

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

červen 2008 ■ číslo 6 ■ ročník 8



Cestovní průjmy

Kožní onemocnění cestovatelů

Cestování a rizika infekčních nemocí

Importovaná horečnatá onemocnění dětí



Orion Diagnostica

ZENTIVA

Herb

Sunar

Téma čísla:
**INFEKČNÍ
ONEMOCNĚNÍ**

GSK Cervarix - A4

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

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

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Vydavatel:

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

Odborná garance:

**Odborná společnost praktických
dětských lékařů ČLS JEP**

Grafika, výroba, distribuce:

**Vydavatelství MEDIX, s. r. o.
(vox@imedix.cz; GSM: 777 281 866)**

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

Mgr. Jaroslav Tesař



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.

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

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

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE – Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD za měsíc květen 2008	5
Zápis z jednání zástupců SPL ČR, SPLDD ČR, SVL ČLS JEP a VZP ČR	6
Zdravotní péče v evropských zemích	7
Systém integrované péče: příležitost pro praktické lékaře	9
Regulační poplatky – ano, nebo ne?	10
Řízená péče	14
Asociace nemocnic žádá šestiprocentní navýšení úhrad	16
Co navrhuje ministr Julínek, je riskantní experiment	17
K čemu jsou vlastně praktičtí lékaři	17
Zlo přichází z velkých nemocnic	18
Problém s očkováním	19



MUDr. Hana Roháčová, Ph. D. Cestování a rizika infekčních nemocí	20
MUDr. Helena Ambrožová, Ph. D. Cestovní průjmy	22
MUDr. Zdenka Mandáková Kožní onemocnění cestovatelů	25
MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph. D. Importovaná horečnatá onemocnění dětí	27
doc. MUDr. Michal Holub, Ph. D. Infekce virem Herpes simplex v graviditě a u novorozenců	30
MUDr. Zdeňka Růžičková Kazuistika: Onemocnění varicellou u pacienta v době remise akutní lymfoblastické leukemie	33
Ladislav Csémy a kol. Screening rizikového užívání návykových látek u dospívajících: zkušenosti s českou adaptací dotazníku CRAFFT	35
Zajímavosti ze světa odborné literatury	42



Aktuality	43
Řádková inzerce	50

*Středová příloha: Informace o lékařské posudkové činnosti
v sociálním zabezpečení*



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN s. r. o.

Nakladatelství UMÚN, s. r. o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz

Obrázek na titulní straně ústy namalovala Adriana Příbylová



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

po roce tu máme opět čas prázdnin, dovolených a odpočinku. I když už nějakou dobu neplatí, že se na dovolenou jezdí zásadně v letních měsících, převážná část z Vás si chvilku na odpočinek někde u vody jistě najde. Přeji Vám, ať Vám to vyjde bez jakýchkoliv stresových situací a ať strávíte hodně krásných chvil v blízkosti svých milých.

Ne tak růžová je ovšem situace v našem zdravotnictví. Politici se utkávají ve slovních soubojích, kdy jedním z nosných témat jsou zavedené regulační poplatky.

Zajímavé je, že při uzavřených jednáních se dokážou poměrně shodnout na tom, že na změny a podrobné vyhodnocení je brzy. Objeví se však první novinář, a ejhle, najednou mají zcela jasno, jak a co je třeba v poplatcích změnit. A to i bez potřebných analýz. No a tak není divu, že stojíme před situací, kdy budeme nejspíše poměrně složitě jednat o řešení kompenzace výpadku poplatků u dětí do 6 let. Dle politiků si prý ale za to můžeme sami. Prý se našlo dost z nás, kdo politiky atakovali s žádostí o osvobození všech dětí od poplatků. Hodnocení a závěry si z této situace musí udělat každý z nás. Vedení Sdružení teď nicméně stojí před novým úkolem, najít adekvátní substituci.

Výše uvedené nás musí logicky vést k otázce, jestli byla celá strategie zahájení reformních kroků ve zdravotnictví nastavena správně. Reforma vlastně ještě nezačala, regulační poplatky jsou považovány pouze za nakročení, nikoliv za vlastní reformní změny, a my se už utápíme v četných vášnivých diskusích, přičemž nám občas uniká podstata věcí. Co asi bude následovat? Vezměme si další zajímavé sousto v podobě návrhu zákona o univerzitních nemocnicích. Zákon ještě není v dopracované podobě na stole, a již padají hlavy. Odvolána byla ředitelka nemocnice u sv. Anny v Brně, odvolán byl ředitel Masarykova onkologického ústavu, shodou (?) okolností také v Brně. Co, resp. kdo bude následovat?

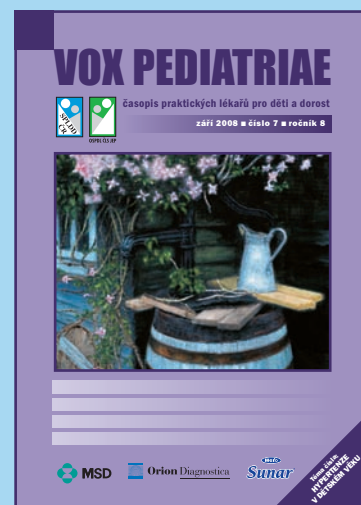
Rád bych se ale zmínil ještě o jedné věci. V souvislosti s chystanou reformou se začínají neuvěřitelně skloňovat slova řízená péče. Pro některé je to již dnes strašák číslo jedna, pro jiné potenciální „tunel“. Proč tomu tak je? Problém spočívá dle mého soudu v tom, že obojí může být za jistých okolností pravda. Na našich konferencích, v našem časopise i na našich webových stránkách se Vám snažíme předkládat co nejširší pohled na problematiku řízené péče na straně jedné a na straně druhé se Vám snažíme vysvětlit a objasnit, proč se naše Sdružení v této otázce tak angažuje a vymýšlí vlastní model.

Stručně řečeno, velmi se obáváme, že by nás modely připravené „shora“ mohly skutečně spolknout. Příkladem je jistě dost a v médiích je jich popisována řada. Nenalezli jsme lepší obranu než takovou, že si to vytvoříme celé sami, tedy že se pokusíme vymyslet takový model, abychom si uchovali pocit svobodného výkonu povolání a přitom respektovali požadavek doby na integraci zdravotní péče. Popravdě, dá se jistě předpokládat, že za situace stále rostoucích nákladů, za situace zavádění nových a moderních technologií se nějakým návrhům a snahám uplatnit prvky integrace nevyhne. Chce se mi trochu parafrázovat – Kdo – když ne my, kdy – když ne hned. Jsem si plně vědom, že je to pro mnohé velké novum, které vzbuzuje hodně nedůvěry, a to i vinou velkého množství šířených účelových desinformací. Chtěl bych Vás všechny požádat, věnujte, prosím, pozornost našim médiím – tomuto časopisu a webovým stránkám, přečtěte si předkládané materiály, porovnejte si je s různými dalšími informacemi a pak se rozhodněte. Bez Vaší podpory totiž náš model jen těžko prosadíme.

Ještě jednou mnoho krásných letních dní přeje všem

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Hypertenze v dětském věku



v tomto čísle inzerují...

BOIRON
GSK
HERO
MONTROSE PHARMA
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
TCM BOHEMIE

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

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

U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

tel.: 267 184 065

fax: 267 184 050

redakce VOX:

tel.: 267 184 065

267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz



Přehled činnosti za měsíc květen 2008

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc květen se nesl ve znamení diskusí nad výsledky prvních hodnocení zavedení regulačních poplatků, očekával se výrok Ústavního soudu k této problematice. Ve spolupráci s ČNZP se dále pracovalo na přípravě pilotního projektu řízené péče, obdobné jednání se rozjelo i se zdravotní pojišťovnou MV ČR. Sněm Sdružení ve svém usnesení reagoval na aktuální situaci ve zdravotnictví. Koalice soukromých lékařů se na svém jednání dohodla na způsobu koordinace činnosti členských organizací v prostředí aktuálního dění ve zdravotnictví.

5. 5. – Předsednictvo Sdružení hodnotilo na svém jednání výstupy z regionálních konferencí a jejich průběh a stanovilo základní body k jednání sněmu, projednávané body odpovídaly aktuálnímu dění ve zdravotnictví – stav jednání se zdravotními pojišťovnami, situace kolem výběru regulačních poplatků, chystané legislativní změny, přípravné práce k projektem řízené péče.

15. 5. – na jednání expertů pracovní skupiny

vytvořené politickými stranami vládní koalice byly rozebírány výstupy prvních čtvrtletních sestav dopadů výběru regulačních poplatků, ukázalo se, že přes vesměs pozitivní dopady poplatků nalezení shodného stanoviska bude jen velmi obtížné.

17.–18. 5. – jednal Sněm Sdružení; hlavním tématem byly samozřejmě regulační poplatky a připravovaný pilotní projekt řízené péče, usnesení Sněmu bylo zveřejněno ve VOX 5/2008.

21. 5. – pracovní skupiny ustavené ministrem zdravotnictví řešily problematiku přípravy přechodu na možnost elektronického zdravotnictví.

27. 5. – Koalice soukromých lékařů řešila na svém jednání mimo jiné dopady vyhlášky o správné lékařské praxi, dohodla se na oslovení ministra s žádostí o schůzku k projednání aktuálních legislativních záměrů. ■

Blahopřání s ohlédnutím...

Vážené kolegyně a kolegové,

*dovolte mi při příležitosti významného jubilea **MUDr. Milana Kudyna, který dne 9. 7. 2008 oslaví své šedesátiny**, kromě blahopřání i malé ohlédnutí.*

Těm, kteří našeho historicky prvního předsedu SPLDD ČR neznají zblízka, bych ráda několika slovy přiblížila jeho osobnost, která svými skutky začala novou epochu v historii české pediatrie.

Porevoluční doba otevřela mnoha lidem šanci vylepšit si svoje postavení a ekonomické zařazení. V našich řadách vznikla skupinka pediatriů, kteří více než na svoje osobní blaho mysleli na zlepšení postavení celé početně nezanedbatelné skupiny lékařů primární péče.

Do svého čela si tito průkopníci nového oboru zvolili kolegu MUDr. Milana Kudyna.

A byla to správná volba.

Chce-li člověk v životě něčeho dosáhnout, chce to odvalu. Chce-li člověk prospěch pro celou profesní skupinu čítající kolem dvou tisíc lékařů, jsou nutné dobré nápady, neústupnost a přímočarost. Nestací geniální myšlenka. Často se musí obrnit nekonečnou trpělivostí a jít hlavou proti zdi a někdy i proti všem, bez ohledu na to, zda se ti opatrnější přidají. Být napřed o několik kroků před druhými, předejít dobu svými názory také znamená, vystavovat se kritice těch, kteří nemají rádi změny a volí raději pohodlné vyčkávání.

Ale to už je úděl odvážných, kterým MUDr. Milan Kudyn bezesporu je.

Díky jeho vlastnostem a spolupráci podobných nadšenců, kteří nastartovali nový směr v péči o nemocné děti a dorost, jsme uznávaným partnerem pro ostatní obory a instituce.

Málokdo tuší, že jeho aktivní činnost v rámci SPLDD ČR se neměří jen na hodiny, týdny, měsíce, ale na celé roky čistého času. Možná ten čas mohl trávit příjemněji, pohodlněji a klidněji. Třeba na své milované chalupě nebo při toulkách přírodou v rámci aktivního provozování své oblíbené entomologie. Takových chviliek si však MUDr. Milan Kudyn zatím mnoho nedopřává. Přitom možná právě ti motýli mu dávají inspiraci a vzletnost.

Být první může být krásné, ale také nebezpečné. Být tím, kdo říká nahlas, co předtím nebylo řečeno, vyvolá u některých obdiv, u jiných údiv, u některých pohoršení.

Měnit zaběhnuté, vytrhnout z pohodlnosti jistoty, vést ke změnám ve financování za provedenou práci a k vývoji nového oboru v pediatrii, to žádá silnou osobnost. Dosáhnout cíle opravdovostí a strhnout k následování a realizaci ostatní, to se MUDr. Milanu Kudynovi stále daří.

K jeho šedesátinám mu za všechny ty, kteří si ho váží jako dobrého učitele nového směru v postavení praktického lékaře pro děti a dorost, přeji především zdraví, hodně osobního štěstí a sil k uskutečnění všech jeho soukromých i profesních snů.

Za redakční radu MUDr. Olga Roškotová



Zápis z jednání zástupců SPL ČR, SPLDD ČR, SVL ČLS JEP a VZP ČR ze dne 22.4. 2008

Přítomni:

Za SPL ČR: MUDr. Uhrová

Za SPLDD ČR: MUDr. Neugebauer, MUDr. Vitoušová

Za SVL ČLS JEP: MUDr. Herber

Za VZP ČR: MUDr. Pokorný, MUDr. Švecová, MUDr. Vodička, ing. Padruňková, MUDr. Salačová

Program jednání:

1) Aktualizace „Dohody o zaměstnávání asistentů PL“

Kvalifikační předpoklady nositelů výkonů, asistentů, školenců.

2) Aktualizace „Základního souboru výkonů pro praktické lékaře“

1) Aktualizace

„Dohody o zaměstnávání asistentů PL“

Dohoda o zaměstnávání asistentů byla uzavřena v r. 1999. V současné době jsou vypracovány SPL, SPLDD a VZP návrhy nové dohody.

Bylo diskutováno o kvalifikaci a činnostech asistenta, školence, zástupu.

Došlo ke shodě, že „stará“ dohoda již nevhovuje, některé podmínky (např. stanovení výše úvazků) a termíny („asistent s licenci/ bez licence“) neodpovídají současné situaci ani legislativě. Do určité míry to platí i pro pojem „asistent“ – zákonu odpovídá termín „lékař s odbornou způsobilostí“ (může být zároveň lékařem v přípravě na obor PL, tedy školencem) a „lékař se specializovanou způsobilostí v oboru PL“. Pro další věcnou diskusi byl ale zatím při jednání nadále používán pojem asistent, nicméně je tím míněn lékař v zaměstnaneckém poměru k nositeli praxe.

Asistent

Asistenti jako výpomoc v některých ordinacích PL jsou potřební. (Jestliže má PL velký počet registrovaných pojištěnců, nemůže sám péči řádně poskytovat.) Asistent musí být plnohodnotný (vzděláním a kvalitou poskytované péče). To znamená, že asistent musí být lékař se specializovanou způsobilostí pro činnost v oboru praktický lékař pro dospělé, resp. praktický lékař pro děti a dorost. Neplnohodnotný asistent – lékař s odbornou způsobilostí – je školenec. Lékař bez specializované způsobilosti v oboru PL

nebo PLDD (např. s atestací v jiném oboru, rekvalifikant, školenec v pokročilé fázi přípravy déle než 24 měsíců) zaměstnaný pro výpomoc (zástupy) musí mít zajištěn odborný dohled kvalifikovaného praktického lékaře, jehož součástí je stanovení rozsahu vykonávané činnosti a zajištění dostupnosti rady a pomoci.

- Dále bylo diskutováno o problému s registrací pacientů v ordinaci PL s asistentem. (Stává se, že pokud asistent také registruje a odejde od PL, odvede si i na sebe registrované pacienty).

- Dr. Vodička upozornil, že dle zákona registruje pacienty registrující lékař, ale pacient není povinen se registrovat. – Na registrujícího lékaře jsou navázány např. různé činnosti.

(Registrující PL např. vystavuje návrh na lázeňskou péči apod.)

- V současnosti se se vznikem ZZ Moje ambulance, a. s., registrují pacienti i na zařízení, což přináší některé problémy.

- Ing. Padruňková informovala, že v současné době jsou Přílohy č. 2 pro ordinaci s asistentem vyplňovány dvěma způsoby, a to podle toho, zda asistent registruje, nebo neregistruje pacienty.

- Pokud v ordinaci jako asistent pracuje lékař se specializovanou způsobilostí (tj. plnohodnotný zaměstnanec), který registruje pacienty, ordinace musí mít 2 IČP, 2× Přílohu č. 2 typ A – pro každého lékaře.

- Pokud 1 lékař (asistent) nebude registrovat pacienty – bude jen 1 společné IČP, 1× Příloha č. 2 typ A (na něm mohou být uvedeni 2 PL). V tom případě jsou lékaři odlišeni jmenovkou.

Lékař s odbornou způsobilostí – nemá odpovídající atestaci, není oprávněn pracovat bez odborného dohledu.

- Zákon č. 160/1992 Sb. nezakazuje lékařům s odbornou způsobilostí provozovat praxi, má-li odborného zástupce se specializovanou způsobilostí v oboru PL nebo PLDD. Jestliže PL bude mít tohoto odborného zástupce, pak může i registrovat.

- Dr. Neugebauer podotkl, že v některých případech VZP uzavírá smlouvy i s lékaři, kteří ještě nedosáhli specializované způsobilosti.

- Dr. Vodička sdělil, že VZP je povinna zajistit

péči svým pojištěncům, proto musí někdy přistoupit i ke kompromisům, jestliže v místě potřeby není péče zajištěna lékaři s odpovídající kvalifikací. Nemůže se však jednat o lékaře se zcela odlišnou kvalifikací, než je kvalifikace pro výkon činnosti praktického lékaře. V tomto případě považuje VZP toto řešení pouze za nouzové a pouze překlenující do doby zajištění péče lékařem s odpovídající kvalifikací. Nicméně i v tomto případě platí, že lékař s odbornou způsobilostí musí mít zajištěn odborný dohled kvalifikovaného praktického lékaře, jehož součástí je stanovení rozsahu vykonávané činnosti a zajištění dostupnosti rady a pomoci.

Došlo k dohodě, že institut předávání praxí funguje, a nebude proto měněn. Je nutné, aby zásady pro předávání praxí nadále existovaly.

Školenec – absolvent, rekvalifikant, lékař, který si dodělává praxi, aby získal specializovanou způsobilost. Není nositelem praxe.

Zástup – musí být plnohodnotný, lékař s příslušnou specializovanou způsobilostí. Odbornost a kvalitu péče v případě zástupu garantuje lékař, který je zastupován. Zastupující lékař bez specializované způsobilosti v oboru musí mít zajištěn odborný dohled.

Event. výjimky při zástupech s nutností zajistit zastupujícímu lékaři odborný dohled budou předmětem dalších jednání, nicméně týkají se opět pouze případů, kdy je prvořadě zajištění především poskytování akutní péče. Z těchto důvodů by výjimky neměly být v případech dlouhodobějších zástupů.

- Byla vedena diskuse o tom, komu patří regulační poplatky, jestliže v ordinaci pracuje zastupující lékař. Dr. Vodička sdělil, že podle zákona č. 48/2007, v platném znění, hradí pojištěnec regulační poplatek zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči poskytlo.

- Dr. Herber a Dr. Uhrová upozornili na problém zástupů u ambulantních specialistů. Často jsou nepřítomni a zástup nemají zajištěn. (PL pak musí např. předepisovat léky „P“ za alergologa apod.) Dotázali se, jaká je sankce, když ambulantní specialista nepřítomnost nenahlásí.



• Dr. Švecová přečetla z textu typové smlouvy ambulantních specialistů, že mají povinnost zajištění zástupu v případě nepřítomnosti a že při nepřítomnosti delší než 3 dny, která znamená nedostupnost příslušné odbornosti, musí pojišťovně nepřítomnost nahlásit.

2) Aktualizace

„Základního souboru výkonů“

VZP předložila k diskusi návrh aktualizace Základního souboru výkonů pro odbornost 001 a 002. Podle tohoto návrhu by byly výkony rozděleny na výkony kapitované a nezahrnuté do kapitace. Třetí skupinou by byly další výkony smluvní. – Bylo by tak upuštěno od výkonů fakultativních, které praktičtí lékaři mohou nebo nemusí provádět.

Dr. Pokorný předložení tohoto návrhu zdůvodnil tím, že PL a PLDD jsou jedinými obory, v nichž pokud si lékař zakoupí přístroj a je proškolen, VZP s ním na jeho žádost příslušné výkony musí vždy nasmlouvat. – VZP pokládá za vhodnější nasmlouvání „fakultativních“ výkonů podle potřeby v dané oblasti. (Tj. nasmlouvat větší rozsah výkonů např.

lékaři v horské oblasti než lékaři pracujícímu ve městě na poliklinice.)

Dalším důvodem je, že řada fakultativních výkonů nejsou výkony sdílené odbornostmi 001 a 002. Některé odborné společnosti jejich sdílení nechtějí povolit nebo s tím mají problém.

Dr. Pokorný dále informoval, že v současné době jsou ze souboru kapitovaných výkonů (který je rovněž Přílohou č. 4 typové smlouvy) vyňaty výkony odběrů, tak jak bylo se zástupci SPL a SPLDD dohodnuto.

Dr. Uhrová sdělila, že SPL je připraveno provést aktualizaci Základního souboru výkonů způsobem aktualizace některých kódů výkonů. O Základním souboru výkonů se vedlo v minulosti mnoho jednání, a to i s odbornými společnostmi. Jistota nasmlouvání fakultativních výkonů má pro praktické lékaře velký význam. Má je motivovat, aby se dále vzdělávali a mohli svým pacientům poskytovat péči, která je v souladu se současnými znalostmi a možnostmi. Motivační soubor výkonů je tedy nezbytný.

Dr. Uhrová dále informovala, že nově vzniklá zdravotní pojišťovna souhlasí se Základním

souborem výkonů v současné podobě a s praktiky již výkony podle Základního souboru výkonů nasmlouvává.

Dr. Neugebauer sdělil, že SPLDD s diskusí souhlasí, a to především z důvodu opakovaných problémů při nasmlouvávání některých výkonů. Za důležité považuje uzavření takové dohody, která nebude dále v regionech individuálně vykládána. Za tímto účelem navrhl například provést frekvenční analýzu provádění předemtných výkonů a podle toho o zařazení jednotlivých výkonů rozhodovat. Nicméně do doby uzavření dohody nové považuje i SPLDD za nezbytné ctít dohody stávající.

Bylo dohodnuto, že SPL a SPLDD předložený návrh VZP posoudí a cca do 1 měsíce k němu vypracují svá stanoviska a připomínky, a to zejména se zaměřením na povinně nasmlouvatelné výkony. Po obdržení těchto stanovisek si VZP ponechá týden na jejich posouzení. Poté se uskuteční další společné jednání.

Zapsala: Dr. Salačová

Ověřili: Dr. Uhrová, Dr. Neugebauer,
Dr. Pokorný

Zdravotní péče v evropských zemích

Sladká Francie? Inspirující Švýcarsko?

Svět je plný paradoxů. Kdo by třeba řekl, že nejděčnější pár francouzskému zdravotnictví dělají Angličané. Ti totiž na základě několik let starého precedenčního verdiktu anglických soudů, který nařídil Národní zdravotní službě proplácet i výkony provedené v zahraničí, pokud v domácích zařízeních není schopna zajistit operaci v rozumné časové lhůtě, pěstují zdravotní turistiku. Soudě podle ohlasů je o ně za Kanálem postaráno výtečně a rekonvalescence na jednolůžkovém pokoji se sklenkou klaretu v ruce se jim líbí.

Bodejť by se nelíbilo, když Francie dává na zdravotnictví opravdu hodně peněz, přes 11 % hrubého domácího produktu. To je asi o 4 % HPD více než v České republice a skoro o 3 % více než v Británii. I s přihlédnutím k rozdílům v kupní síle jsou výdaje na zdravotnictví na obyvatele oproti Česku více než dvojnásobné a o čtvrtinu vyšší než v Británii. Francouzské zdravotnictví je pravidelně hodnoceno jako jedno z nejlepších na světě.

Francouzi mají svobodnou volbu lékaře, což je oproti zemím s národní zdravotní službou velmi podstatná výhoda. Většina praktiků

i ambulantních specialistů funguje na privátní bázi, na rozdíl od mnoha evropských zemí včetně Česka je však ve Francii vysoký podíl i privátních nemocnic. Veřejných nemocnic je asi čtvrtina, soukromých ziskových asi 40 % a soukromých neziskových asi třetina, profilují se ovšem na různé typy zákroků a péče. Počet akutních lůžek klesá, v přepočtu na 1000 obyvatel jich bylo ve Francii o dost méně než v České republice. Čekací lhůty na většinu zákroků jsou přesto krátké.

I v zemi galského kohouta platí „něco za něco“. Jak by se asi našincům, reptajícím kvůli třiceti korunám, líbilo zaplatit kromě regulačního poplatku (symbolické jedno euro) ještě 30 % nákladů daného vyšetření v ambulanci, a pokud by obsahovalo i laboratorní testy, platit z nich 40 %. U léků jsou spoluúčasti odstupňované od nuly až po 85 %. V nemocnicích je spoluúčast 20 % a/nebo 16 eur za každý den pobytu až do 30 dnů.

Navíc francouzský systém je založen na principu pokladny – nejdřív zaplatíte u lékaře a pak vám příslušnou část po odečtení spoluúčasti vrátí pojišťovna zpátky (existují výjimky, například v nemocnicích, lékárnách a u laboratorních vyšetření). Smysl toho-

to systému je zvýšit citlivost spotřebitelů zdravotní péče, tedy pacientů, na to, že zdravotnictví rozhodně není zadarmo. Nebyli by to ovšem Francouzi, kdyby na vysoké spoluúčasti (vyšší než u obvyklého typu pojistek třeba ve Spojených státech) nenašli nějaký fígl. Ten spočívá v podobě komerčního připojištění, z nějž je možné spoluúčast hradit. Co to v praxi znamená? Platíte si fakticky jak základní pojištění (především formou zvláštní sociální daně CSG vyměřované z celkových příjmů), tak i komerční připojištění, které má valná většina Francouzů. Z hlediska ekonomů tím nedosáhne systém ničeho jiného, než že odstraní citlivost spotřebitele na cenu – kterou přinášela právě spoluúčast. Tato francouzská omezení tedy v podstatě úspěšně poráží sebe samu. Navíc ve Francii od roku 2000 přišli i doplňkové pojištění „zdarma“ sociálně slabým skupinám a spoluúčast se nevztahuje například na chronické pacienty. Jeden by řekl, že raději nižší spoluúčast, ale aby se pak dodržovala, než kombinovaný systém, který výdaje na zdravotnictví zvyšuje jak ve veřejném, tak soukromém pilíři, a ještě je zatížen výjimkami, které jeho účinnost dále oslabují.



Odvrácenou stránkou francouzského zdravotnictví totiž je, že trvale dokázalo utratit víc peněz, než kolik se vybralo na pojistném. Schodek v systému zdravotního pojištění se opakoval s notorickou pravidelností, a nebyly to schodky ledasjaké. V polovině tohoto desetiletí se schodek pohyboval od 11,2 miliardy eur v roce 2004 přes 9,1 miliardy v roce 2005 k odhadovaným 7,3 miliardy v roce 2006. Příčiny schodků jsou poměrně dobře vysvětlitelné a částečně je známe i z českého zdravotnictví. Ve Francii totiž převládá systém výkonové platby v celé ambulanti sféře (což kdysi bylo i v Česku). Jeho rubem je snaha „točit“ výkony, čemuž se pacienti zas až tolik nebrání, neboť drtivá většina z nich je od ekonomických důsledků odcloněna právě doplňkovým pojištěním, které hradí spoluúčast. Podobné je to i u léků, jejichž spotřeba je ve Francii velmi vysoká.

Co si z toho může vzít Čech? Jestliže poptávka fakticky není tlumena spoluúčastí (viz v zárodečné podobě model Julínek) anebo nabídka není tlumena tvrdou regulací (viz model Rath) a úhrady zdravotnickým zařízením jsou v podstatě závislé na tom, kolik toho vyprodukuje, je výsledkem schodek anebo zvyšování pojistného. Co s tím? V nemocnicích začít platit za odloučené pacienty, nikoli za lůžkodny (nebo pravidelně zvyšovaný paušál), v ambulanti sféře posílit koordinaci mezi primární a sekundární péčí, ať už cestou starého známého „gatekeepingu“ (bez žádanky od praktika ke specialistovi nechoďte, nebo zaplatíte), sdílení elektronických zdravotních záznamů, prvků řízené péče a motivace samotných pacientů. Nic nového pod sluncem, ale i ve Francii jsou náklady na zbytečnou péči, která pacientovi nijak neprospívá a systém zbytečně prodražuje, odhadovány na 5–6 miliard eur ročně. Podle oficiálních ministerských odhadů je každé šesté vyšetření ve Francii provedeno dvakrát. Kolikpak to asi bude u nás?

Když ani Francie nenabízí perfektní řešení rébusu zajištění dostupnosti kvalitní lékařské péče pro všechny a současně nastavení celého zdravotního systému tak, aby se dal zaplatit, kde jinde se dá ještě „ochytřit“? Hojně studovaným zdravotním systémem je Švýcarsko, které je v několika aspektech v Evropě opravdu unikátní. Řekněme si rovnou, že ani Švýcaři nemají zdravotnictví levné, naopak celkové výdaje jsou s 11,6 % v roce 2005 jedny z nejvyšších na světě. Od druhé poloviny 90. let minulého století mají Švýcaři systém povinného zdravotního pojištění, ale evropským unikátem je,

že pojistka je vyčíslena v reálných penězích a její výše se velmi liší v závislosti na jednotlivých kantonech – za zajištění péče neodpovídá federální vláda, ale právě kantony a jednotlivé municipality. Zdravotních pojišťoven byly kdysi stovky, dnes jich je přes probíhající konsolidaci ještě pořád přes 80. Hodně z nich je na naše poměry maličkých, a proto z hlediska administrativních nákladů drahých – skoro polovina nemá ani 10 000 pojištěnců (pro srovnání: nejmenší česká zdravotní pojišťovna je zhruba 14krát větší). Pojištěnec si může vybrat nejen z plejády pojišťoven, ale i z různých „produktů“. Ty se liší například výškou spoluúčasti (výměnou za slevu na pojistném), přístupem k poskytovatelům (plány řízené péče, kdy můžete jen k lékařům vybraným pojišťovnou, ale opět dostanete slevu) nebo bonusem za nečerpání péče (když nečerpáte, vrátí vám část peněz). Anebo si vyberete standardní plán se svobodnou volbou lékaře a minimální spoluúčastí 300 švýcarských franků ročně. Pak ještě platíte 10 % spoluúčasti za každou návštěvu se stropem 700 franků ročně. Je jasné, že i v bohatém Švýcarsku žijí chudí lidé a ti mají nárok na individuální subvenci, aby si pojistku mohli dovolit, rovněž děti a studující mládež mají pojistku levnější. Subvenci pobírá asi 35 % Švýcarů. Přes tuto vyšší pestrost v nabídce mají všechny typy pojištěk společný rozsah hrazené péče, který je široký (skoro stejně jako nás) a je přímo součástí federálního zákona. Že by pojišťovna něco slíbila, a pak za to nechtěla zaplatit, to by se nemělo stát.

Průměrná cena pojistky v roce 2005 představovala nemalých 290 franků měsíčně, ale průměr zastírá velké rozdíly v cenách pojištěk mezi jednotlivými kantony. Nejdražší jsou ve francouzsky mluvících kantonech kolem Lausanne a Ženevy, nejlevnější na východě v převážně venkovských německy mluvících kantonech. Rozdíl je běžně víc než dvojnásobný. Má to zajímavé důsledky – chudší regiony nedotují bohaté regiony, které mají drahé zdravotnictví. Aby konkurenční boj mezi pojišťovnami v daném kantonu nebyl zaměřen na „vybírání rozinek“ v podobě zdravých pojištěnců, vybrané pojistné se přerozděluje podle věku a pohlaví (jako u nás). Jak říkají sami Švýcaři, tento model přerozdělování není dostatečnou bariérou proti chytračení pojišťoven a bude třeba jej doplnit o další vrstvu přerozdělování podle zdravotního stavu pojištěnců. Další chybou švýcarského modelu je, že přerozdělení se

odehrává následně, tedy na základě skutečných nákladů, nikoli předem (jako u nás, kde se kompenzuje očekávané riziko dané strukturou pojištěnců), a nemotivuje pojišťovny ke skutečným úsporám. Případný zisk dosažený u veřejného pojištění (všech typů pojištěk) si nesmějí vlastníci pojišťoven rozdělit, takže vymýšlejí o to chytřejší finty u doplňkového pojištění, z kterého se hradí některé výkony a nadstandard (pokoje hotelového typu v nemocnicích apod.), kde je distribuce zisku povolena. Švýcarský model, jakkoli je zajímavý a v mnohém inspirující, není bez vad na kráse, které jej (zbytečně) prodražují. Například soutěž zdravotnických zařízení je omezena a pojišťovny musejí uzavřít smlouvy se všemi zařízeními – v „předoktorovaných“ velkých městech to pochopitelně zvyšuje náklady, neboť i ve Švýcarsku platí staré pořekadlo, že „není zdravých pacientů, pouze nedostatečně vyšetřených“. Aby ušetřily, propagují pojišťovny plány řízené péče (kde lze volnost výběru zařízení omezit a uzavřít s nimi lepší smlouvy) a sdílejí úspory s pojištěnci. Co se děje? Ne že by konzervativní Švýcaři pojišťovny střídali každý rok jako ponožky, ale vedení snahou o úspory si vybírají levnější plány řízené péče, jejichž podíl na trhu v poslední době rychle roste.

Na závěr miniseriálu o zdravotních reformách v Evropě a USA malé shrnutí. Zdravotnictví je všude jedním z největších zaměstnavatelů, největších výdajových položek a nejcitlivějších politických témat. V zemích s národní zdravotní službou typu Anglie nebo Španělska je základním problémem zajištění lepší reakce na poptávku obyvatelstva po zkrácení čekacích lhůt a zvýšení kvality péče, což bez konkurence nejde. V zemích s pluralitním zdravotním pojištěním typicky nejsou problémy s kvalitou a čekacími lhůtami, ale o to více se trápí s nastavením systému tak, aby konkurence vedla k úspornému chování pojišťoven, pojištěnců i zdravotnických zařízení. V USA stojí před zásadním rozhodnutím, jak systém zlevnit a zároveň zajistit zdravotní pojištění pro všechny. Nadějně vypadá Nizozemsko, ale reforma není dodělaná. Některé chytré věci se dají odkoukat od Švýcarů, ale ani oni nemají šem na všechny problémy. Všichni se o reformu v té či oné podobě snaží. Nikde není bezbolestná nebo politicky snadno průchodná. Česko není a nebude výjimkou. Aspoň že v tom nejsme sami.

Ing. Miroslav Zámečník



System integrované péče: příležitost pro praktické lékaře

V posledních letech plátcí, poskytovatelé zdravotní péče i odborná veřejnost ve vyspělých zemích ve vzrůstající míře dospívají ke konsensu, že systémy integrované péče (SIP) představují inovativní odpověď na jednu z klíčových otázek zdravotnictví: jak zajistit koordinovanou péči o stále rostoucí počet pacientů s chronickými onemocněními, jak se postarat o seniory. Chronická onemocnění vyžadují nesrovnatelně vyšší stupeň koordinace mezi zdravotnickými zařízeními, než je tomu u akutních zákroků, a sotva je možné dosáhnout dobrých klinických výsledků, aniž by existovala plynulá návaznost péče mezi vzájemně spolupracujícími a komunikujícími lékaři.

Vycházejíc z těchto zásad, zahájilo naše sdružení spolupráci s Českou národní zdravotní pojišťovnou, která patří k průkopníkům elektronické komunikace a která vyvinula sofistikovaný informační systém. Díky tomuto informačnímu systému a ochotě zdravotní pojišťovny jsme mohli začít vytvářet vlastní návrh integrované péče jako varianty tzv. řízené péče. Přípravovaný projekt pak vychází z mezinárodních zkušeností s integrací zdravotní péče ze zemí s vyspělými systémy pluralitního veřejného zdravotního pojištění, jako je Švýcarsko, Rakousko nebo Německo. Nejde přitom o kopírování, ale o využití funkčních, v praxi ověřených modelů a jejich adaptaci na naše podmínky.

■ O co jde?

Projekt je založen na těsné spolupráci praktických lékařů s ambulantními specialisty, laboratořemi, lékárnami i zařízeními lůžkové péče, která zajišťují zdravotní péči pro pojištěnce vybraných pojišťoven a o účast v projektu projeví zájem.

Projekt bude zajišťován dceřinou akciovou společností, jejímž jediným akcionářem je SPLDD, přičemž společnost bude pracovat na základě úhrady vynaložených nákladů, nikoli tvorbě zisku. Smyslem existence této společnosti je důsledně oddělit její hospodaření od hospodaření profesního sdružení a umožnit vyjednávání se všemi pojišťovnami o podmínkách spolupráce, která jim bude nabídnuta.

Projekt je otevřený i pro pojišťovny – v současné době se příprava projektu na identických zásadách zahajuje se Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra (ZPMV).

Projekt je ryze dobrovolný a účast na něm je otevřená jak pro členy SPLDD, tak SPL ČR. Nejde o pouhý gatekeeping, byť role praktického lékaře v usměrňování pohybu pacienta v síti spolupracujících doporučených pracovišť je jeho základní charakteristikou,

a pojištěnci budou k respektování doporučení svého praktického lékaře motivováni z prostředků ve fondu prevence příslušné pojišťovny.

Cílem v žádném případě není omezit nabídku zdravotních služeb pro pacienty ani omezit samostatnost v rozhodování jednotlivých zdravotníků. Naše analýzy však poměrně jasně demonstrují, že ve zvyšování kvality péče existují rezervy, jejichž využitím dokážeme dosáhnout lepších medicínských výsledků a zároveň vytvořit prostor pro finanční motivaci pojištěnců a participujících zařízení. Klíčem k tomu je lepší komunikace: mezi zdravotníky, mezi námi jako lékaři a pojišťovnou i mezi pojišťovnou, zdravotníkem a pojištěncem. Neboť tento projekt závisí na spolupráci všech, na schopnosti naslouchat a respektovat, na sdílení informací, ale i na jejich tvorbě.

■ Pět dobrých důvodů, proč se do projektu zapojit

1. Sdílení úspor

Všichni participující praktičtí lékaři se podílejí na vytvořených úsporách podle transparentního klíče, který odsouhlasila a vytvořila samotná profesní sdružení. ČNZP lékařům nediktuje, jak si mají úspory rozdělit. Stejná zásada bude uplatněna i u ostatních zdravotních pojišťoven.

2. Bezplatné a zcela dobrovolné členství

Účast na projektu je pro praktické lékaře i pojištěnce zcela bezplatná a dobrovolná. Každý se může svobodně rozhodnout, zda a jak se do projektu zapojí.

3. Vyšší kvalita

Profesní sdružení a odborné společnosti se od samého začátku prostřednictvím svých členů podílely na definování jednotlivých algoritmů, hodnotících kritérií a léčebných postupů; ČNZP jejich závěry zcela respektuje

a nijak do nich nezasahovala. Naším cílem je především kvalita péče při respektování profesních standardů a principů účinné a hospodárné léčby.

4. Nová kvalita péče o pacienty

Projekt má za cíl především snížení zátěže pro pacienty, jež je výsledkem zbytečných duplicitních vyšetření, komplikací způsobených nečasou či chybějící informační podporou, opožděnou reakcí na vzniklé či hrozící zdravotní problémy, negativními lékovými interakcemi způsobenými polypragmazií apod. Spolupráce a vzájemná informační podpora participujících praktických lékařů, ambulantních specialistů i nemocnic je cestou, jak v zájmu pacienta šetřit jeho čas, zlepšovat jeho zdravotní stav a zároveň dosahovat pro všechny zúčastněné významných ekonomických efektů. Není třeba připomínat, že na spokojeném pacientovi závisí i ekonomika nezávislých praxí – a projekt je cestou, jak si je udržet.

5. Dostupná síť spolupracujících zařízení

Na základě vašich doporučení hodlá ČNZP v průběhu pilotního projektu definovat dostatečnou síť navazujících pracovišť v oblasti sekundární a terciární péče, která zaručí pacientům přístup k péči s dobrou časovou a místní dostupností, a to v kvalitě, kterou jste si vy, praktičtí lékaři, dokázali za léta praxe na základě vlastních zkušeností ověřit a důvěřujete jí.

■ O co v projektu nejde?

1. Nejde o „řízení lékaře pojišťovnou“, projekt je od samého počátku připravován lékaři a v těsné spolupráci s nimi – stanovení vhodných léčebných postupů, identifikace kvalitních navazujících poskytovatelů péče, nastavení vhodných motivačních schémat – to vše je věcí lékařů. Účast na projektu je dobrovolná.



2. Nejde o omezení svobody volby ošetřujícího lékaře – účast pojištěnců je naprosto dobrovolná, program je založen na pozitivní motivaci, nikoli na sankcích.

3. Nejde o úspory za každou cenu – jde o zamezení věcem, které pacientovi vinou nízké koordinace léčebného procesu prokazatelně škodí a zároveň léčbu prodražují: zbytečných duplicitních vyšetření, komplikací způsobených nevhodnou či chybějící informační podporou, opožděnou reakcí na vzniklé či hrozící zdravotní problémy, negativními lékovými interakcemi, polypragmazií apod. ČNZP nemá zájem o krátkodobé úspory, jež by vyústily v dlouhodobé vícenásledky.

4. Nejde o cestu, jak snížit úhrady praktickým lékařům a zařízením návazné péče. Program nemá vliv na jednání dohodovacího řízení pro praktické lékaře. Jeho smyslem není ani snižovat korunovou hodnotu bodu. ČNZP má zájem na ekonomické prosperitě smluvních zdravotnických zařízení, která poskytují kvalitní péči, a je ochotna a schopna ji také adekvátně ohodnotit.

■ Elektronická zdravotní knížka pojištěnce ČNZP

Cílevědomá komunikace mezi jednotlivými poskytovateli zdravotní péče v zájmu zefektivnění léčebného procesu u konkrétního pacienta je v ČR, ale například i v Německu dosud výjimečná, avšak právě propojení poskytovatelů je klíčem k „virtuální“ integraci péče mezi vzájemně vlastnický nepropojenými, právně i ekonomicky zcela samostatnými zařízeními.

Více informací, větší přehled

Cílovým stavem je propojit všechny lékaře, kteří participují na léčebném procesu, ať již jde o praktického lékaře, ambulantního specialistu či zdravotníka v nemocnici, a dát jim k dispozici všechna nezbytná data o provedených výkonech, výsledcích vyšetření a medikaci.

Větší bezpečnost

Přístup ke zdravotnickým informacím pacienta znamená menší chybovost, rych-

lejší stanovení správné diagnózy a účinnější terapie.

Lepší komunikace

Prostřednictvím elektronické zdravotní knížky si všichni ošetřující lékaři mohou vyměňovat a sdílet informace v zájmu efektivní léčby daného případu – ve prospěch pacienta. Tato data budou informační základnou pro rozhodování lékařů, nikoli nástrojem revizní činnosti pojišťovny.

Dobrovolnost a souhlas pacienta se zpřístupněním informací

Každý pacient musí udělit se zpřístupněním zdravotnických záznamů lékaři předchozí souhlas. Toto pravidlo nezná výjimku, přičemž pojištěnec může toto oprávnění odejmout či vůbec zamítnout. Systém je plně kompatibilní s právní úpravou ochrany osobních údajů v České republice.

MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR

Regulační poplatky – ano, nebo ne?

V lednu letošního roku byla zavedena do našeho systému do té doby nevídaná věc. Pacient začal být regulován prostřednictvím tzv. regulačních poplatků. Přes veškeré zmatky kolem jejich zavádění a uplatňování v jejich začátcích, přes uveřejňované občasně zneužívání jejich výběru, přes politické hrátky, které jejich zavedení provází, jsou tu a Ústavní soud potvrdil jejich legitimitu, byť těsnou většinou. V následujících textech přinášíme informace, které dokreslují situaci kolem tohoto nového fenoménu.

■ I. Regulační poplatky v číslech

(viz tabulky a grafy)

■ II. Otevřený dopis zástupců zdravotníků k regulačním poplatkům

Vážené předsedové

parlamentních politických stran,

dovoluji Vám, abychom se na Vás obrátili jako řádně zvolení představitelé praktických lékařů pro děti a dorost (2070 členů), praktických lékařů pro dospělé (4100 členů), ambulantních specialistů (1600 členů), gynekologů (800 členů) a zubních lékařů (8500 členů) v souvislosti s nekončící debatou o možném omezení nebo rušení regulačních poplatků a vyjádřili Vám velmi silně svůj názor na věc, která se nás bezprostředně týká.

Jsme to právě my, kteří neseme každodenní zodpovědnost za fungování systému, jsme to my, kteří denně komunikují se svými pacienty,

Tab. 1: Změny poptávky

Změna poptávky v %	leden 2008 ku lednu 2007, vzorek 2 mil. pojištěnců	1. kvartál 2008 ku 1. kvartálu 2007 – první vzorky dat – přes 300 tis. pojištěnců
Návštěvnost služba	-36 %	-22 %
Zubař	-9 %	-5 %
Ambulantní specialista	-28 %	-8 %
Amb. specialista v lůžk. zařízení	-23 %	-23 %
LSPP	-45 %	-39 %
Záchranná služba	-34 %	3 %
Pohotovost u zubaře	9 %	-26 %
Počet ošetřovacích dnů	-20 %	-8 %
Počet hospitalizovaných	-12 %	-10 %
Počet položek léčiv	-45 %	-43 %
Počet receptů	-41 %	-39 %
Počet balení léčiv	-37 %	-34 %
Celková úhrada za léky	-22 %	-18 %

**Tab. 2: Odhad ČR na základě vzorku 300 tisíc pojištěnců z 1. kvartálu 2008**

		ambulantní (Kč)	hospitalizace (Kč)	pohotovost (Kč)	recept (Kč)	doplatek (Kč)	poplatky celkem (Kč)	započitatelné do limitu (Kč)	odpuštěno (počet)
Děti do 18 let	celkem	82 497 404	13 583 146	9 554 695	53 533 170	24 898 412	159 168 415	160 928 986	159 621
	na pojištění	37	6	4	24	11	72	73	
Dospělí do 64 let	celkem	279 826 728	66 328 674	18 435 530	278 497 644	173 367 353	644 107 377	732 386 053	547 393
	na pojištění	40	9	3	39	25	91	103	
65 let +	celkem	56 640 579	45 859 791	1 739 090	122 135 510	55 531 668	226 374 971	234 307 758	83 374
	na pojištění	56	46	2	122	55	226	234	
Celkem	celkem	418 506 316	125 771 611	29 729 315	454 471 702	253 797 434	1 029 917 887	1 128 005 305	790 388
	na pojištění	41	12	3	44	25	100	110	

Tab. 3: Výběr regulačních poplatků a doplateků v 1. kvartálu 2008 ve VZP (mil. Kč)

	0-20 let	20-60 let	60 +	celkem
Počet pojištěnců VZP	1 228 244	3 707 489	1 608 892	6 544 625
Suma v mil. Kč za regulační poplatky za položku na receptu	34	152	218	404
Suma v mil. Kč za regulační poplatky u praktických lékařů	51	157	105	314
Suma v mil. Kč za regulační poplatky za pobyt v nemocnicích	13	51	98	161
Suma v mil. Kč za regulační poplatky za pohotovostní služby	8	14	4	25
Suma v mil. Kč za započitatelné doplatky za léky	16	94	99	210
Celkem	122	468	524	1114,401

Tab. 4: Průměr v Kč na pojištěnce VZP

	0-20 let	20-60 let	60 +	celkem
Průměr v Kč za regulační poplatky za položku na receptu	28	41	135	62
Průměr v Kč za regulační poplatky u praktických lékařů	42	42	65	48
Průměr v Kč za regulační poplatky za pobyt v nemocnicích	10	14	61	25
Průměr v Kč za regulační poplatky za pohotovostní služby	6	4	2	4
Průměr v Kč za započitatelné doplatky za léky	13	25	62	32
Celkem	99	126	326	170

a jsme to my, kteří máme největší zkušenosti s fungováním systému tak, jak byl zaveden od 1. 1. 2008. Zkušenosti a fakta hovoří jasně. Díky regulačním poplatkům chodí do našich ordinací pacienti, kteří naši pomoc skutečně potřebují. Máme více času se jim věnovat a téměř se nestává, že by některý z pacientů odmítl poplatek uhradit nebo si stěžoval, že je nepřiměřený jeho sociální situaci. Regulační poplatky u receptů na léky odpovídajícím způsobem regulují spotřebu léčiv. Levné léky si pacienti kupují sami a ušetřené peníze jdou na léčbu vážných onemocnění, jakými jsou rakovina, revmatické choroby nebo roztroušená skleróza. Po dlouhé době je systém finančně stabilní. A jestliže někde cítíme problém, tak je to v benevolentním sociálním systému, protože velmi často se nám potvrzením o hmotné nouzi prokazují osoby, které v ní evidentně nejsou.

Zavedení regulačních poplatků navíc znamenalo změkčení jiných regulačních mechanismů, odstranění dřívějších velmi tvrdých limitů, o kterých ale pacienti většinou nevěděli, neboť byli politiky přesvědčováni, že mají nárok na cokoli a vždy zadarmo. Velmi pravděpodobně se regulační poplatky stanou jedním z faktorů, které budou „brzdit“ nutnost plošného zvýšení zdravotní daně.

Jsme proto nadmíru rozčarováni tím, že se regulační poplatky staly předmětem laciného politického populismu, součástí předvolebního boje, nesmyslných stranických tahanic a vzájemného urážení. Do pozadí se tak odsunuje sama jejich podstata, jak ji vidíme ve své každodenní praxi.

Ptáme se tedy, proč usilujete o rušení a omezování něčeho, co v praxi již několik měsíců úspěšně funguje a pomáhá celému systému? I Ústavní soud dospěl k názoru, že poplatky jsou v souladu s Listinou základních práv a svobod, že posilují solidaritu a zaručují větší dostupnost těm skutečně nemocným.



Vadí nám, že o věcech, které mají bezprostřední dopad na nás i naše pacienty, jednáte, aniž byste chtěli znát naše názory. Jakákoliv nezodpovědná úprava totiž má své náklady, o kterých se nehovoří. Riziko zhoršení dostupnosti a kvality péče pro pacienty není malé. Vybrané poplatky nejen úspěšně plní svou regulační a spořicí funkci, ale jsou rovněž součástí našeho zdravotního systému, a pokud znamenají příjem navíc, jsou využívány k modernizaci vybavení ordinací a k dalšímu zkvalitnění našeho vzdělávání.

Stejně rezolutně nesouhlasíme se zaváděním dalších výjimek, které jen zvyšují administrativu a netransparentnost systému. Jde zejména o plošné výjimky, kde je jediným klíčem věk nebo sociální situace pacienta. Lékař je tu proto, aby léčil a věnoval se pacientům, ne aby nahrazoval orgány sociálních služeb.

Ptáme se, proč minimálně stejné úsilí, které věnujete fungujícím regulačním poplatkům, nepoužijete na jiné a nemalé problémy našeho zdravotnictví, které naopak řešení potřebují, například vzdělávání.

Vážení předsedové parlamentních politických stran, jako zástupci významné části zdravotnické veřejnosti vyjadřujeme náš nesouhlas s návrhy na plošné rušení regulačních poplatků a rezolutně to odmítáme. Chceme léčit ty, kteří to skutečně potřebují a kteří omezené zdroje českého zdravotnictví nezneužívají. A právě fungující poplatky jsou tou správnou pojistkou. Věříme, že náš apel budete brát velmi vážně při svých dalších krocích v souvislosti s regulačními poplatky a nebudete nás lékaře a naše pacienty nadále brát jako rukojmí a zatahovat do předvolebního boje. Nedejme prosím šanci lacinému populismu za cenu hazardování se stabilitou celého systému zdravotní péče v České republice!

V Praze dne 30. 5. 2008

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

MUDr. Václav Šmatlák, předseda SPL ČR

MUDr. Zorjan Jojko, předseda SAS ČR

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda SSG ČR

MUDr. Jiří Pekárek, prezident ČSK

III. Výpis z textu nálezu ve věci návrhu na zrušení zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů, oblast zdravotnictví – Ústavní soud

Ústavní soud při rozhodování nemohl odhlédnout od skutečnosti, že ta část napadeného zákona, která je projednávána v tomto řízení, je obsahově integrální součástí stabilizace veřejných rozpočtů. V této souvislosti

pak zaměřil pozornost na princip zdrženlivosti a minimalizace zásahu a na otázku pravomoci Ústavního soudu přistoupit ke kasačnímu rozhodnutí. Obdobně, jak tomu bylo v nálezech sp.zn. Pl. ÚS 24/07 či sp.zn. Pl. ÚS 2/08 (vyhl. pod č. 166/2008 Sb.), má za případné i tehdy, shledal-li by dostatek důvodů k negativnímu rozhodnutí již po nalezení odpovědi na tento okruh otázek, nerozhodnout s poukazem na hledisko procesní ekonomie, aniž by provedl test rozumnosti (racionality), resp. se zabýval – byť i z optického hlediska a struktury odůvodnění nálezu – zdánlivě závěrečnou, z juristického hlediska však nepochybně primární věcnou otázkou – zda napadená právní úprava je porušením některého z ustanovení Ústavy či Listiny základních práv a svobod, resp. zda jí bylo zasaženo do některého práva chráněného Listinou základních práv a svobod. Jedná se tedy o zdrženlivost a minimalizaci zásahu, test racionality, resp. soulad napadené právní úpravy s ustanoveními Ústavy či Listiny základních práv a svobod.

Bude povinností zákonodárce, aby po analýze dopadů regulačních poplatků u každého jednotlivého poplatku vyhodnotil, zda se nedotýká samotné existence či realizace práva vyvěrajícího z čl. 31 Listiny základních práv a svobod, zda je jím sledován legitimní cíl a zda ten či onen poplatek je rozumným prostředkem k dosažení tohoto cíle, to vše i s vyhodnocením dopadů na možnosti různých skupin plátců regulačních poplatků v souvztáznosti s právy na finanční či jiné majetkové profity zakotvené zákony z jiných odvětví práva, než jsou zákony provádějící čl. 31 Listiny základních práv a svobod. Z vyhodnocení musí pak zákonodárce vyvodit i případné derogační (popř. novelizující) důsledky. Stávající přezkum zákonné úpravy však umožňuje založit odůvodnění toliko na abstraktních ústavněprávních argumentech, nikoliv na faktických účincích zákona, které v řízení před Ústavním soudem není možno individuálně zjišťovat.

Ústavní soud, by si vědom toho, že „naproti právní vědě – neboli praktické dogmatice mají jiné nauky, které se zabývají právem, nehledíce k cílům praktickým, jako dějepis právní, právní věda srovnávací a právní filozofie, povahu věd pomocných“ (srov. L. Heyrovský, Dějiny a systém soukromého práva římského, VI. vydání, Bratislava 1927, str. 9–10), předně pohlédl zorným úhlem těchto disciplín na okolnosti, za nichž bylo formulováno, za jakých je, bylo či nebylo ve vyspělých evropských státech uvedeno do ústavního pořádku, a konečně jak bylo reálně v praxi českých zemí dosud apli-

kováno právo na ochranu zdraví, poskytování zdravotní péče a jak se vyvíjela organizace zdravotnictví. Jedná se o podstatné důvody, z nichž plyne, v čem dále spočívá specifikum sociálních práv.

V kombinaci s požadavkem plynoucím z čl. 4 odst. 4 Listiny základních práv a svobod lze vytyčit 4 kroky vedoucí k závěru o ústavnosti či neústavnosti zákona, jenž provádí ústavně garantovaná sociální práva:

Vymezení smyslu a podstaty sociálního práva, tedy určitého esenciálního obsahu. Toto jádro sociálního práva v nyní posuzovaném případě vyplývá z čl. 31 Listiny základních práv a svobod v kontextu čl. 4 odst. 4 Listiny základních práv a svobod.

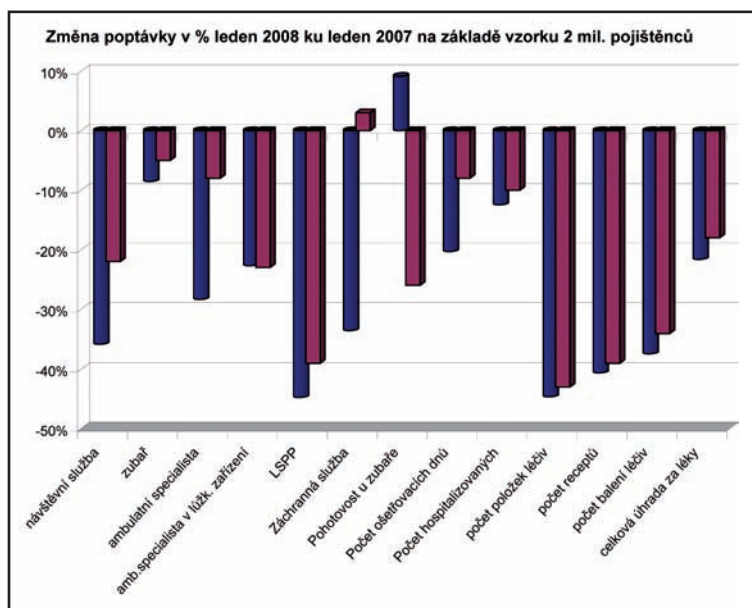
Zvážení otázky, zda zákonný prostředek použitý k jeho dosažení je rozumný (racionální), byť nikoliv nutně nejlepší, nejvhodnější, nejúčinnější či nejmoudřejší.

Teprve při případném zjištění v kroku 2), totiž že zákon svým obsahem zasahuje do samotného esenciálního obsahu základního práva, by měl přijít na řadu test proporcionality, který by mimo jiné zhodnotil, zda zásah do esenciálního obsahu práva je odůvodněn naprostou výjimečností aktuální situace, která by takový zásah ospravedlňovala.

Ústavní soud pokládá za zjištěné, že účelem původních intencí zákonodárce ve vztahu k regulaci byl akcent na takovou organizaci zdravotnictví, která by zajistila kvalitnější faktickou realizaci čl. 31 věty první Listiny základních práv a svobod, resp. poskytování místně a časově dostačující a kvalitnější zdravotní péče. Tohoto cíle má být dosaženo i tím, že občané mají být napadenou právní úpravou vedeni i k solidárnímu chování ve vztahu k druhým, resp. těm, kteří potřebují náročnější zdravotní péči.

Abstraktní přezkum zákona nemůže teoreticky přezkoumat a spolehlivě vyloučit všechny jeho myslitelné účinky do osobní sféry adresátů norem. Takové případné individuální zásahy jsou však pochopitelně i nadále reparaovatelné standardními postupy včetně ústavní stížnosti.

Ústavní soud si umí představit variantu, že by „regulační poplatek“ byl ve stejné výši koncipován jako část pojistného na zdravotní pojištění a platebním místem by byla zdravotní pojišťovna, která by posléze o toto pojistné, jež by ostatně nemuselo být vybíráno ani jako výběrový dluh, bez přerozdělení smluvně, či ze zákona navýšila platbu příslušnému lékařskému zařízení. Tento model, který by se nepřičil jazykovému výkladu čl. 31 Listiny základních práv a svobod, by však měl ve svých důsledcích pro pacienta stejný dopad jako model



stávající, který je postaven na principu, že placeno je přímo konečnému adresátu.

Ústavní soud si je vědom multifunkčnosti regulačního poplatku, neboť vedle regulačního prvku je zde utilitární hledisko, spočívající v tom, že zdravotnickému zařízení je regulačními poplatky přispíváno k tomu, aby vedle bezplatné zdravotní péče mohlo lépe fungovat, zajišťovat související činnosti či zkvalitňovat personální aspekty a úroveň prostředí, v němž je zdravotní péče poskytována, apod.

Zdravotnické zařízení není nositelem práva ve smyslu čl. 31 Listiny základních práv a svobod, tím je občan, resp. pacient. Zdravotnické zařízení je jednak poskytovatelem zdravotní péče, jednak subjektem v systému zdravotnictví, který plní i funkce organizační, ekonomické, finanční, zaměstnavatelské, vědecko-výzkumné, osvětové atp. Okolnost, že zdravotnické zařízení nevybírá regulační poplatky, je deliktem, jehož objektem je zájem na fungování systému zdravotnictví a jeho ochrana. Jistou analogii lze shledat v sankcích ukládaných např. za porušování pravidel hospodářské soutěže či v úpravě ochrany spotřebitele. I v těchto oblastech je za porušení povinnosti, spočívající v nekalé deformaci soukromoprávního vztahu, ukládána veřejnoprávní sankce. Důsledky neplnění povinnosti vybírat regulační poplatky se mohou projevit např. v deformaci přístupu ke zdravotnickému zařízení či na snížení kvality tam, kde by zdravotnické zařízení nevybírající poplatky překračovalo kapacitu pacientů. Je na vůli zákonodárce, který subjekt vybaví pravomocí veřejnoprávní sankce, pokud je sankce ukládána jako výsledek řádného správního řízení a rozhodnutí o udělení sankce podléhá soudnímu přezkumu,

zákonně zmocnění však Ústavní soud jako protiústavní neshledal.

Pro zamítnutí návrhu by postačovalo samostatně již jen to, aby Ústavní soud buďto dovodil, že z důvodu zdrženlivosti a minimalizace zásahu není prostor pro derogační nález, nebo že napadená právní úprava není protiústavní, neboť napadená zákonná ustanovení byla dle jeho názoru přijata v rámci daném čl. 4 odst. 4 Listiny základních práv a svobod a obstála v testu racionality. Ústavní soud měl tak teoreticky v podstatě na výběr, zda zvolí pro odůvodnění svého rozhodnutí pouze jeden z okruhů důvodů, nebo všechny okruhy. Poté, kdy se v této konkrétní věci, jež se dotýká velmi závažné problematiky života a zdraví, rozhodl pro komplexnější přístup, a tedy zvažování důvodů ze všech okruhů, dodává, že mezi nimi hierarchicky upřednostňuje i v intencích nálezů ve věci sp. zn. Pl. ÚS 24/07 a sp. zn. Pl. ÚS 2/08 - máje přitom na zřeteli obsahovou provázanost a jednotící kontext zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů a podotýká, že rozhodnutí o vyloučení této věci a věci vedené pod sp. zn. Pl. ÚS 2/08 nemělo jiný než ryze procesní charakter - důvody, jež jej přivedly ke zdrženlivosti a minimalizaci zásahu. Okolnost, že napadená právní úprava nebyla shledána protiústavní a že obstála v testu rozumnosti, pak vede k závěru, že zásah Ústavního soudu v analogických věcech by mohl přicházet do úvahy toliko v případě flagrantní svévole, libovůle a nerozumnosti zákonodárce, která - jak bylo opakovaně řečeno a naznačováno - v této věci nebyla shledána.

což je v případě napadené právní úpravy splněno.

Pokud by Ministerstvo zdravotnictví takto ultra vires postupovalo a vydalo individualizovanou vyhlášku, jež by neměla charakter obecně závazného právního předpisu, ale skrytého individuálního správního aktu, bylo by jistě namístě proti takové vyhlášce brojit, samo

■ Děti čeká očkování proti černému kašli

V poslední době se větší výskyt tohoto onemocnění objevil v Ústí nad Labem, epidemie ale nehrozí.

Kvůli vyššímu výskytu černého kašle bude stát zřejmě od příštího roku očkovat děti ve věku jedenácti let proti tomuto onemocnění. „Trvale máme ročně 100 až 200 případů, před dvěma roky to však bylo 460, loni 180 a od začátku roku jde o desítky nemocných,“ řekl Právu v pátek hlavní hygienik České republiky doktor Michael Vít. V poslední době se větší výskyt černého kašle objevil v Ústí nad Labem, ale žádná epidemie nehrozí. „Přeočkovány budou děti ve věku 11 let, do té doby mají dostatek ochranných látek z povinného očkování v prvních letech života,“ vysvětlil Vít. Dodal, že hygienici sledují obranné látky dětí proti tomuto onemocnění, a protože se ukazuje, že právě ve věku kolem 11 let mají již méně obranných látek a klesá kolektivní imunita, budou v tomto věku přeočkovány. Jedná se zhruba každý rok o devadesát tisíc dětí. Stát na to vynaloží 30 až 40 milionů korun. Podobně zřejmě podle Víta budou přeočkovávat i některé další státy Evropy. Černý kašel je kapénková nákaza. Proti němu se v ČR pravidelně očkuje od roku 1958. A i když to dříve bylo smrtelné onemocnění, za posledních padesát let nikdo na ně v České republice nezemřel. Nemoc se léčí dlouhodobě až několik týdnů antibiotiky. Hlavní hygienik ČR uvedl, že v Salcburku v sousedním Rakousku vypukla epidemie spalniček. Čeští hygienici proto bedlivě sledují situaci, ale zatím nedělají žádná opatření. „Díky pravidelnému očkování, které začalo před 40 lety, nemáme v posledních pěti letech ani jeden případ. Česká populace je vůči tomuto onemocnění dobře chráněna, a to na celý život,“ řekl Vít. „Přesto nic nepodceňujeme, jsme v kontaktu s rakouskými kolegy i s EU, a už povinně očkovujeme i děti v cizineckých táborech.“ Spalničky jsou horčnaté onemocnění s pupínky, dítě je schvácené a často jsou komplikace v podobě velmi těžkých zánětů středního ucha a postižení nervového systému. Evropa chtěla onemocnění vymýtit do roku 2010, ale to se nepodaří, naopak ve 31 zemích bylo loni evidováno 4000 případů, letos už 1300. Stát uvažuje, že od příštího roku zřejmě zruší povinné přeočkování dětí proti tuberkulóze, které podle odborníků není nutné. Vakcínu by dostávaly pouze rizikové skupiny. Odborníci na plicní nemoci se zrušením přeočkování proti tuberkulóze ale nesouhlasí, protože se domnívají, že přílivem cizinců by se snížila kolektivní imunita. Odborná diskuse ještě neskončila. Stejně tak neskončila kolem plošného očkování proti pneumokokům. A to i přesto, že už ho zavedlo 17 států Evropské unie.

Převzato: Právo 28. 4. 2008

■ Pro Vox připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer



Řízená péče

MUDr. Ilona Hülleová

předsedkyně JMR SPLDD

V posledních měsících se stále více hovoří o tzv. řízené péči. O tomto pojmu se začalo diskutovat v souvislosti s připravovanými reformními zákony MZdr., zejména zákona o veřejném zdravotním pojištění. Pokud se začneme zajímat blíže o projekty řízené péče v ČR, zjistíme, že některé zde začaly již v r. 1998. Tedy nic tak úplně nového. Proč vzbuzuje nyní řízená péče u některých emoce a u jiných tolik snahy o její zavedení do systému?

Zejména praktičtí lékaři pro děti a dorost byli donuceni se začít zabývat řízenou péčí, neboť jejich vedení připravilo určitý projekt zapojení do řízené péče. Vzhledem ke složitosti a nejasnosti pojmu řízené péče pro lékaře jsme se s kolegy z Jihomoravského regionu SPLDD podrobněji snažili zjistit další informace o řízené péči a v jednoduché podobě je poskytnout lékařům.

Co je to řízená péče?

Řízená péče je systém regulačních nástrojů, které zdravotní pojišťovna používá za účelem snížení nákladů na zdravotní péči.

Kdy a kde vznikla řízená péče?

Vznikla v USA. V roce 1973 tam vstoupil v platnost zákon o řízené zdravotní péči.

Proč vznikla řízená péče?

V USA dodnes neexistuje komplexní systém zdravotního pojištění. Zdravotnictví je plně tržní a je nejdražší na světě. Přibližně 48 mil. Američanů nemá žádné zdravotní pojištění. Můžeme mluvit o špatné dostupnosti zdravotní péče. Zavedení programů řízené péče v USA bylo zahájeno v době, kdy si skupiny obyvatel (primárně zaměstnanci leteckého průmyslu v Kalifornii) nemohly dovolit z ekonomických důvodů platit vysoké zdravotní pojištění. V té době byl systém založen výhradně na modelu „fee for service“ (tj. tradičních ambulancí placených dle výkonů), a byl tak pro spoustu pacientů finančně nedostupný.

Jak byla řízená péče uvedena do praxe?

(graf 1) ZP oslovily velké firmy, které platí odvozy za zaměstnance, a nabídly jim za zvýhodněnou cenu odvodů levnou a kvalitní zdravotní péči. Výměnou jim firmy poskytly své zaměstnance, kteří se stali klienty těchto ZP. Výhodné pro ZP i firmy. Navíc ZP zaměstnaly dostatek lékařů (kteří neměli své pacienty, klientelu) za nižší ceny. Bylo to výhodné pro ZP i lékaře. Lékaři dostali jistotu klientelu od ZP výměnou za nižší plat proti privátním lékařům. Co získaly firmy? Levnější pojištění zaměstnanců a vzrostla jejich prestiž na trhu, neboť svým zaměstnancům zajistily levnou a dostupnou zdravotní péči. Výhodné pro ZP, došlo k nárůstu počtu jejich klientů

Tab. 1: Srovnání podmínek pro zavedení řízené péče

	USA	ČR
Cena zdravotní péče	Velmi drahá (16 % HDP)	Levná (7 % HDP)
Dostupnost	Prakticky nedostupná pro 48 mil. nepojištěných Američanů	Dostupná všem v plném rozsahu
Spolupráce poskytovatelů zdravotní péče	Minimální nebo žádná	Fungující síť poskytovatelů zdravotní péče, různé smluvní ZP
Vstup do systému řízené péče	ZP nabídl pojištění plány zaměstnavatelům, ti poskytli své zaměstnance ZP jako klienty	ZP nabízejí řízenou péči, přesvědčují privátní lékaře, kteří tím dobrovolně odevzdají klientelu a přistoupí na regulace ze strany ZP

a snížení nákladů na zdravotní péči.

Kde v Evropě je zavedena řízená péče?

Pouze ve Švýcarsku, kde existují 2 formy řízené péče. HMO a síť praktických lékařů. V r. 1997 působilo asi 10 organizací HMO s 3% účastí na trhu, jednalo se o „staff-model“ HMO (přímo zaměstnávají lékaře). K březnu r. 2006 ve Švýcarsku organizace HMO měly cca 10% účast. Síť praktických lékařů (gatekeepers) pracuje pro zdravotní pojišťovny tak, že PL regulují (řídí) pouze hospitalizace. Podílejí se 50% spoluúčastí na ziscích, ale i ztrátách. Účastníci se zejména PL v malých městech, cílem je zabránit (tak ušetřit) zbytným hospitalizacím. Ve Švýcarsku funguje řízená péče zejména proto, že jsou zákonem o zdravotním pojištění dány standardy. Tzv. Basic Benefits Package je seznam zdravotní péče kryté základním povinným pojištěním, je stejný pro celou federaci a je přirovnáván k luxusním nadstandardům, které se nabízejí v USA či Německu. V ostatních zemích Evropy můžeme najít jen některé prvky z řízené péče. Dokonce ani v Nizozemsku, které je často zmiňováno v souvislosti s řízenou péčí a reformou zdravotnictví, nenajdeme model řízené péče. Používají tzv. „Managed Competition“, což je řízená konkurence a jedná se o zcela jinou věc. Důležité je nezaměňovat systém řízené péče s pojmem „gatekeeping“, který je jen jedním z nástrojů řízené péče. Tento nástroj řízení, či lépe řečeno ovlivnění čerpání zdravotní péče, můžeme najít i v jiných zemích Evropy (tab. 1).

Jaké jsou regulační nástroje řízené péče?

1. Kapitální platba nebo paušál poskytovate-

lům zdravotní péče (u nás léta fungující)

2. Vytvoření sítě poskytovatelů zdravotní péče (v ČR de facto vytvořena, lze korigovat)

3. Gatekeeping – role praktického lékaře jako regulátora další vyžádané zdravotní péče (u nás také známá věc, ale dosud nezavedená do praxe)

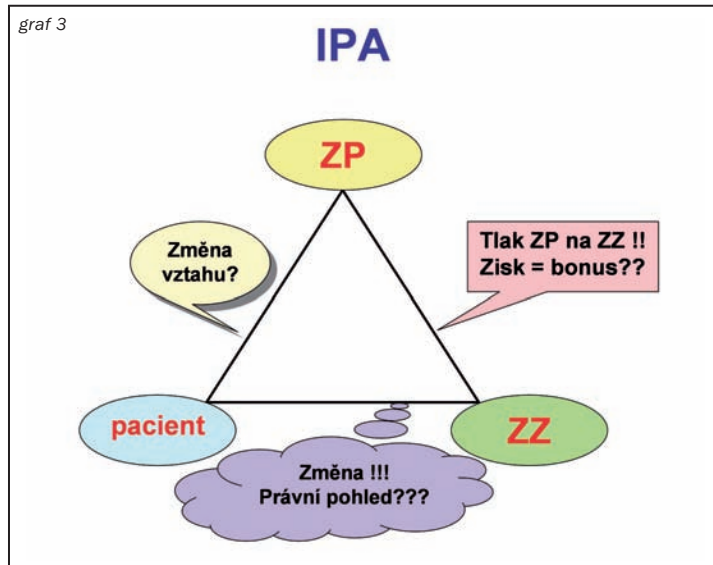
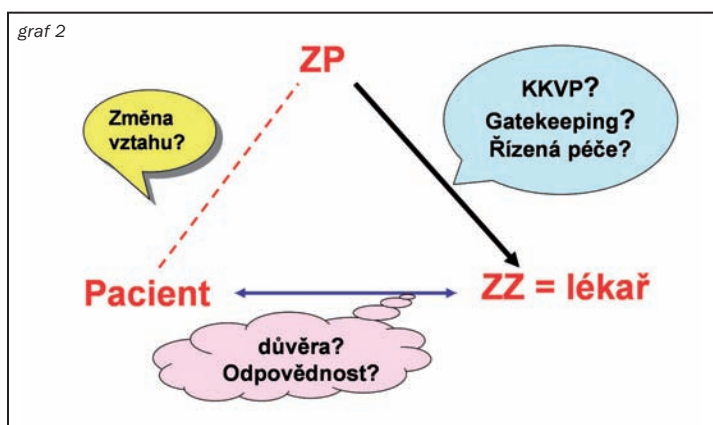
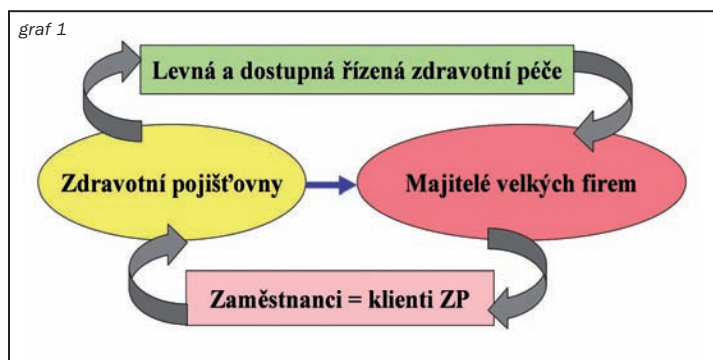
4. „Gatekeeping“ ze strany ZP (vyšetření doporučená lékařem jsou provedena jen po předchozím schválení ZP, zásah do lékařské autonomie! **Jedná se o pokles lékařské autonomie, lékař kontrolován úředníkem ZP, nemusí se jednat vždy o lékaře!** Nemá obdobu ve Švýcarsku ani v Nizozemsku, tam jsou zákonem dané standardy péče, ZP není oprávněna tyto standardy měnit)

5. Pozitivní seznam léčiv (jedná se o seznam léků, které mohou být používány, u nás také již známá věc, zejména v nemocnicích)

6. „Staff model“ (jeden majitel vlastní zdravotní pojišťovny, nemocnice, ambulancní péči a komplex – tj. **vertikální monopol**)

7. Revizní činnost ZP v řízené péči (v USA slouží k tvorbě maximálního zisku pro ZP, ZP kontroluje v co nejvyšší míře. A tak u více než 40 % pacientů je revidována jejich zdravotní péče. Ještě vyšší je počet revidovaných lékařů. Velké množství prostředků, které se ušetří na péči o pacienty, se vynaloží na tuto revizní činnost.

Nástroje řízené péče v bodech 1–3 lze označit za přijatelné, nejen v našich podmínkách již vyzkoušené a ověřené. Zbývající nástroje se jeví jako velmi diskutabilní, až nepřijatelné. Ve svém důsledku vedou k omezení lékařské autonomie, omezení svobodné volby pacienta.



Další povinnosti lékařů v řízené péči

Povinnost vedení elektronické dokumentace, odesílání lékařských dat, problematika jejich zabezpečení. Nutnost on-line připojení v ordinaci a zvýšené nároky na počítačovou gramotnost lékaře.

Současné „řízení“ zdravotní péče v ČR

(graf 2) Současný stav: klasický trojúhelník pacient-lékař-ZP.

Základnou je vztah pacienta a lékaře, založený na pacientově svobodné volbě lékaře, oboustranné důvěře a odpovědnosti k léčbě. Privátní lékař (zejména PLDD) je motivován poskytnout svému pacientovi = klientovi to nejlepší (neznamená to vždy to nejdražší).

Vztah ZP-ZZ: již dnes dominance ZP! Po celou dobu ZP péči koriguje a nějakým způsobem řídí – viz principy KKVP, paušály, limity na léky a indukovanou péči. Bonifikace u PL je pozitivní regulací. Problémem je stále podhodnocená cena práce lékaře v ČR.

ZP-pacient: vztah, který nefunguje. ZP nezajímá pacient, nesleduje jeho čerpání zdravotní péče, pouze ZP poskytne bonusy pro klienty v rámci svých preventivních fondů atd.

Regulační poplatky nevyřešily tuto nefungující vazbu, přenesly zodpovědnost a hlášení regulačních poplatků na lékaře (zdravotnická zařízení), tím ještě více zatížily lékaře administrativní činností. Za sledování limitu 5 tisíc Kč jsou odpovědní ZP. Pacient zcela oprostěn od jakékoliv povinnosti či aktivní spolupráce, pouze zaplatí. V mnoha praxích PLDD nedošlo k regulačnímu efektu zavedených poplatků.

Navržený model řízené péče v ČR – graf 3

Jak se změní vztahy v příslušném trojúhelníku řízené péče – model IPA:

Pacient-lékař: musí dojít ke změně ve smyslu

omezení svobodné volby lékaře a omezení svobody léčení. Nabízí se otázka: Jak zachovat stejný přístup k pacientům a nedopustit zvýhodňování určitých skupin pacientů? Je pravděpodobné, že důvěra pacienta v lékaře bude nabourána vědomím, že lékař je finančně motivován šetřit na péči o pacienta. Stejně tak důvěra lékaře v pacienta může být ovlivněna účelovým chováním pacienta, ve snaze dosáhnout maximální bonus od zdravotní pojišťovny. Další otázka, která se nabízí: Jak bude lékař, ale i pacient chráněn z právního hlediska?

ZP-ZZ: dojde ke zvýšené dominanci ZP (selektivní výběr lékařů, cenový diktát, možná ztráta klientely, omezení lékařské autonomie – přehodnocování lékařského rozhodnutí).

Není jasná garance výhodnějších úhrad ze strany zdravotních pojišťoven pro zdravotnická zařízení zapojená do řízené péče.

Vztah ZP-pacient: všemi očekávaná změna vztahu, která je podmíněna definováním standardů zdravotní péče. Ty by měly zajistit nárok pacienta na poskytnutí zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Očekávaná možnost připlacení na nadstandardní péči nebo nabídku různých produktů ZP (např. program bonusů).

Jak ovlivní řízená péče pacienta?

Pacient se dobrovolně omezí ve volbě zdravotnického zařízení výměnou za nějaký bonus, v USA za sníženou platbu zdravotního pojištění. Ve volnějších typech řízené péče má pacient možnost určité volby zdravotnického zařízení, ale musí počítat s finanční spoluúčastí nebo plnou úhradou poskytnuté péče. Pacient má možnost programu druhého názoru (second opinion). Návštěvu specialisty má omezenou pouze na doporučení praktického lékaře (gatekeeper modely). V USA je dohledatelná řada stížností na zdravotní péči v rámci řízené péče, klesá její obliba u lidí i lékařů. To je alarmující skutečnost, zejména proto, že na jinou péči velké množství Američanů nedosáhne.

Typy řízené péče

MCOs – Managed Care Organizations: obecně organizace řízené péče (např. Kaiser Permanente, HUMANA), které nabízí různé typy plánů.

HMO – Health Maintenance Organization: plátce (pojišťovna) vlastní nemocnice, ambulance ve formě velkých poliklinik při nemocnicích, lékárny, lékaři pracují jako zaměstnanci ve smluvním vztahu za mzdu (kapitace) – klasická ŘP. Zdravotní pojišťovna vlastní vertikální řetězec od nemocnice po lékaře a pacient musí využívat tuto síť. Riziko maximálního omezení lékařské péče.

FFS – Fee for Service – tradiční ambulance placené dle výkonů (nákladná verze), tradiční původní typ péče, která má definováno pokrytí péče, lékař účtuje vyšší cenu a platby výkonově pro ZP i pacienta. Nejedná se o typ řízené péče, ale může a je v ŘP použita.

IPA – Independent Practice Association – lékař pracuje ve své ambulanci, léčí „mix“ pacientů pojištěných na „řízenou péči“ a na výkonovou platbu. Jedná se o sdružení nezávislých PL, kteří ošetřují mix pacientů (jak pacientů v ŘP, tak pacientů jiných zdravotních plánů) od různých ZP. Jiná definice: je to nezávislá asociace lékařů, kterou nasmlouvává HMO pro své klienty formou řízené péče. Může nasmlouvat s více ZP. Na bázi kapitace a výkonově za pacienty, kteří nejsou v ŘP.

PPO – Preferred Provider Organization: organizace nakupuje služby u vybraných poskytovatelů, vyjednává výkonovou platbu za smluvní (nižší) cenu.

POS – Point of Service Plans: lékaři pracují v ambulancích, jsou placeni kapitační platbou, pacienti mají vysokou finanční motivaci využívat pouze určené lékaře, jinak hrozí neproplacení léčby.



Řízená péče v ČR

V ČR jsou již nyní úhrady za poskytnutou péči regulovány. U praktických lékařů formou kapitálních plateb, paušálů, v ČR není v ambulantní sféře FFS, péče v primární péči je již řízená. Neřízená zdravotní péče bez omezení je možná pouze v zařízeních, která mají exkluzivní smlouvy s pojišťovnami (viz nevysvětlitelně vysoké náklady některých nemocnic na lůžko a rok). Je těžké si představit, kde lze ještě ušetřit v péči o děti po předchozích tvrdých limitacích a regulacích ze strany zdravotních pojišťoven i MZdr. Proklamované duplicity lze vyřešit zavedením gatekeepingu a správným nastavením spoluúčasti pacienta. Jinými slovy se domnívám, že nám zcela zásadně chybí stanovení standardů hrazených z veřejného zdravotního

pojištění. O nadstandardu a jeho úhradě se pak každý občan může svobodně rozhodnout na základě svých možností.

Proč je výhodné zahájit program řízené péče v ČR?

V USA znamená řízená péče nižší sazbu zdravotního pojištění pro pojištěnce. V ČR se zatím neuvažuje o zavedení různé výše zdravotního pojištění, platí se stále fixní pojištění ve formě zdravotní daně. Lze tedy očekávat garantovaný zisk ze snížení výdajů při zvyšujícím se příjmu z pojistného (stabilní procento odvodu při zvyšujících se platech).

Kdo vydělá na řízené péči v ČR?

Majitelé osy plátce (ZP) – poskytovatel (ambu-

lance, nemocnice, případně dodavatelé léků, zdravotní techniky a materiálu, kteří získají dostatečný počet pojištěnců jakýmkoliv metodami, např. bonusy, odpouštění poplatků, drobné pozornosti...). Druhou skupinou, která vydělá na řízené péči, jsou spolupracující organizátoři systému řízené péče.

Samotný systém řízené péče je nástroj, který by měl k něčemu sloužit. Jeho role je zejména v šetření nákladů na zdravotnickou péči. Systém řízené péče je určitě diskutabilní, ale nejdůležitější bude prostředí, do kterého bude zasazen, a do jakých rukou se dostane. To velmi úzce souvisí s navrhovanými reformními zákony.

Asociace nemocnic žádá šestiprocentní navýšení úhrad

AČMN se obrátí na poslaneckou sněmovnu, aby doporučila zdravotním pojišťovnám valorizovat úhrady. Shodla se na tom po setkání delegátů, které se konalo minulé úterý.

Minulé úterý se v Čelákovcích u Prahy sešli delegáti Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN). Toto zájmové sdružení 147 nemocnic se na konferenci shodlo na tom, že je třeba meziroční navýšení úhrad za zdravotní péči v nemocnicích zvednout nejméně o 6 procent. Kvůli vysoké inflaci podle AČMN jinak hrozí omezení zdravotní péče. AČMN očekávala příchod a vystoupení ministra zdravotnictví Tomáše Julínka, který přislíbil svou účast v diskusi o tom, jak řešit dopady inflace na poskytování péče v nemocnicích.

Kvůli povinnostem ve vládě však místo sebe poslal náměstka Pavla Hroboň. Ten požadavky asociace odmítl s tím, že nemají opodstatnění v zákoně. Hroboň vysvětlil, že ministerstvo úhradovou vyhlášku nemůže změnit. „Nikdy neexistovala žádná právní možnost, aby ministerstvo zdravotnictví mohlo stáhnout a vydat novou úhradovou vyhlášku. Zákon naprosto jasně říká, že platnost úhradové vyhlášky je jeden rok,“ prohlásil Hroboň. „Předpis navíc nemá určující, ale pouze návodný charakter.“

To znamená, že zdravotnická zařízení mají prostor pro jednání s pojišťovnami a mohou si vyjednat více,“ oznámil náměstek. Stanislav Fiala z AČMN Zdravotnickým novinám řekl, že ho argumenty náměstka Hroboňe zklamaly. „To, že je vyhláška v podstatě nezávazná a že se můžeme s pojišťovnami dohodnout na jiné částce, je nám k ničemu. Kdo vám dnes dá více, než musí, když vyhláška ministerstva zdravotnictví dává takto málo,“ podotkl Fiala.

Náměstek Hroboň oznámil, že k letošnímu navýšení úhrad je třeba připočítat ještě dvě procenta získaná výběrem regulačních poplatků. Právě i kvůli této letošní novince se však zařízení údajně dostala

do potíží. Odliv pacientů znamená podle asociace pokles lůžkové i ambulantní péče až o 15 %. Hrozí tedy, že nemocnice budou muset zálohy koncem roku ve vyúčtování vrátet. „Nedosáhli bychom na maximální navýšení daně vyhláškou, což je 4,8 procenta,“ vysvětlil předseda AČMN Eduard Sohlich.

Podle analýz, které mají nemocnice k dispozici, jsou letošní úhrady pod úrovní inflace a v závěru roku by mohlo hrozit zhoršení hospodářské situace nemocnic. „Minimální navýšení je 6 procent ve srovnání s loňským rokem, což je úroveň letošní inflace,“ požaduje Sohlich. „Pro léčebny dlouhodobě nemocných je současná situace likvidační, vede k omezování zdravotní péče a snížení úrovně služeb,“ doplnil Fiala.

Hroboň podle AČMN zklamal

„I podle hodnocení našich delegátů AČMN náměstkově vystoupení velice zklamalo. V některých částech bylo dokonce nepravdivé,“ řekl Fiala. „Především jeho tvrzení o tom, že úhrady, které stanoví vyhláška, jsou dostatečné. Tato vyhláška byla připravována v době, kdy se inflace pohybovala kolem 4 procent. V letošním roce ovšem inflace dosáhla 7 procent a zřejmě jen tak neklesne. 2 procenta navýšení pro následnou péči a 4,5 procenta pro akutní péči je prostě absolutní pokles úhrad,“ postěžoval si Fiala.

„Pan náměstek nám řekl, že následná péče dostala podle toho, jak rozhodl Nejvyšší soud, zpětně zaplacené za 3 roky. Toto je nepravdivé tvrzení, protože započítal minulé úhrady, tedy úhrady nezaplacené za minulé roky, a vypočítal z toho navýšení pro letošní rok. Je to podobné, jako kdybychom k letošní inflaci 7 procent připočetli 2,8 procenta za

předchozí rok, 3 za ten předminulý a 2 za rok před tím. Tohle prostě matematicky nesedí,“ dodal Fiala. Nemocnice by se podle ministerstva zdravotnictví měly se svými požadavky na zvýšení plateb obracet přímo na pojišťovny.

Nemocnice se obrátí na sněmovnu

Asociace přijala usnesení, které jejím vedení ukládá jednat o situaci s poslanci, jež ve sněmovně čeká schvalování zdravotně pojistných plánů na letošní rok. Zároveň hodlá o situaci informovat i kraje a další zřizovatele zdravotnických zařízení. „My jsme se na poslance poprvé obrátili, když byly projednávány zdravotně pojistné plány. Sněmovna tehdy chtěla jednat, aniž by došlo k projednání věci zdravotnickým výborem. Ale nám se naštěstí podařilo prosadit, aby toto jednání o zdravotně pojistných plánech odložila,“ oznámil Fiala.

„Nyní žádáme poslaneckou sněmovnu o to, aby svým usnesením doporučila zdravotním pojišťovnám valorizovat úhrady a aby k tomu použily těch přibližně třicet miliard korun, které jsou na účtech zdravotních pojišťoven. Chceme aby se tyto peníze použily na zdravotnictví a ne při privatizaci pojišťoven,“ řekl Fiala. Hroboň vysvětlil, že peníze, které mají pojišťovny na účtech, nejsou čistým přebytkem. Musí se z nich odečíst částka, která je povinnou rezervou pojišťoven, dále to, co zdravotní pojišťovny potřebují na svůj provoz, na prevenci apod. Rovněž musí mít rezervu k včasnému placení zdravotnickým zařízením. Poté podle jeho slov z původní částky zůstane přibližně 6 miliard korun.

Převzato: ZN 19. 5. 2008



Co navrhuje ministr Julínek, je riskantní experiment

Rozhovor s prezidentem Evropské federace lékařů zaměstnanců Claudem Wetzelem

České zdravotnictví je v krizi, podle odborníků z ministerstva zdravotnictví je nezbytná jeho zásadní reforma. Co vy na to?

To je nesmysl. Česká medicína má díky vašim kvalifikovaným lékařům velmi slušnou úroveň. Vzhledem k tomu, že pracuji ve Francii, tedy v zemi, jejíž zdravotnictví je všeobecně považováno za nejlepší na světě, dovoluji si vašim lékařům a politikům radit, jak zdravotní péči v ČR ještě zlepšit.

Zkuste to...

Kvalita pochopitelně není zadarmo. Francie investuje do zdravotnictví 11 % svého hrubého domácího produktu (HDP), ale tato investice se vyplácí. Česká republika je zemí s fantasticky rostoucí ekonomikou, o 6% meziročním růstu si my ve Francii můžeme nechat pouze zdát. Proto je pro mne zcela nepochopitelné, proč podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v ČR několik let klesá. Již jste se propadli pod kritickou hranici 7 % HDP. Proč, když peníze máte?

Údajně proto, že víc zatím nelze...

Kritický nedostatek peněz v českém zdravotnictví je čistě a pouze důsledkem špatných politických rozhodnutí. Kvůli nízkým mzdám a špatným pracovním podmínkám pak odcházejí z vašich nemocnic lékaři i zdravotní sestry. Evropská unie je znepokojena tím, že v jejich

nových zemích vzniká zdravotní poušť. Kdo bude ošetřovat vaše nemocné, když vaši lékaři odejdou do Německa nebo do Británie? Mám pocit, že tyto zásadní problémy vaše politiky vůbec nezajímají.

Česká veřejnost se zajímá o reformu zdravotnictví, jejíž tvůrce ministr Julínek chce prostřednictvím privatizace a posílením konkurence zlepšit kvalitu a dostupnost zdravotní péče. Jaký je váš názor na připravované zákony?

V žádné evropské zemi nebylo dosud zdravotnictví privatizováno v takové míře, jak váš ministr navrhuje. Například univerzitní nemocnice jako akciové společnosti, něco takového je ve vyspělých státech jevem zcela okrajovým. Klíčová zdravotnická zařízení kontroluje stát. Naprostou samozřejmostí je existence sítě veřejných neziskových nemocnic. Osobně pracuji jako anesteziolog v univerzitní nemocnici ve Štrasburku, a tedy dobře vím, o čem mluvím. Zdravotní péče je v Evropě považována za službu ve veřejném zájmu, jejíž poskytování nelze ponechat pouze tržním mechanismům. To, co navrhuje váš ministr zdravotnictví Julínek, to je riskantní nevyzkoušený experiment, který odporuje evropské tradici poskytování zdravotní péče na solidárním principu.

Vaše levicové názory mne překvapují. Vy popíráte tezi, že soukromý vlastník dokáže hospodařit lépe než stát?

To není o pravícovosti či levícovosti, to je věc zdravého rozumu. Zachování dostupné zdravotní péče pro každého, kdo ji potřebuje, bez ohledu na jeho finanční situaci, to je jeden ze základních úkolů civilizovaného státu, je to otázka sociální soudržnosti vaší společnosti. Nenechte si zničit to, co slušně funguje. A ptáte-li se na to hospodaření, pak soukromý vlastník jistě dokáže dobře hospodařit, ale především ke svému vlastnímu prospěchu.

Jaké jsou vaše zkušenosti s takzvanou řízenou péčí?

Zdravotní péče řízená pojišťovnami, cílem jejichž vlastníků je maximální zisk, snižuje kvalitu zdravotní péče a bere pacientům právo svobodně si volit svého lékaře. Nenechte se o tuto svobodu připravit. Česká republika je součástí Evropské unie a nám není osud vašich zdravotníků a občanů lhostejný. Proto FEMS na svém plenárním zasedání v Praze jednomyslně přijal usnesení podporující protestní akce, jejichž cílem je zabránit schválení nebezpečného experimentu ministra Julínka. ■

Převzato: Právo 20. 5. 2008

K čemu jsou vlastně praktičtí lékaři

Správný praktik má být pacientovi průvodcem v jeho zdraví a nemoci. Praktičtí lékaři už nejsou obvodáci, pro mnohé je to však jenom změna názvu, a obsah vidí stále stejný.

Představte si, že jste asi tak pětaticetiletá žena a najednou vás začne bolet v podbřišku. Pokud byste se měla sama rozhodnout, kam se vydáte? K chirurgovi, urologovi, nebo gynekologovi? Je dnešní pacient na tak vysoké úrovni, že po přečtení přehršle nekorigovaných informací z internetu ví, za jakým lékařem-odborníkem jít? A co paní v letech, která má léky od diabetologa, urologa, kardiologa, psychiatra, revmatologa a ortopeda? Jak si má poradit, které může brát se kterými dohro-

mady a které raději ne? A co když jste padesátiletý muž a začne vás lehce bolet na hrudi? Za kým se vydáte – za internistou, kardiologem, ortopedem, rehabilitačním lékařem, nebo rovnou budete volat záchranku? Kdyby neexistovali praktičtí lékaři, pacienti by tyto problémy museli řešit skutečně sami.

Kdo dělá tu „medicínu“?

Kromě toho je mnoho nemocí, které jsou zpočátku velmi nejasné. Není vlastně žád-

ný odborník, za kterým jít. Jedině praktický lékař léčí pacienta v klasické medicíně jako integrální celek, nikdo jiný. Správný praktický lékař má být pacientovi průvodcem v jeho zdraví a nemoci. Pro tento způsob práce je základním prostředkem pohovor. Ale nikdo si hned nesedne a neřekne všechno, co chce, hezky poskládané, tím spíše ne, pokud je rozrušen nemocí. Proto na sebe pacient i lékař potřebují čas. Maximální počet pacientů, který je praktický lékař schopen kvalitně vyšetřit



za jeden den, je dvacet. Skutečnost je však přinejmenším dvojnásobná.

Často se poukazuje na to, že praktik vlastně neléčí, jenom papíruje. Na to, aby vypsál neschopenku nebo napsal recept, ale přece nemusel šest let studovat. V současné hierarchii zdravotnických povolání se praktický lékař propadl nespravedlivě hluboko. Proč se tak stalo? Správný praktický lékař má sám vykonávat základní věci z různých odborností a teprve ty vážnější případy posílat specialistům. Jenže specialistů je mnoho, všichni se chtějí uživit, a tak sebrali praktickým lékařům i jednoduché výkony, které by praktici klidně mohli vykonávat

sami. Naopak to, co se ambulantním specialistům nelíbí a co by mohli a měli dělat, tedy vypisování pracovních neschopností, receptů, poukazů na lázně a psaní různých posudků, s velikou radostí přehráli na praktiky. Oni sami přece dělají tu „medicínu“.

Nejednotná, pasivní a stárnoucí skupina

Společnosti, které zastupují praktické lékaře, proti tomuto stavu bohužel účelně neprotestovaly. Praktičtí lékaři už nejsou obvodáči. Pro mnohé je to však jenom změna názvu, a obsah vidí stále stejný. Konzervativismus myšlení je opravdu velký. Jenže jak tento stav

napravit? Specialisté se svých jednoduchých, dobře placených výkonů jen tak lehce nevzdají. Papíry se jim nebude chtít vypisovat a praktický lékař nemůže své pacienty posílat zpět za nimi pro vypsání pracovní neschopnosti. Praktických lékařů je málo a bude jich ještě méně, jsou nejednotní, pasivní a jako profesní skupina přestárlí. Takže být by správný praktický lékař měl být manažerem svých klientů v oblasti jejich zdraví, ještě dlouhou dobu tomu tak nebude, jestli vůbec kdy.

Převzato: ZN 19. 5. 2008

Zlo přichází z velkých nemocnic

Po svém nástupu sliboval ministr zdravotnictví Tomáš Julínek, že velké nemocnice oddlužovat nebude. Ted' odpustil Všeobecné fakultní nemocnici a Fakultní nemocnici v Motole dluhy v celkové výši 1,2 miliardy korun. Na systémovou reformu zdravotnictví tím rezignoval. Jde cestou nejmenšího odporu. Regulačními poplatky a spoluúčastí zvyšuje tlak na pacienty. Proti drahým nemocničním kolosům je bezmocný. A přitom právě na ně si pacienti nejvíce stěžují. Vadí jim špatná strava, neúctivé prostředí, strohé chování personálu.

Není nad osobní zkušenost.

Koncem roku jsem se důvěrně seznámil s chodem motolské nemocnice při hospitalizaci naší dcery. Zlomila si čtyři obratle a několik dní ležela na dětské **ortopedii**. Asi největším utrpením bylo pro malé pacienty bezohledné a zbytečné ranní buzení na měření teploty.

Po propuštění jsme se s několika rodiči osmělili požádat ministra, aby tento zlovyk metodickým pokynem změnil.

Odpověď přišla po mnoha urgencích za tři měsíce: „Ministerstvo zdravotnictví postoupilo Váš podnět k prošetření FN Motol. Ze stanoviska nemocnice vyplývá, že buzení pacientů na Klinice dětské ortopedie je v souladu s provozním řádem kliniky. Ministerstvu nepřísluší do tohoto řádu zasahovat.“ Stížnost vyřídil ten, proti kterému směřovala. Přijmout jakékoliv opatření, které by přizpůsobilo chod velkých nemocnic potřebám pacientů, je nad síly ministerstva.

Typické „zlotvorné“ prostředí. Většina úředníků i zdravotníků jsou v civilním životě nepochybně slušní lidé. Proč se ale v profesi chovají stroze, bezohledně a nepřístupně? „Abychom porozuměli antisociálnímu jednání jedinců, přisuzují situačním proměnným **větší** význam, než je zvykem v tradiční psychologii,“ tvrdí profesor Phillip Zimbardo ze Stanfordovy univerzity.

Prokázal to ve známém experimentu, kdy ze studentů dobrovolníků vybral čtyřadvacet fyzicky i psychicky nejzdravějších a losem jim

přidělil role vězňů nebo dozorců v umělém vězení. Pokus musel být po šesti dnech předčasně ukončen. „Dozorci“ začali „vězně“ ponižovat, týrat a urážet. „Vězni“ se začali hroutit. Ukázalo se, že v určitém prostředí a za určitých okolností se může chovat krutě prakticky kdokoliv, pokud k tomu má svolení vyšší autority.

Nemocniční kolosy jsou právě takovým „zlotvorným“ prostředím. Medicína je právě takovou autoritou. Pacientovi osud určil roli ne-mocného. Bíle uniformovaný lékař je mocný. Je na něm, aby rozhodl, co je a co není nemoc. Může pacientovi hospitalizaci zabránit v pohybu. Omezit jeho kontakt s rodinou. Stanovit mu přiděly jídla. Kdykoliv jej budit. Nutit jej užívat chemické léky nebo mu operací odstranit část těla. Ze Zimbardova experimentu vyplynulo, že lidé, kteří přijmou nějakou shůry definovanou roli, například všemocného **lékaře** v nemocnici, ji přestanou hrát a začnou ji žít. Zneužití této moci je možné zabránit zase jen změnou prostředí.

Předpokladem kvalitní medicíny je osobní **vztah** lékaře a pacienta. Pro jeho vytvoření ovšem musejí být vhodné podmínky. Podle britského antropologa Robina Dunbara, **autor**a teorie kapacity sociálního kanálu, je maximální počet lidí, kteří mezi sebou mohou mít kvalitní společenský vztah, sto padesát. „Při této velikosti lze plnit rozkazy a udržovat kázeň na základě osobní loajality a přímých mezi-

lidských kontaktů. U větších skupin to není možné,“ říká Dunbar.

V knize *Bod zlomu* to novinář a spisovatel Malcolm Gladwell dokládá příkladem skvěle fungující americké firmy Gore, která vyrábí vodovzdorné látky a speciální kabely. Firma sídlí v malých budovách, nemá klasické šéfy, žádná organizační schémata ani rozpočty. Když se vyskytne nějaký **problém**, každý ví, za kým má zajít, a okamžitě jej vyřeší. Mezilidská pouta jsou přitom formou tlaku na okolí: jestliže se s někým znáte, záleží vám na tom, co si o vás myslí, a chováte se slušně. Ve chvíli, kdy počet zaměstnanců některé z divizí firmy překročí sto padesát, vytvoří se divize nová.

Ideální prostředí pro korupci. To je návod k řešení problémů velkých nemocnic. V prostředí, kde lékař nezná pacienta a pacient nezná lékaře, se totiž kvalitní, na mezilidských vztazích založená medicína programově dělat nedá.

Nemocniční kolosy svojí velikostí, způsobem **organizace** a soustředěním na produkci výkonů bezprostředně ohrožují zdraví pacientů. Nelze je řídit, nelze je kontrolovat, nelze je zaplatit. Skýtají ideální podmínky pro korupci a uspokojování zájmů dravých podnikatelských skupin medicínofarmaceutického komplexu. Možná právě proto mají takovou podporu státu.

Převzato: LN 20. 5. 2008



Problém s očkováním

Poččet komplikací po očkování proti TBC roste. Experti žádají: Očkejte děti později.

Odborníci se shodnou. Očkovat všechny děti proti tuberkulóze už v porodnici je špatné. Přesto je pro rodiče ze zákona a pod hrozbou pokuty povinné, aby nechali své dítě očkovat mezi čtvrtým dnem a šestým týdnem.

Jak je to možné? Experti se totiž nemohou shodnout, jak jinak – když ne podle pětapadesát let zažitě praxe – tedy děti očkovat.

Když bylo Sáře Smith sedm měsíců, čekal ji nepřijemný zážitek. Jako většina dětí byla proti tuberkulóze očkována už v porodnici, místo vpichu ale zůstávalo několik dalších měsíců zarudlé. Ostatní očkování proto musela počkat.

První dávku hexavakcíny (proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli, dětské obrně, hemofilovým infekcím a žloutence typu B) dostala o tři měsíce později, než je běžné. Po druhé dávce přišly problémy. „Skončily jsme v krčské nemocnici. Lékaři jí museli vysát hnis z uzlin v podpaží,“ říká Sářina matka Jana Smith. „Ten zákrok byl stresující. Křičela, museli ji držet tři lidi.“

Sára patří do skupiny dětí, kvůli kterým chce změnit očkovací kalendář odborná společnost plicních lékařů. Konkrétně očkování proti TBC posunout až někam mezi sedmý a dvanáctý měsíc.

Poččet komplikací po očkování poprvé vzrostl po roce 2001. O tři roky později už bylo hlášeno 3,4krát víc komplikací. Šlo přitom hlavně o děti, kterým se místo vpichu na rameni stejně jako Sáře zhojilo, ale po čase začalo znovu hníst. Někdy se přidal i zánět uzlin v podpaží nebo za krkem.

Lékaři si nějaký čas lámali hlavu, jak je to možné. Nakonec došli k závěru, že právě v tomto roce se změnila jedna věc: přibýlo povinné očkování proti žloutence typu B a hemofilovým infekcím. „Imunologové nám vysvětlili, že očkování pracuje se dvěma druhy imunity. Buněčnou, například proti TBC, a sérovou, například proti žloutence. Mobilizace jedné působí útlum druhé,“ říká Pavla Nykodýmová z výboru plicní společnosti. Proto po dalším očkování znovu ožijí bakterie TBC, které byly v té době už v organismu tlumené.

Pneumologická společnost proto už šestým rokem usiluje o to, aby se děti proti TBC očkovaly později. Argumentuje tím, že děti matek nakažených žloutenkou, které jsou přednostně očkovány proti této nemoci a vakcínu proti TBC dostávají později, popsané komplikace nemají. Hlavní hygienik Michael Vít ale změnu odmítá: „Proti je pediatrická společnost, podle které by to narušilo celý očkovací kalendář.“

Hlavní hygienik Michael Vít má radikálnější plán než pneumologové. Nejrady by plošně očkování dětí proti tuberkulóze nejen posunul, ale rovnou zrušil.

Jeho plány schvalují další odborníci. „Vzhledem k nízké účinnosti BCG vakcíny, komplikacím v možné souvislosti s dalšími následně podanými vakcínami, velmi nízkému tuzemskému výskytu TBC, zkušenostem evropských zemí a doporučením WHO bych se přimlouval za zrušení plošného očkování,“ říká předseda České vakcinologické společnosti Roman Prymula. „Vzhledem k možnému přílivu imi-

grantů a případných multirezistentních forem TBC bude však nutné pečlivě vymezit rizikové skupiny a u nich v očkování pokračovat.“

Totéž si myslí také vedoucí Národní jednotky dohledu nad tuberkulózou Jiří Wallenfels.

Proč se tedy v dohledné době nechystá taková změna očkovacího kalendáře, podle které se budou očkovat jen „rizikové“ děti?

„Protože plicáři jsou zásadně proti selektivnímu očkování,“ říká hlavní hygienik Vít. Jiří Wallenfels vysvětluje: „Dnes se děti očkují v porodnici. Kdyby se vakcinace prováděla později, budou jí dělat kalmetizační sestry. Právě proto někteří pneumologové nechťejí očkování zrušit, ale posunout.“

Vyhlášku o tom, které očkování a pro koho bude povinné, dělá ministerstvo zdravotnictví. Je snad společně plicních lékařů tak mocná, že její názor převáží nad všemi ostatními argumenty?

„Ano, je mocná,“ přiznává Vít, že do pře s plicáři nepůjde. „Česká populace má panický strach jen z jednoho onemocnění, z tuberkulózy. Co chvíli se v médiích objeví zpráva, jak je její riziko vysoké.“ Rodiče novorozenců tím ale ministerstvo staví do nepříjemné situace. Není divu, že ti, kteří se o výhody a rizika očkování zajímají, o vakcinaci svého dítěte v porodnici nestojí. „V roce 2005 odmítlo 17 % rodičů nechat očkovat své dítě v porodnici,“ říká Karel Křepela z pediatrické kliniky 1. lékařské fakulty Karlovy univerzity. Část rodičů nechá své dítě proti TBC očkovat později, někteří vůbec.

Jedním z nich je otec bezmála roční dcery Martin Řehořek. „Nedávno mně i manželce přišel každému příkaz na dvoutisícovou pokutu,“ říká Řehořek. Jejich dětská lékařka čekala do půl roku dcery, pak rodiče vyzvala, ať si domluví termín očkování na kalmetizační stanici. Otec tam oznámil, že dceru očkovat nenechá. Následovala pokuta od hygienické stanice.

Řehořkovi jsou rozhodnutí jít se svou očkovací kauzou k soudu. „Myslím, že český zákon je v rozporu s mezinárodní úmluvou o biomedicině. Ta sice připouští úkony, které si stát může vynutit, myslím ale, že očkování proti TBC k nim nepatří,“ uvádí Řehořek.

Z boje se státem však nemá žádnou radost. „Zatěžuje nás to. Musím si vyhledávat řadu informací, překládat si je z angličtiny, abych byl schopný v kontaktu s odborníky argumentovat,“ objasňuje Řehořek. „Myslím, že jsem takhle strávil u počítače tak dvacet třicet večerů. A to není jisté, zda soud nakonec neprohrajeme a nebudeme muset platit kromě pokuty i soudní výlohy.“

Pro dopravního policistu Řehořka je nastalá situace nepříjemná ještě z jednoho důvodu. Přestupek policisty totiž projednává jeho nadřízený. „Bojím se, že to poznamená náš vztah,“ říká. „Odvolat bych se asi musel k ministru vnitra. Je to pro mě strašák, nevím, jestli mě od policie raději nevyhodí.“

TBC je s námi už půl milionu let. Co tuberkulózu způsobuje?

Hlavním původcem nemoci je bakterie *Mycobacterium tuberculosis*. Je to na poměry mikrosvětla pomalu se rozmnožující bakterie, která však tuto

slabinu bohatě vynahrazuje jinak, např. výjimečným složením buněčné stěny.

Odkud se vzala a jak vážná to byla nemoc?

Nedávný nález z Turecka naznačuje, že TBC snad postihovalo už naše vývojové předky před půl milionem let. Jistě ale zabíjí od faraonských dob. V roce 1815 byla v Británii příčinou každého čtvrtého úmrtí. Omezení přineslo rozšíření antibiotik a očkování během 2. světové války a po ní, ale i tak má ve 20. století na svědomí asi 100 milionů úmrtí. Souchotináři byli například spisovatelé Franz Kafka či Jiří Wolker.

Jak se mohu infikovat?

V drtivé většině případů přenosem bakterií od nakaženého. Ten si nákazy nemusí být vědom, onemocnění se rozvine jen přibližně u každého desátého nakaženého.

Jak zjistím, jestli jsem bacilonosič?

Neexistuje spolehlivý a jednoduchý test. Při podezření na TBC se provádí několik vyšetření, včetně rentgenu hrudníku a tzv. tuberkulínového kožního testu, ve kterém se ověřuje reakce imunitního systému na bakterie tuberkulózy.

Jak se nemoc projevuje?

Nemoc nemá typické a jasně rozpoznatelné příznaky. Nejčastěji se prozradí kašlem trvajícím déle než tři týdny a vykašláváním hlenu po ránu i v průběhu dne.

Je očkování proti TBC povinné? Hrozí rodičům nějaká sankce, když nedají své dítě očkovat?

Očkování proti TBC je v Česku povinné, poprvé mezi 4. dnem a 6. týdnem dítěte, podruhé v jeho 11 letech. Rodičům hrozí pokuta až 10 tisíc korun.

Chrání očkování stoprocentně?

I očkováno dítě může onemocnět. Očkování ale brání vzniku závažných forem TBC, jako rozsevu bakterií krevní cestou do celého organismu nebo TBC zánětu mozku. Vznikne ohraničený nález v plicích, který lze vyléčit.

Boj s TBC – Odborníci se přou, zda zrušit plošné očkování dětí. Způsobuje totiž stále více komplikací.

Tuberkulóza v Česku a ve světě

V Česku počet onemocnění každoročně asi o sedm procent klesá, nemoc se ale šíří ve skupinách obyvatel, které se vymykají lékařské kontrole. Více jsou zasaženi bezdomovci, lidé užívající drogy a nelegální migranti.

Podle Světové zdravotnické organizace podle tuberkulóze každý den na celé planetě 5000 lidí. Nejvíce onemocnění je v Africe a v Asii. Nejčastěji se TBC vyskytuje v Indii, následuje Čína, Indonésie, Jižní Afrika a Nigérie. Zatímco v Evropě je počet onemocnění stabilní, v Africe se od 90. let minulého století počet případů TBC zpětinašobil.

Jen každý desátý nakažený onemocní. Signálem je únava, nechutenství, hubnutí, noční pot, kašel a dušnost. Snáze se nakazí malé děti, těhotné ženy, diabetici a lidé HIV pozitivní. Muži trpí tuberkulózou až dvakrát více než ženy.

Převzato: LN 26. května 2008

Autor: Hana Čápová



Cestování a rizika infekčních nemocí

MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.

Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí FN Na Bulovce, Praha

Souhrn

Cestování a poznávání nových oblastí je vlastní člověku již odedávna. Avšak až s příchodem technických vymožeností v dopravě se cestování stalo daleko snadnějším než dříve. Na vzdálenost, kterou bylo možno urazit v minulosti během týdnů, měsíců, ba i let, je dnes potřeba několika hodin, maximálně dnů. To je samozřejmě z různých hledisek velmi příznivé. Negativní stránkou věci je však možný velmi rychlý import infekce i ze vzdálených oblastí světa. Stále více lidí chce cestovat, a to nejen do oblastí, které jsou relativně blízké, ale i do vzdálených destinací, které jsou ze zdravotního hlediska rizikové. Nejde jen o trávení dovolené, pracovních a studijních pobytů, ale i o dlouhodobé poznávací výlety apod. Riziko se liší nejen podle lokality, ale i způsobu stravování, ubytování, doby strávené v místě pobytu apod. Lidé, kteří se na takovou cestu chystají, by měli být řádně poučeni, zajištěni a vybaveni tak, aby riziko možné nákazy na cestách bylo co nejmenší.

Jednotlivé oblasti ve světě se dají podle stupně rizika rozdělit do tří pásem. Mezi oblasti s minimálním rizikem lze počítat Evropu, USA, Kanadu. Střední riziko hrozí v oblasti Karibiku, tichomořských turistických centrech, Japonsku, Číně, Turecku. Vysoké riziko je v oblastech střední a jižní Afriky, jižní a jihovýchodní Asie a Latinské Ameriky. Toto je nutno vzít v úvahu před plánovanou cestou a přizpůsobit tomu chování v jednotlivých oblastech.

Pokud se týká stravování v oblastech z první skupiny, nemusí chování cestovatelů vybočovat z rámce běžných domácích norem. To znamená, že je možná návštěva běžných restaurací, lze zakoupit i jídla typu rychlého občerstvení i na ulici, běžně konzumovat ovoce a zeleninu. Voda se doporučuje všude pouze balená. V oblastech druhé skupiny je již situace rizikovější, je třeba se vystříhat stravování na ulici, vyloučit z jídelníčku jídla nejistého původu, stravovat se pouze v restauracích, bezpečně je ovoce a zelenina, které se dají oloupat, pít pouze balenou vodu, aniž by se do ní přidával led, který může být zdrojem různých patogenů. V oblastech s vysokým rizikem je nezbytné dodržovat přísné normy stravování. To znamená jídlo z ověřeného zdroje, restaurace a hotely na dobré úrovni. Ani v nich se nedoporučuje konzumace zeleninových a ovocných salátů, neboť suroviny mohou být oplachovány místní vodou. O dalším platí, co bylo řečeno výše.

Chování cestovatelů a návštěvníků v cizí zemi by mělo omezovat riziko na minimum. Platí to především pro mladší lidi, kteří se často v honbě za nejružnějšími dobrodružstvími chovají velmi nerozumně, neinformují se o možných rizicích a bagatelizují možné problémy. Netýká se to jen jídla, ale například i sexuálního chování. V oblastech

s vysokým výskytem HIV je sexuální kontakt vysoce rizikový, a to především nechráněný sex. Nelze také opominout přenos pohlavních nemocí, jako je syfilis, kapavka a další. Sexuálně je možný přenos také žloutenky typu B a C. Také vyhledávání různých adrenalinových dobrodružství může být spojeno s nebezpečím ve formě úrazů a jiných zdravotních potíží. Pokud již k problému dojde, je třeba si ověřit úroveň zdravotnického zařízení, resp. vyhledat pomoc v zařízení na dobré úrovni.

Mezi nejčastější potíže u cestovatelů patří průjemová onemocnění. Je uváděno, že 30–80 % osob má potíže provázené střevním dyskomfortem. Většinou jde o banálnější onemocnění spojené s infekcí bakteriemi, které se vyskytují v místě pobytu a místním obyvatelům nepůsobí potíže. Tento takzvaný cestovatelský průjem je mírného charakteru, potíže přetrvávají 1–2 dny, poté se stav upraví. Nicméně zaživací potíže mohou být i daleko závažnějšího rázu, a některá z onemocnění mohou vést i k ohrožení života. Infekční etiologie průjemových onemocnění je nejčastěji bakteriální – cca v 80 %, virová v 15 %, parazitární v 5 %. Příčina průjmu však může být i neinfekční – cestovní stres, změna stravy apod. Vehikulem nákazy je voda – stačí i čištění zubů, sprchování. Zdrojem infekce mohou být i potraviny. V případě úplavice, virových onemocnění, enterohemoragických bakterií *Escherichia coli* je možný i mezilidský přenos. Pokud je průjem mírný, stačí dietetická opatření. To znamená omezit potravu jen na suchar, dietní pečivo, suchý brambor nebo rýži. Z ovoce je vhodný banán, jablko. V prvním dnu se postižený obejde pro žaludeční a střevní dyskomfort většinou bez jídla, zato tekutiny musí být dodány v dostatečném množství. Vzhledem k tomu, že v řadě navštívených zemí panují tropické teploty, je příjem tekutin

nezbytný k zabránění rychlé dehydrataci. Pokud je ztráta tekutin velká, postižený zvrací nebo je ve stolici přítomno velké množství krve, je nezbytná návštěva místního zdravotnického zařízení. Krev bývá přítomna u kamylobakterií, shigelózy, améby.

Také horečka je jedním ze signálů, že se objevil zdravotní problém. U průjmů bývá spojena s bakteriální příčinou. Stoupá u salmonelózy, bacilární i parazitární úplavice, kamylobakterií, někdy však i u virových průjmů. Provází také břišní tyfus a typicky malárii. Malarický záchvat je spojen i s třesavkou a po poklesu horečky s profuzním pocením.

Cestovatel by se měl vyvarovat kontaktu se zvířaty, která mohou být zdrojem různých onemocnění, z nichž nejzávažnějším je vzteklina. Pokud dojde k pokousání či poškrábání zvířetem, které může být zdrojem tohoto onemocnění, je nezbytná návštěva místního lékaře a zahájení profylaxe. Jen v případě, že je postižený těsně před návratem domů, lze toto maximálně do 48 hodin odložit.

K nepříjemným problémům na cestách patří onemocnění zubů. Jako jedno z mála není ani při dobré pojistce hrazeno z cestovního pojištění. Akutní zubní zákroky nejsou ani z hlediska přenosu infekční nemoci bez rizika. Nelze tedy než doporučit, aby si lidé před plánovanou cestou našli čas na zubní vyšetření a předešli tak možným nepříjemnostem.

Prevence je vůbec nedílnou součástí správného přístupu při výjezdech. Pokud se cestovatel vydává do oblastí se středním a vysokým rizikem, měl by navštívit specializované centrum a informovat se o doporučeném postupu a možnostech zajištění na cestu. Proti řadě onemocnění existuje očkování, které je v naprosté většině dobrovolné.



Povinné očkování je proti žluté zimnici, a to do míst, kde se onemocnění vyskytuje. Řada států je vyžaduje také při vstupu do země, pokud cestovatel přijíždí z míst, kde se žlutá zimnice vyskytuje. Dalším povinným očkováním je vakcinace proti meningokokům u poutníků do Mekky. Povinné očkování musí být uvedeno v mezinárodním očkovacím průkazu. Obecně je nutno při očkování zvážit místo a délku pobytu a pracovní či turistické aktivity v dané oblasti. Lze říci, že při pobytu v hotelu u moře je riziko daleko nižší než při výpravě s batohem po džungli, močálových oblastech a místním stravováním s domorodci. Naši občané jsou očkováni v rámci celoplošné vakcinace proti řadě onemocnění. Pokud se však vydávají na dlouhodobé pobyty do míst, kde se vyskytují u nás již eradikovaná onemocnění, a od doby vakcinace uplynula dlouhá doba, je doporučováno přeočkování například proti dětské obrně a záškrtu. Vhodné je dále zajištění proti žloutence typu A, event. i v kombinaci s typem B, břišnímu tyfu, choleře. U lidí, kteří se budou pohybovat mezi zvířaty, preexpoziciční očkování proti vzteklině, při pobytu v rizikových oblastech jižní a jihovýchodní Asie v období dešťů očkování proti japonské B encefalitidě. Očkování proti meningokokům je doporučováno do některých oblastí Afriky, Saúdské Arábie, Číny. Dle místa pobytu je nutno zvolit očkovací látku s vhodnými sérotypy. Před cestou je vhodné také ověřit, kdy byl člověk očkován proti tetanu.

Proti malárii zatím očkovací látka chybí, takže je možná pouze profylaxe perorálními přípravky. Profylaktická opatření jsou zahajována ještě před vstupem do malarických oblastí, avšak lze využít i způsobu pohotovostní samoléčby, což je podání antimalarika při objevení příznaků. Tento způsob je vhodnější především u osob pobývajících v těchto oblastech delší dobu. Prevenci malárie lze dělit na tzv. expoziční profylaxi, tj. ochranu před komáry pomocí repelentů, a chemoprofylaxi, tj. podávání přípravků bránících rozvoji onemocnění.

Pokud se při cestování neobjeví žádný problém, není třeba po návratu preventivně vyhledávat zdravotnické zařízení. Naopak v případě, že se člověk necítí dobře, není vhodné vyšetření odkládat. Problémy se objeví většinou do několika dnů, event. týdnů, v některých případech však i měsíců (žloutenka, vzácně i malárie – recidiva záchvatů). Nezbytným vyšetřením u každého nemocného s podezřením na infekční onemocnění je tedy i epidemiologická anamnéza.

Při cestování s dětmi je míra rizika vyšší. Především u malých dětí, tj. kojenců a batolat, je třeba zvážit, zda je cestování s nimi únosné a zda jim cesta nepřináší více problémů než radosti. Před cestou je vždy třeba se detailně informovat

o nutnosti očkování u malých dětí, ale i dostupnosti potravy pro malé děti v místě pobytu či lépe vzít s sebou sušená mléka k přípravě jídla. U dětí může dojít rychle k dehydrataci. Děti jsou také více zvědavé, nebrání se kontaktu se zvířaty, takže i úrazy nebo pokousání bývají běžné.

Další rizikovější skupinou jsou gravidní ženy. I u nich je třeba pečlivě zvážit, zda je cestování přínosné a vůbec vhodné jednak z hlediska ženy, jednak z hlediska plodu. K cestě by se měl vždy vyjádřit gynekolog. Očkování v době gravidity není vhodné. Pokud by k němu mělo dojít, lze použít pouze neživé vakcíny. Absolutně indikováno u gravidních žen je pouze z vitální indikace, tj. v případě hrozící vztekliny.

Také u osob vyššího věku je třeba být při cestování obezřetnější. U těchto lidí bývají časté přidružené nemoci, pro které užívají léčivé přípravky. Obecně je jejich zdravotní stav většinou horší než u lidí mladších. Také vyčerpání při cestě, cestov-

ní stres, dlouhé hodiny strávené v nevyhovující tělesné poloze mohou vést k různým komplikacím. Průjmy v místě pobytu mohou vést ke zhoršenému vstřebávání léků, dlouhá cesta přináší riziko možné trombózy a embolie atd. Proto by se lidé s chronickým onemocněním měli poradit se svým lékařem a cestu pečlivě zvážit.

Na každou cestu by měl být cestovatel vybaven nejen očkováním a radou odborníků, ale i cestovní lékárníčkou vybavenou pro nejběžnější situace. Ta by měla obsahovat léky na snížení horečky, analgetika, antihistaminika pro celkové i lokální použití, oční kapky, teploměr, běžný obvazový materiál, prostředky na dezinfekci kůže, masť na drobná hnisavá poranění, přípravky určené k léčbě průjmů, léky na kašel, tablety k dezinfekci vody. Samozřejmostí je vybavení léky, které cestovatel užívá chronicky.

Literatura u autorky



CEDH (Středisko vzdělávání a rozvoje homeopatie se sídlem v Paříži)

pořádá

HOMEOPATICKÉ SEMINÁŘE pro lékaře, farmaceuty a veterináře

**Zveme Vás na dvouleté vzdělávací semináře,
které přednášejí čeští i francouzští lékaři**

Výuka probíhá ve 20 zemích světa.

„Základy homeopatické terapie“ – PRAHA, BRNO

6 víkendů – od října 2008 do května 2009

Příspěvek účastníka 4.500 Kč / rok

Dále pořádáme ve spolupráci s H.L.A (Homeopatická lékařská asociace) specializační homeopatické semináře a konzultační odpoledne pro lékaře, podrobnější informace v Revue H.L.A, které zájemcům, z řad lékařů, zasíláme 3 x ročně zdarma (leden, červen, říjen).

V případě Vašeho zájmu nás prosím kontaktujte
– zašleme přihlášku s programem

CEDH, Pobřežní 3, 186 00 Praha 8

tel.: 224 835 091, fax: 222 326 502, GSM: 724 185 559

cedh@centrum.cz

25% pacientů* v ČR se již nyní léčí homeopaticky

**výzkum projektu GFK z 12/2003*



Cestovní průjmy

MUDr. Helena Ambrožová, Ph.D.

Infekční klinika FN Na Bulovce, Praha

Souhrn

Cestovní průjmy patří k vůbec nejčastějším onemocněním cestovatelů. Jsou známy již velmi dlouhou dobu, vždy postihovaly misionáře i válečníky a nezřídka decimovaly jejich řady.

Průjmy cestovatelů mají řadu přezdivek, které obvykle souvisejí s pohybem či místem výskytu (Rome runs, Greek gallop, backdoor sprint, Canary disease, Casablanca crud a řada dalších). Dobře známá je i Montezumova pomsta. V největším riziku nákazy jsou lidé, kteří cestují z rozvinutých do rozvojových zemí, zejména cestovatelé ze severní Evropy a Ameriky (ročně odtud cestuje kolem 16 milionů lidí). Lidé pocházející z méně rozvinutých zemí mají na cestách menší pravděpodobnost nákazy. Incidence průjmu cestovatelů při cestách do rozvinutých zemí je nízká, jen kolem 8 %, při cestách do jižní Evropy, Jižní Afriky, Izraele, Japonska či Karibiku dosahuje 20 %. Riziko dále narůstá při cestách do rozvojových zemí – hlavně v oblasti Indického poloostrova a jihovýchodní Asie, Afriky a Latinské Ameriky se pohybuje mezi 20 a 60 %. Nejvíce onemocnění se objeví v závislosti na etiologickém agens obvykle do 14 dnů po příjezdu (rozmezí 3–30 dnů), při delším pobytu pak riziko onemocnění klesá. Při vzniku průjmu cestovatelů se uplatňují i některé rizikové faktory – více ohroženi jsou lidé s achlorhydrií, lidé užívající inhibitory protonové pumpy, ale i malé děti do 4 let, staří lidé a pacienti polymorbidní. U malých dětí je třeba mít na paměti jednak nedokonalou vyvinutou imunitu a jednak sklon k podstatně rychlejší a výraznější dehydrataci. Současný trend cestování s dětmi v kojeneckém či batolecím věku do rizikovějších oblastí proto jistě není zcela ideální a nelze jej vždy doporučit. Průjem cestovatelů může být způsoben bakteriemi, viry a parazity, nejčastěji jej způsobují bakterie. Asi ve 30 % případů se etiologii objasnit nepodaří, ale na druhé straně se vyskytují i duální infekce s více vyvolavateli a s obvykle těžším průběhem. Zdaleka ne vždy se jedná o patogeny vázané jen na rozvojové země, řada průjmů je vyvolána agens, která se běžně vyskytují i u nás. Naopak některé patogeny typické pro rozvojový svět, jako jsou původci břišního tyfu či cholery, jsou v etiologii průjmu cestovatelů poměrně vzácné. Riziko břišního tyfu na Indickém poloostrově se udává jen 0,03 % na měsíc pobytu, v Africe či Latinské Americe je pak ještě 10× menší. Nejčastějšími vyvolavateli průjmu cestovatelů jsou v Asii, Africe a Latinské Americe enterotoxické kmeny *Escherichia coli*, které způsobují kolem 50 % všech případů. Někdy se uplatňují i enteroinvazivní kmeny a v posledních letech stoupá

i význam enteroagregujících kmenů *Escherichia coli*, které běžně působí chronické průjmy u dětí v endemických oblastech. Z klasických střevních bakterií, jako jsou kampilobaktery, gastroenteritické salmonely a shigely, se každá podílí na etiologii průjmu cestovatelů jen asi 5–15 %. Z virů jsou pro průjem cestovatelů typické hlavně rotaviry a caliciviry (noroviry i sapoviry), jejich incidence se v různých zemích pohybuje mezi 0 a 36 % a zejména v některých oblastech jsou velmi časté (Mexiko). Skupina norovirů je známa jako původce velkých epidemií mezi turisty na výletních lodích. V USA, Japonsku i v jiných oblastech byly vyvolány velké epidemie požitím ústřic, nakazit se je možné i kontaminovaným ledem. Z parazitů se v etiologii průjmu cestovatelů uplatňují nejvíce prvoci (např. lamblie, původce amébové dyzenterie *Entamoeba histolytica* aj.), ostatní paraziti jsou vzácnější (kryptosporidie, *Cyclospora cayetanensis*, strongyloidóza). Protozoární nákazy nejsou příliš časté, na etiologii průjmu cestovatelů se podílejí jen asi 5 % a vyskytují se zejména v jihovýchodní Asii.

K přenosu dochází obvykle kontaminovanou vodou či potravinami omývanými touto vodou. Nevhodné je také nedostatečně tepelně zpracované maso, syrové mléko, neoloupané ovoce, velmi rizikové mohou být i syrové plody moře, kterými se mohou vedle průjmových onemocnění přenést další nemoci, např. fekálně přenosné hepatitidy A a E. Podobně rizikový je i led z neznámého zdroje. Ve větším nebezpečí onemocnění jsou proto „baťůžkáři“, lidé cestující na vlastní pěst bez zajištěného ubytování a stravování, kteří žijí a stravují se s domorodci. Hotely jsou obvykle bezpečnější, i když ani zde nelze nákazu zcela vyloučit, jak dokazují případy dětí ze západní Evropy, které onemocněly na Kanárských ostrovech shiga toxin produkujícími *Escherichia coli* komplikovanými hemolyticko-uremickým syndromem, i případy turistů z evropských severovýchodních zemí, kteří se nakazili paratyfem v hotelu na turecké riviéře. Délka onemocnění závisí na vyvolávajícím agens, průměrně se pohybuje kolem 4 dnů, ale ve 20–50 % případů trvá 5–10 dní. Protrahovaná onemocnění, někdy až charakteru chronického průjmu s délkou trvání nad 1 měsíc, budí podezření na parazitární etiologii.

Na vyvolávajícím agens závisí i klinický obraz. Ne každý průjem po příjezdu do cizí země musí být vyvo-

lán infekčním agens. Může se jednat o řídké stolice vyvolané jinými vlivy, jako změnou stravy, podnebím, psychickými vlivy apod. Jako průjem navíc mohou začínat i jiné importované choroby, u kterých jsou řídké stolice jen jedním z mnoha příznaků, nikoli příznakem hlavním (malárie, hepatitida, leptospiróza, meningokokové onemocnění, hemoragické horečky, mor aj.). Průjem cestovatelů je definován jako výskyt 3 či více neformovaných stolic za den spolu s alespoň jedním z následujících příznaků – nauzeou, zvracením, horečkou či křečemi v břiše. Tíže onemocnění závisí na vyvolávajícím agens a na infekční dávce. Závažnější průběhy jsou u invazivních patogenů, jako jsou salmonely, shigely, kampilobaktery aj. Trvají déle, bývají horečnaté, často pod dyzenteriformním obrazem s výraznými bolestmi břicha a příměsí hlenu a krve ve stolici. Naopak průjmy vyvolané enterotoxickými *Escherichia coli* bývají u cestovatelů obvykle méně závažné, probíhají pod obrazem lehčí až středně těžké gastroenteritidy se zvracením, nechutenstvím a vodnatými stolicemi bez příměsí. Horečka nebývá, teploty jsou obvykle maximálně subfebrilní. Nejčastější komplikací cestovního průjmu bývá dehydratace, u dětí se mohou při horečce vyskytnout febrilní křeče, časté jsou i parainfekční hepatopatie (rotaviry, salmonely, kampilobaktery, yersinie). Imunodeficitní pacienti mají větší pravděpodobnost vzniku systémových onemocnění vyvolaných střevními bakteriemi (sepsé, lokalizované formy).

Diagnostika průjmu cestovatelů spočívá nejčastěji v průkazku etiologického agens ve stolici. Provádí se běžná kultivace ze stolice, a to i opakovaně, protože záchyt agens z jednoho vzorku se nemusí vždy podařit. Některé bakterie vyžadují speciální půdy a růstové podmínky (alkalické půdy u cholery, půdy s přídatkem antibiotik a snížená tenze kyslíku u mikroaerofilního kampilobaktera). Při kultivačním vyšetření stolice v běžné laboratoři nemusí být vždy prokázány všechny přítomné patogeny, např. všechny enterotoxické kmeny *Escherichia coli*. Při podezření na tyfus či paratyfy je na počátku onemocnění možnost záchytu agens z hemokultury, v případě předchozí antibiotické léčby bývá pozitivní kultivace z kostní dřevě, později ze stolice a vzácně i z moči, od druhého týdne onemocnění pak dochází k vzestupu protilátek při sérologickém vyšetření (Widalova reak-

Nutricia – Nutrilon – A4



Recenze knihy

Dítě s poruchou štítné žlázy v ambulanci praktického dětského lékaře

MUDr. Helena Vávrová

Kniha vydaná nakladatelstvím GEUM v roce 2007 se obrací k pediatriům první linie s tématem, které se stává v praxi vysoce aktuálním. Tyreopatie totiž v posledních letech celosvětově narůstají a postihují v nemalé míře i mladou generaci. A je to právě praktický dětský lékař, který je zachytí a v řadě případů také léčí, alespoň to je přání endokrinologů.

MUDr. Helena Vávrová je dětskou lékařkou, jejíž ordinaci prošly tisíce pacientů. Zkušenosti v oblasti diabetologie a endokrinologie předává aktivně v rámci školicích akcí pro pediatriy i specialisty a také čtivou a srozumitelnou formou v podobě publikační. Toho je dokladem i jmenovaná kniha o 150 stránkách. Čtenář se v ní v úvodu seznámí s fyziologií tvorby a účinků hormonů štítné žlázy a funkcí celé tyroidální osy s důrazem na těhotenské období. Pak s pochopením souvislostí proniká do problematiky tyroidálních chorob – hypo- a hyperfunkce, strumy, zánětů a nádorů. V závěru předkládá autorka šest kazuistik vlastních případů.

Na této publikaci oceňují její přehlednost, aktuálnost nejen tématu, ale i údajů, které odpovídají nejnovějším poznatkům. Dále možnost dvojího čtení – čtenář, který si může dovolit jen povrchnější informace, nalezne to podstatné v úvodu a závěru každé kapitoly v souhrnu. V tabulkách potom algoritmy diferenciální diagnostické úvahy. Zvědavý a hloubavý čtenář se dozví řadu podrobností také z genetiky, biochemie a imunologie i to, jaké jsou možnosti endokrinologických vyšetření a specializovaných léčebných postupů.

Není nadsázkou, že tato kniha může sloužit i jako výukový materiál pro postgraduální přípravu budoucích endokrinologů.

MUDr. Božena Kalvachová, CSc.
Endokrinologický ústav, Praha

ce). Sérologické vyšetření lze použít i u některých forem yersinióz (pseudopendicitida). Rotaviry lze u nás prokázat ze stolice nejčastěji latexovou aglutinací, případně imunochromatografií, ELISOU či elektronovým mikroskopem, u calicivirů se začíná pozvolna rozbíhat průkaz norovirů ze stolice ELISOU, který snad bude brzy dostupnější než dosavadní elektronová mikroskopie. Při podezření na parazitární etiologii je třeba provést parazitologické vyšetření stolice, a to třikrát po sobě.

Terapie se příliš neliší od léčby neimportovaných průjmových onemocnění. Velký důraz se však klade na edukaci cestovatelů a možnost jejich samoléčení, protože lékařská péče nemusí být v daném místě vždy dostupná. Rozhodující je u každého průjmu rehydratace, použít lze čaj, minerálky či perorální rehydratační roztoky (např. Valíkův roztok, Kulíšek, WHO roztok). Příjem tekutin musí být dostatečný a pokrýt nejen bazální potřebu, ale i ztráty zvracením, průjmem a pocením. Bazální potřeba tekutin u kojenců je 150 ml/kg/den, u batolat 100–120 ml/kg/den. Z nespécifických prostředků je možné použít adsorbencia (diosmectit – Smecta, aktivní uhlí) a probiotika (laktobacily, *Saccharomyces boulardii* – Enterol). Na infekce vyvolané enterotoxickými kmeny *Escherichia coli* jsou nejvíce doporučována antimotilika (Imodium), která mají rychlý účinek, ale jsou kontraindikována u průjmů vyvolaných potenciálně invazivními patogeny (horečnaté průjmy s bolestmi břicha či krví ve stolici) pro nebezpečí bakteriemie či sepse. Imodium se může podávat dětem od 6 let v počáteční dávce 1 kapsle a následně po 1 kapsli při každé další stolici (max. dávka 3 kapsle/20 kg denně), u dospělých je počáteční dávka 2 kapsle, dále 1 kapsle, do maximální dávky 8 kapslí denně. Pokud je nutná antibiotická terapie, pak jsou lékem volby u cestovních průjmů u mladých lidí nad 17 let a u dospělých chinolony v běžných dávkách obvykle po dobu 1–3 dnů (nejčastěji ciprofloxacin, ale použít lze i norfloxacin, ofloxacin, levofloxacin), které účinkují prakticky na všechny střevní patogeny. Po celém světě, zejména v rozvojových zemích, však stoupá rezistence mikrobů na chinolony. V jihovýchodní Asii a v Indii se zvyšuje výskyt rezistentních kampylobakterií, ale i multirezistentních enterotoxických kmenů *Escherichia coli* a tyfových salmonel, proto je zde jako záložní antibiotikum pro cestovatele doporučován azithromycin, který lze použít i jako lék první volby u dětí a mladistvých pod 17 let. Azithromycin však nemusí pokrýt celou šíři střevních patogenů. Tradičním doporučovaným lékem pro děti býval dlouho cotrimoxazol, který však nepůsobí na kampylobakterie, a v současné době jsou proto doporučovány spíše již zmíněné makrolidy. Dobrou účinnost má u střevních infekcí i rifaximin (preparát Normix), který se nevstřebává, nemá vedlejší účinky a jeho účinnost je dle studií srovnatelná s chinolony. Je

možné ho podávat u dětí od 6 let, u dětí ve věku 6 až 12 let v dávce 20–30 mg/kg/den, u dětí nad 12 let 10–15 mg/kg/den.

Postup při léčbě cestovního průjmu závisí na tíži onemocnění a na odezvě na počáteční kroky. Při menším průjmu bez dehydratace stačí dostatečný příjem tekutin, vhodné jsou i slané sušenky. Při profuzním průjmu a dehydrataci se doporučují orální rehydratační roztoky a antimotilika. Zlepší-li se stav na této terapii do 48 hodin, není nutná další intervence. Jestliže však ke zlepšení nedojde, pak je vhodné podání antibiotik. Obvykle se podává chinolon na 3–5 dnů; jestliže je kontraindikován, pak je doporučován azithromycin. V případě neúspěchu této léčby nelze vyloučit ani možnou parazitární etiologii a je vhodné navštívit lékaře.

Cestovatelé by měli být seznámeni s výskytem nejčastějších onemocnění v dané lokalitě, s jejich přenosem, s možností jejich prevence i s dostupností lékařské péče. Měli by vědět, kde a jak získat pitnou vodu, kdy v případě potřeby použít orální rehydratační roztoky. Měli by si často mýt ruce, dodržovat osobní hygienu. K pití i čištění zubů by měli používat jen balenou vodu (případně převařenou a chemicky upravenou) a nepoužívat vodu čepovanou a led z neznámého zdroje. Neměli by se stravovat u populárních prodavačů, u stánků a tam, kde potraviny nejsou chráněny před létajícím hmyzem. Měli by se vyhnout vysoce rizikovým potravinám, jako jsou plody moře, nedostatečně tepelně upravené maso, syrové mléko, neoloupané ovoce, syrová zelenina, saláty, studené omáčky a zálivky. Opatrnost při jídle a pití může snížit riziko onemocnění až na 15%. Chemoprophylaxe není doporučována vzhledem k možným vedlejším účinkům a následkům antibiotické léčby. Existují jen dvě výjimky – silně imunodeficitní jedinci (pokročilé onemocnění AIDS, těžký imunodeficit), případně cesta do nejrizikovějších oblastí. V tomto případě je možné použít u lidí nad 17 let chinolon v jedné dávce denně, ne déle než 14 dnů. Proti většině střevních infekcí se nelze chránit očkováním a ani tam, kde je to možné, není účinnost stoprocentní. Asi 80% účinnost má očkování proti tyfu. Jedná se o i. m. podávané vakcíny Typherix a Typhim Vi., očkovat lze děti od 2 let jednou dávkou, přeočkování je vždy po 3 letech. Další možností je očkování proti choleře. Vakcína Dukoral je perorální, může se podávat u dětí od 2 let, základní očkování je tvořeno u dětí ve věku 2–6 let třemi a u dětí nad 6 let dvěma dávkami s intervalem 1–6 týdnů. Přeočkování u dětí ve věku 2–6 let má být po 6 měsících, u dětí nad 6 let stačí po 2 letech. Tato vakcína je částečně účinná i proti nákazám vyvolaným enterotoxickými kmeny *Escherichia coli*.

Literatura u autorky



Kožní onemocnění cestovatelů

MUDr. Zdenka Mandáková

Infekční klinika FN Na Bulovce, Praha

Souhrn

Dermatózy jsou po průjmových a respiračních onemocněních třetím nejčastějším problémem cestovatelů. Příčinou bývá infekce, poštipání hmyzem, kontakt s jedovatými rostlinami či živočichy nebo alergie na slunce. Po návratu z ciziny se kožní problémy projeví v průměru za 7 (0–52) dnů. Omezená znalost tropických dermatóz v neendemických zemích může vést k opožděné diagnostice onemocnění a jeho nesprávné léčbě.

Nejčastěji je postižení kůže způsobeno streptokoky a stafylokoky, tato onemocnění se běžně vyskytují i v našich zemích. Častěji než v mírném pásu se u cestovatelů do tropů vyskytují dermatofytózy (tinea) – onemocnění vyvolaná saprofytickými houbami.

K nejčastějším importovaným tropickým kožním onemocněním patří **larva migrans cutanea** (CML). Původcem onemocnění jsou larvy červů (*Ancylostoma brasiliense*) psů, koček i jiných savců. Onemocnění je rozšířeno ve všech sub-



Larva migrans cutanea

tropických a tropických částech světa. K nákaze dochází přímým kontaktem s infekčními larvami přítomnými v půdě, většinou při ležení nebo chůzi na přímořských plážích, které nejsou omývány mořem. Inkubační doba onemocnění je obvykle několik dnů, jen výjimečně kolem jednoho měsíce.

Nejčastějším klinickým příznakem CML je erytematózní, lineární nebo serpiginózní léze, která má kolem 3 mm šířku a 15–20 mm délku. U jednoho člověka bývají většinou přítomny 1 až 3 léze. Nejčastěji jsou léze lokalizovány na ploskách a nártách nohou, hýždích a trupu. Larva se pohybuje několik milimetrů až centimetrů za den. Vzácně nejsou ani léze vesikulobulózní a impetiginizované. Systémové příznaky včetně eosinofilní pneumonie jsou vzácné. Eosinofilie v krvi bývá kolem 5 %, jen zřídka bývají hodnoty

eosinofilie vysoké. Diagnózu stanovíme dle klinického obrazu a anamnézy, ve které je možný kontakt s nákazou. Lékem volby LMC je v České republice albendazol v dávce 400–800 mg/den po dobu 3 dnů, v zahraničí jsou dostupná další antihelmintika – doporučováno je podání 12 mg ivermectinu jednorázově nebo thiabendazolu 50 mg/kg/den po dobu 3 dnů. Lokálně je možná aplikace 15% roztoku nebo masti thiabendazolu 3× denně po dobu minimálně 5 dnů.

Prevencí onemocnění larva migrans cutanea je vyhnout se tropickým plážím, kde se potulují psi a kočky, na plážích nosit plážovou obuv, k ležení používat podložky nebo ležet na pláži omývané přílivem.

Dalším importovaným tropickým kožním onemocněním je **myiáza** – jde o napadení člověka larvami některých druhů much. Nejčastějšími původci onemocnění v subsaharské Africe jsou larvy much *Cordylobia anthropophaga*, ve Střední a Jižní Americe *Dermatobia hominis*. Larvy *Cordylobia* penetrují kůži po uvolnění z vajíček přítomných na oděvu nebo ložním prádle, které bylo sušeno venku a nežehleno. K nákaze larvami *Dermatobia* dochází při poštipání komárem, který přenáší vajíčka much na svém těle. Inkubační doba onemocnění kolísá od několika dnů do několika týdnů (7–45 dnů).

Kožní léze připomíná furunkl o průměru 1 až 2 cm s centrálním bodem, kterým vytéká serosanguinolentní nebo purulentní sekret. Pacient si často stěžuje na pocit něčeho pohyblivého se v lézi, někdy může být pohyblivá larva patrná v centrálním bodě. Léze jsou umístěny u nákazy *C. anthropophaga* nejčastěji na trupu, který byl kryt kontaminovaným oděvem, léze způsobené *D. hominis* se vyskytují na nechráněných částech těla (ruce, nohy, obličej). Diagnózu myiázy lze stanovit určením druhu larvy z léze. V dif. dg. je potřeba zvážit především pyodermii, kožní leishmaniózu a tungózu. Léčbou je extrakce larvy, při nákaze *D. hominis* se doporučuje před extrak-

cí aplikovat na lézi vazelinu, sádlo, zubní pastu apod., což vede k migraci larvy na kožní povrch.

Tungóza je onemocnění způsobené průnikem samičky písečné blechy *Tunga penetrans* do pokožky na ploskách nohou a mezi prsty kolem nehtů. Rozšířena je především v Latinské Americe, Karibiku, Africe a Asii až po západní pobřeží Indie. Písečná blecha proniká lidskou kůží, sají krev a klade vajíčka. Průměrná doba od nákazy k prvním projevům onemocnění trvá kolem 12 dnů (5–40). Kožní léze se projevuje jako černá papula (v místě penetrace), která se mění v nodule, jímž jsou vylučována vajíčka. Po vykladení vajíček larva vypadává z léze a hyne. Diagnózu je možné stanovit dle klinických příznaků a vyšetřením blechy. Diferenciální diagnostika zahrnuje myiázu, pyodermie a reakci na cizí těleso. Léčba spočívá v extrakci larvy.

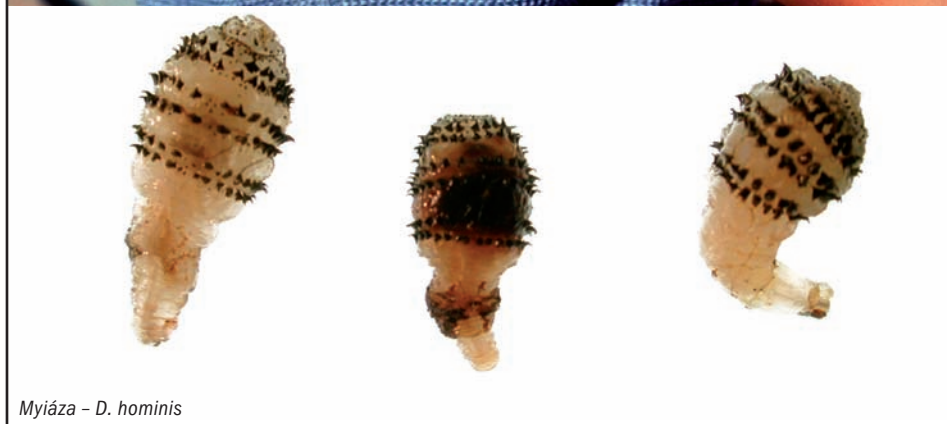
Závažný průběh může mít onemocnění kožní leishmaniózou. Onemocnění je přenášeno komáry. **Leishmanióza** Starého světa, vyvolaná nejčastěji *L. major* nebo *L. tropica*, se vyskytuje především u cestovatelů do subsaharské a severní Afriky, Středozeří a na Střední východ. Méně rizikovými oblastmi jsou Indie a Čína. Kožní leishmanióza Nového světa je vyvolána nejčastěji druhy *L. brasiliensis* a *L. mexicana*, onemocnění se vyskytuje nejčastěji u cestovatelů do pralesů



Leishmanióza

Jižní Ameriky, má rychlejší a závažnější průběh než onemocnění leishmaniózou Starého světa.

Inkubační doba onemocnění kolísá mezi něko-



Myiáza - *D. hominis*

lika dny a týdny. Klinickým projevem kožní leishmaniózy je papula, která se začíná zvětšovat, povrch je napjatý, lesklý, pokrytý šupinkami, později krustou, pod níž je kráterovitá prohlubeň. Kožní vřed je přesně ohraničený, nebolestivý. Léze mohou být jednotlivé nebo mnohočetné, většinou se vyskytují na částech těla nechráněných oděvem. Do diferenciální diagnostiky kožní leishmaniózy je nutno zahrnout pyodermie, antrax, myiázu, poštipání členovci, richettsiózy a sporotrichózu.

Diagnózu lze potvrdit mikroskopickým vyšetřením bioptického vzorku odebraného z okraje léze, možná je kultivace leishmanií, vyšetření

DNA a monoklonálních protilátek.

V léčbě kožní formy leishmaniózy se používají deriváty pětimocného antimonu, pentamidin, flukonazol a ketokonazol. Některé případy kožní leishmaniózy Starého světa není nutné léčit, protože se léze hojí spontánně, většinou během 1 roku od nákazy.

Projevem onemocnění **ciguatera** je pruritus, který může trvat i několik měsíců. Příčinou je otrava z ryb z některých pobřežních vod v tropech a subtropích. Inkubační doba onemocnění je krátká (2–30 hod.), onemocnění se projevuje gastrointestinálními příznaky, únavou, bolestivostí

svalů zejména dolních končetin, prutitem, paresteziemi v oblasti periorální a na dolních končetinách a změnami citlivosti na teplo. Gastrointestinální příznaky se rozvíjejí během několika hodin, myalgie, pruritus a neurologické příznaky mnohem později. Léčba je symptomatická.

Při koupání ve sladkých vodách může dojít v některých oblastech světa k nákaze zoofilními kmeny **schistosom** – onemocnění cercariovou dermatitidou. Po průniku cercarií kůží se objevuje makulopapulózní vyrážka, její intenzita stoupá při reinfekcích. K rozvoji klinických příznaků cercariové dermatitidy dochází během několika minut až 24 hodin po expozici. Kožní projevy trvají 1–3 týdny. Léčba je symptomatická – orálně podaná antihistaminika a lokálně aplikované steroidy zmírňují projevy onemocnění.

Při pobytu ve slané vodě se může svědivými kožními projevy manifestovat kontakt s larvami mořských živočichů.

Kožními příznaky jsou doprovázena i některá horečnatá onemocnění importovaná z tropů – rickettsiázy, horečka dengue, akutní schistosomóza.

Vzácné nejsou projevy fotosensitivity při podávání některých léků (i profylakticky), solární urtika, spálení sluncem.

Při pobytu v tropických zemích může dojít k exacerbaci chronických kožních onemocnění, jako je akné, atopická dermatitida, lupus erythematoses, dermatomyositida, pemphigus a porfyrie.

V diagnostice kožních lézí cestovatelů je nezbytné odebrat velmi podrobnou cestovatelskou anamnézu. Důležité je také klinické vyšetření se zaměřením na morfologickou charakteristiku léze (makula, papula, vesikula, nodulus, vřed), barvu (červená, hnědá, černá, hypo- nebo hyperpigmentovaná, depigmentovaná), tvar (kulatý, oválný, serpiginózní, lineární, zosteriformní) a distribuci (lokalizovaná, generalizovaná). V některých případech je nutné vyšetření krevního obrazu s diferenciálním rozpočtem, sérologická vyšetření, kožní biopsie a kulturační vyšetření.

Včasná diagnostika a léčba je velmi důležitá zejména u onemocnění kožní leishmaniózy Nového světa a akutní schistosomózy, u kterých opožděné zahájení terapie může vést k závažnému průběhu onemocnění s trvalými následky.

Literatura u autorky

OMLUVA

Ve VOX PEDIATRIAE 5/2008 jsme na straně 35 u článku „Postup lékařů primární péče při podezření na syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (sy. CAN)“ chybně uvedli jako autorku MUDr. Lenku Šírovou z MPSV.

Ve skutečnosti byl článek v gesci MZ ČR - uveřejněno ve Věstníku 3/2008.



Importovaná horečnatá onemocnění dětí

MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph. D.

Oddělení tropické medicíny, 1. lékařská fakulta UK a FN Na Bulovce, Praha

Souhrn

Mezi nejčastější příčiny horečnatých stavů u dětí během a po pobytu v tropech a subtropích patří respirační a gastrointestinální infekce, malárie, virová hepatitida A, syndrom infekční mononukleózy (EBV, CMV infekce) a infekce močových cest. Vzácněji bývají importovány horečka dengue a další arbovirózy, břišní tyfus, rickettsiázy, viscerální leishmanióza, schistosomóza aj.

Střevní i extraintestinální améboza jsou u dětí velmi vzácné. U všech dětí s horečkou, které pobývaly v malarických oblastech, je nutno vyšetřit krevní nátěry: **tlustou kapku a tenký nátěr**. Tato vyšetření se na rozdíl od hemokultury provádí i v období bez horečky. Tlustá kapka „koncentruje“ větší množství krve a slouží k průkazu infekce, tenký nátěr pak usnadní identifikaci druhu plasmodia a přesné stanovení parazitemie (procenta napadených erytrocytů). Nátěry je třeba co nejdříve dopravit do diagnostické laboratoře, výsledek je k dispozici obvykle do dvou hodin. Krevní nátěry mohou být pozitivní i u dalších vzácnějších horečnatých infekcí, např. u africké a americké trypanosomiázy, babesiózy, filariózy a návratného tyfu. Mezi další základní laboratorní vyšetření u horečnatých stavů patří **krevní obraz** s očmo provedeným diferenciativním rozpočtem bílých krvinek, ukazatelem zánětu (sedimentace erytrocytů, CRP, prokalcitonin), krevní srážlivostí (trombinový a protrombinový čas) a jaterní testy. V případě vysokých zánětlivých parametrů a celkové alterace klinického stavu se dítě hospitalizuje a nabírají se **hemokultury** (minimálně 2–3 s odstupem 30 minut). U horečky s průjemem se vyšetří renální funkce (urea, kreatinin), mineralogram, provede se kultivace, popř. i vyšetření stolice na parazity. Rodina pacienta se poučí o nutných karanténních opatřeních.

Přestože malárie patří mezi nejčastěji importované závažné horečnaté infekce, případy u dětí jsou vzácné. Onemocnění je vyvoláno čtyřmi druhy lidských **malarických plasmodií**, parazitických prvoků, kteří napadají červené krvinky a jsou na člověka přenášeni při sání samiček komárů rodu *Anopheles*. Nejnebezpečnější je *Plasmodium falciparum*, původce tropické malárie, *P. vivax* a *P. ovale* jsou původci „třídenní malárie“ (terciány), při níž se malarické záchvaty opakují obden. Nejméně časté *P. malariae* vyvolává „čtyřdenní malárii“ (kvartánu) se záchvaty každých 72 hodin. Během sání krve komár inokuluje

do těla infekční stadia, sporozoity, které jsou zaneseny krví do jater, kde infikují hepatocyty. Tato jaterní fáze nákazy je asymptomatická, ale po infekci *P. vivax* a *P. ovale* mohou v jaterních buňkách parazité dlouhodobě přetrvávat a způsobit relapsy onemocnění. Symptomatická fáze infekce je spojena s invazí merozoitů do erytrocytů. Zpočátku se projevuje nespecifickými prodromálními příznaky připomínajícími chřipkové onemocnění. Vysoké horečky nastupují po několika dnech, jsou doprovázeny zimnicí, výrazným pocením, nechutenstvím, nevolností, zvracením, bolestmi hlavy a svalů. Typický **malarický paroxysmus** (malarický záchvat) začíná zimnicí s třesavkou trvající 30–60 minut. Poté následuje horečnatá fáze, která trvá několik hodin. U dětí může být doprovázena febrilními křečemi. Záchvat je zakončen profuzním pocením. Časným příznakem je splenomegalie, přítomna bývá mírná hepatomegalie, ale malárie není doprovázena zvětšením lymfatických uzlin ani vyrážkou. V krevním obraze bývá neutropenie a trombocytopenie, anémie se objevuje až později v průběhu onemocnění. Mírná hyperbilirubinemie a elevace jaterních transamináz bývají pravidlem. Klinické příznaky jsou podobné u infekcí způsobených všemi čtyřmi druhy lidských plasmodií, při tropické malárii (infekce *P. falciparum*) však může ke smrtelným komplikacím dojít již 48 hodin od prvních klinických příznaků. U dětí bývá malárie doprovázena kašlem, zvracením a průjemem, anémie se rozvíjí dříve a progresse závažných komplikací je rychlejší než u dospělých. Inkubační doba závisí na druhu plasmodia, u infekce *P. falciparum* je minimálně 7–8 dnů a obvykle nepřesahuje jeden měsíc v případě, že pacient neužívá profylakticky antimalarika. K pozdním relapsům terciány (infekce *P. vivax* a *P. ovale*) může dojít po řadě měsíců, vzácněji po několika letech. K léčbě i chemoprophylaxii malárie se u dětí používají stejné léky jako u dospělých (Tab. 1a, b).

Viscerální leishmaniózy jsou ostrůvkovitě rozšířeny v řadě oblastí tropů a subtro-

pů. Případy u dětí i dospělých byly do České republiky v posledních letech importovány ze Středomoří, hlavně z Chorvatska. Infekce se přenáší drobnými komárky – flebotomy. Inkubační doba je obvykle 2–6 měsíců, začátek bývá pozvolný, objevují se subfebrilie nebo intermitentní či remitentní horečka. U většiny pacientů je výrazně zvětšená slezina, která je tuhá a nebolestivá. Přítomna bývá hepatomegalie a lymfadenopatie, dochází k úbytku hmotnosti. Mezi další příznaky patří slabost, nechutenství, průjem, suchý, neproduktivní kašel a epistaxe. Diagnostika je přímá, založená na průkazu amastigotů, intracelulárních stadiích leishmanií, v biopsii kostní dřeně, sleziny, jater nebo lymfatických uzlin. Užitečná je i sérologie, která však může být u malých dětí negativní. Molekulární metody (PCR) umožňují typizaci původců. Bez léčby je průběh smrtelný, u dětí se používají preparáty amfotericinu B na lipidových nosičích.

Virové hepatitidy patří spolu se střevními infekcemi mezi vůbec nejčastěji importovaná onemocnění. Infekční žloutenka typu A se může projevit zvýšenou teplotou doprovázenou ikterem a elevací jaterních transamináz. U malých dětí však toto onemocnění probíhá často asymptomaticky. Inkubační doba je obvykle jeden měsíc, očkování je možné aplikovat i bezprostředně před cestou do rizikových oblastí (Tab. 2). Diferenciální diagnóza **ikteru** po návratu z tropů zahrnuje kromě virových hepatitid (včetně hepatitidy E) akutní EBV a CMV infekci, leptospirózu a malárii. Z arbovirózních infekcí je nejrozšířenější a nejčastěji importována **horečka dengue**. Inkubační doba je 3–7 dnů, začátek je náhlý, vysoká horečka se zimnicí je doprovázena bolestmi hlavy, svalů a kloubů. U části postižených se objeví lymfadenopatie, hepatosplenomegalie a makulopapulózní vyrážka, charakteristické je svědění dlaní, popř. i plosek nohou. V krevním obraze je leukopenie a trombocytopenie, CRP bývá v normě, jaterní transaminázy mírně zvýšeny. Závažně



krvácivé komplikace jsou vzácné, ale mohou se objevit u imunokompromitovaných osob nebo dětí, jestliže dojde k infekci různými typy viru dengue s odstupem několika měsíců až let. Diagnostika je sérologická, při podezření na exotickou arbovirózu (chikungunya, západonilská horečka apod.) se posílá materiál do NRL na virologickém oddělení Zdravotního ústavu se sídlem v Ostravě, Partizánské nám. 7.

Případy **břišního tyfu** (původce Salmonella typhi) jsou do České republiky v posledních letech importovány především z indického subkontinentu, infekce dětí jsou ojedinělé. Charakteristický je postupný nástup horečky a schvácenosti doprovázené bolestí hlavy, někdy i břicha. Inkubační doba je obvykle 2 až 3 týdny. U dětí může mít infekce těžší průběh a vyšší úmrtnost. Očkování chrání pouze ze 60 až 80 %, není účinné proti paratyfům a může se aplikovat osobám starším než dva roky (Tab. 2). Základem diagnostiky je hemokultivace, stolice a moč nemusí být kultivačně pozitivní. Sérologické vyšetření pomocí Widalovy reakce není spolehlivé. Vzhledem k narůstající rezistenci salmonel jsou lékem volby fluorochinolony u dospělých a cefalosporiny III. generace u dětí. **Rickettsiázy** jsou k nám stále častěji importovány především z Afriky a jedná se o klíšťové tyfy (původci R. conorii, R. africae). Onemocnění začíná po 7–14denní inkubační době náhle horečkou, zimnicí, bolestmi hlavy a svalů. Charakteristický je drobný vrádek s černou spodinou (eschara) v místě přisátí klíštěte. Bývají zvětšeny regionální lymfatické uzliny a přítomna makulopapulózní vyrážka. Diagnostika je sérologická, lékem volby je doxycyklin, u dětí makrolidová antibiotika.

U osob s **eozinofilíí** a horečkou po pobytu v tropech je nutné vyloučit tkáňové helmintózy. U dětí je nejčastější příčinou eozinofilie larvální toxokaróza, která je běžná i u nás (infikováno je kolem 20 % obyvatel). Vzácněji se mírná eozinofilie objevuje při systémových mykotických infekcích (aspergilóza, kokcidiodomykóza, blastomykóza) a u dětí v rekonvalescenci po některých virových nálezích, např. spalničkách. Z neinfekčních příčin jsou nejčastější alergie a lékové reakce, vzácnější jsou hemoblastózy a autoimunní onemocnění. Vysoká eozinofilie je charakteristická zvl. pro akutní schistosomózu, filariózu, trichinelózu, cysticerkózu, strongyloidózu a migrační fázi askariózy či ankylostomózy. Výše uvedené infekce mohou být doprovázeny plicními příznaky (kašel, dušnost) a oboustrannými, difúzními, popř. nodulárními infiltráty na RTG nebo CT vyšetření plic (Löfllerův syndrom). Většina

Tab. 1a: Profylaktické dávky MALARONU a LARIAMU u dětí

Hmotnost (kg)	Věk (roky)	Atovaquon/proguanil 250 mg/100 mg MALARONE (tbl./den)	Meflochin 250 mg LARIAM (tbl./týden)
5–9	3–12 měsíců	není doporučen	1/8
10–19	1–4	1/4	1/4
20–30	5–10	1/2	1/2
31–40	11–13	3/4	3/4
> 40	> 13	1	1

Tab. 1b: Profylaktické dávky chlorochinu, proguanilu a doxycyklinu u dětí

Hmotnost	Věk (roky)	Chlorochin 150 mg báze, DELAGIL (tbl./týden)	Proguanil 100 mg PALUDRINE (tbl./den)	Doxycyklin 100 mg DEOXYMYKOIN (tbl./den)
5–6	< 4 měsíce	1/4	1/4	-
7–8	4–7 měs.	1/2	1/4	-
9–14	8 měs.–2	1/2	1/2	-
15–18	3–4	3/4	3/4	-
19–24	5–7	1	3/4	-
25–35	8–10	1	1	1/2
36–50	11–13	1 1/2	1 1/2	3/4
> 50	> 14	2	2	1

Tab. 2: Očkování vhodná pro děti a mladistvé před cestou do rizikových oblastí

ONEMOCNĚNÍ	OČKOVACÍ LÁTKA	VĚK	DÁVKY	OCHRANA
Hepatitida A	AVAXIM 160	od 2 let	0, 6 – 18 měs.	minim. 10 let ^a
	HAVRIX 720	1–15 let	0, 6 – 12 měs.	minim. 10 let ^a
	Junior monodose VAQTA Pediatric/Adolescent	2–17 let	0, 6 – 18 měs.	minim. 10 let ^a
Hepatitida B	ENGERIX B 10 µg	od narození–15 let	0, 1, 6 měsíců	celoživotní
Hepatitida A + B	TWINRIX Paediatric	1–15 let	0, 1, 6 měsíců	asi celoživotní
Břišní tyfus	TYPHERIX	od 2 let	1 dávka i. m.	3 roky
	TYPHIM Vi	od 2 let	1 dávka i. m.	3 roky
Žlutá zimnice	STAMARIL	od 9 měsíců ^b	1 dávka s. c. nebo i. m.	10 let
Meningokoková meningitida A + C	Meningococcal POLYSACCHARIDE A +C vaccine	od 2 let	1 dávka i. m. nebo s. c.	3 roky
	MENOMUNE	od 2 let	1 dávka i. m. nebo s. c.	3 roky
Cholera	Dukoral p. o.	2–5 let	3 dávky s odstupem 1–6 týdnů 2 dávky s odstupem 1–6 týdnů	2 roky
Vzteklinac	Rabipur Verorab	neudáno od 2 měsíců	0., 7., 21. nebo 28. den i. m.	1 rok, dále 5 let 2–5 let
Japonská B encefalitida	JE-VAX	od 2 let	0., 7., 14. nebo 30. den s. c.	1–2 roky 2 roky
Klíšťová encefalitida	FSME-Immun 0,25 ml Junior	1–16 let	0, 1 – 3, 5 – 12 měs. i. m.	3 roky
	Encepur pro děti	1–12 let	0, 1 – 3, 9 – 12 měs.	3 roky
Difterie, tetanus, pertuse	BOOSTRIX	10–18 let	pouze booster i. m.	10 let

a – Očkování poskytuje pravděpodobně celoživotní ochranu

b – Výjimečně od 6 měsíců

c – Po rizikové expozici nutno očkování dokončit dvěma dávkami vakcíny (0. a 3. den), imunní sérum není nutné podávat



případů **schistosomózy** (bilharziózy) je do České republiky importována z Afriky, dále se tato helmintóza vyskytuje na Blízkém a Středním východě, v jihovýchodní Asii, Jižní a Střední Americe. K nákaze dochází kontaktem s kontaminovanou sladkou vodou při koupání nebo mytí v zamořených nádržích a pomalu tekoucích řekách či kanálech. Infekční stadia, cercarie, jež se vyvíjejí ve sladkovodních plížích, pronikají neporušenou kůží. Asi 24 hodin po infekci se může objevit svědivá, makulopapulózní dermatitida. Za 1–3 měsíce se mohou dostavit příznaky akutní schistosomózy (horečka katayama). Jedná se o hypersenzitivní reakci III. typu vůči vyvíjejícím se červům. Projevuje se vysokou horečkou se zimnicí a třesavkou, nechutenstvím, bolestmi hlavy, někdy i průjmami, bolestmi břicha a kašlem. Je doprovázena hepatomegalií, lymfadenopatií a urtikariální vyrážkou. Léčba je symptomatická, v lehčích případech se podávají NSAID, při těžkém průběhu celkově kortikosteroidy. Po několika měsících může infekce přejít do orgánově specifických projevů. U močové schistosomózy patří mezi první klinické příznaky tupá bolest v podbřišku, dysurie,

polyurie, mikroskopická hematurie, později hematurie makroskopická. Střevní schistosomóza se v časně fázi projevuje bolestmi břicha, slabostí a nechutenstvím. V těžších případech se může projevit dysenterickým syndromem, průjmem s příměsí krve a hlenu, bolestmi břicha, tenezmy a subfebriliemi. K léčbě se používá praziquantel. Do diferenciální diagnózy horečnatých stavů u cestovatelů neopomeneme zahrnout ani všechny běžné infekce, které se vyskytují **autochtonně** na našem území včetně klíšťové meningoencefalitidy, leptospirózy, tularémie, toxoplasmózy aj. Při protrahované horečce je nutno vyloučit plicní i mimoplicní formy **tuberkulózy**.

V posledních letech stále častěji cestují do epidemiologicky rizikových oblastí rodiče s malými dětmi. Před takovou cestou je vhodné s dostatečným předstihem konzultovat pracoviště cestovní medicíny. I u dětí je možné aplikovat většinu cestovních vakcín jako u dospělých (Tab. 2), používají se stejná antimalarika, ale v redukováných dávkách (Tab. 1a, b). Chlorochin a meflochin, které se podávají jedenkrát týdně, se začínají užívat jeden týden před vstu-

pem, během pobytu a ještě čtyři týdny po opuštění malarické oblasti. Ostatní antimalarika se profylakticky podávají denně. Profylaxe doxycyklinem a proguanilem, který se užívá společně s chlorochinem, se zahájí 1–2 dny před vstupem a pokračuje 4 týdny po návratu. Malarone se užívá 1 den před vstupem a ještě 7 dnů po opuštění malarické oblasti. Dále je nutné dbát na expoziční ochranu před komáry používáním vhodného oděvu a moskytiér na spaní. Repelenty pro děti obvykle obsahují nižší koncentrace aktivních látek a u dětí do jednoho roku by se neměly používat vůbec. Při průjmových onemocněních kojenců a batolat dochází rychleji k dehydrataci, proto je vhodné včas vyhledat lékařskou pomoc. **Lékárnička by měla obsahovat:** antipyretika, analgetika, antihistaminika, antiemetika, opalovací krémy s vysokým faktorem, protiprůjmové léky, přípravky k dezinfekci vody, oční a ušní kapky. Pro děti jsou vhodné preparáty v suspenzi.

Literatura u autora



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



První a stále jediná kvadrivalentní vakcína proti rakovině děložního hrdla, genitálním bradavicím, cervikálním dysplaziím vysokého stupně (CIN 2/3) a vulválním dysplaziím vysokého stupně (VIN 2/3) vyvolaných lidským papilomavirem (HPV) typů 6, 11, 16 a 18.



Zkrácená informace o přípravku:
Silgard® injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná) (Papillomaviri humani typus 6, 11, 16, 18 proteinum L1). **Indikace:** prevence vysokého stupně cervikální dysplazie (CIN 2/3), cervikálního karcinomu, vysokého stupně vulválních dysplastických lézí (VIN 2/3) a bradavic zevního genitálu (condyloma accuminata) v příčinné souvislosti s lidským papilomavirem (HPV) typů 6, 11, 16 a 18. Indikace je založena na prokázané účinnosti u žen ve věku 16 až 26 let a na prokázané imunogenitě u 9 až 15letých dětí a dospívajících. **Kontraindikace:** přecitlivělost ke všem komponentám vakcíny, závažné akutní horečnaté onemocnění. **Dávkování:** základní očkování – 3 samostatné 0,5ml dávky podané dle následujícího schématu: 0, 2, 6 měsíců. Všechny dávky musí být podány intramuskulárně během jednoletého období. **Upozornění:** pro případ vzácných anafylaktických reakcí musí být k dispozici odpovídající léčebná opatření. Vakcína není určena k léčbě, nenahrazuje rutinní cervikální screening. Jediní se sníženou imunitní reakcí nemusí na vakcínu zareagovat. Podávat opatrně jedincům s trombocytopenií nebo s jakoukoliv poruchou koagulace. **Interakce:** při současném podání s vakcínou proti hepatitidě typu B (rekombinantní) nedošlo ke klinicky významným změnám v imunitních odpovědích na obě vakcíny. Použití hormonální antikoncepce neovlivnilo imunitní odpověď. **Těhotenství a kojení:** očkování odložit až na dobu po ukončení těhotenství. Může být podávána kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** velmi často erytém, bolest a otok v místě injekce, pyrexie, často krvácení a pruritus v místě injekce, vzácně kopřivka, velmi vzácně bronchospasmus. **Léková forma:** injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** v chladničce (2 °C–8 °C), ve větší krabičce, chránit před mrazem. **Velikost balení:** 0,5ml suspenze v předplněné se dvěma jehlami. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-017 **Poslední revize textu SPC:** 3.10. 2007

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dříve, než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.



© Registrovaná ochranná známka Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.
 © Copyright Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A., 2008. Všechna práva vyhrazena.
 Merck Sharp & Dohme Idea, Inc., org.sl., Křenova 5, 162 00 Praha 6, tel.: 233 010 111, www.msdl.cz
 * Affiliate of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

www.silgard.cz



Infekce virem Herpes simplex v graviditě a u novorozenců

doc. MUDr. Michal Holub, Ph.D.

III. klinika infekčních a tropických nemocí 1. LF UK a FN Na Bulovce, Praha

Souhrn

V posledních letech dochází v rozvinutých zemích ke vzestupu incidence genitálních infekcí vyvolaných virem Herpes simplex (HSV). Tyto infekce, které mohou u žen proběhnout symptomaticky jako herpes genitalis (HG) nebo asymptomaticky jako bezpříznakové vylučování viru do cervikovaginálního sekretu, představují v graviditě riziko vertikálního přenosu. K HSV infekci plodu nebo novorozence může dojít během těhotenství, porodu i v poporodním období. Intrauterinní infekce plodu, která představuje pouze 5 % všech HSV infekcí v graviditě, může vést k potratu nebo k závažným kongenitálním postižením. K novorozenecké infekci nejčastěji dochází v důsledku perinatálního přenosu HSV, nákaza v šestinedělí je méně častá. Novorozenecká HSV infekce může mít lehčí průběh s postižením kůže a sliznic, častěji však probíhá jako diseminovaná infekce či jako postižení CNS. V článku je popsána problematika genitální HSV infekce v graviditě s důrazem na prevenci, klinické příznaky, rychlou laboratorní diagnostiku a virostatickou terapii novorozenecké HSV infekce.

Herpetické infekce plodu a novorozence patří k onemocněním, na něž by neonatologové a pediatři měli u patologických novorozenců vždy pomýšlet. Je to dáno skutečností, že promořenost populace herpetickými viry je velmi vysoká, a také tím, že k primoinfekcím dochází nejenom v dětství, ale i ve fertilním věku. Roli rovněž hraje celoživotní přežívání herpetických virů v hostiteli (tzv. latentní infekce) a jejich schopnost reaktivace, ke které u infikovaných osob pravidelně dochází. Reaktivace herpetických infekcí, která může probíhat bez klinických příznaků nebo naopak s výraznými symptomy, bývá vyvolána různými faktory, mezi něž patří i potlačení některých mechanismů buněčné imunity. Tyto alterace se objevují fyziologicky v průběhu gravidity a slouží ochraně plodu před nadměrnou mateřskou imunitní odpovědí.

Pro plod a pro novorozence představuje značné riziko genitální infekce matky vyvolaná virem Herpes simplex (HSV), která se může projevit jako výsev herpes genitalis (HG) nebo jako asymptomatické vylučování viru do cervikovaginálního sekretu. HG je v našich podmínkách nejčastěji vyvolán virem Herpes simplex typu 2 (HSV-2), může jej však způsobit i virus Herpes simplex typ 1 (HSV-1). Pro plod nebo novorozence představuje největší riziko HSV primoinfekce matky, ke které došlo v průběhu gravidity, reaktivace infekce je naopak méně nebezpečná (s výjimkou období těsně před porodem). Kongenitální infekce vyvolané HSV jsou vzácné, nicméně pokud k nim dojde, jsou odpovědné za rozsáhlé malformace plodu. Perinatální přenos viru je při aktivní HSV infekci matky (tj.

výsev HG nebo asymptomatické vylučování viru) mnohem pravděpodobnější. První klinické příznaky HSV infekce novorozence jsou často nespecifické, a to i přesto, že infekce většinou probíhá závažně a bez časně nasazené protivirové terapie má velmi špatnou prognózu. Tato fakta společně s novými profylaktickými, diagnostickými a terapeutickými možnostmi kladou důraz na správnou informovanost gynekologů, neonatologů a pediatriů o problematice HSV infekce.

■ Epidemiologie HSV-1 infekce

K promořování HSV-1 dochází od dětství do časně dospělosti. Vyšší séroprevalence v nižším věku je charakteristická pro rozvojové země, kde je infikována většina dospívajících, zatímco v rozvinutých zemích je infikována pouze třetina adolescentní populace. V rozvinutých zemích je však v posledních desetiletích patrný vzestup výskytu genitální infekce vyvolané HSV-1. Například ve Velké Británii, Norsku a Japonsku je HSV-1 převažující etiologií HG.

■ Epidemiologie HSV-2 infekce

Promořenost HSV-2 se pohybuje u dospělých v rozmezí od 7 % do 80 % v závislosti na geografické poloze, socioekonomickém statusu a sexuální aktivitě. U nerizikové populace v Evropě se HSV-2 séroprevalence pohybuje mezi 8 a 15 %, u rizikových osob dosahuje 25–40 %. V České republice byla zjištěna v roce 2001 u žen průměrná séroprevalence HSV-2 8,6 % s maximem výskytu u 20–30letých, kde dosahovala 16,7 %. Séroprevalence HSV-2 se v některých rozvinutých zemích rychle zvyšuje:

například v USA byl mezi 80. a 90. lety minulého století pozorován 30% nárůst HSV-2 séroprevalence.

■ Výskyt novorozenecké HSV infekce

Prevalence novorozenecké HSV infekce se značně liší podle jednotlivých geografických oblastí: v USA se vyskytuje průměrně 1 případ na 3200 živých novorozenců, v Dánsku je zjišťován 1 případ na přibližně 22 000 novorozenců a ve Francii 1 případ na 100 000 živě narozených dětí. V literatuře je udávána průměrná incidence novorozenecké HSV infekce 7 případů na 100 000 novorozenců. Rozdíly existují i mezi výskytem novorozenecké HSV infekce vyvolané HSV-1 a HSV-2: ve Velké Británii jsou příčinou novorozenecké infekce oba herpetické viry stejnou měrou, zatímco v USA nadále převažuje novorozenecká HSV-2 infekce.

■ HSV infekce získaná v graviditě

V prospektivních studiích, které se věnovaly přenosu HSV během těhotenství, bylo pozorováno 0,5–2% sérokonverzí u sledovaných HSV-séro-negativních gravidních žen. Je zajímavé, že většina sérokonverzí proběhla asymptomaticky a jen u malé části sledovaných žen došlo k výsevu HG. Nicméně výsev HG představuje pro gravidní ženu značné riziko (zvláště ve 3. trimestru), neboť HSV infekce má tendenci k diseminaci, při které dochází k hepatitidě a encefalitidě a současně se objevuje trombocytopenie, leukopenie a koagulopatie. Diseminovaná HSV infekce v těhotenství má závažnou prognózu, neboť je spojena s 50% smrtností.



■ Vertikální přenos HSV infekce

Ačkoliv k vertikálnímu přenosu HSV infekce může dojít v kterémkoliv stadiu gravidity, největší riziko představuje 3. trimestr. K přenosu HSV infekce na plod nebo novorozence dochází nejčastěji při symptomatickém vylučování viru v době výsevu HG, který je projevem primoinfekce. Zvýšené riziko představuje i asymptomaticky proběhlá HSV primoinfekce během gravidity, která bývá následována dlouhodobým bezpříznakovým vylučováním viru. Naopak, v případě reaktivace genitální HSV infekce, jež se projevuje jako recidivující HG nebo asymptomatické vylučování viru, je riziko vertikálního přenosu podstatně nižší. Frekvence vylučování je ovlivněna i typem viru: HSV-1 se vylučuje při genitální infekci významně méně než HSV-2.

Intrauterinní infekce, která je důsledkem transplacentárního přenosu nebo ascendentní infekce z děložního hrdla, je zodpovědná pouze za 5 až 8 % všech případů novorozeneckých HSV infekcí. Nejčastěji se HSV infekce přenáší v průběhu porodu, kdy dojde k 85 % případů všech novorozeneckých HSV infekcí. Novorozenec se během porodu dostává do kontaktu s infikovaným cervikovaginálním sekretem při průchodu vnitřními porodními cestami. K infekci dochází přes spojivku, nasopharynx, případně přes poraněnou kůži, což zvláště hrozí při klešťovém porodu nebo při použití skalpových elektrod. Určité riziko představuje i poporodní období, v němž dochází k 8–10 % případů novorozenecké HSV infekce. Zdrojem přenosu může být infikované mateřské mléko a labiální herpes u matky, otce nebo ošetřujícího personálu.

■ Faktory ovlivňující vertikální přenos HSV infekce

Přenos HSV-2 je nejpravděpodobnější v případě, kdy infikovaná matka v době porodu vylučuje virus a současně nemá prokazatelné anti-HSV-2 protilátky v séru; nízké riziko je naopak pro novorozence matky, která má recidivující HSV-2 genitální infekci s prokazatelnou sérologickou odpovědí (36,7 %

oproti 4,3 %). V literatuře se také uvádí 50% riziko novorozenecké HSV infekce při primoinfekci matky v průběhu gravidity, 20% riziko v případě, že k HSV-2 primoinfekci došlo u matky, která byla již HSV-1 séropozitivní, a 1% u matek s recidivující HSV-2 genitální infekcí. Toto zřejmě souvisí s vylučováním většího množství HSV do cervikovaginálního sekretu po primoinfekci ve srovnání s recidivující genitální HSV infekcí. Titr mateřských protilátek v séru novorozenců rovněž koreluje se závažností novorozenecké HSV infekce: vysoké titry anti-HSV protilátek jsou nacházeny u kožního postižení a naopak nízké titry specifických protilátek u neuroinfekce a velmi nízké u diseminované HSV infekce. Roli v přenosu HSV na novorozence hraje i typ viru – některé práce z poslední doby naznačují vyšší riziko přenosu v případě genitální HSV-1 infekce. Riziko novorozenecké HSV infekce významně zvyšují i invazivní postupy v průběhu porodu (například použití skalpových elektrod) a delší interval mezi rupturou vaku blan a porodem.

■ Klinický obraz kongenitální HSV infekce

Transplacentární přenos HSV infekce před 20. týdnem gravidity vede ve 25 % případů k potratu. Infekce, které se objeví ve vyšším stadiu gravidity, nepřinášejí zvýšené riziko potratu. Klinické příznaky intrauterinní infekce jsou uvedeny v tabulce 1. Novorozenci matek, které v průběhu gravidity prodělaly asymptomatickou HSV infekci a virus vylučovaly, měli významně nižší porodní hmotnost ve srovnání s novorozenci matek s recidivujícími HG.

■ Klinický obraz novorozenecké HSV infekce

HSV infekce novorozence je v našich podmínkách vzácná, nicméně pokud k ní dojde, může se rozvinout v systémové onemocnění s velmi závažnou prognózou. Prognózu novorozenecké HSV infekce zhoršuje i to, že až 40 % případů se vyskytuje u nedonošených

děti. Formy novorozenecké HSV infekce jsou uvedeny v tabulce 2.

Při diseminované infekci dochází k postižení plic, jater, nadledvinek a mozku. Diseminovaná HSV infekce novorozence má podobný klinický obraz jako sepse: bývá komplikována šokem, diseminovanou intravaskulární koagulopatií a jaterním selháním. Prognóza diseminované HSV infekce novorozenců je závažná i přes včasně nasazenou protivirovou léčbu.

HSV encefalitida novorozenců, ke které dochází při hematogenní diseminaci HSV infekce nebo axonálním přenosem viru do CNS, se nejčastěji projevuje letargií a křečemi (jde o hemoragicko-nekrotizující encefalitidu). Při včasně nasazené protivirové léčbě má HSV encefalitida novorozenců dobrou prognózu (pouze 5 % novorozenců infekci podlehne), nicméně 50 % přeživších dětí má trvalé neurologické následky.

HSV infekce kůže, očí a sliznic novorozenců (SEM forma infekce – Skin Eye Mucous Membranes) je vzácně fatální, nicméně u poměrně velkého procenta dětí vede k neurologickému postižení, které se projevuje jako spastická kvadruplegie, mikrocefalie a slepota. Novorozenci po porodu často nemají žádné klinické příznaky a neurologické postižení se projevuje až kolem 6. měsíce věku. Příčinou je zřejmě hematogenní diseminace HSV infekce do CNS a následná asymptomatická neuroinfekce. Tuto představu podporují zprávy o záchytu HSV v mozkomíšním moku novorozenců se SEM formou novorozenecké HSV infekce. Děti se SEM formou infekce také mají častější recidivy herpetické infekce kůže, která se projevuje puchýřky. Výsledky jedné malé studie naznačují, že právě tyto děti jsou ohroženy vyšším výskytem neurologického postižení.

■ Laboratorní diagnostika HSV infekce u gravidních žen a novorozenců

U gravidních žen s výsevem HG nebo s jeho anamnézou má značný význam vyšetření typové specifických protilátek anti-HSV. Záchyt HSV primoinfekce nebo naopak průkaz anamnestických anti-HSV

1. ČESKO-SLOVENSKÝ
KONGRES
TRADIČNÍ ČÍNSKÉ MEDICÍNY

Dítě
& první kroky životem

18. – 19. října 2008

Parkhotel**** Hluboká nad Vltavou

Zveme vás na 1. česko-slovenský kongres tradiční čínské medicíny.
Letošní ročník věnujeme našim nejmenším pacientům - dětem.
Kongres bude příležitostí k načerpání nových poznatků, výměně názorů a zkušeností.

 TCM | INSTITUT™

Hluboká nad Vltavou, nám. Csl. armády 26, tel.: 387 965 131



www.tcmkongres.cz



protilátek jsou důležité z hlediska dalšího postupu. Tato metoda je rovněž využívána v séroprevalenčních studiích. U gravidních žen, které mají protilátkovou odpověď a u nichž nejsou jasné anamnestické údaje, je vhodné stanovit titr HSV-specifických protilátek či případně jejich aviditu: nízký titr nebo avidita anti-HSV protilátek zvyšují riziko přenosu viru na plod nebo novorozence. V případě akutní ulcerace na genitálu u gravidní ženy je doporučen přímý průkaz HSV ze stěry, kdy lze detekovat virovou DNA pomocí polymerázové řetězové reakce (PCR) nebo antigeny viru pomocí monoklonálních protilátek.

V případě podezření na novorozeneckou HSV infekci je velmi důležitá rychlá diagnostika: vyšetřují se stěry z nosohltanu a spojivkového vaku, stěr z případných kožních eflorescencí, výtěr z rektu, moč, krev a případně mozkomíšni mok pomocí PCR. Při podezření na HSV infekci novorozence je rovněž nutné vyšetřit krevní obraz s diferenciálním rozpočtem, stanovit sérové koncentrace jaterních transamináz a provést biochemické a cytologické vyšetření mozkomíšního moku i rentgen srdce a plic.

■ Terapie HG v graviditě

První výsev HG, který se objeví v průběhu gravidity, by měl být vždy léčen antiviroky – podává se především ACV (5× 200 mg denně po dobu 10 dnů). Použití ACV v graviditě je přísně sledováno a dosud nebyl popsán jeho teratogenní efekt. Přesto ACV nebyl dosud pro použití v graviditě oficiálně schválen a před jeho použitím je nutné těhotnou ženu náležitě poučit (doporučuje se forma písemného informovaného souhlasu, který se však u nás zatím nepoužívá). U recidivujících výsevů HG v graviditě se obecně léčí virostatiky nedoporučuje. Výjimku představují rozsáhlé lokální výsevy HG nebo projevy diseminace HSV infekce.

■ Terapie novorozenecké HSV infekce

V případě podezření na jakoukoliv formu novorozenecké HSV infekce je nutné okamžitě zajištění dítěte vysokými dávkami ACV podávaným intravenózně (20 mg/kg/dávka 3× denně). Časně zahájení terapie ACV může zlepšit prognózu novorozenecké HSV infekce i snížit výskyt jejích dlouhodobých následků. Délka terapie se řídí podle formy infekce: SEM infekce by měla být léčena 14 dní, závažné formy – encefalitida a diseminovaná infekce – by měly být léčeny 21 dnů. Pokud není u SEM formy k dispozici vyšetření mozkomíšního moku, které by vyloučilo současně probíhající neuroinfekci, je vhodné terapii prodloužit na 21 dnů. Lokální nebo perorální ACV se nikdy u novorozenecké HSV infekce neužívá. Při recidivujícím kožním výsevu po novorozenecké HSV infekci je doporučována dlouhodobá supresivní terapie ACV (300 mg/m² 2–3× denně po dobu týdnů až měsíců). K důležitým nežádoucím účinkům ACV

Tabulka 1. Klinické manifestace kongenitální HSV infekce

Postižený orgán	Manifestace
Kůže	vezikuly nebo jizvy
Okno	chorioretinitida, mikroftalmie, katarakta
Centrální nervový systém	mikrocefalie, intrakraniální kalcifikace, křeče, encefalomalacie

Tabulka 2. Výskyt, nemocnost a smrtnost u jednotlivých forem novorozenecké HSV infekce

Forma	Výskyt	Smrtnost	Neurologické postižení
Diseminovaná HSV infekce	40 %	90 %	> 95 %
Neuroinfekce	40 %	50 %	49–67 %
Postižení kůže, očí a sliznic	20 %	vzácně	30 %

Tabulka 3. Léčba herpes genitalis po 28. týdnu gravidity

První výsev < 1 měsíc před termínem	První výsev > 1 měsíc před termínem	Recidivující výsevy
Acyklovir 200 mg 5× denně do porodu	Acyklovir 200 mg 5× denně 10 dní Acyklovir 400 mg 3× denně od 36. týdne do porodu	Acyklovir 200 mg 5× denně 5 dní

patří nefrotoxicita, ke které dochází zvláště při jeho intravenózním podávání společně s dalšími nefrotoxickými léky (např. aminoglykosidová antibiotika, amphotericin B apod.), které se rovněž vylučují ledvinami; u dětí se také mohou vyskytnout závažné trombocytopenie a leukopenie a byl zaznamenán i případ snížení hladiny antiepileptik.

■ Prevence přenosu HSV infekce na novorozence

Klasickým přístupem v prevenci přenosu HSV infekce je porod císařským řezem, k čemuž se přistupuje vždy při výsevu HG v době porodu. Matka je v tomto případě současně zajištěna epizodickou terapií (tj. ACV 5× 400 mg denně po dobu 5 dnů). Císařský řez je nutné provést do 4 až 6 hodin od ruptury vaku. V tomto případě je vhodné preventivní virologické vyšetření novorozence 2. den po porodu (vyšetřují se stěry ze sliznice spojivek, nosohltanu a rektu). Novorozenci, u nichž je podezření na HSV infekci, jsou izolováni. Zdravotnický personál (případně matka nebo další rodinní příslušníci) musí používat techniky bariérového ošetřování, aby se vyhnuli přímému kontaktu se sekrety potencionálně infikovaného novorozence. Tento postup se používá, dokud nedojde k úplnému zhojení kožních lézí. Podobně je nutné zajistit bariérové ošetřování v případě, kdy někdo z ošetřujícího personálu nebo rodinných příslušníků má výsev herpes labialis; opatrnost je také nutná v případě osob, které trpí častými recidivami. Důvodem je riziko postnatálního přenosu HSV infekce na novorozence.

U HSV-2 séropozitivních žen s anamnézou recidivujícího HG je v některých zemích doporučena virostatická profylaxe. Tento postup vychází ze zjiš-

tění, že profylaxe ACV snižuje vylučování viru v době porodu a redukuje i riziko císařského řezu. Nicméně v našich podmínkách zajišťujeme většinou jen ženy, které mají anamnézu často recidivujícího HG a u nichž existuje reálné riziko, že by bez profylaxe došlo v době porodu k výsevu. Profylaxe ACV je rovněž doporučována u žen, které měly první výsev HG po 28. týdnu gravidity, u nichž je zvýšené riziko asymptomatického vylučování HSV v době porodu. Tyto ženy často nemají kompletní sérokonverzi nebo se anti-HSV protilátky do porodu dokonce vůbec nevytvořily. Možnosti profylaxe ACV jsou uvedeny v tabulce 3.

■ Závěr

Genitální HSV infekce v graviditě hraje důležitou roli především z důvodu rizika přenosu infekce na plod nebo novorozence, což může mít závažné následky. Zlepšení povědomí odborné veřejnosti o problematice HSV infekce u gravidních žen i HSV infekce novorozenců je proto velmi žádoucí.

Autor děkuje MUDr. Karlu Holubovi, PLDD, Praha 5-Barrandov, za komentáře k pediatrické části textu.

Seznam zkratk:

ACV, acyklovir
HG, herpes genitalis
HSV, herpes simplex virus
PCR, polymerase chain reaction, polymerázová řetězová reakce
SEM, skin – eye – mucous membranes, kůže – oko – sliznice

Literatura u autora



Onemocnění varicellou u pacienta v době remise akutní lymfoblastické leukemie

Kazuistika 9letého chlapce

MUDr. Zdeňka Růžičková

praktická lékařka pro děti a dorost, Karlovy Vary

■ Nynější onemocnění

Pacient přichází s matkou a svou sestrou 27.3. 2001 s nálezem eflorescencí na kůži.

Před 20 dny v kontaktu se svou tetou (matčinou sestrou nar. 1992), která onemocněla varicellou.

■ Rodinná anamnéza

Bezvýznamná

Otec – strojník, nar. 1966 – zdrav

Matka – směnárnice, nar. 1977 – zdráva

Sestra – nar. 1996 – zdráva

■ Sociální anamnéza

Rodiče rozvedeni, otec s rodinou nežije.

Intermitentní stížnosti ze strany sociální pracovnice na péči o dítě.

Spolupráce praktického lékaře s rodinou dobrá.

Chlapec vyrazen z povinné školní docházky.

■ Osobní anamnéza

I. gravidita, I. para ve 40. týdnu 17.8. 1992

p. hm. 3500 g, p. d. 51 cm, nekříšen, Apgar sc. 9 - 9 - 10

Zralý eutrofický novorozenec, kojen 5 měsíců.

V předškolním věku nemocnost malá, 4× respirační infekce HCD, 1× seborhoea capitis bez ATB léčby do doby onemocnění.

Do kolektivu chodil – MŠ.

V roce 1998 nestonal, provedena jen JPP předškolní.

V III/99 vyšetřen při JPP v 1. třídě.

Po nástupu do 2. třídy – 23.9. 1999 – 2 dny trvající abdominalgia, nausea, stolice pravidelná, formovaná.

Dle anamnézy před týdnem udeřen míčem do břicha.

■ Objektivní nález

Afebrilní, nápadně bledý, schvácený eutrofik, hraniční hydratace, oschlé rty, prosáklé krvácející gingivy, submandibulární uzliny v paketu vel. cca 4 cm.

Generalizovaně zvětšené uzliny, játra + 7 cm, slezina + 5 cm, kardiopulmonálně fyziologický nález.

S podezřením na hemoblastózu odeslán na dětské oddělení spádové nemocnice.

■ Vstupní laboratorní parametry

FW 23/70

Lkc 227, Ery 3,45, Hb 9,4, HMT 28,2

Střední objem ery (MCV) 81,7 Barvivo v ery 27,2

Konc. Hb v ery 33,3 Trombocyty 28

diff. S 4 T 2 Ly 25

Blastická buňka 69

Anisocytosa Jaderné stíny četné.

Glykemie 4,9

Bil. 6,9 ALT 0,29 AST 1,81 ALP 3,62

CRP 0

urea 5,2 kreatinin 75 kys. močová 443

Na 142 K 4,03 Cl 103 Ca 2,47

Uvedené parametry vedly k nutnosti překlady na hematologické odd. FN Motol.

■ Hospitalizace na hematologickém oddělení DK FN Motol 23.9.–11.10. 1999

Stanovena dg.: **akutní lymfoblastická leukemie CALLA pozitivní**

Prednison good responder

Cytostatická léčba dle protokolu BFM 95 ALL MRG

Po propuštění dojíždí na 4 denní cykly aplikace Methotrexatu do centrálního žilního katetru 1× týdně.

■ Po propuštění

P. o. terapie.

Biseptol 480 mg 1 - 0 - 1 Pá, So

Prednison Retard 20 mg 1 - 1 - 0

Prednison tbl. 5 mg 1 - 0 - 1

Kalium chloratum 1 - 0 - 1

Pimafucin 1/2 - 0 - 1/2

Vyloučen z kolektivu – prevence před infekty, zákaz slunění, koupání v bazénech a přírodních koupalištích.

Ani mírná izolace však není dodržována, časté návštěvy velkých nákupních středisek (Baumax, Kaufland apod.).

Stížnost sociální pracovnice na péči o dítě – řešena pohovorem.

V této době se k rodině vrací otec, ale po krátkém čase ji znovu opouští.

22.5.2000 – transfuze krve.

1.6.2000 – Odstraněn centrální žilní katetr.

Pokračující p. o. terapie.

Biseptol 480 mg 1 - 0 - 1 Pá, So

Puri-nethol 0 - 0 - 1/2

Methotrexat 2,5 mg 0 - 0 - 11/2 ve St

Od propuštění z hospitalizace jen 1× lehký respirační infekce (8.11. 2000) – zlepšen symptomatickou léčbou – jinak nestonal.

27.2.2001 – JPP v 9 letech

RE: Základní dg. leukemie

VDT – scap. alatae, Hernia umbilicalis



Stav při přijetí na infekční oddělení

Snímky z doby hospitalizace zapůjčila:

MUDr. Petra Hamzová – dětské oddělení Nemocnice Karlovy Vary



Matka vystupuje suverénně, vše ví, o všem je poučena z DK FN Motol.

1.3.2001 – Hematologická kontrola na DK FN Motol.

■ Nynější onemocnění

27.3.2001 – přichází matka se synem a dcerou s výsevem varicelly.

Dcera – generalizovaný výsev vesikul.

Syn – ojedinělá vesikula, ale patrně malé afity v dutině ústní.

Eupnoe, bez vedlejších jevů, afebrilní.

Matce doporučena hospitalizace syna!

Matka se brání doporučené hospitalizaci a poukazuje na lepší zdravotní stav syna v porovnání s jeho sestrou. „My to doma zvládneme, v nemocnici je víc než doma!“

CHYBA: Podlehla jsem matčiným prosbám, poučila ji o možných komplikacích a žádala přísnou observaci, klid na lůžku, vysazení terapie a konzultaci hematologické.



Stíny měkkých částí i skeletu bez patologie, hrudník symetrický, stín bránice hladký, ostře konturovaný, kopule klenuté, symetrické, úhly volné, stín horního mediastina štíhlý, tracheální projasnění ve střední čáře, aorta i stín srdeční bez defigurace, hily volné, parenchym plicní s difúzním nálezem retikulonodulárních změn interstitia bilat.

RE: VARICELLOVÁ PNEUMONITIS

RTG snímky zapůjčil: prim. MUDr. Zdeněk Chudáček – radiodiagnostické odd. FN Plzeň

29. 3. 2001 – ve 14.30 hod. přijíždí matka se synem se slovy: „Nějak se mi nelíbí, od včerejška začíná mít teploty.“

■ Objektivní nález

Bledý bez cyanózy, schvácený, tachypnoe (28/min), masivní výsev hemoragických vesikul až vzhledu sufuzí na trupu i obličeji, spojivky překrvené, subkonjunktivální hematom vpravo, enantem orofaryngu, afty, suché olupující se rty, uzliny velikost hrášku. Eupnoe, bilaterálně dýchání zhrubělé až s chrůpky vlevo difúzně. Akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, jasné bez šelestu, břicho bez rezistence, slezina nezvětšená, játra + 1 cm.

Přijat na infekční odd. spádové nemocnice, protože nebylo možné, z provozních důvodů (není dětská JIP), zajistit hospitalizaci na infekčních klinikách FN v Praze.

■ Laboratorní vyšetření při přijetí

FW 2/4, CRP 28, Hb 15,1 Ery 4,61 Lkc 6 (S 74 T 13 Mo 4 Ly 9 NBL 1%), Trombo **32!**, APPT 45,9, INR 2,03, FBG 1,72, AT3 104 FDP >20, DDIMER: pozitivní

Bil. 23,7 ALT **49,4** AST **64,2**

Kreatinin 66 urea 11,3 kys. moč. 365

Na 120,2 K 4,6 Cl 89 Ca 2,07

Hemokultura: E. coli (citlivost: AUGM, Unasyn, CHLMF, Cefotaxim, Gentamycin)

RTG plic

■ Překlad na infekční kliniku FN Plzeň

Pro těžký stav varicellové pneumonitis, trombocytopenii při rozvoji DIC a vysokou aktivitu aminotransferáz (vs. toxická + parainfekční hepatitis) při léčbě infuzní rehydratace, Herpesin 250 mg i.v.,



Výrazně zmožená kresba oboustranně parahilózně až parakardiálně bez rozvinutého ložiska. Srdce nezvětšeno.

RTG snímky zapůjčil:

prim. MUDr. Zdeněk Chudáček – radiodiagnostické odd. FN Plzeň

Claforan 1 g 1. dávka v 19.20 hod., kontinuální infuze Heparin 5000 j. v 250 ml FR na 24 hodin, Brufen sirup, B-komplex.

■ Hospitalizace na infekční klinice FN Plzeň 29. 3.–14. 4. 2001

Léčba vedena ve spolupráci s dětským hematologem.

Intenzivní komplexní léčba virostatická, ATB (Herpesin, Claforan, Gentamycin, Oxacilin) Substituce trombocytů a koagulačních faktorů vč. plazmy

Parenterální nutriční podpora

Antimykotická terapie (Diflucan)

Velmi pozvolna dochází ke zlepšování celkového stavu.

■ Průběh hospitalizace:

Kontrolní vyšetření hemokultury – Staphy aureus – změna ATB léčby.

Pokles teplot – ojedinělá febrilní špička během dne Mykotické povlaky na patrových obloucích – antimykotická léčba

Diflucan – ústup teplot

Rychlý ústup poslechového nálezu na plicích

RTG nález plic – trvá výrazně splývající skvrnitá nehomogenní kresba Podstatné zlepšení až 12. 4. 2001
RTG plic 12. 4. 2001

■ Při propuštění – 14. 4. 2001

Parametry krevního biochemismu bez zánětlivých markerů

Výrazný pokles jaterních transamináz

V KO jen hraniční leukopenie s normálním diff. rozpočtem, koagulace rovněž stabilizovány

Celkově zlepšený zdravotní stav

■ Diagnózy

VARICELLA

VARICELLOVÁ PNEUMONITIS A HEPATITIS

DEHYDRATATIO

AKUTNÍ LYMFBLASTICKÁ LEUKEMIE – REMISE

KOLIBACILÁRNÍ SEPSE

BAKTERIEMIE (Staphy aureus)

CYTOSTATICKÁ LÉČBA

■ Po propuštění

3. 5. 2001 – vyšetření na hematookologii FN Motol laboratorní vyšetření i klinický stav dobrý, cytostatická léčba dle protokolu dokončena v nižších dávkách.

1. 11. 2001 – sine medico

29. 11. 2001 – vyšetření kostní dřeně – vykazují celkovou remisi, je v pořádku

11. 6. 2002 – klimatický pobyt v Irsku s FN Motol

9. 8. 2002 – návštěva u PLDD (donesl ukázat foto z Irska)

9. 8. 2002 – návštěva u PLDD

■ Závěrem lze konstatovat, že je nutné:

- zlepšit vzájemnou komunikaci PLDD s odborníky
- zlepšit vlastní teoretické znalosti
- očkování proti varicelle u osob imunosuprimovaných s celkovým počtem lymfocytů větším než 1200 mm³.
- u těchto pacientů nikdy nepodceňovat být i „banální“ onemocnění
- nespolehat pouze na péči rodičů – laický přístup rodičů a emoce nedovolí posoudit správně zdravotní stav svého dítěte

■ Poučení – možná nejen pro mne

Snažme se nepřipustit si soucit a lítost, ale naopak udržet si chladný rozum a co nejlépe pomoci nejen těmto pacientům.

Budou-li včas u specializovaných odborníků, nemusíme trávit mnoho bezesných nocí...





Screening rizikového užívání návykových látek u dospívajících: zkušenosti s českou adaptací dotazníku CRAFFT

Ladislav Csémy¹, John Knight², Olga Starostová¹, Lon Sherritt², Pavel Kabíček³, Shari Van Hook²

¹CEPROS – Centrum výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdraví

²CeASAR – Center for Adolescent Substance Abuse Research, Harvard Medical School

³Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN; Subkatedra dorostového lékařství IPVZ

Souhrn

Nadměrná spotřeba alkoholu a zneužívání drog mladistvými je v České republice problémem, který má vážné společenské i zdravotní důsledky. Dle výsledků studie ESPAD (Csémy et al., 2006) má v ČR více než 40 % šestnáctiletých zkušenost s ilegální drogou (nejčastěji konopné drogy) a časté pití nadměrných dávek alkoholu udává téměř 25 % reprezentativního vzorku.

Prevence, zejména zaměřená na ilegální drogy, se sice rozvíjí a roste i počet dobře koncipovaných programů, nicméně celkové efekty zůstávají za očekáváním. Naprostá většina preventivních programů se orientovala na školní mládež a byla realizována ve školním prostředí. Teprve nedávno začali být u nás oslovováni praktičtí lékaři pro děti a dorost jakožto skupina, jejíž potenciál z hlediska prevence je značný. Roli praktiků v primární péči při prevenci problémů s alkoholem a drogami zevrubně zpracoval dětský lékař a profesor harvardské univerzity John Knight (2001). Výstupy jeho několikaletých výzkumů ukazují, jak jedinečné postavení má praktický lékař pro děti a dorost z hlediska možnosti časné identifikace problémů a poskytnutí krátké rady či intervence. Ta může být účinná, protože je realizována na základě vztahu mezi lékařem a dospívajícím. V tomto vztahu se odborná autorita spojuje s důvěrou a partnerstvím, což usnadňuje dospívajícímu přijetí lékařova doporučení.

Významným příspěvkem pro metodiku včasné prevence bylo zpracování a vydání Manuálu drogové prevence v praxi PLDD Ceprosem v roce 2006 (viz Starostová et al., 2007), který obsahuje též ještě nevalidizovaný dotazník CRAFFT. Současně probíhající výzkumný projekt Screening a krátká intervence cílená na redukci zneužívání návykových látek mladistvými, který je řešen v americko-české spolupráci dvou neziskových výzkumných organizací CeASAR a CEPROS, poprvé ověřuje samotný screeningový nástroj dotazník CRAFFT a následnou intervenci PLDD v našich podmínkách. První etapou projektu, zatím realizovanou, bylo testování české adaptace dotazníku CRAFFT (Knight et al.,

1999), který se používá pro identifikaci jedinců se zvýšeným rizikem vůči alkoholu a jiným drogám. Jde o šestipoložkový instrument, jehož jednotlivé otázky jsou uvedeny v tabulkách 1 a 2. Cílem tohoto sdělení je seznámit praktické lékaře pro děti a dorost s výsledky první etapy projektu, v rámci něhož jsme ověřovali vlastnosti dotazníku CRAFFT a určovali hranici, kdy je možné pacienta považovat za rizikového.

Metody

Sběr dat: Ověření vlastností české adaptace screeningového dotazníku CRAFFT proběhlo v rámci řešení projektu Screening a krátká intervence cílená na redukci zneužívání návykových látek mladistvými v době od února do dubna 2007. Data byla sbírána v deseti pražských ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost.

Soubor: Analýzy se opírají o výpovědi 151 dospívajících (74 chlapců). Průměrný věk souboru byl 15,1 roku (s. o. 1,9), ve věkovém rozpětí od 11,4 roku do 19 roků. Vzhledem k tomu, že na preventivní prohlídky jsou zvány děti ve věku 13, 15 a 17 let, byly tyto věkové skupiny zohledněny i při zpracování výsledků. Sledovaný vzorek vykazoval z hlediska typu navštěvované školy dobrou shodu s rozložením mladistvých v Praze (základní škola 48 %, víceleté gymnázium 17 %, gymnázium 9 %, střední odborná škola s maturitou 18 % a učňovská škola 8 %).

Výzkumný instrument: Dotázaní byli požádáni o zodpovězení šesti položek dotazníku CRAFFT. Spolu se screeningovým dotazníkem CRAFFT bylo použito i Diagnostické rozhovorové schéma pro dospívající (ADI) (Winters, 1993) upravené do češtiny pro účely validace dotazníku CRAFFT.

Výsledky

Česká adaptace CRAFFT měla uspokojivou reliabilitu. Koeficient vnitřní konzistence (Cronbachova) měl hodnotu 0,72.

V tabulce 1 je shrnuto rozložení odpovědí na jednotlivé položky CRAFFT podle pohlaví. Nejčastější pozitivní odpovědi byly zaznamenány u položky 2, která sleduje pití alkoholu nebo užití drogy pro uvolnění (42 % pozitivních odpovědí). Relativně často skórovali dotázaní ve čtvrté položce (amnézie na chování pod vlivem návykové látky – 22 % pozitivních odpovědí) a v první a třetí položce (19,9 %, resp. 18,5 %). Rozdíly mezi chlapci a dívkami nebyly ani u jedné položky statisticky významné.

V tabulce 2 vidíme procenta pozitivních odpovědí podle věkových skupin. Progrese výskytu pozitivních odpovědí s věkem je zřejmá a také pochopitelná. Jestliže modální věk prvních zkušeností s alkoholem je nižší než 13 let a u marihuany je 15 let, pak nepřekvapuje, že mezi 17letými se již symptomy signalizující rizika ve vztahu k užívání návykových látek nezřídka objevují.

Rozložení sumárních skóre v CRAFFT naznačuje graf 1. 42 % dotázaných má 0 bodů a tuto část vzorku je možné považovat za zcela nerizikovou ve vztahu k alkoholu nebo jiným návykovým látkám. Další 27 % dotázaných uvedlo pouze jednu kladnou odpověď a i ti spadají do pásma nízkého rizika. Dva a více bodů mělo celkem 30,4 % vzorku. Dva body se považují za doporučenou kritickou hodnotu indikující potřebu krátké rady či intervence, proto je tato hranice na grafu zvýrazněna vertikální čarou.

Na grafu 2 je dobře patrné, že zatímco u 13letých se skóre dva a více bodů vyskytuje mar-



ginálně, mezi 17letými dosahovala tohoto skóru více než polovina dotázaných.

Česká adaptace dotazníku CRAFFT měla při kritické hodnotě 2 body dobrou senzitivitu (85 %) i specifitu (83 %) a přiměřenou pozitivní a negativní prediktivní hodnotu (97 %, resp. 63 %) a ve vztahu ke kritériu ADI vedla ke korektnímu zařazení 84,7 % případů. Kritická hodnota 2 kladné odpovědi jako hranice rizikového chování adolescenta zůstala tedy zachována a je totožná s kritickou hodnotou používanou v USA.

■ Diskuse a závěry

V České republice se dosud krátkých screeningových metod na zjišťování problémů s alkoholem nebo jinými návykovými látkami příliš nevyužívá. Určité zkušenosti jsou s dotazníkem CAGE a dotazníkem AUDIT, které se používají na identifikaci problémového pití u dospělých. Z těchto se pouze AUDIT pilotně testoval v kontextu krátké intervence poskytované praktickým lékařem. Dotazník CRAFFT je tedy zatím jediný screeningový nástroj použitelný k identifikaci problémů s alkoholem nebo drogami u dospívajících, jehož vlastnosti byly v rámci pilotní studie ověřovány.

Česká adaptace je v mnoha parametrech (specifita, senzitivita, reliabilita) velmi dobře srovnatelná s výsledky, které byly získány s CRAFFT v USA (Knight et al. 1999).

Při pilotní studii dosáhlo kritického skóru 2 bodů 30,4 % dotázaných v českém vzorku. Při validizaci CRAFFT v USA dosáhlo stejného skóru 25 % testovaného vzorku (Knight et al., 2002). Vyšší výskyt osob v pásmu rizika v českém vzorku oproti americkému vedl k úvahám, zda by nebylo namísto zvýšit kritickou hodnotu pro českou populaci ze dvou na tři body. Nicméně porovnání s kritériem odvozeným z ADI potvrdilo, že test v českém prostředí optimálně funguje při kritické hodnotě 2 body. To, že vyšší procento našich adolescentů je v pásmu rizika, lze vysvětlit větší tolerancí společnosti k alkoholu a patrně i vůči jiným návykovým látkám. Oproti USA je u nás legální věk dostupnosti alkoholu nižší (18 let proti 21 roků v USA) a faktická dostupnost alkoholu pro dospívající je nesrovnatelně vyšší. Pokud jde o zkušenosti mladých lidí s ilegálními drogami, výsledky mezinárodní studie ESPAD (Csémy et al., 2006) naznačují, že mezi 16letými je prevalence zkušeností českých dospívajících srovnatelná s jejich západoevropskými a americkými protějšky.

Zkušenosti s českou verzí dotazníku CRAFFT potvrzují jeho použitelnost jako vhodného screeningového instrumentu pro stanovení rizika

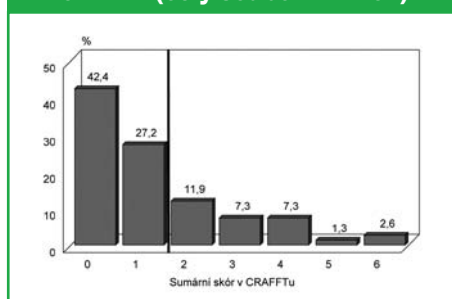
Tabulka 1: Procenta kladných odpovědí na jednotlivé položky dotazníku CRAFFT podle pohlaví

		Chl.	D.	Celk.
1. C	Jel/a jsi někdy v autě či na motorce řízené někým pod vlivem alkoholu či jiné drogy anebo jsi někdy řídil/a motocykl pod vlivem alkoholu či jiné drogy?	17,6	21,1	19,9
2. R	Napil/a ses někdy alkoholu či bral/a jsi někdy nějakou jinou drogu, aby ses uvolnil/a, měl/a ze sebe lepší pocit anebo abys dobře zapadl/a mezi kamarády?	39,2	46,1	42,4
3. A	Pil/a jsi někdy alkohol nebo sis vzal/a nějakou jinou drogu, když jsi byl/a o samotě?	20,3	17,1	18,5
4. F	Stalo se ti někdy, že jsi zapomněl/a, co jsi dělal/a, když ses napil/a alkoholu nebo jsi vzal/a nějakou jinou drogu?	17,6	26,3	21,9
5. F	Rekl ti někdo z rodiny či z kamarádů, že bys měl/a omezit své pití nebo brání jiné drogy?	13,5	13,2	13,2
6. T	Dostal/a ses někdy do obtíží, když jsi pil/a alkohol či bral/a jiné drogy?	10,8	6,6	8,6

Tabulka 2: Procenta kladných odpovědí na jednotlivé položky dotazníku CRAFFT podle věkových kategorií

	Věková skupina	13	15	17
1. C	Jel/a jsi někdy v autě či na motorce řízené někým pod vlivem alkoholu či jiné drogy anebo jsi někdy řídil/a motocykl pod vlivem alkoholu či jiné drogy?	5,9	17	35,3
2. R	Napil/a ses někdy alkoholu či bral/a jsi někdy nějakou jinou drogu, aby ses uvolnil/a, měl/a ze sebe lepší pocit anebo abys dobře zapadl/a mezi kamarády?	13,7	44,7	70,6
3. A	Pil/a jsi někdy alkohol nebo sis vzal/a nějakou jinou drogu, když jsi byl/a o samotě?	2,0	19,1	35,3
4. F	Stalo se ti někdy, že jsi zapomněl/a, co jsi dělal/a, když ses napil/a alkoholu nebo jsi vzal/a nějakou jinou drogu?	5,9	14,9	45,1
5. F	Rekl ti někdo z rodiny či z kamarádů, že bys měl/a omezit své pití nebo brání jiné drogy?	2,0	17,0	21,6
6. T	Dostal/a ses někdy do obtíží, když jsi pil/a alkohol či bral/a jiné drogy?	0	8,5	17,6

Graf 1: Rozložení skóru v dotazníku CRAFFT (celý soubor N = 151)

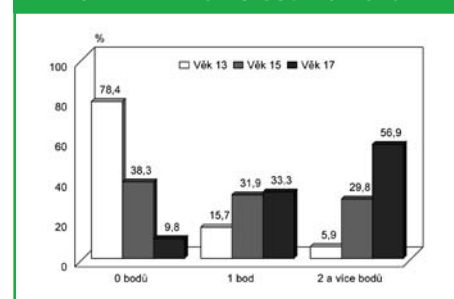


abúzu alkoholu nebo jiných návykových látek u dospívajících. Projekt dále pokračuje a testuje vliv krátké intervence prostřednictvím PLDD na základě výstupů z dotazníku CRAFFT a rozhovoru s pacienty dle navržené metodiky.

■ Poděkování

Autoři děkují MUDr. Jitce Bělorové, MUDr. Karlu Holubovi, MUDr. Jaroslavě Chaloupkové,

Graf 2: Rozložení skóru v dotazníku CRAFFT v závislosti na věku



MUDr. Věře Jedličkové, MUDr. Marii Kolářové, MUDr. Aleně Mottlové, MUDr. Renátě Růžkové, MUDr. Marii Schwarzové, MUDr. Leoně Tylingrové, MUDr. Petře Vlkové za jejich spolupráci, bez níž by nebylo možné projekt úspěšně řešit.

Grantová podpora: Screening and Brief Advise to Reduce Teen Substance Use/RO DA 018848/NIDA RFA-DA-04-006/

Výživová potřeba a správné stravovací návyky kojenců a batolat

Ing. Ctibor Perlín, CSc.

Společnost pro výživu, Praha

Při výživě kojenců a batolat si musíme uvědomit, že jejich strava se výrazně odlišuje od stravy dospělých, protože jsou to organismy, které rychle rostou, vyvíjejí se a vytvářejí si podmínky pro svůj další život. Za prvních 6–8 měsíců se hmotnost novorozence zdvojnásobí, v 1. roce života je trojnásobná. K tomu je třeba značné množství energie, bílkovin a zejména tuků. V 1. roce je 85–90 % přijaté energie využito pro růst tělesných tkání a jen 5–10 % pro produkci tepla a pohybovou aktivitu. S tím souvisí i relativně vysoká spotřeba bílkovin, stavebních prvků těla kojence. Nadměrný příjem bílkovin ale může nevhodně zatížit ledviny.

Organismus kojence obsahuje vyšší podíl vody (70–75 %) než organismus dospělého člověka (60–65 %). Značná část tekutin je v mezibuněčném prostoru, kde se snadno vyloučí močí. Proto je důležitá dodávka tekutin stravou, což se při kojení nebo později výživou z lahve dosahuje. Denně vypije kojeneček asi 15 % své hmotnosti, dospělý jedinec přijímá denně tekutiny jen asi v množství 4–5 % své hmotnosti.

Duševní vývoj dítěte závisí na fyzickém vývoji jeho mozku. Ten potřebuje specifické živiny jako polynenasycené mastné kyseliny (arachidonovou, dokosahexaenovou alfa-linolenovou aj.). Mozek tvoří asi 2 % tělesné hmotnosti, ale pro svou činnost potřebuje 20 až 25 % celkové spotřeby energie organismu, především ve formě glukózy. Mezi další klíčové živiny pro vývoj mozku patří Fe, J a Zn, vitaminy B1, B2, B6, B12, vitamin C a kyselina listová. Tyto požadované živiny jsou k dispozici v mateřském mléku, ale jen do asi 6. měsíce, tedy do věku batolete. Pak musíme pomocí doplňkové kojenecké výživy tyto živiny zajistit. Je dobře známo, že mateřské mléko se výrazně liší od mléka kravského, zejména nižším podílem kaseinu a celkových bílkovin, vyšším obsahem nenasycených mastných kyselin, tuků a sacharidů, respektive energetickým podílem hlavních živin. Mateřské mléko proto nelze nahradit kravským mlékem přímo, ale jen mlékem upraveným, adaptovaným.

Důležitým aspektem je vytvoření správných stravovacích návyků kojence či batolete, tedy vytvoření jejich potravního chování. Lidské

mládě se rodí s vývojovými instinkty. Jedním z nich je umění rozpoznat zdroj potravy, tedy umět nalézt, kde je jeho matka. Projevuje se to např. rytmickými pohyby hlavy vlevo a vpravo, otevíráním pusinky, sacím reflexem. Kojení není jen poskytování potřebných živin kojenci, ale i získávání zkušeností: dítě rozpoznává chuť mléka, slyší tlukot srdce své matky a dotykové podněty z její strany, ukládá si do paměti specifickou vůni matčina těla. Příznivé pocity vznikající z celkové situace přijímání potravy jsou zdrojem emocí, které se vyvíjejí od prvních dnů života. Proto i při podávání stravy z lahve se má matka chovat, jako by kojila, např. má držet své dítě stejným způsobem jako při kojení. Jídlo je totiž pro dítě více než jen biologickou potřebou, protože kromě nasycení uspokojuje také jeho emoční a psychosociální potřeby. Dítě spojuje jídlo s příznivými nebo negativními zážitky, což se stává základem pozdějších postojů k určitým pokrmům nebo jejich složkám. Učí se, co je jedlé a co nepoživatelné, a musí zvládnout časový harmonogram denního příjmu stravy.

Po zhruba 6 měsících se strava kojence doplňuje o další složky a dítě se učí novým vjemům. Přijímá stravu lžičkou, což vyžaduje koordinaci úst a jazyka. Frekvence krmení, velikost dávky jednotlivých jídel a denní doba přijímání potravy jsou závislé na rodinných či společenských tradicích. To je spojeno s nutností vstřebat a zpracovat obrovské množství nových jevů. Mezi ně patří i vytváření chutí k jídlu.

Chuť je výsledkem řady smyslových vjemů čichových, zrakových, ale i hmatových. Jsou dány vrozenými schopnostmi, ale i správným načasováním přechodu na nový způsob přijímání stravy. Senzitivní perioda pro vytváření chutí probíhá zhruba ve stáří 4–6 měsíců. Kojeneček se setkává s novými chutěmi při příkrmování kašovitou anebo pevnou stravou. Podobně senzitivní období pro návyk na texturu a konzistenci stravy je kladeno do 6. až 7. měsíce. Pokud se tato období promeškají anebo uspíší, mohou v pozdějším věku vzniknout komplikace s přijímáním stravy. Na druhé straně malé děti mívají strach z nových poznatků (neofobie). Strach z pokrmu, který chutná jinak nebo má jinou strukturu či konzistenci, než je dítě zvyklé, se objevuje po

prvním roce života. Proto je důležité využít právě senzitivní periody pro omezení tohoto strachu v budoucnu.

Důležité je také správné dávkování stravy, především se nemají dávky zvyšovat. Instinkt pro přesycení totiž s věkem ustupuje a dětský organismus ztrácí schopnost se bránit.

Aktivní přístup výběru potravin dítětem je zpočátku ovlivněn libostí či nelibostí chuti, psychickými momenty či jinými faktory. Dítě preferuje sladkou chuť potravy a vybírá si potraviny, které ji obsahují. Přílišné přilepšování v tomto směru však může mít za následek nedostatek příjmu jiných složek, a může se tak nepříznivě odrážet ve vývoji dítěte. Při přechodu z mléčné na nemléčnou výživu dítě často odmítá zeleninové příkrmy. Řešením bývá přislazení polévky nebo propojení zeleninové a mléčné chuti (na kterou je dítě zatím zvyklé) nebo pauza v podání. Násilné nucení některé potraviny může vyústit v trvalé odmítání potravy od dětského až do dospělého věku.

Už novorozenec reaguje na čtyři základní chuťové kvality: sladkost, kyselost, hořkost a slanosť. Novorozenec má dokonce více receptorů chuti než dospělý člověk, což ho do určité míry může chránit před škodlivinami s odlišnou chutí v nejranějším věku. Nespokojenost s nepříjemnou chutí je novorozenec schopen dát najevo výmluvnými grimasami a kroucením hlavičkou, okamžitým přerušením sání a vytlačováním zdroje stravy jazykem z úst. Do dvou let jsou pro dítě smyslové vjemy z přijímání potravy důležité. Na jejich základě hodnotí a diferencuje stravu na příjemnou a na nepříjemnou. Teprve v dalším věku se začíná uplatňovat i nápodoba – co se nelíbí rodičům, sourozencům či vrstevníkům, to se nelíbí ani dítěti.

S růstem dítěte vznikají i nutriční averze a nutriční preference. Původ averzí může být velmi rozdílný. Může to být fyziologický důvod, jako je intolerance na laktózu způsobující averzi na mléko a mléčné výrobky, odmítání jahod jako potenciálního zdroje alergenů. Může to být ale i traumatická zkušenost, spojená se stravou, i když se vlastně stravy týká jen souvislostmi (nepříjemný zážitek, negativní reakce dospělého, jiná traumatizující

Setkání školitelů v hotelu Jezerka v Seči ve dnech 13. až 15. 6. 2008

V pátečním večerním programu MUDr. Jiří Marek zadal školitelům test s otázkami k běžným diagnostickým a léčebným situacím a v průběhu víkendového setkání připravil procentuelní vyhodnocení testu.

Jednotlivé skupinky školitelů a čekatelů - školitelů připravily návrh nepodrobných i rozšířených laboratorních vyšetření v ordinaci PLDD před odesláním pacienta do odborných ambulancí při bolestech kloubů, susp. artritidě, vážnějších systémových příznacích, cystitidě, pyelonefritidě, enuréze, při obezitě, thyreopatiích, předčasná a opožděná pubertě, patologickém uložení testes, poruchách růstu, diabetu mellitus, při uzlinovém syndromu, průjmovém onemocnění, ikteru, hepatopatii, při recidivujících bolestech břicha, alergických a kožních onemocněních. Pracovní materiál bude dopracován v doporučené postupy a výhledově prezentován v našem profesním časopise.

Právní problematika přednesená JUDr. MUDr. Jolanou Těšinou, předsedkyní Společnosti medicínského práva ČLS JEP, vyvolala vzrušenou diskuzi. Prezentace zákonů a vyhlášek týkajících se naší každodenní praxe ukázala, jak vysoce rizikové povolání vykonáváme a také, jak malé šance máme v případných žalobách, vznesených proti nám ze strany pacientů. Z jednání vyplynulo několik námětů, které bude nutno podrobně rozpracovat naším profesním sdružením a odbornou společností za pomoci erudovaných právníků. Podrobněji jsme se zabývali povinnou mlčenlivostí, výjimkami z povinné mlčenlivosti, postupy „lege artis“, informovaným souhlasem před prováděním výkonem, vyhláškou o zdravotní dokumentaci a o skartaci. Prakticky všichni jsme byli zaskočení, kolik administrativních povinností nám ukládají zákony a vyhlášky a jaké sankce nám hrozí při jejich nedodržování.

V odpoledním bloku nám PhDr. Magdalena Frouzová, vedoucí Institutu pro výzkum rodiny, spolu s týmem našich pražských kolegů představila projekt EU týkající se protidrogové prevence v primární péči. Kolegové předvedli několik modelových situací při práci s pacientem experimentujícím s drogou a komunikaci s jeho rodiči v ordinaci PLDD. MUDr. Jana Babánková přednesla hezkou kasuistiku k dané problematice. V rámci diskuze jsme využili přítomnosti psychologů k zodpovězení otázek i na téma interpersonálních vztahů.

Nedělní dopoledne bylo věnováno právním aspektům při vzdělávání lékařů a novinkám v oblasti vzdělávání. PhDr. Jana Krejčíková Ph.D., náměstek pro výuku IPVZ, předsedkyně Společnosti pro výchovu pracovníků ve zdravotnictví ČLS JEP, seznámila účastníky s Euronovelou zákonů, implementací směrnice 2005/36/ES. Projednávali jsme otázky akreditací, podmínky pro školení a školitele, odbornou a specializační způsobilost, náplň oboru PLDD a atestace. Paní doktorka nás informovala o možnostech financování specializačního vzdělávání a postupu při přidělování dotací na rezidenční místa. Počet rezidenčních míst pro jednotlivé obory a výši dotace vyhlásí Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Žádost o dotaci předkládá v souladu s vyhlášenou „Metodikou pro příslušné výběrové dotační řízení“ vždy akreditované zařízení (školitel), kde bude školencem přípravu k atestaci absolvovat. Doporučuji sledovat internetové stránky MZ, kde bude výzva k předkládání projektů včetně metodiky uveřejněna (www.mzcr.cz - odborník, zdravotník/vzdělávání/programy a dotace).

Členové zkušební atestační komise sdělili školitelům výsledek historicky první atestace v našem oboru - atestující lékařka složila praktickou i ústní zkoušku úspěšně s pochvalou. Velký dík za příkladnou přípravu k atestaci patří také její školitelce MUDr. Renátě Růžkové. Na podzim se hlásí další zájemci o atestaci, kteří získáním specializační způsobilosti budou moci provozovat samostatně praxi v našem oboru.

16. 6. 2008

Zprávu ze setkání školitelů vypracovala Olga Roškotová

událost). Na druhé straně preference mohou vyvolávat pocity slasti: je to např. preference na sladkost, barevnost (ta může být i předmětem averze).

Výživové potřeby i potravní chování novorozenců i batolat respektují výrobci průmyslově vyráběné kojenecké a dětské výživy. Tyto produkty nabízejí řešit výživu kojenců a batolat v případech, kdy matka nemá dostatek mléka při kojení, pak nastupuje počáteční kojenecká výživa, anebo se používá při pozvolném přechodu na pokračující stravu za současného pozvolného opouštění výhradního způsobu výživy kojením po zhruba 6 měsících. V prvním případě je použití vlastní, doma připravené náhradní výživy dobrodružnou cestou pralesem plným lvů a tygrů. Suroviny pro domácí přípravu mléčné kojenecké výživy prostě nejsou k dispozici. Průmyslově se připravují různě upravená adaptovaná mléka vzhledem k různému složení kravského a mateřského mléka.

Na počátku příjmu pevné stravy mají maminky volbu buď připravit vlastní pevnou stravu, anebo si ji zakoupit jako průmyslový výrobek. Potíž je v tom, že některé maminky průmyslově vyráběným výrobkům pro kojence a batolata nevěří. Nechtějí „riskovat“ zdraví svých miláčků průmyslově vyrobenou, tedy v jejich očích méně hodnotnou stravou. A tak si raději doma pokračující pevnou stravu připravují samy. Tím ovšem nevědomky riskují zdraví svých potomků mnohem více. Průmyslově vyráběná strava je totiž vyráběna pod přísným dohledem a za přesně stanovených podmínek, s kontrolou veškerých použitých surovin i technologických postupů. Doma se použijí suroviny z běžné tržní sítě anebo z vlastní zahrádky, které nikdy nikdo nekontroluje. Kde je asi větší pravděpodobnost překročení přísných limitů obsahu kontaminantů?

Moderní technologie kojenecké a dětské výživy jsou také velice šetrné na obsah biologicky aktivních látek a navíc řada výrobků se obohacuje potřebnými vitaminy nebo minerálními látkami, opět podle předepsaných pravidel daných vyhláškami pro zvláštní výživu. Riziko kontaminace, které je při domácí přípravě stravy dosti značné, se blíží nule. Deklarovaný obsah těchto látek je obsažen ve výživě i na konci expirační doby, tedy doby, dokdy je nutné výživu spotřebovat. Nejsou použita žádná nepovolená aditiva, je vyloučeno i použití surovin z GMO produkce. Nedůvěra v argumenty, že průmyslově vyráběná kojenecká a dětská výživa disponuje špičkovou jakostí, že zaručuje ošetření veškerých surovin, aseptické technologie, sterilitu prostředí a další benefity moderní průmyslové výroby příkrmů, není v žádném případě namístě a poškozuje nikoliv výrobce, ale kojence a batolata. Je proto důležité zajistit nejen odpovídající skladbu kojenecké a dětské výživy, ale vytvářet současně i podmínky pro správné stravovací návyky, které jsou předpokladem zdravého vývoje organismu v pozdějším věku.

Literatura:

- 1) Keller, U., Meier, R., Bertoli, S.: *Klinická výživa*. Scientia Medica, 1993
- 2) Fraňková, S. a kol.: *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. HZ Editio, spol. s r. o., Praha 2000, ISBN 80-86009-32-7
- 3) David, C., Brát, J.: *Význam specifických živin na vývoj mozku*, *Výživa a potraviny*, 63, 2008, č. 1, v tisku
- 4) Blatná, J., Dostálová, J., Perlín, C., Tláškal, P.: *Výživa na začátku 21. století*. SPV, Nadace Nutrivit, Praha 2005
- 5) *Webové stránky*

Hero ovocné příkrmy - A4

Složení mateřského mléka a význam jeho složek

3. část

MUDr. Magdalena Paulová, CSc.

FTN Krč, Praha



V minulém díle tohoto článku jsme se zabývali složením tuků a cukrů v mateřském mléce. Dozvěděli jsme se o nezbytnosti zastoupení laktózy ve složení mateřského mléka a jeho vlivu na střevní mikroflóru. V posledním díle se budeme zabývat podstatným vlivem probiotických kultur na střevní mikroflóru a obsahem dalších nezbytných složek, jako jsou vitaminy, minerální látky a nenutritivní složky mateřského mléka.

Laktóza a oligosacharidy podporují růst optimální střevní mikroflóry. V nejnovějších studiích zkoumajících MM byla prokázána přítomnost probiotických bakterií. Bakterie produkují enzymy (např. fruktosidázu, galaktosidázu), hydrolyzující oligosacharidy. Konečnými metabolickými produkty bifidogenní flóry jsou kyselina octová, máselná a propionová. Kyselina máselná má pozitivní vliv na resorpci vápníku a kyselina propionová ovlivňuje hladinu cholesterolu. Bifidobakterie a laktobacily produkují fermentací laktózy kyselinu mléčnou a mastné kyseliny s krátkým řetězcem. Kyselina mléčná snižuje pH střevního obsahu a ovlivňuje tak buňky podílející se na funkci GALT (gut associated lymphoid tissue) při zabezpečení imunity kojeného dítěte. Mastné kyseliny s krátkým řetězcem se vstřebávají a využívají jako energetické zdroje. Ve sliz-

nici tlustého střeva ovlivňují resorpci vody, přispívají k ochraně integrity a vydráždění sliznice tlustého střeva.

Po porodu je novorozenecké střevo sterilní. Ke kolonizaci GIT dochází krátce po porodu, a to především prostřednictvím urogenitálního traktu matky a z prostředí nemocnice. V případě porodu císařským řezem dochází ke kolonizaci, která je ovlivněna pouze mikrobiálním prostředím porodního sálu. Další osídlování intestinální slizniční flóry bakteriemi potom probíhá prostřednictvím přijímané stravy. První kolonizace se týká G + koků, enterobakterií a laktobacilů. Rychlou konzumací kyslíku aerobními mikroorganismy dochází ke vzniku redukcujícího prostředí a tak k rozvoji anaerobní flóry. Ve střevní mikroflóře kojených dětí dochází k nárůstu počtu bifidobakterií, a to také díky prokázané přítomnosti probiotických bakterií v mateřském mléce. Ve věku dvou let, po ukončení kojení, se střevní flóra už podobá mikroflóře dospělých. V dalším životě zajišťuje mikroflóra už relativně stabilní prostředí.

Vhodné bakterie - probiotika mohou významně pozitivně ovlivnit zvláště rovnováhu Th 1/Th 2 systému, v prevenci alergie a autoimunity. Význam střevní flóry člověka ve všech stádiích života jde v současné

době směrem, kterým se ubírá výzkum různých onemocnění.

Potenciální mechanismus, jakým specifické probiotické kultury mohou redukovat onemocnění v raném dětství, je mnohostranný a není do detailů znám.

Vitaminy svým obsahem v MM většinou kryjí potřeby zralého novorozence. Některé z nich mohou, stejně jako tuky, kolísat dle výživy matky. Nedostatek vitaminů v těle matky (hlavně vitaminů ve vodě rozpustných, C, B) znamená snížené množství v jejím mléce. Protože obsah tuků je nejvariabilnější složkou MM, může kolísat i obsah vitaminů rozpustných v tucích (A, E, D, K). Na druhé straně není možné ani stravou matky, ani jinak obsah některých vitaminů v MM zvýšit nad určité optimum (užívání multivitaminových přípravků). Pokud byly matčiny zásoby v těhotenství a v průběhu kojení dostatečné, není třeba do 6 měsíců výlučně kojenému dítěti (kromě několika výjimek - např. vitamin K) ani vitaminy, ani stopové prvky dodávat. Obsah vitaminů rozpustných v tucích v průběhu laktace postupně zvolna klesá.

Minerální látky a stopové prvky, tj. sodík, vápník, železo, magnezium, fosfor, měď a fluor, jsou v MM žen, které samy netrpí závažným nedostatkem, dostatečné. Kolísat podle stavu výživy ale mohou. Znalost závislosti na možné deficienci ve výživě matky je ale důležitá. Umožňuje eventuální nutnost suplementace v závažných případech. Celkové množství minerálních látek je v MM nižší než v kravském mléce, což odpovídá požadavkům dítěte a jeho metabolické aktivitě.

Zásobením kojeného dítěte minerálními látkami a stopovými prvky není závislé jen na jejich množství ve stravě (mléce). Záleží hlavně na jejich tzv. biologické dostupnosti.

Biologická dostupnost (vstřebatelnost) většiny minerálních látek (např. vápníku, železa) je z MM nejlepší, lepší než z kravského mléka nebo umělé výživy. Poměr kalcia a fosforu (2 : 1), jako je v mateřském mléce, je považován za ideální.

Tab. 1: Nenutritivní složky mateřského mléka

Obranné látky

celulární složka – makrofágy, neutrofilní polynukleáry, T a B-lymfocyty, epiteliální bb.,

humorální složka – imunoglobuliny sIgA(11S), IgA(7S), IgG, IgM, IgD a IgE sekreční komponenty, laktoferin, „bifidus faktor“, lysozym, interferon, antienterotoxin, inhibitory proteáz,

nescifická složka – komplement, chemotaktické faktory, interferon, EGF, MIF, nukleotidy a gangliosidy, interleukin 10 a jiné

Hormony a substance s „hormonálním“ působením

pohlavní hormony, hormony nadledvin, parathyreoidální (PTH-like hormon), hypotalamohypofyzární (GnRh, GRF, GH, somatostatin), thyreoidální (TRH, TSH, T3, T4), erythropoetin, inzulin, interleukiny, cytokiny, EGF, prostaglandiny, relaxin, neurotensin, epidermální růstový faktor (EGF), transformující růstový faktor (TGF)

Gastrointestinální regulační peptidy

Gastrin, GIP, GRP, PHM, somatostatin, substance P, VIP, PYY a jiné

Transportní bílkoviny

lactoferrin, transferrin, B12 binding protein a další

Enzymy

lysozym, lipoproteinová lipáza, amyláza, leukocytární enzymy, antioxidanty

Jiné

LCPUFA, antioxidanty, oligosacharidy, trofické faktory, antistafylokokový faktor, aminokyseliny (glutamin), kapa-kasein, polysacharidy (vláknina)

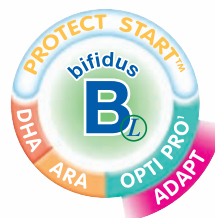
Z ostatních složek MM je třeba zmínit hormony, enzymy a další látky nenutritivní povahy (viz tab. 1).

Vedle prokázaných nutričních a ochranných účinků mateřského mléka je jeho význam a zejména význam kojení i „nemateriální“ povahy. Je pokračováním nerozlučné dvojice matka-dítě i mimo tělo matky a vazba je podporou, bez níž by vývoj člověka nedosáhl současné úrovně.

Současná role umělé kojenecké výživy ve výživě novorozenců, kojenců a malých dětí se ubírá směrem blíže ke složení mateřského mléka. Ani nové technologie ovšem nedokážou vytvořit výživu, která by byla obsahově stejná, jako je mateřské mléko. Proto je mateřské mléko ve výživě kojence stále nejdůležitější „živou a život ochraňující tekutinou“. Důležitým pokrokem ve složení moderní kojenecké výživy je obsah probiotických bakterií, stejně jako polynenasycených mastných kyselin s dlouhým řetězcem a úprava bílkoviny, jako důležitá součást nealergizujícího potenciálu, podobně jako je tomu v mateřském mléce.

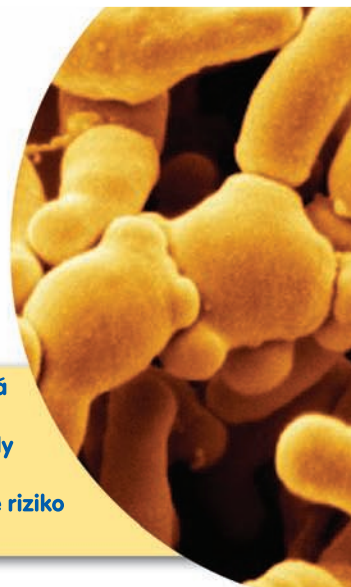


NOVÁ



S AKTIVNÍMI PROBIOTICKÝMI KULTURAMI

- ◆ Jediná výživa, která obsahuje probiotické bakterie bifidus BL již v počáteční kojenecké výživě, a tak se vyrovná efektu mateřského mléka.
- ◆ Novými klinickými studii bylo prokázáno zastoupení probiotických bakterií v mateřském mléce matek a tedy jejich nezastupitelné místo ve výživě novorozenců, kojenců a malých dětí.^{1,2}
- ◆ Bifidus BL = Přirozeně posiluje obranyschopnost dětí. Účinně působí proti průjmům, zácpě a nadýmání. Snižuje riziko vzniku alergií.

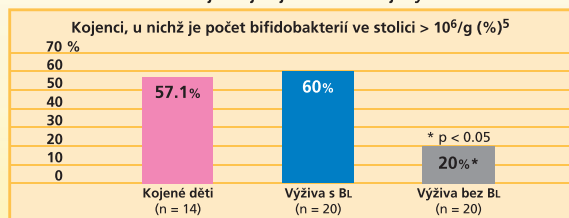


Nestlé Beba 1 Premium s bifidus BL je unikátní výživa, která navozuje bifidus dominantní střevní mikroflóru a posiluje imunitu bez ohledu na způsob porodu. Složení střevní mikroflóry je do značné míry určeno způsobem porodu. Děti narozené císařským řezem jsou méně osídlené zdravými bifidobakteriemi, což může být příčinou, proč se u nich

významně a častěji objevují průjmy a různé další přecitlivělosti na potraviny.³ Počet dětí narozených císařským řezem se po celém světě trvale zvyšuje.⁴ Nehleďe na způsob porodu, kojení je nejlepší způsob výživy pro všechny děti. Poskytuje jim všechny živiny esenciální pro optimální fyzický a mentální vývoj, a zároveň aktivuje jejich imunitní systém.

Pro děti, které nejsou kojeny, Nestlé představuje novou Nestlé Beba 1 Premium, vůbec první počáteční výživu s jedinečnou kombinací živin včetně bifidus BL. Beba 1 Premium s bifidus BL zlepšuje osídlení střevního traktu bifidobakteriemi a posiluje obranyschopnost u všech dětí dokonce i v případě deprimované střevní flóry po porodu císařským řezem.

Přítomnost bifidobakterií ve stolici dětí živěných výživou obohacenou o B. lactis je stejná jako u dětí kojených.⁵



Prokázáný účinek na vývoj zdravé střevní mikroflóry!

Informace pro pracovníky ve zdravotnictví

1. Perez PF et al. Bacterial imprinting of the neonatal immune system: Lessons from maternal cells? Pediatrics 2007; 119: 724-732
2. Perez PF et al. A natural bacterial inoculum in maternal milk. ESPGHAN, Barcelona 2007
3. Saavedra JM, Bauman NA, Uung I et al. Feeding of Bifidobacterium bifidum and Steptococcus thermophilus to infants in hospital for prevention of diarrhea and shedding of rotavirus. Lancet 1994; 344: 1046-9.
4. Nestlé Nutrition. World of babies 2005. Data on file.
5. Langhendries JP, Detry J, Van Hees J et al. Effect of a fermented infant formula containing viable bifidobacteria on the fecal flora composition and pH of healthy full-term infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1995; 21: 177-81.

Potravinu určená pro zvláštní výživu. Více info na www.nestle-nutrition.cz nebo www.kojeneckavyziva.cz





Ze světa odborné literatury...

Novorozenci s bakteriemií způsobenou *Staphylococcus aureus* methicilin rezistentní

Získané stafylokokové infekce na odděleních JIRP jsou závažným problémem těchto oddělení. Proto také autoři sledovali skupiny novorozenců osídlených zlatým stafylokokem. Během jedenáctiletého období byly porovnány klinické a laboratorní charakteristiky novorozenců, kde bakteriemií byla způsobena tímto mikroboem. Byly porovnány tři skupiny pacientů. V první byli novorozenci s methicilin rezistentním stafylokokem s dobrou sensitivitou k ostatním skupinám antibiotik. V druhé skupině byli zařazeni pacienti s multirezistencí na antibiotika, ve třetí skupině pak novorozenci s dobrou senzitivitou tohoto mikroba na antibiotika. Takto zařazeno bylo celkem 44 novorozenců. Z toho bylo 41 novorozenců narozených předčasně. Prvou skupinu pacientů tvořilo 11 pacientů - novorozenců, druhou 20 novorozenců a třetí pak 12 novorozenců. Rizikové faktory, klinická manifestace a laboratorní testy byly podobné ve všech třech skupinách. Stav matky během gravidity, kongenitální anomálie a případné operace se nelišily ve své frekvenci v žádné skupině. Také klinické symptomy bakteriemií způsobené uvedeným typem stafylokoků byly zcela charakteristické pro septický stav, tj. letargie, RDS, apnoické stavy, bradykardie, termální nebo hemodynamická instabilita, ale žádné kožní léze.

*Eur.J.Pediatr.*2007, 166, 319-325.

Vakcinace varicelly v Evropě?

V USA vakcinace varicelly probíhá již od roku 1995 Varivaxem. Z toho rezultuje dramatický pokles incidence, morbidity a mortality. Je zde ale také ekonomické břemeno. Virus herpes zoster (VZV) postihuje jedince ve všech evropských zemích. Varicella je všeobecně prezentována jako febrilní onemocnění s typickým výsevem vezikul. Incidence hospitalizací je relativně nízká, ekonomické břemeno pro stát relativně vysoké. Počty nemocných a z toho plynoucí ošetřování členy rodiny jsou také velmi vysoké. V práci z Velké Británie uvádějí i sedm úmrtí z komplikací ve vztahu k varicelle. U těžkých stavů se nejčastěji prezentuje bakteriemií a septický šok, pneumonie a encefalita. Častěji mívají komplikace

dospívající a dospělí jedinci. V této skupině se také během dvaceti let zvýšila mortalita. Tyto komplikace jsou na úkor alterace imunity zprostředkované buňkami. Například se jedná o leukémie a orgánové transplantace. U 50% imunologicky komprimovaných jedinců se vyvíjejí komplikace. Navíc primární infekce je následována perzistencí VZV v gangliích CNS. Reaktivace pak zapříčiňuje herpes zoster. Tento se u dospělých vyskytuje u 10% obyvatel. U těhotných je infekce VZV spojena s kongenitálním variceliformním syndromem, který je charakterizován nízkou porodní vahou a fetálními deformitami. Těžké novorozenecké onemocnění pak rezultuje v době, kdy matka čtyři dny před porodem nebo dva dny po porodu onemocní VZV infekcí a není včas zahájeno léčení. Vlastní mateřská infekce u těhotných rezultuje ve variceliformní pneumonitise s komplikacemi. Pro vlastní léčbu komplikací způsobenou virem VZV se k léčbě užívá imunoglobulin a acyclovir. Pro vakcinaci v našich oblastech se užívá vakcína Varilrix. Jen ve 2-10 % se po očkování objevují komplikace. Tyto jen ve formě kožního výsevu, většinou 14 dní po vakcinaci. Také se používá tetravakcína Priorix Tetra.

*Eur.J.Pediatr.*2008, 167, 167, 47-55.

Opsoclonus - myoclonus syndrom u dětí

Opsoclonus - myoclonus syndrom u dětí (OMS) je neurologický stav, charakterizovaný těmito symptomy plus ataxií a dráždivostí. Objevuje se v prvních dvou létech života. Může být parainfekční, idiopatický nebo paraneoplastický s tumorem v oblasti nervových cest. Bylo publikováno několik prací o dlouhodobém průběhu tohoto onemocnění. Vlastní opsoclonus je definovaný jako neregulované, rychlé oční pohyby. Myoklonie se jeví rychlou ztrátou motorické kontroly. Děti jsou také zvýšeně dráždivé a často mají spánkové poruchy v prodromální fázi. Cerebelární ataxie je přítomna prakticky vždy. V kontrastu k tomuto onemocnění je jiné onemocnění akutní postinfekční cerebelární ataxie. Tato ale není doprovázena myoklonií nebo opsoclonem a zřídka u ní bývá zvýšená dráždivost. OMS je obvykle pozorována v prvních dvou letech života. Obraz paraneoplastického OMS mívají jen tři procenta pacientů s neuroblastomem.

Neuroblastom v přítomnosti OMS má nízký stupeň příznivé histologie, dále pak normální katecholaminovou sekreci. Etiologicky se autoři domnívají, že se jedná o protilátkami autoimunního charakteru zprostředkované onemocnění. Žádné autoprotilátky ale zatím nalezeny nebyly.

Léčba zahrnuje orální kortikosteroidy, vysoké dávky methylprednisolonu, intravenózní imunoglobulin, cyklofosfamid a plasmaferezu, případně rituximab. Pacienti s recidivujícími relapsy mají horší prognózu. V práci autoři popisují klinické průběhy u 10 pacientů sledovaných v letech 1987-2002. Devět z nich mělo mimo standardní vyšetření prováděné ještě psychologické testy. Ganglioneurom byl nalezen u jednoho pacienta a neuroblastom u dalšího. Resekce tumoru neměla vliv na OMS. Věk v době diagnózy se pohyboval mezi 10-24 měsíci a následná sledovací perioda mezi 1-17 lety. Interval mezi prvými ukazateli a symptomy a následným začátkem léčení byl 2-12 týdnů. Léčba sestávala z různého stupně použití imunosupresiv. Remise byla dosažena během pěti let u sedmi pacientů. Relapsy se objevovaly u 7 z 10 pacientů. U jednoho dítěte zůstal střední stupeň ataxie. Výsledky testů IQ se hodnotami pohybovaly mezi 75-85. Deficit pozornosti a vizuomotoriky vedl ke školním problémům. Jen dvě děti navštěvovaly základní školu. Včasná terapie má vliv na základní onemocnění.

*Eur.J.Pediatr.*2007, 166, 359-363.

Růst u hypofosfatemické křivice

Jedná se o onemocnění vázané na chromozom X. Laboratorně je zde hypofosfatemie, tělesná disproporce a primární kostní abnormality. Terapie růstovým hormonem zvyšuje fosfátovou tubulární reabsorpci a hladinu fosfátů v krvi. Účelem studie bylo zjistit růst u těchto dětí při léčbě fosfáty a kalcitriolem. Sledovali 27 dětí s uvedenou diagnózou. Děti sledovány 10 let. Léčba byla efektivní, musela však být nasazena v časném věku.

*Eur.J.Pediatr.*2007, 166, 303-309.

Ve spolupráci s firmou MUCOS PHARMA zpracoval MUDr. J. Liška, CSc.



Aktuality...

Cesty chřipky určuje počasí

Celý rok není po chřipce ani vidu, ani slechu, a přesto se každou zimu spolehlivě dostaví epidemie vyvolaná novými variantami virů. Nestane se, že by si někdy „vybrala volno“.

Kde se skrývá chřipkový virus, když nás zrovna nenutí uléhat do postelí? Kam s nástupem jara zmizí? Přežívá někde v našem okolí a mění se na novou variantu? Anebo od nás zmizí nadobro a příští rok máme co do činění s jeho nástupcem, který přišel bůhví odkud?

Odpověď na tyto otázky přináší studie týmu vedeného Colinem Russellem z University of Cambridge, zveřejněná prestižním vědeckým týdeníkem Science. Kolébkou každoročních epidemií chřipky jsou země jihovýchodní a východní Asie.

Oblast, kde vznikají nové varianty běžného viru chřipky typu H3N2, se táhne od tropů až po pásmo s mírným klimatem a zahrnuje země, jako je Singapur, Thajsko, Japonsko nebo Jižní Korea. K těmto závěrům došel Russellův tým na základě genetických analýz 13 tisíc vzorků chřipkových virů posbíraných po celém světě v rozmezí let 2002 až 2007.

Bez letenky kolem celého světa

Ze změn dědičné informace i toho, jak na daný typ viru zareagoval imunitní systém nakažených lidí, dokážou vědci určit vzájemnou příbuznost jednotlivých virů a rozplést tak zašmodrané klubko evoluce velmi rychle se měnícího chřipkového viru. To dovolilo Russellovi a jeho kolegům sestavit mapu migrace chřipkových virů světem.

Výrazně tím přispěl k rozluštění jedné velké záhady současné epidemiologie. Zrod každoročních chřipkových vln vysvětlovali experti hned několika protichůdnými teoriemi. Jedni viděli rodiště chřipky v Číně, druzí je umísťovali kamsi do tropů, kde měly podle těchto teorií chřipkové viry cirkulovat celoročně.

Russell a jeho spolupracovníci zjistili, že chřipkové viry zrozené v jižní či jihovýchodní Asii doputují během šesti až devíti měsíců do Austrálie, Evropy či Severní Ameriky. Za dalších pár měsíců se nová chřipka přestěhuje na jihoamerický kontinent. Do své asijské domoviny se už virus nikdy nevrátí.

K roznášení viru po světě významně přispívá čilý dopravní ruch. Do Evropy a Severní Ameriky virus obvykle přicestuje na palubách letadel na dálkových linkách. Jižní Amerika má poměrně málo přímých spojů s Asií, a tak získává chřipku až „z druhé ruky“ importem z Evropy a Severní Ameriky. K místu zrodu nového typu chřipky předurčuje jižní a jihovýchodní Asii pestré spektrum klimatických podmínek na poměrně malém území.

Propojenost životního cyklu chřipkového viru s klimatem dokazuje i fakt, že v mírném klimatickém pásmu propukají epidemie chřipky z nepříliš jasných důvodů v zimních měsících. To platí jak na severní, tak i na jižní polokouli. V tropech řadí chřipka nejvíce v období dešťů.

Rychlost šíření nového chřipkového viru určuje přednostně počasí, a nikoli vzdálenost. Například města Bangkok a Kuala Lumpur od sebe dělí jen 1100 kilometrů, ale chod ročních dob je v nich odlišný. Chřipka proto potřebuje ke zdolání této vzdálenosti půl roku.

Každoročně se nakazí chřipkou desetina obyvatel Země. U čtyř milionů lidí vyvolá vážnější zdravotní komplikace. Počet obětí na životech se pohybuje od čtvrt do půl milionu. Větší škody chřipka nepáchá jen díky preventivnímu očkování, jemuž se za rok podrobí na celém světě 300 milionů lidí.

Nové poznatky Russellova týmu mají obrovský význam pro boj s chřipkovými epidemiemi. K výrobě dostatečného množství vakcíny je zapotřebí

čas, a tak virologové a epidemiologové s předstihem zkoušejí odhadnout, jaký virus podnikne tažení světem a jaká vakcína proti němu bude nejlépe chránit. Většinou se strefí a vakcína je spolehlivá. Někdy se ovšem objeví nový a nepředvídaný typ viru až poté, co byla očkovací látka vyrobena.

Z Russellovy studie vyplývá, že k úspěšnému zachycení „prvních vln“ chřipkových epidemií musí zdravotníci upřít pozornost do jižní a jihovýchodní Asie.

Převzato: LN 23. 4. 2008

Bezpečné taxi pro inzulin

Pacienti s cukrovkou prvního typu postrádají inzulin a jsou odkázáni na podávání tohoto hormonu injekcemi. Inzulinovou injekci si musejí píchnout několikrát denně.

Inzulin je bílkovina, a tak jej není možné užívat v tabletách. V žaludku by ho zničily kyselá žaludeční šťávy a trávicí enzymy. Vědci už sice vyvinuli inzulin, který by se dal užívat vdechováním ve spreji, tato forma léku se však mezi pacienty neujala. Vdechovaný inzulin působí jen krátkodobě. Například na noc si musel diabetik lék i nadále píchat injekcí.

Stejně tak se neujalo podávání inzulinu v náplasti určené k nalepení na tvář. Léčivý roztok se vstřebává do krevního oběhu přes kůži. Přesné dávkování hormonu je ale touto cestou velmi obtížné.

Hned několik farmaceutických firem vyvíjí inzulin vstřebatelný v ústech. Ten by se mohl užívat v tabletách, jež by si diabetik pod jazyk. Zajímavou novinkou v této oblasti ale jsou výsledky výzkumu amerických vědců z University of Texas vedených Nicholasem Pepasem. Otevírají možná cestu k inzulinové tabletě, kterou by pacientovi jednoduše stačilo spolknout.

Pepas a jeho spolupracovníci vytvořili novou recepturu pro přípravu zvláštního gelu vznikajícího po smíchání extrémně malých částic dvou různých polymerů. Částice měří v průměru kolem 100 nanometrů (nanometr je miliontina milimetru). Pokud se smíchají za vhodných podmínek s vodou, vytvoří gel schopný nasávat značné množství inzulinu.

Při ověřovacích testech vytvořil Pepas v laboratoři podmínky, jaké vládou uvnitř lidského žaludku, a vystavil jim kapsle z gelu nasyceného inzulinem. I po hodině byl inzulin dokonale chráněn před natrávením a dávka léku si i nadále udržovala potřebnou aktivitu.

Jakmile se gelové kapsle ocitly v méně kyselém prostředí typickém pro nitro lidského střeva, začal se polymer měnit. Bobtnal a vytlačoval inzulin z kapsle. Nabobtnalý gel ulpívá na stěnách střeva a tím se zvyšuje šance na transport inzulinu přes střevní sliznici do krevního oběhu.

Gel se zdrží v horních partiích střeva 20 či 30 minut. To stačí, aby se z něj „náklad“ inzulinu uvolnil. Zatím nezjištěným mechanismem napomáhá materiál kapsle i samotnému transportu inzulinu přes střevní sliznici. Výsledky svého výzkumu publikoval Pepas ve vědeckém časopise *Biomacromolecules*.

Pepasův gel je velkým příslibem nejen pro diabetiky. Podáváním léků, jejichž podstatu tvoří bílkovinná molekula, se léčí celá řada závažných onemocnění. Tyto léky by byly při průchodu žaludkem zničeny stejně jako inzulin. Ani tyto preparáty se proto nemohou podávat v tabletách. Na pravidelné injekce jsou odkázáni malí pacienti s poruchami růstu, kteří se léčí lidským růstovým hormonem. Podobně si musejí píchat injekce srážlivého krevního faktoru lidé postižení chorobnou krvácivostí čili hemofilii.

Pepasův gel by mohl pomoci i těmto pacientům, protože by ochránil jejich lék při průchodu žaludkem. V dalších partiích trávicího traktu by



umožnil vstřebání nenarušených bílkovinných molekul střevní sliznicí a jejich transport do krevního oběhu.

Převzato: LN 15. 5. 2008

V Rakousku vypukla epidemie spalniček

Rakousko řeší vážný zdravotnický problém. V rakouské spolkové zemi Salcbursko totiž propukla rozsáhlá epidemie spalniček, tedy dětské nemoci, která může v krajním případě skončit i smrtí.

V Salcbursku už onemocnělo spalničkami 176 dětí, další čtyři případy hlásí Horní Rakousy, které přímo sousedí s jižními Čechami.

Čeští lékaři a hygienici ale údajně nemají obavu, že by se epidemie mohla v podobném rozsahu přenést i do Česka. V ČR je takřka každý obyvatel proti spalničkám očkovan, zatímco řada Rakušanů očkování svých dětí proti této nemoci odmítá.

„Rakouský systém očkování je částečně odlišný od našeho, navíc stát dává v Rakousku rodičům více volnosti v rozhodování, zda děti očkovat, či nikoliv,“ říká Jan Augustýn z Krajské hygienické stanice v Českých Budějovicích. Zatímco v Česku je povinné očkování proti spalničkám automaticky zdarma, v Rakousku si ho rodiče nejprve zaplatí a teprve po předložení potvrzení jim náklady uhradí pojišťovna.

„V České republice se ale především oproti Rakousku celkově vyskytuje jen naprosté minimum případů, kdy rodič odmítne nechat své dítě očkovat proti spalničkám,“ tvrdí Augustýn.

Rozsáhlá epidemie spalniček, která vypukla v Rakousku, znovu vyvolala ostrou výměnu názorů mezi takzvanými antivakcinisty a lékaři požadujícími povinné očkování bez výjimky. Policie totiž už začala vyšetřovat podezření, že za epidemií stojí zákonem zakázané „spalničkové party“, kdy rodiče vodili své děti k nemocnému, aby také jejich ratolest spalničky dostala a nemusela podstoupit očkovací proceduru. Tito lidé navíc údajně onemocnění nenahlásili včas. „Takoví rodiče se chovají asociálně. I když jejich dítě může nemoc přežít bez úhony, od něj se mohou nakazit lidé se sníženou imunitou, které onemocnění ohrožuje na životě,“ řekl Wolfgang Maurer, lékař vídeňské dětské kliniky.

Odpůrci plošného očkování dětí ale trvají na tom, že ani současná epidemie není důvodem k pranýřování antivakcinistů. „Představa, že když budeme očkovat každého, nemoc zcela vymýtíme, je iluzorní,“ řekl listu Kurier vídeňský lékař Johann Moravansky, jeden ze zastánců dobrovolnosti očkování.

Převzato: LN 5. 4. 2008

Tajemná nemoc: kanadský vlak je v karanténě

Kvůli propuknutí zatím neidentifikované nemoci drží kanadské úřady v karanténě 230 cestujících v osobním vlaku, který jel na trase z Vancouveru do Toronta. Choroba, která se rozšířila zřejmě ve dvou vagonech vlaku, zabila jednu ženu, deset dalších pasažérů se nakazilo.

Vlaková souprava společnosti Via Rail stojí ve stanici Foleyet, asi 800 kilometrů západně od Toronta. Vlak zastavil ve stanici, která byla později evakuována, včera ráno místního času (odpoledne SELČ). Podle policie má deset cestujících příznaky podobné chřipce, jeden člověk byl helikoptérou přepraven do nejbližší nemocnice. Do prostor vlaku vstupují pouze zdravotníci v ochranných oděvech. V karanténě je nyní všech 230 pasažérů a 30 členů posádky. Nikdo z nich nesmí vlak opustit.

„Může to být něco podobného SARS, ale vzhledem k tomu, že člověk přepravený do nemocnice je ve stabilizovaném stavu, to není příliš pravděpodobné,“ řekl agentuře AP vedoucí místní záchranné služby Steve Trinier. „Samozřejmě je tu možnost, že je to něco běžného, třeba otrava jídlem,“ dodal.

Také mikrobiolog Donald Low z torontské nemocnice Mount Sinai kanad-

ské televizi CTV řekl, že se zřejmě nejedná o žádnou smrtelnou nákazu. „Opravdu to vypadá jako nějaká chřipka... Nemluvíme tu o SARS, nemluvíme o ptačí chřipce,“ uvedl lékař. Podle zdravotníků přichází v úvahu také varianta, že smrt cestující způsobil takzvaný norovirus, tedy virus, který způsobuje současně zánět žaludku a tenkého střeva. Nemoc způsobená tímto virem většinou propuká náhle a rychle se šíří.

Převzato: LN 10. 5. 2008

Herpes a HIV jednou ranou

Herpes většina z nás zná jako virus způsobující opary na rtech. Méně šťastní nebo vzdělanější vědí, že má i druhou – a ještě ošklivější – tvář. Jde o sexuálně přenosný virus herpes typu 2 (tzv. herpes simplex genitális, zkráceně HSV2), který také způsobuje vřidky a boláky, ale na choulstivějších místech.

Odborníci ovšem vědí, že HSV2 má i velká část nakažených virem HIV. Totéž platí také o některých dalších pohlavně přenosných chorobách (třeba o nákaze chlamydiemi). Jestli ale tato statistická informace má nějaký význam, zatím jasné není.

Výzkum Nicolase Nagota z londýnské School of Hygiene and Tropical Medicine nyní ukazuje, že společensky choulstivý HSV2 a společensky závažný HIV mají něco společného.

Studie provedená na 136 afrických ženách nakažených AIDS ukázala, že léky používané proti viru HSV2 (valacyklovir) výrazně snížily množství viru HIV v jejich těle. Ženy beroucí léky měly méně viru HIV jak v krevní plasmě (o 70 procent), tak i vagíně (o 50 procent) oproti skupině, která dostávala placebo. Lék samozřejmě snížil i hladinu viru HSV2.

Snížení množství viru v těle se pochopitelně nerovná léčbě. Jiné studie ovšem naznačují, že „pravděpodobnost přenosu závisí na množství viru HIV v genitáliích,“ řekl Nagot časopisu Nature. „Takže jsme si poměrně jistí, že léčba by měla přispět k omezení přenosu,“ dodal. Snížení hladiny viru také zpomaluje rozvoj nemoci AIDS.

Nagot ani jeho kolegové v oboru si však nejsou jisti, proč by měla léčba pomoci. Někteří lékaři si myslí, že rozvoj viru herpes vede ke zvýšení počtu imunitních buněk. Ty napadá a používá k rozmnožování virus HIV. Čím více má „kořisti“, tím rychleji se množí. Podle některých náznaků virus herpes přispívá k množení viru HIV.

Léčba HIV oklikou „přes herpes“ může být novou a levnou strategií v přístupu k léčbě AIDS. Vakcína se možná blíží, ale odborníci přiznávají, že nás od ní stále dělí roky práce.

Převzato: LN 23. 2. 2007

Ohrožují nás paraziti z psích výkalů?

Pes pozitivně ovlivňuje lidskou psychiku, ale soužití s nejménějším přítelem člověka má i méně příjemné stránky.

Pes je nejstarší domestikované zvíře. Původní symbiotický vztah při lovu se rozvinul do různých podob soužití. Řada studií prokázala, že člověk, který chová psy, je optimističtější a zdravější. Psí společníci pozitivně ovlivňují lidskou psychiku a snižují riziko kardiovaskulárních chorob.

Soužití se psy má ale i méně příjemné stránky. Často se hovoří o možném přenosu psích parazitů na člověka. Je však nebezpečí nákazy z psích výkalů reálné?

Početní obyvatel pískovišť. Nejčastějším střevním parazitem je škrkavka psí, *Toxocara canis*. Napadá až 80 procent štěňat a většina chovatelů psů má zkušenosti s „odčervováním“. Dospělé škrkavky psí parazitují v tenkém střevě a měří 6 až 12 cm. Jsou patogenní především pro sající štěňata, u kterých způsobují průjem, hubnutí, zpoždování růstu a zvětšení břicha. Metabolity škrkavek mají výrazný neurotoxický účinek a silné infekce doprovázejí křeče a dočasnou ochrnutí noh.

Nutricia - Hami IFFO - A4



Škrkavkami se psi mohou nakazit různými cestami. Většina štěňat se s nimi již rodí. V poslední třetině březosti se vlivem hormonálních a imunitních změn aktivují larvy škrkavek v orgánech feny a pronikají přes placentu do těla štěňat. Část je také krví zanesena do mléčné žlázy a mláďata se mohou infikovat larvami v mlezivu a v mléce.

Dalším významným zdrojem infekce jsou vajíčka škrkavky ve vnějším prostředí. V jednom gramu výkalů silně nakaženého štěněte může být až 15 000 vajíček, v nichž se za dva až čtyři týdny vyvíjejí infekční larvy. Vajíčka s larvami přežívají ve vlhké půdě až tři roky.

Pro člověka jsou nebezpečná zralá vajíčka škrkavek nebo málo tepelně zpracované maso s opouzdřenými larvami. Larvy škrkavek pronikají přes stěnu tenkého střeva a usazují se v různých tkáních.

Onemocnění lidí způsobené larvami *T. canis* se nazývá larvální toxokaróza. Podle postižení jednotlivých orgánů a tkání se rozlišují tři formy – viscerální, která se vyznačuje zvětšením jater a sleziny, plicní, doprovázená příznaky pneumonie, a oční, postihující sítnici. Onemocnění se projevuje za několik měsíců po infikování vajíčky, v případě oční formy až za několik let.

Mezi obyvateli České republiky je larvální toxokaróza častá. Vyšetření prokázala protilátky proti antigenům škrkavek u 18,4 procenta dospělých. Množství pozitivních testů významně vzrůstá s věkem a je dvojnásobné u lidí na vesnicích.

Jedna dospělá samička *T. canis* vyprodukuje za den 200 tisíc vajíček. Důsledkem je značná kontaminace prostředí v městských parcích, na hřištích, dětských pískovištích a všude, kde se venčí psi. Vajíčka škrkavek se vyskytují na 10 až 30 procentech pískovišť ve městech.

V některých oblastech je toto číslo mnohem vyšší. Například ve Slaném se vajíčka škrkavek nacházela ve více než 75 procentech vzorků půdy z dětských pískovišť a víc než polovina vajíček byla infekční. Ovšem vzorky obsahovaly také vajíčka škrkavky kočičí *Toxocara cati*, která nelze morfologicky odlišit od vajíček psích škrkavek.

Prevence toxokarózy je zaměřena na odčervení štěňat. Dále je velmi důležité zamezit defekaci psů v parcích a na dětských hřištích. Riziko infekce lze zmenšit také důsledným mytím rukou před jídlem, ochranou rukou při práci na zahradě a důkladným omýváním zeleniny.

Měchožilovi se daří u moře

Pes je typickým hostitelem měchožila zhoubného *Echinococcus granulosus*. Mezi hostiteli jsou býložravci, prasata a také člověk. Infekce u nich způsobuje cystickou echinokokózu. Pes je příležitostně také hostitelem měchožila bublinatého neboli větveného *Echinococcus multilocularis*. Jeho mezihostiteli jsou hlodavci, vzácněji prasata, malí přežvýkavci a také člověk. Parazit u nich způsobuje alveolární echinokokózu.

Vývojový cyklus obou zmiňovaných druhů je podobný. S trusem infikovaných masožravců odchází velký počet odolných vajíček, která jsou infekční pro mezihostitele. Ze spolknutého vajíčka se uvolňuje onkosféra (embryo), která se po průniku střevní stěnou dostává do krve a z ní do jater, plic, méně často do mozku, kosterní svaloviny, ledvin a sleziny. V těchto orgánech se vyvíjí larvocysta, jež roste několik let a může údajně dosáhnout až velikosti dětské hlavy.

V Evropě je nejvyšší výskyt měchožila zhoubného u psů hlášen ze zemí kolem Středozemního moře, kde se jako mezihostitelé uplatňují především ovce. Výskyt cystické echinokokózy u člověka má endemický charakter a je vázán na výskyt tasemnice *E. granulosus* u psů; například v Řecku je ročně hlášeno 13 až 15 případů na sto tisíc obyvatel.

V České republice nebyla infekce psa měchožilem zhoubným dlouhodobě prokázána. Přesto byly zaznamenány ojedinělé případy lidské cystické echinokokózy. V letech 1993 až 1999 bylo v ČR sérologicky diagnostikováno 18 osob.

Poslední případ alveolární echinokokózy, nemoci způsobené měchožilem bublinatým, byl na území České republiky popsán v roce 1977 u čtyřia-

sedmdesátileté ženy z Klatovska. Ve stejné oblasti byl nedávno sledován výskyt měchožila zhoubného u masožravců. Byl potvrzen u 63 procent vyšetřovaných lišek a pouze u jednoho psa z 55 vyšetřovaných.

Podobná je situace v endemických oblastech výskytu v západní Evropě. Ve Švýcarsku je ročně hlášeno pět až osm nových případů u lidí a infekce měchožilem bublinatým se zjistila u 78 procent lišek a sedmi procent vyšetřených psů. Tyto výsledky naznačují, že úloha psa v epidemiologii alveolární echinokokózy není zanedbatelná, ale hlavními producenty infekčních vajíček zůstávají lišky.

Dalším psím parazitem, jehož hostitelem může být i člověk, je hádč střešní, *Strongyloides stercoralis*. Larvy pronikají do hostitele kůží nebo s potravou. Krevním oběhem se dostanou do plicních kapilár. Dýchacími cestami pak přes hltan zamíří do trávicího ústrojí. Ve střevě se během dvou týdnů vyvinou v samice, které vylučují tenkostěnná vajíčka. Z nich se ještě ve střevě líhnou larvy. Část jich proniká střevní sliznicí do krve, migruje do jater a plic a opět se vrací do střeva, kde dospívá.

Tato schopnost autoinfekce činí z hádč střevního velmi patogenního parazita, zejména pro hostitele se sníženou imunitou.

Hádč střešní je přizpůsobeno teplému a vlhkému podnebí tropů a subtropů. V mírném pásmu se u psů vyskytuje zřídka. V Česku byly nedávno popsány tři případy strongyloidózy u pacientů s poškozeným imunitním systémem.

Prvoci specializovaní na střeva

V tenkém střevě člověka a zvířat (včetně psů) cizopasí bičíkovci druhu *Giardia intestinalis* ve formě vegetativních bičíkatých stadií. Mají typickou morfologii – kapkovitý tvar, čtyři páry bičíků, dvě jádra a na spodní straně aparát, jímž se přichycují k povrchu střevní sliznice. *Giardie* nepronikají do buněk.

Pokrývají souvisle povrch střevní sliznice a narušují vstřebávání živin. Klinické projevy giardiózy jsou různé – od infekce bez příznaků až po dlouhodobý průjem – a jejich intenzita je ovlivněna vlastnostmi jednotlivých kmenů giardií, imunitou hostitele a případnými dalšími střevními infekcemi.

Nejčastěji se setkáváme s giardiózou u psů ve stáří od 6 týdnů do 10 měsíců. V našich podmínkách zhruba šest procent psích výkalů obsahuje giardie. Poslední poznatky nevylučují možnost infekce člověka giardiemi ze psů, přesto je třeba na lidskou giardiózu pohlížet jako na infekční onemocnění, které se šíří přímo mezi lidmi, bez účasti psů. Potvrzují to výsledky rozsáhlých epidemiologických studií, při nichž nebyla přímá souvislost mezi giardiózou lidí a psů prokázána.

Pozor na psí škrkavky

V Česku je v současnosti registrováno přes jeden milion psů. Podle jiných zdrojů se zde chová až 1,75 milionu psů. Z infekčních nemocí přenosných ze zvířete na člověka je nejrozšířenější larvální toxokaróza způsobená škrkavkami psími. Počet případů na sto tisíc obyvatel roste. Zatímco v roce 1993 to činilo 0,5 osoby, o šest let později 1,7. Vzárostající trend kopíruje nárůst počtu chovaných psů a koček bez ohledu na používání účinných preparátů na odčervení.

Ve srovnání s ostatními úskalími současného života by se mohlo zdát, že produkt psího trávení nepředstavuje pro člověka významné zdravotní riziko. Rozšíření larvální toxokarózy dokazuje, že psi nás střevními parazity přímo neohrožují, ale nelze je opomenout při hledání příčin některých onemocnění člověka.

Vadí nejen na chodníku a v parku

Psí výkaly nejsou jenom nemilým suvenýrem z městských parků a hřišť, ale mohou být i zdrojem řady chorob.

Obsahují totiž parazity, kteří představují pro člověka určité zdravotní riziko. Škrkavka psí – z infekčního vajíčka vznikají larvy, které pronikají přes stěnu tenkého střeva a usazují se v různých tkáních. Způsobují tři formy tzv. larvální toxokarózy. První se vyznačuje zvětšením jater a sleziny, další má příznaky



plicní pneumonie a třetí postihuje oční sítnici. Onemocnění se projevuje za několik měsíců po infekci, v případě oční formy až za několik let.

Měchožil zhoubný. Jeho embryo se dostává do jater, plic a někdy i do mozku.

Zde se pak vyvíjí tzv. larvocysta, která roste několik let a podle starší literatury může dosáhnout až velikosti lidské hlavy.

Bičíkovec *Giardia intestinalis* pokrývá souvisle střevní sliznici a narušuje vstřebávání živin. Na snímku jsou patrné otisky přisavných disků bičíkovce na střevní sliznici.

V Praze je přihlášeno přes 87 tisíc psů a v Brně téměř 30 tisíc, ale podle odhadů je počet asi o třetinu vyšší. Pokud jeden pes denně vyprodukuje průměrně 100 gramů exkrementů, přibude v Praze každý den přes 11 tun a v Brně kolem 4 tun organické hmoty.

Převzato: LN 15. 7. 2006

Opice napadá neznámý virus Organismus je příbuzný s původcem lidských pravých neštovic

Američtí vědci objevili u ugandských opic gueréz červených dosud neznámý virus. Patří do blízkého příbuzenstva dnes vymýceného viru, jenž u člověka vyvolával pravé neštovice. Rodina tzv. orthopoxvirů je poměrně bohatá. Vyvolávají nákazu u široké škály zvířecích druhů od drobných hlodavců přes tuleně a domácí skot až po člověka.

Tým virologů vedený Tonym Goldbergem z University of Illinois je přesvědčen, že bohatství orthopoxvirů stále ještě hrubě nedoceňujeme. „Jakmile začneme pátrat, najdeme především v subsaharské Africe další neznámé viry,“ říká Goldberg. Na stopu viru gueréz se dostali vědci poprvé v roce 2006, když se zoolog Colin Chapman pokusil prověřit zdravotní stav opic, které pozoroval v ugandském národním parku Kibale. Virologové objevili neklamně známky přítomnosti orthopoxviru u plně třetiny všech opic, jimž se podařilo odebrat vzorek krve. Totožnost viru však zůstávala záhadou. „Vypadal tak trochu jako virus lidských pravých neštovic. Zároveň ale nesl znaky některých opičích orthopoxvirů a znaky viru skotu, jenž vyvolává u člověka plané neštovice. Neshodoval se však s žádným z nich,“ popisuje Goldberg úvodní fáze výzkumu. Nakonec došli vědci k závěru, že guerézy z národního parku Kibale byly nakaženy virem, který se liší od všech dosud známých orthopoxvirů. Zprávu o objevu zveřejnil lékařský časopis *Emerging Infectious Diseases*. Guerézy z národního parku Kibale jsou zdravé a ani u obyvatel v této oblasti nebyl zaznamenán výskyt onemocnění, které by bylo možno připsat na vrub nového orthopoxviru. Přesto jsou epidemiologové v pohotovosti. K přenosu opičích orthopoxvirů na člověka už v Africe došlo vícekrát. Onemocněly stovky lidí a někteří z nich vážně. V roce 2003 byl africký opičí orthopoxvirus zavlečen do USA s krysami obrovskými dovezenými z Afriky. Zvířata se prodávala v Texasu v jednom obchodě s domácími mazlíčky. Od krysa se tehdy nakazilo více než padesát lidí. Někteří skončili v nemocnici. Nikdo naštěstí nezemřel. Riziko rozšíření orthopoxviru z gueréz na člověka zvyšuje velká obliba opičího masa, tzv. bushmeatu. V Africe se maso opic i lidoopů vysoce cení. Ilegální lov zkvétá a s bushmeatem se čile obchoduje. Vozí se i na velké vzdálenosti a často končí na trzích ve velkých městech, kde se prodává za ceny několikanásobně vyšší než maso domácích zvířat. Bushmeat je na jídelníčku i v předních afrických restauracích a hotelech. Objev nového orthopoxviru je varováním před nástupem zcela nových infekčních chorob. Za posledních pětadesát let jich epidemiologové zaznamenali 335. Největší riziko vzniku nových infekčních onemocnění hrozí v zemích třetího světa v místech, kde lidé přicházejí často do těsného kontaktu s divoče žijícími zvířaty. Uganda je přímo ukázkovým případem. „Nárůst počtu obyvatel západní Ugandy patří k nejrychlejším v celé subsaharské Africe,“ říká

Tony Goldberg. „Lidé tu potřebují stále novou zemědělskou půdu. Pronikají do panenské přírody a přitom se stále častěji dostávají do těsného kontaktu s divokými zvířaty. Vysoký výskyt viru HIV a stoupající počet pacientů s AIDS přenos nových chorob ze zvířat na lidi usnadňuje, protože pacienti s AIDS mají oslabenou imunitu a podlehnou i nákaze, které by zdravý člověk odolal.“

Převzato: LN 6. 5. 2008

Pentavalentní vakcína proti rotavirům v ČR Rotaviry jsou podle celosvětových statistik nejdůležitějšími a nejčastějšími patogeny vyvolávajícími průjemová onemocnění u dětí do pěti let věku.

Rotaviry celosvětově odpovídají za více než 30 % a v období zvýšeného výskytu ve vyspělých zemích za více než 50 % všech průjemových onemocnění dětí vyžadujících hospitalizaci. „Tato onemocnění jsou velice častá i v našich podmínkách, kde je v závislosti na ročním období udávána 25 % až 50 % účast rotavirů na průjemových onemocněních hospitalizovaných kojenců a dětí do pěti let věku. Výskyt nákazy je u nás celoroční s maximem od ledna do května,“ říká doc. Pazdiora. Převážná většina nálezů je hlášena na základě laboratorního vyšetřování vesměs hospitalizovaných dětí a při objasňování epidemických výskytů, proto existují pouze odvozené údaje o prevalenci rotavirových infekcí, podle nichž byla v roce 2006 nemocnost 2 142, resp. 1 606 na 100 000 dětí ve věku do tří, resp. pěti let.

Typicky jako febrilní gastroenteritida

Klinický obraz se liší podle věku. U novorozenců bývá průběh lehčí až asymptomatický, což zřejmě souvisí s výskytem méně virulentních kmenů na novorozeneckých odděleních a též s vlivem protilátek získaných od matky. U starších dětí a dospělých může být průběh manifestní i asymptomatický. Z dospělých mohou onemocnět rodiče i zdravotnický personál starající se o nemocné děti, popisovány jsou i opakované epidemie v domovech důchodců. „Typická rotavirová infekce probíhá pod obrazem febrilní gastroenteritidy. Na počátku onemocnění se objevuje horečka a zvracení následované rozvojem průjmu. Z komplikací se setkáváme nejčastěji s dehydratací, parainfekční hepatopatií, dále s febrilními křečemi, ve světě byly popsány i křeče bez horečky,“ připomíná MUDr. Ambrožová.

Rotaviry jsou odolné k vlivům zevního prostředí, přežívají v prostředí na předmětech, rukou a jsou rezistentní k působení mnohých dezinfekčních prostředků. Přenos onemocnění přímým kontaktem mezi dětmi i dospělými je velice snadný a vlastnosti rotavirů spolu s nedůslednou osobní hygienou umožňují rychlé rozšíření nemoci. Důvodem je především velmi nízká infekční dávka nutná k nákaze (10 virových částic). Jejich vlastnosti je tak mimo jiné staví do nepříznivé role snadno přenosných nosokomiálních patogenů.

Odborníci doporučují plošnou vakcinaci

„V roce 2006 byly v Evropské unii registrovány dvě vakcíny proti rotavirům. Následně v květnu 2007 na kongresu ESPID – European Society for the Study and Prevention of Infant Death – doporučili zástupci několika odborných společností, aby bylo do národních očkovacích programů zemí EU zařazeno plošné očkování obou vakcín,“ informovala MUDr. Ambrožová. Důvodem není pouze zdravotní, ale i ekonomický význam očkování. Podle studie REVEAL se například zjištěné náklady u hospitalizovaných pacientů s rotavirovou gastroenteritidou pohybovaly v rozmezí od 1 525 do 2 101 euro, v primární péči byly ve výši 166 až 473 euro. V současné době již probíhá plošná vakcinace např. v Rakousku, Lucembursku či Belgii, v ČR zatím plošná vakcinace není zavedena. Od 29. ledna je však v České republice pro zájemce dostupná první pentavalentní vakcína proti rotavirovým infekcím – RotaTeq. Jedná



se o živou perorální vakcínu, u které lze podle doporučení odborníků její první dávku podat od věku šesti týdnů, ale ne později než ve věku 12 týdnů. Mezi dávkami musejí být intervaly nejméně čtyři týdny a všechny tři dávky by měly být podány do věku 26 týdnů.

Převzato: Medical Tribune 5/2008

■ **Ze života pacienta aneb ambulance moje, tvoje, svoje nebo jejich?**

Praktický lékař, který registroval mne a moji rodinu, skončil. Novým majitelem klientely se stala společnost „Moje ambulance“, o čemž nám všem poslala domů zcela korektní dopis. Potud všechno v pořádku. Ale v tomto okamžiku jsem se začal zamýšlet nad čistě jazykovou stránkou věci. Na koho je ten název zaměřen? Na lékaře, nebo na pacienty? Žádný pacient neřekne, že jde do své ambulance. Zejména v případě praktického lékaře lidé tenhle výraz neuvžívají.

Řeknou, že jdou „k lékaři“. Maximálně ještě „ke svému doktorovi“, což už je výraz bližšího vztahu. Nebo je to tím, že první část kampaně byla zaměřena na lékaře, tedy na získání zavedených lékařských praxí? No jo, ale kdybych měl ambulanci a prodal jí ji, pak to zase není „moje ambulance“. Odpovídající název by byl „Jejich ambulance“. Jako obvykle si opět nejsem jist. Dokonce už ani nevím, čím jsem. Svůj, nebo jejich?

Převzato: Zdravotnické noviny 19. 5. 2008

■ **Vědcům se podařilo vysvětlit příčinu odolnosti původce tuberkulózy**

Tuberkulóza vyvolávaná bakterií *Mycobacterium tuberculosis* slaví desíťvý comeback. Každou minutu na ni ve světě umírají čtyři lidé. Mnozí z původců tuberkulózy už odolávají antibiotikům a lékaři proti nim obtížně hledají obranu. K šíření nemoci přispívá i to, že se šíří **vzduchem** podobně jako obyčejná rýma. K nákaze stačí vdechnout i nepatrné množství choroboplodných zárodků.

Neléčený nemocný nakazí ročně v průměru deset až patnáct lidí. Infikovaný člověk přitom nemusí onemocnět ihned. Bakterie zůstávají v jeho těle obalené voskovitou hmotou a v klidu číhají celé roky na vhodnou příležitost.

Ta nastává třeba při oslabení organismu nebo při narušení **imunity**. Ročně tak propuká tuberkulóza u devíti milionů lidí. Nejvíce jsou jí postiženi obyvatelé subsaharské Afriky a jihovýchodní Asie. Dramaticky přibývá případů tohoto onemocnění také v zemích bývalého Sovětského svazu.

Způsob, jakým se původce tuberkulózy šíří z nemocných na zdravé, je zahalen rouškou tajemství. Tým anglických lékařů a mikrobiologů vedený Philipem D. Butcherem z londýnské St. George's University vyvrátil jeden z omylů, který se o šíření tuberkulózy dlouhá léta tradoval. Objev zveřejněný v **lékařském** časopise PLoS Medicine ukázal, že *Mycobacterium tuberculosis* je ještě nebezpečnější, než jsme si mysleli. Vědci odebrali hlen vykašlaný nemocnými z Velké Británie a Gambie a sledovali původce tuberkulózy, kteří se tam nacházeli. Pokaždé narazili na bakterie, které si v tuňce hromadily velké množství tuků. U některých pacientů tvořily „tlusté“ bakterie až 86 % všech choroboplodných zárodků.

Vědci byli přesvědčeni, že v hlenu jsou vykašlány vysoce aktivní bakterie, které se množí a jsou s to ihned nakazit nové oběti. Butcherův tým však zjistil, že drtivá většina vykašlaných bakterií je v klidovém stadiu. Byly to právě „tlusté“ bakterie, které „hluboce spaly“.

Výhoda v boji s rezistentními kmeny

Aktivní bakterie jsou poměrně snadno zranitelné. Zahubí je léky i nepříznivé podmínky. „Spící“ bakterie vynikají odolností. To vysvět-

luje, proč je k úplnému vyléčení nutné podávat pacientovi antibiotika po dlouhé **měsíce**.

Nedokončení léčby zvyšuje riziko, že v těle pacienta přežijí „spící“ bakterie a choroba po čase propukne nanovo. S nedůslednou léčbou navíc stoupá hrozba vzniku kmenů odolných k antibiotikům. Takzvané multirezistentní kmeny vzdorují hned několika různým antibiotikům. Jejich výskyt už zaznamenali lékaři v 81 zemích světa. Na svědomí mají každý dvacátý nový případ tuberkulózy.

Na kmeny označované **jako** extrémně rezistentní už nezabírají prakticky žádná antibiotika. Poprvé se objevily v Jižní Africe, ale dnes jsou rozšířeny po celém světě. Jejich výskyt byl zaznamenán ve 45 zemích světa. Je však téměř jisté, že řada případů zůstává neodhalena.

K boji s rezistentními kmeny tuberkulózy by mohl významně přispět i objev „tlustých“ bakterií. Vědci předpokládají, že když se podaří původci tuberkulózy zabránit v syntéze tuků, budou bakterie k tradičním antibiotikům mnohem vnímavější.

Převzato: LN 7. 4. 2008

■ **Úřad chce prosadit nové očkování**

Plošnou vakcinaci dětí proti pneumokokovi zavedlo již 17 států EU. Česko by to stálo 400 milionů ročně.

Dětem možná přibude do očkovacího kalendáře jedno povinné očkování. Ministerstvo zdravotnictví uvažuje o tom, že by od příštího roku zavedlo plošné očkování proti pneumokokovým nákazám. Česká republika by se tak přidala k 17 zemím Evropské unie, které již toto očkování všem dětem hradí. Jako zatím poslední zavedlo toto plošné očkování Slovensko, a to letos 1. dubna.

Do konce roku bude ministerstvo zdravotnictví provádět analýzu výskytu a závažnosti těchto onemocnění. Podle hlavního hygienika Michaela Víta je zavedení plošného očkování dětí na pneumokokové infekce především otázkou peněz. Jak uvedl pro ČTK, náklady na všechna očkování dnes vycházejí na zhruba půl miliardy korun ročně. Pokud by se přidala látka proti pneumokokům, náklady by vzrostly o dalších 400 milionů. Otázkou je, jestli by tyto náklady byly vyváženy tím, co by se díky očkování ušetřilo na léčbě nemocných dětí.

Odborníci plošné očkování proti pneumokokům vesměs schvalují, doporučuje ho i Světová zdravotnická organizace (WHO).

Pneumokokové choroby mohou mít závažné následky hlavně u velmi malých dětí. Kromě běžných onemocnění způsobují pneumokoky takzvaná invazivní pneumokoková onemocnění, mezi nimiž zánět mozkomíšních blan. „Až 300 dětí ročně u nás onemocní invazivními pneumokokovými onemocněními. 20 procent dětí postižených pneumokokovou meningitidou zemře,“ tvrdí občanské sdružení Nahlas, které zavedení plošného očkování proti pneumokokům podporuje.

Od roku 2007 jsou přitom vakcíny proti pneumokokům hrazeny dětem v rizikových skupinách. Jde o několik tisíc dětí ročně. Patří mezi ně děti s poruchami imunitního systému, některými dalšími chronickými nemocemi nebo s častými infekcemi středního ucha.

Kromě toho ostatním dětem, kterým očkování proti pneumokokům dobrovolně platí rodiče, přispívají na vakcínu zdravotní pojišťovny. Výše příspěvku se u různých ústavů pohybuje od 500 do 1500 korun. To ovšem nevystačí ani na jednu dávku očkovací látky. Její cena se pohybuje kolem 2000 korun a kojenci je postupně potřebují dohromady čtyři. U dvouletých a starších dětí stačí jedna dávka. Vakcína funguje proti sedmi typům pneumokoků (celkem jich je přes 90), které nejčastěji způsobují invazivní infekce.

Proti plošnému očkování se staví sdružení Rozalio. „Vyzýváme vás k nezavádění povinného očkování proti pneumokoku ani žádných dal-



ších očkování, pokud k tomu nebude vážný epidemiologický důvod," píše sdružení hlavnímu hygienikovi Česka.

Přeočkovávat proti tuberkulóze a černému kašli?

Očkovací kalendář možná čekají i další změny. Přibýt by mohlo povinné přeočkování starších dětí proti černému kašli. Odborníci uvažují také o tom, jestli je nadále nutné všechny české děti přeočkovávat proti tuberkulóze. Vzhledem k jejímu výskytu u imigrantů se zrušením přeočkování ale nejspíš nebudou souhlasit specialisté na plicní nemoci. Někteří lékaři přitom dokonce mluví i o možnosti zrušení prvního očkování proti tuberkulóze. „Osobně se kloním k vakcinaci pouze rizikových skupin," uvedl například šéf České vakcinologické společnosti Roman Prymula.

Jak se změní očkovací kalendář

Ministerstvo uvažuje o zavedení plošného očkování proti pneumokokům. Dále by do očkovacího kalendáře mohlo přibýt přeočkování starších dětí proti černému kašli. Naopak u přeochkování proti tuberkulóze odborníci zvažují jeho zrušení.

Převzato: LN 9. 4. 2008

Bioveta vyvinula vakcínu proti borelióze

Lidé, kteří se pohybují v místech, kde se vyskytují klíšťata, se možná už brzy nebudou muset obávat, že se od nich nakazí lymeskou boreliózou. Farmaceutická společnost Bioveta totiž dokončila základní vývoj vakcíny proti tomuto klíšťatý přenášenému onemocnění. Vakcína již prochází zkouškami v Česku a v Německu. Pokud testy dopadnou úspěšně, na trhu bude vakcína nejdříve za několik let.

Vývoj trval pět let a podílela se na něm Lékařská fakulta Palackého univerzity v Olomouci. Týdeníku Ekonom to řekl ředitel Biovety Libor Bittner. Pokud budou testy úspěšné, mohlo by Biovetě patřit světové prvenství. Společnost už proti borelióze vyrábí vakcínu pro psy.

„Výsledky testů očekáváme do konce července," řekl týdeníku Bittner. Pokud první zkoušky dopadnou dobře, začne Bioveta hledat zahraničního strategického partnera. Nutný několikaleťový proces, který zahrnuje preklinické a klinické zkoušky, schválení a registrace, přípravu výroby apod., by byl pro samotnou Biovetu příliš složitý a drahý.

Borelióza je infekční onemocnění přenášené klíšťaty. Odhaduje se, že v Česku činí promořenost populace klíšťat pět až deset procent, přičemž místy může být i výrazně vyšší. Preventivní očkování lidí proti té formě boreliózy, která se vyskytuje v Evropě a v Asii, zatím neexistuje.

V Česku onemocní ročně tisíce lidí

Lymeskou boreliózou onemocní v Česku ročně několik tisíc lidí. V roce 2006 to bylo celkem 4370 lidí, nejvíce za posledních deset let. Za loňský leden až do 10. září onemocnělo boreliózou 2028 osob. Proti druhé nebezpečné nemoci, klíšťové encefalitidě, kterou také klíšťata přenášejí, vakcína již existuje. Borelióza sice není tak zákeřná jako encefalidita, může ale způsobit potíže s klouby nebo se srdcem. Na rozdíl od encefalidity se borelióza dá léčit antibiotiky. Nárůst nemocnosti způsobený klíšťaty epidemiologové vysvětlují oteplováním klimatu a s tím souvisejícím rozšířením klíšťat. Bioveta dodává na trh asi 150 druhů léků pro desítky zvířecích druhů od ptáků přes psy až po koně a dobytek. Více než polovinu tržeb tvoří export do zahraničí. Předloni meziročně vzrostl asi o čtvrtinu. Celkem společnost vyváží zhruba do 40 zemí. Firma si nechala předloni zaregistrovat 47 léků v zahraničí a tři v Česku. Bioveta vznikla v Ivanovicích v roce 1951 a zaměstnává přes 320 pracov-

níků. Firma patří do skupiny Bioveta Holding, stejně jako společnosti Opavet a Pharmachem. Dceřinou společností Biovety je bulharský Bioleks, který pracuje s biologickým materiálem z Ivanovic.

Převzato ČTK 24. 1. 2008

Unikátní český objev pomůže v léčbě malárie

Českým vědcům se podařil unikátní objev, který může usnadnit vývoj léku proti smrtelně nebezpečné malárii.

Našli totiž tajemného předchůdce dnešních parazitů. Právě ti způsobují mimo jiné malárii, která je považována za jednu z nejméně nejzávažnějších chorob světa. Ročně na ni umírá 1,3 milionu lidí. Vakcína proti malárii neexistuje, dosavadní preventivní léky mohou po dlouhodobém užívání způsobit deprese a někdy i sebevražedné sklony.

O objevu českých mikrobiologů z Akademie věd referuje dnes jeden z nejprestižnějších vědeckých časopisů – Nature. Mnoho vědců pochybovalo, že tajemný předek parazitických prvoků ještě existuje. Přesto se ho podařilo najít. Parazitičtí prvoci, kteří způsobují malárii či toxoplaz-

VIII. ČESKÝ PEDIATRICKÝ KONGRES
S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ

25. - 27. 9. 2008
DKO JIHLAVA
Lékařská sekce

26. 9. 2008
DĚLNICKÝ DŮM
Sesterská sekce

NIVEA Baby
hlavní partner

Nestlé BEBA
hlavní partner

VOX PEDIATRIAE
časopis praktických lékařů pro děti a dorost

ČESKO-SLOVENSKÁ PEDIATRIE
mediální partneři

www.pediatrie2008.cz



mózu, obsahují ve svých buňkách chloroplast. Bylo tak jasné, že předkem těchto parazitů musela být řasa schopná fotosyntézy. Nikdo ji však dosud nikdy neviděl, její existence zůstávala pouhou hypotézou. Ode dneška už má vědecký svět jasno – díky českým vědcům. Objevená řasa dostala vědecké jméno Chromera velia.

Řasu původně izoloval z korálů u pobřeží Austrálie biolog Robert Moore. Obrátil se na Miroslava Oborníka z Parazitologického ústavu Akademie věd v Českých Budějovicích. A jeho tým pomocí molekulární analýzy dokázal, že je to skutečně on, hledaný předek dnešních parazitických prvoků – výtrusovců.

Objevená řasa Chromera je podle Oborníka v podstatě živou fosilií, extrémně starý organismus, který žil na planetě Zemi již před 750 miliony let.

Jaký má objev význam? Samozřejmě pro studium parazitů, ale řasa může být extrémně zajímavá i pro všechny laboratoře zabývající se testováním a vývojem léků proti malárii. Pěstování parazita, způsobujícího malárii, je totiž velice náročné, drahé a nebezpečné. Testování léku na velmi snadno a levně pěstovatelném modelu – nově objevené řase Chromera velia – výrazně ulehčí a zlevní výzkumníkům práci.

Převzato: MF Dnes 22. 2. 2008

Termíny podzimních specializačních kurzů pro lékaře ve specializační přípravě a ostatní praktické lékaře pro děti a dorost

11. 9. 2008 - Hotel ILF, Budějovická 15, Praha 4 Vedení lékařské praxe praktického lékaře pro děti a dorost

Téma: Management soukromé praxe
Komunikace se zdravotními pojišťovnami
Legislativa
Vedení zdravotnické dokumentace
Internet
Převody lékařských praxí

Vedoucí kurzu: MUDr. Olga Roškotová

Účastnický poplatek: 300,- Kč

16. 10. 2008 - Hotel ILF, Budějovická 15, Praha 4 Strategie antibiotické léčby v dětském a dorostovém věku

Vedoucí kurzu: Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.

Téma: Problematika racionálního přístupu k preskripci antibiotické terapie v primární péči o děti a dorost.

Účastnický poplatek: 600,- Kč

4. 12. 2008 - Hotel ILF, Budějovická 15, Praha 4 Očkování v praxi praktického lékaře pro děti a dorost

Téma: Základy používání očkovacích látek
Mechanismus účinku očkovacích látek
Legislativa
Očkovací schémata
Očkovací kalendář v ČR a ostatních státech
Očkování dětí při cestách do zahraničí.

Vedoucí kurzu: MUDr. Hana Cabrnachová

Účastnický poplatek: 300,- Kč

Instruktor kurzu:
Věra Pavelková, e-mail: pavelkova@ipvz.cz, tel.: 261 092 457

Podrobnosti o kurzech naleznete na portálu vzdělávacích akcí IPVZ.

I N Z E R C E

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

Hledám dlouhodobý zástup

Hledám dlouhodobý zástup do soukromé ordinace praktického lékaře pro děti a dorost ve Volarech. Byt 3+1 k dispozici. Spěchá. Tel.: 723 875 326, e-mail: m.patakova@seznam.cz. Ev. č.: 122-03-08

Prodám zavedenou praxi PLDD

Prodám zavedenou praxi PL pro děti a dorost ve Švihově u Klatov. Informace na tel.: 00420 606 602 874. Ev. č.: 123-03-08

Hledám kolegu/yni do ordinace

Hledám kolegu či kolegyni do dobře zavedené ordinace dětského lékaře – perspektivně praxi prodám. Severní Čechy. Kontakt: 724 231 665. Ev. č.: 126-04-08

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra na zástup do dětské ordinace – příležitostné zástupy během roku (dovolená, event. nemoc). Ostrava. Tel.: 603 474 018. Ev. č.: 127-04-08

Hledám asistenta do ordinace PLDD

Hledám asistenta do ordinace PLDD v Ostravě, s následným převodem praxe. Tel.: 775 223 531. Ev. č.: 128-04-08

Hledám nástupce

Hledám nástupce do zavedené pediatrické praxe ve Zlíně. Tel.: večer 577 431 056. Ev. č.: 130-04-08

Hledám nástupce do zavedené praxe PLDD

Hledám nástupce do zavedené praxe PLDD v okrese Příbram. Tel.: odpoledne: 604 304 666. Ev. č.: 131-05-08

Ordinace PLDD hledá asistenta

Ordinace PLDD Praha 6 hledá asistenta na 1 den v týdnu plus zástupy. Tel.: 604 988 174. Ev. č.: 132-05-08

Přenechám praxi

Přenechám praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Praze 9. Tel.: 732 673 852. Ev. č.: 133-05-08

Hledám pediatra na zástupy

Hledám pediatra/pediatryni na zástup v srpnu za dovolenou. Rovněž pak k další pravidelné spolupráci (např. 1× týdně středy dopoledne) a další občasně zástupy dle domluvy. Lokalita Praha 3-Jarov. Tel.: 603 523 062. Ev. č.: 136-06-08

Montrose Pharma Altargo - A4

MSD RotaTeq - A4