

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

listopad 2006 ■ číslo 9 ■ ročník 6



znalostní test
hodnocen
2 kredity
najdete na konci časopisu

Novinky v diabetologii

Kongenitální adrenální hyperplazie

Úprava ženského pseudohermafroditismu

Laboratorní diagnostika onemocnění štítné žlázy



ZENTIVA

Johnson's
baby



Orion Diagnostica

Hefo

Sunar



OSPDL ČLS JEP

nejčtenější časopis
dětských lékařů
(Promediamonitor,
Medical Research
2005)

Altana Pharma

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

Časopis garantován

Sdružením praktických lékařů

pro děti a dorost ČR

zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem

ve spolupráci s Odbornou společností

praktických dětských lékařů ČLS JEP

zastoupené MUDr. Hanou Cabrnchovou.

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Josef Krejčík

MUDr. Olga Roškotová

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 písemných 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 inzery

e-mail: centrum@detskylekar.cz

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Adresa vydavatelství:

MEDIX

Branická 141, 147 00 Praha 4

Mgr. Zdeněk Brtnický

tel.: 777 281 866, e-mail: vox@imedix.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc říjen	5
Koalice soukromých lékařů a další události	6
Nový způsob zasílání informací pomocí SMS zpráv	12
Usnesení Celostátní konference SPLDD ČR	13
České zdravotnictví - desatero (ne)transparence...	14
Termínový kalendář SPLDD a OSPDL na rok 2007	17



MUDr. H. Cabrnchová Informace OSPDL ČLS JEP	18
MUDr. S. Koloušková, CSc. Kongenitální adrenální hyperplazie...	19
prof. MUDr. R. Škába, CSc. Úprava ženského pseudohermafroditismu...	24
MUDr. J. Varvařovská, Ph.D., MUDr. R. Pomahačová Novinky v diabetologii	28
MUDr. R. Pomahačová Laboratorní diagnostika onemocnění štítné žlázy	30
doc. MUDr. V. Vávrová, DrSc. a kol. Pozdní diagnostika cystické fibrózy...	33
Zajímavosti ze světa odborné literatury	47



Aktuality	48
Řádková inzerce	53
Znalostní test č. 5/2006	54
<i>Příloha</i> Hlášení nežádoucích účinků léčiv Rozsah vyšetření před celkovou anestézií	<i>střed</i>



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 namalovala ústy Jolanta Borek-Unikowska



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

nový rok nám pomalu klepe na dveře a začíná období bilancování. Jaký vlastně byl rok 2006? Někdo by řekl, že šlo o rok krizový, rok plný neklidu a někdo či dokonce o rok plný změn. S tím vším mohu jen souhlasit.

Když jsme na podzim roku 2005 poprvé demonstrovali na Palackého náměstí, nikdo z nás netušil, že si to v prvním půlroce následujícího roku zopakujeme hned dvakrát.

Výsledkem všech událostí loňského podzimu byla výměna ministra zdravotnictví. Kolikátá už? Dr. Miladu Emmerovou vystřídal Dr. David Rath. Nelze nezpomenout jeho plamenné řeči na loňské Konferenci, kde v přímé konfrontaci s dr. Julínkem sliboval lepší časy pro lékaře zlepšením jejich postavení v hierarchii české společnosti.

Jenže

Nejprve nás lékaře „namlsal“, k tomu posloužila novela Seznamu výkonů. Došlo k očekávanému navýšení ceny naší práce v jednotlivých výkonech. Ani jsme si nestihli užít pocit zadostiučnění, když přišla rána v podobě úhradových vyhlášek. Najednou tu byl sice Seznam výkonů s novými cenami, ale pojišťovny dál platily podle cen předchozích a dokonce z rozhodnutí stejného ministra, který ceny práce v seznamu změnil. Že se to zdá nemožné? Proč, jsme přeci národem Švejka a máme také svůj Kocourkov.

Od pojišťoven jsme začali dostávat dodatky, které nás podivným způsobem začaly limitovat, objevily se nesmyslné limity na úhradu péče pro naše pacienty. To vše za situace, kdy noviny otiskovaly inzeráty ministerstva zdravotnictví se sebevědomým sdělením - zajistil jsem více péče a více léků. Proto jsme také v prvním půlroce dvakrát demonstrovali, jednou jsme dokonce pochodovali Prahou. Došlo k nebývalé jednotě na straně poskytovatelů, byl vytvořen Krizový štáb.

Jenže....

Vláda vyhlášek a ministra Ratha skončila a... Blíží se konec roku a my stále jednáme o konečné podobě vypořádání se s úhradovými vyhláškami, nejsou definitivně uzavřeny jednání o způsobu úhrad ve 2. pololetí, řeší se nová podoba smluvního vztahu atd., atd. Sečteno, podtrženo a řečeno parafrází klasika - „Průběh letošního roku zdá se mi poněkud zvláštní.“

Na konci října jsme ten letošní rok bilancovali na naší výroční konferenci. Trochu jsem byl zvědav, jak budete na všechny skutečnosti reagovat. Věřte, že i pro náš Výbor byl tento rok velmi obtížný a náročný. Zažili jsme mnoho emocí a vypjatých situací. Ke zlepšení vyjednávací pozice bych Vás chtěl všechny vyzvat ke zvýšení naší soudržnosti. Víím, že je to obtížné, ale pokud nebudou jednání ukončena, nepodepisujte žádné dodatky, dali jste nám k jednáním mandát plnou mocí a s tím i souvisí, že v případném sporu nezůstanete sami.

Vážím si Vaší podpory a chtěl bych Vám za ní moc poděkovat. Za celý Výbor Vám pak mohu slíbit, že se budeme i nadále snažit hájit naše společné zájmy tak, aby byl obor praktický lékař pro děti a dorost důstojným, platným a důležitým článkem primární péče.

MUDr. Pavel Neugebauer

Středoušní záněty
v dětském věku

Adenotomie pohledem
otolaryngologa

Záněty orofaryngu a jejich léčba

Rhinosinusitis - společný
problém praktika i specialisty

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

prosinec 2006 ■ číslo 10 ■ ročník 6



seznam inzerujících firem

ALTANA PHARMA
AVENT
BEAUFOR IPSEN
ČESKÁ SPOŘITELNA
GRÜNENTHAL CZECH
HERO
HIPPI
LÉČEBNA MÁNES
MERCK
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
SEKK
SERVIER
STIEFEL
ZENTIVA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

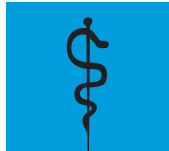
Pondělí 10,00 - 17,00
Úterý 10,00 - 17,00
Středa 10,00 - 17,00
Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

Úterý
8,00 - 12,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
15,00 - 18,00 - MUDr. Eva Vitoušová

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
11,00 - 14,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc říjen

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc říjen by šel charakterizovat jako měsíc intenzivních jednání o způsobech úhrad ve druhém pololetí letošního roku, o vyrovnání se s regulacemi a limitacemi z pololetí prvního a o možnostech uzavírání nových typových smluv. Přes veškerou snahu se však jednání uzavřít nepodařilo a tak i po skončení třetího čtvrtletí lékaři primární péče neznali cenu, za kterou prakticky od začátku letošního roku poskytovali zdravotní péči občanům ČR. Jak dlouho může tento stav ještě trvat?

3.10. - na půdě VZP se konala další z řady schůzek se zástupci VZP na téma vyhodnocení 1. pololetí 2006 ve vztahu k uplatnění regulací a limitů a možností úhrad v pololetí druhém, došlo ke shodě, že rok 2006 lze hodnotit z pohledu regulací a limitů jako celý rok vcelku, ze strany VZP bylo odmítnuto jednat o navyšování základních minimálních sazeb, tj. výše kapitáční platby a hodnoty bodu, naopak dohoda bylo dosaženo v oblasti regulací na léky a vyžadovanou péči, z pohledu celého roku 2006 by pak mohl být dopad minimální, resp. prakticky nulový, otevřenou otázkou tak zůstala „jen“ problematika limitů úhrad na mimokapitáční výkony

6.10. - jednalo se také se ZP MV ČR, došlo k dohodě o způsobu uplatnění regulací a limitů na výkony (informujeme blíže na jiném místě), ekonomické vyčíslení a fakticky možný dopad bude předmětem dalších jednání

6.10. - agenturou Quent jsme byli informováni o dalších aktivitách v rámci projektu www.vyzivadeti.cz, tentokrát jde o studii na téma „Vliv výživy na rozvoj psychiky u dětí“

10.10. - se společností Mediapharma jsme jednali o možnostech další spolupráce na spotech promítaných v čekárnách našich ordinací

11.10. - na půdě VZP proběhlo další kolo jednání o úhradách za zdravotní péči v roce 2006, v problematice 1. pololetí již došlo ke shodě, že regulace z důvodu nepřekročení plánovaných výdajů nebudou, nedořešena však zůstala problematika způsobu uplatnění limitací na výkony za 1. pololetí a dohoda o úhradách na pololetí druhé, vyjasnil se způsob úhrady vakcinace proti chřipce a dohodl se termín jednání nad novými typovými smlouvami

12. - 16.10. - v Milovech se konalo tradiční setkání okresních a krajských zástupců SPL ČR, jako host navštívil toto jednání ministr zdravotnictví MUDr. Tomáš Julínek, který přítomné ubezpečil o zájmu spolupracovat na kultivaci celého zdravotního systému a přislíbil nápravu některých provedených i chystaných opatření

jeho předchůdce, bohužel z jeho vystoupení vyplynulo, že již není fakticky možné vstoupit do platnosti tzv. úhradových vyhlášek, a to především z důvodu skončení jejich platnosti dnem 30.6.2006, v panelové diskusi pak řada ředitelů zdravotních pojišťoven deklarovala vůli napravit pokřivení systému způsobeného právě zmíněnými vyhláškami

17.10. - jednala Koalice soukromých lékařů, blíže na jiném místě

19.10. - s ředitelem VZP MUDr. Pavlem Horákem jsme jednali o Rámcové smlouvě a nevyhnuli jsme se samozřejmě ani problematice úhrad v roce 2006, co se týká rámcových smluv, dohodli jsme se na možnosti vyčkat na novelu vyhlášky chystanou ministrem Julínkem, pan ředitel však odmítl námi navrhovanou úhradu výkonů prevence a očkování dle „nového seznamu výkonů“ jako kompenzací za nevyplácení bonifikací v roce 2006

24.10. - zahraniční pracovní komise Sdružení jednala o formách a rozsahu práce ve zbytku letošního roku a zahájila jednání o nastavení roku příštího

25.10. - spolu s předsedkyní OSPDL MUDr. Hanou Cabrnocovou jsme strávili příjemné ráno s náměstkyní ministra zdravotnictví MUDr. Markétou Hellerovou, tématem byly samozřejmě naše představy o způsobu zakotvení péče o dítě v systému zdravotní péče v ČR, paní náměstkyně nás vyslechla s pochopením a přislíbila aktivní spolupráci v mnoha předložených bodech

28.10. - v Průhonících proběhla tentokrát volební výroční konference našeho Sdružení, všem delegátům bych rád poděkoval za jejich účast a za důvěru vyjádřenou staronovému vedení Sdružení, o výstupech z Konference informujeme na jiném místě

31.10. - jednala Koalice soukromých lékařů a její Krizový štáb, více na jiném místě.

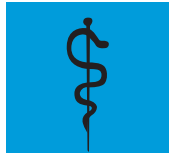
Za SIDS může mozková anomálie

Příčinou syndromu náhlého úmrtí kojenců (sudden infant death syndrome, SIDS) je podle zjištění amerických vědců mozková porucha.

SIDS je nejčastější příčinou úmrtí kojence v prvních měsících života. Častěji postihuje děti spící na břiše, protože v této poloze jsou oslabeny některé reflexy včetně dýchacího. Tým vědců z bostonské Children's Hospital zkoumal společně s kolegy z Harvard Medical School pitevni nálezy 31 dětí, které v posledních osmi letech zemřely na SIDS, a porovnávali je s daty kojenců s jinou příčinou smrti. U obětí SIDS byly nalezeny anomálie u buněk prodloužené míchy, které produkují serotonin, jenž v mozku zajišťuje přenos zpráv mezi nervovými buňkami a nepřímo tak ovlivňuje dýchání, krevní tlak, citlivost na oxid uhličitý a teplotu.

„Naše studie potvrdila, že syndrom náhlého úmrtí není záhada, ale porucha, již můžeme vědeckými postupy odhalit a v budoucnu možná i léčit,“ říká doktorka Hannah Kinneyová, která se na výzkumu podílela. Pokud dítě spí obličejem dolů nebo jej má přikrytý, nejen že se přehřívá, ale vdechuje oxid uhličitý, který předtím vydechlo. „Za normální situace by se dítě prostě probudilo, obrátilo a začalo rychleji dýchat, jenže děti s poruchou vedoucí k SIDS mají oslabené reflexy, a proto umírají,“ doplňuje Kinneyová.

Ve Spojených státech probíhá od roku 1994 kampaň, v níž lékaři doporučují rodičům, aby své děti ukládali ke spánku na záda, vyvarovali se příliš lehkých přikrývek, nespali s dítětem v jedné posteli a v jeho okolí nekouřili. Výsledkem kampaně je snížení počtu úmrtí na SIDS o polovinu. Přesto si syndrom v roce 2003 vyžádal 2162 životů. Vědci doufají, že jejich studie bude prvním krokem k vypracování diagnostických postupů pro stanovení rizika SIDS u novorozenců a později také k vývoji léku, který by děti před syndromem chránil.



Koalice soukromých lékařů a další události

V měsíci říjnu byla samozřejmě největší pozornost věnována smluvním vztahům. Co se týká rámcových smluv, zdá se, že by problém být neměl. Kdo si požádal a jedná o variantě již známé pod názvem Kubek - Horák, nechtě ji má. Komu se nezdá optimální a upřednostní variantu dohodnutou v řádném dohodovacím jednání, ten může v klidu vyčkat. Klid už ale všichni ztrácejí v problematice úhradových dodatků. Pojišťovněm se vesměs bohužel daří různými mechanismy „přesvědčit“ lékaře o nutnosti podepsání předložených dodatků, stále je ale ještě dost těch, kteří věří, že se podaří dohodnout takovou variantu, která bude maximálně řešit eliminaci negativ způsobených tzv. úhradovými vyhláškami.

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 17. 10. 2006

■ **Legislativa**

Členové Koalice diskutovali o změně zákona č. 220/1991 Sb.

■ **Předání funkce mluvčího Koalice soukromých lékařů**

Vzhledem ke svému pracovnímu vytížení požádal Dr. Dvořák o odložení změny mluvčího KSL do 1. 1. 2007. Dr. Jojko s návrhem souhlasil, a zůstává tedy mluvčím do konce roku 2006.

■ **Návrh další činnosti Koalice**

Účastníci jednání se dohodli na definování, analýze a řešení deseti základních problémů soukromých ordinací.

První návrhy:

- zrušení vyhlášky o Rámcových smlouvách
- odložení vyhlášky o zdravotní dokumentaci
- změna vyhlášky o povinném technickém vybavení zdravotnických zařízení.

II. Společné stanovisko Asociace českých a moravských nemocnic, Asociace nemocnic ČR, Sdružení soukromých nemocnic ČR a sdružení APRIMED

Znepokojeni tím, že ještě v polovině října 2006:

- nedošlo k dohodě o výpočtu výše úhrad ve vyúčtování ústavní zdravotní péče pro 1. pololetí 2006
 - nedošlo k dohodě o výši úhrad pro 2. pololetí 2006
 - že ani po čtyřměsíční snaze poskytovatelů o dohodu zdravotní pojišťovny nepřijímají návrhy zástupců ústavní péče a některé z nich o výši a způsobu úhrad vůbec odmítají jednat
 - že uvedenými skutečnostmi je ohrožena právní a ekonomická jistota zdravotnických zařízení a práva jejich pacientů - pojištěnců zdravotních pojišťoven
- se sešli dne 18.10. 2006 v Praze a přijali sta-

novisko vyjadřující společný názor a zásady dalšího společného postupu:

1. Shodli se pro 1. pololetí 2006, že:

- trvat na tom, aby vyúčtování úhrad zdravotní péče za toto pololetí bylo prováděno podle právního předpisu platného v době vyúčtování, tj. podle vyhlášky MZ č. 550/2005 Sb. ve znění vyhlášky MZ č. 101/2006 Sb.

- v případě, že zdravotní pojišťovny budou i nadále takový postup odmítat, účastníci doporučují členským zdravotnickým zařízením nepodepisovat a odmítnout návrhy dodatků zdravotních pojišťoven s úhradou dělenou pro jednotlivá čtvrtletí

- pokud celkové výdaje konkrétních zdravotních pojišťoven na předepisované léky i léky a zvláště účtovaný materiál v rámci paušální úhrady v 1. pololetí 2006 nepřekročí výdaje na tyto léky v 1. pololetí 2005, odmítají plošné regulace na předepisování léků

- odmítají regulaci vyžádané péče v neporovnatelných hodnotách seznamu výkonů platného v roce 2005 a seznamu po jeho novele platné od roku 2006

- za nepřijatelné považují rozdílné úhrady následné péče nastolené vyhláškou MZ č. 101/2006 Sb., diskriminující nižšími úhradami zdravotní péče pojištěnce menších zdravotních pojišťoven; za možné řešení považují možné navýšení reže ošetřovacího dne podle seznamu výkonů v případech ošetření 50 a méně pojištěnců.

2. Požadují pro 2. pololetí 2006 :

- v úhradách akutní péče vycházet z principů obsažených v příloženém návrhu poskytovatelů, který aplikuje již dosaženou dohodu se zdravotními pojišťovnami pro rok 2007 i na 2. pololetí 2006

- v úhradách následné péče požadují uplatnění principů obsažených v příložených návrzích dodatků, vycházejících z kontinuity výše úhrad i jejich mechanismů ověřených v předcházejících obdobích

3. Shodují se na nepřijatelnosti prodloužení účinnosti současných smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče ad hoc jednotlivými pojišťovnami a požadují prodloužení účinnosti všech smluv do doby, která umožní vyhovět požadavku zákona na uzavření nových smluv až po konání předchozích výběrových řízení, tj. na prodloužení do 31.12. 2007.

V Praze dne 18. října 2006.

Za : AN ČR: Ing. Kunová,
Dr. Volejník,
Dr. Žížka

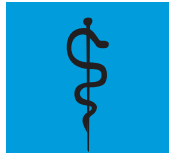
AČMN: Dr. Sohlich, Ing. Pelíšek

SSN ČR: Ing. Drvota

APRIMED: Ing. Král

III. Prohlášení koordinátorů skupin poskytovatelů ambulantní zdravotní péče k postupu zdravotních pojišťoven při sjednávání dodatků ke smlouvám o cenách zdravotní péče na II. pololetí 2006

Koordinátoři skupin poskytovatelů ambulantní zdravotní péče vyjadřují vážné znepokojení nad postupem zdravotních pojišťoven při sjednávání dodatků ke smlouvám o cenách na II. pololetí 2006. Za situace, kdy nebylo dosaženo dohody o cenách v dohodovacím řízení, kdy Ministerstvo zdravotnictví nemohlo vydat vyhlášku upravující ceny na toto období a kdy již neplatí příslušné ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. o použití poslední sjednaných nebo vyhláškou stanovených cen a úhradových mechanismů, předkládají zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením cenové dodatky, které buď přímo odkazují na pro II. pololetí 2006 již neplatnou vyhlášku MZ č. 101/2006 Sb. event. obsahují cenové mechanismy, které jsou s vyhláškou č. 101/2006 Sb. shodné nebo z ní vycházejí. Zcela negativní stanovisko zástupců poskytovatelů k vyhláškám č. 550/2005 Sb. a 101/2006 Sb. je všeobecně známé a bylo pojišťovněm opakovaně sděleno. Je nepřijatelné, aby tyto



vyhlášky dál deformovaly systém veřejného zdravotního pojištění, aby dál vedly k poškozování práv pacientů na odpovídající zdravotní péči a její dostupnost a aby dál poškozovaly práva zdravotnických zařízení na odpovídající úhradu za poskytovanou zdravotní péči.

Ihned po předčasném ukončení dohodovacího řízení o cenách na II. pololetí 2006 proběhlo několik jednání zástupců jednotlivých segmentů zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami o možnostech řešení vzniklé situace. Zástupci zdravotnických zařízení proto vyzvali zdravotní pojišťovny k jednáním o formách úhrad a zejména regulací na II. pololetí 2006, např. i v rámci jednání dohodovacího řízení na rok 2007, což však zdravotní pojišťovny odmítly s odkazem na pokyn bývalého vedení ministerstva zdravotnictví, že úhrady ve II. pololetí 2006 mají být sjednávány dle vyhlášky č. 101/2006 Sb.

Zástupci sdružení poskytovatelů opakovaně předkládali zdravotním pojišťovnám návrhy řešení dodatků na II. pololetí 2006, včetně možností, aby bylo vycházeno z principů roku 2005, případně z cenových ujednání, která byla v rámci dohodovacího řízení sjednána pro rok 2007, a byly předkládány i další možnosti jak odstranit negativní dopady vyhlášek platných v prvním pololetí.

Tyto návrhy byly doposud většinou zdravotních pojišťoven odmítnuty s odkazy jednak na pokyny bývalého vedení MZ postupovat dle vyhl. č. 101/2006 Sb., jednak na skutečnost, že již končí čtvrtý měsíc hodnoceného období a že část zdravotnických zařízení již cenové dodatky dle vyhlášky č. 101/2006 Sb. uzavřela. Dosavadní výsledek je takový, že v naprosté většině předkládají zdravotní pojišťovny stále dodatky dle vyhlášky č. 101/2006 Sb. Tyto cenové dodatky však uzavřela:

- a)** buď zdravotnická zařízení, která ve vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně ošetřují „statisticky nevýznamný počet pojištěnců“ (méně než 50), pro něž jsou cenové dodatky dle vyhl. č. 101/2006 Sb. výhodné, neboť se jedná o nezastropovaný a neregulovaný výkonový způsob úhrady s použitím „Nového Seznamu výkonů“, který např. v segmentu ambulantní specializované péče může v těchto případech představovat až cca 50 % nárůst úhrad,
- b)** nebo zdravotnická zařízení, která tak učí-

nila v tísní, pod tlakem hrozby prodloužení v hrazení zdravotní péče (obava z vracení faktur při nepodepsaném cenovém dodatku apod.), případně s ohledem na obavy o prodloužení smluvního vztahu.

Za dané situace předkládají koordinátoři **kompromisní návrh**, aby cenové dodatky, které vycházejí z vyhlášky č. 101/2006 Sb. byly doplněny o ustanovení, která alespoň částečně zmírní výše zmíněné negativní dopady, a to konkrétně:

A: Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost takto:

- odstranění negativních dopadů vyhlášek 550/2005 Sb. a 101/2006 Sb. za 1. pol. 2006 (jedná se o regulace dle těchto vyhlášek)
- vazba uplatnění případných individuálních regulací na překročení celkových nákladů segmentu PL ve srovnávacím období a na překročení celorepublikových průměrných nákladů komplexní nákladovosti zdravotnických zařízení
- možnost vyvinění se z regulační srážky - odůvodnění překročení limitů.

B: Doplnění ustanovení o regulaci nákladů na léky a vyžádanou péči v segmentu ambulantní specializované péče takto:

- maximální výše regulační srážky nesmí převyšit 15 % objemu úhrady za výkony po odečtení úhrady za ZUM,
- zdravotní pojišťovna zohlední, event. neuplatní srážku v případech, kdy zdravotnické zařízení doloží opodstatněnost zvýšených nákladů,
- zdravotní pojišťovna nebude regulace uplatňovat, pokud celkové náklady zdravotní pojišťovny na léky a ZP vystavené v ambulantních zdravotnických zařízeních, resp. kdy celkové náklady na vyžádanou péči v ambulantních zdravotnických zařízeních, nepřekročí objem těchto nákladů za odpovídající období roku 2005,
- u vyžádané péče bude při výpočtu regulačních opatření zohledněna změna bodového ohodnocení v důsledku zvýšení mzdových indexů lékařů (výkony za hodnocené a referenční období budou přepočteny na srovnatelnou základnu).

C: Doplnění ustanovení o absolutních limitech úhrad vycházející z objemu úhrady v ref. období bez vazeb na počty ošetřených pojiš-

těnců (zejména: komplement. fyzioterapie, domácí zdrav. péče) takto:

„Tento limit úhrady zdravotní pojišťovna úměrně navýší, pokud zdravotnické zařízení ošetří v hodnoceném období oproti referenčnímu období více pojištěnců této zdravotní pojišťovny (unicitních rodných čísel).“

Koordinátoři skupin poskytovatelů ambulantní zdravotní péče:

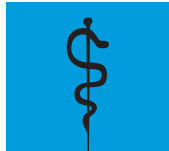
a) vyzývají ředitele a správní rady zdravotních pojišťoven, aby přistoupili na výše uvedený kompromisní návrh, a aby v nejkratší možné době předložili zdravotnickým zařízením nové dodatky, event. aby vhodným způsobem informovali smluvní zdravotnická zařízení,

b) doporučují zdravotnickým zařízením nezavírat se zdravotními pojišťovnami cenové dodatky, pokud nebude zřejmé, že zdravotní pojišťovny přistoupí na výše uvedené kompromisní návrhy (zejména zmírnění regulačních opatření v oblasti nákladů na léky a vyžádanou péči a doplnění ustanovení o případném navýšení absolutních limitů úhrad v případě ošetření většího počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny).

Koordinátoři skupin poskytovatelů ambulantní péče plně podporují Společné stanovisko sdružení poskytovatelů ústavní péče ze dne 18.10.2006 a připojují se k požadavku, aby vyúčtování úhrad zdravotní péče (včetně regulačních opatření v oblasti nákladů na léky a vyžádanou péči) za I. pololetí bylo prováděno podle právního předpisu platného v době vyúčtování, tj. podle vyhlášky MZ č. 550/2005 Sb. ve znění vyhlášky MZ č. 101/2006 Sb.

V Praze dne 25. 10. 2006.

MUDr. Pavel Neugebauer
za segment PL a PLDD
MUDr. Pavel Tautermann
za segment amb. spec. péče
RNDr. Miloš Pollak
za segment amb. komplement
Bc. Blanka Misconiová
za segment domácí zdrav.péče
Jitka Hofmanová
za segment fyzioterapie
Ing. Aleš Král
APRIMED (sdružená ZZ)



IV. Dohoda o zatímním řešení uplatňování regulačních mechanismů a limitací na výkony mezi SPLDD ČR, SPL ČR a ZP MV ČR

1. Regulace na léky a zdravotnické prostředky

Vypořádání regulačního mechanismu na léky a zdravotnické prostředky bude realizováno následovně:

a) 1. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě, a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- případnou regulaci Pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení uplatní v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě, s tím, že tento regulační mechanismus bude do 180 dnů po skončení roku 2006 vyhodnocen v rámci posouzení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny

b) 2. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- uplatnění případné regulace vůči zdravotnickému zařízení v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě Pojišťovna posoudí do 180 dnů po skončení roku 2006 v rámci vyhodnocení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny

c) 3. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- uplatnění případné regulace vůči zdravotnickému zařízení v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě Pojišťovna posoudí do 180 dnů po skončení roku 2006 v rámci vyhodnocení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně

pojistném plánu Pojišťovny

d) 4. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- uplatnění případné regulace vůči zdravotnickému zařízení v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě Pojišťovna posoudí do 180 dnů po skončení roku 2006 v rámci vyhodnocení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny

2. Regulace na vyžádanou péči

a) 1. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- regulaci Pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení uplatní v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě, s tím, že tento regulační mechanismus bude do 180 dnů po skončení roku 2006 vyhodnocen v rámci posouzení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny

b) 2. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- uplatnění případné regulace vůči zdravotnickému zařízení v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě Pojišťovna posoudí do 180 dnů po skončení roku 2006 v rámci vyhodnocení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny

c) 3. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza

- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- uplatnění případné regulace vůči zdravotnickému zařízení v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě Pojišťovna posoudí do 180 dnů po skončení roku 2006 v rámci vyhodnocení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny

d) 4. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- uplatnění případné regulace vůči zdravotnickému zařízení v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě Pojišťovna posoudí do 180 dnů po skončení roku 2006 v rámci vyhodnocení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny

3. Regulace úhrady na neregistrované pojištěnce vůči úhradě za registrované pojištěnce

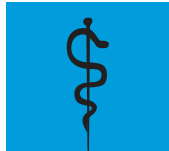
Vypořádání regulačního mechanismu na úhradu za neregistrované pojištěnce vůči úhradě za registrované pojištěnce v souladu s příslušnou Dohodou ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Dohoda“) bude realizováno následovně:

a) 1. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- případnou regulaci Pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení uplatní v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě

b) 2. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- případnou regulaci Pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení uplatní v souladu s přísluš-



nou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě

c) 3. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- případnou regulaci Pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení uplatní v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě

d) 4. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- případnou regulaci Pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení uplatní v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě

4. Regulace úhrady na neregistrovaného pojištěnce

Vypořádání regulačního mechanismu na úhradu za neregistrovaného pojištěnce v souladu s příslušnou Dohodou ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Dohoda“) bude realizováno následovně:

a) 1. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- případnou regulaci Pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení uplatní v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě

b) 2. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- případnou regulaci Pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení uplatní v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě

c) 3. čtvrtletí 2006:

- regulaci vypočte v souladu s příslušnou Do-

hodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek

- oznámi zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- případnou regulaci Pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení uplatní v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě

d) 4. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- případnou regulaci Pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení uplatní v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě

5. Bonifikace

Vypořádání diferencované kombinované kapitačně výkonové platby bude realizováno následovně:

a) 1. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna bonifikaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- případnou bonifikaci Pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení uplatní v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě, s tím, že tento bonifikační mechanismus bude do 180 dní po skončení roku 2006 vyhodnocen v rámci posouzení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny

b) 2. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna bonifikaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- uplatnění případné bonifikace vůči zdravotnickému zařízení v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě Pojišťovna posoudí do 180 dní po skončení roku 2006 v rámci vyhodnocení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny (případná bonifikace bude použita pro zápočet regulace na maximální úhradu a celkový objem úhrady)

c) 3. čtvrtletí 2006:

- Pojišťovna bonifikaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- uplatnění případné bonifikace vůči zdravotnickému zařízení v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě Pojišťovna posoudí do 180 dní po skončení roku 2006 v rámci vyhodnocení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny (případná bonifikace bude použita pro zápočet regulace na maximální úhradu a celkový objem úhrady)

d) 4. čtvrtletí 2006:

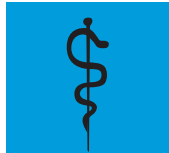
- Pojišťovna bonifikaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- uplatnění případné bonifikace vůči zdravotnickému zařízení v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě Pojišťovna posoudí do 180 dní po skončení roku 2006 v rámci vyhodnocení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny (případná bonifikace bude použita pro zápočet regulace na maximální úhradu a celkový objem úhrady)

6. Maximální úhrada

Vypořádání regulačního mechanismu na maximální úhradu za výkony prevence a očkování v souladu s příslušnou Dohodou ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Dohoda“) bude realizováno následovně:

a) 1. pololetí 2006:

- Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza
- zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit
- případnou regulaci Pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení uplatní v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě, s tím, že tento regulační mechanismus bude do 180 dní po skončení roku 2006 vyhodno-



cen v rámci posouzení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny (v případě překročení Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny realizace formou srážky případně zápočtu vůči bonifikaci za 2. čtvrtletí 2006)

b) 2. pololetí 2006:

■ Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza

■ zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit

■ případnou regulaci Pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení uplatní v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě, s tím, že tento regulační mechanismus bude do 180 dnů po skončení roku 2006 vyhodnocen v rámci posouzení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny (v případě překročení Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny realizace formou srážky případně zápočtu vůči bonifikaci za 3. čtvrtletí 2006, resp. 4. čtvrtletí 2006)

7. Celkový objem úhrady

Vypořádání regulačního mechanismu na celkový objem úhrady za výkony nezahrnuté do kapitační platby (kromě výkonů prevence a očkování) a výkony za neregistrované pojištěnce v souladu s příslušnou Dohodou ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Dohoda“) bude realizováno následovně:

a) 1. pololetí 2006:

■ Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza

■ zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit

■ případnou regulaci Pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení uplatní v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě, s tím, že tento regulační mechanismus bude do 180 dnů po skončení roku 2006 vyhodnocen v rámci posouzení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny (v případě překročení Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny realizace formou srážky případně zápočtu vůči bonifikaci za 2. čtvrtletí 2006)

b) 2. pololetí 2006:

■ Pojišťovna regulaci vypočte v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě a výsledek oznámí zdravotnickému zařízení formou avíza

■ zdravotnické zařízení má možnost se do 30 dnů po obdržení avíza k výsledku vyjádřit

■ případnou regulaci Pojišťovna vůči zdravotnickému zařízení uplatní v souladu s příslušnou Dohodou, resp. Dodatkem k Dohodě, s tím, že tento regulační mechanismus bude do 180 dnů po skončení roku 2006 vyhodnocen v rámci posouzení čerpání nákladů na zdravotní péči poskytovanou segmentem praktických lékařů ve schváleném Zdravotně pojistném plánu Pojišťovny (v případě překročení Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny realizace formou srážky případně zápočtu vůči bonifikaci za 3. čtvrtletí 2006, resp. 4. čtvrtletí 2006).

V. Informace pro praktické lékaře pro děti a dorost k uplatňování regulačních opatření v 1. a 2. čtvrtletí 2006 ze strany OZP

Oborová zdravotní pojišťovna v současné době dokončuje zpracování došlých námitek a celkové hodnocení vývoje nákladů v segmentu praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost. Současně jsme vzali v úvahu i návrhy Sdružení praktických lékařů ČR a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR.

Aktuální informace o uplatňování regulačních opatření OZP za 1. čtvrtletí 2006:

1. Regulační opatření u lékařů, kteří v referenčním nebo hodnoceném období registrovali méně než 50 pojištěnců, nebude OZP uplatňovat a případné dříve uplatněné srážky vrátí na účet zdravotnických zařízení v termínu do 30.11.2006

2. Již uplatněné regulační srážky nebo vyčíslené pohledávky za 1. čtvrtletí 2006 z titulu preskripce a indukované zdravotní péče nebudou uplatňovány s výjimkou individuálních případů, kdy by OZP po kontrole zjistila účelovou změnu léčebných postupů. V takovém případě by však případná srážka probíhala v režimu standardních individuálních kontrol.

3. Uplatňování evidovaných pohledávek z titulu překročení nákladů za výkony bude pozastaveno až do vyhodnocení celkových nákladů segmentu praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost za rok 2006.

4. Již provedené individuální srážky z titulu

překročení maximálních nákladů za výkony nad rámec kapítace, a to jak u registrovaných tak neregistrovaných pojištěnců budou na základě obdržených odborných námitek a dalších podnětů ze strany zdravotnických zařízení prověřeny a zohledněny nejméně v rozsahu akceptace 5% meziročního navýšení ceny výkonů při zohlednění důvodných změn frekvence preventivních prohlídek.

Aktuální informace o uplatňování regulačních opatření OZP za 2. čtvrtletí 2006:

Regulační opatření vyplývající z obecně závazných předpisů a smluvních dodatků za 2. čtvrtletí 2006 OZP vyhodnotí v termínu do 30.11.2006, avšak pohledávky neuplatní do vyhodnocení celkových nákladů segmentu praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost za celý rok 2006. Pokud bude celkový vývoj jednotlivých složek nákladů v segmentu praktických lékařů pod limitem nákladů zdravotně pojistného plánu pro rok 2006, nebude OZP evidované pohledávky uplatňovat nebo je adekvátně sníží. Způsob konečného vypořádání za celý rok bude obsahem cenového dodatku na 2. pololetí 2006.

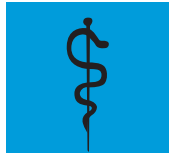
Aktuálně poskytovaná výše bonifikace i pravidla pro její přiznávání zůstanou do konce roku 2006 beze změn.

VI. Oslovení 1. náměstka MZ ČR a Předsedy Správní rady VZP ČR Bc. Marka Šnajdra

Vážený pane náměstku,

po předchozí ústní domluvě si Vás dovoluji oslovit nejen jako 1. náměstka ministra zdravotnictví, ale také jako předsedu Správní rady VZP. Jako zástupce a koordinátor segmentu praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost se na Vás obracím se žádostí o pomoc a případné zprostředkování možnosti vystoupení před Správní radou VZP. Hlavním důvodem této žádosti je dosud nezavřená dohoda o způsobu úhrady poskytované zdravotní péče v segmentu praktických lékařů ve 2. pololetí 2006. Jednání se dostala do slepé uličky a dalším neřešením tohoto problému by mohlo dojít, dle mého názoru, k ohrožení fungování primární péče, ale také k ohrožení kvality a její dostupnosti.

Při jednáních jsme se snažili prosazovat myšlenku, že význam primární péče a stoupající reálné provozní náklady by mohly být zohledněny uplatněním novely seznamu výkonů



v části úhrad v praxi, konkrétně by se jednalo o výkony prevence a očkování. V první 1/2 roku tomu zabránily tzv. Rathovi úhradové vyhlášky, ve druhé 1/2 roku je proti zase VZP. V současné době tak praxe s menším počtem dětí již mají ekonomické problémy.

Vyhláška 101/2006 Sb. sice poněkud zmírnila regulace na léky a vyžádanou péči dané vyhláškou 550/2005 Sb., nadále však zachovala osobní limity na pacienty a pojišťovny. Ve svém důsledku to vedlo a vede k stejnému čerpání zdravotní péče pacientem. Pro pacienta se stalo zásadní, jaký limit registrující lékař dostal od zdravotní pojišťovny. Zcela se tedy opomenul jejich oprávnění požadavek na čerpání zdravotní péče dle zjištěného zdravotního stavu. Výjimkou nebyly limity na léky ve výši 3 Kč na pacienta nebo na laboratorní vyšetření.

Ve výkonové složce absolutní většinu tvoří výkony prevence a očkování. Vyhláška 550/2005 Sb. na tyto výkony zavedla objemovou limitaci celkovou úhradou. To by v praxi znamenalo faktické omezení výkonů prevence a očkování nejméně o 1/3. Řešení nabídla vyhláška 101/2006 Sb. změnou celkové limitace na limitaci na každý provedený a vykázaný výkon, který je sice uhrazen, ovšem v ceně roku 2005 plus 3% (v 1. čtvrtletí) resp. 5% (ve 2. čtvrtletí).

Problém ovšem nastal v okamžiku, kdy VZP jako jediná odmítla proplácet v letošním roce tzv. bonifikace. Mnozí nezasvěcení se dodnes domnívají, že bonifikace jsou jakýmsi nadlepením k běžné platbě. Realita je však jiná. Při zavádění tzv. bonifikačních systémů byla vyčleněna určitá část financí určených k úhradě zdravotní péče u praktických lékařů. Tato část byla následně přerozdělena mezi lékaře podle předem dohodnutého klíče, kde hlavní důraz byl kladen na zájem praktického lékaře se o svého pacienta „řádně a komplexně postarat“. Pokud tedy VZP ČR tuto částku odmítá praktickým lékařům uhradit, vědomě jim krátí podíl finančních prostředků pro tento segment určený. Navrhli jsme proto, aby prioritně výkony prevence a očkování byly ve 2. pololetí hrazeny dle novely Seznamu výkonů. Tím bychom dočasně nahradili výpadek vyplácení bonifikací a navíc zvýhodnili ty lékaře, kteří tyto výkony provádějí.

Dovoluji si Vám předložit stručný rozbor návrhů pro 2. pololetí 2006:

Východiska:

SPL + SPLDD:

- eliminace negativního dopadu regulací
- výkony dle nového seznamu bez limitací s hodnotou bodu 0,97 Kč

Návrh předložený VZP:

- eliminace negativního dopadu regulací
- výkony dle nového seznamu bez limitací s hodnotou bodu 0,80 Kč

Analýza návrhu VZP

- vstupní a preventivní prohlídky - navýšení
- očkování - navýšení
- sesterské kódy, návštěva novorozence - pokles
- výkony návštěvní služby - pokles
- ošetření popálenin - pokles
- převazy ran - pokles
- nové výkony (CRP) - pokles
- ostatní výkony - méně frekventní, navýšení

Orientačním propočtem nám pak vychází navýšení ceny výkonové složky 5,9%, tedy prakticky na úrovni 1. pololetí + 0,9% s dopadem meziročně celkem 0,89%. Přičteme-li hodnotu kapitační platby (oproti 2. pololetí 2005 vyšší o 1 Kč), tedy cca 3,06%, šlo by o meziroční nárůst 3,95%, což považujeme za neúnosné, mimo jiné i vzhledem k předpokládanému nárůstu v ostatních segmentech (vyhláška 101/2006 „zaručovala“ navýšení 5%).

Vážený pane náměstků,

věřím, že pochopíte naše obavy a pomůžete nám při řešení složité situace, ve které se primární péče v současnosti nachází.

Děkuji a jsem v úctě

V Praze dne 8.11.2006

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

VII. Stanovisko Asociace nemocnic ČR a Sdružení fakultních nemocnic k novému zákoníku práce

AN ČR a SFN uznávají potřebnost novely zákoníku práce, který je nutné uvést do souladu s normami Evropské unie. Zároveň potvrzují nutnost řešení vysokého zatížení zdravotnických pracovníků, hlavně lékařů, přesčasovými hodinami. Pro zavedení nové-

ho zákoníku práce v oblasti zdravotnictví nebyly však bohužel vytvořeny vhodné podmínky. Praktická realizace nového zákoníku práce ve stávající podobě by s sebou přinesla následující obtíže:

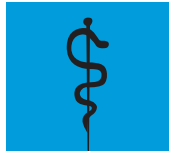
1. Podle nového zákoníku práce bude možné realizovat pracovní pohotovost jen na jiném místě dohodnutém se zaměstnancem, odlišném od pracoviště zaměstnavatele. Nebude možná pracovní pohotovost na pracovišti, což je obvyklá forma zajištění tzv. ústavní pohotovostní zdravotnické služby. Zajištění nepřetržitého provozu pracoviště bude muset být realizováno nepřetržitým režimem pracovních směn všemi potřebnými skupinami odborných zdravotnických pracovníků a pohotovostními službami mimo pracoviště. Po analýze současného stavu (počtu, skladby odborné a specializované způsobilosti a rozmístění) zdravotnických pracovníků, která vychází z výsledků státního statistického sledování, lze oprávněně předpokládat, že bude obtížné zajistit operativně tuto změnu.

2. Dopad zákoníku práce vyžaduje zavedení směnného provozu, což znamená nárůst počtu lékařů o 10 až 20%. Tito lékaři v některých odbornostech a s požadovanou specializací však nejsou v současné době na trhu práce k dispozici.

3. Zvýšený počet lékařů povede k tomu, že lékaři v přípravě nebudou schopni provést požadované úkony pro složení atestací v řadě především chirurgických oborů.

4. Odměna za pracovní pohotovost včetně práce přesčas tvoří v současné době u lékařů 30% z celkového platu. Pokud dojde ke zrušení ústavních pohotovostních služeb, navýší se počty stávajících lékařů, kteří budou pracovat ve směnném provozu, dojde k razantnímu poklesu mezd lékařů pod úroveň průměrného platu ve státě, což znamená naprosto neadekvátní postavení této kategorie v celostátním měřítku a podhodnocení jejich odměny za vykonanou práci ve vztahu k ostatním státům EU. Potřeba navýšení finančních prostředků na mzdy vyplývající ze současných zákonných úprav, jakož i z úprav provedených již v předchozích letech, by měla být zohledněna ve vyšších příjmech zdravotnických zařízení.

5. Nadále není řešen problém pohotovosti ambulantních lékařů - specialistů v odpoled-



ních a nočních hodinách a o víkendech. Vzhledem k tomu, že v mnoha regionech ČR není zajištěna nepřetržitá služba ambulantních specialistů, doplňují tuto službu ústavní zdravotnická zařízení (nemocnice) v rámci tzv. ústavní pohotovostní služby, která by však měla sloužit zejména k zajištění péče o hospitalizované pacienty a ty ambulantní pacienty, u kterých se předpokládá po prvotním ošetření akutní přijetí k hospitalizaci, a nikoliv jako pohotovost pro ambulantní pacienty s běžnými zdravotními problémy. Právě toto zneužívání ústavní pohotovostní služby vede k neúměrnému zatížení nemocnic, neboť zajištění pohotovosti mimo běžnou pracovní dobu pak vyžaduje zvýšené nároky na počet zdravotnického personálu. Navíc tato služba není zdravotnickým zařízením adekvátně hrazena.

Závěrem lze konstatovat, že současný systém poskytování a financování zdravotní péče není připraven na realizaci nového

zákoníku práce v jeho stávající podobě.

Řešením této situace by mohlo být:

- udělení výjimky z některých ustanovení nového zákoníku práce tak, aby odpovídaly současným možnostem systému zdravotnictví. Tento krok by však samozřejmě byl nesystémový.
- odložení účinnosti nového zákoníku práce do doby, kdy jeho negativní dopady uvedené výše nenaruší chod jednotlivých zdravotnických zařízení a nepovedou ke snížení objemu poskytované zdravotní péče pro obyvatelstvo.

Termín uvedení nového zákoníku práce do praxe je třeba posunout do doby:

- vyřešení systému financování zdravotnictví tak, aby zvýšené náklady na pracovní sílu vyvolané novým zákoníkem práce byly kompenzovány též zvýšením příjmů jednotlivých zdravotnických zařízení.
- vyřešení nedostatku kvalifikovaného per-

sonálu, zejména lékařů, což ovšem znamená provést změny též v systému jejich vzdělávání. V souvislosti se změnou legislativy týkající se postgraduálního vzdělávání lékařů (z.č. 95/2004 Sb.) vznikla nutnost zajistit toto vzdělávání pouze v rámci tzv. akreditovaných pracovišť, kterých je však zatím v rámci celé republiky málo, takže jejich kapacita nestačí pokrýt poptávku po specializovaném vzdělávání lékařů. Je proto potřeba urychleně vyjasnit způsob získávání jednotlivých lékařských specializací tak, aby bylo možné zajistit provoz jednotlivých zdravotnických zařízení erudovaným personálem.

*Za Asociaci nemocnic České republiky
Ing. Jaroslava Kunová
Za Sdružení fakultních nemocnic
MUDr. Jan Burian*

**Pro Vox zpracoval:
MUDr. Pavel Neugebauer**

NOVÝ ZPŮSOB ZASÍLÁNÍ INFORMACÍ POMOCÍ SMS ZPRÁV

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

na základě dobrých zkušeností našich kolegů z České stomatologické komory jsme pro Vás, jako členy SPLDD ČR připravili nový způsob zasílání aktuálních a důležitých informací formou SMS zpráv.

Máte-li zájem dostávat na Váš mobilní telefon informace formou SMS zpráv, zašlete z Vašeho mobilního telefonu SMS zprávu s tímto textem:

SPLDD mezera INFORMACE mezera ANO mezera VAŠE PŘÍJMENÍ mezera VAŠE KŘESTNÍ JMÉNO.

Zprávu můžete psát jak velkými, tak malými písmeny. Nepoužívejte diakritiku.

Vzor SMS zprávy: **SPLDD INFORMACE ANO NOVOTNY VACLAV**

Tuto SMS zprávu pošlete na telefonní číslo 9007703. Cena této SMS zprávy je 3,- Kč (vč. DPH). Po zaslání Vaší SMS zprávy obdržíte ze systému v několika minutách zpětnou SMS zprávu.

Budete-li chtít zjistit kdykoliv, zda jste v systému přihlášení, zašlete na telefonní číslo 9007703 SMS zprávu ve tvaru:

SPLDD mezera INFORMACE mezera STAV.

Vzor SMS zprávy: **SPLDD INFORMACE STAV**

Pokud byste se chtěli ze systému pro zasílání SMS zpráv odhlásit, zašlete na telefonní číslo 9007703 SMS právu ve tvaru:

SPLDD mezera INFORMACE mezera NE.

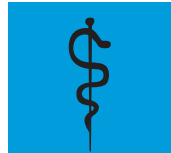
Vzor SMS zprávy: **SPLDD INFORMACE NE**

Veškeré náklady spojené s posíláním SMS zpráv na Váš mobilní telefon hradí SPLDD ČR. Vy hradíte pouze přihlašovací a odhlašovací SMS zprávu nebo SMS zprávu s dotazem na zjištění stavu Vašeho přihlášení do systému.

V Praze dne 13.11.2006

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda

Službu technicky zabezpečuje KONZULTA Brno, a.s., Veveří 9, 602 00 Brno, horká linka 541 128 530, hotline@sms-operator.com.
(Pro operátora Eurotel Praha je služba zajišťována ve spolupráci se společností Tanger computersystems, s.r.o.).



Usnesení Celostátní konference SPLDD ČR konané dne 28.10.2006 v Průhonicích

Konference zvolila:

- návrhovou komisi ve složení: MUDr. Němeček, MUDr. Kozderka, MUDr. Matoušková, MUDr. Svobodová Eva, MUDr. Svobodová Miroslava, MUDr. Rytíř, MUDr. Kuběňová
- mandátovou komisi ve složení: MUDr. Schwarzová, MUDr. Gricová, MUDr. Machandová, MUDr. Sůvová, MUDr. Zavřel, MUDr. Procházka, MUDr. Bóhmová, MUDr. Kouďa
- volební komisi ve složení: MUDr. Nulíčková, MUDr. Kalabusová, MUDr. Šebková, MUDr. Šedivá, MUDr. Kyjonková, MUDr. Fialová Ludmila, MUDr. Dolanová, MUDr. Bárťová



- pracovní předsednictvo ve složení: MUDr. Cabrnchová, MUDr. Dvořáková, MUDr. Kudyn, MUDr. Neugebauer, MUDr. Vitoušová.

Konference zvolila:

- **Výkonný výbor pro období 2006 - 2009 ve složení: předseda MUDr. Neugebauer a členy výkonného výboru: MUDr. Cabrnchová, MUDr. Dvořáková, MUDr. Kudyn, MUDr. Vitoušová.**
- **Revizní komisi ve složení: MUDr. Dufka, MUDr. Soukup Jiří, MUDr. Pacovská Jana**

Konference vzala na vědomí:

- zprávu předsedy o činnosti za uplynulé období.
- zprávu o hospodaření za rok 2005 a o průběžném čerpání rozpočtu v roce 2006
- zprávu revizní komise
- vystoupení zástupců ZP, MZ, SAS a ČLK

Konference schvaluje:

- rozpočet na rok 2007



- úpravu stanov, které jsou přílohou usnesení

Konference doporučuje:

- všem členům vyčkat s podpisem cenových dodatků na 2. pololetí 2006, dokud nebudou uzavřena cenová jednání na toto období.
- vyčkat s podpisem rámcových resp. typových smluv do doby, než projdou legislativním procesem, tedy do doby novely vyhlášky MZ 290/2006.
- svým členům, aby se zúčastňovali okresních jednání ČLK a pozitivně ovlivňovali chod naší stavovské organizace.
- svým členům, aby využili možností odvolání se a smírčích řízení k eliminaci dopadů regulací.
- svým členům nepodepisovat plné moci k zastupování při dohodovacích řízeních pro ČLK.



Konference ukládá:

- Předsednictvu zahájit diskusi o eventuální změně organizační struktury SPLDD tak, aby reflektovala změny ve státoprávním uspořádání a organizaci zdravotních pojišťoven.

- Výkonnému výboru pokračovat v cenových jednáních na rok 2006 v těchto intencích:
- výkony dle platného sazebníku, hodnota bodu 0,97 Kč a kapitace 35,02 Kč, bez regulace na léky a komplement
- prevence a očkování dle nového seznamu s hodnotou bodu 0,97 Kč, ostatní v cenách roku 2005 + 10%, kapitace 35,02 Kč.
- Výkonnému výboru pokračovat v cenových jednáních na rok 2007 s úhradou dle nového seznamu výkonů a hodnotou bodu 1,- Kč.
- Výkonnému výboru pokračovat v intenzivních jednání s Ministerstvem zdravotnictví

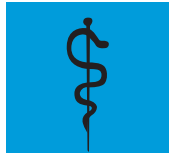


vedoucích k posílení postavení primární péče.

- Výkonnému výboru jednat o změně sazebníku výkonů na ceník výkonů.
- Výkonnému výboru zahájit ihned informování členů SPLDD pomocí SMS brány.
- Redakční radě Voxu informovat členy o vzniku SMS brány.
- Výkonnému výboru do konce letošního roku stanovit kritéria pro vznik tzv. nákladových středisek a obnovit tak sledování ekonomické nákladovosti praxí SPLDD.
- Výkonnému výboru, aby prosazoval minimalizaci možných finančních dopadů úhradových vyhlášek za rok 2006.
- Předsednictvu řešit problematiku ukončení registrace v 19-ti letech.

Konference konstatuje:

- krajní znepokojení v souvislosti se zcela mimořádným finančním podhodnocením segmentu primární péče. Podíl čerpání finančních prostředků segmentem primární péče je na historicky nejnižší hodnotě.



České zdravotnictví - desatero (ne)transparence aneb království křivých zrcadel

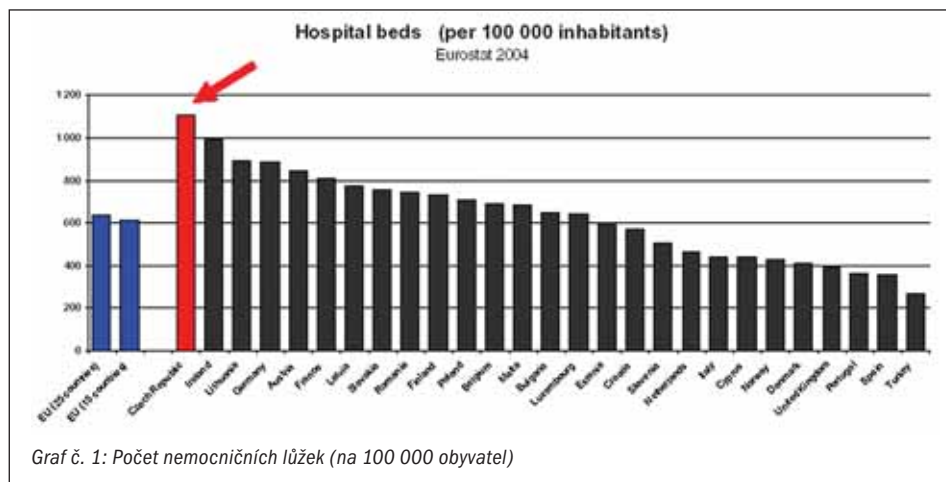
Ing. Miroslav Zámečník

ekonomický konzultant

Na prahu nové vlády má smysl se zamyslet nad tím, kam jsme dospěli za posledních sedmnáct let ve zdravotnictví, pokud jde o transparentci procesů, které v něm probíhají. Stručné šetření prokáže, že s transparentcí je na tom české zdravotnictví velmi špatně. Horší je, že samotné zlepšení přístupu k informacím a jejich zveřejňování, resp. nastavení pravidel transparentního chování, bude snad zmírňovat následky či nežádoucí průvodní jevy typu zjevné korupce a může nastolit pocit jisté spravedlnosti, ale nijak neřeší příčiny. Ty jsou systémové povahy, související se značnou (a v posledních letech posílenou) centralizací řízení a nevhodnými alokačními mechanismy v českém zdravotnictví, které je v zásadě nastaveno na udržování předimeno-

v českém zdravotnictví jsou silně deformované, a to jak pokud jde o ceny zdravotních výkonů, tak pokud jde o stanovení cen klíčových vstupů. Česká republika na rozdíl od většiny Evropy nijak nepokročila v zavádění úhrad v oblasti akutní péče založených na systému DRG a současný model úhrad (paušály zavedené jako provizorium v roce 1997) v podstatě jen prolonguje neudržitelný stav. Význam bodového hodnocení výkonů je z hlediska úhrad zdravotnickým zařízením za poskytnutou péči sekundární, má víceméně evidenční charakter. Bez úhrad založených na DRG nebo na nabídkových cenách za jednotlivé typy výkonů však sotva mohou existovat transparentní výběrová řízení na smlouvy zdravotních pojišťoven s poskytovateli péče

podle dr. Ratha podstatně rychleji než celková úhrada upravená v úhradové vyhlášce č. 550/2005 (103, resp. 105 % srovnatelného minulého období), fyzický objem výkonů při dodržení celkového objemu úhrad nutně musel klesnout. Klasickým příkladem problematické tvorby cen je oblast léků, kde maximální ceny u dovážených léků (kompetence MF ČR) nejsou založeny na porovnávání cen na referenčních trzích a často se od cen dosahovaných na nejlevnějších trzích EU značně liší směrem nahoru. Takto stanovená cena nemá zejména v případě existence konkurenčních přípravků jinou tržní relevanci než tu, že vyvolává dvojí účetnictví, které maskuje skutečnou cenu dosahovanou na trhu a vytváří prostor pro korupci. Hlavní boj se pak vede o výši úhrady jednotlivých přípravků z veřejného zdravotního pojištění, resp. o výši doplatku hrazeného samotnými pojištěnci, kde činnost kategorizační komise jako poradního orgánu ministra zdravotnictví je opakovaně napadána farmaceutickými firmami z důvodu netransparentnosti a porušování transparentní direktivy EU. Totéž lze říci o rozhodnutích samotného ministra. Při neexistenci finančních limitů pro platby z vlastní kapsy (existují například v Německu, ale i řadě jiných zemí, a to i v USA) má tento systém negativní dopad na pojištěnce, kteří z medicínských důvodů nemohou doplatkové léky substituovat léky plně hrazenými. U některých skupin pacientů jsou pak doplatky významnou zátěží jejich rozpočtů. Tlak na úspory v lékové politice se soustřeďuje na snižování marží lékárnám a na stanovení limitů poskytovatelům zdravotní péče, případně přenašněním finanční zátěže na pacienty. Výsledkem jsou úspory, kterých je dosaženo za cenu zhoršení zdravotní péče a zvýšení nákladů pro konečného uživatele, často vážně nemocného pacienta s chronickou kondicí. Řešení v podobě nastavení cen odvozených z nejlevnějších referenčních trhů, zrušení úhrad levných léků z veřejného zdravotního pojištění, zavedení poplatku za výdej receptu při současném limitování maximálních výdajů z vlastní kapsy jako % disponibilního příjmu pacienta je odmítáno z populistických



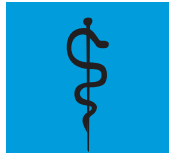
Graf č. 1: Počet nemocničních lůžek (na 100 000 obyvatel)

vané sítě zejména lůžkových zařízení s jejími vysokými fixními náklady (viz graf č.1). Ve skutečnosti peníze nesledují pacienta, ale přinejmenším v segmentu ústavní péče poskytovatele.

V českém zdravotnictví se sice o vzácné zdroje soutěží, avšak tím nejhorším možným způsobem - lobbováním za přístup ke zdrojům, za nastavení úhrad zdravotnickým zařízením a za úhradu provozních ztrát. V těchto podmínkách dostává na frak efektivnost, a transparentnost, jež nevede k vyšší efektivnosti, tak postrádá svůj hlavní smysl.

1. Není transparentní cenotvorba. Ceny

a soutěž se v podstatě nemá o co opřít - neboť podle jakého jiného objektivního kritéria než cenového by měly být smlouvy uzavírány? Přesto však kombinace nového bodového hodnocení výkonů (podstatné zdražení práce) v kombinaci s paušální úhradou vytvořila od tohoto roku prostředí, kdy zdravotnická zařízení mohou pro dosažení stejných tržeb poskytovat méně péče, zcela v duchu základního vzorce, kde celková úhrada = cena krát fyzický počet zdravotnických výkonů. Naopak ekonomické sankce nastupují v případě, že by poskytovaly více péče - nadlimitní výkony jim nebudou proplaceny. Vzhledem k tomu, že cena (bodové hodnocení) rostla díky novele seznamu zdravotních výkonů



důvodů - valná část populace není spoluúčastí drážděna a výsledek je vydáván za přednost sociální politiky státu.

2. Není transparentní alokace investic. Alokace investic je jedním z velmi slabých míst českého zdravotnictví - investice jsou přidělovány, protože většina nemocnic nevytváří dostatečné vlastní finanční zdroje (deformované ceny a slabá governance) a jsou tak odkázány na dotace z centrálních či regionálních, popřípadě místních rozpočtů. Neexistuje jasné pořadí vyhodnocování investic podle jejich ekonomické efektivity a medicínské potřeby a klíčem pro přidělení investice jsou politické kontakty. Republika je poseta veřejnými zdravotnickými zařízeními s drahými technologiemi, jež nejsou využívány s dostatečnou intenzitou, a často ani dostatečně odborným personálem. Skutečnost, že soukromá zdravotnická zařízení (a není jich nijak málo ani v segmentu akutní lůžkové péče) se k investičním dotacím nedostanou (o provozních dotacích ani nemluvě) je dalším narušením soutěžního prostředí v českém zdravotnictví.

3. Není transparentní systém kontraktace mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními. Transparentní soutěžení o kontrakt se zdravotní pojišťovnou bylo zcela anulováno přijetím zákona č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních, který zavádí pro vybraný okruh zákonem definovaných zdravotnických zařízení pro zdravotní pojišťovnu kontraktační povinnost, přičemž objem kontraktu je v podstatě dán rozhodnutím ministerstva zdravotnictví. Skutečnost, že jedna skupina zdravotnických zařízení se nemusí o kontrakt vůbec ucházet, zatímco jiná zařízení nemají bez ohledu na efektivnost a kvalitu poskytované péče férovou šanci zajistit prostřednictvím vysoutěženého kontraktu svoji další existenci, je jednou z největších vad zmiňovaného zákona. Fakticky tak vzniká dualismus v přístupu ke smlouvám se zdravotní pojišťovnou v závislosti na právní formě nemocnice - při potřebě vyrovnaného hospodaření zdravotní pojišťovny je nutno omezit objem kontrahované péče s nemocnicemi, jež nejsou součástí neziskové sítě. „Odříznutí“ jiných zařízení než neziskových od rovné možnosti ucházet se o kontrakty zdravotních pojišťoven pak fakticky znamená, že nesmluvní zařízení nebudou ekonomicky schopna nadále existovat. Vzhledem k existenci přebytku lůžkové kapacity oproti evropskému průměru tak touto cestou může

dojít k omezení tohoto převisu, ovšem ekonomicky nejméně žádoucím způsobem - místo aby zanikla část lůžkové kapacity v nejméně efektivních zařízeních s nedostatečnou kvalitou péče, zanikne v těch, která buď smlouvy nedostanou nebo dostanou smlouvy, které nepokryjí fixní náklady těchto zařízení, což je z dlouhodobého hlediska totéž. Na tomto místě je nutné zdůraznit, že zařazení nemocnic na seznam, jenž tvoří součást zákona č. 245/2006 Sb. o „neziskových“ nemocnicích, nepředcházelo **jakékoli** posuzování kvality a efektivnosti péče a na jejich výběru ani zdaleka neparticipovaly zdravotní pojišťovny - vše probíhalo v extrémně netransparentních podmínkách velmi nestandardního legislativního procesu (forma poslancecké iniciativy a pozměňovacích návrhů poslanců).

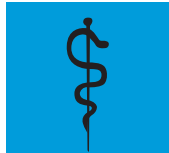
4. Není transparentní způsob financování zdravotnictví. Valná část veřejných výdajů na zdravotnictví pochází z vybraného pojistného, přičemž ovšem pojistné za tzv. státní pojištěnce hradí v plném rozsahu stát. Stát dospěl ke stanovení dotace pojistného v podstatě zbytkovou metodou - fakticky dofinancovává mezeru mezi vybraným pojistným od ekonomicky aktivních pojištěnců a výdaji pojišťoven, často formou ad hoc finančních injekcí, reagujících na finanční problémy největší veřejnoprávní pojišťovny VZP. V českém modelu financování nejenže chybí jakákoli vazba mezi výší pojistky a rozsahem hrazené péče (což je ve vysoce solidárním modelu na úrovni jednotlivce v podstatě nevyhnutelné, ale Česká republika je zároveň jednou z mála evropských zemí, kde neexistuje strop na vyměrovací základ pro výpočet odvodu pojistného), a pojištěnci sami v drtivé většině případů ani nevědí, kolik na zdravotním pojištění odvedli a kolik zdravotní péče hrazené z pojištění čerpali. Tyto údaje jsou sice (složitě) dopočitatelné, ale nejsou automaticky předkládány pojištěncům v pravidelných intervalech, například formou srozumitelného ročního výpisu. Pro přesnost je nutno konstatovat, že některé zdravotní pojišťovny umožňují on-line přístup svým pojištěncům k jejich účtům evidujícím vykazovanou péči. Při absenci jasných čísel tak většinou absentuje i pocit odpovědnosti za racionální čerpání péče a kontrola oprávněnosti vykázané péče ze strany samotných pojištěnců, zejména když bonifikace žádoucího chování pojištěnců je nízká nebo žádná.

5. Není transparentní soutěž mezi poskytovateli. Jak již bylo řečeno, zákon č. 245/2006

v podstatě znemožňuje racionálně vyhodnotitelnou soutěž o uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami, neboť ukládá pojišťovně povinnost uzavřít smlouvu v rozsahu stanoveném ministerstvem. I kdyby tato povinnost neexistovala, naráží potenciál soutěže mezi poskytovateli na bariéru úhradových vyhlášek, neboť paušální způsob úhrad je v konfliktu s vlastním smyslem soutěže - směřovat poptávku pojišťoven k těm zdravotnickým zařízením, která nabídnou pojišťovně nejlepší kombinaci kvality a ceny. Zde opět nezbývá než konstatovat, že proti transparentnosti výběrových řízení je fakticky nastaven celý systém - konstrukcí úhrad počínaje, zákonem o neziskových nemocnicích konče. Záměry na zveřejňování ukazatelů kvality péče, jakkoli je transparentnost v tomto směru chválná a potřebná, jsou v podstatě jen iritujícím prvkem, pokud poskytovatelé s nejlepší kvalitou nemohou znásobit objem nasmlouvaných výkonů s pojišťovnami na úkor nekvalitních poskytovatelů. Nemohou-li nekvalitní a neefektivní poskytovatelé odejít z trhu prostřednictvím standardního mechanismu, tedy konkurzem, ale pouze na základě vrchnostenského aktu (rozhodnutím zřizovatele, který již dále nechce hradit kumulující se ztráty, neboť ze zákona odpovídá za závazky nemocnic), jak předpokládá zákon o neziskových nemocnicích, je zjevné, že o transparentní soutěži mezi poskytovateli nemůže být ani řeči - včetně tomu odpovídajících dopadů na ekonomiku jejich provozu.

6. Není transparentní přístup ke zdravotní péči. České zdravotnictví nemá jednoznačně stanovená kritéria pro sestavování pořadníků na elektivní výkony (typický případ: náhrady kloubů), ani maximální čekací lhůty pro jednotlivé typy elektivních výkonů, ani mechanismus pro vyrovnávání případné regionální nerovnováhy nabídky s poptávkou. V takovém systému se pochopitelně dostává do popředí sociální kapitál, tedy známosti a schopnost reciprocity, anebo prachobyčejné úplatky.

7. Není transparentní způsob výběru klíčového personálu. Nejklašíčtější případem netransparentnosti v personální politice necht jsou personální rozhodnutí bývalého ministra Ratha, dokonce motivovaná nikoli „neposlušností“ samotného přímo odvolatelného ředitele, ale jeho podřízených. Na základě jakých transparentních kritérií dospěl ministr Rath k odvolání ředitele SÚKL a jmenování jeho zjevně pro danou funkci nekompetentního nástupce, ví asi jen exministr sám.



8. Není transparentní vyhodnocování efektivnosti jednotlivých poskytovatelů péče.

Jsou-li zdeformované ceny, a neexistuje-li transparentní způsob přidělování investičních a provozních dotací, pak i samotné publikování ekonomických ukazatelů vykazovaných jednotlivými zdravotnickými zařízeními postrádá značnou část vypovídací hodnoty. Klasický příklad - oddlužení jedné skupiny poskytovatelů (například fakultních nemocnic) - fakticky znamená zásadní změnu finančních výkazů - od rozvahy, přes výkaz zisku a ztrát až po cash-flow. Srovnání dat je v podstatě nesmyslné, neboť paradoxně oddlužení je odměnou za nejhorší předchozí hospodaření, nikoli naopak. Je-li zároveň běžně poukazováno na existenci efektivních soukromých zařízení, jež oddlužena nikdy nebyla a přesto i bez provozních či jiných dotací dokáží vytvářet zdroje pro svůj další rozvoj, jako na cosi v českém zdravotnictví nežádoucího („soukromý kapitál vydělává na našich daních“), pak je zjevné, že seriózní debata na téma ekonomická efektivnost zdravotnictví ještě ani nezačala.

9. Není transparentní správa korporací (corporate governance) jak na úrovni plátců, tak mnoha poskytovatelů péče. O transparentnosti správy korporací na úrovni fakultních nemocnic byla alespoň v oblasti personalistiky řeč, ale neméně fascinující jsou principy corporate governance u zdravotních pojišťoven. Pokud jde o VZP, je dnes její řízení politizováno a statutární orgány pojišťovny jsou zcela v područí politiků. Neexistuje jediná mezinárodně respektovaná autorita, která by řekla, že politická kontrola a politiky instalované vedení zdravotní pojišťovny je ten správný způsob řízení veřejnoprávních korporací. Je indiferentní, jaká politická strana je či bude u moci - takto nastavená corporate governance bude vždy chybná. Existuje-li jakési veřejné povědomí o tom, že v případě ČKA byla politizace jejího rozhodování jednou z hlavních chyb, pak toto povědomí v případě VZP zatím není nijak zřetelné, byť v tomto případě jde o podstatně větší částky peněz, ale především o smluvní zajištění zdravotní péče pro dvě třetiny české populace. Vyšší stupeň autonomie zaměstnaneckých pojišťoven, který se podařilo v určité míře uchránit, je vysvětlením, proč zaměstnanecké pojišťovny vykazují vesměs vyrovnané hospodaření. Skutečnost, že ministerstvo zdravotnictví dnes může z velmi vágně definovaného „veřejného zájmu“ poslat do zaměstnanecké pojišťovny nuceného správce,

aniž by daná pojišťovna měla problémy s finanční stabilitou, však pro rozhodování zaměstnaneckých pojišťoven nevěští nic dobrého.

10. Není transparentní soutěž mezi zdravotními pojišťovnami. Existují-li úvahy o zbytečnosti existence 9 zdravotních pojišťoven, pak příčiny lze hledat především ve skutečnosti, že od roku 1996 české zdravotní pojišťovny mohou diferencovat svůj „produkt“ jen ve velmi omezené míře - benefity členství v jednotlivých zdravotních pojišťovnách jsou pro pojištěnce v podstatě shodné a ve finančním vyjádření silně limitované. V podstatě jediná silnější forma soutěže probíhala přes poskytovatele, kteří dostávali zaplacené od zdravotních pojišťoven ve značně odlišných termínech a možná preferovali klienty těch pojišťoven, které jim platily včas. Není třeba připomínat, že tato „soutěž“ je zcela netransparentní a neetická, navíc neexistuje žádný veřejný empirický výzkum, který by její dopady kvantifikoval (komparace spokojenosti pojištěnců s poskytovanou péčí podle pojišťovny v závislosti na platební morálce pojišťovny; popřípadě tvrdá data v podobě čekacích lhůt, klinických výsledků atd.). České zdravotnictví je unikátní v tom, že sice umožňuje existenci pluralitního systému zdravotních pojišťoven, ale fakticky znemožňuje jejich rozumně regulovanou soutěž. Zdravotní pojišťovny nemohou nabízet alternativní zdravotně pojistné plány, jež by více odpovídaly preferencím a potřebám různých skupin pojištěnců. Na rozdíl například od Holandska nebo Švýcarska si nemohou pojišťovny konkurovat cenou svých plánů a necenové formy soutěže jsou potlačeny na minimum. (Připomeňme pro přesnost, že tento model vyžaduje zcela zásadní reformu zdravotního pojištění a přechod na stanovení pojistného jako absolutní částky v korunách s cenovou regulací ministerstva financí a masivním dotováním státních pojištěnců). Pojištěnci tak přicházejí o základní informace, podle níž se mohou při výběru pojišťoven orientovat. Zavedení kontraktační povinnosti (například podle zákona č. 245/2006 Sb.) v kombinaci s rigidními úhradovými vyhláškami pak znamená, že nemohou diferencovat ani nákup péče pro své klienty a zohledňovat při uzavírání smluv alespoň kvalitu poskytované péče. Systém je téměř úplně postátněn a ve své současné podobě nedává ekonomický smysl. Přitom evoluce pluralitních systémů zdravotních pojišťoven jde přesně opačným směrem. Pionýři těchto

změn v Holandsku a ve Švýcarsku akcentují **současně** vytvoření silného regulačního rámce (ekvalizace rizik podle velmi sofistikovaných kritérií pro přerozdělování tak, aby bylo zamezeno „vybírání rozinek“; silná ochrana spotřebitele) a cenové i necenové soutěže na trhu. Není to systém jednoduchý, avšak teprve v takovémto prostředí dostává pojem transparence svůj vnitřní obsah. Neboť co je transparentního na tom, když je občanovi a pojištěnci upírána možnost volby?

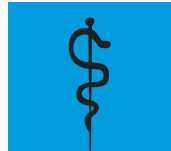
Zpracováno ve spolupráci s Transparency International, o.p.s.

Zrušením poplatků přibyla na Slovensku až třetina pacientů

Lidé nyní chodí k lékařům častěji
V čekárnách více seniorů

Po zrušení dvacetikorunového poplatku za návštěvu lékaře na Slovensku se počet pacientů v ordinacích zvýšil až o třetinu. „Nárůst je zřejmý. Někteří pacienti nás navštíví i několikrát týdně,“ řekla Právu praktická lékařka v bratislavské čtvrti Dúbravka. Především důchodci si dříve rozmysleli, zda jít k lékaři, protože každá dvacetikورونا jim chyběla. „Kdysi si lidé při jedné návštěvě nechali předepsat léky na měsíc dopředu. Teď přijde babička pro jeden lék, druhý den pro další, nebo si nechá jen změřit tlak. V čekárně se hromadí lidé a ten, kdo potřebuje akutní pomoc, čeká mnohem déle,“ dodává lékařka. Další pacienti přicházejí bez vážného důvodu, doslova s malichernostmi. „Hlavně starší lidé si v čekárně posedí, podebatují, postěžují si na bolístky a po vyšetření spokojeně jdou domů,“ připojuje sestřička. V nemocnicích zvýšený počet pacientů po zrušení padesátikorunového poplatku za den hospitalizace zatím nepocítili. Jak píše deník Pravda, na zhodnocení je třeba delší čas. „V budoucnu by to mohlo vést k prodloužení pobytu pacientů v nemocnicích,“ upozorňuje Martina Pavelová z nemocnice ve Zvolenu.

Poplatky ve zdravotnictví zavedla pravcová vláda premiéra Mikuláše Dzurindy. Nová vláda je od září zrušila a snížila poplatek za recept z dvaceti na pět korun. „Pocítila jsem to hodně. Když jsem předtím šla k praktickému lékaři, ten mě poslal na další vyšetření a pak jsem dostala několik receptů, to šlo do peněz,“ říká důchodkyně Eva Mráziková z Bratislavy. Důrazně odmítá, že by po zrušení poplatků chodila k lékaři častěji. „Chodím tak často, jak potřebuji,“ zdůrazňuje.

**TERMÍNOVÝ KALENDÁŘ SPLDD a OSPDL NA ROK 2007**

Region	Akce	Datum	Místo	Organizátor
Celorepubliková	Kongres Primární péče	2.-3.3.2007	Praha	SPLDD, OSPDL, SPL
Západočeský	konference SPLDD	17.3.2007	Plzeň	SPLDD
Středočeský + Praha	Vzdělávací seminář	24.3.2007	Praha, Krystal	OSPDL
Severomoravský	konference SPLDD + Vzdělávací seminář	24.-25.3.2007	Hotel Belaria, Hradec nad Moravicí	SPLDD, OSPDL
Jihočeský	konference SPLDD	31.3.2007	Písek	SPLDD
Západočeský	Vzdělávací seminář	31.3.2007	Plzeň, Šafránkův pavilon	OSPDL
Středočeský + Praha	konference SPLDD	5.4.2007	Praha, Krystal	SPLDD
Jihočeský	Vzdělávací seminář	14.4.2007	Hluboká nad Vltavou	OSPDL
Severočeský	konference SPLDD	14.4.2007	Liberec, konf. sál Krajského úřadu	SPLDD
Východočeský	konference SPLDD + Vzdělávací seminář	20.-22.4.2007	Hotel Jezerka, Seč	SPLDD, OSPDL
Severočeský	Vzdělávací seminář	21.4.2007	Děčín, Česká Koruna	OSPDL
Jihomoravský	konference SPLDD	28.4.2007	Brno, Menza MU	SPLDD
Jihomoravský	Vzdělávací seminář	12.5.2007	Brno, Kongresové centrum	OSPDL
Celorepubliková	Sněm	25.-27.5.2007	Plzeň	SPLDD
Celorepubliková	Školitelé	15.-17.6.2007	Seč	OSPDL
Středočeský + Praha	Vzdělávací seminář	13.10.2007	Praha, Krystal	OSPDL
Severomoravský	Vzdělávací seminář	13.10.2007	Ostrava, Hotel Imperial	OSPDL
Jihomoravský	Vzdělávací seminář	20.10.2007	Brno, Kongresové centrum	OSPDL
Celorepubliková	Konference	27.10.2007	Brno	SPLDD
Jihočeský	Vzdělávací seminář	3.11.2007	Hluboká nad Vltavou	OSPDL
Severočeský	Vzdělávací seminář	3.11.2007	Děčín, Česká Koruna	OSPDL
Východočeský	Vzdělávací seminář	10.11.2007	Hradec Králové, Nové Adalbertinum	OSPDL
Západočeský	Vzdělávací seminář	10.11.2007	Plzeň, Šafránkův pavilon	OSPDL



Informace OSPDL ČLS JEP

Nový očkovací kalendář od 1.1.2007

MUDr. Hana Cabrnchová

Předsedkyně OSPDL ČLS JEP

V souladu s předběžnými informacemi doplňujeme aktuální znění návrhu nové vyhlášky. Tato již byla podepsána panem ministrem zdravotnictví a po konečných úpravách se Vám jí pokusíme nabídnout v příštím čísle tohoto časopisu v plném znění. Hodně nejasností je kolem očkování proti poliomyelitidě, kde bylo rozhodnuto doočkovat pátou dávkou ročníky dětí, které by přechodem na přeočkování v 10-ti letech přeočkovány nebyly. V příštím roce se tedy budou přeočkovávat pátou dávkou ročníky dva, a to neživou očkovací látkou IPV (v průběhu celého roku).

Další text vyhlášky uvádíme pro informaci:

Nově se ve vyhlášce zavádí 5. dávka IPV: „Přeočkování proti přenosné dětské obrně inaktivovanou očkovací látkou se provede od dovršení desátého do dovršení jedenáctého roku věku dítěte. Za úplné očkování proti přenosné dětské obrně se považuje aplikace pěti dávek inaktivované očkovací látky.“

Přechodná ustanovení (s komentářem)

1. Základní očkování podle vyhlášky se započne provádět u dětí narozených po dni 31. prosince 2006 hexavalentní očkovací látkou.
2. Dětem, u kterých bylo očkování hexavalentní očkovací látkou s acelulární pertusovou složkou zahájeno na základě žádosti rodičů, se v roce 2007 podá čtvrtá dávka této vakcíny (dostanou jí zdarma), a to nejpozději do 18 měsíců věku dítěte.
3. Základní očkování proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli, invazivnímu onemocnění vyvolanému Haemophilem influenzae b a virové hepatitidě B u dětí narozených přede dnem 1. ledna 2007 se provede a dokončí podle dosavadního právního předpisu.

4. Základní očkování proti virové hepatitidě B zahájena u fyzických osob, které byly očkovány podle dosavadního právního předpisu, se podle dosavadního právního předpisu i dokončí.

5. Základní očkování proti přenosné dětské obrně se u dětí, které se narodily v roce 2006, provede v roce 2007 dvěma dávkami živé očkovací látky podanými odděleně ve dvou etapách v měsících březnu a květnu podle dosavadního právního předpisu.

6. Přeočkování proti přenosné dětské obrně se u dětí, které se narodily v roce 2005, provede v roce 2007 dvěma dávkami živé očkovací látky podanými odděleně ve dvou etapách v měsících březnu a květnu podle dosavadního právního předpisu.

7. Přeočkování proti přenosné dětské obrně se u dětí, které se narodily v roce 2006, provede v roce 2008 dvěma dávkami živé očkovací látky podanými odděleně ve dvou etapách v měsících březnu a květnu.

8. V roce 2007 se u dětí narozených od 1. 5. 1993 do 31. 4. 1994 provede přeočkování proti dětské přenosné obrně inaktivovanou očkovací látkou proti této nákaze podáním páté dávky.

9. 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.

10. 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.

11. Pravidelné očkování proti virové hepatitidě B se u dětí narozených přede dnem 1. ledna 2007, které nebyly očkovány proti této nákaze podle dosavadních předpisů, provede tak, že se první dávka očkovací látky podá dětem v prvních měsících po narození dítěte, třetí dávka očkovací látky se podá nejpozději do dovršení třetího roku věku dítěte.

Dále na žádost MZČR upozorňujeme kolegy, aby si v předstihu na hygieně objednali počty dávek hexavakcíny na přeočkování dětí (4. dávky) pro děti, kterým by v průběhu prvního čtvrtletí bylo do 18-ti měsíců a které tuto dávku dostanou od státu zdarma. Lze očekávat, že dodávky hexavakcíny budou postupně nabíhat a neměl by být problém pro očkování dětí narozených po 31.12.2006. Pro čtvrté dávky, je ale nutné hlásit počty dětí na první čtvrtletí již v předstihu.

Předoperační vyšetření

Přílohou tohoto čísla je i slibovaný materiál, který pro nás zajistil MUDr. Michal Klimovič, Ph.D. (primář Dětského anesteziologicko-resuscitačního oddělení FN Brno). Uvedený materiál lze použít v kopii jako přílohu ke zprávě dítěte, které odesíláte na plánovanou operaci s předoperačním vyšetřením. Rozsah laboratorních odběrů záleží především na Vašem rozhodnutí a uvedený materiál Vám pomůže případně oponovat přehnaným požadavkům některých pracovišť. V některých případech (např. u dětí s anamnesou anemie, kde bude plánován výkon s předpokládanou krevní ztrátou, případně u dětí po prodělaných akutních onemocněních, u dětí s anamnesou poruchy koagulace apod.) je vhodné laboratorní vyšetření doplnit, případně zvážit jeho provedení po dohodě s příslušným pracovištěm. ■



Kongenitální adrenální hyperplazie deficit 21 hydroxylázy - úskalí a možnosti léčby

MUDr. Stanislava Koloušková, CSc.

Pediatrická klinika 2. LF UK, FN Motol, Praha

Souhrn

Kongenitální adrenální hyperplazie (CAH) je poměrně raritní onemocnění, které se vyskytuje v naší populaci s frekvencí 1:10 000 - 14 000. Jde o autosomálně recesivně dědičné onemocnění, kde 90-95% pacientů tvoří děti s deficitem 21 hydroxylázy (enzym P450c21). V důsledku enzymatického bloku dochází k nedostatečné tvorbě glukokortikoidů a mineralokortikoidů a naopak se hromadí adrenální androgeny s příslušnými klinickými projevy.

Formy CAH

Dle závažnosti enzymatického defektu dělíme CAH na klasickou a neklasickou formu.

Klasická forma má závažnější enzymatický defekt, proto se manifestuje v novorozeneckém či předškolním věku. Je-li enzymatická aktivita velmi nízká (0-2%), dochází k metabolickému rozvratu, mluvíme pak o **CAH se solnou poruchou**, je-li enzymatická aktivita větší (do 10%), nedochází k metabolickému rozvratu, v batolecím či předškolním věku se objevuje virilizace u dívek a pseudopubertas praecox isosexualis u chlapců. Pak mluvíme o **CAH - prosté virilizující formě**.

U klasické formy spočívá léčba v kombinovaném podávání glukokortikoidů a mineralokortikoidů s cílem dosáhnout dospělé tělesné výšky alespoň na dolní hranici prediktivního pásma a zajistit budoucí fertilitu u obou pohlaví. Během dětství používáme v léčbě Hydrocortison, pro jeho krátký poločas rozpadu a menší interferenci v růstu. Hydrocortison podáváme 3x denně, pokud je to možné, tak co nejpозději večer a následně co nejdříve ráno tak, aby byla zajištěna větší suprese stoupajícího ACTH v časných ranních hodinách. Mineralokortikoid podáváme nejen u klasické formy se solnou poruchou, ale i u prosté virilizující formy, protože deficit je přítomen vždy alespoň ve frustní formě. Dávky léků volíme tak, aby byla podávána co nejmenší účinná dávka a minimalizovaly se vedlejší účinky léčby.

Úskalí léčby

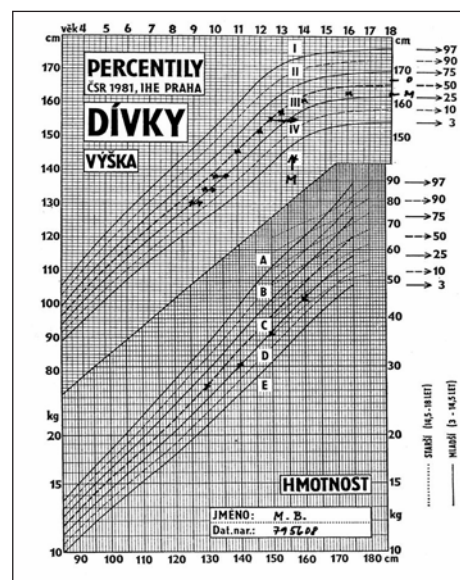
Léčba klasické formy CAH má 2 základní úskalí. **Při nedostatečné dávce kortikoidů**

nedochází k supresi androgenů a objevuje se urychlování růstu. Na grafu vidíme, že dítě mění postupně percentilové pásmo a je dokonce dočasně vyšší, než by odpovídalo dědičnému růstovému potenciálu. Zároveň však dochází i k akceleraci kostního zrání, časnějšímu nástupu puberty a časnějšímu ukončení růstu. V konečném důsledku je dospělá tělesná výška u obou pohlaví malá. Pacienti nedosáhnou svého prediktivního pásma, v průměru jsou o 8 cm menší než je cílová výška dle rodičů. U dívek se pak objevuje různý stupeň virilizace, je-li nedostatečná léčba během puberty, dochází pak vlivem androgenů i k přestavbě hrtnanu, dívky mají hluboký hlas a ani následná dobrá kompenzace tento stav již nezmění. Kromě hypertrichózy se rovněž objevují poruchy menstruačního cyklu nebo primární amenorea. Důsledkem dlouhodobé dekompenzace onemocnění pak mohou být poruchy fertility u obou pohlaví. Děti se solnou poruchou jsou rovněž ohroženi náhlým úmrtím i při banálním infektu, protože každá nemoc má zvýšenou potřebu glukokortikoidů.

Naopak **při předávkování glukokortikoidů** se objevuje typický habitus cushingova syndromu, dítě zaostává v růstu, je opožděné kostní zrání a sexuální maturace. Opět je dosaženo malé dospělé tělesné výšky. Kromě toho dlouhodobé předávkování glukokortikoidy spolu s opožděnou pubertou narušuje tvorbu kostní hmoty.

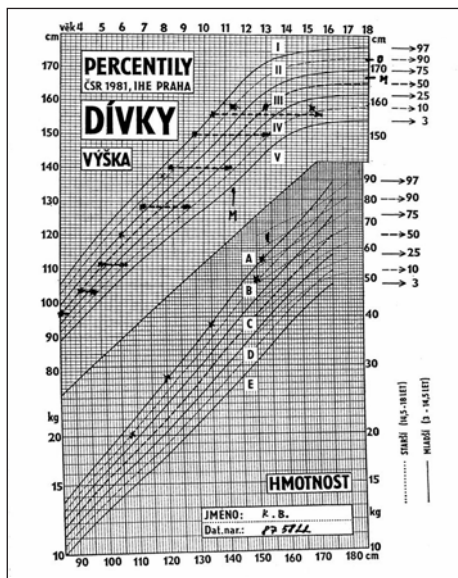
Monitorování pacientů s CAH

Vzhledem k počtu pacientů s CAH by léčba měla probíhat ve větších centrech s do-



Graf č. 1 - Optimálně léčená pacientka s CAH se solnou poruchou. Růst v prediktivním pásmu dle rodičovské výšky, bez akcelerace kostního zrání. Menarché v normě, proporcionální štíhlá.

statečnou zkušeností s touto léčbou a s dobrým laboratorním zázemím. Kontroly probíhají po stabilizaci stavu v průměru 4x ročně. Klíčové pro taktiku léčby jsou auxologická data a kostní věk, který vyšetřujeme v průměru 1x ročně. Laboratorní výsledky doplňují monitorování kvality léčby. Patří k nim hladiny 17 hydroxyprogesteronu (17 OHP), testosteronu u dívek a prepubertálních chlapců, androstendionu, kortizolu 2 hodiny po podání ranních léků. Můžeme využívat i hladin ACTH a plazmatické reninové aktivity (PRA), která nám pomůže v orientaci dávky mineralokortikoidů.



Graf č. 2 - Příklad pacientky s CAH se solnou poruchou, dlouhodobě neuspokojivá léčba. Zpočátku léčba optimální, do 3 let byl kalendářní a kostní věk v normě. Pak dochází k urychlování růstu a zhoršování růstové prognózy, definitivní výška je hluboko pod prediktivním pásmem, pacientka je obézní.

Nemoc

Je-li pacient s CAH nemocen, musí rodiče zvýšit dávky glukokortikoidů, aby nedošlo k metabolickému rozvratu.

V případě teploty přesahující 38 stupňů je nutno zvýšit podávané množství Hydrocortisonu alespoň na trojnásobek. Minimální denní dávka je 3x 5 mg Hydrocortisonu. Dávka Fludrocortisonu zůstává nezměněna.

Při teplotě přesahující 38,5 stupňů je vhodné vložit ještě další dávku Hydrocortisonu v časných ranních hodinách (mezi 3-4 hodinou v noci), minimálně 5 mg, Hydrocortison pak podáváme po 6 hodinách.

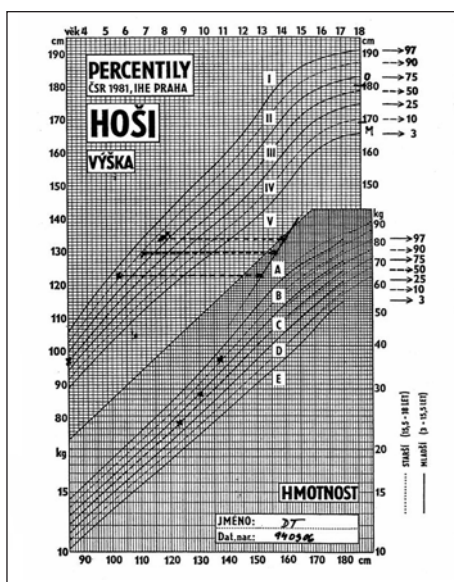
V případě opakovaného zvracení, malátnosti, apatii je doporučeno aplikovat 50-100 mg Hydrocortisonu i.m. Proto jsou rodiče zacvičeni v aplikaci Hydrocortisonu pro případ potřeby. Po jeho podání musí rodiče dítě ukázat lékaři, který posoudí, jestli je stav možný zvládnout ambulantně. Někdy pro jistotu nabereme krevní vzorky (KO, CRP, Na, K, Cl, urea, kreatinin, jaterní testy, glykémie, ABR), abychom mohli dítě v klidu propustit domů. U kojenců a batolat raději dítě hospitalizujeme, u starších dětí závisí na klinickém stavu. Pozor na onemocnění zažívacího traktu (gastroenteritis), neboť v tuto dobu nejsou léky dostatečně vstřebávány a u pacientů se solnou poruchou hrozí nástup metabolického rozvratu s možností úmrtí.

Kasuistiky

1. Martina byla diagnostikována ve 3 týdnech věku při rozvíjejícím se metabolickém rozvratu. Genitál vykazoval pouze zvětšení klitoris, později byla zjištěna malformace dle Pradera 2-3. Byla zahájena léčba Hydrocortisonem a Fludrocortisonem. Růst byl trvale v prediktivním pásmu, během léčby nebylo ani urychleno kostní zrání. Spontánní menarché se objevilo ve 13,5 letech. Dívka byla vždy štíhlá proporcionální, váha k výšce se pohybovala mezi 25.-50. percentilem. Dosáhla 162,5 cm v souladu s výškou rodičů. Má 1 zdravé dítě, nyní očekává narození druhého. Obě děti ze spontánní gravidity (graf č.1).

Komentář: Takové pacienty bychom si ve svých ambulancích velmi přáli. Při dobré vzájemné spolupráci je dosaženo normálního vývoje a budoucí život probíhá bez problémů.

2. Druhým a velmi častým případem je příběh Jany. Jana byla diagnostikována v 6 týdnech věku, kdy se začal objevovat meta-



Graf č. 3 - Příklad pacienta s CAH se solnou poruchou a velmi špatně vedenou léčbou. Efekt léčby pomocí blokátorů gonadoliberinů na kostní zrání a zlepšování růstové prognózy.

bolický rozvrat. V té době byla Jana vyšetřována pro malformaci genitálu, proto rodiče nezažili metabolický rozvrat a těžký stav dítěte. Byla zahájena léčba Hydrocortisonem a Fludrocortisonem. Zpočátku vše probíhalo úspěšně, kostní věk a kalendářní věk byl do 3

let věku v souladu. Mezi 3.-7.rokem postupně docházelo k akceleraci růstu i kostního zrání. Později matka přiznala, že občas léky vynechávala, neboť při přečtení návodu na krabičce Hydrocortisonu zjistila, že lék má celou řadu vedlejších účinků a Jana přece nikdy neměla potíže. Růst byl ukončen v 11 letech, Jana dosáhla definitivní výšky 158,7 cm, je tedy o 11 cm menší než dolní pásmo dle rodičovské výšky. Menarché nastoupilo v 11,5 letech, men-



Obr. č. 1 - Detail pacienta s pseudopubertas praecox isosexualis

ses byly zpočátku nepravidelné, nyní Janu trápí sekundární amenorea. Díky dlouhodobé dekompenzaci (nadbytek androgenů) je děloha nedostatečně vyvinuta, v podélném rozměru měří 53 mm. Je přítomna obezita, nejde však o předávkování glukokortikoidy. Laboratorní parametry velmi často vykazují vysoké hladiny androgenů, Jana přiznává, že „občas“ léky zapomene. Přestože bylo vše rodině pečlivě a opakovaně vysvětlováno, argumenty rodiny byl vždy jednoznačné. Jana je největší ve třídě, proto přece nikdy nemůže být malá. V 15 letech se matka zeptala, kdy Jana vyroste, protože její mladší sestra je již větší než ona (graf č.2).

Komentář: obezita u pacientů s CAH je často spojována s léčbou kortikoidy. Ve valné většině jde však o alimentární složku.

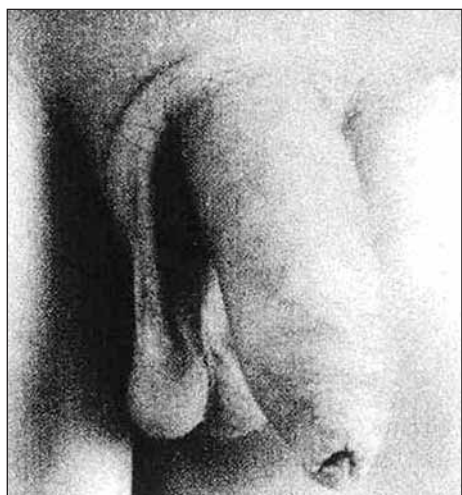
Dalším problematickým okruhem je spolupráce. Poprvé se porušování léčebného režimu objevuje u předškolních dětí, kdy si rodiče chtějí vyzkoušet, jestli dítě léčbu skutečně potřebuje. Další problémy nastávají v období, kdy rodiče přenechávají brání poledního Hydrocortisonu na dětech, tehdy často dochází k vynechávání léku. Není však ani vzácné vynechávání léků v mladé dospělosti, důvody jsou zde velmi různé.

3. David se narodil z druhé fyziologické gravidity. Šťastná maminka si ho odnášela z porodnice 4. den. Ve 3 týdnech hůře pil

Grunenthal Czech - Clarosip



a měl nižší hmotnost než při propuštění z porodnice. Protože matka měla méně mléka, dostala pro Davida příkrmy. Stav se však neprospěšil, David byl spavý, začal ublíkávat, proto ho obvodní lékařka odeslala k hospitalizaci. Zde byla v biochemických výsledcích patrna hyponatrémie Na 124 mmol/l, hyperkalémie 7,9 mmol/l, metabolická acidóza s hypoglykemií 2,8 mmol/l. Byla stanovena diagnóza CAH se solnou poruchou a zahájena odpovídající léčba. Matka odmítla chodit do specializované poradny pro velkou vzdálenost, proto byl David dále sledován na středisku. Vzhledem k dobrému klinickému



Obr. č. 2 - Detail genitálu téhož chlapce. Je viditelný velký penis v kontrastu s malými varlaty.

stavu byl ve 2 letech vysazen Fludrokortizon. Solná porucha se neobjevila, David prospíval, proto byl později Hydrokortizon podáván na 2x denně. Do naší ambulance přichází David se známkami pseudopubertas praecox isosexualis ve věku 5 roků 7 měsíců (obr. č.1, obr.č.2), s výškou na 97.percentilu (pásmo přesahující prediktivní výšku dle rodičů). Po celou dobu Davidovi nikdy nebyl proveden snímek ruky, u nás byla osifikace urychlena o 7 let, dosahovala tedy věku 12 let 4 měsíce dle metody TW3/RUS. Pro výrazně nepříznivou růstovou prognózu jsme indikovali LHRH test a pro hodnoty odpovídající pubertě jsme zahájili léčbu agonisty gonadoliberinů. V léčbě jsme pokračovali ještě 3 roky a ukončili ji při kostním věku TW3/RUS 14,1 let. Během sledování se predikce dospělé tělesné výšky zlepšila ze 150 cm na 163 cm, nicméně oproti dědičnému růstovému potenciálu se zatím jedná o snížení o 12 cm. Příběh však ještě není u konce (graf č.3).

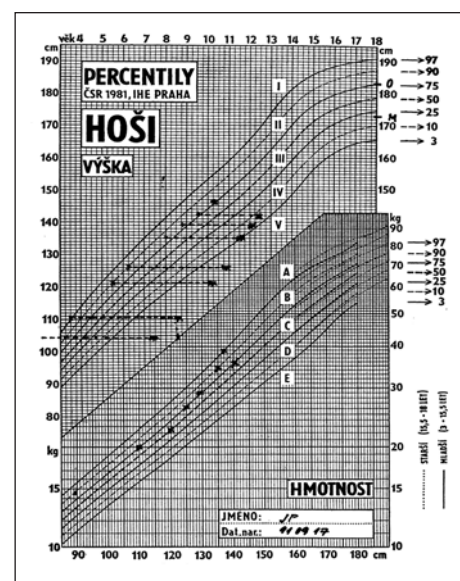
Komentář: příběh Davida ukazuje, jak nebezpečné je podcenit léčbu. Je příkladem toho, jak v minulosti vypadali pacienti léčení tímto způsobem. Chlapci se solnou poruchou nezřídka dosahovali definitivní tělesné výšky 150 cm. V 70.-80. letech byl mineralokortikoid (Fludrocortison) nedostatečný, proto po stabilizaci stavu byly děti léčeny pouze Hydrokortisonem. David měl štěstí, že při tak závažném poddávkování nezemřel při infekci a rovněž že se dostal do doby, kdy bylo možné zahájit efektivní blokování puberty s cílem zlepšit dospělou tělesnou výšku.

4. Pavla přišla do ambulance ve věku 13 let 9 měsíců s tělesnou výškou 135,4 cm, tedy hluboce pod 3.percentilem. Byla obézní, s počínajícími známkami sexuální maturace, mammy 2 podle Tannera, s převahou tukové tkáně, s kostním věkem 9,4 let, tedy o 4,3 roky opožděným. Solná porucha byla diagnostikována v kojeneckém věku, malformace genitálu dle Pradera 3. Údaje o léčbě máme nekompletní, pravděpodobně od školního věku byla Pavla léčena Hydrokortisonem ve 2 denních dávkách, Fludrocortisonem byl podáván pouze symbolicky v jedné denní dávce a to 1 tbl. ráno. K nám přichází s léčbou Hydrokortizon v dávce 15 - 0 - 12,5 mg, Fludrokortizonem 1 tbl. ráno. Pavle jsme okamžitě změnili poměry mezi kortikoidy, (Hydrokortizon 7,5 - 5 - 7,5 mg, Fludrokortizon 1 - 0 - 1 tbl). Po změně terapie nastal spontánní rozvoj sekundárních pohlavních znaků. V 15 letech 10 měsíců Pavla měří 150,1 cm, vyrostla tedy téměř 15 cm za 2 roky, váží 59,7 kg, je dosud premenarcheální, kostní věk je opožděn o 2,7 roků. I když je Pavle téměř 16 let není indikována indukce menstruace, v dohledné době lze očekávat spontánní menarché. Podle dosavadního růstového tempa má Pavla naději dosáhnout výšky nad dolní hranici normy.

Komentář: Pavla je příkladem nesprávného dávkování kortikoidů. Hydrokortison má vysokou mineralokortikoidní aktivitu (1:1) a proto významně hradil deficit mineralokortikoidů. Zároveň vedl k předávkování a vzniku cushingova syndromu. Další závažnou chybou bylo dávkování Hydrokortisonu 2x denně.

5. Jiří přichází do ambulance ve věku 2 let 7 měsíců se známkami pseudopubertas praecox isosexualis s kostním věkem 7,7 let. Po

narození byl Jiří zcela v pořádku, dobře prospíval, rodiče udivovali, jak se rychle vyvíjí, přerůstal své vrstevníky. Když se však objevilo pubické ochlupení rodiče zneklidněli a navštívili dětského lékaře. Nebylo pochyb, že je chlapec vystaven působení androgenů, proto byl proveden ultrazvuk břicha, patologie nebyla zjištěna, bylo rovněž nabráno laboratorní vyšetření, které prokázalo vysokou hodnotu testosteronu, androstendionu, hladina kortizolu byla v normě, ACTH bylo vysoké. Pro podezření na CAH byl Jiří přeložen k nám na kliniku a ACTH stimulační test jed-



Graf č.4 - Klasický příklad pacienta s CAH prostou virilizující formou. Efekt kombinované léčby glukokortikoidy, mineralokortikoidy a cyproteron acetátu na růst. Patrné zlepšování růstové prognózy a zpomalování kostního zrání vlivem výše uvedené terapie.

noznačně prokázal CAH - prostou virilizující formu. Hodnoty gonadotropinů v LHRH testu svědčily pro prepubertální stav, proto kromě kombinované léčby glukokortikoidy a mineralokortikoidy byl přidán cyproteron acetát pro jeho antiandrogenní efekt. Během sledování postupně došlo ke zlepšování růstové prognózy, ve věku 10 roků 7 měsíců, při kostním věku TW3 RUS 12,2 roků, byl vysazen cyproteron acetát, dále puberta probíhá spontánně. Současná predikce výšky v dospělosti je 165 - 170 cm, tedy o 15 - 20cm vyšší než při diagnóze, avšak zůstane o 8-13 cm menší oproti dědičnému růstovému potenciálu (graf č.4).

Komentář: Jiří je klasickým příkladem pacienta s prostou virilizující formou. Tyto děti



nejsou ohroženi metabolickým rozvratem, ale nadměrné působení androgenů vede k výrazné akceleraci kostního zrání a tím dochází ke zhoršování růstové prognózy a rozvoji pseudopubertas praecox. U chlapců dochází ke zvětšování penisu, objevuje se pubického ochlupení, varlata jsou ale malá, odpovídají dětskému období. Bohužel, ani zavedený screening CAH v Českých zemích (Morava t.č. screening neprovádí) řadu pacientů nediodagnostikuje, bazální hladina 17 hydroxyprogesteronu může být v normě či lehce zvýšena.

6. Petr se narodil zdravým rodičům. Šlo o donošeného chlapečka, u kterého již na porodnici nebyla patrna varlata. Genitál byl chlapecký, ústí močové trubice na glans penis. Z porodnice byli oba propuštěni 4. den a chlapec byl předán do péče endokrinologa. Petr zpočátku prospíval, ale v měsíci věku měl pouze svou porodní hmotnost. Dle

matky byl spavý, nechtěl pít, matka však měla mléka dost. Lékařka zkusila přidat příkrm, ale stav zůstal nezměněn, Petr téměř nepřibrál. Pro neprospívání byl odeslán k hospitalizaci, kde k velkému překvapení byl přítomen metabolický rozvrat, Na 119 mmol/l, K 8,2 mmol/l, metabolická acidóza, zvýšená urea 9,4 mmol/l. Pro naléhavé podezření na CAH byla zahájena léčba Hydrocortisonem. První laboratorní náběry byly bohužel nabrány až po iniciální dávce Hydrocortisonu. Hladina 17 OHP byla 140 mmol/l, což potvrdovalo diagnózu CAH se solnou poruchou. Kortizol byl 300 mmol/l, hodnota byla ovlivněna předchozím podáním Hydrocortisonu. Následné vyšetření karyotypu určilo jednoznačně ženské pohlaví, ultrazvuk malé pánve prokázal přítomnost dětské dělohy a ovárií, velikost odpovídala věku. Bohužel rodina žije na malé vesnici, rodiče rekonstruovali dům a ví, že se t.č. nemohou přestěhovat. Bojí se, že dítěti někdo nevhodně řekne,

že v minulosti byl chlapcem.

Komentář: u jedinců s oboustranným kryptorchismem je nutné před propuštěním z porodnice pomýšlet i na diagnózu CAH. Jde o extrémní případ s kompletní virilizací, ale jak naše kasuistika ukázala je možný. Chlapcům s oboustranným kryptorchismem již na porodnici musí mít vyšetřen karyotyp, spolu s náběry na CAH (17 OHP, kortizol). Náběry k potvrzení či vyloučení diagnózy mají být ideálně nabrány za 72 hodin po porodu. Je-li náběr proveden za méně než 48 hodin po porodu, nelze výsledky spolehlivě hodnotit.

Správným vyšetřovacím postupem v porodnici si rodina mohla ušetřit stresovou situaci, které při zjištění skutečného pohlaví dítěte musí nastat. Matka je velmi rozumná a uklidňuje ji, že její holčička je jinak v pořádku a v budoucnu může mít i vlastní dítě. ■

Literatura u autorky

Orion Diagnostica



Úprava ženského pseudohermafroditismu u pacientek s kongenitální adrenální hyperplazií

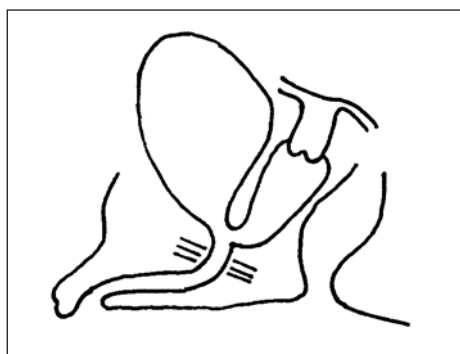
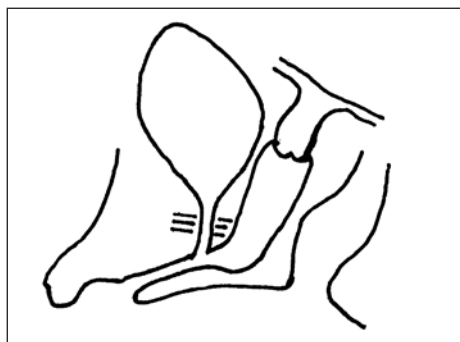
prof. MUDr. Richard Škába, CSc.

Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, Praha

Subkatedra dětské chirurgie IPVZ, Praha

Kongenitální adrenální hyperplazie (CAH) je autosomálně recesivně podmíněné onemocnění, postihující kůru nadledvin. Přibližně v 90 - 95% případů se jedná o deficit 21-hydroxylázy, jehož důsledkem je nedostatečná tvorba glukokortikoidů a mineralokortikoidů a naopak nadměrná tvorba androgenů. Tím je ženský plod již prenatálně vystaven vysoké hladině androgenů z nadledvin a je virilizován. Důsledkem je ženský pseudohermafroditismus; chlapci se rodí bez nápadnosti. Pokud je enzymatický blok závažného stupně (těžké mutace, genové delece nebo konverse) dosahuje enzymatická aktivita pouze 0 - 2 % a výsledkem je rozvrat vnitřního prostředí. Hovoříme o CAH se solnou poruchou. Pokud je enzymatická porucha menší jedná se o prostou virilizující formu.

Stupeň virilizace pacientek s CAH se klasifikuje podle tzv. Praderova schématu virilizace



Obr. č. 1a, b. Nizkoústící vagina (a) vstupuje do urogenitálního sinu (UGS) distálně od zevního svěrače močové trubice. Vysokoústící vagina (b) vstupuje do UGS proximálně.

ce zevního genitálu, při kterém se hodnotí hypertrofie klitoris, fúze stydkých pysků a uložení společného vyústění močové trubice a pochvy tzv. urogenitálního sinu (UGS).

První stupeň zahrnuje pouhou hypertrofii klitoris s normální vulvou.

Druhý stupeň má hypertrofii klitoris a částečné spojení stydkých pysků.

Třetí stupeň má zřetelně vytvořen UGS mezi spojenými stydkými pysky.

Čtvrtý stupeň má peniformní typ klitoris s vyústěním UGS připomínající perineální hypospadii a vyvinuté skrotální valy

Pátý stupeň připomíná penilní hypospadii - vyústění UGS je umístěno pod vrcholem penilní klitoris.

V extrémních případech je vyústění UGS až na glandu hypertrofické klitoridy a zcela imituje penis s normálním vyústěním močové trubice. Spojené, skrotiformní stydké pysky dokonale napodobují skrotum. To je však prázdné, bez hmatných varlat.

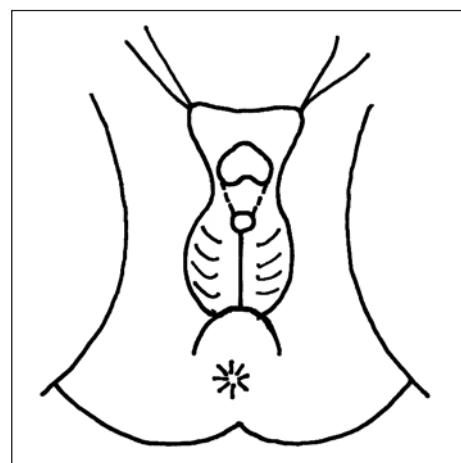
Chirurgická úprava ženského pseudohermafroditismu u virilizovaných pacientek s CAH se nazývá feminizující genitoplastika (FGP) a skládá se z následujících částí:

Zmenšení hypertrofické klitoris - parciální klitoridektomie, vyústění vagíny na perineum mezi stydké pysky - vaginoplastiky a vytvoření malých a velkých stydkých pysků - labioplastiky.

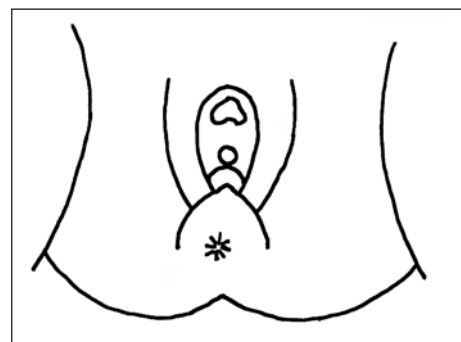
Pro rekonstrukční výkon není podstatný vzhled zevního genitálu, i když se lze podle něho také orientovat, ale místo vstupu vagíny do UGS, vzhledem k zevnímu svěrači močové trubice. Místo vstupu si ověříme endoskopickým vyšetřením, sino-cysto- vaginoskopií.

Jestliže vagina ústí do UGS distálně od zevního svěrače uretry hovoříme o tzv. nizkoústící vagině, ústí-li do UGS proximálně od zevního svěrače uretry jedná se o vagínu vysokoústící (Obr. 1a, b).

Endoskopické vyšetření a rozlišení typu CAH provedeme před plánovanou chirurgickou úpravou. Vyhneme se tak překvapení při



Obr. č. 2 - FGP u nizkoústící vagíny. Labioscrotální laloky vytvořené po vertikálním otevření UGS a perineální U lalok. Předkožka a kůže z hypertrofické klitoris (zachycena stehy) se použije k vytvoření malých stydkých pysků

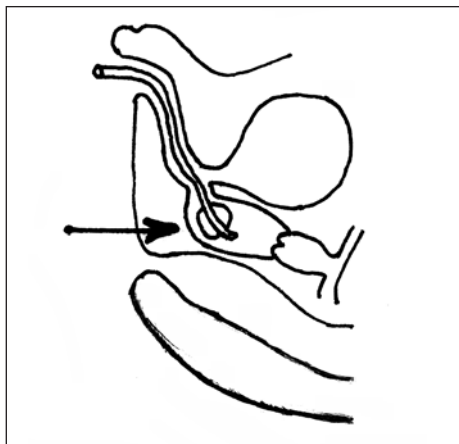


Obr. č. 3 - Schéma výsledné úpravy genitálu (labioscrotální laloky a U lalok rozšiřují poševní vchod.

operaci a na základě endoskopie můžeme doplnit další kontrastní rentgenová vyšetření jako jsou vaginografie a mikční cystografie, případně magnetickou rezonancí pánevního dna. Celou rekonstrukci si můžeme detailně připravit, včetně informace rodičům, ve které je menší prostor pro dohady a překvapení.

U nizkoústící pochvy totiž vystačíme s rozpolcením UGS a vyústěním rozšířeného poševního vchodu mezi stydké pysky. U vysokoústící pochvy bychom však tímto postupem poranili zevní svěrače uretry. Zde musíme vyústění pochvy do UGS izolovat a resekovat, vyústění do UGS uzavřít, pochvu uvolnit a

Avent - AGS sport



Obr. č. 4 - CAH s vysokoústící vagínou. Balónkový katétr je zavedený do pochvy. K vagíně pronikneme v rektovaginálním septu (směr šipky)

stáhnout na perineum, mezi stydké pysky.

FGP u pacientek s nízkoústící vagínou provádíme většinou v batolecím věku. Operace spočívá v kompletní, jednodobé rekonstrukci virilizovaného genitálu. V jedné době se resekci topořivých těles zmenší hypertrofická klitoris, otevře se UGS až k ústí vagíny, jejíž zadní okraj se protne a z kožních laloků skrotiformních labií a zbylé kůže z topořivých těles se vytvoří malé a velké stydké pysky a dostatečný vstup do vagíny (Obr. 2 a 3).

Při resekci klitoridy zachováme nervové cévní svazek odpreparovaný od topořivých těles. Jestliže je glans clitoridis příliš velký, zmenšíme ho poloměsíčitou resekci.

Vzhledem k stále se vyskytujícím případům kompletní excize hypertrofické klitoris, bez zachování glans clitoridis a nervově-cévního svazku, je třeba uvést, že je to nestandardní, mutilující výkon, který je třeba odmítnout, nicméně, který se vyskytuje nejen v České Republice, ale překvapivě až na pětina evropských pracovišt, která FGP provádějí.

U vysokoústící vagíny postupujeme dvojdobě. V batolecím věku zmenšíme hypertrofickou klitoridu, vytvoříme malé stydké pysky a UGS ponecháme. Druhá doba rekonstrukce, kterou je vagína a labioplastika, následuje po nástupu menstruace.

Před operací zavedeme do pochvy balónkový katétr k její snadnější identifikaci (obr. č. 4) a UGS otevřeme dvěma paralelními incizemi v rozsahu budoucích velkých stydkých pysků bez pokusu dostat se incizí až k ústí vagíny, abychom neporanili zevní svěrač ure-

try. Vagínu vypreparujeme v rektovaginálním septu, do kterého pronikneme z incize ve tvaru obráceného U s bází perianálně (obr. č. 5). Palpací balónku katétru si ověříme, že se jedná o pochvu. Otevřeme její zadní stěnu a najdeme vstup do UGS.

Vstup izolujeme, protneme a přešijeme ve 2-3 vrstvách jednotlivými vstřebatelnými stehy. Tím oddělíme močové a pohlavní cesty. Následuje mobilizace přední stěny pochvy od močové trubice. K uvolnění vysoko uložené, krátké pochvy od močové trubice a měchýře je třeba někdy preparovat až na zadní stěnu močového měchýře. V tom případě se doporučuje zavést do močovodů ureterální cévku, abychom se při preparaci lépe orientovali a močovody neporanili.

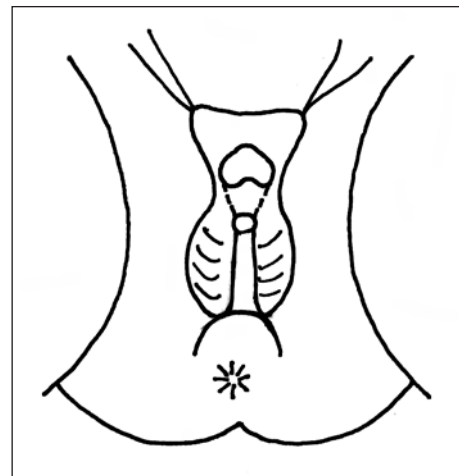
Uvolněním své přední a zadní stěny je pochva připravena ke stažení na perineum. Nesnažíme se ji však násilně stáhnout až na perineum, ale její distální část nahrazujeme z uvedených kožních laloků, a tím poševní vchod rozšiřujeme. Tento typ vyústění vagíny na perineum a rozšíření jejího vchodu se nazývá „pull-through“ vaginoplastikou. Stydké pysky se dotvoří obdobně jako u rekonstrukce nízkoústící vagíny.

Načasování rekonstrukčního výkonu u pacientek s CAH musí spojit požadavky časné, nejlépe jednodobé rekonstrukce a respekt ke gracilnosti tkání dívčího genitálu, protože ten se po odeznění působení matčiných estrogenů z novorozeneckého období nachází v klišovém stadiu. Dalším faktorem ovlivňujícím dobu rekonstrukce je nošení plen, které zhoršují primární hojení rány.

Zatímco u CAH s nízkoústící vagínou lze časnou, jednodobou rekonstrukci realizovat s dobrým kosmetickým a funkčním výsledkem, časné, jednodobé rekonstrukce u vysokoústících vagín jsou hodnoceny protichůdně. Sami máme lepší zkušenosti s dvojdobou rekonstrukcí. Následná úprava - rozšíření poševního vchodu - byla u našich pacientek třeba výjimečně a dospělé pacientky hodnotí svůj intimní život jako dobrý.

Naše zkušenosti vycházejí ze souboru 61 pacientů s intersexem, které jsme operovali na Klinice dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol v Praze v letech 1996 - 2005. V tomto souboru pacientů bylo 53 pacientek s diagnózou CAH.

To však neznamená, že postupným vývojem nových a technicky dokonalejších chirurg-



Obr. č. 5 - FGP u vysokoústící vagíny. UGS otevřeme dvěma paralelními incizemi v rozsahu budoucích velkých stydkých pysků. Stěna UGS se překlopí a použije k rekonstrukci předního obvodu pochvy. Incizí po odklopení U laloku pronikáme do rektovaginálního septa a k zadní stěně vagíny.

gických technik se v budoucnu také rekonstrukce vysokoústící vagíny nestane standardním jednodobým rekonstrukčním výkonem dokonce již v novorozeneckém období.

Literatura:

- 1) Donahoe PK, Gustafson ML.: Early one-stage surgical reconstruction of the extremely high vagina in patients with congenital adrenal hyperplasia. *J Pediatr Surg* 29:352-358, 1994
- 2) Škába R., Rousková B.: Feminizující genitoplastika u pacientů s intersexem. *Rozhl. Chir.* 78: 505-510, No 10, 1999
- 3) Škába R. Feminizující genitoplastiku u pacientů s intersexem. In: *Vrozené poruchy sexuální diferenciacie. Autor: Lisá L a kol., nakladatelství Maxdorf, Praha 2001*
- 4) Joint ESPE/LWPES CAH workong group. : Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the European Society for Paediatric Endocrinology and The Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. *Horm Res* 58: 188-195, 2002
- 5) Riepe FG, Krone N, Viemann M et al.: Management of congenital adrenal hyperplasia: Results of the ESPE Questionnaire. *Horm Res* 58: 196-205, 2002
- 6) O'Neill, Jr. JA, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW et al.: Ambiguous Genitalia. In: *Principles of Pediatric Surgery, 2nd Edition., Eds. J A O'Neill jr. ...et al., Mosby, St. Louis, 2003, ss. 775- 780*
- 7) Lean WL, Deshpande A, Hutson J, Grover SR.: Cosmetic and anatomic outcomes after feminizing surgery for ambiguous genitalia. *J Pediatr Surg*, 40:1856-1860, 2005
- 7) Gonzalez R, Piaggio LA.: Ambiguous genitalia. *Curr Opin Urol*, 16:273-276, 2006

Nutricia - Nutrilon



Novinky v diabetologii

MUDr. Jana Varvařovská, Ph.D., MUDr. Renata Pomahačová

Dětská klinika FN a LF UK, Plzeň

V září 2006 se konaly dva významné diabetologické kongresy. 42. kongres Evropské asociace pro studium diabetu (The European Association for the Study of Diabetes - EASD) v Kodani v Dánsku a dále 32. kongres Mezinárodní společnosti pro diabetes dětí a adolescentů (The International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes - ISPAD) v Cambridge.

Kodaňský sjezd diabetologů byl opravdu velkolepý jak z hlediska účasti diabetologů evropských i ze zámoří, tak z hlediska zastoupení firem vyrábějících léky pro diabetiky, ale také moderní technologie pro léčbu diabetu. Na kongresu bylo prezentováno více než 1000 ústních a posterových sdělení. Témata kongresu pokrývala jak teoretický výzkum, tak praktickou diabetologii. Hlavní pozornost byla věnována diabetu mellitu typu 2, novým genům a jejich asociaci s typem 2 diabetu, novým poznatkům o inzulinorezistenci, patofyziologii mikro- a makrovaskulárních komplikací této choroby, a rovněž novým možnostem léčby. Byla prezentována studie o účinku rosiglitazonu v prevenci vzniku diabetu u osob s porušenou glukózovou tolerancí. Uvedený lék patří mezi tzv. thiazolidindiony, které snižují inzulinovou rezistenci v periferních tkáních a játrech aktivací receptoru PPAR-gamma. Další z nových léků je již v zahraničí k dispozici preparát exenatide (Byetta) patřící mezi inkretinová mimetika. Jsou to léky snižující hyperglykémii napodobením fyziologického efektu humánních hormonů z trávicího traktu zvaných inkretiny, které se podílejí na dosažení glukozové homeostázy a mezi něž patří glukagon-like peptide-1 (GLP-1) a glukózo-dependentní inzulinotropní polypeptid (GIP). Inkretinová mimetika jsou peptidová analoga těchto hormonů, která mají delší biologický poločas a mají řadu účinků: stimulují inzulinovou sekreci v případě hyperglykémie, restaurují časnou fázi sekrece inzulínu, snižují výdej glukózy z jater, snižují motilitu žaludku, potlačují sekreci kyseliny, snižují motilitu tenkého střeva s následným zpomalením absorpce živin z GIT a tím dochází k omezení postprandiálních fluktuací glykemií. Exenatid byl již schválen pro diabetiky typu 2, u kterých nebylo dosaženo adekvátní kontroly diabetu za pomoci perorálních antidiabetik metforminu a/nebo sulfonylurey.

Na mítinku dětských diabetologů v Cambridge, který probíhal v menším rozsahu než kodaňský kongres, byla věnována pozornost především typu 1 diabetu, který je stále nejčastějším typem cukrovky v dětském věku a adolescenci. Výsledky evropské skupiny EURODIAB sdružující 44 evropských center a pokrývající oblast s asi 30 miliony dětí ukazují, že se zvyšuje roční incidence nových případů diabetu typu 1 u dětí asi o 3% s tím, že oblast střední a východní Evropy má nejvyšší nárůst počtu nových nemocných. Nebyly zjištěny rozdíly mezi pohlavími, v řadě center však byla zaznamenán trend zvýšeného výskytu typu 1 diabetu u nejnížší věkové kategorie 0-4 roky. Výsledky epidemiologických studií v rámci EURODIABu rovněž svědčí o tom, že mezi významné rizikové faktory, které mohou zrychlit již probíhající autoimunitní destrukci beta buněk, patří přejídání, sedavý způsob života, psychický stres, infekce. Dokonce přejídání u těhotných žen může ovlivnit u fetu vývoj fenotypu beta buněk více citlivého ke stimulaci glukózou a více vnímavého k zániku β buněk. Dosavadní studie zkoušející ovlivnit či zastavit již probíhající autoimunitní proces modulací imunitní reakce nejsou zatím příliš úspěšné. Jako perspektivní se začínají jevit programy veřejného zdravotnictví zaměřené na těhotné ženy a rodiny s novorozenci. Cílem je změnit výživové zvyklosti a sedavý způsob života v rodině s tím, že taková intervence může ovlivnit nejen jedince s rizikem typu 1 diabetu, ale také typu 2 a další významné zdravotní obtíže v dospělosti. Také použití vysoce hydrolyzovaných formulí v prvních 6-8 měsících života u kojenců, kteří mají zvýšené genetické riziko pro typ 1 diabetu a kteří nejsou živěni mateřským mlékem, snižuje kumulativní incidenci autoimunitní inzulinity a tedy následného vzniku diabetu.

V řadě dalších sdělení byla věnována pozornost edukačním programům a intervenčním postupům s cílem změnit životní styl ne-

mocných diabetem, zlepšit jejich stravu a předcházet rozvoji obezity (HELP - a healthy eating lifestyle programme). Tyto programy jsou aplikovány nejen během edukace za hospitalizace, ale dále při ambulantní péči v rámci individuální a rodinné terapie. Švédské guidelines pro léčbu diabetu u dětí a adolescentů kladou důraz na edukaci učitelů a pomocného personálu ve školách a jejich zapojení do péče o diabetické děti. V řadě sdělení byl kladen důraz na nejrůznější formy edukace diabetických dětí a jejich rodin, ať v rámci skupinových edukací, kempů pro diabetické děti, využití telemedicíny pro pacienty žijící ve vzdálených lokalitách, sledování kvality života pomocí dotazníků.

Pozornost byla věnována i poruchám příjmu potravy u nemocných s diabetem typu 1, zejména u adolescentů. Jde o velmi nepříznivou kombinaci chorob, která v případě, že nebude včas odhalena, může vést k těžké dekompenzaci diabetu a časnějšímu rozvoji závažných zdravotních komplikací, zejména diabetické retinopatie. Z terapeutického hlediska je vhodné zvážit léčbu inzulinovou pumpou. U adolescentů s T1DM je nutno pomýšlet i na častější rizikové chování ve smyslu kouření včetně marihuany, pití alkoholu a zkoušení jiných drog.

Řada sdělení byla na kongresu ISPAD věnována i jiným typům diabetu. Jde zejména o monogenní typy diabetu, kam jsou řazeny neonatální diabetes a diabetes diagnostikovaný během prvních 6 měsíců života, familiární diabetes a familiární hyperglykémie (maturity onset diabetes of the young - MODY 1, MODY 2, MODY 3) a dále genetické syndromy spojené s diabetem (DIDMOAD Wolframův syndrom, Rogerův syndrom, mitochondriální diabetes, syndromy insulinové resistance). Uvedené typy diabetu je možno diagnostikovat pomocí molekulárně genetických testů (www.diabetesgenes.org).

Cystická fibróza (CF) je dalším onemoc-



něním, u kterého se zvýšeně vyskytuje diabetes mellitus. U dětí kolem 10 roku věku jde o porušenou glukózovou toleranci asi ve 20 procentech, u pacientů kolem 15 let je riziko diabetu již pro 20% jedinců, u nemocných kolem 30 let je riziko diabetu až pro 70% jedinců. Diabetes vzniká následkem ztráty Langerhansových ostrůvků. Screening diabetu je indikován kolem 10. roku věku. U nemocných je cílem léčby zachovat dobrý nutriční stav. Při výskytu diabetu u pacienta s CF je jedinou doporučenou terapií inzulin ve formě různých inzulinových režimů.

Dětskou i dospělou diabetologií významně ovlivnila inzulinová analoga. Tyto preparáty mají pozměněnou molekulu inzulinu ve smyslu změny pořadí aminokyselin především na B-řetězci. Nemodifikovaný lidský a vepřový inzulin tvoří hexamery po kontaktu se zínkem v krevním řečišti. Jeho biologická dostupnost pro organismus tedy závisí na rozložení inzulinu zpět na monomery a vazbě na inzulinové receptory a spuštění nitrobuňkových procesů. Dlouhá inzulinová analoga typu glargine nebo detemir se po aplikaci do podkoží pomalu uvolňují do krevního oběhu a zajišťují tak 24-hodinovou bazální hladinu inzulinu. To platí zejména pro glargine, u detemiru je někdy třeba aplikovat dávku 2x denně. Řada sdělení prezentovala několikaleté zkušenosti s dlouhými analogy u dětí a adolescentů s tím, že se významně zlepšila kontrola diabetu při této léčbě a snížil se rovněž výskyt nočních hypoglykemií. Dlouhá analoga jsou rovněž vhodná k terapii fenoménu úsvitu, tedy ranní hyperglykemie v souvislosti s vyplavením kontraregulačních hormonů u rostoucího organismu.

Krátká analoga typu Novorapid či Humalog jsou využívána jednak u adolescentních nemocných k hlavním jídlům při kombinaci s dlouhými analogy tehdy, když je vhodné vynechávat svačiny u jedinců se sklonem k obezitě. Další indikací krátkých analog je použití u léčby inzulinovou pumpou. Aplikace bolusu krátkého analoga při jídle, jeho rychlý nástup účinku a dosažení vrcholu do 1 - 1,5 hodiny napodobuje fyziologické vyplavení inzulinu u zdravého jedince po jídle. Použití krátkých analog v inzulinových pumpách je standardní a umožňuje modifikovat dávky inzulinu dle denního režimu, což je významné zejména u sportovců či u nemocných s nepravidelným režimem.

Inkretinovým mimetikům (exenatide) a jejich významu u pacientů s typem 2 diabetu

byla věnována jedna z úvodních přednášek. Nabízí se otázka využití těchto léků u nemocných s typem 1 diabetu. Není však jasné, nakolik může účinek inkretinových mimetik interferovat s probíhajícím autoimunitním zánětem a vést k apoptóze β buněk.

Technologický pokrok umožnil v posledním desetiletí zavést nové metody monitoringu glykemií. Od konce devadesátých let byl k dispozici 24-hodinový kontinuální monitoring glykemií se stažením glykemií po 3-4 dnech, v posledních dvou letech je k dispozici zdokonalený real-time monitoring (systém Guardian-RT firmy MiniMed) informující o aktuální glykemii a jejím trendu na displeji

systému. V posledním roce je k dispozici nová inzulinová pumpa MiniMed 522 (722) s integrovaným kontinuálním real-time monitorem glykemií. Četná sdělení na kongresu informovala o prvních zkušenostech s tímto systémem a výhodami pro pacienta, zejména dokonalé poznání reakce organismu na určitou tělesnou zátěž či vývoj postprandiálních glykemií, s možnou následnou úpravou terapie a tím i zlepšení kompenzace diabetu. Uvedený systém je od února 2006 k dispozici i v naší republice a již jsme ho indikovali s dobrým efektem u našich pacientů.

Literatura u autorek



Léčebna Mlýnská v Karlových Varech
Úsek léčebné péče - Nemocnice Na Homolce

Léčebna s mnohaletou tradicí léčby dětských a dospělých pacientů
Nabízí pobyt pro děti od 3 do 19 let a pro rodiče s dětmi

Specializujeme se na:

Čtrnáctidenní léčebné a edukační pobyt pro dětské a dospělé diabetiky společně s rodiči

(jako jediní v České republice pro děti od 3 do 19 let)

Komplexní léčebné pobyt pro dětské a dospívající diabetiky (od 3 do 19 let)

Léčebnou léčbu obezity pro děti a dospívající

Edukační pobyt pro rodiče a děti s obezitou

Léčebnou léčbu chronických a závažných střevních onemocnění

Léčebnou léčbu pooperačních stavů a onemocnění GIT

Je zajištěna dietní strava dle diagnózy, odborná péče zdravotníků, rehabilitačních pracovníků a balneoprovozů. Pravidelná školní výuka, pro předškolní děti mateřská školka.



Léčebna Mlýnská v Karlových Varech
Mlýnská 22, 360 00 Karlovy Vary
Tel: +420 363 339 333

Fax: +420 363 329 903
E-mail: info@mlynska.cz
www.mlynska.cz



Laboratorní diagnostika onemocnění štítné žlázy v dětském věku

MUDr. Renata Pomahačová

Dětská klinika FN a LF UK Plzeň

Nemoci štítné žlázy patří mezi nejčastější endokrinopatie u dospělých a u dětí. **Funkční jednotkou je ve štítné žláze folikul** obsahující koloid, který je obklopen folikulárními buňkami a bazální membránou. Hormony štítné žlázy **tetrajódtyronin (T4) a trijódtyronin (T3)** jsou syntetizovány ve folikulárních buňkách a skladovány ve vazbě na tyreoglobulin. Aktivní transport jodidů přes membránu tyreocytů, jako první krok v biosyntéze tyreoidálních hormonů, je možný pomocí natrium-jodidového symportéru. Jodid je oxidován za vzniku jódtirozinů (monojódtirozinu a dijódtirozinu, jejich kondenzací pak vzniká T3 a T4). Ty jsou peptidovou vazbou vázány na tyreoglobulin, který je skladován v koloidu štítné žlázy. Dle metabolické potřeby periferních tkání jsou pak proteolytickými tyreoidálními enzymy postupně uvolňovány do plazmy. Pro syntézu hormonů štítné žlázy je nezbytný **enzym tyreoidální peroxidáza**. **Metabolicky aktivním hormonem je T3**, vzniká v periferních tkáních deiodací T4 prostřednictvím deiodáz a je 4x účinnější než T4. V séru jsou tyreoidální hormony vázány převážně na proteiny, za hormonální aktivitu zodpovídá pouze jejich volná frakce (fT4, fT3). Sekrece tyreoidálních hormonů je regulována cirkulujícím TSH (tyreotropní hormon) a hladinou jodidu. TSH secernovaný v adenohipofýze tyreotropními buňkami stimuluje vychytávání jodidu štítnou žlázou. Sekrece TSH je řízena sekrecí TRH (tyreotropin uvolňující hormon) v nadřazeném centru v hypotalamu (**osa hypotalamus - hypofýza - štítná žláza**). **Hormony štítné žlázy obecně ovlivňují metabolické pochody v organizmu. Jsou nezbytné pro diferenciaci a růst jednotlivých orgánů a pro růst celkový. Zásadní význam mají pro fyziologický růst a vývoj CNS během fetálního období až do 3 let života.** Tab. č. 1 uvádí základní rozdělení onemocnění štítné žlázy v dětském věku.

■ Tyreotropní hormon (TSH)

TSH je glykoprotein, syntetizovaný a vylučovaný tyreotropními buňkami adenohipofýzy. TSH ovlivňuje růst tyreocytů a syntézu a sekreci tyreoidálních hormonů. Váže se na specifické TSH-receptory na membráně tyreocytu. Sekrece TSH probíhá v pulsních vlnách v průběhu 24 hodin, pulsová amplituda je okolo 0,6 mIU/l s vrcholem obvykle mezi

půlnocí a 4. hodinou ranní, k většímu kolísání v jeho hladině tedy nedochází. U hypotyroidních osob je pulsová amplituda a noční vlna mnohem větší (produkce TSH stoupá), naopak u hypertyreoidních osob je jak pulsace, tak noční vlna významně snížena (produkce TSH je suprimována). Syntéza a sekrece TSH je řízena základním regulačním mechanismem - principem zpětné vazby. Při poklesu hladiny tyreoidálních hormonů v séru se vyplaví TRH v hypotalamu s následnou stimulací tyreotropních buněk v adenohipofýze se zvýšenou produkcí TSH. Zpětná vazba působí především přes T3, vznikající v hypotalamu a hypofýze deiodací T4. **Syntéza a sekrece TSH je inhibována vysokými hladinami T4 a T3 při hypertyreóze a stimulována nízkou hladinou tyreoidálních hormonů při hypotyroidě.** Dlouhodobě zvýšená koncentrace TSH v séru způsobuje růst tyreoidálních folikulů (hypertrofie) a následně jejich multiplikaci (hyperplazie), klinickým důsledkem je vznik strumy.

Hladina TSH v séru je u zdravého jedince 0,3-4 mIU/l. Stanovení TSH je pro diagnózu tyreoidálního onemocnění nejdůležitější. Zvýšená hladina TSH je přítomna u primární hypotyroidie (elevace TSH odráží tíži hypotyroidie) a snížená hladina TSH (suprimovaná pod 0,1 mIU/l) je přítomna u hypertyreózy.

tab. č. 1

Onemocnění štítné žlázy v dětském věku

VROZENÉ

Kongenitální hypotyroidie endemická (z nedostatku jódu)

Kongenitální hypotyroidie sporadická:

1. Přechodná (např. tyreostatika u matky)

2. Permanentní

- Primární (dysgeneze nebo dysgonogeneze štítné žlázy)

- Sekundární hypofyzární hypotyroidie

- Terciární hypotalamická hypotyroidie

- Rezistence periferních tkání nebo hypotalamu k tyreoidálním hormonům

ZÍSKANÉ

Difuzní struma

Autoimunitní tyreopatie

- Juvenilní lymfocytární tyreoiditida

- Gravesova-Basedowova choroba

Akutní a subakutní tyreoiditida

Nádory štítné žlázy

U subklinické **primární hypotyroidie** je mírně zvýšené TSH (obvykle se uvádí do 10 mIU/l) a tyreoidální hormony v séru jsou ještě v normálním rozmezí, pacient nemá klinické příznaky hypotyroidie, klinicky je hmatná struma. V nejasných případech pomůže **TRH test**, při kterém u primární hypotyroidie TSH po podání TRH i.v. enormně stoupá (zvýšená produkce TSH v hypofýze při primární hypotyroidie). U těžké primární hypotyroidie pak postupně klesají i hladiny T4 a T3 v séru (T3 zůstává dlouho v normálním rozmezí), tyto děti pacienti již přichází s klinickými příznaky těžké hypotyroidie (myxedém, porucha růstu, větší hmotnostní přírůstky, kardiální příznaky).

U hypertyreózy jsou současně elevované T4 a T3 nebo pouze T3 u T3 toxikózy. V nejasných případech suspektní hypertyreózy s hmatnou strumou, kdy je TSH suprimované a tyreoidální hormony jsou ještě v normě, lze doplnit TRH test, při kterém TSH zůstává po podání TRH i.v. suprimované (jedná se o subklinickou formu hypertyreózy).

U **centrální (hypofyzární nebo hypotalamické) hypotyroidie** je TSH snížené v normálním rozmezí, T4 a obvykle T3 jsou snížené, ale mohou být v normálním rozmezí nebo na dolní hranici normy. Dle naší empirie u centrální hypotyroidie také často zjišťujeme mírně elevované TSH a sní-

Stiefel - Duac gel



žený T4. K potvrzení centrální hypofyzární hypotyreózy nám může pomoci opět **TRH test**, při kterém po podání TRH i.v. TSH nedostatečně stoupá.

U vzácné **rezistence periferních tkání k tyreoidálním hormonům** nacházíme zvýšené TSH a zvýšené T4, fT4 (celkový a volný tyroxin).

Mezi **hormony a léky, které mohou inhibovat sekreci TSH patří např. somatostatin, dopamin, dopaminoví agonisté jako bromokriptin a glukokortikoidy. Inhibici sekrece TSH může způsobit akutní nebo chronické onemocnění**, naopak v průběhu rekonvalescence může nastat vzestup TSH jako „rebound“ fenomén. Tyto poznatky jsou důležité pro interpretaci sérové hladiny TSH u nemocných.

■ Tyreoidální hormony

Tyreoidální hormony jsou v séru transportovány ve vazbě na proteinové nosiče - globulin vážající tyroxin (TBG), prealbumin vážající tyroxin (TBPA) a albumin. Při změně jejich hladiny se tedy mění hladina celkového hormonu, ale hladina volného hormonu zpravidla ovlivněna není. Pouze volná frakce je zodpovědná za hormonální aktivitu. Existuje například vrozený nedostatek TBG s vazbou na X chromozom s nízkou hladinou cel-

kového cirkulujícího T4 a T3, ale s normálními hladinami volných frakcí T4 a T3 a s normální hladinou TSH. Hladinu TBG také snižují androgeny, glukokortikoidy, z léků např. diazepam, salicyláty. Nízké TBG je u hypertyreózy, malnutrice, nefrotického syndromu, cirhózy a u vážných systémových onemocnění. Právě pro tyto možné vlivy na hladinu celkových hormonů **v séru stanovujeme volné frakce tyreoidálních hormonů fT4, fT3.**

■ Tyreoglobulin

Tyreoglobulin je syntetizován tyreocyty a je předáván do lumina folikulů. Za fyziologických okolností proniká malé množství tyreoglobulinu do krevního oběhu, jeho zvýšená hladina je však diagnostická pro některé patologické stavy. Vyšetření tyreoglobulinu využíváme především při dispenzarizaci osob po léčbě diferencovaného karcinomu tyreoidy. Po totální tyreoidektomii je jeho hladina nízká až nulová, metastázy či recidiva jeho hladinu zvyšují. V těchto případech se využívá **tyreoglobulin jako tumorózní marker**. Další využití je u kongenitální hypotyreózy, kdy **při atyreóze je hladina tyreoglobulinu nedetekovatelná**, zatímco při ektopii nebo hypoplazii štítné žlázy je jeho hladina v séru přítomna.

■ Tyreoidální protilátky

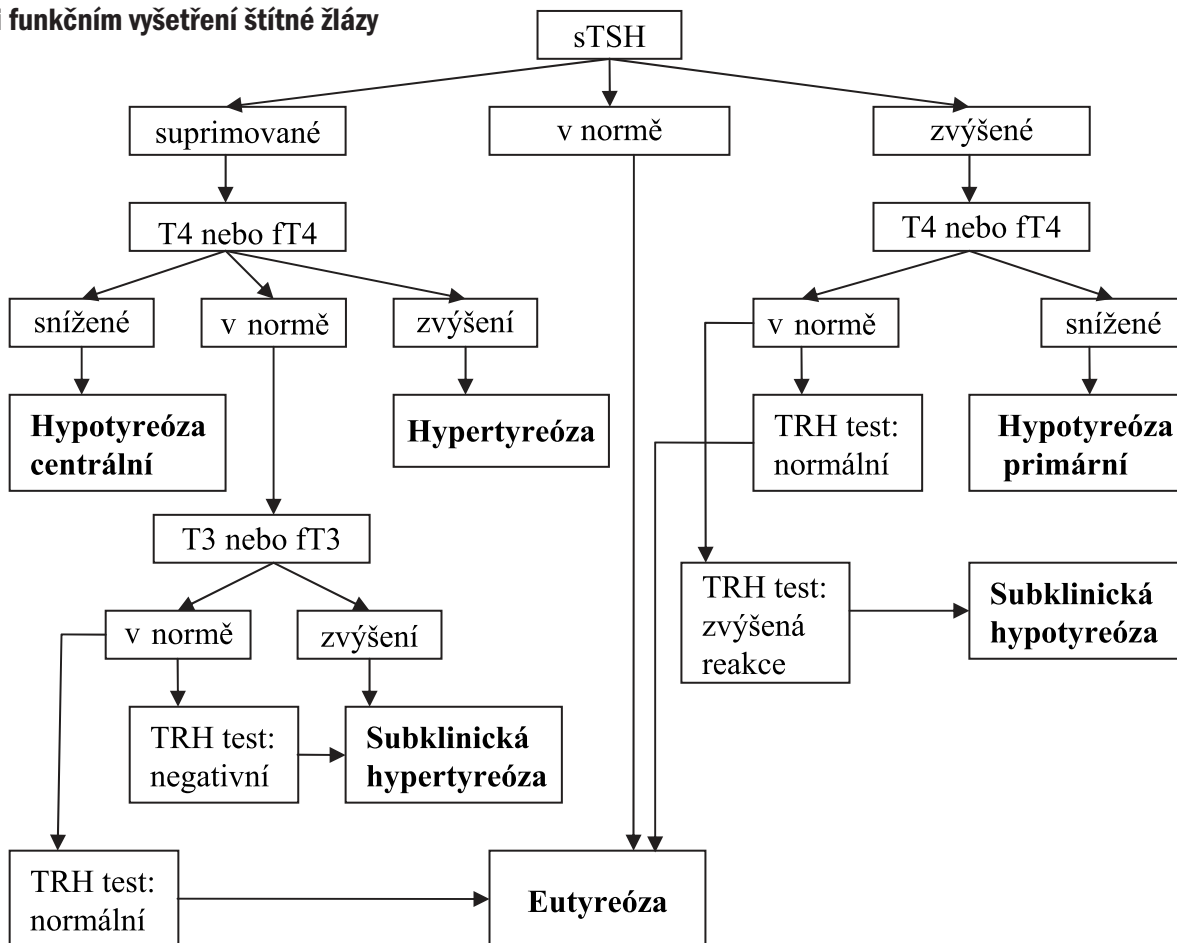
Tyto protilátky v séru stoupají při autoimunitních onemocněních štítné žlázy. U juvenilní lymfocytární tyreoiditidy jsou v séru detekovány zvýšené hladiny protilátek proti tyreoglobulinu (aTG) a/nebo proti tyreoidální peroxidáze (aTPO). U Graves-Basedowovy choroby v séru stoupají protilátky proti TSH receptorům (aTSH).

■ Metabolismus jódu

Štítná žláza využívá denně asi 75 ug jodidu k syntéze hormonů. Při příjmu jódu menším než 50 ug/den není tyreoida schopna udržet přiměřenou hormonální sekreci. V důsledku zvýšené sekrece TSH vzniká struma a rozvíjí se hypotyreóza. Hlavním adaptačním mechanismem na nízký jódový příjem je preferenční syntéza T3 nad T4. **O stavu zásobení organismu jódem nás informuje jodurie**, kdy vyšetřujeme odpad jódu v první ranní porci moče. Za normální jodurii považujeme hodnotu nad 100 ug/l moče. Jodurie pod 20 ug/l moče svědčí pro těžký deficit jódu. Dle našeho pozorování je v současné době u české dětské populace příjem jódu potravou dostatečný.

Literatura u autorky

Postup při funkčním vyšetření štítné žlázy





Pozdní diagnóza cystické fibrózy a její vliv na průběh nemoci

V. Vávrová, D. Zemková, K. Böhmová, J. Bartošová,

T. Svobodová, V. Skalická, L. Pelikán a P. Pohunek

Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Souhrn

Cystická fibróza (CF) je závažné dědičné onemocnění. Dopad její diagnózy na nemocného a jeho okolí je značný. Přináší totiž problémy jak zdravotní, tak psychologické, sociální i ekonomické. Malá informovanost o nemoci v naší populaci v porovnání se zeměmi na západ od našich hranic znesnadňuje život nemocným a jejich rodinám. Bohužel se však setkáváme i s malou informovaností lékařů a s ní související pozdní diagnózou, ačkoli je tato problematika opakovaně v odborném tisku probírána. Čtenáře Vox Pediatry jsme o CF informovali v roce 1996 a 2002 [1, 2].

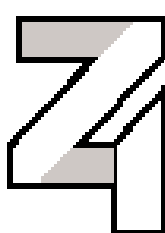
Vysoký výskyt CF u kavkazských populací (1 : 2 500 - 4 500 narozených) byl prokázán i u nás epidemiologickými studii klinicky a sekčně diagnostikovaných onemocnění ve Středočeském kraji [3,4] a molekulárně genetickými metodami vyšetření naší CF populace [5,6]. Z takto stanovené relativně vysoké incidence (1:2736 novorozenců) vyplývá, že každý 26. jedinec je zdravým nosičem tohoto závažného onemocnění a každé 676. manželství může být partnerstvím dvou nosičů, kteří mají 25% riziko, že budou mít nemocné dítě. Při současné porodnosti to znamená, že se v České republice narodí každý rok přibližně 33 - 40 dětí s CF. Diagnostikují se však maximálně 2/3 [7] a je velmi pravděpodobné, že mnoho nemocných žije pod jinými diagnózami např. jako chronický zánět průdušek, opakované bronchopneumonie, sinobronchiální syndrom, opakované sinusitidy, nosní polypóza, ale i celiakie, opakované záněty slinivky břišní a v neposlední řadě mužská neplodnost.

V současné době bohužel stále klesá počet včas, tj. v prvních měsících života diagnostikovaných nemocných. Názorně to ukazuje graf č. 1. Ještě v roce 1998 byl medián věku diagnózy 357 pacientů pražského CF centra 0,58 roků a 60,2 % nemocných bylo diagnostikováno do 1 roku života. V letech 1999 - 2006 bylo v pražském centru diagnostikováno 98 nemocných. Medián věku diagnózy se posunul na 1,2 roky, do 1 roku je diagnostikováno pouze 48 % pacientů. Nápadně stouplo procento nemocných diagnostikovaných mezi 1.- 3. rokem a dále mezi 5. a 10. rokem života. Nejednalo se přitom

vždy o nositele mírnějších mutací spojených s pankreatickou suficiencí a mírnějším nebo atypickým průběhem onemocnění, nýbrž často i o pozdní záchyt klasických forem onemocnění. 30% pacientů zachycených po 3. roce života jsou homozygoti pro nejčastější těžkou mutaci F508del.

Tato tendence byla patrná již v roce 2004 a to nás vedlo k tomu, abychom se pokusili zavést celoplošný screening CF. Zatím se podařilo zahájit od 1. 2. 2005 pilotní studii v českých zemích formou grantu IGA MZ ČR. Cílem studie je ověření efektivity novorozene-

ckého screeningu. Během 24 měsíců bude vyšetřena koncentrace imunoreaktivního trypsinu (IRT) u cca 50 000 novorozenců za



**PEDIATRICKÉ
FORUM ZLÍNSKÉ ČTYŘKY**

Dovolujeme si Vás pozvat na odbo mý se minář

**PEDIATRICKÉ FORUM
ZLÍNSKÉ ČTYŘKY**

2. 12. 2006

DIK Elektra Luhačovice
9⁰⁰ - 17⁰⁰ hodin

Seminář má lékařskou a sesterskou sekci
a je zahrnut do systému
celoživotního vzdělávání ČLK a ČAS.

Informace a přihlášky najdete na

www.bpp.cz/zlinska4



spádové oblasti screeningové laboratoře Kliniky dětí a dorostu 3. LF UK a FNKV, tj. zhruba z regionu českých krajů, pozitivní hodnoty budou ověřeny molekulárně genetickým vyšetřením, event. potním testem. Výstupy grantu IGA MZ ČR budou podkladem pro případné rozhodnutí o pravidelném celoplošném provádění tohoto screeningu v naší republice [8].

Skutečnost, že CF není včas rozpoznána a léčena, nepříznivě ovlivní zdravotní stav dítěte. Navíc to, že není známo, že dítě trpí dědičnou nemocí může mít negativní dopad na rodinu, protože se neprovede prenatální dia-

gnóza, bronchitidy, bronchopneumonie a sinusitidy, na celiakii, nesnášenlivost kravského nebo dokonce mateřského mléka či jiných složek potravy. Neuvědomují si, že CF se může manifestovat anémií, hypoproteinémií s edémy, hypoelektrolytými s metabolickou alkalózou, šokem ze ztráty solí [12], ale i prolapsom rekta nebo jaterním onemocněním. Podezření na CF by měly vždy vzbudit i tyto nálezy: průkaz *Pseudomonas aeruginosa* v sekretu dýchacích cest, persistující zastínění vedlejších dutin nosních na RTG snímku, charakteristické RTG změny plic, obstrukce periferních dýchacích cest při funkčním vy-

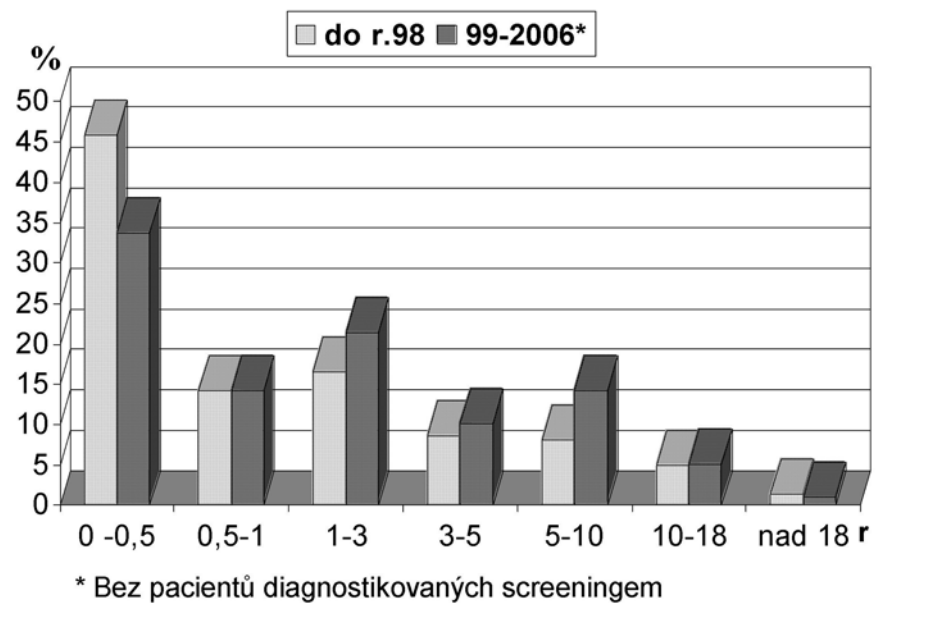
mocných, u kterých byla diagnóza stanovena po 3. roce života, které zde demonstrujeme.

První kasuistika ukazuje, že CF může probíhat mírně a skrývat se za jinými projevy.

1) Dnes 13ti letý pacient trpěl respiračními infekty od kojeneckého věku, později kašlal s expektorací. Prodělal i četné sinusitidy. Od 3 let měl atopický ekzem, v posledních letech snad pollinotické obtíže s normálním IgE. Ačkoli neměl klasické astmatické obtíže, byla mu v roce 2002 nasazena inhalační léčba kortikoidy, zřejmě pro obstrukci dýchacích cest opakovaně zjištěnou při vyšetření funkce plic. Při komplexním vyšetření pro recidivující respirační infekty s produktivním kašlem byla provedena bronchoskopie, při které byla zjištěna masivní hlenohnisavá sekrece v bronchiálním stromu. Ze sekretu byla vypěstována *Pseudomonas aeruginosa*. To správně vedlo k vyšetření potního testu, jehož hraniční hodnoty 48 a 42 mmol/l byly podnětem k molekulárně genetické analýze, která prokázala genotyp F508del/S945L. Jde o kombinaci závažné (F508del) a mírné mutace (S945L). Zevní sekrece pankreatu je v této kombinaci vždy ovlivněna mírnou mutací a pacient je pankreaticky suficientní. To potvrzuje i hladina elastázy 1 ve stolici 260 g/g (hranice normy je 200 g/g). HRCT plic prokazuje pouze diskrétní změny plicního intersticia - zesílení interlobulárních sept a nevýrazné bronchiektazie, zejména v dolních lalocích plic. Klinický obraz, molekulárně genetické vyšetření a hraniční koncentrace chloridů v potu svědčí pro mírný průběh CF, nicméně stanovení diagnózy mění léčebný režim.

graf č. 1

Věk stanovení diagnózy



gnostika v dalším těhotenství [9,10]. Zdravotní stav dítěte je ovlivněn především tím, že se včas nenasadí pankreatická substituce a dítě neprospívá. Po nasazení léčby se sice stav relativně rychle upraví, určitý handicap však přetrvává do 8 - 10 let [11]. Onemocnění dýchacího ústrojí u CF se léčí jinak než onemocnění u jinak zdravých dětí. Proto pozdní diagnóza ovlivní nepříznivě i jeho průběh. Antibiotika se totiž u CF nasazují ihned při známkách exacerbace infekce a podávají se ve vysokých dávkách minimálně 2 týdny. Nemocný inhaluje 2 x denně mukolytika (amilorid) a provádí intenzivní pravidelnou rehabilitaci. Dítě se pravidelně očkuje proti chřipce.

Bohužel lékaři častěji myslí na astma, poruchy imunity, alergické projevy, opakované

šetření, paličkovité prsty nebo kožní projevy s charakteristickou dermatidou (acrodermatitis enteropathica), vznikající pro nedostatek bílkovin, zinku a esenciálních mastných kyselin [13] či malabsorbce.

Údaj matek o tom, že pot dítěte chutná slaně neberou lékaři v potaz ani po té, co Klub nemocných CF dal vyrobít a rozeslat pediatriům letáky, které na tuto skutečnost upozorňují. Ani tvrzení matky desetiletého dítěte o tom, že se mu při větším pocení usazují na čele krystaly soli a že koroduje povrch kovových předmětů, sáhne-li na ně zpocenou rukou, nevedlo lékaře k tomu, aby indikoval potní test.

Skutečnost, že na CF lékaři nemyslí, můžeme demonstrovat na řadě kasuistik z posledních let. V roce 2005 jsme zachytili 5 ne-

2) Druhá kasuistika se týká dnes 7 leté dívky. I ta má sice také jednu mírnou mutaci a je tedy pankreaticky suficientní, ale průběh respiračních projevů byl u ní klasický. Od 9 měsíců života kašlala prakticky denně hlavně ráno, kašel byl produktivní, vykašlávala husté hnědozelené hleny. Úleva v kašli nastávala jen po antibiotické terapii. Nebyla prokázána alergie ani imunodefekt, byl zjištěn gastroezofageální reflux. Ve věku 4 3 roku jí byl poprvé proveden potní test a prokázána hodnota 70,0 mmol/l, o 2 měsíce později se opakování potního testu nezdařilo, ve věku 5 1 roku byla koncentrace chloridů v potu 86 mmol/l. Indikující lékař ani pracoviště, které vyšetření provedlo však z těchto hodnot nevyvodili diagnostický závěr. Na naše pracoviště přichází holčička ve věku 6 ti let. Potní test pro-

kazuje hodnoty 69,6 - 71,3 mmol/l, genotyp je F508del/3849+10kb CtoT, tedy opět jedna mírná mutace, jejíž přítomnost odpovídá za pankreatickou suficienci (elastáza 1 ve stolici 300 g/g). Dítě nemá růstovou retardaci, ale stav výživy je podprůměrný, redukce podkožního tuku již započala za což při zachované exokrinní funkci pankreatu zřejmě zodpovídají respirační infekce. Dítě má vyšší torakální index a mírně naznačené paličkovité prsty. RTG vedlejších dutin prokazuje homogenní zastínění obou anter. Spirometry zjišťujeme těžkou obstrukci periferních dýchacích cest. Po zavedení komplexní léčby dítě přestává kašlat a jeho stav se velmi rychle upravuje.

3) Dnes 8letá holčička byla v prvních dvou letech života zdráva, po druhém roce se objevily několikrát denně mastné objemnější stolice. V třetím roce života úporný noční kašel. Byla zavedena protiastmatická léčba, na které se stav zpočátku léčby zlepšil. Bronchodilatancia inhalovala přes spacer, nicméně pro stále se zhoršující spirometrické parametry a klinický stav byla 3 měsíce před přijetím na kliniku léčba změněna na kombinovanou inhalační terapii. Ošetřující lékař neověřil schopnost dívky dostatečně lék vdechovat, stav se opět horšil. Dítě nebylo výrazně dušné, ale úporně kašlalo. Pro zhoršení klinického stavu, RTG plic, kde dominuje nálezy výrazných oboustranných intersticiálních změn, funkce plic s velmi těžkou obstrukcí centrálních i periferních dýchacích cest (EV1 39% nál.hodnoty) a výraznou hyperinflací plic odeslána po podání perorálních kortikoidů k přijetí na kliniku. Již somatický nálezy se soudkovitým hrudníkem, paličkovitými prsty, prominujícím břichem, hůlkovitými končetinami a projevy počínající respirační insuficience (saturace O₂ 85%) směřuje k diagnóze cystické fibrózy. Tato diagnóza je posléze potvrzena výsledkem vyšetření koncentrace chloridů v potu (111,2 mmol/l) a genetickým vyšetřením (genotyp F508del/F508del). Byla nasazena intenzivní bronchodilatační terapie, oxygenoterapie, intravenózní antibiotická a kortikoidní terapie. Dále zahájena substituční pankreatická terapie, nutriční podpora a intenzivní rehabilitační léčba. Na této léčbě dochází postupně k zlepšení celkového stavu. V současné době je dítě bez obtíží, je dobře výkonné, funkce plic se výrazně zlepšila (FEV1 86% n.h.). Prodleva v zahájení systematické léčby však nesporně dítě poškodila a zkomplikovala jemu i rodině několik let života.

4) Nejzávažněji byla nesprávným diagnostickým postupem a nestandardním postojem matky postižena dívka, diagnostikovaná až ve věku 5 let a 9 měsíců. Prvé dva dny po porodu jí odcházel výrazně tuhá smolka, což je ve zprávě o novorozenci podtrženo. Třetí den života odešlo velké množství stoličky a další zažívací problémy dítě nemělo. Rok byla kojena, v roce vážila 11 100g. V druhém roce života prodělala několik infekcí dýchacích cest. Hodně jedla, měla 2 i více objemných stolic denně, přítomnosti tuku ani atypického zápachu si matka nevšimla. Tříkrát se objevil prolaps rekta. Ve 2 a 1/4 letech vdechla holčička oříšek. Na RTG snímku plic, nebyly prokázány ložiskové změny, vpravo bazálně byla vyšší vzdušnost svědčící pro možnou aspiraci. Bronchoskopie prokázala difusně prosáklou sliznici pravého hlavního bronchu s povlácí a hlenohnisavým sekretem. Z tohoto místa byly odstraněny kusy ořechů spolu s drtky. Krátce po této příhodě prodělala bronchitidu.

Ve 4. roce života se infekce dýchacích cest opakovaly asi 6x, mě-

Hipp - mléka



la chronickou rýmu a sinusitidy. Alergologické vyšetření v necelých 4 letech prokazuje hyperimmunoglobulinemii, imunodeficit tedy nebyl dle alergologa prokázán a vyšetření uzavřeno jako normální. Ve 4 a 3/4 letech byla provedena adenotomie, po které ustaly rýmy, jednou za dva měsíce se však opakovaly bronchitidy. Dítě dostávalo homeopatika. Pro častou nemocnost se upouští od očkování v 5ti letech. Krátce po pátých narozeninách prodělala holčička bronchopneumonii s dušností a s vysokými zánětlivými parametry. Stav se však po nasazení antibiotik zlepšil a v následujících čtyřech letních měsících neměla údajně větší problémy. V podzimních měsících však dítě znovu onemocní bronchopneumonií, respirační infekce se opakují každý měsíc a zhoršuje se i jejich průběh. V prvních dnech onemocnění bývala dívka dušná a měla promodralé prstíky. Vzhledem k závažnosti posledního z proběhlých onemocnění bylo dítě objednáno k alergologickému vyšetření na Pediatrické klinice v Motole.

K tomuto vyšetření přichází dítě cyanotické se saturací 48%, výrazně dušné, zatahuje jugulum i mezižebří prostory. Je těžce dystrofické, má hůlkovité končetiny, paličkovité prsty na horních i dolních končetinách, oči halonované, soudkovitý hrudník. Je výrazně zahleněná a obtížně odkašlává. Dýchání provázeno difúzně chrůpky, dechové exkurze snižené. Břicho prominující s hepatomegalií.

Velmi rychle jsme provedli základní vyšetření, která potvrdilo dg. cystické fibrózy (koncentrace chloridů v potu 89,5 mmol/l) s globální respirační insuficiencí, chronickým těžkým stavem podvýživy, chronickým pravostranným srdečním přetížením s plicní hypertenzí. Biochemické vyšetření prokázalo hyponatremii a hypochloremii. Původ hepatopatie potvrzené zvýšením jaterních enzymů nebyl z prvních vyšetření jasný (souvislost s chronickou hypoxií a pravostranným srdečním městnáním).

Zavedli jsme oxygenoterapii, i.v. aplikaci antibiotik, inhalační léčbu, podali Solumedrol. V prvních hodinách po přijetí se dařilo držet saturace v uspokojivém rozmezí, avšak narůstala hyperkapnie, takže po 11ti hodinovém pobytu na klinice překládáme dítě na ARK k intubaci a podpurné ventilaci. V prvních týdnech byl stav dítěte kritický, vyžadoval vysoké tlaky ventilačního režimu a 100% přívod kyslíku. Teprve po 5ti týdnech byla možná extubace.

Po návratu z ARK na naši kliniku jsme dokončili vyšetření: genetické vyšetření potvrdilo homozygotní přítomnost F508del, klinicky zřejmá pankreatická insuficience se potvrdila nízkou hladinou elastázy 1. HRCT plic prokázalo oboustranné bronchiektázie zejména v předním segmentu horního laloku vpravo. Densita plicních křídel byla mapovitá s mozaikovitou perfúzí. Bilaterálně byla patrná drobná rezidua po mnohočetných infiltrátech, a nový infiltrát v lingule. Ve výdechových sca-nech prokázán air trapping. Antropologické vyšetření prokázalo růstovou retardaci, těžkou hypotrofii postihující významně všechny složky. Významná deformita hrudníku svědčila o dlouhodobé obstrukci dýchacích cest. Nápadné byly paličkovité prsty. Bylo patrné, že dívka strádala minimálně od 3 let, tehdy ještě vážila 14,5 kg a rovněž výška byla v normě. Vyšetření funkce plic prokazovalo velmi těžkou obstrukci periferních i centrálních dýchacích cest (FEV1 32% nál. hodnoty) a velmi těžkou hyperinflaci plic. Dítě bylo závislé na kyslíku a potřebovalo trvalou antibiotickou léčbu.

Bohužel ani intenzivní léčba, která byla po stanovení diagnózy zavedena, nemohla zastavit progresi ireversibilních změn. Funkce plic se postupně zhoršovala. Holčička byla trvale zavislá na kyslíku. S rodiči jsme začali diskutovat otázku transplantace plic, která se tehdy zdála jediným možným východiskem. Za necelý rok a půl od stanovení diagnózy pak přijímáme pacientku opět v globální respirační insuficienci, výrazně dušnou, spavou, vyčerpanou. Přes oxygenoterapii saturace krve kyslíkem nedosahuje ani 80%. Z klinického stavu je zřejmé, že dítě se doma hořilo již delší dobu od poslední ambulantní návštěvy, přesto nebyla vyhledána lékařská péče. Rentgenový snímek prokazuje bilaterálně difúzně atelektaticko-infiltrativní změny. V laboratorních vyšetřeních je nápadná hypoxémie, hyperkapnie, v krevním obraze leukocytóza, hypergamaglobulinémie. V průběhu 2 hodin pak pacientku překládáme na ARK k ventilaci. Hospitalizace je komplikovaná prolongovanými septickými stavy. Opakovaně je v dýchacích cestách kultivačně zachycena Burkholderia cepacia. Přes agresivní terapii různými kombinacemi antibiotik a extrémní ventilační podporu vysokými tlaky a objemy stav nadále progreduje a pacientka po čtyřměsíčním pobytu na ARK pod obrazem multiorgánového selhání umírá.

5) U posledního dítěte byla CF diagnostikována ve věku 3 roky 2 měsíce na základě toho, že u mladšího novorozence sourozence byla v rámci současně probíhající pilotní studie prokázána vysoká koncentrace IRT v suché kapce krve a následné vyšetření potvrdilo diagnózu CF (chloridy v potu 99,4mmol/l, genotyp : F508del/G551D). Při vyšetření novorozence zjišťujeme, že má 3,2 roky starou sestřičku, která trpí nejasnou hepatopatií. Na přímý dotaz matka udává nápadné množství tuku ve stolici bez respiračních obtíží. Holčička je pozvána ihned k vyšetření a i u ní se diagnostikuje CF (chloridy v potu 103,2, genotyp F508del/G551D, pankreatická insuficience).

Těmito kasuistikami jsme chtěli ukázat, že:

- CF může mít poměrně mírný průběh (pacient č. 1) imitující opakované respirační infekty, které se běžně vyskytují hlavně u dětí, které mají sourozence navštěvující dětské kolektivy.
- Pacientům je často nasazována antiastmatická léčba pouze na podkladě nálezu obstrukčních změn při spirometrickém vyšetření. Tzv. astma nereagující na protiastmatickou léčbu by tedy mělo vždy vzbudit pochybnosti o tom, že jde o tuto diagnózu.
- Zvýšená hladina imunoglobulinů by měla vést k úvahám o tom, co ji působí.
- Při opakovaných respiračních infektech je vhodné provádět kultivační vyšetření a při atypických kultivačních nálezech jako je P. aeruginosa myslet na CF.
- Dítě nemusí mít pankreatickou insuficienci nebo - pokud ji má - ji může kompenzovat velkým příjmem potravy a tudíž nemusí být ve špatném stavu výživy (pacientka č. 4 v prvních 3 letech života). Nikdy se tedy nesmí zamítnout diagnóza CF proto, že dítě vypadá příliš dobře.
- U všech zaživačích problémů je třeba se ptát na charakter stolic. Rodiče spontánně o jejich vzhledu a vůni nehovoří, na dotaz je však poměrně jasně popisí.
- Je třeba věnovat pozornost prolapsům rekta (pacientka č. 4)
- Stav výživy je ovšem nesmírně důležitou součástí pediatrického vyšetření. Obě holčičky s pankreatickou insuficiencí (č. 3. a 4) přišly těžce dystrofické s prominujícím břichem, soudkovitým hrudníkem a hůlkovitými končetinami.
- Je třeba si všimnout paličkovitých prstů

- Recidivující sinusitidy mají být vždy podnětem k provedení potního testu.
- Dušnost a cyanóza jsou příznakem závažného onemocnění a nelze je podceňovat
- Někdy je třeba s rodiči bojovat o to, aby přistoupili na správnou léčbu a nevyhýbali se hospitalizaci, pokud ji stav dítěte vyžaduje.
- Je třeba si uvědomit, že někteří rodiče úmyslně negují příznaky a odmítají si připustit jejich závažnost. Je s nimi třeba mluvit zcela otevřeně i když si uvědomujeme, že je tím můžeme zranit. Maminka holčičky č. 4 si naprosto nepřipouštěla těžký stav dítěte a v den, na jehož konci bylo přijetí na ARK, se domnívala, že hospitalizace není nutná. Dušnost a cyanóza byly něco, s čím už dítě delší dobu žilo a dle mínění matky žilo uspokojivě.
- Uvedené kazuistiky ukazují, že lékaři na CF nemyslí tak často, jak je třeba. Pacientům 1. a 2. stanovení správné diagnózy a zavedení adekvátního léčebného režimu velmi ulevilo od kašle (u holčičky č. 2 úporného) a zlepšilo tak kvalitu života.

Pacientky č. 3. a 4. byly pozdní diagnózou velmi poškozeny, druhá ji bohužel zaplatila svým životem.

U posledního dítěte je těžce poškozena rodina. Včasné odhalení příčiny zaživačích problémů starší sestry by vedlo k prenatální diagnóze a rodiče nemuseli být vystaveni stresující situaci, která vznikla tím, že se v průběhu dvou dnů dověděli, že mají dvě závažně nemocné děti.

O všech příznacích, které jsme uvedli a které by měly na možnost CF upozornit, přednášíme již několik desítek let. Přesto se v diagnostice dělají závažné chyby. Proto znovu apelujeme na všechny pediatriy, aby pečlivě zrevidovali nemocné, o které pečují a zamysleli se nad možnostmi, zda se někde neskrývá dítě s nepoznanou cystickou fibrózou.

Podporováno grantem IGA ČR 1A/8236 - 3

Literatura:

1. Vávrová V. Jak se díváme na cystickou fibrózu na počátku roku 1996. *Vox paediatricae* 1996;2: 7-10.
2. Vávrová V a kol.: Cystická fibróza na počátku 21. století. *Vox Paediatricae* 2002; 2 (9): 26-28
3. Houštěk J, Vávrová V. K výskytu cystické fibrosy pankreatu v ČSSR. *Čs Pediatrie* 1962;17:445-451
4. Houštěk J, Vávrová V. Výskyt a klinické formy mukoviscidózy. *Prakt lékař* 1969; 49: 219-222.
5. Macek Jr M., Krebsová A, Macek M, Ferák V, Kadási L, Tomášová H, Kayserová H, Vávrová V. Current possibilities of prenatal and postnatal molecular genetic diagnosis of cystic fibrosis in Czech and Slovak Republics. *Česko-Slovenská Pediatrie* 1997a; 52:557-564
6. Macek Jr M, Vávrová V. Cystická fibróza. Model komplexní patogeneze u monogenních onemocnění. *Postgraduální medicína* 2002;4:530-4.
7. Vávrová V, Zemková D, Bartošová J, Macek M Jr. Cystická fibrosa. *Postgraduální Medicína* 1999;1:24-32.
8. Dittertová L, Vávrová V, Skalická V, Holubová A, Zemková D, Lebl J, Kračmar P, Macek M Jr, Votava F. Novorozenecký screening cystické fibrózy (souborný referát). *Čes-slov. Pediat*, 2005;60 (6):373-8.
9. Wagener JS, Sontag MK, Sagel, Scott SD, Accurso FJ: Update of newborn screening for cystic fibrosis. *Curr Opin Pulm Med*, Vol 10 (6). Nov 2004. 500-504.
10. Dudding T, Wilcken B, Burgess B et al. Reproductive decisions after neonatal screening identifies cystic fibrosis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2000; 82:F124-7
11. Farrell PM, Kosorok MR, Laxova A, et al. Nutritional benefits of neonatal screening for cystic fibrosis. Wisconsin Cystic Fibrosis Neonatal Screening Study Group. *N Engl J Med* 1997; 337:963-969.
12. Vospělová J; Zapletalová J; Kolek A. Hypotonická dehydratace jako první příznak cystické fibrózy. *Čs. Pediatrie*, 2002; 57: 631-5
13. Crone J, Huber WD, Eichler I, Grandtisch G. Acrodermatitis enteropathica-like eruption as a presenting sign of cystic fibrosis - case report and review of the literature. *Eur J Pediatr* 2002; 161:475-8.

Hipp - kaše

Omega-3 a rybí tuk v nové, příjemné formě

doc. MUDr. Ludmila Vyhnánková, CSc., Praha

Souhrn

Nenasycené mastné kyseliny jsou tzv. esenciální, lidský organismus si je nedokáže sám vytvořit, ale jsou důležité již pro vývoj plodu a dále po celý život. Mohou být jak rostlinného, tak živočišného původu. Z rostlinných zdrojů můžeme jmenovat olivový olej, který obsahuje kyselinu oleovou, linolovou a linolenovou, dále lněné semínko, sojový olej - 50-55% linolové kyseliny, 30 % oleové a 5% linolenové. Také listová zelenina, například špenát, je zdrojem těchto cenných bílkovin.

Živočišného původu jsou omega-3 nenasycené mastné kyseliny z mořských ryb, žijících ve studených vodách. Nejbohatším zdrojem je růžový losos (losos gorbuša), dále makrela, pstruh, tuňák, sardinky.

K tomu, abychom měli dostatek těchto stavebních látek v potravě, bychom měli jíst mořské ryby 2-3x týdně, nebo jsou k dispozici potravinové doplňky, obsahující v rybím oleji omega 3 a důležité vitaminy.

■ Působení Omega-3

Bylo prokázáno, že omega-3 jsou významné zejména v posledním trimestru gravidity a v období kojení. Jsou nezbytné pro vývoj mozku a nervové soustavy, retiny a spermií u plodu. Podílejí se na dalším vývoji dítěte, včetně imunitního systému, snižují riziko alergických onemocnění, zejména atopického ekzému a astmatu.

Nedostatek dlouholetých omega-3 hraje roli i při vzniku autoimunitních chorob, jakými jsou lupus, Crohnova choroba, revmatoidní artritida. Redukují riziko výskytu osteoartritidy, kardiovaskulárních onemocnění, snižují krevní tlak. Podle výsledků nedávných klinických studií mají protektivní úlohu při vzniku karcinomu tlustého střeva, u žen karcinomu mamky a u mužů prostaty.

Základními zástupci omega 3 s dlouhými řetězci jsou

DHA - kyselina dokosahexaenová
EPA - kyselina eikosapentaenová

Klinické studie, zabývající se vlivem omega-3 na vývoj dítěte v kojeneckém věku, byly realizovány v řadě klinických center, například v Nestle Research Center v Lausanne, dále v University of Alberta, Edmonton, Canada a dalších. Byly porovnávány skupiny dětí kojených, dětí krmených umělou výživou, neobsahující AA (ky-

selina arachidonová) a DHA, a dětí živěných výživou doplněnou nenasycenými mastnými kyselinami- AA a DHA. Cílem bylo zjistit, zda dietní režim, obsahující nenasycené mastné kyseliny, má vliv na celkový vývoj dítěte, psychomotorickou aktivitu, poznávací schopnosti a imunitní systém. V polovině těchto studií byl sledován příznivý účinek na zrakové, mentální a psychomotorické funkce dítěte. Koncentrace mastných kyselin v plasmě a červených krvinkách u dětí krmených přídatky AA a DHA se blížila více koncentracím u kojených dětí, než u dětí, jejichž výživa tyto nenasycené mastné kyseliny neobsahovala. Větší, dvojité slepá, randomizovaná multicentrická studie z nedávné doby ukázala pozitivní vliv dlouhodobě podávané stravy, obsahující DHA a AA na celkový vývoj nedonošených dětí. U dětí, které dostávaly 12 měsíců výživu s obsahem DHA a AA, byla signifikantně větší aktivní tělesná hmota a signifikantně nižší tuková hmota než u dětí živěných bez těchto kyselin.

■ Omega 3 a CNS

Omega-3 mastné kyseliny najdeme ve velkém množství v membránách mozkových buněk. Význam Omega-3 pro činnost centrálního nervového systému vyjádřil prof. Dr. M. Crawford. „Strava z ryb, obsahující omega-3, byla základem pro vývoj mozku, který nás změnil z našich předchůdců v homo sapiens.“

Dr. Amanda Kirby z University ve Walesu publikovala výsledky studie, jejímž cílem bylo zhodnotit účinek podávání omega-3 a vitamínů na chování žáků, jejich koncentraci, soustředění, impulsivitu. Do studie bylo zahrnuto 1120 žáků základních škol z dvaceti míst ve Velké Británii. Děti dostávaly po dobu 6 týdnů 10 ml sirupu s pomerančovou příchutí s omega-3 a vitaminy. Jedna denní dávka obsahovala celkem 600 mg Omega 3, z toho DHA 300 mg, EPA 150 mg, vitamin A 800 mikrogramů, vitamin D 5 mikrogramů, vitamin C 50 mg, vitamin E 3 mg. Hodnocení prováděli učitelé i rodiče podle tzv. Connorské hodnotící stupnice, která se běžně používá. Učitelé zjistili v 35% zlepšení soustředění, pozornosti, schopnosti se učit, pozorovali i snížení problémů v chování dětí. Rodiče zaznamenali zlepšení ve stejných parametrech ve 23%.

V této práci se také autoři zamýšlejí nad současnou situací ve výživě dětí ve Velké Británii. Dřívější zvyk jíst každý pátek rybu již není bohužel zachováván. Je zdůrazněna nutnost sníst, chips nejsou rozhodně dostatečně hodnotnou stravou pro děti ani adolescenty.

Jedna ze studií porovnávala testy inteligence u 4 letých dětí, jejichž matky dostávaly od 18. týdne gravidity do 3 měsíců po porodu (skupina A) denní dávku 10 ml tresčího oleje, nebo 10 ml kukuřičného

oleje (skupina B). Lepší výsledky byly u dětí, jejichž matky jedly tresčí olej.

Jsou známé souvislosti mezi špatnou výživou a asociálním chováním. V Geschově placebo-srovnávací studii bylo zjištěno, že u mužských vězňů, kteří dostávali potravinové doplňky s nenasycenými mastnými kyselinami, vitaminy a minerály, klesly v 37% vážné přestupky. Další studie, realizovaná Peplowem uvádí zlepšení chování u 20% mladistvých provinilců se zlepšením diety.

Studie z roku 2001 (Voight) a 2002 (Richardson) uvádějí, že obsah nenasycených mastných kyselin s dlouhými řetězci může mít vliv na pozornost a schopnost se učit u žáků, kteří mají ve škole problémy. U dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí (LMD) dochází k narušení chemických pochodů v kognitivní části mozku. Trpí vývojovou poruchou neurochemických dějů, jejichž úkolem je předávání informací mezi mozkovými buňkami prostřednictvím neurotransmiterů. Zdravý vývoj mozku, proces učení, pozornost, koncentraci, lze podpořit speciální doplňkovou výživou, jejímž principem je pravidelné podávání omega-3 z ryb spolu s vitaminy A,D,C. a E. Pro dobrou koncentraci při učení je také vhodné pít dostatečné množství vody.

■ Haliborange

S nadcházejícím listopadem nás čeká nedostatek slunečního záření, a proto i hrozící nedostatek D vitamínu. Osvědčené podávání rybího tuku v tomto období pro zvýšení imunity má stinnou stránku. Rybí tuk není právě chuťově příjemný. Proto vítáme potravinové doplňky **Seven Seas**, které firma Merck uvedla na náš trh v létě 2006.

Firma Seven Seas působí v Anglii od roku 1935. V současné době jsou její výrobky dostupné v 94 zemích světa. Ve Velké Británii je Seven Seas číslem jedna ohledně volně prodejných léků, vitaminů a potravinových doplňků.

V České republice je k dispozici celkem 11 přípravků s obsahem omega-3 nenasycených mastných kyselin, vitaminů, přípravky pro dospělé obsahují ještě další přísady. Pro děti jsou určeny 3 s názvem Haliborange - **sirup, želatinové rybičky a žvýkáci tobolky s pomerančovou příchutí**. Tyto potravinové doplňky jsou určeny **dětem od 3 let**, pro menší děti je určen sirup a rybička, pro větší děti až teenagery žvýkáci tobolky. Haliborange jsou esteticky

přitažlivé, chuť je příjemná, podávání jednoduché. Sirup dvakrát denně 5 ml, obsah jedné rybičky jedenkrát denně, žvýkáci tobolky - 2 denně rozžvýkat. Vhodné je podávání při jídle. Kombinace tuků z mořských ryb a vitaminů A,D,E umožňuje jejich maximální vstřebatelnost. Haliborange mohou být i součástí bezlepkové diety. Složení jednotlivých dětských forem vidíte na přehledu.

Ekonomicky - cena denní dávky v případě sirupu je 16 Kč, rybičky 8 Kč, tobolky 11 Kč.

Literatura:

1) Auestad N., Scott D.T., Janowsky J., et al.: Visual, Cognitive, and Language Assessments at 39

Months: A Follow-up Study of Children Fed Formulas Containing Long-Chain Polyunsaturated Fatty Acids to 1 Year of Age, *Pediatrics* 2003, 112, 177

2) Connor D.L., Hall R., Adamkin D. et al.: Growth and Development in Preterm Infants Fed Long-Chain Polyunsaturated Fatty Acids: A Prospective, Randomized Controlled Trial. *Pediatrics* 2001, 108, 359-371

3) Groh-Wargo S., Jacobs J., Auestad N. et al.: Body Composition in Preterm Infants Who Are Fed Long-Chain Polyunsaturated Fatty Acids: A Prospective, Randomized, Controlled Trial *Pediatric Research*, Copyright 2005 International Pediatric Research Foundation

4) Helland I., Smith L., Saarem K. et al.: Maternal Supplementation With Very-Long-Chain α -3 Fatty Acids During Pregnancy and Lactation Augments Children's IQ at 4 Years of Age, *Pediatrics* 2003, 111, 39-44

5) Kirby A.: The Discovery Centre Report On the „The Omega-3 Vitamin Classroom Study“

HALIBORANGE

Omega-3 rybičku pro bystrou hlavičku

OMEGA-3 SIRUP

OMEGA-3 ŽELATINOVÉ RYBIČKY

OMEGA-3 ŽVÝKÁČI TOBOLKY

OMEGA-3

S POMERANČOVOU PŘÍCHUTÍ

OMEGA-3 nenasycené mastné kyseliny - důležitá a zdravá tuky pro náš organismus

www.merck.cz, www.sevenseas.com

Význam polynenasycených mastných kyselin ve výživě dětí

MUDr. Sabina Legnerová

Polynenasycené mastné kyseliny s dlouhým uhlíkovým řetězcem (LC-PUFA) mají nezastupitelný význam ve výživě dětí v již nejnižších věkových kategoriích. Vysoká koncentrace LC-PUFA byla nalezena ve fosfolipidových membránách, hlavně v synaptických membránách a fotoreceptorech sítnice. LC-PUFA jsou strukturálními komponentami všech tkání. Mozek, sítnice a nervová tkáň jsou tkáně s vysokým obsahem LC-PUFA a jejich význam na psychomotorický vývoj, vývoj zraku a významný vliv na imunitní systém v novorozeneckém a kojeneckém věku potvrdily již některé studie.

Intrauterinní zásoby mastných kyselin s dlouhými řetězci jsou závislé na placentárním transportu především v období posledního trimestru gravidity, což je důležité pro vývoj plodu a časné postnatální období.

■ LC-PUFA v mateřském mléce

Po narození je nejlepší výživou v kojeneckém období mateřské mléko. Mateřské mléko svým složením plně odpovídá nutričním požadavkům donošeného dítěte a relativně zajišťuje konstantní dodávku LC-PUFA během kojení (viz graf 1.). Lipidy mateřského mléka obsahují: kyselinu linolovou (LA) a kyselinu linolenovou (ALA), které se považují za esenciální, protože vyšší živočišné včetně lidské populace neumí umístit dvojné vazby na n-6 a n-3 pozici řetězce. ALA a LA jsou prekursory kyseliny arachidonové (ARA, C22:6 OMEGA-6) a kyseliny dokosahexaenové (DHA, C22:6 OMEGA-3), jejichž značné množství také mateřské mléko obsahuje. Bylo prokázáno, že 30% LA je do mateřského mléka transportováno přímo z potravy, ostatní mastné kyseliny mají přímý podíl z potravy menší. Hlavní zastoupení mají mastné kyseliny mateřského mléka z endogenních zásob matky. Mléko matek konzumujících větší množství ryb je na esenciální mastné kyseliny bohatší. Mateřská výživa tedy částečně ovlivňuje složení mastných kyselin v mateřském mléce.

■ LC-PUFA v umělé výživě nedonošených novorozenců

LC-PUFA jsou esenciální pro nedonošené novorozence. Poslední závěry publikovaných prací se shodují na nutnosti suplementovat ARA a DHA společně a ve vyšších dávkách, které se podobají hladinám naměřených v mateřském mléce. Speciální mléka jsou určena cíleně pro nedonošené děti (BEBA AIPrem LC-PUFA, kde kromě ARA a DHA jsou zařazeny také EPA a GLA).

O důležitosti LC-PUFA pro kojeneckou výživu bylo napsáno mnoho odborné literatury. Cílem je dosáhnout stejného spektra mastných kyselin v krvi dětí umělé živených jako u dětí kojených. Předpokládalo se, že donošené děti si dovedou z LA a ALA potřebnou DHA a ARA vytvořit a že pouze nedonošené děti to nedovedou. Proto se nejdříve vyvíjely formule pro nedonošené děti a první obohacenou formulí byl Prematil s Milupanem, ke kterému časem přibýly další formule Nental, atd.

Již v roce 1994 však bylo v řadě prací zjištěno a upozorněno, že i donošený novorozenec má limitovanou desaturační aktivitu a je proto závislý na exogenním přísunu polynenasycených mastných kyselin. Teprve však nedávno (od r. 2005) se na trhu v České republice objevily formule obohacené o LC-PUFA i pro donošené děti.

■ LC-PUFA u nekojených donošených dětí

Jestliže novorozenec není kojen, dochází postupně k utilizaci endogenních zásob. Potřeba LC-PUFA překračuje kapacitu endogenní syntézy, což vyžaduje nejen dostatek substrátu (LA a ALA), ale také dostatečnou desaturační enzymatickou aktivitu. Proto by se umělá výživa měla svým složením mastných kyselin přiblížit parametrům mateřského mléka.

K nejnovějším produktům, které jsou určeny pro umělou mléčnou kojeneckou výživu, patří mléka řady BEBA Premium. Tato mléka jsou zcela výjimečná suplementací právě polynenasycenými mastnými kyselinami s doporučeným použitím až do jednoho roku dítěte. Jedná se o kyseliny arachidonovou (ARA; C22:6 OMEGA-6) a dokosahexaenovou (DHA; C22:6 OMEGA-3). Přítomnost kyselin ARA a DHA v mlékách BEBA v poměru

1:1, který odpovídá hodnotám zjištěným v mateřském mléce, zajišťuje i nekojeným dětem přísun těchto zásadně důležitých mastných kyselin. Výsledkem je, že z toho profitují děti nekojené podobně jako kojené. Mateřské mléko se v obsahu tuku ve srovnání s umělou kojeneckou mléčnou výživou neliší, ale liší se složením mastných kyselin, kdy mateřské mléko obsahuje více nenasycených mastných kyselin.

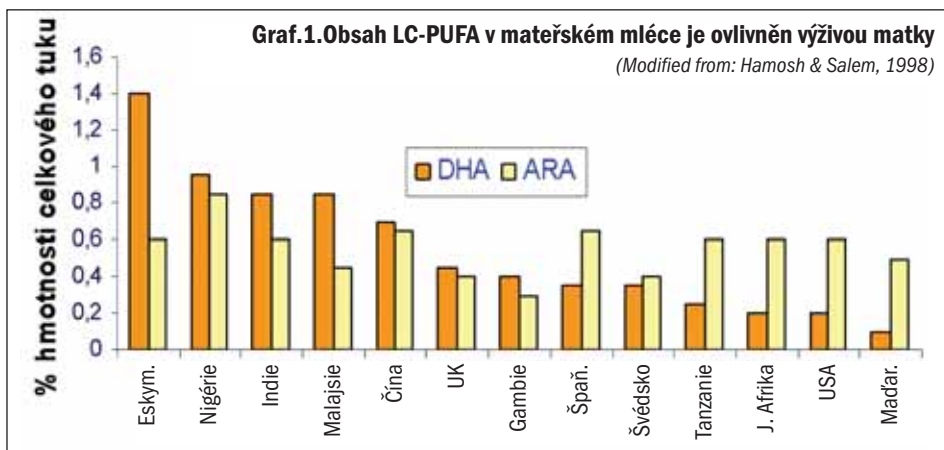
Počáteční kojenecká mléka BEBA (BEBA 1 Premium a BEBA HA1 Premium) respektují fakt, že syntéza LC-PUFA v raném věku je limitovaná. Vzájemný poměr LC-PUFA je důležitý stejně jako celkové množství LC-PUFA. V umělé kojenecké výživě by nabízené množství LC-PUFA nemělo přesáhnout 0,5% celkového obsahu mastných kyselin, přičemž množství ARA i DHA v mlékách BEBA Premium představuje 0,23% celkového obsahu mastných kyselin.

Suplementace LC-PUFA je neméně důležitá i v pokračovacích formulích. V období přechodu na nemléčné příkrmy jsou již děti schopny v plném rozsahu syntetizovat ARA z výchozí esenciální mastné kyseliny linolové (C18:2 OMEGA-6). Z tohoto důvodu jsou pokračovací mléka BEBA 2 Premium a BEBA HA2 Premium obohacována pouze DHA (C22:6 OMEGA-3).

Vedle standardní řady BEBA 1,2,3 Premium, včetně batolecího mléka BEBA 3 Junior, existuje také hypoantigenní řada BEBA HA 1,2 Premium. LC-PUFA v mlékách BEBA HA1,2 mají významný vliv na potlačení alergických projevů.

Literatura:

- 1) MUDr. Pavel Frühauf, CSc. a kol. - Lipidy ve výživě dětí, Kominek 2005
- 2) Doporučení ESPGHAN 2005 (Koletzko B., International Expert Group J. of Ped. Gastroenterology and Nutrition 2005)
- 3) www.gastroped.cz



Nestlé - Beba Premium

MSD - Silgard inzerce

MSD - Silgard SPC - 1. část

MSD - Silgard SPC - 2. část

Alimentární příjem fluoridu v prevenci zubního kazu stále aktuální

prof. MUDr. Zdeněk Broukal, CSc.

Výzkumný ústav stomatologický 1. LF UK a VFN

Americká dentální asociace, největší národní profesní organizace zubních lékařů, položila v roce 2000 na své internetové stránce veřejnou otázku: Co bylo ve XX. století největším přínosem pro zlepšení orálního zdraví ve světě? Ankety se zúčastnilo přes 400 tisíc respondentů. Suverénně nejvyšší frekvenci měla odpověď: Fluoridy v prevenci zubního kazu.

V posledních letech mělo využití fluoridů v prevenci kazu hned několik zaokrouhlených výročí. Před 100 lety popsal G.V.Black souvislost vysokého příjmu fluoridů s vývojovými poruchami skloviny. Začátek tedy nebyl nijak slibný, ale výzkum záhy ukázal, že mírný a bezpečný příjem fluoridů vývoj zubů nepoškozuje, zato má významný ochranný vliv před zubním kazem. Před 60 lety se tak začalo v USA s ověřováním fluoridace pitné vody, která se pak rozšířila do mnoha částí světa a uchránila miliony dětí před zubním kazem.

Všude ale nebyl komunální vodovod a proto se hledaly cesty, jak zajistit příjem fluoridů jinou cestou. V první polovině XX. století už byly ve Švýcarsku a v dalších evropských zemích zkušenosti s přidáváním jodu do kuchyňské soli jako s prevencí strumy v oblastech, kde bylo jodu v potravě nedostatek. Před 50 lety se tak začaly fluoridy přidávat také do kuchyňské soli, nejdříve ve Švýcarsku, pak ve střední Americe a posléze ve většině zemí světa.

Zkušenosti s podáváním fluoridů cestou zažívacího traktu vedly v té době k názoru, že fluorid účinkuje tím, že se během vývoje zubních tkání zabudovává do sklovinného minerálu, apatitu, a činí jej odolnějším vůči atace kyselin mikrobiálního původu, což je vlastní mechanismus vzniku kazu.

Ne všechny země však zavedly fluoridaci pitné vody nebo kuchyňské soli z důvodů politických, ekonomických, vodohospodářských a jiných. O příznivém účinku fluoridů však přibývaly další poznatky. Před 50 lety se tak objevily fluoridované zubní pasty, v souvislosti se soustředěným apelem zubních lékařů na zlepšení ústní hygieny v populačním měřítku. Fluoridové zubní pasty rychle opanovaly trh s ústními hygienickými a kosmetickými prostředky a postižení kazem v mladších věkových kategoriích populace začalo rychle klesat. To vedlo k přehodnocení názorů na mechanismus účinku fluoridů při ochraně zubní skloviny před kazem. Ukázalo se totiž, že vliv fluoridů na vývoj odolnější skloviny není trvalý a že jeho rozhodující účinek spočívá v řízení rovnováhy mezi demineralizací a remineralizací skloviny, kterou má ko-rozivní prostředí dutiny ústní neustále tendenci narušovat.

Stručně řečeno, je potřeba aby byly fluoridy přítomny v ústním prostředí zejména tehdy, když hrozí demineralizace (odvápnění) sklovinného minerálu bakteriálními kyselinami, když ústy prochází sladkosti, nebo tehdy, když pijeme nebo jíme něco kyselého. Ale jak na to? Jak zvýšit trvalou přítomnost fluoridů v ústním prostředí?

HERO - Sunar

Zubní pasty, ústní vody a další preventivní fluoridové prostředky saturují ústní prostředí fluoridy tolikrát, kolikrát je v průběhu dne používáme. I při opakovaném čištění zubů fluoridovou zubní pastou se v ústech zvýšená hladina fluoridu neudrží. Zopakujme si, co je o fluoridech známo. Nejdříve se říkalo, že fluoridy jsou užitečné v době vývoje tvrdých zubních tkání, které se tak stanou odolnějšími. Pak se zjistilo, že vývoj skloviny pod vlivem vyššího příjmu fluoridu má určitý preventivní účinek, ale že mnohem důležitější je trvalá ochrana zubu před demineralizací v době, kdy už zub prořezal do úst a je pod vlivem korozivního ústního prostředí.

Je tu ale ještě třetí cesta, kterou máme mít na zřeteli. Když už nejsme děti, kterým se v čelistech vyvíjejí zárodky budoucích zubů, když už nám zuby prořezaly do úst a vývoj tvrdých zubních tkání je ukončen, fluoridy vstřebané v zažívacím traktu se už do zubních tkání krevní cestou nedostávají, zato jsou ale přítomné ve slinách. Prakticky to znamená, že bychom, kromě pravidelného čištění zubů fluoridovými zubními pastami nebo místní aplikací fluoridových gelů a laků na zuby, měli ještě vědomě přijímat určité množství fluoridů v potravě. Víme, kde takové potravní zdroje fluoridu hledat ?

Fluoridy jsou přítomné v některých balených stolních vodách a častěji ve stolních minerálních vodách. Ty by v našem nápojovém jídelníčku neměly chybět. Stojí za to studovat víněty na jejich obalech, informující o obsahu minerálních látek a stopových prvků. Určitým zdrojem fluoridů je také maso mořských ryb, kterého je však v tradičním českém jídelníčku stále nedostatek. Na trhu je kuchyňská sůl obohacená fluoridem. Je distribuována pouze v maloobchodní síti a do hotových potravinářských výrobků nebo do kuchyní školních jídelen a restaurací se nedostane. Moderní kuchyně čím dál tím více používá hotová jídla nebo polotovary a tak příležitosti k přísolování pokrmů v domácnosti je méně. Tím spíš by se měla v domácnosti k přísolování používat fluoridovaná kuchyňská sůl. Ale, ouha ! Odborníci na dětskou výživu nedoporučují dětem předškolního věku příliš solit pokrmy a dospělým kazí chuť na slané zase hrozba vysokého krevního tlaku.

Řešením pro dětskou výživu jsou nově zaváděné potravní zdroje nebo pokrmy obohacené fluoridem. Jsou to např. produkty sušené mléčné výživy a potravní doplňky. Jejich sortiment se stále rozšiřuje.

Shrňme si fluoridové preventivní poradenství do několika hesel:

- Místní aplikace fluoridů na zuby v podobě zubních past od nejtěššího věku, hlavně pravidelně a efektivně; rodiče pomohou nebo později dohlédnou.

- Dětská výživa obohacená fluoridy zejména batolecí mléka (u nás např. **Sunar complex premium**) jako pravidelná součást jídelníčku v uvedeném věku.

- Od staršího předškolního věku část denní potřeby tekutin krýt stolními vodami s vyšším obsahem fluoridu.

- Od školního věku pravidelně doplňovat čištění zubů fluoridovanými pastami o místní aplikace fluoridových gelů a laků.

- Přisolovat mírně ale zato fluoridovanou kuchyňskou solí.

- Myslet na to, že fluoridy jsou velmi účinnou zbraní proti zubnímu kazu, ne však tak účinnou, aby zvládla nekontrolované mlsání sladkostí a nakonec,

- dvakrát myslet na to, že počínající kaz se sám nijak nehlásí, zato ho při pravidelných návštěvách bezpečně pozná zubní lékař.

První kolo boje o zázrak

Někteří odborníci zpochybnili bezpečnost revolučního léku proti leukémii. Lék proti rakovině má podle nové studie patrně vedlejší účinky. Lékaři přesto doporučují jeho užívání.

Jestli existuje něco, co by si alespoň trochu zasloužilo název „zázračný lék“, byl by to imatinib mesylát. Pod obchodním názvem Glivec se v USA užívá od roku 2001, u nás o rok později.

Jednalo se o první „řízenou střelu“ v protirakovinové výbavě lékařů. Imatinib nemá totiž být nebezpečný pro zdravou tkáň. Účinný by měl být pouze proti mutantní bílkovině vznikající v těle lidí s genetickou vadou, tzv. Philadelphský chromozóm (podle místa objevu). Tato bílkovina se u nich stává součástí řetězce růstu rakovinných buněk. Imatinib bílkovinu „neutralizuje“ a přerušuje tak růst nádoru.

Vzhledem k rozmanitosti rakoviny, lékaři znají přes 100 typů zhoubného bujení, není imatinib zdaleka univerzálním lékem. Zato je účinný: obzvláště proti jisté formě leukémie (CML - chronická myeloidní l.). Používá se také u některých nádorů v břišní dutině, které nelze operovat.

Pacienti s těmito formami rakoviny se jako první dočkali „léčby budoucnosti“. Pouhé „polykání“ prášků výrazně zvyšovalo jejich šanci na přežití. Ještě poměrně nedávno byla CML bez výjimky smrtelnou chorobou. Podle zahraničních výsledků se nyní více jak 70 procent pacientů při užívání imatinibu „uzdraví“.

Obraz jejich kostní dřeně je podobný jako u zdravého člověka. Velmi slibné výsledky měl imatinib také v Česku. V případě leukémie CML se stal lékem „první volby“, který odborníci doporučují podávat co nejdříve po stanovení diagnózy.

Objevili se jisté vedlejší účinky, jak se také dalo očekávat. Ve valné většině případů ale stačilo přechodné snížení dávky nebo dočasné vysazení léku.

Když léčba láme srdce

Ovšem nyní se na cestě imatinibu do panteonu „revolučních léků“ objevila první vážnější překážka. Kardiolog Thomas Force s kolegy zveřejnil na internetových stránkách renomovaného časopisu Nature Medicine práci, podle které některým pacientům imatinib vyléčí jednu vážnou nemoc a způsobí místo toho jinou.

Lék prý škodí srdci. Forceho na to poprvé upozornil kolega v roce 2004. Všiml si, že u několika pacientů užívajících imatinib se objevily srdeční potíže. I když tomu předtím v jejich zdravotním stavu nic nenaznačovalo.

Force s kolegy provedl nejprve analýzu srdeční tkáně oněch pacientů. Ta odhalila, že tkáň skutečně byla poškozená. Srdce postižených osob tím znatelně ztratila na výkonnosti.

Výzkumníci pokračovali v laboratoři. K oslabení srdeční tkáně došlo jak u krys, tak na srdečních buňkách „pěstovaných ve zkumavce“. Ty zeslábly po několika týdnech aplikace medikamentu. Důvod, proč přesně cílený lék mívá cíl, není zcela jistý. Imatinib má „mířit“ na mutantní bílkovinu vznikající u pacientů. Ta je „složena“ ze dvou jiných bílkovin, které se vyskytují také u zdravých lidí.

Lék si patrně vystačí i s tímto „polovičním terčem“, tedy jenom jednou z oněch bílkovin. Ta slouží k regulaci růstu buněk a při velké zátěži buněk. Imatinib tedy způsobuje poruchy ve výrobě bílkovin v srdečních buňkách, a tím nakonec jejich oslabení a smrt.

Výrobce léku, firma Novartis, označila výsledky za zajímavé. Ale v prohlášení zároveň uvádí, že při dosavadních klinických zkouškách byla srdeční selhání u pacientů „velmi vzácná“. Na základě dosavadních Forceových důkazů nevidí firma důvod k zásadním krokům.

Proti tomu nenamítá nic ani „advocatus diaboli“ Force a jiní specialisté. Přínos léku zatím převažuje známé nevýhody. Přesto připravuje vlastní studii skupiny 200 pacientů, u kterých bude vliv imatinibu na srdce studovat pečlivěji.

Mnozí si budou přát, aby se jeho podezření rychle vypařilo: léků zaměřených na stejnou část rakovinného řetězce jako je imatinib se připravuje celá řada. Špatné zprávy by byly ranou do srdce velké naděje medicíny. A velkého byznysu.



Zajímavosti ze světa odborné literatury

Sonografie

po prvé febrilní uroinfekci

Pracovníci hodnotili přínos sonografie provedené po prvé uroinfekci, zvláště její přínos v detekci nerefuxových abnormalit ledvin a uropoetického traktu. Zároveň se pokusili odhadnout, zda nálezy mají přímý vliv k následné léčbě. Prošetřili 155 dětí přijatých do universitní nemocnice s febrilní uroinfekcí. Renální sonografie byla abnormální u 23 pacientů (14%). Většina těchto pacientů (81%) bylo mladších 2 let. Devět těchto pacientů bylo léčeno na základě sonografických nálezů a čtyři z nich operováni. Je nutné ale také z technického hlediska podotknout, že u dětí byly provedeny sonografie i následný sonografický cystoureterogram. U sonografie také popisovali velmi důležitou věc, tj. echo strukturu renálního parenchymu, tloušťku renální kůry a anatomické abnormality, jako dilataci uretrů, hypertrofii stěny močového měchýře, detekci ureterokély a další. Předpokládají, že při výše uvedeném vyšetření lze většinou i detekovat vesicoureterální reflux.

Pozn. redakce: praktičtí dětská lékařská měla na sonografujícím odborníkovi postupně požadovat výše popisované nálezy k posouzení, nejenom běžný popis přítomnosti, případně velikosti ledvin!

Jak také autoři zdůrazňují, senzitivita rutinního sonografického vyšetření je špatná. Také pohledy na přínos antenatální sonografie u těhotných je diskutabilní. Závěrem je konstatováno, že sonografie, takto prováděná, je základem důležitých informací u pacientů s febrilními uroinfekcemi, jak konstatují tyto finští autoři.

Eur.J.Pediatr. (2006) 165; 556 - 559

Sledování televize při pediatrických hospitalizacích

Účelem práce bylo srovnat sledování televize (TV) u pediatrických pacientů v Řecku a následné srovnání s pobyty doma. Do sledování byl zahrnut vzorek 546 školních dětí hospitalizovaných ve dvou nemocnicích v Aténách. Zjištěno, že sledování TV bylo signifikantně vyšší u pacientů hospitalizovaných ve srovnání s domácím prostředím. Zvýšení bylo ovlivněno trváním hospitalizace,

samostatným pokojem s TV, pronájem TV, výběrem programů, sledováním TV doprovázejícími osobami a počtem vizit. Nebylo toto ve vztahu k věku pacientů, edukacím matek, pohlaví atd. I v nemocnici je poznat vliv rodičů, jejich zájem o dítě a jejich vedení ke hrám nebo předkládání TV programů. Dále je pak důležité, pokud na pokoji není dítě samostatně a má možnost realizovat své hry a nápady se spolubydlícím a tak se vyvarovat zbytečného koukání na TV.

Eur.J.Pediatr. (2006) 165; 811 - 812.

Akutní pankreatitis po léčbě růstovým hormonem

Zvýšení užívání růstového hormonu k léčbě může také vést ke zvýšenému počtu komplikací. Popisují klinický obraz šestileté dívky s růstovou retardací (-2SD), která vykazovala normální vývoj do 3 let věku. Rodinná anamnéza byla bezvýznamná. Výrazný byl pokles IgF - 1, odpovídající pětina normálního rozmezí. Výsledek nukleární magnetické rezonance pituitární a hypothalamické oblasti byl normální. Diagnostikována parciální idiopatická deficiencie růstového hormonu a byla zahájena léčba dávkou 25 µg/kg. Dva týdny později se objevily bolesti břicha a zvracení. Podle hodnot amylasy a lipasy diagnostikována akutní pankreatitis. Dále pak došlo i ke zvýšení laktátu a pyruvátu. Léčba růstovým hormonem byla zastavena a pankreatický zánět regredoval s konzervativní léčbou. Lze z toho vyvodit určité ponaučení i pro praktické dětské lékaře, kteří během této specifické léčby by se mohli s těmito potížemi u dětí léčených setkat. Celá věc vychází z toho, že defekt růstového hormonu souvisí s určitým mitochondriálním nepořádkem. Je popisováno několik typů mitochondriální cytopathie, které mohou být v asociaci s akutní nebo chronickou pankreatitidou. Je toto spojeno s geneticky potvrzenou mutací.

Eur.J.Pediatr. (2006) 165; 652 - 653.

Infekce a vakcinace předcházející syndromu Guillain - Barre (GBS)

V práci provedena studie s uvedeným GBS, který byl u těchto pacientů diagnostiko-

ván podle mezinárodních kritérií. Vyšetřovali etiologii i frekvenci předcházejících onemocnění. Byly dokumentovány všechny infekce a vakcinace, které předcházely 6 týdnů před začátkem onemocnění. Vyšetřeny kultivace ze stolice, použita standartní serologická vyšetření a PCR analyzy pro 24 různých infekčních agens. Serologické nálezy byly považovány jako signifikantní, jestliže byly detekovány specifické protilátky IgA nebo specifický imunoglobulin IgM a toto vše potvrzeno imunoblotem. Do studie bylo zahrnuto 95 dětí s GBS studovaných během 40-ti měsíců. Předcházející závažné klinické události byly zachyceny v 82%. Podrobné studie provedeny u 84 pacientů, což rezultovalo v diagnózu u 46 pacientů (55%). Coxsackie virus nalezen v 15%, Chlamydia pneumonie v 8%, cytomegalovirus v 7% stejně jako Mycoplasma pneumonie. Campylobacter jejuni zachycen u 6-ti pacientů (7%). Zdá se však, že posledně jmenovaný nehraje důležitou roli.

Dále pak bylo konstatováno, že 8 dětí vakcinováno během 6-ti týdnů před začátkem GBS a u 6-ti z nich také popisována průvodní infekce. U jednoho dítěte byl čas mezi vakcinací a GBS extrémně krátký. Právě tyto poslední kombinace, t.zn. očkování a nasedající nebo latentní infekce mohou hrát kauzativní roli v etiologii GBS.

Eur.J.Pediatr. (2006) 165; 605 - 612.

Resistence Salmonela enterica k antibiotikům v oblasti jižní Evropy

Zde probírají výzkum trvající 7 let a zabývající se rezistencí Salmonela enterica k antibiotikům v oblasti jižní Evropy. Jednalo se o pacienty přijaté pro akutní průjemové potíže do nemocnic ve Florencii (I) a v Barceloně (E). Salmonela enteritidis a Salmonela typhimurium jsou nejčastějšími patogeny. Resistance se neliší v těchto dvou státech. Ve 49% byla patrná resistance k jednomu antibiotiku a ve 13,8% patrná multiresistence. Ve 43% patrná resistance k ampicilinu a ve 21% k tetracyklinu. Nejmenší resistance pak k ceftriaxonu (Cefriaxon, Lendacin)

Eur.J.Pediatr. (2006) 165; 577 - 578.

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



Aktuality

Schváleno:

firmy nebudou platit nemocenskou

Nový zákon o nemocenské, který měl začít platit od příštího roku, včera definitivně pozměnili poslanci. Příští rok tak firmy ještě nečeká výplata nemocenské rovnou zaměstnancům na místo státu.

Poslanci včera při závěrečném kole hlasování odsouhlasili novou verzi zákona o nemocenské. Ta pro podnikatele počítá s postupným snižováním sazby na nemocenské pojištění výměnou za to, že se odloží přechod výplaty nemocenské na firmy. Sazby pojistného poklesnou v roce 2008 z dnešních 3,3 na 2,3 procenta a v roce 2009 na konečných 1,4 procenta. Postupně bude na firmy přecházet i výplata dávek v nemoci, v roce 2008 budou svým lidem platit polovinu nemocenské a od roku 2009 celou.

Jinak celý zákon zůstane v platnosti. ODS spolu s lidovci a zelenými se sice pokusila prosadit celé jeho odložení o jeden rok, ale tahle snaha jim těsně neprošla.

Příští rok se tak zpřísní pokuty pro lékaře a simulanty a zvýší se nemocenská pro majetnější lidi. Ti jsou dnes při marodění nejvíce bití.

Novelu teď bude ještě posuzovat Senát, ale tam se problémy vzhledem k většině ODS nedají očekávat. Stejně tak jako u prezidenta.

Změna nového zákona vymyšlená ještě za předchozí vlády sociálních demokratů byla dělaná hlavně s cílem narychlo ušetřit ve státním rozpočtu. Vláda by totiž jinak přišla zhruba o osm miliard korun.

Úředníci si opět počkají

Poslanci včera souhlasili i s další změnou, která má státu pomoci opět na čas odložit nutné platby. Už potřeť byl odložen služební zákon pro státní úředníky. Ten jim měl přinést více peněz výměnou za více zkoušek jejich znalostí a větší požadavky na jejich práci.

Zákon měl také zamezit plýtvání penězi na úřadech na takzvané mrtvé duše. Nový služební zákon byl dokonce jedním z požadavků Bruselu, který musíme splnit před vstupem. Ale zatím byl vždy kvůli nedostatku peněz odložen.

Žilní skener zobrazí i „neviditelné“ žíly

Patříte k lidem, nad nimiž si při případném odběru krve sestřička zoufá, kde má ty žíly najít? Někdy je jejich lokalizování opravdu náročné, také vzhledem k věku pacienta a stavu jeho kůže. Právě proto vznikl VeinViewer. Skener žil, který dokáže přímo na pacientově těle promítnout jejich obraz.

VeinViewer vyvinula společnost Luminetx. Jde o technologii, která dokáže lokalizovat žíly v těle a zobrazit jejich umístění přímo na kůži člověka. Samotný přístroj se skládá ze stojanu a nevelkého skeneru, který lze bez problémů umístit nad jakoukoli část lidského těla. Zařízení používá proud světla blízkého infračervenému záření, které dokáže odlišit červené krvinky od okolních buněk. Odražené fotony světla pak zpětně přijme detektor videokamery umístěné poblíž skeneru. Počítač zdigitalizuje obraz a promítne jej zpět pomocí DLP projektoru přímo na místo, které je snímáno. Lékař či zdravotní sestra

tak vidí detailní obraz pacientových žil přímo na jeho těle - nezávisle na jeho věku, stavu a barvě jeho kůže či jeho tělesném typu.

Nápad na vytvoření podobného přístroje vznikl již v roce 1995 na University of Tennessee Health Science Center. Devět let poté vznikl první prototyp, který byl časopisem Time označen za jednu z „nejúžasnějších invencí roku 2004“. Letos byl VeinViewer certifikován a připraven pro komerční použití.

I když VeinViewer není zařízením, které by v pravém slova smyslu zachraňovalo lidské životy, dokáže významně ulehčit pacientům i zdravotnímu personálu. Výhodou je také jednoduchá obsluha bez nutnosti složitého školení či certifikace personálu. Neméně důležitá je dále skutečnost, že nedochází k fyzickému kontaktu mezi zařízením a pacientem, tudíž se není třeba obávat ani kontaminace či přenosu chorob. Stejně tak samotné světlo blízké infračervenému záření, které skener produkuje, není natolik intenzivní, aby dokázalo kůži zahřát a poškodit. Podle dosavadních zkušeností jde tedy o bezpečné a na používání nenáročné zařízení, jehož cena se pohybuje kolem 25 000 amerických dolarů.

Kmenové buňky a genová terapie proti Parkinsonovi

Lidé s Parkinsonovou chorobou trpí poruchami pohybu, závratěmi a dalšími závažnými zdravotními potížemi. Příčinou jejich onemocnění je smrt neuronů, které produkují molekuly dopaminu. V současnosti se léčba soustředí na zvýšení hladiny dopaminu v mozku pacientů pomocí léků.

Chorobu se daří jen zpomalit. Úplné uzdravení zůstává nesplněným snem. Lékaři proto hledají prostředky k trvalému vyléčení nemocných. Velkou nadějí vkládají do tzv. buněčných terapií. Při nich by se odumřelé nervové buňky nahradily novými, vypěstovanými v laboratoři.

Mozek není k přijetí cizích buněk tak vnímavý, jako jiná místa těla. Problém však nastává při získávání dostatečného množství nervových buněk s potřebnými vlastnostmi.

Jedním z klíčů k úspěchu by se mohly stát embryonální kmenové buňky. Ty lze v laboratoři vytvořením vhodných podmínek proměnit na kterýkoli z 230 typů buněk nacházejících se v těle dospělého člověka. Vypěstovat z nich náhradu za buňky odumřelé v mozku pacientů s Parkinsonovou chorobou se ale dlouho nedařilo.

Zvládl to až tým vedený Stevenem Goldmanem z newyorské Cornell University Medical College. Výsledky pokusů, v nichž se lidské embryonální kmenové buňky měnily na neurony daných vlastností, uveřejnil časopis Nature Medicine.

O plnohodnotnosti proměny embryonálních kmenových buněk se vědci přesvědčili, když neurony transplantovali do mozku potkanů s příznaky Parkinsonovy nemoci. Zvířata se uzdravovala. Neztrácela rovnováhu a obnovila se jim koordinace pohybu narušená nemocí. Bohužel, úspěch provázely nežádoucí vedlejší efekty. Některé embryonální kmenové buňky se kompletně nepřeškolily do nové role a začaly se po transplantaci v mozku zvířat nekontrolovaně množit -



vyvolaly nádorové bujení.

Tato vážná komplikace provází testy embryonálních kmenových buněk od počátku. Řešení spočívá buď v dokonalé „rekvalifikaci“ všech embryonálních kmenových buněk nebo v důsledném třídění „přeškolených“ buněk a v nekompromisním vyřazení těch, které se do nové role úplně nepravily. To se ale zatím nedaří s potřebnou účinností.

Slibněji se vyvíjí výzkum léčby této choroby genovou terapií. Americká biotechnologická společnost Neurologix ohlásila první úspěšné testy na pacientech trpících pokročilou Parkinsonovou chorobou. Vědci využili k léčbě geneticky modifikovaný virus, jehož dědičná informace byla obohacena o lidský gen pro enzym tlumící funkce mnoha nervových center.

Virus byl vpraven 12 pacientům do mozkových center, která jsou při Parkinsonově chorobě nadměrně aktivována. U všech došlo ke znatelnému zlepšení zdravotního stavu. Pět pacientů zaznamenalo razantní zlepšení. Vědci ale považují za nejdůležitější, že léčbu neprovázely žádné nežádoucí vedlejší účinky.

Doplatky za léky možná jednotné

Doplatky za léky v lékárnách možná budou stejné ve všech lékárnách. Vyplynulo to z víkendového jednání sjezdu České lékárnické komory.

„Na jednotných doplatcích za léky se poprvé dohodly lékárnická komora, ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny,“ řekl Právu Jan Horáček, mluvčí lékárnické komory v průběhu sjezdu. V podstatě by to znamenalo, že pacient by už nemusel obcházet jednotlivé lékárny a zjišťovat, kde je daný lék na recept nejlacinější. Ve všech lékárnách v republice by totiž doplatky za léky byly stejné nebo velice příbuzné. „Jednotné doplatky za léky by mohly být od roku 2008,“ řekl Horáček.

Sjezd se touto problematikou zabýval v souvislosti s myšlenkou odstupujícího ministra zdravotnictví Tomáše Julínka (ODS) zavést limit na doplatky za léky pro pacienty ve výši přibližně 3000 korun v roce. Po této hranici by již všechny léky měl pacient hrazeny z pojištění. Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek na sjezdu mj. oznámil, že zrušil tu část Rathovy lékové vyhlášky, která hovořila o tzv. výdejních léků. To byly místnosti, které se měly zřizovat v odlehlých místech proto, aby pacienti nemuseli pro léky do lékáren. Výdejny nemusely splňovat přísné parametry lékáren na skladování léků a měly i jiné technické úlevy. Julínek se po dohodě s lékárníky, kteří proti tomu protestovali, s nimi domluvil a tuto část Rathovy vyhlášky zrušil. Zatím vzniklo zhruba 11 výdejen, ale podle Horáčka pouze jedna v odlehlém místě, deset dalších vzniklo ve velkých městech.

Exministr zdravotnictví David Rath považuje zrušení této části své vyhlášky za krok zpět.

Poplatky u lékaře ano, spor bude o jejich výši

Julínek chce strop 3000 korun ročně jen za léky ... Exministr Rath za všechny doplatky.

Zdá se, že ČSSD a ODS by se mohly dohodnout o budoucí podobě zdravotnictví. V ní klíčovou otázkou bude spoluúčast pacienta.

Poplatky by mohly být například za:

- léky
- recept od lékaře
- návštěvu u lékaře
- pobyt v nemocnici
- přesun sanitkou při neakutním stavu

Zatímco odstupující ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) chce doplatek jen za léky 3000 korun ročně a nad tuto hranici by všechny byly hrazeny z pojištění, exministr zdravotnictví David Rath (ČSSD) by chtěl, aby tato hranice byla v roce konečná pro všechny poplatky, které pacient ve zdravotnictví vydá, tedy nejen za léky na recept.

„Jestli ODS přijde s poplatky u lékaře, můžeme se o nich bavit, i když to ČSSD nemá ve svém programu. Z její strany by to byl ústupek nebo chcete-li kompromis,“ řekl Rath. Jedním slovem ale dodává, že má podmínku: poplatky by se nesměly týkat:

- * důchodců,
- * dětí a studentů,
- * sociálně slabých.

„Byly by jen pro průměrně a nadprůměrně ekonomicky situované občany,“ říká Rath.

S tím ale Julínek zřejmě souhlasit nebude. Jeho mluvčí Tomáš Cikrt

Externí hodnocení kvality pro systémy POCT

C-reaktivní protein, tromboplastinový test (INR), stanovení glukózy aj.

Máte-li zájem o zajištění externího hodnocení kvality pro vaše pracoviště, laskavě nás kontaktujte:

- e-mail: sekk@sekk.cz
- telefon: 466 530 230
- fax: 466 530 824
- adresa: SEKK s.r.o.
P.O. Box B35
530 02 Pardubice

Podrobné informace včetně nabídky našich služeb na rok 2007 vám zašleme obratem.

SEKK®

<http://www.sekk.cz>

Akreditovaný organizátor
programů zkoušení
způsobilosti Č. 7004

Těšíme se na spolupráci



včera Právu řekl, že „takto se neuvažuje“. Podle něj by doplatky byly „pro všechny bez rozdílu“.

Kamenem úrazu zřejmě bude nejen, pro koho by poplatky u lékaře byly, ale i v jaké výši. „Jestli ODS přijde s poplatkem třeba 200 korun u lékaře a 50 korun za recept, tak se o tom můžeme bavit,“ řekl Rath. Dodal, že pokud by byly poplatky u lékaře skutečně jen pro lidi průměrně a nadprůměrně situované, tak mohou být v této výši. Pokud by však šlo o plošné zavedení poplatků pro všechny, pak rozhodně s tím souhlasit ČSSD nebude.

„A nebudeme souhlasit ani s oním stropem 3000 korun ročně, jak uvažuje ministr Julínek ohledně doplatků za léky. Já si umím představit, že tato částka nebo nižší by mohla být za všechny doplatky u lékaře včetně léků,“ prohlásil Rath.

Cikrt Právu řekl, že v současné době doplatek za léky vyšší než 3000 korun ročně platí zhruba 150 tisíc lidí, z toho dvě třetiny důchodců. „Je to poprvé, co toto číslo zveřejňujeme, protože dříve se nesledovalo,“ řekl Cikrt.

Rath mu ale oponuje: „Průměrný doplatek za léky je nyní 800 korun a u důchodce asi 1500. Pokud by Julínek chtěl strop 3000 za léky ročně, pak by to znamenalo podstatné zvýšení doplatků za léky, a s tím souhlasit nemůžeme,“ řekl Rath.

Julínek v rámci doplatků za léky uvažuje buď o poplatku za recept, nebo poplatku za lék na receptu.

„Vše se nyní analyzuje a žádná výše stanovena nebyla,“ řekl Cikrt. Odmítl také, že by Julínek uvažoval o snížení počtu plně hrazených léků ze zdravotního pojištění. „Dnes máme 360 skupin léků a v každé je jeden lék plně hrazený.“

Revizi by tento počet rozhodně potřeboval, ale nic není rozhodnuto,“ řekl Cikrt. Uvedl, že všechny poplatky ve zdravotnictví se budou konzultovat s politickými partnery a musí na ně být shoda, aby v Parlamentu prošlo jejich uzákonění.

■ **Spor o pupečnickovou krev**

Pokud rodiče plánují uschování pupečnickové krve svého potomka, měli by vědět i o nevýhodách tohoto kroku.

Kryštofovi bylo sedm měsíců a zachránil lidský život. Ani o tom nevěděl. Když se narodil, odebrali lékaři z jeho placenty necelé deci tzv. pupečnickové krve. Ta obsahuje buňky, z nichž vznikají bílé i červené krvinky. Lze ji využít k transplantaci místo kostní dřeně. Kryštofova krev se dočkala uplatnění velice záhy. Lékaři jí nahradili „zblázněnou“ kostní dřeň dítěte trpícího leukémií a uzdravili jej ze smrtelné choroby.

Kryštofovi rodiče darovali chlapcovu krev veřejné bance. Tam byla k dispozici každému, kdo ji potřebuje a ukáže se jako vhodný příjemce. Mohli ji ale uskladnit v soukromé bance a mít ji připravenou výhradně pro Kryštofovu vlastní potřebu. Co kdyby jednou onemocněl a sám potřeboval transplantaci? V České republice celá procedura vyjde na 20 až 40 tisíc korun a je k máni dokonce na splátky. Nabídka soukromých bank vypadá lákavě. Přesto ji bioetická komise Evropské unie označila za pochybnou. Proti se vyslovily organizace amerických pediatrií a organizace britských a amerických gynekologů. Proč? Je krajně nepravděpodobné, že by dárce svou pupečnickovou krev někdy použil. Odborníci odhadují šanci na 1 : 200 000. Při většině onemocnění, například při akutní leukemii,

stačí tradiční léčba a transplantace krvetvorných buněk cizího dárce. V případě leukemií existují navíc pádné argumenty proti použití pacientových vlastních krvetvorných buněk, které nesou poruchy dědičné informace vyvolávající chorobu. Při transplantaci vlastních krvetvorných buněk dospělému pacientovi lékaři narazí na nedostatek buněk. Pupečnickové krve se daří odebrat přinejlepším decilitr a to stačí jen dítěti.

Hodně se hovoří o tom, že se v pupečnickové krvi nacházejí buňky schopné proměny i na jiné typy buněk než jsou krvinky. To by otevřelo cestu k léčbě Parkinsonovy choroby, cukrovky, rakoviny nebo kardiovaskulárních onemocnění. Tyto možnosti jsou zatím předmětem výzkumu, jehož výsledky zdaleka nevyznívají jednoznačně. Je to holub na hodně vysoké střeše.

Soukromé firmy se dostávají do rozporu s etikou, když se obracejí na budoucí rodiče v citově velmi vypjatém období a často hrají na strunu jejich zjitřených emocí. V propagačních materiálech a inzertech vycházejících v českých novinách lze číst formulace jako „zachraňte si klíč k budoucímu zdraví“ nebo „nechte si zmrazit náhradní imunitní systém“. Rodič snadno podlehne dojmu, že se dopustí fatální chyby, pokud dítěti nezajistí „to, co mu může jednou zachránit život“.

Sám odběr není po organizační stránce jednoduchý a zaměstnává lékaře i zdravotnický personál v období, kdy by se měli přednostně věnovat matce a dítěti. To je na pováženou především při komplikovaných porodech. V případech dárcepupečnickové krve nehraje tento faktor velkou roli, protože tam lze při komplikacích od odběru snadno upustit a také se to tak praktikuje.

Uskladnění pupečnickové krve má smysl jen tehdy, pokud se jí podaří uchovat po velmi dlouhou dobu, řádově desetiletí. Současný boom soukromých bank ale zákonitě vyvrcholil tvrdým konkurenčním bojem, jež zdaleka nepřezijí všechny. Ve Spojených státech, kde má toto podnikání nejdelší tradici, se už některé společnosti potýkají s nedostatkem zákazníků. Navíc hrozí, že i prosperující firma nezíská potřebné akreditace. Před rodiči zvažujícími uložení krve dítěte v soukromé bance proto stojí i otázka: Co se stane s pupečnickovými krvemi uloženými u firem, které zkrachují?

■ **Domácími zvířaty proti alergii**

Život pod jednou střešou s domácími mazlíčky nemusí znamenat zdravotní riziko. Výzkumy ukazují, že to může být právě naopak. Pokud vaše ratolest vyrůstá spolu s kočkou nebo psem, bude méně ohrožena alergií než dítě, v jehož okolí „sterilitu“ prostředí žádný domácí mazlíček neohrožuje.

Rozsáhlá studie, kterou vypracoval tým vedený Cecilii Svanesovou z bergenské univerzity, efekt dokonce kvantifikuje. Podle norských odborníků je u chovatelů zvířat riziko vzniku alergické nížší o jednu třetinu.

K tomuto zjištění vědci došli po devítiletém zkoumání vzorku 9812 Evropanů, uvádí agentura Reuters. Účastníci výzkumu odpovídali na otázky týkající se potíží způsobených onemocněním dýchací soustavy, zda měli v mládí alergii či symptomy astmatu. Vědce také zajímalo, jak často byli během dětství a dospívání v kontaktu s domácími zvířaty. Studie vyšla v zářijovém čísle odborného časopisu Journal of Allergy and Clinical Immunology.



Se psy je imunitě líp

Mnoho studií už prokázalo, že dítě, které je v kontaktu se psy či kočkami, je méně náchylné k onemocnění astmatem a má i menší „šanci“, že ho bude trápit alergie.

To samo o sobě blahodárný vliv zvířat na imunitní systém neprokažuje. Může to jen znamenat, že rodiny se sklony k alergiím si zvířata do bytu nepustí. Nově publikovaný výsledek výzkumu vědců z univerzity v norském Bergenu ale teorii předpokládající, že přítomnost zvířat „vytrénuje“ imunitní systém, podpořil.

Ukázal totiž, že ani lidé které alergie trápí, se často zvířat nezbavují a svůj problém řeší pomocí léků.

Co bylo dřív, slepice, nebo vejce?

To, že chovatelé domácích zvířat trpí alergií méně často než zbytek populace, je známo již dlouho. Poznaitek odpovídá i selskému rozumu: když milovníkům zvířat jejich mazlíček způsobuje závažné potíže, musí se ho vzdát, a posílí tak řady alergiků mezi ne-chovatelé. A protože alergičtí rodiče mají často děti s podobnou dispozicí, efekt se dále zvyšuje. Jenže takto nelze vysvětlit celý rozdíl mezi oběma skupinami.

Z vyplněných dotazníků navíc plyne, že lidé si často i po propuknutí alergie oblíbená zvířata ponechávají a s potížemi se vyrovnávají pomocí léků.

Nová studie tedy přináší další argument podporující teorii, podle které život s domácími mazlíčky v dětství a dospívání „vycvičí“ imunitní systém tak, že bude méně citlivý na případné setkání s alergenem. Okamžitý nákup chlupatého mazlíčka za účelem ochrany proti alergiím ale odborníci nedoporučují. Pokud je totiž dítě na alergen citlivé, problém by se okamžitě projevil.

Vědci hledají lék proti slábnutí svalů

Odborníci se snaží najít a zablokovat geny zodpovědné za svalovou atrofii.

Párkrát zajdete do posilovny a zocelíte své svaly. Pak už jen ležíte doma u televize a vaše tělo zůstane pořád stejně krásné. Stačí spolknout pilulku, která zabrání ochabování svalů. Takovou vizi slibují autoři několika výzkumů citovaných nedávno v časopise *New Scientist*. Podle některých odborníků to ale nebude zdaleka tak jednoduché.

Prostředek, který by zamezil rozpadávání nepoužívané svalové hmoty, by usnadnil život mnoha lidem - ať už starším osobám, pacientům upoutaným po delší čas na lůžko nebo astronautům při dlouhých kosmických letech. Zároveň by se mohl stát podpůrným prostředkem pro sportovce.

Co se vlastně děje uvnitř nepoužívaných svalů? Buněčný biolog Alfred Goldberg z Harvardovy univerzity zjistil, že se v těle při „zahálení“ aktivují geny, které spustí celou kaskádu chemických procesů. Nakonec se vždy bílkoviny tvořící svaly rozpadnou na jednoduché aminokyseliny. Takových genů máme možná i několik desítek. Goldberg je souhrnně nazval „atrogeny“, tedy geny zodpovědné za svalovou atrofii.

Obdobné kaskády vedoucí ke stejným důsledkům mohou spustit i různé patologické faktory (například genetické poruchy, infekční onemocnění nebo rakovina). Odbourávání buněčných bílkovin je

ale přirozeným procesem, který probíhá v každém těle a vede k obnově již „použitých“ molekul bílkovin. U nevyužívaných a nemocných svalů ovšem dochází k nadměrnému odbourávání. Právě tomu chtějí vědci předejít.

„Pokud se podaří některou složku z těchto komplikovaných procesů zablokovat, svalová atrofie nenastane,“ říká Tomáš Soukup z Fyziologického ústavu AV ČR. Několik výzkumných týmů již oznámilo, že se jim podařilo získat látky schopné některý gen zablokovat. Například Goldberg s kolegy identifikoval transkripční faktor zvaný FoxO, bílkovinu, která řídí aktivitu některých atrogenů. Pokusy na myších ukazují, že vypnutí faktoru FoxO skutečně omezuje ochabování svalů.

Zázračná pilulka nebude

„Takový přístup je sice slibný, ale značně zjednodušený,“ upozorňuje Tomáš Soukup. Podle něj jsou vědci na správné cestě, ale výsledkem rozhodně nebude jedna „zázračná“ pilulka. Na ochabování svalové hmoty má totiž vliv celá řada genů. Kromě toho máme víc druhů svalstva - svaly na hlavě, na zádech, na břiše a na končetinách se liší. „Od určitého stádia vývoje vycházejí z odlišných buněk. Neumím si proto představit jednu látku, která by na všechny svaly působila jako všelék,“ upozorňuje Tomáš Soukup.

V lidském těle se vyvíjejí dva druhy svalových vláken, tzv. pomalé a rychlé svaly. Rychlé svaly jsou výkonnější, ale snadno se unaví, jsou typické například pro sprintery. Naproti tomu pomalé svaly, převažující u vytrvalostních běžců, fungují delší dobu s nižší spotřebou energie. „Každý z nás má jiný poměr rychlých a pomalých vláken. A ukazuje se, že neexistuje jedna univerzální cesta, jak současně zabránit atrofii obou typů. Takže výzkum bude složitější,“ předpokládá český odborník.

Většinu výzkumů citovaných v *New Scientistu* podporují farmaceutické firmy. Jejich přístup považuje Tomáš Soukup za příliš jednoúčelový. „Předem si stanoví cíl a hledají produkty, které půjde rychle komerčně využít,“ říká.

Naproti tomu evropský výzkumný projekt MYORES (více viz text *Od červa...*) se podle něj snaží komplexně popsat a pochopit celý proces vývoje svalů, a teprve na základě získaných poznatků pak odvodit látky s potenciálním využitím v praxi.

Jednou z možností, jak předejít ochabování svalů, je podle Tomáše Soukupa využití tzv. satelitních buněk. Jsou to kmenové buňky, které se v lidském těle uchovávají do dospělosti. V případě potřeby, například při poškození nebo nemoci svalu, z nich vznikají další svalové buňky. Pokud bychom satelitní buňky uměle aktivovali, svalová hmota by se posílila a předešli bychom atrofii.

Problém je v tom, že zásoba satelitních buněk je omezená a dříve nebo později by se při tomto postupu vyčerpala. V poslední době proto vědci experimentují s možností odebrat část satelitních buněk, namnožit je mimo tělo a pak je implantovat zpátky.

Pozor na kosti a šlachy

New Scientist optimisticky uvádí, že lék proti atrofii pomůže astronautům při dlouhodobém pobytu ve stavu beztlíže. Je pravda, že například při půlroční cestě na Mars mohou některé svaly zeslábnout až o čtvrtinu. Proto i nyní obyvatelé Mezinárodní kosmické stanice cvičí několik hodin denně.

Tomáš Soukup upozorňuje, že ani pro astronauty se nejspíš neuplatní jedna univerzální pilulka. Stav beztlíže totiž neovlivňuje všech-



ny svaly stejně. „Nejvíce jsou postižené ty, které za normálních podmínek pracují neustále. Typickým příkladem jsou antigravitační svaly, které udržují vzpřímenou polohu těla organismů vůči zemské gravitaci,“ uvádí Tomáš Soukup.

Další komplikací je fakt, že při nedostatku pohybu dochází také k dalším fyziologickým změnám, než jen ochabování svalů. U člověka dlouhodobě upoutaného na lůžko se mění rovněž struktura kostí a šlach, „netrénují“ se nervová propojení svalů.

S tím vším musí budoucí metody léčby počítat. Jinak se stane, že svaly pacienta zůstanou v původním stavu, ale zeslabené kosti a šlachy neunesou zátěž, polámu se a potrhají, podobně jako jsme v současnosti svědky u mnoha vrcholových sportovců.

Podobná situace by podle Tomáše Soukupa hrozila u lidí, kteří by se pokusili látky potlačující ochabování svalů zneužít a chtěli by se změnit v supermanky. „Pokud bychom tělo vybavili svaly s dvakrát větší silou, než je přirozené, kosti a šlachy by to nevydržely,“ varuje Soukup. U těchto jedinců by také hrozilo, že jim svalová hmota vyroste příliš rychle a nestihne prorůst dostatečně hustou sítí cév, takže se nebude správně prokrvovat a vyživovat.

Všeho s mírou

Přestože všeléku proti ochabujícím svalům se zatím nedočkáme, první látky, které ovlivní některou část systému zodpovědného za svalovou atrofii se podle Tomáše Soukupa objeví na trhu v nejbližších letech. „Je ovšem otázkou, zda jejich použití člověku prospěje, nebo spíše uškodí,“ soudí český vědec. Jistě mohou pomoci starým lidem nebo pacientům upoutaným na lůžko, ale jen při přesně stanoveném a časově omezeném dávkování. „Pak už bude záležet na zodpovědnosti každého jedince, jak s novým prostředkem naloží, zda ho v touze po sportovním úspěchu nebo po krásném svalnatém těle nezneužije,“ uzavírá český odborník.

Věčné bicepsy

Látky, které zastaví ochabování nepoužívaných svalů, v budoucnu usnadní život starším lidem, pacientům upoutaným na lůžko nebo astronautům při dlouhých kosmických výpravách. Zároveň se stanou pokusem i pro sportovce. Na svalové atrofii se ale podílí desítky genů, takže vývoj preparátů na ovlivnění jejich činnosti bude složitý. Jejich nadměrné užívání může přinést zdravotní rizika.

Lékaři v Brně objevili neznámý účinek léku Zvyšuje se tak úspěšnost při transplantaci krvevorných buněk

Dosud neznámé, nikde nepublikované účinky léku používaného při transplantaci krvevorných buněk objevili lékaři z Interní hematologické kliniky (IHOK) Fakultní nemocnice Brno.

Při testování anglického preparátu vyšlo najevo, že látka v něm obsažená zvyšuje růst buněk, z nichž vznikají krevní destičky.

Oznámil to na tiskové konferenci v úterý šéf kolektivu lékařů prof. Jiří Mayer.

Po transplantaci krvevorných buněk nastává ještě nežádoucí takzvaná reakce transplantátu (štěpu) proti příjemci. Tehdy transplantované lymfocyty, bílé krvinky, odpovědné v těle za imunitu, poznají, že se nacházejí v nějakém novém, cizím prostředí, a začnou vytvářet zánětlivou reakci proti příjemci, pacientovi.

„Tato reakce bývá jednou z hlavních příčin neúspěchu při transplan-

taci. Pacienta může výrazně poškodit. Nahlodá střeva, postihuje hlavně také kůži a játra,“ sdělil Mayer.

Z transplantátu totiž nelze odstranit lymfocyty, neboť by tak zmizela také pozitivní reakce těchto buněk. Po léta nevyřešeným a nejzávažnějším problémem tohoto typu transplantací je tedy „naučit“ buňky transplantátu „správnému chování“ v novém organismu.

Náhoda přeje připraveným

Před více než dvaceti lety vytvořili v Anglii speciální protilátku ničící lymfocyty, jejíž výrobu zahájili před několika málo lety. Látka má složitý název Alemtuzumab. Mayerův kolektiv studoval v laboratoři vliv tohoto léku na transplantát krvevorných buněk získaných z krve, nikoli tedy z kostní dřeně. Zjišťoval, jak lék ovlivňuje různé typy buněk, a vyvíjel postup vedoucí k odstranění jen těch nežádoucích buněk.

Podle Mayera vlastně náhodou, která však přeje připraveným, zjistili, že lék přidaný k transplantátu stimuluje, zvyšuje růst buněk, z nichž potom vznikají krevní destičky.

„V odborné literatuře to nebylo dosud popsáno,“ řekl Mayer. Objev jeho kolektivu byl zveřejněn v odborném časopise Leukémia.

„Není typické v českém zdravotnictví, že se najdou mladí entuziastičtí lékaři, ochotní po pracovní době trávit čas u mikroskopu. Je to přidaná hodnota zdravotnictví,“ dodal Mayer, jenž vidí skutečný pokrok medicíny ve vlastním laboratorním výzkumu.

Nový objev už vyzkoušeli na IHOK na 63leté pacientce se vzácně se vyskytující závažnou poruchou tvorby krevních destiček. Jen zřídka kdy zabírající standardní postupy ani tentokrát nepomohly, proto byl nemocné podán Alemtuzumab.

Po devíti týdnech se u ní upravila tvorba krevních destiček a nemocná už může být léčena doma.

Konec unavených lékařů?

Pacienty by měli přestat ošetřovat lékaři, kteří jsou nepřetržitě několik dní ve službě

Od Nového roku se už nad pacienty nebudou se skalpelem v ruce sklánět unavení lékaři, kteří tráví ve službě několik dní v kuse.

Nový zákoník práce, který začne platit od 1. ledna, totiž zkrátí lékařům možnost sloužit přesčas. Díky tomu by měla skončit současná praxe, kdy lékař nastoupí službu v pátek ráno, stráví víkend v nemocnici a odchází domů odpočívat až v pondělí odpoledne.

Riziko je velké

Přítomné riziko, že unavený lékař, který je ve dne v noci několik dní za sebou v práci, udělá chybu a pacientovi ublíží, je velké. „Já bych se tedy rozhodně nenechal operovat od lékaře, kdybych věděl, že je čtvrtý den ve službě. Jenže ono se to opravdu děje a oni skutečně operují,“ říká prezident České lékařské komory Milan Kubek, který novelu vítá. Jenže šéfové nemocnic mají z novely těžkou hlavu. A pokud rychle něco nevymyslí nebo poslanci neodloží platnost zákoníku práce, hrozí, že nemocnice v polovině příštího roku přestanou přijímat pacienty, protože je nebude mít kdo ošetřit.

Alespoň to tvrdí předseda Asociace českých a moravských nemocnic Eduard Sohlich. „Je to reálná hrozba. Rozhodně co se týče malých a středně velkých nemocnic, které nemají tolik zaměstnanců,“ říká šéf asociace, která zastupuje s výjimkou státních fakultních ne-



mocnic většinu lůžkových zařízení v zemi.

Novela totiž lékařům ubere přesčasy, a pokud by dál sloužili jako doposud, pak by zhruba v polovině příštího roku už nemohli vůbec pracovat. „Doposud mohli mít za rok až osm set hodin práce mimo svou běžnou pracovní dobu. Čtyři sta hodin byly přesčasy a druhá polovina byla takzvaná pohotovost ve službě,“ popisuje Sohlich.

To už teď nebude možné, protože nový zákoník práce nezná pojem „pohotovost“. Lékaři tak budou moci sloužit jen polovinu přesčasů. Některé nemocnice proto zvažují, že zavedou třísměnný provoz. „Uvažujeme o tom, ale zatím jsme na to nenajeli,“ připouští mluvčí pražské Thomayerovy nemocnice Jana Kocová. „Raději jsme zadali personální audit, jehož cílem je najít jiné řešení tak, aby lékaři nemuseli sloužit služby na tři směny,“ popisuje Kocová.

Nemocnice: Na třísměnný provoz nemáme dost lékařů

„Ono by to taky dost dobře nešlo. Naše oddělení má devět lidí a zavedení třísměnného provozu by znamenalo, že lékaři by si nemohli vzít dovolenou, onemocnět ani se vzdělávat, protože by se stále museli střídat v práci na službách,“ popisuje primář tamní dětské neurologie Jan Hadač. Podle něj by utrpěla i kvalita péče, protože by se u pacienta během jednoho dne střídali tři lékaři. Asociace nemocnic proto bude usilovat o to, aby Poslanecká sněmovna alespoň o půl roku platnost zákoníku práce odložila. „V pondělí budeme jednat na Úřadu vlády,“ říká Sohlich. „Jsme totiž papežtější než papež a přijímáme nová pravidla, aniž bychom pro ně nejdříve uzpůsobili podmínky.“

Podle něj je nejdřív nutné zavést systém známý jako takzvané emergency. „To je nonstop služba při nemocnici, která přijímá pacienty, postará se o ně, ošetří je a ti, kteří potřebují další zákrok, teprve pak putují na ta správná oddělení v nemocnicích,“ popisuje Sohlich. Nemocnice pak nepotřebují tolik lékařů ve službách. Stačí, aby byli doma v pohotovosti na telefonu a přijeli, jen když je to nutné.

„Rozhodně bych se nenechal operovat od lékaře, kdybych věděl, že je čtvrtý den ve službě“, říká šéf České lékařské komory Milan Kubek.

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.

Hledám pediatra s atestací

Hledám pediatra s atestací, nejlépe i minimální praxí, jako asistenta na částečný úvazek do praxe v okrese Ústí nad Labem.
MUDr. Vladimír Holý, email:holyped@volny.cz Ev.č.: 62-07-06

Přenechám menší praxi

Přenechám menší praxi PLDD od 1.1.2007 v Libčicích n. Vltavou, Praha - západ.
Tel.: 233 931 037, 605 876 633. Ev.č.: 63-08-06

Přenechám venkovskou praxi

Rychle a za výhodných podmínek přenechám venkovskou praxi PLDD s cca 650 registrovanými, popřípadě přijmu asistenta/ku na dobu určitou, které/mu zajistím ubytování v místě. Okr. Uherské Hradiště. Kontakt : 739 054 625. Ev.č.: 64-09-06

Hledám místo asistenta

Hledám místo asistenta s perspektivou odkoupení praxe PLDD v Praze a okolí. První atestaci mám, jsem v jednání o udělení specializační způsobilosti (licence). Tel.: 736 20 20 18. Ev.č.: 65-09-06

Hledám pediatra na občasně zástupy

Hledám na občasně zástupy pediatra s licencií do soukromé ordinace v okrese Vyškov. Tel.: 603 265 171. Ev.č.: 66-10-06

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

Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou praxi PLDD v Praze 4. Termín dle dohody. Bližší informace na tel. čísle 272 770 630 po 18. hod. nebo mobil 739 250 092. Ev.č.: 68-10-06

VOX PEDIATRIAE

vydavatelství
MEDIX

Vyplněný odpovědní lístek nebo jeho xerokopii zašlete v zalepené a ofrankované obálce na adresu:

**SPLDD ČR
U Hranic 16-18
100 00 Praha 10**

Obálku označte heslem „TEST“.

Znalostní test č. 5/2006 - hodnocen 2 kredity

Správná je vždy jen jedna odpověď.

Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání, garantovaného OSPDL ČLS JEP, a za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny 2 kredity.

Podmínkou pro přidělení kreditů je zasílání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nejdéle do 31.12.2006.

Písemné odpovědi zasílejte na adresu SPLDD ČR, U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

Manažerem testů je MUDr. Ctirad Kozderka.

1) Jako postkoitální antikoncepci lze použít

- preparát s obsahem progestinu (Postinor) do 1 hodiny po nechráněném styku v dávce 1 tableta nebo do 72 hodin v dávce 2 tablety v rozmezí 12 hodin a to maximálně 2* měsíčně nebo zavedení IUD-Cu do 5 dnů po styku
- preparát s obsahem progestinu (Postinor) do 24 hodin po nechráněném styku v dávce 1 tableta jednorázově nebo danazol (Danol) do 72 hodin v dávce 2 tablety v rozmezí 12 hodin a to bez omezení frekvence užívání
- preparát s obsahem progestinu (Postinor) do 1 hodiny po nechráněném styku v dávce 1 tableta nebo do 72 hodin v dávce 2 tablety v rozmezí 12 hodin a to bez omezení frekvence užívání nebo danazol (Danol) do 72 hodin v dávce 2 tablety v rozmezí 12 hodin nebo zavedení IUD-Cu do 5 dnů po styku

2) Onemocnění pertusí v dnešní době u naší populace

- je již historii, protože máme vysokou proočkovanost
- stále hrozí, protože přechodem na acelulární vakcíny s obsahem pertusové složky se sice snížila reaktogenita, ale také se snížila imunita
- je stále aktuální, protože za 6-12 let po očkování proti pertusis kteroukoli vakcínou klesá postvakcinační imunita

3) Mykotická vulvovaginitida se vyskytuje zejména u

- děvčat v období hormonálního klidu, vyjma děvčat s předčasnou pubertou a juvenilních diabetiček
- děvčat v období pohlavního dospívání, juvenilních diabetiček a děvčat s předčasnou pubertou
- děvčat všech věkových skupin

4) Nádorová onemocnění u dětí se projevují zejména

- lokálními projevy jako je bolest v místě solidního tumoru, zduření, méně často pak celkovými symptomy jako jsou subfebrilie, cefalgie, hmotnostní úbytek
- celkovými příznaky jako je únavnost, snížená výkonnost, nechutenství s hmotnostním úbytkem, zvýšená teplota, bolesti v různých lokalizacích (kosti, hlava, hrudník, záda, břicho), nadměrné pocení, bledost, krvácivé projevy
- lokálními i celkovými symptomy, přičemž nelze statisticky určit převahu jedné z uvedených skupin

5) Které tvrzení je správné:

- existuje zkřížená alergie na jed včely a vosy
- neexistuje zkřížená alergie na jed včely a vosy
- neexistuje zkřížená alergie na jed čmeláka a včely
- existuje zkřížená alergie na jed čmeláka a sršně

Partnerem znalostního testu je společnost **ZENTIVA**

Z celkového počtu 27 správných odpovědí byli vylosováni tyto řešitelé:

MUDr. Marie Peterková, Slaný; MUDr. Olga Roškotová, Litoměřice; MUDr. Helena Hlaváčková, Řečany nad Labem.

Vylosovaným řešitelům blahopřejeme a všichni vylosovaní obdrží knihu.

Odpovědní lístek znalostního testu VOX PEDIATRIAE 5/2006

Správnou odpověď **zakroužkujte**. Za správně vyplněný kupón získáte **2 kredity**. 3 vylosovaní úspěšní řešitelé budou odměněni.

1. otázka	a	b	c	d
2. otázka	a	b	c	d
3. otázka	a	b	c	d
4. otázka	a	b	c	d
5. otázka	a	b	c	d

Titul, jméno a příjmení

Ulice, č.p.

Město, PSČ

Členské číslo SPLDD ČR

Telefon

E-mail

Česká spořitelna

Zentiva - Mucosin