

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

září 2009 ■ číslo 7 ■ ročník 9



Dětské absence

Westův syndrom

Mykoplasmové pneumonie

Akutní pyelonefritida za 10 let



**Téma čísla:
ZÁCHVATOVITÁ
ONEMOCNĚNÍ
U DĚTÍ**

GSK - Rotarix

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. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Pavel Neugebauer

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.

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

Inzerce:

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

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti za období červen až srpen 2009	5
Koalice soukromých lékařů	5
Aktuální právní problematika	8
Nový model distribuce očkovacích látek	14



Informace OSPDL ČLS JEP	19
MUDr. Ladislava Rennerová prim. MUDr. Jaroslav Škvor, CSc.	
Dětské absence (CAE - childhood absence epilepsy)	20

MUDr. Libuše Šanderová	
Kazuistika: Westův syndrom	22

MUDr. Jiří Bronský, Ph.D.	
Význam aminokyselin ve výživě dítěte	23

prof. MUDr. Karel Křepela, CSc.	
Mykoplasmové pneumonie	26

MUDr. Barbora Ulmanová, prim. MUDr. Luděk Ryba	
Akutní pyelonefritida za 10 let	28

MUDr. Jiřina Dvořáková	
Kazuistika: Příklad „nedoslýchavého“ Lukáše	34

Václav Pergl	
Nový přístroj změní epileptikům život	32

Ze světa odborné literatury	40
------------------------------------	-----------



Aktuality	41
Řádková inzerce	45

Středová příloha:

DOPORUČENÝ POSTUP PREVENCE A LÉČBY DĚTSKÉ OBEZITY



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 ústy Luigi Calloni.



Vážené kolegyně a kolegové,

začnu netypicky – citací Milana Kudyna z editoriale tohoto časopisu, který vyšel v prosinci 2006: „Tento rok při pohledu „do oken našich ordinací“ byl nejen rokem plným zvrátů a překvapivých kotrmelců, ale také rokem neuvěřitelného konstatování, že za dobře odvedenou práci může být lékař v naší zemi „po zásluze“ a zcela legálně „?“, ekonomicky potrestán a část úhrady za poskytnutou zdravotní péči lidem zaplatit ze své kapsy. Neboť hrazení zdravotní péče lékařem je nový způsob, v tomto roce politiky velmi oblíbený, jak řešit deficit zdravotního pojištění.“

Většinou se zdá, že lidská schopnost zapomínat na to špatné je výhodou, jsou ale chvíle, kdy je vhodné se na podobná období rozpomínout.

Poslední dva roky byly v oblasti financování zdravotní péče praktických lékařů pro děti a dorost (ale i těch pro dospělé) určitým zlomem. Podle údajů, které jsou v tuto chvíli k dispozici za celý systém veřejného zdravotního pojištění, byly v obou letech výrazně zvýšeny úhrady za zdravotní péči od zdravotních pojišťoven (nárůst v prvním pololetí 2009 proti prvnímu pololetí 2007 o 44 %).

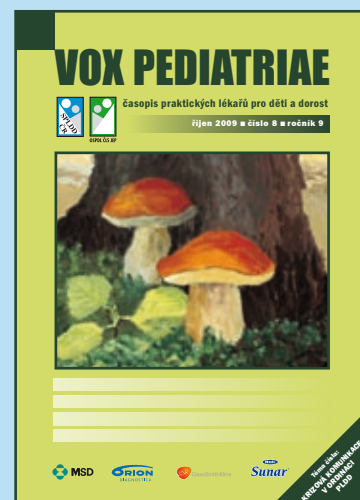
Tento růst umožnilo několik faktorů – relativní stabilizace zdrojů veřejného zdravotního pojištění, která umožnila dohodu o minimálních hodnotách bodu a výši kapitace; spolupráce pojišťoven a zástupců profesních sdružení na přípravě takových způsobů úhrad, které zohledňují kvalitně poskytovanou péči pacientům (preventivní i kurativní) a v neposlední řadě i určité uvolnění prostředků, které byly v období před zavedením regulačních poplatků vázány na zbytnou péči.

Od závěru minulého roku průběžně přicházejí varování, že jsou ohroženy některé z výše jmenovaných faktorů (stagnuje výběr pojistného, došlo k parciálnímu zrušení regulačních poplatků). Troufám si ale tvrdit, že není zásadně ohrožen ten nejdůležitější – ochota pojišťoven ke spolupráci s těmi, kteří poskytují kvalitní a efektivní zdravotní péči. V příštím roce tedy zcela jistě budou pokračovat (a rozvíjet se) systémy, které se snaží odměnit lékaře nejen za to, že péči poskytují, ale především za její individualizaci skutečným potřebám každého pacienta.

To je totiž náš společný cíl.

MUDr. Pavel Frňka, DMS
Česká národní zdravotní pojišťovna
od 1.10.2009 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Krizová komunikace v ordinaci PLDD



v tomto čísle inzerují...

AVENT
BEIERSDORF
BIOVIT
BOIRON
GSK
HERO
MEDICOM INTERNATIONAL
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION DIAGNOSTIKA
STIEFEL
WYETH
ZP MV ČR

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 za období červen až srpen 2009

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Letní měsíce byly tentokrát zcela ve znamení vakcín. Na konci června zcela nečekaně a bez projednání provedlo MZ ČR radikální změnu. Pokynem hlavního hygienika byla ukončena distribuce vakcín ze strany hygienických stanic, ty se někde celkem logicky okamžitě „zbavily“ svých skladových zásob. Distribucí byla pověřena soukromá společnost, jenže... Řada lékařů již čerpala řádnou dovolenou, nebyli tak zástupci hygieny zastížení, do distribuce a tendru zasáhlo odvolání neúspěšné distribuční společnosti. Prázdniny však utekly a problémy zůstaly...

5.6. - ministryně Jurásková si svolala poradní sbor, tzv. Radu poskytovatelů, aby přítomně informovala o aktuálních záměrech ministerstva, do popředí se dostala problematika navyšování platu zdravotním sestřám. Jak se ukázalo, velké sousto, které bude nutno ještě dlouho trávit...

8.6. - na půdě ZP MV proběhla schůzka k představení záměru vytvořit tzv. Kartu pojištěnce, jde o další plánovaný krok v rámci projektu integrace péče. Tento krok je ale výhradně zaměřen marketingově směrem k pojištěncům této zdravotní pojišťovny a čas ukáže, zda a jaký bude na straně pojištěnců o tuto službu vlastně zájem

10.6. - občanské sdružení „Výživa dětí“ se sešlo na své pravidelné schůzce, aby zhodnotilo aktivity za uplynulé období a stanovilo další plány. Hlavním záměrem tohoto sdružení je ve spolupráci s námi vytvořit poradenské centrum pro výživu dětí, které je schopno např. pomoci rodičům při sestavování optimálního jídelníčku dítěte se sklonem k obezitě

15.6. - společně s okresní zástupkyní Strakonic dr. Fialovou a regionální předsedkyní JM regionu dr. Verdánovou jsme se pokusili

intervenovat ve věci výpočtu regulačních srážek a bonifikací ještě z roku 2006

16.6. - v pražském hotelu Anděl proběhla národní konference k tvorbě standardů. Zdá se, že budeme muset ujit ještě velký kus cesty, než se podaří najít takové řešení, které bude ku prospěchu pacientů a lékařů a nikoliv advokátů.

17.6. - s náměstkyní Hellerovou jsme spolu s dr. Cabrnchovou hledali cestu k řešení stále nedokončené kapitoly přípravy vzdělávacího kurikula pro PLDD

19.6. - na půdě společnosti IZIP proběhlo jednání Rady tohoto projektu. Podaří se VZP zužitkovat finanční prostředky dlouhodobě vkládané do této společnosti? Plány by byly, problematika eHealth se však v naší zemi posouvá jen velmi pomalu

23.6. - první jednací den dohodovacího řízení o cenách na rok 2010 ukázal, že tentokrát se stanoviska obou stran, tj. nás poskytovatelů a zdravotních pojišťoven, budou sblížovat jen velmi obtížně

9.7. - na schůzce Koalice soukromých lékařů s ministryně Juráskovou jsme se snažili paní

ministryni vysvětlit nejnaléhavější problémy soukromých lékařů, blíže informujeme na jiném místě

7.8. - Předsednictvo na svém mimořádném jednání projednávalo především situaci kolem změny distribuce očkovacích látek, blíže a podrobněji informujeme na jiném místě

13.8. - další kolo jednání s náměstkyní Hellerovou ohledně vzdělávání PLDD, konečné řešení ale stále v nedohlednu

18.8. - ani druhý jednací den přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2010 nepřinesl sblížující se stanoviska mezi plátcí a poskytovateli

20.8. - na půdě ČLK proběhla schůzka s prezidentem ČLK dr. Kubkem. Spolu s dr. Šmatlákem jsme diskutovali problematiku aktivit řetězců ambulancí, jejich marketingové aktivity a podivnosti kolem registrací. Zda se podaří společnou silou ovlivnit vzniklou situaci ukáže až čas.

Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů se během letních měsíců snažila o vyjádření stanovisek k aktuálním krokům resortního ministerstva. Protikrizová opatření, navýšení plateb nemocnicím, zpoplatnění atestací, zavedení nových zejména edukačních kódů sester, ale také stále nedořešená otázka kompetencí SÚKLu, budoucnost a role hygienických stanic atd., to vše jsou témata, ve kterých zástupci Koalice spatřují významné společné jmenovatele a snaží se je ve spolupráci s resortním ministerstvem řešit.

1. Oslovení ministryně zdravotnictví

Vážená paní ministryně,

dovolte mi, abych Vám jako mluvčí Koalice

soukromých lékařů (bližší specifikaci našeho seskupení Vám posílám v příloze tohoto dopisu) za všechny organizace zastoupené v této koalici (dále také jen KSL) popřál

mnoho pracovních úspěchů a pevné nervy ve Vašem novém poslání.

Zároveň s tím mi, prosím, dovolu, abych Vás požádal o schůzku se zástupci KSL, na



kteře bychom s Vámi měli možnost prodiskutovat a, budete-li souhlasit, ve spolupřáci připravit návrhy řešení nejpálčivějších problémů, které v současné době trápí soukromé lékaře.

Jedná se nám hlavně o:

- zajištění maximální kvality zdravotní péče poskytované zdravotnickými zařízeními, jež zastupujeme, a to i v době finanční krize, tedy o zajištění přiměřených finančních podmínek pro jejich práci v roce 2010. Chceme předjednat cenovou vyhlášku pro příští rok i řešení situace kolem neustále probíhajícího jednání o (ne)rušení regulačních poplatků, chceme Vás ale i požádat o pomoc v tom, aby zdravotnická zařízení nebyla zákonem nucena provádět práce, za které nedostanou přiměřeně zapláceno, jako jsou např. činnosti v souvislosti s vystavením, vedením a ukončením pracovních neschopností.

- zajištění žádoucího postavení zdravotnických zařízení vůči kontrolním orgánům, jako jsou např. Okresní hygienické správy a SÚKL. V souvislosti se SÚKLelem bychom s Vámi ale také rádi probrali problémy vzniklé v rámci vzniku Centrálního úložiště receptů a i skupiny léků „bez receptu s omezením“.

Věříme, že s námi souhlasíte, že výše vyspecifikované otázky je třeba řešit co nejdříve. Věříme také, že Vás na té schůzce přesvědčíme, že jsme schopni s jejich řešením účinně pomoci.

Předem děkujeme za čas, který si pro nás vyhradíte.

S úctou

MUDr. Zorjan Jojko,
mluvčí Koalice soukromých lékařů

■ 2. Tiskové výstupy Koalice

Tisková zpráva k protikrizovému balíčku

Vzhledem k hospodářské krizi souhlasí Koalice soukromých lékařů s nutností zahájit protikrizová opatření. Její zástupci se nebudou vyjadřovat k protikrizovému balíčku Ministerstva zdravotnictví ČR, ale důrazně trvají na důsledném a systémovém řešení situace ve zdravotnictví a přijetí takových kroků, které by zajistily:

1. respektování platných dohod o úhradách v jednotlivých segmentech poskytovatelů zdravotní péče,

2. včasné úhrady za poskytnutou zdravotní péči soukromým zdravotnickým zařízením

od zdravotních pojišťoven,

3. vytvoření podmínek pro pokrytí nárůstu nákladů na zdravotní péči v příštím roce,

4. plnou kompenzaci zrušených regulačních poplatků.

Prohlášení Koalice soukromých lékařů k navýšení plateb zdravotních pojišťoven nemocnicím

Koalice soukromých lékařů vnímá celkově finančně podhodnocenou práci zdravotnických pracovníků v ČR, ale zásadně nesouhlasí se způsobem, jakým se tuto situaci chystá řešit Ministerstvo zdravotnictví ČR. Navýšení plateb nemocnicím je jednoznačně porušením poměru úhrad mezi lůžkovou a ambulantní sférou.

Koalice soukromých lékařů žádá ministerstvo zdravotnictví, aby se obrátilo na managementy svých nemocnic a vyzvalo je k řešení finanční situace v rámci úhrad poskytovaných zdravotními pojišťovnami na základě současně platných finančních ujednání.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Václav Šmatlák,

předseda Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Jiří Pekárek,

prezident České stomatologické komory

MUDr. Pavel Neugebauer,

předseda Sdružení praktických lékařů

pro děti a dorost ČR,

MUDr. Zorjan Jojko,

výkonný místopředseda

Sdružení ambulantních specialistů ČR,

MUDr. Vladimír Dvořák,

předseda Sdružení soukromých

gynekologů ČR

■ 3. Okruhy problémů na jednání k ministryni 9. 7. 2009

I. Cenová vyhláška – představa MZ ČR v případě nedohody. Otázka financování zdravotních sester (platí slib 1 mld. Kč na letošek a pokud ano, plánuje prosadit MZ vyčlenění alespoň 2 mld. Kč na příští rok, aby zdravotní sestry měly navýšení příjmu dlouhodobější, než na několik měsíců?).

II. Regulační poplatky – měly smysl a splnily svůj účel. Jak se bude situace dále vyvíjet? Jak odhaduje vedení MZ vývoj vybírání RP a co čeká v této věci od KSL?

III. Úhrady neschopenek – tento úkon je třeba finančně ohodnotit, ale nikoliv z veřej-

ných peněz, Koalice bude požadovat, aby byl tento výkon hrazen buď Správou sociálního zabezpečení (MPSV ČR) nebo pacientem. Jak se k tomuto problému staví MZ ČR? Pokud bude souhlasit s návrhem Koalice je třeba, aby ihned podalo podnět ke změně na MPSV ČR a na vědomí MF ČR.

IV. Hygiena – jaká bude její budoucnost?

V. Koalice bude požadovat aktivní podíl na přípravě novely vyhlášky č.195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

VI. Je třeba řešit problém s distribucí očkovacích látek. Podle informace Pavla Neugebauera převzala distribuci soukromá společnost.

VII. SÚKL

a) centrální úložiště dat – Koalice nesouhlasí se současným stavem, je ochotná akceptovat pouze shromažďování dat z elektronických receptů podmíněně aktivním souhlasem lékaře a pacienta s archivací citlivých údajů.

b) kontroly – jednání vyšuměla do ztracena, je třeba je obnovit a vyhláškou vymezit kompetence SÚKL a hygien při provádění kontrol.

VIII. Kompetence KÚ – připravovaná vyhláška neřeší personální zabezpečení, jakým způsobem bude tato otázka řešena? Jaké jsou kompetence krajů při vytváření sítě ZZ a vytváření krajských koncepcí zdravotnictví? Koalice znovu osloví zdravotní komisi Asociace krajů. KSL bude žádat podporu MZ k prosazení účasti zástupců ZZ (sdružení KSL) při jednáních o síti ZZ.

■ 4. Výstupy, ke kterým se Koalice připojila

Stanovisko Rady Sdružení ambulantních specialistů ČR, o. s. k záměru zpoplatnit lékařské atestace

Rada SAS vyjadřuje tímto svůj nesouhlas se záměrem vedení MZ zpoplatnit lékařské atestace v ČR.

Rada SAS se o záměru vedení MZ dověděla až poté, co příslušný návrh projednala vláda ČR.



Návrh tedy považuje za:

- nijak neprojednaný s odbornou veřejností,
- ekonomicky nevhodný, neboť v době finanční krize, kdy lze předpokládat i stagnaci či pokles příjmů zdravotnických zařízení, zavádí novou výdajovou položku na straně zdravotnických zařízení a lékařů,
- špatně načasovaný, neboť neomluvené absence žadatelů o atestace, kterými potřebnost zpoplatnění obhájí vedení MZ, nejsou novým dříve neznámým jevem, jehož neřešení by mohlo znamenat významné ohrožení zdravotnického systému ČR. Problém lze tedy řešit v době, která nebude zatížená konflikty v rámci předvolební kampaně,
- nepromyšlený, neboť vysoce pravděpodobně povede k tomu, že naroste počet mladých lékařů odcházejících do zahraničí.

Rada SAS je toho názoru, že vedení Ministerstva zdravotnictví by mělo

- příslušný návrh stáhnout z legislativního procesu.
- považuje-li tento problém za důležitý, zahájit širokou diskusi s odbornou veřejností o návrzích, jak problém neomluvených absencí u atestačních komisí řešit bez zbytečného navýšování povinných výdajů lékařům, kteří v naprosté většině ke zkoušce včas a řádně přijdou.
- v jakémkoli návrhu řešení tohoto problému počítat s tím, že absolvování atestace je součástí povinného vzdělávacího systému (bez atestace není možné v daném oboru pracovat samostatně) a že v rámci s atestací spojených finančních a časových výdajů není ani dnes možné na absolvování atestace pohlížet tak, že je snad pro lékaře zdarma.
- začít pracovat na takových opatřeních, která vytvoří motivaci mladým lékařům se v ČR nejen vzdělávat, ale i zde pracovat. Bude-li nezbytné mladé lékaře motivovat k tomu, aby včas a řádně přišli k atestaci, je Rada SAS toho názoru, že má jít o motivaci pozitivní. Negativní motivace, jako jsou např. poplatky, by měly být využívány jen tehdy, pokud pro danou situaci nebude pozitivní forma existovat, nebo tam, kde se pozitivní motivace prokáže jako neúčinná.

Stanovisko Rady Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s. k návrhům České asociace sester zavést v Seznamu výkonů tzv. edukační kódy prováděné nelékaři.

Rada SAS konstatuje, že:

A) registruje, že příslušná komise na MZ se má 10.9.2009 a následujících jednáních zabývat návrhem České asociace sester pro vznik nových kódů výkonů, které by měly být prováděny samostatně středním zdravotnickým personálem.

Kódy se týkají:

- cévkování,
- diabetologie,
- domácí péče,
- chirurgie,
- infuzní terapie,
- kardiologie,
- nutriční terapie,
- provedení klyzmatu,
- psychiatrie,

příčemž v naprosté většině jde o tzv. edukační činnost.

B) v žádném návrhu kromě návrhů týkajících se domácí péče nejsou zodpovězeny jinak obvyklé otázky (příslušné kolonky jsou v návrzích nevyplněny), které jsou:

- Jaký bude zdravotní a společenský dopad těchto nových kódů?
- Jaká je objektivní společenská potřeba vzniku nových kódů? Znamená absence těchto kódů negativní zdravotní důsledky pro pacienty?
- Jakým způsobem bude zajištěno, že příslušná činnost bude navazovat na činnost lékaře příslušné odbornosti a jak bude vyžadovaná a dokumentovaná spolupráce s tímto lékařem?
- Jakým způsobem bude činnost během navrhovaných výkonů dokumentována a kdo ponese odpovědnost v případě u pacienta vzniklých zdravotních komplikací?
- Jakým způsobem tyto návrhy ovlivní naplň jiných zdravotních výkonů, které v současné době obsahují stejné nebo podobné činnosti? Budou ty činnosti, jež jsou t.č. standardní součástí klinických i jiných vyšetření lékařem z těchto klinických vyšetření vyřazeny?
- Jaký bude event. i jiný ekonomický dopad vzniku nových kódů?
- Zda, event jak se promítne vznik nových kódů do úhrad jiných odborností a do hodnot bodu ve všech segmentech?

Rada SAS upozorňuje, že návrh má být projednáván v době, kdy zdravotní pojišťovny:

1. v rámci všech jednání opakovaně upozorňují na narůstající deficit v jejich příjmech.

2. v rámci dohodovacího řízení o hodnotě bodu a výši úhrad pro rok 2010 nabízejí zdravotnickým zařízením nižší úhrady, než jsou v roce 2009.

3. stále v naprosté většině nezačaly reálně plnit slib daný Ministerstvu zdravotnictví, že rozešlou zdravotnickým zařízením peníze určené ke stabilizaci počtu středního zdravotnického personálu.

Rada SAS proto zavazuje své zástupce v komisi pro Seznam výkonů na Ministerstvu zdravotnictví hlasovat ve všech oblastech kromě kódů týkajících se domácí péče proti návrhům České asociace sester, resp. žádat odložení jejich projednávání do té doby, než budou v široké odborné diskusi zodpovězeny výše položené otázky společenského, odborného a ekonomického dopadu.

Rada SAS deklaruje, že si práce zdravotních sester velmi váží, že ji považuje za nutnou a potřebnou a že cítí, že je třeba práci sester kvalitně ocenit a jasně ji oddělit od jiných, i když také potřebných, ale méně kvalifikovaných činností.

Lékaři, členové SAS, považují zdravotní sestry za své partnery v každodenní péči o nemocné a chtějí spolupracovat na jejich plné emancipaci. Za daleko lepší formu dosažení vylepšení postavení sester však považují např. vyčlenění ohodnocení práce sestry v Seznamu výkonů z položky režie a přesun ohodnocení jejich práce přímo do bodů každého konkrétního výkonu podobně, jak je v Seznamu výkonů stanovena práce lékařů.

Rada SAS navrhuje, aby se Ministerstvo zdravotnictví zaměřilo na opravdu systémové řešení postavení všech sester v nemocnicích i terénních ambulancích a vyzývá toto ministerstvo, aby změny, které nejsou pro systém zdravotní péče v ČR nezbytné, týkající se jen významné menšiny zdravotnického personálu a mohou ve svém důsledku znamenat nepřiměřený nárůst ekonomické zátěže systému odložilo na dobu až skončí finanční krize české ekonomiky.

Rada SAS tímto žádá o podporu tohoto svého stanoviska všechny příslušné odborné společnosti a ostatní organizace zastoupené v komisi pro tvorbu Seznamu výkonů na MZ.

Pro Vox připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer



Aktuální právní problematika

■ 1. Obchodní vztahy s nově vzniklou ZP Média – veřejný příslib

A. Stanovisko JUDr. Ondřej Dostál

Veřejným příslibem ze dne 12.3.2009 se nově vzniklá Zdravotní pojišťovna Média zavázala uhradit zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění poskytnutou jejich pojištěncům zdravotnickým zařízením, která s ní nemají smlouvu. Současně na svých webových stránkách uveřejnila seznam poskytovatelů zdravotní péče, kteří potvrdili zájem spolupracovat se Zdravotní pojišťovnou MÉDIA na základě veřejného příslibu nebo již podepsali smlouvu. V tomto seznamu se však údajně ocitli i poskytovatelé, kteří zatím se ZP Média nijak nejednali.

1.1 Hodnocení Veřejného příslibu v kontextu zákona 48/1997 Sb.

Zákon 48/1997 Sb. stanoví v § 17 odst. 1, že smlouvy mezi pojišťovnou a poskytovateli „se nevyžadují při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnci.“ Jde-li o péči nutnou a neodkladnou, musí být pojištěnci uhrazena ze zákona, což veřejný příslib nijak neovlivní.

Jedná-li se však o běžnou péči (nikoliv nutnou a neodkladnou), domnívám se, že veřejný příslib pojišťovny, který je jednostranným právním úkonem, nikoliv smlouvou, nepostačuje k založení práv jejího pojištěnce vůči nesmluvnímu poskytovateli, pokud se tak nesmluvní poskytovatel dobrovolně nerozhodne tato práva naplňovat a postupovat v souladu s veřejným příslibem. Dle § 46 zákona 48/1997 Sb. plní zdravotní pojišťovny svou povinnost zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům „prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.“ Jen v takových zdravotnických zařízeních, které se rozhodly uzavřít s danou pojišťovnou smlouvu, může tedy pojištěnec této pojišťovny uplatnit svá zákonná práva (tedy zejména právo si takové zdravotnické zařízení zvolit a právo čerpat péči bezplatně).

Samotné učinění veřejného příslibu, resp. proplácení péče na jeho základě, je z hlediska práva problematické. Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna je veřejnou institucí hospodařící s veřejnými prostředky shromažďovanými cestou povinného pojistného, s těmito prostředky může nakládat jediné způsobem, který zákon stanoví. Při striktní interpretaci lze dojít k závěru, že zákon neobsahuje žádné oprávnění zdravotní

pojišťovny vydávat tyto prostředky na základě veřejného příslibu, ale pouze cestou smluv; to by mohlo zkomplikovat mj. i vymahatelnost nároku zdravotnického zařízení na úhradu péče na základě veřejného příslibu, neboť ten by teoreticky mohl být napaden jakožto absolutně neplatný pro rozpor se zákonem. Ač se nedomnívám, že by taková situace reálně nastala, pro zdravotnické zařízení je bezpečnější možností uzavřít s pojišťovnou standardní smlouvu, chce-li poskytovat jejím pojištěncům péči.

1.2 Práva pojištěnce ZP Média v návaznosti na veřejný příslib

V situaci, kdy nejde o péči nutnou a neodkladnou a zdravotnické zařízení nemá se ZP Média smlouvu, pojištěnec ZP Média je vůči tomuto zařízení, bez ohledu na veřejný příslib, ve stejném postavení jako vůči každému jinému nesmluvnímu poskytovateli. Pokud se takové zdravotnické zařízení rozhodne o pacienta pečovat a péči účtovat pojišťovně ve smyslu veřejného příslibu, nic mu nebrání tak činit; v takovém případě by však patrně nemělo účtovat znova za totéž plnění samotnému pojištěnci.

Pokud se však zdravotnické zařízení rozhodne tak nečinit a ani neuzavře se ZP Média smlouvu, potom se pojištěnci ZP Média ocitnou v postavení do jisté míry podobnému pokladenskému systému. Zdravotnické zařízení není povinno pojištěnce přijmout do péče, právo na volbu lékaře a zdravotnického zařízení dle § 11 odst. 1 písm. b) zákona 48/1997 Sb. pojištěnci totiž náleží jen v rámci smluvní sítě; na tom nic nemění ani to, že je pacient u tohoto praktického lékaře registrován. Pokud zdravotnické zařízení pacienta přijme, má právo účtovat mu smluvní ceny, jen jej musí o jejich výši předem poučit. Pacient uhradí péči přímo, neboť se vůči nesmluvnímu poskytovateli neuplatní jeho právo dle § 11 odst. 1 písm. d) zákona 48/1997 Sb. Poté se pacient může pokusit vymoci částku přímo zaplacenou za péči, která by jinak spadala do péče dle zákona hrazené, od své ZP Média; jeho právní postavení však nebude nijak silné, protože veřejný příslib, tak jak je formulován, zakládá právo na úhradu zdravotnickým zařízením, avšak nikoliv pojištěncům.

ZP Média ve svém dopise pojištěncům (podepsán ing. Emilem Buřičem, fotokopie poskytnutá MUDr. Hülleovou) uvádí, že:

- všichni poskytovatelé obdrželi od ZP Média veřejný příslib úhrady péče;
- pojištěnec má v odmítnutí péče v nesmluvním zařízení vyzvat lékaře k zavolání na

bezplatnou linku ZP Média;

- případně má pojištěnec lékaře upozornit na jeho povinnost zdůvodnit pojištěnci odmítnutí písemně ve smyslu § 11 odst. 1 písm. b) zákona 48/1997 Sb.

Tento dopis svědčí o neporozumění rozdílu mezi veřejným příslibem a smlouvou. Citovaný § 11 uvádí, že pojištěnec má právo „na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení s výjimkou závodní zdravotní služby, kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně; toto právo může uplatnit jednou za tři měsíce. (...) každé odmítnutí převzetí pojištěnce do péče musí být lékařem pojištěnci písemně potvrzeno“. Poskytovatel - lékař, který obdržel veřejný příslib od ZP Média, nemusí být nutně s touto pojišťovnou ve smluvním vztahu. Pokud tomu tak není, lékař nemusí ani volat na žádnou bezplatnou linku, ani pojištěnci ZP Média jakkoliv zdůvodňovat, proč o něj nebude pečovat. Takový lékař nemá žádné zvláštní povinnosti ani vůči ZP Média, ani vůči jejím pojištěncům, pokud se tak dobrovolně nerozhodne či pokud nejde o péči nutnou a neodkladnou.

1.3 Uvádění nesmluvních zdravotnických zařízení na stránkách ZP Média

Pokud ZP Média na svých stránkách tvrdí, že zde uvedení poskytovatelé „potvrdili zájem spolupracovat se Zdravotní pojišťovnou MÉDIA na základě veřejného příslibu nebo již podepsali smlouvu“, ač někteří nich ani nepodepsali smlouvu, ani nepotvrdili zájem spolupracovat, dopouští se nekalosoutěžního jednání ve smyslu § 45 Obchodního zákoníku. Poskytovatelé, kteří se cítí takovým jednáním poškozeni, mohou pomoci právních prostředků ochrany proti nekalé soutěži dle § 53 Obchodního zákoníku požadovat nápravu, nejlépe ve formě odstranění závadného stavu, tedy odstranění ze seznamu na stránkách ZP Média. Vyloučena však není ani žaloba na poskytnutí zadostiučinění, popřípadě i finančního, utrpěl-li poskytovatel nějakou újmu na svých právech, například následkem konfliktů s pojištěnci ZP Média, uvedenými takto v omylu.

Poškozeným pacientům je možno doporučit, aby se bránili obdobným způsobem, tedy jednak aby se domáhali naplnění povinnosti ZP Média vytvořit jim dostatečnou síť smluvních zdravotnických zařízení, jednak aby získali zadostiučinění za újmu na právech způsobenou tím, že se nedomohli bezplatné péče, neboť na webu uvedení poskytovatelé nebyli poskyтова-

Hero - Sunar



teli smluvními a proto nebyli povinni poskytnout péči bez přímé úhrady.

B. Stanovisko Mgr. Jakub Uher

Nepochybně je zásadní rozdíl mezi veřejným příslibem (jednostranný právní úkon) a smluvním vztahem. Podle mého názoru veřejný příslib zakládá povinnost toho, který jej učinil, plnit, pokud budou splněny podmínky tohoto příslibu.

Veřejný příslib ovšem nemůže být zavazující pro jednotlivý zdravotnický zařízení a nemůže ani zakládat práva pacientů.

Vzhledem k tomu, že zákon vymezuje rozsah péče hrazené z veřejného pojištění a kromě neodkladné péče (tou nemá cenu se v tomto kontextu zabývat, neboť je hrazena vždy) podmiňuje poskytnutí péče existencí smluvního vztahu, je otázkou, zda se v daném případě jedná o péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Podle mého názoru může být zásadním rozdílem, z jakých prostředků ZP Media je úhrada prováděna. Úhrada ze základního fondu je podle mne problematická.

Osobně mám za to, že pokud se rozhodne zdravotnické zařízení na základě příslibu péči poskytovat (tedy akceptuje jej) vznikne právo na úhradu této péče a je vymahatelné.

Jde ovšem o řešení přechodné - rozhodně lze doporučit, aby ta zdravotnická zařízení, která mají zájem léčit na účet veřejného zdravotního pojištění pojištěnce ZP Media, uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.

Zdravotnické zařízení ovšem nemusí příslib akceptovat a má právo požadovat úhradu od pacienta. Zda a jakým způsobem se tento následně vyrovná se svou pojišťovnou již není jeho věcí.

K uvádění nesmluvních ZZ na stránkách ZP Media - zde v první řadě doporučuji obrátit se na ZP Media a žádat odstranění informací o zdravotnickém zařízení ze seznamu (pokud tedy jsou uvedena nesprávně). Je pravdou, že přicházejí v úvahu i další právní kroky, ovšem podle mých zkušeností - zatím jsme řešili tento problém u cca 10 zdravotnických zařízení - ZP Media vždy neprodleně údaje na základě žádosti zdravotnického zařízení odstranila.

■ 2. Hodnocení marketingových aktivit společnosti MOJE AMBULANCE

A. Stanovisko JUDr. Ondřej Dostál

2.1 Marketingové aktivity ve světle Etického kodexu ČLK

Předložený problém se týká nábory pacientů pro řetězce typu MOJE AMBULANCE, který pro-

bíhá mj. tak, že dealeri najatí touto společností přímo oslovují občany a snaží se je přimět k pre-registraci. Zákon sám o sobě neobsahuje ustanovení, které by takové marketingové činnosti explicitně zakazovalo. Za určitých okolností však lze dovodit rozpor se stavovskými předpisy České lékařské komory a s ustanoveními proti nekalé soutěži dle Obchodního zákoníku.

Etický kodex ČLK stanoví v § 2 (Lékař a výkon povolání), odst. 16, že „Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.“

Toto ustanovení fakticky znemožňuje jakoukoliv formu náborové činnosti, kterou by vykonával lékař pro ordinaci, které sám provozuje, například jako fyzická osoba - OSVČ. Zde by nebylo podstatné, zda takto získává pacienty lékař sám, zda si na to najímá například brigádníky či zda pro něj marketing provádí agentura na základě smlouvy - ve všech případech by byl disciplinárně postížitelný.

Problémem komorové legislativy je však to, že je závazná pouze pro členy Komory, tedy lékaře. Není tak aplikovatelná na obchodní společnosti či fyzické osoby, které nejsou lékaři, pokud takové osoby provozují zdravotnická zařízení, ve kterých lékaře zaměstnávají. Tyto osoby, které nejsou a ani nemohou být členy ČLK, proto přímo postihnout nelze. Pouze teoreticky je myslitelná cesta postihu lékařů - zaměstnanců, pokud by bylo možno prokázat, že dealeri společnosti fakticky získávají pacienty pro to, aby se zaregistrovali právě u těchto lékařů. Lékař zaměstnanec by se však patrně úspěšně ubránil tvrzením, že marketingem jsou získávání klienti pro řetězec jako takový, nikoliv konkrétně pro něj, a navíc činnosti svého zaměstnavatele nemůže nijak ovlivnit či řídit.

Tím vzniká na trhu zdravotních služeb nerovná situace, kdy jeden soutěžitel (například řetězec) může bezrestně propagovat své služby, kdežto jiný soutěžitel (například lékař - OSVČ) tak činit nesmí, jinak by se vystavil disciplinárnímu postihu.

2.2 Marketingové aktivity ve světle Obchodního zákoníku

V platném právu by za určitých okolností mohla být řešením aplikace § 44 a násl. zákona 513/1991 Sb. (Obchodního zákoníku) o nekalé soutěži. Podle § 44 odst. 1 platí, že „nekalou soutěží je jednání v hospodářské soutěži, které je v rozporu s dobrými mravy soutěže a je způsobilé přivodit újmu jiným soutěžitelům nebo

spotřebitelům. Nekalá soutěž se zakazuje.“ V druhém odstavci následuje výčet nekalosoutěžních jednání, který je však formulován jakožto demonstrativní - příkladný (zákon užívá výraz „zejména“).

Z případů nekalosoutěžních jednání, uvede-ných přímo v zákoně, stojí za pozornost v tomto kontextu ustanovení § 45 o klamavé reklamě. Klamavou reklamou se rozumí „šíření údajů o vlastním nebo cizím podniku, jeho výrobcích či výkonech, které je způsobilé vyvolat klamnou představu a zjednat tím vlastnímu nebo cizímu podniku v hospodářské soutěži prospěch na úkor jiných soutěžitelů či spotřebitelů.“ Dále se zde uvádí, že „klamavým je i údaj sám o sobě pravdivý, jestliže vzhledem k okolnostem a souvislostem, za nichž byl učiněn, může uvést v omyl.“ V situaci, kdy jeden soutěžitel (řetězec) může informovat veřejnost o kvalitě svých služeb, avšak jiný (lékař) tak činit nesmí, může první soutěžitel snadno vyvolat klamnou představu, že pouze jím poskytované zdravotní služby jsou kvalitní (resp. pouze on nabízí výhody jako například možnost objednání na čas), zatímco služby druhého soutěžitele kvalitní nejsou. Proto, byť by byly údaje prezentovaný dealery řetězce samy o sobě pravdivé, mohou být vzhledem k okolnosti, že jiní soutěžitelé své služby inzerovat nesmí, posouzeny jakožto klamavá reklama.

V § 50 uvádí zákon další příklad nekalosoutěžního jednání, zlehčování. Zlehčováním je „jednání, jímž soutěžitel uvede nebo rozšiřuje o poměrech, výrobcích nebo výkonech jiného soutěžitele nepravdivé údaje způsobilé tomuto soutěžiteli přivodit újmu.“ V médiích zaznělo několik výroků (například rozhovor v HN „Marek Potysz: Naučím lékaře pracovat“ z 1.4.2008), ze kterých vyplývá, že jiní poskytovatelé primární péče nepracují kvalitně či usilovně. Zde se dle mého názoru o příklad nekalé soutěže jedná.

Konečně, vzhledem k tomu, že zákoný výčet nekalosoutěžních jednání v § 44 odst. 2 Obchodního zákoníku je pouze demonstrativní, jako nekalou soutěží je možno postihnout i jiná jednání zde neuvedená, pokud ve smyslu § 44 odst. 1 jsou „v rozporu s dobrými mravy soutěže“ a jsou způsobilá „přivodit újmu jiným soutěžitelům nebo spotřebitelům“. Měřítkem dobrých mravů soutěže v oblasti poskytování zdravotních služeb je dle mého názoru zcela jednoznačně právě Etický kodex ČLK, který reklamu zakazuje, touto cestou je tedy možno ustanovení § 2 odst. 16 vztáhnout i na právnickou osobu, která jinak jurisdikci disciplinárních orgánů ČLK nepodléhá. Potenciál způsobit újmu jiným soutěžitelům (lékařům



OSVČ), či v některých případech i spotřebitelům (pacientům, kteří se pod vlivem reklamy přeregistrovali a přinejmenším po dobu stanovenou v zákoně 48/1997 Sb. se nemohou přeregistrovat nazpět) je dle mého názoru reálný.

2.3 Možnosti ochrany

a nápravy nepříznivého stavu

Právo nekalé soutěže umožňuje poškozenému soudní ochranu za relativně příznivých podmínek. Právní prostředky ochrany proti nekalé soutěži popisuje § 53 a násl. Obchodního zákoníku. Zde se uvádí, že „osoby, jejichž práva byla nekalou soutěží porušena nebo ohrožena, mohou se proti rušiteli domáhat, aby se tohoto jednání zdržel a odstranil závadný stav. Dále mohou požadovat přiměřené zadostiučinění, které může být poskytnuto i v penězích, náhradu škody a vydání bezdůvodného obohacení.“ Pokud tedy konkrétní lékař utrpěl vinou marketingových aktivit řetězce újmu na svých právech, může se nejen domáhat toho, aby řetězec od dalších aktivit tohoto druhu upustil, ale též aby poskytl přiměřené zadostiučinění. To může spočívat například v uveřejnění mediálního sdělení, které nepravdivé nebo sice pravdivé, ale zavá-

dějící informace uvádí na pravou míru; spočívat však může i ve finančním zadostiučinění, určeném například tak, že poškozený lékař kvantifikuje ušlý zisk způsobený přeregistrací jeho pacientů jednajících pod vlivem agresivní reklamy.

Jde-li o klamavou reklamu či nekalosoutěžní jednání výslovně neuvedené, může takto proti řetězci vystoupit i profesní sdružení soutěžitelů. § 54 odst. 1 stanoví, že „právo, aby se rušitel protiprávního jednání zdržel a aby odstranil závadný stav, může mimo případy uvedené v § 48 až 51 uplatnit též právnická osoba oprávněná hájit zájmy soutěžitelů nebo spotřebitelů.“ Takovým sdružením může být například SPLDD. Konečně, ve smyslu § 54 odst. 2 může nekalosoutěžní jednání napadnout i pacient-spotřebitel, kterému dává zákon mimořádně silné postavení, neboť důkazní břemeno je v takovém sporu takřka zcela přeneseno na žalovanou stranu, která musí prokázat, že se nekalosoutěžního jednání nedopustila.

Z hlediska právně-politického je třeba konečně zvážit cesty, jak postavení řetězců

a samostatných lékařů vyrovnat. Alternativou je buďto zákonem výslovně zakotvit stejnou regulaci marketingových aktivit, jaká je uvedena v § 2 odst. 16 Etického kodexu ČLK, i pro subjekty, které nejsou lékaři, ale lékaře pouze zaměstnávají, nebo naopak odstranit regulaci marketingových aktivit z Etického kodexu a umožnit tak samostatným lékařům čelit reklamě řetězců vlastní reklamní aktivitou.

B. Stanovisko Mgr. Jakub Uher

Problém je v tom, že pro různé typy provozovatelů - fyzické osoby a právnické osoby - platí de facto různé podmínky - tj. na právnické osobě je obtížné vztáhnout vnitřní předpisy ČLK.

Ohledně aplikace obchodního zákoníku - resp. nekalosoutěžního jednání - jsem poněkud skeptický. Nejsem totiž přesvědčen o tom, že lze uzavřít, že měřítkem dobrých mravů soutěže v oblasti poskytování zdravotních služeb je Etický kodex ČLK, a tedy, že lze ustanovení § 2 odst. 16 tohoto vnitřního předpisu ČLK, vztáhnout i na právnickou osobu. Souvisí to i s tím, jaké kompetence zákon ČLK dává - upravuje zákon č.220/1991 Sb., v ust. §2.

Praktičtí lékaři pro děti a dorost, mohou získat zajímavý finanční bonus

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (dále jen „ZP MV ČR“) přichází se zajímavou nabídkou pro její pojištěnce a pro smluvní praktické lékaře pro děti a dorost (dále jen „PLDD“).

Od září tohoto roku nabízí svým pojištěncům program elektronické KARTY ŽIVOTA. Jde o další etapu projektu Systém integrované zdravotní péče (dále jen „SIP“), který už mnozí PLDD znají od loňského roku.

V současné fázi aktivně vstupuje do programu i pojištěnec ZP MV ČR příp. jeho zákonný zástupce, který o program projeví zájem. Při vyplňování Karty života spolupracuje zákonný zástupce s registrujícím PLDD. Na Kartě života jsou vyplněny údaje o zdravotním stavu pojištěnce např. užívané léky, chronická onemocnění, alergie, závažné prodělané operace.

Tento produkt nemá ambici, ani schopnost, nahradit zdravotnickou dokumentaci vedenou lékařem. Jde skutečně jen o souhrn základních, jakkoli v některých situacích velmi důležitých, informací o zdravotním stavu pacienta.

Pouze pro lékaře bude nadále fungovat to, co dnes v SIP již funguje, totiž upozornění lékaře na možnou lékovou interakci.

Karta života ušetří náklady, přinese vyšší příjmy

Jde o prvek, který směřuje ke zkvalitnění zdravotní péče, současně šetří náklady a klade důraz na prevenci. Navíc zákonní zástupci dostávají do rukou nástroj aktivní péče o zdraví svých dětí.

PLDD, který bude v projektu s pacientem spolupracovat, skutečně získá od ZP MV ČR finanční bonus.

Za kontrolu pojištěncem vyplněných údajů na Kartě života, jejich korekci a odsouhlasení, odbornou pomoc při jejím vyplnění, případně vyplnění všech údajů na Kartě života v období 1. 9. 2009–31. 12. 2009, obdrží lékař měsíční bonus 15 Kč.

Za kartu, vyplněnou v září získá celkem 60 Kč (4 měsíce po 15 Kč), za kartu vyplněnou v říjnu 45 Kč (3 měsíce po 15 Kč) atd. až do konce roku 2009. Toto bonifikační schéma má za cíl motivovat včasné vyplnění karet. Je zároveň předmětem zvláštního smluvního dodatku mezi ZP MV ČR, praktickými lékaři a PLDD, který je rozeslán od začátku září 2009.

Vím, že je to pravda!



Karta, která vám zachrání život

www.zpmvcr.cz, infolinka 844 121 121

**ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA VNITRA ČR 211**

Zdraví jako vášně!



Nekalosoutěžní jednání je takové jednání, které je v rozporu s právními předpisy a má dopad na hospodářskou soutěž. O dopadu na hospodářskou soutěž celkem není pochyb, ovšem podle mého názoru je velmi problematické dovodit jednání v rozporu s právními předpisy.

Byť by se mi jednoznačný závěr kolegy Dostála o aplikovatelnosti vnitřního řádu komory velmi líbil, nejsem o něm přesvědčen. Konečnou odpověď by musel dát soud.

■ 3. Rozšíření smlouvy se ZP nad rámec oblasti a činnosti u řetězců – nutnost výběrových řízení

A. Stanovisko: JUDr. Ondřej Dostál

Položený dotaz se vztahuje k situaci, kdy zdravotnické zařízení rozšiřuje rozsah svojí činnosti, případně územní působnost. Typickým případem je zdravotnické zařízení ve formě „řetězce ambulancí“, které zřídilo či odkoupilo nové ordinace a hodlá rozšířit své smlouvy se zdravotními pojišťovnami o činnost v nich vykonávanou. Stačí tedy řetězci, že prošel výběrovým řízením již dříve, nebo je nutné provést výběrové řízení i v nové geografické oblasti či sféře činnosti, pro kterou hodlá řetězec získat smlouvu s pojišťovnou?

3.1 Závaznost výběrového řízení

Dle § 52 odst. 2 zákona 48/1997 Sb. platí, že „zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Výsledek výběrového řízení nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou.“ Právo na smlouvu se zdravotní pojišťovnou mají pouze veřejná nezisková ústavní zdravotnická zařízení dle § 17 odst. 2 zákona 48/1997 Sb. Pro ostatní právní formy zdravotnických zařízení ani po úspěchu ve výběrovém řízení právo na smlouvu nevzniká. Neuzavření smlouvy v takovém případě nelze právně napadnout, s výjimkou spíše teoretické možnosti postupu dle práva ochrany hospodářské soutěže.

Dle § 46 odst. 2 zákona 48/1997 Sb. však platí, že „před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se koná výběrové řízení.“ Tím dle mého názoru zákon jednoznačně podmiňuje uzavření smlouvy tím, že se předtím výběrové řízení konalo, byť jeho výsledky nemusejí být závazné. Pokud by tedy došlo k uzavření smlouvy, aniž by vůbec došlo k výběrovému řízení, bude možno namítat její neplatnost.

3.2 Výběrové řízení při rozšíření smlouvy

Zákon 48/1997 Sb. stanoví v § 46 odst. 2, že výběrové řízení se nekoná:

- a) pro zdravotnická zařízení lékárenské péče,
- b) pro zdravotnická zařízení Vězeňské služby České republiky 46a),
- c) v případech rozšíření sítě již smluvního zdravotnického zařízení zdravotnické záchranné služby,
- d) při uzavírání nové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, pokud se jedná o smluvní vztah se stejným subjektem a současně nedochází k rozšíření rozsahu poskytované zdravotní péče.“

Výčet výjimek z nutnosti konat výběrové řízení uvedený v § 46 odst. 2 je třeba vnímat jako taxativní, tedy nejsou-li naplněny všechny podmínky některé z těchto výjimek, výběrové řízení se konat musí.

§ 47 odst. 2 stanoví, že vyhlášení výběrového řízení musí obsahovat mj. „rozsah zdravotní péče a území, pro které má být poskytována, a označení zdravotní pojišťovny, je-li zdravotní pojišťovna navrhovatelem výběrového řízení“.

Na naši situaci, kdy máme řetězec, který již je ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou v jednom regionu či oboru činnosti, avšak rozšířil své aktivity i do jiného regionu či oboru činnosti (například akvizicí zdravotnického zařízení či zřízením nového pracoviště), lze aplikovat § 46 odst. 2 odst. d). V případě řetězce jde tedy sice o smluvní vztah se stejným subjektem, avšak jde o rozšíření rozsahu poskytované zdravotní péče.

Z ustanovení § 47 odst. 2 jednoznačně vyplývá, že při konání výběrového řízení je kritériem jak rozsah zdravotní péče, tak i území, pro které má být poskytována. Pokud tedy řetězec rozšíří svou činnost na nové území, je třeba zákon jednoznačně vykládat tak, že pro toto rozšíření je třeba konat nové výběrové řízení, podmínky výjimky dle § 46 odst. 2 odst. d) splněny nejsou.

3.3 Postup v případě chybného nevyhlášení výběrového řízení

Dle § 47 odst. 1 zákona 48/1997 Sb. platí, že „výběrové řízení vyhláší způsobem v místě obvyklým krajský úřad, v hlavním městě Praze Magistrát hlavního města Prahy. Místní příslušnost krajského úřadu se řídí místem provozování zdravotnického zařízení. Výběrové řízení na poskytování ústavní a lázeňské zdravotní péče vyhláší Ministerstvo zdravotnictví.“

Nastane-li situace, kdy se činnost řetězce rozšíří na další území, stává se řetězec konku-

rentem ostatních stávajících zdravotnických zařízení v místě. Je proto zapotřebí zajistit, aby i v takovém případě zůstaly zachovány rovné podmínky pro „soutěž“ o status smluvního partnera pojišťoven. Zdravotnické zařízení nemá sice právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou ani v případě, že ve výběrovém řízení zvítězilo, což zákon stanoví výslovně; dle § 52 odst. 2 zákona 48/1997 Sb. však platí, že pojišťovna k výsledkům tohoto řízení „přihlíží“. Dotčené zdravotnické zařízení má tedy právo na to, aby výběrové řízení proběhlo, toto zdravotnické zařízení mělo možnost se jej zúčastnit a výsledky tohoto řízení byly dle zákona vyhlášeny. Ač může nastat situace, kdy zdravotní pojišťovna nebude pořadí výsledků výběrového řízení respektovat, zdravotnické zařízení může využít skutečnost, že výběrové řízení vyhrálo, při dalším jednání s pojišťovnami, a to jak po linii společenské, tak po linii právní.

Pokud výběrové řízení nebylo vyhlášeno, ač vyhlášeno být mělo, a smlouva byla řetězci automaticky rozšířena o nové území nebo nový rozsah péče, ostatní poskytovatelé jsou tím poškozeni na svých právech. Takový poskytovatel nebo skupina poskytovatelů by se tedy měl obrátit na příslušný správní orgán (typicky krajský úřad) a vyzvat jej k tomu, aby výběrové řízení postupem popsaným v zákoně vyhlásil. Pokud tak správní orgán neučiní, je možno se bránit pomocí právních nástrojů ochrany proti nečinnosti, popsanými ve Správním řádu.

Pokud již byla taková smlouva mezi pojišťovnou a řetězcem podepsána, aniž došlo k výběrovému řízení, je možno namítnout její neplatnost, neboť k jejímu uzavření došlo postupem v rozporu se zákonem 48/1997 Sb. Byť dle § 50 odst. 2 není pojišťovna výsledkem výběrového řízení vázána, z ustanovení § 46 odst. 2 zákona jednoznačně vyplývá, že výběrové řízení před uzavřením smlouvy musí proběhnout. Pokud zdravotní pojišťovna tento postup nerespektuje, je možno obrátit se pro zjednáni nápravy na Ministerstvo zdravotnictví, které dle příslušných zákonů vykonává nad činností pojišťoven dohled.

B. Stanovisko: Mgr. Jakub Uher

K této věci existuje celá řada různých výkladů a interpretací zákona. Osobně mám za to, že ne každé rozšíření činnosti vyžaduje výběrové řízení.

Zákon v tomto smyslu není bohužel dokonale - upozornil bych pouze na rozdíl mezi ust. § 47 odst. 2 stanoví, že vyhlášení výběrového řízení musí obsahovat mj. „rozsah zdravotní péče a území, pro které má být poskytována -



tedy zde se vyskytují dva odlišené pojmy - „rozsah zdravotní péče“ a „území“ a ustanovením 48/1997 Sb. stanoví v § 46 odst. 2, písm. d), které uvádí: „současně nedochází k rozšíření rozsahu poskytované zdravotní péče“ - zde se již hovoří pouze o rozsahu poskytované péče, nikoli o území. Ostatně není zcela jasný ani výklad pojmu „rozsah péče“ - většinou je vykládán ve smyslu péče v určité odbornosti, spektrum výkonů apod., objevuje se i výklad oblasti pro níž má být péče poskytována.

V této věci si netroufám udělat jednoznačný závěr, o kterém bych byl přesvědčen. Jasně je jen to, že výběrové řízení musí proběhnout před uzavřením smlouvy. Zda a pro které změny smlouvy je již výběrové řízení nutné není zcela jasné. Od požadavků na výběrové řízení při nasmlouvání nového kódu (mění se přece rozsah péče) až po výklad, že po uzavření smlouvy lze již měnit cokoli bez výběrového řízení (požadavek na výběrové řízení je přece pouze před uzavřením nové smlouvy) jsem

se setkal s lečím a žádný autoritativní výrok soudu v této věci nemám k dispozici.

Osobně se domnívám, že pokud je na myslí otevření nové ordinace řetězce lze vzít jako rozhodující kritérium působiště v novém kraji - tam by mělo výběrové řízení proběhnout. O dělení území lze jistě uvažovat, ale jasné kritérium o kolik musí být rozšířeno (změněno) se podle mne určí velmi problematičticky. ■

Volební Konference SPLDD ČR

Podzim roku 2009 je podzimem, který lze směle nazvat volebním. Pominu však handrkování politiků, pominu hodnocení sporu politici vs. Ústavní soud a ve svém sdělení se budu věnovat volbám do nejvyššího orgánu našeho Sdružení. Jednotlivé okresy, kraje a regiony si zvolily své zástupce již v první polovině roku a nyní nás očekávají volby do užšího vedení Sdružení. Každé volby s sebou nesou hodnocení činnosti jednotlivých lidí, naplněné či nenaplněné ambice, ale také očekávání věcí nových. Jaká bude budoucnost našeho oboru? Jaké bude postavení praktických dětských lékařů ve společnosti? V systému zdravotnictví? Odpovědi nehledejte pouze ve volených funkcionářích, ale především všichni u sebe. Nově zvolení funkcionáři jsou tu především poroto, aby pomohli společné myšlenky a zájmy prosadit. Bez pomoci všech ostatních to ale sotva půjde.

**Kdy: 31.10.2009, od 9:00 hod do 17:00 hod
Kde: Aula Masarykovy university Brno, Vinařská ul.**

V jakém složení Výkonný výbor pracoval:

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda

MUDr. Milan Kudyn, 1. místopředseda, vedoucí Redakční rady Vox Pediatriae, tiskový mluvčí

MUDr. Hana Cabrnchová, místopředsedkyně Sdružení a předsedkyně

Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP

MUDr. Jiřina Dvořáková, místopředsedkyně a hlavní pokladník

MUDr. Eva Vitoušová, místopředsedkyně a vedoucí kanceláře Sdružení

Co se především povedlo:

Zlepšit situaci v úhradách (za poslední 2 roky meziroční nárůst v pásmu 15-20%).

Minimalizace regulací ze strany zdravotních pojišťoven.

Prezentace primární péče formou Kongresu.

Co se především nepovedlo:

Legislativní zakotvení primární péče s jasnou definicí úlohy a postavení PLDD, vč. vymezení kompetencí.

Dořešit legislativní a faktické zakotvení reálné přípravy nových PLDD s potřebnou atraktivitou.

Reálné fungování primárního závozu očkovacích látek do ordinací PLDD.

Co se nejvíce diskutovalo, resp. co byla nejkontroverznější témata:

Regulační poplatky.

Projekty řízené, resp. integrované péče.

Reformní kroky MZ ČR

Konference Sdružení je mandátní, tj. právo hlasovat mají pověřeni zástupci okresů dle klíče daného vnitřními řády Sdružení, právo účasti a projevení názoru má každý člen Sdružení.

Za Výkonný výbor zve k účasti na Konferenci: MUDr. Pavel Neugebauer



Nový model distribuce očkovacích látek

Zoufalé volání na OHES, že docházejí ty a ty očkovací látky, kdy budou, mám si dojet, dovezou, jak to že ve vedlejším kraji mají, program skladových zásob OČKO. To vše vzalo od letošních prázdnin za své. Do ordinací začala volat neznámá distribuční společnost, požadovala osobní údaje, poštou byly distribuovány plastické členské karty, gestor a garant očkování ze strany státu mlčel. Tak přesně takto začala předem nikým neprojednaná změna, která měla přinést do celé situace řád, zlepšit komfort pro lékaře i naše pacienty, pro garanta zjednodušit administraci. Místo toho stále obsazené telefonní číslo distributora, chaotický rozvoz očkovacích látek, zmatky, nervozita, stres, nenaplnění legislativně daného očkovacího kalendáře a přetrvávající mlčení gestora a garanta tzv. povinného očkování. Skutečně změna k lepšímu?

■ A. Kapitola první – instrukce MZ ČR

Informace Ministerstva zdravotnictví pro lékaře provádějící pravidelná, zvláštní a mimořádná očkování (dále jen očkovací lékaři) podle vyhlášky č. 65/2009 Sb., ve znění vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem

1) S účinností od II. pololetí 2009 (1.7.2009) mění Ministerstvo zdravotnictví (MZ) systém distribuce očkovacích látek pro shora uvedené očkování. Tato změna je v souladu se stávajícím zněním zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů (dále zák. č. 258/2000 Sb.), nedochází tedy k plánované změně zajišťování a financování očkovacích látek ze strany zdravotních pojišťoven, očkovací látky jsou i nadále zajišťovány a hrazeny státem.

2) Změna v systému distribuce je způsobena rozpočtovými omezeními MZ projevujícími se v ukončení těchto distribučních činností Krajskými hygienickými stanicemi (KHS) a Hygienickou stanicí hl.m.Prahy (HS HMP), přísnějšími nároky zákona o léčivech na skladování a distribuci očkovacích látek a v neposlední řadě snahou o lepší distribuční služby očkovacím lékařům a zdravotnickým zařízením.

3) Distribuci výše uvedených očkovacích látek nově zajišťuje MZ prostřednictvím jejich dodavatele přímo do ordinací očkovacích lékařů a zdravotnických zařízení. KHS a HS HMP a jejich územní pracoviště se na této činnosti nepodílí.

4) Pro zajištění potřebných objednávek a dodávek požadovaných očkovacích látek je nutné, aby se očkovací lékaři pouze zaregistrovali u dodavatele - bez nutnosti dodání jakýchkoliv dokladů (zákonná povinnost

doložení oprávněnosti jednotlivých lékařů nakládat s léčivými přípravky je pro zjednodušení řešena jinou formou, a to přímo zasláním seznamu registrovaných praktických lékařů pro děti a dorost a praktických lékařů pro dospělé, které MZ získá od jednotlivých krajských úřadů a následně je předá dodavateli). Registraci je potřeba provést na webové adrese www.distribucevakcin.cz nebo na bezplatné telefonní lince 800 11 22 33.

5) Očkovací látky v požadovaném množství budou očkovacím lékařům a zdravotnickým zařízením dodávány přímo do ordinací na základě jejich objednávek uplatněných u dodavatele na adrese www.distribucevakcin.cz nebo na bezplatné telefonní lince 800 11 22 33, a to do 10ti kalendářních dnů po obdržení objednávky. Pro objednávky na IV. čtvrtletí 2009 a dále v dalších obdobích je v souladu s kupní smlouvou ujednáno, že dodavatel bude sumarizovat požadavky očkovacích lékařů. Proto je potřeba tyto požadavky očkovacích lékařů a zdravotnických zařízení uplatnit na shora uvedené adrese v termínu do 15. kalendářního dne posledního měsíce v příslušném čtvrtletí pro čtvrtletí následující (tedy do 15.9.2009 na 4. čtvrtletí roku 2009 apod.). Následně budou tyto požadavky dodavatelem předány MZ podle regionů, a to vždy do 20. dne v posledním měsíci příslušného čtvrtletí k vystavení objednávky u distributora na čtvrtletí následující.

6) Očkovací látka proti chřipce pro pravidelné a zvláštní očkování bude pro sezónu 2009/2010 distribuována stejným způsobem. Očkovací látka proti chřipce, nehrazená státem, bude distribuována či zajišťována individuálně.

7) S očkovacími látkami distribuovanými podle výše uvedeného postupu je nutné zacházet z pozice řádného správce a dodržovat veškerá zákonná opatření týkající se nakládání s nimi,

neboť očkovací látka je majetkem České republiky až do doby aplikace. V případě znehodnocení očkovací látky bude očkovací lékař řešit takovou situaci s dodavatelem a ten následně s MZ. Očkovací lékař, resp. zdravotnické zařízení nenesou zodpovědnost a finanční ztrátu v případě neúmyslného znehodnocení, způsobeného vlivem vyšší moci.

8) Očkovací lékař může požádat o mimořádnou redistribuci očkovacích látek, které mu byly dodány již dříve, a to následujícím způsobem. Učiní tak v dostatečném předstihu před koncem expirace a požádá o ni dodavatele. Současně mu potvrdí formou čestného prohlášení, že očkovací látky byly po celou dobu od převzetí skladovány na adrese uvedené v Potvrzení o převzetí, za podmínek uvedených v souhrnu údajů o přípravku nebo podle pokynů výrobce, tzn. řádným způsobem, s pravidelnou kontrolou a záznamem skladovací teploty v souladu s § 36 až § 37 vyhlášky č. 84/2008 Sb., o správné lékárenské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivými látkami v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky a v souladu s ustanoveními zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, a dále v souladu s ustanoveními vyhlášky č. 229/2008 Sb., o výrobě a distribuci léčiv.

Vrácena mohou být pouze celá, neporušená a zjevně nepoškozená balení registrovaných léčivých přípravků s dobou expirace minimálně 30 dní. Léčivé přípravky s dobou expirace kratší než 30 dní, nejasného původu, zjevně poškozené, nekompletní, neregistrované a léčivé přípravky v režimu specifických léčebných programů nebude oprávněn dodavatel přijmout. Vracení očkovacích látek se týká přípravků dodaných do zdravotnických zařízení z územních pracovišť místně příslušných krajských hygienických stanic. Zdravotnická zaří-



zení mohou tyto přípravky vracet po dobu 30 kalendářních dní po uveřejnění této informace na webovém portálu MZČR, počínaje dnem uveřejnění.

9) Očkovací látky jsou určeny podle odst. 1 § 46 zákona č. 258/2000 Sb., k aplikaci fyzickým osobám s trvalým pobytem na území ČR, cizincům s trvalým pobytem, cizincům oprávněným k trvalému pobytu v ČR a dále cizincům, jimž byl povolen přechodný pobyt na území ČR na dobu delší než 90 dnů nebo jsou oprávněni pobývat na území ČR déle než 90 dnů. Očkování se poskytne uvedeným osobám bez ohledu na uzavřený typ zdravotního pojištění.

10) Kompetence orgánů ochrany veřejného zdraví – oddělení epidemiologie KHS a HS HMP a jejich územních pracovišť na úseku pravidelného, zvláštního a mimořádného očkování jsou zejména:

- spolupráce v ohnisku nákazy v případě nutnosti vyhlášení mimořádného očkování,
- konzultace s ohledem na očkování zdravotně stigmatizovaných osob,
- konzultace při očkování osob s individuálním očkovacím kalendářem, které musí vždy zásadně vycházet z odborných doporučení, která jsou garantována odbornými společnostmi ČLS JEP, popřípadě poradním sborem hlavního hygienika ČR pro epidemiologii,
- kontrola proočkovanosti.

11) Případné připomínky k distribuci a stížnosti týkající se nedostatku očkovacích látek je nutné adresovat přímo Ministerstvu zdravotnictví ČR, Palackého nám. 4, PSČ 128 01 pí. Hanu Štěpánkovou, tel.: +420 224 972 441, email: hana.stepankova@mzcr.cz

12) Kontrolu dodržování chladového řetězce při uskladnění vakcín provádí na základě zákonného zmocnění Státní ústav pro kontrolu léčiv.

13) MZ i KHS a HS HMP se všem dotčeným lékařům a zdravotnickým zařízením omlouvají za úvodní informační a organizační problémy spojené s touto změnou. Jejich příčinou však je neprovedení uvedené legislativní změny a s tím spojená časová tíseň MZ pro uskutečnění nápravy. Děkujeme proto všem za pochopení a maximální spolupráci při implementaci popsaných změn.

V Praze dne 25.7.2009

Dana Jurásková, ministryně zdravotnictví
Michael Vít
náměstek ministryně zdravotnictví
a hlavní hygienik ČR

■ B. Kapitola druhá – právní výklad situace

Stanovisko JUDr. Ondřej Dostál

Jde-li o právní závaznost názoru MZ či příslušného náměstka, je nutno odkázat na § 45 odst. 1 zákona 258/2000 Sb.: K ochraně před vznikem, šířením a k omezení výskytu infekčních onemocnění spolupracují zdravotnická zařízení (...) s orgány ochrany veřejného zdraví a provádějí opatření **stanovená tímto zákonem** nebo **na základě zákona** příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví.“ Zmocnění k převedení kompetencí v oblasti distribuce na soukromého distributora není v zákoně ani přímo popsáno, ani k němu zákon Ministerstvo nikde nezmocňuje. Zákon naopak popisuje v § 80 odst. 8, že Ministerstvo „zajišťuje očkovací látky (...) a jejich výdej“.

Jde-li o odpovědnost za pozdní očkování a zdravotní následky, musím bohužel poukázat na § 45 odst. 2 zákona 258/2000 Sb., který zní: „Zdravotnická zařízení **jsou povinna zajistit a provést** pravidelná, zvláštní a mimořádná očkování (...)“ Pokud zdravotnická zařízení toto nezajistí a neprovedou dle zákona, porušují právní povinnost. Jestliže má toto porušení právní povinnosti za následek újmu na zdraví, pacient či jeho zákonní zástupci mohou zdravotnické zařízení úspěšně žalovat. Druhá věc je, že ZZ by se patrně mohlo v návaznosti na takovou žalobu s nadějí na úspěch namítat nemožnost splnění této povinnosti, případně regresně žalovat stát; nepřijemnostem s pacienty-žalobci by se však nevyhnulo.

Avenier dále na svých webových stránkách žádá po lékařích, aby mu poskytli četné osobní informace (vč. data narození), čímž podmiňuje dodávání vakcín. Ze zákona však rozhodně nevyplývá, že by získání vakcín pro povinné očkování bylo ze strany lékaře podmíněno tím, že poskytne soukromému distributorovi svoje osobní údaje.

Konečně, pro objednatele vakcín jsou rozhodné obchodní podmínky distributora. Nedomnívám se, že by v případném právním sporu mezi lékařem a distributorem (například ve věci reklamace) lékař jakkoliv pomohl text vyvěšený Ministerstvem zdravotnictví na webových stránkách, takový text nebude bez dalšího ani obecně závazným právním předpisem ani čímkoliv jiným co by mohlo ovlivnit práva a povinnosti ve vztahu lékař-distributor.

Stanovisko Mgr. Jakub Uher

Zákon stanovuje, že očkovací látky zajišťuje orgán ochrany veřejného zdraví (to je hygiena, ale také MZ). To, že zajišťuje ovšem neznamená,

že to musí samo realizovat - tedy zajištění prostřednictvím jiné osoby (například distributora) je podle mne možné. K tomu není třeba žádné výslovné zmocnění v zákoně. Prakticky je pak povinnost zajištění látek splněna, když mají lékaři (resp. zdravotnická zařízení) možnost tuto objednat a tato je jim pak doručena (celkem je jedno, jestli ji doveze hygiena, Avenier, ministerský úředník atd.).

Přímý smluvní vztah mezi distributorem a zdravotnickým zařízením zde podle mne není na místě - smluvní stranou je zde ministerstvo (resp. stát), které kupuje vakcíny a rovněž nasmoulovává distribuci.

Podle mého názoru není třeba Avenieru předávat žádná osobní data - tento požadavek jde podle mne nad rámec zákona. Ostatně ministerstvo (resp. UZIS) má kompletní registr poskytovatelů zdravotní péče dle jednotlivých oborů - neměl by tedy být problém tyto identifikovat a umožnit jim objednávky realizovat.

Obchodní podmínky distributora pokládám ve vztahu ke zdravotnickému zařízení v tomto případě za bezpředmětné - jiná situace bude, když uzavře s distributorem kupní smlouvu (například na očkovací látky hrazené přímo pacientem).

■ C. Kapitola třetí – upřesňující stanovisko MZ ČR

Viz dopis hlavního hygienika ČR v rámečku na následující straně.

■ D. Kapitola čtvrtá – reálná situace


Z praxe (26.8.2009):

„Dnes jsem na telefonním čísle 800112233 kontaktoval společnost Avenier, proběhla identifikace našeho zdravotního střediska podle jména, adresy a IČO, dále jsem byl žádán o sdělení svého data narození, dat narození svých zaměstnanců a ordinačních hodin, to jsem odmítl a registrace našeho střediska nebyla proto společností Avenier provedena. Naše zásoba očkovacích látek z dřívějších dodávek přes HS je již téměř vyčerpána, dodávky od HS byly zastaveny, od firmy Avenier nové zřejmě nedostaneme, to ale nejspíš neprospěje proočkovanosti v našem spádovém území.“

■ E. Kapitola pátá – žádost o nápravu

Vážený pane náměstku, v souvislosti se změnou distribuce očkovacích látek pro příslušným zákonem předepsaná očkování se na Vás obracím s žádostí o dořešení několika palčivých problémů, které se dosud nedaří odstranit.



 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

MUDr. MICHAEL VÍT, Ph.D.
hlavní hygienik České republiky
a náměstek pro ochranu a podporu veřejného zdraví

V Praze dne 18. srpna 2009
Č. j.: 36086/2009

Vážené kolegyně,
vážení kolegové,


rád bych Vás informoval, že dne 12. srpna 2009 byla podepsána kupní smlouva na očkovací látky v rozsahu vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění vyhlášky č. 65/2009 Sb. Ve spojení s předcházejícím uzavřením kupní smlouvy na zabezpečení hexavakciny je tak zajištěna dostatečná kapacita očkovacích látek na 2. pololetí roku 2009 a roky 2010 i 2011.

Uzavírání obou smluv negativně ovlivnilo nepřijetí legislativních změn v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a zákoně č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, které měly stanovit nový systém úhrad včetně nového distribučního systému. Bohužel k těmto změnám nedošlo a Ministerstvo zdravotnictví muselo řešit zabezpečení očkovacích látek prostřednictvím „krizového scénáře“.


Chtěl bych se Vám ještě jednou omluvit za komplikace, které Vám případně mohly nastat, a velice poděkovat, že i přes nepříznivou situaci při zajišťování očkování dětí nedošlo k žádným závažným problémům.

Věřím, že nový kvalitnější systém distribuce předejde možným nedostatkům a bude sloužit ke spokojenosti Vás i Vašich klientů.

S pozdravem



Všem všeobecným praktickým lékařům a
praktickým lékařům pro děti a dorost

 ČR - Ministerstvo zdravotnictví, Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2
tel./fax: +420224972433/+420224915996, e-mail: KH@MZCR.CZ, www.mzcr.cz

1. Komunikace se společností Avenier

- Problém komunikace – ukazuje se, že jediná telefonní linka není dostatečná, máme množství stížností na nemožnost se dovolat do společnosti Avenier (viz příložené kopie korespondence)
- Problém s daty – stále požadována data, která nemají opodstatnění (viz příložené kopie korespondence)
- Problém administrace objednávek – problém spočívá ve skutečnosti, lékař objedná x, Avenier dodá y, dokumentace tyto 2 roz-

dílné věci nespároává. Navrhujeme proto řešení – lékař objedná, objednávka bude potvrzena v plném rozsahu při dodávce, v případě, že dodávka nebude úplná, bude objednávka obsahovat termíny dodání zbytku objednávky

2. Způsob objednávání

Na základě zkušeností uvedených v bodě jed-
na doporučujeme zavést následující opatření:
a) Objednávky realizovat výhradně cestou
hygienických stanic

- Možná i centralizace se záznamníkovou službou

Odůvodnění: dosavadní zkušenosti s komunikací se společností Avenier bohužel zakládají důvodné přesvědčení, že tato společnost odmítá vzniklou situaci řešit, zodpovědnost za státem garantované očkování leží na MZ, pouze tímto způsobem lze důsledně tuto garanci uplatnit (nic nebrání variabilitě, vč. využití kapacit KHES, navíc v tomto případě možné okamžitě reagovat kontrolní činností na např. přehnanou objednávku)

- Zlepšení evidence

Odůvodnění: Současná zkušenost bohužel zakládá důvodné přesvědčení, že vznikne chaos v definování objednaných a skutečně dodaných počtech vakcín, důvod popsán výše.

- Monitoring problémů.

Odůvodnění: Do jisté míry jednoznačná kontrola fungování distribuční společnosti, včetně kontroly dodržování smluvních podmínek. V současnosti vše jen zprostředkovává.

- Čtvrtletní objednávky

- Na straně lékaře

- z velké části „věštění z koule“, nelze jasně předpovědět porodnost, pohyby pacientů apod., nemá smysl proto pokračovat v této praxi

- Na straně MZ

- možnost úzké spolupráce s ČSU – trendy porodnosti, počet dětí v ročníku apod., to vše výrazně upřesňuje velikost objednávky, výrazná eliminace početních diskrepancí

- Na straně distribuční společnosti

- pokud zůstane zachována současná praxe, zbytečně množství drobných sporů v počtech, a to oběma směry, na konci roku možnost výraznějších deficitů

Vážený pane náměstku,

věřím, že zvážíte námi předložené argumenty a návrhy a že společně dojdeme k řešení, které nakonec přinese užitek našim malým pacientům.

S pozdravem

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR

■ F. Kapitola šestá – reakce MZ

- do uzávěrky tohoto čísla žádná

Pro Vox připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer

Wyeth - Prevenar

Wyeth - Prevenar SPC



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Aktuality z oblasti očkování

Aktuální informace týkající se distribuce očkovacích látek pro pravidelné očkování naleznete na www.detskylekar.cz a www.mzcr.cz. Informujte MZČR o problémech s distribucí na uvedené adrese a své stížnosti zasílejte prosím i na adresu centrum@detskylekar.cz. Vaše připomínky budou pro nás podkladem k dalším jednáním na toto téma. Aktuálně se při jednáních snažíme vyhnout povinnosti dodržet termín do 15.9.2009, do kdy má být nutné nahlásit požadavky očkovacích látek na 4. čtvrtletí. Domníváme se, že nemáme dostatečné garance pro situaci, kdy bude potřeba objednávku navýšit a nebo ponížít. Celková objednávka spotřeby ze strany státu na celý rok a následné rozpočítání této spotřeby po jednotlivých čtvrtletích by mělo být dle našeho názoru dostačující.

■ Aktuální informace k dodávce vakcíny Prevenar pro rizikové skupiny dětí

Uvedené rizikové skupiny dětí jsou:

- Primární defekty imunity s klinickým projevem: poruchy tvorby imunoglobulinů, T-lymfocytů, fagocytózy a komplementu.
- Závažné sekundární imunodeficity, zejména hemato-onkologická a onkologická onemocnění po CHT, transplantace orgánů, HIV.
- Asplenie funkční i anatomické u dětí před dovršením druhého roku věku.
- Transplantace kmenových hemopoetických buněk.
- Chronická plicní onemocnění, zejména vrozené vady a poruchy respiračního traktu, bronchopulmonální dysplazie.
- Recidivující otitidy (opakované záněty středního ucha) v rozsahu 4 a více za rok.
- Pacienti s kochleárnými implantáty a likvoreou.
- Pacienti po prodělaných bakteriálních meningitidách (zánět mozkových blan) a septikémiích.
- Děti s porodní hmotností pod 1500g. (pozn.: bod doplněn aktualizací vyhlášky v březnu 2009)

Z rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR byla vakcína **Prevenar vybrána jako jediná konjugovaná vakcína** pro provádění bezplatného pravidelného očkování uvedených rizikových skupin dětí proti pneumokokovým nákazám.

Dle zveřejněných Informací Ministerstva zdravotnictví ČR pro lékaře provádějící pravidelná,



zvláštní a mimořádná očkování je pro zajištění potřebných objednávek a dodávek požadovaných očkovacích látek nutné provést registraci na adrese www.distribucevakcin.cz nebo na bezplatné telefonní lince 800 11 22 33.

Součástí objednávky nejsou a ani nemohou být informace týkající se zdravotních indikací konkrétních pacientů. Kontrolní činnost v oblasti proočkování zůstává i nadále v kompetenci orgánů ochrany veřejného zdraví.

Vykazování tohoto očkování zůstává beze změny výkonem 02110 s příslušnou diagnózou, neboť nedochází ke změně financování této očkovací látky. Dále jí nakupuje a hradí rizikovým skupinám stát. Nelze tedy zatím používat nové výkony obsažené v seznamu zdravotních výkonů od ledna letošního roku. Tyto výkony ve svém označení obsahují i informaci a výdeji konkré-

tní očkovací látky. Tato informace bude určena zdravotním pojišťovnám a použita za situace, kdy zdravotní pojišťovny budou očkovací látky i financovat.

■ Seminář v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR

Koncem července se v PSP ČR konal seminář Problematika rakoviny děložního hrdla. Zaměřil se na prevenci tohoto onemocnění, a to především na vakcinaci proti HPV a její vztah ke screeningu. V centru zájmu už nebyla otázka, zda si Česká republika může dovolit plošnou vakcinaci. Zájem české veřejnosti o tuto očkovací látku dokládá fakt, že za vlastní peníze se zde nechalo vakcinovat již 100 000 dívek a žen – což je i v mezinárodním srovnání unikátní.

České zdravotnictví má jistě mnoho kvalit, kterými se může chlubit, prevence cervikálního karcinomu ale mezi nimi není. Pokud jde o mortalitu spojenou s tímto onemocněním, jako by Česko ani nepatřilo do Evropy. Každý rok se zde tento novotvar příčinou smrti přibližně čtyř set žen a je tomu tak už více než třicet let bez známek zlepšení. Přitom karcinom děložního hrdla je považován za nejlépe preventabilní zhoubný nádor a jako takový je určitým měřítkem kvality gynekologické péče. Na zdraví českých žen se jistě podepsaly roky trvající spory o podobu cervikálního screeningu, kdy zainteresované odborné společnosti jen těžko hledaly společnou řeč. V poslední době ale došlo ke dvěma zlomovým okamžikům – nástupu očkování proti HPV (tedy vakcinace proti kauzálnímu původci tohoto karcinomu) a vzniku péče jen pevnější struktury screeningu včetně systému kontroly kvality cytologických laboratoří a datového auditu.

Implementace těchto změn byla hlavním tématem semináře, který se konal 24. července v Poslanecké sněmovně. Sešlo se zde mnoho z těch, kteří mají k této problematice co říci včetně vrcholných představitelů ministerstva zdravotnictví. Jedním ze vzácných hostů semináře byla i někdejší ministryně zahraničí USA Madelaine Albrightová. Ta při slavnostním zahájení uvedla: „Až příliš mnoho žen má přístup ke zdravotní péči jen krátkodobý, ne trvalý, jen nahodilý, ne systematický, pro příliš mnoho žen je to luxus, nikoli právo. Není důvod, abychom se s tím smířili. Všude je co zlepšovat.“



Dětské absence

(CAE - childhood absence epilepsy)

MUDr. Ladislava Rennerová

Dětská klinika, Masarykova nemocnice o.z., Krajská Zdravotní a.s., Ústí nad Labem., Demosthenes, Ústí nad Labem

prim. MUDr. Jaroslav Škvor, CSc.

Dětská klinika, Masarykova nemocnice o.z., Krajská Zdravotní a.s., Ústí nad Labem

■ Důležité zkratky

EEG elektroencefalogram

CAE childhood absence epilepsy, syndrom dětských absencí

JAE juvenile absence epilepsy, syndrom juvenilních absencí

JME juvenile myoclonic epilepsy, juvenilní myoklonická epilepsie (Janův syndrom)

MAE epilepsy with myoclonic absences

EMA eyelid myoclonia with absences (Jeavonsův syndrom)

GE grafoelement

HV hyperventilace

PMV psychomotorický vývoj

Synonymem je název pyknoleptické absence (pyknos - hustý). Onemocnění, které patří do skupiny idiopatických generalizovaných epilepsií (IGE).

Jedná se o epileptický syndrom nastupující mezi 4.-10. rokem věku, s maximem výskytu mezi 5.-6. rokem. Prevalence onemocnění je okolo 10% a roční incidence je okolo 7/100 000 dětí s epilepsií pod 15 let. Klinikou manifestací jsou absence krátkého trvání, s náhlým začátkem a koncem, v trvání většinou do 20 s (v průměru kolem 10 s), s jasnou poruchou vědomí (areaktivitou, zástavou nebo zpomalením probíhající spontánní aktivity), četného výskytu od 10 do 100 za den, proto také název pyknolepsie. Pacienti mají v úvodu normální neurologický náález a před onemocněním i zcela normální vývoj. Typické absence jsou provokované hyperventilací, dalšími spouštěcími faktory jsou vlivy emoční (stres, strach), metabolické (hypoglykemie), mentální (uvolnění pozornosti). Jiné křeče do obrazu syndromu dětských absencí nepatří s výjimkou febrilních křečí, které mohou předcházet rozvoji onemocnění, a nebo generalizované tonickoklonické křeče, které se mohou objevit dlouho po rozvoji absencí (většinou až v adolescenci nebo v dospělosti), ale jsou jednotlivé, nefrekventní. Ostatní záchvaty současně s absencemi (jako myoklonie, atonické

záchvaty, fokální záchvaty apod.) ukazují na rozvoj jiného epileptického syndromu. Status epilepticus se u tohoto syndromu běžně nevyskytuje.

Diagnostika je založena na typickém klinickém obrazu a typickém EEG nálezu. V interiktálním EEG se objevuje normální aktivita pozadí, často s epizodickou rytmickou delta nad zadními svody. Zadní pomalá rytmická aktivita je, jako úseky bilaterálně rytmické vysokovoltážní delta kolem 3 Hz v obvyklé oblasti distribuce alfa rytmu, často u více než poloviny dětí ve věku 6-10 let. Photosenzitivita nebývá. V iktálním EEG jsou vysokovoltážní hrot-vlna komplexy (s maximem amplitudy obvykle frontálně) frekvence kolem 3 Hz, zpočátku paroxu rychlejší a v konečné fázi se zpomalující na 0,5-1 Hz. Hyperventilace provokuje tyto specifické změny u více než 90% těchto dětí. Dobré je klinickou manifestaci v úvodu onemocnění zachytit na video, ať jako videoEEG v nemocnici, či alespoň na domácí video.

■ Příklad EEG (viz. obrázek)

Syndrom dětských absencí není synony-

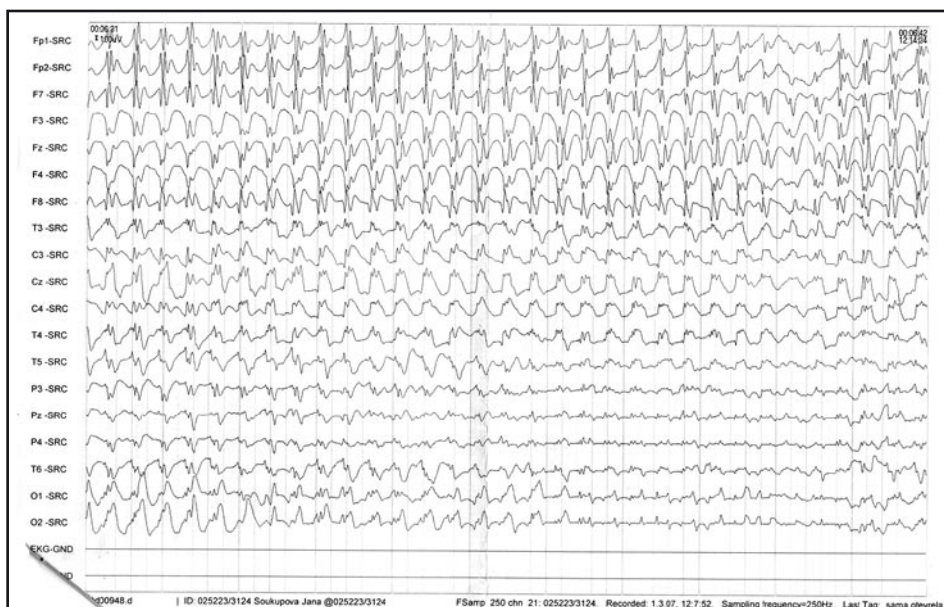
mem pro všechny druhy absencí v tomto věku. Mezi vylučující kriteria CAE patří:

1. přítomnost jiných záchvatů než typických absencí (atypické absence, myoklonie, fokální záchvaty...)
2. nápadné silné myoklonie víček, periorální myoklonie, myoklonie hlavy, horních končetin, trupu. (Jemné myoklonické projevy se v prvních 3 s typické absence mohou objevit)
3. lehká nebo žádná porucha vědomí během nálezu charakteristických SWC 3-4 Hz
4. ne zcela vyjádřené klasické EEG změny, polyspiky
5. provokace fotostimulací.

Studie týkající se prognózy CAE uvádějí průběh do plné remise u 30-80 % všech dětí. S věkem se absence stávají méně frekventní a méně silné. Polovina pacientů vyvine generalizovaný tonickoklonický záchvat později.

Faktory, které zhoršují prognózu CAE jsou:

1. mentální retardace, odchylky v neurologickém nálezu a v EEG pozadí (dle definice vylučující kriteria pro IGE)
2. generalizovaný tonickoklonický záchvat předcházející nebo vyskytující se současně





s typickou absencí (vylučující kritérium pro CAE)

3. fotosenzitivita (vylučující pro CAE), výskyt v pozdním dětství nebo časně adolescenci (pak se může jednat o JAE, JME) nebo při velmi časném začátku (se může jednat o MAE, EMA)
4. nápadné myoklonické projevy
5. špatná odpověď na léčbu.

Léčba v monoterapii valproátem nebo ethosuxinimidem kontroluje absence v 80%. Lamotrigin v monoterapii ovlivní absence asi u 50% pacientů. Kontraindikované léky jsou karbamazepin, gabapantin, oxcarbamazepin, phenytoin, phenobarbital, vigabatrin, tiagabalin. O vysazení antiepileptické medikace se můžeme pokusit po 2-3letém období bez křečí. Komplikace s vysazením medikace mohou nastat pro podhodnocení klinických projevů (rodiče jsou s dětmi málo a nebo jsou výpadky vědomí tak krátké, že změnu stavu vědomí nepostřehnou), proto ve sporných případech může napomoci video EEG.

■ Několik kazuistik našich komplikovanějších pacientů:

Kazuistika č. 1 - děvče - 5 let

NO - odeslána na naše pracoviště z lázní, kde byly při rehabilitaci pozorovány desítky krátkých poruch vědomí. Následně se ukázalo, po doplnění anamnézy, že tyto stavy již byly pozorovány asi v 9 měsíčním předstihu před učiněním diagnózy, zpočátku však méně četně.

RA - matka - deprese

OA - z III. gravidity, gemini, 36. týden, 2750 g, dvojče A, poporodní adaptace fyziologická PMV - normální

EEG - 1. vyšetření - opakované epizody SWC s amplitudovým maximem frontálně

Terapie - jako číslo jedna použit retardovaný valproát, na který nezareagovala. Následně podané ethosuximidové kapsle byly s promptním efektem, klinické projevy včetně EEG změn zcela vymizely. Léčbu tolerovala, nyní jsme před zahájením vysazování. Chodí do 2. třídy, na vysvědčení měla samé 1, PMV pokračuje jako u dvojčete B.

Kazuistika č. 2 - chlapec - 5.5 let

NO - přichází z jiného pracoviště, 8 měsíců léčen s diagnózou netypické absence, opakovaně ochaboval matce v náručí, na příhodu vždy amnezie, stav trval kolem 10 s, nasazen retardovaný valproát, stavy poruch vědomí trvají, ve spontánní motorice je pomalejší, po

2 měsících do medikace přidán lamotrigin, paroxysmálních kratších poruch vědomí je kolem 15/den, po 6 měsících lamotrigin vysazen, tehdy přichází na naše pracoviště a má kolem 50 záchvatů/den

RA - matka - v 10 měsících záchvat levostranných křečí, přechodně užívala Hysteps, ve 25 letech při gynekol. zákroku - generalizovaný tonickoklonický záchvat, antiepileptický režim, CT mozku s normálním nálezem, stp. plastice v obličejí pro faciální nevus, t.č. probíhá dovyšetření pro suspektní Sturger-Weber onemocnění

OA - z 1. gravidity, norm. průběhu, porod spontánní hlavičkou, PH 3250 g, AS 10-10-10, PMV - normální

EEG - 1. vyšetření - abnormní záznam pro výskyt opakovaných epizod specifických GE charakteru generalizovaných SWC 3 Hz s amplitudovým maximem frontálně provokovaných HV

Terapie - nasazen ethosuximid, valproát vysazen, po týdnu zachyceny 4 absence/den, po dalším navýšení bez klinických projevů, léčbu ethosuxinimidem toleruje dobře

Kazuistika č. 3 - chlapec - 5 let

NO - přichází z jiného pracoviště po dvouměsíční léčbě, kde pro epileptický syndrom pyknoleptických absencí s atonickou komponentou nasazen valproát, bez zásadního efektu na redukci záchvatů, postupně dále navyšován, po zahájení léčby valproátem v odstupu necelého měsíce při dávce 30 mg/kg /den náhle vznikl divergentní strabismus, následně poruchy paměti, v léčbě asi po měsíci přidán ethosuximid v kapsích, léčbu ale netoleroval, opakovaně zvracel, měl bolesti břicha, přechodně nápadná hyperaktivita, absence již neměl

RA - stran epilepsie negativní

OA - z II. gravidity, normálního průběhu, pro susp. velký plod SC, pupečník kolem krčku, AS 3-9-9, PH 3750, adaptace bez komplikací PMV normální

NO - asi od 4 let pozorovány zárazy, byl neoslovitelný strnulý, mydriáza, pokles hlavy

EEG - abnormní s obrazem SWC 3 Hz, provokace HV

MRI mozku - drobná pseudocysta s gliózou periventrikulárně vlevo, drobná nespécifická ložiska gliózy oboustranně supratentoriálně

Terapie - v léčbě byl vysazen valproát a pomalu vydávkován ethosuximid, již vysazení valproátu vedlo k vymizení nežádoucích účinků ethosuxinimidu (VPA potencuje nežádoucí účinky ethosuxinimidu - zvracení, bolesti břis-

ka, hyperaktivitu), strabismus přičítám vysoké hladině valproátu, nyní dostává ethosuximid v sirupu, což je léková forma, která není v ČR registrována, lék se dováží na mimořádný dovoz a rodiče hradí plnou cenu léku, ordinující lékař je povinen hlásit použití léku na SÚKL. PMV se normalizoval a dále pokračuje, hyperaktivita vymizela, titrujeme dávku, při poslední kontrole byla s frekvencí cca po 2 dnech zachycena jednotlivá absence.

Kazuistika č. 4 - dívka - 7 let

NO - v hudební škole při hře na klavír pozorovány učitelkou drobné zárazy, poruchy rytmu RA - matka neléčené krátké poruchy vědomí v dětství

OA - z IV. gravidity, normálního průběhu, porod spontánní 41. týden, PH 3800 g, adaptace fyziologická

PMV - normální

ZŠ samé 1, tanec, gymnastika, plavání, hra na klavír

EEG - 1. vyšetření - abnormní záznam pro výskyt specifických GE charakteru SWC s tendencí ke generalizaci, v HV opakované generalizované epizody SWC 3 Hz s maximem frontálně

Terapie - jako lék 1. volby podán retardovaný valproát, i při nižší dávce/kg se po 5 měsících terapie objevily bolesti břicha, potíže přetrvávaly i po dalším snížení dávky, vyskytla se elevace amylázy, MRI pankreatu - akutní pankreatitida v oblasti kaudy s pseudocystami, převedena na lamotrigin, záchvaty jsou plně kompenzované, PMV pokračuje, bez potíží se slinivkou.

■ Závěr

Při suspektních poruchách vědomí u předškolních dětí je jistě vhodné provedení EEG vyšetření (kazuistika č. 1, 4). Po správně stanovené diagnóze CAE je velmi důležité nasazení vhodného antiepileptika v dostatečné dávce, nevyhovuje-li, je nutné zvolit lék druhé volby, nejlépe v monoterapii a opět v dostatečné dávce (kazuistika 2). Při komplikacích myslet na nežádoucí účinky jednotlivých antiepileptik (kazuistika 3,4), ale také na nežádoucí účinky jejich kombinací (kazuistika 3). Léčba epilepsie často není jednoduchá.

Použitá literatura:

1. Panayiotopoulos, The epilepsies, Seizures, Syndromes and Management, Bladon Medical Publishing 2005
2. Brázdil, Hadač, Marušič, Farmakorezistentní epilepsie, Triton 2004
3. Komárek, Zumrová, Dětská neurologie, Vybrané kapitoly, Galen 2008



Kazuistika: Westův syndrom

MUDr. Libuše Šanderová

PLDD Úštěk, okr. Litoměřice

Pacient: Ondřej B., nar. 30. 12. 2006

RA: Matka nar. 1971, st.p. hepatitidě A i B, diskopatie (3x operace výhřezu ploténky), otec nar. 1972, zdrav, sestra nar. 1994, hraniční oční tlak. Otec matky glaukom, zemřel na CA plic.

OA: Ze II. gravidity, kolem 6. měsíce hrozící předčasný porod, matka hospitalizována. Porod 38. týden, spontánní, PH 3350 g/50 cm. Poporodní adaptace v normě, polohový pes equinovarus, upraveno rehabilitací. Do 6 měsíce věku prospíval velmi dobře. Ve 4., 5. a 6. měsíci aplikován Infanrix Hexa. Po aplikaci pouze krátkodobě subfebrilie. Kojen dosud.

NO: Sedmáct dnů po aplikaci 3. dávky Infanrix Hexa přichází s lehkým respiračním infektem, afebrilní. Doporučena pouze symptomatická léčba. Před odchodem z ordinace matka uvádí, že Ondra měl v posledních 5 dnech stavby náhlého zatnutí ručiček v pěst, pokrčení paží v lokti, „maskovitý“ výrazu v obličejí, slzel, nekřičel, na matku nereagoval. Stav se opakoval 2-5x denně, trval cca 30 s. Matka pozoruje také zvýšenou spavost a nápadný klid jinak

čilého chlapečka. Křeče nepozorovala. Ihned jsem dítě odeslala k dětskému neurologovi ve spádové nemocnici s podezřením na záchvatovitě onemocnění („bleskové křeče“).

Vyšetření: Neurologický vývoj přiměřený věku, pro jistotu neurolog natočil EEG, kde hrubě abnormní graf - hysarytmie. Doporučena hospitalizace v krajské nemocnici. Ondra se dostává k hospitalizaci až po pěti dnech od návštěvy PLDD (víkend, krajská nemocnice uzavřena z důvodu malování, jedna fakultní nemocnice hospitalizaci odmítla z důvodu plné obloženosti, byl přijat až do další fakultní nemocnice).

Ostatní vyšetření: KO, CRP, základní biochemie, oční pozadí, sono CNS v normě.

Léčba: Od prvního dne hospitalizace nasazen vigabatrin (Sabril) a při záchvatech Diazepam.

Další průběh: 1. den hospitalizace se objevily ještě tři záchvaty, 2. den pouze jeden a od 3. dne byl Ondra zcela bez záchvatů. 6. den natočeno kontrolní EEG, které výrazně zlepšeno, zachyceny pouze sporné specifické změny

temporálně vlevo. Po šesti dnech byl propuštěn do domácí péče, dojíždí na pravidelné kontroly do FN nyní již 1x za 6 měsíců.

Jeho psychomotorický vývoj je zcela normální, mluví v jednoduchých větách. Dosud je léčen Sabrilem v původní plné dávce 2x1 tableta. Zatím nesmí být očkovan.

Závěr: Westův syndrom – idiopatický? postvakcinační?

Poučení: Během deseti dnů od začátku prvních projevů se Ondra dle sdělení maminky velmi změnil, byl nápadně klidný, apatický, velkou část dne prospal a jakoby zapomněl většinu dovedností, které do té doby uměl. Tak vlastně mimochodem sdělená informace matky, že se jí Ondra „nějak nelíbí“, mě opět poučila, že je třeba rodičům pozorně naslouchat a dovedla mě k podezření na záchvatovité onemocnění, přestože jsem křeče v ordinaci neviděla a dítě v den vyšetření nevykazovalo nápadnou patologii. ■

Academia Medica Pragensis, České lékařská komora, Česká asociace sester ve spolupráci s Neurologickou klinikou 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN

Vás srdečně zvou na

Symposium

„Víme vše o poruchách spánku u dětí a dospívajících?“

Datum konání: 24.10.2009; Hodina konání: 8:30 - 16:00; Místo konání: Autoklub, Opletalova 1337/20, Praha 1

Symposium je pořádáno dle Stavovského předpisu ČLK č. 16 a dle stanov České asociace sester. Účastníci obdrží osvědčení s kredity.

Lektoři:

prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc., doc. MUDr. Hana Houštková, CSc.; prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc.; MUDr. Iva Příhodová; MUDr. David Kemlink, PhD.

Informace o programu, způsobu přihlášení se a odeslání registračního poplatku najdete na www.amepra.cz

Registrační poplatek:

Registrační poplatek činí pro lékaře ve výši 350 Kč a pro zdravotní sestry 180 Kč.

Závazné přihlášky zasílejte, prosím, do 23.10. 2009; mailem: novotna@amepra.cz či faxem: + 420 221 180 268
Písemně: Hana Novotná, Academia Medica Pragensis, Španělská 10, 120 00



Význam aminokyselin ve výživě dítěte

MUDr. Jiří Bronský, Ph.D.

Pediatrická klinika FN Motol, Praha

Úvod

Přestože v posledních letech dochází k významnému pokroku v porozumění významu aminokyselin ve výživě, upřesňování jejich doporučených dávek ve stravě i podrobnějším informacím z oblasti jejich metabolismu, stále zůstává mnoho nezodpovězených otázek, které jsou předmětem probíhajícího výzkumu v oblasti výživy a metabolismu. Velký zájem je věnován zejména esenciálním a podmíněně esenciálním aminokyselinám, obzvláště v podmínkách zvýšených nároků organismu - při zátěžových situacích (stres, onemocnění, trauma apod.). Tento článek shrnuje některé důležité údaje o aminokyselinách, jejich metabolismu a významu pro dětský organismus.

Pohled do historie

Odborný zájem o aminokyseliny jako složky výživy sahá až do minulého století. První detailnější pohled přinesl Rose v 50. letech 20. století, který se snažil identifikovat aminokyseliny, které jsou z výživového hlediska pro člověka nezbytné a kvantifikovat jejich potřebu (1). U dětí se touto problematikou následně zabírali Holt a Snyderman (2). Data publikována těmito autory se stala spolu s dalšími zdroji vědeckých informací podkladem pro konsensus WHO s doporučenými denními dávkami (3), který je průběžně aktualizován - viz. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_935_eng.pdf (4). V 60. a 70. letech dosáhl rozmachu podrobný výzkum metabolismu aminokyselin, v němž klíčovou úlohu hrají dodnes metody využívající značení stabilními izotopy (5). Další fyziologické aspekty aminokyselin v lidském organismu byly předmětem zkoumání v posledních desetiletích, zejména s využitím molekulárně-genetických metod.

Potřeba aminokyselin

Aminokyseliny získané ze stravy jsou v organismu využívány ke dvěma základním účelům. V dětském věku hraje zásadní význam jejich

ukládání do tkání jako základních stavebních složek, z nichž vychází růstový potenciál, zatímco v dospělosti aminokyseliny ze stravy zejména zajišťují udržení dostatečné proteinové bilance. Na syntézu proteinů je věnováno v organismu více než 20% bazální energetické spotřeby. Na základě metabolické potřeby aminokyselin je definován pojem jejich potřeby ve stravě. Termín „**doporučené denní dávky (DDD)**“ je praktickým číselným vyjádřením potřeby dané aminokyseliny ve stravě, který je využitelný zejména z hlediska populace a nemusí být optimální pro konkrétního jedince, neboť interindividuální metabolická variabilita je poměrně značná. Je třeba brát v úvahu, že doporučení jsou zaměřena zejména na prevenci nutriční deficience a zároveň mají reprezentovat dávky, které jsou pro danou populaci ze zdravotního hlediska bezpečné (tabulka 1). Proto, aby doporučení byla účinná, bere se v úvahu interindividuální variabilita v populaci v rozsahu 2SD (směrodatné odchytky), tzn. že při plošném dodržování doporučení stále cca 5% populace může vyvinout příznaky z nedostatku daného nutrientu (6). Kritické je z tohoto pohledu zachování neuromuskulárních funkcí a základní obranyschopnosti organis-

mu. Současné DDD aminokyselin pro kojence jsou odvozeny z obsahu daných aminokyselin v mateřském mléce.

Důležité je také zvážit kvalitu a původ proteinů, které jsou ve výživě dítěte obsaženy. Je známo, že děti v různých věkových obdobích mají rozdílnou potřebu konkrétních aminokyselin. Bez ohledu na tyto rozdíly lze aminokyseliny rozdělit na esenciální, podmíněně esenciální a neesenciální (tabulka 2).

Toto dělení je velmi obecné a při detailním studiu metabolických drah i nepřesné, neboť jediné 2 skutečně esenciální aminokyseliny, které nedokáže organismus za žádných okolností syntetizovat jsou **lysín a threonín**. Tyto 2 aminokyseliny jsou zároveň základní součástí mnoha klíčových proteinů, včetně bílkovin obsažených v mateřském mléce. Naopak teoreticky jediné 2 postradatelné aminokyseliny ve stravě jsou **glutamát a serín**, neboť je možno je syntetizovat z příslušných ketokyselin (alfa-ketoglutarát a hydroxypyruvát). Ostatní „neesenciální“ aminokyseliny se od nich odvozuji transaminačními reakcemi. „Podmíněně esenciální“ aminokyseliny mohou být nedostatkové za určitých kritických podmínek - jako např. prolin u těžkých popáleninových traumat,

Tabulka 1: „Bezpečné“ množství proteinů a jednotlivých aminokyselin ve stravě dítěte

(upraveno podle Lifschitz CH et al. Pediatric Gastroenterology and Nutrition in Clinical Practice, Marcel Dekker, New York, 2002, str.9. Jednotky: protein g/kg/den; aminokyseliny mg/kg/den.)

věk	protein	lysín	fenylalanin +tyrosin	methionin +cystein	histidin	valin	isoleucin	leucin	threonin	tryptofan
0-1 m	2,69	191	223	97	62	137	142	280	118	46
1-4 m	1,91	136	159	69	44	97	101	199	84	33
4-6 m	1,32	94	110	47	31	67	70	137	58	22
6-12 m	1,12	72	82	34	24	46	46	95	44	26
1-2 r	1,05	61	66	26	21	36	29	69	36	23
2-4 r	0,91	52	57	23	18	32	26	61	31	10
5-10 r	0,86	51	55	22	17	31	24	58	2	

**Tabulka 2: Esenciální, podmíněně esenciální a neesenciální aminokyseliny pro lidský organismus**

Esenciální	Podmíněně esenciální	Neesenciální
Lysin	Arginin	Glutamát
Threonin	Cystein	Aspartát
Tryptofan	Prolin	Glutamin
Leucin	Tyrosin	Asparagin
Isoleucin		Alanin
Valin		Serin
Fenylalanin		Glycin
Methionin		
Histidin		

Tabulka 3: Zastoupení jednotlivých esenciálních aminokyselin v celkovém obsahu proteinů u novorozence (mg/g)

Aminokyselina	Obsah (mg/g)
Lysin	72
Threonin	41
Leucin	75
Isoleucin	35
Valin	47
Fenylalanin	41
Methionin	20
Histidin	26

cystein u pacientů s HIV, či obě výše jmenované u dětí s velmi nízkou porodní hmotností. V tabulce 3 je uvedeno zastoupení jednotlivých esenciálních aminokyselin v celkovém obsahu proteinů u novorozence.

■ Funkce aminokyselin v organismu

V rámci této stati lze popsat pouze zlomek z rozsáhlého spektra funkčního uplatnění aminokyselin v organismu, proto jsou zmíněny pouze vybrané aspekty reflektující moderní pohled na metabolismus těchto významných složek stravy.

Základním faktorem obranyschopnosti organismu je správná funkce slizniční bariéry v plicích a tenkém střevě. Z tohoto pohledu hraje nezastupitelnou úlohu **cystein a threonin**, které tvoří většinu glykoproteinů slizničního sekretu. Navíc sekrece těchto proteinů na sliznici je nezávislá na obsahu bílkovin ve stravě. U dospělých bylo prokázáno, že v sekretu ze stomie je obsaženo až 65% denní potřeby threoninu. Navíc u pacientů v malnutrici je porušena i akutní fáze imunitní odpovědi. Je pochopitelné, že proteinová malnutrice vede mimo jiné

i těmito mechanismy k poruše obranyschopnosti organismu.

Řada aminokyselin je prekurzorem scavengerů, které jsou zodpovědné za vychytávání volných radikálů. Glutathion je syntetizován z **glutamátu, glycinu a cysteinu**, jehož metabolickým produktem je také taurin.

Glutamin je nezbytný pro správnou funkci rychle proliferujících buněk - lymfocytů, bu-

něk střevní sliznice apod. Z **glycinu a argininu** je syntetizován kreatin, který hraje klíčovou roli v energetickém metabolismu kosterního svalstva a centrálního nervového systému. **Glutamin, kreatin a taurin** jsou významnou složkou volné aminokyselinové frakce mateřského mléka. V roce 1998 byla udělena Nobelova cena za objev oxidu dusnatého (NO) jako produktu metabolismu argininu. NO je klíčovým regulátorem řady fyziologických procesů v organismu.

Velkému zájmu odborné veřejnosti se těší již po desetiletí také **lysin** (7), který je jednou ze

dvou naprosto nenahraditelných aminokyselin pro lidský organismus a jenž tvoří významnou složku celkového objemu proteinů v dětském organismu (viz. tabulka 3). Kromě jiných fyziologických funkcí lysin zvyšuje absorpci kalcia ve střevě a snižuje jeho vylučování ledvinami (8) a může tedy hrát významnou úlohu v ovlivnění kostního metabolismu. Také hraje nezastupitelnou roli v endogenní syntéze karnitinu a podílí se tak na obnově energetických zásob. Dále hraje významnou úlohu v tvorbě svalových bílkovin, je nezbytný pro růst a udává se i jeho pozitivní vliv na podporu chuti k jídlu.

Literatura:

1. Rose WC. The Amino Acid Requirements of Adult Man. *Nutr Abstr Rev* 27, 1957: 631-647.
2. Snyderman SE et al. The Amino Acid Requirements of Infants. *Am J Clin Nutr* 15, 1964: 313-330.
3. Food and Agriculture Organization, World Health Organization, and United Nations University: Energy and Protein Requirements. WHO Technical Report Series 724. Geneva, Switzerland, 1985.
4. World Health Organization, Food and Agriculture Organization, and United Nations University: Protein and Amino Acid Requirements in Human Nutrition. WHO Technical Report Series 935. Geneva, Switzerland, 2002.
5. Miller RG et al. A New Stable Isotope Tracer Technique to Assess Human Neonatal Amino Acid Synthesis. *J Pediatr Surg* 30, 1995: 1325-1329.
6. Dewey KG et al. Protein Requirements of Infants and Children. *Eur J Clin Nutr* 50, 1996: S119-S150.
7. Elango R et al. Lysine Requirement of Healthy School-age Children Determined by the Indicator Amino Acid Oxidation Method. *Am J Clin Nutr* 86, 2007: 360-365.
8. Cavatelli R et al. Dietary L-lysine and Calcium Metabolism in Humans. *Nutrition* 9, 1993: 71-72.



Mezinárodní škola klinické homeopatie CEDH
a Homeopatická Lékařská asociace

pořádají

HOMEOPATICKÉ SEMINÁŘE pro lékaře, farmaceuty a veterináře

Zveme vás na dvouletý cyklus seminářů,
které přednášejí čeští i francouzští lékaři

„Základy homeopatické terapie“ - Praha, Brno
listopad 2009 - květen 2010

Příspěvek účastníka: 4.900 Kč/rok/100 výukových hodin

Organizuje:

BOIRON, Pobřežní 3, 186 00 Praha 8
tel.: 224 83 50 91, GSM: 724 185 559
iz@boiron.cz

Beiersdorf



Mykoplasmové pneumonie

prof. MUDr. Karel Křepela, CSc.

Klinika pediatrie IPVZ a I. LF UK, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

Mycoplasma pneumoniae je primárním patogenem respiračního traktu v lidské populaci. Po roce 1940 byly první izoláty označeny jako PPLO (Pleuro-Pneumonia-Like-Organism), protože připomínaly agens, které vyvolávalo pleuropneumonie u hovězího dobytka, později jako tzv. Eatonovo agens. Považovala se za virového původce tzv. „primární atypické pneumonie“ (virus PAP). Po úspěšné kultivaci na umělých půdách došlo v roce 1963 k taxonomickému zařazení mezi mykoplasmata. Jsou to malé pleomorfní bakterie, které nesyntetizují peptidoglykan a proto nemají pevnou buněčnou stěnu. Mají výrazně parazitický způsob života. Do nitra buněk však nepronikají, ale extracelulárně parazitují na povrchu membrán napadených buněk. Mykoplasmata využívají aminokyseliny a cholesterol, produkované hostitelem.

M. pneumoniae je kauzativním agens u širokého spektra respiračních infekcí, od asymptomatických forem přes většinou mírné katary horních cest dýchacích. Tracheobronchitidy a pneumonie se vyskytují často v lokalizovaných epidemiích a mohou mít těžší průběh s komplikacemi. U komunitních pneumonií je udávána incidence *M. pneumoniae* 30 až 40 %.

Přehled infekcí vyvolaných *M. pneumoniae* je uveden v tabulce 1.

U mykoplasmatických infekcí s těžším průběhem jsou popisovány mimoplicní komplikace, postihující více systémů, uvedené v tabulce 2.

M. pneumoniae po aspiraci do dýchacích cest proniká mukociliární vrstvou sliznice a adhezuje na povrch epitelů. Pomocí terčíkovité kontaktní destičky mykoplasma přilne k slizničním buňkám, ze kterých odčerpává nezbytné živiny. Membránové proteiny – především protein P1 – jsou hlavními faktory cytoadherence a virulence a zároveň i nejvýznamnějšími antigeny *M. pneumoniae*.

Tabulka 1.: Přehled infekcí vyvolaných *M. pneumoniae*

Faryngitis
Tracheobronchitis
Bronchitis
Bronchiolitis
Pneumoniae
Otitis acuta
Bulózní hemorragická myringitis

Infekce vyvolané *M. pneumoniae* jsou endemicky rozšířeny na všech kontinentech s výjimkou Antarktidy. Infekce se šíří mezi rodinnými příslušníky, ve školních a jiných kolektivech i v nemocnicích. Ve vojenských kolektivech byly nalezeny protilátky u 50 až 70 % osob. Jsou pozorovány epidemie cyklicky se opakující po čtyřech až pěti letech nebo každoročně. Infekce postihují všechny věkové skupiny, ale až 80 % onemocnění je registrováno u dětí ve věku od 2 do 15 let. Zdrojem nákazy je výhradně nemocný člověk. Nákaza se šíří kontaminovaným aerosolem vzdušnou cestou. Délka inkubační doby je v rozmezí 2 až 3 týdnů.

Charakteristická je predispozice osob s deficitem humorální imunity, u kterých infekce má velmi těžký průběh s komplikacemi. *M. pneumoniae* stejně jako *Chlamydia pneumoniae* jsou dnes řazeny k potenciálním faktorům, uplatňujícím se při vzniku astmatu. Tvorba specifických IgE při primární atace onemocnění může svědčit pro působení těchto mikroorganismů jako alergenů. Mykoplasmatické respirační infekce mohou být také příčinou akutní astmatické exacerbace u 5 až 20 % převážně dětských, ale i dospělých astmatiků.

■ Klinický obraz

Pneumonie vyvolaná *M. pneumoniae* má většinou náhlý začátek, bývá vysoká teplota, schvácenost, dráždivý kašel. Poslechový nálezní v začátku může být negativní, s rozvojem onemocnění ale bývá přítomen. Nepoměr mezi

negativním poslechovým nálezem a mnohdy výrazným nálezem na snímku hrudníku byl podkladem pro označení jako atypická pneumonie.

Většinou jsou přítomny vysoké zánětlivé parametry: FW, CRP (může přesáhnout i 100 mg/l), leukocytóza. Na snímku hrudníku bývají segmentární infiltráty, časté jsou pleurální reakce interlobární nebo nástěnné, někdy i s tvorbou výpotku. Častá bývá hilová adenopatie, je možný vznik atelektáz.

■ Diagnostika

Kultivace *M. pneumoniae* z výtěrů z nosohltanu a ze sputa se na speciálních půdách rutinně neprovádějí, poněvadž jsou technicky náročné s maximálně dosaženým záchytem v 60 %. Nejvíce se využívá nepřímá diagnostika – sérologický průkaz infekce. Byly vyvinuty poměrně citlivé a specifické reakce, komplement fixační reakce (KFR) a enzymová imunoanalýza (ELISA) pro detekci protilátek. V rutinně používaném KFR testu se titer protilátek 1:64 pokládá za suspektní, s odstupem 2 až 3 týdnů je nutné odebrat další vzorek pro posouzení dynamiky tvorby protilátek. S použitím ELISA testu lze protilátky IgA detekovat cca za 1 týden po vzniku onemocnění a IgM do 10 dnů. Polymerázová řetězová reakce (PCR) je výhledově nejperspektivnější laboratorní metodou pro včasnou diagnostiku onemocnění.

■ Terapie

U těžších forem mykoplasmatických infekcí je indikována léčba antibiotiky. *M. pneumoniae* je in vitro citlivá na tetracykliny, erytromycin, semisyntetické makrolidy a chinolony. Peniciliny a cefalosporiny jsou neúčinné, protože působí na syntézu buněčné stěny, která zde není vytvořena. Antibiotika pouze zastavují množení mykoplasmat, ale neusmrcují je. Takto se vysvětluje pomalá eradikace parazita a možné recidivy onemocnění. Při klinickém podezření na plicní formu infekce je vhodné nasadit antibiotikum co

**Tabulka 2. Přidružené komplikace infekcí vyvolaných *M. pneumoniae* (dle Foy HM 1998)**

Častější	Vzácné
Kožní exantém	Diseminovaná intravaskulární koagulace
Pleuritis	Plicní absces
Trombocytopenie	Pneumothorax
Meningitis - encefalitis	Pericarditis
Anémie	Myocarditis
Astma	Glomerulonefritis
	Artritis
	Erytema nodosum
	Stevens-Johnson syndrom
	Neurologické projevy

nejdříve, bez čekání na výsledek sérologického průkazu infekce. **Klinicky účinná je pouze dostatečně dlouhá léčba antibiotiky po dobu 2-3 týdnů.** I po této léčbě mohou mykoplasmata perzistovat v dýchacích cestách několik týdnů až měsíců. Přetrvávání vysoké hodnoty KFR není známkou hrozící

recidivy onemocnění.

Dlouholeté zkušenosti s léčbou pneumonií vyvolaných *M. pneumoniae* ukazují, že lékem první volby jsou tetracykliny (prvé zkušenosti u nás publikovány 1967). Jejich výborný účinek je stále zachován. Platí to i pro chlamydiové a virové pneumonie.

Jsou vhodné pro děti starší 8 let věku, pro mladší dáváme přednost makrolidům (klaritromycin). Mnohdy doporučený erytromycin má výrazné zažívací obtíže a mnohdy zvýšení hodnot jaterních testů. Vhodným doplňkem léčby je Prednison při výskytu atelektázy nebo pleuritidy. Podporuje pokles teploty, úpravu zánětlivých parametrů, omezuje exsudaci a tvorbu adhezí. Při této léčbě nepozorujeme vznik recidiv. Většinu případů je možno léčit ambulantně.

Pro aktivní imunizaci byly připraveny různé typy vakcín s *M. pneumoniae* (intranazální i parenterální), které měly doposud jen nedostatečný protektivní efekt.

Literatura.

1. Toršová V., Medková Z.: *Mykoplasma pn. a Chlamydia pn. původci respiračních infekcí. Interní medicína, 2001, 3, 1, 13-18.*
2. Křepela K., Rotter Z., Zavadová M.: *Pneumonie u dětí a mladistvých se serologickým průkazem Mykoplasma pn. ČLČ, 1967, 106, 20, 38-44.*

Při bolesti v krku se nemusí jednat o infekci Strep A. Pomůže Vám *QuikRead*® - přístroj, na kterém měříte také CRP.



- CRP
- Strep A
- U-Alb
- FOB

...jeden přístroj pro více vyšetření



Orion Diagnostica Oy, Finland



Bělohorská 57, 169 00 Praha 6
tel.: +420 233 350 533, fax: +420 233 350 532
e-mail: orion@oriondiagnostica.cz www.oriondiagnostica.cz



Akutní pyelonefritida za 10 let

Soubor pacientů hospitalizovaných s diagnózou akutní pyelonefritidy na dětském oddělení Orlickoústecké nemocnice a.s. v letech 1999-2008

MUDr. Barbora Ulmanová, prim. MUDr. Luděk Ryba

Orlickoústecká nemocnice a.s., dětské oddělení

Souhrn

autoři provedli retrospektivní analýzu souboru všech pacientů ve věku 0-19 let, kteří byli v uplynulých deseti letech hospitalizováni a léčeni na dětském oddělení v Ústí nad Orlicí s diagnózou akutní pyelonefritidy.

Klíčová slova

akutní pyelonefritida, Jodalova kritéria, symptomy, věkové rozložení, terapie, délka hospitalizace

■ Úvod

Akutní pyelonefritida je charakterizována přítomností patologického agens v horní části uropoetického traktu. Udává se, že jde o 2. nejčastější bakteriální infekci v dětském věku. Pro diagnostiku akutní pyelonefritidy je možné využít Jodalových kritérií akutní pyelonefritidy, kam řadíme kromě signifikantní kvantitativní bakteriurie (KBU) tělesnou teplotu vyšší než 38,5°C, zvýšenou hodnotu CRP (nad 20 případně 25 mg/l) a hodnotu sedimentace erytrocytů vyšší než 25 mm/hod či 60/2 hod. Dále sem řadíme poruchu koncentrační schopnosti ledvin, kterou pochopitelně ve stádiu akutního onemocnění nevyšetřujeme.

Pacienti zařazení do souboru museli vykazovat alespoň tři Jodalova kritéria a vždy pozitivní KBU. Do souboru jsme však zařadili také několik pacientů, kteří tuto podmínku nesplnili. Negativní KBU u nich bylo však přičítáno antibiotické léčbě, nasazené bez předchozího vyšetření již v terénu, před přijetím k hospitalizaci. Typické klinické příznaky i průběh onemocnění a nález na zobrazovacích vyšetřeních u všech svědčil pro diagnózu akutní pyelonefritidy. Do souboru jsme zařadili celkem 342 pacientů ve věku od narození do 19 let a toto široké věkové spektrum jsme rozdělili do čtyř věkových kategorií. (graf 1.)

Poměr pohlaví pacientů v našem souboru znázorňuje graf 2.

Sledovali jsme symptomy udávané rodiči nebo samotnými pacienty při přijetí k hospitalizaci. V tabulce č. 1 jsme procentuální výskyt obtíží, udávaných pacienty, rozdělili podle jejich věku.

Nejčastěji udávaná byla teplota vyšší než 38,5°C a to napříč věkovými kategoriemi.

Druhou nejčastější obtíží byly bolesti v bedrech, a to především ve věkové kategorii 15-19 let. Polovina pacientů od 2 do 15 let si nejčastěji stěžovala na bolesti břicha. 40% pacientů v této věkové kategorii udávalo potíže při močení charakteru dysurie či polakisurie, zatímco ve věkové kategorii 15-19 let udávalo potíže při močení jen 20% pacientů. U třetiny všech pacientů bez ohledu na věk byly pozorovány gastrointestinální příznaky, nechutenství, průjem nebo zvracení.

Dále jsme se zaměřili na zjištění, zda-li později hospitalizovaní pacienti nejprve vyhledali svého obvodního lékaře, anebo zda rovnou navštívili ústavní pohotovostní službu našeho oddělení, nebo zda byli vyšetřeni jiným lékařem (lékářem chirurgické ambulance, LSPP apod.) Sledovali jsme také počet pacientů odeslaných k hospitalizaci již s podezřením na akutní pyelonefritidu. Tyto údaje se v průběhu sledovaných let měnily. graf 3 a 4.

Délku trvání klinických obtíží před přijetím k hospitalizaci uvádí Graf 5.

Výsledky vstupního laboratorního vyšetření jsou klíčové pro stanovení předběžné diagnózy a započítání kauzální léčby. Výsledky vyšetření krevního odběru pacientů jsou zpracovány v tabulce č. 2.

Pro akutní pyelonefritidu je typický vzestup zánětlivých parametrů a leukocytóza v krevním obraze, zaznamenali jsme však také leukopenii. Signifikantní leukocyturie spolu se zvýšenými zánětlivými parametry nám poté potvrdí anamnestické podezření na tuto diagnózu. V 15% případů však nezjistíme vstupní signifikantní leukocyturii, proto nám definitivní potvrzení diagnózy poskytne kulturační bakteriologické vyšetření moče. Výsledky vyšetření moče pacientů našeho

souboru jsou znázorněny grafy 6 a 7.

Do souboru jsme zařadili také 9% pacientů s negativním močovým kulturačním nálezem, který byl však velmi pravděpodobně zapříčiněn nasazením antibiotik před odběrem moči. Všichni tito pacienti užívali antibiotika, případně močová antiseptika 1-5 dní před přijetím k hospitalizaci. Do souboru byli zařazení pro charakteristický klinický průběh onemocnění a sonografický nález svědčící pro akutní pyelonefritidu.

Analyzovali jsme také způsob odběru moče na KBU u jednotlivých věkových kategorií. Graf 8 A a 8 B ukazuje, že u nejmladší věkové kategorie dětí do 2 let je majoritní technikou sterilní odběr moče katetrizací. Ale už u věkové kategorie 2-6 let volíme převážně standardní odběr středního proudu moče po předchozím omytí genitálu, i když i zde je patrný procentuální nárůst počtu katetrizací. Tato metoda je nepochybně časově méně náročná, byť si někdy vynutí sedaci dítěte midazolamem. U dětí nad 6 let je odběr KBU katetrizací na našem pracovišti zcela ojedinělým postupem.

Kauzální léčbou akutní pyelonefritidy jsou antibiotika podávaná perorální či parenterální cestou, v monoterapii či v kombinaci. Během sledovaného období jsme v našem souboru zaznamenali jasnou změnu léčebné strategie. (graf 9A a 9B). Významný pokles počtu pacientů léčených perorálními antibiotiky a vzestup počtu pacientů léčených antibiotiky podávanými parenterální cestou je odrazem snahy o rychlou, razantní a přitom šetrnou léčbu, kdy nevystavujeme gastrointestinální trakt perorálními formám širokospektrálních antibiotik, což bývalo tradičně spojeno – především u nejmenších dětí – s netolerancí léčby a řadou nežádoucích účinků (zvracení,

Nutricia - Hami



Tabulka 1: Symptomy

Symptomy	0-2roky	2-6let	6-15let	15-19let
Febrilie	92%	96%	88%	85%
Bolesti v bedrech	0%	10%	35%	72%
Potíže při močení	4%	39%	43%	25%
Zapáchající moč	4%	2%	0%	0%
GIT obtíže	32%	27%	27%	27%
Bolesti břicha	3%	51%	50%	25%
Neklid	35%	5%	0%	0%
Nechutenství	12%	11%	0%	0%
Febrilní křeče	4%	0%	0%	0%
Třes	7%	5%	0%	0%

průjmy, střevní dysmikrobie atd.). Při parenterální aplikaci léků jsou nežádoucí účinky zcela výjimečné, navíc tato forma umožňuje podávání relativně vyšších dávek antibiotik. Volili jsme především potencované aminopeniciliny nebo cefalosporiny 2. generace, v indikovaných případech v kombinaci s aminoglykosidy. Dle výsledků kultivace jsme byli v jednotlivých případech nuceni měnit terapii na cefalosporiny 3. generace. Močová antiseptika (sulfonamidy, nitrofurany) jsme k iniciální terapii nepoužívali.

Pomocným diagnostickým vyšetřením při podezření na infekci močových cest je ultrasonografie uropoetického traktu, kdy pro akutní pyelonefritidu svědčí zvětšení objemu ledviny a zvýšení echogenity kory jejího parenchymu. Dalšími patologiemi mohou být dilatace či hypotonie dutého systému ledvin, zdvojený dutý systém ledviny, podkovovitá ledvina apod. (graf 10 a 11)

Vzhledem k nutné antibiotické profylaxii nebo dokonce nutnosti operační léčby v prevenci recidivy akutní pyelonefritidy aktivně pátráme po vesikoureterálním refluxu především u pacientů do dvou let. Vyšetření jsme indikovali u všech pacientů s primoinfekcí, mladších 2 let. U dětí mezi 2 a 6 roky v případě recidivy a u dětí starších 6 let v případě recidivy a významné patologie na UZ urotraktu nebo statické scintigrafii ledvin. (graf 12). Pacienti s vyšším stupněm refluxu jsou dále nefrologicky sledováni a zajištěni antibiotiky či chemoterapeutiky v profylaktické dávce z důvodu prevence recidivy akutního zánětu.

Ke zjištění pozánětlivých změn parenchymu ledvin je zlatým standardem statické scintigrafie ledvin. Izotopové vyšetření ledvin Tc-DMSA jsme indikovali za 4-6 týdnů po atace akutní pyelonefritidy především

maným faktorem byla délka hospitalizace (graf 14). Ta se v druhé polovině sledovaného období zkrátila a sjednotila prakticky ve všech věkových kategoriích na hodnotě 6 dní. Podmínkou ukončení hospitalizace je ústup klinických obtíží - především pokles teplot, dále pokles zánětlivých markerů a sterilizace moče. U všech pacientů pak pokračujeme dále v perorální ambulanci terapii.

■ Výsledky

V našem souboru převažovaly dívky nad chlapci (poměr 2,5: 1) a nejčastěji zastoupenou věkovou skupinou byly děti do 2 let (40%), stejně jako se udává v literatuře. Počet pacientů v souboru, hospitalizovaných ročně s diagnózou akutní pyelonefritidy, od začátku sledovaného období pozvolna stoupal, v roce 2008 byl nárůst počtu případů oproti roku 1999 dokonce více než trojnásobný (62 resp 19). Vysvětlení tohoto vzestupu není zcela jasné. Část jde nejspíše na vrub častějšímu odesílání dětí s touto diagnózou k léčbě za hospitalizace. Věříme však, že se především zlepšila diagnostika a že ubývá v terénu dětí s febriliemi, léčených „naslepo“ širokospektrým antibiotikem bez adekvátních vyšetření a stanovení správné diagnózy. Zvýšil se také počet pacientů, odeslaných k hospitalizaci, se správnou předběžnou diagnózou. V roce 2008 byla správná diagnóza odesílajícím lékařem stanovena v 80% případů! V průběhu deseti let se měnil počet pacientů vyšetřených nejprve v primární péči a posléze odeslaných k hospitalizaci a počet pacientů, kteří svého obvodního lékaře „obešli“ a vyhledali ústavní pohotovostní službu. Počet dětí, které přicházely „přímo“ na oddělení bez předchozí návštěvy svého PLDD byl nejnižší v roce 2003

Tabulka 2: Laboratoř

	nejnižší	průměrná	nejvyšší
CRP (mg/l)	21,9	119,5	391
Leukocyty(x10 ⁹ /l)	3,2	17,7	41,4
FW/h	13/39	64/97	135/155

u dětí starších 6 let při recidivě akutní pyelonefritidy v těch případech, kdy jsme neindikovali mCUG, a dále u primoatak u adolescentů. (graf 13.)

Posledním zkou-

a činil jen 10%. V následujících letech však „entropie“ systému narůstala, v roce 2006 již přichází bez doporučení 40% pacientů! (čtyřnásobný nárůst). Překvapivou změnu přinesl rok 2007 a především 2008 - s doporučením přichází 80% pacientů. Domníváme se, že to je další z řady pozitivních efektů, které byly způsobeny zavedením regulačních poplatků. Kromě úspor vnesly do systému opět lepší řád a pořádek, ze kterého profitoval v první řadě pacient.

Symptomy, udávané pacienty nebo rodiči, se kromě horečky významně liší podle věku pacienta. Typické příznaky bývají udávané převážně staršími dětmi, u batolat a kojenců převažují nespecifické obtíže, 30% našich pacientů bez ohledu na věk vykazovalo gastrointestinální obtíže. Délka trvání obtíží, vedoucí k hospitalizaci a stanovení diagnózy, se během desetiletého období výrazněji neměnila a zůstává okolo 3 dnů. Podobně jako v jiných souborech je „paradoxně“ nejkratší u dětí do 6 let, o něco delší u dětí školních a u adolescentů. Vysvětlení je nasnadě - tolerance k příznakům nemoci je u rodičů i dětských lékařů nejnižší u nejmladší věkové skupiny. Febrilie či jiné příznaky tak vedou časněji k návštěvě lékaře a toho k provedení diagnostických vyšetření.

Při vstupním laboratorním vyšetření pacienta nesmíme zavrhnout diagnózu akutní pyelonefritidy v případě, že zjistíme pouze nesignifikantní leukocyturii. Sami jsme ji zaznamenali u 15% vyšetřovaných v souboru. Nízký počet leukocytů v moči byl často spojen s nízkou specifickou hustotou moče. Další vzorek - v ideálním případě koncentrovaná ranní moč - vykazovaly pravidelně signifikantní vzestup. Definitivní stanovení diagnózy nám poskytne kromě zvýšených laboratorních zánětlivých parametrů pozitivní bakteriologický nálezy v moči. Zde etiologicky dominuje *Escherichia coli* (81%), druhým nejčastěji zachyceným kmenem je *Klebsiella* (4%). Pseudomonády jsme zachytili sporadicky - celkem ve 4 případech.

V průběhu 10 let se měnila naše léčebná strategie, nyní zcela dominuje léčba parenterální. I díky tomu došlo ke zkrácení ošet-



řovací doby s nevýznamnými rozdíly u všech věkových kategorií. Je však pravděpodobné, že lehčí případy akutních pyelonefritid u školních dětí jsou léčeny ambulantně v terénu. Díky změně léčebné strategie došlo na našem oddělení v uplynulých 10 letech téměř k vymizení výlučně perorální léčby akutní pyelonefritidy – v roce 1999 bylo perorálními preparáty léčeno 52%, zatímco v roce 2008 jen 1,6% – jedná se o nejmarkantnější změnu v celém souboru. V průměru platí, že v uvedeném období bylo 61% všech pacientů léčeno v monoterapii parenterálně, 22,5% monoterapií perorálně, 13% parenterálně v kombinaci a 3% „nestandardní“ kombinací preparátů p.o. a parenterálně.

Ultrasonografický nález podporující diagnózu akutní pyelonefritidy byl v našem souboru popsán průměrně u 30% vyšetřených, zatímco ultrasonografický obraz uropoetického traktu bez patologického nálezu byl popisován téměř u poloviny vyšetřovaných s akutní pyelonefritidou. U zbylé pětiny nebyl

patologický sonografický nález přímým projevem akutní pyelonefritidy.

Mikční cystoureterografií k vyšetření vesikoureterálního refluxu jsme indikovali v našem souboru u 142 pacientů (41,5%). Celkem jsme zjistili VUR jednostranný nebo oboustranný u 24 dětí (16,9% z počtu vyšetřovaných), ale jen u 11 z nich VUR III. nebo IV. stupně (7,7% z vyšetřovaných), VUR V. stupně nebyl diagnostikován u žádného dítěte. Všechny děti se zjištěným VUR byly mladší 5 let.

Vyšetření DMSA podstoupilo 62 dětí, u 42% byly prokázány pozánětlivé změny ledvinného parenchymu. Tyto děti byly také dále sledovány v nefrologické ambulanci a bylo u nich provedeno kontrolní vyšetření DMSA s odstupem několika roků k jednoznačnému průkazu postpyelonefritických jizev.

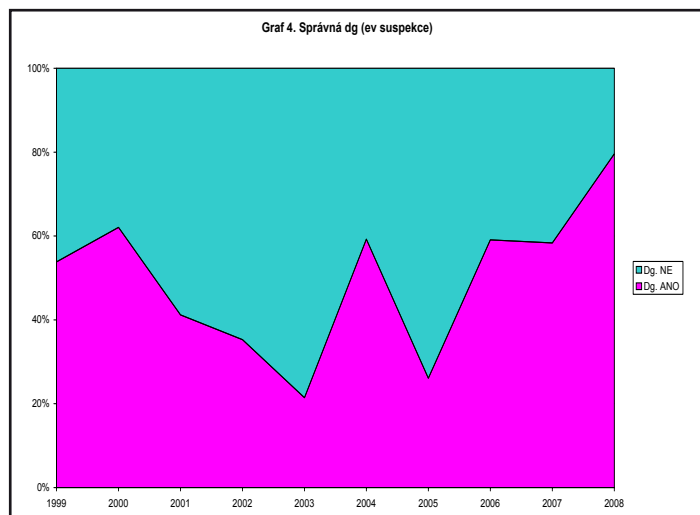
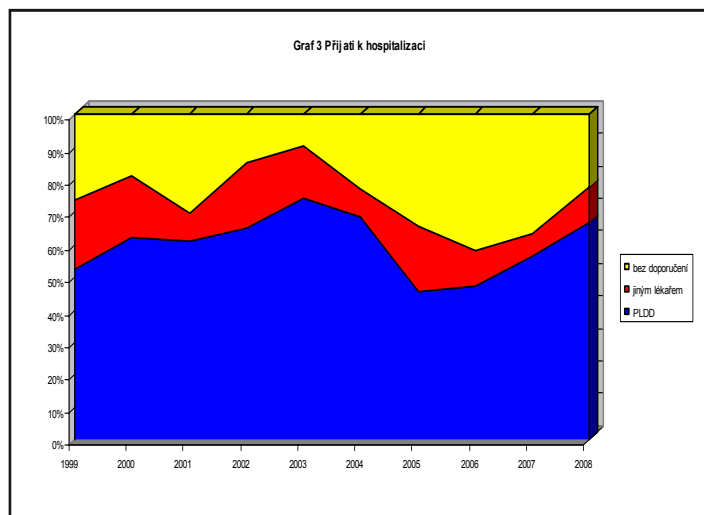
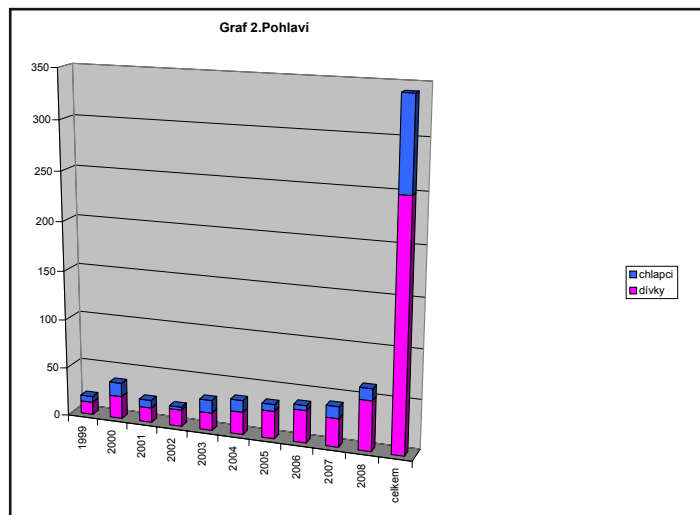
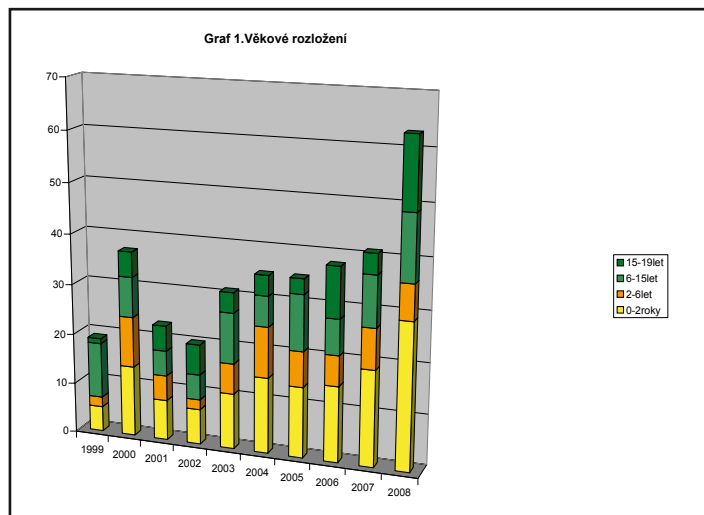
Výše uvedené změny postupů diagnostiky i terapie přinesly během 10 let zkrácení délky hospitalizace o 1 den – ze 7 na 6 dní. To odpovídá zkrácení o 14%. Další významné zkrá-

ení průměrné ošetřovací doby u této diagnózy nepovažujeme v současné době za reálné.

Závěr

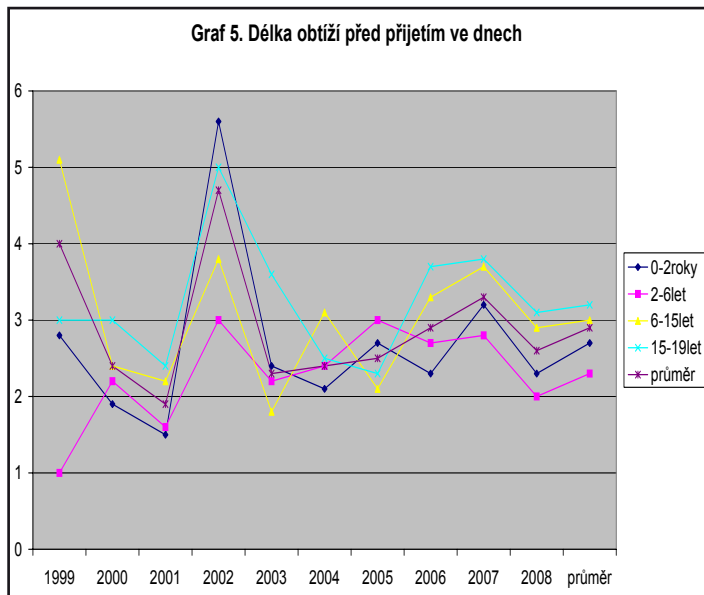
Navzdory příznivým trendům správné a včasné diagnostiky akutní pyelonefritidy v našem regionu je třeba opakovaně zdůrazňovat nutnost (ba povinnost) dětských lékařů provádět u febrilních pacientů v rámci diferenciálně diagnostického procesu vyšetření zánětlivých markerů v séru (FW, CRP) a v případě jejich zvýšení před nasazením antibiotické terapie je doplnit odběrem vzorku moči na kultivační vyšetření. U větších dětí je metoda středního proudu moče metodou volby, u nejmenších dětí preferujeme odběr sterilním močovým katétre.

Literatura u autorů

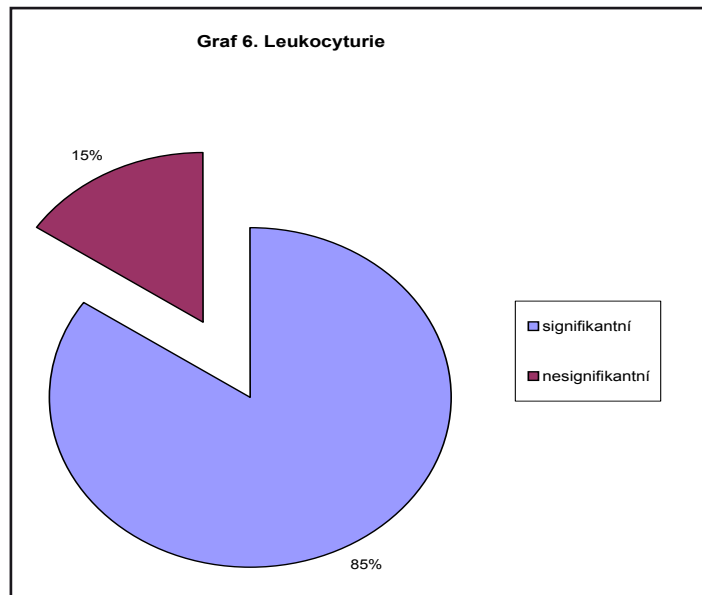




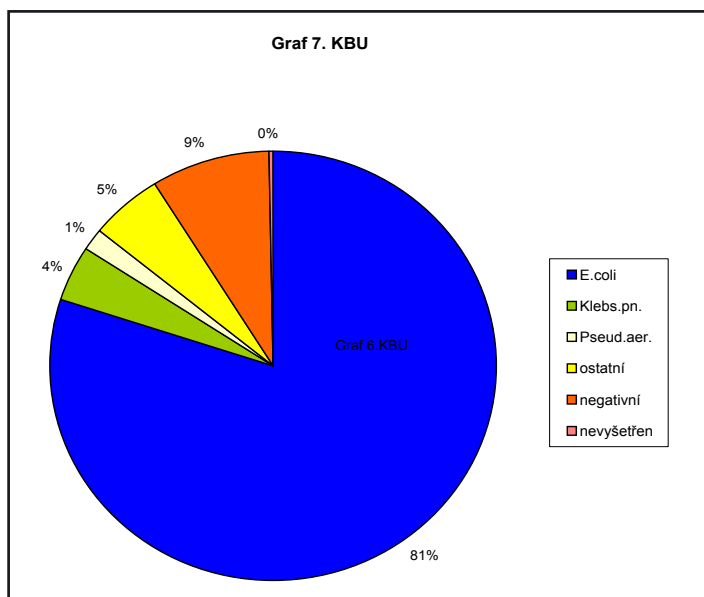
Graf 5. Délka obtíží před přijetím ve dnech



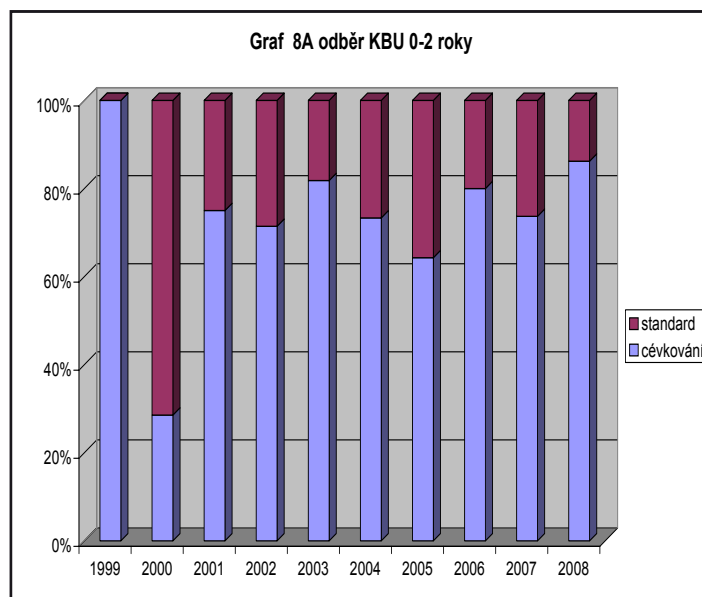
Graf 6. Leukocyturie



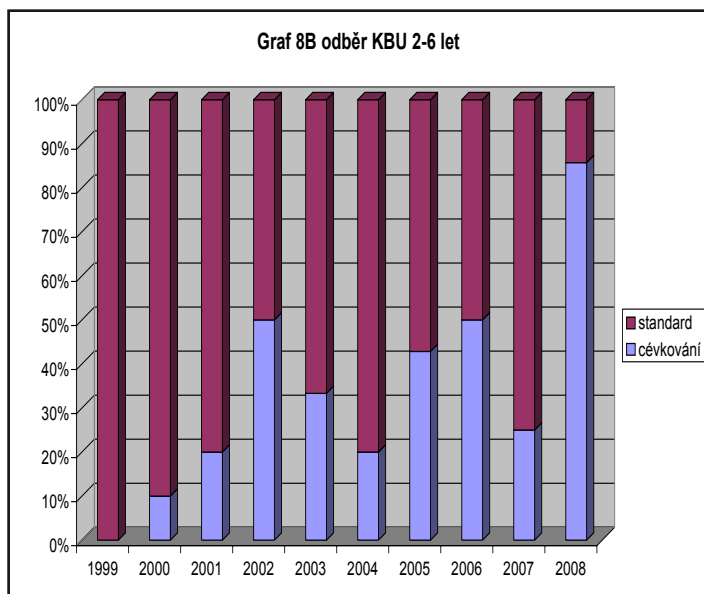
Graf 7. KBU



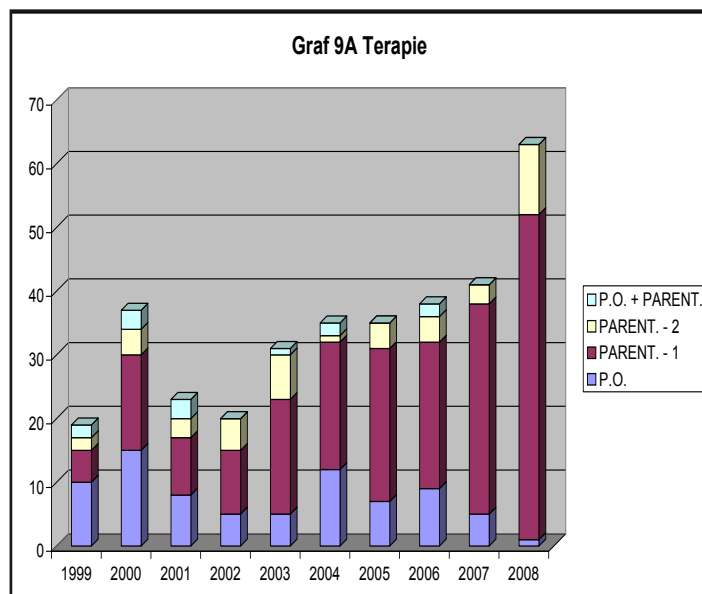
Graf 8A odběr KBU 0-2 roky



Graf 8B odběr KBU 2-6 let

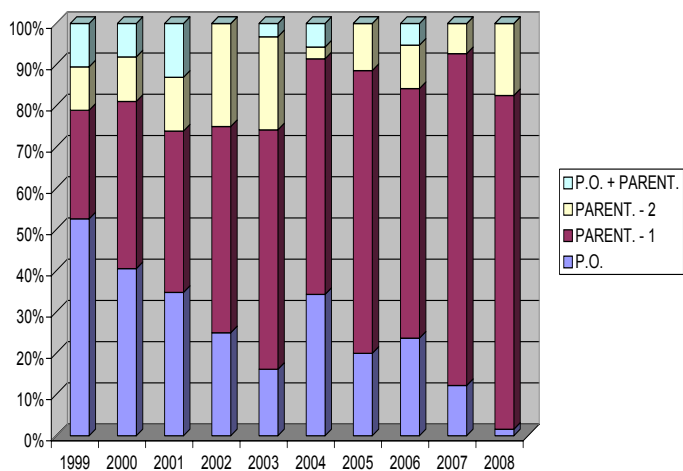


Graf 9A Terapie

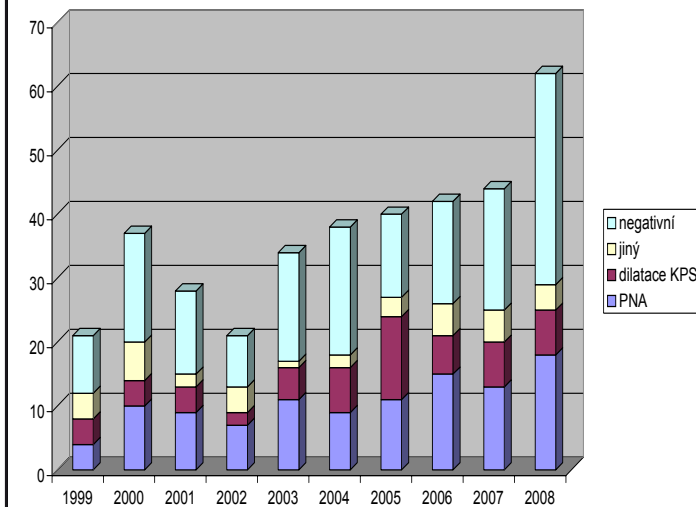




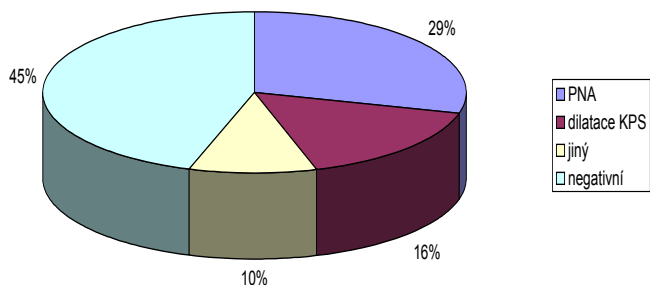
Graf 9B Terapie



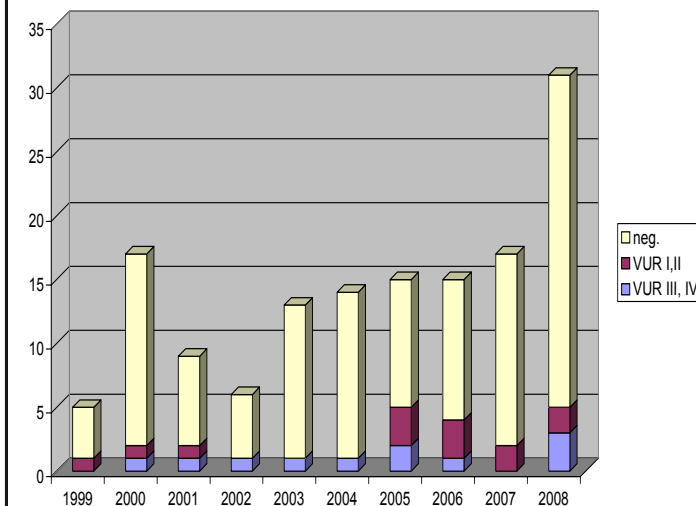
Graf 10. UZ ledvin



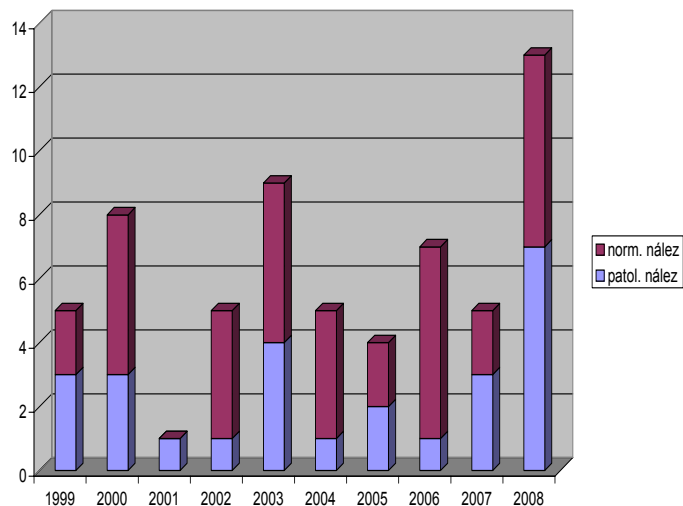
Graf 11. UZ nálezy celkem



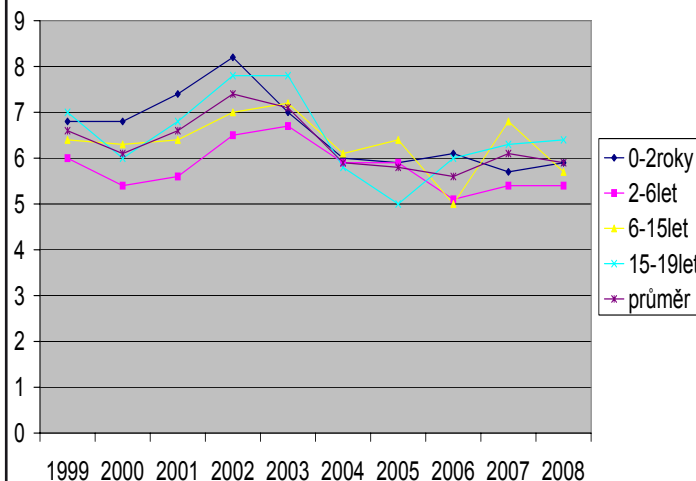
Graf 12. mCUG



Graf 13. DMSA



Graf 14. Délka hospitalizace





Kazuistika: Příklad „nedoslýchavého“ Lukáše

MUDr. Jiřina Dvořáková

PLDD, Pardubice

Lukáš P., nar. 6.11.1989

RA:

matka – zdráva.

otec – polycystoza ledvin, totéž jeho bratr a matka (oba již zemřeli).

2 starší bratři (28 a 27 let) – dle UZ oj. cysty oboustr. na ledvinách od 14 let.

SA: rodiče jsou rozvedeni, otec nespolupracuje, s rodinou se nestýká – odmítl genetické vyš. Lukáš žije s matkou a bratrem.

OA: z 3. fyziologické gravidity, porod a poporodní průběh bez komplikací, PH 3900 g, PD 51 cm, v koj. věku ekzém, jinak bez potíží, prospíval, PMV odpovídal věku. V předškolním věku nemocnost malá, logopedická péče pro dyslalii, v MŠ od 5 let. Po nástupu do školy výrazně vzrostla nemocnost. Pro opakované respirační infekty a imunodeficit v IgA užíval Luivac, později provedeno i imunologické vyšetření na pracovišti Dětské kliniky v Hradci Králové s norm. nálezem.

Lukáš je pravidelně kontrolován vzhledem k RA v nefrologické poradně, dosud byla UZ vyšetření v pořádku.

NO: Od r. 1996 byl opakovaně léčen na ORL pro otitidy a nedoslýchavost, řešeno adenotomií v r. 1997 a 1998 a operací dle Armstronga s aplikací gromet v březnu 1998 a dubnu 1999. Během prázdnin 1999 náhle Lukáš přestal reagovat na mluvené slovo, téměř neslyšel. Byl opakovaně vyšetřen na ORL, v září 1999 bylo provedeno celkové vyšetření včetně neurologického, CT nativní i s kontrastem, NMR – vše s normálním nálezem.

V říjnu 1999 dostal Lukáš první záchvat – v ranních hodinách krátká porucha vědomí s úderem hlavou o noční stolek, pomočením a velkými bolestmi hlavy po probnutí. Po tomto záchvatu udával zlepšení sluchu. Byl vyšetřen na dětské neurologii v Pardubicích, kde diagnostikována EPI se specif. abnormním EEG záznamem, započata léčba Orfirilem ret. Dále byl neurologem sledován,

hladiny valproátu a JT byly v pořádku.

Lukáše jsem naposledy viděla v prosinci 1999 při lehkém respir. infektu – slyšel dobře, nic zvláštního jsem nepozorovala.

Koncem března 2000 přichází rozrušená matka, že Lukáš je zhoršený, od ledna měl opakovaně ranní záchvaty typu krátkého výpadku vědomí bez křečí s pomočením a následnými bolestmi hlavy. Po záchvatu se vždy výrazně zhoršil – téměř neslyšel, nerozuměl, špatně mluvil. Tento stav trval několik dní, potom se zlepšil. Zhoršila se mu i paměť, nepamatoval si nic do školy, měl problémy s úkoly apod. Tyto stavy byly stále častější. Škola doporučila přeřazení do zvláštní školy, ale ani psycholog ani neurolog to nedoporučili. Neurolog mamince sdělil, že to je normální reakce na antiepileptika.

Při vyšetření v mé ordinaci a během rozmluvy s matkou Lukáš poslouchal a bylo na něm vidět, že se snaží porozumět. Na otázku však nebyl schopen odpovědět, něco nesrozumitelně vyrážel a hledal očima u nás pomoc. Celkově působil zmateně a na zcela jednoduché otázky typu – jak se jmenuješ – nereagoval nebo s dlouhou prodlevou. Bylo to naprosto jiné dítě, než jak jsem ho znala.

Po dohodě s matkou jsem Lukáše vyřadila dočasně ze školní docházky.

Protože to nebyl první případ, kdy jsem nevěřila závěrům našeho dětského neurologa, a tušila jsem, že se bude jednat zřejmě o vzácnější typ EPI, obrátila jsem se dopisem přímo na prof. Komárka z Dětské neurologické kliniky v Praze – Motole. Asi po týdnu mi pan docent osobně zavolal, potvrdil mé podezření a Lukáše přijali na jeho kliniku.

Zde byl diagnostikován Landau-Kleffnerův syndrom, což je specifické onemocnění, kdy k výbojům dochází v blízkosti řečových center a které se vyznačuje rozpadem řeči a sporadickými epileptickými záchvaty.

Ihned byla zahájena léčba vysokými dávkami Diazepamu zpočátku i.v., později p.o., Depakinem a Prednisonem. Hospitalizace trvala měsíc, ale po propuštění již byl Lukáš viditelně zlepšený, rozuměl hovorové řeči, reagoval adekvátně byť lehce zpomalně, řeč již byla srozumitelná. Vzhledem i k celkové-

mu útlumu po vysokých dávkách Diazepamu (zpočátku bral 3x denně 5 mg) byl převeden do specializované zvláštní školy Svítání, kde dobře v malém kolektivu prospíval. Následné foniatrické vyšetření nepotvrdilo vadu sluchu.

Během dalších let byl celkově v dobrém stavu jen s občasnými krátkodobými zhoršeními ve smyslu oj. záchvatů nebo únavy v prvních 3 letech. Byl pravidelně sledován na neurologické klinice v epileptologické ambulanci, opakovaně byl zde i hospitalizován k dalšímu vyšetření a úpravě léčby.

V květnu 2006 došlo k normalizaci EEG jak v bdění tak ve spánku a bylo započato s postupným velmi pomalým vysazováním antiepileptické terapie. Od února 2007 byl zcela vysazen Depakine a měl pouze Diazepam 5 mg na noc, od února 2008 již byl zcela bez léčby a od té doby je bez potíží, neurologická vyš. jsou opakovaně s normálním nálezem.

Lukášovi byl povolen učební obor s prací ve výškách (tesař), bohužel učební obor nezládl, pokoušel se ještě o vyučení v oboru malíř, ale ani tam nebyl úspěšný. V současné době snad pracuje jako dělník ve výrobně rychlého občerstvení.

Laboratorní vyšetření a EEG nálezy jsem záměrně neuvedla. Je jich mnoho a myslím, že pro nás PLDD nejsou v tomto případě podstatné.

Podstatné je, že je nutné se nebát a pokud se nám nezdaří závěry a léčba být odborného a renomovaného pracoviště, vyhledat pracoviště jiné.

Dnes těžko můžeme zpětně posoudit, zda měl Lukáš opravdu potíže se záněty středouší a zda byly nutné všechny ORL zákroky a kdy začalo samotné neurologické onemocnění.

Jisté je našťastí jen jedno – dnes již Lukáš není nedoslýchavý. ■



Nový přístroj změnil epileptikům život

V pražské motolské nemocnici jako první v republice včera dostali dva pacienti tzv. vagový stimulátor.

V pražské motolské nemocnici včera neurochirurgové voperovali dvěma pacientům nejmmodernější vagový stimulátor, tedy zařízení, které vysílá elektrické impulzy do mozku a tím zastavuje epileptické záchvaty.

Na dvou sálech zákrok provedli primář neurochirurgického oddělení docent Michal Tichý a neurochirurg doktor Martin Bláha.

Prvním pacientem byl 39letý muž z Ostravska, který má epilepsii jako následek zánětu mozkových blan, jímž onemocněl, když mu bylo 1,5 roku. Od té doby měl epileptické záchvaty téměř denně.

Druhým pacientem byl 17letý mladík ze Šumavy, který kromě každodenních epileptických záchvatů, a to velmi silných, má ještě srdeční vadu, kvůli níž byl již operován.

Každý z pacientů byl na sále zhruba 2,5 hodiny. Během tří dnů by měli být propuštěni do domácího léčení a pak budou chodit na pravidelné kontroly. Stimulátor stojí přibližně 280 000 korun a hradí ho zdravotní pojišťovna.

■ Ročně přibývá 5000 případů

V České republice žije v současné době přibližně 70 000 nemocných s epilepsií. Ročně jich přibude zhruba 5000. Tito pacienti se léčí pomocí léků, tzv. antiepileptiky. U 30 procent ale léky nejsou dostatečně účinné.

U těchto pacientů pak lékaři uvažují o chirurgické léčbě. U mnohých lze totiž identifikovat místo v mozku, kde záchvaty začínají a odkud se dále šíří. Pokud neurochirurg tuto část mozku chirurgicky odstraní, je velká šance, že pacient bude nadále bez záchvatů.

„Něméně jsou pacienti, u nichž toto místo vzniku záchvatů nelze identifikovat, případně nelze chirurgicky bezpečně odstranit. A jim pak nabízíme léčbu stimulací nervus vagus,“ řekl Právu primář docent Tichý.

■ Malý přístroj pod kůží

Při operaci neurochirurgové u pacientů udělali dva zhruba pěticentimetrové řezy, a to na

krku a nedaleko klíční kosti.

Stimulace nervus vagus je totiž metoda, kdy malý přístroj, podobný kardiostimulátoru, umístěný pod kůží na levé straně hrudníku vysílá pomocí elektrody připojené k vagovému nervu na levé straně krku elektrické impulzy do mozku, kde působí několika různými mechanismy k potlačení záchvatu. Vagový (bloudivý) nerv je důležitá komunikační dráha mezi tělem a mozkem.

předchází epileptickým záchvatům. Lékaři ale přiznávají, že pacientům, kteří tuto léčbu podstoupí, epileptické záchvaty zcela nezmizí. Efekt nelze také očekávat během několika dnů nebo týdnů, ale dostavuje se postupně během měsíců a let. Epileptické záchvaty se podstatně sníží a jejich průběh je lehčí.

Tato metoda umožňuje zvládnout i mimořádné situace, a to pomocí magnetu, který vypadá jako hodinky. Když pacient cítí, že epileptický záchvat přichází, přiloží magnet ke generátoru a ten okamžitě začne vysílat signály do mozku. Dokáže tak zastavit záchvat nebo zkrátit jeho dobu, snížit závažnost a zlepšit i fázi zotavení po záchvatu.

■ Metoda není nová

Metoda stimulace nervus vagus není nová.

V klinické praxi se již používá deset let, a to v epileptochirurgických centrech v Brně a v Praze. Dosud byla u nás použita u téměř 300 pacientů. Ve Fakultní nemocnici Motol ji provádějí jak u dětí, tak u dospělých.

Poprvé v ČR ale včera byl implantován přístroj nové generace, který má řadu výhod proti tomu, jenž se používal doposud.

„Pulzní generátor je zhruba poloviční než dosud používané. Vydrží také dvakrát déle, tedy až 10 let, a pacienta méně zatěžuje. Technicky jde o zcela novou technologii, přínášející i možnost nových stimulačních programů. V budoucnu bude možné nově zaváděné programy nahrát již do stávajících přístrojů, které pacienti již mají pod kůží. Tím se může zvýšit účinnost těchto přístrojů,“ říká docent Pavel Kršek, z Kliniky dětské neurologie a Centra pro epilepsie Motol.

LAKTOBACÍLKY baby

PROBIOTIKA OCHRÁNCI ZDRAVÍ vašeho dítěte

při průjmu, bolestivém nadýmání nebo zácpě obnovují rovnováhu střevní flóry po užívání antibiotik zlepšují trávení a vstřebávání potravy při problémech s imunitou, alergiemi a ekzémy

Více info u našich obchodních zástupců nebo na tel. 241 430 910

Žádejte v lékárně • www.swissherbal.cz

NOVINKA

Doplňek stravy

Uvedená terapie tedy není operací mozku. Pulzní generátor je malý disk zhruba o průměru 50 mm a tloušťce 7 mm. Generátor neurochirurgové vyzkoušejí již přímo na operačním sále a pak ho naprogramují. Poté generátor posílá slabé elektrické pulzy do mozku automaticky 24 hodin denně.

■ Záchvaty zcela nezmizí

Stimulace obvykle probíhá po dobu 30 sekund, po kterých následuje pět minut nečinnosti, ale nastavení může být různé. Tím se

■ Mobil nevedí

Výzkumy ukázaly, že tento nový stimulátor nemá vliv na mobilní telefony a dokonce s ním pacient může i bezpečně procházet rámem na letišti.

„Hlavní ale je, že se pacientovi s epilepsií zlepší kvalita života, protože četnost epileptických záchvatů se sníží a jsou mírnější. To ho vrací do běžného života,“ uvedl docent Pavel Kršek.

Václav Pergl

Převzato: Právo 9.6.2009

Riziko rozvoje alergických onemocnění v dětském věku

– role časně výživy pro ustanovení vyvážené slizniční imunity zažívacího traktu

RNDr. Dana Nováková

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

Vzhledem k tomu, že v posledních desetiletích došlo prudkému nárůstu alergických onemocnění, snaží se odborné pediatrické společnosti zaujmout stanovisko k postupům, které jsou doporučovány pro primární prevenci jednotlivých forem alergických onemocnění. Jak u alergických, tak i u autoimunitních onemocnění se podílí na manifestaci onemocnění genetické dispozice a faktory zevního prostředí mezi nimiž je velmi důležitá časná výživa v kojeneckém věku.

V červnu loňského roku byl publikován v časopisu *J Allergy Clin Immunol* (The Journal of Allergy and Clinical Immunology) článek: „Maternal and infant diets for prevention of allergic diseases: understanding menu changes in 2008” (Výživa matek a dětí pro prevenci alergických nemocnění: porozumění změn ve výživě v roce 2008) (Sicherer SH, 2008). Americká pediatrická akademie (AAP), komise pro výživu, publikovala v roce 2000 doporučení, která měla vést ke snížení rizika alergií u vysoce rizikových dětí. V loňském roce došlo k úpravě těchto doporučení, především v oblasti týkající se vztahu výživy a atopie. Součástí publikace je tabulka s přehledem kde jsou porovnávána jednotlivá doporučení: Americké pediatrické akademie z roků 2000 a 2008 s doporučeními ESPACI (Evropské společnosti pro pediatrii, alergologii a klinickou imunologii) a EPSGHAN (Evropské společnosti pro pediatrii gastroenterologii, hematologii a výživu) a dále s SP-EAACI (Sekce pediatrie, Evropské akademie alergologie a klinické imunologie). Většina odborných společností změnila kritéria pro posuzování vysoce rizikových dětí. Za vysoce rizikové jsou nyní posuzovány děti s jedním rodičem nebo sourozencem alergikem. Není doporučováno vyhýbat se alergenům v době těhotenství. Ve většině doporučení je doporučeno výlučné kojení minimálně po dobu 4 měsíců s preferencí do 6 měsíců. Zavádění příkrmů do výživy (solidní stravy), se doporučuje mezi 4. – 6. měsícem. AAP na rozdíl od doporučení v roce 2000 nedoporučuje nyní omezování potravinových alergenů ve stravě dětí po 6 měsíci života, stejné stanovisko mají i SP-

EAACI a společnosti ESPACI a EPSGHAN. V případech, kdy není možné kojení, doporučují: AAP – extenzivně nebo částečně hydrolyzované kojenecké výživy – nedoporučují výživy ze sóji. SP-EAACI doporučují hydrolyzované kojenecké výživy s ověřenou sníženou alergenicitou do 4 měsíce. ESPACI a EPSGHAN setrvávají ve svém doporučení z roku 1999 – doporučují kojeneckou výživu se sníženou alergenicitou. Tato doporučení k prevenci alergií u dětí byla publikována v loňském roce skupinou stejných autorů i v časopisu *Pediatric* práce s názvem „Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas” v českém znění: Vliv nutričních intervencí na vývoj atopických chorob u kojenců a dětí: role omezení stravy matek, kojení, doby zavádění příkrmů a hydrolyzované výživy (Greer FR, 2008).

Uvedená doporučení z loňského roku jsou v některých směrech velkou změnou. Hlavní změnou je, že již nedochází k omezování alergenů jak u matek v době těhotenství a kojení, tak ve výživě dětí po 6. měsíci života. Je doporučováno výlučné kojení optimálně do 6. měsíce a v případě náhradní dětské výživy použití hydrolyzované kojenecké výživy. Tato doporučení jsou ve shodě s řadou studií z posledních dvou let, které věnují zásadní pozornost střevní sliznici a s ní spojené slizniční imunitě, která má zásadní důležitost v prevenci alergií (Isolauri E. 2008, Kukkonen A. 2007, Penna FJ, 2007, Rautava S. 2007).

Zdravá balancovaná výživa je nutná pro růst a vývoj dětí. Prvním cílem ve výživě je prevence deficitu složek výživy a dalším cílem je snížení rizika chronických chorob v pozdějším věku – mezi tyto choroby patří alergická onemocnění a autoimunitní choroby.

Ideální stravou pro novorozence je mateřské mléko, které má optimální složení živin. Jeho součástí je i řada ochranných látek, jsou v něm obsaženy složky nespecifické a specifické imunity, které chrání novorozence v prvních měsících po narození. Bezprostředně po narození dochází k osídlení sliznice střeva bakteriemi, mezi nimiž mají významnou roli probiotické bakterie. Zdrojem probiotických bakterií je matka (k osídlení dochází již v porodních cestách) a později mateřské mléko. Ideální složení mateřského mléka se spolu s probiotickými bakteriemi podílí na rozvoji střeva a slizniční imunity. 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. Pro pozdější manifestaci alergických, ale i autoimunitních chorob je zásadní zdravá střevní sliznice a vyváženost imunitního systému. Velmi důležitým jevem je navození takzvané orální tolerance (ustavované v raném dětství), při kterém 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

Nestlé - Beba



průběh je nutná stimulace imunitního systému, na které se probiotika podílí.

V případě, že není možné kojít, je třeba zajistit v prvních 6. měsících pro rozvíjející se sliznici a slizniční imunitu co nejšetrnější stravu s prokázanou hypoalergenicitou. Řada studií prokázala, že extenzivně nebo parciálně hydrolyzované výživy snižují riziko rozvoje alergických onemocnění a to především atopického ekzému a potravinové alergie (Lee J. 2008, von Berg A. 2008, Tang ML. 2008). Vzhledem k tomu, že bylo prokázáno, že se probiotika se nacházejí v mateřském mléce (Grönlund MM, 2007) je odůvodněné pro prevenci alergií přidávání probiotik do hydrolyzovaných formulí (Rautava S. 2008, Srinivasjois R. 2009).

Literatura:

1. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics*. 2008 Jan;121(1):183-91
2. 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
3. Isolauri E, Kalliomäki M, Laitinen K, Salminen S. Modulation of the maturing gut barrier and microbiota: a novel target in allergic disease. *Curr Pharm Des*. 2008;14(14):1368-75.
4. Kukkonen A a spol: Probiotic and prebiotic galacto-oligosaccharides 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. Penna FJ, Péret LA, Vieira LQ, Nicoli JR. Probiotics and mucosal barrier in children. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2008 Sep;11(5):640-4
7. Rautava S: Potential uses of probiotics in the neonate. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2007, 12, 45-53
8. Rautava S, Salminen S, Isolauri E. Specific probiotics in reducing the risk of acute infections in infancy - a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Br J Nutr*. 2009 Jun;101(11):1722-6
9. 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
10. Sicherer SH, Burks AW.: Maternal and infant diets for prevention of allergic diseases: understanding menu changes in 2008. *J Allergy Clin Immunol*; 2008 Jul, 122(1):29-33.
11. Srinivasjois R, Rao S, Patole S.: Prebiotic supplementation of formula in preterm neonates: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Nutr*. 2009 Jun;28(3):237-42.
12. Tang ML, Robinson M Allergy prevention - Current recommendations and new insights. *Aust Fam Physician*. 2008 Apr;37(4):204-8.
13. von Berg A, Filipiak-Pittroff B, Krämer U, Link E, Bollrath C, Brockow I, Koletzko S, Grübl A, Heinrich J, Wichmann HE, Bauer CP, Reinhardt D, Berdel D; GINIplus study group. Preventive effect of hydrolyzed infant formulas persists until age 6 years: long-term results from the German Infant Nutritional Intervention Study (GINI). *J Allergy Clin Immunol*. 2008 Jun;121(6):1442-7

Komise pro lékovou politiku a kategorizaci léčiv ČLS JEP a PLDD

Po několika letech mají praktičtí dětské lékaři prostřednictvím OSPDL svého zástupce v Komisi pro lékovou politiku a kategorizaci léčiv ČLS JEP (KLPK), ve které jsou zastoupeny všechny odbornosti. Komisi předsedá prof. Švihovec, místopředsedy jsou prof. Marek a doc. Hoza. V průběhu března a dubna letošního roku proběhlo několik jednání na půdě ČLS JEP (v Lékařském domě) a SÚKL. Cílem bylo provést revizi systému úhrad v rámci tzv. referenčních skupin, kterých je celkem 251 (dle novely vyhlášky č.384/2007 Sb.). Skupiny jsou tvořeny různými generiky se srovnatelným účinkem. Komise rozhoduje ve spolupráci se zástupci odborných společností, SÚKL, MZ ČR a zástupci největších ZP. Taková revize by měla probíhat každoročně. Proces případné změny v úhradě (výše úhrady ZP, preskripční omezení, jestli vůbec má být na trhu apod.) má poměrně složitou a dlouhou proceduru s odvolacími lhůtami všech zúčastněných, takže případná změna může nastat až po několika měsících či v následujícím roce. Nás zajímají zejména nelogická preskripční omezení u některých léků., které bychom potřebovali předepisovat. Filozofie jednání je v současné době taková, že zásadní pro změnu je souhlas příslušné odborné společnosti, která má lék ve svém portfoliu. Záleží na osobě a vstřícnosti zástupce příslušné OS a síle našich argumentů, kterým je současný předseda KLPK ochoten naslouchat. Zatím se podařilo prosadit do dalších jednání uvolnění preskripce u kombinovaných protialergických léků pro lokální použití (např. Spersallerg, Allergocrom), dále ze skupiny kortikosteroidů pro lokální terapii - silných a velmi silných 3. a 4. generace betamethason (např. Beloderm). Předseda dermatologické společnosti zatím nesouhlasí s uvolněním methylprednisolonu (Advantan) či mometazonu (Elocom) pro naši odbornost, což byl častý požadavek PDLL. Budeme ale dále jednat a oslovovat i další odborné společnosti. Některé totiž jen neracionálně lpějí na omezení preskripce exkluzivně pro svou odbornost zřejmě jen z obavy, aby u nich nedošlo k odlivu pacientů. Je třeba zdůraznit, že v řešených skupinách je jen výrazně menší část všech léčiv. Většina jich nemá srovnatelně účinné generikum a stojí samostatně. Potřebujeme další podněty (řadu jsme jich už dostali) z vašich ordinací pro další jednání. Např. nás zajímá, zda někteří PLDD uvažují o koupi spirometru, protože preskripce některých antiastmatik (např. Symbicort) je podmíněna provedením spirometrie a možná by bylo vhodné uvolnit tyto léky z preskripce pouze alergologů pro ty z vás, kteří budou tuto podmínku plnit.

MUDr. Milan Rytíř

Avent



Ze světa odborné literatury...

Obvod pasu je nezávislý prediktor inzulinové rezistence

Abdominální adipozita hodnocená obvodem pasu je signifikantním prediktorem kardiovaskulárního onemocnění a diabetu 2. typu. Několik epidemiologických studií naznačuje, že objem pasu spolu s BMI (body mass index) jsou nejlepšími prediktory metabolického rizika než tyto faktory jednotlivě. Jiné studie však doplňují že obvod pasu (OP) a BMI je reprezentativnější. Navzdory silné asociaci mezi BMI a totálním tukem je BMI ale limitována individuální variací růstu a hladinou faktorů dozrávání. Zvýšení BMI během dětství je většinou determinováno zvýšením vlastní tělesné hmoty než tukem. OP je nezávislým faktorem u dětí, ale u adolescentů je toto podle studie velkou neznámou.

Účelem práce bylo zjistit, jak OP reflektuje abdominální viscerální a subkutánní tuk a za druhé vyšetřit, zda li OP predikuje k inzulinové rezistenci nezávisle na hodnotách BMI. Abdominální obezita byla tomograficky vypočítávána a tělesné složení bylo měřeno absorptiometricky. Insulinová sensitivita pak byla hodnocena podle hyperinsulinémického – euglykémického clampu. Percentilní hodnoty u BMI a OP byly evidentně v asociaci s totálním a abdominálním tukem a inzulinovou sensitivitou. OP zůstával také signifikantně korelován s totálním a abdominálním tukem. Bez výjimky lze konstatovat, že OP vyjadřuje větší variaci v abdominálním tuku a metabolickém profilu než BMI percentily. OP při dětské obezitě identifikuje výši metabolického rizika zapříčiněného excesem abdominálního tuku. BMI percentily nejsou v asociaci s viscerálním tukem a ukazateli inzulinové rezistence. Zvýšení OP je asociováno s nízkou tukovou senzitivitou. Podle vývoje viscerálního tuku lze předpokládat i vývoj DM 2. typu. OP je nejlepším antropometrickým údajem pro screening metabolického syndromu u dospívajících. OP mimo svoji složku prediktora inzulinové rezistence je i zúčastněn na zvýšení hladiny inzulinu

a proinzulinu. Obvod pasu a jeho hodnoty pro věk by se tak měly stát standardní součástí měření dětí u dětských praktiků.

J. Pediatr. 2006, 148., 188-194.

Korelace příjmu nápojů u adolescentních děvčat

Přijímání nápojů se během posledních let výrazně změnilo. Poklesl příjem mléka a zvýšil se příjem tekutin se sodou nebo cukrem a ovocných nápojů. Z toho vyplývá, že se i zvyšuje riziko poškození chrupu. Přibývá obezity. Pro nadměrné požívání sody se zvyšuje riziko kostních fraktur. Možné konstatovat, že příjem mléka klesá v průběhu věku. Sledovali proto 6 druhů nápojů, t.j. mléko, nápoje se sodou, ovocné džusy a drinky. Do programu bylo zavzato 1210 černých a 1169 bílých děvčat. Ukázalo se, že zvýšený přívod sody indikuje zvýšení BMI a i zapříčiňuje nižší příjem Ca. Příjem byl v návaznosti s kalorickou redukcí. Je nutné snižovat příjmy určitých tekutin s minimální nutriční hodnotou.

J. Pediatr. 2006, 183-187 (february)

Pediatrický metabolický syndrom

Seskupení kardiovaskulárních rizikových faktorů u adolescentů není novým fenoménem. V posledních 3 letech se objevuje mnoho publikací. Navzdory kvantu prací zůstává ne zcela známa kvalitní definice metabolického syndromu. V roce 1988 byla popsána inzulinová rezistence, ke které přibýlo dalších 15 faktorů. Metabolický syndrom je definován celou řadou faktorů, včetně adipozity, dyslipidémie, hypertenze, hyperinzulinémie, narušení glukózového metabolismu, mikroalbuminémie, abnormalitami fibrinolysy, zánětem. S vývojem diabetu dg ale ztrácí na významu. Diskuze se vede o zařazení inzulinové rezistence. Ukazuje se také, že obezita s inzulinovou rezistencí je faktorem individuálním.

J. Pediatr. 2006, 148, 149-151.

Co je nového v autismu?

Autismus resp. poruchy v tomto smys-

lu jsou dnes předjímaný jako poruchy autistického spektra (ASD). Je postiženo většinou několik vývojových oblastí. Diagnostika ASD se stále rozvíjí. Vše je nyní obohaceno o fenotypické známky, epidemiologii včetně včasné metody screeningu, psychiatrické a somatické abnormality. Dále prezentují metody komplementární a alternativní léčby. ASD je vlastně nepořádek z genetické příčiny s různými variacemi genetického mechanismu a polygenními mechanismy. Technologické pokroky v medicíně vedou k mnoha dalším nálezům. ASD je problémem nervových spojů a bude diferencován postupně do podskupin. Dále se ukazuje určitý zmatek v oblasti GIT systému i imunity. Střídají se symptomy hyperaktivity i mentální retardace. Jsou popisovány stereotypy pohybové i zájmové, chybějící komunikace, narušení sociální interakce, komunikace a restrikce chování a zájmů. Původní popis autismu se objevuje v roce 1943. Genetické nálezy má 6-15 % všech pacientů. Z hlediska epidemiologie se prevalence autismu pohybuje v poměru 4 dětí na 10.000 nebo až 34 na 10.000. V genetice jsou popisovány chromozomální abnormality jako mikrodelece a mikroduplikace. Z hlediska anatomie mozku nalézány změny v oblasti amygdaly, mozečku a frontálních laloků.

Epilepsie je popisována od 8 do 42 % pacientů a začíná spíše v pozdějším věku, zvl. ve spánku. U části pacientů se při regresi autismu před 3. rokem již nadále neobjevuje EP. Popisovány velmi často poruchy spánku. Z hlediska epidemiologického se nenalezla souvislost mezi očkovaním proti spalničkám a klinikou. Ohledně GIT se uplatňuje role nealergické potravinové hypersenzitivity. Z hlediska terapie se mimo Risperidolu zkouší nej-různější variace.

Eur. J. Pediatr. 2008, 167, 1091 - 1101

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



Aktuality...

Poplatky zůstávají, Rath prohrál

Při klíčovém hlasování chyběly levici pro zrušení poplatků dva hlasy. Ani ODS ale svoje změny neprosadila. Levici se nepodařilo uspět v boji, který se prolínal prakticky celým současným volebním obdobím Poslanecké sněmovny. Pro úplné zrušení poplatků ve zdravotnictví i pro jejich zásadní minimalizaci totiž včera zvedlo ruku jen 99 poslanců. K přehlasování Senátu jich přitom bylo zapotřebí alespoň 101.

S ČSSD a KSČM hlasovaly pro rušení poplatků jen nezařazené poslankyně, odpadlice od Strany zelených Olga Zubová a Věra Jakubková. Zubová, která bude v předčasných volbách kandidovat za ČSSD, už dříve uvedla, že poplatky považuje za hloupý krok, kterým neměla být reforma zdravotnictví odstartována.

Hlavního iniciátora boje proti poplatkům, poslance a hejtmana Davida Ratha (ČSSD), v klíčovém hlasování nepodpořil ani Ludvík Hovorka (KDU-ČSL). Ten sice s poplatky, jak jsou dnes nastaveny, nesouhlasí, ani Rathovy návrhy se mu ale nelíbily. „Myslím, že by měl být minimálně zachován poplatek za pobyt v nemocnici a že by také měl být možná zachován limit na zaplacené doplatky za léky,“ vysvětlil Hovorka. „A myslím si, že by bylo dobré, aby se tento problém řešil po volbách, aby se řešil v klidu a aby se celý systém regulačních poplatků udělal rozumně, tak aby nepoškozoval pacienty a pomáhal systému,“ dodal.

Ačkoli Rath svou porážku očekával a uznal ji už na začátku týdne, snažil se ve sněmovně Hovorku a další na poslední chvíli přesvědčit. „Myslím si, že by bylo rozumné a správné, abychom se vypořádali i s tím největším dluhem a nenechávali ho až po volbách. Ten největší dluh vůči občanům České republiky jsou právě tyto

poplatky,“ řekl Rath. „Šedesát procent občanů České republiky odmítá poplatky. Protože jsme zástupci a zástupkyně dolní komory parlamentu zvolení jejich vůlí, měli bychom jim naslouchat,“ uvedla také ve sněmovně komunistická odbornice na zdravotnictví Soňa Marková.

Očkování proti pneumokokům zůstane na rodičích s osudem poplatků bylo spojeno i rozhodování o tom, jestli se zavede hrazené očkování dětí proti pneumokokovým infekcím. Za to dnes rodiče dají zhruba 6000 korun. Návrh byl převratný v tom, že by očkování hradily pojišťovny a zároveň by nebylo povinné. Jenže pro nakonec hlasovala pouze ODS, která novinku předložila v Senátu. Lidovcům se nelíbily další změny obsažené ve stejném návrhu, které se týkaly léků.

Rath vyčítá vládě, že toto očkování nezavedla už dříve, ať už zákonem nebo vyhláškou. Ministryně zdravotnictví Dana Jurásková se brání: byl by potřeba zákon a ten ležel ve sněmovně bez povšimnutí. „Sněmovna za dobu mého úřadu zákon, který se očkováním zabývá, vůbec neotevřela a zůstal pod stolem,“ tvrdí Jurásková.

Boje o poplatky

Regulační poplatky se začaly ve zdravotnictví platit 1. ledna 2008.

V březnu 2008 vládní koalice ve sněmovně těsně uhájila poplatky před prvním návrhem na zrušení.

V květnu 2008 Ústavní soud zamítl návrh na zrušení poplatků.

Od února (ve středních Čechách už od ledna) hradí kraje poplatky za pacienty v některých zařízeních.

V květnu 2009 prošel sněmovnou návrh na zrušení poplatků, Senát ho ale později vrátil a poslanci jej nepřehlasovali.

Převzato: LN 12.9. 2009

Uspěchaný císařský řez škodí dýchání dětí

Dobrovolný porod císařským řezem může dětem uškodit, když přijde moc brzy. Mohou mít celý život dýchací a jiné potíže. A to i v případě, že je dítě donošené. Zjistili to američtí vědci, kteří zkoumali na 13 tisíc porodů císařským řezem.

Závěry studie, které zveřejnil v posledním čísle lékařský časopis New England Journal of Medicine, by měly pomoci snížit zájem rodič „císařem“ dobrovolně. Ve Spojených státech vychází takový porod na čtrnáct přirozených, v Česku je to dokonce jeden z pěti.

Polovina porodů císařským řezem je v USA na přání maminky. Více než třetina těchto porodů přichází brzy – před 39. týdnem. Rodičky si mnohdy určí čas podle diáře lékaře. Běžné těhotenství trvá 40 týdnů. „Rozhoduje zřejmě fakt, že od 37. týdne je plod považován za donošený. Ženy jsou už v této době těhotenstvím unavené, chtějí vidět novorozence a o porod samy žádají,“ řekl k výsledku studie Alan Tita, který vedl výzkumný tým.

Podle něj je skutečné číslo uspěchaných porodů císařským řezem v USA zřejmě ještě vyšší, protože studie byla provedena v 19 univerzitních nemocnicích, v nichž se lékaři drží národních doporučení úzkostlivěji než na soukromých klinikách. Výzkum prokázal, že riziko porodních komplikací se až zdvojnásobuje, když je císařský řez proveden v 37. týdnu těhotenství. Podle Tity je riziko zvýšené i u porodů provedených jenom tři dny před dovršením 39. týdne.

K podobným závěrům došli i lékaři v Evropě. Tým Caroline Reditové z Nizozemského ústavu pro zdraví a životní prostředí sledoval po osm let

přes 2 900 dětí narozených od roku 1996 do 1997. Astma dostalo 12 procent z nich. Lékaři dospěli k závěru, že u dětí narozených císařským řezem je riziko astmatu o 80 procent vyšší než u ostatních. Podobné varování vykazala norská studie zveřejněná vloni v červenci.

Astmatem trpí ve světě podle agentury Reuters asi 300 milionů lidí. V Česku je evidováno asi 156 tisíc pacientů, ale celkem se jich odhaduje až na 800 tisíc.

Převzato: Dnes 9.1.2009

Prosakování cév spustí epilepsii

Pohled na vznik epilepsie zásadním způsobem mění čerstvé objevy dvou vědeckých skupin.

Záchvaty epilepsie jsou důsledkem „bouřky“ elektrických signálů v mozku. Důvody tohoto nervového chaosu lékaři dlouho připisovali nevhodnému uspořádání nervových buněk. Dění mimo mozek nemělo podle těchto představ na vznik epilepsie významný vliv. Nyní však hned dva vědecké týmy prokázaly, že ke vzniku epilepsie významně přispívá nežádoucí „prosakování“ cév zásobujících mozek krví.

Mozek je od zbytku těla důkladně izolován. Cévy, které zásobují mozek krví, mají na rozdíl od cév v jiných částech těla krajně nepropustné stěny. Z krevního oběhu se dostává do okolní nervové tkáně jen vybrané společenství molekul. Bariéru zdolá například cukr glukóza nezbytný pro práci neuronů. Vstup do mozku mají zakázaný krvinky nebo velké molekuly krevního séra, jako je albumin.



Mozek je tak chráněn před mnoha látkami, které se dostanou do těla s potravou a mohly by napáchat na nervových buňkách mozku závažné škody. Někdy je tento obranný mechanismus lékařům na obtíž. Například když potřebují dostat do mozku lék a cévy odmítají propustit jeho molekuly z krve do okolní nervové tkáně.

Důležitost bariéry vytvořené buňkami výstelky mozkových cév odhalil výzkum týmu vědců vedených Dorianem McGavernem z The Scripps Research Institute v kalifornském La Jolla.

McGavern a jeho spolupracovníci zjistili, že boj imunitního systému s virovou nákazou v prostoru mozkových plen, jež oddělují mozek od lebky, má dramatický dopad na propustnost cév v mozku.

K virem nakaženým buňkám, jež se nacházejí mezi mozkovými plenami, se stahují bílé krvinky. Stačí, aby se krvinky jen letmo střetly s infikovanými buňkami a neštěstí je hotovo. Mnohé buňky tomuto ataku odolají a reagují na něj vylučováním molekul typických pro zánět.

Molekuly pronikají do mozku a tam zásadně mění propustnost stěny cév. Tím se naruší rovnováha v neuronech a ty jsou pak náchylné k epileptickému záchvatu. Výsledky výzkumu McGavernova týmu, který studoval vznik epileptických záchvatů u myši nakažené virovou meningitidou zveřejnil vědecký týdeník Nature.

K velmi podobným výsledkům dospěl nezávisle italsko-americký tým vědců vedený Gabriélou Constantiniou z univerzity ve Veroně. Ti zjistili, že při zánětu přicházejí nabužené bílé krvinky do kontaktu s buňkami výstelky mozkových cév.

Nakrátko k nim přilnou a sníží tak jejich „těsnost“. Vzápětí začne mozková céva „prosakovat“ a pouští do mozku látky, které jsou s to narušit práci nervových buněk. Mozek s „prosakujícími“ cévami je mnohem náchylnější k „elektrickému chaosu“, a tudíž i k epileptickému záchvatu. Práci týmu Gabriely Constantiniové otiskla lékařská odnož časopisu Nature, Nature Medicine. Oba objevy představují významnou změnu náhledu na vznik epilepsie. Zároveň jsou odrazovým můstkem pro vývoj účinné léčby. Ukázalo se, že látky bránící „přilepení“ bílých krvinek ke stěnám cév, výrazně snižují riziko nástupu „elektrického chaosu“ v mozku.

K vývoji nového léku proti epilepsii je ale ještě daleko. Nejprve musí vědci ověřit, nakolik odpovídají výsledky získané u laboratorních myších situací v mozku epileptiků. Ani pak nebude vyhráno, protože léky dlouhodobě potlačující „lepení“ bílých krvinek na stěny cév by mohly mít vážné nežádoucí vedlejší účinky, například narušovat imunitní obranu a zvyšovat riziko infekcí.

Převzato: LN 13. 1. 2009

Také inteligence prochází žaludkem

Složení jídelníčku má významný vliv na funkce našeho mozku, na paměť i učení. Nejnovější poznatky o vlivu potravy na duševní činnost člověka představil na stránkách špičkového vědeckého časopisu Nature Reviews Neuroscience fyziolog Fernando Goméz-Pinilla z University of California v Los Angeles.

Podle Goméze-Pinilly začíná jídlo působit na náš mozek dřív, než polkne první sousto. Vůně a vzhled pokrmu v nás vzbuzují emoce – kladné i záporné. Ty mají na fungování mozku výrazný vliv. Posilují, nebo naopak oslabují ukládání informací do paměti. S polknutím sousta se v našem mozku rozehraje spleť klubka dějů. Mnohé hormony, které jsme spojovali především se zpracováním živin, se dostávají krevním oběhem až do mozku a tam ovlivňují osvojování nových informací a dovedností. Platí to například o inzulínu.

Nasyčený mozek je líný

Na lidský mozek působí i kručící žaludek. Při hladovění vylučuje trávicí soustava hormon ghrelin. Také u tohoto hormonu byl prokázán pozitivní vliv na formování nových funkčních spojů mezi nervovými buňkami v mozku. Ghrelin má díky tomu vliv na ukládání informací do paměti a učení. Ostatně fakt, že po nasyčení mozek leniví, je znám už dlouho.

Hormon leptin vylučovaný tukovými buňkami výrazně promlouvá do činnosti mozku v části zvané hipokampus, jež sehrává klíčovou roli při formování dlouhodobé paměti. Leptin proslul především schopností regulovat příjem potravy. Nadbytek hormonu z nadměrně „nakynuté“ tukové tkáně potlačuje chuť k jídlu a napomáhá k normalizaci tělesné hmotnosti.

V roli spojovacího článku mezi nervstvem z útroby a nejrůznějšími mozkovými centry vystupuje část mozku zvaná hypotalamus. Zásah do těchto vazeb má vážné dopady na trávení i na duševní stav člověka. Každý z vlastní zkušenosti ví, že stres provázejí nejrůznější záživací potíže.

Nedostatečná aktivita nervstva řídicího funkce trávicího traktu může mít naopak podíl na vzniku duševních depresí. Tyto nervy komunikují před hypotalamus s mozkovým centrem zvaným amygdala, kde se rodí pocity strachu.

Důležité omega - 3 - mastné kyseliny

Fernando Goméz-Pinilla vyzdvihuje význam tzv. omega-3-mastných kyselin pro správné fungování lidského mozku. Jejich zásadní role má hluboké evoluční kořeny. Zvýšený příjem omega-3 mastných kyselin napomohl našim živočišným předkům k většímu a výkonnějšímu mozku.

V posledních letech se ale lidský jídelníček dramaticky mění a potravin s vysokým obsahem těchto mastných kyselin v něm ubývá. Goméz-Pinilla to dává do souvislosti s nárůstem výskytu některých duševních poruch a onemocnění, jako je dyslexie, deprese, maniodepresivní psychóza nebo schizofrenie.

Americký fyziolog se přimlouvá za návrat k potravinám s vyšším obsahem omega-3 mastných kyselin. Odvolává se na výsledky pokusů z Velké Británie, Austrálie nebo Indonésie, při kterých dostávaly děti nápoje obohacené o omega-3 mastné kyseliny. Děti si zlepšily školní prospěch a dosahovaly lepších výsledků při inteligenčních testech. Měly také méně problémů s chováním. Ale zdravý jídelníček nestačí. Podle Fernanda Goméze Pinilly jsou neméně důležité například přiměřená fyzická aktivita a dostatek spánku.

Převzato: LN 15. 7. 2008

Gen řídicí štafetu vzruchů

Lidský mozek je složen ze stovky miliard buněk. Navzájem jsou propojeny obrovským počtem „nervových kontaktů“ - tzv. synapsí.

Právě na nich si jednotlivé nervové buňky předávají vzruchy, podobně jako si atleti předávají štafetový kolík. Pro úspěšnou předávku musí mít synapse správné rozměry. Nesmí být ani příliš malá, ani příliš rozlehlá.

Tým amerických neurologů vedený Kate O'Connor-Gilesovou z University of Wisconsin nyní objevil gen, který se významnou měrou podílí na řízení velikosti synapsí.

Výsledky jejich bádání zveřejněné vědeckým časopisem Neuron jsou příslibem pro léčbu řady onemocnění nervového systému. Po světě žijí stovky milionů lidí s neurologickými poruchami. Příčina většiny těchto onemocnění není známá. Kate O'Connor-Gilesová je přesvědčena, že některé choroby vznikají v důsledku nevhodné velikosti synapsí.

Během života se nám v mozku vytvářejí stále nové a nové spoje mezi nervovými buňkami. Pokud se nám regulační gen vymkne z kontroly, začnou vznikat synapse, jež nejsou s to předat vzruch dál. Nový objev slibuje, že se lékaři naučí, jak zajistit, aby se v organismu nemocných vše zase vrátilo k normálu.

Převzato: LN 27. 5. 2008

Injekce – antikoncepce pro muže

Injekce testosteronu snižují počet spermií do té míry, že možnost otěhotnění je téměř vyloučena. Metoda testovaná čínskými vědci prý nemá žádné vedlejší účinky.

Vynález hormonální antikoncepce bývá řazen k největším úspěchům medicíny dvacátého století. První pilulka na trh přišla v roce 1957 a během

Nutricia - Nutrilon



následujícího desetiletí spoluzpůsobila sexuální revoluci. Je možné, že v příští dekádě dojde k druhé vlně. Po ženách přišli na řadu i muži.

Novou antikoncepční metodu, která je podle prvních testů spolehlivější než kondomy, zkoušeli čínští vědci na poměrně velkém vzorku mužů. Všem bylo mezi 20 až 45 roky, všichni již měli nejméně jedno dítě a žili ve stabilním vztahu.

Půl roku si 1045 zkoumaných osob chodilo v měsíčním intervalu pro injekci mužského pohlavního hormonu testosteronu smíchaného s olejem ze semen v Číně rostoucí kamélie druhu *Camellia oleifera*. Olej má podle vědců způsobit pomalé a rovnoměrné vstřebávání testosteronu v organismu.

Látku pokusným osobám lékaři vpichovali do hýždí.

U naprosté většiny došlo k radikálnímu snížení počtu spermií v ejakulátu. V průměru u jednoho z dvaceti mužů se efekt nedostavil. Tyto osoby byly z testu vyřazeny, zbytek dostával injekce další dva roky.

Během této doby množství spermií stoupl u jednoho procenta mužů a došlo k několika otěhotněním. Statistika je však poměrně příznivá: během prvního roku vychází na 100 párů jedno těhotenství, na konci druhého roku tento poměr nepatrně stoupl na 1,1 procenta, uvádí studie publikovaná ve specializovaném vědeckém časopise *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*.

Pro srovnání: při technicky správném a stoprocentně důsledném používání kondomu dochází ke dvěma těhotenstvím na sto párů a rok. Skutečná čísla z běžného života, kdy ne vše vychází podle předpokladů, jsou ještě podstatně horší. Hormonální antikoncepce pro ženy je teoreticky třikrát spolehlivější než nová testosteronová kúra, ovšem to platí jen při pravidelném užívání. Bez ztráty chuti na sex Stejně důležité jako účinnost metody je to, zda jsou její účinky opravdu jen dočasné, a jde tedy o antikoncepci, nikoli sterilizaci. Tady se objevuje menší zádrhel. U velké většiny mužů se po dvou stech dnech počet spermií vrátil k normálu, ale 17 z nich to štěstí nemělo. Po dalších třech měsících už zbývali jen dva muži, u nichž se tvorba spermií neobnovila. Ti zůstali neplodní až do publikování výsledků výzkumu.

Nejde samozřejmě o první test antikoncepčních účinků testosteronu. Starší studie však jednak uváděly nižší spolehlivost, jednak byl problém s vedlejšími účinky. Muži si často stěžovali na změnu nálad a na sníženou sexuální touhu. Takové efekty čínští vědci zaznamenali jen výjimečně, u části mužů chuť na sex dokonce vzrostla. Jedinými komplikacemi byly občasné výskyty vyrážek a akné.

Všechno ale tak růžové být nemusí. Studie například neuvádí, proč celý cyklus testů absolvovalo jen 733 mužů. Zhruba třetina účastníků tedy přestala na injekce docházet.

Číňané si však od nové metody hodně slibují. Pokud další fáze zkoušek přinese uspokojivé výsledky, mohla by se antikoncepční injekce v praxi používat už za pět let.

Převzato: LN 7.5.2009

Nádor prostaty lze poznat z moči

Objev nabízí snadnou diagnózu i cestu k novému způsobu léčby rakoviny prostaty

Vědci udělali velký krok na cestě k vývoji jednoduchého testu na rakovinu prostaty. Objevíli v moči látku, která s vysokou pravděpodobností signalizuje přítomnost nádoru.

Rakovina prostaty je jedním z nejčastěji se vyskytujících typů nádorů u mužů. Ročně zabíjí hodně přes tisíc Čechů. Tedy víc, než kolik jich zahyne na silnicích. Stejně jako u mnoha jiných nádorů je pro zdárnou léčbu nutná včasná diagnóza.

Karcinom prostaty přímo nesouvisí se zbytněním prostaty, s onemocněním, které po padesátém roce života ztrpčuje život polovině mužské populace, ale má některé společné příznaky a může se vyskytovat současně s ním. Mezi symptomy patří častější potřeba močit, která narušuje

i spánek, či pocit neúplně vyprázdněného měchýře. Pacient o nádoru obvykle neví.

Osm z deseti vzorků varuje Z medicínského hlediska by bylo ideální, kdyby byli muži po padesátce vyšetřováni pohmatem per rektum každoročně. Velká část obvodních lékařů se do takového typu vyšetření bez pacientova podnětu nepouští a potenciálně ohrožené muže zase často odrazuje stud. Představa, že v případě podezření na nádor lékař vzorek tkáně prostaty odebere jehlou přes konečník, nahání většině mužů husí kůži, která nemizí ani po ujištění, že biopsie je téměř bezbolestná.

Objev týmu vedeného Arulem Chinnaiyanem z Michiganské univerzity proto může znamenat zásadní změnu v diagnostice tohoto onemocnění. Vědci zjistili, že v moči pacientů, kteří trpí metastazující rakovinou prostaty, se v 79 procentech případů vyskytuje vyšší hladina sarkosinu.

Jde o přírodní ve vodě rozpustnou aminokyselinu, která není toxická. I v případě raných stadií vývoje nádoru je sarkosin cenným vodítkem. Vyskytoval se ve 42 procentech vzorků, uvádí studie, kterou publikuje dnes vycházející vědecký týdeník *Nature*.

Objev role sarkosinu byl výsledkem systematické práce. Profesor patologie a urologie Arul Chinnaiyan spolu s kolegy v rámci výzkumu analyzoval složení 262 vzorků tkáně, krve a moči. Vědci prověřovali 1126 „podezřelých“ látek.

Nakonec se soustředili na deset molekul – produktů metabolismu – které byly často přítomné ve vzorcích pacientů s pokročilou rakovinou. Sarkosin vynikal ze dvou hledisek. Za prvé proto, že se často vyskytoval u pokročilých nádorů i u těch, které se rychle šíří.

Neméně cenné je i to, že ve vzorcích odebraných zdravým pacientům nebyl vůbec přítomen. Tím se minimalizuje pravděpodobnost falešného poplachu. Podle zveřejněných výsledků je sarkosin podstatně lepší indikátor postupující rakoviny než tzv. prostatický specifický antigen (protilátka), jehož přítomnost v krvi se testuje dnes.

Konec zbytečných operací Příčinu zvratu vývoje normální buňky v nádorovou zatím přesně neznáme. Není ani jasné, proč někdy nádor roste jen zvolna a jindy je agresivní. Nezhoubný typ nádoru pacienta omezuje minimálně a po léta se příliš nemění. Stává se, že pacienti s mírnějším typem podstupují chirurgické zákroky a ozařování zbytečně. Rozlišení obou variant je totiž velmi obtížné.

„Asi největší výzvou, které v případě rakoviny prostaty čelíme, je určení, zda je nádor agresivní. Ukončíme nadměrnou léčbu pacientů,“ říká Arul Chinnaiyan s poukazem na to, že sarkosin upozorňuje právě na agresivní nádory.

Vědci zdůrazňují, že jsou teprve na začátku výzkumu, který by měl vyústit v použitelný test. Objev musí potvrdit nezávislá pracoviště. Vyladění metody si vyžádá zhruba dalších pět let práce.

I další objev vědců z Michiganské univerzity je pozoruhodný. Zjistili, že když se do živné kultury s mírnějším typem nádoru přidá sarkosin, změní se v agresivní variantu. Molekula zřejmě hraje v procesu zhoubného bujení zcela zásadní roli.

Převzato: LN 12. 2. 2009

Podobu dvojčat určují nejen geny

Genetický výzkum sourozenců mění dosavadní představy o dědičnosti.

Nejen šroubovice DNA, ale i její molekulární obal se podílí na dědičnosti, zjistil mezinárodní tým genetiků.

Jednovaječná dvojčata jako kdyby si z oka vypadla. Vědci to přičítali totožné dědičné informaci, kterou mají jednovaječná dvojčata stejnou do posledního písmene genetického kódu. Mezinárodní tým genetiků vedený Artem Petronisem z University of Toronto zjistil, že podobnost jednovaječných dvojčat zdaleka neurčuje jen samotná dvojitá šroubovice DNA.

O vlastnostech buněk, tkání orgánů i celého organismu rozhodují nejen varianty genů zapsané do molekul DNA písmeny genetického kódu, ale i aktivita jednotlivých genů, tedy intenzita jejich „pracovního nasazení“.



Aktivita genů je ovlivněna molekulami, které se vážou na povrch dvojité šroubovice. Tyto změny dědičné informace označují vědci jako epigenetické. Art Petronis a jeho spolupracovníci vyšetřili DNA odebranou jednovaječným a dvojevaječným dvojčatům a sledovali její „povrchové“ epigenetické změny. Došli k zajímavým výsledkům. Jednovaječná dvojčata mají nejen totožná písmena genetického kódu uvnitř dvojité šroubovice DNA. Nápadně se podobá i jejich „obal“ DNA, který určuje, jak intenzivně budou jednotlivé geny pracovat.

Vědci přitom zjistili, že všechna jednovaječná dvojčata nelze házet do jednoho pytle. Epigenetické „obaly“ DNA některých dvojic si byly podobnější, u jiných jednovaječných dvojčat se přece jen výrazněji lišily.

Jako rozhodující se ukázal moment vzniku jednovaječných dvojčat. Vznikají samovolným rozdělením zárodku během jeho raného vývoje. Embryo se může rozdělit pouze v prvních dvou týdnech své existence. Období vzniku dvojčat se dá určit podle toho, do jaké míry obě dvojčata sdílejí plodové obaly, jež je v těle matky chrání a vyživují. Naproti tomu dvojevaječná dvojčata vznikají oplozením dvou vajíček v těle matky a vyvíjejí se odděleně od samého počátku.

Genetici z Petronisova týmu zjistili, že čím později se zárodek rozdělí na jednovaječná dvojčata, tím podobnější je pak epigenetický „obal“ jejich DNA a tím podobnější je i pracovní nasazení jejich genů.

Nový pohled na dědičné choroby Epigenetické změny DNA a z nich vyplývající odlišnosti v aktivitě genů stojí v pozadí mnoha vlastností včetně náchylnosti k některým onemocněním, např. rakovině, kardiovaskulárním chorobám nebo duševním poruchám. Jsou známy případy, kdy jedno z jednovaječných dvojčat onemocnělo schizofrenií, zatímco druhé zůstává zdravé. Příčinou může být rozdíl v epigenetických změnách DNA a v aktivitě příslušných genů.

„Podle tradičních představ mohly za dědičné sklony jen změny v pořadí písmen genetického kódu,“ přibližuje Petronis závěry studie zveřejněné prestižním vědeckým časopisem Nature Genetics. „Náš objev nabízí nový pohled na dědičné příčiny chorob a může zlepšit jak jejich diagnostiku, tak i léčbu.“

Převzato: LN 13. 2. 2009

I N Z E R C E

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

Chcete se věnovat pediatrii v atraktivní lokalitě?

V roce 2001 kompletně zrekonstruovaná a nadstandardně vybavená Nemocnice Sušice o.p.s.

Přijme: pediatra, resp. PLDD (dle domluvy možný zkrácený pracovní úvazek). Požadujeme: vzdělání odpovídající danému zařazení, morální a občanskou bezúhonnost

Nabízíme: zázemí nemocnice se 160 lůžky akutní i následné péče v základních oborech včetně multidisciplinární JIP a RLP, kolegiální atmosféru s nadstandardními pracovními podmínkami, profesní růst, ubytování v areálu nemocnice, možnost služebního bytu, atraktivní prostředí centrální Šumavy s nabídkou plného sportovního i kulturního využití

Nástup v co nejkratším možném termínu (nejlépe od 1. 9. 2009)

Bližší informace: MUDr. Jiří Šedivý, ředitel nemocnice, tel.: 376 530 216,

e-mail: sekretariat@nemocnice-susice.cz, web: www.nemocnice-susice.cz

• Ev. č.: 156-05-09

Přenechám levně zařízení do ordinace

Přenechám levně zařízení do ordinace – lehátko, přebalovací stoly, instrumentáře, židle, stoly – volné od října 2009.

Tel.: 603 788 417 nebo 381 253 220 • Ev. č.: 157-06-09

Výběrové řízení na pozici PLDD

Soukromé ZZ Medicover vyhláší pro svou dětskou ambulanci výběrové řízení na pozici PLDD.

Nabízíme: HPP na plný úvazek, nadstandardní ohodnocení, firemní benefity, jistotu a stabilitu nadnárodní společnosti, přátelský kolektiv a příjemné prostředí nové moderní kliniky.

Očekáváme: kompetentní, optimistickou a aktivní osobnost.

GSM: 602 269 416, Tel.: 234 630 470, Fax: 224 255 730

e-mail: zdenka.vankatova@medicover.cz • Ev. č.: 158-06-09

Lékař hledá místo asistenta

Lékař se specializovanou způsobilostí pro PLDD hledá místo asistenta s možností budoucího převzetí praxe.

Západ středních Čech výhodou, není ale nezbytnou podmínkou.

Kontakt: e-mail: radatomas@centrum.cz, tel. 777 672 365

nebo 312 261 266 • Ev. č.: 160-07-09

Přenechám zavedenou praxi PLDD

Hledám lékaře/lékařku na dlouhodobý zástup nebo převzetí ordinace

v Praze 4. Kontakt e-mail: lekarskapraxe@seznam.cz • Ev. č.: 161-07-09

Hledám dlouhodobý zástup

Hledám dlouhodobý zástup do zavedené praxe praktického lékaře pro děti

a dorost v Sokolově. Telefon: 775 261 322. • Ev. č.: 162-07-09

Nabízím k prodeji sterilizátor

Nabízím k prodeji zcela nepoužitý testovaný sterilizátor STERIMAT 334.1 BMT a.s. z r. 94 o objemu 34 l, váží 32 kg. Velká sleva. Tel.: 608 204 166, pevná linka 518 357 238 v ordináčnických hodinách. • Ev. č.: 163-07-09

Pediatr převezme nebo odkoupí praxi

Pediatr s licenci převezme nebo odkoupí zavedenou pediatrickou praxi v Českých Budějovicích a okolí nebo na Jindřichohradecku,

ev. zastoupí i dlouhodobě. Možno ihned nebo i výhledově.

Kontakt: tel.: 739 369 607. • Ev. č.: 164-07-09

Odkoupím praxi PLDD

Ráda bych odkoupila praxi PLDD v Praze 5,6,7,8 nebo ve Středočeském kraji v oblastech mezi Kladnem a Mělníkem. Potvrzení o specializované způsobilosti mám. Tel. 605 299 298. • Ev. č.: 165-07-09

Převezmu zavedenou praxi PLDD

Převezmu zavedenou praxi v Praze 2, 3, 8 nebo 9. Převzetí možné od února 2010. Tel.: 605 541 339 • Ev. č.: 166-07-09

Vinoř hledá dětského lékaře

Městská část Praha – Vinoř hledá dětského lékaře na plný i částečný pracovní úvazek. Předjednáno s VZP. Vhodné prostory k dispozici.

Nabídky zasílejte na e-mail: starosta@praha-vinor.cz • Ev. č.: 167-07-09

Autodidaktický test 7/2009

VII. REVMATOLOGIE

1. Tumor nekrotizující faktor (TNF) je dominantním cytokinem v zánětlivém procesu juvenilní idiopatické artritidy (JIA). Generikum etanercept je:

- a) lékem první volby v léčbě systémové formy JIA, pokud selže, pak je možno zkusit selektivní cox 2 inhibitory, event. nesteroidní antirevmatika
- b) léčebný přípravek používaný v léčbě těžkých případů polyartikulární formy JIA, který funguje na principu vazby 2 molekul TNF na podaný solubilní receptor TNF = etanercept, čímž se omezí vazba TNF na povrchové buněčné receptory pro TNF
- c) léčebný přípravek používaný v léčbě těžkých případů polyartikulární formy JIA, který nesmí být kombinován s methotrexatem pro významné zvýšení frekvence nežádoucích účinků včetně zvýšení rizika generalizované infekce a vzniku onkologických onemocnění

2. Nejčastější systémovou vaskulitidou dětského věku je Henoch-Schoenleinova purpura postihující především malé cévy. Hlavním laboratorním nálezem (i když ne diagnostickým) je:

- a) leukocytosa, trombocytosa, u poloviny pacientů je hyper IgA v séru
- b) leukocytosa, trombocytopenie, u poloviny pacientů je hyper IgA v séru
- c) leukocytosa, trombocytopenie, depozita IgA v zánětlivě změněné cévní stěně

3. U téměř poloviny dětí s Henoch-Schoenleinovou purpurou je přítomna glomerulonefritida projevující se od asymptomatické mikroskopické hematurie až po renální selhání (2-5% dětí s HSP). Postižení ledvin se rozvine:


- a) vždy souběžně ještě s fází hemoragických kožních výsevů
- b) obvykle během 3 měsíců od začátku onemocnění
- c) i několik let po kožním výsevu

4. Druhou nejčastější systémovou vaskulitidou dětí je Kawasakiho choroba, pro jejíž diagnózu je třeba splnit diagnostická kritéria mezi něž jako základní patří trvání horečky déle než 5 dnů. Predilekční lokalizací vaskulitidy je koronární řečiště, jehož postižení se projeví rozvojem aneurysmat koronárních artérií, která se standartně zobrazí klasickou echokardiografií. K rozvoji aneurysmat dochází obvykle:

- a) v akutní fázi onemocnění, tj. 1-2 týdny od začátku nemoci
- b) v subakutní fázi onemocnění, tj. 2-6 týdnů od začátku nemoci
- c) v konvalescentní fázi onemocnění, tj. 4-10 i více týdnů od začátku nemoci

5. Kloubní hypermobilita je definována jako nadměrná variace kloubního pohybového rozsahu než je běžné a současně není prokázáno zánětlivé onemocnění pojiva. Pokud je hypermobilita doprovázena bolestí, pak mluvíme o benigním hypermobilním syndromu:

- a) až 66% dětí s hypermobilitou trpí tzv. růstovými bolestmi, což je až 3x více než v běžné populaci
- b) méně než 11,5% dětí s hypermobilitou trpí tzv. růstovými bolestmi, což je až 3x více než v běžné populaci
- c) výskyt tzv. růstových bolestí u dětí s hypermobilitou není statisticky významně odlišný než v běžné populaci při $p < 0,001$

Generální partner testů je  MSD

Stiefel - Duofilm

Medicom - Erdomed