

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

únor 2009 ■ číslo 2 ■ ročník 9



Léčba v Dětské lázeňské léčebně Lázně Kynžvart

Nemocnost dětí v Ostravě v důsledku znečištěného ovzduší

Zátěží indukované astma a dieta atopika

Kazuistiky na téma alergie



Orion Diagnostica



GlaxoSmithKline



Téma čísla:
ALERGOLOGIE

GSK - A4 - Priorix Tetra

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

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

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Vydavatel:

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

Odborná garance:

**Odborná společnost praktických
dětských lékařů ČLS JEP**

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s. r. o.

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

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

Mgr. Michaela Šmejkalová

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10× ročně, v nákladu 2200 výtisků.

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsah inzercí a vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE – Ing. Veronika Drahovzalová
U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzery

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD za měsíc leden 2009	5
Koalice soukromých lékařů a aktuální dění ve zdravotnictví	5
Pět důvodů, které otřáslu Julínkem	10
Stanovisko ve věci skartace zdravotní dokumentace zdravotnickým zařízením	10
Kompetence Státního ústavu pro kontrolu léčiv vůči zdravotnickým zařízením	12
Závazné stanovisko ČLK 1/2009 - Elektronický způsob vedení zdravotnické dokumentace	15
Změna pravidel placení tzv. regulačních poplatků Tiskové prohlášení prezidenta ČLK	16



Informace OSPDL ČLS JEP	17
prim. MUDr. Josef Nebesař Léčení asthma bronchiale, atopického ekzému, onemocnění ledvin a močových cest v Dětské lázeňské léčebně Lázně Kynžvart	18
MUDr. Eva Schallerová Nemocnost dětí v Ostravě v důsledku znečištěného ovzduší	20
MUDr. Jiří Novák Kazuistika: Zátěží indukované astma a dieta atopika	22
prim. MUDr. Martin Fuchs Kazuistiky na téma alergie	26

RNDr. Dana Nováková Prevence alergií, intestinální mikroflóra a probiotika	29
Ze světa odborné literatury	32



Aktuality	33
Řádková inzerce	38

*Středová příloha: Věstník MZ ČR - Cenový předpis
o regulaci cen zdravotní péče*



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN s. r. o.

Nakladatelství UMÚN, s. r. o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz
Obrázek na titulní straně namaloval nohou Petr Šrámek.



Kompenzace příjmů z regulačních poplatků - realita nebo utopie?

Vážené kolegyně a kolegové,

byl dán veřejný příslib od paní ministryně, že kompenzace je nezbytná a že k ní asi dojde. Zahájila jednání se členy Správních rad zdravotních pojišťoven. Toto je jediná legitimní cesta, jak přehodnotit schválené zdravotně pojistné plány tak, aby pro PLDD byla umožněna kompenzace z veřejného zdravotního pojištění.

Současně by to umožnilo využít technických a IT mechanismů, které k tomu zdravotní pojišťovny mají. SPLDD požádala paní ministryni o schůzku. Předpokládám, že bude prostor k tomu, předložit jí naše návrhy na formy a způsoby naší kompenzace.

Někteří z nás se domnívají, že částka 150 milionů, o které přicházíme, by mohla být uspokojivě nahrazena buď jednorázově každému (asi 6 000 Kč?) nebo souhlasí s návrhem paní ministryně, aby kompenzace byla uskutečněna formou bonusů. Například za objednávkový systém, rozšířené ordinace hodiny či za provádění preventivních prohlídek!?

Osobně považuji kompenzaci formou bonusů, vázaných na změny v dosavadním chování praxí jednotlivých PLDD, za nesystémové a diskriminující, stejně jako jednorázové „odškodnění“ za politickou koalici dohodu. Tudíž za nepřijatelné! Zejména pro ta zdravotnická zařízení, která se již takto chovají a regulační poplatky řádně vybírala a vykazovala signálním kódem ve svém vyúčtování pojišťovněm..

Je nutno si uvědomit, že výše výběru regulačních poplatků jednotlivými PLDD byla závislá na množství provedených klinických vyšetření, na lokálním výskytu nemocnosti, na počtu lidí v sociální nouzi atd. Jinými slovy - výběr regulačních poplatků byl výsostně individuální záležitostí zdravotnického zařízení. A stejně tak i bude individuální finanční výpadek příjmů za nevybrané poplatky v roce 2009. Vzhledem k tomu, že zákon již podepsal i prezident, vstoupí v platnost od 1. dubna 2009.

Proto se domnívám, že také kompenzace jednotlivým zařízením v roce 2009 musí být výsostně individuální, a to ve výši 30 Kč za provedené klinické vyšetření u dítěte do 18 let. Jeden z možných mechanismů je využít stávajícího vykazování signálního kódu s jeho úhradou za 30 Kč, např. předáním měsíční zvláštní dávky příslušné pojišťovně. Nebo vytvořením nového kódu tak, aby nebylo nutné zasahovat do nově schváleného Seznamu výkonů. Nedělejme si iluze, že pojišťovny opustí v budoucnu myšlenku vykazování signálního kódu, o který tak dlouho bojovaly. Takto bychom ho mohli alespoň využít v náš finanční prospěch.

A ještě jeden zásadní důvod, proč odmítám za SPLDD souhlasit s „odškodněním“ formou tzv. bonifikací. Po zkušenostech, které má většina z nás, je navyšování úhrady formou bonifikací a následné roční vyúčtování zcela netransparentní a obtížně vymahatelné. Bonifikační úhrada je většinou vázána na „vnitřní jevy“ v pojišťovně a může vést k jejímu neproplacení na konci roku 2009. Řada z nás s tím má své „zkušenosti“ z let minulých.

Připočteme-li k tomu dopady současné ekonomické krize na výběr zdravotního pojištění (odhady hovoří o 20 miliardách), myslím si, že moje nedůvěra a obava z toho, že se úhrady za bonifikaci nikdy nedočkáme, je oprávněná.

Proto se domnívám, že kompenzace PLDD za politický předvolební populismus musí být z prostředků zdravotního pojištění transparentní, individuální a s měsíční úhradou za objem klinických vyšetření. Stejně tak jako probíhal výběr poplatků ve výši 30 Kč od rodičů. Stejný mechanismus by měl být uplatněn u těch lékařských odborností, které ošetřovaly děti do 18 let ve svých odborných ambulancích.

Pokud k této kompenzaci z jakýchkoliv důvodů nedojde, musíme být připraveni jako provozovatelé nestátních zdravotnických zařízení (morálně, právně i argumentačně) obhájit před veřejností svůj nárok na zavedení placených individuálních služeb (PIS). Včetně možnosti zavedení ročního registračního poplatku při převzetí do péče, či za agendu spojenou např. s vedením individuálního očkovacího termínového kalendáře pro konkrétní dítě. Jeho výše by mohla být kalkulována ve výši průměrného propadu příjmů za nezrealizovatelnou kompenzaci.

Z těchto důvodů se domnívám, že není v zájmu nás, provozovatelů praxí PLDD, podepisovat dodatky k jakýmkoliv projektům zdravotních pojišťoven (např. AKORD), které nám pod rouškou menšího finančního pohlazení smluvně svazují ruce k nabízení těchto služeb za přímou a dobrovolnou úhradu pacientem.

SPLDD by měla mít na komplikovaná jednání připraveny konkrétní návrhy a argumentaci tak, aby prozatím dobrá vůle kompenzovat naším praxím finanční propad za zrušení regulačních poplatků u dětí do 18 let byla také realizována.

S pozdravem

MUDr. Milan Kudyn
milan.kudyn@email.cz

Dermatologie



v tomto čísle inzerují...

BEIERSDORF
BIOVIT
BOEHRINGER INGELHEIM
GSK
MEDIAL
MEDICOM INTERNATIONAL
MSD
NESTLÉ
STIEFEL

úřední hodiny SPLDD ČR...

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

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o. s.
U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10
sekretariát:

tel.: 267 184 065

fax: 267 184 050

redakce VOX:

tel.: 267 184 065

267 184 047

e-mail: centrum@detskykar.cz



Přehled činnosti SPLDD za měsíc leden 2009

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc leden se tradičně nesl ve znamení finálních jednání o podobě cenových dodatků pro rok 2009. Tato jednání v letošním roce významně poznamenala situace kolem projednávání možných úprav výběru regulačních poplatků. Dojde k úplnému zrušení poplatků, nebo jen u dětí? Do kolika let? Odpovědi na tyto otázky hledala Poslanecká sněmovna. My jsme zatím spolu s lékárníky zpovídali ředitele SÚKLu Beneše, jakže to je s těmi elektronickými recepty a daty předávanými lékárnou. Ani v jednom, ani v druhém případě v tomto měsíci ke shodě nedošlo.

6.1. - na svém prvním jednání v roce 2009 se sešla Koalice soukromých lékařů. O výstupech informujeme na jiném místě.

8.1. - na půdě ministerstva jednala Koalice soukromých lékařů s ministrem Julínkem a jeho náměstkou. Jak to bude vlastně dál s reformou? Jaké kroky se připravují? Co můžeme očekávat v letošním roce? O těchto otázkách jsme se zástupci Koalice jednali s ministrem za situace hrozícího odvolání, proto kromě odpovědí proběhla do jisté míry i bilance dosavadního průběhu zahájení možných reformních kroků ve zdravotnictví.

12.1. - s ředitelem Lajdáčkem jsme diskutovali obsah dodatku předloženého pro úhrady v letošním roce. Bohužel dodatek předložený touto pojišťovnou sliboval většinu bonifikací až po vyhodnocení období, tedy za situace rozvíjející se ekonomické krize krok možná dost nejistý

15.1. - na půdě ministerstva se uskutečnila první schůzka zástupců Koalice spolu s lékárníky za účelem diskuse s ředitelem SÚKLu Benešem ohledně elektronické proskripce a předávání dat z lékáren směrem k SÚKLu. Jednání proběhlo pod patronací náměstkyně Hroboně a ukázalo,

že v této problematice se bude shoda všech stran hledat jen velmi obtížně.

21.1. - proběhla pracovní schůzka zástupců tří oborů - stomatologie, gynekologie a praktického dětského lékařství. Tématem bylo hledání společných jmenovatelů pro vytvoření koncepce zubní péče u dětí. Šlo spíše o pracovní skupinu, jejíž úkolem bylo diskutovat určité okruhy problémů, které by následně vyústily v projednání poradní pracovní skupiny ministryně zdravotnictví.

21.1. - ani druhé kolo jednání ohledně elektronické proskripce a spolupráce se SÚKLe m neskončilo dohodou, stanoviska aktérů se stále velmi lišila. Blíže informujeme na jiném místě.

22.1. - o podobě cenového dodatku se jednalo s ČNZP, tématem bylo především zachování mezioborové úhradové korelace obou odborností praktických lékařů.

23.1. - v Brně se sešlo Předsednictvo Sdružení s Regionální radou Jihomoravského regionu. Tématem bylo sblížování stanovisek ohledně výstupů z centra. Již na celostátní Konferenci zazněla nespokojenost s některými postupy, cílem tohoto jednání bylo především hledání cest ke sblížování stanovisek k někte-

rým palčivým otázkám zdravotnictví, především směrem k projektům jednotlivých zdravotních pojišťoven zavádějících určité prvky řízené péče a vyhnout se toto jednání nemohlo ani problematice regulačních poplatků.

24.1. - na předchozí jednání navázala schůzka Předsednictva. To především vyhodnocovalo výstupy z jednání se zdravotními pojišťovnami ohledně cenových dodatků na letošní rok. Přestože nakonec Předsednictvo vydalo Prohlášení a doporučení svým členům k nepodepisování dodatků, terčem kritiky paradoxně nebyly vlastní texty těchto dodatků. Byla vyslovena obava z nerovnoměrného nárůstu úhrad obou odborností praktických lékařů, přičemž do této situace by mohlo významně promluvit i zrušení regulačních poplatků u dětí.

28.1. - na krátké schůzce jsem se sešel s ředitelem ČNZP Bekem, abych objasnil obsah a důvody prohlášení Předsednictva a zároveň pozval zástupce této pojišťovny k představení projektu SIP před ustavenou pracovní komisí Sdružení.

Koalice soukromých lékařů a aktuální dění ve zdravotnictví

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda

Leden byl především měsícem očekávání možné změny na postu ministra zdravotnictví. Ministr Julínek dlouho držel svůj post, ačkoliv problematika zdravotnictví byla častým kontroverzním tématem nejen politických jednání. Leden byl také měsícem, ve kterém byla zahájena diskuse odborné veřejnosti se SÚKLe m ohledně elektronické proskripce a předávání dat do centrálního úložiště spravovaného právě SÚKLe m. Podaří se zavést elektronickou proskripci do běžné praxe? Kladné odpovědi jsme se v tomto měsíci nedočkali, ačkoliv litera zákona říká, že od ledna letošního roku to již jde...

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 6. ledna 2009

1. Příprava programu plánované schůzky zástupců KSL s ministrem zdravotnictví – Setkání bylo

vyvoláno přáním KSL, požadavek přednesen již v listopadu 2008 s konkrétními body k projednání.



Od té doby proběhla „Rada poskytovatelů“, na níž byli zástupci KSL přítomni, ale nešlo o požadovanou schůzku KSL-MZ. Proto byl požadavek opakován a MZ nyní nabídlo termín 8. ledna odpoledne. Ze strany MZ je návrh programu: poplatky a reakce na postup krajů ve věci nevybírání poplatků. Ze strany KSL doplňujeme body: problematika „přeregistrací ZZ“, pracovní neschopnosti, plánované jednání se SÚKLEM na téma elektronické preskripce a úložiště dat.

2. Téma „Poplatky“:

Přítomní členové KSL se v této věci shodli na následujícím:

- Poplatky splnily a plní svůj účel.
- KSL je připravena k věcné diskusi o regulačních poplatcích.
- Problém regulačních poplatků ve zdravotnictví je zpolitizovaný, pokud bude diskutován jako politikum a ne věcně, nebude se k němu KSL vyjadřovat.

3. Pracovní neschopnosti:

Zvýšená administrativní náročnost, zcela nevyhovující tiskopisy, změna pravidel. To vše zatěžuje lékaře všech odborností. Problém sice patří na MPSV, ale MZ by mělo pomoci alespoň návrhem přiměřené výše úhrady za vystavení a rušení PN a tato úhrada by měla být požadována od MPSV. Téma bude otevřeno na schůzce s MZ 8. ledna.

4. E-recepty

Je zde riziko shromažďování dat na SÚKLU. SÚKL požaduje větší rozsah dat, než je nezbytný k účelným, které mu ukládá zákon. Hrozí vznik databáze o všech lécích, pacientech, lékařích, pojišťovnách, cenách a vzájemných smlouvách. Je riziko zneužití této databáze, bude o tom jednáno. (Další téma pro jednání na MZ).

5. Registrace ZZ

KSL požaduje od MZ jednoznačné vyjádření – výklad, nejlépe změnu formulace v navrhovaném zákoně, že u stávajících ZZ nedojde k nové registraci a nebude tak moci být zpochybněna kontinuita ZZ. (Téma pro jednání na MZ).

■ II. Výpis z pracovní schůzky Koalice soukromých lékařů, České lékárnické komory a Státního ústavu pro kontrolu léčiv na odboru farmacie MZ ČR, konané dne 15.1.2009

1. Vytyčení cílů – náměstek MUDr. Pavel Hroboň

Problémy, které je nezbytné konsensuálně vyřešit:

- Organizace elektronické preskripce, využití cent-

rálního úložiště i pro zpracování hlášení lékáren o výdeji léčivých přípravků na klasický lékařský předpis a OTC s omezením, rozsah předávaných dat, využití vzniklého registru pacientů s jejich farmakoterapií

- Převod léčivých přípravků s omezením na lékařský předpis, OTC s omezením
- Kontrolní pravomoci SÚKL v oblasti ZP a jejich výkon

Ohledně elektronické preskripce a navazující dokumentace – jde o součást zdravotnické dokumentace pacienta, měla by být v souladu s celkovou koncepcí – MZ ČR preferuje decentralizovaný systém s pečlivou ochranou osobních údajů. Strukturovaný přístup odborníků na základě právního předpisu. Není cílem MZ ČR vytvářet centrální databáze.

Účel schůzky

- Identifikace a popsání problémů.
- Tam, kde se podaří shodou vyřešit problémy, navrhnout řešení.
- Tam, kde nedojde ke shodě, problém popsat a určit alternativy.

2. Jednání k tématu a):

Podle názoru MZ ČR obsahuje téma několik témat obvykle v diskusi spojovaných dohromady, a to:

- Samotné fungování elektronické preskripce v souladu se zákonem č. 378/2007 Sb., o léčivech (dále ZoL) a prováděcích předpisů - průběh a zabezpečení
- Hlášení lékáren o výdeji léčivých přípravků na základě § 82 odst. 3 písm. d) ZoL - rozsah a periodicita hlášení
- Využití a spravování vzniklého registru pacientů čerpajících farmakoterapii v ČR na rp. nebo jako OTC
- Ochrana osobních údajů pacienta.

Při diskusi bylo rozhodnuto, že jednotlivé body budou diskutovány odděleně a postupně, do jejich úplného projednání. Zahájena diskuse o elektronické preskripci v užším slova smyslu.

A. Pokyny Státního ústavu pro kontrolu léčiv a nutné vybavení lékaře:

U malých obrátů preskripce do cca 300 rp. za den není potřebná jiná změna, než úprava softwaru, u větších obrátů s ohledem na objem zpracování dat nezbytný router, který poskytne Státní ústav pro kontrolu léčiv. Doposud žádný z lékařů nebyl routerem připojen, není známo, že by byly vydány nezbytné přístupové kódy. Odhady nyní cca 6 – 15.000,- Kč /ordinaci

B. Souhlas pacienta k přístupu zdravotníka k elektronické preskripci

Kromě vystavujícího zdravotnického zařízení jsou ostatní zdravotníci oprávněni nahlížet do záznamů pouze se souhlasem pacienta. Podle názoru Ústavu se souhlas pacienta presumuje v případě výdeje OTC s omezením, vyžadujícím zjištění celkový výdeje za období.

Ponecháno k diskusi na další téma.

C. Identifikace lékaře a lékárníka pro Státní ústav pro kontrolu léčiv

Státní ústav pro kontrolu léčiv vydá příslušné přístupové znaky a hesla na základě žádosti podepsané autorizovaným podpisem, v tuto chvíli není jiná možnost, jak ověřit, zda žadatel je skutečně lékař nebo lékárník. Obdobu u psaného receptu, zde rovněž příslušné razítko možno zhotovit komukoliv.

D. Nutné vybavení lékárny

Všechny lékárny včetně lékáren, kde výskyt elektronických receptů může být ojedinělý, budou vybaveny Státním ústavem pro kontrolu léčiv routerem s ohledem na plánované předávání dat.

Tento bod tedy závisí na projednání dalšího okruhu otázek.

E. Povinnost lékárny vydávat na elektronický recept

Státní ústav pro kontrolu léčiv zastává názor, že každá lékárna musí v každém případě být připravena vydávat na elektronický recept (v prováděcím předpisu není výslovně jako důvod nevydání na lékařský předpis uvedena nemožnost vydat s ohledem na vybavení).

MZ ČR uvádí, že koncepce při tvorbě právních předpisů byla taková, že lékárny se spíše budou ochotně samy připojovat (hospodářský zájem), a proto MZ neuvažovalo o povinnosti.

Obdobně ČLK se domnívá, že nejde o právní povinnost.

Koalice - lékaři by takovou povinnost lékáren spíše uvítali.

F. Možnosti lékárny doložit pojišťovněm vydaný elektronický recept

Státní ústav pro kontrolu léčiv se domnívá, že další dokladování vydaného elektronického receptu není nezbytné, postačí uvedení vydaných léčiv v klasické k-dávce vyúčtování,

Na dotaz MZ ČR – aplikace nevytváří pro potřeby lékárny „lékárnu nezměnitelný výpis“ elektronického předpisu, kterým by bylo možno v případě potřeby dokladovat oprávněnost výdeje.

Pojišťovna není oprávněna bez souhlasu pacienta vstupovat do centrálního úložiště za účelem kontroly.



Dále byla diskutována možnost rozšíření pracovní skupiny:

Ministerstvo zdravotnictví navrhuje skupinu rozšířit o zástupce provozovatelů lékáren (APL, GML) a zástupce pacientů (Koalice pro zdraví).

Státní ústav vyjádřil názor, že v této chvíli by rozšiřování pracovní skupiny nebylo účelné.

Zástupci lékařů souhlasí s rozšířením s tím, že zástupci pacientů (Koalice) by měla být přivzata až po prodiskutování problémů.

III. Výpis z pracovní schůzky Koalice soukromých lékařů, České lékárnické komory a Státního ústavu pro kontrolu léčiv na odboru farmacie MZ ČR, ze dne 21.1.2009

V první části schůzky byly diskutovány otevřené otázky z minulé porady, zhodnoceny zpracované úkoly z předchozí schůzky:

- Zástupci Koalice soukromých lékařů potvrdili, že ochota lékařů využívat elektronickou proskripci se bude různit podle současné situace vybavení HW a SW, jednání se ZP – motivace ZP k vedení dokumentace elektronicky může být nápomocna k rychlejšímu zavedení e-preskripce (jednání se ZP probíhají). Náklady nebyly identifikovány jako problém brzdící rozvoj e-preskripce.
- Povinnost lékárny vydávat na elektronický recept – nedošlo ke shodě – právní názor ČLK byl popřen oponentním názorem SÚKL – bude nezbytné rozhodnutí MZ na úrovni náměstků.
- Možnost lékárny doložit pojišťovně vydaný elektronický recept: SÚKL představil svoje stanovisko, ČLK připomíná, že SÚKL není oprávněn sdělovat (nebo potvrdovat) údaje o uložených receptech na dotaz ZP.
- KSL vznáší námitku k vyjasnění – proč má být archivací el. receptů pověřeno centrální úložiště, tedy SÚKL, MZ se dotazuje, zda existuje jiná varianta, jestliže popsána by nebyla právně průchodná,
- Předání identifikačního kódu ZP s následnou revizí ze strany pojišťovny je v tuto chvíli jediné řešení, které připravená aplikace nabízí, není však zřejmé, zda je právně možné.

Závěr:

Účastníci shodně konstatovali, že principy elektronické preskripce v užším slova smyslu všichni plně podporují, v současném navrženém systému identifikované problémy nepovažují za nepřekonatelné nebo neřešitelné v rámci stávající úpravy s výjimkou výše uvedených otázek, u kterých nedošlo ke shodě nebo nebylo nalezeno odpovídající řešení.

3. Hlášení o výdeji léčivých přípravků z lékáren

V další části pracovní schůzky byl diskutován rozsáhlý komplex otázek ohledně využití centrálního úložiště též i pro zpracování hlášení lékáren o výdeji léčivých přípravků na klasický lékařský předpis a OTC s omezením, rozsah předávaných dat, využití vzniklého registru pacientů s jejich farmakoterapií.

A. Hlášení lékáren o výdeji léčivých přípravků na základě § 82 odst. 3 písm. d) ZoL - rozsah hlášení

Zahájeno diskusí ohledně rozsahu poskytovaných dat. Podle názoru SÚKL jde o rozsah zasílaných dat v rozsahu zasílaném ZP s rozšířením pouze o údaje: identifikace lékárníka evidenčním číslem České lékárnické komory, název léčivého přípravku, ATC, prodejní cena léčivého přípravku. Ostatní údaje jsou nepovinné. GML připomíná, že je skupina údajů, které jsou nepovinné pouze za určitých podmínek, např. při výdeji léčivého přípravku cizinci nutno vyplnit jinak nepovinné jméno a příjmení, datum narození, MZ připomíná, že samotný reporting nehrazených LP, nepojištěnců a OTC s omezením je nad rámec hlášení ZP, SÚKL zdůrazňuje výhodu úplné informace o výdejích, kterou ZP nemají, ČLK připomíná, že z pokynů není zřejmé, které údaje jsou povinné a kdy, s tím souvisí věcná námitka ČLK – pokud podle stávajícího předpisu nebude vyplněn jediný povinný údaj, hlášení není přijato. KSL a MZ připomínají, že s metodickými pokyny nebyly seznámeni GML zásadně nesouhlasí s předáváním dat ohledně jména pacienta, ceny léčivého přípravku.

B. Ochrana osobních údajů pacienta

Bylo diskutováno oprávnění SÚKL vyžadovat hlášení i osobních údajů pacienta – ČLK a MZ vyjádřily pochybnosti, zda je SÚKL oprávněn tato data vyžadovat, SÚKL zastává názor, že zmocnění ze zákona vyplývá.

Byl diskutován účel takového shromažďování dat: SÚKL uvádí, že nutnost znalosti konkrétního pacienta, kterému byla vydán konkrétní léčivý přípravek včetně jeho šarže je nezbytná pro případ stahování léčivého přípravku, GML připomíná, že do hlášení nejsou zavzaty léčivé přípravky předepisované na žádanku.

C. Využití a spravování vzniklého registru pacientů čerpajících farmakoterapii v ČR na rp. nebo jako OTC

K využití SÚKL uvádí, že pořizovaný obsah dat je nezbytný k plnění úkolů vyplývajících ze zákona např. pro zajištění smluvních závazků vůči WHO, (školení praktických lékařů a veřejnosti ohledně antibiotické rezistence), dále sledování nežádou-

cích účinků léčiv (farmakovigilance), sledování a vyhodnocování vývoje na trhu a spotřeb léčivých přípravků.

MZ připomíná data získávaná od velkodistributorů, SÚKL připomíná, že v tuto chvíli údaje o cenách jsou předávány jako vážený průměr, MZ připomíná, že data předávána distributory jsou tvořena podle požadavků státní správy.

D. Periodicita hlášení lékáren

ČLK: v současné době není požadováno, aby data byla předávána v okamžiku výdeje, nicméně dosa-
vadní informace i způsob prezentace vytváří tlak na to, aby tomu tak bylo.

MZ závazný termín k předání dat uvádí, SÚKL – nejpozději konec března, ČLK – zprávy, že lékárny, které se on line nepřipojí, budou pod přísnějším kontrolním dohledem SÚKL vyvolávají ve členech ČLK napětí, ČLK, MZ i GML – nutno stanovit jasná pravidla a intervaly nebo konstatovat, že je na libovůli lékárny, kdy data předá. MZ podporuje předávání dat v okamžiku výdeje u OTC s omezením, jimž bude stanoven množstevní limit výdeje, diskuse o tomto tématu, ne zcela shodná stanoviska ČLK a GML.

Závěr:

KSL zásadně doporučuje omezit se v této fázi vývoje výhradně na elektronickou preskripci v užším slova smyslu, nespojovat s elektronickou preskripcí systém reportování dat z lékáren.

ČLK: Rozsah a periodicita případných předávaných dat z lékáren musí odpovídat nezbytnému minimu pro zajištění úkolů SÚKL, cesta předávání dat nesmí být vázána výhradně na systém elektronické preskripce, reporting nesmí být podmiňován předáváním dat v okamžiku výdeje, případně dohodnutý rozsah dat předávat dávkově.

GML – musí být i jiné přípustné kanály pro předávání dat, SÚKL by měl při sběru dat dodržovat standardy státní správy.

KSL - rozsah dat předávaných lékárnami SÚKL musí být opravdu minimální, nutný k tomu, aby SÚKL mohl plnit povinnosti uložené zákonem, úzká definice, která nemá být rozšiřována.

Na definici vyslovené KSL se přítomní účastníci shodli, důsledná konkretizace pro nepřítomnost p. ředitele Beneše na žádost Dr. Kovaříka byla přeložena na další schůzku.

IV. Stanovisko právního odboru MZ ČR ve věci elektronické preskripce

1) Otázky týkající se povinnosti lékárny vydat léčivý přípravek i na elektronický předpis



a) *Existuje povinnost provozovatele lékárny být vybaven výpočetní technikou?*

Explicitně uloženou povinnost provozovateli lékárny být vybaven výpočetní technikou dle našeho názoru v platné legislativě nenajdeme. Avšak máme za to, že je možné takovou povinnost dovodit výkladem. Ze znění § 83 odst. 1 zák. č. 378/2007 Sb. lze usuzovat, že je provozovatel lékárny povinen vydat předepsaný léčivý přípravek. Podle našeho názoru je třeba vnímat vydání léku jako povinnost, protože zákonodárce při přípravě zákona užil slovo vydá. Třetí osoba přítomného času dokonavého vidu obecně legislativně technicky slouží k vyjádření dispozice právní normy (závazného pravidla chování). Pro závěr, že se jedná o povinnost vydat a nikoliv pouhou možnost vydat léčivý přípravek, svědčí i to, že v případě, že by se nejednalo o povinnost, lze použitím argumentu ad absurdum dojít k závěru, že v takovém případě, by lékárník mohl bezdůvodně odmítnout vydat lék, což by se dalo kvalifikovat jako odmítnutí poskytnutí zdravotní péče. Na druhou stranu, lékárna není povinná vydat předepsaný léčivý přípravek v případech vymezených v odst. 2, 3 a 4 § 83 zák. č. 378/2007 Sb. Zákon však neupravuje případ, kdy lékárna nemá k dispozici předepsaný léčivý přípravek, či přípravek s podobnou účinnou látkou. V takovém případě lze podle našeho názoru vycházet ze znění § 15 vyhlášky č. 54/2008 Sb., kde z právní úpravy institutu výpisu z receptu, lze dospět k závěru, že v případě, že předepsaný léčivý přípravek není k dispozici, nemůže být urychleně obstarán a ani nahrazen jiným, lékárna léčivý přípravek nejlépe vydat nemusí.

Jelikož je dle znění § 83 odst. 3 zák. 378/2007 Sb. lékárna v zásadě povinná vydat předepsaný léčivý přípravek a to bez ohledu na to, zda se jedná o písemný lékařský předpis či elektronický, je třeba, aby učinila vše proto, aby mohla splnit výše uvedenou povinnost, tedy obstarat takové vybavení (zejména příslušnou výpočetní techniku), aby byla schopna vydat lék i na základě elektronického receptu. V této souvislosti je podle našeho názoru vhodné upozornit na to, že zákon podmiňuje konkrétní formu předpisu dohodou lékaře s pacientem, i když podmínka dohody není dle našeho názoru zvolena příliš šťastně, neboť v případě, byť dosti absurdním, že by lékař s pacientem nedošli k dohodě ohledně formy lékařského předpisu, by mohly vzniknout pochybnosti, v jaké formě je možné vůbec lékařský předpis vystavit.

b) *Ukládá zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech povinnost vydat léčivý přípravek, i když takový výdej je objektivně nemožný?*

Ustanovení § 83 odst. 3 zák. č. 378/2007 Sb. určuje směrnice, jak postupovat v případě, že určitý léčivý přípravek nemá farmaceut k dispozici a současně je nezbytné jeho okamžité vydání. V ostatních případech, tedy, kdy farmaceut nemá příslušný léčivý přípravek k dispozici, avšak není nezbytné jeho okamžité vydání, je dle našeho názoru nutné aplikovat § 11 odst. vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 84/2008 Sb., o správné lékárenské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivými v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky, v platném znění, který stanoví podmínky záměny předepsaného léčivého přípravku za jiný léčivý přípravek. Pro eventualitu, že nemá lékárna léčivý přípravek k dispozici, odkazujeme na stanovisko k otázce č. 1 ad a).

2) K otázkám v okruhu problémů týkajících se poskytování dokladů o poskytnutí péče zdravotním pojišťovám

a) *Je na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, resp. dalších předpisů, provozovatel lékárny, své vyúčtování doprovodit doklady umožňujícími zdravotním pojišťovám kontrolovat oprávněnost poskytnuté lékárenské péče, tedy původními recepty lékařů?*

Na tuto otázku v podstatě odpovídá ustanovení § 17 odst. 8 písm. a) zák. č. 48/1997 Sb., které stanoví, že „Příslušná zdravotní pojišťovna uhradí vždy na základě lékařského předpisu zařízením lékárenské péče léčivé přípravky...“ Dle našeho názoru, neexistuje zákonná povinnost lékáren doprovodit své vyúčtování lékařskými předpisy, ovšem je třeba vzít úvahu výše uvedené ustanovení, a následně konstatovat, že je v zájmu lékárny doprovodit příslušné vyúčtování recepty. V souvislosti s výše uvedeným upozorňujeme, že dalším zdrojem povinností týkajících se způsobu dokladování poskytnuté zdravotní péče, by mohly být i jednotlivé smlouvy uzavírané mezi lékárnami a zdravotními pojišťovnami.

b) *Je oprávněn provozovatel lékárny i bez souhlasu pacienta a lékaře postoupit zdravotní pojišťovně identifikační znak vážící se ke konkrétnímu receptu?*

Podle našeho názoru v současné právní úpravě není výslovně stanovena povinnost provozovatele lékárny poskytnout zdravotní pojišťovně identifikační znak vážící se ke konkrétnímu receptu.

Ovšem domníváme se, že by snad bylo možné právní základ pro vydání identifikačního znaku dovodit v rámci poskytování součinnosti lékárny při kontrol-

ní činnosti zdravotní pojišťovny dle § 42 a následujících zákona č. 48/1997 Sb.

c) *Je oprávněna podle stávající úpravy v zákoně č. 378/2007 Sb., o léčivech, zdravotní pojišťovna nahlížet do centrálního úložiště?*

Podle našeho názoru současný platný text zákona č. 378/2007 Sb. umožňuje přístup k centrálnímu úložišti pouze subjektům výslovně uvedeným v zákoně. Ovšem obdobně jako v bodě b) by snad bylo možné dovodit v rámci kontrolní činnosti zdravotní pojišťovny, že by lékárna poskytla součinnost spočívající v umožnění přístupu k centrálnímu úložišti.

d) *V případě, že nelze pojišťovně elektronický recept uložený v úložišti zpřístupnit, je oprávněna zdravotní pojišťovna vznést na Státní ústav pro kontrolu léčiv dotaz týkající se oprávněnosti výdeje konkrétního receptu, pakliže by v takovém údaji musela zaslat Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv citlivé údaje pacienta (číslo pacienta, vydána léčiva, jejich množství, předepisující lékař, datum výdeje)?*

Podle našeho názoru není Státní ústav pro kontrolu léčiv výslovně oprávněn zpřístupňovat údaje v centrálním úložišti jiným osobám, než osobám uvedeným v § 81 zák. č. 378/2007 Sb.

e) *Je oprávněn Státní ústav pro kontrolu léčiv, aby na případný takový dotaz reagoval a potvrdil, že vydaná léčiva byla vydána správně podle předpisu.*

Podle našeho názoru není v zákoně 378/2007 Sb. výslovně stanoveno oprávnění SÚKLu, zpřístupňovat údaje z centrálního úložiště jiným osobám než uvedeným v § 81 zák. č. 378/2007 Sb.

f) *Kdo nese odpovědnost za případné vzniklé škody, pokud by Státní ústav pro kontrolu léčiv neodpověděl na takovou otázku nebo odpověděl chybně, zdravotní pojišťovna by neměla možnost provést kontrolu na základě nedostupného lékařského předpisu a lékárenská péče nebyla poskytnuta správně, například vyúčtován pojišťovně nepředepsaný léčivý přípravek nebo bylo vydáno nevhodné množství?*

Jelikož se domníváme, že Státní ústav pro kontrolu léčiv není za současného stavu výslovně oprávněn poskytovat přístup k informacím uložených v centrální úložišti jiným osobám než osobám uvedeným v § 81 zák. č. 378/2007 Sb., neměl by takové informace poskytovat. V případě, že by je SÚKL neoprávněně poskytl, je možno hovořit



o odpovědnosti v oblasti veřejnoprávní, zejména ve smyslu právní úpravy nakládání s osobními údaji – zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění, popř. trestně právní viz stanovisko k otázce uvedené pod bodem g), tak i v oblasti soukromoprávní (např. žaloba na ochranu osobnosti, konkrétně soukromí, dle § 11 občanského zákoníku ze strany pacientů). Nad rámec zadání tohoto stanoviska si dovoluujeme upozornit na skutečnost, že zdravotní pojišťovny jsou povinny poskytovat úhrady za předepsané léčivé přípravky na základě receptu, jelikož však nemají přístup k centrálnímu úložišti, mohou podle nás vznikat pochybnosti, na základě čeho budou zdravotní pojišťovny provádět úhrady léčivých přípravků vydaných na elektronický recept.

g) Neodporuje nahlížení do centrálního úložiště ze strany zdravotních pojišťoven nebo verifikace výdejů u Státního ústavu pro kontrolu léčiv jiným právním předpisům?

Jelikož dle našeho názoru chybí výslovné zákonné zmocnění, které by zajišťovalo přístup zdravotních pojišťoven do centrálního úložiště, je velice obtížné posoudit případný přístup poskytnutý ze strany Státního ústavu pro kontrolu léčiv zdravotním pojišťovnám. Avšak v případě, že by došlo k zpřístupnění centrálního úložiště neoprávněně, mohlo by se jednat i o trestný čin neoprávněného nakládání s osobními údaji dle § 178 tr. zákona, který stanoví, že kdo, byť i z nedbalosti, neoprávněně sdělí, zpřístupní, jinak zpracovává nebo si присvojí osobní údaje o jiném shromážděné v souvislosti s výkonem veřejné správy, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem.

*Mgr. David Kotris
ředitel právního odboru*

■ V. Stanovisko k rozsahu údajů navrhovaných ze strany SÚKLU – LEK 13 zpracované Mgr. Uhrem

Z právního hlediska je podstatné na základě jakého ustanovení zákona vzniká (a v jakém rozsahu) právo Ústavu vyžadovat dané údaje. Zde je nutno vycházet v první řadě ze zákona č. 378/2007 Sb. o léčivech (dále jen „zákon“).

V materiálech, které jsem měl k dispozici dochází ke směřování dvou různých institutů – prvním je tzv. Centrální úložiště elektronických receptů dle ust. §81 zákona – tedy v podstatě nakládání s elektronickým receptem. Podle mého názoru je nutno ovšem tento institut důsledně oddělit od návrhu

Ústavu ohledně poskytování údajů o vydaných léčivých přípravcích.

Tento návrh, z mého pohledu poměrně problematický, nemá s elektronickou preskripční přímou souvislost, vztahuje se ke veškerým výdejům léčivých přípravků (tedy vydaným i na základě „běžného“ listinného předpisu).

Ústav opírá svůj postup o ustanovení §82 odst.3, písm.d) zákona. Toto ustanovení uvádí:

„Provozovatelé oprávnění k výdeji jsou povinni zajistit při výdeji léčivých přípravků uvedených v 75 odst. 1 písm. a) a b) evidenci výdeje pomocí jejich kódů a tuto evidenci uchovávat po dobu 5 let; **dále jsou povinni poskytovat Ústavu údaje o vydaných léčivých přípravcích; rozsah údajů a způsob jejich poskytování formou hlášení zveřejní Ústav ve svém informačním prostředku**“.

Ústav je tedy oprávněn v mezích tohoto zákonného ustanovení stanovit rozsah údajů o vydaných léčivých přípravcích.

Zde je na místě upozornit na ustanovení článku 79, odst.3, Ústavy České republiky, které uvádí, že ministerstva, jiné správní úřady a orgány územní samosprávy mohou na základě a v mezích zákona vydávat právní předpisy, jsou-li k tomu zákonem zmocněny.

Podle mého názoru je současný návrh Ústavu v rozporu s předmětným ustanovením Ústavy, potažmo v rozporu s ustanovením §82 odst.3, písm.d) zákona a to z důvodu překročení zákonného zmocnění (zákonné meze). Zákon totiž zmocnění omezuje pouze a výlučně na údaje o vydaných léčivých přípravcích.

Domnívám se, že údaje o vydaných léčivech mohou být například údaje ve smyslu ustanovení §4, odst.1,2,5 (název, síla, šarže), údaje o klasifikaci dle §39 zákona, případně údaje další, ovšem vždy se musí jednat o údaje o léčivém přípravku.

V návrhu Ústavu je podle mého názoru řada údajů, které jdou nad rámec tohoto, zákonem vymezeného rozsahu. Jedná se například o údaj o zdravotnickém zařízení, které předpis vystavilo. U pacientů se pak jedná o uvádění osobních údajů o pacientovi, kterému byl léčivý přípravek vydán. Zde navrhuje Ústav povinné uvádění rodného čísla (argumentace, že se nejedná o rodné číslo, ale „pouze“ o číslo pojištěnce neobstojí, neboť dle ustanovení § 40, zákona č.48/1997 Sb., je číslem pojištěnce v případě občanů České republiky rodné číslo).

Dalším údajem, který jde nad rámec zmocnění, je údaj o ceně. V tomto výčtu by bylo možno pokračovat (v některých případech datum narození a bydliště pacienta atd. atd.).

Lze shrnout v tom smyslu, že Ústav by měl rozsah požadovaných údajů upravit v souladu se zákonným zmocněním a to skutečně toliko na údaje o vydaných léčivých přípravcích.

Druhou věcí, byť z pohledu právního nikoli příliš podstatnou, jsou Ústavem uváděné důvody, které mají prokázat nutnost navrhovaného rozsahu sdělovaných údajů. Ze zatím dostupných podkladů (materiál „Účel a rozsah zpracování dat získávaných z hlášení lékáren a odůvodněnost nezbytnosti rozsahu poskytovaných dat, jak byly stanoveny pokynem Ústavu“) jsem žádné relevantní důvody pro navrhovaný rozsah údajů neshledal. V podstatě jediným konkrétním argumentem je zajištění bezpečnosti léčivých přípravků – postupy pro zajišťování farmakovigilance humánních léčivých přípravků ovšem existují a fungují, a žádnou vazbu na nutnost sdělování navrženého kvanta údajů jsem při nejlepší vůli nenašel. Postupy pro zajišťování farmakovigilance jiné vymezeny i zákonem (např. ust. §90, zákona), přičemž ustanovení upravující tyto postupy existují nezávisle na rozsahu údajů o vydaných léčivech ve smyslu návrhu Ústavu.

Tento argument tedy v žádném případě není relevantní pro zřízení takto rozsáhlé a ucelené databáze o veškerých vydaných léčivých přípravcích s určitým kým byly předepsány, komu byly předepsány, jaká byla cena konkrétního léku atd.

Další argumentace je spíše obecná, opírající se například o „výrazné tendence v jednotlivých státech Evropské unie“, apod. Zde mohu pouze uvést, že podle mých zjištění není realizován sběr srovnatelného rozsahu dat obdobnou institucí jako je v České republice Ústav, v jiném členském státě Evropské unie.

Pro úplnost uvádím, že žádný z úkolů Ústavu, tak jak jsou tyto úkoly definovány v ustanovení §13 zákona, neodůvodňuje shromažďování Ústavem navrhovaného rozsahu údajů. Kromě rozporu se zákonným zmocněním a Ústavou (viz. výše), které pokládám za zcela zásadní, by se tedy podle mého názoru jednalo i o porušení ustanovení § 5, odst.1, písm. d), zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, které uvádí, že správce je povinen shromažďovat osobní údaje odpovídající pouze stanovenému účelu a v rozsahu nezbytném pro naplnění stanoveného účelu.

V daném případě je také otázkou porušení práv subjektů (zejména občanů) jejichž údaje by (bez jejich souhlasu a bez dostatečné zákonné opory) byly shromažďovány. Pokud by k vytvoření ucelené databáze došlo, jednalo by se, mimo jiné, o de facto centrální zdravotnickou dokumentaci občanů České republiky (tedy těch, kteří užívají léčivé přípravky), ze které by byla zjistitelná např. jejich onemocnění, která zdravotnická zařízení navštěvují, atd.

Mgr. Jakub Uher

Pro VOX zpracoval MUDr. Pavel Neugebauer



Pět důvodů, které otřásl Julínkem

Petr Kučera

Na ministerstvu zdravotnictví se šéfové točí jako figury na orloji. To je taková už pomalu „pěkná tradice“. Ani Tomáš Julínek na tomto faktu nic nezměnil. Dlužno dodat, bohužel. Byl neslavně odejit stejně jako většina jeho předchůdců.

Jsem rozhodně dalek kategorického tvrzení, že šlo o nejlepšího ministra za posledních iks let.

Jednak by to mohlo znít jako pochlebování, jednak úspěšnost ministra nelze měřit v aktuálním čase. Důsledky jeho kroků, byly-li nějaké, na zdravotnický systém se vesměs projeví až v horizontu let.

Nicméně se musí nechat, že Julínek byl po dlouhé době prvním politikem, který měl předem jasnou vizi podloženou aspoň v obrysech nahozenými návrhy legislativních norem, kolem sebe dlouhodoběji pracující tým solidních odborníků, chuť a odvahu do prostředí změnám krajně nepřátelského říznout.

Proč neuspěl? Tady je pět zásadních důvodů.

1. Slabá vláda, slabý premiér Hned v prvních minutách po sečtení výsledků parlamentních voleb bylo jasné, že se silné vlády, která by měla dispozice provádět potřebné reformy, nedočkáme. Když po všech dlouhotrvajících politických tanečcích konečně vznikl kabinet Mirka Topolánka, jen naivka si mohl myslet, že takto slabá vláda – pokud se nestane zárak – bude mít šanci prosadit cokoli, co nebude vonět ČSSD. A také bylo jasné, že Jiřímu Paroubkovi a spol. nebude vonět nic.

Za těchto okolností je vůbec sporné, zda měl Topolánek na reformu nadřazeného Julínka do vlády vůbec brát. Zda nebylo lepší si ho raději pošetrít v záloze na příhodnější dobu a do horkého křesla na zdravotnictví neposadit nějakého „kusa“, než ho odsoudit k téměř jisté politické smrti. Premiér sám navíc reformátorům moc nepomohl. Svým arogantním chováním popudil nejen opozici, ale i valnou část národa a nedokázal udržet pořádek a jednotu ani v řadách vlastní strany, natož ve vládní koalici.

2. Chabá komunikace Co si budeme namlouvat,

Tomáš Julínek není žádný rétor. Jeho nedostatek – srozumitelně formulovat a jasně obhajovat myšlenky – se jasně projevil například v diskusních pořadech, kde mu mlukové typu Davida Ratha dali pokaždé na frak. Právě tam promarnil velikou šanci získat si veřejnost na svou stranu. Reformy, zvláště ty nepopulární, je třeba nejen vymyslet a provést, ale také vysvětlit. To se Julínkovi nepodařilo, v tom má premiér pravdu. Že neuspěl v jednáních s koaličními „rebely“, mu těžko vyčítat. Tady mu chyběla podpora stranických špiček, ty především měly své „podřízené“ umravnit.

3. Velký a malý Tomáš Souvisí do značné míry s předchozím bodem. Julínek vsadil na poměrně vtipné a neotřelé spojení „velkého“ a „malého“ Tomáše, když jako svého mluvčího přivedl na úřad vystudovaného farmaceuta a erudovaného novináře a organizátora Tomáše Cíkrta. Jenže potenciál tohoto dua zůstal pouze naznačen v úvodní brožuře slibující reformní změny. Tomáš Cíkrta je v civilu velmi sympatický, vtipný člověk s nespornými schopnostmi, ovšem v krizové komunikaci – a tou vysvětlování reforem je – neměl žádné zkušenosti. Pod tlakem (a někdy až nechutným posměchem ze strany politických oponentů) se neudržel a oplácel podobnou mincí. Ironické poznámky a texty vůči politikům opozičních stran si může dovolit politik. Nikoli tiskový mluvčí čili řadový úředník. U veřejnosti mohly tyto projevy působit spíš odpudivě arogantně. Reprezentovat ministerstvo měl někdo jiný.

4. Načasování změn Zavést jako první jednoznačně nepopulární regulační poplatky a pak teprve pacientům slibovat pozitivní kroky, byl nesporně nešikovný tah. Poplatky, byť zdravotnickému systému nesporně prospěšné a asi snadno zaveditelné,

vyvolaly takovou vlnu nevole, že na slibovaná pozitiva už nedošlo. Opozice dostala do rukou municí těžkého kalibru a strhla na svou stranu i slabší nátury v koalici. Hysterie pánů Ratha a Paroubka, o komunistech nemluvě, v podstatě ochromila jakoukoli racionalitu projednávání zdravotnických norem. Po bitvě je sice každý generál, ale asi i sám Julínek si musí přiznat, že hned první vlna nabídky a poptávky směrem k pacientům měla být vyváženější a návrh samotný citlivější.

5. Socialismus v nás Zdravotnictví a školství jsou v české krajině bezplatné – a basta! Co na tom, že je to lež jako věž. Každý nechť si sám spočítá, kolik on či jeho bližní ročně utratí za léky či za školní pomůcky svých potomků. Třicetikorunový poplatek je za těchto okolností opravdu směšná částka. Ale systému zdravotního pojištění může vydatně pomoci přeměrovat peníze tam, kde jsou více potřeba. To se během toho jednoho roku potvrdilo, bez ohledu na tvrzení ČSSD. Češi však stále zůstávají v zajetí komunistických idejí všechno všem a zadarmo. Poslední volby to ukázaly jasně – za třicet korun prodali čeští jídašové kraje a Senát Rathům, Drymlům a Emmerovým.

A co bude se zdravotnictvím v éře postjulínkovské? No coby. Nic. Daniela Filipiová je řečeno slovníkem Milouše Jakeše „určitě hodná holka“, ale o její pevnosti v kramflecích ve zdravotnické problematice si nedělejme iluze. Jak ukázaly první dny ve funkci, bude nejspíš ženou kompromisu. Jenže: reforma je reforma a kompromis je kompromis. Reforma, má-li být účinná, se s kompromisy nesnese.

Zdroj: LN 30.1.2009

Stanovisko ve věci skartace zdravotní dokumentace zdravotnickým zařízením

Mgr. Jakub Uher

Pro postup zdravotnického zařízení při skartaci zdravotnické dokumentace jsou podstatné tyto právní předpisy: zákon č.499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě, vyhláška MZ ČR č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Skartační lhůty pro zdravotnickou dokumentaci či její části jsou stanoveny v příloze č.3 vyhlášky MZ ČR č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Domnívám se, že naprostá většina

zdravotní dokumentace vedené praktickým lékařem pro děti a dorost bude spadat do kategorie - primární zdravotní péče, kde je skartační lhůta 10 let od změny lékaře primární péče a předání

písemné informace v rozsahu potřebném k zajištění návaznosti zdravotní péče o pacienta nově zvolenému lékaři primární péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta. Pro úplnost přikládám na závěr



tohoto stanoviska celou přílohu č.3.

Samotné skartační řízení pak probíhá následovně. Doplní, že odchýlně je upraveno pro zdravotnická zařízení s pěti a více zdravotnickými pracovníky. Toto stanovisko je tedy zpracováno pro situaci, kdy zdravotnické zařízení má nejvýše čtyři zdravotnické pracovníky (v případě potřeby jsem připraven doplnit i postup pro zařízení s pěti a více pracovníky).

Skartační řízení by mělo být prováděno jednou ročně.

Prvním krokem je určení zdravotnické dokumentace, která je nadále nepotřebná (u které uplynula skartační lhůta). Pro zařízení se čtyřmi a méně zdravotnickými pracovníky není třeba zřízovat skartační komisi, činnost provádí sám provozovatel zdravotnického zařízení (resp. provádět ji může i jeho zaměstnanec, ale provozovatel je za provedení skartačního řízení odpovědný).

Tedy provozovatel by měl vybrat zdravotní dokumentace u kterých uplynula skartační lhůta. Následně by měl u materiálů ve skupině „V“ (vyplývá z přílohy č.3 vyhlášky) posoudit, zda některé materiály z nějakého důvodu není účelné archivovat déle než je stanovená skartační lhůta. U těchto pak prodlouží skartační lhůtu a stanoví o jakou dobu tuto lhůtu prodloužuje (nejkratší lhůta prodloužení je o 5 let). Naprostá většina zdravotní dokumentace vedené praktickým lékařem pro děti a dorost podle mne je ve skupině „S“ – tedy neměl by být problém.

Výsledkem bude seznam zdravotnických dokumentací (případně jejich částí), které jsou určeny ke skartaci.

Provozovatel pak zpracuje skartační návrh. Tento návrh musí obsahovat:

- označení původce dokumentů (zdravotnické zařízení), které jsou navrženy ke skartačnímu řízení
- seznam dokumentů navržených ke skartačnímu řízení a dobu jejich vzniku,
- návrh termínu provedení skartačního řízení.

Tento skartační návrh je pak odeslán příslušnému archivu. Jedná se o veřejné archivy, což jsou obvodní státní archivy, jejichž správní obvody odpovídají krajům. Vnitřní organizační jednotky státních oblastních archivů jsou pak státní okresní archivy v jednotlivých okresech (viz. příloha č.4 zákona.499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě).

Určení místní příslušnosti státního oblastního archivu se řídí místem podnikání, je-li provozovatelem nestátního zdravotnického zařízení fyzická osoba. Jde-li o právnickou osobu, řídí se příslušnost archivu sídlem této právnické osoby.

Příslušný archiv pak na základě skartačního

návrhu vyhotoví protokol o provedeném skartačním řízení.

Protokol obsahuje: soupis dokumentů nebo souborů dokumentů, které byly vybrány za archiválie, zařazení archiválie do příslušné kategorie, určení, kde bude archiválie uložena, soupis dokumentů, které lze skartovat.

Proti protokolu lze podat námitky ke správnému úřadu na úseku archivnictví a výkonu spisové služby. Podáním námítky je zahájeno správní řízení.

Prakticky se jedná o to, že příslušný archiv má právo rozhodnout o tom, že některá z dokumentací navržených zdravotnickým zařízením ke skartaci bude namísto skartace uložena v tomto archivu.

Zdravotnické zařízení pak může zdravotnickou dokumentaci dle protokolu (tedy tu, která je na soupisu dokumentů, které lze skartovat) zničit. Zničení zdravotní dokumentace musí být provedeno takovým způsobem, aby byla znemožněna rekonstrukce a identifikace jejího obsahu.

■ Příloha: SKARTAČNÍ PLÁN

Skartační lhůty zdravotnické dokumentace nebo jejich částí se stanoví takto:

1. primární zdravotní péče - S

10 let od změny lékaře primární péče a předání písemné informace v rozsahu potřebném k zajištění návaznosti zdravotní péče o pacienta nově zvolenému lékaři primární péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta.

2. specializovaná ambulantní zdravotní péče a zvláštní ambulantní péče - S

5 let po posledním vyšetření pacienta a předání informace o průběhu a výsledku tohoto vyšetření příslušnému lékaři primární zdravotní péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta, pokud není dále stanoveno jinak.

3. dispensární péče - V

a) 10 let od vyřazení pacienta z dispensární péče nebo ukončení dispensární péče a předání informace obsahující veškerá podstatná data o výsledcích vyšetření, léčení a vývoji onemocnění příslušnému lékaři primární péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta,

b) 100 let od data narození dialyzovaného pacienta, nebo 10 let od jeho úmrtí,

c) 100 let od data narození pacienta, který je podle zvláštního právního předpisu 14) nosičem infekčního onemocnění, nebo 10 let od jeho úmrtí.

4. zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s léčbou duševních poruch a poruch chování, včetně zdravotní péče poskytnuté v souvislosti s protialkoholní nebo protitoxikomanickou léčbou - S

100 let od data narození pacienta, nebo 10 let od jeho úmrtí.

5. ústavní péče - hospitalizace - S

40 let od poslední hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení poskytujícím ústavní péči, nebo 10 let od úmrtí pacienta.

6. lázeňská péče - S

10 let od ukončení lázeňské péče o pacienta a předání informace obsahující veškerá podstatná data o průběhu lázeňské péče.

7. závodní preventivní péče

a) - S

100 let od data narození pacienta s uznanou nemocí z povolání, nebo 10 let od jeho úmrtí, pokud dále není stanoveno jinak,

b) - V

5 let od data uznání ohrožení nemocí z povolání, nebo 5 let od úmrtí osoby ohrožené nemocí z povolání, pokud dále není stanoveno jinak,

c) - V

5 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající práci zařazenou podle zvláštního právního předpisu do kategorie první nebo druhé a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristiky zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek a délky jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému zdravotnickému zařízení závodní preventivní péče, nebo 5 let od úmrtí této osoby,

d) - V

10 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající rizikovou práci ve smyslu zvláštního právního předpisu, pokud dále není stanoveno jinak, a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristiku zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek, jejich míru a délky jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému zdravotnickému zařízení závodní preventivní péče, nebo 10 let po úmrtí této osoby,

e) - V

40 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající rizikovou práci ve smyslu zvláštního právního předpisu 14a), pokud to zvláštní předpis požaduje, a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristice zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek, jejich míru a délky jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému zdravotnickému zařízení závodní preventivní péče, nebo 10 let po úmrtí této osoby,

f) - S

u zaměstnance kategorie A 15) alespoň do dosažení věku 75 let, vždy však po dobu nej-



méně 30 let po ukončení pracovní činnosti v kategorii A,

g) - V

30 let od data uznání těžkého pracovního úrazu, 10 let od data uznání ostatních pracovních úrazů.

Písmena a) a b) se vztahují na zdravotnickou dokumentaci vedenou zdravotnickým zařízením primární zdravotní péče, závodní preventivní péče a zdravotnickým zařízením příslušným podle zvláštního právního předpisu 16) k posuzování a uznávání nemocí z povolání; písmeno c) až g) se vztahují na zdravotnickou dokumentaci vedenou zdravotnickým zařízením závodní preventivní péče.

8. záchranná služba a lékařská služba první pomoci - S

a) záznam operátora nebo deník operačního střediska nejméně 10 let od posledního záznamu,

b) záznam o výjezdu 10 let od výjezdu zdravotnické záchranné služby,

c) záznam o zdravotní péči poskytnuté lékařskou službou první pomoci nejméně 10 let od ošetření pacienta,

d) zvukový záznam o výzvě (žádosti) k výjezdu záchranné služby nebo lékařské služby první pomoci 24 měsíců od obdržení výzvy.

9. vyšetření dárce krve a zdravotní péče poskytovaná transfúzní službou - V

a) výkony spojené s poskytováním zdravotní péče 5 let po posledním vyšetření pacienta a předání informace o průběhu a výsledku tohoto vyšetření příslušnému lékaři primární zdravotní péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta,

b) odběr krve pro transfúzní účely podle zvláštního právního předpisu 16a).

10. patologická anatomie a soudní lékařství

a) - S

list o prohlídce zemřelého, jestliže není rozhodnuto o pitvě nebo pokud není pitva nařízena, 10 let od úmrtí,

b) - V

pítevní protokol včetně listu o prohlídce zemřelého, informace o provedení a výsledku bioptického vyšetření, popřípadě dalšího souvisejícího vyšetření, 150 let.

11. zobrazovací metody - S

a) grafický nebo audiovizuální záznam nebo jiný obrazový záznam (například digitální) 5 let od ukončení posledního vyšetření pacienta souvisejícího s poskytnutím zdravotní péče a ověřováním podmínek vzniku nemoci z povolání (ohrožení nemocí z povolání) podle zvláštního právního předpisu, pro jejíž potřeby byl záznam vyhotoven, pokud se nejedná o pacienta v dispenzární nebo jiné péči pro onemocnění sledované zobrazovací metodou,

b) informace o průběhu a výsledku vyšetření pacienta zobrazovací metodou 10 let po předání informace lékaři, který vyšetření zobrazovací metodou vyžádal.

12. ověřování nových poznatků na živém člověku použitím metod dosud nezavedených v klinické praxi, klinické zkoušky zdravotnických prostředků a klinické hodnocení humánních léčiv - V

a) nejméně 15 let od ukončení ověřování nových poznatků a předání informace obsahující veškerá podstatná data o výsledcích vyšetření, léčení a vývoji onemocnění pacienta příslušnému lékaři primární péče, jestliže byla nová metoda na základě výsledků ověřování nových poznatků zavedena do klinické praxe; 10 let od úmrtí pacienta, jestliže ověřovaná metoda nebyla z odbor-

ných důvodů do klinické praxe zavedena,

b) nejméně 30 let od ukončení ozařování, jestliže bylo při ověřování nových poznatků použity metody, které jsou spojeny s ozářením, včetně metod dosud nezavedených v klinické praxi a těch ozářením, kde není přímý zdravotní přínos pro fyzické osoby podstupující ozářením,

c) nejméně 15 let od ukončení klinické zkoušky zdravotnického prostředku a předání informace obsahující veškerá podstatná data o výsledcích vyšetření, léčení a vývoji onemocnění pacienta příslušnému lékaři primární péče; 10 let od úmrtí pacienta, jestliže zdravotnický prostředek nebyl z odborných důvodů zaveden do praxe,

d) nejméně 15 let od ukončení klinického hodnocení humánního léčiva a předání informace obsahující veškerá podstatná data o výsledcích vyšetření, léčení a vývoji onemocnění pacienta příslušnému lékaři primární péče; 10 let od úmrtí pacienta, jestliže humánní léčivo nebylo z odborných důvodů zavedeno do praxe.

13. záznamy spojené s nežádoucími příhodami v souvislosti s použitím zdravotnického prostředku - V

Nejméně 15 let od vzniku nežádoucí příhody; v případě nežádoucí příhody spojené s újmou na zdraví nejméně 30 let od vzniku nežádoucí příhody, pokud je tato újma spojena s úmrtím pacienta 10 let od jeho úmrtí.

14. lékařské předpisy označené modrým pruhem a jejich průpisy - S

Nejméně doba uchování lékařského předpisu stanovená zvláštním právním předpisem upravujícím zacházení s návykovými látkami. 17)

15. výsledky laboratorních a dalších pomocných vyšetření - V

5 let.

Kompetence Státního ústavu pro kontrolu léčiv vůči zdravotnickým zařízením

JUDr. Jan Mach

ředitel právní kanceláře ČLK

V poslední době se množí dotazy lékařů k otázkám, jaké kompetence má Státní ústav pro kontrolu léčiv vůči nestátním zdravotnickým zařízením, jakou může vykonávat vůči nestátním zdravotnickým zařízením kontrolní činnost a jaká jsou pravidla provádění těchto kontrol, jakož i jaké sankce lze ukládat.

Vedle těchto otázek jsou kladeny otázky týkající se oblasti regulace reklamy, zejména přijímání různých výhod od farmaceutických firem v souvislosti s předepisováním léčivých přípravků a dále v souvislosti s reklamou na léčivé přípravky vázané na lékařský předpis v čekárnách lékařských ordinací.

■ Povinnosti provozovatele zdravotnického zařízení při zacházení s léčivem

Zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech v platném znění ukládá všem osobám, které zacházejí s léčivem, povinnost dodržovat

pokyny k zacházení s léčivým přípravkem podle souhrnu údajů o přípravku a dbát na maximální prospěšnost léčiv při jejich



použití a omezit na nejvyšší možnou míru nepříznivé důsledky působení léčiv na zdraví člověka a veřejné zdraví. Předepisovat, uvádět do oběhu, nebo používat při poskytování zdravotní péče, lze pouze registrované humánní léčivé přípravky. **Vybat pacienta léčivými přípravky při poskytování zdravotní péče lze pouze v případě, že zdravotní stav pacienta nezbytně vyžaduje bezodkladné užívání léčivého přípravku a vzhledem k místní nebo časové nedostupnosti lékárenské péče, není možný včasný výdej léčivého přípravku na lékařský předpis.** O výkladu tohoto ustanovení se vedou spory. V některých případech se lékaři z ohleduplnosti ke starším a nemocným lidem, kteří by si museli jet pro předepsaný léčivý přípravek do lékárny ve vzdálenějším městě, snaží poskytnout jim léčivý přípravek přímo v lékařské ordinaci, aby je zbytečné cesty do jiného místa do lékárny ušetřili. Jindy může nastat situace, kdy pacient s ohledem na svůj zdravotní stav není způsobilý se do lékárny v jiném místě dostavit, nebo lékárna v místě, kde je poskytnuta zdravotní péče není otevřena, nebo je třeba léčivý přípravek podat pacientovi bezodkladně, případně pacient sám není schopen si pro léčivý přípravek do lékárny dojít. Ve všech těchto případech musí být dodržena shora uvedená díkce zákona. Je ovšem třeba zdůraznit, že to, zda zdravotní stav pacienta nezbytně vyžaduje bezodkladné užívání léčivého přípravku, je otázka, jejíž posouzení je plně v kompetenci ošetřujícího lékaře. Jeho odborné posouzení zdravotního stavu pacienta a nezbytnosti bezodkladného užívání léčivého přípravku, není inspektor Státního ústavu pro kontrolu léčiv oprávněn jakkoli přezkoumávat, ani k tomu nemá zpravidla potřebnou odbornou kvalifikaci. Jen lékař sám zná dobře zdravotní stav pacienta a dokáže na základě toho posoudit nezbytnost bezodkladného podání léčivého přípravku.

Podrobnosti o zacházení s léčivými zdravotnických zařízení stanoví vyhláška č. 84/2008 Sb. v platném znění o správné lékárenské praxi a bližších podmínkách zacházení s léčivými v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízeních vydávajících léčivé přípravky. Tato vyhláška stanoví mimo jiné povinnost léčivé přípravky uchovávat za podmínek uvedených v souhr-

nu údajů o přípravku, podle pokynů výrobce. Zdravotnické zařízení postupuje při zacházení s léčivými přípravky tak, aby byla zajištěna jakost, účinnost a bezpečnost používaných léčivých přípravků.

Činnost spojená s příjmem, přepravou, úpravou, uchováváním léčivých přípravků a jejich používání při poskytování zdravotní péče se dokumentuje. Pokud se dokumentace vede v elektronické podobě, údaje se musí zálohovat obnovitelným způsobem. Dokumentaci tvoří záznamy o příjmu, používání a úpravě léčivých přípravků při poskytování zdravotní péče, evidence léčivých přípravků nacházejících se na pracovišti, záznam o kontrole dodržení teploty uchování léčivých přípravků, v případě léčivých přípravků vyžadujících sníženou teplotu se záznamy mají provádět minimálně 1x denně. Tento požadavek je reálný v nemocnicích, nikoli však v soukromých ambulancích ordinacích. Dokumentuje se i jakákoli informace o podezření na závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek a jiné skutečnosti závažné pro zdraví léčených osob, související s použitím léčivého přípravku. Dokumentace je opatřena datem a podpisem osoby, která je na daném pracovišti za zacházení s léčivými přípravky odpovědná.

Za účelem vybavení pacienta léčivým přípravkem přímo ve zdravotnickém zařízení, jsou-li k tomu splněny zákonem stanovené podmínky, lze poskytnout pouze léčivý přípravek v obalu, jehož celistvost nebyla narušena, nebo v tuhých nebo polotuhých dělených lékových formách, přičemž takový léčivý přípravek se poskytne v dobře uzavřeném obalu, na němž se uvede název léčivého přípravku, včetně síly a způsobu jeho použití a podmínky jeho uchování.

V případě porušení těchto povinností při používání a uchování léčivých přípravků ve zdravotnickém zařízení může být uložena pokuta do výše 100 000 Kč.

■ Kompetence Státního ústavu pro kontrolu léčiv při aplikaci zákona o regulaci reklamy

Zákon o regulaci reklamy, v souvislosti s reklamou na humánní léčivé přípravky zaměřenou na odborníky, zakazuje nabízet jim, slibovat, nebo poskytovat dary, nebo jiný prospěch, ledaže jsou nepatrné hodnoty

a mají vztah k jimi vykonávané odborné činnosti. Za dar nepatrné hodnoty se považuje dar nepřevyšující hodnotu 1500 Kč.

Při setkání navštěvovaném odborníky konaném za účelem podpory předepisování, prodeje, výdeje, nebo spotřeby humánních léčivých přípravků, nebo za odborným vědeckým účelem, musí být rozsah bezplatně poskytovaného pohoštění přiměřený, s ohledem na hlavní účel setkání musí být pohoštění vedlejší a nesmí být rozšířeno na jiné osoby než odborníky. V takovém případě pro rozsah poskytovaného pohoštění a ubytování neplatí, že tento musí být pouze nepatrné hodnoty. Zákon o regulaci reklamy stanoví, že odborníci nesmí v souvislosti s reklamou humánních léčivých přípravků vyžadovat ani přijímat výhody, nad shora uvedený rámec, tedy nesmí přijímat dary, nebo jiný prospěch vyšší než nepatrné hodnoty a pohoštění a ubytování, v rozsahu nepřiměřeném s ohledem na hlavní účel setkání nebo rozšířené na jiné osoby než odborníky, např. na rodinné příslušníky odborníků.

Obdobně vyznívá i závazné stanovisko České lékařské komory číslo 1/2008, které navíc zavazuje členy České lékařské komory k tomu, aby také vzdálenost místa konání akce, s ohledem na její účel a poslání, nebyla zjevně nepřiměřená.

Pokud odborník vyžaduje nebo přijímá výhody v rozporu se zákonem o regulaci reklamy, může mu být uložena v blokovém řízení pokuta do výše 5 000 Kč. Pokud podnikající fyzická nebo právnická osoba (např. soukromý lékař, nebo lékařská obchodní společnost, nebo nemocnice) vyžaduje, nebo přijímá, v souvislosti s reklamou humánních léčivých přípravků výhody, které jsou podle zákona o regulaci reklamy zakázány, může být postížena pokutou do výše 100 000 Kč.

Zákon o regulaci reklamy rovněž zakazuje reklamu humánních léčivých přípravků, které jsou vázány na lékařský předpis, zaměřovat na jiné osoby než odborníky, tedy především na jiné osoby než lékaře. Nelze tedy například v televizi, v rozhlasu, nebo v tisku, který není převážně zaměřen na odborníky, zveřejňovat reklamy na humánní léčivé přípravky vázané na lékařský předpis. V této souvislosti inspektoři Státního ústavu pro kontrolu léčiv označili za protiprávní



i stav, kdy na nástěnce v čekárně zdravotnického zařízení byla zveřejněna reklama na humánní léčivé přípravky vázané na lékařský předpis. Předmětem kritiky byly i propagační materiály farmaceutických firem, s uvedenými názvy léků vázaných na lékařský předpis, jako jsou letáky, plakáty, kalendáře i propisovačky nacházející se v samotné lékařské ordinaci. Podle mého názoru, pokud lékař používá propisovací tužku, nebo kalendář s názvem léčivého přípravku vázaného na lékařský předpis ve své ordinaci, nejde o reklamu zaměřenou na širokou veřejnost. Naproti tomu, je-li reklama na léčivý přípravek vázaný na lékařský předpis vyvěšená v čekárně lékařské ordinace na nástěnce, nebo jiném místě, mohlo by již jít o nedovolenou reklamu takového léčivého přípravku, která se zaměřuje na širokou veřejnost, neboť nástěnka či jiné propagační materiály v čekárně lékařské ordinace, jsou již určeny pro laickou veřejnost. Reklama na léky vázané na lékařský předpis by proto na nástěnkách v čekárně zveřejňována být neměla.

■ Práva a povinnosti kontrolujících a kontrolovaných osob

Podle zákona č. 378/2007 Sb. o léčivech v platném znění, jsou inspektoři Státního ústavu pro kontrolu léčiv oprávněni kontrolovat dodržování zákona o léčivech. V této souvislosti jsou oprávněni provádět i neohlášené kontroly prostor, zařízení a dokumentace související s činnostmi upravenými tímto zákonem, ověřovat totožnost osob, jsou-li kontrolovanými osobami a jejich zástupců, jakož i oprávněni těchto zástupců k zastupování. Dále jsou oprávněni odebrat vzorky léčivých přípravků, přičemž za odebrané vzorky jsou povinni poskytnout náhradu. Mohou ke kontrole přizvat další osoby, je-li to zapotřebí k posouzení odborných otázek souvisejících s výkonem kontroly.

Kontrolované osoby jsou povinny poskytnout součinnost odpovídající oprávněním inspektorů Státního ústavu pro kontrolu léčiv.

Podle zákona č. 552/1991 Sb. o státní kontrole v platném znění, jsou obecní kontrolní pracovníci oprávněni vstupovat do objektů, zařízení a provozů a jiných prostor kontrolovaných osob, pokud souvisí s před-

mětem kontroly, přičemž však ústavní záruka nedotknutelnosti obydlí je zaručena (kontrolovat lze nebytové prostory, nikoli prostory určené k bydlení). Kontrolní orgány jsou dále oprávněny požadovat originální doklady a další potřebné písemnosti, požadovat poskytnutí pravdivých a úplných informací, požadovat, aby kontrolované subjekty podaly ve stanové lhůtě písemnou zprávu o odstranění všech nedostatků.

Kontrolní pracovníci jsou povinni prokázat se příslušnými doklady opravňujícími ke kontrole. Dále jsou povinni oznámit kontrolované osobě, že zahajují kontrolu a předložit pověření k jejímu provedení, přičemž musí šetřit práva a právem chráněné zájmy kontrolovaných osob. Pokud převezmou od kontrolované osoby doklady, jsou povinni neprodleně tyto doklady vrátit pominuly-li důvody jejich převzetí. Originální doklady jsou povinni chránit proti ztrátě, zničení, nebo poškození či zneužití.

Kontrolní pracovníci jsou povinni zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech o kterých se dozvěděli při výkonu kontroly a nesmí zneužít znalostí toho, co při kontrole zjistí.

Kontrolované osoby jsou povinny vytvořit základní podmínky k provedení kontroly a v nezbytném rozsahu odpovídajícím povaze jejich činnosti a technickému vybavení, poskytnout materiální a technické zabezpečení pro výkon kontroly.

O kontrolním zjištění se vždy pořizuje protokol, který obsahuje zejména popis zjištěných skutečností, uvedení nedostatků, označení právních předpisů, které byly porušeny. Protokol podepisují kontrolní pracovníci, kteří se kontroly zúčastnili. Povinností kontrolních pracovníků je seznámit kontrolované osoby s obsahem protokolu a předat jim stejnopis protokolu. Proti protokolu může kontrolovaná osoba podat písemné a zdůvodněné námítky ve lhůtě do 5 dnů ode dne seznámení s protokolem, nestanoví-li kontrolní pracovník lhůtu delší než 5 dnů. O námítkách rozhoduje vedoucí kontrolního orgánu, nestanoví-li v konkrétním případě zákon jinak.

■ Správní řízení

Je-li na základě provedené kontroly zahájeno proti zdravotnickému zařízení, nebo

konkrétnímu pracovníkovi správní řízení, má ten, proti komu se správní řízení vede veškerá oprávnění podle správního řádu. Mimo jiné je oprávněn nahlížet do spisu a pořizovat si z něho výpisy či kopie, je oprávněn navrhopovat důkazy na svojí obhajobu, být zastupován právním zástupcem, podávat návrhy a opravné prostředky. Proti pravomocnému rozhodnutí správního orgánu (např. proti pravomocnému rozhodnutí o uložení pokuty) lze podat žalobu u soudu.

Účelem tohoto článku je poskytnout pouze základní informace o kompetencích Státního ústavu pro kontrolu léčiv vůči zdravotnickým zařízením a vzájemných oprávněních a povinnostech. V praxi samozřejmě nastávají někdy velmi specifické problémy. Na straně jedné zákon stanoví, že kontroly lze provádět i bez předchozího ohlášení. Na straně druhé musí kontrolní orgány respektovat situaci, kdy lékař ve zdravotnickém zařízení právě provádí zdravotní výkon, nebo musí poskytnout neodkladnou péči pacientům. Má-li lékař např. v chřipkovém období plnou čekárnu pacientů, jejichž zdravotní stav je v zásadě akutní, nelze požadovat, aby potřebnou zdravotní péči neposkytl a místo toho věnoval čas poskytování součinnosti kontrolujícímu orgánu. V těchto případech ústavně zakotvené právo občanů na ochranu zdraví, stojí nad právem provádět státní kontrolu. Samozřejmě je-li termín kontroly předem dohodnut a stanoven, je povinností provozovatele zdravotnického zařízení vytvořit potřebné podmínky k tomu, aby kontrola mohla řádně proběhnout. Při kontrole by měl být přítomen provozovatel zdravotnického zařízení, nebo ten, kdo je oprávněn jménem provozovatele zdravotnického zařízení jednat a vystupovat. Jde-li o soukromého lékaře měl by to být sám soukromý lékař, nikoli pouze zdravotní sestra, s výjimkou případu, kdy je zdravotní sestra soukromým lékařem zmocněna, aby jeho jménem s kontrolním orgánem za zdravotnické zařízení jednala. Jde-li o právnickou osobu, měl by to být její statutární zástupce, nebo ten, koho tím statutární zástupce pověří. Kontrolovaný má vždy právo žádat, aby mu při kontrole poskytoval právní pomoc advokát – právo na právní pomoc při každém jednání s úřady a orgány veřejné moci je ústavním právem.

Občas se stane, že kontrolní orgán tvr-



dí lékaři, že má nějakou povinnost, tedy že je povinen něco činit, popřípadě že je povinen to činit právě tak, jak kontrolní orgán tvrdí a nikoli jinak. V takovém případě je právem kontrolovaného tázat se, z jakého právního předpisu tato jeho údajná povinnost vyplývá, nebo na základě jakého právního předpisu kontrolní orgán takovou

praxi požaduje. Pokud kontrolní orgán uvede konkrétní právní předpis, je vhodné jej požadovat písemně, tedy požadovat číslo zákona, rok jeho vydání, číslo konkrétního ustanovení - tedy paragrafu, odstavce a písmena, na základě kterého kontrolní orgán svůj názor nebo své pokyny opírá. Není-li kontrolní orgán schopen identifikovat právní

předpis o který opírá své pokyny, případně připomínky, nebo výtky, lze trvat na tom, aby do protokolu o kontrole byla tato skutečnost zaznamenána. Argumentace typu „**protože proto**“ obstát rozhodně nemůže. ■

Zdroj: Tempus Medicorum

Závazné stanovisko České lékařské komory 1/2009 Elektronický způsob vedení zdravotnické dokumentace

ČLÁNEK 1

■ Preambule

1. Ochrana osobních údajů a zachování důvěrnosti informací o zdravotním stavu jsou jedním ze základních práv pacientů. Všichni pacienti, bez ohledu na okolnosti a původ jejich problémů, musí mít jistotu, že informace o jejich zdravotním stavu budou chráněny lékařským tajemstvím tak, aby k nim mohl mít přístup pouze zdravotnický personál přímo zapojený do vyšetřování a léčení daného pacienta, pokud tento přístup ve výjimečných případech v jasně stanoveném rozsahu zákon neumožní i jiným subjektům.

2. Pokud by pacienti neměli tuto jistotu, mohli by ze strachu účelově pozměňovat nebo i zapírat některé důležité informace a jejich zdravotnická dokumentace by byla neúplná.

3. Shromažďování, zpracovávání a ukládání osobních údajů v elektronické podobě může usnadnit sdílení těchto informací i přístup k nim, což může zlepšit účinnost a efektivitu diagnostických procesů i kvalitu léčby. Nicméně, elektronické vedení zdravotnické dokumentace s sebou přináší zvýšené riziko jejich zneužití neoprávněnými osobami, pokud zabezpečovací systém není dostatečně spolehlivý. Největší nebezpečí úniku a zneužití informací s sebou nese vedení zdravotnické dokumentace v podobě dostupné na dálku.

4. Pacient by měl mít právo zakázat vedení své zdravotnické dokumentace v elektronické formě, zejména pokud by se jednalo o vedení této dokumentace ve formě dostupné na dálku. Pacient musí mít kontrolu nad tím, jaký druh informací je vkládán do jeho zdravotnické dokumentace. Toto právo může být omezeno pouze z medicínských důvodů. V tomto případě je odpovědnost za rozsah a kvalitu údajů plně na ošetřujících zdravotnických pracovnících.

5. Vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě musí být motivováno prospěchem pacienta, nikoliv ziskem komerčních subjektů, a nesmí představovat pro zdravotnická zařízení dodatečnou časovou nebo finanční zátěž. Zavádění elektronického způsobu vedení zdravotnické dokumentace ve formě dostupné na dálku by mělo předcházet vytvoření systému ochrany sdílených dat, včetně fáze jejich sběru, zpracování, uchování a využívání. Nezbytné je přesné stanovení odpovědnosti za ochranu sdílených dat.

6. Základním předpokladem ochrany sdílených dat je vytvoření přesných, správných a úplných registrů subjektů, které budou jakýmkoliv způsobem k datům přistupovat. Bez úplného registru lékařů, zdravotnických zařízení, lékárníků, lékáren a dalších subjektů jakkoliv manipulujících s daty není přijatelné spuštění modulů eHealth.

ČLÁNEK 2

■ Úplnost zdravotnické dokumentace

1. Elektronické vedení zdravotnické dokumentace je možné pouze za předpokladu, že je zajištěna úplnost a korektnost informací o zdravotním stavu pacienta. Neúplná zdravotnická dokumentace může působit zavádějícím způsobem v diagnostickém a léčebném procesu a tím ohrožovat bezpečnost pacientů.

2. U každého záznamu a změny ve zdravotnické dokumentaci musí být průkazné, kdo a kdy je provedl a kdo je tedy za informace zodpovědný.

ČLÁNEK 3

■ Přístup k informacím ze zdravotnické dokumentace

1. Přístup k informacím ze zdravotnické dokumentace je možný pouze na základě

autorizace a jen pro okruh uživatelů přesně definovaný zákonem, nejlépe jen pro zdravotnický personál, který informace potřebuje k péči o pacienta.

2. O každém úspěšném i neúspěšném pokusu o přístup do zdravotnické dokumentace musí existovat přesná a úplná evidence.

ČLÁNEK 4

■ Důvěrnost informací o zdravotním stavu

1. Zachování lékařského tajemství a důvěrnosti informací o zdravotním stavu pacienta musí být v případě elektronicky vedené dokumentace zajištěna obdobně jako u zdravotnické dokumentace vedené v listinné podobě.

2. Informace pro účely statistické, vědecké a vzdělávací by měly být zpřístupňovány pouze v anonymní podobě s výjimkou případů, kdy by tento postup mohl ohrozit bezpečnost pacienta.

3. Informace ze zdravotnické dokumentace pacienta mohou být přístupné pro fyzické nebo právnické osoby nezajišťující léčbu pacienta (např. zdravotní pojišťovny, správu sociálního zabezpečení...) pouze na základě zákona.

ČLÁNEK 5

■ Vlastnictví zdravotnické dokumentace

1. Osobní údaje i informace o zdravotním stavu jsou vlastnictvím pacienta, avšak zdravotnická dokumentace je ve vlastnictví zdravotnického zařízení, které ji archivuje a skartuje podle pravidel platných pro zdravotnickou dokumentaci vedenou v listinné podobě.

2. Systém ochrany musí být vytvořen tak, aby chránil nejen osobní a citlivá data nemocných a vyšetřovaných, ale také aby chránil



duševní vlastnictví tvůrců zdravotnické dokumentace a chránil zdravotnická zařízení před důsledky modifikace anebo případné ztráty sdílených dat.

3. Souhrnné statistické vyhodnocení údajů poskytovaných v definovaném rozsahu zdravotnickými zařízeními k centrálnímu zpracování by mělo být pro tato zdravotnická zařízení bezplatně dostupné.

ČLÁNEK 6

■ Práva pacienta

1. V případě elektronického způsobu

vedení zdravotnické dokumentace musí mít pacienti stejná práva jako při vedení zdravotnické dokumentace v listinné podobě.

2. Pacient musí mít právo na kopii své zdravotnické dokumentace a na výpis z ní.

3. Převod informací nebo rozšíření přístupu do zdravotnické dokumentace musí podléhat souhlasu pacienta, nestanoví-li obecně závazné právní předpisy jinak.

4. Pacient by měl mít možnost omezit přístup k části své zdravotnické dokumentace pouze pro určité zdravotnické pracovníky (např. v případě psychiatrické dokumentace).

ČLÁNEK 7

■ Závěrečná ustanovení

1. Tímto závazným stanoviskem nejsou dotčeny další povinnosti při vedení elektronické zdravotnické dokumentace, které stanoví obecně závazné právní předpisy.

2. Toto závazné stanovisko bylo projednáno a schváleno představenstvem ČLK dne 18.1.2009 a nabývá účinnosti dne 30.1.2009.

Změna pravidel placení tzv. regulačních poplatků Tiskové prohlášení prezidenta ČLK

MUDr. Milan Kubek

prezident ČLK

Změnu pravidel placení tzv. regulačních poplatků, kterou přijal Senát ČR a kterou dne 11.2.2009 schválila Poslanecká sněmovna, lze považovat za přijatelný kompromis, který výrazně zmírňuje asociální a nesmyslný systém zavedený bývalým ministrem zdravotnictví Dr. Julínkem. Nová pravidla osvobozující od placení poplatků dětí již neodporují evropské tradici financování zdravotní péče na solidárním principu.

Změna pravidel pro placení tzv. regulačních poplatků jistě není ideální, ale jde o krok správným směrem. Životaschopnost tohoto kompromisu pochopitelně prověří čas. Jedním z nedostatků, který by měl být odstraněn, je např. placení tzv. regulačních poplatků u levných léků, zatím co léky dražší - s doplňkem pacienta, by měly být vydávány bez regulačního poplatku. Tato změna prosazená ministerstvem výrazně zvýší náklady zdravotním pojišťovnám. Farmaceutické firmy, distributoři léků i lékárny totiž motivuje ke zdražování léků, a to v některých případech až do limity maximální cenou. Výdaje za léky tedy porostou ještě rychleji než v roce 2008.

Česká lékařská komora trvá na tom, že propad příjmů způsobený změnou pravidel pro placení tzv. regulačních poplatků, musí být zdravotnickým zařízením kompenzován. V této souvislosti oceňuji slib ministryně zdravotnictví Ing. Filipiové, že využije vliv ministerstva na vedení zdravotních pojišťoven a splnění tohoto požadavku lékařské komory zajistí.

V této souvislosti je třeba upozornit, že výpadek příjmů se netýká pouze praktických lékařů pro děti. Požadujeme kompenzaci pro všechny soukromé lékaře i pro nemocnice. Jako nejspravedlivější se jeví cesta proplácení tzv. signálního kódu o nevybrání tzv. regulačního poplatku. Dokud nebude splněn tento oprávněný požadavek ČLK, doporučuji soukromým lékařům a ředitelům nemocnic, aby nepodepisovali dodatky ke smlouvám se zdravotními pojišťovnami.

Vzhledem k tomu, že změny pravidel placení tzv. regulačních poplatků výrazně zmírňují asociálnost a tvrdost systému prosazeného bývalým ministrem zdravotnictví Dr. Julínkem, vyzývám tímto hejtmany a krajské zastupitele, aby schválenou změnu zákona respektovali a ukončili dotování těchto poplatků pro některé pacienty. Úřad na ochranu hospodářské soutěže, na který se s podnětem v této věci ČLK obrátila, sice nekonstatoval, že by šlo o nedovolenou veřejnou podporu některých zdravotnických zařízení, avšak zároveň upozornil, že rozhodovací pravomoc v této věci má od vstupu

ČR do EU Evropská komise. ÚOHS se zároveň dosud nevyjádřil k našemu dotazu, zda nedochází k porušování pravidel hospodářské soutěže. V každém případě, a to bez ohledu na protichůdné názory právníků, dochází ke zvyšování chaosu ve zdravotnictví a někteří občané, kteří navštěvují zdravotnická zařízení, v němž kraje poplatky nedotují, se mohou cítit znevýhodnění, obdobně jako zdravotnická zařízení, která nejsou zřizována kraji.

Česká lékařská komora není aktivně legitimována k podávání žaloby v této věci, protože není podnikatelským subjektem a nemůže tedy být případnou nekalou soutěží poškozena. Bez ohledu na nejistý výsledek případného sporu, poskytnete však právní oddělení ČLK na požádání soukromým lékařům vzor možné žaloby pro podezření z porušování pravidel hospodářské soutěže, k němuž by mohlo docházet při darování regulačních poplatků pacientům, kteří využívají služeb některých zdravotnických zařízení. Právní oddělení ČLK připraví pro soukromé lékaře rovněž text možného podnětu k Evropské komisi.



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Stanovisko k problematice proplácení očkovacích látek

V současnosti vzhledem k nedostatku očkovacích látek se na nás obracují různé subjekty (kolegové, pobočky VZP, ostatní zdravotní pojišťovny) s dotazem zda je možné dodatečně proplatit náklady na očkovací látky, které byly zakoupené přímo pacientem a jedná se o očkovací látky, které se jinak používají pro povinné očkování.

Vzhledem k tomu, že dosud nebyla schválena novela zákona o zdravotním pojištění, nemají zdravotní pojišťovny možnost hradit očkovací látky z prostředků základního fondu zdravotního pojištění. V současnosti tedy pouze mohou přispívat z preventivních fondů na očkovací látky, které jsou buď alternativou povinného očkování a nebo jsou nabízeny nad rámec povinného očkování. Z tohoto pohledu by příspěvek, který je paušální bez upřesnění typu očkovací látky

použit na proplácení bylo možné, bohužel to ale omezí použití tohoto finančního zdroje pro jiné účely, např. nepovinné očkování. Bohužel tedy není legislativní možnost, která by v současnosti umožnila zdravotním pojišťovnám očkovací látky pro povinné očkování dodatečně proplácet. Stejně tak není možnost v případě zakoupení tuto finanční částku nárokovat u státu, který v současnosti povinné očkování financuje.

Doporučujeme tedy napřít pozornost směrem k zajištění dostupnosti hrazených očkovacích látek, aby nedocházelo k výpadku na straně distributorů, což je náš prioritní úkol. Změna financování by měla znamenat zlepšení distribuce a otevření možnosti financování očkovacích látek zdravotními pojišťovnami a nemuseli bychom již řešit tento problém.

Aktuální informace týkající se novely vyhlášky o očkování

Tato vyhláška dosud nevstoupila v platnost, řeší se drobný legislativní rozpor, ale dosud není známo jaké bude další řešení a hlavně kdy bude možné, aby se pod vyhláškou objevil poslední podpis paní ministryně . V optimální variantě by mohl být podepsána v průběhu března. Je ale jisté, že nevstoupí v platnost od 1.3.2009. Vzhledem k tomu, že vakcína Boostrix-IPV pro děti mezi 10.-11. rokem bude v ČR k dispozici od dubna letošního roku, bylo by vhodné, aby do té doby nejpozději byla vyhláška účinná. Budeme se snažit Vás ihned informovat mimo jiné i proto, aby bylo zcela jasné od kdy již končí revakcinace proti TBC, resp. od kdy již nebudou děti zvané na kalmetizaci.

 KRAJSKÁ NEMOCNICE
T. BATI, a. s.



VI. FESTIVAL KAZUISTIK

Pediatrická konference

30. 4. - 2. 5. 2009

DK Elektra, Luhačovice

Konference se koná pod záštitou
České pediatrické společnosti,
a garancí OS ČLK Zlín

Bližší informace, program a přihlášky na

www.feskaz.cz

Produkční agentura B/P/P Zlín

Dětská 4617 • 760 05 Zlín 5

Tel.: 577 219 803 • Fax: 577 001 465

e-mail: produkce@bpp.cz

AKCE BUDE V RÁMCI POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ OHODNOCENA KREDITNÍMI BODY PRO LÉKAŘE

VOX PEDIATRIAE
časopis praktických lékařů pro děti a dorost



Léčení asthma bronchiale, atopického ekzému, onemocnění ledvin a močových cest v Dětské lázeňské léčebně Lázně Kynžvart

prim. MUDr. Josef Nebesař

vedoucí lékař Dětské lázeňské léčebny Lázně Kynžvart

Souhrn

Díky specifickým klimatickým podmínkám jsou Lázně Kynžvart dle Statutu lázeňského místa nejvýznamnější lokalitou v ČR pro léčení nespecifických nemocí dýchacích cest u dětí.

Nejčastější diagnózou z těchto respiračních onemocnění je asthma bronchiale. Procento dětí s tímto onemocněním neustále stoupá a první příznaky se objevují u pacientů v nejtútlejším věku. Právě od tohoto věku, již od 2 let, začíná u dětí i lázeňská léčba v DLL Lázně Kynžvart.

Při zahájení komplexní lázeňské léčby je stanoven každému pacientovi individuální léčebný plán podle diagnózy a jeho aktuálního zdravotního stavu. Tento plán obsahuje množství a druhy procedur, které přispívají ke zlepšení zdravotního stavu pacientů. Lázeňská léčba bronchiálního astmatu i ekzematiků probíhá u dětí od 2 do 15 let, resp. do ukončení základní školní docházky. Děti bez doprovodu mají pobyt dlouhý 6 – 8 týdnů, děti s doprovodem jednoho z rodičů 4 – 5 týdnů.



Asthma bronchiale je definováno jako chronické zánětlivé onemocnění dolních dýchacích cest se záchvatovitým kašlem a stavy dušnosti. Obstrukci je nutno předcházet protizánětlivou léčbou medikamenty a celkový stav organismu dítěte posilovat komplexní lázeňskou léčbou. Protizánětlivou léčbu ordinuje alergolog a praktický lékař pro děti a dorost. Lázeňská léčba se uplatňuje již při eliminaci rizikových faktorů, které vznik onemocnění podporují nebo jeho

průběh zhoršují, účinkem léčebných faktorů podhorského klimatu léčebny s vysokým stupněm čistoty ovzduší s nízkým obsahem alergenů a bakterií, vysokou relativní vlhkostí vzduchu danou blízkostí rozsáhlých smíšených lesů a optimální délkou léčebného pobytu. Plicní funkce jsou kontrolovány u dětských pacientů spirometrickým a oxymetrickým vyšetřením, které provádíme při nástupu a před skončením léčebného pobytu i v jeho průběhu.

Nejúčinnější léčebnou metodou je inhalační terapie s využitím minerálních vod. Lék je podáván cíleně na bronchiální sliznici a má tudíž nejméně nežádoucích vedlejších účinků. Nedílnou součástí komplexní lázeňské léčby astmatu je pohybová léčba – kondiční cvičení a dechová gymnastika, dále masáže a míčkování ochablých svalových skupin, nácvik vzpřímeného držení těla, nácvik správného dechového stereotypu a tím odstraňování uvolněného sekretu z dýchacích cest.

Vodoléčebné procedury - střídavé noční koupele (kontrastní teploty), skotské střiky (kombinace kontrastních teplot a tlaku), Hubbardova lázeň (kombinace tlaku a teploty vody pro posilování ochablých svalových skupin) mají stimulační vliv a přispívají ke zvýšení odolnosti a adaptaci organismu na zátěžové situace (hlavně vůči infekcím). Saunování zvyšuje odolnost organismu a celkovou kondici posiluje plavání a cvičení v bazénu bez chloru, jehož voda je ošetřována ozonizací.

Po zavedení regulačních poplatků v roce 2008 klesl počet vystavených návrhů dětí na komplexní lázeňskou léčbu o 30%, přestože incidence dětských astmatiků v posledních desetiletích výrazně stoupá.

Z kožních onemocnění se v Dětské lázeňské léčebně Lázně Kynžvart léčí atopický ekzém, psoriasis a ichtyosa. Atopický ekzém - nejčastěji léčené kožní onemocnění začíná již v kojeneckém věku. Kojenecký ekzém se vyvíjí na dispozič-



ním terénu, bývá pozitivní rodinná anamnéza na výskyt atopických chorob. Manifestace kožních projevů je provokována řadou vnitřních a vnějších faktorů.

Z **potravin** je to bílkovina kravského mléka, vaječný bílek, pšeničná mouka, citrusové plody a kiwi, ořechy, mák, ryby a mnoho dalších. Ze **zevních fyzikálních faktorů** jde o tření hrubým prádlem, vlněnými látkami, zapaření, moč. Dále přistupují **inhalační alergeny**. Jde o domácí prach, pyl, prach ze srsti zvířat, peří, roztoče a další. Největší obtíže působí svědění a následné škrábání kůže. Zhoršení nálezu na kůži se dostavuje po prodělání různých respiračních infekcí. Kůže ekzematika je velmi náchylná k sekundární infekci – impetiginizaci. Zhoršení dětského ekzému se dostavuje na jaře a na podzim. V létě se stav zlepšuje. Pobyť na slunci prospívá, chlad vadí. Významnou roli v léčbě hraje **změna prostředí** (vyloučení vlivu domácího prašného prostředí, styku s alergeny). V léčebně je dodržován antialergický režim. Při balneoterapii ekzematikům podáváme **přísadové koupele**. Otrubové koupele u zklidněných ekzémů, škrobové nebo ovesné koupele u akutně zhoršených ekzémů, koupele s olivovým olejem u ichtyosu, koupele se solí z Mrtvého moře u psoriasis.

Hlavním účinkem těchto koupelí je průnik léčebných látek z přísad do povrchných vrstev kůže a hojení ekzémových a psoriatických ložisek v těchto vrstvách. Po koupelích k lokální léčbě ekzematiků používáme olejové přípravky, které kůži promašťují nebo kůži zvláčňujeme emolienční.

Léčba mastmi se řídí podle stadia, rozsahu kožního onemocnění a věku nemocného. Užívají se kortikosteroidní preparáty ke krátkodobému léčení malých ploch akutně zhoršeného ekzému, dehtové preparáty se hodí na subakutní a chronické stavy, léčiva s obsahem ury nebo kyseliny salicylové na odloučení hyperkeratotických ložisek. V indikovaných případech se podávají antihistaminika, která mají protisvědčivý a sedativní účinek, stejně jako **fyzikální metody - biolampa**, spočívající v aplikaci polychromatického zdroje polarizovaného viditelného světla na ložiska akutně zhoršeného ekzému nebo psoriasis. Na základě odborné dermatologické indikace využíváme též účinků lokálních imunomodulátorů, popř. biologických preparátů.

Od roku 2007, po zániku Dětské lázeňské léčebny Miramonte v Mariánských Lázních, je spektrum indikací rozšířeno o indikační skupinu **nemocí ledvin a močových cest - XXVIII**.

V těchto indikacích přijímáme ke komplexní lázeňské léčbě děti od 2 let i dorostence.

Jako místní přírodní léčivé zdroje se zde využívají pro tuto indikaci zejména minerální vody.

Léčba nefrourologických pacientů zahrnuje pitnou léčbu, minerální koupele uhlíčitě, koupele přísadové s rašelínovým extraktem, peloidní zábaly, suchou uhlíčitou lázeň, LTV individuální, LTV skupinovou, řízenou terénní chůzí, masáž reflexní, klasickou masáž částečnou, krátkovlnnou diatermii, magnetoterapii, solux a pro vybrané indikační skupiny plavání a skupinovou LTV v bazénu, myofeedback a instruktáž s návčikem správné mikce.

Dietoterapie se řídí zásadami racionální dětské výživy s důrazem na pestrost stravy s dostatkem zeleniny a čerstvého ovoce, rovnoměrné rozložení dávek s přiměřeným energetickým obsahem během dne. U dětí s potravinovými alergiemi je sestavován individuální jídelníček ve spolupráci s dietní sestrou, který spočívá v **eliminačních dietách**, kdy jsou vyloučeny potraviny, které u nich vyvolávají alergické projevy. Obdobně je postupováno u dětí s močovými kameny.

Důležitý je **psychologický přístup** k pacientům a **edukace** jejich doprovodu.

Na základě dlouhodobého statistického sledování můžeme konstatovat, že **úspěšnost léčby**, spočívající v přeladění imunitního systému organismu, zvýšení obranyschopnosti, poklesu četnosti akutních onemocnění, zkrácení doby jejich léčení, snížení potřeby antibiotické léčby i další farmakoterapie, omezení komplikací základního onemocnění, počtu nutných hospitalizací a tím vším zkvalitnění života chronicky nemocných dětí a jejich rovnocenného začlenění do kolektivu zdravých vrstevníků, včetně sportovní aktivity, je vykazována u 75% odléčených dětí. Tyto výsledky



plně potvrdila čtyřletá studie „**Efekt komplexní lázeňské léčby u dětí s respiračním onemocněním vyjádřený farmakoeconomicky**“, která v léčebně proběhla v letech 2004–2007 a jejíž výsledky byly publikovány v periodiku ALERGIE č. 2 a č. 4/2007.

Představení léčebny naleznete na stránkách www.detskalecebna.cz

Adresa:

Dětská lázeňská léčebna Lázně Kynžvart,
Lázeňská 295, 354 91 Lázně Kynžvart
Tel.: 354 672 111 – ústředna
Tel.: 354 672 152 – přijímací kancelář
Fax: 354 691 323



Nemocnost dětí v Ostravě v důsledku znečištěného ovzduší

MUDr. Eva Schallerová

praktická lékařka pro děti a dorost, Ostrava Radvanice

Souhrn

Jako dětský lékař pro spádovou oblast Radvanic a Bartovic, což je periferie Ostravy, přímo sousedící s ArcelorMittalem, dříve Novou Hutí, pracuji nepřetržitě od roku 1984. Nemocnost dětí v této oblasti byla vždy poměrně vysoká a od počátku šlo v maximu případů o respirační infekty, postihující jak horní, tak i dolní dýchací cesty. Během let se průběhy nemocí měnily. Frekvence onemocnění byla podobná tomu, co v ordinaci vidím nyní, asi tak do poloviny 90. let. Pak došlo ke stabilizaci a určitému zlepšení a od roku 2001 se stav rok znovu zhoršuje.

A to v několika ohledech. První změna je v tom, že respirační infekty začínají postihovat čím dál tím nižší věkové skupiny mých pacientů, v podstatě se dá říct, že děti stonají už od narození. Další závažná změna spočívá v tom, že se záněty stěhují z horních do dolních etází dechových cest, a to, co pozoruju hlavně poslední dva roky, je neuvěřitelná agresivita těchto nemocí. Někdy stačí pár dnů a z původní rýmy má dítě rentgenologicky prokázaný oboustranný zápal plic.

Významně přibývá u zdejších dětí netypických alergií a hlavně bronchiálního astmatu. Během několika let se počty astmatiků v mé ordinaci v podstatě zdvojnásobily. Nárůst alergií je celosvětovým problémem, ale není mi znám žádný jiný případ, kdy k takovému „skoku“ došlo přirozenou cestou.

Nalézt odpověď na tento problém patřilo k nejsložitější části mého profesního života. K pochopení je nutno uvést jak příklady z praxe, tak i z teorie. A to jak s ohledem na dětský organismus, tak dospělý. Reaktivita na stejnou škodlivinu je různá právě s ohledem na věk. Dítě není zmenšenina dospělého, jeho imunitní aparát reaguje odlišně. Dítě bouřlivě reaguje na všechno. O to citlivěji samozřejmě i na škodlivinu v ovzduší. Děti dýchají na jednotku hmotnosti více než dospělí. Mají menší dýchací cesty i plíce a mají je také mnohem zranitelnější. Mají nezralý imunitní systém a pohybují se v nižší úrovni nad zemí. Jsou pohybově daleko aktivnější a více se pohybují venku.

To jsou obecná vysvětlení. Další už se týká jí toho, jak se vlastně organismus vyrovnává s jakoukoliv noxou. Většina smogových potíží, se totiž stále ještě řadí do kategorie nachlazení a má to svoji medicínskou logiku. Obecným

zánětem reaguje lidský organismus na cokoli, čím je napaden. Akutní zánětlivá reakce je prostě reakcí na přítomnost škodliviny. Probíhá stejně, ať už ji spustí virus, bakterie, pylový alergen nebo prach. K tomu, abych toto pochopila, jsem potřebovala více než 20 let praxe.

Odlišit virový zánět plic od zánětu plic vyvolaného prachem, je totiž v běžné praxi v podstatě nemožné. Navíc tkáň, která se tímto zánětem naruší, se následně stává enormně citlivou i pro běžné patogeny a je jen otázkou doby, kdy si na ni nějaký ten virový nebo bakteriální zánět „přisedne“ a zhorší celistvost i odolnost tkáně vůči dalším atakám cehokoliv. Koloběh potíží a nemocí se uzavře do bludného kruhu. Výsledkem bývá alergie.

Klasické alergie ovšem mají svoji logiku a příčiny. Běžná nemoc, virus nebo bakterie, mají svůj běžný, standardní průběh. Přijdou, napadnou organismus, vyvolají nemoc a odejdou. Patogeny tohoto druhu nevyvolávají potíže se střídavým průběhem. Několik dnů nemoc, několik dnů zdraví, pak zase nemoc a tak pořád dokola, především v období od října do února. Právě tato naprostá nepředvídatelnost mne nakonec dovedla k vysvětlení a poznání toho, co je příčinou.

Klasické typy pylových alergií mají svoje jasně definované údobí podle toho, co je pro daného jedince tím jeho specifickým alergenem a jen těžko lze pylem vysvětlit identické potíže, ale v průběhu zimních měsíců. A právě během smogové sezony se nejvíce trápí pyloví alergici. K vysvětlení mne dovedlo poznání, že molekula pylu je v podstatě shodná s molekulou smogu.

A také fakt, že i když šly děti z nemoci do nemoci, téměř nikdy neměly změny v klasických

imunologických vyšetřeních. Někdy snížené hladiny slizničních protilátek, ale to opravdu málokdy. Běžná vyšetření v podstatě téměř vždy fyziologická a v realitě nemoc za nemocí, nachlazení za nachlazením, potíže za potíží.

Nejčastější zdravotní projevy jsou povrchové, slizniční. Pálení, nosu i kůže, škrábání v krku, trvale tekoucí, vodnaté rýmy, odřeniny pod nosem, slzení a hnisání očí, otoky očních víček, dusivý, laryngální a pseudolaryngeální kašel, bolesti hlavy a únava. U větších dětí i kolísání krevního tlaku a časté závratě.

Až v dalších fázích, v průběhu několika dnů, postižení průdušek nebo plic. Pan doktor Šrám popisuje dopad na průdušky během asi týdne, já jsem tady zde totéž pozorovala během 3-5 dnů.

Potíže tohoto druhu způsobují tzv. T-lymfocyty, které jsou zodpovědné za tkáňový, povrchový typ imunity, v podstatě za imunitu „vstupních bran“ do organismu. Proto oči, nos, kůže, hrdlo, žaludek a střeva a samozřejmě plíce. Větší prachové částice ulpívají ve vyšších etážích, ty nejmenší putují až do nejmenších plicních sklípků a to se vším, co se na ně navázalo.

Všechny klinické potíže jsou vlastně výsledkem boje těchto buněk se škodlivinou, od které se snaží organismus očistit. No a protože jde o buňky, které jsou zodpovědné i za vznik alergií, je logické, proč v důsledku těchto alergií přibývá a není jistě bez zajímavosti, že tyto buňky zajišťují také obranu proti nádorům.

Znečištěné ovzduší nemáme jen my tady v Ostravě Radvanicích. Jsme sice na tom v celé republice nejhůř, proto jsou ty zdravotní problémy u dětí tak markantní, ale jinak se to dá reálně



srovnat s kuřáky a s počtem cigaret, které vykouří za den. My tady v Radvanicích jsme na tom asi jako kuřák, který vykouří 50-60 cigaret denně. Ostravu odhaduji na 30-40 a na zbytek republiky by připadlo nedobrovolné kuřáctví kolem 10-20 cigaret denně podle toho, v jak znečištěné lokalitě kdo žije. Z toho se pak dají odvodit zdravotní potíže i další průběh a prognóza.

My se tady už začínáme dusit, Ostrava kašle a zbytek pokašlává. Je to jako s tím kuřákem. Dřív nebo později ty potíže dostihnou každého. Plicním sklípkům je totiž naprosto lhostejné, odkud ten prach pochází. Dopad na organismus je úplně stejný, ať už jde o prach z průmyslové aglomerace nebo z dálnice.

Ve spolupráci s Experimentálním ústavem AV, jmenovitě s vědeckým týmem MUDr. Radima Šráma, DrSc. zde během listopadu 2008 proběhla první část výzkumného projektu „Studium zdravotních důsledků znečištěného ovzduší na Ostravsku s využitím genomiky – AIRGEN“. Jeho součástí je i podprojekt „Studium vlivu genetické výbavy na astma u dětí“.

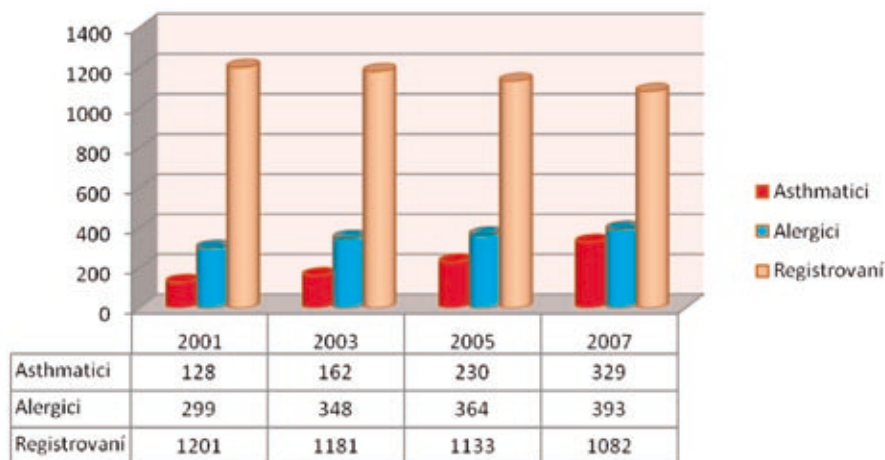
Studie probíhá u 100 dětí s diagnózou bronchiální astma a 100 dětí bez této diagnózy, registrovaných v mé ambulanci a stejně velkého vzorku dětí od 4 dětských lékařek v okrese Prachatice, kde je nízká úroveň znečištění ovzduší. Dětem ve věku 6-15 let byly odebrány vzorky krve, moči a slin.

V krvi bude stanovováno oxidační poškození DNA, bude izolována RNA pro stanovení exprese genů. V izolované DNA bude určován genetický polymorfismus několika set genů, který určuje např. schopnost organismu metabolizovat chemické látky. V moči bude určován kotinin, který indikuje zátěž dítěte pasivním kouřením. Ze slin bude izolována DNA, ve které budou stanoveny PAU-DNA adukty. Tato analýza bude provedena na pracovišti Prof. F. Kadlubara, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, AR, USA.

Výsledky o úrovni oxidačního poškození u jednotlivých skupin dětí budou známy asi už v březnu, ostatní výsledky asi do konce roku 2009. Jedná se o první studii takového rozsahu v Evropě, oblast Ostrava Radvanice a Bartovice byla vybrána na základě údajů o znečištění ovzduší i nemocnosti zdejších dětí.

Na závěr příkládám graf, jak se zvýšilo množství alergií a astmatu u zdejších dětí od roku 2001 do roku 2007.

Nárůst počtu alergiků a astmatiků 2001-2007



PRACOVNÍ SKUPINA PRO DĚTSKOU PNEUMOLOGII

ČESKÉ PEDIATRICKÉ SPOLEČNOSTI
ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI J. E. PURKYNĚ

pořádá

8. CELOSTÁTNÍ KONFERENCI DĚTSKÉ PNEUMOLOGIE



25. dubna 2009, Michnův palác, Praha

Registrace a informace na www.detskapneumologie.cz

ORGANIZAČNÍ A PROGRAMOVÝ VÝBOR

prof. MUDr. Petr Pohunek, CSc.

doc. MUDr. Jozef Hoza, CSc.

MUDr. Helena Honomichlová

HLAVNÍ TÉMATA

- 1) Zánětlivá onemocnění dýchacích cest a plicního parenchymu
- 2) Problematika vrozených vad a malformací dýchacích cest a jejich dlouhodobých důsledků
- 3) Kazuistická sdělení a 4) Varia

Akce má charakter postgraduálního vzdělávání a je garantována ČLS JEP ve spolupráci s ČLK a ČAS (ohodnocena kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání – účastníci obdrží certifikát o účasti.

Mediálním partnerem je **VOX PEDIATRIAE - časopis praktických lékařů pro děti a dorost**

Sekretariát konference, AMCA, spol. s r.o., Újezd 450/40, 118 01 Praha 1
tel.: +420 257 007 629, mobil: +420 731 496 060, fax: +420 257 007 622
e-mail: amca@amca.cz, www.cls.cz



Kazuistika: Zátěží indukované astma a dieta atopika

MUDr. Jiří Novák

Pracoviště pro imunologii a alergologii, Immunoflow spol. s r.o., Praha

Pacientka: S.Č., nar. 17.1.2000, vyšetřena 18.3.2008

Odeslána pediatrem k vyšetření na ambulanci litomyšlské nemocnice k vyšetření pro kolapsové stavy při tělesné zátěži.

RA: Otec chronická celoroční rýma, alergie na plíseň. Matka otce atopický ekzém.

OA: Narozena císařským řezem v 39. týdnu normální gravidity z indikace matky. Bez komplikací, kříšena nebyla. PH 2800 g, délka 49 cm. Kojena 6 měsíců, potom místo mléka dostávala z „preventivních důvodů“ a z důvodu „prevence zhoršení dermatitis“ sojový extrakt. Mléko nabízeno až od 26 měsíců života, pila ho však málo, jogurt a sýry měla sporadicky. Vitamin D dostávala od 6 měs. do 1 roku života. Ovoce bylo vyloučeno až do dvou let také z „preventivních“ důvodů, potom v jídelníčku spíše výjimečně. Restrikce mléka a ovoce byla doporučena alergologem. Supplementace vitamínem C nebyla zavedena.

V první polovině roku života se nepravdělně objevovala sotva patrná ložiska dermatitis na tvářích, předloktích a loktech. Od půl roku života do šesti let v podzimním až jarním období téměř každý měsíc akutní infekce horních cest dýchacích s projevy rýmy a kašle, poslech plic byl vždy normální. Od šesti let nemocnost menší. Během školní docházky mívá méně výrazné stavy nočního kašle nepravidelného výskytu, nezávislé na respirační infekci. Kašel se objevuje někdy také večer, a to zejména ve dnech, kdy je dítě déle venku a více běhá.

SA: Žákyně 2. třídy ZŠ. Od 4 let docházka do MŠ.

AA: Alergie na potraviny, léky, očkovací látky ani inhalační či jiné alergeny nezjištěna. Vyslovena neověřená obava, zda by ovoce a kravské mléko nezpůsobily zhoršení dermatitis. Expoziční ani eliminační test však nebyl proveden.

NO: V tělesné výchově nebo při živé hře se během posledního půl roku několikrát objevily prekolapsové stavy a jednou kolaps s mírně obluzeným vědomím a cyanosou rtů. Po delším a výkonu se dívka nadměrně zadýchá, musí se zastavit, přichází slabost, mžítiky před očima a závrať. Stav není většinou spojen s kašlem (sporadicky ano), dech není

provázen hvízdavými fenomény. Ústup zadýchání do 10 minut, úprava celkové slabosti do jedné hodiny.

Klidové dušnosti se neobjevují, respirační infekty probíhají bez ztíženého nebo hvízdaového dýchání, přechody z tepla do zimy nebo ze zimy do tepla nevedou ke kašli, inhalace kontaminovaného vzduchu dýchací cesty nadměrně nedráždí. Projevy atopického ekzému neudány, chronická rhinitis není.

Objektivně: Eutrofická, mesosomní. Kůže bez eflorescencí. Nos dobře průchodný, tonus bez patol. nálezu. Hrudník plochý, s Harrisonovou rýhou. Dýchání klidné, sklípkové, bez vedlejších fenoménů.

Labor. vyš.:

KO + diff. – Hb 96 g/l, Ery 4, 320x10¹²/l
Very 71 μ³, leu 9,2 x10⁹/l eo 8%.

Sérum: IgE 314 kU/l ECP 21 μg/l ALT, AST normální, Ca, P, Ca x P norm., ALP 6,8 μkat/l, Fe 5,9 μmol/l, Ferritin 13,4 nmol/l

Kožní testy prick: IgE mediovaná alergie na roztoc *Dermatophagoides farinae* a *Dermatophagoides pteronyssinus*.

Spirometrie- vitální kapacita plic, vteřinová vitální kapacita, křivka průtok objem (hodnocení podle prof. Zapletala):

Klidové vyšetření: Normální hodnoty i tvar křivky průtok-objem, FVC i FEV1

Bronchodilatační test po aplikaci 200 μg salbutamolu inh.: křivka i hodnoty bez signifikantních změn.

Bronchoprovokační test volným během na 6 minut: Běh přerušen po 4 minutách pro výraznou dušnost a expirační pískoty. Pokles sledovaných hodnot do pásma velmi těžké obstrukce dýchacích cest.

Bronchodilatační test po aplikaci 400 μg salbutamolu inh.: Úprava všech parametrů funkce plic do normálních hodnot.

Zá: Velmi těžký pozátěžový bronchospasmus s kompletní reversibilitou. Klidové parametry funkce plic normální.

RTG srdce plíce, EKG, kardiologické vyš. vč. ultrasonografie srdce, neurologické vyšetření, EEG: normální nálezy

Dg.: Námahou indukované astma s bronchiální hyperreaktivitou velmi těž-

**kého stupně. Alergie na roztoc bytové-
ho prachu a plíseň alternaria. Anaemie
hypochromní mikrocytární sideropenická.
Hypovitaminosa C, susp. stav po rachitis.**

■ Diskuze

- Positivní rodinná anamnéza na alergické onemocnění u jednoho rodiče znamená 30% pravděpodobnost alergické nemoci u probanda. Málo výrazná dermatitis na obličeji, předloktí a v krajině loktů v prvním roce života je zde suspektní pro dg. eczema atopicum, jehož incidence kulminuje v jednom roce života a v dalším věku klesá. Dg. eczema atopicum a pozitivní RA na alergii či ekzém by znamenalo v predikci astmatu podle Rodriguezové 2 body.
- Kolapsové stavy v tělesné výchově byly dominantním příznakem aktivního průduškového astmatu. Po upřesnění anamnézy byly vodítkem i večerní stavy kašle po delším a intenzivnějším pobytu venku a noční kašle v lůžku, související s bronchiální hyperreaktivitou a její možnou příčinou - alergií na roztoc.

Je třeba poukázat na některé nesprávné, ale bohužel často používané postupy při výživě kojenců, ohrožených alergií. U diskutovaného pacienta došlo tak k hrubým chybám:

- **Vyloučení kojeneckých preparátů kravského mléka** není jako prevence astmatu indikováno. Nejsou studie, které by prokázaly úspěšnost takového postupu. Ani samotná přítomnost atopického ekzému by neindikovala vyloučení bílkovin kravského mléka ze stravy z léčebných nebo preventivních důvodů. Toto opatření se musí zakládat na opakovaně pozitivním eliminačním a expozičním testu.
- **Příznivý vliv kojení na prevenci astmatu** není prokázán. Některé, zejména starší práce s relativně pozitivními výsledky jsou vyvráceny studiemi, které preventivní účinek kojení neprokazují nebo dokonce svědčí o zvýšené frekvenci astmatu u kojenných dětí (např. Tucsonská studie).
- **Na některé nesprávné, ale často používané postupy při výživě kojenců** ohrožených nebo nemocných alergií je třeba poukázat.

Beiersdorf - A4



Jsou patrné i u diskutovaného pacienta. Dítěti byla neindikovaně doporučena totální restrikce ovoce, tato restrikce se nezakládala na uznávané indikaci. Navíc, vitamin C nebyl ani suplementován. Otázka přísunu vitamínu C u opakovaně nemocných kojenců narůstá na významu také tam, kde je dítě krmeno předem zhotovovanými, konzervovanými přípravky. Pokud není otázka dostatečného příjmu vitamínu C řešena u opakovaně nemocné-

ho dítěte, jde o hrubou chybu.

• **Ani vitamin D** nebyl aplikován u pacienta v dostatečné míře. Výsledky novějších studií v poslední době svědčí o velmi aktivní účasti klacitriolu v imunitních pochodech a vysvětlují starou klinickou zkušenost o vysoké nemocnosti rachitických dětí. U zdravých, nekojených i kojených dětí je pro celou Evropu doporučeno aplikovat po celý rok života vitamin D a pokračovat v suplementaci vitamínem D i po 1 roce

života během zimních období.

Nedostatek vitamínu D se v dopadu na kalcifikaci kostí pomyslně sčítá s nízkým příjmem kalcia (eliminace mléka). Zůstane nevyřešenou otázkou, zda deformita hrudníku u pacientky nemá svůj původ v proběhlé rachitis. Navíc hypovitaminosa D může mít vztah k recidivujícím infekcím respiračního systému. U často nemocného dítěte nejde jen o preventivní, ale někdy i terapeutickou nutnost aplikovat alespoň 500 IU denně, v případě Vigantolu je potom nutné podávat ve dvou kapkách 800 IU denně.

• **Pokročilá sideropenická anemie** svědčí o tom, že ani metabolismu železa nebyl věnován dostatek pozornosti. Absorpce železa navíc klesá při nedostatečném obsahu vitamínu C ve stravě. Při hypsiderose bývají narušeny četné imunitní funkce, vztah tohoto stavu k recidivujícím infekcím je pravděpodobný.

■ Poznámka k terapii

Léčba popsaného onemocnění by při alergii na roztoče neprobíhala lege artis bez důsledné eliminace roztočových alergenů z prostředí, která vychází v první řadě z opatření v lůžku pacienta. Ta nemohou být účinná bez potažení matrace, polštářů a pokrývky speciálními polopropustnými povlaky z materiálu Pristine.

■ Závěr

Osmiletá dívka s astmatem indukovaným tělesnou zátěží. Bronchiální hyperreaktivita navozená během dosahovala takového stupně, že vedla až k velmi těžké obstrukci dýchacích cest s celkovými důsledky, projevující se dříve až kolapsem. Výživové karence, vzniklé v důsledku nevhodných diet, měly pravděpodobně vztah k vysoké nemocnosti dítěte, jejíž další příčinou byla roztočová alergie a atopie.

V dnešní praxi často zjišťované případy významných výživových karencí v důsledku nezdůvodnitelných, ilusorních „preventivních nebo léčebných“ opatření vrhají českou pediatrii v této oblasti desítky let zpět. Ani oblíbené kombinované výživové doplňky nemohou nahradit suplementaci jednotlivých výživových faktorů v promyšleném, individuálním dávkování. Pokud specialista ochuzuje výživu dítěte restriktivními opatřeními, musí iniciovat suplementaci chybějících složek.



ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. E. PURKYNĚ

ve spolupráci se

Společností pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP
Společností infekčního lékařství ČLS JEP, Společností všeobecného lékařství ČLS JEP
Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP
Veterinární a farmaceutickou univerzitou v Brně
a Slovenskou lékařskou spoločnosťou

pořádá

XIX. KONGRES ČLS JEP PRO LÉKAŘE V PRAXI S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ

ZOONÓZY, NÁKAZY S PŘÍRODNÍ OHNISKOVOSTÍ



22. 4. 2009, Hotel Olympik, Praha

Registrace a informace na www.cls.cz

PREZIDENTI KONGRESU

Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
předseda České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Prof. MUDr. Peter Krišťufek, CSc.
prezident Slovenskej lekárskej spoločnosti

ODBORNÁ GARANCE

MUDr. Pavla Křížová, CSc.

předsedkyně Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP

Doc. MUDr. Marie Staňková, CSc.

předsedkyně Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP

Prof. MVDr. Zdeněk Pospíšil, DrSc.

pedekán Veterinární a farmaceutické univerzity Brno

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

předseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnchová

předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP

HLAVNÍ TÉMATA

Nejzávažnější zoonózy, spolupráce humánní a veterinární medicíny • Riziká zoonóz na Slovensku • Zoonózy - diferenciální diagnostika u ordinaci praktického lékaře • Toxoplasmóza - výskyt a diagnostika • Campylobacter sp. - původce alimentárních zoonóz • Salmonelózy v České republice • Postupy při poranění zvířetem - možnosti profylaxe vztekliny • Vliv klimatických změn na šíření infekcí přenášených klíšťaty • Praktické aspekty očkování a přeočkování proti klíšťové encefalitidě • Klíšťová encefalitida a lymeská borrelióza pohledem klinika • Základní epidemiologické a klinické charakteristiky tularémie, změny ve výskytu v ČR • Migrace lidí a patogenů

Mediálním partnerem je **VOX PEDIATRIAE - časopis praktických lékařů pro děti a dorost**

Sekretariát kongresu, AMCA, spol. s r.o., Újezd 450/40, 118 01 Praha 1
tel.: +420 257 007 629, mobil: +420 731 496 060, fax: +420 257 007 622,
e-mail: amca@amca.cz, www.cls.cz



**Spoolečnost pro pojivové tkáně ČLS J.E. Purkyně
& Odborná společnost ortopedicko-protetická ČLS J.E. Purkyně
& Ambulantní centrum pro vady pohybového aparátu
ve spolupráci s NZZ Ortopedica s.r.o. & Českou podiatrickou společností**

Vás srdečně zvou na symposium

14. Kubátův podologický den

„Biomechanika a patobiomechanika, diagnostika a léčení vrozených a získaných vad pohybového ústrojí na makro-, meso-, mikro- a nano-úrovních“

Symposium v rámci *Dekády kostí a kloubů 2000 - 2010 patří mezi vzdělávací akce zařazené do systému celoživotního vzdělávání lékařů*



**Symposium se koná v sobotu 18. dubna 2009
v Lékařském domě v Praze 2, Sokolská 31 od 9.00 do 17.00 hod., registrace od 8.30 hod**

Přihlášky k aktivní účasti (včetně členěného abstrakta práce v elektronické podobě) zašlete do **28. února 2009** na kontaktní adresu organizátora

Kontaktní adresa organizátora: Doc. MUDr. Ivo Mařík, CSc.

Ambulantní centrum pro vady pohybového aparátu, Olšanská 7, 130 00 Praha 3, tel./fax: 222 582 214, e-mail: ambul_centrum@volny.cz

Registrační poplatek 300,- Kč bude uhrazen při registraci. Každý účastník obdrží program a abstrakta přednášek uveřejněná v Supplementu časopisu „Pohybové ústrojí“.

Mediálním partnerem je **VOX PEDIATRIAE - časopis praktických lékařů pro děti a dorost**



**ČESKÁ VAKCINOLOGICKÁ
SPOLEČNOST ČLS JEP**

V Hradci Králové 8.2.2009

Všem zainteresovaným

Věc: Stanovisko k postupu po výskytu nežádoucí reakce po vakcinaci Silgardem/Gardasilem či Cervarixem.

Vážení kolegové, na základě aktuální zkušenosti, kdy je některými tuzemskými pracovišti doporučováno zkřížené přeočkování Silgardem/Gardasilem po Cervarixu v případě výskytu nežádoucí reakce či naopak si dovoluji předložit následující doporučení:

1. Pro kombinované použití obou vakcín neexistuje dosud jakákoliv evidence a ani jeden z výrobců ji nedoporučuje. V případě typů 16 a 18 je sice antigenní shoda a předpoklad adekvátní imunitní reakce, avšak ostatní výbava vakcín je zásadně odlišná.
2. Daný postup je jednoznačně chápán jako off label.
3. V případě výskytu reakce je další dávku třeba odložit, frakcionovaná aplikace se nedoporučuje.
4. Podle doporučení je třeba 3. dávku aplikovat do 1 roku u Silgardu/Gardasilu. U Cervarixu je odstup od 1. do 2. dávky do 2.5 měsíce, není specifikován maximální odstup do 3. dávky (V případě těhotenství se však očkování přerušuje a schéma se dokončí po těhotenství, aniž by bylo nutné podávat další dávky).
5. V případě výskytu reakce za doprovodného onemocnění je nutné individuální posouzení, odložení očkování do doby stabilizace stavu a případná kontrola protilátek.

prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., PhD.



Kazuistiky na téma alergie

prim. MUDr. Martin Fuchs

přednosta Dětského oddělení, FN Na Bulovce, Praha

■ Kazuistika číslo 1

Donošený chlapec, nar. březen 2006. Otec pylová alergie, matka kontaktní alergie (kovy). Od 5. týdne věku se objevuje atopická dermatitida (AD), s rychlou progresí a postupnou generalizací. Ošetřován emoliencií, výjimečně používány masti s kortikosteroidy 1. třídy. Dle imunologického vyšetření v době plného kojení (5. měsíc věku) zjištěna senzibilizace k bílkovinám syrovátky (specifické IgE proti betalakoglobulinu jsou až 30 x nad normu) a bílku (spec. IgE 7 x nad normu). Matka začala držet dietu bez bílkovin kravského mléka a bez vajíčka. Dítěti doporučena probiotika - konkrétně preparát Colinfant a antihistaminika. Od 7. měsíce ke kojení postupně zavedena běžné zelenina, brambory, běžné ovoce, bílé i červené maso a z obilovin rýže. V 9 měsících provedeny první kožní (skin) prick testy (SPT), u nativního bílku byla velikost pupenu 20 mm a u nativního mléka 15 mm, a to při pozitivní kontrole pouhých 5 mm, tedy nálezy s vysokou výpovědní hodnotou, resp. s vysokou specificitou. Otestováno bylo i speciální dietetikum - mléčná náhrada s vysokou hydrolyzou (eHF - extensively hydrolysed formulae) s negativním výsledkem. V 1 roce věku senzibilizace stoupá, spec. IgE na bílkoviny kravského mléka (BKM) se pohybovaly v hladinách až 40 x nad normu, u bílku 15 x nad normu, nově se objevuje senzibilizace k arašídů (10 x nad normu), nicméně spec. IgE k základním aeroalergenům nemá. Do stravy pomalu od 11.-12. měsíce zaváděn i lepek. Ekzém do 12 měsíců krom podkolenní prakticky vymizel. Kojení trvalo 14 měsíců, s pečlivou dietou bez mléka a vejce, a to jak u matky, tak i u dítěte. Po ukončení kojení doporučeno eHF, při této dietě si ale matka občas všimá prchavých kopřivkových exantemů.

V 15 měsících dochází k první vážné nehoďe, dítě na sebe zvrhlo hrníček s mlékem (určen pro staršímu sourozenci), prakticky okamžitě dochází ke kontaktní kopřivce se silným svěděním, po úvodním neklidu dítě upadá do apatie až letargie. S touto systémovou reakcí přijíždí v krátké době do nemocnice, zjištěna tachykardie a hraniční hypotense, do 30 minut od příhody zaléčen jako anafylaktická reakce (předně adrenalin, systémové kortikosteroidy). Rodina vybavena druhý den záchranným autoinjektorem s adrenalinem

(Epipen 0,15), vysazen eHF a chlapec převeden na aminokyselinový preparát (AAF - amino acid formulae, Neocate), urtikárie vymizely, regredovaly i poslední ložiska dermatitidy. Při pokusu o nabídku bílé ryby (filé pravděpodobně z tresky) pozorovali 2 x zvracení. V 21 měsících přetestován (SPT), krabicové mléko 12 mm, kojenecké mléko 15 mm, eHF 5 mm, bílek 8 mm, žlutek 10 mm a arašíd 10 mm, negativní ostatní (stromové) ořechy, ale negativní i směr-ryby. Přesto se rybám raději vyhýbají. Dvakrát pozorován exantém kolem úst - poprvé u ovocné zmrzliny a podruhé u kolečka uzeniny - dodatečně u obou pokrmů zjištěna přítomnost mléka. K systémovým příznakům naštěstí nedošlo. Nikdy nepozorovali obtíže po požití vaječné bílkoviny, ani po požití ořechů, pravděpodobně ale jen pro důsledné dodržení eliminačních diet, omylu si nejsou vědomi. V 30 měsících věku dítě prospívá, skoro nestoná, frekvence lehkých respiračních infekcí je přiměřená věku, dítě má čistou kůži i fyziologickou funkci trávicího traktu včetně pravidelné formované stolice. Kontrolní spec. IgE - na jedné straně zjištěn pokles - možná prognosticky nadějný (u vajíčka 7 x nad normu, a především u syrovátky i kaseinu je zvýšení maximálně 5 x nad normu), na druhé straně u arašídů pozorován lehký vzestup (15 x) a poprvé zachycena i pozitivita spec. IgE lískového ořechu (dokonce 30 x nad normu), negativita zůstává u spec. IgE ryb (treska, tuňák). Nejzávažnější a překvapivý nález signalizují hodnoty spec. IgE základních aeroalergenů, nejvíce u stromů (15x) a především u trav (75 x). U dítěte i ve 3 letech věku pokračujeme v AAF, obvyklá denní dávka se pohybuje od 300 do 500 ml, většinou jako základ omáček, kaší a ovocných či kakaových nápojů. Eliminační dieta dodržována - bez BKM, vejce, ořechů a nakonec i ryb. V budoucnu očekáváme expozice, zda nedošlo k toleranci.

Komentář:

Z této kazuistiky plyne hned několik důležitých poznatků i poučení.

1. Jde o klasický příklad alergického pochodu (atopy march) u dítěte s pozitivní alergickou rodinnou anamnézou. Obtíže začaly v raném kojeneckém věku manifestací AD se zjištěnou senzibilizací k základním potravinám, ústup AD na eliminační dietě (nebo

spontánně?), s přechodem na časné kožní a dokonce i systémové reakce (mléko).

2. Prognóza chlapce je spíše pesimistická, vyhasnutí alergie je krajně nepravděpodobné. Dá se sice dle celosvětových zkušeností očekávat ústup senzibilizace k základním potravinám (až v 95% do 6 let věku), a tím i ústup nebezpečných systémových reakcí po BKM. Naopak přechod pozitivitu k proanafylaktickým ořechům bude mít pravděpodobně celoživotní charakter, s vysokým rizikem právě těch časných reakcí.
3. Zjištěná senzibilizace k pylovým alergenům varuje před rizikem nástupu respirační alergózy, první polinotické obtíže překvapit nemusí dokonce již v letošní pylové sezoně. A predikce obávaného astmatu je u dětí z původní mléčnou a vaječnou senzibilizací vysoko přes 50%. Z tohoto pohledu se dá očekávat nástup jiného typu senzibilizace (zvířecí alergeny, roztoči). A souvislost senzibilizace pylové a ořechové je více než pravděpodobná - v rámci fenoménu zkřížených alergií, tedy v rámci možnosti multiproteinové senzibilizace vůči rostlinným panalergenům (pylové i potravinové profilyny, 2S albuminy, expanziny, lipid transfer proteiny aj.).
4. K časné senzibilizaci došlo u plně kojeneho dítěte, ke spuštění imunologické reakce s nadprodukcí spec. IgE stačí u silně disponovaného jedince doslova jen nanogramy nativní bílkoviny - v našem případě bílkoviny syrovátky. Z literatury víme, že se do mateřského mléka (MM) žen s běžným příjmem BKM ve stravě dostane v antigenně nezměněné podobě od nuly až po 150 ng betalaktoglobulinu na 1 ml MM (resp. 150 µg/litr). Podobný etiologický mechanismus se obviňuje u některých kojeneckých kolik a u alergické kolitidy plně kojeneých dětí, v našem případě se senzibilizace k BKM přetavila v alergii kožní a později v časné systémovou reakci.
5. Reálná senzibilizace k několika málo nano až mikrogramům bílkoviny vysvětluje i občas pozorovaný neúspěch dietetika s vysokou hydrolyzou. Jde asi o 5% pacientů s alergií k BKM. Mléčná náhrada eHF typu není totiž nikdy zcela hydrolyzována, přítomnost nativní imunogenní syrovátkové bílkoviny (pro zvidavé je to bílkovina s molekulovou



hmotností nad 3000 - 5000 Daltonů) se v nejznámějších syrovátkových eHF Evropy pohybuje od 6 až po 120 ng/gram, resp. ml mléčné náhrady (práce profesorky Isolauri, Finsko). Což je kvantitativně v naprosté shodě s obsahem tohoto kravského betalaktoglobulinu v MM kojících matek (viz bod 4). V našem případě se po přechodu na eHF začaly objevovat urtikárie, což měl být signál nebezpečí, záhy na to došlo k anafylaxii.

6. Ukazuje se nesporná výhoda testování nativních potravin, pokud jsme testovali standardy alergenů, vycházely velikosti pupenů mnohem méně přesvědčivě, pod 5 mm, tedy v pásmu nízké výpovědní hodnoty. Obvykle testujeme i eHF, což jsme sice také učinili (v 9. měsíci), ale velký časový odstup od skutečného nasazení eHF (15 měsíců) nejspíš vedl k chybnému rozhodnutí. Poučení pro nás: každé dietetické rozhodnutí u potravinového alergika je třeba podpořit co možná nejčerstvějšími testy, v našem případě jsme měli přetestovat eHF právě v těch 15 měsících věku.

7. Naš případ upozorňuje i na existenci fenoménu, kterému říkáme skrytá alergie, lépe by bylo říkat skrytý alergen. Jinak svědomití rodiče podcenili, ztratili ostražitost a tím přehlédli nebezpečí v podobě ovocné zmrzliny a uzeniny. Pozor, i ve zcela nepravděpodobných potravinách se můžeme dočkat přítomnosti mléčných bílkovin.

8. Nevyjasněná zůstává etiologie zvracení po požití ryb, IgE zprostředkovaná senzibilizace vůči jedinému alergenu bílé rybí svaloviny (parvalbumin) se nepotvrdila. Nicméně rozhodující je klinika a tak se rybí bílkovině pro jistotu i v našem případě vyhýbáme. Mohlo by jít ještě o jedno možné vysvětlení. Až 80% ryb severních moří je napadeno parazitem - červ Anisakis - a senzibilizovaných vůči tomuto malému parazitujícímu červu stoupá (jde o panalergen členovců - tropomyosin). V nejbližší době tyto testy doplníme.

9. Velmi diskutabilní bylo odložení lepku do 1 roku věku dítěte, byť nebyla lepková senzibilizace potvrzena. Jde o rozhodnutí, které má svou historickou podstatu, ve světle

nových poznatků by se však od této preventivní diety mělo upustit. Obvykle se expozice lepkem u kojenců s alergií k BKM (a k vajíčku) odkládala do 10.-12. měsíce věku, motivem měla být naivní představa, že čím pozdější expozice, tím nižší riziko vzplanutí nové alergie. Výsledky posledních studií však prokázaly pravý opak: expozici lepkem neodkládat po 7. měsíci věku. Optimální

mléčné komponenty (určitě více betalaktoglobulinu, než by bylo v MM, pokud by matka nedržela dietu), takže se tím zásadně porušila eliminační dieta. Volme příště probiotika bez mléčné příměsi.

■ Kazuistika číslo 2

Donošené děvče, nar. březen 2005. Matka pylová senzibilizace - verifikováno až u nás.

Dítě kojeno do 11 měsíců, plně 6 měsíců, bez diety matky. Od 6 měsíce klasické příkrmy. Do 8 měsíce bez mléčných výrobků. První nežádoucí reakce po špenátu (s mlékem) v 8 m. a poté s odstupem týdne i po první mléčné kaši - pokaždé urtikárie, do 2 hodin zvracení a asi dvouhodinový průjem. Poté mléko zkusily v 11 měsících, po lžičce ihned kopřivka kolem úst. V té době provedeny první imunologické testy - spec. IgE k BKM vyšší, jako dietetikum doporučena vysoká mléčná hydrolyzáta (eHF), kterou snášel dobře. Později (14 m.) proveden i expoziční test s BKM, po třetí dávce opět kopřivka. Dietu bez mléka, resp. BKM, proto drží svědomitě do NO. Jen jednou se stala nehoda s kuřecí šunkou, zpětně zjištěno „obsahuje stopy mléka“. Dítě nijak zvlášť dobře neprosívá, v roce věku 8,5 kg, v 19 měsících 10 kg. Maminka občas (tak jeden den v týdnu) pozoruje řídké stolice, bez patologické příměsi.

NO: V 19 měsících věku nástup prudké gastroenteritidy - zprvu říhání, poté zvracení a především páchnoucí zelený průjem (syrovátkový zápach). Obviňována byla kočičí masová konzerva, z které si dítě den předtím omylem trochu odjedlo. Neupravené mléko ale dítě rozhodně nemělo. S těžkým průjmem bojovali doma 48 hodin, trvale bez teplot, dieta nebyla ale příliš optimální (např.: ponechány ovocné džusy), pro prohlubující se dehydrataci nakonec přijati na lůžko pražské infekční kliniky. Pokles váhy na 8,9 kg. Zde velmi rychlý ústup gastrointestinální symptomatologie při totální parenterální výživě. Překvapivě vychází nízké zánětlivé parametry (CRP, Leu), mikrobiologická vyšetření také opakovaně negativní, nepotvrzena ani virová ani bakteriální etiologie. Nedařila se však realimentace, ihned dochází k recidivě, především k návratu prů-

IMUNITA • TRÁVENÍ

Swiss
Natural Sources®

LAKTOBACÍLKY™

malé cucací pastilky s výbornou přírodní třešňovou chutí pro mlsné dětské jazyčky
doplňek stravy



- pro rekonvalescenci po antibiotické léčbě
- při zvýšeném riziku průjmů vyvolaných rotaviry a cestovních průjmů
- pro posílení imunity
- vhodné pro alergie
- při potížích dýchacích cest

- 3 kmeny, 1 miliarda aktivních buněk
- použita mikroenkapsulace - záruka maximálního prostupu živých organismů do střeva

LAKTOBACÍLKY probiotikum pro děti

Více info: tel. 241 430 910 • www.swissherbal.cz

termín přidání lepku do stravy kojence je 4-6 měsíc věku, a to i u plně kojených dětí. Po této době mírně stoupá riziko budoucí lepkové alergie, ale i lepkové intolerance (celiakie), zvláště u geneticky disponovaných jedinců. Souvisí si to nejspíš s potřebou včasného nastavení fenoménu orální tolerance. Odkládání antigenní stimulace vede k poruše této nesmírně důležité funkce kojenecké imunity trávicího traktu

10. Pozorný čtenář si ale měl všimnout ještě jedné chybičky v péči o našeho pacienta. Chlapec v určité fázi dostával probiotikum, to je víceméně naprosto v pořádku. Ale bylo opomenuto, že toto konkrétní probiotikum obsahuje nemalé množství



jmů. O neúspěšnou realimentaci se pokoušeli celkem 3 x. Po vyloučení infekční etiologie a pro alergologickou anamnézu dítě přeloženo šestý den na dětské oddělení stejné fakultní nemocnice. Zde provedeny ihned kožní testy (SPT) s nálezem: pupen na kravské mléko nativ 7 mm, vejce 10 mm, arašíd 5 mm, kočka 5 mm, ale ostatní aeroalergeny negativní, negativní vyšly i SPT s eHF, kuřecím masem, sójou a lískovým ořechem. Tato multiproteinová senzibilizace byla ověřena hladinami spec. IgE: vejce bílek 300 x nad normu (nejvyšší třída), syrovátka i kasein shodně 180 x, ořechy stromové 20 x, arašíd 10 x, rajské j. 10 x, mák 8 x, banán 6 x, dokonce i pšenice 5 x nad normu. Řada dalších potravinových spec. IgE (nelepkové mouky, ovoce, ryby, brambory, kořen. zelenina) a spec. IgE základních aeroalergenů vyšly v normě. Proběhlý stav byl tedy dáván do možné spojitosti s touto širokou senzibilizací, revidovány realimentační zásahy a zjištěno opakované podávání piškotů. Nabízí se proto jednoduché vysvětlení, šlo o alergii k vaječné bílkovině. Dítě propuštěno do dvou dnů s normální formovanou stolicí a s návratem k chuti k jídlu, na přísné eliminační dietě bez vejce, mléka a ořechů, období prvních 4 týdnů překlenuje s pomocí AAF (preparát s volnými aminokyselinami) a také s pomocí bezpečkových obilovin. Upozorněno na možné reakce po banánu a rajskému jablíčku. Po roce od této příhody dítě má 11,5 kg, dnes 14 kg, roste v rozmezí 25.-50. percentilu. Dodržují dietu bez vejce, bez BKM (na eHF), spec. IgE vejce i mléka vyklesávají na hladiny 80-90 nad normu, k normě klesly spec. IgE pšenice (lepek), banánu, rajského jablíčka, máku, ale překvapivě i ořechů. Při použití TAB (testu aktivity bazofilů) se však ukázalo, že krom BKM a vejce vychází vysoce pozitivní i senzibilizace

ke kuřecímu masu. SPT ve 3 letech mléko nativ 8 mm, vejce 10 mm, kuře 3 mm, ale jinak dalších 30 potravin negativních. Dítě nestoná, při kontaktu s kočkou se spustí rýma, asi 2 x pozorována kopřivka, bez zjištěné příčinné souvislosti. Nehoda se žádná nestala, dílem absolutní až úzkostlivou pečlivostí matky děvčete. V plánu zaslepená expozice mlékem (letos, tedy kolem 4 let věku?), později možná i expozice vajíčkem. Dá se totiž očekávat vyhasínání, nebo aspoň zmírnění případných nežádoucích reakcí, napoví i dynamika alergologických testů.

Komentář:

V této kazuistice jsme byli svědky jedné méně známé klinické diagnostické jednotky – šlo nepochybně o PROTEIN INDUKOVANOU ENTEROKOLITIDU (z anglického originálu – FPIES – Food protein-induced enterocolitis syndrome). Pro uniformnost etiologie, přítomnost těžkého střevního zánětu a efekt konkrétní eliminační diety se můžeme setkávat i s jinými názvy: „dietary protein enterocolitis“, nebo dokonce „cow-milk-induced enterocolitis“, „soy-induced enterocolitis“ či v našem případě „egg-white-induced enterocolitis“. Diagnóza FPIES není zas až tak příliš častá, k úniku skutečných případů ale nejspíš dochází jejím nevědomím poddiagnostikováním.

FPIES zahrnuje věk, způsob stravy, klinické symptomy, jakož i přímý či nepřímý průkaz IgE či non-IgE imunopatologické reakce, v optimálním případě průkaz přítomnosti zvýšených hladin specifických IgE (asi v 60% případů). FPIES postihuje děti v drtivé většině do 2-3 let věku, děti na běžné kojenecké či batolecí náhradní výživě. Příznaky jsou naprosto typické – profúzní zvracení (do 2-4 hodin po expozici) a excesivní průjem (do 5-8 hodin po expozici). To vede k rychlé dehydrataci, metabolickému rozvratu (hyponatremie, metabolická acidóza), hypotenzí a nezřídka i k sekundární methemoglobinemii. Stav připomíná toxickou (septickou) enteritidu, děti však mívají atopickou anamnézu a nemívají ani teploty, ani vyšší zánětlivé parametry. Pozor na zavádějící přítomnost krve ve stolici, u FPEIS není tento nálezný žádnou výjimkou. Kultivační vyšetření je ale pochopitelně negativní, parenterální rehydratace dramaticky zlepšuje stav, ale realimentace bez respektování alergického principu této nemoci vede k rychlé recidivě. O příčinu se ruku v ruce dělí bílkovina kravského mléka (až 50%) a bílkovina sójová (až 50%), dále bílkoviny vaječného bílku, méně často jde i o drůbeží maso (kuře, krůta), lepek, ale i o bílkoviny nelepkových obilovin (rýže)

a bílkoviny luštěnin.

Vraťme se ale do předchorobí FPIES. Děti jsou - nebo aspoň by měly být - svou potravinovou alergií více či méně postiženy. Trpí symptomy, které se někde shrnují pod pojem protein indukované enteropatie - matky upozorňují na občasná zvracení (mylně považované za GERD), na nechutenství, na intermitentní průjmy a na neprospívání (naš případ). Příznaky mohou být ale natolik mírné, že do té doby nevedly k podrobnějšímu vyšetření a odkryjí pravou tvář problému až při pozorně brané anamnéze. K plné manifestaci FPIES může dojít zcela náhodně bez zásahu do jídelníčku dítěte, ale většinou by měla předcházet náhodná či cílená eliminace osudové potraviny (relativně krátká) a následná – většinou náhodná - nekontrolovaná expozice. Léčba musí být rychlá a razantní. Musí se čelit nebezpečí šoku z dehydratace, na prvním místě parenterální aplikací náhradních roztoků. Zcela bezpodmínečně se musí pokračovat v eliminaci příčinné potraviny. Ne vždy se však o příčinné alergii vůbec ví (zvláště na infekčních odděleních, kam jsou děti nejčastěji odesílány), neznalost základní etiopatologické podstaty se nevyplácí, obtíže se pak vrací ve stejnou intenzitě. Dítě s opakovanými atakami akutní gastroenteritidy bez kultivační výtěžnosti, bez markerů infekčního zánětu, s pozitivní atopickou rodinou a osobní anamnézou (ekzém, urtikárie...) a s anamnestickými stravovacími obtížemi by mělo být odesláno k alergologovi k podrobnějšímu vyšetření včetně zacílení na možnou potravinovou senzibilizaci.

Eliminační dieta by měla trvat do 2-4 let věku, pak by mělo dojít k reexpozici, lépe pod dohledem lékaře. FPEIS se po třetím roce života vyskytovat nemá, pravděpodobně díky navození imunologické rovnováhy orální tolerance.

Ještě jedno poučení by z této kazuistiky mělo vyplynout. Co s očkováním, kde je obsažena vaječná bílkovina (chřipka, klíšťová meningoencefalitida, popřípadě některé další zahraniční vakcíny)? Nález pouhé senzibilizace (vyšší spec. IgE na vejce) není kontraindikací k tomuto očkování. Pokud víme o jasné alergické souvislosti obtíží s vejcem, pak je důležitý typ reakce. Pozdní (zhoršení ekzému) není kontraindikací, časná reakce anafylaktického typu však relativní kontraindikací je. Vajíčkem způsobená FPEIS se tak trochu může počítat mezi prudší systémové reakce, resp. mezi „gastrointestinální anafylaxe“, takže v našem případě očkování vakcínami s vaječnou bílkovinou nedoporučujeme. ■

OSPDL ČLS JEP
nabízí zájemcům zaslání jednoho
výtisku publikace

„Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost“,

na jehož vytvoření spolupracovala
spolu s odborníky.

Zájemci o tento výtisk, napište na
e-mail: centrum@detsky lekar.cz,
do hlavičky e-mailu napište heslo
„Manuál“, v textu zašlete vaši
korespondenční adresu.

Prevence alergií, intestinální mikroflóra a probiotika

RNDr. Dana Nováková

Klinika nukleární medicíny a endokrinologie 2. LF UK a FN Motol

Souhrn

V posledních desetiletích je pozorován značný nárůst alergických onemocnění u dětí. K tomuto nárůstu dochází především v ekonomicky rozvinutých zemích. Zvýšení je pozorováno ve všech skupinách alergických onemocnění. Především jde o atopický ekzém a alergickou rýmu. Nejdramatičtější je vzestup potravinové alergie a anafylaxe. Alergická onemocnění u postižených jedinců často přetrvávají do dospělého věku. Výzkumu těchto onemocnění je věnována velká pozornost. I přes to, že v posledních letech byly ve výzkumu učiněny značné pokroky, nebyly nalezeny jasné důvody, které vedou k tak dramatickému nárůstu incidence alergických onemocnění. Předpokládá se, že jde o řadu genetických vlivů a že se uplatňuje i mnoho faktorů zevního prostředí. Epidemiologické studie ukazují, že pro rozvoj onemocnění je kritickým obdobím časný kojenecký věk. Nyní je věnována pozornost vývoji strategií primární prevence.

Primární prevence je v řadě zemí doporučována hlavně dětem s vysokým rizikem pro rozvoj alergií. Za vysoké riziko je považováno to, jsou-li rodiče nebo sourozenec dítěte alergici. Riziko pro dítě je větší tehdy, jestliže oba rodiče mají stejné alergické projevy. Je však třeba vzít v úvahu, že až dvacetiprocentní riziko alergie má dítě bez anamnézy alergie v rodině. Rodičů, kteří nemají projevy alergie, je v populaci asi 70%, a tak se řada potencionálně alergických dětí rodí, aniž byly zařazeny do rizikové kategorie, proto je třeba ke všem dětem v raném dětství přistupovat jako k potencionálním alergikům. Mezi primární prevencí alergie podle kterých bylo dosud postupováno (1) lze zařadit:

1. omezení stravy (potravinových alergenů) matek v době těhotenství a v době kojení
2. vyhýbání se alergenům v době těhotenství a v době kojení
3. vyluční kojení po dobu minimálně 4 měsíců
4. dobu zavádění solidní stravy do jídelníčku kojenců
5. používání hypoalergenních formulí ve výživě dětí, které nemohou být kojeny
6. zařazení omega 3 mastných kyselin do stravy dětí
7. expozice mikrobům, použití probiotických bakterií

Již mnoho let se uplatňují jako primární prevence postupy, které byly popsány v bodech 1. až 6. tohoto přehledu. Ukázalo se, že není opodstatněné vyhýbání se alergenům v době těhotenství a v době kojení. Pozitivní význam vylučního kojení do doby 4 až 6 měsíců prokázala řada studií. Pevná strava má být zaváděna mezi 4 až 6 měsícem, oddálení pevné stravy, která obsahuje potravinové proteiny, je spojeno s rizikem alergie. Klinické studie také potvrdily

význam používání hypoalergenních formulí ve výživě dětí, které nemohou být kojeny. Několik prací bylo věnováno přínosu omega 3 mastných kyselin ve stravě. Jednotlivé postupy tedy mají buďto dílčí nebo žádný význam pro prevenci alergie. V současnosti se hledají další postupy, které by mohly zamezit alergickým onemocněním. V posledních letech byly zkoumány genové interakce podílející se na alergii a došlo také k rozvoji poznatků o poruchách regulací imunitní odpovědi, která vedou k alergii. Velká pozornost je nyní věnována složení střevní mikroflóry a vztahu bakteriálních podnětů hlavně k atopickému ekzému a k potravinové alergii.

Na povrchu sliznic, především na povrchu sliznice zažívacího traktu, je přítomna řada bakterií, které mají v našem organismu velmi významnou roli. Část z přibližně 500 druhů bakterií jsou bakterie, které příznivě ovlivňují stav našich sliznic a dobrou funkci našeho imunitního systému. Je známo, že narušení bakteriální flóry je spojeno s poruchami zdravotního stavu: s průjmy, záněty střeva, poruchami imunity, mezi než patří i alergie. Je tedy snaha obnovit normální mikrobiální flóru dodáváním prospěšných bakterií. Jde o nastolení správného počtu bakterií i správných proporcí mezi jednotlivými bakteriálními druhy. Probiotika jsou definována jako bakterie, které při podávání v dostatečném množství působí prospěšně pro naše zdraví. Do této skupiny patří bakterie mléčného kvašení: bifidobakterie, laktobacily a gram pozitivní koky.

Co vedlo k myšlence zasahovat do složení našich bakterií na sliznicích? Jedna z teorií snažících se vysvětlit vznik alergických, ale i autoimunitních onemocnění, je tzv. hygienická hypotéza. Poprvé byla předložena anglickým

epidemiologem Strachem (2), který v článku: „Senná rýma, hygiena a velikost rodiny“ popsal, že existuje souvislost mezi alergií a expozicí mikrobům v raném dětství. Ve své studii popsal, že expozice mikrobům je v rozvinutých civilizacích ovlivněna sanitárními opatřeními, životním stylem, vakcinací, léčbou antibiotiky a velikostí rodin (počet dětí v rodině). Dnešní možnosti vyšetření funkce imunitního systému mohou dokumentovat, že při nepřítomnosti správných mikrobiálních podnětů v dětství nedochází k rovnovážné stimulaci především specifické imunitní odpovědi a k vyváženosti jednotlivých větví imunitní odpovědi (regulace Th1 a Th2 odpovědi). Pro dozrání imunitní odpovědi (rodíme se s nezralou specifickou imunitní odpovědí) je třeba dodat imunitnímu systému přiměřené podněty. Probiotické bakterie, které jsou při fyziologických podmínkách přítomny ve střevě, představují podněty, které jsou pro náš imunitní systém bezpečné. V době po narození je intestinální flóra velmi důležitá pro aktivaci jak specifické tak i nespecifické imunity. Pro bakteriální osídlení dětí je velmi důležité, aby byla správně osídlena matka, která je největším zdrojem probiotických bakterií pro své dítě. Bylo prokázáno, že probiotika se nachází v mateřském mléce (3) je tedy odůvodněné pro prevenci alergií přidávání probiotika do kojenecké výživy. U dětí, které přichází na svět císařským řezem bylo prokázáno, že jejich mikrobiální flóra je odlišná, nebyly správně osídleny během průchodu porodními cestami. Velmi důležitým jevem je takzvaná orální tolerance (ustavovaná v raném dětství), při které dochází k tomu, že se imunitní systém naučí nereagovat na naši střevní mikroflóru a na potravinové alergeny. Tento jev se navozuje především v prvním půl roce života

a pro jeho správný průběh je nutná stimulace imunitního systému, na které se podílí probiotika. Správně navozená orální tolerance je velmi významná. Nedokonalé ustanovení orální tolerance vede k pozdější manifestaci alergických, ale i autoimunitních chorob. Intestinální flóra se také účastní v ochraně sliznic před patogeny. Přítomnost probiotických bakterií je nutná především v dětském věku, ale je důležitá pro stimulaci imunity po celý zbytek života.

Řada studií u dětí prokázala význam používání probiotik v léčbě průjemových onemocnění, po podávání antibiotik u nekrotizující enterokolitidy a alergií.

V léčbě alergií je použití probiotik především pro prevenci ekzému a léčbu potravinových alergií. Byl nalezen vztah mezi atopickými onemocněními a defektním osídlením sliznic. U dětí s projevy alergie je ve střevě méně prospěšných bakterií a jsou nacházeny nesprávné poměry mezi jednotlivými bakteriálními druhy. Pro prevenci a léčbu alergií se užívají především lakrobacily a bifidobakterie.

Řada publikovaných prací se věnuje použití probiotik u atopického ekzému. V práci finských autorů publikované v roce 2007 (4) byla matkám dětí s rizikovou anamnézou podávána směs 4 probiotických kmenů a prebiotik 2 až 4 týdny před porodem a dále pak dětem do 6 měsíců po porodu. Šlo o randomizovanou studii, kde jedna skupina brala placebo. Ve 2

letech testovali u dětí potravinové alergie, ekzemy, alergickou rýmu a astma. Dále specifické IgE protilátky a kožní test alergenů. Ve skupině s probiotiky došlo k statisticky významné redukci ekzémů a atopických ekzémů. V roce 2008 byla publikována multicentrická studie, která shrnovala práce týkající se probiotik v prevenci atopické dermatitidy (5). Tato práce shrnula výsledky randomizovaných studií (6 preventivních a 4 léčebných). Statistická analýza preventivních studií prokázala statisticky významné snížení rizika rozvoje dermatitidy. V léčebných studiích bylo prokázáno snížení skóre závažnosti onemocnění. Jiné práce se věnovaly použití probiotik v prevenci a léčbě potravinových alergií. Například Savilahti (6) ve své práci „Pre a probiotika v prevenci a léčbě potravinových alergií“ popisuje jednotlivé mechanismy, které se uplatňují při používání probiotik. Zmiňuje, že ve studiích na zvířatech i v klinických studiích bylo prokázáno, že modulace imunitního systému probiotiky vede k úspěšné prevenci i léčbě těchto alergií.

Jednotlivé studie někdy docházejí k rozdílným výsledkům. Některé studie pozitivní účinek probiotik neprokazují. Bahan (7) ve své práci o konverzích studií věnovaných potravinové alergii a probiotikům popsal důvody, které vedou k tomu, že studie věnující se prevenci a léčbě mají často velmi rozdílné výsledky:

1. používání různých druhů a kmenů probiotik
2. rozdílné dávkování
3. použití jednotlivých kmenů oproti kombinacím kmenů
4. metody podávání
5. věk v době podávání pro účely prevence
6. doba po začátku onemocnění v případě léčby
7. možnost koexistence potravinových alergií
8. dietní eliminace
9. omezené používání hypoalergenních formulí

Rautava (8) popsal možné mechanismy, kterými mohou probiotika redukovat atopickou chorobu, jsou to:

1. modulace základní kolonizace střeva
2. podpora bariérové funkce střeva
3. degradace alergenů ve střevě,
4. potencování nezralé imunity, tvorba slizničních imunoglobulinů A
5. signalizace prostřednictvím nespecifické imunity
6. modulace dendritických buněk a indukování regulačních T buněk.

Rautava navrhuje pro budoucí používání probiotik základní a klinický výzkum, který nalezne optimální probiotické kmeny s dobře definovanými indikacemi. Tak jako řada jiných autorů doporučuje pro to, aby byla mohla být probiotika zavedena jako léčiva a nikoliv doplňky stravy, byly provedeny další vysoce kvalitní klinické studie. Zařazení probiotik pro některé léčebné indikace mezi léčiva je nyní snahou lékařů v USA.

Většina publikovaných prací došla k závěru, že probiotika mají pozitivní vliv na zdravotní stav a že jejich používání je bezpečné. ■

1. Tang ML, Robinson M.: Allergy prevention - Current recommendations and new insights. *Aust Fam Physician*. 2008 Apr;37(4):204-8.
2. Strachan DP: Hay fever, hygiene, and household size. *BMJ*. 1989 Nov 18;299 (6710):1259-60.
3. Grönlund MM, Gueimonde M, Laitinen K, Kociubinski G, Grönroos T, Salminen S, Isolauri E: Maternal breast-milk and intestinal bifidobacteria guide the compositional development of the bifidobacterium microbiota in infants at risk of allergic disease *Clin Exp Allergy*. 2007 Dec;37(12):1764-72.
4. Kukkonen A a spol: Probiotic and prebiotic galactooligosaccharides in the prevention of allergic diseases: A randomised, double-blind, placebo controlled trial. *J Allerg Clin Immunol* 2007, 119:192-8
5. Lee J, Seto D, Bielory L.: Meta-analysis of clinical trials of probiotics for prevention and treatment of pediatric atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2008 Jan;121(1):116-121
6. Savilahti E, Kuitunen M, Vaarala O: Pre and probiotics in the prevention and treatment of food allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2008 Jun;8(3):243-8
7. Bahna SL: Reflections on current food allergy controversies: specific IgE test application, patch testing, eosinophilic esophagitis, and probiotics. *Allergy Asthma Proc*. 2008 Sep-Oct;29(5):447-52.
8. Rautava S: Potential uses of probiotics in the neonate. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2007, 12, 45-53

**Dětské klimatické pobyty o.p.s.
ve spolupráci s Výborem dobré vůle – Nadací Olgy Havlové,
Magistrátem města Plzeň a ÚMO Plzeň 3**

pořádají

**11. ročník Léčebných klimatických pobytů
pro rodiče s dětmi trpícími recidivami onemocnění
dýchacích cest, astmatem a ekzémy**

Chorvatsko – Istrie - od 26.6. do 12.7. 2009

a

ve Slovenské republice

pobyty od 17.8. do 28.8. 2009 v Nízkých Tatrách

s využitím termálních koupališť, jeskyní, výukou rhy a fakultativními výlety.

Předpokládaný nadační příspěvek na osobu stejný
jako v loňském roce kolem 3600 Kč.

Příhlášky do konce března.

Kontaktní adresy:

MUDr. Jiří Liška, CSc., Mulačova nemocnice s.r.o Dvořákova 17, 320 00 Plzeň,
tel.: 377 677 190, 191 a MUDr. Radana Pečenková, priv. dětská ordinace Plzeň
Slavny, Městská poliklinika, tel.: 378 014 251

Nestlé - A4 - Beba std.



Ze světa odborné literatury...

Cytomegalovirová infekce asociovaná s Menetrierovou gastropatií

Menetrierova choroba je onemocněním raného dětského věku charakterisovaná gastrickou hypertrofií a hypoalbuminemií ze ztráty proteinů žaludeční sliznicí. V práci jsou shrnuty četné kazuistiky této nemoci ve spojitosti s cytomegalovirovou infekcí. Popsali 8 dětí s touto nemocí a současnou CMV infekcí. Tento vzorek získali během pěti let. Střední věk v době onemocnění byl 32 měsíců. Nebyla patrná žádná dominance k pohlaví. Společnými symptomy bylo zvracení a edémy. Trvání symptomů před přijetím se pohybovalo kolem 3 týdnů a hodnota albuminu v séru mnohdy nedosahovala ani 50 % normálních laboratorních hodnot. U všech dětí se nálezy znormalisovaly. CMV infekce může být suspektní u každého dítěte podezřelého z gastropatie se ztrátou bílkoviny. K diagnostice může napomoci serologická reakce, ale rychlejší a přesnější je PCR. Pro těžké nebo komplikované klinické obrazy může být brána v úvahu léčba ganciclovirem. Pro praktické pediatrie je nutné vyšetřovat u dětí s edémy nejen standardní laboratoř, ale i celkovou bílkovinu a albumin, jak svědčí zkušenosti výše uvedené nebo zkušenosti s nefrotickými syndromy i diskretními edémy při různých klinických obrazech.

Eur.J.Pediatr.2008,167,11,1217-1220.

Školní funkce u 8-18 letých dětí narozených po in vitro fertilisaci

Účelem této studie bylo ohodnotit školní funkce a školní zralost u 8-18 letých dětí narozených po in vitro fertilisaci (IVF). Srovnali takto 233 dětí uvedené věkové skupiny se stejnou skupinou dětí, které se narodily po standardním počtí. Měřili edukační schopnosti, kognitivní rozumové schopnosti, školní výkony, speciální edukace, schopnosti opakování a i případné vývojové poruchy. Vycházeli z toho, že první děti narozené po IVF pocházejí z roku 1978. Dnes se přibližně 3 % dětí ve vyspělých zemích narodí po IVF. Také zde prezentují rizika po IVF, jako vícečetnost plodů, větší počet nezralých novorozenců nebo trans-

portovaných na JIP a další. Nejrůznější studie psychomotorického a mentálního vývoje u dětí do 3 a do 5 let věku neukázaly žádné závažné změny výše uvedeného charakteru.

Ani v této práci u již starších dětí nezjistili autoři žádné změny v uváděných testech ani v počtu studentů na středních školách z obou sledovaných skupin.

Eur.J.Pediatr./2008 167,1289-1295.

Obesita a spánkové poruchy u prepubertálních dětí

Obesita, chrápání a ospalost během dne se stalo základem pro práci, která porovnávala tyto potíže u 50 obesních dětí s BMI více než 1,67 a u 50 neobesních dětí ve stáří 6-9 let věku. Tyto děti byly polysomnograficky ohodnoceny přes noc a toto bylo následováno testem spánkové latence následujícího dne. Předpokládá se, že v přítomnosti obstruktivní spánkové apnoe mají obesní děti vyšší riziko excesivní denní ospalosti. Primární mechanismus chrápání je spojen s hypertrofií tonsil a velkou AV. Udává se, že i při nepřítomnosti těchto nálezu je riziko pro obesní děti 4-5x větší než pro neobesní a stoupá o každých 12 % na každém zvýšení BMI o 1 kg/m² hmotnosti. Z výsledků vyplývá, že střední obstruktivní apnoe/hypopnoe index pro obě skupiny byl podobný. U obesních 10,9 epizody / hodina spánku ku 12 episodám / hodina spánku u neobesních. Střední spánková latence pro obesní děti byla signifikantně kratší, tj. 12 minut než pro neobesní děti - 17,9 minuty. Dále 21 obesních dětí mělo střední spánkovou latenci menší 12 minut ve srovnání s 5 neobesními dětmi. Ostatní parametry včetně saturace kyslíku a indexu vzbouzení byly v obou skupinách přibližně stejné. Výzkumy připouštějí větší pravděpodobnost ospalosti během dne u obesních pacientů.

Pediatrics 123,1,2009.,13-19.

Transitorní elektrokardiografické abnormality po hrudních traumatech u dětí

Tupé postižení oblasti hrudníku při nepene-

trujících traumatech této oblasti může mít za následek elektrokardiografické abnormality. V posledních letech jsou opakovaně popisovány zvláště po dopravních nehodách a jiných úrazech u dětí, například po pádech z koní. Opakovaně jsou u těchto dětí popisovány na příjmových EKG blokády pravého raménka a jiné abnormality. Tupé poranění nebo kontuze kardiální oblasti má v popředí většinou jen nespecifické symptomy, může však existovat celé spektrum následných problémů. Incidence těchto postižení po hrudních traumatech se počítají od 3 do 56 % v závislosti na dg. metodách a zkušenostech lékařů. Jsou popisované i izolované sternální fraktury.

Holandští autoři popisují zkušenosti s úrazem 12 letého, před tím zcela zdravého děvčete. Toto spadlo z koně na ocelové oplocení a udeřilo se do kardiální oblasti hrudníku. Při přijetí na emergenci udávala určitý substernální diskomfort. Vitální parametry byly zcela normální. Na rtg hrudníku byla patrná distální sternální fraktura bez retrosternálního haematomu. Na EKG pak sinusový rytmus abnormální deviací osy srdeční doleva a kompletní blokády pravého raménka a ST elevací ve svodech II, AVF a ve svodech z levého prekordia. Na ECHO patrná normální komorová funkce bez intrakardiálního nebo vaskulárního postižení.

Hodnoty troponinu byly v normě po příjmu i za 12 hodin. Při dalším monitoringu se neobjevily žádné arytmie nebo intravaskulární komplikace. 12 hodin po přijetí se nálezy na EKG znormalisovaly. Diagnostika při kardiálních kontuzích je však velmi důležitá, ale diagnostické testy jsou nespecifické. Je známo, že některé změny u polytraumat jsou způsobeny diskrepancí v tomu sympatiku nebo vagu. U menších postižení je možné riziko po dobu 72 hodin. V literatuře však zatím není konsensus. Ačkoliv blokáda pravého raménka může být normální, kombinace s abnormálním sklonem je abnormální. Postižení převodového systému může být asociovaná s přechodným edémem oblasti nebo s náchylností tenčí pravé komory. Je nutné, aby praktičtí dětská lékaři při výše uvedených úrazech mysleli nejen na známé možné krvácení do parenchymatosiských orgánů, ale i na možné popisované kardiologické změny.

Eur.J.Pediatr.2008, 167, 1331-1333.

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



Aktuality...

Jde do vlády, aby „polidštila“ zdravotnictví

Změny ve vládě jsou hotové. A již včera, kdy je premiér Mirek Topolánek definitivně potvrdil, se ukázalo, že jeho sázka na křehkou ženu jakožto novou ministryni zdravotnictví může přinejmenším v jednom ohledu vládě pomoci.

Na rozhodnutí Topolánka vzít si do vlády senátorku Danielu Filipiovou reagoval stínový ministr zdravotnictví ČSSD David Rath až nezvykle vstřícně a mírně. Tatam byla drsná slova, která si dosud vyměňoval s Tomášem Julínkem.

„Mým cílem je polidštit zdravotnictví. Aby pacienti nemuseli prožívat to, co já. Tedy, aby je zdravotní personál nebral jen jako diagnózu, ale jako člověka,“ říká Filipiová.

A to Ratha zaujalo. „V tom s novou paní ministryní souhlasím. Pan Julínek viděl hlavní problém zdravotnictví v tom, že chybí trh a konkurence. Ale je to spíš v tom, že pacient se cítí ztracený a opuštěný. Teď ještě abychom se shodli, jak to řešit,“ řekl Rath. Jinak ho to, že si premiér vybral právě pražskou architektku upoutanou na invalidním vozíku, překvapilo. Filipiová, ač je jako senátorka členkou výboru pro zdravotnictví a sociální politiku, se totiž zatím do pútek s opozicí o to, jak mají vypadat zdravotní reformy, nijak nezapojovala.

Filipiová včera uvedla, že by ráda udržela na ministerstvu dosavadní Julínkovy náměstky.

MF DNES také řekla, že je připravena i s opozicí jednat o tom, jak by mohl vypadat kompromis ohledně poplatků ve zdravotnictví. A Rath je ochoten jednat. Socialisté jsou podle něj připraveni ustoupit od požadavku na úplné zrušení poplatků, když bude koalice akceptovat, aby se za recept platila maximálně dvacetikoruna (dosud je to třicet korun za položku na receptu). A především, když děti a důchodci nebudou platit přímo, ale třicetikorunový poplatek za ně zdravotnickým zařízením odvedou pojišťovny.

Topolánek o důvěru nepožádá Topolánek včera potvrdil i další změny. Ministra dopravy Aleše Řebíčka nahradí bývalý středočeský hejtman Petr Bendl. Počítá s tím, že na ministerstvu využije rad dalších bývalých hejtmanů za ODS, kteří na podzim prohráli stejně jako on ve volbách. Za fámou označil Bendl to, že by některý z nich měl být jeho náměstkem.

Za svou prioritu považuje Bendl přípravu na zavedení satelitního systému mýtného. Chce vyhnat nákladní automobily a kamiony z center měst. „Relativně rychle to lze udělat tak, že budou zavedeny váhy, které jsou schopny vážit bez personálu 24 hodin denně a vytlačit těžká auta na silnice, kam patří,“ uvedl Bendl.

Místo Džamily Stehlíkové ze Strany zelených zaujme a ministrem odpovědným za lidská práva se stane rocker Michael Kocáb.

Po rezignaci Jiřího Čunka se na jeho pozici ministra pro místní rozvoj posune Cyril Svoboda. Legislativu povede jeho jmenovec Pavel Svoboda. A do pozice místopředsedkyně vlády povýší lidovecká ministryně obrany Vlasta Parkanová.

Premiér Topolánek už včera poslal dopis s návrhem změn na Hrad a očekává se, že noví ministři budou jmenováni za týden.

Výzva opozice, aby po tak velkých změnách ve vládě požádal znovu parlament o důvěru, ho nechala chladným. „Nemyslím si, že se v této chvíli necháme vyprovokovat k něčemu takovému. To ať si řeší opozice sama. V souladu s ústavou,“ řekl v narážce na to, že opozice má možnost vyvolat hlasování o nedůvěře.

Jedenapadesátiletá architektka z Prahy je novou šéfkou resortu zdravotnictví. Devátým rokem je v Senátu za ODS. Od roku 1986 je po nezdařené operaci míchy na vozíku. Petr Bendl Bývalý středočeský hejtman za ODS povede ministerstvo dopravy. Patřil k Topolánkovým kritikům, ale pak se

s ním dohodl. Dvačtyřicetiletý kladenský politik je již více než šest let místopředsedou ODS. Michael Kocáb Byl frontmanem Pražského výběru, dohlížel na odchod sovětských vojsk z Československa. Teď se má čtyřiapadesátiletý muzikant stát ministrem bez portfeje odpovědným za lidská práva. Vybrali si ho zelení. Pavel Svoboda Šestačtyřicetiletý lidovecký politik, vzděláním právník, který teď působí jako velvyslanec Česka při Radě Evropy, bude novým ministrem bez portfeje odpovědným za legislativu. Byl dříve náměstkem Cyrila Svobody na ministerstvu zahraničí.

Zdroj: Dnes 16.1.2009

Nové neschopenky = fronty u lékaře

Podle nových pravidel vypisují neschopenky i specialisté. Ti jsou nyní zavazeni administrativou a nemají čas na pacienty

Nová nemocenská, která platí od 1. ledna, není bičem jen na simulanty. Potrápí i skutečně nemocné pacienty, kteří kvůli novým tiskopisům prosedí v čekárnách u lékařů více času než dosud.

„Nejšpičkovější odborníci naší nemocnice musí od Nového roku povinně vyplňovat spoustu formulářů o pracovní neschopnosti. To dříve nedělali a ani na to nemají vyhrazený žádný čas. Doplatí na to pacienti, kteří budou na svého specialistu čekat o desítky minut déle,“ kroučí nad novým nařízením hlavou Miloslav Ludvík, ředitel Fakultní nemocnice Motol v Praze.

Dosud veškerou agendu s nemocenskou vyřizovali praktičtí lékaři. I když pacienta léčil specialista, vedení nemocenské měl na starosti zpravidla praktik.

Od Nového roku je to jinak. Rozhodnutí o pracovní neschopnosti má podle nového zákona v rukou ošetřující lékař. Pokud jde chřipku, je to stále praktik. Ale pokud se pacient léčí se srdcem, vypíše mu neschopenku jeho kardiolog. Když utrpí úraz, formulář vyplňuje chirurg.

Jsou vytištěny téměř čtyři miliony formulářů S novým formulářem není podle lékařů lehké pořízení. Místo čtyř listů, které plnili loni, vypisují šest.

„Do standardní ani dlouhé obálky se nevejdou, ani po přeložení. Když zkusíte tento samopropisovací dokument propsat, nedokážete to. Vypisujeme tedy jednotlivé listy nebo zakládáme kopírák jako v minulém století,“ popisuje Jan Jelínek z Koalice soukromých lékařů. Ministerstvo práce a sociálních věcí, které nová pravidla vymyslelo, uznává, že se nepovedla. Špatný projekt už však nelze zastavit.

„Vím o tomto problému a řešíme jej. Vytvořili jsme pracovní skupinu, kde jsou zastoupeni i lékaři. Zvažujeme i možnost, že by se nemocenská zasílala elektronicky,“ říká ministr Petr Nečas (ODS).

Podle něj se regule změní ještě letos, ale až poté, co budou spotřebovány už vytištěné blankety. I v tom je kámen úrazu. Letos totiž právě kvůli novému zákonu o nemocenské nechali úředníci vytisknout vysoký počet formulářů.

„Na letošní rok bylo vydáno a zosláno 3 790 500 kusů tiskopisů,“ upřesňuje Jana Buraňová z České správy sociálního zabezpečení. Vzhledem k tomu, že čeští lékaři vypíší ročně na tři miliony neschopenek, dočkají se změny nejdříve někdy na jaře příštího roku.

Nemocnice to stojí miliony „Nikdo ze specializovaných lékařů to nevíta. Myslím, že v této podobě to nemůže zůstat. Na takovou obsáhlou agendu není v odborných ordinacích čas ani prostor,“ míní třebíčský chirurg Jaromír Šilhavý.

Když loni dělala Evropská unie průzkum spokojenosti pacientů, v jedné věci zdravotníci propadli. Nejvíce vadí pacientům právě to, že jsou čekárny přeplněné. „U mého kardiologa prosedím i hodinu, a to jsem objednaný,“ hrozí se dalších desítek minut navíc pacient Jaroslav Kozel. Některí



specialisté připouštějí, že nová pravidla obcházejí. Raději se domluví s některým z praktických lékařů, aby za ně nemocenskou vedl on. „Musel bych ordinovat čtyřicet hodin denně, nebo opustit půlku pacientů,“ říká onkolog, který v této souvislosti nechce být jmenován.

Zdravotníci mají pro zrušení nové nemocenské i mnohem pragmatičtější argument. Několikačetné rozesílání doporučených dopisů jim sebere tisíce korun.

Například v motolské nemocnici se ročně vystřídá na 800 tisíc pacientů ambulantně, dalších osmdesát tisíc lidí je hospitalizováno. „Máme zakázáno pod vysokou sankcí posílat formuláře jinak než doporučeně, ale nejsou zohledněny náklady. Ročně přijdeme o miliony,“ počítá ředitel Miloslav Ludvík.

Místo čtyř formulářů vyplňuje ošetřující lékař šest blanketů. Dva formuláře o začátku a ukončení pracovní neschopnosti posílá na správu sociálního zabezpečení. Další si odnášejí pacienti nebo si je nechávají lékaři. Ti musí vést evidenční deník a doporučenými dopisy hlásit správě jakékoli změny, například povolení vycházek či diagnózy. Za porušení hrozí sankce až 100 tisíc korun.

Zdroj: Dnes 17.1.2009

Recept přijde i e-mailem nebo na displej telefonu

Každé roční období začíná Michaela Divišová stejně. Návštěvou gynekologa. „Antikonceptci mi předepíše vždy jen na čtvrt roku. Pak musím pro nový recept,“ je smířena mladá žena.

Letos však může zavedenou tradici změnit. Státní ústav pro kontrolu léčiv připravil projekt, díky němuž pacientům stačí mít po ruce mobilní telefon nebo internet.

Lékaři jim totiž budou moci posílat recepty elektronicky.

„Pacient, který požádá o vystavení e-receptu, obdrží od lékaře identifikační číslo. Na jeho základě pak může v kterékoli lékárně obdržet požadovaný lék,“ vysvětluje ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv Martin Beneš. Podle něj tak výrazně posílí kontrola falešných receptů.

„Je na odpovědnosti lékaře, zda předepíše léčivo, aniž by vyšetřil pacienta a ověřil správnost užívání,“ řekla mluvčí ústavu Veronika Petláková Hospodářským novinám, které o projektu informovaly jako první.

O mnoho zdrženlivěji se na elektronické recepty tváří lékaři. „Pracuji v oboru, kde máme asi největší frekvenci návštěv. Takové řešení by určitě bylo výhodou. Ale myslím si, že by přesně mělo být stanoveno, jaká konkrétní léčba by šla předepsat elektronicky,“ upozorňuje gynekolog Jozef Janáč.

Diabetolog Jan Škrha však podobné řešení úplně odmítá. „Musím pacienta vidět, je absolutně vyloučeno, abych posílal recept počítačem,“ míní Škrha. Podle lékového úřadu by se takto mohly předepisovat třeba léky na alergii nebo hormonální antikoncepci.

První lékárny se mají k systému připojit už na konci ledna, do konce března musí být povinně vybaveny všechny. Na rozdíl od předepisujících lékařů - ti tuto povinnost nemají.

Lékárníci se s novinkou seznamují teprve pět dní. „Obávám se ale, že nástup elektronických receptů nebude tak razantní. Půjde především o to, jak rychle se bude databáze plnit. Něco jiného je vybavit systémem dva a půl tisíce lékáren oproti 40 tisícům ordinací,“ podotýká prezident České lékárnické komory Stanislav Havlíček.

Lékový úřad si od e-receptu slibuje ještě mnohem víc. Ze zaznamenaných údajů bude sestaven seznam všech léků, které pacient užívá či užíval, přehled zaplacených doplatků a cen léčiv. Podle Martina Beneše by pacienti mohli získat tyto informace i například z budovaných Czech Pointů. „Pokud vznikne registr osobních lékových záznamů, nebude problémem jej na Czech Point umístit,“ říká Hana Malá z ministerstva vnitra.

Zdroj: Dnes 7.1.2009

Najděte si lék na svou chorobu

Pacienti si mohou na nové internetové stránce najít veškeré informace o lécích, lékárnách, očkování či prohlídkách

Pacienti už nejsou vydáni napospas lékařům a lékárníkům. Včera dostali do rukou pomůcku, která jim přináší řadu dosud nedostupných informací o lécích, jež se prodávají v českých lékárnách, dobře je zorientuje ve zdravotnické terminologii a navíc doporučí, jaký lék použít na konkrétní problém.

Státní ústav pro kontrolu léčiv spustil internetové stránky, které nemají obdobu v žádném evropském státě.

Stačí si na počítači vyfukat adresu www.leky.sukl.cz a na obrazovce se objeví portál, kde zájemci najdou vše o lécích. A mnohem víc.

„Je to v podstatě náhradní systém za Jedna paní povídala..., který sestavili odborníci a za který stoprocentně ručí,“ říká šéf lékového úřadu Martin Beneš.

Co všechno nový web dokáže? Předně si v něm laik vyhledá detailní popis kterýchkoliv tabletek, mastí, injekcí, čípků a dalších léčiv, jež lékárníci prodávají. Od stolu a v klidu si tak může pročíst příbalový leták s žádanými a naopak nežádoucími účinky léku. Dozví se, kolik stojí, kdo a kde jej vyrábí a v jakém balení je na trhu.

„A co je pro pacienty důležité, bude moci porovnat cenu, za kterou mu ji nabídne lékárník,“ dodává Beneš.

Jak má vypadat gynekologická prohlídka Ale podrobná databáze léčiv, včetně informací o jejich padělcích, je pouze kostrou nového portálu, který stál daňové poplatníky půl milionu korun. Lidé mohou brouzdat internetovými stránkami stejně, jako když si listují v několikasetstránkové knize Domácí lékař.

„Najdou tam například kompletní informace o očkování, jak mají správně vypadat prohlídky u zubaře, praktického lékaře nebo gynekologa, a především si mohou vyhledat, jaké léky na jaké nemoci zabírají,“ popisuje šéf lékového úřadu Martin Beneš.

„Myslím, že je to báječný servis. Vždycky když jsem se chtěl o nějakém léku něco dozvědět, tak jsem šel na stránky nějaké internetové lékárny. Tady je ale všechno pohromadě,“ libuje si pacient Michal Tomášek z Břeclavi.

Lékaři jsou k novému portálu méně vstřícní. „V zahraničí jsou takové weby hojně užívané. Já osobně mám spíš konzervativnější postoj. Mám pocit, že pacienti by se měli více radit s praktickými lékaři,“ míní urolog Tomáš Hanuš.

Odpověď přijde do čtyřicetihodin Autoři zanesli do databáze přes padesát diagnóz, podle kterých si mohou laici vyhledat volně dostupné léky.

Trápí vás zácpa? Web vám nabídne na tři plné strany různých přípravků v různých cenách i dávkování, které vám uleví. Stejně se můžete s webem „poradit“, pokud vás trápí alergie, migréna, namožené svaly, křečové žíly nebo třeba bolestivý žlučník. Vyhledejte ty správné přípravky na odvykání kouření, problémy s kůží nebo na plísňová onemocnění, a to i mezi homeopatickými léky.

Pokud laik nenajde potřebné odpovědi ihned na webu, může se obrátit s dotazem přímo na odborníky. „Databázi budeme denně aktualizovat a naši lidé budou do čtyřicetihodin odpovídat i na dotazy čtenářů,“ slibuje ředitel Beneš.

Podle četnosti dotazů tak budou autoři neustále doplňovat nové informace - třeba o vzácných chorobách a jejich léčbě.

Zkouší se podobný lék i v České republice?

Při jakémkoliv kliknutí má čtenář po ruce překladový slovníček odborných lékařských výrazů. „Je sestaven tak, aby se pokud možno vázal k danému problému,“ vysvětluje Petra Keřková ze Státního ústavu pro kontrolu léčiv.

I když je nový lékový portál psán pouze česky, má přesah i do ciziny. Lépe řečeno - do zahraničního výzkumu. Například onkologičtí pacienti se



celkem lehce dopátrají informací, jaké léky se v naší zemi v současnosti zkoušejí a zda se do takového programu mohou třeba přihlásit.

„Dodnes si museli lidé vyhledávat některé informace na amerických webech. A to je trapné,“ říká šéf lékového úřadu Martin Beneš.

Právě podle amerických, ale i australských a kanadských portálů o lécích se český web „stavěl“.

„Nikde v Evropě tak otevřená databáze pro veřejnost neexistuje. Něco podobného mají v Dánsku a Velké Británii, ale tyto databáze jsou značně konzervativní,“ podotýká Beneš.

Co na webu najdete

Léky databázi všech registrovaných léků včetně ceny a částky, kterou hradí pojišťovna Lékárny databázi všech registrovaných lékáren Preventivní prohlídky přehled preventivních vyšetření hrazených ze zdravotního pojištění Očkovací kalendář přehled všech povinných očkování proti infekčním nemocem Slovník výkladový slovník odborných lékařských termínů.

Zdroj: Dnes 8.1.2009

Obtížný smír matky s dítětem

Jen díky specializovaným buněčným mírotvorcům dochází k soužití matky a dítěte v jednom těle. Nastávající matka si vyměňuje s plodem překvapivě velké množství buněk. Z matčina těla putují buňky krví přes placentu do organismu plodu.

Buněčný provoz v placentě je obousměrný. Také plod posílá do matčina těla své vlastní buněčné vyslance. Oba si nesou buňky toho druhého ještě dlouhá desetiletí po porodu a na jejich zdraví to má často zcela zásadní vliv.

V těle matky může propuknout bouřlivá reakce imunitního systému na buněčné uprchlíky z organismu plodu a vyvolat vážné onemocnění, kdy je organismus matky napadán její vlastní imunitní obranou.

U dětí, které onemocněly cukrovkou, byla zase zjištěna zvýšená přítomnost mateřských buněk ve slinivce.

Tým amerických imunologů vedený Josephem McCunem z University of California v San Francisku prokázal, že dramaticky reaguje na příchod matčiných buněk už organismus plodu. Vědci prověřovali mizní uzliny lidských plodů a objevili v nich překvapivě velké množství buněk pocházejících z těla matky. V jednom případě patřila matce dokonce každá stá buňka mizní uzliny plodu.

Poloviční vetřelec je také vetřelec

Buňky dítěte sice nesou polovinu dědičné informace matky, ale druhou polovinu dědí od otce. Matčina kompletní dědičná informace se od její poloviční verze v buňkách plodu liší a stejně tak se liší i buňky. Plodu nabízejí matčiny buňky celou řadu znaků, podle kterých v nich může plod rozeznat vetřelce. Dochází k tomu? Vědci si nebyli odpovědi na tuto základní otázku jisti. Pokusy na laboratorních myších nepomohly, protože imunitní obrana myšat začíná fungovat až po narození.

McCune a jeho spolupracovníci vyšetřili mizní uzliny lidských plodů a zjistili, že se v nich nacházejí bílé krvinky, jejichž úkolem je tlumit razantní imunitní obranu. Jak se ukázalo, navozují tyto bílé krvinky imunitní příměří mezi plodem a matčinými buňkami.

Když odejdou „modré přílby“

Jak vědci „mírotvorné“ bílé krvinky z mizní uzliny odstranili, zbývající imunitní buňky plodu na buňky pocházející z těla matky zcela nekompromisně zaútočily.

Lékaři byli přesvědčeni, že přežití geneticky „napůl cizího“ plodu v těle



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

První a stále jediná kvadrivalentní vakcína

určená k prevenci:

rakoviny děložního hrdla

cervikálních, vulválních a vaginálních premaligních lézí

a

genitálních bradavic

vyvolaných lidskými papilomaviry (HPV) typů 6, 11, 16 a 18.



Zkrácené informace o léčivém přípravku:

Silgard® injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce.

Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18]

(rekombinantní, adsorbovaná)(Papilomaviry humaní typus 6, 11, 16, 18 proteinum L1)

Indikace: prevence premaligních genitálních lézí (cervikálních, vulválních a vaginálních), cervikálního karcinomu a bradavic zevního genitálu (condyloma accuminata) v příčině souvislosti s lidským papilomavirem (HPV) typů 6, 11, 16 a 18. Indikace je založena na prokázané účinnosti u dospělých žen ve věku 16 až 26 let a na prokázané imunogenitě u 9- až 15-letých dětí a dospívajících. *)

Kontraindikace: přecitlivělost ke všem komponentám vakcíny, závažné akutní horečnaté onemocnění.

Dávkování: základní očkování - 3 samostatné 0,5ml dávky podané dle následujícího schématu: 0, 2, 6 měsíců. Všechny dávky musí být podány intramuskulárně během jednoletého období.

Upozornění: pro případ vzácných anafylaktických reakcí musí být k dispozici odpovídající léčebná opatření. Vakcína není určena k léčbě, nenahrazuje rutinní cervikální screening. Jedinci se sníženou imunitní reakcí nemusí na vakcínu zareagovat. Podávat opatrně jedincům s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace. **Interakce:** při současném podání s vakcínou proti hepatitidě typu B (rekombinantní) nedošlo ke klinicky významným změnám v imunitních odpovědích na obě vakcíny.

Použití hormonální antikoncepce neovlivnilo imunitní odpověď. **Těhotenství a kojení:** očkování odložit až na dobu po ukončení těhotenství. Může být podávána kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** velmi často erytém, bolest a otok v místě injekce, pyrexie, často zmožděnina, podlitina a pruritus v místě injekce, vzácně kopřivka, velmi vzácně bronchospasmus. Po uvedení na trh: Protože tyto účinky byly hlášeny spontánně, není možné spolehlivě odhadnout jejich četnost. Lymfadenopatie, nauzea, zvracení, reakce přecitlivělosti včetně anafylaktických/anafylaktoidních reakcí, syndrom Guillain-Barrého, závrať, bolest hlavy, synkopa. **Léková forma:** injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** v chladničce (2°C-8°C), ve vnější krabičce, chránit před mrazem.

Velikost balení: 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce se dvěma jehlymi - balení po 1 kusu. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-021 **Poslední revize textu SPC:** 2. 9. 2008 *) Všimněte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dříve, než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

06-09-GRD-2008-CZ-1419-J



© Registrovaná ochranná známka Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

© Copyright Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A., 2009. Všechna práva vyhrazena.

Merck Sharp & Dohme Idea, Inc., org.sl. *, Křenova 5, 162 00 Praha 6, tel.: 233 010 111, www.msdi.cz

* Affiliate of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.



matky je zajištěno imunitním příměří nastoleným matkou, jež se naučí plod tolerovat. Teď se ukazuje, že se na ustanovení imunitního smíru výrazně podílí i plod. „Matka a plod spolu komunikují v mnohem větší míře, než jsme si uměli představit,“ říká Joseph McCune.

Objev zveřejněný ve vědeckém týdeníku Science vrhá nové světlo na vývoj lidského imunitního systému. Ve vyvíjejícím se plodu vznikají i bílé krvinky, které jsou s to napadnout jeho vlastní organismus. Tělo se těchto nežádoucích ochránců zbavuje prostě a jednoduše tím, že je zabíjí.

Existence konejšivých buněk, jež navodí smír mezi plodem a matkou, naznačuje, že nebezpečné „sebevražedné“ bílé krvinky může plod zpacifikovat také konejšivými buňkami.

McCune našel konejšivé bílé krvinky vzniklé v plodu v reakci na vpád matčiných buněk i u bezmála dvacetiletých lidí. Je přesvědčen, že sehrávají v našem životě významnou roli ještě dávno po narození.

Nevhodná činnost konejšivých bílých krvinek se může například podepsat na výsledcích očkování. Konejšivé buňky mohou tlumit reakci na vakcínu a dítě pak není dostatečně chráněno před nebezpečnou infekcí.

Zdroj: LN 8.12.2008

■ Odpadky vrahem neuronů

Nový výzkum ukázal, jak přesně Parkinsonova choroba hubí nervové buňky

Nedbalá recyklace s sebou nese problémy. Zdaleka to neplatí jen pro likvidaci plastů, skla či papíru. Liknavá recyklace bílkovin v nervových buňkách mozku má za následek smrt některých neuronů, což se projeví Parkinsonovou chorobou.

Dlouhá desetiletí lékaři vědí, že se v mozku pacientů s Parkinsonovou chorobou a dalšími degenerativními onemocněními mozku objevují tzv. Lewyho tělíčka. Tyto bílkovinné chumáče jsou z valné části tvořeny molekulami bílkoviny alfa-synukleinu a vznikají uvnitř neuronů, které nedokážou recyklovat opotřebované bílkovinné řetězce. Záhadou zůstávalo, jak tato kalamita v buněčném „odpadovém hospodářství“ vyvolá smrt neuronů. Tým amerických vědců vedený Zixu Maem z Emory University přišel této záhadě na kloub. Zprávu o objevu vydal týdeník Science.

Většina případů Parkinsonovy choroby nemá jasnou příčinu. Někteří pacienti však chorobu dědí. Na vině bývá i defekt genu, podle kterého se vytváří v nervových buňkách mozku alfa-synuklein. Některé oběti Parkinsonovy choroby mají gen pozměněn tak, že podle něj vzniká škodlivá varianta alfa-synukleinu. Choroba propuká i v případě, že se v dědičné informaci pacienta zmnoží nenarušený gen a buňky pak produkují nadměrné množství alfa-synukleinu.

Bílkovina alfa-synuklein dokáže Parkinsonovu chorobu rozpoutat, ale není jasné, jak to provede, protože sama o sobě neurony zabít nedokáže. Zixu Mao došel k závěru, že alfa-synuklein musí mít nějakého mnohem neurvalejšího komplice. Mezi hlavními podezřelými se ocitla bílkovinná molekula MEF2D. Pokusy prokázaly, že v přítomnosti synukleinových „chumáčů“ nedokáže nervová buňka recyklovat opotřebované molekuly MEF2D. „Odpadní“ molekuly se hromadí a neuron nakonec zabíjí.

Mao a jeho spolupracovníci prováděli experimenty především na neuronech kultivovaných v laboratoři a na myších trpících poruchami nápadně připomínajícími Parkinsonovu chorobu lidí. Pochopitelně je ale zajímalo i to, zda alfa-synuklein brání recyklaci bílkoviny MEF2D také v lidském mozku. Vyšetření nervové tkáně obětí Parkinsonovy choroby jejich podezření potvrdilo. V mozcích parkinsoniků našli nápadně zvýšené hladiny bílkoviny MEF2D.

Nervové buňky potřebují bílkovinu MEF2D pro přežití. Tato molekula v nich zapíná a vypíná řadu životně důležitých genů. Před plněním této životně důležité role se musí nejprve navázat na dvojitou šroubovici

DNA. Pokud se v neuronech vytvoří chumáče alfa-synukleinu, molekul MEF2D v buňce sice přibývá, ale bílkovina zároveň ztrácí schopnost vazby na DNA a neplní své úkoly.

Molekuly MEF2D mohou představovat Achillovu patu nervových buněk. Její odhalení je příslibem do budoucna. Mao chce v dalším výzkumu hledat látky, jež jsou s to uvést koncentraci bílkoviny MEF2D v nervových buňkách do normálu. „Dostali bychom smrt nervových buněk při Parkinsonově chorobě pod kontrolu a neurony odsouzené jinak k smrti by mohly přežít,“ říká Zixu Mao.

Zdroj: LN 7.1.2009

■ Co chutná dětským jazykům

Rozsáhlý test chuťových schopností a preferencí u dětí a mládeže provedli dánská lékařská. Téměř devět tisíc souprav na testování chuti s detailním návodem rozeslal po tamních školách jeden dánský výzkumný tým. Děti si svou chuť odzkoušely během hodin přírodopisu. Zároveň vyplnily dotazník s údaji o tom, co jedí a co jim chutná.

Jak žáci, tak i učitelé přistoupili k testování s překvapivým zájmem a získaná data jsou nečekaně kvalitní. Vedoucí projektu Bodil Allesen-Holmová z Kodaňské univerzity konstatovala, že projekt přinesl celou řadu překvapivých zjištění.

Prokázalo se například, že dívky mají podstatně lepší chuť než chlapci. Jejich jazyky jsou o poznání citlivější jak na sladké, tak i na kyselé. Ke kyselé chuti byly dívky vnímavější o desetinu, u sladké dokonce o pětinu. Přitom nebyl mezi hochy a děvčaty pozorován rozdíl v počtu chuťových pohárků na jazyku. Lepší chuť dívek má zřejmě kořeny v - tom, jak jejich mozek zpracovává chuťové vjemy z jazyka.

Velkým překvapením bylo zjištění, že každé třetí dítě by dalo přednost neslazeným nápojům před slazenými. Děti měly během testu hodnotit chuť deseti vzorků nápoje, které se lišily jen sladkostí a kyselostí. Polovina dětí sice hodnotila jako nejlepší nejsladší vzorek, ale třetina dala nejvyšší známku vzorku bez cukru.

„Nápoje pro děti a mládež nemusí být vždycky sladké,“ říká Bodil Allesen-Holmová. „Preference sladkých nápojů může vyvěrat i z toho, že jsou na ně děti prostě zvyklé.“

Ve srovnání s dívkami tíhnou chlapci k preferenci silných chutí. Dávali nejvyšší známky jak nejsladším, tak i nejkyselejšími vzorkům. Asi 70 procent malých Dánů se přiznalo, že nejradši mají rybí maso.

S věkem se chuti dětí mění. Starší děti jsou v rozlišování chutí výrazně úspěšnější. K největší změně dochází ve věku třináct až čtrnáct let. V tomto období roste citlivost na kyselé. Ve stejném věku zároveň klesá obliba sladkých chutí. Zároveň děti přestávají být vybíravé v jídle. Zdá se, že obliba kyselých chutí a ústup vybíravosti v jídle jdou ruku v ruce. Nejméně zmlsané jsou děti, které mají rády kyselé.

Studie odhalila i krajové rozdíly v dětských chutích. Nejlépe vyvinutou chuť prokázaly děti ze severu Dánska. Ostatní dánské školáky výrazně trumflly v citlivosti na kyselou chuť a jejich převaha byla patrná i v citlivosti jazyka na sladké. Důvod rozdílu není jasný.

Zdroj: LN 6.1.2009

■ Sodík zhoršuje celulitidu

Držíte dietu, ale váha ne a ne klesnout. Cítíte se oteklí, a přemýšlíte, kde děláte chybu. Na vině může být nadbytečný příjem sodíku.

V poradenské praxi se denně setkávám s klienty, kteří již mají za sebou mnohé pokusy o zhubnutí. Nejprve zjišťuji, jaké jsou jejich stravovací zvyklosti, včetně pitného režimu. Nežádá-li se k podobné situaci: jídelníček je v pořádku, pohyb je přiměřený, ale váha zůstává stejná – potvrzuje zkušenost mnoha lidí, kteří se snaží zhubnout pomocí diety, dietoložka Václava Kunová.

Podle Kunové bývá často problém v nadbytečném příjmu sodíku.



Příjem sodíku u nás i v dalších vyspělých zemích je totiž několikanásobně vyšší, než kolik odpovídá potřebám organismu.

„Naši předkové přijímali denně 2 až 3 gramy soli a na toto množství je fyziologicky nastaven náš organismus,“ vysvětluje odbornice na výživu Ludmila Oliveriusová. Dnes lidé ve vyspělých zemích přijímají dvakrát až třikrát více sodíku než dříve.

Nadbytek sodíku se projevuje zvýšeným krevním tlakem. Dále může dojít k zadržování vody v těle, otokům končetin a zatěžování ledvin. Navíc pokud se v těle zadržuje voda, otoky se objevují v partiích, které jsou hůře prokveny, mimo jiné i v tukových polštářcích, čímž se viditelně zhoršuje celulitida.

„Nadbytek tuku a zvětšené tukové polštářky zhoršují cirkulaci v lymfatickém systému, a tím odvod zplodin metabolismu z tkání, což mimo jiné vede ke vzniku celulitidy,“ říká Oliveriusová. Dodává, že důsledky nadbytku sodíku ještě zhoršuje nedostatek draslíku. „Oba prvky jsou v těle potřeba v ideálním poměru. Pokud je jednoho nedostatek, druhý se prezentuje v nadbytku i když je ho normální množství.“ Škodí uzneniny, ale i příliš mineralizované vody. Za nadměrný přísun sodíku do organismu může například přílišné solení. Oliveriusová uvádí, že 2,5 gramu soli obsahuje jeden gram sodíku. Doporučené množství soli je tedy 6 až 7,5 gramu denně. Většina lidí ale v potravinách a nápojích přijme 12 až 15 gramů soli denně.

Mezi potraviny s vysokým obsahem sodíku patří některé druhy pečiva. „Velmi vysoký obsah sodíku mají i uzneniny, tvrdé i tavené sýry, instantní polévky a další instantní jídla a slané pochoutky, jako například chipsy,“ říká Kunová.

Tyto potraviny tedy raději nahraďte těmi, které mají obsah sodíku nízký. Patří sem ovoce, zelenina, jogurty či tvarohy, nebo maso, které ale nesmíte přesolovat.

Možná si říkáte, že při dietě žádná z potravin, které obsahují vysoké množství sodíku, nejíte. Příčinou jeho nadbytku v organismu mohou být ale i mineralizované vody. Vybírejte si tedy ty, které obsahují co nejméně tohoto prvku.

Přestože by voda neměla být příliš mineralizovaná, neměla by obsahovat ani příliš málo vápníku a hořčíku. Doporučuje se kupovat vody, které obsahují více než 10 mg/l hořčíku a 40 nebo 50 mg/l vápníku. Doporučený poměr těchto minerálů je 2:1 s tím, že více by mělo být vápníku. V opačném případě bychom podporovali vyplavování vápníku z těla a do budoucna by se zvyšovalo riziko osteoporózy.

Důležitý pro zdravou výživu je také dostatečný přísun tekutin. Uvádí se, že na deset kilo váhy bychom měli vypít denně asi tři decilitry vody. „Dostatečný pitný režim nezpůsobuje hubnutí, ale odvede nadbytek sodíku z těla. Tím se vyplaví i přebytečná voda a sníží se váha i objem těla,“ vysvětluje Ludmila Oliveriusová.

Převzato LN 24.6.2008

Právě vyšlo

2. aktualizované vydání MKN-10

je již promítnuto do nového definičního manuálu DRG verze 006.2009, který bude platný od 1. 1. 2009

Od nového roku bude muset každý lékař kódovat již podle této nové verze.

Vychází v kapesním vydání, počet stran: 862
Zajistěte si svou klasifikační příručku včas!

Objednávky zasílejte na: www.mkn-10.inshop.cz
Lze též zakoupit v knihkupectvích se zdravotnickou literaturou.

cena za kus: 230 Kč + poštovné a balné

I N Z E R C E

V této rubrice je možno otiisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA. Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.

Hledám asistenta na zástup

Hledám asistenta do ordinace PLDD v Praze 9. Tel.: 775 283 513, e-mail: c.dostal@seznam.cz. • Ev. č.: 141-07-08

Hledám nástupce

Hledám nástupce do zavedené pediatričké ordinace v České Třebové. Tel.: 602 435 938 ve večerních hodinách. • Ev. č.: 142-07-08

www.cviceniprozdravi.cz

Vadné držení těla, bolesti zad. Osvědčené zdravotní cvičení na DVD. www.cviceniprozdravi.cz. • Ev. č.: 143-08-08

Prodám zavedenou praxi PLDD

Prodám zavedenou praxi PLDD na Mostecku. Spěchá. Tel.: 606 471 197 od 17 hod. • Ev. č.: 144-08-08

Převod praxe PLDD

Dvě spojené praxe po rekonstrukci (Velim, Cerhenice), 50 km od Prahy. V obci nová výstavba. Byt od obce k dispozici. Informace: MUDr. Němeček, tel.: 603 461 740 • Ev. č.: 145-08-08

Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Karlových Varech. Tel.: 737 623 358 • Ev. č.: 146-09-08

Přenechám zavedenou praxi PLDD

Přenechám zavedenou praxi PLDD v okrese Znojmo. Tel.: 777 890 615 od 17 do 18 hod. • Ev. č.: 147-09-08

Přijmeme PLDD

Pro dva spojené obvody Hartmanice-Kašperské Hory hledáme PLDD. Nabízíme pracovní poměr na dobu neurčitou, individuální plat, byt 3+1, týden dovolené navíc, též možný úvazek 0,4 pro alergologa. Zdravotní dětská sestra také vítána. ZS Šumava, s. r. o., Ing. Bauchová, tel.: 724 181 016 • Ev. č.: 148-11-08

Hledám kolegyni či kolegu

Hledám kolegyni či kolegu na výpomoc do ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, úvazek 0,4, event. 0,6 s perspektivou odprodeje praxe, Liberecký kraj. Kontakt – mobil: 737 385 196 • Ev. č.: 149-11-08

Přenechám zavedenou praxi

Hledám lékaře/lékařku s licencií ČLK k pravidelným zástupům do dětské ordinace Praha 15. Ordinace 2 – 3 hodiny 3x – 4x týdně. Event. převod ordinace po dohodě možný. Kontakt: 737 100 524, e-mail: martikaktus@seznam.cz. • Ev. č.: 150-01-09

Hledám lékaře na příležitostné zástupy

Hledám lékaře na příležitostné zástupy během roku a hlavně za dovolenou do privátní ordinace v Praze 9 – Letňanech. Tel.: 724 107 469 nebo 283 923 206. • Ev. č.: 151-02-09

Autodidaktický test 2 / 2009

II. Obezita

Vážení kolegové, po delší době se na této stránce budete opět setkávat se znalostními testy. Formu autodidaktických testů jsme záměrně volili z důvodů jednoduchosti zpracování a okamžité kontroly odpovědí na danou otázku. Vzhledem ke složité problematice přiznáváním kreditů ČLK nebudou tyto testy ohodnoceny kredity. Měly by sloužit k okamžitému prověření Vašich znalostí. Za přípravu těchto autodidaktických testů na rok 2009 děkujeme MUDr. Ctiradu Kozderkovi.
Redakce

1. Za poslední čtvrtstoletí se v ČR ztrojnásobil počet obézních dětí. Někteří dětské obezitologové doporučují proto používat hmotnostně-výškové a BMI nomogramy z r. 1991 namísto z r. 2001, které jsou již nárůstem obezity zatíženy. Téměř u 1/3 dětí v obezitologických ambulancích je zjišťován metabolický syndrom. Metabolický syndrom, nazývaný také jako syndrom X, syndrom 4H nebo 5H, je charakterizován:


- a) hyperlipoproteinémií a obezitou, hyperinzulinismem, hyperglykemií, arteriální hypertenzí, hirsutismem
- b) hyperlipoproteinémií a obezitou, hyperinzulinismem, hyperglykemií, arteriální hypertenzí, hyperurikémií
- c) hyperlipoproteinémií a obezitou, hyperinzulinismem, hyperglykemií, hyperurikémií, hypermetropií

2. Dětskou obezitu je nutno brát jako vážný rizikový faktor vedoucí ke snížení kvality života v dospělosti. Redukce hmotnosti o 5-10% snižuje komplikace metabolického syndromu (zejména kardiovaskulární) o 50%. Zabráněním obezity se snižuje riziko výskytu diabetu mellitu II. typu v dospělosti o:

- a) 1/5
- b) 1/2
- c) 2/3
- d) 2/6

3. Při měření krevního tlaku hodnotíme Korotkovovy zvukové fenomény. Za diastolickou hodnotu považujeme:

- a) úplné vymizení pravidelných zvukových fenoménů
- b) jasné, prudké zeslabení pravidelných zvukových fenoménů u dětí a u jedinců na začátku dospívání (4. Korotkovův fenomén), u nichž jsou někdy zvuky slyšet až k hodnotě 0 na stupnici tonometru
- c) přechod šelestivého zvuku v zesilující se ostrý zvuk

Generální partner testů je  MSD

Stiefel - A4 - Oilatum

Medicom international – A4 – Erdomed