

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

září 2011 ■ číslo 7 ■ ročník 11



Trombóza a hormonální antikoncepce u mladistvých dívek

Kazuistika: Kongenitální hemangiom

Mikroskopické houby v pediatrii

Falešné důvody odmítání očkování – omyly vakcinace



Téma čísla:
**CÉVNÍ
ONEMOCNĚNÍ**

Nestlé - Beba

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Sekretariát:

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

Redakce VOX:

tel.: 267 184 065

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Inzerce:

Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@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

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

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová



Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 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 inzercí a vložených tiskovin.

obsah...



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
Změny úhrady vakcín	6
Návrh novely Seznamu výkonů po jeho kultivaci	7
Úhrada očkovací látky proti pneumokokům ze zdravotního pojištění - změna od 1.7.2011	8
Malá reforma zdravotnictví narazila v senátu na odpor	8
Pracovní skupina NERV vydala 10 doporučení pro zdravotnictví	8
Vláda schválila pro lékaře snížení plateb za atestační zkoušky	9



Informace OSPDL ČLS JEP	10
MUDr. Ivana Hadačová Trombóza a hormonální antikoncepce u mladistvých dívek	14
MUDr. Parvine Gricová Kazuistika: Kongenitální hemangiom	17
MUDr. Karel Mencl, CSc., MUDr. David Stuchlík Mikroskopické houby v pediatrii - 2. část	20
doc. MUDr. Roman Chlábek, Ph.D. Falešné důvody odmítání očkování – omyly vakcinace	30
Ze světa odborné literatury	34



Aktuality	35
Řádková inzerce	41
Autodidaktický test	42



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



Vážení kolegové,

tak už zde opět máme konec prázdnin, začátek školního roku a před sebou posledních pár dní radících se do těch tzv. letních. I když letošní léto nás na podzimní plískanice připravilo důkladně. Už mám za sebou prožitých „pár“ prázdnin, ale takové počasí jako letos jsem asi nezažila. Občas jsem se musela podívat pro jistotu do kalendáře, abych se ujistila, že je léto. Tak jen doufám, že jste si během dovolených odpočinuli a při dovolené v zahraničí nebo v těch nemnoha slunečných dnech u nás nabrali

dostatek energie. Budeme ji potřebovat.

Do našeho politického kolbiště byly hozeny „reformní“ zákony o zdravotnictví. My (bohužel mezi ně patřím), kdo již roky doufáme v něco smysluplného, jsme byli opět zklamáni (pokolikáté už?). Úmysl asi dobrý, leč provedení... to by jeden plakal, kdyby měl po těch letech co. Někdy se ptám, proč jsou po nás chtěny připomínky, když k nim nikdo nepřihlíží.

Asi se shodneme v tom, že se jako lékařský stav nikdy neshodneme. Možná jen v tom, že bychom všichni chtěli více peněz. Jinak si chod zdravotnictví představuje lékař z nemocnice, jinak lékař ze soukromé ambulantní praxe a zcela jinak ministerský úředník. Ale v poslední době se ukazuje, že není důležitý chod zdravotnictví ale cesta jak najít co nejvíce peněz. Stát je nedá (možná ani nemá), zdravotní pojišťovny je nedají (prý je nemají), pacient je mnohdy má, ale nemůžeme je chtít (je to velká skupina voličů), tak co doktoři... mají a ještě by chtěli??? Tak se na ně vrhneme. A už je tu stát se svým systémem pokut. Pokud si myslíte, že nás nemůže ohrozit, tak jste na velkém omylu. Stačí jen porušit povinnou mlčenlivost, třeba podat informaci o výsledcích po telefonu. Jste si vždy jisti, že na druhé straně je opravdu zákonný zástupce dítěte? Ano, děláme to asi všichni, dělají to i naše sestry (ovšem za jejich chybu zaplatí majitel zdravotnického zařízení). Stojí to jen milion korunek českých. Máte vyvěšené ordinační hodiny tak, aby byly přístupné pacientům? Nemáte, tak to si připravte pouhých 100 tisíc. To abychom co nejrychleji našetřili nějaký ten milion. To bude něco pro krajské úředníky, hned bude důvod jich více zaměstnat. Další, kdo si nad tím mne ruce, jsou právníci. Již dnes se jich stále více zaměřuje na zdravotnické právo. Před 10 - 15 lety, když jsme hledali nějakého na přednášky, bylo jich v republice poskrovnu. Dnes se již dá vysoudit i u českých soudů pro pacienta velmi slušná částka a zdravotnictví začalo být pro ně lukrativní. Začali se objevovat jako houby po dešti. Pokud někteří z vás stále mají uzavřené pojištění odpovědnosti na částku z dob své registrace, měli byste se asi zamyslet. Pokud jste fyzické osoby, tak se může stát, že vysouzená částka převýší i několikanásobně pojistnou částku a vy vše budete hradit ze svého. A exekutoři jsou dnes opravdu nemilosrdní. Nechtěla jsem strašit, to asi ten déšť za oknem mi již leze na mozek. Jenže co psát optimistického?

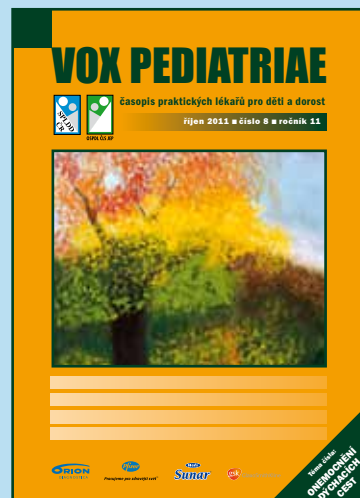
Snad že během podzimních měsíců zahájí SPLDD ve spolupráci s agenturou AHOU a firmou Pfizer cyklus přednášek, kde vám renomovaní odborníci (právníci, ekonomové, představitelé SPLDD) poví něco nejenom o právní problematice, ale i o správném vedení praxe, případně o jejím získání či prodeji.

A že představitelé SPLDD udělají vše, co je v jejich moci, aby bylo lépe.

Tak na závěr popřeji všem dobré zdraví, hodně sil a trochu toho optimismu. Ono určitě již zítra vysvitne sluníčko.

Jiřina Dvořáková

Onemocnění dýchacích cest



v tomto čísle inzerují...

BOEHRINGER - INGELHEIM

JOHNSON & JOHNSON

GSK

HAMÉ

HERO

MSD

NESTLÉ

NUTRICIA

PFIZER

POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA

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, 100 00 Praha 10
sekretariát:**

tel.: 267 184 065

fax: 267 184 050

redakce VOX:

tel.: 267 184 065

e-mail: centrum@detskylekar.cz



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová

1. místopředsedkyně SPLDD ČR

Měsíc červen roku 2011 se stal měsícem, ve kterém došlo k „nečekanému“ legislativnímu návrhu a posléze schválení novely zákona č. 48/1997 v Parlamentu ČR, která zásadně mění systém zajištění a úhrady povinných očkovacích látek. Dochází tím k přechodu zajištění vakcín a jejich distribuce pro povinné očkování z MZ ČR na zdravotní pojišťovny. Zástupci PLDD se snažili maximálně odvrátit riziko legalizace nákupu očkovacích látek pro povinné očkování prostřednictvím ordinací PLDD. Naléhavě byli dopisem osloveni premiér ČR, ministr zdravotnictví, členové zdravotního výboru, předsedové parlamentních stran, ředitelé zdravotních pojišťoven. V dopise bylo upozorněno, že navržený systém ve svém důsledku povede ke kolapsu dosud dobře fungujícího systému očkování v ČR. Proběhla dvě jednání na MZ ČR.

V červnu byla zahájena jednání dohodovacího řízení o cenách pro rok 2012 segmentu PL a PLDD. Ekonomická prognóza není příznivá.

Měsíc červenec byl chudý na jednání, ale bohatý na sledování a studium předložených zdravotnických zákonů MZ ČR a některých měnicích se vyhlásek. MZ ČR dokončilo projekt Kultivace Seznamu zdravotních výkonů a vytvoření nezávislého SW pro jeho další údržbu a modelaci.

1.6. - proběhlo společné jednání zástupců VV SPLDD, výboru OSPDL a zástupců České pediatrické společnosti.

6.6. - proběhlo jednání zástupců Koalice soukromých lékařů s ministrem zdravotnictví na půdě MZ ČR.

14.6. - proběhlo jednání na MZ ČR, které se uskutečnilo na základě návrhu novely z. č. 48/1997 a s tím související změny zajištění a distribuce očkovacích látek pro povinné očkování.

Za MZ ČR se zúčastnili náměstek ministra zdravotnictví Ing. Petr Nosek, MUDr. Šedivá, MUDr. Kvášová, za SPLDD ČR MUDr. Hülleová, za SPL ČR MUDr. Uhrová, za OSPDL MUDr. Cabrnchová, za SZP MUDr. Frňka a za VZP MUDr. Bek. Za SPLDD bylo předloženo nesouhlasné stanovisko s navrhovanou novelou změny v zajištění očkovacích látek, a to vzhledem k nedostateč-

ným legislativním zárukám, které by odvrátily riziko ekonomické a administrativní zátěže ordinací PLDD.

Stanovisko SPLDD ČR, zprávu o jednání MUDr. Hülleové a podrobný zápis MZ z jednání najdete na stránkách našeho časopisu a členové byli o situaci urgentně informováni prostřednictvím svých okresních zástupců a webových stránek Sdružení.

21.6. - proběhlo jednání VV SPLDD, které se zabývalo zejména situací kolem změn v zajištění očkovacích látek a možným dalším postupem PLDD.

22.6. - proběhlo jednání Koalice soukromých lékařů.

24.6. - proběhlo plánované jednání Předsednictva SPLDD. Kromě obvyklých bodů jednání se diskuze točila zejména kolem změny financování očkovacích látek. Od 1.7.

došlo také ke změně úhrady pneumokokových vakcín zdravotními pojišťovnami změnou číselníku VZP.

27.6. - proběhlo jednání AK DŘ na ústředí VZP ČR o aktuální finanční situaci ve veřejném zdravotním pojištění. Jednání se zúčastnil za SPLDD jako pozorovatel MUDr. Kudyn.

30.6. - proběhlo první dohodovací řízení o cenách pro rok 2012 pro segment PL a PLDD. Jednání se zúčastnil MUDr. Kudyn, nebyly dosud předloženy konkrétní návrhy ze strany zdravotních pojišťoven.

12.7. - se sešel na svém pravidelném jednání VV SPLDD v prázdninovém oslabeném složení, aby projednal aktuální problematiku.

Dne 4. srpna 2011 oslavil předseda SPLDD ČR

MUDr. Pavel Neugebauer

50. narozeniny.

Do dalších let mu přejeme hlavně zdraví, štěstí, optimizmus a spokojenost v osobním životě i v práci.

Redakce Vox



Změny úhrady vakcín

Dopis předsedy SPLDD ČR premiérovi ČR

Úřad vlády ČR
RNDr. Petr Nečas
Premiér
nábřeží Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1

V Praze dne 8.6.2011

Vážený pane premiére,

jménem praktických dětských lékařů se na Vás obracím s naléhavým problémem. Praktičtí dětské lékaři jsou velmi znepokojeni nad možnou úpravou zákona č. 48/1997 Sb. týkající se změny úhrady vakcín pro pravidelná očkování.

S velkým překvapením jsme obdrželi zprávu, že v připravované novele je průlomově měněn systém získávání a úhrady vakcín právě pro pravidelná očkování. Naše obavy vycházejí z rizika vzniku systému, kdy by byly veškeré vakcíny proúčtovávány přes naše ordinace. Cash flow ordinace by při tomto modelu bylo jen u vakcín v částkách kolem 250.000,- Kč, což je z provozního hlediska pro většinu ordinací jen obtížně akceptovatelné.

Domníváme se proto, že by navržený systém ve svém důsledku vedl ke kolapsu dosud dobře fungujícího systému očkování v ČR. Přitom jsme byli až dosud z oficiálních míst MZ ubezpečováni, že takovýto model nepřipadá v úvahu. Diskuse na toto téma se vedla již v době zavádění nepovinného očkování proti pneumokokovým nákazám a věřte, že vzbudila mnoho emocí na straně očkujících lékařů.

Vážený pane premiére,

dovolujeme si obrátit se na Vás, jako na nejvyšší politickou autoritu. I když jsme již celou záležitost projednali s resortním ministrem doc. MUDr. Leošem Hegerem, CSc., dostali jsme odpověď, že v současnosti je to už „jen na politicích“. Začátkem příštího týdne by mělo proběhnout tzv. 2. i 3. čtení v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR, takže jsme ve značném časovém presu. Mrzí nás, že se takto závažná změna prakticky vůbec nediskutovala, není ani součástí Programového prohlášení vlády, proto nás tato skutečnost tak zaskočila. Dovolujeme si proto apelovat na Vás k zabránění zma-



Předseda vlády České republiky
Petr NEČAS

V Praze dne 19. července 2011
Č.j. 10325/11-OSV

Vážený pane předsedo,

odpovídám na Váš dopis, ve kterém mě jménem praktických dětských lékařů informujete o jejich znepokojení nad možnou úpravou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, týkající se změny úhrady vakcín pro pravidelná očkování, kdy by měly být veškeré vakcíny proúčtovávány přes jejich ordinace.

V současné době proběhlo druhé a třetí čtení příslušného návrhu novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky a legislativní proces tedy dospěl do fáze, kdy jedině zákonodárce může vytvářet konečnou podobu zákona. Poznamenávám, že není v možnostech předsedy vlády, tedy orgánu výkonné moci, zasahovat do činnosti zákonodárného sboru či předjímat jeho rozhodnutí.

Přesto bych Vás chtěl ujistit, vážený pane předsedo, že v žádném případě nehodlám připustit zmar fungujícího systému očkování dětí v České republice a budu usilovat o to, aby vláda a příslušné ministerstvo v souladu s právním řádem České republiky konaly tak, aby byla zachována maximální dostupnost očkovacích látek a bylo zajištěno jejich včasné dodání do ordinací očkujících lékařů. Cílem nadále zůstává zachování vysoké proočkovanosti populace v České republice.

S úctou

Vážený pan
MUDr. Pavel Neugebauer
předseda
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.
U Hranic 16
100 00 Praha 10

ru fungujícího systému očkování u dětí v ČR. Ve svém důsledku, a i vzhledem k nepříznivému věkovému složení praktických dětských lékařů by se pak tato změna mohla promít-

nout i do celého systému péče o dítě.

V úctě

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR, o.s.



Návrh novely Seznamu výkonů po jeho kultivaci

Dopis zástupců Koalice soukromých lékařů náměstkovi pro zdravotní pojištění MZ ČR

Vážený pan
Ing. Petr Nosek
náměstek pro zdravotní pojištění
Ministerstvo zdravotnictví ČR
Palackého nám. 4
128 01 Praha 2

V Praze dne 23. 6. 2011

Vážený pane náměstkovi,

jako zástupci Koalice soukromých lékařů se na Vás obracíme s touto upomínkou.

Během jarních měsíců tohoto roku nám bylo z Vaší strany opakovaně slibováno, že po 1.6.2011 dostaneme k připomínkování návrh novely Seznamu výkonů po jeho kultivaci.

Vzhledem k tomu, že se tak nestalo, urgovali jsme splnění tohoto slibu na jednání u Vás 7.6.2011. Ten den nám bylo řečeno, že je jen otázkou několika hodin až dnů, než příslušný materiál dostaneme. K dnešnímu dni stále ale žádná organizace zastoupená v Koalici soukromých lékařů návrh Seznamu výkonů po jeho kultivaci k dispozici nemá, přičemž v současné době již běží jednání v rámci dohodovacího řízení o hodnotě bodu a výši úhrad pro rok 2012, které bez znalosti Seznamu výkonů vlastně nemá smysl. Jistě Vás tedy nepřekvapí, že většina z nás začíná trpět pocitem, že Ministerstvo zdravotnictví chce dle našeho názoru v rozporu s příslušnými ustanoveními zákona 20/1966 Sb. komunikaci s námi v této věci nějak obejít, jistě Vás také nepřekvapí, že kvůli tomu značně roste nervozita v našich členských základnách.

Předem děkujeme za brzké kladné vyřízení této urgencye.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Václav Šmatlák, předseda

Sdružení praktických lékařů ČR, mluvčí Koalice

MUDr. Pavel Chrz,

prezident České stomatologické komory

MUDr. Milan Kudyn, místopředseda

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr. Zorjan Jojko, předseda

Sdružení ambulantních specialistů ČR

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda

Sdružení soukromých gynekologů ČR



Leoš HEGER
ministr

V Praze dne 11. července 2011
Č.j.: MZDR 48709/2011

Vážený,

odpovídám na Vaši písemnou upomínku ze dne 23. 6. 2011 ve věci „návrhu novely Seznamu zdravotních výkonů po jeho kultivaci“.

Úvodem mi dovoluji konstatovat, že došlo patrně k nepochopení časových termínů pro připomínkování návrhu novely Seznamu zdravotních výkonů (dále „SZV“). Rovněž je nutné zdůraznit, že projekt Kultivace SZV se zabýval pouze a jenom technickými úpravami nesrovnalostí jednotlivých přímo kalkulovaných položek ve výkonech napříč odbornostmi.

Od 1. 6. 2011, kdy byl zahájen ověřovací provoz úplné funkcionality SW projektu „Kultivace Seznamu zdravotních výkonů a vytvoření nezávislého SW pro jeho další údržbu modelace“ (dále „Kultivace SZV“), probíhá nahlášení kontaktních osob, které budou mít přístup za autorskou odbornost do databáze. Každá společnost bude mít rovněž osobu, která bude zodpovědná za provádění úprav již existujících registračních listů a tvorbu registračních listů nových. Pouze nahlášeným osobám bude následně přiděleno heslo pro elektronický přístup do uvedené databáze.

Připomínky a návrhy změn, které vyplynuly z výstupů tohoto projektu, bude Pracovní skupina k Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami projednávat na svém zasedání dne 11. srpna 2011. Změny v SZV tedy bude možno kompletně projednat a schválit tak, aby bylo reálné je zařadit do novely vyhlášky s platností od 1. ledna 2012, až po srpnovém zasedání. Po tomto datu bude probíhat jako každoročně standardní připomínkové řízení.

Z výše uvedeného je zřejmé, že v současné době nemůže mít žádná organizace k dispozici jakýkoliv materiál, který by zahrnoval všechny změny, které se ev. promítnou do novely SZV pro rok 2012.

Doufám, že jsem dostatečně objasnil toto nedorozumění a rád bych Vás ujistil, že Ministerstvo zdravotnictví v žádném případě nejedná v rozporu s ustanoveními zákona č. 20/1966 Sb., a nechce nikoho „obcházet“, ale naopak předpokládá aktivní zapojení všech zainteresovaných subjektů do procesu kultivace SZV.

S pozdravem

Koalice soukromých lékařů
Slavojova 22
128 00 Praha 2



Ministerstvo zdravotnictví, Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2
tel./fax: +420 224 971 111, e-mail: mzcrc@mzcrc.cz, www.mzcrc.cz



Úhrada očkovací látky proti pneumokokům ze zdravotního pojištění - změna od 1.7.2011

Vážení kolegové,

dle informací, které jsme v posledních dnech získali, se mění od 1.7.2011 úhrada očkovací látky proti pneumokokům ze zdravotního pojištění, klesá zhruba o 60 Kč.

V případě vakcíny Synflorix nám výrobce garantuje, že snížením úhrady a současně poklesem nákupní ceny od 1.7.2011 bu-

de i nadále vakcína plně hrazená a podíl na marži pro PLDD se nezmění. Je ale třeba Vás upozornit, že není možné nakoupit zvýšené množství této vakcíny za stávající vyšší cenu, protože možnost nechat si proplatit původní úhradu ze ZP by měla být zachována pouze po přechodné období do 31.7.2011. V případě vakcíny Prevenar 13 se díky snížení

úhrady ze zdravotního pojištění navýší o tuto částku cca 60 Kč doplatek pro rodiče, nákupní cena zůstává nezměněná.

*MUDr. Hana Cabrnchová,
Předsedkyně OSPDL ČLS JEP*

*MUDr. Pavel Neugebauer,
Předseda SPLDD ČR, o.s.*



Malá reforma zdravotnictví narazila v senátu na odpor

Horní komora parlamentu minulý týden začala projednávat první část vládní reformy, kterou se mění zákon o veřejném zdravotním pojištění. Reforma naráží na kritiku všech nevládních stran, komunisté dokonce nově avizovali podání ústavní stížnosti.

Horní komora parlamentu minulý týden začala projednávat první část vládní reformy, kterou se mění zákon o veřejném zdravotním pojištění. Reforma naráží na kritiku všech nevládních stran, komunisté dokonce nově avizovali podání ústavní stížnosti.

Přestože v době uzávěrky tohoto vydání ZDN ještě nebylo jasné, jak senát v případě „malé reformy zdravotnictví“ rozhodne, je nanejvýš pravděpodobné, že ji nako-

nec odmítne. Všechny nevládní strany zastoupené v horní komoře parlamentu se k reformě staví odmítavě. Senátní veto první části reformy už schválil i výbor pro zdravotnictví a sociální politiku a ústavněprávní výbor. Senátoři opoziční ČSSD, kteří mají v horní komoře většinu, dlouhodobě kritizují dělení péče na standardní a nadstandardní. Senátoři se stejně jako opoziční poslanci obávají rozdělení společnosti a snížení dostupnosti péče pro středně- a nízkopříjmové skupiny obyvatelstva.

Ministr Heger: Standard se nesníží

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) reformu před senátory hájil s tím, že v žádném případě nejde o rozdělení péče na tu

pro bohaté a pro chudé. „Navržená úprava je pro pojištěnce naopak pozitivní,“ snažil se přesvědčit zákonodárce Heger. Senátoři z ČSSD však nesouhlasí. „Největší jistotou pacienta bude, že po reformách bude platit jako mourovatý. Sníží se kvalita a dostupnost péče pro většinu občanů,“ prohlásil například senátor Vladimír Dryml. Podle senátora Jana Žaloudíka je norma v rozporu s ústavou a navíc prý „míchá nesouvisající témata“. Hlavním terčem kritiky se opět staly nejasnosti okolo určování standardů a nadstandardů. Podle senátorů není jasné, kdo a podle jakých kritérií bude nadstandardsy určovat.



Zdroj: Zdravotnické noviny, 25.7.2011

Pracovní skupina NERV vydala 10 doporučení pro zdravotnictví

Pracovní skupina Národní ekonomické rady vlády (NERV) pro zdravotnictví vypracovala 10 opatření pro efektivnější využití peněz zdravotnictví. Opatření představila na dnešním workshopu, kterého se účastnili premiér Petr Nečas (ODS) a ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09):

1. Lékové seznamy a elektronické aukce - seznamy léků vysoutěžených v elektronických aukcích při srovnatelné kvalitě za nejnižší ceny pro zdravotní pojišťovnu.

2. Elektronická preskripce - předpisování léků na elektronické recepty. Pacient by šel do lékárny jen s kódem, kde by mu lékárník

lék vydal. Recepty v centrálním úložišti, kde se dá zkontrolovat, zda se účinky léků nekříží.

3. Kategorizace zdravotnických prostředků - v elektronických aukcích vysoutěžených prostředky při srovnatelné kvalitě za nejnižší ceny pro zdravotní pojišťovnu.

4. Hodnocení přínosu přípravků/prostřed-



ků podle přínosu k nákladům - úhradu ze zdravotního pojištění by měly léky a prostředky přínosné pro pacienta, tedy podle let relativně kvalitního života pro něj.

5. Prospektivní úhrady DRG u akutní lůžkové péče - platby nemocnicím místo rozpočtu podle diagnózy. Peníze by šly za pacientem, efektivněji léčící nemocnice by vydělaly.

6. e-Health - elektronické zdravotnictví, elektronické recepty i dokumentace, předávání zpráv mezi lékaři, přehledy vykázané péče.

7. Další vrstvy přerozdělení - další zpřes-

nění v rozdělování vybraného pojistného mezi pojišťovnami, například podle rizikovitosti pojištěnců.

8. Alternativní zdravotní plány - pojišťovny by například nabízely levnější pojistku, když pacient dobrovolně omezí svobodnou volbu lékaře a bude chodit tam, kam ho pojišťovna pošle. Za účast na prevenci by byl bonus.

9. Měkký gatekeeping - pro chronické pacienty, kteří se zavážou dodržovat léčebný režim a dají souhlas s poskytováním svých zdravotních výsledků, může být úleva od poplatků. Vyšší poplatek bude, když pacient pů-

jde ke specialistovi bez doporučení praktika.

10. Sjednocení právního základu pro fungování zdravotních pojišťoven a zvýšení odpovědnosti členů statutárních orgánů - jeden zákon pro všechny zdravotní pojišťovny. Management by ručil svým majetkem. Konkurence pojišťoven ve prospěch pacienta. Pro kontrolu zveřejňování smluv pojišťoven se zdravotnickými zařízeními.

Zdroj: ČTK, 20.7.2011

Vláda schválila pro lékaře snížení plateb za atestační zkoušky

Vláda dnes schválila snížení plateb za atestační zkoušky. Lékaři, zubaři a farmaceuti zaplatí místo 3500 korun jen 500. ČTK to sdělil zdroj obeznámený s výsledky jednání kabinetu. Méně se bude platit i za zkoušky na závěr certifikovaných kurzů. Klesnou také poplatky za zkoušky k vydání osvědčení pro sestry.

Vláda tak na návrh ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09) uleví zejména mladým lékařům. Zlepší tím podmínky pro jejich další vzdělávání. Nařízení by podle Hegerova záměru mělo vstoupit v platnost od 1. srpna.

Pro získání atestace mohou lékaři pracovat samostatně bez odborného dohledu. Pokud lékař u zkoušky neuspěje, zaplatí při opakování 3500 a při dalším 5000 korun. Nyní se při prvním opakování platí 5000 a při druhém 7000 korun. Ve stejné škále se mění poplatky za certifikované kurzy, které jsou nyní stejné jako u atestačních zkoušek.

Atestační zkoušky se skládají z teoretické a praktické části, za každou z nich se platí po 250 korunách. Při prvním opakování dá lékař za teoretickou část 2000 a za praktickou 1500, při druhém za teoretickou část 3000 a za praktickou 2000 korun.

Zkouška k vydání osvědčení má rovněž dvě



části, celkem se za ni bude platit 1000 korun, z toho 500 za teoretickou a 500 za praktickou část, při prvním opakování stoupne celková platba na 3000, půlka je za praktickou a půlka za teoretickou část. Při druhém opakování se platba zvyšuje na 5000, to je po 2500 za teoretickou a za praktickou část. Nyní stojí zkouška celkem 2000 korun, při prvním opakování 4000 a při druhém 6000 korun.

Uchazečům, kteří již zaplatili za zkoušku podle dosavadních právních předpisů, ale zkoušku budou skládat za účinnosti nového nařízení, má být finanční rozdíl vrácen.

Zkoušky lékařů a ostatních zdravotníků zpoplatnila vláda před dvěma lety v očekávání, že tak zvýší odpovědnost a motivaci zdra-

votníků za odborný růst. Vláda tehdy argumentovala tím, že složení zkoušky má přímý vliv na růst platu a lepší uplatnění na pracovním trhu.

Zavedení plateb i jejich vyšší kritizovala Česká lékařská komora a další organizace zdravotníků. Atestační zkoušky pořádá Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví a Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Snížení plateb za zkoušky je součástí širších změn ve vzdělávání zdravotníků. Patří k nim například rozšíření podpory rezidenčních míst. Peníze mají dostat na vzdělávání všichni uchazeči ve společném programu v prv-

ních dvou letech a u vybraných oborů po celou dobu vzdělávání. Každý rok na tyto programy má jít půl miliardy korun.

Cílem změn je zamezit odchodům lékařů do ciziny nad únosnou mez. Změny v systému dalšího vzdělávání byly jedním z požadavků odborářské protestní akce Děkujeme, odcházíme, v níž dalo výpověď 3800 nemocničních lékařů. Po podpisu memoranda, kterým jim stát zaručil od března zvýšení platů o 5000 až 8000 korun měsíčně a účast na reformních pracích, výpovědi stáhli.

Zdroj: ČTK, 20.7.2011



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

ZÁPIS ze zasedání Národní imunizační komise (NIKO) konaného dne 1. června 2011 na MZ ČR

Přizvání hosté:

MUDr. Viera Šedivá (MZ ČR, vrchní ředitelka pro ochranu veřejného zdraví a řízení hygienické služby), MUDr. Sylvie Kvášová (MZ ČR, vedoucí oddělení epidemiologie).

I. Výběrové řízení na nákup očkovacích látek – informace o průběhu, požadavky, stanovisko NIKO k výběru polyvalentních vakcín pro pravidelné očkování dětí

Na základě informace o připravovaném výběrovém řízení k nákupu očkovacích látek pro pravidelné očkování počínaje rokem 2012, které je plánováno zvlášť pro každou ze 14 vakcín včetně distributora, NIKO konstatuje, že varianta, kdy by pro každou vakcínu byl vybírán jiný distributor, je značně komplikující, logisticky náročná, závoz jen některých ordinací jednotlivými vakcínami zatěžuje distribuci náklady, které mohou v důsledku zvýšit cenu. Ordinance PLDD a PL musí v případě povinného očkování komunikovat s jediným distributorem, který je zároveň kontaktem směrem k MZČR.

NIKO se pozastavuje nad informací, že dne 1.6.2011 schválil zdravotní výbor PSP ČR změnu financování očkovacích látek pro povinné očkování od roku 2012. Není tedy vůbec jasné, jak dále se bude postupovat ve věci nákupu OL na příští rok, zda vůbec bude dále nakupovat OL stát, jak bude dále probíhat vlastní distribuce. Se zástupci očkovacích lékařů (PL a PLDD) dosud tuto uvažovanou změnu nikdo nediskutoval. Model současného hrazení konjugované vakcíny proti pneumokokům, které není povinné, nelze aplikovat na povinná očkování.

Na otázku možné náhrady očkovací látky DTPa-IPV-HepB-Hib za pentavakcínu, jako jedné z variant ve prospěch úsporných opatření, NIKO tuto uvažovanou změnu nedoporučuje především s ohledem na nižší obsah antigenů v dostupné pentavakcíně a dále také z toho důvodu, že rozvolnění režimu očkování proti VHB, které hrozí za situace, kdy by hexavakcína byla nahrazena pentavakcínou, představuje krok zpět v uplatňování vědeckých poznatků o epidemiologii VHB v praxi.

II. Adacel Polio – hlášení nežádoucích účinků únor – květen 2011

Vzhledem ke komentovaným nežádoucím účinkům po aplikaci vakcíny ADACEL POLIO, které svým charakterem spadají do kategorie očekávaných, tj. uváděných v SPC, nelze situaci hodnotit jako důvod k zastavení očkování příslušnou očkovací látkou a zastavení její další distribuce. Přesto, ve snaze nabídnout očkujícím pediatrům přiměřenou alternativu pro dané očkování, NIKO navrhuje pro potřeby zajištění dalšího očkování obratem uvolnit distribuci vakcíny BOOSTRIX POLIO.

Pokud jde o stav distribuce, v současné době je celkové množství vakcíny ADACEL POLIO k distribuci 8571 dávek, přičemž 6833 dávek je již ve skladech společnosti Avenier (tj. v majetku MZ ČR) a zbylých 1738 dávek do celkového množství 50 000 dávek je ještě v evidenci společnosti Phoenix. Uvedené množství je zásobou na cca 6 týdnů, což souhlasí s původním odhadem ohledně ukončení distribuce.

III. Informace o mimořádném očkování proti parotitidě

V současné době je ve 4 okresech Ústeckého kraje evidováno 7220 dětí, které byly vakcinovány v rámci mimořádného očkování proti parotitidě. Znamená to, že z celkového počtu vakcín, dodaných pro tyto účely, bylo doposud spotřebováno kolem 40 %. KHS Ústeckého kraje vydala rozhodnutí o mimořádném očkování na základě odsouhlasení svého návrhu hlavním hygienikem ČR, která stanovují povinnost podrobit se mimořádnému očkování s ohledem na lokalitu, kolektiv a věkovou skupinu, tj. jedná se o rozhodnutí „hromadného“ charakteru, individuální rozhodnutí pro každou osobu zvlášť nejsou vydávány. Pediatři, kteří očkování kolektivů zajišťují, předávají seznamy vakcinovaných osob na KHS. Ze strany pediatrů je vznesen požadavek na zajištění plné prokazatelnosti oprávnění čerpat státem dodanou vakcínu pro očkování dětí v souvislosti s tímto mimořádným očkováním. Pediatři dle vyjádření ředitele KHS mají možnost si zařazení dětí do skupiny očkovanců ověřit na KHS Ústeckého kraje.

IV. Stanovisko NIKO k sérologickým přehledům parotitidy a pertuse

NIKO doporučuje s ohledem na nepříznivý vývoj epidemiologické situace ve výskytu parotitidy a pertuse provedení sérologických přehledů parotitidy a pertuse s cílem verifikovat imunologický profil naší populace a následně stanovit účinnou strategii očkování do dalších let.

V. Úprava článku 3 statutu NIKO (složení komise)

Poradou vedení MZ ČR byl schválen doplněk příkazu ministryně zdravotnictví 3/2010, kterým se upravuje statut NIKO ve smyslu zavedení institutu deklarace o střetu zájmů.

VI. Různé

• Očkování rizikových skupin dětí proti pneumokokovým nákazám:

NIKO doporučuje, aby rizikové skupiny dětí do 5 let věku, kterým byla podána vakcína Prevenar v souladu s Vyhláškou o očkování, byly přeočkovány jednou dávkou vakcíny Prevenar 13. Stanovisko k tomuto přeočkování bude vydáno jako samostatné doporučení NIKO. Pro toto přeočkování bude použito zbývající množství dávek Prevenaru 13, které již byly zakoupeny a nejsou spotřebovány i díky skutečnosti, že část ze skupiny rizikových dětí byla již očkována v souladu s novelou zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

• PRIORIX TETRA:

Na základě stanoviska NIKO bylo doporučeno používat vakcínu PriorixTetra ve schématu á 6 měsíců v případě alternativního použití této vakcíny Priorix. Toto stanovisko bylo vydáno v souladu s možností uvedenou v SPC vakcíny, tedy na základě národního doporučení z důvodu zachování intervalu u očkování proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím uvedeného ve vyhlášce o očkování. Stanovisko SÚKL však trvá na dodržení intervalu 3 měsíce a nepovažuje stanovisko NIKO v tomto smyslu za národní doporučení a trvá na úpravě vyhláškou o očkování, to ale není v případě varicelové složky možné, neboť toto očkování není v ČR povinné.



Vzhledem k tomu, že obdobná situace se může opakovat i v případě jiných stanovisek NIKO, MUDr. Šedivá navrhuje, aby SÚKL byl informován (dopisem MZ ČR) o možnosti využití stanoviska NIKO - poradního orgánu MZ ČR - jako ná-

rodního doporučení v případech, kdy není možné použít jinou legislativní úpravu a je vyžadováno závazné doporučení týkající se očkování (viz statut NIKO).

V Praze dne 3. června 2011

Zapsal: MUDr. Jozef Dlhý, Ph.D.,
tajemník NIKO
Verifikovala: MUDr. Hana Cabrnová,
místopředsedkyně NIKO

vybrané části Zápisu z jednání ze dne 29. června 2011 „MEZIRESORTNÍ A MEZIOBOROVÉ PRACOVNÍ SKUPINY PRO VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ (MPS RD)“

Centra péče RD

1) Centra péče o dětské a dospělé pacienty s cystickou fibrózou v ČR

Dne 6.6.2011 odsouhlasila porada vedení MZ „Podmínky pro ustavení center péče o dětské a dospělé pacienty s cystickou fibrózou v ČR“. Dle pokynu porady vedení MZ bude materiál doplněn následovně: „Při zřizování Center CF je zohledňováno geografické hledisko, resp. místní dostupnost (3 Centra CF v Čechách, 2 centra CF na Moravě). U dětí, u kterých byla pomocí novorozeneckého screeningů potvrzena diagnóza CF, je postupováno dle doporučeného postupu (Věstník MZ č. 6/2009)“. Podmínky zřízení center CF budou uveřejněny ve Věstníku MZ a na webu MZ. Pracovní skupina doporučuje urychlenou aktualizaci a nasmlouvání nového registračního listu pro stanovení potního testu v rámci Pracovní skupiny k Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami při MZČR, jakožto klíčové diagnostické metody u cystické fibrózy.

Novorozenecký screening (NS)

1) Činnost Koordinačního Centra pro Novorozenecký Screening (KCNS)

Doc. MUDr. Kožich, CSc. informoval o dosa-
vadním průběhu provádění novorozeneckého
screeningu, výsledcích za rok 2010 a o činnosti
KCNS (viz. příloha).

• V roce 2010 se narodilo dle ČSÚ 117 163
novorozenců, novorozeneckým screeningem
prošlo 117 460 / 117 317 živých novorozenců,
bylo zachyceno celkem 107 novorozenců s ně-
kterou z vyšetřovaných 13 nemocí, tzv. de-
tection rate screeningového programu v ČR čini-
la v roce 1:1 095, počet novorozenců s falešně
pozitivním nálezem byl 546 (1:214).

• V roce 2011 pokračovala činnost KCNS,
která byla zaměřena zvl. na následující oblasti:

- Pilotní projekt – implementace tiskáren
a 2D kódování
- čteček pro tisk štítků na novorozenecké
papírky
- Příprava informačních letáků pro rodiče

o novorozeneckém screeningu, včetně PDF
materiálů na web KCNS.

- Distribuce informačních plakátů na neona-
tologická oddělení porodnic
- Aktualizace a správa internetového portá-
lu KCNS
- Eticko-právní otázky skladování odebra-
ných Guthrieho skvrn
- Financování screeningů - hodnota bodu

2) NS těžkého kombinovaného imunodeficitu (SCID)

Prof. MUDr. A. Šedivá informovala o proble-
matice SCID.

• Prevalence SCID ve světě je cca 1:30 000
- 1:200 000.

• Terapeutický efekt a zlepšení prognózy při
včasné stanovení dg. se považuje za jedno-
značné – transplantace kostní dřeně provedená
do 3 měsíců věku má až 95% šanci na dlouho-
dobý (celoživotní) úspěch.

• V současné době je ve světě zaváděn scre-
ening pro těžký kombinovaný imunodeficit.

• V ČR se toto onemocnění vyskytuje 1-2
do roka. Situace je v ČR ovlivněna zrušením po-
vinného očkování proti tbc. V souvislosti s SCID
se jedná o velmi příznivý krok, všichni pacienti
s SCID měli významné až život ohrožující kom-
plikace po očkování, na druhou stranu většina
byla diagnostikována na podkladě těchto kom-
plikací a jejich absence ovlivní včasný záchyt.

• K zavedení SCID se nelze jednoznačně vy-
jádřit s ohledem na skutečnost, že náklady ver-
sus benefit lze těžko stanovit.

3) NS sluchu

Doc. MUDr. Z. Kabelka informoval o proble-
matice zavedení celoplošného provádění NS
sluchu v ČR (viz. příloha). Tuto informaci doplni-
la MUDr. E. Zavadilová z odboru DZP MZ.

• Novorozenecký screening sluchu si klade
za cíl včasné diagnostikovat poruchu sluchu,
včetně hluchoty u dětí a v případě zjištění po-
ruchy sluchu zahájit okamžitou léčbu, resp. re-

habilitaci sluchadlem či kochleárním implantá-
tem. Včasná rehabilitace poruch sluchu zásad-
ním způsobem ovlivňuje rozvoj řeči dítěte a jeho
komunikační schopnosti.

• Screening sluchu u novorozenců byl v ČR
v minulosti prováděn v rámci pilotních studií.
V ČR byl v r. 2000 úspěšně obhájěn grant IGA
MZ č. 3937-3 na téma celoplošného screenin-
gu sluchu novorozenců, následně byla v cent-
rech zabývajících se vyšetřováním sluchu akti-
vována lokální centra novorozeneckého scre-
eningu.

• Způsoby novorozeneckého screeningu vy-
šetření sluchu:

- Otoakustické emise (Kempova echa) –
kontrakce zevní vláskové buňky následující
s určitým zpožděním po podráždění a ener-
gie jejich stahu vyvolá reakci, kterou je
možno zachytit citlivým mikrofonem.

- BERA vyšetření (brainstem electrical re-
sponses audiometry) – měření odpovědí
sluchového nervu a podkorových center
na akustické podráždění, což je složitější
a finančně náročnější.

Oba způsoby lze využít pro screening sluchu
u novorozenců již 3.-4. den po narození, kdy ze
středouší vymizí plodová voda, je možno pro-
vádět již v porodnicích. V současné době se již
na některých porodnicích vyšetření u novo-
zenců provádí, docházejí tam ORL specialisté
na základě smluv se zdravotními pojišťovnami.

• Odborná společnost předložila Pracovní
skupině k Seznamu zdravotních výkonů s bo-
dovými hodnotami registrační list 1) Screening
sluchu u novorozenců, který by bylo možné vy-
kázat pouze 1x za život a 2) Rescreening slu-
chu u novorozenců, s možností 4 opakování.
Registrační listy byly akceptovány bez připomí-
nek. Lze předpokládat jejich uveřejnění v nove-
lizovaném vydání Seznamu zdravotních výkonů.

• Screening sluchu u novorozenců je celo-
světově akceptován a MZ zavádění tohoto scre-
eningu plně podporuje.



Vážené kolegyně a kolegové,

dne 20. října 2011 se bude v Brně konat XXIV. kongres České lékařské společnosti J. E. Purkyně, již tradičně v období mezinárodního lékařského veletrhu Medical Fair.

Také letošní téma je vysoce aktuální: **ÚLOHA GYNEKOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH V OCHRANĚ BUDOUCÍHO MATEŘSTVÍ**. Již zakladatel dětské gynekologie, profesor Rudolf Peter, postuloval, že jen rodidla správně anatomicky utvářená a správně fyziologicky fungující jsou nezbytným předpokladem budoucí ženské plodnosti. Náplní oboru gynekologie dětí a dospívajících je právě péče o dívčí reprodukční soustavu tak, aby tuto funkci v budoucnu mohla dobře plnit. Chceme se proto zaměřit na vše, co v tomto smyslu může působit nepříznivě nejen u dítěte a dospívající dívky, ale co může zanechat stopy i do budoucna. Výtok a jiná zejména chronická zánětlivá onemocnění, menstruační cyklus a jeho poruchy v adolescenci, cysty i nádory rodidel, vrozené vývojové vady. Důležitou roli hraje ovšem i antikoncepce (chceme upozornit na její benefity i rizika), sexualita a výchova k rodičovství, sexuální násilí, sexuálně přenosné choroby a jejich prevence včetně HPV vakcinace. Mezi důležité preventivní aspekty gynekologie dětí a dospívajících patří i gynekologická balneoterapie, která má v ČR svou dlouholetou tradici. Chceme zdůraznit, že dítě ani dospívající dívka nejsou jen „zmenšeniny“ dospělé ženy, ale že gynekologie dětí a dospívajících má svá specifika a odlišnosti od gynekologie dospělých žen, a to jak medicínská, tak také psychologická.

Garanci nad kongresem převzala Česká společnost gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP. To chápou jako velkou příležitost v rámci kongresu určeného především praktickým dětským lékařům, pro které gynekologie dětí a dospívajících je a musí být důležitou spolupracující odborností. Přeji tímto všem účastníkům kongresu, aby si odnesli do svých praxí co nejvíce poznatků z odborných přednášek a aby zejména pediatřům přispěl k navázání odborné spolupráce a kontaktů mezi obory dětského lékařství a gynekologickou subspecializací.

prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc.

Odborný garant kongresu

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

připojuji se k úvodnímu slovu pana prof. MUDr. Jana Hořejšího, DrSc. Jsme velmi rádi, že se ujal nesnadného úkolu odborné garance kongresu spolu s paní MUDr. Zuzanou Nižňanskou, PhD. Děkuji také jménem předsednictva ČLS JEP všem pořadatelským odborným společnostem. Věřím, že vysoce aktuální téma se setká s příznivou odezvou účastníků. Přeji kongresu velký úspěch.

prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.

Prezident kongresu



XXIV. KONGRES ČLS JEP

pro praktické dětské lékaře

ÚLOHA GYNEKOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH V OCHRANĚ BUDOUCÍHO MATEŘSTVÍ

20. října 2011

Výstaviště Brno, pavilon A3 - Rotunda

www.cls.cz

PROGRAM:

Blok I: Vrozené vývojové vady

Blok II: Zánětlivá onemocnění

Blok III: Onkologická problematika včetně HPV prevence

Blok IV: Gynekologická endokrinologie včetně novinek v hormonální antikoncepci

Akce má charakter postgraduálního vzdělávání a je garantována ČLS JEP ve spolupráci ČLK a ČAS (ohodnocena kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

JE TAM NĚKDOŽ?



Stačí poslat SMS ve tvaru DMS NTMDETEM na číslo 877 77 a pomůžete dětem v kojeneckých ústavech.

Nikomu nestačí jen 30 minut lásky a pozornosti denně. Děti v ústavech jí mimo základní péči více nedostanou. Vaše DMS jim pomůže změnit život. Děkujeme.

Více na www.30minut.cz, www.nadacem.cz a www.darcovskasms.cz
Cena DMS činí 30 Kč + DPH. Nadace Terezy Maxové obdrží 27,03 Kč.



Nadace Terezy Maxové



Trombóza a hormonální antikoncepce u mladistvých dívek

MUD. Ivana Hadačová

Oddělení klinické hematologie FNM Praha

Doporučení ke snížení rizika tromboembolické nemoci u žen užívajících hormonální antikoncepci jsou dobře známa. Začátkem roku 2010 inicioval výbor ČPS dotazníkovou akci s cílem získat informace o dívkách, u kterých vznikla tromboembolická nemoc v době užívání hormonální antikoncepce. Dotazník je zaměřen na informace o rodinné a osobní anamnéze, typu trombózy, o vrozených a získaných trombofilních dispozicích a dalších faktorech, které mohly mít na vznik trombózy vliv, a na údaje týkající se hormonální antikoncepce. Výsledkem zpracovaných údajů je navržené doporučení strukturované anamnézy, která by měla být součástí preventivní prohlídky ve třinácti letech.

Klíčová slova: hormonální antikoncepce, tromboembolická nemoc, trombofilní dispozice

■ Úvod

Incidence žilní trombózy a plicní embolie – tedy tromboembolické nemoci (TEN) v populaci se udává 1/1000. U dětí je výskyt TEN výrazně nižší, podle údajů kanadského registru z roku 1994 se v obecné dětské populaci odhaduje na 0,07/10 000, rizikové je novorozenecké období a pak období dospívání. Zatímco u malých dětí je trombóza téměř vždy sekundární (nejčastěji v souvislosti se zavedeným centrálním žilním katétre), u dospívajících se setkáváme i s tzv. idiopatickou trombózou, tedy vzniklou náhle, bez patrného vyvolávajícího momentu. Trombóza u dospívajících dívek může vzniknout v době, kdy užívají hormonální antikoncepci (HAK), ta je pak často jediným manifestním etiologickým faktorem této trombózy.

■ Trombofilní dispozice

Z hlediska etiologie je TEN multifaktoriální onemocnění, na jejím vzniku se podílí tři základní mechanismy: zpomalení krevního toku, poškození cévní stěny a změna koagulace (Virchowova triás). Trombofilie je stav, kdy rovnováha hemostatických mechanismů je posunuta směrem k trombóze. Na vzniku trombózy u dětí se podílí faktory vrozené i získané (Tab. 1). Mezi významné vrozené trombofilní dispozice patří Leidská mutace, protrombinová mutace, deficit přirozených inhibitorů – antitrombinu, proteinu C a proteinu S. K tzv. neurčeným (smíšeným) patří např. hyperhomocysteinémie, vysoká hladina některých koagulačních faktorů, abnormality tkáňového aktivátoru plazminogenu a abnormality jeho in-

hibitoru, vysoká hladina lipoproteinu (a), některé dysfibrinogenémie a deficit heparinového kofaktoru II.

Leidská mutace (FV Leiden G1691A) je dominantně dědičná, projevuje se koagulačně rezistencí k aktivovanému proteinu C. V naší populaci je její výskyt cca 5%. Vyšetření se provádí pomocí PCR metody, je k dispozici i screeningový koagulační test (APC rezistence).

Protrombinová mutace (FII G20210A) je dominantně dědičná, výskyt v populaci je cca 2%. Vyšetření se provádí PCR metodou.

Vrozený deficit antitrombinu (AT) je autozomálně dominantně dědičný, v populaci je četnost nízká (0,2%). Existuje velké množství mutací, které vedou k poklesu AT, proto se genetické vyšetření běžně neprovádí. Diagnostika je koagulační (funkce) a v indikovaných případech imunologická (antigen). Klinicky významný je pokles funkční aktivity pod 50% normy pro daný věk.

Vrozený deficit proteinu C (PC) je autozomálně dominantně dědičný, v populaci se výskyt odhaduje na 0,3%. Stejně jako u AT i u PC existuje velké množství mutací, které vedou k poklesu hladiny, proto se genetické vyšetření běžně neprovádí. Heterozygotní nosiči mohou mít hladinu proteinu C v pásmu normálu. Diagnostika je koagulační (funkce) a imunologická (antigen). Klinicky významný je pokles funkční aktivity pod 50% normy pro daný věk.

Vrozený deficit proteinu S (PS) je autozomálně dominantně dědičný, výskyt v populaci pod 1%. Stejně jako u předchozích existuje velké množství mutací, které vedou k jeho po-

klesu. Diagnostika je koagulační nebo imunologická (ELISA, LIA, EID).

■ Hormonální antikoncepce a tromboembolická nemoc

Souvislost vzniku žilní trombózy a HAK byla poprvé popsána Jordanem v roce 1961. Šlo o případ zdravotní sestry, která měla plicní embolii krátce po zahájení užívání HAK. Z hlediska účinku na srážení krve je nutné odlišit kombinovanou HAK a hormonální antikoncepci obsahující jen progestin. Kombinovaná HAK obsahuje syntetický estrogen (ethinyles-tradiol - EED) a progestin. Progestiny byly původně klasifikovány podle doby jejich uvedení do praxe na první, druhou a třetí generaci. Tato klasifikace HAK je postupně nahrazována klasifikací podle biologické aktivity preparátu – podle cyklicity, obsahu estrogenu a typu progestinu [3]. Trombogenicita preparátu byla dávána do souvislosti s obsahem estrogenu, proto byl jeho obsah postupně snižován. V minulosti obsahovala perorální kontraceptiva 100 ug a více estrogenu. Při snížení EED na 50 ug docházelo u uživatelů ke sníženému výskytu trombóz. Při dalším snížení už tento trend pozorován nebyl. Trombogenicita souvisí i s progestinovou složkou. Preparáty obsahující progestiny III. generace (desogestrel, gestoden) zvyšují riziko trombózy 1,5-2x více než preparáty s progestinem II. generace (levonorgestrel) [1,2,4,5]. Riziko trombózy se zvyšuje při přítomnosti dalších získaných a vrozených faktorů. Z vrozených je toto riziko nejlépe prostudováno u mutace protrombinové a zejména Leidské. Uvádí se, že no-

**Tab.1: Rizikové faktory TEN v dětském věku**

Vrozené	Získané
FV Leiden (G1691A)	CŽK
FII (G20210A)	Nádorová onemocnění
Deficit antitrombinu	Úrazy (fraktury, poranění mozku)
Deficit proteinu C	Přítomnost APA
Deficit proteinu S	Cévní malformace, VCC
Hyperhomocysteinémie	Chronická onemocnění (nefrotický sy, SAO)
Hyperlipoproteinémie (a)	Septický stav
	Operace s delší imobilizací po výkonu
	Léky (hormonální antikoncepce)

APA - antifosfolipidová protilátka, CŽK - centrální žilní katétr,
SAO - systémová autoimunitní onemocnění, VCC-vrozené vady srdce

Tab. 2: Typ HAK u patientek s TEN

Nízká dávka estrogenu (EED 30-40 ug)			
Jednofázové			
Gestagen	II. generace	2	
	III. generace	10	
Trojfázové			
Gestagen	II. generace	6	
	III. generace	2	
Velmi nízká dávka estrogenu (EED 20-30 ug)			
Gestagen	II. generace	1	
	III. generace	31	Transdermální HAK 3
Cyproteron acetát	17		
Extrémně nízká dávka estrogenu (EED pod 20 ug)			
Gestagen III. generace	1		
Vysoká dávka estrogenu (EED 40-50 ug)			
Gestagen II. generace	2		

sička Leidenské mutace v heterozygotní formě má při užívání kombinované HAK 20-35x vyšší riziko trombózy, než žena bez této mutace a bez této antikoncepce [1,5]. Riziko trombózy u žen, které mají deficit přirozených inhibitorů koagulace – antitrombinu, proteinu C a proteinu S – není tak dobře prostudováno. To souvisí s nízkou frekvencí v populaci a tím obtížnějším získáním dostatečně velkých souborů k přesnějšímu statistickému zhodnocení. Obecně se ale uvádí, že trombogenicita deficitů přirozených inhibitorů je při jejich poklesu pod 50% normy ve srovnání s Leidenskou a protrombinovou mutací vyšší. Kromě výše zmíněných hrají při rozvoji trombózy roli i individuální citlivost a délka užívání HAK. Přes všechny tyto skutečnosti je třeba vědět, že riziko úmrtí v souvislosti s užíváním HAK u dospívajících je 1,3 na 100 000 uživatelů a riziko úmrtí stejně staré těhotné dívky v souvislosti s porodem je 11,1 na 100 000 [3].

Gynekologická společnost vydala doporu-

čení k postupu při zahájení užíváním HAK s cílem snížit riziko TEN. Základem je podrobně odebraná osobní a rodinná anamnéza. Pokud dívka sama prodělala v minulosti trombózu, měla by podstoupit vyšetření vrozených trombofilních dispozic – tedy vyšetření nosičství Leidenské a protrombinové mutace a vyšetření přirozených inhibitorů koagulace – antitrombinu, proteinu C a proteinu S. Vyšetření dalších tzv. trombofilních markerů je individuální a je v kompetenci lékaře, většinou hematologa, který tato vyšetření provádí. U pacientky po prodělané trombóze je kombinovaná HAK kontraindikována, čistě progestinovou HAK může dostat ta dívka, u které nebyla prokázána významná trombofilní dispozice, je ale nutné postupovat individuálně, dle dalších rizikových faktorů. U rodinné anamnézy je důležitý údaj o TEN u příbuzných pacientky, zejména u mladších příbuzných (pod 50 let), o TEN v souvislosti s užíváním HAK nebo v těhotenství. Údaj o trombóze u babičky

pacientky, vzniklé v 80 letech po fraktuře krčku stehenní kosti, není z hlediska rizika trombózy u mladistvé dívky tak významný. Pokud příbuzný pacientky prodělal trombózu, vychází se z údajů o jeho vyšetření. Pokud byla u tohoto příbuzného vyšetřením zjištěna geneticky vázaná trombofilní dispozice, je doporučeno cílené vyšetření této dispozice u dívky (např. matka dívky prodělala žilní trombózu po operaci a byla u ní prokázána Leidenská mutace – u dívky je doporučeno vyšetření této mutace před zahájením užívání HAK). Postup při prokázané trombofilní dispozici u dívky je následující: HAK je kontraindikována při prokázaném deficitu přirozených inhibitorů, při homozygotním nosičství Leidenské a protrombinové mutace, nebo při kombinaci dvou a více těchto dispozic. HAK je riziková u pacientky s prokázanou Leidenskou nebo protrombinovou mutací v heterozygotní konstituci a při dalším rizikovém faktoru trombózy (např. obezita). HAK je možná u pacientky s nosičstvím Leidenské nebo protrombinové mutace v heterozygotní konstituci, pokud nemá žádný další rizikový faktor trombózy. V těchto případech je pak vhodnější HAK čistě progestinová. Pokud u příbuzného, který prodělal trombózu, nebyla dispozice prokázána, je možné HAK předepsat, je ale nutné pacientku upozornit na to, že riziko trombózy je zvýšené.

Tento podrobně popsany postup by měl snížit na jedné straně riziko trombózy, na druhé straně ale i omezit situace, kdy je dívce neindikovaně odmítnuto předepsání HAK.

■ Dotazníková akce ČPS JEP

V souvislosti se zprávami o závažných formách TEN u mladistvých dívek iniciovala Česká pediatrická společnost (ČPS) dotazníkovou akci s cílem získat více informací. Dotazník byl uveřejněn na stránkách společnosti www.cpsjep.cz a byl zaměřen na informace o typu trombózy a okolnostech jejího vzniku, na údaje o rodinné a osobní anamnéze, vrozených a získaných rizikových faktorech a o HAK, kterou pacientka v době vzniku trombózy užívala (indikace, typ a délka užívání). Ze zpracovaných dotazníků jsme získali soubor 77 dívek ve věku 15 – 19 let. U 27 dívek prodělal blízký příbuzný (rodiče, sourozenci) ataku TEN, u čtyř z nich to byla TEN v souvislosti s užíváním HAK a u dvou v souvislosti s graviditou. Žádný z těchto příbuzných nebyl do té doby vyšetřen a trombofilní dispozice byla u osmi z nich prokázána až na základě pozitivního nálezu u naší pacientky. Jedenáct dívek mělo onemocnění, které se mohlo na vzni-

**Tab. 3: Trombofilní dispozice u patientek s TEN v souvislosti s HAK**

Prokázána 44 (59%)
FV Leiden 28 (heterozygot 23 homozygot 5)
FII G20210A 4 (heterozygot 4)
Deficit PS 3
HHC 1
APA 4
Kombinovaná 4 FV Leiden + FII G20210A 1
FV Leiden + Lp(a) 2
FV Leiden + APA 1
Neprokázána 31 (49%)
Nevyšetřena 2
APA-antifosfolipidová protilátka, HHC-hyperhomocysteinémie, Lp(a)-hyperlipoproteinémie(a), PS-protein S

Tab. 4: Dotazník strukturované anamnézy

RA
Žilní trombóza/plicní embolie, zejména idiopatická nebo opakovaná nebo v neobvyklé lokalizaci
Žilní trombóza/plicní embolie v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce nebo s těhotenstvím
Prokázána trombofilní dispozice u příbuzných v první linii (rodiče, sourozenci)
OA
Prokázána ataka TEN
Chronická onemocnění/vrozené vývojové vady se vztahem k TEN
OA-osobní anamnéza, RA-rodinná anamnéza, TEN-tromboembolická nemoc

ku trombózy podílet – chronická zánětlivá onemocnění, vrozené vady srdce. Šest patientek je obézních – BMI nad 30. Třicet jedna dívek kouřilo více než 10 cigaret denně, dvě přiznaly nitrožilní aplikaci drog. Jako HAK byl nejčastěji použit preparát s nízkým obsahem estrogenu a s progestinem III. generace, tu užívalo 31 dívek, nebo s progestinem s antiandrogenním účinkem – 17 dívek (Tab. 2). Délka užívání se pohybovala od 1 do 36 měsíců, v průměru 9 měsíců. Nejčastěji užívaly dívky HAK 5 měsíců. Trombóza byla nejčastěji lokalizována v žilách dolních končetin, u 42 dívek šlo o trombózu proximální, postihující stehenní a pánevní žíly většinou vlevo (37 dívek). Šestnáct dívek prodělalo distální trombózu, opět častěji vlevo (12 dívek). U čtyř dívek byly postiženy žíly horní končetiny, deset dívek mělo trombózu nitrolebních splavů. U patnácti dívek byla manifestní plicní embolie, u pěti z nich nebyl nalezen její zdroj. Trombofilní dispozici jsme prokázali u 44 (59%) dívek, nejčastěji to byla Leidenská mutace – celkem u 28 dívek (u pěti z nich v homozygotní formě), z dalších to byla protrombinová mutace u čtyř dívek, u třech deficit proteinu S a u jedné těžká pyridoxin rezistentní hyperhomocysteinémie. U čtyř dí-

vek byla prokázána antifosfolipidová protilátka, čtyři dívky měly kombinaci více faktorů (Tab. 3). U 37 dívek vznikla trombóza v souvislosti s úrazem, cestou autem nebo autobusem přes noc bez přestávky nebo s nadměrnou sportovní zátěží, u trombózy nitrolebních splavů byla častá souvislost s horečnatým infektem. U sedmi dívek jsme prokázali další rizikový faktor – May Thurnerův syndrom nebo syndrom horní hrudní apertury. U 33 (41%) dívek se nepodařilo žádný vyvolávající faktor prokázat.

■ Souhrn a doporučení

Užívání HAK je významným rizikovým faktorem při vzniku TEN u mladistvých dívek. Postup při preskripci HAK byl opakovaně popsán v domácích i zahraničních publikacích [1,3,5]. Důraz je kladen zejména na pečlivě odebranou rodinnou a osobní anamnézu. Dle informací gynekologů i z našich vlastních zkušeností je ale právě získání anamnestických údajů od dívky v době, kdy přijde do ordinace gynekologa, obtížné. Informovanost dívek o vlastním onemocnění a zejména o onemocnění rodinných příslušníků je malá. Je proto důležité, aby se do diskuze o antikoncepci zapojil pediatr už před zahájením sexuálního ži-

vota dospívajících dívek. Navrhujeme zařadit dotazník strukturované anamnézy jako součást preventivní prohlídky ve 13 letech (Tab. 4). Patientka, která sama prodělala trombózu (počítáme do toho i trombózu vzniklou např. v novorozeneckém věku v souvislosti s kanylací centrálního žilního systému), by měla projít ambulancí hematologa. U patientek s pozitivní rodinnou anamnézou vycházíme z podrobnějších údajů o této trombóze a z informace o provedených vyšetření. V situaci, kdy není vyšetření příbuzného s trombózou možné (např. trombózu prodělal otec a nežije v rodině), postupujeme individuálně s ohledem na závažnost trombotické ataky a na další rizikové faktory. V nejasných případech je vždy možná konzultace spádového hematologického pracoviště. Vyplněný dotazník a případně výsledek a doporučení z hematologického vyšetření by měl být gynekologovi v rukou při doporučení vhodné formy kontracepce. Současně by dívka měla být informována o režimových opatření. K nim patří doporučení dostatečného pohybu a pitného režimu, včasného vysazení HAK před plánovanou operací a ev. antitrombotické prevence v případě úrazu nebo před plánovanou delší cestou (let delší než 6 hodin nebo cesta autobusem přes noc bez přestávky). K zodpovědnému postupu před předepsáním HAK patří tedy spolupráce pediatra a gynekologa a v indikovaných případech hematologa. Svůj díl zodpovědnosti ale musí nést dívka sama.

Za významnou pomoc při shromažďování dat děkují dětským hematologům, primářům dětských oddělení a praktickým dětským lékařům, kteří se účastnili vyplňování dotazníků.

Práce byla podpořena VZ FNM projekt č. 6401.

Literatura:

1. Dulíček P, Kalousek I. Hormonální antikoncepce a tromboembolická nemoc na konci tisíciletí. Plánování rodiny reprodukční zdraví, 2000; 3, 60-63.
2. Vandenbroucke JP, Roseng J, Bloemenkamp KWM. Oral contraceptives and risk of venous thrombosis. NEJM, 2001;344:1527-1535.
3. Rimsza ME. Counseling the adolescent about contraception. Pediatrics in Review, 2003;24:162-170.
4. Savelli SL, Kerlin BA, Springer MA et al. Recommendations for screening for thrombophilic tendencies in teenage females prior to contraceptive initiation. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2006;19:313-316.
5. Dulíček P, Kalousek I, Malý J. Hormonální antikoncepce a tromboembolická nemoc – jak je to ve skutečnosti. www.prakticka-medicina.cz

Kazuistika: **Kongenitální hemangiom**

MUDr. Parvine Gricová

PLDD Uherské Hradiště



Kongenitální hemangiom - Adélka před léčbou.

Osobní anamnéza pacienta: Adélka P. nar. 20.10.2009.

Dítě z II. fyziologické gravidity, porod II. fyziologický v 38. týdnu, spontánní záhlavím.

PH 3450g / 49 cm AS 10, 10, 10 b.

Poporodní adaptace bez komplikací, BCG vakcinace 24.10.2009.

Screening: PKU, kyčle, hypotyreóza, TPHA, CAH, katarakta provedeno během poporodní hospitalizace.

Domů propuštěná z novorozeneckého odd. 24.10. 2009 s váhou 3280 g, plně kojená. V propouštěcí zprávě není údaj o hemangiomu.

Rodinná anamnéza:

Matka: Barbora P. nar. 1973 – měla plošný hemangiom v záhlaví po narození, nyní je sledovaná a léčená pro migrénu a varixy. V rodině ze strany matky hypertenzní choroba, vředová choroba žaludku a varixy. Bratranec matky má plošný hemangiom na čele.

Otec: Daniel P. nar. 1976 - zdrav. V rodině otce rovněž hypertenzní nemoc a cévní mozková příhoda.

Sestra: Kateřina P. nar. 2006 - zdravá

Průběh onemocnění

26.10.2009 - 1. vyšetření novorozence lékařem a zdravotní sestrou doma = 6. den života dítěte - na kůži předloktí a na dorsu levé ruky jen ložisko světle hnědé nenápadné pigmentace asi 3x3 cm (prekurzorové stadium hemangiomu).

Dne 3.11.2009 - 1. vyšetření v ordinaci = 14. den života dítěte - velmi nápadný, plastický hemangiom dorsální strany celého předloktí, zasahující jazykovitě na dorsum levé ruky, ložiska i na dlani levé ruky - již v rozsahu 3x10 cm.

10.11.2009 dítě vyšetřeno dermatologem v Uherském Hradišti - vzhledem k lokalizaci a rozsahu hemangiomu kožní lékařka doporučuje konzilium na dětské kožní klinice v Brně.

12.2.2010 1. Vyšetření na dětské kožní klinice v Brně se závěrem:

Dg: Rozsáhlý superficiální hemangiom na levé horní končetině.

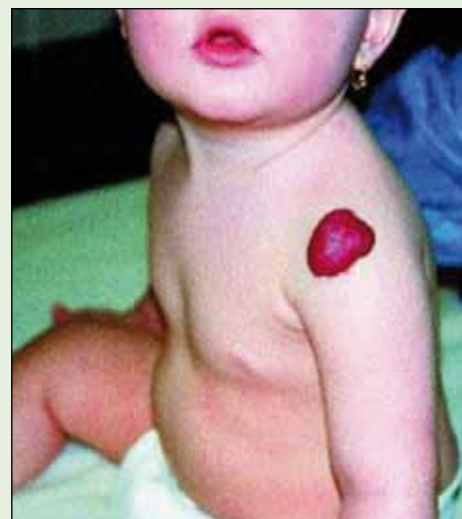
Vyšetření k vyloučení difúzní neonatální hemangiomatózy.

Provedená vyšetření: UZ břicha a srdce, EKG, oční - hemangiom v dutině břišní, hrudní ani na očním pozadí nenalezen.

Před zahájením terapie kompletní laboratorní vyšetření - zjištěná lehká hepatopatie (ALT 1,78 ukat/l, AST 1,58 ukat/l) – pátráno po etiologii hepatopatie, kterou se nepodařilo zjistit. Serologické vyšetření cytomegalovirové i EB virové infekce negativní. Proto léčba zahájena až v půlroce života.

Zahájená léčba Prednisonem: 2mg/kg váhy /den. Po měsíci snížení dávky na 1 mg/kg váhy a den s postupným snížením. Celková doba léčby 2 měsíce.

Průběh léčby klidný, postupně pokles ALT, AST k normě – léčbu Adélka dobře toleruje. Hemangiomy - benigní tumory, charakterizované buněčnou endoteliální proliferací vaskulárního endotelu a sekundární resorpcí.



Superficiální hemangiom



Smíšený hemangiom



Kongenitální hemangiom



Unilaterální hemangiom ve spojení se strukturálními malformacemi



Adélka dnes

Rozdělení hemangiomů dle klinického vzhledu:

Hemangiomy mají v posledních letech novou klasifikaci, dělí se na:

- povrchové hemangiomy (kapilární)
- hluboké hemangiomy (kavernózní)
- smíšené hemangiomy

Kongenitální hemangiomy

se liší od infantilních hemangiomů tím, že jsou plně vyvinuté již při narození. Lze je diagnostikovat i ultrazvukovým vyšetřením dělohy již před porodem novorozence.

Hemangiomy postihují 1-2 % novorozenců a incidence do roka se odhaduje na 10-12 %.

Děvčátka jsou postižená častěji než chlapci (udává se poměr 5:1).

U nedonošených novorozenců s porodní váhou menší než 1 500 g se hemangiomy objevují též s vyšší frekvencí. Na hlavě a na krku je 50% všech lézí.

Závažné formy hemangiomů

Subglotický hemangiom

Hemangiomy spodiny dutiny ústní a hlavně subglotické oblasti jsou vzácné. Jsou často spojeny s kongenitálním laryngálním stridorem. Subglotické hemangiomy představují jednu z nejčastějších neznámých příčin dyspnoe v dětském věku. Kongenitální laryngální stridor, zhoršující se kolem 5.- 6. měsíce věku, by měl být endoskopicky vyšetřen - zvláště v případě rozvíjející se dyspnoe. V řadě případů se stav dramaticky zhoršuje v průběhu infektu. V těchto případech je nutná intubace.

Hemangiom a strukturální malformace

Hemangiomy se mohou vyskytovat ve spoje-

ní s tzv. strukturálními malformacemi. V těchto případech jsou hemangiomy obvykle velké, unilaterální, nebo bilaterální. Mohou zaujímat významnou část např. hlavy či krku. U rozsáhlých obličejových hemangiomů se může objevit malformace nervového systému, například tzv. Dandy-Walker malformace.

Syndrom Kasabach-Merittové - Hemangioma trombocytopenia syndrom

Onemocnění popsali 2 pediatři: Dr. Haig Haigouni Kasabach a Dr. Kattharine Krom Merritt v r. 1940.

Vzácné onemocnění dětí projevující se cévním nádorem a koagulopatií (trombocytopenie) často komplikovaným krvácením, které je život ohrožující. Mortalita 30%. Hemangiom - tumor je nejčastěji lokalizován na obličeji, krku, hrudníku, horních končetinách, retroperitoneu.

Pacienti s KMS potřebují intenzivní péči pro hrozící intrakraniální krvácení atd.

Hemangiomy a jejich souvislost s onemocněním štítné žlázy

V nedávné době někteří autoři potvrdili souvislost onemocnění štítné žlázy s velkými hepatálními hemangiomy.

Huang a kol. publikoval u třech dětí s hemangiomy zvýšení iodytyronin deiodinázové aktivity. Zvýšení aktivity tohoto enzymu bylo také popsáno u jaterních hemangioendoteliomů. Tento enzym, který se vyskytuje v mozkové tkáni a placentě, způsobuje inaktivaci tyroxinu. Obrovský růst hemangiomů a zvýšená inaktivace tyroxinu může vyústit v hypotyreoidismus.

Hypotyreoidismus vede k ireverzibilnímu mentálnímu poškození. Někteří autoři dopo-

ručují tyreoidální screening u dětí s obrovskými hemangiomy na kožním povrchu, s hemangiomy, které se vyskytují v játrech, ale také u dětí s hemangioendoteliomy.

Příčina: Příčina vzniku hemangiomů není zcela známa. Určitě souvisí s **genetikou** a jistou roli v četnosti jejich vzniku hraje i věk. Zejména podkožní a kožní formy hemangiomů totiž vznikají v dětském věku, řada z nich je přítomna už při narození dítěte.

Léčba hemangiomů: Léčebný postup je individuální. Kožní a podkožní hemangiomy se léčí jen někdy, protože většinou samy vymizí. Léčbu vyžaduje pouze méně než 2% hemangiomů. Hlavně superficiální hemangiomy mají dobrou prognózu a většinou stačí sledování regrese PLDD. Ostatní typy a problémové lokalizace hemangiomů vyžadují konzultaci na specializovaném pracovišti - obvykle na onkologickém nebo dětském kožním oddělení.

Chirurgické odstranění větších hemangiomů nebývá obvykle upřednostňováno, protože po něm zůstávají trvalé jizvy. Je vyhrazena pro involující hemangiomy, k odstraně-



Adélka se svojí šťastnou rodinkou dnes

ní zbytkové fibrotukové tkáně, nebo přebytké kůže.

Léčbu vyžaduje méně než 2% hemangiomů.

Přehled terapie hemangiomů u dětí

V terapii hemangiomů jsou jednou z možností léčby celkové steroidy. Doporučená dávka je 2–3 mg/kg a den. Délka léčby je maximálně 3 měsíce. Kladná odezva na terapii prednisonem nastupuje po 2 týdnech. Přitom dávka prednisonu se po 3–4 týdnech snižuje.

- intralezionální aplikace steroidů - injekční aplikace, např. oční víčka (komplikace!)
- vysokovýkonný diodový laser - smíšené a hluboké hemangiomy
- chirurgická excize - involující hemangiomy
 - Interferon alfa - rozsáhlé hemangiomy
 - derivát thalidomidu - lenalidomid - výjimečně
- neonatální difúzní hemangiomatóza
 - Propranolol (neselektivní betablokátor)
 - Avastin (bevacizumab) - biologická léčba

Interferon alfa - je rezervován pro pacienty, u kterých je terapie Prednisonem nedostačující - rozsáhlé hemangiomy, ohrožující dítě krvácením, nebo srdečním selháním, či postižením smyslových orgánů např. oka. Lenalidomid - derivát thalidomidu - imunosupresivum - inhibuje sekreci prozánětlivých cytokinů a zvyšuje sekreci protizánětlivých cytokinů.

Propranolol - neselektivní betablokátor.

Léčba hemangiomů je soustředěná do center při kožních a onkologických odděleních nacházejících se po celé ČR.

Adélka je v péči MUDr. Renaty Fáberové - Cévní ambulance na kožním odd. I. Dětské interní kliniky FN Brno - založené v roce 1977.

Srovnání se světem: zdravotnictví má málo peněz a spoluúčast je nízká

Česko patří k zemím s nejnižším podílem soukromých výdajů na zdravotnictví. Z devatenácti vybraných zemí Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj mělo v roce 2009 nižší spoluúčast jen Dánsko. Také v celkových výdajích na zdravotnictví přepočtených podle kupní síly patří Česku spodní příčky. Spory o třicet korun u lékaře řadu měsíců dominovaly české politice. Pravicovým stranám poplatkové téma, na něž se ve vnímání lidí zredukovala zdravotnická reforma, drtivě prohrálo volby senátní a krajské v roce 2008.

Přesto je ale spoluúčast pacientů v Česku ve srovnání s ostatními zeměmi Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD) nízká.

Z devatenáctky srovnatelných zemí OECD, které vybral Ústav zdravotnických informací a statistiky si méně než Češi připlácí už jen Dánové.

Čtyři pětiny výdajů jdou ze zdravotního pojištění

V Česku tvořily výdaje veřejného zdravotního pojištění v roce 2009 celkem 78,2 % výdajů zdravotnictví. Zhruba 5,3 % přispěly státní a územní rozpočty a 16,6 % pokryly právě soukromé výdaje.

K těm se vedle regulačních poplatků u lékaře, doplateků za léky na recept a plateb za volně prodejné léky řadí i výdaje neziskových institucí, dary, výdaje zaměstnavatelů na zdraví zaměstnanců a soukromé zdravotní pojištění.

Vládní koalice se shodla na tom, že do tří let stoupne spoluúčast pacientů v Česku na 22 procent, připomněla ČTK.

Ve výši podílu veřejného zdravotního pojištění vede Česko s 78,2 procenta, následováno Francií, Slovinskem a Německem. Naproti tomu v Dánsku, Finsku, Portugalsku, Španělsku a Švédsku je podíl veřejného zdravotního pojištění nulový nebo zanedbatelný. Zdravotnictví je tam financováno z veřejných rozpočtů.

Vybrané země OECD podle míry spoluúčasti pacientů			
Země	veřejné zdr. pojištění	veřejné rozpočty	soukromé výdaje
Spojené státy	43,2 %	5,8 %	51,0 %
Švýcarsko	40,8 %	18,9 %	40,3 %
Slovensko	62,6 %	6,6 %	30,8 %
Maďarsko	60,1 %	9,5 %	30,4 %
Portugalsko*	0,8 %	70,7 %	28,5 %
Polsko	64,7 %	7,6 %	27,7 %
Slovinsko	71,2 %	1,4 %	27,4 %
Španělsko	4,6 %	68,6 %	26,8 %
Finsko	15,7 %	58,6 %	25,7 %
Belgie	63,8 %	11,3 %	24,9 %
Německo	70,5 %	6,8 %	22,7 %
Francie	72,5 %	5,6 %	21,9 %
Rakousko*	46,8 %	31,8 %	21,4 %
Japonsko	72,0 %	8,4 %	19,6 %
Švédsko	-	81,4 %	18,6 %
Lucembursko*	73,9 %	8,5 %	17,6 %
Island	28,1 %	54,5 %	17,4 %
Česko	78,2 %	5,3 %	16,6 %
Dánsko	-	84,5 %	15,5 %

*Data Lucemburska, Portugalska a Rakouska pocházejí z roku 2008.

Česko řadu let dává na zdravotnictví kolem sedmi procent HDP, v roce 2009 to bylo 8,2 procenta. K tomu přispěl růst výdajů zdravotního pojištění i spoluúčasti, ale i pokles HDP v absolutních číslech. Podobně se v roce 2009 zvýšil procentuální výdaj na zdravotnictví i v řadě jiných zemí.

Výdaje podle kupní síly: Česko je až 19. ze 22 zemí

Když se sestaví žebříček celkových výdajů na zdravotnictví na jednoho obyvatele v přepočtu podle kupní síly obyvatelstva, zaujímá Česko v takovém pořadí (Ústav zdravotních informací a statistiky vybral 22 zemí) 19. příčku.

V těsném závěsu je Slovensko, hůře na tom jsou jen Maďarsko a Polsko. Všechny ostatní země dávají na zdravotnictví více než Česká republika - počínaje Španělskem (o 45 % více) či Spojeným královstvím (o 65 % více) a konče Švýcarskem či Norskem, které dávají dvaapůlkrát tolik, co Češi.

Zdroj: idnes.cz, 4.8.2011

Mikroskopické houby v pediatrii

2. část: Topografická klasifikace mykóz, diagnostické přístupy, odběry materiálu, interpretace výsledků, možnosti terapie

MUDr. Karel Mencil, CSc.

Oddělení klinické mikrobiologie, Pardubická krajská nemocnice, a. s.

MUDr. David Stuchlík

Dermatovenerologické oddělení, Pardubická krajská nemocnice, a. s.

■ Úvod

V první části našeho sdělení na téma mikroskopických hub v pediatrii jsme Vám tuto problematiku představili víceméně v obecné rovině a z pohledu etiologie nejčastějších mykotických agens, se kterými se v našich podmínkách můžeme setkat. Etiologické hodnocení problematiky je však bližší praxi laboratorní, pro klinika je vhodnější sledování problematiky v topografických souvislostech. Nicméně si je třeba v obou směrech uvědomit, že budeme-li chtít sledovat jednotlivé případy odděleně, pouze z hlediska jednotlivých medicínských odborností, může nám uniknout řada důležitých souvislostí. Jak jsme již uvedli, lékařská mykologie je obor multidisciplinární a každé komplexní řešení zde bude představovat klikatou cestu s množstvím křížovatek. Na rozdíl od jasně definovaných a diagnostikovaných infekcí, například bakteriálních, které se dají sofistikovaně řešit, představuje mykologická diagnostika často až mravenčí práci, kdy do diagnostické mozaiky vkládáme postupně jednotlivé kamínky a o správné diagnóze mnohdy rozhodne až ten poslední. Zpestřením problematiky je také fakt, že pediatrie, a zvláště ta terénní, zahrnuje pacienty od 0 do 18 let věku života, tedy od mimina až po dospělého člověka. S tím souvisí i velká rozmanitost jednotlivých případů.

Z výše uvedených důvodů jsme se proto v druhé části našeho sdělení zaměřili na topografickou klasifikaci mykóz a v této souvislosti také na možnosti diagnostiky, s tím související odběry biologického materiálu, zobrazovací techniky, interpretaci nálezů a případnou terapii. Předem se omlouváme, že jsou některá našeho sdělení pouhým nástřinem dané problematiky. Cílem tohoto miniseriálu není podání zevrubných informací, ale představení hlavních a základních pohledů na mykózy. Každopádně se zde snažíme představit to, co by se Vám mohlo hodit ve vaší každodenní praxi.



Obr. 1: Typický obraz interdigitální mykózy



Obr. 2: *Trichophyton rubrum* – kultura (stěr kožního defektu po inkubaci 14 dnů při 27 °C na Sabouraudově agaru v Petriho misce.

■ Topografická klasifikace mykóz

Jak jsme již uvedli, představuje tento model dělení onemocnění stav bližší klinickému pohledu. V Tab.1 je uveden přehled, ze kterého vyplývá, se kterými mykotickými agens je možné se setkat při jednotlivých postiženích.

1. Povrchové mykózy

a) Dermatomykózy

Postižení kůže a kožních adnex mykózou bývá spojováno nejčastěji se skupinou dermatofytů (rody *Epidermophyton*, *Trichophyton* a *Microsporum*), které mají v postižení kůže

dominantní význam. Stále častěji se však setkáváme také se saprofytními mikroskopickými houbami rodu *Alternaria*, *Cladosporium*, *Fusarium*, *Scopulariopsis* apod.), zvláště v případech postižené nehtové ploténky. Dalšími agens, se kterými se na kůži i jejích adnexách můžeme setkat zcela běžně jsou kvasinky, zvláště pak z rodu *Candida*.

Dolní končetiny: Podle Evropské studie „Achilles“, která proběhla na sklonku minulého století, představuje zatížení dospělé populace v ČR klinickou formou mykózy nohou asi 60%, postižení nehtové ploténky (onychomycosis) pak představuje 4%. Pokud jde o dětskou populaci, jsou nejméně ohroženy malé děti, protože u nich rychlý růst kůže a její obměna nedávají mikroskopickým houbám prostor pro jejich uchycení. Jiná je však situace u pubertálních a dospívajících jedinců, zvláště těch, kteří aktivně sportují a navštěvují společné šatny, sprchy či umývárny, případně další společné prostory, ve kterých chodí naboso. Zde pak houby mohou být příčinou zvláště interdigitální mykózy (obr.1), která se i v dětském věku projevuje svědivými ragádami mezi prsty nohou. Případně další šíření infekce na nárt, plosku či nehty souvisí většinou se zanedbáním uvedeného základního onemocnění. Jako etiologické agens se zde nejčastěji uplatňuje antropofilní *Trichophyton rubrum* (obr. 2).

Onychomykóza (obr. 3) bývá v dětském věku velmi vzácným onemocněním. Častěji se setkáme s jinou, než mykotickou etiologií. Většina takto postižených pacientů také většinou jako prvního lékaře navštíví dermatologa. V každém případě je však pro stanovení správné diagnózy naprosto nezbytné provést laboratorní vyšetření postižených nehtů, neboť mykóza představuje pouze asi 50% všech onychopatií.

Volná kůže: Na rozdíl od onychomykózy bývá *Tinea corporis* (obr.4) častější u dětí mezi

Hero - Mléčko s kaší



Tab. 1: Přehled topografické klasifikace mykóz

typ mykózy	lokalizace	označení	diagnóza	původci
povrchové	kůže a kožní struktury	dermatomykózy	rubrophytia, tinea corporis, tinea capitis, tinea faciei	dermatofyta: rody Epidermophyton, Trichophyton, Microsporum
			onychomycosis	+ kvasinky a saprofytní houby
	sliznice	kandidóza	soor vulvovaginitis balanitis	rod Candida + další kvasinky
	zevní zvukovod	otomykóza	otitis externa	rody Aspergillus, Candida, Mucor + vzácně i jiné
	čelistní dutiny	mykóza čelistních dutin	sinusitis mycotica	rody Aspergillus, Paecilomyces třída Zygomycetes (Absidia, Mucor, Rhizopus, Rhizomucor)
subkutánní	předloktí		sporotrichosis	Sporothrix schenckii
	dolní končetiny		chromomycosis	rody Fonsecaea, Phialophora, Cladosporium
			mycetom	rody Madurella, Monosporium, Phialophora, Alescheria
	oblast hlavy (ale i jinde)	hluboká mykóza	mycosis profunda Kerion Celsi	dermatofyta rod Alternaria + další
orgánové	plíce (i jiné orgány)	orgánová mykóza	aspergilosis aspergilom	rod Aspergillus rod Candida + další kvasinky
		atypická pneumonie	candidosis	
systémové	diseminace základního onemocnění u orgánových mykóz			
oční	oční rohovka	keratomykóza	keratomycosis (keratitis mycotica)	rody Aspergillus, Paecilomyces, Fusarium + další mikromycety

6 – 10 roky věku. Tyto děti mívají většinou vřelý vztah k domácím mazlíčkům, jako jsou kočky, psi, nebo morčata, králíci či jiní hlodavci. Postižení kůže se tak nachází zvláště na horních končetinách a přední části trupu, případně na přední části stehen. U dětí bývá nezřídka postižena i oblast obličeje, kdy se primární ložisko vytváří v místě kontaktu s domácím miláčkem. Protože co do etiologie jde většinou o zoofilní kmeny dermatofytů *Microsporum canis* (obr.5) a *Trichophyton mentagrophytes* (obr.6), bývá kožní reakce výrazně zánětlivá a svědivá, což s sebou přináší riziko rozsevu dceřiných ložisek při škrábání se nehty. V případě pozitivní anamnézy by měl být veterinárně vyšetřen a případně i léčen příslušný „mazlíček“.

Poněkud odlišná je situace u novorozenců a kojenců, protože jejich kůže je díky některým stavebním a endokrinním odlišnostem náchylnější ke kožním infekcím. Z mikromycet se zde nejčastěji uplatňují kvasinky rodu *Candida*, zvláště pak *C. albicans*. Nejčastěji pak na volné kůži postihuje intertriginózní prostory a plenkovou oblast. Ložiska se vyznačují zarudnutím, pustulami, mokváním a olupováním.

Vlasy: *Tinea capitis* je mykóza vlasů a kůže hlavy a je to onemocnění příznačné pro dětský věk jako u volné kůže. Také zde bývá nejčastějším agens *M. canis* ve spojení s domácím mazlíčkem, nejčastěji kotětem. V případě postižení kůže v pubertě se pak jedná spíše o antropofilní kmeny *Trichophyton rub-*

rum, nebo *T. tonsurans*. U *Tinea capitis* se může jednat o formu povrchovou a formu hlubokou. Povrchová forma se vyznačuje ložisky s ulámanými vlasy a variabilně postiženou kůží od nezměněné až po šupení a různý stupeň zánětu. U formy se šupením je nutno brát v diagnostice do úvahy i možnost onemocnění psoriázou. Hluboká forma bývá charakterizována různě mohutným hnisáním od drobných pustulek až po hnisavé infiltráty typu Kerion Celsi (obr.7), které jsou však naštěstí zřídka. Ve svém projevu může toto onemocnění připomínat stafylodermii a pro diferenciální diagnostiku je žádoucí provedení laboratorního vyšetření, nebo konzultace s dermatologem.



Tab. 2: Schema pro komplexní anamnézu

ANAMNÉZA – SBĚR DAT

osobní	pracovní/školní	cestovní	rodinná
Obtíže – aktuální stav Onemocnění a léčba: ekzém, lupenka, diabetes, kortikoidy, antibiotika Sportovní aktivity Zájmy, koníčky	Jak na pracoviště, do školy, Stav sociálního a hygienic- kého zázemí: sprchy, šatny, společné prostory Epidemiologie (zda u někoho dalšího stej- né potíže)	Navštívená země, roční období (i pohyb po České republice) Jak cestoval a kde byl ubytován, Jaká byla náplň činnosti Jak se stravoval + voda Jak zajištěna osobní hygiena	Zda u někoho stejné onemocnění Zvíře v rodině (jaké, jak dlouho, vztah) Zvíře u kamarádů – vztah Stav bytu / domu / zahrady Příbuzní = epidemiologické vztahy!

PRŮVODNÍ LIST BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU

Obr. 3: Onychomykóza – ilustrace klinické-
ho stavu

b) Mykózy sliznic

Na volných sliznicích nacházíme prakticky výhradně kvasinky, které jsou s lidským organismem fylogeneticky sblížené, které však za určitých okolností mohou působit velmi nepříjemná poškození. Ve většině případů se jedná o prolomení lokálních obranných mechanismů a tak jak z lokálních, tak i celkových příčin.

Soor (moučnivka): Kvasinkové onemocnění sliznice dutiny ústní, vyvolané nejčastěji příslušníky rodu *Candida*, je charakterizované bělavými povlášky, které mohou posléze splývat. Nejčastěji se je s ním možné setkat u novorozenců, kteří se nakazili při porodu od matky s poševní kandidózou. Protože kvasinky bývají součástí fyziologické flóry střeva, může být u již osídleného kojence přenos kvasinky do dutiny ústní zprostředkovan např. přes plenky. Toto poškození může mít za následek rozvoj kandidózy prsních bradavek u matky, což pro svoji bolestivost může být příčinou až neschopnosti kojení. V kojeneckém a pozdějším věku mohou děti onemocnět moučnivkou také při léčbě širokospektrými antibiotiky, případně při podání steroidů, například v souvislosti s léčbou astmatu. K rozvoji slizniční infekce kvasinkami může rovněž dojít u imunitně oslabených jedinců.

Vulvovaginální mykóza: Onemocnění označované také jako vulvovaginální kandidóza (VVK), protože téměř ve 100% je působí kvasinky rodu *Candida* (*C. albicans* i více než v 90%). Toto onemocnění je před pubertou poměrně vzácné a může souviset častěji pouze s imunosupresí, juvenilním diabetem nebo podáním širokospektrých antibiotik. Daleko častěji se s VVK setkáváme v pubertě a zvláště v období, kdy dívky začínají s aktivním pohlavním životem. Zde se na rozvoji onemocnění podílí častěji p.o. antikoncepce a terapie antibiotiky, než „partnerské“ vztahy. VVK se obvykle projevuje svěděním, pálením a tvorovitým výtokem. Vulva bývá zarudlá a často i zánětlivě zduřelá. VVK a zvláště pak rekurentní forma infekce by neměly zůstat bez povšimnutí, protože mohou signalizovat přítomnost dosud skrytých somatických či fyziologických onemocnění, jako např. diabetes mellitus, hypochromní anemii, poruchy v oblasti nadledvinek, dysbalanci minerálů a vitamínů, nebo nevyvážené stravovací návyky.

Kandidová balanitis. Stejně jako u dívek, může se i u chlapců objevit mykotické poškození genitální oblasti, které je u chlapců častější. Spouštěcím momentem může být špatná hygiena předkožkového vaku, nebo jiná celková onemocnění jako diabetes mellitus či poruchy imunity. Nejčastějšími původci bývají kvasinky, zde opět hlavně *Candida albicans*. Onemocnění se projevuje jako červené, ostře ohraničené ložisko či ložiska s erozemi, nebo bělavými povlášky, situované na glans penis nebo přilehlé předkožce.

c) Otomykózy

S diagnózou mykotické otitis externa se v pediatrii můžeme setkat častěji u dospívající mládeže, zvláště při aktivním provozování vodních sportů a následně nedostatečné péči o zevní zvukovod. Také se zde jako prvotní mů-

Obr. 4: Typický obraz *Tinea corporis*Obr. 5: *Microsporum canis* – vpichová kultura na Sabouraudově agaru v Petriho misce (8 dnů při 27°C)

že uplatnit zánět z jiných příčin, např. bakteriální, jsou však pozorovány také případy mykóz zdánlivě bez jakékoli souvislosti. Hlavním spouštěcím mechanismem ve všech uvedených případech bývá hromadění ušního mazu, na kterém mikroskopické houby nacházejí vhodné prostředí pro svůj růst. Stále se vedou polemiky, zda se jedná o pravou mykózu, protože zde prakticky nikdy nedochází k invazivnímu růstu do tkáně (obr.8). Doprovodné příznaky, jako úporné svědění, palčivost až bolestivost v oblasti zevního zvukovodu, případně zhoršení sluchu, mohou být v souvislosti „pouze“ s metabolickou aktivitou zde pří-



Tab. 3: Odběry biologického materiálu na mykologické vyšetření

MATERIÁL	ODBĚR	POZNÁMKA
výtěr z ústní dutiny, stěr z jazyka, stěr bukalní sliznice	suchý tampón nebo tampón v transportním médiu	při dg. soor, nebo kandidóza
punktát čelistní dutiny	sterilní zkumavka	
výtěr z hrtanu	vlhký tampón na drátě	
sputum	sterilní nádobka (sputovka, kontejner)	3 - 5 vzorků za sebou v po sobě následujících dnech
výtěr z rektu	tampón určený k odběru stolice nebo tampón v transportním médiu	na průvodním listu vyznačit požadované vyšetření!
moč	střední proud moči, cévkovaná – do zkumavky	doprovazet do laboratoře nejdéle do 2 hodin po odběru event. uchovat v chladničce max. 24 h
výtěr z pochvy, děložního hrdla, vulvy, glans penis apod.	tampón do transportního média	mykologická kultivace je součástí bakteriologického vyšetření
výtěr z ucha	sterilním tampónem na drátě	ze sekretu ucha je vhodné zhotovit současně též nátěr na mikroskopické podložní sklo pro přímou detekci
hnis, punktát, exsudát, tekuté materiály	jako na bakteriologickou kultivaci	
stěry z chorobných ložisek	stěr z ložisek se sekrecí suchým tampónem stěr z ložisek bez sekrece vlhkým tampónem	vhodné doplnit roztěrem na podložní mikroskopické sklíčko
puchýře, vezikuly, furunkl, karbunkl	sterilní injekční jehlou otevřít a obsah setřít suchým tampónem	z větší léze odebrat jako hnis nebo exsudát, menší pak jako stěry
šupící se kožní léze - ®	sterilním skalpelem do sterilní zkumavky 15 – 20 šupin	odebírat ze zánětlivého okraje léze (přechod mezi zdravou a nemocnou tkání), nejlépe do skleněných zkumavek
nehty - ®	spodinu postižené nehtové ploténky sterilním skalpelem nebo hrubší frézou do sterilní zkumavky	nehty zásadně NESTŘÍHAT!
vlasý a vousy - ®	sterilní pinzetou vytrhnout 15 – 20 vlasů či vousů i s cibulkou – transport ve sterilní zkumavce nebo kontejneru	v případě nutnosti je možné vlasy zkrátit sterilními nůžkami na cca 2 cm od cibulky
® Při odběru z volné kůže a kožních adnex provést před odběrem dekontaminaci ložiska pomocí 70 % čistého etylalkoholu a nechat dokonale oschnout.		

tomné mikromycety. Řada těchto agens totiž produkuje dráždivé látky. Například nejčastěji pozorovaná houba *Aspergillus niger* je mohutným producentem kyseliny citrónové. V této souvislosti je jako obranný mechanismus produkováno větší množství mazu, což napomáhá mikroskopické houbě k dalšímu rozvoji a prostor zevního zvukovodu se tak ocitá v jakémsi začarovaném kruhu. Vedle lokální antimykotické terapie by nemělo být pominuto laboratorní vyšetření a také epidemiologická anamnéza. V řadě případů může za vnesením agens do prostoru ucha stát používání různých typů hudebních sluchátek.

d) Mykózy čelistních dutin

Mykotická sinusitida je u dětské populace málo frekventním onemocněním, podstatně častější jsou infekce bakteriální. Je tomu tak vzhledem k povaze agens, kdy mikromyceta ke svému uchycení a růstu potřebuje oslabený terén. Celkovými rizikovými faktory tak bývá nejčastěji imunitně oslabený jedinec. Svoji roli zde může sehrát také některý z respiračních typů alergie, u dospívající mládeže pak málo časté záněty parodontu a kořenů zubů horní čelisti, případně stomatologický zákrok. Na rozdíl od virových či bakteriálních sinusitid má mykotická infekce častěji sklon k chronicitě a postižení pouze na jedné straně. Z toho-

to důvodu pacienti udávají dlouhodobé a postupně se stupňující bolesti pouze na jedné straně hlavy, tlak pod jednou očníci, případně i jednostranný sekret z nosu. Nejčastějšími původci mykotické sinusitidy bývají stále příslušníci rodu *Aspergillus*, přestože byla za posledních 10 let v této souvislosti popsána řada dalších mykotických agens. I přesto, že se v terénní pediatrii jedná o méně časté případy, nemělo by se zapomínat na to, že v případě imunosuprimovaného pacienta se může jednat i o život ohrožující situaci.

2. Subkutánní mykózy

Postižení hlubších struktur kůže bývá spo-

MSD - Claritin

**Tab.4: Přehled některých antimykotických preparátů pro použití k léčbě kožních a slizničních infekcí**

Základní látka	Použitelnost		Obchodní název	Poznámka
	lokální	celková		
Lokální „chemie“				
genciánová violet	+	-	magistaliter	soor u novorozenců
povidon-jód	+	-	Betadine, Jodisol	od 6 měsíců věku
acidum undecylenicum	+	-	Mykoseptin	děti od 2 let
trolamini dodecylbenensulfonas + ammonii laurilsulfas	+	-	Dermofug	u dětí od 3 let
tridecanamini undecylenas	+	-	Devilan, Myco-Decidin	děti do dvou let
ciclopiroxolamin	+	-	Batrafen, Ciclocutan a dal.	děti od 6 let, dříve pouze v naléhavých indikacích
amorolfín	+	-	Loceryl	pro použití u dětí nejsou zkušenosti
Allylaminy				
terbinafin	+	+	Lamisil, Terbinafin, Actavis, Terfimed	lokálně od 12 let, celkově = nejsou údaje
naftifin	+	-	Exoderil	možno i u dětí
Polyenová antimykotika				
natamycin	+	-	Pimafucin, Pimafulcort	možno i u těhotných, u dětí nejsou údaje uvedeny
nystatin + nifuratel	+	-	Fungicidin, Macmiror Complex	i novorozenci u těhotných po prvním trimestru
Azolová antimykotika				
bifonazol	+	-	Mycospor	u kojenců a dětí do 3 let pod pravidelným lékařským dohledem
ekonazol	+	-	Gyno-pevaryl, Pevaryl	možno i u kojenců
flukonazol	-	+	Diflucan, Forcan, Mycomax a dal.	možno i u dětí, u zhoršených renálních funkcí redukce dávky
itrakonazol	-	+	Sporanox, Cladostad, Prokanazol a dal.	není dostatek informací pro podávání u dětí
klotrimazol	+	-	Canesten, Clotrimazol, Jenamazol a dal.	děti od 2 let
klotrimazol + hexamidin	+	-	Imazol Plus	i u kojenců
ketokonazol	+	+	Nizoral	lokální forma u dětí – bezpečnost nebyla dosud prokázána
oxikonazol	+	-	Myfungar	u dětí od 8 let
flutrimazol			Micetal	od 10 let
Lokální biologická aplikace				
Pythium oligandrum	+	-	BioDeur a dal.	ekologická aplikace u všech věkových kategorií

jenom buď s traumatem, nebo postupem infekce z primárního ložiska při snížené lokální či celkové obranyschopnosti. S některými původci se můžeme setkat i na našem území, častější je však jejich import při pobytu v cizině. Při diferenciální diagnostice je zcela zásadní, a to nejen v pediatrii, aby byl při sledování anamnestických údajů kladen důraz na epidemiologické souvislosti. Vzhledem k tomu, že jsou tyto infekce sporadické i u dospělé populace, zmiňujeme je v této stati pouze okrajově.

Sporotrichóza. Toto onemocnění postihující kůži, podkoží a přilehlé lymfatické uzliny v podobě drobných nekrotických ložisek je působeno mikromycetou *Sporothrix schenckii*, vyskytující se s převahou v tropech a subtropích, můžeme se však s tímto původcem setkat i v našich klimatických podmínkách. Onemocnění se vyskytuje zvláště na horních končetinách, často v souvislosti s poraněním se o rostlinný materiál. Charakteristické pro toto onemocnění je, že jsou postižená místa nebolešivá.

Chromomykóza je rovněž vázána hlavně na tropy a subtropy, zvláště do míst s nižší hygienickou úrovní a bývá rovněž jako sporotrichóza iniciována drobnými poraněními, zde častěji na dolních končetinách. Z drobných vřidků se však při neléčení rozvíjí verukózní léze, a to i velkých rozměrů, které jsou rovněž zcela nebolešivé. V našich podmínkách se z původců chromomykózy setkáváme častěji pouze s rodem *Cladosporium* a to hlavně při onychomykóze.

Mycetom (maduromykóza) je podobná

chromomykóze, často lokalizovaná též na dolních končetinách s výskytem v oblasti trojúh. Jde o onemocnění s chronickým průběhem, kdy se mykóza z drobného vřídka šíří jak po povrchu kůže, tak i do hloubky, kde někdy zasahuje až ke kostem. Působí různé deformace s tvorbou píštělí se sekretem podobným aktinomykóze.

Hluboké dermatomykózy bývají působeny hlavně dermatofyty, setkat se je zde však možné i s dalšími mikromycetami, zvláště ze skupiny exotických mykóz. Tento stav nastává při proniknutí mykotické infekce přes folikuly do hlubších struktur kůže a označujeme ho jako tinea profunda. Ložiska mohou mít různý charakter včetně tvorby hnisu a vypadávání chlupů, vousů či vlasů, podle své lokalizace. K onemocnění může dojít i bez přítomnosti oslabené imunity, naštěstí je toto onemocnění v našich krajích poměrně vzácné.

3. Orgánové mykózy

Jako orgánové mykózy označujeme mykotickou infekci některého z tělních orgánů. Postiženy bývají nejčastěji plíce, ale jsou známa postižení i dalších orgánů, jako ledvin, srdce, CNS nebo GIT. V etiologii těchto onemocnění se ponejvíce uplatňují rody *Aspergillus* a *Candida* a vznik onemocnění je téměř vždy vázán na přítomnost rizikových faktorů, zvláště u hematologických malignit, imunosupresí, transplantací, složitých a dlouhotrvajících operací a dalších závažných postižení včetně postupů jejich následné terapie. V terénní pediatrické praxi se s nimi setkáme naprosto výjimečně a v této souvislosti si Vás dovolueme odkázat na první část našeho sdělení, kde je řada informací uvedena u jednotlivých etiologických agens.

4. Systémové mykózy

Multiorgánová postižení vznikají většinou diseminací základního procesu orgánových mykóz, nebo jako následek proniknutí mikroskopických hub do krevního řečiště, pomocí kterého jsou rozneseny do celého organismu. Pro vznik platí stejná kritéria jako u postižení orgánových, jako etiologie se zde nejčastěji uplatňují kvasinky, zvláště rod *Candida*.

5. Keratomykózy

Postižení oční rohovky mykózou je svým způsobem zvláštní druh infekce. Nejčastěji vzniká jako následek traumatu rohovky přírodním materiálem, jako je např. šlehnutí větvičky stromu či keře, nebo vlétnutí třísky, kamínku nebo prachu při některé z lidských činnos-



Obr. 6: *Trichophyton mentagrophytes* – kultura (stěr kožního defektu po inkubaci 14 dnů při 27°C na Sabouraudově agaru v Petriho misce.



Obr. 7: Kerion Celsi, zde etiologickým agens *Trichophyton mentagrophytes*



Obr. 8: *Aspergillus flavus* při růstu na ušním mazu

tí. Etiologické uplatnění zde může nalézt celá řada ubikviterních vláknitých mikromycet, nebo při „sterilním“ mikrotraumatu následná autoinfekce kvasinkami. Přestože se tato postižení ve svém floridním stavu málokdy dostanou do ordinace praktického lékaře a spíše se objeví z důvodu prvotního ošetření po úrazu, uvádíme je zde v souvislosti s tím, že by každému zranění rohovky měla být věnována zvýšená pozornost. V případě, že máme před sebou čerstvé poranění rohovky, měla by být při pozitivní anamnéze zahájena lokální te-

rapie zahrnující i antimykotické účinky, nebo odeslat pacienta ke specialistovi.

■ Diagnostika mykóz

Mykologická diagnostika by se měla vždy opírat o několik zásad (viz níže) a dále by měla být prováděna v těsné spolupráci klinika a laboratoře. Pouze tak se je možné dopátrat spolehlivého výsledku a adekvátně nastavené terapie.

Cílená komplexní anamnéza, jejíž schéma uvádíme v Tab.2, je základním komunikačním kanálem mezioborového kontaktu. Čím více relevantních informací je laboratoři poskytnuto, tím spolehlivější bude výsledek. Zvláště se to týká skutečností, kdy je anamnéza pozitivní v oblasti kontaktu nemocného se zvířetem či přírodním prostředím, u sportovních aktivit, nebo pobytu v zahraničí – zde zvláště v tropickém či subtropickém pásmu.

Správně zvolená technika odběru. Tato stránka diagnostiky je jednoduchá v případě, že se jedná o vyšetření sliznic, mokvajících ložisek, hnisu, moči, nebo jiných tekutých materiálů. Zde provedeme odběry stejně jako na bakteriologické vyšetření, tedy na sterilní tampón (lépe s transportním médiem), nebo do sterilní zkumavky. Složitější odběr je u kožních ložisek. Přestože nepředpokládáme, že by tyto odběry probíhaly v ordinaci pediatra, uvádíme jejich přehled v Tab.3. V návaznosti na správně provedený odběr by měl být zajištěn také co nejrychlejší transport odebraného materiálu do laboratoře.

Specifickými odběry, se kterými se v ordinaci pediatra nepočítá, jsou hemokultivace, odběr likvoru, bronchiální laváž a některé další specializované úkony. Odběry krve na vyšetření mykologických markerů infekce, jako jsou galactomannan u aspergilózy, mannan a antimannan u kandidózy, nebo glukuronoxylomannan při podezření na kryptokokózu by byly sice možné, ale vzhledem ke stavu takto postižených pacientů nereálné, proto je na tomto místě pouze zmiňujeme, ale nerozvádíme.

Mikroskopické vyšetření materiálu. Zatímco první dvě zásady spadají více do kompetence klinika, je následné zpracování doručení biologického materiálu zcela v rukou příslušné laboratoře. Ta v první řadě na základě anamnestických údajů a pracovní diagnózy stanoví prioritu vyšetření a současně také spektrum nutných laboratorních postupů. Ve většině případů se v první řadě jedná o vyšetření mikroskopické, které je také absolutně nejrychlejší. V akutních případech může být mikroskopie provedena do 1-3 ho-

din se 70-80% nárokem na úspěch. Pro vzorky kůže, případně nekroz nebo biopsií se používá macerace v KOH s přidavkem specifického barviva či fluorochromu. Mikroskopické houby lze v tomto případě pozorovat již do 1 hodiny od založení preparátu (obr. 9). U rozetů či tekutých materiálů je možné využít řadu speciálních barvení – dle Grama, Giemsa-Romanowského, Gram-Weigertovo barvení a pod.. Mikroskopickou přítomnost mikromycet pak podle složitosti a časové náročnosti barvení můžeme hodnotit od několika desítek minut do cca 3 hodin (obr. 10).

Správně zvolená kultivace. Jak již bylo zmíněno, důležitým faktorem pro volbu kultivačních technik je znalost epidemiologických souvislostí a anamnestických údajů. Na jejich základě je laboratorně rozhodnuto, jaká budou použita kultivační média, techniky inkubace materiálu a také teplota a délka inkubace. Znalost anamnézy je důležitá zvláště při podezření na exotické mykózy nebo u neobvyklých případů. Přestože první známky růstu mikroskopických hub můžeme pozorovat již po 24 hodinách, prvotní identifikace agens jsou možné většinou až po dvou dnech od založení kultury. To se týká zvláště kvasinek a aspergilů (obr. 11). U dermatofytů je hranicí pro identifikaci 10-14 dnů, v případě pozitivní anamnézy pro zvláště pomalu rostoucí agens pak 3-4 týdny. U exotických mykóz můžeme očekávat pozitivní výsledek v rozmezí 1-12 týdnů.

Identifikace agens a interpretace výsledku. S ohledem na to, že jsou mikroskopické houby přítomné v prostředí kolem nás, kvasinky dokonce jako součást normálního osídlení našich sliznic, nebývá problémem identifikace, ale správná interpretace nálezu, protože z výše uvedeného důvodu se může v některých případech jednat o kontaminaci vzorku mikroskopickými houbami již při odběru, transportu nebo při jeho vlastním zpracování. A opět se dostáváme k nutnosti znalosti komplexní anamnézy, klinického stavu, epidemiologických souvislostí a kvalitě provedení odběru biologického materiálu. Interpretační kritérium se tak opírá o empirickou znalost dané problematiky pro konkrétního pacienta, výsledek mikroskopického vyšetření a identifikované agens. V případě nejasností, nebo neobvyklého nálezu, a při dostatečném množství dodaného materiálu je možné v některých případech kultivaci či mikroskopii opakovat z původního vzorku. Nebo pro verifikaci celé vyšetření zopakovat, pokud nehrozí nebezpečí z prodlení a je možné jednoduché získání nového biologického materiálu ze stejného lo-



Obr. 9: Mykotická vlákna v louhovém preparátu z kožních šupin po přibarvení Mycolnk, zvětšení 400x



Obr. 10: Mykotická vlákna ve sputu – *Aspergillus*, barveno Gram-Weigert, zvětšení 400x



Obr. 11: *Aspergillus fumigatus* a *Candida albicans* na Sabouraudově agaru v Petriho misce po 48 h při 37°C

žiska. To se týká zvláště nejasností kolem vyšetření kožních ložisek v případě nálezu saprofytních mikromycet. Složitější je také interpretace u vzorků, které mohou být zcela přirozeně kontaminovány flórou kůže a sliznic. Přítomnost i masivního nálezu kvasinek v moči a sputu tak nemusí souviset s infekcí, ale může se jednat o kontaminaci z genitální oblasti, orofaryngu, případně jazyka. Také pouhá přítomnost aspergilů ve sputu nemusí vždy znamenat přítomnost aspergilózy. Může se jednat jak o vzdušnou kontaminaci vzorku, tak o sap-

rofytní růst aspergila na tekutině zadržované např. v bronchiektáziích. V takovém případě může být pozitivní i vyšetření antiaspergillových protilátek, neboť aspergil v bronchiektázií provokuje imunitní systém k jejich tvorbě.

Z uvedeného zcela jasně vyplývá, že je interpretace nálezu bez vzájemné spolupráce velmi obtížná. A na tomto místě si dovoľíme malou poznámku k tomu, že je mezioborová spolupráce nutná nejen pro diagnostiku v oblasti mykologie.

■ Terapie mykóz

Prostor pro terapii mykóz je v ambulantní praxi poněkud omezený. Většinou se používají externí preparáty, ale i ty mají svá omezení zvláště u nízké věkové kategorie. Pro přehled uvádíme antimykotika použitelná pro léčbu kůže a sliznic v Tab.4. Na klinikovi záleží jaký preparát bude pro konkrétního pacienta nejvhodnější. Léčba klinicky složitějších stavů včetně orgánových a systémových mykóz patří do rukou specialistů na příslušných klinických odděleních, kde je možné plynule sledovat stav pacienta jak co do účinku antimykotické terapie, tak řešení případných vedlejších či nežádoucích účinků. V každém případě doporučujeme provést rámci diferenciální diagnostiky laboratorní vyšetření ještě před zahájením terapie, a to i v případě terapie antimykotické. Řada mykotických postižení může připomínat projevy ekzému a naopak. Velké nepříjemnosti může způsobit lokální nasazení kortikoidů „naslepo“, kde může dojít ke vzniku tinea incognita, což následně zhoršuje možnost správné diagnostiky. Je tomu tak i v případě velmi slabých kortikosteroidních preparátů, a proto je vhodnější vyčkat alespoň výsledku mikroskopického vyšetření z postižené lokality. Jak bylo popsáno v příslušné části tohoto sdělení, je toto vyšetření velmi rychlé a v případě kožních afekcí i velmi spolehlivé.

■ Závěr 2. části

Aniž bychom si činili nárok na prezentaci celé problematiky lékařské mykologie, pokusili jsme se Vám přiblížit alespoň to málo, které by mohlo praktického lékaře v jeho praxi zájmat. Pokud se nám to podařilo, budeme rádi, pokud některé naše poznatky použijete pro svoji každodenní nelehkou práci. Rovněž doufáme, že jsme svým příspěvkem přispěli k rozvoji mezioborových vztahů a ke zdokonalení diagnostiky.

Boehringer Ingelheim - Muconasal Plus



Falešné důvody odmítání očkování – omyly vakcinace

doc. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D.

Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, Hradec Králové

S rozšiřujícími se možnostmi očkování a novými vakcínami přibývá osob s falešným pocitem, že vakcinace není důležitá a dokonce že očkovací látky jsou pro děti nebezpečné. Často jsou vyzbrojeni argumenty z internetu a pochybných zdrojů a od lékaře čekají vysvětlení v podobě potvrzení či vyvrácení jejich tvrzení. Mezi časté dotazy patří otázky přílišné zátěže nezvzláhlého imunitního systému očkováných novorozenců a kojenců, vhodnosti rozložení očkování do více dávek, alternativních očkovacích schémata, rizika vyšší vnímavosti k jiným nemocem v důsledku očkování, nezbytnosti očkování proti mizejícím nemocem, bezpečnosti vakcín, souvislosti očkování a vzniku neurologických či jiných abnormit, obsahu jedovatých látek ve vakcínách apod. Přitom na základě vědeckých poznatků je potvrzeno, že očkování dětí nepředstavuje riziko nadměrné antigenní zátěže, vakcinace neoslabuje dětský imunitní systém, naopak, překlenuje období nezvzláhlosti a vakcinace nezvyšuje riziko jiných infekcí. Rozložené aplikace antigenů nejsou subjektivně ani objektivně šetrnější a oddalování vakcinace je zbytečným hazardem. Bezpečnost vakcín je prokazována sledováním ve všech fázích klinických hodnocení, která probíhají po delší dobu a na větším počtu dobrovolníků než je tomu u jiných léků. Vakcíny nejsou toxické a není v nich víc rtuti, formaldehydu nebo hliníkových solí než denně přijímáme z prostředí či jídla. Bohužel mylné informace o očkování vedou k poklesu zájmu o očkování, jehož výsledkem může být návrat řady nemocí.

■ Úvod

Očkování prožívá v posledních desetiletích nebývalého rozvoje. Přibývá nových vakcín, nových indikací k očkování a znalosti o očkování se neustále doplňují a rozšiřují. Díky očkování významně ovlivňujeme výskyt řady závažných, často invazivních onemocnění zejména u dětí. Negativní stránkou očkovacího „boomu“ je narůstající síla odpůrců očkování a rodičů, kteří často pod rouškou demokracie, svobody a dobrovolného rozhodování odmítají lékařem doporučené postupy a doporučovaná očkování. Často mají posbírané „zaručené“ informace o očkování a vakcínách z internetu, laických diskusních fór apod. S těmito informacemi pak přichází za svým praktickým lékařem a žádají po něm jejich potvrzení či vyvrácení. Každý očkovací lékař by měl znát odpověď a odborně vyvrátit často úplně nesmyslná tvrzení. V opačném případě rodiče začínají více věřit anti-vakcinistům a začínají pochybovat o významu a prospěšnosti očkování a nedovedou pochopit, co znamená bezpečnost vakcín. V ordinacích se často setkáváme s řadou dotazů a někdy je složité podat na ně přesvědčivou odpověď. Následující výběr položených otázek a zdůvodňujících odpovědí se pokouší nalézt význam argumentů

pro obhajobu očkování a pomoci tak lékařům v diskusích s rodiči očkováných dětí.

■ Jsou děti v riziku nadměrné antigenní zátěže z důvodu očkování?

Vývoj imunitního systému začíná již u 5týdenního embrya, kdy je zahájen vývoj z kmenových buněk. V průběhu 14. gestačního týdne jsou přítomny T a B buňky a dochází k expresi antigen specifických receptorů. Hned po narození jsou u novorozence plně funkční T buňky. Proto také mají novorozenci dobrou odpověď na vakcíny obsahující antigeny závislé na T buňkách, tzv. T-dependentní antigeny (např. v hexavakcíně). Tedy antigeny, které jsou schopné aktivovat B lymfocyty k produkci protilátek pouze za současné pomoci T buněk (tzv. Th lymfocytů). Naopak, B buňky jsou po narození ještě deficitní a novorozenec má nedostatečnou imunitní odpověď na tzv. T-independentní antigeny, tedy antigeny schopné stimulovat B-lymfocyty přímo, bez pomoci T buněk. Takovéto antigeny jsou prezentovány např. polysacharidy některých bakterií jako je *Haemophilus influenzae* typ b (Hib), polysacharidy pneumokoků apod. Proto jsou polysacharidové vakcíny neúčinné

u novorozenců a kojenců a proto hemofilová nebo pneumokoková onemocnění mají závažný průběh právě u malých dětí, zejména do 1 roku věku. Pro očkování právě v tomto období je významná volba správně konstruované vakcíny, která obsahuje T-dependentní antigeny. Tyto vakcíny jsou schopné lépe stimulovat imunitní systém než samotné onemocnění a očkování v tomto věku překlene deficitní B buňky imunitního systému novorozenců. Očkování zabrání závažnému průběhu onemocnění vyvolaných původci s polysacharidovými antigeny. Očkování tak doplňuje nezvzláhlý imunitní systém. Stimulace imunitního systému novorozenců je funkční hned od narození. Důkazem je vakcinace novorozenců HBsAg pozitivních matek, která vede k produkci specifických protilátek zabráňujících onemocnění virovou hepatitidou typu B u těchto novorozenců. Postvakcinační imunita u kojenců oslabuje za 6-9 měsíců po primovakcinaci, proto jsou nutné častější booster dávky v porovnání s dospělými. V průběhu kojeneckého období dochází k postupnému vzrůstání imunitního systému a po 1. roce života je imunitní systém plně zralý, dosahující úrovně dospělého imunitního systému.

Současné studie ukazují, že dětský imunit-

**Tabulka 1: Počty antigenů ve vakcíně versus v jednom původci přirozené infekce**

Nemoc	Počet antigenů	
	Vakcína	Přirozená infekce
Haemophilus influenzae typ b	2	≥20
Virová hepatitida typu B	1	4
Pertuse	3 - 5	3000
Katar horních cest dýchacích		4-10
Streptokoková faryngitida		25-50

ní systém je schopen reagovat na velké množství antigenů nejenom v zevním prostředí, ale i ve vakcínách. Kojenci mají plnou protektivní schopnost humorální i buněčné složky imunity na více simultánně aplikovaných antigenů. Důkazem toho je, že 90 % kojenců získá protekci po primovakcinaci kombinovanou nebo vícevalentní vakcínou (hexa vakcína, pneumokoková vakcína) aplikovanou mezi 2-6 měsíci věku. Díky přítomnosti vhodných antigenů jsou moderní vakcíny schopné indukovat vyšší protilátkovou odpověď než přirozená infekce. Antigenní zátěž dětí při tom klesá. V době zahájení povinného očkování proti variole v roce 1919 bylo dětem aplikováno přibližně 200 antigenů, v 60. letech minulého století po zahájení očkování proti diftérii, tetanu, pertusi a poliomyelitidě bylo dětem aplikováno celkem 3 217 antigenů. Po ukončení vakcinace proti variole došlo k prvnímu poklesu počtu aplikovaných antigenů na přibližně 3 041 a v současnosti se celkem aplikuje dětem pouhých 63 antigenů (všechna povinná očkování + očkování proti pneumokokovým onemocněním). I kdybychom přidali očkování proti varicele a rotavirovým nálezům, pak celkový počet antigenů ve všech vakcínách nepřesáhne číslo 140. Přes narůstající množství vakcín a rozšiřující se možnosti vakcinace v dětském věku, antigenní zátěž v porovnání s 80.-90. lety 20. století významně klesá. Antigenní zátěž imunitního systému novorozenců a dětí v podobě očkování je v porovnání s přirozenou antigenní zátěží zcela minimální. Bezprostředně po narození je novorozenec díky kolonizaci přirozeně vystaven velkému množství mikroorganismů. Genitální trakt je osídlen minimálně 18 druhů mikroorganismů, střevní trakt minimálně 400 druhů, v mateřském mléce je přítomno 8 druhů mikroorganismů. Každý druh představuje 3-6 x 10³ proteinů, celkem je tedy imunitní systém novorozence vystaven více jak 106 proteinům. V porovnání s desítkami až stovkami antigenů ve vakcínách představuje očkování zcela minimální zátěž pro imu-

nitní systém. Imunitní systém dítěte je očkováním „zatížen“ daleko méně než přirozenou infekcí. Jen původce Haemophilus influenzae typ b obsahuje 10 x více antigenů než je obsaženo ve vakcíně proti tomuto onemocnění a Bordetella pertussis obsahuje 1000 x více antigenů než je přítomno v používané acelulární vakcíně proti pertusi (tabulka 1).

Očkování dětí tedy nepředstavuje riziko nadměrné antigenní zátěže!

■ Oslabuje vakcinace dětský imunitní systém a zvyšuje riziko jiných infekcí?

Kapacita dětského imunitního systému je mnohonásobně vyšší než je počet antigenů ve vakcínách. Imunitní systém každého dítěte má teoretickou kapacitu k odpovědi na přibližně 10 000 vakcín aplikovaných současně. Pokud bychom teoreticky aplikovali vakcíny proti 10-12 nemocem současně, bude přesto v jeden okamžik stimulováno pouhých 0,1 % imunitního systému dítěte. Vakcíny mohou vyvolat přechodné, krátkodobé oslabení imunitního systému očkování, ale nezvyšují riziko onemocnění jiných infekčních onemocnění v porovnání s neočkovaným dítětem. Bylo prokázáno, že výskyt následných infekcí u očkování dětí není vyšší než u neočkovaných. Výsledky některých studií prokázaly dokonce pravý opak. V Německu ve studii s 496 dětmi bylo potvrzeno, že u dětí očkování proti diftérii, tetanu, pertusi, Hib a poliomyelitidě v průběhu prvních 3 měsíců života byl výskyt následných infekcí nevakcinálními původci nižší než u neočkovaných dětí. Na druhou stranu některé bakteriální a virové infekce predisponují děti k závažnější reakci na jiné patogeny. Například pacienti s pneumokokovou pneumonií jsou více vnímavější ke chřipce než kontrolní skupina a onemocnění varicelou zvyšuje riziko onemocnění beta hemolytickým streptokokem v podobě nekrotizující fasciitidy, sepse, bakteriémie nebo toxického šoku. Proto očkování dětí proti pneumoko-

kům nebo varicele snižuje také riziko možných koinfekcí jinými závažnými patogeny.

Přes rozšiřující se možnosti očkování a narůstající počet dostupných vakcín, počet aplikací paradoxně klesá. V roce 2001 dětský očkovací kalendář představoval celkem 17 aplikací očkovacích látek, v roce 2011 je to 12 aplikací. Současně klesá stresová zátěž dítěte daná vpichem jehly. Je to dáno využíváním kombinovaných vakcín. Častý strach rodičů z větší bolesti dětí při simultánní aplikaci více vakcín je neopodstatněný. Hladiny stresových hormonů dosahují maxima již po aplikaci jedné vakcíny a další současné aplikace již stres významně nezvyšují. Paradoxně děti očkování rozloženými dávkami zažívají vyšší stres než po simultánní aplikaci.

Vakcinace neoslabuje dětský imunitní systém, naopak překlenuje období nevyzrállosti a vakcinace nezvyšuje riziko jiných infekcí!

■ Není pro děti šetrnější podávat antigeny v hexavakcíně samostatně, v průběhu let a zmírnit zátěž pro dětský organismus?

Kapacita dětského imunitního systému je mnohonásobně vyšší než je „zátěž“ vyvolaná aplikací hexavakcíny. Zároveň je nezbytné získat protekci co nejdříve po narození proti takovému nemocem jako je diftérie, pertuse, tetanus, onemocnění Hib, ale také proti rotavirovým a pneumokokovým onemocněním. Nejzávažnější průběhy těchto nemocí jsou právě u dětí do 1 roku života. Nejenom z těchto důvodů je sestaven očkovací kalendář tak, jak je dnes doporučován. Je sestaven na základě vědecky podložených dat, výsledků klinických hodnocení imunogenity, bezpečnosti a účinnosti. Očkovací kalendář vychází z konkrétní epidemiologické situace v zemi, z dostupnosti vakcín a z doporučení odborníků dané problematiky. Hlavním cílem je ochránit co nejdříve co nejvíce dětí. Naproti tomu rodiči často požadovaná různá alternativní schémata podle návodu z médií nebo internetu jsou neověřená, nebyla nikdy hodnocena v klinických studiích a proto nejsou ani registrována a o jejich bezpečnosti a účinnosti se můžeme jen domnívat. Proto různá „individuální“ schémata nemohou nikdy být bezpečnější než ta, která jsou doporučována v očkovacím kalendáři dětí. Zároveň zpoždění vakcinace lze s nadsázkou přirovnat k ruské ruletě. Buď to vyjde a dítě do doby odložené vakcinace neonemocní, nebo to nevyjde.

Vakcinace nepředstavuje velkou zátěž pro dětský organismus! Rozložené aplikace antigenů nejsou subjektivně ani objektivně šetrnější a oddalování vakcinace je zbytečným hazardem!

■ Proč se očkuje proti nemocem, které již dávno nejsou hrozbou?

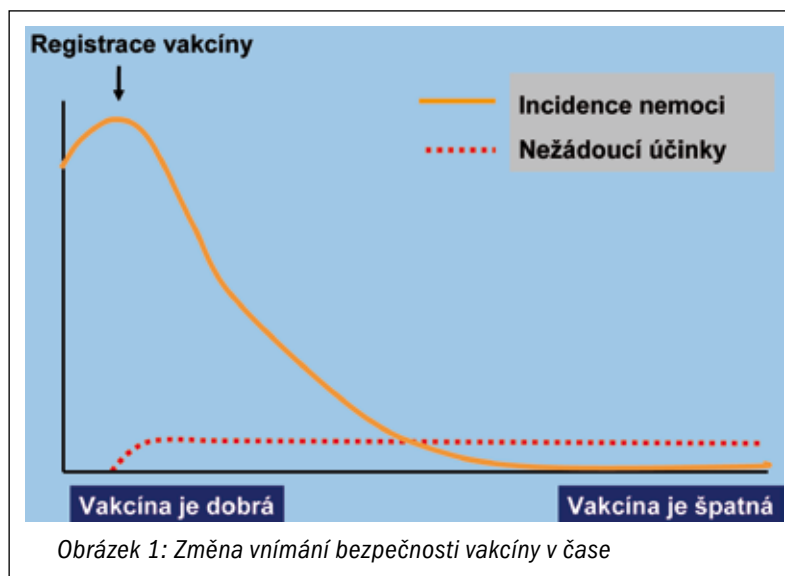
Jsou nemoci, které byly právě díky vakcinaci eradikovány (variola), nemoci, které byly eliminovány (poliomyelitida) a řada nemocí má kontrolovaný výskyt (tetanus, diftérie, onemocnění Hib). Zkušenosti z některých zemí a z minulosti ukazují, že pokud se přeruší vakcinace, infekce se znovu vrací a znovu vyvolává vysokou nemocnost a mortalitu. Strach z bezpečnosti celobuněčné vakcíny proti pertusi vedl např. v Japonsku v 70. letech minulého století k poklesu zájmu o vakcinaci, který byl následován prudkým vzestupem výskytu pertuse a znovuoobjevení se epidemií. Teprve zavedení používání acelulární vakcíny proti pertusi a následná kampaň vedla k obnovení zájmu o vakcinaci a kontrolovanému poklesu pertuse v Japonsku. Podobné zkušenosti mají také ve Švédsku. Některé nemoci nelze ani vakcinací eradikovat. Původce tetanu, *Clostridium tetani* je neustále díky svému zvířecímu zdroji přítomný ve vnějším prostředí a jeho spóry přežívají v půdě desítky let. Přesto, že je výskyt tetanu u nás spíše sporadický, maximálně do 5 případů ročně, je nutná neustálá vakcinace celé populace v rámci pravidelného očkování a také při poranění s rizikem tetanu. Pokles zájmu o očkování proti diftérii na Ukrajině, vedl k dramatickému vzestupu tohoto onemocnění na incidence vyšší než byla po 2. světové válce. Změna epidemiologické situace někdy může vést k nutnosti změny očkovačích látek. Bohužel někdy je tato změna nesprávně vysvětlována nedostatečnou účinností nebo vysokou nebezpečností vakcíny. Přejít z živé vakcíny proti poliomyelitidě na neživou, injekční vakcínu, byl vyvolán eliminací poliomyelitidy v Evropě. V době, kdy se u nás nevyskytuje jediný případ, je nežádoucí podávání živé, orální vakcíny s vyučováním vakcinálních kmenů stolici do zevního prostředí. Cirkulace vakcinálních kmenů v prostředí je vhodná pro možnost promování populace a opakovaného přirozeného

přeočkování v zemích s výskytem poliomyelitidy. V zemích bez výskytu naopak hrozí riziko vzniku mutací těchto vakcinálních kmenů v zevním prostředí s následným rizikem vzniku paralytických onemocnění. Proto se začala používat injekční forma neživé vakcíny jako součást kombinované hexavakcíny. Některé nemoci, proti kterým se očkuje, se přesto mohou vracet z celé řady důvodů a je nezbytná změna strategie očkování, případně vývoj nové očkovačích látek. Příkladem takového onemocnění je pertuse s nejvyšší incidencí v současnosti za posledních 43 let. Přesun výskytu pertuse do adolescentní a dospělé populace je důvodem zahájení přeočkování těchto věkových kategorií. Děti trpí a umírají, protože někteří rodiče považují očkování v současnosti za zbytečné a často se bojí více vakcín, než nemocí proti kterým očkování chrání.

Dojde-li k poklesu zájmu o očkování, řada nemocí se bude vracet!

■ Je bezpečnost vakcín dobře hodnocena a sledována, jsou vakcíny skutečně bezpečné?

Strach z vakcín není nic nového a je znám již z historie. V době, kdy žil objevitel prvního očkování, britský lékař Edward Jenner se lidé obávali nežádoucího účinku živé vakcíny proti variole. Domnívali se, že po inokulaci viru kravských neštovic u nich dojde k objevení se kravských rohů, kopyt apod. Ale vždy strach z nemoci, z komplikací a úmrtí převýšil strach z očkování. Bezpečnost a účinnost vakcín je hodnocena v klinickém hodnocení. V první fázi klinického hodnocení (desítky dobrovolníků) se sleduje pouze bezpečnost nové, kandidátní vakcíny. Je-li bezpeč-



Obrázek 1: Změna vnímání bezpečnosti vakcíny v čase

nost prokázána, přistupuje se k druhé fázi hodnocení (stovky dobrovolníků), kde se kromě bezpečnosti hodnotí také imunogenita vakcíny. Jsou-li výsledky přesvědčivé, pokračuje se ve třetí fázi klinického hodnocení (tisíce až desetitisíce dobrovolníků). Zde se hodnotí kromě bezpečnosti a imunogenity zejména klinická účinnost vakcíny, tedy porovnání výskytu onemocnění u očkovaných versus u kontrolní, neočkované skupiny osob. Na základě údajů ze všech tří fází hodnocení se posuzuje možnost registrace na národní (zod-

povídá SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv, Praha) nebo častěji na evropské úrovni (zodpovídá EMA – Evropská léčivá agentura, Londýn). Na rozdíl od imunogenity nebo účinnosti, je bezpečnost vakcíny hodnocena opakovaně ve všech fázích hodnocení. Vakcíny jsou hodnoceny na větším počtu dobrovolníků a po daleko delší dobu (často několik let) než řada ostatních léků a léčivých přípravků. Na rozdíl od jiných léků dochází v postupujícím čase od registrace a zavedení vakcíny na trh ke změně vnímání bezpečnosti vakcíny u řady lidí (obrázek 1). V době, kdy se v populaci vyskytuje závažné onemocnění, proti kterému se podaří vyvinout a zaregistrovat vakcínu, je vakcína dobrá, populací je vnímána jako velice užitečná. Tato vakcína je bezpečná a má svůj bezpečnostní profil s možným výskytem akceptovatelných nežádoucích účinků. Díky zahájení očkování touto vakcínou dojde k výraznému poklesu výskytu daného onemocnění. V tuto chvíli veřejnost již nevnímá hrozbu nemoci za tak vysokou a nežádoucí účinky vakcíny, které je stále na stejné úrovni, pro ně najednou začnou považovat nad rizikem nemoci, vakcína se stává špatnou a mají odmítavý přístup k očkování. Následný pokles proočkovanosti pak vede k opětovnému vzestupu incidence nemoci. Frekvence nežádoucích účinků po očkování je pozorně sledována i v postregistračním období. Vždy je ale nutné posoudit kauzalitu s očkováním a porovnávat s výskytem u neočkované populace. Například v USA měly po více jak 7,5 milionech aplikovaných dávek vakcíny za rok hlášeno 5 anafylaktických reakcí a žádné úmrtí. Přitom ročně v USA umírá 100-150



lidí na potravinové alergické reakce (nejčastěji na burákové máslo). Před vakcinací je vždy nezbytné pečlivě zvážit zda výhody očkování (prevence vzniku nemoci, komplikací, úmrtí, možnost kontroly nemoci, eliminace/eradikace nemoci, ochrana veřejného zdraví) převyšují nad možnými nevýhodami (bolestivost vpichu, nežádoucí účinky).

K hlášení závažných nežádoucích reakcí existují různé databázové systémy. V USA je to např. VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System), v ČR se hlásí tyto reakce na SÚKL, který používá systém EudraVigilance, sloužící k elektronické výměně hlášení v rámci Evropy. Do všech těchto databází může hlásit prakticky kdokoli, kdo zaregistruje nežádoucí účinek po vakcinaci, tedy nejenom lékař, ale i rodiče očkovaných dětí. Tyto databázové systémy fungují ovšem pouze jako skrínigové, neřeší kauzalitu s očkováním. Proto je velice obtížná interpretace získaných výsledků, chybí zde kontrola, např. výskyt křečí u očkovaných v porovnání s výskytem křečí u neočkovaných. Zhodnotit kauzalitu s očkováním je tak velice složité. Hlavním významem tohoto systému je včas odhalit případný nárůst některého nežádoucího účinku a ten pak vědecky posoudit, zda je v souvislosti s očkováním či nikoli. Pokud někdo používá jen data z těchto systémů bez dalšího posouzení vztahu versus ko-incidence, je to velice zavádějící a dává to falešné údaje o bezpečnosti vakcín. V době spekulací možného výskytu autismu po očkování, se zjistilo, že 80 % hlášení autismu po očkování pocházelo od právnických rodin. V letech 1993-1998 opakovaně publikoval britský gastroenterolog Dr. Andrew Wakefield výsledky svých studií, kde potvrdil vlastní teorii souvislosti výskytu Crohnovy choroby či autismu s vakcinací živou vakcínou proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím. V prvním případě údajně vakcinální virus spalniček pronikal do sliznice tlustého střeva a vedl ke vzniku Crohnovy choroby, v druhém případě tento vakcinální virus pronikal do krve, poškozoval mozek a byl příčinou neuropsychických problémů. Svoje studie deklaroval na minimálních počtech pacientů (v případě autismu šlo o 12 dětí) a při pokusech jiných vědců zopakovat jeho studie zjistili, že jsou prakticky nezopakovatelné. Žádná z jeho studií nebyla potvrzena. Později se zjistilo, že šlo o podvrhy, smyšlená data včetně vymyšlených výsledků střevních biopsií apod. Bylo zjištěno i jeho napojení na právníky dětí nemocných autismem. V roce 2011 byly jeho práce oficiálně vyhlášeny za podvod, publikace smazány z vědec-

kých databází a dr. Wakefield ztratil svoji možnost vykonávat praxi. Nicméně výsledkem této „aféry“ byl pokles proočkovanosti ve Velké Británii z 94 % na 75 %, opětovně vzplanutí spalniček a příušnic s novým endemickým výskytem po 14 letech. Podobný vzestup incidence zaznamenali také v USA a Holandsku.

Bezpečnost vakcín je sledována ve všech fázích klinického hodnocení, po delší dobu a na větším počtu dobrovolníků než je tomu u jiných léků!

■ Obsahují vakcíny toxické chemikálie včetně nebezpečné rtuti?

Kromě aktivní složky (antigen, adjuvans) obsahují vakcíny také ostatní látky jako jsou konzervans, stopové množství antibiotik, látky k inaktivaci původců, ostatní příměsi z výrobního procesu. Hodně diskusí se zejména v minulosti vedlo o přítomnosti nebezpečného thiomersalu ve vakcínách. Thiomersal je konzervans, organická látka s obsahem ethylrtuti (49,6 %), který býval spojován s možným výskytem neurologických abnormit, včetně autismu, mentální retardace, poruchy řeči, poklesu soustředění po očkování. Organická rtuť se vyskytuje ve dvou formách, jako methylrtuť a ethylrtuť. Je pravdou, že methylrtuť má toxické účinky zejména na CNS a ledviny, kuluje se v lidském těle a její poločas eliminace je 50 dnů. Nicméně ve vakcínách se objevuje thiomersal obsahující pouze ethylrtuť, s poločasem eliminace 5 dnů, metabolizující se na anorganickou rtuť, která se vylučuje stolicí. Je to podobné jako je rozdíl mezi mnohem nebezpečnějším methylalkoholem v porovnání s ethylalkoholem, který bývá běžně konzumován. Do dnešního dne chybí jediný vědecký důkaz o škodlivosti thiomersalu (ethylrtuti) u dětí či dospělých. Žádná ze studií prováděných v Dánsku, Švédsku, USA a Velké Británii nepřinesla jediný důkaz o tom, že by thiomersal vedl ke vzniku neurologických poškození u očkovaných. Pod tlakem veřejnosti přesto výrobci vakcín omezili používání thiomersalu ve vakcínách a dnes se s ním můžeme setkat jen ve vakcíně proti Japonské encefalitidě (JE-Vax), proti tetanu (Alteana, D.T. Vax) a ve vakcíně proti pandemické chřipce (Pandemrix).

Podobné spekulace probíhají o škodlivosti hliníkových solí jako nejčastějšího adjuvansu ve vakcínách. Obsah hliníku ve vakcínách je přitom v porovnání s běžnými potravinami zcela minimální a potravou ho děti přijímají mnohem více než vakcinací. V hexavakcíně je např. 0,820 mg hliníkových solí v jedné dávce, v Synflorixu 0,5 mg v jedné dávce

a v Prevenaru 13 je to 0,125 mg v jedné dávce. Podle současného českého očkovacího kalendáře je dětem aplikováno v součtu celkem ve všech dávkách přibližně 5-6 mg hliníkových solí v průběhu dětství (4x Infanrix-hexa = 3,28 mg, 1x Infanrix = 0,7 mg, 1x Boostrix-polio = 0,5 mg, 4x Synflorix = 2,0 mg nebo 4x Prevenar 13 = 0,5 mg). Přitom během 6 měsíčního kojení přijímají kojenci s mateřským mlékem přibližně 10 mg hliníkových solí, pitím sušeného mléka 30 mg a pitím sojového mléka až 120 mg hliníkových solí. Jen jedna lžička antacida Maalox obsahuje 200 mg hliníku. 50 % hliníkových solí z vakcín je eliminováno z těla za méně jak 24 hodin a 85 % pak během 3 týdnů.

Vakcíny nejsou toxické a není v nich víc rtuti, formaldehydu nebo hliníkových solí než denně přijímáme z prostředí či jídla!

■ Závěr

Současné a dosavadní studie nepodporují hypotézu odpůrců očkování, že aplikace více vakcín v časném dětském věku oslabuje imunitní systém a poškozuje přirozený vývoj imunity dítěte. Naopak, díky velké kapacitě dětského imunitního systému, jsou děti schopné odpovídat na kombinované vakcíny nebo simultánní aplikace více vakcín stejně dobře jako na řadu antigenů podnětů z okolního zevního prostředí. Vakcinace v dětském věku je dostatečně účinná, vede k získání protekce proti řadě bakteriálních a virových patogenů, překlenuje počáteční nezralost některých složek dětské imunity a tím zabraňuje závažným onemocněním, včetně následným sekundárním infekcím, které mohou být vyvolány přirozenou infekcí u neočkovaných dětí. Imunitní systém novorozence je naivní a potřebuje být vystaven cizorodým antigenům, aby se normálně vyvíjel. Získané mateřské protilátky jej neochrání proti všem infekcím a jejich účinek je krátkodobý a přechodný. Imunitní systém dětí má dostatečnou kapacitu reagovat současně na velké množství antigenů, proto kombinované vakcíny jsou dostatečně účinné. V současnosti stále jasně převažuje benefit vakcinace nad rizikem nemoci a registrované vakcíny jsou bezpečné a účinné. Jedině jasné vědecké důkazy mohou postupně rozbít spekulace a falešné domněnky o škodlivosti očkování šířené lidmi, kteří nepochopili význam očkování pro jednotlivce, pro společnost, jako nejvýznamnější součást primární prevence. Jedině informovaný a argumentačně vybavený lékař se může stát důvěryhodným zdrojem názorů pro své pacienty a jejich rodiče.

Literatura u autora



VII. Hradecké vakcinologické dny 2011



**29.9.- 1.10. 2011
Hradec Králové**

**Kongresové centrum ALDIS
Eliščino nábřeží 375
500 02 Hradec Králové
www.vakcidny2011.org**

Sekretariát konference:
GUARANT International / Vakcidny 2011
Opletalova 22, 110 00 Praha
Tel.: +420 284 001 444
Fax: +420 284 001 448
e-mail: vakcidny2011@guarant.cz

Témata konference:

- Novinky v očkování 2011
- Složení vakcín a vliv adjuvantních látek
- Očkování chronicky nemocných osob – oprávněnost kontraindikací
- Doporučená očkování v dospělosti
- Očkování proti meningokokovým nákazám – nové vakcíny a nová doporučení
- Očkování proti pneumokokovým nákazám
- Očkování proti klíšťové encefalitidě
- Očkování u preventabilních importovaných nákaz
- Komunikace očkovacího lékaře s pacientem/rodičem
- Varia

Ze světa odborné literatury...

Efekt a bezpečnost propranololu v první linii léčby infantilních hemangiomů

Betablokátory jsou vysoce slibnou složkou léčby komplikovaných infantilních hemangiomů. Ale léčba musí být objektivně měřena a hemodynamika kojenců limitována. Ohodnotili skupinu 25 kojenců léčebných propranololem v dávce 2 mg /kg/den. Prvé 2 dny léčby byli kojenci vždy observováni. Střední poločas sledování byl 14 měsíců a na začátku léčby byli kojenci ve stáří v průměru kolem 3,5 měsíce. U všech pacientů byla sonograficky kontrolována i hloubka ložiska. U všech pacientů došlo k příznivé změně barvy i tloušťky. Zvláště výhodné se jeví léčba dětí s periokulárním postižením, astigmatismem a amblyopií, které byly způsobeny tlakem hemangiomů. Tyto věci se upravovaly většinou do 8 týdnů. Tolerance byla velmi dobrá. Žádné hemodynamické změny nepozorovány. Předchozí léčba pomocí aplikací kortikosteroidů, vincristinu, interferonu, laseru se jeví jako podstatně méně efektivní.

Eur.J.Pediatr.2011, 170, 493-501.

Efekt vitamínu A na renální postižení při akutní pyelonefritidě u dětí

Studie vychází z předchozích experimentálních zkušeností. 50 dětí ve věku 24 měsíců s verifikovanou pyelonefritidou i na základě DMSA scinti bylo léčeno intravenózním ceftriaxonem po 10 dní a následně dostávaly po 3 měsíce perorální cefalexin. Děti dostaly intramuskulárně vitamin A 25000 j a starší 50000 j. Při opakovaném scan po 3 měsících bylo 20 % dětí jedné a 68 % dětí druhé skupiny s patologickými nálezy. Ve skupině, kde byl podáván A vitamin byl evidentně při kontrole nižší podíl přetrvávajícího renálního postižení.

Eur.J.Pediatr.2011, 170, 347 - 350.

Endotracheální intubace u novorozenců je spojena s vysokým rizikem nepříznivých efektů

Je patrné signifikantní zvýšení premedikací při endotracheální intubaci novorozenců. Účelem sdělení bylo zjistit, jak premedikace ovlivní průběh intubace a záležitostí kolem. Všechny intubované děti dostávaly v premedikaci morfin, suxamethonium a atropin. Premedikace byla podávána v 94 %, větší-

nou 16 minut před výkonem. Střední doba intubace byla 5 minut po premedikaci. Bradykardie doprovázela procedury ve 26 % intubací. Je nutné si uvědomit, že vedlejšími efekty mohou být laryngospasmus, bronchospasmus, hemodynamické změny, zvýšení intrakraniálního tlaku a nebezpečí intrakraniální hemoragie. Toto vše by mohlo ovlivnit neonatální mortalitu, a proto je tendence novorozence premedikovat. U 95 % novorozenců se používá rutinní sedace a v 78 % i svalové relaxans.

Atropin se používá ve světě jako prevence respirační sekrece a bradykardie. Většinou však výše uvedená kombinace. Užívání suxametonie bylo přivítáno zvláště neonatologů.

Eur.J.Pediatr.2011, 170, 223 - 227.

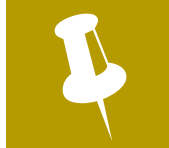
Neonatální cholestasa

Je stav, který vždy vyžaduje další vyšetřování, pokud přetrvává déle než 14 dní. Přímá frakce bilirubinu nesmí být vyšší než 20 % z celkového bilirubinu. Incidence patologické cholestasis je 1 na 2500 porodů. Většinou příčinou je biliární atresie, která obnáší přibližně 1/3 z celkového počtu případů. Defekt alfa 1 antitrypsinu se podílí v 10%, zatímco ostatní dědičné formy od 10 do 20 %, vrozené poruchy metabolismu a kongenitální infekce se pak podílí dalšími 25%. Původně, do roku 1970, byla více než 1/2 těchto diagnóz u dětí označována jako neonatální hepatitida. Zlepšením diagnostiky se však tato diagnóza rozčlenila a dnes víme, že v rámci diferenciální dg. lze rozlišit cystu choledochu, cholelithiasu, hypothyreosu, hypopituitarismu, CF, Turnerův syndrom, trisomie 21,13, 18, neonatální leukemie a především různé formy biliární atresie.

Z hlediska laboratoře je mimo přímý bilirubin důležitý protrombinový čas, hladina albuminu, glykemie a hladina amoniaku. Netypická je zvýšená hladina alkalické fosfatázy i GGPT a sonografie. Ukazuje se, že děti, které jsou odoperovány v prvních 60 dnech věku mají pro biliární atresii lepší výhled než děti starší v době operace více než 90 dní. Základní prvou laboratorní známkou postižení se mimo bilirubin jeví hemokoagulační porucha.

Eur.J.Pediatr.2011, 170, 279 - 284.

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



Aktuality...

Látky na hubení hmyzu snižují IQ dětí

Pesticidy v těle těhotných žen ovlivňují u potomků schopnost rychlého úsudku nebo vyjadřování.

Látky používané především k hubení hmyzu působí na člověka ve vyšších dávkách podobně jako bojové chemické prostředky typu sarin. Pesticidy vytvořené na bázi organofosfátů mají vliv především na nervový systém. Hned tři epidemiologické studie ze Spojených států dokazují, že pokud jsou účinku těchto pesticidů vystaveny těhotné ženy, může to negativně ovlivnit intelekt jejich dětí.

Jedovatý venkov Organofosfáty byly v USA do roku 2001 běžně používány k hubení hmyzu v domácnostech. Lidé jimi bojovali nejen proti obtížným „obyvatelům“ zamořujícím domácnosti, jako jsou švábi, mravenci nebo motýlci zavíječi, ale také proti škůdcům pěstovaných okrasných rostlin, například mšicím.

Ve Spojených státech se jen těžko hledala domácnost, jejíž obyvatelé by současně se vzduchem nevdechovali také významné koncentrace organofosfátů. Zákaz užívání těchto insekticidů v domech a bytech sice přinesl určité zlepšení, ale situace zůstává i nadále neutěšená. V roce 2006 zaznamenali odborníci ve třech čtvrtinách náhodně vybraných domácností výskyt organofosfátového insekticidu chlorpyrifos a ve třetině prokázali přítomnost podobného insekticidu diazinonu. Vedle toho jsou organofosfáty dodnes hojně užívány k hubení škůdců zemědělských plodin. Venkovské obyvatelstvo a především zemědělci a jejich rodiny tak patří s ohledem na rizika spojená s organofosfáty k nejohroženějším. Ve Spojených státech představují organofosfáty plnou třetinu všech použitých pesticidů. Celkem se jich ročně použije na postřiky asi 15 tisíc tun.

Vědecký časopis *Environmental Health Perspectives* přináší tři studie amerických vědců, které sledují dopad používání organofosfátových pesticidů na intelektuální vývoj dětí.

Ohrožené nastávající matky Tým vedený Brendou Eskenaziovou z University of California v Berkeley zkoumal populaci chudých rolníků mexického původu, kteří pracují na polích, plantážích a vinicích v kalifornském údolí Salinas nedaleko San Franciska. V roce 2000 „spolklo“ údolí Salinas 235 tun organofosfátových pesticidů. V Kalifornii byl sice po roce 2000 zaznamenán pokles ve spotřebě organofosfátů, ale v údolí Salinas se udržovala jejich spotřeba na zhruba stejné úrovni až do roku 2008.

Vědci podchytili v šesti místních porodnicích v letech 1999 a 2000 zhruba šest set nastávajících matek a získali je ke spolupráci na výzkumu. Jakou měrou organofosfáty zatěžují organismus žen, určili experti na základě koncentrace metabolitů, jež jsou po rozkladu pesticidů vylučovány z těla močí. Vědci zjistili nejprve zátěž u nastávajících matek a následně sledovali i množství organofosfátů, kterému byly vystaveny děti.

Koncentrace těchto látek v těle těhotných žen měly vliv na intelekt jejich potomků ještě po sedmi letech. Děti matek, které během těhotenství vykazovaly nejvyšší koncentrace organofosfátů v moči, dosáhly ve srovnání s dětmi matek s nejnižší koncentrací pesticidů v průměru o sedm bodů nižší celkové skóre IQ testů. Organofosfáty poznamenaly řadu dílčích intelektuálních schopností, například paměť, rychlost úsudku nebo vyjadřovací schopnosti.

Zajímavé bylo zjištění, že na výkony v IQ testech neměly vliv koncentrace organofosfátů zjištěné v organismu dětí. Mozek plodu je zřejmě k organofosfátům zvýšeně citlivý, ale po narození už tyto látky dětské

mozkové tkáni tak výrazně neškodí.

Trpí také města Negativních dopadů nejsou ušetřeny ani děti žijící ve velkoměstech. Jasně to prokázal výzkum týmu Stephanie Engelové z newyorské Mount Sinai School of Medicine. Vědci zjišťovali množství organofosfátů v organismu těhotných žen a následně pak sledovali duševní vývoj jejich dětí. Studii doplnili o vyšetření matek na aktivitu enzymu paraoxonázy 1 a genetické analýzy genu PON1, podle kterého se enzym v lidském organismu syntetizuje. Tento enzym hraje důležitou roli při odbourávání organofosfátových pesticidů v lidském těle. V závislosti na variantě genu PON1 se člověk zbavuje těchto toxických látek různě rychle.

Opět se potvrdilo, že pokud byly děti před narozením vystaveny vyšším koncentracím organofosfátů, poznamenalo to jejich vývoj již v útlém věku. Už roční děti narozené matkám s vysokými hladinami insekticidů v těle vykazovaly pomalejší vývoj. Efekt byl patrný i při nástupu dětí do školy, kdy v testech inteligence vykazovaly o něco horší výsledky v úlohách prověřujících logický úsudek. Významný vliv měly i genetické dispozice matky. Ženy, jež jejich varianty genu PON1 vybavily méně účinnou formou enzymu paraoxonázy 1, odbourávaly méně organofosfátů a jejich potomci byli před narozením vystaveni větší zátěži. Děti těchto žen se vyvíjely ještě pomaleji a jejich výsledky v testech byly ještě o poznání horší.

Riziková varianta genu PON1 byla přitom v populaci sledovaných matek poměrně hojně rozšířená. V dědičné informaci si ji nesla asi třetina žen. Podle Stephanie Engelové může být celkový negativní vliv organofosfátových pesticidů především důsledkem dramatického efektu těchto látek na děti žen nesoucích gen pro „líný“ enzym. K velmi podobným výsledkům dospěl nezávisle i tým vedený Virginii Rauhou z newyorské Columbia University. Také jejich výzkum potvrdil, že děti narozené newyorským ženám, jež byly během těhotenství vystaveny významným množstvím organofosfátových pesticidů, zaostávají v duševním vývoji a při nástupu do školy mají horší výsledky v testech inteligence. Důkladně omývat ovoce a zeleninu Autoři všech tří studií konstatují, že situace, jaká panovala na venkově i ve městech USA počátkem 21. století, měla k ideálu daleko. Zátěž nastávajících matek byla především v sociálně slabších skupinách obyvatelstva poměrně vysoká a na duševním vývoji jejich dětí se to podepsalo. Vědci jsou však ve svých závěrech velmi opatrní. Uvědomují si, že na duševní vývoj dětí působí celý komplex vlivů a znečištění životního prostředí organofosfáty je jen jedním z nich. Ve hře mohou být také další faktory. Ačkoli byly pro studie vybírány jen nekuřáčky, vyšel v jedné ze studií jako významný rizikový faktor rovněž fakt, zda ženy žily ve společné domácnosti s kuřáky, a byly tak vystaveny pasivnímu kouření.

V současnosti se situace mění k lepšímu. Znečištění životního prostředí organofosfátovými pesticidy postupně klesá. Ve městech je pokles rychlejší než na venkově, kde se organofosfáty stále ještě používají v zemědělství. Venkovské obyvatelstvo tak může být vystaveno účinkům těchto pesticidů použitých k postřikům v blízkosti jejich bydliště. Rizikovou skupinou zůstávají lidé, kteří s organofosfáty pracují.

Pokud se do organismu většiny lidí i nadále dostávají organofosfátové pesticidy, pak se to děje v mnohem menší míře a jejich zdrojem je především ovoce a zelenina. Lékaři proto doporučují jejich důkladné omývání. Brenda Eskenaziová se přitom netají obavou, aby špatně pochopené výsledky výzkumu nenahnaly lidem strach z ovoce a zeleniny a neměly negativní dopad na stravování obyvatel.



„Mnoho lidí už dnes nejlépe dostatek ovoce a zeleniny a to má ve Spojených státech za následek značné zdravotní problémy. Především těhotné ženy by se neměly ovoce a zeleniny stranit a měly by je konzumovat v dostatečném množství,“ říká Eskenaziová.

Zdroj: LN, 3.5.2011

„Chaos a nespravedlnost“, napadli Hegerovu reformu Kubek a Rath

Prezident lékařské komory Milan Kubek a stínový ministr zdravotnictví ČSSD David Rath ve čtvrtek ostře napadli návrh zdravotní reformy z dílny ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09). Vadí jim chaos, který reformy provází, útok na peněženky občanů a nejasnost, kdo bude dělit péči na standard a nadstandard. „V přípravě zdravotní reformy je chaos, reforma nebude spravedlivá,“ soudí Kubek. „Chtěli jsme být garantem rozdělení péče na standard a nadstandard, ale stát o náš návrh zájem nemá. Politici tak budou péči rozdělovat sami, jak se jim to hodí, a na to doplatí pacienti,“ uvedl Kubek.

Skutečně jednota v rozdělení péče zatím není ani v koalici, která ve středu do noci hledala východiska. TOP 09 a ODS chtějí, aby výčet stanovilo ministerstvo vyhláškou a péči rozdělili profesori Purkyňovy lékařské společnosti. Věci veřejné chtějí nový zákon s pomocí expertů. ODS navíc chce po Hegerovi, jak sdělil Právu zdravotní expert ODS Boris Šťastný, aby návrh dopracoval o nárok pacienta na časově a místně dostupnou péči.

Heger tvrdí, že rozsah standardní péče zůstane takový jako dosud, pouze na půl procenta péče si lidé budou moci legálně připlatit zřejmě od začátku příštího roku, pokud návrh schválí poslanci, senátoři a podepíše prezident.

Příplácelo by se tak zatím na:

- lepší čochu při operaci šedého zákalu;
- odlehčenou sádku při zlomeninách;
- implantát kloubu při totální endoprotéze;
- operaci s pomocí robotu.

Lidé na to prý nemají

Pacient by vždy doplatil rozdíl ceny péče standardní a nadstandardní. Poplatek za položku na receptu má být nahrazen poplatkem za recept a léky do 50 korun si mají lidé platit sami.

David Rath včera vzkázal Hegerovi, že na jeho reformu zdravotnictví lidé nebudou mít peníze. Odmítl, aby si platili plně léky do 50 korun. „Dojde k dalšímu finančnímu zatížení pacientů,“ uvedl Rath s tím, že na to doplatí i zdravotní pojišťovny. „Pacient bude u lékaře logicky žádat alternativní lék s cenou nad 50 korun, aby získal medikament hrazený pojišťovnou,“ prohlásil Rath. „Jako by ministru Hegerovi nestačilo razantní zvýšení poplatků za pobyt v nemocnici či pravděpodobné zvýšení poplatků za pobyt v léčebnách dlouhodobě nemocných, kde by pacienti mohli platit až 9000 Kč měsíčně. Na to lidé nemají.“

Těžko se budou přesvědčovat

Podle Kubka se lidé budou těžko přesvědčovat, že si mají připlácet za nadstandard a že je třeba zvyšovat nejrůznější poplatky, když zvýšením DPH chce stát „odsát“ ze zdravotnictví čtyři miliardy a ministr nevyjednal výjimku například na léky. „Každý občan si zákonitě pomyslí, že platit víc musí právě kvůli tomuto,“ řekl Kubek.

Lékařská komora, Lékařský odborový klub a devět sdružení ambulantních specialistů ve čtvrtek ve 12 bodech společně kritizují reformní kroky ministra.

Vadí jim, že neúměrně posiluje roli zdravotních pojišťoven. Nesouhlasí s tím, aby pojišťovny mohly zřizovat svá vlastní zdravotnická zařízení, finančně trestat smluvní partnery a rozhodovat o síti zdravotnických

zařízení. Nesouhlasí ani, aby regulační poplatky byly příjmem pojišťoven, jak plánuje Heger. Když se tak stane, nebudou je vybírat. Odmítají také uvažovaný 200korunový poplatek za návštěvu ambulantního specialisty bez doporučení praktického lékaře a nesouhlasí ani s tím, aby praktičtí lékaři měli povinnost 24hodinové péče o své pacienty.

Zdroj: Právo, 27.5.2011

Hra o standard

Nenajde se asi nic s tak mimořádně politicky citlivým obsahem, jako je stanovení standardů zdravotní péče. Každý normální člověk chce dostat tu nejlepší existující péči a samozřejmě zadarmo. Jsou možná i lidé, kteří skutečně věří, že je to správný a legitimní požadavek, protože ke zdravotní péči má mít každý rovný přístup.

Ale normální lidé tuší, že tohle je fikce už dnes, ačkoli je tenhle princip deklarován ve zdravotnických zákonech. Po aféře s protekcními pacienty („kulichy“) je asi každému jasné, že poslanec či ministr má a vždy bude mít jiný přístup ke zdravotní péči než pokladník ze samoobsluhy ve Strakonici. Prostě všichni jsme si sice před zákony rovni, někteří však jsou jaksí rovnější.

Jenže iluze rovnosti je docela dobrým klackem, kterým může levicová opozice mydlit ministra Hegera, který se jako první ministr zdravotnictví v historii zodpovědně postavil k úkolu vymezit to, na co má každý skutečně nezpochybnitelný nárok a co si může zaplatit navíc.

Spravedlnost bez obálek

Pro mnoho lidí je to asi špatně pochopitelné, ale právě tenhle krok vrací do zdravotnictví skutečnou sociální solidaritu a oproti současnému stavu ji zvyšuje. Z veřejného pojištění, které platí v Česku každý ekonomicky aktivní občan, má být hrazena veškerá nezbytná péče zachraňující život a zachovávající zdraví nemocného na úrovni odpovídající současné úrovni lékařské vědy.

Vypadnout z tohoto okruhu mají záležitosti zvyšující pohodlí při léčení či snižující zátěž organismu, na něž si lidé budou moci připlácet. To v praxi znamená, že na skutečnou, život zachraňující péči bude v systému zdravotních pojišťoven po zavedení standardů více peněz, protože kulichové to svoje už nedostanou zadarmo, ale normálně a legálně si připlatí a dostanou na to řádný daňový doklad nebo-li účtenku.

To je také hlavní důvod, proč za celá léta nebyla zdravotní péče takto standardizována. Mocná lékařská lobby nestojí o to, aby se částky putující za „mimořádné zacházení“ zhusta v obálkách do kapes bílých plášťů náhle přesunuly na normální bankovní účty nemocnic. A to je také důvod, proč se šéf České lékařské komory Milan Kubek vyjadřuje k zavedení standardů nyní velmi skepticky, přestože je to krok, který jediný může zásadně snížit korupci ve zdravotnictví a navíc volá do systému další peníze, po nichž lékařská komora tak naléhavě volá.

Například stomatologové mají standardy stanoveny dávno a „obálková metoda“ u nich dávno neexistuje. A právě tenhle pokrytecký přístup je důvodem, proč by Česká lékařská komora neměla mít v žádném případě právo mluvit do toho, co je v tom kterém případě onen standard. Lze také očekávat, že ČLK a lékařské odbory budou zavádění standardů sabotovat a neustále argumentovat, že je to uděláno špatně, neodborně a vůbec je to třeba předělat a diskutovat nad tím další desetiletí.

Otázka, kdo by do nastavování standardů měl mluvit, je nakonec předmětem zcela legitimní diskuse, která dosud neproběhla. A to je škoda, když je příslušná legislativa již ve Sněmovně. Není to vůbec banální otázka. Úplným nesmyslem je myšlenka, že by standardy

měly být určeny zákonem. Věda i inovace ve farmacii se vyvíjejí tak rychle, že by Sněmovna takový zákon musela novelizovat měsíc co měsíc, a stejně by nestíhala.

Objektivně nahlíženo by standardy měly vznikat v diskusi zdravotních pojišťoven s odbornými lékařskými společnostmi – což není odborářská ČLK, ale spolky špičkových lékařů, které mají dostatečnou odbornou způsobilost, aby posoudily, která nová léčebná metoda, lék či zdravotní pomůcka skutečně zlepšuje naději pacienta na přežití či přináší zásadní zlepšení zdravotního stavu a co jen zlepšuje pohodlí a komfort, ale za podstatně vyšší cenu.

A tam, kde se pojišťovny s lékaři neshodnou, by mělo rozhodovat ministerstvo, protože někdo to rozhodnout musí a někdo za to musí nést politickou odpovědnost. To, co navrhuje ministr Heger, prostor pro diskusi zúčastněných otevírá, ale úplně přesně ho nespecifikuje, což je sice škoda, ale nějak se začít musí.

Standardy fungují ve všech civilizovaných zemích a jsou základem udržitelnosti systému financování zdravotnictví. Česká samoobsluha ve formě all inclusive prostě nefunguje a fungovat nemůže.

Příplatek, který nám nevadí

Je nesporné, že pokud chceme kvalitní zdravotnictví, tak to bude něco stát. A je jasné, že to bude stát čím dál více. A platit budou muset pacienti. Zavedení standardu a nadstandardu je z tohoto pohledu naprosto zásadní záležitost a je na rozdíl třeba od poplatků v ordinacích i politicky průchodnější.

Lidé si totiž budou platit jen za něco navíc. A za to platit ochotni jsou. Alespoň to tak lze číst ve většině průzkumů veřejného mínění, které na toto téma v nedávné minulosti proběhly. Je tedy otázka, kolik na sabotování standardů může vydělat opozice politických bodů.

Zdroj: MF DNES, 5.5.2011

Budoucí obezita dítěte má počátek ještě před narozením, v břiše matky

Víte, co v těhotenství jíte? A víte, že právě vaše strava může změnit genetické nastavení plodu a nasměrovat ho k budoucí tloušťce? Kde se bere obezita? Dědíme ji, nebo se do ní projíme? Zdeděné dispozice a způsob života se na ní podílejí tak půl napůl, říkají již léta vědci. Revoluční pohled na věc nyní přináší zkoumání projevů genů. Prostředí, ve kterém žijeme, a životní styl, který vyznáváme, mohou totiž činnost našich genů změnit. A tyto takzvané epigenetické změny se mohou přenášet z generace na generaci. Jinými slovy: náš špatný životní styl a přejídání předurčuje k obezitě i naše děti a vnuky. Prokázal to výzkum vědců z britské Univerzity v Southamptonu.

Signály do dělohy

Dřívější pokusy na zvířatech ukázaly, že změny ve stravě mění funkci genů. Ale zatím se netušilo, jak se to týká člověka. Nová studie poprvé prokázala, že strava těhotné matky ovlivňuje DNA jejího dítěte v tom smyslu, že jeho tělo ukládá více, nebo méně tuků.

Na příkladu to popisuje jeden z autorů studie, profesor Mark Hanson: „Zárodek v těle matky, která žije v chudé zemědělské oblasti Indie, dostává skrze dělohu informace o skladbě stravy své matky. Kolik jí stačí k přežití. Buňky dítěte se na tuto situaci připraví, jeho tělo se domnívá, že po narození se dostane do stejné situace jako jeho matka. A pak se narodí, dospěje a přestěhuje doměsta, dostane kancelářskou práci, jezdí do ní autem - a kolem něj se vyskytuje neomezené množství jídla,“ vysvětluje Hanson. „Jak to může dopadnout?“ Stejně tak může své dítě „přenastavit“ matka, která nechce v těhotenství přibrat a dává plodu signály - na světě budeš mít hlad, ulož do zásoby, co můžeš. Ostatně, tento program v sobě máme zakódovaný od dávných předků, lovců a sběračů, kteří po pár tučných dnech dlouho hladověli a byli puzeni k tomu, aby ukládali tuk na horší časy. „Ale my žijeme ve světě přetékajícím jídlem a kaloriemi, kde stačí zvednout telefon a objednat si pizzu, kdykoli dostaneme hlad či chuť,“ připomíná Hanson.

Profesor Keith Godfrey, který studii vedl, potvrzuje: „Skutečně jsme



Hamánek®

KOJENECKÁ VÝŽIVA

BEZ PŘIDANÉHO CUKRU



BabySmoothies

BabySmoothies s demineralizovanou syrovátkou neobsahují žádný přidaný cukr.

Důvodem pro jejich sladounkou chuť je právě použitá syrovátka, která se po zbavení hořkých solí stává lahodně sladkou.

s jablky / s meruňkami / s lesními plody

DEMINERALIZOVANÁ
syrovátka

BEZ PŘIDANÉHO
CUKRU



HAPPYFRUIT

100% OVOCE

Díky 100% podílu sladších odrůd ovoce není do těchto kojeneckých výživ již přidáván ani gram cukru nebo sladidla.

s broskvemi a banány / s jahodami a meruňkou / s meruňkami a broskví / banán



Hamánek

Višně jsou neocenitelným pomocníkem při řešení problémů se zácpou. Díky sladším odrůdám ovoce nemusí být nápoj dále příslazován.

s višněmi

Svačinka

100% OVOCE

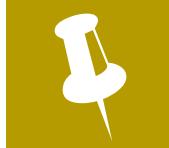
Hamánek Svačinka 100% ovoce v balení vhodném na cesty, výlety, hřiště, prostě tam, kde oceníte především lehkost a nerozbitnost.

se švestkami - 100% ovoce
s jablky a hruškami - 100% ovoce
s jablky a banány - 100% ovoce



www.hamaneck.cz

Hamé s.r.o., Na Drahách 814, 686 04 Kunovice,
tel: 572534111, e-mail: hamaneck@hame.cz



zjistili, že vývojové stadium před narozením má podstatný vliv na riziko obezity, nebo ještě lépe metabolického syndromu, který zahrnuje kromě tloušťky také vysoký tlak, vysokou hladinu cukru v krvi a vysoký cholesterol.“ A dodává: „Dnes je jasné, že prevence obezity dětí a budoucích generací se musí zaměřit primárně na zlepšení výživy žen v období těhotenství a na období vývoje dítěte již v děloze.“

Kouření i jídlo mění geny

Vědci si přímé ovlivňování genů dříve dokázali dobře představit u kouření: poškozuje dědičnou informaci (DNA) v našich buňkách, a ty se pak mohou zvrtnout a začít bujet. Člověk onemocní rakovinou plic. Ale nejen to: poznamenaná-li alkohol nebo kouření DNA ve spermiích, muž pak poškozené geny předá i svým synům a dcerám.

Vědci z Univerzity v Southamptonu však nyní prokázali, že dosud netušená souvislost funguje i u těhotných žen: živí-li se během těhotenství příliš kalorickou stravou bohatou na sacharidy, ovlivňují tím genetickou výbavu svých ještě nenarozených dětí. Změněná funkce genů, podle jejichž instrukcí pracují buňky těla, vede v pozdějším věku potomka k obezitě, prokázala studie zveřejněná v odborném časopise Diabetes.

Neblahý vliv přejídání

„Během těhotenství plod získává z matčina těla informace o vnějším světě, do kterého se teprve narodí,“ přibližuje spojení mezi matkou a dítětem profesor Hanson. „Její stavba těla, strava, životní styl, to všechno vypráví dítěti o světě, ve kterém žije. A tyto informace ovlivní způsob, jakým se pak projevují jeho geny. V tomto případě, jak silně (či slabě) se budou v těle dítěte projevovat geny pro obezitu.“ Profesor Keith Godfrey odebral se svým týmem třem stovkám těhotných žen pupečníkovou krev a hledal v ní znaky epigenetických změn DNA. Ukázalo se, že matky, jejichž strava obsahuje velké množství sacharidů, rodí děti s těmito znaky, a ty že silně předurčují jejich obezitu v pozdějším věku - konkrétně ve věku šesti a devíti let.

„Tyto změny vysvětlují rozdíl mezi otlými a hubenými dětmi ve věku šesti nebo devíti let až z pětadvaceti procent. To pro nás bylo obrovské překvapení,“ uvedl Godfrey na webových stránkách univerzity. Tento vliv se tedy projevoval daleko silněji než například porodní hmotnost dítěte. Nezávisel dokonce ani na tom, zda matka byla štíhlá, či při těle.

Změny vědci pozorovali na genu RXRA, který ovlivňuje příjem vitamínu A, a ten zase má zásadní vliv na to, jak buňky zpracovávají tuk.

Vyvážená strava boduje

Pandemie obezity se šíří. Již dávno se neomezuje jen na lidi v bohatých západních zemích, zasahuje celý svět. A není rozhodně způsobena jen geny nebo životním prostředím, soudí dnes vědci.

Podle profesora Godfreye možná jednou budou lékaři mít k dispozici jednoduchý test na epigenetickou analýzu, a tak ještě před narozením zjistí, jak bude dítě v pozdějším věku náchylné k obezitě a metabolickému syndromu.

Lze-li však změnit genetické nastavení k horšímu, je samozřejmě možný i opak. Svou vyváženou stravou a zdravým způsobem života můžeme naopak prospět sobě i budoucím potomkům.

Zdroj: MF DNES, 20.5.2011

Kávou proti rakovině prostaty

Muži, kteří pravidelně pijí kávu, jsou vystaveni menšímu riziku, že je postihne zhoubná forma rakoviny prostaty. Nezáleží přitom, zda jde o kávu s kofeinem nebo bez. Vyplývá to ze studie Harvardovy školy veřejného zdraví, zveřejněné tento týden v časopise Journal of the National Cancer Institute.

Rakovina prostaty je ve Spojených státech nejčastější formou rakoviny, s níž se během svého života potýká každý šestý muž. Faktory, které mají na vznik nemoci vliv, zatím odborníci přesně neznají.

Nyní se rozhodli zaměřit na kávu, protože obsahuje řadu látek, které působí jako antioxidanty, tlumí záněty a regulují inzulin. Dřívější studie ukázaly, že káva může příznivě ovlivňovat nemoci, jako je Parkinsonova choroba, cukrovka 2. typu, žlučnickové kameny, cirrhóza a rakovina jater.

Nová studie je založena na údajích více než 47 tisíc pacientů, kteří v letech 1986 až 2008 každé čtyři roky hlásili, jak jsou na tom s pitím kávy. Během studie se objevilo přes pět tisíc případů rakoviny prostaty, z nichž 642 skončilo smrtí. Ukázalo se, že muži, kteří pili nejvíce kávy – šest a více šálků denně –, trpěli obecně rakovinou prostaty o 20 procent méně.

Nejzhoubnějším typem nádorů trpěli dokonce o 60 procent méně ve srovnání s muži, kteří kávu nepijí. U mužů, kteří pili jeden až tři šálky kávy denně, se riziko zhoubné formy nemoci snížilo o 30 procent. Autoři upozorňují, že jejich závěr musí ověřit další studie, nejlépe na populacích v jiných zemích. A připomínají, že milovníci kávy často kouří a méně sportují, což jsou faktory, které mohou rakovinu prostaty naopak podporovat.

Zdroj: LN, 22. 5. 2011

Reforma?

Připlatíme si v nemocnici i za léky

Ministru zdravotnictví prošla ve středu v noci první část reformy. Slavít však nemůže. Jednak nový zákon, který reformní kroky zavádí, musí Sněmovna schválit ještě dvakrát a poslanci by ho rádi „upravili“. A hlavně: až druhá část reformy vysvětlí pacientům to nejdůležitější: co bude standardem a na co všechno si připlatí.

Pokud se nic nezmění a politici nebudou při dalších čteních ministru Leoši Hegerovi příliš zasahovat do novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, pak si od podzimu připlatíme za den pobytu v nemocnici. Co všechno nový zákon, jemuž se říká „malá zdravotní reforma“, změní v životě pacientů?

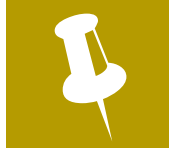
1. Poplatek za pobyt v nemocnici stoupne na stokorunu. To je zatím nejviditelnější část reformy. Místo 60 korun zaplatíme za den pobytu v nemocnici stovku. Poplatek se nezapočítává do limitu, takže i když někdo stráví v nemocnici půl roku, zdravotní pojišťovna mu peníze nevrátí.

Ministr tvrdí, že poplatek je podle jeho studií pro pacienty únosný. Lidé však nemohou počítat s tím, že by se díky vyšší platbě dočkali třeba lepšího jídla v nemocnici.

„Navýšení peněz z poplatků za hospitalizaci půjde do rozpočtu nemocnice a s největší pravděpodobností tyto peníze využijeme na zvýšení mezd lékařů, na které nám chybí peníze,“ shodla se šéfová Asociace nemocnic Jaroslava Kunová, která zastupuje všechny velké nemocnice, s Eduardem Sohlichem, předsedou Asociace českých a moravských nemocnic, které sdružují menší zařízení.

2. Bude možné si legálně připlatit za nadstandard. Nejpodstatnější věcí, kterou novela zavádí, je průlomová novinka: vůbec poprvé bude možné si u nás legálně připlatit za lepší péči a lepší materiál a nebude nutné dávat lékařům falešné sponzorské dary.

Problém je, že zatím ani ministerstvo samo neví, za co všechno bychom si mohli připlácet. Novela zákona totiž říká pouze toto: „Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem... a její poskytnutí je v souladu



s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění (dále jen základní varianta).“

Co to je ta „základní varianta péče“, na kterou by měl nárok každý pacient, to zatím nikdo neřekl. Ministerstvo chce podle Hegera vybrat z pojišťovnou hrazené péče dvojice výkonů, které jsou stejné, ale ten dražší má v sobě prvek luxusu. Jako příklad uvádí kvalitnější čočku. Ta standardní, hrazená pojišťovnou, přijde na pět tisíc, existují ale i čočky za deset tisíc, s antireflexními vrstvami na lepší vidění v noci. Už obligátním příkladem je kvalitnější endoprotéza a obvazový materiál, třeba sádra. O moc více toho zatím ministr zdravotnictví Leoš Heger ani včera vyjmenovat neuměl.

„To je jádro našeho sporu s opozicí, která si představuje, že vezmeme třetinu výkonů a uvrhneme na ně spoluplatbu. Tak to není,“ ubezpečuje Heger. Podle něj, teprve až zákon projde, budou odborné lékařské společnosti hledat ve svých oborech, co by mohlo být nadstandardem.

3. „Pokuta“ dvě stě korun za návštěvu lékaře-specialisty To byl návrh, který chtěl ministr prosadit – poplatek 200 korun za návštěvu ambulantního specialisty bez doporučení praktika. Nakonec se v zákoně nápad neocitl, pro koaliční partnery je příliš kontroverzní, takže ministr od něj nyní pomalu ustupuje. „Do tří neděl bych měl mít definitivně jasno, zda návrh ještě budeme předkládat,“ říká ministr. Stejně tak ze zákona vypadl návrh, aby lidé už neplatili za každý lék na receptu, ale jen za recept. Tady naopak mohli pacienti ušetřit 30 korun.

4. Podpůrné léky si nově zaplatíme sami Léky, které Státní ústav pro kontrolu léčiv označuje jako podpůrné, si budeme hradit sami. Jde asi o třicet léků, které například pomáhají lepšímu prokrvení nohou. Tyto léky se také nezapočítávají do ochranného ročního limitu.

5. Volná ruka ke slučování zdravotních pojišťoven Novinkou je i to, že se tisícům lidí změní zdravotní pojišťovna. Díky reformě dojde ke sloučení dvou velkých pojišťoven – ministerstva vnitra a Vojenské zdravotní pojišťovny. A novela dává volnou ruku ke slučování i ostatním pojišťovnám.

Zdroj: MF DNES, 5.5.2011

Pacient si připlatí, ale dostane "výpis léčby"

České zdravotnictví konečně přestane být „zadarmo“. Dvě větší koaliční strany se ve středu pozdě večer shodly na hlavní části zdravotnické reformy. Jejich dohoda otevírá po letech možnost, aby si pacienti připláceli za nadstandardní péči. S většinou bodů souhlasí i Věci veřejné.

Koalice prosazuje, aby politici každoročně stanovili, o kolik procent se zvýší spoluúčast pacientů (o kolik musí zdravotnictví zdražit). Následně pak 83 odborných lékařských společností rozhodne, která léčba bude nově za peníze.

Členové koaliční devítky ve středu upravili zákon o všeobecném zdravotním pojištění, díky kterému má zdravotnictví v příštím roce uspořít deset miliard korun.

Obsahuje 17 konkrétních opatření, například zrušení přebytečných lůžek v nemocnicích nebo aukce, které zlevní léky. Pojišťovny budou moci snadněji určit, kolik doktorů chtějí ve které oblasti, aby byla síť efektivní.

„Pokročili jsme, protože ministr Leoš Heger už nebojuje sám proti všem. Premiér a ODS podpořili jeho nápady,“ shrnul přínos středeční schůzky jeden z ministrových spolupracovníků.

Návrh zákona také stanoví, že každý pacient bude jednou ročně do-

stávat jakýsi „výpis z účtu“ za zdravotnickou péči. Z něj by měl vyčíst, zda si na něj lékaři náhodou nepiší nějaké výkony načerno, aby si přilepšili. „Každý zjistí, kolik jeho zdraví stálo. V Česku třeba vykážou zubaři pojišťovnám šest a půl milionu plomb. Mám podezření, že ne všechny ty plomby byly vykázány oprávněně,“ říká vyjednavací za TOP 09 Petr Gazdík.

Nejmenší koaliční strana Věci veřejné nechce, aby si lidé připláceli u zubaře (platili i za obyčejnou plombu). „Černá plomba je podle mě standard,“ vyjádřil se zdravotnický expert a poslanec VV Jiří Štětina. Na protest nevybereme poplatek

Optimismus koaličních politiků včera odpoledne trochu zkazila Česká lékařská komora a odboráři. Na protest proti Hegrovým reformám chtějí protestovat, protože podle nich příliš posilují pojišťovny. Společně sepsali prohlášení „Sebeobrana lékařů“.

Doktoři například hrozí, že přestanou vybírat regulační poplatky, pokud se stanou příjmem pojišťoven. Samozřejmě se jim nelíbí ani konkurenční výhoda pro pojišťovny, které by nově například mohly otevírat vlastní ordinace. Prezident lékařské komory Milan Kubek zatím neupřesnil, jestli budou lékaři stávkovat nebo chystat jiné nátlakové akce. Nejprve se chce setkat s ministrem.

„Kolegové by se měli konečně chovat vstřícně. To, co chtěli, dostali, když hrozili hromadným odchodem,“ komentoval protest doktorů politik VV Štětina. Dnes bude reformu rozebírat zdravotnický výbor Sněmovny.

Zdroj: MF DNES, 27.5.2011

VZP dohnala sestry ke krachu

Skoro šest stovek pacientů se rozhodlo opustit špitál, přestože nejsou úplně fit. Začali se léčit doma s pomocí zdravotních sester, které za nimi i několikrát denně dojíždějí.

Cvičí s nimi, převazují jim rány, podávají léky. Je to levnější. Všechny těchto šest set pacientů se na začátku června dostalo do úzkých. Najednou o ně neměl kdo pečovat.

A to jen proto, že se dostala do sporu jejich pojišťovna (VZP) se zdravotními sestrami společnosti HomeCare Services & Supplies. Tato společnost, jež se třeba v Královéhradeckém kraji starala o tři čtvrtiny všech domácích pacientů, totiž musela výrazně omezit činnost. Všeobecná zdravotní pojišťovna jí už rok odmítá za své pojištěnce platit. Škody narostly do značných rozměrů – přes 70 milionů, což už nemohlo zdravotnické zařízení unést.

Důvod? VZP loni náhle společností vypověděla všechny smlouvy, přestože platily až do konce roku 2015.

HomeCare si na výpovědi stěžovalo ve správní radě pojišťovny, na ministerstvu zdravotnictví i financí, ale marně.

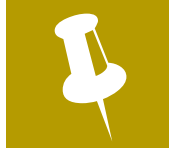
Pomohl až Krajský soud v Jihlavě, na nějž se zdravotníci obrátili a který výpověď zrušil. „Důvody pro výpověď jsou uvedeny jen obecně,“ napsala do rozsudku jihlavská soudkyně Eva Bastlová. Případem se budou zabývat i další krajské soudy, na něž se zařízení obrátilo.

Pojišťovna ani dnes nedokáže odpovědět, proč výpovědi podala. „Soustavné porušování povinností vyplývajících z uzavřených smluv,“ opakuje dokola mluvčí pojišťovny Jiří Rod.

Na jakékoli další otázky odpovědět odmítá a dodává, že soudy ještě nejsou u konce. Majitel zařízení Petr Jenka se domnívá, že celá záležitost vznikla tím, že odmítl na jedné své pobočce podepsat dodatek smlouvy, s nímž za ním přišel krajský manažer VZP.

Dodatek totiž zcela neodůvodněně snižoval objem péče zařízení na čtvrtinu. Od té doby je prý HomeCare s VZP na nože.

Doplatili na to pacienti. „Byla jsem velmi spokojená, dva roky



ke mně chodila jedna sestřička. Měla jsem k ní důvěru, byly jsme už přítelkyně. Třikrát týdně se mnou cvičila.

Mám roztroušenou sklerózu. Teď ke mně chodí někdo z charity,“ stěžuje si Helena Vincourová z Roztok. „Péče o pojištěnce byla včas a řádně zajištěna. Nezaznamenali jsme žádnou stížnost,“ tvrdí Rod. Podle informací MF DNES si čtvrtina ze zmiňovaných šesti set pacientů raději platí péči, na niž mají zdarma nárok, ze svého. HomeCare nyní pečuje pouze o pacienty ostatních pojišťoven, propustila desítky lidí, uvažuje o prodeji majetku. „Chtěla jsem pomáhat lidem doma a teď nemám práci,“ říká zdravotní sestra Martina Žitná.

„Budoval jsem to čtrnáct let, a najednou má být konec? Nejhorší je, že se to může stát komukoli dalšímu. Stačí se znelíbit VZP,“ říká Jenka. Jeho případ ukazuje, že rozhodnutí VZP nikdo nekontroluje. Pojišťovna s 6,5 miliony pojištěnců tak má ohromnou moc. Ordinance se bojí sporů, aby nepřišly o smlouvu. Odvolat se na vyšší místa nelze.

Třeba na ministerstvu financí se všem pojišťovnám věnuje pět pracovníků. Ministerstvo zdravotnictví se se stížnostmi firmy HomeCare vypořádalo prohlášením, že jde o tvrzení proti tvrzení.

Stížnosti a kontrolu by měl zajistit Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Jenže ten dosud nevznikl.

A v době hospodářské krize ani nevznikne.

Zdroj: MF Dnes, 18.6.2011

V ČR ubývá lékařů primární péče a akutních lůžek v nemocnicích

V Česku dlouhodobě ubývá lékařů primární péče a klesají počty akutních lůžek v nemocnicích, přibývá lékáren a stoupá počet lůžek na odděleních následné ošetrovatelské péče v nemocnicích i lůžek pro sociální pobytové služby. Celkově jsou struktura a zajištění sítě stabilizované, informují statistici na svém webu. Většina zdravotnictví je v soukromých rukou. Měřeno úvazky lékařů byla loni například ambulantní péče již z více než 81 procent poskytována v zařízeních soukromých.

V ČR bylo 28.068 zdravotnických zařízení, z nich 226 státních a 27.842 nestátních, z nich 152 zřizoval kraj, 170 město či obec a 27.520 fyzická osoba, církev nebo jiná právnická osoba.

Ve všech zařízeních pracovalo téměř 45.650 lékařů, z nich 18.948 v nemocnicích, 10.159 u lůžka a 8789 v ambulancích nemocnic. V samostatných ambulancích pracovalo 23.710 lékařů. Zdravotníků nelékařů bylo 107.200. V průměru připadalo na jednoho lékaře 231 obyvatel.

Ve státních zařízeních pracovala pětina všech lékařů a více než čtvrtina sester, lůžka v nemocnicích představovala 30 procent celku. V krajských zařízeních pracovalo osm procent lékařů a 11,5 procenta sester. Kraje spravovaly 58 lůžkových zařízení, to je 11 procent lůžek. Soukromá zařízení vlastnila 54 procent lůžek a pracovalo v nich téměř 70 procent lékařů a 58 procent sester a dalšího personálu.

Loni pracovalo v ambulantní péči 71,5 procenta všech lékařů, tedy 32.646, a 51 procent všech sester a dalšího středního zdravotnického personálu, to je 54.558. Na jednoho ambulantního lékaře připadalo 323 obyvatel.

Dostupnost primární péče pro dospělé a děti a dorost byla v krajích relativně vyrovnaná. Zajištění gynekologické a zejména stomatologické primární péče se ale mezikrajově dlouhodobě liší: na jednoho praktika pro děti, dorost i dospělé připadalo loni v průměru 1420 obyvatel, nejvíce ve Středočeském kraji, 1681, nejméně v Praze, 1231.

Na praktického pediatra připadalo v průměru 991 osob do 18 let, na praktika pro dospělé 1591 osob starších 18 let. Na praktického zubního lékaře připadalo v průměru 1654 obyvatel, nejvíce v kraji Středočeském, 2357 lidí, nejméně v Praze, 1059 lidí. Na praktického gynekologa připadalo v průměru 3844 žen, nejvíce v kraji Pardubickém, 5349, nejméně v Praze, 2342.

V lůžkové péči kromě lánů pracovalo 11.354 lékařů a 41.538 sester. Na 10.000 obyvatel připadalo v průměru 79,7 lůžka, z toho v nemocnicích 59,1 a v odborných léčebných ústavech 20,7.

Celkem bylo v ČR loni 189 nemocnic s 62.219 lůžky, z nich 52.590 akutních, 2231 novorozeneckých a 7398 ošetrovatelské následné péče. Počet akutních lůžek proti roku předchozímu klesl o 2,1 procenta, lůžek následné ošetrovatelské péče o 4,3 procenta přibývalo. Odpovídá to reformní koncepci zrušit v příštích třech letech zhruba 6200 akutních lůžek, z nich polovinu přeměnit na lůžka následné a dlouhodobé péče.

Nárůst počtu lůžek zaznamenali statistici v léčebnách dlouhodobě nemocných, o 113, a v ostatních odborných léčebných ústavech pro dospělé, o 103. Loni 79 zařízení ústavní péče poskytovalo sociální pobytové služby na 1438 lůžkách, proti roku předchozímu stouply počty lůžek o 20 procent. V ČR bylo 15 hospiců a dalších zařízení pro paliativní pacienty, tedy ty, kterým je poskytována úlevná péče, s celkovou kapacitou 398 lůžek.

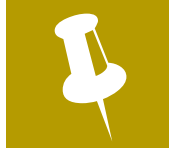
Lékáren bylo 2629, výdejen zdravotnických prostředků 240. Na lékárně připadalo 4006 obyvatel. Síť lékáren není rovnoměrná, výrazně hustější je ve velkých městech.

Síť zdravotnických zařízení 2009 a 2010 - výběr

	počet 2009	počet 2010	lůžka 2009	lůžka 2010
fakultní nemocnice	11	11	15.868	15.725
nemocnice	152	148	44.766	43.977
nemocnice následné péče	28	30	2358	2517
nemocnice celkem	191	189	62.992	62.219
LDN	69	70	7000	7113
hospic	15	15	398	398
ordinace praktika pro dospělé	4432	4396		
ordinace praktického pediatra	2033	2028		
ordinace zubní	5416	5453		
ordinace gynekologa	1190	1202		
ordinace specialisty	6753	6806		
samostatné ambulance celkem	24.236	24.295		
lékárny	2592	2629		
celkem zařízení	27.959	28.068	111.201	110.415

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky

Zdroj: ČTK, 20.7.2011

**Bolelo to? Žaluj lékaře, velí právnícký trend**

Víte, co znamená sto právníků na dně moře? Šťastný den pro Ameriku.

Tak takové vtipy si za chvíli budeme vyprávět u nás taky. Hlavně šéfové nemocnic a soukromí lékaři, jimž prohrané spory s pacienty dramaticky zvyšují ceny pojistek. Během posledních deseti let se jejich ceny zvýšily o řád.

A bude hůř. Právníci se houfně učí rozumět medicínskému právu. V jednom rádiu běží už půlku léta reklama: pražská právní kancelář hledá právníky, kteří rozumějí zdravotnictví... Je to totiž nový zlatý důl. Počty právníků, kteří chtějí hájit práva pacientů a nejen ta, rostou natolik, že dokonce vznikne nová škola.

„Na dříve vylištěných seminářích zdravotnického práva, kde kdysi sedělo dvacet studentů, je najednou přeplněno a chybí volné kapacity,“ přikyvuje Petr Šustek, specialista na zdravotnické právo, který předmět vyučuje na Právnické fakultě Univerzity Karlovy.

A až od roku 2013 začne platit nový občanský zákoník a bude možné vysoudit daleko vyšší částky odškodného než dnes, kdy sumy stanovuje zákonná tabulka, bude zájem o zdravotnickou specializaci ještě větší.

„Ten boom zájmu je skutečně obrovský. Nahrává tomu i fakt, že současné ani budoucí zákony moc nechrání lékaře, takže pacienti budou mít stále vyšší šanci vysoudit peníze,“ říká Jolana Těšinová, další zdravotnická právnička, která obor vyučuje na lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Podle ní se dříve jen specializací na medicínské právo nedalo uživit. Dnes už ta doba přišla. „Vím o kanceláři, která dělá jen zdravotnictví, je to obří továrna zásobovaná dalšími a dalšími žalobami pacientů a užívá se velmi slušně,“ říká Jolana Těšinová.

Ostatně i soudci jsou čím dál ochotnější přiklepnout pacientům vyšší odškodné. A lidé se už nebojí s lékaři soudit. „Ještě před třemi lety bylo nemyslitelné, aby pacient žaloval lékaře za to, že mu smrt blízkého způsobila psychickou újmu. Dnes už to lidé dělají bez zábran,“ říká právnička Těšinová.

Medicínské právo na nové škole

A právě ona se rozhodla založit novou školu – akademii medicínského práva. „Je po tom obrovská poptávka jak ze strany právníků samotných, tak od nemocnic či zdravotních pojišťoven,“ popisuje. Akademii by měla vzniknout po prázdninách a Jolana Těšinová celý projekt představí na podzimním kongresu medicínského práva. Na ten mimochodem ještě před dvěma lety pořadatelé obesílali 58 právníků s nálepkou „zdravotnické právo“, dnes už jsou takových, alespoň podle internetu, stovky. Příliš se však jejich odbornosti věřit nedá. „Těch, kdo oboru skutečně rozumí, je ve skutečnosti stále jen několik,“ říká Těšinová.

Právní kanceláře se proto začínají specializovat – jedna na léky, další na pojišťovenské právo, třetí na ochranu lékařů... Budou tak za chvíli před každou nemocnicí stát právníci s balíčkem vizitek a lovit pacienty? „Vývoj k tomu směřuje,“ míní Těšinová.

FAKTA:**Nevyšší odškodné v medicínských sporech:**

- 16 milionů korun vysoudila rodina za to, že jejich čtyřleté dítě odešlo z nemocnice s nevratně poškozeným mozkem.
- 18 milionů korun získala žena, která ochrnula po běžném vyšetření.
- Dvě žaloby o dosud rekordní odškodné stále běží: pacienti žádají v jednom případě 25 milionů korun, ve druhém 36 milionů korun.
- Ještě před pěti lety se přiznaná odškodnění pohybovala o řád níž.

Zdroj: MFD, 4.8.2011

I N Z E R C E

V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod.

Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA. Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.

Hledám lékaře do ordinace PLDD na zástup

Hledám lékaře do ordinace PLDD v Praze 8, zástup za MD, od 5/2011.

MUDr. Klára Otáhalová, Střelnická 1284, Praha 8, tel.: 604 118 416

• Ev. č.: 211-03-11

Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou praxi PLDD v Praze 10, nástup asistenta možný ihned.

Tel.: +420 739 655 983 • Ev. č.: 212-03-11

Přenechám zavedenou praxi

Přenechám velmi dobře zavedenou praxi PLDD v centru Brna - ze zdravotních důvodů. Informace na tel.: 737 507 466 • Ev. č.: 213-04-11

Hledám zástup do pediatrické praxe

PLDD hledá do zavedené pediatrické praxe v pronajatých prostorách v centru Českých Budějovic zástup na 1-2 dny v týdnu, s možností následného převzetí praxe. Kontakt: 602 834 457 • Ev. č.: 214-04-11

PLDD hledá zástup

Praktická lékařka pro děti a dorost hledá zástup na 1 - 2 dny v týdnu do zavedené praxe v Praze 10. Nástup možný ihned. Pozdější převod praxe možný. Tel.: 602 230 697. • Ev. č.: 216-05-11

PLDD hledá zástup

Hledám zástup na 2 týdny v měsíci září, říjnu nejlépe od 10.9. do ordinace PLDD v Doksech na Máchově jezeře. Nabízím ubytování a nadstandartní plat, podmínky, turistika, cyklistika, houbaření. Telefon: 487 883 924 dopoledne, nebo e-mail: blanka.spalkova@seznam.cz. • Ev. č.: 217-05-11

Pronajmu ordinaci

Pronajmu pěknou ordinaci s příslušenstvím (cca 50 m²) v menším zdravotnickém zařízení v Praze 4 - sídliště Lhotka. Tel.: 604 133 417 • Ev. č.: 218-06-11

Prodám zavedenou praxi

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v blízkosti Českých Budějovic. Bližší informace na tel.: 604 318 717 • Ev. č.: 219-06-11

Koupím praxi PLDD

Koupím praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Praze, nejraději Praha 5, 6, není podmínkou. Michal Weinreb, tel.: 602 708 315 • Ev. č.: 220-06-11

Prodám zavedenou praxi PLDD

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Králíkách, okr. Ústí nad Orlicí. Bližší informace na tel.: 721 018 160 • Ev. č.: 221-07-11

Autodidaktický test 7/2011

ENDOKRINOLOGIE

1. Za poslední čtvrtstoletí se ztrojnásobil počet obézních dětí. Při léčbě dětské obezity se využívá kombinace dietoterapie, fyzioterapie a kognitivně behaviorální terapie. Prostá redukce hmotnosti u dětí není vhodným parametrem k hodnocení úspěšnosti terapie, protože nebere v potaz dynamiku dětského růstu. Za úspěšnou dlouhodobou léčbu dětské obezity proto považujeme:

- a) hmotnostní přírůstek 0,1-0,5 kg na 1 cm nárůstu výšky
- b) hmotnostní přírůstek 0,5-0,9 kg na 1 cm nárůstu výšky
- c) hmotnostní přírůstek 1,0-1,4 kg na 1 cm nárůstu výšky
- d) hmotnostní přírůstek 1,5-1,9 kg na 1 cm nárůstu výšky

2. Objevení se časných klinických příznaků diabetes mellitus 1. typu (T1DM) u batolat a dětí předškolního věku je ovlivněna délkou prediabetického klinicky němého období způsobeného protichůdnými etiopatogenetickými mechanismy (velmi vysoká citlivost k inzulinu vs. agresivita autoimunní insulitidy). Při podezření na T1DM:

- a) odebereme krev na glykemii a počkáme na výsledek do druhého dne
- b) odebereme moč po lačnění a vyšetříme na glykosurii, při negativním nálezu redukcí látek je vyloučen diabetes mellitus a není třeba dále stanovovat glykemii
- c) odebereme krev na glykemii buď přímo v ordinaci pomocí glukometru nebo odešleme statim ke stanovení glykemie do laboratoře, abychom měli výsledek k dispozici během několika hodin.

3. Ledvinový práh pro objevení se glykosurie je přibližně při glykemii:

- a) 5 mmol/l
- b) 7 mmol/l
- c) 10 mmol/l
- d) 13 mmol/l

4. Pokud nalezneme v ranní moči pacienta glukozu (redukcí látky)

- a) doplníme vyšetření glykemie na lačno a pokud je v referenčních mezích, nemůže se jednat o diabetes mellitus
- b) doplníme vyšetření glykemie na lačno a pokud je nad referenční rozmezí, pravděpodobně se jedná o diabetes mellitus
- c) zopakujeme znovu vyšetření z čerstvé moči a pokud je nález redukcí látek negativní, nemůže jít o diabetes mellitus
- d) zopakujeme znovu vyšetření z čerstvé moči a pokud je nález redukcí látek pozitivní, je pacient indikován na léčbu insulinem
- e) zopakujeme znovu vyšetření z čerstvé moči a pokud je nález redukcí látek negativní, není stále vyloučeno, že se nemůže jednat o diabetes mellitus

Johnson and Johnson - krém proti opruzeninám

Nutricia - Nutrilon