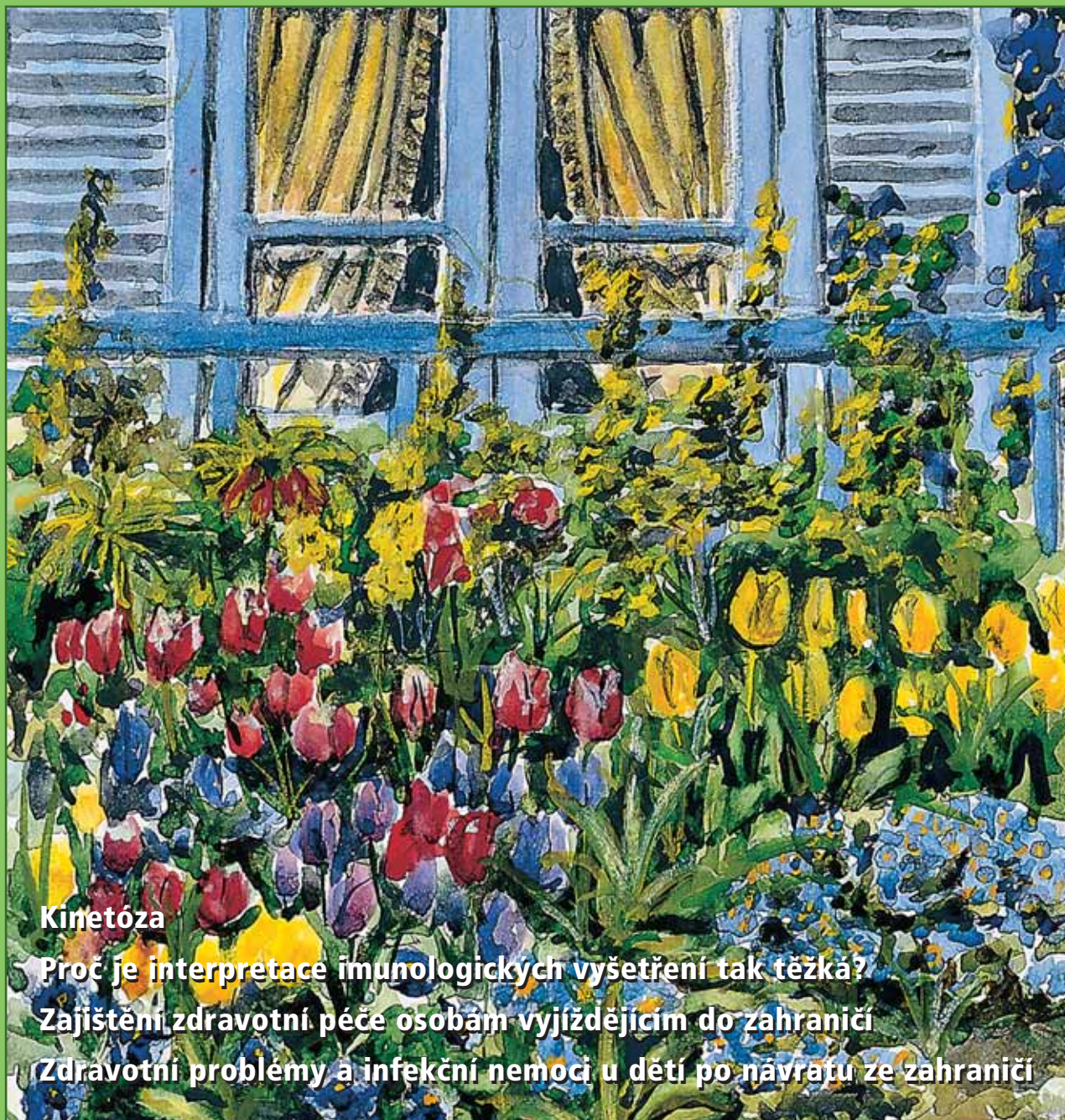


VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

duben 2007 ■ číslo 4 ■ ročník 7



Kinetóza

Proč je interpretace imunologických vyšetření tak těžká?

Zajištění zdravotní péče osobám vyjíždějícím do zahraničí

Zdravotní problémy a infekční nemoci u dětí po návratu ze zahraničí



zENTIVA



MSD



Orion Diagnostica

Heřo

Sunar



OSPDL ČLS JEP

**nejčtenější časopis
dětských lékařů**
(Promediamotion,
Medical Research
2005)

Hero - Sunar

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 J.E.P.**

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s.r.o.

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

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga Rošková

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

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

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsahovou stránku vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 065, GSM: 605 281 665 - jen pro inzerenty

e-mail: centrum@detskylekar.cz

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc březen 2007 5

1. Kongres primární péče - 2. část 5

Proč protestují praktičtí lékaři? 8

Stanovisko Odborového svazu zdravotnictví
a sociální péče ČR k problematice zajišťování
ústavní pohotovostní služby 9

Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů 11

Setkání Výkonného výboru SEPA v Budapešti 12



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP 14

Podmínky pro získání specializační
způsobilosti v oboru PLDD 15

doc. MUDr. E. Hrnčíř, CSc.
Zajištění zdravotní péče osobám vyjíždějícím do zahraničí 16

prof. MUDr. J. Beran, CSc.
Zdravotní problémy a infekční nemoci
u dětí po návratu ze zahraničí 20

doc. MUDr. E. Hrnčíř, CSc.
Kinetóza 24

as. MUDr. J. Svoboda
Proč je interpretace imunologických vyšetření tak těžká? 27

doc. MUDr. E. Hrnčíř, CSc.
Dojmy a postřehy z krátkého pobytu ve
zdravotnických zařízeních v Thajsku a v Kongu 30

Zajímavosti ze světa odborné literatury 34



Aktuality 35

Řádková inzerce 40

Příloha: „Vyhláška č. 64/2007 Sb. o zdravotnické dokumentaci“ střed



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrázek na titulní straně namaloval ústy Fini Ole Thomsen



Vážené kolegyně a kolegové,
řada z Vás si položila otázku, proč právě praktičtí lékaři na jižní Moravě opakovaně protestovali, jak to všechno začalo, jaká byla skutečná realizace a rozsah stávky a co bude dál?

Jak to všechno začalo? PLDD na jižní Moravě obdrželi několik dní před Vánocemi od VZP dopisy, ve kterých jim byly vypočteny tzv. vratky. Tyto částky byly k nepřehlédnutí, jednalo se o desítky tisíc korun (max. 160 tisíc Kč). Tento svévolný akt vyvolal v lékařích různé emoce, ale i odhodlání. Do té doby klidný a bezproblémový okres Uherské Hradiště se radikálně proměnil. PL i PLDD vyhlásili na 2.1.2007 přerušení provozu ordinací a v ranních hodinách se vydali jednat na VZP. Vyzvali k obdobnému postupu i další okresy regionu.

Vzbudilo to poměrně velký mediální ohlas a ve večerním zpravodajství jsme slyšeli vyjádření ředitele VZP Horáka o pozastavení tzv. vrátek. Na další jednání v pátek 5.1.2007 v Uherském Hradišti se dostavilo přes 70 nespokojených lékařů, zástupci VZP, poslanec Hovorka a zástupci profesních organizací (Dr. Nečas - předseda SPL Zlínského kraje a já - předseda JMR SPLDD). Poprvé padlo slovo stávka. Hledaly se i možné další formy protestů - pozastavení prevencí, očkování, přeregistrace pojištěnců, vypovězení smluv atd. Čekali jsem na společné jednání SPL a SPLDD s VZP 26.1.2007 v Praze. Výstupy jsou známy. Zástupci SPLDD nesouhlasili s dohodou a navrženým cenovým dodatkem, zástupci SPL většinou hlasů (14 ze 16) souhlasili. Zúčastnění nějak přehlédli náš nesouhlas dětských praktiků a proto došlo v dalších interpretacích tohoto jednání zejména ze strany VZP k různým a zavádějícím informacím (dohodli se, předseda podepsal....).

V pondělí 5.2. se ve Zlíně sešlo asi 100 praktických lékařů pro dospělé a byli pozváni zástupci dětských praktiků. Jednomyslně byl odhlasován společný protest praktiků pro dospělé i pro děti naplánovaný na 14.2.2007. Bylo odhlasováno jednodenní uzavření ordinací PL ve Zlínském kraji a formulovány požadavky PL. Naléhavě byla svolána na 8.2. regionální rada do Brna, kde se schází 16 okresů JMR SPLDD. Ta měla rozhodnout, jak se ke stávce postaví PLDD. Několik hodin čekala redaktorka Českého rozhlasu na výstup z jednání. Musím říci, že i k mému překvapení, všichni přítomní odhlasovali připojit se ke stávce a vytvořit jsme stručné prohlášení pro média. Jediným sporným bodem společných požadavků byl požadavek výše kapitační platby 50 Kč, který vycházel z kalkulace SPL. Zvítězil požadavek jednoty PL v protestu. A tak začal z našeho pohledu nejdůležitější únorový týden událostí moravských PLDD. Denně se hovořilo o stávce praktiků. Okresní zástupci byli pod tlakem médií všech typů, natáčeli rozhovory, vstupují do všech TV, psali články do novin, zajistili síť zastupujících ordinací. Zrodila se nová TV moravská hvězda Dr. Dufka. Proběhla jednání na ÚP VZP i krajských pobočkách VZP, obdržela jsem pozvání k účasti na jednání podvýboru pro sociální věci a zdravotnictví, které zprostředkoval poslanec Hovorka. Trpělivě jsme všem vysvětlovali, o co nám jde. Nevracet finance za řádně odvedenou práci v loňském roce, v tomto roce mít stejnou úhradu jako vloni (KP minimálně 36 Kč, bod 0,97 Kč v novém sazebníku), zmírnit tvrdé regulace na léky a vyžádanou péči a zahájit jednání na rok 2008 s cílem výrazně zlepšit postavení PL v systému zdravotní péče (nejen finančně).

Z našeho pohledu proběhlo uzavření ordinací profesionálně, s velkým mediálním ohlasem.

Druhý den 15.2. jsme byli s Dr. Nečasem přijati na MZ ministrem Julínkem a jeho náměstkou. Proběhlo 2,5 hodinové jednání s možností vysvětlit, proč protestujeme. Cílem bylo požádat o pomoc MZ, které má možnost prostřednictvím svých zástupců ve správních radách nejen VZP ovlivnit řešení protestů a nespokojenosti PL. Chtěli jsme další jednání nad úhradovým dodatkem roku 2007 a vyřešit regulace 2006.

Dne 21.2. proběhlo jednání v podvýboru pro ekonomiku zdravotnictví poslaneckého výboru ve Sněmovně, kde vládla vstřícnost a pochopení. O to tvrdší byla rána ze strany VZP druhý den, kdy Správní rada VZP rozhodla v náš neprospěch. Cítili jsme, že nedošlo k jedinému vstřícnému kroku ze strany VZP, navíc jsme pochybovali o dodržení nové úhradové vyhlášky MZ 619/2006Sb. Reakce byla jasná. Byl vyhlášen druhý protest, zatím jednodenní na 28.3.2007. Bylo dostatek času na možnost se dohodnout a protest odvrátit. Všichni víte, jak to dopadlo. Protest v celé ČR. Děkujeme za podporu regionů, které se k nám připojily. Litujeme, že nás nebylo více. Nechápe, proč např. v Praze lékařům nevádí tzv. vratky VZP i dalších pojišťoven. Vysvětlujeme si tvrdší dopad regulací na PL na jižní Moravě několika důvody: větší počet pacientů registrovaných u VZP, nižší porodnost a počet dětí v menších městech a na vesnicích, větší pracovní vytížení (ordinuje se více než 8 pracovních hodin denně), menší dostupnost specialistů, nízká možnost přímých plateb od pacienta za výkony neplacené pojišťovnami aj.

Také jsme do dnešního dne nepochopili, co bylo přesně podepsáno našimi zástupci v září 2006. Pokud jen nějaký rámec, tak z čeho vycházel, když sama VZP ještě koncem února nevěděla, jaká jsou konečná čísla financování našeho segmentu.

Co bude dál?

Necháme se překvapit. Za protestující lékaře můžu říci, že setrvávají ve stávkové pohotovosti a nabídnou VZP svoji verzi úhradového dodatku.

Celkově máme dobrý pocit, že jsme se pokusili formou protestů pohnout balvanem, který nás tíží a pokusili se o změnu. Jsme zklamaní nedostatečnou jednotou naší profese. Dovolím si použít i něco z ranní poznámky Ivana Hoffmana den po stávce. Média a veřejnost nás neignorovala, ale neprojevila ani mimořádný zájem. Souhlasím. Stávkovalo se ohleduplně. Souhlasím. Jsme-li špatně placeni, je to i proto, že to naši představitelé v dobré víře dojednali s VZP, ale bude nutno vyložit karty na stůl. A to i těch lékařů, kteří podepisují bezmyšlenkovitě všechny dodatky.

Problém dětských lékařů je prý v tom, že jsme ti nejchudší, stěžujeme si vlídně a to je k ničemu. I kdybychom zavřeli na týden, neovlivnilo by to DPH ani hospodářský růst. Dětské zdraví je zcela okrajová ekonomická komodita. Bohužel souhlasím. Prý mizerná vyjednávací pozice. Asi ano. Ale každý den máme plné ordinace, jsme potřební. To je důležité. Můžeme své praxe dále rozvíjet, jen musíme chtít a mít za co. A to velmi rychle, čas pracuje proti nám.

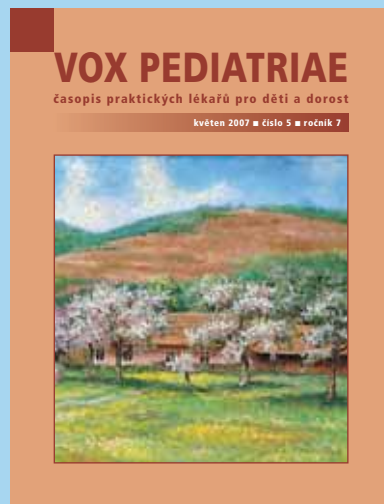
Kdo bude tím nekompromisním obhájcem našich zájmů? My na jižní Moravě doufáme, že naši volení zástupci a jsme ochotni je podpořit. Ani v současnosti předkládané reformní návrhy nás neopravňují k nečinnosti. Je třeba začít otevřenou diskuzi nad možnými dopady těchto změn do naší každodenní praxe.

MUDr. Ilona Hülleová

Poruchy řeči u rizikových dětí Emoční a sociální vývoj batolete

Fyziologický vývoj komunikace batolete

Jemná a hrubá motorika - vývoj pohybu



seznam inzerujících firem

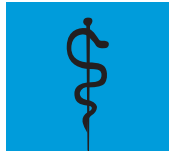
ESAP
HERO
HIPPI
MARKDISTRI
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
ORBIS IN
QUENT
SANOFI PASTEUR
UNIMED PHARMA
STOB
ZENTIVA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

Pondělí	10,00 - 17,00
Úterý	10,00 - 17,00
Středa	10,00 - 17,00
Čtvrtek	10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

Úterý	13,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
	9,00 - 11,30 - MUDr. Eva Vitoušová
	17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
Středa	16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnchová
	15,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn
	17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
	15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
Čtvrtek	8,00 - 10,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc březen 2007

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc březen byl věnován především formálně neformálním jednáním o vypořádání se s regulacemi za rok 2006 a tomu odpovídajícímu nastavení úhrad v roce 2007. Pokračovala další etapa protestů, jejich organizace byla ponechána zcela na jednotlivých regionech. O tom všem se i někdy dost vzrušeně diskutovalo na regionálních konferencích. Konceptně je důležité, že začal pracovat nově ustavený poradní sbor ministra zdravotnictví, tzv. Rada poskytovatelů. Doufejme, že nepůjde jen o formální akt.

1.3. - na své první schůzce se sešel nově konstituovaný poradní sbor ministra zdravotnictví, tzv. Rada poskytovatelů zdravotní péče, blíže jsme informovali již v předchozím

17.3. - byl zahájen cyklus regionálních konferencí, tentokrát vše odstartovala Plzeň, jednání dominovala z pochopitelných důvodů problematika úhrad, stále zůstává nevyřešena otázka zúčtování roku 2006, což nám blokuje jednoznačný pokyn k uzavření smluv pro rok 2007

22.3. - byla zahájena jednání dohodovacího řízení o cenách pro rok 2008, i když při tomto jednání tzv. ještě o nic nešlo, emoce a staré nevyřešené šrámy byly momenty, kterým jsme se na tomto jednání nevyhnuli

22.3. - jednala Rada projektu IZIP - kam bude kráčet tento projekt v dalších obdobích? I to byla otázka, která byla na tomto jednání projednávána

24.3. - cyklus regionálních konferencí pokračoval v Hradci nad Moravicí, severomoravské kolegyně a kolegové si pozvali zástupce zdravotní pojišťovny BPP, aby vysvětlili, proč nesouhlasí s regulacemi podle Ratha za rok 2006

27.3. - ve snídani s Českou televizí jsem se snažil v krátkosti vysvětlit, co vede praktické lékaře k protestům a v některých místech dokonce k uzavírání ordinací, protesty pak vedly prakticky celému území České republiky

28.3. - se zdravotní pojišťovnou MV ČR jsme hledali cestu konečného vypořádání roku 2006 a nastavení roku 2007, nevyhnuli jsme se ani diskusi nad novou typovou smlouvou, tam se ještě ve všech částech zcela neshodneme, vůle ale existuje na obou stranách

29.3. - březnová část cyklu regionálních konferencí byla zakončena jihočeským Pískem, projednávaná problematika se samozřejmě příliš nelišila od předchozích konferencí

29.3. - především stav jednání se zdravotními pojišťovnami byla hlavní náplň jednání řídicího orgánu - Předsednictva Sdružení.

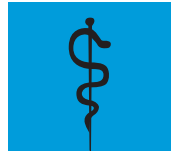
1. Kongres primární péče - 2. část

Naše ohlédnutí za 1. Kongresem primární péče je tentokrát věnováno satelitním sympoziím a doprovodným akcím. Část sympozií byla připravována pod patronací lékařů a část pod patronací vystavujících společností. První den byl zakončen divadelním představením „Vrátila se jednou v noci“, ve kterém rozehráli své umění Jiřina Jirásková s Václavem Vydrou, vše podtrženo skvělou atmosférou Vinohradského divadla. Zájemci o hazard si mohli vyzkoušet své umění riskovat a hrát v kasinu, tentokrát to ale neznamenalo žádné finanční ztráty. Celý kongres byl zakončen slavnostním plesem.

Satelitní symposia odstartovala tematikou „Generační problém praktických lékařů, vzdělávání nových kolegů, převádění praxí“. Tento satelit byl veden formou panelové diskuse. Úvodní a jedinou prezentaci přednesl MUDr. Pavel Vychytil. Účastníky kongresu seznámil s tématem „Přehled specializační přípravy všeobecných lékařů v Evropě“. Cílem sdělení bylo informovat o základním přehledu struktury a obsahu specializační přípravy všeobecných lékařů v evropských zemích.



Byly porovnány přístupy ke specializační přípravě s doporučeními evropských organizací všeobecných lékařů jako jsou UEMO, EURACT, WONCA Europe. Ze sděleného vyplynulo, že výraz všeobecný lékař v evropských zemích za sebou skrývá dosti odlišnou náplň. I v souvislosti s možností a rozvojem mobility v EU je debata o sjednocování specializační přípravy proto namístě. V neposlední řadě stárnoucí populace všeobecných lékařů v celé Evropě by měla být důvodem



k úvahám nad specializační přípravou mladých lékařů. Z hlediska formálního se stav v ČR jeví v porovnání s Evropou jako průměrný, avšak hlubší pohled do domácí problematiky ukazuje alarmující skutečnosti, které je nutné bezodkladně řešit.

První firemní satelitní sympozium připravila společnost Astellas Pharma, s.r.o. doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc. ve své prezentaci „**Použití aminopenicilinů v primární praxi**“ například uvedla, že aminopeniciliny jsou v léčebné praxi používány již více než 40 let. Používají se v dětském i dospělém věku u bakteriálních respiračních infekcí. Přednostně je používán amoxicilin pro svoje výhodnější farmakokinetické vlastnosti. Je lékem volby u komunitních pneumonií, akutních bakteriálních exacerbací chronické bronchitidy, zánětů středního ucha a akutních sinusitid. „Určité opatrnosti je třeba v jeho indikaci u kojeneckých hnisavých otitid, zejména u recidivujících, kde etiologickým agens může být *Haemophilus influenzae* produkující β -laktamázu. Dle NRL pro antibiotika, je jejich produkce zjišťována asi u 5% kmenů. Mělo by proto být pravidlem bakteriologické vyšetření ušního sekretu a úprava antibiotické léčby dle citlivosti“, zdůraznila doc. Marešová. Dále varovala, že indikace aminopenicilinových antibiotik k iniciální léčbě angín je vzhledem k možnosti EBV etiologie nevhodná. Na druhou stranu zdůraznila, že chráněné aminopeniciliny jsou lékem volby pro profylaxi nebo léčbu infekcí po kousnutí zvířetem či člověkem, pro močové infekce vyvolané *Escherichia coli* β -laktamáza pozitivními, pro polymikrobiální infekce kožní (diabetická noha) i u závažných stomatologických infekcí.

„**Jak na akuminátní kondylomata? Jak jednoduché, jak revoluční!**“ bylo téma přednášky MUDr. Radka Litvika. „Infekce lidskými papilomaviry (HPV) jsou nejčastějšími

sexuálně přenosnými infekcemi virového původu. Pokud jsou léze klinicky viditelné, jedná se o papulky, noduly až splyvající masy vyskytující se na kůži a sliznici anogenitální a orální krajiny. Terapie akuminátních kondylomat by měla být v ideálním případě kurativní a bez rizika rekurence. V současnosti však neexistuje léčebná modalita, která by byla bez rizika rekurence onemocnění. Všechny terapeutické metody jsou spojeny s lokálními nežádoucími reakcemi v místě aplikace,

které se projevují svěděním, zarudnutím, otokem, erozemi a bolestivostí,“ uvedl dr. Litvík a ve svém vystoupení se dále soustředil na nové terapeutické možnosti dle prof. Lottiho, za použití topických farmak a dermatochirurgických destruktivních metod. Za zcela novou a revoluční metodu v léčbě akuminátních kondylomat označil léčbu imiquimodem, derivátem imidazochinolinu, který je řazen do nové skupiny modifikátorů imunitní reakce, neboť vykazuje významné antivirotické a antitumorózní účinky. „Více než 2/3 pacientů vykazuje vymizení akuminátních kondylomat při této léčbě okolo 10. týdne terapie“, zdůraznil. Pacienti léčení imiquimodem vykazují navíc nejnižší riziko rekurence akuminátních kondylomat: 8,8 - 13%. Na druhou stranu ani léčba imiquimodem není bez nežádoucích účinků přechodného charakteru, kterými jsou především lokální účinky v místě aplikace - svědění, pálení a bolestivost kůže. Dále zdůraznil, že aby léčba akuminátních kondylomat byla úspěšná, je nutno vždy vyšetřit a léčit všechny sexuální partnery nemocného.

„Atopická dermatitida (dále AD) je nejčastější chronické kožní onemocnění dětského věku. Její prevalence se v kojeneckém a batolecím věku odhaduje na 15 - 20%. Klinický obraz AD je mnohotvárný a proměnlivý. Diagnóza je tak založena především na kombinaci morfologického nálezu s pečlivě provedenou osobní a rodinnou anamnézou“, v úvodu své prezentace „**Diferenciální diagnóza atopické dermatitidy v kojeneckém a batolecím věku**“ sdělila MUDr. Štěpánka Čapková. Dále uvedla, že kojenecká forma AD začíná mezi 2. až 4. měsícem svědivými ložiskovými výsevy na tvářích a ve vlasech, odkud se může postižení šířit na celou hlavičku, tělo a končetiny, nejprve spíše nad extenzory. Mezi 1. až 2. rokem dítěte pak přechází do dětské formy s predilekční lokalizací v lo-

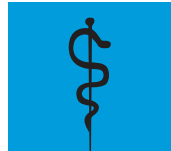
ketních a podkoleních jamkách, na krku, nártách a zápěstích. Zdůraznila, že diagnostické problémy působí především lokalizované formy AD. Například, že ekzém očních víček je provokován většinou aeroalergeny, že infraaurikulární, retroaurikulární a infranasální AD s ragádami vzniká kombinací suchosti kůže s reakcí na mikrotraumata, že pulpitis sičce a atopická „zimní noha“ se projevuje erytémem, šupením a olupováním s prasklinami nejprve na bříškách prstů nohou, později i pod prsty, a že cheilitis atopica začíná jako olupující se suché rty s navazující angulární cheilitidou a periorální ekzémem. Jako další morfologické varianty uvedla folikulární, papulózní a dyshidrotickou variantu, prurigo typ, a numulární nebo diskoidní typ. Dr. Čapková na bohaté obrazové dokumentaci ukázala, jak je v útlém věku obtížné odlišit AD od seboroické a plenkové dermatitidy, psoriázy, svrabu, histiocytózy z Langerhansových buněk, acrodermatitis enteropathica a keratosis pilaris.

Satelitní sympozium „**Zdravotní pojišťovny, jistota nebo hrozba pro poskytovatele zdravotní péče**“ probíhal v „lehce napjaté atmosféře“, a to z důvodu aktuálních témat za účasti pozvaných zástupců zdravotních pojišťoven. Pozvání přijali - ředitel VZP ČR MUDr. Pavel Horák, ředitel ČNZP MUDr. Jiří Bek a ředitel ZP M-A Bc. Vladimír Kothera. Lékaři tak měli možnost v panelové diskusi položit otázky přímo uvedeným ředitelům



zdravotních pojišťoven. Mgr. Jakub Uher vše uvedl krátkým sdělením, ve kterém pohovořil především o volném pohybu osob v EU, o právních aspektech regulačních omezení úhrady zdravotní péče a o zásadách smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami.

Posledním pátečním sympoziem bylo opět firemní satelitní sympozium společnosti Merck Sharp and Dohme IDEA, Inc.. MUDr. Pavel Kovář na něm vystoupil se sdělením na téma „**Karcinom děložního hrdla**“



a možnosti prevence z pohledu gynekologa“ a naše kolegyně MUDr. Dana Vurmová seznámila lékaře s novinkou v očkování ve své prezentaci „**Očkování proti HPV z pohledu pediatra**“.

Sobotní satelitní sympozia zahájil MUDr. Jiří Liška vystoupením na téma „**Možnosti praktického dětského lékaře v diagnostice a léčbě juvenilní hypertenze**“. Zahájil tak první ze dvou sympozií, které připravili sami lékaři. Dr. Liška představil výsledky některých dlouhodobých studií, které ukazují, že 15 - 25% dospělých hypertoniků má zvýšené hodnoty krevního tlaku již v dospělém věku. Podrobněji představil jednu z nich, ve které byla vyšetřována skupina 40-ti pacientů ve věku 15 - 20 let (33 chlapců, 7 děvčat) po dobu 5-ti let. U této skupiny byl opakovaně naměřen zvýšený KT vyšší než 95 percentilů distribučních křivek. U všech pacientů byla vyloučena sekundární hypertenze. Hereditární zátěž byla nalezena u 38% rodi-



čů. Vyšší tělesnou hmotnost mělo 30% pacientů. Biochemické vyšetření krve vykazovalo pouze zvýšené triglyceridy. Ze speciálních vyšetření byla zvýšena plasmatická reninová aktivita v klidu nebo po námaze u 68% pacientů, ve 40% zvýšené hodnoty adrenalinu nebo noradrenalinu, v 15% zvýšený serotonin nebo kortizol v moči. Hypertrofie levé komory byla na UZ patrná u 25% pacientů, ve stejném procentu byly i nálezy na očním pozadí. Všichni pacienti byli vyšetřeni bicyklovou ergometrií a kontinuálním 24-hodinovým monitorováním krevního tlaku (Holter). Abnormální nálezy byly zjištěny při bicyklové ergometrii v 55% a při kontinuálním měření tlaku jen u 33%.

Prof. MUDr. František Stožický, DrSc. ve svém vystoupení na téma „**Ateroskleróza a dětský věk**“ na úvod zdůraznil, že kardiovaskulární onemocnění jsou stále nejčastější

příčinou úmrtnosti v ČR. Dále uvedl, že kromě vysoké mortality, morbidity a invalidity znamenají vysoké ekonomické náklady na farmakoterapii a vysoce sofistikované invazivní diagnostické a léčebné výkony a pokračoval informacemi, že „dle patologicko - anatomických studií, provedených v druhé polovině 20. století, bylo prokázáno, že ateroskleróza začíná již v dětství, a proto je třeba tento proces od raného věku ovlivňovat. Rizikové faktory vzniku aterosklerózy u dospělých platí i pro její časný rozvoj u dětí. Patří mezi ně především obezita, hypertenze a poruchy metabolismu krevních tuků. Diagnostika nastupujících cévních změn u dětí zahrnuje vyšetření morfologická a funkční. Tato vyšetření jsou stále předmětem výzkumu a jejich místo v klinické praxi se hledá. Možnosti prevence časné aterosklerózy u dětí mohou být uskutečněny buď cestou celoplošného screeningu nebo stanovením individuálního rizika u každého dítěte. V ČR byl zvolen tento druhý způsob. Byla vypracována doporučení k provádění prevence ICHS u dětí, která probíhá především při preventivní prohlídce dětí v 5 a 13 letech v ordinaci PLDD“.

„Zubní kaz je multifaktoriální onemocnění tvrdých zubních tkání, na kterém se podílí tzv. kariogenní mikroorganismy (*Streptococcus mutans* a *Lactobacillus acidophilus*). Tyto mikroorganismy se do dutiny ústní dítěte přenesou obvykle slinou matky“, byla úvodní slova doc. MUDr. Vlasty Merglové, CSc., v jejím vystoupení na téma „**Včasně stanovení rizika vzniku zubního kazu**“. Ve své přednášce se dále zaměřila na informace o tom, že vznik kazu rovněž ovlivňuje výživa dítěte, ústní hygiena, příjem fluoridů, kvalita a utváření tvrdých zubních tkání, množství a složení sliny a další faktory. Zdůraznila, že zubní kaz u dětí může vzniknout již v kojeneckém a batolecím věku (tzv. kaz z kojenecké láhve nebo zubní kaz v časném dětství) a že jeho ošetření bývá obtížné, na rozdíl od prevence, která je naopak jednoduchá a velice účinná. Kromě jiného, podle doc. Merglové, spočívá v možnosti testování těhotných žen na přítomnost kariogenních mikroorganismů ve slinách a v prevenci časného infikování dětské dutiny ústní.

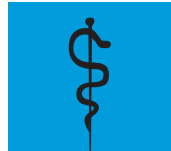


V další části sympozia byly našimi kolegy představeny zajímavé kazuistiky z jejich praxí.

Ve druhém satelitním sympoziu se MUDr. Bohuslav Machaň věnoval „**Respiračním infekcím v dětském věku a novým možnostem diagnostiky atypických patogenů**“. Cílem sdělení bylo shrnutí nových možností diagnostiky a terapie respiračních infekcí z pohledu otorinolaryngologa. Představil nové diagnostické medium - odběrové soupravy na průkaz chlamydií a k diagnostice *Mycoplasma hominis* a *Ureoplasma ureolyticum*. Zatímco průkaz chlamydií hodnotil jako vysoce pozitivní u *Mycoplasma hominis* a *Ureoplasma ureolyticum* potvrdil spíše nepoužitelnost představených testů v běžné ambulantní praxi u respiračních onemocnění.

Dále účastníky kongresu velmi zaujalo sdělení Pavla Rumla, kaplana ÚVN, na téma „**Duchovní péče pacientům a personálu**“ a prof. MUDr. Romana Prymulý, CSc., Ph.D. na téma „**Prevence proti pneumokokům - aktuální téma**“.

MUDr. Šárka Forejtová ve své prezentaci „**Zánětlivá revmatická onemocnění a možnosti jejich terapie biologickými léky**“ zdůraznila, že zánětlivá revmatická onemocnění jsou poměrně častá onemocnění, která postihují jedince všech věkových kategorií, tedy i děti, a jsou provázena výraznou bolestivostí, omezením funkce postižených kloubů a ve svých důsledcích vedou k časté disabilitě a invaliditě nemocných, čímž mají důležitý psychosociální dopad na nemocného a potažmo na celou společnost. „Nejčastějším zánětlivým onemocněním kloubů je revmatoidní artritida, která postihuje asi 1% obyvatelstva. V posledních letech se značně změnil algoritmus v léčbě revmatoidní artritidy, kdy je kladen důraz na časnou a intenzivní tera-



pii, a to dříve, než dojde k irreverzibilnímu poškození postižených kloubů. Převratem v léčbě revmatoidní artritidy je v posledních letech terapie biologickými léky, z nichž u nás jsou t. č. užívány preparáty blokující účinek tumor nekrotizujícího faktoru α , tzv. anti-TNF α léky. Jejich představitelem je například etanercept, což je solubilní receptor pro TNF α . Bylo prokázáno, že biologické léky výrazně snižují aktivitu onemocnění a zároveň zpomalují rentgenovou progresi onemocnění“ uvedla ve svém vystoupení dr. Forejtová a pokračovala, že druhou nejčastější zánětlivou chorobou pohybového aparátu je ankylozující spondylitida, pro kterou až do příchodu biologické léčby neexistovala žádná účinná terapie. Dále účastníky kongresu informovala, že bylo prokázáno, že účinnost anti-TNF α léčby je tím větší, čím je podávána časněji. Proto je nutno zaměřit pozornost na časnou diagnostiku tohoto onemocnění.

Problematické **atopické dermatitidy** se věnovala i MUDr. Jarmila Rybářová, tentokrát ovšem z pohledu vztahu ke **stafylokokové infekci**.

V posledním satelitním sympoziu pořádaném společností Berlin-Chemie Menarini Group zazněly vystoupení prof. MUDr. Jiřího Widimského jr., CSc. na téma „**Léčba hypertenze starších osob**“, Doc. MUDr. Zdeňky Límanové, CSc., na téma „**Současný pohled na problematiku hypothyreózy**“ a MUDr. Martina Prázného, CSc., Ph.D. na téma „**Nové postupy v léčbě DM 2. typu - konsensus EASD/ADA**“

*Pro VOX zpracovali:
MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR, o.s.
a Lilly Ahou Kolesová,
Ahou public relations
Foto: Kryštof Kolesa*



MUDr. Neugebauer vylosoval na plese 1. Kongresu primární péče výherkyni přístroje QuikRead **MUDr. Magdu Svobodovou** z Kladna

Proč protestují praktičtí lékaři?

Diskuse na téma „Proč protestují praktičtí lékaři?“ má mnohé souvislosti. Jednou z nich je samozřejmě i špatné nastavení systému, který umožňuje nekontrolovatelné čerpání zdravotní péče. Břemeno nutných úspor je pak stále přenášeno výhradně na poskytovatele zdravotní péče. Dovolujeme si předložit jeden z konkrétních příkladů, který byl popsán v odvolání na uplatněnou regulaci.

Vznáším námitku k uplatnění regulace za 3. kvartál roku 2006, tak jak uvádíte v avizu o vyúčtování plateb z 2.3.07 ve výši 2599,79.Kč. Žádám Vás tímto o kompletní sestavu všech výkonů vztažených k mému IČZ v tomto období z důvodu kontroly. Náklady na léky a výkony indukované péče při racionálním přístupu mohou jako lékař částečně ovlivnit, avšak jen do té míry, aby byl pacient vyšetřen a léčen lege artis. Co však nemohu ovlivnit je volný přístup pacienta k čerpání péče specialistů, neboť systém gate keeping prostřednictvím lékařů primární péče nefunguje a ani ze strany pojišťoven není regulován. To dokládám na následujícím příkladu: Váš pojištěnec X.Y.:

18.7.06 přichází do ordinace s anamnesou cca 4 týdny trvajícími dyspeptickými obtížemi, pocitem zahlenění, nauseou, s tím, že již před návštěvou u mne navštívila ORL na Homolce a gynekologii - vyšetření bez patologie.

19.7.06 provedeno vyšetření FW, KO, základní biochemie, TSH, fT4, dále u mne 2 klinické kontroly,

7.8.06 pro přetrvávající potíže dyspeptické, unavnost, pokles váhy, subfebrilie provedeno rozšířené vyšetření, kromě biochemie, imunoglobulinů, serologie - CMV, EBV, Helicobacter pylori, protilátky proti transglutaminase, dále sono břicha, rtg srdce a plic, sono štítné žlázy - vše v normě, mezitím vyšetřena ještě z vlastní iniciativy matky, znovu na ORL Homolka a raději ještě jednou provedeno sono vyšetření štítné žlázy (vše bez mého doporučení). Matce jsem sdělila, že po obdržení výsledků dívku doporučím ke gastroenterologickému vyšetření na kliniku dětí a dorostu Ke Karlovu. Matka však vzala iniciativu do svých rukou a hned druhý den (bez mého doporučení) navštívila gastroenterologii Sante, kde druhý den po mém odběru, tedy 8.7.06 MUDr..... na účet pojišťovny provedl téměř shodná biochemická a serologická vyšetření. Obě vyšetření byla doručena omylem mě, takže jsem se nechtěně dozvěděla a zbytečně provedených identických vyšetřeních.

Další vyšetření, která jsem neindukovala, proběhla v červenci a srpnu 2006 v Sanatoriu u sv. Anny, Praha 3, Luční 7a (rtg sely,CT

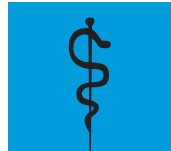
mozku, oční pozadí, kolonoskopie, gastroduodenoskopie). Výsledek: Duodenogastriický reflux, mírná antrumgastritida, biopsie Helicobacter pylori negat, léčba: Motilium, antacida.

Výsledky těchto vyšetření, která proběhla bez mé indikace a doporučení se dozvídám až nyní 6.3.07, kdy mě dívka navštívila s lehkým respiračním infektem. Sama své předchozí potíže vztahuje na problémy s depresivními stavy vztahujícími se k problémům ve škole.

Tento příklad je pouze jeden z mnoha dalších, o kterých se ani nedozvím. Racionálním nasměrováním pacienta k vyšetření prostřednictvím lékaře primární péče by se mohly významně snížit výdaje na zdravotní péči. Proto odmítám nést finanční postih za systémové chyby, které umožňují neregulované čerpání péče pacientem.

Děkuji za odpověď.

Jméno autora má redakce k dispozici.



Stanovisko

Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR k problematice zajišťování ústavní pohotovostní služby

V Praze dne 25. ledna 2007

Dne 1. ledna 2007 nabyl účinnosti nový zákoník práce - zákon č. 262/2006 Sb. Nový zákoník práce nezná pojem pracovní pohotovosti na pracovišti. Do konce roku 2006 mohl zaměstnanec, pokud s tím vyslovil předchozí souhlas, konat pracovní pohotovost na pracovišti v rozsahu 400 hodin v kalendářním roce. Nadále je umožněna jen pracovní pohotovost, kterou definuje ustanovení § 78 odst. 1 písm. h) zákoníku práce jako dobu, v níž je zaměstnanec připraven k případnému výkonu práce podle pracovní smlouvy, která musí být v případě naléhavé potřeby vykonána nad rámec jeho rozvrhu pracovních směn. Pracovní pohotovost může být jen na jiném místě dohodnutém se zaměstnancem, odlišném od pracoviště zaměstnavatele. Právní úprava nového zákoníku práce tak vychází důsledně ze směrnice 2003/88/EC o některých aspektech úpravy pracovní doby a bylo zcela evidentní již při velké harmonizační novele zákoníku práce v roce 2000, že pracovní pohotovost na pracovišti bude nejpозději s novým zákoníkem práce zrušena. Stát, ale ani zaměstnavatelé se však nesnažili tuto situaci, která přinejmenším trvala, jak výše zmíněno, od harmonizační novely bývalého zákoníku práce do vstupu v účinnost nového zákoníku práce, tedy přinejmenším šest let, řešit.

Naše návrhy před vstupem v účinnost zákoníku práce nebyly vyslyšeny. Přesto je musíme na tomto místě uvést. Jednalo se o následující návrhy

- I. zásadním způsobem začít řešit organizaci ústavní zdravotní péče (zejména akutní péče) a organizaci práce v tomto sektoru,
- II. odbřemenit zařízení ústavní zdravotní péče a zdravotnické záchranné služby od úkolů lékařské služby první pomoci a tyto činnosti svěřit registrovaným praktickým lékařům a praktickým lékařům pro děti a dorost, ovšemže s příslušnou finanční kompenzací,
- III. zrušit směrnici o Ústavní pohotovostní službě a jí odpovídající personální standardy vydané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR, a po realizaci těchto opatření,
- IV. využít možnosti zákoníku práce uzavírat více pracovních smluv na různé práce s jedním

i více zaměstnavateli, přičemž odborový svaz dával přednost více smlouvám s jedním zaměstnavatelem, protože to umožňuje menší rizika ohrožení bezpečnosti práce než při přejíždění mezi pracovišti. Předpokládali jsme odlišení pracovní smlouvy zdravotnického pracovníka, zejména lékaře, k práci na příslušném oddělení od pracovní smlouvy k zajištění funkce urgentního nemocničního příjmu, ambulance nebo jiné společné složky pro nemocnici nebo její část.

V. Všechna výše uvedená opatření, pokud by byla přijata, by se musela týkat konkrétních činností prováděných na konkrétních pracovištích konkrétními pracovníky a nesměla by být bezbřehá neboť jen rozumná pracovní doba zdravotnických pracovníků neohrožuje jejich pacienty nebo je samotné.

Po pracovněprávní stránce a pokud je zachováno dosavadní fungování ústavní pohotovostní služby existují teoreticky následující způsoby řešení :

- 1) Zavedení třísměnného pracovního režimu, který by však byl náročný na personální vybavení zdravotnických zařízení a navíc by podle mínění některých lékařských organizací nebyl vhodný ani pro pacienty s ohledem na zajištění kontinuity péče o pacienta.
- 2) Sloučení ústavní pohotovostní služby u zdravotnických oborů, které jsou si blízké.
- 3) Podstatně širší zapojení ambulantních specialistů a praktických lékařů, kteří spolupracují s lůžkovými zařízeními do ústavní pohotovostní služby
- 4) Zabezpečení ústavní pohotovostní služby zdravotnickými pracovníky, a to převážně lékaři, kteří jsou v pracovněprávním vztahu k danému zdravotnickému zařízení formou dalšího pracovního poměru nebo formou dohody o pracovní činnosti. Při této variantě je ovšem nutno odlišit charakter práce v rámci ústavní pohotovostní služby od běžné pracovní činnosti zdravotnického pracovníka, kterou koná v pracovním poměru na převážně plný pracovní úvazek. Je současně nutné, aby v pracovní náplni pracovníka na plný pracovní úvazek byla ústavní pohotovostní služba vypuštěna. Tato varianta je umožněna vzhledem k tomu, že není zavedena cent-

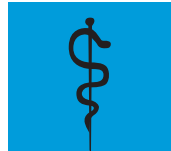
rální evidence pracovních poměrů, resp. jejich souběhů, takže limity pracovní doby jsou účinné pouze k jednotlivým pracovním poměrům a z tohoto důvodu je možno oddělit právně práci zdravotnického pracovníka, zejména lékaře v určité odbornosti, od práce v rámci ústavní pohotovostní služby. Dále by právně nebyl problém, aby zaměstnaný lékař pracoval pro více nemocnic, protože se doby práce pro různé zaměstnavatele nesčítají. Na druhé straně je třeba si přiznat, že je to zákonem tolerovaný prohřešek proti bezpečnosti a ochraně zdraví při práci zaměstnance zároveň i prohřešek v péči o pacienta. Tato zákonem povolená tolerance by se však mohla vymstít nejen managementům nemocnic, ale i samotným zdravotnickým pracovníkům, kdyby se prokázalo, že nadměrná únava zdravotnických pracovníků byla příčinou ohrožení života pacientů.

Další způsoby řešení, a to založení právnických osob (např. společností s ručením omezeným) sdružujících zdravotnické pracovníky, zejména lékaře, kteří by prostřednictvím založené právní osoby zajišťovali ústavní pohotovostní službu nebo zabezpečení ústavní pohotovostní služby lékaři, popř. i jinými zdravotnickými pracovníky, s vlastním IČO, tedy mající registraci provozovatele nestátního zdravotnického zařízení, by znamenalo, že v jedné nemocnici působí dvě personálně odlišné skupiny pracovníků řadu nejrůznějších komplikací.

Od začátku roku 2007 v souvislosti s novým zákoníkem práce zajišťují nemocnice ústavní pohotovostní službu s využitím dvou právních nástrojů, kterými jsou:

- 1) práce přesčas, a to v nejvyšším možném rozsahu, který lze se zaměstnancem sjednat,
- 2) dohody o pracovní činnosti na ústavní pohotovostní službu.

Ovšem zaměstnavatelé musí respektovat všechna ustanovení zákoníku práce. U dohod o pracovní činnosti na zajištění ústavní pohotovostní služby pak zejména ustanovení § 74, §76, §77 a § 138. Podle těchto ustanovení má zaměstnavatel zajišťovat plnění svých úkolů především zaměstnanci v pracovním poměru. V dohodách o pracích konaných mimo pracovní



poměr není zaměstnavatel povinen rozvrhnout zaměstnanci pracovní dobu. Dohodu o pracovní činnosti může zaměstnavatel s fyzickou osobou uzavřít, i když rozsah práce nebude přesahovat v témže kalendářním roce 150 hodin. Na základě dohody o pracovní činnosti není možné vykonávat práci v rozsahu překračujícím v průměru polovinu stanovené týdenní pracovní doby. Dodržování sjednaného a nejvýše přípustného rozsahu poloviny stanovené týdenní pracovní doby se posuzuje za celou dobu, na kterou byla dohoda o pracovní činnosti uzavřena, nejdéle však za období 52 týdnů. Dohodu o pracovní činnosti je zaměstnavatel povinen uzavřít písemně, jinak je neplatná; jedno vyhotovení této dohody vydá zaměstnanci. V dohodě o pracovní činnosti musí být uvedeny sjednané práce, sjednaný rozsah pracovní doby a doba, na kterou se dohoda uzavírá. Není-li sjednán způsob zrušení dohody o pracovní činnosti, je možné ji zrušit dohodou účastníků ke sjednanému dni; jednostranně může být zrušena z jakéhokoli důvodu nebo bez uvedení důvodu s 15-denní výpovědní dobou, která začíná dnem, v němž byla výpověď doručena druhému účastníku. Okamžité zrušení dohody o pracovní činnosti může být však sjednáno jen pro případy, kdy je možné okamžitě zrušit pracovní poměr. Není-li v zákoníku práce dále stanoveno jinak, vztahuje se na práci konanou na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr úprava pro výkon práce v pracovním poměru; to však neplatí, pokud jde o

- a) odstupné podle § 67 a 68 zákoníku práce,
- b) pracovní dobu a dobu odpočinku,
- c) překážky v práci na straně zaměstnance,
- d) skončení pracovního poměru a
- e) odměnu z dohody o práci konané mimo pracovní poměr (dále jen "odměna z dohody").

V dohodě o pracovní činnosti je možné sjednat, popřípadě ve vnitřním předpisu stanovit právo zaměstnance na jiné důležité osobní překážky v práci a na dovolenou, jinak na ně právo nevznikne. Výše odměny z dohody a podmínky pro její poskytování se sjednávají v dohodě o provedení práce nebo v dohodě o pracovní činnosti.

Většina zdravotnických zařízení, která zajišťují ústavní pohotovostní službu, zvolila, jak získal poznatky Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR do dnešní doby, jako náhradu za neexistující pracovní pohotovost na pracovišti, dohodu o pracovní činnosti, kterýžto způsob se jeví zaměstnavatelům z výše uvedených způso-

bů jako nejvhodnější spolu s dalším pracovním poměrem. Při bližším právním posouzení ovšem docházíme k názoru, že i tento způsob je, jako všechny ostatní způsoby, větším či menším obcházením platného zákoníku práce, neboť úplně čisté řešení, jak zajistit fungování ústavní pohotovostní služby ve stávajícím rozsahu, bez překročení limitu práce přesčas, nenajdeme.

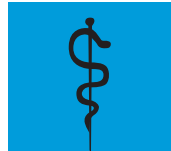
K obcházení (porušování) zákoníku práce dochází zejména v těchto věcech :

- 1) u zdravotnických pracovníků, zejména u lékařů a dalších zaměstnanců, kteří nepracují ve směnném režimu práce, kteří jsou v pracovním poměru u zaměstnavatele, který zajišťuje ústavní pohotovostní službu, je sjednání dohody o pracovní činnosti možné pouze za předpokladu, že zaměstnanec bude konat v rámci ústavní pohotovostní služby práce, které jsou jinak druhově vymezeny, než práce, které koná u téhož zaměstnavatele v pracovním poměru. Opačný postup, tedy sjednání dohody o pracovní činnosti na stejnou práci, kterou zaměstnanec koná v pracovním poměru, je porušováním zákoníku práce. Aby se zaměstnavatelé tomuto porušení vyvarovali, používají v dohodách o pracovní činnosti vymezení prací jako "konzultační činnost, kontrola pracoviště, zdravotní dozor na pracovišti", čímž je zastírán skutečný výkon druhu práce v rámci ústavní pohotovostní služby a dochází tím tak k obcházení zákoníku práce,
- 2) někteří zaměstnavatelé pak v souvislosti s dohodou o pracovní činnosti, která musí být naprosto nezávislá od práce zaměstnance na základě pracovní smlouvy, dohodují v dohodách o pracovní činnosti, že "náhradní volno" z dohody o pracovní činnosti (což zákon neumožňuje) bude zaměstnanci čerpáno z jejich pracovního poměru založené pracovní smlouvou, což není jen obcházení, ale přímo zjevné porušování zákoníku práce,
- 3) zaměstnavatelé zajišťující ústavní pohotovostní službu neumožňují ve sjednaných dohodách o pracovní činnosti, možnost sjednání dovolené či jiných náhrad z těchto dohod, a to zajiště z důvodu snížení nákladů na zajištění ústavní pohotovostní služby,
- 4) na ústavní pohotovostní službu, kde zdravotničtí pracovníci vykonávají práci prakticky stejnou s prací, kterou vykonávají na základě pracovního poměru, je nutno nahlížet jako na výkon kterékoli jiné práce zdravotnických pracovníků a proto je třeba ústavní pohoto-

vostní službu také odměňovat jako výkon práce, a to i když je třeba rozlišovat mezi pracovním poměrem a dohodou o pracovní činnosti. V tomto však dochází, podle názoru odborového svazu, k největšímu obcházení, vlastně porušování zákoníku práce, protože je porušováno zejména ustanovení § 110 odst. 1 zákoníku práce, které stanoví, že za stejnou práci nebo práci stejné hodnoty přísluší všem zaměstnancům u zaměstnavatele stejná mzda, plat nebo odměna z dohody (tím se rozumí i odměna z dohody o pracovní činnosti). Při stanovení hodinové sazby odměny vycházejí skoro všichni zaměstnavatelé ze skutečně vykázaných a proplacených hodin dřívější pracovní pohotovosti na pracovišti a pracovních výkonů v rámci práce přesčas během ústavní pohotovostní služby v loňském roce. Odměna za hodinu práce podle dohody o pracovní činnosti je pak podstatně nižší než mzda/plat za hodinu práce na základě pracovního poměru.

- 5) zaměstnanci lze nařídit, jak podle nového tak i bývalého zákoníku práce, práci přesčas 150 hodin v roce, ale ještě je možnost s ním dohodnout práci přesčas až do rozsahu 416 hodin v kalendářním roce. Téměř všichni zaměstnavatelé zajišťující ústavní pohotovostní službu tohoto využívají. Zatím, protože je první měsíc účinnosti nového zákoníku práce, zaměstnavatelé nemohou zákonem nastavené limity práce přesčas překročit, ale v případě, že zavedou jako v minulosti dvojí evidenci hodin práce přesčas, jednu, aby vyhovovala požadavkům zákoníku práce, a druhou, skutečně odpracované přesčasové hodiny, pak nepochybně budou porušovat zákoník práce, protože více jak 416 hodin práce přesčas nemohou svým zaměstnancům legálně proplatit, budou se snažit různými formami odměn toto svým zaměstnancům kompenzovat.

Na základě všeho výše uvedeného, ale i z dalších zkušeností, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče dochází k závěru, že pokud bude ústavní pohotovostní služba organizována stále stejným způsobem, jako je organizována již po řadu let a právní úprava provedená zákoníkem práce bude důsledně vycházet ze směrnice 2003/88/EC o některých aspektech úpravy pracovní doby a za předpokladu, že nedojde k podstatnému zvýšení počtu zdravotnických pracovníků ve zdravotnických zařízeních, které zajišťují ústavní pohotovostní služby, a tím i k podstatnému zvýšení prostředků na jejich odměňování, bude nadále dochá-



zet k větší či menší míře k porušování nebo alespoň obcházení ustanovení současného zákoníku práce. Z toho důvodu jsou stále aktuální naše návrhy, které jsme uváděli ještě před tím, než nový zákoník práce vstoupil v účinnost, a to zásadním způsobem začít řešit organizaci

ústavní zdravotní péče, a to zejména akutní péče a organizaci práce v tomto sektoru, odbřemenit zařízení ústavní zdravotní péče a zdravotnické záchranné služby od úkolů lékařské služby první pomoci a tyto činnosti svěřit registrovaným praktickým lékařům a praktickým lé-

kařům pro děti a dorost a současně zrušit směrnici o Ústavní pohotovostní službě a jí odpovídající personální standardy vydané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR.

Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 13. března 2007

1. Jednání jednotlivých členů Koalice se zdravotními pojišťovnami

■ MUDr. Kudyn informoval o probíhajících jednáních republikových rad SPLDD ČR v České republice.

■ ZP MV ČR rozesílá zdravotnickým zařízením sdělení o uplatňování regulací za 2. pololetí 2006. Regulace vztahují pouze na neregistrované pojištění, chybí položka nepravidelná péče.

2. Protestní akce

■ Členové Koalice konzultovali své názory na protestní akce pediatriů a praktických lékařů, které proběhly dne 14. 2. 2007 převážně ve Zlínském kraji. MUDr. Kudyn seznámil členy Koalice s cílem protestu, který není motivován pouze ekonomicky, jeho dalším záměrem je upozornit na potřebu posílení primární péče. SPLDD na jednání předsednictva odhlasovalo navrhnout svým členům pro další akci naplánovanou na 28. 3. 2007 tři možnosti protestu:

- celodenní zavření ordinací
- symbolické přerušení
- vylepení plakátů, které vysvětlují, co vede lékaře k protestům

O způsobu protestu v jednotlivých oblastech rozhodnou na svých zasedáních regionální rady SPLDD ČR.

■ V souvislosti se Zlínskou iniciativou informoval MUDr. Jelínek o vzniku nové organizace „Praktik“ mezi členy SPL ČR, která se snaží sdružení rozštěpit a vnitřně oslabit.

■ SAS nebude vznášet námitky, pokud se protestujícím lékařům podaří prostřednictvím nátlakových akcí prosadit finanční požadavky, při dalších jednáních se zdravotními pojišťovnami však bude požadovat totéž.

■ SAS plánuje oslovit členskou základnu prostřednictvím krajských shromáždění (seminářů) a požádal ostatní členy Koalice o podporu. Cílem by se mělo uskutečnit 6 krajských setkání, první z nich se bude konat 31. 3. 2007 v Terezi. Na základě následující diskuse bylo rozhodnuto, že půjde o společnou akci SAS a SSG a v tomto duchu bude také rozeslána pozvánka.

MUDr. Jojko zašle všem členům Koalice termíny dalších krajských konferencí k vyjádření, které z nich kolidují s jejich harmonogramy akcí.

■ MUDr. Jelínek informoval o připravovaném veřejném zasedání regionálních zástupců SPL v Darkově.

3. Perspektivy spolupráce s MZ ČR po vzniku Rady poskytovatelů

■ MUDr. Dvořák zhodnotil výsledek prvního jednání nově vzniklého poradního orgánu ministra zdravotnictví. Pokud bude činnost Rady poskytovatelů probíhat podle deklarovaných pravidel, mohlo by jít o užitečnou a smysluplnou spolupráci ministerstva a zástupců poskytovatelů. Členové Koalice se dohodli, že podle programu jednání Rady dohodnou vždy na předcházejícím jednání Koalice společný postup všech zástupců Koalice v Radě.

■ Členové Koalice se dohodli na setkávání zástupců Koalice s ministrem a náměstkem mimo jednání Rady poskytovatelů k prosazení svých požadavků (memorandum zásad ambulantní péče), které ne vždy korespondují s požadavky Rady.

Z diskuse k tomuto tématu vyplynuly první návrhy:

- zamezit zřizování dublované ambulantní péče u lůžkových zařízení
- vystoupit proti úhradám lázeňské péče v veřejného zdravotního pojištění (balneologie)
- prosadit zveřejnění dat zdravotních pojišťoven podle předem dané struktury a na jejich základě připravit pilotní programy financování jednotlivých segmentů (sjednotit nákladová střediska)
- prosadit ceník pro primární péči (v první fázi překlopit jednotlivé výkony na koruny).
- změnit kalkulační vzorec
- zamezit posilování role lékárníka na úkor ošetřujícího lékaře.

■ MZ ČR je třeba připomenout zveřejnění jmen členů Rady poskytovatelů. Schůzky se budou konat jednou za dva měsíce, další jednání, které svolává MUDr. Pavel Hroboň, se bude týkat doplatků pacientů.

4. Změny chystané MZ ČR, postoj jednotlivých členů KSL

Diskuse k tomuto tématu se týkala poplatků za návštěvu v ordinaci:

- jak se poplatky odrazí na platbách od zdravotních pojišťoven,
- z poplatků je nutné vyjmout preventivní péči,
- není možné, aby poplatek za návštěvu u ambulantního specialisty byl stejný jako poplatek za den hospitalizace v nemocnici,
- prostřednictvím MZ ČR je nutné zjistit, ve kterých státech EU je legislativně zakotven poplatek pacienta za návštěvu u lékaře, v jaké struktuře a jaké jsou v jednotlivých zemích rozdíly.

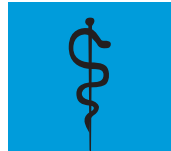
5. Stav v ČLK - články v Tempus Medicorum, iniciativy prezidenta ČLK

V časopise ČLK Tempus Medicorum byl zveřejněn celostránkový inzerát Lékařského odborného klubu - Svazu českých lékařů na mediální kampaň pod heslem: „Unavený a přepracovaný lékař je reálné riziko pro pacienta.“ Zástupci Koalice pověřili MUDr. Dvořáka se obrátit se písemně na členy představenstva ČLK a požádat je o oficiální dotaz na vedení ČLK kdo tento inzerát zadal a za jakých finančních podmínek byl zveřejněn.

6. Různé

■ Zástupci Koalice byli informováni o pověření MUDr. Hany Cabrnchové zastupovat na dohodovacím řízení Českou lékařskou společností JEP. Členové Koalice by rádi rozšířili spolupráci se zástupci ČLS JEP, proto se rozhodli pozvat MUDr. Cabrnchovou na další jednání Koalice.

■ MUDr. Dvořák informoval účastníky jednání o možnosti získat ISO certifikát kvality zdravotní péče a o nabídce firem, které se v tomto oboru specializují. Navrhl pozvat na další jednání zástupce firmy, která poskytne členům Koalice základní informace.



Setkání Výkonného výboru SEPA Budapešť, Maďarsko, ve dnech 23.2.-25.2.2007

23. až 25. února 2007 jsem se zúčastnil jako zástupce zahraniční komise SPLDD ČR a člen Executive Committee of the European Society for Ambulatory Pediatrics jednání tohoto Výkonného výboru v Budapešti. Právě zde se bude konat 26. a 27. října 2007 18. kongres ESAP.

Již za 2 hodiny po přeletu jsem se setkal s Dr. Ferencem Kádarem, maďarským zástupcem ve Výkonném výboru ESAP. Projednávali jsme předběžný program 18. kongresu ESAP, hodnotili práci Výkonného výboru od posledního setkání v říjnu 2006 v Coimbra a v prosinci 2006 v Bruselu.

V pátek večer 23. února proběhlo setkání všech členů Výkonného výboru v hotelu Flamenco. Prezidentka ESAP Dr. Francoise Bovet zahájila diskusi o spolupráci s CESP a nabídce této organizace na společné pořádání kongresu EAP v Nice v roce 2008 již během večere a pak jsme dlouho do noci pokračovali v jednání k jednotlivým bodům weekendového meetingu.

Naši maďarští hostitelé Dr. Ferenc Kadar, Dr. Mihaly Kalman, Dr. Andras Huszar, Dr. Annamaria Dolowschiak a Dr. Gyorgi Pota nás informovali o primární pediatrické péči v Maďarsku a jejích probíhajících reformách.

Došlo i na diskuzi o politické situaci v Maďarsku. Oslavy vypuknutí revoluce v Uhrách 15. března 1848 a oslavy revoluce z roku 1956 jsou dva největší svátky v Maďarsku. Spekulovalo se o tom, jaké budou mít letošní březnové oslavy revoluce průběh, a to kvůli postoji dvou hlavních politických stran - vládní Maďarské socialistické strany (MSZP) a opoziční strany FIDESZ, zejména s ohledem na jejich reformní (balíček úsporných opatření premiéra Gyurcsánye - zdražení elektřiny, plynu, zavedení poplatků za návštěvu lékaře, zavedení školného na VŠ) a opoziční aktivity (pokus o vypsání referenda o nových volbách, přechodné odstranění zátarasu okolo Parlamentu v Budapešti) v posledních měsících roku 2006. Taktika socialistů zdiskreditovat stranu FIDESZ a prezentovat ji jako stranu antidemokratickou a populistickou... se ukázala být velice úspěšnou, protože ve spojení se širokou mediální kampaní všech předních politiků „levicových“ reforem (Ferenc Gyurcsány prezentovaný jako Tony Blair střední Evropy...) odpoutala pozornost veřejnosti od skutečných příčin konfrontační

atmosféry maďarské společnosti a odpovědnost za „nestandardní“ politické poměry, které byly způsobeny jednáním socialistické vlády v období vlády v letech 2002-2006.

V sobotu 24. února probíhalo celodenní setkání Výkonného výboru, které mělo na programu přípravu 18. kongresu ESAP, účast na kongresu European Academy of Pediatrics v Nice v roce 2008, spolupráci s CESP, změnu webové stránky SEPA a pressbook (brožury o ambulantní péči v Evropě).

Proběhlo schválení **programu 18. kongresu ESAP**. Program připravili a obhájili již výše zmínění maďarští kolegové v čele s Dr. Ferencem Kádarem.

Kongres se bude zabývat **změnami nemocnosti na počátku 21. století** (Eva Olah MD, přednosta dětské kliniky na Univerzitě v Debrecenu), **vlivem patologických událostí v novorozeneckém období na nemocnost v dospělosti** (Tivadar Tussay MD, rektor Semmelweisovy Univerzity v Budapešti), **pediatrickou ambulantní péčí o komunitu s odlišným sociálně-kulturním zázemím** (Zsuzsa Ferge, členka Akademie věd), **otázkami pediatrické primární péče ve Velké Británii** (Patricia Hamilton, MD, vice-president CESP), **proočkovaností a populační imunitou** (Zsófia Meszner MD, PhD., ředitelka Národního ústavu pro dětské zdraví).

Další témata budou věnována **očkovacím látkám** proti rotavirům, pneumokokům, klíštěvé encefalitidě. Kongresu se zúčastní také např. Dr. Diego van Esso, zástupce skupiny primární péče CESP (Španělsko), Prof. Dr. Jose Ramet, generální sekretář CESP (Belgie) a řada dalších. Očekáváme i účastníky z České a Slovenské republiky.

Byly diskutovány návrhy na konání **dalších kongresů ESAP**. Kongresy se v příštích letech budou konat v rámci kongresu European Academy of Pediatrics, bude dán větší důraz na odborný program a komunikaci v angličtině.

Dalším bodem jednání byla **spolupráce ESAP s CESP**. Byla prezentována nabídka Prof. Jose Rameta ke spolupráci na pořádání kongresu EAP v Nice v roce 2008. Debatovali jsme o možnostech plné nebo parciální účasti, projednali výhody (finanční zisk, prestiž) i nevýhody (finanční spoluúčast, menší prostor pro vlastní prezentaci ESAP) obou možností. Projednali jsme návrhy na

okruh přednášek: výživa dítěte, výživa alergických dětí, vývoj jazyka, chudoba a dětství, adolescence-nemoci a léčba, děti a média, strategie prevence úrazů, nové a staré viry.

Pokračovali jsme jednáním o **změně webových stránek ESAP**. Byla navržena změna prezentace hlavní stránky a jazyka. Projednali jsme finanční otázky změny webových stránek (2000 CHF bez práce grafika).

Byl projednán **dotazník ZAP** - Questionnaire - Satisfaction in ambulatory care - Quality from the patient's perspective. Tento dotazník bude přeložen do českého jazyka a distribuován našim praktickým lékařům pro děti a dorost. Obsahuje všeobecné otázky týkající se provozu praxe, informovanosti pacienta o nemoci a léčbě a spolupráce dětského lékaře a dalších odborníků.

Po ukončení odborného programu setkání jsme se věnovali organizačním záležitostem: na funkci **nového člena EC ESAP** byla navržena zástupkyně Slovenska Dr. Květoslava Prcúchová.

Vice-president ESAP Dr. Karel Holub přednesl návrh strategie spolupráce s CESP a byl doporučen jako zástupce ESAP do vědecké rady kongresu EAP v Nice v roce 2008. Poradní tým vice-presidenta ve složení Dr. Bovet-Boone, Dr. Elke Jaeger-Roman a Dr. Brigitte Virey bude úzce spolupracovat na přípravě kongresu EAP.

Dr. Gilbert Danjou projevil zájem o náš časopis VOX PEDIATRIAE a objednal si předplatné. Určitě je to výzva pro vydavatele: objeví se v našem časopise i stránka v angličtině nebo ve francouzštině?

Po skončení setkání následovala prohlídka Budapešti a večere v místní restauraci.

V neděli 25.2. se uskutečnila schůzka Dr. Bovet-Boone, Dr. Holuba, Dr. Jaeger-Roman a Dr. Kádara s Dr. Gyorgy Feketem D.Sc., přednostou dětské kliniky Semmelweisovy Univerzity v Budapešti. Jednání se týkalo 18. kongresu ESAP, problematiky primární pediatrické péče v Maďarsku a v Evropě.

Naším praktickým dětským lékařům doporučuji účast na **18. kongresu ESAP**, pro podrobné informace o aktivní i pasivní účasti se spojte s naším Sdružením.

MUDr. Karel Holub,
vice-president ESAP
člen zahraniční komise SPLDD ČR

ESAP



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnachová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Nejčastější otázky a odpovědi týkající se nového očkovacího schématu od 1.1.2007.

1) Mají nárok na 4. dávku hexavakcíny v roce 2008 i děti, kterým rodiče zakoupili hexavakcínu a očkování bylo zahájeno v letošním roce?

Nárok na státem hrazenou 4. dávku hexavakcíny mají všechny děti, jejichž rodiče pro ně zakoupili tři dávky proto, že ještě na ně tyto děti neměly nárok (narodily se před 1.1.2007) a kterým nebylo do 31.12.2006 18-ti měsíců, tedy nedovršily před účinností této vyhlášky nejzašší termín pro aplikaci 4. dávky hexavakcíny, kterou je nutné podat nejpozději do 18. měsíce.

Vyhláška řeší problém 4. dávky a cituje, že těmto dětem bude poskytnuta 4. dávka v roce 2007. V případě, že nebudete postupovat tak, že jí podáte dříve, ale až v nejzašším termínu, bude vhodné si do konce roku tyto čtvrté dávky objednat tak, aby se již v roce 2008 pouze tyto dávky doočkovaly. Jedná se o děti, které byly narozeny koncem roku 2006 a očkování bylo započato začátkem roku 2007 tak, že si rodiče tři dávky zakoupili. Vzhledem k tomu, že čtvrtou dávkou lze podat nejdříve 6 měsíců po dávce třetí, tedy teoreticky je možné dokonce tyto děti očkovat již i koncem roku 2007. Poslední skupinou dětí budou děti narozené v prosinci 2006, jejichž očkování hexavakcínou (zakoupenou) zahájíme v březnu, třetí dávku dostanou v květnu a teoreticky již čtvrtou dávkou lze aplikovat v listopadu, případně si ji pro ně objednat a aplikovat zdarma nejpozději do 18-ti měsíců. V té době ale již budeme běžně očkovat i ostatní děti narozené v roce 2007, je tedy třeba mít pro případ kontroly počtu aplikovaných dávek dodržení plán počtu dávek pro doočkování této skupiny dětí se kterými se také počítá v nákupu (plán MZ ČR). Odhad byl učiněn na základě počtu zakoupených dávek pro děti narozené od pololetí roku 2005, tedy pro ty, kterým bylo 18 měsíců po 31.12.2006. Důležité je především porozumět principu, že stát zajistil 4. dávku pro všechny, kdo si museli koupit tři dávky a jejichž děti nedovršily 18 měsíců do konce roku 2006!

2) Kdy prakticky očkovat 4. dávkou hexavakcíny? Byli jsme zvyklí ji aplikovat při 18-ti měsíční prohlídce?

Nelze doporučit pro všechny děti jednotný postup, v některých případech oddalujeme živou oč-

kovací látku, jindy dojde k onemocnění po 15. měsíci a posouvá se aplikace do nejzaššího termínu.

Asi není také vždy nejvhodnější dodržovat spodní termín, tedy pouze 6 měsíců od třetí dávky, ale ve výjimečných případech to jistě možné je v souladu s doporučením výrobce (například odjezd do zahraničí).

Rovněž tak nelze doporučit zvát si na prevenci v 18-ti měsících děti dříve z důvodů obavy o dodržení termínu vakcinace. Ve většině případů u zdravých dětí ale není problém aplikovat 4. dávku v 18-ti měsících, je nutné ale myslet na to u složitějších případů a tam raději vakcinaci provést dříve a nenechávat na poslední chvíli.

Více se této problematice budeme věnovat při plánovaných seminářích na téma očkování v jarních a letních měsících letošního roku. O termínech Vás budeme včas informovat.

3. Jak si vykazovat výkon (kód) při aplikaci hexavakcíny?

Výbor OSPDL tuto problematiku projednal, ale vzhledem k tomu, že dosud nebyla učiněna dohoda o úhradách zdravotní péče na rok 2007, tato jednání budou následovat. Do té doby postupujte tak, jak jste tuto aplikaci příslušné zdravotní pojišťovně vykazovali dosud. Návrh OSPDL předložíme nejprve zdravotním pojišťovnám a v dalším čísle Vás budeme informovat.

■ Jak očkujeme proti poliomyelitidě v roce 2007

Po počátečních nejasnostech stran očkovací látky OPV povolené na základě specifického léčebného programu (aktuální informace o výsledku jednání na MZ ČR byla rozesílána cestou okresních zástupců SPLDD začátkem března) se rozeběhlo očkování OPV ve dvou etapách. Stejná očkovací látka je již v předstihu zajištěna i pro rok 2008 pro doočkování malých dětí. Stran očkování IPV u dvou ročníků velkých dětí je nutné postupovat podle přechodných ustanovení vyhlášky tak, aby postupně byly v následujících letech proočkovány děti pátou dávkou IPV nejpozději ve 13-ti letech a současně již letos bylo zahájeno očkování dětí od dovršeného 10. do dovršeného a 11. roku života. Postup stanoví vyhláška následovně:

1. V roce 2007 se u dětí narozených od 1. 5. 1993 do 31. 4. 1994 provede přeočkování proti dět-

ské přenosné obrně inaktivovanou očkovací látkou proti této nákaze podáním páté dávky.

2. V roce 2008 se u dětí narozených od 1. 5. 1994 do 31. 4. 1995 provede přeočkování proti dětské přenosné obrně inaktivovanou očkovací látkou proti této nákaze podáním páté dávky.

3. V roce 2009 se u dětí narozených od 1. 5. 1995 do 31. 4. 1996 provede přeočkování proti dětské přenosné obrně inaktivovanou očkovací látkou proti této nákaze podáním páté dávky.

V případě, kdy vám vypadne část ročníku z důvodu přechodu z očkování celých ročníků na očkování podle data narození postupujte vždy tak, aby jste během jednoho roku proočkovali dle plánu dva ročníky. První ročník (10-11) lze pak nejpozději očkovat při 11-ti leté prohlídce (nedostaví-li se dříve) a v případě dalšího ročníku (13-14) nejdříve při 13-ti leté prohlídce, starší po 13-ti letech, kterým nebyla 5. dávka podána (kteří ji nedostali v roce 2006) by měli být pozváni.

Očkovací látka IPV bude k dispozici po výběrovém řízení na distributora ostatních očkovacích látek pro rok 2007 (vyjma látek InfanrixHexa a Prevenar, které již stát zajistil). První čtvrtletí bylo pokryto ze zásob roku 2006, výběrové řízení se uskuteční na konci března, tedy očkovací látka by měla být k dispozici ve druhém čtvrtletí. Je nutné mít látku k dispozici co nejdříve tak, aby bylo možné aktivně děti zvát před letními prázdninami.

Od data 15.3.2007 na základě domluvy s MZ ČR bude zastavena měsíční evidence počtu aplikovaných očkovacích látek InfanrixHexa, jejichž počty jsme museli každý měsíc předávat HS. Poslední hlášení tedy proběhne za měsíc únor 2007. Dále již budou probíhat průběžné kontroly počtu aplikovaných dávek.

■ Vzdělávání PLDD

Problematika vzdělávání (postgraduálního) byla bohužel prakticky neřešena od doby přijetí nového zákona a to i přes naše opakovaná upozornění, že v důsledcích může problém v této oblasti znamenat výpadky v síti PLDD a nemožnost předat dalším kolegům naše praxe. Bohužel předchozí vedení MZ ČR se touto problematikou nezabývalo a v této věci nejednalo. Od doby nástupu nového vedení MZ ČR již probíhají intenzivní jednání, ale stále ještě narážíme na problémy, které



způsobila stávající platná legislativa. Pro rekapitulaci uvádím, že po přijetí zákona z roku 2004 byla teprve zahájena jednání nově vzniklých akreditačních komisí na téma náplně oborů. Po jejich přijetí jsme se ale dozvěděli, že musí být náplně upraveny tak, aby nejdelší pobyt na akreditovaném pracovišti byl jeden rok (požadavek tehdejšího vedení ČLK). Následně po kontrole komisařů EU ale bylo konstatováno, že náplně všech oborů nevyhovují, protože pobyt na akreditovaném pracovišti musí být po celou dobu přípravy, tedy 5 let! Náplně tedy opět musely být přepracovány. V našem případě jsme respektovali upravené znění náplně pediatrického kmene u oboru dětské lékařství tak, aby pediatrický kmen byl společný a plně kompatibilní pro všechny dětské obory. Případné úpravy kmene by v budoucnu musely být projednávány na půdě akreditační komise tohoto oboru. Stejný kmen zajistí maximální flexibilitu přípravy a možnost požádat po 3 letech o zařazení do oboru praktický lékař pro děti a dorost a uznání pediatrického kmene v případech, kdy kolegové byli přihlášení do oboru dětské lékařství.

Po 3 letech a složení pediatrického kmene se dostávají kolegové do problému finančního zajištění (někdy již dříve nemohou-li najít uplatnění na lůžkovém pracovišti). Problém by urychleně měla alespoň částečně vyřešit novela zákona o vzdělávání, která umožní vzdělávat se během tzv. stáže. To v současnosti možné není, neboť zákon o vzdělávání ukládá podmínku vzdělávat se pouze na

pracovišti, kde má školenec pracovní poměr. Další problém, který tato novela pravděpodobně vyřeší, je otázka možnosti akreditovat se pro vzdělávání pouze na část vzdělávacího oboru, tedy v případě školitelů PLDD jen na poslední období po absolvování pediatrického kmene. To v současnosti možné není, a proto si naši školitelé požádali o akreditaci spolu s IPVZ, neboť IPVZ smluvně zajišťuje i pediatrický kmen. Co zatím novela neřeší je problém, za jaké peníze se školenec vzdělává. Zde se naskytá jen několik možností, které problém neřeší systémově, ale jen částečně (peníze ze strukturálních fondů EU na vzdělávání, krajské dotační projekty, částečné úvazky při lůžkových odděleních, financování asistenta v ordinaci PLDD a jeho vysílání na stáž s následným započítáním finančního objemu na mzdu k ceně převáděné praxe apod.).

Problémy:

- K dnešnímu dni akreditačními komisemi schválené náplně oborů stále nebyly na MZ podepsány a přesto již podle nich musíme vzdělávat a kolegové skládají zkoušky po pediatrickém základu.
- Do dnešního dne nejsou akreditace na některé části náplní a jsou postupně zajišťovány smluvně, přesto vzdělávání probíhá v souladu s náplněmi.
- V současnosti není možné zajistit financování vzdělávání jinak, než získáním pracovního úvazku a vysíláním na stáž, které zatím zákon nepři-

pouští, ale tato situace je tolerována a bude snad urychleně řešena, neboť jinak dojde ke zhroucení celého systému (situace kolegů PL je ještě podstatně horší).

- Byl ukončen projekt finanční podpory školenců z řad PL (a ani nezačal pro PLDD) na IPVZ a hledá se další zdroj financí včetně zajištění prostředků na zaplacení práce školitelů.

Na tato témata jen z posledních jednání: jednání s panem ministrem T. Julínkem, jednání s p. náměstkyní M. Hellerovou, jednání s krajskými zdravotními rady na MZČR, jednání s ředitelkou odboru vzdělávání MZ ČR (viz minulá informace), jednání s ředitelem IPVZ, připravujeme projekty na čerpání financí z prostředků EU na vzdělávání...

Co tedy kolegům prozatím doporučujeme: Najděte si místo na dětském oddělení, absolvujte test po pediatrickém základě, případně již můžete absolvovat i některé odborné stáže, získajte asistentské místo v ordinaci seniora z řad PLDD a kontaktujte nejbližšího školitele z řad PLDD, který Vás po dobu přípravy bude dozorovat. Bližší informace včetně smluvních zajištění dostanou naši školitelé ihned po dokončení jejich hromadné akreditace. Jejich jména a adresy najdete již dnes na www.detskylekar.cz.

V Praze dne 18.3.2007

Podmínky pro získání specializační způsobilosti v oboru praktický lékař pro děti a dorost:

Podle § 44 odst. 2):

... Lékaři, kteří podle dosavadních právních předpisů získali specializaci I. stupně v základním oboru pediatrie, získávají specializovanou způsobilost v oboru praktické lékařství pro děti a dorost stanoveném v příloze k tomuto zákonu, pokud v oboru pediatrie pracují déle než 3 roky, z toho alespoň 1 rok v primární péči.....

Zákon nestanoví, na jaký úvazek je třeba pracovat „alespoň rok v primární péči“. Zákon nestanoví, zda je práce na LSPP prací v primární péči.

Z výše uvedených důvodů vydává výbor OSPDL ČLS JEP následující doporučení, které bylo přijato na mimořádném zasedání dne 23.5.2004 v Kroměříži a pozměněno v souvislosti s novelou Zákona práce od 1.1.2007:

Rok v primární péči může být uznán pouze na úvazek 1,0. Je-li úvazek menší, musí být ade-

kvátně délka přípravy prodloužena. Praxe v primární péči může být zkrácena na 6 měsíců, je-li současně alespoň 6 měsíců doplněna službami na LSPP (v úvazku 1,0). LSPP je chápána jako prodloužená pracovní doba lékařů pracujících v primární péči a proto může být nejvíce z poloviny uznána jako součást praxe v primární péči.

■ Upřesňující výklad:

- O tuto způsobilost žádají zájemci o převzetí praxe PLDD.
- V případě, kdy splňují podmínku atestace z pediatrie, musí si doplnit rok praxe v primární péči. Tato podmínka platí i u lékařů, kteří mají dvě atestace.
- Praxe v primární péči se rozumí alespoň z poloviny v ordinaci PLDD (minimálně 6 měsíců), lze doplnit službami na LSPP.

- Úvazek 1,0 v primární péči odpovídá pracovní době 5 hodin denně ordinací doby (PKČ 1,0), tedy nekryje se s fondem pracovní doby, důležitá je především možnost získat úplné znalosti o rozsahu a problematice práce lékaře v ordinaci PLDD.

- V případě urychlené přípravy lze zvolit cestu získání asistentského místa v ordinaci a současně vykonávat služby, lze si o způsobilost požádat již v průběhu tohoto úvazku s tím, že bude udělena k datu dokončení 6-ti měsíčního období a splnění všech podmínek.

- V případě historie předatestační přípravy v ordinaci PLDD, doložení práce v ordinaci PLDD, předchozích služeb na LSPP apod., je postupováno individuálně tak, aby byla maximálně naplněna podmínka pro získání specializační způsobilosti.



Zajištění zdravotní péče osobám vyjíždějícím do zahraničí

doc. MUDr. Evžen Hrnčíř, CSc.

Klinika pracovního a cestovního lékařství 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

Souhrn

Práce přináší základní informace o moderní široce chápané cestovní medicíně, poskytované a vyučované v rámci oboru pracovní lékařství. Ukazuje, že vedle problematiky subtropických a tropických infekčních a parazitárních onemocnění je vhodné zaměřit se u osob vyjíždějících do zahraničí také na zdravotní otázky spojené se samotným procesem cestování, s geografickými rysy navštívené země, s ekonomickou, politickou, kulturní, demografickou a náboženskou situací, která v ní existuje, a že není možné vynechat ani problematiku psychických vlivů působících na zdraví jedince při pobytu v zahraničí.

Děti se podle našich zkušeností adaptují na pobyt v zahraničí velmi dobře, mívají zde méně zdravotních problémů než dospělé osoby.

Klíčová slova:

cestování, cestovní medicína, pracovní lékařství, zdravotní způsobilost k pobytu v zahraničí

Důsledkem dalekosáhlých politických a hospodářských změn, které se v naší společnosti začaly rozvíjet po listopadu roku 1989, je kromě jiného i velký nárůst počtu osob vyjíždějících z České republiky do vzdáleného zahraničí. Před listopadem 1989 cestovali naši občané do tropických a subtropických zemí s problematickou epidemiologickou situací jen velmi vzácně, a to téměř výhradně jenom služebně. Zdravotní péče jim byla v souladu s tehdy platnou legislativou poskytována na odděleních a klinikách pracovního lékařství (někdy označovaných i jako oddělení či kliniky nemocí z povolání) existujících v tehdejších nemocnicích s poliklinikami krajských ústavů národního zdraví. Poskytování zdravotní péče osobám vyjíždějícím služebně do zahraničí bylo považováno za jednu z forem poskytování zdravotní péče pracujícím. Až do roku 1989 to velice dobře korelovalo s realitou, neboť turistů a jiných „soukromých cestovatelů“ odjíždějících do zdravotně náročných oblastí světa bylo v té době jen minimálně.

Pečovat o zdraví osob vyjíždějících do ciziny bylo většinou považováno za prestižní zdravotnickou práci. Cestovatelé stáli převážně na vyšších (až nejvyšších) stupních tehdejšího „společenského žebříčku“, navíc kontakt s nimi umožňoval často zdravotníkům určité formy styku se zahraničím (včetně občasných služebních cest do exotických ob-

lastí, kam se jiní naši spoluobčané dostávali jen velmi nesnadno).

Od roku 1989 se situace v této oblasti významně změnila. Do zahraničí v současné době odjíždí každoročně velké množství našich spoluobčanů, a to i do nejvzdálenějších zeměpisných lokalit. Mnozí z nich jsou při svém pobytu v zahraničí nepochybně vystaveni působení celé řady vlivů a okolností, které mohou nepříznivě ovlivnit jejich zdraví. Přitom se již zdaleka nejedná jenom o osoby vyjíždějící do ciziny služebně. I když přesné statistiky, které by detailně charakterizovaly na jedné straně naše cestovatele a na druhé straně země, kam vyjíždějí, nejsou u nás k dispozici, stěží lze pochybovat o tom, že mezi osobami cestujícími do zemí s velkými zdravotními riziky převažují nyní již turisté.

S ohledem změněné okolnosti byla už několikrát otevřena otázka, jakým způsobem nově koncipovat zdravotní péči poskytovanou naší cestovatelům. Poukazováno bylo na všemožné zahraniční přístupy, to však bylo málo přínosné, neboť v cizině se v této věci postupuje velmi rozdílně, takže odpovídající cizí vzor bylo možné snadno nalézt pro téměř jakoukoliv navrhovanou alternativu. Diskuse na toto téma zdaleka ještě nebyly ukončeny, což bylo možná jednou z příčin, pro které prozatím nebyl zákonem č. 95/2004 Sb., v platném znění, ustaven samostatný obor cestov-

ní lékařství, případně tropické a subtropické lékařství apod..

Přesto je zřejmé, že osoby, které od nás vyjíždějí do epidemiologicky či jinak zdravotně náročných oblastí světa a pak se k nám vrací, určitou specifickou zdravotní péčí potřebují. S ohledem na to by zřejmě bylo vhodné, aby existovali lékaři, kteří by se na tuto problematiku odborně zaměřili. Prozatím se ale nepodařilo prosadit myšlenku, že je nezbytné vytvořit u nás lékařský obor zaměřený cíleně na řešení zdravotních potíží postihujících cestovatele (analogicky, jako jsou na určitou skupinu populace zaměřeny např. obory tělovýchovné lékařství, geriatrické, pracovní lékařství nebo dětské lékařství). Protože pro cestovatele není výhodné, aby jim potřebnou komplexní zdravotní péči poskytovali současně lékaři hned několika oborů, bylo zřejmé, že poskytování této specializované péče bude vhodné začlenit do některého z existujících lékařských oborů. Prozatím však není dořešeno ani rozhodnuto, který lékařský obor to má být. Pro zdravotníky je ovšem z řady důvodů výhodné pečovat o osoby vyjíždějící do ciziny a v souvislosti s tím se objevuje mnoho netožitných názorů lékařů z různých oborů, jak tuto věc vyřešit.

Argumentováno bylo např. tvrzením, že cestovatelé se při svém pobytu v zahraničí

setkávají „navíc“ jenom se subtropickými a tropickými infekčními a parazitárními onemocněními. Proto by zdravotní péče o ně měla být údajně zaměřena právě tímto směrem (na prevenci, diagnostiku a léčbu těchto u nás se téměř nevyskytujících přenosných nemocí) a měli by ji (včetně očkování) poskytovat lékaři specializovaní na problematiku infekčního lékařství. V této souvislosti je ale nutné upozornit, že očkování je významnou součástí i jiných lékařských oborů a že mezi zdravotními příčinami, pro které se cestovatelé musejí z ciziny vracet před ukončením plánované doby svého pobytu, se subtropické a tropické infekční a parazitární nemoci objevují v praxi jen ve velmi malém procentu případů.

Je pozoruhodné, že i když turistů vyjíždějících do tropů a subtropů u nás od roku 1989 velmi přibýlo, mezi osobami, které vyhledávají lékaře před svým výjezdem do ciziny, stále převažují pacienti, kteří do epidemiologicky závažných vzdálených oblastí vyjíždějí služebně. (Do značné míry by to mohlo být způsobeno skutečností, že turisté mají menší zájem o preventivní předvýjezdovou zdravotnickou péči, než by bylo správné. Naproti tomu zaměstnavatelé z mnoha praktických i legislativních důvodů dbají na to, aby do zahraničí služebně cestovali výhradně jenom ti jejich zaměstnanci, kteří jsou k tomu po zdravotní stránce náležitě způsobilí.) Kromě preventivně zaměřeného poradenství a očkování je tedy vyšetření většiny osob vyjíždějících do zahraničí stále koncipováno nejčastěji také jako preventivní lékařská prohlídka s posouzením jejich zdravotní způsobilosti pro práci v zahraničí. To je ovšem oblast, která je doménou pracovního lékařství.

V koncepci oboru pracovní lékařství je zahrnuta i zdravotnická problematika cestování. Koreluje to nejen s určitou tradicí rozvíjenou v rámci tohoto oboru již v předchozích desetiletích, ale také s výše zmiňovanou skutečností, že v ordinacích lékařů stále převažují mezi cestovateli ti jedinci, kteří cestující do zahraničí služebně, dále se situací, která v této oblasti existuje zejména v anglosaských zemích, a konečně s poměrně širokým obecným pojmáním oboru pracovní lékařství u nás. Multidisciplinární charakter pracovního lékařství totiž umožňuje začlenit do zdravotní péče poskytované cestovatelům v rámci tohoto oboru i problematiku, která stojí svým obsahem až na samé hranici medicíny, ale přesto je pro udržení optimální fyzické i duševní pohody při pobytu v zahraničí důležitá.

Zmíněnému širokému pojmání zdravotní péče osobám vyjíždějícím do zahraničí odpovídá i výuka, kterou studentům magisterského studia lékařství na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze poskytuje naše pracoviště. Zmíním se o ní, abych tím současně vyjádřil, jaké koncipování zdravotní péče poskytované našim cestovatelům považuji za správné a přiměřené praktické situaci, která u nás i ve světě existuje.

Výuka „cestovní medicíny“ poskytovaná naším pracovištěm zahrnuje celkem pět tematických celků.

Za prvé se zaměřujeme na zdravotnickou problematiku samotného procesu cestování. Zahrnujeme sem otázky spojené se vznikem žilních trombóz při delším sezení, následky posunu cirkadiálních rytmtů při cestování na větší vzdálenosti východním nebo

HIPP - mléka



západním směrem, prevenci a léčbu kinetózy, dodržování diety a režimu podávání inzulínu u osob trpících cukrovkou, důsledky tlakových změn při pobytu v letadle apod..

Za druhé se samozřejmě také zabýváme problematikou tropických infekčních a parazitárních nemocí, i když jsme si vědomi skutečnosti, že význam těchto chorob je pro cestovatelskou praxi poněkud menší, než by se na první pohled mohlo zdát. Již jsem uvedl, že podle našich zkušeností se pro zdravotní potíže způsobené „exotickým“ infekčním onemocněním musí z ciziny vrátit jen nepatrná část našich cestovatelů. Také subtropických a tropických infekčních a parazitárních nemocí z povolání (tedy onemocnění zařaditelných do položky 3 kapitoly V. seznamu nemocí z povolání, který je přílohou k nařízení vlády č. 290/1995 Sb.) se u osob, které vyjíždějí služebně do zahraničí, hlásí u nás jen velmi málo. (Převážně jde o nezávažné formy malárie.) Prozatím nám také není známo, že by do naší země bylo osobou vracující se ze subtropické nebo tropické oblasti zavlečeno nějaké závažné přenosné onemocnění (tedy nemoc, kterou by se pak jiní naši občané nakazili takovým způsobem, aby se to stalo epidemiologickým nebo jiným závažným problémem), a ani nejsme informováni, že by u nás v posledních letech takový případ nastal. To vše do určité míry vyjadřuje, jak je tato problematika v rámci cestovní medicíny významná. Praxe kromě toho ukazuje, že mnozí naši cestovatelé pobývají v epidemiologicky náročných zemích v takových podmínkách, že jim vznik obávaných infekčních nemocí běžných u chudých obyvatel rozvojových zemí de facto ani nehrozí (kupř. v klimatizovaných hotelích, ve velkých moderních městech, na mořském pobřeží v turistických oblastech apod.). Řada cestovatelů dokonce vyjíždí do oblastí, kde tato problematika není vůbec aktuální (do evropských zemí, Kanady, USA, Japonska a dalších rozvinutých zemí). To jistě neznamená, že by prevence infekčních a parazitárních onemocnění, s nimiž se naši cestovatelé mohou v zahraničí nakazit, měla být před výjezdem nebo po návratu z ciziny podceňována nebo dokonce zanedbávána, nicméně je vhodné dávat jí jenom takový význam a váhu, jaká jí náleží.

Za třetí přednášíme našim studentům o zdravotních důsledcích geografických odlišností lokalit, kam se cestuje. Zabýváme se

otázkami přizpůsobení organismu na nové klima (aklimatizací), zdravotními následky pobytu ve vysokých nadmořských výškách (akutní a chronickou horskou čili výškovou nemocí), ohrožením zdraví způsobeným některými nebezpečnými živočichy, alergeny a přírodními jevy, které v určitých oblastech působí apod.

Za čtvrté probíráme s našimi studenty psychologické a psychiatrické faktory a důsledky pobytu a práce v zahraničí. I když někteří zdravotníci tuto problematiku podceňují, považujeme ji za významnou zejména s ohledem na to, že většina zdravotníků selhání při pobytu v zahraničí je podle našich zkušeností způsobena právě psychogenními faktory. Také se ukázalo, že psychologické parametry (zejména motivace jedince pro pobyt a práci v zahraničí) mají zásadní význam pro předvídání úspěšnosti cestovatele při jeho pracovním pobytu v cizině. (Je pozoruhodné, že nejúspěšnější bývají ti pracovníci, kteří do zahraničí vyjíždějí se záměrem vydělat si tam peníze. Poněkud častěji selhávají osoby, které cestují do ciziny z „turistických pohnutek“ nebo z jiných osobních důvodů, tedy se záměrem poznávat kulturu a přírodu exotických zemí, případně si zde v klidu odpočinout nebo si odloučením od rodiny nebo od jiných jedinců vyřešit své interpersonální problémy. Největší riziko zdravotního selhání jsme kupodivu zjistili u jedinců, kteří odjíždějí do zahraničí z altruistických důvodů, tedy se záměrem obětovat se a pomáhat tam chudým a utiskovaným lidem. Takto motivované osoby se často vrací domů rozčarované jednak tím, že problém, k jehož řešení se pokoušeli přispět, je v reálné praxi neřešitelný, a dále tím, že lidé, jimž přijeli pomáhat, jim nedávají nijak najevo, že by o takovou pomoc stáli – a někdy se dokonce chovají, jako kdyby tomu bylo spíše naopak.) Je zajímavé, že ukazatele charakterizující objektivní somatický zdravotní stav určitého jedince (např. údaje o stupni jeho obezity, o kouření cigaret, hodnoty krevního tlaku, tepové frekvence, parametry smyslových funkcí, údaje charakterizující sexuální chování apod.) mají – pokud jde o úspěšnost pobytu v zahraničí – daleko menší predikční hodnotu než zmiňované faktory psychologické povahy.

Pátou a nejobsáhlejší kapitolou zařazovanou do naší výuky cestovní medicíny, je seznámení se s kulturními, socioekonomický-

mi, demografickými, náboženskými a politickými poměry, které v cizině existují. Tato problematika se již nachází na samé hranici klasické medicíny, nelze ji však zanedbávat, neboť se zásadním způsobem uplatňuje v životě a zdraví každého jedince, který pobývá v zahraničí. Jistě je velmi nerozumné, aby osoba, která se chystá na cestu do zahraničí, nebyla informována o úrovni a dostupnosti zdravotní péče, která jí tam může být poskytována, o zločinnosti, o nebezpečích vyplývajících z náboženské či politické situace, o obvyklém ubytování a nakupování v příslušné zemi apod. Řada cestovatelů má např. tendenci podceňovat význam náboženství pro život společnosti. To je však v některých zemích silou, která zásadním způsobem ovlivňuje existenci člověka od doby před jeho zplozením až po naložení s jeho tělesnými ostatky. Protože se dodržování náboženských zásad přenáší do života každého jedince, ovlivňuje i jeho zdravotní stav a různě modifikuje rizika, s nimiž se ve svém životě setkává. To se týká i osob, které v prostředí silně ovlivněném náboženstvím pobývají. Seznámení se s hlavními principy světových náboženství proto považujeme za důležité i pro udržení dobrého zdraví při pobytu a práci v zahraničí.

Vzhledem k zásadním odlišnostem existujícím v různých částech světa a vzhledem k nemožnosti zobecnit některé regionální poznatky bylo dokonce uvažováno o tom, že by bylo výhodné, aby někteří lékaři byli odborně zaměřeni na specifickou problematiku určitých světových regionů. V praxi je ovšem nesporné, že je např. z řady důvodů velmi výhodné, když lékař posuzující zdravotní způsobilost cestovatele k pobytu a práci v jisté zemi sám tuto zemi zná, tedy když ji sám navštívil a seznámil se při tom s poměry, které v ní panují. Naše pracoviště proto velmi vítá a snaží se prosazovat cesty svých zaměstnanců do zahraničí.

Určitý problém při poskytování zdravotní péče osobám vyjíždějícím do zahraničí spočívá v tom, že situace v jednotlivých částech světa se rychle mění a tím se modifikují i vlivy, jimiž mohou být naši cestovatelé při svém pobytu v zahraničí vystaveni. V některých zemích, které podle stále přetrvávajících názorů považujeme za rozvojové, zaostalé a problematické (nebo alespoň v těch jejich částech,

kteře jsou více navštěvovány), nastal v posledních letech velký hospodářský rozvoj a existují v nich daleko lepší epidemiologické a společenské poměry, než se naši spoluobčané většinou domnívají. Lékaři odborně zaměřeni na problematiku zdravotní péče poskytované osobám vyjíždějícím do zahraničí by tedy měli své informace o cizině stále aktualizovat, aby mohli svým pacientům poskytovat právě ty služby, které jsou pro ně nejpotřebnější. Je nutné uvědomit si, že vývoj lékařského oboru nemusí vždy záviset jenom na rychlosti, jakou jsou v rámci tohoto oboru objevovány nové poznatky, ale i na dynamice, s jakou nastávají změny okolností, které musí příslušný obor řešit. Cestovní medicína patří s ohledem na výše uvedenou skutečnost jistě mezi ty nejrychleji se rozvíjející lékařské obory.

Pokud jde o pediatrickou část zdravotnické problematiky poskytované cestovatelům, máme zkušenosti, které bych stručně charakterizoval následujícím způsobem: Děti mají při pobytu v zahraničí mnohem méně zdravotních problémů než dospělí jedinci. Prakticky nikdy nemají potíže při samotném procesu cestování (s výjimkou kinetózy, kterou jsou naopak postiženy častěji než dospělí a která u nich mívá výraznější klinické projevy), velice dobře snášejí posun cirkadiálních rytmů a rychle a dobře se přizpůsobují na nové klimatické podmínky (snadno se aklimatizují). Subtropické a tropické infekční a parazitární nemoci se u nich neobjevují častěji než u dospělých (tj. u našich dětí pobývajících v zahraničí jsou také velmi vzácné) a nemívají ani závažnější průběh. Děti se také rychle adaptují na změnu stravování, kterou pobyt v určitých oblastech přináší, a nemívají nesnáze ani při změnách obvyklého denního režimu (spočívajících např. v tom, že chodí později spát). Psychické problémy při pobytu v zahraničí se u dětí téměř neobjevují, do značné míry možná proto, že zde bývají v těsnějším kontaktu se svými rodiči, než je v našich podmínkách obvyklé, a že nemusí řešit specifické pracovní a komunikační problémy, jaké řeší dospělí. Problémem pro děti může být nejspíše špatná dostupnost zdravotní péče v některých oblastech (a to i ve velmi vyspělých zemích - tam bývá někdy přístup k lékaři ovlivněn velmi vysokými platbami spojenými s prováděním diagnostických či léčebných úkonů), která vede k tomu, že některé dětské nemoci se jejich rodiče snaží řešit sami, aniž by k tomu měli potřebné znalosti. Celkově tedy mohou konstatovat, že pobyt v zahraničí přináší dětem méně zdravotních problémů, než by se na první pohled mohlo zdát, takže cestování je pro ně většinou menší zátěží a menším zdravotním rizikem než pro dospělé jedince.



Literatura:

- 1) Hrnčíř, E.: Cestovní medicína a její oborové zařazení. *Prac. Lék.*, 58, 2006, č. 2, s. 55-56.
- 2) Korolová, E. Očkování jako součást péče o zdravotníky vyjíždějící do zahraničí - zkušenosti z praxe střediska cestovní medicíny. *Prac. Lék.*, 58, 2006, č. 3, s. 107 - 110.
- 3) Korolová, E.: Posuzování zdravotní způsobilosti k práci v klimaticky, epidemiologicky i jinak hygienicky a zdravotně náročných oblastech v zahraničí. In Brhel, P., Manoušková, M., Hrnčíř, E. (ed): *Pracovní lékařství, základy primární pracovnělékařské péče*, Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2005, s.133 - 136.
- 4) Pólová, J.: Péče o osoby vyjíždějící za prací do zahraničí ve FNsP Ostrava. *Prac. Lék.*, 58,2006, č. 3, s. 127.

HIPP - HA mléka



Zdravotní problémy a infekční nemoci u dětí po návratu ze zahraničí

prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.

Klinika infekčních nemocí, LF UK a FN, Hradec Králové

Subkatedra tropické a cestovní medicíny, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha

■ Úvod

Pro napsání tohoto tématu jsem byl osloven redakční radou časopisu VOX PEDIATRIAE a především pak osobně panem primářem MUDr. Jiřím Liškou, CSc., Požadavek byl, aby se sdělení zaměřilo na zdravotní problémy dětí po návratu rodin ze zahraničí, aby nepřekročilo několik strojopisných stránek a aby bylo jednoduchou pomůckou pro práci pediatra. Sdělení se mělo stylově podobat tomu, co jsem použil v knize „Očkování - Otázky a odpovědi“. Tu jsem v nakladatelství Galén pro vás nakoupil a díky časopisu VOX PEDIATRIAE mohla být pomůcka pro laiky distribuována 2200 pediatrům společně s jedním číslem časopisu.

Jak si jistě dovedete představit, napsat článek s výše uvedenými podmínkami je úkol skoro pro chytrou horáky. Tropická a cestovní medicína je často mystifikována a jen zmínka o nějaké tropické chorobě vyvolává u posluchačů a čtenářů husí kůže. Snažil jsem se požadavku redakce vyhovět a pro článek jsem použil několik základních zahraničních publikací a také zkušenosti z našeho pracoviště. Těm, kteří otázkám tropické a cestovní medicíny rozumějí do hloubky, se omlouvám a jen upozorňuji, že určitý stupeň simplifikace je nutný pro pochopení tématu. Je tomu podobně jako když zjednodušíme v přednáškách otázky imunitní reakce organismu na očkování.

■ Na jaké nemoci musíme myslet po návratu ze zahraničí?

V literatuře neexistují specifická data pro onemocnění dětí, které se vracejí z rozvojových do rozvinutých zemí s výjimkou těch, které jsou adoptovány rodiči vyspělých zemí. Struktura infekčních onemocnění těchto adoptovaných dětí je však rozdílná a určité neodpovídá realitě.

Děti, které cestují po světě z rozvinutých do méně ekonomicky vyspělých nebo rozvojových zemí nebo do tropických oblastí, jsou většinou společně se svými rodiči nebo blízkými příbuznými, a tak kopírují jejich rizikové chování. Bylo mnohokrát prokázáno nejen v zahraniční literatuře, ale i u nás, že vznik zdravotních problémů během pobytu v zahraničí nebo po návratu velmi úzce souvisí s chováním cestovatele. V před-

náškách se jako příklad ukazují dvě skupiny, které se zásadně odlišují svým rizikovým chováním. Jsou to běžní cestovatelé; např. rodiče s dětmi, pro které nejčastějším zdravotním problémem infekčního původu při pobytu v zahraničí bývá cestovatelský průjem a americká námoňní pěchota, kde nejčastější infekcí je skupina pohlavních nákaz.

Zdravotní problémy při cestách do zahraničí se obecně rozdělují na problémy infekčního a neinfekčního původu. Mezi neinfekční příčiny zdravotních komplikací patří především úrazy, které tvoří až 60% všech zdravotních problémů za pobytu v zahraničí. To je hlavní důvod proč by mělo být před cestou do zahraničí uzavřeno kvalitní zdravotní a úrazové pojištění.

Zbývajících 40% zdravotních komplikací vzniklých jako důsledek pobytu v zahraničí tvoří infekce. Pediatr se importovaných infekcí velmi často obává, na druhou stranu je velmi zběhlý v diferenciální diagnostice horečky, která je základem a prvotním projevem infekce po návratu ze zahraničí. Infekce, které se mohou importovat nejen dětmi ale i dospělými, můžeme rozdělit do dvou velkých skupin, a to na tropické a kosmopolitní infekce. Jejich základním příznakem po návratu ze zahraničí je horečka, a tak pokud bude mít pediatr na mysli při své diferenciální diagnostice několik tropických a kosmopolitních infekcí, s největší pravděpodobností bude moci stanovit diagnózu zvláště pak pokud výskyt horečky dá do vztahu s navštíveným regionem. Mezi tropické infekce, které se po návratu z určitého regionu projevují horečkou a jejichž přehled uvádí **tab. 1**, patří malárie, rickettsiové infekce, horečka dengue, akutní schistosomóza, břišní tyfus, protozoární enteritida, amébový absces jater, histoplasmóza a další. Je nutné mít na paměti, že horečka jako základní příznak se může objevovat po návratu z tropů až do doby jednoho roku. Z tabulky je patrné, že horečka, která se objevuje od druhého měsíce, bývá nejčastěji způsobována tzv. třídenní malárií, které způsobuje *P. vivax* nebo *P. ovale* a méně tropickou malárií (*P. falciparum*). Významným důvodem horečky za 2-3 měsíce po návratu ze subsaharské Afriky je také akutní schistosomóza.

Kromě typických tropických chorob se mohou objevovat u dětí po návratu ze zahraničí tzv. kosmopolitní infekce, tj. infekce, které mají celosvětovou distribuci. Mezi takové patří onemocnění respiračního traktu, bakteriální enteritidy, infekce močového a pohlavního ústrojí a infekce kůže a měkkých tkání (viz tab. 2).

■ Hraje navštívený region nějakou roli v diferenciální diagnostice?

Informace o navštíveném regionu je jedním z nejdůležitějších dotazů, který by měl pediatr položit rodičům dětského pacienta společně s otázkou, zda byla užívána případně antimalarická profylaxe, zda se rodiče zaměřili i na expoziční profylaxi malárie a zda bylo dítě mimo ordinaci pediatra očkováno proti nějaké chorobě. Z tab. 2 je patrné, že navštívený region hraje podstatnou roli v uvažování o příčinách horečky dítěte po návratu. Je jisté, že po návratu ze subsaharské oblasti, kde se dnes nejčastěji navštěvuje Keňa a Tanzanie, by měl pediatr myslet především na malárii, rickettsiové infekce a akutní schistosomózu. Třídenní malárie je doménou Latinské Ameriky, JV Asie a Tichomoří společně s horečkou dengue. Břišní tyfus je dnes hlášen a importován hlavně jižních částí střední Asie a to především z Indie, Pakistánu, Afganistánu, ale také z Turecka. Z kosmopolitních infekcí jsou příčinou horečky nejčastěji respirační nákazy a to zejména při návštěvě zemí latinské Ameriky, zatímco cestovatelský bakteriální průjem je příčinou horečky hlavně pokud cestovatel pobýval v severních částech Afriky. V této souvislosti netřeba dále rozvádět země, kde cestovatelský průjem postihne téměř každého jako je Egypt. Pro sever Afriky a Střední východ jsou též typická onemocnění kůže a měkkých tkání.

Je nutné mít ale na paměti, že ne vše ve skutečnosti „běží“ podle této tabulky a že jen informace o regionu by mohla vést ihned k diagnóze. K tomu je třeba provést alespoň základní laboratorní vyšetření, jako je krevní obraz a diferenciální rozpočet, sedimentaci, CRP, hladiny ALT a bilirubinu. Pediatr by se ale měl zaměřit i na fyzikální vyšetření dětského pacienta a měl



tab. č. 1

Prevalence tropických onemocnění, kde prvotním příznakem byla horečka. Dělení je provedeno dle časového intervalu mezi návratem ze zahraničí a vznikem horečky

	do 1 měsíce	2 - 3 měsíce	4 - 12 měsíců	Celkem
Číselné údaje jsou vyjádřeny v %				
Tropická malárie	24,8	12,7	4,5	21,2
Třídenní malárie	2,1	18,0	17,0	5,5
Rickettsová infekce	4,3	-	-	3,4
Horečka dengue	4,0	-	-	3,1
Akutní schistosomóza	1,7	3,9	0,4	1,8
Břišní tyfus	0,9	0,4	-	0,8
Prvoková enteritida	0,7	-	0,9	0,7
Amebový absces jater	0,5	0,4	0,4	0,5
Histoplasmóza	0,4	-	-	0,3
Helmintická enteritida	0,2	0,9	0,4	0,3
Hepatitida	0,2	0,4	-	0,2
Löfflerův syndrom	0,2	0,4	-	0,2
Ostatní tropická onemocnění	0,6	-	-	0,6
Celkem tropická onemocnění	40,7	36,8	23,7	38,4

tab. č. 2

Prevalence nejčastějších tropických a kosmopolitních onemocnění, kde prvotním příznakem byla horečka. Dělení je provedeno dle regionu, který byl nemocným naposledy navštíven

	Subsaharská Afrika	JV Asie a Tichomoří	Jižní Amerika	Severní Afrika a Střední Východ
Číselné údaje jsou vyjádřeny v %				
Tropické infekce	44,8	36	16,4	5,8
Tropická malárie	30,4	2,1	0	1
Třídenní malárie	5,0	8,7	4,1	3,9
Rickettsové infekce	4,5	1,6	0	1
Horečka dengue	0,1	13,1	8,2	0
Akutní schistosomóza	2,7	0	0	0
Břišní tyfus	0,2	3,4	0	0
Ostatní tropické infekce	1,9	7,1	4,1	0
Kosmopolitní infekce	30	41,5	45,2	41,7
Infekce respiračního traktu	8,2	8,4	13	3,9
Bakteriální enteritida	3,9	9,4	9,6	14,6
Mononukleóza - syndrom	2,9	6,6	4,8	5,8
Infekce kůže a měkkých tkání	3,3	4,5	3,4	6,8
Infekce močové a pohlavní	2,9	2,9	5,5	2,9
Ostatní kosmopolitní infekce	7,7	9,7	8,9	7,8
Neznámá etiologie	24,5	21,3	33,6	39,8
Neinfekční nemoci	1,7	1,3	4,8	11,7

by pátrat po poškození kůže a kožních adnex, zvětšených lymfatických uzlinách na krku, v klíčkové oblasti, v podpaždí a v tříslích, po

zvětšení jater a hlavně po zvětšení sleziny. Již prosté vyšetření dutiny ústní, vyšetření sklér a poslech plic a srdce může mnohé napovědět.

Platí pravidlo, že pro diagnostiku tropických nemocí je třeba na ně hlavně myslet!

Není malárie jako malárie

Ze všech importovaných infekcí, se musíme velmi obávat malárie, a to především tropické, která by měla být vyloučena dětského pacienta s horečkou co nejdříve. Vyšetření je velmi jednoduché a je schopno je provést téměř každé parazitologické oddělení v nemocnicích. Vyšetřením prokazujeme plasmodia z periferní krve po vpichu do bříška prstu. Krev se jednou kapkou nanese na podložní sklíčko a rozetře v tzv. tlusté kapce. Ta je kvalitativním testem a určuje, zda je parazit přítomen nebo ne a v podstatě se nedá určit, o jaký typ parazita jde. Kvalitativně - kvantitativním testem je tenký nátěr, kdy se kapka roztáhne na sklíčko pomocí druhého sklíčka, podobně, jako když se dříve připravoval vzorek krve na odečítání krevního obrazu. V nátěru je parazit zachycen v erytrocytu a podle vzhledu je možné určit jeho typ a také počet napadených erytrocytů. Tlustou kapku a tenký nátěr bychom měli připravit na minimálně tři sklíčka. Soupravy se sklíčky poskytnou většinou parazitologické laboratoře, které jsou ve většině českých měst schopny stanovit diagnózu. Odečtení může být hotovo již za několik hodin a diagnóza tropické malárie tak může být včas vyloučena nebo potvrzena. Na průvodku je dobré pro parazitologa popsat příznaky dětského pacienta a oblast kterou navštívil, popř. udat datum, kdy se z této oblasti vrátil. Takové informace pomohou pak laboratorním pracovníkům lépe stanovit diagnózu. Jen na okraj upozorňuji, že toto vyšetření není drahé a jeho cena se pohybuje do jednoho sta korun.

U malárie je dobré si uvědomit rozdíl mezi třídenní a tropickou malárií. Tropická malárie je způsobována parazitem (není to bakterie, jak se někteří mylně domnívají) *P. falciparum* a po sání anophelové samičky komára je již za 15-30 minut parazit detekován v játrech infikovaného jedince. Odtud se po určité době dostává do krve, kde napadá erytrocyty a způsobuje jejich rozpad. Hladina parazitémie, kterou udává laboratoř, je daná počtem erytrocytů s parazitem, které po napadení tak nejsou schopny provádět svoje základní funkce. Parazitémie v hladině od několika procent je závažným klinickým stavem a určitě není potřeba někoho přesvědčovat o tom, že pokud chybí náhle několik procent nebo několik desítek procent erytrocytů, pak jsou ohroženy orgánové funkce. Obecně se udává, že při parazitémii nad 5% patří pacient na JIP specializovaného infekčního pracoviště.

Naproti tomu třídenní malárie (*P. vivax* a *P. ovale*) nezpůsobuje parazitémii vyšší než



tab. č. 3

Hlavní laboratorní a klinické známky nejčastějších tropických nemocí, kde prvotním příznakem byla horečka. Dělení je provedeno dle nejčastěji diagnostikovaných tropických onemocnění

	Tropická malárie	Třídenní malárie	Rickettsiová infekce	Horečka dengue	Akutní schistosomóza	Břišní tyfus
Číselné údaje jsou vyjádřeny v % (platí po „lokalizované sy“)						
Horečka > 7 d	16	24	13	19	39	50
Horečka ≥ 39 °C	55	50	30	58	29	31
Bolest hlavy	85	74	57	84	53	69
Myalgie/artralgie	67	76	53	83	71	50
Abdominální symptomy	56	29	19	42	47	87
Respirační symptomy	17	14	21	28	50	50
Zvětšení lymfatických uzlin	2	5	51	12	5	0
Zvětšení sleziny	22	27	6	5	5	44
Exantém	3	3	63	47	3	0
Kožní vřed	1	1	81	0	5	0
Nelokalizované symptomy	34	45	0	12	21	12
Leukocyty x 109/L	4-6,3	4,6-7,1	5-7,6	2,7-6,5	8-11,2	4,3-7,2
Trombocyty x 109/L	69-165	89-179	169-272	108-240	202-311	153-299
Eosinofily x 109/L	0-0,07	0,01-0,1	0,02-0,1	0,01-0,08	1,03-2,35	0-0,02
LDH (ukat/l)	7,6	7,1	6,7	7,4	6,7	10,3
ALT (ukat/l)	0,4	0,4	0,5	0,6	0,4	0,8
Bilirubin celkový (umol/l)	11	10	6	5	5	7
CRP (mg/l)	70	55	20	5	30	70

Poznámka: je uvedeno rozmezí, LDH - laktátdehydrogenáza, ALT - alaninaminotransferáza, CRP - C-reaktivní protein

1%, a tak neohrožuje infikovanou osobu na životě. Na druhou stranu vytváří spící formy parazita v játrech tzv. hypnozoity, které se mohou po určité době dostat opět do krve a napadat erytrocyty. Protože většina léků určených k léčbě malárie působí na krevní formy parazita a nepůsobí na jejich jaterní formy, je nutné v případě třídenní malárie po ukončení léčby pokračovat v tzv. antirelapsové léčbě. Během ní je většinou ambulantně aplikován primachin v tabletách a v průměrné dávce relativně spolehlivě ničí jaterní formy parazita.

Z uvedeného plyne poučení, že na nerozpoznanou tropickou malárii může náš pacient velmi rychle zemřít, kdežto původce třídenní malárie, pokud jedinec nepodstoupil antirelapsovou léčbu může s odstupem měsíců až let být příčinou relapsu onemocnění. Proto je velmi důležité zjistit laboratorně přesnou formu původce, který způsobil malárii.

Pozdní horečka v období po jednom až dvou měsících po návratu z tropů nebývá typickým příznakem tropické malárie. Pozdní horečka může být však velmi typická pro třídenní malárii a proto je nutné se dotazovat na pobyt v malarické oblasti několik měsíců, ale i několik let pozpátku. Je totiž prokázáno, že spící formy parazita mohou přetrvávat v játrech i 4 roky. Rodi-

če, ale i někteří lékaři se mylně domnívají že užívání antimalarické profylaxe stoprocentně zabráni následné infekci. Profylaxe sama o sobě není ve sto procentech účinná a údaj o tom, že dětský pacient pod dohledem rodiče užíval antimalarickou profylaxi, není důvodem pro to, aby se nepátralo po tropické nebo třídenní malárii.

■ Jaká další laboratorní vyšetření je nutné provádět?

V poslední tabulce (tab. 3) jsou uvedeny hlavní klinické a laboratorní známky nejčastějších importovaných tropických onemocnění, kde hlavním diagnostickým příznakem byla horečka. Z tabulky je patrné, že pro řadu onemocnění jsou typické i nespecifické příznaky, a tak jejich nález pediatrovi moc nepomůže. Z tabulky je patrné i to, že laboratorní nálezy a jejich průměrné vyjádření v mediánu opět moc nepomohou, protože na individuální úrovni může být skutečnost úplně jiná. V zahraničí byly vypracovány tzv. prediktivní faktory základních tropických onemocnění, které, pokud se objeví, mohou s relativní jistotou informovat lékaře o možné diagnóze. Prediktivními faktory jsou jednotlivé symptomy, které se ve větší nebo menší míře objevují u tropických onemocnění v porovnání s populací, která má horečku z ji-

ného důvodu. Čím častěji se příznak objeví u nemocných, tím má větší prediktivní hodnotu pro stanovení diagnózy tropické choroby.

Pro malárii jsou důležitými faktory pro stanovení diagnózy pobyt v subsaharské oblasti, neužívání nebo přerušení antimalarické profylaxe, bolest hlavy, zvracení, splenomegalie, trombocytopenie a zvýšení LDH, ALT a bilirubinu nad horní fyziologickou mez.

Pro horečku dengue svědčí pobyt v JV Asii nebo Latinské Americe, prchavý exantém na hrudníku a horních končetinách po dobu alespoň dvou dnů po nástupu horečky, leukopenie, trombocytopenie a nezvýšení CRP, protože se jedná často o velmi těžkou virovou infekci. Tyto hlavní příznaky bývají velmi často doplněny úpornou bolestí hlavy a bolestí svalů a kloubů. Horečka dengue se prokazuje laboratorně přítomností IgM protilátek měřenými metodou ELISA anebo čtyř a vícenásobným vzestupem IgG protilátek z párových sér. Pokud je k dispozici jenom rekonvalescentní sérum, pak se jako vysoce pravděpodobné bere, pokud je titr protilátek IgG větší nebo roven 1:1280 nebo jakákoliv pozitivita IgM protilátek.

Rickettsiové infekce jsou v tomto sdělení považovány za homogenní skupinu, ačkoliv tomu tak ve skutečnosti není. V různých sledová-

ních se ale prokázalo, že nejlepšími prediktivními faktory vedle horečky je pobyt nemocného v subsaharské Africe, přítomnost kožního vředu a případný exantém. Je však nutné odlišit bakteriální superinfekci kožní léze, a výjimečně zvažovat další diagnózy jako jsou africká trypanosomóza, kožní antrax a bubonická forma moru. Rickettsiové infekce jsou diagnostikovány z párových sér, kde se očekává minimálně čtyřnásobný nebo větší vzestup protilátek proti *Rickettsia conorii*, *Rickettsia typhi*, *Orientia tsutsugamushi* zjištěným většinou z imunofluorescenčního testu. Pro africký klíšťový tyf pak postačuje (při plně vyjádřených klinických příznacích) jeden titr protilátek s hodnotou $\geq 1/40$ proti *R. conorii*. Mezi neoddiskutovatelné klinické příznaky patří přítomnost prvotní kožní léze (většinou v místě sání klíštěte) společně se zvětšením lokálních mizních uzlin a následnou makulopapulózní vyrážkou. Velmi průkazný je léčebný test, kdy po nasazení doxycyklinu u dospělých nebo azithromycinu u dětí dojde velmi rychle k úzdrazě.

Pro akutní schistosomózu by měl být u pacienta s horečkou základním varujícím údajem kontakt se sladkovodní vodou především v Subsaharské Africe jako je např. Viktoriino jezero. Velmi silným prediktivním faktorem je eosinofilie (tab. 3). Může se též velmi často objevit myalgie a bývá zvýšená hladina LDH. Z potvrzujících laboratorních vyšetření by měla být pozitivní sérologie ELISA, nebo pozitivita nepřímé hemaglutinace, kdy je titr protilátek ≥ 160 . Významným laboratorním průkazem je přítomnost vajíček ve stolici a nebo v moči u neimunních pacientů s eosinofilií větší jak $0,5 \times 10^9/L$.

Významnými prediktivními faktory, které svědčí pro diagnózu břišního tyfu je údaj o pobytu v JV Asii (hlavně Indie) a splenomegalie. Dalšími důležitými příznaky jsou jakékoliv abdominální symptomy a zvýšení ALT nad horní mez. Na rozdíl od virových infekcí bývá velmi výrazně zvýšen CRP. V běžné praxi je nutné v počátku horečnatého stavu, kdy nemocný přichází z JV Asie, právě pomocí CRP od sebe odlišovat horečku dengue a břišní tyfus. Další klinický vývoj a sérologické odlišení definitivně potvrdí diagnózu. Přesná laboratorní diagnostika břišního tyfu se provádí průkazem tyfové a paratyfové salmonely v hemokultuře nebo kultivací ze stolice.

■ Závěr

Optimální péče o nemocné děti s horečkou, které se vrátily společně s rodinou z rozvojových a tropických oblastí, závisí na včasném rozpoznání uvedených tropických chorob. Protože nejsou dosud dostupné přesné, specifické a hlavně rychlé laboratorní testy, je nutné diagnostické a terapeutické uvažování orientovat dle geografického rozložení nejčastějších tropických onemocnění a podle prvotního vyhodnocení klinických příznaků a laboratorních nálezů. Většina uvedených prediktivních faktorů může být použita v běžné praxi pediatra a může tak být použita v diferenciální diagnostice febrilního stavu dětského pacienta. Věřím že simplifikace, kterou jsem použil v tomto sdělení nebude pro čtenáře zavádějící a že jim pomůže lépe se v problematice orientovat.

Poděkování: Práce na publikaci byla podporována Výzkumným záměrem Fakultní nemocnice Hradec Králové MZO 00179906.

■ Literatura:

1. Yates JA, Pandey P.: Medical problems of internationally adopted children presenting to a travel medicine clinic in Nepal. *J Travel Med.* 2006 Nov-Dec;13(6):381-3.
2. Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE et al: GeoSentinel Surveillance Network. Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travelers. *N Engl J Med.* 2006 Jan 12;354(2):119-30.
3. Bottieau E, Clerinx J, Van den Enden E et al: Fever after a stay in the tropics: diagnostic predictors of the ensuing tropical conditions. *Medicine (Baltimore).* 2007 Jan;86(1):18-25.
4. O'Brien DP, Leder K, Matchett E et al: Illness in returned travelers and immigrants/refugees: the 6-year experience of two Australian infectious diseases units. *J Travel Med.* 2006 May-Jun;13(3):145-52.



Kinetóza

doc. MUDr. Evžen Hrnčíř, CSc.

Klinika pracovního a cestovního lékařství 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

Kinetóza je postižení, které se klinicky manifestuje pocitem na zvracení a zvracením (nauseou a vomitem). Jeho plnému rozvoji většinou předchází bledost a opocení kůže. Kinetózu způsobují zejména celkové (celotělové) vibrace o velmi nízké frekvenci (ve frekvenčním pásmu od 0,1 Hz do 1,0 Hz), v podstatě tedy kývání organismu, kdy jeden kvv trvá od 1 sekundy do 10 sekund, někdy však i jiné vlivy. Kinetóza se nejčastěji objevuje při dopravě (zejména při jízdě lodí, autobusem či automobilem nebo při létání), a bývá někdy slangově označována podle okolností, při kterých vznikla (např. jako mořská nemoc při pobytu na lodi houpající se na vlnách, letadlová nevolnost apod.).

Mechanismus, jakým se nízkofrekvenční celkové vibrace uplatňují při vzniku a rozvoji kinetózy, byl dlouho předmětem polemik. Zpočátku se zdálo, že kinetózu vyvolává především dráždění rovnovážného (vestibulárního) ústrojí. Svědčily pro to kromě jiného i analogie známé z lékařské praxe (např. zvracení provázející Menierovu nemoc). Později bylo při výkladu kinetózy zohledněno, že ji lze navodit i zrakovými vjemy. Současně se ukázalo, že náchylnost k rozvoji kinetózy závisí také na věku, náplni žaludku, poloze a pohybech končetin a psychickém stavu exponovaného jedince.

Nynější výklad patogeneze kinetózy je stále zčásti spekulativní, nicméně dobře vysvětluje všechny empiricky známé jevy, které se při manifestaci této nemoci uplatňují. Vysvětlení vychází z konstatování, že organismus disponuje řadou receptorů, které registrují polohu a změnu polohy jednotlivých částí těla. Takovým receptorem je samozřejmě rovnovážné ústrojí, jehož periferní část je lokalizovaná ve skalní kosti poblíž vnitřního ucha. Neméně důležitým ústrojím registrujícím polohu a její změnu je ale také zrak. Dále jsou to proprioreceptory v končetinách a v oblasti žaludku. Ukázalo se, že přicházejí-li z těchto receptorů do centrálního nervového systému výrazné stimuly, zvláště jsou-li navzájem rozporné, vede to k takovému podráždění mozkové kůry, že se to projeví nauseou a zvracením.

O roli zraku při vzniku kinetózy nemůže být pochyb. Četné zkušenosti ukazují, že pouhé dráždění organismu zrakovými vjemy (i bez působení nízkofrekvenčních vibrací na periferní část rovnovážného ústrojí) může navodit typickou ki-

netózu. Uvádí se, že dříve bývala na poutích předváděna atrakce (považovaná neprávem za „legrační“), která spočívala v tom, že sedící osobě se kolem hlavy rotočil obraz krajiny. Takto exponovanému jedinci se po určité době udělalo nevoľno a případně se i pozvracel (v tom právě spočívala ona údajná „legrace“). Abstrahujme nyní od etických hledisek takového experimentu a uvědomme si, že rovnovážné ústrojí při něm nebylo drážděno vůbec, avšak samotné podráždění zraku rotací obrazu navodilo typickou kinetózu. Uvádí se, že některým osobám se může udělat nevoľno, dívají-li se z mostu na vodu tekoucí pod nimi. Zrak v takovém případě registruje pohyb, zatímco ostatní receptory polohy těla nejsou stimulovány vůbec. Právě zmiňovaný nesoulad mezi těmito vjemy může navodit kinetózu. Analogicky lze vysvětlit i nevoľnost, kterou pozorujeme u některých diváků při sledování trojrozměrného filmu ve speciálních kinech.

Osoby pobývající v kabině letadla zmítaného vzdušnými turbulencemi nebo na lodi rozkývané vlnobitím, nemusí zrakem vnímat žádné výraznější změny polohy (např. vnitřek kabiny letadla se vzhledem k jejich očím prakticky nepohybuje). Rovnovážné ústrojí však tyto pohyby vnímá a registruje i proprioreceptory v končetinách a v žaludku (impulzy z nich se však do centrálního nervstva dostávají později než z rovnovážného ústrojí). Tento nesoulad mezi charakterem informací, které do mozku přicházejí z jednotlivých receptorů polohy, a jejich časový posun, pak vede k rozvoji kinetózy (v podobě letadlové nevoľnosti či mořské nemoci).

Zkušenosti ukazují, že predisponujícím faktorem pro vznik kinetózy je i střední naplnění žaludku (prázdný nebo přeplněný žaludek naopak pravděpodobnost rozvoje kinetózy snižuje) nebo soustředění se na počínající nevoľnost. Přemýšlí-li osoba exponovaná nízkofrekvenčním vibracím o jiných skutečnostech, než jsou její rozvíjející se žaludeční potíže, kinetóza se stabilizuje nebo se zmírňuje. Odvedení pozornosti resp. soustředění se na jinou problematiku (nebo na jiné pocity včetně bolestivých) může vzniku kinetózy zabránit.

Projevy kinetózy se u některých jedinců objevují s nevyzpytatelnou zákonitostí. Někdy u nich ani výrazné nízkofrekvenční celkové vibrace žádné potíže nenavodí, jindy i relativně malé výkyvy

podložky, na které pobývají, způsobí výraznou nauseu a zvracení. Řada námořníků se plaví po dobu mnoha let po mořích a oceánech bez potíží typu kinetózy a pak se u nich z nepochopitelných důvodů toto postižení objeví i při poměrně malém kymáčení lodi.

U mladších jedinců lze kinetózu vyvolat mnohem snáze než u starších osob. Lze tedy konstatovat, že s přibývajícím věkem se pravděpodobnost postižení kinetózou snižuje. Velmi náchylné ke kinetóze jsou děti. Stává se, že při jízdě autobusem nebo i automobilem se v důsledku kinetózy pozvrací většina cestujících dětského věku. Naproti tomu v autobuse převážejícím starší osoby (např. obyvatele domova důchodců) se v souvislosti s kinetózou téměř nikdy nikdo nepozvrací.

Pozoruhodná je i empirická zkušenost, že náchylnost ke vzniku kinetózy závisí také na směru kývání. Kupř. kýváním hlavy dopředu a dozadu lze kinetózu navodit snáze než kýváním hlavy na pravou a na levou stranu. Tohoto poznatku a dalších zjištění lze někdy využít k nefarmakologické prevenci nebo léčbě kinetózy.

Po ukončení expozice výrazným celkovým nízkofrekvenčním vibracím kinetóza většinou velmi rychle ustoupí. Z příčin, které zatím nejsou dobře vysvětleny, však někdy přetrvává i poměrně dlouho po ukončení této expozice (někdy až po dobu několika hodin). Přetrvávání příslušného podráždění centrálního nervstva vedoucí k pocitu na zvracení a případně i ke zvracení lze v takovém případě nejspíše vysvětlovat působením psychických faktorů (vzpomínáním si na nepříjemné pocity, představováním si jich, obavami, aby se nenavrátily apod.)

V našich podmínkách však kinetóza většinou trvá jenom krátce a jen zcela vzácně je závažným zdravotním problémem. Pacienta (a případně i jeho okolí) spíše obtěžuje, než aby ho ohrožovala. Při delších plavbách po moři se však kinetóza může stát onemocněním, které postiženého jedince velmi vysiluje, a případně je i příčinou provozních problémů a snížení bezpečnosti lodního provozu.

Prevenci a léčbu kinetózy můžeme rozdělit na nefarmakologickou a farmakologickou.

Kausální primární prevencí kinetózy je vyvarovat se působení takových vlivů, které ji vyvolávají. V praxi to bývá nesnadné pokud jde o celko-

Nestlé - BEBA HA



vé vibrace vznikající při dopravě. Osoby citlivé ke vzniku kinetózy se však mohou snadno vyvarovat návštěvy různých atrakcí, při nichž rozvoj tohoto postižení hrozí (pouťové „centrifugy“, řetězové kolotoče apod., případně i kino s trojrozměrným obrazem). Hygienické limity celkových vibrací (včetně nízkofrekvenčních) stanovuje u nás nařízení vlády č. 148/2006 Sb. I při dodržení limitních hodnot nízkofrekvenčních celkových vibrací však nelze zcela vyloučit, že u některých citlivých jedinců se kinetóza objeví.

Při rozvíjející se kinetóze (nebo z preventivních důvodů) lze vždy aplikovat nefarmakologické postupy, ty většinou samy o sobě přinášejí výraznou úlevu. Nejúčinnějším a (přitom nejjednodušším) opatřením je zavřít oči (a vypojit tím zrak jakožto jeden z receptorů polohy a změn polohy těla). Účelné je také pokusit se odvést všemožnými podněty pozornost postiženého od jeho narůstajících zažívacích potíží. Za úvahu stojí také snažit se otočit se do takové polohy, aby se kývání organismu dělo spíše ze strany na stranu než dopředu a dozadu. Loď se většinou nejvýrazněji kýve podle své dlouhé osy lodi (loď se tedy převážně kýve nalevo a napravo, menší měrou dopředu a nazad). Proto je rozumné otočit se při pobytu na lodi tak, aby se zadopřední osa hlavy stala rovnoběžnou s dlouhou osou lodi (je tedy např. vhodné

dívat se ze zádě směrem na příď nebo obráceně). Stavět se kolmo k dlouhé ose lodi není za takových okolností výhodné, přesto to mnozí jedinci činí. Začne-li některý z naloděných cestujících pociťovat nauseu, často se postaví na bok lodi a ohne se přes zábradlí lodě nad vodu, aby případné jeho zvratky dopadly mimo palubu lodi. V takové pozici těla se většinou zvýrazní kývání dopředu a nazad, takže k obávanému zvracení pak skutečně dojde.

Pokud jde o farmakologickou prevenci a léčbu kinetózy, používáme k nim zejména léky patřící do skupiny antihistaminik, které působí jako blokátory histaminového receptoru prvního typu (H1 receptorů) a mají současně antimuskarinové účinky. Při jejich antiemetickém působení se významnou měrou spolupodílí i sedativní účinek, který tyto léky mají. Patří mezi ně fenothiazinový derivát promethazin s výraznými sedativními účinkem (Prothazin), dále dimenhydrinat (podává se v podobě žvýkací gumy - Travel-Gum), embramin (Medrin) a moxastin (dříve lék Theadryl, nyní se moxastin podává jenom v kombinaci s kofeinem jako Kinedryl). Teoreticky by bylo možné a efektivní aplikovat i účinnější antiemetika, kupř. ze skupiny neuroleptik (např. thiethylperazin - Torecan, chlorpromazin - Plegomazin a další), antagonisty serotoninu na 5-HT₃ recep-

torech (ondansetron - Emeset, Ondemet, Setron Zofran, případně gransisetron - Kytril a další) nebo nepřímé blokátory vápníkového kanálu (cinnarizin - Stugeron, Cinarizin Lek, Cinnabene, kombinace cinnarizinu s dimenhydrinatem - v zahraničí lék Arlevert, flunarizin - Sibelium a další), ale v praxi to není obvyklé, neboť k prevenci a zvládnutí kinetózy v naprosté většině případů postačí první zmínovaná antihistaminika.

Nejobvyklejší je podat u osob, o nichž je známo, že často trpí kinetózou (zejména u dětí), preventivně žvýkací gumu Travel-Gum, a to asi 20 minut před začátkem expozice (před cestou). U dětí aplikujeme jen polovinu žvýkací gumy (s obsahem 10 mg dimenhydrinatu), u dospělých celou (tedy 20 mg dimenhydrinatu). Tato žvýkačka se má žvýkat asi 10 minut, pak je možné ji vyplivnout. Jestliže se i přesto objeví obtíže charakteru kinetózy, je možné podat další žvýkací gumu Travel-Gum (ve stejném množství, jak je výše uvedeno). Čím dříve zakročíme farmakologicky proti vzniku a rozvoji kinetózy (v případě, že se toto postižení rozvíjí), tím efektivnější a rychlejší bývá léčba, proto tam, kde se u pacienta začíná objevovat nevolnost, není vhodné s podáním léku otálet.

Literatura u autora

ČLS JEP - Společnost patologické a klinické fyziologie - Sekce pro atherosklerosu

Česká pediatrická společnost - Komise pro prevenci atherosklerosy v dětském a adolescentním věku

ve spolupráci se Společnostmi klinické biochemie, všeobecného lékařství, praktických lékařů pro děti a dorost, klinické výživy a intenzivní metabolické péče, obesitologickou, diabetologickou

SLS - Společnost klinické biochemie - Sekce pro atherosklerosu

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA UK - 4. INTERNÍ KLINIKA

IPVZ PRAHA a NCONZO BRNO

si Vás dovolují pozvat na symposium s edukačním programem

ATHEROSKLEROSA 2007

diagnostika, léčba, prevence v dětském i dospělém věku

v Praze v Lékařském domě ve dnech 12.-14. září 2007
pod záštitou děkana 1. LF UK prof. MUDr. Tomáše Zimy, DrSc.

Předběžná témata edukačního programu: Patogeneze metabolického syndromu, Lipidy a CNS, Genetické faktory a kardiovaskulární riziko, Nutriční přístupy v kardiovaskulární prevenci, Risikové faktory atherosklerosy v dětském a adolescentním věku, Obesita a metabolismus tukové tkáně, Atherosklerosa a hemostaza, Hyperhomocysteinemie a atherosklerosa, Metabolismus lipoproteinů a malnutrice, Esenciální mastné kyseliny v patogeneze nádorových onemocnění, Nové poznatky o patofyziologii, diagnostice a léčbě hypertenze, Insulinové resistance a její molekulární a klinické aspekty

Kontaktní osoba: RNDr. Eva Tvrzická, CSc., 4. interní klinika 1. LF UK, U nemocnice 2, 128 08 Praha 2
tel.: +420-224 962 500, fax: +420-224 923 524, e-mail: Eva.Tvrzicka@vfn.cz



Proč je interpretace imunologických vyšetření tak těžká?

as. MUDr. Jaroslav Svoboda

NZZ, Liliová 13, Praha 2

Interpretace imunologických laboratorních vyšetření souvisí i s pochopením formování se imunitního systému ve fylogenezi i v ontogenezi. Tato úvaha nemá být ničím jiným než variací na myšlenky našeho velkého imunologa Dr. Miroslava Holuba a jejich rozvedením na pozadí poznatků současné biologie (citace jeho textů jsou uvedeny v uvozovkách). Pochopení těchto vývojových vztahů je nezbytné pro jemnější a opatrnější interpretaci těchto výsledků v klinickém kontextu.

Vždy si vzpomenu na to, jak provokativní pro mě už na počátku studia medicíny byla skutečnost, že se v lidském těle mohou tvořit autoprotilátky pro „tomu nejvlastnějšímu, co člověk má, proti vlastní genetické informaci“, tedy antinukleární protilátky. Pan profesor Charvát tento jev nazval v úvodu k „Repetitoriu“ z roku 1967 „genetickou sebevraždou“. Tak jako Miroslava Holuba, i mě fascinovala při imunofluorescenčním vyšetření „zářící buněčná jádra připomínající noční nebeskou oblohu“. A Miroslav Holub dále píše: „Vypadalo to hrozně, něco jako člověk napadený protilátkami proti člověku, ale většinou to (v klinické praxi) zase nebyla taková antická tragédie. Člověk napadený protilátkami proti člověku totiž není příroda, nýbrž je to příroda tak, jak se dává našemu tážání (Werner Heisenberg). A naše tážání je zcela poplatné tradici a terminologii příslušné vědy.“ A právě zde si musíme uvědomit, že se imunologie rodí v lůně mikrobiologie 19. století, takže „všechno cizí je zlé“ a imunologie studuje vědy, kterými „se bráníme“, abychom zůstali sami sebou“. Toto chápání „zlého vnějšího světa“ nebere v úvahu evoluční aspekty, které mohou vysvětlit velkou biochemickou podobnost mezi řadou autoantigenů a exoantigenů (endosymbiosa v evoluci).

V současné době obvykle imunitní systém, zejména jeho adaptivní složku, chápeme jako vnitřní model vnějšího světa, původně jako „otisk cizího uvnitř“. „Imunologie tedy začíná a rozpíná se s životními problémy“ individua. Tato představa plně koresponduje s tzv. „instrukční teorií tvorby protilátek“. Mezi nejznámější autory a reprezentanty této koncepce patřili v třicátých letech 20. století Felix Haurowitz, profesor lékařské chemie na pražské německé lékařské fakultě, a později i dvojnásobný nositel Nobelovy ceny, profesor Linus Pauling. Podle instrukční teorie sám „mikrobiální antigen instruuje náš obranný systém, konkrétně buněčný zdroj protilátek“, aby produkoval

„Ehrlichovy cílené střely“. To znamená, že invazor je základní informací, podle níž pracuje imunitní systém“.

Tak jak se imunologie stala předmětem intelektuální hry v 50. a v 60. letech obohacené o nové poznatky týkající se DNA, nahromadila se celá řada argumentů, které instrukční teorii tvorby protilátek zpochybňovaly. Celý problém se postupně „posunul od antigenu k genu“.

V této situaci je představa prostého mechanického otisku obtížně představitelná. Hovoří proti ní i celá řada dalších argumentů molekulární biologie.

A tak se v průběhu 50. a 60. let minulého století formuje a upřesňuje anticipační, tzv. klonálně selekční, teorie (F. M. Burnet, N. K. Jerne, P. Medawar, ...). Jde v podstatě i o jakousi konfekční výrobu protilátek na rozdíl od „šití na míru“, které předpokládají teorie instrukční. Klonálně selekční teorie vychází z předpokladu, že v homatopoetické tkáni vznikají klony („klonální“) lymfocytů, které jsou potenciálně schopné reagovat se všemi teoreticky možnými antigeny „v jsoucnu“, ale klony, které by mohly být autoreaktivní, jsou u člověka v thymu (T lymfocyty) či přímo v kostní dřeni (B lymfocyty) vyselektovány kontaktem s v těchto orgánech prezentovanou kolekcí autoantigenů. Na tuto selekci navazuje podle těchto teorií okamžitá eliminace těchto vyselektovaných lymfocytárních klonů. Výsledkem tohoto procesu by měla být situace, kdy by po porodu neměly být v organismu přítomny lymfocyty schopné reagovat a autoantigeny („selektce“).

Jistě je obtížné si představit, že by „bez podnětů“, tedy spontánně, prenatálně v organismu vznikaly lymfocytární klony s receptory pro prakticky neomezené množství antigenů. Není to dobře představitelné ani za předpokladu, že „nesmírnou komplikovanost antigenního vesmíru imunitní systém dohání během ontogeneze prostým přeskupováním vysoce variabilních a mutacím podrobených genových segmentů, jež navazují na segmenty relativně stálé“. Zajímavé je, že tato mimořádná variabilita antigenních receptorů obratlovců může být důsledkem virové infekce těchto prvních obratlovců. Důsledkem infekce by tedy byla integrace genů RAG - 1 a RAG - 2, které jsou zodpovědné za rekombinace.

Zatím nebyl přesně objasněn ani vlastní mechanismus eliminace vyselektovaných potenco-

nálně autoreaktivních lymfocytárních klonů („polibek smrti“). Prenatálně by tedy kontakt s „vlastním“ antigenem indukoval apoptózu v reagujícím lymfocytu, zatímco postnatálně takový kontakt vede k rozvoji imunitní reakce. Rovněž experimentální imunologové „nepozorovali u bezthymových (nude) myši zvýšený výskyt autoagresivních lymfocytárních klonů nebo onemocnění, jak klonálně selekční teorie předpokládají“.

V klinické praxi známe celou řadu orgánových i systémových onemocnění, jejichž klinický obraz je podmíněn především imunopathologickým procesem, který je zprostředkován autoimunitním mechanismem. Jedná se tedy o autoagresi vedoucí k imunologicky zprostředkovanému tkáňovému poškození. Tyto klinické situace by byly „pochopitelné z teorie informace“. Jedná se však o podstatně rozsáhlejší a v samotné podstatě života zakotvenou problematiku. Autoimunita je zcela fyziologickým fenoménem, který jako jakýkoliv jiný biologický jev má svou patologii.

Autoimunitní reakce je nejčastější imunitní reakcí, ke které v podstatě dochází při permanentní imunologické kontrole všech povrchů v organismu. Tyto reakce se ve své aferentní části neliší od naší běžné představy imunitní reakce, ale eferentní část této reakce za fyziologických okolností nejen že není spojena s poškozením cílové buňky, ale dochází naopak k posílení jakéhosi virtuálního modelu organismu jedince. Autoimunitní reakce tedy zajišťuje sebeochranu a sebeutvrzení! Tyto dva fenomény jsou rozhodující pro zachování identity a integrity individua. Autoimunitní reakce se podílí i na regulaci funkce samotného imunitního systému. Jde pravděpodobně jednak o tzv. „revmatoidní faktory“, jednak o tzv. „antiidiotypové“ protilátky vytvářející „antiidiotypové“ sítě. V obou případech se jedná o „protilátky proti protilátkám“. Rvmatoidní faktory přítomné v různých imunoglobulinových třídách jsou protilátkami pro Fc fragmentu imunoglobulinu izotypu IgG. Rvmatoidní faktory tak jednak usnadňují antigenprezentační funkci B lymfocytů, pokud jsou navázány na jejich povrchu, jednak pravděpodobně regulují tvorbu imunoglobulinů při jejich intenzivní syntéze (např. revmatoidní artritida nebo i infekční endokarditida). „Antiidiotypové sítě“ jsou tvořeny jednak lichými generacemi protilátek namířených proti antigenu, jednak sudými generacemi protilátek, které se váží na idiotypy liché generace proti-



látek, a tím konformačně imitují antigen, proti němuž jsou protilátky liché generace namířeny. Dochází tak k vytváření tzv. „vnitřních obrazů antigenů“, a to jak exoantigenů (galerie všech znaků, s nimiž se organismus setkal), tak i autoantigenů (virtuální model sebe sama). Revmatoidní faktory i všechny antiidiotypové protilátky s výjimkou první generace protilátek namířených proti exoantigenům tedy jsou autoprotiilátkami. Tyto autoprotiilátky „kontrolují rozsah a delimitují průběh imunitních reakcí“.

Imunitní systém tedy nezůstává lhostejným k sadě autoantigenů, a to jak v rovině protilátkové, tak i tzv. „buňkami zprostředkované“ imunity. Výsledkem těchto autoimunitních reakcí však většinou není eliminace buněčných nositelů autoantigenů, tedy vlastních buněk, ale naopak, jak již bylo řečeno, jakási sebeochrana a sebeutvrzení organismu individua. Již francouzský imunolog Pierre Grabar upozornil na to, že „podstatná část imunoglobulinů, tzv. přirozené protilátky, má svou aktivitu namířenou proti vlastnímu, účastní se například procesů výměny buněk, eliminace obsoletních buněk v raných etapách přestavby orgánů a periodických funkčních proměn“. Navíc se tyto přirozené protilátky uplatňují i v časně fázi infekce a reagují s mikrobiálními antigeny bez zapojení adaptivní imunity. Z toho ale logicky vyplývá nápadná podoba mezi některými autoantigeny a mikrobiálními antigeny. I proto Stratis Avrameas píše, že „imunitní odpověď proti cizorodnému se tedy může dát pomocí autoreaktivních buněčných klonů s širším spektrem rozpoznávání“.

Musíme si uvědomit, že vlastní antiinfekční imunita je z valné části zajišťována tzv. přirozenou, antigen nespecifickou imunitou, jejíž buněční reprezentanti (buňky nadané schopností fagocytózy, především „profesionální fagocyty a spontánně cytotoxické buňky“) reagují na s patogenitou spojené znaky (PAMP). Tyto struktury se vyskytují na buňkách, které jsou následně fagocytovány. Antigeny těchto buněk jsou ve fagocytujících buňkách, především v dendritických buňkách a v makrofázích, zpracovány a jejich část, tzv. antigenní determinanta, je spolu s organismu vlastními molekulami (HLA II. třídy) prezentovány pomocným (helper) T lymfocytům, které již jsou součástí přirozené imunity nadřazeného systému, tzv. „adaptivní imunity“, která je antigen specifická a je vybavena imunologickou pamětí. Zatímco „přirozená“ imunita zabezpečuje obranyschopnost v užším slova smyslu, „adaptivní“ imunita se především podílí na udržování mikrostrukturální homeostázy, tedy identity a integrity. Antigen specifické receptory se mohou vyskytovat na povrchu buněk (TCR, povrchové imunoglobuliny) nebo jsou součástí cirkulujících imunoglobulinových molekul (idiotypy na variabilní části protilátkové molekuly).

Jestliže tedy instruktivní teorie tvorby protilá-

tek i teorie klonálně selekční předpokládají existenci „vnitřního modelu vnějšího světa“, výše uvedenými úvahami se dostáváme k formulování „dominantního vnitřního modelu vlastního vesmíru“, tedy k vnitřnímu modelu sebe sama! Imunitní systém tak „reflektuje především určité dominantní autoantigeny, proti nimž má vestavěny kontrolní síť buněk“. „Dominance určitých vlastních antigenů se zajišťuje už třeba trvalým tokem informací na ně, tedy sebeutvrzováním“. Zajímavé je, že je „upřednostněna reakce proti oněm cizorodým antigenům, které jsou nikoliv nejvzdálenější, nýbrž právě nejbližší, chemicky nejpříbuznější dominantním autoantigenům, tedy proti zlým slovům nejbližším našemu vlastnímu slovníku“. Jsou to tedy například některé mikrobiální antigeny, které jsou velmi podobné nebo dokonce shodné s některými našimi autoantigeny. Hovoříme o tzv. sdílených dominantních autoantigenech společných bakteriím i člověku.

Tuto shodu může dobře vysvětlit tzv. endosymbiotická teorie vývoje, která není v rozporu s Darwinovou evoluční teorií, ale která zdůrazňuje podíl symbiózy na vzniku nových forem života. Nejedná se jenom o, z gymnasia notoricky známý, příklad mitochondrií, ale i o celou řadu virů, jejichž genom, ať už je zapsaný v jazyce DNA či RNA, se stává po integraci součástí genomu hostitelské buňky. Někdy jde i o genetickou informaci, která je dále vertikálně předávána a která hraje klíčovou roli pro příslušnou vývojovou linii života (například zmíněné geny RAG - 1 a RAG - 2). Mezi sdílené dominantní antigeny společné pro člověka i například pro bakterie patří různé proteiny tepelného šoku (hsp), enzymy nebo nukleoproteiny. Existují i geny pro antigenní produkty společné pro živočišnou a rostlinou říši, protože všechny formy života mají společné kořeny a endosymbióza se podílí na vzniku všech, i v současnosti existujících živých organismů.

Pro existenci mnohobuněčného organismu je nezbytná normální funkce imunitního systému. A pro jeho existenci je tedy rozhodující reakce s trvale přítomnými autoantigeny, tedy autoimunitní reakce. Tato autoimunitní reakce tedy trvale formuje a posiluje imunitní systém (autoinstrukční teorie). Zásahy z vnějšího prostředí tedy imunitní systém nezakládají, ale pouze ovlivňují. Celá řada vlastních antigenů má zmíněný charakter tzv. „dominantních autoantigenů“, které jsou sdíleny různými formami života a záleží na tom, v jakém kontextu jsou jejich často i jen lehce mutacemi pozměněné formy prezentovány. Významná je i přítomnost signálů ohrožení organismu v cytokinovém mikroprostředí, v němž k reakci dochází. Proto může být odpověď imunitního systému na stejný antigen v čase odlišná! Průnik pathogenního mikroorganismu do těla aktivuje řadu autoreaktivních lymfocytárních klonů. Proto nás v klinické praxi nepřekvapuje, že se před manifestací

systémového autoagresivního onemocnění často v anamnéze setkáváme se závažnou, často nedostatečně léčenou, infekcí.

Imunitní systém je tedy podle této představy zakládán autoimunitními reakcemi, k nimž dochází na základě obecných principů interakce buněk. Výsledkem těchto procesů je sebeochrana a sebeutvrzování „vnitřního modelu sebe sama“ na základě trvalého toku informací o těchto permanentních reakcích. Cizí antigen vychyluje rovnováhu v imunitním systému a k reakci na něj dochází v důsledku jeho větší či menší podobnosti s autoantigeny. Tato podobnost nebo i shodnost nás nemůže překvapit, pokud si připomeneme endosymbiotickou teorii evoluce. Významný však je kontext, v němž je antigen prezentován. Tento kontext pak odráží individuální míru tolerance a stupeň aktuálního ohrožení individua. Celou problematiku jednoduše shrnuje Holubovo tvrzení, že „jsme spoluutváření nemocemi proto, že jsme se jim ubránili na základě modelu sebe sama“. „Imunita je základní vlastností vnitřního prostředí, tedy bytí, nikoli zplodinou vnějšího vesmíru“. Sebereflexe je tedy základní vlastností života!

Objevení se v úvodu diskutovaných antinukleárních protilátek je příkladem dominance některých jaderných autoantigenů. Dnes víme, že většina tzv. orgánově nespecifických autoprotiilátek je schopna vstupovat do živých buněk a tam ovlivňovat zpracování a realizaci genetické informace. Tyto poznatky zcela zásadně mění náš pohled na tyto autoprotiilátky a interpretaci jejich přítomnosti v séru pacienta. Sebeochrana imunitním systémem se tedy týká i intracelulárních antigenů a genetické informace. Existuje i zpětnovazebná ochrana samotného imunitního systému zprostředkovaná autoprotiilátkami (rheumatoidní faktory, antiidiotypové protilátky,...) a pravděpodobně i některými autoreaktivními buňkami.

Při hodnocení imunologického profilu pacienta si musíme vždy uvědomit, že přítomnost celé řady autoprotiilátek v séru nesignalizuje útok na člověka, ale představuje jeho ochranu. „Nejde o protilátky proti člověku, ale pro člověka“.

Na závěr je tedy znovu nutné zdůraznit, že to je právě autoimunitní reaktivita, která zakládá a formuje imunitní systém (autoinstrukční teorie), který představuje „vnitřní model sebe sama“ a který zabezpečuje trvalou sebeochranu a sebeutvrzování. Všechny tyto principy je zapotřebí domyslet a vzít v úvahu při individuálním hodnocení imunologického laboratorního profilu pacienta.

Tento text je nejen variací na myšlenky Dr. Mirosława Holuby, ale i holdem tomuto imunologovi a básníkovi, který velmi sofistikovaně zdůvodnil, proč se dnes „imunologie stává jedním ze základů obecné teorie života“.

Literatura u autora

Nutricia - Nutrilon



Dojmy a postřehy z krátkého pobytu ve zdravotnických zařízeních v Thajsku a v Kongu

doc. MUDr. Evžen Hrnčíř, CSc.

Klinika pracovního a cestovního lékařství 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

Souhrn:

Autor sděluje své dojmy z krátkého pobytu ve třech zdravotnických zařízeních v thajském Bangkoku a v jednom zdravotnickém zařízení v konžské Kinshase.

Zdravotní péče poskytovaná pacientům v těchto zařízeních má nečekaně vysokou úroveň, a to jak po stránce odborné, tak i po stránce pečovatelské. Thajská univerzitní nemocnice Chulalongkorn Hospital poskytuje pacientům zdravotní péči téměř ve všech lékařských oborech, probíhá zde výuka domácích i zahraničních studentů, na péči o nemocné, výuce a výzkumu se vedle domácích učitelů podílí velké množství zahraničních expertů. Thajský Pasteurův ústav je ambulantním zařízením sloužícím původně k boji proti vzteklině, v současné době se zaměřuje i na léčbu uštknutí jedovatými hady. Kromě vlastní výroby sér jsou zde certifikována a distribuována i zahraniční séra proti hadímu uštknutí. Thajský BNH Hospital je kvalitně vybavené lůžkové zařízení určené však jenom bohatším pacientům. Je do něj začleněno i ambulantní oddělení cestovní medicíny, které poskytuje zejména očkování, poradenskou péči a všeobecné vyšetřovací programy s preventivním zaměřením osobám vyjíždějícím z Thajska do zahraničí. Konžská nemocnice CMK Hospital je rovněž velmi kvalitním soukromým zdravotnickým zařízením, sloužícím ovšem převážně jenom cizincům a špičkám konžské společnosti.

Klíčová slova:

cestovní medicína, Thajsko, Kongo, zdravotnická zařízení v zahraničí

V roce 2005 jsem měl možnost krátce navštívit čtyři zdravotnická zařízení v tropických rozvojových zemích, a to univerzitní nemocnici Chulalongkorn Hospital, Pasteurův ústav a v soukromou nemocnici BNH Hospital v thajském Bangkoku a CMK Hospital v konžské Kinshase. Dojmy, které jsem tím získal, mohu charakterizovat následujícím způsobem:

Chulalongkorn Hospital je univerzitní nemocnicí lékařské fakulty Královské Chulalongkorn University. Je lokalizována ve východní části Bangkoku, avšak nedaleko od historického centra tohoto města. Jde o jakési malé moderní městečko postavené v rozsáhlém rovinatém parku, v němž jsou vedle vlastních nemocničních pavilonů s lůžkovými odděleními také stavby sloužící k výuce (posluchárny, ústavy, knihovny apod.), obchody, restaurace, menza, kolej a technické zázemí. Do současné podoby byla vystavěna v relativně krátké době, převážně v 70. a 80. letech minulého století. V jednotlivých nemocničních budovách je většinou umístěno několik samostatných pracovišť různých lékařských oborů, avšak podobně odborně či

provozně zaměřených. Péče v této státní nemocnici je poskytována za de facto symbolický poplatek a je proto dostupná všem thajským občanům.

Na většině nemocničních odděleních jsou převážně třílůžkové až šestilůžkové pokoje, jenom na interním oddělení jsou pokoje až dvacetilůžkové. Sesterská a ošetrovatelská péče je zde nepochybně na velmi vysoké úrovni, což bylo vedle nápadné pracovní pile sester vysvětlitelné i velkým počtem středního i nižšího zdravotnického personálu. Práce nelékařů není pro nemocnici příliš nákladná, přitom ty osoby, kterým se podaří ji získat, si toho velmi cení a svým pracovním úsilím to dávají znát. Proto byla nemocnice velmi čistá, nikde nebyl cítit zápach, chodby i pokoje byly vždy řádně uklizené. Ubytovací komfort na lůžkových odděleních byl s výjimkou minimálního soukromí pacientů na více lůžkových velmi dobrý.

V nemocnici probíhala při běžném provozu výuka studentů lékařství (prakticky stejným způsobem jako u nás). Pozoruhodný bylo poměrně velký počet zahraničních studentů, zejména z nedalekých asijských

zemí (kupř. z Malajsie nebo ze Singapuru), ale i z jiných částí světa (kupř. z Japonska nebo z Austrálie).

Odbornou úroveň poskytované lékařské práce nemohu kvalifikovaně hodnotit. Pro našeho lékaře je ale nápadné, že na jednotlivých nemocničních provozech pracuje jen poměrně málo lékařů. Podle informací, které mám k dispozici, je pracovní síla lékařů na místní poměry relativně drahá. Role lékaře spočívá převážně jen v rozhodování o tom, jak má probíhat diagnostický program a léčba pacienta. Velmi podstatnou část práce, kterou v našich nemocnicích vykonávají lékaři (kupř. sepisování anamnézy, pravidelné každodenní vizity, vypracování zdravotnické dokumentace apod.), provádějí v Thajsku kvalifikované zdravotní sestry. Lékaři jsou zváni jenom k řešení složitějších případů, při změnách zdravotního stavu pacientů a k učinění závažnějších diagnostických či terapeutických rozhodnutí, současně kontrolují, jakým způsobem ostatní nemocniční personál plní jejich pokyny.

V univerzitní nemocnici Chulalongkorn Hospital pracuje celá řada předních odborníků

ků ze zahraničí (měl jsem možnost setkat se zde s lékaři z USA, Izraele a ze zemí západní Evropy), a to většinou v rolích konzultantů, kteří přicházejí na oddělení jen ve vybraných dnech a řeší ty nejsložitější případy.

Pasteurov ústav byl v Bangkoku založen v roce 1904, existuje zde tedy již více než 100 let. Situován je v honosné budově postavené v koloniálním stylu, která se nachází ve velkém tropickém parku v bezprostředním sousedství univerzitní nemocnice Chulalongkorn Hospital. Zdravotní péče, která je zde poskytována, je pro pacienty bezplatná. Pasteurov ústav byl založen za účelem boje proti vzteklině a toto zaměření v něm do současné doby převažuje. Důležitou část jeho práce však v současnosti tvoří také výroba (resp. úprava), distribuce, skladování a certifikace séra proti hadímu uštknutí. Jde o ambulantní zařízení s detašovanými pracovišti na několika desítkách míst po celém Thajsku. Součástí Pasteurova ústavu je hadí farma, v níž se chovají jedovatí hadi a shromažďuje se zde jejich jed sloužící k výrobě příslušného séra proti hadímu uštknutí, dále diagnostické a výzkumné laboratoře i veterinární zařízení, v nichž jsou sledována zvířata (případně vyšetřována a pitvána), u nichž existuje podezření na infekci vzteklinou. Celkově je možné konstatovat, že Pasteurov ústav řeší celou širokou problematiku vztekliny a hadího uštknutí, od veterinární přes klinickou, vědeckovýzkumnou až po výukovou a popularizační. Vzteklinu je v Thajsku stále velkým problémem a i přes velké úspěchy v boji s touto nemocí zde na ni každoročně umírá několik set osob - v minulosti to ale byly tisíce. Ročně se zde zrealizuje údajně více než 20 tisíc jednotlivých očkování pokousaných jedinců. V Thajsku žije celkem 7 druhů jedovatých hadů, z nichž však jen hadi 4 druhů se vyskytují často a jsou z epidemiologického hlediska významní.

Stáže, které poskytuje Pasteurov ústav zahraničním studentům, jsou velmi dokonale koncipovány. Součástí výukových programů jsou např. videozáznamy, na nichž jsou dokumentovány klinické projevy propuklé vztekliny. Lze zde shlédnout třeba pozoruhodný videozáznam charakterizující poslední týden života pacienta nemocného vzteklinou (psychické změny, křeče, svalové záškuby, priapismus, nemožnost polykání tekutin při výrazné žízní) i speciální péči, která je mu poskytována (od ošetřovatelské péče až po nakládání s jeho tělesnými ostatky - odběr mozkové tkáně punkcí vedenou přes očníci,

její vyšetření, umístění zemřelého těla do plastového vaku a jeho kremace - což je v zemi s tradicí řady pohřebních rituálů důležité epidemiologické opatření). Zahraniční učitelé zde prezentují různé výukové i diagnostické počítačové programy.

Vedení Pasteurova ústavu mi umožnilo účastnit se očkování jednotlivých pacientů pokousaných vzteklými zvířaty a podílet se na zdravotní péči, která jim v souvislosti s komplikacemi navozenými očkováním musela být poskytována. Domnívám se, že jednou z příčin rozšíření vztekliny v Thajsku je velké množství zdvicočelých psů, kteří se volně toulají po městech i na venkově, živí se všemožnými odpadky a navzájem se rvou, čímž si vzteklinu předávají. Hlavní thajské náboženství (théravádský buddhismus s hinajánskou cestou k dosažení nirvány) však zabráňuje tyto toulavé psy (často nemocné vzteklinou) usmrcovat a místní obyvatelé pohlízejí s nevůli i na osobu, která se snaží od sebe psa razantně odehnat.

Část Pasteurova ústavu je za poměrně vysoké vstupné přístupná turistům. Jde však jenom o kus zahrady, v níž jsou upravené klece s hady, hlediště pro diváky a betonový bazén naplněný vodou. Zde se pro laické zájemce o problematiku hadího uštknutí pořádají téměř divadelní vystoupení, jejichž náplň a obsah jsou z čistě lékařského hlediska skoro úsměvné, ale jejichž popularizační význam jistě není zanedbatelný. Po dramatickém výkladu o nebezpečí uštknutí hadem přináší ošetřovatel jedovatého hada, manipuluje s ním takovým způsobem, že se některým divákům hrůzou tají dech, a pak předvádí, jak se od tohoto hada odebírá jed k dalšímu laboratornímu zpracování. Předváděný had má ale vytržené jedové zuby, takže není nebezpečný, a „vzácný jed“, který se od něj podaří odebrat a je jako velká cennost odnášen do „laboratoří“, je již mimo zraky turistů vylit do odpadu. Další předvádění hadi (někteří z nich plavou ve zmiňovaném bazénu) jsou vesměs škrtiči bez jedového ústrojí. Také v naprosté většině klecí, do nichž mohou turisté při návštěvě této části zahrady Pasteurova ústavu nahlížet, jsou vystaveni hadi z čeledi krajovitých, kteří nejsou jedovatí. Skutečná hadí farma Pasteurova ústavu, v níž jsou chováni jedovatí hadi pro výrobu séra proti hadímu uštknutí, je umístěna v jiné části areálu a veřejnosti není přístupná.

BNH Hospital (Bangkok Nurse Home Hospital) je moderní soukromá nemocnice mo-



**Frühauf P., Fuchs M.,
Polášková S., Vernerová E.,
Zlatohlávková B.**

ALERGIE KOJENECKÉHO VĚKU

**Recenzenti:
doc. Sýkora, prim. Štolcová**

Společnost Nestlé Česko pokračuje v tradici každoročního vydávání odborných publikací pro české a slovenské pediatri, tentokrát již čtvrtou odbornou monografií. Publikace konstatuje zvyšující se výskyt alergických chorob v dětském věku. Teoretické vysvětlení tohoto jevu zatím není zcela jasné. Velký význam má genetická zátěž. Jakákoliv manifestace alergie v kojeneckém věku může být začátkem tzv. alergického pochodu, tj. rozvoje dalších alergických onemocnění. Jsou diskutovány anafylaktické, respirační, gastrointestinální a kožní projevy alergie v kojeneckém věku a jejich terapie. Zmíněny jsou vyšetřovací metody vhodné pro kojenecký věk. V závěru jsou uvedena stávající doporučení k výživě novorozenců a kojenců s aspektem prevence potravinové alergie.

Publikace je určena především praktickým lékařům pro děti a dorost, ale stejně tak dobře je využitelná i pro studenty medicíny nebo v odborných ambulancích. Distribuce probíhá prostřednictvím lékařských zástupců společnosti Nestlé.

Monografie má 59 stran, 27 tabulek, 3 schémata a 3 grafy.

ISBN. 80-903776-0-2, Nestlé 2006

Kontakt:

Nestlé Česko s.r.o.

- divize Infant Nutriron

tel.: 800 135 135

e-mail: nni@cz.nestle.com



noblokového typu velmi dokonale vybavená nejmodernější technikou i kvalifikovaným personálem. Péči v ní si pacienti hradí z vlastních prostředků. Proto slouží jen těm nejbohatším thajským a zahraničním klientům. Pro pohodlí pacientů je zde připraveno nezvykle luxusní prostředí. Jsou zde např. dokonale vybavené tzv. prezidentské nebo ambasadorské apartmány, ty mají kromě samostatného pokoje pro nemocného pacienta také vlastní kuchyni, jídelnu, místnost pro ubytování příbuzných, koupelny, společenský salón apod.. V BNH Hospital pracuje velký počet zdravotních sester (po celou dobu mého pobytu jich bylo zde více než ošetřovaných pacientů), ty jsou dokonale upravené a chovají se tím nejzdvořilejším způsobem. Lékařů je (stejně jako v jiných zdejších nemocnicích) velmi málo, jedná se však vesměs o špičkové odborníky (někteří z nich jsou ze zahraničí včetně USA). Ti sem docházejí pravidelně jenom několikrát týdně, na vyžádání by však zřejmě byli k dispozici téměř kdykoliv. Na některých provozech, jakým je např. jednotka intenzivní péče, je ovšem lékař přítomen trvale (a to i v případě, že tam momentálně není shodou okolností žádný pacient).

Součástí BNH Hospital jsou také specializovaná ambulantní oddělení. Já jsem měl možnost seznámit se nejlépe s oddělením cestovní medicíny. Toto pracoviště poskytuje převážně očkování a poradenskou péči osobám vyjíždějícím z Thajska do zahraničí, jeho pracovní náplní však je i realizace „všeobecných“ vyšetřovacích programů s preventivním zaměřením. Pracovníci tohoto oddělení mají k dispozici velmi dokonale sestavené a neustále aktualizované softwarové programy, pomocí kterých lze snadno identifikovat, jaké očkování je při cestách do různých zemí vhodné provádět, jaká zdravotní rizika kde hrozí, čeho je třeba se vyvarovat a jakým způsobem je potřeba jednotlivé cestovatele vybavit (a to i při různě složitých cestovatelských kombinacích, např. při návštěvách několika různých zemí). Oddělení cestovní medicíny má jej omezenou pracovní dobu, která je de facto určována požadavky pacientů. Ti sem přicházejí zásadně na objednání a na ošetření, vyšetření či očkování nikdy nečekají. (Toto oddělení ani nemá místnosti typu našich čekáren.)

Jsem toho názoru, že BNH Hospital nabízí svým pacientům (pokud jde o „hotelovou část“ pobytu v nemocnici) mnohem luxusnější péči, než která je poskytována našim

občanům v našich zdravotnických zařízeních. Upozorňuji přitom, že BNH Hospital údajně není tou nejluxusnější nemocnicí v Bangkoku.

Znalost angličtiny je mezi thajskými lékaři naprosto běžná, i když za „mezinárodní jazyk“ je v thajských nemocnicích považována také čínština a nyní prý už i japonština. Anglicky se lze domluvit i s podstatnou částí zdejších zdravotních sester.

Celkově mohu konstatovat, že jsem byl překvapen poměrně vysokou úrovní thajského zdravotnictví (resp. těch zdravotnických zařízení, které jsem měl možnost poznat). Thajsko již dávno není zaostalou rozvojovou zemí, jak se možná mnozí naši spoluobčané mylně domnívají. Již při cestě z moderního letiště do centra města po perfektních několikaproudových dálnicích ve dvou až třech vrstvách nad sebou spatřuje návštěvník Bangkoku nejmodernější osobní vozidla, povšimne si četných obřích mrakodrapů, poutačů na exkluzivní zboží a velkoprodejen mezinárodního typu (včetně prodejen obchodní sítě Makro, Lidl, Tesco a další). V centru města pak nalezne čisté ulice s vyzdobenými výkladními skříněmi, perfektní hotely i restaurace a kvalitně oblečené lidi.

Poněkud jinou celkovou situaci jsem poznal v roce 2005 v konžské Kinshase. Konžská demokratická republika (dříve Zaire) je země zmítaná již několik let vnitřními nepokoji a ozbrojenými konflikty. Ulice hlavního města Kinshasy jsou převážně nebezpečné, chybí zde stabilní telefonní síť, pošty fungují jen omezeně, standardních obchodů je velmi málo, na tržištích lze běžně zakoupit části těl chráněných živočichů (např. rohy vzácných antilop nebo levhartí kůže), křižovatky a důležité objekty jsou hlídány vojáky, kanalizace zřejmě převážně nefunguje. V centru Kinshasy leží CMK Hospital, soukromá nemocnice určená k poskytování zdravotní péče cizincům a špičkám konžské společnosti. Její vybavení, a to jak pokud jde o zdravotnickou techniku, tak i pokud jde o „hotelové zařízení“ pokojů pacientů, je na naše poměry relativně skromné. Zdravotní péči zde poskytují stálí lékaři, kteří studovali převážně v Evropě a jejichž odborné znalosti, vystupování i komunikace v cizí řeči (většinou je to francouzština) jsou na velmi dobré úrovni. Na některé speciální výkony (kupř. k provedení břišních nebo jiných operací) jsou však do nemocnice zváni domácí experti, vesměs také absolventi evropských universit. Měl jsem možnost podílet se na zdravotní pé-

či, která byla poskytována našemu občanovi trpícímu břišním onemocněním. Součástí jeho léčby bylo i provedení břišní operace. Mohu konstatovat, že místní zdravotnický personál odvedl dokonalou práci, a to jak pokud jde o diagnostiku (ta ovšem vycházela převážně jen z anamnézy a běžného rentgenového vyšetření), tak i pokud jde o vlastní chirurgický zákrok a pooperační péči.

Pokud jde o zdravotní péči poskytovanou místním obyvatelům, kteří nejsou dobře finančně situováni (a ti tvoří v Kongu zřejmě naprostou většinu populace), neměl jsem možnost detailně ji poznat. Předpokládám ovšem, že z našeho pohledu je zcela nedostatečná. Na ulicích téměř nepotkáváte starší lidi, což navozuje dojem, že pokročilejšího věku se dožije jen velmi málo obyvatel této země. O úrovni všeobecně dostupné zdravotní péče svědčí také to, že řada osob má zjevné tělesné vady, např. chybění částí končetin. Kontaktem s občany, kteří jsou o situaci v Kongu relativně dobře informováni, jsem nabyl dojmu, že podstatné části populace zde není potřebná zdravotní péče poskytovaná vůbec. Při léčbě ve venkovských oblastech země se významnou měrou uplatňují tradiční metody, které jsou podle moderních medicínských představ zcela nevědecké a neúčinné, stojící na samé hranici „kouzelnictví“.

Jen těžko si lze učinit správnou představu o stavu zdravotnictví v jednotlivých zemích, jestliže je sami nenavštívíme. Navíc situace v některých oblastech se velmi rychle mění. Například v Jihoafrické republice, kterou jsem měl možnost navštívit před 10 lety, bylo v té době velké množství špičkových zdravotnických zařízení srovnatelných se zdravotnickými institucemi v USA nebo v západní Evropě. Ta údajně fungují bez větších změn do současné doby. Stejně kvalitní zdravotnická zařízení bývala i v sousední Zimbabwei a v Mosambiku. Z doslechu ovšem vím (sám jsem Zimbabwei ani Mosambik nenavštívil), že v obou těchto zemích se v posledních letech situace ve zdravotnictví z řady důvodů velmi zhoršila. Naproti tomu některé země, považované u nás podle tradičních názorů stále za rozvojové, dosáhly při vytváření sítě zdravotnických zařízení velkých úspěchů. Patří mezi ně již zmiňované Thajsko, ale i jiné země v této oblasti (zejména např. Malajsie a Filipíny).

Literatura u autora

OCUflash gtt. oph.

Nové oční kapky k léčbě „červeného oka“ v terénu

MUDr. Jaroslav Karhan

Oční klinika LF UP v Olomouci

Za dobu posledních 25 let, co působím v oftalmologii, se stále ozývají hlasy kolegů z jiných oborů, aby došlo k většímu uvolnění preskripčních omezení u očních kapek. Jde tu o dva protichůdné proudy. Oftalmologové vždy argumentují, že bez řádného vyšetření oka za pomoci speciálního přístrojového vybavení nelze stanovit správně diagnózu očního onemocnění. Tudíž ani správně indikovat léčbu. Dalšímu odbourávání preskripčních omezení u collyrií se spíše brání. Ostatní specialisté naopak argumentují, že by rozšíření škály léčebných možností uvítali. Zejména pro lehčí stavy onemocnění víček a spojivek. Pokud mají pacienti vážné oční obtíže, sami je odesílají k očnímu lékaři. Situace se v posledních letech zlepšuje, a to i kvůli rozšiřující se nabídce collyrií, které jsou v lékárně volně prodejné.

Dá se tedy říci, že většinu stesků, které si kolegové z jiných oborů vyslechnou od svých pacientů kvůli očím, tvoří nezávažné stavy více nebo méně „červeného oka“, které však pacienty značně obtěžují. Tyto stavy jsou často „křížem pro pacienta i lékaře“. Ztráta zraku či vážné poškození oka z nich ale nehrozí.

„Červené oko“ (povrchová infekce oka) může být z vícero důvodů. V praxi to jsou nejčastěji: 1. Záněty spojivek, 2. Lokální alergické reakce, 3.

Astenopeické potíže (začervenání oka způsobené kombinací namáhání zraku - např. v autě, u televize nebo PC - spolu s nesprávně korigovanou refrakční vadou), 4. Reaktivní hyperémie (únava, pláč, kontaktní čočky, pobyt v zakouřené místnosti apod.), 5. Pouřazové stavy, 6. Syndrom suchého oka (poru-

šené složení slzného filmu vedoucí k diskomfortu a podráždění oka). Oftalmologové mají pravdu v tom, že udělat správnou diagnózu mezi těmito nejčastějšími možnostmi, je bez přístrojového vybavení nemožné. Jenže. Při každé banalitě či pocitu diskomfortu v očích člověk hned nepoběží k lékaři, že.

Chtělo by to vlastně nějaké takové „chytré oční kapky“, které by mohl mít člověk „po ru-

domím na jakékoliv „červené oko“ doporučit. Každému. Novorozenci, dítěti i dospělému. A mít jistotu, že pomohou a neublíží. Bez interakcí s jinými léky. Kapky, které by mohly být „v zásobě“ doma. K vykapání či výplachům, když se do oka něco nepatřičného dostane. Nebo k řešení pocitu diskomfortu v očích, ať už je příčina jakákoliv. Toto „chytré collyrium“ by muselo mít současně několik

účinků: 1. účinek desinfekční a antibiotický, 2. účinek adstringentní, 3. účinek protizánětlivý. Dlouho se zdálo, že něco takového se nemůže podařit. Ale opak je pravdou. Jeden výrobce se nyní našel. A přitom nevynechal nic nového. Použil jen to, co se po staletí v léčbě očí s úspěchem používá. Výtažek ze Světlíku lékařského. Tento výtažek zakonponoval do sterilního, izotonického, pufrovaného roztoku očních kapek s názvem OCUflash. Světlík lékařský má desinfekční, antibiotický, adstringentní i protizánětlivý účinek. OCUflash splňuje vše, o čem jsme výše mluvili. Může se aplikovat dětem již od narození. Výrazně pomůže u pěti z šesti výše jmenovaných stavů červeného oka. Nevřeší plně jen syndrom suchého oka. V tomto případě musí být aplikovány navíc ještě umělé slzy.

Dosud se v terénní praxi nejčastěji na „červené oko“ aplikoval Ophthalmoseptonex. Ten má jen účinek desinfekční. Zkuste ve své praxi doporučovat pacien-

tům OCUflash. Uvidíte, že výsledky léčby budou o mnoho lepší. A co navíc - nezatížíte si svůj limit. Oční kapky OCUflash jsou bez preskripčního omezení volně prodejné v lékárně za mírnou cenu. Pacient si je hradí sám.



ce“. Doma. V autě. Kapky, které by většinu výše jmenovaných stavů buď samy vyléčily nebo alespoň obtíže při těchto stavech značně zmírnily. Ovšem za podmínky, že by v žádném případě neškodily, ať už by se v oku dělo cokoli. Kapky, které by mohl lékař - neoftalmolog nebo lékárník, s klidným svě-



Zajímavosti ze světa odborné literatury

Rychlá dilatace aneurysmatu coronární artérie při Kawasakiho nemoci

V práci je popisováno úmrtí 5-ti letého chlapce, který zemřel na rupturu aneurysmatu coronární artérie během akutního stadia Kawasakiho nemoci. Byl léčen s intravenózním gama globulinem 1g/kg denně - 6,8 a devátý den nemoci spolu s aspirinem, dipyridamolem, intravenózním heparinem a ulinastatinem (inhibitor elastazy neutrofilů). Ani toto léčení nebylo efektivní. Proto se někteří pracovníci domnívají, že léčba imunoglobulinem by měla být započata dříve a to během dvou dnů. Jiní prezentují také rychlé průběhy coronární arteritidy již 3. den nemoci, které neodpovídaly na imunoglobuliny, ale na plasmaféresu, která odstranila zánětlivé cytokiny z plasmy a tak zabránila arteritidě. Jiní zkoušejí také nízké dávky metotrexátu. Proto se mnozí autoři přimlouvají používat při maligním průběhu Kawasakiho nemoci imunosupresivní terapii.

Eur.J.Pediatr. (2007) 166:87

Invazivní aspergilosa u chronické granulomatosní nemoci

Při tomto poměrně známém onemocnění se objevuje rekurentní bakteriální a plísňové onemocnění. Incidence plísňové infekce se pohybuje kolem 20%, z toho aspergillus se podílí 78%. Teheránská lékařská fakulta popsala 7 případů, které byly všechny klasifikovány NBT testem. Střední věk začátku onemocnění se pohyboval kolem 5. měsíce, vlastní plísňová infekce se objevila v 6 letech věku dítěte. V klinickém obraze dominovaly teploty, vysoká sedimentace, nejistá odpověď na antibiotika a infiltrace na RTG nebo CT. Poškození plic, jater, mozku, stěny hrudníku a lymfatických uzlin. Byl izolován *aspergillus fumigatus* a *aspergillus*

flavus. V první linii léčby nasazen Amfotericin. K tomu intraconazol a flucytosin. Tři pacienti byli poměrně brzy zhojeni a propuštěni na perorálním intraconazolu. Jeden pacient zemřel na nekontrolovatelnou infekci. Autosomální formy mají sklon k úpravě stavu. Tito pacienti se prezentovali s dlouhotrvajícími teplotami, v jiných sděleních jsou ale popisovány méně symptomatologické presentace. V případě recidiv doporučují autoři transfuze granulocytů nebo transplantace buněk kostní dřeně.

Eur.J.Pediatr. 2007, 166, 83-84

Cytomegalovirus a Helicobacter pylori kooperují s Menetrierovou nemocí

Toto onemocnění je charakterizováno hyperplazií žaludeční sliznice a sekundární hypoproteinemií ze ztráty bílkovin. Popsán klinický obraz 2,5 roku starého chlapce, který byl přijat s tříměsíční anamnézou otoků v obličeji a na končetinách. Fyzikální vyšetření vykazovalo dobrou růstovou i hmotnostní křivku. V laboratoři je hypoproteinémie s 2,0 g/dl albuminu a 408 mg/dl IgG. Normální hodnoty cholesterolu nebyly v relaci se zvýšenými triglyceridy. I ostatní laboratoř nevykazovala změny. Scintigrafie pomocí techneciem značeného albuminu detekovala ztráty bílkovin. Titry protilátek proti cytomegaloviru (CMV) vykazovaly pozitivitu. Abdominální sonografie detekovala tlustou žaludeční sliznici, malé množství ascitu, zvětšená játra a splenomegalii. Léčba pomocí infusí albuminu vedla k vymizení otoků. Při žaludeční endoskopii byla nalezena zvětšená žaludeční sliznice lokalizovaná v corpus. Antrum a fundus byly normální. Histologické vyšetření ukázalo proliferaci gastrických žlázek a cystickou dilataci se zvýšením granulocytů a eosinofilů. Dále nalezen při histologickém vyšet-

ření *Helicobacter pylori* (HP). Eradikace HP byla zajištěna pomocí amoxycilinu, claritromycinu a lansoprazolu. Za 2 měsíce po léčbě HP došlo k výraznému zmírnění hypoproteinémie, hypoalbuminémie a hypogamaglobulinémie. Také ztlustění gastrické stěny bylo menší. I dalších 16 měsíců zůstal tento pacient zlepšen. Je to možné ve světle posledních výzkumů, kdy se zjistilo, že HP může zvyšovat sérový glaukom - like peptid, který indukuje růst mukosy. Čili léčba HP přispěla k výrazné úpravě Menetrierovy nemoci!

Eur.J.Pediatr. 2007, 166: 63-65

Inhalované kortikoidy narušují růst u cystické fibrosy (CF)

Navzdory chybění jasného terapeutického efektu inhalovaných kortikoidů tyto se užívají u CF. Tento jejich efekt byl studován u 27 pacientů v prepubertálním období s dg.CF. Byl podáván fluticazon celkem 1000 ug denně nebo placebo 2x denně po dobu 12-ti měsíců. Věk pacientů se v obou skupinách pohyboval kolem 9 let. FEV1 byl ve skupině s placebem v 91% a ve skupině s kortikoidy v 86% hodnot. Nebyl patrný žádný statistický rozdíl v ohodnocení plicních funkcí a počtu respiračních exacerbací. Ale pacienti s inhalovanými kortikoidy rostli pomaleji: 3,96 cm oproti 5,49 cm/rok (ve skupině s placebem). Původním efektem mělo být ohodnocení plicní progresy u CF. Akvizice *Pseudomonas aeruginosa* ve skupině s inhalačními kortikoidy nebyla více frekvenční. Nebyl nalezen žádný efekt na bronchiální labilitu. Poruchy růstu při vysokých dávkách inhalačních steroidů byly popisovány v našem časopise v předchozích číslech.

Eur.J.Pediatr. 2007, 166: 23-28

Ve spolupráci s firmou MUCOS PHARMA zpracoval MUDr. J. Liška, CSc.



Aktuality

Pomůže reforma, ne stávka

Problémy, které vedly část praktických lékařů ke stávce, jsou možná pro širokou veřejnost špatně pochopitelné, nicméně reálně existují. Bezprostřední příčinou jsou úhradové vyhlášky vydané bývalým ministrem zdravotnictví pro rok 2006. Ty na jedné straně sice znamenaly více peněz díky navýšení ceny práce lékaře, na druhé straně však byly stanoveny velice tvrdé limity na celkové příjmy. Tato past na doktory zaklapla až nyní, tedy po vyúčtování roku 2006. K celkové nespokojenosti praktických lékařů přispělo i vedení VZP, a to nejen svými omyly ve výpočtech regulací, ale také neschopností cokoliv vysvětlit. I když po řadě tahanic nakonec došlo k rozumné dohodě mezi zdravotními pojišťovnami a lékaři, část praktiků ztrácí trpělivost. Osobně je chápu.

Po letech zpochybňování soukromého sektoru, ministerských zásahů do jejich práce, často nepružného a byrokratického přístupu pojišťoven a problémů s vzděláváním nástupců, byl tento trik s úhradami pro řadu lékařů onou pověstnou poslední kapkou. Jako ministr zdravotnictví jim však zároveň musím oponovat. Cesta ke zlepšení jejich postavení nevede přes porušování již uzavřených dohod a na jejich základě vydané vyhlášky pro rok 2007. Zpochybňování základních pravidel a požadavky na plošné navýšení příjmů jsou cestou do pekel. Hlavním výsledkem takovéhoto opatření bude jen další zadlužení VZP, které přinese zpoždování plateb a vydávání obdobných vyhlášek, proti kterým lékaři protestovali v roce 2006. Jedinou cestou ke skutečnému zlepšení postavení všech zdravotníků je opravdová reforma celého systému našeho zdravotnictví. Jednoduše řečeno reforma, která umožní rozvoj a vyšší příjmy těm, kteří chtějí a umějí pracovat. Takovou reformu jsem se svými spolupracovníky ještě v opozici připravil a nyní z ministerského křesla zahájil její realizaci. Nikdo však nemůže čekat, že napravíme desítky let zanedbávané české zdravotnictví přes noc, prostřednictvím několika vyhlášek či změn zákonů. Stávku části praktických lékařů chápu zejména jako volání po systémové reformě. Ale k jejímu dokončení potřebuji čas a alespoň základní podporu.

Česko bude léčit novou těžkou TBC

Podle WHO Evropě hrozí epidemie odolného typu tuberkulózy. V Praze se v lednu otevřelo speciální oddělení.

Západní Evropě hrozí rozsáhlá epidemie tuberkulózy, varovala včera Světová zdravotnická organizace. Vir této nemoci totiž mutuje a stává se odolným proti běžným lékům. Experti se obávají, že vlivem migrace lidí se nemoc začne nebezpečně šířit po kontinentu. Připravuje se na to i Česko. V lednu v pražské Thomayerově nemocnici vzniklo speciální oddělení, kde se léčí pacienti s odolnými typy tuberkulózy. Zařízení se šestnácti lůžky bude jediné v zemi. V pokojích bude stálý podtlak a odsávání. Pracovat tam budou speciálně vyškolení zdravotníci. V Evropě a střední Asii každý rok tuberkulózu onemocní skoro půl milionu lidí. Podle WHO roste riziko, že západní Evropu postihne epidemie tuberkulózy srovnatelná s tou ve 40. letech 20. století.

Podle hlavního hygienika ČR Michaela Víta není pravděpodobné, že by Česku hrozila epidemie tuberkulózy. „Máme jeden z nejnižších výskytů TBC vůbec. Varování WHO se týká takzvané multirezistentní tuberkulózy, která se tu také vyskytuje, ale každý rok jde asi o deset nových případů,“ řekl Vít.

Jde o čtyřicet pacientů

S jeho názorem souhlasí i Jiří Homolka, který je přednostou kliniky tuberkulózy a respiračních onemocnění v pražské Všeobecné fakultní nemocnici. „Nejvíce se ty odolné viry vyskytují v pobaltských zemích. U nás je tento

problém zatím zanedbatelný. Celkem jde asi o čtyřicet pacientů,“ řekl Homolka.

Odolný virus TBC navíc nikdo nedostane jen tak. Rezistenci k lékům si lidský organismus vytvoří až v případě, že zanedbá léčbu „běžné“ tuberkulózy. Toto respirační onemocnění se léčí kombinací tří různých léků. Pacienti, kteří sanatorium opustí předčasně, si v sobě časem vypěstují virus, na který už běžná kombinace léků nezabírá.

„Těmto lidem se pak musí podávat ty neúčinnější léky, které jsou dražší a tolik se jich nevyrábí. Jsou ale i případy, kdy na některý virus dosud lék nemáme,“ řekl Homolka. Pacienti, kteří léčbu tuberkulózy zanedbají, pak už mají jen velmi malou naději, že se odolného typu nemoci zbaví.

Plodnost Pražanů ohrožuje prach

Pražští muži mají málo kvalitní sperma, uvádí výzkum.

Sperma Pražanů poškozují jedovaté látky v ovzduší. Škodí jim hlavně přehuštěná doprava v ulicích, která vytváří nebezpečné koncentrace výfukových plynů. K těmto výsledkům dospěli vědci z Akademie věd ve zcela unikátním výzkumu, který nemá v Evropě obdoby.

„Spermie Pražanů jsou méně pohyblivé a málo vitální, navíc k mužské neplodnosti přispívají i poškozené hlavičky spermií, které nesou genetickou informaci,“ řekl brněnský genetik Jiří Rubeš. Jeho slova dokládají výsledky z dvouletého výzkumu, kterému se podrobili pražští studenti a městští strážníci.

Jemný prach, který nikdo neměří

Za všechno může docela miniaturní částice prachu, která neměří víc než 2,5 mikrometru. Tento jemný prach je poměrně rovnoměrně rozptýlen ve vzduchu, který Pražané dýchají.

„Tyto částice dokážou vázat až tři tisíce organických látek, mezi nimi i celou řadu karcinogenů, které vznikají jednak nedokonalým spalováním paliv a pohonných látek a projevují se zvýšenou koncentrací ve výfukových plynech. Krví se pak dostávají do buněk organismu a pozměňují i genetickou informaci,“ řekl Radim Šrám z pražského Ústavu experimentální medicíny Akademie věd.

Problém je v tom, že Pražané si ani nemohou ověřit, jak velkému nebezpečí jsou vystaveni. Takto jemné částice prachu totiž stanice měřící koncentraci škodlivin v ovzduší vůbec nemonitorují. „Zkušebně se na několika stanicích měří, ale její zavedení jako parametru kvality ovzduší je teprve legislativně připravováno,“ potvrdil radní pro životní prostředí Petr Štěpánek.

Do ordinací pražských urologů a andrologů zatím přichází více a více mužů, kterým se nedaří přivést partnerku do jiného stavu. Už dávno podle odborníků neplatí převládající názor, že neplodnost je ženským problémem. I když se právě ženy ve své přirozené mateřské touze podrobují mnohým nepřijemným a komplikovaným vyšetřením častěji, pravdou je, že za neplodnost páru mohou muž a žena půl na půl.

Navíc stále větší pozornost věnují lékaři tvaru hlavičky spermie, její poškození totiž dokáže způsobit i spontánní potrat.

„V posledních desetiletích bylo nutno dvakrát 'změkčit' hodnoty normy pro vyšetření semene, abychom se my muži neocitli v drtivé většině v kolonce: patologický nálezn. Velký podíl na tom máme sami, protože neustále vytváříme rizikové faktory pro toto onemocnění,“ míní pražský androlog Karel Kočí.

Jedním z nejvíce rizikových faktorů je kvalita ovzduší

Spermatologická vyšetření, která vědci z Akademie věd provedli u brněnských a pražských studentů, ukazují, že jedním z nejrizikovějších faktorů je



právě ovzduší. „Významně horší jsou parametry pohybu a vitality spermií u studentů z Prahy. Brněnští studenti mají také vyšší počet tvarově normálních spermií a nižší počet nezralých spermií,“ uvedl Rubeš.

Plodnost pražských mužů ohrožuje prach

Ještě hůře dopadli pražští městští policisté. „Jako modelovou populaci jsme vybrali právě pochůzkáře, kteří tráví hodně svého pracovního času v ulicích blízko frekventovaných silnic,“ řekl genetik Šrám.

Sedmdesát mužů v uniformách sledovali vědci dva roky. „Vyšetřovali jsme ty samé muže dvakrát do roka a právě na nich jsme mohli pozorovat, jak se situace v Praze zhoršuje. Lidé, kteří pracují trvale venku, jako například strážníci, by měli mít zajištěnou zvýšenou preventivní péči - kvalitní obědy, vitamíny,“ je přesvědčen Šrám.

Přestaňte kouřit, radí budoucím tatínkům lékař Ruku v ruce jde s nezdravým ovzduším i špatná životospráva a kouření. „Pokud kouříte, je jedno, kde žijete. Kouření absolutně překonává rizika, která pramení ze špatného ovzduší,“ upozorňuje vědec Jiří Rubeš.

Dobrou zprávou je, že rakovinotvorné látky ze vzduchu nepoškozují sperma mužů napořád. Od vzniku spermií do jejího dozrání uběhne 75 dní, pak se začínají vytvářet nanovo. „Za tři měsíce se všechny spermiie, které jsou narušené, dostanou pryč a sperma se zlepší,“ poznamenává vědec.

Další pomoc nabízí lékař Karel Kočí. „Dostatek vitaminů C, A a E, i například selenu, výrazně riziko poškození spermií snižuje. Dobré je také zabezpečit dostatek vlákniny a omezit živočišné tuky,“ radí lékař.

Unikátní výzkum Akademie věd ale pokračuje dál studií na řídicích Dopravního podniku. Podle odborníků je totiž v pražském vzduchu stejně škodlivin, jako tomu bylo před lety v průmyslových severních Čechách. „Je třeba věnovat pozornost zdravotnímu stavu mužských pohlavních orgánů, a to dříve, než tito muži skončí jako součást neplodného páru v centrech asistované reprodukce,“ varuje brněnský genetik Jiří Rubeš.

Výsledky testů u studentů vysokých škol

Praha Brno

Pohyblivé spermiie (%)

50,1 56,8

Rychlost pohybu spermií (μm/s)

30,7 41,0

Živé spermiie (%)

70,3 74,8

Normálně tvarované spermiie (%)

20,0 26,5

Nezralé spermiie (%)

16,4 12,7

Pohotovost přijede až do domu

Magistrát plánuje připojit službu první pomoci k záchranné službě.

Pražané by už od léta měli mít možnost zavolat si v akutních případech lékařskou pohotovost až domů. Například rodiče by už nemuseli s dětmi chodit v noci na pohotovost, pokud u nich v noci propukne horečka. Připravovaný model včera projednal zdravotní výbor, který návrh předloží Radě hl. m. Prahy. „Studie ukazují, že tím město výrazně ušetří,“ řekla předsedkyně zdravotního výboru Michaela Bartáková (ODS).

„Hlavní město společně s městskými částmi přispívá v současné době na lékařskou službu první pomoci částkou 50 milionů korun. U mobilní služby počítáme s investicí kolem 18 milionů,“ řekl radní Jiří Janeček, který společně s radním pro zdravotnictví Milanem Pešákem (oba ODS) na tomto projektu spolupracuje.

Službu bude zajišťovat šest sanitek s tím, že čtyři z nich budou určeny dospělým a dvě dětem. Zavedením nové služby by se měla služba zefektivnit. Ročně vyjde magistrát její provoz až na třicet milionů korun. Sanitky budou

vybaveny k tomuto účelu a jejich posádky povedou odborní lékaři zvlášť pro dospělé a pro děti.

Výhodou pro obyvatele Prahy by bylo, že si budou moci zavolat lékaře až domů i v noci, kdy jsou ordinace uzavřené. Služba má být v pohotovosti mezi 15. až 23. hodinou, druhou variantou je od 18. do 6. ranní. Podle šéfa záchranné služby lékaři záchranné služby často mají v tuto dobu poměrně málo výjezdů, a tak by se jejich čas v práci mohl využít. „Bude třeba určitý čas, abychom ověřili, jak služba funguje v praxi a jak ji doladit,“ říká Schwarz.

Poradna po telefonu

Služba bude pro obyvatele Prahy zdarma. Pro tyto účely vznikne speciální telefonní linka. Zatím probíhají diskuse, bude-li číslo trojmístné, aby si ho lidé dobře zapamatovali, podobně jako je policistů, hasičů a záchranné služby, anebo vícemístné.

Telefonní dispečink by sloužil i jako poradna pro pacienty, kteří potřebují poradit, ale jejich zdravotní stav není tak vážný, že by bezprostředně vyžadoval akutní návštěvu lékaře.

Praha předběžně uvažuje o dvou až čtyřech výjezdových skupinách pro děti a pro dospělé. Síť nově vzniklé pohotovosti by měla být pokryta třemi až čtyřmi stanovišti na obou březích Vltavy. Péče by tak pokrývala i okrajové části Prahy.

Služba pohotovosti až do domu bude hrazena ze zdravotního pojištění. Je možné, že do budoucna by byla zpoplatněna padesáti až sto korunami, pokud by ji lidé zneužívali a telefonovali kvůli maličkostem.

Zrušení 16 služeben lékařské první pomoci a nahrazení sanitními vozy vítá i vedení pražské záchranné služby. „Stává se, že lidé volají záchranku, i když to není nezbytné. Například marodící podnikatelé se v osm večer rozhodnou, že si zavolají lékaře domů, a volají záchranku, která k tomu není určena,“ popisuje zkušenosti z praxe Schwarz. Někteří lidé podle něj také zneužívají lékařskou službu první pomoci, když přes den neměli čas navštívit praktického lékaře, který jim odmítá vystavit neschopenku.

„Praha se je bude snažit tuto službu pro občany zachovat. Starostové všech pražských částí s tím vyjádřili souhlas,“ řekl starosta Prahy 19 Pavel Žďárský (ODS), který je spoluvůdce projektu. Myšlenka ale není nová. Objevila se už v roce 2001. Tehdy starostové, ale ani záchranka nebyli na tuto změnu připraveni.

Kalousek královský gambit

Sféra zdravotnictví se na konci ledna dočkala zajímavého nástupu nového hráče. Nečekaným tahem překvapil ministr financí Miroslav Kalousek.

Jako vůbec první šéf resortu financí se chce Kalousek pokusit „sáhnout“ na platby za tzv. státní pojištění, potažmo zredukovat výdaje na zdravotnictví a uspořít tím pěkných pár miliard. Kalousek se nechal slyšet, že mu vadí, že jde o „umělou státní dotaci, která dosahuje astronomických rozměrů a každým rokem se zvyšuje“. Úhrady státu za tyto pojištění totiž činí asi čtvrtinu 200miliardového zdravotnického koláče. „Musíme přestat projídat budoucnost. Klíčové je otočení trendů současného vývoje veřejných rozpočtů,“ tak zní v kostce ministrova filosofie, do které zapadá i jeho „novinka“.

Zpráva je to zatím velmi čerstvá a podrobností, ze kterých by si veřejnost mohla udělat lepší představu, co přesně ministr zamýšlí, je jako šafrán. I sám Kalousek mluví spíš obecně a zdůrazňuje, že tento krok je především nutné spojit s legislativními změnami. Na druhé straně ovšem podle něj není času nazbyt a řešení chce najít „spíš v řádu dnů než týdnů“ (!), aby se na celé věci mohlo rovnou začít pracovat a vše se stihlo ještě letos.

Na to, že před pár dny by o snižování (!) výdajů na zdravotnictví většina politiků neuvažovala ani ve snu, je to docela razantní postup. Zhodnotit, co to bude znamenat pro zdravotní sféru z hlediska ekonomiky, legislativy i sa-



motného poskytování péče, náleží odborníkům, kteří by nyní měli pečlivě vyhodnotit dopady, rizika a výhody takového kroku, jeho realitu a různé varianty jeho provedení.

Škrty a škrti proti všem?

Osobně mne na celé věci zaujal její širší rozměr a přesah. Především je to fakt, že si do citlivého vosího hnízda českého zdravotnictví dovolil „píchnout“ někdo zvenčí. Navíc velmi vlivný ministr. Kalouskovou výhodou je nesporně fakt, že není svázán s žádnými zájmovými skupinami ve zdravotnictví. Není deformován dlouholetým působením uvnitř této sféry, nemá stereotypní vidění, které zákonitě postihuje řadu lidí, pro něž je zdravotní politika a ekonomika denním chlebem.

Člověk „odjinud“ pak dokáže přijít s nápadem, na který si „ti uvnitř“ netroufají nebo ho považují za nemožný. Samozřejmě, klidně se posléze může ukázat, že nemožný skutečně je, aspoň momentálně. Důležité však podle mého je, že se tato věc nastolí jako téma a někdo se na ni pokusí nahlédnout z jiného úhlu. Kalousek to možná vzal trochu od konce, nicméně je to alespoň pokus otevřít cestu k rozplétání zauzlovaného systému zdravotnictví.

Mandatorní výdaje za státní pojištěnce byly zavedeny při rozjezdu zdravotních pojišťoven jako „dočasné“ (asi tak jako pobyt sovětských vojsk na našem území). Od počátku 90. let až dosud pak politici ve vztahu k této otázce žili v podivné schizofrenii: Na jednu stranu se netajili tím, že jde o opatření nesystémové (exministr Jozef Kubinyi dokonce použil slovo „kuriozita“), na druhou stranu však neustále většina z nich usilovala o to, aby stát naopak „doléval“ ze své kasy za státní pojištěnce mnohem větší částky.

Ano, dosavadní platby státu jsou nepoměrné ve srovnání s částkami těch,

kdo si „zdravotní daň“ platí ze svého. Důsledkem je ovšem stav, kdy tu máme nejen pochybný systém, ale ještě ke všemu skoro všichni tvrdí, že je potřeba, aby tímto systémem přiteklo víc peněz. Co je ve zdravotnictví, to se počítá - a levice i pravice přiznávala, že toto je jedna z mála jednoduchých legálních cest jak dostat do problematického resortu více prostředků. Zajímavé je, že shoda na tom, aby stát platil za „své“ pojištěnce víc, byla jednou z mála věcí, ve které byli zajedno dokonce i nesmiřitelní rivalové Tomáš Julínek a David Rath. O to pikantnější je samozřejmě Kalouskův návrh.

Abyste vlk našel a zdravotnictví zůstalo celé

Otázkou je, zda lze návrh na snížení plateb za státní pojištěnce skloubit s dalším Kalouskovým plánem, kterým je snížení zdravotního a sociálního pojištění a zavedení stropové částky, ze které se tyto odvody platí. Argument zní, že tento postup je v Evropské unii běžný (stejně jako je běžné nemít „státní pojištěnce“). Dále se hovoří o cestě zvýšení důchodů (z nichž by si pojištěnec platil sám) či o možnosti, že za děti by měli platit rodiče (tj. u rodin s nižšími příjmy by opět celou věc musely dorovnávat přídatky). Šlo by tedy víceméně o jiný způsob přerozdělení státních peněz, ale není vyloučené, že by tato cesta mohla být efektivnější. Podle exnáměstka MZ Milana Šilhana je v některých zemích příspěvek na ZP vypočítáván z rodinných příjmů, což mi zní logičtěji.

Ať tak či onak, ministr financí nechce prozatím platby za státní pojištěnce úplně zrušit, jen zastavit masivní každoroční navyšování a vrátit stav o pár let zpět. Pokud Kalousek myslí svůj krok vážně a ne jen jako nějaké plácnutí do vody, měl by nyní pečlivě naslouchat všem stranám, zvážit co nejvíce variant a pak pokud možno s co největší shodou zúčastněných připravit postupný přechod na jiný systém tak, aby celá věc nepoškodila poskytovatele zdravotní péče.

Máma a já



Nepovinná ČLK zatím nebude

Ministr zdravotnictví s nepovinným členstvím ve zdravotnických komorách sice souhlasí, nechce jej ale v současnosti prosazovat. Hodlá zatím vést diskusi o změně kompetencí komor.

Podle ministra zdravotnictví Tomáše Julínka (ODS) není v současnosti správná doba na prosazování nepovinného členství v komorách. „Konstatovali jsme, že existují rozdílné ideové názory na fungování komor a že nyní není čas tyto názory tříbit jenom proto, že se jeden poslanec rozhodl podat návrh na změnu zákona. Zdůrazňuji, že se jednalo o iniciativu pana poslance Kochana, nikoli o iniciativu ministerstva zdravotnictví,“ řekl ministr minulý týden po setkání se třemi prezidenty zdravotnických komor. Chce však začít jednat o možných změnách zákona o zdravotnických komorách v budoucnu.

Začátek diskuse

Prezidenti zdravotnických komor se postavili proti návrhu na zavedení nepovinného členství, který chtěl prostřednictvím ministerstva předkládat do legislativního procesu poslanec Jozef Kochan (ODS). „Vnímám to jako začátek diskuse o možnosti přehodnocení kompetencí komor do budoucna a doufám, že to bude diskuse vážná,“ uvedl po setkání s ministrem prezident České lékařnické komory Lubomír Chudoba. „Doufám, že jednání, které bude s poslancem Kochanem, i případné změny zákona o komorách, budou ve prospěch jak jednotlivých členů komor, tak i pacientů,“ přidal se prezident České stomatologické komory (ČSK) Jiří Pekárek.

Možná budeme rarita

Prezident České lékařské komory zdůraznil, že povinné členství nebo povinnou registraci lékařů mají lékařské komory ve všech zemích Evropské unie. Vyjádřil své pochyby k myšlence ministra Julínka, podle kterého by mohlo být členství v komoře povinné pouze pro vedoucí lékaře a soukromé lékaře. „Ministr Tomáš Julínek nepovažuje za právně korektní současnou podobu zákona o komorách, kdy jsou členy komory povinné zaměstnanci, kteří nenesou přímou odpovědnost za kvalitu zdravotní péče,“ uvedl v minulém čísle ZDN Julínkův mluvčí Tomáš Cikrt. To by ale podle Kubka bylo nevídané. „Zaznamenal jsem určitý nápad, že by povinné členy lékařské komory měli být pouze privátní lékaři, a zaměstnanci nikoli. To je systém, který neexistuje nikde v Evropě. Byli bychom raritou,“ soudí prezident Kubek. „Znáte můj názor. Můžeme se v budoucnu klidně stát raritou a lékařezaměstnance z povinného členství vyloučit,“ opáčil ministr Julínek. Citovaný argument ministerstva proti povinnému členství řadových lékařů zpochybňují i právníci ČSK.

Podle vyjádření ČSK je sice pravda, že řadový lékař není odpovědný za škodu, jsou ale i jiné druhy odpovědnosti. „Každý zdravotnický pracovník je povinen vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti. I zdravotnický pracovník, který vykonává své povolání v závislé činnosti, je povinen poskytovat zdravotní péči řádně,“ vysvětluje komora.

Britští praktici

pod dozorem soukromé společnosti

Praktičtí lékaři přijdou o možnost doporučovat pacienty k léčbě na ambulantních odděleních nemocnic. Britská lékařská asociace (BMA) tento krok kritizuje, jedná se podle ní o další příklad plíživé privatizace Národní zdravotní služby (NHS).

BMA upozorňuje na návrhy, jejichž cílem je omezení pořadníků v nemocnicích a které počítají s vytvořením sítě soukromých zařízení, která by na základě smlouvy s vládou prováděla vyšetření i léčbu pacientů před tím, než by jim byla povolena léčba v ambulantních nemocnicích.

Soukromý řetězec zdravotnických zařízení Netcare zřídí 10 center v hrab-

stích Cumbria a Lancashire, kde by pak podle odhadů společnosti mohla být poskytnuta léčba až 60 % pacientů bez toho, aby museli navštívit specialistu, placeného NHS. Tento model bude zatím fungovat pouze v severozápadní části Británie, nicméně BMA se obává, že by mohl být později aplikován v celé zemi. V rámci programu by byli pacienti vyšetřeni v jednom z 10 zařízení pojmenovaných CATS (Clinical Assessment Treat and Support - klinická centra pro vyšetření, léčbu a podporu) a provozovaných britskou filiálkou jihoafrické společnosti Netcare. Plán má začít fungovat od března.

Rozdělit a prodat

Pokud by výsledek vyšetření ukazoval, že by daný zdravotní problém mohl vyřešit praktický lékař, byli by pak pacienti vráceni zpátky do péče praktiků. Další by mohli být operováni v chirurgickém centru společnosti Netcare v hrabství Greater Manchester, které na základě smlouvy s vládou poskytuje bezplatnou léčbu. Jonathan Fielden, předseda výboru specializovaných lékařů v rámci BMA, prohlásil: „Zavedení takového center představuje další formu fragmentace NHS a další ohrožení vztahu lékař - pacient. Časový harmonogram těchto kroků také ukazuje na to, že se jedná pouze o jakousi hru na konzultaci ve chvíli, kdy už je dávno rozhodnuto.“

Další organizací, která podobné vládní kroky dlouhodobě kritizuje, je Keep Our NHS Public (Zachovejte veřejnou NHS). Jeden z jejich představitelů, Alex Nunns, prohlašuje: „Vláda hodlá rozdělit NHS na kousky, velké právě tak, aby je mohla zabalit a pohodlně rozprodat mezi soukromé společnosti.“

Český objev: silný lék proti virům

KONEC OPARŮ? Nová látka MK 612 z Ústavu organické chemie a biochemie může způsobit převrat v boji s neštovicemi či opary. Rozjede však výrobu americká firma, která výzkum financuje, když nový preparát konkuruje jejím dosavadním lékům?

Prapodivný boj svádějí v posledních týdnech vědci z týmu profesora Antonína Holého z Ústavu organické chemie a biochemie. Vyvinuli totiž mimořádně nadějný protiviřový preparát, který by mohl ulehčit, či dokonce zachránit život statisícům lidí. Zatím se však zdá, že jej nikdo nechce.

Češi vyvinuli ve spolupráci s americkou farmaceutickou firmou Gilead Sciences a Katolickou univerzitou v belgickém Leuvenu ojedinělý protiviřový preparát MK 612. Ten je až několikasetkrát účinnější než jiná antivirová léčiva. Výjimečná je látka z Holého dílny i tím, že má jen minimální vedlejší účinky.

Holý: Nechce se mi věřit, že to nedotáhneme do konce

Potíž je v tom, že dokumentace na výrobu nového léku by mohla skončit v šuplíku farmaceutické firmy Gilead Sciences. Z dosavadních náznaků totiž vyplývá, že americká firma nechce riskovat letitý a velmi drahý vývoj MK612. Navíc tato mimořádně účinná látka konkuruje jiným již zavedeným a komerčně úspěšným antivirovým z produkce Gilead Sciences.

Profesor Antonín Holý, který má za sebou sérii úspěšných léků proti smrtelné chorobě AIDS či zhoubné žloutence typu B, odmítá přijmout myšlenku, že léta výzkumu zmizí bez efektu kdesi na dně trezoru firmy Gilead.

„Oni to přece musí vzít! To snad prostě jinak asi nejde! To snad není ani možné, že bychom vývoj MK 612 nedotáhli do konce,“ protestuje Antonín Holý.

Nejde o lidi, ale o zisk

Přední český mikrobiolog, jenž si přeje zůstat v anonymitě, nicméně skepticky dodává: „Tony by měl lépe než kdo jiný vědět, že farmaceutickým firmám nejde o lidi, nýbrž o zisk.“

Tak to vždy bylo a vždy bude.“

Virolog Vladimír Vonka z Ústavu hematologie a krevní transfuze je konkrétnější: „Před lety jsme přišli na to, že některá antivirovika v kombinaci s kofeinem jsou při lokálním podání až dvacetkrát účinnější. Dost jsme si od tohoto objevu slibovali a nechali si výsledky výzkumu i patentovat. Žádná



farmaceutická firma neměla o naše dosti převratná zjištění zájem. Snížilo by to totiž prodej jejich zaběhnutých a dobře se prodávajících léků.“

Profesor Vonka si tedy o obchodní politice farmaceutických koncernů nedělá iluze. Na druhé straně se je snaží pochopit. Vývoj a všechny nezbytné zdravotní testy jediného léku přijdou na stamiliony dolarů. Přísnost testů vyhnala tuto částku v posledních letech až na miliardu.

Vedení firem je pak při nových objevech postaveno před složitou otázkou: investovat jednu miliardu dolarů do vývoje nového léku, když se ty staré, byť méně účinné a více toxické (jedovaté) stále dobře prodávají? „Nevím, zda má smysl hovořit o etice či nehumánnosti. Taková je prostě realita. I když někdy dost smutná,“ dodává Vonka.

Výstižně charakterizovala politiku farmaceutických firem i ředitelka Mikrobiologického ústavu Blanka Říhová: „Lepší vrabec v hrsti než holub na střeše.“

Farmaceutické firmy si vždy podle profesorky bedlivě střeží „pozitivní ekonomická čísla“, aby se nedostaly do finančního propadu. Nikdy proto nejdou do velkého risku, v němž mohou přijít o stamiliony, pokud se vývoj nového léku ocitne ve slepé uličce.

Jenomže právě firma Gilead Sciences před lety zarisovala, když investovala do talentovaného týmu profesora Antonína Holého.

A tahle sázka jí víc než stoprocentně vyšla. Z kdysi téměř rodinné, nicméně dravé firmy se dnes stává bohatý koncern, který na objevech Ústavu organické chemie a biochemie vydělal již astronomické částky.

Havlas: Ještě to nevzdávám

Ředitel pražského ústavu Zdeněk Havlas svůj boj za jeden z největších trumfů, který opustil jeho laboratoře, ještě „neodpískal“.

„Pokusíme se Gilead Sciences ještě přesvědčit, aby své váhání přehodnotil, anebo nám alespoň umožnil MK612 nabídnout jiné zahraniční firmě. V Česku totiž zatím není dost bohatý investor, který si může vývoj takového léku dovolit,“ tvrdí Havlas.

V každém případě chce však vůči americké firmě v budoucnu poněkud přitvrdit. „Budeme chtít, aby nás s větším předstihem informovali o svých strategických záměrech. Jedinou páku, kterou na ně dnes máme, jsou dosud velmi korektní vztahy v naší spolupráci na vývoji nových léků,“ přiznává vědec.

Profesor Tomáš Cihlář z kalifornského ústředí firmy Gilead Sciences nepovažuje přesto mnohaletý vývoj látky MK 612 za úplně ztracený. „Pokud vím, tak jsme ten preparát nezavrhl. Neudělali jsme to ostatně s žádnou látkou Antonína Holého. Pro většinu z nich se našlo vždy uplatnění,“ uvedl Cihlář. „Pokusíme se Gilead Sciences ještě přesvědčit, aby své váhání přehodnotil.“ ředitel ústavu Zdeněk Havlas

Další objevy léků, které vzešly z týmu profesora Holého

DUVIRAGEL

Původní český lék proti oparům. Vývoj tohoto léku je spojen s rokem 1976, kdy začala spolupráce Antonína Holého s Erikem De Clercqem z Katolické univerzity v Leuvenu. Belgický virolog zkoumal nové chemické látky a jejich účinky na patogenní viry a Holý mu poslal své vzorky - jedna z těchto látek (DHPA) účinkovala proti některým virům a přitom nebyla toxická. Na základě DHPA pracovníci Ústavu organické chemie a biochemie a Léčiv Měcholupy vyvinuli zhruba po deseti letech lék Duviragel.

VISTIDE

Využívá se na léčení průvodních chorob nemoci AIDS - účinně působí proti virům, které při snížené imunitě vyvolávají vážné obtíže: od žaludečních vředů, pásového oparu, pravých neštovic až po virový zánět oční sítnice. Pro klinické použití byl v USA schválen v roce 1996.

HEPSERA

Jako lék proti virové žloutence typu B byl tento preparát schválen v USA na podzim roku 2002. Hepatitidou B trpí na celém světě zhruba 300 milionů pacientů a každý rok jich milion umírá. Předností léku je, že nemá takřka

žádné vedlejší účinky.

VIREAD

Zastavuje množení viru HIV. Nedokáže ho zcela zničit, avšak pacientům s virem HIV oddaluje propuknutí AIDS. Pro léčbu je schválen v USA od roku 2001 a patří k nejúčinnějším lékům svého druhu. Používání tohoto preparátu je schváleno v mnoha státech světa včetně Evropské unie či Japonska.

TRUVADA

Má ambice být zatím nejúčinnější „tabletkou“ proti AIDS - pomáhá lidem s virem HIV a prodlužuje jim život. Jedná se o kombinaci českého preparátu Viread s americkou Emtrivou (emtricitabinem), která byla pod názvem Truvada schválena v USA v roce 2004. Místo třinácti tabletek, které musel nemocný HIV polykat v přesném pořadí i čase, stačí jedna tobolka truvada denně. Po pětiletém užívání zatím nemá 65 procent pacientů virus HIV v krvi.

Co je MK 612

Novinka z dílny Antonína Holého a Marcely Krečmerové

Proti čemu působí

Nový preparát s pracovním názvem MK 612 pokrývá dosud nebývalou škálu virových onemocnění od neštovic po bolestivé opary. Působí také na cytomegaloviry, které mohou dokonce pacienta s oslabenou imunitou (například při chorobě AIDS či mononukleóze) i usmrtit.

Účinnost

Podle dosavadních testů je MK 612 až několikasetkrát účinnější než většina známých antivirotik. Naděje do MK 612 vkládají virologové i proto, že je ve srovnání s podobnými léčivými minimálně toxický. Jeho vedlejší škodlivé účinky tedy nevyčerpávají oslabený organismus pacienta.

Kde preparát vznikl

V Ústavu organické chemie a biochemie ve spolupráci s americkou farmaceutickou firmou Gilead Sciences a belgickou Katolickou univerzitou v Leuvenu. Český ústav vydělává ročně z licenčních poplatků za léky či spoluúčast v jiných projektech stamiliony korun - díky tomu si může dovolit špičkové vybavení.

RNA přeložená do milionů

Nobelova cena za chemii odměnila detailní pohled na kopírování genů.

Do třetice se nositelem Nobelovy ceny za rok 2006 stal Američan. Je jím Roger Kornberg za svůj přínos k pochopení mechanismu „kopírování“ genů v buňce.

Chvilé napětí, a poslední letošní prémii 10 milionů švédských korun ve vědecké kategorii získal... Roger Kornberg za svou studii o mechanismu transkripce DNA do mRNA, včetně prvních krystalografických snímků tohoto procesu.

Rekordy ve sledovanosti by moderátor s podobným projevem asi neztrhal, ale pravdomluvnost se mu (na rozdíl od mnoha jiných) upřít nedá.

Poslední vědecká Nobelova cena roku je skutečně udělena za popis procesu nazvaného transkripce (přepis) genů v jádru buňky. Díky němu buňka dokáže vyrábět látky nutné k svému životu (bílkoviny) podle ústředního vzoru uloženého v jádru buňky (tedy z DNA).

Proces probíhá zjednodušeně takto: z DNA se vyrobí kopie ve formě jakéhosi „negativního otisku“, který se nazývá mRNA (zkratka od anglického messenger: posel). Tenhle „posel“ se vydá z jádra, kde se zrodil a kde je uložena jeho „mateřská“ DNA, a v periferních částech buňky dochází k jeho „překladu“ (translaci) na bílkoviny, které regulují veškeré životní procesy buňky.

Základní schéma tohoto procesu (základní „dogma“ genetiky) je uznávané už od 50. let. Ale k jeho ovládnutí (ke kterému věda směřuje především v podobě genetického inženýrství) je zapotřebí mnohem víc: rozumět všem detailům procesu, který je mnohem složitější, než předchozí odstavec na-



značuje. Například RNA, jak se stále více ukazuje, vůbec není trpný poslíček, naopak se velmi aktivně účastní chemického života buňky a přivlastňuje si řadu důležitých funkcí.

Ale věnujme se našemu jedinému detailu - přepisu genů do RNA, které jsou samy o sobě zamotané více než dvojité šroubovice DNA.

Historie podrobného chápání „přepisu“ DNA začíná v 50. letech, kdy byl objeven enzym, který se na „kopírování“ DNA do RNA výrazně podílí, tzv. RNA-polymeráza. Tento enzym (tj. bílkovina podílející se jako katalyzátor na chemických reakcích v živých organismech), nazývaný zkráceně RNAPol, byl sice objeven u krys, ale brzy se zájem výzkumníků přesunul k buňkám bez ohraničeného jádra, třeba k bakteriím. V roce 1965 mimo jiné za popis přepisu DNA u bakterií dostali tři francouzští vědci Nobelovu cenu.

Ale u buněk s jádrem (eukaryotických) se ukázaly být věci složitější. Bakterie zahajují přepis podle povelů látky nazývané sigma faktor. Již zmiňovaný enzym RNAPol jenom díky sigma faktoru pozná, na kterém místě dlouhé šroubovice DNA má začít přepisovat (tedy „kopii“ kterého genu má vyrobit). Buňky s jádrem jeden jediný „sigma faktor“ nemají. Různé týmy postupem času objevily, že u těchto buněk je k přepisu DNA potřeba pět chemických sloučenin, složených vždy z několika bílkovin.

A ani to nebylo vše. Právě letošní laureát Richard Kornberg doplnil celý výrobní řetězec o další článek, který výrazně obohatil vědecké chápání přepisu DNA (a nadále zkomplikoval chápání tohoto jevu laikům). Objevil tzv. mediátor, který ve spolupráci s výše zmíněnými látkami zajišťuje, aby různé buňky těla vyráběly jen ty bílkoviny, které vyrábět mají. (Proto třeba nervové buňky nevyrábí hemoglobin, tedy barvivo červených krvinek.) Tento „detail“ vysvětlil mnohé nesrovnalosti ve starších znalostech.

Kornbergův přínos tím nekončí: díky inovátorskému přístupu dokázal přichytit přepisovanou DNA přímo „při činu“. Jde o proces tak malých rozměrů, že nelze jeho snímek uskutečnit optickými prostředky, protože světlo má stejnou nebo větší vlnovou délku než předměty, které by vědci chtěli vidět. Kornberg musel využít jiné metody (tzv. krystalografie). Ta vyžaduje, aby se pozorovaný předmět nechal krystalizovat, což je časově náročný proces. Ale přepisování DNA několik dní nepočká.

Kornberg však zjistil, že v nepřítomnosti jedné specifické látky z těch mnoha, které jsou k úspěšnému přepisu nutné, se proces zastaví „uprostřed“. Ve chvíli, kdy jsou DNA a mRNA tvořena podle jejího vzoru stále ve „výrobní lince“ tvořené výše zmiňovaným enzymem RNAPol.

V tomto stavu nechal Kornberg s kolegy celý komplex krystalizovat. Výsledný krystal byl „ostřelován“ svazkem rentgenového záření a podle dráhy odražených částic vědci získali představu o prostorovém uspořádání jednotlivých „účastníků“ přepisu DNA po krystalizaci. Z něj pak zpětně určili, jak byly jednotlivé díly uspořádány přímo během „kopírování“.

Copyrightoví piráti při činu Kornbergovým týmem vytvořená rekonstrukce přepisu DNA do mRNA vzniklá tzv. krystalografickou metodou. „Originální“ informace (DNA) má barvu modrou, červená je podle ní vzniklá kopie (mRNA). Bílý labyrint je enzym RNA-polymeráza (zkráceně RNAPol). Zelený díl je jakýsi „posuvník“ v rámci RNAPol, který pohybuje DNA po „výrobní lince“.

Geny s čuchem na ceny Letošní nositel Nobelovy ceny za chemii Robert Kornberg pamatuje chvíli, kdy si do Stockholmu pro stejnou trofej dojel jeho otec Arthur. Stalo se tak ve stejném roce, kdy byl oceněn i Čech Jaroslav Heyrovský.

Právě český zástupce kazí rodinnou symetrii: on v roce 1959 totiž získal ocenění v oboru, ve kterém byl oceněn Kornberg junior, a otec Arthur tak odešel s cenou za medicínu a fyziologii. Přitom byly ceny oběma Kornbergům uděleny za genetiku: otci za výzkum toho, jak se genetická informace přenáší z jedné molekuly DNA na druhou, synovi za přepis genetické informace z DNA do mRNA.

I N Z E R C E

V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod.

Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.

Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.

Nabízím místo asistenta

Nabízím místo asistenta v ordinaci PLDD - menší obvod na Praze 5; převod praxe možný. Tel.: 777 132 194. Ev.č.: 48-02-06

Dětská lékařka hledá spolupráci

Dětská lékařka, 18 let praxe, hledá spolupráci s PLDD v Praze, případně pravidelné zástupy. I v nověji založených ordinacích - na pozdější odkup nepomýšlím. Tel.: 604 404 344, e-mail: jnze@seznam.cz Ev.č.: 67-10-06

Hledám pediatra pro spolupráci

Hledám kolegu / kolegyni - dětského lékaře s licencií pro dlouhodobou spolupráci. Předpokladem je zájem o samostatnou práci na dětském obvodu. Pracovní a finanční podmínky dohodou při ústním jednání. Ubytování možné. Zn. Česká Lípa, tel.: 728 658 732, e-mail: vkonopkova@seznam.cz

Ev.č.: 76-01-07

Hledám pediatra s licencií CLK

Hledám dětského lékaře s licencií CLK ke spolupráci - pravidelný zástup 2x týdně 2 -3 hod v malé ordinaci v Praze 15. Bližší informace na tel.: 731 781 134, e-mail: martikaktus@seznam.cz Ev.č.: 77-01-07

Prodám zavedenou venkovskou praxi

Prodám zavedenou venkovskou praxi PLDD se dvěma ordinacemi v OL kraji. Zájemci je k dispozici odborně provedená právní analýza a ocenění podle Mezinárodních oceňovacích standardů. Cena dohodou. Upozorňujeme zájemce, že nemusí mít své peníze - financování je zajištěno a podloženo výnosovým oceněním. Praxe je velmi dobře zainvestovaná a nevyžaduje žádné rozšiřovací a obnovovací investice. Kontakt: 608 041 369 Ev.č.: 78-01-07

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra s licencií na zástup za MD do soukromé ordinace ve Vyškově. Od června 2007 do června 2008. Tel.: 603 945 145. Ev.č.: 79-01-07

Hledám asistenta/ku

Hledám asistenta či asistentku do zavedené praxe PLDD v Olomouci, s výhledem na převod praxe. Nabídky zasílejte na e-mail: det.ordinace@centrum.cz, bližší informace na tel.: 737 285 359 po 18. hod. Ev.č.: 80-02-07

Hledám pediatra na zástup

Hledám dětského lékaře s licencií ČLK k dlouhodobému zástupu do zavedené venkovské ordinace pro děti - Švihov u Klatov, Chudenice, Měčín. Bližší informace - tel.: 606 602 874, e-mail: IBjedicova@seznam.cz Ev.č.: 82-03-07

Hledám asistentku do ordinace PLDD

Hledám asistenta/ku do ordinace praktického lékaře pro děti a dorost v Brně s výhledem na převod praxe. Tel.: 604 600 817. Ev.č.: 83-04-07

FN v Motole přijme pediatra

FN v Motole přijme pro Dětskou polikliniku lékaře/ku pediatra do jednosm. provozu (zástup za MD s pers. trvalého PP, možno i částečný úvazek). Požadavky: atestace v oboru pediatrie, zájem o práci v problematice výživy. Písemné nabídky zasílejte na sekretariát Dět. polikliniky FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 nebo na e-mail: detpoliklinika@fnmotol.cz. Info: 22443 3700-1, 3704. Ev.č.: 84-04-07

MSD - SPC 1. část

MSD - SPC 2. část

Zentiva - Ibalgin

MSD - inzerce