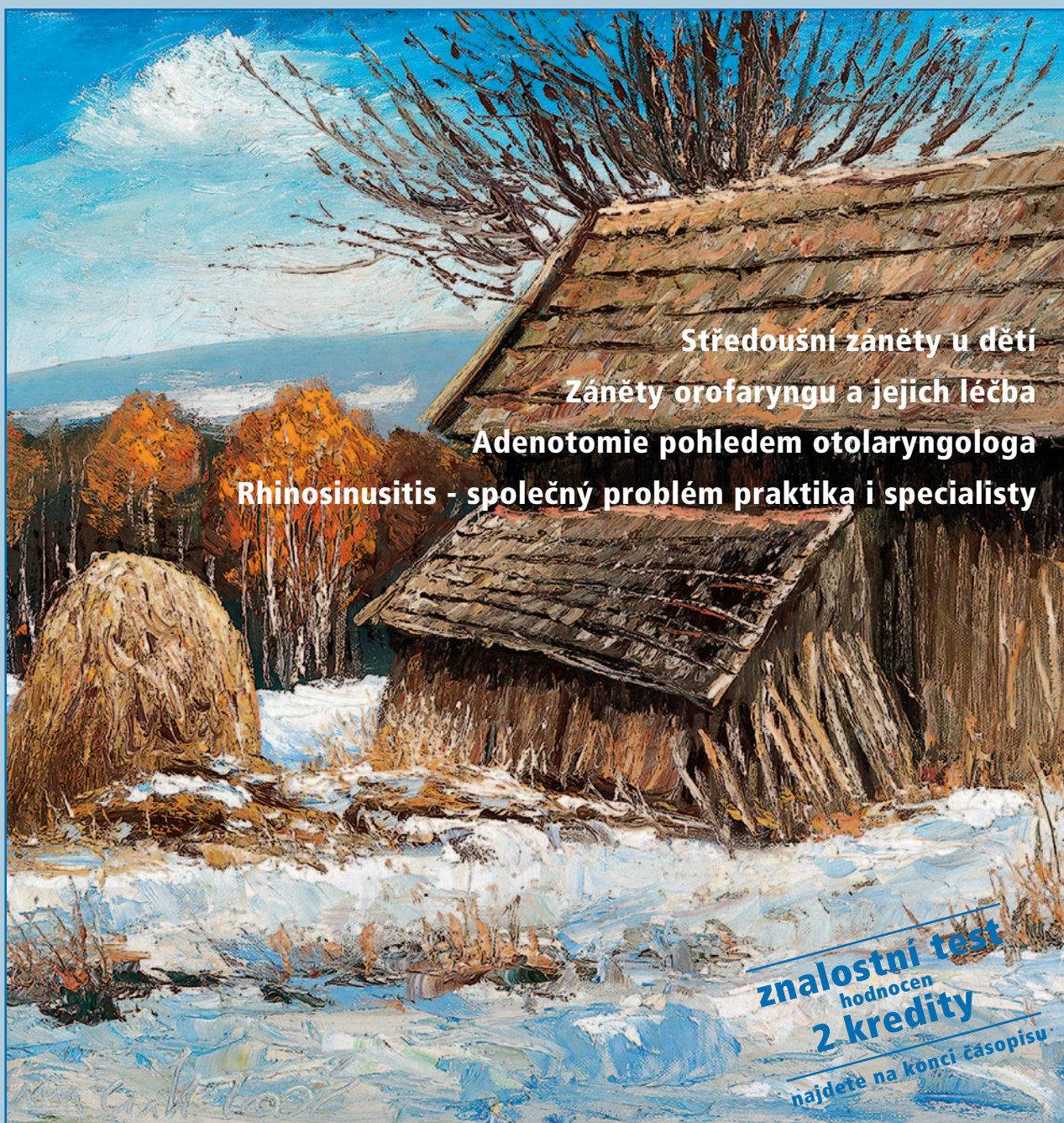


VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

prosinec 2006 ■ číslo 10 ■ ročník 6



Středoušní záněty u dětí
Záněty orofaryngu a jejich léčba
Adenotomie pohledem otolaryngologa
Rhinosinusitis - společný problém praktika i specialisty

znalostní test
hodnocen
2 kredity
najdete na konci časopisu



ZENTIVA

Johnson's
baby



Orion Diagnostica

Heró

Sunar



OSPDL ČLS JEP

nejčtenější časopis
dětských lékařů
(Promediamotion,
Medical Research
2005)

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 osob-
ních i pracovních úspěchů
a více času pro odpočinek
v kruhu Vašich nejbližších.**

Vaše redakce



Pf 2007

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

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

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Časopis garantován

Sdružením praktických lékařů

pro děti a dorost ČR

zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem

ve spolupráci s Odbornou společností

praktických dětských lékařů ČLS JEP

zastoupené MUDr. Hanou Cabrnchovou.

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Josef Krejčík

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

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

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsahovou stránku vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

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

e-mail: centrum@detskylekar.cz

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

vydavatelství

MEDIX

Adresa vydavatelství:

Branická 141, 147 00 Praha 4

Mgr. Zdeněk Brtnický

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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc listopad	5
Koalice soukromých lékařů a další události	5
Zápis ze společného jednání pracovní skupiny Rady hospodářské a sociální dohody ČR pro zdravotnictví a pracovního týmu pro sociální otázky	7
Zákoník práce prověří schopnosti personalistů	11



Informace OSPDL ČLS JEP	12
Desatero k očkování hexavakcínou	13
MUDr. M. Jurovčík, MUDr. P. Janoušek Středoušní záněty u dětí	14
MUDr. K. Lehovcová Adenotomie pohledem otolaryngologa	19
MUDr. K. Lehovcová Záněty orofaryngu a jejich léčba	21
MUDr. H. Fišerová Rhinosinusitis - společný problém praktika a specialisty	24
Zpráva z Evropského pediatrického kongresu	31
Rychlý test na C-reaktivní protein v Maďarsku	
Zajímavosti ze světa odborné literatury	40



Aktuality	41
Řádková inzerce	53
Znalostní test č. 5/2006 - řešení	54

Příloha

Vyhlaška o očkování proti infekčním nemocem *střed*



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN s.r.o.

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



Vážené kolegyně a kolegové,

i když to prozatím pohled z okna ani teplota na teploměru neukazuje, blíží se neodvratně poslední měsíc letošního roku. Tento rok při pohledu „do oken našich ordinací“ byl nejen rokem plným zvratů a překvapivých kotrmelců, ale také rokem neuvěřitelného konstatování, že za dobře odvedenou práci může být lékař v naší zemi „po zásluze“ a zcela legálně „?“ ekonomicky potrestán a část úhrady za poskytnutou zdravotní péče lidem zaplatí ze své kapsy. Neboť hrazení zdravotní péče lékařem je nový způsob, v tomto roce politiky velmi oblíbený, jak řešit deficit zdravotního pojištění.

Řada z nás, kteří provozujeme nestátní zdravotnická zařízení, vzhlížela k proběhlým volbám s určitou nadějí možného racionálního obratu, který by mohl přinést reformní změny zdravotního systému. Bohužel do dnešního dne naše naděje nedošly svého naplnění. A to nejen na politické scéně, ale i na půdě povinné stavovské organizace - ČLK.

Ani právě proběhlý sjezd ČLK nejenže nepřinesl návrh možných řešení současného krizového stavu v úhradách a smluvních vztazích mezi plátcí a poskytovateli, ale pod hlavičkou upevnění vedoucí úlohy ČLK a jejího prezidenta významně vyhroutil extrémně polarizované názory na funkční jednotu lékařského stavu. Nemám nic proti deklarované jednotě lékařského stavu (například jak byla prezentována na sjezdu prezidentem rakouské lékařské komory), ale nesmí být prosazována a vymáhána násilnou a nedemokratickou cestou na úkor názorově odlišných skupin lékařů. Jednota musí být utvářena silou argumentů a osobností těch, kteří je předkládají. Nevybíravé útoky lékařských odborářů z LOKU na adresu soukromých lékařů a naopak nesvědčí o ochotě vzájemně komunikovat a společně řešit zásadní problémy českého zdravotnictví jako celku. Nesmíme se proto divit, že těchto animozit využívají mistrně zdravotní pojišťovny k prosazování svých představ o financování poskytovatelů zdravotní péče.

Proto i v nadcházejícím (již sedmém) ročníku VOXu budete nalézat obsahově ne vždy záživnou část profesní problematiky. A to i přesto, že naší snahou je, aby většinovou náplní časopisu byla část odborná, která by měla sloužit k dalšímu obohacení vaší odborné erudice. Pro příští ročník jsme pro vás připravili řadu zajímavých témat, která vám rozšíří vaše odborné znalosti. Věřím, že články týkající se poruch páteře, alergologie a využití imunologie v praxi, cestovní medicíny, řešení vrozených urologických vad či diagnostika tumoru CNS vás zaujmou a vyvolají následně odbornou diskusi, kterou bychom rádi obohatili vašimi kazuistikami. Nově jsme do edičního plánu pro příští rok zařadili problematiku týkající se komunikace a etiky v praxi PLDD, která by měla oslovit hlavně vznikající akreditovaná pracoviště a školitele našeho základního oboru.

V příštím roce bude také pokračovat spolupráce s nakladatelstvím UMÚN, takže naše titulní stránka VOXu bude stále stejně originální jako doposud. Po dlouholeté práci v naší redakční radě ji opouští kolega MUDr. Krejčík, který i po odchodu z výboru OSPDL pracoval v redakční radě jako externista. Chtěl bych mu proto i vaším jménem poděkovat za vše, co pro udržení vysoké odborné úrovně našeho časopisu vykonal. Osobně mu přeji do dalších let zasloužený odpočinek a pevné zdraví.

Nově byla odbornou společností do redakční rady jmenována kolegyně MUDr. Roškotová, kterou řada z vás zná z její přednáškové činnosti a školitelských aktivit. Věřím, že v její osobě je záruka, že i v budoucnu bude zachována vysoká odborná úroveň časopisu. Moje osobní poděkování patří všem, kteří se v letošním roce podíleli svým úsilím na úspěšnosti letošního ročníku VOXu.

Vážené kolegyně a kolegové, dovoluji vám i vaším rodinám příjemně prožít Vánočních svátků a v novém roce hodně zdraví, osobní spokojenosti a pracovních úspěchů. Doufám, že našemu časopisu zachováte přízeň i v příštím roce.

Váš

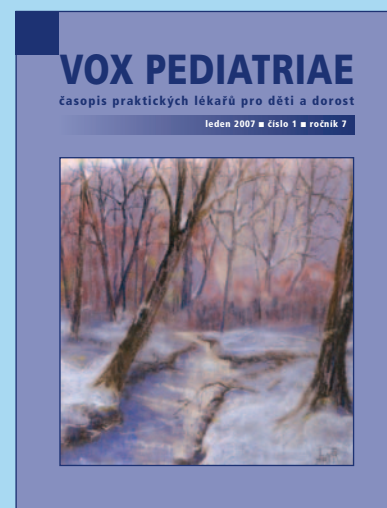
MUDr. Milan Kudyn

Vady páteře
v dětském věku

Screeningové vyšetření
dětských kyčlí

Aseptické nekrózy

Fyzioterapie



seznam inzerujících firem

BEAUFOR IPSEN
BOIRON
ČESKÁ SPOŘITELNA
HERO
HIPP
MEDICA HEALTHWORLD
MLIEKOSERVIS
MSD
NESTLÉ
STIEFEL
ZENTIVA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

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

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

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

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

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



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc listopad

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

V měsíci listopadu se krom stále trvajících jednání o úhradách zdravotní péče v roce 2006 jednalo se stomatology o dětské stomatologické péči, s ÚZISem jsme se snažili řešit roční statistické hlášení tak, aby jeho výstupy mohly být i námi případně dále využity. Finalizovala se jednání o podobě rámcových smluv, resp. o znění připravované novely příslušné vyhlášky.

8.11. - Krizový štáb Koalice soukromých lékařů uspořádal tiskovou konferenci na téma „Nespokojenost poskytovatelů zdravotní péče se stavem jednání o úhradách ve 2. pololetí 2006“

8.11. - na České stomatologické komoře jsme se sešli se zástupci stomatologů a diskutovali se problémy péče o dětský chrup v souvislosti se zavedením zdravotního průkazu o stomatologické péči, tento je v současnosti na porodnicích distribuován spolu se ZOP dítěte

9.11. - společně se zástupci ÚZIS jsme hledali smysluplné naplnění ročních výkazů naší činnosti

13.11. - sešli jsme se s Bc. Vl. Kotherou, ředitelem ZP M-A a vyslechli jsme jeho stanovisko ke způsobu vypořádání se s úhradami za zdravotní péči pojištěnců této pojišťovny

15.11. - na půdě MZd se sešli aktéři rozhodovacího řízení o rámcových smlouvách, náměstek ministra dr. Hroboň seznámil

účastníky jednání s postupem MZd při přípravě vydání novely Vyhlášky o rámcových smlouvách

21.11. - další z neúspěšných pokusů dohodnout se s VZP o způsobu úhrad za zdravotní péči v roce 2006

21.11. - zástupci Krizového štábu Koalice soukromých lékařů se sešli s ředitelem VZP ČR, blíže informujeme na jiném místě. ■

Koalice soukromých lékařů a další události

Listopadu dominovala jednání s VZP o způsobu vypořádání se s úhradami v roce 2006. Přes veškerou snahu se ani v předposledním měsíci roku nepodařilo dojít k souhlasnému stanovisku obou smluvních stran. Závěr měsíce pak patřil sjezdu České lékařské komory. Bohužel i tento sjezd potvrdil nejednotnost lékařského stavu. Jak dlouho ještě bude trvat situace, na jejíž počátku stál předchozí Komorový prezident. Podaří se v budoucnu dr. Kubkovi překročit vlastní stín, stane se někdy z odborového předáka skutečný reprezentant celého lékařského stavu?

■ I. Zápis z jednání Krizového štábu dne 31. 10. 2006

Současná situace ve zdravotnictví a legislativa

■ **Účinnost vyhlášky o zdravotnické dokumentaci**, která obsahuje i povinnost písemně vystavit pacientům informovaný souhlas byla odložena do 1. dubna 2007. Dá se předpokládat, že vyhláška bude do té doby zcela přepracována.

■ **Nová verze vyhlášky o Rámcových**

smlouvách bude k dispozici pravděpodobně na přelomu listopadu a prosince.

■ **Dohodovací řízení o cenách zdravotní péče na rok 2007** bylo ukončeno, nedohodl se pouze segment domácí péče. Podle sdělení MZ ČR budou výsledky jednání u segmentů, které se se zdravotními pojišťovnami dohodly, ministerstvem akceptovány.

■ **Problémovým obdobím ve financování je druhé pololetí 2006**, které není legislativně ošetřeno.

- Dr. Pekárek osloví písemně jménem Kri-

zového štábu ředitele VZP MUDr. Pavla Horáka, CSc. MBA a požádá jej o schůzku se zástupci jednotlivých organizací KŠ.

- problémy, které provázejí úhrady zdravotní péče v druhém pololetí 2006, budou prezentovány na tiskové konferenci 8. 11. 2006

- organizace Krizového štábu se připojují ke stanovisku AČMN k dopadům nového zákoníku práce, účinného od 1. 1. 2007, na činnost zdravotnických zařízení, které bylo formulováno v tiskovém sdělení Rady AČMN dne 24. 10. 2006.



■ II. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 15.11.2006

Další činnost Koalice soukromých lékařů

Členové Koalice navrhuji vytipovat na základě ankety mezi členy svých organizací 10 nejdůležitějších problémů, které je třeba řešit, tzv. „program loajality“.

Legislativa

■ ve středu 15. 11. 2006 se koná jednání k rámcovému smlouvám

■ prostřednictvím právních zástupců je třeba přijmout stanovisko k písemnému informovanému souhlasu pacienta

Problematika zdravotních pojišťoven

Pojišťování cizinců VZP, a.s., je třeba projednat s právníky.

Zástupci KSL se dohodli, že do ukončení projednání obsahu dodatku č. 2 v rámci Koalice soukromých lékařů, případně Krizového štábu, nedoporučí svým členům jeho podepsání.

V Praze dne 15. 11. 2006

■ III. Dohoda uzavřená mezi zástupci Krizového štábu lékařů ČR a VZP ČR

na základě jednání konaného dne 21. listopadu 2006 o podmínkách zmírnění dopadu regulací v roce 2006 u zdravotnických zařízení poskytujících zdravotní péči v segmentech:

1. Praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost
2. Ambulantní specializovaná zdravotní péče
3. Domácí zdravotní péče, fyzioterapie, komplement v ambulantních zdravotnických zařízeních a DRNR

1. Segment PL a PLDD:

a) Regulace na léky a zdravotnické prostředky budou u jednotlivých zdravotnických zařízení uplatněny pouze tehdy, pokud celkové náklady na léky a zdravotnické prostředky předepsané v tomto segmentu v roce 2006 přesáhnou objem nákladů v roce 2005.

b) Regulace na vyžádanou péči komplementu u jednotlivých zdravotnických zařízení budou uplatněny jen tehdy, pokud celkové náklady v segmentu ambulantního komplementu v roce 2006 přesáhnou celkové náklady v roce 2005.

c) Pokud nebudou splněny podmínky pro upuštění od regulací, bude maximální částka pro uplatnění rovna 15 % měsíční úhrady VZP ČR zdravotnickému zařízení (bez ZUM a ZULP).

d) Regulace na výši úhrad výkonů nad rámec kapitační platby, která byla způsobena vlivem změn v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, VZP ČR částečně zmírní v rámci možností daných Zdravotně pojistným plánem VZP ČR na rok 2006, uplatněním vybraných bonifikačních mechanismů z 1. pololetí 2006.

e) U regulací uvedených pod písm. a), b) si VZP ČR vyhrazuje právo zkontrolovat u extrémních případů nárůstu preskripce účel-nost poskytované a indikované péče a regulace v neoprávněných případech uplatnit.

2. Segment ambulantní specializované péče

a) Regulace na léky a zdravotnické prostředky budou u jednotlivých zdravotnických zařízení uplatněny pouze tehdy, pokud celkové náklady na léky a zdravotnické prostředky předepsané v segmentu ambulantní specializované péče poskytované v ambulantních zdravotnických zařízeních v roce 2006 přesáhnou objem těchto nákladů v roce 2005.

b) Regulace na vyžádanou péči komplementu u jednotlivých zařízení budou uplatněny jen tehdy, pokud celkové náklady v segmentu ambulantního komplementu v roce 2006 přesáhnou celkové náklady v roce 2005.

c) U regulací uvedených pod písm. a), b) si VZP ČR vyhrazuje právo zkontrolovat u extrémních případů nárůstu preskripce účel-nost poskytované a indikované péče a regulace v neoprávněných případech uplatnit.

d) Pokud nebudou splněny podmínky pro upuštění od regulací, bude maximální částka pro uplatnění rovna 15 % měsíční úhrady VZP ČR zdravotnickému zařízení (bez ZUM a ZULP).

3. Segmenty domácí zdravotní péče, fyzioterapie, komplementu v ambulantních zdravotnických zařízeních a DRNR

Vzhledem k tomu, že zdravotní péče v těchto segmentech je v roce 2006 limitována pevnou částkou, která se vztahuje k výši úhrad v referenčním období, bude případné překročení tohoto limitu posuzováno individuálně. Při posuzování budou zohledněny zástupy za zaniklá zdravotnická zařízení, smluvně dohodnuté navýšení kapacity, mimořádně nákladný pacient a neodpovídající referenční období.

Závěrečné ustanovení:

Ustanovení o zmírnění regulací uvedených v bodech 1-3 shora, platí za předpokladu, že zdravotnická zařízení má uzavřen dodatek na úhradu zdravotní péče pro 1. i 2. pololetí 2006. Ustanovení dohodnutá v bodech 1-3 nebudou zapracována do nových cenových dodatků. Tato dohodnutá pravidla se VZP ČR zavazuje uplatňovat ve vztahu ke všem smluvním zdravotnickým zařízením bez ohledu na skutečnost, zda příslušné cenové dodatky tato zařízení již uzavřela, nebo zda je na základě této Dohody uzavřou dodatečně.

V Praze dne 28. listopadu 2006

Za VZP ČR:

MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA,
ředitel VZP ČR

Zástupci Krizového štábu lékařů ČR:

MUDr. Pavel Tautermann
Ing. Aleš Král

MUDr. Jan Jelínek, MUDr. Pavel Neugebauer
podpis doplněn: s textem souhlasíme jako se zápisem z jednání s výhradou, že jednání o cenových dodatcích mezi PL a VZP stále probíhají

**Pro VOX PEDIATRIAE zpracovall:
MUDr. Pavel Neugebauer**



Zápis ze společného jednání pracovní skupiny RHSD ČR pro zdravotnictví a pracovního týmu pro sociální otázky

konaného dne 13. listopadu 2006
na Ministerstvu zdravotnictví ČR

RNDr. J. Schlanger (dále jen předsedající) zahájil jednání, přivítal ministra zdravotnictví a seznámil přítomné s návrhem programu společného jednání pracovní skupiny Rady hospodářské a sociální dohody ČR (RHSD ČR) pro zdravotnictví a pracovního týmu pro sociální otázky. Program byl schválen bez připomínek.

■ Program jednání:

1) Realizace zákona o sociálních službách včetně návrhů právních předpisů vydávaných k provedení zákona MPSV a návrhů vyhlášek, kterými se vydává seznam výkonů s bodovými hodnotami a úhrady zdravotní péče na rok 2007

2) Informace k aktuální situaci v resortu

a) Vyhláška MZ o rámcových smlouvách a návrh na zrušení vyhlášky č. 290/2006 Sb.

b) Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních

3) Zákoník práce

4) Návrh vyhlášky, kterou se stanoví způsob volby a volební řád pro volby do správních rad a dozorčích rad resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven

5) Různé

■ K bodu 1:

Realizace zákona o sociálních službách včetně návrhů právních předpisů vydávaných k provedení zákona MPSV a návrhů vyhlášek, kterými se vydává seznam výkonů s bodovými hodnotami a úhrady zdravotní péče na rok 2007

Předsedající uvedl, že členové pracovních

týmu obdrželi materiál po vypořádání připomínkového řízení. Cílem projednávání tohoto bodu je zjistit, co je již provedeno, kde je míra shody a najít platformu, na které by bylo možné věci dořešit. Jednání by mělo vést k domluvě spíše procesního charakteru.

MUDr. M. Hošek, náměstek MPSV informoval o financování tohoto zákona. Ve druhém čtení je projednáván návrh na navýšení finančních prostředků dotačních řízení o 3 mld. Kč. Z pohledu poskytovatelů i uživatelů bude financování zákona dostačující.

Mgr. Žárský, ředitel MPSV informoval o aktuálním stavu přípravy vyhlášky a dalších prováděcích předpisů. V rámci připomínkového řízení byly vypořádány všechny připomínky pozitivně. Z hlediska dopadů, na dnes řešenou problematiku, jsou předmětem diskuse rozpis základních činností, které mají poskytovat zdravotnická zařízení ústavní péče v případě, že se rozhodnou poskytovat sociální služby podle §52 a dále se jako problematické jeví provádění inspekce sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních. Nyní se pracuje na metodice provádění inspekce sociálních služeb, kde bude zohledněn zvláštní statut zdravotnických zařízení. MPSV garantuje, že inspekce sociálních služeb při své činnosti nemůže vstupovat do oblastí, které jsou výhradně řešeny zdravotnickými předpisy.

Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení o sociálních službách byla dne 13.12. 2006 odborem legislativy MPSV předána k podpisu, zveřejnění ve Věstníku se očekává do 14 dnů. Zbývá dopracovat administrativní zázemí na poskytování dotací.

■ Diskuse k bodu 1:

Ing. P. Ernst vznesl dotaz v souvislosti se systémem poskytování dotací ústavním zdravotnickým zařízením:

1) v zákoně je formulována dotace jako nenároková položka. Jedná se o odlišnost od všech ostatních veřejných služeb.

2) Zákon vymezuje, že dotace se poskytuje na základě nařízení vlády a zde byla zmíněna pouze metodika, metodikou nelze nahradit nařízení vlády. Vzhledem k účinnosti tohoto zákona je to věc, která se musí co nejrychleji ujasnit, aby ústavním zdravotním zařízením bylo jasné, jak mohou být na nenárokové dotace dosáhnout.

3) podle informací ústavních zdravotnických zařízení je částka určená na pokrytí potřebných výdajů na zabezpečování sociálních služeb v ústavních zdravotnických zařízeních nedostatečná a hrozí zásadní problém. A to, že ústavní zdravotnická zařízení budou donucena zůstat u současného systému, kdy sociální občané budou léčeni jako pacienti v rámci systému zdravotní péče, což přispívá k destabilizaci systému.

Předsedající k otázce financí uvedl, že státní rozpočet je stále v projednávání. V rámci druhého čtení ve Výboru pro sociální politiku jsou úspěšně kompenzovány 3 mld. korun z nemocenského pojištění. Takže nyní je to 3+3 v kapitole MPSV, pak je tam 0,5 mld. korun pro zdravotnictví a necelých 0,5 mld. korun ve formě rezervy ve všeobecné pokladní zprávě. Tento týden bude problematika projednávána v rozpočtovém výboru a od 28.11. v plénu.

Mgr. Žárský, ředitel MPSV informoval, že to, co je uvedeno ve všeobecné pokladní zprávě je přímo určeno k zajištění dotací na provoz zdravotnických zařízení, která postupují podle §52.

Celý dotační systém je státní dotační systém, který se vždy musí řídit zákonem o rozpočtových pravidlech. Nařízení vlády, které je připraveno, má jenom pět paragrafů a upravuje pár drobných náležitostí, která nejsou definována v rozpočtových pravidlech. Proto pro poskytování dotací stačí metodika, která je konzultována s Ministerstvem financí a nijak se neodklání od poža-



avků, které klade zákon o rozpočtových pravidlech. Rozpočtová pravidla neznají žádný dotační výdaj, který by byl nárokový, proto se vždy hovoří o tom, že dotace je nenároková. Veškerá jednání, která doposud probíhala určila parametry, od kterých se dá odvodit, že bude stanoven systém, který bude založen na vykazování doby pobytu člověka na lůžku, podle §52. A k tomu bude uzpůsobena také metodika pro zdravotnická zařízení ústavní péče.

MUDr. D. Stejskal navrhl, aby části, které dnes spravuje Ministerstvo zdravotnictví, postupně přešly pod správu MPSV. Je totiž řada ústavů a zařízení, která poskytují pouze následnou péči.

Předsedající konstatoval, že obě ministerstva spolupracují. Sociálním partnerům doporučil, ať shromážďují a analyzují informace, které mohou být využity pro případnou novelizaci zákona.

Dr. Kaplan (Asociace poskytovatelů zdravotnických služeb) uvedl, že v novém návrhu byly zrušeny kontraindikace, které byly legislativní hranicí mezi zdravotní a sociální péčí. Upozornil, že do pobytových zařízení nemají být přijímány osoby narušující kolektivní soužití. Je zde výjimka pro domy se zvláštním režimem, což se může ukázat jako „past“ pro domovy důchodců.

Mgr. Žárský vysvětlil, že v zákonu o sociálních službách je definován speciální druh služby, což je domov pro osoby se zdravotním postižením a seniory se zvláštním režimem, kde je v definici této služby zmíněno několik diagnóz a tento druh služby předpokládá, že dokáže personálně i prostorově zabezpečit intenzivnější a odpovídající péči těmto osobám. Ve vyhlášce jsou uvedeny důvody, ze kterých může být odmítnuto uzavření smlouvy na pobyt v zařízení sociálních služeb, např. důvod k hospitalizaci, otevřená akutní infekce, chování vyplývající z duševní poruchy, které by narušovalo soužití. A pak je tam „dodatek“ - to neplatí v případě domovů se zvláštním režimem.

K registraci uvedl, že každý poskytovatel služeb bude žádat o registraci, tedy o oprávnění poskytovat určitý druh služeb a musí přesně uvést pro jakou cílovou skupinu, jakou metodou, v jakém zařízení a jakým personálem bude službu zabezpečovat. Krajský úřad potvrzuje toto sdělení, pokud odpovídá celkový obsah. Pokud se domov pro seniory zaregistruje např. pro 90% své kapacity jako běžný domov pro seniory a zbývajících 10% zaregistruje jako domov se zvláštním reži-

mem, bude proto mít uzpůsobeno personální a logistické řešení, tak potom tito lidé mohou žít v jednom zařízení.

Dr. Kaplan (Asociace poskytovatelů zdravotnických služeb) reagoval, že odpověď nereflexuje situaci, která je v domovech důchodců. Filozofie zákona je postavena v takovém charakteru, že všechny domovy důchodců se stávají domovy se zvláštním režimem v převážné části. Domov pro seniory pak bude určen pro osoby, které nebudou mít příspěvek na péči. Domovy důchodců spadnou do režimu domovů se zvláštním režimem a nebudou moci odmítnout klienty, kteří terorizují ostatní obyvatele a nebudou moci poskytovat tu kvalitu péče, kterou zákon vyžaduje.

V případě, že výše zmíněný problém vyřeší registrace, pak není potřeba v zákoně uvádět výjimky.

■ Seznam výkonů

MUDr. P. Hroboň, náměstek pro zdravotní pojištění informoval, že Ministerstvo zdravotnictví připravilo návrh novely Seznamu výkonů. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který vstupuje v platnost dnem 1. 1. 2007, zavádí pro zdravotní pojišťovny povinnost hradit podle zvláštní smlouvy zdravotní péči, která bude poskytována klientům zařízení sociálních služeb v tomto prostředí.

V návaznosti na něj zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění uvádí v §22, písm. e) povinnost úhrady této péče v zařízeních sociálních služeb podle zvláštní smlouvy. Platná vyhláška MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, doposud takové výkony neobsahuje.

MZ ve spolupráci s MPSV připravilo v rámci meziresortní komise, ustanovené za účelem naplnění dílky citovaných zákonů, návrh skupiny zdravotních výkonů ošetřovatelského typu a předložilo je k projednání v rámci druhé pracovní skupiny k Seznamu výkonů, která po odborné stránce posuzuje a koriguje předložené návrhy výkonů. Takto předložené návrhy byly druhou pracovní skupinou hodnoceny a upraveny tak, aby vyhovovaly metodice a struktuře Seznamu výkonů. Po finanční stránce jsou tyto výkony konstruovány jako součet tzv. materiálových výkonů a výkonů časových, avšak s omezenou frekvencí poskytování a krátkým časovým limitem. Finanční dopad do systému veřejného zdravotního pojištění tak bude akceptovatelný.

■ Diskuse k Seznamu výkonů

Ukutečnila se diskuse o způsobu úhrad. V diskusi vystoupili: Ing. P. Ernst, Ing. P. Dušek, MUDr. M. Hošek, MUDr. P. Hroboň, MUDr. T. Julínek, MBA, Dr. Kaplan, předsedající, MUDr. E. Sohlich, MBA, MUDr. D. Stejskal a D. Žitníková.

Předsedající konstatoval, že diskuse vede k narovnání podmínek a hledání motivace jednotlivých skupin poskytovatelů.

MUDr. T. Julínek, MBA, ministr zdravotnictví, vyzval všechny přítomné, že je nutné změnit pohled na zdravotně sociální oblast. Dosud se nikdy nepodařilo péči zdravotní a sociální oddělit. Proto je nutné vzít v úvahu, že se tyto jednotlivé péče nedají od sebe oddělit. Je třeba nastavit nové financování a nové pohledy na tuto oblast, což návrh vyhlášky obsahuje. Od roku 2007 se startuje tato změna.

■ Závěr k bodu 1:

Sociální partneři vzali předložené informace resortů MPSV a MZ na vědomí.

Ministerstvo zdravotnictví svolá pracovní jednání poskytovatelů a pojišťoven na Ministerstvu zdravotnictví, kde bude diskutován návrh Ministerstva zdravotnictví a návrh poskytovatelů. Jednání se uskuteční v pondělí 27.11.2006 v 16,00 hod.

Ministerstvo zdravotnictví zašle vyhlášku do připomínkového řízení.

Sociální partneři žádají MZ, aby zohlednilo situaci těch, kteří indikují ošetřovatelskou péči, aby za objem výkonů, který bude nový, větší, nebyli negativně postiženi regulacemi.

Pokračuje jednání pracovní skupiny RHSD ČR pro zdravotnictví.

■ K bodu 2:

Informace k aktuální situaci v resortu

a) Vyhláška MZ o rámcových smlouvách a návrh na zrušení vyhlášky č. 290/2006 Sb.

MUDr. T. Julínek, MBA, ministr zdravotnictví informoval, že nové vedení ministerstva po nástupu do funkce řešilo několik kritických situací, kdy došlo k porušení sociálního smíru tím, že byly vydávány podzákonné předpisy a jiná rozhodnutí bez řádného projednání nebo i v rozporu se zákonem. Současné vedení ministerstva postupuje podle zákona.

Ministerstvo v této situaci považuje za podstatnou skutečnost, že v době po vydání



vyhlášky č. 290/2006 Sb. došlo v rámci dohodovacího řízení o rámcových smlouvách k dohodě a účastníci dohodovacího řízení se na obsahu jednotlivých rámcových smluv shodli. Je tedy žádoucí, aby smluvní vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče byly nadále upravovány v souladu s výsledky vzájemných dohod účastníků dohodovacího řízení. Vyhláška č. 290/2006 Sb. bude tedy po svém zrušení nahrazena vyhláškou, která bude v souladu s ustanovením § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. výsledkem dohodovacího řízení.

V návrhu nové vyhlášky o rámcových smlouvách MZ respektuje dohody, ke kterým došlo v rámci dohodovacího řízení a které byly MZ svolavatelem (Svaz zdravotních pojišťoven) řádně předloženy. Text dohod byl upraven pouze s ohledem na legislativní pravidla pro tvorbu vyhlášek a zákonů.

Současný stav prací na vyhlášce:

Vyhláška prošla zkráceným připomínkovým řízením v souladu s udělenou výjimkou, o kterou MZ požádalo vzhledem k záměru vydat novou vyhlášku s termínem platnosti od 1.1.2007. Této žádosti MZ bylo vyhověno.

V současné době probíhá vypořádání připomínek a poté bude vyhláška v souladu s legislativními pravidly předána k posouzení komisím Legislativní rady vlády tak, aby mohla vyhláška vstoupit v platnost 1. 1. 2007.

b) Zákon č. 245/2006 Sb. o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních

MUDr. T. Julínek, MBA, ministr zdravotnictví sdělil, že zůstalo torzo zákona se všemi problémy. Ministerstvo zatím nezaznamenalo žádnou žádost zdravotnického zařízení, že by se chtělo stát tímto subjektem. V současné době ministerstvo připravuje velmi rychle dva zákony: Zákon o zdravotnické záchranné službě a Zákon o zdravotnickém zařízení. Ministerstvo připraví legislativní plán, podle kterého bude vytvořen právní rámec pro zdravotnictví.

■ Diskuse k bodu 2:

Strana odborů a strana zaměstnavatelů ocenily záměr připravit legislativní plán a jsou připraveny na spolupráci. Berou na vědomí, že MZ bude respektovat závěry dohodovacího řízení, které bylo dříve opomíjeno a věci se projednávaly pouze s vybranými partnery. Záměry tak nemohly být posouzeny

komplexně.

V diskusi vystoupili: Ing. P. Ernst, MUDr. P. Hroboň, MUDr. T. Julínek MBA, předsedající, MUDr. D. Stejskal, J. Zavadil a D. Žitníková.

MUDr. T. Julínek, MBA, ministr zdravotnictví k integrovanému záchrannému systému sdělil, že zákon o zdravotnické záchranné službě doplňuje trojici zákonů o hasičském záchranném sboru a o policii ČR. Je provedením zákona o IZS a krizového zákona. Na nejbližším jednání BRS bude projednávána event. novelizace zákona o krizovém řízení a o IZS.

Na závěr ministr informoval, že ministerstvo bude pracovat v řádných procesech spolupráčnických řízeních a dle legislativních termínů.

■ Závěr k bodu 2:

Sociální partneři vzali informaci Ministerstva zdravotnictví na vědomí.

■ K bodu 3:

Zákoník práce

MUDr. M. Hellerová, náměstkyně pro zdravotní péči informovala o snaze MZ prosadit odložení účinnosti zákoníku práce. Zákonem č. 262/2006 Sb. je s účinností od 1. 1. 2007 vydán nový zákoník práce (dále jen „nZP“) s doprovodným změnovým zákonem č. 264/2006 Sb., kterým se mění některé další zákony. Tento zákon přináší několik zásadních problémů ve vztahu k provozu zdravotnických zařízení, zajištění poskytování zdravotní péče, její dostupnosti a kvalitě.

Významné omezení přesčasových hodin zdravotnických pracovníků způsobí jednoznačně dopady na kvalitu a bezpečnost poskytované péče a v řadě případů snížení dostupnosti zdravotní péče. Problém se týká převážně zajištění lékařské ústavní pohotovostní služby (ÚPS). Stávající počty lékařů nebudou dostačující. V úvahu přichází přijmout do pracovního poměru další lékaře, problémem je ale nedostatek kvalifikovaných lékařů na trhu práce. Snížením počtu přesčasových hodin dojde zároveň ke snížení celkové měsíční mzdy lékařů, dle odhadů odměna za ÚPS tvoří až 35% z celkové průměrné mzdy lékaře.

Uvedený stav může vést k redukci péče v oborech, a to u menších nemocnic, na které tato opatření dopadnou mnohem více. Ty nebudou schopny zajistit ÚPS. Významně se tak sníží dostupnost péče.

V odbornostech, kde se lékaře podaří zaji-

stit, bude rovněž nutné současně zabezpečit vyrovnaný hospodářský výsledek zařízení. Zde lze očekávat pokles platu stávajících lékařů úměrně počtu odsloužených hodin.

Ještě závažnější je situace v případě Zdravotnické záchranné služby. Postačuje-li nyní na 40 výjezdových skupin RLP cca 80 lékařů, při dodržení platnosti nového zákoníku práce bude potřeba cca 160. Na trhu práce tyto lékaři nejsou, téměř jedinou možností je tedy významně redukovat počet výjezdových skupin s lékařem a nahradit je pouze středním zdravotnickým personálem s omezenými kompetencemi a možnostmi léčebného zásahu. Toto řešení zásadním způsobem ohrozí kvalitu zdravotní péče a dostupnost ZZS v neprospěch občanů a pacientů.

Možné řešení:

Ministerstvo zdravotnictví **požaduje odchýlně upravit pracovní dobu pro zdravotnictví a vytvořit v novém Zákoníku práce zmocnění pro vládu k možnosti stanovení odchýlné úpravy pracovní doby a doby odpočinku pro zdravotnické pracovníky.** Požaduje se do § 100 „nZP“ práce vložit další odstavec, aby vláda mohla stanovit nařízením odchýlnou úpravu pracovní doby a doby odpočinku od tohoto zákona pro lékaře, zubní lékaře, farmaceuty a zdravotnické pracovníky nelékařských zdravotnických povolání v případě nepřetržitého pracovního provozu spojeného s příjmem, léčbou nebo péčí nebo zajištěním přednemocniční neodkladné péče, kterou poskytují nemocnice, ostatní lůžková zdravotnická zařízení nebo zdravotnická zařízení zdravotnické záchranné služby.

Podnětem se sleduje časová přechodná doba 3 až 5 let. V souladu s nařízením vlády navýšit dojednaný limit práce přesčas z obecně možných 8 hodin týdně na cca 15 až 20 hodin týdně. Pro možnost přechodného období je předpokládán důvod k zachování dostupnosti a kvality zdravotní péče po dobu, než se zcela zdravotnická zařízení vypořádají se zavedením směnného provozu.

Návrh postupu podle názoru MZ neodporuje závazkům ČR vůči Evropské unii, když řešením uvedených problémů a negativních dopadů je novelizace zákona, která by zařadila pracovníky ve zdravotnictví (lékaře, zubní lékaře, farmaceuty a ZP nelékařských zdr. povolání) mezi ty, u nichž vláda může svým nařízením stanovit odchýlnou úpravu pracovní doby, podobně jako je tomu např. u pracovníků v dopravě apod. Nad rámec výše uvedeného je potřeba zmínit i skutečnost, že



v této chvíli probíhají na úrovni EU (COREPER, Rada ministrů) jednání směřující ke změně směrnice 2003/88/EC o některých aspektech pracovní doby.

Závěr:

Z provedené analýzy jednoznačně vyplývá velmi zásadní a negativní dopad „nZP“ na resort zdravotnictví, na poskytovatele, zaměstnance a v neposlední řadě na občany a pacienty. Tento dopad se negativně projevuje v hospodaření poskytovatelů - významně vyšší jejich náklady, ve znejistění na trhu práce a ve snížení rozsahu a dostupnosti poskytované péče. Jako nejzávažnější se jeví zajištění provozu lůžkových zdravotnických zařízení, zajištění provozu zdravotnických zařízení poskytujících neodkladnou zdravotní péči a fungování zdravotnické záchranné služby.

Ministerstvo zdravotnictví proto podporuje myšlenku odložení účinnosti zákona o jeden rok a zahájení procesu novelizace (s čímž už jsme se na MPSV obrátili) zákona tak, aby vycházel ze závazků ČR vůči EU a současně řešil uvedené důvody.

Diskuse k bodu 3:

Předsedající informoval o plenárním zasedání RHSD ČR, které se konalo dne 13. 11. 2006, kde nedošlo k dohodě sociálních partnerů a vlády k odložení účinnosti Zákoníku práce.

Za stranu odborů se vyjádřil k věcné stránce problematiky „nZP“. Uvedl, že pramenem problému „nZP“ je Evropská směrnice o pracovní době, ta má velmi malý prostor pro legislativní řešení, zejména pro ČR. Dne 7. 11. 2006 bylo jednání ministrů členských zemí EU o změně Evropské směrnice o pracovní době ukončeno. Odbory by měly zájem na aplikaci závěrů Evropského parlamentu, ale tyto věci jsou blokovány kvalifikovanou menšinou Velké Británie. Předpokládá se, že v nejbližší době nedojde ke změně evropského rámce. Jediná cesta řešení je změna organizace zdravotní péče a změna organizace práce v nemocnicích. Bohužel, tohoto úkolu se nezhostily vlády po dobu posledních 13 let a úkol zůstává k řešení pro vládu současnou. OS ZSP ČR (ČMKOS) opakovaně vyzýval odpovědné subjekty k reformám, ale žádné se neuskutečnily.

Dále upozornil, že Ministerstvo by se mělo v nejbližší době vypořádat se směrnicí o ústavních pohotovostních službách, personálními standardy VZP ČR pro ÚPS a odbřemenit nemocnice a ZZS od LSPP zvýrazněním

zákonné povinnosti registrujících praktických lékařů vůči registrovaným pojištěncům

Ing. P. Ernst, strana zaměstnavatelů, uvedl, že realizace „nZP“ znamená ohrožení dostupnosti zdravotní péče, chybí finanční i personální připravenost. Proto trvají na odložení účinnosti a přípravu odpovídající novely.

V diskusi dále vystoupili:

MUDr. M. Hellerová, MUDr. D. Stejskal, J. Zavadil a D. Žitníková.

Závěr k bodu 3:

Odbory vyzvaly Ministerstvo zdravotnictví k přípravě koncepčního materiálu k Zákoníku práce.

Strana zaměstnavatelů trvá na odložení účinnosti Zákoníku práce a na přípravě odpovídající novely.

Sociální partneři berou na vědomí závažnost problému a jsou připraveni dále jednat.

K bodu 4:

Návrh vyhlášky, kterou se stanoví způsob volby a volební řád pro volby do správních rad a dozorčích rad resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven.

Předsedající a J. Zavadil informovali, že dříve nebyla vůle diskutovat k tomuto problému. Dne 17. 7. 2006 se na jednání PS RHSD ČR pro zdravotnictví shodli sociální partneři, že „návrh odborů, předložený ministerstvu zdravotnictví 21.6. 2006, je společným návrhem sociálních partnerů a že tento návrh bude do 20.7. 2006 doplněn o „odůvodnění“. Tento návrh bude druhou variantou k ministerskému návrhu, který bude zaslán do připomínkového řízení.“ Tak učiněno nebylo.

MUDr. P. Hroboň, náměstek pro zdravotní pojištění informoval, že obě verze vyhlášky prošly připomínkovými řízeními a Ministerstvo zdravotnictví vycházelo z verze doporučené stranou odborů a dále nepracovalo s původní verzí MZ.

Diskuse k bodu 4:

Odborová strana sdělila, že neobdržela oficiální cestou návrh vyhlášky k připomínkám. Upozornila, že v zákoně chybí definice volitelů, a nesouhlasí, aby volitele určovali pouze zaměstnavatelé. Dále upozorňuje, že je nutno odlišovat jednání v pracovních týmech tripartity a vnější připomínkové řízení podle Legislativních pravidel vlády a bylo respektováno ustanovení Zákoníku práce, že předkladatel je povinen předkládat návrhy

právních předpisů dotýkajících se zájmů zaměstnanců jak organizacím zaměstnavatelů, tak organizacím odborů.

Strana zaměstnavatelů oceňuje, že Ministerstvo zdravotnictví ctí literu zákona a ochotu připravit novelu zákona, která by zabezpečila odpovídající úlohu zakladatelů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.

Svaz zdravotních pojišťoven ČR upozornil na technickou stránku normy a navrhuje:

- 1) neopouštět hranici 0,5% z celkové částky pojistného pro oprávněné volitele
- 2) v případě, že vyhláška nenabude právní účinnosti k 15. 12. 2006, pak stanovit účinnost např. 04/2007.

V diskusi vystoupili:

Ing. P. Ernst, p. Fridrich, MUDr. P. Hroboň, Dr. Kindlová, MUDr. D. Stejskal a J. Zavadil.

Závěr k bodu 4:

Sociální partneři se shodují nevydávat vyhlášku za těchto okolností.

Sociální partneři vyzývají Ministerstvo zdravotnictví předložit, co nejdříve, návrh novely zákona, zejména co se týká řešení podílu zaměstnavatelů, odborů a žadatelů o založení na správě veřejného zdravotního pojištění.

Ministerstvo zdravotnictví stanovisko sociálních partnerů respektuje.

K bodu 5:

Různé

Ministerstvo zdravotnictví ověří vypořádání připomínek Konfederace zaměstnavatelských a podnikatelských svazů k návrhu vyhlášky „Očkování proti infekčním nemocem“.

Ministerstvo zdravotnictví připraví návrh řešení problematiky nerovnováhy sazebníku lékařských a nelékařských výkonů. Informace bude projednána na příštím jednání PS RHSD ČR pro zdravotnictví, nebo bude nejpozději do 15. 12. 2006 předložena sociálním partnerům.

Zapsala:

Michaela Zachová

odbor Kabinetu ministra zdravotnictví

Schválil:

Jiří Schlanger

předsedající týmu RHSD



Zákoník práce prověří schopnosti personalistů

Zákaz švarcsystému se neruší Přesnější definice charakteru závislé činnosti

Navzdory odporu Svazu průmyslu a dopravy a výhradám odstupujícího ministra práce a sociálních věcí se zdá, že nový Zákoník práce vstoupí v účinnost tak, jak bylo určeno, tedy od 1. ledna 2007. O změnách, které zákoník přináší, ale i o jeho nedostacích hovoříme s JUDr. Natašou Randlovou, která se specializuje na pracovní právo.

Nový Zákoník práce sice vychází ze zásady, co není zakázáno, je dovoleno, nicméně zároveň taxativně vymezuje případy, kdy to není možné. Které to jsou?

V ustanovení § 2 Zákoníku práce je vyjmenováno sedm kategorií případů, ve kterých se odchýlit nelze. Původně se očekávalo, že tyto případy budou výslovně uvedeny číslu paragrafů, tak aby byl zákoník snadno použitelný pro odbornou veřejnost, to znamená především pro personalisty, ale i zaměstnance. K tomu však došlo jen částečně, takže část kategorií je přehledných, ale zbytek je naprosto nepřehledný. Příkladem je třeba zákaz odchýlit se od ustanovení, u nichž z povahy věci vyplývá, že se od nich odchýlit nelze. Není však určeno, kdo má možnost odchýlení posuzovat; zda personalista anebo jestli budeme v každém ustanovení čekat na rozhodnutí soudu, které může trvat i několik let. Dalším příkladem jsou povinnosti zaměstnance, u nichž se rovněž nemůžeme odchýlit od zákoníku, leda by to bylo ve prospěch zaměstnance, ale opět se neříká, kdo tento prospěch zaměstnance posoudí; zda personalista, zaměstnanec sám anebo nějaký arbitr. Takže pro člověka, který má se Zákoníkem práce pracovat, je ustanovení § 2 naprosto nepřehledné, což je podle mého názoru jedním z hlavních nedostatků tohoto nového kodexu.

Některé paragrafy přímo odkazují na Občanský zákoník. V čem vidíte smysl tohoto úzkého sepětí. Nejde o předobraz budoucího nahrazení

Zákoníku práce právě Občanským zákoníkem, jak by to někteří politici rádi viděli?

Nejsem politik a tak nemohu předvídat. Pro nás právníky, ale i pro personalisty, je to něco nového. Zákoník práce používá princip delegace, to znamená, odkazuje výslovně v některých ustanoveních na použití Občanského zákoníku; celkem jde o 106 ustanovení. Pro personalisty to bude znamenat, že budou muset své příruční knihovničky vybavit Občanským zákoníkem a studovat judikaturu příslušných ustanovení obou zákoníků. Nakolik je to pozitivní rozhodnutí, ukáže až praxe, ale já osobně to vítám před původně zvažovaným systémem subsidiarity, který předpokládal použití Občanského zákoníku v případech, kdy by Zákoník práce konkrétní požadovanou úpravu neměl. Princip delegace je pro personalisty přehlednější, v novém Zákoníku práce mají výslovně uvedeno, se kterým paragrafem Občanského zákoníku mají pracovat.

Jedním z dlouhodobě sporných bodů našeho pracovního práva je tzv. švarcsystém. Jak se k němu Zákoník práce staví?

V tisku se objevily články, které tvrdily, že švarcsystém bude povolen, protože se ruší příslušné ustanovení zákona o zaměstnanosti, který tuto úpravu obsahoval. Chci upozornit, že zákaz švarcsystému neboli povinnost zaměstnavatele vykonávat běžné úkoly zaměstnanci v pracovním poměru byla přenesena do Zákoníku práce a na rozdíl od původní úpravy v zákonu o zaměstnanosti přesně definuje, co je pod závislou činností míněno. Závislá práce je práce konaná výlučně osobně zaměstnancem, jménem a na odpovědnost zaměstnavatele, ve vztahu podřízenosti zaměstnance a nadřízenosti zaměstnavatele, podle pokynů zaměstnavatele, v pracovní nebo jinak stanovené době, na pracovišti zaměstnavatele, popřípadě jinak dohodnutém místě, za mzdu, plat nebo odměnu zaměstnavatele a nově se tam vkládá rovněž na náklady zaměstnavatele. Sa-

mozřejmě tím, že to bylo vyjmuta ze zákona o zaměstnanosti, byla kontrola švarcsystému vyjmuta i z působnosti úřadů práce, a vzhledem k tomu, že zatím není novelizován zákon o inspekcii práce, nebude švarcsystém od prvního ledna 2007 možné sankcionovat jako porušení pracovněprávních předpisů. Zůstává však v platnosti možnost sankce od finančních úřadů v podobě doplatku daně ze závislé činnosti.

Jedním z nejcitlivějších bodů Zákoníku práce, alespoň soudě podle diskusí, které ho provázely, je ukončení pracovního poměru. Jaké změny v této oblasti nový zákoník přináší?

Důvody ukončení pracovního poměru výpovědí, které asi zaměstnance nejvíce zajímají, zůstávají téměř beze změny. K úpravě dochází u výpovědi ze zdravotních důvodů, kde se vytvářejí dvě skupiny. Jsou to takzvané běžné zdravotní důvody a pak důvody způsobené pracovním úrazem či nemocí z povolání. Důvodem změny je rozdíl ve vyplácení odstupného, protože v případě, kdy zaměstnanec dostane výpověď ze zdravotních důvodů zaviněných úrazem nebo nemocí z povolání, bude mít nárok na dvanáctinásobek průměrného měsíčního výdělků. Provozy s velkým rizikem pracovních úrazů, kde jsou zdravotní důvody častou příčinou výpovědi, si tak budou muset vytvořit značné rezervy na výplatu odstupného. Rovněž se zkracuje zákonná výpovědní doba u výpovědi z organizačních důvodů z dosavadních tří na dva měsíce. Minimální výpovědní doba daná zákonem v délce dvou měsíců bude tak platit pro všechny druhy výpovědí. Zároveň se zvyšuje minimální odstupné ze dvou na tři měsíce. Nová je i možnost prodloužení výpovědní doby na základě dohody mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem, ale za dodržení podmínky, že bude zachována zákonná minimální délka dvou měsíců a prodloužená výpovědní doba bude pro obě strany stejná.

Převzato z deníku Právo



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnchová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vzdělávací akce IPVZ

IPVZ vytvořilo portál vzdělávacích akcí, na kterém je možné vyhledávat akce pořádané IPVZ a přímo se na ně elektronicky přihlašovat. Portál najdete na www.ipvz.cz v záložce „Vzdělávací akce“. Před prvním přihlášením je nutná registrace na Portál, je nutné vyplnit čtyři za sebou jdoucí tabulky a hlavně vyplnit emailovou adresu. Po registraci získáte emailem přihlašovací jméno a heslo, které lze změnit. Veškeré novinky a akce vám budou chodit na uvedený email. Po přihlášení lze na portálu vyhledávat různé vzdělávací akce podle různých kritérií, které si nastavíte (zaměření akce, datum, region, přednášející atd.). Pro zajímavost uvádíme některé, týkající se našeho oboru.

Subkatedra praktického lékařství pro děti a dorost

220101 - Specializační kurz - Vedení lékařské praxe PLDD, 19.4.2007

Určeno pro PLDD a lékaře ve specializační přípravě. Program: Management soukromé praxe. Komunikace se zdravotními pojišťovnami. Legislativa, převody lékařských praxí. Vedení zdravotnické dokumentace. Internet.

Vedoucí: MUDr. O. Roškotová

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15

Předpokládaná cena: 300,- Kč

220102 - Specializační kurz - Používání antibiotik v praxi PLDD, 3.5.2007

Určeno pro PLDD a lékaře ve specializační přípravě. Program: Doporučené postupy pro používání antibiotik. Dávkování antibiotik u dětí. Diagnostika bakteriálních infekcí.

Vedoucí: MUDr. J. Marek

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15

Předpokládaná cena: 300,- Kč

220103 - Specializační kurz - Očkování v praxi PLDD, 17.5.2007

Určeno pro praktické lékaře pro děti a dorost, lékaře ve specializační přípravě v oboru.

Program: Základy používání očkovacích látek. Mechanismus účinku očkovacích látek. Legislativa. Očkovací schémata. Očkovací kalendář v ČR a ostatních státech. Očkování dětí při cestách do zahraničí.

Vedoucí: MUDr. H. Cabrnchová

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15

Předpokládaná cena: 300,- Kč

220001 - Specializační kurz - Základy dětského lékařství, 26.2.2007 - 2.3.2007

Určeno pro lékaře připravující se k atestacím z dětského lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost, kteří dospěli na konec tříleté přípravy povinného pediatrického základu.

Program: Kontrola znalostí a dovedností, test na závěr povinného pediatrického základu.

Vedoucí: doc. MUDr. I. Novák, CSc., MUDr. H. Cabrnchová

Místo konání: Praha 4, Vídeňská 800, FTN, katedra pediatrie

Předpokládaná cena: 1500,- Kč

220002 - Specializační kurz - Základy dětského

lékařství, 2 týdny (leden). (termín dle dohody se školitelem)

Určeno pro lékaře připravující se k atestaci z dětského lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost.

Program: Aktuální problémy diagnostiky a terapie dětských nemocí.

Vedoucí: doc. MUDr. J. Slaný, CSc., MUDr. T. Šuláková

Místo konání: Ostrava - Poruba, tř. 17. listopadu 1790, FNŠP, Klinika dětského lékařství

Předpokládaná cena: 3000,- Kč

220201 - Kurz - Komunikace s dospívajícími v různých situacích, 9.2.2007

Určeno pro dětské lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost, praktické lékaře pro dospělé ev. hygieniky.

Program: Východisko komunikace s dospívajícím - znalost psychiky v dospívání. Komunikace s chronicky nemocným dospívajícím. Komunikace při akutním předání na psychiatrii. Krátká intervence při rizikovém chování v dospívání.

Vedoucí: MUDr. P. Kabíček, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15

Předpokládaná cena: 500,- Kč

220202 - Kurz - Krátkodobé a dlouhodobé účinky cannabinoidů u dospívajících, 27.4.2007

Určeno pro dětské lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost, praktické lékaře pro dospělé a hygieniky.

Program: Vliv cannabinoidů na tělesné funkce, na psychiku, jejich vztah k psychiatrickým onemocněním. Epidemiologie jejich užívání. Krátká intervence, význam primární prevence.

Vedoucí: doc. MUDr. J. Hamanová, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15

Předpokládaná cena: 500,- Kč

220203 - Kurz - Zdravotní péče o učňovský dorost, 12.6.2007 - 13.6.2007

Určeno pro hygieniky, pracovní lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost a praktické lékaře pro dospělé.

Program: Vývoj alergických onemocnění v dospívání, alergie v pracovním prostředí. Choroby pohybového ústrojí a volba povolání. Potřebná náplň preventivních prohlídek u učňů Efektivita preven-

ce v oblasti rizikového chování dorostu v rámci preventivních programů.

Vedoucí: doc. MUDr. J. Hamanová, CSc.

Místo konání: Praha 4, Budějovická 15

Předpokládaná cena: 1000,- Kč

220204 - Odborná stáž - Komunikace s dospívajícími 1. část, 17.1.2007

Určeno pro dětské lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost, praktické lékaře pro dospělé a hygieniky.

Program: Základy komunikace s dospívajícím, praktické postupy při jednání s adolescenty v různých situacích.

Školitel: MUDr. P. Kabíček, CSc.

Místo konání: Praha 2, Ke Karlovu 2, VFN, subkatedra dorostového lékařství, pavilon B

Předpokládaná cena: 500,- Kč

220206 - Odborná stáž - Komunikace s dospívajícími 2. část, 16.5.2007

Určeno pro dětské lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost, praktické lékaře pro dospělé a hygieniky.

Program: Volně navazuje na 1. část (její absolvování není podmínkou). Druhá část stáže je zaměřena více na praktické postupy v komunikaci.

Školitel: MUDr. P. Kabíček, CSc.

Místo konání: Praha 2, Ke Karlovu 2, VFN, subkatedra dorostového lékařství, pavilon B

Předpokládaná cena: 500,- Kč

Redakční rada Vox Pediatry

V listopadu 2006 byla nominována za OSPDL ČLS JEP do Redakční rady časopisu Vox Pediatry MUDr. Olga Roškotová, která bude od ledna 2007 členkou Redakční rady místo MUDr. Krejčíka. MUDr. Roškotová má mimo jiné na starosti agendu školitelů OSPDL. Pokud máte zajímavé kasuistiky, zasílejte je na adresu sekretářky OSPDL ČLS JEP petra@ospdl.cz, která tyto kasuistiky postoupí MUDr. Roškotové a budou otištěny v časopise Vox Pediatry.

Nově přijatí členové OSPDL:

Dr. Krotká Mária- Jičín, Dr. Szitányi Natalie- Praha
Dr. Kalčíková Hana- Třešť, Dr. Štěpánová Bohumila- Studénka, Dr. Ryvolová Věra- Havlíčkův Brod,
Dr. Bartošová Petra- Trutnov



Desatero nejčastějších otázek a odpovědí k očkování hexavakcínou

1. Které děti v roce 2007 budou již očkovány podle nového očkovacího kalendáře?

Změna očkovacího kalendáře se týká všech dětí narozených po 31. 12. 2006.

2. Jak tomu bude s dětmi očkovánými hexavakcínou již v roce 2006?

Dětem, které byly očkovány hexavakcínou v roce 2006 a tato očkovací látka byla v roce 2006 hrazena rodiči, bude v roce 2007 zdarma poskytnuta 4. dávka hexavakcíny.

3. Mohou děti očkované podle dosud platného očkovacího kalendáře přejít na očkování hexavakcínou?

Děti očkované podle dosud platného očkovacího kalendáře se doočkují podle dosavadní právní úpravy. Na žádost rodičů je možné zahájit očkování hexavakcínou za úhradu. Doočkovat je hexavakcínou nelze.

4. Budou mít děti očkované podle dosud platného očkovacího kalendáře nárok na úhradu očkování?

Dětem očkovaným podle dosud platného očkovacího kalendáře bude vakcína (tetra- a hexavakcína) poskytnuta zdarma.

5. Bude pro děti narozené v roce 2006, u nichž nebylo možné s ohledem na jejich věk očkování hexavakcínou zahájit, poskytnuto zdarma očkování v roce 2007?

Těmto dětem bude poskytnuta pouze 4. dávka hexavakcíny v případě, že se rodiče rozhodnou první tři dávky uhradit. Očkování hexavakcínou bude hrazeno z prostředků státního rozpočtu u dětí narozených po 31. 12. 2006.

6. Pokud se uvádí, že dále bude poskytnuta zdarma dávka dětem narozeným i před 1. 1. 2007, jimž má být podána po 31. 12. 2006 čtvrtá dávka, rozumí se tím, že tyto děti dostanou uhrazenou případně i dávku druhou, respektive třetí, neboť i tak stále

naplňují kritérium, že jim má být podána po 31. 12. 2006 dávka čtvrtá?

Výklad je jednoznačný - jedná se pouze o podání 4. dávky hexavakcíny, která bude hrazena státem, ostatní dávky (předchozí 3) si uhradí rodič sám, protože ze zákona o ochraně veřejného zdraví vyplývá, že pokud se rodiče rozhodnou zajistit pro své dítě jinou očkovací látku, než kterou poskytuje stát, tak si ji musí uhradit sami.

7. Pokud dítě ze zdravotních důvodů nebylo např. do 1. roku svého života očkováno základem očkováním, kterým jinak prochází děti zhruba od 3. měsíce a lékař určil očkování „šetrnou vakcínou“ (ne však hexavakcínou) a očkování proti obrně podáním na lžičku, nemá toto dítě nárok rovněž na úhradu - jak tomu bude v roce 2006 a 2007?

Pokud dítě narozené v r. 2006 má zdravotní indikace k podání očkovací látky s acelulární pertusovou složkou (dávivý kašel), garantuje stát bezplatné očkování takovouto očkovací látkou. Jedná se však rovněž o tetra- a hexavakcínou, ale s acelulární pertusí. Tak tomu je již od zavedení tetra- a hexavakcíny do pravidelného očkování dětí v r. 2001. Nárok na úhradu za očkování hexavakcínou nevzniká, viz výše - text bodu 3.

8. Jak tomu bude v roce 2007 s dětmi

očkovánými podle současného platného kalendáře (tetra, VHB, polio - lžička), budou doočkované „postaru“?

Rozočkované děti podle stávající platné úpravy (tetra- a hexavakcína) budou v roce 2007 doočkovány podle stávající platné úpravy, tzn. „postaru“.

9. Nebude diskriminací, aby děti, které mají mít první očkování touto vakcínou po 1. 1. 2007, ale jsou narozené letos, měly povinnost tuto vakcínu platit?

Nejedná se o diskriminaci. Navíc každé nově zaváděné očkování se vztahuje na jasně specifikovanou skupinu dětí - v daném případě děti narozené po 31. 12. 2006.

10. Pokud u dítěte není možné z důvodu jeho zdravotního stavu (onemocnění, které vylučuje očkování) dodržet stávající očkovací kalendář, kdo a jak v takovém případě rozhodne o změně očkovacího kalendáře?

Takové rozhodnutí náleží praktickému lékaři pro děti a dorost, v jehož péči se dítě nachází. Rozhodnutí o dalším postupu se řídí medicínským zdůvodněnými zdravotními indikacemi, a to v každém individuálním případě dítěte. ■

Pro VOX PEDIATRIAE zpracovala:
MUDr. Hana Gabrnochová

Vážení kolegové,

na dermatologickém oddělení u **MUDr. Čapkové** na poliklinice v Praze Motole a na **Pediatrické klinice 2. LF a FN Motol** probíhá:

dvojitě zaslepená placebo kontrovaná studie léčby závažných forem kojeneckého atopického ekzému probiotiky společně s podáváním extenzivního hydrolyzátu nebo mateřského mléka.

K zařazení dítěte do studie musí být splněna podmínka, že dítě je mladší než 6 měsíců. Probiotika a extenzivní hydrolyzát dostává dítě zdarma do jednoho roku života a je ošetřováno na výše zmíněném pracovišti.

Pokud máte zájem o zařazení Vašeho pacienta do uvedené studie, kontaktujte **MUDr. Čapkovou** na čísle +420 224 433 861.

MUDr. Štěpánka Čapková, prof. MUDr. Jiří Nevorál, CSc.



Středoušní záněty u dětí

MUDr. Michal Jurovčík, MUDr. Petr Janoušek

Klinika ušní, nosní a krční, 2. LF UK a FNM, Subkatedra dětské otorinolaryngologie IPVZ, Praha

Souhrn

Středoušní záněty patří mezi nejčastější onemocnění v dětském věku, a to zejména v jejich akutní podobě. Tradičně dělíme záněty středního ucha na akutní a chronické. Zvláštní postavení zaujímají záněty středního ucha s výpotkem, tzv. sekretorické otitidy. Všechny tyto tři skupiny mohou být ve vzájemné příčinné souvislosti. Nejčastěji se však otolaryngolog a pediatr setkává s otitidou akutní.

■ Akutní středoušní záněty

Akutní otitida se vyskytuje nejčastěji u dětí do dvou let věku, kdy se uvádí incidence cca 200/100 000, u dětí do věku dvanácti let je asi 10x nižší. Zhruba 75% dospělých se ve svém životě setkala s akutní otitidou.

Etiologie: onemocnění většinou nasedá na infekci horních cest dýchacích, primárním agens bývají viry - RS virus, virus influenzy A a B, adenovirus. Cesta šíření do středouší bývá nejčastěji přes Eustachovu tubu, méně často hematogenně (varicella) a traumatickou cestou.

U kojenců snažšímu rozvoji onemocnění nahrává krátká a relativně široká Eustachova tuba. Středoušní zánět může proběhnout pouze jako virový infekce. Ve většině případů však dochází k bakteriální superinfekci, nebo je primárně bakteriální. Asi ve 30-40% bývá původcem *Streptococcus pneumoniae*, ve 20-30% *Haemophilus influenzae*, dále *Moraxella catarrhalis*, *Stafylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*.

Symptomatologie: Zánětu středního ucha většinou předchází akutní infekce horních cest dýchacích, není to však podmínkou. Obecně platí, že u malých dětí - zejména kojenců probíhá zánět bouřlivěji s více vyjádřenými celkovými příznaky, u větších dětí a adolescentů převažují spíše příznaky lokální. V prvních fázích bývá zalehnutí ucha, posléze se objevuje píchání a bolest v uchu - často pulzujícího charakteru, jsou subfebrilie až febrilie. Hyperpyrexie u akutní otitidy nebývají. V případě retence hnisu dochází k perforaci bubínku a následné úlevě s poklesem teplot a výtokem různého charakteru (serózní, sangvinolentní, hlenovitý, hlenohnisavý, hnisavý). V ideálním případě probíhá akutní středoušní zánět ve čtyřech fázích: I. Stadium tubární

okluze - zalehnutí a píchání, II. Stadium pre-supurace - bolest, teplota, III. Stadium supurace - úleva po spontánní perforaci, IV. Stadium reparace - může přetrvávat delší dobu zalehnutí. Někdy může proběhnout první otitida perakutně a dochází k rychlému rozvoji akutní mastoiditidy.

Diagnostika: Nejčtenější diagnostickou metodou ke stanovení středoušního zánětu



Obr. č. 1 - Akutní hnisavá otitida

stále zůstává otoskopie. Všimáme si infiltrativních změn, ztlustění, vyklenutí nebo naopak vpáčení bubínku, v případě perforace bubínku hodnotíme charakter sekretu a eventuální pulzaci, přehlédneme zvukovod, jeho prostornost a případné zánětlivé změny, při podezření na mastoiditidu pátráme po pokleslé zadní a horní stěně zvukovodu. Bolestivý tlak na tragus nepovažujeme za signifikantní známku středoušního zánětu, bolestivá manipulace s boltcem bývá spíše známkou zánětu zvukovodu, navíc tlak na tragus bývá někdy bolestivý a nepříjemný i u zdravého ucha. Možnost vyšetření ucha

mikroskopem nebo direktní optikou by dnes mělo být samozřejmostí. Cennou diagnostickou metodou zejména v hodnocení reparace středoušního zánětu je tympanometrie, které podává informaci o vzdušnosti středouší a o poddajnosti převodního aparátu. Audiometrii a tympanometrii neprovádíme v akutní fázi zánětu a v případě výtoku.

Diferenciální diagnostika: Zejména v letních měsících je nutno myslet na zánět zevního zvukovodu - externí otitidu. Zde je typicky bolestivá manipulace s boltcem, zánět může přestupovat až na boltce ve formě perichondritidy, boltce může být rovněž odstálý a imitovat tak příznak akutní mastoiditidy, hovoříme o tzv. mastoidizmu. U chronického středoušního zánětu bývá typicky páchnoucí sekret ze zvukovodu, nejsou celkové příznaky. Otagií se může manifestovat celá řada dalších onemocnění - například angíny, patologie čelistního kloubu, neuralgie trigeminu, lymfadenopatie. Prořezávající se dentice je u malých dětí častou příčinou příznaků imitujících otitidu.

■ Typy středoušních zánětů a léčba

Tubotympanální katar - klinicky dominuje bolest, pocit zalehnutí, rýma, subfebrilie, probíhá při současně probíhající rinitidě, či rinofaryngitidě. Téměř vždy je lokální nález na bubínku - začervenalý, vpáčený, horizontalizace manubria. Terapeuticky vkládáme longety s Burrow alkoholem, kapeme analgetické ušní kapky (Otoacid) a podáváme anemizaci nosní kapky. Nález vymizí po léčbě, nebo přejde do stadia akutní otitidy.

Otitis media acuta bullosa - jedná se o čistě virové onemocnění charakterizované tvorbou bul mezi epidermální a střední vrst-

Česká spořitelna



vou bubínku. Onemocnění je velmi bolestivé, terapeuticky provádíme skarifikaci bul, přikládáme ledové obklady a podáváme analgetika, pokud nedojde k bakteriální superinfekci, ATB nejsou nutná.

Otitis media acuta simplex - jsou přítomny výše zmíněné příznaky - subfebrilie až febrilie, tlak v uchu a bolest, po perforaci výtok z ucha.

V iniciálních stadiích zánětu konzervativní



Obr. č. 2 - Akutní mastoiditida

léčba zahrnuje podání anemizačních nosních kapek, intenzivní odsávání z nosu, analgetika - antiflogistika a antipyretika, nedoporučujeme nosní spray - je žádoucí, aby se kapky dostaly až k ústí Eustachovy tuby.

Doporučíme zvýšenou polohu hlavy a lokální chlazení - nejlépe ledem přes suché krytí. Lokálně podáváme ušní kapky, dobře se osvědčuje zavedení longety s Burrow alkoholem. V případě výtoků je nutná hygiena vchodu do zvukovodu - nejlépe čištění borovou vodou. Sekret odebíráme na bakteriologické vyšetření. Pokud je zánět v progresi a otoskopicky pozorujeme retenci, považujeme za plně indikovanou paracentezu. V ideálním případě vleže a pod mikroskopickou kontrolou. Bubínek znecitlivujeme Bonainovým roztokem nebo u menších dětí anestetickým sprayem. Správně provedená paracenteza má zásadní vliv na rychlost hojení a na prevenci rozvoje sekretní otitidy nebo re-

ziduí vodou. Antibiotika indikujeme uvážlivě podle klinického stavu. ATB první volby je amoxicillin, eventuálně cefalosporin I. nebo II. generace. Dále aminopenicilin s inhibitorrem při nálezu bakterií s produkcí betalaktamázu nebo makrolid při alergii na PNC.

Jednoznačnou indikací pro podání ATB je hnisavý výtok a febrilie. ATB podáváme empiricky, výjimkou jsou pacienti s recidivujícími nebo latentními otitidami s opakovanou ATB léčbou. U těchto pacientů je nutné vyčkat na výsledek kultivace. Pacienty s incipientní otitidou nebo se serózním sekretem po paracenteze s ATB léčbou většinou vyčkáme a kontrolujeme do 2 dnů; u pacientů po perforaci nebo paracenteze volíme alespoň 2 ambulantní kontroly do týdne a následně kontrolní tympanometrické vyšetření za 14 dní.

Úplné vyhojení středoušního zánětu trvá zhruba 3-4 týdny.

Otitis media acuta recidivans je charakterizována 3 atakami akutní otitidy v průběhu 6 měsíců nebo 4 atakami během jednoho roku roku. Mezi jednotlivými atakami následuje úplné vyhojení. Incidence akutní otitidy ve věkové skupině 0-4 roky je 200/1000. 20-25% těchto dětí splňuje kritéria pro diagnózu recidivující otitidy. Nejčastější příčinou bývá mechanická obstrukce Eustachovy tuby adenoidní vegetací. Léčba je nejprve konzervativní - cílená ATB léčba každé otitidy, diagnosticky doplňujeme rhinofaryngoskopii k ozřejmní nálezu v epifaryngu, celkové vyšetření pediatrické, alergologické a imunologické. Při zjištění adenoidních vegetací následuje chirurgická léčba - adenotomie. Pacientům s pozitivní alergologickou anamnézou po dohodě s alergologem zhotovujeme autovakcínu. Při přetrvávající nemoci ordinujeme vyšetření na GER (gastroezofageální reflux). Pacienty sledujeme ambulantně.

Otitis media acuta hemoragica - původcem jsou chřipkové viry, středoušní sliznice a bubínek jsou povleklé hemoragickými krustami a bulami, objevuje se sangvinolentní výtok, může se připojit toxické postižení nervus statoacusticus.

Otitis media secretoria - velmi časté onemocnění dětského věku. Je charakterizováno přítomností sekretu ve středoušní dutině bez klinických projevů zánětu. Etiologicky se na onemocnění podílí nefunkčnost Eusta-

chovy trubice v jedné nebo kombinaci svých funkcí - ventilační, drenážní a bariérové. Příčina vzniku sekretu není zcela objasněna. Sekrece bývá serózní až velmi vazká. Klinickým korelátem je nedoslýchavost převodního typu. U dětí jsou nejčastější příčinou obstrukce tuby adenoidní vegetace. Je diskutován podíl recidivujících infekcí a respiračních virů na rozvoji onemocnění. Diagnosticky se opíráme o otoskopii, kdy je někdy možné pozorovat sekret za bubínkem, ztlustění bubínku a retrakční změny, tympanometrii - nález plochých B křivek při nevzdušném středouší a u spolupracujících dětí audiometrii - převodní nedoslýchavost různého stupně v celém frekvenčním spektru. Terapeuticky sanujeme nosohltan - adenotomie, odsáváme sekret ze středouší a v případě recidiv zavádíme ventilační trubičky - tympanostomie. Po výkonu doporučujeme intenzivní profuky Eustachovy tuby - tzv. autopolitizace. Nejlépe pomocí metody nafukování balonku nosem. Často dochází k recidivám obtíží a průběh bývá vleklý, nezřídka s rozvojem těžkých atelektatických změn ve středouší. Sekretní otitidu můžeme volně zařadit již mezi chronické otitidy.

Očkování - v současnosti je registrována v ČR konjugovaná sedmivalentní vakcína proti pneumokům (Prevenar). Vzhledem k tomu, že původ akutních otitid je ve 30 - 40% pneumokokový, jedná se o velmi účinnou zbraň v boji s recidivujícími pneumokokovými otitidami. Bylo to potvrzeno v ostatních státech, kde byla vakcína zavedena již dříve. Výhodou tohoto typu vakcíny, kde jsou polysacharidy pouzdra pneumokoků konjugovány s proteinovým nosičem - difterickým toxoidem je produkce paměťových B buněk cestou TH2. Vzniká tak mnohem silnější protilátková odpověď s dlouhodobou paměťovou stopou. Vakcínu lze použít u dětí od 2 měsíců věku.

■ Chronické středoušní záněty

Chronické středoušní záněty rozdělujeme na katarální a hnisavé. Hnisavé dále na posté a s cholesteatomem.

Otitis media chronica catarrhalis - je charakterizována buď tvorbou sekretu ve středouší - viz sekretní otitidy, nebo rozvojem silných adhezivních procesů na středoušních strukturách, kdy dochází k fixaci převodního aparátu a převodní nedoslýchavosti.

vosti, neléčený stav je předstupněm rozvoje cholesteatomu - tzv. precholesteatomový stav.

Otitis media chronica simplex (meztympanalis) - hnisavé chronické otitidy jsou vymezeny perforací, výtokem a převodní nedoslýchavostí. Hnisavým procesem je postižena stěna meztympana, onemocnění je charakterizováno intermitentním páchnoucím výtokem se smíšenou bakteriální florou (*Pseudomonas aer.*, *Proteus*...). Častá je tvorba polypů a granulací. Cílem léčby je v první fázi sanovat vleklý zánět středoušní sliznice a v odstupu provést rekonstrukční výkon - tympanoplastiku.

Otitis media chronica cum cholesteatomate - cholesteatom je nepravý nádor tvořený buňkami migrující epidermis se schopností destruovat kostěnné struktury. Cholesteatom může být kongenitální nebo získaný, existuje několik teorií jeho vzniku. Důležité je vědět, že svým růstem může usurovat a rezorbovat středoušní struktury a šířit se i intrakraniálně s nebezpečím vzniku vážných komplikací. Diagnostika v manifestních stádiích bývá poměrně snadná - nález typických bělavých cholesteatomových hmot a páchnoucího sekretu. K ozřejmění rozsahu postižení je nezbytné CT či NMR. Léčba je výhradně chirurgická s cílem odstranit cholesteatom a zrekonstruovat převodní systém středoušní.

■ Komplikace otitid

Komplikace otitid lze rozdělit na intrateporální (omezené na spánkovou kost) a intrakraniální, ty potom dále na epidurální a subdurální. Ke komplikaci mohou vést jak akutní, tak chronické otitidy ve stadiu akutní exacerbace. Podmiňujícími faktory rozvoje komplikace jsou akutní zánět v anatomicky disponovaném uchu, persistence infekce a tvorba granulační tkáně, typ bakteriálního agens a jeho virulence, antimikrobiální léčba - vhodnost antibiotik a dostatečná délka jejich podávání a stupeň rezistence hostitele. Etiologicky se na rozvoji podílí jak formy aerobní - *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus sp.*, tak anaerobní - *Bacteroides*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Propionibacterium acnes*. Zhruba v 50% bývá bakteriální flora smíšená.

1) Intrateporální komplikace - jedná se o mastoiditidu, subperiostální absces, obrnu lícního nervu, labyrintitidu a petrositidu.

Mastoditis acuta - akutního středoušní zánět může přestoupit na oblast mastoidálního pneumatického systému. V prvních stádiích dochází k hyperplastickým změnám na sliznici mastoidálních sept, postupně nekrotizuje kostní tkáň a vzniká rozpadová dutina. Pokud zánětlivé změny prostoupí zevní kortikalis (nejčastěji podél cévních spojek) dochází k flegmonoznímu postižení měkkých tkání a rozvoji subperiostálního abscesu. Klinicky zjišťujeme celkovou alteraci stavu, febrilie, typicky odstálý boltec, vyhlazení retroaurikulární rýhy, prosáknutí planum mastoideum, palpační citlivost retroaurikulárně. Ve zvukovodu dochází k poklesu zadní a horní stěny. Při rozvoji abscesu je přítomna fluktuace. Může dojít k pareze lícního nervu. Léčba akutní mastoiditidy je zpravidla chirurgická - mastoidektomie. U in-

Boiron - Oscillococcinum



cipientních stavů volíme nejprve podávání parenterálních ATB. U všech pacientů je indikována hospitalizace. Široká paracenteza je samozřejmostí. V předantibiotické éře byla mastoidektomie velmi častým výkonem, na-



Obr. č. 3 - Mastoidektomie na kadaveru

příklad ve Spojených státech byla provedena u 20% pacientů s akutní otitidou, po roce 1948 dochází k poklesu na 3% a současná incidence je menší než 5/100 000. Mastoidektomie spočívá v evakuaci sklípkového systému mastoidálního výběžku a ve zprůchodnění oblasti mastoidálního antra, kde bývá za normálního stavu volný nálevkovitý průchod do středouší obturován granulacemi. Na našem pracovišti pozorujeme posledních deseti letech meziroční úbytek provedených mastoidektomií, naproti tomu prudce stoupl za stejné období počet výkonů v rámci léčby sekretorické otitidy. Otázkou k zamýšlení je, zda není konzervativní přístup v léčbě mastoiditidy pouze odsouváním problému a nebylo by lépe volit častější a časnější indikace.

Mastoiditis latens - pokud dochází k recidivám otitid po vysazení antibiotik, pokud mají otitidy protražovaný průběh a dlouhodobě přetrvává nevzdušnost středouší dle tympanometrického nálezu stanovujeme často diagnózu latentní mastoiditidy. Klinické zevní známky akutní mastoiditidy zde chybějí, RTG nálezem bývá většinou útlum pneumatizace, laboratorní známky zánětu můžou, ale nemusí být přítomny. Bubínek bývá v klidovém stadiu matný a ztluštělý. Všechny pacienti se suspektní latentní mastoiditidou je

třeba důkladně vyšetřit po interní stránce a imunologicky. Onemocnění může být průvodním znakem imunodeficitních stavů, GER nebo některých nádorů. Terapeuticky sánujeme nosohltan - adenotomie, je indikováno zavedení ventilačních trubiček, asi u 50 % pacientů provádíme mastoidektomii.

Paréza lícního nervu je průvodním znakem mnoha středoušních onemocnění. Anatomicky je lícní nerv vzhledem k svému průběhu v temporální kosti těmito patologickým stavům výrazně exponován. Obecně lze říci že paréza vzniklá v průběhu akutní otitidy či mastoiditidy je indikací k neodkladnému chirurgickému řešení - mastoidektomie. Problematiku obrn lícního nervu je nutno řešit ve spolupráci s neurologem.

Labyrinthitis acuta - může být ohraničená (u chronických otitid narušení labyrintu cholesteatomem) nebo difúzní - serózní, nebo hnisavá. Příznaky jsou vestibulární - závrať, nystagmus, nevolnost, hluchota, nemocný může být v těžkém stavu. Terapie bývá chirurgická.

Petrositis acuta - dnes již extrémně vzácná, jedná se o hnisavý zánět v pyramidě temporální kosti často devastujícími následky. Terapie je chirurgická s vysokými dávkami ATB.

2) Intrakraniální komplikace - cesty přestupu infekce do nitrolebí mohou být cestou přímou - per continuitatem - nejčastější, cestou preformovanou přes anatomicky definované struktury - např. vývojové dehiscence a cestou cévní - tromboflebitida přemostujících cév. Do této skupiny řadíme **Extradurální (epidurální) absces, Trombophlebitis sin. sigmoidei, Subdurální absces, Meningitis, Mozkový - mozečkový absces**

Extradurální absces - typické jsou hemikranie, nevolnost a zvracení, zvýšený tlak mozkomíšního moku, podle místa uložení vznikají tlakovými změnami ložiskové neurologické příznaky.

Trombophlebitis sinus sigmoidei - infekce může proniknout z mastoidu kostěnou stěnou až k sigmoidálnímu sinu, v první fázi vzniká tromboflebitida, následně se formuje nástěnný trombus, který může posléze obturovat celý sinus. Infikovaný trombus může dále narůstat směrem k jugulárnímu bulbu,

jeho části se uvolňují a vznikají metastatické emboly s projevy sepse. Dříve byla léčba výhradně chirurgická - trombektomie, podvaz jugulární žíly. Dnes volíme v první fázi konzervativní postup s použitím antikoagulancií, trombolitik a masivní dávky cílených ATB. Zkušenost s konzervativním postupem je velmi dobrá, téměř vždy dochází řádově během několika měsíců k rekanalizaci.

Subdurální absces - vzniká u dětí nejčastěji sekundárně na základě difúzní leptomeningitidy. Příznaky se liší podle místa uložení, jsou obdobné jako při extradurálním abscesu. Pokud se absces provalí do komorového systému, může komplikace končit fatálně. Léčba je chirurgická ve spolupráci s neurochirurgy.

Leptomeningitis diffusa - vstupem infekce bývá horní část respiračního traktu, původcem Haemophilus influenzae. Často bývá současný výskyt hnisavé akutní otitidy, pneumonie a meningitidy. Klinicky zjišťujeme podle stadia onemocnění bolesti hlavy, světloplachost, známky meningeálního dráždění, nauzea, zvracení, zvýšený tlak a obraz zánětu v mozkomíšním moku, v pokročilém stadiu může dojít ke stuporu a komatu. Terapeuticky podáváme vysoké dávky antibiotik, chirurgicky zasahujeme jen pokud tím neohrozíme pacienta vzhledem k celkovému stavu na životě. Cílem je sanace zánětlivého ložiska.

Mozkový a mozečkový absces - většinou mu předchází tromboflebitida. Pokud je tvrdá plena (jinak velmi odolná vůči infekci) vystavena delší dobu zánětu, vzniká tromboflebitida přilehlých mozkových cév. Zánět se retrográdně šíří do bílé mozkové hmoty, jejíž obranné schopnosti jsou velmi malé a absces zde rychle progreduje. Nejčastěji bývá uložen v temporálním laloku a potom v mozečku. Příznaky jsou v prvních stadiích necharakteristické - subfebrilie, cefalea, po latentním stadiu se objevují topické neurologické příznaky podle místa abscesu, pokud absces perforuje do komorového systému, může být průběh fatální. Mozečkové abscesy se vzhledem k členitosti a blízkosti mozkového kmene vyznačují vysokou letalitou. Bakteriální flora bývá smíšená. Terapie spočívá v masivní ATB léčbě a chirurgické evakuaci abscesu.

Literatura u autorů



Adenotomie pohledem otolaryngologa

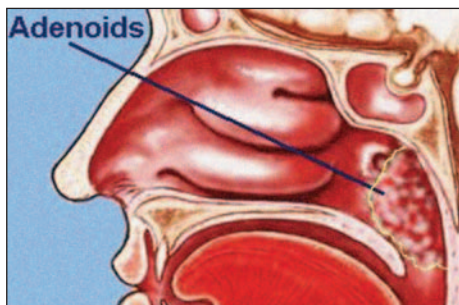
MUDr. Kateřina Lehovcová

ORL klinika 2. LF UK, FN Motol, Praha

Souhrn

Adenotomie je nejčastěji realizovanou operací v dětském věku. Jejím cílem je odstranění adenoidních vegetací (AV) z nosohltanu.

První adenotomie v Evropě byla provedena v období rozkvětu obecné chirurgie, tedy v r. 1868 v Kodani s cílem sanace ložiska bakteriálních toxinů. Od té doby tato operace prošla obdobím útlumu i opětovné renesance společně s dostupností celkové anestezie v druhé polovině 20. století. Na ORL klinice 2. LF UK je za rok provedeno 1550 adenotomií. Obě pohlaví jsou zastoupena stejně často.



Obr. č. 1 - Adenoidní vegetace

Adenoidní vegetace jsou lalůčky lymfatické tkáně uložené v nosohltanu. Jejich synonymem je faryngeální nebo také retronasální tonsila. Adenoidní vegetace jsou významnou součástí Waldeyerova mízního okruhu. Tento je tvořen lymfoepiteliální tkání v horní části aerodigestivního traktu společně s patrovými tonsilami, jazykovou tonsilou a ostrůvky lymfatické tkáně uložené v úvodu drobných slinných žláz ve stěnách hltanu. Hlavní vývoj tohoto orgánu probíhá v postnatálním vývoji s maximem mezi 3. a 7. rokem života. V období puberty dochází k postupné involuci. Hlavní funkcí Waldeyerova okruhu je ochrana při kontaktu s cizorodými antigeny, specifické vyzrávání lymfocytů a plazmocytů, tvorba protilátek.

■ Klinické příznaky, indikace

Klinické příznaky hypertrofie adenoidních vegetací jsou pestré a projevují se v řadě patologických stavů v ORL oblasti. Příznaky se liší podle toho, zda je mandle hypertrofická a působí mechanický útlak směrem do nosní dutiny

nebo na ústí Eustachových trubic, nebo má přiměřenou či menší velikost, ale je chronickým zdrojem infekce. Neexistuje však jednoznačný konsensus indikací k adenotomii vzhledem k velikosti AV. Prostá hypertrofie při absenci klinických obtíží není indikací k operaci.

Mezi typické příznaky AV patří:

- noční chrápání, trvale pootevřená ústa, tzv. obraz facies adenoidea
- nosní obstrukce, huhňání
- opakovaná rýma, kašel
- opakované středoušní záněty, nedoslýchavost

Při fyzikálním vyšetření se zaměřujeme na:

- kvalitu nosní sliznice - alergický terén, chronická rýma
- velikost patrových tonsil - chrápání, sleep apnoe syndrom
- otoskopii - přítomnost tekutiny ve středouší typická pro sekretickou otitidu
- audiometrii a tympanometrii - převodní nedoslýchavost

V diagnostice patologie nosohltanu se v současné době stále více prosazují endoskopické metody, které umožňují přesnější hodnocení velikosti a vzhledu AV (zánětlivé změny, exsudát, hlenohnisavý sekret). Dutinu nosní i nosohltan přehlédneme pomocí epifaryngoskopu, který může být rigidní nebo flexibilní, a jeho šíře bývá od 2,7 do 4mm. Vyšetření se provádí v lokální anestezii nosní sliznice roztokem tetracainu a sanorinu, u větších dětí může být provedeno zkušeným vyšetřujícím bez anestezie. Vyšetření nosohltanu indirektní epifaryngoskopií pomocí zrcátka i palpační vyšetření je pomalu opouštěno, záleží však vždy na rozhodnutí otolaryngologa, kterou vyšetřovací metodu zvolí.

Hodnocení velikosti AV lze provádět různými metodami. V Čechách je používáno hodnocení podle Sychry, který posuzuje velikost AV ve vztahu k choanám:

- I. st. AV v klenbě po horní okraj choan
- II. st. AV do poloviny choan
- III. st. AV přes polovinu choan

A dále ve vztahu k ústí Eustachovy trubice (torus tubarius):

- a - AV dosahuje k tubárním torům
- b - AV utlačuje tubární tory
- c - tubární tory jsou AV překryty

Stanovení diagnózy a rozhodnutí o operaci se opírá o anamnézu a fyzikální vyšetření.

Při odběru anamnézy se zaměřujeme na výše uvedené příznaky, přítomnost alergie u pacienta a v rodině a celkovou nemocnost pacienta. Nesmíme zapomenout na fakt, že zbytně AV je obvyklým průvodcem respiračních infekcí, angín, infekční mononukleózy apod., proto bychom děti měli vyšetřovat alespoň 2 týdny po doléčení infektu, aby nedošlo k falešně pozitivnímu zhodnocení situace. Důležitý je také interval mezi indikací operace a její vlastní realizací. Pokud je toto období delší než 3 měsíce, doporučujeme kontrolní vyšetření nosohltanu, neboť



Obr. č. 2 - AV při epifaryngoskopii

zvláště během léta při malé nemocnosti dítěte mohlo dojít ke zmenšení AV a některé obtíže mohou spontánně odeznít.

Při rozvaze o vhodnosti adenotomie je důležité zhodnotit celkový stav pacienta, přítomnost event. chronických onemocnění a očekávaný přínos operace. Součástí této úvahy bývá též názor rodičů dítěte. Neexistuje však jedno-



značný konsensus indikací k adenotomii vzhledem k velikosti AV. Prostá hypertrofie při absenci klinických obtíží není indikací k operaci.



Obr. č. 3 - při epipharyngoskopii II

■ Diferenciální diagnóza, kontraindikace

V diferenciální diagnóze uvažujeme nejčastěji o hyperplastické rhinitidě, nosní polypóze, nebo nádorech nosohltanu. Z nezhoubných se může jednat o juvenilní angiofibrom (postihuje chlapce v období puberty a výše) a je typický silným krvácením. Ze zhoubných nádorů uvažujeme o lymfomech nebo karcinomu nosohltanu.

Nejčastější přechodnou kontraindikací je akutní infekce dítěte, doporučujeme provedení operace nejdříve za 3 týdny po jeho doléčení pro zvýšené riziko krvácení z operačního pole a riziko spasmu dýchacích cest při anestezii.

Mezi další příčiny patří hemokoagulační poruchy, obvykle bývají přechodného charakteru po prodělaném akutním infektu. U těchto dětí je vhodné provedení kontrolního odběru, při opětovné patologii pak doplníme podrobné hematologické vyšetření. Dle doporučení hematologa pak probíhá rozhodnutí o operaci a příprava pomocí antifibrinolytik apod..

Adenotomii neprovádíme u pacientů s otevřenými rozštěpy patra, zvýšená pozornost musí být věnována pacientům se submukozními rozštěpy patra, aby po operaci nedošlo k rozvoji otevřené huhňavosti. Podobné riziko mají i pacienti s neurologickým postižením s omezenou pohyblivostí patrových svalů.

Vzácnou, ale přesto klinicky významnou kontraindikací operace, jsou změněné anatomické poměry v dutině ústní a nosohltanu. Například při poruchách otevírání temporomandibulárního kloubu, vysokém gotickém patru a jiných kraniofaciálních malformacích může dojít k situaci, kdy adenotomii technicky nelze provést.

■ Předoperační příprava

Nedílnou součástí každé operace je před-

operační vyšetření. Před adenotomií na našem pracovišti požadujeme laboratorní vyšetření (FW, Ko+dif, PTT, Quick, moč +sed.) a pediatrické vyšetření. V poslední době je ze strany anesteziologů kladen důraz na úplnost pediatrického vyšetření, mělo by obsahovat anamnézu a popis fyzikálního vyšetření. Pokud pacient přichází s nálezem „zdráv, schopný výkonu“ bývá anesteziologem požadováno nové vyšetření, které je zbytečnou zátěží pro pacienta, jeho doprovod i zdravotnická zařízení.

U pacientů dispenzarizovaných v odborných ambulancích obvykle stačí zpráva z posledního vyšetření, event. doplněná souhlasem nebo doporučením k podání anestezie.

Děti, které jsou v péči alergologa nebo imunologa přichází často se žádostí o zhotovení autovakcíny. V tomto případě je odebraná tkáň odesílána na mikrobiologii, kde je v případě kultivace patogenu autovakcína zhotovena.

Pokud je kromě adenotomie indikován ještě další operační zákrok, například paracentéza s odsátím středouší, discize podjazykové uzdičky apod., lze tyto výkony sdružit a provést současně během jedné celkové anestezie.

■ Vlastní operace

Na ORL klinice 2. LF UK je adenotomie prováděna při krátkodobé hospitalizaci. Den před operací je pacient přijat na lůžkové oddělení, je provedena kontrola předoperačních vyšetření, dle aktuálního nálezu u indikovaných pacientů proběhnou doplňující vyšetření (audiometrické, foniatrické apod.) a anesteziologické konzilium. Vlastní operace probíhá v celkové anestezii v poloze vleže na zádech se zajištěnými dýchacími cestami (intubační rourka nebo flexibilní laryngeální maska). Na úvod operace se provede kontrola nosohltanu optikou, poté probíhá odstranění adenoidní tkáně pomocí adenotomu a ostré kyrety. Krvácení se staví kompresí nosohltanu mulovými tampony. Na závěr se provádí optická kontrola operovaného pole.

Nekomplikovaný výkon obvykle trvá okolo 20 minut.

Po operaci sledujeme, zda nedochází ke krvácení, ordinujeme infuze krystaloidů, analgetika event. zklidňující preparáty (chloralhydrát p.r., midazolam) u neklidných pacientů.

Propuštění probíhá po kontrole celkového stavu a lokálního nálezu do 24 hodin od operace.

■ Komplikace

Obávanou a nejčastější komplikací je krvácení z operační rány. Zástava krvácení při operaci je prováděna pouze kompresí. Pokud

schopnost hemostázy není dostatečná, dochází k časnému krvácení. Pokud dojde ke krvácení po několika dnech, hovoříme o pozdním krvácení a vzniká odloučením fibrinového náletu z hojící se rány v nosohltanu. Stává se velmi vzácně. Oba typy krvácení jsou řešeny revizí nosohltanu. Pokud není situace vyřešena odstraněním koagula event. drobného rezidua adenoidní tkáně, je nutné zavedení zadní tamponády nosohltanu.

S oběma typy komplikací se setkáváme vzácně, s časným krvácením se setkáme u 0,5% operovaných pacientů.

Občas se stává, že po odstranění objemné



Obr. č. 4 - Průběh operace

AV dochází k velofaryngeální insuficienci. Projeví se vytékáním potravy nosem.. Tato situace obvykle rodinu velmi vyděsí, ale zpravidla se spontánně upraví do 1 měsíce zlepšením funkce patrových svalů.

■ Pooperační období

V časném pooperačním období doporučujeme podávání nedráždivé kašovitě stravy a relativní klidový režim. V letních měsících se nedoporučuje pobyt na slunci pro riziko vasodilatace a krvácení. Děti by se měly vyvarovat koupání v horké vodě.

ORL kontrola probíhá za týden po operaci a je doplněna edukací logopedky o nácvičku správného dýchání nosem. Toto školení je hlavně důležité pro pacienty s objemnými AV, aby došlo k rehabilitaci fyziologického dechového vzorce a jeho dlouhodobému používání.

■ Závěr

Patologie nosohltanu a z ní vyplývající onemocnění hraje důležitou roli ve vývoji dítěte a je třeba na ni myslet. I přes významný rozvoj farmakoterapie koncem 20. století zůstává adenotomie klíčovou možností k jejímu řešení.

Literatura u autorů



Záněty orofaryngu a jejich léčba

MUDr. Kateřina Lehovcová

ORL klinika 2. LF UK, FN Motol, Praha

Souhrn

Orofarynx (syn. mesofarynx, střední část hltanu) je prostor, který plynule navazuje na dutinu ústní a jsou v něm uloženy nejdůležitější lymfoepiteliální orgány aerodigestivního traktu. Dolní hranice je v rovině horního okraje epiglottis, horní je pak dána úrovní měkkého patra. Orofarynx tedy obsahuje patrové oblouky, patrové mandle, zadní stěnu hltanu, spodní plochu měkkého patra a kořen jazyka.

Vzhledem k této lokalizaci je významným filtrem při styku s četnými antigeny i patogeny, proto jsou zde záněty typickým projevem. Kromě toho se v této lokalitě můžeme setkat s vrozenými vývojovými vadami - rozštěpy, neurogenními poruchami, poraněními a cizími tělesy a myslet bychom měli i na tumory, byť jsou v dětském věku vzácné.

■ Angína

Podle definice se jedná o akutní nespecifický zánět lymfoepiteliální tkáně. Onemocnění může mít různé projevy, podle toho, který orgán hltanu



Obr. č. 1 - Akutní tonzilitis

je postižen. Typickým zástupcem angín je zánět patrových mandlí, který je též nazýván tonzilitis či amygdalitis. Z výše uvedeného vyplývá, že i pacient, který je po tonzilektomii může onemocnět angínou, pokud dostane zánět např. lymf. tkáně na kořeni jazyka či zadní stěně faryngu.

Původce onemocnění bývá bakteriální - streptococci, hemofilus influenzae, stafylococcus aureus, arcanobacterium hemolyticum a jiné. Z virových obvykle adenoviry, coxsackie viry, EBV, CMV a herpetické viry. Příznaky onemocnění jsou febrilie, bolest v krku, zduření a bolestivost krčních uzlin a obstrukce dýchacích cest. Někdy se přidružují i bolesti vystřelující do ucha nebo bolesti břicha.

V lokálním obraze akutní tonzilitidy dominuje zarudnutí a prosáknutí měkkého patra, někdy až petechie. Podle nálezu na tonsilách rozlišujeme formu katarální - zarudnutí a prosáknutí, folikulární - žlutavé „tečky“ v kryptách tonsil nebo lakunární - bělavé povlaky na tonsilách. Nejčastějším původcem takto probíhajícího zánětu je beta

hemolytický streptokok ze skup. A (synonymum pyogenní streptokok).

Akutní faryngitida - má podobné, ale mírnější příznaky, často chybí febrilie, nedochází k povlakům na tonsilách a bývá většinou virového původu.

Herpangina je způsobena coxsackie viry, vyskytuje se častěji u větších dětí a dospělých a projevuje se puchýřky na patrových obloucích, patře a bukalních sliznicích. Bývá provázena febriliemi a výraznou bolestivostí při polykání.

Kandidóza - obvykle nasedá na plísňové projevy v dutině ústní, jedná se o bělavé tečky až povlázky na patře a tonsilách. Často chybí celkové příznaky, nebývá velká bolestivost.

Angína ulceromembranoza (Plaut-Vincetova a.) - jednostranné postižení tonsily se zduřením stejnostranné svodné uzliny. Na tonsile je vřed s exsudátem, lokální nález je výrazný v rozporu s celkem chudými celkovými příznaky.

Hyperkeratoza tonsil - jedná se o žluto-bělavé povlázky na bledých tonsilách, které nejdou setřít. Chybí celkové příznaky onemocnění. Nález je dlouhodobý, často náhodný, příčinou je keratinizace tonsil, léčba není nutná.

■ Diferenciální diagnóza

Akutní tonzilitis může být součástí jiného infekčního onemocnění - často se jedná o infekční mononukleózu, spálu, vzácněji o záškrt, či projev onemocnění u hematoblastóz.

Typickým příkladem sekundárních angín je infekční mononukleóza (IM). Zda se jedná o prostou tonzilitidu či o syndrom IM rozhodne až laboratorní vyšetření KO, JT a protilátek EBV. Pozitivní kultivace pyogenního streptokoka bývá často přítomná i u IM.

Na infekční mononukleózu pomýšlíme tam, kde nedochází ke zlepšení při řádné ATB léčbě

nebo má onemocnění protražovaný průběh.

■ Terapie

Diagnóza a terapie se opírá o anamnézu a fyzikální vyšetření. Tam, kde není jasný klinický obraz svědčící pro streptokokovou etiologii je vhodné provedení výtěru z krku a vyšetření CRP.

U bakteriálních infekcí s jasným klinickým obrazem jsou antibiotika samozřejmostí.

V ostatních případech není rozhodnutí o podání ATB jednoduché. Vycházíme z celkového stavu pacienta - febrilie, zchvácenost, bolesti při polykání a lokálního nálezu. Tam kde nejsou příznaky výrazné a celkový stav dovolí, nenasazujeme ATB ihned. Dle výsledku laboratorních vyšetření a vývoje stavu se rozhodujeme dále. Při

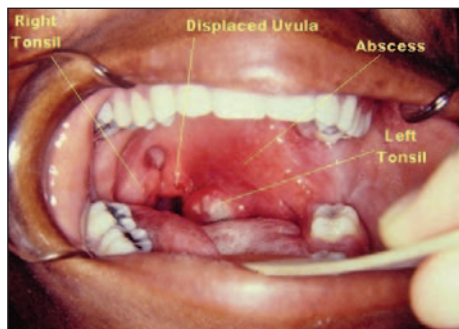


Obr. č. 2 - Herpangina

typickém obraze akutní tonzilitidy je lékem volby penicilin na dobu 10 dnů, při alergii volíme makrolidy. Aminopenicilinům se pro riziko rozvoje exantému při infekční mononukleoze raději vyhýbáme. Součástí léčby je klid na lůžku, dostatečná hydratace a antipyretika.

■ Komplikace tonzilitid

Peritonzilární absces - někdy objevuje se sou-



Obr. č. 3 - Peritonzilární absces

časně se zánětem patrových mandlí anebo nekoliik dnů po vyléčení tonzilitidy a dobrání ATB. Projevuje se výraznou jednostrannou bolestí v krku, typický je trismus a huhňavost. Pacient je febrilní a brzy zchvácený. Hospitalizace a chirurgická léčba jsou nutností. Dle lokálního nálezu a zvyklosti pracoviště je provedena buď punkce a incize peritonzilárního prostoru či jednostranná tonzilektomie. Onemocnění často postihuje pubescenty a mladé dospělé pacienty.

Celkové komplikace se díky dostupné ATB léčbě vyskytují vzácně. Jedná se o tonzilogenní sepsi (septické horečky, zduření a bolestivost podél kývače, zduření uzlin) a sepsi po angíně.

Vzácně se také vyskytují pozdní celkové komplikace jako revmatická horečka, endomyo, perikarditis a akutní glomerulonefritida.

■ Retrofaryngeální absces

Vzniká v důsledku kolikvace lymfatické uzliny uložené na zadní stěně hltanu před prevertebrální fascií. Postihuje obvykle batolata a děti v předškolním věku, začíná jako bakteriální nasofaryngitis. U dětí přetrvávají subfebrilie až febrilie, neprospívání, odynofagie, někdy i chrčivé dýchání. Někdy stav budí podezření na meningitidu pro bolestivou reakci při pohybech hlavy. Při vyšetření hltanu je patrná asymetrie zadní stěny, bývají zvětšené krční lymfatické uzliny. Lokální nálezy nemusí být výrazné, navíc u dětí této věkové kategorie je vyšetřování pro bolestivost a nespolupráci obtížné. Ke stanovení dg je nutná MRI nebo CT. Léčba je ATB a podle lokalizace event. incize abscesu.

■ Recidivující tonzilitida

Jedná se o stavy, kdy dochází k opakovaným zánětům patrových mandlí. Pokud jsou ataky provázeny jasnou lokální symptomatologií s febriliemi, bolestmi v krku a zduřením krčních uzlin, léčíme vždy akutní ataku. Podle frekvence a průběhu jednotlivých onemocnění uvažujeme o tonzilektomii. Před rozhodnutím o jejím provedení

obvykle doplňujeme laboratorní vyšetření - KO+dif, ASLO, kultivace z krku včetně klidového období a imunologické vyšetření. Složitější je situace u dětí, kde dochází k opakovaným febrilním stavům, ale lokální nálezy v hltanu je diskrétní. Zde je před rozhodnutím o ATB terapii nutné provedení výtěru z krku, CRP, opakované posouzení nálezu v hltanu. Na základě těchto informací a celkového vývoje stavu volíme symptomatickou nebo ATB terapii. Dif. dg. uvažujeme o PFAPA sy, do jehož obrazu patří Periodické Febrilie, Aftozní stomatitis, Pharyngitis, zduření krčních uzlin (Adenopatie). Terapie bývá konzervativní kortikosteroidy nebo chirurgická.

■ Chronická tonzilitida

Jedná se o problematiku školního věku a hlavně dospívajících. Typický je diskrétní klinický nálezy - fixace tonsil v lůžku, zjizvený povrch, řídký hnisavý obsah v kryptách. Z celkových příznaků bývá mírná bolestivost či pocit tlaku v krku, diskomfort v dutině ústní, foetor ex ore, někdy bývají zvětšené a palpačně citlivé svodné lymfatické uzliny v trigonum caroticum. Velikost tonsil není rozhodující, pouhá přítomnost čepu v lakunách není důkazem pro záněť mandle, může se jednat o konvolut epitelii, bakteriálního plaku a zbytků potravy. Stanovení diagnózy je obtížné, opírá se o laboratorní vyšetření včetně ASLA, výtěru z krku, anamnézu a důležitou roli hraje i zkušenost vyšetřujícího. Účinnost lokální léčby imunopreparáty a spreji je nízká, při přetrvávání obtíží indikujeme tonzilektomii.

■ Tonzilektomie (TE)

Jedná se o operační zákrok s cílem odstranění lymfatické tkáně z lůžka tonsil. U dětí se provádí v celkové anestezii po běžné předoperační přípravě. Pooperační hojení trvá 10-14 dnů, jeho hlavním rizikem je krvácení z lůžka tonsily.

Indikace k operaci se dělí na absolutní, v praxi se vyskytují vzácně a relativní, které převažují.

Absolutní indikace: obstrukce dýchacích cest - sleep apnoe syndrom, tonzilogenní sepse a maligní tumor tonsily.

Sleep apnoe syndrom je stav, kdy dochází k poruše průchodnosti dýchacích cest, projevuje se převážně v poloze vleže. Vyskytuje se u 0,5-4% populace, u dětí nejvíce v předškolním věku. Predisponujícími faktory jsou adenotonsilární hyperplazie, genetické a kraniofaciální sy, obezita a neurologické poruchy. Klinická manifestace je typická - dýchání ústy, chrápání - postupně narůstající úsilí při nádechu ústí v apnoické pauzy. Diagnóza se sta-

noví na základě anamnézy, lokálního nálezu a monitorace oxygenace při spánku. Vyšetření ve speciálně vybavených polysomnografických laboratořích se stává dostupnějším, ale u dětí zatím není rutinní součástí vyšetřovacího schématu. Doplňuje se tam, kde se jedná o děti s vícečetnými onemocněními (epilepsie, hydrocefalus) apod. a kde je třeba odlišit centrální původ apnoických pauz od periferní obstrukce.

Relativní indikace: chronická tonzilitida, peritonzilární absces, recidivující tonzilitida. Pro indikaci k TE byl přijat tzv. Pittsburský protokol. Kritériem ataky jsou: exsudát na tonsilách, T nad 38,3 st., zvětšení krčních uzlin, pozitivní kultivace. Pacient by měl splnit alespoň 2 krité-



Obr. č. 4 - Hypertrofie tonsil

ria a prodělat 3 ataky ročně ve 3 následujících letech, 5 atak ve 2 letech nebo 7 atak angíny v posledním roce.

Kontraindikace TE - nejčastěji hemokoagulační poruchy (obvykle bývají přechodné), pharyngitis sicca, agranulocytóza.

■ Tonzilektomie u atopiků

Tato problematika je často diskutovaným tématem a současně zdrojem rozdílných názorů mezi pediatry a otolaryngology. Z dosavadních zkušeností našeho pracoviště ani z publikovaných studií nevyplývá průkazné zvýšení incidence bronchiálního astmatu u tonzilektomovaných.

Rozhodnutí o operaci u dětí s predispozicí k alergii by mělo být podrobně zhodnoceno a pokud je reálný předpoklad pro přínos operace, může být tato provedena. U těchto dětí je součástí předoperačního vyšetření i souhlas imunoalergologa, event. jeho doporučení k léčbě, dále je potřeba vhodně zvolit termín u sezónních pacientů a operovat jen dobře připravené a kompenzované pacienty.

Literatura u autorů

Stiefel - Duac Gel



Rhinosinusitis

- společný problém praktika i specialisty

MUDr. Hana Fišerová

ORL klinika, 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Souhrn

Nos je fyziologickou vstupní bránou do dýchacích cest. Vzduch prochází dutinou nosní, kde je zpracován a po patřičné úpravě pokračuje do plic. Zažité dělení na horní a dolní dýchací cesty se často v praxi přestává užívat. Hovoří se o dýchacích cestách jako jednomu celku. Toto označení se vyvinulo v souvislosti se stále jasnějším anatomickým i funkčním propojením obou systémů a s tím souvisejícím jejich vzájemným ovlivněním.

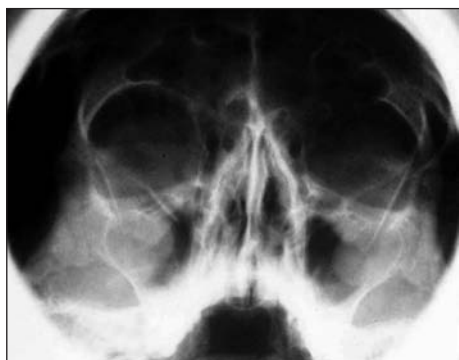
Dýchání nosem je vrozený reflex, který je nezbytnou součástí fyziologického vývoje dítěte hned po jeho narození. Volný nos je podmínkou správné funkce dýchacích cest jako jednoho celku a také dobré aerace a drenáže paranazálních dutin.

Diagnostické možnosti a následně terapie sinusitidy se za posledních 25 let změnily. Zatímco v 70. letech se jednalo o relativně vzácné onemocnění, dnes, v souvislosti s lepším porozuměním patofyziologie, etiologie a terapeutických principů se jeho prevalence výrazně zvýšila. Stále se ale jedná o kontroverzní téma jak pro otolaryngology, tak pro pediatry.

■ Definice

Sinusitida je zánět postihující slizniční výstelku (eventuálně i neuroepitel) nosu a vedlejších dutin nosních, případně i její kostěný podklad. Projevuje se i zánětlivými změnami ve složení sekretu přítomného v paranazálních dutinách.

Sinusitida patří k běžným onemocněním se kterým se nejčastěji setkávají lékaři I. linie či ORL specialisté. Také neurologové, alergologové či pneumologové mohou být pacientem či jeho rodičem konzultováni. Záněty paranazálních dutin nepatří zpravidla při svém nekomplikovaném průběhu k život ohrožujícím chorobám, ale mohou mít výrazný vliv na kvalitu života i odpočinku pacienta.



Obr. č. 1 - nativní snímek VDN- hyperplastická sliznice až polypoidní degenerace sliznice anter u pacienta alergika

■ Embryologie

Centrální úlohu při zánětlivých procesech v oblasti paranazálních dutin hrají etmoidální sklípky. Dutina čelní, čelistní a klínová jsou původem etmoidální sklípky vtažené do sousedních kostí. Etmoidální labyrint tvoří při narození výchlípek rychle se rozvíjející v 8-12 sklípky. Čelistní dutina je v tomto období velikosti hrášku, čelní dutina se vytváří zpravidla po pátém roce věku z některého z předních etmoidálních sklípků a klínová dutina se stává klinicky významnou obvykle okolo desátého roku věku dítěte. Časové údaje mohou být značně variabilní, nicméně jistou představu o možném postižení určité dutiny v příslušném období života nám přece jen poskytují. V dětském věku je jednoznačně nejčastější zánět čichových sklípků - etmoiditida.

Obvyklým **patofyziologickým mechanismem** vzniku sinusitidy je přímé rozšíření infekce z dutiny nosní. V daleko menší míře se uplatňuje hematogenní, odontogenní či traumatický původ obtíží. Výstelka slizniční přechází z nosu do okolních sinů, které jsou za normálních okolností považovány za sterilní. Cestou přirozených ostií přestupují zánětlivé změny do vedlejších dutin nosních až u 90% pacientů již při obyčejné rýmě. Významnou roli hraje při tomto aktu kýchání, kašel a smrkání, kdy dochází k „protlačení“ patogenů do



Obr. č. 2 - oboustranná maxilární sinusitida s hladinkami sekretu

paranazální oblasti. Jen malé množství katarů horních dýchacích cest je komplikováno akutní bakteriální infekcí. Nejkritičtější místem, které se významně spolupodílí na rozvoji symptomatologie sinusitidy, je oblast ostio-meatální jednotky, tj. vyústění vývodů vedlejších dutin do nosního průduchu. Těmi je zajištěna jejich aerace (pravidelně se obmění až 80% vzduchu v dutinách v časovém horizontu 5 minut) a drenáž. Při uzávěru přirozeného propojení dojde k narušení plynulého mukoci-

liárního transportu a omezí se, případně zastaví, nutná výměna plynů mezi nosem a dutinami. Množství kyslíku se snižuje z obvyklých 16% až na 11%, stoupá koncentrace oxidu uhličitého a také kyseliny mléčné a snižuje se pH. Celý proces je sledován redukcí ciliárních kmitů řasinkových buněk. Na vzniku obstrukce ostí se kromě zánětlivých změn také významnou měrou podílejí anatomické variace v oblasti horních dýchacích cest. Vzniká uzavřený kruh, jehož projevem jsou klinické známky zánětu vedlejších dutin. I když na CT paranazálních dutin jsou přítomny známky patologie (hyperplázie sliznice obr. 1, či stagnace sekretu), ale funkce ostí je v dostatečné míře zachována, nemusí být uvedený rozsah zánětu nutně doprovázen symptomy charakteristickými pro sinusitidu. Možnost plynulého šíření zánětlivých změn z oblasti nosu do oblasti vedlejších dutin musíme předpokládat při každé rýmě. Proto hovoříme stále častěji nikoliv o rinitidách a sinusitidách, ale o rinosinusitidách.

Příčiny rozvoje rinosinusitidy jsou zpravidla multifaktoriální. Podílí se na nich obranyschopnost každého jedince, která je reprezentována genetickými faktory (jako například v případě primární ciliární dyskinnéze či cystické fibrózy), vybudováním nedostatečné rezistence v časně fázi vývoje, alergickým terénem, anatomickými abnormalitami, systémovými chorobami (ať endokrinního či metabolického charakteru) a případně přítomnými tumory. Individualita je ovšem výrazně modifikována vlivem zevního prostředí, tj. infekčním agens, chemickými noxami, traumaty či iatrogenním postižením (v souvislosti buď s konzervativní, nebo chirurgickou léčbou).

■ **Anatomické a funkční propojení dutiny nosní a středouší**

Nesmíme u dětských pacientů zapomenout na úzké funkční a anatomické propojení horních cest dýchacích a středouší. Spojovacím prvkem je Eustachova tuba, která je relativně krátká a široká. Většina afekcí v oblasti nosu, vedlejších nosních dutin a nosohltanu vedou u dětí k narušení přirozené ventilace středoušního prostoru, zhoršení sluchu a rozvoji další patologie. Nejčastěji se jedná o tubární dysfunkci, akutní mesotympanální otitidu či sekretorickou otitidu.

Pro dětský věk je typická přítomnost adenoidních tkání v nosohltanu. Zánětlivé prosáknutí sliznice horních dýchacích cest může být sledováno i zbytněním adenoidních vegetací s následným dalším zhoršením aerace a drenáže středouší.

Volný nos je jednou ze základních podmínek kvalitního života bez omezení každodenních aktivit, ale i odpočinku a spánku dítěte.

Přestože celý systém nosních funkcí je velmi pružný, nadměrná zátěž může vést k jeho dočasnému, ale i trvalému poškození.

K přetížení dochází v praxi nejčastěji při rozvoji zánětu sliznice nosní.

■ **Nejčastější patogeny rinosinusitidy u dětí**

Zánět sliznice nosní bývá způsoben zejména viry. Zastoupené jsou převážně rinoviry, adenoviry, RS viry, viry influenzy, parainfluenzy atd. Většina virových infekcí horních dýchacích cest se manifestuje serózní či mukopurulentní sekrecí, obstrukcí nosní a kašlem. Přítomny mohou být i subfebrilie, malátnost, či bolesti hlavy. Symptomy bývají ale mírnější a netrvají déle než 7-10 dnů. Nejčastější komplikací tohoto onemocnění je akutní otitida či akutní bakteriální rinosinusitida. Z bakterií, které mohou vést k následné superinfekci v 1-20% případů, se může-

HIPP - mléka



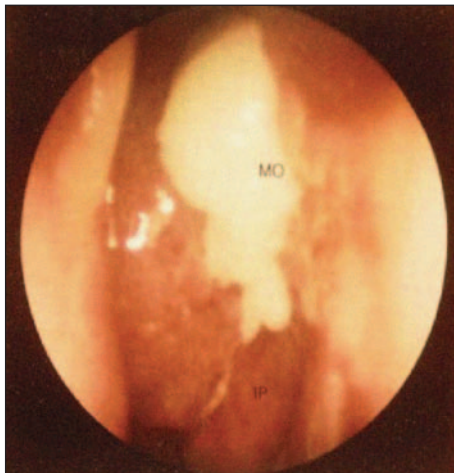
me setkat se *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (jsou původci více než 50% zánětů paranazálních dutin) či *Moraxella catarrhalis*, méně často se *Streptococcus pyogenes* a *Staphylococcus aureus*. Klinicky se manifestují protrahovaným průběhem obtíží, zhoršením již existujících symptomů nebo objevením se nových stesků pacienta.

Některé z výše uvedených bakterií jsou považovány za komensály horních dýchacích cest a vzájemný vztah a přechody mezi komensály a patogeny není jednoznačný.

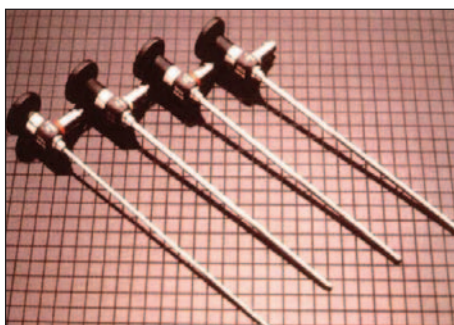
V poslední době se také velmi často hovoří o biofilmu v dýchacích cestách. Jedná se o komunitu mikroorganismů, které jsou připojeny k slizničnímu povrchu. V těchto bakteriích probíhají hluboké změny při přeměně z planktonických - volně plovoucích organismů - v jednotky, které jsou součástí komplexu pevně přichyceného k povrchovým vrstvám. Důsledkem těchto změn jsou nové fenotypické charakteristiky bakterií biofilmu a molekulárně genetickým výzkumem se identifikují geny a regulátory okruhů významných pro počáteční buněčnou interakci, zrání biofilmu a návrat mikroorganismů do planktonické, terapií výrazně lépe ovlivnitelné podoby.

Vzácněji vykultivujeme anaerobní bakterie a to zejména v souvislosti s odontogenním původem onemocnění, které je u dětských pacientů vzácné. Při chronickém průběhu onemocnění se můžeme setkat i s *Pseudomonas aeruginosa* a *Cepacia Burkholderia* (často u pacientů s cystickou fibrózou), *Klebsiella pneumoniae* či *Proteus mirabilis*.

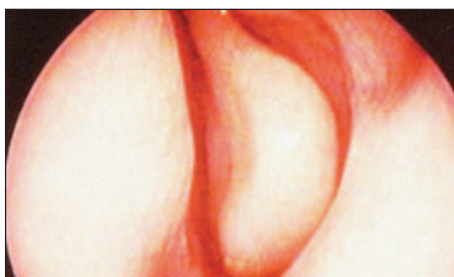
Poměrně zřídka je v České republice zatím diagnostikována plísnivá etiologie sinusitid. Fungální sinusitidám (původcem bývají plísně rodu *Aspergillus*, ale setkat se lze i se zástupci rodů *Candida*, *Penicillium*, *Fusarium* atd.) je ve světě věnována velká pozornost a je to téma, které bude zřejmě i u nás stále živější. Rozlišujeme invazivní a neinvazivní formu tohoto onemocnění. První typ se vyskytuje převážně u imunokompromitovaných jedinců či pacientů s diabetes mellitus. Nerespektuje přirozené bariéry organismu a projevuje se jejich destrukcí. Léčba vyžaduje rozsáhlý chirurgický zákrok s odstraněním všech postižených struktur za šetření přirozených bariér (dura, periorbita) a často i antimykotika v intravenózní formě. Rekurence onemocnění je možná. K neinvazivním formám fungální sinusitidy je řazen mycetom a alergická fungální sinusitida (AFS). Ta je pokládána za analogii alergické bronchopulmonální aspergilózy. Vyskytuje se



Obr. č. 3 - endoskopický nále v dutině nosní u pacienta s chronickou sinusitidou (polypy, hnisavá sekrece)



Obr. č. 4 - nazální endoskopy k podrobnému vyšetření nosní dutiny



Obr. č. 5 - endoskopický nále v dutině nosní - bez patologie

i u dětských pacientů, častěji u atopiků. Léčebným postupem je odstranění patologického obsahu dutin, znovunastolení jejich vzdušnosti, případně v kombinaci s kortikoterapií v lokální či systémové formě. Pravděpodobně potvrzení vyššího podílu mykotického zánětu a zejména AFS na onemocněních vedlejších dutin nosních u nás, je pouze otázkou času a kvalitnějších diagnostických možností.

Zvláštní skupinu tvoří recidivující sinusitidy u pacientů trpících intermitentní alergickou rýmou, kdy může docházet k pravidelné exacerbaci obtíží v určitém ročním období. V pří-

padě perzistující alergické rýmy mohou být symptomy chronické sinusitidy častými doprovodnými příznaky tohoto onemocnění.

Úloha alergie jako hlavní příčiny vzniku akutní bakteriální sinusitidy zůstává nadále kontroverzní. Experimentálně dochází po kontaktu nosní sliznice s alergenem k edému sliznice, který může vést k obstrukci ostíí vývodů a opacitě dutin. Odlišná je situace v případě chronické sinusitidy, kdy alergie je pokládána za predisponující faktor tohoto onemocnění. Udává se, že 40% až 80% pacientů s chronickou sinusitidou trpí některým typem alergického onemocnění (zejména astmatem či alergickou rýmou). Potvrzením toho je i vysoký podíl histaminu, leukotrienů a prostaglandinů v sekretu postižených dutin, který přispívá k perzistenci zánětu.

Incidence infekční rinosinusitidy stoupá hlavně u pacientů s humorální imunodeficiencí, CVID, malignitami, u příjemců orgánů po transplantacích, v souvislosti s léčbou imunosupresiv, chemoterapeutiky či protrahovanou steroidní terapií.

Malá část zánětů dutin se manifestuje u dětí s dědičnými nebo vrozenými defekty. Sem řadíme například sinusitidy u pacientů s cystickou fibrózou, Kartagenerovým syndromem či ciliární dyskinezou. Primárně se jedná o jedince buď s poruchou tvorby sekretu co se týče jak jeho kvality, tak množství, nebo o ciliární dysfunkci, rezultující v poruchu mukociliárního transportu a chronické obtíže.

Ciliární abnormality mohou být nejen kongenitální, ale i získané. Aktivitu řasinek ovlivňuje hypoxie, nižší pH, přítomnost zánětlivých mediátorů, bakteriálních toxinů a virové infekty vedoucí k deskvamaci řasinkových buněk. Motilitu cilií omezuje i kouř, dehydratace, některé léky (atropin, antihistaminika,...) a přítomnost cizích těles v dutině nosní. Následkem poruchy kmitání řasinek je zhoršení mukociliárního transportu, které vyústí v chronické problémy paranazálních dutin.

Zvláštní skupinu tvoří sinusitidy posttraumatické, které se rozvíjejí v souvislosti s přítomností hemosinu, sinusitidy vznikající při přední tamponádě pro epistaxi a dále sinusitidy u pacientů s dlouhodobou intubací, eventuálně se zavedenou nazogastričnou sondou. Právě v těchto situacích dochází k narušení přirozené ventilace a drenáže paranazálních dutin.

Podle počtu postižených dutin hovoříme o monosinusitidě, pokud je zánět lokalizován převážně v jedné dutině, polysinusitidě kdy se jedná o onemocnění více dutin a pansinusiti-

dě, kdy jsou zasaženy všechny dutiny na jedné nebo dokonce na obou stranách.

■ Dělení sinusitid podle průběhu

Sinusitidy dělíme do 3 základních skupin: akutní, akutní recidivující a chronické. Podle různých autorů jsou možné i odlišné názory na klasifikaci a délku trvání obtíží v jednotlivých kategoriích.

Trvání **akutní sinusitidy** nepřesahuje u dětských pacientů obvykle období 4 týdnů. Onemocnění může někdy spontánně regredovat, vždy dobře reaguje na nasazenou léčbu a nezanechává žádné trvalé změny na sliznicích dutin. Výjimečně dochází k prodloužení obtíží pacienta, které mohou přetrvávat až 12 týdnů. V této souvislosti lze užít termín **subakutní rinosinusitida**. Její symptomy jsou zpravidla mírnější ve srovnání s akutní sinusitidou, ale histopatologicky se nejedná o zvláštní entitu. I v tomto případě dochází po správně zavedené terapii k vyléčení ad integrum.

Akutní recidivující sinusitidy jsou charakterizovány epizodami bakteriálního zánětu, které trvají vždy méně než 30 dnů a mezi nimi jsou minimálně desetidenní intervaly, během kterých je pacient asymptomatický. Jsou pro dítě nepříjemné svým opakováním. Dobře vedenou konzervativní terapií je lze zvládnout bez přetrvávajícího poškození slizniční dutinové výstelky.

K **chronickým sinusitidám** řadíme záněty, které jsou refrakterní na správně podanou léčbu a jejichž příznaky nemusí být výrazné, ale trvají déle než 12 týdnů. Podkladem tohoto onemocnění je proliferativní proces s fibrózními změnami a se smíšenou zánětlivou reakcí. Často dochází k polypoidní degeneraci sliznice či tvorbě granulomů za přítomnosti mohutné bakteriální nebo i fungální složky. Vyvíjí se zpravidla z akutního zánětu, dochází k poruše mechanismu mukociliárního transportu a následnému circulus vitiosus přetrvávající obstrukce vývodů, sekrece a persistujícího zánětu, doprovázeného často kašlem. Chronická sinusitida i navzdory adekvátní medikamentózní terapii nemusí být konzervativní cestou zcela vyléčena. V jejím průběhu může docházet i k akutní exacerbaci dlouhodobých obtíží, které dobře reagují na antimikrobiální léčbu, zatímco původní reziduální symptomy se zpravidla nemění.

■ Akutní zánět paranasálních dutin.

Pro akutní bakteriální zánět je typický rychlý nástup onemocnění a trvání maximálně po dobu 4 týdnů. Při prodloužení obtíží se jedná již o subakutní průběh. K obvyklým příznakům patří nosní obstrukce, sekrece purulentního charakteru (optimálně lze posoudit endoskopicky, ale její nepřítomnost nevylučuje akutní sinusitidu) a teplota. Přítomny mohou být tlak či bolest v oblasti splachnokránia (obvykle se zhoršují ráno, dále při předklonu či kašli, a zpravidla ještě tlakem nad postiženou dutinou), kašel (zpravidla horší v noci), bolest hlavy, bolest ucha a halitóza. Pro menší děti jsou typické minimální stesky, febrilní stav, obstrukce a sekrece nosní, huhňání, celková nevolnost, nechutenství, kašel a zvracení hlenů.

K zhodnocení nálezu v paranasálních dutinách mohou přispět i zobrazovací metody, které ale nejsou nutnou součástí diagnostického postupu u nekomplikovaných zánětů a snažíme se jimi zbytečně neplýtvat.

V případě rozvinuté bakteriální sinusitidy je v laboratoři vždy patrné zvýšení zánětlivých parametrů. Podle potřeby kontrolujeme hlav-

HIPP - kaše



ně FW, bílý krevní obraz a CRP.

Akutní maxilární sinusitida (obr. č. 2), se projevuje bolestmi v centrální části nebo na jedné straně obličeje, někdy i jen pocity tlaku a plnosti v oblasti dutiny. Může být přítomna zvýšená citlivost výstupu II. větve n. trigeminus a bolestivý poklep nad dutinou. Rinoskopicky obvykle zjistíme prosáklou sliznici skořep na straně zánětu a případně hlenohnisavý či hnisavý sekret ve středním průduchu nosním. Někdy je k ožejmění jeho přítomnosti nutné před vlastním vyšetřením provést anemizaci nosní sliznice pacienta. Rinolálie může být jedním z prvních příznaků, které nás na možnost zánětu dutin upozorní.

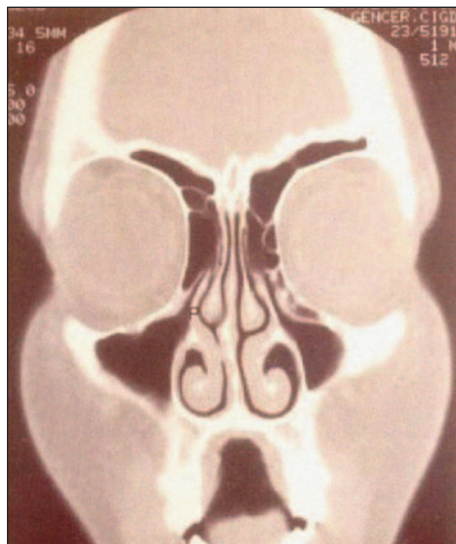
Akutní etmoiditida - je obvykle doprovázena pocitem tlaku a plnosti v oblasti kořene nosu nebo v temporální krajině, poruchou čichu, obstrukcí nosu a případně hnisavým sekremem ve středním nebo horním průchodu nosním.

Akutní frontální sinusitida - se projevuje bolestmi hlavy s maximem v oblasti čela, zvýšenou citlivostí na poklep nad postiženou dutinou, palpační senzitivitou výstupu I. větve n. trigeminus a často i stropu orbity postižené strany. I v tomto případě je sliznice dutiny nosní zarudlá, prosáklá a ve středním průduchu nosním můžeme zastihnout hnisavý sekret.

Akutní sfenoiditida - nemusí být doprovázena žádnými charakteristickými symptomy. Mnohdy až neurologem indikované CT vyšetření mozku pro silné bolesti hlavy nejasné etiologie nás zavede správným diagnostickým směrem. Sfenoidální dutina vyplněná tekutým obsahem je v tomto případě často zcela náhodným vedlejším nálezem. Pacient si obvykle stěžuje na bolesti nebo pocit tlaku v hlavě, který může vyzařovat okcipitálním nebo temporálním směrem. Může být přítomna i bolest v hloubce za očními bulby. Obstrukce nosu, stejně jako zvýšená sekrece nosní nejsou u izolované sinusitidy přítomny. Zato můžeme najít při zadní rinoskopii hojný sekret v nosohlтанu a mnohdy pozorujeme i masivní hnisavou sekreci stékající po zadní stěně do mesofaryngu.

■ Chronický zánět paranasálních dutin

Chronické záněty jsou definovány přítomností zánětlivých symptomů po dobu alespoň 12 týdnů i přes adekvátní medikamentózní terapii. Subjektivní stesky pacienta, ale i příznaky onemocnění mohou být výrazně mírnější a tím i diagnostika obtížná. K možným symptomům patří pocit obturovaného nosu, zhoršení



Obr. č. 6 - koronární projekce CT VDN-bez patologického nálezu

čichu či anosmie, přítomnost až purulentního sekretu v nose, pocit tlaku či bolesti v hlavě, zatékání hlenů do mesofaryngu a pokašlávání. Pátrat musíme i po únavě, halitóze, subfebriliích, bolestech zubů (zejména u adolescentů) a nočním kašli. Nesmíme zapomenout, že i u chronické sinusitidy může dojít k akutním exacerbacím. Pro akutní exacerbaci chronické sinusitidy je typické zhoršení již existujících nebo objevení se nových symptomů, které rychle reagují na podanou léčbu, zatímco chronické potíže přetrvávají.

Při vyšetření je obvykle patrné zvýšené překrvení sliznice v nose, hojnější sekrece různého charakteru, zbytnělá sliznice a nebo i přítomnost polypů v dutinách nosních, jako jeden z projevů chronického dráždění (obr.3).

Výrazně častěji, ve srovnání s akutním průběhem onemocnění, využíváme u těchto pacientů zobrazovací metody (přednostně CT paranasálních dutin), které pomohou posoudit přesněji rozsah patologického nálezu.

Laboratorní známky zánětu nemusí být vůbec přítomny.

■ Diagnostika sinusitidy - souhrn

Základem zůstává pečlivá anamnéza a podrobné klinické vyšetření.

Endoskopii nosu (obr. č. 4, obr. č. 5) tedy specializované vyšetření ORL lékařem, provádíme u všech pacientů, kteří nezareagovali na správně nasazenou léčbu a potřebujeme vyloučit jiné příčiny perzistence obtíží.

Názory na optimálně načasovanou dobu odběru materiálu na kultivaci se různí. Ten provádíme pokud možno z oblasti středního

nosního průchodu, kde získané výsledky bývají validnější a lépe korelují s florou přítomnou v paranasálních dutinách. Ne vždy je prováděn před nasazením léčby, často spíše při plánované změně terapie antibiotiky a samozřejmě je v případě chronického zánětu. Jednoznačným potvrzením původce rinosinusitidy je punkce maxilární dutiny, prováděná u menších dětí v celkové anestezii. Indikací k výplachu antra je špatná odpověď na konvenční léčbu, těžký průběh onemocnění a závažné komplikace intraorbitální či intrakraniální během rinosinusitidy. Podrobněji bude pojednáno v kapitole o terapii.

K doplňujícím metodám (mnohdy se sporným efektem, nicméně stále majícím své stoupence) jsou řazeny diafanoskopie a ultrasonografie. Jejich výhody tkví v tom, že pacienta nezatažují a je možné i opakované provedení, případně porovnání vývoje onemocnění v časovém odstupu.

Užití zobrazovacích metod není při jednoznačném diagnostickém závěru v případě akutní sinusitidy nutné. Klasické rentgenové projekce vedlejších dutin ustupují v případě potřeby často CT (obr.6, obr.7) vyšetření, které je metodou volby v nejasných, chronických či komplikovaných případech rinosinusitidy. Zpravidla bývá indikováno spíše ORL lékařem. MRI je jako diagnostická metoda užívána zřídka. Volíme ji při podezření na komplikace v oblasti orbity či nitrolební.

Laboratorní odběry krve, zejména stanovení FW a CRP odrážejí závažnost průběhu onemocnění a provádíme je při těžším průběhu rinosinusitidy, v případě diagnostické nejistoty ošetřujícího lékaře nebo u rizikových jedinců.

■ Terapie rinosinusitid

Cílem léčby je eradikace zánětu, maximální zkrácení průběhu onemocnění a prevence rozvoje chronického postižení dutin. Úspěšný postup vede k odstranění obstrukce v ostio-meatálním komplexu, obnovení mukociliárního transportu a znovunastolení sterility ve vedlejších dutinách nosních. Základem léčby je konzervativní - medikamentózní přístup. K symptomatické terapii antipyretiky přidáváme vitamíny, dle potřeb antibiotika a dbáme na dostatečný příjem tekutin při relativně klidovém režimu dítěte v období akutních obtíží. Teprve po jeho selhání uvažujeme o možném řešení chirurgickým.

Na prvním místě je užití **lokálních dekon-gescenčních preparátů** do nosu, ať již ve formě kapek (u velmi malých dětí) či spreje. Ná-

stup účinku těchto preparátů je velice rychlý a zpravidla během 5-10 minut dojde k oplasknutí nosní sliznice a tím se mohou uvolnit ostia vedlejších dutin do dutiny nosní, snáze lze pak sekreci odsmrkat a nebo u malých dětí odsát. Na druhé straně mohou vést k inhibici ciliárního pohybu a tím ke zpomalení evakuace infekčního materiálu. Aplikace preparátů tohoto typu je limitována časovým horizontem 7-10 dnů. Důvodem je možnost rozvoje medikamentózní rinitidy. Opatrností je také třeba u kojenců, kde rozdíl mezi terapeutickou a toxicou dávkou je velmi malý. Perorální podání vasokonstriktorů s alfa adrenergiky, které ve srovnání s topickými preparáty jsou méně účinné, je spojeno s vyšším rizikem systémových vedlejších účinků způsobených blokadou alfa receptorů. K nejčastěji citovaným projevům patří nespavost, či noční děsy, palpitace, nervozita. Třes, tachykardie a hypertenze u dětí nebývají vyjádřeny.

Zvlhčení vzduchu a inhalace mohou být pomocnými metodami k uvolnění vazkého obsahu z dutin nosních i paranazálních, stejně jako podání mukolytik a **sprchování nosních sliznic fyziologickým roztokem**, Vincentkou či roztokem mořských solí. To vede i ke změkčení krust přischlého sekretu a jejich snadnému odstranění, oplachu sekretu, očistění sliznice a umožní následný kontakt nosní výstelky s topickými preparáty.

V případě počínajících nekomplikovaných lehkých sinusitid můžeme ordinovat **lokální preparáty typu antibiotik nebo imunoterapeutik**.

Často předepisovaná **antihistaminika** nebývají vždy oprávněná. Jejich pozitivní efekt lze očekávat v případě virové rinosinusitidy, kdy jsou účinná na omezení sekrece nosní a kýchnání, či při rinosinusitidě vzniklé v souvislosti s alergickou rýmou. Vhodné jsou také u atopických pacientů pro profylaktické podání v období sezónních obtíží.

Kortikosteroidy v lokální formě nepatří k lékům volby pro terapii akutní rinosinusitidy, byť existují studie jejich pozitivního efektu na rychlost ústupu klinických obtíží. V každém případě zabírají až po několika dnech. Jejich účinek protizánětlivý a protiedematózní lze využít spíše v případě chronického zánětu dutin, nicméně i zde jsou pouze doplňkem léčby. Své pevné místo mají v terapii alergické rinosinusitidy, neinfekční nealergické rinosinusitidy a nosní polypózy, která může být živnou půdou pro rozvoj zánětu horních cest dýchacích. V jejich nasazení jsme limitováni také věkem dítěte.

Anticholinergika v topické formě (ipratropium bromid) jsou efektivní při redukcii sekrece nosní v případě rinosinusitidy jak alergického, tak infekčního původu, kdy mohou být součástí doplňkové léčby.

Antibiotika systémově u akutních rinosinusitid běžně neordinujeme. Velká část onemocnění horních cest dýchacích je virového původu a regredují spontánně zpravidla během 10 dnů. Jejich průběh není závažný. Také bakteriální rinosinusitidy zvládne úspěšně zhruba 40-60% pacientů bez nasazení antibiotické léčby. Systémové podání antibiotik rezervujeme zejména pro pacienty s klinicky rozvinutými výraznými obtížemi v souvislosti s bakteriální rinosinusitidou a tam, kde naše dosavadní symptomatická léčba nebyla úspěšná, či se obáváme hnisavých komplikací nebo přechodu v chronický průběh choroby. Otázkou zůstává výběr správného antibiotika. Ne vždy máme k dispozici při zahájení léčby výsledek kultivace a proto upřednostňujeme preparáty s citlivostí na pravděpodobné původce onemocnění, dobrým průnikem do zánětlivě změněné slizniční výstelky dutin a odolné proti beta laktamáze.

HERO - Sunar



Současný trh nabízí dostatečné množství kvalitních léků. Obvykle při nekomplikovaném onemocnění začínáme léčbu amoxicilinem v běžné či vyšší dávce, v případě alergie na tento typ preparátů volíme cefalosporin 2. generace či makrolidy. Při nedostatečné odpovědi na nasazené léky do 72 hodin, nebo v případě závažného průběhu onemocnění či když původcem jsou resistantní mikrobiální kmeny, je lékem volby amoxicilin klavulanát ve vysoké dávce, případně cefalosporiny III. generace. Dříve často podávaný trimethoprim se sulfamothoxazolem nebývá v poslední době doporučován.

V úvahu musíme brát vývoj resistance patogenů respiračního traktu na antibiotika, který se i v jednotlivých regionech může lišit. Náznaky na délku léčby antibiotiky se různí, ale v zásadě by se měla pohybovat alespoň v rozsahu 10-14 dnů při akutním průběhu onemocnění. Někteří autoři doporučují antibiotické krytí ještě týden po odeznění klinických obtíží. Při nedostatečné odpovědi na nasazenou terapii je doporučena cílená změna léku dle zjištěné kultivace a jeho protrahované podání až po dobu jednoho měsíce. U pacientů s velmi těžkým průběhem onemocnění či jeho komplikacemi je nutná intravenózní antibiotická léčba za hospitalizace.

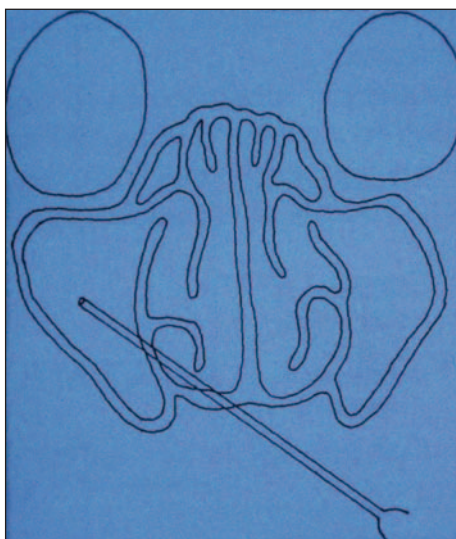
Jiná je situace v terapii chronické rinosinuitidy, kde antibiotika nasazujeme vždy cíleně po předchozí kultivaci ze sekretu (ideálně po punkčním odběru z maxilární dutiny), vždy v dostatečné dávce a zpravidla dlouhodobě po dobu 4-6 týdnů. Doporučená minimální délka antibiotické léčby jsou 3 týdny, dle potřeby může být protažena až na několik měsíců.

Dlouhodobé profylaktické podávání antibiotik, zpravidla po celé období sezony respiračních infekcí u dětí s recidivujícími obtížemi bakteriálního původu je, vzhledem k rostoucí prevalenci antibiotické rezistence, doporučováno spíše výjimečně.

Punkce sinus maxillaris (obr. č. 8), případně výplach s instilací lokálních preparátů až již antibiotik nebo dekonjestiv, byla v minulosti velmi častou součástí léčby zánětu paranasálních dutin. Dnes je rezervována pro pacienty s akutní rinosinuitidou, s bolestí hlavy a retinovaným sekretem v dutinách maxilárních, který tvoří hladinku na předozadní RTG projekci, a nedaří se ho uvolnit medikamentózní cestou. Své místo má ale i u nemocných s těžkým a prolongovaným průběhem onemocnění, které nereaguje na běžnou léčbu. Je pro-



Obr. č. 7 - axiální projekce CTVDN - akutní pansinusitis vlevo s orbitální komplikací (subperiosteální absces)



Obr. č. 8 - punkce maxilární dutiny vpravo schematically

středkem k získání sekretu z postižené dutiny a tím i kvalitního materiálu ke kultivaci. Provádí se u menších dětí v celkové anestézii. Jejich léčebný přínos nebyl zjevně potvrzen u pacientů s chronickým průběhem onemocnění, kdy nevede ke znovunastolení ventilace, ani neřeší problém obstrukce ostiomeatální jednotky a chronický etmoidální zánět.

Délka konzervativní terapie je určena klinickým stavem pacienta, výrazným poklesem nebo normalizací zánětlivých parametrů, ale neměla by být kratší než 10 až 14 dnů. Pokud odpověď na nasazenou léčbu není adekvátní, je třeba znovu zkontrolovat zvolené léky, jejich dávku a dobu užívání. Při chronickém průběhu obtíží, či častých recidivách onemocnění, je třeba vyloučit u dětí přítomnost neléčené alergie, GER, imunodefekt či systémové onemocnění, CF, ciliární dysfunkce, deviaci přepážky

nosní a zvětšení adenoidních tkání. Účinnost případné adenotomie nemusí být v souladu s velikostí odstraněných adenoidních tkání.

Chirurgické řešení sinusitid je metodou užívanou až po vyčerpání veškerých konzervativních léčebných postupů včetně dlouhodobé cílené antibiotické léčby a **adenotomie**. Ta může být dle některých autorů případně provedena spolu se zákrokem na dutinách. Cílem operačního řešení je obnovení ventilace a drenáže paranasálních dutin do dutiny nosní, uvolnění průchodnosti nosní a tím zajištění kontaktu topických preparátů se sliznicí nosu. Původní obavy o pooperační následky - poškození růstu obličejového skeletu - se nepotvrdily, dosud se ale různí názory na optimální věk dítěte v době výkonu. Všeobecně se udává lepší pooperační průběh a výsledky u dětí nad 6 let.

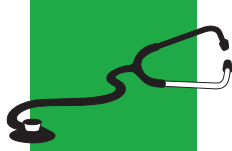
Operace je nutnou součástí léčby zejména u akutních zánětů s orbitálními a intrakraniálními komplikacemi či u chronických procesů nereagujících na léčbu po dobu alespoň 3 měsíců, nebo stavů spojených s významnou polypózou nosní (nejčastěji u dětí s CF).

V současnosti je metodou volby šetrné operační řešení pomocí **funkční endonazální chirurgie FESS** s cílem obnovení mukociliárního transportu, drenáže a ventilace paranasálních dutin. Vstupním vyšetřením před plánovaným zákrokem je CT paranasálních dutin. Vlastní výkon je zaměřen zejména na patologii ostiomeatální jednotky s cílem šetřit patologicky změněnou sliznici, která má schopnost restituce, a i kostěné struktury. Nejčastější operací po adenotomii je maxilární antrostomie s přední etmoidektomií.

Závěr

Záněty vedlejších dutin nosních u dětských pacientů jsou nozologickou jednotkou, se kterou se velmi často setkáváme. Současné nové poznatky a technologie nám umožňují lepší diagnostiku i léčbu rinosinuitid. Jejich terapie musí být vždy komplexní, razantní a dostatečně dlouhá. Velmi pečlivě se musíme věnovat pacientům s astmatem, u kterých často dochází při zánětu v oblasti horních dýchacích cest ke zhoršení astmatických obtíží. Vždy bychom měli klást důraz na dostatečnou dávku i dobu podávání léků. Jedině tak lze předejít rozvoji recidivující nebo dokonce chronické rinosinuitidy a také vzniku závažných komplikací tohoto onemocnění.

Literatura u autorů



Zpráva z Evropského pediatrického kongresu infekčních nemocí

Basilej, 3. - 5. května 2006

V letošním roce jsme se zúčastnili s MUDr. Roškotovou a MUDr. Vurmovou, spolu s našimi předními infektology a epidemiology Evropského kongresu infekčních nemocí dětského věku, který se konal v Basileji. Celý kongres, jak je zvykem, byl rozdělen do sekcí, prezentováno velké množství posterů a tím na nosné přednášky byl v hlavním sále dostatek času. V jedné části prezentovány očkovací látky proti varicelle, rotavirům, pneumokokům (největší pozornost), meningitidě C. V další části pak epidemiologie a problematika titrů proti černému kašli a hodnocení protilátkových rezerv u dětí očkovaných u HBsAg + matek. Dále pak situace kolem streptokokových infekcí novorozenců, diagnostika mezi bakteriální a virovou infekcí. Citovány menší epidemie TBC v kolektivech jednotlivých zemí, zvláště u dospívajících. Také předložena důležitost očkování proti humánnímu papillomaviru u děvčat. Probrána citlivost mikrobu na antibiotika v současné době. Dále pak práce, které byly věnované hexavakcínám a jejich kombinacím s dalším očkováním. Zde bylo konstatováno, že po Infanrixu se vytváří vysoké titry a i v případě další kombinace nebo aplikace tyto titry nejsou v žádném případě negativně ovlivňovány.

Při konstatování situace kolem varicelly, shrnuty její komplikace, zvláště u imunosuprimovaných a to pneumonie a encefalitidy. Hospitalizace pro varicelle se týká populace pod 4 roky věku nebo nad 20 let. Většina výskytu se týká dětí do 10-ti let, kdy postihne prakticky všechny sourozence v rodině a je i velkým ekonomickým problémem. Například v Německu přibývá každou hodinu 82 nových případů varicelly, 460 hospitalizací za měsíc a i úmrtí na její komplikace. Vakcinace živou vakcínou Varivax se vyznačuje velmi dobrou protilátkovou odezvou a je bez komplikací. Velkou starostí celého světa jsou v současné době rotavirové infekce. Postihují převážně děti mezi 3 - 5 rokem věku a vzhledem k tomu, že se vyznačují velkými ztrátami a iontovou dysbalancí, vyžadují často hospitalizaci. Také je nutné si uvědomit, že se mohou opakovat. Dávkovaná perorální vakcína Rotarix, která má při dvou dávkách protektivní vliv v 85% a i u ostatních je patrný podstatně mírnější průběh. Pneumokoková vakcína doporučená u dětí do 2 let, maximálně do 5-ti let věku má velmi dobrý efekt. V USA invazivní pneumokoková onemocnění (otitidy a pneumonie) výrazně poklesly při očkování části populace a i poklesl počet těchto onemocnění u starších dětí o 57%. Není patrný zatím pokles infekcí u dospělých. Jedna dávka sedmivakcinní pneumokoková vakcína byla

efektivní u zdravých v 96% a u opakovaně nemocných v 81%. Opakovaně je upozorňováno, že děti mezi 2 - 36 měsícem věku s teplotami bez fokusové infekce jsou často nosiči streptokok pneumonie. Také prezentovaná práce, kde uvádějí, že proočkovanost proti pneumokokům zaznamenala také evidentní pokles pneumokokových infekcí na JIP.

Epidemiologie Bordetella pertussis, event. Parapertussis, s podobným klinickým obrazem mají své cyklické vrcholy po 4 letech. Asymptomatictí adolescenti a dospělí jsou většinou zdrojem infekce pro nevakcinované děti. V některých pracích popisují jejich výskyt v současné době na 160 / 100 000 obyvatel. Je nutné se proto všimát kašle trvajícího déle než 8 týdnů.

Vliv zaléčení nosičství streptokoků u těhotných v době před porodem nebo těsně před ním se již projevuje poklesem počtu streptokokových sepsí u novorozenců. Těmto bylo věnováno několik prací, upozorňují v nich na vliv streptokoků na rupturu vaku blan a předčasné porody. Nízký gestační věk je velkým rizikovým faktorem pro streptokokovou sepsi.

Prospektivní studie dětí HBsAg pozitivních matek s aktivní a pasivní imunoprophylaxi se jeví jako velmi úspěšná. V jednotlivých pracích při dodržení směrnic neuvádějí žádnou HBsAg + těchto dětí v dalším věku. Upozorňují však na pokles titru protilátek v 18-ti letech věku, které jsou pak u 1/3 velmi nízké a vyžadují tzv. booster dávku. U bronchitidy kojenců pod 4 měsíce věku nalezena velká koincidence s RS virem a klinickým obrazem rozvíjející se bronchitidy. Patrné jsou zde záchvaty paroxysmálního kašle. Zvláště velké riziko RS viru je u novorozenců narozených mezi 29. - 35. týdnem gravidity. Tyto děti mají benefit z léčby Palivizumabem.

V dalších sděleních je upozorňováno na komplikace infekční mononukleozy, EB viru s vlivem na kostní dřeň s akcentací útlumové složky. Z komplikací po bakteriální meningitidě je upozorňováno na subdurální fuze, což je akumulace tekutiny v subdurálním prostoru, která je detekována v 50% v akutní fázi bakteriální meningitidy. Tyto fuze se tvoří především u pacientů špatně reagujících na antibiotika, chirurgická intervence je zde vzhledem k prognóze nutná.

Otázka TBC se opakovaně objevuje v jednotlivých evropských zemích, např. Španělsko hlásí za 5 let 7,6 / 100 000 obyvatel plicní TBC, u 20% primární komplex a u 6% z postižených lymfatickou formu. Celkem 2230 pacientů pod 16 let věku hospitalizováno za 5 let s těmito formami.

Diagnostika bakteriální infekce pomocí monocytového proteinu hraje roli při infekcích uropoet. Traktu. Prezentován také vliv interferonu 1 na chronickou virovou hepatitidu spolu s ribavirinem. Dále se hovořilo o dg. přínosu prokalcitoninu, který je predikátorem infekce moč. traktu a také je údajně schopen rozlišovat bakteriální a aseptické meningitidy. Komplikace boreliosis ve formě paresis facialis. Dále další série přednášek se znovu vrátila k infekci papilomavirem, údajně existuje velmi intenzivní imunologická odpověď po očkování. Z hlediska spektra infekcí převažují gram pozitivní infekce, dále v Asii je menší resistance vůči mikrobu než v Evropě nebo v USA, stejně jako makrolidová resistance je nejvyšší ve střední Evropě a v Evropě západní, ale již podstatně menší je na Kypru. V Anglii se ale naopak snížila resistance na Hemophila a zvýšila na trimetoprim. V poslední době se častěji nacházely pozitivní titry na Mycoplasma a na Rickettsie u Kawasakiho syndromu. Methicilin resistantní stafylokoky jsou citlivé na vankomycin, tyto resistantní kmeny, jak známo, vytvářejí problematiku na JIP. Dále je v přednáškách upozorňováno, že pacienti s centrálními venosními katectry mají vysoké riziko bakteriemii. V souvislosti s předchozími upozorněními na infekční mononukleosu a její komplikace je nutné pomýšlet i na polyradikuloneuritidy a meningitidy. Celý přednáškový blok byl věnován infekci campylobacter pylori, která se nejčastěji manifestuje diarheou, křečemi v břiše a teplotami.

V posledních blocích věnována pozornost hexavakcínám (infix), jejich velmi dobrým sérologickým odpovědím. Zjištěno, že i současná nebo bezprostředně navazující očkování nemění primární titry po hexavakcíně. Je srovnávána imunita a reaktogenita kombinovaných vakcín - hexavakcína a polyvalentní pneumokoková vakcína, což nemělo žádný vliv na imunní vzájemnou odpověď. Také kombinovaná Hib-MenCCT dané s MMR (spalničky, příušnice, zarděnky) nepředstavuje žádná omezení titru protilátek. Upozorňují na velmi dobrou snášenlivost hexavakcín.

Kongres měl ryze pracovní charakter bez organizovaných výletů, s velmi rychlým, časově neomezujícím občerstvením. Toto mělo za následek, že někteří si mohli odnést množství poznatků a udělat si tak dokonalý přehled o situaci v Evropě i v jiných částech světa v tak důležité oblasti jako je infekce v dětském věku, její diagnostika, léčba a především prevence.

Pro VOX PEDIATRIAE zpracoval:
MUDr. Jiří Liška, CSC.



Rychlý test na C-reaktivní protein jako diagnostický nástroj v primární pediatrické péči v Maďarsku

Prospektivní studie

Zsófia Mészner, MD, Ph.D. „Scent László“ Hospital for Infectious Diseases

National Institute of Child Health (OGYEI)

Tibor KOVÁSZ, MD

Primary Health Care Center, Unabagdány, Maďarsko

■ Maďarsko v Evropě

Klíčové demografické údaje

- skupina novorozenců narozených v určitém období (birth cohort): **94 647**
 - populace: **10 116 742**
 - pediatri v primární péči: přibližně **1 500**
- Národní statistická ročenka - 200.

■ Základní informace a cíle

V Maďarsku je neopodstatněné předepisování antibiotik u respiračních infekcí dobře známé a jedná se o široce studovaný problém v podmínkách primární pediatrické lékařské péče. Diagnostika vychází obecně z anamnestického a celkového tělesného vyšetření a diagnostické testy jsou používány zřídka. Studie, kterou provedli Meszner a kol. v letech 1999 - 2001 ukázala, že v zimním období je v podmínkách primární lékařské péče 88 % předpisů protimikrobiální léčby určeno na infekce dýchacího traktu (49,4 % na infekce horních cest dýchacích).

Navrhli jsme prospektivní studii, která bude srovnávat používání antibiotik dětskými lékaři kteří používají/nepoužívají rychlý test CRP.

V tomto článku jsme hodnotili a srovnávali praxi v předepisování antimikrobiálních léků u pediatri, kteří používali/nepoužívali rychlý test CRP. Další hodnocení jsou publikována jinde.

Prospektivní studie byla sponzorována společností Orion Diagnostica.

■ Materiál, populace a metody

Od listopadu 2004 do března 2005 byli pediatri v primární péči žádáni, aby vyplnili dotazník v těch případech, kdy diagnostikovali infekce respiračního traktu a kdy předepsali pacientovi (0 - 18 let) protimikrobiální přípravek.

Jelikož na každého pediatra připadlo 800 až 1 200 dětí (0-14-18 let), zahrnovala celková populace v klinické studii přibližně 30 000 až 32 000 dětí.

Autoři vytvořili dotazník zahrnující věk, pohlaví, anamnézu, známky, příznaky, výsledek CRP, pokud byl vyhotoven, další diagnostické testy, klinickou diagnózu, protimikrobiální a/nebo symptomatickou léčbu.

V průměru byl lékař požádán, aby vyplnil 500 dotazníků. Dotazníky byly zaslány elektronicky, pokud to bylo možné, nebo poštou. 32 lékařů z různých regionů Maďarska se zúčastnilo dobrovolně, 20 používalo CRP („skupina CRP“) pravidelně a 12 nikoliv („kontrolní skupina“).

Pro statistické hodnocení dotazníků byl používán „amatérsky vytvořený“ program (autor Tibor Kovács).

Diagnózy pro předepisování antibiotik v této studii (v souladu se stávajícími směrnici):

- tonsillitis follicularis
- AOM (akutní otitis media)
- akutní sinusitis
- bronchopneumonie/pneumonie

Předepisování antibiotik bylo hodnoceno podle věku, diagnózy a studijní skupiny - např. u tonsilofaryngitidy ± CRP, 3 - 6 let.

Diagnostická přesnost vs. klinické známky a příznaky, compliance s definicemi případů atd. jsou diskutovány jinde.

■ 7 kroků v méně než 3 minutách

C-reaktivní protein (CRP) je bílkovina akutní fáze, která se normálně nachází ve velmi nízkých koncentracích v séru zdravých lidí. V průběhu závažného procesu při bakteriálních infekcích, v souvislosti s poraněním tkání a po chirurgickém zákroku se koncentrace CRP výrazně zvyšují. Zvýšená hladina CRP může být detekována během 6 až 12 hodin po nástupu závažného procesu. Jelikož hladina CRP je obvykle zvýšená u bakteriálních infekcí, ale nikoli u většiny virových infekcí, může být CRP použit jako základní nástroj pro rozlišení bakteriálních od virových infekcí.

Hraniční hodnoty: referenční hodnota byla 10 mg/l, bakteriální infekce byla posuzována od hodnoty vyšší než 50 mg/l.

■ Výsledky

- V průběhu studie bylo shromážděno a analyzováno celkem **13 669** dotazníků.
- **8 771** dětí bylo zařazeno do CRP skupiny a **4 898** dětí bylo v kontrolní skupině.
- v CRP skupině **2 525** (28,78 %) byly provedeny CRP testy (asi 20 % z celkového počtu).

- Další diagnostické procedury (streptest, RTG hrudníku, plný krevní obraz, analýzy moči) byly provedeny 6krát častěji ve skupině CRP než ve skupině kontrolní.

■ Souhrn výsledků

- mezi oběma studijními skupinami nebyly nalezeny žádné překvapující rozdíly ohledně věku a diagnózy
- skupina CRP používala testování CRP téměř v každém třetím případě (28,78 %)
 - CRP test byl používán pro rozhodnutí, zda bude předepsáno antibiotikum či nikoliv, když anamnéza a klinické známky nebyly přesvědčivé
 - asi v pětině případů nebyla antibiotika předepsána
 - lékaři používající CRP léčili méně dětí pomocí antibiotik u skupiny virových infekcí horních cest dýchacích ve srovnání s kontrolní skupinou
- CRP skupina předepisovala méně (- 17,3%) antibiotik u všech pacientů než kontrolní skupina (u korigované velikosti vzorku).

■ Poznámky a diskuze

- vyšetření CRP je v Maďarsku obecně prováděno u nemocničních pacientů, ale zřídka v podmínkách primární péče



- všechny náklady na diagnostiku - CRP, streptest a další - jsou hrazeny pediatrem
- tlak rodičů na předepisování antibiotik je dobře znám, ale většina lékařů takto nepostupuje
- rodiče rozumí přínosům a vítají testování CRP, oceňují jeho použití jako rychlého diagnostického nástroje
- i negativní výsledky byly dobře přijímány
- tlak rodičů na předepisování antibiotik byl výrazně nižší, pokud bylo provedeno testování bez ohledu na výsledek
- rodiny byly rády, že nemusely docházet do laboratoře na vyšetření s nemocným dítětem
- vyšetření CRP u mladších, nespolupracujících dětí mohlo být provedeno s pomocí rodiče, zatímco v těchto případech jsou potřeba minimálně dvě osoby pro odběr ze žíly
- starší děti dávaly přednost vpichu do prstu před odběrem ze žíly a spolupracovaly lépe, pokud bylo třeba provést opakované vyšetření
- vyšetření během léčby poskytlo ujištění jak pro rodiče tak pro lékaře, jelikož snížení hodnot předcházelo klinickému zlepšení

- nebylo zjištěno, že vyšetření CRP je časově náročné - doba konzultace/pacienta se výrazně neprodloužila
- vyšetření mohlo být snadno provedeno v domácích podmínkách pacienta, bylo-li třeba
- malé děti (do 1 měsíce) musely být odeslány do nemocnice, pokud byla suspektní bakteriální infekce, jelikož samotné testování CRP je pro správnou léčbu u této věkové skupiny nedostatečné, pokud se předpokládá bakteriální infekce
- předepisování antibiotik nebylo vždy ovlivněno nízkou hladinou CRP u mladších věkových skupin (do 6 let)

■ Omezení studie

- nebyly použity/splněny přesné definice případu
- studie byla prospektivní, tudíž nereprezentativní
- skupina CRP se skládala z pediatriů s různými zkušenostmi testování (měsíce-roky)

■ Závěry

- vyšetření CRP bylo dobře přijímáno jako lékaři

v primární péči tak jejich pacienti

- vyšetření CRP „dláždilo“ cestu dalším diagnostickým přístupům, které dříve nebyly často používány
- u virových infekcí horních cest dýchacích se ukázalo, že lékaři využívající vyšetření CRP měli značně lepší přesnost diagnózy, i když neprováděli testování pacienta
- při extrapolaci dat studijní populace na oficiální národní údaje (OEP databáze, předepisování antibiotik v primární pediatrické péči) by mohly pozorované rozdíly ušetřit jednu pětinu roční spotřeby antibiotik - minimálně 4,5 miliónu Euro ročně.

Odkazy

- 1) Goletto-Lacour A, Zamora SA, Gervais A: Bedside procalcitonin and C-reactive protein tests in children with fever without localizing signs of infection seen in a referral center. *Pediatrics*, 2003;112:1054-60.
- 2) *Manual of Clinical Microbiology 8th edition* /Ed.: Murray, P. R. et al./ ASM Press, Washington D.C., 2003
- 3) Prat C, Dominguez J, Rodrigo C, Gimenez, M. Azuora M, Jimenez O, Goli N., Ausina V. Procalcitonin, C-reactive protein and leukocyte count in children with lower respiratory tract infections. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:963-6

Mliekoservis

MSD - Silgard

MSD - Silgard - 1. část SPC

MSD - Silgard - 2. část SPC

Nadace Terezy Maxové

Šetrná dekongestiva

MUDr. Pavel Kostiuk, CSc.

Edukafarm, Praha

Rinitida může vzniknout alergickými mechanismy (na základě atopie i bez atopického podkladu) i nealergickými mechanismy (v důsledku virové infekce, uvolněním histaminu působením některých složek bakterií, podrážděním senzorkých nervových zakončení inhalací dráždivých látek, popřípadě působením změn teploty okolního prostředí). Typickými příznaky rinitidy jsou především zvýšená sekrece z nosu a obstrukce nosních průduchů (kongesce).

Příkladem mechanismu vzniku rinitidy se zvýšenou sekrecí a kongescí může být polinóza. Toto onemocnění postihuje v rozvinutých zemích až 20 % obyvatelstva. Za sekundární projevy polinózy se považují anosmie, postnasal drip ("zadní rýma") nebo bolesti hlavy, z komplikací je významná (stejně jako u jiných typů rýmy) sinusitida. Polinóza vzniká u geneticky predisponovaných osob (atopiků) po opakovaném kontaktu s alergeny. První fázi etiopatogenetického procesu je senzibilizace, která má za následek zvýšenou tvorbu IgE a následnou vazbu této protilátky na žírné buňky a bazofily. Po opakovaném kontaktu s alergenem dochází k uvolnění vasoaktivních a dalších mediátorů v nosní sliznici; rozvíjí se časná fáze alergické reakce se zvýšenou propustností kapilár, vodnatou hypersekrecí, svěděním a kongescí sliznice nosu. Během následné, pozdní fáze se rozvíjí eozinofilní zánět, další kongesce, slizniční hyperreaktivita a porucha čichu. Na vzniku příznaků se podílí i převaha cholinergní aktivity s uvolněním neurotransmiterů a zvýšená náplň kapacitních cév, bohatě zastoupených v nosní sliznici.

Společným jmenovatelem polinózy i jiných typů rýmy (např. vazomotorické rinitidy a rýmy infekčního původu) je zvýšená propustnost kapilár s následným prosáknutím nosní sliznice a kongescí. Základním léčebným postupem by měl být co nejkauzálnější zásah do etiopatogenetického procesu; u polinózy se systematicky snažíme o kompletní remisi bez projevů nemoci. K tomuto účelu se užívá specifická alergenová terapie, antihistaminika, topické kortikosteroidy, kro-

mony. V akutní situaci výrazně zvýšené sekrece z nosu kombinované s kongescí je však třeba pacientovi pomoci okamžitě. Při nedostatečně rychlém obnovení průchodnosti nosních průduchů dochází ke stagnaci hlenu a nebezpečí sekundární infekce a rozvoje sinusitidy, jejíž léčba představuje další problém. Prostředkem volby jsou přípravky ze skupiny dekongestiv.

■ Klasická dekongestiva

Klasickými léčivy z této skupiny jsou především lokálně podávaná sympatomimetika, působící agonisticky na adrenergických a-receptorech. Do této skupiny patří například nafazolin, oxymetazolin, tetryzolin, xylometazolin, tramazolin. Po jejich lokální aplikaci dochází ke konstrikci dilatovaných arteriol, následnému snížení otoku a dekongesci sliznice. Tato léčiva mají výrazný, ale pouze přechodný účinek na kongesci sliznice a tím na obstrukci nosních průduchů. Neovlivňují výrazněji dráždění nosní sliznice (svědění, pálení). Při užívání delším než 3-7 dní však u této skupiny léčiv hrozí vznik návyku, vzniku rhinitis sicca a hypertrofie nosní sliznice, a tím pak i k dlouhodobému zhoršení průchodnosti nosu. Dalším nedostatkem těchto léčiv je, že mukociliární funkce nosní sliznice, obvykle při rinitidách porušená, se při jejich užívání nezlepšuje; při dlouhodobější aplikaci se může naopak zhoršovat a také tato významná funkce epitelu může být ireverzibilně poškozena. Část léčiva se vždy vstřebává, proto je třeba brát v úvahu i možnost výskytu (byť vzácného) systémových nežádoucích účinků - následků systémové absorpce, kterými jsou například palpitate, tachykardie, hypertenze, cefalgie, respirační obtíže. Problémem při podávání lokálních sympatomimetik je i výskyt lékových interakcí: při současném podávání tricyklických antidepresiv nebo inhibitorů MAO může dojít ke zvýšení výskytu některých nežádoucích účinků (především bolestí hlavy a hypertenze).

Další možností, jak dosáhnout dekongesce nosní sliznice, je perorální podání sympatomimetik. K nejčastěji používaným léčivům této skupiny patří deriváty fenylethanolaminu pseudoefedrin, fenylefrin a fenylpropano-

lamin. Tato léčiva je možno například u polinózy použít u pacientů s obstrukcí nosních průduchů a vývodů vedlejších nosních dutin, u kterých nelze stav zvládnout antihistaminiky ani lokálně aplikovanými sympatomimetiky. Vzhledem ke krátké době svého účinku jsou většinou obsažena v retardovaných lékových formách. Zároveň jsou obvykle kombinována s H1-antihistaminiky. Představují symptomatický léčebný postup, mnohdy jsou však výhodnější než lokálně aplikovaná léčiva s vazokonstrikčním účinkem, a to zejména proto, že nenavozují reaktivní zduření nosní sliznice, které často provází dlouhodobou lokální terapii. Po podávání těchto léčiv je ovšem incidence systémových nežádoucích účinků vyšší, a to především u dětí a u osob s kardiovaskulárními onemocněními (hypertenze, arytmie). Neměla by být podávána pacientům s hypertenzí, ischemickou chorobou srdeční, se sklonem k arytmiím či nemocným léčeným inhibitory MAO, vhodnost jejich preskripce je třeba zvážit u diabetiků a pacientů se závažnou hyperthyreózou. Antihistaminikum v kombinovaném přípravku může způsobit útlum a únavu, a snížit tak pozornost pacienta (řízení vozidel, obsluha strojů apod.).

■ Léčiva ovlivňující nosní sekreci

Další dvě skupiny léků používané v léčbě rýmy - parasymptolytika a antihistaminika - ovlivňují především sekreci, nikoli obstrukci nosu. K ovlivnění zvýšené nosní sekrece u alergické i nealergické rýmy lze použít parasymptolytika (anticholinergika). Parasymptatická stimulace totiž způsobuje vodnatou sekreci a vazodilataci cév zásobujících žlásky. Antagonizace účinku acetylcholinu na muskarinových receptorech vede ke snížení nosní sekrece, ovšem nikoli kongesce. Z anticholinergik používaných k terapii rinitidy je v ČR dostupné pouze ipratropium. K jeho nežádoucím účinkům patří epistaxe, suchost nosní sliznice, sucho v ústech; mohou se vyskytnout symptomy systémové absorpce: bradykardie, nebo naopak tachykardie, závratě, zastřené vidění, exacerbace glaukomu s uzavřeným úhlem, tinnitus, retence moči, obstrukce trávicího ústrojí, nauzea. Problém

mohou představovat interakce - možnost aditivního účinku s dalšími současně podávanými anticholinergiky.

Antihistaminika (lokální a perorální) antagonizují účinek histaminu na H1-receptorech. U alergických rinitid snižují sekreci z nosu. Nejsou příliš vhodná pro zvládnutí nosní obstrukce, proto se někdy kombinují se sympatomimetiky. K nasální aplikaci jsou v ČR dostupné azelastin a levokabastin (nejsou vhodné pro děti mladší než 6 let), v kombinaci se sympatomimetiky se používají též antazolin a dimetinden. Lokálně aplikovaná antihistaminika se využívají především jako pomocná léčiva u sezonních i celoročních alergických rinitid. Při jejich užívání se mohou někdy objevit symptomy systémové absorpce jako např. únava, závrať, bolest hlavy, sucho v ústech.

■ Minerální roztoky a nosní sliznice

Vzhledem k určitým nevýhodám dosud uvedených léčiv, jejichž účinek je sice obvykle rychlý, ale často může být zdrojem dalších komplikací (nežádoucí účinky, interakce, v některých případech věkové omezení) se pokračovalo v hledání látek, které by měly pro pacienta příznivější vlastnosti - zejména pokud jde o nežádoucí účinky - a které by umožňovaly bezpečnou dlouhodobější aplikaci a bylo by možno je používat i v prevenci pro zlepšení stavu a funkce nosní sliznice. V poslední době se stále více užívá koncepce péče o nosní sliznice - nasální aplikace vodného roztoku minerálních solí (například ve Francii je tento postup jako součást léčby a prevence rinitid velmi populární). Často se k tomuto účelu užívá mořská voda v různém ředění - od izotonického (tj. osmoticky ekvivalentního fyziologickému roztoku) po hypertonicke roztoky, obvykle v koncentraci ekvivalentní 2-3,5% roztoku chloridu sodného. Aplikace izotonického roztoku chloridu sodného na nosní sliznici přispívá k obnovení její mukociliární funkce, která bývá při alergických i nealergických rinitidách porušena. V ČR jsou dostupné např. nosní spreje s izotonickým roztokem mořské vody Stérimar (Merck) a sprej Mar Plus (Aliud Pharma). U přípravků Stérimar je k dispozici ještě varianta obohacená o měď (pro její antibakteriální působení, doporučované pro infekční rýmy) a varianta obohacená o mangan (pro antialergické působení, doporučovaná pro alergickou rýmu). Ve spreji Mar Plus je kromě izotonického roztoku mořské vody obsažen

ještě dexpanthenol. K obnovení mukociliární funkce nosní sliznice se užívají i hypotonické minerální roztoky (například Vincentka).

■ Šetrná dekongestiva: mechanismus působení

U izotonických a hypotonických roztoků nelze ovšem mluvit o dekongestivním účinku. Tento účinek na edematózně prosáklou nosní sliznici mají hypertonicke roztoky (často také připravované z mořské vody), jejichž osmolarita se pohybuje ve výše uvedeném rozmezí (koncentrovanější roztoky se k účelům dekongesce obvykle nepoužívají - osmolarita vyšší než ekvivalent 5% roztoku NaCl by mohla vést k podráždění hyperreaktivní sliznice, zatímco ředění v uvedeném rozmezí do ekvivalentu 3,5% roztoku NaCl je zcela bezpečné a přitom účinné) (1). Působení hypertonicke roztoků, které můžeme vzhledem k jejich bezpečnosti označit jako šetrná dekongestiva, je založeno na osmotickém spádu mezi prostředím edematózně prosáklé nosní sliznice a prostředím nosního průduchu, do kterého je aplikován hypertonicke roztok. Přebytečná voda z nosní sliznice přejde do prostředí s vyšším osmotickým tlakem, tedy do nosního průduchu, a pacient ji smrkáním odstraní. Tímto mechanismem dochází k oplasknutí (dekongesci) nosní sliznice (2). Navíc, jak ukázaly klinické studie, hypertonicke roztok v uvedeném koncentračním rozmezí kromě dekongestivního působení zároveň snižuje překrvení nosní sliznice, prospívá i funkčnosti nosní sliznice a usnadňuje transport hlenu - odstraňuje totiž i poruchu mukociliární funkce doprovázející zánětlivé procesy (2) podle některých studií zlepšuje ciliární funkci účinněji než roztok izotonický (3,4). Hypertonicke roztok solí mořské vody je v ČR dostupný ve spreji, např. Sinomarin (Arkopharma), který obsahuje mořskou vodu v ředění ekvivalentním 2,3% roztoku NaCl (poměr koncentrací jednotlivých minerálů odpovídá poměru jejich obsahu v mořské vodě).

■ Účinnost šetrných dekongestiv

Účinnost hypertonicke roztoku mořské vody (v rozmezí ekvivalentu 2-3,5% roztoku NaCl) u pacientů s alergickou i nealergickou rinitidou (akutní i chronickou) i u bakteriální rinitidy a rinosinusitidy byla prokázána v několika randomizovaných studiích. Například v placebem kontrolované studii (5) byla prokázána účinnost každodenní aplikace hypertonicke roztoku chloridu sodného (3%) v pylové sezoně u dětí s polinózou, a pokud

jde o příznakové skóre a snížení spotřeby antihistaminik, léčba byla dobře tolerována. V jiné, multicentrické studii (6) do které byli zařazeni pacienti s nosní obstrukcí (permanentní nebo intermitentní) na podkladě polinózy, vazomotorické rýmy, purulentní rinitidy či hypertrofické rinitidy, byla prokázána účinnost a bezpečnost každodenní aplikace hypertonicke roztoku mořské vody (ekvivalentní 2,3 % NaCl); u 75 % pacientů bylo dosaženo významného zlepšení průchodnosti nosních průduchů či úplného vymizení obstrukce nosu. V jiné randomizované studii byla porovnáována účinnost nazální aplikace izotonického a hypertonicke roztoku NaCl (3,5%) u dětí s chronickou sinusitidou (7). Oba typy léčby byly dobře tolerovány, hypertonicke roztok se jevil jako účinnější než izotonický v ovlivnění všech sledovaných klinických i radiologických parametrů. Provedené klinické studie ukázaly, že hypertonicke roztok chloridu sodného či mořské vody v uvedeném koncentračním rozmezí (v ČR dostupný přípravek Sinomarin odpovídá 2,3% roztoku NaCl) je účinným a šetrným dekongestivem, vhodným pro dlouhodobější aplikaci, pro ovlivnění příznaků rinitid alergického i nealergického původu (včetně infekční, vazomotorické a hypertrofické) i k podpoře léčby a prevenci slizničních zánětů v oblastech, do kterých se často zánět z nosu rozšiřuje (faryngitid, otitid, sinusitid). Je vhodnou volbou tam, kde se chceme vyhnout nežádoucím účinkům a omezením klasických léčiv používaných pro ovlivnění nosní kongesce a zvýšené sekrece.

Literatura:

1. Garavello W, Romagnoli M, Gaini RM. Hypertonic or isotonic saline for allergic rhinitis in children. *Pediatr Allergy Immunol* 2005;16:91-92.
2. Taccariello M, Parokh A, Darby Y, et al. Nasal douching as a valuable adjunct in the management of chronic rhinosinusitis. *Rhinology* 1999;37:29-32.
3. Wabnitz DA, Wormald PJ. A blinded, controlled study on the effect of buffered 0,9% and 3% sodium chloride intranasal sprays on ciliary beat frequency. *Laryngoscope* 2005;115:803-805.
4. Talbot AR, Herr TM, Parsons DS. Mucociliary clearance and buffered hypertonic saline solution. *Laryngoscope* 1997;107:500-503.
5. Garavello W, Romagnoli M, Sordo L, et al. Hypersaline nasal irrigation in children with symptomatic seasonal allergic rhinitis: A randomized study. *Pediatr Allergy Immunol* 2003;14:140-143.
6. Shoseyov D, Bibi H, Shai P, et al. Treatment with hypertonic saline versus normal saline nasal wash of pediatric chronic sinusitis. *J Allergy Clin Immunol* 1998;101:602-605.
7. Freche C, et al. Usefulness of hypertonic seawater (Sinomarin) in rhinology. *Revue officielle de la Société Française d'ORL* 1998;50(4):73-75.



Zajímavosti ze světa odborné literatury

Přínos pulsní oximetrie ke včasné detekci VCC u novorozenců

V prvních dnech po narození je u poloviny všech novorozenců se srdečními vadami patrný asymptomatický průběh. Přitom diagnóza těchto vad, a to dg. včasná, je důležitá, protože VCC může vést k náhlému srdečnímu selhání, kardiovaskulárnímu kolapsu nebo náhlé smrti. Přitom prenatálně lze zjistit necelou polovinu těchto srdečních vad a proto jsou velmi důležité klinické zkušenosti. Přítomnost srdečního šelestu celou věc činí jen suspektní. Je také velká diskrepance mezi incidencí srdečního šelestu a VCC. Procento novorozenců se srdečním šelestem v prvním týdnu života se pohybuje od 0,6% do 77% v závislosti na několika faktorech jako jsou klinické zkušenosti a znalosti s vyšetřováním novorozenců. Někteří novorozenci ani nemusejí mít při VCC poslechový nálezn. Proto se studie zaměřila na další pomocné faktory a užití pulsní oximetrie v novorozeneckém období, zvláště v prvních hodinách věku. Během roku vyšetřili 3663 novorozenců, z nich bylo pro nezralost pod 35 týden nebo RDS vyloučeno 401 dětí. Střední gestační věk vyšetřovaných novorozenců se pohyboval kolem 39 týdne. Tam, kde hodnoty pulsní oximetrie poklesly pod 95% opakovaně, bylo provedeno ECHO. U 24 novorozenců poklesla saturace pod 95% opakovaně. Z těchto mělo 17 dětí vrozenou srdeční vadu a u 5-ti ze zbývajících sedmi pak persistentní plicní hypertensi. Žádné dítě s otevřeným ductem nebo cyanotickou srdeční vadou nevykazovalo saturaci přes 95%. **Měření byla prováděna mezi 6 - 12 hodinou poporodního věku.** Vyšetření považují za další neinvazivní ukazatel možnosti VCC.

Eur.J.Pediatr. (20056) 165. 94 - 98.

* * *

Mají být zdravé děti vakcinovány proti chřipce?

Chřipka je spojována s mortalitou především starší generace. V dětském věku jsou postiženy komplikacemi zvláště děti do 3 let věku, kdy nejčastější bakteriální komplikací je otitis media. Děti většinou zavlečou virus do komunity dospělých. Vakcinace u dětí by pak měla být zahájena v podzimních měsících

před očekávanou epidemií. Autoři se domnívají, že vakcinace by měla být doporučována u dětí od 6-ti měsíců do 3 let věku, které se stýkají se skupinou dospělých starších 65-ti let. Inaktivovaná vakcína proti chřipce je pro děti uvedeného věkového rozmezí bezpečná. V USA, kde se snaží iniciovat právě vakcinaci dětí tohoto věkového rozmezí, žádné kontraindikace neuvádějí. Také tam riziko komplikací ve formě otitis media při epidemii influence se pohybuje od 24 - 67% pacientů. Také frekvence infekcí dolních cest dýchacích je častá a to nejen u dětí do 2 let, ale až do věku 5-ti let. I ve Finsku uvádějí frekvenci otitis media jako komplikací při virové epidemii kolem 40%, často také popisují akvírované pneumonie a u starších dětí sinusitidy nebo akutní exacerbace asthmatu.

Eur.J.Pediatr. (2006) 165: 223 - 228

* * *

Absence kojení a zvýšené riziko diabetu

V posledních letech dochází ke zvyšování incidence diabetes mellitus (DM) 1.typu. Účelem studie bylo zjistit asociaci tohoto vzestupu s faktory perinatálními a časnými novorozenecko - kojeneckými. Analyzovalo se celkem 868 diabetických dětí a 1466 anonymních kontrolovaných jedinců, většinou školního věku, a jejich spolužáků. Uznává se všeobecně, že DM je imunně zprostředkovanou destrukcí pankreatických Beta buněk u geneticky disponovaných jedinců. Není však jasné, nakolik se uplatňují faktory prostředí. Faktory prostředí, se zdá, že zvláště v Evropě hrají větší roli. V předešlých pracích se jevílo, že riziko DM je ve spojitosti s věkem matky v době porodu s poklesem natality a všeobecně rychlým zvyšováním věku matek v době prvního porodu. V pracích se dále zjišťovaly další faktory v těhotenství, váha, výška, krmení, návštěvy zařízení denní péče a přítomností domestikovaných zvířat v domácnosti.

Zjistili, že riziko DM poklesává se zvyšováním doby trvání kojení, zatímco krátká doba trvání kojení je spojována se zvýšeným rizikem DM. Výrazně protektivním faktorem je kojení delší 12-ti měsíců. Také krátké trvání návštěv stacionářů bylo snad spojeno se zvýšeným rizikem DM. Žádná spojitost nebyla

nalezena mezi ukazateli prenatální infekce, perinatálními stresovými faktory, porodními rozměry nebo kontakty s mnoha dětmi v kolektivech nebo mnoha zvířaty v domácnostech. Vztah císařského řezu ve vztahu k DM je jen diskutabilní a není potvrzený. Nízká porodní hmotnost je protektivní faktor. Také se bere v úvahu hygienická hypotéza, že včasná stimulace imunního systému má protektivní vliv na vývoj atopie a autoimunity. Také zde u dětí častěji nemocných z kolektivů je podle některých prací pokles trendu k DM. Expozice k alergenu domácích zvířat nezávisle na sociální situaci není signifikantní, že by vedla k poklesu výskytu DM.

Eur.J.Pediatr. (2006) 165, 114 - 119

* * *

Srovnání enzymoterapie a nesteroidních antiflogistik při osteoartritidě

V práci jsou porovnávány zkušenosti s léčbou v německém revmatologickém ústavu. Do souboru zavzaly 90 pacientů s osteoartritidou kyčelního kloubu ve stadiu episod bolesti a omezení pohybů. Tito byli rozděleni do dvou skupin po 45-ti, kdy polovina byla léčena Phlogenzymem a druhá polovina Diclofenacem. Léčba trvala 6 týdnů a během této doby statisticky zpracovávaly parametry jako bolesti klidové, pohybové, pohybová omezení, fyzikální funkce a další. Tolerabilita obou tabletových forem léčby bylo stejně dobrá. Ještě podotýkají, že zde byla v celém souboru preference postmenopauzálních žen. Hlavním účelem zaměření terapie byla redukce progresu onemocnění, zánět, bolest a ztráta funkce. K otestování enzymoterapie přistoupili autoři především kvůli vedlejším efektům antiflogistické léčby.

Rozdíly ve snášenlivosti se objevovaly, pokud se dávky především Diclofenacu zvyšovaly, pak se objevovaly mimo zažívací potíže ještě zvýšení jaterních enzymů a anemie. V souhlase s jinými pracemi nakonec autoři shrnují lepší užitek Phlogenzymu než Diclofenacu a i jeho lepší snášenlivost. V práci jsou uváděny cesty působení tohoto preparátu.

Clinical and Experimental Rheumatology 2006, 24, 25 - 30

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



Aktuality

Rath se musí kvůli IZIP omluvit Cabrnochovi

Rozhodl o tom krajský soud, exministr zdravotnictví se hodlá odvolat. Exministr zdravotnictví David Rath (ČSSD) prohrál spor s europoslancem Milanem Cabrnochem (ODS). Cabrnoch uvedl, že podle pondělního rozhodnutí Krajského soudu v Praze se mu bude muset Rath formou placené inzerce omluvit, zaplatit mu 50.000 korun a uhradit i náklady soudního řízení. Rath prohlásil, že se proti rozhodnutí soudu odvolá. S jeho verdiktem nesouhlasí.

Rath je přesvědčen, že v souvislosti s projektem internetových zdravotních knížek pacienta (IZIP) plynuly do Cabrnochovy soukromé firmy peníze Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP). Spojení některých politiků ODS s VZP připomínal zejména v souvislosti s vyhlášením nucené správy nad největší pojišťovnou Ioni v listopadu a následným odvoláním její ředitelky Jiřiny Musílkové.

„Soud rozhodl, že výroky Davida Ratha byly nepravdivé,“ zdůraznil Cabrnoch. „Přijde mi to absurdní rozhodnutí, protože v řízení se jasně prokázalo, že poslanec Cabrnoch IZIP zakládal, celou dobu ho propagoval a propaguje ho dodnes, stejně jako europoslanec Miloslav Ouzký (ODS), který firmu dál vlastní,“ uvedl Rath.

Podle něj soud potvrdil, že Cabrnoch byl ve střetu zájmů, protože jako poslanec byl členem správní rady VZP a figuroval i v IZIP. „Udělal to chytře, na rozdíl od Ouzkého z IZIP vystoupil, ale propagoval ho nadále,“ podotkl Rath.

Dodal, že jedině, co se mu prý nepodařilo u soudu prokázat, je, že ze společnosti IZIP šly nějaké peníze na soukromé konto poslance Cabrnocha. „To já těžko mohu prokázat, k soukromému kontu Cabrnocha a IZIP nemám přístup,“ zdůraznil Rath. Pouze porovnáním obou kont by se daly podle něj finanční toky potvrdit, nebo vyvrátit. „Doufám, že se ODS nepodaří vyšetřování této kauzy zamést pod koberec,“ dodal exministr.

Rathův plán neziskových nemocnic je v troskách

Pokud by šlo vše podle představ bývalého ministra zdravotnictví Davida Ratha, vzniklo by do úterka v Česku 140 nových neziskových zdravotnických zařízení. Dosud ale nevzniklo ani jedno a s největší pravděpodobností ani žádné další nevznikne.

Rathem a levicí prosazený zákon nařizoval státu, krajům, obcím i soukromým vlastníkům, aby nejpozději do 28. listopadu své nemocnice a další zdravotnická zařízení převedli na nově ustavenou neziskovou právní formu. Jejich zřizovatelé a ředitelé by tím přišli o podstatnou část kompetencí při správě majetku, posílila by naopak role ministerstva a České lékařské komory.

Ústavní soud ale v říjnu kontroverzní pasáž příkazující vyjmenovaným subjektům povinně změnit právní formu zrušil. Možnost stát se neziskovou zdravotnickou organizací podle dál platného zákona ponechal na dobrovolnosti. Podle informací LN se ale této - podle zastánců zákona pro nemocnice velmi výhodné - možnosti nechystá žádný zřizovatel využít.

„Mohu potvrdit, že o registraci neziskové organizace na ministerstvu zatím nikdo nepožádal. Nemáme ani žádné informace, že by to měl někdo v úmyslu. Zákon o neziskových zdravotnických zařízeních zřejmě čeká osud právní normy, která nebude nikdy v praxi naplněna, protože je prostě špatná,“ uvedl mluvčí ministerstva Tomáš Cikrt.

Proti způsobu, jakým Rath a levice ve světě běžnou myšlenku neziskových organizací ve zdravotnictví chtěli realizovat, protestovali nejen politici z ostatních stran, ale i většina odborníků a současných zřizovatelů. Neozvali se jen ředitelé tehdy Rathem řízených fakulturních nemocnic. Předsedkyně jejich asociace Jaroslava Kunová dokonce jako jedna z mála nový zákon opatrně podpořila. Po Rathově odchodu ale ani tato zařízení nemají o novinku zájem.

„Pokud bych já zůstal ministrem, přešly by pod nový zákon všechny

Medica Healthworld



státní nemocnice," zareagoval Rath. Že se dobrovolně pod nový zákon nehrnou, není podle Ratha tím, že by byl špatný, ale že je přísný. „Nemocnice by musely zveřejňovat všechny smlouvy, na vše dělat výběrová řízení. Každý by jim viděl do karet, za kolik co kdo nakupuje, a to si samozřejmě žádný ředitel nepřeje. Dnes si každý může prakticky dělat, co chce. Například stravování a další služby jsou předražené, je to doslova džungle," usoudil.

Odpůrci zákona poukazují na neproveditelnost klíčových paragrafů, na jeho hrubé chyby. „Existuje třicetibodový rozklad vypracovaný ekonomy a právníky nemocnic, poukazující na ustanovení zákona, která by byla obtížně řešitelná. To je ten hlavní důvod odporu," řekl ředitel FN Hradec Králové Leoš Heger. Na Rathově tvrzení ale prý také „něco je". „Jako příspěvkové organizace jsme reliktem s unitárním vedením. Ředitel a statutární náměstek jsou v podstatě absolutními vládci. To není normální. Všechny ostatní typy organizací mají vedení kolektivní," připustil Heger.

Sjezd lékařů proběhl poprvé bez politiků

Kubek svou prezidentskou funkci ustál

Delegáti ne zvolili viceprezidenta komory

Víkendový sjezd České lékařské komory (ČLK), která zastupuje více než 40 000 lékařů, se poprvé v historii uskutečnil bez politiků.

Komora totiž na sjezd nepozvala ani odstupujícího ministra zdravotnictví Tomáše Julínka (ODS), ani exministra Davida Ratha (ČSSD), který je zároveň předsedou zdravotního výboru parlamentu a dlouhá léta stál v čele lékařské komory.

„Nechtěli jsme, aby se z jednání stalo politické kolbiště," řekl Právu prezident komory Milan Kubek. Julínek k tomu řekl, že si myslí, že „to není úplně nejlepší vklad do dialogu mezi ministerstvem a ČLK". Také Rath byl postupem komory zaskočen. Chybu vidí v tom, že nebyli pozváni klíčoví lidé resortu. „Pokud je komora nebude zvát, je to cesta k bezvýznamnosti," varoval.

Na sjezd nebyli pozváni ani představitelé zdravotních pojišťoven, což v minulosti bylo také naprosto jednoznačné.

Omezení pravomocí prezidenta neprošlo

Prezident Milan Kubek svůj post před svými kritiky uhájil. Zejména soukromí lékaři mu vytýkali, že vede komoru odborářským způsobem, což oni nechťejí. Naopak nemocniční lékaři jednoznačně za Kubkem stáli. Na sjezdu se čekalo, že skupina Kubkových kritiků přijde s požadavkem na odvolání prezidenta. Nikdo ale k tomu nenašel odvahu, možná i proto, že Kubek v průběhu celého sjezdu přesvědčoval argumenty lékaře, že jedině silná komora je pro ně skutečně nejvýhodnější.

Sjezd ani nepřijal návrh na omezení pravomocí prezidenta komory. Ten podal člen představenstva komory Zorjan Jojko. Podle návrhu by totiž prezident v období mezi sjezdy nesměl sám rozhodovat, ale musel by mít vždy souhlas nadpoloviční většiny všech členů osmnáctičlenného představenstva. Místopředseda Lékařského odborového klubu Lukáš Velev označil Jojkův návrh za legislativní paskvil a návrh nakonec neprošel.

Zajímavý byl další návrh, který podal Lubor Kinšt a týkal se toho, aby komora byla rozdělena na dvě sekce: pro soukromé lékaře a pro lékaře-zaměstnance. Nad nimi by pak bylo představenstvo, které by podle stanovených priorit prosazovalo zájmy té či oné skupiny.

Ani druhé kolo nerozhodlo

Jeden z hlavních úkolů sjezdu - zvolit viceprezidenta - se nepodařil.

Na tuto funkci kandidovalo pět lékařů. Do druhého kola se dostal Aleš Herman, kardiolog z Pardubic a Lubomír Nečas, praktický lékař ze Zlína. Ve druhém kole ani jeden z nich ale nezískal potřebných 171 hlasů ke zvolení a viceprezident ČLK tedy zvolen nebyl.

Herman dostal 156 hlasů a Nečas 123. Třetí kolo se podle stanovských předpisů již konat nemůže a tak komora mít viceprezidenta nebude.

„Je to obrovské zklamání, protože už je to podruhé, co se tak stalo. Poprvé viceprezident nebyl zvolen na jaře letošního roku. Ze situace nevidíme východiska," prohlásila předsedkyně revizní komise ČLK Jana Vedralová. Prezident Kubek si posteskl, že skupina delegátů neustále blokuje volbu viceprezidenta a i při této víkendové jich 50 nevolilo.

Kubek vyšel posílen

Kubek chce, aby komora byla jednotná, silná a hájila zájmy příslušníků stavu.

V usnesení delegáti schválili, že nechťejí třísměnný provoz v nemocnicích, který jim hrozí v souvislosti s platností nového zákoníku práce od ledna příštího roku. Ceny služeb ve zdravotnictví by se také během několika let měly přiblížit cenám v Evropské unii a pacienti by měli mít možnost připlácet si na nadstandardní služby. Prezident Milan Kubek tak z celého sjezdu nakonec vyšel posílen a sjezd mu dal plnou podporu při zastupování komory na veřejnosti.

Julínek pojistné nezvýší, chce omezit čerpání péče

Odstupující ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) neuvažuje, že by zvýšil povinné zdravotní pojištění, které u zaměstnanců činí 13,5 procenta z platu, z toho 9 procent platí zaměstnavatel za zaměstnance a 4,5 procenta zaměstnanec. Chce ale omezit péči zavedením poplatků u lékařů.

„Je to absolutně nemožné. Bylo by to zvýšení daňové zátěže obyvatel. Touto cestou nepůjdu. Bude výrazně ubývat počet aktivních lidí, zvýší se počet důchodců a nemůžeme aktivní obyvatele víc daňově zatížit. Tudy cesta nevede, je slepá," řekl právu Julínek.

Doplatky za léky

A kudy vede? „Odhalením všech rezerv, které máme, regulací péče, tedy poplatky atd.," řekl Julínek. Cestu vidí v racionalizaci zdravotního systému a v omezení čerpání zdravotní péče.

Julínek chce jít cestou jinou: stanovením doplateků za léky na 3000 Kč ročně a zavedením poplatků u lékařů. Přitom část levných léků, které jsou nyní plně hrazeny z pojištění, by si lidé hradili v plné výši. To by jim z kapes mohlo vytáhnout víc korun než dosud.

Padesát korun za návštěvu

„Každý občan v ČR přibližně čtrnáctkrát v roce navštíví lékaře, a to je nejvíce kontaktů v Evropě," řekl Julínek. Snížit tento počet kontaktů chce zavedením poplatků u lékařů, které by měly motivovat člověka k tomu, aby více rozmyslel, zda s banálním onemocněním lékaře navštíví, nebo ne.

„Pacient si rozmyslí, jestli půjde s rýmou k lékaři na pohotovost, kdyby za tuto službu měl zaplatit třeba 50 korun," řekl Julínek.

Jeho úřad by rád zavedl i 50 korun za návštěvu jakéhokoli lékaře, tedy zřejmě i praktického. To by ale mohlo poškodit zejména důchodce, kteří k praktickému lékaři chodí velmi často a museli by tak dávat za každou návštěvu 50 korun. Julínek tvrdí, že poplatky u praktického lékaře možná zavedeny nebudou a budou se týkat jen specialistů.

„Poplatky nebudou rozhodujícím příjmem zdravotního pojištění, ale



regulátorem, abychom zdravotní péči čerpali méně. Měly by nás více motivovat ke zdravému životnímu stylu," soudí Julínek.

Mimiku dědíme po předcích

Chcete si být jistí, že právě narozené dítě opravdu patří do rodiny? Pak se nezdržujte sledováním barvy očí a tvaru nosu a soustřeďte se na výraz tváře.

Skutečnost, že nevidomí ovládají svou mimiku a vyjadřují výrazem tváře emoce stejně dobře, jako lidé se zdravým zrakem, je známa již dlouho. Platí to dokonce i o lidech slepých od narození.

Izraelská vědkyně Gili Pelegová z Haifské univerzity si uvědomila, že pozorování dětí i dospělých, kteří nikdy neviděli, by bylo možné zjistit, zde grimasy doprovázející projevy radosti či smutku jsou vrozené, nebo získané během života. Pelegová spolu s kolegy studovala tváře jednadvaceti nevidomých. Všichni z této skupiny se s nefunkčním zrakem již narodili. Součástí výzkumu bylo i pozorování jejich příbuzných se zdravými očima.

Výzkumníci sledované osoby žádali, aby vzpomínaly na silný emocionální zážitek. Chtěli u nich vyvolat například smutek, zlost, soustředění, překvapení, odpor či hnus nebo radost. Pohyby jejich tváře filmovali.

Zlost má navrch

Následně vědci jednotlivé grimasy „rozebrali“ na základní prvky, jako je například zvednuté levé obočí. Elementárních obličejových pohybů našli 43. Výsledky pak porovnávali s mimikou příbuzných i ostatních zkoumaných osob.

Ze studie publikované v posledním čísle odborného časopisu *Proceedings of the National Academy of Sciences* vyplynulo, že podobnost grimas v rámci rodiny je nejpřesvědčivější, když jde o vyjádření negativních emocí. Příbuzní jsou si nejpodobnější, když cítí zlost. O něco méně zřetelná je shoda při pocitu překvapení, následuje zhnusení, potěšení, smutek a soustředění. To se dá vysvětlit tím, dítě musí umět dávat najevo nelibost hned od narození. Předá tak totiž životně důležité informace.

Život není Hollywood

Není možné, že by se slepé děti naučily rozpoznávat úsměv nebo zamračení rodičů pomocí dotyků tváře? Pak by se mohly naučit výraz i imitovat. Gili Pelegová tuto námitku vyvrací: „Výrazy tváře jsou příliš složité a detailní na to, aby bylo možné osvojit si je prostřednictvím hmatu. Takové věci se dějí jen ve filmu.“ Tento názor potvrdili i nevidomí, s nimiž přišla do styku.

Zdraví ze sklenice v pilulce?

David Sinclair je prorokem resveratrolu. Látka obsažená v červeném víně (nebo třeba ve slupkách grapefruitu), kterou pravidelně bere už tři roky, mu prý pomůže žít zdravěji. Přitom hodnověrných vědeckých důkazů je málo. Nemluvě o studiích, které by se zabývaly důsledky jeho dlouhodobého používání.

Vzhledem k tomu, jak často se mluví o prospěšném vlivu červeného vína (alespoň v přiměřeném množství), se to může možná zdát překvapivé, ale z vědeckého hlediska jde o neprobádanou oblast.

Proto vzbuzuje zájem nová Sinclairova práce, která vyšla on-line na stránkách známého britského vědeckého časopisu *Nature*.

Sinclair sledoval účinky resveratrolu na laboratorních zvířatech, konkrétně na potkanech. Rozdělil jednoletá zvířata do tří skupin: první jedla zdravou stravu, druhá stravu s vysokou kalorickou hodnotou.

Třetí skupina měla jídelníček totožný se skupinou nezdravých jedlíků, ale zároveň dostávala resveratrol ve formě potravinového doplňku.

Všichni potkani na stravě s množstvím kalorií po šesti měsících znatelně ztloustli. Ale poté se začaly projevovat rozdíly: skupina s resveratrolelem byla po roce údajně mnohem zdravější než jejich tlustí kolegové. Skupina měla po roce o 30 procent nižší úmrtnost. Také se v ní prakticky nevyskytovala cukrovce podobná onemocnění a při pitvách měla znatelně méně poškozená játra.

Potenciálně jde o zlomový výzkum, který má svoje problémy. Nikdo přesně neví, jak resveratrol tohoto účinku dosahuje. Potkani, kteří ho užívali, mají nadváhu. To znamená, že látka má poněkud jiné účinky než faktické omezení příjmu kalorií. Další problém je metodologický: i když Sinclair už své závěry publikoval, experiment *de facto* ještě neskončil. Ze 121 potkanů, kteří se ho účastnili, je ještě značná část naživu, takže jejich zdravotní stav nebyl plně ohodnocen. Kritici také připomínají výše uvedenou skutečnost, že neexistují práce zabývající se dlouhodobým účinkem látky na lidské tělo.

Špína může posílit imunitu

Protože žijeme v příliš čistém prostředí, děti se téměř nesetkávají s patogenními mikroorganismy. Jejich imunitní systém zahálí a zakřehuje, uvádí v nové knize *Léky a drogy* britský farmakolog.

Imunitní systém je naprogramován tak, aby rozeznal jakoukoliv cizí substanci a každý cizí mikroorganismus. Na základě toho aktivuje vhodnou obranu. Spočívá v mobilizaci protilátek - bílkovin schopných poznat cizí proteiny (nebo jiné velké molekuly) a zneškodnit je. Navázání cizích substancí na protilátky umožňuje jejich likvidaci bílými krvinkami, které jsou díky tomu schopny cizí buňky nebo útočící mikroorganismy napadnout, zahubit a pohltit. V případě poranění se v krvi koncentrují v postiženém místě, pomáhají tam odstraňovat mrtvé nebo poškozené buňky a vyvolávají odezvu, kterou často doprovázejí značné bolesti.

Imunitní systém, bílé krvinky a tělesné orgány spolu komunikují pomocí rozsáhlé třídy signálních molekul. Působením na mozek mohou vyvolávat horečku, ospalost a ztrátu chuti - příznaky, které dobře zná každý, kdo někdy onemocněl třeba chřipkou nebo jinou infekční chorobou.

Imunitní systém hraje zásadní roli při likvidaci nepřátel, kteří by nás jinak zahubili. Děti s vrozenou poruchou imunity jsou velmi náchylné k infekcím a musejí se kvůli tomu pohybovat jen v určitém prostředí; pacienti trpící AIDS nakonec umírají, protože virus HIV vyřadil jejich imunitní systém z činnosti. Tento mocný obranný prostředek ale občas selhává a obrací se proti tomu, koho má chránit. Celkem běžné jsou mnohé tzv. autoimunitní poruchy, při nichž imunitní systém z nějakého důvodu přestává správně rozeznávat některé části těla jako „vlastní“ a zahajuje proti nim útoky působící záněty a různá poškození. Prvním příkladem může být artritida, při níž začnou postiženého bolet klouby a kloubní chrupavky i kosti jsou postupně erodovány. Dalším je roztroušená skleróza, progresivní onemocnění nervového systému, kdy jsou napadány obaly nervových vláken. Také astma, chronický zánět plic vyvolávající potíže s dechem, patří mezi autoimunitní poruchy.

Nastala dost paradoxní situace: obyvatelé západního světa jsou dnes sice vesměs dobře živeni a jen málo trpí infekčními chorobami, ale zato se neustále zvyšuje výskyt autoimunitních poruch; zvláště alarmující rychlostí přitom narůstá počet dětí trpících astmatem.



Jedna z hypotéz to přisuzuje tomu, že žijeme v prostředí až příliš hygienickém a čistém.

Dnešní děti se tolik neseškávají s různými patogenními mikroorganismy, takže jejich imunitní systém zahálí. Někteří odborníci proto dokonce doporučují, aby rodiče své děti záměrně otužovali tím, že je vystaví běžným nečistotám, ale to je nejspíš příliš extrémní řešení.

Od vrbové kůry k aspirinovým válkám

Záněty a bolesti se dnes naštěstí dají zvládnout četnými léky, i když jen některé zabírají také na příčiny těchto potíží. Složitě zánětlivé procesy nicméně nabízejí pro farmakology bohatý výběr cílů.

Jeden z nejstarších a nejméně užívaných léků z této kategorie je aspirin, což je původní obchodní název pro kyselinu acetylsalicylovou. Tato sloučenina může sloužit jako dobrý příklad toho, že i malá obměna chemické struktury mateřské látky, v tomto případě kyseliny salicylové, může dramaticky zlepšit léčebný efekt.

Už v 18. století se vědělo, že extrakt z kůry vrby bílé *Salix alba* snižuje horečku a v roce 1870 se v něm podařilo najít látku, které za tento účinek vděčíme: kyselinu salicylovou. Němečtí chemici vyvinuli její syntézu a firma Chemische Werke von Heyden ji začala vyrábět a prodávat jako lék. Hodně se užívala nejen při horečkách, ale také kvůli své schopnosti potlačovat bolesti při artritidě nebo bolestech nervů. Kyselina salicylová ale rozhodně nebyla lékem ideálním - obvykle se podávala ve formě roztoku tak hořkého, že vyvolával zvracení, a navíc silně dráždila žaludeční stěny, na nichž se pak mohly tvořit krvácející vředy ohrožující život.

Německý chemik Felix Hoffman a farmakolog Heinrich Dreser, kteří pracovali pro společnost Bayer, tento problém v roce 1899 vyřešili syntézou acetylovaného derivátu - kyseliny acetylsalicylové. V témže roce Dreser publikoval práci, v níž ukázal, že tato sloučenina má u zvířat stejně dobré analgetické a protizánětlivé účinky jako kyselina salicylová, ale zároveň je její užívání bezpečnější i příjemnější.

Nový derivát nebyl zdaleka tak hořký, ale poměrně špatně se rozpouštěl ve vodě a firma Bayer se nakonec rozhodla prodávat ho ve formě tablet, které by se v žaludku postupně rozpádaly na prášek.

Aspirin se stal skutečným lékem století. Široce se používal při tlumení různých bolestí a jako bezpečné a nenávykové analgetikum byl v té době velmi vítanou náhradou morfinu. Po nějaký čas na něj měla společnost Bayer monopol a vydělala na něm jmění, ale v roce 1918, když vypršela platnost původních patentů, ho začaly vyrábět a prodávat i další firmy. Vedlo to k agresivním reklamním kampaním, „aspirinovým válkám“. Konec konců šlo o zisk na jednom z vůbec nejužívanějších léků.

Aspirin i dnes v medicíně nachází nová uplatnění. Mimo jiné působí na specializované buňky zvané krevní destičky, které hrají významnou roli při srážení krve. Tento mechanismus se působením kyseliny acetylsalicylové naruší, krev se tedy nesráží tak snadno, a protože krevní sraženiny mohou vyvolat infarkt myokardu nebo mozkovou mrtvici, každodenní užívání nízkých dávek aspirinu se doporučuje jako prevence těchto příhod.

Vědci konečně pohlédli pod pokličku

Princip účinku aspirinu byl neznámý až do roku 1971, kdy britský farmakolog John Vane se svými kolegy ukázal, že tento lék působí jako inhibitor cyklooxygenázy - klíčového enzymu účastnícího se v zánětlivých procesech. Tento enzym produkuje mediátorovou (přenašečovou) molekulu zvanou prostaglandin, vyvolávající pocit bolesti a další příznaky zánětu. Nepřímou inhibicí vzniku prostaglandinu proto aspirin tlumí bolesti i záněty.

Vane také dokázal, že stejně účinkují i další tzv. nesteroidní antiflogistika (NSA), která byla vyvinuta později než aspirin (například ibuprofen, ketorolac nebo indomethacin). Za tyto důležité objevy dostal v roce 1982 Nobelovu cenu za medicínu a fyziologii.

Příběh aspirinu má v poslední době další pokračování. Koncem minulého století byla do medicíny zavedena nová třída léků typu NSA, které mají stejně dobré analgetické a protizánětlivé účinky, ale navíc podstatně méně dráždí žaludek. Právě podráždění žaludku představuje u aspirinu i příbuzných preparátů nejčastější nežádoucí účinek. Má jen vzácně vážnější následky, ale tyto léky běžně užívají desítky milionů lidí, a tak tolik nepřekvapí, že několik tisíc z nich každý rok na krvácení do žaludku zemře.

Kdo je Leslie Iversen

Je profesorem farmakologie na Oxfordské univerzitě. Působil také jako ředitel neurovědných výzkumů v laboratořích farmaceutické firmy Merck. Jeho hlavní vědecké práce jsou zaměřeny na vzájemné působení drog a léků s chemickými přenašeči nervové soustavy, ved

Boj s vlastním tělem

Imunitní systém občas selhává. Přestává správně rozeznávat některé části těla jako „vlastní“ a zahajuje proti nim útoky působící záněty a různá poškození. Kvůli tomu vzniká artritida, roztroušená skleróza nebo astma.

Obyvatelé západního světa dnes trpí infekčními chorobami jen zřídka, zato se ale neustále zvyšuje výskyt poruch imunitního systému. Zvlášť alarmující rychlostí přitom narůstá počet astmatiků a alergiků mezi dětmi.

Už v 18. století se vědělo, že extrakt z kůry vrby bílé (*Salix alba*) snižuje horečku, a v roce 1870 se v něm podařilo najít kyselinu salicylovou. Užívala se při horečkách, ale také při artritidě nebo bolestech nervů. Nebyla ovšem ideálním lékem - obvykle se podávala ve formě roztoku tak hořkého, že vyvolával zvracení, a navíc silně dráždila žaludeční stěny. Německý chemik Felix Hoffman a farmakolog Heinrich Dreser, kteří pracovali pro společnost Bayer, tento problém v roce 1899 vyřešili syntézou acetylovaného derivátu - kyseliny acetylsalicylové. Nový lék se začal prodávat ve formě tablet. Aspirin je jedním z nejstarších a nejméně užívaných léků proti zánětům a bolestem. Po chemické stránce jde o kyselinu acetylsalicylovou.

Dvojčata: riziko pro matku, děti i rodinu

„Byla to jedna velká hrůza,“ vzpomíná Klára Rulíková na dobu před třinácti lety, kdy se vrátila z porodnice s dvojčaty. Doma na ni totiž čekal ještě starší, dvouletý syn a skloubit péči o všechny tři děti byla pěkná honička.

„Ven jsem chodila jen jednou týdně a dva dny jsem se na to připravovala. Byly to manévry,“ popisuje.

„Dvojkočár se do výtahu nevešel, takže jsem děti strčila do tašek a snesla je pod schodiště. Tam byl zaparkovaný kočár. Udělali jsme dlouhou výpravu na druhý konec města ke kamarádce, kde jsem všechno přebalila, nakrmila a pochodovala zpátky,“ vypráví máma dnes už čtyř dětí a taky autorka dosud jediné české knihy u nás pro matky dvojčat.

„Pořádně jsem se vyspala, až když jim byly tři roky,“ říká.

Dnes se nad tím už usmívá a je ráda, že dvojčata se mají ráda a mají k sobě blízko. Tehdy však byla občas zoufalá. Nasbírané zkušenosti se hodí - předává je dál. „Je třeba dobré, když se v noci vzbudí jedno dítě a chce pít, zatřást i s tím druhým a nakojit ho taky. Sladit jim rytmy.



Protože jinak se za chvíli vzbudí samo a matka se nevyspí," radí. Podle předsedy Sekce asistované reprodukce České gynekologicko-porodnické společnosti není náhoda, že se rodiny, kterým se naráz narodí více dětí, často rozpadají.

„Porody více dětí najednou málokdy dopadají dobře a bohužel jich kvůli léčbě neplodnosti přibývá," říká Tonko Mardešic.

Nad dvojčaty lékaři nejásají

„Mít dvojčata či více dětí, to je riziko jak pro matku, tak pro děti. Ty se rodí dříve, nejsou úplně zralé a musí se vyvíjet. A pak: i když se na ně rodina těší, tak ten záběr pro matku je nepředstavitelný. Žena v podstatě přestane plnit roli partnerky, protože stíhá jen práci kolem dětí. To ustojí málokterá rodina."

Neplatí to samozřejmě absolutně, což dokazují i příběhy některých dvojčat. U nás patří k nejslavnějším dvojčatům bratři Jan a Karel Saudkovi a v Polsku to zase společně daleko dotáhli bratři Kaczynští -jeden je prezidentem, druhý ministerským předsedou.

Podle Mardešice je však nyní hlavním úkolem lékařů zajistit, aby počet porodů více dětí poklesl.

„Při umělém oplodnění se přenášejí do dělohy ženy dvě oplozená vajíčka, tedy embrya. Zvýší se tím sice šance na úspěch, ale taky stoupá pravděpodobnost, že se narodí dvojčata," popisuje Mardešic.

„Chceme usilovat o podobnou cestu, kterou se vydala Belgie. Tam si spočítali, že je drahé pít nedonošená dvojčata, a tak začali přenášet jen jedno embryo. A zároveň se rozhodli, že stát bude ženám hradit místo tří cyklů umělého oplodnění šest cyklů, aby jim nesnížili šanci na dítě," dodává.

Finančně to vyjde nastejno a hlavně: ubude rizikových porodů více dětí.

Dvojčata v číslech

1993: dvojčata či více dětí se narodila v jednom porodu ze sta v roce
2000: to bylo už při každém pětadesátém porodu teď je to každý padesátý porod v roce

2005: bylo v Česku 1917 porodů více dětí najednou, narodilo se při nich 3813 dětí

Epidemie zřejmě změní očkování

Za rozsáhlou epidemií příušnic, která v létě postihla především jižní a severní Moravu, je nedostatečná účinnost očkování a možné chyby při manipulaci s vakcínami. Vyplývá to ze závěrů vyhodnocení epidemie, které pro ministerstvo zdravotnictví vypracoval Státní zdravotní ústav.

Hlavní hygienik ČR Michael Vít nyní zvažuje po dohodě s odborníky systém očkování proti příušnicím změnit. Chce navrhnout, aby se imunita obyvatelstva proti této nemoci zvýšila zavedením dalšího, třetího přeočkování dětí.

Epidemie příušnic letos postihla 5998 osob, což je druhý nejvyšší počet od roku 1987, kdy se v tehdejší Československu začalo proti nim očkovat. Zatím nejhorší epidemie od zahájení vakcinace postihla zemi na přelomu let 1995 a 1996, kdy onemocnělo na 12 tisíc osob. Tehdy ale šlo převážně o ročníky, které ještě očkováním neprošli.

Letos nemoc zasáhla nejčastěji dospívající osoby mezi 15 až 19 lety (40 procent případů), nejvíce v Jihomoravském (1407), Zlínském (924) a Moravskoslezském kraji (864 případů). Pětinu nemocných postihly komplikace, nejčastěji zánět varlat u mužů. U 166 nemocných se objevila i meningitida.

Podle Víta epidemii napomohla nedostatečná míra imunity. „Setká-

váme se s tím, že se množství protilátek u očkováných osob pohybuje v rozmezí 70 až 85 procent. Přitom pro tzv. kolektivní imunitu obyvatelstva je třeba dosáhnout hodnot přes 90 procent," uvedl. Třetí přeočkování by mohlo situaci zlepšit. „S každým se totiž procento protilátek v těle zvyšuje," vysvětlil.

Demografický průřez letošních pacientů a lokalizace epidemie na Moravě podle Víta signalizuje možné chyby při práci s očkovací látkou a vliv souběžných epidemií v Polsku a Rakousku, odkud mohla být nemoc na Moravu zavlečena.

„Pacienti z nejpočetnější věkové skupiny byli očkováni v letech 1989 až 1994, kdy se u nás používala dvojkvácína českého výrobce. Část očkovací látky proti příušnicím byla velice citlivá na teplotu. Při rozvozu a skladování měla být uchovávána při teplotě mezi minus osmi až minus dvaceti stupni," podotkl hlavní hygienik.

Látka se vyráběla v Praze, a tak je podle Víta možné, že při dlouhé cestě na Moravu nedokázali přepravci požadované podmínky zajistit. „Očkovací látka byla také dodávána ve více baleních. K porušení teplotního řetězce mohlo dojít tedy také při uskladnění a manipulaci, když lékař načaté balení neustále vyndával a zase schovával, jak mu přicházeli pacienti," usoudil Vít.

Rozsáhlá epidemie příušnic je popudem k hlubšímu zkoumání. „Máme v úmyslu obrátit se na Kochův institut v Berlíně, aby porovnal, zda genotyp viru, který působí v Česku, odpovídá tomu, z něž se vyrábí naše očkovací látka. A chci se v nejbližší době spojit i s mým slovenským kolegou a porovnat účinnost jejich očkovací látky, vyráběné jinou firmou," řekl. Vít také zvažuje vypracování podrobné sociologické studie nemocných, která by mohla doplnit informace o možných zdrojích nemoci a prostředí, v němž se šířila nejvíce.

Krátký spánek jako cesta k obezitě

Převážnou část života trávíme v místnostech se stálou teplotou, ženy porodí často jen jedno dítě, a to zpravidla v pozdějším věku, do lidského těla pronikají pesticidy. Tak shrnují přední odborníci některé příčiny vzniku „epidemie obezity“.

Na přelomu tisíciletí stoupl počet obézních lidí ve světě na 300 milionů. Nárůst je tak výrazný, že Světová zdravotnická organizace hovoří dokonce o epidemii. Rychlost jejího šíření se za poslední dvě desetiletí trojnásobila. Česká republika se v počtu obézních lidí propracovala na přední místo v Evropě: postiženo je téměř 20 procent obyvatel.

Hlad po probdělé noci

Méně se pohybujeme a mnohem více času trávíme u počítače nebo před televizí. Konzumujeme ve velkém vysoce kalorická jídla. Proto postupně přibíráme na váze. Dvacet odborníků z USA, Kanady a Itálie však nedávno v renomovaném časopise International Journal of Obesity zveřejnilo další, poněkud překvapivé příčiny vzrůstu počtu lidí s nadváhou. Z mnoha epidemiologických studií například vyplývá, že existuje souvislost mezi obezitou a množstvím spánku. Lidé, kteří spí méně než sedm hodin, mají v průměru vyšší BMI (body mass index - udává poměr mezi hmotností v kilogramech a druhou mocninou výšky v metrech, používá se jako ukazatel obezity) než osoby, které spí déle. Vyplývá to z rozsáhlého amerického výzkumu National Health and Nutrition Examination Survey.

K podobným závěrům dospěla i studie, jež od roku 1976 sledovala téměř 122 tisíc amerických zdravotních sester ve věku od 30 do 55 let. Pokud ženy spaly méně než pět hodin, „kynuly“ více, než kdyby v noci odpočívaly šest hodin. Při sedmihodinovém spánku na tom by-

Nestlé - Beba

Zentiva - Mucosin