

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

duben 2011 ■ číslo 4 ■ ročník 11



5. Kongres primární péče

Chlamydie v dětském oku

Problém sexuálně přenosných infekcí z pohledu PLDD

Scabies



Téma čísla:
**ATYPICKÉ
INFEKCE**

Hero - Sunar

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Sekretariát:

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

Redakce VOX:

tel.: 267 184 065

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Inzerce:

Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Vydavatel:

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

Odborná garance:

**Odborná společnost praktických
dětských lékařů ČLS JEP**

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX

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

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová



Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10× ročně, v nákladu 2200 výtisků.

Povoleno ministerstvem kultury pod číslem

MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241.

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období 5

Koalice soukromých lékařů 5

**Zpráva ze zahraniční cesty - 17.-20.2.2011, Paříž
1. světový kongres konsensu v pediatrii - CIP** 8

Výherci dotazníkové akce 8

**5. Kongres primární péče
aneb O medicíně první linie již popáté** 9



Informace OSPDL ČLS JEP 12

MUDr. Jiří Malec

Chlamydie v dětském oku 13

MUDr. Přemysl Procházka

**Problém sexuálně přenosných infekcí
- s čím vším musí PLDD počítat** 16

MUDr. Pavel Konrád

Scabies 20

Ze světa odborné literatury 22



Aktuality 23

Řádková inzerce 29

Autodidaktický test 30

Středová příloha:

*Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví 1/2011/DZP
ze dne 21. prosince 2010 o regulaci cen zdravotní péče,
stanovení maximálních cen zdravotní péče zubních lékařů
hrazené z veřejného zdravotního pojištění, stomatologických
výrobků plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění
a specifických zdravotních výkonů.*



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN
s. r. o.

Nakladatelství UMÚN, s.r.o.

Nad Školou 1289, 463 11 Liberec, tel.: 485 161 712

e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz



Milé kolegyně a kolegové,

tak jsme se dočkali prvního jarního měsíce, i když na začátku to díky mrazivým teplotám tak vůbec nevypadalo. Možná to byla příroda, která chtěla zchladit horké hlavy, i když nakonec ke katastrofickým scénářům nedošlo. Na hodnocení dopadů celé akce Děkujeme – odcházíme si ještě asi budeme muset počkat, nicméně skutečnost, že se tato akce podepíše na dalším vývoji situace ve zdravotnictví, zejména v otázkách ekonomiky, je zřejmá již dnes.

Dvě miliardy, kde je vzít a přitom nikomu nekrátit úhrady, jak se vypořádat s návrhem zvýšení DPH zavedením jednotné sazby bez finanční kompenzace ze strany státu, to bude rébus, na jehož vyřešení by mohla být vypsána cena pana Nobela. Do toho příslib, že se postupně budou narovnávat úhrady všem zdravotníkům, to už je zase téma možná pro autory sci-fi románů.

Realita bude nejspíše zcela jiná, nebo se konečně sáhne do organizace systému zdravotnictví, zruší se některé nemocnice a vykročíme směrem, který je patrný v jiných vyspělých státech Evropy? A jaký že je tento trend? Omezení hospitalizací, zkrácení pobytu na lůžku, přesun péče do ambulantní sféry, drg, jednodenní péče, zvýšení kompetencí lékařů primární péče atd, atd.

Bude mít vláda, resp. současné vedení resortního ministerstva dost odvahy, vůle a podpory takové změny uskutečnit? Zatím jsme svědky podpisů různých Memorand, s kolegy z jiných organizací sdružených v tzv. Koalici soukromých lékařů vytvoření a podepsání také jednoho Memoranda zvažujeme. Bude to ale dostatečná záruka potřebných změn?

Co nás čeká trochu nastiňují i legislativní návrhy. Novodobým nevolnictvím zavání návrh zavedení 24hodinové péče praktickým lékařům a praktickým lékařům pro děti a dorost. Na jednom z jednání dokonce ironicky zaznělo, že jde o mimořádnou aktivitu zajistit plnou abstinenci všech praktických lékařů. Jestliže se hovoří v jiné části zákona, že zjištění užití návykové látky, a tedy i alkoholu, je důvodem k okamžitému odebrání registrace a v jiné části se zavádí 24hodinová péče, pak se asi člověk nemůže ubránit obdobným úvahám.

V jednom rozhlasovém pořadu se redaktor dotazoval, jak si občané představují symbolický obraz České republiky. Zaujal mne návrh, ve kterém zaznělo, že by takovým obrazem mohlo být náměstíčko v Kocourkově a na něm sedí na lavičce Švejk. Stále se mi chce věřit, že k této symbolice ve zdravotnictví nedojde. Nebo se snad dočkáme obrázku chátrajících ordinací kdesi v neznámém městě a na náměstí bude na lavičce sedět doc. MUDr. Leoš Heger, nebo snad Ing. Miloslav Kalousek?

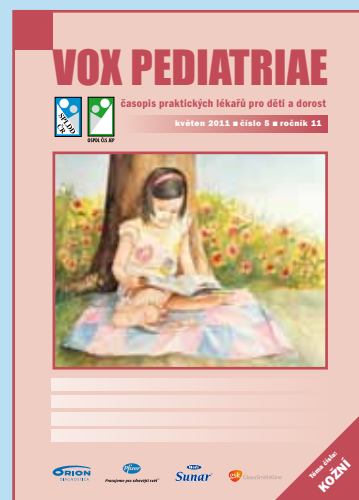
Milé kolegyně a kolegové,

chce se mi stále věřit, že nakonec zvítězí zdravý rozum a my si jednou budeme užívat v klidu a pokoji zasloužený důchod. Nebo budeme pracovat až do doby, dokud nás neopustí poslední síly? Nebo...

Krásné jarní dny přeje všem

Pavel Neugebauer

Kožní (vši, mykózy, alopecie)



v tomto čísle inzerují...

GSK

HERO

MSD

MUCOS PHARMA

NESTLÉ

OLIVOVA DĚTSKÁ LÉČEBNA

PFIZER

úřední hodiny SPLDD ČR...

Pondělí	10. 00–15. 00 hodin
Úterý	10. 00–15. 00 hodin
Středa	10. 00–15. 00 hodin
Čtvrtek	10. 00–15. 00 hodin
Pátek	10. 00–13. 00 hodin

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

tel.: 267 184 065

fax: 267 184 050

redakce VOX:

tel.: 267 184 065

e-mail: centrum@detskyklear.cz



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

V únoru vyvrcholila jednání se zástupci signatářů, resp. organizátorů protestní akce Lékařů Děkuje – odcházíme. Nejhoršímu scénáři zabránilo nakonec podepsání Memoranda s Ministerstvem zdravotnictví ČR, ve kterém je deklarován dohodnutý postup navyšování platů lékařů v nemocnicích a společný postup při realizaci reformy zdravotnictví. Ta se nebude rodit ale příliš snadno, pokud se již v začátku tahají těžké zbraně charakteru zavedení 24hodinové péče o registrované pacienty ze strany praktických lékařů. V následujících měsících půjde také o to, abychom z jedné krize, vyvolané ze strany nemocničních lékařů, nespadli do druhé, vyvolané lékaři ambulantními.

9.2. - naše Sdružení obdrželo návrh zákona o zdravotních službách a velmi nás překvapilo zakomponování 24hodinové péče o registrované pacienty. Proto jsme spolu s praktickými lékaři pro dospělé začali aktivně komunikovat s MZ a snažili se dopátrat kompetentní osobu, která by nám tento zámysl objasnila. Nakonec jsme se sešli v Poslanecké sněmovně Parlamentu s náměstkem Ing. Petrem Noskem, přítomen byl krátce i ministr doc. MUDr. Leoš Heger, CSc. Z diskuse vyplynulo, že jde spíše o reakci na podněty některých politiků, kteří se domnívají, že v primární péči se pracuje jen dopoledne. Věřím, že se podaří nastavit fungování primární péče i legislativně tak, aby se praktičtí lékaři nestali novodobými nevolníky, určitě pro to uděláme maximum.

15.2. - zástupci Koalice soukromých lékařů se sešli s ministrem zdravotnictví doc. MUDr. Leošem Hegerem, CSc. a jeho náměstkem MUDr. Vítězslavem Vavrouškem, aby diskutovali nad možnými dopady kri-

ze ve zdravotnictví v souvislosti s výzvou Děkuje-odcházíme. Diskutovalo se o postoji zdravotních pojišťoven a možných dopadech do regulací, ujasňovaly se názory na odměňování ve zdravotnictví. Pro vyvrácení mýtů o vysoké lukrativnosti práce v soukromých ambulancích bude nutno předložit ekonomická data asi nejen ta, která předkládá analytická komise dohodovacího řízení o cenách. Diskutovalo se také o předkládané legislativě, zejména o návrhu zákona o zdravotních službách. V této souvislosti nám bylo sděleno, že se uvažuje o znovuzavedení tzv. Zdravotního řádu, který byl v devadesátých letech minulého století zrušen. Ten by měl definovat pohyb a podmínky pohybu pacientů v systému.

17.2. - zástupci Koalice soukromých lékařů se sešli také s vedením Svazu zdravotních pojišťoven ČR, aby diskutovali pohled zaměstnaneckých pojišťoven na současné aktivity eHealth. Jednání se za Svaz účastnil Ing. Jaromír Gajdáček, úřadující prezident

Svazu a Ing. Ladislav Friedrich, spolu se zástupci Koalice se jednání účastnili i zástupci SVL, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. a MUDr. Cyril Mucha. O výstupu z tohoto jednání podrobněji informujeme v části Koalice.

22.2. - na svém pravidelném jednání se sešla Koalice soukromých lékařů. Blíže a podrobněji informujeme na jiném místě.

25. - 26.2. - v TOP HOTELU PRAHA se konal již 5. ročník Kongresu primární péče. Na 1500 účastníků si vyslechlo řadu zajímavých přednášek a využilo i nabídky doprovodných programů. Obohacením letošního ročníku byla řada tzv. kulatých stolů, jejichž smysl by měl být otevření diskuse na ožehavá témata, která byla předmětem jednotlivých bloků odborného programu. O výstupech Vás budeme postupně informovat na stránkách našeho časopisu.

Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů se během února opakovaně sešla s vedením resortního ministerstva, aby projednala možné dopady výzvy Děkuje - odcházíme. Podepsané Memorandum nakonec zažehna- lo hrozící krizi, nicméně řada otázek zůstala bez odpovědí. KSL, resp. její člen SSG ČR, připravil návrh na změnu indexů v Seznamu výkonů, který by měl systémově řešit odměňování lékařů ve zdravotnictví. Tento návrh bude nadále projednáván s resortním ministerstvem spolu s dalšími legislativními návrhy. Ten poslední, návrh zákona o zdravotních službách, vyvolal v členech Koalice značné rozpaky, a tak byl nakonec v předložené podobě jako celek odmítnut. Diskusi nad úpravami se však členové Koalice rozhodně nebrání.

I. Jednání Koalice soukromých lékařů k projektům eHealth se zástupci SZP ČR dne 17.2. 2011

Za SZP ČR: Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D., Ing. Ladislav Friedrich, CSc.

Za Koalici: MUDr. Michal Bábíček, MUDr. Václav Šmatlák, MUDr. Pavel Neugebauer, MUDr. Jan Nový, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Petr Němeček

1. Účastníci projednali možnosti společné koordinace postupu při zavádění elektronické komunikace mezi ZZ a ZP

2. Zástupci SZP ČR deklarovali možnost společného postupu zaměstnaneckých ZP



při zavádění elektronické komunikace tak, aby datové rozhraní, design a uživatelské prostředí bylo pro ZZ stejné, nebo velmi podobné.

3. Zástupci obou stran konstatovali, že jsou ochotni připravit a projednat návrh společné deklarace při spolupráci při zavádění e-komunikace.

4. Zástupci obou stran konstatovali, že jsou ochotni připravit společnou pracovní skupinu k řešení elektronické komunikace na jiných principech než IZIP s využitím dosavadních zkušeností některých zaměstnaneckých pojišťoven (např. Karta života, Vitakarta).

■ II. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 22. února 2011

1. Iniciativa „Děkujeme, odcházíme“, schůzka s ministrem zdravotnictví

- Výsledkem iniciativy „Děkujeme, odcházíme“ jsou nové tarifní tabulky a navýšení platů pro nemocniční lékaře. Přes společné prohlášení KSL a schůzky s ministrem zdravotnictví, MZ ČR neakceptovalo názor Koalice, že nedostatečné odměňování se týká všech pracovníků ve zdravotnictví, tedy i soukromých lékařů v ambulancích. Do úhradové vyhlášky, pokud se bude měnit, nezasáhne jinak, než do lůžkové péče.

- Další jednání s ministrem zdravotnictví o navýšení úhrad za zdravotní péči v soukromém sektoru bude nutné podložit konkrétními čísly výše nákladů v privátních praxích.

- Nový mluvčí Koalice (Dr. Václav Šmatlák) byl pověřen úkolem obrátit se na ministra zdravotnictví s dotazem, kdo na MZ ČR pracuje na kultivaci Seznamu výkonů s bodovými hodnotami a zda mají zástupci KSL možnost do tohoto procesu zasáhnout.

2. Připomínky k návrhu zákona o zdravotních službách

- V současné podobě je návrh zákona pro Koalici neakceptovatelný.

- Zástupci KSL se dohodli, že jednotlivě zašlou na MZ ČR připomínky k tomuto návrhu za organizace, které zastupují. Současně na jednání formulovali text společných připomínek, vycházejících z podkladů právního poradce ČSK, které budou po odsouhlasení všemi organizacemi Koalice zaslány MUDr. Vítězslavu Vavrouškovi, MBA, náměstkovi pro zdravotní péči MZ ČR (viz příloha).

3. IZIP

- Společnost IZIP spolu s VZP sice od-

pověděla na otázky formulované Radou SAS na jednání z 13.1.2011, ale jejich odpovědi nedůvěru k projektu nerozptýlili. Zástupci KSL podporují racionální e-health, ale projekt IZIP je pro ně i nadále neakceptovatelný.

4. Různé

- Mluvčím Koalice soukromých lékařů se na dalšího půl roku stal MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR.

- Zástupci KSL projednali obsah dopisu VZP, týkajícího se projektu „Racionální proskripce VZP ČR“. KSL se pozastavuje nad výběrem produktů v Přehledu hrazených léčivých přípravků a potravin pro zvláštní účely. V dopise není zmíněno, podle jakých kritérií byl výběr proveden a na základě čeho na projektu participuje společnost CompuGroup Medical ČR s.r.o.

Připomínky Koalice soukromých lékařů k návrhu zákona o zdravotních službách

- legislativně technická úroveň návrhu je nízká (chybné odkazy, chybné číslování odstavců, nestandardní struktura některých ustanovení, nedostatečná provázanost s jinými právními předpisy, nejasné pojmy, přílišná podrobnost některých ustanovení na jedné straně a nebývalé široká zmocnění k vydání podzákonných předpisů na straně druhé)

- návrh v mnoha ohledech zcela pomíjí výsledky dosavadního připomínkového řízení (včetně připomínek řešených a vyřešených v letech 2008 a 2009)

- z návrhu je zřetelně patrné, že jde o text, který byl postupně doplňován v různých časových obdobích bez náležité koordinace

- návrh se odchyluje od původního věcného záměru z let 2007 – 2008 do té míry, že je nutno konstatovat, že návrh zjevně žádný věcný záměr nemá

- důvodová zpráva v mnoha ohledech neodpovídá stávajícímu stavu textu

- důsledkem výše naznačených problémů jsou interpretační i aplikační obtíže

- návrh (byť důvodová zpráva uvádí něco jiného) bude znamenat enormní nárůst agendy krajských úřadů (zejména v prvních třech letech po účinnosti zákona v souvislosti se zánikem stávajících rozhodnutí o registraci, ale i později) a nebývalé zvýšení administrativní zátěže pro poskytovatele

- návrh proti stávajícímu stavu dále prohlubuje omezení autonomie poskytovatelů jako podnikatelů i svobodný výkon lékařských povolání

Z výše uvedených důvodů musíme bohužel konstatovat, že i pro nás je návrh zákona v předložené podobě neakceptovatelný.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory, mluvčí Koalice

MUDr. Václav Šmatlák, předseda

Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda

Sdružení praktických lékařů

pro děti a dorost ČR

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení

ambulantních specialistů ČR

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda

Sdružení soukromých gynekologů ČR

■ III. Návrh KSL na změnu Indexů lékařů, zubních lékařů a farmaceutů v Seznamu zdravotních výkonů

Tento návrh vychází z díkce Prohlášení KSL k výzvě Děkujeme - odcházíme a předkládá tak návrh na řešení odměn lékařů ve zdravotnictví cestou úpravy Seznamu výkonů (podklady připraveny ze strany SSG ČR)

Platná vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR š. 397/2010 Sb:

Pro nositele výkonů – lékaře, zubní lékaře a farmaceuty jsou stanoveny tři stupně mzdového indexu. Jsou to:

1. Index 1 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání - symbol L1, hodnota indexu 1

2. Index 2 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu - symbol L2, hodnota indexu 1,8

3. Index 3 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí - symbol L3, hodnota indexu 3,5.

Návrh KSL:

Dosud stanovené mzdové indexy lékařů neumožňují adekvátní ocenění práce lékařů v žádné oblasti poskytování léčebné preventivní péče, ať už se jedná o lékaře zaměstnance nebo lékaře působící v privátní sféře. Cílem návrh je dosažení níže uvedených hodnot:

Pro nositele výkonů – lékaře, zubní lékaře a farmaceuty jsou stanoveny tři stupně



mzdového indexu. Jsou to:

1. Index 1 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání - symbol L1, hodnota indexu 2

2. Index 2 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu - symbol L2, hodnota indexu 3,6

3. Index 3 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí - symbol L3, hodnota indexu 7.

KSL si je vědoma nárůstu objemu finanční prostředků, které vyžaduje tento návrh. Proto navrhuje, aby k navýšení došlo v průběhu čtyř let, vždy o 1/4, tedy tímto způsobem:

Novela SZV platná od 1. 1. 2012:

Pro nositele výkonů - lékaře, zubní lékaře a farmaceuty jsou stanoveny tři stupně mzdového indexu. Jsou to:

1. Index 1 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání - symbol L1, hodnota indexu 1,25

2. Index 2 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu - symbol L2, hodnota indexu 2,25

3. Index 3 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí - symbol L3, hodnota indexu 4,2.

Novela SZV platná od 1. 1. 2013

Pro nositele výkonů - lékaře, zubní lékaře a farmaceuty jsou stanoveny tři stupně mzdového indexu. Jsou to:

1. Index 1 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání - symbol L1, hodnota indexu 1,5.

2. Index 2 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu - symbol L2, hodnota indexu 2,7

3. Index 3 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí - symbol L3, hodnota indexu 5,25.

Novela SZV platná od 1. 1. 2014

Pro nositele výkonů - lékaře, zubní lékaře a farmaceuty jsou stanoveny tři stupně mzdového indexu. Jsou to:

1. Index 1 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání - symbol L1, hodnota indexu 1,75

2. Index 2 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu - symbol L2, hodnota indexu 3,15

3. Index 3 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí - symbol L3, hodnota indexu 6,125.

Novela SZV platná od 1. 1. 2015

Pro nositele výkonů - lékaře, zubní lékaře a farmaceuty jsou stanoveny tři stupně mzdového indexu. Jsou to:

1. Index 1 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání - symbol L1, hodnota indexu 2

2. Index 2 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu - symbol L2, hodnota indexu 3,6

3. Index 3 - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí - symbol L3, hodnota indexu 7.

Zdůvodnění návrhu:

Stávající stav - hodinová cena práce lékaře

Základní minutová cena práce lékaře činí dosud 2,216 bodu.

Hodinová cena práce lékaře (vyčísleno v bodech) při dosud platných mzdových indexech činí:

- 1) L1 60 minut x 2,216 b x index 1 = 132,96 bodu / hodinu
- 2) L2 60 minut x 2,216 b x index 1,8 = 239,33 bodu / hodinu
- 3) L3 60 minut x 2,216 b x index 3,5 = 465,36 bodu / hodinu

Při hodnotě bodu 1,0 - 1,06 Kč za 1 bod činí tedy hodinová cena práce plně kvalifikovaného lékaře L3 **465,36 - 493,28 Kč**.

Do hodinové ceny práce lékaře je nutno započítat vedle hrubé mzdy a osobních nákladů také náklad na vzdělávání, dovolenou a pojištění zodpovědnosti. Tyto náklady prokazatelně nejsou nikde jinde zahrnuty a zisk není v našem systému uvažován vůbec.

Předložený návrh - hodinová cena práce lékaře

- 1) L1 60 minut x 2,216 b x index 1 = 265,92 bodu / hodinu
- 2) L2 60 minut x 2,216 b x index 3,6 = 478,65 bodu / hodinu
- 3) L3 60 minut x 2,216 b x index 7 = 930,72 bodu / hodinu

Při hodnotě bodu 1,0 - 1,06 Kč za 1 bod by tedy hodinová cena práce plně kvalifikovaného lékaře L3 činila **930,72 - 986,56 Kč**.

V případě, že je k této ceně připočtena minutová režie např. gynekologické ambulance (1 minuta = 3,33 b) činí cena celkové hodinové práce 1130,52 bodů - je možné porovnat např. s cenou právní kanceláře!!!

Pro Vox připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer

Navštivte aktualizované webové stránky **www.detskylekar.cz**





Zpráva ze zahraniční cesty

1. světový kongres konsensu v pediatrii - CIP

CIP (Global Congress for Consensus in Pediatrics)

Paříž 17. - 20.2.2011

Ve dnech 17.- 20. 2. 2011 proběhl 1. světový kongres konsensu v pediatrii v Paříži.

PROGRAM:

17. 2. 2011 odpoledne se konalo symposium ohledně modelu pediatrické celosvětové spolupráce.

18. 2. 2011 dopolední semináře se týkaly dětské chirurgie, neonatologie, nefrologie (vesicoureterální reflux, proteinurie, hematurie), endokrinologie (hlavní stěžejní téma bylo vitamin D v pediatrické praxi), infektologie, gastroenterologie (opakující se břišní bolesti, jaterní abnormální testy, prevence a terapie céliakie), pneumokokové vakciny.

Samostatné satelitní symposium uváděla firma BioGaia - budoucnost probiotik v dětském zdraví. V tomto bloku byl klinicky zdokumentován efekt probiotik, vliv probiotik na střevní mikroflóru a ovlivnění kojenecké koliky. Důraz byl položen na probiotika při antibiotické terapii.

V odpoledním bloku zazněly přednášky z oblasti genetiky v dětské endokrinologické problematice, nové techniky v genetice, diagnóza a terapie astmatu. Pediatrická a adolescentní gynekologie byla jedním z dalších bodů programu.

V podvečerním bloku se podrobně roze-

bíraly otázky z oboru endokrinologie, zvl. diabetes mellitus, léčba, vyšetřování, prevence a komplikace onemocnění. Z oboru neonatologie se řešila problematika ve výživě předčasně narozených dětí.

19. 2. 2011 v sobotu v dopoledním bloku bylo hlavní téma: Co je nového v dětské alergologii r. 2011? Potom následovaly přednášky z neurologie, respirační infekce, funkční vyšetření plic, kašel u dětí (prevence, druh kašle, léčba, příčiny, nemoci). Neméně zajímavá byla přednáška z psychiatrie - diagnóza bipolární nemoci, současné poznatky z neurobiologie ADHD.

Z pediatrické chirurgie zazněly přednášky o novinkách v otázce hemangiomů, otázky dnešní a budoucí fetální chirurgie, přístup a zhodnocení rozvahy v řešení otázky břišní bolesti.

Velice zajímavé a podrobně probrané bylo téma autismus a jeho včasná diagnostika.

Z odpoledního bloku stojí za zmínku přednáška o riziku pandemie chřipky H1N1, antibiotická terapie komunitních respiračních infekcí, nové směrnice v resuscitaci novorozence, nejposlednější guidelines v pediatrické resuscitaci.

Obezita x péče pediatriů, bolesti hlavy a migrény a další neurologická témata jako

spina bifida, hydrocephalus zakončovala večerní program sobotního bloku.

20. 2. 2011 v neděli se konaly přednášky na téma potravinová alergie, gastroesophageální reflux, GERD onemocnění, vitamin D a metabolický syndrom.

Na tomto kongresu postery byly v podobě e - posterů, které byly k vidění v kongresové hale na počítačích. Každý si mohl vyhledat téma, které bylo pro každého účastníka nejvíce zajímavé a zaslat si ho na svoji e - mailovou adresu.

Program v podobě abstrakt i další materiály z kongresu jsou uloženy v kanceláři SPLDD ČR

Presentující firmy:

Pfizer, BioGaia, Laerdal, Teva, PC PAL

Vystavující:

Infant journal for neonatal and paediatric healthcare professionals, Medikidz medical information for children, Pediatric oncology child health care, WisePress

POZVÁNKA na 2. CIP 26.- 30. 4. 2012 Moskva.

*zapsala delegátka za SPLDD ČR
MUDr. N. Kočnarová*

Výherci dotazníkové akce

V prosincovém čísle časopisu byl vložen dotazník k problematice ATB terapie.

Dovolují si touto cestou poděkovat všem, kteří aktivně dotazník vyplnili a zaslali na adresu redakce.

Redakce vylosovala z obdržených dotazníků následující výherce:

MUDr. Šárka Horychová, Karlovy Vary
MUDr. Daniela Holubová, Teplice
MUDr. Hana Háková, Chomutov
MUDr. Vilma Vlková, Domažlice
MUDr. Martin Řáha, Chomutov

MUDr. Sylva Frantová, Plzeň
MUDr. Jana Hejduková, Pelhřimov
MUDr. Hana Jakoubková, Praha 8
MUDr. Marie Košťálová, Žďár nad Sázavou
MUDr. Petr Michalík, Tanvald

Výhercům gratulujeme, jako odměna jim byla zaslána odborná publikace vydavatelství GRADA.

Za Redakční radu časopisu VOX PEDIATRIAE
MUDr. Pavel Neugebauer



5. Kongres primární péče aneb 0 medicíně první linie již popáté

Tradičně o posledním únorovém víkendu proběhl v TOP Hotelu Praha letos již 5. kongres primární péče. Pod záštitou ministra zdravotnictví doc. MUDr. Leoše Hegera, CSc., jej i tentokrát společně uspořádaly Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP. Stejně zůstalo i tentokrát jak ústřední motto „Lékař první volby“, tak mimořádný zájem praktických lékařů i zdravotních sester. Jediným limitem tak byla pouze kapacita kongresových prostor hotelu, kam se prostě více než 1500 lidí nevmeštná. A tradiční byl i mediální partner kongresu – Zdravotnické noviny.

■ Řekli o... ... významu primární péče

Doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., ministr zdravotnictví:

K povolání lékaře primární péče mne vážou osobní vzpomínky. Můj otec byl totiž ve druhé polovině svého profesního života praktikem v malém městečku. Byl to zapálený člověk, který o svém povolání mluvil s nadšením a často. Až teď, ve své manažerské éře, si uvědomuji, kolik jsem toho o zdravotním systému a jeho fungování poznal ve své předchozí nemocniční praxi – a kolik toho vím z mladých let od svého otce. Vždy mi to připomene, že ve zdravotnictví existuje mnoho různých sfér a všechny jsou stejně důležité. Není rozdílu mezi tím, zda se medicína pěstuje na úrovni profesora se zahraničními zkušenostmi a mezinárodním renomé nebo rutinního praktického lékaře a jeho dobře komunikující sestry, které mají jejich pacienti rádi. Obě tyto sféry dokážou zdravotnímu systému odvést dobrý kus práce, jak to pacienti v celém svém spektru potřebují.

Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., prezidentka České asociace sester:

Pro mne ordinace praktického lékaře a celá činnost tohoto zdravotnického zařízení zosobňuje to, co by mělo být zdravotnictví vlastní – že je to týmová práce. Primární péči totiž nereprezentuje jen praktický lékař, ale i jeho sestra, která je v těsné komunikaci a interakci s pacienty, a proto lékaři slouží jako velmi důležitý zdroj informací. Nedá se říci, zda je jeho pravou či levou rukou, jak se někdy říká. Je prostě jeho partnerem a oba jsou na sobě závislí. Domnívám se, že i co do profesního růstu se obě tyto profese vyvíjejí podobným způsobem, takže i koordinace společných vzdělávacích aktivit je nesmírně důležitá. Přála bych si, aby praktický lékař a jeho sestra měli k sobě vždy blízko profesně i lidsky. Jedině tak bude naplno využitý potenciál, který s sebou primární péče nese.

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

Lékař primární péče, to je specializace sui generis. Víím, o čem hovořím, dlouhá léta jsem jak v tuzemsku, tak v cizině to, co dělá praktický lékař, vykonával. Vyžaduje to spoustu znalostí z mnoha oborů. Specialista se věnuje do hloubky určité výseči medicíny, ale lékař primární péče musí znát prakticky vše, a to v takovém rozmezí, které mu zajistí dostatečný přehled a nadhled. Z toho plyne i jeho vysoká zodpovědnost. A k tomu všemu se ještě věnuje managementu či administrativě, kterou musí vést a která není malá... Je to zkrátka obdivuhodná profese. Rád bych zdůraznil, že v ordinaci lékaře primární péče mají nesmírně důležitou roli také zdravotní sestry a že tato jejich role stále roste. Když bude dobře fungovat tandem lékaře a jeho sestry, primární péči se bude dařit.

■ Co chtějí praktici od reformy?

„Je toho moc,“ tak zněla bezprostřední reakce většiny účastníků kongresu primární péče, které Zdravotnické noviny oslovily anketní otázkou: Jaký konkrétní problém sužující zdravotníky primární péče by podle vás měly reformní změny vyřešit? Anketu jsme uskutečnili 25. a 26. února v TOP Hotelu Praha během kongresového jednání.

Aby peníze mířily správným směrem

Velká část oslovených se shodla v tom, že je nutné reformovat především ekonomický systém našeho zdravotnictví s cílem převést co nejvíce prostředků za pacientem a zdravotníkem, tedy do oblasti poskytování reálné zdravotní péče. Tento požadavek charakterizovala např. praktická pediatrička z Otrokovic MUDr. Zuzana Guřanová:

„Ekonomika našeho zdravotnictví není dobrá. Za nejpalčivější témata pro reformu považují lékovou politiku, korupci ve zdravotnictví a různé podivné provize, nákupy zařízení a podobné záležitosti, které přinášejí veliký únik peněz ze systému. Je to problém celého zdravotnictví,

který se samozřejmě týká i nás v primární sféře. Peníze pak totiž nejdou tam, kam by jít měly, tedy k pacientovi a lékaři, který odvádí práci. Také bych se od reformy chtěla dočkat toho, aby některé regulační mechanismy byly rozumnější, aby pacient mohl dostat to, co dostat má.“

Méně administrativního „bujení“

Poměrně hodně dotázaných by uvítalo úbytek administrativy a úkonů, které nesouvisejí přímo s hlavní činností, tedy péčí o nemocné. „Naše administrativní zatížení je už nyní opravdu značné a stále více bují,“ říká pediatrička z Hostivice MUDr. Zuzana Buriánková.

Pregnantně se k této záležitosti vyjádřil pražský praktický lékař pro dospělé MUDr. David Dresler: „Chceme, aby nás nechali dělat naši práci, abychom se mohli více věnovat medicíně a nemuseli se neustále zabývat a číst nové pokyny vykonávat nové úkony. To znamená, aby nám nebyly házeny klacky pod nohy novými opatřeními, často jen formálními, která ale komplikují naši prioritní práci, tedy péči o pacienty. Kromě vlastního ordinování máme milion dalších věcí, které musíme zajistit. My soukromí lékaři jsme z tohoto pohledu vlastně na úrovni fakultní nemocnice – sami si musíme dělat revize, kalibrace, požární ochranu a mnohé další věci – záležitosti, na které mají nemocnice štáb technických oddělení. V součtu to znamená, že kromě své práce s pacienty musím ještě denně tak dvě hodiny věnovat dalším povinným činnostem.“

Smysluplný systém vzdělávání

MUDr. Jaroslav Pelc, praktický lékař pro děti a dorost z Hranic na Moravě – spolu s několika z dalších oslovených – považuje za nedořešenou oblast celoživotního vzdělávání nelékařů: „My lékaři, kteří zaměstnáváme v ordinacích sestry, bychom určitě uvítali, kdyby byl upraven systém a forma jejich celoživotního vzdělávání. Tak, aby obsah vzdělávání byl pro ně skutečně profesně přínosný, ale také abychom jako jejich zaměstnavatelé byli motivováni je na vzdělávací akce posílat.“



Vyšší kompetence praktikům

MUDr. Jiří Bartoš, pediatr z Moravské Nové Vsi, v anketě odpověděl: „Bezesporu by prospělo rozšíření kompetencí praktického lékaře, aby mohl léčit, na co má vzdělání a co skutečně umí. Aby nebyl svazován preskripčními a podobnými omezeními. Dále aby reforma přinesla více peněz do primární péče, ovšem při respektování zásady, že lékař, který se o své pacienty skutečně stará, bude bonifikován a nikoli sankcionován, jak tomu bohužel mnohdy dnes je.“

MUDr. Bartoš se také domnívá, že reforma zdravotnictví by měla akcentovat princip vyšší odpovědnosti občana za vlastní zdraví: „Ten, kdo chodí na preventivní prohlídky, by měl být nějakým způsobem motivován. V opačném případě sankcionován.“

Neopomenout stárnutí populace

Sestra z ordinace praktického pediatra Zuzana Brožová z Prahy poukázala ve své odpovědi na jeden z dalších problémů: „Ještě před nedávnem jsem působila mezi seniory, takže znám situaci v této oblasti a myslím si, že reformní změny v českém zdravotnictví by v žádném případě neměly opomenout fakt, že populace stárne a roste význam geriatrické péče. Ta má podle mne v současnosti velké rezervy. Domnívám se, že ani primární sféra zatím není úplně připravena na tento demografický vývoj.“

■ Od početí až ke zdravému stárnutí

První přednáškový blok na 5. kongresu primární péče byl věnován komplexu otázek počínaje současnými možnostmi asistované reprodukce, přes následnou péči o předčasně narozené děti až k problematice stárnutí v jednadvacátém století. To vše bylo shrnuto pod příznačný název Odkud až kam.

Doc. MUDr. Tonko Mardešič, CSc., z pražského Sanatoria Pronatal ve svém sdělení konstatoval, že 12–15 % párů ve fertilním věku má potíže s plodností a že tři procenta dětí se dnes u nás i v řadě dalších hospodářsky rozvinutých zemí rodí z umělého oplodnění.

„V roce 2009 uplynulo 50 let od doby, kdy se naplnil sen generací – sex bez rizika otěhotnění, a před třiceti lety se objevila možnost reprodukce bez sexu,“ řekl doc. Mardešič. Po narození Lousie Brownové v roce 1978 se mimotělní oplodnění (IVF) celosvětově velmi rychle prosadilo jako nejúspěšnější léčba poruch plodnosti, jejíž možnosti se neustále rozšiřují. V současnosti je možná transvaginální punkce folikulů, genetického vyšetření embrya před přenosem do dělohy, obrovský potenciál je v kmenových buňkách.

Podle doc. Mardešiče dnes neexistuje typ



neplodnosti, u kterého by metoda IVF nepomohla. Zatímco před lety se s umělým oplodněním začínalo především v případech tubulární sterility u žen s poškozenými nebo chybějícími vejcovody, v současné době je často narušena plodnost muže – nejméně z poloviny a těchto případů přibývá. „Od doby, kdy je možné provést injekci spermií do vajíčka, však neexistuje neplodný muž. Stačí jedna jediná spermie a tu jsme schopni získat chirurgicky i u muže bez spermií v ejakulátu,“ řekl doc. Mardešič. A dodal, že technika intracytoplasmatické injekce spermií (ICSI) umožnila úspěšně léčit i nejzávažnější případy andrologicky podmíněné neplodnosti a dramaticky snížila poptávku po léčbě darovanými spermiemi.

Narůstá poptávka po léčbě pomocí darovaných oocytů

V jeho vystoupení také zaznělo, že velmi důležitá je otázka věku, který je zásadním prognostickým faktorem. Po 35. roce věku nastává dramatický pokles plodnosti ženy, což se samozřejmě týká úspěšnosti léčby. Pokles plodnosti je dán klesající kvalitou ženských zárodečných bu-

ňek. Proto celosvětově narůstá poptávka po terapii pomocí darovaných oocytů. K tomu výrazně přispívá i současný trend, kdy mladé ženy odkládají první těhotenství do vyššího věku.

Zjednodušení celé léčby přinesly nové stimulační protokoly, které výrazně snížily potřebu nezbytného monitorování reakce pacientky na hormonální stimulaci.

Gonadotropiny močového původu jsou postupně nahrazovány zcela čistými rekombinantními přípravky aplikovanými pomocí tzv. pera – to pacientkám přináší vysoký komfort. Kontrola hypothalamo-hypofyzo-ovariální osy pomocí agonistů a antagonistů gonadotropinů uvolňujících hormon eliminuje riziko předčasné sekrece lutropinu a předčasné ovulace. To vše postupně vedlo ke snižování počtu přenášených embryí při trvalém zvyšování úspěšnosti.

Nové genetické vyšetřovací metody umožňují diagnostikovat řadu poruch na chromozomální i genové úrovni již u preimplantačních embryí dříve, než jsou do dělohy přenesena. „Preimplantační genetický screening umožňuje zjistit, zda má embryo správnou genetickou výstavu, u žen nad 40 let věku je však v pořádku jen pětina embryí,“ řekl doc. Mardešič.

U pacientů, u nichž se dá předpokládat, že plánovaná cytotoxická léčba naruší nebo výrazně poškodí jejich reprodukční schopnosti, je možná transpozice ovarií či zamrazení spermií, vajíček i ovariální tkáně.

Až 300 dětí ročně se narodí s život ohrožující srdeční vadou

Doc. MUDr. Jan Marek, PhD., FESC, působící v Londýně, se ve svém příspěvku věnoval prenatalní kardiologii – především u předčasně narozených dětí. V současné době se u nás narodí kolem 700–800 dětí s vrozenou srdeční vadou a 280–300 z nich, tedy cca 37 %, s život ohrožující vadou (např. hypoplazii levého srdce). „Prenatální diagnostika odhalí až osmdesát procent těchto vad, což je ve světě unikátní číslo,“ řekl doc. Marek. A dodal, že 60 % českých rodičů se v těchto případech rozhodne pro ukončení těhotenství.

Doc. Marek dále zdůraznil, že intrauterinní terapie je spolehlivá např. u tachykardie plodu. V těchto případech jde o život zachraňující léčbu, která je u poruch srdečního rytmu u nás běžná.

Konstatoval také, že metoda IVF zvyšuje počet vrozených srdečních vad a dalších odchylek. Závěrem položil otázku, zda jsme vůbec na programování na to, abychom měli zdravé děti i po čtyřicítce, jak se o to metoda IVF snaží.

Zvyšuje se počet extrémně nezralých novorozenců

MUDr. Daniela Marková z Centra komplex-



ní péče o děti s perinatální zátěží Kliniky dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN v Praze zdůraznila, že díky moderní perinatální péči v posledním dvacetiletí novorozenecká úmrtnost klesla – v současnosti je u nás 1,5 promile. Tím se ovšem zvyšuje počet zachráněných dětí se závažnou perinatální anamnézou, především dětí extrémně nezralých. Podílí se na tom nárůst těhotenství z IVF, odsouvání prvního těhotenství do vyšších věkových kategorií, ale také vysoce kvalitní péče dvanácti perinatálních center.

„Děti narozených s hmotností nižší než 1500 gramů se daří zachránit 90 procent, pod 1000 gramů 82 procent a pod 750 gramů 70 procent,“ uvedla MUDr. Marková. Každým rokem tak přibývá cca 8000 dětí narozených předčasně, s různou mírou vyjádřené perinatální zátěže. Dříve byla hlavním kritériem pro hodnocení perinatální a neonatální péče mortalita, v současné době se do centra zájmu dostává tzv. pozdní morbidita – hodnocení dlouhodobé kvality života těchto dětí.

Dnes se daří zachránit děti narozené i ve 24. gestačním týdnu, tedy na samé hranici viability, které v minulosti neměly šanci přežít. „Předčasně narozené děti je nutné dlouhodobě sledovat a včas zasahovat do diagnostiky i terapie,“ řekla MUDr. Marková a zdůraznila důležitost psychologického intervenčního programu pro rodiče těchto dětí. Vyzdvihla také význam centralizace péče do tzv. vývojových center. Centrum komplexní péče pro děti s perinatální zátěží bylo ve VFN v Praze nově otevřeno v loňském roce. Jeho cílem je vytvoření prostoru s odpovídajícím personálním i technickým zázemím pro následnou, dobře koncipovanou, systematickou péči. Ta zatím není všude běžně dostupná.

Předčasně narození novorozenci tvoří v současné době u nás až 8 % všech živě narozených dětí ročně, což s sebou nese nejen zdravotnický a sociálně-ekonomický problém, ale i otázky etické.

Medicína proti stárnutí

„Naše děti by se měly dožívat sta let. V roce 2050 bude u nás 31 % obyvatel starších 65 let,“ uvedla ve svém příspěvku MUDr. Monika Golková, primářka privátní kliniky A2C v Praze. Dodala, že vznikla nová lékařská specializace medicína proti stárnutí, tedy anti-aging medicína. Jejím cílem je dosáhnout co nejlepšího možného zdravotního stavu člověka a zároveň co nejvíce zbrzdit proces stárnutí organismu. V ČR vznikla v roce 2005 Asociace medicíny proti stárnutí (více na www.amps.cz).

MUDr. Golková také vysvětlila, že náš věk určuje i stav našeho organismu, což ovšem někdy znamená, že skutečný věk chronologický mů-



že být s tím biologickým značně v rozporu, a to i u jednotlivých orgánů. Uvedla příklad dvacetileté dívky, jejíž plíce odpovídaly věku 57 let, hybnost prstů na ruku 48 letům, ale ohebnost páteře a mozek jejímu skutečnému věku.

„Cílem medicíny proti stárnutí není jen prodloužit individuální lidský život, ale také zajistit, aby měl jedinec ve vyšším věku radost ze života, aby byl produktivní a vitální. Vyvrcholením medicíny proti stárnutí by mohla být eliminace období, kdy je člověk zcela závislý na pomoci druhých,“ dodala MUDr. Golková.

Bezpečí v rukou sester

Také sestry měly na Kongresu primární péče svůj vlastní odborný program, zaštiťovaný Českou asociací sester (ČAS).

Bezpečí pacientů a kvalita péče byly tématem přednášky Mgr. Alice Strnadové, MBA, z ČAS. Upozornila na nepříznivý stav, kdy u nás v primární péči schází strategie kvality a bezpečí. Důvodem je podle ní především nedostatečná motivace zdravotníků. V oblasti ošetrovatelské péče by se taková strategie měla týkat komunikace s pacienty i lékařem, dále vedení zdravotní dokumentace, minimalizace čekacích dob v čekárnách, předcházení pochybení, ošetrovatelských standardů apod. Každé ambulantní zařízení by mělo mít vlastní systém vnitřní kontroly bezpečí a kvality, vybudovaný na základě průzkumu a zmapování všech rizikových faktorů.

Mgr. Ing. Irena Kouřilová z ČAS se pak podrobněji věnovala certifikátům kvality a rovněž systémům řízení kvality a procesů. Zdůraznila však, že samy standardy, ani procesy nestačí, a že je nutné provádět průběžnou kontrolu, kte-

rá spočívá v pěti krocích:

- * Řekni, co děláš!
- * Napiš, co říkáš!
- * Dělej, co máš napsáno!
- * Dokaž to!
- * Zlepšuj to!

V nejbližší budoucnosti čeká sestry v ambulantních standardizace všech ošetrovatelských výkonů, jejich striktní dodržování a důsledné vedení ošetrovatelské dokumentace. Aktivní zdravotnická zařízení, která splní požadavky na kvalitu, budou mít možnost získat certifikát systému managementu jakosti v oblasti zdravotnictví, který bude nezpochybnitelnou konkurenční výhodou.

Nefrologické sestry kompetence potřebují

Nefrologické sestry už posun do komunitní péče hlásí jako realitu. Referovala o tom Bc. Jindra Kracíková z ČAS, která udělala krátký exkurs do historie dialyzační léčby. Cílem je dnes udržení vysoké kvality života dialyzovaného pacienta. Kompetence nefrologické sestry jsou obsaženy ve Vyhlášce č. 424/2004 Sb. Do budoucna však bude podle ní potřeba více propagovat prevenci onemocnění ledvin a edukovat nemocné – a v tom by mohly nefrologické sestry sehrát nemalou úlohu. Tento výkon se podařilo prosadit do Seznamu výkonů, neboť byl uznán jako nutný mj. k širšímu využití peritoneální dialýzy v domácím prostředí.

Maximální pozornost ošetrovatelské dokumentaci

JUDr. MUDr. Lubomír Vondráček z FN Motol v Praze na závěr sesterské sekce upozornil na nejčastější chyby v zápisech do ošetrovatelské dokumentace. Využil poznatků ze své praxe právníka, který u soudu zastupuje zdravotnické zařízení a má bohaté zkušenosti s tím, jak přísně je možno posuzovat pochybení zdravotníka a jak důležitý je správný zápis v dokumentaci. Uvedl, že sestry, aniž si to uvědomují, jsou pod přísným pohledem právníků. S růstem jejich kompetencí a potažmo odpovědnosti, budou muset ve svém vlastním zájmu věnovat maximální pozornost všem dostupným faktorům ochrany, mezi nimiž na čelním místě stojí právě zdravotní dokumentace.

Stížností na zdravotníky přibývá, a ti mají celou řadu právních odpovědností: trestně-právní, občansko-právní, pracovně-právní i další. Podle L. Vondráčka přibývá také stížností personálu navzájem, dokonce je zaznamenatelně více stížností na výkon profese pod vlivem omamné látky. Mnozí si totiž neuvědomují, že například kouření marihuany je prokazatelné i po šesti týdnech od užití.

Převzato: Zdravotnické noviny, www.zdravky.cz



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnachová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Setkání školitelů 2011

Tak jako každoročně pořádá OSPDL akci určenou akreditovaným ordinacím PLDD v termínu 17.-19.6. 2011 v hotelu Jezerka Seč - Ústupy. Účast na této akci je současně naplněním podmínky pro akreditovaná pracoviště, směřující k zajištění maximální kvality vzdělávání pro budoucí praktické lékaře pro děti a dorost. Na programu bude jak problematika týkající se vzdělávání, akreditovaných pracovišť a rezidenčních míst, tak také aktuální informace z našeho oboru, téma vyšetření pacienta před odesláním ke specialistovi a další. Podrobný program rozešleme spolu s pozvánkami. Dle kapacitních možností se budeme snažit vyhovět i zájemcům, kteří si chtějí o akreditaci požádat.

■ Katedra PLDD

Od 1.3.2011 se naše subkatedra stává oficiálně Katedrou praktického lékařství pro děti a dorost při IPVZ Praha. Po dlouhých diskusích v souvislosti s plánovaným převodem specializačního vzdělávání lékařů na fakultu jsme byli panem ministrem ubezpečeni, že z důvodu zajištění jednotného přístupu a kontinuity vzdělávání praktických lékařů budou i nadále zachovány tyto katedry při IPVZ. To bylo také důvodem naší urgencye pro ustavení samostatné katedry. Dále tedy na stránkách www.ipvz.cz naleznete informace o náplni oboru a podmínkách uznávání náplně, povinných kurzech pro PLDD a termínech atestací.

■ Rezidenční místa 2011

V termínu do 21.3. 2011 budou na MZČR shromážděny (jako již opakovaně od roku 2009) žádosti o dotace na rezidenční místa. Pro další období dostává obor PLDD dotaci na 30 rezidenčních míst. Nyní žádáme MZČR, aby došlo k dorovnání celkové výše dotace do úrovně oboru všeobecný praktický lékař tak, jako tomu bylo i v předchozích letech. Po přidělení dotací budou akreditovaná pracoviště v oboru PLDD vypisovat výběrová řízení. Aktuální informace naleznete na www.detskylekar.cz, www.mzcr.cz.

V současnosti připravuje MZČR novelu zákona č. 95/2004 Sb. o vzdělávání lékařů a navrhuje také úpravy týkající se rezidenč-

ních míst. Bohužel ne se všemi úpravami lze souhlasit a dále budeme s MZČR podmínky diskutovat tak, aby zůstal ze strany akreditovaných pracovišť i nadále zájem o rezidenční místa. Řešíme témata týkající se termínu podávání žádostí, jakým způsobem budou na-

plňována regionální kritéria, nechceme aby se dotace v budoucnu týkaly jen absolventů, aby pro žadatele byla podmínkou smlouva s rezidentem dříve, než bude vyhověno žádosti o dotaci.

Pozvánka pro PLDD na žádost FN Motol:

Poruchy polykání u dětí – diagnostika a léčba v rámci cyklu Co život přináší v oblasti dětské ORL

Organizace: ORL klinika II.LF UK a FNM

Datum konání: 21.5.2011 9.00-12.30 h

Místo konání: Velká posluchárna II.LF, V Úvalu, Praha 5

Kredit: 7 kreditů

Přihlášky: prihlasky@ipvz.cz

Akce probíhá pod záštitou IPVZ

Program:

9.00-9.10	Úvodní slovo doc. MUDr. Zdeněk Kabelka, Ph.D., ORL klinika II. LF UK a FNM
9.10-9.25	Anatomie a fyziologie polykacího aktu MUDr. Jaroslav Sýba, ORL klinika II. LF UK a FNM
9.25-9.45	Uvedení do problematiky poruch polykání a možnosti rehabilitace z pohledu klinického logopeda PaedDr. Jaroslava Roubíčková, ORL klinika II. LF a FNM
9.45-10.00	FEES – endoskopie v diagnostice dysfagie MUDr. Alice Jašková, Ph.D., ORL klinika II. LF UK a FNM
10.00-10.15	Rozfázovaný polykací akt v diagnostice dysfagie MUDr. Vojtěch Suchánek, Klinika zobrazovacích metod FNM
10.15-10.30	Neurologické příčiny dysfagie, polygrafie v diagnostice dysfagie MUDr. Katalin Štěrbová, Dětská neurologická klinika FNM
10.30-10.45	GER v diferenciální diagnostice dysfagie MUDr. Ondřej Hradský, Pediatrická klinika FNM
10.45-11.30	Přestávka na občerstvení
11.30-11.45	Aspirace a její následky u dysfagických pacientů MUDr. Tamara Svobodová, CSc., Pediatrická klinika FNM
11.45-12.00	Nutriční podpora u pacientů s dysfagií MUDr. Jiří Bronský, Pediatrická klinika FNM
12.00-12.15	Strukturální příčiny poruch polykání, gastrostomie MUDr. Martin Vyhnánek, Klinika dětské chirurgie FNM
12.15-12.30	Celková rehabilitace u dysfagických pacientů kolektiv autorů, Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství FNM



Chlamydie v dětském oku

MUDr. Jiří Malec

Oční klinika dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol

Chlamydie jsou obligátně intracelulární gramnegativní bakterie. Nejsou vybaveny vlastním systémem pro tvorbu ATP (adenosintrifosfát) a k metabolickým procesům využívají ATP hostitelské buňky. Označují se jako energetičtí parazité eukaryotických buněk. Dnes používaná taxonomie rozlišuje 1 čeleď Chlamydiaceae, 1 rod Chlamydia a 4 druhy: Ch. trachomatis (CHT), Ch. pneumoniae (CHP), Ch. psittaci, Ch. pecorum. V humánní medicíně mají hlavní význam Chlamydia trachomatis a Chlamydia pneumoniae, které jsou lidskými patogeny. Ch. psittaci je primárně zvířecí patogen s možností přenosu na člověka. Z očního hlediska je důležitá pouze Chlamydia trachomatis, jak uvádí tabulka č. 1 (ostatní jen okrajově).

■ Trachom

Jde o nejčastější příčinu slepoty v zemích třetího světa. Trachom postihuje v komunitách endemických oblastí nejvíce děti, které jsou většinou infikovány ve věku 1 až 2 let. Je úzce spojen s nízkou hygienickou a sociální úrovní. Zdrojem nákazy je pouze člověk s aktivní formou trachomu. Největším rezervoárem infekce v postižených oblastech je spojivkový epitel u dětí. CHT (sérotypy D-K) má oční projevy u dětí méně závažné, přičemž všeobecně je znám především obraz novorozenecké konjunktivitidy. Statisticky se ale jedná o jedno z celosvětově nejčastějších sexuálně přenášitelných bakteriálních agens. Infekcí je ohrožen každý čtvrtý novorozenec infikované matky a zároveň může být postižen také primární pneumonií v 10 %-20 % případů. Spojivkový zánět může někdy i spontánně ustoupit. Pokud však není do tří měsíců po narození celkově přeléčen, dítě je ohroženo vznikem faryngitidy či pneumonie ve 40 % případů. Bohužel časté bývají opakované infekce, protože nevzniká aktivní imunitní ochrana. Přibližně 5 dnů po infekci se objevují první oční příznaky: povrchová injekce, pocit cizího tělesa, hlenohnisavá sekrece, oboustranný, folikulární zánět s bolestivým zduřením preaurikulárních uzlin. Opakovanou infekcí dochází k jizevnatým změnám a infekce přechází do inaktivního stádia v druhém decenniu (obr. č. 1).

■ Klasifikace trachomu dle WHO

- I - folikulární zánět spojivky
- II - difúzní zánět spojivky
- III - jizevnitý tarsální spojivky
- IV - trichiáza
- V - rohovkové zkalení

Tabulka č. 1: Přehled infekcí a serotypů Chlamydia trachomatis			
Druh	Hostitel	Primární onemocnění člověka	Sérotypy
Ch. trachomatis	člověk	trachom	A,B,Ba,C
		lymphogranuloma venereum	L1,L2,L3
		inkluzní konjunktivitida dospělých urogenitální infekce	D - K
		ophthalmia neonatorum (konjunktivitida, otitida, pneumonie)	(18 sérotypů)

■ Diagnostika trachomu

Ze stěru spojivky se provádí cytologie po barvení Lugolovou nebo Giemsovou metodou: diagnostikujeme bazofilní cytoplasmatické Halberstaedterovy - Prowazekovy inkluze.

Další možností je průkaz z tkáňové kultury (specifická 100%, senzitivita 85%). Dále je to metoda přímé imunofluorescence (99% citlivost), metoda ELISA (98%), PCR (100%) hybridizace, KFR.

■ Terapie trachomu

Možná je lokální léčba mastí 1% tetracyklinu nebo erytromycinem v kapkách 2x denně cca 2 měsíce tak, jak uvádí literatura. Tato léčba ale není v České republice dostupná, proto doporučujeme lokálně Oftaquix (levofloxacin) kapky 5xd, nebo Vigamox (moxifloxacin) kapky 3xd po dobu 14-21 dnů. Jako systémovou léčbu: TTC 2g/den 4-6 týdnů, doxycyklin 200 mg 2x denně 3 týdny - v těhotenství erytromycin 500 mg 3x denně 3 týdny, děti při dávce 50 mg/kg/dne 3 týdny, Azitromycin (Sumamed) - 3denní dospělí 1 g/den, děti 10 mg/kg/den. Někdy bývá nutná i chirurgická léčba jizevnatého entropia, kryoterapie s elektroepilací trichiázy, plastické úpravy víček nebo spojivky.

■ Konjunktivitida při lymphogranuloma venereum

Jde poměrně vzácné oční postižení pod obrazem Parinaudova okuloglandulárního syndromu (vzácné onemocnění - chronická horečka, unilaterální granulomatózní konjunktivitida, folikulární reakce, ipsilaterální regionální lymfadenopatie). Je to pohlavně přenosná choroba (stádium vředu, bubonické, terciální se systémovými komplikacemi). Inkubační doba bývá 30 dnů. V klinickém obraze dominuje jednostranná makrofolikulární konjunktivitida, žlutavé granulomy ve spojivce s mukopurulentní sekrecí. Současně nacházíme lymfadenitidu preaurikulárních, submandibulárních a krčních uzlin. V malém procentu případů se přidružuje keratitida a v horních kvadrantech silný, široký vaskularizovaný panus na limbu. Doprovázený bývá episkleritidou, iridocyklitidou či neuritidou. Diagnózu provádíme sérologicky - KFT, IF, PCR. Terapie je stejná jako u trachomu 3-4 týdny. Z diferenciální diagnostiky je nutno zmínit okuloglandulární syndrom, infekce bakteriemi *Leptotrichia*, *Mycobacterium tub.*, *Treponema pallidum*, *Francisella tularensis*, *Bartonella henselae* (nejčastěji nemoc kočičího škrábnutí), *Rickettsie*, EBV virus, plísň (kokcidiomykóza).



■ Inkluzní konjunktivitida dospělých

Patří mezi nejrozšířenější z pohlavně přenosných chorob, objevuje se nejčastěji mezi 15.-30. rokem věku. K přenosu dochází přímo z infikovaného genitálu, nebo nepřímo vodou ze špatně čištěných bazénů. Inkluzní konjunktivitida dospělých tvoří 20% všech chronických konjunktivitid. U mužů dále způsobuje uretritidy ve formě Reiterova syndromu. U žen způsobuje *Chlamydia trachomatis* záněty cervixu, dysurie, pánevní záněty, chronickou salpingitis, jejímž důsledkem bývá infertilita, perihepatitis (Fitz-Hugh-Curtisův syndrom).

V klinickém obrazu je charakteristická inkubační doba: 2-19 dní. Jedná se zpočátku o jednostranný zánět, blefaritidu, zčervenání oka, řezání, s hlenohnisavou sekrecí a reakcí preaurikulárních uzlin. Probíhá jako folikulární reakce na dolní tarsální spojivce a v dolním fornixu, také na bulbární spojivce a semilunární plci. V 80% vzniká v horní polovině rohovky povrchová keratitida a mikropanus (nepřesahuje 2 mm přes limbus), vzácně rohovkové jizvy, neovaskularizace. Bez léčby přechází zánět do chronicity. Diagnostika

a terapie inkluzní konjunktivitidy je stejná jako u trachomu. Je nutno přeléčit současně všechny sexuální partnery.

■ Ophthalmia neonatorum

U CHT nastává přenos převážně primárním kontaktem spojivky novorozence při průchodu porodními cestami, avšak byl opakovaně diagnostikován i zánět spojivky chlamydiové etiologie i u dítěte porozeného císařským řezem. Tato chlamydiová infekce se projevuje v průměru mezi 7. až 10. dnem po narození, i když jsou pozorovány i příznaky časnější (a to i od třetího dne života dítěte). Pro úplnost: gonokoková infekce, která jednoznačně patří mezi sexuálně přenášené choroby a novorozenec je infikován při průchodu

porodními cestami, je charakterizována nástupem příznaků vždy od 2. do 4. dne po porodu. Tento klinický obraz kromě *Neisseria gonorrhoeae* mohou vyvolat i některé další bakterie: např. *St. aureus*, *Pseudomonas spec.* Rozhodující je proto mikrobiologický nález včetně citlivosti. Jakým způsobem nastává přenos infekce CHP na spojivku novorozenců, zůstává otázkou. Teoreticky se nabízí několik možností. Nelze vyloučit, že se CHP nacházela v urogenitálním traktu matky a na novorozence byla přenesena průchodem porodními cestami podobně jako CHT. Kontakt s postiženou osobou na podkladě kapénkové infekce může být rovněž primárním zdrojem. Tato eventualita se nabízí spíše pro CHP. Průběh bývá variabilní: od mírného zánětu po dramatickou hlenohnisavou, pseudomembranózní a hemoragickou konjunktivitidu s chemózou spojivky a otokem víček (obr. č. 2). U novorozenců nikdy nevzniká folikulární reakce spojivek, protože spojivková lymfoidní tkáň se vyvíjí až v 6.-8. měsíci života. Neléčený zánět vede k chronicitě se zkalením a vaskularizací rohovky. Ze systémových komplikací je nutno zmínit v 10% případů intersticiální pneumonii. *Chlamydia trachoma-*

tis je původcem 40 % novorozeneckých konjunktivitid. Na našem pracovišti doporučujeme při infekci CHT u dětí Klacid (clarithromycinum) 7,5 mg /kg 2xd, dále je doporučena varianta celkového podání erytromycinu (50/mg/kg/den) ve 4 denních dávkách po dobu 14 dní. Lokálně jsou vhodné výplachy a čištění spojivkového vaku s aplikací Oftaquix (levofloxacin) kapky 5xd 10-14 dnů.

■ Jiné druhy chlamydií a konjunktivitidy

Při infekci *Chlamydia psittaci* nacházíme celkové příznaky, jako je horečka, bolest hlavy, svalové bolesti, u plicní formy zánět plic. U oční infekce jde o folikulární zánět spojivek, epiteliální a subepiteliální infiltráty s preaurikulární adenopatií. Objevuje se za 1-3 měsíce po infekci a bývá oboustranná. Současně se vyvíjí i keratouveitida, postižení kardiovaskulárního aparátu a ucha. Léčba: TTC 2g/den 4-6 týdnů.

Mezi oční projevy infekce *Chlamydia pneumoniae* (CHP) patří folikulární forma konjunktivitidy. Klinické projevy ophthalmia neonatorum etiologie CHP se v počátečních fázích neliší od klasického obrazu zánětu vyvolaného CHT. Patří k nim: prosáknutí víček, difúzní chemóza bulbární i tarsální spojivky s hyperémií. Okolo druhého měsíce věku nastávají významné změny na tarsální spojivce, kdy zbytní dolní přechodná řasa. U dosud neléčených forem CHP se v tomto období objevují na tarzu dolního víčka a fornixu hřebenovitě papily, které se plně rozvinou okolo čtvrtého měsíce věku a připomínají dospělou folikulární formu onemocnění. Nález na spojivce doprovází jen seromucinózní sekrece. Po lokální a systémové léčbě se oční infekce hojí bez následků.

Závěrem lze říci, že chlamydiová infekce dětského oka, bez ohledu na původce, jsou závažným onemocněním, které neléčené může vést k vážným poškozením oka. Důležité je zmínit, že infekce oka v dětském věku může mít i systémové dopady. Mnohá onemocnění se v našich zeměpisných šířkách objevují znovu s narůstající migrací obyvatelstva z endemických oblastí a větším turistickým ruchem. Je třeba, pokud jsme na pochybách, myslet na možnou chlamydiovou infekci, provést indikovanou diagnostickou vyšetření a zahájit včas účinnou léčbu.

Podpořeno MZO FNM 2005
CZ.2.16/3.1.00/24022

MUCOS Pharma - Wobenzym



Problém sexuálně přenosných infekcí - s čím vším musí PLDD počítat

MUDr. Přemysl Procházka

Venerologická ambulance Kartouzská Praha spadající pod MEDICENTRUM Beroun s.r.o.

Venerologická poradna spadající pod kožní oddělení Oblastní nemocnice Kladno a.s.

I v ambulanci pediatra se může objevit pacient, který má co do činění se sexuálně přenosnou chorobou. A toto onemocnění se nemusí projevovat jen klasickým výtokem ze ženských rodidel či z urethry. I díky migraci obyvatel, volnému přístupu k erotické literatuře, časnějšímu začátku pohlavního života a celkovému dřívějšímu vyžívání adolescentů je nutno počítat s mladistvým venerickým pacientem, protože ruku v ruce s volnějším přístupem k sexuálnímu životu se zvyšuje riziko nákazy pohlavně přenosnou chorobou.

Na prvním místě je třeba zmínit chlamydiové urogenitální infekce - celosvětově nejčastěji se vyskytující bakteriální STI (sexuálně přenosné infekce). Jsou často asymptomatické s tendencí k přechodu do chronicity s možnými závažnými lokálními komplikacemi (například salpingitis, epididymitis, prostatitis), celkovými projevy (Reiterův syndrom) i závažnými následky (sterilita, mimoděložní těhotenství). Původcem urogenitální infekce je *Chlamydia trachomatis*, sérovary D-K, je to obligátní intracelulární energetický parazit, náležící do čeledi *Chlamydiaceae*. Není vybaven systémem na tvorbu vlastní ATP. Ke svým metabolickým procesům využívá ATP hostitelské buňky. Je proto charakterizován jako energetický parazit. Strukturou je blízký gramnegativním bakteriím. V patogenezi chlamydiových infekcí není dosud plně jasno, možno konstatovat, že *Ch. trachomatis* napadá epitelální buňky a na konci svého růstového cyklu destruuje hostitelskou buňku. Patologický proces a klinické příznaky chlamydiové infekce jsou s velkou pravděpodobností kombinací reakce tkáně poškozené intracelulární reprodukci parazita a zánětlivou odpovědí na přítomnost chlamydií v destruovaných epitelálních buňkách. *Ch. trachomatis* se přenáší výhradně přímým kontaktem a má omezený okruh hostitelských buněk, které může infikovat. Receptory pro elementární tělíska se nacházejí na povrchu sliznic urethry, endocervixu, endometria, vejcovodů, anorektální oblasti, respiračního traktu a spojivky. Klinické projevy u mužů jsou většinou ve formě diskrétní urethritis jednodenní či dvoudenní manifestací hlenohnisavého výtoku, který však i bez léčby spontánně vymizí, ale pacient je stále infekční. Komplikací neléčené infekce je bolestivá epididymitis s celkovými příznaky (febrilita, třesavka). U žen infekce

probíhá často asymptomaticky (až v 70% případů), ve zbylých případech se projevuje cervicitidou či uretritidou s mukopurulentním výtokem a dysurickými obtížemi. Chlamydiové urogenitální infekce jsou však v současnosti jedním z nejzávažnějších globálních zdravotnických problémů - infekce *Ch. trachomatis* v České republice je nejčastější příčinou tubární sterility - na podkladě srůstů či poškození vaječníků vede ke vzniku mimoděložního těhotenství. V graviditě je chlamydiová infekce děložního hrdla považována za významný faktor pro vyvolání předčasného porodu. Intracelulární zánět v oblasti děložního hrdla stimuluje lokální tvorbu prostaglandinů E a F, které spouštějí děje vedoucí k předčasným kontrakcím. Hrozí i možnost přechodu infekce na plodové obaly s rizikem jejich předčasné ruptury a odtoku plodové vody. Předčasně narozené děti žen s neléčenou chlamydiovou infekcí měly vyšší perinatální morbiditu a častější komplikovanější porodní průběh.

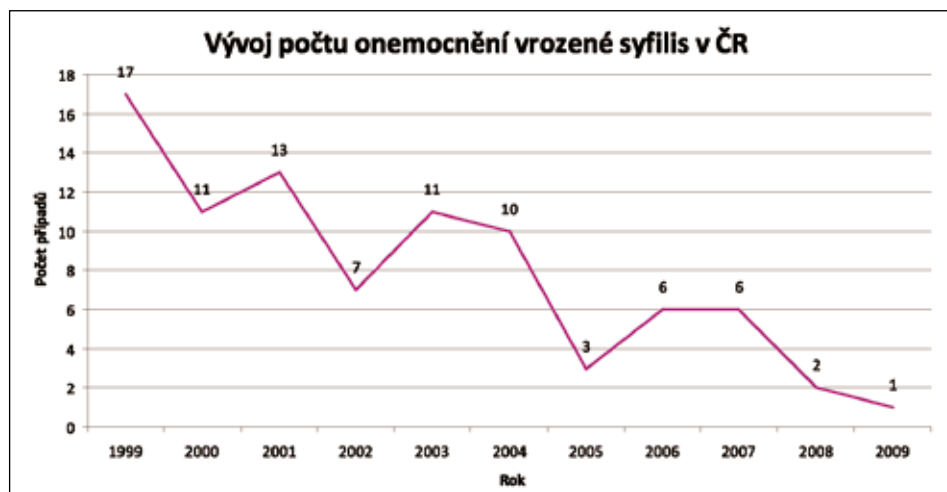
Při anální pohlavní styku je možný přenos infekce do konečníku se vznikem serosní až mukosní sekrece doprovázená výrazným svěděním rektu.

Reiterův syndrom: reaktivní zánětlivý systémové onemocnění, které se vyskytuje při genetické dispozici po prodělané chlamydiové urethritis - je definován jako imunologicky podmíněný aseptický zánětlivý proces na mukose kloubů. Až v 85 % je zjištěna histokompatibilita HLA-B 27. Tento syndrom je charakterizován triádou: urethritis + arthritida (zejména klouby dolních končetin a sakroiliakální skloubení) + konjunktivitida.

Velmi významné je postižení novorozenců infekcí způsobenou *Ch. trachomatis*. Novorozenec, který se narodí matce s cervikální chlamydiovou infekcí, má 60 - 70 % ri-

ziko získat infekci během průchodu porodními cestami. U 20 - 50% dětí vystavených infekci se vyvine konjunktivitida a u 10 - 20% pneumonie. Není potvrzena domněnka přenosu infekce in utero. **Chlamydiová infekce novorozence je významným medicínským problémem, zejména u žen s vysokou prevalencí onemocnění.**

Konjunktivitida má inkubační období 5-14 dní. Protože chlamydie má 48hodinový růstový cyklus, neobjevuje se v prvním dnu života s výjimkou novorozenců narozených po prodlouženém porodu s předčasně odteklou plodovou vodou. Původní vodnatá sekrece je vystřídána hnisavým výtokem. Zprvu se příznaky objevují na jednom oku s přenosem do druhého oka během několika dní. U dětí, které nejsou léčeny v prvních 2 týdnech života, se může objevit neovaskularizace rohovky či jizvení rohovky. Jestliže je léčba zahájena včas, nevzniká žádné postižení očí. Lékem volby jsou makrolidová antibiotika v lékové formě sirupu v dávce dle váhy novorozence na 5 dní. Díky rozšířené křečizaci významně poklesl výskyt gonokokového postižení oka novorozence, avšak aplikace lokální antiseptik nemá vliv na chlamydiovou infekci. Jako účinné se doporučuje použití 2,5% očního roztoku jodpovidonu. Tato diagnóza není tedy až tak vzácná a je na ní nutno pomýšlet zejména při anamnéze rizikových sexuálních kontaktů či neléčené chlamydiové infekce u matky dítěte. Pro diagnózu je metodou volby přímý průkaz bakterie ve spojivkovém vaku, který se provádí výtěrem speciálním výtěrovým tamponem. Laboratorní vyšetření je na principu molekulárně biologického testování (detekce nukleové kyseliny *Ch. trachomatis* metodou PCR - amplifikační metody). Ve venerologické ambulanci Kartouzská Praha MEDICENTRUM



jsme se za poslední tři měsíce setkali se dvěma případy novorozenecké chlamydiové konjunktivitidy. Pokaždé byla následně prokázána chlamydiová infekce i u matky dítěte. Tito novorozenci se narodili spontánně v termínu s normální porodní hmotností, matky nebyly v graviditě léčeny antibiotiky. U holčičky se 6. den po porodu objevila vodnatá konjunktivitida a u chlapečka se projevila infekce týden po porodu nástřikem spojivek, který však během dvou dnů progredoval do hnisavé infekce spojivek. U obou dětí se potvrdila chlamydiová infekce okem pozitivním PCR z výtěru ze spojivkového vaku. Po přeléčení azithromycinem v lékové formě sirupu v dávce 10 mg/kg tělesné hmotnosti jedenkrát denně po dobu 6 dnů došlo k vymizení klinických projevů infekce, což následně potvrdilo i negativní kontrolní vyšetření PCR metodou s odstupem 3 týdnů od ukončení antibiotické léčby.

Chlamydiová pneumonie novorozenců je většinou důsledkem aspirace infikovaných sekretů během porodu. Přenos infekce může být také způsoben drenáží *Ch. trachomatis* do respiračního traktu z postižené spojivky. K rozvoji příznaků dochází nejčastěji 6 týdnů po porodu. Klinické symptomy nejsou charakteristické, děti jsou jen subfebrilní, mají štekavý suchý kašel. Na RTG plic nacházíme difúzní infiltráty. Neléčené děti mají zvýšené riziko vzniku astmatu. U 25% dětí vystavených při porodu náklaze dochází též k rozvoji infekce horních cest dýchacích. Pro léčbu všech typů infekce způsobených *Ch. trachomatis* jsou lékem volby u dětí a mladistvých makrolidová antibiotika, eventuálně při udávané alergii chinolonové deriváty. Pro značnou proměnlivost léčebných schémat je vhodné se přidržet standardů doporučených WHO. Urogenitální infekce způsobené *Ch. trachomatis* jsou stále na vzestupu a pro velmi častou asymptomatickou, pozdní diagnos-

tiku a velmi závažné zdravotní komplikace při pozdním zachytu se stávají výrazným globálním zdravotním problémem. Je proto vhodné na ně pomýšlet i v rámci diferenciální diagnostiky výše uvedených rozmanitých klinických obrazů.

V souvislosti s chlamydiovou urogenitální infekcí je třeba zmínit ještě jedno onemocnění, se kterým se mohou setkat pediatrii ve své ambulanci. Jedná se o nález bradavičnatých výrůstků v oblasti genitálu, akuminátních kondylomat. Tyto exofytické verukózní léze - Condylomata acuminata, se u mužů vyskytují zejména v oblasti preputia, ústí urethry a na perineu a v oblasti konečníku, méně na kůži penisu či na mons pubis. U žen se lokalizují zejména v oblasti velkých a malých stydkých pysků, při klitoris, ale také v oblasti perineu či konečníku. Někdy mohou být jen neurčitě klinicky vyjádřené, jen ve formě plochých bradavičnatých papulí barvy kůže. Charakteristický je však rychlý růst a vysoká infekciozita. Příčinou vzniku je infekce lidským papilomavirem - HPV, typ 6 a 11, které jsou charakterizované jako low risk (papilomaviry s nízkým rizikem), a ty, na rozdíl od HPV 16, 18, 31, 33 a 35, které jsou charakterizované jako papilomaviry s vysokým rizikem - high risk, nemají dispozici ke vzniku cervikální dysplazie a tím ke karcinomu děložního čípku. Inkubační doba je velmi rozmanitá, od 3 týdnů do 8-20 měsíců. Protože je velmi častá koincidence HPV infekce se současnou urogenitální chlamydiovou infekcí *Ch. trachomatis*, spadá tento pacient plně do kompetence venerologa, který provede kompletní vyšetření STI a zároveň zajistí léčbu anogenitálních kondylomat. Léčba má mnoho podob, podle rozsahu a lokalizace projevů, od konzervativní terapie Podophylinem, Imiquimodem či 5-fluorouracilem nebo velmi častou terapií je kryoterapie tekutým dusíkem. Radikálním ře-

šením je chirurgická excize. V poslední době nabývá na významu laserové ošetření CO2 laserem či Nd:YAG laserem v případě rozsáhlého postižení.

Dalším relativně častým zdravotnickým problémem týkajícím se STI v ambulanci pediatra může být péče o dítě matky s anamnézou syfilis. Pro zopakování stručně o této závažné infekční chorobě. Syfilis je infekční onemocnění vyvolané spirochétou *Treponema pallidum*, postihující různé orgány včetně kůže, kardiovaskulárního, muskuloskeletálního a centrálního nervového systému. Asi 90% případů je přeneseno pohlavním stykem (koitálním, orálním nebo análním) a 10% infekcí nepohlavně (transplacentárně, profesionální expozice, krevní cestou). V poslední době vzrůstá počet pacientek léčených pro tuto infekci, které chtějí otěhotnět nebo u kterých se zjistí tato infekce až díky povinným testům v graviditě. Primární syfilis se manifestuje přibližně za 3 až 5 týdnů od infekce, v místě vstupu infekce se vytváří nebolestivý vřed - ulkus durum, zároveň dochází ke zvětšení regionálních lymfatických uzlin. Vřed je lokalizován podle typu pohlavního styku. V tomto stadiu je onemocnění vysoce nakažlivé. Vřed perzistuje několik týdnů a spontánně se vyhojí. Sekundární syfilis se objevuje nejdříve 7 až 9 týden od nakažení, následkem překonání lymfatické bariéry dochází k hematogennímu rozsevu treponematových antigenů, na které reaguje organismus vznikem specifických protilátek. A důsledkem této imunologické reakce jsou exsudativní projevy na kůži a sliznicích (nesvědivé exantémy a enantémy, v místech vlhké zapáčky projevy condyloma lata, alopetia areata ve kšticích). Mohou být postiženy kosti, oči, meningy, ledviny, játra. Jestliže není zahájena specifická léčba, kožní leze spontánně vymizí do 4 týdnů, ale mohou se cyklicky opakovat v následujících dvou letech, toto stadium se označuje jako časné latentní stadium. Stále je však pacient infekční a onemocnění se přenáší sexuálním kontaktem nebo transplacentárně. Postupně však infekčnost klesá a neléčený pacient přechází do pozdního latentního stadia, které se diagnostikuje pouze serologickým vyšetřením. Přibližně u 20% neléčených pacientů přechází onemocnění do symptomatické terciární kardiovaskulární syfilis s aortálním aneurysmatem a insuficiencí, u 5% se vyvine neurosyfilis s meningovaskulárním postižením a následně s generalizovanou parézou, pomateností a tabes dorsalis. **Syphilis congenita** - vrozená příjice způsobená transplacentárním přestupem treponemat. Patogeneze - pla-

**Tabulka 1: Incidence syfilis u mladistvých v ČR v roce 2009**

	Muži	Ženy
Celkem	652	345
0-4 roky	0	2
časná	0	1
vrozená	0	1
15-19 let	20	34
časná	15	29
pozdní	1	0
neurčená	4	5

Tabulka 2: Incidence kapavky u mladistvých v ČR v roce 2009

	Muži	Ženy
Celkem	526	198
0-4 roky	0	1
akutní	0	0
chronická	0	1
15-19 let	49	47
akutní	49	37
chronická	0	10

centa je plně dotvořena až po prvním trimestru těhotenství, do té doby je pro treponemata nepřekročitelná a riziko infekce je minimální = **pokud je matka léčena v tomto období, prvním trimestru, dítě se narodí zdravé, z čehož vyplývá povinnost provádět serologické testy na lues v prvním trimestru!** Forma a míra postižení plodu jsou dány infekčností stadia syfilidy matky. Riziko infekce plodu je přímo úměrné množství spirochét u matky, které koreluje se stadiem onemocnění matky. Nejvyšší je, když v graviditě probíhá primární nebo sekundární syfilis. V této situaci se nakazí většina plodů a většinou kolem 7. měsíce gravidity dochází k předčasnému porodu mrtvého dítěte. Pokud je matka v počátku gravidity v časném latentním stadiu syfilis, je dítě postiženo **syfilis congenita recens** s příznaky dostavujícími se do 2 let věku dítěte. Pokud je matka v období počátku gravidity ve stadiu syfilis latens, projeví se onemocnění po více než dvou letech, obvykle až v období puberty, jako **syfilis congenita tarda** nebo při delším trvání latence porodí i dítě zdravé. **Syfilis congenita recens:** projeví se nejpozději do 2 let od narození, ale již nízká porodní váha, anémie, intersticiální hepatitis se splenomegalií a povšechnou lymfadenopatií dítěte u matky s neléčenou syfilis jsou velmi významnými klinickými známkami časné vrozené lues. Dále může být krva-

vá rhinitis, postižení hlasivek. Z orgánových postižení může být přítomná osteochondritis, pneumonia alba. Kožní projevy jsou podobné enantémům sekundárního stadia syfilis, nejčastěji papulopustulosní až krustózní enantém, condylomata lata, difúzní infiltráty na chodidlech, dlaních, kolem anu a úst. Při včasné léčbě je prognóza dobrá, závislá na poškození vzniklém intrauterinně, bez léčby polovina dětí umírá. V České republice díky prenatalnímu screeningu a léčbě nedochází k infaustnímu konci. **Syfilis congenita tarda:** příznaky po porodu mohou chybět, objevují se až po druhém roce věku, většinou však v období puberty. Časným příznakem je Hutchinsonova

triada představována Hutchinsonovými zuby (soudkovité řezáky), intersticiální keratitis s možností vzniku slepoty a hluchotou z postižení 8. hlavového nervu. Dále typická stigmata pro toto stadium jsou sedlovitý nos, perforace kostěného patra, šavlovité tibie, caput quadratum, ztlustění sternálního konce klavikuly, zduřelé kubitální uzliny.

Pro diagnózu syfilis jsou rozhodující serologické testy, které se dělí na specifické a nespecifické. **Specifické** (treponemové) stanovují protilátky proti specifickým antigenům *Treponema pallidum*. Jedná se například o TPHA, TPPA, FTA-ABS, 19S IgM SPHA. Specifické treponemové testy potvrzují prodělanou infekci, ve třídě IgG zůstávají pozitivní i po adekvátní léčbě, ve třídě IgM po úspěšné léčbě vymizí. A **nespecifické** (proti kardiolipinu, uvolňovanému při destrukci tkáně z mitochondrií), například VDRL, RRR. Tyto testy jsou levnější, ale jak již název napovídá, méně specifické. Nespecifické testy se používají ke screeningu, posouzení aktivity onemocnění a úspěšnosti léčby. Výsledek u těchto testů se hodnotí jako reaktivní nebo nereaktivní. V případě reaktivity se výsledky ověřují následně provedenými konfirmačním specifickými testy.

Každý pediatr musí být připraven na zajištění zákonné péče o narozené dítě matky s ana-

mnézou syfilis. Matka v graviditě musí být přeléčena takzvanou zajišťovací terapií, což znamená dvakrát týdenní léčbu procain penicilinem 1,5 mil. IU i.m. podávanou jedenkrát denně, zakončenou vždy aplikací benzathin benzylpenicilinu 1,5 mil. IU i.m. (Pendeponu). Tato terapie se provádí na konci 1. trimestru a na rozhraní 2. a 3. trimestru. V případě alergie na penicilin jsou volbou makrolidová antibiotika. Budoucí matka doručí pediatrovi zprávu od svého venerologa, ze které vyplývá, jakým způsobem byla v graviditě léčena pro anamnézu tohoto specifického onemocnění, kdy jí toto onemocnění bylo diagnostikováno a v jakém stadiu bylo zjištěno, jaká byla původní léčba při zjištění diagnózy syfilis a také, že je matka pro dítě neinfekční a není žádné riziko pro narozené dítě, které se též nemusí po porodu léčit. Následně po porodu mimo klasických lékařských prohlídek daných věkem dítěte má pediatr u těchto dětí ještě na starost speciální monitoring pasivně přenesených protilátek od matky na dítě ve třídě IgG, které díky své malé velikosti pronikají přes placentární bariéru, a vyloučení pozitivit titrů ve třídě IgM, což by svědčilo pro infekci u dítěte s nutností jeho léčby. Má tedy za povinnost nabírat dítě a krev odesílat spolu s vyplněnou žádankou do Národní referenční laboratoře pro syfilis se sídlem v Státním zdravotním ústavu ve Šrobárově ulici na Královských Vinohradech. Žadanku je možno získat po předchozí domluvě s ošetřujícím venerologem matky dítěte či přímo od vedoucí lékařky NRL pro syfilis MUDr. H. Zákoucké. Sledování těchto dětí léčených luetických matek je v určitém časovém harmonogramu. Seropozitivní neléčené děti se vyšetřují klinicky a serologicky v 1., 2., 3., 6., 12. a 24. měsíci života. Tato pediatrická péče je pod dohledem venerologa, který dítě též dispenzarizuje. Krev je odesílána ke konfirmaci do NRL pro syfilis. Neléčené seronegativní děti je nutno klinicky i serologicky vyšetřit jednou za čtyři měsíce až do jednoho roku věku. Sleduje se eventuelní výskyt protilátek ve třídě IgM a postupný úbytek ve třídě IgG. IgG protilátky jsou projevem pasivně přenesených protilátek od matky a mají spontánně vymizet do dvou let od porodu, zatímco pozitivita testů ve třídě IgM, konkrétně testů 19S IgM SPHA a 19S IgM FTA-ABS svědčí pro infekci. Při přetrvávající pozitivitě protilátek ve třídě IgG po dvou letech po narození se malí pacienti dále dispenzarizují a podrobují se klinickému a serologickému vyšetření (krev se opět odesílá do NRL pro syfilis) v ročních intervalech dle aktuálních výsledků konfirmačních testů až do úplného vymizení proti-



látek. Pokud je matka HIV pozitivní, dítě se nabírá na anti HIV po porodu a v 6. měsíci věku.

Je důležité na toto infekční onemocnění myslet vždy, když se v ambulanci objeví pacient s jednostrannou inguinální lymfadenitidou spolu s anamnézou defektu na genitálu či dokonce ještě s perzistující erozí či ulcerací na genitálu. Každý defekt na genitálu je nutno brát jako suspektní projev prvního stadia syfilis a nutno ihned pacienta odeslat do příslušné spádové venerologické ambulance. Též generalizovaný nesvědívý exantém spolu s anamnézou rizikového sexuálního chování by měl přivést lékaře na myšlenku nabrat krev na vyšetření protilátek na syfilis. A v případě zpozorování alopetických ložisek ve kšticí by lékař rovněž neměl váhat s vyšetřením krve. Případné reaktivity výsledků vyšetření znamenají pro lékaře jediné, ihned s lékařskou zprávou odeslat pacienta do příslušné spádové venerologické ambulance. Bohužel ne vždy je v rámci předoperačního vyšetření při zákroku v celkové anestézii vyšetřována krev na protilátky na syfilis, ale u mladistvých ve věku od 15 let by toto vyšetření mělo být samozřejmostí.

Není třeba připomínat, že klasické pohlavní choroby – syfilis a gonorrhoea podléhají povinnému hlášení, provádí se depistážní šetření, léčba a dispenzární péče. Tyto úkony jsou ošetřeny závaznými zákonnými normami, například zákonem č. 258/2000 Sb. „O ochraně veřejného zdraví“ a vyhláškou MZ ČR č. 195/2005 Sb. „Podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění“. Novinkou je vyhláška MZ ČR č. 473/2008 Sb. a zejména její příloha číslo 20, která pod názvem „Systém epidemiologické bdělosti infekcí Chlamydia trachomatis“ určuje zákonná protiepidemická opatření u této infekce a ty spočívají též v řádném depistážním šetření a dispenzarizaci pacienta po dobu 3 měsíců od zjištění diagnózy a samozřejmě v hlášení orgánu ochrany veřejného zdraví. Z této skutečnosti vyplývá, že každého mladistvého s podezřením na specifickou urogenitální infekci, t.j. s uretrálním výtokem či gynekologickým patologickým fluorem je vhodné odeslat na spádovou venerologickou ambulanci či eventuálně u dívek ke svému gynekologovi, ale s doporučením provedením testů na STI. Je povinnos-

tí nahlásit případný diagnostikovaný pozitivní nález STI protiepidemiologickému odboru dozoru nad pohlavními chorobami příslušné spádové hygienické stanice.

Závěrem je vhodné upozornit na skutečnost, že sexuálně přenosné choroby jsou staré jako lidstvo samo a bylo by naivní se domnívat, že jsou v současné době na ústupu. Viz tabulky „Incidence syfilis u mladistvých v ČR v roce 2009“ a „Incidence kapavky u mladistvých v ČR v roce 2009“. Je vhodné na ně v rámci diferenciální diagnostiky stále myslet a při suspekci na tyto diagnózy pacienta včas odeslat do spádové venerologické ambulance. Možno poznamenat, že tato onemocnění vždy vyžadují interdisciplinární přístup ze strany venerologa, pediatra i gynekologa, díky kterému může dojít k časném odhalení choroby, a tím i kratší době léčení a v neposlední řadě i ke snížení rizika narození postižených dětí při infekci syfilis u gravidní ženy. Viz graf „Vývoj počtu onemocnění vrozené syfilis v ČR v letech 1999 až 2009“.

První a jediná kvadrivalentní vakcína chránící proti pěti onemocněním Očkejte vakcínou SILGARD®!



Vakcína SILGARD® = prevence:

CERVIKÁLNÍ KARCINOM*

GENITÁLNÍ BRADAVICE**

CERVIKÁLNÍ DYSPLAZIE*

VULVÁLNÍ DYSPLAZIE*

VAGINÁLNÍ DYSPLAZIE*

* v příčinné souvislosti s jistými (onkogenními) HPV typy ** v příčinné souvislosti se specifickými typy HPV

Dříve než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



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

Zkrácená informace o léčivém přípravku

Silgard®, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná). **Kvalitativní a kvantitativní složení:** 11 dávk (0,5 ml) obsahuje přibližně: Papilomavir humaní typus 6 proteinum L1^{2,3} - 20 mikrogramů; Papilomavir humaní typus 11 proteinum L1^{2,3} - 40 mikrogramů; Papilomavir humaní typus 16 proteinum L1^{2,3} - 40 mikrogramů; Papilomavir humaní typus 18 proteinum L1^{2,3} - 20 mikrogramů. **Léková forma:** Injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. **Indikace:** Silgard je vakcína k použití od věku 9 let k prevenci: - premaligních genitálních lézí (cervikálních, vulválních a vaginálních) a cervikálního karcinomu v příčinné souvislosti s jistými onkogenními typy lidského papilomaviru (HPV); - bradavic zevního genitálu (condyloma acuminata) v příčinné souvislosti se specifickými typy HPV. Důležité informace o údajích podporujících tuto indikaci viz body 4.4 a 5.1 Souhrnu údajů o přípravku Silgard. Použití přípravku Silgard musí být v souladu s oficiálními doporučeními. **Dávkování a způsob podání:** Základní vakcinační řada sestává ze 3 samostatných 0,5 ml dávek podaných podle následujícího schématu: 0, 2, 6 měsíců. Pokud je nezbytné alternativní očkovací schéma, druhá dávka musí být podána nejméně jeden měsíc po první dávce a třetí dávka musí být podána nejméně 3 měsíce po druhé dávce. Všechny tři dávky musí být podány během období jednoho roku. Potřeba podání dávky přeočkování nebyla stanovena. Dětská populace: s podáním přípravku Silgard dětem mladším 9 let nejsou žádné zkušenosti. Vakcínu je nutno aplikovat intramuskulární injekcí. Doporučuje se, aby jedincům, jimž je podána první dávka přípravku Silgard, byly podány všechny tři dávky vakcinační řady přípravkem Silgard. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. Jedinci, u nichž se po podání dávky přípravku Silgard objeví příznaky hypersenzitivity, nesmí další dávku přípravku Silgard dostat. Podávání přípravku Silgard musí být odloženo u jedinců trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Přípustnost lehké infekce, jako je lehká infekce horních cest dýchacích nebo horečka nízkého stupně, však nejsou kontraindikací pro imunizaci. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Při rozhodování o vakcinaci jednotlivé ženy se musí vzít v potaz riziko, že již byla vystavena působení HPV a potenciální přínos, který může z vakcinace mít. Stejně jako u všech injekčních vakcín musí být pro případ vzácných anafylaktických reakcí po aplikaci vakcíny snadno k dispozici odpovídající léčebná opatření. Očkování by mělo být přibližně 15 minut po podání vakcíny Silgard pečlivě sledováno. Stejně jako u jiných vakcín se nemusí přípravkem Silgard zajistit ochrana všem očkováným. Neprokázalo se, že by měl přípravek Silgard terapeutický efekt. Nejsou žádné údaje o použití přípravku Silgard u jedinců se sníženou imunitní reakcí. Tuto vakcínu je nutno podávat opatrně jedincům s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace, protože po intramuskulárním podání takovým jedincům může dojít ke krvácení. Délka ochrany není v současnosti známa. Trvalá účinnost ochrany byla pozorována po dobu 4,5 roku po dokončení 3-dávkové série. Nejsou k dispozici žádné údaje o bezpečnosti, imunogenitě ani účinnosti, které by podporovaly zaměnitelnost přípravku Silgard s jinými vakcínami proti HPV. **Interakce:** Jedinci, kteří dostali imunoglobulin nebo krevní deriváty během 6 měsíců před první dávkou vakcíny, byli ve všech klinických studiích vyřazeni. **Použití spolu s dalšími vakcínami:** Při podání přípravku Silgard ve stejnou dobu (ale při podání vakcín do různých injekčních míst) s vakcínou proti hepatitidě typu B (rekombinantní) nedošlo k závažnému omezení odpovědi na HPV typy. Přípravek Silgard lze podávat současně s kombinovanou posilovací (booster) vakcínou obsahující difterii (d) a tetanus (T) buď s pertusis [acelulární komponenta] (ap) a/nebo s poliomyelitidou [inaktivovaná] (IPV) (vakcíny dTAP, dT-IPV, dTAP-IPV) bez významné interference s protilátkovou odpovědí na kteroukoli ze složek kterékoli z vakcín. Současné podávání přípravku Silgard s jinými vakcínami, než jsou vakcíny uvedené výše, nebylo studováno. Nezdá se, že by použití hormonální antikoncepce ovlivnilo imunitní odpověď na přípravek Silgard. **Těhotenství a kojení:** Údaje o podávání přípravku Silgard v průběhu těhotenství neprokázaly žádný bezpečnostní signál. Tyto údaje však nejsou dostatečné pro doporučení používání přípravku Silgard v průběhu těhotenství. Proto je třeba očkování odložit až do ukončení těhotenství. Přípravek Silgard může být podáván kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** [Velmi časté ($\geq 1/10$), časté ($\geq 1/100$), méně časté ($\geq 1/1000$), vzácné ($\geq 1/10000$), velmi vzácné ($\geq 1/100000$), extrémně vzácné ($\geq 1/1000000$), neznámé ($\geq 1/1000000$)]. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte lahvičku ve vnější krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Balení:** 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce se dvěma jehlami v balení po 1 kus. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd., Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie. **Registrační číslo(a):** EU/11/06/258/007. **Datum poslední revize textu:** 23. 8. 2010





Scabies

MUDr. Pavel Konrád

Kožní ambulance Dobřichovice

Úvod: Svrab je celosvětově rozšířená svědivá dermatóza vyvolaná roztočem *Sarcoptes scabiei var. hominis*, česky zákožka svrabová. Je mylně považován za řidce se vyskytující onemocnění. I dnes představuje časté onemocnění rutinní dermatologické praxe a mezi profesionálními dermatózami zaujímá v České republice dokonce první místo!

■ Historie

První zmínky o chorobě se objevují již v bibli (1000 let př.n.l.). Chorobu poprvé popsal precizní pozorovatel Hippokrates a název odvodil od slova škrábat, lat. scabo, což přesně popisuje chování postižených.

■ Původce

Sarcoptes scabiei var. hominis je roztoč řádu *Acarina*, podřádu *Astigmata*, čeledi *Sarcoptidae*. Dospělá samička (obr. 1,2) má velikost 0,3-0,4 mm, je oválného tvaru s hnědými ústními ústroji a čtyřmi končetinami, někdy je viditelná i lupou. Sameček je menší, velikosti 0,16-0,2 mm, chodbičky nehloubí a žije pouze na povrchu pokožky. Po kopulaci umírá do 48 hodin.

Zákožka může žít a rozmnožovat se pouze na člověku. Fertilní samička se na kůži pohybuje rychlostí asi 2,5 cm/min a do 30 minut začíná hloubit chodbičku, ve které je po 3 – 20 minutách zcela ukryta. Chodba směřuje nejdříve kolmo k povrchu kůže, ve stratum granulosum se stáčí a pokračuje již jen v této vrstvě paralelně s povrchem pokožky. Samička, která nikdy neopouští původní chodbičku, vyhloubí během 1 noci úsek 0,5-5 mm a během dne naklade 1-3 vajíčka. Dožívá se 4-6 týdnů a během života naklade cca 50 vajíček. Počet zákožek u nemocného běžným svrabem je 10-20, u *Scabies norvegica* však miliony.

■ Epidemiologické údaje

Morbidita svrabu v celosvětovém měřítku je, zřejmě velmi střídavě, odhadována na 300 miliónů nemocných. V rozvojových zemích postihuje přes 20% kožně nemocných a například v Japonsku je to 1,96%. Výskyt se zvyšuje v souvislosti s migrací obyvatelstva, v průběhu ozbrojených konfliktů a přírodních katastrof. Právě migrace obyvatelstva stojí za současným zvýšeným výskytem one-

mocnění v České republice. Incidence svrabu se zvyšovala již před 2. světovou válkou, během které dosáhla vrcholu (15%), v 50. letech se stal svrab takřka raritou a v 60. letech došlo opět k jeho výraznému rozšíření. V Československu skončila poslední epidemie v roce 1974 s vrcholem v letech 1968 – 1970 s výskytem 400 případů na 100 tisíc obyvatel. Od roku 1991 je pozorován další nárůst. Cyklická zvýšení výskytu pozorovaná po celém světě s vlnovitým průběhem epidemií v intervalu kolem 15 let s maximem každých 30 let nejsou pouze odrazem sociálních a hygienických podmínek a jejich příčina je stále nejasná.

V České republice je scabies v pořadí čtvrté nejčastější infekční onemocnění. Postiženy jsou všechny věkové skupiny s nejvyšším výskytem u 15-19letých. Poslední epidemie svrabu proběhla v roce 1994. V současné době je tedy, dle predikcí, očekávána další epidemie svrabu u nás.

■ Přenos

Přenos je způsoben pomocí oplodněných samiček přímým kontaktem s nemocným a je usnadněn zejména přelidněním, chudobou, špatnou hygienou, některými povoláními, např. ošetrovatelstvím. Přenos je častý také pohlavním stykem a z tohoto důvodu se choroba v dermatologické nomenklatuře řadí se mezi tzv. sexuálně přenosné choroby – tzv. STD.

Přenos je možný ale i nepřímo přes osobní a ložní prádlo, přes tonometr či při krátkém tělesném dotyku, tento typ přenosu je pozorován hlavně u *Scabies norvegica*. Nákazu stačí vyvolat pouze jedna oplodněná samička.

■ Klinický obraz

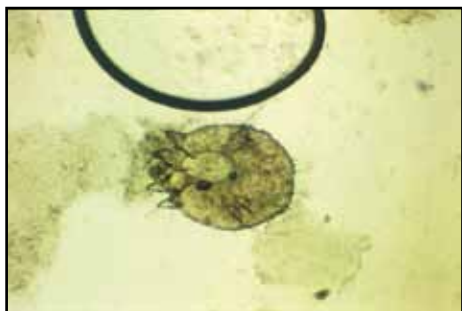
Po 2 – 6 týdnech od přenosu dochází k manifestaci choroby, která se projevuje intenzivním svěděním přítomným zejmé-

na v nočních hodinách, typicky po ulehnutí do postele. Samička totiž začíná hloubit chodbičky a dráždí tak volná nervová zakončení.

V predilekčních lokalizacích (obr. 3), tedy v místech s tenčí vrstvou stratum corneum, jako jsou interdigitální prostory na rukou a nohou, lokty, zápěstí, přední axilární řasy, prsní dvorce, penis, pozorujeme výskyt patologických projevů, tedy chodbiček esovitěho tvaru, délky 0,5 – 1,5 cm, na konci chodbičky je možno pouhým okem pozorovat zákožku jako tmavý bod (obr. 4). U svrabu dochází vždy k impetiginizaci a ekzematizaci ložisek, což může vyvolat velmi pestrý obraz se vznikem erytematózních makul, exkoriací, vezikul, papulopustul až rozsáhlých hnisavých ložisek s krustami, tyto rozsáhlé pyodermie mohou vést až k sepsi či ke vzniku glomerulonefritidy. U nemocných se zvýšenou hygienou, často se sprchujícími, je diagnóza svrabu těžká (tzv. Scabies „mytých“), protože bývá přítomno pouze několik ojedinělých projevů, zejména papul, a hlavním příznakem bývá pouze silný noční pruritus. Symptomatologie může být též výrazně potlačena celkovou či místní léčbou kortikoidy (*Scabies incognito*).

Scabies nodularis vzniká asi u 7% postižených. Jde o silně svědivé, až kolem 10 mm v průměru velké, jasně červené až nahnědlé papuly a noduly, které někdy recidivují i řadu měsíců po léčbě.

Scabies norvegica (syn. crustosa, hyperkeratotica) je vzácná forma svrabu postihující především imunosuprimované osoby, jedince se sníženou vnímavostí k pruritu a mentálně retardované osoby. Je charakterizována velkou nakažlivostí podmíněnou velkým počtem parazitů na kůži nemocného – až 2 miliony na jediném pacientovi. Klinicky nacházíme generalizované erytematoskvamózní papuly a silné hyperkeratotické nánosy s krustami a prasklinami v místech zvýšeného tlaku, zejména nad extenzory konče-



Obr. 1: *Sarcoptes scabiei*



Obr. 2: Scabies - el. mikroskop

tin (ruce, nohy, hýždě, lokty, nad klouby prstů rukou apod.).

■ Diagnóza

Stanovení diagnózy je založeno na anamnéze a aspekci. Pacient si stěžuje na večerní a noční pruritus až mučivého charakteru. Na kůži hledáme chodbičky esovitého tvaru a dvojčky papulek u jejich výústění.

V případě diagnostických rozpaků je vhodné pokusit se o průkaz mikroskopickým vyšetřením seškrábnuté kůže v roztoku 10% KOH a nebo následovat rady starých dermatologů a pacienta pro jistotu vždy přeléčit.

■ Zvířecí svrab

Různé varianty *Sarcoptes scabiei* napadají i zvířata (koně, dobytek, psy, prasata, kozy, ovce, velbloudy), kromě specifického hostitele však nejsou schopné rozmnožování a infestace. Zvířecí zákožky nejsou schopny na člověku vytvářet chodbičky a způsobují pouze vznik jednotlivých svědivých pustul. K přenosu dochází pouze úzkým kontaktem s postiženým zvířetem, na kterém mohou být přítomny eroze, krusty a ložiska vypadlé srsti. Po přerušení kontaktu s nemocným zvířetem se projevy hojí spontánně.

■ Epidemiologické opatření

1. hlavní zásadou je léčit vždy celou rodinu, i když u ostatních nemusí být choroeba ještě manifestní!
2. anamnesticky zjistit všechny příbuzné, ale i osoby jen přebývající v bytě nakaženého a ty také důsledně přeléčit.
3. oblečení a ložní prádlo vyvařit - zákožka hyne při expozici 50 °C.
4. koberce a sedací soupravy napařit či vynést ven.
5. krajní řešení - v bytě 3 dny nebydlet, protože zákožky přežijí mimo kůži pouze 3 dny.

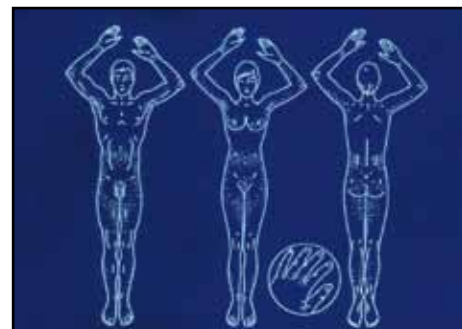
■ Terapie

V současné době je v České republice k dispozici pouze jediný registrovaný lék k léčbě svrabu. Jeho účinnou látkou je permetrin (Infectoscab 5 % krém). Dříve používaný lindan (Jacutin, Skabacid) je již v celé Evropské unii zakázaný. Další možností je terapie sirnou mastí, ta je ale kvůli nejasné toxicitě síry považována ve světě za obsoletní. Například v USA a Německu se pro terapii svrabu sirná mast vůbec nedoporučuje.

Permetrin je WHO doporučován jako lék volby u terapie svrabu a je používán ve většině zemí světa. Má excelentní bezpečnostní profil, prakticky se nevstřebává, a proto je možno jej použít již u dětí od 2 měsíců věku, těhotných i kojících žen. Aplikace je pouze jednorázová, na 8 hodin, po této době je svrab eradikován. Není nutné opakovat aplikaci 3 dny po sobě jako u starších produktů, z čehož rezultuje velmi dobrá compliance pacientů. Je nedráždivý, bez zápachu, nezbarvuje ložní prádlo a pacienty je dobře tolerovaný. Jeho účinnost je velmi vysoká a pohybuje se mezi 90 a 100 %.

Farmakologický účinek tkví v reporalizaci nervových buněk parazitů, kteří následně rychle zmírají na zástavu dechu.

Je nutno pamatovat na to, že i po úspěšném přeléčení svrabu přetrvává svědění ještě několik dnů. To je vyvoláno ekzematizací projevů. Tato je způsobena reakcí organismu na vlastní těla zákožek, jejich vajíčka a výtrusy (tzv. skybala). Všechny tyto elementy zůstávají i po přeléčení v chodbičkách ve stratum granulosum, dokud nedojde k jejich odloučení vlivem fyziologické obměny pokožky. Na kůži se může objevit taktéž sekundární impetiginizace způsobená stafylokoky, které využijí locus minoris resistance, tedy porušení kožního krytu zákožkami, a pomnoží se. Ekzematizace



Obr. 3: Scabies - predilekční lokalizace



Obr. 4: Scabies - patognomické projevy

se nejlépe léčí pomocí kortikoidních extern, impetiginizace pomocí lokálních antibiotických krémů a pruritus pomocí antihistaminik. Doléčení trvá zpravidla týden.

Případná exacerbace onemocnění bývá způsobena nejčastěji nesprávnou aplikací permetrinu, kdy si pacient neaplikuje krém na určitá místa na těle (zpravidla genitální oblast či mezprstí nohou). Další možností exacerbace je autoreinfekce z detritu pod nehtovými ploténkami rukou. Tam se zákožky dostanou kvůli intenzivnímu škrábání. Je proto potřeba pacienta před terapií upozornit na nezbytnost co nejkratšího oštrihání nehtů na rukou a mechanické odstranění detritu pod nimi.

■ Prevence

Hromadná prevence výskytu svrabu spočívá především v hygienických opatřeních v ubytovacích zařízeních, kde je nutné dodržovat výměnu ložního prádla a ručníků. Individuální prevence spočívá v nepoužívání nepovlečených lůžkovin, vyvarování se těsnému kontaktu s neznámými osobami a vybírání ověřených ubytovacích zařízení. Hledání, léčba kontaktů a hlášení onemocnění jsou samozřejmou součástí prevence dalšího šíření onemocnění.

Literatura u autora



Ze světa odborné literatury...

Asociace mezi obvodem pasu a inzulinovou rezistencí

443 dětí ze Španělska ve věku 9-11 let bylo váženo, měřeno včetně obvodu pasu a podkožní řasy. Byl určován BMI. Vyšetřeny lipidy, glykémie, hladiny inzulinu. Hodnoty měřeny i pozátěžové, speciálně po zátěži tuky. Vše analyzováno ve vztahu k inzulinové rezistenci. Zjistilo se, že děti s inzulinovou rezistencí měly vyšší triglyceridy, hladinu inzulinu, byly těžší i vyšší. Měly vyšší BMI, větší kožní řasu i větší obvod pasu. Prokázalo se také, že zvýšení obvodu pasu o 1 cm je ve vazbě na zvýšení indexu inzulinové rezistence o 3,8 %. Obvod pasu samozřejmě udáván ve vztahu k antropometrickým hodnotám a pohlaví. Zvětšení obvodu pasu je velmi dobrý a jednoduchý ukazatel počínající nadváhy.

Eur.J.Pediatr. Vol. 170, č. 1, 2010, str. 35-43

Glykémické kontroly u diabetických dětí – role matky

Účelem této studie bylo vyšetřit roli matky, její znalosti a socioekonomický status při rodinných kontrolách glykémie u dětí s diabetes mellitus. Ověřování bylo realizováno za pomoci glykovaného Hb. Sledována kategorie rodin, socioekonomický status, rodiče, hladina edukace a léčebné ošetřování. Prokázalo se, že vyšší znalosti matky byly ve vztahu k nižším hodnotám glykovaného hemoglobinu. Stejně závěry byly ve vztahu k sociálně ekonomickému statutu matky. Čím větší edukace matky, čím větší jejich starostlivost, tím méně komplikací diabetických dětí v budoucnu.

Eur.J.Pediatr. Vol. 169., č.8. 2010, 961-964.

Měření novorozeneckého bilirubinu a albuminu za účelem zlepšení kvality kontrol

Precizní měření hodnot bilirubinu a al-

buminu vylučuje větší výchyly těchto laboratorních hodnot. V práci se zaměřili speciálně na kontroly bilirubinu u nezralých dětí. Vyšetřovali vzorky séra na určení albuminu spolu s různou koncentrací bilirubinu. U bilirubinu se hodnoty vzorků pohybovaly od 100, 200, 300, 400 a 500 $\mu\text{mol/l}$ a u albuminu 0, 10, 15, 20, 25, 30 g/litr . Měření byla prováděna za pomoci analytických metod. Koncentrace bilirubinu byla přímo ovlivněna chyběním albuminu. Když byla koncentrace albuminu mezi 10-20 g/litr , bilirubinová koncentrace byla přeceňována. Zvláště v laboratořích, které se zabývají měřením u nezralých dětí, jsou nutné opakované recalibrace. Musíme mít stále na paměti obě stanovované hodnoty.

Eur.J.Pediatr. 1383-1384,2010

Je scintigrafie pomocí techneciem značených granulocytů alternativní diagnostickou cestou k endoskopii u zánětlivých střevních onemocnění?

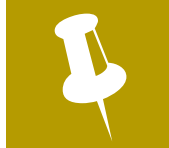
Ačkoliv endoskopie s biopsií je zlatým standardem pro diagnózu zánětlivých střevních onemocnění, procedura je invazivní a při opakování i stresující. Účelem studie bylo ohodnotit roli ^{99}Tc značených granulocytů v diagnostice chronických střevních zánětů, maxima postižení i šíře nemoci. Také si kladli otázku, zda uvedená metoda může odlišit ulcerativní colitidu od Morbus Crohn.

Během 10 let vyšetřili 52 dětí ve stáří mezi 2-17 lety, průměrného věku 11 let. Scintigrafie byla provedena za 7-28 dní od konvenčního vyšetřování a vyšetření i bioptického vzorku. Těžkost nemoci byla tříděna podle indexu a srovnávána s endoskopií. U 15 ze 16 pacientů dg. chronické zánětlivé střevní nemoci (IBD) byla získána s plnou korespondencí lokalizace a těžkosti lézí resp. u 14 ze 16 a 13 ze 16, zatímco 31 ze 36 pacientů IBD byla vyloučena (sensitivita 93%, specifita 86%). Během doby následné, všechny relapsy (24) a remise (13) byly správně ohodnoceny (sen-

sibilita a specifita 100 %). Je nutné si také uvědomit, že IBD postihují převážně období pozdního dětství a adolescenci, a to naprosto s nejrůznějším stupněm postižení. I když klinické aspekty nejsou charakteristické pro těžký stupeň manifestace, je nutné mukohematické průjmy, proctorrhagii nebo abdominální bolesti vždy analyzovat. Ukazuje se i důležitou přítomnost rodinné zátěže. Po dg. by terapie měla začít co nejdříve po biopsii a histologii. Endoskopické kontroly jsou pak plánovány každý rok pro verifikaci aktivity a rozšíření zánětu. Také je nutné vyloučit degeneraci směrem k dysplasii. V práci potvrdili diagnostickou spolehlivost scintigrafie ve srovnání s uváděným zlatým standardem, t.j. endoskopií s biopsií. Když vezme v potaz, že u 36 z 52 pacientů IBD byla vyloučena podle endoskopického a histologického nálezu nebo tam byly jen lehké alterace. U těchto 36 pacientů prokázána u 14 alergická eosinofilní proctocolitis, 9 infekční colitis a 6 dráždivý tračník. U 31 z těchto 36 pacientů scintigrafie se značnými granulocyty byla kompletně negativní ve všech scanech. U 5 byla scintigrafie negativní ve včasných stádiích, ale vykazovala určité odchylky po 3 hodinách. Tyto stavy byly brány jako falešně pozitivní. IBD byla diagnostikována endoskopicky u 16 z 52 pacientů, z nich pak dg. ulcerózní colitis (UC) u 5 ze 16, 11 ze 16 mělo Morbus Crohn. U 15 ze 16 pacientů, kde byla dg. IBD byl přínos scintigrafie hodnocen jako pozitivní. Sensibilita tedy byla v 93 % specifita v 86 %. V lokalizaci lézí nalezena shoda v 87 %. Intestinální scintigrafie byla negativní u 13 ze 13 pacientů v endoskopické remisi a pozitivní u 24 z 24 pacientů v endoskopicky potvrzeném relapsu. Tzn. 100% sensibilitu i specifitu. Závěrem shrnují 5 hlavních výhod vyšetření.

Eur.J.Pediatr.2011170:51-57

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



Aktuality...

Nekrást musí být zase normální

Nedávno jsem na svém blogu o aktuálním státním rozpočtu napsal: "Šetřit se musí. Pokud ale vláda chce, aby se lidé obětovali za zlodějniny druhých, měla by je o peníze žádat méně arogantně. Měla by padnout na kolena a o peníze své občany s pokorou prosit." V reakci na to, mě spousta lidí obvinila z levičáctví.

Každá firma i stát má pokud možno hospodařit ze svého a půjčovat si jen na investice. Stejně tak musí dohlížet na to, aby se peníze nerozkrádaly nebo nevyhazovaly oknem na nesmyslné projekty.

Je tohle levicové nebo pravicové? Je to přece normální. Kdyby se stalo, že šéf mé kanceláře rozháže peníze určené na výplaty za nesmyslné zbytečnosti nebo za předražené nákupy (neřkuli, že by je přihrával za provize kamarádům), tak si neumím představit, že bych zaměstnancům řekl: Smůla, na výplatu není.

V prvé řadě bych žádal náhradu škody po tom, kdo ji způsobil.

Šílené je, že tahle jednoduchá a základní odpovědnost ve světě politiky a veřejné správy neexistuje. Konkrétní lidé jménem státu hospodaří s miliardami jako by byly jejich. Když ale přijde na lámání chleba, odpovědnost za peníze, často vyhozené oknem, nenese vlastně nikdo.

Krade se všude, jen u nás to není ostuda

Také v dalších vyspělých zemích světa se veřejné peníze rozkrádají stejně jako u nás. Rozdíl tu ale je. Když to praskne, jdou většinou viníci do vězení. V USA často na desetiletí.

V Japonsku odpovědný politik dokonce někdy spáchá sebevraždu, aby předešel veřejné hanbě. Ne tak u nás. Jako by tu stále platilo staré heslo, "kdo nekrade okrádá rodinu".

Severočeský boss a exsenátor ODS Novák je od roku 2003 obviněn z korupce a brání úplatku ve výši 40 milionů a přesto vliv ve straně nepozbyl. Sociálnědemokratický hejtman Palas má za sebou zřejmě daleko větší zmanipulované zakázky a vládne podle všeho stamiliony. Dnes je dokonce i senátorem a jeho vliv v ČSSD je nepřehlédnutelný.

Vážím si bohatých lidí, kteří svůj majetek nabyli poctivě. Když ale vidím, že desetimilony utrácí za luxus státní úředníci, ministři, náměstci, hejtmané, pak zpozorním.

Ne tak česká policie nebo finanční úřad. Nás prostě smrtelníky přitom pronásledují a trestají úřady i pro nezdaněnou pětikorunu. Obyčejný zaměstnanec je státem oškubáný ještě než se mu vůbec výplata dostane do ruky.

Pak je tu sorta lidí, která vládne stamiliony, aniž by mohla doložit jejich legální původ. Spojují je dvě věci - jednak klidný spánek, protože po původu jejich majetku se nikdo nepídí (snad krom několika novinářů), hlavní poznávací znamení je silný politický vliv, napojení na některou ze stran podílejících se na vládě. Nejen té celostátní, ale i na vládách regionálních a samosprávných.

ČSSD léta navrhuje majetkovou příznání - tj. doložení původu majetku pro osoby s majetkem v řádu desetimilionů. Tenhle nápad není ani nový ani levicový. Legendárního šéfa mafie Al Capona nezavřeli za vraždy ani pašování alkoholu, ale právě za nedoložené a nezdaněné příjmy. Nevím, jestli je to levicové nebo pravicové. Rozhodně to bylo správné.

Pokud někdo zatratí dobrou myšlenku jen proto, že se mu zdá levicová, nebo pravicová, pak je prostě jen hloupý. A bez ohledu, zda je levičák nebo pravičák.

Nebát se a nekrást

Nebát se a nekrást, to bylo heslo prezidenta Masaryka. Lidé se dnes v podstatě dělí na dvě skupiny: Na ty, kdo se nebojí a kradou a na ty, kdo

nekradou, ale bojí se zlodějům otevřeně postavit.

Myslím, že takhle si naplnění svého odkazu statečný a poctivý Moravák, "tatiček" Masaryk nepředstavoval.

Míč je v tuhle chvíli na policii, zastupitelstvích a justici. Už dnes máme trestný čin porušení povinností při správě cizího majetku, který se dá aplikovat na velkou část předražených nebo nesmyslných veřejných zakázek. Problém je, že zatím na jeho základě nikdo nikoho nestíhá ani nesoudí.

Problém je i v nás. Měli bychom více vyžadovat po svých zastupitelích, aby se nám zodpovídali ze své práce. Měli bychom po nich žádat zdůvodnění každého halře, který z naší kasy utratí.

Měli bychom každého starostu, zastupitele, ministra, premiéra hnát k odpovědnosti za každou zmarněnou korunu.

Od politiků stále slyšíme, že miliarda úspor tam či onam nehraje roli. V rámci rozpočtu je to zanedbatelná částka. Musím říct, že už za tyhle výskyty by zasloužili po moravsku přes tu nevymáchanou papulu. Miliarda, že nic neznamená? Pokud ano, tak ať ji utratí ze svého. Dnes a denně se na všech úřadech a ministerstvech utrácí zbytečně miliony, které přece někdo musel vydělat, dřít na ně a pak státu odevzdat. Například pardubický hejtman Radko Martínek dokázal oproti předchozímu vedení kraje osekát rozpočet o 25 procent a to bez omezení práce a služeb pro veřejnost. Jen prostě nekupuje předražené "krámy", netisknou se předražené nanicovaté brožury, ani se neutrácí za nesmyslné akce pořádané jen pro potěchu úředníků. Veřejné soutěže směřují k jedinému - k výběru nejvýhodnější nabídky. Jde to, jen chtít a nebát se.

Také příklad pana Michálka v kauze ministerstva životního prostředí ukazuje, že to stále jde - nebát se a nekrást. Že má smysl postavit se zlodějům. Snažme se, ať není sám. Snažme se, aby v téhle zemi bohatli jen slušní a poctiví lidé. Snažme se, aby lumpy odměňoval jen soud.

Zákony na to jsou. Ne, že ne. Snad se na to najde i dostatek lidí. Tahle země je přece naše. Ne někoho nahoře. A je jen na nás, jak vypadá a jak vypadat bude.

Zdroj: Server Podnikatel.cz, Tomio Okamura, 23.12.2010

VZP platila miliony za „mrtvé duše“ na rekreaci

Mořský koník je zase v podezření, že vozil za 24 milionů korun z peněz pojištěnců neexistující děti.

Mořský koník je preventivní program Všeobecné zdravotní pojišťovny, se kterým vyjíždějí už od devadesátých let děti na ozdravné pobyty k moři. Každoročně se ho účastní kolem čtyř tisíc dětí a přijde ročně na necelých stamilionů korun.

Podle zprávy Nejvyššího kontrolního úřadu, která má být zveřejněna dnes a MF DNES měla možnost do ní nahlédnout, však největší zdravotní pojišťovna platila zbytečně cestovním kancelářím i za děti, které se nakonec nezúčastnily. První záznam se týká zájezdů do Černé Hory v roce 2007. „VZP uhradila za neobsazená místa celkem 322 tisíc eur (podle tehdejšího kurzu přes 9 milionů korun),“ stojí ve zprávě.

Podobně na cestu do Řecka nasmlouvala VZP o šest set účastníků více, než pak skutečně odjelo. Snížit cenu se jí však podařilo o pouhých 80 míst, takže nakonec zaplatila zbytečně skoro šest a půl milionu. Podobně pojišťovna účtovala i o rok později.

Když se částky sečtou, vychází, že VZP za neobsazená místa vydala zbytečně dohromady přes 24 milionů korun. Mluvčí VZP Jiří Rod včera upozornil, že smlouvy uzavřelo ještě staré vedení před nástupem nynějšího ředitele.



„Nové zakázky do roku 2013 už snížily počet turnusů i počet dětí, aby odrážely reálný zájem,“ ujišťuje Rod. Dodal, že VZP chtěla celou lokalitu zabrat jen pro pobyty dětí, proto platila i za neobsazená lůžka.

Pobyt v Česku by vyšel levněji

O neúměrných nákladech na Mořského koníka už se mluvilo i na správní radě VZP, kde se schvaloval ročník 2011. „Náklady přepočtené na jedno dítě nám přišly neúměrně vysoké. Budeme chtít znát podrobnosti a rozhodneme se, zda přistě například nepořádat část pobytů v Česku,“ řekl poslanec za TOP 09 a člen správní rady Jiří Skalický.

VZP zažívá v současnosti hodně neklidné období. Věci veřejné chtějí podat trestní oznámení pro pletichy při veřejné soutěži. O funkci může přijít ředitel Pavel Horák i předseda správní rady a poslanec za ODS Marek Šnajdr.

Všeobecná zdravotní pojišťovna se zjevně nepoučila, protože úplně stejný problém s Mořským koníkem měla i v roce 2004. Tehdy zaplatila za děti, které se nezúčastnily, 10 milionů korun.

Zdroj: MFD, 26.1.2011

Světlo prozradí depresi

Infračervené záření může v mozku odhalit schizofrenii, depresi a bipolární poruchu.

Zajímavou a překvapivě jednoduchou metodu diagnózy duševních poruch vyvinuli japonští vědci a hned ji začali nabízet pacientům. Jiní experti ale varují, že její uvedení do praxe je předčasné.

Na několik měsíců máme plno a další lidi musíme odmítat, hlásí osm japonských nemocnic. Už druhým rokem nabízejí, že zájemcům za 160 dolarů „posvítí“ do mozku a zjistí, zda netrpí některou ze tří psychiatrických poruch: depresí, bipolární poruchou nebo schizofrenií. O kontroverzní metodě nedávno informovala reportáž v časopise Nature.

Princip je jednoduchý: odborníci pacientům nasadí přilbu, která připomíná koupací čepici se spoustou kabelů. Přilba je opatřena sedmnácti lampičkami a šestnácti senzory. Lampičky prosvítlí zhruba dva až tři centimetry vnější vrstvy mozkové kůry blízkým infračerveným zářením a detektory zaznamenají, jak se paprsky vrátí zpátky. Vtip je v tom, že tento druh záření se nejlépe rozptyluje na molekulách hemoglobinu. Umožňuje tak změřit průtok krve ve vybraných vnějších částech mozku.

„Naše metoda může diagnostikovat zmíněné psychické poruchy stejně přesně, jako rentgen odhalí zápal plic nebo EEG selhávání srdce,“ tvrdí autor metody Masato Fukuda z Univerzitní nemocnice prefektury Gunma v Maebaši.

Už dřívější výzkumy pomocí zobrazovacích technik, jako je funkční magnetická rezonance nebo pozitronová tomografie, zjistily, že u zdravých lidí a osob se zmíněnými poruchami se některé části mozku prokrvují odlišným způsobem. Fukuda je přesvědčen, že může blízkým infračerveným zářením sledovat prokrvení vybraných částí mozku a podle toho spolehlivě určit diagnózu.

Lékaři dávají během vyšetření pacientům jednoduchý úkol. Ukazují jim dvě písmena (resp. japonské znaky) a oni mají jmenovat slova, která jimi začínají. U toho jim minutu a půl sledují mozek infračerveným zářením. Během předchozího výzkumu zkoušeli vědci dávat pacientům také motorickou úlohu – měli se palcem střídavě dotýkat ostatních prstů tak rychle, jak jen dovedou. Tam se ale výrazné rozdíly ve zkoumaných částech mozku neprojevovaly.

Lékaři sledují především dvě oblasti mozkové kůry. První z nich je prefrontální kůra, kterou mají primáti a především člověk výrazně vyvinutou. Tato oblast souvisí s naší vůlí a osobností – je to ta část, která se při lobotomii odděluje od zbytku mozku. To pak z vás udělá jedince bez vlastní vůle. Druhá oblast je spánkový lalok, jehož část je ale obrácená k temen-

nímu laloku, takže ho lze pomocí této metody zkoumat jen omezeně,“ vysvětluje profesor Pavel Mareš, neurofyziolog z Fyziologického ústavu AV ČR v Praze. V hlubších strukturách spánkového laloku se nacházejí staré korové struktury, které souvisejí s motivací a emocemi, a tudíž nepochybně i s těmito psychickými poruchami. Během úkolu se začínou sledované části mozkové kůry víc prokrvovat. U lidí s depresí je prokrvení menší, u lidí s bipolární poruchou naopak větší a u schizofreniků dochází zhruba po minutě a půl ke znatelnému poklesu a opětovnému nárůstu aktivity. Rychle, ale méně přesně Dnes psychiatři diagnostikují tato onemocnění především na základě pohovorů a dotazníků. Fukuda připomíná americké studie, podle nichž je až 70 procent pacientů s bipolární poruchou špatně diagnostikováno. Jsou léčeni jako pacienti s depresí, přitom v jejich případě mohou antidepresiva nadělat víc škody než užítku. „Je to logické, v manické fázi tito pacienti k doktorovi nepůjdou, protože žádný problém nepocítují. Přijdou k němu nebo jsou k němu dovedeni až v depresivní fázi a doktor bez dalších údajů nemá moc velkou šanci zjistit, že se nejedná o čistou depresi,“ konstatuje Pavel Mareš.

Proto by spolehlivá metoda pro rozlišení obou chorob byla velice užitečná. Oproti magnetické rezonanci má vyšetření pomocí infračerveného světla několik zásadních výhod: je finančně i technicky dostupnější, pacient si jen nasadí přilbu – nemusí ležet v hlučném klaustrofobním tunelu, který v některých lidech může vzbuzovat úzkost, takže se pro psychiatrická vyšetření příliš nehodí. Infračervené světlo má také lepší časové rozlišení, zaznamenává průtok v řádu desetin sekundy (zatímco magnetická rezonance je zpravidla při nejlepším o řád pomalejší) a lépe se hodí pro opakovaná vyšetření. Má ovšem horší prostorové rozlišení, takže lze jen hrubě odhadovat, které části mozkové kůry se skutečně aktivují. A především nedohlédne dál než zmíněné dva až tři centimetry pod povrch. Některé nemocnice navíc používají zjednodušenou verzi zařízení, které má méně lampiček a senzorů.

Podle Fukudy to pro diagnostiku bohatě stačí. Je ovšem otázka, zda je metoda připravena k tomu, aby se využívala v běžné klinické praxi, jak se to už děje v Japonsku. Blízké infračervené záření pro sledování mozkové aktivity sice používají i jinde, například v Německu na Univerzitě v Tübingenu, ale výhradně k výzkumným účelům. „Neproběhly dostatečně velké klinické studie, takže uvedení do praxe je předčasné,“ podotýká Pavel Mareš. Podobné hlasy zaznívají také v časopise Nature. Dosavadní studie, z nichž pocházejí zprůměrované grafy průtoku krve, typické pro jednotlivé poruchy, proběhly na velmi malém vzorku pacientů – v jednotlivých skupinách bylo 10 až 16 osob. Navíc se tito pacienti léčí různými medikamenty, což může výsledky výrazně ovlivňovat. Data, na kterých je dnes diagnostika založená, tudíž nejsou dostatečně reprezentativní. Fukuda slibuje, že provede klinickou studii, do níž zahrne nejméně 500 pacientů. „Ideální by bylo, kdyby bylo možné vyšetřit pacienty ve chvíli, kdy je jim udělena diagnóza klasickým způsobem, ale ještě není nasazena léčba. Je ale jasné, že takoví pacienti se shánějí těžko, protože každý lékař zpravidla hned nasadí terapii,“ říká profesor Pavel Mareš.

Pro ilustraci připomíná, jak měl jeho kolega profesor Antonín Zouhar v 80. letech v celém Jihomoravském kraji podchycené všechny nové dětské pacienty s epilepsií: „Jakmile k pediatrovi, obecnému praktikovi nebo neurologovi přišlo dítě, které mělo epileptický záchvat, nenasazovali terapii, ale posadili dítě do sanitky a poslali ho na kliniku dětské neurologie do Brna, kde ho důkladně vyšetřili a pak teprve nasadili terapii. Tím se zvětšila šance, že bude léčen nejlepším možným způsobem, protože ho vyšetřili specialisté, a nikoliv pediatr, který vidí epilepsii třeba jen dvakrát do měsíce,“ vzpomíná Pavel Mareš. Jedním dechem ale dodává, že se tento systém zhroutil, jakmile se objevily soukromé lékařské praxe. Přesto by se podle jeho slov měl Fukuda pokusit sehnat co nejvíce takovýchto pacientů, aby byly klinické zkoušky průkazné. Je například otázka,



zda se křivka průtoku krve u lidí s bipolární poruchou bude opravdu lišit od lidí s depresí, pokud budou měření v depresivní fázi. Nelze vyloučit, že v těchto případech bude docházet k podobným záměnám jako u tradičního způsobu určování diagnózy.

Omluvenka do práce Jak je vůbec možné, že v Japonsku metoda získala povolení pro klinické využití už nyní? Tamní ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo v roce 2005 grantový program na podporu progresivních biomedicinských technologií. V rámci tohoto programu bylo vyšetření blízkým infračerveným zářením vyhodnoceno jako rychlá, účinná a bezpečná pomocná technika pro psychiatrická vyšetření. Definici pomocné metody si ovšem japonské nemocnice vyložily po svém. Dnes ji nabízejí jako samostatné vyšetření – jediným úskalím je to, že ji neproplácí zdravotní pojišťovny, právě kvůli tomu, že neproběhly klinické zkoušky. Podle vlny zájmu se ale zdá, že to japonské veřejnosti příliš nevadí.

Podle Fukudy je pro pacienty velkou motivací to, že dostanou písemné potvrzení o své diagnóze, které mohou využít třeba jako omluvenku do práce. „Nemůžeme to posuzovat z evropského pohledu. Pro Japonce je největší hanbou být bez práce, takže jim nesmírně pomůže, když mají někde zjištěno, že je opravdu důvod, proč nemůžou práci vykonávat,“ upozorňuje Pavel Mareš. Je ovšem otázka, do jaké míry se dnes dá právě na tento způsob vyšetření spolehnout.

Zdroj: LN, 12.2.2011

Na chřipku jako na tetanus? Britové mají převratnou vakcínu

Jednou za pět let si dojdete k lékaři, necháte se naočkovat a máte pokoj od chřipky. Britští vědci objevili univerzální vakcínu proti všem chřipkovým kmenům, a pokud projde testy, přinese velký zlom.

A vítězkou Nobelovy ceny za lékařství se stává Sarah Gilbertová! Pokud jednou přijde ze švédské Královské akademie tato zpráva, bude jasné, že se svět naučil zkrotit chřipku.

Britská vědkyně z univerzity v Oxfordu je na dobré cestě k metě, po které touží tisíce jejích kolegů, k nesmrtelnosti. Se svým týmem ohlásila převratný objev. Univerzální vakcínu, která funguje na všechny chřipkové kmene.

V praxi to znamená, že se z chřipky může stát jednoduše preventivně očkovatelná nemoc, jako je dnes třeba kdysi hrozivá choroba tetanus.

Zatím má chřipka pověst záhlubné choroby, na jejíž šíření jsou lidé krátkí. Ať se jí říká ptačí, prasečí nebo třeba ruská, vždycky má boj lidstva proti možné vůbec nejrychleji se šířící virové nákaze stejný scénář.

Sotva vědci objeví vakcínu proti hroící pandemii a farmaceutické firmy začnou přesvědčovat lékaře o její nezbytnosti pro pacienty, zmutuje chřipka do nového kmene. A všechno bádání začíná nanovo.

Gilbertová může být člověkem, který tenhle evoluční řetěz rozpojí. Co udělala jinak? „Změnili jsme princip vývoje vakcíny. Zjednodušeně řečeno, zaměřili jsme se na proteiny uvnitř viru, které jsou stejné u všech kmenů, místo těch ve virovém obalu, které se liší amohou mutovat,“ vysvětlila princip svého objevu britskému deníku The Guardian.

Zapomeňte na protilátky

Nový je i způsob, jakým vakcína Gilbertové v těle pracuje. Místo toho, aby stimulovala vytváření protilátek, podporuje množení takzvaných T-buněk, které fungují jako antivirová policie. Samy dokážou vyhledávat nakažené buňky a následně je nekompromisně likvidovat. Takže i kdyby virus v budoucnu ještě mnohokrát zmutoval, teoreticky bude vakcína fungovat na každou novou verzi.

Zatím se však netěšte, že u lékaře dostanete univerzální vakcínu už na podzim nebo napřesrok. Její vývoj ještě nějakou dobu potrvá. „Pokud vše půjde úspěšně, je to otázka minimálně šesti let, než vakcína pro-

jde všemi nutnými zkouškami,“ odhadl epidemiolog Jiří Beran. Vakcína má za sebou pouze první důležitou zkoušku. Gilbertová vakcínu testovala na malé skupině dobrovolníků a zjistila dvě pozitivní věci: očkování je zdraví neškodné a výrazně snižuje účinky chřipky. Opravdovou odolnost vakcíny musí teprve ověřit mnohonásobně větší testování. Do těla látku už letos dostanou tisíce lidí, u nichž se bude zkoumat odolnost proti různým mutacím viru. I těm, které dosud neexistují.

Pokud nová vakcína ve zkouškách uspěje, bude to pro lidi znamenat výrazně snazší prevenci proti chřipce. Stačit by mohlo například jedno přeočkování v průběhu pěti let.

„Myslím, že by taková jednorázová vakcína zájem o očkování u nás zvýšila,“ řekl epidemiolog Státního zdravotního ústavu Jan Kynčl.

Státy ušetří miliony

Univerzální očkovací látka by jistě významně ulevila i státním pokladnám. Britská vláda utratila předloni při přípravě na pandemii prasečí chřipky přes miliardu liber, Česko přišel nákup nevyužitých vakcín proti této nebezpečné mutaci chřipkového viru na stovky milionů korun. „Kdyby se stále používala jedna vakcína, nehrozilo by náhlé prudké zvýšení poptávky ani její nedostatek,“ prohlásila Gilbertová. Existuje však skupina lidí, mezi kterými nová zpráva vyvolává oprávněnou nervozitu. Šéfové farmaceutických firem budou usilovat o to, aby se právě jejich společnost stala výrobcem nového léku. „Kdo by s tou vakcínou přišel jako první, asi by postupem času vytlačil z trhu všechny ostatní,“ uvažoval Beran.

Zdroj: MFD, 8.2.2011

Léčba červem

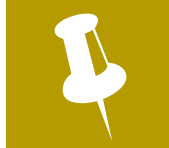
Cizopasníci zbaví některé pacienty obtíží. Jaká je budoucnost „vyhánění čerta ďáblem“?

Malého Lawrence Johnsona nelákaly dětské hry. Stranil se lidí, dlouhé hodiny vydržel opakovat jednoduché činnosti. Snadno se vyděsil nebo rozčílil. Diagnóza lékařů byla jednoznačná - těžký autismus. Lawrenceovy problémy se postupem času stupňovaly. Když mu bylo třináct, přestali s ním rodiče chodit ven. Stačilo, aby na semaforu u přechodu naskočila červená v okamžiku, kdy chtěl Lawrence přejít ulici, a chlapec propadl záchvatu zuřivosti. Kopal kolem sebe, křičel.

Hlavou proti zdi Záchvaty nabíraly na intenzitě. Několikrát denně tloukl hlavou o zeď. Kousal se do krve, bodal se prsty do očí nebo si drápal obličej. Rodiče byli zoufalí. Vyzkoušeli, co se dalo. Měnili Lawrenceovi jídelníček, pouštěli mu relaxační hudbu. Lawrence odzkoušel nekonečnou řadu léků. Návaly agrese někdy na čas ustoupily, ale pak se zase vrátily s neztenčenou intenzitou.

Lékaři nad chlapcem už jen krčili rameny. Lawrenceův otec se proto rozhodl hledat pomoc sám. Jako ekonom neměl potřebné vzdělání, ale zato mu nechyběla vůle. Prakticky všechný volný čas trávil na internetu a studoval lékařské publikace. Nehledal lék na autismus. Pátral po čemkoli, co by syna zbavilo nejtěžších projevů choroby. Nakonec si spojil dvě na první pohled naprosto nesouvisející vědecké práce. V jedné z nich lékaři z University of Iowa dosáhli výrazného úspěchu při léčbě těžkého onemocnění trávicího traktu poté, co pacienti experimentálně nakazili cizopasným červem tenkohlavcem prasečím. „Léčba červem“ zabírala u pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerativní kolitidou. Obě onemocnění se projevují těžkým zánětem střev a vznikají v důsledku útoku imunitního systému pacienta na jeho vlastní organismus.

K mylnému zacílení imunity na vlastní organismus dochází i v řadě dalších tzv. autoimunitních onemocnění. K těm známějším patří například roztroušená skleróza. Lawrenceův otec našel vědecké publikace, ze kterých vyvodil, že i autisté vykazují příznaky autoimunitního onemocnění. V jejich případě by mohl imunitní systém atakovat nervové buňky mozku.



„Nepomohla by Lawrenceovi nákaza tenkohlavcem?“ ptal se otec v dopise, který spolu s odkazy na vědecké články poslal přednímu newyorskému odborníkovi na autismus Ericu Hollanderovi.

Dvakrát do měsíce tisíce červů Hollander byl analýzou laika zaskočen. Pročetl originální vědecké práce a vyhledal další studie. Ani v těch našel nic, co by nešťastného otce usvědčovalo ze zásadního omylu. Teorie byla zcela nová, neortodoxní, ale v zásadě správná. Hollander požádal americký Úřad pro potraviny a léčiva o povolení k experimentální Lawrenceově léčbě. Nebylo to jednoduché, ale nakonec svolení získal. Tenkohlavce prasečí není s to nakazit člověka natrvalo. Tito červi se nedokážou v lidském střevu rozmnožovat a po několika týdnech jsou z organismu vypuzeni. Pro dokončení vývoje potřebuje tenkohlavce strávit několik týdnů ve vlhké půdě, a tak bylo krajně nepravděpodobné, že by Lawrence léčený cizopasnými červy mohl nakazit jiné lidi. Hollander objednal „lék“ u německé firmy, která se zabývá produkcí sterilních vajíček tenkohlavce prasečího, a „červí kúra“ mohla začít.

Pro pacienta nebyla nijak náročná. Lawrence musel jednou za čtrnáct dní vypít tisícovku vajíček tenkohlavce prasečího. Léčba trvala pět měsíců a na jejím konci byli Johnsonovi na pokraji zhroutení. Léčba se lhala. Lawrenceovy záchvaty ustoupily jen na pár dní a pak se vrátily. Zdrčený otec informoval německého producenta červů o fiasku. Odpověď z Německa neskrývala nadšení. Opravdu se Lawrenceovi na krátkou dobu ulevilo i při tak nízké dávce tenkohlavců? Pak je velká šance, že plná dávka 2500 vajíček bude mít razantní efekt! A tak Eric Hollander připravil pro Lawrence Johnsona novou „červí kúru“.

Chlapec užíval jednou za dva týdny 2500 vajíček parazita. Po pěti dávkách přestal tlouct hlavou do zdi, nekousal se, nebodal se do očí. Po dlouhé době mohl opět ven na procházku kolem domu. Rodičům spadl kámen ze srdce. Dnes je Lawrenci Johnsonovi dvacet a svůj autismus drží i nadále pod kontrolou dvěma dávkami vajíček tenkohlavce měsíčně. Jedna dávka ho vyjde na 300 eur, a tak jsou náklady na léčbu citelnou zátěží rodinného rozpočtu. Johnsonovi však nechtějí ani pomyslet na to, že by se Lawrenceovi záchvaty vrátily.

„Léčba červem“ se osvědčila i při dalších závažných onemocněních. Jednou z prvních vlaštovek byla studie týmu, vedeného Joelem Weinstockem z University of Iowa z roku 2003, která inspirovala Lawrenceova otce. Weinstock vyšel z předpokladu, že za stoupající počet autoimunitních onemocnění nejsou zodpovědné faktory, které se nově objevily v životním prostředí, ale naopak absence faktorů, jimž byli lidé dříve vystaveni. K těmto vlivům patřili i střevní cizopasnici.

Člověk žil po tisíciletí v těsném kontaktu s domácími zvířaty a musel se vypořádat i s jejich cizopasnými, kteří mu pronikli do těla. Evoluce nastavila lidský imunitní systém na tuto zátěž. Když se v moderních hygienických podmínkách podařilo cizopasníky vymýtit, dostal se u některých lidí imunitní systém z rovnováhy. Důsledkem mohou být závažná onemocnění.

O dva roky později ověřil Weinstock „léčbu červem“ na větším počtu pacientů. Tentokrát dosáhl výrazného zlepšení u 80 procent nemocných. V případě ulcerativní kolitidy nezabírá podávání vajíček tenkohlavců prasečích tak výrazně, ale i tady jsou přínosy léčby zřejmé.

Povzbudivé výsledky inspirovaly lékaře k nasazení vajíček cizopasníka proti dalším onemocněním. Americký neurolog John Fleming z University of Wisconsin testoval „léčbu červem“ u pacientů s roztroušenou sklerózou, při které imunitní systém napadá nervovou tkáň nemocných. O správnosti této cesty ho utvrdila studie, ve které argentinskí lékaři pozorovali mnohem mírnější průběh onemocnění u pacientů s roztroušenou sklerózou, kteří byli shodou okolností nakaženi střevními cizopasnými.

Harvardská patoložka Marie-Helene Jouvinová připravuje testování „léčby červem“ u pacientů, kterým silné alergie na některé potraviny těžce poškozují střeva. Pokusy na laboratorních myších naznačují, že infekce

cizopasnými může rovněž zabránit vzniku cukrovky prvního typu, při které imunitní systém ničí ve slinivce buňky produkující inzulin.

Budoucnost „léčby červem“?

Vracíme se zpět do dob, kdy lékaři přikládali pijavky, do ran vnášeli larvy masařek nebo léčili syfilidu tak, že nemocné úmyslně nakazili malárií? Některé z dávných postupů se do medicíny vrátily. Sterilně odchované pijavky pomáhají lékařům zvládnout následky těžkých poranění a následných chirurgických zákroků. Odsávají krev hromadící se v ranách, udržují průtok krve cévami a posilují hojení. Larvy pečlivě vybraných druhů much odchované v laboratorních podmínkách zase usnadňují lékařům čištění zhnisaných ran. Likvidují odumřelé buňky a zároveň hubí bakterie v ráně. V případě „léčby červem“ zatím není tak úplně jasné, jaký je mechanismus jejího působení. Vědci začínají jen pomalu odkrývat, jak přítomnost cizopasníka ovlivňuje aktivitu širokého spektra buněk imunitního systému a jak tyto změny přispívají k tomu, aby se z rovnováhy vyvedený imunitní systém opět vrátil k normálu.

Těžko si představit, že vývoj léčby Crohnovy choroby či roztroušené sklerózy skončí „léčbou červem“. Její efekty jsou předem těžko odhadnutelné a rozhodně v nich nelze vidět všelék, který zabere tam, kde moderní medicína nepřináší úlevu. Mnohem spíše poslouží toto pionýrské období jako zdroj inspirace pro vývoj nových léků a léčebných postupů, které budou v lidském těle zcela cíleně uvádět do chodu procesy, které parazit spouští jakoby mimochodem.

Zdroj: LN, 19.2.2011

Intelligence má mnoho podob

Test IQ mnoho neprozradí, vědci proto zkoumají, jak inteligenci ovlivňuje genetická výbava.

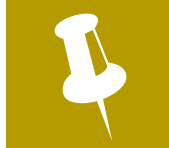
Prozradí test inteligence, jak je člověk chytrý nebo hloupý? Řekne něco o tom, jak se dokáže zkoumaná osoba přizpůsobit okolnostem, vypořádat s praktickými problémy nebo jakou má soudnost?

Test trvá asi hodinu. Zájemci o místo manažera odpovídají na otázky psychologa. Odborník chce zjistit, kolik informací si pamatují (Kdo přistál poprvé na Měsíci? Co je to traverza?), jak velkou mají slovní zásobu (Co je to subjekt a kolik významů má slovo jeřáb?), jaké jsou jejich aritmetické schopnosti (Kolik dolarů lze koupit za 100 tisíc korun při aktuálním kursu?), jestli si zapamatují řadu osmi čísel a zda poznají, co mají dva odlišné prvky společného (nádrž a sud, noha a ruka). Budoucí manažeři dostávají ještě další úkoly. Hledají východ z bludiště nebo řadí obrázky tak, aby vyjadřovaly nějaký příběh. Nakonec zkoušející každou odpověď ohodnotí určitým počtem bodů a získá jediné číslo: inteligentní kvocient neboli IQ.

Toto číslo bude mít pro jejich kariéru pravděpodobně značný význam, neboť ovlivní jejich zařazení ve firmě a v případě dobrého výsledku jim umožní získat některé výhody. „Výsledky testů inteligence poměrně dobře předpovídají, jaké dovednosti člověk má, ale méně se z nich dozvíme o tom, jak si povede v dalším životě,“ uvádí ve své studii profesor Howard Gardner z Harvardovy univerzity. Sestavujeme životní příběh. Někdy inteligentní testy probíhají formou rozhovoru s psychologem, jindy mají podobu písemné zkoušky. Základní obrysy testu jsou však po celém světě zhruba stejné - hodina otázek a odpovědí a výsledek vyjádřený jako jediné zaokrouhlené číslo.

„Mnoho lidí si uvědomuje, že tento přístup není právě ideální. Intelligence je přece něco víc než rychlé zodpovězení krátkých otázek,“ poznamenává Gardner a dodává: „Vzhledem k tomu, že jiná představa inteligence v podstatě neexistuje a my nedokážeme zjistit schopnosti člověka jiným způsobem, bude se tato scéna v dohledné době stále opakovat.“

Číslo IQ je do určité míry objektivní informací o schopnostech zkoumané



osoby. Ale na rozdíl od dvacátých let, kdy inteligenční testy dominovaly, není dnes už jedinou zprávou o dovednostech testované osoby. „Snažíme se poskládat životní příběh každého člověka,“ poznamenává psycholog Petr Strnad, specializovaný na pracovní vztahy a výcvik manažerů.

Intelligence, tedy schopnost přijímat a zpracovávat informace, se dnes nezjišťuje pouze jedním testem, ale celou baterií psychologických metod. Zatímco dříve trvalo mapování inteligence přibližně hodinu, dnes je to více než čtyřikrát déle. „Kromě písemného inteligenčního testu se v pohovoru zajímáme, jak si člověk sám pro sebe řadí do žebříčku třeba slova přátelství, peníze, domov a další hodnotové pojmy,“ podotýká psycholog Strnad.

Odborníci také zkoumají, co uchazeče motivuje k hledání manažerského postu, zajímá je rovněž, zda má v sobě dostatek klidu, nebo naopak patřičnou dávku vznětlivosti. „Hledáme něco jako klíč se zoubky, který má co nejlépe zapadnout do zámku,“ vysvětluje Petr Strnad. Zatímco psychologové zdokonalují metody k poznání lidských schopností, další odborníci hledají v mozku místo, kde inteligence sídlí.

Důkazy v mozku „Neurologické výzkumy nabízejí velmi přesvědčivé důkazy o tom, že některým schopnostem slouží jednotlivé mikroskopické sloupcečky v čelním mozkovém laloku a v místech, kde končí nervová vlákna pro zrak, sluch, čich a další smysly,“ uvádí americký vědec Gardner. Daleko větší útvary, viditelné pouhým okem, využívá mozek při řeči nebo prostorovém vnímání. „Máme před sebou biologický základ specializovaných inteligencí,“ jásá Gardner.

Názory na existenci shluku buněk pro logické myšlení, jazyk, matematiku nebo prostorové vnímání se však různí. „Gardnerova teorie je zajímavá, nemyslím si, že by platila, ale má v sobě něco praktického, co říkám kantorům a rodičům: využívejte u dětí to, co jim jde; na co nejsou nadané, nechte plavat. Může se stát, že dítě málo nadané na matematiku poškodíte, ubijete v něm jiné talenty,“ říká neuropatolog František Koukolík primář Oddělení patologie a molekulární medicíny Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze.

Kolik talentu dědíme po rodičích Proč někdo dokáže hravě řešit matematické rovnice, jinému jde lépe studium cizích jazyků a další člověk s požitkem poslouchá a případně i píše hudební skladby? Na tyto otázky se snaží odpovědět i genetici.

Existuje teorie, že určité kombinace genů se mohou vzájemně ovlivňovat a společně dávat pokyny k tvorbě enzymů, které působí na struktury v určité části mozku. Enzymy pak buď podporují, nebo naopak potlačují propojení mozkových buněk. Kdyby se tato teorie potvrdila, přineslo by to obrovské možnosti při ovlivňování jednotlivých druhů inteligence. Zatím je ale v těchto úvahách tolik neobjasněných míst, že k jejich uznání zbývá ještě hodně dlouhý kus cesty. „Zatím ani nevíme, zda talentovaní lidé svoji schopnost vytvářet určité nervové spoje zdědili, nebo zda jde o nahodilý jev,“ upozorňuje Gardner.

Největší množství informací o genetické podstatě talentu poskytují studie dvojčat. Hledají se rozdíly mezi jedno- a dvoujazyčnými sourozenci nebo se porovnávají schopnosti jednovaječných dvojčat vychovaných odděleně a těch, která vyrostla společně. Vědcům však vycházejí velmi rozdílné výsledky. Někteří tvrdí, že potomci mohou zdědit až 80 procent inteligenčních schopností po rodičích. Profesor Harvardovy univerzity Stephen Jay Gould hovoří o 30 až 50 procentech. Jiní badatelé, kteří použili stejná data, ale jiné matematické postupy, odhadují, že dědičnost inteligence je nižší než 20 procent, nebo se blíží k nule.

Je zřejmé, že i když se vědci snaží zkoumat nervovou soustavu co nejobtektivněji, příroda nám stejně nikdy zcela neprozradí, jaká je podstata inteligence.

Zdroj: LN, 8.2.2011

Brno nabízí „ambulantní“ porody

BRNO Namísto domácích porodů nabízejí lékaři Fakultní nemocnice Brno nastávajícím maminkám kompromis: Dítě přivedou ženy na svět v porodnici pod dohledem lékařů, ale vzápětí i s potomkem odejdou.

Porodníci doufají, že tyto „ambulantní“ porody budou pro ženy vyznávající alternativní způsob života uspokojivou možností - a ony nebudou riskovat život svůj ani dítěte v provizorních podmínkách domácnosti. „Pokud za mnou přijde žena s tím, že si přeje родit doma, v devětadevadesáti procentech případů se domluvíme na ambulantním porodu,“ řekl lékař Petr Janků. Spolu s porodníky jsou připraveni i neonatologové, kteří se o novorozence postarají „ve zkráceném režimu“.

„Záleží pak na tom, jak se žena cítí. A chce-li jít domů do čtyřadvaceti hodin, vezme vyšetřené dítě a odchází,“ popsal Janků. Na nutné očkování s miminkem přijde matka po dohodě s lékaři později. „Je to stále lepší, než kdyby rodila doma bez pomoci a s obrovským rizikem,“ míní Janků. Vloni se na jižní Moravě narodilo „ambulantně“ zhruba deset dětí. Hospitalizaci zkracují lékaři i ostatním maminkám, které mají zdravé, do-nošené děti. Dřív odcházely čtvrtý poporodní den, nyní se je daří propouštět po 72 hodinách.

Lékaři si pochvalují i to, že přestalo být módou vyžadovat za každou cenu různé metody vedení porodu. Například se již skoro nerodí do vody, i když dřív to byl častý požadavek. „Máme porodní boxy s vanou, ale vloni je využilo jen asi patnáct z více než šesti tisíc rodiček,“ podotkl Janků. K překvapení porodníků jen asi čtvrtina rodiček chtěla zmírnit bolesti epidurální analgezií. Na rozdíl od zahraničních maminek, které chtějí epidurál preventivně, jsou ženy v tuzemsku přesvědčeny, že určitou míru bolesti zvládnou.

Zdroj: LN, 26.2.2011

Češi chystají past na Alzheimer

Vědci z Ústavu fotoniky a elektroniky Akademie věd ČR vyvíjejí biosenzor, který rozpozná nemoc už v raném stadiu.

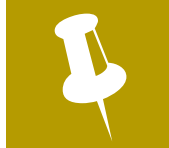
Pane doktore, jak se jmenuje ten Němec, co mi doma pořád schovává věci? To je Alzheimer, babi. Tenhle vtip se zřejmě leckomu vybaví ve chvíli, kdy už poněkolkáté zapomněl brýle, mobilní telefon nebo klíče. Jde o roztržitost z přepracování nebo už „to začalo“?

Zatím je spolehlivá diagnóza Alzheimerovy choroby obtížná. Přitom může každé prodlení urychlit příchod nemoci v plné síle, což má za následek trvalé poškození mozku. Pak už pacient bloudí ve vlastním bytě, nepoznává potomky a nepamatuje si, jak se jmenuje.

Možná už zanedlouho určí jednoduchý test s jistotou, jestli člověku skutečně hrozí Alzheimerova choroba. Nemoc by se tak podařilo zachytit v raném stádiu a pomocí léků odsunout její propuknutí o několik let. Nemoc postihuje zejména mozek a proto vědecké týmy na celém světě hledají příznaky choroby v nervovém systému. Jednou z podezřelých bílkovin spojených s Alzheimerovou chorobou je tzv. TAU-protein. Mozek běžně potřebuje tuto látku ke své činnosti, ale u pacientů se vylučuje ve zvýšeném množství do mozkomíšního moku. Pokud by se zde podařilo odhalit nadměrné změny ve struktuře a koncentraci této bílkoviny co nejdříve, dala by se choroba rozpoznat v raném stadiu a nemocní by měli větší šanci žít plnohodnotně delší dobu.

Na lov podezřelé bílkoviny se nedávno vydal rovněž tým docenta Jiřího Homoly z Ústavu fotoniky a elektroniky AV ČR společně se skupinou Daniely Říkové a Zdenky Křišťofkové z Psychiatrického centra Praha. Společně vyvíjejí novou past na Alzheimer, tedy konkrétněji biosenzor schopný rychle a citlivě rozpoznat TAU-protein i jeho různé formy.

Lov podezřelé bílkoviny „Srdcem přístroje je pozlacený čip“, říká Kateřina



Hegnerová, odborná pracovnice Homolova týmu. Do ruky přitom bere destičku jen o pár milimetrů větší než SIM karta z mobilu. Je z křemenného skla pokrytého velice tenkou vrstvou zlata silnou jen 55 nanometrů. Dříve než začne lov je nutné povrch čipu dokonale očistit. Kateřina Hegnerová si sedá k prosklenému boxu odkud veškerý vzduch vyhání ventilátor. Destičku z obou stran oplachuje destilovanou vodou, pak téměř stoprocentním lihem a poté vezme do ruky pistoli připojenou hadicí k tlakové lahvi s dusíkem. Plynem ofoukne destičku a ta putuje ještě do ozonové čističky. Cílem je zbavit povrch destičku všech organických nečistot.

Pokud si čip představíme jako past na Alzheimer, pak pochopíme, že je nutné nastražit cosi jako drátěná oka. Vědci jim říkají receptory. Jde o biologicky aktivní molekuly, které na principu zámku a klíče rozpoznávají a zachytí hledanou látku. Tyto receptory je nutné ukotvit na očištěný povrch čipu. První krokem je vytvoření vrstvy speciálních molekul - alkylthiolů - které se jedním svým koncem pevně chytí na zlatě a druhým koncem naváží na povrch receptor. Vrstvy alkylthiolů se na čipu vytváří z roztoku za přesně definovaných podmínek.

Dalším krokem je ukotvení receptorů. Hegnerová na superčistý čip nanáší pipetou kapičky roztoku obsahujícího receptory, které reagují s TAU-proteinem. Laboratořím po celém světě je běžně prodává několik výrobců. V tom ale celé tajemství úspěšného lovu nespočívá.

Úspěch závisí především na tom, zda se podaří receptory ukotvit na povrch čipu a přitom zachovat jejich biologickou aktivitu. To je ovlivněno mnoha okolnostmi, například chemickým složením roztoku, ve kterém ukotvení probíhá. Protože jde o velmi delikátní proces, dopředu není nikdy jisté, jestli bude ukotvení receptorů optimální.

Testování uchycení receptorů na povrchu čipu vypadá ze všech fází přípravy na pokusu nejdramatičtěji. Kateřina Hegnerová bere do ruky obří džbán z polystyrenu, ze kterého stoupá bílý opar. Uvnitř nádoby šplouchá tekutý dusík o teplotě minus 195 stupňů Celsia. Kožní lékaři ho prý používají na vypalování bradavic. Věřím, protože kdybych do kapaliny ponořil prst, buňky během několika vteřin zmrzou a odumřou.

Raději z povzdálí sleduji, jak Hegnerová nalévá do malého otvoru dusík. Jeho úkolem je ochladit optický detektor zachycující malé změny v absorpci infračerveného záření způsobené přítomností receptorů. Fotograf se činí v těsné blízkosti otvoru a možná utrpí pracovní úraz omrznutím. Po několika minutách focení je natankováno a začíná měření.

Na monitoru se objevují křivky s výraznými výběžky. Odborná pracovnice zjišťuje, že organické molekuly jsou na povrchu čipu uchyceny a dokážou plnit funkci molekulární pasti. Někdy to ale nevyjde a čip se musí vrátit na začátek svojí cesty. „Pracujeme na úrovni molekul a to je nesmírně delikátní problém. Každý receptor má rád trochu jiné podmínky. Existují různé metody a jejich varianty, jak připevnit molekulární receptory na vrstvu zlata. Záleží na pH roztoku, iontové síle a řadě dalších okolností. Vyvinout metodu, která nastaví receptory tak, aby na povrchu čipu dobře fungovaly, může trvat i řadu týdnů,“ vysvětluje Kateřina Hegnerová.

Výsledek už za čtvrt hodiny Tentokrát máme štěstí. Receptory jsou na svých místech a lov na Alzheimer může začít. Badatelka vloží čip do biosenzoru, zařízení ve kterém se sleduje množství TAU-proteinu v mozkomíšním moku. Normálně je aparatura pod dřevěným izolačním krytem, ale tentokrát je kvůli fotografování v nedbalkách. V centru přístroje je skleněný hranol, Kateřina Hegnerová ho pečlivě čistí smotkem namočené vatičky, aby ani zrnko prachu nezkreslovalo měření. Potom k průhlednému hranolu připevní čip a k jeho povrchu přitlačí speciální průtokovou komoru. Současně naředí do roztoku vzorek mozkomíšního moku určený k analýze. „Roztok se musí před měřením zbavit pomocí vakuové pumpy vzduchových bublin,“ říká badatelka.

Češi chystají past na Alzheimer

„Je to nutné, protože bubliny znemožňují hladký průběh hledání TAU-proteinu a někdy celý pokus i zastaví,“ vysvětluje Kateřina Hegnerová. Když si v exikátoru, jak v ústavu říkají odbublinkovávači, pobude vzorek přibližně půl hodiny, je připraven k měření. Hegnerová do nádoby se vzorkem ponoří velmi tenkou hadičku a zapne čerpadlo, které přemístí vzorek do průtokové komory.

Cvakne spínač a na skleněný hranol dopadne svazek světla. Na zlatém povrchu čipu vyvolává speciální elektromagnetickou vlnu, tzv. povrchový plasmon. Na monitoru pak odbornice sleduje, jak se mění jeho rychlost šíření. Když je ve vzorku TAU-protein, jeho molekuly se zachytí na receptorech a plasmon „zbrzdí“. Na obrazovce připojeného počítače se zpomalení ukáže jako posuv charakteristického zářezu ve spektru odraženého světla. Pokud v roztoku hledaná látka není, postupuje elektromagnetická vlna stále stejnou rychlostí a k posuvu nedojde. „Extrémně vysokou citlivost přístroje ilustruje fakt, že dokáže najít koncentraci odpovídající jednomu zrnku soli rozpuštěnému v 50metrovém bazénu,“ říká docent Jiří Homola, vedoucí oddělení optických senzorů z Ústavu fotoniky a elektroniky AV ČR.

Samotné hledání TAU-proteinu trvá jen 10 až 15 minut. Pak se čip vyjme a společně s dalšími, které se během dne použily v biosenzoru, skončí ve velké misce s koncentrovaným jódem. Za tři hodiny smyje chemikálie zlatavou vrstvičku a na dně nádoby zůstanou jenom průsvitné destičky z křemenného skla. Na ty se pak nanese nová vrstvička zlata a znovu-zrozené čipy se vracejí zpátky na začátek celého procesu.

Výzkumný projekt bude trvat tři roky a je financován grantem Ministerstva zdravotnictví České republiky. Na jeho konci bude nový biosenzor schopný detekovat TAU-protein a jeho různé formy v biologických vzorcích i ve velmi nízkých koncentracích.

Zdroj: LN, 15.2.2011

Co kladu kolegům za vinu

I lékaři jsou jen lidé, i oni se v určitých situacích vybarví.

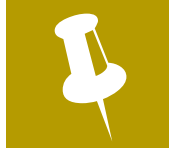
Dnes na 3 800 z nich je ve výpovědi, neb chtějí za práci v nemocnici více peněz a zvolili metodu nešťastnou, neb proti sobě postavili neměřitelné: zdraví a životy všech lidí v zemi proti svým výplatním páskám ultimátem: Chceme víc, jinak neděláme nic!

Neexistuje přitom na světě žádná finanční ani jiná měna vyvažující zdraví a život člověka. Nyní je ohroženo hned 10 milionů lidí.

Přesto ČSSD lékaře v odchodu podporuje, jejich lékaři z nemocnic odcházejí - tedy zdraví a životy jejich voličů a s nimi i všech občanů ČR, jejichž práva se před médii a volbami upřednostňují, zůstaly kde? To mi hlava nebere, ale očekávám, že když bude zle, tak ze stejných řad uslyším: „Vláda selhala.“ A když bude lépe, vyslechnu: „To my jsme zajistili.“ Akce Děkuje, odcházíme žádá také změnu vzdělávání a atestací lékařů, zamezit korupci a předražování ve zdravotnictví, ale 3 800 lékařů odchodem nepomůže pak už ničemu. Jde o krytý podvod a falešnou obhajobu. A nemají záda krytá soukromou praxí či jiným příjmem, budou brzy tito lékaři mít starosti finanční.

Podívejte se na mě

Platy lékařů v našich zemích od roku 1948 byly proti profesím k budování socialismu potřebnější vždy nedůstojné, přesto lékaři profesi ctíli a v podmínkách bídících v ní dokazovali mnohdy maximum z možného. V ČR není chudý lékař - všichni vydělávají slušné peníze, služby noční i víkendové jsou pevnou součástí práce lékaře, stejně jako studium - i noční i víkendové ještě spoustu let po zvládnutí studia medicíny. Od začátku své soukromé ordinace zpracovávám kvanta faktů amateriálů ve svém volnu -po pracovní době, o víkendech, o státních svátcích, o Vánocích,



první dny své dovolené a žádnou z těchto hodin jsem nikdy neměla, nemám a nebudu mít proplacenou.

Jsou však nutné pro správné vedení jednotlivých případů a zdravotnické dokumentace našich pacientů i agendy ordinace, vnímám je jako povinnost ke všemu uvedenému, a to i v permanentně přetížené ordinaci. Kvanta přesčasů, takže nad mou hodinovou mzdou by mnohý z dnešních 3 800 odcházejících kolegů zaplakal a 1. března ráno s chutí a vděčen by byl zpět na svém oddělení. Moje ordinace musí vydělat každý rok sama na sebe, na profese, které k práci nutně potřebujeme, na mé dvě zdravotní sestry, na charitu, na nájem, musí udělat finanční rezervu a musí uživit i mne. Nejen z těchto důvodů se musím zatraceně snažit.

Argumenty odcházejících lékařů proto neuznávám, výměně těchto lékařů fandím a zakázala bych jim soukromé praxe stávající i nové na jeden rok - aby vychladli. Už dnes jim kladu za vinu:

- 1) Nejistotu, obavy a psychické zatížení 10 milionů lidí v ČR.
 - 2) Zabrali na lékařské fakultě i v nemocnicích místo těm, kteří by dnes měli větší profesní kázeň a osobní odpovědnost.
 - 3) Již dnes, ač ještě všichni pracují, mohou za to, že od prosince 2010 jejich primáři, ředitelé jejich nemocnic, hejtmani krajů a čerstvý ministr zdravotnictví vynakládají mnoho času a nemalé síly mravní, fyzické i odborné k hledání cesty z toho, co by mohlo 1. března nastat, na úkor svých povinností jiných - neméně důležitých, na úkor svého volna - neméně důležitého.
 - 4) Komplikují a zpomalují reformu zdravotnictví.
- A budu jim vždy klást za vinu, co svou akci od 1. března způsobit mohou:
- 1) Nedostupnost operací urgentních a život zachraňujících.
 - 2) Nedostupnost operací plánovaných.
 - 3) Nedostupnost lékařské péče.
 - 4) Nedostupnost lékařské pomoci.
 - 5) Přetíženost zůstávajících kolegů na jejich oddělení.
 - 6) Omezení práce jejich oddělení.
 - 7) Omezení až uzavření speciálních poraden při jejich oddělení.
 - 8) Vynucené uzavření jejich oddělení. S body 1, 2, 6, 7 a 8 je spojeno riziko nadbytečnosti sester a ošetrovatelského personálu těchto oddělení - jejich přeřazení až propouštění. Jak k tomu přijdou?
 - 9) Zhoršení zdravotního stavu jedince.
 - 10) Zhoršení zdravotního stavu společnosti.
 - 11) Přetíženost spádových ordinací praktických lékařů.
 - 12) Přetíženost spádových ordinací odborných lékařů.
 - 13) Zpomalení reformy zdravotnictví.
 - 14) Úmyslné znemožnění reformy zdravotnictví.
 - 15) Jejich bývalí primáři, ředitelé jejich bývalých nemocnic, hejtmani krajů a ministr zdravotnictví vynaloží mnoho času a nemalé síly mravní, fyzické i odborné k hledání cesty z toho, co 1. března nastane, opět na úkor svých povinností jiných - neméně důležitých, na úkor svého volna - neméně důležitého.

Morální dluh

Lékař, který dnes své kolegy nechává v nejistotě a 1. března je nechá na holičkách, jim i po svém návratu bude vždy morálně i profesně dlužit. Jsem přesvědčena o tom, že takováto neúcta k lékařské profesi a bezohlednost k nemocným je konec mravnosti i citu lékaře, a to navždy!

To mohou brát při rozhodování v potaz jejich stávající i příští zaměstnavatelé v ČR či jinde.

Spousta profesí nevede k finančnímu nadbytku, ale vždy mne potěší a je mi ctí, když znám člověka čestného a vůči své profesi, lidem, zvířatům i rostlinám odpovědného. Nebo když vím, že takovým někdo je. A těmto čest a sláva na věky!

Zdroj: MFD, 14.2.2011

I N Z E R C E

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

Hledám lékaře do ordinace PLDD

Hledám lékaře do ordinace PLDD v Praze 8. Zástup za MD od května 2011.
 Tel.: 604 118 416 • Ev. č.: 202-01-11

Koupím ordinaci

Koupím ordinaci PLDD v Praze nebo okolí. E-mail: klembarova@zoznam.sk
 • Ev. č.: 203-01-11

Hledám zástup

Jsem PLDD a dětský kardiolog v Pelhřimově a hledám na zástup kolegu či kolegyni ideálně na obě odbornosti, možno i jednotlivě, v dohledné době i převzetí praxe. Zástup spěchá. Kontakt: e-mail: jana.hejdukova@tiscali.cz.
 Mobil: 773 996 656, volat po 17. hodině. • Ev. č.: 204-01-11

Prodám zavedenou praxi

Prodám zavedenou praxi PLDD v Praze 6. Kontakt: 605 977 276 (večer).
 • Ev. č.: 205-01-11

Pronajmu bezbariérovou ordinaci

Pronajmu, částečně nebo úplně, bezbariérovou ordinaci v novostavbě v Karlíně nedaleko metra Křižkova. Zkolaudováno jako ordinace, schváleno hygienou. Vchod z ulice. Možnost garažového stání a sklepní kóje. Cena dohodou, dle délky pronájmu. Kontakt: Hortová, 604 40 20 10. • Ev. č.: 206-02-11

PLDD hledá zástup

PLDD hledá zástup na 2-3 dny v týdnu, s možností pronájmu praxe na plný úvazek. Praxe v blízkosti Prahy a Kladna, dobrá dopravní dostupnost. Zkušená sestra, větší počet pacientů. Kontakt: 728 476 310. E-mail: hermja@email.cz.
 • Ev. č.: 207-02-11

PLDD hledá asistenta

PLDD v Praze 4 hledá asistenta na částečný úvazek, pozdější pronájem praxe či prodej v dohledné době. Kontakt: tel.: 602 884 240 • Ev. č.: 208-03-11

Prodám zavedenou praxi PLDD

Prodám zavedenou praxi PLDD ve Stříbře, okres Tachov. MUDr. Věra Roháčková. Bližší informace na telefonu: 374 624 204, 607 254 531
 • Ev. č.: 209-03-11

Hledám dětskou lékařku na zástup

Do ordinace PLDD v Brně hledám dětskou lékařku na občasné zástup, příp. na zkrácený pracovní úvazek - jeden den v týdnu. Telefon přes den: 541 247 108 • Ev. č.: 210-03-11

Autodidaktický test 4/2011

ONKOLOGIE

1. Onkologičtí pacienti jsou v akutní fázi onemocnění během onkologické léčby omezeni v běžných denních aktivitách, včetně jídelníčku, který:

- a) může obsahovat ořechy
- b) nemůže obsahovat ořechy
- c) může obsahovat jogurty s bifidobakteriemi
- d) nemůže obsahovat jogurty s bifidobakteriemi
- e) může obsahovat sušené ovoce
- f) může obsahovat kompotované ovoce
- g) nemůže obsahovat čerstvé oloupané ovoce

2. Řadu maligních i nemaligních onemocnění lze vyléčit transplantací kmenových buněk krvetvorby za podmínky shody dárce a příjemce v HLA systému. V případě vyšší míry neshody v alelách HLA alogenního dárce a příjemce je východiskem použití zamražené pupečnickové krve:

- a) protože určitá nezralost buněk pupečnickové krve umožňuje navození imunologické tolerance
- b) která se po ohřátí na tělesnou teplotu aplikuje orálně po předchozí chemoterapii a event. i aktinoterapii
- c) která se bez potřeby předchozí přípravy aplikuje intravenózně
- d) protože po předchozím ozáření pupečnickové krve se na rozdíl od alogenního štěpu významně snižuje riziko reakce štěpu proti hostiteli

3. Transplantace kmenových buněk krvetvorby nelze nijak využít u:

- a) hematologických malignit (leukémie...)
- b) těžkých poruch krvetvorby (aplastická anémie, Fanconiho anémie...)
- c) solidních nádorů (Ewingův syrkom, neuroblastom...)
- d) dědičných poruch metabolismu (lysozomální či peroxizomální thesaurismozy,...)
- e) vrozené imunodeficience

4. V roce 1980 Cohen popsal ATLS (acute tumor lysis syndrom), který se může objevit zejména v iniciační fázi léčby rychle rostoucích malignit. Laboratorně je charakterizován:

- a) hyperkalcémií, hyperurikémií, hyperkalémií, hyperfosfatémií
- b) hyperkalcémií, hyperurikémií, hyperkalémií, hypofosfatémií
- c) hypokalcémií, hyperurikémií, hyperkalémií, hyperfosfatémií
- d) hypokalcémií, hyperurikémií, hypokalémií, hyperfosfatémií

5. Nádory v zadní jámě lební jsou obvykle doprovázeny syndromem nitrolební hypertenze, který je charakterizován zejména:

- a) ranními cefalgiemi s narůstající intenzitou, zvracením obvykle bez nausey, poruchou zraku
- b) nočními cefalgiemi s narůstající intenzitou, zvracením a nauseou, unilaterální poruchou sympatiku
- c) náhle vzniklými intenzivními cefalgiemi, periferní paresou dolních končetin, nauseou

6. Při nálezu aniridie bychom měli pacienta vyšetřit a dispenzarizovat pro možné zvýšené riziko výskytu:

- a) retinoblastomu
- b) nefroblastomu
- c) neuroblastomu
- d) hepatoblastomu

Pro VOX zpracoval MUDr. Ctirad Kozderka.

Správné odpovědi: 1b,d,f, 2a, 3 - žádná odpověď nevyhovuje, 4c, 5a, 6b

Pfizer - Prevenar

Nestlé - BEBA Pro/BEBA HA