

# VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

prosinec 2007 ■ číslo 10 ■ ročník 7



**HPV infekce**

**HIV infekce v ČR**

**Infekce virem lidských papilomatózních lézí**

**Jak kouření poškozuje zdraví volnými radikály**



**Orion Diagnostica**



**MSD**

Heró

**Sunar**



OSPDL ČLS JEP

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

# **Boiron - Oscillococcinum**

## tiráž...

# VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

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

### Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10

### sekretariát:

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

### redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

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

### Vydavatel:

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

### Odborná garance:

Odborná společnost praktických  
dětských lékařů ČLS J.E.P.

### Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s.r.o.

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

### Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

### Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga 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

GSM: 605 281 665 - jen pro inzerenty

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

## obsah...



Přehled činnosti SPLDD za měsíc listopad 2007	5
Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů	5
Opravdu hrozí zavedení pracovních sobot?	6
Korumpování lékařů v Čechách	9
Účinně proti úrazům dětí v Evropské unii	9
Usnesení XXI. sjezdu delegátů ČLK	10
Změna vyhlášky o dispenzarizaci - dopis Pavlu Hroboňovi	11
Návrh Úhradové vyhlášky - dopis Tomáši Julínkovi	12



MUDr. J. Nový HPV infekce - klinické projevy, léčba a prevence	16
doc. MUDr. P. Pazdiora, CSc. HIV infekce v ČR - změny šíření	20
MUDr. J. Ondruš, MIAC Přirozený průběh infekce virem lidských papilomatózních lézí (HPV) a kancerogeneza děložního hrdla	22
P. Bláha a kol. Nová grafická pomůcka pro výpočet BMI a zařazení dítěte ve věku 5 – 18 let do percentilového pásma grafu BMI	28
MUDr. V. Holeček, CSc. a kol. Jak kouření poškozují zdraví volnými radikály	30
MUDr. Zdeňka Růžičková Kazuistika: Tenkostěnná cysta vejcovodu	32
Zajímavosti ze světa odborné literatury	36



Aktuality	37
Řádková inzerce	42
<i>Příloha: INFORMACE MZ ČR</i> <i>I. Harmonogram reformních opatření</i> <i>II. Fáze 1: Reforma institucí</i>	<i>stržed</i>



NAKLADATELSTVÍ  
**UMÚN** s.r.o.

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

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

Obrázek na titulní straně namaloval nohama Heinz Halwachs



Vážené kolegyně, vážení kolegové,  
pomalu končí další rok, začínáme bilancovat a přemýšlet, co nám přinese rok další. Jak lze charakterizovat ten právě končící rok?

Máme za sebou první celý rok ministrování MUDr. Tomáše Julínka.

Máme za sebou již druhý rok, kdy řada z nás neměla podepsaný žádný dodatek ke smlouvě a nic se vlastně nedělo.

Máme za sebou rok, kdy se zásadně měnil postoj zdravotních pojišťoven při jednáních s námi.

Máme za sebou rok, ve kterém jsme 2x dali výrazně najevo svou nespokojenost se situací, zejména ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám,

mnoho z nás za tímto účelem přerušilo činnost svých ordinací.

Máme za sebou rok doznívání individuálních limitací MUDr. Ratha.

Máme za sebou rok, kdy VZP vůči nám uplatnila desetitisícové penalizace, tzv. vratky.

Máme za sebou rok, kdy nám VZP vyplatila bez zvláštního smluvního ujednání mimořádnou často i desetitisícovou bonifikaci.

Máme za sebou rok, ve kterém nám byly představovány první kroky chystané reformy zdravotnictví.

Máme za sebou rok, ve kterém nám byly představeny kroky, které mohou zásadním způsobem ovlivnit chod našich ambulancí.

Máme za sebou rok, ve kterém proběhla často ostrá diskuse kolem zavedení poplatků v ordinacích.

Máme za sebou rok, ve kterém vznikla řada zmatků, nejasností a různých interpretací v souvislosti s chystaným zavedením regulačních poplatků

Máme za sebou rok, ve kterém na nás ministerstvo informace doslova valilo tak, že jsme je ani nestihli řádně analyzovat.

Máme za sebou rok, kdy jsme byli nečekaně často ze strany resortního ministerstva stavěni do role diváků, tj. byli jsme stavěni před již prakticky hotové věci.

Máme za sebou rok, ve kterém se objevil nový, dosud nepoznaný fenomén, komerční řetězce vstoupily i do zdravotnictví.

Máme za sebou rok, kdy.....

Tak by se dalo pokračovat do nekonečna. Rok 2007 byl určitě rokem, který avizoval možnost mnohých změn. Rok 2007 byl také rokem, ve kterém se o mnohých krocích hodně a vášnivě diskutovalo. V neposlední řadě byl rok 2007 rokem, ve kterém si segment praktických lékařů po dlouhé době řekl o své nepřehlédnutelné místo v celém systému zdravotnictví.

Budou chystané změny v systému přínosem pro praktické lékaře? Udržíme nastoupený trend růstu významu praktických lékařů a primární péče jako takové? Povedou reformní kroky ministra Tomáše Julínka k posílení svobodného výkonu povolání lékaře?

Na odpovědi si počkáme do příštího roku.

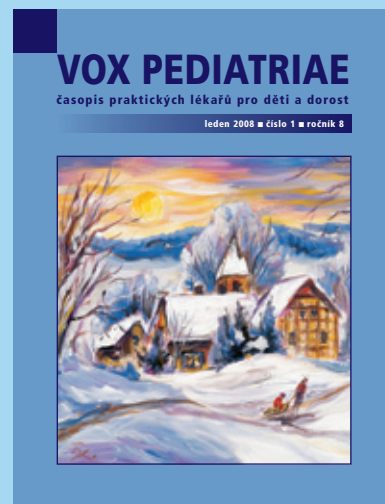
Přjemné prožití svátků vánočních a nekonfliktní vstup do nového roku přeje jménem celého Výboru Sdružení

MUDr. Pavel Neugebauer  
předseda

**Kašel - diferenciální diagnostika**

**Dlouhodobý kašel - společný problém pediatrů a alergologů**

**Kašel u malých dětí**



seznam inzerujících firem

ANAG  
AVENT  
BOIRON  
ČESKÁ SPOŘITELNA  
GRÜNENTHAL  
HIPPI  
MARKDISTRI  
NESTLÉ  
NUTRICIA  
ORION DIAGNOSTICA  
STIEFEL

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

Pondělí	9,00 - 15,00
Úterý	8,00 - 17,00
Středa	8,00 - 15,00
Čtvrtek	8,00 - 15,00

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

**Úterý**  
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer  
9,00 - 11,30 - MUDr. Eva Vitoušová  
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

**Středa**  
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnchová  
15,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn  
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková  
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



# Přehled činnosti SPLDD za měsíc listopad 2007

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc listopad byl měsícem pokračování vyjednávání se zdravotními pojišťovnami o spolupráci v dalších letech. S pokračujícím časem se setkáváme se stále rostoucí snahou o vstřícnost při těchto jednáních ze strany zdravotních pojišťoven. Proč a jak dlouho tento trend vydrží, na to nám budou muset odpovědět až následující měsíce. V listopadu také finisovaly jednání o nastavení systému v souvislosti se zaváděním regulačních poplatků. Osobně mám bohužel pocit, že zůstalo příliš nezodpovězených otázek. Snad se mýlím...

**8.11.** - společnost ICZ uspořádala seminář na téma možné elektronické archivace dokumentů; věc pro nás zatím vzdálená???

**9.11.** - s ČNZP jsme si upřesňovali možnosti spolupráce v roce 2007

**12.11.** - také s pojišťovnou Metal-Alliance jsme diskutovali nastavení smluvní spolupráce, ať již jde o text typové smlouvy nebo o nastavení úhrad v roce 2008

**14.11.** - na půdě MZ ČR proběhlo další jednání Meziresortního výboru pro eHealth, tentokrát se diskutovalo nastavení pracovních skupin, které by měly definovat jednotlivé kroky chystané elektronizace ve zdravotnictví

**14.11.** - s náměstkem ministra zdravotnictví MUDr. Pavlem Hroboněm jsme diskutovali některé sporné či nejasné body v souvislosti se zaváděním regulačních poplatků, zejména ve vztahu k lékové regulaci praktických lékařů

**16.11.** - Předsednictvo našeho Sdružení projednalo výstupy z jednání se zdravotními pojišťovnami a alší aktuální dění ve zdravotnictví; na tomto jednání bylo také dohodnuto následující Prohlášení Předsednictva:

**„Členové Předsednictva SPLDD ČR se po diskusi nad problematikou chystané novely vyhlášky o dispenzarizaci distancují od předloženého návrhu znění této vyhlášky. Obsah návrhu novely, který mělo Předsednictvo na svém jednání k dispozici, vyvolal značné rozpaky především z obav pro naprostou nerealizovatelnost, resp. faktickou nekonsumovatelnost. Velmi problematické se jeví především prokázání oprávněnosti vybrání či nevybrání regulačního poplatku v souvislosti s poskytováním dispenzární péče. Některé skupiny sledovaných nemocí jsou velmi obecné a z předloženého textu není vůbec jasná definice sledovaného onemocnění. U řady chorob tak chybí přímá vazba na diagnosu MKN klasifikace nemocí.“**

**19.11.** - s Vojenskou zdravotní pojišťovnou proběhlo jednání v jehož průběhu jsme byli až zaskočení nenadálou vstřícností, bude tento obrat skutečnou změnou přístupu k praktickým lékařům, nebo jde jen o libivé kroky, které budou mít jepičí život?

**21.11.** - v několikahodinovém jednání jsme se snažili hledat kompromisní stanoviska pro

řešení chystaných změn Metodiky VZP v souvislosti s připravovaným zavedením regulačních poplatků

**22.11.** - cyklus jednání se zdravotními pojišťovnami dorazil na půdu Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra, i na tomto jednání jsme zaznamenaly v minulosti ne příliš častou vstřícnost

**23.11.** - na půdě společnosti IZIP proběhlo jednání její Rady. Se zástupci zdravotních pojišťoven bylo diskutováno, zda může být tento projekt využit v chystané elektronizace komunikace ve zdravotnictví či zda půjde ryze komerční cestou; k jasnému výstupu prozatím nedošlo a bude dále k této problematice jednáno

**28.11.** - Hutnická zdravotní pojišťovna při jednání na téma spolupráce v dalších letech včetně cenových návrhů nevybočila z trendu nečekané vstřícnosti k projednání našich požadavků; i tady však zůstaly mnohé otázky, zda zůstane jen u slibů, nebo to bude začátek pro nás tolik potřebné změny přístupu k segmentu primární péče.

## Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů

ze dne 6. listopadu 2007

### 1. MZČR a stanovení cen zdravotní péče

■ Žádná z organizací Koalice nebyla vyzvána k oficiálnímu jednání. Její zástupci se dohodli, že sami písemně osloví ministra a požádají jej o schůzku.

### 2. Prodlužování pracovní doby lékařů

■ Členové Koalice nesouhlasí s prodlužováním pracovní doby lékařů, s jejich vyčleňováním jako zvláštní skupiny zaměstnanců s jinými pracovními podmínkami. Dohodli se zatím se svým stanoviskem společně neoslovovat media, ale vyčkat, jak se bude situace kolem tohoto problému vyvíjet.

### 3. Typové smlouvy se zdravotními pojišťovnami

■ Stále přetrvávají problémy s obsahem dodatků ke smlouvám, zejména s požadavkem něk-

terých ZP uvádět v dodatku jmenný seznam zaměstnanců. Proti evidenci členové Koalice nemají námítky, ale pokud budou jména pracovníků součástí smlouvy, nastanou problémy při odchodu, propuštění nebo nástupu nového pracovníka.

### 4. Regulační poplatky – metodika MZ ČR

■ Metodický pokyn má již konečnou podobu a je zveřejněn na webových stránkách MZ ČR.

### 5. Různé

■ Prezident Unie zaměstnavatelských svazů Ing. Pavel Dušek nabídl Koalici vytvoření vlastních webových stran. Dr. Pekárek Ing. Duškovi poděkuje za nabídku s tím, že o ní Koalice bude uvažovat a výsledek mu sdělí do konce roku. Je třeba vyřešit časovou a personální náročnost správy webových stran.

■ Členové Koalice jednali opět o poslancekém návrhu zákona o "komorách".

Dr. Pekárek informoval přítomné o požadavku ČSK na vytvoření tří samostatných zákonů pro jednotlivé komory. Členové Koalice se domnívají, že novela zákona je krok správným směrem, zákon je zastaralý a nevyhovuje současným potřebám, návrh však obsahuje řadu chyb, které je třeba odstranit.

■ ČLS JEP vydala prohlášení ve prospěch ČLK.

■ Na viceprezidenta České lékařské komory budou na sjezdu ČLK ve dnech 23. - 25. 11. v Brně kandidovat MUDr. Aleš Herman, MUDr. Lubomír Nečas a MUDr. Jiří Wicherek.

Pro Vox zpracoval:  
MUDr. Pavel Neugebauer



# Opravdu hrozí zavedení pracovních sobot?

V následujících textech naleznete stanoviska obou stran barikád. Kde je pravda ukáží jistě i následující měsíce, nicméně problematika řešení služeb v nemocnicích vyvolává stále mnoho emocí, diskusí i protichůdných zpráv. Jde skutečně o problém, kvůli kterému se „vychází do ulic?“ Ohrožuje tento návrh do budoucna i nás, soukromé lékaře? Posuďte sami.

## I. Část první – ČLK

Vážené kolegyně a kolegové, doporučuji shlédnout půlhodinový záznam z pondělní (5.11.) tiskové konference ministra zdravotnictví na [www.ct24.cz](http://www.ct24.cz). Ujišťuji vás, že se skvěle pobavíte. Předvolaní ředitelé nemocnic se na záznamu tváří, jako by podepisovali antichartu, ale výborný výkon podali zejména hlavní protagonisté. Avšak, pozor. Jakkoliv vše vypadá jako silvestrovská show, není to žádná legrace, „pracovní soboty“ nám lékařům stále hrozí.

Tripartita 11.10. návrh ministra zdravotnictví neodmítla, projednávání bodu bylo pouze na návrh ministra Nečase po vystoupení ministra Julínka přerušeno. Plánovaná mimořádná tripartita se 13.11. nebude konat, protože ministerstvo zdravotnictví nedodalo podklady pro jednání.

Skutečnost, že nehorázný návrh nebyl načten formou poslanecké iniciativy při projednávání technické novely zákoníku práce ve sněmovně, neznamená zažehnutí hrozícího nebezpečí. Ministr Julínek jako předseda senátorského klubu ODS hodlá návrh na zmocnění vlády prodloužit zdravotníkům s jejich „dobrovolným“ souhlasem základní pracovní dobu ze 40 na 48 hodin (místo 5 tedy 6 pracovních dnů) prosadit v senátu. Pokud se tak stane, bylo by k zamítnutí zákoníku práce v poslanecké sněmovně potřeba 101 hlasů. Závažnou skutečnost sdělila na tiskové konferenci rovněž náměstkyně Hellerová, když zdůraznila, že dohody o pracovní činnosti (těmi je v řadě nemocnic řešena nadlimitní práce) nepředstavují pro zaměstnance na rozdíl od pracovních smluv žádnou existenční jistotu. Tím nepřímo potvrdila naše obavy, že se bude ministerstvo a ředitelé nemocnic snažit nutit lékaře k tomu, aby „dobrovolně“ prodloužení své pracovní doby podepsali přímo v nových pracovních smlouvách. Takový souhlas by pak zaměstnanci nemohli bez výpovědi pracovní smlouvy vzít zpět.

Ministr zdravotnictví, tak jako na tripartitě 11. října, i tentokrát upřímně doznal, že smyslem návrhu je nejenom vyřešit nedostatek lékařů, ale i nedostatek peněz. Ujišťování, že návrh umožní „lépe odhodnotit produktivnější a kvalitnější lékaře“ nezní v těchto souvislostech příliš

věrohodně. Ostatně i další teze pana ministra, že opuštění platových tarifních tabulek a přechod pod režim smluvních mezd zabrání odchodu lékařů do zahraničí, není pravdivá.

V nemocnicích, které se staly akciovými společnostmi jsou měsíční výdělků lékařů v průměru o 10% a zdravotních sester dokonce o 20% nižší než v nemocnicích státních. Není divu, že k největšímu exodu kvalifikovaných zdravotníků dochází právě z těchto nemocnic, které po převodu v akciové společnosti zavedly smluvní mzdy. Co zopakovat závěre. Snad jen to, že návrh ministra zdravotnictví je v rozporu s právem Evropské Unie a ČLK se bude snažit jeho přijetí zabránit.

*MUDr. Milan Kubek  
prezident ČLK*

## II. Část druhá – Lékaři pro reformu

**Lékaři pro reformu podporují návrh ministra Julínka.** Úpravy zákoníku práce, které pro zdravotníky navrhl ministr zdravotnictví Tomáš Julínek, se staly opět předmětem politického boje. Konstruktivní kritika ze strany příznané i nepřiznané opozice a hledání společného konsensu je v nedohlednu.

Nový zákoník práce, který vstoupil v účinnost 1. ledna 2007, vyvolal mezi zdravotnickou veřejností vlnu - jistě oprávněně - kritiky. Již před koncem loňského roku bylo jasné, že jeho naplňování bude prakticky nemožné a pro většinu zdravotnických zařízení přinejmenším na hranici legality. Nyní je veřejným tajemstvím, že obcházení zákona, falšování výkazů práce či uzavírání dohod na neexistující konzultace se stalo běžnou praxí. Cílem úpravy zákona, jak ji na jednání tripartity přednesl ministr Julínek, byla možnost - tedy nikoliv povinnost!!! - zvýšit základní fond pracovní doby zdravotnických pracovníků o osm hodin týdně, tj. de facto možnost uzavřít „nadúvazek“ o rozsahu 0,2 na základní lékařskou činnost. Součástí návrhu byly také následující podmínky:

- rozšíření úvazku bylo navrženo jako dobrovolné,
- zaměstnanec nesměl být postihován, pokud by dohodu neuzavřel či vypověděl,

- již udělený souhlas s větším úvazkem by bylo samozřejmě možné vypovědět,
- za práci navíc zaměstnanec dostane peníze navíc (o tom, kolik to bude, by se jistě mělo vyjednávat).

Občanské sdružení Lékaři pro reformu vnímá tento návrh jako nouzové řešení, které nevyřeší nadměrnou zátěž lékařů a dalších zdravotnických pracovníků hodinami, odpracovanými vysoko nad rámec běžného fondu pracovní doby, má nicméně vrátit realitu řady českých zdravotnických zařízení opět do zákonných rámců, než bude připravena komplexní novela Zákoníku práce. LPR nepovažuje navrhované úpravy za ideální, nicméně je důležité o nich diskutovat, zvláště v případech, když jejich kritici nemají alternativní řešení, které by bylo možné za stávajících podmínek realizovat. Definitivní řešení může přijít teprve se zásadní reformou nemocniční péče.

Občanské sdružení Lékaři pro reformu považuje za nekonceptní a vůči lékařům farizejské, že kolega Dr. Kubek, představitel ČLK, a kolega Dr. Engel, zastupující LOK-SČL, aktuální stav včetně navrhovaných řešení vždy lacině a populisticky zkritizují (vzpomeňme věčně omílané přirovnání 30ti korunového regulačního poplatku k poplatku na toaletách), ale s vlastní koncepcí reformy nemocniční péče, která by racionálně snížila počty lékařů ve službách a jimi odsloužené hodiny, dosud nepřišli. Jakou alternativní metodu navrhují? Zřizování lékařských s.r.o., účtujících svému zaměstnavateli 500 Kč za hodinu služby? „Výměnu“ lékařů mezi sousedními nemocnicemi? Nebylo by lepší systém jako celek reformovat a dát lékařům (a nejen jim) dlouhodobě perspektivu?

*MUDr. Roman Flašar - ambulantní neurolog  
MUDr. Karel Blažek - ambulantní anesteziolog  
MUDr. Marta Holanová - ambulantní psychiatr  
MUDr. Ivan Sucharda - ambulantní gynekolog*

*Poznámka redakce:*

*Je zvláštní, že návrhu na prodloužení základní pracovní doby zdravotníků v nemocnicích vyslovují veřejnou podporu soukromí lékaři, kteří v nemocnicích vůbec neslouží.*



### III . Část třetí – Odborový svaz zdravotnictví a soc. péče

**Věc: Řešení úpravy pracovní doby v některých zdravotnických zařízeních provedené novelou zákoníku práce po přijetí „technické novely“ zákoníku práce.**

#### 1) Úvod

Zákoník práce č.262/2006 Sb., v platném znění nepřipouští od počátku letošního roku pracovní pohotovost na pracovištích a z tohoto důvodu je podle Ministerstva zdravotnictví ohroženo zajištění zdravotní péče a může dojít k omezení rozsahu zdravotní péče.

Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR ctí základní doktrinu vyslovenou Evropským soudním dvorem, že veškerá doba, kdy je zaměstnanec fyzicky na pracovišti a je k dispozici zaměstnavateli je pracovní dobou za kterou by měl zaměstnanec dostávat adekvátní odměnu a dále respektuje doporučení Evropského Parlamentu přijaté při projednávání zprávy o uplatnění Směrnice o některých aspektech pracovní doby, že by roli při řešení specifické situace v odvětvích členských zemích měl sehrát sociální dialog a v důsledku toho dohoda mezi zástupci zaměstnanců a zaměstnavateli. Evropský parlament přitom apeluje na sladění pracovního a soukromého života zaměstnanců a na aspekt bezpečnosti a ochrany zdraví při práci včetně bezpečnosti pacientů.

#### 2) Legislativní návrh řešení Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR

Proto navrhujeme následující řešení, které by mělo být zapracováno v rámci další novely zákoníku práce, a to po přijetí „technické novely“ do ustanovení zákoníku práce:

Navrhujeme do ustanovení § 93 odst. 4 zákoníku práce vložit za stávající text text tohoto znění :

**„To neplatí u zdravotnických pracovníků, kteří jsou vymezeni u zaměstnavatele – zdravotnického zařízení na základě kolektivní smlouvy nebo vnitřního předpisu. V období let 2008 až 2012 může přesčasová práce činit v průměru 16 hodin týdně v případě zdravotnických pracovníků Zdravotnické záchranné služby v průměru 20 hodin týdně, a to za období 52 týdnů po sobě jdoucích. Je-li u zaměstnavatele - zdravotnického zařízení toto ujednání stanoveno v kolektivní smlouvě, popř. ve vnitřním předpisu, je každý zaměstnanec tohoto zařízení, kterého se toto ujednání týká, oprávněn s prací přesčas nad rámec 150 hodin v kalendářním roce vyslovit předem písemně svůj souhlas, a to při zachování všech podmínek nepřetržitého odpočinku mezi dvěma směny a v týdnu.**

**Současně nesmí dojít k porušení předpisů o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci. Souhlas zaměstnance je možné vyslovit i na nižší počet přesčasových hodin nad limit 150 hodin ročně. “**

#### 3) Vyjádření k legislativnímu návrhu Ministerstva zdravotnictví ČR :

OS ZSP ČR považuje za podstatné následující:

a) obor činností (pracovišť) a zdravotnických pracovníků dotčených úpravou stanovené pracovní doby nebo přesčasové práce bude stanoven ve zdravotnickém zařízení kolektivní smlouvou, tam , kde nepůsobí odborová organizace vnitřním předpisem,

b) odměna za vykonanou práci nad 40 hodin týdně bude, a to v souladu s ustanovením § 127 zákoníku práce, resp. 114 zákoníku práce, zvýšena o 25 %, a to bez ohledu na to, zda je formálně stanovenou pracovní dobou nad 40 a do 48 hodin nebo přesčasovou prací a to jak u zaměstnanců v režimu mzdy tak i platu,

c) každý zaměstnanec musí zaměstnavateli dát předběžný individuální souhlas.

d) Pro OS ZSP ČR je při splnění výše uvedených podmínek podstatné, aby byl kodifikován režim navržený OS ZSP ČR a původně akceptovaný i zaměstnavateli – 40 hodin stanovené týdenní pracovní doby v průměru za 52 (26) týdnů a maximálně 16 (resp. 20) hodin přesčasové práce v průměru týdně, a nebyl za základ vzat návrh MZ ČR, které navrhuje 40 hodin plus 8 hodin stanovené pracovní doby a maximálně do 8 hodin přesčasové práce týdně, přičemž v případě prvním, navrhovaném OS, dává zaměstnanec individuální souhlas s rozšířením počtu hodin přesčasové práce až o 8 hodin (resp. 12 hod.) týdně, zatímco v případě druhém dává zaměstnanec individuální souhlas s rozšířením stanovené pracovní doby ze 40 do maximálně 48 hodin týdně.

Přestože si po formální stránce dovedeme představit modifikaci právní úpravy navržené MZ ČR, do které by byly začleněny principy dohodnuté mezi OS ZSP ČR a Unii ZS (viz body 3a-d)), negativní stanovisko OS ZSP ČR k legislativnímu návrhu Ministerstva zdravotnictví spočívá hlavně v tom, že rozšířením stanovené týdenní pracovní doby v průměru o 8 hodin týdně není pouze formální věcí hýbat se základní výměrou stanovené týdenní pracovní doby ze 40 na 48 hod, byt by oněch 8 hod nad limit 40 hod bylo placeno min 25% příplatkem. Jde o to, že stanovit základní výměru stanovené týdenní pracovní doby na 48 hod jen ve zdravotnictví si přímo říká o ústavní stížnost na nerovnost mezi odvětvími, resp. mezi profesemi, takže je nutné, aby v legislativním návrhu byla jasně oddělena základní stanovená týdenní pracovní doba, kte-

rá by zůstala v současné podobě, a navyšoval by se pouze nadstandard přesčasové práce, což řeší návrh OS ZSP, nikoli návrh MZ.

Návrh OS ZSP je zcela konkrétní v tom, že počítá se zavedením výjimky na předem ohraničenou dobu - do r. 2012, naproti tomu návrh MZ není nijak časově omezen, a tedy vůbec nepůsobí jako výjimka ze Směrnice na předem jasně vymezenou dobu. Prostor k věcnému sblížení tedy vidíme v tom, že MZ se přikloní k časovému omezení, což by navíc mělo motivovat nejen MZ, ale i poskytovatele péče, vysoké školy atd., aby věc do vypršení výjimky odpovědně řešily.

K legislativnímu návrhu dále uvádíme, že podle příslušné směrnice EU č. 2003/88/ES:

a) aplikovatelné odchylky od směrnice upravují denní odpočinek, přestávky v práci, týdenní odpočinek a délku noční práce a mohou být provedeny v případě *činností, jejichž předpokladem je nutnost nepřetržitě služby spojené s příjmem, léčbou a nebo péčí, které poskytují nemocnice nebo podobná zařízení* – pracovní doba v tomto smyslu tedy nemůže být řešena odchylně pro všechny zdravotnické pracovníky (např. ortotik-protetik, klinický logoped) a pro všechna zdravotnická zařízení (např. soukromé ordinace odborných lékařů);

b) odchylky upravující denní odpočinek, přestávky v práci a týdenní odpočinek mohou být provedeny právním a správním předpisem (tedy i nařízením vlády) nebo kolektivní smlouvou či dohodou uzavřenou mezi sociálními partnery; je otázkou, zda vnitřní předpis podle ZP je možné subsumovat pod definici právního předpisu ve smyslu směrnice;

c) aplikovatelné odchylky od maximální délky týdenní pracovní doby nejsou umožněny. Členský stát má možnost za specifikovaných podmínek neuplatňovat článek o maximální délce týdenní pracovní doby (pokud se tak rozhodne, neprodleně uvědomí Komisi). Je otázkou, zda je možné využít možnosti neuplatňovat článek i následně, po té, kdy stát jej již uplatňovat začal. I v případě umožnění neuplatňování článku o maximální délce týdenní pracovní doby musí být dodržena též podmínka, že po zaměstnanci nesmí být požadován výkon práce delší než 48 hod. týdně za referenční období bez jeho předchozího souhlasu.

#### 4) Podmiňující předpoklady řešení úpravy pracovní doby v některých zdravotnických zařízeních

Je na zvážení, zda vláda svým nařízením, a to na základě zmocnění v zákoně o zdravotnickém zařízení, který doposud nebyl přijat, nebo v novelizaci zákona č. 20/1966 Sb., upraví okruh zdravotnických zařízení, kterých



se odchýlné řešení úpravy pracovní doby bude týkat.

**O tom, zda bude Parlamentu předložen návrh vycházející z návrhu OS ZSP ČR nebo MZ ČR rozhodnou konzultace na MPSV a jeho právní stanovisko, které zhodnotí soulad řešení se stávající Směrnicí ES o některých aspektech pracovní doby a možnosti vyjednání výjimky s Evropskou komisí s přihlédnutím k usnesení a doporučení Evropského parlamentu směrem k uplatnění sociálního dialogu na národní úrovni!**

Nezbytnou součástí návrhu této novelizace zákoníku práce musí pak být materiál, který musí být předložen současně a který bude řešit návrh opatření k tomu, aby se do roku 2012 podstatně snížil objem přesčasové práce ve zdravotnictví

V oblasti organizace práce to představuje zejména:

- snížit počet služeb
- zvýšit počet lůžek na základních odděleních
- umožnit službu nad společným lůžkovým fondem kde je podobná pravděpodobnost zdravotních rizik.
- vytvářet společný lůžkový fond
- dále prohlubovat myšlenku týmové práce na odděleních a podporovat mezioborovou týmovou spolupráci s cílem zvýšení efektivního využívání pracovní síly.

V oblasti organizace péče pak zejména:

- zvýšit kompetence a odpovědnost nelékařských zdravotnických pracovníků,
- s ohledem na cenu práce lékaře a jejich nedostatek na trhu práce zvážit budoucí personální zajištění ZZS paramediky,
- zorganizovat síť nemocnic urgentního příjmu,
- optimalizovat akutní nemocniční péči s ohledem na dostupné lidské zdroje a investice,
- přehodnotit standardy personálního zajištění druhů péče,
- lékařskou službu první pomoci stanovit jako povinnost registrujících lékařů (praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost, stomatologů.),

V oblasti vzdělávání je nutno zejména:

- umožnit větší mezioborovou propustnost a univerzalitu,
- plánovat vzdělávání pro a ve zdravotnictví se zaměřením na efektivní využívání pracovní síly,
- vytvářet podmínky pro nábor a udržení zdravotnických pracovníků včetně uplatnění zaměstnanců na rodičovské dovolené a profesionálů – seniorů,

■ vytvářet podmínky pro využití zahraničních pracovníků.

Pokud by výše uvedený návrh byl přijat, pak je ještě před jeho zakotvením do právního řádu ČR nutno jej projednat s Evropskou komisí, aby s tímto „kolektivním opt outem“, který spočívá v zavedení nového institutu „zvýšení limitu dohodnuté práce přesčas“ vyslovila souhlas, a to zejména s výjimkou z článku 6 Směrnice.

#### **5) Odůvodnění předkládaného návrhu**

Výše uvedený návrh je odůvodněn tím, že již minimálně osm let, a to od přípravy tzv. „harmonizační novely zákoníku práce“ byla známa skutečnost, že institut pracovní pohotovosti na pracovišti bude s existencí nového rekonstruovaného zákoníku práce zrušen a za tuto dobu nebyly příčiny nadměrného objemu přesčasové práce zdravotnických pracovníků ve zdravotnických zařízeních kompetentními orgány, především Ministerstvem zdravotnictví, řešen.

Praha, 6.11.2007

#### **IV. Část čtvrtá – ministr zdravotnictví MUDr. Tomáš Julínek**

*Vážená kolegyně, vážený kolego,  
nenechejte se, prosím, ohlupovat odboráři!  
Nikdy jsem žádnou pracovní sobotu nenavrhol. Nikdo si také nemůže myslet, že mohu jako ministr zdravotnictví přistoupit na politický tlak, který se schovává za odborářské lži. Pokud Vás zajímá, co chci doopravdy, prosím, čtěte dále.*

S úctou Tomáš Julínek

*P.S. Také další věc uvádím na pravou míru: nikdy jsem nechtěl a nechci, aby ministerstvo zdravotnictví dohlíželo nad komorami. Přivítal jsem, že pan kolega poslanec Kochan stáhl svůj návrh změny zákona o komorách a vytvořil tak prostor pro další diskusi.*

**Obracím se na Vás přímo, abych mohl autenticky vysvětlit svůj postoj k vyhaným „pracovním“ sobotám, kterými Vás straší odborářští vůdcové.**

**Doufám totiž, že nemůžete uvěřit nesmyslu, že se rozhodnutím ministra změní zákon a pracovní týden lékařů bude prodloužen ze 40 na 48 hodin. Slyšel jsem, že se někteří kolegové z odborů chystají kvůli této věci demonstrovat ve čtvrtek 29. listopadu před budovou ministerstva. Rád bych tedy ještě jednou pokusil vysvětlit svůj návrh a ušetřil tak přespolním lékařům zbytečnou cestu do Prahy. Protože zákonná norma 40 hodin týdně pochopitelně zůstává - lékaři však nově dostanou šanci sjednat si nad tuto zákonnou normu další hodiny.**

Co můj návrh změny Zákoníku práce představuje: zákonná norma pro lékaře zůstává stejná jako pro ostatní občany České republiky, tedy 40 hodin týdně. Pokud budou mít zájem, budou si nyní moci se zaměstnavatelem sjednat dalších 8 hodin řádné pracovní doby. Stejně tak si SJEDNAJÍ ODMĚNU ZA TĚCHTO 8 HODIN ŘÁDNÉ PRACOVNÍ DOBY, NEBO SE DOHODNOU NA NAVÝŠENÍ SVÉHO ZÁKLADNÍHO PLATU. Můj návrh tedy nepředstavuje žádné pracovní soboty! Navíc bude záležet pouze na každém lékaři, zda si sjedná týdně 8 hodin navíc nebo ani jednu. Je to tedy zcela dobrovolné!

Kromě toho budou mít lékaři možnost čerpat dalších 8 hodin přesčasů. Můj návrh proto představuje legální způsob jak lékařům zvýšit základní mzdu. Na rozdíl od současného odměňování přesčasů přes „černé“ dohody o činnosti, které jsou v rozporu se Zákoníkem práce. Proč by si doktoři měli vydělávat pomocí přesčasů, nota bene nelegálně? Vždyť například splácení stavební půjčky nemůže být závislé na příjmech postavených na přesčasových hodinách, ale pouze na výši základního platu. I proto je můj návrh pro lékaře výhodnější než návrh na zvýšení počtu hodin přesčasové práce, tak jak navrhovali LOK a Odborový svaz ve zdravotnictví.

Díky charakteru své profese budou mít lékaři a ostatní zdravotníci vždy povinnosti i mimo klasickou pracovní dobu. Ale vše má své meze, a platí to i v lékařském povolání. Lékař má být odměňován za kvalitu své práce, odbornost a výkonnost a ne za to, kolik měsíčně „udělá“ přesčasů. Proto je třeba zrušit tabulkové platy, které jsou určeny spíše pro úředníky. Představa, že tabulkové, tedy vládou stanovené mzdy, porostou i v těch nejsvětějších obdobích ekonomiky více než 6%, není reálná. Zavedení smluvních platů ve zdravotnictví však znamená potenciální růst o desítky procent. Bude se odvíjet jako v každém jiném odvětví od výkonnosti a schopností lékaře a prosperity jejich nemocnice.

Nepravdy o pracovních sobotách šíří především šéfové odborů. Vyzývám je proto, ať přestanou rétorikou o pracovních sobotách účelově mást lékaře a využívat je ve prospěch vlastních politických cílů. Já chci pro zdravotníky „jen“ smluvní mzdu ve výši, která bude adekvátní jejich dobře odvedené práci a chci také zamezit současnému porušování zákona. V této souvislosti je mi v podstatě jedno, zda stejný počet legálních hodin bude rozložen mojí lepší cestou možnosti sjednání dalších hodin řádné pracovní doby, nebo horší cestou odborářskou dalšími hodinami přesčasové práce.

Pro VOX připravil: MUDr. Pavel Neugebauer





# Korumpování lékařů v Čechách

MUDr. Jan Hnízdil

Zástupci farmaceutických firem si pomáhají manuálem, v němž si přečtou, co na kterého lékaře platí.

Zdravotnictví je ke korupci náchylnější mnohem víc než ostatní sektory. Nikde jinde se nevyskytuje tak specifická a nebezpečná kombinace nejistoty (co mi to asi je?), informační asymetrie (lékař to ví nejlíp) a množství účastníků - zájmů (pacient x lékař x medicínsko-farmaceutický komplex). Tyhle věty je možné si přečíst ve zprávě Transparency International. Nejde jen o kritizované obálky a sponzorské dary, jimiž pacient usiluje o lepší péči. Mnohem nebezpečnější je skrytá bující korupce mezi lékařem a reprezentantem farmaceutické firmy (repem). Narůstá do podoby nového medicínskofarmaceutického vědního oboru. Soustředí se na maximalizaci zisku, zvýšení preskripce léků a úspěch v konkurenčním boji. Firmy přizvaly odborníky na marketing, psychology, specialisty na motivaci a lidské chování.

## ■ Svědectví o stavu současného zdravotnictví

Pro zvýšení produktivity práce repů vytvořili manuál „behaviorální teorie typologie lékařů“. Je výmluvným svědectvím stavu současného zdravotnictví. Ocitujme z něj.

Lékař konzervativní: „Jako by se minul povoláním, chce v klidu přežít (často do penze), nezajímá se o novinky v oboru, v jednání nevýrazný, mlhavě odpovídá na dotazy ohledně odbornosti. Typ introvert: otažitý, nechce nic slyšet, má málo času, často agresivní. Typ extrovert (zahradkář): rád si popovídá, ale o úplně jiných věcech, pouze sekundární zájem o pacienta, firmu. Rezistentní vůči marketingovým nástrojům, do preskripce se musí vmanipulovat, firma jej to musí „naučit psát“. Zlomit se dá, když píšou všichni okolo. Velmi individuální motivace. Pozor na zbytečné návštěvy!“

Obchodník dlouhodobý: „Vítá užší vztahy s firmou, uznává jen kompetentní prodejce, počítá s investicemi do sebe. Je dlouhodobě loajální, jedná na rovinu a poskytuje relevantní data, má rád VIP pocit, je to strategický partner, vhodný pro dlouhodobé projekty. Motivace: lyžování v Alpách, kongresy, US dolary, MP4, mini DVD. Pozor na změny reprezentantů!“

Velká neznámá: „Nezáleží mu na hodnotných vztazích s lidmi, nikomu nestrání, snaží se vytěžit osobní prospěch z více stran. Přímo neřekne, co chce, fabuluje při kontrole preskripce, na oko bere všechny projekty. Prodejním nástrojem jsou krátkodobé dohody a důsledná kontrola. Motivace: USD, MP4, „masáž vlastního ega“. Nikdy nespolehat na dlouhodobé projekty a gentleman agreement!“

Dohodnutá preskripce: „Nezáleží mu na hodnotách produktu, ale na nabídce, pacient není na prvním místě, medicínu považuje za víceméně výnosný byznys. V jednání spěje k rychlé a jasné dohodě, za osobní výhody někdy nabízí byznys sám. V nákupním chování není vůbec loajální, preferuje firmu, která dá atraktivnější nabídku. Motivace: USD, MP4, mini DVD. Nenechat se znervózit přímými požadav-

ky na podmínky obchodního vztahu!“. Hodnotový: „Dává důraz na zdraví a kvalitu života, u vědeckého typu je někdy věda víc než pacient. Investice pro něj nejsou prioritou, jedná většinou na rovinu. Typ humanitářský: empatický, preferuje pacienta před reprezentantem. Typ vědecký: nedůvěřivý, preferuje odborné studie, někdy agresivní na své okolí, včetně pacientů a reprezentantů. Rep musí být odborně zdatný, zdůrazňování výhody produktu pro pacienta by mělo dominovat. Motivace: kongresy, odborná literatura. Nikdy nezkoušet něco za něco!“

## ■ Zvláštní bonusy

Za nákup drobných dáreků, za občerstvení nebo za odbornou literaturu může rep měsíčně utratit až deset tisíc korun. Zvláštní bonusy se vyplácejí za množství předepsaných balení. Například provize lékaře z jedné nitrokloubní injekce léku, o jehož účinku panují značné pochybnosti, se pohybuje mezi třemi sty až osmi sty korunami. Obvykle se podává injekcí pět. Účetnictví vychází buď z záznamů lékaře, nebo z údajů kupovaných od spřízněných lékáren. Motivačním nástrojem jsou i postmarketingové klinické studie. Jde o „studie“, při nichž je lékař honorován za to, že do protokolu formálně zaznamenává účinky léku na svých pacientech.

Proplácení větších částek a poskytování hodnotnějších darů (PC, výbava ordinací, kongresy, zájezdy) neprobíhá mezi vedoucími zdravotníky a firmou přímo, ale přes postmarketingového prostředníka. Směřuje k ovlivňování klinických studií, k prosazování úhrady léků pojišťovnami nebo k tzv. „pozitivním listům“ - seznamům léků, které lze na pracovišti předepisovat.

Podle prestižního lékařského časopisu Nature má téměř 40 procent prvních autorů odborných publikací ekonomické zájmy související s tématy prací. Totéž se týká klinických studií. Nikdo dnes není schopen bezpečně určit, které z nich jsou zmanipulované. Lékař prakticky nemá možnost si z nezávislého zdroje ověřit, zda jsou informace o novém léku úplně pravdivé. Pacient se nemůže stoprocentně spolehnout, zda péče, která je mu poskytována, skutečně slouží jen jeho zdraví.

## ■ Dr. Jekyll a Mr. Hyde

V děsivé existenciální úzkosti z toho, co vytvářejí, se ocitají i samotní zástupci farmaceutických firem. Nápadně připomínají Dr. Jekylla a Mr. Hydea. V profesi lámou charaktery lékařů, ve skrytu duše ale doufají, že se jim to nepodaří. Dobře vědí, že i oni se mohou jednou ocitnout v roli pacientů. Dobře vědí, že tím nejcenějším nástrojem medicíny je důvěra v lékaře.

V podmínkách medicíny zaměřené jen na chorobu a zdravotnictví jen na zisk nemá tento problém řešení. Jestliže je problém natolik závažný, že jej nelze řešit v rámci systému, dochází ke zpochybnění samotné existence systému a ten se vlastní vahou hrouští. Nikdo netuší, co jej nahradí.

■  
převzato z LN

# Účinně proti úrazům dětí v Evropské unii

doc. MUDr. Veronika Benešová, CSc.

Centrum úrazové prevence FN Motol

Ve státech EU by se mohlo každoročně zachránit 6 700 dětských životů, kdyby všechny státy prováděly účinnou prevenci úrazů. V ČR by ubýlo ročně 153 smrtelných úrazů dětí do 19 let, pokud by úroveň prevence byla stejná jako ve Švédsku.

20.11.2007 bude v Bruselu v Evropském parlamentu představena souhrnná zpráva o situaci v ochraně evropských dětí před úrazy. Evropská aliance bezpečí dětí (ECSA) připravila Výkaz bezpečnosti dítěte pro každou z 18 evropských zemí a předá je tento den u příležitosti podepsání úmluvy o právech dítěte v roce 1989. Každý stát obdrží svůj **Výkaz bezpečnosti dítěte**, která popisuje situaci v ochraně dětí před úrazy. Obsahuje údaje o tom, jak si stojí stát v prevenci jednotlivých druhů úrazů a také doporučení, v které oblasti je nutné prostřednictvím legislativy a preventivních aktivit zasáhnout.

ECSA uvádí, že ačkoliv jsou k dispozici prokazatelně účinné programy snižování dětské úrazovosti, nejsou ve státech unie dostatečně využívány. Výkazy bezpečnosti dítěte jsou součástí projektu a akčního plánu bezpečí dětí podporovaného Evropskou komisí, Světovou zdravotnickou organizací i UNICEF. Země je hodnocena podle toho, jak přijímá, zavádí a politicky podporuje bezpečnost dětí prostřednictvím národního plánování.

V hodnocení České republiky se uzavírá, že v oblasti prevence dopravních úrazů dětí a mládeže se v ČR udělalo hodně práce, ale v prevenci domácích úrazů a ve volném čase jako jsou pády, tonutí nebo otravy je situace mnohem horší. Jasně vyplývá potřeba podpory a financování preventivních aktivit, opatření ve vzdělávání, legislativě a úpravě prostředí. Konstatuje se, že máme celkem slušnou bázi pro prevenci, ale potřebujeme větší angažovanost jak státních orgánů tak i široké veřejnosti. Například rozšíření povinnosti nošení cyklistické přilby na všechny věkové skupiny, úprava zákona na bezpečnost vodních ploch využívaných k rekreaci a sportu, dále zaměření pozornosti na pro děti nebezpečné výrobky např. dětská pojistka v zapalovači, toxické látky apod.

V budoucích 10 letech se může podstatně změnit situace v ČR, pokud se podaří splnit záměry Národního akčního plánu prevence dětských úrazů, který byl schválen vládou v srpnu 2007 na návrh ministra zdravotnictví.

Výkaz bezpečnosti dítěte a profil pro ČR v překladu do češtiny je možno získat na e-mailové adrese: veronika.benesova@lfmotol.cuni.cz.



# Usnesení XXI. sjezdu delegátů ČLK konaného ve dnech 23.-25. listopadu 2007 v Brně

1) Sjezd zvolil:

■ pracovní předsednictvo ve složení:

MUDr. Kubek, MUDr. Vraná, MUDr. Herman, MUDr. Imrych, MUDr. Klanica, MUDr. Šindler, MUDr. Velev, MUDr. Fiala, MUDr. Babinec, MUDr. Mrozek, MUDr. Hledíková, Kaška, MUDr. Rezník

■ mandátovou komisi ve složení:

MUDr. Tocháček, MUDr. Rybová, MUDr. Píštěk  
Komise zvolila předsedu MUDr. Rybovou

■ návrhovou komisi ve složení:

MUDr. Jiří Mach, MUDr. Spousta, MUDr. Knajfl  
Komise zvolila předsedu MUDr. Jiřího Macha

■ volební komisi ve složení:

MUDr. Sedláček, MUDr. Říhová, MUDr. Ota Mach  
MUDr. Winkler, MUDr. Daňková, MUDr. Kulhavá,  
MUDr. Volejníček

Komise zvolila předsedu MUDr. Sedláčka

2) Sjezd schválil program jednání sjezdu ČLK

3) Sjezd vzal na vědomí zprávu o činnosti ČLK - o.s.

4) Sjezd vzal na vědomí zprávu o časopisu Tempus

5) Sjezd schválil zprávu prezidenta ČLK o činnosti

6) Sjezd vzal na vědomí zprávu revizní komise ČLK

7) Sjezd vzal na vědomí zprávu čestné rady ČLK

8) Sjezd vyslechl zprávu auditora

9) Sjezd schvaluje účetní závěrku hospodaření ČLK za rok 2006

10) Sjezd schvaluje rozpočtové opatření na rok 2007

11) Sjezd vyslechl a schválil zprávu o plnění rozpočtu a hospodaření za rok 2007

12) Sjezd schválil výši členských příspěvků pro rok 2008, variantu A, s nulovým navýšením.

13) Sjezd schválil rozpočet pro rok 2008 odpovídající variantě příspěvků s nulovým navýšením, varianta A.

14) Sjezd schválil návrh pozvání ministra zdravotnictví MUDr. Tomáše Julínka:

Vážený pane ministře, právě jednajícím sjezdem ČLK jako nejvyšším orgánem ČLK Vás srdečně zve k diskusi nad problémy českého zdravotnictví a Vámi navrhovanou reformou. Věříme, že naše pozvání přijmete a těšíme se na Vaši účast

15) Sjezd ne zvolil viceprezidenta ČLK

16) Sjezd podporuje jednotu ČLK a odmítá jakékoliv aktivity vedoucí k oslabování vlivu komory, omezující kompetence komory nebo směřující k jejímu rozštěpení. Sjezd ukládá prezidentovi, představenstvu i ostatním funkcionářům komory, aby hájili kompetence ČLK a prosazovali jejich rozšiřování. Česká lékařská komora požaduje takové kompetence, aby mohla efektivně hájit profesní i ekonomické zájmy svých členů a plnit vůči společnosti nenahraditelnou úlohu na státní moci nezávislého garanta kvality lékařské péče.

17) Sjezd ČLK považuje za nejlepší způsob úhrady ambulantní péče tzv. pokladenský systém.

18) Sjezd ČLK deklaruje, že pacienti v ČR mají nárok

na svobodnou volbu lékaře. Toto právo pacientů nesmí být omezováno administrativním rozhodnutím zdravotních pojišťoven nebo státu. Pacient má právo svobodně si vybrat svého lékaře, přičemž zdravotní pojišťovna, u které je pacient pojištěn, by měla být povinna pacientem zvolenému lékaři respektive zdravotnickému zařízení uhradit provedenou zdravotní péči podle platných předpisů, v současnosti podle Seznamu zdravotních výkonů, který je účinný od 1. 1. 2006.

19) ČLK bude prosazovat následující novelizace zákona o veřejném zdravotním pojištění:

■ zrušení § 11, odst. 1 písm. d) 48/1997 Sb. (poslankyně Fišerové),

■ trvalý smluvní vztah, tedy smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami na dobu neurčitou, které lze ukončit pouze ze zákonem stanovených důvodů, pro všechny soukromé lékaře, kteří mají o takový smluvní vztah zájem,

■ možnost prodeje, dědění a darování zdravotnických zařízení včetně smluv se zdravotními pojišťovnami,

■ transparentnost a objektivitu výběrových řízení pro uzavírání nových smluvních vztahů, jejichž výsledek bude závazný pro zdravotní pojišťovny,

■ uzákonění pravidla, že zdravotní pojišťovny nesmí vůči zdravotnickým zařízením uplatňovat žádná regulační omezení, pokud tato prokáží, že bez překročení regulačních limitů by nemohla poskytovat péči lege artis,

■ umožnění účasti ve výběrových řízeních o uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami i těm lékařům, kteří zatím neprovozují žádné nestátní zdravotnické zařízení, pokud splňují požadovanou kvalifikaci a v případě uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami budou nestátní zdravotnické zařízení provozovat.

20) Sjezd ČLK upozorňuje na skutečnost, že české zdravotnictví je chronicky podfinancované a že bez podstatného zvýšení výdajů na zdravotnictví nelze udržet stávající evropskou kvalitu a širokou dostupnost zdravotní péče.

Sjezd ČLK požaduje podstatné zvýšení plateb pojistného za tzv. státní pojištěnce, zavedení tzv. zdravotní daně na tabákové výrobky a na alkohol, zvýšení plateb na zdravotnictví ze státního rozpočtu a z regionálních rozpočtů, zvýšení spoluúčasti pacientů na úhradě zdravotní péče a to nikoliv formou regulačních poplatků, ale jako podíl na úhradě některých zdravotních výkonů, jak je to obvyklé v zemích západní Evropy.

21) ČLK je nadále připravena spolupracovat s ministerstvem zdravotnictví, s vládou, s poslanci a senátory, s představiteli krajských i místních samospráv i se zdravotními pojišťovnami na reformě zdravotnictví.

Základem reformy zdravotnictví je definování standardů zdravotní péče, která bude nadále hrazena z veřejného zdravotního pojištění. ČLK požaduje,

aby ministerstvo zdravotnictví připravilo legislativní rámec pro jednání zdravotních pojišťoven a lékařů o těchto standardech. Definování standardů vytváří prostor pro konkurenci zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení při poskytování péče nadstandardní.

22) Stanovisko Sjezdu ČLK k návrhu novely zákona č. 220/1991 Sb. (sněmovní tisk 314)

Sjezd ČLK zásadně nesouhlasí s návrhem novely zákona č. 220/1991 Sb. (sněmovní tisk 314), který byl předložen skupinou poslanců, aniž se k němu Česká lékařská komora mohla vyjádřit. Takový postup považuje ČLK za odporující principům demokratické společnosti.

Návrh zákona významně posiluje roli ministerstva zdravotnictví, tedy státu, a zároveň omezuje kompetence České lékařské komory a tím oslabuje princip profesní samosprávy, který je ve všech vyspělých demokratických právních státech znakem občanské společnosti a demokracie.

Sjezd ČLK odmítá návrh zákona, jehož přijetí by umožnilo ministerstvu zdravotnictví, jako orgánu výkonné moci, svévolně zasahovat do činnosti profesní lékařské samosprávy, která by tak ztratila svoji nezávislost na státní moci.

Za zcela bezprecedentní porušení článku 21 Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku ČR, považuje ČLK návrh, aby státní moc zrušila výsledek demokratických voleb a orgánů lékařské komory.

Návrh zákona vyžaduje pro platnost voleb orgánů ČLK, aby se jich účastnila nadpoloviční většina oprávněných voličů – lékařů. V žádném ze 14 profesních komor zřízených zákonem v ČR přitom není nadpoloviční volební účast jako podmínka platnosti voleb vyžadována. Takový požadavek není obvyklý ani v jiných státech EU. Pokud by splnění takové absurdní podmínky vyžadovaly zákony o volbách, neexistoval by v ČR například Senát ani většina krajských a obecních zastupitelstev.

Přijetí návrhu zákona by nemohlo vést ke zkratce činnosti České lékařské komory, ale zcela nepochybně by vedlo k její postupné a nedůstojné likvidaci. Česká lékařská komora jako profesní samospráva lékařů plní vůči společnosti nezastupitelnou úlohu nezávislého garanta kvality poskytované lékařské péče.

Sjezd ČLK žádá všechny poslance Parlamentu ČR, aby návrh novely zákona č. 220/1991 Sb. (sněmovní tisk 314) odmítli.

23) Sjezd ČLK upozorňuje na katastrofální situaci ve vzdělávání lékařů, kterou způsobuje zcela nevhodující zákon č. 95/2004 Sb.

ČLK připraví vlastní návrh novely zákona č. 95/2004 Sb., který zohlední následující teze:

■ Za organizaci a financování specializačního vzdělávání lékařů je odpovědný stát. ČLK je připravena spolupodílet se po odborné stránce.

■ Platba státu musí „směřovat za školením“, nesmí být vyloučena další zdroje financování.



- Specializační vzdělávání bude považováno za prohlubování kvalifikace.
- Stupňovitý systém získávání specializace – počet oborů určuje podzákonná norma.
- Reálná náplň specializační přípravy v jednotlivých oborech, důraz na flexibilitu a mezioborovou propustnost.
  - Základní kmen – trvá 24 měsíců, není zakončen zkouškou.
  - Specializační příprava – navazuje na základní kmen, zakončena atestační zkouškou.
  - Funkční specializace – podmínkou k zahájení přípravy je specializovaná způsobilost.
- Specializovaná způsobilost musí být lékařům přiznávána i na základě licence ČLK
- Akreditace zdravotnických zařízení pro celý vzdělávací program nebo pro jeho část, ČLK je účastníkem procesu akreditace
- Odstranění diskriminace lékařek – matek
- Stejně podmínky pro lékaře občany ČR i pro lékaře cizince, ověřování jazykových znalostí ČLK bude prosazovat přijetí novely zákona č. 95/2004 Sb. buď ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví nebo formou poslaneckého návrhu.
- 24) Sjezd ČLK upozorňuje, že stabilní systém organizace a financování zdravotnictví nelze vytvářet silou, bez společenského konsensu a bez diskuse s lékaři a jejich reprezentací.
- 25) Sjezd ČLK podporuje požadavky lékařských odborů na vytvoření samostatného zákona o odměňování zdravotníků, který by sjednotil pravidla pro odměňování ve všech zdravotnických zařízeních bez ohledu na formu jejich vlastnictví.
- 26) Sjezd ČLK trvá na dodržování evropských norem limitujících množství přesčasové práce lékařů. Tyto normy slouží nejenom k ochraně zaměstnanců, ale zejména jako ochrana pacientů před rizikem odborného pochybení způsobeným únavou lékaře. ČLK rezolutně odmítá návrh ministerstva zdravotnictví na prodloužení pracovní doby

pro lékaře. ČLK podporuje snahu zaměstnanců organizací o snížení přesčasové práce lékařů na nejnižší minimum a především snahu o snížení závislosti lékařů na finančních příjmech za přesčasovou práci.

27) Sjezd ČLK protestuje proti poklesu reálných příjmů, k němuž v roce 2008 dojde u většiny lékařů zaměstnanců. ČLK požaduje podstatné zvýšení tarifních platů a mezd lékařů.

Sjezd ČLK protestuje proti neudržitelnému stavu, kdy plat či mzda kvalifikovaného lékaře bez přesčasové práce s pohybuje na úrovni průměrné mzdy v ČR a to navzdory skutečnosti, že takový lékař musel 6 let studovat na vysoké škole a dalších v průměru 5 let získával specializaci. Právě špatné finanční ocenění práce lékařů je hlavní příčinou, proč kvalifikovaní lékaři odchází do zahraničí.

28) Sjezd ČLK upozorňuje na trvalý existenční nejistotu soukromých lékařů. Jejich příčinou je neexistence dlouhodobých smluv se zdravotními pojišťovnami. ČLK trvá na tom, že soukromá ambulantní zařízení, která v době účinnosti vyhlášky č. 290/2006 Sb. požádala zdravotní pojišťovnu o uzavření tzv. „trvalého smluvního vztahu“, mají na uzavření této smlouvy nárok i nyní.

29) Česká lékařská komora, která je garantem a organizátorem celoživotního vzdělávání lékařů, vyzývá další organizace, které pořádají celoživotní vzdělávání lékařů, aby se připojily k Asociaci pro vzdělávání, jejíž vznik bude iniciovat ČLK.

30) Pro segment ambulantní specializované péče ČL požaduje opuštění současného systému paušálních plateb na tzv. unikátní rodné číslo a naopak návrat k výkonovému způsobu úhrady zdravotní péče s hodnotou bodu minimálně 1,05 Kč.

31) Sjezd ČLK vyslovuje politování nad skutečností, že ministerstvo zdravotnictví neplní povinnost, která je mu uložena zákonem – vydat ve spolupráci s ČLK vyhlášku, která stanoví požadavky na personální vybavení všech zdravotnických zařízení,

a kontrolovat ve spolupráci s ČLK její dodržování. Za této situace není garantováno, že je ve všech zdravotnických zařízeních poskytována péče dostatečným počtem lékařů s patřičnou kvalifikací.

32) Sjezd ČLK zcela zásadně odmítá snahy některých zdravotních pojišťoven vnucovat svým smluvním partnerům – zdravotnickým zařízením bezdůvodné snížení kapacitního čísla a tím je nutit devalvovat cenu své práce. Sjezd vyzývá prezidenta i představenstvo ČLK jednat s řediteli pojišťoven proti takovým praktikám a chránit tak své členy.

33) Sjezd ČLK ukládá orgánům komory prosazovat novelu zákona č. 95/2004 Sb. také v tom směru, aby bylo možno získat specializovanou způsobilost doplněním vzdělávacího programu bez atestace nejméně do 31.12.2015, v případě lékařek a lékařů, kteří si jej nemohli doplnit do roku 2009 z důvodu mateřské nebo rodičovské dovolené.

34)

- Sjezd přijal návrh představenstva za změnu SP č. 1 – Organizační řád
- Sjezd přijal návrh představenstva na změnu SP č. 2 – Volební řád
- Sjezd přijal návrh představenstva na změnu SP č. 4 – Disciplinární řád
- Sjezd přijal návrh představenstva na změnu SP č. 11 – Licenční řád
- Sjezd potvrdil změnu SP 10 – Etický kodex
- Sjezd potvrdil změnu SP 12 – Funkční licence
- Sjezd nepotvrdil novelu SP č. 16 – Systém celoživotního vzdělávání lékařů
- Sjezd potvrdil SP č. 21 – Veřejný seznam členů ČLK a hostujících osob

V Brně dne 25. listopadu 2007

■  
Za správnost odpovídají a usnesení  
zkontrolovali členové mandátové komise:  
MUDr. Jiří Mach, MUDr. Ladislav Knajfl,  
MUDr. Tomáš Spousta

## Změna vyhlášky o dispenzarizaci - dopis Pavlu Hroboňovi

Vážený pan  
MUDr. Pavel Hroboň  
Náměstek pro zdravotní pojištění  
Ministerstvo zdravotnictví ČR  
Palackého nám. 4  
128 01 Praha 2

Vážený pane náměstku,

Předsednictvo našeho Sdružení projednalo na svém jednání dne 16.11.2007 dostupný text návrhu na změnu vyhlášky o dispenzarizaci a pověřilo mne odeslat Vám následující přijaté Prohlášení Předsednictva SPLDD ČR.

Členové Předsednictva SPLDD ČR se po diskusi nad problematikou chystané novely vyhlášky o dispenzarizaci distancují od předloženého návrhu znění této vyhlášky. Obsah návrhu novely, který mělo Předsednictvo na svém jednání k dispozici, vyvolal značné rozpaky především z obav pro naprostou nerealizovatelnost, resp. faktickou nekonzumovatelnost. Velmi problematické se jeví především prokázání oprávněnosti vybrání či nevybrání regulačního poplatku v souvislosti s poskytováním dispenzární péče. Některé skupiny sledovaných nemocí jsou velmi obecné a z předloženého textu není vůbec jasná definice sledovaného onemocnění. U řady chorob tak chybí přímá vazba na diagnosu MKN klasifikace nemocí.

V úctě

MUDr. Pavel Neugebauer  
Předseda SPLDD ČR



# Návrh Úhradové vyhlášky - dopis Tomáši Julínkovi

Vážený pan  
MUDr. Tomáš Julínek  
Ministr zdravotnictví ČR  
Palackého nám. 4  
128 01 Praha 2

V Praze dne 20.11.2007

Vážený pane ministře,

Vášim náměstkem MUDr. Pavlem Hroboněm jsme byli informováni, že v pátek 16.11.2007 byl poradou vedení Vašeho ministerstva projednán návrh úhradové vyhlášky. Z informace vyplynulo, že na tomto jednání, přes detailní rozbor nárůstu nákladů na preskripci praktických lékařů v letech 2002 – 2005, přetrvávala obava z možného nekontrolovatelného nárůstu nákladů v roce 2008, zejména v důsledku významných změn ve stanovení úhrad léků. Z tohoto důvodu bylo navrženo doplnit regulační mechanismus u praktických lékařů plošnou srážkou 25% z ceny léků předepsaných nad limit, pokud celková preskripce v segmentu praktických lékařů přesáhne určitou mez nárůstu.

Dovolujeme si Vám předložit k této problematice naše společné stanovisko. S tímto našim stanoviskem jsme opakovaně seznámili při již proběhlých jednáních i výše jmenovaného Vašeho náměstka dr. Hroboně.

Ze strany SPL i SPLDD je z řady důvodů citovaný návrh zcela neakceptovatelný. Nejen, že se jedná o výrazné odchýlení se od principů dohodnutých se zdravotními pojišťovnami, jednoznačně v neprospěch praktických lékařů, ale máme samozřejmě i řadu faktických výhrad.

1. V protokolu z DŘ v Podmínkách úhrady je v Bodě 7 jasně uvedeno, že regulace nebudou uplatněny, pokud segment nepřekročí zdravotně pojistný plán (ZPP). Teprve pokud překročí, startují regulační mechanismy, jak jsou popsány v bodech předchozích. Je tedy v zájmu praktických lékařů netvořit žádné dohody, které by mohly vést k překročení ZPP.
2. Obava, že by se všichni domluvili a začali hromadně preskribovat účelově více, než odpovídá dosavadním zvyklostem, je lichá. K plošnému navýšení v segmentu PL by mohlo dojít jedině v důsledku vlivů, které budou do značné míry objektivní a nelze je výrazněji ovlivnit: jako např. uvolnění nového drahého léčiva, které se plošně používá, či přesun povinností od specialistů na praktiky (tady ovšem za předpokladu, že by praktičtí lékaři tento shift hromadně akceptovali). V tomto případě je však velmi pravděpodobné, že by došlo k navýšení ZPP v segmentu praktických lékařů jako takového, přičemž celkové náklady systému by se nezvýšily, došlo by jen k přesunu mezi segmenty. Pro tento případ a možnost objektivní analýzy jsme navrhli označování receptů IČZ indukujícího specialisty. Následnou analýzu by pak bylo možno provádět i za poměrně krátké období a při negativním vývoji adekvátně zasáhnout.
3. Přesun preskripce od specialistů k praktickým lékařům může být i z důvodu omezení počtu balení na receptu. Pokud specialista dispenzarizuje po 6-12 měsících, v současnosti někteří, např. endokrinologové, zajišťovali i preskripci na tuto dobu. Pokud budou moci napsat jen 3 balení, přijde v mezidobí pacient k praktickému lékaři. Mít možnost jednoduše označit tyto recepty by bylo dobré, neboť kdo by je neoznačil, riskuje tím vlastní regulace.

Vážený pane ministře,

z různých sdělení se bohužel nemůžeme zbavit pocitu, zda se nejedná více o snahu zachovat si určitou tvář vůči ostatním segmentům. Domníváme se, že charakter jejich práce i úhrad, a tedy i regulací, nutně musí být z různých důvodů zcela odlišný od našich.

Je třeba také zvážit, zda bude případný zásah adekvátní ztrátě důvěry. Ústy nejen Vašich náměstků bylo opakovaně a veřejně deklarováno respektovat a bonifikovat případné dohody. Již nyní máme signály z regionů, že jakákoliv změna dohody uzavřené se zdravotními pojišťovnami, nebude vnímána s nadšením. Navíc jsme přesvědčeni, že tíhu odpovědnosti nesou ZP, které Dohodu podepsaly. Jistě by na systém regulací v Protokolu nepřistoupily, pokud by sdíleli stejné obavy.

V úctě

MUDr. Václav Šmatlák  
Předseda SPL ČR

MUDr. Pavel Neugebauer  
Předseda SPLDD ČR

Na vědomí:

Bc. Marek Šnajdr, 1. náměstek ministra  
MUDr. Pavel Hroboň, náměstek pro zdravotní pojištění

**Grunenthal - Clarosip**

Naléhavé  
situace  
v pediatrii



Společnost Nestlé Česko pokračuje  
v tradici každoročního vydávání  
odborných publikací pro české  
a slovenské pediatriy, tentokrát již  
pátou publikací v pořadí.

## Naléhavé situace v pediatrii

kapesní formát, 102 stran,  
29 tabulek, 2 algoritmy.

Strukturované heslovité zpracování  
všech témat: NKM-10, etiologie,  
patofyziologie, klinika, terapie,  
indikace k hospitalizaci, literatura.  
ISBN 978-80-903776-1-5.

Autoři: P. Frühauf (editor), O. Černá,  
Š. Doležalová, J. Gut, J. Hoza,  
P. Klement, V. Kredba, J. Langer,  
P. Pokorná, M. Sádlo, F. Schneiberg,  
P. Srnský, V. Vobruba.

Obsah: 1. Úvod, 2. Kardiopulmonální  
resuscitace, 3. Akutní expirační  
dušnost, 4. Akutní inspirační dušnost,  
5. Anafylaxe, 6. Bolest a analgosedace,  
7. Horečka, 8. Intoxikace, 9. Kojenecké  
koliky, 10. Křeče, 11. Poruchy oběhu,  
12. Poruchy tvorby moče a močení,  
13. Poruchy vědomí, 14. Průjem,  
15. Syndrom zanedbávaného, týraného  
a zneužívaného dítěte, 16. Zvracení,  
17. Empirická antimikrobiální léčba,  
18. Dávkování léků, 19. Normální hod-  
noty laboratorních vyšetření.

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

Nestlé 2007

Kontakt:  
Nestlé Česko s.r.o.  
Divize Infant Nutrition  
Tel.: 800 135 135  
e-mail: nni@cz.nestle.com

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

rádi bychom vás informovali o nově spuštěné **sekci pro odborníky** na webových  
stránkách **Peceodite.cz**.

V této sekci Vám v pravidelných intervalech budou k dispozici ke stažení jed-  
notlivé díly Dětské dermatologie, které zpracovala přední dětská dermatoložka  
MUDr. Stanislava Polášková (recenzi provedla MUDr. Štěpánka Čapková). Do  
současné doby bylo zpracováno celkem 13 dílů, které jsou věnovány nejčastěji  
diskutovaným tématům v ordinaci dětského lékaře. Každý díl obsahuje i názor-  
nou fotografickou přílohu.

Již nyní v sekci naleznete první díl o 30ti stranách s názvem **Principy dermatolo-  
gické léčby dětských pacientů**.

### Všechna zpracovaná témata:

1. Principy dermatologické léčby dětských pacientů
2. Kožní onemocnění u novorozenců
3. Kožní infekce u dětí
4. Kožní infekce u dětí – pokračování
5. Papulosquamózní onemocnění
6. Atopická dermatitida
7. Polékové kožní reakce
8. Ekzémová onemocnění v dětství – pokračování
9. Kůže a slunce
10. Kožní cysty a noduly
11. Pigmentová onemocnění
12. Urticaria, angioedém, anafylaktický šok
13. Acne

Vstup do sekce naleznete v záhlaví stránek. V případě, že budete mít zájem o  
další díly, můžete v sekci zadat svoji e-mailovou adresu a jakmile bude vložen  
další díl, obdržíte e-mailové připomenutí.

Věříme, že výše zmíněný materiál bude přínosem pro vaši pediatrickou praxi.

S pozdravem

MUDr. Hana Cabrnchová, předsedkyně OSPDL ČLS J.E.P.  
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda SPLDD ČR, o.s.



**Nutricia - Hami IMF**



# HPV infekce - klinické projevy, léčba a prevence

MUDr. Jan Nový

Privátní gynekologická ambulance, Plzeň - Bory

## Souhrn:

Papilomaviry provázejí pravděpodobně již po miliony let vývoj všech obratlovců, každý je však druhově specifický, mezidruhový přenos nebyl potvrzen.

Lidský papilomavirus (human papilloma virus, HPV) existuje v podobě infekčních částic (virionů) o průměru 55 nm jejichž povrch (kapsida) má tvar symetrického dvacetistěnu ze 72 pětiúhelníkových plošek (kapsomer). Jeho nukleokapsida obsahuje kruhový genom dvouřetězcové DNA.

Je známo již více než 130 specifických typů a jejich struktura se z velké části (kolem 90%) shoduje, více než 40 z nich osidluje mužský a ženský genitální trakt.

HPV napadá kůži a sliznice oblasti genitální, anální, dutiny ústní a dýchacích cest, je místě specifický, jednotlivé typy HPV infikují vždy určitou anatomickou lokalitu. Vstupní branou infekce jsou mikrotraumata kůže nebo sliznic, onemocnění je lokální, vyvolává imunitní odpověď, ale k virémii nedochází. Přenáší se přímým kontaktem s infikovanou kůží a sliznicí nebo kontaminovanými předměty především porézního charakteru. Zvláště ve vlhkém prostředí může HPV přežít několik měsíců. Inkubační doba kožních onemocnění je počítána v týdnech, v anogenitální oblasti se může projevit za rok i delší dobu. Projevu se typicky exofytickými výrůstky nazývaných na kůži bradavicemi, na sliznicích papilomy, v genitální oblasti kondylomy. Často však HPV infekce proběhne inaparentně, bez patrných klinických projevů.

S ohledem na onkogenní působení HPV rozlišujeme 2 naprosto rozdílné skupiny:

1. HPV vysokého rizika (**HR-high risk HPV**): 16,18,31,33,45, 52

2. HPV nízkého rizika (**LR-low risk HPV**): kožní 1,2,4,7,27,57,60,65 a genitální 6,11,40,42,43, 51,52 ... a j.

LR-HPV nejsou schopny inkorporace do genu infikované buňky a nejsou schopny se podílet na vývoji v karcinomu, zatímco HR-HPV tyto schopnosti mají.

Benígní **kožní afekce** - veruky jsou vyvolávány především HPV 1,2,4,7,27,57,60,65, které mají afinitu ke keratinizované epidermis a nejsou příčinou vzniku genitálních kondylomů. Možnost autoinokulace je však popsána. Výrazně větší incidence je popsána u atopiků a jedinců s imunosupresí. Velmi vzácné celoživostní chronické infekce kůže u osob s imunosupresí mohou dospět až k verukoznímu karcinomu kůže.

V orofaryngeální oblasti jsou HPV léze vzácné, rovněž jsou častější u osob s imunosupresí, obávaným onemocněním kojenců, batolat a imunosuprimovaných dospělých je **laryngeální papilomatóza**. Vyskytuje se sporadicky u kojenců v důsledku prostupu porodními cestami matky a později ve věku kolem tří let. Vzácná je rekurentní respirační papilomatóza dospělých v horním dýchacím traktu. Infekce se může manifestovat i v podobě papilomů nazálních, konjunktiválních, či na očních víčkách.

**V oblasti anogenitální** infekce postihuje

povrch kůže, její adnexa a přilehlé sliznice - anu, vagíny, hrdla děložního, u muže glans penis, sliznici uretry.

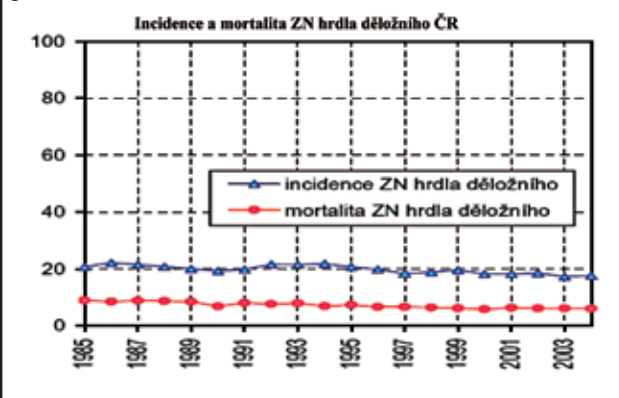
## ■ Genitální infekce

Na studiích s vysokoškolskými studentkami byla prokázána průkazem HPV DNA prevalence infekce ve 20-25 %, po 2-3 letech dosáhla kumulativní prevalence u sexuálně aktivních 60-80%, lze předpokládat, že téměř celá populace se s HPV infekcí setká.

Častým projevem infekce LR-HPV na zevním genitálu jsou mnohočetná condylomata acuminata postihující jak ženy, tak i muže, čímž se liší od vzácné finální komplikace vývoje HR-HPV infekce - karcinomu, neboť karcinom penisu je na rozdíl od karcinomu hrdla děložního velmi vzácný. Prakticky nezbytnou podmínkou (v 99,7%) pro vznik karcinomu hrdla děložního je infekce HR-HPV. Mimořádná vnímavost hrdla děložního pro HPV infekci je dána jeho anatomii. Jeho vnější část, čípek, je stejně jako pochva krytá dlaždicovým vícevrstevným nerohovějícím epitelem, kanál hrdla děložního, endocervix, pak na rozdíl od ektocervixu žlázy jednovrstevným cylindrickým epitelem. Pod cylindrickým žlázy epitelem jsou roztroušeny

buňky rezervní s bipolární možností diferenciace. Původně ostrá hranice obou epitelů (skvamokolumnární junkce) je embryonálně determinována, dynamicky se posouvá v závislosti na věku, hladině estrogenů, porodním traumatu. Cylindrický epitel na ektocervixu (ektopie) je tedy ektopický, relativně málo odolný, žlázy buňky podléhají destrukci a příležitostně jsou nahrazovány nově tvořenými buňkami metaplastickými. Vzniká tak transformační zóna proximálně od původní ostré skvamokolumnární junkce, v níž postupně nezralý metaplastický epitel vyzrává a překrývá zbytky epitelu cylindrického. U části žen se může nezralý metaplastický epitel měnit na dysplastický v důsledku infekce HPV. Určité typy virů HPV mají afinitu nejen k různým epitelialním lokalitám, ale také k různým

graf č. 1





## **Nutricia - Nutrilon**



tab. č. 1

## Incidence ZN u mužů a žen v roce 2004 podle vybraných diagnóz (MKN-10)

Diagnóza	Muži			Diagnóza	Ženy		
	celkový počet	na 100 000 mužů	v % z celku		celkový počet	na 100 000 žen	v % z celku
C44 Jiný ZN kůže	7 795	156,8	22,4	C44 Jiný ZN kůže	7 324	139,9	21,6
C34 ZN průdušky a plic	4 681	94,2	13,5	C50 ZN prsu	5 628	107,5	16,6
C61 ZN prostaty	4 289	86,3	12,3	C18 ZN tlustého střeva	1 985	37,9	5,9
C18 ZN tlustého střeva	2 460	49,5	7,1	C54 ZN těla děložního	1 734	33,1	5,1
C67 ZN močového měchýře	1 733	34,9	5,0	D06 Ca in situ hrdla děložního	1 590	30,4	4,7
C64 ZN ledviny mimo pánevníku	1 682	33,8	4,8	C34 ZN průdušky a plic	1 561	29,8	4,6
C20 ZN konečníku	1 404	28,2	4,0	C56 ZN vaječníku	1 285	24,2	3,7
C16 ZN žaludku	981	19,7	2,8	C64 ZN ledviny mimo pánevníku	1 046	20,0	3,1
C25 ZN slinivky břišní	847	17,0	2,4	C53 ZN hrdla děložního	1 033	19,7	3,0
C43 Zhoubný melanom kůže	834	16,8	2,4	C20 ZN konečníku	807	15,4	2,4
C18-C20 ZN kolorekta	4 575	92,0	13,2	C18-C20 ZN kolorekta	3 287	62,8	9,7
C33-C34 ZN průdušnice a plic	4 687	94,3	13,5	C33-C34 ZN průdušnice a plic	1 565	29,9	4,6
C64-C68 ZN močového ústrojí	3 517	70,7	10,1	C64-C68 ZN močového ústrojí	1 820	34,8	5,4
C00-C97, D00-D09	34 759	699,1	100,0	C00-C97, D00-D09	33 882	647,2	100,0
C00-C97, D00-D09 bez dg. C44	26 964	542,3	77,6	C00-C97, D00-D09 bez dg. C44	26 558	507,3	78,4

histologickým typům tumorů, typ 16, 31, 33 k dlaždicobuněčným, typ 18 ke žlázovým a mají také různou geografickou distribuci.

**Průběh infekce HPV** může být zcela bezpříznivý. Klinické projevy jsou závislé na schopnosti HPV stimulovat lokální proliferaci epitelálních buněk a zahrnují ztlustění epitelu, procesy keratinizace, prorůstání do podložního stromatu v podobě akantotických čepů, exofytické formy.

Naprostá většina žen prožívá přechodnou (tranzientní) infekci, po níž následuje spontánní clearance virové DNA. Při přetrvávání HPV více než 1-2 roky mluvíme o infekci perzistentní, jejíž osud může být stejný jako u infekce tranzientní – spontánní clearance, anebo může obvykle po 2-5 letech způsobit vznik lehké prekancerózy – lehká dysplázie, CIN I (cervikální intraepiteliální neoplasie), LSIL, LG-SIL (low grade squamous intraepithelial lesion). Tato forma je až v 80% reverzibilní. Pokud nedojde k reverzi, může po 4-5 letech progredovat do těžké prekancerózy – HSIL, HG-SIL (high grade), CIN II, CIN III (zahrnuje i ca in situ dle starší nomenklatury). Dochází k ní asi jen v 10% případů, vzniká jen v případech integrace virového genomu typu HR do buněčného jádra a je pravým kursozem možného zvratu v karcinom v obvyklém čase 9-15 let od infikování. Nejzávažnější je perzistence typu HPV 16, na jehož infikování je imunitní odpověď mimořádně nízká. Spontánní regrese této formy je možná, ale má nízkou pravděpodobnost. Asi 0,15% původních HPV infekcí progreduje v invazivní karcinom, v 70% jde o typy HPV 16 a 18, infekce sama o sobě však nezpůsobí maligní transformaci infikované tkáně. Jako další rizikové faktory jsou udávány: počet sexuálních partnerů a sexuální chová-

ní partnera, kouření, časná koitarché a časná donošená těhotenství, etnický daná predispozice, některé další sexuálně přenosné choroby, imunodeficientní stavy, poruchy výživy. Léze žlázového epitelu GIL (glandular intraepithelial lesion) jsou vzácnější, (v poměru ke dlaždicobuněčným 1:50), mohou však progredovat rychleji. Prekancerózami adenokarcinomu jsou žlázové atypie a adenocarcinoma in situ.

Obdobný vývoj z prekancerózy ke karcinomu jako u hrdla děložního probíhá za přítomnosti infekce HR-HPV také ve vagině a na vulvě.

**Karcinom děložního hrdla** zůstává přes zavádění screeningových programů a záchyt prekanceróz a časných stadií jedním z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění a druhou nejčastější příčinou úmrtí mladých žen (15-44 let) na karcinomy (po karcinomu prsu.) V roce 2004 jím bylo v EU postiženo 52 000 žen a 27 000 žen na toto onemocnění zemřelo, přitom nové členské země EU mají incidenci onemocnění dvakrát vyšší než země původní patnáctičlenné EU.

V České republice se incidence dlouhodobě pohybuje kolem 20/100 000.

Incidenci v ČR v kontextu s ostatními zhoubnými nádory ukazuje tab. 1.

Vývoj incidence a mortality v ČR je zobrazen v grafu 1.

HPV infekce se podílí nejen na vývoji karcinomu hrdla děložního, kde je ale téměř stoprocentně kauzální, ale podílí se asi na 90% prekanceróz vulvy a pochvy a asi 45 % zhoubných nádorů vulvy a 50 % zhoubných nádorů pochvy. Velmi úzká souvislost je i v oblasti anu, kde je podíl HPV na vzniku karcinomu kolem 90%, penisu

kolem 40%, v ostatních lokalitách již výrazně menší - orofarynx, larynx.

Jediným řešením, která máme v současné době k dispozici ke snížení incidence i mortality u zhoubných nádorů souvisejících s HPV infekcí, především karcinomu hrdla děložního, je **sekundární prevence** - kvalitní screeningový program zaručující maximální účast žen a kvalitu cytologických laboratoří s navazujícím ošetřením zachyceného vývoje v karcinom nejlépe ve stádiu prekanceróz. Spuštění **screeningového programu** v České republice je přes netrpělivé očekávání neustále odkládáno. Pro futuro je na prvním místě jistě **prevence primární**.

### ■ Léčba klinických projevů HPV infekce v oblasti genitální

Benigní kondylomatozní léze jsou většinou ošetřovány chirurgicky či kryodestrukci, konzervativní léčba na zevních rodidlech zahrnuje aplikaci podophyllinu v roztoku či masti, AgNO<sub>3</sub>, koncentrovaných antiseptik.

Prekancerózy hrdla se řeší konickým odstraněním transformační zóny buď nožem, elektroexcizí či laserem, na vulvě a v pochvě excizí.

Léčba karcinomů, kromě velmi časných stadií, která mohou být ošetřena jako prekancerózy, vyžaduje náročná onkogynekologická schémata léčby zatěžující či mutilující organismus ženy a finančně náročná.

### ■ Primární prevence HPV infekce

Do nedávné doby bylo možno za primární prevenci HPV infekce označit jen vystříhání se rizikovým faktorům pro karcinom hrdla děložního (viz výše) a obecné posilování imunity. Od roku 2006 jsou k dispozici **preventivní vakcíny** založené na využití virům podobných částic - **virus-like particles** (VLPs), které při třech aplikacích během 6 měsíců zajišťují dostatečnou ochranu proti HPV infekci. První z nich byla **kvadrivalentní** vakcína proti HPV **6, 11, 16, 18** zaměřená jak na prevenci genitálních kondylomat, tak na prevenci karcinomu. Licenci v USA získala v červnu 2006, v EU v září 2006, v ČR je k dispozici do prosince 2006. Rozsáhlé klinické studie byly realizovány ve 33 zemích světa a zahrnovaly celkem 33 000 testovaných subjektů ve formě dvojité zaslepené placebem kontrolované studie v populační skupině žen ve věku 16 - 26 let. Pokud jde o léze typu high grade, vyšla po 6 letech stoprocentně účinná pro oblast hrdla děložního, vulvy i pochvy, pro léze typu low grade byla účinnost 95 % a pro kondylomata vulvy kolem 99%. Zábranu vzniku karcinomu bude možno hodnotit samozřejmě až s odstupem řady let, ale znalosti o podílu HPV na vývoji prekanceróz a jejich ovlivnění vakcínací lze považovat za velmi nadějně. Protože karcinomy vzniklé v souvislosti s HPV 16 a 18 tvoří asi 70%



karcinomů hrdla děložního, nebude možno nikdy ustoupit od sekundární prevence, přestože se prokazuje i zkřížená imunoprotektivita proti dalším typům, zvláště HPV 31, 33, 45, 52 Od října 2007 je v ČR k dispozici **bivalentní** vakcína proti HPV **16,18**, klinická účinnost byla testována na ženách od 15 do 25 let s obdobně příznivými výsledky jako u vakciny kvadrivalentní. U obou vakcín nebyla testována klinická účinnost u dívek ve skupině 9-15 resp. 10-14 let, ale imunogenita v těchto skupinách byla prakticky 2 x vyšší než ve skupině 16-26 (s nejlepší odpovědí u dívek ve věku 12 let), resp. 15-25 let, z čehož je usuzováno, že klinická účinnost bude rovněž dostatečná. U žen nad 25 let věku byla imunogenita nižší než v předcházející věkové skupině, ale stále mnohonásobně vyšší než navozuje průběh infekce. Pro dlouhodobost účinku v současné době nejsou důkazy, po 6 letech je klinický efekt i imunogenita bez poklesu. Z očkování jednoznačně maximálně profitují ženy, které dosud HPV infekci neprodělaly, proto primárním objektem pro očkování mají být dívky a ženy před zahájením pohlavního života, které jsou dosud minimálně exponované HPV infekci. Vakcína není terapeutická, nemůže vyléčit infekci, kterou již žena má a stavy, které na základě HPV infekce vznikly, ale pokud byly způsobeny jiným typem viru, než kterým je očkováno, bude z něho očkována žena profitovat. Studie u žen starších než 26 let a u mužů probíhají, zatím pouze Austrálie vydala bivalentní vakcíně registraci do 45 let, ostatní státy čekají na další výsledky, ale dá se předpokládat profit i v těchto skupinách.

Každý stát přehodnocuje cost/benefit efekt očkování a jednotlivé odborné společnosti vydávají vlastní doporučení pro očkování.

Předkládám úplné znění doporučení výboru ČGPS ČLS JEP ze dne 23.3.2007:

- Pro naprostou většinu ženské populace ČR vidíme jako optimální dobu pro vakcinaci období těsně po dosažení 15. roku věku. Výrazným přínosem je ale vakcína i pro ženy starší, sexuálně aktivní.

- Vakcinované pacientky (u dětí rodiče) je nutno důkladně poučit o tom, že preventivní prohlídky u gynekologa jsou pro ně po začátku sexuálního života nutné, jejich frekvence se neliší od osob nevakcinovaných. Součástí informace pro dospívající má být i poučení o papilomavírové infekci, pohlavně přenosných nemocech a kontracepci.

- Při dodržování uvedeného poučení není rozhodující odbornost lékaře, který vakcínu podá. V podmínkách ČR půjde v naprosté většině případů o registrující gynekology a praktické lékaře pro děti a dorost.

- Provedení jakéhokoli vyšetření či testu (HPV test, onkologická cytologie, kolposkopie) před vakcinací není nutné, žena má být ale upozorněna na nutnost pravidelných gynekologických kontrol. Na screeningu karcinomu děložního hrdla se u očkovanych nic nemění.

- Očkovány mohou být i ženy s abnormním výsledkem onkologické cytologie, kondylomaty či ošetřenou prekancerózou v anamnéze. Tyto pacientky je nutno informovat o tom, že vakcíny nemají terapeutický efekt a že benefit vakcinace bude pro ně nižší.

- Vakcinace žen nad 26 let a vakcinace mužů není postupem non lege artis. I zde je nutné důkladné poučení.

Toto doporučení vychází ze situace v ČR v březnu 2007, kterou lze charakterizovat:

- Vakcína není hrazena z veřejných prostředků, jedná se o osobní investici do svého zdraví, či zdraví svých blízkých.

- Účinnost vakcíny je prokázána na dobu 5 let, lze předpokládat období výrazně delší, nicméně vycházet lze pouze z faktů.

V případě nových informací (zejména výsledků klinických studií) bude doporučení inovováno.

Literatura u autora

T + R

klinicky testovano  
pro odstranění viř

**NOVINKA**

# Hedrin®

## ROZTOK

*Nová cesta  
eradikace viř  
a jejich  
vajíček*

účinný  
bezpečný  
snadná aplikace  
bez nepříjemné vůně  
bez organofosátů  
bez vyčesávání

k dostání ve všech lékárnách

[www.thorntonross.com/hedrin](http://www.thorntonross.com/hedrin)

Pozorně čtěte příbalový leták.



# HIV infekce v ČR - změny šíření

doc. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.

Ústav epidemiologie LF UK, Plzeň

## Souhrn:

Poprvé byla u nás prokázána HIV infekce na konci roku 1985. Od té doby bylo do září 2007 podchyceno v ČR 1 013 osob, tj. českých občanů a rezidentů, s touto nákazou. V roce 2007 bude zaznamenán zatím nejvyšší meziroční nárůst v historii sledování v ČR - více než 100 nově podchycených osob. Tyto „rekordy“ a „kulatá“ jubilea si samy o sobě říkají o analýzu změn, ke kterým došlo v historicky krátké době.

### Metodika

Na základě obecně dostupných údajů z měsíčních hlášení Národní referenční laboratoře pro AIDS [1] byly zpracovány vybrané údaje. Soubor 1 000 HIV pozitivních osob (podchycených do srpna 2007) byl rozdělen do 5 podskupin po 200 infikovaných, tak, jak byli postupně evidováni. V těchto podsouborech byly hodnoceny základní epidemiologické a klinické charakteristiky na základě údajů v době jejich hlášení (případně změny doplněné dodatečně zásadně neovlivňující prvotně získaná data). Samostatně byly zpracovány údaje o počtech infikovaných po vzniku 14 nových krajů v r. 2001.

### Výsledky

Graf 1 dokumentuje zkracování intervalu mezi nárůsty počty infikovaných o 200, zastoupení pohlaví a průměrný věk v jednotlivých podskupinách. V jednotlivých obdobích tvořily děti do 15 let 3,0-2,0-1,5-0,5-0,3 % nakažených. Graf 2 ukazuje změny ve způsobech přenosu infekce, tab. 1 změny základních klinických charakteristik. Po ustanovení 14 krajů v r. 2001 se postupně snižuje podíl infikovaných osob s bydlištěm v Praze v období první diagnózy (z původních 54,4 % na 50,1 % v září 2007, kdy je celostátně evidováno 1 013 HIV+). Naopak se zvyšuje podíl nakažených v dříve málo postižených částech republiky.

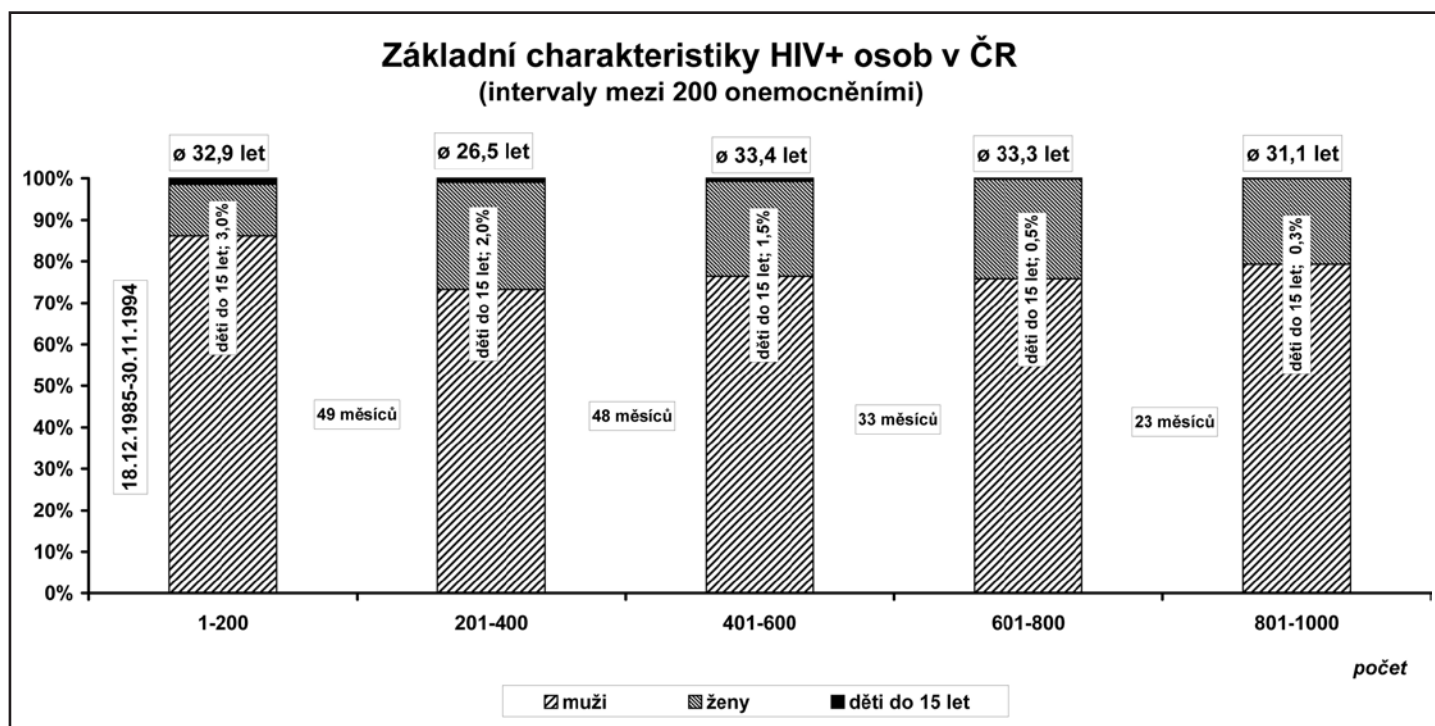
### Diskuse

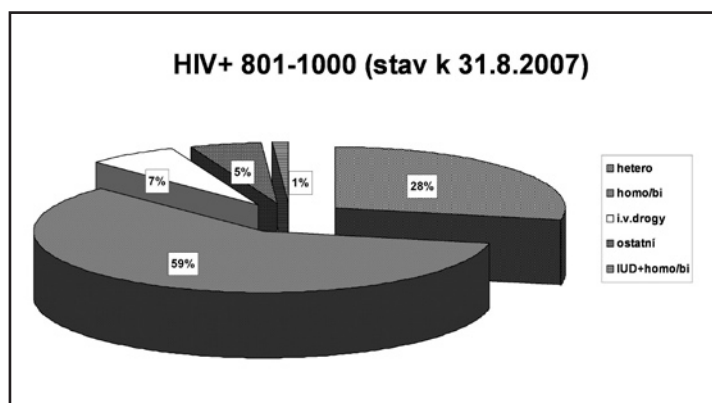
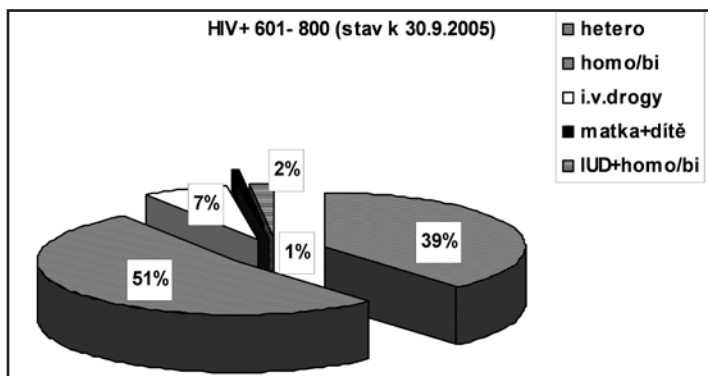
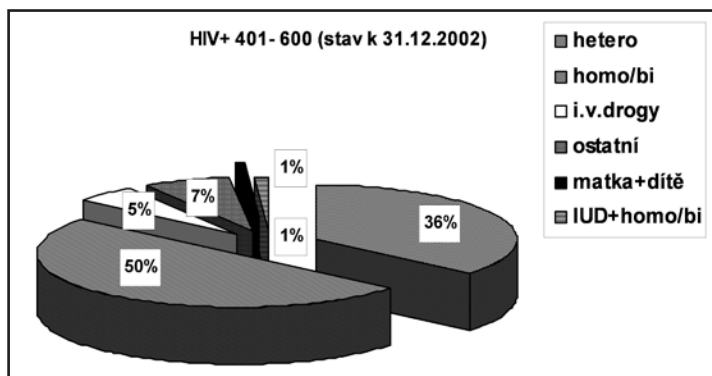
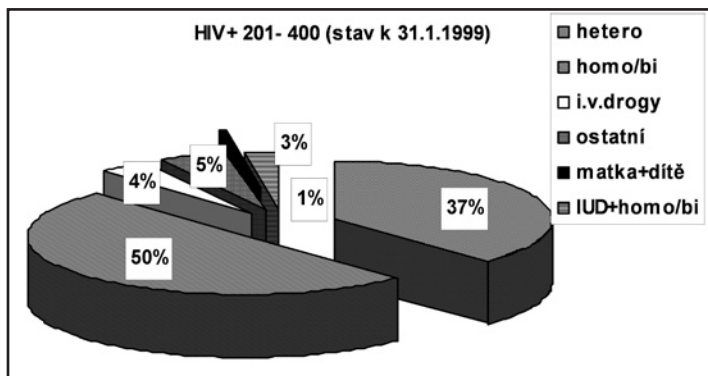
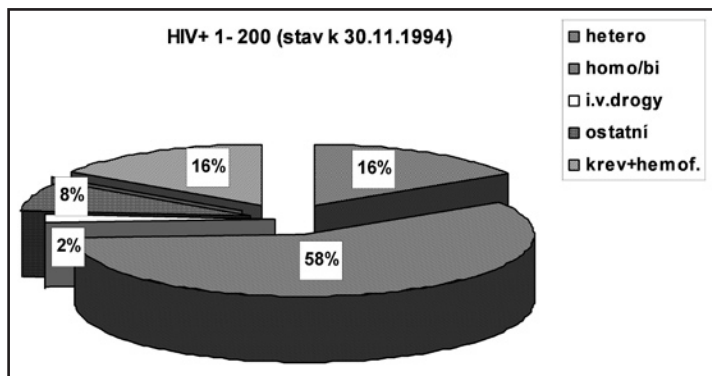
Česká republika dosud patří mezi země s nejnižším výskytem HIV infekce v Evropě. Dlouhodobě se zdálo, že komplexní, propracovaný přístup k této problematice zvolený již v polovině 80. let minulého století je dostačující. Výhodou byly státní dotace nejen na léčbu, ale i na preventivní aktivity zajišťované nejrůznějšími subjekty, které byly koordinovány pracovištěm manažera Národního programu HIV/AIDS. Trend výskytu v několika posledních letech je ale varovný. Po řadu let se meziroční nárůsty pohybovaly kolem 50-60 infikovaných ročně, v letech 2005 a 2006 to již bylo 90, resp. 93 osob a v r. 2007 lze očekávat podle zatímního vývoje rekordní vzestup pohybující se mezi 100-120. Zatímco prvních 200 infikovaných bylo podchyceno během 9 let, posledních 200 už během pouhých 23 měsíců! Se stále se zvyšujícím počtem zdrojů infekce, nedostupnou kauzální léčbou i delším přežíváním infikovaných, kteří ne vždy dodržují preventivní opatření, je logické, že počty nakažených budou nadále narůstat. Bohužel v tomto období dochází ke snižování

tab. č. 1

Klinická stádia HIV pozitivity v letech 1985-8/2007

KLINICKÉ STADIUM	1-200	201-400	401-600	601-800	801-1000	Celkem
asymptomatické	89	101	135	144	147	616
sympt. non-AIDS	57	33	22	28	19	159
AIDS	54	66	43	28	34	225





poskytování finančních prostředků na preventivní aktivity, snižují se počty poraden a odběrových center, které by měly být co nejbližší zájemcům. V období, kdy je zřejmé, že šíření HIV infekce se už neodehrává jen v anonymitě velkoměst, je o to důležitější decentralizovat preventivní aktivity, poradenství.

V prvním, cca devítiletém období šíření infekce v naší republice, byli podchyceni především lidé s rozvinutými příznaky infekce, mezi nakaženými se poprvé a naposledy v ČR objevili i příjemci kontaminované krve a krevních derivátů, antihemofilických přípravků, kteří doplatili na nedostupnost vyšetřování dárců krve v době infekce nejen u nás, ale na celém světě. Nízký podíl infikovaných žen v prvních letech odpovídal malému uplatnění heterosexuálního přenosu mezi nakaženými v té době.

V současnosti je situace zcela odlišná. Přenos infekce HIV v našich podmínkách rozhodující měrou souvisí se sexuálním přenosem, jeho

podíl se postupně zvyšuje z původních 74 % na současných 84,9 %. **V rámci tohoto přenosu je rozhodující stále přenos při homosexuálním styku (v r. 2007 se zatím uplatnil u 74,7 % z nakažených).** V této souvislosti se nemění ani celková proporce infikovaných žen, která tvoří stále cca 20% nově podchytených (19,4 % v období leden-září 2007). Až na výjimky je prováděno spolehlivě rutinní vyšetřování žen během těhotenství. U žen (samozřejmě i u mužů), u kterých je podezření na přítomnost rizikových faktorů pro získání infekce, je třeba se snažit o zachycení infekce již v prvopočátcích daleko aktivněji, čekání na rutinní odběr během těhotenství je z nejrůznějších důvodů ošidné. Daleko častěji by toto vyšetřování měli nabízet praktičtí lékaři, kteří klientky nejlépe znají, příp. gynekologové na základě zjištěných jiných nálezů, příp. odebrané anamnézy. **Zatímní nízký počet vertikálních přenosů z matky na dítě (dosud 4) nemůže být důvodem k uspokojení.**

I když absolutní čísla o počtech nakažených v některých částech republiky jsou zatím malá, je zřejmé, že se HIV infekce šíří již po celé republice. Kromě tradičně vysokých počtů nakažených v Praze a v severních Čechách se infekce rozšiřuje i do dříve málo postižených krajů. Zdálnivě klidná situace se i zde velmi rychle mění.

Samostatným problémem je šíření HIV infekce mezi přistěhovalci do České republiky. Je nutné vycházet z reality zemí, odkud se k nám toto lidé dostávají. **Dramatický nárůst šíření HIV infekce na území bývalého Sovětského svazu (zejména na Ukrajině!),** rychlé šíření HIV infekce v asijských zemích (např. **ve Vietnamu**) se nepřímo odráží i v naší epidemiologické situaci. Při logických jazykových bariérách je žádoucí v komunitách přistěhovalců zajistit osvětu a preventivní aktivity i v jejich rodném jazyce. V souvislosti s osvětou, edukací, organizováním preventivních aktivit je třeba daleko více než v minulosti využívat modernější přístupy, internet apod. Značné rezervy jsou v aktuálnosti poskytovaných informací na nejrůznějších www stránkách.

Pokračující příznivý trend - zvyšující se podíl osob zachycených už v bezpříznakovém období infekce svědčí o zlepšujícím se povědomím zdravotníků o této nauce, ale snad i o lepších znalostech a zodpovědnosti veřejnosti. I z tohoto trendu je zřejmé, jak důležité je přesvědčovat populaci, ale i zdravotnické pracovníky o nutnosti co nejdřívejší diagnózy infekce.

O všech aspektech HIV infekce je nutné trvale informovat nejen zdravotníky, ale i laickou veřejnost. Osvětu je třeba nadále provádět na všech úrovních, do budoucna je třeba nabízet možnost vyšetření HIV protilátek při všech vhodných příležitostech. Základní prevenci šíření této infekce u nás je nutné ale hledat především v rodinné výchově, v zodpovědném přístupu každého jedince...

Použitá literatura

1) Měsíční hlášení Národní referenční laboratoře pro AIDS



# Přirozený průběh infekce virem lidských papilomatózních lézí (HPV) a kancerogeneza děložního hrdla

MUDr. Jiří Ondruš, MIAC

TOP GYN CENTER, s.r.o. Havířov

Karcinom děložního hrdla je vzácnou a pozdní komplikací banální virové infekce (obr. 1, relativní četnost lézí cervixu - Schiffman MH, 1994 upraveno).

Přesto je zdrojem útrap a vážným zdravotním i sociálním problémem: každým rokem onemocní na světě 400 000 žen, v Evropě asi 50 000, poněkud mladých (mezi 30ti až 50ti lety) a polovina z nich na tuto diagnózu umírá.

V naší zemi onemocní ročně více než 1000, umírá 400 žen. Následující souhrn informací má přispět k orientaci o základech problematiky. **Viry papilomatózních lézí** se vyskytují u všech obratlovců, každý je však druhově specifický. **Virus HPV** patrně provází člověka po miliony let vývoje lidského druhu.

Existuje v podobě infekčních částic - virionů o průměru 55 nm jejichž povrch (ikosaedrální kapsida) má tvar symetrického dvacetistěnu ze 72 pětiúhelníkových plošek (kapsomer). Strukturální jednotkou je nukleokapsida: obsahuje kruhový genom dvouřetězcové DNA (biologický substrát paměti se 7900 páry bází), bez lipidové obálky, jen s plášťovými proteiny (L1, L2 a histony).

Virus je relativně stabilní a ve vlhkém prostředí je infekční několik měsíců. Molekulární organizace všech nyní již více než 130 odlišných typů dosud izolovaných je homologní ve sledu párů bází DNA z více než 90%. V jednom z obou řetězců je v genomu všech virů HPV vždy 8-10 čtecích rámců (otevřených okének) ve třech úsecích (dlouhý regulační, který nekóduje, úsek raných proteinů E1 -E8 a úsek pozdních plášťových proteinů L1 a L2).

E1 - protein počátku virové replikace

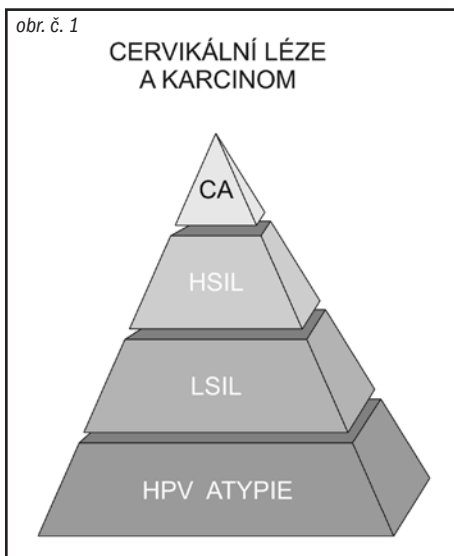
E2 - protein regulátoru transkripce viru

E3 - patrně bezvýznamný

E4 - proteiny uvolnění infekčních virionů do okolí

E5 - onkogen růstového faktoru ochrana proti cytotoxickým T lymfocytům

E6 - inaktivuje ochránce buněčné integrity, buněčný protein p53 a aktivuje telomérázu



E7 - inaktivuje tumor supresorický buněčný protein pRb, immortalizuje buňku

E8 - snad faktor latentní virové infekce v bazálních buňkách epitelu

L1 - hlavní strukturální protein výstavby virového obalu (kapsidy)

L2 - protein zabalení virové DNA do virionu

**Současné typologické třídění typů HPV vychází z klinicko-patologických důsledků infekce, z funkčních i genetických vlastností virů HPV: virus je soběstačný, nezávislý patogen.**

Infekci virem lze detekovat morfologicky, hybridizací in situ, polymerázovou řetězovou reakcí, imunohistochemicky, (protilátkami proti antigenu kódovanému genem L1).

Virus lidských papilomatózních lézí se replikuje výlučně na vnějším povrchu těla, tj. kůži, genitálních, v análním prstenci, v dutině ústní a v dýchacích cestách. Jednotlivé typy HPV infikují vždy určitou anatomickou lokalitu, kde jádra tamních epitelálních buněk určitý virový genom aktivně přepisují. Imunitní odezva je buněčné povahy, nejspíše specifická k jednotlivým typům virů. K viremii s rozsevem na vzdálená místa nedochází.

Při produktivních infekcích dochází k lokální hyperproliferaci keratinocytů, někdy se zřejmými projevy v podobě exofytických výrůstků, často však probíhají bezpříznakově.

Virus HPV je nezbytnou příčinou onkogenezy epitelálních tumorů anogenitální oblasti: (prokázán u karcinomu cervixu v 99,7%, identický v metastázách a v primární lézi, způsobuje in vitro často buněčné transformace, virový genom je aktivně přepisován).

**Anatomickým substrátem, vstupní brána a pak kulturační půdou pro inokulaci viru jsou mikrotraumata kůže nebo sliznice.** Virus může osídlit každou evoluční niku, ve které je imunitní odezva chabá.

**Benígní produktivní změny na kůži asi 10% infikovaných osob jsou na kůži veruky, bradavice, na sliznicích papilomy:** přenášejí se přímým kontaktem nebo kontaminovanými porézními předměty. Anatomická léze na kůži je patrná po jednom či několika týdnech, v anogenitální krajině za rok i delší dobu

**Common warts (verruca vulgaris):** hyperkeratotické papulonoduly na rukou, pažích a končetinách, kdekoliv na neochlupené kůži, léze přisedlé až stopkaté, běžné v dětství (nevyzrálá buněčná imunitní odezva), u řezníků, prodavačů drůbeže a ryb. Zvláštní profesionální vnímavost („butcher's warts“ - HPV2 a HPV7) nebyla ještě zcela vysvětlena.

10x větší je i prevalence dětí i dospělých s atopií a dospělých s imunosupresí.

Viry, které způsobují vznik veruk (HPV 1,2,4,7,27,57,60,65) mají afinitu ke keratinizované epidermis a nejsou příčinou vzniku genitálních kondylomů. Výjimkou jsou orální i genitální léze z autoinokulace (HPV 2 i jiné). U malých dětí je obvyklé spontánní zhojení, v polovině případů do dvou let. Problémem mohou být **veruky periunguální**, vyžadující individuální volbu léčby. Pozoruhodné tloušťky mohou dosahovat **veruky planto-palmární** (HPV 1, HPV 2): mohou mít cystickou složku a vzácně typ mozaiky.

**Verruca plana** (HPV 3,10 a někdy 2) jsou

**Avent - magic hrnky**



drobné měkké papuly průměru 1 – 4 mm, vystupující méně než 1 mm nad niveau okolí, tvarů rozeklaných pohoří a údolí, s poruchami pigmentace (bělavé a bledě hnědavé), na krku, tvářích, končetinách, u adolescentů bolestivé. Jsou kosmetickým problémem na nekryté kůži. Převážně provázejí imunologický deficit.

**Epidermodysplasia verruciformis** může být z 10% důsledkem příbuzenského zplazení, na podkladě autosomální recesivní dědičnosti, většinou však provází imunopresi.

Celoživotní chronická infekce viru HPV kůže, podobná seborrhoické dermatitis, se projevuje od dětství nebo dospívání v podobě plochých a rudohnědých exofytických papilomů na trupu, končetinách, tvářích i ušních lalůčcích. Vlivem UV záření se zvolna transformují ve 40ti až 60ti letech věku a realizovaný verukózní karcinom má slabou tendenci k metastázování, nepostihuje lymfatické cévy ani uzliny. Kožní změny EV nejsou kontaktně přenosné na zdravého člověka. Zatím bylo popsáno jen 195 onemocnění z východní Evropy a Latinské Ameriky.

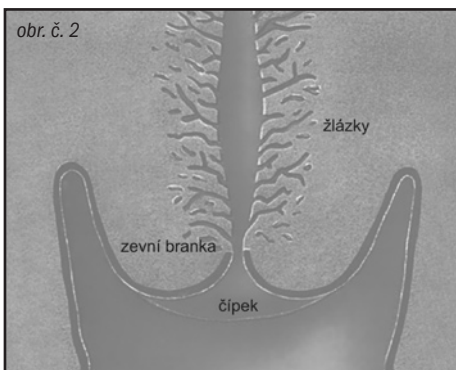
**HPV infekce jsou příčinou lézí orofaryngu, včetně bradavic:** týkají se nejvýše 0,5% lidí, početnější u osob s poruchami imunitní odezvy.

Také v této lokalizaci jde o solitární nebo vícečetné exofytické přisedlé nebo stopkaté papilomy s verukózními výčnělky až květákovitými výrůstky.

Obávaným onemocněním kojenců, batolat a imunosuprimovaných dospělých je laryngeální papilomatóza, příčina dechových potíží, zjištělná laryngoskopií. Vyskytuje se sporadicky u kojenců v důsledku prostupu porodními cestami matky a později ve věku kolem tří let. Vzácná je rekurentní respirační papilomatóza dospělých. Infekce se může manifestovat i v podobě papilomů nazálních, konjunktiválních, na víčkách očních a horních dýchacích cest.

**Analogické změny nastávají i v oblasti anogenitální, kde infekce postihuje jak povrch kůže, tak její adnexa,** tj. žlázy ekkrinní i apokrinní, (v hluboké dermis s výstelkou z kuboidního epitelu), holokrinní pilosebaceózní aparát v epidermis a folikly chloupků (ze stratum germinativum epidermis): exofytické nebo ploché ložiskové změny se zde označují jako **kondylomy**: od papul až k objemným exofytickým masám tkáňové hyperproliferace.

Ty se prezentují také na vrstevnatém dlaždicovém epitelu interiéru vagíny, u muže na glans penis, membru a kůži perigenitálně,



perineálně, na sliznici urethry. Nejčastěji je však postižen cervix uteri (obr. 2): cylindrický či konický útvar 3-4cm délky a 2,5-3,5 cm šíře (v závislosti na věku, paritě a hormonální situaci). Jeho vnější část, zvaná čipek (portio vaginalis) vyčnívá do interiéru poševního. Ústí do vagíny zevní brankou (os externum), od ní periferně ke stěnám poševním je ekto-cervix. Hrdlo samotné je endocervix., průsvitu tvaru amfory, ústí vnitřní brankou do dutiny děložní. Podložní stroma je z pojivové tkáně (fibroblasty a fibrocyty, v extracelulárním viskoelastickém materiálu převažuje kolagen I a III, a proteoglykany), jen v 15% hmotnosti z buněk hladkých svalů, s cévami, lymfatickou drenáží a hojnými nervovými vlákny se senzitivními zakončeními zejména ve vnitřním průsvitu hrdla.

Cervix je pokryt dvěma typy epitelů: dlaždicovým epitelem (vrstevnatým, nerohovějším) a žláznovým cylindrickým epitelem (jednořadým, hlenotvorným, místy s řasinkami). Na strategických místech pod cylindrickým žláznovým epitelem jsou roztroušeny buňky rezervní s bipolární možností diferenciací. Dlaždicový epitel adhezuje na papily podložního stromatu, oddělen bazální membránou (tenkou rohoží tuhé extracelulární proteinové matrix). Žláznový epitel je výstelkou četných tubulárních žláznových krypt. Nepodléhá cyklické deskvamaci jako endometrium.

Linie setkání obou epitelů cervixu (skvamokolumnární junkce) sleduje embryonálně danou distribuci, dynamicky se posouvá v závislosti na věku, hladině estrogenů, porodním traumatu i v graviditě.

Častá je z těchto různých příčin everze cylindrického epitelu na ekto-cervix (ektopie).

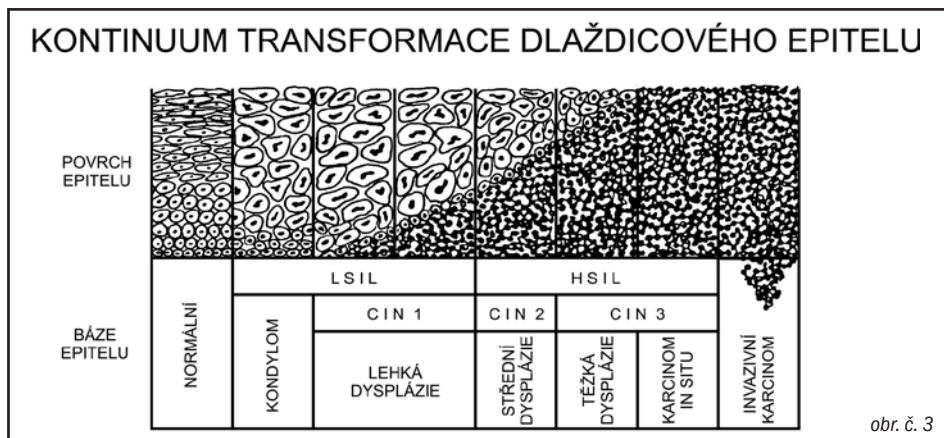
Cervikální hlen (glykoprotein mucin, produkovaný sekrečními žláznovými buňkami) je v estrogenní fázi cyklu profúzní, vodnatý a alkalický, koncentrace natria a kalia v něm se projevuje krystalizací. Po ovulaci pod vlivem gestagenů je hlen vazký, s příměsí leukocytů. Ve vaginálním interiéru je cervikální hlen pozměněn acidifikujícím sekretem.

Žláznové buňky proto podléhají destrukci a příležitostně jsou nahrazovány nově tvořenými buňkami metaplastickými v podobě transformační zony.

Nepřímá dlaždicobuněčná metaplasie začíná ložiskovou proliferací a diferenciací rezervních buněk a vytváří tenký nevrstvený epitel – nezralý metaplastický, později většinou vyzrálý. U malé menšiny žen se může nezralý metaplastický epitel měnit na dysplastický v důsledku infekce HPV: patrně na podkladě různosti lokalizované buněčné imunitní odezvy (a reprodukčního účelu nereagovat na „cizí“ sperma).

**Analogická je anatomie epitelálního povrchu análního prstence:** keratinizovaná epidermis perinea (kde léze může překrývat hyperkeratóza a mohou být pigmentované) je proximálně vystřídána nonkeratinizujícím vrstevnatým dlaždicovým epitelem trubice o délce 3 – 4 cm, a pak transformační zónou k výše uloženému cylindrickému žláznovému epitelu rektosigmoidea. Odehrávají se tu stejné změny jako v dolním genitálním traktu, avšak s četností jen několika procent počtů změn genitálních.

**K infekci virem lidských papilomatózních lézí v anogenitální oblasti** dochází především



obr. č. 3



přímou inokulací kontaktem kůže nebo sliznice v místech drobných erozí a v terénu nezralé transformační zony při sexuálním styku (vaginálním, rektálním, orálním) s infikovaným partnerem. Ochrana kondomem je pro rozsah infekčního osídlení téměř neúčinná. Přenos je možný vzácně i vertikálně, z porodních cest matky na dítě, může se projevit někdy i později než za rok. Další možností je přenos viru HPV2 autoinokulací případně inokulací od pečující osoby k příjemci při výměně plen a prádla (přenos byl dříve mylně interpretován jako důsledek sexuálního zneužití). HPV infekce jsou tak rozšířené, že až 80% celé populace sexuálně aktivních lidí byla v určitém okamžiku svého života infikována. Jediným rezervoárem infekce HPV je člověk. Podle pořadí sekvencí nukleotidů je nyní známo 130 odlišných typů virů, z nich více než 40 osidluje mužský i ženský anogenitální trakt.

**Viry indukující karcinogenezu nejsou totožné s viry, indukujícími vývoj veruky.**

Se zřetelem k možnému onkogennímu působení na cervix uteri patří k virům:

- a) vysokého rizika (HR-high risk): 16,18,31,33,45 (tři čtvrtiny karcinomů)
- b) nízkého rizika (LR-low risk): asi 15 typů, zejména 6,11,40,42,43, 51,52 ... aj., **infekce sama o sobě však nezpůsobí maligní transformaci infikované tkáně.**

Existují pozoruhodné rozdíly geografické distribuce infekcí HPV děložního hrdla, např. 5x vyšší v subsaharské Africe než v Evropě. Určité typy virů HPV mají afinitu k různým epiteliálním lokalitám, a také k různým histologickým typům tumorů i jejich prekurzorů: typ 16, 31, 33 k dlaždicobuněčným, typ 18 ke žlázovým (tj. adenokarcinomům).

**Průběh infekce HPV může být zcela bezpříznačný.** Naprostá většina žen prožívá přechodnou infekci, po níž následuje spontánní clearance virové DNA. Bepříznačných infekcí je 10-30x více než cytologicky zjištěných změn.

**Condylomata accuminata** (HPV 6 a 11 HPV 16,18 a další): mukokutánní léze, ploché i exofytické v podobě ložisek, bělajících po chemickém zvýraznění, drsnatin, vlásků a prstíků s kapilárními klíčkami až ke květákovitým výrůstkům. Kde se na jejich vzniku podílí typy HPV 16,18 a další HR, jsou kondylomy prekurzory karcinomu. Kondylomy mohou současně postihovat perineum, vulvu (vestibulum, zadní manžetu), anální prstenec, vaginu i cervix.

**Patogeneza infekce HPV:** infekce vzniká po expozici bazálních epitelů kožního nebo epiteliálního povrchu tělního (keratinocytů) volným virionům.

Viry se chovají jako paraziti, schopní využívat buněčný biochemický aparát k expresi svých genů k replikaci virových genomů a jejich zabalení do ochranných obalů, to vše v průběhu diferenačního procesu epiteliálních buněk. Využívají fyziologické deskvamace dlaždicových buněk k šíření svých virionů, bez zánětlivého doprovodu. K zásahu dochází při mikrotraumatech a erozích epitelu, endocytózou: viry adherují díky svému povrchovému proteinu L1 ke vhodným receptorům na buněčném povrchu, penetrují membránou buněčnou a jsou pohlceny do transportních váčků, které pak splynou s endozómami.

Mohly by pak být transportovány do lyzozomů, ale namísto toho díky svému povrchovému proteinu L2 rozruší membránu váčků a putují v cytosolu a ničí vlákna cytoskeletu.

V buňkách ztrácejí své proteinové obaly (kapsidy) a jejich kruhová DNA vstupuje do buněčného jádra: Začíná proces exprese virového genomu, výsledkem je protein.

**HiPP**  
Baby  
SANFT

## Dětská kosmetika HiPP a nejen pro děti ale i dospělé



Všechny produkty obsahují vysoce kvalitní mandlový olej, který je pokožkou výborně snášen.

Všechny produkty jsou vyvinuty s cílem redukovat veškerá rizika vzniku alergií:

- bez minerálních olejů,
- bez aromatických látek, které by mohly vyvolávat alergie,
- bez barviv a všude, kde to je možné, také bez konzervačních látek,
- bez škodlivých PEG-emulgátorů,
- bez mýdla, jen s obsahem obzvláště jemných mycích substancí,
- snášenlivost pokožkou dermatologicky potvrzena.

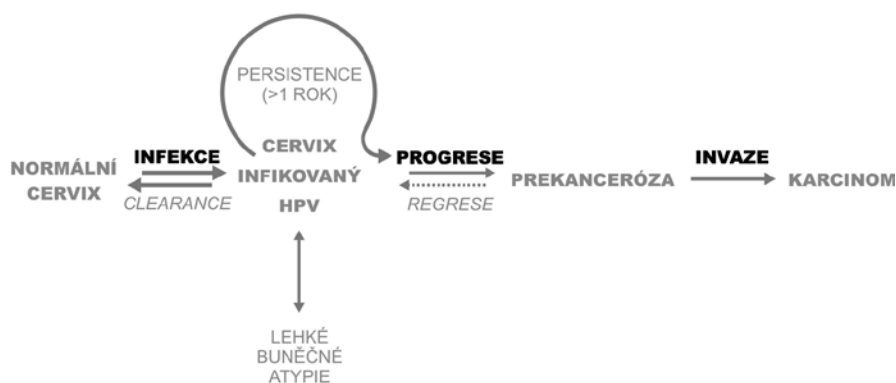
Vyvinuto ve spolupráci s dermatology a dětskými lékaři - klinicky testováno.





obr. č. 4

## PŘIROZENÝ PRŮBĚH INFEKCE HPV



Virus kóduje nejprve proteiny, které umožňují hostitelským enzymům rozpoznat a využít jeho replikační počátek a replikovat tak virový genom, několik málo kopií.

Ty nejsou zatím integrovány, jsou v **episomálním** stavu tj. mimo aktivní hmotu chromosomů, existují v buňce jako plasmidy v podobě monomerních klubíčkových molekul. Virové populace se nezmnoží dělením buněk, protože jsou acelulární, stimulují však lokální proliferaci epitelových buněk.

**Proliferace dlaždicového epitelu** a její průvodní děj diferenciace do vyzrálé podoby buněk připomínajících střešní krytinu, by ostatně probíhala i bez infekce: jejím růstovým podnětem jsou zejména estrogény. Dceřiné kopie bazální buňky, odpoutání od bazální membrány a výstup k povrchu spolu s kondenzací jádra a plošným roztažením cytoplasmy. Celý děj trvá 5 - 7 dní a diferenciace končí deskvamací z povrchu.

**Epitel infikovaný HPV** reaguje několika tendencemi, nikoli zcela uniformně: ztluštěním (akantózou) nebo rohověním (keratózou), pseudoepiteliomatózní hyperplazií. Při produktivní infekci se v buňkách intermediární vrstvy dlaždicového epitelu replikuje DNA viru HPV a vzniká značné množství kopií (**vegetativní amplifikace**). Následně se exprimují proteiny pozdní, kódující vznik kapsid, viry se vážou na membrány malých váčků, vznikají samostatné viriony, chráněné před atakou imunitního systému, a mohou se vyplavit („vypučením“) jako exozomy mimo buňku. Přetrvávající produkci infekčních virionů HPV provázejí **cytopatické efekty epitelálních buněk** (aneuploidie a zmožení jader, vznik keratohyalinních granúl a balonovité vakuoly cytoplasmy do podoby koilocytů) a také **ložiskové změny epitelální tkáně**: retardace postupu vyzrání ve vertikálním vrstvení

dlaždicového epitelu s expanzí proliferujících parabazálních elementů, s proměnami krevního řečiště ve stromatu, LSIL (low grade intraepithelial lesions).

**Imunitní reakce** je odezvou buněčné složky (humorální reakce je bezvýznamná): infiltrují sem T-lymfocyty - rozeznávají antigeny cizích peptidů na povrchu infikovaných keratinocytů molekulami histokompatibilního komplexu HLA a v bradavicích navodí jejich nekrózu včetně okolních buněk a clearance virů HPV.

Užití názvu „neoplázie“ pro **změny LG (low grade lesions)** je zavádějící, změny mají transitorní ráz a u 90% žen se spontánně zhojí (do dvou let u 81% infikovaných).

Klinické problémy vznikají při **persistenci** virů HPV v epitelální tkáni (přetrvávání přítomnosti virové HPV více než 1-2 roky) a **integrace virového genomu typu HR do buněčného jádra** (kopie seřazené jedna za druhou na zranitelných místech chromosomu): to vede často ke ztrátě funkce virového proteinu E2, což usnadní imortalizaci buněk. Časné proteiny E6 a E7 virů HPV „vysokého rizika“ potlačují (zvýšenou degenerací) hlavního ochránce integrity původního buněčného genomu - tumor supresorický protein p53 a aktivují enzym telomerázu, E7 jako hlavní transformující onkogen se váže na tumor supresorickou skupinu buněčných proteinů pRB. To vše stimuluje přechod buňky do S-fáze buněčného cyklu a vede k replikaci. Oba proteiny jsou onkogeny, imortalizují buňky. Brání normální buněčné reakci, již by byla programovaná smrt - apoptóza. Buňka permanentně infikovaná HPV prochází serií buněčných dělení a není schopna reagovat apoptózou. Virus přebírá určité kontrolní mechanismy buněčného cyklu a preferuje replikaci svou vlastní. Infikované buňky jsou geneticky nestabilní. Je narušen i průběh mitózy, vznikají proto atypické mito-

tické figury.

Jen tyto ženy mohou mít **léze HG (heavy grade lesions)**, právě prekursorů možného zvratu v karcinom: ztrácí se diferenciace, tj. převládají malé bazaloidní buňky i v horní části epitelu, je patrná aneuploidie se zvětšením jader a změnou poměru velikosti jádra k cytoplasmě, s větším počtem mitotických figur, s možností progresse.

**Názvosloví těchto změn** vzešlo z konfrontace prebiopických vyšetřovacích metod (kolposkopie a cytologie) s histopatologií (standardem diagnózy) a vyvíjelo se v souladu s poznáním společné příčiny a variant morfologických znaků.

V šedesátých letech minulého století převládaly pojmy **dysplázie** (lehká, střední a těžká) a **karcinom in situ** (v naší zemi se dosud často užívají - viz. obr. 3), pak cervikální intraepiteliální neoplázie (CIN1,2,3), až k soudobému třídění na low grade low grade intraepithelial lesions (LSIL) a high grade intraepithelial lesions (HSIL). Léze žlázkového epitelu GIL (glandular intraepithelial lesions) se nyní označují jako žlázkové buněčné atypie (AGC-FN) a adenokarcinom in situ (AIS). Vyvíjejí se v kratším časovém sledu, proto náleží k lézím HG.

Infekce viru HPV obdaří buňky „nesmrtelností“ ale nestačí k jejich maligní transformaci. Buněčná imortalizace vyžaduje obnovu délky chromosomální teloméry aktivací telomerázy. Expresce časného virového proteinu E6 ji pouze indukuje.

Kromě základní predispozice, tj. persistence virové DNA jsou známy i **další faktory, zvyšující relativní riziko neoplastické transformace**:

- sexuální chování muže a počet sexuálních partnerů v průběhu života
- etnický daná genetická predispozice (rodíly haplotypu leukocytárního antigenu HLA)
- multiparita donošených dětí u mladých žen (trauma cervixu, imunosuprese)
- infekce dalšími sexuálně přenosnými patogeny (některé genotypy chlamydií)
- tabakismus, zvláště kouření cigaret (silné argumenty epidemiologické)
- poruchy imunitní odezvy, zejména imundeficience, HIV
- kohabitarché v době pubertálních somatických změn
- poruchy výživy s nízkou hladinou alfa-tokoferolů a vitamínu C, antioxidantů
- neúčast na screeningových vyhledávacích programech

# HiPP

To nejlepší z přírody.  
To nejlepší pro přírodu.

Léze dlaždicového epitelu úrovně LSIL, v naprosté většině případů spontánně regredují nebo dlouhodobě stagnují. Jen u 10ti% z nich dochází k progresi v HSIL, a **jen 0,15% progreduje v invazivní karcinom, a to po celkem více než 10ti letech od primární infekce** (obr. 4, Schiffman HM, 2004).

Léze žlázového epitelu GIL jsou vzácnější, (v poměru ke dlaždicobuněčným 1:50), mohou však progredovat rychleji.

**Přirozený vývoj infekcí HPV je totožný s vývojem prekanceróz. I prekancerózní léze HG mohou, byť méně často, spontánně (tj. imunitní reakcí), regredovat a vymizet. Nejzávažnější je perzistence viru HPV 16,** jenž zatím blíže nevysvětleným způsobem uniká imunitnímu dozoru. Řadu let jsou prekancerózní změny přístupné detekci (klinická cytologie, případně i test přítomnosti HPV DNA) a návazné diagnostice a léčbě.

Poslední příčina maligního zvratu, spojená s průnikem resp. lokální ztrátou způsobilosti tvořit bazální membránu, není známa.

**Karcinomové buňky** jsou výsledkem několika (snad 6-10 i více) mutací, jež se v dlouhém časovém horizontu akumulovaly. Především se množí, rychleji než buňky normální, bez řádu a skladu, nezávisle na růstových podnětech a mitogenních podnětech. Jsou to mutanty, přežívají i za okolností, při nichž by normální buňky prošly apoptózou. Nejsou omezeny degenerací telomér, jejich genom exprimuje telomerázu.

Vzrůstajícími nároky neoplasmatu na kyslík a živiny provokují lokální extracelulární produkci faktorů angiogenezy a později metastázuji. Výsledkem jsou čepy neoplastických epiteliálních buněk ve stromatu, pak průnik do krevních cév nebo lymfatických štěrbín: invaze, pak invazivní růst s novotvorbou cév, a později tvorba metastáz do okolí nebo ve vzdálených lokalitách, v definovaných klinických stádiích maligního tumoru. Neléčené nemocné způsobí krvácení, špinění, hlenohnisavý fluor, rekurentní cystitis, únavu a slabost, bolesti v zádech i podbřišku, edémy dolních končetin, píštěle nebo obstrukce močových cest, zažívacího traktu, dechové potíže, anemii a kachexii.

Karcinom děložního hrdla je stále vážným zdravotním i zdravotně sociálním problémem v Evropě.

Každým rokem je jím postiženo 50 000 žen a z nich cca 25 000 na toto onemocnění umírá. Nové členské země EU mají incidenci onemocnění dvakrát vyšší než země původní EU 15. Týká se to zejména žen na vrcholu života, mezi 30 až 50ti lety.

Naprostou většinu karcinomů děložního hrdla je možno odvrátit: prekuzory lze odhalit a nepatrnými ambulantními ošetřeními eradikovat.

Metody sekundární prevence, tj. screening a následná diagnostika i léčba jsou velmi účinné, avšak organizované programy má jen 7 zemí v Evropě.

Nepodařilo se dosud realizovat organizaci screeningu v České republice pro absenci politické vůle a pro záměrné obstrukce zájmových skupin i úřadů.

Důsledně aplikovaná standardní úroveň dosavadních postupů sekundární prevence a v delším časovém horizontu nyní již dostupná primární prevence vakcinací naznačují cestu, jíž by bylo možno produktivní infekce a většinu karcinomů děložního hrdla i dalších mukozokutánních lokalizací ze seznamu lidských utrpení prakticky vymýtit.

Literatura u autora



## Probiotické mléčné kaše



- obsahují probiotika
- pokrmy skvělé chuti, které výborně zasýtí
- lehce stravitelné
- nyní ve větším balení 275 g
- obsahují mléko pro pokračovací kojeneckou výživu
- obohaceny vitaminy, minerály
- bez přídavku cukru

Kompletní sortiment HiPP koupíte v lékárnách (lékárník Vám požadované výrobky objedná) a vybraný sortiment v řetězcích Billa, Delvita, dm drogerie, Schleckler (Droxil), Globus, Hypernova, Interspar, Rossmann a Tesco.

Infolinka (po-pá 8-14): +420 724 139 949, HiPP Czech, s.r.o.,  
Radlická 608/2, 150 00 Praha 5,  
e-mail: hipp@hipp.cz; www.hipp.cz, www.hipp-babysanft.cz



## Nová grafická pomůcka pro výpočet BMI a zařazení dítěte ve věku 5 – 18 let do percentilového pásma grafu BMI

Bláha P.

Katedra antropologie a genetiky člověka, Přírodovědecká fakulta UK, Praha

Vígnerová J., Roth Z.

Oddělení biostatistiky a informatiky, Státní zdravotní ústav, Praha

Ryšánková J.

Pfizer, spol. s.r.o., Česká republika

Pro posouzení nízké či nadměrné hmotnosti a obezity používáme v běžné praxi u dětí do 5 let zařazení dítěte do percentilového pásma grafu hmotnosti k tělesné výšce, pro děti starší 5 let do pásma grafu BMI. Jedná se o referenční grafy podle výsledků 5. Celostátního antropologického výzkumu 1991. Jedinci, jejichž hodnoty hmotnosti k tělesné výšce nebo BMI se pohybují v rozmezí 75. – 90. percentilu, jsou jedinci se zvýšenou hmotností. Hodnoty těsně pod 90. a nad 90. percentilem znamenají nadměrnou hmotnost hraničící s obezitou, hodnoty nad 97. percentilem znamenají jednoznačně obezitu.

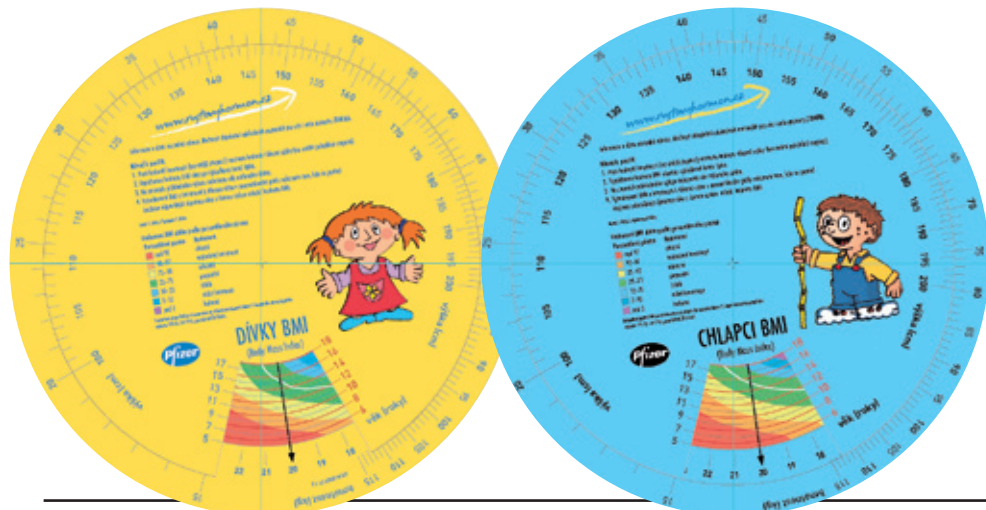
Za finanční podpory firmy Pfizer byl konstruován kotouč (na jedné straně pro chlapce, na druhé straně pro dívky), s jehož pomocí se nastavením tělesné výšky proti hmotnosti určí hodnota BMI. Vnitřní kotouč je opatřen výřezem, na jehož stranách nalezneme věk měřeného dítěte. Tam kde se protíná část kružnice odpovídající danému věku s rýskou

Percentilové pásmo	Hodnocení
97 <	obézní
90 – 97	nadměrná hmotnost
75 – 90	robustní
25 – 75	proporční
10 – 25	štíhlé
3 – 10	nízká hmotnost
< 3	hubené

určující hodnotu BMI nalézáme zařazení dítěte do percentilového pásma.

Pomůcka by měla výrazně podpořit práci pediatriů při prevenci obezity, ale i nízké hmotnosti. Pro výpočet BMI není třeba kalkulačky ani PC, pro zařazení dítěte do percentilového pásma není třeba percentilových grafů ani tabulek.

V případě zájmu o tuto pomůcku, můžete požádat o její zaslání na internetové adrese <http://www.rustovhormon.cz/objednavka-pomucek>.



### AIDS pronikl do světa přes Haiti

Virus způsobující AIDS se dostal do Spojených států pravděpodobně v roce 1969 z Haiti, tedy podstatně dříve, než dosud vědci předpokládali. Přinesl ho s největší pravděpodobností jediný infikovaný přistěhovalce, který byl u zrodu epidemie, jež si v dalších desetiletích vyžádala miliony životů. Vyplývá to ze studie, která vyšla v odborné americké revui Proceedings of the National Academy of Sciences.

Podle nových poznatků byl virus HIV šířen asi 12 let předtím, než vědci rozpoznali AIDS jako nemoc. „Je to dost deprimující vědět, že jsme infekci měli tak dlouho před nosem,“ řekl vedoucí studie, biolog z Arizonské univerzity Michael Worobey.

Jeho tým provedl genetickou analýzu krevních vzorků od prvních pacientů s AIDS. Zjistil, že HIV se dostal na Haiti asi v roce 1966 – což odpovídá předcházejícím odhadům – a pak do USA asi o tři roky později.

AIDS může propuknout až několik let po nakažení virem HIV. Vědci se domnívají, že neznámý svobodný haitský přistěhovalce tehdy přijel do velkého města, jako je Miami nebo New York. Virus se pak léta šířil – nejprve v USA a pak do dalších zemí.

„Tento jediný nakažený infikuje dalšího. Teprve pak se to znásobí a máte hned třeba čtyři nakažené. Takže po určité období, trvající zřejmě dost let, je nakaženo zřejmě sto lidí,“ uvedl Worobey. „Potom, jak se epidemie šíří, už to není sto, ale 200 infikovaných a pak jsou to tisíce a desetitisíce. Poměrně rychle tu máte statisíce infikovaných, kteří tu byli již předtím, než bylo onemocnění začátkem 80. let rozpoznáno,“ dodal.

Spoluautor studie, Arthur Pitcheňik z univerzity v Miami, si již v roce 1979 všiml haitských přistěhovalců se záhadnou nemocí, která se později ukázala jako AIDS. Pitcheňik věděl, že úřady uschovaly některé jejich krevní vzorky. Spolu s Worobeyem analyzovaly pět z nich. Zkoumali také genetické údaje od 117 dalších pacientů z celého světa z tohoto prvního období šíření epidemie.

Došli takřka ke stoprocentní jistotě, že virus se nedostal do USA přímo z Afriky, ale přes Haiti. Máme nyní objektivní důkazy o tom, kudy se virus ubíral, ne jen neprokázané teorie, řekl Pitcheňik.

**Česká spořitelna**



# Jak kouření poškozují zdraví volnými radikály

MUDr. Václav Holeček, CSc., MUDr. Jiří Liška, CSc., MUDr. Štěpánka Sobotová

Mulačova nemocnice s.r.o., Plzeň

## Souhrn:

**Kouřením v dětském věku rychleji vzniká závislost. Velké množství volných radikálů v cigaretovém kouří podporuje lipoperoxidaci, poškození bílkovin a enzymů, podporuje i vznik mutací DNA s možností pozdějšího nádorového bujení. Z orgánů kromě plic mohou být poškozeny i zuby, gastrointestinální trakt, kardiovaskulární systém, nervový systém, v těhotenství i plod aj. Škodlivé následky jsou i u pasivních kuřáků, dlouhodobé kouření marihuany poškozují i mozkovou činnost a imunitu.**

### ■ Úvod

Stále více se rozmáhá kouření u dětí, mnohdy již i u dívek po 10. roce života. Nevýhodou protikuřácké propagandy v tomto věku je, že mladý organismus je odolný, schopný velké regenerace a vzhledem k délce kuřáckých návyků jsou onemocnění a potíže po kouření relativně malé. **Je přesto třeba se podívat ze zdravotního hlediska na mechanismy poškození zdraví kouřením. Jednou z hlavních škodlivin jsou volné radikály.** V cigaretovém kouří je obsaženo více než 1000 různých látek, mnohé z nich jsou škodlivé. **Kouření je velkým zdrojem volných radikálů.** 1 cigareta představuje příjem 1017 volných radikálů. Volné radikály z cigaretového kouře představují hlavně superoxid a alkoxylové a alkylové radikály, volný hydroxylový radikál, ale i tzv. ROS látky, které sice nejsou volnými radikály, ale chovají se podobně. Volné radikály jsou velmi reaktivní, poškozují lipidy lipoperoxidací, oxidují bílkoviny, vytváří při vyšší glykemii tzv. AGE látky - škodlivé produkty pokročilé glykace - poškozují a mutují i DNA, což může vést k nádorovému bujení.

### ■ Složky cigaretového kouře a jeho účinek, kancerogenita

Cigaretový kouř se skládá ze dvou fází: plynné a pevné. Obě jsou škodlivé a obsahují vysoké koncentrace toxických a karcinogenních látek. V méně kvalitních cigaretách mohou být i pesticidy.

### ■ Cigaretové filtry

Je snahou odstraňovat z cigaretového kouře pokud možno co nejvíce škodlivin, jako oxidy dusíku, peroxid vodíku, oxid uhelnatý, kancerogenní aldehydy a nitrososloučeniny, toxické a stopové prvky aj. K tomu mají sloužit filtry. Běžné filtry nedostatečně odstraňují polycyklické aromatické uhlohydráty, heterocyklické a aromatické aminy, volné radikály a ROS.

**Hodně se u nás rozmáhá kouření marihuany.** Marihuana (cannabinoly) se používá jako droga již asi 10 000 let. Pochází z Číny, odkud se rozšířila do světa. Surová marihuana obsahuje více než 400 aktivních chemických látek, z nichž některé jsou toxické. Je pravda, že návyk nenastává u všech lidí a vytváří se až postupně. Marihuana - kromě známého poškozování mozkových buněk - působí záněty, edém, poškození buněk tracheobronchiální mukózy a zvyšuje riziko karcinomu plic. Zvyšuje produkci ROS a výrazně snižuje intracelulární hladinu redukováného glutathionu (GSH). Marihuana snižuje funkci alveolárních makrofágů a schopnost zabít bakterie a nádorové buňky. Působí příjemné pocity, ovlivňuje psychiku a proto se stala návykovou drogou. Zpočátku působí povzbuzení, zvýšenou činnost, oblužuje, později však dochází k útlumu. Působí genotoxicitu (poškození genů), pokles teploty, poškozují bílé krvinky (makrofágy) v plicích a produkci některých důležitých látek (cytokiny). Je tím poškozena schopnost zabít bakterie a nádorové buňky. Poškozením DNA dochází k možnosti vrozených poruch v další generaci. Poškozuje soustředění, je nevhodná pro lidi, kteří musí pracovat rychle a přesně. Delší užívání vede k depresím a výraznému zhoršení paměti.

### ■ Nemoci způsobené kouřením

#### Srdečně-cévní nemoci

Vzhledem k tomu, že první aterosklerotické změny nastávají již v dětství, je třeba se zmínit i o volné radikálové teorii aterosklerózy. Podle ní volné radikály oxidují, případně i jinak modifikují LDL-cholesterol. Ten pak není poznán receptory pro LDL a musí být odstraňován z krevního oběhu jiným způsobem: scavengerovými receptory makrofágů v cévním endotelu. Dochází k poruše Ca-ATP pumpy a vzestupu vápníku intracelulárně, hromadění cholesterolu v makrofágu, k aktivaci proteáz (elastázy, kola-

genázy aj.) a vzniku pěnové buňky, základu aterosklerotických změn. Volné radikály z kouření zvyšují lipoperoxidaci, což je dalším rizikovým faktorem pro aterosklerózu. Dalším postupem pak vzniká endotelová dysfunkce. Vlivem cigaretového kouře stoupá průměrný arteriální tlak a klesá elasticita koronárních arterií. Expozice nikotinu působí zvýšenou produkci volných radikálů, zvyšuje adhesivitu vaskulární stěny a snížení fibrinolytické aktivity v plazmě. Kouření poškozují srdeční hemodynamiku, působí dyslipidemii (vzestup celkového cholesterolu, LDL, triacylglycerolů, apolipoproteinu B) a oxidační poškození (vzestup malondialdehydu, pokles superoxid dismutázy - SOD). Kouření zvyšuje tepovou frekvenci, zvyšuje vaskulární koronární rezistenci, srdeční kontraktilitu a potřebu kyslíku srdcem. Zvyšuje zánětlivou reakci se zvýšením počtu leukocytů a zvýšením CRP, porušuje rovnováhu mezi antitrombotickými a protrombotickými faktory a působí snížení fibrinolytické aktivity.

#### Fertilita, těhotenství a novorozenci

Volné radikály mají význam i pro fertilitu. Kouření výrazně zvyšuje množství ROS a vede ke zvýšené lipoperoxidaci ve varlatech. Volné radikály ovšem hrají i významnou roli v ženské fertilitě. V těhotenství se kouření v žádném případě nedoporučuje. Přesto jsou matky, které buď z nevědomosti a nebo ze závislosti nedokážou s kouřením přestat. Množství volných radikálů pochopitelně těhotenství významně ovlivňuje. Postižena je matka, placenta i plod. Vystavení Graafových folikulů oxidačnímu stresu působí významné vzestup intenzity peroxidace folikulárních lipidů a významné lokální pokles antioxidantního potenciálu. Nikotin a oxidační stres se považují za významné teratogenní faktory v těhotenství. Relativně častá je otevřená neurální trubice. Jako jedna z příčin předčasného odtoku plodové vody se uvádí i kouření. Záněť nebo infekce produkují kyselinu chlorovou, která poškodí amnion a chorion, resp. kolagen I. Podání vitaminů C a E může toto



poškození tkáně snížit. Kouření tedy během těhotenství mění antioxidační obranu v erytrocytech, což má negativní vliv na antioxidační systém novorozence. Kompenzatorní mechanismy proti účinku volných radikálů sice u kuřáček vznikají, placenta chrání před oxidačním stresem, ale je otázka nakolik dokáže být efektivní. Např. hladina vitamínu A,  $\beta$ -karotenu a vitamínu E jsou u kuřáček i v pupečnickové krvi novorozence nižší jako projev neutralizace volných radikálů. Kouření matek se projevuje i oxidačním stresem v krvi novorozenců, výrazně nižší porodní váhou novorozenců až **hypotrofií**. U dětí s nejnižší porodní váhou bývá i nízká hladina vitamínu E. Kouření snižuje sérovou hladinu některých vitamínů, což se může při nedostatku kyseliny listové a vitamínu B12 projevit hyperhomocysteinemií, známým rizikovým faktorem v těhotenství. U hyperhomocysteinemie klesá produkce NO, což podporuje vazokonstrikci v placentě.

#### ■ Vliv kouření na nervovou činnost

Mozek je nejvíce ohrožen volnými radikály (má nízkou antioxidační kapacitu, hodně poly-nenasycených mastných kyselin, které snadno podléhají lipoperoxidaci, má vysokou potřebu kyslíku, volné radikály nevratně poškozují neurony). Z dětských chorob spolupůsobených volnými radikály sem patří např. migrény (lipoperoxidy působí spasmus mozkových cév), Downův syndrom, epilepsie, encephalitis, meningitis, trauma CNS, hydrocefalus, ale i bolest (volné radikály ji spolupůsobí). Muscarinové cholinergní neurony jsou kritické pro učení a paměť, lipofilní antioxidanty je chrání.

Pro rozvoj mozku a udržení jeho funkce má velkou důležitost zinek, který funguje i jako antioxidant. Enzymy obsahující Zn jsou důležité pro syntézu serotoninu a melatoninu, nedostatek Zn může způsobit nízkou hladinu obou těchto hormonů. Těhotné s nízkým Zn a vysokým Cu mohou mít určité problémy s vývojem mozku fétu.

#### Stomatologická poškození vlivem kouření

Kouření jako mohutný zdroj volných radikálů

## Novinky nakladatelství ANAG

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore, dovolte, abychom Vám touto formou představili novinky našeho nakladatelství určené především maminkám.



### Radost ze zdravých dětí – preventivní i léčebná strava pro celou rodinu

MUDr. Vladimíra Strnadlová, Jan Zerkán (2980)

Jedinečná kniha, která respektuje přírodní zákonitosti a jejich vliv na stravu a výchovu dětí! Určena všem, kteří si přejí dát svým dětem to nejlepší a využívat při tom zákonů přírody. Inspiraci v ní však nenaleznou pouze rodiče. Může být bohatým zdrojem poznatků pro každého, kdo se zajímá o to, jaký vliv má příroda na náš jídelníček, na náš zdravotní stav a celkovou pohodu. Kniha doplňuje barevná příloha.

listopad 2007, vázaná, 368 stran 319 Kč



### Vaříme pro kojence a batolata

Annabel Karmel (3194)

Moderní a ucelená příručka pro moderní maminku. Dbejte rad zkušenějších a vařte svým dětem podle této knihy. Zajistíte tím vašemu dítěti nejlepší start do života! Kuchařka Annabely Karmelové, ve které autorka představuje recepty na výživné a chutné pokrmy pro miminka a batolata, vyšla poprvé v roce 1991. Od té doby se z ní stal vzor pro všechny maminky na celém světě. Kniha vás jistě přesvědčí o tom, že je bestsellerem číslo jedna mezi dětskými kuchařkami.

listopad 2007, vázaná, 228 stran 279 Kč



### Jak porozumět dětským snům

Pam Spurr (3263)

Neobyčejná kniha plná barevných ilustrací je určena především rodičům, kteří si přejí porozumět svému dítěti zase o něco víc, tentokrát však z hlediska snění. Autorka se zaměřuje na dětské sny a na příkladech příběhů ze skutečného života ukazuje rodičům, jak mohou pomoci dítěti překonat noční můry, podpořit jeho fantazii a tvořivost nebo ho pomoci otázkou o snech povzbudit k mluvení. Pomocí navržených scénářů se mohou děti s rodiči ke svým snům vracet a nechat je na sebe pozitivně působit.

listopad 2007, brožovaná, 144 stran 249 Kč



### Našemu sluníčku – buď fit od narození po školu

MUDr. Věra Kleplová, Dobromíla Pilná (2999)

Kniha se podrobně věnuje cvičení s dětmi od jejich narození až do doby, než zasednou do školních lavic. Publikace je koncipována jako pomocník a rádce, jednotlivé kapitoly jsou členěny podle věku dítěte a doprovázejí je nejen popisné ilustrace, ale také obrázky a básničky. Za každou cvičební jednotkou následuje stránka, na kterou si rodiče mohou zapisovat poznámky nebo nalepit fotografie. Knihu si tak mohou sami dovtáčet a po letech se k ní i se svými dětmi stále vracet.

listopad 2006, vázaná, 368 stran 289 Kč

Publikace můžete objednat • telefonicky: 585 757 411 • faxem: 585 418 867 • www.anag.cz, obchod@anag.cz (Budete-li mít zájem nabízet uvedené publikace k prodeji přímo ve Vaší ordinaci, rádi Vám je zašleme do komisního prodeje s rabatem 30 %. Více informací na tel.: 585 757 412, Bc. M. Zapletalová.)

ovlivňuje i vznik zubních kazů. Volné radikály totiž uvolňují z dentinu vápník. Kouř z cigaret poškozuje dásně a podporuje vznik periodontitidy, kyanidy z cigaret snižují antimikrobiální ochranu. Sliny účinkují jako čistící roztok a rezervoár iontů, ale i jako pufr a mají i antioxidační kapacitu.

#### Kouření a gastrointestinální trakt

Trávící ústrojí je ohroženo volnými radikály jak exogenního původu – sem patří i kouř z cigaret – tak endogenně při biochemickém metabolismu. Kouření a nikotin snižují průtok krve, stimulují sekreci pepsinogenu a stimulují bazální výdej kyselých iontů. Současným spojením vlivu kouření a alkoholu se potencuje poškození žaludeční mucosy, zvyšuje se průtok krve mucosou a vaskulární permeabilita. Kouření a nikotin zvyšují i ulceraci způsobenou *Helicobacterem pylori*, alkoholem, protizánětlivými léky a chladovým stresem.

Kyselina askorbová ovlivňuje uložení tuků nezávisle na BMI. Tedy nízká hladina kyseliny

askorbové u kuřáků podporuje vznik mužského typu obezity. Zajímavý je poznatek, že kouření snižuje plazmatický adiponektin, který mj. snižuje obezitu. Tedy kouření nesnižuje obezitu a pokud ano, tak pouze tím, že poškozuje žaludeční a střevní sliznici a tak zhoršuje vstřebávání, případně snižuje pocit hladu.

#### Otorinolaryngologická poškození u kuřáků

Poškození kochleárního epitelu hlukem je prováděno uvolňováním volných radikálů. Kouření zhoršuje obstrukční spánkovou apnoe.

#### Vliv kouření na funkce ledvin

Kouření vlivem volných radikálů je i rizikovým faktorem pro onemocnění ledvin. Je nefrotoxické pro pacienty s diabetem a renálními chorobami. Důvodem je vzestup krevního tlaku, změna intrarenální hemodynamiky, aktivace sympatiky, renin-angiotensinového a endothelového systému.

#### Další nemoci, na kterých se podílí volné radikály

Kromě výše uvedených nemocí je dosti dalších, které ve vztahu ke kouření nejsou příliš publikovány, ale na jejich vzniku i průběhu se podílí volné radikály. Sem patří diabetes mellitus, infekce, poruchy imunity, alergie, septické stavy, záněty všeho druhu, Crohnova choroba, nemoci štítné žlázy, revmatická artritida, kloubní poškození, osteoporóza, volné radikály mají význam i při transplantacích, u krevní transfuze, volné radikály přijímáme i ve výživě, množství volných radikálů vzniká i při extrémní námaze a vrcholovém sportu atd.

Závěrem je třeba říci, že poškození organismu kouřením je mnohočetné, projevuje se i v dětském věku a zvláště v něm je třeba chránit mládež před návykem na nikotin, případně zvýšit dietní příjem antioxidantů, nejlépe ve formě zeleniny a ovoce. Podávat je se doporučuje až 5x denně. Nejvíce vhodných antioxidantů má ovoce a zelenina, která je barevná, např. jahody, borůvky, ostružiny, rybíz, rajčata, modré víno, mrkev apod.

Literatura u autorů

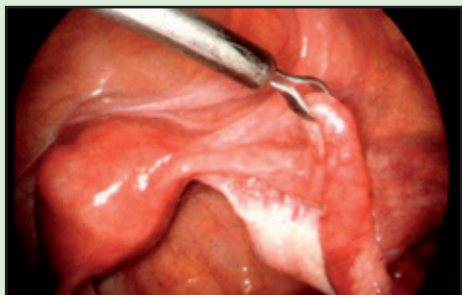


# Tenkostěnná cysta vejcovodu

## Kazuistika 18 leté dívky

MUDr. Zdeňka Růžičková

PLDD Karlovy Vary



### Nynější onemocnění:

Pacientka 18 letá přichází na kontrolu po chirurgické operaci v doprovodu otce, který je velmi rozezlen na stav našeho zdravotnictví (19.6.2001):

- proč to muselo být až tak pozdě?
- proč se tomu nedalo předejít?
- a co dál?
- bude zdravá?

### Rodinná anamnéza:

Bezvýznamná  
otec - VŠ, inženýr  
matka - středoškolačka - oba zdraví  
mladší sestra - zdravá  
spolupráce s rodinou výborná

### Sociální anamnéza:

studující, sportuje - tanec Rock and Roll

### Osobní anamnéza:

I. gravidita, I. para ve 40. týdnu, p.hm. 3 650 g / 53 cm  
Apgar 7-8-7 - krátkodobá porucha dechové adaptace,  
pro dysplasii kyčlí - Frejkova peřina

### V předškolním věku:

recidivující angíny a 1 x otitis -med,  
V-PNC 1x ročně  
od 3 let intermitentní abdominalgie  
ve 4 letech cerebrální komoce s hospitalizací-bez léčby

V 6 letech (XII/89) hospitalizace pro protrahovaný průjem a k vyšetření intermitentní abdominalgie zlepšené vždy dietním režimem.

Zjištěn jen **zvýšený bilirubin 23,2 a gama-globulin 0,235**, jinak bez patologických

nálezů včetně irrigografie, stolice na okultní krvácení, Campylobacter jejuni, HbsAg.

### Ve školním věku:

Při nástupu do školy velká tréma, lehký P-M neklid, po vitaminotherapii a psychogenním tréninku zlepšena.

V období let 1993-1998 (cca 10-15 let věku) sledována pro syndrom dráždivého kašle - **infekčně alergický syndrom a recidivující cephalgii**.

Všechna odborná vyšetření - ORL, alergo, pulmonologické včetně laboratorního vyšetření i na pertusis a parapertusis - negativní. Neurologická diagnóza uzavřena jako cephalgia smíšené etiologie při tetanii a vertebrogenním CC syndromu.

Oční vyšetření: myopia levis, astigmatismus myopicus l.-sin.

V 15 letech (XII/1998) ustupují uvedené symptomy a opět se vrací recidivující bolesti břicha s průjmovitou stolicí.

Osobní anamnéza v tomto období může zavádět k diagnóze neurovegetativní - psychogenní labilita:

- tréma při nástupu do školy
- recidivující abdominalgie - opakovaně bez patologického nálezu
- syndrom dráždivého kašle (psychogenní kašel?)
- recidivující cephalgia
- opět recidivující abdominalgia

### Další vývoj onemocnění:

Pro 2 dny trvající silné bolesti břicha v pravém hypogastriu a febrilní stav. Hospitalizována od pátku (28.1.2000) na chirurgickém oddělení:

FW: 7/17 --> 4/10

Lkc: 8,5 --> 7,9

H3: 13,7; HMT: 39,4; Trombo: 244; CRP: 0

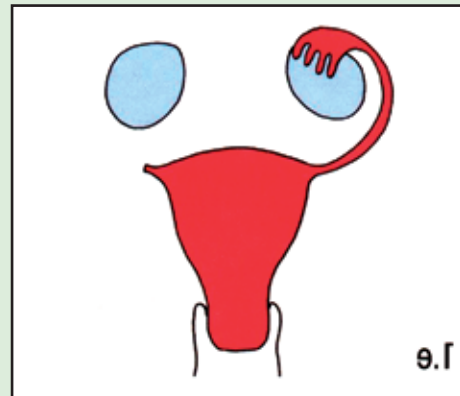
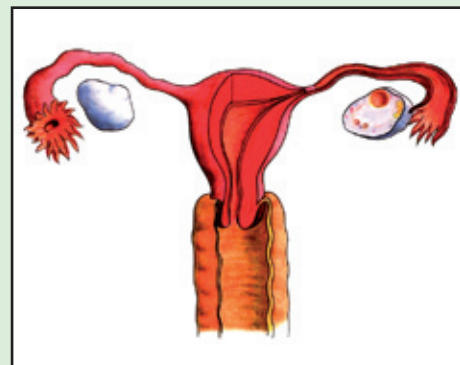
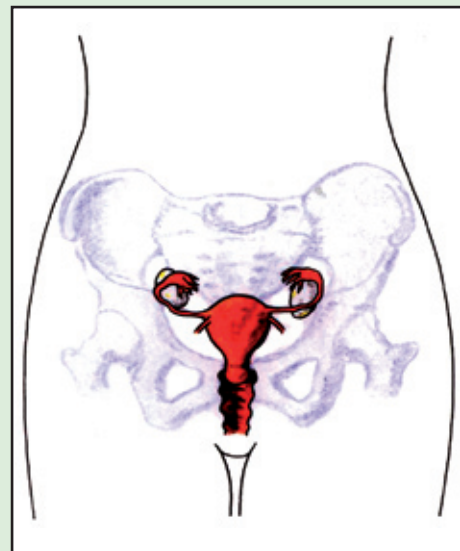
moč+sed.: pH 5; ketony 1; Leuko 1

sed.: Leuko;1; epit.dl. 2; kvasinky 1

při kontrole již bez patologického nálezu.

Urologické vyšetření: **sono ledvin** normální uložení ledvin bez městnání v dutém systému, vpravo mírně dilatovaný subrenální úsek ureteru.

RE: Cystopyelitis l. dx., nelze vyloučit urete-



rolithiasis nebo odchod drobného konkrémentu.

A proto pacientka přeložena na dětské oddělení k vyšetření abdominalgie nejasné etiologie (1.2.2000).



**Nestlé - Altera**

**Objektivní nález:**

Eutrofická spolupracující slečna bez alterace celkového stavu.

T: 37,5 °C, výška: 154 cm,

HM: 53 kg, TK: 120/70

moč+sed.: pH 8, bílk.: 0,

glukóza: 0, urobilinogen: 0,

bilirubin: 0, peroxid. reakce: 0

ketony semikoval.: 0, specif. hustota: 1010,

leuko: 0, sediment: negat.

KVAB: difteroidní tyčky

Sono ledvin a moč.měchýře: normální nález na urotraktu. Gynekologické vyšetření včetně sonografického: normální nález - virgo. Nativní RTG ledvin a malé pánve: bez známek urolithiasis.

Za 2 dny subjektivní zlepšení, propuštěna do domácí péče (3.2.2000) s diagnózou: **nespecifická mezenterická lymfadenitis**

Bez potíží 11 měsíců, avšak 4.1.2001 se objevují opět křečovitě bolesti břicha v pravém podbřišku - chirurg vyloučil NPB a přiměřeně urologického odd. neshledává urologickou příčinu obtíží.

Sono ledvin: **normální nález.**

Gynekologické vyšetření: 1.den menstruace, silnější krvácení než obvykle. Obj.: VIRGO.

USN: děloha v AVF normálně velká s nízkým endometriem v dutině děložní.

V pochvě patrná tekutá menstruační krev, krajiny adnex bez patrné patologické USN rezistence.

**RE:** dysmenorhoea

Th: Surgam

Algifen

**23.3.2001**

abdominalgia v období ovulace ustupuje během jednoho dne.

**2.6.2001**

■ přijata na chirurgické oddělení jiné spádové nemocnice pro 4 dny trvající bolesti břicha v pravém podbřišku se

zvracením. Stolice normální.

■ Obj.: T: 37,6 °C, TK: 140/80, P: 62/min, při vědomí, břicho měkké, prohmatné, palpačně bolestivé v pravém podbřišku s výrazným peritoneálním drážděním s naznačenou rezistencí, peristaltika klidná.

■ Laboratorní vyšetření:

**FW 13/31**

Hb:12,9, Ery: 4,75, **Lkc: 11,**

HMT: 37,6, Trombo: 217,

**Bil: 40,3,** ALT: 0,55,

AST: 0,49, GMT: 0,29, ALP: 1,37

**glykemie: 10,26,** urea: 6,6,

**CRP: 44,4**

moč+sed.: bílk.: opal., glukóza: 1,

aceton: 1, leuko: 11-20,

epi.: 11-20, bakterie: - plné pole

**ihned (2.6.2001) provedena chirurgická operace akutního stavu.**

Operační vložka chirurgická:

Druh operace: laparo, asistovaná AE SALPINGECTOMIA L.DX.

V klidné celkové anestezii provedena revize malé pánve appendix má známky chronického zánětu, provedena lege artis asistovaná AE se zanořením pahýlu a přešití Z stehem.

Na konci pravého vejcovodu ischemický tumor velikosti 3 x 4 cm. Přivolán gynekolog a provedena pravostranná salpingectomia s odstraněním tumoru.

Diagnóza per operační:

Appendicitis chronica, Tumor tubae I. dx

Histologický nález:

**A:** Appendix s koprostázou.

V jednom bloku je v lumen červu leukocytární exsudát. Defekt ve sliznici nenalezen.

**B:** Tuba délky 9 cm v terminálním úseku v délce 4,5 cm hemoragicky infarzovaná. Infarzovaný úsek oddělený od vitálního stran-

gulačním zúžením. 2 cm od abdominálního ústí vejcovodu je tenkostěnná cysta o průměru 3 cm vyplněná serózní tekutinou.

Stěna cysty hladká. Mikroskopicky - simplexní seriózní cysta.

Diagnóza při propuštění (15.6.2001):

**Appendicitis chronica, Cystis tubae I. dx.**

Terapie:

**AE, salpingectomia I. dx., Amoksiklav**

Operační rána zhojena p.p.

Obj. nález - **bez alterace celkového stavu**

Dop.: Další gynekologická péče a lázeňská léčba - Františkovy Lázně

Otci vysvětlen zdravotní stav dcery a ujištěn, že jistě nedošlo k zanedbání zdravotní péče, protože tenkostěnná cysta je:

■ s největší pravděpodobností tzv. Hydatis Morgagni, která vzhledem k poměrně značné velikosti způsobila torzi 4,5 cm úseku vejcovodu

■ to koresponduje s tzv. infundibulární a ampulární částí tuby, která je prostornější a tudíž mesosalping je volnější než u částí blíže k děloze uložených

- pars interstitialis

- pars isthmica tubae uterinae

■ příčina torse je vždy mechanický proces

■ cysta je relativně těžká a při pohybu působí abnormální pohyblivost úseku tuby (pseudocysta - HYDATIS)

■ recidivující bolesti břicha způsobil pravděpodobně chronický zánět appendixu.

■ s největší pravděpodobností není nebezpečí budoucí neplodnosti.

**Závěrem je třeba zdůraznit, jak nutné je edukovat pacienta i jeho rodiče a jak velmi složité, ale o to důležitější, je vcítit se do pocitů rodičů.**

**Program seminářů PLDD v roce 2008 - Lékařský dům Praha**

3.1. 2008	MUDr. Sausen Sládková	Příčiny respiračních onemocnění, na které málo myslíme
7.2. 2008	MUDr. Magdalena Paulová	Péče o novorozence
6.3. 2008	doc. MUDr. Petr Kučera, Ph.D.	Bodnutí hmyzem
<b>3.4. 2008</b>	<b>Konference SPLDD ČR- region Praha a Středočeský kraj</b>	
5.6. 2008	MUDr. Břetislav Brožek, CSc.	Aktuality z dětské oftalmologie
4.9. 2008	MUDr. Bohumil Seifert	Urgentní medicína dospělých
2.10.2008	MUDr. Markéta Dyrhoňová	Vybrané kapitoly z infekce
6.11.2008	PhDr. Prouzová	Drogová problematika
4.12.2008	MUDr. Vladimír Mixa	Urgentní medicína pro PLDD

**Nestlé - Beba Premium**



## Zajímavosti ze světa odborné literatury

### Včasně cerebrovaskulární onemocnění u 2-letého dítěte s extrémní obezitou

Autoři informují o dvouletém chlapci s časnou manifestací vaskulárních změn spojených s těžkou obezitou při metabolickém syndromu. Jeho základem byl extrémní přívod stravy. Sonografií karotid bylo zjištěno ztlustění intimy a perfusní magnetickou rezonanční spektroskopii pak cerebrální mikrocirkulační narušení. Na ECHO patrná hypertrofie levé komory.

Jednalo se o chlapce, který se narodil matce ve špatných socioekonomických podmínkách. V osobní anamnéze kolem porodu zcela bez komplikací. Neadekvátně se začalo dítě vyvíjet od 4-tého měsíce věku, kdy matka jej začala přikrmovat sladkostmi, zvláště velkým množstvím sladkého čaje. Dítě ve 2,5 roce vážilo 31 kg a měřilo 108 cm. Dítě nejevilo známky narušení psychomotorického vývoje, byly patrné ukazatele viscerální obezity. Obvod kolem beder 80 cm. TK se pohyboval kolem 150/90 mmHg, laboratorně nalezena hypertriglyceridémie, hypercholesterolémie a i mírně zvýšený ALT a GGPT. Glykémie se nevychylovala z normy. Pacient splňoval kritéria metabolického syndromu, neměl žádné známky endokrinologického onemocnění a při vyšetřování nezjištěny ukazatelé pro Prader Willi syndrom nebo známky tumorosního postižení CNS. Patrná jaterní steatóza, HLK, renální funkce v normě, včetně sekrece katecholaminů. Výrazné, již výše popisované, ztlustění intimy a medie obou karotid na sono uzavřeno jako evidentní strukturální změny. Na dalších vyšetřeních známky mikroangiopatie a při dalších vyšetřeních známky alterace mikrocirkulace v CNS. Během současné doby lze již vyšetřeními dostupnými a dítě minimálně zatěžujícími prokázat počínající sklerotické změny v CNS u obesních dětí.

*Eur.J.Pediatr. 2007, 166, 37-41*

\*\*\*

### Co je nového v chirurgickém léčení vesicour eterálního refluxu?

V řešení refluxu se kombinují otevřené chirurgické techniky, endoskopické techniky, laparoskopické korekce a nyní i asistence

pomocí robotů. Klasické jsou subureterické aplikace teflonu. Společně užívaným substrátem je také derivát hyaluronové kyseliny, zvaný Deflux. Vychází se z názorů o pokud možná minimální invazivní technice. Tradiční chirurgická léčba vytvářením submucosních tunelů je známa a často byla spojena s komplikacemi. V těchto technikách je ureter většinou reimplantován a vytvořen delší submucosní tunel. Při laparoskopických technikách prováděných intra i extravasikálně je patrná určitá limitace postupu. Při extravasikálních technikách je ureter fixován mezi mucosu a detrusor. Při těchto přístupech se také provádějí na několika klinikách robotem asistované laparoskopické techniky.

*Eur.J.Pediatr. 2007, 166, 763-768*

\*\*\*

### Antibiotické krytí u dětí s uroinfekcí není spojeno s redukcí reinfekce

U dětí mladších 6-ti let ve 3 - 7% u děvčat a 1-2% u chlapců se získává zkušenost s prodlouženou terapií uroinfekcí. Předpokládá se, že u dětí v prvním roce života je reflux přítomen až ve 30% a proto velmi často tyto děti mají dlouhodobou prodlouženou léčbu za účelem suprese růstu mikroorganismů. Pacienti byli zařazeni ze 27 pediatrických praxí ze 3 států ve věku od narození do tří let. Studie probíhala v letech 2001 - 2006. Ze 74.000 dětí měl 611 uroinfekci a 83 infekcí rekurentních. Rizikovým faktorem se ukázala bílá rasa, věk od 3-4 let a stupeň refluxu 4-5, který byl nejzávažnějším momentem. Sex, stupeň 1-3 a podávání antibiotik prodlouženě nemělo vliv na recidivy infekce. Expozice profylakticky podávaných antibiotik zvyšuje pravděpodobnost rezistence infekce 7,5 x.

*Jama 2007, 298 (2), 179 - 186.*

\*\*\*

### Klinické a hormonální nálezy u 27 dětí s centrálním diabetes insipidus centralis (CDI)

Střední věk těchto pacientů byl 8,6 roku. Konečné etiologii bylo postchirurgických infundibulo-hypofysárních postižení 7, cerebrál-

ních tumorů 8, histiocytosis u 3 dětí a další jen výjimečně. U nepostchirurgických CDI pacientů byly příznaky především polyurie, polydipsie, nauzea, nykturie, růstová retardace a bolesti hlavy. U asociované antehypofysální insuficience byla dokumentována většinou insuficience somatotropního hormonu hypofyzy. Pacienti měli provedenou CT, nukleární magnetickou rezonanci. Tato většinou odhalila patologické signály. Všichni pacienti s idiopatickými CDI byli nadále sledováni a každých 6 měsíců měli prováděnou nukleární magnetickou rezonanci! Byl nalezen jeden maligní teratom. Musíme si uvědomit, že příznaky diabetes insipidus mohou být známkou rozšiřujícího se procesu v CNS. Zvláště pozor na polydipsii a polyurii.

Pro osvěžení: CDI je charakterizováno velkým objemem nekoncentrované moči - více než 2 litry na m<sup>2</sup> a přibližně 150 ml/kg a den v době poporodní, 100 ml/kg/den ve 2 letech a 40-50 ml/kg/den po 2 letech. Toto je dáno deficientní sekrecí osmoregulačního vasopresinu. Je to onemocnění vzácné. Bez léčení však může rezultovat v těžkou dehydrataci zapříčiňující exitus, zvláště u dětí s nepořádkem v dodávce tekutin. Diagnosa bývá mnohdy realizována pozdě. Je zde nutné opakování nukleární magnetické rezonance zaměřené na hypothalamo-pituitární oblast. Diagnosu potvrzuje pozitivní vodní depriváční test, následovaný testem podání desmopresinu. Močová osmolalita bývá nižší než 300 mOsmol/kg v přítomnosti polyurie a hypernatrémie. U všech pacientů se močová osmolalita zvyšuje po podání desmopresinu nad 500 mOsmol/l. Ale hodnota mezi 300 - 750 mOsmol/kg byla zaznamenána i u pacientů s parciálním CDI. Je nutné počítat s tím, že CDI se může objevit u pacientů po chirurgické operaci dané oblasti nebo jiného intrakraniálního tumoru, zapříčiněna histiocytózou nebo je v asociaci s ektodermální dysplasií nebo i být idiopatická. K výše popisovaným ukazatelům idiopatického CDI patří poruchy vizu. Na druhé straně nelze přidávat větší smysl tumorovým markerům. Léčebně se podává intranasálně desmopresin.

*Eur.J.Pediatr. 2007, 166, 43-49*

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



## Aktuality

**Aktuality v tomto čísle věnujeme názorům a mediálním polemikám na téma povinné a plošné očkování dětí. Domníváme se, že tato otevřená diskuze pomůže lépe se orientovat všem našim kolegům, kteří se s podobnými otázkami setkávají ve své každodenní praxi.**

### ■ Očkování, svoboda a osobní zodpovědnost

Ve své funkci jsem velmi často konfrontován s jednou základní filozofickou otázkou, a to s otázkou svobody jedince. Podle liberálního pohledu na svět končí moje svoboda tam, kde začíná svoboda druhého. Tedy obecně svoboda všech dalších jednotlivců.

V Lidových novinách se v poslední době diskutovala otázka povinného očkování dětí proti nakažlivým nemocem. Jako argument proti němu byly uváděny alergické reakce některých dětí a také svoboda rodičů, v rámci jejich občanských práv i právo rozhodnout o tom své dítě nenechat očkovat. V této souvislosti se mluví o ústavou daných nezpochybnitelných právech a svobodách. Samozřejmě, že tomu tak je a je to určitě velmi dobré.

Na druhé straně Listina práv a svobod, která je součástí našeho ústavního systému, hovoří v článku 31. o právu každého občana na ochranu zdraví. Kde je právo, měla by existovat i garance jeho naplnění. Garantem je v tomto případě stát, který následnými zákony, zejména kompetenčním zákonem a zákonem o ochraně veřejného zdraví, toto právo převádí do praktických kroků. Konkrétně prostřednictvím ministerstva zdravotnictví, přesněji jeho sekce ochrany veřejného zdraví, v jejímž čele mám tu čest (ale především zodpovědnost) jako hlavního hygienika státu. Otázka zní: není výklad mého práva na svobodu rozhodování také právem o svobodě nechat se nakazit smrtelně nebezpečnou nakažlivou nemocí? A tím na životě ohrozit ostatní jedince? Nekončí právě v tomto bodě moje svoboda rozhodování? Současný výklad, který já i mí kolegové jako státní úředníci musíme respektovat, je ten, že zde tato svoboda končí, očkování je tedy povinné. Pokud zákonodárce změní zákony či ústavní soud dospěje k jinému výkladu, budeme jej samozřejmě respektovat (i když z hlediska vědy by nebyl správný).

Na druhé straně liberálové zdůrazňují zodpovědnost jedince. Přitom zodpovědnost za svůj život a své zdraví určitě zaujímá jedno z předních míst. Proto mě velice trápí skutečnost, že lidé dělají tak málo i v oblasti prevence evidentně nebezpečných nemocí. Např. banální sezonní chřipka stojí ročně život několika tisíc lidí a podepisuje se jak na kvalitě, tak na ekonomické stránce života jedince i společnosti. Mrzí mě to, že v době, kdy vakcíny proti chřipce dosahují až 90% účinnosti, jen tak málo lidí této možnosti využívá, i když očkování hradí pojišťovna. Já osobně vidím základní otázku právě zde - v praktickém naplňování odpovědnosti jednotlivce.

*MUDr. Michael Vít, hlavní hygienik ČR*

### ■ Víme, co nevíme?

O plusech očkování slyšíme všude, o minusech málokde.

Zatímco na Západě je trendem dobrovolné očkování dětí, u nás se - navzdory rizikům s tím spojeným - očkuje povinně. Dokonce proti deseti nemocem. Pokud by mělo přibýt další očkování, člověk by čekal solidní diskusi. Místo ní nás však hlavní hygienik v podstatě staví před hotovou

věc: bude snaha prosadit plošné očkování proti pneumokokům. Ve vzácné shodě s vlivným expertem je americká firma, jejíž reklamní spot nám v těchto dnech pěkně hraje na city. Co s tím?

Nejdou-li informace za námi, měli bychom jít my za informacemi. Třeba za těmi i onom reklamním spotu. Maminka hluchého tříletého caparta nám na obrazovce říká: Kdybych věděla, co se může stát, dala bych dítě očkovat. Ta máma však ve skutečnosti nic nezanedbala. Selhali lékaři, kteří chlupci včas nenasadili antibiotika na zánět středního ucha, infekce se šířila dál, a nakonec měla fatální následky. Neinformovaného ten spot zve k očkování proti pneumokokům. Informovaného poučí o způsobech firemního lobbingu.

O plusech očkování slyšíme všude. O minusech málokde. Až se lidi proderou k informacím o rizicích různých vakcín, nastane čas dobrovolnit očkování dětí i u nás. Zbledne argument, že rodiče nemají na to zodpovědně se rozhodnout.

### ■ Děti čeká nové očkování

Stát chce povinně očkovat proti pneumokokům, je to zbytečné, říkají experti. Pro české kojence se chystá další očkování. Farmaceutické firmě se podařilo přesvědčit hlavního hygienika Michaela Víta, aby zavedl povinné očkování všech dětí proti pneumokokovým nakažlivostem. Novinka přitom přijde stát na čtyři sta milionů korun ročně. To odpovídá nákladům na všechna v současnosti povinná dětská očkování dohromady. Odborníci přitom přínos plošné vakcinace zpochybňují.

„Bude snaha toto očkování zavést jako plošné do očkovacího kalendáře dětí,“ potvrzuje hlavní hygienik Vít. Letos se začal Prevenar americké firmy Wyeth proplácet ze státní kasy zhruba třinácti tisícům dětí z rizikových skupin. Vít chce, aby nejpozději do tří let byly injekce Prevenaru povinné pro všechny děti.

Rychleji to podle Víta nejde. Odborníci musejí nejprve určit, v kolika měsících se dítě bude očkovat, a ve státním rozpočtu se musí najít oněch čtyři sta milionů korun.

Konečné slovo má sice ministr zdravotnictví, názor hlavního hygienika je pro něj ale rozhodující. „Pokud on řekne, že chce plošné očkování, je to na dobré cestě,“ říká mluvčí ministerstva Tomáš Cikrt. Otázkou je, zda se plošné očkování vyplatí. Pneumokoky má skoro polovina lidí běžně v nosohltanu, aniž by způsobily nemoc. Při oslabení hostitele se ale infekce může vyvinout. Mezi závažná onemocnění patří zápal plic, zánět mozkových blan a pneumokoková otrava krve. Většinou vážných problémů se ale dá zabránit včasným nasazením antibiotik.

„Ročně u nás zemře v důsledku pneumokokových infekcí nejvýš tři lidé, závažné komplikace má asi pět,“ říká Lukáš Dostal, odborník na očkování.

„Neexistuje žádná studie, která by dokládala, že se očkování za tolik peněz vyplatí,“ upozorňuje Dostal a vysvětluje, že pneumokoků je víc než 90 typů. Vakcína přitom funguje jenom proti sedmi z nich.

Navíc je známo, že když se nedaří jednomu typu, nahradí ho jiný. Celkový počet onemocnění se podle něj moc nemění.

Přesvědčivé není ani srovnání přínosu očkování a jeho rizik. Závažnou nemoc vyvolá pneumokok ročně asi u jednoho z dvou tisíc lidí. Výrobce v příbalovém letáku Prevenaru uvádí, že jeden z tisíce až deseti tisíc může mít po očkování nežádoucí neurologické reakce.



Zahušřování už tak přeplněného dětského očkovacího kalendáře je v Česku o to vážnější, že je ze zákona povinný. Rodiče se mu pod hrozbou sankcí musí podrobit. Argument zní: Aby se nám nemoc podařilo vymýt, nesmí proočkovanost klesnout pod určité procento. To ale v případě pneumokoků neplatí. „Jsou v lidské populaci všudypřítomné, i u zcela zdravých jedinců,“ říká Lukáš Dostal. „Přítomné v lidské populaci zůstanou i po plošném očkování.“ Jak chce tedy stát nutit podrobit se ty rodiče, kteří o očkování stát nebudou?

Jejich názor má opodstatnění. Je totiž možné, že očkování narušuje imunitní systém. Studie, která by to potvrdila, ale neexistuje. Jak říká imunolog Jan Krejsa: „Profit očkování je jasný, pochybnost neověřitelná.“ Hygienik Vít nechce o dobrovolném očkování slyšet: „V některých západních státech je možné jen díky tamní disciplíně.“

### Cesta džunglí s názvem Očkování

V Německu se v rámci baby boomu opět rozvířila diskuse, kdy, jak a zda vůbec očkovat děti. Pokud se, stejně jako většina rodičů v Německu, pro očkování rozhodnete, zjistíte, že německý očkovací kalendář se od českého liší.

Celosvětový trend užívání šetrnějších kombinovaných vakcín je v Německu silnější než v ČR a pojišťovny, jakkoli si jindy zakládají na skrbleni, očkování dětí podporují a ochotně nové látky hradí.

Již řadu let se v Německu nepodává vakcína proti tuberkulóze, první očkování tak číhá na potomka až po 2. měsíci života. I v Německu se očkuje hexavakcínou proti záškrtu, tetanu, dětské obrně, dávivému kašli, hemofilovým infekcím a žlutence typu B. Navíc se však aplikuje i injekce Prevenaru. Ten slouží k ochraně proti pneumokokovým nákazám a v Německu ho plně hradí pojišťovny. V 11. a 14. měsíci života dítěte se očkuje trojvakcínou proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím. Očkuje se šetrnější vakcínou Priorix, děti tedy mohou rovnou dostat i vakcínu proti planým neštovicím. Na Priorix nemusíte v Německu na rozdíl od ČR dopláčet. Pojišťovna hradí i očkování proti meningokokům, pokud se provádí ve 2. roce života dítěte.

Letos v březnu zavedli v Německu nové očkování pro dívky mezi 12. a 17. rokem. Jedná se o vakcínu proti lidskému papillomaviru, který způsobuje karcinom děložního čípku. I tuto nákladnou vakcínu (v ČR vyjde až na 10 tisíc), německé pojišťovny proplácejí.

Očkovací kalendář se však neustále mění. Podařilo-li se vám projít houštím injekcí s prvním dítětem, buďte si jistí, že tato cesta bude nejpозději za dva roky zarostlá a s druhým potomkem se budete džunglí prodírat jinudy.

### Trochu to píchne, a jsme v bezpečí

Očkování je v Česku synonymem pro zajištění lepšího zdraví, ale pokud je ho příliš, může mít špatný vliv třeba na imunitu dítěte

Stát nás nutí, abychom své děti nechali očkovat. Tomu, kdo neposlechne, hrozí pokuta. V krajním případě může být dítě na čas „zabaveno“. Fakt, že očkování má také svá rizika, však zdejší odborníci lidem přiznávají neradi. Dnes patnáctiletý Tomáš a jeho sedmiletý bratr Pavel si s očkováním prožili své. Trápení začalo, když tříměsíční Tom dostal jako každé dítě vakcínu proti tetanu, záškrtu a černému kašli (takzvanou trojkombinaci). „Když jsme se vrátili od lékaře, byl neklidný,“ vzpomíná jeho matka, která nechtěla zveřejnit své příjmení. „Pak propukl v neutišitelný pláč, horečka mu vylítla ke čtyřicítce. Běželi jsme honem zpátky do ordinace.“ Lékař konstatoval, že to je jasná reakce na očkování. „Měl strach, že může dojít k šokovému stavu. Mluvil o vnitřních otocích a hodně zrychleném tepu,“ říká matka. „Synovi píchli kortikoidy a zavolal sanitku.“ V nemocnici na pražském Karlově náměstí matce potvrdili, že Tomovo tělo opravdu bouř-

livě reagovalo na vakcínu.

Jenže tím to ani zdaleka neskončilo. Do měsíce u hochy propukl atopický ekzém (kožní zánět alergického původu, jehož příčiny neumí současná medicína vysvětlit). A zhoršoval se. Půlroční Tom měl rudé svědivé fleky po celém těle. „Byl vynervovaný, nemohl spát, brečel,“ shrnuje matka. Tom začal chodit na imunologii a tamní lékaři matce řekli, že problémy s imunitou u jejího syna mohlo rozjet právě očkování. A co víc, různé zdravotní problémy nezmizely ani během dalších let.

K očkování Tomášova mladšího bratra už matka přistupovala obezřetně. Do porodnice šla vybavena papírem od „svě“ imunoložky, že s ohledem na rodinnou anamnézu nedoporučuje očkování dítěte proti tuberkulóze už čtvrtý den po narození - taková je totiž zdejší praxe. Reakce lékařů v porodnici ji však zaskočila. „Přišli za mnou s tím, že očkovat dítě hned v porodnici je moje i jejich povinnost,“ vzpomíná na nátlak. „Trvala jsem na svém a argumentovala tím, že vyhláška tuto povinnost ukládá mezi čtvrtým dnem a šestým týdnem dítěte. Svolali konzilium svých imunologů a ti mi vzkázali, že očkovat později je pro dítě ještě horší. Žádné argumenty jsem proti nim neměla. Navíc to vypadalo, že mě bez očkování snad ani nepustí domů. Tak jsem se, uondaná po porodu, podvolila.“ Pavlovi se po očkování sice nic nestalo, matka ale odcházela z porodnice ponížená a zdrcená.

Chování lékařů je o to nepochopitelnější, že dnes se vážně uvažuje o tom, že plošné očkování proti tuberkulóze není (s ohledem na její klesající výskyt) vůbec nutné. Odborná plicní společnost navíc už několik let marně bojuje za to, aby se očkování alespoň posunulo do věku mezi půlrokem a rokem dítěte. Počet komplikací po časném očkování totiž radikálně stoupl. Otec Tomáše a Pavla vysvětluje chování lékařů jejich přesvědčením: „Kdo nechce očkování, je podezřelý, ba škodlivý.“

Očkování není tak bezproblémová záležitost, jak se nám lékaři, imunologové, úředníci a zástupci farmaceutických firem snaží namluvit. Na rozdíl od zavádění nových vakcín o tomto faktu veřejnost příliš informovaná není. Proč? „Očkování je jediný laciný způsob, jak chránit člověka jako jednotlivce a lidstvo jako celek před závažnými dopady smrtících nemocí,“ říká imunolog Jan Krejssek. Cílem tohoto boje je mýtít další a další choroby - tak jako v roce 1976 právě neštovice. Jenže k tomu je třeba mas. Když totiž proočkovanost klesne pod určité procento, boj je prohraný.

Česko se od řady západních zemí liší tím, že dětský očkovací kalendář je ze zákona povinný. Tím vážnější je fakt, že nás stát nutí podrobit se i takovým očkováním, která nejsou nezbytně nutná. Případně je vyžaduje ve věku, kdy s sebou nesou řadu komplikací. Není divu, že roste počet lidí, kteří proti zdejší očkovací praxi protestují.

### Kdo bude očkovat

Většinou čtvrtý den po porodu skoro všichni novorozenci v Česku dostanou vakcínu proti tuberkulóze. Někdy ale lékaři raději rodičům doporučí, aby s očkováním počkali. To, když se objeví nějaká „rodinná anamnéza“, tedy riziko, že by očkování mohlo dítěti uškodit. Ale proč se u někoho dá očkování odložit a u většiny nikoli?

V České republice se na časném očkování proti TBC trvá i přesto, že několik evropských zemí je už ze svého očkovacího kalendáře vyřadilo. A navíc, zdejší odborná společnost plicních lékařů už léta prosazuje, aby děti nebyly očkovány hned v porodnici. Chce vakcinaci posunout mezi šestý a dvanáctý měsíc. Důvodů je hned několik. Především, očkování tak krátce po narození už pozbylo smyslu - původně bylo zavedeno především proto, že se kojenci mohli nakazit TBC z kravského mléka. Krom toho může způsobit problémy, protože se u novorozenat nesledují vrozené poruchy imunity. Testy, které je mohou odhalit, sice existují, ale běžně se nedělají. „Během posledních let šest dětí s touto poruchou tuberkulózu v důsledku očkování onemocnělo, dvě z nich zemřely,“ říká Pavla Nykodýmová z pneumologické společnosti.

Další důvod přibyl v roce 2001. Tehdy totiž razantně stoupl počet dětí,



kteří mají po očkování proti TBC problémy. Řadě dětí začalo už zhojené místo vpichu znovu hnisat, někdy se přidal hnis v uzlinách v podpaží a za krkem. Zatímco předtím končilo s vážnějšími komplikacemi po očkování proti TBC například v pražské Thomayerově nemocnici tak dvacet dětí ročně, od roku 2001 stoupl jejich počet na dvě stě. Lékaři si nějaký čas lámali hlavu tím, jak je to možné. Nakonec došli k tomu, že se změnila jedna věc: právě v roce 2001 přibýlo povinné plošné očkování proti hemofilovým infekcím a žloutence typu B. Imunologové dodali vysvětlení: Očkování pracuje se dvěma druhy imunity - buněčnou (například proti TBC) a sérovou (například proti žloutence). Mobilizace jedné působí útlum druhé. Proto po sérovém očkování „oživnou“ bakterie TBC, které byly v té době v organismu tlumené.

Plicní společnost začala usilovat o to, aby se očkování posunulo do vyššího věku. Její snaha trvá už pět let, ale zatím byla marná. Úředníci ministerstva argumentují tím, že v porodnici žádné dítě neunikne, zatímco při pozdějším shánění mohou někteří vyklouznout. Zsvěcení mluví také o tom, že už vůbec nejde o děti, ale o válku pediatrií a plicních specialistů o to, kdo z nich - když ne porodnice - by injekce proti TBC píchal.

Jeden z prvních soudních sporů kvůli očkování se před třemi roky pokusil dostat k Ústavnímu soudu lékař a otec čtyř dětí Lukáš Dostal. Chtěl precedentní rozhodnutí o tom, zda jeho dcera Kristýnka musí být očkovaná proti virové žloutence typu B.

Pohled Lukáše Dostala na očkování ovlivnilo několik věcí. Jednak jeho profese a orientace v různých medicínských studiích. Svou roli sehrál fakt, že první čtyři roky po skončení studia na pražské medicíně pracoval v německých a švýcarských nemocnicích. A konečně, vliv na jeho boj s povinnou vakcinací měl i údiv manželky, která pochází z Norimberka, nad zdejší očkovací praxí. Ve většině západních zemí totiž odborníci jen doporučují, kdy a proti čemu dát dítě očkovat - rozhodnutí je na rodičích. Naopak u nás je očkování proti deseti nemocem zákonem daná povinnost.

Praxe dobrovolného očkování je daleko vstřícnější: rodiče jednak mají svobodu volby a navíc, protože musejí dát informovaný souhlas, se dozví o výhodách a rizicích. Se zdejšími rodiči se nikdo takhle nebaví. Místo informací jsou pro ně připraveny sankce - pokuta až deset tisíc korun pro každého z nich a obvinění rodiny z „nedostatečné péče“. V krajním případě může sociální odbor dítě poslat do ústavu.

Dostalovi o očkování svých čtyř dětí uvažovali tak, jak je v Německu běžné. Vážili pro a proti. Jednak nechtěli žádné očkování v prvních dnech a měsících života, ale až po roce. „Vakcinace v prvním roce života je pro vývoj imunity naprosto nepřirozená,“ říká Dostal. Dále zvažovali, která z očkování jejich děti podstoupí a která ne.

O tom, jak konkrétně se s manželkou rozhodovali mluví Dostal nerad: „Je to zodpovědná a vysoce individuální záležitost.“ Přesto pak začne vysvětlovat, proč se pro některá očkování rozhodli: „Tetanus je závažná a obtížně léčitelná nemoc. Často jezdíme ke kamarádům na statek a tam děti přicházejí do styku s předměty, které mohou být nakažené,“ vysvětluje Dostal. Pro dětskou mozkovou obrnu se zase rozhodli ze sociálních důvodů. Dříve, než propuknou její příznaky, může nakažený vylučovat viry do prostředí. „O dětském dávném kašli jsme hodně přemýšleli. U dětí nad šest měsíců není životu nebezpečný, ale péče o ně je velmi náročná,“ popisuje Dostal. Dodává, že kdyby se mohli rozhodovat svobodně, nenechali by děti očkovat proti běžným dětským nemocem jako jsou spalničky, zarděnky a příušnice, protože ty si dítě může prodělat.

Děti nenechali očkovat ani proti hemofilovým infekcím - skupině bakterií, která vyvolává škálu nemocí od obyčejné rýmy a zánětu středního ucha až po hnisavý zánět mozkových blan či nebezpečný zánět hrtanu a virovou žloutenku typu B. Když se Dostalovi rozhodovali, netušili ještě, jakou prodou zkouškou. Dnes tříletá Kristýnka dostala v půl roce zánět mozkových blan - způsobený právě bakterií, proti které je povinné očkování. „Měli

jsme strach. Ta nemoc končí v pěti procentech případů trvalými následky,“ říká Lukáš Dostal. Všechno dobře dopadlo. „Protože jsme se rozhodovali důkladně, nevyčítali jsme si, že jsme dceru nenechali očkovat. Vyčítali jsme si ale něco jiného, měli jsme ji pečlivěji sledovat. Nemoc měla dvě bariéry, rýmu a zánět středního ucha, a my je přehlédli. Stačilo včas nasadit antibiotika.“

#### Hra na kočku a na myš

Většina rodičů, kteří si nepřejí očkovat své děti podle povinného očkovacího kalendáře, to dělá pokoutně. „Stačí se domluvit s dětskou doktorkou, aby vás nehlásila na hygienu, nebo si sehnat potvrzení odborného lékaře, že dítěti to či ono očkování nedoporučuje,“ říká Dostal. Podle pražské dětské lékařky, která si nepřála být jmenována, je takových rodin minimum. „Většina maminek očkování vítá a chtějí i nějaká z nepovinných navíc,“ říká lékařka. Většinou jsou ovlivněny tím, co zrovna frčí. Vakcínu proti té či oné nemoci chtějí, když se objeví zpráva, že někdo umřel na meningokoka, pneumokoka... Klíšťat se bojí všichni, to je stará vesta,“ dodává. Ty, kdo nějaká z povinných očkování odmítají, se nejdřív snaží přesvědčit: „Když nechtějí třeba příušnice, vysvětlím, že je část dětí, které nemohou být očkované ze zdravotních důvodů. Co když vaše dítě dostane příušnice a nakazí takového chudáčka? Chcete být zdrojem velkého neštěstí pro jiné?“ Takové, kteří přesto trvají na svém, by lékařka měla hlásit na hygienu. Ale raději mávne rukou a do dokumentace napíše: kontraindikace.

„Nechci jít proti matkám,“ říká. Navíc pro imunitu celku pár výjimek není žádným rizikem. „Očkování je účinné, když je proočkováno kolem 90 procent populace. Část dětí nemůže být očkovaná ze zdravotních důvodů, u části se po očkování nevytvoří protilátka. Když jeden z tisíce očkování odmítne, nehraje to žádnou podstatnou roli.“

Možnost, jak se ze zákona povinnému očkování postavit veřejně, ucítil Lukáš Dostal před šesti lety. Tehdy v kalendáři pro kojence přibyla vakcína proti žloutence typu B. Plošné očkování je podle všeho zbytečné. Hlavní hygieník si totiž před nařízením vakcinace nechal udělat studii od Státního zdravotního ústavu. Její závěr byl jednoznačný - plošně neočkovat. Posledních dvacet let u nás výskyt této nemoci stále klesá. Smysl má očkovat jen rizikové skupiny, například děti matek, které tuto žloutenku mají. Dostal vytáhl do boje. Jeho právník Martin Prokop mu vysvětlil, že šance něco změnit je teprve u Ústavního soudu. „Nejdřív ale bylo třeba absolvovat celé to kolečko - nahlásit se na hygienu, pak se proti sankcím a povinnému očkování odvolat k ministerstvu zdravotnictví, až potom lze jít k soudu,“ říká Dostal.

Úředníkům se ale do sporu nechtělo. Nejdřív přišel právník pardubické hygieny s tím, že se sice běžně očkuje mezi 9. a 12. týdnem, ale ve vyhlášení našel i možnost počkat do konce třetího roku. Kýžené pokuty, která by umožnila posunout při dál, se ale nedočkal - a to už byly dceři tři roky. „Mezitím byla přijata nová vyhláška, ve které je taková šalamounská formulace - u dětí, které nebyly očkované podle odstavce jedna, se očkování provede mezi 12. a 13. rokem,“ stěžuje si právník Martin Prokop. „Myslím, že to je reakce na naši kauzu. Ministerstvo o ní vědělo, dali jsme tam stížnost na nečinnost pardubické hygieny.“

Dnes se právník Prokop na očkovací kauzy specializuje. Jeho klienti se dělí do dvou skupin: část z nich nechce své děti vůbec nechat očkovat a ostatní to chtějí odsunout až do vyššího věku dítěte. „V prvním případě argumentují tím, že společenská nebezpečnost jejich jednání je malá, když v řadě zemí Evropské unie je očkování dobrovolné,“ říká Prokop. „Ve druhém případě si tak trochu hrajeme na kočku a na myš. Tvrdíme, že děti mohou mít problém s imunitou, a hrajeme o čas. Než proběhnou všechna vyšetření, je dítěti tolik, že už jeho rodiče proti očkování nic nenamítají.“ V žádném z jeho sporů ale ještě nepadl kýžený verdikt Ústavního soudu. Zatímco Prokop radil Dostalovi v právních věcech, od Dostala pro změnu čerpal informace o očkování. Jeho druhé dítě tak -na rozdíl od prvního - není očkované podle státem určeného kalendáře. Prokopovi se rozhodli



pro všechny státem uložené vakcíny, ale až po prvním roce dítěte. Včetně té proti žloutence typu B. Situace se totiž změnila, už to není zvláštní očkování, ale je součástí nové hexavakcíny (spolu s látkou proti černému kašli, tetanu, záškrtu, dětské obrně a hemofylovým infekcím).

#### Profit z očkování

Letos vzniklo sdružení Rozalio - Rodiče za lepší informovanost o očkování. „Jsme platforma pro lidi, kteří chtějí o očkování vědět víc,“ shrnuje zakladatelka Caroline Kovtun, Češka, která vyrostla v USA a dnes žije na pražském Žižkově. „Chceme šířit informace, které lékaři neposkytují. Například zveřejňovat články, které očkování kriticky analyzují.“

Pokud jde o dlouhodobé cíle, sdružení by rádo prosadilo dobrovolné očkování. „Zkoušíme lobbovat u poslanců, ale je to pro ně okrajové téma. Cestou by bylo také to, kdyby někdo z našich členů dohnal žalobu k Ústavnímu soudu,“ říká Kovtun. „Ale to je jako házet brikety do Grand Canyonu, obří a zatím bezvýsledná práce.“

Její syn až do roka podstoupil všechna očkování. Protože ale měla problémy s kojením, začala navštěvovat jeden americký diskusní server. Náhodou otevřela i sekci očkování. „Lidé tam třeba řešili - budete dávat obrnu? Nebudete - a proč? Psali tam také lidé, jejichž děti měli po očkování nějaké problémy. Byly tam odkazy na odborné články,“ říká Kovtun. „Najednou mi došlo, že očkování není jen taková nevinná a bezpečná ochrana.“ Její závěry? Očkování má být dobrovolné a lékaři by rodičům měli říct, že je podstupují na vlastní riziko.

V úvodu citovaná matka Tomáše a Pavla říká jinými slovy totéž: „Doktoři by měli dávat víc informací. A rodiče by měli dostat šanci, aby se o tom, zda a jaká očkování chtějí pro své dítě, sami rozhodli.“

S tím ale většina zdejších odborníků nesouhlasí. Jejich názor výstižně formuluje profesor Jan Krejsek z Ústavu klinické imunologie a alergologie fakultní nemocnice v Hradci Králové. Přiznává sice, že negativní vedlejší reakce na očkovací vakcíny jsou dobře zmapovány, a současně připouští, že očkování může narušit imunitní systém některých jedinců: „Očkování je postaveno na zásahu do imunitní soustavy, to je jeho podstata. Individuální imunitní reakce proto přichází v úvahu.“ Žádná studie na toto téma však dosud nevznikla a ani vzniknout nemůže: „Takovou studii nelze postavit. Znamenalo by to část populace přestat vakcinovat, a tím ji ohrozit. To můžeme udělat u laboratorních myši, ale ne u lidí.“

Lékař Dostal namítá, že by se taková studie dala provést. V zemích, kde očkování není povinné, je podle něj dost lidí pro srovnávací vzorek. Důvody její neexistence vidí v tom, že ji žádná farmaceutická firma nebude financovat. Shrnutí slovy Jana Krejska: „Profit z očkování je jasný, pochybnost neověřitelná.“

Profesor Krejsek souhlasí také s tím, že proti tuberkulóze by se děti měly očkovat později. I bez očkování kojenců proti žloutence typu B by se obešel. Nic z toho by nás ale rozhodně nemělo odradit od nastoupené cesty boje proti infekcím. „Neschovají se ani indiáni v amazonské pánvi, vakcinační týmy si je najdou,“ říká Krejsek. Kdyby se celoplanetární akce očkování dařila, můžeme se brzy zbavit obrny, žloutenky typu B... Když se naopak v tomto úsilí na chvíli ustane, hrozí nebezpečí: „V Británii omezili očkování proti černému kašli a brzy tam měli tisíce nových případů. Žádnou jinou alternativu, pokud nechceme, aby lidé umírali na závažná onemocnění, nemáme.“

Jenže takový boj vyžaduje spolupráci mas. „Je nebezpečné říkat, že aktivní imunizace někomu poškodila zdraví, a vést diskusi o tom, zda ji dělat, nebo ne. Jakmile proočkovanosť klesne pod určitou hranici, nemoc se začne znovu šířit. To si nemůžeme dovolit,“ vysvětluje Krejsek. Odborníci proto mluví o rubu očkování jen velmi opatrně a ke stejné opatrnosti nabádají také ostatní. „Budte při psaní článku zdrženliví,“ nabádá imunolog Krejsek. „Ať nevzbuzujeme nejistotu, že by něco mohlo být v nepořádku. Věci v principu fungují správně a vakcíny se vylepšují. Ten pokrok je ohromný.“

V Česku se na časné očkování proti TBC trvá i přesto, že několik evrop-

ských zemí je už ze svého očkovacího kalendáře vyřadilo. A zdejší odborná společnost plicních lékařů už léta prosazuje, aby děti nebyly očkovány hned v porodnici.

Když je proočkováno kolem 90 procent populace, očkování funguje. Část dětí nemůže být očkována ze zdravotních důvodů, u části se nevytvoří protilátka. Když jeden z tisíce očkování odmítne, nehraje to žádnou podstatnou roli. pražská praktická lékařka,

Zkoušíme kvůli očkování lobbovat u poslanců, ale je to pro ně okrajové téma. Cestou by bylo, kdyby někdo z našich členů dohnal žalobu k Ústavnímu soudu, ale to je jako házet brikety do Grand Canyonu. Caroline Kovtun

Pokud nechce klient nechat očkovat děti, tak si hrajeme na kočku a na myš. Tvrdíme, že děti mohou mít problém s imunitou, a hrajeme o čas. Než proběhnou vyšetření, je dítěti tolik, že už jeho rodiče proti očkování nic nemají. Martin Prokop právník

Hana Čápková

### Očkování se týká člověka, ale i lidstva

Se zhruba čtrnáctidenním zpožděním jsem se dozvěděl, že 20. října vyšel v příloze LN Orientace článek s titulem Trochu to píchne, a jsme v bezpečí. Příspěvek sestavila redaktorka Hana Čápková.

#### Nepřiliš povzbudivé závěry

Na její příspěvek bych chtěl veřejně reagovat. Mám k tomu dva důvody. První, méně významný, je osobní. Paní redaktorka se mnou telefonicky konzultovala problematiku očkování. V dobré víře jsem jí v cca 45 minutách poskytl v „zakoncentrované“ podobě informace o fungování imunity i podstatě očkování. V reakci na její otázky, které se soustředily především na úskalí očkování, jsem opakovaně zdůrazňoval, že přes všechna úskalí, která jsou v odborné veřejnosti soustavně diskutována, představuje očkování jediný účinný, časem jednoznačně prověřený způsob, jak chránit celou lidskou populaci efektivně, s malými individuálními riziky a s nízkými náklady před působením smrtících infekcí.

Celosvětovým vakcinačním úsilím lze některé infekce zcela vymýtit. To se již podařilo v případě pravých neštovic, infekce, která usmrcuje až šedesát ze sta infikovaných osob. Opakovaně jsem jí zdůraznil, že těchto cílů se dá dosáhnout pouze za předpokladu, že očkování budou všichni lidé s výjimkou těch, u kterých je očkování ze zdravotních důvodů nevhodné. Opakovaně ode mne slyšela, že očkování má svá pravidla, zvláště časová a kombinační, která nelze bezdůvodně měnit. Slyšela ode mne jasně příklady, že jakékoliv „rozvolnění“ očkovacích postupů vede k návratu nebezpečných infekcí, které byly do té doby očkováním potlačeny.

O to větší překvapení pro mne bylo celkové vyznění jejího článku, ve kterém zaujala jasně „antivakcinační“ pozici. V článku se několikrát objevuje mé jméno. Přesto mi paní redaktorka nepředala rukopis k autorizaci. Odvolává se na mne korektně, přesto je pro mne odborně nepřijatelné, aby moje jméno bylo spojováno s takto „antivakcinačně“ zaměřeným článkem.

Z výše uvedených okolností pro mne vyplývají nepřiliš povzbudivé závěry. V oboru klinické imunologie pracuji pětadvacet let. S přibývajícím znalostmi, jak komplikovaná je imunita, stále obtížněji, se stále větší sebezpytostí a pokorou formuluji závěry směrem k nemocným, studentům i k výsledkům vědecké práce. V případě paní redaktorky Čápkové, která se v klinické imunologii soustavně nevzdělává, bych očekával o to větší obezřetnost a pokoru ve formulování soudů především proto, že má na rozdíl od nás zvláštní privilegium novináře oslovit daleko větší počet lidí, než můžeme my ostatní. Měla by mít na paměti, že její závěry vnesou pochybnosti a úzkost do myslí rodičů, kteří považují zdraví svých dětí za nejdůležitější. To doufám nebylo cílem příspěvku paní redaktorky Čápkové.



Vypjatý individualismus ohrožuje zdraví lidstva

Závěrem chci říci, že otázka očkování nám poskytuje i mnohem obecnější lekce, lekce ze vzájemných vztahů individuální svobody a osobní odpovědnosti za lidstvo jako celek. Jedinec, který je zapojen v systému očkování, z něj zároveň získává a zároveň do něho přispívá. Plošným očkováním jsou infekce v imunizované populaci potlačeny. Pokud se sníží proočkovanost, infekční choroba se do populace vrací. (Neočkovaný člověk představuje významné riziko jako možný zdroj infekce.) Individuální svobody jsou základem našeho společenského systému. Vypjatý individualismus, kterého jsme v poslední době svědky, však oslabuje potřebné společenské vazby, například postavení rodiny, deformuje politické systémy a vede ke kořistnickému přístupu k přírodě. V případě očkování ohrožuje samotné zdraví a možná i přežití celého lidského rodu.

O to větším překvapením pro mne bylo celkové vyznění článku, ve kterém Hana Čápková zaujala jasně „antivakcinační“ pozici.

**Vakcína proti AIDS: virus vzdoruje**

Vědci při vývoji vakcíny proti AIDS zaznamenali DALŠÍ NEÚSPĚCH. Nedávno jej ohlásila farmaceutická firma Merck & Co. Dobrovolníci, kteří byli očkováni v rámci studie, se nakazili virem HIV.

O vakcínu proti AIDS usilují stovky vědeckých týmů na celém světě. Proč zrovna HIV tolik vzdoruje jejich snahám? „Problém je obrovská různorodost a proměnlivost viru a jeho neuvěřitelná schopnost převlékat kabát,“ vysvětluje profesor Jiří Městecký, špičkový světový odborník v oboru slizniční imunologie, který na vakcině pracuje již třináct let se svým týmem

na americké University of Alabama. Rozhovor vznikl při jeho nedávné návštěvě Prahy.

**Před několika lety jste měl v Praze přednášku. Nazval jste ji příznačně: Proč nemáme vakcínu proti AIDS? Jak byste na tuto otázku odpověděl dnes?**

Na infekci s HIV původci AIDS pracujeme od roku 1993, tedy „pouze“ 14 let. Problém pro všechny vědce na světě, kteří se snaží zkonstruovat vakcínu proti HIV, je obrovská různorodost a mutabilita viru. Jeho proměnlivost je skutečně překvapující: virus má schopnost převlékat svůj kabát – v tomto případě cukerný plášť – tak, že náš imunitní systém jej „vidí“ jako nový virus, proti němuž je nutné vyvolat novou imunitní ochranu. A tak se postupně imunitní systém vyčerpává.

**Proměnlivý je přece i virus chřipky, proč je situace s HIV o tolik složitější?**

HIV je zcela unikátní. Ano, chřipkový virus se také mění, jenže s člověkem nežije celý život. Virus HIV se vestaví do lidského genomu a zůstane s vámi napořád nebo na velmi dlouho, i když se jej snažíte vypudit ven z buněk. A jak už jsem zmínil, virus se významně mění a imunitní odpověď proti jednomu viru vám neposkytuje obranu proti viru blízce příbuznému, takže můžete mít dvě infekce najednou. Právě proto není hlavní otázka to, jak imunizovat, ale čím imunizovat, abychom pokryli co nejširší spektrum tak vysoce různorodých virů. Zatím žádný z navržených přístupů nedopadl při následném biologickém testování příliš slibně.

**Ano, mnohokrát jsme už četli, že vakcína je na dohled – a pak ticho, nebo případně zpráva o tom, že testování vakcíny nedopadlo... Tak kolik času jí dáváte?**

# Strep A - NOVINKA LETOŠNÍHO PODZIMU!



*Tým pracovníků  
obchodního zastoupení finské firmy*

 **Orion Diagnostica**

*Vám přeje příjemné prožití Vánoc  
a do nového roku hodně zdraví,  
štěstí, osobních i pracovních úspěchů.*



*Pf 2008*

 **Orion Diagnostica**  
Orion Diagnostica Oy, Finland



Bělohorská 57, 169 00 Praha 6  
Tel.: +420 233 350 533  
Fax: +420 233 350 532  
E-mail: [orion@oriondiagnostica.cz](mailto:orion@oriondiagnostica.cz)  
[www.oriondiagnostica.cz](http://www.oriondiagnostica.cz)



Na vakcíně se pracuje už skoro dvacet let a ještě dlouho bude, tím jsem si jist. Než konečně někdo přijde na to, co do ní vlastně dát. Jednou bude existovat, i když nutno říci, že jsou i tací, kteří o tom pochybují. Ale rozhodně bude nesmírně složitá, podle mého názoru složená z několika virů, aby se pokrylo celé to velké spektrum, nesmírná variabilita cukerného pláště viru. Je však více než zřejmé, že součástí vakcín budoucnosti, tedy i proti AIDS, musí být slizniční imunitní systém.

#### **V čem je nový a objevný pohled vás, imunologů, kteří se zabýváte slizničním systémem?**

Všechno, co dennodenně dýcháme a jíme, tedy přijímáme přes sliznice, vyvolává v našem těle imunitní odpovědi. Očkování proti chřipce absolvujeme jednou do roka, ale pětadevadesát procent všech virů a infekcí vstupuje do našeho těla opět právě přes sliznice. Již v roce 1964 ukázali mí kolegové, že slizniční sekret a jeho imunitní odpovědi se výrazně liší od séra, že se jedná o zcela unikátní imunitní systém. Přitom klasičtí imunologové považují za hlavní hráče imunitního systému lymfatické uzliny, slezinu a zčásti kostní dřeň. Čím dál víc se však v posledních letech ukazuje, že v obraně vůči infekcím všeho druhu jsou hlavní právě slizniční tkáň, zvláště střevního traktu. A tolerance a protilátková odpověď v slizničních tkáních zásadně mohou zabránit vyčerpání imunitního systému. Dokazuje to ostatně i počet a množství typů buněk, které prezentují antigeny právě v těchto tkáních. Tyto poznatky zaznamenaly v posledních pěti letech obrovský rozmach našeho oboru.

#### **Takže tento přístup volíte i u boje proti AIDS.**

Ano, já tvrdím, že AIDS musí být, stejně jako naprostá většina infekčních nemocí, považováno za primární onemocnění slizničních tkání. V nepříliš daleké minulosti byla infekce HIV spojována s lidmi, kteří si píchají drogy, homosexuály, s prostitutkami... Opak je pravdou: HIV infekce a konečně AIDS jsou nemoci vyskytující se ve světovém měřítku mezi heterosexuály, více než 90 procent infekcí vznikne při normálním poševním styku. A nejčasnější změny v imunitním systému jsou právě ve slizničních tkáních, nakažení jedinci mají defekt v produkci slizničních protilátek a neléčení pacienti umírají na slizniční infekce. Pracujeme tedy na vývoji vakcíny, která by byla účinná při prevenci infekce slizniční cestou.

#### **Které další obory na AIDS pracují? Molekulární biologové, biochemici, imunologové...**

Ti všichni vyvíjejí léky pro lidi, kteří jsou již virem infikováni. A tyto léky mají zabránit množení viru v jejich organismu, mají zajistit to, aby nakažený člověk zemřel rychle na vyčerpání imunitního systému. Vědci teď na tomto poli skutečně zaznamenali obrovský pokrok, s nejnovějšími preparáty mohou nemocní lidé žít deset patnáct let bez velkých obtíží. Ale léky jsou samozřejmě velmi, velmi drahé, pro Afriku a mnoho států je tato léčba nedostupná. Budoucnost tedy jasně patří vakcíně. Jednak má úplně jiný účel – aby se člověk vůbec neinfikoval – a za druhé proto, že bude daleko široko nejlevnější. Cena tetanové vakcíny je nějaké dvě koruny, cena chřipkové dejme tomu padesát, kdežto všechny ty léky, které se berou celý život, přijdou na tisíce měsíčně, tedy velice draho. Tohle všechno však budeme řešit, až přijdeme na to, jak vakcínu sestrojít.

#### **Myslíte, že si na tomto úkolu budou lámat hlavu ještě vaši žáci, nebo už bude dejme tomu za deset let vyřešen?**

Výzkum vakcín nikdy nekončí. I u obrny, spalniček či chřipkové vakcíny vývoj pořád probíhá. Může se měnit virus, ale také způsob konzervace viru, způsob podávání vakcíny, takže je jisté, že na výzkumu vakcíny proti AIDS se bude určitě pokračovat i za dalších padesát let.

#### **A potom možná přijde zase jiná, nová choroba...**

Vždycky přijde nová choroba. Jen doufejme, že nebude tak hrozná jako HIV. AIDS, to je skutečně metla.

## 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 na zástup

Hledám pediatra do soukromé ordinace na opakovaný i dlouhodobý zástup. Výborné podmínky. Ordinace Mělník nebo Štětí.  
Telefon: 731 234 535 Ev.č.: 88-05-07

### Hledám pediatra s licencií ČLK

Hledám pediatra s licencií ČLK na zatím 3-měsíční zástup v zavedené ordinaci v centru Kladna. E-mail: 887@seznam.cz, tel.: 776 775 222  
Ev.č.: 89-05-07

### Hledám pediatra na zástup

Hledám dlouhodobý zástup (i na 2-3 dny v týdnu) s možností postoupení zavedené praxe PLDD v okolí Zlína. Tel.: 739 441 499 Ev.č.: 91-06-07

### Převezmu praxi v Českých Budějovicích

Pediatr s licencií převezme nebo odkoupí zavedenou pediatrickou praxi v Českých Budějovicích a okolí. Možno ihned nebo i výhledově.  
Kontakt: tel. 774 230 170, email: trncad@seznam.cz Ev.č.: 94-06-07

### Odkoupím praxi PLDD

Odkoupím praxi praktického lékaře pro děti a dorost – Praha 10, 4, 1, 2, 3 ev. Praha Východ – Říčany a okolí.  
Specializaci pro PLDD mám. Tel. 776 650 369 Ev.č.: 97-07-07

### Hledám nástupce do městské praxe

Hledám nástupce do zavedené pediatrické městské praxe v Teplicích.  
K dispozici i zdravotnický objekt. Tel.: 606 445 545 Ev.č.: 100-08-07

### Hledám asistenta do ordinace

Hledám asistenta do ordinace PLDD v Ústí n/L., následující převod praxe možný. Tel.: 605 702 187 Ev.č.: 101-08-07

### Oznámení: ukončuji koordinační činnost

Oznamuji všem kolegům, že z důvodu nemoci ukončuji svoji koordinační činnost pro zastupování PLDD v Praze. MUDr. Alena Rejdová Ev.č.: 104-08-07

### Dětská lázeňská léčebna přijme lékaře

Dětská lázeňská léčebna Poděbrady přijme dětského lékaře nejlépe FBLR (i na částečný úvazek), dětskou sestru a pracovníci do balneoprovozu.  
E-mail: detska@quick.cz, tel.: 325 613 965, 777 295 355 Ev.č.: 105-08-07

### Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra na dlouhodobý zástup do ordinace PLDD v okrese Český Krumlov od dubna 2008, tel.: 605 554 333 Ev.č.: 107-11-07

**Stiefel - Oilatum**

# Pf2008

Vážení přátelé,

čas hraje v našem životě obdivuhodnou roli. Pro každého z nás má hodina 60 minut, ale jsme rozdílní v tom, co a jak během hodiny dokážeme prožít či udělat.

Nový rok vyměří každému z nás 8 760 hodin, ve kterých nás čeká řada důležitých úkolů v osobním i pracovním životě. Bohužel je málo dnů v roce, které můžeme věnovat svým nejbližším, rodinně a přátelům. Právě s nimi můžeme prožít chvíle osobního štěstí a naplnění pocitu souladu a klidu.

Dovolte nám, abychom Vám jménem pracovníků redakce poděkovali za přízeň, kterou nám věnujete četbou tohoto časopisu.

Přejeme Vám příjemné prožití vánočních svátků a v novém roce hodně osobních i pracovních úspěchů a více času pro odpočinek v kruhu Vašich nejbližších.

Vaše redakce