



- Včasná diagnostika sluchového postižení u nejmenších dětí
- Celoplošný screening sluchu novorozenců v Plzeňském a Karlovarském kraji
- Vliv včasné léčby novorozenců perorálním osídlením nepatogenním *E. coli* na vývoj jejich imunoalergického systému
- Cesta ze tmy
- Raná péče
- Léčení koktavosti
- Statiny a sportovní aktivita
- Resuscitace – doporučené postupy



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



Na koliky mají experti účinný recept

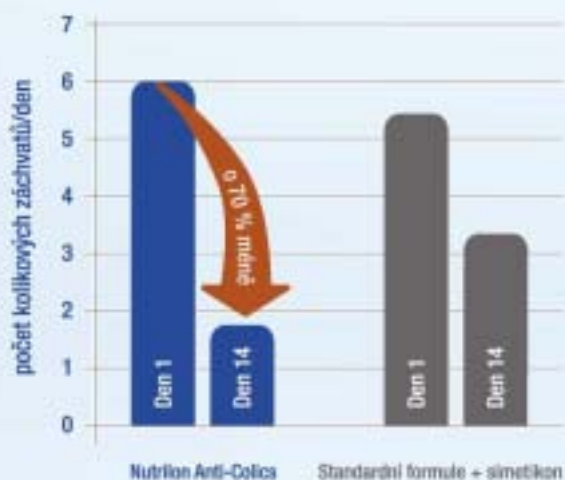


STOP
kolikám

Pokles kolikových záchvatů pláče o

70%

NUTRILON ANTI-COLICS
JE ÚČINNĚJŠÍ NEŽ SIMETIKON¹



- Částečně hydrolyzovaná bílkovina
- Nízký obsah laktózy
- Prebiotická směs scGOS/lcFOS (9:1)






NUTRILON JE JEN JEDEN



¹ Savino F et al., Reduction of crying episodes owing to infantile colic: a randomized controlled study on the efficacy of a new infant formula. European Journal of Clinical Nutrition (2006); 60: 1304-1310.

Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace na webových stránkách www.nutrilib.cz a na infolince 800 110 000. Potravinu pro zvláštní výživu – potravinu pro zvláštní lékařské účely.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	Nemocní s celiakií mohou požádat o příspěvek na bezlepkovou dietu	11
	Informace OSPDL ČLS JEP	12
	MUDr. Gabriela Malá	13
	Včasná diagnostika sluchového postižení u nejmenších dětí	13
	MUDr. Monika Vohlídková, Ing. Jiří Pešta	
	Celoplošný screening sluchu novorozenců v Plzeňském a Karlovarském kraji	15
	Hana Cmarová, DiS.	17
	Cesta ze tmy	17
	Mgr. Zuzana Pecháčková	19
	Raná péče	19
	MUDr. Jiří Liška, CSc.	
	Vliv včasné léčby novorozenců perorálním osídlením nepatogenním E. coli na vývoj jejich imunoalergického systému	22
	Prof. RNDr. Josef Pešák, CSc.	29
	Léčení koktavosti	29
	MUDr. Petra Trdličková, prof. MUDr. Václav Zeman, CSc.	32
	Statiny a sportovní aktivita	32
	8. kongres primární péče	
	Jak správně vyživovat od narození až do stáří	34
	Klinický mix z dermatologie	36
	Informace z 9. ročníku kongresu ISPPD	37
	Ze světa odborné literatury	38
	Aktuality	39
	Řádková inzerce	41
	Autodidaktický test, Výživa dětí	42
	Resuscitace – doporučené postupy	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

AHOU
ABBOTT
DOBRÝ ANDĚL
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

Tisk a distribuce: Casus Direct Mail, a.s., držitel certifikátu ISO 9001, ISO 14001 a ISO 27001, Žilinská 5, 141 00 Praha 4, www.casus.cz

Titulní strana: Nelinka, foto Jiří Prokeš.

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR 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 se nevracejí. Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsah inzercí a vložených tiskovin.

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

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc., MUDr. Jana Sudková, MUDr. Ctirad Kozderka

Inzerce: Ing. Veronika Drahovzalová
 GSM: 605 281 665 – jen pro inzery
veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
 Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

Pondělí 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Úterý 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Středa 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Čtvrtek 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Pátek 10⁰⁰ – 13⁰⁰ hod.

Sekretariát:

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
 fax: 267 184 050

Redakce VOX:

telefon: 267 184 065

e-mail: centrum@detskylekar.cz



Babiš versus Němeček

Máme novou vládu (nedemisní) a jsme tudíž v napjatém očekávání, co od ní můžeme my, lékaři, očekávat. Jak jsme si za ta léta neustálých proměn a výměn (ministrů i politických garnitur) zvykli, zdravotnictví je nezbytně neustále dokola transformovat, zkvalitňovat péči i dostupnost, férově financovat a stabilizovat. Že skutek utek, vidíme v naší každodenní praxi. Nyní se přidává nový fenomén, a tím je zprůhledňování našeho zdravotnictví ve snaze ušetřit a hledat vnitřní rezervy. Kvůli financím ve zdravotnictví se v minulých týdnech ministr zdravotnictví Němeček ostře střetává s ministrem financí Babišem, který kritizuje neprůhlednost finančních toků (ročně 280 miliard!). Nutno ale připomenout, že největším dlužníkem systému je stát, který za „své pojištění“ léta nepřidal z rozpočtu ani kačku. A tak zatímco jinde v EU hledají růst a rozvoj, my hledáme po více než dvaceti letech stabilitu. Vlastně ani není divu, když politický populismus a ideologická umanutost převažuje nad ekonomickými počty. Blíží se přece zase volby. A protože (již) zrušené poplatky za pobyt v nemocnici udělaly díru do nemocničních rozpočtů, bude jim letos kompenzováno navýšením platby za státní pojištění z 787 Kč na 845 Kč (částka 2,1 miliardy). A plánované zrušení poplatků u ambulantního specialisty, praktického lékaře a za recept od ledna 2015 by mělo být kompenzováno ze státního rozpočtu též částkou 2,1 miliardy Kč (spolu s částkou 2,1 mld. pro nemocnice tedy 4,2 miliardy). Leč má to jeden háček. Je to vázáno na přípravu „hvězdného“ rozpočtu 2015. Pan ministr Babiš nechce propást příležitost zabránit „vysávání“ zdravotnictví a chce mít jistotu, že MZ provede systémové změny. To je jedna z jeho podmínek pro přidání peněz do zdravotnictví. Neuvědomuje si ale, že stát má vůči zdravotnictví dlouhodobě velký vnitřní dluh. Jednou ze zásadních změn by mělo být zveřejnění všech smluv a údajů, včetně úhradových dodatků a cen za výkony v nich obsažených, mezi poskytovateli zdravotní péče a pojišťovnami. Včetně jejich příjmů. Nejsem si však jist, že jeho představa o tom, že to pomůže na příští rok upravit (rozuměj sjednotit ceny) úhradovou vyhlášku a upravit Seznam výkonů, je splnitelná.

Koalice soukromých lékařů (KSL) při své první návštěvě minulý týden u pana ministra (45 minut po opakovaných urgencích) vysvětlila svůj postoj ke zveřejnění smluv se ZP. Upozorňovala na to, že se nebrání, aby konkrétní smlouvy byly dostupné na vyžádání. Tak, jak zní rozsudek Nejvyššího správního soudu. Má ale obavy, že plošně zveřejněné všechny informace dostupné všem, např. o přístrojovém vybavení jednotlivých ordinací lékařů, mohou být zneužity, např. kriminálními živly. Proto vydala doporučení svým členům nesouhlasit s jejich plošným zveřejněním. Zároveň zdůraznila, že problém různých úhrad za stejný výkon a údajně nevhodné nakládání s penězi se týká převážně přímo řízených nemocnic, které mnohdy čerpají dotace z veřejných peněz. Soukromý sektor řeší svou vyrovnanou provozně-ekonomickou situaci výhradně ze svých vlastních zdrojů (příjmů od ZP). Zástupcům Koalice bylo doporučeno, aby se jeho a vládnímu nařízení bránili soudně, neboť on (ministr) plní pouze politické zadání obsažené v koaliční smlouvě. Jednoznačně odmítl požadavek o zvážení možnosti nerušit regulační poplatky v ambulancích s tím, že se počítá (!?) s jejich možnou kompenzací prostřednictvím vykazování signálního kódu v ceně 30 Kč. Dotaz zástupce SPLDD, zda vláda počítá také s možností vykazování tohoto kódu praktickými pediatry, kterým nebyly zrušené poplatky u dětí zcela kompenzovány, rozzuřil pana ministra do běla. Na rozdíl od jeho názoru, prezentovaného v čísle 3/2014 časopisu *Tempus Medicorum* („Budu bojovat za to, že stát musí všem zdravotnickým segmentům v plné míře vykompenzovat zrušení poplatků.“), nám bylo sděleno, že za rozhodnutí předchozích pravicových vlád nenese žádnou zodpovědnost a tudíž to nehodlá řešit. Že prý jsme měli víc křičet!

KSL také předala vedení úřadu údaje z Analytické komise zdravotních pojišťoven, která jednoznačně dokazuje, že vývoj úhrad v segmentu lůžkové péče má dlouhodobě vzestupnou tendenci na úkor poskytovatelů péče ambulantní. A to i přes košaté bonifikační programy ZP.

Vzhledem k tomu, že zástupci KSL mají z ministerského jednání (ČSSD) rozporuplné pocity a vnímají ne zcela názorovou jednotu na některé problémy, týkající se systémových změn, obracují se na ostatní předsedy vládních koaličních stran (pan Babiš a pan Bělobrádek) se žádostí o schůzku. Na té by rádi zdůraznili, že při naplňování vládního plánu stabilizace a rozdělování prostředků z rozpočtu státu do zdravotního pojištění je nutno se řídit základním principem, který nerozlišuje mezi soukromým sektorem a přímo řízenými zdravotnickými zařízeními. Jinak není šance, aby v budoucnu pacienti našli bez problému svého všeobecného i dětského praktika nebo zubaře.

Pro mne osobně je průběh jednání s ministrem zdravotnictví koaliční vlády připomenutím toho, že jsme opět (pokolikáté už?) na startovní čáře, že praktickým pediatrům nesvítá na lepší časy a že stále platí „nutno bojovat dál a nevzdávat to“! Zejména pokud chceme v budoucnu zachovat dětského lékaře v primární péči. Je ale fakt, že bez podpory vás, členů SPLDD, by to mohl být boj marný.

MUDr. Milan Kudyn,
1. místopředseda SPLDD



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

V měsíci dubnu proběhly další z regionálních konferencí SPLDD. S jejich usneseními se můžete seznámit na dalších stránkách našeho časopisu. Ukazuje se, že problematika, která trápí PLDD, je ve všech regionech velmi obdobná. Společnými výstupy z konferencí se bude zabývat Sněm SPLDD.

Společně se zástupci zdravotních pojišťoven jsme jednali nad úpravou a aktualizací Metodického postupu k vykazování pravidelného, nepovinného, zvláštního a mimořádného očkování od 1. 1. 2014. Proběhlo zahajovací jednání dohodovacího řízení o úhradách z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2015. Zástupci Koalice soukromých lékařů byli po urgenci přijati ministrem zdravotnictví.

10. 4. 2014 proběhlo první jednání dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2015 a jednání ke změně jednacího řádu. Koordinátorem pro segment praktických lékařů se po dohodě zúčastněných stal MUDr. Michal Bábíček.

29. 4. 2014 se konal kulatý stůl na MZ ČR ke zhodnocení zákona č. 373/2011 Sb. a vyhlášky č. 79/2013 Sb. k pracovnělékařským službám v praxi. Společně s OSPDL jsme se snažili obhájit návrh změny v novele příslušného zákona, tak aby PLDD opět zís-

kal kompetence k posuzování zdravotní způsobilosti pro pracovní vyučování na školách a krátkodobé brigády.

30. 4. 2014 proběhlo na půdě MZ ČR setkání zástupců Koalice soukromých lékařů s ministrem zdravotnictví MUDr. Svatoplukem Němečkem za přítomnosti náměstka pro sekci zdravotního pojištění MUDr. Toma Philippa. Bylo projednáváno pět okruhů společné problematiky. Ve věci zveřejňování smluv úhradových dodatků jsme se s panem ministrem neshodli, trváme na společném prohlášení KSL, které to odmítá. Ve věci

kompenzace zrušených regulačních poplatků přes počáteční negativní stanovisko nakonec pan ministr ponechal možnost dalšího jednání a napravení této letité křivdy. Čas ukáže, zda se nejedná o další z nesplněných slibů zástupců MZ. Dále byla projednávána možnost navýšení úhrad pro ambulantní sektor, k výstupu jsme nedospěli, obecně Seznam zdravotních výkonů a možnosti jeho další kultivace, další možná spolupráce se zástupci KSL. Ke konkrétním výstupům jsme nedospěli.

11. Český pediatrický kongres s mezinárodní účastí



18. - 20. září 2014

Academia centrum UTB Zlín

POZVÁNKA

Více informací a přihláška on-line na



www.pediatricie2014.cz

generální partner
NUTRICIA



Informace SPLDD

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 15. dubna 2014

Přítomni: dr. Kudyn, dr. Stará, dr. Jojko, dr. Tautermann, dr. Dvořák, dr. Chrz, dr. Šmatlák

Omluveni: dr. Hülleová

Aktuální situace ve zdravotnictví

- Ministr zdravotnictví zatím na žádost o schůzku s Koalicí nereagoval a neprojevil zájem ani o jednání se zástupci jednotlivých organizací KSL. Setkává se pouze s prezidentem ČLK dr. Kubkem a zástupci odborů.
- Ministr vede zdravotnickou politiku proti soukromé ambulanci sféře, proti zdravotní politice EU a ohrožuje finanční stabilitu systému. Členové Koalice se na základě této skutečnosti dohodli na základních bodech společného prohlášení s cílem upozornit na nejzávažnější problémy současného zdravotnictví. Obsah prohlášení:
 - absence komunikace ministra zdravotnictví s privátním ambulancním sektorem,
 - primární podpora lůžkových zařízení,
 - nárůst úhrad nemocniční péče,
 - rezignace na redukci lůžkových zařízení,
 - populistické zrušení regulačních poplatků,
 - spoluúčast skoro nejmenší v EU.

Text prohlášení bude spolu s další žádostí o schůzku k řešení výše uvedených problémů zaslán ministru zdravotnictví. KSL současně požádá o setkání předsedy hnutí ANO a KDU-ČSL. S obsahem prohlášení budou seznámeny ZP, PSP ČR, Senát ČR a zástupci sdělovacích prostředků. Text prohlášení bude zaslán i dr. Roithové, která se nemohla z důvodu velkého pracovního vytížení zúčastnit dubnového jednání KSL (*poznámka: dopisy a prohlášení byly rozeslány 23. 4. 2014*).

- Pro odpovídající kompenzaci zrušených regulačních poplatků v roce 2015 nemá ministerstvo zdravotnictví dostatek finančních prostředků. Částky, o kterých ministerstvo veřejně hovoří, nebudou stačit ani na kompenzaci zrušených regulačních poplatků v nemocnicích.

Grémium poskytovatelů nemocniční péče na MZ ČR

- Dr. Dvořák navrhuje požádat MZ ČR o ustavení Grémia poskytovatelů ambulantních služeb a o této žádosti informovat ČTK.

Prohlášení SPL ČR

- Zástupci KSL berou na vědomí prohlášení XXIV. konference SPL ČR ze dne 5. 4. 2014 a navrhují převzít obecné připomínky, které se týkají všech členů Koalice, do společného prohlášení KSL.

Tisková zpráva Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR

- KSL bere tiskovou zprávu na vědomí.

Zveřejňování smluv poskytovatelů zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami

- KSL na základě společného rozhodnutí nedoporučí svým členům dát souhlas ke zveřejnění individuálních smluv. Zástupci Koalice budou souhlasit pouze se zveřejněním textu vzorových rámcových smluv, jejichž obsah vyplývá z vyhlášky a ze zákona.
- Dr. Jojko vypracuje společné stanovisko Koalice, které bude zasláno ZP, MZ ČR a médiím (*poznámka: stanovisko bylo ministrom zdravotnictví, zdravotním pojišťovnám a médiím odesláno 16. 4. 2014*).

Různé

- KSL znovu osloví dr. Roithovou a pozve ji na květnové jednání Koalice.
- Mgr. Sladkovská požádala zástupce Koalice o aktualizaci počtu členů jednotlivých organizací.

V Praze dne 28. 4. 2014

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Prohlášení Koalice soukromých lékařů k situaci ve zdravotnictví v ČR

Koalice soukromých lékařů (KSL) na svém pravidelném jednání 15. 4. 2014 zhodnotila vývoj situace ve zdravotnictví od ustanovení nové vlády ČR po posledních parlamentních volbách.

KSL se pozastavuje nad tím, že nový ministr zdravotnictví MUDr. Svatopluk Němeček, MBA,

- zatím nijak nereagoval na opakované žádosti o schůzky ze strany KSL jako celku i jednotlivých v KSL zastoupených organizací, a to ačkoli některé z nich jsme

odeslali prakticky ihned po jeho nástupu do funkce ministra.

- ani jinak nekomunikuje se zástupci ambulantních soukromých lékařů, ačkoli ti zajišťují více než 50 % veškeré zdravotní péče. Nekomunikuje nijak s Českou stomatologickou komorou.
- omezuje svou komunikaci se zástupci lékařů na kontakty s Českou lékařskou komorou a odbory, ačkoli tyto dvě organizace k tomu nemají v takovém rozsahu mandát.
- proti obecnému trendu v Evropské unii podporuje nárůst procenta finančních prostředků směřujících do nemocnic, čímž relativně znevýhodňuje veškeré, ale zejména soukromé poskytovatele ambulantních zdravotních služeb.
- trvá na rušení regulačních poplatků za návštěvu v ambulancích, ačkoli je z vývoje situace jasné, že stát nemá tč. ani na plnou kompenzaci za výpadek regulačních poplatků za hospitalizaci. Avizovaný objem peněz, kterými má být nahrazen příjem ambulancí po zrušení regulačních poplatků v roce 2015, je podle našich výpočtů jednoznačně nedostatečný.

KSL

- se obává, že výše vyjmenované aktivity ministra zdravotnictví mohou být v krátké době samy o sobě příčinou finanční krize ambulantní zdravotní péče.
- žádá vládu ČR, aby zajistila ve všech vyjmenovaných bodech nápravu.

■ Dopisy Ing. Babišovi a MVDr. Bělobrádkovi

K rukám

Ing. Andreje Babiše, předsedy hnutí ANO; MVDr. Pavla Bělobrádku, Ph.D., MPA, předsedy KDU-ČSL

V Praze 23. 4. 2014

Vážený pane předsedo,

obracíme se na Vás z titulu zástupců více než 20 000 poskytovatelů zdravotních služeb jako na předsedu vládní strany i jako na místopředsedu vlády České republiky s přiloženým prohlášením.

Zároveň s tím Vás žádáme o schůzku, na níž bychom mohli projednat obsah tohoto doku-



mentu včetně možných cest, jak snad ještě zabránit potenciální hrozbě plynoucí z kroků současného ministra zdravotnictví.

Na základě zhodnocení jeho aktivit v posledních týdnech se totiž obáváme ekonomického i existenčního ohrožení všech soukromých ambulantních poskytovatelů v ČR. Věříme, že s námi souhlasíte, že takový stav by byl nežádoucí, a proto předem děkujeme za návrh termínu našeho setkání s Vámi.

■ Dopis ministru zdravotnictví

K rukám MUDr. Svatopluka Němečka, MBA,
ministra zdravotnictví ČR
V Praze dne 23. 4. 2014

Vážený pane ministře,
od doby Vašeho nástupu do funkce ministra zdravotnictví jsme Vám poslali již dvě žádosti o schůzku s Vámi. První obecnější, v té druhé jsme již specifikovali konkrétní problémy, jejichž řešení považujeme v současné době za urgentní.

Příznáme se, že je pro nás nepříjemným překvapením, že na tyto dopisy, ale ani na žádosti jednotlivých organizací zastoupených v Koalici soukromých lékařů (KSL) z Vaší strany nepřišla ani jedna jediná reakce.

Dovolujeme si Vás upozornit, že Česká lékařská komora ani odborové organizace nemají mandát vyjednávat za všechny poskytovatele zdravotních služeb, že organizace zastoupené KSL jich reprezentují přes 20 000. Zároveň upozorňujeme, že trend, který je vidět ve Vašich krocích, tj. další navyšování procenta peněz směrem k lůžkové péči při omezených zdrojích na úkor ambulantní péče v rámci Evropské unie neobvyklý a sám o sobě jistě povede k finanční krizi ambulantních zdravotnických služeb a prodražování všech služeb jako celku.

Žádáme Vás, abyste

- přestal přehlížet legitimní zástupce soukromých ambulantních poskytovatelů zdravotních služeb.
- garantoval přiměřenou úroveň ambulantních zdravotních služeb v ČR, a to včetně zajištění jejich významu odpovídajícího postavení jejich zástupců na všech úrovních, na nichž se zdravotnický systém řeší.
- zastavil trend finančního zvýhodňování lůžkových zařízení při stagnaci či poklesu příjmů ambulantní péče.
- nerušil regulační poplatky za návštěvu pacientů v ambulancích. Z vývoje jednání přece registrujete stejně jako my, že stát

nemá tč. ani na plnou kompenzaci za výpadek regulačních poplatků za hospitalizaci a že avízovaný objem peněz, kterými má být nahrazen příjem ambulantní péče po zrušení regulačních poplatků v roce 2015, je jednoznačně nedostatečný.

Věříme, že Vám je jasné, že vše, co žádáme, je logické a potřebné a pro systém jako celek užitečné.

Závěrem žádáme, abyste po vzoru přístupu k lůžkovým zařízením nechal ustavit také Grémium ambulantních zdravotních služeb, kde by byli zastoupeni představitelé organizací sdružených v KSL.

Deklarujeme, že pokud budou Vaše kroky a plány racionální a nebudou nijak mířeny proti soukromým lékařům, jsme připraveni s Vámi maximálně spolupracovat.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Milan Kudyn, místopředseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory

MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

■ Odpověď ministra Němečka



V Praze dne 24. 4. 2014

Č.j.: MZDR 23128/2014-1/PRO
MZDRX00M5BJP

Vážený,
dovoluji si reagovat na Vaše prohlášení ze dne 16. 4. 2014, kde konstatujete, že nedoporučíte členům Koalice soukromých lékařů souhlasit se zveřejněním textů smluv mezi nimi a zdravotními pojišťovnami s tím, že takový krok by údajně nepřinesl nic pozitivního, neušetřil žádné finanční prostředky a nepomohl by ani v boji s korupcí, ale jen by ohrozil dotčené poskytovatele zdravotních služeb.

Dovoluji si Vás informovat, že s takovým stanoviskem nemohu souhlasit. S ohledem na obsah Programového prohlášení vlády je úkolem Ministerstva zdravotnictví ČR zajistit transparentnost finančních toků ve zdravotnictví. Právo občanů na svobodný přístup k informacím ostatně vyplývá z již platné legislativy, zejména ze zákona

č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů (dále také jako „ZSPI“). Ministerstvo zdravotnictví tedy trvá na tom, aby smlouvy mezi poskytovateli zdravotní péče a pojišťovnami byly veřejně přístupné.

Zdvořile bych rád zdůraznil názor, že pokud by správní rady jednotlivých pojišťoven vyslyšely přání Koalice soukromých lékařů, jednaly by pravděpodobně v rozporu se zákonem, tak jak je vykládán Nejvyšším správním soudem.

Už článek 17 odst. 1 Listiny základních práv a svobod uvádí, že svoboda projevu a právo na informace jsou zaručeny. Listina stanoví, že státní orgány a orgány územní samosprávy jsou povinny přiměřeným způsobem poskytovat informace o své činnosti; podmínky a provedení má stanovit zákon. Tímto zákonem je ZSPI.

Mám za to, že žádnou z výjimek z informační povinnosti, které uvádí ZSPI či zdravotnické předpisy, nelze uplatnit proti zveřejnění smluv o poskytování a úhradě péče hrazené ze zdravotního pojištění, uzavíraných mezi pojišťovnami a poskytovateli.

V médiích a politických debatách bývá někdy ze strany poskytovatelů namítáno, že zveřejnění by bylo porušením obchodního tajemství, že by se dotklo ochrany důvěrnosti majetkových poměrů poskytovatele – fyzické osoby nebo že by zveřejněním došlo k porušení povinnosti mlčenlivosti dle zákonů upravujících činnost zdravotních pojišťoven.

V této souvislosti mi dovoluji poukázat na to, že Nejvyšší správní soud se však se všemi těmito námitkami přesvědčivě vypořádal už v rozhodnutí pod spisovou značkou 3 Ads 33/2006-57 ze dne 16. 5. 2007, kde konstatoval, že údaje o platbách poskytnutých Všeobecnou zdravotní pojišťovnou jejím jednotlivým smluvním zdravotnickým zařízením nepředstavují informaci, jejíž poskytnutí by bylo možné odůvodnit odkazem na ochranu informací o majetkových poměrech těchto zařízení a poskytnutí informací nebrání ani obsah rámcových a individuálních smluv, povinnost mlčenlivosti podle zákona ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, a nejedná se ani o obchodní tajemství podle § 9 ZSPI. Z toho také vyplývá skutečnost, že Všeobecná zdravotní pojišťovna je veřejnou institucí a je tak subjektem plné informační povinnosti ve smyslu ZSPI. Podobně Městský soud v Praze ve svém rozhodnutí sp. zn. 12 Cad 11/2007 ze dne 10. 10. 2008 shodně hodnotil Zdravotní pojišťovnu ministerstva vnitra.



Zveřejnění se nevztahuje jen na smlouvy, ale také na informace o dalších smluvních ujednáních zdravotních pojišťoven s poskytovateli zdravotních služeb, zejména o úhradových dodacích, dále pak i na plnění mimo smlouvy. Omezení jsou ve shora uvedených věcech dána zákonem č. 101/2000 Sb., ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Jestliže tedy Nejvyšší správní soud takto vykládá ZSPI při soudním přezkumu individuálního postupu, mám za to, že z toho vyplývá obecný princip povinného zveřejňování takového typu smluv zdravotními pojišťovnami, aniž by zde hrozil rozpor se zákonem.

Od roku 2007 tedy není již možno namítat použitelnost těchto výjimek z informační povinnosti, jde-li o smlouvy mezi poskytovateli a pojišťovnami. V dostupné odborné právní literatuře ani v judikatuře soudů po roce 2007 tak neexistuje teoretický ani soudní výklad, který by citovaný názor Nejvyššího správního soudu přesvědčivě vyvracel.

Zveřejňování informací je dle výkladu ZSPI Nejvyšším správním soudem povinností vyplývající ze zákona, kterou nelze vyloučit smluvně, nebo dokonce jednostranným právním úkonem účastníka transakce, která podléhá zveřejnění. Pokud pro příslušnou instituci vyplývá ze zákona informační povinnost (jde o veřejnou instituci) a současně nejsou splněny podmínky žádné ze zákonem definovaných výjimek (obchodní tajemství, mlčenlivost aj.), potom je tato instituce povinna zveřejnit informace bez ohledu na názor svých smluvních partnerů. Opačný výklad by znamenal, že smluvní partner povinné instituce může svým nesouhlasem zcela popřít zákonné právo občana na informace.

Pokud zdravotní pojišťovny podmiňují zveřejnění smluv a dalších úhradových informací souhlasem smluvního poskytovatele, postupují dle názoru Ministerstva zdravotnictví ČR nesprávně. Zdravotní pojišťovny, včetně zaměstnaneckých, jsou povinnými subjekty dle ZSPI a na požadované informace se nepoužije žádná ze zákonných výluk popsaných výše.

Ministerstvo zdravotnictví ČR má proto za to, že zdravotní pojišťovny jsou proto povinny informační povinnost plnit i bez souhlasu, či dokonce proti vůli smluvních poskytovatelů, a to bez ohledu na právní formu poskytovatele, včetně poskytovatelů, kteří mají právní formu obchodních korporací založených za účelem zisku.

Platný zákon o svobodném přístupu k informacím tedy již nyní dává jasné povinnosti

potvrzené i judikaturou Nejvyššího správního soudu a postihuje všechny důležité úhradové vztahy. Dále mám za to, že u vybraných smluvních oblastí by mohlo pomoci například zveřejnění jako podmínka platnosti smlouvy. Dovolte mi Vás dále informovat, že v krátké době bude Ministerstvo zdravotnictví ČR iniciovat novelu příslušných právních předpisů, která povede k zakotvení zákonné povinnosti zveřejňování tohoto typu smluv. Závěrem mi dovolte Vás pozvat ke společnému jednání k uvedenému tématu, které se bude konat 30. dubna 2014 od 14:30 hodin v budově Ministerstva zdravotnictví ČR.

S pozdravem
Svatopluk NĚMEČEK, ministr

■ Usnesení regionální konference regionu Severní Morava a Slezsko ze dne 12. 4. 2014 na zámku v Kuníně

Konference vyslechla zahájení předsedy regionu MUDr. Michala Pukovce.

Konference zvolila

- návrhovou komisi ve složení Aleš Polách, Ivana Příkrylová, Michal Pukovec,
- mandátovou komisi ve složení Jindřiška Chalupová, Veronika Halašková, Zuzana Andresová.

Konference konstatuje, že je přítomno 24 členů!!!

Konference vyslechla odborná sdělení:

- 1) Edukafarm - PharmDr. L. Kotlářová: Evidence based medicine v oblasti imunomodulace,
- 2) GlaxoSmithKline - MUDr. J. Smetana: Pneumokokové infekce, HPV vakcinace,
- 3) Sanofi-Pasteur - B. Hrabalová: Vakcína Hexacima.

Konference vyslechla

- zprávu o činnosti předsedy Regionu Severní Morava a Slezsko Michala Pukovce,

- zprávu Ivany Příkrylové o hospodaření regionu za rok 2013:

Příjmy 365 890 Kč

Výdaje 271 112,67 Kč

Zisk 94 777,33 Kč

a návrh rozpočtu regionu na rok 2014:

Příjmy 397 000 Kč

Výdaje 388 000 Kč

Zisk 9 000 Kč

Konference bere na vědomí informaci o hospodaření regionu za rok 2013.

Konference souhlasí s hospodařením regionu v roce 2013 a souhlasí a odhlasovala návrh

rozpočtu regionu Severní Morava a Slezsko na rok 2014.

Konference dále vyslechla zprávu revizní komise přednesenou MUDr. Michalem Pukovcem.

Konference bere na vědomí na základě přednesené zprávy, že nebyly zjištěny nesrovnalosti v hospodaření.

Konference vyslechla vystoupení hostů z VV SPLDD MUDr. Ctirada Kozderky a MUDr. Jany Kulháňkové zejména k problematice

- ekonomika ordinací PLDD,
 - administrativní zátěž - posudková činnost,
 - udržení oboru PLDD,
 - celoživotní vzdělávání a kredity SPLDD,
- zahájila diskusi nad uvedenými příspěvky. Dále konference vyslechla vystoupení účastníků zdravotních pojišťoven:

- Ing. Michala Vojáčka, ředitele zdravotního odboru VZP Ostrava,

- Ing. Milana Bilíka, ředitele odboru smluvních vztahů ČPZP,

- MUDr. Jiřího Havranta, náměstka ředitele Revírní bratrské pokladny.

Konference žádá zdravotní pojišťovny, aby vždy začátkem prosince podávaly ordinacím PLDD informaci o přeregistrovaných pojištěncích.

Konference žádá zástupce ČPZP, aby při přeregistraci pojištěnce do jiné pojišťovny hlásila ČPZP do centra kapacity i registrujícího lékaře.

Konference žádá, aby ČPZP splnila svůj slib daný na loňské konferenci Ing. Karpetovou a začala proplácet akutní péči o neregistrované pojištěnce nad 19 let.

Konference doporučuje zástupcům pojišťoven, aby při dohodovacích řízeních braly v potaz pokles výdajů pojišťoven na očkování a navýšily proplácení očkovacích výkonů!

Konference a zástupci pojišťoven shodně konstatují, že základ zdravotní péče je v primární sféře.

Konference vyslechla informaci vědeckého sekretáře OSPDL ČLS JEP MUDr. Milana Rytíře.

Konference konstatuje, že se přes pozvání nedostavil žádný zástupce Odboru zdravotnictví MSK.

Konference žádá Výkonný výbor SPLDD o další jednání nad Seznamem výkonů s bodovými hodnotami, zejména k navýšení bodových hodnot výkonů očkování a prevence v souvislosti se zvyšující se náročností zajištění očkování.

Konference žádá VV SPLDD ČR, aby i nadále vedl intenzivní jednání o kompenzaci za zrušené regulační poplatky v segmentu PLDD,



a vyzývá k jednání s MZ ČR k omezení věcného usměrňování cen očkovacích látek.

Konference konstatuje, že očkování je pro praxe PLDD ekonomickým přínosem a většina přítomných je ochotna do budoucna nakupovat očkovací látky za předpokladu,

a) že bude zohledněna náročnost očkování navýšením časové hodnoty očkovacího výkonu,

b) že nebude cena očkovací látky regulována věcně usměrňovanou cenou, ale bude stanovena možnost přijatelné marže.

Konference rovněž prodiskutovala nízkou účast členů na konferenci a konstatuje, že hlavním důvodem je vysoká informovanost členů o situaci v oboru cestou Vox Pediatraie, webových stránek sdružení, mailovou korespondencí a aktivní činností okresních zástupců.

Konference rovněž konstatovala, že množství seminářů a kongresů je stále větší a mnoho kolegů již nenachází prostor pro účast na konferencích, i když to patří mezi základní členské povinnosti.

Konference upozorňuje členy, že při nízkých účastech může být narušen tok finančních prostředků ze strany firem a může dojít k ohrožení činnosti celého regionu.

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

Konference byla informována výborem regionu a bere na vědomí, že příští regionální konference se bude konat 11. 4. 2015, bude volební a místo bude upřesněno.

Konference odhlasovala, že i v roce 2015 bude konference jednodenní.

Zpracoval: MUDr. Aleš Polách

■ Usnesení konference východočeského regionu SPLDD konané dne 26. 4. 2014

Mandátová komise: MUDr. Bartoňová,

MUDr. Janečková, MUDr. Prokopová

Návrhová komise: MUDr. Pišek,

MUDr. Zavřelová, MUDr. Petřtylová

1. Konference bere na vědomí zprávu o činnosti SPLDD východočeského regionu za rok 2013, kterou přednesl MUDr. Hrunka.

2. Konference bere na vědomí zprávu o hospodaření východočeského regionu SPLDD za rok 2013, kterou přednesla MUDr. Doležalová.

3. Konference bere na vědomí zprávu revizní komise za rok 2013, kterou přednesla MUDr. Zavřelová.

4. Konference jednohlasně schválila rozpočet na rok 2014.

5. Konference opět vyzývá členskou základnu k větší účasti na akcích SPLDD.

6. Konference ukládá výkonnému výboru jednat o navrácení kompetence PLDD vystavovat pracovnělékařské posudky pro své registrované pacienty.

7. Konference ukládá Předsednictvu SPLDD jednat s ministerstvem školství o jednotné podobě formuláře „Přijetí do MŠ“, „Přihláška ke studiu“, „Posudek ke sportu“.

8. Konference doporučuje VV jednat s MZ ohledně zjednodušení systému vzdělávání v oboru PLDD.

9. Konference doporučuje využívat webové stránky SPLDD a OSPDL.

10. Konference doporučuje Předsednictvu SPLDD dále organizovat cykly vzdělávacích seminářů s aktuální profesní problematikou.

Zapsal MUDr. Martin Pišek

■ Usnesení Sněmu ze dne 18. 5. 2014 ve Skalském Dvoře

Sněm vyslechl úvodní zprávu předsedkyně SPLDD a zvolil návrhovou a mandátovou komisi.

Sněm konstatuje, že věkový průměr PLDD v ČR je 58 let a vzhledem ke stoupajícímu věku a výrazným rozdílům pokrytí sítě PLDD v ČR doporučuje zahájit jednání s jednotlivými krajskými institucemi o této problematice.

Sněm vyslovil obavu o budoucnost oboru PLDD v primární péči, vzhledem k aktivitám, které v současné době koná ČPS, čímž nedodrží Májovou dohodu z roku 2013.

Sněm doporučuje připravit členskou základnu na možné protestní akce.

Sněm konstatuje stagnaci financování praxí PLDD (stále není dorovnána kompenzace zrušených regulačních poplatků při stoupajících nákladech praxí a nízkém finančním ohodnocení oboru).

Sněm rozhodl, že uvedená fakta vedou k neatraktivnosti oboru PLDD pro juniory.

Sněm doporučuje VV SPLDD a pracovní skupině k SZV pracovat na rozšíření seznamu výkonů s možností spoluúčasti pacienta a překalkulaci současných výkonů (např. výkony očkování, návštěvní služba).

Sněm konstatuje, že narůstá administrativní zátěž v ordinacích PLDD v souvislosti s novou legislativou.

Sněm kategoricky nesouhlasí se ztrátou kompetencí PLDD k posudkové činnosti: posouzení zdravotní způsobilosti k odborné praxi v rámci vzdělávání a krátkodobé pracovní činnosti.

Sněm vyzývá VV SPLDD a Předsednictvo SPLDD vstoupit v jednání s MŠMT ČR a řešit aktuální problematiku škol, mateřských škol a sportovních prohlídek.

Sněm ukládá VV SPLDD ve spolupráci s OSPDL pracovat na nápravě v připravované novele zákona č. 373/2011 Sb.

Sněm projednal problematiku akreditovaných pracovišť PLDD a jejich budoucnost.

Sněm konstatuje velké problémy s činností Centrálního registru pojištěnců a Kapitáčního centra (zavádění novorozenců, přeregistrace pojištěnců mezi ZP).

Sněm konstatuje přetrvávající problémy s automatickým odregistrováním 19letých pacientů a proplácením následné péče u PLDD.

Sněm konstatuje, že stále narůstá počet odmítačů očkování a individuálních očkovacích kalendářů.

Sněm vyzývá orgány státní správy k urychlenému řešení této situace včetně zodpovědnosti státu za případné nežádoucí účinky očkování při povinném očkování provedeném „lege artis“.

Sněm odsouhlasil všemi hlasy zřízení kontaktního centra pro generační výměnu vedeného na centru SPLDD dle metodiky, kterou vypracuje Předsednictvo.

Sněm doporučuje řešit Předsednictvu SPLDD ekonomické aspekty při předčasném propouštění novorozenců a ambulantních porodech (nové kódy a finanční spoluúčast pacienta).

Sněm vzal na vědomí předložené podklady pro úpravu stanov a schválil dopracování jejich konečné verze do celorepublikové konference 2014.

Sněm vyzývá členy SPLDD ke zvýšené aktivitě při podpoře akcí SPLDD.

Sněm vyslovil obavu o budoucnost oboru PLDD v primární péči.

Sněm schválil konání příštího sněmu ve dnech 22.–24. 5. 2015 v hotelu Jezerka Seč – Ústupky.

■ Tiskové prohlášení Sněmu

Účastníci Sněmu SPLDD ČR, který se konal ve dnech 17. 5. a 18. 5. 2014 ve Skalském



Ministerstvo zakáže prodej nezdravých potravin na školách

Ministerstvo školství připravuje vyhlášku, která na školách zakáže prodej nezdravých potravin a nápojů v automatech a bufetech. Na tiskové konferenci to řekl ministr Marcel Chládek (ČSSD), podle něhož by mělo toto opatření začít platit od příštího školního roku nebo od kalendářního roku 2015.

Chládek, který proti automatům na školách vystupuje dlouhodobě, znepokojily výsledky šetření České školní inspekce. Podle nich se v 86 procentech automatů na školách prodávají balené cukrovinky. Ve více než polovině mají žáci k dispozici bagety a slané chuťovky a v 19 procentech jsou smažené brambůrky. Na druhé straně se mléčné výrobky prodávají pouze v deseti procentech automatů. Vedle nezdravých potravin bude zakázán prodej zdraví škodlivých nápojů. I v automatech na prvním stupni základních škol totiž bývá k dispozici káva, upozornil ministr. „Ty děti přitom někdy ani nevědí, že je to kafe, protože se to prodává i jako capuccino a podobně. Oni si myslí, že je to kakao nebo něco podobně neškodného,“ dodal Chládek.

O povoleném sortimentu podle něj nebudou rozhodovat ministerští úředníci, ale odborníci na výživu. V některých automatech, které i dnes nabízejí zároveň zdravé i nezdravé potraviny a nápoje, bude stačit obměna sortimentu. Jiné automaty budou muset zmizet zcela, i když v určitých případech nikoliv okamžitě. „Pokud narazíme na problém s výpovědí smlouvy, tak tam dáme přechodné období, kdy budou ředitelé moci tuto situaci vyřešit,“ poznamenal Chládek.

Totožná norma jako pro automaty bude platit pro bufety v prostorách škol. „Ředitelé musejí dohlédnout na to, aby se v nich neprodávaly nezdravé jídlo a nápoje nebo dokonce cigarety, případně alkohol,“ řekl. Připravovaná vyhláška je jedním z opatření komplexní strategie ministerstva týkající se výchovy dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu. V jejím rámci se pracuje rovněž na podpoře školních jídelen, zavedení třetí hodiny tělocviku, která by se mohla uskutečnit ve spolupráci se sportovními kluby, a obnovu preventivních prohlídek.

Zdroj: čtk, 14. 5. 2014

Dvoře, důrazně upozorňují, že demografická situace jejich oboru je dlouhodobě varující. Stoupající věkový průměr (nyní 58 let) je alarmující zejména proto, že již nyní v některých lokalitách na území ČR rodiče obtížně nalézají svého dětského praktického lékaře. Vyzývají proto představitele státní správy, aby urychleně vytvořili takové podmínky pro zachování dosavadního systému, který poskytuje kvalitní komplexní léčebně-preventivní primární péči o dětskou a dorostovou populaci. V současné době se snaží tento náš léty prověřený fungující systém zavést mnohé evropské státy do svých programů péče o dětskou populaci.

■ Nezapomeňte na podání hlášení o očkovacích látkách!

V souladu se zákonem č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, jsou **zdravotní pojišťovny** působící v České republice, s účinností od 1. ledna 2012 **povinny hradit z veřejného zdravotního pojištění léčivé přípravky obsahující očkovací látky pro pravidelná očkování.**

Pro účely sledování distribuovaných, skladovaných, aplikovaných a likvidovaných očkovacích látek bylo zřízeno Clearingové centrum. Provozovatelem Clearingového centra je Národní referenční centrum.

Úkolem Clearingového centra je evidence všech zálohových plateb, evidence všech realizovaných plateb, evidence skladových zásob deponovaných u poskytovatelů zdravotních služeb (PZS), evidence ztrát (zejména evidence léčivých přípravků rozbitých, znehodnocených, nepoužitelných z důvodů zásahu vyšší moci, zlikvidované léčivé přípravky z důvodu závady a léčivé přípravky vrácené distributorovi), přerozdělení skutečných nákladů (podíl jednotlivé pojišťovny na úhradě aplikovaných očkovacích látek, a to včetně jejího podílu na případné ztrátě) mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny.

Do Clearingového centra předává informace **distributor očkovacích látek** (informace o očkovacích látkách dodaných jednotlivým PZS), **zdravotní pojišťovny** (informace o očkovacích látkách vykázaných jednotlivými PZS) a **PZS**, kteří provádějí pravidelná očkování (informace o dodaných očkovacích látkách, stavu zásob jednotlivých očkovacích látek, včetně informace o znehodnocených – zlikvidovaných očkovacích látkách).

PZS předávají do Clearingového centra informace o **dodaných očkovacích látkách**

za dané období (půlrok), **stav zásob** jednotlivých očkovacích látek k danému datu (30. 6. a 31. 12. daného kalendářního roku) a informace o **znehodnocených – zlikvidovaných** očkovacích látkách.

Předávání informací lze provést elektronicky nebo v listinné podobě. Formulář na každé pololetí je k dispozici na adrese www.nrc.cz/cinnosti/cc. Pro zaslání v listinné podobě je nutné formulář vytisknout, vyplnit požadované údaje a poštu odeslat na adresu Clearingového centra: **NRC – CC**, Vinohradská 1899/112, 130 00 Praha 3. Pohodlnější je varianta elektronického podání. Předtím je ale nutno udělit souhlas s elektronickou formou komunikace, k čemuž slouží formulář Souhlas s elektronickou formou komunikace, který je ke stažení na uvedeném webu. Po vyplnění a zaslání podepsaného SOUHLASU již nemusíte tisknout a podepisovat HLÁŠENÍ O OČKOVACÍCH LÁTKÁCH, stačí je vyplnit přímo v počítači a přiložit do e-mailu jako přílohu.

Důležité je si uvědomit, že Hlášení se týká pouze očkovacích látek používaných pro pravidelné očkování. Mezi ně patří i očkovací látka Prevenar 13, která byla distributorem dodána a PZS použita pro děti ze zdravotní indikace dle přílohy č. 1 vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem. Hlášení naopak nepodléhají očkování mimořádná, zvláštní a nepovinná.

Dodatek ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče na r. 2014 (tzv. úhradový dodatek) stanoví hodnotu bodu pro výkony očkování 02105 a 02125 ve výši **1,12 Kč** při splnění podmínky správného vykazování očkování zdravotní pojišťovně (jeden příslušný kód očkování, jeden kód ZULP příslušné očkovací látky v aplikovaném množství a příslušné diagnózy dle platné Metodiky pro provádění pravidelného očkování – v případě nesplnění této podmínky nebude výkon očkování uhrazen) a dále při splnění povinnosti zabezpečit další podmínky týkající se objednávání, likvidace a sledování údajů o stavu skladovaných očkovacích látek k 30. 6. 2014 a k 31. 12. 2014 a předávání informací nezbytných pro zúčtování do Clearingového centra. V případě nesplnění této podmínky budou výkony očkování uhrazeny ve výši 0,60 Kč.

Je tedy v zájmu každého PLDD předat Hlášení do CC se správnými údaji a včas (do 1 měsíce od 30. 6. a 31. 12.).



Nemocní s celiakií mohou požádat o příspěvek na bezlepkovou dietu

Češi trpící celiakií mohou u některých zdravotních pojišťoven požádat o příspěvek na bezlepkovou dietu. Bezlepkové potraviny bývají dražší, jen přísné dodržování diety je možností, jak se zbavit zdravotních problémů souvisejících s onemocněním. Maximální roční příspěvek (6 000 Kč) ještě loni poskytovala nevýdělečně činným do věku 26 let Všeobecná zdravotní pojišťovna. Letos o výši příspěvku zatím nerozhodla. Na bezlepkovou dietu poskytují finance také další české pojišťovny (Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna a Revírní bratrská pokladna).

O příspěvek na bezlepkovou dietu mohou požádat nemocní, kteří mají potvrzení o diagnostikované celiakii. Diagnostika je vzhledem k mnoha různým, často necharakteristickým příznakům velmi obtížná. „Prvním krokem je vyšetření krve na specifické autoprotilátky. Dalším krokem je histopatologické vyšetření biopsie sliznice tenkého střeva. Vzorek sliznice velikosti kolem 2 mm odebírá gastroenterolog při endoskopickém vyšetření. Bez výsledku biopsie se přesná diagnóza neobejde,“ popsala diagnostiku celiakie MUDr. Markéta Trnková, ředitelka laboratoří BIOLAB Praha, které se diagnostikou tohoto onemocnění zabývají už více než 10 let.

■ Na Slovensku pojišťovny hradí velkou část z ceny bezlepkových potravin

Pro srovnání – na Slovensku mají lidé odkázaní na zdravotní diety právo na velkou část úhrady z ceny potravin. Slovenští zákonodárci totiž prosadili velká procenta úhrad nejen na bezlepkovou dietu, ale na spoustu dalších zdravotních diet. „Celiak na Slovensku na bezlepkový tmavý chléb, který stojí 3,51 eura, dostane od státu 1,98 eura a v případě univerzální bezlepkové mouky, která stojí 4,07 eura, obdrží dokonce 3,55 eura,“ uvedla příklady z praxe Monika Sívá, slovenská studentka s diagnostikovanou celiakií žijící v Praze. „U pacientů s nárokem na dotaci se krevními testy na protilátky sleduje, zda poctivě dodržují bezlepkovou dietu. Bezlepkové potraviny u nás předepíše lékař. Například doplňková tekutá výživa, co pomáhá celiakům s rozhozeným metabolismem těsně po diagnóze, je téměř celá dotovaná. Pacient platí jen 0,01 eura,“ dodává Monika Sívá.

■ V Česku celiak může získat příspěvek na bezlepkovou dietu až šest tisíc korun ročně

V České republice Všeobecná zdravotní pojišťovna v rámci programu Bezlepková dieta ještě v loňském roce nabízela svým pojištěncům příspěvek 6000 Kč. Jaký bude příspěvek letos, zatím pojišťovna nesdělila. Pacienti by se aktualizované informace měli dozvědět v průběhu května. VZP však celiakům radí, ať si schovávají platební doklady za bezlepkové potraviny.

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda nabízí příspěvek v maximální výši 1500 Kč ročně pro všechny bez rozdílu věku na úhradu nákladů spojených s dietním stravováním (po předložení originálního dokladu o zaplacení nákupu dietní stravy a vyjádření ošetřující-

cího lékaře o nezbytné dietě). „Příspěvek ve stejné výši poskytuje ženám i mužům od 19 let s diagnózou celiakie Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. Příspěvek je určen na bezlepkové potraviny, bezlepkové suroviny a domácí pekárnu,“ upřesnila Jana Slabá, specialista zdravotních pojišťoven společnosti AeskuLab. Pojištěnci ČPZP musejí doložit výpis z bankovního účtu nebo průkazní kartičku k bankovnímu účtu, občanský průkaz a potvrzení od gastroenterologa.

Poslední, kdo nabízí příspěvek na bezlepkovou dietu, je Revírní bratrská pokladna. Navýšeným příspěvkem do výše 1000 Kč hradí nákup potravin dětem s diagnózou celiakie.

■ *Převzato od PR KONEKTOR*

Všeobecná zdravotní pojišťovna	<ul style="list-style-type: none"> • nyní připravuje aktualizaci programu Bezlepková dieta • radí klientům s celiakií schovávat si platební doklady za bezlepkové potraviny
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	<ul style="list-style-type: none"> • maximální výše ročního příspěvku je 1500 Kč • bez rozdílu věku • nutné je lékařské potvrzení o diagnostikované celiakii • nutné je mít originální platební doklady za bezlepkové potraviny • příspěvek je určen na bezlepkové potraviny a domácí pekárnu
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	<ul style="list-style-type: none"> • příspěvek ve výši 1500 Kč • příspěvek je určen ženám i mužům od 19 let s diagnózou celiakie • příspěvek je určen na bezlepkové potraviny a domácí pekárnu • nutné je doložení dokladů o nákupu bezlepkových potravin do dvou měsíců od nákupu • k proplacení na pobočce je nutné doložit výpis z bankovního účtu nebo průkazní kartičku k bankovnímu účtu, občanský průkaz a potvrzení od gastroenterologa
Revírní bratrská pokladna	<ul style="list-style-type: none"> • hradí příspěvek do výše 1000 Kč • nutné je lékařské potvrzení o diagnostikované celiakii • hradí nákup potravin dětem s diagnózou celiakie



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

V posledním měsíci se dokončilo kolo regionálních konferencí SPLDD, kterých se vždy účastnil zástupce OSPDL s informacemi o hlavních problémech. Prakticky na všech konferencích byla konstatována dobrá spolupráce mezi oběma organizacemi.

OSPDL + SPLDD podpořily projekt prevence úrazů u dětí, který vypracovalo švédské velvyslanectví ve spolupráci s dalšími partnery. Obě naše organizace jsou odbornými garanty brožury, která v této souvislosti vyjde. Odkazy jsou k nalezení na webu.

17. 4. – výbor OSPDL – vybraná témata:

- revizní komise zůstane pracovat ve stávajícím složení, dojde ke změně na místě předsedy ze zdravotních důvodů – definitivní návrh v kompetenci RK,
- obor PLDD – v ZN vyjde anketa zobrazující výuku pediatrie na českých lékařských fakultách, doladuje se úprava vzdělávacího programu PLDD, domluvena další jednání ohledně budoucnosti našeho oboru,

- mezioborová spolupráce – vzácná onemocnění a imunodeficity – materiály vložené do VOXu,
- osloven prof. Pohunek – „novelizace“ doporučených postupů v léčbě *astma bronchiale*,
- probíhá příprava edukační brožury o očkování pro rodiče,
- výstupy z NIKO – potřebná doporučení umístěna na web – doporučení pro očkování proti meningokokovým onemocněním, rotavirovým infekcím, spalničkám.

22. 4. v rámci Evropského vakcinačního týdne – Senát ČR, patronace zdravotního výboru Senátu – účast předsedkyně OSPDL – tisková konference, následný seminář, jehož pořadatelem byla kancelář WHO v ČR, na kterém dále vystoupili zástupci MZ, České vakcinologické společnosti, OSPDL, kolegů dospělých praktiků, UNICEF – příspěvky ukázaly na současnou problematiku očkování, možné následky poklesu proočkování,

vyjádřily podporu očkovacím programům. K možnému nahlédnutí na webu WHO.

29. 4. – kulatý stůl na Ministerstvu zdravotnictví – diskuse o dosavadním dopadu zákona č. 373/2011 Sb. a vyhlášky č. 79/2013 Sb. – zástupce OSPDL – Šebková, SPLDD – Kozderka – sděleny problémy, které dosavadní znění přináší PLDD i školám a pacientům – plánována novelizace, naše připomínky se zdají být akceptovány. Nutné ale doladit požadavky na vzdělávací program PLDD – domluvena schůzka za účasti kompetentních osob MZ.

Příprava

Ve spolupráci SPLDD a OSPDL konference na podporu očkování „Očkování od A do Z – fakta proti mýtům“ 24. 5. 2014 Brno, 31. 5. 2014 Praha.

Ve dnech 6. 5.–9. 5. 2014 se několik členů OSPDL včetně členů výboru zúčastnilo 32. kongresu Evropské společnosti pro dětské infekční nemoci (ESPID). Program byl rozsáhlý. Problematikou, která nás zajímala, byla především otázka současné situace v očkování proti preventabilním nemocem. V rámci předkongresového symposia jsme byli seznámeni se zaváděním vakcíny Hexacima ve státech, kde byla tato vakcína zaregistrována, a rovněž o stavu studie, která probíhá paralelně v ČR, Německu a Španělsku.

V poslední době se některé z nemocí, jejichž výskyt byl již výjimečný, opět začínají objevovat, a to nejenom pertussis, což pozorujeme i v ČR, ale např. poliomyelitida a difterie. Seznámili jsme se s očkovací taktikou v případě výskytu epidemii těchto nemocí. Dalším zajímavým tématem byla různá očkovací schémata stejnými vakcínami, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění v jednotlivých národních očkovacích programech, a to v souvislosti s volným



pohybem pracovních sil v Evropě a migrací obyvatelstva.

Další přednášky se týkaly virových i bakteriálních infekcí, samostatné bloky byly věnovány exotickým nemocem, ale i tuberkulóze a očkování proti ní.

Informace ve formě abstrakt z kongresu jsou k dispozici na CD v kanceláři OSPDL.

MUDr. Gabriela Kubátová



Včasná diagnostika sluchového postižení u nejmenších dětí

MUDr. Gabriela Malá

ambulance ORL a foniatrie, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Sluch je smysl, který má zásadní význam pro rozvoj verbální komunikace a celé osobnosti člověka. Sluchové postižení je podle WHO nejzávažnějším smyslovým postižením. Důsledkem vady sluchu, která vznikla v raném věku dítěte, je narušení vývoje řečových schopností, kognitivních funkcí, abstraktního myšlení, ztížená orientace v sociálním prostředí. Porucha sluchu, pokud není včas řešena, výrazně ovlivňuje školní prospěch, dosažený stupeň vzdělání, výběr profese, pracovní i společenské uplatnění.

Člověk se rodí s vlohou pro osvojení řeči. Aby mohla být tato vloha využita, je nutné sluchová a řečová centra v mozku dostatečně stimulovat akustickými podněty od nejranějšího věku. Velmi důležitým obdobím jsou první dva roky života. Včasně odhalení typu a tíže sluchového postižení a včasná rehabilitace (digitální sluchadla, kochleární implantáty, BAHA) usnadňují správný vývoj řečových dovedností dítěte. **Cílem screeningových programů v dnešní době je stanovení diagnózy trvalé poruchy sluchu mezi 6.–12. měsícem.**

Incidence trvalé poruchy sluchu u novorozenců je udávána 1–2:1000 narozených dětí. Ve skupině rizikových novorozenců je incidence až 20–40:1000 narozených.

Sluchové vady jsou různé etiologie. Hereditární sluchová postižení tvoří 50–60 % a získaná 40–50 % z celkového počtu sluchových vad v dětském věku. Jiný způsob dělení vyčleňuje skupinu sluchových vad kongenitálních (60 %) a vad vzniklých a rozvíjejících se postnatálně (40 %). Velmi zajímavé je dělení geneticky podmíněných sluchových vad. V 80–85 % se jedná o autozomálně recesivní onemocnění, přibližně 15 % postižení je autozomálně dominantních. Nesyndromálních vad sluchu, kdy je postiženo pouze sluchové ústrojí, je přibližně 70 %. Ve více než polovině případů se jedná o mutaci genu GJB2 (GJB6), jejímž důsledkem je defekt membránové bílkoviny connexinu 26 (30) ve vnitřním uchu. Toto postižení se řadí do skupiny autozomálně recesivních.

Z výše uvedeného vyplývá důležitost **screeningového vyšetření sluchu** již v novoroze-

neckém věku a jeho celoplošné provádění. Aby bylo možné celoplošný screening realizovat, musí být k dispozici vhodná vyšetřovací metoda. Tou je měření tranzientně evokovaných otoakustických emisí. Vyšetření je rychlé, neinvazivní, objektivní, s vysokou senzitivitou.

Otoakustické emise jsou zvuky kochleárního původu. Vznikají činností zevních vláskových buněk. Ty jsou součástí Cortiho orgánu v hlemýždi. Jsou uloženy na bazilární membráně v počtu kolem 12 000. Tyto buňky obsahují ve své cytoplazmě kontraktilní vlákna. Po zvukové stimulaci je akustická energie přenesena přes středoušní systém do vnitřního ucha. Dochází k rozkmitání nitroušních tekutin. Na bazilární membráně tak vzniká vlna postupující od báze k apexu hlemýžďe. V určitém místě dosáhne vlna svého maxima, zde dochází k depolarizaci vnitřních vláskových buněk. Akustická energie je přeměněna na energii elektrickou, která se v podobě nervového vzruchu šíří sluchovou drahou. Je-li intenzita akustického stimulu nízká, dojde k depolarizaci zejména zevních vláskových buněk. Po změně iontového prostředí vznikají stahy kontraktilních vláken, buňky se zkracují a prodlužují a působí tak jako zesilovače vibrací. Fyziologickou funkcí zevních vláskových buněk je zvýšení citlivosti na nízkointenzitní akustické podněty, rozšíření dynamického rozsahu sluchu. Část mechanické energie je emitována přes oválné okénko, středoušní kůstky a bubínek do zevního zvukovodu. V zevním zvukovodu je možno ji registrovat citlivým mikrofonem jako otoakustickou emisi. Otoakustické emise (OAE) jsou tedy vedlejším produktem při fyziologické činnosti zevních vláskových buněk.

Otoakustické emise mohou vznikat spontánně nebo po zvukové stimulaci. Ke screeningovému vyšetření sluchu u novorozenců se využívají emise evokované krátkými přerušovanými zvukovými podněty – kliky. Označují se jako **tranzientně evokované (TEOAE)**. Jsou registrovatelné již druhý den po porodu.

Velmi důležité je správné **zhodnocení výsledku vyšetření**. Jsou-li otoakustické

emise výbavné, sluchový práh není horší než 30 dB HL. Předpokládáme normální sluch. Nevýbavné otoakustické emise neznamenají, že je vyšetřované ucho hluché! V tomto případě je potřebné ve vyšetřování pokračovat, měření otoakustických emisí zopakovat nebo volit další metody ke stanovení tíže a typu sluchové poruchy. Pomocí TEOAE nestanovíme, zda je postižení lehké nebo těžké, ani nerozlišíme, zda jde o poruchu percepční nebo převodní. Je důležité vědět, že vyšetření sluchu pomocí otoakustických emisí nám poskytuje informaci pouze o činnosti kochley. K odhalení sluchového postižení při retrokochleárních neuropatiích je potřebné vyšetření kmenových sluchových potenciálů.

K provádění **celoplošného screeningového sluchových vad** vydalo Ministerstvo zdravotnictví v září 2012 metodický pokyn. Screeningové vyšetření by mělo být provedeno v porodnici, nejlépe 2. až 4. den po porodu. Výsledek se zaznamená do dokumentace dítěte. **V případě nevýbavných otoakustických emisí** se provádějí rescreeningová vyšetření. Nejvýhodnější je provést první rescreeningové vyšetření rovněž v porodnici.

Pokud jsou emise opět nevýbavné, další péče již probíhá ve foniatrických nebo ORL ambulancích. Zde je provedeno nejprve **otoskopické vyšetření**, které zjistí, zda měření emisí není zkresleno třeba jen ušním mazem. Ušní maz je nutné odstranit. Dále se provede **vyšetření tympanometrické**. Tím zhodnotíme funkčnost středoušního systému. Následně se provede **druhé rescreeningové vyšetření sluchu pomocí TEOAE**. Pokud dítě neprojde ani druhým rescreeningem, je potřebné zajistit **vyšetření pomocí kmenových evokovaných sluchových potenciálů – BERA** (Brainstem Evoked Response Audiometry) **nebo SSEP** (Steady State Evoked Potentials). Poté **získáme frekvenčně specifický obraz stavu sluchu – tzv. odhadovaný audiogram**. Audiogram, který zobrazuje práh sluchu, je důležitý pro rozhodnutí o další péči. V případě odhalení sluchové vady je potřebné vybrat a správně nastavit kvalitní digitální sluchadla, i nadále



je nutné dítě sledovat a upřesňovat sluchovou ztrátu. Sledují se reakce na zvukové podněty, hodnotí se, zda nedochází k opoždění vývoje řeči. Na některých pracovištích využívají metodu **VRA (vizuálně posílená audiometrie)**, která může poskytnout informaci o prahu sluchu u dětí v prvním roce života. Dále se dítě postupně učí zvládnout **tónovou audiometrii**. Ta se po nácviu může zdařit kolem třetího roku dítěte. Při pochybnostech se vyšetření sluchových evokovaných potenciálů musí zopakovat. V případě velmi těžkého postižení sluchu mohou být **sluchadla** pro rozvoj řeči nedostačující. Ve specializovaných centrech, kde jsou tyto děti pravidelně sledovány, je pak rozhodnuto o vhodnosti **kochleární implantace**.

V Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem se se screeningovým vyšetřováním sluchu u novorozenců započalo v roce 2005. Vyšetřování byli pouze riziková novorozenci. Vyšetření bylo indikováno neonatologem nebo dětským neurologem, vlastní měření a případnou následnou péči zajišťovali lékaři ORL oddělení ve spolupráci s foniatrem. Od září 2012 byl v naší nemocnici zahájen screening celoplošný. Screeningové, eventuálně první rescreeningové vyšetření sluchu u novorozenců provádějí zaškolené zdravotní sestry, popřípadě lékaři neonatologického oddělení. Výsledek je zaznamenán do propouštěcího protokolu. Jsou-li otoakustické emise oboustranně výbavné, je další sledování sluchu v rukou registrujícího praktického lékaře v rámci preventivních prohlídek. Jsou-li otoakustické emise na jednom nebo obou uších nevýbavné, dostanou rodiče kontakt na foniatickou, případně ORL ambulanci.

Při každém vyšetřování sluchu pomocí TEOAE je nutné zajistit pro měření vhodné podmínky. Je důležité, aby dítě bylo co nejklidnější. Ideální je, když se rodičům podaří dítě uspat. Jindy se dítě zklidní v náručí matky nebo třeba při kojení. Provedení vyšetření je problematické až nemožné, pokud dítě pláče, neustále pohybuje hlavičkou, při sání hlasitě mlaská a polyká, pokud má akutní respirační infekci nebo pokud je dýchání doprovázeno rušivými šumy. Čím je kojeneček starší, tím obtížnější bývá vyšetření správně provést. Také v okolním prostoru je nezbytné zajistit klid. V některých případech se musí domluvit jiný termín vyšetření. Vhodné tedy je zvolit ambulantní zařízení blízko místa trvalého bydliště.

Před vlastním vyšetřením vysvětlíme rodičům, proč se screening provádí a jak se

bude postupovat. Jsou ujištěni, že zavedení sondy přístroje do zevního zvukovodu není nikterak bolestivé a zvuková stimulace není nepříjemná. Jestliže rodiče (zákonní zástupci) souhlasí, vyšetření provedeme. Většina rodičů pak s námi velmi ochotně spolupracuje, maminky dokáží pomoci, pokud je dítě neklidné. Po ukončení měření rodičům výsledek sdělíme. Pokud jsou OAE výbavné, vadu sluchu nepředpokládáme. Přesto upozorníme na důležitost i následných kontrol stavu sluchu při preventivních prohlídkách u pediatra. Měření TEOAE je vysoce senzitivní metoda, ale může nastat situace, kdy je výsledek testu v pořádku, a přesto je vada sluchu přítomná. Dále si rodiče musejí uvědomit, že vada sluchu může vzniknout v jakémkoliv věku. Velmi citlivě je nutné podat vysvětlení v případě, že jsou emise nevýbavné. Musíme zhodnotit, jestli byly podmínky vyšetření optimální nebo jestli bude vhodnější je ještě jednou zopakovat, například až bude dítě klidnější. Samozřejmostí je otoskopické a tympanometrické vyšetření. Je nutné vysvětlit, že tento výsledek neznamená, že je dítě hluché. V této fázi diagnostického postupu pouze můžeme vyslovit podezření na sluchovou vadu a je potřebné zajistit další vyšetření, která nám toto podezření potvrdí nebo vyvrátí a popřípadě sluchovou ztrátu upřesní. Určení tíže a typu sluchové poruchy je velmi důležité pro rozhodnutí, jakým způsobem bude rehabilitována. Různý stupeň nedoslýchavosti (dle WHO) může vývoj řeči a celé osobnosti dítěte ovlivnit různou měrou. **O minimální sluchové vadě** hovoříme, je-li PTA (pure-tone average – průměrná ztráta na frekvencích 500, 1000, 2000 a 4000 Hz) 15–25 dB. Vývoj řeči v tomto případě nebývá narušen. Mohou být obtíže se srozumitelností řeči v hlučném prostředí, při poslechu velmi tiché řeči nebo při komunikaci na větší vzdálenost. U **lehkých vad** (PTA 26–40 dB) jsou obtíže obdobné, ale výraznější. Je obtížné porozumět zejména krátkým výrazům, může uniknout správný význam sdělení, což se může odrazit na školním prospěchu. **Sluchová vada střední** (PTA 41–55 dB) již může narušovat vývoj řeči. Dítě nemusí správně zachytit a porozumět až 50 % informací. Je ovlivněna tvorba slovní zásoby, může být narušena morfologicko-syntaktická rovina řeči, správná artikulace. U středně těžké vady (PTA 56–70 dB) je vývoj řeči významně narušen ve všech jazykových rovinách. Bez zesílení zvuku sluchadly by se řeč nemohla plně rozvinout. Bývá narušena

i správná melodie řeči, intonace ve větách.

Těžké sluchové postižení (PTA 71–90 dB) rozvoj řeči bez zesílení neumožňuje. Bez sluchadel nemůže dítě řeč na běžných komunikačních hladinách ani jiné zvuky vůbec vnímat. Je-li PTA vyšší než 91 dB, hovoříme o **velmi těžkém postižení**. Jestliže ani výkonná sluchadla nejsou dostatečným přínosem, řeč dítěte se nerozvíjí, může být ve speciálních centrech rozhodnuto o kochleární implantaci.

Na závěr je důležité říci, že neřešená sluchová vada může postižení dítěte ve společnosti různou měrou handicapovat. Proto je nutné tyto vady včas zachytit, diagnostikovat a rehabilitovat. To nám umožňuje celoplošné provádění screeningového vyšetření sluchu. Význam pravidelných kontrol sluchu při preventivních prohlídkách u pediatra a také vyšetření sluchu v případě onemocnění, která mohou způsobovat vadu sluchu (meningitis, kraniotraumata, recidivující infekty horních cest dýchacích, virová onemocnění aj.), nikterak neklesá.

Literatura:

1. Dlouhá O, Černý L, Hrdličková M, Jedlička I, Puchmajer P, Vohradník M. Výsledky preventivního vyšetřování sluchu u vysoce rizikových dětí. *Otorinolaryngologie a foniatrie (Prague)*. 2002;51(1):4–7
2. Groh D, Kabelka Z, Jurovčík M. Evropská konference o screeningu sluchu u novorozenců 1998 Miláno – trend současnosti. *Otorinolaryngologie a foniatrie (Prague)*. 1999;48(1):46–47
3. Kabelka Z, Skřivan J. 11. Mezinárodní konference o kochleárních implantátech a ostatních implantabilních sluchových technologiích. *Otorinolaryngologie a foniatrie (Prague)*. 2010;59(3):167–168
4. Kemp DT. The OAE story. An illustrated history of OAE research and applications through the 25 years. Hatfield: Otodynamisc Ltd, 2003
5. Lejska M, Kabelka Z, Havlík R, Jurovčík M. Diagnostika a léčba těžce sluchově postižených nejmenších dětí. *Otorinolaryngologie a foniatrie (Prague)*. 2002;51(2):100–107
6. Myška P. Postižení sluchu v dětském věku, následná léčebně-rehabilitační péče. *Pediatric pro praxi*. 2007;8(2):92–94
7. Valvoda J, Betka J. Otoakustické emise – pokrok v poznání a vyšetřování sluchové funkce. *Otorinolaryngologie a foniatrie (Prague)*. 1996;45(1):8–14



Celoplošný screening sluchu novorozenců v Plzeňském a Karlovarském kraji

MUDr. Monika Vohlídková, Ing. Jiří Pešta

ORL klinika LF UK a FN v Plzni

Cílem zavedení celoplošného screeningu sluchu je včasná diagnostika poruch sluchu k předcházení opožděnému vývoji řeči, psychosociálních a kognitivních schopností. Je důležité, aby bylo vyšetřeno každé dítě ihned v porodnici, kdy je možné zachytit všechny děti a tím velice brzy odhalit poruchy sluchu.

Otoakustické emise, jejichž registrace se k vyšetření sluchu používá, představují pro novorozence nenáročnou, neinvazivní vyšetřovací metodu. Otoakustické emise byly objeveny Kempem v roce 1978. Emise jsou zvuk, který vytvářejí zevní vláskové buňky vnitřního ucha po podráždění sluchového aparátu zvukovým podnětem. Z vnitřního ucha se tento zvuk šíří přes oválné okénko do středního ucha, přes středoušní kůstky a bubínek přechází do vnějšího zvukovodu. Ve zvukovodu můžeme tento zvuk zaznamenat citlivým mikrofonom. Při tomto vyšetření se vychází z předpokladu, že pokud je u pacienta porušena aktivita vláskových buněk, emise nevznikají a je pravděpodobná porucha sluchu.

Pokud otoakustické emise nezaznamáme, musíme vyloučit poškození středního ucha – rýma, plodová voda u novorozenců, u vnějšího zvukovodu obturující ušní maz nebo extrémně úzký zevní zvukovod.

Při vlastním vyšetření je třeba si uvědomit, že se jedná o akustické měření a jakýkoliv okolní zvuk může vyšetření znehodnotit.

Ze statistik vyplývá, že každé tisící dítě je hluché, 3 ze 4000 dětí mezi 5–19 lety jsou hluché a 1 z 200 dětí nedoslýchavé. Tyto počty jsou u dětí fyziologických, u novorozenců zaznamáme poruchu sluchu až ve 2 % případů. Díky zavedení screeningu sluchu na Slovensku v r. 2006 se odhalilo o 30–50 % sluchových vad více. Ve všech okolních zemích je screening sluchu již velice propracován, v naší republice vyšel v r. 2012 ve věstníku MZ pouze Metodický pokyn – viz dále.

V ČR je vyšetřování nejlépe rozvinuté v Moravskoslezském kraji, kde screening již celoplošně funguje několik let.

Podle metodického pokynu většina porodnic sluch u novorozenců vyšetřuje, děti jsou dále posílány na ORL pracoviště, ale zatím

není propracován systém, který by fungoval stejně ve všech krajích.

■ Věstník MZ ČR 19

(1) Cílem screeningu sluchu u novorozenců (dále jen „NS sluchu“) je včasný záchyt vrozené poruchy sluchu u dětí a zajištění případné následné péče tak, aby se zamezilo zejména opoždění vývoje komunikačních schopností těchto dětí.

(2) K provádění NS sluchu se používá vyšetření tranzientně evokovaných otoakustických emisí (TEOAE). Principem této metody je měření projevu aktivity zevních vláskových buněk sluchového aparátu na zvukový podnět.

Provádění NS sluchu a rescreeningu sluchu u novorozenců/kojenců a zajištění následné péče

(1) U fyziologických novorozenců se NS sluchu provádí na novorozeneckých odděleních zpravidla 2.–4. den po porodu, popř. 2.–4. den korigovaného věku u předčasně narozených dětí, a to z důvodu dosažení zralosti sluchové dráhy.

(2) Záznamy o informování zákonného zástupce dítěte, provedení a výsledku NS sluchu, popř. rescreeningu sluchu, jsou zaznamenány do zdravotnické dokumentace dítěte a propouštěcí zprávy novorozence, popř. zprávy o novorozenci.

(3) V případě neprovedení NS sluchu na novorozeneckém oddělení informuje lékař tohoto oddělení, popř. lékař poskytující zdravotní péči dítěti po porodu mimo zdravotnické zařízení, matku (resp. zákonného zástupce) dítěte o potřebě zajištění provedení NS sluchu a o informaci provede záznam do zdravotnické dokumentace dítěte; prostřednictvím propouštěcí zprávy novorozence, popř. zprávy o novorozenci informuje registrujícího praktického lékaře

pro děti a dorost o neprovedení NS sluchu a doporučí zajistit jeho provedení.

(4) Děti, u kterých nebyl proveden NS sluchu na novorozeneckém oddělení, odesílá k provedení tohoto vyšetření na pracovišti ORL nebo foniatrie, které provádí NS sluchu (dále jen „příslušné pracoviště ORL/foniatrie“), registrující praktický lékař pro děti a dorost, a to na základě informovaného souhlasu zákonného zástupce dítěte, a o tomto postupu provede záznam do zdravotnické dokumentace dítěte.

(5) Vyšetření NS sluchu má buď výsledek pozitivní, tedy fyziologický, nebo negativní, tedy abnormální (je nejisté, zda dítě nemá poruchu sluchu vyšší než 40 dB).

V případě negativního výsledku provede ošetřující lékař orientačně kontrolu volnosti zvukovodů a vyšetření se s odstupem minimálně 24 hodin opakuje jako první rescreening sluchu novorozenců/kojenců k vyloučení chyby měření.

(6) Děti s potvrzeným negativním výsledkem NS sluchu prvním rescreeningovým vyšetřením jsou odeslány do 1 měsíce k provedení druhého rescreeningového vyšetření sluchu na příslušné pracoviště ORL/foniatrie.

V případě potvrzení výsledku je na tomto pracovišti provedeno klinické vyšetření sluchu a naplánován další postup.

(7) Případná korekce sluchové vady pomocí konvenčních sluchadel by měla být provedena do 6. měsíce věku dítěte, resp. do 6. měsíce korigovaného věku u předčasně narozených dětí, u ošetřujícího foniatra. Děti s velmi těžkou poruchou sluchu jsou odesílány na specializované pracoviště ORL k ověření vhodnosti kochleární implantace a návržení způsobu rehabilitace komunikace.

(8) Vzhledem ke skutečnosti, že vrozená ztráta či porucha sluchu je z 50–75 % způsobena genetickými faktory, je nedílnou součástí následné péče o pacienty zachy-



cené v rámci NS sluchu genetické vyšetření a poradenství.

(9) NS sluchu a rescreeing sluchu u novorozenců/kojenců provádí ve spánku nebo ve stavu klidné bělosti dětí v nehlukné místnosti zaškolená všeobecná sestra novorozeneckého oddělení nebo příslušného pracoviště ORL/foniatrie přístrojem pro měření TEOAE, a to ve spolupráci s příslušným lékařem (neonatolog, pediatr, ORL, foniatr). Základní zaškolení a průběžné proškolení této všeobecné sestry provádí příslušné pracoviště ORL/foniatrie.

(10) Schéma postupu provádění NS sluchu je shrnuto v příloze č. 1 tohoto pokynu (*Schéma provádění screeningu sluchu u novorozenců*).

■ Celoplošný screening v Plzeňském kraji v r. 2013

V kraji je šest porodnic, v kterých se v loňském roce narodilo 5350 dětí. Ve všech porodnicích se screening provádí u všech novorozenců. Provádí se metodou tranzientních otoakustických emisí v porodnici, většinou vyšetření provádí neonatologická sestra, výjimečně dochází na pracoviště ORL lékař. K rescreeingu jsou děti odesílány na spádové ORL pracoviště, výjimečně opět na neonatologii. V kraji není zřízeno regionální

centrum, které by děti, u nichž jsou negativní výsledky u rescreeingu, kompletně dovyšetřilo, proto nemáme přesná čísla, kolik dětí má díky screeningu zjištěnou poruchu sluchu. Většina dětí je ale posílána na foniatrii ORL kliniky FN Plzeň, kde máme možnost dalšího objektivního vyšetření sluchu, případně lze přidělit dětem sluchadla, zajistit rehabilitaci sluchu a řeči. Případné kandidáty na kochleární implantaci odesíláme do Prahy.

V r. 1995 jsme na ORL klinice prováděli vyšetřování sluchu pouze u rizikových novorozenců s výsledkem 5 % dětí s těžkou poruchou sluchu.

■ Celoplošný screening v Karlovarském kraji v r. 2013

V kraji jsou čtyři porodnice, v kterých se narodilo 2165 dětí. Vyšetření je opět prováděno metodou tranzientních otoakustických emisí v porodnici, provádí je většinou neonatologická sestra. Pouze v porodnici v Ostrově se screening neprovádí, novorozenci jsou k vyšetření odesíláni na ORL pracoviště obvodním dětským lékařem. Rescreeing je prováděn opět na neonatologii nebo na spádovém ORL. V kraji opět není zřízeno centrum, které by vyšetřovalo děti s negativním vyšetřením, kojenci jsou podle zvyklostí

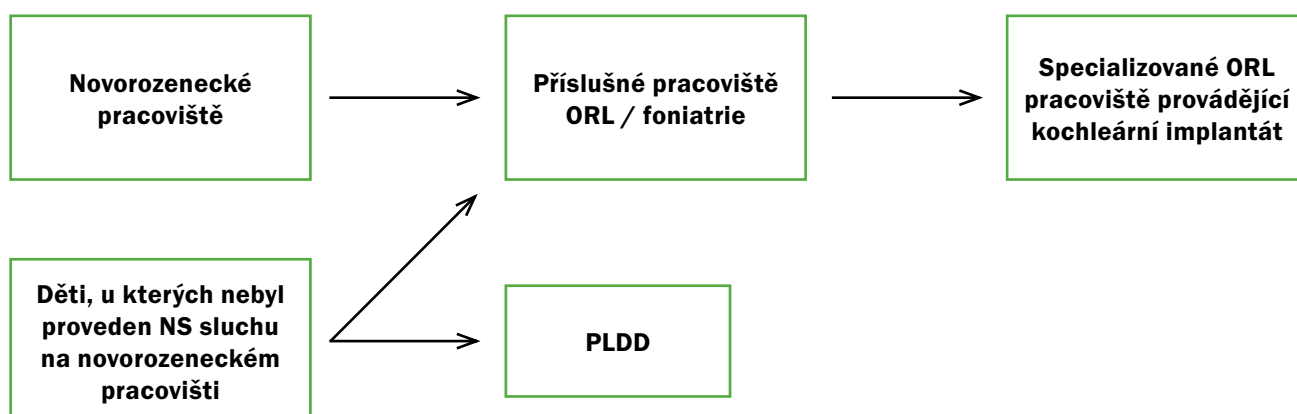
jednotlivých lékařů odesíláni do Plzně nebo do Prahy k dalšímu objektivnímu vyšetření sluchu.

V centralizaci dalšího vyšetření a tudíž i ve zjištění konkrétních výsledků je zcela jistě největší problém v Plzeňském i Karlovarském kraji. Nevíme, kolik dětí se ztratí, má negativní vyšetření v porodnicích a k dalšímu vyšetření se již nedostaví.

Podle výše uvedených statistik si můžeme spočítat, že v Plzeňském kraji bychom měli každý rok odhalit pět hluchých dětí, v Karlovarském kraji 2–3 děti. S poruchou sluchu bychom se měli setkat u 25 dětí v Plzeňském a u 12 dětí v Karlovarském kraji. Pravda je ale jiná, v r. 2013, kdy již screening probíhal, jsme neobjevili ani polovinu předpokládaných sluchově postižených dětí. Bohužel děti stále přicházejí k vyšetření pozdě, okolo 3. roku, někdy dokonce až okolo 6. roku.

Je jasné, že celá myšlenka včasného odhalení, léčby a rehabilitace poruchy sluchu u dětí do 6 měsíců dosud správně nefunguje.

Schéma provádění screeningu sluchu u novorozenců



Poznámka:

Screening sluchu u novorozenců provádí novorozenecké pracoviště, případně příslušné pracoviště ORL / foniatrie.

Vysvětlivky:

NS sluchu – screening sluchu u novorozenců

PLDD – praktický lékař pro děti a dorost

Příslušné pracoviště ORL / foniatrie – pracoviště, které provádí screening sluchu u novorozenců a rescreeing sluchu u novorozenců / kojenců



Cesta ze tmy

Hana Cmarová, DiS.

Tyfloservis, o.p.s., krajské ambulantní středisko Plzeň

Tyfloservis, o.p.s., jako pokračovatel činnosti rané péče a speciálněpedagogických center.

Tyfloservis, o.p.s., krajské ambulantní středisko v Plzni, je součástí neziskové organizace s celostátní působností, která se již přes 20 let věnuje sociální rehabilitaci nevidomých a slabozrakých v České republice. Existuje 13 krajských středisek a společně metodické centrum. Tím je zajištěna jednotná nabídka poskytovaných služeb a možnost přístupu k službám rovnocenně v celé ČR.

Naše služby poskytujeme dospívajícím ve věku od 15 let. Plynule navazujeme na činnost rané péče a speciálněpedagogických

center nebo pracujeme s dospívajícími, které zrakové potíže potkaly až v tomto věku. Dle jejich zájmu je provázíme průběžně celou dospělostí. I když tato věková kategorie není zastoupena mezi našimi klienty většinou, tvoří důležitou a potřebnou část naší práce. Na základě potřeb a požadavků klienta nabízíme dlouhodobou spolupráci v tzv. kursech nebo formou jednorázových intervencí. Služby poskytujeme terénně i ambulantně v celém Plzeňském kraji, vždy s individuálním přístupem ke klientovi.

V rámci dlouhodobých kursů se věnujeme velmi často nácviku **prostorové orientace a samostatného pohybu**. Jedná se převážně o výuku nových tras spojených s přestupem

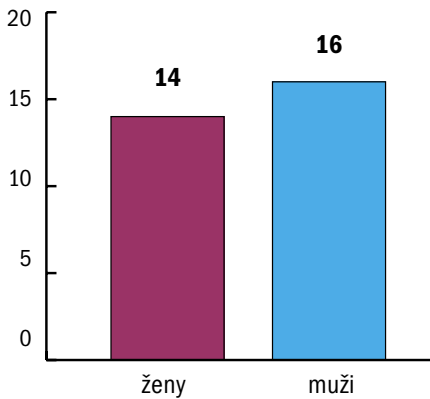
např. na novou školu, orientaci v novém prostředí, případně chůzi s nově pořízeným vodicím psem. Další obsáhlou oblastí, které se s klienty společně věnujeme, je **sebeobsluha**. V této části naší činnosti se věnujeme práci s novými a stále modernějšími kompenzačními pomůckami. Samozřejmostí je pomoc při výběru pomůcky a následný nácvik práce s ní. V současné době je mezi mladšími klienty velký zájem o dotykové technologie (Iphone, Ipad apod.). Nabízíme také výuku či procvičování **Braillova bodového písma**.

Další velkou oblastí, které se věnujeme, je možný výběr vhodné **optické/optoelektronické pomůcky**. V našem plzeňském





Současný počet klientů ve věku do 30 let

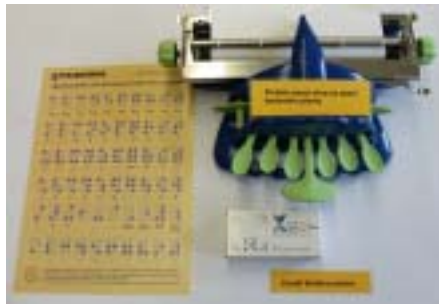


středisku máme k vyzkoušení tzv. těžkou optiku (lupy do ruky, lupy s osvětlením, kamerové lupy atd.). Jedná se o optické pomůcky, které jsou určeny lidem s takovým zrakovým postižením, kdy již běžná brýlová korekce nestačí. Jsou výraznou pomocí jak při studiu, tak v běžném životě.

K práci instruktora rehabilitace Tyfloservisu, o.p.s., také patří oblast osvěty. Pravidelně se účastníme dnů pro zdraví, bezbariérových dnů, pořádáme přednášky a projektové dny pro studenty

středních a vysokých škol. Naši klienti mají možnost se do všech akcí zapojit, předat své zkušenosti lidem nejen se zrakovým postižením a ukázat možnosti, jak se s postižením vyrovnávat.

Cílem naší spolupráce je co největší samostatnost, soběstačnost a nezávislost klienta na okolí.



Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR Praha a střední Čechy a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

si vás dovolují pozvat na cyklus odborných seminářů pořádaných tradičně v Lékařském domě ČLS JEP v Praze, Sokolská 32, Praha 2 vždy první čtvrtek v měsíci v 16.30 hod.

4.9. 2014

Péče o novorozence v mimořádných situacích. Domácí porody.

**Prim. Martin Čihar
Neonatologické odd. Nemocnice Na Bulovce**



OSPDL ČLS JEP



Raná péče

Mgr. Zuzana Pecháčková
Středisko pro ranou péči Plzeň, o.p.s.

Narození dítěte s postižením nebo vývojovým ohrožením znamená pro jeho rodinu zpravidla obrovský šok, stres a nečekanou zátěž. Rodičům se hroutí představa plánované budoucnosti, mají pocit, že selhali ve své rodičovské roli. Taková rodina potřebuje maximální podporu. A právě zde může nastoupit služba rané péče, jejímž cílem je podpora rodiny i vývoje dítěte.

Raná péče je terénní sociální služba, která pomáhá rodinám s dětmi s handicapem (smyslovým, tělesným i mentálním) **od narození do sedmi let** v jejich náročné životní situaci, snaží se předcházet vzniku postižení nebo zmírnit jeho důsledky a podpořit celou rodinu tak, aby mohla vést co nejvíce plnohodnotný život. Raná péče zahrnuje celý komplex služeb a poskytuje tak řadu informací pro rozvoj dítěte, speciálněpedagogické, základní psychologické a sociálněprávní poradenství. Spolupracuje s řadou dalších odborníků (např. s pediatry, očními lékaři, neurology, logopedy apod.) tak, aby péče o rodinu byla komplexní. Raná péče navazuje na zdravotní péči a rozšiřuje ji tam, kde zdravotní péče již nemá prostředky svého působení.

Raná péče je terénní služba, která se odehrává **v přirozeném prostředí dítěte**, tedy doma formou pravidelných konzultací. Tím se služba stává dostupnou všem uživatelům a také poradce může více reagovat na konkrétní podmínky rodiny (např. prostředí, dostupnost dalších služeb apod.). Doma se také cítí dítě i jeho rodina nejlépe, bezpečně, a vytvářejí se tak ideální podmínky ke vzájemné spolupráci a rozvoji dítěte. Konzultace se v rámci možností přizpůsobují režimu rodiny a rodiče jsou důležitými aktivními a rovnocennými partnery služby. Poradce s nimi a s dítětem musí postupně navázat dobrý vztah. Teprve na základě vytvořeného partnerského vztahu lze rodičům nabízet rady a nápady. Raná péče podporuje rodiče v přijetí dítěte s postižením i v přijetí sebe sama jako rodiče vychovávajícího dítě s postižením.

Tým pracovníků střediska, kteří za rodinami dojíždějí na konzultace do jejich domovů, tzv. poradci rané péče, tvoří vysokoškolsky vzdělaní speciální pedagogové nebo sociální pracovníci. Část konzultací je věnována práci s dítětem, posouzení jeho vývoje, návrhům na úpravu prostředí pro jeho

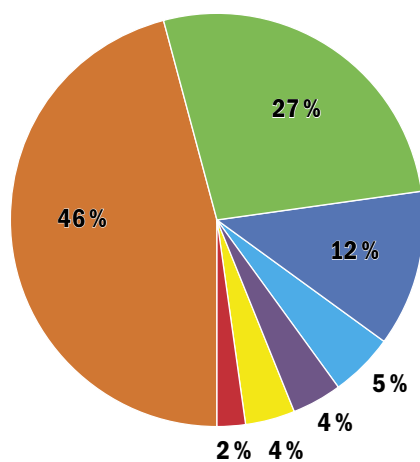
rozvoj, využívají se vhodné hračky a speciální pomůcky, kdy poradce ukazuje rodině, jak s nimi pracovat a k čemu je využívat. Pomůcky si rodiče mohou zapůjčit a pracovat s nimi mezi jednotlivými konzultacemi. Druhá část konzultace je věnována rodičům, se kterými poradce řeší to, co je pro ně důležité, od vývoje dítěte přes aktuální výsledky lékařských vyšetření, informace o respitních službách, sociálních příspěvcích až po možnosti zařazení jejich dítěte do předškolního a školního vzdělávání.

Důležité je, aby stimulace dítěte a podpora rodiny byla zahájena co nejdříve. Raná péče je službou, která může navázat ihned po propuštění z porodnice, resp. od zjištění rizika vývojového opoždění či postižení. Měla by přicházet v té době, kdy rodina prochází náročným obdobím vyrovnávání

se s postižením dítěte a budování vztahu k němu. Pomáhá rodičům překonat jejich pocit bezradnosti a izolace. Rodiče se o službě dozvídají nejčastěji od lékařů, kteří jako první přicházejí s rodinou do kontaktu. Důležité je, aby lékař ujistil rodiče, že na tuto nelehkou situaci nejsou sami, a předal jim kontakt na organizaci poskytující ranou péči. Služba rané péče aktivně neoslovuje a nevyhledává své klienty, ale v rámci své činnosti se zaměřuje také na depistáž, propagaci a osvětu v oblasti rané péče, pořádá semináře pro lékaře (nejčastěji pediatry, neurology, oční lékaře) a zdravotní sestry i pracovníky sociálních odborů a studenty sociálních směrů.

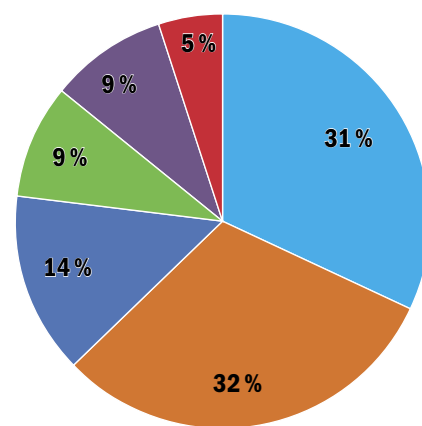
Ačkoli služba rané péče zajišťuje komplexní služby, není reálné obsáhnout široké spektrum variací postižení tělesného, smyslového,

Nejčastější oční vady



- kolobom
- katarakta
- atrofie
- ROP
- nystagmus
- CVI
- refrakční vady

Další diagnózy u dětí s kombinovaným postižením

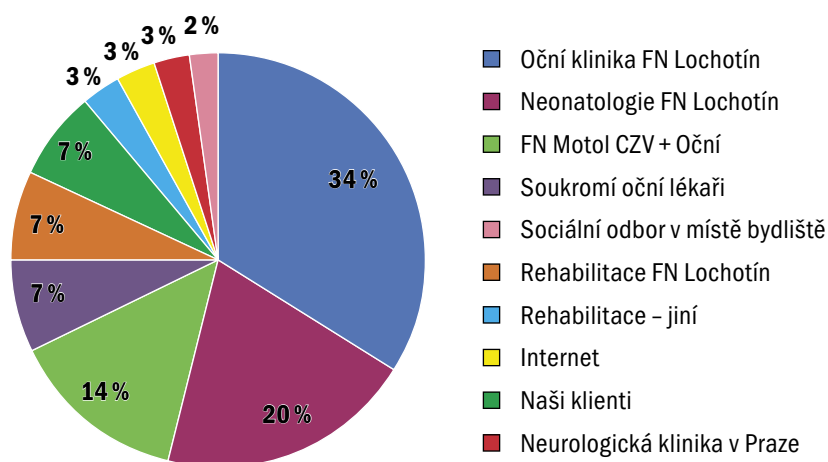


- hydrocefalus
- mikrocefalie
- DMO
- epilepsie a Westův syndrom
- vroz. vývoj. vada mozku, atrofie CNS, Prader-Willi syndrom
- encefalomalacie





Informace o rané péči předali



mentálního a jejich kombinací. Proto se poskytovatelé/střediska rané péče zaměřují vždy na cílovou skupinu s jedním druhem postižení (postižení sluchu, postižení zraku, mentální postižení), příp. na jeho kombinaci s jinou vadou. Pro tuto cílovou skupinu pak střediska poskytují soubor služeb a v případě potřeby spolupracují s dalšími odborníky. Aby byla zachována kvalita poskytované služby, jsou střediska sdružena v tzv. **Asociaci pracovníků v rané péči**. Asociace je celostátní profesní organizací sdružující poskytovatele rané péče, kteří se hlásí k dohodnuté kvalitě poskytované služby. Na základě pravidelných šetření na pracovišti je poskytovatelům udělována garance kvality služby. Více informací a také aktuální seznam pracovišť s udělenou garancí kvality lze najít na webových stránkách Asociace: www.aprp.cz.

Jedním z pracovišť s udělenou garancí kvality je naše Středisko pro ranou péči Plzeň, o.p.s., jehož cílovou skupinou jsou **rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením** od narození do 7 let, žijící na území Plzeňského a Karlovarského kraje. Středisko ročně poskytuje své služby 62 rodinám, z nichž převážnou část tvoří rodiny dětí s kombinovaným postižením.

Středisko funguje od roku 2002 a sídlí v Plzni. Během doby svého působení navázalo aktivní spolupráci s řadou odborníků, velmi významná je spolupráce s Neonatologickým oddělením FN Plzeň a Oční klinikou FN Plzeň. Díky této spolupráci se rodiny ke službám rané péče dostávají včas, což je pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením zásadní. Hrozí zde totiž velké riziko sensorické deprivace, která má

vliv na celou osobnost dítěte i na jeho další psychický a fyzický vývoj.

Důležitou roli při zabránění vzniku sensorické deprivace hraje zraková stimulace, která dítě aktivizuje a nutí je k využívání zbytků zraku, dále se využívají i zbývající smysly, zejména sluch a hmat. Největšího efektu lze dosáhnout při stimulaci v raném věku. Zraková stimulace i zrakový trénink jsou běžnou součástí konzultací v rodině. Navíc mohou rodiny využít i konzultace k rozvoji zrakového vnímání s instruktorem stimulace zraku, který je součástí týmu střediska Plzeň. Také poradci se v oblasti zrakového vnímání dále vzdělávají.

Služba rané péče je zakotvena v zákoně o sociálních službách jako služba preventivní, je tedy **rodinám poskytována zdarma**. Služba je hrazena ze zdrojů Ministerstva práce a sociálních věcí, dotací krajů, příspěvků měst, nadací a darů soukromých i firemních dárců.

Děti s postižením a jejich rodiny žijí mezi námi a s námi, potřebují naše otevřené srdce a povzbuzení i odbornou pomoc, podporu a pravidelnou stimulaci, v případě potřeby také služby rané péče. Předajte leták či informaci o rané péči rodičům co nejdříve, ukážete jim, že „na to nejsou sami“.

Více informací lze nalézt na webových stránkách:

www.ranapece.eu – střediska pro rodiny dětí se zrakovým a kombinovaným postižením
www.aprp.cz – seznam všech členských středisek s udělenou garancí kvality pro všechny cílové skupiny (postižení zraku, sluchu, mentální a tělesné postižení)

LPR: Radikální omezení kuřáctví by z rakoviny plic učinilo raritu

Radikální omezení kuřáctví by za pár let mohlo učinit z rakoviny plic raritní záležitost, uvádí Liga proti rakovině (LPR) v příručce pro veřejnost. Ročně umírá v Česku na nádor plic 5500 lidí, z nich 5200 kuřáků. Ze stovky zemědělců na plicní rakovinu bylo 90 aktivních a čtyři pasivní kuřáci, pět bylo vystaveno rakovinovým faktorům v práci a jen jeden zemřel bez prokázané souvislosti s vlivem kouření. Liga připomíná, že kdo přestane kouřit, prodlouží si život o deset let. Výchova k nekuřáctví a prevence plicní rakoviny jsou tématem letošního Českého dne proti rakovině 14. května. V Česku kouří 26,3 % žen a 36,5 % mužů, mezi mladými do 24 let 44,7 %, mezi patnáctiletými a mladšími 18 procent a mezi seniory 20,5 %. Kouření podle lékařů zvyšuje riziko vzniku zhoubných nádorů, nemocí srdce a cév, chronických plicních onemocnění, cukrovky, šedého zákalu, Alzheimerovy nemoci a dalších. Snižuje plodnost a přispívá k rozvoji vrozených vad u potomků. Zhruba 20 % matek kouří i v těhotenství, jejich děti jsou častěji vystaveny riziku náhlého úmrtí. Nikotin je jed ze skupiny alkaloidů, přírodních látek, kterými se rostliny brání škůdcům. Jediná kapka čistého nikotinu může člověka usmrtit. V cigaretovém kouři je zhruba 7000 chemických látek, z nich 69 rakovinotvorných, jako aceton, arsen, formaldehyd, kyanovodík či olovo. Nikotin účinkuje na centrální nervovou soustavu. Při kouření se z plic do krevního oběhu a nervové soustavy dostává za sedm až deset sekund. Uvolňuje v mozku látku, které vyvolají libý pocit. Pokud nenásleduje další dávka, cítí se kuřák nepříjemně a musí si znovu zapálit. Odborníci upozorňují, že neexistuje neškodné kouření, zdraví škodí i kouření doutníků, k němuž někteří kuřáci přecházejí jako ke „zdravé“ variantě. Řešením nejsou podle odborníků ani netradiční formy tabáku typu bidi a kretek. Je v nich až pětinašobná koncentrace nikotinu, zrychluje to vznik závislosti. Vyšší je v nich i obsah dehtu či oxidu uhelnatého, což zvyšuje riziko nádorů dutiny ústní, plic, jícnu, onemocnění srdečních tepen a infarktu.

Zdroj: čtk, 13. 5. 2014



Vliv včasné léčby novorozenců perorálním osídlením nepatogenním *E. coli* na vývoj jejich imunoalergického systému

**MUDr. Jiří Liška, CSc.¹⁾, MUDr. Václav Holeček, CSc.¹⁾, MUDr. Štěpánka Sobotová¹⁾,
MUDr. Monika Kepková¹⁾, RNDr. Ing. František Šefrna²⁾**

1) Mulačova nemocnice – PRIVAMED, Plzeň

2) Oddělení zdravotního účtování a statistiky FN Plzeň

V naší předchozí otištěné práci (1) jsme prezentovali výsledky 12leté studie (1998–2010), ze které jsme předložili určité závěry. Jednalo se o poměrně rozsáhlý soubor, ve kterém bylo vyšetřeno 3619 vzorků pupečnickové krve. Dospěli jsme k několika výsledkům, ze kterých bylo patrné, že alergie se velmi výrazně sdružuje s rodinnou anamnézou (statistická významnost na hladině 1%). První příznaky alergických chorob se posunují do prvních let života. Ukázaly se rozdíly v sezónnosti, které jsou v práci graficky dokumentovány v jednotlivých letech. Došli jsme k hodnocení, že vysoké hodnoty pupečnickového IgE spolu s rodinnou anamnézou jsou důvodem k preventivní intervenci mimo jiné ovlivněním mikrobiální flóry gastrointestinálního traktu. Použili jsme přípravek Colinfant Newborn, perorální vakcínu, probiotikum. Jedná se o lyofilizovaný nepatogenní kmen *E. coli*. Uvedený kmen jsme podávali od 10. dne věku 3× v týdnu po dobu jednoho měsíce.

Z výsledků v letech 2005–2008 vyplývá, že u léčených pacientů s primárně zvýšenými hodnotami IgE z pupečnickové krve se tyto hodnoty v roce věku v séru kojenců v 90% zcela normalizovaly. Vzhledem ke zjištěné anamnesticky udávané minimální nemoci těchto pacientů jsme začali vyšetřovat i hodnoty IgG v roce věku a porovnávali s kontrolní skupinou. Hodnoty po léčbě se normalizovaly. V letech 2009–2012 jsme zjišťovali vliv léčby na hodnoty imunoglobulinů IgE, IgG, ale i IgA, celý tento další soubor jsme statisticky zpracovali v jednom roce a ve třech letech věku. Statisticky v jednom roce věku i ve třech letech věku spolu korelují IgG s IgA na hladině významnosti 1%.

Z výsledků je patrné, že léčba Colinfantem mohla mít pozitivní účinek v tom smyslu, že výsledné hodnoty IgE se statisticky významně nelišily od příslušných veličin zdravých dětí. Hodnoty se v čase změnily

u léčených mezi prvním a třetím rokem na hladině významnosti 1%. IgG a IgA u léčených byly v mediánu zcela v hodnotách normality. Tomu odpovídá zcela zanedbatelná následná nemocnost novorozenců léčených uvedeným probiotikem. Na druhé straně u léčených se IgE mezi prvním a třetím rokem zvýšilo v mediánu jen na zcela normální hodnoty v rámci předpokládaného protialergického efektu léčby.

V období po prvním roce byly nalezeny významné korelace pupečnickového IgE se sérovým IgE, IgG, IgA a korelace sérového IgG s IgA.

Velmi příznivý efekt terapie na nemocnost dětí oproti kontrolní skupině v předem definovaném souboru stejného věkového období je graficky znázorněn.

■ Úvod

Tato práce je ve shodě s řadou studií posledních let, které věnují zásadní pozornost střevní sliznici a s ní spojené slizniční imunitě, která má zásadní důležitost v prevenci alergií. Nedostatečná expozice mikrobiálním antigenům se považuje za faktor, který přispívá k rozvoji alergie. Vzhledem k tomu, že novorozenci se rodí s nezralou specifickou imunitní odpovědí, je potřeba pro dozrání imunitní odpovědi dodat systému podněty. Probiotické bakterie představují podněty pro náš imunitní systém bezpečně. Pro pozdější manifestaci alergických, ale i autoimunitních chorob je zásadní zdravá střevní sliznice a vyváženost imunitního systému nutností. Důležité je navození tzv. orální tolerance především v prvním půlroce života, kdy je nutná stimulace imunitního systému, a to právě pod vlivem probiotik. Specifická imunitní odpověď s převahou Th2 je vyvinuta již při porodu.

Smysl léčby Colinfantem spočívá v přeměrování imunologické paměti alergického

charakteru od Th2 fenotypu ještě dříve, než je ustavena imunitní odpověď na antigeny ze zevního prostředí. U atopiků s klinickými příznaky onemocnění jinak dochází k převaze Th2 imunitní odpovědi, zatímco u neatopiků je tento typ odpovědi potlačován ve prospěch Th1. Rozdíl tedy není v míře expozice, ale ve způsobu, jak na ni imunitní systém různých jedinců odpovídá.

Imunitní systém v časném novorozeneckém věku je v nedostatečném kontaktu s mikroby a alergeny, které jsou důležité pro stimulační a regulační funkce imunitního systému. Imunoterapie alergických nemocí snižuje tvorbu IL-4 alergen specifickými Th2 lymfocyty a zvyšuje tvorbu IFN- γ specifickými Th1 lymfocyty.

Většina buněk imunitního systému je lokalizována pod povrchem sliznic, kde tvoří slizniční lymfatický systém. Ten představuje největší část imunitního systému organismu, neboť zahrnuje 80% imunokompetentních buněk v těle. Tento systém chrání před průnikem patogenních mikroorganismů, ale i před rozvojem sebepoškozujících zánetlivých systémů. Fyziologická bakteriální mikroflóra vytváří ochrannou bariéru. Při jejím optimálním složení dochází k indukci imunitní reakce, která vede k produkci cytokinů, navozujících vznik aktivní tolerance neškodných alergenů. Negativní opakovaná aktivace Th2 lymfocytů vede kromě stimulace tvorby IgE též ke zvýšené produkci sekrečních IgA a prostřednictvím IL-4 pak tlumí aktivitu Th1 lymfocytů. Indukce IgE odpovědi je závislá na interakci mezi T buňkami a antigen prezentujícími buňkami. Střevní mikroflóra vykazuje velkou metabolickou aktivitu, která je shodná s aktivitou jater, jež jsou neaktivnějším orgánem těla.

Mezi probiotické kmeny jsou řazeny desítky specifických druhů, z nichž většina patří mezi mléčnou kyselinu produkující laktobacily a bifidobakterie.



Probiotika tvoří specifické látky, které ovlivňují růst množení a adhezi ostatních mikroorganismů. Dále mají vliv na pokles lumenálního pH, zvýšení tvorby mucinu a modulace. Terapie probiotiky tedy představuje možnost zavést speciálně vybrané mikroby do gastrointestinálního traktu. Mikroby musejí zůstat životaschopné během jejich produkce, skladování a průchodu GIT traktem. Stimulace imunitního systému probíhá cestou interakce s tool-like receptory na dentritických buňkách. Touto cestou dochází k regulaci Th1 odpovědi a inhibici tvorby prozánětlivých cytokinů. Dále jsou probiotika schopna podpořit přirozenou imunitu prostřednictvím tvorby antimikrobiálně účinných peptidů označovaných jako defenziny.

Metodika používání

Pro podávání probiotik bývá typické, že terapeuticky účinná dávka se liší v závislosti na druhu použitého bakteriálního kmene, složení přípravku a věku pacienta. Zcela obecně je možné říci, že doporučená denní dávka pro kojence je 0,5–1 mld., pro děti 5–10 mld. a pro dospělého 10–20 mld. CFU, tj. kolonií tvořících jednotek. Zajímavým zjištěním bylo pozorování, že doba podávání probiotika neměla prokazatelný vztah k terapeutickému účinku.

Experimentálně bylo prokázáno, že kmen podaný krátce po narození má lepší podmínky pro uchycení. Tvorbu protilátek lze prokázat již za 14 dní po prvním osídlení, a to i tehdy, bylo-li provedeno krátce po narození. Na možnost prenatální senzibilizace se myslí proto, že v pupečnickové krvi jsou nacházeny vysoké hodnoty IgE.

V našem sledovaném a léčeném souboru jsme používali nepatogenní kmen *E. coli*.

Colinfant Newborn – nová perorální vakcína – probiotikum

Jedná se o živou perorální vakcínu. Jde o lyofilizovaný nepatogenní kmen *E. coli*, který je schopen vytěsnit osídlení střevního traktu patogenními kmeny. Vyroběn Ústavem sér a očkovacích látek, 12 lahviček. Každá lahvička obsahuje *Escherichia coli* sérotyp O83:K24:H31 min. $0,8 \times 10^9$. Je představitelem skupiny bakterií, které jsou součástí normální střevní mikroflóry. Vakcína byla registrována v SÚKL v roce 1997 pod registračním číslem 59/762/97-C. Použití kmene a příprava vakcíny byly patentovány v roce 1989 pod číslem 2645722. *E. coli*, ze kte-

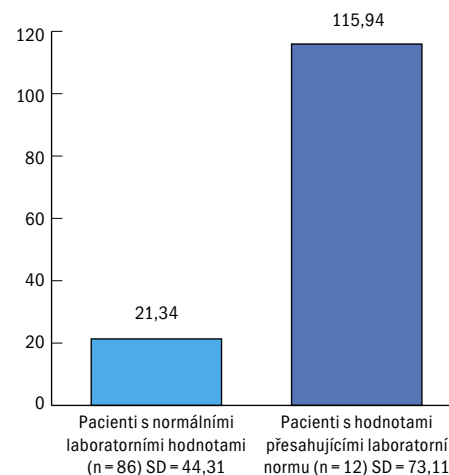
rého je připravována živá vakcína, je nepatogenní kmen s výše uvedeným sérotypem. Je uložen ve sbírce typových kmenů pod číslem A034/86. Je vysoce selektovaný, citlivý na běžná antibiotika, netvoří enterotoxin a nemá plazmid. Frekvence případného přenosu R1 plazmidu z donorové kultury je asi $100\times$ nižší než u kontrolního standardního kmene *E. coli*. Nepatří mezi žádné ze skupiny enteropatogenních *E. coli*. Jeho výborná kolonizační schopnost je zajištěna i přítomností fimbrií prokázaných hemaglutinací. Po perorální aplikaci suspenze byla prokázána translokace mikrobů pouze do mezenterálních uzlin, ale ne ve slezině, játrech a plicích. Kmen má výborné kolonizační vlastnosti, obsahuje receptory střešní sliznice, brání adhezenci patogenů a vytlačuje přítomné enteropatogenní kmeny. V testech byl kmen pro bezmikrobní selata zcela nepatogenní. Indukce vlastní tvorby sekrečního IgA je u novorozenců zvláště významná, protože zčásti nahrazuje deficit tohoto imunoglobulinu. Po osídlení novorozence vymizí jejich bakteriální patogeny ze stolice, krku i nosu. Vakcinační kmen přetrvává ve střevním traktu osidlovaných dětí po dobu 16 týdnů, ale byl prokázán i po několika letech. Přítomnost kmene stimuluje tvorbu specifických i nespecifických protilátek, prokazatelnou ve střevním traktu, ve slinách i v séru. Ukazuje se, že specifické kmeny střevní flóry mohou podporovat ochranu hostitele proti senzibilizaci i proti vzniku alergií, ale i proti infekci. Vakcína je dodávána v balení 1×12 lahviček. Toto balení je určeno pro 1 pacienta ve věku do jednoho roku bez ohledu na jeho hmotnost. Je zásadně podáváno perorálně, obsah lahvičky se rozpustí v 1 ml tekutiny (voda, čaj), přenesení se do nápoje a dá se dítěti vypít. Podává se $3 \times$ týdně 1 lahvička po dobu 4 týdnů. Po dobu aplikace antibiotik se podávání přerušuje. Nedoporučuje se podávat vakcínu v akutním stadiu průjemových onemocnění. Výdej je vázán na lékařský předpis pediatra. Tč. jej vyrábí společnost Dyntec v Terezíně.

Soubor a výsledky

V první skupině léčených pacientů s vysokým pupečnickovým IgE a následně kontrolovaných v letech 2005–2007 (porovnání s laboratorní normou) jsme zjistili normalizaci hodnot v roce věku u 106 ze 116 pacientů. Průměrná hodnota u těchto 106 pacientů byla 25,7 U/ml.

Graf 1

Kontrolní IgE v séru po léčbě Colinfantem Newborn v letech 2007–2008 (laboratorní norma 0–75 U/ml)



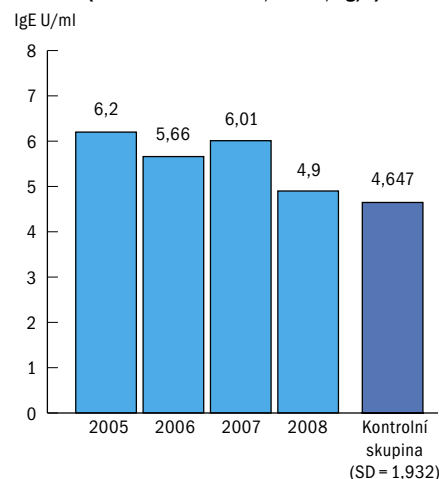
Další skupina léčených pacientů byla vyšetřena v letech 2007–2008 (graf 1).

Z toho je patrné, že normalizace hodnot IgE v dané skupině po léčbě nastala u 87,7 % pacientů.

Vzhledem k tomu, že jsme na základě podrobné anamnézy začali zjišťovat velmi nápadně sníženou nemocnost léčených pacientů, zpracovali jsme u všech těchto pacientů průměrné hodnoty IgG (graf 2). Výsledky srovnány s kontrolní skupinou 25 zdravých dětí. Překvapující pro nás byla průměrná hodnota IgG ve sledovaných letech. Statistické zpracování výsledků IgE, IgA, IgG, v následujících letech 2009–2012 u pacientů s vysokým pupečnickovým IgE léčených po porodu a jejich kontroly v jednom roce a ve třech letech věku ve srovnání

Graf 2

Průměrné hodnoty IgG ve sledované léčené skupině v roce věku v letech 2005–2008 (laboratorní norma 5,50–14,0 g/l)





s kontrolní skupinou 53 zdravých dětí z nefrologické ordinace.

Tab. 1 Základní statistiky – kontroly

Položka	n	průměr	medián	1. kvart.	3. kvart.
IgG1	20	4,258	3,640	3,060	5,700
IgA1	20	0,345	0,355	0,210	0,430
IgE1	14	31,00	7,47	3,63	41,40
IgG3	35	7,373	7,530	5,98	8,350
IgA3	35	0,655	0,600	0,460	0,770
IgE3	35	24,98	14,90	5,40	40,80

Tab. 2 Základní statistiky – nemocní

Položka	n	průměr	medián	1. kvart.	3. kvart.
PUP_IgE	136	3,098	2,365	1,790	3,560
IgG1	133	4,728	4,550	3,620	5,730
IgA1	136	0,473	0,260	0,200	0,380
IgE1	135	37,54	8,87	3,96	21,50
IgG3	67	6,964	6,870	5,690	8,160
IgA3	67	0,644	0,620	0,460	0,760
IgE3	66	59,49	17,09	7,65	60,12

Byla zamítnuta hypotéza normality rozložení pomocí šikmosti a špičatosti. Proto byly dále použity neparametrické metody.

Porovnání nemocných versus kontroly

Tab. 3 Wilcoxonův test nepárový (nemocní vs. kontroly)

Položky	n1 (kontroly)	n2 (nemocní)	P
IgG1	20	133	20,5
IgA1	20	136	17,5
IgE1	14	135	99,2
IgG3	35	67	29,4
IgA3	35	67	65,4
IgE3	35	66	18,2

Relativně nejbližší k významnosti mělo IgA v roce věku.

Vývoj v čase u nemocných

Tab. 4 Wilcoxonův test párový – po jednom roce vs. po třech letech

Položky	poč. měř.	P	
IgG1	IgG3	61	0,0 +++
IgA1	IgA3	62	0,0 +++
IgE1	IgE3	63	0,0 +++

Hodnoty se v čase změnilo u nemocných mezi jedním a třemi lety, a to na hladině významnosti 1 %.

IgG u nemocných se zvýšilo v mediánu z 4,55 na 6,87.

IgA u nemocných se zvýšilo v mediánu z 0,26 na 0,62.

IgE u nemocných se zvýšilo v mediánu jen z 8,87 na 17,09. Hodnoty zůstaly zcela v normě. U kontrol nebyl vývoj v čase testován pro malý počet kompletních dvojic měření.

Korelace veličin u kontrol

Tab 5. Pořadová korelace v jednom roce – kontroly

Položky x,y	n	Spearman	P	Kendall	P
IgG1 IgA1	20	0,7040	0,2 ++	0,5105	0,2 ++
IgG1 IgE1	14	0,2992	28,1	0,1758	38,1
IgA1 IgE1	14	0,2227	42,3	0,1429	47,7

IgG v jednom roce věku koreluje s IgA v roce věku na hladině P = 1 %.

Tab 6. Pořadová korelace ve třech letech – kontroly

Položky x,y	n	Spearman	P	Kendall	P
IgG3 IgA3	35	0,1973	25,0	0,1395	23,9
IgG3 IgE3	35	0,0003	99,9	0,0118	92,1
IgA3 IgE3	35	0,0482	77,9	0,0454	70,1

Ve třech letech již nebyla u kontrol nalezena žádná statisticky významná korelace.

Korelace veličin u nemocných:

Tab 7. Pořadová korelace v jednom roce – nemocní

Položky x,y	n	Spearman	P	Kendall	P
PUP_IgE IgG1	128	0,2330	0,9 ++	0,1658	0,5 ++
PUP_IgE IgA1	131	0,2684	0,2 ++	0,1830	0,2 ++
PUP_IgE IgE1	130	0,1729	5,0 +	0,1193	4,4 +
IgG1 IgA1	132	0,5203	0,0 +++	0,3853	0,0 +++
IgG1 IgE1	130	0,0887	31,4	0,0582	32,6
IgA1 IgE1	133	0,0720	40,9	0,0491	40,2

Statisticky významně v jednom roce věku u nemocných spolu koreluje IgG s IgA na hladině významnosti 1 %, korelace kladná, přímo úměrná. V jednom roce věku pupečnickové IgE koreluje se všemi sérovými imunoglobuliny, nejvíce s IgG a IgA.

Tab. 8 Pořadová korelace ve třech letech – nemocní

Položky x,y	n	Spearman	P	Kendall	P
IgG3 IgA3	67	0,6000	0,0 +++	0,4197	0,0 +++
IgG3 IgE3	66	0,0916	46,0	0,0643	44,5
IgA3 IgE3	66	0,0626	61,4	0,0434	60,7

Ve třech letech statisticky významně koreluje IgG s IgA na hladině významnosti 1 %.

Vysvětlivky:

IgE1, IgA1, IgG1 – hodnoty v jednom roce věku

IgE3, IgA3, IgG3 – hodnoty ve třech letech věku

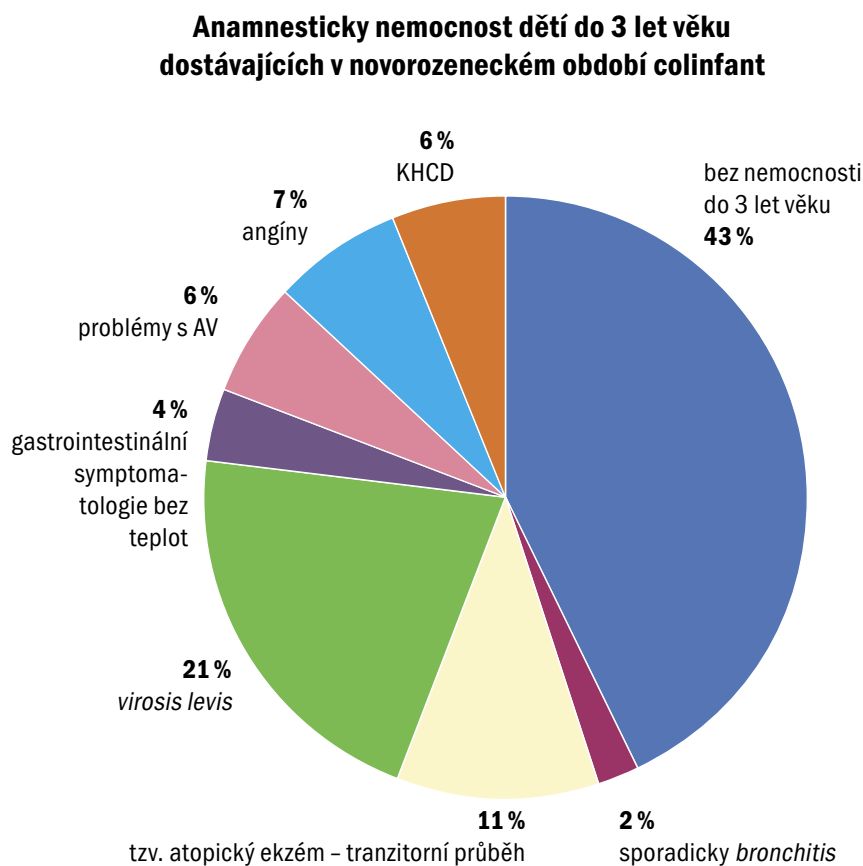
P – výsledná pravděpodobnost

PUP_IgE – pupečnickové IgE

n – počty pacientů



Graf 3 Graficky znázorněná nemocnost dětí léčených Colinfantem

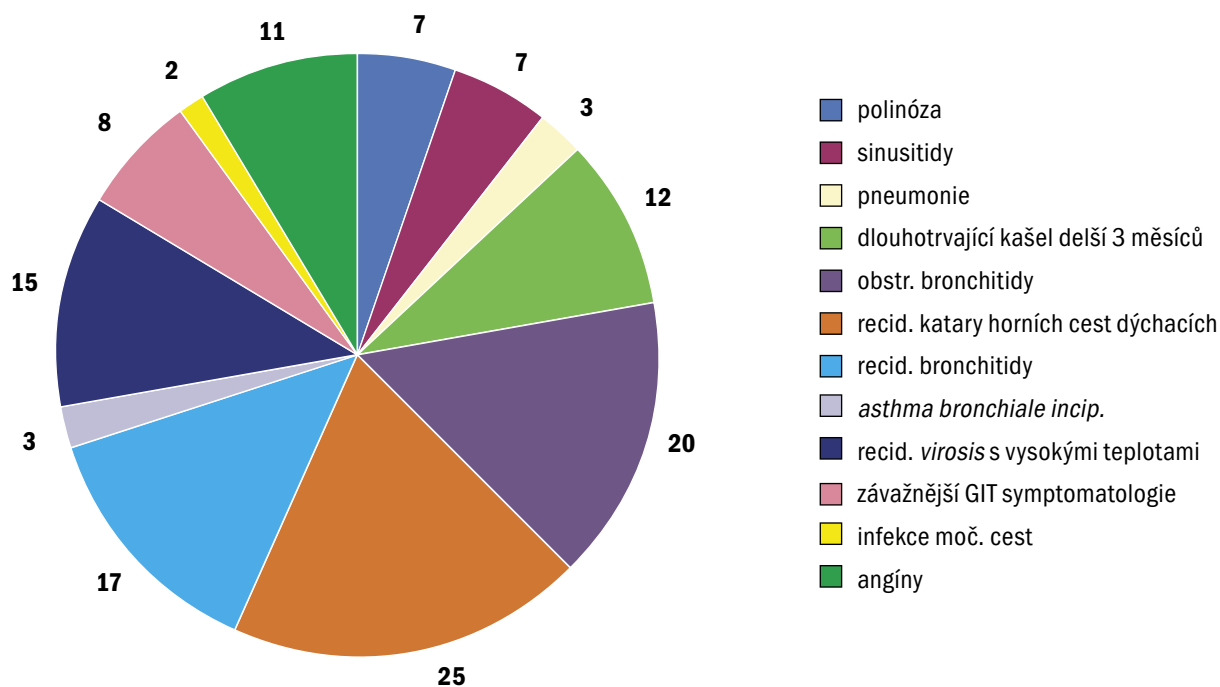


Léčba Colinfantem přispěla k tomu, že výsledné hodnoty IgE u léčených dětí se statisticky významně nelišily od příslušných veličin zdravých dětí.

Efekt léčby v novorozeneckém věku pomocí daného přípravku z hlediska nemocnosti jsme znázornili při porovnání přeléčené skupiny 142 dětí v porovnání s kontrolní skupinou 73 sourozenců (graf 3, graf 4). Podotýkáme, že z hlediska heredity se jedná o stejnou rizikovou skupinu monitorovanou ve stejném věkovém období. Prakticky nulová závažná nemocnost léčených dětí se vymykala možnosti kvalitního statistického zpracování.

Graf 4 Graficky znázorněná nemocnost kontrolní skupiny neléčených sourozenců

Anamnesticky nemocnost colinfantem neléčených sourozenců dětí do 3 let věku





Diskuse

V naší předchozí publikaci (1) jsme po vyšetření 3619 vzorků pupečnickové krve dospěli k závěru, že koncentrace imunoglobulinu E v pupečnickové krvi je predikací pro alergická onemocnění do 18 měsíců věku či do 6 let věku. Ukázaly se rozdíly v sezónnosti. Dále bylo patrné, že alergie se sdružuje s rodinnou anamnézou, první příznaky se posunují do prvních let života. Dokonce se jeví, že ovlivnění budoucí novorozence alergií je uvažováno v posledních 6 týdnech gravidity. I v našem souboru jsme měli skupinu novorozenců – mladších sourozenců, kteří byli narozeni v zimních měsících a jejich hodnoty pupečnickového IgE byly zcela v mezích normy proti prvním, starším sourozencům užívajícím Colinfant. Tito starší sourozenci se narodili stejným rodičům, ale v zimních měsících. Na to jsme právě již upozorňovali v první práci. Z výsledků bylo možné vyzdvihnout také dominující roli obou rodičů při vzniku alergie. Tyto výsledky byly významné na hladině 1 %. Proto jsme dospěli k závěru, že vysoké hodnoty pupečnickového IgE spolu s rodinnou anamnézou jsou důvodem k preventivní intervenci mimo jiné ovlivněním mikrobiální flóry. Je známo, že predikce IgE je pod genetickou kontrolou. Ještě musíme zopakovat, že tvorba IgE začíná u lidského foetu v játrech a plicích v 11 týdnech a ve slezině v 21 týdnech. Většina novorozenců má velmi nízké nebo minimálně detekovatelné hladiny IgE v pupečnickové krvi. Jiní autoři uváděli prediktivní hodnoty IgE v pupečnickové krvi jako rizikový faktor pro novorozence pro vývoj včasného začátku atopie. Matsumura nicméně uzavírá, že nejlepším prediktorem alergie u novorozence je pozitivní rodinná historie a elevace pupečnickové IgE. Všimli si také druhu a začátku alergie. Uváděli, že alergie se rozvinula u 29 % dětí, které měly pozitivní rodinnou historii alergie. Z nich pak v roce věku mělo diagnostikovanou alergii 23 % dětí, z toho bylo 40 % kojeno. Také si, stejně jako my, ověřovali pomocí pupečnickového IgA potenciální kontaminaci mateřskou krví. Je známo, že u novorozenců je primárně posunutá nerovnováha mezi Th1 a Th2 lymfocyty ve prospěch Th2 a tím je i vyšší možnost atopické senzibilizace. Dále se literárně také uvádí, že podání antibiotik do šestého měsíce života zvyšuje incidenci astmatu 2,8×, podání širokospektrého antibiotika až devětkrát!

Probiotika jsou podle definice WHO z roku 2001 živé organismy, převážně lidského

původu, které aplikovány v přiměřeném množství příznivě ovlivňují zdravotní stav hostitele. Osídlení slizničních povrchů určitým typem bakterií má příznivé účinky nutriční i imunologické. Dokáží snížit adhezi patogenů na povrch střeva. Jejich působením dochází ke snížení počtu intraepiteliálních regulačních T lymfocytů ve střevní sliznici. Na enterocytech zvyšují expresi MHC molekul II. třídy, čímž zvyšují jejich schopnost prezentovat antigen. Podle některých prací významně stimulují syntézu slizničního IgA. Pravděpodobně se jedná o určitý typ polyklonální stimulace. O prvních variantách probiotik se zmiňuje Mečnikov, který v roce 1907 zdůraznil význam střevní mikroflóry a její důležitou roli při obraně organismu. Již tehdy konstatoval, že konzumace fermentovaných mléčných výrobků zlepšuje zdravotní stav. Možnost ovlivnění střevní flóry probiotiky je uváděna v dalších pracích.

Pro zařazení mezi probiotika musejí mikroorganismy splňovat celou řadu kritérií. Samotná genová typizace byla prováděna zatím jen u tří druhů probiotik. Jedná se o *E. coli* typ Nissle a *E. coli* typ O83 (přípravek Colinfant), dále *Lactobacillus casei spec. Rhamnossus* – *Lactobacillus GG* a *Saccharomyces boulardii*. Poslední uvedené ale není humánního původu a nepatří tak mezi pravá probiotika. Bakteriální kmeny musejí být izolované ze stejného živočišného druhu, jako je předpokládán příjemce, nesmějí být toxické ani patogenní. Forma, ve které je probiotikum do zaživacího ústrojí aplikováno, musí obsahovat dostatečné množství životaschopných bakterií. Ty musejí mít schopnost přežít v zaživacím ústrojí a být dostatečně metabolicky aktivní. Výše uvedený typ *E. coli* Nissle 1917, který je dnes součástí přípravku Mutaflor, je právě tato nepatogenní *E. coli*. Má profylaktické účinky v remisi ulcerózní kolitidy srovnatelné s mesalazinem. Z možných vedlejších účinků terapie nepatogenními *E. coli* byl registrován literárně pouze meteorismus a u vlastního našeho Colinfantu 1× nadýmání a 1× vyrážka, která po ukončení vymizela. V tomto případě však nelze vyloučit problematiku při distribuci a skladování. Jinak se nikdy nic neobjevilo. Schopnost probiotik k ovlivnění střevní permeability ve vazbě na potravinové alergie studoval Perrier. V této souvislosti je nutné podotknout, že dospělý typ střevní mikroflóry je ustaven ve věku kolem dvou let. V dnešní době je již známo, že alergie se manifestuje v prvních třech letech gastrointestinálními příznaky, atopickým ekzém-

mem a mnohdy již i respiračními potížemi. Z hlediska výskytu a průběhu respiračních onemocnění existují na jedné straně studie, které neprokazují pozitivní vliv probiotik, na druhé straně studie prokazující určitý i statisticky signifikantní efekt na snížení výskytu respiračních onemocnění. Stejná situace je u alergického astmatu, kde podávání probiotik nevedlo k efektu, na druhé straně u alergické rýmy podávání probiotik v batolecím a předškolním věku vedlo ke snížení výskytu. V další studii byla podávána různá probiotika a sledován vliv na respirační infekce. Zjistilo se však jen zkrácení doby a redukce tíže onemocnění, probiotika neredukovala incidenci. Stejná situace je popisována u atopického ekzému. Jiní uvádějí profit z probiotik u atopického ekzému, ale na druhé straně další prameny uvádějí selhání probiotik. V této souvislosti si musíme uvědomit, že probiotika by měla být pro klinické použití izolována z lidských materiálů, protože probiotika ze zvířecích materiálů v sobě mohou skrývat rizikové pro lidský organismus. Ačkoliv běžně nepředstavují pro zdravého člověka žádné riziko, u oslabených pacientů byly ojediněle pozorovány různé nežádoucí účinky. Jedná se o děti, které jsou imunosuprimovány, trpí chronickými onemocněními nebo mají zavedenu nějakou invazivní medicínskou pomůcku. Dokud tedy nebudou dostatečně eliminována bezpečnostní rizika pro velmi vážně nemocné děti, neměla by u nich být léčba probiotiky zaváděna. Sem patří i stavy po chemoterapii, po ozařování, po biologické léčbě autoimunitních onemocnění, po orgánových transplantacích či po transplantacích krvetvorných buněk.

Na druhé straně další autoři tvrdí, že probiotika mohou redukovat incidenci IgE asociovaného ekzému u kojenců. O antiinfekčním efektu probiotik je však opakovaně referováno a jedním z mechanismů může být i nespecifická stimulace imunity. Fukushima referoval o tom, že při podávání bifidobakterií fekální hladina IgA i anti-poliovirus IgA byla během příjmu signifikantně vyšší než před příjmem. Toto zvýšení hladiny lokálního IgA může přispívat ke zvýšení mukózní rezistence proti GIT infekci. Z možného působení probiotik je vhodné uvádět úpravu střevní permeability a stimulaci imunitní odpovědi na patogeny, a to zvýšením produkce sekrečního IgA, IgG, IgM, protizánětlivě působících cytokinů IL-10, TGF- β . Při optimálním složení střevní mikroflóry totiž dochází k indukci imunitní reakce, která vede k produkci



cytokinů, navozující vznik aktivní tolerance neškodných antigenů. Opakovaná aktivace Th2 lymfocytů vede kromě stimulace tvorby IgE též ke zvýšené produkci sekrečních imunoglobulinů IgA. Prostřednictvím IL-4 tlumí aktivitu Th1 lymfocytů. Tím indukuje převahu regulačních lymfocytů Th3, které snižují systémovou zánětlivou odpověď. Na druhé straně nemáme zprávy o věrohodných studiích o tom, že probiotika v kojenecké mléčné výživě by mohla být škodlivá. Rovněž další uvádějí nesporný vliv probiotik na prevenci GIT problémů u kojenců a na rychlejší úpravu klinických obrazů rotavirové infekce. Autoři zabývající se problematikou novorozeneckého věku konstatují, že podávání probiotik matkám před porodem a následně 6 měsíců po porodu dětem nepřineslo žádoucí efekt na prevenci alergického onemocnění. Všichni však v těchto pracích podávali laktobacily, většinou *L. rhamnosus*, *L. reuteri*, nebo *B. lactis*. K prevenci nekrotizující enterokolitidy u dětí velmi nízké porodní váhy je používali u nás v Brně v roce 2003, nyní uvádějí další. Podporu některým hypotézám poskytují práce např. o výhodnosti včasné expozice kravskému mléku ve smyslu protekce proti IgE. Mezinárodní společnosti zabývající se výživou doporučují v případě nerealizovatelného kojení hydrolyzovanou kojeneckou výživu s ověřenou sníženou alergenicitou do 4. měsíce věku nebo částečně hydrolyzovaná mléka. Již nedochází k výraznějšímu omezování alergenů, jak u matek v době těhotenství a kojení, tak ve výživě dětí po 6. měsíci života. U matek při předpokladu, že nebudou kojit, jsme doporučovali v prvních čtyřech měsících stravu s předpokládanou hypoalergenicitou (v celém souboru jednotně HA Beba).

Na druhé straně studie ukazují, že z podávání probiotik profitovaly především děti s IgE zprostředkovanou alergií. Vlivem probiotik, která, jak je známo, usnadňují rovnováhu mezi Th1 a Th2 prostřednictvím regulačních buněk, zvýšení produkce IgA a IL-10 a potlačení tvorby prozánětlivých cytokinů, se u nás široce zabývají někteří autoři.

Možnost pozitivního ovlivnění střevní mikroflóry probiotiky je uváděna v několika pracích. U nás uvádějí údaje o českém kmeni, vyrobeném v minulosti v Ústavu sér a očkovacích látek. Kmen má vysokou adhezivitu a je představitelem skupiny bakterií, které jsou součástí normální střevní mikroflóry. Smysl léčby probiotikem spočívá v přesměrování imunologické odpovědi od fenotypu Th2 k Th1 ještě dříve, než je ustavena imu-

nitní odpověď na antigeny z okolního prostředí. Imunitní systém v časném dětském věku je v nedostatečném kontaktu s mikroby a alergeny, které jsou důležité pro stimulaci a regulační funkce imunitního systému. Tím nedochází k jeho dostatečnému „vyzrání“ a důsledkem je vychýlení imunitní reakce k reakci typu Th2. Navíc je zde zřejmě mechanismus navození imunologické tolerance do 2–3 let věku.

Organismus je právě ve věku kritickém pro navození imunologické tolerance vystaven pro něj novým molekulám. Je nepochybné, že složení střevní mikroflóry novorozence ovlivňuje kojení a hygienická opatření. GIT trakt osidluje *E. coli*, enterokoky a *Enterobacter*. Jakmile expandují, spotřebovávají kyslík a umožňují kolonizaci střeva anaerobními kmenům – *Bacterioides*, *Clostridium*.

Slizniční a imunitní tkáň obsahují zdaleka největší kvantum imunitních buněk (80 %) různých fenotypů.

Výše uváděný probiotický kmen *E. coli strain Nissle 1917* podávali v roce 1917 k léčbě průjmů. Mezi věkem 6–12 měsíců účinkoval lépe než ostatní probiotika. Stejný kmen podávali v roce 1992. Termín probiotika pak byl poprvé použit v roce 1965 pro popis látky vylučované organismy, které stimulují růst jiných organismů.

V Plzni a zřejmě i v ČR poprvé používali *Lactobacillus* v nemocniční studii Knaifl s Vlčkem. Srovnávali hodnoty pupečnickového IgE, specifického IgE, spirometrie a klinickou diagnózu po porodu a na začátku dospívání. Hodnoty IgE skromně korelovaly s celkovým IgE a větší tendencí k senzibilizaci. Korelace ale byla malá. Vazba byla silnější tam, kde dospívající v prvních letech života nebyli v kontaktu s domácími zvířaty. Jiní používali čtyři bakteriální kmeny u 1223 gravidních žen před porodem a u jejich dětí do 6 měsíců života. Ve dvou letech došlo k výrazné redukci alergických onemocnění spojených s IgE.

Mimo hygienickou hypotézu je nutné se zmínit také o hapténové hypotéze, která zdůvodňuje nárůst atopie přes mechanismy nespecifické imunity v důsledku opakovaného podprahového vystavování organismu pro něj novým molekulám, především ve věku kritickém pro navození imunologické tolerance, tj. do věku 2 let. Haptény v opakovaných podprahových dávkách nevyvolávají obvyklou kontaktněalergickou reakci (senzibilizaci), ale vedou k antigenně nespecifickému vychýlení, resp. perzistenci reakce II. typu.

Vzhledem k tomu, že naše práce začíná v novorozeneckém věku, podotýkáme, že novorozenci mají stejně jako astmatici geneticky podmíněnou nedostatečnou obranu proti infekci. Novorozenci mají kvůli nezralosti imunitního systému sníženou tvorbu IFN- γ v důsledku snížené funkce T1 helper buněk. Opakovaný kontakt s patogeny u nich navodí selhání imunity. Zdravé dítě až ve věku kolem pěti let reaguje s převahou Th1, která vede k rychlé eradikaci virů. Také u astmatu je snižena tvorba IFN- γ T lymfocyty a zvýšená tvorba IL-4,5. To má za následek zpožděnou eradikaci viru, poškození epitelu, přetrvávající eozinofilii a amplifikaci alergického zánětu. Dvě třetiny exacerbací astmatu vyvolávají rinoviry. Místo IFN- γ buňky tvoří IL-4,5. IL-4 stimuluje B lymfocyty k tvorbě IgE. Při defektu imunoglobulinů vzniká současně defekt blokujících protilátek, takže snadno sliznicí procházející antigen je ve tkáních s menší intenzitou vyvázan a pravděpodobně způsobí zvýšenou tvorbu IgE. U astmatiků se ve větší míře tvoří další mediátory, zejména leukotrieny a histamin. Při virové infekci se tvoří i IL-8, následně pak dochází ke zvýšení bronchiální reaktivity, a to i u zdravých jedinců. Dnes je již ale také známo, že u dětí s potravinovou alergií brzy dochází ke vzniku alergie na inhalované alergeny.

V minulé práci jsme si dali za cíl zjištění diagnostického a léčebného postupu. Diagnostická část byla tehdy provedena z velké části, zbytek jsme dovyšetřili v následujícím období. Do této druhé části práce jsme vytipovali novorozence z rodin s pozitivní rodinnou anamnézou a hodnotami pupečnickového IgE přesahujícími rozmezí normálních hodnot. Musíme zdůraznit dlouhodobost této studie i vývoj medicínských pohledů vzhledem ke klinickým obrazům. Chceme zdůraznit nesmírnou technickou náročnost laboratorního vyšetřování dětí daného věkového období. Začali jsme je sledovat a podrobně anamnesticky i laboratorně po indikované léčbě Colinfantem vyšetřovat na hodnoty IgE, IgA, IgG. V rodinách, kde byl starší sourozenec, jsme cílenými anamnestickými dotazy (ne dotazníkovou akcí) zaznamenali všechna onemocnění staršího neléčeného sourozence.

Výsledkové hodnoty novorozeneckého pupečnickového IgE posléze léčených novorozenců, hodnoty IgE v roce a ve třech letech stejně jako hodnoty IgG a IgA v roce a ve třech letech věku jsou uvedeny v grafickém znázornění a statistickém zpracování.



Chce se váš pacient léčit v zahraničí a od vás žádá radu?

Řekněte mu, že musí mít předem dost vlastních peněz a pohlídat si spoustu chytáků.

Média informují, že se teď čeští pacienti mohou vyjet léčit na zahraniční pracoviště podle svého vlastního výběru. Není to však až tak jednoduché. Od 22. dubna platí i v Česku evropská směrnice, podle níž může pojištěnec ze svého rozhodnutí vyjet do jiné členské země EU za ambulantní i lůžkovou lékařskou péči. Co to obnáší, vyplývá z informací VZP a Centra mezinárodních úhrad:

Placení: Pojištěnec si musí všechnu péči v zahraničí sám zaplatit a až doma mu ji pak jeho zdravotní pojišťovna proplatí do 30 dnů, u složitých případů do 60 dnů. Musí tedy předložit doklady: originály všech faktur a lékařské zprávy.

Limity proplacení: Pojišťovna refunduje jen do výše „české ceny“, tedy do sumy, kterou by stála stejná léčba v Česku. Pokud léčba stojí víc, dostane pacient zpět jen část ceny.

Limity výběru léčení: Zdravotní pojišťovny budou refundovat jen takovou léčbu, která je hrazena i v Česku, nikoli léčení, které se třeba v zahraničí už nabízí, ale u nás ze zdravotního pojištění hrazeno ještě není.

Další chytáky: Léčba musí být indikována lékařem v Česku, který má odbornost přesně odpovídající onemocnění. Některá léčba je v Česku vázána na předchozí schválení revizním lékařem a totéž platí i pro její refundaci, pokud by byla uskutečněna v zahraničí. Pravidla pro léčení v zahraničí platí jen v členských zemích EU, nikoli ve Švýcarsku, Norsku, Lichtenštejnsku či na Islandu.

Poznámka: Tzv. nezbytná péče bude i nadále hrazena do výše, jakou ji mají hrazenou pojištěnci státu, kde je péče čerpána. Český pacient platí spoluúčast stejnou jako místní lidé a náklady na péči si přeučtují zdravotní pojišťovny. Podobně zůstává v platnosti dosavadní praxe v případě zahraniční péče, kterou předem schválila zdravotní pojišťovna – pacient platí v hotovosti jen případnou spoluúčast, zbytek platí rovnou pojišťovna.

Závěr: Je zřejmé, že pokud se chce váš pacient léčit v zahraničí, doporuďte mu, ať se radši přeče jen předem poradí se svou zdravotní pojišťovnou. Další informace ze zákona poskytuje Centrum mezistátních úhrad (www.cmu.cz).

Zdroj: doktorvlach.cz, 28. 4. 2014

Zároveň jsme skupinu námi neléčených sourozenců z daných rodin po důkladném anamnestickém zpracování použili jako srovnání výskytu alergie a nemocnosti. Naše původní dotazy při kontrolách směřovaly na výskyt alergie s cílem zjistit efekt Colinfantu a vyšetřit hodnoty IgE. Proto jsme nejdříve všechny děti laboratorně vyšetřili v roce věku. Normalizace hodnot IgE v daných skupinách po léčbě nastala u 91,3 % a 87,7 % pacientů.

Tehdy jsme ještě důkladně laboratorně nesledovali nemocnost, proto jsme jen při opakovaných informacích rodičů, že tyto děti nejsou prakticky vůbec nemocné, a to i při nemocnosti celé rodiny, zprůměrovali nabírané hodnoty IgG v roce věku u léčených pacientů. Byli jsme překvapeni prakticky všude normálními hodnotami IgG, dokonce ve třech letech odpovídajícími laboratorním hodnotám a ve čtvrtém roce těsně pod udávanými laboratorními hodnotami, ale s hodnotami vyššími než kontrolní skupina zdravých dětí z jiné ambulance. Tím jsme do jisté míry dávali za pravdu sdělením rodičů.

Oproti výše uvedeným zahraničním autorům podotýkáme, že jsme v práci u naší velké skupiny používali fyziologický bakteriální kmen *E. coli*, a to již od 10. dne věku života, vycházejíce z rodinné pozitivní alergologické anamnézy a ze zvýšených hodnot pupečnickového IgE, a následné klinické i laboratorní kontroly v dalších letech. Nevycházeli jsme z dotazníků, ale z ambulantních kontrol.

Ohledně dalších možností, jako je stav výživy hypoalergenními mléky a redukce rizika vzniku alergického onemocnění, se nedospělo k jasným efektům. Je však přijímána varianta o podávání hypoalergenních mlék (HA) do 4. měsíce života u disponovaných jedinců. Racionální využití HA mléka může být spíše v léčbě alergie. Aplikace HA mléka byla doporučena již v roce 2008 ESPGHAN. Na druhé straně autoři uvádějí, že výsledky nejsou přesvědčivé. My jsme u dané skupiny, která dostávala Colinfant, podávali v případě dokrmu jednotně HA Bebu nejméně do 4. měsíce věku.

V další vytvořené skupině léčených dětí, tj. v letech 2009–2012, jsme již sledovali hodnoty IgE z pupečnicku, ale spolu s tím i IgG a IgA v roce a ve třech letech. Dále jsme do kruhového grafu zaznamenali údaje o dětech léčených Colinfantem i jejich neléčených sourozenců z hlediska alergie i nemocnosti. Rozdílly jsou velmi nápadné

a i potvrzují původní četné anamnestické údaje rodičů.

Závěr

1. Autoři vycházejí z předchozí otištěné práce, ze které bylo patrné, že alergie se velmi výrazně sdružuje s rodinnou anamnézou, posunuje se do prvních let života a dokonce se objevuje možnost korelace hodnot s pylovým kalendářem. Také dominující role obou rodičů byla statisticky významná.

2. To nás vedlo spolu s hodnotami pupečnickového IgE u novorozenců v těchto rodinách k preventivní intervenci mimo jiné ovlivněním mikrobiální flóry gastrointestinálního traktu probiotikem Colinfant, nepatogenním kmenem *E. coli*.

3. Domníváme se, že efekt této léčby je patrný na předložených laboratorních výsledcích v porovnání s kontrolními skupinami.

4. Tyto výsledky se týkají nejen hodnot IgE, ale i IgG a IgA.

5. Nápadným zjištěním je velmi významný rozdíl v nemocnosti obou sledovaných skupin.

6. Prakticky nulové negativní vedlejší účinky léčby nás vedou k možnosti plošného využití daného přípravku v rámci rozšíření péče o nejmladší populaci.

Autoři děkují za spolupráci členům porodnicko-gynekologického oddělení vedeného prim. MUDr. Z. Kestránkem. Zároveň autoři děkují MVDr. Užičároví a spolupracovníkům z firmy Dyntec Terezín za distribuci přípravku Colinfant. Za cenné rady děkují autoři doc. MUDr. Petru Panznerovi, CSc., přednostovi Oddělení klinické imunologie a alergologie FN v Plzni. Jednotlivé výsledky práce byly opakovaně prezentovány na pediatrických kongresech v ČR a SR s mezinárodní účastí v letech 2000, 2001, 2002, 2006 a 2008 a na Europaediatrics Congress v roce 2008 v Istanbulu.

Literatura

1. Liška J et al. Význam stanovení pupečnickového imunoglobulinu E ve vztahu k rodinné anamnéze alergie. *Alergie*. 2012;14(1):25–33

Další literatura u autora.

e-mail: mudr.jiri.liska@seznam.cz



Léčení koftavosti

Prof. RNDr. Josef Pešák, CSc.

LF UP v Olomouci

S koftavostí se lidstvo potýkalo od prvních civilizací. Navzdory snahám se více než sedm tisíciletí až do počátku třetího milénia nedařilo prokázat její příčinu, nebylo ji možné kauzálně léčit. Možná proto, že artikulovaná řeč je nejmladším a nejsložitějším projevem centrální nervové soustavy, mohla se také tam příčina neplynulosti řeči způsobená koftáním ukrývat. Prevalence, demografický údaj o výskytu koftavosti u dětí v období školní zralosti, je asi 1,5%. Neplynulost řeči způsobená koftavostí se u asi 4/5 postižených v dospělosti spontánně upravovala a jen asi 1/5 se s neuhem potýkala do konce života.

Někdejší přednosta foniatrické kliniky 1. lékařské fakulty UK v Praze (1997–2003) prof. Milan Laštovka v knize *Poruchy plynulosti řeči v popisu příznaků neplynulosti řeči* uvedl: „Koftavost se projevuje generalizovanou poruchou koordinace činnosti svalových skupin, které se podílejí na motorické realizaci řeči. Koftaví dobře vědí, co chtějí sdělit, vybavují se jim dobře slova jako pojmy, ale nejsou schopni je správně motoricky realizovat a jejich řečový projev je v iniciačních fázích pokusu o promluvu provázen opakovanými nadbytečnými iteračními pohyby, převážně buď klonickými záškuby, nebo tonickým strnutím křečí znehybněním svalových skupin. Omezovaná komunikační schopnost může vést k logofobii, extrémně ke stranění se lidské společnosti, i k narušení celkového projevu provázenému vesměs dovedně maskovaným chováním.“ Míra projevů poruch neplynulosti řeči způsobených koftavostí není stejná. Projevy nastupují převážně v dětství, kdy se děti začínají dorozumívat. Bývají vyvolávány náhodnou příčinou, která se může stát tak silným podnětem, že na něj malý jedinec s predispozicí k zadržávání reaguje nezřídka kritickým úlekem, zatímco za podobných, stejně dramatických okolností se u dětí bez predispozice k zadržávání se reakce na stresový atak víceméně bez následků utlumí a vymizí.

V téže knize prof. Laštovka poplatně prvnímu přednostovi a zakladateli pražské foniatrické kliniky 1. LF UK prof. MUDr. Miroslavu Seemanovi uvádí: „Ze všech názorů a teorií o původu koftavosti lze shrnout, že se shodují v tom, že jde o centrální poruchu řízení motoriky, ve které hrají dominantní úlohu emoce. Seemanova teorie dynamické úchylny striopallidálního systému a emoce jako spouštěvého a udržujícího mechanismu

koftavosti vysvětlila prakticky všechny její projevy.“ Podle Seemanova doporučení přejatého psychiatrií a pediatrií se léčila koftavost a) psychoterapií jako základem léčby koftavosti, b) cvičnou léčbou podřízenou psychoterapii a následně podporovanou dechovými cvičeními, c) sporně léčbou medikamentózní pro dosažení celkového uklidnění izolací hospitalizací. Do studie BZ-1003-BR v textu níže se dostala holčička s neplynulostí řeči přímo z léčebné hospitalizace v Praze.

■ Cesta za objasněním příčiny koftavosti na UP v Olomouci

S dotáčkou videofilmu *Než se řekne A* (1982) investigativně o 2× LP *Kdo mi, děti, poví* (obr. 1) jsme se s televizním štábem dostali do ZŠ pro děti s vadami řeči na Sv. Kopečku u Olomouce, kde autor posléze založil Laboratoř logopedické diagnostiky (1986–1988).

Jako Elektroakustickou laboratoř (1988–2004) ji mohl přeložit na Neurologickou kliniku LF UP a FN Olomouc, posléze příslušnou k Ústavu lékařské biofyziky LF UP v Olomouci.

Po autorově návratu z Ai-ex-Provence v roce 1991 (1) bylo ustaveno celouniverzitní Společenství pro studium hlasu a řeči, kde spolu s PhDr. Jaroslavou Honovou z FF UP pokračovali řešením Výzkumného záměru MŠMT v Praze.

Po editaci článku v *Medical Hypotheses* s MUDr. Lubomírem Hellerem z odd. alergologie FN Olomouc ověřili účinnost β_2 sympatomimetika formoterolu inhalací léku Foradil Che (Novartis). To umožnilo setkání na TÚ LF 16. 4. 2003, spolupořádané prof. MUDr. Vladimírem Mihálem, přednostou Dětské kliniky LF UP a FN Olomouc.

Multicentrická klinická studie BZ-1003-BR (3. 11. 2003–24. 9. 2004), povolená EK LF UP a FNO čj. 46/03 z 12. 5. 2003 a čj. 46/03/ z 10. 11. 2003, potvrdila hypotetickou etiologii pneumoobstrukce tracheo-bronchiálního stromu zapříčiňující poruchu plynulosti řeči vinou koftavosti.

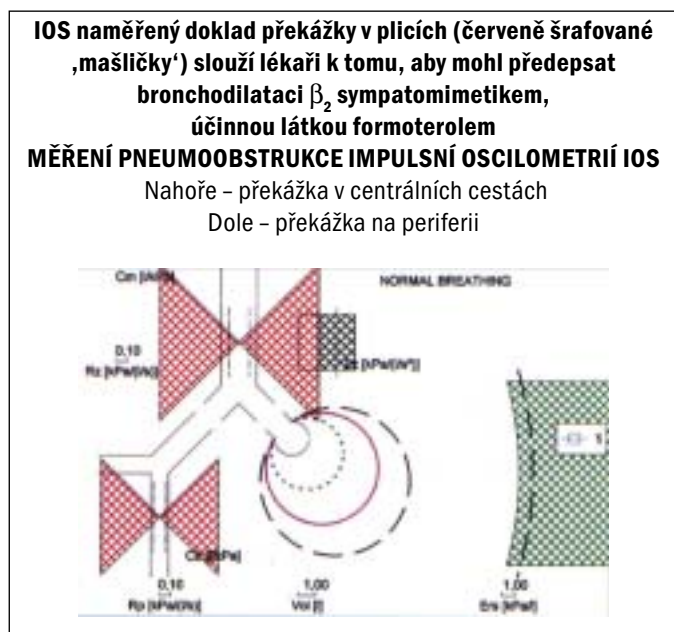
Dne 19. 7. 2007 byla přidělena patentová listina. Postup i výsledky studie byly posléze publikovány.

Po ukončení úvazku autora na LF UP v Olomouci v roce 2009 pokračoval prezentacemi v ČT: *Sama doma* (24. 10. 2008), *Před půlnocí* (11. 2. 2009), *Události v regionech* (16. 2. 2009), *Sama doma* (18. 2. 2011); *Tep 24* (5. 11. 2011), *Živě na jedničce* (22. 2. 2012).

Díky churchilovské „sedmé velmoci“ autora navštívilo přes půl třetího sta zájemců, aby se dozvěděli, jak se dostanou k účinné látce formoterolu, který se jinak běžně užívá při léčení astmatu. Dozvěděli se, jak správně inhalovat pevným co nejdelším nádechem se zakloněnou hlavou, aby byla cesta do průdušnice co nejpřímější, a na konci nádechu se zadržným dechem nejméně na 10 vteřin, aby se vdechnuté reflexivně nevydechlo.

Obr. 1 Kdo mi, děti, poví





Obr. 2 Příklad obstrukce v plicích u balbuties

Z kazuistiky J. K. (69 let) jsem se dozvěděl, že inhaloval dva a půl roku každý den, půl roku 2–3× týdně, potom jen tehdy, když to sám introspektivně cítil.

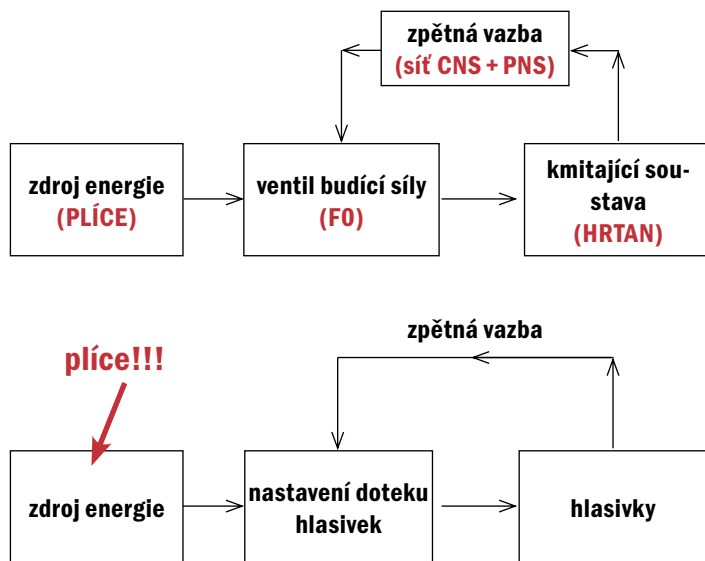
Podle všeobecně závazných materiálů WHO z roku 1992 ICD-10, resp. jejich českého překladu MKN-10, zahrnuje v kapitole V označení F00–99 duševní poruchy a poruchy chování, F98 jiné poruchy chování a emoce se začátkem obvykle v dětství a dospívání, F98.5 koktavost, balbuties, zadržávání v řeči.

Účinnou látku formoterol smějí dětem předepisovat dětští lékaři a dospělým lékaři alergologie nebo plicní. Jenže za jejich studií se o hypotetické etiologii balbuties, popsané v roce 2002, ani o její předběžné

Obr. 3. Terminální průdušnice bronchiola



Samobuzená kmitající soustava



Obr. 4 Blokové schéma hrtanu – hlasivek

terapii v roce 2004 nedovídali, pokud se o zmíněné sami nezajímali.

Zatím se nejspíš dozvědí o naměřených překážkách expiračnímu proudu vzduchu u balbuties metodou impulsní oscilometrie IOS (obr. 2). Měření bylo pořízeno v průběhu multicentrické klinické studie BZ-1003-BR, když si je dospělí jedinci nebo rodiče dětí postižených neplynulostí řeči pro ně u mne opatřili.

Inhalovaný prášek *formoteroli fumaras dihydricus* (β_2 sympatomimetikum formoterol) napodobuje aktivaci sympatiku, stimuluje adrenergní receptory v hladké svalovině, žlázách, v CNS.

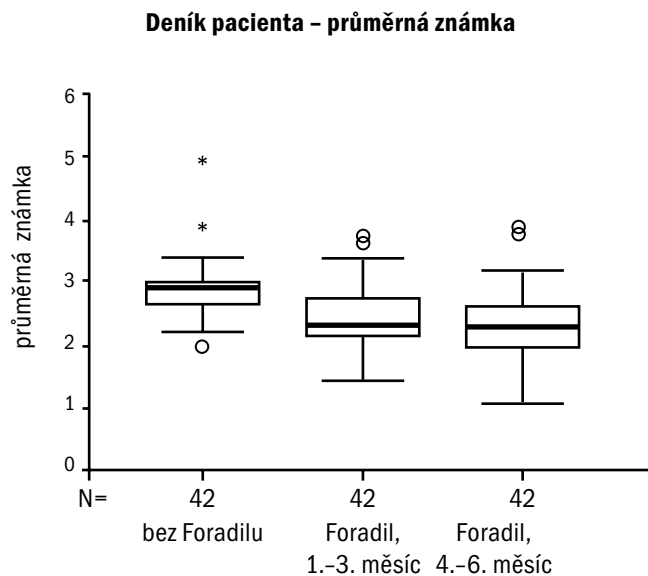
Explikace je objasnění překážek (obstrukcí) tracheobronchiálním stromu v plicích jedince (obr. 3). Důsledkem těchto obstrukcí je obrana organismu jedince s balbuties iteracemi koktáním. Název „koktání“ pochází z onomatopoického ko-ko ke svolávání slepic. Žlutá šipka na obr. 3 při dušnosti způsobené astmatem směřuje na překážku uvnitř těla útvaru, jakoby kvazi mikronásosky či mikrotroubele průdušinky, zatímco červená šipka směřuje k proužku, vláknku hladkého svalstva, které spolu s nepřehlednými řadami ostatních křečí následkem libovolného stresu, od obavy z neznámého po úzkostné trauma těla průdušinek tracheobronchiálního stromu jedince s neplynulostí řeči, je mohutně škrtí zevně.

Fyziologicky terminální bronchioly umožňují dospělému jedinci asi ve 300 milionech alveol jako mikroskopických plicních sklíp-

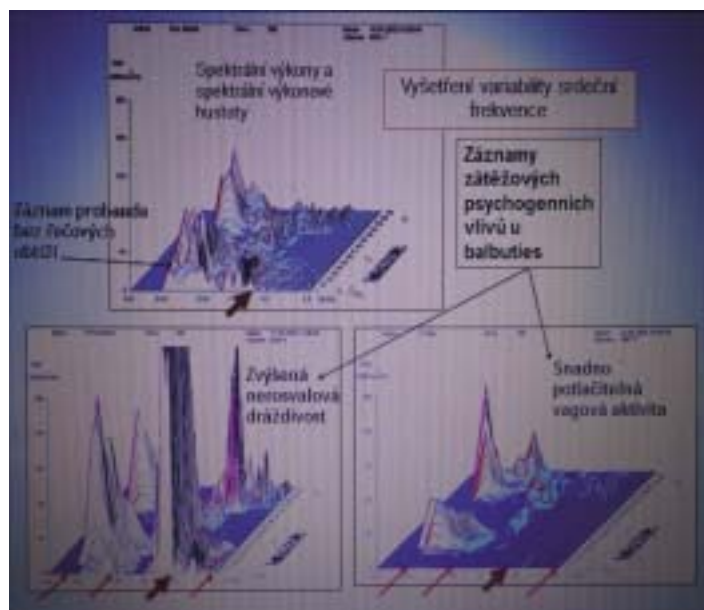
cích, zavěšených jako hrozny na průchozích stěpácích, přechovávat v plicích váčcích cca 0,5l dechového objemu vzduchu, především aby při dýchání mohl membránami alveol přecházet kyslík do kapilár krevního řečiště.

Exspirovaný proud vzduchu je tak za průvodního kmitání hlasivek budící silou tvoření, vydávání hlasu – fonace. Překážky v cestě, v toku exspirovaného proudu vzduchu z plic od nepaměti způsobují postiženým více či méně obtížné iterace koktáním.

V ruském přehledu fyziky (resp. jeho českém překladu) se v kapitole Mechanické kmitání v § 9 Samobuzené kmity uvádí: „Soustavu, jejíž netlumené kmity se udržují dodáváním energie ze zdroje, který sám kmitavý pohyb nekoná, nazýváme samobuzenou (kmitající). Samobuzená kmitající soustava se skládá ze 4 částí: a) vlastní kmitající soustavy b) zdroje energie kompenzující ztráty v soustavě c) záklopy (ventilu) regulující dodávku energie d) zpětné vazby.“ Mezi příklady samobuzených soustav vinou v té době platné neurochronaxické teorie (Husson 1953), zaměněné za současně platnou myoelastickou-aerodynamickou teorii (Van den Berg 1958), aplikované v blokových schématech na obr. 4 nalevo při hovoru nebo zpěvu jsou podle přehledu fyziky uváděny např. hlasové vazy (hlasivky) při hovoru nebo zpěvu (obr. 6 nalevo), vlastní kmitající soustava je na obr. 4 napravo ve třetím bloku s označením hlasivky. (Statistické parametrické mapy (H2150 PET) in: Jeffris



Obr. 5 Krabicové grafy před po třech a šesti měsících užívání formoterolu



Obr. 6 Vyšetření variability srdeční frekvence

KJ, Fritz JB, Braun AR. Words in melody: an H2 150 PET study of brain. Activation during singing and speaking. *Brain Imaging*. 2003 Apr;14(5):749-754.) Pod čarou je doložen jinak běžně odpozorovaný jev, že postižení neplynulostí řeči mohou fyziologicky očekávaně intonovat, když se jim při intonaci aktivují oblasti proti jen proslovené sentenci v opačné hemisféře.

Se souhlasem EK LF UP a FN v Olomouci byla pro realizaci a monitorování klinického ověřování bronchodilatace formoterolem multicentrickou klinickou studií zvolena brněnská filiálka vídeňské firmy ZAK Pharma Services.

Šest lékařek foniatrie v šesti centrech (v Ostravě MUDr. Zdeňka Skeřilová, ve Zlíně-Malenovicích MUDr. Dagmar Vodičková, ve Starém Městě u Uherského Hradiště MUDr. Dana Popelářová, v Kroměříži MUDr. Renata Rokytová, v Prostějově MUDr. Marcela Kozáková, v Břeclavi MUDr. Dagmar Pluháčková) zařadilo do multicentrické klinické studie BZ-1003-BR 43 probandů – pacientů s balbuties. Vznikla tím skupina dětí a mladistvých od 6 do 17 let s 28 chlapci (průměrného věku 11,4 roku, SD 2,68 roku) a 8 dívkami (průměrného věku 13,6 roku, SD 3,25 roku) a skupina dospívajících ve věku 18–25 let s 5 muži (průměrný věk 19,5 roku, SD 2,18 roku) a 2 ženami (průměrný věk 19,5 roku, SD 2,18 roku). V období od 19. 10. 2003 do 10. 11. 2004 podle harmonogramu probíhalo vyšetřování

v biochemické laboratoři a v EEG a EMG laboratořích na Neurologické klinice ve FN Olomouc, na TÚ LF UP v Olomouci vyšetření variability srdeční frekvence (VSF), spirometrické vyšetření impulsní oscilometrií (IOS) a mgf. záznam řeči čteného textu (cca 100 slov) jako korelát, souvztažný údaj pro hodnocení neplynulosti řeči.

Hodnocení neparametrickým párovým Wilcoxonovým testem na hladině signifikance 0,05 podle 14. verze kanadského statistického programu terapeutického užívání formoterolu v rámci studie BZ-1003-BR vyjádřené krabicovým grafy je na obr. 5.

■ Překážky rigorózně přesné léčbě koptavosti

Co dál? Mohlo by se navazovat na vyšetření variability srdeční frekvence (VSF) projeví se u balbuties v plicích, ale i na srdci – viz obr. 6, kde jsou na záznamech zátěžových psychogenních vlivů bistabilní projevy u balbuties a na 3D spektrálních výkonů a spektrální výkonové hustoty silnější šipkou u srdeční variability frekvence 0,15 Hz vymezující rozhraní mezi projevy základních částí autonomního nervového systému sympatiku a parasympatiku.

Poděkování že se navzdory překážkám podařilo léčení odvěkého smutného neduhu, patří na počátku kolegyni z FF UP v Olomouci PhDr. Jaroslavě Honové, když se nám podařilo získat výzkumný záměr MŠMT v Praze.

V průběhu pořádání multicentrické klinické studie pak mému někdejšímu studentovi, dnes profesně velmi platnému MUDr. Tomáši Grézlovi z ORL oddělení nemocnice v Kroměříži, který byl i mým velmi nadějným doktorandem s pěknou řádkou sympoziálních spoluúčastí. Dále pak lékařkám foniatických ambulancí MUDr. Zdeňce Skeřilové, MUDr. Dagmar Vodičkové, MUDr. Daně Popelářové, MUDr. Renatě Rokytové, MUDr. Marcela Kozákové, MUDr. Dagmar Pluháčkové za sledování 42 probandů s balbuties, v neposlední řadě kolegyni z ÚLB LF Mgr. Janě Zapletalové, Ph.D., za statistické vyhodnocení multicentrické klinické studie, kterou se úspěšně podařilo potvrdit terapii balbuties účinnou látkou formoterolem.

■ Literatura

- 1) Pešák J. Complex Nature of the Seemingly Simple Vocal Fold Cycle. In: Rossi M, Congres Committee and Organizing Committee (eds.) *Proceedings XIIth International Congress of Phonetic Science*. Vol. 2. Aix-en-Provence, 1991. p. 70–72. ISBN 2-85399-260-8

josef.pesak@upol.cz



Statiny a sportovní aktivita

MUDr. Petra Trdličková, prof. MUDr. Václav Zeman, CSc.

Ústav tělovýchovného lékařství LF UK v Plzni

■ Mechanismus účinku

Nejprve něco krátce o tom, jak statiny vlastně snižují koncentraci lipidů. Tyto léky jsou kompetitivní inhibitory HMG-CoA reductázy, což je enzym, který stojí na počátku metabolické kaskády, na jejímž konci je syntetizován cholesterol (obr. 1). Statiny tedy zabraňují přeměně HMG-CoA na další produkty a tím omezují intrahepatální syntézu cholesterolu. To celé vede ke zvýšení počtu LDL receptorů na hepatocytech a zvýšenému vychytávání LDL cholesterolu játry, čímž klesá celkový cholesterol v krevním oběhu.

Mezi další účinky statinů patří zlepšení funkce cévního endotelu a stabilizace aterosklerotických plátů, statiny rovněž inhibují proliferaci buněk hladkého svalstva cév.

■ Nežádoucí účinky a možnosti jejich ovlivnění

Bohužel jako většina léků mají statiny kromě superlativ i své stinné stránky, z toho důvodu je při jejich indikaci a preskripci nutno postupovat nanejvýš racionálně, zvláště pokud je naším pacientem pohybově aktivní člověk, protože jak ukazuje řada studií, nežádoucí účinky se u sportovců projevují častěji oproti běžné nesportující populaci.

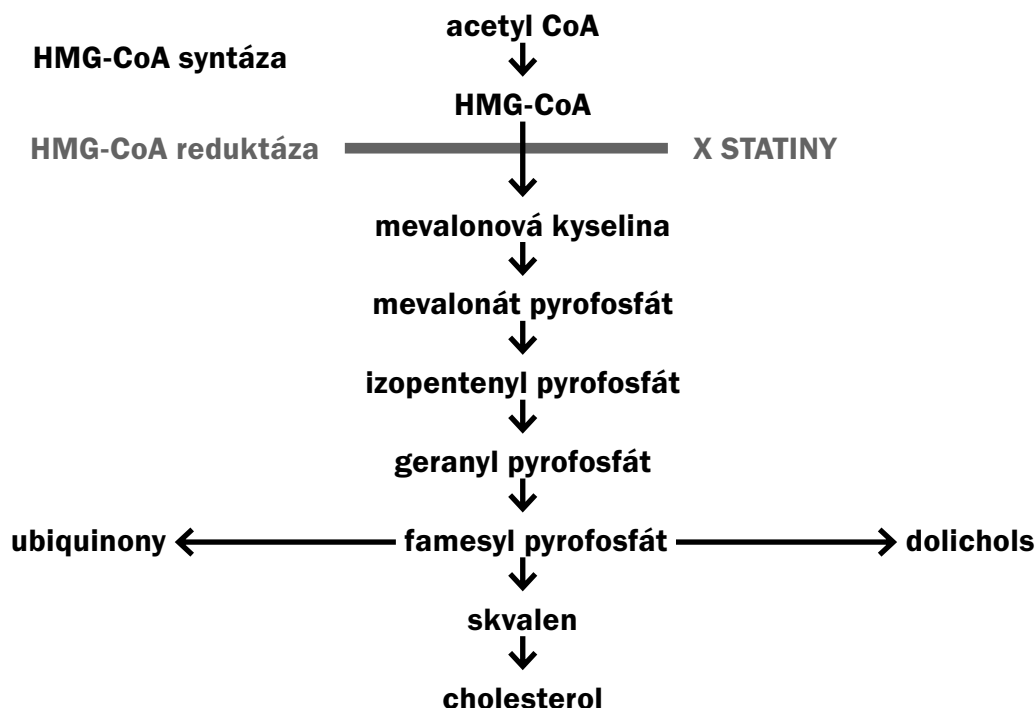
Mezi nežádoucí účinky statinů patří intersticiální plicní onemocnění, deprese, elevace transamináz, sexuální dysfunkce, poruchy spánku, poruchy paměti. Statiny mají rovněž teratogenní efekt, zvyšují riziko katarakty a riziko vzniku DM 2. typu.

Uvádí se, že riziko DM 2. typu je při užívání statinů zvýšené o 9 %, což je poměrně velké číslo. Na to však existuje argument, že poměr riziko/benefit je 1:9, a tudíž výrazně

převažuje prospěch z užívání statinů. Ve studii, která se týkala myopatie vyvolané statiny (Fernandez G, Spatz ES, Jablecki C, Phillips PS. Statin myopathy: a common dilemma not reflected in clinical trials. *Cleve Clin J Med.* 2011;78(6):393–403), jsou uváděná čísla rizika a benefitu následující: ve skupině jedné stovky pacientů se zvýšeným cholesterolem dojde při užívání statinů u jednoho ke vzniku DM 2. typu, u jednoho až dvou se předejde infarktu myokardu a u více než 20 % se objeví svalové slabosti, únava a zhoršení paměti.

Tím se dostáváme k nejčastějšímu nežádoucímu účinku statinů, kterým je skupina myopatií. Tam řadíme svalové bolesti, únavu, ztuhlosti, křeče v klidu nebo při námaze a myozitidy se zvýšením kreatinkinázy (CK). V některých závažných případech může dojít k rabdomyolýze, která může vést ve svém důsledku až k renálnímu selhání.

Obr. 1 Metabolická kaskáda syntézy cholesterolu





Je zajímavé, jak se liší procenta vzniklých nežádoucích účinků v případě různých studií. Jednoznačně z toho vyplývá, že je třeba posoudit každého pacienta individuálně. Pokud jsou studie prováděny s běžnou populací, jakou vybírají výzkumy sponzorované farmaceutickými firmami, myopatie se vyskytují u 1–5 % pacientů. **Studie prováděné u sportovců ukázaly výskyt myopatií u čtvrtiny probandů;** pokud do takových výzkumů byli zařazeni profesionální sportovci, svalové obtíže se vyskytovaly u 32,9 % účastníků (Parker BA, Thompson PD. Effect of Statins on Skeletal Muscle, *Exerc Sport Sci Rev.* 2012;40(4):188–194).

Značné rozdíly mezi výsledky jednotlivých studií mohou být dány výběrem probandů, kdy jsou vylučovány osoby s anamnézou svalových bolestí, někdy také mohou být myalgie a únava ve studii podhodnoceny. Vraťme se ještě ke sportovcům. V další ze studií (Sinzinger H, O'Grady J. Professional athletes suffering from familial hypercholesterolaemia rarely tolerate statin treatment because of muscular problems. *Br J Clin Pharmacol.* 2004;57(4):525–528) se ukázalo, že tolerance statinů u této skupiny je poměrně nízká, pouze každý pátý je snášel dobře. Vysvětlení může být následující: při sportu se uvolňují tzv. hormony štěstí, mezi které patří kromě endorfinů také serotonin. Vedle dobré nálady však serotonin způsobuje i zvýšené svalové napětí a tím predisponuje ke snadnějšímu vzniku svalových obtíží při užívání statinů.

Kromě serotoninů se při sportu uvolňují ještě další látky, na které se zaměřila jiná studie. Již výše zmínění Parker a Thompson se věnovali tomu, jak je při sportu a současném užívání statinů ovlivněna koncentrace CK, tedy přímého markeru poškození svalů. U skupiny, která užívala lovastatin v dávce 40 mg denně, se objevilo 1,7násobné zvýšení koncentrace CK oproti skupině, která užívala pouze placebo. Tento nárůst byl patrný 24 hodin po sportovní aktivitě střední intenzity (45 minut na běžeckém pásu při 65 % TF_{max}). Ještě dalších 96 hodin po sportovní aktivitě byla hodnota CK zvýšená oproti placebo a vykazovala pomalejší tendenci k navrácení na původní úroveň. V této studii tedy potvrdili, že statiny ovlivňují metabolismus svalů, a bylo nabídnuto i možné vysvětlení, jak k tomu dochází.

Statiny blokují syntézu cholesterolu a toto přerušení metabolismu je žádoucí. Při této kompetitivní inhibici však bohužel dochází i k zablokování syntézy famesyl pyrofosfátu (viz obr. 1), meziprojektu, ze kterého následně vzniká koenzym Q10. Deplece tohoto enzymu uvnitř svalů způsobuje dysfunkci mitochondrií, je ovlivněn celý energetický metabolismus svalů a dochází k degeneraci svalových buněk a tím ke vzniku poměrně častých svalových potíží. Ukázalo se, že riziko svalového poškození je závislé na věku, nikoliv na dávce statinu.

Míru výskytu myopatií lze ovlivnit výběrem statinu. Méně nežádoucích účinků bylo pozorováno u rosuvastatinu ve srovnání s atorvastatinem. Menší riziko vzniku myopatií u rosuvastatinu je dáno hydrofilitou jeho molekuly. Díky tomu neinteraguje s cytochromovým systémem, ledvinami je vylučován v nezměněné podobě a nadto jeho schopnost snížit koncentraci cholesterolu je výraznější. Riziko myopatie se lze vyhnout i režimovými opatřeními: zvýšit příjem koenzymu Q10, zajistit dostatek vitamínu D, vynechat užití statinu několik dní před sportovní aktivitou (TNT studie ukázala bezpečnost takového jednání) a zajistit dostatek hydratace. V případě užívání statinů, jež interagují s cytochromy, je dobré vyhnout se lékům, které jsou jejich prostřednictvím metabolizovány (např. erytromycin, azithromycin, clarithromycin, ketokonazol, flukonazol, diltiazem, verapamil, digoxin, amiodaron, warfarin, sildenafil, prednison, cyklosporin). Je důležité nezapomenout ani na potraviny a doplňky stravy, které se metabolizují cytochromy, jako např. grapefruit, zelený čaj, ostropestřec mariánský, třezalka tečkovaná.

Na závěr ještě jeden fakt pro kohokoliv, jehož cholesterol se pohybuje nad vyšší úrovní normy. Redukce hmotnosti o 1 kg sníží koncentraci celkového cholesterolu o 2–3 %, což je určitě povzbudivé pro naše pacienty.

V USA zaznamenali další případ smrtícího koronaviru MERS

Ve Spojených státech zaznamenali druhý případ nákazy smrtícím koronavirem MERS. Onemocnění se potvrdilo u osoby, která nedávno cestovala do Saúdské Arábie, odkud pochází většina dosavadních nakažených i obětí.

Sdělo to americké Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC). V Saúdské Arábii byl předtím i Američan, u něhož se zjistilo nakažení koronavirem začátkem měsíce. Nový pacient začal mít zdravotní problémy při letu z Rijádu do Londýna. Poté odcestoval přes Boston a Atlantu na Floridu, kde byl krátce poté hospitalizován ve městě Orlando. Jeho stav je podle lékařů „uspokojující“. CDC se z preventivních důvodů snaží kontaktovat asi 500 lidí, kteří s nakaženou osobou cestovali ve stejných letadlech.

Také první pacient cestoval koncem dubna z Rijádu do Londýna, kde na letišti Heathrow přestoupil na let do USA. Z Chicaga jel poté autobusem do blíže neurčeného města ve státě Indiana. Krátce poté začal mít muž dýchací problémy, horečku a kašel. Na pohotovosti, kam se odebral, mu vzhledem k jeho nedávnému zahraničnímu pobytu udělali i testy na MERS, které přítomnost viru potvrdily.

Lékařka Anne Schuchatová, která má v CDC na starosti onemocnění dýchacího ústrojí, již po prvním zjištěném případě koronaviru MERS v USA prohlásila, že „je důvodem velkého znepokojení zejména kvůli tomu, že jde o nemoc velmi nakažlivou“. Téměř třetina případů nakažení virem končí smrtí pacienta.

Symptomy koronaviru MERS (Middle East Respiratory Syndrome) se srovnávají s onemocněním SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), které v roce 2003 usmrtilo na 800 lidí. MERS se začal šířit z Blízkého východu a na rozdíl od SARS k jeho symptomům patří kromě dýchacích obtíží i selhání ledvin.

Počet nakažených lidí koronavirem MERS od jeho objevení v září 2012 dosáhl ve světě podle CDC nejméně 538, přičemž 145 z nich již zemřelo. Nejvíce případů hlásí Saúdská Arábie, kde se eviduje 450 případů a 112 mrtvých.

Zdroj: čtk, 13. 5. 2014

8. kongres primární péče

Jak správně vyživovat od narození až do stáří

„Nutrice představuje v medicíně téma klasické – v 19. století ale hrála mnohem podstatnější roli, než je tomu dnes. Nepochybně je to věc, která patří do ordinace lékaře, zejména toho praktického,“ konstatoval v úvodu prvního programového bloku věnovaného výživě v nemoci i ve zdraví prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., přednosta II. interní kliniky 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha, který se zaměřil na nutriční intervence v ambulantní praxi.

Jak uvedl prof. Anděl, výživa nesprávná kvantitativně vede k obezitě, zhoršení stavu nutrice až k malnutrici, nesprávná kvalitativně pak ke karenci vitamínu C, kyseliny listové, thiaminu, vitamínu B12, D aj. „Nezanedbatelný je i sociální význam poruch výživy – například obezita v dětství vede v pozdějším věku ke vzniku diabetu druhého typu, se kterým jsou spjaty náklady v desítkách miliónů korun,“ dodal. V případě podvýživy je potřeba se ptát, zda jde o stav „per se“, či o závažný symptom nemoci (mentální anorexie, achalázie, diabetu 1. typu, hypertyreózy, onkologického onemocnění apod.). „Podvýživa představuje v běžné klinické praxi významný problém, zejména u fragilních skupin obyvatel – především tedy starých lidí, závislých osob či některých pacientů s psychickými obtížemi,“ připomněl dále prof. Anděl a dodal: „Nedostatečný stav nutrice spojený s nedostatečným příjmem tekutin je příčinou až 30 % všech akutních hospitalizací starých lidí na interně orientovaných odděleních a klinikách. Porucha proteosyntézy totiž vede k poruše imunity, a tudíž k riziku rozvoje bronchopneumonie, infekce močových cest a k snadnějšímu přechodu do sepse.“

V praxi lze orientačně zjistit stav výživy pomocí hmotnosti (pozor na edémy), BMI, vrstvy tuku nad tricipsem nebo mohutností svalnatosti nedominantní paže. Za významnější je považován nechtěný pokles hmotnosti v posledním půlroce o 10 % nebo v posledním měsíci o 5 %. „Ve srovnání se ženami jsou podvýživou více ohroženi samostatně nebo osaměle žijící muži, a to již v pátém deceniu,“ upozornil prof. Anděl. Z laboratorních ukazatelů je podle něj důležitá zhodnocení plazmatické koncentrace albuminu (norma nad 35 g/l), která je snížena až při dlouhodobém, respektive stresovém hladovění. Důležité je odlišit jaterní příčinu a renální, eventuálně střevní ztráty.

■ Pacienta zvažte při každé návštěvě v ordinaci

Mezi příčiny zhoršení stavu nutrice ve stáří patří mj. ztráta sociální sítě, deprese, zubní defekty, poruchy chuti, čichu, polykání, hybnosti, kognitivních funkcí, kachektizující choroba, nechutenství a intolerance jídla po léčbě či ekonomické důvody. „Role praktického lékaře při řešení těchto specifických problémů je skutečně významná. Při každé návštěvě pacienta v ordinaci by proto měl praktik zjistit jeho hmotnost,“ apeloval prof. Anděl s tím, že časná intervence je zásadní, protože nutriční stav se mnohem lépe – i mnohem levněji – udrží než restauruje. Minimální nutriční potřeby ve stáří jsou následující:

- * energie – 25 kcal/kg/den;
- * proteiny (resp. aminokyseliny) – 1 g/kg/den;
- * voda – 30 ml/kg/den;
- * kalium – 1 mmol/kg/den;
- * NaCl – 5 až 6 g denně.

Prof. Anděl se krátce zmínil také o možnosti „sippingu“, tedy popíjení při předoperační nutriční intervenci. Jedná se o tekutou výživu většinou na bázi mléčných proteinů, která se podává perorálně. Pro složitější stavy, jež vyžadují řešení nutrice pomocí dlouhodobé enterální nebo parenterální výživy, je nutná spolupráce se specializovanou nutriční ambulancí. „Pokud jde o sociální aspekty, poruchy výživy a hydratace jsou častější ve velkých městech. Důležitá je proto spolupráce na komunální úrovni a využití preventivních programů typu „meals on wheels“ – tedy systému rozvozu potravin,“ konstatoval prof. Anděl a své vystoupení uzavřel globálním pohledem na malnutrici: „Hladovění v rozvojovém světě je příznakem chudoby, hladovění v rozvinutém světě často příznakem ignorace. Jednoduchými prostředky však lze dosáhnout mnohého.“

■ Pamatujte na okno imunologické tolerance

Připomínky alergologa (a evidence based medicine v oblasti imunologie) k výživě nejmenších dětí – tak zněl název příspěvku MUDr. Martina Fuchse z imunologické a alergologické ambulance Immunoflow, Praha. „V letech 1996 až 2007 se v České republice téměř zdvojnásobil počet alergiků – z 16,9 na neuvěřitelných 31,8 % – a procento dětských astmatiků narostlo z 3,8 na 11,2,“ připomněl úvodem a dodal: „Na tento celosvětově rostoucí trend se zareagovalo představou, že snížením antigenní nálože dojde k redukci prevalence imunokompromitovaných jedinců. Tak se stalo, že základní potraviny typu kravského mléka, lepkou či vajec, ale třeba i ryby byly přesunuty mezi rizikové „alergeny“. Jejich konzumace byla odkládána na později, zejména u dětí s atopickou zátěží. Že byla – a stále je – tato představa naivní, škodlivá a mylná, ukázaly výsledky studií, které upozornily na fenomén orální tolerance.“

Komplementární strava, tedy jiná než mateřské mléko, by na základě nových imunologických poznatků měla být podle MUDr. Fuchse zaváděna mezi 17.–26. týdnem biologického věku dítěte – bez souvislosti s kojením, optimálně ještě v době kojení (výlučného, částečného). „V tomto intervalu – tzv. oknu imunologické tolerance – by měly být zaváděny všechny základní potraviny, včetně bílkovin živočišných mlék, vaječného bílku, lepkových obilovin a ryb. Nemléčná výživa by na druhé straně měla zohledňovat atopickou dispozici, potvrzenou senzibilizací a respektovat skutečnou potravinovou alergii,“ zdůraznil MUDr. Fuchs s tím, že komplementární strava by ale v žádném případě neměla ovlivnit délku samotného kojení.

■ Evropa: komplementární strava zaváděna průměrně od 4,8 měsíce

„Ze systematického přehledu literatury Hörnellové a kolektivu z dubna 2013 napříkladem vyplývá, že výlučné kojení po dobu delší než 4 měsíce je spojeno s nižším přírůstkem hmotnosti v druhé polovině prvního roku života dítěte. Kojení je ochranným faktorem celiakie, zánětlivých onemocnění střev či diabetu a má příznivý vliv na IQ, krevní tlak a hladinu cholesterolu. Vliv na alergie je ovšem bez většího významu,“ uvedl MUDr. Fuchs. Připomněl, že v ČR bylo v roce 2005 v 6. měsíci výlučně kojeno 23,1% narozených dětí a o pět let později dokonce jen 16,6%, kojeno pak bylo necelých 40% v daném období.

Jiná studie (Fleischer, In Practice 2013), jež byla zaměřena na primární prevenci alergie pomocí nutriční intervence, mj. ukázala, že dieta během těhotenství a kojení doporučena není a že komplementární strava může být zavedena mezi 4.–6. měsícem věku, včetně kravského mléka, vajec, sóji, pšenice, ale i arašídů, ořechů, ryb a korýšů.

Jak dále uvedl MUDr. Fuchs, v lednu 2010 byla v Pediatrics publikována práce Nwarua et al., která poukázala na fakt, že pozdní zavedení brambor (> 4 měsíce), ovsa (> 5 měsíců), pšenice (> 6 měsíců), žita (> 7 měsíců), masa (> 5,5 měsíce) ryb (> 8,2 měsíce) a vajec (> 10,5 měsíce) bylo spojeno s přecitlivělostí na potravinové/inhalační alergeny. O tři roky později stejný autorský tým publikoval v JACI studii, z níž vyplynulo, že zavedení lepkových obilovin ve věku 5–5,5 měsíce vedlo ke snížení výskytu astmatu a alergické rýmy, přičemž zavedení nelepkových obilovin (ryže, kukuřice) do věku 4,5 měsíce vedlo ke zvýšení výskytu atopického ekzému. Zavedení vajec do 11. měsíce vedlo ke snížení výskytu astmatu, alergické rýmy i senzibilizace a ryb do 9. měsíce ke snížení výskytu astmatu a alergické senzibilizace. Ukázalo se rovněž, že kojení po dobu kratší než 9,5 měsíce zvyšuje riziko neatopického astmatu.

„Na základě výsledků různých studií bych tedy jako první motto uvedl, že výlučné kojení po dobu 6 měsíců může být velmi užitečné v rozvojových zemích, kde je klíčová ochrana proti infekci. Naproti tomu zavádění komplementární stravy ve věku 4 až 6 měsíců v Evropě a USA částečně řeší obavy z anémie, alergie a do jisté míry i z celiakie. Jako druhé pak, že pro prevenci alergie či astmatu může být důležitá délka kojení, nikoli však délka

výlučného kojení,“ konstatoval MUDr. Fuchs s tím, že v evropských zemích je komplementární strava zaváděna průměrně od 4,8 měsíce věku dítěte.

Na závěr svého vystoupení se MUDr. Fuchs zmínil o probíhající randomizované kontrolované studii EAT (Enquiring About Tolerance), do níž bylo od roku 2012 zařazeno 1302 účastníků. Ti byli 3 měsíce výlučně kojeni, první skupina by pak měla být kojena pokud možno výlučně do 6. měsíce věku, druhá skupina dostane ke kojení komplementární stravu. Její složení a pořadí je následující – denně rýžová kaše, poté 1 jogurt 2× týdně, následovat bude 1 vejce za týden, 20 g ryby za den, 3 lžičky arašídového másla a 3 lžičky sezamové pasty týdně. Nakonec se přidají pšeničné sušenky, ale ne dříve než po 4. měsíci. Vliv výživy na rozvoj potravinových alergií bude v obou skupinách hodnocen ve 3. a 6. měsíci a následně v 1. a 3. roce věku dítěte.

■ Doporučení českých pediátrů pro výživu kojenců a batolat

Doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D., z Pediatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol, Praha, uvedl, že právě v kojeneckém a batolecím období hraje výživa zásadní roli – a to vzhledem k dynamickému rozvoji psychomotorických funkcí, dozrávání centrální nervové soustavy, imunitního systému a rychlému somatickému růstu. Protože byly v posledních letech v zahraničí publikovány některé guidelines týkající se výživy kojenců ve zdraví i nemoci, rozhodli se zástupci pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy České pediatrické společnosti ČLS JEP v čele s doc. Bronským, že vytvoří moderní nutriční doporučení založená na nejnovějších vědeckých poznatcích.

Jak uvedl doc. Bronský, jako zdroje informací posloužila mj. doporučení či stanoviska European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, American Academy of Pediatrics, Světové zdravotnické organizace, národních odborných společností, ministerstva zdravotnictví. „Protože bylo v oblasti kojenecké výživy provedeno jen málo kvalitních studií, vznikla doporučení spíše jako consensus based, nikoli evidence based,“ komentoval doc. Bronský s tím, že vybrány byly ty nejdůležitější poznatky pro klinickou praxi praktického lékaře pro děti a dorost.

Jak dále upozornil, doporučení, která mají dohromady 13 kapitol, budou publikována

v časopise Československá pediatrie jako samostatné suplementum, vybrané části pak s největší pravděpodobností i v časopise Vox paediatricae. V další části prezentace doc. Bronský stručně představil některá stěžejní doporučení k některým kapitolám:

- * kojení – optimální výživa do ukončeného 6. měsíce, bez omezování délky a frekvence, nejsou třeba žádné další tekutiny ani doplňky, mléčné porce lze krýt mateřským mlékem až do 2. roku, kontraindikace jsou výjimečné, žádné diety pro těhotné ani kojící ženy nejsou z důvodu prevence alergie doporučeny;
- * nemléčné příkrmy – mezi ukončeným 4. a 6. měsícem, nevyhýbat se „alergenním“ ani lepku a zavádět je v malých množstvích při kojení;
- * kojenecké formule – na bázi sóji (galaktosémie, přechodný deficit laktázy, vegetariánské rodiny), antirefluxní formule nesnižují refluxní index, bezlaktózová formule (přechodný deficit laktázy), jiná savčí mléka či sojová mléka mají u kojenců zdravotní rizika;
- * novorozenci s nízkou porodní hmotností – důležité kojení, formule pro nedonošené děti vhodná do 40. týdne, počáteční formule od 38. týdne, příkrmy u narozených po 35. týdnu zavádět jako u donošených, u narozených před 35. týdnem zavádět za 5–8 měsíců (nejdříve po ukončeném 3. měsíci korigovaného věku);
- * probiotika – léčba akutních infekčních gastroenteritid, prevence postantibiotických průjmů;
- * mikronutrienty – norma 25(OH) vitamínu D nad 50 nmol/l (400–500 IU denně 1. rok a v zimě 2. rok), 1 mg vitamínu K i. m. (pokud p. o., pak u výlučně kojeneckých podávat týdně 1 mg až do 12. týdne), jódu 200 µg nebo 2× týdně mořské ryby kojícím matkám, pátrat po deficitu železa u rizikových, vápníku 500 mg denně, fluor suplementovat podle zdrojů;
- * alergie na bílkovinu kravského mléka – nejdříve vyloučit jinou příčinu, specifické IgE ani prick testy nemusejí být klinicky významné, eliminačně-expoziční test ve 2.–4. týdnu, kojící matky musejí vysadit bílkoviny kravského mléka a substituovat vápník, při neúspěchu podávat extenzivní hydrolyzát;
- * dietní opatření při léčbě akutních infekčních gastroenteritid – do 9% úbytku hmotnosti podání hypotonických rehydratačních roztoků, nepít džusy ani colové nápoje, nepřerušovat kojení, u nekoje-

ných časná realimentace, farmakoterapie není obvykle nutná;

- * atopický ekzém dítěte – základem lokální léčba, nutné vyšetření alergologem, IgE nemusejí být klinicky významné, eliminační dieta jen odůvodněná, dieta kojící matky není evidence based kromě alergie na bílkoviny kravského mléka;
- * alternativní výživa matky – určit míru restriktivity (vegani aj.), respektovat filozofické důvody, pozor na riziko malnutrice zejména při zavádění příkrmů, zavádět sójové formule, substituovat mikronutrienty, důležitá pestrá strava;
- * poruchy příjmu potravy kojenců a batolat – kritéria Wolfsonové (odmítání stravy,

patologický vzorec krmení, nadavování při krmení), napravit vzorec krmení, nezávadět nazogastrickou sondou;

- * výživa batolat – nenásilně nabízet pestrou stravu v malém množství, pozor na riziko aspirace, minimálně 5 porcí denně (100 kcal/kg/den), po 1. roce alespoň 300–500 ml plnotučného mléka nebo jeho ekvivalentů denně, po 2. roce alespoň 125 ml.

Po skončení bloku věnovaného výživě zasedli představitelé pořádajících odborných společností i profesních sdružení praktiků s přednášejícími ke kulatému stolu, aby prodiskutovali možnosti formulace konsen-

suálních výživových doporučení pro českou populaci – dětskou i dospělou. Pozornost se soustředila i na kvalitu školního stravování či sortiment bufetů a prodejních automatů ve školách. Účastníci se shodli, že systém kontroly optimálních výživových hodnot i pestrosti nabídky – navzdory chválným aktivitám ministerstva zdravotnictví a především pak hlavního hygienika ČR – není optimální. Praktičtí lékaři proto zvažují možnost iniciovat jednání s ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy a nabídnout své odborné znalosti pro řešení daného problému.

■
jat

Klinický mix z dermatologie

■ Diferenciální diagnostika krvácivých projevů na kůži

Jak uvedl MUDr. Petr Smíšek z Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol, Praha, mezi možné příčiny krvácení mohou patřit především změny počtu nebo funkce trombocytů – významný je pokles trombocytů pod $50 \times 10^9/l$, spontánní krvácivé projevy se objevují při hodnotách pod $20 \times 10^9/l$ (trombocytopenie nejčastěji imunitní, může být poléková, poinfekční nebo projevem jiných nemocí). Dále koagulopatie vrozené (Willebrandova nemoc, hemofilie A nebo B) či získané (polékové při antikoagulační léčbě, autoimunitní etiologie, příčina jiných nemocí), porušené funkce kapilár či větších cév (vaskulitidy, vaskulopatie), zevní vlivy (úraz, poškrábání aj.), týrání či kombinace uvedeného.

„Diferenciální diagnostika pacienta s krvácivými projevy je široká a není jednoduchá. Základní orientaci v problematice umožní zhodnocení celkového stavu pacienta, vyloučení urgentních závažných situací a základní vyšetření – krevního obrazu a koagulace. Potřeba je vždy kompletní krevní obraz s retikulocyty, mikroskopickým diferencíalem a mikroskopickým zhodnocením erytrocytů a trombocytů. Pro základní koagulační vyšetření je nutný správný odběr krve a včasné zpracování,“ zdůraznil MUDr. Smíšek. Dodal, že další vyšetřovací postup se odvíjí od anamnestických dat, laboratorních výsledků a vývoje onemocnění.

V případě anamnézy by si měl praktický lékař všimnout věku, prodělaných onemocnění a dispenzarizace, recentně prodělaných infekcí (parainfekční ekzantém, poinfekční trombocytopenie aj.), podávaných léků (antiagregancia, antikoagulancia, heparin, imunosupresiva, cytostatika, antiepileptika aj.) s obezřetností vůči lékovým interakcím, dále rodinné anamnézy a anamnézy krvácivých projevů (jejich četnosti, délky, intenzity, proměnlivosti).

U klinického vyšetření by se měl praktik zaměřit na charakter krvácivých projevů – kožní (petechie, hematomy), slizniční (sufuze na sliznicích, epistaxe, krvácení z dásní), měkké tkáně. „Měl by se ptát, zda vznikají spontánně nebo třeba po malém úrazu či poškrábání. Důležitá je také lokalizace – zde nezapomínejme na predilekční místa –, přítomnost dalších krvácivých projevů, jako jsou hematurie či hemoptýza, dále celkový stav pacienta a případné jiné změny, jako jsou otoky, exantémy, hepatomegalie, splenomegalie nebo lymfadenopatie,“ vysvětlil MUDr. Smíšek.

Většina krvácivých stavů je podle něj snadno vysvětlitelná (polékové, poinfekční), často jde o méně významná a přechodná onemocnění. „Nezapomínejme však na vzácné, nicméně klinicky významné choroby a také na vrozené nemoci, které nelze vyloučit ani ve vyšším věku. Složitě a přetrvávající případy je vhodné konzultovat s hematologem či imunologem,“ konstatoval MUDr. Smíšek.

■ Kožní manifestace jsou u pacientů s renálním selháním časté

„U osob po transplantaci ledviny je nutné pravidelné dermatologické vyšetření jednou za 3 měsíce až 12 měsíců, doporučeno je však i u dialyzovaných pacientů. Kožní změny jsou totiž u obou těchto skupin časté, mohou zhoršovat kvalitu jejich života a zvýšit morbiditu i mortalitu,“ uvedla prof. MUDr. Petra Cetkovská, Ph.D., z Dermatovenerologické kliniky LF UK a FN Plzeň.

Upozornila dále, že chronické selhání ledvin provázejí jak kožní změny nespecifické, jako jsou pruritus, prurigo, *xerosis cutis*, změny barvy kůže, nehtů či chronické telogenní effluvium, tak specifické – např. bulózní či perforující dermatózy, kalcifikace, nefrogenní systémová fibróza.

„Renální pruritus se častěji objevuje při hemodialýze, postihuje více muže, vyskytuje se na zádech,“ připomněla prof. Cetkovská s tím, že silný pruritus je asociovan s zvýšenou mortalitou (o 17 %). Pokud jde o terapii, nutná je optimalizace dialýzy, řešení hyperparatyreózy a hyperfosfatémie, lze využít emolienta, koupelové oleje, lokálně mentol, takrolimus a kapsaicin, UVB, gabapentin, ev. naltrexon.

Pokud jde o ostatní kožní změny při dialýze, podrobněji se prof. Cetkovská zmínila o bulózních dermatózách, jako jsou *porphyria cutanea tarda* a *pseudoporphyria* – chronické bulózní klinicky podobné onemocnění

nejasné etiologie. Dále o kalcifikacích, kam zařadila *calcinosis cutis* a kalcifické uremické arteriopatie – např. kalcifylaxe, syndrom uremické gangrény či kalcifikující panikulitidu. „Kalcifylaxe postihují asi 4 % dialyzovaných, vyskytují se však i po transplantaci ledviny a u některých malignit, autoimunitních nemocí či jaterní choroby alkoholiků. Jedná se o obliterující kalcifikace malých a středně velkých cév kůže, které vedou k progresivní tkáňové ischémii a nekróze,“ upřesnila prof. Cetkovská. Upozornila také na nefrogenní systémovou fibrózu u pacientů s akutním a chronickým selháním ledvin, jejíž etiologie je opět nejasná a souvisí patrně s vyšetřením MR s kontrastní látkou obsahující gadolinium. Má rychlý progresivní průběh, udávána je mortalita 30 %.

„Pacienti po transplantaci ledvin jsou vzhledem k dlouhodobé imunopresivní léčbě

nejvíce ohroženi vznikem kožních nádorů, kožních infekcí a nežádoucími účinky terapie, tedy kortikosteroidů, cyklosporinu, takrolimu, sirolimu či mykofenolátu mofetilu,“ uvedla dále prof. Cetkovská. Lymfomy a jiné mimokožní karcinomy se objevují v prvním roce po transplantaci, výskyt kožních nádorů pak stoupá lineárně s časem – 10 let po transplantaci má 10–27 % pacientů v Evropě a USA minimálně jeden nemelanomový karcinom kůže, 20 let po transplantaci 40–60 %, v Austrálii dokonce 80 %. „Nemelanomové kožní nádory se skutečně vyskytují nejčastěji, v 95 % případů, a to již během 2 až 3 let po transplantaci. Jedná se především o spinocelulární, méně o bazocelulární karcinom,“ upřesnila prof. Cetkovská s tím, že hlavní příčinou je sluneční záření (fototyp I a II, věk pacienta). Dalším rizikovým faktorem je typ, délka a intenzita imunoprese – azathioprin + cyklosporin + kortikosteroidy nejrizikovější

– a infekce HPV. Z jiných kožních nádorů se pak u pacientů po transplantaci ledvin lze podle prof. Cetkovské setkat s melanomem, Kaposiho sarkomem či s karcinomem z Merkelových buněk.

„Tyto údaje odpovídají i výsledkům studie, kterou jsme provedli na našem pracovišti u více než tří stovek transplantovaných pacientů. Ukázala se bohužel nižší compliance nemocných s ohledem na nezbytnost fotoprotekce – slunci se vyhýbá pouze cca 1 % z nich, oděvem se chrání 21 % a opalovacím krémem 33 %, ale téměř 45 % si kůži nechrání vůbec! Z toho tedy vyplývá nezbytnost pravidelných kontrol v dermatologické ambulanci s náležitou edukací o potřebě každodenní fotoprotekce,“ shrnula prof. Cetkovská.

Převzato: ZN Kongresový list, odborná příloha Zdravotnických novin, 2/2014

Informace z 9. ročníku kongresu ISPPD

MUDr. Jan Smetana, Ph.D.

V indickém Hyderabadu se v březnu tohoto roku konal již 9. ročník konference ISPPD (International Symposium on Pneumococci and Pneumococcal Diseases). Tato konference konající se každé dva roky bývá monotematicky zaměřená na epidemiologii, diagnostiku, léčbu a prevenci pneumokokových infekcí. V jednotlivých oblastech byla prezentována řada novinek.

Jednou z novinek byla prezentace účinnosti tří pneumokokových konjugovaných vakcín (PCV) proti invazivním pneumokokovým onemocněním (IPO). Sdělení popisovalo data výskytu IPO v Quebecu v Kanadě od zavedení PCV vakcinačního programu ve schématu 2+1 v prosinci 2004. Jako první byl využíván PCV7, následně od 2009 PCV10 a od ledna 2013 PCV13. Od počátku implementace vakcinačního programu bylo dosaženo vysoké proočkovanosti (>90 %). Ve sdělení byly prezentovány výsledky sledování výskytu případů IPO u dětí ve věku 2–59 měsíců v letech 2005–2012. Podle výsledků bylo zvýšené riziko IPO asociováno například s chladnějším obdobím roku, nižším věkem dětí, výskytem komorbidit nebo nižší úrovní vzdělání matky a nižším ročním příjmem. Naproti tomu PCV vakcinace

měla protektivní charakter. Srovnání účinnosti PCV vakcín je shrnuto v tabulce.

IPO sérotypy	PCV7	PCV10	PCV13
PCV7 + 6A	90 % *	100 %	100 %
PCV10 + 6A	79 % *	99 % *	100 %
19A	42 %	67 % *	69 %
PCV13	64 % *	85 % *	87 % *
Non-PCV13	-13 %	10 %	32 %
Všechny sérotypy	53 % *	75 % *	79 %

Pozn.: * p < 0,05

Autoři shrnuli své výsledky s tím, že PCV10 a PCV13 mají vyšší účinnost než PCV7 díky vyššímu počtu sérotypů ve vakcíně a vyšší úrovni cross protekce proti 19A u PCV10.

Další z novinek bylo představení prvních výsledků studie CAPITA (Community Acquired Pneumonia Immunization Trial in Adults). Základním cílem studie bylo prokázat účinnost konjugované pneumokokové vakcíny PCV13 v prevenci první epizody CAP (Community Acquired Pneumonia) způsobené vakcinálními sérotypy (VT) *Streptococcus pneumoniae* u dospělých osob ve věku ≥ 65 let. Dalšími cíli bylo například zjištění účinnosti PCV13 v prevenci první epizody pneumokokových CAP bez

bakteriémie a invazivních pneumokokových infekcí způsobených vakcinálními sérotypy. Klinické hodnocení proběhlo v Nizozemsku s nábořem subjektů v letech 2008–2010. Studie byla organizována jako randomizovaná, placebem kontrolovaná s rozdělením subjektů 1:1 do dvou skupin. V jedné byla subjektům aplikována PCV13, v druhé bylo podáno placebo. Do každé skupiny bylo zařazeno přibližně 42 000 subjektů. Zastoupení mužů a žen bylo v obou skupinách srovnatelné, 56 % a 44 %. Výsledky ukázaly účinnost (*per protocol*) v prevenci první epizody pneumokokových VT-CAP 46 % (95% CI 22–62) a účinnost proti VT-IPO 75 % (95% CI 41–91). Největší rozdíly v distribuci sérotypů při posouzení první epizody pneumokokových VT-CAP mezi placebem a PCV13 byly zaznamenány u sérotypů 3, 7F a 19A, při srovnání VT-IPO u 1, 3 a 7F. Vakcína opět prokázala dobrý bezpečnostní profil, který je konzistentní s předchozími daty použití vakcíny u dospělých.

Abstrakta všech příspěvků 9th ISPPD jsou dostupná na webově adrese <http://www2.kenes.com/isppd2014/scientific/Documents/ISPPD-9%20ABSTRACT%20-BOOK.pdf>.



Ze světa odborné literatury...

■ Reference o růstu Japonců od kojeneckého věku do období věku předškolního – sledováno do současné doby na základě historické a etnické charakteristiky a vlivů prostředí

Aktualizována data o růstu japonských dětí od narození do 6 let věku k získání údajů pro monitoring růstu a dat o kvalitě péče.

V práci analyzovali data z 3000 oblastí v roce 2005 a longitudinální data ze 136 nemocnic. Sledovali výšku, váhu, obvod hlavy a obvod hrudníku. Zjištěné hodnoty byly porovnány s referenčními údaji, které má k dispozici Světová zdravotnická organizace.

Podle těchto parametrů lze sledovat úroveň zdravotní péče. První takové práce byly v Japonsku provedeny v roce 1929. Nynější práce porovnává růstovou diferenci Japonců v roce 1970, 2000 a 2010 v relaci k údajům WHO v roce 2006 jako referenčním hodnotám. Ukázalo se, že standardní odchylné skóre z referencí Japonců pokleslo mezi 3. a 33. měsícem věku. Japonci byli menší. Hmotnost Japonců mezi lety 1970–2010 poklesla. Japonští novorozenci byli také o 0,4 kg lehčí (porodní hmotnost), v týdnu věku dokonce až o 0,7 kg lehčí než ve skupinách WHO. Je jasné, že etnické skupiny mají odchýlný růst zapříčiněný genetickými faktory a vlivy prostředí. Čínské děti i děti z Tchaj-wanu rostou stejně jako děti ze západu Evropy. Děti Japonců narozené v Americe jsou vyšší než děti narozené v Japonsku. Ukázalo se, že děti z Japonska mají zvláště do 3 let věku odchýlnou váhovou křivku od dětí ze světa. Podíl kojených dětí se v Japonsku zvyšuje, před 30 lety to bylo 32 %, nyní 52 %. Přitom se v Japonsku střední výška a váha zvyšovala konzistentně od roku 1940–1970. Nutno také uvést, že Japonsko mělo mezi lety 1940 a 1970 rapidní ekonomický růst. I tato věc se v globálu ukázala jako velmi důležitá.

Acta Paediatrica. 2014;103(6):e251–e261

■ Efekt tzv. klokaní mateřské péče na růst a vývoj u novorozenců s nízkou porodní hmotností od narození do 12 měsíců věku

Nezralé děti, definované po celém světě pod 37. týden gestace, umírají nejčastěji, zvláště na pneumopatie a pneumonie, v rozvojových zemích pak na asfyxie a infekce na základě velmi nízké porodní hmotnosti. Každý rok je podle odhadu z celkového počtu 140 miliónů narozených dětí přes 20 miliónů dětí nezralých. Lékaři si musejí stále uvědomovat, že prematu-

rita narušuje růst i kognitivní vývoj.

V Indii děti s velmi nízkou porodní hmotností tvoří přes 20 % porodů. Podobná situace je v subsaharské Africe. Tzv. klokaní mateřská péče (Kangaroo Mother Care – KMC) je velmi snadná a levná nekonvenční metoda s kontaktem kůže na kůži mezi matkou a jejím nezralým dítětem. Toto tzv. klokaní prostředí trvá do 40. týdne věku přepočteno na příslušný gestační věk, je provázeno kojením jako ideálním exkluzivním krmením. Matky jsou inkubátorem zajišťujícím teplotu, stravu, kontakt a stimulaci. Tato metoda znamená signifikantní přežití těchto dětí. Mezi roky 2008–2011 práce sledovala 500 dvojic matka – novorozenec po dobu delší než 3 roky. Těchto 500 dvojic bylo rozděleno do dvou skupin – skupina KMC s 300 novorozenci a kontrolní skupina s 200 novorozenci. Novorozenci skupiny KMC byli v průměru mladší oproti kontrolní skupině. Průměrný gestační věk činil 33 týdnů. KMC každý den trvala 16 hodin. Všechny děti byly výhradně kojeny do 6 měsíců. Termín ukončení KMC byl výše uvedených 40. týden nebo hmotnost 2500 g, podle toho, co nastalo dříve. Vizity byly dělány každý měsíc, délka, hmotnost a obvody hlavy, hrudníku a paže byly odečítány po porodu a v korigovaném věku 0, 3, 6, 9 a 12 měsíců. Ačkoli byli novorozenci s KMC mladší než kontrolní skupina, v korigovaném věku 40 týdnů se růstovými parametry vyrovnali kontrolní skupině. Pohybový a mentální vývoj byl dokonce lepší než v kontrolní skupině. Je možné, že taktilní stimulace vede k uvolňování oxytocinu, který moduluje CNS. Také tlukot mateřského srdce a dýchání matky kojence stimuluje, vede k neurohumorální odpovědi a synchronizaci.

Acta Paediatrica. 2014;103(6):643–650

■ Porodní hmotnost je důležitým prediktorem abnormální retinální vaskularizace u nezralých novorozenců

V mnoha studiích se zjistilo, že abnormální retinální vaskularizace u velmi nezralých dětí (novorozenců pod 33. týden gestace) přetrvává do dalšího života. Tito novorozenci jsou ohroženi hyperbilirubinemií, teplotní nestabilitou, RDS i poruchami neurologického vývoje. Mají zvýšené riziko vaskulární dysfunkce a hypertenze v pozdějším vývoji. V práci sledováno 78 novorozenců gestačního stáří 32 týdnů. Retinální cévní morfologie byla hodnocena 7. den života. 21 novorozenců (27 %) mělo abnormální retinální morfologii. Průměrná porodní hmotnost byla 1850 g, délka 43 cm, obvod hlavy 31 cm.

57 % těchto novorozenců bylo navíc velmi malých pro daný gestační věk. Hypertenze v graviditě a známky preeklampsie se vyskytovaly u 47 % matek. Statisticky zpracováno se ukázalo, že porod a porodní hmotnost byly velmi silnými prediktory závažnosti retinálního postižení.

Nutno ještě pro praktiky zdůraznit informace z uvedené práce, že retina není plně vyvinuta do 37. týdne, vaskularizuje se do 37. týdne věku. Jedná se vlastně o proliferativně vaskulární komplikaci v nezralé retině (ROP). Plně vyvinutá ROP může progredovat do retinálního odloučení. Prevence pomocí laserové fotokoagulace je na místě. Autoři ještě zmiňují IGF-1 (insulin-like growth factor 1) jako velmi důležitý během fetálního a novorozeneckého věku. Jeho hladina je asociována s intrauterinní a extrauterinní růstovou retardací, mikrocefalií a intelektuálním narušením. Je tedy důležitý i pro rozvoj sítnice. V nálezech u pacientů převládaly zvýšená vaskulární kroutivost, zvýšení nebo snížení větvení cév, zúžení arterií i žil. Již při prvním vyšetření devět pacientů vykazovalo známky ROP. Jejich hladina IGF-1 byla nižší ve srovnání s hladinami u novorozenců bez ROP. Nebyly vykázané žádné vazby na hladiny glukózy, respirační podporu, kyslíkovou potřebu nebo spotřebu antibiotik mezi skupinami bez ROP nebo s ROP. Všichni novorozenci byli krmeni stejným způsobem.

Z dalšího hlediska je zajímavá diskuse v dané práci. Někteří uvádějí hladinu IGF-1 jako silný marker vývoje. Jiní jako negativní faktor přinášejí informaci o důležitosti velkého hmotnostního úbytku u těchto velmi nezralých dětí v nejbližším poporodním období. Jiní akcentují vliv mateřské preeklampsie, protože se jedná o vaskulární endoteliální malfunkci a vazospasmus. Objevují se i zprávy o vazbě mezi následnou mateřskou retinopatií a porodní hmotností dětí. Nízká hladina IGF-1 také vede k nízké porodní hmotnosti. V práci také dokumentovali ROP užitím fotografie fundu. Stejně se ukazuje, že hlavním prediktorem ROP je velmi nízká porodní hmotnost. Nenalezli žádnou asociaci uváděnou v pracích o vazbě mezi porodní hmotností a vaskulárním kalibrem očních cév. Ta patřila spíše k určitému etniku. Většina dětí v dané studii patřila k evropskému etniku. V diskusi je také uváděna korelace mezi stavem retinálních cév a pozdější hypertenzí v dospívání. Ta však není potvrzena.

Acta Paediatrica. 2014;103(6):594–600

Připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.



Aktuality...

Hygienici nechtějí přijít o dozor nad stravováním

Pozměňovací návrh k zákonu o potravinách mění pravidla pro kontrolu veřejného stravování, který v polovině dubna schválil sněmovní zemědělský výbor, je hloupý a nebezpečný. Na tiskové konferenci to v pondělí uvedl hlavní hygienik ČR Vladimír Valenta. Navrhované změny jsou podle něj přímým ohrožením veřejného zdraví v oblasti potravin a výživy. Zákon je na programu aktuální schůze Sněmovny, výbor by se jím měl znovu zabývat ještě před ní v úterý.

Pozměňovací návrh poslankyně Margity Balaščíkové (ANO) má podle Valenty zásadní dopad na rozdělení kompetencí v oblasti hygieny, výživy a bezpečnosti potravin. Novela je odjímá hygienické služby a předává dozorovým orgánům ministerstva zemědělství. Hygienická služba má podle novely přestat například přijímat oznámení o uvedení potravin pro kojence nebo zvláštní lékařské účely na trh či stanovovat požadavky na jejich složení.

„Tato činnost je přitom nedílně spjata s hodnocením zdravotního rizika, s posouzením složení, dávkování, věkové vhodnosti či se schválením uváděného zdravotního tvrzení. MZe nemá k podobné činnosti ani odbornou zdravotnickou kapacitu, ani nutné zázemí, a není schopno samo stanovit limity látek v potravinách ani hodnotit zdravotní rizika,“ uvedl Valenta.

Veřejné stravování je podle Valenty jednou z nejrizikovějších oblastí z pohledu výskytu alimentárních onemocnění. Dozor nad uváděním potravin na trh se musí opírat o hodnocení zdravotních rizik, uvedl. Pozměňovací návrh počítá s tím, že by dozor v této oblasti měl přejít na Státní zemědělskou a potravinářskou inspekci (SZPI).

„Tento postup samozřejmě není akceptovatelný ani legislativně, ani věcně,“ upozornil Valenta.

Ministerstvo zemědělství se proti jeho tvrzením následně ohradilo. „Činnost SZPI je vysoce profesionální, což dokazují i výsledky jejich kontrol v oblasti potravinářství,“ uvedl mluvčí MZe Hynek Jordán.

Podle návrhu by se přesun kompetencí v oblasti veřejného stravování měl odehrát v roce 2016, což předpokládá převod části pracovníků hygienické služby do resortu ministerstva zemědělství. Podle hlavního hygienika by tím převedení zaměstnanci ztratili možnost průběžného zdravotnického vzdělávání, a tím záhy i odbornost a návaznost na další zdravotnické zázemí. Návrh naopak počítá s tím, aby hygienici i nadále zajišťovali dozor a přijímali opatření v případě alimentárních nákaz nebo jiného poškození zdraví z potravin. Podle Valenty by tak činili bez poznatků o situaci v terénu, který získávají během běžného dozoru, což prý není akceptovatelné. „Navrhované změny jsou přímým ohrožením veřejného zdraví v oblasti potravin a výživy,“ podotkl.

Na úterním jednání zemědělského výboru podle informací MZe Balaščíková předloží další pozměňovací návrh upravující kontrolní činnost v oblasti potravinářství. SZPI by podle něj měla vykonávat dozor nad stravováním v restauracích či bufetech. Dozor ve školních jídelnách a zdravotnických zařízeních by i nadále spadal pod hygienickou službu. „Je nutno zdůraznit, že ČR jsou spolu se Slovenskem a Slovinskem jedinými třemi zeměmi EU, kde kontrolu stravovacích

služeb neprovádí potravinářská inspekce, a tedy nespadá do gesce MZe,“ řekl Jordán.

Šéf hygieniků naopak tvrdí, že evropská praxe ve všech případech podporuje sdílení kompetencí a do kontrol potravin jsou vždy zapojeni zdravotníci.

„V některých zemích, jako je Rakousko či Itálie, je ministerstvo zdravotnictví dokonce hlavním centrálním orgánem,“ poznamenal. Navrhovaná změna podle něj navíc komplikuje systém dozoru, čímž komplikuje život podnikatelům, ohrožuje zdraví spotřebitelů a mrhá státními penězi. Poslanci zemědělského výboru naopak 16. dubna odmítli návrh poslankyně opozičního hnutí Úsvit Olgy Havlové, která z velké novely zákona o potravinách chtěla vypustit povinnost obchodníků uvádět hlavní složku nebaleného výrobku a jméno výrobce včetně adresy. Neprošel ani její návrh vypustit z novely povinnost velkých řetězců informovat u vstupu do prodejen o pěti hlavních zemích, ze kterých pochází zboží v jejich nabídce. Sněmovna zákon začátkem února podpořila v prvním čtení.

Návrh zákona, který je označován za největší změnu potravinové legislativy za 15 let, zvyšuje i některé sankce. Například maximální pokuta za nedodržení požadavků na označování potravin nebo kvalitativní parametry má vzrůst ze současných tří na deset miliónů korun. Novela počítá také se zavedením nahlašovací povinnosti pro dovozy vybraných potravin rostlinného původu. Podobnou povinnost již mají dovozci živočišných produktů.

Zdroj: ČTK, 28. 4. 2014

Na mezinárodní kongres do Prahy dorazil i objevitel moderní léčby leukémie

Leukémie tvoří 30 % zhoubných nádorů v dětském věku a je tak v současnosti nejčastějším zhoubným nádorovým onemocněním u dětí a dospívajících. Ještě na počátku 60. let byla úspěšnost léčby takřka nulová, dnes se lékařům daří vyléčit až 85 % nemocných. Vděčíme za to mimo jiné profesorovi Hansjörgu Riehmovi z Německa. Profesor Riehm získal mezinárodní věhlas, když v první polovině 70. let razil převratný způsob léčby.

Jeho metoda intenzifikace spočívala v nebyvale intenzivní léčbě chemoterapií a léky zabíjejícími leukemické buňky. Lékaři ji dodnes využívají, žádný z alternativních způsobů léčby totiž není schopen nahradit tuto agresivní, avšak velmi účinnou metodu. Riehm stál dále u zrodu Mezinárodní pracovní skupiny BFM (I-BFM SG), která se ve své činnosti zaměřuje na léčbu a výzkum dětí nemocných leukémií. Jejich výroční setkání zamířilo ve dnech 26. až 27. dubna do hotelu Clarion v pražských Vysočanech. 28. až 29. dubna na něj navazuje 9. sympozium o dětské leukémii. Předsedou místního organizačního výboru výročního setkání je profesor Jan Starý, přednosta Kliniky dětské hematologie a onkologie Fakultní nemocnice Motol. V čele kliniky vystřídal význačného profesora Josefa Kouteckého, zakladatele oboru dětské onkologie v Československu.

Výroční setkání I-BFM mají unikátní atmosféru, která tradičně podněcuje bohatou vědeckou diskusi v oblasti dětské leukémie. Jejich cílem je rozšiřování vzájemné mezinárodní spolupráce, a to i napříč kontinenty. Setkání se v průběhu času stalo jedním



z nejprínosnějších akcí svého druhu, které značným způsobem napomáhá společnému vědeckému a klinickému výzkumu v oblasti dětské leukémie. Zajištění organizace setkání se již podruhé v řadě ujme česká společnost C-IN, pořádající konference a společenské akce v rámci celé Evropy. Výročního setkání Mezinárodní studijní skupiny BFM C-IN zajišťoval také v loňském roce, kdy se akce konala v německém Kielu.

„V minulém roce se akce setkala s pozitivními ohlasy jak ohledně vědeckého programu, tak i celého setkání. Tento úspěch byl zapříčiněn hlavně vysokým nasazením všech zúčastněných stran,“ říká Monika Fialová, projektová manažerka C-IN, a dodává: „24. výroční setkání I-BFM se zúčastnilo téměř 470 delegátů z celkem 47 zemí. Letos na akci očekáváme více než pět set účastníků.“

Zdroj: tisková zpráva C-IN, 28. 4. 2014

V IKEM zavádějí příjemnější postup, jak dopravit léky přímo do srdce

Nový katetr pomáhá pacientům s plicní arteriální hypertenzí, je pohodlnější, levnější a pro nemocné šetrnější.

Kardiologové v pražském Institutu klinické a experimentální medicíny začali jako první ve střední a východní Evropě používat pro pacienty s plicní arteriální hypertenzí nový druh katetru, který dlouhodobě dopravuje léky do srdce. Zavádí se pomocí unikátního navigačního systému do centrálního žilního řečiště periferní cestou – místo vpichu v oblasti krku se katetr zavádí do žíly na paži.

Říká se mu PICC (peripherally inserted central catheter).

Pro dlouhodobě nemocné je mnohem výhodnější než dosud užívaný systém, a to jak z hlediska bezpečnosti a pohodlí, tak i kvůli několikanásobně delšímu intervalu pro výměnu. Navíc je pro organismus periferní zavedení katetru i méně zatěžující, protože při něm není potřeba rentgenová kontrola.

Doplňující podrobnosti:

První velkou výhodou PICC je jeho zavádění. To probíhá za kontroly ultrazvukem a o přesné navedení katetru žilami do srdce se pak už postará speciální navigační systém. Celý výkon proto probíhá bez rentgenové kontroly a potřeby kontrastních látek. Proto není potřeba pacienta přesouvat na zákrovový nebo katetrizační sál a zavedení probíhá přímo na lůžku. Pro pacienty je centrální žilní katetr zavedený z periferní žíly výhodnější hlavně v tom, že jej není nutné tak často měnit.

„Může být, při dobré ošetrovatelské péči a spolupráci s nemocným, zavedený až rok, což oproti třem až čtyřem týdnům v případě dosud užívaného systému znamená mnohem větší komfort pro nemocného. To se odráží i na nákladech. Pořizovací cena novinky je sice přibližně 5000 Kč, ale oproti 1500 Kč vynaloženým každý měsíc v případě klasického katetru je úspora značná. Samotný katetr je i mnohem tenčí – průměr je oproti předchůdci poloviční,“ vysvětluje výhody MUDr. Hikmet Al-Hiti, Ph.D., lékař, který se o pacienty s plicní arteriální hypertenzí stará.

Maskované onemocnění

Plicní arteriální hypertenze je onemocnění, které je charakterizováno vysokým krevním tlakem v plicních cévách. Ten, pokud je dlouho neléčený, vede ke zhoršení práce pravé komory srdeční. To se může projevat pocitem ztíženého dýchání (dušností), bolestmi na hrudníku, otoky dolních končetin, nechutenstvím, únavou, bušením srdce, slabostí, stavy závratí až mdlob. „Je to onemocnění s velmi nepříznivým

přůběhem, které dramaticky ovlivňuje život pacientů. Pokud se neléčí, je prognóza špatná a průměrné přežití může být necelé 3 roky. Na druhou stranu, při včasné diagnóze lze výrazně ovlivnit kvalitu života nemocných a délku jejich života. Zákeřnost onemocnění je v tom, že příznaky jako dušnost mohou být způsobeny řadou jiných, běžnějších chorob a na plicní arteriální hypertenzi se nepomyslí. Přestože je toto onemocnění poměrně vzácné, je potřeba o něm vědět. Může postihnout jedince všech věkových skupin, ale nejčastěji se vyskytuje u žen mladšího až středního věku,“ říká prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., přednosta Kliniky kardiologie IKEM.

Další možná využití

Lékaři v IKEM chtějí použití tohoto katetru postupně rozšířit i pro další stavy, kde je potřeba zavedení centrálního žilního katetru.

„Kromě pacientů s plicní arteriální hypertenzí, kteří přes katetr mohou dostávat dlouhodobě léky, chceme pomocí PICC ulevit i nemocným se syndromem krátkého střeva, závislým na umělé, tzv. parenterální výživě. Znamená to pro nás další krok ke spuštění programu transplantace tenkého střeva. Právě tito pacienti mohou při čekání na transplantaci z použití systému PICC velmi profitovat. Stejně tak bychom rádi tento katetr zaváděli i pacientům se srdeční podporou, kteří musejí být pod neustálým dohledem a časté výměny katetrů jsou pro ně velmi nekomfortní,“ doplňuje ředitel Institutu klinické a experimentální medicíny MUDr. Aleš Herman, Ph.D.

Zdroj: doktorvlach.cz, 29. 4. 2014

Alkohol podle WHO v roce 2012 zabil 3,3 miliónu lidí

Konzumace alkoholu byla v roce 2012 ve světě prvotní příčinou úmrtí 3,3 miliónu lidí. Umírali na související nemoci i v důsledku násilností, uvedla ve zprávě o dopadu alkoholu na lidské zdraví Světová zdravotnická organizace (WHO), která vyzvala vlády k většímu úsilí o omezení negativních dopadů pití alkoholických nápojů.

Mezi země s velmi vysokou spotřebou alkoholu patří také Česká republika, kde podle WHO připadá 13 litrů zkonsumovaného čistého alkoholu na člověka za rok, což je více než dvojnásobek celosvětového průměru. Konzumace alkoholu byla v posledních pěti letech stabilní v Evropě, Africe a Severní a Jižní Americe. Je ale na vzestupu v jihovýchodní Asii a v západním Tichomoří.

„Je třeba učinit více pro ochranu obyvatel před negativními dopady konzumace alkoholu na zdraví,“ konstatoval expert WHO Oleg Čestnov a varoval, že nadměrná konzumace alkoholu zabíjí stále více mužů a žen. Zvyšuje totiž riziko vzniku více než 200 nemocí. V celosvětovém průměru podle WHO každý člověk starší 15 let vypije 6,2 litru čistého alkoholu ročně. Ve skutečnosti ale alkohol pije jen 38,3 procenta světové populace, takže v průměru připadá 17 litrů čistého alkoholu ročně na každého pijáka.

Nejvíce alkoholu na osobu spotřebují Evropané, přičemž v některých zemích střední a východní Evropy je škodlivá konzumace alkoholu obzvlášť výrazná. Mezi státy, v nichž připadá více než 12,5 litru čistého alkoholu na hlavu a rok, patří podle údajů WHO k roku 2010 kromě Ruska a některých dalších postsovětských republik také země jako Česká republika, Slovensko, Polsko a Maďarsko.

Každý Čech a Slovák vypije v průměru 13 litrů čistého alkoholu ročně. Mezi českými muži je to dokonce 18,6 litru a mezi slovenskými 20,5 litru.



Podle předchozí analýzy WHO vycházející z let 2003 až 2005 vypil v průměru každý dospělý občan ČR ročně 16,45 litru čistého alkoholu. Například čeští lihovarníci ale čísla WHO označili za nadsazená. Český statistický úřad za stejné období uváděl spotřebu 10,2 litru čistého alkoholu na osobu.

Rus vypije podle nových údajů WHO v průměru 15,1 litru čistého alkoholu za rok, Bělorus dokonce 17,7.

Jiná studie letos konstatovala, že čtvrtina všech ruských mužů zemře před dosažením 55. roku, a to většinou kvůli nadměrnému pití alkoholu. Někteří Rusové se v průzkumu přiznali, že vypijí tři i více lahví vodky týdně.

„Zjistili jsme, že celosvětově si zhruba 16 % pijáků dopřává občasné těžké pitky, jimž se často říká ‚pití do nemoty‘, což zdraví škodí nejvíc,“ řekl expert na duševní zdraví a návykové látky při WHO Shekhar Saxena. Obecně platí, že pití alkoholu má vážnější sociální a zdravotní dopady na chudší lidi. „Často se jim nedostává kvalitní zdravotní péče a jsou ohře chráněni funkční rodinou nebo komunitními sítěmi,“ uvedl Saxena.

Zpráva konstatuje, že některé země už přijaly opatření na ochranu obyvatelstva před škodlivou konzumací alkoholu. Patří mezi ně zvyšování daní na alkohol, omezování jeho dostupnosti mladistvým nebo regulace trhu. Podobná opatření by mělo přijímat více zemí, doporučuje WHO. Více by se podle organizace mělo dělat také pro zvyšování povědomí o zdravotní škodlivosti alkoholu.

Zdroj: čtk, 13. 5. 2014

Jedno tělo, dvě tváře, v Sydney se narodila vzácná dvojčata

Velmi vzácný typ siamských dvojčat se narodil australskému manželskému páru. Jejich holčičky mají dva obličejy a dva mozky, ale jen jednu hlavičku a tělo, napsala agentura AFP.

Pár ze Sydney Renee Youngová a Simon Howie se dozvěděli v 19. týdnu těhotenství na ultrazvuku, že očekávané děti mají vzácnou poruchu nazývanou diprosopus. „I když mají jen jedno tělo, říkáme jim naše dvojčata,“ sdělil Howie novinářům. „Pro nás jsou to naše holčičky a my je milujeme,“ dodal. Dvojčata se narodila minulý čtvrtek císařským řezem asi o šest týdnů před termínem. Dostala jména Hope a Faith (naděje a víra). Zatím jsou na jednotce intenzivní péče v dětské nemocnici v Sydney, kde ohromují lékaře svými pokroky. „Sklvěle samy dýchají a krmí se,“ řekl Howie a dodal, že v neděli si užily úplně první koupel. „Jsou to malé australské bojovnice.“ Tento druh dvojčat je nesmírně vzácný a zatím není možné odhadnout, jak se bude situace dále vyvíjet. „Nevíme, jak dlouho budou v nemocnici,“ řekl Howie, který má s Youngovou sedm dalších dětí. „My jenom toužíme vzít si je domů, zdravé a šťastné, aby byla naše rodina ještě o trochu větší a zase o něco chaotičtější,“ dodal. Podle odborníků se většina dětí s touto poruchou rodí mrtvá a případy přežití déle než několik minut či hodin po narození jsou ojedinělé.

Zdroj: čtk, 13. 5. 2014

INZERCE

303 3-14

Přenechám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v Brně**. Tel. 605 459 765.

304 3-14

Hledám nástupce do ordinace PLDD **ve Znojmě**.
Telefon: 607761320

305 3-14

Prodám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v Praze**. Telefon 737 600 021, jkduli@seznam.cz.

306 3-14

Hledám lékaře na zástup na odpolední poradnu, 1x v týdnu, nebo 1x za 14 dní. Nejlépe lékařka na mateřské dovolené.
Praha 6-Petřiny, telefon: 604 988 174.

307 4-14

Přenechám zavedenou **praxi** PLDD **v centru Prahy**.
Telefon: 702 034 920.

308 4-14

Hledám lékaře do ordinace PLDD **v Ústí nad Labem**, výhledově prodej praxe. Tel.: 721 131 329.

309 4-14

Přenechám zavedenou **ordinaci** praktického lékaře pro děti a dorost v dobré čtvrti **v Praze**. tel.: 737 600 021.

310 5-14

Prodám ordinaci PLDD na Barrandově, **Praha 5**, v únoru 2016.
Telefon večer 608 304 429.

311-5-14

Léčebné lázně Mariánské Lázně a.s. hledají lékaře-pediatra

Požadavky:

- Specializovaná způsobilost v oboru pediatrie
- Znalost ruského jazyka
- Morální a občanská bezúhonnost

Nabízíme:

- Možnost i kratšího úvazku nebo výpomoci
- Osobní zainteresovanost na růstu tržeb
- Možnost ubytování

Kontakt: Léčebné lázně Mariánské Lázně a.s., Masarykova 22, 353 29 Mariánské lázně, e-mail: dortova@badmarienbad.cz, tel.: 354 661 700.

312 5-14

Přijmu lékaře do zavedené ordinace PLDD **v Praze 8** s předpokladem blízkého prodeje. Tel.: 724 270 539.

313 5-14

Hledám nástupce do ordinace PLDD **ve Frýdlantu v Čechách**.
Telefon: 602 943 964.

314 5-14

Hledám pediatra na dlouhodobější **zástup od října 2014** (po dobu asi 6 měsíců) do ordinace PLDD v okrese **Šumperk**, 6 km od Zábřeha. Tel.: 603 843 226.

**V této rubrice je možné otisknout požadavky na zástupy, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájem místností apod.
Pro členy SPLDD a OSPDL zdarma.**

Autodidaktický test 6/2014

Výživa dětí

- 1. Bílkovina je nepostradatelnou složkou výživy. Z potravinářsko-výživového hlediska dělíme bílkoviny na plnohodnotné, téměř plnohodnotné a neplnohodnotné. Kritériem plnohodnotnosti je:**
 - a) množství bílkoviny na 100 g suroviny
 - b) původ bílkoviny (rostlinný, živočišný)
 - c) kompletnost přítomnosti esenciálních aminokyselin
- 2. Denní obrat bílkovin (proteolýza a syntéza) činí u novorozenců:**
 - a) 4–5 g/kg hmotnosti/den
 - b) 5–10 g/kg hmotnosti/den
 - c) 10–15 g/kg hmotnosti/den
 - d) 15–20 g/kg hmotnosti/den
- 3. Doporučení pro optimální denní potřebu bílkovin se v průběhu času dle vědeckých poznatků měnila. Česká republika v r. 2011 přijala doporučení středoevropských německy hovořících zemí (DACH). Dle tohoto protokolu je u dětí ve věku 4–15 let doporučená denní dávka bílkovin:**
 - a) 1,8 g/kg hmotnosti
 - b) 0,9 g/kg hmotnosti
 - c) 3,5 g/kg hmotnosti
 - d) 2 g/kg hmotnosti
- 4. Dodávka bílkovin je většinou v prvním půlroce kojence zajištěna mateřským či náhradním mlékem. Ve druhém půlroce je již jídelníček dítěte pestřejší. Kromě nemléčných příkrmů (zelenina, ovoce) se zařazují do jídelníčku zejména maso a cereálie. V druhém půlroce:**
 - a) je dále vhodné do jídelníčku zařadit denně tvaroh pro jeho vysoký obsah bílkovin k zajištění dostatečného růstového tempa
 - b) není vhodné do jídelníčku zařadit tvaroh pro jeho vysoký obsah bílkovin, protože se tím zvyšuje riziko obezity v pozdějším věku
 - c) není vhodné do jídelníčku zařadit vejce pro vysoký obsah bílkovin a cholesterolu
- 5. Laktáza je enzym, pomocí něhož jsou savci schopni štěpit mléčný cukr – laktózu. Laktáza:**
 - a) je produkována enterocyty
 - b) je produkována již prenatálně
 - c) je produkována gastrickými epiteliálními buňkami
 - d) je obsažena v pankreatickém sekretu
- 6. Intolerance laktózy je podmíněna deficitem laktázy. Intoleranci laktózy u starších dětí a dospělých:**
 - a) je nutno vždy považovat za nemoc, protože u zdravé populace je geneticky zakódována doživotně vysoká aktivita laktázy
 - b) je u části populace normálním jevem, protože aktivita laktázy s věkem klesá
 - c) je nutno při poruchách funkce tenkého střeva vyvolaných např. infekcí, celiakií, Crohnovou chorobou, radioterapií, léky, považovat za intoleranci sekundární s možností opětovného obnovení aktivity laktázy
- 7. Dle recentních doporučení je u zdravého prospívajícího kojence doporučováno výlučné kojení do ukončeného:**
 - a) 4. měsíce
 - b) 5. měsíce
 - c) 6. měsíce
 - d) 7. měsíce



DOBRY ANDEL.CZ

Co je to **DOBRY ANDEL**?

Nadační fond DOBRÝ ANDEĚL je Systém finanční pomoci, který pravidelnými měsíčními příspěvky pomáhá rodinám s nezaopatřenými dětmi do 18 let, které trpí některým ze závažných onemocnění, např.:

- onkologickým onemocněním (bez omezení věku),
- cystickou fibrózou,
- svalovou dystrofií Duchenne,
- závažnou metabolickou poruchou,
- epidermolysis bullosa,
- regionální enteritidou a ulcerósní kolitidou,
- chronickým selháváním orgánů,
- jiným závažným onemocněním (např. těžkou DMO, vzácnými syndromy, kombinovanými postiženími).

Dobří andělé pomáhají také rodinám, kde trpí onkologickým onemocněním rodič.

Systém **DOBRY ANDEL** je unikátní, protože:

1. Příspěvky odevzdává do posledního haléře.

Veškeré provozní náklady nadačního fondu jsou hrazeny ze soukromých financí jeho zakladatelů.

2. Víte, komu pomáháte.

Dárce (Dobry andel) získá při registraci přístup na svůj Andělský účet na www.dobryandel.cz, kde každý měsíc uvidí rodinu, včetně jejího životního příběhu, které jeho příspěvek pomohl.

3. Pomáhá pravidelně, každý měsíc.

Výdaje na léčbu a provoz rodiny jsou potřeba každý měsíc, proto i nadační fond DOBRÝ ANDEĚL posílá rodinám s dětmi pravidelné příspěvky měsíčně.

Jak to funguje?

Dobří andělé přispívají každý měsíc na účet Systému DOBRÝ ANDEĚL. Všechny finanční prostředky, které do systému přijdou v jednom měsíci, se vždy první pracovní den následujícího měsíce přerozdělují mezi potřebné rodiny tak, aby každá dostala stejnou finanční pomoc. Rodiny příjemců jsou doporučovány lékaři - dětskými onkology, onkology a pediatry, kteří mohou sami pomoc nabídnout. Jejich úloha je naprosto klíčová, protože potvrzují diagnózu.

Děkujeme z celého srdce všem lékařům a sociálním pracovníkům, kteří již rodinu s dítětem do Systému DOBRÝ ANDEĚL doporučili.

Děkujeme!



„Každý rok v České republice onemocní několik set dětí a dospívajících zhoubným nádorem. Šanci na vyléčení moderními léčebnými postupy - operací, chemoterapií, zářením - má 80% z nich. Daň, kterou mají pacienti a jejich rodiny platit za velmi dobré léčebné výsledky, není malá - léčba probíhá ve specializovaných centrech, většinou daleko od domova, trvá měsíce i roky, dítě a jeho rodiče cestují mezi lůžkovým oddělením, ambulancí, domovem. Děti jsou vytrženy z kolektivu spolužáků a přátel, jeden z rodičů musí většinou přerušit práci, druhý rodič musí zabezpečit zvýšené finanční nároky rodiny. Rodiče také nesmí zapomenout na péči o zdravé sourozence nemocného dítěte. To vše v dlouhotrvající nejistotě, podaří-li se nemoc vyléčit. Nádory mají vlastnost se vracet. Relaps nemoci znamená další, ještě větší nejistotu. Stoupá riziko pozdních následků léčby. Rodina tak žije v dlouhodobém stresu a nejistotě, snadno se dostane do finančních problémů. Pomoc a pochopení jiných lidí je pro rodinu darem, který jim pomůže nelehkou životní situaci zvládnout. Projekt DOBRÝ ANDEĚL zprostředkuje tuto pomoc potřebným. Je to vynikající myšlenka, jejíž realizaci přeji úspěch.“

Prof. MUDr. Jan Starý, DrSc., Přednosta Kliniky dětské hematologie a onkologie UK 2. LF a FN Motol v Praze



DOBRY ANDEĚL, nadační fond, Švédská 6, 150 00 Praha 5
IČ: 24161501, Spis. zn. N861 městský soud v Praze
www.dobryandel.cz, e-mail: andelskaposta@dobryandel.cz
telefon 733-119-119, číslo účtu 8001008/5500



KOJENÍ JE PRO DĚTI TO NEJLEPŠÍ

NOVÁ



BEBA[®]

AL110 Lactose Free

**PŘI LAKTÓZOVÉ INTOLERANCI A PRO RYCHLEJŠÍ ZOTAVENÍ
PŘI PRŮJMOVÝCH ONEMOCNĚNÍCH**



- Neobsahuje laktózu
- Obsahuje aktivní probiotické bakterie *Lactobacillus reuteri*
- Bakterie *L. reuteri* podporují rozvoj střevní mikroflóry pro rychlejší zotavení při průjmových onemocněních



materiál určený pouze pro pracovníky ve zdravotnictví