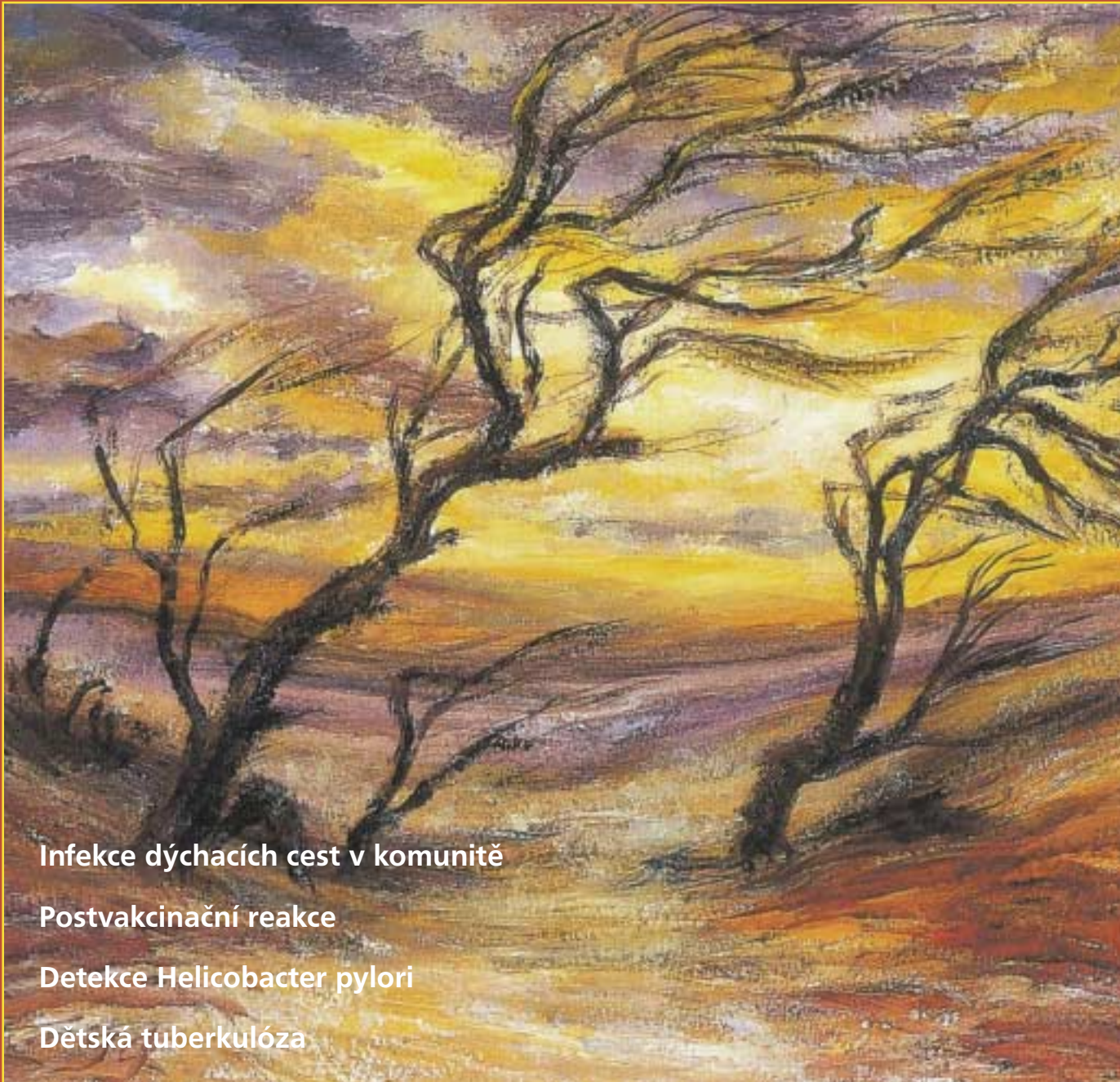


listopad 2002 ■ číslo 9 ■ ročník 2

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů

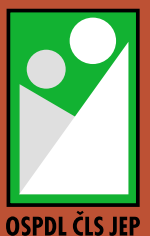


Infekce dýchacích cest v komunitě

Postvakcinační reakce

Detekce *Helicobacter pylori*

Dětská tuberkulóza



tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství

MEDIX

Adresa vydavatelství:
Branická 141, 147 00 Praha 4
tel./fax: 244 462 959
e-mail: vox@imedix.cz

Časopis garantován
Sdružením praktických lékařů
pro děti a dorost ČR
zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem
ve spolupráci s Odbornou společností
praktických dětských lékařů ČLS JEP
zastoupené MUDr. Hanou Cabrnchovou.

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer
MUDr. Jiřina Dvořáková
MUDr. Jiří Liška, CSc.
MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10
sekretariát - tel.: 267 184 065, fax: 267 184 050
redakce VOX - tel.: 267 184 065, 267 184 047
e-mail: centrum@detskykylekar.cz

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

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.
Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Veronika Drahovzalová
U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10
tel.: 267 184 065, mobil: 602 873 761
e-mail: centrum@detskykylekar.cz
e-mail: veronika.drahovzalova@detskykylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc říjen	5
Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů	6
Daňové aspekty „povodňových“ darů mezi lékaři	6
VZP opět v akci - signální kód	7
Předepisování léků s omezením „L“ a „P“ lze delegovat	8
Jak se dále rozvíjí projekt IZIP	9
PLDD - srovnání s Evropou a USA	9
Termínový kalendář aktivit pro rok 2003	11
Předsjezdová diskuse na webu ČLK	12



Zápis z jednání OSPDL ČLS JEP a IPVZ	13
Zápis z jednání OSPDL ČLS JEP	13
Doc. MUDr. V. Marešová, CSc. Infekce dýchacích cest v komunitě	14
MUDr. J. Škovránková Postvakcinační reakce	20
Vyhláška MZ ČR o dispenzární péči...	příloha

H. Zdráhalová Helicobacter pylori	21
--------------------------------------	----

Prof. MUDr. K. Křepela, CSc. Dětská tuberkulóza a BCG vakcinace	24
--	----

Doc. MUDr. V. Vávrová, DrSc. a kol. Cystická fibróza na počátku 21. století	26
--	----

MUDr. I. Vokálová Systémová enzymoterapie - kazuistika	29
---	----

Očkování proti poliomyelitidě	31
-------------------------------	----

Prof. MUDr. O. Hníková, CSc. Význam trvalého správného jodového zásobení	32
---	----



Aktuality	34
-----------	----

Řádková inzerce	38
-----------------	----



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrázek na titulní straně namaloval ústy Thomas Kahlau



Vážené kolegyně a kolegové,

v posledních dnech dostáváte z okresních poboček VZP laskavou informaci o tom, že v případě Vašeho zájmu si můžete nasmlouvat od 1.10. kód VZP 012000 návštěva pacienta u registrujícího praktického lékaře.

Pokud pomínu skutečnost, že tato „aktivita“ našeho smluvního partnera je bez vědomí SPLDD ČR a pomínu-li skutečnost, že se objevil náhle dostatek finančních prostředků na úhradu tohoto kódu (na rozdíl od CRP), považuji osobně tuto snahu zjistit „průchodnost“ našich ordinací za popření veškerých předchozích argumentací, které vedly ke změně úhradového systému pro praktické lékaře od čistě výkonového systému směrem ke kombinované kapitaci, na jejíž přípravě se většina z Vás podílela. V posledním období jsme svědky celospolečenského fenoménu, který vychází z faktu, že je podstatně pracnější a namáhavější něco systémově vytvářet a následně kultivovat, než již fungující systém podrobit kritice a následně destruovat. I když připustím argumentaci VZP, že tento kód má „napomoci“ obhájit kapitaci před snahami „kohosi“ o její zrušení, myslím si, že je tomu přesně naopak.

Pro některé neschopné úředníky státní i jiné správy je podstatně jednodušší od stolu řídit a administrativně kontrolovat či sankcionovat, než aktivně přispívat k systémové změně úhrad těch poskytovatelů, kteří se podílejí až 70% na čerpání prostředků z veřejného zdravotního pojištění a ještě upadají do dluhů.

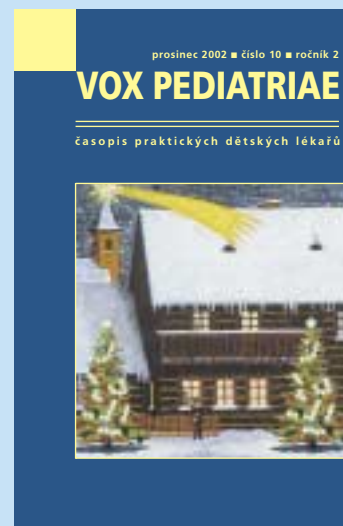
Pokud si dám do kontextu tuto konkrétní situaci s vládou schváleným „Dlouhodobým programem zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva“, je jasná snaha stávající vládní garnitury a jejich úředníků všemi možnými způsoby získat finanční prostředky k obcházení chronického problému. A tím je rozpor mezi objemem čerpané zdravotní péče a finančními prostředky na něj vyčleněné z veřejného zdravotního pojištění. Vysoká zadluženost státních nemocnic, současný hypersolidární systém zdravotního pojištění, plánovitá diskriminace zdravě žijících občanů vůči těm, kteří hazardují se svým zdravím jasně signalizují politiku, že stát je ten, jehož dohled a odpovědnost za zdraví člověka a ekonomiku i v soukromém sektoru je nezbytný. I když v každém ohledu je nutno připustit vývoj, domnívám se, že pokud nebude „podepřen“ dostatkem finančních prostředků k zajištění materiálních a lidských zdrojů potřebných k jeho realizaci, bude zřejmě nutné k jeho uskutečnění sestrojít „sociálně-ekonomické perpetuum mobile“.

Jenom pevně věřím, že bonifikační kód VZP 012000 s hodnotou 5 bodů není první součástíou do toho perpetua.

MUDr. Milan Kudyn
1. místopředseda SPLDD ČR

**Problematika dětské gynekologie
v ordinaci PLDD**

**Podpora duševního zdraví
dítěte raného věku**



seznam inzerujících firem

**AVENTIS PASTEUR
HEINZ
LÉČIVA
NUTRICIA
ORION DIAGNOSTICA
NADACE T. MAXOVÉ**

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

Úterý 10,00 - 17,00

Středa 10,00 - 17,00

Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla

zastihnete v těchto hodinách:

Úterý

14,00 - 16,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

Středa

10,00 - 12,00 - MUDr. Hana Cabrnová

13,00 - 17,00 - MUDr. Milan Kudyn

16,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc říjen

MUDr. Pavel Neugebauer

Říjen byl měsícem, kdy bylo naše Sdružení postaveno před rozhodující boj za přežití, resp. existenci odbornosti praktický lékař pro děti a dorost. Již v minulém čísle našeho časopisu jsme vás seznámili s návrhem zákona o odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře. Tento návrh totiž zcela „pozapomněl“ na existenci naší odbornosti a tím by mohl zásadním způsobem změnit organizaci poskytování zdravotní péče dětem a dorostu v naší zemi. Stáli jsme a stále ještě stojíme před problémem, jak dostatečně důrazně a přitom citlivě vyřešit vniklou situaci, neboť zde bylo cca 2200 lékařů vystaveno existenční nejistotě. Byli jsme proto nuceni připravit řadu podkladových materiálů zdůvodňujících oprávněnost současného systému a vydat se do boje s představou, že naše koncepce plně nezapadá do představ Evropské unie. Nyní je předčasné hodnotit, zda byly všechny podniknuté kroky dostatečné, věřím však, že po naší konferenci 16.11. v Praze Vám dáme uspokojivější informace.

8.10. – opět se schází pracovní skupina „financování ve zdravotnictví“ Českého zdravotnického fóra, platformy, o které jsme Vás na stránkách našeho časopisu již informovali, postupně vzniká zajímavý materiál, jehož uplatnění je však stále otázkou, pravdou však je, že jednání tohoto fóra se účastní čím dál více politiků, výstupy by měly být prezentovány začátkem prosince, kdy se je chystáme zveřejnit i my

10.10. – v Kladně je zdravotní pojišťovně Metal – Alliance předán certifikát kvality, první ocenění zdravotní pojišťovny v tomto směru, zda půjdou zdravotní pojišťovny tímto směrem se však teprve ukáže, i když jsou jistě pojišťovny, u kterých si toto ocenění v současné době nedovedu představit

12.10. – na společném jednání se schází širší vedení organizací zastoupených v Koalici ambulantních zařízení, aby řešily základní otázku, jak dál v činnosti tohoto uskupení, stručný záznam tohoto jednání otiskujeme na jiném místě

16.10. – Na Perštýně se schází účastníci závěrečného dne dohodovacího jednání o cenách zdravotní péče na 1.pololetí 2003, jako již tradičně účastníci potvrdili závěrečný protokol, ve kterém je konstatováno, že všechny složky poskytovatelů zdravotní péče, krom segmentu nemocnic, se byli schopni na cenách za zdravotní péči dohodnout, vzhledem k neustále se opakujícímu problému v segmentu nemocnic bylo schváleno, že zástupci tohoto řízení vyšlou delegaci k ministryni zdravotnictví za účelem důrazného upozornění na tento fakt, především z důvodu předejití možného nesystémového kroku, který by v systému veřejného zdravotního pojištění mohl způsobit další eskalaci platební neschopnosti zdravotních pojišťoven; pro nás zůstává důležitý fakt, že pro náš segment zůstává v platnosti uzavřená dohoda ve znění, v jakém jsme ji již publikovali

17.-18.10. – probíhá v Praze kongres na téma Telematika ve zdravotnictví, vespolek státy Evropy

zde prezentovaly různé používané systémy informačních technologií používaných ve zdravotnictví, pro nás může být důležité, že se v tomto prostředí neztratil ani projekt iZIP, který vyvolal u zahraničních účastníků značný ohlas, celou diskusi kolem iZIPu bych charakterizoval asi takto – „jak to, že jsme na to nepřišli my, není možné, aby něco takového vzniklo právě u vás“

21.10. – na VZP probíhá další kolo jednání nad bonifikačním systémem, zdá se, že vzniká nová metodologie, kdy bonifikace bude vyplácena měsíčně a pro výpočet bude zohledněno několik sledovaných období, což by minimalizovalo možné výkyvy v jednotlivých sledovaných pololetích; zdá se, že se jedná o krok kupředu, nicméně jednání nad touto problematikou nebyla zatím dokončena; dále se hledají cesty, jak naplnit kategorii „dobré praxe“, nejdříve by mohla být začleněna určitou formou dispenzarizace, i proto Vám v tomto čísle předkládáme text příslušné vyhlášky

24.-26.10. – naši zástupci se účastní mezinárodního kongresu SEPA, organizace sdružující zástupce ambulantní pediatrie v Evropě, o získaných poznatcích budeme informovat v našem časopise

30.10. – na ministerstvu zdravotnictví se schází pracovní skupina zástupců organizací zastupujících lékaře poskytujících zdravotní péči dětem a dorostu v naší republice, nejpodstatnější skutečností je fakt, že tato pracovní skupina byla povýšena na pracovní komisi se statutem poradního orgánu ministryně zdravotnictví pro péči o dítě a dorost; výstupy z jednání této pracovní skupiny budeme průběžně zveřejňovat na stránkách našeho časopisu a na našich webových stránkách průběžně, téměř každou středu se schází Výkonný výbor Sdružení, aby řešil aktuální problematiku, neboť nakupení různých problémů a nutnost kontinuálního řešení si vyžádala již prakticky nepřetržitou ostražitost a nutnost připravenosti všech členů Výboru reagovat na probíhající události a jednání.

Informace pro účastníky CRP studie

Po zjištění nedostatků v uzavíraných dodatcích mezi účastníky této studie a VZP ČR, se uskutečnila jednání mezi OSPDL a VZP ČR. Jejich závěrem je, že účastníci studie urychleně obdrží opravené dodatky k této smlouvě na základě kterých bude možné:

- Průběžné proplácení výkonů CRP po předání faktury a průvodního seznamu.
- Lékaři obdrží disketu s přehlednou tabulkou ve které bude určeno, co je nutné k seznamu provedených vyšetření doplnit. Domluveno bylo pořadové číslo vyšetření, rodné číslo pacienta, datum vyšetření, diagnosa a zda byla nasazena antibiotika. Tato struktura dat bude v příložené tabulce. Žádné další údaje nebudou od lékařů požadovány.
- Výkony provedených CRP vyšetření budou proplaceny i zpětně od 1.8.2002 při dodržení domluvené objemové limitace provedeného počtu vyšetření.
- CRP vyšetření bude proplaceno v indikaci provedení při akutní diferenciální diagnostice závažného onemocnění bez vazby pouze na dýchací cesty. Tato informace byla v původním dodatku nesprávná.

V Praze dne 10.11.2002

MUDr. Hana Gabrnochová
předsedkyně OSPDL ČLS JEP



Zápis z rozšířeného jednání Koalice ambulantních lékařů 12. října 2002

Program: Hlavním cílem rozšířeného setkání zástupců Koalice byla diskuse o jejím účelu, programu a způsobu podpory společných zájmů.

Jednání řídil MUDr. Neugebauer, který v úvodu shrnul historii a důvody vzniku Koalice ambulantních lékařů, její dosavadní cíle a přehled současné činnosti.

Po dlouhé diskusi, se účastníci jednání shodli na následujících závěrech:

1. Vznik Koalice je obecně chápán jako přínos k prosazení společných zájmů soukromého ambulantního sektoru.

2. Další spolupráce na základě koaliční smlouvy

3. Hlavní zásady činnosti:

- program
- jednací řád
- komunikační médium

Principy „koaliční smlouvy“ – pracovní materiál zoslel MUDr. Jelínek elektronickou poštou 16. 10. 2002

Další jednání:

úterý 5. 11. 2002 od 18.30 hodin
v pracovně MUDr. Pekárka

Zapsala:

Mgr. Zina Sladkovská

Metodický návod k zajištění celoplošného novorozeneckého laboratorního screeningu a následné péče

MZ ČR vydalo ve Věstníku (září 2002, částka 9, str. 2) nový „Metodický návod k zajištění celoplošného novorozeneckého laboratorního screeningu a následné péče“. Oproti předcházející verzi podobného metodického návodu dochází zejména k následujícím změnám:

- Odběr krve na celoplošný novorozenecký laboratorní screening se provádí mezi 72. a 96. hodinou života. Vzorky (screeningové kartičky) se odesílají poštou do příslušné laboratoře pokud možno denně, aby se zabránilo zbytečné prodlevě při stanovení diagnózy.
 - Nově se zavádí povinný sekundární screening vrozené hypotyreózy u vybraných skupin novorozenců ve věku 10-14 dnů. Patří mezi ně novorozenci s porodní hmotností pod 1500 g, ale také některé další skupiny. Zajišťuje novorozenecké pracoviště, případně praktický lékař pro děti a dorost či jiný ošetřující lékař.
 - U dětí s potvrzenou vrozenou hypotyreózou se zavádí povinný screening vrozených poruch sluchu. Zajišťuje ošetřující dětský endokrinolog.
- Seznamte se prosím s touto novou verzí metodického návodu v plném znění!

Za centrum novorozeneckého screeningu Praha-Královské Vinohrady

O. Hníková, J. Lebl, F. Votava

Daňové aspekty „povodňových“ darů mezi lékaři

Ing. Jaromír Adamec

auditor a daňový poradce

Pomohli jste kolegovi lékaři při ničivých povodních či jste přijali dar od kolegů pro vaše zdravotnické zařízení a nevíte zda případně jak ho zdanit? Tyto otázky pravděpodobně více než jindy mohou právě po letošním létě trápit více lékařů. Následující článek by vám měl napovědět jak tuto situaci řešit u obdarovaného a dárce – lékařů provozujících zdravotnickou praxi, pokud mezi ně nevstoupí prostředník v podobě např. humanitární organizace, profesní organizace, veřejné sbírky, pomoci od obce...

Podívejme se nejdříve na povinnosti obdarovaného lékaře.

Obecně je bezúplatné nabytí majetku na základě právního úkonu, a to jinak než smrtí zůstavitele předmětem daně darovací. Tu upravuje zákon 357/1992 Sb., o dani dědic-

ké, dani darovací a dani z převodu nemovitostí. Majetkem se pro účely této daně darovací rozumí nemovitosti, movitý majetek a jiný majetkový prospěch. Určitou výjimkou z tohoto pravidla je bezúplatné nabytí majetku fyzickými osobami, které je příjmem a je předmětem daně z příjmů. Pro naše účely se dá říci, že se jedná se o dary přijaté v souvislosti s podnikáním fyzických osob. Zvláštní postavení, řekl bych výjimku z výjimky, mají však fyzické osoby provozující zdravotnická zařízení, u nichž příjem získaný nabytím daru v souvislosti s provozováním jejich činnosti předmětem daně z příjmů není a tudíž se vracíme zpět do režimu daně darovací (viz § 3 odst. 4 písm. a) zákona 586/1992 Sb., o daních z příjmů). Základem daně darovací je cena majetku snižená o prokázané dluhy

a jiné povinnosti vážící se k předmětu daně, případně dále snižená o cenu majetku osvobozeného od této daně. Pro stanovení ceny je nutno postupovat podle zákona o oceňování majetku. To připadá v úvahu nejsou-li darem finanční prostředky, neboť tam je cena zřejmá.

Daňové přiznání je poplatník (tedy obdarovaný) povinen podat místně příslušnému správci daně do 30 dnů ode dne v němž je

- smlouva s doložkou o povolení vkladu do katastru nemovitostí doručena poplatníkově daně darovací
- uzavřena smlouva o darování movité věci (tou se rozumí i peněžní prostředky)
- přijat dar z ciziny
- dovezena do tuzemska věc pořízená z prostředků darovaných v cizině



■ nabytí jiný majetkový prospěch.

V případě nemovitosti je povinnou součástí daňového přiznání ověřený opis smlouvy a znalecký posudek o ceně nemovitosti.

A nakonec to nejdůležitější. Bezúplatná nabytí majetku fyzickými osobami s bydlištěm na území České republiky provozujícími zdravotnická zařízení určená na financování těchto zařízení jsou od daně osvobozena (viz. § 20 odst. 11 zákona). To však neznamená, že není povinnost podat daňové přiznání. Naopak – v daňovém přiznání právě toto osvobození obdarovaný uplatní. Ještě bych rád zdůraznil, že je nanejvýš vhodné, aby účel daru byl z darovací smlouvy zřejmý. Jen tak lze totiž bez komplikací prokázat osvobození správci daně.

Co dělat, nestihl-li poplatník (obdarovaný) zákonnou lhůtu? Nejjednodušší je neotálet a podat přiznání i opožděně. Sankcí v tomto případě je totiž zvýšení daně (až o 10 %), nu a není příliš složité spočítat, že 10 % z nuly je nula.

Na tomto místě je vhodné provést jednu odbočku od hlavního tématu tohoto článku. Obdarovaný lékař totiž nemusí být pouze příjemcem daru na provoz zdravotnického zaří-

zení. Může se též stát příjemcem majetku z veřejných sbírek (rozumí se jím sbírek v souladu se zákonem 117/2001 Sb., o veřejných sbírkách) a také majetku na humanitární nebo charitativní účely. I tyto jsou od daně osvobozeny (viz § 20 odst. 15 zákona) a navíc dle pokynu Ministerstva financí D-238, jedná-li se o nabytí movitého majetku či jiného majetkového prospěchu, není nutno v tomto konkrétním případě přiznání k dani darovací podávat. (Tato úleva jde sice dle mého názoru nad rámec zákona, ale vzhledem k tomu, že se ve prospěch poplatníků, je vhodné ji využít).

A co dárce?

Daňová úleva, která s darem může být u dárce spojena, pravděpodobně není tím hybným momentem jeho činu. Nicméně to je zcela legální forma možného snižování daně. Z pohledu dárce se sice jedná o výdaj (náklad), který není ze zákona o daních z příjmů výdajem (nákladem) na dosažení, zajištění a udržení příjmů (tj. daňově uznatelným), může jej však, při splnění určitých podmínek, uplatnit jako odčitatelnou položku od svého základu daně.

Těmi podmínkami jsou

- poskytnutí právnické osobě na zdravotnické účely nebo poskytnutí fyzické osobě s bydlištěm na území České republiky provozující zdravotnické zařízení
- úhrnná hodnota poskytnutých darů ve zdaňovacím období u dárce – fyzické osoby přesáhne 2 % základu daně anebo činí alespoň 1000 Kč
- pro prokázání správci daně navíc existence důkazních prostředků o daru a jeho účelu (především darovací smlouvy, potvrzení o předání movité věci resp. peněžních prostředků, ...)

Zde je vhodné upozornit na častou chybu poplatníků, a to, že případná zůstatková cena majetku, který je součástí obchodního majetku dárce, není daňově uznatelným výdajem.

Výše uvedenou daňovou úlevu si dárce uplatní ve svém daňovém přiznání k dani z příjmů fyzických osob a správci daně navrženými možnostmi doloží.

VZP opět v akci – signální kód

Chtěli bychom Vás důrazně upozornit na novou aktivitu VZP. Již opakovaně avizovaná snaha VZP zmapovat naši činnost byla opět aktivována. V těchto dnech jsou jednotlivými pobočkami VZP distribuovány nabídky nasmlouvání kódu **01200 – návštěva pacienta u registrujícího praktického lékaře odbornosti 001,002**.

Jde opět o pokus získat nástroj pro analýzu činnosti jednotlivých ordinací z pohledu průchodnosti pacientů konkrétními ordinacemi. Upozorňujeme opakovaně na možná rizika s tím spojená a bohužel historie i současnost nezakládá právě dojem, že jinak tomu bude v tomto případě. Pro přehlednost stručný výčet negativ:

1. vrhá celý systém zpět do výkonového systému – nevidím rozdíl, zda vykáží kód příslušného vyšetření či výše uvedený navrhovaný kód

2. pohřbívá se myšlenka KKVP, tj. zjednodušeného výkaznictví – nejde jen o faktické vykazování vlastních kódů, ale i předávané

dávky jsou podstatně obsáhlejší s rizikem možných chyb ve vyúčtování

3. nejsou předem dohodnutá pravidla pro analýzu takového výkaznictví, což znamená možný subjektivismus výkladu, zejména při, ne vždy svědomitě vykazování kódů dg. – např. při:

- a) vazba preskripce na uvedenou diagnosu
- b) četnost kontrolních vyšetření při jednotlivých dg
- c) průchodnost pacientů ordinací, tj. počty pacientů za den atd.

4. Zhoršení platební bilance VZP – v republikových číslech se již nemusí jednat o zanedbatelnou sumu – v době prodlužování lhůt splatnosti?

5. Úhrada z fondu zdravotního pojištění – zajímavé, že v případě CRP to nešlo!!!

6. Nabídka v době, kdy tatáž pojišťovna zrovna nehoruje pro zavedení tzv. paušálu proočkovanosti, tj. paušálu, který by byl ordinaci vyplácen při splnění zadaných kritérií proočkovanosti registrované klientely – z na-

šeho pohledu jistě žádoucnější a nahrazující ztrátu danou změnou očkovacích kódů

Našla by se řada dalších argumentů, ale zasněly už opakovaně, dokonce jsem kvůli tomuto problému musel podstoupit soudní řízení s jedním ředitelem OP. Proto jsem požádal regionální zástupce o zaslání zpětné vazby, tj. alespoň rámcovou informaci o dopadu této nabídky v jednotlivých okresech. Chtěl bych při této příležitosti poznamenat, že se mi bude obtížně obhajovat opoždování plateb u těch kolegů, kteří na tuto nabídku odpoví kladně a ještě hůře při jakýchkoliv negativních výstupech ze strany okresních poboček. Upozorňuji na skutečnost, že vedení Sdružení se opakovaně postavilo i z výše uvedených důvodů proti zavedení takového kódu.

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR



Na základě řady dotazů na preskripci s omezením Vám předkládáme právní rozbor, který se dotýká této problematiky.

Předepisování léků s omezením „L“ i „P“ lze delegovat

Mgr. Jakub Uher

Na základě konkrétního dotazu na preparát piracetam, který byl formulován v prvním pololetí roku 2002 uvádím, že vyhláška č. 57/1997 Sb., kterou se stanoví léčivé přípravky plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění a výše úhrad jednotlivých léčivých látek, u piracetamu uváděla preskripční omezení „L“, odpověď pak byla zpracována a otištěna již v době, kdy u něj došlo ke změně (vyhláška č. 271/2002 Sb., s účinností od 1. července 2002) preskripčního omezení na „P“.

Pokud u jakéhokoli preparátu v době, kdy měl preskripční omezení „L“ (což z data dotazu a uvedení piracetamu vyplývá), postupovala OP VZP Olomouc způsobem uvedeným v dotazu, pak postupovala nesprávně. Jak vyplývá z následujícího textu, delegovat lze i předpis léčivých přípravků s omezením „P“, a tudíž je tazatelem uvedený postup OP VZP nesprávný i u těchto léčivých přípravků.

Uvedení piracetamu jako příkladu léčivých přípravků s preskripčním omezením „L“ je chybou, nicméně postup uvedený v odpovědi je podle mého názoru zcela správný a pochopitelně se vztahuje na ty přípravky, které v dané době mají preskripční omezení „L“. Ke změnám vyhlášky č. 57/1997 Sb. dochází dosud vždy k 1. lednu a 1. červenci, lékaři tudíž musejí změny sledovat (tyto informace mají k dispozici např. v číselnících HVLP a IVLP vydávaných VZP ČR).

Protože s touto problematikou úzce souvisí způsob předepisování léčivých přípravků s preskripčním omezením „P“, uvádím ještě několik řádků k tomuto tématu. Příloha č. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v oddílu A (Seznam použitých zkratk a symbolů), písmeno b), uvádí u symbolu „P“, že léčivé přípravky takto označené, pokud jsou předepsány v souladu s příslušným indikačním omezením uvedeným ve sloupci „indikační omezení“, hraďí pojišťovna do výše stanovené úhrady smluvnímu zdravotnickému zařízení na recept odborného lékaře, lékaře specializovaného pracoviště, praktického lékaře nebo jiného ošetřujícího lékaře pojištěnce, jde-li o poskytování ambulantní péče; dále pak v rámci lékového paušálu, jde-li o poskytování ústavní péče, eventuálně formou zvlášť účtovaných léčivých přípravků, jestliže vedle symbolu „P“ je ve stejném řádku ve sloupci „LIMIT“ uveden některý ze symbolů „K“, „T“, „U“ nebo „B“.

Pro srovnání – u symbolu „L“ je uvedeno, že oprávnění předepisovat má lékař se specializací v příslušném oboru (dále jen odborný lékař) nebo lékař pří-

slušného specializovaného pracoviště. Ošetřující lékař pak pouze na základě doporučení odborného lékaře (ošetřujícím lékařem může být jakýkoli lékař – viz § 18, odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb.).

Z výše uvedeného vyplývá, že koncepce těchto omezení, uvedená v příloze č. 2 zákona č. 48/1997 Sb., je následující:

omezení „L“ je skutečným omezením „preskripčním“ (je stanoveno, který lékař je oprávněn předepisovat),

omezení „P“ je spíše omezením „indikačním“ (omezení např. diagnózou). Zřetelně to vyplývá i z po-užitých slovních spojení. Zatímco u omezení „L“ je vždy uvedeno „předepisuje“, u „P“ je uvedeno buď „indikuje“, nebo „ordinuje“.

Situaci poněkud komplikuje způsob změn omezení ze strany MZ (výše uvedené pravidelné změny vyhlášky č. 57/1997 Sb.), formou vyhlášek vydaných na základě zmocnění ze zákona č. 48/1997 Sb., konkrétně § 15, který uvádí, že „Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou léčivé přípravky plně hrazené ze zdravotního pojištění a výši úhrady jednotlivých léčivých látek náležejících do skupin podle přílohy č. 2“.

Zde podle mého názoru dochází v případech, kdy MZ ČR mění preskripční omezení oproti těm, která jsou uvedena v příloze č. 2 zákona č. 48/1997 Sb. (například skupina 432 – ostatní psychostimulancia a nootropika – v příloze č. 2 žádná omezení nemá uvedena, ovšem ve vyhlášce MZ jsou různými způsoby omezeny veškeré léčivé přípravky v této skupině), k překročení pravomoci MZ a k postupu, který je v rozporu s článkem 79, odst. 3) Ústavy ČR („Ministerstva, jiné správní úřady a orgány územní samosprávy mohou na základě a v mezích zákona vydávat právní předpisy, jsou-li k tomu zákonem zmocněny“), neboť zákon neumožňuje MZ měnit ani preskripční omezení, ani jejich definici, což vyplývá z textu § 15 zákona č. 48/1997 Sb. Upozorňuji, že tento výklad je pouze mým právním názorem, který zatím nebyl potvrzen rozhodnutím soudu, a že vyhláška č. 57/1997 Sb. je platným právním předpisem.

Vyhláška č. 57/1997 Sb. velmi často u omezení „P“ uvádí odborné lékaře, kteří mohou v určitých případech léčivých přípravků indikovat. Např. zmíněný piracetam je podle vyhlášky indikován neurologem a psychiatrem nejméně jednou z vyjmenovaných diagnóz. Oproti definici v příloze č. 2 zákona tedy dochází k určitému přiblížení definici omezení „L“ (je vymezena odbornost indikujícího lékaře a jsou vyjmenovány i diagnózy).

Na předpis léčivých přípravků v případě, kdy je uvedeno omezení odborností (zásadně tedy „L“, ale jak vyplývá z výše uvedeného příkladu, i některé případy omezení „P“), se bezpochyby vztahuje platná vyhláška MZ č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání.

Ačkolí jsem citací z této vyhlášky uváděl již v odpovědi v ZDN č. 35, uvádím ji pro úplnost znovu:

§ 4, odst. 2): „Recept na humánní léčivé přípravky, jejichž úhrada je z hlediska odbornosti omezena, vystavený lékařem, který není příslušným odborným lékařem, musí:

- obsahovat na přední straně údaje podle odstavce 1 a,
- být na zadní straně opatřen poznámkou „Na doporučení odborného lékaře“ s uvedením jeho jména, příjmení a čísla přiděleného příslušnou pojišťovnou.“

Pokud je u omezení „P“ pouze omezení diagnózou, může při dané diagnóze lék předepsat každý ošetřující lékař s tím, že odpovídá za správnost indikace.

Na dotaz Sdružení praktických lékařů poskytl náměstek MZ pro zdravotní péči MUDr. Antonín Malina k této problematice vyjádření, z něhož cituji:

„Předepisování léčivých přípravků se symbolem „P“ a „L“ je z důvodů nezbytné diferenciálně diagnostické rozvahy při prvním předepsání pacientovi určeno definovaným odborným lékařům. Pokud zdravotní stav pacienta nevyžaduje další bezprostřední návštěvu a vyšetření lékařem stanovené odbornosti, lze následně předepisování léčiva označeného symbolem „L“ delegovat i na lékaře jiné než stanovené odbornosti, předepisování léčiv označených symbolem „P“ a jejich následné hrazení zákon č. 48/1997 Sb., v platném znění, umožňuje praktickým lékařům za předpokladu předepsání léčiva ve stanovených indikacích.

Předpis vystavený lékařem jiné odbornosti pak musí vyhovovat požadavkům stanoveným v § 4 odst. 2 vyhlášky č. 343/1997 Sb., ve znění vyhlášky č. 157/2001 Sb.“

Domnívám se, že jak z mé odpovědi, tak i z citovaného vyjádření, které s ní není v rozporu, jasně vyplývá, že postup preskripce a její delegace u obou omezení, tj. „P“ i „L“, je prakticky shodný.

**izip**

Jak se dále vyvíjí projekt IZIP

Lenka Martinů

agentura Quent

Internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta (IZIP) se od října letošního roku rozšířil ze čtyř pilotních okresů do dalších regionů České republiky – Ústeckého, Plzeňského, Středočeského, Jihočeského, Jihomoravského kraje a Prahy. V těchto místech aktivně pracuje tým, jehož hlavním cílem je poskytování informací odborné a široké veřejnosti a cílená registrace zdravotnických zařízení, zdravotnických pracovníků a klientů. Zaregistrovat se však samozřejmě mohou pacienti a lékaři z celé republiky. V tuto chvíli využívá IZIP přes 13 000 lékařů a pacientů v celé České republice.

Pilotní fáze projektu probíhala od února do října 2002 v okresech Rokycany, Jičín, Benešov a Beroun. Se zdravotní knížkou se zde seznámilo na 300 lékařů a třetina z nich začala okamžitě tento moderní způsob zaznamenávání zdravotních informací využívat v praxi. Aby měla internetová knížka smysl, měli by s ní pracovat všichni lékaři, kteří konkrétního pacienta ošetřují. Proto je také cílem této eta-

py podrobně seznámit se systémem jak pacienta a praktického lékaře, tak ambulantní specialisty a laboratorní pracoviště.

Institut ekonomických studií Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy, jenž hodnotí různé ekonomicko-sociální aktivity ovlivňující kvalitu života českých občanů, vyhlásil systém IZIP za nejlepší sociálně ekonomický projekt druhého čtvrtletí 2002, který má jednoznačně pozitivní přínos pro pacienta.

Do projektu IZIP se také zapojil Český olympijský výbor. Zdravotní knížka na internetu napomůže obnovit systém lékařské péče o vrcholové sportovce, který se rozpadl v devadesátých letech a také umožní vyhodnotit data od množství sportovců a vytvořit preventivní programy. Do projektu by tak mohlo být zahrnuto na dva tisíce sportovců a čtyři tisíce sportovně nadaných dětí.

Jaké jsou nejčastější dotazy lékařů, respektive pacientů?

Nejčastější dotazy, které zaznávají z řad lé-

kařů, se týkají obav z nárůstu administrativy a bezpečnosti dat. Citlivé údaje o zdravotním stavu pacienta jsou velmi dobře chráněny, protože IZIP využívá nejmodernější prostředky proti ztrátě či zneužití dat. Zajištění informací v internetových zdravotních knížkách je mnohem dokonalejší, než je zabezpečení zdravotních informací uložených dnes ve zdravotnických zařízeních či na jiných místech a je srovnatelné se zabezpečením údajů u bankovních kont. Pokud jde o obavy z nárůstu administrativy, IZIP je program velmi jednoduchý a zapsání údajů zabere několik vteřin či minut. Naopak odpadnou všechny telefonáty, pátrání v paměti pacienta, komplikované shánění nálezů a výsledků vyšetření. V jednání je také zajištění kompatibility s ambulantními softwary, které lékaři ve své praxi používají. To umožní převést závěry z vyšetření z používaného ambulantního programu přímo do IZIPu. ■

Praktický lékař pro děti a dorost v ČR

Srovnání s Evropou a Spojenými státy

Česká ambulantní pediatrie má v porovnání s celým světem širokou a hlubokou tradici a kořeny. Možno říci, že její rozvoj pokračoval zejména ve druhé polovině minulého století. Za posledních 10 let, kdy začal působit praktický lékař pro děti a dorost, bylo úspěšně navázáno na všechna pozitiva z předchozího období, a je dále na základě všeobecného zdravotního pojištění, potvrzena důležitá a základní role dětského lékaře v primární péči o děti a dorost na celém území ČR. Existu-

je svobodná volba lékaře, respektive lékařské praxe, možnost volby z několika zdravotních pojišťoven. Systém kombinované kapitačně-výkonné platby pokrývá veškeré náklady na léčebnou a preventivní činnost. Zahrnuje tedy i očkovací povinné programy a preventivní prohlídky od novorozenců, přes kojence, mladší a starší batolata, předškolní děti, mladší a starší školní děti, až po dorost do 18ti let.

V roce 2001 působilo (dle ÚZIS) v ČR 2200

praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) v lékařských praxích, jakož i 290 odborných dětských lékařů v ambulancích nemocnic. Na 110 dětských odděleních nemocnic působilo dalších 650 pediatrů, jakož i 90 neonatologů na jejich 16ti odděleních. Celý systém dětské a dorostové medicíny doplňuje i 20 odborných dorostových lékařů. Počty lékařů jsou uvedeny v přepočtených pracovních úvazcích na 1,0, pro snazší srovnávání. Vzájemná spolupráce všech



výše uvedených dětských a dorostových lékařů z ambulantní, nemocniční a univerzitní pediatrie, zajišťuje českým dětem a dorostu takový standard péče, že řadí právem naši republiku k nejlepším nejen v Evropě, ale i na světě. Zmíním ukazatele, které jsou mezinárodně sledovány, například kojeneckou úmrtnost, zde jsme na třetím místě na světě (předstihujeme takové země jako je Německo, Rakousko, ale i Švýcarsko), máme nejvyšší proočkovanost dětí a dorostu nejen v Evropě, ale i ve světě. Máme velmi promyšlený systém preventivních prohlídek, které jsou prováděny právě praktickými lékaři pro děti a dorost ve svých praxích, ačkoliv není vždy snadné některé zákonné zástupce dětí o jejich termínech přesvědčit. Vysoké procento realizovaných prohlídek, svědčí o vysoké aktivitě dětských praktiků a dobré organizaci, kterou nám dnes závidí i německá pediatrie, která ač velmi dobře organizována, nedosahuje našich parametrů, ani proočkovanosti. Samozřejmostí je i v našem systému včasná kontrola novorozence po příchodu z porodnice, jakož i možnost návštěvní služby u nemocného dítěte či dorostence, kvalifikovaným PLDD. Na většině území ČR funguje i oddělená pohotovostní služba pro děti a dorost, jež je nyní více a více žádána např. v Německu, Rakousku a Švýcarsku.

V Evropě existují tři směry zajištění zdravotní péče o děti a dorost. Jejich podíl je přibližně dle nedávné studie (Katz) stejný. Například v Anglii, Holandsku a Norsku je systém všeobecného praktika, pečujícího o všechny generace. Uvedený systém např. v Anglii je hodnocen jako nejhorší systém péče o dítě v Evropě. Existuje i systém smíšený, například v Německu, Rakousku a Švýcarsku, kdy o děti do 6ti let, či 10ti let úplně či převážně pečují ambulantní dětské lékaři, ale mohou o ně pečovat i všeobecní lékaři. Lze konstatovat, že například v Německu i ve Švýcarsku je silná ambulantní pediatrická péče, rozvíjí se, a stále posiluje v posledních letech. Hledají se cesty, jak zvýšit proočkovanost, jak posílit preventivní prohlídky, návštěvní službu a pohotovostní služby pro děti. Třetí systém péče o děti je například ve Španělsku, na Slovensku a u nás. Velmi je zajímavé, že ve Španělsku je též exkluzivita pro ambulantní pediatrie do věku 14ti let, obdobně jako u nás, ovšem zdravotní pojištění tam nehradí dětem očkování a preventivní prohlídky (v jiných zemích jsou ovšem preventivní prohlídky a očkování zdravotními pojišťovnami hrazeny obdobně jako u nás).

Velmi zajímavá je situace ve Spojených státech. Vzrůstá silně počet ambulantních pediatrií,

zejména v posledních 10ti letech, do té míry, že je nedostatek lékařů uvedené skupiny, je zájem o tento druh péče nejen od rodičů, ale i od zdravotních pojišťoven. Cílem Americké pediatrické akademie je zajistit do roku 2010 koordinovanou léčebnou péči nemocným dětem. Přestože v USA je systém smíšené péče u dětí (viz výše), systém tzv. GP (všeobecného praktika), se postupně obohacuje o ambulantního pediatra, zejména směrem od velkých měst ke středním a menším i další cíle, které si v USA kladou, máme v ČR splněny mnoho let. Rodiče jednoznačně i v USA preferují péči u ambulantního pediatra, existuje-li jeho praxe v dosahu bydliště. Americká pediatrická akademie také prosazuje myšlenku silné pediatrické primární péče, jakož i paralelně otevření prostoru v oblasti geriatry, kde pro vzrůstající počet pacientů a péče, je velký prostor pro všeobecného praktického lékaře dosud nedostatečně pokryt.

I. Souhrn aktuálních poznatků z trendů rozvoje primární pediatrické péče, v jejichž zemích je rozvinuta:

1. ESAP – Evropská společnost ambulantní pediatrie, jejímž členem je i ČR, nedávno odhlavovala tzv. Human Ambulatory Pediatrics Initiative (Iniciativa pro humánní ambulantní pediatrii), která ve 28 základních principech formuluje mimo jiné klíčovou roli ambulantního pediatra v péči o děti a dorost.

2. Silná pediatrická primární péče je v 9ti zemích EU a Švýcarsku.

3. Silná pediatrická primární péče je v mnoha výhledově nových zemích EU (po přidružení cca v roce 2004), včetně ČR, Slovenska, Maďarska...

4. Vzhledem k tomu, že systém zdravotnictví v Německu, Švýcarsku, ale i Rakousku, kde je smíšený systém péče – viz např. rozhodnutí Spolkového sněmu z července 2002 (překlad z časopisu *Kinder-und Jugendarzt*), jež odhlasoval, že tzv. základním článkem v péči o děti a dorost musí být ambulantní pediatr. I proto je třeba dále rozvíjet český pediatrický systém primární péče, s hlavní rolí praktického lékaře pro děti a dorost.

5. Rozhodnutí Americké pediatrické akademie o posilování primární pediatrické péče v USA jsou jednoznačná, nejen pro odborné strážce, ale i proto, že je rodiči vyžadována pro vysokou spokojenost s ní.

6. Z průzkumu provedeného v Německu plyne, že ambulantní pediatr mezi lékařskými profesemi má nejvyšší míru satisfakce, stejně tak vy-

soce vážení jsou ambulantní pediatři u veřejnosti.

7. Široce rozvinutá primární pediatrická péče v Německu prosazuje ve všech spolkových zemích tzv. návštěvní službu u nemocných dětí doma, prosazuje oddělenou pohotovostní službu, jakož i 24- měsíční postgraduální trénink přímo v pediatrické lékařské praxi. Též v posledním období se mění název ambulantního pediatra na termín – dětský a dorostový lékař.

II. Souhrn pro ČR:

Prestižní postavení ambulantní, nemocniční a univerzitní pediatrie, výborné výsledky i ve vztahu k nejvyspělejšími zemím Evropy, na prahu vstupu do EU, **velmi dobře fungující primární pediatrická péče o děti a dorost v České republice, by měly být dále rozvíjeny, a nikoliv oslabovány, vznikem smíšeného systému.** Stráškem v kvalitě a organizaci poskytované péče dětem zůstává z evropského pohledu Anglie, ale naopak ČR, již dnes v této oblasti patří k nejlepším, zejména pokud jde o organizaci péče dětem, preventivní prohlídky, proočkovanost, ale ani v léčebné oblasti v šíři a používání léků a ordinovaných vyšetření, včetně jejich nejširší dostupnosti a krátkých termínů dalších konsilií. Velké rezervy jsou primární pediatrické péči v odměňování praktických lékařů pro děti a dorost, jakož i dětských sester, v malém vybavení lékařských praxí drobnou diagnostickou a léčebnou technikou, což je způsobeno výrazným podfinancováním činnosti, včetně stále klesajícího podílu prostředků, plynoucích z centra, do primární péče. Nepochybně existují i určité rezervy v managementu lékařských praxí, pokud jde o objednávací nové systémy, a prostorovou restrukturalizaci více vyšetřoven, což je možné zlepšit po narovnání ohodnocení lékařské práce. Již dnes může být naopak management primární pediatrické péče v ČR příkladem velmi dobře fungujícího systému, který zastrešuje profesně sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, a po odborné stránce Odborná společnost praktických lékařů České lékařské společnosti J. E. Purkyně, za přispění společného časopisu *Vox Pediatrice*.

Zpracoval:

MUDr. Tomáš Soukup

místopředseda SPLDD ČR

člen Výboru OSPDL ČSL JEP

dne 1.11. 2002



Společný termínový kalendář aktivit OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR na rok 2003

Na základě rozhodnutí obou Výborů předkládáme společný termínový kalendář, který by Vám měl s předstihem umožnit orientaci ve společných aktivitách obou organizací. K vytvoření termínového kalendáře nás vedly zkušenosti z předchozích let, kdy nebyly stanoveny priority na celorepublikové úrovni a docházelo k souběhu klíčových akcí. Zároveň slouží k orientaci při navazování smluv se zájemci o spolupráci ze strany přednášejících, školitelů či farmaceutických firem.

Region	akce	datum	místo
Praha + Středočeský	odborný seminář	09.01.03	Lékařský dům
Západočeský	vzdělávací seminář - dermatovenerologie	25.01.03	Plzeň Šafránkův pavilon
Praha + Středočeský	odborný seminář	06.02.03	Lékařský dům
Jihomoravský	Teyschlův den	1.3.2003	Brno
Praha + Středočeský	odborný seminář	06.03.03	Lékařský dům
Jihomoravský	vzdělávací seminář - dermatovenerologie	08.03.03	Brno
Praha + Středočeský	celodenní odborné semináře - dermatologie	22.03.03	Hotel Olšanka Praha
Severočeský	Cvikovský den	28.03.03	
Západočeský	Konference	29.03.03	
Jihomoravský	Konference	29.3.03	
Východočeský	vzdělávací seminář - dorostové lékařství	22.03.03	Hradec Králové - Amber
Severočeský	Konference	05.04.03	
Praha + Středočeský	Konference	26.04.03	
Východočeský	Konference	26.04.03	
Severočeský	vzdělávací seminář - dorostové lékařství	22.02.03	Ústí nad Labem - hotel Vladimír
Praha + Středočeský	odborný seminář	15.05.03	Lékařský dům
Severomoravský	vzdělávací seminář - dermatovenerologie	31.05.03	hotel Imperiál Ostrava
Jihočeský	vzdělávací seminář - dorostové lékařství	24.05.03	Hluboká
Praha + Středočeský	odborný seminář	05.06.03	Lékařský dům
Praha + Středočeský	odborný seminář	04.09.03	Lékařský dům
Praha + Středočeský	odborný seminář	02.10.03	Lékařský dům
Jihomoravský	vzdělávací seminář - dorostové lékařství	04.10.03	Brno
Praha + Středočeský	celodenní odborné semináře - dorostové lékařství	8.11.03	Hotel Olšanka Praha
Severomoravský	vzdělávací seminář - dorostové lékařství	06.12.03	hotel Imperiál Ostrava
Západočeský	vzdělávací seminář - dorostové lékařství	12.04.03	Plzeň Šafránkův pavilon
Severočeský	vzdělávací seminář - dermatovenerologie	01.11.03	Ústí nad Labem - hotel Vladimír
Praha + Středočeský	odborný seminář	06.11.03	Lékařský dům
Východočeský	vzdělávací seminář - dermatovenerologie	08.11.03	Hradec Králové - Amber
Jihočeský	vzdělávací seminář - volné téma	08.11.03	Hluboká
Praha + Středočeský	odborný seminář	04.12.03	Lékařský dům
Východočeský	Hradecký pediatrický den	3. - 4.10.03	
Západočeský	Plzeňské pediatrické dny	21.-22.2.03	
Jihočeský	Jihočeské pediatrické dny	25.-26.4.03	
	VII. Podještědské pediatrické dny	24.10.03	
Celorepublikové	setkání školitelů katedry pediatrie IPVZ	30.5. - 1.6.03	
Celorepublikové	setkání školitelů katedry pediatrie IPVZ	3.-5.10.03	
Celorepublikové	Moravskoslezské dny	14.-15.11.03	Ostrava



Předsjezdová diskuse na webu ČLK

Na webu ČLK byl před sjezdem této profesní organizace odkaz na internetovou diskusi s prezidentem ČLK. Jeden z dotazů mne zaujal natolik, že si vám ho dovoluujeme přetisknout k Vaší informaci ve znění, v jakém byl zveřejněn, včetně odpovědi prezidenta, MUDr. Davida Ratha. Úsudek nechť si udělá každý sám, nicméně si dovoluji připojit pár svých poznámek.

■ 29.10.2002 11:18

MUDr. Michael Janoušek

Komora a pediatrie

Vážený pane prezidente, dovoluji si Vám položit dva dotazy:

1. Jsem praktický dětský lékař, nejsem členem Sdružení praktických dětských lékařů, vystoupil jsem z něj po ročním členství a nesouhlasím naprosto s jeho činností, zejména na republikové úrovni. Naopak jsem příznivcem většiny Vašich aktivit. Bohužel aspoň z Vašich projevů za poslední rok v časopise *Tempus medicorum* jsem nezaznamenal jediné pozitivní hodnocení praktických lékařů a pediatrie zvláště ani v podstatě jakoukoliv aktivitu komory v tomto sektoru. Uvědomte si prosím, že nejsme všichni proti Vám a že pražské špičky těchto pseudoorganizací nejsou totéž co my řadoví praktici, ale Vy sám toho pro naši sféru neděláte. Spíš mám pocit, že postupná likvidace dětských praktických lékařů je Vaším cílem. Děti postupně stárnou a nové se rodí méně a méně. Jak mám například za těchto podmínek udržet v práci zdravotní sestru, když se ve statním sektoru stále přidává a mně navyšování bodu zdaleka nepokrývá ani přirozený demografický úbytek pacientů? Sdělte mi prosím Váš názor na budoucnost dětských lékařů a zda a jak se míní vedení komory do budoucna angažovat ve sféře praktických pediatrie.

2. Ač soukromý lékař, mé příjmy jsou zdaleka pod průměrem stejně starých lékařů ve sféře státní. Bude odstraněna dle mého názoru sprostá diference v příspěvcích do komory?

Za zodpovězení děkuje MUDr. Michael Janoušek, praktický lékař pro děti a dorost

■ 29.10.2002 13:25

MUDr. David Rath

Prezident ČLK

Komora se několikrát zabývala problematikou pediatrie. Dokonce náš návrh na výraznější růst ceny bodu u PL byl právě především zaměřen na pediatrie, kteří jsou v poměru bod a kapitace znevýhodněni oproti praktikům pro dospělé. Je to však výsledek politiky obou sdružení, kde sdruže-

ní pediatrie je ve vleku sdružení praktických lékařů. Je nám jasné, že nepříznivý trend ve stáří populace se nepříznivě odrazí na existenční situaci pediatrie. Vedeme o tom dosti často diskuse. Názory se různí, od toho, že je potřeba pediatrie dále ekonomicky zvýhodnit, ale není jasný názor na horní hranici růstu, nebo převedení pediatrie do režimu „specialistů“ – tedy model zemí EU, kdy je potřeba výrazně méně pediatrie. Tento model vnímám trochu jako krok zpět, ale i tato varianta je ve hře. V uplynulém roce jsme také řešili spor uvnitř pediatrie veřejnosti, kdy dr. Cabrnchová prosazovala zavedení nového oboru – praktická pediatrie a klinická pediatrie – nic takového nikde neexistuje. Byl to dost ostrý spor uvnitř pediatrie, kdy dr. Cabrnchová za soukromé pediatrie chtěla využít manžela poslance k prosazení nového oboru do zákona. Problém byl zatím i díky ČLK odsunut. Mrzí mě, že máte příjmy podprůměrné, a chápu, že vám diskriminace ve výši členských příspěvků připadá nespravedlivá. Připadá i mně a proto jsme v loňském roce navrhovali, aby výše příspěvků byla zlomkem % ze skutečného příjmu lhostejno, zda jste zaměstnanec či sokromý lékař. Obdobný systém má Německá komora. Návrh nebyl sjezdem přijat.

D. Rath

■ **Stručný komentář:**

MUDr. Pavel Neugebauer

Předseda SPLDD ČR

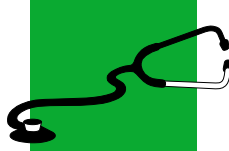
K vlastnímu dotazu:

MUDr. Michaela Janouška osobně neznám, nikdy jsem se nesešel s jeho kritikou naší činnosti, pokud byla, proč nám nebyla nikdy předána? S jeho jménem jsem se seznámil pouze při jeho neúspěšné žádosti o statut malé praxe, o jehož udělení však nerozhoduje Sdružení, ale komise, která má stanovená jasná pravidla. Naše Sdružení tu není od toho, aby se snažilo stanovená pravidla obházet, navíc jsme rádi, že se nám udělování statutu malé praxe podařilo vůbec prosadit. Jsem rád, že více jak 4/5 „řadových praktiků“ svým dobrovolným členstvím v naší organizaci vyjadřuje vůli po správě věcí svých a demokracie založená

na volbě orgánů Sdružení na všech stupních by měla být dostatečnou zárukou nad možností vyjadřovat svobodně své názory. Na žádné z konferencí jsem se však s kritikou dr. Janouška nesešel. Pokud byly, proč nepřišel mezi své kolegy a tam je nepřednesl? Ono je to pohodlnější si někde „za bukem“, a pokud možno anonymně, stěžovat. Není jistě tajemstvím, že aktivity profesních organizací nejsou příliš v oblibě současného vedení ČLK, nicméně za sebe mohu s čistým svědomím prohlásit, že jsme se vždy o spolupráci snažili, a že jsme měli někdy na rozličné věci jiný názor, to se snad smí. Snad proto nejsme ti špatní, právo na vlastní názor totiž pokládáme za projev demokracie, a to i když je odlišný, nebojíme se ho i veřejně prezentovat, ale právě za toto jsme na stránkách časopisu *Tempus medicorum* občas napadáni.

K odpovědi:

Není zde prostor, abych vysvětloval problematiku hodnoty kapitační platby a hodnoty bodu v návaznosti na obě odbornosti praktických lékařů. Faktem však zůstává, že vyváženost tak, aby průměrné úhrady v obou odbornostech byly srovnatelné, je vždy na programu našich jednání se Sdružením PL pro dospělé. Jako mluvčí a koordinátor segmentu praktických lékařů, tedy obou typů PL nemám pocit, že bych byl nějak omežován ve svých možnostech promlouvat do úhradového systému praktických lékařů. Netušil jsem však dosud, dosud jsem takový signál, bohužel, nezachytil, že panu prezidentovi tak leží naše úhrada za činnost na srdci. Za mnohem závažnější však vidím fakt, jakým způsobem je hodnocena naše společná snaha o zachování budoucnosti PLDD. Urážlivý tón, jakým se pan prezident vyjadřuje o naší předsedkyni Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS J.E.P. je jistě jeden z momentů, který nepřestaneme kritizovat, neboť přesně toto je jeden z důvodů, proč kritizujeme současné vedení ČLK. Myslím si, že takto formulované názory nejsou slučitelné s postem prezidenta stavovské organizace.



Zápis ze schůzky OSPDL ČLS JEP a Katedry pediatrie IPVZ

Věc: Zápis ze schůzky představitelů OSPDL ČLS JEP a katedry pediatrie (subkatedry praktického dětského lékařství), která se konala dne 24.10.2002 na katedře pediatrie v Thomayerově nemocnici.

Předmětem jednání byli školitelé, lektori z řad PLDD, kteří by byli učiteli pediatrie v postgraduální výchově pokud jde o otázky primární pediatrické péče.

Přítomní za výbor OSPDL:

Cabrnochová, Krejčík, Marek.

Přítomní za katedru pediatrie/subkatedru PDL:

Seifertová, Novák, Pohl.

Závěry z jednání:

- OSPDL poskytne databázi zájemců o činnost školitele z řad členů OSPDL jako základ lektorského sboru katedry (subkatedry), tuto databázi bude aktualizovat. Tito zájemci splňují předem odsouhlasená kritéria.
- Katedra (subkatedra pediatrie) budou s lektory

pracovat jako s externími spolupracovníky IPVZ a dvakrát do roka proběhnou setkání v termínech nekolidujících s plánovanými akcemi OSPDL a SPLDD. Financování těchto setkání bude na stejném principu jako je tomu u jiných akcí IPVZ – tj. platba účastníků

■ Náplní setkání školitelů nebudou odborná, „klinická“ témata, ale metodika, technika a náplň vzdělávání v primární péči („co a jak vzdělávat“), tedy především psychologie a pedagogika postgraduální výchovy

■ OSPDL bude mít na každém setkání školitelů rezervován blok v rozsahu 2 – 3 hodiny pro sdělení týkající se otázek koncepčních, odborných („klinických“) nikoliv organizačních, profesních

■ Tento prostor pro OSPDL při setkání školitelů nebude využit pro pravidelná, výroční plenární setkání členů OSPDL. Společné akce se budou pořádat pouze po dohodě obou pořadatelů.

■ Program setkání školitelů připravený katedrou

(subkatedrou) bude v předstihu k dispozici výboru OSPDL

■ Otázky akreditace pracovišť školitelů a certifikáty pro ně budou řešeny v návaznosti na nový zákon o postgraduálním vzdělávání ve zdravotnictví v roce 2003

■ Systém platby školitelům za vzdělávání bude rovněž řešen v návaznosti na zákon o postgraduálním vzdělávání v roce 2003

■ Na jednání katedry (subkatedry) pediatrie týkající se školitelů nebo jiných otázek PGV v primární péči budou na katedru zváni představitelé OSPDL

Doc. MUDr. I. Novák, CSc.

MUDr. J. Seifertová

Katedra pediatrie, subkatedra PDL IPVZ Praha

MUDr. H. Cabrnochová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

V Praze dne 29.10.2002

Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP dne 9.10. 2002

Přítomní: MUDr. Cabrnochová, MUDr. Liška, MUDr. Marek, MUDr. T. Soukup, MUDr. Krejčík, MUDr. Procházková, za revizní komisi MUDr. Kolářová

Omluvena: MUDr. Růžičková

1) Regionální vzdělávací akce v roce 2003 proběhnou v domluvených tématech: dětská dermatovenerologie a komplexní problematika péče o dorost. Zahájena jednání s představiteli příslušných odborných společností, do příštího výboru bude po vzájemných jednáních upřesněn termínový kalendář regionálních akcí tak, aby mohl být v předstihu zveřejněn. Nutné dopracovat jednotná doporučení pro pořádání regionálních vzdělávacích akcí na příští rok pro všechny regionální zástupce OSPDL.

2) Dne 24.10.2002 dojde ke společné schůzce zástupců OSPDL a Katedry pediatrie IPVZ s cílem upravit podmínky pro aktualizaci databáze školitelů, jejich působení v systému vzdělávání, podmínky akreditace, pořádání setkávání školitelů. Zápis z tohoto jednání bude zveřejněn. Výbor trvá na úpravě textu pozvánky na setkání školitelů na Javorníku, bude domluveno s katedrou pediatrie, výbor má k dispozici návrh textu této pozvánky.

3) Probíhá inventarizace majetku OSPDL, zodpovědná MUDr. Kolářová za revizní komisi OSPDL.

4) Výbor informován o poslední verzi zákona o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání. V navržené verzi neřešeny obory, ty by se měly stát součástí vládního materiálu, v navržené podobě

nejdou žádné specializace, pouze základní obory (více než 60 oborů). Současně zákon nereflexuje situaci praktických dětských lékařů, kdy převážná část má pouze první atestaci a zákon neumožňuje jejich zachování bez doplnění si dalšího vzdělání a to za předpokladu přerušování výkonu praxe. Připomínky k zákonu jsme odeslaly na MZČR i do Parlamentu ČR, budeme se účastnit dalších jednání na toto téma. MUDr. Cabrnochová informovala na výboru ČPS.

5) Výbor OSPDL navrhuje MUDr. Cabrnochovou jako kandidáta pro volbu do orgánu ČLS JEP.

6) MUDr. Cabrnochová informovala výbor o proběhlých jednáních. Na Úřadu vlády ČR proběhlo jednání s odpůrci očkování. Účastníci se shodli na nutnosti zachovat zákonnou povinnost pravidelného očkování, další jednání na téma vyvahatelnosti této povinnosti budou probíhat. Na MZČR proběhlo jednání s cílem stanovení podmínek výběrových řízení na dodávku vakcín pro ČR. Tato od roku 2003 již centrálně, nikoliv regionálně.

7) Informace MUDr. Soukupa o primární pediatrické péči (viz materiál o PLDD „Srovnání s Evropou a USA“ pro VOX pediatrie), na základě proběhlých jednání se zástupci ambulancí pediatrie z Rakouska, Německa, USA, Itálie, Švýcarska, Španělska a Litvy. Ve světě lze konstatovat silící proud posilování primární pediatrické péče, nutnost rozvoje preventivních programů tak, jak je známe v ČR. ČR vstoupila do organizace SE-

PA, jejímž prostřednictvím lze participovat na aktivitách CESP (organizace zemí EU, pediatrických asociací), navázány kontakty s vědeckým sekretářem CESPu.

8) OSPDL se stala pořadatelem parlamentního semináře na téma „Očkování v České republice – patříme k nejlepším?“, který se uskuteční dne 13.11.2002 v 9,30 hod.

9) CRP studie ve spolupráci s VZP – dosud není k dispozici dodatek, nutné dodržet v textu předem dohodnuté podmínky, případně bude nutné další jednání s VZP. Dle příslibu ing. Musílkové (ředitelka VZP ČR), hrazení výkonu CRP pro účastníky studie od 1.8.2002.

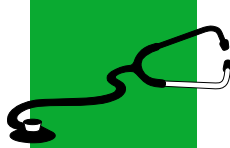
10) Na MZČR proběhnou jednání na téma kalmetizace dětí v ČR a následně jednání pediatrické skupiny za účasti předsedů odborných společností. MUDr. Cabrnochová bude informovat na příštím výboru.

11) Provedena písemná urgence stavu jednání kolem finančního zajištění vydání nových očkovacích průkazů. Očkovací průkazy jsou bodem plánovaného jednání na MZČR.

12) Přijetí nových členů OSPDL: MUDr. D. Vodová, MUDr. D. Šilerová, MUDr. J. Kaše, MUDr. Z. Vojtková, MUDr. M. Poláček

Zapsala: MUDr. Cabrnochová

Ověřil: MUDr. Liška



Infekce dýchacích cest v komunitě – diagnostika a léčba

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.

I. infekční klinika 2. LF UK a Katedra infekčních nemocí IPVZ, FN Bulovka, Praha

Souhrn

Infekční onemocnění dýchacích cest jsou celosvětovým problémem. Infekce horních cest dýchacích bývají sice jen vzácně smrtelné, ale jsou zdrojem mimořádně četné nemocnosti; u dospělého jedince každoročně vyvolávají dvě až tři onemocnění. Z infekčních onemocnění je infekce dolních cest dýchacích nejčastější příčinou smrti u dospělých. V dětském věku jsou infekce dýchacích cest na prvním místě v nemocnosti a nejčastější příčinou antibiotické preskripce v ambulantní péči. Převážná většina respiračních onemocnění je virové etiologie a antibiotická léčba naopak působí nepříznivě. Celosvětový problém nárůstu rezistence běžných patogenů komunitních respiračních infekcí se dotýká i ČR. Byla prokázána souvislost s velikostí spotřeby antibiotik a jejich selektivním tlakem. Některé státy již cíleně snižují spotřebu antibiotik omezením preskripce tam, kde z hlediska etiologie je považována za neúčelnou.

Klíčová slova

komunitní respirační infekce – antibiotika – mikrobiální rezistence – primární péče.

■ Úvod

Onemocnění dýchacích cest má velice pestrou etiologii: uplatňují se viry, méně často bakterie a u imunodeficitních jedinců také paraziti a houby. Respirační infekce v ambulantní praxi jsou nejčastější příčinou antibiotické preskripce a tvoří až dvě třetiny celkové antibiotické preskripce. Iničiální terapie je ve velké většině empirická a jen vzácně specifická, stanovená na základě kultivačních výsledků. Ani kultivační vyšetření však nemusí být interpretováno správně, resp. místo odběru materiálu nemusí být ve vztahu k orgánovému postižení. Navíc v převážně většině jsou respirační infekce vyvolány viry, na které antibiotika nepůsobí, naopak jejich podání může pacienta poškodit.

Respirační infekce jsou běžně rozdělovány na infekce horních cest dýchacích (HCD) a dolních cest dýchacích (DCD). V HCD jsou fyziologicky přítomny bakterie, v DCD řasinkový epitel, hlen dýchacích cest a makrofágy za fyziologických podmínek umožňují, že tento prostor je bakterií prostý.

■ Infekce horních cest dýchacích

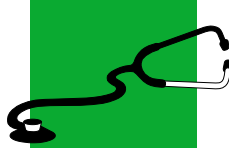
Infekce HCD, klinické jednotky a možná etiologie jsou uvedeny v tab. 1.

Z tabulky je zřejmé, že původcem akutní

infekce HCD mohou být bakterie i viry. U některých klinických jednotek je však bakteriální infekce vysoce nepravděpodobná. Indikací antiinfekční léčby v primární péči je stanovení diagnózy na základě klinického obrazu (19). Tzv. hnisavá rýma s afebrilním či subfebrilním průběhem s rinolalií rozhodně není indikací k podání antibiotik. O komplikaci ve smyslu sinusitidy uvažujeme po 7–10 dnech a měla by být verifikována zobrazovacími metodami. Exsudativní tonzilofaryngitida je v kojeneckém věku nejčastěji vyvolána adenoviry, streptokoková etiologie je v tomto věku vzácná. Velké studie prokázaly, že virová etiologie je u tonzilofaryngitidy mnohem častější, než se předpokládalo, a je odpovědná za 60–80 % onemocnění (1). K upřesnění diagnózy streptokokové angíny se ve světě používají skórovací systémy podle příznaků, nebo jejich chybění (teplota nad 38 °C, absence kašle, povlak na tonzilách, zvětšené a bolestivé krční uzliny). Streptokoková etiologie je nejčastější v předškolním a školním věku (15–20 % všech angín), infekční mononukleóza je zas onemocněním starších školáků a adolescentů. Pozornosti však zasluhuje povlaková angína u osob přicházejících z míst s výskytem difterie. Subglotická laryngitida je také virového pů-

vodu a nevyžaduje tudíž antibiotickou terapii. Při opakovaných laryngitidách musíme spíše myslet na alergickou etiologii. Zánět středouší je onemocněním především dětského věku a až 50 % katarálních zánětů je vyvoláno respiračními viry. U dospělých bývá onemocnění vzácnější, virová etiologie je však také asi ve 30 % všech onemocnění.

Zánět středouší a vedlejších dutin nosních mají shodnou etiologii. Problémem zůstává objektivní stanovení diagnózy, většina sinusitid není ověřena zobrazovacími metodami a ani u otitid v primární praxi není zatím všeobecně běžná otoskopie. Do úvahy je opět nutné brát věkovou distribuci a etiologické agens. Etiologie otitidy a sinusitidy byla uvedena v tab. 1. Je prokázáno, že 80–90 % akutních bakteriálních otitid je vyvoláno *Streptococcus pneumoniae* a *Haemophilus influenzae* a iničiální léčba je cílená proti těmto dvěma patogenům. Pneumokoky jsou ve většině regionů v ČR citlivé vůči penicilinům (15–16), což umožňuje iničiální léčbu amoxicillinem. U kojenců je nutné vzít v úvahu i invazivní kmeny hemofilů a v tomto věku zvážit podání chráněných aminopenicilinů či cefalosporinů stabilních vůči (–laktamázám). Nejčastější chyby v souvislosti s léčbou uvádí tab. 3.



tab. č. 1

Infekce HCD, klinické jednotky a možná etiologie**rhinitis acuta/rhinopharyngitis acuta**

- virová etiologie: nejčastěji rhinoviry, coronaviry, méně často parainfluenza, respiračně syncytiální virus (RSV), adenovirus, influenza
- bakteriální jen vzácně *Mycoplasma pneumoniae* a *Chlamydia pneumoniae*
- neinfekční: alergie

tonsilopharyngitis acuta

- virová etiologie: adenoviry, virus Epsteina-Barrové (EBV), herpes simplex virus, enteroviry, virus lidské imunodeficiency (HIV)
- bakteriální etiologie: *Streptococcus pyogenes* sk. A, *Streptococcus pyogenes* C a G, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Arcanobacterium haemolyticum*

epiglottitis acuta

- bakteriální: *Haemophilus influenzae* typ b (Hib)

laryngitis acuta

- virová: viry parainfluenzy, influenzy, adenoviry, virus spalniček
- neinfekční: alergie

sinusitis acuta

- virová: rhinoviry, adenoviry, viry influenzy, parainfluenzy
- bakteriální: *Haemophilus influenzae* (neopouzdřené kmeny), *Streptococcus pneumoniae*, méně často (<10 %) *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, u rekurentních a chronických také gramnegativní a anaerobní bakterie a *Staphylococcus aureus*
- mykotická: invazivní infekce u imunosuprimovaných – *Aspergillus*
- neinfekční: alergie

otitis media acuta:

- virová: katarální zánět: rhinoviry, adenoviry, viry influenzy a parainfluenzy
- bakteriální: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (neopouzdřené kmeny), ostatní bakterie jsou příčinou zánětu v méně než 20 % (*Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*), zvláštní forma otitidy – myringitis bullosa: *Mycoplasma pneumoniae*

Podobná situace je i u sinusitidy, nejčastěji uváděné diagnózy u komplikací zánětu HCD. Většina sinusitid v primární péči není verifikována zobrazovacími metodami, chybí objektivní potvrzení diagnózy. Nové zobrazovací metody ukázaly, že většina katarů HCD virové etiologie postihuje paranasální sinu a projevuje se zánětlivým zbytněním sliznice (až v 98%). Tyto změny však nejsou indikací k ATB léčbě. Bakteriální komplikace rýmy ve smyslu sinusitidy je uváděna pouze v 0,5–2% (3). Sinusitida jako klinická jednotka je charakterizována výraznou rýmou s hnisavou sekrecí trvající více než týden, nazální obstrukcí, tlakem až bolestí tváře, bolestmi hlavy, kašlem a teplotou přesahující 38°C (7). Pro predikci sinusitidy uvádí Williams a spol. (20) skórovací kritéria určující procento pravděpodobnosti onemocnění bakteriální sinusitidou. Mezi symptomy, které jsou hodnoceny každým jedním bodem, patří bolest zubů v maxilární oblasti, změna barvy nosního sekretu, špatná

odpověď na nosní dekongescenci, abnormální transluminace a vyšetření ukazující hnisavou drenáž dutin. Studie u 247 pacientů, u nichž trvaly příznaky 11,5 dne, potvrdila posléze rentgenologicky sinusitidu v 38 %, v převážně většině maxilární. Přístup u nozokomiální a chronické sinusitidy je samozřejmě odlišný a není cílem tohoto pojednání. Etiologie akutní sinusitidy byla uvedena v tab. 1. Protože sinusitida je nejčastější komplikací HCD, je uvedena klasifikace sinusitidy (tab. 4).

Etiologie zánětu středouší a vedlejších nosních dutin je shodná a nejčastějšími agens jsou *Haemophilus influenzae* a *Streptococcus pneumoniae*. Lékem volby, podobně jako u otitid, je amoxicillin v dávce 50–90 mg/kg. Pokud se do 48 hodin klinický stav nezlepší, zvažujeme změnu antibiotika na chráněné aminopeniciliny nebo cefalosporiny stabilní vůči (–laktamázám, nejlépe po konzultaci s mikrobiologem, který zná regionální

tab. č. 2

Terapie tonzilofaryngitidy

- zohlednění věku a klinického obrazu: adenovirovou etiologii provází obvykle postižení i dalších částí dýchacích cest (rýma, kašel, konjunktivitida), u EBV povšechná adenopatie, často hepatosplenomegalie – pouze symptomatická terapie, ATB terapie je zbytečná
- streptokoková angína s typickým klinickým obrazem – lék volby penicilin, jen při přecitlivělosti makrolidy, při komplikacích (peritonzilární absces) clindamycin
- odběr mikrobiologického materiálu při diagnostických rozpacích a při dobrém klinickém stavu zahájení léčby ATB, je-li prokázán *S. pyogenes*

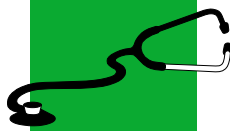
tab. č. 3

Nejčastější chyby v diagnóze a léčbě otitis acuta media

- chybějící otoskopické vyšetření, při podezření na otitidu u kojence je vyšetření specialistou ORL nutné
- aplikace ATB při katarálním zánětu
- neprovedení odběrů na bakteriologické vyšetření při paracentéze, resp. nesprávný odběr – výtěr ze zevního ucha
- zbytečně širokospektrá antibiotika, podávání ATB

rezistence, a se specialistou k ověření správnosti klinické diagnózy. Alternativními antiinfektivy v případě přecitlivělosti na β-laktamy jsou makrolidy, u dospělých s rekurentní sinusitidou i fluorochinolony, nikoliv však v iniciální terapii. Vzájemný kontakt klinika a mikrobiologa velmi pozitivně ovlivňuje racionální indikaci antibiotické léčby (12).

Akutní laryngitida je virového původu a antibiotická léčba není prospěšná a nezbaví bakteriální superinfekci. Je však důležité ji zvažovat v diferenciální diagnostice s epiglottitidou, která je život ohrožujícím onemocněním a je bakteriálního původu. Kromě virové etiologie je nutné (zejména u opakovaných laryngitid) zvažovat alergickou příčinu. Akutní laryngitidu na rozdíl od epiglottitidy obvykle předchází katar HCD a onemocnění se projevuje často v nočních hodinách. Hlučný inspirační stridor, štěkávací, suchý kašel a chrapot až afonie patří k typickému klinickému obrazu. Horečka nebývá



tab. č. 4

Klasifikace sinusitidy**způsob získání**

- komunitní: obvykle jako komplikace HCD nebo alergie
- nozokomiální: obvykle komplikace nazální intubace

trvání symptomů

- akutní sinusitida: méně než 6–8 týdnů
- subakutní sinusitida: 6–12 týdnů
- chronická sinusitida: 12 týdnů a déle, nebo v období 1 roku 4 a více epizod trvajících déle než 10 dnů

mikrobiální etiologie

- virová: na CT je přítomné zduření sliznic v 87 % kataru HCD
- bakteriální (tab. 1): komplikace 0,5–2 % virových infekcí HCD
- mykotická: problém imunodeficitních nemocných

imunitní status pacienta

- imunokompetentní
- imunodeficitní: hypogamaglobulinémie, porucha buněčné imunity: lymfomy, HIV/AIDS, transplantované osoby, terapie kortikosteroidy, chronická granulomatóza

neinfekční etiologie

- cizí těleso, nosní tumor, granulom nosní přepážky, abúzus intranazálního kokainu, Wegenerova granulomatóza

tab. č. 5

Problémy indikace antibiotické léčby u akutní sinusitidy

- nesprávná, resp. neověřená diagnóza
- nesprávná interpretace mikrobiologických vyšetření: kultivační výsledek výtěru z nosu či krku neprokazuje etiologické agens; lege artis odebraný materiál je výplach dutin provedený otorhinolaryngologem
- antibiotická léčba katarálního zánětu
- zbytečně širokospektrá antibiotika
- opomenutí lokální léčby
- nevyšetření zánětlivých parametrů
- chybějící kontakt s mikrobiologem a neznalost regionální rezistence

vysoká. U dospělých ji zjišťujeme častěji u kuřáků nebo u osob s větší hlasovou zátěží.

Akutní epiglotitida je závažným bakteriálním onemocněním, u něhož je antibiotická léčba nezbytná. Včasné rozpoznání diagnózy a včasná hospitalizace jsou pro průběh onemocnění rozhodující (13). V tab. 6 jsou uvedeny klinické známky onemocnění včetně terapie.

Dobře diagnostikovaná epiglotitida nečiní problémy se správným výběrem antibiotika, bývá však směšována se subglotickou laryngitidou, nebo dokonce s angínou.

tab. č. 6

Epiglottitis acuta

- etiologie: *Haemophilus influenzae* typ b
- věk: 1–4 roky (laryngitis acuta 6 měsíců–2 roky)
- výskyt: sezonní
- klinický obraz: vznik náhlý z plného zdraví, stoupá teplota, bolesti v krku, polykací obtíže, hypersalivace, bledost, ortopnoe
- urgentní stav: JIP
- terapie: parenterální – aminopeniciliny, resp. chráněné aminopeniciliny či cefalosporiny stabilní vůči β -laktamázám, při přecitlivělosti na β -laktamová ATB chloramphenicol

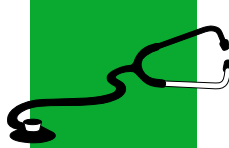
Onemocnění vyžaduje u většiny dětí intubaci k zabránění akutní obstrukci HCD (13). Zařazením očkování proti *Haemophilus influenzae* typu b do základního očkování v letošním roce se do budoucna omezí výskyt tohoto závažného onemocnění.

Infekce dolních cest dýchacích

Infekce dolních dýchacích cest lze opět rozdělit podle místa postižení a podle etiologie.

Akutní bronchitida a tracheobronchitida je akutní zánět tracheobronchiálního stromu, často infekční etiologie, nejčastěji je primár-

ně vyvolána virem. Chřipkový virus je typickým vyvolavatelem zánětu v oblasti bronchů. Samozřejmě antibiotiky nelze průběh onemocnění ovlivnit. Zdá se však, že nová virostatika (inhibitory neuraminidázy) mohou průběh onemocnění příznivě ovlivnit, je-li léčba zahájena do 36 hodin od začátku onemocnění (1). Z bakteriálních agens připadají v úvahu *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* a *Bordetella pertussis*, další bakteriální agens *Staphylococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* a *Moraxella catarrhalis* se uplatňují až u akutní exacerbace chronické bronchitidy (tab. 7). Klinicky se projevuje kašlem s produkcí sputa, horečkou či subfeбриliemi a větším nebo menším poslechovým nálezem. Podobně jako u předchozích diagnóz je důležitá znalost epidemiologické situace, incidence agens podle věku a samozřejmě závažnost onemocnění. Akutní bronchitis u jinak zdravého dítěte, adolescenta a dospělého není indikací pro preskripci antibiotika (18). Bartlet (1) udává, že „bakteriální bronchitis“ byla nalezena pouze u novorozenců, u pacientů s tracheostomií či s endotracheální intubací a u imunosuprimovaných pacientů. V diferenciální diagnostice zvažujeme zejména u prolongovaného kašle pneumonii, zánět HCD – sinusitis, často je příčina neinfekční: gastroezofageální reflux, asthma bronchiale, eosinofilní bronchitis, zatékání do faryngu, chronická bronchitis, terapie inhibitory ACE, maligní procesy (18). Antibiotická terapie bronchitidy u onemocnění vyvolané „atypickými“ mikroorganismy by měla být uvážlivě indikována pouze u těžších infekcí, podíl *Chlamydia pneumoniae* na etiologii bronchitidy včetně akutní exacerbace je mezi 5–10 % (14). *Mycoplasma pneumoniae* je patogenem u širokého spektra respiračních infekcí, uplatňuje se v menších epidemiích v 5–7letých cyklech. Největší výskyt bývá pak ve starším dětském věku či u adolescentů. Může být příčinou pertusoidního syndromu. Z bakteriálních agens bývá opomíjena u dospělých *Bordetella pertussis*. Nennig a spol. (11) zjistili u 153 dospělých pacientů s chronickým kašlem přetrvávajícím 2 a více týdnů ve 12% jako etiologické agens *Bordetella pertussis*. Pro určení diagnózy bakteriálního původu je vyšetření sputa, v současné době v komunitě téměř neodesílaný materiál (9), při podezření na pertussi je nutná spolupráce klinika s mikrobiologem, je možné vyšetřit nazofaryngeální aspirát, běžněji se však po-



tab. č. 7

Infekce DCD a jejich etiologie**tracheitis acuta/tracheobronchitis acuta**

- virová: viry influenzy a další respirační viry
- bakteriální: *Bordetella pertussis* a *Bordetella parapertussis* u vnímavých jedinců

bronchitis acuta

- virová: viry influenzy a parainfluenzy, adenoviry, RSV, coronavirus, rhinovirus (více než 80% všech akutních bronchitid je vyvoláno viry)
- bakteriální: *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia spp.*, u starých osob *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Bordetella pertussis*
- neinfekční: alergie

akutní exacerbace chronické bronchitidy

- virová: respirační viry –bakteriální: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus spp.*, méně často *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*
- neinfekční: zevní prostředí, kouření, alergie

bronchiolitis acuta

- virová: RSV–onemocnění kojenců, vzácně seniorů a imunodeficitních osob

pneumonia/bronchopneumonia/atypická pneumonie (komunitní)

etiologie podle věku

novorozenci

Chlamydia trachomatis, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, další gramnegativní bakterie, streptokoky ze skupiny A i B, respirační viry, u nedonošenců vzácně také *Pneumocystis carinii*

kojenci, batolata, předškolní věk do 6 měsíců věku

respirační viry, *Chlamydia trachomatis*, *Staphylococcus aureus*, gramnegativní bakterie, *Haemophilus influenzae* (opouzdřeně i neopouzdřeně kmeny), *Streptococcus pneumoniae*

školní věk a adolescenti

Haemophilus influenzae, *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* a *Chlamydia psittaci*, u narkomanů s nitrožilní aplikací drog *Staphylococcus aureus*

dospělí

- lobární pneumonie: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus spp.*, *Klebsiella pneumoniae* (senioři)
- bronchopneumonia: *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus pyogenes* sk. A, *Staphylococcus aureus* (pochřipková a u narkomanů s nitrožilní aplikací drog), *Legionella pneumophila*
- atypická pneumonie: viry influenzy, RSV, adenoviry, virus spalniček, hantavirus, herpesvirus varicella zoster (HVZ), *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia spp.*, *Coxiella burnetii*

užívá „nakašláni“ na agarovou plotnu. PCR diagnostika není běžně dostupná a sérologická diagnostika určuje diagnózu retrospektivně, má význam epidemiologický, ne však pro terapii. Lékem volby pertuse je erythromycin, podobně jako u mykoplasmových a chlamydiových infekcí, v případě nesnášenlivosti jiný makrolid. Alternativním lékem u pertuse je amoxicillin, chloramphenicol a cotrimoxazol (1).

Akutní exacerbace chronické bronchitidy je u pacientů s chronickým plicním onemoc-

něním častou indikací k antibakteriální léčbě. Vyvolávající agens jsou uvedena v tab. 7.

Je charakterizována zhoršujícím se kašlem, zvýšenou produkcí sputa s případnou změnou jeho barvy a zhoršením dyspnoe. Antibakteriální léčba je zaměřena zejména proti nejčastějším vyvolavatelům *Streptococcus pneumoniae* a *Haemophilus influenzae*. Standardní léčbou jsou aminopeniciliny, doxycylin či makrolidy zejména při precitlivělosti vůči β -laktamům. Protože role bakterií v exacerbaci chronické bronchitidy není

tab. č. 8

Klinická definice pneumonií

bronchopneumonie: febrilní onemocnění s kašlem, fyzikálním nálezem, rtg obrazem pruhovitých infiltrátů

lobární pneumonie: liší se od předchozí fyzikálním a rtg nálezem (lobární infiltrát)

atypická pneumonie: diskrepance fyzikálního a rtg nálezu

tab. č. 9

Diagnostika pneumonií

- klinické příznaky: dechová frekvence, kašel, zimnice, fyzikální nález (33–66 %)
- rtg změny
- biologické testy: počet leukocytů i diferenciální počet, C-reaktivní protein, sedimentace erytrocytů
- bakteriologická diagnostika: sputum, (laryngeální výtěr), hemokultivace, serologie, v některých případech – bronchiální laváž, aspirace, plicní punktát

tab. č. 10a

Klinické projevy pneumonie a bronchopneumonie

- horečka, kašel, zimnice, tachypnoe
 - poslechový nález
 - změny vědomí
 - syndrom respirační tísně
- | | |
|-----------------------|-------------------|
| věk do 2 měsíců | DF \geq 60/min. |
| 2 měsíce–12 měsíců | DF \geq 50/min. |
| 12 měsíců–5 roků | DF \geq 40/min. |
| starší děti a dospělí | DF \geq 30/min. |

tab. č. 10b

Klinické projevy atypické pneumonie

- pozvolný nástup, horečka či subfebrilie, dráždivý kašel
- malý/žádný poslechový nález
- nevěle
- bolesti v krku
- bolesti hlavy

zcela jasná, většina odborníků doporučuje podávat antibiotickou léčbu jen u závažných exacerbací, sdružených s horečkou. Stadium nemoci se posuzuje podle FEV1 (18). Podstatnou složkou léčby je léčba podpurná, dispenzární sledování s funkčním vyšetřením plic, eradikace zevních příčin zhoršujících



tab. č. 11a

Skórovací systém	
demografické faktory	počet bodů
muž	věk (roky)
žena	věk (roky) - 10
ošetřovatelka v domově důchodců	věk (roky) + 10
komorbidita	počet bodů
nádorové onemocnění	+30
jaterní onemocnění	+20
městnavé srdeční selhávání	+10
cerebrovaskulární onemocnění	+10
renální onemocnění	+10
fyzikální vyšetření	počet bodů
alterované vědomí	+20
puls ≥ 125 / min	+10
dechová frekvence ≥ 30 / min	+20
systolický tlak < 90 mm Hg	+20
teplota $< 35^\circ\text{C}$ nebo $> 40^\circ\text{C} + 15$	
laboratorní vyšetření	počet bodů
pH $< 7,35$	+30
urea $> 10,7$ mmol/l	+20
Na < 130 mmol/l	+20
glykémie $< 13,9$ mmol/l	+10
hematokrit < 30 %	+10
pO ₂ < 60 mm Hg	+10
pleurální efuze (výpotek)	+10

Podle (5) - Fine a spol, 1997

tab. č. 11b

Stratifikační skóre			
riziková skupina	počet bodů	mortalita (%)	způsob ošetření
I	0	0,1	ambulantní
II	≤ 70	0,6	ambulantní
III	71-90	2,8	hospitalizace
IV	91-13	8,2	hospitalizace
V	> 130	29,2	JIP

Podle (4) - Fine a spol, 1996

průběh onemocnění (např. kouření).

Bronchiolitis acuta je onemocněním kojenců a batolat se závažným průběhem, zejména u kojenců nezralých. Vyvolavatelem je RSV. U rizikových osob je jedinou možností profylaxe. Klinicky se onemocnění projeví jako tachypnoe, dyspnoe, syndrom respirační tísně, s nevýrazným poslechovým nálezem. Onemocnění u kojenců vyžaduje hospitalizaci. Záněty plic lze rozdělit jednak podle kliniky, jednak podle vyvolavatelů. Nejdůležitější je rozpoznat, že se o tuto klinickou jednotku jedná, a odlišit, zda se jedná o typickou bakteriální pneumonii, nebo tzv. atypickou.

Klinická definice je uvedena v tab. 8.

Pro diagnózu svědčí příznaky uvedené v tab. 9

Nekomplikované pneumonie u imuno-kompetentních jedinců je možné léčit ambulantně. Je však nutné říct, že v ambulantní péči diagnóza nebývá vždy objektivizována rentgenologicky a bývá zaměňována s bronchitidou. Etiologie podle věku je uvedena v tab. 10. Terapeutická rozvaha vychází z klinického obrazu. V ambulantní, ale i nemocniční péči je iniciální léčba empirická, proto je důležitá schopnost rozpoznat typickou bakteriální pneumonii a odlišit ji od aty-

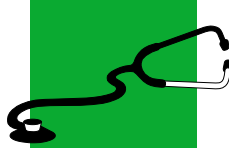
pických. Nejvýraznější znaky těchto zánětů jsou uvedeny v tab. 10.

Bakteriální pneumonie má, jak je zřejmé i z tabulky, výraznou systémovou symptomatologii. Antibiotická léčba u starších dětí, adolescentů a dospělých je zaměřena proti *Streptococcus pneumoniae* a *Haemophilus influenzae*. U kojenců a batolat a také u seniorů se mohou uplatnit i *Escherichia coli* a *Klebsiella pneumoniae*. Volba antibiotika bude záviset především na stavu citlivosti v daném regionu. Práce Urbáškové a spol. (15-17) ukazují, že penicilinová antibiotika jsou u nás stále lékem volby, v iniciální léčbě ambulantního pacienta především amoxicillin v dávce 50-90 mg/kg. Významným faktorem pro úspěch léčby je včasné nasazení antibiotické terapie. U kojenců a batolat je vždy nutné zvážit hospitalizaci, podobně i u ostatních pacientů se známkami respirační tísně. Odběr hemokultury u hospitalizovaných by měl být zlatým standardem. Vzácněji se můžeme v komunitě setkat s aspirační pneumonií u etyliků, při úrazu hlavy nebo u pacientů s intenzivním zvracením. U nich musíme myslet i na podíl anaerobů a podle toho i cílit antibiotickou léčbu - penicilinová antibiotika případně v kombinaci s inhibitory β -laktamáz.

V období chřipkové epidemie se může mimo pneumokoků v etiologii uplatňovat *Staphylococcus aureus* (10-20% případů). Toto agens zjišťujeme i u intravenózních narkomanů. Průběh bývá bouřlivý. Legionelóza, která se může prezentovat jako typická bakteriální pneumonie, se liší obvykle průběhem a anamnézou. Při podezření na tuto etiologii vždy pacienta hospitalizujeme. Jako komunitní pneumonie se naštěstí vyskytuje poměrně vzácně. Lékem volby je erythromycin, při systémovém postižení v kombinaci s rifampicinem či fluorochinolony.

Atypické pneumonie se liší od ostatních klinickou symptomatologií a neměly by činit diagnostické problémy. Odlišení virové a bakteriální etiologie je klinicky nemožné, mimo zvláštních situací (varicella), kde je indikován aciclovir a volba antibiotika je cílena proti *Mycoplasma pneumoniae* a *Chlamydia spp.* Ve věkové kategorii starších dětí, adolescentů a mladých dospělých může být v době epidemie *Mycoplasma pneumoniae* příčinou 30-40% komunitních pneumonií. Lékem volby u dětí jsou makrolidy, u dospělých také doxycylin.

Některé studie o významu antibiotické



léčby pochybují a je jisté, že mnoho infekcí vyvolaných mykoplazmaty a chlamydiemi se vyhojí spontánně. Rozhodujícím pro indikaci antibiotické léčby musí být klinický obraz, nikoliv náhodně zjištěná sérologická pozitivita. Problémem zůstává dostupnost a rychlost mikrobiologického ověření právě u atypických pneumonií (14). Algoritmus predikce rizika u pacientů s pneumonií ukazuje obr. 1.

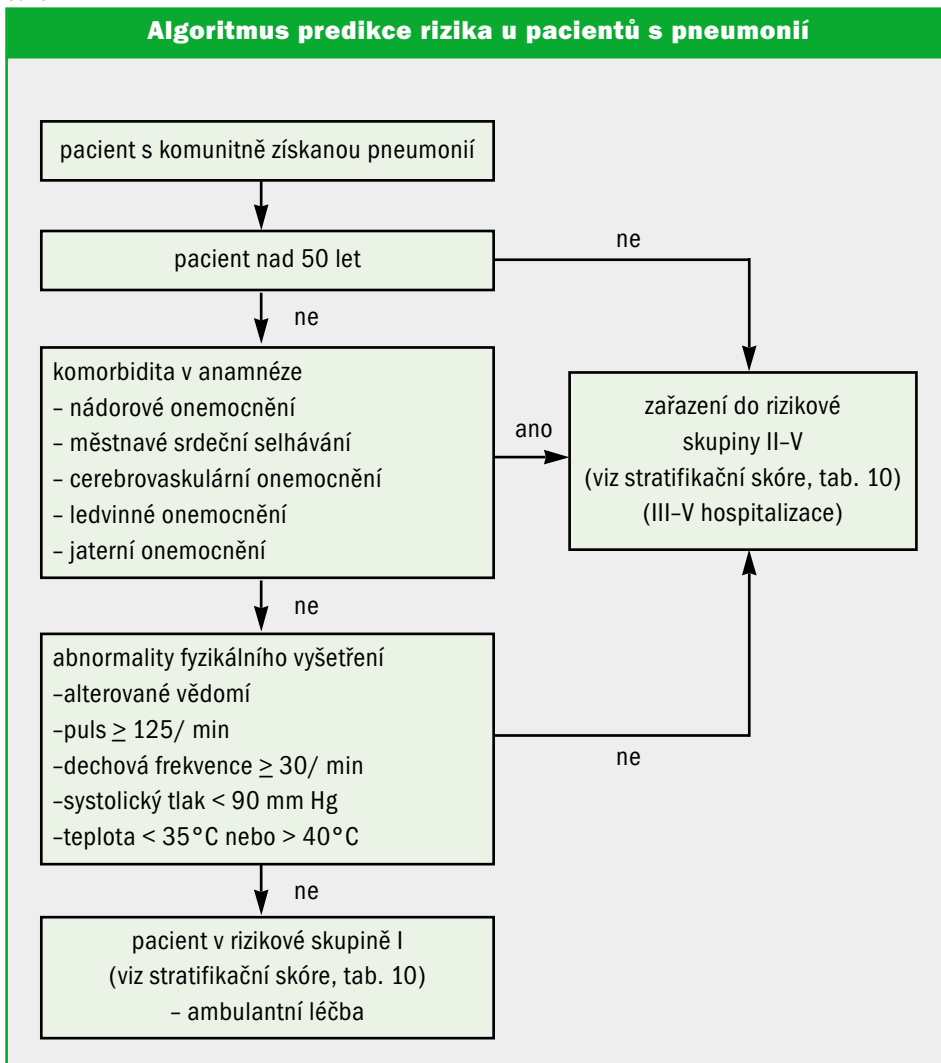
Závěr

Záněty dýchacích cest v komunitě si celosvětově zachovávají vysoký podíl na nemocnosti a v starších věkových skupinách i na smrtelnosti lidské populace. Etiologie onemocnění je široká, ale příliš se nemění. Mění se však pohled na respirační infekce. Lepší dostupnost virologického vyšetření prokázala významně vyšší podíl virů v etiologii zánětů HCD i DCD. Ke změně však dochází také v nárůstu bakteriální rezistence komunitních respiračních infekcí, rozvíjející se v důsledku vzestupu spotřeby antibiotik. Uváživý přístup k indikaci antibiotické léčby znamená pro celou populaci udržení mírné frekvence výskytu původců bakteriální rezistence komunitních infekcí. Restriktivní opatření řízená státem či organizací mají jen částečný účinek. Pro úspěšnost restrikce spotřeby je nutná spolupráce praktického lékaře, klinika a mikrobiologa, znalost regionální situace, správná interpretace výsledků na základě správně provedených odběrů, trvalá edukace jak lékařů, tak laické veřejnosti. Doporučené postupy pomáhají k orientaci v problému, bez znalostí lokální situace ale mohou být zavádějící. Použití skórovacího systému (tab. 11 a, b) či algoritmu (např. obr. 1) může lékaři rozhodování usnadnit. Jak skórovací systém, tak již vytvořené algoritmy zůstávají však pouze návodem, jejich aplikace lékaře nezavazuje a odpovídá za individuální přístup ke každému pacientovi.

Literatura

- 1) Bartlett JG. Management of Respiratory Tract Infections. Lippincott Williams&Wilkins, 2nd edition, 1999:260.
- 2) Bartlett JG. A prediction rule to identify low-risk patients with community acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997;275:134-139.
- 3) Berg O, Carefelt C, Rasted G, et al. Occurrence of asymptomatic sinusitis in common cold and other acute ENT infection. *Rhinology* 1986;24:223-27.
- 4) Fine MJ, Smith MA, Carson CA, et al. Prognosis and

obr. č. 1



outcomes of patients with community acquired pneumonia. *JAMA* 1996;275:134. 1996 (5) Fine 1997 *MJ*, Auble TE, Yeal DM, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia *N Engl J Med* 1997;275:134.

- 6) Greenwood D. Antimicrobial chemotherapy. USA Oxford, 2000:4th edition.
- 7) Gwaltney JM jr. Acute community-acquired sinusitis. *Clin Infect Dis* 1996;23:1209-15.
- 8) Heffelfinger JD, Dowell SF, Jorgensen JH, et al. Management of Community-Acquired Pneumonia in the Era of Pneumococcal Resistance. *Arch Intern Med* 2000;160:1399-1408
- 9) Jindrák V, Běbrová E. Mikrobiologické podklady pro léčbu antibiotiky v ambulantní praxi. *Klin Mikrob Inf Léč* 2000;6(9-10):290-293.
- 10) Nelson JD, Bradley JS. Nelson's Pocket Book of Pediatric Antimicrobial Therapy. USA Lippincott, Williams&Wilkins, 2000.
- 11) Nennig ME, Shinefield HR, Edwards KM, et al. Prevalence and incidence of adult pertussis in an urban population. *JAMA* 1996;275:1672-78.
- 12) Novák I, Marešová V. Antibiotika při respiračních onemocněních v primární pediatrické péči. *Čs Pediat* 1999;54(4):241-244.

13) Novák I. Akutní subglotická laryngitida a akutní epiglottitida. *Pediatric pro praxi* 2000;1(3):126-130.

14) Toršová V, Medková Z. Mykoplazmata a chlamydie v etiologii respiračních onemocnění. *Pediatric pro praxi* 2000;1(3):118-123.

15) Urbášková P. Trendy rezistence na antibiotika u některých původců komunitních infekcí v ČR. *Pediatric pro praxi* 2000;1(3):105-107.

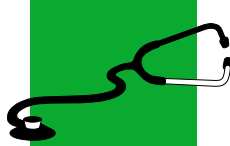
16) Urbášková P. Surveillance rezistence k antibiotikům u nejčastějších bakteriálních původců respiračních infekcí v České republice. *Remedia* 2000;10(3):195-203.

17) Urbášková P. Peniciliny stále aktuální. *Pediatric pro praxi* 2000;1(2):63-67.

18) Vacek V. Současné trendy v patogenezi, diagnostice a terapii respiračních infekcí. *Klin Mikrob Inf Léč* 2000;6(9-10):271-27.

19) Wald ER. Sinusitis in children: A common or no-so-common problem? *Pediatric New Suppl Respiratory Illnesses in Children: Challenges for 2000* 2000:8-10.

20) Williams JW jr., Simel DL, Robert L, et al. Clinical evaluation for sinusitis: making the diagnosis and physical examination. *Ann Intern Med* 1992;117:705-19



Postvakcinační reakce

MUDr. Jitka Škovránková

Se zavedením nového očkovacího kalendáře se objevily, zvláště v kojeneckém věku, vedlejší reakce, které lze shrnout jednak mezi reakce fyziologické, postvakcinační hyperreakce a reakce alergické. Další komplikace, jako neurologické a autoimunní, jsou velice vzácné.

Předkládáme zde proto shrnutí pro primární péči, ke kterému byly použity i předchozí dotazníkové akce, konané během seminářů OSPDL ČLS JEP.

tab. č. 1

POSTVAKCINAČNÍ NEUROLOGICKÉ REAKCE (hlásí se HS, SÚKL)	
neživé vakcíny (Tetract Hib, Havrix, Engerix, Alteana, chřipka atd.) do 1-3 týdnů po očk.	- encefalopatie (FK) v době vedl. reak. - encefalitida, encefalomyelitida do 1-3 týdnů po očk. - neuritida, polyradikuloneuritida
živé vakcíny (Trivivac (MMR), žlutá zimnice atd.)	- encefalopatie (FK) v době vedl. reak. - encefalitida, encefalomyelitida 2-6 týdnů po očk. - neuritida, polyradikuloneuritida 2-6 týdnů po očk.
Polio oral	- poliomyelitida do 42 dnů po očk. - neuropatie

tab. č. 2

POSTVAKCINAČNÍ ALERGICKÁ REAKCE (hlásí se HS, SÚKL)	
celkové reakce do 7 dnů po očk.	- anafylaxe - exantémy - Quinckeho edémy, dyspnoe
lokální reakce do 14 dnů po očk.	- edém, erytém, infiltrát nad 10 cm nelze odlišit alergickou (Arthusovu) reakci od hyperreakce

tab. č. 3

POSTVAKCINAČNÍ REAKCE FYZIOLOGICKÁ 1 klinické příznaky	
Tetract Hib	- teplota do 40,5 °C, únava, plačtivost
Act Hib.	- lokální reakce < 10 cm
Trivivac (MMR)	- teplota do 40,5 °C od 4. do 14. dne - exantém od 4. dne, - lokální reakce < 10 cm
Alteana	- teplota do 40,5 °C krátkodobě - lokální reakce < 15 cm

tab. č. 4

POSTVAKCINAČNÍ REAKCE FYZIOLOGICKÁ 2 klinické příznaky	
Polio oral	- teplota do 38 °C do 7 dnů po očkování, - řídkší stolice do 7 dnů
Engerix Twinrix	- teplota do 40,5 °C do 7 dnů po očkování, - nevolnost, bolesti břicha, - lokální reakce < 10 cm
BCG SSI	- lokální ulcerace (papula, vesikula) < 10 mm 2-4 týdny po očkování, zhojení do 6 měs. zvětšení uzlin 2-4 měs po očk.

tab. č. 5

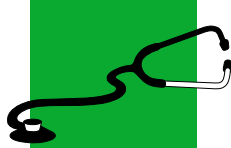
POSTVAKCINAČNÍ HYPERREAKCE 1 (hlásí se HS, SÚKL)	
Tetra Hib ADTP	- teplota nad 40,5 °C, neutišitelný pláč > 3 hod. (vysoce laděný křik)
Act Hib	- hypotonicko-hyporesponzivní sy (bledost, cyanoza, apatie) do 48 hod. po očkování - lokální reakce > 10 cm
Polio oral	- četné průjmové stolice 2-3 dny po očk. (po vyloučení jiné GIT infekce) - teplota nad 38 °C < 7 dnů

tab. č. 6

POSTVAKCINAČNÍ HYPERREAKCE 2 (hlásí se HS, SÚKL)	
Engerix, Twinrix Havrix	- teplota nad 40,5 °C < 7 dnů, - přetrvávající nevolnost ev. bolesti břicha > 7dnů, - lokální reakce > 14 dnů
Trvivac (MMR)	- teplota nad 40,5 °C do 12 dnů po očk. - exantém generalizovaný trvajícím > 14 dnů
BCG SSI	- ulcerace > 10 resp. > 20 mm (primo resp. revakcinace) - zvětšení uzlin s fluktuací - lupoidní reakce kožní

tab. č. 7

POSTVAKCINAČNÍ AUTOIMUNNÍ KOMPLIKACE kauzální souvislost prokázána	
živé vakcíny	- postvakcinační encefalitidy neuritidy (odstup 2-6 týdnů)
MMR, Rubeola	- postvakcinační trombocytopenická purpura artritida (odstup 7-42 dnů)
neživé vakcíny	- postvakcinační encefalitidy neuritidy (odstup 2-6 týdnů)



Helicobacter pylori – detekce dechovými testy nebo sérologicky?

Hana Zdráhalová

Oddělení klinické mikrobiologie, Nemocnice Hranice na Moravě

Souhrn

V poslední době se rozpoutala vášnivá diskuse nad otázkou, zda k průkazu a sledování průběhu infekcí *H. pylori* používat sérologické testy nebo dechový test s močovinou (UBT – Urea Breath Test). Pokud nejste rozhodnutí, kterou cestu zvolit, mohou Vám při rozhodování prospět následující informace.

■ Proč používat sérologii místo dechového testu?

Jelikož nejsme příznivci názoru, že sérologické měření je věcí přežitou a zavržením hodnou, předkládáme Vám několik odpovědí na výše položenou otázku.

1. Falešně negativní výsledky UBT můžeme dostat, jestliže:

- Pacient konzumoval předchozí den alkohol
- Žaludek pacienta obsahuje potravu
- Pacient je v současnosti léčen:
 - antibiotiky/chemoterapeuticky
 - inhibitory protonové pumpy (PPI)
 - léky potlačující kyseliny (H₂ – blokátory)
 - NSAID (nesteroidními protizánětlivými léčivými, např. aspirinem)
 - vizmutem
- Jestliže pacient trpí atrofickou gastritidou (jsou poškozeny buňky žaludeční sliznice); v tomto případě dává falešně negativní výsledky rovněž histologické vyšetření
- Následná léčba aplikovaná < 4 týdny po léčbě

Tyto situace ale nemají vliv na výsledky sérologických testů.

2. Falešně pozitivní UBT výsledky:

- UBT neprokazuje specificky *H. pylori*, nýbrž mikroby produkující ureázu; při provádění UBT mohou bakterie z horní části gastrointestinálního traktu způsobovat falešně pozitivní výsledky.

Testy sérologické jsou založeny na imunologických reakcích a dávají správné výsledky i v tomto případě.

Existují ovšem i další hlediska, dle kterých se můžete při své práci rozhodovat, některá pro a proti bychom proto rádi přehledně uvedli:

V případě, že se rozhodnete používat testy kvůli sledování léčby, měli byste mít na paměti následující zkušenosti:

Detekce dechovým testem

Provedení UBT trvá asi 30 minut

U testu UBT by měla být aplikována koncepce šedé zóny, v určité oblasti nemohou být výsledky interpretovány jako pozitivní nebo negativní – což způsobuje zmatek

UTB vyžaduje zkušený personál a speciální drahé vybavení – vyžaduje hmotový spektrometr

UBT nemusí být všude okamžitě k dispozici

UBT je pracný pro laboratorní personál a zatěžuje pacienta

Sérologické stanovení *H. pylori*

Rychlý sérologický test poskytuje výsledky již za 3–10 min.

V případě sérologického stanovení jsme učinili rozhodnutí na základě experimentálních UBT s jistotou výsledků, bez použití koncepce šedé zóny. Praktické výsledky ukazují, že lze s úspěchem použít jednu hodnotu cut-off a při interpretaci výsledků to způsobuje méně zmatků

Rychlé sérologické testy nevyžadují žádné zvláštní vybavení

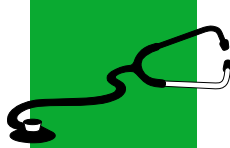
Sérologické testy mohou být k dispozici přímo v ordinaci

Provedení sérologie je jednoduché a je k němu potřeba jen vzorek krve

- Při používání většiny sérologických testů je nutné vyšetřovat „nulový vzorek“ současně se vzorkem odebraným po léčbě.
- Ke sledování účinnosti léčby jsou vhodné jak kvantitativní testy sérologické, tak UBT.
- Při použití sérologických testů ke sledování léčebného efektu indikuje účinnou eradikaci 40% pokles titru/jednotek během 3 měsíců nebo 50% pokles v průběhu 6 měsíců.
- Rychlé sérologické testy se nedoporučují používat pro další sledování pacientů.
- Nedoporučuje se používat UBT před uplynutím 4 týdnů od ukončení léčby. Povšimněte si laskavě rizika vzniku falešně negativních výsledků v tomto 4 týdenním období.
- Jak sérologické testy, tak UBT jsou přesné testy, ale testy sérologické jsou co se týče nákladů efektivnější, a to jak při použití k průkazu infekce *H. pylori*, tak při sledování účinku léčby.

Po výčtu několika argumentů, které nás přesvědčují o tom, že i v problematice diagnostiky *H. pylori* si každý může zvolit různou správnou cestu, bychom rádi upozornili také na úskalí sérologických měření, kterým může být odpověď na otázku, zda pozitivní sérologický výsledek indikuje pokračování infekcí a není odrazem určitého stádia eradikace.

- Je třeba zjistit buď od pacienta, nebo z jeho chorobopisu, zda nebyl či není pod antibiotickou eradikační/chemoterapeutickou léčbou. Jestliže léčba stále pokračuje nebo skončila během několika let, mohou být sérologické testy nespolehlivé (falešně pozitivní).
- Míra spontánního uzdravení je u infekcí *H. pylori* asi 0,6% za rok. Pokud k této „samoléčbě“ dochází, mohou ukazovat sérologické metody na počátku tohoto procesu falešně pozitivní výsledky. Poněvadž je však



incidence spontánního uzdravení tak nízká, nemá to prakticky žádný významný vliv na přesnost sérologických metod.

Je nutné připomenout také test prokazující antigen *H. pylori* ve stolici. Dosavadní studie prokazují, že se testy ve stolici nedá dosáhnout lepších výsledků než sérologickými testy a to jak v sensitivitě, tak i ve specifitě. V nejlepším případě se tyto výsledky mohou vyrovnat. Testy ve stolici nejsou spolehlivé pro děti pod 5 let věku – viz. poslední konference o problematice *H. pylori* ve Štrasburku. Oproti tomu, dle závěrů portugalské studie na dětských pacientech (L.Mondeo, GUT 49, September 2001, 143 pacientů), platí u testů Pyloriset pro děti stejná cut-off hodnota jako pro dospělé, tedy 20 U/ml. Testy Pyloriset jsou celosvětově hodnoceny jako jedny z nejspolehlivějších. V kvalitě a spolehlivosti testů ve stolici je velký rozdíl a ukazuje se, že lepších výsledků se dosahuje s testy antigenu ve stolici v hodnotách 700,- Kč za test a více. Ceny testu ve stolici a sérologického vyšetření se tedy řádově liší. V současné době je dostupnost vyšetření testem ve stolici pro pacienty velmi malá, naopak sérologické testy se provádějí prakticky kdekoliv. Také práce se vzorkem stolice je pro pacienta i personál méně pohodlná.

Věříme, že naše pojednání přispěje k doplnění názorového spektra o problematice, která je předmětem zkoumání odborníků již téměř dvě desetiletí.

Literatura:

1. Bielanski W et al. Ethanol Suppresses *H. pylori* Urease Activity as Measured by 13C-Urea Breath Test (UBT). Abstract 06/195. XI International Workshop on Gastrointestinal Pathology and Helicobacter pylori. 2-5 Sept 1998, Budapest, Hungary.
2. Bielanski W et al. Usefulness of Capsulated Low Dose 13C-Urea Breath Test in Diagnosing *H. pylori* Infection in Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding. Abstract 06/185. XI International Workshop on Gastrointestinal Pathology and Helicobacter pylori. 2-5 Sept 1997; 32 Suppl 223: 35-42.
3. De Boer W A. Diagnosis of Helicobacter pylori Infection. Review of Diagnostic Techniques and Recommendations for Their Use in Different Clinical Settings. Scand J Gastroenterol 1997; 32 Suppl 223: 32-42.
4. Katelaris PH et al. The Effect of Short Term Omeprazole Use on the Accuracy of the 13C-Urea Breath Test in Helicobacter pylori Infected Subjects. Abstract 06/180. XI International Workshop on Gastrointestinal Pathology and Helicobacter pylori. 2-5 Sept 1998, Budapest, Hungary.
5. Savarino V et al. Effect of Omeprazole and Ranitidine on The Accuracy of 13C-Urea Breath Test (UBT). Abstract 06/172. XI International Workshop on Gastrointestinal Pathology and Helicobacter pylori. 2-5 Sept 1998, Budapest, Hungary.
6. Savarino V et al. Positive Serology Indicates an Active *H. pylori* Infection in Patients with atrophic Gastritis in spite of Negative Histology and 13C-Urea Breath Test. Abstract 06/176. XI International Workshop on Gastrointestinal Pathology and Helicobacter pylori. 2-5 Sept 1998, Budapest, Hungary.
7. Kokkola A et al. Positive Serology Indicates an Active *H. pylori* Infection in Patients with Atrophic Gastritis in spite of Negative Histology and 13C-Urea Breath Test. Abstract 06/176. XI International Workshop on Gastrointestinal Pathology and Helicobacter pylori. 2-5 Sept 1998, Budapest, Hungary.
8. Lerang F et al. Accuracy of IgG Serology and Other Tests in Confirming Helicobacter pylori Eradication. Scand J Gastroenterol 1998; 33: 710-715.
9. Lamouliatte H et al. Control of Helicobacter pylori Eradication by C13 Urea Breath Test; How Many Tests are Necessary? Gut 1999; 45 Suppl 111: A 113.
10. Hua-Xiang Xia et al. Recurrence of Helicobacter pylori Infection After Successful Eradication. Nature and Possible Causes. Dig Dis Sci 1997; 42: 1821-1834.
11. Leodolter A et al. False Positive Results of the 13C-Urea Breath Test in Presence of Bacterial Overgrowth of the Upper GI Tract. Gut 1999; 45 Suppl 111: A126.
12. Europa Scientific Ltd; BSIA Ltd. 13C-UBT. A safe and simple breath test for the detection of Helicobacter pylori infection. A guide to the benefits of the 13C-Urea Breath Test (brochure).
13. Urea (Utandningstester i Göteborg AB. Hp-PLUS Testet for Helicobacter pylori. Enkelt, snabbt, tillförlitligt (brochure).
14. Lerang F et al. Accuracy of Seven Different Tests for the Diagnosis of Helicobacter pylori Infection and the Impact of H2-receptor Antagonists on Test Result. Scand J Gastroenterol 1998; 33: 364-369.
15. Kosunen TU. Antibody Titres in Helicobacter pylori infection: Implications in the Follow-up of Antimicrobial Therapy. Ann Med 1995; 27: 605-607.
16. Valle J et al. Long-Term Course and Consequences of Helicobacter pylori Gastritis. Results of a 32-Year Follow-up Study. Scand J Gastroenterol 1996; 31: 546-550.
17. Aromaa A et al. Circulating Anti-Helicobacter pylori Immunoglobulin A Antibodies and Low Serum Pepsinogen I Level Are. Associated with Increased Risk of Gastric Cancer. Am J Epidemiol 1996; 144: 142-149.

Odborný kurz pro pediatry a začínající otolaryngology, pořádaný Klinikou ušní, nosní a krční UK 2. LF a FN Motol a subkatedrou dětské ORL IPVZ

„Zajímavé kazuistiky v ORL oblasti u dětí“

spojené s rozбором diferenciální diagnostiky dané problematiky
kód 219201

Termín: **30. listopadu 2002**

Začátek: **9.00 hod.**, registrace účastníků od 8.15 hod. před kinosálem
Účastnický poplatek: 300 Kč

Místo konání: **kinosál ředitelství FN Motol, 2. patro**

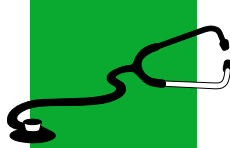
Akce je hodnocena 5 body.

Program:

- | | | |
|-----|---------------|---|
| 1. | 9.00 - 9.30 | Doc. MUDr. Z. Kabelka
Zahájení odborného kurzu
Náš přítel n. facialis |
| 2. | 9.30 - 10.00 | Prof. MUDr. J. Fajstavr, DrSc.
Závratě u dětí - diferenciální diagnostika |
| 3. | 10.00 - 10.20 | MUDr. M. Marková
Neobvyklá příčina recidivujících infekcí HCD |
| 4. | 10.20 - 10.40 | MUDr. J. Příhodová
Přístup praktického lékaře k uživateli kochleárního implantátu |
| | 10.40 - 11.10 | P ř e s t á v k a
káva |
| 5. | 11.10 - 11.30 | MUDr. Z. Krylová
Výtok z ucha - diferenciální diagnostika |
| 6. | 11.30 - 12.00 | MUDr. D. Kolešková
Výtok z nosu - diferenciální diagnostika |
| | 12.00 - 13.00 | O b ě d
(závodní restaurace) |
| 7. | 13.00 - 13.30 | PhDr. E. Vymlátilová
Psychogenní afonie - kazuistika |
| 8. | 13.30 - 14.00 | Mgr. J. Holmanová
Neslyšící dítě s autismem - kazuistika |
| 9. | 14.00 - 14.30 | MUDr. P. Lesný, MUDr. P. Seeman
(Klinika dětské neurologie UK)
Connexin 26 - významná příčina těžké nedoslýchavosti u dětí |
| 10. | 14.30 - 15.00 | MUDr. M. Marková, doc. MUDr. L. Vyhnanáková
Nácvik intubace na modelech |
| | | D i s k u s e |
| 10. | 15.00 - 18.00 | Prohlídka pracoviště Kliniky ušní, nosní a krční UK 2. LF a FN Motol.
Individuální konzultace. |

Zájemci se mohou přihlásit písemně na studijním oddělení IPVZ, p. B. Schreiberová, IPVZ, Budějovická 15, 140 00 Praha 4 nebo telefonicky na sekretariátě Kliniky ušní, nosní a krční UK 2. LF u p. D. Procházkové, tel. 2 2443 2601.

Orion Diagnostica
PYLORISSET



Dětská tuberkulóza a BCG vakcinace

Prof. MUDr. Karel Křepela, CSc.

Klinika pediatrie IPVZ, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

■ Dětská tuberkulóza

Tuberkulóza (tbc) je stále jedním z nejčastějších infekčních onemocnění na světě. Podle údajů SZO onemocní ročně tuberkulózou na celém světě kolem 8 milionů osob, z nichž 3 miliony zemřou (1). Pro dětský věk se udává 1,3 miliony nových případů a 450 000 úmrtí ročně. Z infikovaných jedinců onemocní během života jen asi deset procent díky přirozené imunitě. Výskyt tbc ve světě nepříznivě ovlivňuje šíření infekce virem lidské imunodeficiency (HIV), která podporuje rozvoj této choroby i v zemích s velmi nízkou incidencí. Dále je to přibývající výskyt multirezistentních kmenů Myco tbc, které vznikají v důsledku nevhodného složení a délky léčebných režimů.

V České republice se vyskytuje v posledních letech 1200–1300 nových případů ročně, což odpovídá incidenci 12–13/100 000 obyvatel. Výskyt tbc u dětí je přímým odrazem epidemiologické situace dospělých, protože zdrojem onemocnění pro dítě je prakticky vždy dospělá osoba s nakažlivou formou onemocnění. Nejzávažnější jsou kontakty intrafamiliární, nejčastěji rodiče nebo jiní příbuzní. V poslední době jsou rizikem nákazy přistěhovalci ze zemí, kde je vysoká incidence tbc, např. z Ukrajiny, kteří nemají vstupní vyšetření a které podnikatelé mnohdy zaměstnají jako dělníky ve svém podniku a zajistí jim ubytování ve své domácnosti, kde se tak dostanou do kontaktu s jejich dětmi.

Vedle tbc se u dětí v období 1986–1993, kdy bylo dočasně zrušeno očkování proti tbc u novorozenců ve třech bývalých krajích, začaly objevovat zvýšenou měrou mykobakterií, vyvolané nejčastěji aviárním mykobakteriem (Myco avium), které se u kalmetizovaných dětí prakticky nevyskytují. Potvrdily se tak zkušenosti ze Švédska, že BCG vakcína díky zkřížené imunitě chrání i před tímto onemocněním. Výskyt tbc a mykobakterií u dětí do 15 let věku se v posledních letech pohyboval mezi 20 a 25 případy ročně, což odpovídá incidenci kolem 1/100 000 dětí.

Podle **pohlaví** je podíl chlapců a dívek vy-

rovnaný, podle **věku** není podstatný rozdíl mezi předškolním a školním obdobím. Počet romských dětí je v incidenci dětské tbc vyšší, než odpovídá jejich podílu v dětské populaci (přes 20 %). V poslední době přibývá onemocnění u dětí cizinců (Ukrajina, Vietnam, Mongolsko a další). U dětí převažují **plicní** formy tbc. V předškolním a ranném školním věku jsou to formy primární (tbc primární komplex plicní, tbc nitrohruďných uzlin), v prepubertě a pubertě pak častěji formy postprimární (ložisková a infiltrativní tbc plic), které mají sklon k rychlé progresi s rozpadem a které mají vysokou nakažlivost. Tbc exsudativní pleuritida se může vyskytnout ve všech věkových obdobích.

Z **mimoplicních** forem převažuje dnes tbc lymfatických uzlin, nejčastěji krčních, kde u nekalmetizovaných dětí bývá častěji vyvolatelem Myco avium.

V **léčbě** dětské tbc vystačíme většinou se základními antituberkulotiky a při dodržení léčebného režimu v trvání devět měsíců je vyléčení trvalé bez vzniku recidiv (2). V roce 2001 se však vyskytl u nás prvý případ tbc onemocnění v dětském věku vyvolaný multirezistentním kmenem Myco tbc. Jednalo se o exsudativní pleuritidu u 13-leté mongolské dívky, kde pro selhání léčby antituberkulotiky vznikla rozsáhlá pachypleuritida, kterou bylo nutno řešit chirurgicky (dekortikací).

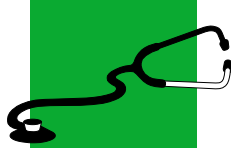
■ BCG vakcinace

K očkování proti tuberkulóze se užívá živé, oslabené vakcíny připravené z kmene Mycobacterium bovis BCG – bacil Calmetteův–Guérinův (3). BCG vakcinace vytvoří určitý stupeň imunity, která zabraňuje přechodu nahodilé infekce do onemocnění. Při dlouhodobém, opakovaném kontaktu s vysoce nakažlivým zdrojem, zvláště u kontaktů intrafamiliárních, může očkování jedině tuberkulózou onemocnět, očkování má však zabránit hematogenní diseminaci mykobakterií a tím vzniku generalizovaných forem, tj. miliární tuberkulózy a tbc meningitidy.

V současné době se u nás při kalmetizaci užívá dánské vakcíny, kterou vyrábí Statens Serum Institut v Kodani (SSI Copenhagen). Očkování se provádí dávkou 0,05 ml intradermálně do levého ramínka u novorozenců nejdříve čtvrtý den a nejpozději do konce šestého týdne po narození bez předchozí tuberkulinové reakce. Očkují se novorozenci, kteří dosáhli hmotnosti 2500 g, výjimečně s nižší hmotností, pokud dobře prospívají. Po třech až čtyřech měsících po očkování se provede kontrola lokální reakce (ověření jizvy případně zvětšení regionálních lymfatických uzlin v levé axile nebo nad levou klíční kostí) a při negativní reakci se provede po skončení základního očkování proti infekčním nemocem (zpravidla ve dvou letech) kontrolní tuberkulinová reakce a při její negativitě se dítě znovu očkuje. U novorozenců HBsAg pozitivních matek se po porodu očkuje proti hepatitidě B a BCG vakcinace se provede až mezi 7. a 12. měsícem prvního roku života (4). Jiné očkování lze po BCG vakcinaci provést nejdříve za 2 měsíce, vždy však až po zhojení lokální postvakcinační reakce. Přeočkování proti tuberkulóze se v současné době provádí ve věku 11 let na základě negativní tuberkulinové reakce.

■ Kontraindikace BCG vakcinace:

1. Horečnatý stav, podezření z nákazy a časná rekonvalescence po ní
2. Tuberkulóza
3. Ověřený defekt imunity
4. Léčba systémovými kortikoidy, cytostatiky, ozařováním a ostatními léky, které významně snižují imunitní odpověď
5. Hemoblastózy
6. U osob s pozitivní tuberkulinovou reakcí
7. U osob s generalizovanými kožními exantémy
8. U osob se sklonem k tvorbě keloidních jizev
9. U osob s komplikací po předchozí BCG vakcinaci
10. Těhotné ženy se očkují výjimečně podle epidemiologické situace (při vysokém riziku tbc infekce)



11. HIV pozitivní jedinci se očkují dle doporučení SZO:

- asymptomatických HIV infikovaných jedinců, kteří jsou ve vysokém riziku tbc infekce, se očkují po porodu, tam, kde je riziko infekce nízké, se BCG vakcinace neprovádí
- symptomatických HIV infikovaných jedinců se neočkují

12. BCG vakcinaci lze provést po infekčních chorobách:

- po hepatitidě, infekční mononukleóze a toxoplazmóze za 6 měsíců
- po spále za 2 měsíce (přechodná anergie tuberkulinové zkoušky)
- po průšnicích, planých neštovicích, spalničkách, zarděnkách, úplavici za 6 týdnů

13. BCG vakcinaci lze provést po očkování

- živými vakcínami za 1 měsíc
- neživými vakcínami za 14 dní

14. Po léčbě antibiotiky je možno očkovat proti tbc nejdříve za 2 – 3 týdny

Stanovisko výboru Společnosti alergologie a klinické imunologie k indikacím a kontraindikacím provádění tuberkulinové reakce a BCG vakcinace u některých medikací v alergologické praxi je podrobně uvedeno v citaci 3.

■ Komplikace po BCG vakcinaci

Při očkování proti tuberkulóze se vytvoří v podstatě mimoplicní primární komplex. Za normálních okolností ulcerace v místě očkování nepřesahuje 10 mm a zvětšené regionální lymfatické uzliny nepodléhají kolikvaci, jejich velikost není rozhodující. Vzhledem k tomu, že se užívá živé, mitogované vakcíny, která má tzv. zbytkovou virulenci, může u některých jedinců vzniknout po očkování nepřiměřená reakce, která podléhá hlášení jako komplikace po očkování. Zasílá se na tiskopise „Hlášení podezření na nežádoucí účinek léčiva“ na adresu Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), Šrobárova 48, 100 41 Praha 10, kde je možno si tento tiskopis vyžádat.

Jako komplikace po BCG vakcinaci se hlásí:

- ulcerace nebo absces v místě očkování o průměru 10 mm a více u novorozenců, 20mm a více u školních dětí
- zvětšené regionální uzliny se sklonem k fluktuaci, popřípadě s tvorbou píštěle (nejčastěji v axile, na krku nebo v okolí klíč-

ní kosti na straně očkování, tj. vlevo). Samotné zvětšené uzliny bez fluktuace nebo píštěle se jen sledují, ale nehlásí

- kožní komplikace v okolí očkování nebo i na vzdáleném místě (lupoidní reakce), podkožní a svalové granulomy
- nespecifické vedlejší reakce, především keloidní jizvy
- ostatní závažné méně časté komplikace (otitidy, meningitidy, oční postižení, lymfadenitidy, hepatosplenomegalie, postižení ledvin, generalizace BCG vakcíny aj.)

Nejčastěji se vyskytují abscesy v místě očkování a kolikvované regionální uzliny, většinou v levé axile. Příčinou vzniku komplikací může být také technická chyba při aplikaci vakcíny (subkutánní aplikace místo intradermání, případně příliš velká její dávka při nedodržení aplikační dávky 0,05 ml vakcíny). Od roku 2001 přibyl významnou měrou těchto lokálních komplikací po zavedení tetra- a pentavakcíny (difterie, tetanus, pertuse, haemophilus b) spolu s očkováním proti hepatitidě B. U dětí, kde je reakce po BCG vakcinaci již zhojena, se objeví nový absces v místě aplikace BCG vakcíny nebo kolikvace v uzlinách za několik týdnů po podání těchto vakcín. Tato reakce může přetrvávat řadu týdnů i měsíců a narušuje tak možnost dodržení termínů očkovacího kalendáře.

Ošetření BCG komplikací vyžaduje správný postup. Ulcerace v místě očkování se ošetřují Framykoin mastí do zhojení. Při ošetření abscesů nebo kolikvovaných uzlin vystačíme s punkcí silnou jehlou a evakuací obsahu s následným krátkodobým krytím Framykoin mastí. Je nevhodné provádět incizi abscesů nebo extirpaci uzlin. Po incizi zůstává často píštěl nebo vtažená jizva, extirpace se nedoporučuje z imunologického hlediska. U rozsáhlejších uzlinových reakcí delšího trvání a po neúspěchu i opakovaných punkcí je indikováno podávání Nidrazidu (INH) na dobu 6 – 12 týdnů. Při typické lokalizaci zvětšených uzlin po BCG vakcinaci je zbytečné provádět před punkcí další vyšetření nebo podávání léků, jak se často děje (sedimentace erytrocytů, krevní obraz, sonografie, snímek hrudníku, onkologické vyšetření, podávání antibiotik). Lupoidní reakce vyžaduje léčbu INH. Keloidní jizvy se daří ovlivnit jen obtížně. Tyto případy je třeba odeslat co nejdříve na odborné dermatologické oddělení. Čerstvé a malé keloidy se někdy daří ovlivnit

kryokaustikou, případně ozářením laserem. Ošetření na plastické chirurgii je riskantní, protože keloid se mnohdy vytvoří znovu. Organové komplikace vyžadují léčbu antituberkulotiky, případně chirurgické ošetření (kostní komplikace) na specializovaném pracovišti.

■ Chemoprophylaxe

Vedle BCG vakcinace se užívá v indikovaných případech k zábraně tuberkulózní infekce, případně k zábraně přechodu infekce již vzniklé do manifestního onemocnění chemoprophylaxe. Ta se provádí podáváním Nidrazidu (INH) v dávce 5 mg/kg váhy/den v jedné denní dávce ráno nalačno po dobu 6 měsíců spolu s pyridoxinem 1/2 tbl. v těchto indikacích:

- a) Nevakcinované děti s pozitivní tuberkulinovou reakcí a negativním rtg nálezem,
- b) déletrvající kontakty s bacilární tbc nákazou (zvl. intrafamiliární) bez ohledu na vakcinaci a výsledek tuberkulinové reakce, s negativním rtg nálezem,
- c) děti se zesílením tuberkulinové reakce nejméně o 10 mm ve srovnání s předchozím výsledkem této reakce,
- d) děti s pozitivní tuberkulinovou reakcí 20 mm a více při prvním zjištění (hyperalergenti), kteří nejsou v kontaktu s aktivní tbc nákazou a mají negativní rtg nález.

V průběhu chemoprophylaxe je třeba provádět pravidelné kontroly jaterních testů: před zahájením léčby, první 3 měsíce po 4 týdnech, později po 6–8 týdnech. Zvýšení hodnot transamináz, které nepřesáhne dvojnásobek náležité hodnoty, nemusí být důvodem k přerušení léčby, pokud je dítě bez obtíží. Rtg kontroly se provádějí 2 měsíce po začátku léčby a na jejím konci, u indikace d/ jen na konci léčby.

Literatura

1. WHO Bulletin. Global Tuberculosis Programme and Global Programme on Vaccines. Weekly Epidemiol. Record, 1955, 70, č. 32, s. 229–236.
2. Křepela, K.: Moderní léčba tuberkulózy a mykobakterií v dětském věku. Remedica, 1999, 9, č. 2, s. 76–81.
3. Křepela, K.: BCG vakcinace a tuberkulinový test. Čes.-slov. Pediat., 2002, 57, č. 5, s. 223–228.
4. Metodické opatření č. 7. Prevence virového zánětu jater. Věstník MZ ČR, 2000, částka 12, s. 2.



Cystická fibróza na počátku 21. století

Doc. MUDr. Věra Vávrová, DrSc. a kolektiv CF Centra

CF Centrum UK 2. LF a FN Motol, Praha

Souhrn

Cystická fibróza (dále CF) je jako samostatná jednotka známa již téměř 65 let (1). U nás byla poprvé diagnostikována v roce 1946, a objevily se i první publikace na toto téma (2). Soustavně se 2. dětská klinika v Praze zabývá CF od roku 1960. Po objevu vysoké koncentrace elektrolytů v potu (3) a zavedení potního testu (4) se zjednodušila diagnostika a byli správně zařazeni i starší nemocní, vedení do té doby pod jinými diagnózami.

Čtenáře *Vox Pediatry* jsem o nových pohledech na CF podrobně informovala v roce 1996 (5). Pokusím se tedy tyto informace stručně shrnout a přidat to, co je za posledních 6 let nového.

Nejdůležitějším objevem v historii CF byla identifikace CFTR genu v srpnu 1989 (6,7,8). Tento objev nastartoval ohromné vědecké úsilí a vedl k nesmírnému pokroku v pochopení patogenezy, průběhu nemoci i terapeutických možností. Poslední desetiletí minulého století bývá v historii CF nazýváno dekádou dramatického pokroku.

Gen CF, nazývaný CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) má dnes více než 1 000 známých mutací, které se dělí do 5 tříd. Mutace prvních tří tříd, mezi něž patří především nejčastější F508del, jsou pokládány za „těžké“ a bývají téměř vždy spojeny s insuficiencí zevní sekrece pankreatu (PI). Naopak mutace 4. a 5. třídy, pokládané za „mírné“, mají většinou funkci pankreatu zachovanou (PS). Mutace 3849-10kbC->T (V. třída) mívá navíc často i hraniční či dokonce normální koncentraci chloridů v potu a dospělí muži s touto mutací bývají fertilitní.

Znalost produkce a funkce CFTR proteinu v apikální membráně buňky i znalost vztahu k ostatním iontovým kanálům umožnila pochopení fyziologické úlohy CFTR v regulaci iontového transportu a v ostatních buněčných funkcích. Lépe dnes rozumíme kaskádu pochodů vedoucích od dysfunkčního CFTR proteinu a abnormálního transportu iontů k patologickým změnám v plicích.

V diagnostice CF zůstává nadále zlatým standardem potní test (9). Koncentrace chloridů v potu získaném pilokarpinovou iontoforézou vyšší než 60 mmol/l, pokud je provedena 2x v laboratoři, která má dostatečně zkušenosti, svědčí s největší pravděpodobností pro CF. Hodnoty 30-60 mmol/l, je třeba pokládat za hraniční a diagnózu nelze vyloučit (10). Jejím potvrzením je vždy průkaz dvou mutací CFTR genu.

Dnes víme, že progresivní onemocnění dýchacích cest je primární příčinou morbidit a mortalit. Dýchací cesty nemocných s CF jsou obturovány hlenem, bakteriemi a degradovanými polymorfonukleáry (PMN). Okolní tkáň je naplněna zánětlivými buňkami. Z degradovaných PMN se uvolňuje je-

jich DNA, zánětlivé cytokiny, volné kyslíkové radikály a elastázy, které narušují epitel dýchacích cest i endotel kapilár a vedou k irreparabilnímu poškození plicní tkáně. Z bakterií se na infekci dýchacích cest nejvíce podílí zlatý stafylokok, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa* a *Burkholderia cepacia*. V poslední době jsou popisovány i infekce vzácnějšími patogeny (*Stenotrophomonas maltophilia* aj.), atypickými mykobakteriemi a plísněmi. Protože *Pseudomonas aeruginosa* a *Burkholderia cepacia* se snadno přenášejí z pacienta na pacienta, je v péči o CF nutná přísná separace nemocných infikovaných jednotlivými bakteriemi.

V posledních letech se změnil pohled na projevy CF. Onemocnění se nemanifestuje jen jako klasická těžká choroba, charakterizovaná chronickým sinopulmonálním onemocněním, insuficiencí zevní sekrece pankreatu, vysokou koncentrací chloridů v potu a azoospermii u 98% mužů, ale projevuje se i atypickými formami, nazývanými CFTR patie (11). Jsou to monosymptomatická onemocnění projevující se buď jako mírná plicní postižení včetně bronchiektazií lokalizovaných především v horních lalocích s nálezem *Pseudomonas aeruginosa* ve sputu nebo jako izolované sinusitidy či alergická bronchopulmonální aspergillosa. Další manifestací může být idiopatická chronická pankreatitis nebo vrožené oboustranné chybění vas deferens (CBAVD - congenital bilateral absence of vas deferens). Tato skutečnost vede k úvahám o nutnosti změnit Mezinárodní klasifikaci CF (12).

Léčba CF byla do určité míry standardizována již v šedesátých a sedmdesátých letech minulého století, kdy byl zaveden soustavný léčebný program intravenózní antibiotické léčby (13) s uzavřením kanylí roztokem heparinu (14). Klasická léčba CF je komplexní a intenzivní až agresivní. Léčení respiračních projevů spočívá v prevenci a v soustavné léčbě infekce a zánětu. Základní význam má cílená antibiotická léčba, opírající se o pravi-

delné jednou měsíčně prováděné mikrobiologické vyšetření sekretu dýchacích cest. Antibiotika je třeba podávat ve vysokých dávkách, protože jen ty zajistí účinnou hladinu v seru a sekretech. Obstrukci dýchacích cest příznivě ovlivňuje podávání re-kombinantní lidské DNázy a moderní metody fyzioterapie. Mukolytika jsou podávána některými centry inhalačně nebo perorálně, názory na jejich účinnost se různí. Bronchodilatační léčba je indikována u nemocných s pozitivním bronchodilatačním testem. Nedílnou součástí léčby je péče o dobrý stav výživy a pankreatická substituce vysokými dávkami účinných pankreatických enzymů, podávaných ve formě mikrotablet nebo mikropelet a mini-mikropelet.

S prodlužujícím se věkem nemocných, ale i s lepšími diagnostickými metodami, se objevují komplikace, které modifikují průběh nemoci. Patří k nim onemocnění jater a žlučniku, na CF vázaný diabetes (CF related diabetes - CFRD), osteoporóza, různé projevy autoimunity a bohužel i častější výskyt malignit především zažívacího ústrojí a řada dalších. Pro příznivý průběh nemoci je důležité, aby byly tyto komplikace včas odhaleny a správně léčeny. Na vzniku CFRD se účastní redukce parenchymu pankreatu při základním procesu a zvýšená inzulinová rezistence. V jeho léčbě je důležitý inzulin. Klasické diabetické diety, ordinované diabetikům I. nebo II. typu, nejsou indikovány, protože by vedly k zhoršení stavu výživy. Proto jsou cukry omezovány jen rámcově a vyhýbáme se pouze jednorázové velké zátěži volnými cukry (sladké ovocné šťávy).

Řada nově vypracovaných léčebných postupů je zatím ve stadiu klinického zkoušení. Jsou zaváděny různé metody genové terapie, hledán vhodný vektor k přenosu „divokého“, tj. normálního genu, nebo ovlivnění CFTR proteinu v závislosti na typu mutace. Jsou zkoušena nová antibiotika a to jak inhalační (monobactam PA 1806), tak celkově podávaná (15). Rámec klinické studie překračuje inhalace tobramycinu zbařeného konservačních

Nutridrink



prostředků (TOBI) v dávce 300 mg 2x denně, nebo podávání makrolidů, především azitromycinu u nemocných infikovaných *Pseudomonas aeruginosa*. Lék je podáván nepřetržitě řadu měsíců 3x týdně v dávce 250 mg u nemocných vážících méně než 40 kg nebo 500 mg u nemocných vážících více než 40kg. Smyslem této léčby není antibakteriální působení, ale imunomodulační vliv makrolidů. Ten spočívá v inhibici produkce zánětlivých cytokinů na jedné straně a v stimulaci funkčního působení T lymfocytů na straně druhé. Jako protizánětlivá léčba se doporučují vysoké dávky ibuprofenu (20–30mg/kg 2x denně), při které je třeba dosáhnout vrcholové koncentrace v seru 50–100 µg/ml. Klinické zkoušky neprokázaly při této léčbě více gastrointestinálních komplikací než ve skupině kontrolních nemocných, kteří dostávali placebo.

Obecně se udává, že nejlepší výsledky v léčení mají specializovaná CF centra, kde pracuje tým odborníků pod vedením lékaře specializovaného na péči o CF. U nás kromě Centra CF v Praze Motole byla v roce 2000 ustavena Ministerstvem zdravotnictví čtyři další regionální centra (Hradec Králové, Plzeň, Brno a Olomouc), jejichž lékaři jsou oprávněni předepisovat CF nemocným speciální léky. Členy CF týmu jsou pediatři, pneumologové léčící dospělá nemocná, sestry, fyzioterapeuti, psychologové, dietní sestry, sociální pracovníci a antropologové. Tým úzce spolupracuje s ostatními odborníky (genetiky, mikrobiology, imunology, rentgenology, chirurgy, endokrinology, kardiology, gynekology a dalšími). Nemocný by měl být v Centru vyšetřován pravidelně 1–4 x ročně. O výsledcích vyšetření je třeba podrobně informovat lékaře v terénu, který o dítě pečuje v mezidobí. Jednou ročně má být prováděno zhodnocení stavu a vypracován postup pro další období. Snaha o zlepšení péče o nemocné s CF na celém světě vedla k vypracování optimálních diagnostických a léčebných postupů, které publikuje jak americká Cystic Fibrosis Foundation tak Evropská Společnost pro CF (European CF Society – ECFS) a které by měly být závazné pro všechny, kdo poskytují péči nemocným s CF (16,17).

Nesmírně důležitý je dobrý vztah nemocného a zdravotníků. Nemocní i jejich rodiče musejí být dobře informováni o podstatě jednotlivých léčebných postupů, o jejich významu a být přesvědčeni o jejich správné volbě. Kromě podrobné ústní informace dostávají i různě podrobné písemné brožury (18, 19).

Moderní přístup, spočívající ve včasné diagnostice, dobré znalosti patogeneze, nových poznatků o vztahu genotypu a fenotypu (G–F), všech i atypických projevů nemoci

a faktorů ovlivňujících její průběh i v znalosti a cílené aplikaci moderních léčebných postupů vedl nesporně k zlepšení prognózy. Zatímco ještě v 50. letech umírala většina nemocných v průběhu 1. roku života, je dnes medián přežití 32 let a naděje na další zlepšování stále stoupají. Současně s prodloužením života se významně zlepšila i jeho kvalita. Naděje na kauzální léčbu je velká, na její klinické užití však budeme čekat ještě mnoho let. Proto je nezbytné intenzivně léčit nemocné dostupnými metodami podle nejnovějších poznatků, aby se v co nejlepším stavu dožili dne, kdy bude možno vyléčit podstatu CF nebo alespoň minimalizovat její projevy.

Podporováno MŠMT VZ č. 111300003.

Literatura:

- 1) Anderson D: Cystic fibrosis of the pancreas and its relationship to celiac disease: Clinical and pathologic study. *Am J Dis Child* 1938, 56: 344–399,
- 2) Švejcar J, Benešová D, Houštěk J: Cystická fibrosa pankreatu. *Čas. lék. čes.* 1948, 87, 1116–1122.
- 3) di Sant'Agnesse PA, Darling RC, Perera GA et al.: Abnormal electrolyte composition of sweat in cystic fibrosis of the pancreas. *Pediatrics*, 1953, 12: 549–562
- 4) Gibson LE, Cooke RE: A test for concentration of electrolytes in sweat in cystic fibrosis of the pancreas utilizing pilocarpine by iontophoresis. *Pediatrics*, 1959, 23, 545–5495.
- 5) Vávrová V: Jak se díváme na cystickou fibrózu na počátku roku 1996. *Vox Pediatría* 1996, 21: 7 – 11.
- 6) Rommens JM, Iannuzzi MC, Kerem B–S et al.: Identification of the cystic fibrosis gene: Chromosome walking and jumping. *Science* 1989, 245: 1059–1065,
- 7) Riordan JR, Rommens JM, Kerem B–S, et al.: Identification of the cystic fibrosis gene: cloning and characterization of complementary DNA. *Science* 1989, 245: 1066–1073,
- 8) Kerem B–S, Rommens JM, Buchanan JA, et al.: Identification of the cystic fibrosis gene: 1929, genetic analysis. *Science* 1989, 245: 1073–1080,
- 9) Tomášová H, Vávrová V, Vokáč Z: Metodika stanovení chloridů v potu v diagnostice mukoviscidózy. *Čs. Pediatrie* 1962, 17, 324–331
- 10) Vávrová V a kolektiv: Cystická fibróza v praxi. Kreače s. r. o. Praha, 1999, 152 str., ISBN 80–902125–1–4
- 11) Noone PG, Knowles MR: „CFTR–pathies“: disease phenotypes associated with cystic fibrosis transmembrane regulator gene mutations. *Respir. Res.* 2001, 2:328–332
- 12) Joint WHO/ICF(M)/A/ECFTN meeting report: Classification of cystic fibrosis and related disorders. *Journal of Cystic Fibrosis* 2002, 1: 5–8
- 13) Matthews LW, Doershuk CF, Wise M. et al.: A therapeutic regimen for patients with cystic fibrosis. *J. Pediatrics*, 1964, 65: 558–575
- 14) Stern RC, Doershuk, CF, Matthews LW.: Use of a heparin lock to administer intermittent intravenous drugs. *Clin. Ped.* 1972, 11: 521–523
- 15) Ramsey BW: Developing Better Therapies for Patients With Cystic Fibrosis: 2002 Progress Report. 16th Annual North American CF Conference, New Orleans, LA, October 6, 2002. www.cff.org
- 16) Clinical Practice Guidelines for Cystic Fibrosis. Cystic Fibrosis Foundation 1997
- 17) Doring G, Conway SP, Heijerman HG et al.: Antibiotic therapy against *Pseudomonas aeruginosa* in cystic fibrosis: a European consensus. *Eur Respir J.* 2000 Oct;16(4):585–7.
- 18) Vávrová V a kolektiv: Cystická fibróza, příručka pro nemocné, jejich rodiče a přátele. Professional Publishing Praha, 2000, str. 130, ISBN 80–864 19–06–1
- 19) Příručka o cystické fibróze pro pacienty a jejich rodiče. Překlad publikace vydané European Thematic Network for Cystic Fibrosis, české vydání s podporou Astra Zeneca 2001.

Důležité body při práci s QR CRP

1. Používat **vždy** kartu ze soupravy, se kterou se pracuje. Po použití všech víček s reagentii **vyhodit, co zbylo** (zbytek pufru, magnetickou kartu).
2. **Ze soupravy, se kterou se pracuje**, ukládat do lednice **pouze hliníkové tuby s víčky**. Dbát na to, aby byly po každém použití pečlivě uzavřeny. **Dávkovač s pufrrem a kyvety nechávat při pokojové teplotě**.
3. Dávkovač **pravidelně** promývat pufrrem – proto je ho v soupravě nadbytek.
4. Krev po odběru **okamžitě** vytlačit do kyvety s pufrrem.
5. Po přidání krve do kyvety, po jejím uzavření a promíchání ponechat dostatečný čas na hemolýzu (roztok bude červeně čirý).
6. Po přidání činidla je nezbytně nutné míchat roztok **důrazným pohybem kyvetou dnem vzhůru**, aby došlo k dokonalému vymytí reagentie z víčka.
7. Pracovat podle instrukcí na displeji přístroje, tedy ani rychleji, ani pomaleji.
8. **Nesahat na spodní části kyvety**.
9. **Pravidelně** měřit kontrolní vzorky jednou týdně. S kontrolním materiálem pracovat jako s pacientem a srovnat výsledek s údajem na lahvičce.

Chybová hlášení a možné důvody:

1. Špatně načtená karta

■ nejčastěji je mastná – odmastit etylalkoholem, alkohol–éterem, apod.

2. Nestabilní vzorek

■ kyvety nebyly při pokojové teplotě – po určité době se zarosí

■ pufr nebyl při pokojové teplotě – velký rozdíl v teplotě pracovního prostředí a přidaného vzorku

■ krev z kapiláry nebyla okamžitě vytlačena do kyvety s pufrrem – mohou se vytvořit fibrinová vlákna, která potom ovlivňují měření

■ nebyl ponechán dostatek času k proběhnutí hemolýzy – roztok je zakalený

3. Špatně přidané činidlo

■ nedokonale promáčknuté víčko nebo málo razantní míchání – nevypláchne se celý objem antiséra a je špatný poměr mezi vzorkem a reagentii

■ hliníkové tuby nebyly dostatečně zavírány a došlo ke „zvlhnutí“ reagentie – reagentie nejde vypláchnout a je špatný poměr mezi vzorkem a reagentii

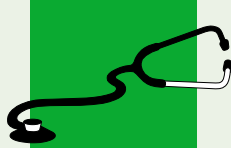
■ kyveta byla z ledničky (je zarosená), obsahuje prach nebo je „ošahaná“ ve spodní části, kde dochází k proměňování reakce

■ kyvetou je v měřicí komoře pohybováno – ve snaze se ujistit o správnosti jejího vložení

■ do měřicí komory dopadají sluneční paprsky

■ magnetická karta je z jiného kitu

■ kolísání v elektrické síti



Systemová enzymoterapie v léčbě dětí s recidivujícími respiračními infekcemi

MUDr. Ingeborg Vokálová

Ordinace alergologie a klinické imunologie, Kralupy nad Vltavou

K hlubšímu zájmu o systémovou enzymoterapii a Wobenzym mne přivedly dotazy rodičů mých pacientů. V ordinaci alergologie a klinické imunologie mám řadu pacientů, kteří se potýkají s opakovanou nemocností. Z tohoto důvodu existuje v Kralupech nad Vltavou již 10 let speciální stacionář pro předškolní děti s těmito problémy. I při zvýšené a individualizované péči v tomto zařízení je pro řadu dětí déletrvajícím docházka do kolektivu problémem. U mnohých stav nezlepšuje ani opakované podávání imunostimulačních léků, u některých naopak dochází při aplikaci těchto preparátů ke zhoršení stavu. Navíc se v poslední době začaly v literatuře objevovat i zmínky o možných nežádoucích účincích imunostimulační léčby. Proto mne upoutala možnost využití Wobenzymu v léčbě chronických a recidivujících onemocnění a v literatuře mne pak zaujaly zmínky o vlivu proteolytických enzymů na některé složky imunitního systému.

Wobenzym jsem začala užívat u prvních dětských pacientů s opakovanou nemocností v roce 1997. Po 3 měsících podávání tohoto léku, došlo u dětí k významnému snížení počtu onemocnění. Zajímalo mne, zda se zlepšení klinického stavu odrazí i v hodnotách imunologického vyšetření.

V letech 1997 – 1999 jsem sledovala účinnost Wobenzymu v léčení recidivujících respiračních infekcí u dětí vybraných z mého pediatrického obvodu a z ordinace alergologie a klinické imunologie. Ve skupině bylo zařazeno celkem 30 dětí ve věku od 3 do 15 let (3 – 6 let 16 dětí, 6 – 15 let 14 dětí), které trpěly opakovanou nemocností a vyskytovala se u nich odchylka alespoň jednoho ze sledovaných imunitních parametrů (snížení IgA, IgM, IgG, CD3 nebo zvýšení IgE). Jako nejčastější diagnózy se vyskytovaly recidivující bronchitidy (15 dětí), 6 dětí mělo potvrzeno astma bronchiale, 4 děti trpěly recidivujícími laryngitidami. Pochopitelně se vyskytovaly i rinitidy, faryngitidy, angíny a otitidy a 9 dětí ze souboru mělo v kombinaci s výše uvedenými diagnózami atopický ekzém.

Děti dostávaly Wobenzym v dávce 1 drg./6 kg t. hm./den rozdělenou do 2 – 3 denních dávek. S užíváním začínaly na podzim a trvalo celkem 6 měsíců. Před zahájením léčby Wobenzymem bylo u dětí provedeno základní laboratorní vyšetření (FW, KO + diff), výtěry z nosu a krku, ORL vyšetření k vyloučení adenoidní vegetace a vyšetření základních parametrů humorální a buněčné imunity. V souhrnu lze říci, že u všech pacientů došlo v průběhu podávání Wobenzymu ke zlepšení klinického stavu, které přetrvávalo i v následujících 6 měsících, kdy už děti Wobenzym neužívaly. Snížila se frekvence onemocnění i jejich závažnost a tím také výrazně poklesla spotřeba antibiotik.

U opakovaných bronchitid jsem pozorovala snížení počtu recidiv a omezení stavů dušnosti. I u dětí s prokázáním astmatem poklesl počet akutních respiračních infekcí, které předtím často komplikovaly základní onemocnění, ubylo počtu i závažnosti stavů dušnosti. U opakovaných laryngitid prakticky ustoupily stavy laryngeální dušnosti, do kterých dříve přecházely všechny banální katary horních cest dýchacích. Pokud k onemocnění došlo, nemělo zdaleka tak dramatický průběh a děti začaly velmi brzy vlhce odkašlávat. Aplikace kortikoidů, bez kterých se dříve tyto děti při laryngitidě neobešly, téměř nebyla nutná. U dětí s atopickým ekzémem se zlepšil stav pokožky a toto zlepšení přetrvávalo většinou i v dalších měsících po vysazení Wobenzymu.

Velmi zajímavé byly změny sledovaných imunologických parametrů. Před léčbou bylo IgE zvýšeno u 50 % zařazených pacientů (u 15 dětí ze 30) a to o 55 – 3 200 % nad horní hranici normy (horní hranice normy pro příslušný věk byla brána za 100 %). Po léčení bylo IgE sníženo u 14 z 15 pacientů (93 %) s primárně zvýšenými hodnotami. Došlo ke snížení o 7 – 83 % původní hodnoty IgE před léčbou.

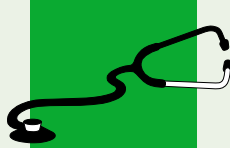
IgA bylo před užíváním Wobenzymu sníženo u 33 % pacientů (10 dětí ze 30) Po léčení došlo k úplné normalizaci IgA u 6 z těchto 10

dětí (60 %), u 3 (30 %) se hodnota zvýšila, ale hranice normy nedosáhla. Hodnotu CD3 mělo na začátku sledování sníženo 5 dětí (17%). Po léčbě byla hodnota v normě u 4 z těchto 5 dětí. Jedná se sice o malá čísla, nicméně ve spojení s klinickými výsledky jsou zajímavá.

Systemová enzymoterapie se po těchto zkušenostech stala součástí mého terapeutického rejstříku a doporučovala jsem ji s velmi dobrými výsledky dalším pacientům. Koncem roku 1999 jsem měla ve svojí kartotéce už 170 pacientů léčených SET, koncem roku 2000 jich bylo již 395, jejich počet se tedy za rok více než zdvojnásobil. V polovině roku 2001 bylo těchto pacientů již 508 a jejich počet dále kontinuálně narůstá. U některých dětí doporučuji léčebnou kúru s Wobenzymem opakovat vždy v rizikovém období zvýšeného výskytu viróz – tedy v průběhu podzimních a zimních měsíců, často s požadavkem opakování léčby přicházejí sami rodiče. Přibývá i dospělých, kteří jsou motivováni léčebnými výsledky u dětí chtějí Wobenzym vyzkoušet i na svoje nejrůznější obtíže.

Letos jsem se rozhodla zpětně vyhodnotit dokumentaci skupiny dalších pacientů, kteří prodělali léčbu Wobenzymem v letech 1999 – 2001. Vybrala jsem celkem 109 pacientů, kde důvodem léčby byla recidivující onemocnění dýchacích cest a u kterých byla indikace k provedení imunologického vyšetření před zahájením léčby. Maximum souboru tvořily děti do 10 let – celkem 74 % (42 % dětí do 6 let + 32 % dětí od 6 do 10 let), 13 % dětí a dospívající od 10 do 18 let a zbylých 13 % byli pacienti starší 18 let. Zastoupení diagnóz v souboru ukazuje tabulka č. 1.

Co se týče imunologického vyšetření – před zahájením léčby bylo nejčastěji nalezenou odchylkou zvýšení IgE (45 pacientů/41%) a snížení IgA (22 pacientů/20%). Pacienti užívali většinou Wobenzym, výjimečně Phlogenzym, doba léčby byla nejčastěji 6 měsíců, zřídka to byly měsíce 3. Děti dostávaly Wobenzym v doporučené dávce po celou dobu užívání, obvyklá dávka pro do-



tab. č. 1

Soubor 109 pacientů léčených systémovou enzymoterapií v letech 1999 – 2001

diagnóza	počet pacientů	počet pacientů v %
recidivující bronchitidy	30	27 %
recidivující angíny	17	16 %
astma bronchiale	14	13 %
recidivující laryngitidy	13	12 %
atopický ekzém	13	12 %
ostatní diagnózy	22	20 %
celkem	109	100%

spělé byla 3 x 4– 5 drg. Pokud jsem ordinovala Phlogenzym, dospělí jej dostávali v dávce 3 x 2 tbl. U dětí dávám v poslední době přednost Phlogenzymu při laryngitidách u větších pacientů. Phlogenzym tvoří kombinace bromelainu a trypsinu, tedy enzymů zasahujících v akutní fázi zánětu a podle mojí zkušenosti je u něj antiedematózní účinek v těchto případech rychlejší. Dávka pro děti je 1 tbl./ 10 kg t.hm./ den. Mohu konstatovat, že i u těchto pacientů byly výsledky léčby obdobné jako u prvních 30 dětí. Poklesl počet i závažnost onemocnění a tím se významně snížila i preskripce antibiotik. Co se týká laboratorních výsledků i zde jsem pozorovala po léčbě snížení nebo normalizaci hodnot IgE (21 ze 45 pacientů/47%) a úpravu snížených hodnot IgA (normalizace u 14 z 22 pacientů/ 64 %).

Velmi zajímavé jsou výsledky vyšetření ECP (eosinofilní kationický protein), který je markerem atopického zánětu. Před zahájením léčby bylo prokázáno zvýšení u 22 pacientů (to je 20% z celé skupiny). Polovinu tvořili astmatici (11 pacientů). Po léčbě bylo ECP sníženo u 18 pacientů, z toho bylo 9 astmatiků (2 astmatici se nedostavili ke kontrole). Snížení ECP sice rozhodně nelze přičíst pouze na konto léčby Wobenzymem (astmatici dostávali současně i antihistaminika, IKS, cromony), ale tyto výsledky naznačují jistou možnost monitorování efektu léčby enzymoterapie u určité skupiny pacientů.

Dále bych chtěla shrnout svoje zkušenosti a zajímavé postřehy, které jsem získala v posledních 5 letech u diagnóz, kde systémovou enzymoterapii nejčastěji indikují. V současné době moje kartotéka zahrnuje odhadem kolem 700 pacientů léčených Wobenzymem a Phlogenzymem.

Recidivující angíny: Léčbu Wobenzymem jsem nasazovala často u pacientů, kteří při-

cházel s obrazem recidivujících horečnatých povlakových angín. Mnohdy se u nich opakovaně nedařilo kultivačně prokázat bakteriálního původce. Některé z těchto dětí měly angínu s febriliemi léčenou antibiotiky prakticky každý měsíc. V zahájení léčby takových pacientů jsem kombinovala antibiotikum s Wobenzymem. Pokud se pak na Wobenzymu objevily další angíny a vyšetření nesvědčila pro streptokokovou angínu (FW, CRP, AS-LO, moč+sed, výtěr nosu a krku), vyčkávala jsem pouze na Wobenzymu a antipyreticích. Při užívání Wobenzymu se obvykle zpočátku ještě několik angín objevilo, ale jejich průběh se postupně zmiřoval, frekvence se snižovala a u řady pacientů dokonce úplně ustaly.

Recidivující laryngitidy: Příznivý efekt enzymoterapie u prvního pacienta s recidivujícími laryngitidami mne velmi překvapil, ale opakoval se i u dalších pacientů (kterých mám nyní kolem třiceti) a potvrzují jej i další pediatři, kteří už systémovou enzymoterapii vyzkoušeli. Ústup stavů laryngeální dušnosti u těchto dětí si vysvětluji antiedematózním působením Wobenzymu a Phlogenzymu. Při déle trvajícím podávání se jistě uplatňuje i edémprotekční efekt, pro který jsou tyto léky tak oblíbené u sportovců. Lze určitě uvažovat také o imunoregulačním účinku, který působí celkové snížení nemocnosti. Jak jsem už výše uvedla v současné době dávám u větších dětí s laryngitidami přednost Phlogenzymu, který má i výhodu nižšího dávkování (1 tbl/ 10 kg t. hm./ den). Rodiče těchto dětí jsou naučení začít podávat Phlogenzym hned při prvních příznacích kataru horních cest dýchacích. Průběh onemocnění je pak mnohem mírnější, brzy se dostaví vlhká expektorace a ke stridoru a stavu dušnosti nedochází. Léky systémové enzymoterapie ale pochopitelně nemohou být jediným lékem u již rozběhnuté laryngitidy provázené dušností.

Atopický ekzém: Příznivý efekt Wobenzymu u atopického ekzému svědčí pro systémový vliv tohoto léku na zánětlivý proces. Rodiče je ale třeba upozornit, že maximum zlepšení stavu pokožky se při této léčbě obvykle dostavuje až po 3 měsících léčby a i při ní je třeba dodržovat dietní a režimová opatření. Zlepšení ale většinou přetrvává i po vysazení léčby.

Astma bronchiale: Systémovou enzymoterapii doporučuji jako doplněk základní antiastmatické léčby u těch pacientů, kde průběh onemocnění komplikují častá horečnatá onemocnění s dušností a nutností podávat antibiotika. U astmatiků pak významně klesá častá nemocnost a u některých je možné i snížení dávek inhalačních kortikoidů (IKS), pochopitelně při průběžné kontrole klinického stavu pacienta a hodnot spirometrického vyšetření.

SET rozhodně nemůže nahradit současně užívanou bazální léčbu astmatu, domnívám se ale, že může být vhodnou součástí komplexní léčby, která napomůže kompenzaci astmatu, omezí počet horečnatých akutních onemocnění a někdy umožní snížit dávky IKS. Sice je opakovaně prezentováno, že dlouhodobé podávání IKS neovlivňuje růstovou křivku dětí, ale v poslední době byly prezentovány práce o jejich negativním vlivu na kostní denzitu dětských astmatiků (prim. Novák – Litomyšl). Myslím si, že každá léčebná metoda, která může u chronicky nemocných dětí snížit dávky kortikoidů v podávaných jakékoliv formě, je vítaným rozšířením našeho terapeutického spektra.

Po 5 letech užívání léků systémové enzymoterapie mohu říci, že pro mne představují novou terapeutickou modalitu, která mi pomáhá v léčení dětí s vysokou nemocností, u kterých se tak daří významně zlepšit celkový stav, snižovat preskripci antibiotik a hlavně je také vrátit k běžným dětským aktivitám a pobytu v dětském kolektivu bez neúměrného rizika a neustálých absencí. Nepopíratelnému imunoregulačnímu působení těchto léků by určitě měla být věnována pozornost a další výzkum.

Bylo by jistě zajímavé, kdyby se redakci ozvali pediatři, kteří si už ověřili příznivý efekt systémové enzymoterapie, aby se mohly tyto zkušenosti souhrnně zhodnotit.

Minulost, současnost a budoucnost očkování proti poliomyelitidě

1. část – úvod

OPV je hlavní součástí kampaně Světové Zdravotnické Organizace v globální eradikaci poliomyelitidy. Právě díky OPV došlo k dramatickému snížení počtu případů poliomyelitidy způsobené divokým virem. Tato vakcína byla a stále je bezpochyby velice důležitým prvkem pro kontrolu přenosu a cirkulaci divokých kmenů.

K infekci polioviry dochází orální cestou, viry se replikují v zažívacím traktu a mohou být izolovány z nasofaryngeálního sekretu, rutinně ze stolice. Polioviry mohou indukovat paralytické onemocnění jako výsledek infekce a destrukce motorických neuronů. Během virové replikace v zažívacím traktu dochází k antigenním změnám virů a k modifikacím genomu jako jsou mutace (substituce, delece a inserce) a rekombinace. Schopnost virové transmise je přímo závislá na některých vlastnostech virů, jako jsou minimální infekční dávka, schopnost replikace, množství a trvání virové exkrece v orofaryngeálním sekretu a stolici a schopnosti přežít viru v prostředí. Přenos poliovirů je rovněž určen stavem hostitelovi imunity, hygienou a dále pak frekvencí a povahou sociálních kontaktů.

OPV se skládá ze tří sérotypů živých oslabených vakcinačních kmenů poliovirů (Sabin 1, 2, a 3) Vakcinační viry se replikují ve střevní stěně očkovaných jedinců a jsou vylučovány stolicí. Imunitní odpověď na poliomyelitickou vakcínu je podobná jako po přirozené infekci. Zahrnuje tvorbu cirkulujících protilátek IgG a sekretorického imunoglobulinu A ve střevě. Indukuje proto jak lokální imunitu, tak dlouhotrvající systémovou imunitní odpověď.

I přes nesporné výhody používání OPV Světovou Zdravotnickou Organizací v globální eradikaci poliomyelitidy má vakcinace OPV i své stinné stránky jako jsou případy onemocnění poliomyelitidou u očkovaných lidí a i jiné hlášené nežádoucí reakce. Velkému zájmu se v posledních letech těší i sledování modifikace virového genomu a zvýšení virulence vakcinačních kmenů poliovirů v průběhu replikace u lidí. Protože OPV derivované kmeny jsou vylučovány v nasofaryngeálním sekretu a ve stolici u očkovaných lidí, jsou očkování zdrojem diseminace virů, které mohou dále infikovat vnímavé jedince. OPV derivované viry detekované v aerosolu z odpadních vod mohou být taktéž potenciálním zdrojem virové kontaminace pro člověka. Fekální kontaminace přírodních zdrojů vody OPV derivovanými viry a její následná nedostatečná úprava, může způsobit diseminaci virů a kontaminaci rozsáhlých oblastí. Vylučování vakcínou derivovaných virů u očkovaných osob žijících ve vysokých nadmořských výškách může být potenciálním budoucím zdrojem nákazy, protože viry mohou dlouhodobě přežít ve zmrzlém stavu. OPV derivované viry jsou izolovány z centrální nervové soustavy, krve, nasofaryngu, moče, stolice pacientů s VAPP (s vakcínou spojenou paralytickou poliomyelitidou) a dalšími neurologickými komplikacemi, ze stolice zdravých kontaktů těchto osob, ze stolice zdravých očkovaných a rovněž ze vzorků prostředí. Potenciál přenosu OPV derivovaných kmenů s modifikací genomu, která vede ke zvýšení neurovirulence, byl potvrzen několi-

ka studii. Rozdílné studie popisují izolaci mutovaných OPV derivovaných kmenů ze stolice imunodeficientních pacientů s VAPP. Jako velice důležité se proto jeví pečlivé zvážení všech možností přetrvávání infekce a dlouhodobé exkrece OPV derivovaných poliovirů u lidí a také přežívání OPV derivovaných poliovirů v prostředí, protože tyto by mohly začít cirkulovat u neočkované populace, poté co bude poliovakcinace zastavena. Surveillance OPV derivovaných poliovirů bude mimo jiné nepochybně posledním důležitým krokem celosvětové eradikace poliomyelitidy.

Přestože je možné vymýtit divoký poliovirus z lidského společenství a prostředí, do té doby, dokud nebude orální vakcína proti poliomyelitidě OPV nahrazena injekční inaktivovanou vakcínou proti poliomyelitidě IPV, bude nesmírně obtížné, v podstatě nemožné, eradikovat poliomyelitidu kompletně.

Materiál zpracován firmou AVENTIS PASTEUR.

Reference:

- 1) Friedrich F, *Molecular evolution of oral poliomyelitis vaccine strains during multiplication in humans and possible implication for global eradication of poliovirus, Acta virologica 44: 109 - 117, 2000*
- 2) Hiromu Yoshida, *Characterisation of vaccine-derived polioviruses isolated from sewage and river water in Japan, The Lancet Vol 356, October 28, 2000*

Význam trvalého správného jodového zásobení pro mladou generaci

Prof. MUDr. Olga Hníková, CSc.

Klinika dětí a dorostu FNKV, Praha

Nezbytnost dostatku stopového prvku **jodu** pro lidský organismus souvisí především s jeho nezastupitelností při tvorbě tyreoidálních hormonů. Jod tvoří 65% molekulární hmotnosti celkového tyroxinu a skoro 60% celkového trijodotyroninu. Nejdůležitějším zdrojem jodu je potrava. Resorbuje se zejména v tenkém střevě a to téměř 100% u jodu anorganického a asi 80–90% u jodu organického. Z krevního oběhu je aktivně vychytáván membránou folikulárních buněk štítnice a uvnitř buněk pak navazován na tyroziny v procesu tvorby tyreoidálních hormonů (TH). Po uvolnění TH ze štítné žlázy kdy jde o množství požadované periferními tkáněmi k zachování eutyreoidního stavu prostřednictvím zpětných vazeb, se TH naváží na své specifické receptory (ve vyvíjejícím se mozku, hypofyze, svalech, játrech, atd.). Otázka, proč se jod hromadí v některých dalších tkáních mimo štítnou žlázu (mléčné a slinné žlázy, vaječníky,

tab. č. 2	KRETENIZMUS neurologická forma	SPORADICKÁ KONGENITÁLNÍ HYPOTYREOZA
DÍTĚ		
Porucha CNS	irreversibilní při narození	ovlivnitelná L-T4 časně subst.
Štítná žláza fetální	porucha (jodový deficit)	porucha anatom. n. biochem.
Hormony št. žlázy fetální	↓T4 ↑TSH ↓T3	↓T4 ↑TSH ↓T3
Činnost št. žlázy po porodu	normální při dodání jodu	trvalé poškození
MATKA		
Funkce štítné žlázy	porucha (jodový deficit)	normální
	↓T4 ↑TSH ↓T3	
Klinicky štítná žláza	eutyreózní	eutyreózní

z programových priorit WHO. **Epidemiologické studie jodového zásobení** se v řadě evropských států uskutečnily v polovině XX. století, s následnými nápravnými opatřeními, zejména obohacováním k životu nezbytných potravin jodem. Nejčastěji šlo o jodid draselný v jedlé soli. To bylo v 50. letech provedeno i u nás zásluhou doc. Šilinka a spol. z Endokrinologického ústavu v Praze. Původně vysoký výskyt strum (cca u 80% obyvatel) se významně zmenšil, nevyskytovaly se těžké formy následků jodového deficitu a stav byl považován za vyřešený. U nás byla v poslední dekádě XX. století uskutečněna rozsáhlá epidemiologická studie jodového zásobení u obyvatel 6–65 letých. Byla opět organizována z Endokrinologického ústavu v Praze prof. Zamrazilem a spol. Epidemiologickou studií nejrizikovější skupiny provedlo naše pracoviště u 5 denních novorozenců a jejich matek v letech 1993–95 ve třech oblastech ČR. Výsledky prokázaly mírný až střední jodový deficit, který zejména u nejrizikovějších skupin vyžadoval okamžitá **nápravná opatření**. Pro nejrizikovější skupinu obyvatel (těhotné a kojící maminky a malé kojence) byla v r 95 vydána doporučení odborných společností (endokrinologická, pediatrická, gynekologická) k plošnému profylaktickému podávání jodu ve formě tablet (Jodid 100 – 1 tbl./den) na lékařský předpis.

přesnídávky i tekutiny (např. Rejovít sirup, koncentrát). Jod obsahují i některé minerální vody (např. Hanačká kyselka, Vincentka).

Současný stav jodového zásobení naší populace je dle výsledků posledních kontrolních studií 6–65leté populace díky nápravným opatřením už hraničně normální. Všeobecně, ale zejména u nejrizi-

Tab. č. 1
Choroby z nedostatku jodu
Během nitroděložního vývoje a po porodu
<ul style="list-style-type: none"> ▪ aborty a přenášení vznik vrozených malformit - kretenismus (myxedematózní a neurologická forma) ▪ zvýšená perinatální úmrtnost psychomotorické defekty
U novorozenců, kojenců a u dětí
<ul style="list-style-type: none"> ▪ struma ▪ hypotyreóza ▪ poruchy vývoje (somatické i psychické)
U dospělých
<ul style="list-style-type: none"> ▪ struma a její komplikace ▪ hypotyreóza ▪ sklon k jodové tyreotoxikóze ▪ mentální poruchy

placenta, žaludeční sliznice chorioidální plexus, corpus ciliare) je zatím řešena na experimentální úrovni a dosud ne zcela jasná.

Nejrizikovější skupinou jsou nepochybně lidské plody od prvních dnů své existence do 8. měsíce po narození, s širší věkovou hranicí do 3 let. Během tohoto kritického období jsou TH pro vývoj a růst lidského mozku zcela nepostradatelné. Těžký jodový deficit v tomto období má za následek klinický obraz kretenizmu s výrazným poškozením tělesného vývoje, malým růstem a nezvratnou mentální poruchou. Při porovnání následků plodové jodové nedostatečnosti u novorozenců s následky u novorozenců ze sporadickou kongenitální hypotyreózou jsou jasně patrné rozdíly obou stavů co do možností nápravy. **Požadavky na normální jodovou dodávku** byly formulovány odborníky pro jodovou problematiku tzv. ICCIDD (International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders) při WHO a UNICEF, dle věkového zařazení, s vyššími požadavky v určitých životních etapách, které pak představují nejrizikovější skupiny (těhotné a kojící matky, malé děti do 3 let, adolescenti). ICCIDD pracuje jako kontrolní a současně poradní orgán pro celou naši planetu.

Jak jodovému deficitu předcházet je jednou

Tab. č. 3	
Nejnižší požadované denní dávky jodu (ICCIDD 1997) dle věkových kategorií dávka jodu v mcg /24 hod	
50 mcg	kojenci (do 12 měs.)
90 mcg	děti (2 až 6 r.)
120 mcg	školní děti (7–12 r.)
150 mcg	dospělí (nad 12 r.)
200 mcg	těhotné a kojící ženy

kovější skupiny obyvatel vzhledem k následkům jodového deficitu, t.j. těhotných maminek a jejich plodů je třeba i nadále jodovou profylaxi kontinuálně a důsledně uplatňovat. Po pěkných výsledcích při nápravných opatřeních se první 3 roky jodové zásobení novorozenců téměř normalizovalo, ale poslední 2 roky zaznamenalo výrazné zhoršení. Svědčí o tom monitoring jodové suplementace novorozenců, který máme možnost sledovat od zavedení nové screeningové metody kongenitální hypotyreózy. Posuzování správné jodové dodávky v ČR řeší multioborová „Komise pro řešení jodového nedostatku v ČR“ při Státním zdravotním ústavu v Praze. Na žádosti výrobců posuzuje „Komise“ potraviny jodem obohacované, kterých neustále přibývá a uděluje logo, kterým jsou označeny v prodejnách. Z výrobců dětské a kojenecké výživy bylo toto logo uděleno pouze společnosti H. J. Heinz CR/SR a.s. a to na výrobky celé řady Sunar a Gravimilk. Během epidemiologických studií jodového zásobení v ČR v minulých letech byl zjištěn i významný nedostatek dalšího stopového prvku selenu. Selen má vztah nejen k metabolismu TH (součást dejdózy I. a nutný pro činnost dejdózy II.), ale i k dalším, zejména imunologickým obranným pochodům v organismu. Substituce selenu je rovněž možná v tabletové formě. Epidemiologická studie selenového zásobení u dětí se připravuje. Správné zásobení jodem i selenem přinese významné zlepšení kvality života všem, ale především mladé generaci. ■



Logo označující potraviny obohacené správným množstvím jódu (ICCIDD) vydávané „Komisí pro řešení jodového deficitu v ČR“ při SZÚ v Praze.

Pro širokou veřejnost je doporučeno zvyšovat příjem přírodních potravin s jódem, co jsou u nás zatím především mořské produkty. V obohacování potravin jódem jsou zahrnuty změny v jodování jedlé soli, kdy je místo jodidu draselného užíván stabilnější jodidčan. Pro nejmenší děti bylo docíleno dostatečné obohacení veškeré náhradní mléčné stravy pro kojence, kteří nemohou být kojeni (Sunar baby, Sunar plus, Sunar od 10. měsíce, Sunar complex). Pro starší kojence jsou k dispozici jodem obohacené ovocné

Heinz



Aktuality

Rath zůstal prezidentem ČLK

Stavovské organizaci lékařů, České lékařské komoře, bude i další čtyři roky šéfovat David Rath. Před delegáty brněnského sjezdu dokázal se záštitou Ioni zvoleného předsednictva obhájit své dosavadní působení ve funkci. Rathovi protikandidáti podporováni sdruženími soukromých lékařů, brněnský psychoterapeut Jiří Berka a varnsdorfský gynekolog Ivan Sucharda, obviňovali současné vedení komory z přílišného stranění lékařům–zaměstnancům a velkého zasahování do práce odborů. Požadovali, aby se ČLK do budoucna od odborové práce oprostila a sloužila všem lékařům. Po bouřlivé diskusi, která naznačila rozkol mezi privátními lékaři a zaměstnanci, nakonec Rath v tajných volbách vyhrál ziskem 196 z 292 hlasů.

Komora chce podporovat lékařské odbory Nevyhrál jsem já, vyhrála vize, tvrdí staronový prezident České lékařské komory David Rath.

Post prezidenta komory jste obhájil s převahou. Jste spokojen? Samozřejmě jsem si přál uspět. Ale jsem rád, že vyhrála vize. Nebyla to diskuse o osobách, ale o směřování ČLK. Zda ta cesta, kterou poslední čtyři roky kráčíme, je správná, nebo by měla být jiná. Delegáti z celé republiky významnou většinou rozhodli, že naše cesta je správná. Jak byste charakterizoval vizi, kterou hodláte prosazovat? Myslíme si, že v centru naší pozornosti musí být člověk. Říkáme, že největší bohatství jsou kvalifikovaní, zkušení a pracovití lékaři a že jsou prioritou proti budovám, technice a dalším věcem. Bohužel, žijeme ve společnosti, která spíše dává přednost hmotným statkům budovám a přístrojům – a trochu zanedbává lidský um. A to je chyba. Znamená vaše vítězství, že se ČLK bude dál zapojovat do práce příslušející spíše odborům? Budeme kráčet stejnou cestou, jako v uplynulých čtyřech letech. To není práce odborová. Nechceme se plést třeba do práce Lékařského odborového klubu. Ale máme některé cíle, které jsou podobné, a můžeme je podpořit. Skupina oponentů této cesty ČLK ale nebyla tak malá. Je v jejich kritice nějaké reálné jádro, kterým byste se měli zabývat? Svět není černobílý. Nelze říci, že já jsem ten bílý pozitivní hrdina a oni jsou ti jen černí, špatní. Z naší strany je skutečná otevřenost k jednání i s těmi, kteří si nemyslí, že naše cesta je správná. Nemusíme se všemi názory souhlasit, ale v žádném případě je nebudeme ani potlačovat. Zkusíme ve věcné argumentaci najít konsenzus. Vaše jméno se stalo trnem v oku části politické scény. ODS se pokusila omezit kompetence komory a zrušit povinné členství. O novele komorového zákona se bude zřejmě znovu jednat. Nemůže vaše setrvání ve funkci komoře v zákulisních vyjednáváních uškodit? Podobné návrhy za-

znávaly už v době, kdy jsem nebyl v čele komory. Otázka komory a její role ve společnosti je periodicky otvírána od roku, tuším, 1994. Myslím si, že nejde tolik o osoby, ale o to, jaký má komora význam. Politici by rádi, abychom jim jenom sloužili a tak trochu hráli hry podle jejich taktovky. My jsme ale svébytnou nepolitickou organizací, která komunikuje se všemi politickými silami. Samozřejmě, k některým konkrétním osobám na politické scéně máme blíže a k jiným dále. Ale k politickým stranám máme stejně daleko nebo stejně blízko.

Lékaři pískali, Rath zůstal

David Rath byl znovu zvolen do čela lékařské komory

David Rath dělá z České lékařské komory politickou stranu a odborářský spolek. To si o sobě vyslechl prezident komory při víkendové volbě nového vůdce největší lékařské organizace. Nakonec na další čtyři roky zůstal ten staronový. Většina lékařů vidí v Rathovi toho, kdo je jim schopen vydobýt lepší platy, a to je pro ně podstatné. Hlas mu daly dvě třetiny delegátů, ačkoli se občas i nesouhlasně pískalo – to když už se některým účastníkům zdála série pochvalných projevů Rathových příznivců příliš dlouhá. „Z komory se stává politická strana, kde není místo pro nesouhlasný názor. Současný prezident do své funkce vnáší příliš mnoho politiky, zemanovat a klausovat, a to není dobře,“ protestoval zástupce soukromých privátních lékařů Jaroslav Henzl. Narážel tak na letošní jaro: Rath chtěl za peníze komory zorganizovat před volbami billboardovou kampaň proti ODS, jejíž poslanec navrhl zrušení povinného členství v komorách. Svě kritiky z řad lékařů poté označil Rath za zrádce. Dva další kandidáti na šéfa komory, varnsdorfský gynekolog Ivan Sucharda a brněnský psychiatr Jiří Berka, odjeli ze sjezdu s nepořízenou. Na oba se během jejich vystoupení sesypali Rathovi zastánci. Vykli jim, že prezidentské práci nehodlají věnovat dost hodin týdně a že směřování komory nechápou. „Chtěl bych skutečně vědět, jak nám pan doktor Sucharda pomůže, až se v lednu nedohodneme s ministryní zdravotnictví na platech,“ ptal se Milan Kubek, šéf Lékařského odborového klubu – organizace, kterou právě Rath kdysi zakládal. Suchardova odpověď pak zjevně neuspokojila nejen Kubka. Varnsdorfský lékař, který nakonec získal podporu zhruba třetiny delegátů, totiž jednoznačně řekl, že by se komora do práce odborářů vůbec neměla plést. „Spatřuji roli komory v něčem jiném, než je politická lobby,“ prohlásil Sucharda. Komora by se podle něho měla starat o odborný růst lékařů, kontrolovat jejich kvalitu a pacientům poskytnout přehled jejich odborné úrovně. Proti Rathovým jednoduchým heslům typu „Hospodářsky zajištěný lékař je základním předpokladem spokojeného pacienta“ však Sucharda neměl šanci.



Nový lék proti žloutence je na světě.

Objevili ho Češi

Výsledky práce českých vědců se staly základem pro nový lék proti žloutence, který v září schválil nejvyšší orgán pro povolování léčiv ve Spojených státech. Lék s názvem Hepsara, jehož vývoj stál 500 milionů dolarů, působí proti virové žloutence typu B a nemá prakticky žádné vedlejší účinky. Tým Antonína Holého z pražského Ústavu organické chemie a biochemie Akademie věd ČR objevil jeho základní látku už na konci osmdesátých let. Hepatitida typu B je jaterní onemocnění, které může odeznít během několika měsíců, ale v mnoha případech má chronický průběh, který vede až k cirhóze nebo rakovině jater. Virem, který toto onemocnění vyvolává, je ve světě infikováno přibližně 300 milionů lidí, zejména v jihovýchodní Asii a v Africe. V USA je přes milion případů chronické hepatitidy. V ČR žije s touto diagnózou několik set pacientů. Nový preparát je již třetím ze skupiny protivirových léčiv, který objevil tým Antonína Holého. Při ověřování nové látky spolupracovala česká laboratoř s Katolickou univerzitou v belgickém Leuvenu. Nyní látku schvaluje také Evropská unie. Virová žloutenka se přenáší krví, například při sexuálním styku nebo použitými injekčními jehlami, obdobně jako virus HIV vyvolávající AIDS. Holý uvedl, že oba předchozí léky vyvinuté jeho laboratoří se již používají při léčbě AIDS. Licenční poplatky za ně z větší části dostal český stát a z menší Ústav organické chemie a biochemie. Díky tomu bylo možné pořídit moderní přístrojové vybavení. Prezident Václav Havel letos 28. října Antonína Holého ocenil za vynikající vědecké výsledky medailí Za zásluhy.

ČLK ví, jak vymáhat dluhy

Členství ve stavovské organizaci nelze lékaře zbavit, ani když zmizí v zahraničí

Neplatí příspěvky, a přesto jsou dál členy. Česká lékařská komora hledá cestu, jak přimět k nápravě lékaře, kteří se vyhýbají této povinnosti. Vyloučit je totiž nemůže.

Desítky lékařů dluží své stavovské organizaci, České lékařské komoře, peníze za povinné příspěvky. Někteří z nich, cizinci, dokonce dávno zmizeli ve svých rodných zemích. Přesto je vedení komory nemůže z ČLK vyloučit. Členství je pro všechny lékaře, kteří v Česku působí, povinné a pouhé neplacení příspěvků není ze zákona důvodem k jeho zrušení. To lze pouze na vlastní žádost, v případě úmrtí nebo jako nejvyšší trest za závažný odborný prohřešek. Okresní čestná rada komory, disciplinární orgán, může neplatiče potrestat pouze důtkou či pokutou do výše 20 tisíc korun. Pokutu může celostátní čestná rada ještě o 10 tisíc zvýšit. Pokud lékař i nadále odmítá zaplatit, nezbyvá ČLK, než se s ním o dluh soudit. „Počítám, že na listopadovém sjezdu komory se bude mluvit i o neplatičích. V poslední době se nám ale podařilo nalézt docela dobrý postup, jak na ně. Máme už precedentní rozsudek soudu a v dalších případech

můžeme postupovat obdobně,“ tvrdí mluvčí ČLK Pavel Kubíček. Údaje o počtech neplatičů evidují okresní pobočky. Podle člena revizní komise ČLK Ivana Suchardy jde o desítky případů. „Jen jedno pražské sdružení podalo čestné radě 56 disciplinárních řízení proti svým dlužníkům,“ řekl. Za orientační číslo může sloužit údaj, kolik měly pobočky z vybraných příspěvků odvést ústředí a kolik ve skutečnosti neodvedly. Ze zhruba tří milionů korun chybělo asi deset procent. „To ale ještě nemusí znamenat, že deset procent lékařů nezaplatilo příspěvky,“ míní Sucharda.

Členy jsou i nedohledatelní

V komoře musejí zůstat i lékaři, kteří prokazatelně „zmizeli“. Jde zejména o bývalé studenty z tzv. rozvojových zemí, kteří po studiích v ČR pracovali a bez rozvázání členství odjeli. Pro tyto případy dokonce ČLK zavedla termín „nedohledatelný lékař“. Sama sobě za ně platí symbolický roční příspěvek ve výši jedné koruny. „Nevídím to jako problém. Ti lékaři tu nepracují, tudíž od nás nečerpají žádný servis a nic nás nestojí. Vyloučit je jen proto, že neplatí příspěvky, to by bylo asi hloupé,“ soudí Kubíček. Ministerstvo zdravotnictví ale chystá zákon o vzdělávání lékařů, který umožňuje vyloučit lékaře z komory za mnohem „hloupější“ prohřešky - třeba pokud do 30 dnů nenahlásí do registru lékařů změnu důležitých údajů. „Mnoho lékařů neplatí z principu - třeba jako formu protestu proti povinnému členství. Porušují svou povinnost a asi není dobře, když je za to nelze z komory vyloučit,“ míní Sucharda. Výše příspěvků závisí na příjmech lékaře. Absolventi a důchodci platí 600 resp. 300 korun, roční maximum nepřevyšuje 2000 korun.

Ambulantní lékaři budou sloužit i v nemocnicích

Jak zabránit tomu, aby nemocnice porušovaly Zákoník práce? Aby doktoři sloužili i dvakrát tolik hodin přesčasů, než se smí, byli přepracovaní a neměli čas se vzdělávat? Zkusíme posílit nemocniční služby lékaři, kteří pracují v ambulancích, navrhuje ministryně zdravotnictví Marie Součková. „Terénní lékaři, například chirurgové, tak získají možnost operovat své pacienty přímo v nemocnici,“ prohlásila. Právě chirurgická společnost v těchto dnech upozornila: Zákoník práce se nikde nedodržuje, nemocnice podvádějí. Na papíře vykážou jen tolik služeb lékařů, kolik se smí, zbytek jim vyplatí oklikou na mimořádných odměnách. Ministryně navrhuje ještě další kroky, jimiž chce vyřešit špatnou organizaci práce - například zavedení směnného provozu. Další řešení nabízí připravovaný zákon o vzdělávání, který umožní, aby ve službách byli lékaři s první atestací, aniž by museli být suplováni ještě doktorem se dvěma atestacemi. A některá oddělení si služby spojí. Jenže doktoři si dnes pomocí přesčasů vydělávají nemalou část svého platu, a tak je otázka, zda na změnách neprodělají. Součková slibuje, že ne. Až se zruší několik nadbytečných nemocnic (který kraj bude mít tu odvahu, neřekla), zbudou peníze na zvýšení základních platů zdravotníků.



Nemocnice podvádějí s přesčasů lékaři

Navenek všichni dělají, že je vše v pořádku a že lékaři dodržují nový Zákoník práce, který jim povoluje maximálně osm set hodin přesčasů a služeb za rok. Jenže to jsou výkazy pro úřady. V papírech, do nichž úředníci nenahlízejí, je to úplně jinak. Mnoho lékařů slouží třeba i dvakrát více. Oficiálně to nikdo neříká, ale vědí to všichni. A nevěřejně to přiznávají i někteří šéfové lékařů. Není to správně, varují však odbory. Doktoři jsou kvůli přesčasům často unaveni, mohou snáze chybovat a ohrozit tak pacienty. „Běžně se tu slouží tisíc hodin a víc. Jinak bych chod oddělení prostě nezajistil,“ říká šéf jednoho z renomovaných pediatrických pracovišť. Jméno zveřejnit nechce – porušuje přece zákony. „Na papír napíšeme tolik přesčasů, kolik se smí. A zbytek vyplatíme doktorům jako mimořádné odměny.“ Lékaři přitom neprotestují, neboť přesčasů jim tvoří významnou část platu, zhruba až pětinu. „Za deset let jsem si na přesčasech už odseděl dvouletý trest odnětí svobody,“ říká o službách šéf Lékařského odborového klubu Milan Kubek. To je tak málo doktorů, když se všeobecně tvrdí opak? Ne. Špatná je hlavně organizace zdravotní péče. Výbor chirurgické společnosti proto nyní otevřeně prohlásil: Zákoník práce se nedodrhuje, je potřeba něco konečně dělat, ne se tvářit, že problém není. Ve zdravotnictví je nepořádek. Někde doktoři chybějí, ale jinde jsou v provozu držena oddělení s minimem pacientů, například malá dětská oddělení či porodnice. „Je potřeba prostě některá pracoviště zavřít, některé služby sdružit a ušetřené peníze i lékaře využít pro posílení služeb a vyšší finanční ohodnocení,“ uvedl Pavel Pafko, přednosta chirurgické kliniky Fakultní nemocnice v Praze-Motole. Takhle to dál nejde, dodává Pafko, lékaři jsou opotřebovaní a nemají čas se vzdělávat. Podle Pafka to běžně chodí i tak, že lékaři si píšou náhradní volno, které si však nevybírají. Proto se ředitel motolské nemocnice Miloslav Ludvík může tvářit, že zákoník se v jeho nemocnici dodrhuje: „Já se to snažím kontrolovat. Ale jestli se dva dospělí dohodnou jinak, do toho už nevidím.“ Ti ředitelé, kteří o problému vědí, ale tolerují ho, jsou zase pod silným tlakem místních odborů: Když nám nepřidáte, zveřejníme, že se v nemocnici falšují papíry. Na lež s přesčasů opakovaně upozornil i Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče. Když si dělal průzkum v nemocnicích, lékaři přiznávali, že mezi tím, co se vykazuje, a co se skutečně odslouží, je propastný rozdíl. „Není potřeba novelizovat zákoník. Je třeba udělat pořádek v resortu a lépe organizovat práci,“ uvedl předseda svazu Jiří Schlanger. Na první pohled to vypadá, že jsou odboráři proti doktorům, respektive jejich platům, když proti přesčasům protestují. Ale to jejich záměrem není. „Jednotlivá oddělení nemocnic dostanou za svou práci určité peníze. Ty jim nikdo nesebere. Když si vše lépe zorganizují, mohou peníze mezi doktory rozdělit i tak,“ řekl Kubek. „Doktoři v Plané sloužili i patnáct dní v měsíci. Měli pak čtyřicet tisíc, ale nežili,“ dodal. Již citovaný šéf pediatrického pracoviště, který přiznal, že zákoník porušuje, má ještě jiný model: „Nechávám sloužit hlavně mladé lékaře, při službě se hodně naučí a nápor vydrží. Starší doktor mnohdy nechce být o službě ani rušen.“ Má to i další výhodu: služba mladé-

ho lékaře přijde levněji, protože odměna se vypočítává z tarifního platu. To se však odboráři Milanu Kubkovi vůbec nelíbí „Je to vydírání mladých doktorů.“ Ministerstvo zdravotnictví ještě za předchozího vedení tvrdilo, že s přesčasů není problém, protože ředitelé si nestěžují. Včera mluvčí ministryně Mario Böhme překvapivě, avšak zcela nekonkrétně oznámil: „Ministryně ve čtvrtek předloží návrh, jak situaci řešit.“

Lékař si vydělá díky práci navíc

- průměrný příjem lékaře: 28 840 Kč z toho:
- tarifní plat: 11 437 Kč
- příplatky a odměny: 6306 Kč
- přesčasů a služby: 5132 Kč
- zbytek tvoří další složky platu (například rizikové příplatky, dovolená apod.)

(Údaje za rok 2001, LOK)

Doktoři začali léčit po internetu

Nemají čas jít do ordinace, stydí se zeptat z očí do očí nebo si prostě chtějí ověřit, zda jim jejich doktor říká pravdu. Tito lidé nejčastěji využívají nového projektu, který v zemi vznikl a o němž včera jeho autoři informovali: komunikace s lékaři po internetu. Normálně člověk za takovou službu, zprostředkovanou serverem www.lekarna.cz, zaplatí 220 korun. Od srpna se však tři zdravotní pojišťovny, bankovní, Škoda a Metal-Alliance, rozhodly, že budou internetové konzultace svým klientům hradit. „Na konci roku vyhodnotíme, zda pokračovat,“ uvedla ředitelka zdravotního odboru pojišťovny Škoda Eliška Zajícová.

Odpověď do tří dnů. Ale ne na vše.

Do projektu je zapojeno zhruba dvacet lékařů z rozličných oborů. Odpovídat mají do tří pracovních dnů, zatím to stíhají za dva. Za odpovědi dostávají honorář. O službu zatím projevilo zájem zhruba pět set lidí. „On-line konzultace neřeší akutní potíže,“ upozorní hned internetová stránka. Je tedy vyloučeno, aby se někdo snažil pomoci internetu vyřešit třeba začínající infarkt. Jak zabránit tomu, aby pacienti placenou službu nezneužívali a neptali se na banality? „Myslím, že ti, kteří hledají informace na zdravotnickém serveru, si jen tak nehrají,“ říká ředitelka pojišťovny Škoda Darina Ulmanová. Sama přiznává, že on-line konzultaci – na účet vlastní pojišťovny – hned vyzkoušela. Pojistkou proti zneužívání má být, že lékaři na všechny dotazy neodpovídní, například na příliš obecné. Při zadání dotazu klient vyplňuje formulář, v němž uvede údaje o svém věku či váze, dále co ho obtěžuje, jak dlouho potíže trvají a s čím se předtím léčil. „Mnohdy jde o lidi, kteří se stydí zeptat na problém svého lékaře. Ale vůbec nejčastěji si chtějí lidé ověřit, zda bylo správné to, co jim jejich lékař poradil,“ uvedl odborný garant projektu, primář interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice Petr Sucharda. V praxi se tak částečně řeší to, co v našich zákonech oproti praxi v EU chybí: právo pacientů na nestranné posouzení problému druhým odborníkem.



Pojišťovny smějí do dotazů nahlížet

Lékař, který po internetu odpovídá, nezná jméno pacienta. K osobním údajům má však přístup daná pojišťovna. Zajímavá ze Škody tvrdí, že tím kontrolují, zda někdo služby nezneužívá. „Ani my však konkrétní jména znát nechceme,“ prohlásila. Lidé se hlavně ptají na nemoci pohybového aparátu (jsou nejčastější) a pak na potíže pohlavních orgánů, gynekologické a psychiatrické. Ty jsou zase nejchoulostivější.

Nemocnice omezí příjem pacientů

Některé nemocnice už nebudou přijímat pacienty z jiných regionů tak benevolentně jako dosud. Oznámila to například Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Lidem se tak zúží svobodný výběr nemocnice. Na jedné straně si mohli včera pacienti zadlužených nemocnic oddechnout, protože dodavatelé léků zatím nezastavili dodávky léků, jak hrozilo. Dohodli se totiž s ministryní zdravotnictví Marií Součkovou, že nemocnice jim zaplatí nejpozději v dubnu. Na druhé straně se však musí lidé přinejmenším v některých nemocnicích připravit na různá omezení. Na splacení dluhů, čítajících jen u léků tři čtvrtě miliardy, totiž musí nemocnice někde vzít. „Zastavíme příjem pacientů, kteří potřebují nákladné operace, ale spadají do rajonu jiné nemocnice,“ oznámil ředitel Všeobecné fakultní nemocnice v Praze Martin Holcát. „Zastavili jsme také investice, omezili cesty lékařů na kongresy a vyhlásili stop stav pro přijímání nových zaměstnanců,“ jmenoval některá z opatření ředitel. Ministryně se tento týden zaručila za šest fakultních nemocnic, že začnou platit dluhy v celkové výši 400 milionů korun podle splátkových kalendářů. „Taky nás zajímalo, z čeho najednou nemocnice začnou platit, když doteď to nešlo. Ale pak jsme usoudili, že nás to vlastně trápit nemusí. Budeme mít podpis ministryně jako slib,“ zhodnotil schůzku předseda asociace distributorů Pavel Suchý. Splátky si distributoři pojistili tím, že pokud nemocnice vynechají jedinou splátku, budou dodavatelé požadovat splacení celého dluhu najednou. O dluzích okresních nemocnic, jejichž zřizovateli jsou okresní úřady, se bude teprve jednat na ministerstvu financí. Okresní nemocnice dluží za léky dalších 300 milionů korun. Na problém, že nemocnice neplatí léky (některé třeba i rok), upozornila asociace před měsícem a jmenovala celou řadu dlužných zařízení. Mezi nimi i nemocnici v Táboře, která však již předtím své dluhy zaplatila. Asociace poté uvedla, že vycházela ze starých údajů, a tábořské nemocnici se omluvila.

Zpráva vlády: VZP narůstají dluhy

O tři miliardy korun vzrostl jen za 1. pololetí 2002 dluh zdravotních pojišťoven. Téměř sto procentně se na něm podílí státem řízená Všeobecná zdravotní pojišťovna.

Zdravotnická zařízení se musejí připravit na to, že jim největší plátce zdravotního pojištění, Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), nebude platit včas za péči o pacienty. Mnohé nemocnice se kvůli to-

mu mohou dostat do druhotné platební neschopnosti a do problémů se svými dodavateli. Už dnes jim hrozí například zastavení dodávek léků od sítě největších distributorů AVEL. Jen za první pololetí letošního roku neproplatila VZP ve stanovených lhůtách své závazky ve výši 300 milionů korun. Do konce roku to už mají být 3 miliardy. Znepokojující vývoj v hospodaření zdravotních pojišťoven, zejména VZP, konstatuje zpráva vypracovaná pro vládu ministry zdravotnictví a financí. Dokument, který mají LN k dispozici, uvádí i jiná alarmující data o výsledcích financování zdravotní péče. Například výdaje zdravotních pojišťoven překročily v prvním pololetí o jedno procento výši příjmů. Kvůli tomu se ve srovnání s koncem minulého roku zvýšily dluhy v hospodaření pojišťoven o 3 miliardy korun. VZP se na této částce podílí částkou 2,9 miliardy. Podle dokumentu hospodaření VZP navíc může ve druhé části roku ohrozit vymáhání pokut za platební neschopnost a problémy spojené s povodněmi – nižší výběr pojistného a vyšší náklady ve druhém pololetí. Podobně tristní je i pohled na stav provozních účtů a zákonem požadovaných rezerv. Zpráva říká, že k 30. 6. měla VZP na svém účtu pouze 319 milionů korun, což je o 15 miliard méně, než kolik by měla mít na pokrytí dvouměsíční spotřeby. Současná hodnota nestačí ani na dva dny. Ještě hůře je na tom rezervní fond pro mimořádné případy. Podle zákona by na něm VZP měla mít více než 2,5 miliardy korun, ve skutečnosti tam však koncem června bylo jen šest tisíc. Rezervní fond nenaplnujeme, protože k tomu nemáme možnosti. Současná situace ve vývoji příjmů a výdajů nám neumožňuje hospodařit s nutným přebytkem, řekl mluvčí VZP Jiří Suttner.

Chyba je prý v zákonech

Propad v hospodaření je podle Suttnera dán tím, že zatímco příjmy VZP z výběru pojistného stouply ve sledovaném období o zhruba pět procent, výdaje na zdravotní péči se zvýšily o deset procent. Příčin je řada, především je to otázka nevyhovující platné legislativy a nastavení vhodnějšího způsobu přerozdělování financí, uvedl. O špatné legislativě hovoří i vládní zpráva. Znovu je nutno konstatovat, že platné zákony neumožňují bez mimořádných zdrojů (nad rámec běžných příjmů systému veřejného zdravotního pojištění) stabilitu trvale udržet, píše se v ní. Odpověď na otázku, zda tedy ministerstvo chystá nějaké legislativní změny, které by situaci zlepšily, však LN ani po dvou dnech nedostaly. Na hospodářském vývoji pojišťoven se výrazně podepsal bývalý ministr zdravotnictví Bohumil Fišer i vlada opakovanými rozhodnutími o zvyšování platů v resortu zdravotnictví s odkazem na zvyšování příjmů zdravotních pojišťoven lepším výběrem pojistného. Další výrazný zásah do hospodaření pojišťoven způsobují i strmě rostoucí výdaje za léky.

Co konstatuje zpráva o hospodaření pojišťoven

- příjmy pojišťoven 66,8 mld.
- výdaje pojišťoven 67,4 mld.
- dluhy pojišťoven stouply o 3 mld. (z toho VZP o 2,9 mld.) celkem na 16,9 mld.
- závazky po lhůtě splatnosti stouply u VZP o 277 mil., do konce roku činí odhad 3 mld.



Slováci si za lékaře a vysokou školu připlatí

V nastávajících čtyřech letech se bude Slovensko doslova otřásat v základech. Alespoň to naznačuje programové prohlášení nové vlády, o kterém bude parlament jednat příští týden. Slováci se musí připravit na utahování opasků: vzrostou náklady na bydlení, ale i na cestovné, sníží se sociální dávky, což má nezaměstnané motivovat k hledání nové práce. Převrat nastane ve školství a zdravotnictví. I v těchto oblastech Slováci sáhnou hlouběji do kapsy. „Je to velmi ambiciózní program, který je podle mého názoru reálný. Jeho úspěch však záleží na tom, zda se vláda udrží pospolu,“ říká slovenský sociolog Michal Vašečka a dodává, že klíčové reformy by se měly rozeběhnout nejpozději v roce 2003. Zdravotní pojištění se rozdělí na dvě části, z té první se bude hradit rychlá zdravotnická pomoc, ale i drahé zákroky jako třeba transplantace či dialýza. Druhá část bude dobrovolná a poslouží k úhradě některých zákroků, například u zubaře. Slovensští pacienti se navíc musí připravit na to, že budou často doplácet: na každý recept dvacet slovenských korun, během hospitalizace v nemocnici přispějí každý den stokorunou na jídlo. „Reforma zdravotnictví se dotkne každého a bude bolet nejvíce,“ dodává Vašečka. Co všechno bude součástí první – základní – části balíku, zůstává zatím otevřené. Také vysokoškoláci si budou muset za vzdělání připlatit. Za to jim vláda slibuje, že do pěti až šesti let zpřístupní univerzitní vzdělání všem středoškolákům. Konkrétní suma ještě nezazněla, je však jasné, že studenti se s ní budou moci vypořádat prostřednictvím studentských půjček. Stejně jako v Česku, tak i na Slovensku vláda slibuje, že bude učitele hodnotit podle kvality práce. Vašečka upozorňuje, že se reformy nesetkají s pochopením. „Lidé jsou připraveni na změny, ale ne tak dramatické.“ Reformy čekají i důchodový systém, kde by průběžné vyplácení důchodů mělo nahradit spoření na individuálních účtech. Jak bude důchod vysoký, bude záležet na tom, kolik si člověk během života naspoří. I na řešení korupce vláda nabízí ambiciózní plán. Zúžení imunity ústavních činitelů, zákon o konfliktu zájmů, zákon o prokazování původu majetku a zákon o lobbingu jsou klíčové změny, které mají korupci zabránit. Majetek by měli přiznávat i příslušníci policie. Programové prohlášení si vysloužilo kritiku opozice. „Je velmi formální, neobsahuje konkrétní čísla a termíny. Nemyslí ani na sociálně slabší skupiny,“ řekla MF DNES místopředsedkyně Směru Monika Beňová. I přesto se zdá, že v parlamentu projde bez problémů a postaví se za něj všechny vládní strany, které mají ve sněmovně nadpoloviční většinu 78 poslanců.

Co vláda slibuje

- některé zákroky u lékaře se budou platit
- doplácet si budou i vysokoškoláci, univerzitní vzdělání bude přístupné všem
- sníží se sociální dávky
- Slováci si začnou spořit na důchod
- vzrostou náklady na bydlení, cestování
- protikorupční opatření: snížení imunity ústavních činitelů, zákon o konfliktu zájmů

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.

Daruji BODYMETR

Na základě výzvy otištěné v 7. č. 2. r. časopisu VOX PEDIATRIE nabízím lékařům postiženým povodněmi věcný dar v podobě BODYMETRU – měřidla dítěte do dvou let věku. (dříve znám pod názvem korýtková míra). Zájemci necht' mě kontaktují telefonicky na čísle: 777 071 173, písemně V. Ferus-Saeculum, V. Huga 6, K. Vary 360 20, nebo e-mail vaclav.ferus@seznam.cz

Přijmu pediatra

Přijmu lékaře pediatra pro ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v Liberci, s možností budoucího přenechání celé praxe. Podmínky: I. st. at. z pediatrie, znalost práce s PC. Individuální podmínky budou dohodnuty při osobním jednání. Byt k dispozici. Nabídky se stručným životopisem zasílejte na adresu: MUDr. Samek, BOX č.29, 460 31 Liberec 1.

Hledám pediatra k zástupům

Hledám pediatra ke krátkodobým zástupům v dětské ambulanci v okrese Brno-venkov. Tel.: 544 228 359 večer.

Hledám pediatra na místo asistenta

Jsem PLDD a dětský kardiolog v Pelhřimově a hledám pediatra s licencií, event. i bez licence na místo asistenta a do budoucnosti i k převzetí praxe. Tel: 565 326 179 a mobil: 723 433 778 v době od 7,00 do 16,00 hodin.

Pronajmu praxi

Pronajmu zavedenou pediatrickou praxi, zatím na 2 roky. Možnost pozdějšího odkoupení. Info: 549 424 336

Hledám zaměstnání

Lékařka s 1. atestací, licencií, 20 let praxe, hledá zaměstnání, event. převzetí praxe v Olomouci, Přerově a okolí. Tel.: 604 402 770, nebo 595 056 250

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra na zástup do privátní ordinace PLDD, cca 25 km od Prahy, od dubna 2003 za MD. Mobil: 606 83 96 37

Přijmeme dětského lékaře

Dětského lékaře přijme Zdravotní středisko Pernink, okres Karlovy Vary. Byt 2+1 k dispozici, výhodné platové podmínky, vhodné pro milovníky přírody a sportu. Telefon: 607 244 730