

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

květen 2011 ■ číslo 5 ■ ročník 11



5. Kongres primární péče - Kulatý stůl k ATB

Mikroskopické houby v pediatrii

Névy

Alopecie v dětském věku



Téma čísla:
KOŽNÍ

Hero - Nutrdefense

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.



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
Usnesení Regionální konference regionu Severní Morava a Slezsko	6
Usnesení Regionální konference jihočeského regionu	6
Koalice soukromých lékařů	6
Slovenské ministerstvo pozastavilo projekt elektronického zdravotnictví	9
5. Kongres primární péče - Kulatý stůl k ATB	9
Všichni jsme věděli, že lékaři nikam neodejdou	12



Informace OSPDL ČLS JEP	14
MUDr. Karel Mencl, CSc., MUDr. David Stuchlík Mikroskopické houby v pediatrii: 1. část	15
MUDr. Pavel Konrád Névy	19
MUDr. Michaela Havlíčková Alopecie v dětském věku	24
Rozhovor s MUDr. Jiřím Klečkou, Ph.D. Na asymptomatickou bakteriurii nic nepředepisujme	28
Ze světa odborné literatury	30



Aktuality	31
Řádková inzerce	37
Autodidaktický test	38

*Středová příloha: Vyhláška č. 72/2011 Sb., kterou se mění
vyhláška č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti
k řízení motorových vozidel, zdravotní způsobilosti k řízení
motorových vozidel s podmínkou a náležitosti lékařského potvrzení
osvědčujícího zdravotní důvody, pro něž se za jízdy nelze
na sedadle motorového vozidla připoutat bezpečnostním pásem*



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



Vážené kolegyně a kolegové,

velice bedlivě sleduji od počátku působení nového ministra i jeho náměstků jejich „reformní úsilí“. Pokud ale prolustuji zpětně denní tisk, pro který je toto úsilí mediálně zajímavé, a porovnávám jednotlivá vyjádření a záměry, připomíná mi to kličkování zajíce v poli.

Ekonomický nepoměr mezi příjmy a výdaji zdravotní daně je evidentní. Nabídka švédského stolu pro pacienty je čím dál tím chudší, a to i přes stále se měnící šachovou partii rozehrávanou s výší regulačních poplatků (bez jakékoliv analýzy jejich výše ve vztahu k vylepšení cash flow příslušných ZZ na úkor úhradového systému).

Postrádám ze strany ministerstva formulaci cílového stavu po ukončení reformy zdravotnictví, smysluplnost jednotlivých kroků a jejich legislativní logickou provázanost tak, aby byly interpretačně jednoduché a jednoznačně vyložitelné. Pro poskytovatele, pacienty i pojišťovny. Bohužel ani tyto reformní kroky neřeší zásadní věc, a to je smluvní vztah mezi pacientem a pojišťovnou na nárokovatelnou zdravotní službu (dnes je módní říkat standardní) s možností komerčního připojištění.

Návrhy na „prerozdělování“ vybraných regulačních poplatků u soukromého lékaře zpátky do fondů příslušné zdravotní pojišťovny, je pro mne nejen nepochopitelný, ale i nepřijatelný. Považuji jej za skrytou blamáž ambulantních lékařů. Je mi záhadou, že ho podporuje poslanec za pravicovou stranu. Nevidím jediný důvod, proč peníze, poskytnuté pacientem jeho svobodně zvolenému registrujícímu lékaři, by měl tento lékař zálohově vyúčtovávat pojišťovně, aby mu tato následně ve stejné výši snížila měsíční úhrady. Pokud si pan ministr myslí, že praktičtí lékaři budou dělat výběrčí pro instituce, které pouze prerozdělují prostředky vybrané zdravotní daně od občanů, mohu ho ujistit, že nebudou. A to pomítám fakt, jaký zmatek to může dělat v účetnictví. K nerovnostem samozřejmě bude docházet i nadále, protože i dle rétoriky pana ministra by měly jít peníze k těm lékařům, kteří jsou pacienti vyhledáváni a nemají u nich s placením problém.

Co se týká kritiky stávající situace a požadavku PLDD finančně kompenzovat nemožnost vybírat 30 Kč u dětí do 18 let, stále platí realita, že politickým handlem bývalé ministryně zdravotnictví a senátorky za ODS Filipiové, jsou za poslední dva roky praktičtí dětské lékaři citelně ekonomicky postiženi. A to i přes částečné navýšení věkových indexů v kapitační platbě. Bohužel, ani v současné se rozvíjejícím jednání Dohodovacího řízení o cenách na rok 2012 mezi poskytovateli a ZP nemáme moc šancí kompenzace prosadit.

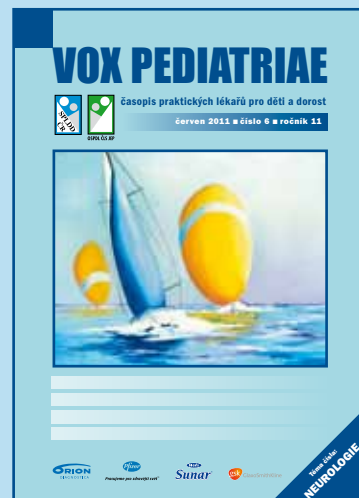
Nutno připomenout, že pojem „regulační poplatek“ je od slova regulovat. V tomto případě mělo být fenoménem regulace omezení zbytečných návštěv pacienta u ambulantního lékaře, a tím šetření prostředků zdravotního pojištění na léčení chronických a onkologicky nemocných pacientů. Nikoliv pouhé „přilepšení“ provozních nákladů ordinací. Po zkušenostech z každoročních jednání se zdravotními pojišťovnami (zejména VZP) nad úhradovými dodatky, kdy poskytovatelé jsou ti, kteří tahají informačně i fakticky za kratší konec provazu, se nedomnívám, že výsledkem zpětného virtuálního (termín ministra Hegera) prerozdělování vybraných regulačních poplatků do systému zdravotního pseudopojištění povede k navýšení úhrad praktickým lékařům, natož aby praktickým dětským lékařům kompenzovaly propad, způsobený jejich dosavadním nevýběrem. Syrové návrhy z úst vedení rezortu, soukromých lékařů tykající se zásadní změny nevyargumentované, ani s nimi neprokonzultované, odmítlo na pracovní konferenci také shromáždění členů České lékařské komory v hotelu Floret v Průhoněch.

Nelze nicméně v kontextu se současnou politickou situací předjímat, jak a kudy se bude diskuse o regulačních poplatcích, resp. reformních krocích stávající vládní garnitury ubírat. Třeba po nevydařeném začátku jara přijde příjemné léto, i když je otázkou, zda je v tomto případě optimismus na místě. V každém případě musí být zástupci všech ambulantních lékařů ve střehu a být připraveni razantně vystoupit v momentě, kdy bude snaha chronický deficit příjmové stránky zdravotního pojištění řešit na jejich úkor. Chci věřit, že si pan ministr uvědomí, že v budoucnu by se podobné poslanecké „výstřely z Aurory“ neměly opakovat a že základem zásadních ekonomických změn v systému musí být věcná a otevřená diskuse se všemi „hráči“, kterých se to týká.

S přáním příjemných jarních dní

Milan Kudyn

Neurologie



v tomto čísle inzerují...

GSK

HAMÉ

HERO

JOHNSON & JOHNSON

NESTLÉ

NUTRICIA

PFIZER

PHARMIKS Europe

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@detsky lekar. cz



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc březen se ve svých prvních dnech vyznačoval především obdobím ticha ze strany resortního ministerstva. Akce D-O zřejmě úředníky natolik vyčerpala, že si museli vybrat oddechový čas. V této souvislosti proto asi ani nepřekvapí, že ačkoliv se pořádala jednání ve smyslu vypořádávání připomínek k předloženému návrhu zákona o zdravotních službách, řada stěžejních otázek zůstala nedořešena. Měsíc březen je také již tradičně měsícem, ve kterém se rozbíhají bilanční konference našich členů v jednotlivých regionech. A co jsou nejpálčivější otázky, které jsou v regionech diskutovány? O tom vypovídají jednotlivá usnesení, která vám na stránkách našeho časopisu budeme postupně otiskovat.

13.3. - cyklus regionálních konferencí odstartoval tentokrát v Opavě. Severomoravští kolegové se tak sešli již tradičně na půdě Slezské univerzity, aby bilancovali činnost za uplynulý rok. Usnesení z této Konference zveřejňujeme na jiném místě.

18.3. - na svém pravidelném setkání se sešlo Předsednictvo Sdružení. V úvodní části proběhla diskuse mezi pokladníky a Ing. Adamcem, který garantuje účetnictví Sdružení. Plejáda čísel a tabulek zamotala mnohým hlavu, budeme se muset asi brzy vypořádat se skutečností, zda je v silách našich kolegů na postu pokladníků validovat veškerá přednášená čísla. Při vlastním jednání dominovala samozřejmě diskuse nad některými návrhy resortního ministerstva promítnutými do návrhu zákona o zdravotních službách. Především návrh na zajišťování 24hodinové péče vzbuzuje v našich řadách obavy nad zdravým rozumem předkladatelů, tedy alespoň pokud se týká předložené formy. Podrobnosti ohledně připomínek k tomuto zákonu naleznete na našich webových stránkách www.detskylekar.cz.

22.3. - v hotelu Clarion proběhla konference, na které zástupci Švédska představili jejich model zdravotnictví. Z předneseného mne zaujaly především informace o struktuře lůžkového fondu a výše úhrady směřující do primární péče. Je pravdou, že ve Švédsku existuje tzv. 24hodinová péče, nicméně systémem přiděluje do primární péče cca 22% pro-

středků (u nás se dlouhodobě pohybujeme pod 7%). Co se týká lůžkového fondu, je zajímavé, že Švédsko disponuje jen asi 1/2 počtem akutních lůžek (na cca 9,5 mil. obyvatel) a má přitom i kratší průměrnou dobu hospitalizace. O něčem to jistě vypovídá...

23.3. - na své pravidelné schůzce se sešla Koalice soukromých lékařů. Problematice Koalice se více věnujeme na jiném místě časopisu.

26.3. - také jihočeští praktičtí dětské lékaři se sešli na své výroční konferenci, aby bi-

lancovali činnost za uplynulý rok. Co je nejvíce trápí pak vyjádřili ve svém usnesení, které přetiskujeme na jiném místě časopisu.

28.3. - na půdě resortního ministerstva jsme byli přizváni k vypořádání našich připomínek k návrhu zákona o zdravotních službách. Průběh tohoto jednání ale zdaleka nenaplnil naše očekávání. Zatímco řada drobných oprav byla akceptována, jasné stanovisko k jednomu z nejpálčivějších problémů jsme se nedověděli. Ke 24hodinové péči totiž pověření pracovníci neměli k dispozici rozhodnutí ministra...

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR Vás zve na jednání

**Sněmu
Okresních zástupců SPLDD ČR
Regionálních výborů SPLDD ČR
Předsednictva SPLDD ČR,**

které se koná ve dnech 14. – 15.5.2011

v hotelu Skalský Dvůr, Lísek 52, Bystřice nad Pernštejnem.

**Pracovní setkání školitelů akreditovaných zařízení
a školitelů – čekatelů pro obor PLDD**

proběhne ve dnech 17. 6. – 19. 6. 2011 v Seči - Ústupy v hotelu Jezerka.

Instrukce k setkání s programem, pozvánka a přihláška jsou umístěny na www.detskylekar.cz

Do 29. 4. 2011 budou pozvánky školitelům rozesílány na jejich e-mailové adresy.

Ukončení přijetí přihlášek je do 20. 5. 2011 na e-mailovou adresu petrar@email.cz

Za výbor OSPDL ČLS JEP vědecký sekretář Olga Roškotová

Navštivte aktualizované webové stránky www.detskylekar.cz





Usnesení Regionální konference regionu Severní Morava a Slezsko

ze dne 13.3.2011 v aule Rektorátu Slezské university Opava

Konference konstatuje, že je přítomno 56 členů.

Konference bere na vědomí:

- na základě přednesené zprávy, že nebyly zjištěny nesrovnalosti v hospodaření

Konference vyslechla:

- informaci MUDr. Kubátové Gabriely o činnosti Výkonného výboru SPLDD ČR
- informaci o zájmu Výkonného výboru zúčastňovat se Regionálních rad ke zlepšení komunikace mezi regionem Severní Morava

a Slezsko a Centrem

Konference vyslechla:

- Informace o Dětské Olivově léčebně v Říčanech
- Přednášku MUDr. Vančíkové Zuzany – Pneumokokové pneumonie a komplikace

Konference bere na vědomí:

- informaci o hospodaření regionu za rok 2010
- doporučení centra neangažovat se v projektu IZIP

Konference souhlasí a odhlasovala:

- návrh rozpočtu Regionu Severní Morava a Slezsko na rok 2011

Konference jako v minulých letech žádá členskou základnu o aktualizaci e-mailových adres a telefonních spojení pro zlepšení komunikace v rámci regionu.

V Opavě, 13. března 2011

Zpracoval: MUDr. Michal Pukovec

Usnesení Regionální konference jihočeského regionu

ze dne 26.3.2011

Konference bere na vědomí zprávu předsedkyně regionálního výboru o činnosti sdružení jihočeského regionu za loňský rok.

Bere na vědomí zprávu pokladníka o hospodaření a zprávu předsedkyně revizní komise.

Schvaluje návrh rozpočtu na rok 2011.

Konference podporuje Výbor SPLDD v jednání zákona o zdravotních službách.

Konference vyzývá Výbor SPLDD k dalšímu

jednání o kompenzaci zrušených regulačních poplatků.

Konference vyzývá své členy k diskusi o problematice řádného a mimořádného členství v SPLDD na úrovni okresních sdružení.

Konference odmítá snahy o zavedení takzvané komunitní sestry.

Konference nesouhlasí s lepší bonifikací za vstup do systému IZIP než za řádné prová-

dění preventivních prohlídek.

Konference vyzývá výbor SPLDD k řešení registrací pojištěnců starších 19 let tak, aby nedocházelo k jejímu automatickému jejího ukončení v 19 letech.

Konference se zúčastnilo 34 členů SPLDD z jihočeského regionu.

Usnesení bylo jednohlasně přijato.

Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů se v uplynulém období věnovala zejména výstupům z resortního ministerstva. Řešeny byly připomínky k předkládaným návrhům zákonů, přičemž předložený návrh zákona o zdravotních službách byl v předložené podobě odmítnut. Koalice také řešila řadu vypuštěných „bublin“, jako je problematika Seznamu výkonů, ale také např. problematika generické preskripce. Zdá se, že v mnoha otázkách se organizace sdružené v Koalici skutečně shodnou, problém shody ale bude pravděpodobně v rovině komunikace s resortním ministerstvem, nebo je to mýlka?

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 23. března 2011

1. Dopis ministru zdravotnictví

• Dr. Šmatlák zpracoval text dopisu ministru zdravotnictví, ve kterém formuloval otázky týkající se úprav Seznamu výkonů

s bodovými hodnotami v souvislosti s navýšením příjmů všech zdravotnických pracovníků a nabídku spolupráce KSL při těchto úpravách.

• Dopis byl ministru zdravotnictví zaslán e-mailem a po podpisu Dr. Šmatlákem, mluvčím Koalice, i poštou.

• Podle informace Dr. Neugebauera by-

la již sestavena pracovní skupina, která začala na Seznamu výkonů pracovat. Zatím není známo, jakým způsobem k úpravám přistupuje.

• Zástupci KSL jsou přesvědčeni, že před zahájením úprav je nezbytně nutné znát filozofii a časový horizont připravovaných změn. Proto se dohodli na textu návrhu společně-



ho memoranda Koalice soukromých lékařů a ministerstva zdravotnictví ČR, ve kterém požadují společný postup při projednávání:

- a) základních koncepčních kroků,
- b) odměňování lékařů,
- c) přesunu péče z nemocnic do ambulancí,
- d) legislativních změn,
- e) vzdělávání zdravotníků,
- f) projektů eHealth.

2. Dopad plánovaných změn DPH na jednotlivé segmenty a prodloužení záruční doby výrobků

- Jednotlivá sdružení provádějí předběžné analýzy. Navýšení DPH se jeví jako významný problém pro většinu z nich, neboť bude znamenat nárůst nákladů ambulancí v průměru o 2 – 4 %. Jistě se také promítne i do nákupu služeb.

- Zubní lékaři jako větší problém vnímají prodloužení záruční doby protetických výrobků na 2 roky, ke které došlo novelou Občanského zákoníku v části týkající se podnikání. Tento problém se bude týkat i ortopedů, očních lékařů a dalších specialistů.

3. Legislativní návrhy MZ ČR, vypořádání připomínek

Návrh zákona o zdravotních službách

- V současné podobě je návrh nepřijatelný. Ministru zdravotnictví byly zaslány písemné připomínky Koalice soukromých lékařů i jednotlivých sdružení KSL. V pondělí 28. 3. 2011 se na MZ ČR konají postupně schůzky, na kterých se bude se zástupci jednotlivých organizací KSL o připomínkách k návrhu zákona jednat.

- V zákonu č. 95/2004 připomínkala ČSK tzv. „rezidenční místa“. Ministr zdravotnictví uvažuje o tom, že rezidenční místa se budou týkat pouze všeobecných lékařů. Je však třeba, aby se rezidenční místa týkala i specializací zubních lékařů v ortodoncii a orální a maxilofaciální chirurgii.

Generická preskripce a možnost narušení celistvosti balení léků

- Dr. Jojko zašle ostatním členům KSL stanovisko SAS ČR k záměru MZ ČR zavést v ČR tento systém a o problému se bude znovu hovořit na dalším jednání Koalice.

4. Různé

- V sobotu 16. 4. 2011 se v hotelu Floret, Průhonice, koná konference ČLK 2011 na téma „Reforma zdravotnictví“ za účasti ministra Hegera. Konference se zúčastní Dr. Jojko za SAS ČR. KSL svého zástupce na konferen-

ci nedelegovala.

- Zdravotní pojišťovna MÉDIA se slučuje s VZP ČR.

- Dr. Dvořák navrhl zaslat předsedům a místopředsedům koaličních stran informaci o tom že nebyl dodržen slib ministra zdravotnictví posílit ambulantní sektor. Zástupci KSL se dohodli, že se nejprve pokusí dohodnout ministrem na společném memorandu a teprve v případě, že by ministr na požadavky formulované v memorandu nepřistoupil, zváží další kroky.

II. Návrh Společného Memoranda Koalice soukromých lékařů a Ministerstva zdravotnictví ČR

V návaznosti na Memorandum uzavřené mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Lékařským odborovým klubem dne 17.2.2011 a Memorandem o úpravě poměrů ve zdravotnictví uzavřeným stejným ministerstvem a Českou asociací sester dne 8.3.2011, se níže podepsaní zástupci Koalice soukromých lékařů a Ministerstva zdravotnictví ČR dohodli na společném postupu při naplňování níže uvedených bodů.

1. Základní koncepční kroky

V souladu s Programovým prohlášením vlády, ve kterém je uvedeno:

„Veřejné zdravotní pojištění bude zachováno a modernizováno. Budou navýšeny prostředky přísunem soukromých zdrojů, zprůhledněno právní prostředí a podporována rovná soutěž poskytovatelů i plátců.“

a v souladu s mediálními výstupy ministra zdravotnictví doc. MUDr. Leoše Hegera, CSc., ve kterých veřejně vyhlásil podporu primární péče, se Ministerstvo zdravotnictví ČR hlásí k aktivní spolupráci s Koalicí soukromých lékařů, zastupující převážnou většinu ambulantních lékařů. Tato aktivní spolupráce bude vyjádřena především formou úzké spolupráce a konzultací nad připravovanými legislativními změnami, včetně formování základních reformních kroků.

2. Odměňování lékařů

V návaznosti na úpravu platových poměrů lékařů v nemocnicích a vyhlášení ministra zdravotnictví o postupném narovnání úhrad všech zdravotníků se dohodli zástupci Koalice soukromých lékařů s ministrem zdravotnictví na společné práci nad úpravou tzv. Seznamu výkonů, který je vydáván formou vyhlášky, poslední znění je obsahem Vyhlášky

č. 472/2009 Sb., a nad způsobem účtování zdravotní péče zubních lékařů. Podstatnou změnou by měla být taková úprava, která povede v horizontu několika let k naplnění deklarace o narovnání odměn ve zdravotnictví postupně ve všech jeho segmentech.

3. Přesun péče z nemocnic do ambulancí

Zástupci Koalice soukromých lékařů a Ministerstva zdravotnictví ČR se dohodli na zahájení diskuse, která by měla vést k faktickému naplňování trendu moderní medicíny, tj. přesunu pacientů z lůžek do ambulancí.

4. Legislativní změny

Zástupci Koalice soukromých lékařů a Ministerstva zdravotnictví ČR se dohodli na úzké spolupráci nad předkládanými legislativními návrhy. Ministerstvo zdravotnictví ČR bude iniciovat schůzky se zástupci Koalice soukromých lékařů, na kterých budou předkládány koncepční záměry, ze kterých budou následně vycházet jednotlivé právní normy. V rámci připomínkového řízení budou realizovány schůzky za účelem vypořádávání připomínek předkládaných zástupci jednotlivých organizací sdružujících se v Koalici soukromých lékařů.

Součástí diskusí bude i problematika jasného legislativního vymezení spoluúčasti pacientů na úhradě poskytované zdravotní péče. Za specifickou považuje Koalice soukromých lékařů problematiku stomatologické péče, kdy připravované změny by měly reflektovat trendy nastoupené ve vyspělých státech světa.

5. Vzdělávání zdravotníků

Zástupci Koalice soukromých lékařů a zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR se dohodli, že budou ve spolupráci s odbornými společnostmi pracovat na zlepšování systému vzdělávání lékařských i nelékařských pracovníků. Dále se dohodli na úpravě systému rezidenčních míst zejména s důrazem na skutečnost, aby dotace na rezidenta zachovaly stejné platové podmínky po celou dobu vzdělávání v minimální výši jako v současnosti.

6. Projekty eHealth

Zástupci Koalice soukromých lékařů a zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR se dohodli na přenesení další diskuse o obsahu a formách eHealth v ČR z prostředí zdravotních pojišťoven a komerčních subjektů na půdu ministerstva zdravotnictví. Zároveň



se dohodli na dodržování principu dobrovolnosti, a to jak zdravotnických zařízení, tak pacientů, v tom, k jakému ze systémů eHealth (a zda vůbec) se připojí; žádný systém přitom nesmí být preferován a vynucován silou na úkor jiného.

V Praze dne 30. 3. 2011

■ III. Vyhlášení a protest Rady Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s. (dále také jen SAS) k plánu zavést v ČR tzv. generickou preskripci a možnost narušení celistvosti balení léků před jejich výdejem lékárnou.

Přijato na jednání dne 25.3.2011.

Rada SAS vyhláší, že registrovala informace o tom, že MZ údajně „oprašuje“ myšlenku:

A) zavést nový systém předepisování léků, kdy lékař by nově na recept již nepsal název konkrétního léku od konkrétní firmy, ale jen chemický název účinné látky, tj. tzv. generickou preskripci.

B) umožnit lékárníkům před výdejem léků narušit celistvost jejich balení a vydávat pouze část originálního balení nebo i jen jím samotným zabalené jednotlivé tablety.

Rada SAS konstatuje, že vnímá objektivní potřebu pracovat na takových opatřeních, která povedou k redukci zbytečných finančních výdajů za léky, tyto myšlenky by ovšem jednak dle názoru Rady SAS k deklarovanému ušetření peněz nevedly a přinesly by proti stávající situaci řadu nových problémů odborných, etických i psychologických. Zároveň by vyvolaly potřebu vícenákladů na straně zdravotnických zařízení.

Ad A) Ke generické preskripci:

Rada SAS upozorňuje na to, že:

- léky nelze považovat za prosté zboží s možností zcela volné záměny.

- vznikne-li situace, kdy bude hrozit, že pacient při každé návštěvě v lékárně dostane jiný lék, nebude-li pacient farmakologicky vzdělaný, ztratí ve velmi krátké době všichni jeho ošetřující lékaři přehled o tom, co, kdy a jak užíval. Naprostá většina pacientů nebude u lékaře schopna vyjmenovat léky, které v poslední době užívala. Dále je také velké nebezpečí v tom, že při neznalosti jednotlivých léků dojde k tomu, že si pacienti začnou léky se stejnou účinnou látkou brát současně a dojde k toxickému účinku léků. K takovým

případům dochází již dnes, např. u psychofarmak stejné generické substance.

- lékař je ten, kdo nese plnou odpovědnost za léčbu pacienta včetně eventuelních nežádoucích účinků léků, musí tedy mít plnou záruku, že pacient dostane opravdu přesně to, co mu bylo předepsáno.

- u pacientů existuje řada genových mutací, které vedou i k různým reakcím pacientů na různé příměsi hlavních účinných látek různých léků. Je mimo jakoukoli možnost lékárníka takováto rizika včas identifikovat a vyhnout se jim.

- zdravotnické zařízení by, ačkoli je k tomu vázáno smlouvou se zdravotní pojišťovnou, ztratilo tímto krokem jakoukoli možnost kontroly nákladovosti své preskripce.

- uvažované úsporné opatření do značné míry bude znamenat vznik potřeby nových finančních výdajů na straně zdravotnických zařízení a je otázkou, zda tyto výdaje nebudou vyšší, než možná uvažovaná úspora. Myslíme tím hlavně vyvolání potřeby nákladů na změnu naprosto všech softwarů u naprosto všech zdravotnických a lékárenských zařízení.

Rada SAS je toho názoru, že pokud by se vůbec o nějakém takovém podobném návrhu mělo začít uvažovat, jako povinnou součást jeho plnění by bylo nutné zajistit:

- 1) finanční kompenzaci zdravotnickým a lékárenským zařízením za vícenáklady s tímto vzniklé,

- 2) to, aby se všechny léky jmenovaly stejně a rozlišovaly se jen názvem společnosti za názvem účinné látky (např. za pomlčkou nebo v závorce). I zde je ale třeba určit, kdo takovéto přejmenování zaplatí a tyto výdaje kalkulovat proti případné úspoře.

- 3) to, aby byl při všech výdejích všech léků ve všech lékárnách trvale osobně přítomen plně erudovaný lékárník (nikoli jen laborant), přičemž zákonem by muselo být zajištěno, že za nežádoucí účinky vydaných léků není odpovědný předepisující lékař, ale právě lékárník.

Ad B) K narušení celistvosti balení léků před jejich výdejem lékárnou:

Rada SAS je si vědoma, že jsou země, kde je takovýto systém uplatňován, dle jejich informací jsou však prakticky všude problémy s:

- 1) bezpečností léků - jen z tablet mimo originální balení nelze spolehlivě určit přesný původ léků, nelze si být jistý tím, že nejde o neúčinné nebo dokonce škodlivé kopie lé-

ků, není možné určit přesnou expiraci léků,

- 2) přehledností v užívání léků - jen z tablet mimo originální balení významně roste riziko záměny léků,

- 3) hygienickými podmínkami - manipulace s jednotlivými tabletami mimo originální balení může mít za důsledek jejich kontaminaci jinými látkami nebo infekcemi s negativním dopadem na výsledky léčby, čemuž lze nejspíše zabránit jen významným navýšením provozních (technických a personálních) nákladů lékáren a prostředků na kontrolu distribuce léčiv v ČR.

Ze všech tří důvodů Rada SAS s touto myšlenkou nesouhlasí.

Rada SAS považuje za nesporné, že požadovaného ekonomického efektu lze dosáhnout daleko jednodušeji. Je možné například zajistit, aby lékárny měly povinně své ceníky dostupné internetem z jejich internetových stránek pro potřeby předepisujících lékařů. Další možností je, aby bylo umožněno lékařům vydávat alespoň některé léky, jež tvoří základ jejich preskripce, přímo v ambulanci. Tímto krokem by byla vedle finanční úspory zajištěna i úspora času pacienta.

Rada SAS s myšlenkami specifikovanými pod výše uvedenými body A) a B) a to jak samostatně, tak v kombinaci, důrazně nesouhlasí, protestuje proti nim.

Jako lékaři odmítáme odpovědnost za výsledky léčby včetně nežádoucích účinků jednotlivých léků, či jejich kombinací, pokud bude zrušen náš přímý vliv na to, jaký konkrétní lék bude pacient užívat, zmizí přehled o původu a čistotě léčiv.

Odmítáme falešný argument, že vše má být číněno za účelem úspor a odstranění korupce. Jsme toho názoru, že by uvažovaná opatření v celkových nákladech k žádné úspoře peněz nevedla a byla by jen nově vzniklým nebezpečím pro samotné pacienty. Rada SAS vyzývá vedení MZ, aby s konečnou platností upustilo od myšlenek, které mohou znamenat jen výrazné snížení kvality a bezpečnosti léčby občanů ČR.

Rada SAS ČR

Pro VOX připravil: MUDr. Pavel Neugebauer



Slovenské ministerstvo pozastavilo projekt elektronického zdravotnictví

Projekt elektronického zdravotnictví, který se na Slovensku připravuje od roku 2007 a vyžádal si desítky milionů eur, byl pozastaven. Přitom měl být spuštěn již minulý rok.

Zavedení elektronické kníčky pacienta, spuštění Národního zdravotního portálu či elektronická preskripce je tak podle odborníků v nedohlednu.

Otazníky nad portálem

„V období posledních čtyř měsíců provádělo ministerstvo zdravotnictví audit původního programu implementace e-Health a při-

pravilo novou strategii,“ prohlásila tisková mluvčí úřadu Katarína Zollerová. Člen komise pracovní skupiny pro zavedení e-Health Andrej Janco však tvrdí, že ministerstvo zatím nic nepředložilo. „Podle mě žádná nová strategie neexistuje. Změnil se jen papír a pojmy. Zatím máme k dispozici pouze 40 stran nepoužitelného materiálu, jenž stál 40 milionů eur,“ prohlásil Janco, který má výhrady i k odborné diskusi, jež na Slovensku na téma elektronizace zdravotnictví probíhá.

Ministerstvo totiž podle něho do svých plánů nezahrnulo žádnou z připomínek, kte-

ré pracovní skupina vznesla. Zatímco na zavedení elektronické kníčky se všechny strany shodují, výhrady panují především okolo záměru zřídit Národní zdravotní portál - někteří lékaři se obávají rizika zneužití citlivých údajů o pacientech, jež by portál obsahoval. „Odmítáme centrální sběr osobních údajů a jejich umísťování na internetovém portálu,“ potvrzuje Andrej Janco.

Zdroj: ZDN, 14.3.2011

5. Kongres primární péče – Kulatý stůl k ATB

Zodpovědnost za zachování účinných antibiotik pro budoucnost je nedělitelná.

Logo informačního projektu Stop rezistenci zdobilo letos visačku každého účastníka Kongresu primární péče. Tématu byl věnován i jeden z kongresových kulatých stolů, které proběhly s aktivní účastí ZN. Přinášíme vám záznam toho nejzajímavějšího, co v diskusi zaznělo.

Moderátor: Blíží se druhé výročí ustanovení Národního antibiotického programu. Co přinesl dobrého, co se naopak nepodařilo uskutečnit a co brání tomu, aby se tak stalo – to by měly být základní otázky dnešní diskuse.

MUDr. V. Jindrák: O ustanovení Národního antibiotického programu rozhodla svým usnesením vláda ČR 4. května 2009 a zveřejněn byl ve Věstníku MZ ČR 18. prosince téhož roku. První pokusy o něco podobného zde však byly již po roce 2002, kdy Evropská komise přijala doporučení Rady EU pro uvážlivé používání antibiotik v humánní medicíně.

Problematika upravená programem se týká širšího spektra témat než jen toho, jak mají antibiotiky léčit praktičtí či dětské lékaři. Je to opravdu komplexní záležitost, hovoří se o mezisektorovém koordinačním mechanismu zahrnujícím i problematiku veterinární medicíny či oblast zemědělství. Jde o to, aby-

chom byli schopni společně zachovat účinná antibiotika i pro budoucnost. Fakticky je totiž ztrácíme, a to velmi rychle. Zodpovědnost za tento stav chápeme jako společnou a nedělitelnou a podílejí se na ní všichni zúčastnění – ti, kdo předepisují, pacienti, veterináři, zemědělská výroba i široká veřejnost.

Moderátor: Jak si tedy dnes v realizaci Národního antibiotického programu stojíme?

MUDr. V. Jindrák: Nechci hodnotit, zda dobře, nebo špatně – jsme zkrátka na cestě. Ve Státním zdravotním ústavu vznikla kancelář Národního antibiotického programu, při České lékařské společnosti J. E. Purkyně pracuje subkomise pro antibiotickou politiku, kterou mám čest vést, a samozřejmě se na všem podílí i celá řada dalších subjektů, odborníků i organizátorů zdravotní péče. Bohužel, na rozdíl od jiných zemí, kde obdobné programy fungují již dlouho, např. Švédska nebo Belgie, v ČR nemá program,

jakkoli formálně schválený, žádnou finanční podporu pro svou existenci.

Moderátor: Pokročili jste díky programu v mezioborové spolupráci, která je pro realizaci národního programu evidentně klíčová?

MUDr. J. Marek: Jsem přesvědčen, že spolupracujeme mezioborově už minimálně deset let velmi intenzivně. Mám na mysli zde zastoupené společnosti pro lékařskou mikrobiologii a infekčního lékařství i naši odbornou společnost praktických dětských lékařů, která se v tomto ohledu angažuje velmi významně.

MUDr. V. Jindrák: Praktičtí dětské lékaři udělali opravdu obrovský kus práce. Když se podíváme na jejich preskripční parametry dnes a před nějakými deseti lety, vůbec se to nedá porovnávat. Racionalita má dokonce již velmi zásadní dopady na rezistenci některých původců. Poslední data např. u komu-



nitních streptokoků ukazují, že jejich rezistence klesla z 16 na 4 procenta – a to v průběhu asi šesti, sedmi let, kdy jsme velmi intenzivně spolupracovali na optimalizaci preskripce konkrétně makrolidů jako rezervních léků. U jiných odborností zdaleka tak vstřícný přístup není.

Doc. V. Marešová: Osobně považuji za podstatné, že odborná společnost praktických dětských lékařů zařadila téma antibiotik do předatestační přípravy.

MUDr. E. Kasalická: Za praktické lékaře pro dospělé musím dodat, že osvěta rodičů v ordinacích pediatriů se začíná projevovat i u nás. Zejména mladší pacienti již vědí, co je např. CRP, a nechtějí předepsat antibiotika při každém zakašlání.

MUDr. H. Cabrnachová: Za Odbornou společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP chci zdůraznit, že v práci pokračujeme. Nastartovali jsme již třeba téma spolupráce s ORL specialisty. Z hlediska konziliárního jsou pro nás těmi, kdo nejčastěji ovlivňují preskripční chování, které jsme zvyklí dodržovat u svých registrovaných pojištěnců. Když jsme udělali dotazníkovou akci v rámci ČR, proč se nejčastěji preskribují antibiotika, mezi hlavními důvody se objevily angína, bronchitida a otitida. Právě otitidy bývají jedním z nejčastějších důvodů předepisování antibiotik i v okolních státech. Vydali jsme se tedy cestou vytvoření doporučeného postupu, který by měl být průlomový tím, že bude připraven společně s odbornou společností ORL – abychom rodičům všichni říkali totéž a abychom se vzájemně nezpochybňovali ve svých názorech.

MUDr. B. Machaň: Možná bychom tu však měli otevřít dvě Pandořiny skřínky. Ta první se týká systému návštěv specialistů bez doporučení. U dětí to není takový problém, s doporučením mi jich přichází do ordinace asi 50 procent, vesměs vybavených zprávou, ze které se dozvím výsledek CRP, popř. kultivace, i to, zda je dítě očkováno proti pneumokokům. Dospělí pacienti však přicházejí téměř vždy bez doporučení, kolikrát tedy nevím, jaká antibiotika a kdy užívali. Druhý problém se pak podle mne skrývá v lékařské pohotovostní službě. Někteří pacienti opravdu vyžadují antibiotika poměrně urputně. Když jim je nedám já a stav se jim během pár hodin podle jejich názoru nezlepší, zajdou na pohotovost, kde dostanou antibioti-



kum indikované buď zcela zbytečně, nebo si ce správné, ale v nedostatečné dávce. A od tud vzniká rezistence!

Moderátor: Možná je to taková ta preskripce pro jistotu, co kdyby z toho něco bylo...

Doc. V. Marešová: A to by se právě praktikovat nemělo. Podání antibiotika u virového onemocnění nezabrání bakteriálním komplikacím, ale naopak – pokud dojde k bakteriálním komplikacím, původcem už je zpravidla méně citlivá bakterie, což podstatně zhoršuje léčbu.

MUDr. M. Víchová: Jsem rekvalifikovaná praktická lékařka původně ze záchranné služby, kde jsme mimo výjezdy sloužili i LSPP. Vím tedy, že problém spočívá v lékařích, ne v pacientech zneužívajících pohotovost. Laik oprávněnost preskripce antibiotik neposoudí.

MUDr. V. Jindrák: Před rokem nebo dvěma byla publikována studie Eurobarometru zaměřená na to, co očekává veřejnost od antibiotik a jak vnímá problém rezistence. A ukázalo se, že český pacient dává suverénní důvěru svému lékaři. V mnoha jiných zemích tomu tak není. Souhlasím proto s názorem, že je mimořádně důležité ovlivnit chování lékařů. A že pacient je samozřejmě důležitý hráč. Je třeba, aby riziko vzniku rezistencí vnímal a aby v okamžiku, kdy mu lékař antibiotikum na základě svého úsudku nepředepíše, si pro ně nezašel k nějakému jeho kolegovi.

Moderátor: Vzdělávání, racionalizace preskribovaného portfolia léků, změna komunikace i organizace péče o pacienta, o kterých zde byla řeč, ovšem stojí úsilí – a k němu je třeba všechny zúčastněné nějak motivovat. Co by z tohoto pohledu mohlo a mělo zajímat třeba politiky a organizátory zdravotní péče?

MUDr. V. Jindrák: Podívejme se třeba na příklad Francie. Spotřeba antibiotik tam byla svého času mnohanásobně vyšší než u nás. Za posledních deset let zde dokázali udělat úžasný kus práce, v podstatě preskripci mimo nemocnice zredukovali téměř o 35 %, a ušetřili tak ohromné prostředky. Investice, kterou do systému vložili, se jim mnohanásobně vrací. Návrstnost už dnes není ani těch často uváděných 14 eur za jedno vložené euro, ale více, může se to blížit až ke dvaceti eurům.

Víme, že kdybychom v ČR např. měli optimalizovat preskripci léků na kardiovaskulární onemocnění, náklady by zřejmě oproti stávající praxi stouply. Ale u antibiotik je tomu úplně naopak. Když srovnáme současnou preskripci s tím, co považujeme za racionální a správný postup, můžeme extrapolovat stamiliony korun ročně jako potenciální úsporu, to je prostě fakt. Spočítali jsme si to alespoň ve třech nejvíce nadužívaných skupinách, což jsou chinolony, makrolidy, event. potencované aminopeniciliny. Ta extrapolace se jenom pro oblast primární péči o děti a dospělé pohybuje někde kolem 300–400 milionů korun ročně na potenciální úspoře.

Moderátor: A co motivace lékařů, resp. samotných pacientů?

MUDr. V. Jindrák: Možná směřujete k nějaké finanční bonifikaci, ale to je mimořádně citlivá věc, dostáváte se do oblasti kvality péče, kterou je někdy velmi obtížné objektivně zhodnotit. Podle mého názoru to není otázka úhrad. Jde o budování systému podpory racionálního chování obecně, nejen v oblasti preskripce antibiotik. V řadě zemí to funguje, u nás nikoli. V ČR zatím vždy přišly úderky v podobě prvoplánového šetření, ale tzv. nákladová efektivita v medicíně je něco úplně a diametrálně odlišného.

Doc. V. Marešová: O tuto oblast se bohužel v minulosti nepostaral ani stát. Mnohá základní antibiotika nebo chemoterapeutika z produkce domácích firem vymizela s naším vstupem do EU. Např. furantoin, perorální oxacilin či sirupové erytromyciny, které



mají krátký poločas a z hlediska rezistence jsou výhodné. Vybojovali jsme si pro ně teda tak zvláštní léčebný program, který by člověk jistě zvažoval u onkologických pacientů, ale u primární léčby je na hlavu postavený.

Moderátor: Myslím, že je vhodný okamžik vyslechnout si názor zástupce zdravotní pojišťovny.

MUDr. J. Svatoš: Antibiotickou preskripci samozřejmě sledujeme a máme zájem ji racionalizovat. Slouží k tomu i výkony rychlé diagnostiky, které pojišťovny nasmlouvávají – pravda, někdy více, někdy méně. Ale zájem máme, i když se zvyšují náklady, následná efektivita tam určitě je – v neposlední řadě pro samotného pacienta.

Pokud jde o lékaře, nesledujeme jenom preskripci antibiotik, ale preskripci komplexně. Pokud zaregistrujeme nějaké velké vybočení, s lékařem komunikujeme a upřesňujeme si složení preskripce. ZP MV ČR umožňuje i lékařům prověřit kontraindikaci předepisovaných léků pomocí elektronické komunikace.

Moderátor: Mnozí však mají pocit, že je pojišťovny spíše primárně trestají...

MUDr. J. Svatoš: Primárním zájmem konkrétně naší pojišťovny není lékaře regulovat, ale problematiku řešit individuálně s konkrétním lékařem. Myslím, že tak postupuje i většina jiných pojišťoven.

Poznamenal jsem si z diskuse ještě jeden zajímavý prvek, a tím je motivace pojištěnců. Současná legislativa tomu nenahrává, ale určitým řešením by byly individuální zdravotně pojistné plány, připojištění a další prvky, aby si i sám pojištěnec více sledoval, za co vlastně jsou peníze vynakládány. Do jisté míry to pojišťovny umožňují již dnes formou osobních účtů, ale pojištěnci je moc nesledují, protože jak jste říkal, chybí motivace.

MUDr. V. Jindrák: Jednou poznámkou bych se vrátil k datům, která je dobré znát. Po zavedení regulačních poplatků v ordinacích jsme předpokládali, že se preskripce antibiotik v ambulantní sféře sníží – a ono se tak nestalo. Přitom když sledujete data o vývoji preskripčního chování praktických lékařů pro děti i dospělé, vidíte, že se trvale mění ve smyslu redukce. Je tedy jen jedno logické vysvětlení – že se preskripce přesouvá směrem k ambulantním specialistům. I to může souviset s regulačním poplatkem – když už



jej pacient hradí, proč by si za stejné peníze nedošel rovnou ke specialistovi? Čili jak vidno, každá regulace, která je ryze ekonomická, má své vedlejší efekty.

Doc. V. Marešová: Připomenu, co zavedla Francie pro návštěvy ambulantních pacientů. Když byli ošetřeni do pěti nebo šesti hodin odpoledne, měli stoprocentní úhradu od pojišťovny. Za návštěvu od sedmi večer do půlnoci už měli 30procentní spoluúčast a ošetření od půlnoci do šesti hodin ráno, pokud nebyli přijati k hospitalizaci, si platili sami ze svého. Než se ale k podobnému systému poplatků dopravujeme i u nás, bude to ještě trvat dlouho.

Moderátor: Závěrem, co dál a lépe, kam napřít síly?

MUDr. V. Jindrák: Jako velmi významnou bariéru vidím to, čemu říkáme nezávislost na farmaceutickém průmyslu. Říkám naprosto nepokrytě, že si nejsem zcela jist tím, čím jsou momentálně motivováni určité aktivity

kolem tvorby některých doporučených postupů – ne těch, o kterých byla řeč u tohoto kulatého stolu. Musíme mít prostě čistý štít a férově mezioborově spolupracovat. Myslím to úplně upřímně, je to důležitá věc.

Doc. V. Marešová: Osobně se domnívám, že nám nejvíce ze všeho chybí skutečná data o tom, jak se chováme. Potřebovali bychom v této souvislosti lepší spolupráci se zdravotními pojišťovnami, abychom mluvili o konkrétních a stejných číslech.

Za druhé si myslím, že i když se o to všichni snažíme, stále máme jistý dluh v informování a vzdělávání o antibiotikách. Abychom začínali už pregraduální výchově, pokračovali s tím ve specializační přípravě a poté i v kontinuálním vzdělávání.

MUDr. V. Jindrák: Myšlenku dostupnosti dat a zpětné vazby také plně podporuji. Se zdravotní pojišťovnou Škoda z Mladé Boleslavi existoval velmi pěkný projekt dokazující nejen, že pojišťovny preskripční data mají, ale že na jejich základě mohou praktickým lékařům nebo ambulantním specialistům vracet solidně dokumentovaný obraz jejich preskripčního chování – ne podle peněz, ale podle toho, kolik receptů s daným lékem vystavili a pro jaké pacienty. Kdyby se něco podobného mohlo plošně vytvořit v rámci ČR a každý lékař by extenzivně dostával svoje data – srozumitelná a jednoduše prezentovaná –, myslím, že by to byl obrovský pokrok.

MUDr. E. Kasalická: Praktičtí lékaři zapojení do projektu VZP Akord už takové přehledy dostávají.

MUDr. H. Cabrnachová: Já bych se přes to vrátila k ekonomickým motivacím. Jen těžko můžeme vzdělat všechny své kolegy a tlačít je k nějakému chování, pokud to nějak nebudou mít šanci pocítit. Nesmí to být systém, který by perzekvoval lékaře izolovaně za náklady na léky, laboratoře apod. To už jsme zažili a bylo to velmi kontraproduktivní. Systémy by měly umět hodnotit celkové náklady na léčbu jednotlivých pacientů a mít možnost porovnávat s náklady průměrnými, motivovat lékaře ke změně chování. Treba v tom již zmiňovaném Akordu je pro mě motivující, když otevřu tabulku, a vidím své náklady na spotřebu jednotlivých skupin antibiotik v porovnání s republikovým průměrem. Může mě to vést minimálně k zamyšlení, nakolik jsem dobrým lékařem a nakolik o mě bude zájem. V budoucnu snad budou i pojištěn-



ci motivování k tomu vyhledávat lékaře, který se co do vzdělávání a následně kvality léčby pohybuje v nějaké lepší úrovni, a hodnotit jej lépe než někoho, kdo má pěkně vymalovanou čekárnu s koženou sedačkou, což o odbornosti a kvalitě nevypovídá nic.

Doc. Z. Kabelka: I já bych označil za nejpodstatnější otázku zpětné vazby. Přehledu o tom, kolik předepisují, na co to předepisují

a jaký mám z toho výsledek. Předpokládá to i tlak na tvůrce informačních systémů a ambulantních softwarů. Předepíší antibiotikum – okamžitě to odchází někam do schránky. Zapiší si výsledek mikrobiologie – opět to automaticky odejde. Abych si na konci měsíce mohl jedním kliknutím vyjet souhrnný přehled.

Moderátor: Považujme shodu na potřebě sdílení dat a lepší práce s nimi za tečku za aktuálním kulatým stolem, který nám nastolil i řadu dalších otázek. Věřme, že budou námětem některého z příštích diskusních setkání, jejichž uspořádání se redakce ZN ráda ujme.

Zdroj: Zdravotnické noviny

Všichni jsme věděli, že lékaři nikam neodejdou

O „nekompetentnosti České lékařské komory, lhostejnosti, brutálním nátlaku odborů i nesmyslných požadavcích ministerstva“ jsme hovořili s předsedou Sdružení praktických lékařů Václavem Šmatlákem.

Akce „Děkujeme, odcházíme“ je za námi. Myslíte si, že má své vítěze a poražené?

Řekl bych, že nemá jednoznačného vítěze. Blíže k vítězství však má rozhodně LOK. Byl uzavřen kompromis a ministerstvo odborům velmi ustoupilo. Myslím, že odborové lékaři mohou být spokojeni. Zda budou spokojeni i ti ostatní, není jasné, protože – jak jsme upozorňovali od samého začátku – akce pominula všechny ostatní profesní skupiny. Docela mě mrzelo, že se v souvislosti s touto iniciativou opakovaně poukazovalo na to, že praktici žádné finanční problémy nemají. Byl směšován náš příjem s platy lékařů, což je úplný nesmysl. Náklady privátních zdravotnických zařízení praktických lékařů představují 65 až 75 procent celkového příjmu a rok od roku se zvyšují.

Vy jste od samého počátku tuto akci kritizovali. Vyvolala mezi skupinami lékařů nějaké napětí?

V současnosti žádné větší napětí mezi lékaři nepozoruji. Jistě, byli zastánci jednoho i druhého názoru, mezi kterými to docela jiskřilo, bohužel se vyskytly i nějaké výhrůžky adresované kritikům akce „Děkujeme, odcházíme“. Chápu iniciativu odborů jako legitimní starost o vlastní prostředky. Problém byl spíše s formou a načasováním akce. Je také třeba připomenout, že pozastavila reformní aktivitu. Byla namířena proti vládě, ale základní problém, tedy korupce, je na straně managementu nemocnic. A vláda má na starosti jen fakultní nemocnice, přitom největší problémy jsou v krajských zařízeních. Většina nespokojených lékařů proto také pocházela z krajských nemocnic. Jedním z legitimních prostředků odborů je stávka. Toto

ovšem stávka nebyla. Byla to nátlaková akce, v řadě případů prý lékaři byli k podání výpovědi víceméně donuceni.

Jak to myslíte?

Zejména na menších městech docházelo k případům, kdy členové kolektivu prostě byli postaveni před hotovou věc: „Buď jdeš s námi, nebo proti nám.“ Byl na ně vyvinut nátlak, aby se k akci připojili, i když to tak sami necítili. To je vidět i v podpoře iniciativy „Děkujeme, odcházíme“. Jestli ta akce skutečně měla takovou podporu, o jaké hovoří odbory i komora, proč se do ní nezapojili všichni nebo aspoň většina nemocničních lékařů? Každý přitom věděl, že nikdo nikam odejít nechce. Že je to jen nabídnutý prak, který nikdo nikdy nespustí. Musel to vědět i sám ministr. Myslím, že nejvíce se dotazení akce až do případného trpkého konce báli samotní lékaři.

Většina lékařů se s ČLK neztotožňuje.

Jedna věc jsou odbory a další Česká lékařská komora - té je vyčítána její role v celé akci. Jak ji hodnotíte, domníváte se, že byla oprávněná?

Pozice České lékařské komory v této akci byla nepřijatelná a myslím, že komora se zpronevěřila své funkci. Celkem po právu bývá označována jako „běčko“ LOKu nebo jako ČLOK (Česká lékařská odborová komora). Postoj odborů chápu, ale s rolí komory se smířit nedokážu. To se bude muset řešit i na sjezdu – proč vedení ČLK vystupuje takovýmto způsobem a navíc demagogicky, viz heslo: „Kdo nepodporuje iniciativu ‚Děkujeme, odcházíme‘, podporuje korupci.“ To je naprosto scestná myšlenka a je třeba se ptát, proč tu komora je a čemu vlastně slouží.

Její prezident Milan Kubek ale tvrdí, že zastupovala velkou část lékařů a její role byla naprosto relevantní. Kdo a jak by tedy mohl to

to jednání vůbec řešit? Nedávno prezident Kubek získal poměrně silný mandát.

Sjezd, který je zvolen ve složení těchto delegátů, nic řešit nebude, rozhodně ne kritiku současného vedení. My se domníváme, že by Česká lékařská komora měla mít jiné složení, proporcionální zastoupení lékařů nemocničních, ambulantních a praktických. Prezident Kubek udělal vše proto, aby takové změny neprošly a on mohl i nadále komoru ovládat se svými loajálními kolegy. Situace může samozřejmě vyústit i ve změny v zákoně – v řešení otázky povinného členství, jaké kompetence by komora měla mít, jestli vůbec nějaké...

Myslíte si, že by tedy měly být vyvozeny důsledky a současné vedení by mělo odstoupit?

Tím se skutečně netrápím. Stejně jako dalších odhadem 80 procent lékařů v České republice se s Českou lékařskou komorou neidentifikují. Komora, kterou v současné době máme, je mnoha lékařům celkem lhostejná. Bez zásadních strukturálních změn bude její vážnost upadat ještě více, než je tomu dnes. Kdybych nemusel platit příspěvky a mými penězi tak nebyly podporovány veřejné výstupy a některé aktivity prezidenta Kubka, neměl bych s tím sebemenší problém. Pro lékaře existují organizace, které jim pomáhají.

Vědí, že například z našeho právního oddělení dostanou okamžitou odpověď a velice individuální radu, poskytujeme jim komplexní informační a poradenský servis – každý náš člen má tuto službu k dispozici. Celoživotní vzdělávání mají zdarma a mohou se na nás kdykoli obrátit. To vše za členský příspěvek dva tisíce korun ročně. Lékařská komora v této podobě mě nezajímá. A že se Milan Kubek ohání znovuzvolením, je také úsměvné. Složení delegátů sjezdu, kteří jej zvolili, je dáno právě tím, že lékaři se o komoru nestarají, takže ani nechodí na volební sjezdy. Na Praze 10 máme 1360 členů, přitom na volební shromáždění z nich přišlo



asi jen 50. Podobné to je i v ostatních místních sdruženích komory.

Takže pokud by lékaři chtěli, mohli by to změnit?

Jistě, mohlo by dojít ke vzniku sekcí, o kterých jsem hovořil. Každá sekce by pracovala pro své členy relativně samostatně, ale navenek bychom vystupovali společně na základě konsenzuálního rozhodování. Potom by hlas komory hovořil skutečně za většinu členů a nemohlo by se stát, že zájmy jedné skupiny lékařů jsou prosazovány na úkor skupiny druhé. Pak si klidně dovedu představit, že činnost našeho sdružení možná ani nebude ve své současné šíři potřeba. Zároveň budu vědět, že jako komora půjdeme ven jen s tím, na čem se dohodnou všechny sekce. Dalším možným řešením je omezení kompetencí a zrušení povinného členství v ČLK.

V tom případě by ale činnost komory zřejmě skončila.

Ve své současné podobě jistě. Dobrovolné členství by však bylo zárukou, že komora bude zastupovat zájmy svých členů spravedlivě a kompetentně. Je tu přeci proto, aby sloužila svým členům, ale to nedělá.

Na začátku jste řekl, že mezi jednotlivými skupinami lékařů nejsou žádné problémy. Nyní to tak ale nezní.

To tady bylo vždycky a tento protest je jen ožvil. Nemocniční lékaři tvrdí, že praktici nic nedělají, velmi často od nich slýcháváme nepodstatnou kritiku. Komora by měla tyto hrany otupovat, což rozhodně nedělá. Spíš je tu a tam přibrousí.

Chybí školitelé, odrazuje přebujelá administrativa.

Již koncem minulého roku jste kritizovali ministerské reformy, zejména ty, jež se týkají financování specializačního vzdělávání lékařů. Jak to se změnami vypadá nyní - přistoupilo MZ na vaše připomínky?

Ano, domluvili jsme se i na kompromisním počtu, pro letošní rok to bude 150 praktických lékařů a výše státní úhrady zůstane stejná jako v loňském roce. Ministerstvo naše argumenty přijalo, pochopilo a snad by měla být zjednodušena i administrativa, která je s tím spojena. Jsou tam ale ještě další problémy, o nichž nyní jednáme.

A to?

V současné době se začínají hlásit praktici o rezidenční místa. Velkým problémem je metodika podání žádosti, která je komplikovaná,

nepřehledná, a v řadě případů dokonce klade na praktika přemrštěné požadavky. Školitel musí zpracovat finanční plán, i když neví, koho dostane, a udávat informace na několik let dopředu, když nemůže vědět, kdo u něj bude jako rezident působit. Ministerstvo se ale tváří přístupně.

Příští rok by měla být připravena novela zákona číslo 95/2004, která by to měla zjednodušit, ale už i v ní vidíme řadu problémů. Například přidělování míst toho, jak budou žádosti Což je nesmysl, musí přeci být brán ohled na regionální rozložení. To je přesně to, co diskredituje jinak velice dobrou myšlenku. V tuto chvíli máme dost žadatelů z řad mladých absolventů a máme větší problém získat školitele - přebujelost administrativy je od toho odrazuje. Jedná se také o peníze, naštěstí některé zdravotní pojišťovny zvýhodňují školitele a navyšují jim kapitační platby.

Ríkáte, že máte více zájemců než školitelů. V minulých letech tomu bylo spíše opačně, což dokazuje i průměrný věk praktických lékařů (kolem 55 let). se vám tedy nezáměr o obor překlenout?

Po letech absolutní stagnace až negativismu došlo k obrovskému obratu. Bylo období, kdy jsme měli třeba jen sedm absolventů specializační přípravy (rok 2007). V roce 2006 totiž na ministerstvo nastoupil David Rath, který vše úplně zarazil. Díky bývalému ministrovi Julínkovi a náměstkyni Hellerové se podařilo obor znovu rozjet a zachránit, vždyť by jinak časem zcela zanikla primární péče.

Dotkli jsme se vládních reforem - vedle specializačního vzdělávání vás trápí i další věc, a to zákon o zdravotních službách. Můžete konkretizovat, co přesně vám vadí?

To jste se dotkla opravdu citlivého tématu. Starý zákon číslo 20/1966, o péči o zdraví lidu, má být nahrazen zákonem o zdravotních službách, který je dnes připraven do připomínkového řízení. Máme k němu ovšem spoustu kritických připomínek, a to naprosto zásadních. Praktickým lékařům a pediatrům by podle této normy například byla nařizována povinnost nepřetržitého zajištění poskytování zdravotní péče. To ovšem není možné. Tento návrh odporuje současné legislativě, dle našeho názoru i Ústavě, naráží na ekonomické a personální možnosti systému. Kde bychom sebrali potřebný personál - lékaře i zdravotní sestry? Z jakých prostředků a jak bychom je zaplatili? Pokud by mělo dojít k jeho schválení, byl by oheň na střeše.

Zdroj: ZN, 14.3.2011

Rodiče mohou do konce roku ušetřit na očkování svých dětí proti rotavirům

Rotaviry každoročně způsobují zdravotní komplikace mnoha dětem a jsou nejčastější příčinou hospitalizace pro infekční průjem u dětí do 5 let věku. Za vhodnou prevenci těžkých průjmů a zvracení vyvolaných rotaviry je považováno očkování. To je až do konce roku přístupnější více rodinám. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR i v letošním roce spustila akci, díky níž budou moci rodiče pořídit svým dětem očkování proti rotavirům za výhodnější cenu. Partnerem akce je společnost GlaxoSmithKline, výrobce vakcíny proti rotavirům Rotarix™.

Rotavirům se prakticky nedá vyhnout, jsou součástí našeho života. Malým dětem mohou způsobovat průjmy a zvracení, které v některých případech mohou vést až k hospitalizaci dítěte. Zvýšená hygienická opatření (mytí rukou nebo pravidelná dezinfekce hraček a povrchů, kde si dítě hraje) mají pouze omezený efekt na šíření rotavirových infekcí. Za vhodnou prevenci je považováno očkování. Očkovací látka se podává ústy bez nutnosti vpichu, což je pro děti šetrné. Rozestup mezi jednotlivými dávkami je vždy minimálně čtyři týdny a **vyberou-li si rodiče vakcínu s dvoudávkovým schématem (vakcína Rotarix), může být očkovací schéma dokončeno již v 10 týdnech věku.** Obě dávky musí být podány nejpozději do 24. týdne věku miminka.

Cílem akce Všeobecné zdravotní pojišťovny, která **trvá od 18. dubna do 31. prosince 2011**, je zlepšení prevence proti rotavirové gastroenteritidě a edukace rodičů o možnostech očkování. V České republice je proočkovanost jedna z nejnižších ve střední Evropě - pouhých 7 %. **Akce VZP umožní rodičům ušetřit na očkování svých dětí proti rotavirům až 1400 Kč. Rodič či zákonný zástupce si vyvedne voucher na rodné číslo dítěte na jakékoli pobočce VZP. U lékaře či v lékárně zaplatí za kompletní očkovací schéma maximálně 3 000 Kč (cena bez aplikačních poplatků) a na jakékoli pobočce VZP dostanou oproti voucheru (potvrzeném lékařem či lékárníkem) ještě 500 Kč zpět.**

O očkování proti rotavirům se mohou rodiče informovat u praktického lékaře pro děti a dorost. Podrobnější informace o onemocnění a projektu VZP jsou k dispozici na internetových stránkách www.rotarix.cz a www.vzp.cz/rotaviry

Tisková zpráva, Praha, 11.dubna 2011



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Povinné očkování

Výklad MZČR k problematice povinného očkování:

Ústavní soud (ÚS) rozhodl dne 3. února 2011 nálezem pod čj. III. ÚS 449/06 o ústavní stížnosti, kterou byl napaden rozsudek Nejvyššího správního soudu potvrzující rozhodnutí MZ o uložení pokuty za nepodrobení se dítěte povinnému očkování.

Základní závěry nálezu ÚS:

• **V obecné rovině je povinné očkování ospravedlnitelné nejen ve vztahu k čl. 5 a 6 Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva vyhlášená ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 96/2001), ale i k dalším základním právům občana podle Ústavy ČR a Listiny základních práv a svobod**

• **Povinné očkování je ve vztahu k základnímu právu svobodně projevovat náboženství nebo víru přípustným omezením tohoto práva, neboť jde evidentně o opatření (pozn. povinnost podrobit se očkování) v demokratické společnosti nezbytné pro ochranu veřejné bezpečnosti, zdraví a práv a svobod druhých.**

• Autonomie rodičů při rozhodování o zdravotnických zákrocích vůči dětem není absolutní.

Ve vztahu k ústavnosti zákona o ochraně veřejného zdraví a jeho vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem:

ÚS nezakoumal ústavnost citovaného zákona a prováděcího předpisu. **Konstatoval však:**

• Přezkum ústavnosti povinnosti podrobit se očkování nezakládá Úmluva o lidských právech a biomedicíně, neboť rozhodnutí zákonodárce o povinném očkování realizuje možnost podle čl. 26 Úmluvy. *Pozn. tedy argumentace rodičů, že zákon je v rozporu s Úmluvou, není relevantní.*

• Při posuzování ústavnosti napadeného rozhodnutí NSS shledal ÚS, že zpochybňování ústavnosti povinného očkování nebylo nutné ani s ohledem na zachování základních práv osob, které jsou v obdobném postavení stěžovatele.

• Účinnou ochranu základních práv lze zajistit pečlivým zvážením okolností individuálního případu a výjimečným rozhodnutím, že

sankce nebude uložena a očkování nebude vynucováno (viz níže)

• Povinné očkování podle zákona o ochraně veřejného zdraví a vyhlášky: **Jde o rozhodnutí politické a expertní a ÚS nemůže svým rozhodnutím nahradit závěr zákonodárce nebo exekutivy o tom, že určité infekční nemoci vyžadují povinné očkování** (pozn. tedy nenáleží soudům, aby rozhodovaly, kterým očkováním se dítě má a kterým nemá podrobit – to je věcí Parlamentu a MZ. Jejich rozhodnutí nemohou soudy suplovat.)

Na druhé straně: Občan má právo na to, aby správní orgán při rozhodování o pokutě přihlédl ke všem aspektům jeho případu a výjimečně ho nesankcionoval z důvodů ochrany základních práv chráněných ústavním pořádkem (pozn. tj. Ústavou a Listinou základních práv a svobod – ústavní zákony č. 1 a 2 z r. 1993).

• Neexistuje ale základní právo „nebýt očkován“ (tj. takové právo není chráněno ústavním pořádkem, tedy není uvedeno v Ústavě ani Listině základních práv a svobod).

• Problém není v právních předpisech, ale v jejich aplikaci. Nejvyšší správní soud posoudil věc stěžovatele příliš formálně a proto bylo jeho rozhodnutí zrušeno a vráceno k novému projednání s poznámkou ÚS, že stěžovatel se nechoval v řízení konzistentně.

• Ústavně konformním omezením základního práva vyznávat víru a náboženství tedy nemůže být bezvýjimečné vynucování povinného očkování proti jakékoliv osobě bez ohledu na individuální specifika případu a motivaci, kterou má daná osoba ve svém rozhodnutí povinné očkování nepodstoupit.

• Jsou-li zde okolnosti, **které zásadním způsobem** volají pro zachování autonomie dané osoby a pro výjimečné nesankcionování povinnosti podrobit se očkování, nesmí orgán veřejné moci povinnost sankcionovat či jinak vynucovat

• **KHS i MZ tedy musí vzít v potaz výjimečné rodičem tvrzené důvody pro odmítnutí očkování**

• Pokud tyto důvody zásadním způsobem volají pro zachování autonomie dané osoby – **při současném zachování opačně působící**

ho veřejného zájmu – tedy výjimečné nesankcionování – **nesmí KHS/MZ povinnost podrobit se očkování sankcionovat či jinak vynucovat. Přitom musí** vzít v úvahu

- naléhavost tvrzených důvodů
- jejich ústavní relevanci
- nebezpečí pro společnost, které může jednání dané osoby vyvolat
- konzistentnost a přesvědčivost tvrzení dané osoby.

Komentář:

Výsledkem, který z uvedeného textu plyne je pro naši práci především ta skutečnost, že se po několika měsících vrací KHS možnost vymáhat dodržení zákonné povinnosti v případě povinného očkování i s možností dávat podněty pro zahájení správních řízení. Ačkoliv nikdo z nás jistě nemá zájem sankcionovat, je určitě dobré, že po období, kdy nebylo možné jakkoliv tuto povinnost po rodičích vymáhat, se opět vracíme do situace, kdy existuje možnost vymahatelnosti.

■ Stanovisko k elektronickým zdravotním knížkám

Výborem naší profesní organizace SPLDD ČR jsme byli požádáni o stanovisko k projektu IZIP a výsledkem projednání výborem naší společnosti je následující text:

Výbor odborné společnosti konstatuje, že zástupci PLDD měli od začátku fungování projektu elektronických zdravotních knížek možnost diskutovat smysl a přínosy projektu pro kvalitu a bezpečnost zdravotní péče a efektivitu systému veřejného zdravotního pojištění.

Za celou dobu fungování projektu se nikdy na žádné úrovni neobjevily pochybnosti o smyslu a principech tohoto projektu, naopak se postupem času objevily projekty velmi podobné. Ve všech případech bylo ponecháno na svobodném rozhodnutí lékařů zda a za jakých podmínek se do podobných projektů zapojit.

Vstup VZP do společnosti IZIP vnímáme jako přínosný, protože poskytuje veřejnou kontrolu nad systémem. Plně podporujeme takové cesty, které umožní odpovídající finanční motivaci pro lékaře pracující s elektronickými zdravotními knížkami pojištěnců VZP. Právě moti-



vace je pro lékaře chybějícím článkem dalšího rozvoje tohoto systému a odlišuje tak systém používaný VZP od obdobných systémů jiných zdravotních pojišťoven (platby lékařům za práci s Kartou života apod.).

Princip přístupu k maximu informací o zdravotním stavu pacienta s jeho souhlasem považujeme za správný. Podporujeme také postupné propojování obdobných systémů, to má ale nepochybně rozměr obchodní a tedy není a nemůže být předmětem našeho stanoviska. Nechceme dopustit systém, který by byl centrálně nařízen a pro všechny účastníky povinný. Naopak odpovídající motivace pro všechny subjekty by měla optimálně zajistit co nejlepší využívání podobných systémů.

Zástupce OSPDL se bude nadále účastnit jednání u kulatého stolu na téma projektu AKORD 2G VZP ČR, jehož součástí je práce s elektronickými zdravotními knížkami. Máme zájem být informováni o projektech a motivačních programech, které VZP připravuje, včetně využitelnosti projektu pro zlepšení kvality poskytované péče. Jsme připraveni se podílet na diskusi na toto téma napříč segmenty a pomáhat rozvíjet elektronické alternativy pro zdravotní a očkovací průkaz, elektronickou žádanku, elektronický recept, stejně jako přístup ke zdravotním informacím pacienta na jednotlivých úrovních.

■ Akce VZP – podpora očkování proti rotavirům a HPV

Akce VZP – podpora očkování proti rotavirům – trvá od 18. dubna do 31. prosince 2011. Akce VZP umožní rodičům ušetřit na očkování svých dětí proti rotavirům cca až 1 400 Kč. Rodič či zákonný zástupce si vyzvedne voucher na rodné číslo dítěte na jakékoliv pobočce VZP. U lékaře či v lékárně zaplatí za kompletní očkovací schéma maximálně 3 000 Kč (cena bez aplikačních poplatků) a na jakékoli pobočce VZP dostanou oproti voucheru (potvrzením lékařem či lékárníkem) ještě 500 Kč zpět.

Akce VZP – podpora očkování proti HPV – trvá od 26. dubna do 31. prosince 2011. Lišit se bude cena, vakcína Cervarix bude mít definovanou cenu na voucheru 5 400 Kč (bez aplikačních poplatků) a vakcína Silgard 6 400 Kč. Lišit se bude cena za kterou bude lékař nakupovat, v případě vakcíny Cervarix bude adekvátně snížena.

Akce dalších pojišťoven lze očekávat, momentálně ale bližší informace nemáme.

Mikroskopické houby v pediatrii

1. část: Mycetární onemocnění, rizikové faktory a etiologická klasifikace mykóz

MUDr. Karel Mencl, CSc.

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

MUDr. David Stuchlík

Dermatovenerologické oddělení, Pardubická krajská nemocnice, a. s.

■ Úvod

Mění se svět, lidé, technika, ale mikroorganismy, které nás provázejí od počátků lidské existence, se změnily jen velmi málo, i když je nutno přiznat, že se z ontogenetického hlediska v mnoha případech dokázaly výrazně přizpůsobit některým novým podmínkám, zvláště pokud jde o vývoj rezistencí na antibiotika. S mikroorganismy se můžeme setkat téměř na každém kroku a tak i přes neustálé a výrazné pokroky v rozvoji medicíny zůstávají infekční onemocnění jimi působená stále velkým problémem. Není tomu jinak ani v oblasti pediatrie. Vedle virových, bakteriálních a parazitárních onemocnění však mohou do pediatrické ambulance zavítat i onemocnění působená mikroskopickými houbami. Právě mykologická problematika je často na rozdíl od jiných, většinou epidemiologicky přesně vymezených infekcí (angína, spála, parotitis, chřipka, enterobióza apod.), diagnostickým a terapeutickým rébusem. A protože by se nemělo zapomínat ani na tato onemocnění, která se vyskytují buď samostatně, nebo namnoze komplikují jiná základní onemocnění, dovolili jsme si pro Vás připravit přiblížení mykotických onemocnění, se kterými se ve své praxi můžete setkat. Aniž bychom si činili nároky na detailní zpracování celé problematiky lékařské mykologie, nebo se Vám snažili vnucovat některé postupy v diferenciální diagnostice mykotických onemocnění, nabízíme Vám ji k nahlédnutí s pocitem, že by Vás mohla inspirovat ve vaší každodenní práci pro blaho a zdraví pacientů.

Problematika mykotických onemocnění je velmi pestrá a vždy odvislá od úhlu pohledu či zaměření studia dané problematiky v jednotlivých medicínských oborech. Existuje zde ohromná pestrost projevů vlastních onemoc-

nění ve vztahu k množství naprosto odlišných původců, z nichž mnozí se mohou podílet jak na postižení jednotlivých orgánů, tak i orgánových systémů. Vzhledem k ubikviternímu rozšíření řady mykotických agens a k jejich namnoze oportunní povaze při vzniku onemocnění je nutné správně volit jednotlivé odběrové, kulturační, izolační a determinační postupy. Dále je nutné sledovat jednotlivá onemocnění ve vztahu k přítomným predispozičním faktorům a hledat hlavní spouštěcí mechanismy jednotlivých případů a v neposlední řadě se správně orientovat v antimykotické terapii.

Rovněž se domníváme, že alespoň rámcové znalosti lékařské mykologie mohou praktickému lékaři pomoci zpětnou vazbou se zabývat příčinou vzniku mykózy, kdy na její přítomnosti může odhalit některý dosud skrytý rizikový faktor.

Protože se jedná o problematiku velmi obsáhlou, rozhodli jsme se Vás s ní seznámit postupně, formou jakéhosi seriálu

Jak se nám náš záměr zdařil, posuďte, prosíme, sami.

■ Morfologie mikroskopických hub

Říše hub v současnosti zahrnuje na několik set tisíc poznanych druhů. Houby jsou zcela běžnou součástí životního prostředí, které poměrně silně ovlivňují a to jak pozitivně, tak i negativně. Negativní vlastnosti hub se projevují v produkci toxických metabolitů (mykotoxinů), parazitismu na kulturních rostlinách, a také přímým, nebo oportunním parazitizmem na živočiších, i na člověku samotném.

Buněčnou stavbou houby připomínají rostlinnou či živočišnou buňku včetně pří-



tomnosti celé řady organel. Pro nepřítomnost chlorofylu se řadí mezi heterotrofní organismy.

Mikroskopické houby (mikromycety) se vyskytují v přírodních podmínkách nebo patologických projevech lidí a zvířat buď ve formě organismů kvasinkovitých nebo vláknitých.

Forma kvasinkovitá

Tato forma je nejčastěji charakterizována oválnými nebo kulovitými tvary buněk, nazývaných blastospor, o velikosti od 2 až do 10 µm. Některé druhy kvasinek jsou schopny za příhodných podmínek vytvářet nepravá vlákna, tzv. pseudomycelium, které při invazivní expanzi v napadené tkáni nabývá charakteru a podoby pravého mycelia.

Forma vláknitá

Zde je forma tvořena souborem vláken - hyf, které se při svém růstu navzájem splétají a vytvářejí vláknitou masu, označovanou jako mycelium. Na rozdíl od kvasinek se vláknité mikromycety nikdy nevyskytují jako saprofyty či epifyty na sliznicích člověka.

■ Onemocnění a stavy působené houbami

Onemocnění způsobená houbami a souborně označovaná jako mycetární onemocnění rozdělujeme podle jejich povahy na mycetizmy, mykotoxikózy, mykoalergie a mykózy.

Mycetizmy

Přestože mycetizmy nepatří do sféry mikroskopických hub, je však dobré znát alespoň orientačně možné komplikace, které mohou po požití některých kloboukatých hub nastat (tab. 1). Proto je velmi užitečné, zvláště v době houbařské sezóny, učinit v rámci získávání anamnézy dotaz na konzumaci pokrmů s houbami. Pro oslabené jedince a děti totiž mohou být nebezpečné i houby typu ryzec, holubinka či kuřátko a dokonce i některé václavky jsou při nedostatečné tepelné úpravě považovány za jedovaté.

Mykotoxikózy

Mykotoxiny jsou látky produkované některými mikromycety a mohou i v nízkých koncentracích působit vážné poruchy zdraví, a to jak při akutním, tak i chronickém působení. Velmi často je postižen nejen jaterní parenchym, ale i ledviny a CNS.

Mezi obecně nejznámější mykotoxiny pa-

trí řada aflatoxinů, produkovaných mikromycety *Aspergillus flavus* a *A. parasiticus* při jejich výskytu na některých obilních substrátech a na podzemnici olejné. Tyto toxiny jsou silně termostabilní! Přehled dalších toxinů, jejich producentů a místa jejich působení je uveden v tab. 2.

Mykoalergie

Přestože se v případě mykoalergií v podstatě jedná o stavy se stejným mechanismem vzniku jako je tomu u jiných alergických onemocnění, jedná se o jeden z nejzávažnějších celosvětových problémů. Řada odborníků totiž předpokládá, že podíl mikroskopických hub z celkového počtu alergických onemocnění představuje až 38 %.

Stejně jako v případě jiných infekčních původců alergií splňují také mikroskopické houby tři základní hlediska:

1. onemocnění vzniká na senzibilizovaném terénu
2. původce onemocnění neinvaduje do tkání
3. je detekovatelná imunitní odpověď makroorganismu.

Na alergických projevech typu senná rýma a astma bronchiale se podílí celá řada ubikviterně rozšířených mikromycetů, jako jsou zástupci rodů *Aspergillus*, *Alternaria*, *Fusarium*, *Penicillium* apod.

Mykózy

V případě mykóz jde o onemocnění způsobená přímým aktivním (infiltrativním) růstem mikromycetů ve tkáních hostitele. Počet původců mykóz člověka se v současné době odhaduje asi na 500 druhů. Patogenita prakticky všech mikroskopických hub je velmi nízká, jako primární patogeny by se v našich geografických podmínkách daly s určitými výhradami označit pouze dermatofyty. V daleko větší míře se v humánní medicíně setkáváme s tzv. oportunními mikromycetami, pro které je patogenita pouze náhodným fenoménem a vznik onemocnění závisí hlavně na dispoziční vnímavosti hostitele. Riziko takového postižení jsou tedy vystaveny zvláště osoby se sníženou celkovou nebo lokální obranyschopností (tab. 3).

Klasifikace mykóz

Klasifikace infekčních onemocnění je možná vždy ze dvou pohledů – topograficky a etiologicky. U obou se v oblasti mykologie jedná o velmi pestré sklady, kdy u řady agens bývá etiologie spojená i s určitou

topografií. V této první části si vám dovoluujeme představit rozdělení mykóz podle etiologie, a to s ohledem na náš středoevropský region. Díky tonuto účelovému omezení se jedná o šest skupin onemocnění: kandidózu, kryptokokózu, aspergilózu, fykomykózu, pneumocystózu a dermatomykózu. Topografické dělení mykóz vám představíme v další části našeho sdělení, kdy bude sledovaná problematika spojena s diferenciální diagnostikou, možnostmi postupu vyšetření a terapií.

■ Kandidóza

Jako kandidóza jsou souhrnně označovány infekce způsobené příslušníky rodu *Candida*, kde se nejčastěji setkáváme s druhy *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. krusei* a řadou dalších, méně často se vyskytujících druhů. Pod pojem kandidóza se běžně zahrnují také kvasinkové infekce způsobené jinými rody, např. *Rhodotorula*, *Saccharomyces*, *Trichosporon*, případně dalšími.

Vůbec nejčastější kvasinkou izolovanou z lidského organismu a také nejvíce frekventovanou houbou v případech manifestních mykotických onemocnění je *Candida albicans*, která představuje kolem 60-70% všech záchytů. Vlastní onemocnění má celou řadu klinických forem a může postihovat kteroukoli lokalizaci organismu. Predispozice byly již v tomto sdělení uvedeny v tab. 3.

Izolace kandid v nízkých kvantech z ústní dutiny, ze stolice a z vagíny jsou za normálních okolností považovány za fyziologický nález a jsou označovány jako nosičství, neboť existence kandid je zde makroorganismem tolerována. Avšak především sliznice GIT bývá u stigmatizovaného jedince endogenním zdrojem kandidózy, kdy zde za příhodných podmínek může dojít k invazi kvasinek do sliznice a přestupem do krevního řečiště diseminuje do dalších orgánů. Exogenní infekce z prostředí bývají mnohem vzácnější. Jejich původci bývají druhy, vyskytující se alespoň dočasně na kůži, např. *C. parapsilosis*.

■ Kryptokokóza

Většina případů této mykózy, která se nejčastěji projevuje jako postižení CNS, vzniká u hostitele alterovaného jinou závažnou chorobou, především leukémií nebo lymfomem.

Původce onemocnění, *Cryptococcus neoformans*, je dosud jediným prokázaným pro člověka patogenním druhem kryptokoka a na rozdíl od kandid není nikdy součástí nor-



mální lidské flóry. Vždy se tedy jedná o exogenní infekci, kdy jeho zdrojem bývají některé ptáci (holubi, papoušci), u nichž osidluje střevo a do prostředí se dostává spolu s trusem. K infekci dochází inhalační cestou kontaminovaného prachu. Plicní léze však může být pouze asymptomatická a bývá i obtížně diagnostikovatelná, ve většině případů je však zdrojem další diseminace agens do CNS. Vzhledem k sekundárnímu charakteru této mykózy a závažnosti jejího průběhu by se chovu ptáků měly vyvarovat osoby v domácím pooperačním léčení, osoby oslabené chronickými nemocemi nebo osoby dlouhodobě imunosuprimované.

■ Aspergilóza

Sekundární mykózy působené příslušníky rodu *Aspergillus* patří mezi mykotická onemocnění s nejrychleji rostoucí incidencí. Hlavní predispozicí jsou maligní procesy, chronická obstrukční plicní onemocnění, dlouhodobé léčení širokospektrými antibiotiky a steroidy a některé chirurgické výkony, zvláště transplantace.

Formy onemocnění jsou podle typu interakce hostitele a houby rozdělovány do tří skupin - alergické, kolonizující a invazivní. Zatímco první dvě mohou být též primární, invazivní aspergilóza je vždy sekundární. Její význam v posledních letech vzrůstá především se zvyšujícím se počtem imunosuprimovaných nemocných.

Zdroje infekce aspergily jsou exogenní, spóry houby vnikají do organismu ze zevního prostředí především inhalací kontaminovaného prachu. Aspergily však mohou invadovat i do jiných orgánů, kde vegetují buď saprofyty (zevní zvukovod), nebo parazituji (kůže, nehty, oko, nazální sinusy, mozek). Při poškození endokardu, mozku a dalších viscerálních parenchymatózních orgánů se předpokládá vznik hematogenní diseminací z lézí plic, méně často z paranazálních sinusů.

V etiologii onemocnění se uplatňuje asi deset druhů aspergilů: *A. fumigatus*, *A. flavus*, *A. niger*, *A. nidulans*, *A. terreus* a další.

U všech aspergilů jde o ubikvitně rozšířené saprofyty, primárně se nacházející v tlejícím rostlinném materiálu nebo půdě. Z tohoto důvodu bývá také častý výskyt spor aspergilů v ovzduší, takže patří mezi časté vzdušné kontaminanty. Z této skutečnosti vyplývá, že pouhá izolace aspergilů z biologických materiálů, bez sérologického, případně histopatologického vyšetření mnohdy nestačí k průkazu onemocnění.

■ Fykomykóza

Fykomykóza je infekce působená houbami z třídy *Phycomycetes*. Jako oportunní původci tohoto onemocnění se nejvíce uplatňují rody: *Absidia*, *Mucor*, *Rhizomucor* a *Rhizopus*. Tyto organismy jsou stejně jako aspergily ubikvitně rozšířeny saprofyty, vegetujícími v rozkládajícím se rostlinném materiálu a pro zdravé lidi jsou nepatogenní.

K infekci dochází buď inhalací nebo ingescí. Základní a nejznámější klinickou formou je rhinocerebrální fykomykóza, která velmi často souvisí s diabetem. Infekce obvyč-

Tab. 1: Účinky vybraných toxinů **kloboukatých** hub rostoucích na území České republiky

TOXIN	PRODUCENT	DOBA LATENCE	PROJEVY INTOXIKACE
FALOIDINY*	<i>Amanita phalloides</i> (Muchomůrka zelená)	6 - 8 hodin	průjmy, zvracení, ikterus, poškození jaterních buněk
MUSKARINY	<i>Amanita muscaria</i> (Muchomůrka červená)	15 - 30 minut	zúžení zornic, neurotoxické projevy, halucinace, sekreční projevy (pocení, slinění)
PANTHERINY	<i>Amanita pantherina</i> (Muchomůrka panterová)	0,5 - 3 hodiny	rozšíření zornic, psychotropní účinek až alkoholické opojení
PSILOCYBIN	<i>Psilocybe cyanescens</i> (Lysohlávka modrájící)	15 - 30 minut	halucinace, psychotropní účinek, podoba s LSD

*5-7mg amatoxinu = 50 g plodnice = smrt !

Tab. 2: Vybrané toxiny **mikroskopických vláknitých** hub a jejich účinek na lidský organismus

TOXIN	PRODUCENT	PROJEVY INTOXIKACE
AFLATOXINY	<i>Aspergillus flavus</i>	hepatotoxin, kancerogen
CITRININ	<i>Aspergillus terreus</i> <i>Aspergillus niger</i> <i>Aspergillus candidus</i>	nefrotoxin, neurotoxin
BUTENOIDY	<i>Fusarium nivale</i>	hemorhagie
FUSARIOGENIN	<i>Fusarium poae</i>	hemorhagie, aleukie
OCHRATOXIN	<i>Aspergillus ochraceus</i> <i>Penicillium viridicatum</i>	neurotoxin
PATULIN	<i>Aspergillus clavatus</i> <i>Penicillium expansum</i>	neurotoxin, kancerogen
STERIGMATOCYSTIN	<i>Aspergillus nidulans</i> <i>Aspergillus versicolor</i>	hepatotoxin, nefrotoxin, kancerogen



ně začíná v nosních sinusech a šíří se do paranasálních dutin, odkud progreduje přes lamina cribrosa na bázi frontálního laloku mozku, nebo se může z paranasálních dutin šířit do retroorbitální krajiny a zde pak přes apex orbity opět do mozku. Fykomykóza gastrointestinálního traktu se objevuje vzácně izolovaně, častěji souvisí s amébovou kolitidou, pellagrou, malnutricí nebo kwashiorkorem. Nejčastěji pak bývá postižen žaludek. V oblastech třetího světa bývá téměř třetina těchto onemocnění pozorována u dětí. Infekce kůže a měkkých tkání souvisí nejčastěji s popáleninami nebo těžkou formou diabetu.

Mezi hlavními predispozicemi bývají uváděny diabetes mellitus a hematologické malignity, zvláště leukémie a lymfomy. Dalšími rizikovými faktory jsou neutropenie, imunosupresivní terapie, rozsáhlé popáleniny a různé pooperační stavy. K onemocnění osob s nenarušenými imunitními funkcemi dochází jen velmi vzácně.

■ Pneumocystóza

Původcem tohoto plicního onemocnění je drobná jednobuněčná mikromyceta *Pneumocystis jiroveci*, která byla ještě v nedávné minulosti řazena mezi parazity (prvky) pod označením *P. carinii*. Onemocnění se vyskytuje u imunosuprimovaných osob, zvláště při blokaci T-lymfocytů, jak je tomu např. u HIV pozitivních pacientů, nebo při některých hemoblastózách. Vzhledem k tomu, že tento mikroorganismus nelze kultivovat, je diagnostika možná pouze mikroskopicky, nebo pomocí PCR. Právě na základě DNA analýzy bylo agens přeřazeno mezi houby. Záchyty protilátek detekovaných i u velmi malých dě-

tí vedou k předpokladu, že se i v případě *P. jiroveci* jedná o celosvětově rozšířený mikroorganismus, kdy primární infekce mohou proběhnout v dětském věku téměř bezpříznakově. V případě, že organismus v plicích perzistuje, může v pozdější době při dramatickém snížení obranyschopnosti dojít k reaktivaci infekce a rozvoji atypické pneumonie. Dosud jsou také diskutovány možnosti vzniku intersticiální fibrózy na podkladě chronické infekce *P. jiroveci*.

■ Dermatofytózy

Pod pojem dermatofytózy řadíme onemocnění způsobená keratinofilními houbami tří rodů (*Epidermophyton*, *Trichophyton*, *Microsporum*), jejichž příslušníci se uplatňují jako původci onemocnění lidí i zvířat. Tyto infekce lze charakterizovat následovně:

- a) působí onemocnění kůže a kožních struktur
- b) nevyvolávají systémové infekce
- c) jen vzácně postihují podkoží

Z ekologického hlediska můžeme tyto původce rozdělit na:

1) geofilní dermatofyta, jejichž biologický cyklus je omezen na půdní substrát, kde vegetují na keratinových strukturách živočišného původu. K infikování člověka dochází zcela výjimečně a tyto infekce mají většinou charakter profesionální (zemědělci, zahradníci, lesníci). Mezi etiologická agens zde patří např. *Trichophyton terrestrae*, *T. ajelloi* a *Microsporum gypseum*.

2) zoofilní dermatofyta, která představují mikromycety adaptované na parazitický způsob života v kožních strukturách zví-

řat a to jak u divoce žijících, tak i u hospodářských a domácích zvířat včetně mazlíčků. Lidské infekce i zde mají často profesionální charakter, ale nezdá se, že se jedná také o onemocnění získaná při hraní s domácími mazlíčky, nejčastěji jde o kočky, psy a morčata. Je zde rovněž možná infekce přes kontaminované prádlo, ošacení, předměty osobní potřeby apod. Důležité je zde také to, že je možný přenos z postiženého člověka na další vnímavé osoby. Z etiologických agens sem patří např. *Trichophyton mentagrophytes*, *T. verrucosum* a *Microsporum canis*. Tito původci vyvolávají u člověka často velmi silné zánětlivé reakce s hnisáním, tvorbou kerionů, nebo s alergickými reakcemi.

3) antropofilní dermatofyta, která představují původce kolující čistě v lidské populaci, tedy zcela adaptované na člověka. Přenos infekce je u této skupiny možný prádlem, obuví, předměty osobní hygieny a také chozením na boso na hřištích, v tělocvičnách, hotelových pokojích, nebo společných umývárkách. Přenos je možný i přes kontaminované pedikérské nástroje. Často již sama lokalizace onemocnění napovídá o způsobu přenosu. Do této skupiny infekcí řadíme např. *Epidermophyton floccosum*, *Trichophyton interdigitale* a *Trichophyton rubrum*.

Po klinické stránce původci antropofilních dermatomycóz nevyvolávají obvykle větší reakce a onemocnění má ráz spíše chronický, což s sebou nese hlavně epidemiologickou závažnost těchto infekcí a jejich vysokou prevalenci i incidenci v běžné populaci.

■ Závěr 1. části

Z uvedených faktů vyplývá, že je lékařská mykologie oborem velmi širokým. Onemocnění způsobená mikroskopickými houbami, které jsou ve své většině oportunními původci, představují velkou skupinu sekundárních infekcí, se kterými se můžeme setkat prakticky u všech věkových kategorií. Představují jak banální, tak život ohrožující stavy. Nicméně ani ty tzv. banální případy by neměly zůstat bez povšimnutí a detailnějšího posouzení, protože se na jejich pozadí mohou skrývat daleko závažnější zdravotní problémy.

Tab. 3: Přehled rizikových faktorů majících vliv na vznik mykózy

SKUPINA	RIZIKOVÝ FAKTOR
FYZIOLOGICKÉ	gravida
HEMATOLOGICKÉ	hemoblastózy, imunodeficience (HIV-AIDS), hypochromní anémie
ENDOKRINNÍ	diabetes mellitus, hypothyreóza, poruchy kortikoidů
TRAUMATICKÉ	popáleniny, tržné zhmožděné rány, rány kontaminované prachem
IATROGENNÍ	transplantace, operace na otevřeném srdci a mozku, léčba zářením, kortikoidy, cytostatiky, širokospektrými antibiotiky...
RÚZNÉ	solidní maligní nádory, abusus drog, alkoholismus, dlouhodobý stres...

Névy

klasifikace, diferenciální diagnostika a dispenzarizace

MUDr. Pavel Konrád

Kožní ambulance, Dobřichovice

Névus, česky mateřské znaménko neboli smaha, jak uvádí Kábrtův Česko – latinský slovník, je medicínský termín, který stojí za podrobné pojednání. V tomto článku bude popsáno aktuální dělení névů, jejich odlišení od dalších melanocytových kožních projevů, jako jsou benigní melanocytové skvrny, ale také maligní melanomy. Dále bude popsán dermatology doporučený postup jejich sledování v čase. Právě pravidelná observace névů je základním předpokladem pro včasné odhalení jejich maligní přeměny v melanom a včasný terapeutický zásah.

Névy jsou v klinické praxi nejčastěji zaměňovány za tzv. melanocytové skvrny (ephelides, melasmata, kávové skvrny a lentiga), které jsou způsobené prostou hyperplázií a hyperfunkcí melanocytů a jedná se o zcela benigní léze. Druhou zaměňovanou skupinou jsou maligní melanomy, jejichž neodhalením dojde k oddálení diagnózy s fatálními následky pro pacienta.

■ Ephelides

Ephelides, pihy, jsou vrozené pigmentace, které jsou geneticky podmíněné a vyskytují se zejména u rusovlasých nebo světlolasých jedinců. Typicky se nacházejí v centrální části obličeje, na pažích, v horní třetině hrudníku nebo zad. Pihy jsou ostře ohraničené makuly, kruhovitěho, oválného nebo nepravidelně cípátého tvaru, většinou menší než 5 mm. Jsou v úrovni okolí, takže nejsou pohmatem zjistitelné. Jejich barva je světlá od nažloutlého odstínu přes rezavou až do různých odstínů hnědé, nejsou ale nikdy zcela černé. Pihy jsou vždy benigní a melanom z nich nevzniká. Pihy se diagnostikují podle klinického vzhledu a histologické vyšetření není nutné. Pro nemocného mají jen kosmetický význam a běžně se neléčí (obr. 1).

■ Melasma

Melasma, syn. chloasma (obr. 2), je získaná melaninová pigmentace nejčastěji se vyskytující u žen středního věku. Vyvolávající příčinou je kombinace UV záření a hormonálních výkyvů (těhotenství, užívání antikoncepce). Jedná se o tmavohnědé skvrny nejčastěji na laterálních partiích obličeje, léze je zcela benigní. Protože se však vyskytují na viditelných místech jsou často léčena z kosmetických důvodů. Jedinou účinnou terapií je odstranění pomocí vysokovýkonného laseru. Prevence je jediná, a to používání fotoprotekčních přípravků.



Obr. 1: Ephelides



Obr. 2: Melasma



Obr. 3: Lentigo simplex

■ Kávová skvrna (café-au-lait)

Solitární kávová skvrna se vyskytuje přibližně u 15 % obyvatel a vzniká v časném dětství, nebo je přítomna již při narození. U dětí je v průměru 1–3 cm velká, u dospělých dosahuje velikosti až 20 cm a více. Kávové skvrny jsou ostře ohraničené, stejnoměrně pigmentované skvr-

ny světle hnědé barvy přirovnávané k barvě bílé kávy. V průběhu dalšího života mají stacionární vzhled. Nedělají diagnostické problémy, jsou benigní a melanom z nich nevzniká. Mnohočetné pak provázejí jiné nemoci jako například neurofibromatózu. Z kosmetických důvodů je možno je odstranit opět vysokovýkonným laserem.

■ Lentigo simplex

Lentigo simplex (obr. 3) představuje mezi stupeň mezi nálezem v normální kůži a junkčním melanocytovým névem. Lentigo simplex je sytě hnědá, ostře ohraničená, oválná nebo kruhovitá makula obvykle do 5 mm veliká a většinou jednotlivá, objevující se u obou pohlaví v kterémkoli věku a kdekoli na kůži. Barva není závislá na expozici slunečnímu záření. Může se objevit i na dlaních, ploskách, na nehtovém lůžku a sliznicích. Odlišení od junkčního névu je možné jen histologicky. Jejich terapie není nutná, pouze z kosmetických důvodů je možné je odstranit pomocí laseru.

■ Lentigo solaris (lentigo senilis, jaterní skvrna, stařecká skvrna)

Lentigo solaris se nachází především u starších osob spolu s dalšími známkami chronického poškození kůže UV-zářením v typické lokalizaci na obličeji a hřbetech rukou. Rozhodující pro vznik projevů není věk nemocného, ale dlouhodobé, opakované vystavování kůže působení UV-zářením. Přesto jde o nález přicházející hlavně u osob nad 60 let a spíše těch, kteří mají světlejší pokožku. Skvrny jsou rozsáhlé několik milimetrů až centimetrů čtverečních, jsou oválné až nepravidelné, ostře ohraničené, světlé až tmavohnědé barvy. Pokud se zamezí dalšímu působení UV-zářením, dochází k blednutí skvrn. Lentigo solaris je afekce benigní. Může se také objevit u osob navštěvujících opakovaně solária. Pro je-



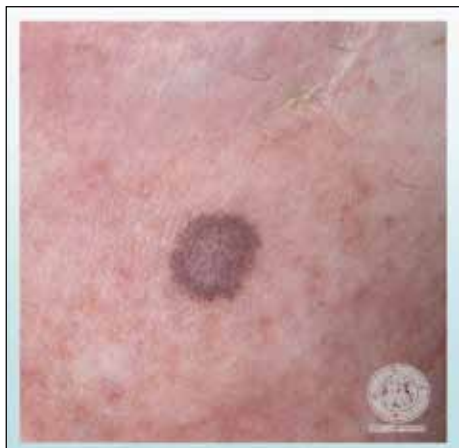
Obr. 4: Naevus flammeus



Obr. 5: Naevus sebaceus



Obr. 6: Naevus Becker



Obr. 7: Névuš junkční

jich případné odstranění z kosmetických důvodů je indikován laser.

■ Névy

Névy jsou ohraničené kožní útvary vznikající na základě embryonální vývojové poruchy. Mají z praktického hlediska zásadní význam, neboť se ve 20–30 % případů během života klinicky mění

a v některých případech z nich může vznikat maligní melanom. Rozdělení névů prodělalo za posledních několik let mnoha změn, nicméně níže uvedené rozdělení považuji za nejsrozumitelnější. Vzhledem k velkému počtu typů névů zde uvádím pouze ty nejčastěji se vyskytující.

Névy se dělí na 3 základní skupiny: vaskulární, adnexální a pigmentové névy.

■ Vaskulární névy

Mezi nejznámější vaskulární névus patří naevus flammeus (syn. naevus vinosus, port wine stain, obr. 4), který je přítomen již při narození a dále se vyvíjí s růstem dítěte. Klinicky se jeví jako fialově červené, ostře ohraničené ložisko mírně vyvýšené nad okolím, velikosti od několika milimetrů až po rozsáhlé plochy postihující velké oblasti těla. Nejčastěji se vyskytuje v obličeji. Pacienta kosmeticky velmi deprimuje a v současné době se může velmi dobře odstranit pomocí speciálního laseru. Druhým nejznámějším vaskulárním névem je névus araneus (pavoučkovitý névus), který má typický vzhled s centrálně bodovitě prominující kapilárou s paprsky větévek vybíhající do periferie, které připomínají pavouka. Terapie spočívá buď ve sklerotizaci nebo laserové terapii.

■ Adnexální névy

Nejčastěji se vyskytujícím adnexálním névem je naevus sebaceus (obr. 5). Jde o vrozený měkký, žlutohnědý útvar papilomatózního povrchu velikosti 1 až 6 cm. Vyskytuje se hlavně ve kšticích, postupně se zvětšuje. Pro nebezpečí jeho přeměny v basaliom se doporučuje jeho chirurgická excize či méně invazivní odstranění laserem.

■ Pigmentové névy

Mezi pigmentové névy patří jednak skupina melanocytových névů, tato má další histologické subtypy a dále definované klinické jednotky: Naevus spilus, Naevus Spitz, Halo naevus, Naevus coeruleus.

■ Melanocytové névy

Melanocytové névy vznikají nahromaděním melanocytů (histologický termín - hnízd) v různých částech kůže (epidermis, koriu, nebo v obou) a podle toho se pak histologicky dělí na subtypy junkční, intradermální nebo compound (složené). Jsou buď kongenitální (přítomné hned po narození) nebo získané (vznikající později, většinou přibývající do 20–30 let věku).

Kongenitální mívají rozměr od 1 do několika desítek cm a většinou jsou jednotlivé. Nejznámějším zástupcem je Naevus Becker (obr. 6).



Obr. 8: Névuš compound



Obr. 9: Névuš intradermální



Obr. 10: Dysplastické névuš

Získané névy přesahují u dospělého jen zřídka velikost 2 cm a jsou téměř vždy mnohočetné. Začínají se objevovat obvykle od 6. měsíce věku a jejich počet se postupně zvětšuje až do 30 let věku. Mohou se ale objevit i později. Podle různých zdrojů se jich najde u třicetiletého člověka bílé rasy v průměru 20–40. Počet je ale velmi variabilní od několika až po stovky. Rozhodující vliv na počet a klinický vzhled projevů mají faktory genetické. Změny, které se odehrávají v melanocytových projevech v dětském věku a v dospívání, jsou fyziologické a projevují se změnami velikosti, barvy, tvaru. Po pubertě však tyto klinické



Obr. 11: Nevus spilus



Obr. 12: Nevus Spitz



Obr. 13: Halo névus



Obr. 14: Naevus coeruleus = modrý névus

změny v melanocyto-
vých lézích mohou signalizovat postupný vznik nádoru.

Junkční névus (obr. 7) se projevuje jako skvrna, kterou nelze zjistit pohmatem. Velikost se pohybuje od 1 mm (jako vpich jehly) až do 10 mm v průměru, barva je růžová, tmavohnědá až černá, povrch je hladký.

Coumpand névus (obr. 8) je polokulovitěho tvaru (papuly až hrboly), spíše hnědé barvy tmavšího odstínu s povrchem hladkým, nebo jen lehce zvrásněným.

Intradermální névus (obr. 9) se vyskytuje zpravidla v obličeji, na krku, hrudníku a objeví až v dospělosti jako polokulovitě, ohraničené papule až hrboly do velikosti 1 cm v průměru verukózního vzhledu a často s chlupy.

Nejrizikovější subtyp tvoří tzv. **dysplastické névy** (obr. 10) bývají 10 – 15 mm velké, jsou neostře ohraničené oproti okolí a nestojně pigmentované. Tmavší odstín je ve středu, periferní část bývá světlejší. Diagnóza dysplastického névu se potvrdí až na základě histologického vyšetření.

Tyto dysplastické névy jsou pak mnohdy velmi obtížně odlišitelné od melanomu. Tento druh névů se nejčastěji zvrhává v maligní melanoma a pro tuto skupinu je klíčová jejich dlouhodobé pravidelné sledování (obr. 17).

■ Naevus Spilus

Jeví se jako velkoplošná světle hnědá pigmentová skvrna, ve které jsou rozptýleny hnědočerné pigmentace velikosti špendlíkové hlavičky. Vzácně může v tmavých skvrnách vzniknout melanom (obr. 11).

■ Naevus Spitz (dříve juvenilní melanom)

Je zcela benigní, u dětí se vyskytující, rychle rostoucí (týdny) polokulovitý hrbolík načervenalé barvy, velikosti okolo 1 cm, histologicky připomíná maligní melanom (obr. 12).

■ Halo naevus

Charakteristický je bělavý, až 2 cm široký oválný dvorec (halo) v okolí névu, vzniká jako výraz imunologické reakce proti melanocy-
tům (obr. 13). Doporučuje se dobře chránit světlé halo UV protekčními prostředky.

■ Naevus coeruleus

Je šedomodrá papula velikosti 1 cm, bývá přítomen již od narození nebo vzniká v dětství. Tvoří se nejčastěji na extenzorových plochách končetin, v lumbosakrální oblasti nebo na hlavě. Maligní transformace je vzácná. Z kosmetických důvodů provádíme chirurgické odstranění (obr. 14).

■ Diferenciální diagnostika névů - maligní melanom

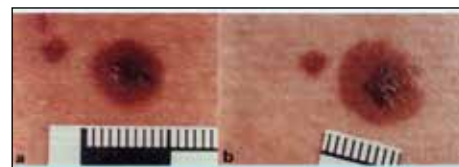
Melanom je onemocněním středního věku, nejvíce přibývají nemocní mezi 40–50 lety. U dětí před pubertou je to nádor velice vzácný. Prevalence melanomu u bělochů činí asi 1/100 – 1/200. Melanom se objevuje častěji u žen (55 % ženy, 45 % muži), u nichž se vyskytuje primární nádor především na obličeji a dolních končetinách, zatímco u mužů je častější na hrudníku. Melanom se vyskytuje i familiárně, a to především v rodinách, v nichž je vyšší výskyt různých melanocyto-
vých afekcí. Genetika hraje ve výskytu melanocyto-
vých lézí a melanomu rozhodující roli. Mezi rizikové faktory vzniku me-



Obr. 15: Melanom povrchové se šířící



Obr. 16: Melanom nodulární



Obr. 17: Přeměna dysplastického névu v melanom: a) dysplastický névus, b) melanom (za 1,5 roku)



Obr. 18: Digitální dermatoskop

lanomu patří: pozitivní rodinná anamnéza melanomu, velké množství melanocyto-
vých afekcí na kůži, světlejší typ kůže a přítomnost kongenitálního névu.

Melanom vzniká u geneticky predisponovaných osob za účasti různých zevních a vnitřních faktorů, přitom mezi nejdiskutovanější patří hlavně vliv UV-záření. U 2/3 nemocných vzniká melanom na klinicky zcela normálně vyhlížející kůži. Protože u většiny dospělých nepokračuje přibývání nových melanocyto-
vých pro-



jevů (jak je tomu běžné do 30 let věku), neměl by vznik melanomu uniknout tolik pozornosti nemocného nebo lékaře. U zbylé 1/3 vzniká melanom v již existující melanocytové afekci (v tzv. prekuzorech melanomu), např. v kongenitálním névu, v lentigo maligna a v různých tzv. dysplastických névech. Nemocní by neměli ignorovat kožní projevy, které se zvětšují, mění barvu, rostou nad úroveň okolí nebo krvácejí. Využívá se zde pravidlo ABCD, podle něhož si všímáme následujících změn (podle anglického označení): A (Asymetry), B (Border), C (Colour), D (Diameter). Pokud dochází k popisovaným změnám v původně stálé melanocytové afekci, může to být signálem pro počínající vznik melanomu.

Melanom se na základě klinického a histopatologického obrazu dělí na 5 typů:

- melanoma in situ
- melanom povrchově se šířící (SSM – superficial spreading melanoma)
- lentigo maligna melanom (LMM)
- melanom nodulární (MN)
- melanom akrolentiginózní (ALM)

Nejčastějším typem je povrchově se šířící melanom (50–70 %), melanom nodulární tvoří asi 15–30 %, lentigo maligna melanom 5–10 % a vzácný je akrolentiginózní melanom (2 %). Nádor má tendenci k tvorbě metastáz, a to nejčastěji ve spádových lymfatických uzlinách. Melanom ale může metastazovat do kteréhokoli orgánu, a to i řadu let po odstranění primárního nádoru.

■ Melanoma in situ

Jedná se většinou o hnědou skvrnu několik milimetrů velkou, která má hladký lesklý povrch a je nepřesně ohraničená od zdravé kůže. Nemá specifické diagnostické znaky a nedá se odlišit od benigních melanocytových névů. Diagnóza je možná jen histologicky – nádorové změny se nacházejí jen v epidermis a nádorové melanocyty nepřecházejí přes bazální membránu do koria.

■ Melanom povrchově se šířící (SS – superficial spreading melanoma)

Nejčastější forma melanomu, při které na kůži vzniká nestejně barevné, hladké, tmavé ložisko až několik centimetrů velké (obr. 15). Nádor se nachází především na zádech a dolních končetinách, ale může být kdekoli na těle. U mužů bývá častější na zádech, u žen na bérkách. Projev začíná jako malá hnědá tečka, která postupně roste a mění se až do výše popsa-

ného obrazu. Tento vývoj trvá řadu měsíců až několik let. Nemocní většinou uvádějí, že ke zřetelnému růstu docházelo v posledních 6–12 měsících před stanovením diagnózy. Ke změnám dochází nejprve v horizontální rovině a časem pak se některá část snadno poraní, nehojí se, a to bývá důvodem, proč nemocní vyhledají lékaře.

■ Lentigo maligna a lentigo maligna melanoma (melanosis circumscripta preblastomatosa Dubreuilh)

Lentigo maligna je pomalu se zvětšující nestejně hnědě pigmentované ložisko na kůži vystavené působení ultrafialového záření, které má histologický obraz melanoma in situ. Lentigo maligna melanoma představuje již zcela vyvinutý melanom vzniklý v tomto ložisku. Lentigo maligna se nachází téměř výhradně v obličeji, častěji se nachází u žen než u mužů (2 : 1), a to obvykle ve starším věku (nad 60 let). Na kůži vzniká světle hnědá skvrna, která je zpočátku hladká, ohraničená od okolí a nedělá subjektivní potíže. Postupně se během řady let pomalu zvětšuje a mění barvu, takže je zřetelnější a výrazně nestejně pigmentovaná. V některých místech dochází k regresi, tzn. určité obranné reakci organismu, při níž se nádor ztrácí. Velikost ložiska bývá až několik centimetrů v průměru (2–5 cm). Lentigo maligna zůstává řadu let bez změn, ale pak se mění v lentigo maligna melanom, přitom vzniká z histologického obrazu melanoma in situ vyvinutý melanom. Tato forma melanoma se považuje za prognosticky příznivější než ostatní formy.

■ Melanom nodulární

Melanom od počátku vzniká jako postupně rostoucí hrbol, takže u něj dominuje vertikální růst. Nádor se objevuje kdekoli na kůži a začíná jako malá hnědá makula, která se mění v papulu a vyvýšený polokulovitý široce přisedlý hrbol. Povrch nádoru je hladký a lesklý, ale po poranění mokuje, krvácí a nehojí se (obr. 16).

■ Melanom akrolentiginózní

Forma melanomu, která se od ostatních liší pouze tím, že se vyskytuje v akrolní lokalizaci na dlaních, ploskách, na prstech, na nehtovém lůžku a v okolí nehtu a dále na sliznicích především dutiny ústní a genitálu. Akrolentiginózní forma se objevuje spíše u starších pacientů. Pokud roste pod nehtem, vypadá nejdříve jako drobné krvácení a může způsobit značné diagnostické potíže. Mezi zvláštní formy melanomu patří tzv. melanom amelanotický, v němž chybí melaninový pigment a stanovení diagnózy podle

klinického obrazu je prakticky nemožné. Afekce má spíše načervenalou barvu a nelze ji odlišit od jiných nádorů.

■ Dispenzarizace

Mezi lidmi panuje sice již určité povědomí o nutnosti kontroly měnících se pigmentových znamének, ale jen malá část si uvědomuje nutnost sledování jejich změn v čase. Mnozí pacienti totiž po prvním vyšetření a ujištění, že se o nádor nejedná, ztrácejí ostražitost a již lékaře v budoucnu nevyhledají. Nicméně vývoj znamének a jejich maligní zvrát je možné včas odhalit právě jen při pravidelných kontrolách. Po kontrole u dermatologa by měl být pacient instruován o tom, že je nutné znaménko sledovat v časových periodách a je nejlepší, když je hned určen termín další kontroly. Tyto jsou stanovovány nejčastěji po 1 roce, nejlépe po letním období, přes které na znaménka působí UV záření v nejvyšší intenzitě. Při pozitivní anamnéze, či jiných rizikových faktorech, je nutné časovou periodu kontrol zkrátit na 6 měsíců.

Nejmoderněji je diagnostika pigmentových znamének prováděna pomocí digitálního dermatoskopu (obr. 18). Tento přístroj dokáže neinvazivně, pouhým intenzivním prosvícením léze, vyšetřit jakýkoliv pigmentový útvar, zhodnotit jeho rizikovost porovnáním více než 50 charakteristik a uložit obraz do své paměti. Při kontrolním vyšetření se poté jednoduše porovná snímek z poslední kontroly s aktuálním vyšetřením a zcela jednoznačně se zjistí, zda došlo k nějaké změně či nikoliv. Maligní zvrhnutí se takto může diagnostikovat včas, a tím se výrazně zvýší šance pacienta na přežití. Vzhledem ke své vysoké ceně je však k dispozici pouze na několika málo pracovištích v ČR.

Vyšetření digitálním dermatoskopem by měl provádět pouze zkušený dermatolog, aby výsledek dobře interpretoval, zvážil další klinické aspekty a stanovil další adekvátní postup.

Vyšetření digitálním dermatoskopem provádí na úhradu pojišťovnami dermatologické pracoviště:

Lasermed

Nedvědovo nám. 3

Praha 4 – Podolí, 147 00

tel. 734 480 916

www.lasermed.cz

Literatura:

1. Štork J. et al., *Dermatovenerologie*, 2008
2. Pizinger K., *Diferenciální diagnostika pigmentových lézí ve vyšším věku*, ČES GER REV 2006; 4, str.10-16
3. Végh V., *Hyperpigmentace pokožky*, Farmi news, 4, 2009

Nestlé Beba Pro/ Beba HA



Alopecie v dětském věku

MUDr. Michaela Havlíčková

Dermatovenerologická klinika FNKV, Praha

■ Fyziologické změny vlasů

Po narození tvoří vlasy a ochlupení na těle velus, který je jemný, krátký a neobsahuje dřeň. Velusové vlasy jsou většinou bez pigmentu nebo je pigmentace velmi slabá. Během prvních let života dochází k nahrazování velusu ve kštici intermediálními vlasy. Tento přechod může být velmi nápadný a spojený s krátkodobou nadměrnou ztrátou vlasů. Terminálními plně formovanými vlasy jsou v mladším školním věku jen řasy a obočí. V pubertě pak dochází k přeměně intermediálních vlasů ve kštici a velusových vlasů v dalších lokalitách v terminální. To je opět období, kdy výměna může být bouřlivá, může se změnit i barva vlasů, jejich tvar a fyzikální vlastnosti.

Nefyziologické změny nebo ztráty vlasů u dětí můžeme rozdělit na kongenitální nebo získané.

■ Kongenitální změny

U kongenitálních hypotrichóz a u vrozených abnormit volného konce vlasu může jít o izolovaný jev u jinak zdravého dítěte nebo jsou změny vlasů součástí některého klinického syndromu, který zahrnuje další postižení kůže nebo jiných orgánů. Tyto kongenitální změny a syndromy jsou poměrně vzácné, udává se incidence okolo 1/10 000 a v praxi se s nimi setkáme jen zřídka.

Se **strukturální změnou vlasového stvolu** se mění i vlastnosti vlasu, které vedou k alopeciím nebo alespoň ke kosmeticky nežádoucím změnám. Terapie vrozených strukturálních změn vlasů je obtížná a často jen symptomatická. U **moniletrix (korálkovité vlasy)**, autotomálně dominantně dědičné dermatózy, která je spojena i s přítomností folikulární hyperkeratózy, je popisováno zmírnění lámavosti vlasů po acitretinu v kombinaci s lokální aplikací minoxidilu. Stav kštice u **syndromu neučesatelných vlasů** zlepšuje dlouhodobé podávání biotinu. Do této skupiny zařazujeme i **loose anagen syndrom**. Postihuje převážně dívky kolem 2.-9. roku věku a je charakterizován snadným vytažením vlasu. Subjektivně je pak ztráta vlasů popisována jen při česání a kadeřnických úpravách, spontánně vlasy zvýšeně nepadají. Při vyšetření nacházíme v trichogramu až

100% anagenních vlasů. Etiopatogeneza jevu je nejasná, předpokládá se patologická keratinizace Huxleyovy a Henleovy vrstvy. Terapie není známa, dochází většinou ke spontánní úpravě s přibývajícím věkem.

Kongenitální hypotrichózy lze rozdělit na ložiskové a generalizované. K ložiskovým hypotrichózám patří aplasia cutis congenita a temporální triangulární alopecie. Diferenciálně diagnosticky je nutno odlišit tyto jednotky od velmi časně nastupující alopecie areata a jizvících alopecií.

Aplasia cutis congenita je ložiskové chybění epidermis buď izolovaně nebo ve spojení s absencí ostatních vrstev kůže. V 85% se nachází ve kštici. Alopetická ložiska jsou nepravidelná a jizevnatá (obr. 1). Předpokládá se zde autotomálně dominantní dědičnost a asi u 20% pacientů je spojena s jinými deformitami. Alopetická ložiska mohou být při narození exulcerovaná, v těchto případech je obtížné odlišit od poranění při komplikovaných instrumentálních porodech. Terapie je chirurgická – překrytí kožním štěpem, excise alopetického ložiska, autotransplantace vlasů.

Temporální triangulární alopecie je charakterizovaná nejizvícími, nezářetlivými, stacionárními triangulárními ložisky, uni nebo bilaterálně na spáncích. Ložiska se objevují v předškolním věku. Terapie, pokud je vyžadována, je stejně jako u aplasia cutis congenita chirurgická.

Rovněž difúzní hypotrichózy se mohou vyskytovat izolovaně nebo jako součást syndromů. Lze je rozdělit na generalizované (při postižení všech folikulů v kůži) a lokalizované jen na oblast kštice.

Atrichia congenita je charakterizována folikulární agenezí nebo postupnou folikulární destrukcí. Kompletní chybění vlasů i dalšího ochlupení může být proto přítomno hned při narození nebo k tomuto stavu postupně dojde během prvních let života. V některých případech se děti rodí s lanuginózním ochlupením, které již není nahrazeno růstem dalších vlasů. Bývá součástí syndromů ektodermálních dysplázií, může být spojená s mentální retardací, očními a skeletárními deformitami, poruchami metabolismu nebo imunodeficiencí. **Hypotrichosis congenita** je vlastně mírnější

formou atrichie, vlasy zde nechybí, ale jsou velmi jemné. Do této skupiny lze zařadit i **hereditární trichodyplázii Marie-Unna**, kde je hypotrichóza podmíněna i mírným stupněm jizvení, prokazatelným histologicky. V dětství se změny mohou omezovat jen na hrubé, obtížně upravitelné, pomalu rostoucí vlasy. Výraznější změny v hustotě kštice mohou nastupovat až v pubertě, kdy dochází k řidnutí vlasů na temeni, které napodobuje androgenetickou alopecii. Postupně pak dochází ke ztrátě vlasů difúzně, bývá postiženo i další tělní ochlupení.

Terapie u kongenitálních hypotrichóz je neumožná, lze jen doporučit paruku a odbornou psychologickou pomoc. Důležitá je diferenciálně diagnostická rozvaha k odlišení od časně začínající totální alopecie areata, od již jmenované androgenetické alopecie nebo od syndromů spojených se změnami volného konce vlasu (např. moniletrix). Ve vyšetřovacím programu proto nesmí chybět genetické vyšetření a poradenství, histologické vyšetření a mikroskopické vyšetření vlasového stvolu.

Hypotrichóza jako taková, ať již ložisková, difúzní nebo týkající se změn vlasové hranice, je symptomem u celé řady kongenitálních syndromů. Mohou to být např. nejizvící hypotrichózy u metabolických chorob typu homocystinurie nebo fenylketonurie, u progerie, pityriasis rubra pilaris, epidermolysis bullosa simplex, u ektodermálních dysplázií nebo u syndromů se skeletárním postižením. Jizvící alopecie jsou následkem např. epidermolysis bullosa dystrophica, morbus Darier nebo incontinentia pigmenti.

■ Získané choroby vlasů

Získané choroby, které vedou u dětí ke ztrátě vlasů, lze pro lepší přehlednost rozdělit na difúzní a ložiskové.

V dětském věku může docházet k rozvoji **anagenního effluvia**, kdy dochází k poškození anagenního folikulu, k ovlivnění jeho mitotické aktivity s následným ukončením růstového cyklu a výpadem vlasů. Vyvolávající moment u této diagnózy je zřejmý – např. onkologická terapie cytostatiky, aktinoterapie, těžké infekce, akutní systémová onemocnění, rychlá progresse tumorů. V dětském věku bývá nejčastější příčinou anagenního effluvia těžší průběh

dermatózy ve kštici, zejména atopického ekzému, pityriasis amiantacea, tinea nebo psoriázy. Výpad vlasů začíná několik dní až 2 týdny po působení vyvolávající noxy. Trakční test je zde silně pozitivní, v trichogramu nacházíme dystrofické anagenní vlasy. Prognóza je po odeznění vyvolávajícího faktoru dobrá, pokud nedošlo při zánětlivém poškození kůže k jizvení s následným zánikem folikulů. To bývá nejčastěji následek pyodermie, pityriasis amiantacea nebo folliculitis decalvans.

Akutní telogenní effluvium je následkem většinou známého vyvolávajícího faktoru, který nevedl k poškození mitoticky aktivních buněk vlasového folikulu, „jen“ k rychlejšímu přechodu do fáze telogenu s následným ukončením růstového cyklu. Zvýšená ztráta vlasů proto nastupuje 2-4 měsíce po působení vyvolávající příčiny, trakční test je zde pozitivní a trichogram samozřejmě telogenní. U dětí přichází nejčastěji v úvahu horečnatá onemocnění, těžší úrazy s masivním krvácením, celková anestezie nebo stresové situace. O **chronickém telogenním effluvii** hovoříme tehdy, jestliže výpad vlasů přetrvává déle než 6 měsíců. V dětství se vyskytuje výrazně méně často než v dospělé populaci. Nepochybně je to proto, že chronické choroby s rozsáhlou medikací, které jsou často příčinou tohoto effluvia, se v tomto životním období vyskytují jen zřídka. Chronické telogenní effluvium však vidáme u těžkých atopiků s postižením ovlášené kůže, při hladovění, při depleci zinku nebo esenciálních mastných kyselin, malabsorbních syndromech, tyreopatiích nebo u dětí s dietními omezeními (vegetariáni, vegani...). Při vyšetřování těchto stavů je nutné provést základní hematologické vyšetření, vyšetření hladiny železa, zinku, štítné žlázy a imunologické vyšetření, event. sérologii syfilis. Histologické vyšetření biopsie je většinou nepřínosné. Je však indikováno v případech, kdy je diferenciálně diagnosticky zvažována difúzní forma alopecia areata.

Z difúzních alopecií je u dospělých bezesporu nejčastější **androgenetická alopecie**. Podmínkou rozvoje tohoto jevu je přítomnost androgenů a genetická predispozice. Proto je to onemocnění charakteristické pro dospělý věk. Její první příznaky se ale mohou objevit už v pubertálním období, kdy je již v organismu dostatek testosteronu k přeměně v dihydrotestosteron. Jsou ale referovány ojedinělé případy rozvoje projevů androgenetické alopecie u prepubertálních zdravých dětí ve věku od 6 let bez abnormálních hodnot androgenů, kdy společným jmenovatelem je silná genetická predispozice. Terapeuticky lze průběh ovlivňovat to-

pickou aplikací minoxidilu, u chlapců kolem 16. – 18. roku věku můžeme zvážit i perorální terapii finasteridem. U dívek lze lokálně aplikovat i roztoky s estradiolem, u starších děvčat je pak indikována antiandrogenní terapie perorálními kontraceptivy.

Nejzávažnější ložiskovou alopecií je **alopecia areata**. Jedná se o autoimunní onemocnění, charakterizované asymptomatickými, nezánětlivými, nejizvícími alopetickými ložisky. Předpokládá se, že k rozvoji alopecia areata dochází souhrou 2 faktorů – genetické predispozice a spouštěcích mechanismů. Těmi mohou být například horečnatá onemocnění, streasy nebo hormonální změny (puberta, gravidita). Často je však anamnéza ohledně spouštěcích mechanismů němá. Choroba postihuje 0,05 až 0,1% populace. U malých dětí v kojeneckém a batolecím věku je onemocnění vzácné, zejména u kojenců musí být diferenciálně diagnosticky zvažována atrichia congenita. Asi u 10% pacientů se objeví postižení nehtů ve formě dolíčkování, vroubkování, změny barvy nebo ztlustění, výjimečně může dojít až k jejich odloučení. U dětí není výjimkou, že postižení nehtů předchází výpadu vlasů.

Alopecia areata se objevuje ve formě ložiskové, retikulární, difúzní, ve formě ofiázy, může vést až k totální ztrátě vlasů kapilicia (totální alopecie) nebo ochlupení celého těla (univerzální alopecie).

Podle průběhu lze odlišit 4 typy onemocnění:

Typ I – běžný typ, zahrnuje asi 80% pacientů, obvykle se objevuje mezi 20 – 40 roky věku a jen 6% případů přechází v totální alopecii. Není zde v anamnéze atopie, hypertenze ani endokrinologické postižení, klinicky se prezentuje jako izolované holé plochy.

Typ II – atopický typ, tvoří asi 10% případů, začíná většinou v dětství. 75% případů končí totální alopecií. Je zde charakteristické, že pacienti mají atopickou diatézu. Nejčastější je zde retikulární forma postižení (obr. 2) a ofiáza (obr. 3).

Typ III – prehypertenzní typ, tvoří asi 4% případů, většinou se jedná o mladé dospělé, tendence ke vzniku totální alopecie je 40%. Obraz je většinou retikulární, u rodinných příslušníků se až v 95 % vyskytuje arteriální hypertenze.

Typ IV – kombinovaný typ, asi 5% případů. Většinou pacienti starší 40 let. Onemocnění mívá zdoluhavý průběh, ke vzniku totální alopecie dochází asi v 10% případů. U tohoto typu bývá častější endokrinologické postižení.

Z výše uvedeného vyplývá, že má alopecia



Obr. 1: aplazia cutis congenita



Obr. 2: retikulární forma alopecia



Obr. 3: ofiatká forma alopecia areata



Obr. 4: trichotillománie



areata u dětí většinou závažnější průběh než v dospělosti a riziko vzniku totální alopecie je významné. Platí rovněž i pravidlo, že čím dříve se u dítěte projevy alopecia areata objeví, tím je průběh těžší a riziko recidiv pravděpodobnější. Prognosticky nepříznivým znamením je rovněž i asociace s jinými autoimunními chorobami (thyreoiditis, vitiligo, diabetes mellitus I. typu, revmatoidní artritida, perniciózní anémie, Addisonova choroba, myastenia gravis, SLE), atopií a postižením nehtů.

Diagnóza alopecia areata je při typickém průběhu jednoduchá. Ohraničená alopetická ložiska nejvíce známky atrofie kůže, zjizvení, erytému, šupení, jsou bledá, někdy jsou zřejmá ústí folikulů jako tmavé body (symptom špendlíkové hlavičky). Při trakčním testu se vlasy v okolí ložisek snadno uvolňují. Laboratorní vyšetření by mělo, zejména u rozsáhlejší ztráty vlasů, zahrnovat kromě základní hematologie a biochemie endokrinní a imunologické vyšetření z důvodu možné asociace s jinými autoimunními chorobami. Vliv fokusu infekce na rozvoj a průběh alopecia areata je nejasný a sporný, ale pátrání po focusech (ORL vyšetření, stomatologie, gynekologie) a jejich sanace patří stále ke standardnímu postupu. U rozsáhlejšího postižení je nutné oftalmologické vyšetření, neboť vzrůstá pravděpodobnost očních změn (opacita čočky, katarakta, atrofie duhovky, změny na cévách sítnice).

Diferenciálně diagnosticky může být alopecia areata obtížně odlišitelná od **trichotillomanie** (obr. 4), zejména vytrhává-li si pacient nejen vlasy, ale i obočí a řasy. V případě diagnostických rozpaků je namístě histologické vyšetření biopsie kůže. U kojenců a batolat je nutno zvážit i výše uvedenou diagnózu **atrachia congenita**, u ojedinelých ložisek **aplazia cutis congenita**, kde je však patrné zjizvení. U mladších dětí přichází diferenciálně diagnosticky v úvahu **loose anagen syndrom**. V případě difúzní formy AA lokalizované na temeni u starších dětí je nutno odlišit počínající **androgenetickou alopecii**, při lokalizaci v temporální oblasti kongenitální **triangulární temporální alopecii**. Vzácně může diagnostické obtíže činit **syfilitická alopecie**.

Volba terapeutického postupu u alopecia areata by se měla řídit rozsahem postižení a věkem pacient. V dětském věku máme okruh terapeutických možností ve srovnání s léčbou dospělých zúžený. U malých dětí do mladšího školního věku je nejvhodnější terapie kortikoidními externy, terapie musí být dlouhodobá, trvající alespoň 3 měsíce. Zahraniční prameny doporučují silně účinné halogenované kortikoi-

dy, ale vzhledem k věku pacientů a dlouhodobé terapii se nehalogenované kortikoidy 2. třídy zdají vhodnější. Namísto je i podpůrná nespecifická terapie - vitamíny (zejména skupiny B), stopové prvky (Zn, Se, Si), aminokyseliny obsahující síru (methionin, cystein), opatrná kryptoterapie ložisek tekutým dusíkem nebo sněhem CO₂. U dětí školního věku je vhodnou doplňkovou terapií i lokální aplikace 2% minoxidilu.

U starších dětí lze zvážit kromě kortikoidních extern i intralezionální aplikaci kortikoidů, ke snížení bolestivosti můžeme ložiska ošetřit krémem s místním anestetikem. Vedlejším efektem může být atrofie kůže v místě aplikace, z tohoto důvodu se aplikace nedoporučuje častěji než za 4-6 týdnů. Dlouhodobé systémové podávání kortikoidů není u dětí vzhledem k vedlejším účinkům vhodné. Lze zvážit podávání kortikoidů po kratší dobu (6-8 týdnů) k zastavení progresu ztráty vlasů v dávce 0,6-0,8 mg/kg prednisonu. Riziko relapsu po vysazení je však více než 50%.

Systémová PUVA terapie s perorálními psoraleny je u dětí do 12 let kontraindikována. Účinnost lokální PUVA terapie s oxoralenovými krémy nebo roztoky je menší, ale je možná i u dětí mladších 12 let.

Léčebným postupem s velmi dobrým efektem a pouze kožními nežádoucími účinky je lokální imunomodulační terapie. Z celé řady látek (anthralin, dinitrochlorbenzen, dibutylster k. skvarové, difencypron) se jako nejvhodnější jeví difencypron. Terapeutický efekt je velmi slibný (udává se až 75% úspěšnost). I zde ovšem platí, že výsledek terapie je závislý na rozsahu a délce trvání projevů a po ukončení léčby nelze vyloučit relaps onemocnění. Nelze neuvést i nežádoucí efekty - diseminovaný ekzém, autoekzemizace, vesikulózní reakce, lymfadenopatie na krku a retroaurikulárně, zvýšená teplota, kontaktní urtikaria, vitiligo, pozánětlivé hyperpigmentace.

Celá řada prací referuje o používání tohoto léčebného postupu i u malých dětí vzhledem k bezpečnosti terapie. Etickou otázkou je ale časná kontaktní senzibilizace malých dětí a také omezená compliance dítěte - při terapii je nutno na ošetřená ložiska nesahat ani je neškrábat. Z těchto důvodů volíme tento postup až u dětí starších, zhruba od 10 let, záleží i na rozumové vyspělosti pacienta.

Velmi důležitá je psychoterapie jak u pacientů s rozsáhlejšími postiženími a vleklým průběhem, tak i u jejich rodičů.

Diferenciálně diagnosticky obtížně odlišitelná od alopecia areata může být **trichotillomanie**. Je to impulzivní porucha, kdy si paci-

enti chronicky vytrhávají vlasy ze kštice nebo ochlupení na jiných částech těla. U dětí se vyskytuje častěji než v dospělé populaci s maximem ve 2 věkových skupinách - u předškoláků a na začátku puberty. V předškolním věku se velmi často jedná o benigní poruchu se spontánním ústupem. Závažností bývá srovnávána s cucáním palce nebo kousáním nehtů. U adolescentů může být průběh choroby protrahovaný bez tendence ke spontánnímu vymizení, tito pacienti ale lépe a rychleji reagují na vhodně volenou psychologickou a psychiatrickou léčbu než dospělí. Diferenciálně diagnosticky může odlišit od alopecia areata činit obtíže zejména u současného postižení kštice, obočí a řas. V typických případech pacienti a jejich okolí udávají výrazný výpad vlasů („vlasy jsou všude po bytě a ráno na polštářích“), zatímco objektivně je trakční test negativní. Lysiny rovněž rychle zarůstají pigmentovanými vlasy, u alopecia areata jsou nové vlasy nejprve jemné, bez pigmentu - velusového typu. Naopak zbytky keratolatických hmot v ústí folikulů (symptom špendlíkové hlavičky) u alopecia areata mohou imponovat jako čerstvě rostoucí terminální vlasy u trichotillomanie a vést k chybné diagnóze. Vodítkem zde může být silně pozitivní trakční test u areální alopecie. Z diagnostických rozpaků může pomoci histologické vyšetření.

Diferenciálně diagnostická rozvaha může být ztížena i tím, že vztah obou jednotek je velmi blízký. U pacientů s areální alopecií lze předpokládat emoční labilitu (tzv. „peladická osobnost“). Nelze tedy vyloučit, že průběh alopecia areata může být u psychicky labilních dětí zhoršován trichotillománií. Koincidence obou chorob není samozřejmě častá, ale je nutno vzít tuto možnost v úvahu.

Správná diagnóza je velmi důležitá, protože zatímco terapie alopecia areata patří do rukou dermatologa, u trichotillomanie je namístě psychologická pomoc a psychiatrická léčba.

■ Závěr

Trichologická problematika dětského věku je pestřejší než u dospělých. U ztráty vlasů v raném věku musíme diferenciálně diagnosticky uvažovat i kongenitální změny, častější je výskyt trichotillománie, v pubertě se už můžeme setkat s „dospělou“ diagnózou androgenetické alopecie. Při posuzování změn vlasů v dětském věku je důležité si uvědomit, že během vývoje dítěte dochází i k fyziologickým změnám kštice, které mohou být nápadné a rychlé.

Literatura u autorky.

Pharmiks Europe



Na asymptomatickou bakteriurii nic nepředepisujeme

Největší chybou při předepisování antibiotik je podle MUDr. Jiřího Klečky, Ph.D., urologa z Fakultní nemocnice Plzeň, nasazení neadekvátní antibiotické léčby u běžně se vyskytujících nekomplikovaných infekcí močových cest. Toto se týká i tzv. asymptomatické bakteriurie. Žádný bezpříznakový pacient, který má pozitivní nález běžných bakterií v moči, by neměl dlouhodobě dostávat antibiotika. Pokud je takto zbytečně léčen, významně se tím zvyšuje hrozba antibiotické rezistence, není ani vyloučeno, že takového nemocného čekají mnohem závažnější problémy v budoucnosti.

Setkáváte se během své praxe s pacienty, kteří vykazují jasné známky rezistence na antibiotika?

V oblasti infekcí močových cest půjde s převahou o gram-negativní bakteriální kmeny (nejčastěji *E. coli*, *pseudomonáda*, *proteus*). Z klinického hlediska je ale třeba jakékoliv infekční stavy v urologii dělit na infekce horních a dolních cest močových. V případě dolních cest močových se můžeme s rezistentními nemocnými setkat velmi často, obvykle si bakterii odolnou na běžná antibiotika jednoduše „vypěstují“, protože jim byla opakovaně předepsána léčiva, která vůbec neměli dostat. Typickým příkladem je asymptomatická bakteriurie. Pokud nalézáme bakterie v moči u jinak bezpříznakového pacienta, například při běžné observaci pro litiázu, rozhodně nepředepisujeme antibiotika, zaděláváme si tím na nemalé problémy v budoucnosti. Jinou situací je vzestup infekce směrem do horních močových cest. Pyelonefritidy se dělí na nekomplikované (s horečkou kolem 38 st., lze je zvládnout ambulantně), anebo komplikované, které jsou charakterizované těžkým, schváceným stavem vyžadujícím hospitalizaci a intenzivní antibiotickou terapii. Největším problémem je příchod nemocného, který má nekomplikovanou pyelonefritidu a je rezistentní na běžná antibiotika. Ambulantní urolog pak v zásadě „nemá kam sáhnout“, nemá k dispozici účinné a dostupné léčivo – bakteriální kmeny napadající močové cesty jsou v současnosti nejvíce rezistentní vůči chinolonům a aminopenicilinům. Takoví nemocní musí být hospitalizováni, vyžadují drahá, nemocniční antibiotika a výsledek může být nejistý. Samozřejmě – tento postup znamená pro náš zdravotní systém nemalou a hlavně zbytečnou zátěž. Ekonomický parametr je vůbec alfou a omegou všech rezistencí, stojí jedno- duše nezanedbatelné peníze.

Lze toto tvrzení podložit relevantními daty?

Ano, například ve Spojených státech bylo provedeno šetření mezi privátními univerzitními nemocnicemi. Bylo zjištěno, že asi 70 % z nich nemá, kvůli úsporám nákladů, adekvátní mikrobiologický dohled ani „antibiotickou koncepci“ – na rozdíl od nás, kde známá antibiotická centra zahájila činnost už v 70. letech minulého století. V USA byly hodnoceny různé náklady spojené se zbytečnou preskripcí, včetně personálních. Bylo potvrzeno, že na řešení komplikací spojených s antibiotickou rezistencí vydala tato privátní nemocniční zařízení trojnásobek finančních prostředků ve srovnání s částkou, kterou by jinak museli vynaložit na adekvátní antibiotický dohled.

Jak je na tom Evropská unie?

Na tento problém můžeme jen těžko nahlížet pouze prizmatem České republiky. Evropská unie se začala antibiotickou rezistencí systematicky zabývat počátkem 90. let, dnes ale žijeme v éře globalizace a pohyb osob v rámci unijního prostoru je tak masivní a rychlý, že se zpočátku z okrajového problému stalo velké téma. V současné době pracují v rámci programu ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption) experti ze 16 států unie na první verzi evropských guidelines pro antibiotickou politiku, do kterých by měla být zapracována specifika zúčastněných zemí, každý stát má ale zároveň i svá doporučení. V České republice mají dlouhou tradici zmiňovaná antibiotická centra, v tomto ohledu patříme mezi „nejosvědčenější“ země unie, a je zde dobrým zvykem, především v nemocnicích, názorům jejich expertů naslouchat. Klíčovou sférou, kde jsou antibiotika více než z 80 % předepisována, ale zůstává primární péče – tedy praktičtí lékaři a ambulantní pediatrii.

Tito lékaři řeší především respirační infekce. Mají v této oblasti nevhodně předepisovaná antibiotika vliv na úspěšnost léčby infekcí močových cest?

Určitě. Kromě zmiňovaného „pěstování“ rezistentních kmenů je zde ještě jeden důležitý aspekt. Na opakované podání antibiotik mohou ženy zareagovat dysmikrobií. Změní se především spektrum běžné poševní flóry, která bývá nahrazena kvasinkami. Infekce rychle přestoupí na močové cesty, kde se změni pH a výsledkem jsou infekce, které by za normálních podmínek nerozbehly. Typickým příkladem je žena, která přichází do ambulance urologa s tím, že dostala „virózu“ a byla jí předepsáno antibiotikum, velmi často makrolidové. Následně vzniklý záňet pochvy (kolpitida) do 24 hodin přestoupí na močové cesty a ona si stěžuje na nepříjemné pálení a řezání při močení resp. vznik zánětu močového měchýře. Toto je úplně nejběžnější urologická komplikace při systémovém podávání antibiotik.

Co by tedy mělo být s ohledem na rezistenci v urologii předepisováno?

Pokud se jedná o bakterii, která má zachovalou citlivost na nitrofurantoin, tak je to právě on, suverénně nejúčinnější lék v urologické indikaci, na který si bakterie stále nedokázaly vytvořit stálou rezistenci. Podobný případ je kotrimoxazol nebo kombinace sulfametoxazol a trimetoprim. Tato močová chemoterapeutika by měla být u nekomplikovaných infekcí dolních močových cest předepisována v první linii, s výjimkou gravidity, zde je lékem volby aminopenicilin. Mohou být nasazována i empiricky – pokud se jedná o jinak nekomplikovanou mladší pacientku s „klasickými“ příznaky, není ani nutné provádět kultivační vyšetření moči a je možné rovnou předepsat léky, rozhodně ale ne chinolony, makrolidy a tetracykliny. Je důležité

vědět, že podávání chinolonů (nikoliv methicilinu) k potlačení nejen stafylokokové infekce, způsobuje zkříženou rezistenci vůči methicilin-rezistentním stafylokokům (MRSA). Dalším podobným příkladem je vznik vankomycin-rezistentních kůků, které se v komunitě neobjevují na základě podávání vankomycinu, ale především cefalosporinů a klindamycinu.

Co když u zdánlivě nekomplikované infekce nastane recidiva?

Pokud nezaberou chemoterapeutika 1. linie a nemocná se opětovně navrací do urologické ambulance s recidivami, pak je na místě kultivační vyšetření moče a snaha o dopátrání se skutečného původce infekce včetně určení citlivosti na daná antibiotika. Díky tomu je možné cíleně podat vhodné antibiotikum, nejčastěji to ve druhé linii bývají aminopeniciliny a až po nich chinolony. Obecně platí, že pokud do 24-48 hodin nenastane adekvátní odezva na nasazené léčivo, pak je namístě jeho záměna za jiné, na základě kultivačního vyšetření. Recidiva močové infekce může mít v takovém případě organický podklad, například obstrukci dolních močových cest. K jejímu potvrzení jsou indikována další vyšetření, většinou ultrazvuk a vylučovací urografie. U mužů je situace naprosto odlišná. Zde by měla být vždy provedena kultivace a žádná léčba by neměla být podána „naslepo“.

KAZUISTIKA:

Žena 49 let Z.L. byla poprvé vyšetřena na Urologické klinice FN v Plzni v roce 2007 pro kolikovitě bolesti v oblasti levé ledviny s nálezem odlitkové litiázy levé ledviny. Pacientka byla indikována k perkutánní extrakci litiázy (PEK). Z blíže neudaných důvodů zvolila pacientka jiné pracoviště, kde bylo odstraněno cca. 80% litiázy s ponecháním reziduů v dolním a středním kalichu. Následně provedena extrakorporální litotrypse opět ve FN v Plzni avšak bez výraznějšího efektu. Nemocná byla indikována ke konzervativní léčbě resp. pouhému sledování. V průběhu let 2008-2010 byla pacientka vyšetřována pro chronický únavový syndrom. Po stránce urologické a mikční, byla pacientka bez výraznějších potíží. V rámci vyšetření pro výše uvedenou diagnózu byla nemocná opakovaně přeléčena praktickým lékařem pro pozitivní G- nález v moči perorálním antibiotikem, nejčastěji chinolinového spektra. Na jaře 2010 byla odeslána praktickým lékařem k urologickému vyšetření pro nález rezistentní Klebsiellové infekce. Patogen byl citlivý pouze na imipenem a kolimycin. Nemocná byla přeléčena parenterálně imipenem po dobu sedmi dnů. Kultivace moče byla sice bezprostředně po léčbě negativní, ale kontrolní kultivace po 3 týdnech po ukončení léčby opět prokázala rezistentní Klebsiellovou infekci. Byla doplněna další vyšetření, která prokázala nejen reziduální litiázu, ale také nízkou funkci postižené levé ledviny (20%). S ohledem na infekční fokus v reziduální litiáze levé ledviny a nízké funkci levé ledviny nebyla další antibiotická léčba indikována. Pacientka byla indikována k levostranné laparoskopické nefrektomii. Měsíc po výkonu byla u pacientky provedena kontrolní kultivace moče, která byla zcela negativní.

Výše prezentovaná kazuistika je typickým příkladem neuvážlivé antibiotické léčby, na místo léčby chirurgické. Opakované podávání antibiotik vedlo pouze ke vzniku rezistentního kmene, jehož eradikace byla konzervativně nemožná.

Martin Vaněk

Hamé Hamánek® KOJENECKÁ VÝŽIVA

vyvinuto v souladu
s celosvětovými výživovými trendy
a domácími chutěmi

česká výroba • moderní technologie



Sklenice Hamánek s novou gramáží



Kojenecké masozeleninové příkrmy Hamánek jsou vyrobeny z vysoce kvalitních surovin.

Jejich vývoj společnost Hamé velmi pečlivě testuje, ale také diskutuje s odborníky na výživu.

Výsledkem je strava, která je nejen nutričně vyvážená, ale také chutná.

Důkazem toho je rostoucí obliba a důvěra rodičů ke značce Hamánek.

Masozeleninové příkrmy	od dokončeného měsíce	gramáž	bez soli	bez umělých aromat	bez umělých barviv	bez chemických konzervantů	bez lepků	bez mléčných složek
králík s bramborem v mrkvové omáčce	7.	250g	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ryže s karotkou a hovězími kousky	7.	250g	✓	✓	✓	✓	✓	✓
sojky s vepřovými kousky	10.	250g	✓	✓	✓	✓	✓	✓



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

www.hamanek.cz



Ze světa odborné literatury...

Detekce proteinurie je problém

Tato se vyskytuje od 5-15 % dětí a u 1 % školních dětí, mnohdy i opakovaně. Persistentní proteinurie je nejen ukazatelem závažného renálního onemocnění, ale mnohdy i jeho prvních příznaků. Definice je stále stejná a uvádí 100 mg/m²/24 hod. Také se uvádí poměr albuminu ku kreatininu u dětí starších 6 let. Střední albuminová exkrece se pohybuje mezi 2-6 ug/min. Nefrotická proteinurie je naproti tomu deklarována jako 40 mg/m²/hod. Na druhé straně tubulární proteinurie je charakterisována jako přítomnost proteinů nízké molekulové hmotnosti. Odhalování proteinurie u zdravých dětí je možné především pomocí dipstick analýzy. V moderních laboratořích pak, jak je uvedeno, se spoléhají spíše na stanovení poměru albuminu ku kreatininu v moči. V přibližném odhadu na dipstick papírku bílkovina na + znamená odhadem něco kolem 0,3 g bílkoviny na litr moči. I tyto nálezy, pokud se vyskytují opakovaně vyžadují již vyšetření. U problematických nálezů pak raději sesbírat moč za 24 hodin.

Transientní versus persistentní proteinurie

Je důležité vždy zjistit, zda se jedná o transientní nebo ortostatickou proteinurii. Musíme si uvědomit, že proteinurii způsobí někdy jen obyčejná zátěž, teploty, dehydratace nebo močová infekce. Děti a dorostenci také musí močit do vymytých plastických lahví s vyloučením kontaminace. Falešně pozitivní proteinurie může být zapříčiněna menstruační krví, vaginální dysmikrobií nebo diabetem. Ortostatická proteinurie je společnou příčinou u rychle rostoucích dětí. Zřídka převyšuje 1 g/m²/den. Specifická diagnóza je založena na měření obsahu proteinu v ranní a večerní moči. Příčinou falešně pozitivních nálezů také může být i vysoce koncentrovaná moč, alkalická moč, velká hematurie a proteinurie způsobená proteiny malé molekulové hmotnosti.

Vlastní proteinurie je způsobena čtyřmi příčinami: glomerulární, tubulární, sekreční a proteinurie z hyperfiltrace.

Největší proteinurie charakterizuje nefrotický syndrom s výše uvedenými ztrátami. Tato rezultuje v hypoalbuminémii a hyperlipidémii. Přítomnost doprovázející hypertenze, hematurie, narušení renálních funkcí, známky vaskulitidy podporují pak spíše dg. glome-

rulosklerosis.

Dalším zaměřením práce jsou tubulární proteinurie. Proximální tubulopatie mohou prezentovat defektivní reabsorpci. Je charakterisována molekulami nízké molekulové váhy. Lze sem zařadit Loweho syndrom, Fabryho onemocnění a další tubulopatie. Nadprodukce malých proteinů, která přesahuje reabsorpční schopnost tubulární kapacity. Toto bývá u myelomu, leukémie, rhabdomyolysy nebo hemolysy. Také lze bílkovinu pozorovat po transfuzích krve nebo albuminu. Mnohdy také pozorujeme zvýšenou exkreci tkáňových proteinů do moče zvl. Tamm-Horsfalova proteinu. Musíme počítat i s nefropatií z analgetik a ze zánětů akcesorních žláz.

Dále děti narozené s redukcí počtu nefronů jsou velmi rizikové pro renální selhání. Přítomnost persistentní proteinurie zde může být známkou hyperfiltrace. Redukce počtu nefronů může být známkou kongenitální hypodysplasie, jednak získaného onemocnění na př. IgA nefropatie, hemolyticko-uremického syndromu, refluxní nefropatie. Persistentní proteinurie je také asociována se špatným přežíváním štěpu a dysfunkcí štěpu. Nesmíme již u dětí zapomínat na diabetickou nefropatii, a to nejen u časných diabetiků, špatně kompenzovaných, ale i při narůstající obezitě se zvyšováním počtu DM II. typu. Prostě únik bílkoviny je známkou endoteliálního poškození.

Eur.J.Pediatr./2011/170,15-20.

Rasmussenův syndrom

Je označován také jako RS, ale jedná se o řídké onemocnění u dětí kolem 8. roku života, které je charakterizované progresivní zánehtlivou encephalopatií. Tato vede k poškození celé jedné mozkové hemisféry. Je charakterizována křečemi rezistentními na léčbu a výrazným narušením kognitivních funkcí. Dříve se uvažovalo o chronické infekci, dnes o autoimunním onemocnění CNS. Bylo toto popsáno až v roce 1958 Rasmussenem. Hlavní roli by měly hrát cytotoxické lymfocyty a cirkulující protilátky. Konečná hemiparesa je známkou atrofie jedné hemisféry. Antivirová a antiepileptická terapie nejsou efektivní. Myoklonus se léčí lokálními injekcemi botulotoxinu. Zkoušejí se cykly intravenózního metyprednisolonu a následně perorálního pred-

nisonu. Tyto by měly být efektivní u status epilepticus. Plasmaferesa k odstranění cirkulujících protilátek se také zkouší. Dále i interferon a rituximab. V krajních případech až hemidecorticectomie.

Eur.J.Pediatr./2010/169,919-924.

Ohodnocení léčby astmatu ve 3 evropských státech

Účelem této mezinárodní studie bylo popsání terapie astmatu a jeho odlišnosti v rámci Evropy.

Kohorta sestávala ze 671,831 dětí, ze kterých bylo 44.442 s dg. astmatu. Beta 2 mimetika a inhalační steroidy byly frekventně využívány v Nizozemsku ve 4,9 %, v Anglii 8,7 % a Itálii v 7,2 % na 100 pacientů. Xantiny, anticholinergika a antagonisté leukotrienů a vlastní antialergika byly předepisovány minimálně. U pacientů bez dg. astmatu beta 2 mimetika byla využívána velmi často. Z hlediska rozdílné terapie můžeme konstatovat, že v Itálii předepisují často inhalační steroidy a v Anglii zase beta 2 mimetika. Dlouhodobě působící beta mimetika jsou vyhraněná pro děti pod 18 měsíců, zvláště v Itálii. V Holandsku zase využívají u dětí pod 6 let věku kombinace beta 2 mimetika a anticholinergika. Stále není jasná definice u dětí pod 5 let věku, kde klinické symptomy astmatu jsou variabilní a nespecifické. Časté je používání beta mimetik přes nebulisátor.

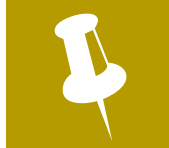
Eur.J.Pediatr./2011/170,81-92.

Dlouhodobé sledování pacientů po těžkých traumatech v Belgii

Mezinárodní klasifikace těžších traumat/rozuměno více než 48 hodin hospitalizace/se vyvíjí systémem otázek a odpovědí. Otázky byly pokládány dětem jeden rok po traumatu a směřovaly přes emoční problémy, mobilitu, sociální zařazení a možnosti, rodinné prostředí a nesměřovaly na chronické bolesti. Tyto děti vykazovaly více návštěv u lékařů i psychologů. Ukazuje se, že břemeno pro rodinu po těžkém traumatu je stále vysoké pro děti i jejich rodiny.

Eur.J.Pediatr.2011/170,65-73

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



Aktuality...

Balík reforem Heger předloží do června

Lídři koaličních stran v úterý večer hledali, kde vzít deset miliard pro zdravotnictví. Ty resort v příštím roce potřebuje v důsledku vyšší sazby DPH a také slibu, že se zvýší platy lékařů i ostatnímu zdravotnickému personálu.

„Klíčové zákony z oblasti zdravotnictví, tzv. první reformní balík, budou předloženy tak, aby je mohla projednat Poslanecká sněmovna v prvním čtení do konce června letošního roku,“ sdělil Právu po jednání mluvčí vlády Jan Osúch. Podle něj „jednání k reformě zdravotnictví budou na půdě K9 dále pokračovat příští týden“.

Postup vlády v přípravě reformy zdravotnictví kritizovala ČSSD. Podle stínového ministra zdravotnictví Davida Ratha je alarmující, že za devět měsíců fungování koalice nepředstavila žádný provázaný a ucelený plán, ale pouze samostatné výkřiky, které situaci ve zdravotnictví neřeší a naopak dostupnost zdravotní péče zhoršují. Vláda je podle něj bezradná.

Vyšší poplatky koaliční smlouva umožňuje

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) už minulý týden navrhoval jako jednu z cest zvýšit poplatky ve zdravotnictví. K9 o tom zatím nerozhodla, shodla se však, že v nich nepůjde nad rámec koaliční smlouvy.

Ta vyšší poplatky ale umožňuje. Heger před týdnem například navrhl u praktického lékaře platit 50 korun (dosud 30 korun), za den v nemocnici až 200 korun (dosud 60 korun).

Koaliční smlouva hovoří o minimálně 100 korunách za den. U ambulantního specialisty bez doporučení praktického lékaře by se mohlo platit 200 korun (dosud 30 korun) a za léky na recept se má platit 50 korun (dosud 30 korun za položku na receptu). Heger chce peníze najít i zrušením až 10 000 akutních lůžek, odstraněním korupce ve zdravotnictví a peníze mají přinést i navrhované reformy.

ODS: ministr nesmí záplatovat

Ještě před jednáním K9 Heger novinářům řekl, že razantní navyšování poplatků by mohlo přinést „velké sociální nepokoje“ a bylo by možné i protiústavní. „Jestliže se začne od poplatků, tak to může dopadnout tak, jak to dopadlo u jedné z předchozích vlád: rychlým koncem všech reformních kroků. My opravdu nemáme v úmyslu s těmi poplatky příliš experimentovat,“ řekl Heger. Skutečností ale je, že vyšší poplatky ve hře jsou.

ODS v úterý vyzvala Hegera, aby „nezáplatoval“ díry ve financování zdravotnictví a soustředil se na systémové kroky. Těmi podle odborné komise ODS pro zdravotnictví, jejímž garantem je předseda poslaneckého klubu ODS Petr Tluchoř, je jasné stanovení nároků, na co má pacient právo ze zdravotního pojištění a na co si legálně má připlatit.

„O tom zatím debatu ministerstvo nezahájilo,“ sdělil předseda zdravotního výboru Sněmovny a poslanec ODS Boris Šťastný. ODS se nelíbí, že Heger přichází s návrhy na zvýšení poplatků ve zdravotnictví a vyřazení obyčejných zubních plomb z úhrady pojištěn, aby si je lidé platili sami.

„Koncepte vychází z koaliční smlouvy“

TOP 09 kritiku Hegera ale odmítla. „Řadu levicových výhrad ODS chápeme, respektujeme. Z hlediska koaličních kompromisů jsme některé jejich levicové připomínky i připraveni se skřípěním zubů akceptovat,“ prohlásil ministr financí a místopředseda TOP 09 Miroslav Kalousek.

Heger pak označil slova politiků ODS za „projev nenaplněných ambicí některých jejich politiků“. Uvedl, že reforma vyžaduje desítky kroků a přípravu razantních změn. „Jedna, a to možnost určení úhradového standardu a nároku pacienta a možnost připlácet si za nadstandard, je připravena a leží už dva měsíce ve vládě,“ řekl Heger.

Podle Věcí veřejných se koalice musí shodnout právě na tom, co hradit z pojištění a co ne. Standardy péče by měla určit lékařská komora. Vyjednávač VV Vít Bárta prohlásil, že pokud se lékaři více do reformy nezapojí, neměli by se jim zvyšovat platy. To ale nadzvedlo prezidenta lékařské komory Milana Kubka: „Znamenalo by to porušení memoranda a to je nemyslitelné.“

Podle Bárty má-li zdravotní reforma fungovat od 1. 1. 2012, „pak už je za minutu dvanáct stihnout všechna politická rozhodnutí“.

Zdroj: Právo, 30.3.2011

Parkinsonova choroba léčená genem

Parkinsonova choroba je druhé nejčastější onemocnění centrálního nervového systému, v průměru postihuje tři desetiny procenta populace, u lidí ve věku nad 60 let jedno procento, u skupiny nad 80 let už čtyři procenta.

Zdravotní stav pacientů s Parkinsonovou chorobou se zlepšil poté, co jim lékaři vstříkli do mozku virus nesoucí lidský gen.

Po tabletách a elektrodách přicházejí geny. I tak lze ve stručnosti popsat nový způsob léčby Parkinsonovy choroby, jejíž příznaky v roce 1817 poprvé popsal anglický lékař James Parkinson. V jeho péči se postupně ocitlo šest pacientů trpících třesem, ztuhlostí těla, zpomalením pohybu a problémy při udržování rovnováhy a při chůzi. Jejich chorobu nazval „paralysis agitans“ čili „ochrnutí s třesem“. O víc než půlstoletí později se tímto onemocněním intenzivně zabýval „otec moderní neurologie“, francouzský lékař Jean-Martin Charcot, a silou své osobnosti prosadil, aby nemoc nesla Parkinsonovo jméno.

Dnes je Parkinsonova choroba druhým nejčastějším onemocněním centrálního nervového systému. Hned po Alzheimerově chorobě. Postihuje v průměru 0,3 procenta celkové populace, ale s přibývajícím věkem se vyskytuje stále častěji. Ve věku nad 60 let trpí Parkinsonovou chorobou jedno procento lidí, u skupiny nad 80 let jsou to dokonce čtyři procenta. S tím, jak populace ekonomicky vyspělých zemí stárne, výskyt Parkinsonovy choroby stoupá. Odhaduje se, že do roku 2050 by se mohl současný počet lidí trpících tímto onemocněním zdvojnásobit.

Od 60. let minulého století mají nemocní s Parkinsonovou chorobou k dispozici léky, jež jim dokážou na čas ulevit od projevů onemocnění. Na sklonku devadesátých let začalo některým nemocným pomáhat dráždění mozkových center elektrodou voperovanou do mozku. Nyní se rýsuje příslib zcela nového typu léčby, označovaného jako genová terapie. Úspěšně jej odzkoušeli američtí lékaři vedení Michaelem Kaplitem z newyorské Weill Cornell Medical College a Matthewem Duringem z Ohio State University. Zprávu o první úspěšné genové terapii Parkinsonovy choroby, kterou Kaplitt s Duringem vyvíjejí už dvacet let, přinesl lékařský časopis Lancet Neurology. Postup vyvinutý Kaplitem a Duringem by mohl najít uplatnění i při léčbě dalších degenerativních onemocnění mozku.

**GABA - omezovač obrátek**

Přesné příčiny propuknutí Parkinsonovy choroby nejsou známy. Nemocným odumírají v části mozku zvané substantia nigra neurony produkující molekuly dopaminu a to narušuje celkovou rovnováhu regulačních procesů. Zvláště silně se nedostatek dopaminu projevuje v centrech řídících pohyb. Ta jsou před nežádoucí nadměrnou aktivací chráněna nervovými buňkami řízenými neurony v substantia nigra. Dá se říci, že dopamin ze substantia nigra na pohybová centra působí jako „omezovač obrátek“. Když vypadne ze hry, jsou centra pro regulaci pohybu ochromena nadměrnou stimulací nervových buněk. Jde o jakousi „křeč“ pohybových center, při které má pacient stále vážnější problémy s ovládnutím svého těla.

Jednou z brzd, které omezují nadměrnou aktivitu neuronů pohybových center, je kyselina gama-aminomáselná, označovaná zkratkou GABA. Ta působí v mozku jako „tlumič“ a chrání centra pro řízení pohybu před „křečí“.

Kaplitt a During se pokusili ulevit nemocným s Parkinsonovou chorobou tím, že jim v mozkových centrech zvýšili produkci molekul GABA. Použili k tomu gen, podle kterého si lidský organismus vytváří enzym zkráceně označovaný jako GAD - dekarboxylázu kyseliny glutamové. Enzym má za úkol produkovat molekuly GABA. Dodávka genu zajišťuje zvýšenou produkci enzymu a následně i vzestup koncentrací GABA. Oba lékaři doufali, že „křeč“ pohybového mozku centra pacientů se tak „uvolní“ a příznaky Parkinsonovy choroby ustoupí.

Virus v roli genového pašeráka Pro pašování genu do mozku nemocných použili američtí lékaři virus upravený metodami genového inženýrství. Preparát firmy Neurologix nesoucí kódové označení NLX-P101 je tvořen neškodným virem, který u člověka nevyvolává žádné onemocnění. Dokáže však v lidských buňkách aktivovat svoje geny a zajistit si tak množení. Genový inženýr podstrčil viru místo jeho dědičné informace lidský gen pro enzym GAD. Miliardu takto upravených virů pak vstříkli hluboko do mozku vybraných pacientů s Parkinsonovou chorobou. Viry se zachovaly v mozku tak, jak je jim vlastní. Aktivovaly své geny a nutily hostitelské buňky, aby podle těchto genů vyráběly příslušné bílkoviny. Tentokrát si tím nezajistily vznik nových virů, ale spustily tvorbu molekul lidského enzymu GAD. Enzym začal v buňkách pracovat a vytvářel nové tlumivé molekuly GABA. Nadměrně drážděné nervové buňky pohybového centra se „uvolnily“ a mozkové centrum tak získalo opět lepší kontrolu nad pohybem.

Už v roce 2007 otestovali vědci v rámci první fáze klinických testů bezpečnost preparátu NLX-P101. Pacienti vystavení různým dávkám viru netrpěli závažnějšími nežádoucími účinky. V druhé fázi už šlo Kaplittovi a Duringovi o to, zda geneticky upravený virus skutečně léčí.

Zlepšení u poloviny pacientů Pro druhou fázi klinických testů bylo vybráno 45 pacientů s Parkinsonovou chorobou. Lékaři je rozdělili na dvě poloviny. Jedné byl vpraven do mozku centra pro řízení pohybu geneticky upravený virus NLX-P101. Druhé polovině pacientů byl pod kůži na hlavě vstříknut solný roztok. Nemocní neměli tušení, zda se podrobili skutečné léčbě, nebo zda dostali neúčinný roztok. Také lékaři, kteří po celý rok vyšetřovali všechny dobrovolníky, nevěděli, který pacient byl skutečně léčen, a který nikoli. Příslušnost dobrovolníků k jedné ze dvou skupin byla odhalena až po ukončení a vyhodnocení pokusu.

Už samotné vědomí, že mohli dostat lék, nemocným zjevně pomáhalo. Projevil se u nich tzv. placebo efekt. Z kontrolní skupiny ošetřené solným roztokem se zlepšil stav u každého sedmého. Při testech kontroly pohybu dosahovali o 13 procent lepšího skóre. U skupiny léčené

preparátem NLX-P101 byl efekt razantnější. Zlepšení zdravotního stavu bylo patrné u poloviny pacientů a ti měli při testech výsledky zlepšené o 23 procent.

Bez nežádoucích vedlejších účinků Kaplitt a During patří k průkopníkům genové terapie. Jako jedni z prvních využili pro přenos genů neškodný virus AAV a prokázali, že se hodí pro vnášení genů do mozku. Na jejich posledním úspěchu hodnotí odborníci kladně především zjevnou bezpečnost procedury. V počátcích provázely genovou terapii problémy. Některé geneticky upravované viry vyvolávaly u pacientů prudkou obrannou reakci imunitního systému a jeden pacient v důsledku této neadekvátní imunitní reakce zemřel. V dalších případech vyvolal vnesený léčebný gen nežádoucí aktivaci vlastních genů pacienta. Výsledkem bylo například propuknutí leukémie. Nic z toho se u pacientů léčených preparátem NLX-P101 neprojevilo. Pokud měli nějaké obtíže, pak tyto problémy nesouvisely přímo s přítomností geneticky upraveného viru v mozku a lékařům se je povedlo rychle zvládnout.

„Ke zlepšení kontroly pohybu došlo zhruba za měsíc po podání geneticky upraveného viru a efekt byl jasně patrný po celé období sledování pacientů,“ shrnuje výsledky testu Michael Kuplitt. „Pacienti si také pochvalovali, že přestali mít problémy, které dříve pociťovali při užívání léků. Nedocházelo u nich ani k rozvoji dalších projevů Parkinsonovy choroby, které nesouvisely s narušenou kontrolou pohybu.“

Ve srovnání s některými stávajícími postupy léčby, např. drážděním mozkových center elektrodou voperovanou do mozku, je efekt genové terapie zatím poměrně slabý. Genová terapie Parkinsonovy choroby je ale na samém počátku dlouhé cesty a možnosti pro její výrazné zefektivnění se nabízí celá řada.

Zdroj: LN, 29.3.2011

Alergii nelze získat, ale jenom zdědit

Lidi s alergií přibývá. Jejich počet se přibližně od roku 1970 zvýšil třikrát. V Česku trpí touto nemocí dva miliony osob, což je pětina populace. Příčinu odborníci vidí v jiném životním stylu. Imunitní systém, jehož chybná funkce vyvolává bouřlivou reakci lidského těla na nejrůznější látky, se s touto novou situací nedokáže vyrovnat.

Choroba, jejíž příčinu stále neznáme, může v extrémních případech způsobit i rychlou smrt udušením

Dva a půl milionu lidí v Česku trpí alergiemi. Příchod jara spíše proklínají, než vítají. Ti, kteří reagují prudce na bodnutí včelou nebo vosou, mohou být ohroženi na životě. Alergie někdy i velmi rychle zabíjí. Nejen trávy, ale i hyacint Slovo alergie vytvořili rakouský dětský lékař Clemens von Pirquet společně s maďarským kolegou Bélou Schickem v roce 1906. Oba doktoři tehdy působili ve Vídni a u některých pacientů zaznamenali přehnanou reakci na zcela běžné látky. Například na prach, pyl, zvířecí chlupy a některé potraviny. Tento fenomén nazvali alergií podle řeckých slov allos (jiný nebo změněný stav) a ergon (práce, reakce, reaktivita).

Vypátrat látku, která může vyvolat rýmu, vyrážku, ale i zoufalé lapání po dechu končící smrtí, je občas detektivka. Alergenem, tedy látkou schopnou rozbouřit náš imunitní systém, může být prakticky cokoliv. Tedy nejen pyl a plísň, ale třeba i pivo, přesněji řečeno ječmen obsažený v pěnivém moku, zlato, stříbro a další ušlechtilé kovy používané při piercingu nebo propolis - hmota vyrobená včelami pro ochranu úlu a člověkem využívaná v kosmetice. Vyrážku nebo zvracení může vyvolat třeba i hyacint nebo ibišek. Rostliny, jejichž pyl je poměrně těžký, a proto jej neroznáší vítr jako u travin a stromů. „Kdo



má dědičné předpoklady k alergii, tak velmi pravděpodobně za nějaký čas zareaguje přecitlivěle na jakoukoliv látku, se kterou přichází opakovaně a dlouhodobě do kontaktu," říká Irena Krčmová, primářka z Ústavu klinické imunologie a alergologie Fakultní nemocnice Hradec Králové. Jak je pátrání po alergenu někdy složité, dokazují příklady z její ordinace.

Jeden mladík vždy v určité dny trpěl otokem rtů. Byl alergický na med a testy prokázaly vysokou citlivost na pyly. Pak si ale vzpomněl, že jeho přítelkyně používá tyčinku na rty obsahující propolis. Během každé schůzky si tak mladík „nasbíral“ alergen, po kterém mu opuchla ústa. Další pacient, muž středního věku, začal mít z ničeho nic potíže s vyrážkou. Předtím kopřivku nikdy neměl. Když lékaři pátrali po příčině náhlé změny, zjistili, že muž měl nedávno narozeniny a od manželky dostal zdravotní polštářek naplněný pohankou. Dárek putoval z bytu a příznaky alergie zcela vymizely. Pokaždé však není reakce organismu tak mírná jako v těchto případech.

Na vojenském cvičení záložníků jeden z účastníků málem zemřel hned první den po ubytování v kasárnách. Na palandách v ložnici ležely slamníky nacpané čerstvou slámou. Voněla příjemně, ale u muže kolem padesátky způsobila anafylaktický šok. Zbledl, začal zrychleně dýchat a dusit se. Než přijela záchranka, ztratil vědomí. Naštěstí ho v nemocnici dali do pořádku.

Alergie je onemocnění vyvolané chybou činností imunitního systému. Představme si ho jako hlídače schopného rozpoznat, co je pro nás nebezpečné a čemu se máme bránit. Někdy se ale hlídač spletá a považuje třeba obyčejnou bílkovinu v potravíně za bakterii nebo vir. Spustí se alarm a do boje vyrazí úderná jednotka sestavená z tzv. imunoglobulinu E. Při setkání likvidační čety s bílkovinou, omylem označenou za nepřítele, se do krevního oběhu uvolní řada chemických látek, například histamin. Ten pak ovlivňuje dýchací, trávicí a cévní systém, srdce i kůži. Podle toho, kam histamin v krevním řečišti doputuje, vypadá i odpověď organismu na alergii. Mohou nastat potíže s dýcháním, nevolnost, zvracení, průjem, vyrážka, bolesti břicha či svědění kůže.

Nemoc umíme jenom tlumit. Proč imunitní systém někdy reaguje bouřlivě a vysílá po zuby ozbrojené bojovníky i na neškodnou bílkovinu? Dosavadní výzkumy odhalily, že hlídač chybí při určitém uspořádání několika desítek genů v DNA. To je zatím všechno, co víme o podstatě bouřlivé reakce imunitního systému. Proč se jednotlivá písmena genetické abecedy někdy seskupí právě tímto nevhodným způsobem, není dosud jasné.

Jisté je, že nemoc je dědičná a nevyléčitelná. Protože neznáme její přesnou příčinu, lze pouze tlumit alergické příznaky. Přeskupovat geny do optimální konstelace už sice vědci dokážou, ale eticky je to možné jenom u zvířat. Další překážkou stojící v cestě k léčbě je fakt, že zatím se daří přesunovat pouze jednotlivé geny, a nikoliv desítky. A pokud to jednou bude možné, tak zatím stále nevíme, co by se stalo, kdyby se vazby mezi mnoha písmeny dědičné abecedy porušily.

Mezi nejčastější známky alergie patří pylová rýma a tzv. atopický ekzém vyznačující se svědivými ložisky suché a zarudlé pokožky. Často se tyto příznaky objevují až v dospělosti. Ale nejde o alergii tzv. získanou. „To se jenom doposud spící geny probudily a začaly ovlivňovat imunitní systém. K aktivitě je může vyburcovat například virové onemocnění, třeba těžší průběh chřipky," říká primářka Irena Krčmová. S postupujícím věkem tělo reaguje méně bouřlivě na roztoče, pyl a potravinové alergeny, ale zase stoupá alergie na léky, protože starší lidé jich užívají stále více.

Úplné vyléčení zůstane na dlouhou dobu přáním milionů lidí trpících alergií, přesto pacienti nemusí žít v izolaci od okolního světa. Pokud například víte, že rodiče nebo prarodiče měli astma, ekzémy nebo chronickou rýmu, je nutné odstranit hlavní zdroje prachu. Vhodnější než koberce jsou hladké a omyvatelné podlahy. Doporučuje se často utírat prach vlhkou utěrkou a větrat. Sklony k potravinovým alergiím u dětí lze omezit tím, že do jídelníčku zařadíte nové druhy potravin postupně. Vždy několik dní sledujte, zda se neobjeví známky alergie. „Doma rozhodně nekouřit, protože nikotin zvyšuje tvorbu alergických protilátek," zdůrazňuje profesor Václav Špičák, spoluzakladatel České iniciativy pro astma.

Riziko představují rovněž psi a kočky bez srsti, tzv. naháči, protože alergen obsahují i sliny zvířat.

„Jednání některých rodičů je v tomto směru někdy až nepochopitelné," říká profesor Špičák. „Do ordinace jednou přišla dívka s alergií na pyl a její stav se stále zhoršoval. Při rozhovoru s matkou se ukázalo, že dceři koupili morče a dovolili jí brát si hlodavce před spaním na polštář, protože prý jinak neusnula," podivuje se odborník.

Podle jeho zkušeností je podceňování prvních známek alergie nebezpečné, „rozjetá" nemoc se drží na uzdě obtížněji. Při atopickém ekzému u dítěte existuje přibližně padesátiprocentní riziko, že do začátku školní docházky se projeví příznaky astmatu. Při pylové rýmě je riziko celoživotně nejméně pětaticetiprocentní.

Proč alergií přibývá? Počet pacientů s alergiemi stoupá. V Česku jsou nyní dva a půl milionu lidí s touto nemocí. Před čtyřiceti lety jich bylo třikrát méně. Proč je dnes 20 a v době pylové sezony až 25 procent populace v péči alergologů?

Příčin je podle profesora Špičáka i primářky Krčmové mnoho. Mezi ty hlavní patří jiný životní styl. Jíme nové druhy potravin, mnohé z nich jsou přibarvené, dochucené a obsahují konzervační látky, aby vydržely transport z druhého konce Evropy. Pro imunitní systém jde o neznámé látky. U lidí s dědičnými předpoklady k alergii pak reaguje bouřlivěji než normálně.

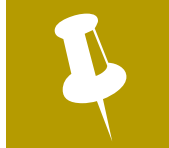
V obchodech je také daleko širší nabídka. Arašídů jsou dnes běžně k dostání, přidávají se i do sladkostí a olejů. „Přitom je to jeden z nejnebezpečnějších alergenů," říká profesor Špičák. Podobně provokuje imunitní systém sója, sójová mouka nebo sezamová semínka, sypaná na pečivo. Změnil se také vztah člověk-zvíře. Dnes jsou psi a kočky téměř členy rodiny, spí s lidmi v posteli, mazlí se s nimi. Tak těsný kontakt je pro vnitřního hlídače našeho těla značná zátěž.

Zásadní je nárůst škodlivin produkovaných dopravou a průmyslem. Zatím nezvládnuté je kuřáctví. „To vše je rozbúškou určitě pro 40 procent naší populace s dědičnou dispozicí k alergiím. Nemusí onemocnět, ale přenesou svoje předpoklady na potomky," poznamenává profesor. Proto doporučuje navštívit při prvních příznacích odborného lékaře a nenechat chorobu rozvinout. V prvním stadiu ji totiž lze částečně utlumit změnou životního stylu, později už musí nastoupit léky.

Zdroj: LN, 5.4.2011

Polovina doktorů nechce do komory

Přes polovinu lékařů, 52,8 procenta, je názoru, že členství v České lékařské komoře (ČLK) by mělo být dobrovolné. Nyní je ze zákona povinné pro nemocniční i soukromé lékaře. Pro pokračování povinnosti se vyslovila jen zhruba třetina lékařů, 34,8 procenta. Dalších 6,1 procenta dává přednost povinnému členství pouze pro soukromé lékaře. Vyplývá to z průzkumu agentury INRES-SONES, v němž odpovída-



lo 1178 lékařů z celé republiky. O povinnost členství v ČLK se vedou spory po celou dobu její existence.

Zdroj: ČTK, 5.4.2011

Očkování proti rakovině čípku bude na pojišťovnu

Do očkovacího kalendáře dětí by se nově mohla dostat vakcína proti papilomavirům, která chrání dívky před rakovinou děložního čípku. Ve čtvrtek se na tom usnesla komise ministerstva zdravotnictví.

Nádorem děložního čípku každý rok onemocní čtyři tisíce žen a tisícovka žen kvůli němu ročně zemře. Proti nádoru přitom existuje účinná ochrana - vakcína proti HPV, tedy očkování proti lidským papilomavirům.

Háček je v tom, že se touto vakcínou musí chránit dívky ještě před započetím sexuálního života, tedy nejlépe ve třinácti letech.

Jenže očkování je drahé (za nutné tři dávky devět tisíc korun), takže zdaleka ne všichni rodiče je svým dcerám dopřejí.

Národní imunologická komise se proto ve čtvrtek usnesla na tom, že prioritou státu by nyní mělo být zařazení tohoto očkování mezi očkování hrazená.

Ostatně, jedno plošné očkování letos z povinného očkovacího kalendáře dětí zmizelo - už není povinné očkování proti tuberkulóze. Ukázalo se, že jednak se povedlo nemoc z Evropy prakticky vymýtit a jednak má toto očkování smysl jen u dětí, které žijí v rizikovém prostředí - například s nemocnými prarodiči. Aby totiž člověk nemoc dostal, musel by s nemocným strávit nejméně osm hodin, nakazit se tuberkulózou jen tak v tramvaji tudíž není možné. Imunologové proto nyní zvažují, jakou další jinou ochranu dětem může stát dát.

„Nechceme, aby očkování proti HPV patřilo mezi povinná očkování, ale mohlo by být v podobném režimu jako vakcína proti pneumokokům,“ popisuje Roman Prymula, předseda České vakcinologické společnosti. „To znamená, že by toto očkování bylo dobrovolné, ale kdo by o ně měl z dívek mezi třináctým a čtrnáctým rokem zájem, tomu by vakcínu hradila pojišťovna,“ vysvětlil.

Podle něj však rozhodně nejde o záležitost příštího roku, ale nejdříve by to takto mohlo fungovat za dva roky.

Podle dětské lékařky Hany Cabrnachové z České pediatrické společnosti je škoda, že vakcínou jsou dnes chráněny jen ty dívky, jimž rodiče látku zaplatí.

„Ta vakcína prokazatelně chrání proti 80 procentům papilomavirů, které nádor děložního čípku způsobují. Jde tedy o život zachraňující očkování, na rozdíl třeba od očkování proti rotavirům, které způsobují průjemová onemocnění u dětí a patří sice také mezi doporučená očkování, ale kvůli nim se neumírá,“ říká lékařka.

Dívky by se podle doporučení imunologické komise mohly nechat očkovat právě ve třinácti letech proto, že po čtrnáctých narozeninách už asi osm procent z nich žije sexuálním životem a v tu chvíli už je vakcína tolik nechrání.

Vakcína nebude povinná

„Komise sice toto doporučení vydala, ale druhá věc je, co nám dovolí finance,“ komentuje to hlavní hygienik a náměstek ministra zdravotnictví Michael Vít.

Podle něj proto není možné očkování zařadit mezi povinné, kam dnes patří hexavakcína plus očkování proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím, protože by se o třetinu navýšil rozpočet státu na tato očkování.

„Dnes to dělá miliardu, s vakcínou proti HPV by to bylo o tři sta milionů korun ročně navíc a na to v této době opravdu nemáme,“ vysvětl-

luje Vít. Model, kdy očkování je dobrovolné a zájemcům je hradí zdravotní pojišťovna, je podle něj schůdnější. Ale i on odhaduje, že v nejbližším roce to nebude.

Očkovací kalendář se však letos už změnil, a to nejen kvůli vymizení tuberkulózy. „Nově se také přeočkovávají děti mezi desátým a jedenáctým rokem proti černému kašli. Ten se totiž s velkou silou vrátil a už kvůli němu u nás po třiceti letech zemřeli tři kojenci,“ říká Hana Cabrnachová.

Zdroj: MFD, 2.4.2011

Peníze už letos přinese rušení lůžek, říká Heger

Obyčejné zubní plomby se zatím zpoplatňovat nebudou, ale některé nemocnice už letos utlumí svou činnost. A bude se předepisovat méně léků. Tak chce ministerstvo zdravotnictví ušetřit.

Ministr zdravotnictví Leoš Heger si už u koaličních partnerů ověřil, že zvýšení regulačních poplatků ani třeba placení za převoz sanitkou není přijatelné. Jak chce tedy do systému dostat chybějící peníze?

Očekáváte, že se bude mluvit o vyškrtnutí amalgámových plomb z hrazené péče?

ODS a Věci veřejné měly výhrady k tomu, aby se seznam nehraných stomatologické péče výrazně rozšiřoval. Ostatně to ani není reformní změna, to je jen parametrická úprava, ale za reformu bych to neprohlašoval.

A dá se s ní v nejbližší době počítat?

V nejbližší době ne. A jestli budeme znovu navrhnout rozšíření stomatologických výkonů, které nebude hradit pojišťovna, tak to bude muset být po dohodě v K9.

Jaké další zdroje pro příští rok vám tedy zbývají?

Spousta věcí nejde přesně propočítat, ale můžeme je odhadnout. Je to třeba omezení korupčních nákupů drahých přístrojů, to je záležitost zejména na straně nemocnic. Úlohou ministerstva bude, aby dávalo jasná pravidla, jak postupovat. V úvahu připadá také redukce předepisovaných léků, které se pak vyhazují do popelnic. A v úvahu připadá také racionalizace péče méně obvyklá, jako je třeba zavádění principů celostní medicíny, která může řadě pacientů pomoci. (Celostní medicína se zaměřuje na člověka jako na celek, věnuje se víc příčinám nemocí než léčbě příznaků - pozn. red.)

Co dál může ušetřit peníze?

Je také třeba, aby pojišťovny dostaly v zákoně impuls, aby se chovaly jako správný hospodář, to znamená, aby nesly odpovědnost za rozsah sítě zdravotnických zařízení, které mají nasmlouvané. A aby nesly odpovědnost za to, že nebudou nasmlouávat výkony, které jsou zbytečné. I o těchto věcech se na K9 budeme bavit.

V čem se podle vašeho názoru nejvíc zaseknete?

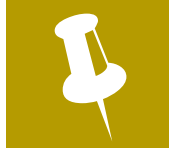
Například poplatky už se diskutovat nebudou, to je jasné z minulého jednání. Objevil se také rozpor mezi ODS a Věci veřejnými, co se týká České lékařské komory. ODS si nepřeje jakékoli posilování role ČLK ve zdravotnictví, přeje si spíše útlum. Chce změnit zákon o lékařské komoře v tom smyslu, že v budoucnu nebude povinné členství, ale jen povinná registrace. Věci veřejné jsou ke komoře vstřícnější a přejí si, aby její role spíše vzrostla.

A vy?

To nechám na debatě na K9.

ODS chce, byste reformní zákony přinesl v jednom balíku, a to co nejdřív. Půjde to?

Pro mě je závazný legislativní plán vlády, ten dodržuju. Těch kroků je



tam tolik, že přinést je v jednom balíku v podstatě není možné. Také to chci na jednání vysvětlit.

Je možné očekávat úspory z restrukturalizace nemocnic už v příštím roce?

Úspory je možné očekávat už v letošním roce. A nejen z restrukturalizace nemocnic. Jakýkoli zásah má vždycky určité prvky nejistoty, ale vzhledem k tomu, že těch kroků plánujeme více, tak některé zcela jistě fungovat budou. V letošním roce bude prubířský rok, kdy se ukáže, jestli ten propad, který byl v posledních letech nastartován, bude zastaven. A že bude i na zvýšení mezd lékařů, jak jsme se zavázali.

Zvládnou hejtmani snížit počet lůžek tak rychle?

Ve spolupráci s pojišťovnami, hejtmany a našimi přímo řízenými organizacemi nutné kroky budou zahájeny už tento rok. V dalším roce budou podpořeny také úhradovou vyhláškou, tak aby peníze šly za pacientem a aby byl jasný signál, které nemocnice jsou potřebnější a populárnější. A bude třeba počítat s útlumem nemocnic, o které není zájem.

FAKTA

Úspory podle Hegera

Stop drahým přístrojům Ne každá nemocnice musí mít drahou magnetickou rezonanci. Rušení akutních lůžek Celkem se má zrušit 10 tisíc lůžek, některé nemocnice začínají už nyní. Pojišťovny, šetřete! Budou si muset lépe hlídat, zda platí péči, která je nezbytná. Příplatek za nadstandard Pokud chcete lepší kloub, bude to něco stát.

Chybí 10 miliard

Ministerstvo zdravotnictví propočítalo, že pokud se zvýší sazba DPH tak, jak vláda plánuje, budou v resortu chybět peníze, konkrétně asi 10 miliard. Bude to způsobeno také nárůstem platů doktorů, ty se jim po akci Děkujeme, odcházíme zvýšily už od března. Ministr Leoš Heger proto přinesl na jednání K9 návrhy, kde je možné miliardy získat. Mezi nimi byl například požadavek, aby stát zvýšil platby za „své“ pojištěnce, tedy děti, důchodce a nezaměstnané. Politici tuto cestu odmítli: ze státního rozpočtu už do zdravotnictví žádné peníze nepřijdou. A neprošla ani varianta, aby chybějící peníze doplnili sami pacienti, a to ve formě zvýšených poplatků u lékaře a v nemocnici. Sám ministr Heger včera připustil, že razantní zvýšení poplatků by vedlo k sociálním nepokojům, mírné zvýšení by nemělo žádný efekt. Včera zopakoval, že zvýšení DPH mu situaci komplikuje, ale že zkusí peníze ušetřit uvnitř resortu.

Zdroj: MFD, 30.3.2011

Náměsíčníci a učení ve spánku

Mozek si v noci zpracovává informace, které jsme mu během dne posílali.

Ráno je moudřejší večera, říká staré přísloví. A nelže. To, s čím se večer trápíme, bývá po prospané noci najednou o poznání snazší. Náš mozek v noci nezhálal, ale usilovně pracoval. Opakoval si obtížné operace a osvojoval si nově nabyté informace. Jasný důkaz o tom, že ve spánku prodělává náš mozek „velké opakování“, podaly pokusy s náměsíčníky, které provedli francouzští a švýcarští vědci.

Mozek na noční šichtě Spánek je pro konsolidaci myšlenek nenahraditelný. Mozek při něm třídí nové informace na potřebné a nepotřebné. Ty, které shledá jako významné a s kterými se během dne nejvíce nadřel, ve spánku posiluje. U pokusných zvířat se o tom mohou vědci přesvědčit tak, že zavedou do příslušných center mozku elektrody a jejich prostřednictvím měří aktivitu přesně vybraných neuronů. Člověka nelze podrobit pro potřeby výzkumu tak radikálnímu zásahu

do mozku. Přesto mnohé nasvědčuje tomu, že si i lidé v noci během spánku přehrávají to, čím se ve dne intenzivně zabývali a co jim třeba dělalo problémy.

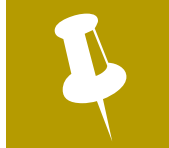
Při pokusech na dobrovolnících se například ukázalo, že některé jednoduché úlohy zaměřené na prostorovou orientaci a rychlou reakci zvládají lidé po počátečním tréninku mnohem lépe, když se před hodnotícím testem prospí. Spánek posílil naučené dovednosti vydatněji než jakýkoli jiný způsob relaxace. Muzikant, který se marně potýká s nácvikem obtížné skladby, proto udělá nejlépe, když nepropadne zoufalství a po intenzivním cvičení se půjde prospat. Když vezme druhý den ráno nástroj znovu do ruky, zjistí, že se jeho výkon výrazně zlepšil. Tým vedený Isabelle Arnulfovou z pařížské Université Pierre et Marie Curie dokázal do dění v mozku spících lidí nahlédnout i bez elektrod monitorujících činnost neuronů. Výsledky experimentů zveřejnil přední vědecký časopis PLoS ONE.

Vědci získali pro své pokusy dvě desítky náměsíčníků. Tito lidé provádějí během spánku nejrůznější činnosti, kterých si nejsou vědomi. Projevy náměsíčnosti nastupují ve fázi spánku, kdy se člověku nezdají sny. Obvykle jde jen o krátkodobé a jednoduché záležitosti, jako je třeba posazení se v posteli. Náměsíčník má sice otevřené oči, ale není si vědom toho, co právě dělá. Zhusta si to po probuzení ani nepamatuje.

Náměsíčnictví patří do širokého spektra poruch spánku. Část mozku náměsíčníků zodpovědná za vnímání okolí nadále spí. Mnohá mozková centra, například ta, jež řídí pohyby těla, jsou však uvedena do stavu bdělosti. Isabelle Arnulfová doufala, že si náměsíčníci budou ve spánku opakovat, co se učili ve dne, a jejich napůl probuzený mozek to dá nějakým způsobem najevo.

Dobrovolníci se podrobili tréninku rychlosti reakce. Na monitor počítače jim vědci promítali v rychlém sledu různé barevné čtverce. Účastníci pokusu měli za úkol vždy co nejrychleji zmáčknout knoflík stejné barvy. Celkem měli k dispozici čtyři knoflíky - červený, modrý, zelený a žlutý. Každý knoflík byl na jiném místě. Žlutý byl dokonce připevněn na stěnu vedle židle, na které dobrovolník seděl. Účastníci pokusu sice na všechny knoflíky dosáhli, ale museli se k nim natáhnout. Navíc směli modrý a zelený knoflík tisknout jen levou rukou a na stisknutí červeného a žlutého směli použít jen pravačku. Modrý knoflík byl umístěn napravo od dobrovolníka, takže ten musel levačkou sahat daleko napravo. Podobně byl červený knoflík připevněn nalevo od dobrovolníka, a ten tak musel při jeho tisknutí natáhnout pravou ruku daleko doleva.

Obrazce naskakovaly na monitoru ve stálém pořadí - modrý, žlutý, zelený, červený, žlutý, modrý, červený a zelený. Tato sekvence osmi barev se znovu a znovu opakovala. Dobrovolníci tak byli nevědomky trénováni k tomu, aby si vstřípli do paměti jednu sekvenci výrazných pohybů. Trénink probíhal ráno a pokus pak pokračoval večer. Dobrovolníci si lehli do postele a z hlavy si pokusili vybavit sestavu pohybů, které ráno trénovali. Pak mohli jít spát. Po celou noc je natáčela videokamera. Výsledky pokusu mohou na první pohled působit nepřesvědčivě. Náměsíčníci většinu nocí v klidu prospali. Typická náměsíčnická aktivita se u nich projevila v průměru jen na jednu minutu za celou noc. Většinou však neměly pohyby náměsíčníků nic společného s „tancem rukou“ při tisknutí barevných knoflíků. U jedné dobrovolnice však nebylo pochyb o tom, že její ruce opakují naučenou sekvenci pohybů. Žena na krátkou chvíli otevřela oči a zvedla ruce do „pohotovostní“ pozice, v jaké je držela ve dne před zahájením testu. Následně předvedla sérii „hmatů“ po imaginárních knoflících.



Pak opět upadla do normálního spánku. U dalšího dobrovolníka pozorovali vědci podobný záchvat náměsícnictví, ale sekvence pohybů nepřipomínala učenou sestavu tak přesvědčivě. Vzhledem k tomu, jak vzácně se projevy náměsícnictví dostavovaly, považuje Isabelle Arnulfová i tyto dva případy za jasný důkaz, že si lidé ve spánku přehrávají to, čím se zabývali přes den. O tom, že spánek upevňuje právě získávané dovednosti, svědčily i samotné výsledky testů. Po prospání řešili dobrovolníci úlohu s tisknutím barevných knoflíků rychleji a dělali méně chyb.

V noci si třídíme myšlenky a posilujeme osvojované dovednosti. Učení ve spánku proto není nespílitelný sen. Není však bezprácné. Člověk musí nejprve vynaložit nemalé úsilí - nad učebnicí, s houslemi pod bradou nebo v laboratoři před monitorem a barevnými knoflíky. Pokud se mozku dodá „surovina“ v podobě nově získaných informací a dovedností, mozek už je pak ve spánku sám „zušlechtí“. Kvalitní spánek je tedy pro učení stejně důležitý jako samotná námaha vynaložená na zvládnutí nových věcí.

Mnohé nasvědčuje tomu, že si lidé v noci během spánku přehrávají to, čím se ve dne intenzivně zabývali a co jim třeba dělalo problémy.

Zdroj: LN, 5.4.2011

Dítě pouze kojené je ohroženo astmatem

Dlouhodobé kojení může zvýšit riziko, že dítě dostane atopický ekzém nebo astma. Platí to zejména pro kojence rodičů, kteří nejsou alergici nebo některou z forem této nemoci trpí jenom matka. Překvapivý závěr vyplývá ze studie Ústavu pro výzkum a prevenci a sociálního lékařství v Brémách uveřejněné v Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology. Výzkumu se zúčastnilo téměř 1700 dětí. Zatímco u nekojených dětí se alergie projevila v 15 procentech případů, u dlouhodobě kojených postihla skoro čtvrtinu. Mají snad matky přestat kojít?

Alergie jsou důsledkem příliš prudké odpovědi imunitního systému. Jeho úkolem je vyhledávat v těle nebezpečné viry, bakterie... a likvidovat je. Když imunitní systém vyhodnotí přítomnost běžné neškodné látky jako ohrožení, spustí obrannou reakci. Pokud je příliš silná, dostaví se rýma, svědění pokožky či jiné alergické příznaky. Imunitní systém se v prvním roce života laicky řečeno doladuje, aby se dokázal vyrovnat s novými podněty.

Studie ukazuje, že když je dítě déle pouze kojené a nedostává postupně od půl roku života jinou potravu než mateřské mléko, může mu v pozdějším věku hrozit zvýšené riziko onemocnění atopickým ekzémem nebo astmatem. „Obecně stále platí, že delší kojení, které se doporučuje v délce minimálně šesti měsíců, má na budoucí zdraví dítěte pozitivní vliv, ale příkrmy by měly být podávány již v 4. až 6. měsíci věku. Jde o možnost vytvoření tolerance či adaptace na potraviny. K definitivnímu zhodnocení je však třeba ještě dalších studií,“ říká primářka Irena Krčmová z Ústavu klinické imunologie a alergologie Fakultní nemocnice Hradec Králové. Kojení tedy dítěti jistě prospívá, ale zároveň platí, že od určitého věku je už jeho vliv na zdraví méně efektivní, než se doposud soudilo.

Zdroj: LN, 5.4.2011

MZ zvažuje, že praktici budou mít povinnost sloužit LSPP

Návrh zákona by měl řešit chronický problém dostupnosti a zajištění

ní zdravotní péče po ordinačních hodinách. „Naší snahou je definovat, kdo tuto péči bude poskytovat,“ uvedlo ministerstvo zdravotnictví k problému zajištění dostupnosti LSPP v rámci plánované reformy zdravotnictví...

Ministerstvo zdravotnictví má představu, že by nově součástí smlouvy registrujících praktických lékařů a lůžkových zdravotnických zařízení s akutními lůžky byla povinnost účasti na LSPP, organizované krajem, zatímco dnes je LSPP ze strany praktických i dalších lékařů založená na dobrovolnosti, což v mnohých případech vede k nedostatku odborníků, kteří LSPP zajišťují.

Podle Ing. Petr Noska, náměstka ministra pro zdravotní pojištění by se povinnost účastnit se na zajišťování LSPP měla vztahovat na všechny praktické lékaře, kteří působí v rámci kraje, který LSPP organizuje a zajišťuje.

Zdá se, že zatím není přesně jasné za jakých finančních podmínek budou lékaři LSPP sloužit a zda zákon bude obsahovat také nějakou sankci za porušení povinnosti účastnit se na zajišťování LSPP.

„Pokud zákon obecně ukládá povinnost, za jejíž nesplnění není možné uložit nějakou sankci, zkušenosti z praxe hovoří o tom, že zpravidla není příliš účinný. V tomto případě můžeme při nedodržování povinnosti účastnit se zajišťování LSPP uvažovat o sankci v podobě prosté pokuty nebo lze zvolit provázání povinnosti sloužit na LSPP se zákonem o veřejném zdravotním pojištění a možností např. modifikovat výši úhrady pojišťovny v rámci poskytované péče praktického lékaře,“ dodává náměstek Nosek.

Návrh levicových poslanců

Zavedení povinných služeb LSPP pro praktické lékaře navrhovali už před rokem poslanci KSČM. Autoři argumentovali tím, že současný zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních není dostatečnou garancí spolehlivého zajištění pohotovosti v krajích. Součástí novely měly být sankce až ve výši 500 tisíc korun pro ty lékaře, kteří odmítnou pohotovost sloužit.

„V současné době slouží LSPP lékaři, kteří jsou 12 hodin na sále - internisté a další, a kterým to nemocnice přikáže, protože jim nic jiného nezbude. Současný zákon nedává žádnou pravomoc krajům k tomu, aby praktické lékaře ke službám na pohotovosti přiměly. Stav by měl být takový, aby jednou za určitou dobu každý praktický lékař měl povinnost LSPP odsloužit. Kolik hodin za měsíc by měli praktici na pohotovosti sloužit, to umí určitě spočítat pojišťovny a kraje,“ uvedla na konci roku 2009 pro Medical Tribune poslankyně KSČM Kateřina Konečná a dodala:

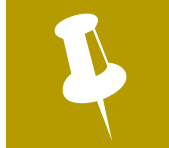
„Praktický lékař dostává za každého pacienta automaticky každý měsíc 40 Kč. Já mu ty peníze nezávidím. Já jenom tvrdím, že pokud tyto peníze dostává, tak je to pro něj dostatečná motivace k tomu, aby se o pacienty postaral i jinak než v ordinačních hodinách.“

Schwarz: praktici měli sloužit LSPP povinně už dávno

S návrhem zavést službu LSPP jako povinnost praktických lékařů, dlouhodobě souhlasí také ředitel pražské záchranné služby MUDr. Zdeněk Schwarz.

„Lékařskou službu první pomoci (LSPP) jako primární terénní péči má zajišťovat síť praktických lékařů. Je mylnou představou samotných praktiků, ale spíše jejich výmluvný argument, že lékař (stejně jako kterýkoliv člověk) nemůže pracovat 24 hod denně. To totiž nikdo po nich ani nechtěl a nechce,“ napsal pro Medical Tribune MUDr. Schwarz.

„V zahraničí - například v Berlíně - fungují zcela standardně sdružení praktických (nebo rodinných) lékařů, která si sama zajišťují rozpi-



sy služeb (dostupnost) konkrétních lékařů vč. ordinací v nonstop režimu. Považují to za zcela normální a správné řešení, protože se domnívají, že je jejich povinností o své klienty pečovat a zajistit jim péči... Opakovaně jsme to v Praze tvrdili a nabízeli nebo požadovali. Opakovaně jsem to během posledních zhruba deseti let slyšel od mnoha odborníků a kolegů, ale nikdo to nikdy neprosadil nebo nechtěl řešit a nebo narazil na odpor praktiků. Také politici se toho obávali, aby si neodradili potencionální voliče – praktiky.“

Praktici: pohotovost by byla nad naše síly

Praktičtí lékaři na návrh povinných pohotovostí reagovali v drtivé většině velmi negativně. „Návrh uvedeného zákona je zcela nepřijatelný v duchu totality, kdy někomu nařizuje pod trestem „nucené práce“. Řešení tohoto problému je jednoduché. Stačí praktického lékaře adekvátně zaplatit a systém jak je prokázáno funguje. Kapitální platba byla spočítána na 8 hod pracovní doby (ne na 24 hodin) a nezbývá než připomenout naší levici, aby se nevracela zpátky do minulosti,“ odpověděl na dotaz Medical Tribune doc. MUDr. Svatopluk Býma, předseda Společnosti všeobecného lékařství.

Proti se ozvali také samotní praktičtí lékaři. „Velké množství praktických lékařů v rámci zvyšování své kvalifikace slouží ve svém volném čase noční služby na interních odděleních v různých nemocnicích. Navíc povinné přednášky v rámci celoživotního vzdělávání o víkendech a po večerech často na úkor rodiny či partnera,“ napsala pro Medical Tribune MUDr. Kateřina Bláhová. „Já svou ordinaci nevlastním, nicméně pracuji jako zaměstnanec v ordinaci PL a + odpracuji cca 64-80 hod měsíčně na interně (s 2 dětmi). Vzhledem k pracovní době poslanců a jejich zodpovědnosti k lidem bych paní poslankyni doporučila se zamyslet nad svým platem, počtem odpracovaných hodin případně si na vlastní kůži zkusit denně ošetřit 50-60 pacientů často s velmi závažnými chorobami.“

Svou zkušenost se službami lékařské povinnosti popsal také MUDr. Jiří Flusek z Varnsdorfu:

„Podotýkám, že jako praktický lékař jsem LSPP sloužil jako jeden z mála až do jejího zániku v tehdejší podobě (tzn. ambulantní pohotovost a návštěvy pacientů na vyžádání) a převedení na formu ambulantní nevyjezdňi pohotovostní služby ve zdejší nemocnici, souběžně jsem i sloužil služby RLP, což činím doposud. Takže mě myslím, nikdo nemůže obvinít, že se svým i cizím pacientům nevěnuji. Protože vím, jak byla LSPP zneužívána lidmi, kterým se prostě nechtělo čekat v ordinaci svého praktického lékaře, působí na mě komicky, že se za služby LSPP zasazuje někdo, kdo po stranické linii dělá vše proto, aby LSPP nebyla LSPP, ale ordinace pro neurgentní stavy v mimoordinární dobu. LSPP má smysl, pouze pokud budou zachovány regulační poplatky za její využití a i tak je tento smysl sporný. Život ohrožující a akutní neodložitelné stavy jsou doménou ZZS a nemocničních ambulancí. Pokud se týká sporných případů, pro ty by byla LSPP stejně jen přestupní stanicí na výše zmíněné nemocniční ambulance a vše ostatní může počkat do rána. Pokud jsou nemocniční lékaři přetížení, je jiný problém (a problém to samozřejmě je velký), který zde řešit nemohu. Dále - kapitální platba neznamena, že lékař bude svým pacientům neomezeně k dispozici 24 hodin denně a tvrdit, že ordinární doba rovná se pracovní doba, je těžká demagogie. Poukazovat na to, že mimo ordinaci se vyřizuje obsáhlá administrativa s chodem ordinace související, že si lékař musí doplňovat vzdělání a ti šťastnější z nás, kteří nejsou ještě rozvedeni, mají také nějaké povinnosti doma, mi již připadá trapné, ale někteří jedinci to stále nedovedou po-

chopit. Politici by se měli zabývat především problémem vzrůstajícího nedostatku lékařů primární péče a nevymýšlet variace nevolnického systému,“ napsal MUDr. Flusek v reakci na plánované schválení zákona o povinných službách LSPP.

Oprášená legislativa

Legislativa upravující poskytování LSPP však nakonec schválením neprošla, řešení se tak opět odsunulo. Nyní přichází s podobnou myšlenkou pravicový ministr. Jaká ji přivítají praktičtí lékaři? Napište nám online@tribune.cz nebo se zapojte do diskuse.

Zdroj: www.tribune.cz, 11.4.2011

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.

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

Hledám lékaře do ordinace PLDD na zástup

Hledám lékaře do ordinace PLDD v Praze 8, zástup za MD, od 5/2011. MUDr. Klára Otáhalová, Střelnická 1284, Praha 8, tel.: 604 118 416
• Ev. č.: 211-03-11

Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou praxi PLDD v Praze 10, nástup asistenta možný ihned. Tel.: +420 739 655 983 • Ev. č.: 212-03-11

Přenechám zavedenou praxi

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

Hledám zástup do pediatrické praxe

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

Autodidaktický test 5/2011

GYNEKOLOGIE I.

1. Condylomata lata jsou projevem sexuálně přenosné nemoci vyvolané:

- a) Chlamydia trachomatis
- b) Treponema pallidum
- c) Human Papillomavirus typ 6 a 11
- d) Trichomonas vaginalis

2. Které tvrzení je chybné:

- a) Fluor vaginalis neonatalis purus je vyvolán mateřskými estrogeny a nevyžaduje žádné léčení
- b) Fluor vaginalis pubertalis purus je vyvolán tvorbou endogenních estrogenů a nevyžaduje žádné léčení
- c) Fluor vaginalis v klidovém období děvčete je vyvolán absencí estrogenů a nevyžaduje žádné léčení

3. Dívky nacházející se v hormonálně klidovém stadiu s recidivujícím výtokem z genitálu nutno vyšetřit vaginoskopem k vyloučení cizího tělesa. V případě nálezu cizího tělesa hluboko v klenbě poševní je nutné (označte chybné tvrzení):

- a) těleso extrahovat
- b) vyloučit podezření na pohlavní zneužívání
- c) cvičením pánevního dna těleso vypudit

4. Při fluoru vaginalis u dívky v předškolním věku:

- a) doporučíme sedací koupele v hypermanganu
- b) bez kultivace a vaginoskopie nasadíme Canesten mast na genitál
- c) odešleme k vyšetření na dětskou gynekologii
- d) dif. dg. pátráme po etiologii i v oblasti helmintóz (enterobióza)

Johnson and Johnson - Koupel

Nutricia - Nutrilon