba kyselinou ursodeoxycholovou. U pacientů s rozsáhlým postižením terminálního ilea při CN nebo po jeho resekci se objevuje cca u 1 % pacientů cholecystolithiasa.

U pacientů s NSZ se dále může objevovat urolithiasa, intersticiální nefritida, intersticiální pneumonitida, osteopenie, tombofilie, anemie, sekundární periferní neuropatie, zánětlivá polyneuropatie někdy i pleuropneumonie. Za zmínku jistě stojí i častější výskyt tenzních bolestí hlavy u pacientů s ulcerózní kolitidou.

Výše je již zmíněna asociace s některými autoimunitními nemocemi, vazba je bezesporu k autoimunitní thyroditidě, psoriase, celiakii, autoimunitní hepatitidě.

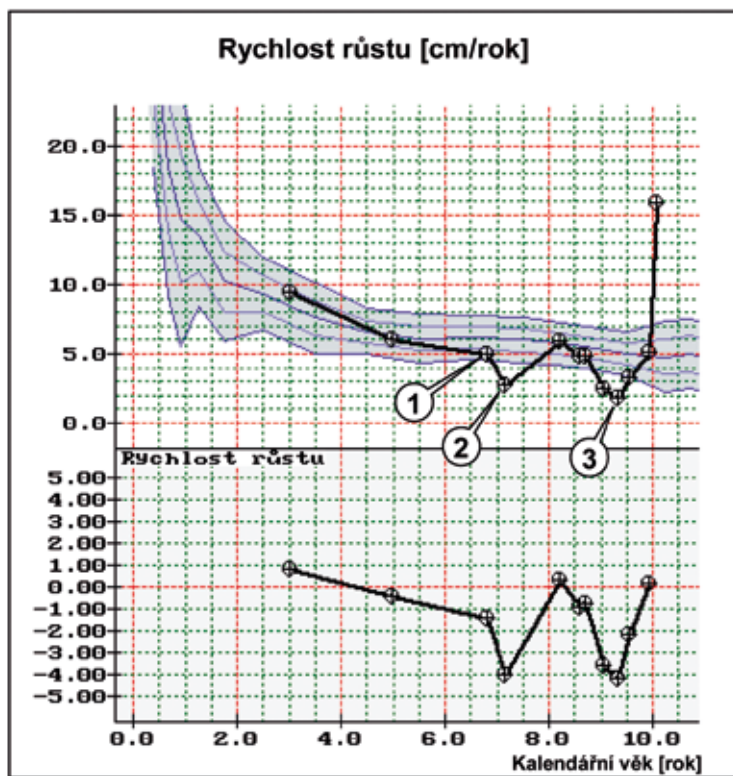
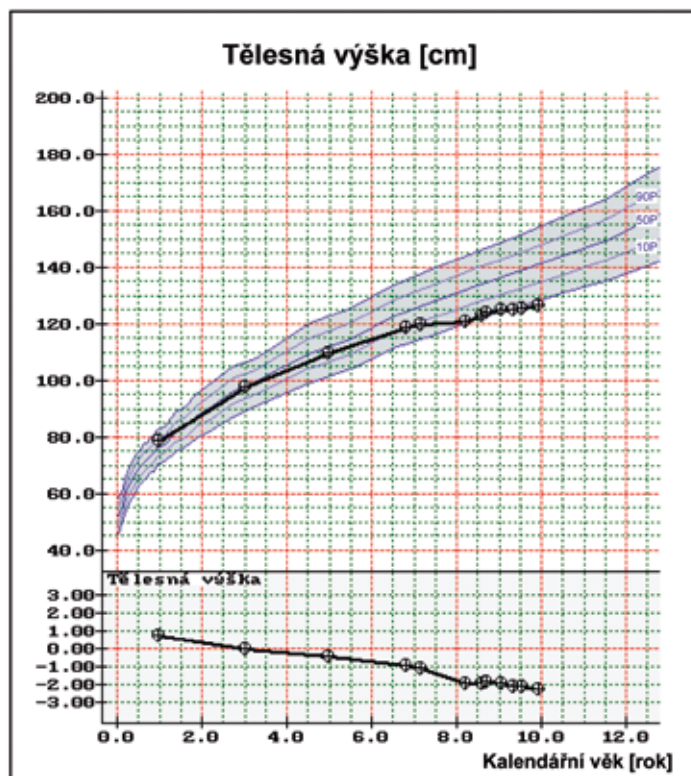
■ Komplikace onemocnění

S posunem manifestace onemocnění do nižších věkových skupin narůstá počet pacientů, u kterých se objevují závažné komplikace průběhu onemocnění již v dětském věku. Za nejzávažnější se považují komplikace vedoucí k nutnosti časně urgentní chirurgické léčby a s tím související další morbidita. Pátrá se tedy po existenci predilekčních faktorů tohoto rizika. Francouzská studie publikovaná v roce 2006 (Gupta et al) jako prediktivní pozitivní faktor uvádí ženské pohlaví, těžký průběh onemocnění s poruchou růstu a malnutricí. Naopak jako negativní faktor uvádí léčbu infliximabem nebo 5-ASA. Komplikacemi průběhu, které u CN vedou k chirurgickému řešení, jsou fibrotizující stenózy střevní vedoucí k poruchám střevní pasáže, dále intraabdominální a perianální abscesy a píštěle. U UC je chirurgické řešení voleno po selhání konzervativní terapie nebo u toxického megakolon nereagujícího na konzervativní terapii. Vzhledem k posunu onemocnění do nižších věkových skupin musíme předpokládat i možnost zvýšeného rizika kolorektálního karcinomu především u dětí s ulcerózní kolitidou, ale i u pacientů s kolickou formou Crohnovy nemoci. Po

deseti letech trvání UC mají pacienti až desetinásobně vyšší riziko vzniku kolorektálního karcinomu, a měli by být zařazeni do dispenzarizačního programu. Zvažovalo se i riziko vyššího výskytu lymfomů u pacientů s CN tenkého střeva, ale statisticky není průkazné. V literatuře se především v souvislosti s biologickou terapií objevují v posledních letech i informace o hepatosplenickém T-lymfomu. Jeho výskyt je častější u mladších jedinců, ale poslední výzkum poukazuje na souvislost vzniku tohoto onemocnění spíše v souvislosti s imunosupresivní léčbou thiopuriny, než s komplikací samotného onemocnění NSZ.

■ Diagnostika

Diagnostika NSZ je založena na poznatcích získaných z anamnézy, fyzikálního vyšetření pacienta, z laboratorního a endoskopického vyšetření a histologických nálezů z biopsií vzorků. Pro úplnou diagnostiku volíme i některé radiodiagnostické metody. Při stanovení diagnózy vycházíme z tzv. Portsých kritérií, na kterých se dohodla pracovní skupina pro NSZ při ESPGHAN. Podle nich stanovíme typ nemoci, její závažnost, lokalizaci a rozsah postižení ještě před zahájením léčby.



Obrázek 1: Růstová křivka a rychlost růstu desetiletého chlapce s těžkou ulcerózní pankolitidou

šipka 1 označuje zahájení léčby systémovými kortikoidy,

šipka 2 označuje zahájení léčby infliximabem,

šipka 3 označuje chirurgický výkon. Graf růstové rychlosti reaguje citlivě na slizniční zánětlivé změny, stejně jako na léčbu systémovými kortikoidy, které úzce souvisí s opožděním růstu. Po chirurgickém výkonu chlapce dohání své růstové pásmo, ale na grafu tělesné výšky ještě vývoj není zcela zřejmý.



Při odebírání anamnézy se soustředíme na přesný popis charakteru pacientových obtíží, délku jejich trvání, eventuálně jejich zhoršování. Důsledně pátráme i po přítomnosti onemocnění NSZ, případně jiných autoimunitních onemocnění, v příbuzenstvu pacienta. V rámci fyzikálního vyšetření sledujeme kromě detailního vyšetření celého pacienta i vývoj jeho růstové a váhové křivky. Jejich odchylky mohou být mnohdy první klinickou známkou onemocnění. Neopomínáme ani vyšetření perianální oblasti. Z laboratorních parametrů je téměř vždy středně zvýšená sedimentace erytrocytů, v krevním obraze zjišťujeme hypochromní, mikrocytární anemii a trombocytosu. Častý je v diferenciálním rozpočtu leukocytů posun k nezralým formám granulocytů. CRP může být v počátku onemocnění jen mírně zvýšené nebo i zcela v normě. U ulcerosní kolitidy jsou se specifitou 87,5 – 93 % přítomny protilátky proti neutrofilním leukocytům lokalizované v perinukleární zóně (pANCA). U Crohnovy nemoci jsou se specifitou 90 – 95 % nacházeny protilátky proti *Sacharomyces cervicis* (ASCA). Pozitivita ASCA protilátek ve třídě IgA resp IgA i IgG je podle prospektivních studií z USA z roku 2006 (Dubinsky et al, Amre et al) spojena s vyšším rizikem časných a frekventnějších komplikací u dětských pacientů s Crohnovou nemocí. Vždy je třeba vyšetřit stolicí kulturačně, k vyloučení infekční etiologie onemocnění. Výzkumy z posledních let potvrzují i vyšší výskyt infekcí způsobených *Clostridium difficile* u pacientu s NSZ. Mohou probíhat až pod obrazem těžké pseudomembranosní kolitidy se septickými projevy, zaznamenána jsou i úmrtí pacientů. Proto vždy při diagnostice, ale i při nejasném zhoršení stavu pacienta vyšetřujeme stolicí na přítomnost clostridiového toxinu.

Pro diagnostiku se jako standard stále považuje endoskopické vyšetření a endoskopický nález. Při stanovení Crohnovy nemoci je mezinárodním úzusem při stanovení diagnózy u dětského pacienta vždy vyšetření gastroduodenoskopie a koloskopie s vyšetřením terminálního ilea. U ulcerosní kolitidy je rozhodující koloskopický nález. Ve světové literatuře se stále více objevuje i použití diagnostické kapslové endoskopie v dětském věku. V indikovaných případech se provádí i v České republice. Její přínos je v zobrazení tenkého střeva, nevýhodou je nemožnost odběru biotických vzorků. Navíc je její využití v dětském věku limitováno velikostí kapsle

a střevní průchodností. Vyšetření by mělo předcházet zobrazení tenkého střeva k vyloučení zánětlivých nebo fibrotických stenóz. K zobrazení tenkého střeva se používala nejprve klasická RTG enteroklyza, poslední roky se upřednostňuje CT enteroklyza, resp. enterografie. Pro dětský věk se v posledních letech upřednostňuje MRI enteroklyza, která eliminuje radiační zátěž pacienta a RTG, CT vyšetření jsou nyní spíše určena k vyšetření při urgentních komplikacích onemocnění.

■ Léčba

Novinky v léčbě NSZ v posledních deseti letech by si zasloužily samostatné pojednání. Nejenže se rozšířilo spektrum používaných léků, ale mění se i léčebná strategie. Cílem léčby u dětí není jenom navození a udržení remise, ale také dosažení normálního růstu a vývoje, které mají výrazný vliv na kvalitu života pacienta. Na rozdíl od dospělých pacientů má v pediatrii významnější roli enterální výživa a někdy chirurgická léčba k navození remise především CN. Zvažujeme také negativní vliv systémových kortikosteroidů na růst a kostní metabolismus pacienta. Léčba u dětí je od prvních projevů nemoci intenzivnější a agresivnější. Používání imunosupresivní a biologické léčby vede i k zavedení doporučných postupů při infekčních komplikacích léčby a prevence jejich vzniku, úpravu očkovacího kalendáře a indikace některých vakcín před zahájením terapie. Následuje stručný přehled léčebných postupů.

Indukční léčba CN. U středně těžké a těžké formy nemoci zahajujeme léčbu systémovými kortikosteroidy nebo enterální výživou po dobu prvních 4 – 6 týdnů. Obě formy léčby vykazují stejný efekt (80 % navození remise), nicméně nutriční léčba je upřednostňována pro minimum nežádoucích účinků a pozitivní efekt na růst pacienta. U dětí s mírnou nebo střední aktivitou ileocekální formy CN dvě nezávislé randomizované studie podporují použití topických kortikoidů (budesonid), který je méně účinný než systémové kortikoidy, ale má podstatně méně vedlejších účinků. Použití mesalazinu k navození remise u dětí s CN je nejasné. Ve speciálních případech lze k navození remise indikovat použití biologické léčby (influximab).

Indukční léčba UC. U středně těžké a těžké formy pankolitidy zahajujeme léčbu systémovými kortikosteroidy. U mírné až středně aktivní formy používáme mesalazin.

U levostranného typu kolitidy u mírnějších forem zahajujeme léčbu lokální, tzn. klyzmaty s topickými kortikoidy nebo mesalazinem nebo rektální čípky. U těžce a rychle probíhající pankolitidy nereagující na standardní terapii používáme k navození remise cyklosporin A nebo influximab.

Udržovací léčba CN. Nejúčinnější léky používané k udržení remise se zdají být thiopuriny (AZA nebo 6-MP). Časné zahájení imunosupresivní léčby thiopuriny vykazuje důležitý kortikoidy šetřící efekt a významně prodlužuje trvání remise onemocnění. Alternativou thiopurinů v případě jejich intolerance nebo neúčinnosti je methotrexát. Systémové kortikoidy by neměly být používány jako udržovací léčba pro svůj negativní vliv na růst pacienta a kostní mineralizaci. Stejně jako u dospělých pacientů dlouhodobá léčba systémovými kortikoidy nevede k udržení remise onemocnění. Nově se k udržení remise používá i influximab. Role 5-ASA (mesalazin) je nejasná, preferuje se u kolické formy CN nebo po resekcích střeva.

Udržovací léčba UC. U těžkých forem UC se používá dlouhodobá imunosupresivní léčba, nejčastěji thiopuriny. U středně těžké a mírné formy UC je indikována léčba systémovými nebo lokálními preparáty 5-ASA. I zde je ve výjimečných případech indikována k udržení remise biologická léčba.

Při selhání medikamentózní terapie je indikováno u CN i UC chirurgické řešení, a to především s ohledem na růst a vývoj pacienta (viz Obrázek 1). Důležitá je i podpůrná psychologická pomoc pro dětské pacienty a jejich rodiny.

■ Závěr

Pro dětské pacienty s NSZ je do budoucna nutné sledit všechny nově zjištěné aspekty patofyziologie a epidemiologie onemocnění. Na rozdíl od dospělých pacientů vyžadují vzhledem k svému mládí, probíhajícímu růstu a vývoji citlivější přístup k jejich léčbě. Probíhající výzkum zaměřený na zdokonalení diagnostických metod, „na míru šité“ terapie a psychosociální podporu povede k výraznému snížení morbidit a zvýšení kvality života dětských pacientů s ulcerosní kolitidou a Crohnovou nemocí.

Literatura u autorky



Atopický ekzém v dětském věku – pohled imunoalergologa

MUDr. Martin Liška, MUDr. Václava Gutová

Ústav imunologie a alergologie, FN Plzeň-Lochotín

Souhrn

Jako atopický ekzém (AE) označujeme chronické nebo relabující zánětlivé onemocnění kůže, které je často spojeno s atopií, má genetický podklad a není infekční (1,2). Pro stanovení diagnózy onemocnění se nejčastěji užívají kritéria dle Hanifina a Rajky (1), z nichž nejvýznamnější jsou: pruritus, charakteristická distribuce a morfologie projevů, chronický nebo relabující průběh a častý výskyt atopie v rodinné anamnéze (viz tab.1). Z hlediska patofyziologických mechanismů vedoucích k rozvoji ekzému rozeznáváme dvě formy AE: extrinsickou (IgE), u níž je přítomna IgE protilátkami zprostředkovaná (často polyvalentní) senzibilizace na různé alergeny a celková hladina IgE bývá vysoká. Tato forma se vyskytuje u asi 80% pacientů s AE (3,4). Druhou známou formu AE je intrinsická (non-IgE), u níž nenacházíme u pacienta žádnou IgE zprostředkovanou senzibilizaci a celkový IgE není zvýšený.

Prevalence AE v dětské populaci se v rozvinutých zemích světa pohybuje mezi 13-37%, v méně rozvinutých je nižší (2%) (5,6,7). Zastoupení obou pohlaví je zhruba stejné, vyšší výskyt onemocnění je v nižších věkových kategoriích, protože příznaky AE ve většině případů s dospíváním mizí nebo se alespoň zeslabují.

Extrinsická forma AE bývá často součástí tzv. atopického pochodu. To znamená, že AE může s vývojem dítěte přecházet v jiné formy atopických onemocnění, jako např. respirační alergie. Burks a kol. (8) prokázali, že se u cca 80% malých dětí s AE později vyvine alergická rýma nebo průduškové astma. Dle údajů Oranje (9) dojde u 28% pacientů s AE k rozvoji alergie na inhalační alergeny do 3 let věku a u 80% z nich do puberty. Cantani a kol. (10) zjistili u 54% dětí, sledovaných původně pro AE a alergii na bílkovinu kravského mléka, v 7 letech věku výskyt průduškového astmatu. K senzibilizaci na různé alergeny často dochází již časně: ze 100 kojenců vyšetřených na našem pracovišti v letech 2006-8 byla u více než poloviny z nich (52%) prokázána IgE zprostředkovaná senzibilizace na některý alergen. Nejčastěji šlo o potravinové alergeny (48 dětí), ale již v tomto věku byla zjištěna i alergie na inhalační alergeny (5 dětí).

■ Patofyziologie atopického ekzému

Na rozvoji projevů AE se podílí celá řada faktorů. V následujícím textu uvádím nejdůležitější z nich.

1. Genetické faktory

Předpokládá se polygenní dědičnost s autozomálně dominantní expresí genu AE. Mají-li oba rodiče AE, pohybuje se prevalence onemocnění u jejich dětí kolem 80%. V případě, že má AE jen jeden z rodičů, dosahuje prevalence choroby u dětí více než 50%.

2. Imunologické poruchy

Bylo již řečeno, že u AE bývá častá nadprodukce IgE protilátek, spojená s vyšší pohotovostí ke vzniku IgE zprostředkované reaktivity. Nacházíme i abnormality v produkci cytokinů. U extrinsické (IgE) formy AE byla v akutních lézích prokázána vyšší produkce Th2 cytokinů (IL-4, IL-5), charakteristických pro protilátkové a zjm. alergické imunitní odpovědi, zatímco v chronických lézích převažovaly spíše Th1 cytokiny (IL-12, IFN- γ), charakteristické pro buněčné odpovědi (11). U intrinsické (non-IgE) formy AE převažovaly rovněž Th1 cytokiny (12). Pro AE tedy nemusí být charakteristické jen časné, IgE zprostředkované, ale také pozdní, buněčné imunitní odpovědi. U extrinsické formy AE se na rozvoji příznaků významně podílejí eozinofily, jejichž toxické produkty poškozují okolní tkáň (13). Eozinofily navíc indukují přesmyk od Th2 k Th1 typu odpovědi (viz výše), čímž napomáhají udržení chronického zánětu (14,15). Další významní „hráči“ alergické reakce, bazofily, vykazují u ekzematiků vyšší labilitu k degranulaci. Dendritické buňky v kůži, nezbytné pro prezentaci antigenu T-lymfocytům a tím i jejich aktivaci, zvýšeně exprimují na svém povrchu vysokoafinní receptory pro IgE

(Fc ϵ RI) a mohou stimulovat Th2 i Th1 odpovědi (16,17). Na rozvoji zánětlivé reakce se nepodílejí jen klasické imunitní buňky, ale také epidermální keratinocyty, produkující prozánětlivé cytokiny a chemokiny (18). U těžkých forem AE byla zjištěna přítomnost autoreaktivity, neboť v séru těchto pacientů byly detekovány specifické IgE protilátky proti antigenu lidské kůže Hom s 1 (19). A konečně, obranu kůže proti mikrobiálním činitelům může u pacientů s AE ovlivňovat porucha tvorby endogenních mikrobiálních peptidů. U pacientů s AE byla zjištěna snížená exprese těchto látek (β -defenziny, katelicidin) v kůži ve srovnání s pacienty trpícími psoriázou (20).

3. Autonomní nervová dysbalance

U pacientů s AE nacházíme celou řadu odchylek v reaktivitě autonomního nervového systému. Předpokládá se, že podkladem je odchýlná reaktivita autonomního nervového systému, spojená s vrozenou konstitucí β -adrenerních receptorů a/nebo poruchou metabolismu cAMP. Nacházíme např. bílý dermatografismus, rychlou vazokonstrikci/pomalé zahřívání pokožky, odchýlné reakce na cholinergní, adrenerní a histaminové podněty (21).

4. Narušená bariérová funkce kůže

Řada nálezů svědčí pro poruchu metabolismu nenasycených mastných kyselin. Obsah lipidů se u pacientů s AE liší od zdravé populace. Snížený je metabolismus kyseliny linolénové. Popisuje se deficit ceramidů, což jsou extracelulární lipidy vrchní vrstvy epidermis,

**Tab.1: Diagnostická kritéria atopického ekzému dle Hanířina a Rajky****Velká kritéria**

- atopická rodinná anamnéza (zjm.astma, alergická rhinokonjunktivitida, atopický ekzém)
- chronický/relabující průběh onemocnění
- pruritus
- typická morfologie a lokalizace kožních lézí (postižení obličeje a extenzorových ploch v dětství, lichenifikace a lineární charakter kožních lézí u dospělých)

Malá kritéria

- bílý dermatografismus
- bledost/erytém v obličeji
- cheilitida
- Denniho-Morgagniho infaorbitální záhyb
- dermatitida křtice
- ekzém prsních bradavek
- Hertoghovo znamení (prořídnutí laterálních okrajů obočí)
- ichthyosis, palmární hyperlinearita, keratosis pilaris
- intolerance potravy
- intolerance vlny
- keratokonus
- kožní infekce
- nespecifická dermatitida rukou a nohou
- periaurikulární figury
- periorbitální ztmavnutí pokožky
- pityriasis alba
- pompholyx
- průkaz specifického IgE
- průkaz zvýšené hladiny celkového IgE v séru
- snížená vlasová hranice (vzdálenost mezi obočím a vlasovou hranicí)
- subkapsulární katarakta předního segmentu
- svědění pokožky při zpcení
- světlolachost
- xerosis

Pro diagnózu svědčí splnění nejméně 3 velkých a 3 malých kritérií.

jež absorbují vodu a formují vrstvu kolem korneocytů. Jejich porucha vede ke snížení obsahu vody v kůži a tím i k narušení její bariérové funkce. Zvýšená propustnost kůže zvyšuje expozici vnějším iritantům a alergenům, které

projevy ekzému zhoršují. Podobné účinky má mutace genu pro filaggrin (*FLG*), což je protein důležitý pro terminální diferenciaci epidermis s klíčovým významem pro bariérovou funkci kůže. Prokázalo se, že mutace *FLG* je spojena s AE, ichthyosis vulgaris nebo chronickou iritující kontaktní dermatitidou, tedy chorobami charakterizovanými nadměrnou suchostí kůže a hyperkeratózou (22,23). Kromě toho je mutace *FLG* spojena s vyšším rizikem vzniku alergické rýmy nebo astmatu (24).

5. Psychosomatické faktory

AE se řadí mezi psychosomatická onemocnění, takže stav ekzému může výrazně negativně ovlivnit stres.

6. Alergeny

Alergické reakce se mohou podstatným způsobem podílet na indukcii a zhoršení AE. U pacientů s AE nacházíme nejčastěji senzibilizaci na potraviny. Tato senzibilizace však zdaleka nemusí být z klinického hlediska relevantní, tj.vyvolávat zhoršení ekzému nebo jiné alergické projevy po expozici příslušnému alergenů. Jediným spolehlivým průkazem přítomnosti přecitlivělosti na nějakou potravinu je proto pozitivní výsledek eliminačně-expozičního testu (viz dále). Přesto je význam potravinových alergií u AE nesporný. Podle různých studií je cca u 40% pacientů se středně těžkým až těžkým AE přítomna klinicky relevantní senzibilizace na různé potraviny (8,25). IgE zprostředkovaná přecitlivělost bývá nejčastěji nacházena proti následujícím sedmi potravinám: slepičí vejce, bílkovina kravského mléka, arašidy, sója, pšenice, ryby a ořechy (8). Kromě IgE zprostředkované reaktivity byla u pacientů s AE zjištěn i jiný typ přecitlivělosti na potraviny. V periferní krvi pacientů s AE byly nalezeny klony T-lymfocytů reagujících na kasein, ovalbumin a arašidy (26,27). Přibývá důkazů o významu inhalačních alergenů. Nejvýznamnější postavení mezi nimi zaujímají roztoči, dále pyly, zvířecí srst a plísně (např.*Malassezia furfur*). Podobně jako u potravinových alergenů, i zde byla prokázána jiná než IgE zprostředkovaná reaktivita: T-lymfocyty, získané z lézí AE a lézí vzniklých při epikutánních testech roztočovými alergergy, měly stejnou antigenní specifitu, tj. byly shodně naměřeny proti roztočovým alergenům (28). V naší studii dětských pacientů s AE (2007-08) byla reaktivita časného nebo pozdního typu na některý z inhalačních alergenů zjištěna u 85% pacientů. V případě AE byla prokázána významná role přecitlivělosti na produkty bakterie *Staphylococcus aureus*. Dle studií Leunga

Tab.2: Pozitivní prediktivní hodnoty (PPV) specifických IgE u některých potravinových alergenů

Alergen	kU/l	PPV
vejce	7	98%
(děti ≤ 2 let)	2	95%
bílkovina kr.mléka	15	95%
(děti ≤ 2 let)	5	95%
arašidy	14	100%
ryby	20	100%
ořechy	15	95%

Zdroj: (31)

a kol. (29,30) je více než 90% pacientů s AE kolonizováno *Staph.aureus* v porovnání s 5% kontrol, specifické IgE proti stafylokokovému enterotoxinům byly nalezeny u téměř 60% pacientů se středně těžkým až těžkým AE (u kontrol nikoli) a exotoxiny *Staph.aureus* mohou podporovat zánětlivé reakce jako tzv. superantigeny, tj. mohou aktivovat polyklonálně velký počet T-lymfocytů.

■ Diagnostika

Klinická diagnóza je stanovena lékařem na základě diagnostických kritérií (viz tab.1). Může ji jistě stanovit každý lékař pečující o dítě, nicméně je na místě upozornit, že každé dítě s AE, snad jen s výjimkou vyloženě lehkých případů, by mělo být vyšetřeno dermatologem a alergologem, aby byla zvolena optimální léčba tohoto svízelně léčitelného onemocnění a podchyceny případné souběžně se vyskytující patologie (např.alergie, imunodeficity). Proměna lokalizace ekzému v závislosti na věku dítěte je všeobecně známá (viz obr.1).

K základnímu imunologickému vyšetření patří vyšetření krevního a diferenciálního leukocytárního obrazu, které slouží např. k odhalení některých imunodeficitů (např. trombocytopenie při Wiskott-Aldrichově sy.) nebo sideropenie při malabsorpci vyvolané současnou potravinovou alergií. Vyšetření hladin sérových imunoglobulinů může odhalit současný deficit protilátek a pomoci rozlišit IgE a non-IgE typ AE.

V nižších věkových kategoriích pacientů s AE (kojenci, batolata) je vhodné diagnostiku alergií zaměřit především na potravinové alergie, které jsou v tomto věku nejčastější. Testujeme potraviny podezřelé z anamnézy

Tab.3: Preventivní opatření u pacientů s atopickým ekzémem

- Časný záchyt rizikových dětí s významnou rodinnou zátěží
- Výhradní kojení minimálně do skončení 4.měsíce věku
- U rizikových dětí v případě nedostatku mateřského mléka podávat hydrolyzáty
- Racionální zavádění smíšené stravy
- Nepodávat vaječný bílek minimálně do skončení 1.roku věku
- Nepodávat obilniny do 8.-9.měsíce věku
- Nepodávat ořechy do 3 let věku
- Nekouřit v bytě
- Snižování množství roztočů v obydlí
- Eliminace domácích zvířat v bytě
- Pokus o omezení kontaktu s pylovými alergeny

Převzato z přednášky dr.Gutové, Ústav imunologie a alergologie FN Plzeň.

a/nebo na sedm nejčastějších potravinových alergenů (viz předchozí kapitola). Za „zlatý standard“ diagnostiky potravinových alergií je považován dvojité zaslepený, placebem kontrolovaný provokační test (*double-blind placebo-controlled food challenge*, DBPCFC), kdy testovaná potravina je zaslepena vůči testovanému subjektu i vůči vyšetřovateli. Tento test je však velmi náročný na provedení, proto se doporučuje nejprve provést otevřený provokační test, při němž není potravina maskována, a teprve při jeho pozitivitě výsledek ověřit DBPCFC. Před provedením provokačního testu je nutno testovanou potravinu alespoň na 2-3 týdny vyřadit ze stravy, přičemž je

velmi důležitá důslednost této eliminace.

V praxi nicméně často provádíme jako první kožní prick testy a/nebo vyšetření specifických IgE, jež mohou pomoci, spolu s anamnézou, zaměřit naši pozornost na podezřelou potraviny. Následně je možné pozitivní výsledky ověřit eliminačně-provokačními testy, což je na místě zejména u základních potravin, kde hrozí podstatné narušení náležité výživy dítěte. Nutno podotknout, že samotná pozitivita specifických IgE, určená na základě běžných referenčních rozmezí, nestačí. Důležité je jak srovnání výsledku s anamnestickými údaji (mohlo jít o časnou reakci?), tak zjištění výše hladiny specifických IgE, neboť u AE můžeme často narazit na celou řadu pozitivit specifických IgE s problematickou klinickou relevancí. Z tohoto důvodu byla u řady nejčastějších potravinových alergenů stanovena tzv.pozitivní prediktivní hodnota (*Positive Predictive Value*, PPV), která nám označuje rozmezí hladin specifických IgE, od něhož je s vysokou pravděpodobností přítomna klinicky relevantní alergie (viz tab.2).

S narůstajícím věkem dítěte (školní věk, adolescence) nabývají na významu inhalační alergeny, a to nejen ve vztahu k rozvíjející se respirační alergii, tak s ohledem na možné ovlivnění ekzému po průniku narušenou kůží. Přecitlivělost na inhalační alergeny testujeme pomocí kožních prick testů, v případě nemožnosti pomocí vyšetření specifických IgE. Hledáme přecitlivělost na nejčastější inhalační alergeny a/nebo alergeny podezřelé z anamnézy.

Spíše výzkumně se vyšetřují specifické IgE proti stafylokokovým enterotoxinům a do běžné praxe zatím nebyly uvedeny kožní epikutánní testy (atopy patch testy), jimiž lze

odhalit pozdní přecitlivělost na potravinové nebo inhalační alergeny.

Léčba

Mezi obecná režimová opatření, doporučená všem pacientům s AE, patří eliminace iritačních podnětů typu detergentů (mýdlo, saponáty, prací prostředky), častého namáčení pokožky, koupelí v horké vodě, pocení nebo dráždění vlněným oblečením. Při zjištění přítomnosti alergie doporučujeme eliminaci expozice příčinným alergenům, nicméně obecný protialergický režim (bezprašné prostředí, omezení koberců a závěsů, peřiny pro alergiky, vyloučit domácí zvířata) je na místě prakticky u každého ekzematika s ohledem na možný pozdější rozvoj alergií. Preventivní opatření jsou shrnuta v tab.3.

Farmakoterapie sestává z hydratace a zvláčňování pokožky pomocí emoliencií, časté je celkové podávání nesesedativních antihistaminik II.generace, která mají příznivý efekt zejména u IgE typu AE, ovšem využít lze i jejich obecně protisvědčivý účinek. Lokální protizánětlivá léčba se provádí pomocí topických steroidů sestupnou nebo ústupovou léčbou (s postupným vysazováním), u torpidních případů volíme intervalové podávání. U dětí starších 2 let lze použít, zjm. v obličejových partiích, topické imunomodulátory: tacrolimus (Protopic®), pimecrolimus (Elidel®). V těžkých případech dermatolog velmi často volí kombinovanou lokální léčbu. Při nadměrné kolonizaci kůže pacienta *Staphylococcus aureus* je na místě kúra protistafylokokovými antibiotiky.

Závěr

Přestože se naše znalosti o patofyziologii a léčbě atopického ekzému podstatně zvýšily, zůstává nadále svízelným a navíc čím dál více se vyskytujícím onemocněním. Je hlavně v zájmu postižených dětí, aby dětská lékařská spolupracovali při léčbě této choroby se zainteresovanými odborníky, tedy především dermatologem a alergologem. Je to důležité nejen pro léčbu onemocnění jako takového, ale i z hlediska prevence souvisejících komorbidit.

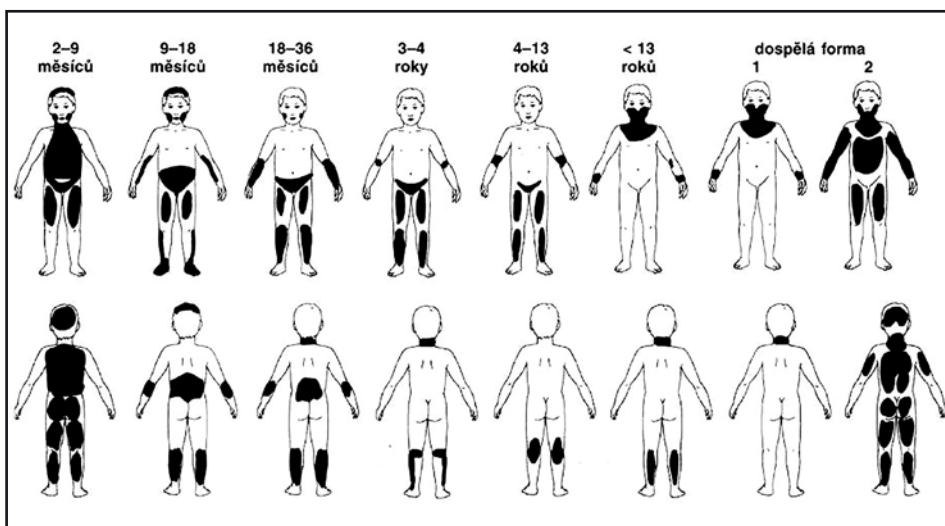
Tato práce byla podpořena grantem VZ MSM 0021620812.

Zkratky:

AE - atopický ekzém

DBPCFC - dvojité zaslepený placebem kontrolovaný provokační test s potravinami

Literatura u autorů



Obr.1. Lokalizace projevů atopického ekzému v závislosti na věku

Montrose Pharma - A4 - Altargo

Stenóza anu - častá příčina „tříměsíční koliky“

MUDr. Jaroslava Homolová

Praktický lékař pro děti a dorost, Ústí nad Labem

Souhrn

„Tříměsíční kolika“ je definována jako kolikovitě bolestí břicha způsobené rozpínajícími se střevními kličkami zejména u novorozenců a malých kojenců. Jednou z příčin těchto kolikovitých bolestí břicha je překážka ve vyprazdňování - stenóza anu.

■ Definice:

„Tříměsíční kolika“ je definována jako kolikovitě bolestí břicha způsobené rozpínajícími se střevními kličkami zejména u novorozenců a malých kojenců. Příčinou těchto potíží je pravděpodobně spolykaný vzduch dítětem při kojení nebo krmení, dále kvasné pochody probíhající ve střevech, dále složení stravy kojící matky. Dále jsem zjistila, že se na těchto potížích podílí překážka ve vyprazdňování STENÓZA ANU.

■ Etiopatogeneza:

Embryologové prokázali, že v období mezi 1. a 3. měsícem vývoje embrya dochází k proliferaci entodermu střevního lumen. Po této proliferaci je střevo uzavřeno. K rekanalizaci dochází ve 3. měsíci dehiscencí a částečně také zánikem entodermových buněk. Při poruše této rekanalizace může dojít ke stenóze anu.

■ Anamnéza:

Matky dětí, u kterých jsem při vyšetření zjistila stenózu anu udávaly pláč a neklid dětí po kojení nebo nadměrný pláč v určitou denní dobu. Dále jsme takové pacienty viděli při službách LSPP, kdy matky přichází s dítětem, které neztišitelně pláče přesto, že nemá žádný příznak onemocnění, je nakrmené a přebalené. Tyto potíže jsme pozorovali u dětí již od 1 týdne věku, ale většinou s těmito potížemi matky navštíví ordinaci mezi 2.a 6. týdnem věku dítěte. Kojení obvykle u těchto dětí probíhá tak, že dítě pije cca 15 minut, usne u prsu a při pokusech o odříhnutí a uložení dítěte ke spánku dítě opět pláče, je neklidné a chová se dále jako hladové. Matky se zdánlivě domnívají, že dítě není nasyceno a dítě kojí dále dalších 15-30 minut, ztrácí sebedůvěru, myslí si, že mají nedostatek mléka. Do ordinace přichází s tím, že má dítě stále hlad a pláče.

■ Klinický obraz:

Dítě mívá nafouklé břicho, kope při pláči nožkami. U prsu je neklidné. Stolicí mívá tekuté

konzistence většinou několikrát denně při nebo po kojení s masivním odchodem plynů. Příbytek na hmotnosti je u takových dětí normální nebo častěji nadměrný. Při této anamnéze potíží vždy provedeme vyšetření per rektum k vyloučení stenózy anu. Vyšetření per rektum u dětí, které potíže nemají neprovádíme.

■ Technika vyšetření:

Novorozence a kojence vyšetřujeme šetrně malíkem s použitím vaseliny. Pokud narazíme na stenotický prstenec (v hloubce do 2 cm), násilím jej nerozrušujeme. Pouhý zvýšený tonus svěrače při indigaci povolí. Normální velikost anu můžeme určit pomocí vzorce $7+$ ($1,4 \times$ hmotnost v kilogramech). Orientačně – anus volně prostupný u donošeného dítěte pro malík



Obr.1. hegarovy dilatátory

ruky velikosti č.8. Pokud nahmatáme stenotický prstenec, dítě odesíláme do proktologické poradny při ambulancích dětské chirurgie.

■ Terapie:

Po potvrzení diagnózy stenózy anu, matka dilatuje anus pomocí zapůjčených Hegarových dilatátorů 3x denně až do dosažení průchodnosti anu pro dilatátor průměru 13,5 mm. Při neklidu a meteorismu možno použít mezi dilatacemi rektální rourku číslo 10-12. Výsledkem této terapie je ústup příznaků „tříměsíční koliky“ do 2-3 týdnů od počátku dilatací. Z uplakaného dítěte se stává hodný a spokojený kojeneček a s ním i celá

rodina. Pokud není stenotický prstenec rigidní, dochází i bez dilatací pomocí „Hegarů“ ke spontánní dilataci anu při přechodu z tekuté stolice na formovanou tj. u plně kojených dětí kolem 3. až 4. měsíce věku za příznaků „tříměsíční koliky“. Tekutá stolice stenózu nerozdilatuje. U dětí které přicházejí z porodnice na umělé výživě a mají tužší stolicí, stenózu anu zjišťujeme pokud mají v anu tuhý rigidní stenotický prstenec.

■ Komplikace:

Pokud se jedná o rigidní stenózu anu, hrozí vznik chronické anální trhliny při průchodu tuhé stolice. Děti s chronickou anální trhlinou v batolecím nebo předškolním věku se obávají bolestivé defekace a následkem bývá chronická obstrukce.

■ Zkušenosti v vlastní praxi:

Ze své ordinace v roce 2007-2008 jsme odeslali ze 107 kojenců do proktologické poradny 46, t.j. 43%. Per rektum jsme vyšetřovali jen novorozence a kojence, kteří měli výše uvedené potíže. Většina z nich byla v době vyšetření plně kojená. Všechny tyto děti měly chirurgem potvrzenou stenózu anu a následně u nich byly prováděny dilatace anu. Průměrný věk kojenců v době zjištění stenózy byl 4,5 týdne. Průměrná hmotnost kojenců v době zjištění stenózy byla 3950g. Dilatace byly prováděny Hegary po dobu 3 až 5 týdnů nejčastěji od čísla 9-11. Všechny matky těchto dětí udávaly po prováděných dilatacích stenózu anu ústup potíží nazývaných jako „tříměsíční kolika“.

■ Závěr:

Domnívám se, že by bylo nejlepší, kdyby byli všichni novorozenci preventivně vyšetřováni per rektum k zjištění možné stenózy anu ještě v porodnici. To je ale v současnosti nespílitelné přání. Proto prosím, vyšetřujte své pacienty s „tříměsíční kolikou“ per rektum k vyloučení stenózy anu, ušetříte je zbytečné bolesti a dalších nepříjemných chronických potíží.



Cílený skrining celiakální sprue

doc. MUDr. Oldřich Pozler, CSc.

Dětská klinika LF a FN, Hradec Králové

Souhrn

Celiakální sprue (CS) je trvalá celoživotní nesnášenlivost lepku, který u vnímavých jedinců způsobuje zánět a následnou atrofii sliznice jejunu. Tyto změny - podobně jako patologické změny v jiných orgánech a systémech - ustupují po bezlepkové dietě. CS se v současné době považuje za autoimunitní chorobu dětí i dospělých, u které známe jak spouštěč (gliadin), tak i těsnou genetickou vazbu (s HLA-DQ2 nebo -DQ8) a specifickou autoimunitní odpověď (autoprotilátky proti tkáňové transglutamináze). Lepek je bílkovina obsažena v povrchní části obilných zrn a je možno ho rozdělit 70% ethanolem na frakci rozpustnou (prolaminy) a nerozpustnou (gluteniny). Prolaminy izolované z pšenice se označují jako gliadiny, které vyvolávají zánět střevní sliznice u geneticky vnímavých jedinců.

Několik studií z evropských zemí, USA a severní Afriky zjistily prevalenci CS v celé populaci 1:70 - 1:550 a 3-13 na 100 dětí do 15 let. Kvalifikovaný odhad prevalence v ČR činí 1:200-1:250, tj. asi 40.000-50.000 nemocných CS v populaci.

V patogenezi CS se uplatňuje interakce tří složek: gliadinových peptidů, tkáňové transglutaminázy a povrchových glykoproteinů DQ-2 a DQ-8 T-lymfocytů střevní sliznice.

Změny sliznice tenkého střeva jsou nejvýraznější v duodenu a jejunu a aborálním směrem jich ubývá. Intenzita změn je variabilní a zhruba koreluje s tíží onemocnění. U pacientů s floridní CS nacházíme snížení až vymizení klků, hypertrofii krypt, edém a infiltraci slizničního vaziva zánětlivými buňkami.

■ Klinický obraz

Klinický obraz CS u dětí a dospělých se liší. V současnosti ubývá těžkých projevů nemoci v obou věkových kategoriích. U většiny postižených je v době stanovení diagnózy projevů málo, jsou nevýrazné a často mají mimostřevní charakter.

■ Diagnostické metody

K diagnostice CS je v současné době nezbytné:

- histologické vyšetření sliznice duodena nebo jejunu,
- vyšetření sérových protilátek proti tkáňové transglutamináze (IgA-tTGA) a/nebo protilátek proti endomyziu (IgA-EMA) ve třídě IgA
- vyšetření sérového IgA.

K diagnostice potenciální formy CS je navíc třeba znát počet intraepiteliálních lymfocytů (IEL) a alely HLA-DQ 2. Stanovení koncentrace sérového IgA je výhodné provést u každého pacienta s podezřením na CS, protože pacienti s deficitem IgA mají falešně negativní IgA-tTGA i IgA-EMA. V těchto případech je nutné upozornit laboratoř a vyšetřit protilátky ve třídě IgG.

Zavedení IgA-tTGA a IgA-EMA do klinické praxe významně zvýšilo možnost cíleného skriningu CS. Pokud vyšetřujeme současně IgA-tTGA a IgA-EMA je senzitivita a specifi-

cita pro CS téměř 100%. Nikdy v minulosti jsme neměli k dispozici tak silný diagnostický nástroj pro vyhledávání pacientů s CS a pro kontrolu dodržování bezlepkové diety.

IgA-EMA se stanoví nepřímou imunofluorescencí s lidským pupečnickem jako antigenem. Nevýhodou je subjektivní hodnocení imunofluorescenční reakce, které vyžaduje zkušenost a může být zatíženo individuální chybou (falešná pozitivita). Pozitivita se většinou vyjadřuje semikvantitativně na +.

IgA-tTGA se v séru vyšetřují metodou ELISA. Výsledek je obvykle vyjádřen v U/ml, což znamená, že laboratoř musí mít stanovenou mezí normálních hodnot resp. horní hranici normy.

Charakteristika IgA-EMA a IgA-tTGA:

1. Jedná se o protilátky ve třídě IgA.
2. U pacientů s deficitem sérového IgA jsou detekovány ve třídě IgG nebo IgM.
3. IgA-EMA a IgA-tTGA vymizí, pokud pacient s CS dodržuje bezlepkovou dietu.
4. IgA-EMA a IgA-tTGA jsou vysoce specifické pro CS.
5. Předpokládá se, že přítomnost IgA-EMA a IgA-tTGA může být u geneticky disponovaných jedinců prediktorem progresu směrem k atrofii jejunální sliznice.

Diagnostická kritéria ESPGHAN (1990)

Zavedení IgA-EMA a IgA-tTGA do klinické

praxe znamenalo zásadní kvalitativní změnu v diagnostice CS. Proto Evropská společnost pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu v roce 1990 revidovala diagnostická kritéria pro celiakální sprue a objevily se nové pojmy - latentní CS a potenciální CS.

Diagnostika CS je definována Evropskou společností pro pediatrickou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHAN) z roku 1990:

1. anamnéza, klinický obraz a histologie střevní biopsie jsou kompatibilní s diagnózou CS (přičemž je nutné mít na paměti, že stále větší procento dětí s CS má velmi diskrétní často mimostřevní symptomy).
2. v séru jsou pozitivní IgA-EMA a IgA-tTGA
3. bezlepková dieta vede k úpravě klinického stavu a vymizení protilátek.
4. nemocný je starší než 2 roky.

Formy CS

Rozlišujeme celiakální sprue aktivní, silentní, latentní a potenciální. Charakteristické rysy jednotlivých forem či typů CS jsou uvedeny v následujícím přehledu.

1. Aktivní CS

Pacient přijímá dlouhodobě normální stravu obsahující dostatečné množství lepku a:

- má klinické příznaky, které mohou být i atypické nebo ojedinělé
- v séru má pozitivní IgA-EMA a IgA-tTGA

**Tab.1: Autoimunní choroby asociované s CS**

- diabetes mellitus 1. typu (3-8%)
- autoimunní tyreoiditida
- autoimunní hepatitida
- sklerozující cholangitida
- primární biliární cirhóza
- herpetiformní dermatitida
- systémový lupus erythematoses
- Sjögrenův sy a choroby pojiva
- IgA nefropatie
- intersticiální plicní fibróza

Převzato z přednášky dr. Gutové,
Ústav imunologie a alergologie FN Plzeň.

Tab.2: CS - jiné rizikové choroby a skupiny

- příbuzní 1. a 2. st. nemocných s CS
- m. Down, Turnerův syndrom
- metabolická osteopatie
- izolovaný IgA deficit
- vaskulitidy
- mikroskopická kolitida
- ulcerózní proktitida
- nevysvětlený únavový syndrom
- terap. rezistentní sy dráždivého střeva
- ataxie nejasné etiologie
- polyneuropatie
- epilepsie s okcipitálními kalcifikacemi

Převzato z přednášky dr. Gutové,
Ústav imunologie a alergologie FN Plzeň.

Tab.3: CS - podezřelé symptomy

- růstový deficit
- hypoplázie zubní skloviny
- recidivující aftózní stomatitida
- alopecie
- izolované zvýšení S-ALT, S-AST
- infertilita a poruchy reprodukce
- nízké sérové Fe a/nebo anemie

Převzato z přednášky dr. Gutové,
Ústav imunologie a alergologie FN Plzeň.

- klasické histologické vyšetření: totální nebo subtotální atrofie sliznice jejunum
- imunohistochemické vyšetření: zvýšený počet gama/delta intraepiteliálních T lym-

focytů, zvýšený počet mononukleárů CD25 v lamina propria

Pacienti s aktivní CS mají do větší či menší míry vyjádřeny klinické příznaky malabsorpce nebo malnutrice. Někdy mohou být klinické příznaky atypické nebo ojedinělé. Tato forma CS je často označována jako floridní CS nebo „klasická“ CS, v případě netypických klinických příznaků „atypická CS“, „subklinická CS“ popř. „monosymptomatická CS“.

2. Silentní CS

Pacient přijímá dlouhodobě normální stravu obsahující dostatečné množství lepku a:

- nemá klinické příznaky
- v séru má IgA-EMA a IgA-tTGA
- klasické histologické vyšetření: totální nebo subtotální atrofie sliznice jejunum
- imunohistochemické vyšetření: zvýšený počet gama/delta intraepiteliálních T lymfocytů, zvýšený počet mononukleárů CD25 v lamina propria

Pacienti se silentní CS mají při klasickém histologickém vyšetření také zřetelně vyjádřené postižení sliznice jejunum. V protikladu k aktivní CS však zcela chybí klinické příznaky a tudíž se pacienti s tímto typem CS jen velmi obtížně vyhledávají. Diagnóza silentní CS bývá stanovena při skríníngu CS nebo náhodně.

3. Latentní CS

Pacient přijímá dlouhodobě normální stravu obsahující dostatečné množství lepku a:

- často má klinické příznaky
- v séru má pozitivní IgA-EMA a IgA-tTGA
- klasické histologické vyšetření: normální nálezy na sliznici jejunum
- imunohistochemické vyšetření: zvýšený počet gama/delta intraepiteliálních T lymfocytů, zvýšený počet mononukleárů CD25 v lamina propria

• u pacienta již ale byl v minulosti zachycen při klasickém histologickém vyšetření nálezy kompatibilní s diagnózou CS

U pacientů s latentní CS většina patologů může popsat sliznici jejunum jako normální. Ale tyto jedinci již někdy v minulosti prokazatelně měli subtotální nebo totální atrofii sliznice jejunum s úpravou na bezlepkovou dietu. Většinou mají klinické symptomy. Latentní CS je nutné odlišit od přechodné intolerance lepku, na jejíž existenci není jednoznačný názor.

4. Potenciální CS

Pacient přijímá dlouhodobě normální stravu obsahující dostatečné množství lepku a:

- nemá klinické příznaky, ale má onemocnění, které bývá asociováno s CS nebo někdo

z jeho nejbližších příbuzných má CS

- v séru má pozitivní IgA-EMA a IgA-tTGA
- klasické histologické vyšetření: normální nálezy na sliznici jejunum
- imunohistochemické vyšetření: zvýšený počet gama/delta intraepiteliálních T lymfocytů, zvýšený počet mononukleárů CD25
- HLA DQ/DR

Termín potenciální CS je navrhován pro jedince, kteří nemají a nikdy neměli patologický histologický nálezy na sliznici jejunum, který by odpovídal diagnóze CS, ale přesto u nich můžeme zjistit imunologické abnormality pozorované u pacientů s aktivní CS. Po potenciální CS pátráme především mezi příbuznými I.stupně a mezi pacienty s chorobami často asociovanými s CS. V současné době není shoda, zda těmto pacientům doporučovat bezlepkovou dietu. Příkladem potencionální CS může být dítě s diabetes mellitus 1. typu, pozitivními protilátkami IgA-EMA a IgA-tTGA, s normálním histologickým nálezy na sliznici jejunum ale se zvýšeným počtem IEL.

Cílený screening

V letech 2004-2005 pracovala při Ministerstvu zdravotnictví ČR Komise pro celiakální spruce vedená prof. MUDr. Fričem, DrSc. Důvodem k ustavení komise byla na odborných setkáních opakovaně konstatovaná pozdní diagnostika a léčba tohoto onemocnění a neuspokojivá kvalita života postižených jedinců. Komise vypracovala diagnostickou a terapeutickou směrnici a návrh pro cílený screening celiakální spruce, který podpořila řada odborných společností.

Cílové skupiny

Zahrnují rizikové choroby a skupiny, podezřelé symptomy, přidružené autoimunitní choroby a komplikace CS. Výskyt CS u autoimunitních chorob je 10-30krát vyšší než v populaci. CS je u těchto kombinovaných postižení často asymptomatická nebo jsou její příznaky překryty symptomatologií druhé choroby. Řada z těchto chorob nebo příznaků se vyskytuje již v dětství (Tabulka 1, 2 a 3).

Proč je tedy diagnostika CS v ČR nedostatečná a opožděná? Nabízí se několik důvodů:

1. v diferenciální diagnostice na toto onemocnění nemyslíme
2. při podezření na CS přetrvává vyšetřování protilátek proti lepku, přestože máme k dispozici podstatně více specifické IgA-tTGA a IgA-EMA



3. přetrvává názor, že CS je vyléčitelné onemocnění
4. nedostatečné povědomí o komplikacích neléčené CS a o chorobách asociovaných s CS.

Pozdní diagnostika a terapie CS a jejich komplikací, jakož i neuspokojivá kvalita života těchto nemocných vyžadují provádění cíleného skríningu.

Terapie

Bezlepková dieta je celoživotní terapií CS. To znamená trvalé a úplné vyloučení potravin, potravinových příměsí a nápojů připravených s použitím obilných surovin, tj. zrn, mouky, škrobů a ostatních výrobků ze žita, pšenice, ječmene a ovsa. Jako bezpečné náhradní suroviny se užívají rýže, sója, kukuřice, pohanka, proso, amarant a brambory. Dodržování BLD lze ověřit vyšetřením IgA-EMA a IgA-tTGA v intervalu jednoho roku, popř. podle potřeby při podezření na její porušování či neúspěch. Expoziční test s lep-

Jak vyplývá z podstaty CS, je stupeň alterace jejunální sliznice u geneticky dis-

ponovaných jedinců závislý na množství lepku ve stravě. Je proto nezbytné, aby lékař při hodnocení laboratorních výsledků (enterobiopsie, pozitivita či negativita IgA-EMA a IgA-tTGA) vždy pečlivě posoudil, zda „zátěž“ lepku u vyšetřovaného pacienta byla skutečně dostatečná zvláště v rodině, kde někdo z jejich členů dodržuje bezlepkovou dietu. Někdy se neobejdeme bez expozičního testu.

Expoziční test

Expoziční test s lepku lze definovat jako záměrné podávání buď stravy obsahující lepek nebo „čistý“ lepek pacientovi se suspektní CS. V prvním případě množství přijatého lepku pouze odhadujeme (např. 1-2 plátky chleba denně), naopak ve druhém případě lze expoziční test kvantifikovat přesněji (např. 1 gram lepku denně). Bylo by samozřejmě výhodné, pokud by byl expoziční test standardizován. Během expozičního testu pacient musí být pod lékařskou kontrolou. V určitých časových intervalech jsou vyšetřovány IgA-EMA a IgA-tTGA v séru. Smyslem těchto kontrol je včas zachytit známky alte-

race střevní sliznice a zabránit většímu nebo dokonce trvalému poškození pacienta. Expoziční test by měl být vždy zakončen enterobiopsií. Detailní vyšetření biotického vzorku sliznice tenkého střeva umožní zkrátit expoziční test na minimum bez nebezpečí omylu v konečné diagnóze.

Prognóza

Prognóza CS je velmi dobrá při včasné diagnostice a celoživotním dodržování BLD. V těchto případech jsou komplikace vzácností a průměrná délka života se neliší významně od ostatní populace. Většina adolescentů, kteří přestanou dodržovat BLD, může být různě dlouhou dobu bez subjektivních obtíží, ale nesnášenlivost lepku u nich samozřejmě přetrvává. Pokud tito jedinci konzumují potravu s lepku dále i v dospělosti, je klinický relaps CS u nich častý. Proto je třeba doporučit dětem s jednoznačně diagnostikovanou CS dodržovat BLD trvale k prevenci relapsu onemocnění v dospělosti.

Literatura u autora



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



Nabídně své pacientě
Vše do mířete

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) (Papilomavírův lidský typ 6, 11, 16, 18 proteinu L1)

Indikace: prevence premaligních genitálních lézí (cervikálních, vulválních a vaginálních), cervikálního karcinomu a bradavic zevního genitálu (condyloma acuminata) 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 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, závrať, bolest hlavy, synkopa. **Léková forma:** injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. **Uchování:** v chladničce (2°C-8°C), ve vnější krabičce, chránit před mrazem. **Velikost balení:** 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce se dvěma jehlami - 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 *) Všimněte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dříve, než přípravek předepíšete, seznamte 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. s.r.l., Křanova 5, 162 00 Praha 6, tel.: 233 010 111, www.msdi.cz
* Affiliate of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.



Batole není malý dospělý

MUDr. Olga Roškotová

Akreditované pracoviště v oboru PLDD, Litoměřice

Souhrn

Dne 20. 3. 2009 proběhlo v prostorách hotelu Corinthia Towers v Praze sympozium zaměřené na problematiku výživy v batolecím věku „Batole není malý dospělý“ organizované společností Nutricia. Odborně se na programu podíleli přední čeští a slovenští gastroenterologové a odborníci na výživu. V rámci přednášek byly prezentovány zásady zdravé výživy pro růst a vývoj batolete. V diskuzi zazněly také pochybnosti, zda je v praxi našich ordinací věnována dostatečná pozornost této problematice ze strany nás, zdravotnických pracovníků.

V kojeneckém věku mají rodiče příležitost získat pravidelně informace o výživě dítěte od svého praktického lékaře pro děti a dorost a dětské sestry v rámci preventivních prohlídek, minimálně devětkrát v prvním roce života. Otázkou je, jak s nimi naloží. Současné maminky rády konzultují (nejen) problém výživy se svými kamarádkami, hledají informace na internetu a v časopisech určených pro rodiče s dětmi. Rozdílnost, někdy dokonce protichůdnost a nesprávné informace mohou některé rodiče ovlivnit natolik, že je pak obtížné přesvědčit je o skutečně správných zásadách výživy. Názory o výživě v jídelničkách dodávaných firmami mléčné výživy se rovněž liší podle toho, kdo osvětový materiál vypracoval. Chybí jednoznačnost a doporučený postup garantovaný odbornými společnostmi.

Dovršením jednoho roku života končí častější frekvence preventivních prohlídek. Při roční prohlídce zhodnotíme dosavadní vývoj dítěte, proběhla onemocnění, stanovíme plán kontrol u těch, kteří jsou ohroženi určitými vadami, chronickými chorobami nebo předpokládanou odchylkou ve vývoji, upozorníme na nadcházející termíny očkování a na podrobnější informace o výživě pro batolecí věk přilíší prostoru nezbyvá.

V mezidobí do osmnáctiměsíční preventivní prohlídky vidíme své svěřence při přeočkováních, kdy si zveme několik dětí stejného věku, ale v těchto situacích je opět málo času na osvětu týkající se výživy. Obvykle dítě nevážíme a pokud nás matka sama neupozorní na problém s přijímáním některých složek potravy, nesprávnost ve výživě neodhalíme a následky objevujeme až později. Připouštím tedy, že ani my praktičtí lékaři pro děti a dorost nemáme dostatek možností stav výživy batolat ovlivnit. Stejná situace je i v následujícím období při dvouletých intervalech mezi preventivními prohlídkami, kdy chybí zpětná vazba.

Navíc se někteří rodiče domnívají, že od batolícího věku mohou dítěti nabídnout stejnou stravu jako starším členům rodiny, že stačí omezit

solení a kořenění. Již méně se zamýšlejí nad skladbou jídelničky pro tento věk, poměrem jednotlivých živin, nutričně významných látek a potřebné dávce energie v závislosti na pohybové aktivitě jejich dítěte.

Předseda pracovní skupiny pro dětskou gastroenterologii a výživu České pediatrické společnosti prim. MUDr. Pavel Frühauf, CSc. zdůraznil pravidla správné výživy batolete, která jsou pro zdravý růst a vývoj dítěte nezbytná. Dva až tři hrnky fortifikovaného mléka denně, v případě odmítnutí mléka dostatečné množství jiných mléčných výrobků, při nedodržování této zásady a nedostatečném vystavení slunečnímu záření pak nutnost profylaxe 200 IU vitamínu D denně. Dostatek zeleniny, ovoce, libového masa, které možno občas nahradit rostlinou bílkovinou – sójou, luštěninami. Kromě uvedeného také cereálie, především celozrnné, obsahující vlákninu. Nutno připomenout, že do dvou let by neměl být omezován tuk a cholesterol, jejich nedostatek je pro malé dítě nebezpečný. Když nemléčné nápoje, pak je dobrou volbou voda. Zaznělo, že nejsou důkazy, že oddalování jakýchkoliv potravin by oddálilo alergii. Zařazení ryb do jídelničky alespoň jako předkrm.

MUDr. Eva Kudlová, CSc. specialista na výživovou problematiku z Ústavu hygieny a epidemiologie 1. LF UK nás seznámila s průřezovou dotazníkovou studií, v níž byly zjišťovány a vyhodnoceny základní demografické údaje a stravovací návyky u dětí. Ze studie vyplynulo: Doba trvání kojení se prodlužuje a hlavní příčinou odstavení je nesprávná technika kojení. Dodržování výše uvedených zásad výživy má pozitivní vliv na kvalitu života a snižuje rizika chronických onemocnění v pozdějším věku. Výživu dětí se nám daří pozitivně ovlivňovat jen v prvním roce života, ale po prvním roce věku se výživa dětí podstatně zhoršuje. Opětná zmínka o potřebě prodloužit pravidelnou dodávku D vitamínu alespoň do dvou let věku by měla být impulsem pro odborné společnosti vydat jednotné doporučení pro profylaxi vitamínem D.

MUDr. Emeše Majorová ze Slovenska, hlavní poradce pro MZd SR pro pediatrickou gastroenterologii, hepatologii a výživu zmínila dlouhodobé nezvratné následky nesprávné výživy. Zpomalení vývoje centrálního nervového systému při deficitu železa, jódu či zinku,

poruchu myelinizace s negativním dopadem na neurosenzorický vývoj v důsledku deficitu n-3 mastných kyselin nebo při nesprávném poměru n-3 a n-6 mastných kyselin, anémie při předčasném zavedení neupraveného kravského mléka do jídelničky kojenců nebo jeho nadměrným použitím v batolecím věku při současně chudé stravě na železo, vztah výživy k rozvoji atopické dermatitidy. Chybné je předčasné, ale i pozdní zavádění náhradní výživy. Před 17. týdnem věku dítěti neprospívá, v 26. týdnu věku dítěte už je nezbytné.

Pan profesor RNDr. Jan Krejsek, CSc., přednost Ústavu klinické imunologie a alergologie FN a LF UK v Hradci Králové vysvětlil základní procesy imunitního systému, postupné dotváření imunitní reaktivity vlivem vnějších podnětů a možnosti jejího ovlivnění v časných obdobích po narození prebiotiky a probiotiky a následně v období batolecím.

Závěrem vystoupili zahraniční hosté Dr. Ariane van de Moer, vedoucí odborník společnosti Danone pro oblast probiotik a jejich aplikaci ve výživě, a profesor pediatrie z Nizozemska Dr. M. D. Günther Boehm, Ph.D., vědecký ředitel výzkumu společnosti Danone a vedoucí katedry „Výživa během růstu a vývoje“. Prezentovali výsledky studií, potvrzující aktivní stimulaci imunitního systému dietním zásahem.

Na moderování se podíleli doc. MUDr. Oldřich Pozler, CSc. a profesor MUDr. László Kovács, DrSc., MPH a připravili tak pro nás příjemný páteční odborný zážitek. Bohatá česko – slovenská diskuze nám umožnila vyměnit si názory a zkušenosti z oblasti dětské výživy. ■

Význam vápníku pro batolecí a předškolní věk

doc. Ing. Miroslav Dědek, DrSc.

Autor

MUDr. Bohumil Turek, CSc.

Recenzent

Souhrn

Je všeobecně známo, že dostatečný přívod vápníku je prevencí osteoporózy a osteomalacie. Význam tohoto nutrientu a jeho přívod do organismu v mladém věku připomíná každoročně i Světový den osteoporózy, jehož smyslem je připomínat, že osteoporóza je onemocněním, kterému lze předcházet zejména správnou životosprávou, dostatečným přívodem vápníku, vitamínu D a pohybem.

Jako motto jsem zvolit citát MUDr. Milana Cabrnocha, který v souvislosti s touto problematikou říká: „Bohužel jsme si zvykli pokládat za normu, že babička když upadne, zlomí si krček a zemře. Přitom ta zlomenina i to úmrtí byly zbytečné“. (Zdravotnické noviny 44/2008/ročník 57, str. 11).

Připomeňme si funkce vápníku v našem organismu:

Vápník je nezbytný pro:

- tvorbu, zrání a metabolismus kostní tkáně
- funkci nervového a svalového aparátu
- metabolismus řady hormonů

Vápník v tělesných tekutinách:

- ovlivňuje nervosvalovou dráždivost
- aktivuje myozin a tím ovlivňuje svalovou kontrakci
- uplatňuje se při srážení krve
- účastní se tvorby fibrinu
- podílí se na sekreci inzulinu.

Vápník se rovněž považuje za pravděpodobný antipropagátor rakoviny tlustého střeva.

Tvorba kostní hmoty /bonne mass/ probíhá zejména během prvních dvou dekad života, během dětství a dospívání. Nejdůležitější fází pro základ tvorby kostní hmoty, vývoj skeletu a pozdější vývoj zubů je kojenecký a batolecí věk.

Kostra novorozence obsahuje asi 25 g vápníku. Během dalších let je do kosti uloženo 1000 - 1400 g vápníku. Rostoucí organismus musí být proto v pozitivní vápníkové bilanci, což znamená, že přívod vápníku musí převyšovat jeho ztráty.

Pokud je příjem vápníku nedostatečný, odebírá jej organismus z kostí.

Denní doporučená dávka vápníku pro

kojenecký a batolecí věk navyšuje legislativa EU ze současných 400 mg na 550 mg./ Vyhláška 157/2008 „O potravinách pro speciální výživu a způsobu jejich použití“ platná od 15.5.2008/. Hladinám vápníku odpovídají i hladiny fosforu, jejichž poměr nesmí být vyšší než 2: 1 tj. hladina fosforu má být cca poloviční.

Dle údajů Kliniky dorostového a dětského lékařství v Praze činil v období po roce 2000 přívod vápníku ve stravě dětí pouze 54 % denní doporučené dávky. K obdobným závěrům dospěl v tomto období také Ústav preventivního lékařství v Brně.

I když celková spotřeba mléka se v současné době zvýšila a mírně stoupá, celkový příjem vápníku pro jednotlivé populační skupiny podrobněji neznáme. Lze proto odhadnout, že denní doporučenou dávku pro obě populační skupiny zcela nepokrývá, neb výrazně stoupá obliba ovocných nápojů a džusů, nektarů, čajů a suchých nápojů v prášku. Epidemiologické studie prokazují, že přibývá osteoporózy a osteomalacie a jejich negativních projevů. Každoročně v České republice evidujeme tisíce zlomenin krčku stehenní kosti, což je nejpřesvědčivějším důkazem následků osteoporózy.

Regulační schopnost organismu optimální hladiny vápníku je nízká a nestačí vyrovnávat jeho nedostatečný příjem nebo sníženou resorpci. Z tohoto důvodu je nezbytné zajistit pravidelný přívod vápníku mlékem, jako jeho nejbohatším zdrojem přítomným v nejlépe vstřebatelné formě. Nedostatečný příjem vápníku v počátečním období života, v dětském a dorostovém věku je rozhodujícím rizikovým faktorem, zejména pro vývoj osteoporózy.

Zvýšený přívod vápníku v pozdějším věku již nemůže kompenzovat jeho nedostatečný

přívod v dětském věku. Je známo, že vápník v organismu se ukládá pouze v mladém věku, následně se pak z organismu vyplavuje.

Denní doporučená hladina vápníku pro předškolní mládež - populační skupinu od 3 do 6 let, stejně jako pro další věkové skupiny a adolescenty činí 800 mg/den. K zabezpečení dostatečného množství vápníku je třeba konzumovat alespoň 500 ml mléka za den, zbývající podíl pak získává organismus z mléčných výrobků a konzumací pestré stravy. 500 ml mléka obsahuje v průměru 600 mg vápníku.

V současnosti se opakovaně setkáváme i s názory, že mléko není jediným donátorem vápníku a organismus jej může získávat v požadovaném množství i z jiných druhů potravin, zejména ovoce a zeleniny a masa.

Hladiny vápníku v ovoci a zelenině jsou ve srovnání s jeho hladinou v mléce podstatně nižší. Také přítomné antinutriční faktory příjem vápníku snižují. Jedná se zejména o kyselinu fytovou, oxaláty, algináty a další. Odhaduje se, že využitelnost vápníku z těchto zdrojů je až o 10% nižší. Příkladem může být špenát, vápník se vyskytuje jako oxalát vápenatý, jehož vstřebatelnost se odhaduje v rozmezí 2-9 %.

Naopak, vstřebávání vápníku se zvyšuje přítomností laktózy, bílkovin, a snižování pH v důsledku fermentace laktózy na kyseliny. Proto utilizace vápníku z mléka je nejvyšší.

Z uvedených hodnot vyplývá, že hladiny vápníku v ovoci a zelenině jsou velmi nízké ve srovnání s mlékem, a jeho využitelnost v důsledku antinutričních faktorů je dále snižována.

Mléko je nositelem nejen vápníku, minerálních látek, vitamínů a stopových prvků,



Hormonální synonymum krásy?

Vyšší hladina pohlavního hormonu estradiolu prokazatelně ovlivňuje partnerskou strategii žen.

Manželé a partneři přitažlivých žen už nemusí obraz svého strachu z odchodu partnerky hledat jenom v krásné literatuře. Pokud se cítí spíše racionálně založeni, mohou se najít ve strohých formulacích časopisu *Biology Letters*. Práce evoluční psycholožky Kristiny Durantové z University of Texas skutečně potvrzuje, že atraktivní ženy jsou spíše připraveny opustit současného partnera, pokud nespĺňuje jejich požadavky. A ty bývají - to už lze považovat za prokázané - vyšší než průměrné.

Hormon „útlých pasů a ňader dmoucích“ Estradiol patří do trojce hlavních ženských pohlavních hormonů estrogenů a jeho vliv je u řady druhů klíčový pro plodnost i chování. U lidí ovlivňuje například pravděpodobnost početí, takže se dá v populaci vysledovat souvislost mezi jeho množstvím v těle a počtem dětí.

Důsledky estradiolu se ale zdají být mnohem různorodější. Dvě nedávné polské studie našly souvislost mezi jeho hladinou a hned několika ženskými rysy, které muži pokládají za přitažlivé: velikostí ňader, poměrem obvodu stehen a pasu a také výskytem drobných náhodných odchylek od symetrické stavby těla. stranovou symetrií těla. Poslední zmíněná „veličina“ může znít poněkud netradičně, ale podle evolučních biologů je odrazem schopnosti organismu vypořádat se s nástrahami prostředí.

V těchto souvislostech pak Kristina Durantová připravila pokus, kterého se zúčastnilo 52 studentek v průměrném věku přibližně 19,5 roku. U všech nechali vědci zjistit hladinu estradiolu - aby se vyhnuli případnému zkreslení, tak to udělali dvakrát. Jak ve fázi, kdy je šance na oplodnění nejvyšší tak v době, kdy je naopak nejnižší.

Zbytek testu tvořil dotazník s několika úkoly. V první řadě ženy určovaly, za jak přitažlivé se považují. Durantová předpokládala, že objeví souvislost mezi hladinou estradiolu a „sebevědomím“. Tato hypotéza se potvrdila.

Subjektivní hodnocení měla ještě zkorigovat „nezávislá porota“ složená ze sedmi žen a dvou mužů. Řídili se jenom fotografiemi účastnic, ale dospěli k velmi podobným výsledkům. Na špici se znovu objevovaly ženy s vysokou hladinou estradiolu. Podobné výsledky už přinesly ale i starší studie zabývající se atraktivitou tváře.

Účastnice pokusu dále vyplňovaly dotazník, který měl specifikovat jejich partnerské chování. Durantová s kolegy zahájila studii s hypotézou, že estradiolem „nabité“ ženy budou mít za život více partnerů, budou přístupnější novým nabídkám a méně spokojeny se svými současnými partnery.

Ne vše se potvrdilo, přiznávají vědci. Vyšší hladina estradiolu nezvyšuje pravděpodobnost, že je žena nespokojena s partnerem.

Přesto se ukázalo, že takové ženy mívají větší počet vztahů za život. Ovšem ne krátkodobých. Výsledky tak jenom potvrzují, že atraktivní ženy - většinou tedy patrně ty s vysokou hladinou estradiolu - nemají nouzi o vážné nabídky a jejich rozhodování tomu odpovídá. Pokud partner nevyhovuje, neváhají ho vyměnit.

Otázkou je, zda byla dříve slepice, nebo vejce: „Jde o korelační studii, která nemůže rozhodnout o směru vlivů, tedy co je příčinou a co následkem,“ poznamenává Jan Havlíček z Katedry antropologie Fakulty humanitních studií UK. „I když se předpokládá, že estradiol ovlivňuje psychiku než opačně.“

Zdroj: LN 16.1.2009

Pro orientaci uvádíme hladiny vápníku v běžných druzích ovoce a zeleniny:

Ovoce:	mg Ca / 100 g
jablko	9 mg
banán	11 mg
hruška	14 mg
meloun	14 mg
meruňka	18 mg
jahoda	31 mg
malina	39 mg
pomeranč	47 mg

Zelenina:	mg Ca / 100g
rajče	20 mg
hrášek /lusky/	32 mg
mrkev	49 mg
květák	53 mg
kapusta	80 mg

je také donátorem plnohodnotných bílkovin, mléčného cukru - laktózy a tuku.

Tuk je nejvýznamnějším zdrojem energie (37 kJ tj. cca 9 kcal/g), má zhruba dvojnásobnou energetickou hodnotu ve srovnání s energetickou hodnotou bílkovin a sacharidů. Mléčný tuk je nositelem lipofilních vitaminů (A,D,E,K) a karotenů. Je pohotovým zdrojem energie. Jeho jedinečnou vlastností je prostorové uspořádání ve formě tukových kapének rozptýlených v mléčném séru. Je nositelem typických sensorických vlastností - plné mléčné chuti a vůně.

Závěr:

Populační skupiny v batolecím a předškolním věku jsou výrazně ovlivňovány širokou a atraktivní nabídkou ovocných a kolových nápojů, čajů a džusů, nektarů jejichž sladká chuť vytváří u dětí návykový syndrom. Je známo, že dítě s výrazným návykem na sladkou chuť mléko zpravidla i dlouhodobě odmítá. Proto je třeba mléko důsledně podávat v doporučeném množství zejména již ve věku batolecím a dále pak v předškolním a školním. Obavy z nedostatečného příjmu vápníku u těchto populačních skupin se odráží i v současných trendech navyšování hladin vápníku v mléce a mléčných výrobcích určených pro tyto skupiny.

Předložený článek „Význam vápníku pro batolecí a předškolní věk“ (autor doc. Ing. Miroslav Dědek, DrSc.) považuji za velmi přínosný. Vystihuje velmi dobře význam vápníku pro dětský věk. Za důležité považuji upozornění, že zanedbaný přívod vápníku v dětském věku již nelze v dalších věkových etapách dohonit. Odpovědně hodnotí i další zdroje vápníku mimo mléko se zdůrazněním, že mléko je dominantní pro přívod vápníku.

Plně doporučuji tento článek k publikaci.



Ze světa odborné literatury...

Kliničtí ukazatelé primárního vesicoureterálního refluxu a antibiotická profylaxe po následné akutní pyelonefritidě

Autoři ohodnotili roli primárního vesicoureterálního refluxu na zvýšení frekvence a tíže močové infekce a i renálního parenchymového postižení. Zároveň chtěli určit, zda antibiotická profylaxe redukuje frekvenci a tíži onemocnění či zda dokonce preventivně výrazně redukuje renální postižení. Do souboru zavzali pacienty od 3 měsíců do 18 let věku s akutní pyelonefritidou nebo bez ní, s refluxem či bez refluxu. Rozdělili je na skupiny s preventivní léčbou a bez ní. Pacienti byli monitorováni každé 3 měsíce po dobu jednoho roku. DMSA scan byl opakován po půl roce, pokud byla rekurence febrilních atak infekce močových cest. Mikční kinematografie byla prováděna na konci roku. Bylo zavzato 236 pacientů, kompletně monitorováno 218 pacientů. Skupina byla podobná vzhledem k pohlaví, věku a stupni refluxu. Po roce monitorování střední stupeň vesicoureterálního refluxu (VUR) nezvyšoval incidenci infekce močových cest, pyelonefritidy nebo počet nálezů na scintigrafii. Zůstává nadále otázkou, zda VUR operačně řešit či ne. V populaci postihuje kolem 1% dětí. Zůstává nadále otázkou, zda aplikovat dlouhodobou profylaxi u malého a středního stupně refluxu. Kriteria pro epizody pyelonefritidy byla pyurie, bakteriurie, teploty a DMSA nálezy. Močové vzorky byly získávány katetrizací. Pacienti, kteří již měli z dřívějších nálezů pyelonefritidy, nebyli zařazeni. Pro PN byl m.j. i předpoklad nález fokálních či difuzních oblastí pokleslého vychytávání. Léčebně byl používán gentamicin, cefadroxil, cefiroxim, ceftriaxon, cefotaxim. intravenózně po 7 dní a následně per os po dalších 14 dní. K té bylo použito kombinace sulfamethoxazol-trimetoprim nebo nitrofurantoin 1x denně při prodloužené roční terapii. Incidence infekce močových cest se pohybovala kolem 20% a to u těch, kteří profylaxi nedostávali byla incidence 22,4% a. Recurentní PN se objevovala u 6 z 8 pacientů se 3. st. refluxu. Také 4 pacienti bez refluxu měli ataky PN. Při obraze cystitis byl u 46% pacientů nalezen reflux III.st., ve 40% 2. stupně a ve 14% 1. stupně. Jen 5,9% pacientů mělo nálezy DMSA včetně 7 pacientů s VUR a 6 pacientů bez VUR. Podobný obraz byl u pacientů profylaxi dostávajících či bez této profylaxe. Nebyla zjištěna žádná evidence, že by VUR zvyšoval změny na scintigrafii. Nebyl ani zjištěn žádný vedlejší negativní efekt chemoprefylaxe. Většina těchto pacientů byla pod 5. rok věku.

Ukazuje se, že dlouhodobá antibiotická terapie nebo chemoprefylaxe nesnižuje rekurenci nálezů a na druhé straně nepřítomnost této chemoprefylaxe zásadním způsobem neznamená zhoršování močových a laboratorních nálezů u středního a malého stupně refluxu. Jen se zdá, že u profylakticky vedené skupiny je poněkud menší počet atak PN. Celkově však změny v uvedených skupinách jsou po roce téměř neregistrovatelné.

Pediatrics 2006, 117, č.3., 626-632.

Diagnoza latentní tuberkulózy používáním QuantiFERON -TB Gold in Tube test (QFT test)

Uvedený test byl prvním testem pro dg. latentní tbc infekce u dospělých. Ukázalo se, že je sensitivní a specifický pro dospělé, jsou již dostupná data o jeho používání i u dětí. Jednalo se o prospektivní studii dětí z oblasti New Yorku. Každé dítě bylo ohodnoceno rizikovými faktory z hlediska anamnézy pro děti s Mycobacterium tuberculosis a potvrzeno tuberkulinovým kožním testem (TST). Data byla získána od 207 vybraných dětí. 23% dětí s pozitivním tuberkulinovým kožním testem mělo pozitivní i QFT test. Pozitivní QFT test znamenal větší pravděpodobnost infekce mycobakteriem a vyšší byla i hodnota interferonu Gama. Mladé děti ale produkují nižší hodnoty interferonu Gama v odpovědi na fytohemaglutinin. Proto toto nebylo zcela specifické. Musí se zvláště uvažovat o věkové kategorii dětí pod 2 roky věku, které mají ve 40% diseminované formy. Ale ve světě na tbc zemře každý rok 450.000 dětí! Profylaxe BCG vakcinací je zcela ospravedlnitelná v určitých skupinách spolu s prováděným QFT testem k určení latentních forem. V TST neg. skupině mělo 93% dětí také neg. QFT test.

Pediatrics č.1., Vol.123, ročník 2009, str. 30-36.

Dosažení telarché, pubarché a menarché u dětí s normálním BMI a se zvýšeným BMI

Časný začátek puberty může být v relaci k obezitě a je proto potřebné znát prevalenci pubertálních milníků podle dosažené váhy dětí. Porovnávali proto dosažení dvou stupňů vývoje prsů, tří stupňů pubického ochlupení a začátku menarche u vzorku dětí s normálním BMI a excesivním BMI. Je vedena diskuze, zda u určitého etnika tyto projevy mezi 6-

8 rokem věku mohou být brány jako normální. 15-20% dětí od 6-8 let ne-Hispánských černošských děvčat má již nárůst prsou a pubického ochlupení v kontrastu k ne-Hispánským bílým pacientkám. Průměrný věk menarché byl méně pozoruhodný. K tomu se musí počítat hypertrichosa chybně interpretovaná jako pubické ochlupení nebo vývoj prsů sledovaný jen inspekci a ne palpací. Vývoj prsů ve 2. stádiu byl sledován u ne-Hispánských černých ve věku 8 let u 12%. Podobně tomu bylo u Američanek původem z Mexika. Pubarche se objevovala u ne-Hispánských černých dříve o 8 měsíců. U děvčat s excesivním BMI mělo signifikantně vyšší prevalenci zvěšování prsou i pubarche. Ne-Hispánky černé a Američanky mexického původu měly časnější vývoj puberty. Nebyla zjištěna žádná asociace u chlapců s normálním BMI a excesivním BMI. Vyšší BMI má vztah k dosažení telarché a pubarché ve věku do 10 let, a to přibližně o více než půl roku.

Pediatrics č.1., 2009, Vol. 123., str.84 - 88.

Není významná relace mezi expozicí délkou pobytu před televizí a symptomy ADHD

Autoři se snažili najít relace mezi expozicí u televize (TV) a následnými symptomy ADHD. t.j. poruchou pozornosti, hyperaktivitou a nesoustředěností. Do tohoto ale také zavzali rodiče, sociální pozadí, socioekonomický stav. Je zde ještě na druhé straně otázka genetiky v rodinách, kde děti sedí často u TV, perinatální, postnatální, i prenatalní trauma, velmi aktivní a nepozorné děti a k tomu vyčerpání rodiče, kteří používají TV jako denní opatrovatelku, a dále rodiče, kteří mají hodné a pozorné děti, kterým určité pořady speciálně vybírají. Takto se zabírají v práci pobytem dětí od 1 do 3 roku u TV a i tím, že synaptická aktivita mozku dosahuje maxima ve 3 letech věku. Také se různí podle prací údaje o ADHD od 3 do 11%. Počítají na každou hodinu pobytu u TV před 3 rokem věku určitá procenta ADHD v 7 letech věku. I když vyšetřili vzorek 2200 dětí na konci mateřských škol a na začátku školní docházky, nepodařilo se žádnou z věcí jednoznačně uzavřít. Že pobyt dětí u TV mezi 1.-3. rokem věku přes určitý minimální limit není prospěšný, je nasnadě.

Pediatrics, Vol 117, č.3, 2006, str. 665 - 672.

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



Aktuality...

Je tu lék na hubnutí. Bez předpisu

Vůbec poprvé se na český trh dostávají volně prodejné pilulky na obezitu

Byla vyrobena v Jižní Karolíně, jmenuje se Alli a vyzkoušelo ji už pět milionů lidí. Teď dorazila i do Evropy.

Včera Evropská komise rozhodla, že pilulka Alli, která pomáhá snižovat nadváhu, se může prodávat i ve všech sedmadvaceti státech na starém kontinentu. Lidé si lék mohou kupovat běžně, bez lékařského předpisu.

„Je to vůbec poprvé v dějinách, kdy komise schválila pro hubnutí volně prodejný lék,“ říká Pavla Křištofová, mediální zástupkyně londýnské farmaceutické firmy GlaxoSmith Kline. Podle ní se lék objeví na českém trhu už za několik měsíců. „Bude se prodávat v lékárnách a online lékárnách,“ plánuje Křištofová. Žádné zvláštní nadšení však nová pilulka nevyvolává u odborníků. „Lidé, kteří lék užívali, zhubli za rok jen o 1,8 kilogramu víc než kontrolní skupina, která dostávala placebo. Pacienti by se měli ptát sami sebe, zda cena tohoto léku stojí za pár shozených kil,“ řekl tiskové agentuře Reuters Donald Hensrud, expert na zvládání nadváhy z kliniky Mayo.

Pozor na vedlejší účinky Před rokem a půl se začala pilulka Alli volně prodávat ve Spojených státech, ale brzy proslula nepříjemnými vedlejšími účinky. Někteří pacienti při užívání trpí nadýmáním, plynatostí nebo inkontinencí, což je samovolné uvolňování moči.

„Obsahuje totiž látku orlistat, která výrazně omezuje vstřebávání tuků v trávicím ústrojí. Nežádoucí účinky souvisí s tím, že lidé nedodrží dietu. Ve chvíli, kdy zkonzumují více tuku, než lék dovolí, tak jej vyloučí stolicí. A to se pochopitelně pacientům nezamlouvá,“ hodnotí odborník na léčiva Josef Suchopár.

Látka je však podle něj velmi bezpečná, nemá vliv na srdce, není toxická ani návyková. „Může se v zásadě kombinovat s jakýmkoliv lékem,“ doplňuje expert.

Američany přijde denní léčba na dva dolary denně, za celou kúru zaplatí 60 dolarů, tedy asi 1 270 korun. Kolik bude stát české pacienty, zatím není jasné. „O ceně se právě jedná,“ říká Křištofová.

„Rozumní pacienti získají přístup k ověřené léčbě, která jim může pomoci. Není to ale zázračná pilulka,“ míní Suchopár. Komu nepomůže? Pro toho, kdo nejí žádný tuk, jsou pilulky úplně zbytečné.

Zdroj: Dnes 24.1.2009

Marihuana spustí rakovinu varlat

Až dvakrát častější výskyt rakoviny varlat hrozí podle amerických epidemiologů silným kuřákům marihuany.

Vposledních padesáti letech zaznamenávají lékaři v Evropě, Severní Americe, Austrálii a na Novém Zélandu stoupající počet pacientů s nádorem varlat zvaným seminom. Ročně se jejich počty zvyšují o tři až pět procent. Faktorů, které se na tomto alarmujícím trendu podílejí, je celá řada.

Tým amerických epidemiologů vedený Janet Dalingovou z Fred Hutchinson Cancer Research Center v Seattlu prozkoumal vliv kouření marihuany. Vedlo je k tomu hned několik důvodů. Spotřeba této drogy ve společnosti roste. Varlata jsou vedle mozku jedním z orgánů lidského těla vybavených bílkovinnými molekulami, jež na sebe vážou aktivní

látku z marihuany, tzv. tetrahydrokanabinol.

Dalingová zahrnula do sledování bezmála čtyři stovky mužů ve věku od 18 do 44 let s diagnostikovanou rakovinou varlat. Kromě nich prověřila i tisícovku mužů, kteří rakovinou netrpěli.

Jako rizikové se pro vznik nádoru ukázaly poruchy ve vývoji varlat nebo stejné nádorové onemocnění u pokrevních příbuzných. Vedle těchto obecně známých rizikových faktorů se podařilo mimo jakoukoli pochybnost prokázat i neblahý vliv konzumace marihuany. Užívání drogy zvyšuje riziko rakoviny varlat o 70 procent.

Obzvláště náchylní byli k tomuto typu nádorů silní kuřáci marihuany konzumující drogu více než jednou týdně. U nich stouvalo riziko rakoviny varlat oproti mužům běžné populace na dvojnásobek. Dvojnásobně zvýšenému riziku čelí také muži, kteří užívají marihuanu dlouhodobě a začali s tímto zlovykem už během dospívání.

Droga narušuje tvorbu spermií

Základ pro budoucí nádor se zakládá ve varlatech plodu vyvíjejícího se v těle matky. V buňkách předurčených k přeměně na spermie může v tomto období dojít k chybě, která je učiní zvýšeně náchylnými k rakovinnému bujení.

O tom, zda se nádorový potenciál buněk projeví, rozhoduje mnoho vlivů. Patří k nim i dramatické hormonální změny během dospívání. Marihuana dovede s hormony v pubertě pořádně zamíchat a to může být jeden z mechanismů, kterými ke vzniku nádoru varlat přispívá.

I v dospělosti má droga na funkci varlat poměrně razantní vliv. Snižuje produkci mužského pohlavního hormonu testosteronu, významně přispívá k impotenci, narušuje tvorbu spermií.

Varlata přirozeně produkují látky, které se vážou na stejné bílkovinné molekuly jako marihuanový tetrahydrokanabinol. Podle Janet Dalingové chrání tyto přirozené látky varle před nádorovým bujením.

Tetrahydrokanabinol ochranné molekuly vytlačí z jejich místa, ale jejich ochrannou funkci neplní. Američtí epidemiologové považují studii zveřejněnou v předním lékařském časopise Cancer za výchozí bod pro další výzkum.

„Jde o vůbec první výzkum, který dokazuje spojitost mezi užíváním marihuany a rakovinou varlat,“ říká člen výzkumného týmu Stephen Schwarz. „Zdaleka nevíme o tomto problému všechno a zbývá nám zodpovědět ještě celou řadu důležitých otázek.“

Zdroj: LN 27.2.2009

Půst prodlouží život jen někomu

Vědci zpochybňují tvrzení, že razantní omezení přísunu potravy je univerzálně prospěšné

Kdo viděl televizní dokument BBC o stárnutí, tomu asi nevyzímá z paměti vyzábělý čtyřicátník, který se dlouhodobě trápí hladou, aby zpomalil látkovou výměnu. Podle informací prezentovaných v dokumentu podstoupená oběť přináší výsledky. Z provedených testů vyplynulo, že biologické stáří „hladovkáře“ je o deset let nižší než jeho skutečný věk. Buňky mu jednoduše stárnou pomaleji než průměrnému člověku.

To, že snížená dávka potravy zřetelně prodlouží život červům či myším, skutečně potvrdily seriózní studie. Zdálo se, že recept na elixír mládí byl nalezen. Na cestu cílené podvýživy se navzdory varování lékařů upozorňujících na nezanedbatelná rizika vydávalo čím dál víc lidí. Vzhled připomínající kostlivce a nebezpečí, že se stárá ani nedožijí třeba proto,



že nebudou mít dostatečně odolné kosti, to vše se některým lidem zdá ve srovnání s příslibem dlouhověkosti zanedbatelné.

Studie profesora Raje Sohala z Jihokaliifornské univerzity a jeho kolegy Michaela Forstera z Univerzity Severního Texasu publikovaná v lednovém čísle specializovaného časopisu Journal of Nutrition však ukazuje, že reakce organismů různých myší se může podstatně lišit.

Vědci srovnávali dobu dožití dvou variant geneticky upravených hlo-davců. Jedinci z první linie označované jako C57BL/6 během svého dospělého života ztloustnou na dvojnásobek původní váhy. Těm omezení přísunu kalorií jednoznačně prospívá.

„Hubená“ varianta DBA/2 sama od sebe netloustne. Experimenty potvrdily, že v tomto případě nemá hladovění na délku života vliv.

Sohal razantně vystupuje proti tomu, aby lidé s normální postavou podstupovali dlouhodobé hladovění. „Naše práce zpochybňuje paradigma, podle kterého je omezení přísunu potravy univerzálně prospěšné,“ říká Sohal. Měření rychlosti látkové výměny vědce dovedlo k jednoduchému závěru: kalorická restrikce je užitečná jen tehdy, když jedinec zkonsumuje víc, než dokáže spálit. „Je to tak jednoduché. Jak poznáte, že přísun energie odpovídá jejímu vydání? Podle přírůstku či úbytku váhy.“

Zdroj: LN 27.1.09

Objeven enzym šířící rakovinu v těle

Boj s rakovinou je podle odborníků stále během na dlouhou trať. Poslední objev britských vědců by však mohl hledání účinné léčby značně urychlit. Vědcům z Institutu výzkumu rakoviny se totiž ve spolupráci s Londýnskou univerzitou podařilo objevit enzym, který nemoci pomáhá šířit se v těle dál a umožňuje vznik metastáz. Vědci věří, že pokud se funkci enzymu podaří zablokovat, zamezí se tím i tvorbě metastáz.

Právě jejich vznik v jiných orgánech než v tom, který je rakovinou zasažen primárně, je totiž největší komplikací při léčbě. Vyvinutí léku by tak mohlo pomoci k uzdravení až 90 procentům pacientů, kteří na rozšíření rakoviny do těla umírají.

Šéfka výzkumného týmu Janine Erlerová objev označila za „důležitý chybějící kousek do skládačky, který vědci dosud marně hledali“. „Pokud se rakovina začne tělem šířit metastázami, je velmi obtížné ji léčit.“

NOVÁ



Maximální ochrana proti lehčím zaživacím potížím

Pro děti s citlivými břísky

Účinná při kojeneckých kolikách, nadýmání, průjmu, zácpě a bolestech břicha

Během prvních několika měsíců života trpí až 40% kojenců nespecifickými gastrointestinálními problémy jako jsou **bolesti břicha, zácpa, průjem a nadýmání**, které jsou často doprovázené nadměrným pláčem. Ačkoli dítě prospívá, tyto tzv. kojenecké koliky jsou pro rodiče velmi frustrující. Pro naplnění specifických výživových potřeb těchto nekojených dětí Nestlé představuje novou Nestlé BEBA Sensitive.

Vůbec první hypoalergenní počáteční kojenecká výživa určená dětem se symptomy souvisejícími s funkční nezralostí GIT:

- s **nízkým obsahem laktózy** – pro zmírnění přechodné laktázové deficiencie a snížení nadměrné střevní fermentace
- s **částečně hydrolyzovanou bílkovinou** – pro snadnější trávení a zlepšení střevního komfortu
- s **obsahem probiotických kultur Bifidus BL** – pro stimulaci zrání funkce střev, k rozvoji zdravé střevní mikroflóry a regulaci frekvence a konzistence stolice.

1. Marini A, Agosti M, Motta G, Mosca F. Effects of a dietary and environmental prevention program on the incidence of allergic symptoms in high atopic risk infants: three years follow-up. Acta Paediatr Suppl 1996; 414: 1-21.
 2. Kanabár D, Randhava M, Clayton P. Improvement of symptoms in infant colic following reduction of lactose load with lactase. J Hum Nutr Diet 2001; 14 (5): 259-63.
 3. Exl B-M, Deland U, Secretin MC, Praysch U, Wall M, Shmerling DH. Improved general health status in an unselected infant population following an allergen-reduced dietary intervention program: the ZUFF-STUDY-PROGRAMME. Part II: infant growth and health status to age 6 months. Eur J Nutr 2000; 39: 145-56.
 4. Saavedra J, Abi-Hanna A, Moore N, Yolken R. Effect of long term consumption of infant formulas with Bifidobacteria (B) and S. thermophilus (ST) on stool patterns and diaper rash in infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1998; 27: 82 (abstract).

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ: Kojení je během prvních měsíců života dítěte nejlepší způsob výživy, proto mu dáváme přednost před výrobky kojenecké výživy.

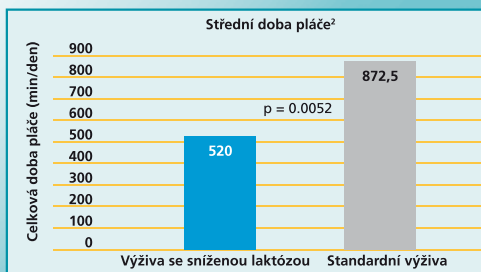
Potravina určená pro zvláštní výživu. Více info na www.nestle-nutrition.cz nebo www.kojeneckavyziva.cz

Informace určená pro pracovníky ve zdravotnictví



Specifické složky nové Nestlé BEBA Sensitive pomáhají zmírnit symptomy kojeneckých kolik¹, redukovat nadměrný pláč² a zlepšit gastrointestinální symptomy^{3,4}. Ulehčení nejen dětem, ale i jejich rodičům.

Snížený obsah laktózy významně redukuje neklid projevující se pláčem





Tento nový objev nám dává reálnou naději, že můžeme vyvinout lék, který bude bojovat proti rozšiřování rakoviny v těle," dodala.

Šíření nemoci v těle pomocí enzymu prokázaly testy s rakovinou prsu na myších, vědci ale předpokládají, že podobně budou fungovat i na lidech i u jiných typů nemoci.

Enzym označený LOX (lysoxidáza) je v těle odpovědný za tvorbu odlišných typů kolagenu – látky potřebné pro soudržnost svalů, kůže či kostí. Podle vědců enzym v těle nemocného rakovinou „připravuje“ nová místa, kde by se nádorové buňky mohly vytvořit. Na fungování enzymu a na možnosti jeho „vypnutí“ se proto vědci chtějí zaměřit.

Zdroj: Právo 12.3.09

Už se ví, proč jsme šediví

Britští vědci zřejmě zjistili, co může za šednutí lidských vlasů. Jejich objev pomůže najít prostředky, jak předčasnému šedivění zabránit.

Šednutí vlasů je patrně výsledkem řetězové chemické reakce, kterou vlasy bělí samy sebe zevnitř.

Proces začíná tehdy, klesne-li hladina enzymu zvaného kataláza. To způsobuje, že se přestane odbourávat peroxid vodíku, který je ve vlasech přirozeně přítomen. Jeho obsah stoupá a vzhledem k tomu, že také jiné enzymy, které by napravily jím způsobené škody, jsou na ústupu, vlasy ztrácejí barvu.

„Zabrzdit tuto řetězovou reakci by mělo pozitivní důsledky pro osoby, kterým předčasně šednou vlasy,“ vysvětluje spoluautorka studie Karin Schallreuterová, profesorka klinické a experimentální dermatologie na anglické univerzitě v Bradfordu.

Objev byl zveřejněn v časopise Amerických společností experimentální biologie.

Zdroj: Právo 12.3.09

Kofein „dobíjí“ vyčerpané svaly

Běžně dostupná látka umožní organismu vstřebat až o dvě třetiny víc energie.

Slavný český hit „Kávu si osladím o trochu víc“ by mohl být návodem pro regeneraci svalů po náročném fyzickém výkonu. Zjistili to australští vědci vedení Johnem Hawleyem z Royal Melbourne Institute of Technology University v Bondoře.

Sportovní lékaři už delší dobu vědí, že konzumace cukrů a kofeinu před namáhavým výkonem nebo během něj má prokazatelně pozitivní efekt na výsledek závodnickova snažení. Australané nyní odhalili překvapivě silný účinek této kombinace při „dobíjení“ energie v unaveném organismu.

Do studie zařadili sedm špičkově trénovaných cyklistů. Vědci je nechali šlapat na laboratorním ergometru až do vyčerpání tak, aby se sportovcům ve svalectech spotřeboval zásobní cukr glykogen. Krajně unaveným dobrovolníkům pak podali nápoj, který obsahoval buď jen cukry, nebo cukry v kombinaci s kofeinem. Oba nápoje chutnaly stejně a sportovci nevěděli, co jejich dávka obsahuje. Během následujícího odpočinku vědci sledovali, jak se cyklistům ve svalectech obnovuje zásobní cukr glykogen.

Výsledky byly zajímavé

Během první hodiny regenerace probíhala obnova glykogenu ve svalectech u všech cyklistů stejně. Už po čtyřech hodinách byl ale patrný dramatický rozdíl. Konzumenti nápoje s přísadkou cukru a kofeinu měli ve svalectech o dvě třetiny glykogenu více než sportovci odkázaní na nápoj

obsahující pouze cukry.

Zároveň stoupala v těle konzumentů kofeinového nápoje i koncentrace inzulínu a krevního cukru glukózy. Výrazně jim také přibýlo látek zodpovědných za transport glukózy do svalů. Glukóza slouží jako výchozí surovina pro tvorbu glykogenu, jenž se ukládá ve svalectech a je využitelný jako palivo při fyzické námaze.

Podle Hawleyho je význam tohoto objevu zřejmý. Kofein není na seznamu zakázaných podpůrných látek, a tak jej zřejmě začnou využívat k regeneraci sil sportovci. Kofein nebudou muset složitě shánět, protože jej obsahují běžné potraviny i nápoje. Vedle kávy a čaje například i čokoláda nebo kola.

„Když máte den po intenzivním tréninku nebo namáhavém závodě ve svalectech o 66 procent více „paliva“, není nejmenších pochyb o tom, že budete výkonnější a rychlejší,“ říká australský vědec.

Vedlejší účinky – třas a nespavost

Mechanismus, jakým kofein přispívá k obnově glykogenu ve vyčerpaných svalectech, není zatím znám. To však není zdaleka jediný zádrhel při jeho užívání. Během pokusů, jejichž výsledky otiskl vědecký časopis Journal of Applied Physiology, konzumovali sportovci poměrně velké množství kofeinu. Odpovídalo pěti až šesti šálkům silné kávy vypitým naráz. Tak vysoká dávka kofeinu může mít za následek například nespavost nebo třas. Proto chce Howley testovat účinky nižších dávek kofeinu.

Trefit optimální dávkování nebude jednoduché, protože nežádoucí reakce na „oslaženou kávu“ po vyčerpávajícím tréninku se ukazují jako individuální. Někteří cyklisté nemohli po vypití kofeinového nápoje v noci pořádně spát. Jiní usnuli navzdory koňské dávce kofeinu bez větších potíží už během odpočinku, jenž následoval po vyčerpávajícím testu.

„Sportovci, kteří by chtěli využívat kofein k regeneraci po velké námaze, by si měli celý postup vyzkoušet už v tréninkovém období, aby před závody věděli, jak jim kofein zabírá a jaká dávka je pro ně nejlepší,“ radí Howley.

Zdroj: LN 11.7.08

Dietní stravou k lepší paměti

Dobrovolníci, kteří omezili příjem energie v potravě, dosahují v paměťových testech lepších výsledků

Stará lidová moudrost radí pít do polopita a jíst do polosyta. Kdo se jí drží, tomu slibuje dlouhý život. Pravdivost tohoto přísloví potvrzují jak výsledky laboratorních pokusů, tak i příklady ze života.

Myši, kterým vědci snížili přísun energie s potravou na polovinu, žijí o 40 procent déle než myši, které mají potravu, co hrdlo ráčí. Obyvatelé japonského ostrova Okinawa ze zásady nejedí do sytosti a dožívají se požeňnaného věku. Nikde na světě nežije tolik staletých jako právě na Okinawě.

Německá neuroložka Agens Flöelová z univerzity v Münsteru se pokusila zjistit, zda omezený příjem kalorií zvyšuje také kvalitu života ve stáří. Pro svůj experiment získala padesátku dobrovolníků ve věku od 50 do 80 let. Všichni měli mírnou nadváhu, ale jinak se těšili dobrému zdraví.

Flöelová rozdělila dobrovolníky do tří skupin. Jedna se držela svých dosavadních stravovacích návyků. Zbývající dvě přešly na dietu. První skupina o třetinu omezila příjem energie. Druhá skupina změnila zastoupení tuků v potravě. Nezdravé tuky s nasycenými mastnými kyselinami omezili a nahradili je zdravějšími tuky s nenasycenými mastnými kyselinami. Porce energie přijímané s potravou se nezměnila.



Nejzajímavější výsledky zaznamenali vědci u dobrovolníků, kteří omezili příjem energie. Jako jediní o něco zhubli. V průměru ztratili asi 2,5 kilogramu. Zároveň se jim zlepšila paměť. V testech dosahovali o pětinu lepších výsledků. Zbývající dobrovolníci mírně přibrali a paměť se jim nezlepšila.

Cítit je horší než sníst Studie německých vědců publikovaná v uznávaném vědeckém časopise *Proceedings of the National Academy of Sciences* dokazuje, že omezený kalorický příjem má na organismus pozitivní efekt. Výzkum kanadských vědců vedených Luisem Rokeachem z univerzity v Montrealu však naznačuje, že kalorie samy o sobě organismu nevadí. Důležité je, aby o nich tělo nevědělo. Tak trochu podle přísloví, že co oči nevidí, toho srdce neželí.

Luis Rokeach zkoumal dlouhověkost kvasinek. V první fázi pokusů potvrdil známou pravdu. Omezený přísun cukru kvasinkám výrazně prodloužil život.

Cukr sám o sobě však nebyl „zabijákem“ kvasinek. To se ukázalo, když vědci zbavili kvasinky molekuly, s jejíž pomocí buňky vnímají přítomnost cukru. Kvasinky, které nedokázaly přítomnost cukru odhalit, stárly pomaleji, i když se v příjmu této látky nijak neomezovaly. A naopak. Pokud kvasinky nedokázaly konzumovat cukr, ale vědci jim dráždili „chuťové“ molekuly, pak si kvasinky věk neprodloužily. Věk kvasinek nezáležel na tom, co skutečně „jedly“, ale na tom, co si „myslely“, že konzumují. Není jasné, nakolik podobné mechanismy fungují i v organismu živočichů. Některé pokusy naznačují, že to nelze vyloučit. Například mušky octomilky se při omezeném příjmu potravy dožívají vyššího věku. Stačí však, aby potravu cítily, a „omlazovací“ efekt hladovky rázem slábne.

„Díky naší studii se zdá jasnější vazba mezi nadměrnou spotřebou cukru u současné populace a vzestupem chorob, které jsou typické pro vyšší věk. S tímto objevem se otevírají i nové možnosti pro boj s chorobami stáří,“ komentuje Luis Rokeach výsledky studie zveřejněné ve špičkovém vědeckém časopise *PLoS Genetics*.

Zdroj: LN 11.3.09

Spouštěčem cukrovky jsou možná enteroviry

Cukrovka je z velké části otázkou dědičnosti, její příčinou je „chyba“ imunitního systému, který spouští ničivou reakci proti inzulinotvorným betabuňkám ve slinivce břišní.

Dosud však není jasné, proč se autodestrukční proces rozběhne. Britští lékaři nyní zjistili, že v pozadí může být běžný enterovirus.

Jde o skupinu virů, které způsobují nejběžněji nachlazení, nevolnost nebo průjmky. Patří k nim ale i velmi nebezpečné viry, působící například obrnu, kulhavku a slintavku, krvácivý zánět spojivek nebo meningitidu. Donedávna nebyly k dispozici dost citlivé metody, jak přesněji zjišťovat jejich přítomnost ve tkáních. Patologové ve skotském Glasgow spolu s kolegy z Brightonu teď mohli podrobit analýze po 25 let shromažďované vzorky orgánů dětí, které zemřely v průběhu jednoho roku po zjištění cukrovky, tedy jejího tzv. I. typu.

Zjistili, že v 60 procentech případů byla slinivka těchto osob zamořena enteroviry. Děti, které cukrovkou netrpěly, naopak téměř nikdy enteroviry napadeny nebyly.

V případech tkání dospělých dia -betiků, tedy lidí, trpících tzv. cukrovkou II. typu, byly inzulinotvorné tkáně ve slinivce napadeny ve 40 procentech případů.

Podle článku vedoucího studie Alana Foulise v časopise *Diabetologia*

to může znamenat, že u cukrovky I. typu přítomnost enterovirů v betabuňkách vede imunitní systém ke snaze vetřelce zničit - a přitom začne likvidovat i vlastní inzulinotvornou tkáň.

U cukrovky II. typu, objevující se v dospělosti a zejména u lidí s nadváhou, zřejmě infekce enterovirů poškozuje betabuňky, které tak nestačí vyrobit dost kvalitního inzulinu, jehož potřeba je u těchto pacientů vyšší, a to dohromady vede k propuknutí choroby.

Na virový původ diabetu ukazuje i jiná studie, publikovaná v magazínu *Science*. Genetici z univerzity v Cambridge objevili čtyři vzácné mutace jednoho genu, který snižuje riziko propuknutí cukrovky I. typu. Přitom jde o gen, který je aktivní právě při procesu imunitní reakce na přítomnost enterovirů.

Před imunology, diabetology a virology teď stojí úkol zjistit, které z asi stovky enterovirů se na těchto procesech podílejí a jak nákaza poškozuje betabuňky. Další fází bude hledání účinné vakcíny proti virové infekci.

„Věříme, že to jednou povede k postupnému poklesu nových případů diabetu, který zatím hrozí stát se jednou z nejrozšířenějších nemocí,“ napsal ve *Science* Noel Morgan z Peninsula Medical School.

V ČR je nyní asi 700 tisíc dia -betiků (6 % populace), z více než poloviny I. typu. Počet diabetiků ve světě prudce narůstá, podle různých odhadů jich je 150 až 180 miliónů. Světová zdravotnická organizace očekává, že vinou šíření západního stylu života, tedy dostupnosti kvalitních potravin a nedostatku fyzické námahy, bude za dvacet let diabetiků už přes 360 miliónů.

Zdroj: Právo 26.3.09

Jedna injekce týdně je lepší než dvě denně

K cukrovce I. typu a k nemalému počtu případů cukrovky II. typu neodmyslitelně patří injekční stříkačka.

Organismus diabetiků buď produkuje málo inzulinu, případně žádný, nebo ho neumí využít, a buňkám se tak nedostává výživy. Proto musí být nějakým způsobem do těla vpravena látka, která to nemocnému umožní.

Pro „jedničkáře“ to znamená dvě, častěji tři i více injekcí inzulinu denně. Někteří mohou používat tzv. inzulinovou pumpu, která dávákuje inzulin do těla kanylou, malou jehličkou, zabodnutou projednou na několik dní.

Lidé s cukrovkou II. typu často vystačí jen s dietou, aktivním pohybem a prášky, ale i mezi nimi je dost těch, kteří si píchají. Většinou inzulin, ale v posledních letech se objevil i nový lék, hormon exenatid (*Byetta*). Ten nenahrazuje inzulin, ale podporuje jeho tvorbu ve slinivce břišní a současně stimuluje tvorbu dalších hormonů, podílejících se na metabolismu cukrů. Právě „dvojkařům“ na exenatidu teď svítá naděje, že budou každodenních dvou injekcí ušetřeni.

Diabetologové v kanadském Torontu loni na podzim publikovali v magazínu *The Lancet* výsledky studie, podle níž *byetta* působí účinněji, je-li aplikována jen jedenkrát týdně.

Po čtyři měsíce sledovali dvě 130členné skupiny diabetiků II. typu. První si *byettu* píchala tradičním způsobem, tedy před dvěma hlavními jídly každý den, zatímco druhá jen jednou za týden. Jinak se skupiny nelišily ani dietou, ani vynakládanou fyzickou zátěží. Výsledek léčby výzkumníci poměřovali jednak podle subjektivních pocitů účastníků testu, jednak podle jejich změn tělesné hmotnosti (diabetici II. typu mají většinou nadváhu, případně jsou až obézní), ale především podle tzv. glykovaného hemoglobinu.



Nepodplatitelný postrach diabetiků

Tahle veličina, označovaná HbA1c a udávaná s přesností na jedno desetinné místo, nahání nedůsledným diabetikům, kteří se usilovně „léčí“ teprve na poslední chvíli před kontrolou u lékaře, právem strach: i když mohou mít v ordinaci ideální výsledky, HbA1c spolehlivě ukáže hodnoty cukru v krvi za uplynulých 30 dní.

Ideální jsou hodnoty těsně kolem pěti, nižší vypovídají o nebezpečném dlouhodobém nedostatku cukru v krvi. Hodnoty HbA1c kolem šesti, jsou považovány za uspokojivé, vyšší ale dokazují, že pacient má těžkou cukrovku a pokynů lékaře se drží velmi málo. Může tak během několika málo let očekávat nástup těžkých komplikací nemoci od ztráty zraku přes selhání ledvin a cévní problémy až po ztrátu končetin.

Subjektivně příjemnější

Zpráva kanadských lékařů v The Lancet nebyla příliš detailní, přesto ale výsledky testu hodnotily odborné kruhy pozitivně. Jistě není překvapením, že diabetici, kteří si mohli za týden píchat lék jen jednou, byli spokojenější než ti, kteří „pokračovali v martyrii 14 injekcí“, napsal ve zprávě Daniel Drucker z Nemocnice Mount Sinai v Torontu. Pokud jde o potřebný pokles hmotnosti, byly na tom obě skupiny v podstatě stejně.

Nejvýznamnější ukazatel kompenzace (přiblížení se stavu zdravého člověka), tedy hodnoty HbA1c, ale jednoznačně hovořil pro aplikaci léku jednou týdně. Pacienti z této skupiny měli v průměru blíže k ideálním hodnotám kolem 5, zatímco „trpitelé“ s dvěma vpichy denně zůstávali u hodnot vyšších.

Souběžně s publikováním výsledků studie v odborném magazínu Kanadané o svých zjištěných referovali na diabetologické konferenci v Římě.

A většina zase ostrouhá

„Výsledky se jeví velmi slibně,“ hodnotil vystoupení kanadských kolegů Iain Frame z britské Diabetické nadace. „Jestli je potvrdí další, širší výzkum, může dojít ke změně v dosavadní terapii,“ uzavřel.

Možná je to nespravedlivé. Byetou se léčí jen zlomek diabetiků. Všichni ostatní z té masy přes půl druhého sta miliónů cukrovkářů na světě budou muset u každodenních injekcí zůstat. Slibovaný „polykací“ či „vdechovací“ inzulin je totiž stále ve stadiu zkoušek.

Zdroj: Právo 26.3.09

Škodlivost červeného masa potvrzena

Lidé, kteří jedí mnoho červeného masa či masných výrobků, jsou více ohroženi rakovinou a častěji umírají kvůli nemoci srdce. Horší výsledky se u nich vyskytují prakticky u všech přirozených příčin smrti. Předpoklad o neblahém vlivu hovězího, vepřového či jehněčího masa potvrdila rozsáhlá studie amerického Národního institutu zdraví, jejíž výsledky byly včera zveřejněny.

Výzkumníci od roku 1995 sledovali zdravotní stav více než půl milionu mužů a žen ve věku mezi 50 a 71 roky. Účastníci výzkumu na počátku vyplnili dotazník, v němž popsali své stravovací návyky. Od počátku studie zemřelo celkem 47 976 sledovaných mužů a 23 276 žen. Osoby spadající do pětiny s nejvyšší spotřebou červeného masa umíraly značně častěji než lidé z dolní pětiny. Pro bílé maso, tedy hlavně kuřecí a krůtí, platí pravý opak.

„Jedenácti procentům ze všech úmrtí mužů a šestnácti procentům v případě žen se mohlo předejít, pokud by lidé snížili spotřebu na úroveň, kterou udávala pětina nejmenších jedlíků červeného masa,“ napsali

vědci z týmu vedeného Rashmim Sinhou z amerického National Cancer Institute. Ještě podstatněji by ubylo úmrtí žen způsobených kardiovaskulárními onemocněními. Tam by pokles činil 21 procent.

Zdroj: LN 25.3.09

Jak je to s generikami

Generičtí výrobci se rozhodují pro výrobu nového generika pouze tehdy, když je originální lék lékaři hojně předepisován, má dobrou perspektivu, že bude využíván pro moderní léčbu pacientů ještě mnoho let, a má minimum nežádoucích účinků.

Provádět klinické studie obdobně, jako se provádějí u originálních léků, u nichž se teprve zjišťuje, zda budou moci být využívány k léčbě, by bylo zbytečné. Jen by to zvyšovalo cenu generického ekvivalentu. A co je hlavní, bylo by to neetické! Co by se totiž tímto způsobem ověřovalo? O léčivé látce, které vypršela patentová ochrana, jsou zkušenosti nejen z pěti let klinických studií, ale z 10 a více let jejího využívání v každodenní medicíně. Proto generičtí výrobci klinické studie analogické těm, které se užívají při ověřování originálních léků, nemusejí a ani nemohou provádět.

Míra variability chování léku v lidském organismu je velká. Pro ověřování podobnosti generika s originálem byly vypracovány a schváleny takové testy, které potvrdí základní charakteristiku generik. Tou je zásadní terapeutická podobnost. Toto slovní spojení vyjadřuje skutečnost, že lékař může generický lék předepsat ve stejně silných dávkách a se stejnou frekvencí jeho podání, jako byl zvyklý používat u patentovaného léku. A platí to i pro antikoncepční léky nebo pro antibiotika.

Cílem generického výrobce není vytvořit identickou kopii originálního léku. To by bylo mnohdy pro pacienty nevýhodné. Díky časovému odstupu mezi vývojem originálu a vývojem generika mají generičtí výrobci často k dispozici modernější výrobní postupy, které mohou výrobu zlevnit, učinit ji ekologicky šetrnější a také mohou odstranit některé nevídané vlastnosti originálních léků. Obecně, alergii můžeme pozorovat stejně tak u generika, jako u originálů. To je dáno individuální vnímavostí jednotlivého pacienta, a ne faktem, zda se jedná o generikum, nebo o lék, kterému čerstvě vypršel patent.

Tím, že generičtí výrobci podstupují výrazně menší riziko, že jimi vyvíjený lék nebude nakonec možno nabídnout lékařům k léčbě jejich pacientů, mohou být ceny generik výrazně nižší, než jaké jsou ceny léků pod patentem. Co je důležité pro pacienty, ale i pro pojišťovny a zdravotnická zařízení, rozdíl v ceně naprosto neodráží nějaký rozdíl v užitných vlastnostech léků a v jejich kvalitě. Proto jsou generika vítaným příspěvkem při zvládnání ohromných finančních tlaků, které ve zdravotnických systémech vyvolává zavádění drahých nových patentově chráněných léků. Je dobré si uvědomit, že lékárna je jedno z mála míst, kde rozhodnutím se pro levnější alternativu dostaneme stejně kvalitní pomoc.

Zdravotnické systémy zemí EU ve stále větší míře využívají nástroje, které by využívání generik posílily. Přitom cílem není ušetřit za každou cenu. Cílem je efektivněji využít limitované finanční zdroje, které jsou na zdravotnictví v těchto zemích vybírány, a to při zachování vysoké kvality zdravotní péče, na niž jsme v Evropě ve většině zemí zvyklí.

Zdroj: LN 10.3.09

Tuk - ochránce před tloušťkou?

Představa, že tuková tkáň může nastartovat hubnutí, zní bláznivě. Ale



není nesmyslná. Je však potřeba najít způsob, jak stimulovat aktivitu hnědého tuku.

Tloušťku si oprávněně spojujeme s nadměrnými tukovými zásobami. V tomto případě jde o tzv. bílý tuk, jehož další funkcí je zajištění tepelné izolace a který je důležitý i pro ochranu některých orgánů. Jeho množství stoupá, když je příjem energie v potravě větší než výdej.

Existuje však ještě jeden druh velmi podobné tkáně, tzv. hnědý tuk. Ten slouží jako nouzová zásobárna tepla. Jde o značně prokrvenou tkáň, jejíž buňky mají vysoký počet mitochondrií. Tyto tukové buňky dokážou energii v případě potřeby rychle uvolnit ve formě tepla. Hnědou tukovou tkání jsou bohatě vybavena malá zvířata s nedostatečnou termoregulací, například hlodavci. Pomáhá také tvorům, kteří dokážou hibernovat. I lidští novorozenci mají nezanedbatelnou zásobu hnědého tuku. Je uložena především mezi lopatkami. Krátce po narození je to nejdůležitější termoregulační prvek. V průběhu dospívání hnědý tuk mizí, tvrdily učebnice.

V posledním čísle časopisu The New England Journal of Medicine vyšly hned tři nezávislé studie, které vnímání funkce hnědého tuku podstatně mění.

Jako automatický hořák Vědci vedení Wouterem van Marken Lichtenbeltem z univerzity v Maastrichtu oznámili, že hnědý tuk se nachází i v tělech většiny dospělých. Obvykle přítom platí, že hubenější lidé mají této tkáně víc. Hnědý tuk se „prozradil“ v chladnu. Výzkumníci nejprve „označkovali“ 24 mladých mužů radioaktivní glukózou a následně celou skupinu vystavili teplotě 16 stupňů Celsia.

S využitím kombinace počítačové tomografie (CT) a pozitronové emisní tomografie (PET) mohli vědci sledovat aktivitu tkáně a změny vyvolané poklesem teploty. Vyšetření odhalilo zásoby hnědého tuku na krku, v oblasti hrudníku a břicha téměř u všech členů skupiny. Jeden z vědců fungování hnědé tukové tkáně přirovnal k zažehnutí hořáku topení. Bez nouzově dodané energie se v chladné místnosti musel obejít jen jeden muž.

Při opakovaném snímkování za pokojové teploty nebyl hnědý tuk vůbec viditelný. To neznamená, že by tato tkáň zmizela. Za běžných podmínek jen tělo jeho pomoc nepotřebuje, a proto nefunguje na plný výkon.

„Je vzrušující, že jsme tuto tkáň našli u tolika osob v tak rozmanitých místech těla,“ říká Marken Lichtenbelt.

Tým Ronalda Kahna z Harvard Medical School zahájil pátrání po hnědém tuku ve větším měřítku. Během tří let vědci prohlédli 1972 pacientů pozvaných na běžná vyšetření. Zjistili, že zhruba u každého dvacátého se hnědý tuk projeví i za běžné teploty. Častěji, v 7,5 procentech případů, se našel u žen. Mužů využívajících tuto energetickou zásobu byly jen tři procenta. Obecně lze říct, že s rostoucím věkem množství hnědého tuku klesá.

Proč mají tlustí smůlu Třetí výzkumný tým vedený Svenem Enerbäckem z univerzity v Göteborgu hnědý tuk, lokalizovaný opět pomocí PET/CT snímkování, podrobil genetické analýze. Jeho „totožnost“ se potvrdila. Tkáň obsahovala například bílkovinu produkující teplo, která se v bílém tuku nevyskytuje.

Kahn potvrdil zjištění první studie, že aktivita hnědého tuku je vyšší u hubených lidí. Proč obézní lidé mají méně hnědé tukové tkáně? To zatím nikdo neví. Příčinou může být to, že vzhledem k lepší izolaci zajišťované vrstvami bílého tuku nepotřebují tolik zahřát. Když se na problém podíváme z druhé strany, nelze vyloučit, že někteří hubení mají záviděníhodnou postavu díky tomu, že jim hnědý tuk pomáhá pálit nadbytečné kalorie.

Nové studie otevírají netušené možnosti, jak bojovat s obezitou. Pokud

by se povedlo stimulovat aktivitu „hodného“ hnědého tuku, mohli by se tloušťci dočkat léčby, díky níž by vrstvy bílého tuku mizely bezbolestně.

Hnědý tuk v akci Snímky pořízené pomocí pozitronové emisní tomografie (PET) ukazují nárůst aktivity hnědého tuku. Tkáň stimulovaná poklesem teploty nezačne rychle spalovat glukózu a produkuje značné množství tepla. Efekt je výraznější u štíhlých lidí.

Zdroj: LN 10.4. 2009

I N Z E R C E

V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájem 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

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 4 / 2009

IV. NEONATOLOGIE

1. Za patologickou žloutenku donošených novorozenců musíme považovat žloutenku jestliže:

- a) nastupuje do 24 hodin po narození, hladina celkového bilirubinu stoupá více než 85 umol/l za den, hladina celkového bilirubinu je 3. den vyšší než 265 umol/l, podíl přímého bilirubinu je vyšší než 20% celkového, hyperbilirubinemie trvá déle než 10 dnů
- b) nastupuje do 2.-3. dnů po narození, maxima dosahuje 4. den, hladina celkového bilirubinu přesahuje 85 umol/l, podíl přímého bilirubinu je vyšší než 25 umol/l, trvá déle než 2 týdny
- c) nastupuje po 4. dnu po narození, hladina přímého bilirubinu stoupá více než 85 umol/l za den, hladina celkového bilirubinu 7. den přesahuje 265 umol/l, trvá déle než 2 týdny

2. Které tvrzení není správné?

- a) nekonjugovaná hyperbilirubinemie může být způsobena inkompatibilitou v ABO či Rh systému
- b) nekonjugovaná hyperbilirubinemie může být způsobena prematuritou
- c) konjugovaná hyperbilirubinemie může být způsobena atresí žlučových cest
- d) konjugovaná hyperbilirubinemie může být způsobena hemoglobinopatií

3. Vybrané novorozence s diagnózou bronchopulmonální dysplasie je možno imunizovat proti RS virové infekci přípravkem palivizumab – Synagis. Které(á) tvrzení není (nejsou) správné(á):

- a) jde o pasivní imunizaci monoklonální protilátkou
- b) palivizumab je možno aplikovat bez ohledu na další očkování
- c) palivizumab je možno aplikovat 12 týdnů po BCG primovakcinaci
- d) palivizumab je možno aplikovat s neživými očkovacími látkami, mezi aplikací palivizumabu a živou očkovací látkou či naopak musí být interval alespoň 1 měsíc
- e) jde o konjugovanou očkovací látku obsahující vybrané sérotypy RS viru

4. Pokud dochází u senzibilizované gravidní ženy k vzestupu protilátek v Rh systému, je indikována intrauterinní transfuze. U takto ošetřovaných novorozenců je nutná intenzivní kontrola 2-3 měsíce, protože kolem 2.-3. měsíce věku dochází častěji k anemii. V tomto případě:


- a) dítě bude léčeno suplementací železem v dávce 2-4 mg/kg/den, protože jde většinou o hypochromní anemie
- b) dítě bude léčeno erythropoetinem, suplementace železem nebývá vhodná
- c) dítě bude léčeno další výměnnou transfuzí s cílem odstranit senzibilizované erytrocyty a protilátky

5. Indikovali jsme pro podezření na anemii u donošeného dítěte ve věku 3 měs. laboratorní vyšetření. Obdrželi jsme tyto výsledky: Hb 97 g/l, HTK 30 a retikulocyty 0,2 %. Nález vyhodnotíme jako:

- a) hypochromní anemii
- b) hypoplastickou anemii
- c) fyziologický nález

6. Coombsův test je používán k průkazu inkompatibility krevní mezi matkou a dítětem (plodem). Nejčastěji se jedná o inkompatibilitu s rizikem hemolýzy a hyperbilirubinemie v Rh systému, event. ABO systému. Které tvrzení je správné:

- a) pozitivita přímého Coombsova testu svědčí pro inkompatibilitu v Rh systému (matka Rh neg., dítě Rh pozit.)
- b) pozitivita nepřímého Coombsova testu svědčí pro inkompatibilitu v Rh systému (matka Rh neg., dítě Rh pozit.)
- c) pozitivita přímého Coombsova testu svědčí pro inkompatibilitu v ABO systému (matka KS 0, dítě KS A nebo B)
- d) pozitivita nepřímého Coombsova testu svědčí pro inkompatibilitu v ABO systému (matka KS 0, dítě KS A nebo B)

Generální partner testů je  MSD

Hero - A4 – Sunar HA

Medicom international – A4 – Erdomed