

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

březen 2008 ■ číslo 3 ■ ročník 8



Potravinové alergie

Cizí tělesa v trávicím traktu u dětí

2. Kongres primární péče

Kazuistika: Gaucherova nemoc



Téma čísla:
ALERGIE
(potravinové)

Nestlé - Althéra

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16–18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

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

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Vydavatel:

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

Odborná garance:

**Odborná společnost praktických
dětských lékařů ČLS JEP**

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s. r. o.

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

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

Mgr. Jaroslav Tesař

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10× ročně, v nákladu 2200 výtisků.

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

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

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE – Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16–18, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerynty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD za měsíc únor 2008	5
Koalice soukromých lékařů a důležité události	5
2. Kongres primární péče	7
Stát chce pomoci vzdělávání	10
Skupinový kontrakt posílí lékaře v jednání s pojišťovnou	11
Dokdy musí podnikatel uchovávat doklady	12
Marx je mrtev, ať žije reforma	13



Informace OSPDL ČLS JEP	14
prim. MUDr. Martin Fuchs Potravinová alergie u malých dětí	15
prim. MUDr. Martin Fuchs Potravinová alergie u starších dětí	19
MUDr. Marcel Drlík Cizí tělesa v trávicím traktu u dětí	21
Zasedání výkonného výboru SEPA/ESAP	25
MUDr. Hana Volšíková Kazuistika: Gaucherova nemoc	26
Zajímavosti ze světa odborné literatury	27



Aktuality	28
Řádková inzerce	34

Středová příloha:

*Vyhláška č. 54/2008 Sb. o způsobu předepisování léčivých
přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu
a o pravidlech používání lékařských předpisů*



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN s. r. o.

Nakladatelství UMÚN, s. r. o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec

tel.: 485 161 712, e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz

Obrázek na titulní straně namaloval nohama Petr Šrámek



Jde nám o společnou věc

Téma řízené péče se v poslední době opět objevilo na scéně a věnují se mu ve zvýšené míře i média. Jako čtenáři, posluchači nebo diváci jsme tak často svědky názorových střetů zastánců i odpůrců tohoto způsobu přístupu k ovlivňování poskytované zdravotní péče. Samozřejmě, že úhel pohledu může být různý.

Někdy mám však z prezentovaných názorů, které a priori odmítají systém řízené péče, pocit negace za každou cenu. Nevím, zda mají zastánci těchto názorů relevantní argumenty proti, spíše se mi zdá jako by jejich motivace vycházela z jiného, než čistě odborného stanoviska. Naše zdravotní pojišťovna se rozhodla se vši zodpovědností podporovat systém řízené péče, který vychází z podnětu praktických lékařů.

Jasně jsem to deklaroval i na nedávném Kongresu praktických lékařů v Praze, kde jsem měl možnost vystoupit s podporou této myšlenky a naší představou, jak ji transformovat do každodenní praxe. Jsem přesvědčen o její životaschopnosti už proto, že řízená péče může podle mého názoru přinést řadu pozitivních momentů a zdravě provětrat stávající a především martnotratný status quo v systému veřejného zdravotního pojištění.

Vítám v tomto směru podnětnou iniciativu Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost. A jestliže má být zdravotní pojišťovna spolehlivým spojencem praktiků při skutečném řízení pacientů v systému zdravotní péče, pak si dovoluji tvrdit, že jsme na to dobře připraveni. Naše úloha v tomto partnerství nespočívá ve „spoluléčení“, nýbrž především ve vytváření širokého informačního zázemí. Z tohoto rezervoáru mohou praktičtí lékaři čerpat takové informace, které pro efektivní a kvalitní léčení potřebují. Aby celý systém skutečně «šlapal», je zapotřebí aktivní přístup jak pojišťovny a lékaře na jedné straně, tak i samotného pacienta, který by měl vstoupit do systému zcela vědomě a informovaně. Především on je tím subjektem, který je v ohnisku celého modelu řízené péče, jemu musí prospívat, jeho musí chránit před zbytečnými lékařskými zákroky a před vším, co s tím souvisí. Každý pacientův vstup do systému zdravotní péče začíná většinou v ordinaci praktického lékaře. Je to praktický lékař, kdo má o něm komplexní informace, kdo ho informuje o dalším postupu, navrhované medikaci a léčebném procesu. Praktický lékař fakticky nese profesní i osobní zodpovědnost za zvolený směr terapeutického postupu.

Vím, že dokonalé zavedení systému řízené péče, je běh na dlouhou trať. Ano, mohou přijít úskalí, o kterých zatím nevíme, může trvat až neúměrně dlouho, aby se naši pojištěnci přesvědčili, že systém jim pomáhá, že je chrání a nabízí optimální řešení léčby. Chce to hodně osvěty a popularizace, ale i vzájemné informovanosti (zpětná vazba) o aktuálním procesu léčby konkrétního pojištěnce – pacienta. A v tom je zdravotní pojišťovna s praktickými lékaři na jedné lodi. Kurz máme daný a plachty jsou napnuté, odražme se tedy od břehu...

MUDr. Jiří Bek
ředitel České národní
zdravotní pojišťovny

První pomoc u dospělých pacientů



v tomto čísle inzerují...

BIOVIT
GSK
MARKDISTRI
MSD
NESTLÉ
STIEFEL
WYETH WHITEHALL

úřední hodiny SPLDD ČR...

Pondělí	9.00–15.00
Úterý	8.00–17.00
Středa	8.00–15.00
Čtvrtek	8.00–15.00

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

Úterý	15.00–18.00 – MUDr. Pavel Neugebauer
	9.00–11.30 – MUDr. Eva Vitoušová
	17.00–18.00 – MUDr. Jiřina Dvořáková

Středa	16.00–18.00 – MUDr. Hana Cabrnchová
	15.00–18.00 – MUDr. Milan Kudyn
	17.00–18.00 – MUDr. Jiřina Dvořáková
	15.00–18.00 – MUDr. Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD za měsíc únor 2008

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc únor byl ve znamení dokončování smluvních ujednání s jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Zajímavostí jistě je, že v širším slova smyslu došlo k dohodě se všemi pojišťovnami s tím, že část kolegů jednala o možnostech individuálního nastavení smlouvy. Vyvrcholením měsíce února pak byl společný, již 2. ročník Kongresu primární péče. Za přítomnosti takřka 1500 účastníků byla opět demonstrována síla základního článku České primární péče. Praktickým lékařům zde byl mimo jiné poprvé představen nástin plošnějšího zavedení prvků řízené péče.

4. 2. – na půdě ministerstva zdravotnictví se uskutečnilo jednání Komise péče o dítě, poradního orgánu ministra. O výstupech z tohoto jednání jsme vás informovali již v minulém čísle.

5. 2. – jednala Koalice soukromých lékařů, blíže informujeme na jiném místě.

6. 2. – s ředitelem pražské pobočky VZP Ing. Oldřichem Petrželou, MBA, jsme spolu s předsedkyní regionu dr. Ivanou Nulíčkovou hledali odpovědi na některé otázky, které vyvstaly z nejednotného postupu při uzavírání smluv s touto pojišťovnou. Nutno poznamenat, že jednání se vedlo ve vstřícné atmosféře, počkáme si tedy, zda dohodnuté bude také v praxi realizováno.

8. 2. – Předsednictvo Sdružení na svém jednání hodnotilo mimo jiné aktuální situaci ve zdravotnictví, zabývalo se stavem kolem uzavírání typových smluv, hodnotilo první zkušenosti s regulačními poplatky.

16. 2. – Sdružení praktických lékařů ČR uspořádalo nedaleko Prahy seminář na

téma možnosti zavádění řízené péče a úloha praktických lékařů při její aplikaci. Za účasti zástupců všech zdravotních pojišťoven zazněla prezentace dr. Macháčka, který již určitý model provozuje na severní Moravě ve spolupráci s Hutnickou zdravotní pojišťovnou, dále společnost Santé uvedla svou představu s prvky komerčního přístupu a v neposlední řadě ing. Zámečník představil model vytvářený již několik měsíců spolu s naším Sdružením.

19. 2. – společnost IZIP prezentovala na semináři svou představu plného vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě. Semináře se mimo jiné účastnil i dr. Neuwirth, bývalý ředitel Úřadu na ochranu osobních údajů. Z diskuse pak vyplynulo, že i když je tu stále řada otazníků, lze i za stávající právní situace již vést zdravotnickou dokumentaci v elektronické podobě.

20. 2. – na půdě VZP proběhlo další z mnohahodinových jednání o tzv. Metodice VZP. Zdá se, že nejen regulační poplatky motají informatikům hlavy.

28. 2. – s předsedkyní Vědecké rady ČLK jednali zástupci organizací reprezentující obě odbornosti praktických lékařů o podobě zakotvení obou oborů praktických lékařů v tzv. vzdělávacím zákoně. Zdá se, že by se mohlo podařit v navrhované novele úplné vypuštění oboru rodinný lékař ze vzdělávacího systému České republiky.

28. 2. – až na parlamentní půdu se dostala informace o nových možnostech léčby rakoviny děložního čípku. O nových vakcínách a výsledcích studií informovali na semináři přední čeští odborníci.

29. 2. – v pražském TOP Hotelu zahájil primátor hlavního města Prahy MUDr. Pavel Bém 2. Kongres primární péče. Před více než tisícovým auditoriem přednesli zdravici i další čestní hosté, jako prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., předseda ČLS J. E. P., a doc. MUDr. Svatopluk Býma, předseda SVL ČLS J. E. P. Za sestřičky promluvila prezidentka České asociace sester Mgr. Dana Jurásková, Ph. D., MBA.

Koalice soukromých lékařů a důležité události

V měsíci únoru dominovaly v první polovině ještě odezvy na první, měsíční zkušenosti s výběrem regulačních poplatků. Druhá polovina pak přinesla ostřejší diskuse kolem novely vyhlášky o správné lékárnické praxi. Předmětem mnoha diskusí se stalo především ustanovení o povinnosti uvádět na recept kontaktní data – u fyzických osob, tedy většiny soukromých lékařů, adresu trvalého bydliště vč. telefonického kontaktu. Jaký by měl být přínos z tohoto opatření, nám v prvních reakcích úředníci ministerstva zdravotnictví objasnit nedovedli.

■ I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 5. 2. 2008

1. Tisková konference Koalice soukromých lékařů k regulačním poplatkům

Tisková konference, která se konala ve

středu 30. 1. 2008 v Apolence, sídle ČSK, splnila svůj účel a velké množství zpráv, které o ní informovaly, bylo v souladu s tím, co na tiskové konferenci zaznělo. Je však třeba dávat pozor na to, aby informace poskytované médiím jednotlivými zástupci Koalice byly skutečně společnými výstupy z jednání a nikoliv individuálními názory členů jed-

notlivých organizací. Další tisková konference ke zkušenostem s vybíráním regulačních poplatků se bude konat koncem března nebo začátkem dubna 2008.

2. Legislativa

Výkonná rada Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR informovala na



stránkách svého bulletinu o tom, že prostřednictvím poslaneckého návrhu MUDr. Davida Ratha bude v PSP ČR usilovat o přijetí novely zákona, která by sjednotila odměňování pracovníků ve zdravotnictví pod jeden systém, to znamená, že ti, kteří jsou placeni z povinného veřejného zdravotního pojištění, by měli zachovávat v odměňování platové tarify bez ohledu na zřizovatele nebo právní formu poskytovatele péče. Podle názoru členů Koalice prosazování tohoto návrhu ohrožuje odměňování pracovníků v soukromém sektoru.

MUDr. Pekárek informoval o snaze zdravotních pojišťoven prosadit kontrakční povinnost pro ty obory poskytovatelů zdravotní péče, kde hrozí omezení dostupnosti zdravotní péče pro pacienty. Koalice připraví dopis adresovaný Unii zaměstnavatelských svazů (tento návrh zazněl na mimořádné plenární schůzi RHSD ČR dne 4. února 2008) a MZ ČR s nesouhlasným stanoviskem Koalice soukromých lékařů.

MUDr. Jojko informoval o přípravném řízení k novele vyhlášky MZ o zdravotnické dokumentaci. Hlavním přínosem této novely bude to, že skartaci zdravotnické dokumentace bude možné zahájit dříve než po 1. 1. 2013, jak tomu bylo dosud.

V PSP ČR je připravena k prvnímu čtení novela zákona o regulačních poplatcích. Zástupci Koalice se dohodli, že vyčkají na výsledky prvního čtení a teprve poté zaujmou společné stanovisko.

Současně je třeba se dohodnout na společném postupu při jednání o cenách poskytované zdravotní péče a způsobu jejich určování.

Různé

Od 1. 3. 2008 je mluvčím Koalice MUDr. Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost.

II. Oslovení prezidenta Unie zaměstnavatelských svazů ČR Ing. Pavla Duška

Vážený pane prezidente,
zástupci Koalice soukromých lékařů se na svém jednání dne 5. 3. 2008 zabývali návrhem kontrakční povinnosti pro obory poskytovatelů zdravotní péče, u kterých hrozí omezení dostupnosti zdravotní péče

pro pacienty. Podle našich informací zazněl tento návrh na mimořádné plenární schůzi RHSD ČR dne 4. února 2008.

Sdělujeme Vám, že kontrakční povinnost považujeme za omezování práv soukromého podnikání, jednoznačně ji odmítáme a přikládáme stanovisko Mgr. Jiřího Slavíka, právního zástupce České stomatologické komory.

V Praze dne 12. 3. 2008

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR,
mluvčí Koalice

III. Kontrakční povinnost zdravotnických zařízení ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám – právní stanovisko

Právní teorie i praxe včetně praxe soudní se v současné době shodují na tom, že právní vztah mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením je právním vztahem soukromoprávním. Jedním ze základních principů soukromého práva je smluvní volnost. Uložení kontrakční povinnosti subjektům soukromoprávním vztahu je prolomením tohoto základního principu, které může v důsledku znamenat i zásah do jejich základních práv (porušení principu rovnosti, omezení vlastnického práva). Proto je kontrakční povinnost ukládána zákonem jen výjimečně a v odůvodněných případech.

Ve zkoumaném případě má být uložení kontrakční povinnosti zdravotnickým zařízením odůvodněno zajištěním dostupnosti hrazené zdravotní péče. Kontrakční povinnost byla uložena zdravotnickým zařízením i Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR v ust. § 26 zák. č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, a to pro období let 1993 až 1994. Jednalo se o přechodné období po zřízení Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, kdy vznikala první nestátní zdravotnická zařízení a vytvářela se síť smluvních zdravotnických zařízení. V takové ani obdobné situaci se Česká republika v současné době nenachází. Úvahy o opětovném zavedení kontrakční povinnosti, navíc dokonce pouze jednostranné, proto nejsou důvodné.

Kontrakční povinnost, tak jak je navržena ve zkoumaném návrhu, znamená přenesení odpovědnosti za dostupnost hrazené zdra-

votní péče na provozovatele zdravotnických zařízení a další prohloubení jejich nerovného postavení ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám. Kromě toho je třeba poukázat na známou skutečnost, že úhrady z veřejného zdravotního pojištění za poskytnutou zdravotní péči v mnoha případech nedosahují ani výše nákladů, které zdravotnická zařízení musí na její poskytnutí vynaložit. Kontrakční povinnost uložená provozovatelům zdravotnických zařízení za takové situace představuje přímé omezení vlastnického práva, neboť znamená povinnost soukromoprávního subjektu poskytovat službu a vynakládat náklady bez nároku na odpovídající protihodnotu. Takový postup je z ústavního hlediska možný pouze za náhradu.

Mgr. Jiří Slavík

IV. Uvádění kontaktních údajů na recepturním tiskopise – právní stanovisko

Absence údaje o bydlišti předepisujícího lékaře na receptu (razítku) není důvodem k odmítnutí vydání léčivého přípravku.

Zdůvodnění:

Důležité pro tuto otázku je ustanovení § 10 odst. 4 vyhlášky MZ ČR č. 84/2008 Sb., o správné lékárenské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivými v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky, ze dne 26. února 2008, která nabyla účinnosti dne 11. 3. 2008.

Předmětné ustanovení uvádí, kdy může lékárník odmítnout vydat předepsaný léčivý přípravek. Dle tohoto ustanovení lékárník předepsaný léčivý přípravek nevydá, chybí-li na receptu:

- podpis předepisujícího lékaře,
- identifikace zdravotnického zařízení, v němž byl recept vystaven, nelze-li ji doplnit a nehrozí nebezpečí z prodlení,
- podpis veterinárního lékaře a identifikace osoby oprávněné poskytovat veterinární péči, jde-li o výdej léčivého přípravku určeného pro zvíře,
- jméno, případně jména a příjmení pacienta a nelze je doplnit, pokud nejde o předepsání léčivého přípravku v případě nebezpečí z prodlení při poskytování zdravotní péče pacientovi, který je v nebezpečí smrti nebo jeví vážné poruchy zdraví,
- identifikační číslo pacienta-pojištěnce a kód jeho zdravotní pojišťovny; pokud identifikační číslo nebylo přiděleno, datum narození pacienta a nelze je doplnit nebo



• jméno a příjmení chovatele, jde-li o výdej léčivého přípravku určeného pro zvíře a nelze je doplnit.

Neuvedení adresy bydliště předepisujícího lékaře na receptu (na razítku) není důvodem k odmítnutí vydání léčivého přípravku.

Mgr. Jakub Uher

■ V. Prohlášení Koalice soukromých lékařů

k vyhlášce MZ ČR č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů

Zástupci Koalice soukromých lékařů se shodli na nutnosti zrušení povinnosti uvádět na receptu adresu trvalého bydliště lékaře s tím, aby na receptu byla i nadále uváděna pouze adresa ordinace.

Koalice soukromých lékařů zahájila v této záležitosti jednání s Ministerstvem zdravotnictví ČR a dále bude požadovat řešení stávající situace používání razítek, která nejsou v souladu s platnou vyhláškou.

Podle názoru právních zástupců Koalice nemohou lékárny odmítnout recept bez adresy trvalého bydliště lékaře, protože chybě-

ající adresa není podle současné legislativy vyjmenovaným důvodem pro toto odmítnutí.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda

Sdružení praktických lékařů pro děti

a dorost ČR, mluvčí Koalice;

MUDr. Jiří Pekárek,

prezident České stomatologické komory;

MUDr. Jan Jelínek, místopředseda

Sdružení praktických lékařů ČR;

MUDr. Zorjan Jojko, výkonný místopředseda

Sdružení ambulantních specialistů ČR;

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda

Sdružení soukromých gynekologů ČR

■ VI. Oslovení náměstka ministra zdravotnictví pro zdravotní pojištění MUDr. Pavla Hroboně

Vážený pane náměstku,

z pověření Koalice soukromých lékařů si Vás dovoluji požádat o schůzku se zástupci KSL k vyřešení sporných ustanovení vyhlášky č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů, zejména povinnosti uvádět na razítku soukromou adresu a tele-

fonní číslo lékaře.

Toto ustanovení vyvolalo negativní reakce lékařů, kteří je považují za zásah do svého soukromí a jsou přesvědčeni, že odporuje zákonu na ochranu osobních údajů. Kromě toho nebyli o této skutečnosti informováni v dostatečném časovém předstihu a ve vyhlášce chybí přechodné období, které by jim umožnilo se změně včas přizpůsobit.

K vyřešení tohoto problému by s Vámi zástupci Koalice rádi projednali:

- změnu vyhlášky ve smyslu vrácení adresy provozovny na razítko,
- vyřešení přechodného období,
- možnost zavádění nových postupů vždy řešit přechodným obdobím,
- poskytnutí finálních verzí legislativních návrhů před jejich zveřejněním.

V případě, že budete se schůzkou souhlasit, sdělte nám prosím jeden nebo více termínů, které budou vyhovovat Vašemu časovému harmonogramu, na kontaktní adresu, případně telefonní číslo uvedené v záhlaví dopisu.

V Praze dne 11. 3. 2008

Mgr. Zina Sladkovská

Tajemnice Koalice soukromých lékařů

Kongres
primární péče

2. Kongres primární péče

Setkání lékařů první volby

Na přelomu února a března přivítal pražský TOP Hotel již podruhé účastníky Kongresu primární péče. Jak už napovídá ústřední motto organizátorů ze Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS J. E. P. – „Lékař první volby“ –, celá akce měla nejen edukační a informační rozměr, ale také sloužila k prohloubení spolupráce mezi praktickými lékaři pro dospělé a těmi, kteří se starají o děti a dorost.

1. část

Že z této spolupráce mohou těžit nejen samotní lékaři, ale hlavně jejich pacienti, potvrdilo mnoho odborných příspěvků i bohatá diskuse, která po nich zpravidla následovala. Význam lékařů v primární péči vyzdvihl při slavnostním zahájení kongresu také pražský primátor MUDr. Pavel Bém, který nad jednáním převzal záštitu. „To, že dnes mohu zahájit tento kongres, je pro mne povinnost dvojnásob milá, protože jako kolega mohu přivítat kolegy. Coby psychiatr a psychoterapeut vnímám lékaře primární péče jako „správcovskou kancelář“ pro duše rodin svých pacientů. Praktičtí lékaři jsou

základem, bez něhož nemůže žádný zdravotní systém produkovat kvalitu, a jsou to oni, kdo nastavují i základy jeho ekonomiky a efektivity,“ uvedl ve svém proslovu primátor.

Prezident Asociácie súkromných lekárov SR MUDr. Ladislav Pásztor, který přijel pozdravit své kolegy, vyjádřil uznání nad tím, že čeští politici dokázali nastartovat reformní kroky, jež vedou zdravotnictví správným směrem. „My jsme se na Slovensku bohužel otočili a kráčíme zpět tam, kde jsme už kdysi byli a kde nám rozhodně dobře nebylo,“ připomněl rozdílnost současných politických podmínek v obou státech.

Na problémy diagnostiky a léčby adolescentů s maligním nádorem v ČR upozornila ve své přednášce MUDr. Viera Bajčiová, CSc., z Kliniky dětské onkologie FN Brno. Podle ní představují tato onemocnění nejen medicínský, ale také závažný psychologický, sociální a v neposlední řadě i ekonomický problém. Adolescenti totiž zůstávali dlouhou dobu ve stínu úspěchů dosažených na poli dětské onkologie. Nejspíše proto, že se ve srovnání s incidencí maligních nádorů v dospělé populaci jedná o relativně vzácná onemocnění. Ročně se v České republice tato problematika týká cca 300 až 350 mladých lidí ve věku



do 19 let. V posledních letech však můžeme pozorovat, že meziročně výskyt těchto onemocnění stále narůstá, a v nedávné době dokonce předstihl incidenci nádorů v dětské populaci. Fakt, že se nejedná o zanedbatelnou problematiku, ilustrují i statistiky, podle nichž jsou maligní nádory u adolescentů čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí hned za úrazy, sebevraždami a vraždami. Z hodnocení evropské pracovní skupiny EUROCARE bohužel vyplývá, že v České republice je přežívání adolescentů nižší, než je evropský průměr pro danou diagnózu v daném věku. „Svůj podíl na tomto výsledku má především neexistující jednotný a všeobecně doporučovaný systém péče a reference dospívajících pacientů s nádorovým onemocněním do věkové a nádorově specializovaných onkologických center,“ říká MUDr. Bajčiová. Dospívající pacienti ve věku od 15 do 19 let mohou být léčeni jak na pracovišti dětské, tak i dospělé onkologie, avšak podle MUDr. Bajčiové je poskytnutá léčba aplikována na zásadně odlišných principech a může se v mnohém lišit podle místa léčby, což ovlivňuje terapeutické výsledky i šanci na vyléčení. Proto na odesílajícím lékaři v terénu do velké míry záleží, v kterém centru se jeho dospívající pacient nakonec ocitne a jaký bude jeho další osud.



Individuálně posuzovat indikace k tonsilektomii. Jedné z nejdiskutovanějších operací v dětském věku, tonsilektomii, se ve svém sdělení věnovala doc. MUDr. Ludmila Vyhnanáková, CSc., z Kliniky ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol. Připomněla, že nejčastější indikací této operace z místních příčin jsou recidivující dětské angíny (v 75 % případů). Za hraniční hodnoty je považováno sedm angín za rok nebo pět angín ročně po dobu dvou let nebo tři angíny ročně po dobu tří let. Hypertrofie tonsil způsobující dyspnoe či dysfagii nebo obstrukční syndrom spánkové apnoe tvoří 25 % indikací z místních příčin. Podle doc. Vyhnanákové nastává po tonsilektomii zlepšení obstrukčních příznaků u všech operovaných dětí. Dochází také k optimalizaci somatického růstu, stejně jako ke zlepšení pozornosti a chování. U enuresis nocturna můžeme po operaci pozorovat zmírnění, či dokonce vymizení obtíží. Mezi indikace tonsilektomie z celkových příčin patří tonsilární sepse a metatonsilární komplikace. „Přestože existují všeobecná doporučení k indikacím tonsilektomie, měli bychom každý případ posuzovat individuálně, komplexně a uvážlivě,“ radí doc. Vyhnanáková.



U borreliózy nasadit antibiotika co nejdříve. Spolupráci praktického lékaře a neurologa při péči o nemocné s lymeskou borreliózou se věnoval doc. MUDr. Martin Bojar, CSc., z Neurologické kliniky 2. LF UK a FN Motol. Lékaři by podle něj měli pacienty, kteří se po přisátí klíštěte obávají vzniku borreliózy, uklidňovat, protože i přisátí infikovaného klíštěte se obvykle obejde bez infekčních symptomů. Symptomatická infekce se podle odborníků vyvíjí vzácně (ve 2 až 30 %). Pokud již k přenosu borrelií dojde, nejčastěji proběhne onemocnění asymptomaticky (až v 98 % případů). Incidence lymeské borreliózy (LB) se odhaduje na 60 případů na 100 000 osob za rok. U 15 % z nich se vyvine neuroborrelióza, která navazuje na počáteční erythema migrans, jež postihuje 60 % nemocných s manifestní LB. „Vznik erythema migrans je indikací k nasazení antibiotik, nejlépe doxycyklinu, ještě před zhodnocením výsledků sérologického vyšetření,“ říká doc. Bojar. Na erythema migrans navazují, častěji u pacientů neléčených antibiotiky, další multiorgánové projevy. Mezi nejčastější projevy akutní neuroborreliózy patří meningopolyradikuloneuritida (Bannwarthův syndrom) a periferní obrna lícního nervu. V této souvislosti je dobré si uvědomit, že u zanedbatelného procenta



nemocných, kteří jsou léčeni pro idiopatickou formu obrny lícního nervu, se ve skutečnosti jedná o první známku diseminované neuroborreliózy. Pro diagnostiku neuroborreliózy jsou důležitá anamnestická a klinická data, klíčové je i vyšetření mozkomíšního moku a průkaz borrelií přímými (PCR, elektronová mikroskopie, biopsie a kultivace) a nepřímými (ELISA, Westernblot) diagnostickými metodami. Důležité jsou i zobrazovací a elektrofyziologické metody, zejména MR při borreliové encefalomyelopatii, která může imitovat i roztroušenou sklerózu či kognitivní poruchy. Při akutní neuroborrelióze je i před laboratorním ověřením diagnózy indikován perorální doxycyklin 200 mg/den, ev. betalaktamy, azithromycin či cefalosporiny. Při zánětlivém nálezu v mozkomíšním moku a průkazu agens či tvorbě protilátek se doporučuje intravenózní ceftriaxon dva gramy na den, cefotaxim dvakrát dva gramy na den nebo intravenózní benzylpenicilin 20 milionů jednotek na den po dobu 14 dnů. Podle nálezu v kontrolním mozkomíšním moku jsou dále indikována perorální antibiotika následující dva až tři týdny. Vhodná je také symptomatická léčba analgetiky, antidepresivy, vasoaktivními látkami a nootropiky, kombinovaná s fyzioterapií, balneoterapií a psychoterapií, jež mohou velmi ovlivnit prognózu nemocného.

Na třech kasuistikách posléze doc. Bojar ilustroval význam spolupráce neurologů a praktických lékařů při komplexní péči o nemocné s akutní i chronickou formou neuroborreliózy.

Na kasuistice pacientky s pracovní diagnózou postherpetické neuralgie připomněl, že v některých případech je nutné pomýšlet i na koincidenci primární choroby se sekundární borreliózou a také že pouze kultivace a PCR odliší aktivní lymeskou borreliózu od chronického zánětu nervového systému autoimunitní povahy. Sérologické metody a Westernblot u komplikovaných a atypických případů podle doc. Bojara nepostačují.

Zvažovat rizika a benefity sportu. Jedním z doporučovaných preventivních opatření, nejen u nemocných s bolestmi zad, je správně zvolená a uvážlivá pohybová aktivita. Na rizika, ale i pozitiva, která s sebou sport může přinášet, následně upozornil doc. MUDr. Jiří Radvanský, CSC., z Kliniky tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol. Rizika mohou být velmi různá v závislosti na věku, zdatnosti, zkušenosti s daným sportem či vhodnosti výstroje, včetně ochranných pomůcek. Liší se u různých populačních skupin a typů sportu. Obecně lze však říci, že rizika vyplývající z různých sportovních aktivit jsou nižší než ta, která s sebou přináší dlouhodobá tělesná inaktivita. Doporučením vhodných druhů sportu a doplňkových aktivit, stejně jako modifikací tréninku či dietního a pitného režimu, lze navíc u dané věkové skupiny uvedená rizika spojená se sportovními aktivitami výrazně omezit. V této souvislosti je potřeba mít na paměti, že u osob s nízkou tělesnou zdatností vzrůstá při velké motivaci k výkonu významně riziko akutního přetížení. U vrcholových sportovců zase roste riziko přetrénování a nadměrného opotřebení pohybového aparátu. U těch, kteří si ke sportu hledají cestu, nutno vyloučit stavy spojené s rizikem závažného poškození zdraví a náhlé smrti (nejčastěji ICHS). „Alibistický zákaz sportu však může pacienta i těžce poškodit. Nutno vždy posuzovat benefity i rizika individuálně. V tomto případě by nemělo platit přísloví – podle sebe soudím tebe. V případě pochybností je doporučována konzultace u tělovýchovného specialisty,“ připomíná doc. Radvanský.

Použit text, který vyšel v Medical Tribune č. 7/2008



Stát chce pomoci vzdělávání

Změna zákona o vzdělávání lékařů má mimo jiné zavést princip financování specializačního vzdělávání „peníze za školencem“.

Zákony o lékařských a o nelékařských povoláních (č. 95/2004 Sb. a 94/2004 Sb.) kritizuje zdravotnická veřejnost už dlouho, ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) je minulý týden zhodnotil jako „v mnoha ohledech vadné“. Ministerstvo zdravotnictví nyní ve spolupráci s ministerstvem školství předložilo návrh na změnu těchto zákonů, od které si slibuje, že usnadní přístup lékařů po promoci k získání atestace. Pro nemocnice už by neměl být školený absolvent takovou zátěží. Jednak by zdravotnické zařízení mělo mít možnost získat na školené absolventy v před-atestační přípravě státní dotaci a za druhé by tito lékaři už po 2–2,5 letech (po absolvování takzvaného základního kmene) měli být schopni vykonávat alespoň některé výkony bez přímého dohledu zkušenějšího lékaře.

„Hlavní problém dnes je, že po celou dobu pěti až šesti let přípravy lékař podle zákona nesmí vykonávat žádné činnosti bez odborného dohledu, a to ani ty jednodušší,“ říká náměstkyně ministra zdravotnictví pro zdravotní péči Markéta Hellerová. „Zavádíme rezidenční místa a jejich financování, pro nemocnici nebude mladý lékař tak nelukrativní a budou mít větší motivaci jej přijmout,“ uvedla. Díky změně by také ministerstvo mělo být schopno motivovat absolventy, aby si vybrali takovou odbornost, ve které odborníci aktuálně schází. Malým nemocnicím a praktickým lékařům-školitelům navíc pomůže, že budou moci získat akreditaci ke školení jen na část vzdělávacího programu. Novela rovněž vyčlení ze zákona seznam specializačních odborností, jejich počet chce ministerstvo vyhláškou snížit na úroveň běžnou v EU.

Svůj návrh, na kterém spolupracovala se zástupci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a s děkany lékařských fakult, se bude ve sněmovně snažit prosadit také Česká lékařská komora (ČLK). Od vládního návrhu se liší v několika bodech. Návrh vypracovaný lékařskou komorou předložil při jednání zdravotního výboru poslanec Ludvík Hovorka (KDU-ČSL). Na plénu sněmovny se tak možná objeví dva různé návrhy.

Na většině základních záměrů se však ČLK s ministerstvem shodne. To, aby komora prosazovala zavedení základního kmene, umožnění akreditace pro část vzdělávacího

programu nebo vyjmutí rozhodnutí o počtu specializačních oborů ze zákona, schválil už loňský sjezd komory. Na rozdíl od ministerstva ČLK chce, aby byl základní kmen vzdělávání zakončen nikoli zkouškou, ale jen doložením splnění příslušných povinností. Komora má také výhrady ke konkrétnímu řešení posílení kompetence lékařů, kteří už budou mít splněný základní kmen.

Především se ale představy ČLK liší od ministerských v otázce financování. O obou návrzích, ministerském a komorovém, má jednat podvýbor zdravotního výboru pro financování a pokusit se vyjasnit rozpory. Pokud se však nenajde kompromis, budou poslanci zdravotního výboru 27. února a posléze zřejmě i na schůzi celé sněmovny projednávat oba dva.

■ Peníze za školencem, ale kudy?

Za zásadní rozdíl mezi těmito návrhy se dá označit řešení financování specializačního vzdělávání. Formulaci pravidla, že peníze mají jít za školencem, používá jak komora, tak ministerstvo. Podle ministerského návrhu by se měla o prostředky ze státního rozpočtu ucházet zdravotnická zařízení, která mají akreditaci ke vzdělávání. Ministerstvo by vždy podle aktuální analýzy potřeby vypsal pro jednotlivé odbornosti, případně i jednotlivé kraje, určitý počet rezidenčních míst.

O tato místa, na která by se vázaly dotace ze státního rozpočtu, by mezi sebou zdravotnická zařízení soutěžila. „Všechna akreditovaná pracoviště se v rámci grantového řízení budou moci ucházet o finance na vzdělávání lékařů ze státního rozpočtu,“ popisuje náměstkyně Hellerová. Naproti tomu podle komory by měla být dotace na první specializaci buď nároková, nebo by se o ni hlásili sami lékaři. Ministerstvo by mohlo korigovat, kolik lékařů se bude se státní podporou školit na který obor; o tom, kde se budou školit, by ale rozhodovali sami lékaři. „Lišíme se v názoru na to, jak s penězi ze státního rozpočtu naložit.“

Podle nás by peníze měly sloužit k tomu, aby se mladý lékař mohl vzdělávat, a měl by sám rozhodnout, kde to pro něj bude nejvhodnější. Ministerstvo by chtělo rozhodovat o tom, která zdravotnická zařízení budou vzdělávat kolik lékařů. S tím nesouhlasíme,“

vysvětluje prezident Kubek. Návrh ministerstva má podle něj za cíl zlepšit financování některých zdravotnických zařízení a vidí za ním snahu o všem rozhodovat. „Obávám se, že kdyby rozhodovala ministerská komise, rezidenční místa by si mezi sebe rozdělily velké kliniky,“ dodal Kubek.

■ Půl miliardy ročně

Zatímco dnes jsou lékaři po promoci často nuceni pracovat zadarmo, aby získali atestaci, někdy dokonce nemocnici za zaškolení platí, po ministerstvem navrhovaných změnách má dotovaný školenc naopak přinést zdravotnickému zařízení peníze navíc. Grant ministerstva zdravotnictví bude vyplácen řádově ve výši 25 tisíc korun měsíčně na jednoho školence a bude udělován na celou dobu přípravy na atestaci. Bude také stanoveno, jak velkou část má zdravotnické zařízení použít na výplatu daného lékaře (například 70 %) a kolik má na úhradu vlastních nákladů se školením spojených.

Celkově má být na tyto účely ročně určeno 500 milionů korun. „Budeme jednat s ministerstvem financí o uvolnění této částky ze státního rozpočtu. Dále budeme hledat v rezervách ministerstva zdravotnictví, protože je to pro nás absolutní priorita,“ řekl ministr Julínek. Analýza, na základě které by se dotace na jednotlivé obory rozložily, se právě připravuje. „Její výsledky by měly být k dispozici na konci února,“ uvedla Hellerová. Ministr připomněl, že data o potřebě lékařů v jednotlivých odbornostech se dosud nezjišťovala. V dnešní situaci by ministerstvo nejspíš podpořilo přípravu praktických lékařů či anesteziologů.

■ Praktičtí lékaři

U praktických lékařů by mělo mít významný vliv zavedení možnosti akreditovat pracoviště na část vzdělávacího programu. „Praktický lékař, který bude mít akreditaci na svou část vzdělávacího programu, zažádá o dotaci a získá ji ve výši, která pokryje celý vzdělávací program. Svého zaměstnance na rezidenčním místě bude vysílat do nemocnic, které mají akreditace na další potřebné odbornosti, bude tam převádět finance, které získal, a tedy za něj v podstatě platit stáž,“ popsala plán náměstkyně Hellerová.



Místopředseda Sdružení praktických lékařů Jan Jelínek návrh uvítal. Ocenil, že peníze půjdou rovnou za školencem a pracovištěm, na kterém působí, a nebudou se rozptylovat v obslužných organizacích. „Je šance, že to fungovat může,“ řekl ZDN Jelínek. „Je to ale jen jedna z podmínek. Obor se musí celkově zatraktivnit,“ dodal.

■ **Farmaceuti a zubaři po škole samostatní**

O nepříznivém demografickém trendu se mluví také u stomatologů. U nich by návrh ministerstva zdravotnictví znamenal, že by už nemuseli po skončení vysoké školy pracovat pod dohledem, ale byli by plně samostatní. V rámci pregraduálního studia prý mají zubní lékaři dostatečnou praxi a ani v Evropské unii údajně není další práce pod dohle-

dem vyžadována. Stejná změna by měla proběhnout i u farmaceutů. Financování ze státního rozpočtu se týká také specializačního vzdělávání u sester, které potřebují například sestry na jednotkách intenzivní péče. Pokud se podaří návrh ve sněmovně prosadit, začnou změny vzdělávání platit hned po jeho zveřejnění ve sbírce zákonů. Financování vzdělávání by se změnilo od začátku roku 2009.

■ **Výběr změn navrhovaných ministerstvem zdravotnictví**

- Zavedení rezidenčních míst pro lékaře a nelékaře, která budou dotována státem řádově 25 000 korunami měsíčně na jednoho školence.
- Umožnění akreditace na část vzdělávacího programu, nejen na celý.

• Akreditovaná zařízení nebudou muset procházet novým procesem akreditace při změně právní formy.

• Lékař po dvou letech praxe, po splnění základního kmene, bude moci vykonávat některé činnosti bez dohledu.

• Zubní lékaři a farmaceuti budou moci rovnou po získání vysokoškolského diplomu pracovat samostatně.

• Zdravotničtí záchranáři budou moci pracovat v nemocnicích na jednotkách intenzivní péče.

• Návrh upravuje nové zdravotnické profese, například adiktologa nebo zrakového terapeuta.

■
Převzato: LN 18. 2. 2008

Skupinový kontrakt posílí lékaře v jednání s pojišťovnou

„Odhaduje se, že z jednoho eura vydaného na zdravotní péči téměř třetinu spotřebují provozní náklady.“ I tato informace Ing. Martina Bindera ze společnosti ICZ zazněla 20. února v Brně na konferenci eHealth Day věnované možnostem aplikace informačních, komunikačních a monitorovacích systémů ve zdravotnictví.

Podle M. Bindera je jedním z důvodů vysokých administrativních nákladů skutečnost, že zdravotnická zařízení stále používají papírovou dokumentaci jako hlavní nosič informací. „Papírové procesy jsou však velmi zdoluhavé a vyžadují nemalé náklady na provoz i čas. Celosvětově je v nemocnicích digitalizováno přibližně jen deset procent dokumentů,“ dodal M. Binder.

Podle údajů Gartner Group z roku 2006 je 75 až 80 procent faktur v Evropské unii zpracováváno manuálně a čtvrtina je vinou toho zaplácena až po termínu. Zpracování jedné faktury trvá průměrně dvanáct dní a stojí třicet eur. Pokud jsou však faktury digitalizovány, sníží se náklady o patnáct až dvacet procent.

■ **Od informace k procesům**

Ing. Binder představil systémy pro řešení správy a řízení provozních dokumentů, které jsou často podceňovaným zdrojem informací v každé firmě. „Data jsou však informací jen tehdy, pokud je máme v pravý čas k dispozici. Nástroje ECM – enterprise content management – představují možnost, jak natrvalo

získat přehled o všech typech záznamů a jak využívat nestrukturované údaje z firemní dokumentace,“ vysvětlil M. Binder.

ECM pokrývá pět základních oblastí. První část (capture) se zabývá digitalizací. „Aplikace umožňuje navrhnout strukturu formuláře pro automatické zpracování. Obsahuje rovněž technologie pro rozpoznávání čárových kódů, rukou psaných údajů, tisknutých znaků či různých značek,“ dodal M. Binder. „Obsah formuláře je tedy automaticky načten do systému a digitalizovaný formulář je poté předán do úložiště dokumentů.“ Další oblast – takzvaný document management – je systém, který umožňuje řídit ukládání dokumentů do centrálního úložiště, jejich vyhledávání a zabezpečení.

Records management (spisová služba) pomáhá evidovat významné dokumenty, řídit jejich oběh a zajistit archivaci, případně skartaci. Čtvrtou oblastí je knowledge management. Jedná se o znalostní systém (většinou fulltextový rešeršní systém nebo oborový portál), který umožňuje vyhledávat informace v úložištích. Poslední část je zaměřena na řízení pracovních postupů – workflow.

„Příkladem využití ECM může být agenda doručených faktur. Vytvořený proces musí zajistit, aby byla faktura nejprve evidována a digitalizována. Poté jsou údaje předány obvykle do účetního systému a snímek faktury je odeslán do úložiště. Následuje párování faktury s objednávkou či žádankou a nakonec vlastní schválení a zúčtování,“ uvedl Ing. Binder. Podobně může být vytvořena agenda smluv či agenda interních norem pro řízení jakosti.

■ **Jak využít modelů řízené péče?**

Možnosti využití informačních a komunikačních technologií pro projekty řízené péče prezentoval ekonom Ing. Miroslav Zámečník, partner společnosti Boston Venture Central Europe.

„Řízená péče představuje soustředování poptávky do speciálně vybrané – selektivně kontrahované – sítě zdravotnických zařízení a poskytovatelů služeb, např. laboratoří či lékáren. Pacient tedy nemá plnou svobodu volby, ale vzdává se jí dobrovolně, výměnou za určitou ekonomickou bonifikaci,“ vysvětlil M. Zámečník. „Smyslem je harmonizace ekonomických zájmů všech plátců, která je



založena na sdílení úspor.“ Výhodou je omezení duplicit a zbytečné péče (takzvané úspory I. typu), dále koncentrace výkonů a úspory z rozsahu tím, že vybraná zdravotnická zařízení mají upravenou úhradu, většinou sníženou jednotkovou cenu (takzvané úspory II. typu). Ušetřené náklady jsou sdíleny třemi subjekty – zdravotní pojišťovnou, poskytovatelem péče a pojištěncem. „Z hlediska české demografie je poměrně významné, že neexistuje mnoho lepších nástrojů, které vytvářejí motivovaný tlak na snižování inflace ve zdravotnictví. Nejde jen o to, že se zvyšuje podíl lidí v postproduktivním věku, ale především podstatně dříve nastává finanční napětí v systému – vinou relativně menšího množství přispěvatelů,“ upozornil M. Zámečník.

Podle něj existují dva rozdílné přístupy k řízení péči. „Prvním je plán podporovaný

modelem IPA – individual practice association –, společností založenou a ovládanou praktickými lékaři a ambulantními specialisty. Ti si zachovávají nezávislost praxí, ale vyjednávají si skupinový kontrakt se zdravotními pojišťovnami a především mohou vzájemně sdílet informace o pacientech,“ uvedl M. Zámečník. „Lékaři mají pochopitelně větší ekonomickou sílu, ale zároveň musejí například mnohem více debatovat s pojišťovnou o tom, jak budou nastaveny jednotlivé parametry plánu řízení péče.“

Druhý přístup je takový, že plán řízení péče připravuje pojišťovna sama, nebo prostřednictvím najatého subjektu. Podmínkou ovšem je, aby měla v dané spádové oblasti velmi silné postavení na trhu – patnáct až třicet procent. „Myslím si, že lze v České republice očekávat velkou úspěšnost modelů

řízené péče, protože mnoho obyvatel bude ochotno se smířit s omezenou svobodou volby poskytovatele zdravotní péče – výměnou za slevu na pojistném. Jsem přesvědčen, že během dvou let by to mohla být až třetina populace,“ konstatoval Ing. Zámečník.

Pro modely řízení péče lze podle něj využít systém elektronických zdravotních knížek IZIP, který umožňuje sdílení zdravotních záznamů o pacientech: „Níc méně je potřeba lékaře ekonomicky motivovat, aby do systému více zapisovali a četli uložené záznamy. Další podmínkou je rozšíření sítě poskytovatelů zdravotní péče, kteří budou IZIP využívat. Neobejdeme se rovněž bez informovaného a dobře motivovaného pacienta – například refundací poplatků.“

Převzato: Medical Tribune 25. 2. 2008

Dokdy musí podnikatel uchovávat doklady

Nejen velké firmy, ale i podnikatelé, kteří vedou daňovou evidenci, jsou stále více zahlcováni doklady a povinnými evidencemi. Neměli by se jich ale zbavovat neuváženě. Předčasné skartování dokladů k daním může vést k nepříjemnému vyměření daně podle pomůcek.

Podnikatel je povinen uschovávat daňovou evidenci za všechna zdaňovací období, pro která neskončila lhůta pro vyměření daně. Zákon o správě daní a poplatků stanoví, že daň lze doměřit nebo vyměřit nejpozději do dne, kdy vyprší tříletá lhůta od konce zdaňovacího období, v němž vznikla povinnost podat daňové přiznání.

Pokud správce daně učinil úkon směřující k vyměření nebo doměření daně, běží tříletá lhůta znovu od konce roku, kdy byl poplatník o tomto úkonu vyrozuměn. Maximálně lze vyměřit či doměřit daň nejpozději do 10 let od konce zdaňovacího období, v němž vznikla povinnost podat přiznání. Za úkon, který protrhává lhůtu pro vyměření daně, judikáty soudů jednoznačně považují zahájení daňové kontroly.

Příklad. Podnikatel Kozderka podal přiznání k dani z příjmů za rok 2004 dne 31. března 2005. Pokud finanční úřad u pana Kozderky nezahájí do konce letošního roku daňovou kontrolu, uplyne lhůta pro vyměření daně 31. prosince 2008.

Jestliže však kontrolu zahájí, 1. ledna 2009 začne znovu běžet tříletá lhůta, tedy do konce roku 2011. Do této doby musí mít

pan Kozderka i každý jiný podnikatel bezpodmínečně k dispozici peněžní deník, popřípadě jinou obdobnou evidenci o příjmech a výdajích, knihy pohledávek a závazků, karty hmotného majetku, příjmové a výdajové pokladní doklady, paragony, přijaté a vydané faktury, pokladní pásky, inventury, výpisy z podnikatelského účtu, leasingové smlouvy a evidence o časovém rozlišení leasingového nájemného apod.

■ Při ztrátě nic neskartovat

Jestliže je podnikatel od roku 2000 některý rok ve ztrátě, měl by asi rozšířit prostory pro uložení svých dokladů. V tomto případě se totiž lhůta pro možné doměření daně protahuje do daleké budoucnosti.

Zákon o daních z příjmů v § 38r stanoví, že lhůta pro vyměření či doměření končí současně se lhůtou pro vyměření daně za poslední zdaňovací období, za které lze daňovou ztrátu uplatnit, tj. za pátý rok (do roku 2003 to bylo dokonce za sedmý rok) po zdaňovacím období, za které byla ztráta vyměřena.

Skutečnost, že poplatník ztrátu využil ke snížení daňového základu třeba už v následujícím zdaňovacím období, není pro tento případ rozhodná. Tato lhůta může být opět protržena zahájením daňové kontroly.

Příklad. Podnikatel Jirků vykázal v daňovém přiznání za rok 2007 ztrátu. Finanční úřad mu vyměřil daň stanovenou z minimálního základu a zároveň ztrátu, kterou si může odečíst od daňového základu nejdéle za

zdaňovací období 2012. Pan Jirků tak učiní už v přiznání za rok 2009. Bez ohledu na to obecná lhůta pro vyměření daně za rok 2012 běží od konce roku 2013 tři roky, tedy do konce roku 2016. Když finanční úřad zahájí v roce 2016 kontrolu roku 2007, prodlouží se lhůta pro doměření daně do konce roku 2019. Pokud se daňové předpisy nezmění, pan Jirků musí uchovávat doklady a písemnosti za období 2007 až 2012 nejméně do 31. prosince 2019.

■ Co nesmí vyřadit plátce DPH

Pokud je podnikatel plátcem DPH, je povinen uchovávat všechny daňové doklady po dobu 10 let od konce zdaňovacího období, ve kterém se uskutečnilo zdanitelné plnění nebo plnění osvobozené od daně s nárokem na odpočet.

Evidenci pro daňové účely, která vyplývá z § 100 zákona o DPH (tzv. záznamní povinnost), musí mít k dispozici do doby, do níž lze vyměřit či doměřit daň, tj. opět platí, co bylo uvedeno v úvodu.

■ Mzdové listy dobře uložit

Podnikatel, který je současně zaměstnavatelem, musí vést a archivovat mzdové listy nebo účetní záznamy o údajích potřebných pro důchodové pojištění po dobu 30 let po roce, kterého se týkají.

Převzato: Právo 3. 3. 2008



Marx je mrtev, ať žije reforma

Zdravotnictví je po celém světě provázáno mýty, jež vyvěrají především z tabuizace medicíny. Vykreslují nám obraz zvláštního prostředí, které se záhadně liší od jiných oblastí našeho života. Je to jakási země zázraků, kde neplatí ekonomické zákonitosti, kde potřebujeme zcela jiné typy institucí, kde neexistují běžné motivace a všichni se k sobě chovají tak nějak hezky a konají samé dobré skutky...

Vidím především dva důvody takové mytizace: jednak určitou kulturně danou psychologickou bariéru, která se dotýká podstaty vnímání života (strach z nemoci a ze smrti), a jednak zcela pragmatické chování zájmových skupin, které nestojí o zprůhlednění systému a zavedení standardních pravidel. České prostředí je navíc poznamenáno desetiletími státního socialistického zdravotnictví a následně jeho nedokončenou transformací na autentický systém zdravotního pojištění.

Před mým nástupem na ministerstvo prožilo české zdravotnictví osm zahrňavajících let nečinnosti, kdy se „řešily“ pouze pseudoproblémy. Úředníci pracovali na zástupných tématech typu papírové zdravotní knížky jako univerzálního léku na všechny nemoci českého zdravotnictví. Od ministerského stolu se plánovalo, kde má být kolik lůžek v nemocnici v Dolní Lhotě, a vznikaly zákony, které měly postupně vrátit veřejné zdravotní pojištění zpět do podoby státního zdravotního systému.

Nakopli jsme zdravotnictví. V této atmosféře přicházím s reformou zdravotnictví. Po čtyřech letech příprav přináším se svým týmem jasnou a konzistentní vizi změny právního rámce ve zdravotnictví, která se snaží do systému zakomponovat standardní instituce. Zároveň řeší mnoho běžných rutinních úkolů, které ministerstvo léta zanedbávalo – například tři roky nebyla vyřizována odvolání občanů, nebylo vůbec řešeno financování vzdělávání praktických lékařů apod.

Při tom všem jsme pod neustálým tlakem médií, která se kromě reformy zajímají o všechno možné – od obsahu ftalátů v dudlících až po implantaci kmenových buněk do mozku. Ale nevyptávají se pouze novináři. Rozhýbali jsme stojaté vody českého zdravotnictví natolik, že se o ně konečně začali pořádně zajímat i občané. Ministerstvo je zaplaveno nejen jejich otázkami, ale i stovkami reálných příběhů z ordinací, lékáren i nemocničních pokojů.

Pacient versus průmysl. Už samo zavedení poplatků ve zdravotnictví otevřelo velmi užitečnou diskusi. Najednou se lidé ptají, proč jsou zvaní na kontroly na víkendech, nebo přicházejí na to, že lékař účtuje pojišťovně klinické vyšetření, aniž je fyzicky provádí. Pacienti konečně zjišťují, že jejich lék má levnější alternativu, že existují léčiva s různými názvy, ale stejnou účinnou látkou a podobně.

Co je však největším problémem českého zdravotnictví? Je to osamocenosť pacienta v kontaktu (nebojím se říci v boji) s obrovskou masinerií moderního zdravotního průmyslu. Českého občana se nikdo nezastane a nikdo mu pořádně neporadí! Hlavním cílem předkládaných sedmi reformních zákonů je proto významně zlepšit postavení pacienta, dodat mu informace a kvalitní zastání. Tyto informace potřebuje pacient především pro rozhodování v běžné péči tak, aby zvládl kontakt s lékařem i bez zdravotní pojišťovny. A tam, kde jde o život, při složitých rozhodnutích, při velmi drahých výkonech, musí být zastoupen zdravotní pojišťovnou. Ta by měla také zajistit pacientům průvodce zdravotním systémem.

Za změnami si stojím. Reforma přináší jasně definovaný zákonný nárok na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, fungující zdravotní pojišťovny, které si budou vážit svého pojištěnce, budou jej informovat, budou se ho zastávat v boji s agresivním, neosobním a podbízějícím se zdravotním průmyslem. Stát získá silné nástroje pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, které pak budou plnit podle zákona svou roli vůči občanům a efektivně investovat získané prostředky.

Podstata veřejného zdravotního pojištění a ústavní právo na dostupnou a kvalitní zdravotní péči se nemění, solidarita zůstává, respektive ještě se posiluje – například díky ochrannému ročnímu finančnímu limitu. Proto jediné téma do diskuse o reformě

by mělo spočívat v tom, zda mé návrhy povedou k zamýšleným cílům.

Já tvrdím, že ano. K tomu dodávám, že stršení privatizací a akciovými společnostmi tuto debatu o postavení pacienta v českém zdravotnictví neprávem vytěšňuje.

Účelem vyvolávání strachu je spojit reformu zdravotnictví s negativními pocity z řeči o zločinném kapitálu a nemravném zisku zasunutými v našich hlavách z dob marxistických školení. Ale Marx byl popřen již dávno, jsou to názory z devatenáctého století! Moderní kapitalismus si užíváme ve všech ostatních oblastech života – pouze ziskové zdravotnictví z nepochopitelných důvodů odmítáme.

Autor: MUDr. Tomáš Julínek
Převzato: MF Dnes 5. 3. 2008

VIII. ČESKÝ PEDIATRICKÝ KONGRES
S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ

25. - 27. 9. 2008 **26. 9. 2008**
DKO JIHLAVA Lékařská sekce **DĚLNICKÝ DŮM** Sesterská sekce

Nestlé
BEBA
hlavní partner

VOX PEDIATRIAE
časopis praktických lékařů pro děti a dorost
ČESKO-SLOVENSKÁ PEDIATRIE
mediální partneré

www.pediatrie2008.cz



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Očkování IPV v r. 2007 a 2008

Níže uvedená citace ze zápisu z jednání na MZČR. Uvedený text bude zapracován do novely vyhlášky o očkování, která se v současnosti připravuje. Pro ty ordinace, které očkovaly 5. dávku po polovinách ročníků tak, jak bylo uvedeno ve vyhlášce, to bude v textu umožněno i nadále. Současně je také možno postupovat tak, že očkovány budou děti dle data narození, případně při 11leté a 13leté prohlídce s dozváním starších dětí, které nebyly v roce 2007 naočkovány.

Citace:

“Vzhledem k výrazně opožděné distribuci IPV pro rok 2007 (listopad 07) nastává problém s dodržením stávající dikce vyhlášky č. 537/2006 Sb., upravující očkování IPV, neboť s ohledem na pozdní dodání IPV nelze při přeočkování (5. dávka) dodržet stanovenou věkovou hranici (§ 4 odst. 3 a § 21).

Na základě toho je třeba urychleně provést technickou novelu citované vyhlášky, tak aby původně stanovená věková hranice odpovídala reálným možnostem aplikace IPV.

Očkování IPV v r. 2007

Do konce roku 2007 se provede přeočkování IPV u jedenáctiletých dětí (5. dávka), kterým byly aplikovány 4 dávky IPV.

Do konce roku 2007 bude přeočkováno IPV z kapacitních možností určité procento dětí ve věku 13–14 let.

Očkování IPV v roce 2008

Provede se doočkování dětí ve věku 13–14 let, které měly být očkovány v roce 2007, a dále se provede přeočkování populačního ročníku dětí ve věku 13–14 let (cca 1,5 ročníku).

Zahájí se přeočkování dětí ve věku 10 až 11 let věku.

Novela citované vyhlášky se navrhuje v rozsahu:

A) Přejícná ustanovení § 21:

Stávající odst. 1 vypustit a nahradit textem:

V roce 2008 se provede přeočkování proti dětské přenosné obrně inaktivovanou očkovací látkou proti této nákaze podáním páté dávky u dětí, které nebyly v roce 2007 očkovány podle dosavadního předpisu.

■ Termíny seminářů o očkování:

- Brno – Hotel International – 17. 4. 2008 – čtvrtek
- Praha – Kongresové centrum Praha – 19. 4. 2008 – sobota
- Hradec Králové – Hotel Amber Černigov – 21. 5. 2008 – středa
- Plzeň – Parkhotel, 31. 5. 2008 – sobota
- Jihlava – proběhne v rámci VIII. pediatrického kongresu s mezinárodní účastí, který je ve dnech 25.–27. 9. 2008

Oznámení o setkání školitelů

**ve dnech 13. 6.–15. 6. 2008
proběhne v Seči v hotelu Jezerka
setkání školitelů**

Pozvánku s definitivním programem a instrukce k setkání dostanou školitelé na své e-mailové adresy v průběhu dubna.

Plánovaný program:

13. 6. 2008 večer

Projekt EU – Protidrogová prevence v primární péči

14. 6. 2008

Právní aspekty při vzdělávání lékařů

Školenec – školitel – pacient

Informovaný souhlas a jeho rozsah

Problematika nepovinného očkování

15. 6. 2008

Kazuistiky

Novinky v oblasti vzdělávání

Pokud máte nějaké náměty týkající se školitelů,
zašlete je na e-mailovou adresu: olga.roskotova@post.cz.



Potravinová alergie u malých dětí

– patofyziologie, klinické projevy, diagnostika i léčba

prim. MUDr. Martin Fuchs

Dětské oddělení FN Bulovka, Praha

Souhrn:

Potravinová alergie (PA) postihuje asi 2–4 % populace. Kvůli nevyzrálým funkcím trávení a křehkým vztahům s kojeneckou imunitou jí však nacházíme až u 7,5 % malých dětí. PA si nárokuje obvykle první krůček budoucího atopického pochodu (míra a charakter postižení alergika v průběhu života), a to ještě v prvním půlroce života, včetně možného postižení plně kojených dětí. Přestože 90 procent PA vyhasíná ještě v předškolním věku, je správné takovéto děti sledovat i nadále, riziko budoucího alergického vývoje je totiž nepochybně vyšší (atopický pochod).

Přiložením dítěte k první dávce stravy (resp. k mateřskému prsu) dochází hned k několika mimořádným událostem. My se budeme pro zachování tématu tohoto článku věnovat výhradně kontaktním mechanismům, které vyvolává potrava – v optimálním případě mateřské mléko – v průběhu celého trávicího traktu. Sliznice úst, jícnu, žaludku a nakonec i střev jsou perorálním příjmem bezprostředně po narození konfrontovány s vysoce imunogenním mikrosvětlem, resp. s mnoha bílkovinami a složitými cukry, které jsou nadány antigenní aktivitou. To má pochopitelně mimořádný vliv na mobilizaci imunitního systému novorozence. A dlužno říci, že by měla být na toto setkání slizniční imunita zdravého dítěte více než dobře připravena. Minimálně polovina všech bílých krvinek právě narozeného dítěte není totiž uložena nikde jinde než v předních liniích celého trávicího traktu. Musíme si uvědomit, že prakticky každá z mnoha miliard napolykovaných částic stravy může být nebezpečným vetřelcem, může se jednat o jedovatou látku či infekční agresi. A imunita prvního kontaktu – sliznice a podslizniční trávicího traktu – musí každou agresi včas rozpoznat, jinak je zle. Signálem možného varování je antigenní výbava bílkovin střevního obsahu – může jít o povrch bakterií, virů i toxinů, ale především jde o potravinové bílkoviny a cukry. V případě kojení jde jak o bílkoviny mateřské, tak i o bílkoviny pocházející ze stravy matky. Za normálních okolností se k většině antigenů novorozenecká imunita zachová velkoryse až vstřícně. Rozhodně však nejde o pasivní proces. Potravinový antigen je složitými vazbami (antigenní motiv bílkoviny versus příslušný receptor na imunokompetentních buňkách) označen většinou za neškodný a je vpuštěn obvykle v podobě krátkých aminokyselinových sekvencí dál do systému (jde o takzvané **epitopy** – viz níže). A jistě nepřekvapí, že jde především o ty bílkoviny, které jsou

také významným stavebním kamenem pro růst a vývoj dětského organismu. Jde o pestrou škálu mléčných i nemléčných albuminů, globulinů, ale i hormonů, enzymů a bílkovin s obrannými úkoly. Tomuto ději, kdy střevní imunita aktivně uzná většinu požitých antigenů za nepatogenní komoditu, říkáme **orální tolerance**.

Odpovědnost přebírají jednak antigen prezentující buňky (dendritické buňky, makrofágy) a jednak a především **lymfocyty s regulačními úkoly**. Mezi tyto tolerogenní lymfocyty patří kupříkladu lymfocyty označované jako Th3 lymfocyty, Tr lymfocyty, gama-delta intercelulární lymfocyty, CD4+CD25+ lymfocyty a řada dalších, jejichž úplný výčet není zas až tak podstatný. Tyto specifické bílé krvinky svou produkcí speciálních protizánětlivých mediátorů (jako je interleukin 10 = IL-10, popřípadě transformující růstový faktor beta = TGF-beta) aktivně tlumí až zastavují imunologickou odpověď a tím potřebné potravinové bílkoviny dostávají jakousi propustku. Tento velmi silný pilíř orální tolerance je také někdy označován jako **imunologická anergie**.

Předešlé odstavce posloužily k pochopení klíčových fyziologických pochodů, snáze tak porozumíme chybám vedoucím k potravinovým alergiím. Alergie je vlastně omyl imunity, jde o selhání orální tolerance. V případě potravinové alergie obranyschopnost dítěte-pacienta z nějakého důvodu nenastaví imunologickou toleranci ke zcela konkrétním potravinovým bílkovinám. Tím hlavním důvodem je genetika. Dítě se tak narodí s vrozenou dispozicí – s atopií. Očekávat se to dá u potomků těch rodičů, kteří již nějakým atopickým onemocněním trpí, nicméně ani nemá genetická zátěž není rozhodně výjimkou. Atopicky nastavená imunita zapojuje do poznávání hodných bílkovin méně regulačních lymfocytů, ale bohužel více jiných imunokompetentních buněk, které jsou svou podstatou neregulační, a mají tak úkoly

agresivně obranné, jedním slovem likvidační. Jestliže se například účastní pomocné lymfocyty Th2, dochází k alergické netoleranci I. typu s nadprodukcí alergických protilátek – specifických imunoglobulinů E = **pravá atopie, resp. alergie IgE mediovaná**. A pokud se také zapojí pomocné lymfocyty Th1, Th17, eozinofily či neutrofilové, setkáváme se s mechanismem nepoměrně složitějším, s imunopatologickou reakcí IV. typu, kde klíčovým nositelem, poslem i vykonavatelem alergické netolerance primárně zůstávají pomocné T-lymfocyty = **alergie non-IgE**. Sliznice trávicího traktu i systému se v těchto případech nekontrolovaně zaplavuje proalergickými mediátory (jako jsou chemokiny, růstové faktory, leukotrieny, proteázy, interleukiny typu IL-4, IL-5, IL-6, IL-13, IL-17, IL-18, IL-23 aj.). Dochází tak nezadržitelně k prvnímu kroku procesu, který známe pod označením **atopický pochod** („atopy march“), s následnou funkční i anatomickou devastací postižených tkání. Tyto histochemické i remodelační změny zobečňujeme pod pojmem **alergický zánět**. V případě potravinové alergie je tímto zánětem nejvíce postižena pochopitelně sliznice trávicího traktu (a to od úst až po tračník – viz níže) se všemi možnými důsledky. A pokud potravinové bílkoviny obejdou porouchanou imunologickou toleranci a dostanou se v nepřiměřeném množství epitopů až do krve, může dojít k systémovým projevům, setkáváme se pak s postižením kůže, respirace, nebo dokonce s poruchami harmonického růstu, vývoje a chování.

Potravinovým alergenem může být jakákoli bílkovina rostlinného i živočišného původu, lidské-mateřské bílkoviny nevyjímaje. Nicméně stále nejčastějším vyvolavatelem alergie kojenčů jsou živočišné bílkoviny kravského mléka a vaječného bílku, později (u starších kojenčů a batolat) se obvykle přidávají bílkoviny mouky, sóji a ořechů. Některé bílkoviny jsou



si schopny ponechat alergenní potenciál i po běžném zpracování trávicími enzymy, takže mohou vyvolávat obtíže až v nejnižších partiích trávicí trubice – v tračnicku i v konečnicku (viz níže – proktokolitida). Tento fenomén zachování imunogenního náboje je důležitý také u dospělých žen, pokud se totiž aktivní úseky bílkovin (regiony, epitopy) vstřebávají do oběhu kojící matky, dostanou se snadno až do mateřského mléka. Kojené dítě – respektive imunita kojeneckého dítěte – je tak prostřednictvím stravy matky velmi brzy vystavena kupříkladu syrovátce kravské mléka, ovalbuminu vaječného bílku, parvalbuminu rybího masa či agresivním 2S-albuminům arašídů. Je-li obranyschopnost dítěte v pořádku, dojde k správné imunologické toleranci těchto bílkovin záhy po narození, jedná-li se však o atopika, může dojít k rozvoji alergického zánětu a k manifestaci choroby imunologické povahy. Dnes víme, že je takto postiženo okolo **půl procenta** všech plně kojených dětí. Nejdůležitějšími spouštěči se jeví bílkoviny hovězí syrovátky, různé bílkoviny obilovin a v jiných světadílech i bílkoviny luštěnin včetně sóji a podzemnice olejné. U ekzematických dětí se jako nejagresivnější ukazuje vaječný bílek.

Jak již bylo řečeno, nezbytným předpokladem pro vznik potravinové alergie je genetická dispozice. Nicméně nelze nezmínit faktory, které patofyziologicky ovlivňují **střevní bariéru** a tím přispívají k relativně i absolutně vyšší nabídce antigenů (epitopů). Imunita sliznic je pak vystavena neúměrně zátěži a při latentní genetické dispozici pak snadněji dochází ke klinické manifestaci atopického pochodu. Střevní bariéra je velmi široký pojem, v širším slova smyslu jde o systém trávicích enzymů, o kvalitativní i kvantitativní zastoupení mikrobiální flóry a v neposlední řadě jde o integritu epitelové vrstvy s produkcí imunoglobulinů (sekreční IgA) a ochranné hlenové vrstvy – někdy se dokonce hovoří o samostatném **gastrointestinálním ekosystému**. Z tohoto pohledu je samotný nízký věk hendikepem – enzymatická i slizniční protilátková výbava malého dítěte rozhodně nedosahuje úrovně dospělosti, kojenecké i batole jsou tak mnohem citlivější ke všem nepříznivým vlivům prostředí – absence kojení, virové infekce, potencionální patogeny či přímá kontaminace stravy patogenními kmeny (streptokoky i stafylokoky, klostridie, řada gramnegativních bakterií – proteo i kolibacilární kontaminace), antimikrobiální zásahy včetně antibiotik, kalorická malnutrice, karence mikronutrientů a oligosacharidů – vlákniny, jakož i nevhodně složená strava vzhledem k věku, trávicím schopnostem a výživovým potřebám dítěte. Kombinaci nejrůznějších civilizačních vlivů zahrnujeme pod čím dál tím skloňovanější pojem **hygienická hypotéza**. Oč je ale populárnější, o to je kontroverznější. Rozhodně nejde

o ucelenou teorii, v případě potravinové alergie si musíme na vysvětlení možného vtahu západního životního stylu a nepochybného nárůstu senzibilizace k potravinovým bílkovinám teprve počkat. Také studií na téma prevence potravinové alergie roste jako hub po dešti, nicméně jsme se i zde dočkali zatím nejednotných závěrů (například finské probiotické studie versus závěry amerických či australských prací s preventivním zaměřením diet, prebiotik, probiotik i režimových antialergických opatření). V tomto případě se zatím z důkazů „medicíny založené na důkazu“ poučit nedá.

Klinika potravinové alergie, resp. projevy selhání potravinové tolerance odvisí jak od míry postižení cílových orgánů, tak od míry postižení celého systému. Mediátory i imunokompetentní buňky alergického zánětu se totiž svou patofyziologickou podstatou nevymezují výhradně a pouze na nejpostiženější orgán, více či méně mohou pronikat a také pronikají do celého organismu. Vždyť známé markery alergického zánětu lze identifikovat pouhým vyšetřením periferní krve bez zaměření na postižený orgán (celkové i specifické IgE, eozinofilie, eozinofilní kationický protein = ECP, IL-4, IL-5 aj.). Ve skutečnosti tak můžeme prakticky u každého atopika očekávat skryté, mírné, či dokonce převládající systémové příznaky – poruchy chování i spánku, neklid, mrzutost až nevysvětlitelný pláč, subfebrilie, nadměrné pocení, nechutenství, stagnace váhy či vleklejší neprosívání.

■ Gastrointestinální trakt (GIT)

U kojených i nekojených dětí jde o obtížné úzce související s maximem postižení toho kterého úseku trávicí trubice.

1. EZOFAGITIS (eozinofilní)

Pokud se alergický zánět rozvíjí v horních partiích sliznice GIT s převahou postižení jícnu, půjde o ezofagitidu:

- dítě má „refluxové“ obtíže: ale pozor – o pravou refluxovou nemoc jícnu (gastro-esoophageal reflux disease – GERD) s dysfunkcí jícnových svěračů pochopitelně nejde, obtíže mají podstatu v precitlivělosti k potravinovým bílkovinám;
- dyskomfort při polykání (polykání je při nejmenším obtížné, nejspíš i bolestivé);
- zvýšené slinění, mapovitý jazyk;
- velmi časté ublinkávání, popřípadě zvracení;
- neklid, pláč a poruchy spánku (plynoucí mimo jiné z lokálního tlaku, z bolestí a nakonec i z chronického nenasycení);
- nechutenství a nakonec i neprosívání, v horším případě i úbytek na váze.

Tento nálezný bývá jak samostatnou diagnózou, tak je čím dál tím častěji nacházen i u špatně kompenzovaného kojeneckého astmatu.

2. GASTRITIS (eozinofilní)

Pokud jde o postižení žaludku, jde o gastritidu:

- obtíže velmi podobné ezofagitidě, dyskomfort (resp. pocit tlaku, bolesti) se ale rozšiřuje i na oblast podbřišku a břicha;
- možno očekávat i první klasické kojenecké **koliky**.

V případech ezofagitidy i gastritidy jedinou správnou diagnostickou metodou je ezofago-gastroduodenoskopie příslušnou optikou s odběry vzorků k průkazu alergického zánětu. To se pochopitelně v případě nejmenších dětí provádí jen velmi obtížně, rutinní vyšetřování očekávat rozhodně nemůžeme. V biopsii postižené sliznice se nachází více lymfocytů a také eozinofilů, odtud často používaný název **eozinofilní ezofagitida** či gastritida. Děti se většinou léčí „naslepo“ málo účinným antirefluxním režimem, ale rozhodující je eliminační dieta kojící matky či eliminační dieta nedostatečně kojeného dítěte. Medikace logicky příliš nepomáhá, zkouší se deflatulancia – například SAB simplex, prokinetika – například Prepulsid, blokátory protonové pumpy – nejpoužívanější je generikum omeprazol s vědomím i výhradou věkového omezení (pod jeden rok věku jde o podávání „off label“). Podpurný efekt lze očekávat od nasazení střevních probiotik. V případech, když eliminační dieta (kravské mléko, mouka, sója...) obtíže nevyřeší, jsou indikována náročnější vyšetření. Pozor – obtíže mohou být jiného původu, jako jsou vrozené vady trávicího traktu či metabolismu, ale nesmíme opomenout ani možné vrozené či získané infekce.

3. ENTERITIS, ENTEROKOLITIS, KOLITIS (alergická)

Pokud se alergický zánět manifestuje nejvíce ve střevní sliznici, půjde o enteritidu, enterokolitidu či kolitidu:

- břišní dyskomfort (meteorismus, bolesti, křeče a především klasické kojenecké koliky);
- akutní průjmy (mohou vést k vážné dehydrataci i po několika málo hodinách, obvykle se zamění s infekční etiologií);
- chronické průjmy;
- hlen i krev ve stolici (natrávená i čerstvá, často i větší množství);
- neprosívání, možný i úbytek na váze;
- chudokrevnost a jiné projevy nedostatečné výživy. Alergický zánět je příčinou sekundární malaborbce, nejde tedy zdaleka jen o poruchu vstřebávání železa, ale i jiných mikronutrientů, hořčíku, vápníku apod. Proto pozor na poruchy kostního metabolismu, ale i na karenci vitaminů (příkladně vitaminu B12 s následnou neurologickou symptomatologií).

Tyto diagnosticky i terapeuticky komplikované klinické jednotky mají také svůj histologický i histochemický korelát, předpokládá to však náročné fibroskopické odběry. Eozinofilů ubývá, zánět je více lymfocytární za účasti pro-

Wyeth Whitehall - Prevenar



zánětlivých lymfokinů, sliznice vykazuje remodelační až destrukční změny, vzácně lze pozorovat známky atrofizace vzdáleně připomínající bioptické nálezy u celiakie. Protože spouštěčem bývá obvykle bílkovina základních potravin (z 50 % bílkoviny kravského mléka, zvláště bílkoviny syrovátky beta-laktoglobulin, méně často bývá vyvolavatelem kasein), můžeme se setkat s pojmem protein indukovaná enteritis, enterokolitis či dokonce s obecnější diagnózou – s protein indukovanou enteropatií. V poslední době se oblíbeným výrazem pro stejné onemocnění stala alergická kolitis. Při pátrání po imunologickém mechanismu alergické kolitidy se obvykle žádné sIgE nenajdou, předpokládá se převaha NON-IgE etiologie.

4. PROKTITIS.

Pokud je postižena pouze sliznice konečného úseku tračnicku, hovoříme o proktitidě:

- krev ve stolici (v podobě nitek na povrchu stolice, která je jinak normální barvy, zápachu i konzistence);
- popřípadě jde pouze o okulní krvácení – OK pozitivitu stolice (krev vidět obvykle není, lze ji prokázat pouze testy).

U tohoto onemocnění, na rozdíl od předchozích, obvykle postrádáme celkové příznaky, dítě je dobře komponované, klidné, pije s chutí i bezproblémově spí, prospívá. Jde o nejčastější kojenecký projev imunologické reakce na potravinovou bílkovinu, která se v 60 procentech objevuje u plně kojenných, pouze ve 40 procentech u dětí na dokrmu či umělé výživě. Toto vcelku banální onemocnění se má objevit nejpozději do 12 týdnů života dítěte a obvykle po nasazení diety bez všech hovězích bílkovin (matka, popřípadě i dítě) nejpozději do 3 dnů mizí. Po zpětné expozici se naopak opět krev ve stolici objeví. Komplikovanější bývá alergická proktokolitida, v těchto případech nebývá dieta bez kravských bílkovin úspěšná ani po několika týdnech. Někdy pomůže až dieta jiná – například bez mouky, bez vajíčka, bez sóji aj. V některých případech je potřeba cílenějšího vyšetřování: kromě mikrobiologického vyšetření stolice, KO, CRP, koagulací a základní orgánové biochemie je potřeba cíleného imunologického pátrání (sIgE, autoprotilátky) a kožního testování s nativními bílkovinami (bodové „prick“ testy či náplastové „patch“ testy). Výjimečně se neobejdeme bez kolonoskopie s biopsií, alergická kolitis může totiž ve zcela ojedinělých případech imitovat mnohem vážnější střevní onemocnění – nespecifický střevní zánět (obdoba ulcerózní kolitidy či morbus Crohn). Samostatnou a nezástupitelnou diagnostikou potravinové alergie nejen kojenců jsou eliminačně-expoziční testy. Z diety se vysadí podezřelá potravinová a v případě klinického efektu se přistoupí k expozici, nejlépe zaslepeným pokusem. U GIT manifestace potravinové alergie je ale zásadní podmínkou

eliminace dostatečně dlouhá – v ojedinělých případech klinické obtíže ustupují spolu s histologickým korelátem až po několika týdnech absence osudové bílkoviny, za hranici se pokládá eliminační dieta v délce 3 měsíců. Stejně tak expozice by měla být dostatečně dlouhá. Návrat obtíží po opětovném zařazení vyšetřované potravinové (bílkoviny) do stravy dítěte činí diagnózu pravděpodobnou zvláště v případě, kdy k žádné klinické změně nedojde za použití placebo (dvojitě zaslepený pokus). Tyto testy jsou časově nesmírně vyčerpávající a správná diagnostika nejčastěji selhává nedodržetím náročných metodiky.

Léčba spočívá opět v eliminaci příčinné bílkoviny – při správné diagnóze přes 50 procent všech úspěchů zaznamená eliminace bílkovin kravského mléka, běžně se přidávají stále oblíbenější probiotika. U nekojených dětí předepisujeme mléka s vysoce zpracovanou bílkovinou (extenzivní hydrolyzáta, eHF = extensivně hydrolyzovaná formula), ale až v 10 procentech případů alergie na bílkovinu kravského mléka (ABKM) pomůže teprve preparát s volnými aminokyselinami (AAF = amino acid-based formula), například osvědčený výrobek firmy Nutricia – Neocate – a v letošním roce se na trh nejspíš dostane i konkurenční preparát firmy Nestlé – Althera. Hrubým odhadem by mohlo jít v naší republice o několik desítek až stovek kojenců s ABKM, u kterých vysoká hydrolyzáta k vymizení obtíží nestačí. K tomuto zarážejícímu číslu se dojde jednoduchým výpočtem: ABKM (GIT, kůže, respirace) jsou podle mnoha zdrojů postiženi minimálně dva kojenci ze sta, u nás odhadem půjde o 2400 kojenců ročně. K obdobnému procentu dospěla i nedávná studie domácích autorů (Frühau). Pokud 5–10 procent z těchto kojenců s ABKM netoleruje kvůli extrémně vyvinuté senzibilizaci ani stopové množství mléčných bílkovin eHF, jsou odkázáni na AAF (u nás tedy až 240 kojenců). Nelze však nezmínit pesimističtější studie, jsou sice ojedinělé, zato zohledňují existenci obtížně diagnostikované non-IgE formy – v nich se hovoří až o neuvěřitelných 5 procentech kojenců s jakoukoli formou ABKM. Naprosto výjimečně a nakonec i paradoxně se situace vyřeší až vysazením kojení, zkouší se rovněž medikamentózní potlačení patologické imunologické reakce (imunosuprese systémovými kortikosteroidy či pomocí moderní biologické léčby za použití metabolického bloku prozánětlivých cytokinů či jejich receptorů).

■ Kožní projevy

1. AKUTNÍ

Časným příznakem potravinové alergie malých dětí bývá **kopřivka** (urtikaria), méně podkožní otoky (angioedemy). Kopřivka se objevuje bezprostředně po kontaktu, a to v mís-

tě potřísnění, nejčastěji kolem úst. Naproti tomu generalizovanou kopřivku až v jedné třetině případů doprovází otoky, a to s určitým odstupem od požití. Zcela výjimečně tato systémová kožní reakce může přejít v obávanou anafylaxi. Léčbou je přísná eliminace osudové bílkoviny, v drtivé většině se jedná o bílkovinu kravského mléka či vaječného bílku. Znepokojivé je pozorování, že v posledních letech stoupá i u malých dětí počet akutních reakcí i na prognosticky rizikovější potravinové alergeny – na ořechové a rybí bílkoviny.

2. CHRONICKÉ

Jde vlastně o jediné onemocnění, o atopický ekzém/atopickou dermatitidu (**AE/AD** či **AED**). Jako příčina předškolních AE/AD jsou potravinové alergeny obviňovány až v třetině případů, zvláště u těch nejtěžších forem. Nicméně u malých dětí s ekzémem se běžně nachází zvýšené hladiny specifických protilátek IgE (sIgE) proti mléčné, ale i vaječné, moučné, sójové, rybí či ořechové bílkovině až v 70–80 procentech případů. Správnou diagnózu komplikuje skutečnost, že nález zvýšených protilátek zvláště u ekzematiků ještě neznamená přímou souvislost s pravou alergií. Na základě zaslepených eliminačně-expozičních testů se totiž prokázalo, že vyšší hladiny sIgE poukazou na přímou souvislost s potravinou právě jen v jedné třetině případů. U ostatních nálezů jde jen o falešný poplach (nízká specifita sIgE) a dietní opatření pak nemají žádný smysl.

Problematika je natolik závažná, že by se mohla stát předmětem samostatné kapitoly některého z dalších čísel tohoto časopisu.

■ Respirační obtíže

Odhaduje se, že až jedna třetina kojeneckých recidivujících obstrukčních bronchitid (resp. právě vznikajícího atopického astmatu) bývá startována a nakonec i udržována imunologickou reakcí, na jejímž počátku mohou být potravinové alergeny. V případě evropských a potažmo českých kojenců půjde nejčastěji o alergeny kravského mléka. To rozhodně není zanedbatelný počet malých dětí, kterým nemusí a také obvykle ani nepomáhá nejmodernější protizánětlivá léková strategie ani riziková antirefluxní medikace. Ke zlomu klinického obrazu dochází překvapivě až po eliminaci podezřelého alergenu (kravského mléka), s následným nasazením mléčného preparátu s vysokou hydrolyzou či přímo preparátu z aminokyselin. Na tuto stále méně známou příčinu recidivujících respiračních obtíží malých dětí je třeba pomyslet především v případech pozitivní rodinné anamnézy a již zmíněného selhání protizánětlivé léčby (inhalační kortikosteroidy) i léčby refluxu.



Potravinová alergie u starších dětí

– dělení potravinových alergenů a fenomén zkřížené alergie

prim. MUDr. Martin Fuchs

Dětské oddělení FN Bulovka, Praha

Čím je dítě starší, tím se případná PA více podobá dospělému typu PA. V předškolním věku obvykle alergie na základní bílkoviny vyhasíná (až 90 % u alergie na mléko, vejce, mouku i sóju) a objevují se alergie kvalitativně nové, s převahou alergií na rostlinné potraviny (ořechy, zelenina, ovoce, sezam, hořčice, mák) a na produkty z moře (ryby, měkkýši, koryši). Jde častěji o vliv IgE protilátek, do pozadí ustupují non-IgE mechanismy, díky tomu se zlepšuje i diagnostika. Symptomatologie PA starších dětí se na rozdíl od předškolního věku stále více podobá „dospělému“ typu PA, s nápadnou převahou postižení dutiny ústní – **orální alergický syndrom (OAS)** – pacienti popisují bezprostředně po zakousnutí svědění, pálení, otoky dásní, patra i jazyka, popřípadě výsev aft. Dále PA starších dětí postihuje kůži, tentokrát s převahou akutních a subakutních forem, naštěstí s dramatickým ústupem

chronických ekzémů (pouze u 5 % dospělých ekzematiků nacházíme zvýšené sIgE). PA v respiračním traktu existuje také a není radno ji podcenit, nebývá však pro staršího astmatika rozhodující – okolo 6–8 % astmatických exacerbací prokazatelně spouští potravinový alergen. Nevyřešenou otázkou bývají nespecifické obtíže trávicího traktu, ale i obtíže typicky neurologické, urologické a dokonce revmatologické. A tak některé dosud etiologicky nejisté diagnózy bývají hypoteticky přisuzovány možným imunologickým účinkům potravinových antigenů. Jde především o „protein indukované enteropatie“ dospělého typu – jakési dyspeptické syndromy s účinkem eliminačních diet, vleklé průjmy s podobným dietním efektem, obávaný dráždivý tračník, ale možná půjde i o některé z indukovaných epilepsií, migrén, dokonce se uvažuje o možné účasti na pomočování ze spekulativního

důvodu alergické uretritidy. Pravděpodobnost PA u některých artritid a některých vaskulitid (včetně purpur) podporují opět ojedinělé efekty eliminačních diet.

Nejobávanějším projevem PA staršího věku je systémová reakce – **anafylaxe**. Pacienti s tímto rizikem vyžadují neustálou kontrolu s pečlivou edukací. Je-li znám spouštěcí alergen, musí být pacient podrobně poučen o existenci skryté alergie, resp. o možném výskytu osudové bílkoviny ve všech možných (ale i nemožných) podobách, musí umět číst etikety potravin, musí se umět vyhnout nejistému původu i zdroji potravin. Rizikové jsou školní jídelny, restaurace a především provozovny s rychlým občerstvením. Pacienti ohrožení anafylaxií mají být vybaveni záchranými léky včetně přesných instrukcí o technice a technologii použití, ve výbavě zásadně nesmí chybět **adrenalin**: na trhu jsou dostupné auto-injekce s obsahem 0,15 či 0,3 epinefrinu k okamžité intramuskulární aplikaci – preparáty EpiPen nebo Anapen. Bohužel až 50 procent anafylaxií přichází bez předchozí alergické zkušenosti. Každá anafylaxe s respiračními, kardiovaskulárními, gastrointestinálními a neurologickými projevy patří na lůžko, až ve 20 % případů dochází totiž k dvojfázovému průběhu, obvykle do 24 hodin po odeznění prvních projevů. V naší republice se odhaduje okolo 3000 pacientů, kteří mají zkušenost s předchozí potravinovou systémovou reakcí.

Na finální alergii starších dětí a dospělých se podílí jak samotná sekvence aminokyselin v jednotlivých bílkovinách, tak i jejich prostoroové uspořádání. Toto uspořádání do jisté míry ovlivňuje termostabilitu i stabilitu k proteolytickému trávení. Ukazuje se, že klíčovou roli v senzibilizaci mají pouze drobné úseky aminokyselinového řetězce, resp. sekvence jen několika málo aminokyselin (počet obvykle nepřesáhne 10), tyto malé „peptidy“ označujeme jako epitopy. A jsou to právě ony, jež jsou zpracovávány imunokompetentními buňkami střevního epitelu a které jsou dále nabídnuty imunokompetentním buňkám alergického zánětu. A jsou to právě **epitopy**, proti kterým je pak namířena variabilní část IgE. A jsou to právě ony, jež bývají shodné – resp. společ-

Tab. 1: Třída 1 potravinových alergenů

potravina	bílkovina (resp. glykoproteid)
bílkoviny kravského mléka	1. stabilní kasein (bílkovina „tvarohu“), 2. méně stabilní beta-laktoglobulin a alfa-laktalbumin (bílkoviny syrovátky)
vajíčko (bílek)	ovalbumin, ovomukoid aj.
vajíčko (žloutek)	alfa-livetin (je obsažen i ve svalovině drůbeže a peří, a proto může docházet i k senzibilizaci cestou inhalační – třída 2)
arašíd (arachis hypogaea)	bílkoviny ze skupiny kupinů a prolaminů, je jich minimálně šest a jsou to chemicky většinou globuliny či albuminy
rostlinná semena (ořechy, luštěniny, sezam, mák aj.)	ne nepodobné předchozím arašídovým albuminům a globulinům, jedná se o zásobní či ochranné pan-alergeny semen (sezam, hořčice, slunečnice, dýně, řepka, ricina, mák aj.), ale i ořechů a luštěnin
lipid transfer protein (LTP)	ubikviterní bílkovina transportující fosfolipidy buněčných stěn četných rostlinných buněk – důležitý obranný pan-alergen mnoha potravin (ovoce, zeleniny, ořechů, kukuřice aj.), nebývá v pylích (snad krom platanu a pelyňku), proto obvykle nevyvolává pylové obtíže
ryby	parvalbumin (pan-alergen ryb mořských i sladkovodních, bílkovina bílé rybí svaloviny)
koryši a měkkýši (a roztoči, švábi aj.)	tropomyozin (opět pan-alergen), který však částečně patří i do „třídy 2“, protože se pacient může patrně senzibilizovat i cestou inhalační – přes homologní roztočový tropomyozin



Tab. 2: Třída 2 potravinových alergenů

rostlina – pyl (pan-alergen)	charakteristika, výskyt
hlavní břízová homologie („Bet v 1“ homologie) latinsky je bříza betula verrucosa, odtud zkratka	hlavní alergen a pan-alergen břízy, přítomen v mnoha druzích ovoce (jablko, hruška, třešeň, meruňka), v zelenině (mrkev, celer, petržel), v ořeších (lískový ořech), v sóji a v bramborech
profiliny (Bet v 2 homologie)	druhý hlavní alergen břízy, významný pan-alergen ovoce (jablko, broskev, hruška, třešeň, ale i banán), zeleniny (petržel, rajské jablíčko), stromových ořechů (lískový ořech), arašidu, sóji, koření, ba i latexu a olivy
latex-fruit syndrom (více antigenů, resp. často jde o pan-alergeny)	zkřížená alergie mezi různými antigeny latexu (resp. mezi antigeny kaučukovníku, popsaných antigenů má více než 15) a různými – převážně exotickými – druhy ovoce (banán, kiwi, fík, avokádo, jedlý kaštan, ale i brambory, jablko a třešeň)

né – pro druhově rozdílné bílkoviny, a proto jsou to ony, jež jsou zodpovědné za fenomén **zkřížené alergie**.

Některé rostlinné bílkoviny se v prastarém, zakonzervovaném, a tím i homologním (podobném) stavu vyskytují napříč celosvětovou faunou i flórou a můžeme je nalézt nejen v botanicky příbuzných rostlinkách a živočiších (příklad: kravské–kozí–ovčí–kobydí mléko, jablko–hruška–broskev–třešeň, mrkev–celer–petržel, lískový a vlašský ořech, pšenice–žito–rýže–kukuřice, vejce–peří), ale i ve zcela odlišných taxonomických jednotkách (příklad: šváb a kreveta, roztoč a ústřice, bříza–jablko–lískový ořech–brambor–mrkev–sója–kiwi, kaučukovník–kaštan–banán–avokádo–kiwi–meloun a mnoho dalších). Celosvětový plošný

výskyt těchto bílkovin je dán jejich totožnou funkcí, obvykle jde o bílkoviny nepostradatelné pro přežití živého organismu, chrání rostlinku nebo členovce před vetřelci a umožňují přežít v nehostinných podmínkách chladu a sucha. Pokud homologie bílkovin především ve složení epitopů přesáhne 80 procent, pak hovoříme o **pan-antigenech**, resp. o **pan-alergenech**. Známé pan-alergeny způsobují například břízovou homologii, dále profilinovou homologii, 2S albuminovou homologii, lipid transfer proteinovou homologii, homologii živočišných parvalbuminů a tropomyozinů a za zajímavý „latex-fruit syndrom“ jsou zodpovědné chitinázy a glukonázy – viz tabulky 1 a 2. Rozdílná schopnost senzibilizovat vedla k rozdělení potravinových alergenů na dvě

skupiny.

První skupina označovaná jako „třída 1“ se odvozuje od primární senzibilizace orální cestou. Jedná se o antigeny ve vodě rozpustné, velmi stabilní, odolné tepelnému i proteolytickému zpracování, odolávají i změnám pH prostředí. Proto jsou vyvolavateli nejen lokálních, ale také i celkových reakcí – patří mezi alergeny **proanafylaktické**. Přehledně jsou shrnuty v tabulce č. 1.

Naproti tomu alergenní „třída 2“ je charakteristická primární senzibilizací cestou inhační. Odpovědná za tento důležitý fenomén je opět **zkřížená alergie**. Jedná se o alergeny odvozené původně z pylových alergenů. Jde o alergeny vysoce termolabilní, s obecně nízkou mírou stability, a to i laboratorní. Kvůli značné nestabilitě bývají vyvolavateli pouze lokálních příznaků, známých pod obrazem zmíněného OAS. K tomuto syndromu dochází obvykle jen při požití potravin v čerstvém, resp. syrovém stavu. Tepelnou úpravou pak obvykle potraviny s alergeny druhé třídy o alergenní potenciál přijdou (mrkev v polévce, jablkový koláč, uvařené brambory), ale nelze se na tuto skutečnost spolehnout. Nesmíme zapomenout, že neobvyklejším projevem tohoto typu alergie jsou primárně obtíže respirační plynoucí z původní inhalační senzibilizace, tedy ze senzibilizace pylové (sezonní polinóza). Pro úplnost – až 50 procent dospělých pylových alergiků trpí některou z forem OAS. Alergeny „třídy 2“ najdete přehledně v tabulce 2. ■

Závěr

Základním předpokladem stability manifestního i potencionálního potravinového alergika je snaha o zachování fyziologických mechanismů orální imunologické tolerance. To bude vyžadovat mravenčí práci s nápravou stravovacích zlovyků i pokřivených výživových schémat, a to již u našich nejmenších. Budeme se muset zamyslet nad přílišnou „sterilitou“ životního stylu s přemírou hygienických zásahů, antibiotik apod. Naše kroky musí vést ke stabilizaci přirozených střevních bariér, teprve pak trvejme na preventivních eliminačních dietách, pokud jsou vůbec nezbytné. A naopak cílené léčebné diety by měl řídit výhradně erudovaný lékař s pomocí laboratoře, kožních i expozičních testů.

A budoucnost

Zlepšení péče o potravinové alergiky očekáváme mimo jiné ve specifické imunoterapii – za použití epitopové imunoterapie, v genetických protiatopických intervencích (nadějně se zdá podávání nukleotidů k zablokování atopické Th2 odpovědi) a v širokém využití četných monoklonálních protilátek proti čemukoli, co v alergickém zánětu škodí. Mluvíme někdy o antimetabolitech (biologická terapie), jejich využití v praxi na sebe nenechá dlouho čekat. Pevné místo v moderní alergologii zaujaly i u nás antileukotrieny, nadějně jsou první zahraniční zkušenosti s anti-IgE u arašidové alergie, dále s anti-interleukiny, jmenovitě anti-IL-4, anti-IL-5, zkouší se anti-receptory pro IgE i pro prozánětlivé cytokiny, anti-chemokiny aj. Limitující budou nežádoucí účinky a především značné náklady.

Cizí tělesa v trávicím traktu u dětí

MUDr. Marcel Drlík

Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTNSP, Praha

Souhrn:

Požítí cizího tělesa patří k běžným pediatrickým problémům. Je mnohými považováno za banální záležitost, protože 80–90 % těchto těles odchází z organismu spontánně per vias naturales. Některá spolknutá cizí tělesa však mohou dítě ohrozit vznikem závažných komplikací, a vyžadují proto od lékaře aktivní přístup. V současné době neexistuje žádný obecně závazný doporučený postup řešení tohoto problému. Autor článku shrnuje současné literární poznatky a předkládá možný postup opírající se o dlouholeté klinické zkušenosti svého pracoviště.



Obr. 1: nektrastní cizí těleso v jícnu – polykací akt vodnou kontrastní látkou



Obr. 2a: drobné tupé těleso – matice



Obr. 2b: drobné tupé těleso – mince

S požitím cizího tělesa se nejčastěji setkáváme u tří skupin dětí:

- kojenci, batolata a menší děti (maximum 6 měsíců – 5 let),
- mentálně postižení jedinci kteréhokoliv věku,
- adolescentní dívky s mentální anorexií (při pokusu o vyvolání dávicího reflexu).

Ve většině případů jde o neúmyslné požití tělesa.

Základním úkolem lékaře je zjistit, zda dítě cizí těleso opravdu spolkló, a rozhodnout, zda je třeba cizí těleso vyjmout a jak jeho vynětí spěchá.

Tato rozhodnutí činí lékař na základě anamnézy, fyzikálního vyšetření a výsledků pomocných zobrazovacích metod.

Při odběru **anamnézy** je důležité zjistit okolnosti požití tělesa. Bude nás zajímat, zda rodiče spolknutí tělesa viděli, a zda je tedy anamnéza jistá. Rodiče častokrát pouze nemohou najít chybějící předmět, a domnívají se proto, že je dítě spolkló.

Dále budeme pátrat po klinických příznacích. V době vyšetření na ambulanci naprostá většina dětí žádné příznaky nemá. Zhruba v polovině případů rodiče udávají přechodné příznaky během a těsně po požití tělesa. Jen zcela výjimečně se

setkáváme s klinickými příznaky i při vyšetření. Nejčastějšími příznaky jsou dysfagie, odynofagie, retrosternální bolest, chrapt, sípot, nadměrné slinění, nausea a zvracení. Varovnou známkou poranění stěny jícnu je příměs krve ve slinách či zvracích. U chraptu, sípotu a kašle musíme vždy myslet i na možnou aspiraci tělesa. **Nadměrné slinění bývá nepřímou známkou kompletní obstrukce jícnu** a představuje další riziko aspirace.

Významnou informací bude také věk dítěte. V případě, že se rozhodneme pro konzervativní postup, tedy pro sledování dítěte, nám poslouží k hrubému odhadu, kdy můžeme očekávat odchod tělesa per vias naturales (tab. 1). V případě, že se rozhodneme těleso vyjmout, nám věk poslouží k volbě velikosti endoskopického nástroje (tab. 2).

Nesmíme zapomenout dotázat se na prodělané operace gastrointestinálního traktu (dále GIT). Jakýkoli výkon na trávicím traktu (operace tracheoesofageální atrezie, resekce střeva pro Meckelův divertikl, Crohnovu chorobu aj.) představuje riziko vzniku

strikturní trávicí trubice, před kterou může cizí těleso uváznout.

Pro rozhodnutí o dalším postupu považujeme za nejdůležitější určení **tvaru, velikosti a složení cizího tělesa** (tab. 3).

Fyzikální vyšetření provedené krátce po spolknutí tělesa bývá v naprosté většině případů v mezích normy. Teprve až po čase mohou cizí tělesa způsobit tlakem nebo svým chemickým složením poškození až perforaci stěny trávicí trubice. V jícnu jde o časový interval v hodinách, ve zbytku GIT se jedná řádově o dny až týdny. Větší tělesa mohou vést k úplné či neúplné obstrukci lumen. **Poranění stěny jícnu se projev dysfagií, odynofagií, případně přítomností krve ve slinách.** Perforace jícnu směrem ventrálně může vést ke vzniku tracheoesofageální píštěle (kašel po jídle, časté respirační infekty), perforace do mediastina ke vzniku zánětu mediastina (febrilie, odynofagie, septický stav). Perforace střeva vede ke vzniku zánětlivé NPB (zpočátku známky ohraničeného, posléze difuzního zánětu pobříšnice). Obstrukce střevního lumen vede ke vzniku ileózní NPB (zvracení, kolikovitá bolest, zástava odchodu plynů a stolice, vzdušný břicho) s různě vyjádřenými příznaky v závislosti na úplnosti a výši obstrukce trávicí trubice.

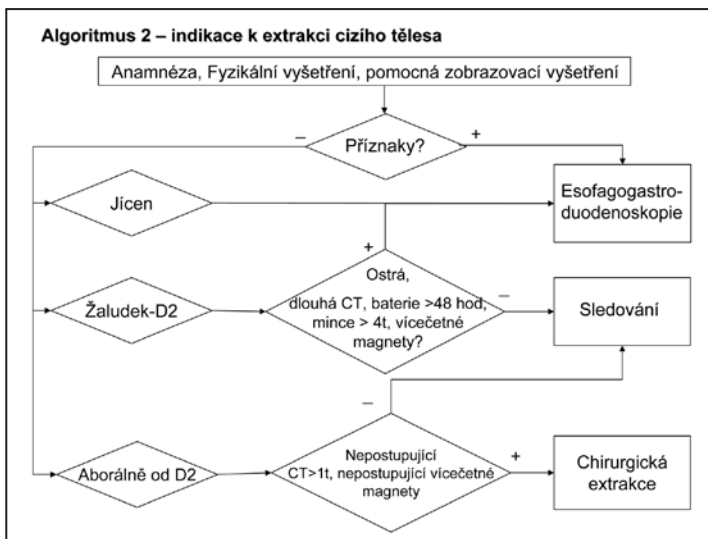
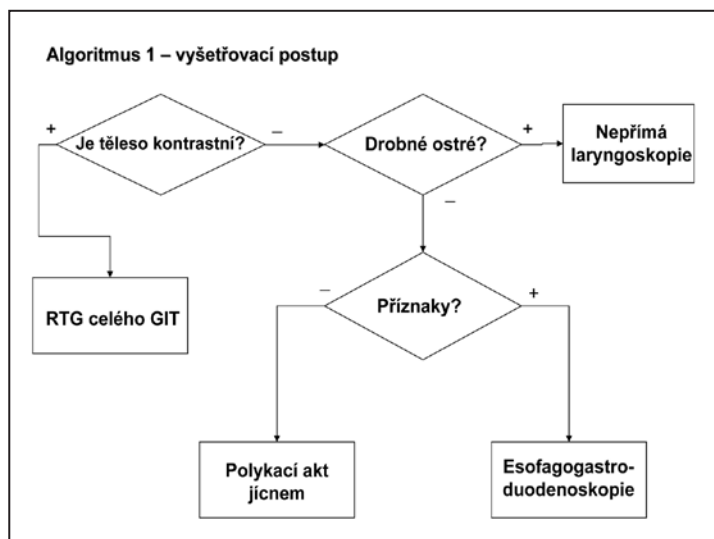
Základní **pomocné zobrazovací vyšetření** při

Tab. 1: Tranzitní čas GIT u dětí

věk dítěte (roky)	tranzitní čas GIT (dny)
< 3	1,6
3 až 6	3,2
> 7	3,6

Tab. 2: Průměry obvykle používaných endoskopů

děti do 6 měsíců	5,3–8,0 mm
kojenci nad 6 měsíců a batolata	8,0–9,0 mm
starší děti	9,0–9,8 mm



Tab. 3: Dělení cizích těles dle tvaru, velikosti a složení

Drobné tupé předměty
 Dlouhé tupé předměty
 Ostré předměty
 Elektrické baterie
 Magnety
 Objemné sousto

podezření na požití cizího tělesa představuje nativní RTG celého GIT (tj. od úrovně zubů po malou pánev), kdy pátráme po kontrastním stínu. Toto vyšetření proto indikujeme, pokud jde anamnesticky o kontrastní těleso (kovové součástky, mince, špendlík aj.). Pokud se domníváme, že by těleso mohlo být kontrastní, ale nejsme si jisti, je dobré, když rodiče mají s sebou další vzorek tohoto tělesa. Snímujeme jej pak položené vedle dítěte na jeden snímek spolu s GIT.

Pokud jde o nekontrastní cizí těleso (sklo, plast, většina drobných zvířecích kostí aj.), pacient nemá příznaky a anamnéza není jistá, indikujeme provedení polykacího aktu jícnu vodnou kontrastní látkou tak, abychom vyloučili nebezpečnou „němou impakci tělesa v jícnu“ - tedy stav, kdy je těleso v jícnu zaklíněné a přitom nepůsobí žádné příznaky. Pokud bychom toto těleso neodhalili, hrozí pacientovi závažné komplikace stejně jako u pacientů s cizím tělesem v jícnu, kteří příznaky mají. Udává se, že tyto „němé“ případy zaklínění se vyskytují u 10-20 % těles uložených v jícnu. V případě polykacího aktu jícnu hledáme defekt v náplni trávicí trubice.

Jak u nativního RTG celého GIT, tak u polykacího aktu jícnem vždy pátráme po možném současném přítomném pneumoperitoneu a pneumomediastinu.

Jde-li o nekontrastní malé ostré cizí těleso (kůstky, drobné střípky), odesíláme pacienta

na ORL k provedení laryngoskopického vyšetření, ať má pacient příznaky, či nikoli, neboť tato tělesa velmi často uvíznou v oblasti Kiliánova ústí v dolní části faryngu.

V případech, že pacient má příznaky a jde o jiný typ nekontrastního cizího tělesa než malé ostré, považujeme za možné rovnou indikovat esofagogastroduodenoskopické vyšetření bez předchozího polykacího aktu.

Pokud jde o nekontrastní cizí těleso (s výjimkou malých ostrých předmětů), pacient nemá příznaky a anamnéza je nespolehlivá (rodiče cizí těleso jen hledají, chybí údaj o přechodných příznacích podráždění horního GIT), domníváme se, že je možné pacienta pouze sledovat a pozvat jej ke klinickému vyšetření s odstupem 3-4 dnů. Postup při volbě vyšetření shrnuje algoritmus 1.

Dokud jsme nestanovili polohu tělesa a nerozhodli o dalším postupu, zakazujeme pacientovi cokoli jíst a pít.

Jakmile se nám podaří lokalizovat cizí těleso, zbývá rozhodnout o základní otázce. Je nutné cizí těleso vyjmout a jak jeho vynětí spěchá?

Při rozhodování se řídíme:

- uložením tělesa
- tvar, velikost a složení tělesa
- věkem dítěte
- technickým zázemím pracoviště

a) Cizí tělesa nejčastěji uvíznou v místech fyziologických zúžení. V jícnu se nachází tři zúžení - Kiliánovo ústí v oblasti faryngoesophageálního přechodu, zúžení v místě, kde oblouk aorty naléhá na jícen, a oblast průchodu přes hiatus diaphragmaticus v dolním jícnu. Pokud těleso projde do žaludku, v 93 % případů postupuje dále bez obtíží přes pylorus a odejde per vias naturales. Při postupu střevem se nachází ještě jedno místo fyziologického zúžení - oblast ileocékálního přechodu, kde vzácně může dojít k zachycení cizího

tělesa. Kritickým místem pro dlouhá tělesa bývá oblast duodena. Jakákoli získaná zúžení střeva (striktury, vrozené malformace GIT) představují pochopitelně další riziko. Všechna cizí tělesa uložená v jícnu (obr. 1) jsou indikována k akutní extrakci. Za zvláště rizikové považujeme baterie a ostré předměty, kdy poleptání či poranění stěny může vzniknout velmi časně, již do 1 hodiny od spolknutí. I u drobných tupých předmětů může do 24 hodin od požití vzniknout tlaková nekroza stěny. V literatuře lze někdy nalézt doporučení vyčkávat s extrakcí 12-24 hodin u pacientů s drobným tupým tělesem v jícnu, kteří nemají příznaky. Nepovažujeme tento postup za zcela ideální, protože i částečná nekroza stěny bez perforace může vést později k jizvení a striktuře jícnu. Endoskopické vyšetření spojené s extrakcí těchto těles či jejich dislokací do žaludku poslouží rovněž k posouzení míry poranění stěny jícnu.

Cizí tělesa považujeme za endoskopicky dosažitelná v jícnu, žaludku a duodenu až do oblasti sestupného raménka duodena (segment D2). Jakmile je těleso uloženo aborálně od D2, je možná pouze chirurgická extrakce. Výjimku tvoří samozřejmě tělesa uložená v rektu, která lze odstranit při rektoskopii.

b) Rozhodnutí o extrakci tělesa závisí především na jeho tvaru, velikosti a složení (tab. 3). Tyto faktory ovlivňují pravděpodobnost spontánního odchodu a pravděpodobnost vzniku komplikací.

Nejčastěji se setkáváme s drobnými tupými předměty (kuličky, kostičky, nejčastěji mince - obr. 2). Ani mince o větším průměru než 2 cm (10 Kč a více) obvykle nečiní obtíže. Extrakci neindikujeme, rodičům doporučujeme kontrolovat každou stolicí a dítě pozveme ke klinické kontrole za 3-4 dny v závislosti na jeho stáří (tab. 1). Jestliže rodiče cizí těleso ve stolici nenaleznou (až ve 2/3 případech) a dítě nemá příznaky, zveze jej k další

GSK - Havrix



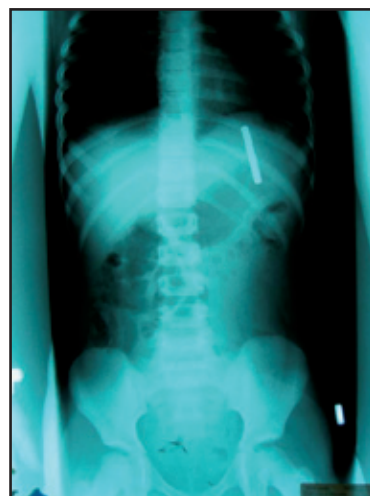
Obr. 3: dlouhé tupé těleso – lžíce



Obr. 4: ostré těleso – špendlík



Obr. 5: baterie



Obr. 6: tři spojené magnety

kontrolu za 4 dny, a pokud těleso stále nebylo zachyceno ve stolici, indikujeme v případě kontrastního tělesa kontrolní RTG, abychom vyloučili přetrvávání tělesa v GIT. Podávání voluminózní (zbytkové) stravy nedoporučujeme. Z hlediska digestivní fyziologie se mohou nerozmělněná tělesa o velikosti nad 2 cm evakuovat ze žaludku přes pylorus pouze v tzv. interdigestivní fázi za přítomnosti mohutných „hladových kontrakcí“. Pokud tedy není cizí těleso za pylorem, podání stravy tyto kontrakce oddaluje a neumožňuje průchod pylorem. Rovněž nedoporučujeme uložení dítěte na lůžko, protože bychom jen zvyšovali pravděpodobnost adheze cizího tělesa v oblasti fundu žaludku, kde přisátá v nezměněné poloze může způsobit proležení.

U pacienta bez příznaků je **extrakce drobného tupého tělesa ze žaludku indikována, pokud je zde uloženo více než 4 týdny**. Při nástupu příznaků indikujeme samozřejmě extrakci dříve. Pokud těleso zůstává v místě aborálně od žaludku více než týden na jednom místě, jde o méně obvyklou situaci a měli bychom uvažovat o chirurgické extrakci.

Extrakci dlouhých tupých předmětů (tužky, lžičky, tyčinky – obr. 3) zvažujeme v případě, že jsou delší než 5 cm (u kojenců než 3 cm) a širší než 2 cm (u kojenců než 1,5 cm). Pro tyto předměty bývá obtížné překonat duodenální ohbí. Postup těchto velkých předmětů se daří někdy sledovat pomocí ultrazvukového vyšetření. Při sledování malých předmětů je ultrazvuk dle našich zkušeností málo citlivým vyšetřením. V ostatních případech postupujeme konzervativně a extrakci indikujeme pouze v případě, že těleso nepostupuje trávicím traktem jako u drobných tupých těles.

Ostré předměty (sponky, hřebíky, jehly, náušnice, svorky – obr. 4) jsou spojeny dle literatury s vyšším rizikem perforace (1–35 %). Byla popsána též vycestování těchto těles přes stěnu střeva

do okolních orgánů. Neexistuje jednotné doporučení. Někteří autoři endoskopicky dosažitelné předměty (do D2) indikují akutně k extrakci, jiní pacienta sledují za hospitalizace a aktivně přistupují jen v případě symptomů či zástavy postupu tělesa v GIT.

Elektrické baterie (čočkové, tužkové baterie z hodinek, hraček, naslouchátek aj. – obr. 5) představují zvláštní skupinu cizích těles. Pokud přilnou ke stěně trávicího traktu a nepostupují, mohou ve vlhkém vodivém prostředí poškodit sliznici účinkem elektrického proudu nebo korozivním účinkem alkalických sloučenin. Baterie obsahují dle typu oxidu stříbra, rtuti, hořčíku, zinku, lithia. Všechny obsahují 20–40% roztok hydroxidu sodného či draselného.

Při RTG známkách fragmentace baterie se v literatuře doporučuje stanovení hladiny kovů, které baterie obsahuje, a případné podání chelátorů. Při rozpadu rtuťových baterií k intoxikaci zpravidla pro malé množství nedochází, stejně jako při požití čisté rtuti při náhodném rozkousnutí teploměru. Naštěstí jsme se s rozpadem baterie při průchodu GIT v posledních letech na našem pracovišti nesetkali.

Pacienta po požití baterie hospitalizujeme, denně kontrolujeme polohu baterie pomocí RTG (mnohem vhodnější z pohledu radiační zátěže je provedení skiaskopického vyšetření, které nám též snadno umožní rychle přehlednout celý GIT). Pokud baterie adhezuje na jednom místě v žaludku a dále nepostupuje po více než 48 hodin, indikujeme extrakci.

Další a stále častější skupinu představují magnety. Pokud jde o jeden magnet, postupujeme stejně jako u drobných tupých cizích těles. Jestliže se však jedná o požití většího počtu magnetů, je indikováno pečlivé sledování pacienta za hospitalizace. Poloha těles by měla být denně kontrolována pomocí RTG snímku či

skiaskopického vyšetření. V případě, že magnety nepostupují trávicím traktem, je indikována jejich časná extrakce. Důvodem jsou množící se popsané případy střevní perforace vzniklé následkem zachycení střevní stěny dvou různých střevních klíček mezi dva k sobě Inoucí magnety. RTG snímek je třeba prohlédnout se zvláštní pečlivostí. Pospojované magnety mohou na RTG vypadat jako jeden jediný (obr. 6) a vést snadno ke špatnému odhadu rizika.

U adolescentů se někdy setkáváme se zaklíněním **objemného**, zpravidla masitého **sousta** v jícnu. Často se jedná o úplnou obstrukci spojenou s nadměrným sliněním a bolestmi. Je indikována akutní extrakce sousta nebo alespoň jeho zatlačení do žaludku.

c) Věk dítěte souvisí s průsvitem a délkou střeva. Průsvit střeva nutno zvažovat při volbě endoskopu a délka střeva souvisí s očekávanou dobou spontánního odchodu tělesa (tab. 1 a 2).

d) Technické vybavení nemocnice, zručnost, zkušenost specialisty v endoskopii s výkony u dětí a dostupnost tohoto výkonu v době pohotovostní služby představují významný faktor pro rozhodování, zvláště v hraničních indikačních případech. Endoskopické extrakce u dětí provádíme v naší nemocnici vždy za hospitalizace a v celkové anestezii. K extrakci je dle typu tělesa k dispozici škála nástrojů (košíčky, tripody, různé typy kleští). U ostrých těles je vhodné použít přeplečnou trubici (overtube).

V současné době u nás neexistuje obecně závazný doporučený postup pro případ cizího tělesa v trávicím traktu u dětí. Algoritmus 2 ve stručnosti shrnuje v článku uvedená doporučení vycházející ze zkušeností našeho pracoviště. ■

Zpráva ze zahraniční cesty Zasedání výkonného výboru SEPA/ESAP Ženeva 2. 2.–3. 2. 2008

Ve dnech 2. 2.–3. 2. 2008 jsem se zúčastnila z pověření výboru SPLDD zasedání výkonného výboru SEPA/ESAP v Ženevě.

Program:

1. Změna stanov SEPA/ESAP
2. Příprava na kongres EAP v Nice, říjen 2008
3. Vstup nových států do SEPA/ESAP
4. Instrukce pro webové stránky SEPA
5. Dopis ministrům zdravotnictví
6. Skupina pro výzkum
7. ESAP/SEPA meeting v roce 2009
8. Ostatní

Hlavním tématem programu bylo projednávání návrhu nových stanov SEPA, které by měly vstoupit v platnost v říjnu 2008 na zasedání výkonného výboru SEPA v Nice, v době konání kongresu EAP. Zásadní změna je obsažená v definici: SEPA/ESAP je federace národních pediatrických asociací, ustavená evropskými ambulantními pediatry. Cílem je vytvořit silnou a stabilní organizaci pro pediatry pracující v primární péči, která bude obhajovat jejich pozici v systému primární péče, sjednocovat systém vzdělávání, podporovat výzkum a rozvoj. Tato organizace má za úkol posílit i pozici primární péče v rámci EAP – Evropské akademie pediatričtů – organizace sdružující pediatry primární, sekundární i terciární péče. Na zasedání se projednávala přesná formulace jednotlivých částí stanov, včetně určení počtu delegátů z jednotlivých států, forma jejich delegování, volby, počet volebních hlasů, problematika států, v kterých není asociace praktických pediatričtů nebo je asociací víc. V průběhu 2–3 měsíců se finální podoba stanov rozešle členům výkonného výboru k připomínce a do zasedání EC SEPA v Nice se zašle prezidentům jednotlivých národních asociací.

Druhým hlavním tématem byla příprava na kongres EAP v Nice v říjnu 2008, kde se SEPA organizačně podílí na odborném programu. Dostala za úkol zabezpečit přednášky v bloku adolescentní medicíny. Zvolená témata přednášek – Komunikace s adolescentem, Otázka alkoholismu. Další bloky přednášek nabídnou témata Obezita z pohledu vlivu praktického dětského lékaře na účinnou prevenci a Vývojové poruchy – se zaměřením na včasnou diagnostiku, správné závěry a řešení. A poslední blok se bude zabývat tématem Média – vliv Media Playeru a videoher na děti a adolescenty. Členové výkonného výboru již předběžně oslovili jednotlivé přednášející, zabezpečí kontakt s předsedou SEPA za účelem následné organizace programu.

V době kongresu EAP v Nice proběhne zasedání výkonného výboru SEPA/ESAP, zasedání generálního shromáždění, tisková konference, meeting prezidentů národních pediatrických asociací. Podrobné informace budou uvedeny na webových stránkách.

Dalším bodem programu byly informace k dopisu ministrům zdravotnictví. Je to dopis určený ministrům zdravotnictví jednotlivých států, v kterém je zdůrazněná významná pozice praktického dětského lékaře v primární péči v systému zdravotní péče. Je podepsaný prezidentkou SEPA Dr. Francoise Bovet, k tomuto podpisu se přidá podpis prezidenta národní asociace pro primární péči v pediatrii.

V závěru zasedání informovala Dr. Elke Jaeger (Německo) o přípravě kongresu ESAP v roce 2009, který se bude konat v Berlíně.

Novými členy ESAP/SEPA jsou Slovinsko a Makedonie.

V Praze 11. 2. 2008

MUDr. Gabriela Kubátová
Vedoucí Zahraniční komise SPLDD

Ideální pro
pH 5,5
zdravou pleť

Baby
sebamed®

VĚDOU
KE ZDRAVÉ PLETI

Baby Sebamed
Baby Bubble Bath

Baby Sebamed
Children's Shampoo

Baby Sebamed
Dětský syndet

Škodlivé vlivy
okolního prostředí
seboré
včetně
všechny
části těla

NEJJEMNĚJŠÍ PÉČE OD PRVNÍHO DNE

Baby Sebamed s pH 5,5 tento přirozený film pomáhá vytvářet a podporuje jeho obnovu
Baby Sebamed mohou používat děti s alergiemi a je doporučován i při atopickém ekzému
Baby Sebamed nabízí kompletní sortiment k péči o Vaše dítě

Dětská kůže postrádá přirozený ochranný plášť. Ten má hodnotu pH 5,2-5,8. Trvá několik měsíců, než se tento kyselý ochranný film vytvoří. V této době je dětská pokožka velmi náchylná k různým ekzémům, zánětům nebo infekcím.

Výhradní distributor: Mark Distri s.r.o., Na Floře 3, 143 00, Praha 4, infoline: 244401993-6, info@markdistri.cz



Kazuistika: Gaucherova nemoc

MUDr. Hana Volšíková

PLDD, Sokolov

Pacient P. M., narozen 18. 5. 1988

Anamnéza:

RA: matka nar. 1961, zdráva, otec nar. 1952, zdráv, 3 nevlastní sourozenci zdraví.

OA: III. fyziologická gravidita, porod v termínu, spont., záhlavím. Ph 4290 gr, Pd 54 cm. Perinatálně bez patologie. Kojen 6 měsíců, psychomotorický vývoj v normě. Očkován bez komplikací. Prodělal varicellu a otitis media. Při preventivní prohlídce v 5 letech náhodně zjištěna hepatosplenomegalie, potvrzena sonograficky a současně v laboratoři zjištěna trombocytopenie. Matka dodatečně udává epistaxi. Pro suspektní hemoblastosu je pacient hospitalizován na Dětské klinice v Plzni.

Z nálezu při přijetí vybírám: hepar + 4 cm, lien + 8 cm, submandibulární uzliny lehce zvětšené, v tříselech četné drobné uzlinky nebolestivé.

Laboratoř: Leu 5,7 Ery 4,32 Hb 111, HCT 0,33, Trombo 142. Během hospitalizace se hladina destiček pohybovala v rozmezí 88 až 142/diff: Ly 0,57, Mo 0,01, Se 0,41, Eo 0,01, koagulace: QUICK 66 %, INR 1,33 APTT 41,7, Fibrinogen 2,66, tromb. čas 8,9.

Závěr: Lehká produkční koagulopatie.

Sternální punkce: atyp. buňky (1,6 %), pěnovitá struktura plasmu, buňky připomínají buňky

u thesaurismosu. Myeloblasty hraniční (6,4 %). Změna pracovní diagnózy: susp. lipidosis.

Následně hospitalizován na Klinice dětského a dorostového lékařství v Praze, kde byla Gaucherova nemoc enzymaticky potvrzena v izolovaných leukocytech periferní krve.

Aktivita beta-glukosidasy odpovídá 19 % vzhledem k aktivitě u zdravých kontrol, zatímco aktivity kontrolních enzymů beta-glukuronidasy a beta-hexasamidasy odpovídají normám.

Gaucherova nemoc

Hereditární onemocnění metabolismu lipidů, spočívající v deficitu beta-glukosidasy.

Dědičnost je autosomálně recesivní (locus 1q21-q31). Nejčastěji se vyskytuje u židovské populace (1 : 500 nar. dětí).

Chronická forma: ukládání glukocerebrosidů ve slezině a kostní dřeni. Projevuje se anemií, leukopenií a trombocytopenií. Selhání kostní dřene se může manifestovat záhy po narození nebo v průběhu několika desítek let života.

Juvenilní forma: manifestuje se v druhé dekádě života.

Symptomatologie neurologická: ataxie, myoklonus, oftalmoplegie, demence.

Infantilní forma: postihuje CNS, je vždy splenomegalie.

Infantilní a juvenilní forma mají vždy nepříznivou prognózu.

Pro vzpomínku:

Gaucher Philippe CH. E. 1854–1918, francouzský dermatolog, od roku 1902 šéf katedry dermatologie v Hospital Saint-Louis. Studoval syfilis, hojně publikoval, chorobu po něm pojmenovanou popsal již ve svých 28 letech.

Léčba: Cerezyme 200 U

- účinnou látkou je imigluceráza
- výrobce Genzyme Ltd., Velká Británie

Imigluceráza je modifikovaná forma lidského enzymu glukocerebrosidasy vytvořená rekombinantní DNA technologií. Podává se 1× za 2 týdny i. v. v infuzi v dávce 15 U/kg. Jedno balení obsahuje 200 U a stojí 63 755 Kč. Roční léčba jednoho pacienta vyjde na 4,46 mil. Kč. Při dlouhodobé léčbě Cerezymem je pacient bez větších subjektivních obtíží, laboratorní nálezy včetně haematologických parametrů jsou v rozmezí fyziologických hodnot. Je nutná dispenzarizace a dlouhodobá léčba.

V současné době není jiná alternativa k substituční enzymatické terapii.

Výhledově připadá v úvahu genová terapie či léčba pomocí malých molekul na principu deprivace substrátu.

Neonatologické oddělení Fakultní Nemocnice v Plzni
a Neonatologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s., ve spolupráci se
Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost Západočeského a Jihočeského kraje
Vás srdečně zvou na

3. JIHOZÁPADNÍ SEMINÁŘ NEONATOLOGŮ a PLDD

6.–7. června 2008 v Srní na Šumavě

Předběžný program: Pátek 6. 6. 2008 - příjezd, registrace, odborné jednání předběžně od 17 hodin
Sobota 7. 6. 2008 - dopoledne odborné jednání, odpoledne volný program, odjezd

- Odborná témata:**
1. Porod doma z hlediska porodníka, neonatologa, PLDD, právníka, psychologa
 2. Prenatální a neonatální diagnostika vrozených vývojových vad, péče o jejich nejčastější druhy
 3. Zajímavé kazuistiky
 4. Výživa nedonošeného dítěte po propuštění

Ubytování a místo jednání: Hotel Srní a Šumava

Společenský večer s rautem v pátek 6. 6. 2008

Závazné přihlášky a informace: e-mail: maierova@fnplzen.cz



Ze světa odborné literatury...

Barterův syndrom a cholelithiasis u kojence – pouhá koincidence?

V práci je prezentován případ kojence s Barterovým syndromem a cholelithiasou. Barterův syndrom, jak je známo, vykazuje velkou močovou exkreci elektrolytů, metabolickou alkalosu, polyurii a následně se vyvíjející dehydrataci. Cholelithiasis je však u kojenců velmi vzácná. Disponuje k ní několik faktorů, jako nezralost, hladovění, parenterální výživa, používání furosemidu, sepse a dehydratace.

Zde se jednalo o kojence, který se narodil ve stáří 38. týdne. Fyzikálním vyšetřením neshledány žádné abnormality. Sérový kreatinin a elektrolyty nevykazovaly žádné odchylky od normálu. Renální sonografie byla zcela normální. U dítěte byla ve 4 dnech věku pozorována polyurie s typickým elektrolytovým profilem, tzn. nízkým kaliem, vysokými bikarbonáty a kalciumem. Močová osmolalita se pohybovala kolem 140 mOsm/kg. Plasmatická reninová aktivita byla zvýšena stejně jako hladina aldosteronu. V měsících věku byl tento kojeneček přijat pro teploty, zvracení a pasáž acholické stolice. Sonografií nalezeny kameny ve žlučníku. Dítě bylo schopno spontánně evakuovat své konkrementy. Pro konkrementy nebyla nalezena přítomnost podpůrných ukazatelů jako hemolytické anemie nebo hyperlipidemie. Na druhé straně zase bylo důležité, že u dítěte byly suplementovány elektrolyty a přidáván indomethacin a aldacton. Uvádějí, že příčinou tvorby konkrementů byla precipitace kalcium karbonátů, možná acidifikace acetazolamidem, zvýšená viskozita žluče při dehydratacích a další. Připomínají, že na uvedené koincidence je nutné pomýšlet.

Eur. J. Pediatr. 2008, 167, s. 109–110

Rizikové faktory pro závažné RSV infekce dolního respiračního traktu

Variabilita v tíži projevu a klinickém obrazu při infekci RS virem ovlivňuje počet hospitalizací pro uvedenou diagnózu. Účelem studie byla regresivní analýza rizikových faktorů asociovaných s vyšší pravděpodobností těžkého průběhu

vedoucího k hospitalizaci. Autoři sledovali ve čtyřech obdobích od roku 2000 do roku 2004 všechny děti pod 4 roky věku, které byly přijaty pro uvedenou diagnózu. Jednalo se o 145 pacientů a 295 pacientů kontrolní skupiny. Hledaly se především prediktivní faktory. Je nutné si uvědomit, že RSV je příčinou morbidit u kojenců a batolat. Ačkoliv rizikové faktory byly spojovány s větší pravděpodobností postižení respiračního traktu, většina hospitalizovaných malých dětí patřila do kategorie tzv. normálně se vyvíjejících kojenců a batolat. Vědělo se, že prematurita je rizikovým faktorem. Hledali však další faktory. Vycházeli ze studií v Itálii, kde v letech 2000 až 2002 zjistili zcela odlišné následky v epidemiích. Geografická oblast, věk matky ani sociální a ekonomické skutečnosti nebyly ve vazbě na tíži onemocnění. Hlavními faktory byly nízký chronologický věk v době začátku onemocnění, nízká porodní váha pohyblivá se mezi 1500 a 2500 g. Dále pak nízký gestační věk, tzn. pod 33. týden. Také absence denních návštěv takto nemocného dítěte byla dalším rizikovým faktorem. Chronologický věk pod 12 měsíců věku indukují závažnost průběhu vedoucího k hospitalizaci. Porodní hmotnost je tedy důležitým faktorem, většinou i spojeným s nízkým gestačním věkem. U některých dětí lze sice pozorovat i lehký průběh, ale ten souvisí s mateřskými protilátkami proti RSV. Je nutné také podotknout, že některé děti mají nutnost ventilace s dodávkou kyslíku, čili šíře klinických projevů je vysoká. Je potřeba se také zmínit o dalších, jakými jsou chronická plicní onemocnění, vrozená srdeční vada, plicní onemocnění typu cystické fibrosy, hematologické malignity a transplantace kostní dřeně. Závěrem je zdůrazňován profylaktický očkovací program u nezralých novorozenců.

Eur. J. Pediatr. 2007, 166, 1267–1272

Co je nového ve výzkumu krevních destiček?

Normální hodnoty hemostasy jsou prevencí krvácení a traumatických hemoragií s následnou tvorbou destičkové fibrinových sraženin.

Destičky normálně cirkulují v přímém kontaktu s endotelálními buňkami ve stěnách cév. Destičková adheze je prvním stupněm hemostasy. Dnes se ví, že většina destičkových faktorů vtažených do tohoto procesu je ve Willebrandově faktoru, receptoru GP, kolagenovém a fibrinovém receptoru. V práci jsou studovány mechanismy destičkové adheze. Při krvácení, na kterém se podílí krevní destičky, je nutné brát v úvahu jejich funkci a morfologii. Zjišťuje se nadále čas krvácivosti i čas agregace destiček. Opakované mukokutánní krvácení však většinou charakterizují abnormality destičkové funkce. Naproti tomu krvácení do synovie nebo hluboké svalové krvácení je téměř vždy známkou koagulační poruchy. V práci je dále uváděna Glanzmanova trombasthenie. Ta je dědičným nepořádkem destičkové adheze, je autosomálně recesivní. Je charakterizována prodlouženým časem krvácení a abnormní retrakcí koagula. Dále v práci popisují defekt G proteinu u Duchenyovy muskulární dystrophie. Toto onemocnění, jak je známo, ohrožuje nemocné kardiorespiračním selháváním. Je zapříčiněna mutací v genu dystrophinu. Celkově se autoři shodují, že není rozluštěna celá skupina trombopatií. Zjištění destičkových funkcí a vůbec celá morfologie je cílem velkého výzkumu.

Eur. J. Pediatr. 2007, 166, 1203–1210

Co je nového v neuro-kardio-faciál-kutánních syndromech?

Tyto syndromy byly nedávno zařazovány do skupiny neurofibromatos typu I. Toto značí mentální retardaci, kardiální defekt, faciální dysmorfismus, makrocephalii, kožní abnormality a psychomotorickou retardaci. Lze očekávat, že tyto syndromy budou mít v brzké době společnou genetickou a patofyziologickou bázi.

Eur. J. Pediatr. 2007, 166, 1091–1098.

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

Nová sekce pro sestry v primární péči

Česká asociace sester (ČAS) již delší dobu cítí potřebu vytvoření platformy, která by sdružovala všeobecné sestry, jež pracují mimo velká zdravotnická zařízení. Právě těmto sestrám často chybí informace o vzdělávacích akcích a legislativě spojené s vykonáváním nelékařských profesí. Týká se to hlavně všeobecných sester v ordinacích praktických lékařů a ambulantních specialistů. Proto se ČAS rozhodla podpořit založení sekce „**Sester v primární péči**“. Této iniciativy se ujaly Mgr. Alice Strnadová, MBA, a Bc. Irena Pejznochová. Dne **29. března 2008** se ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze-Krči v 10 hodin uskuteční ustavující setkání členů nové sekce. Zájemci se mohou hlásit na adrese: **alice.strnadova@ftn.cz**, telefon: **261 083 113**.



Aktuality...

Vědci zažehnali alergickou bouři

Na anafylaktický šok existuje lék

Poprvé se vědcům podařilo odvrátit anafylaktický šok. Ten se u některých jedinců může objevit například po bodnutí hmyzem nebo jako následek požití potravin vyvolávajících alergii.

Úspěch umožnilo poznání skutečné příčiny prudkého poklesu krevního tlaku, průvodního jevu anafylaktického šoku. „Viníkem“ je enzym, který rozjede ve velkém „výrobu“ oxidu dusnatého ve výstelce cév. Při pokusu myši dostaly dávku léku, který tento enzym blokuje. Když u pokusných hlodavců vědci uměle vyvolali anafylaktický šok, byla reakce jen mírná a krátká. Účinek léku je však pomalý, a proto se musí podávat předem. Nepomůže tedy lidem alergickým na hmyz, zato z něj mohou mít prospěch například pacienti, u nichž životu nebezpečnou reakci vyvolává penicilin.

Nový objev pomůže v boji proti smrtelně nebezpečným alergickým reakcím

Belgičtí vědci odvrátili u laboratorních myši smrtící následky prudké alergické reakce. Výsledky jejich výzkumu pomohou chránit zdraví i životy početné skupiny pacientů, které ohrožuje alergie.

Odpověď na otázku lékaře: „Jste alergický na penicilin?“ může rozhodovat o životě a smrti. U vysoce vnímavých alergiků vyvolá podání antibiotika anafylaktický šok, který se projevuje těžkými otoky, zrychleným tepem, poruchami dýchání, nevolností. Jednu z nejméně závažných komplikací představuje prudký pokles krevního tlaku a celkový kolaps oběhového systému. Vyvolává jej enormně zvýšená produkce oxidu dusnatého. Tento plyn sehrává důležitou roli při řízení mnoha pochodů v lidském těle.

Při anafylaktickém šoku se jeho tvorba vymyká kontrole a to bezprostředně ohrožuje postiženou osobu na životě. Anafylaktický šok se může dostavit u vysoce vnímavých alergiků i při konzumaci některých potravin nebo po bodnutí včelou.

Hysterické buňky

Vydatným producentem oxidu dusnatého jsou buňky, jež mají na starosti řízení imunitního systému. Anafylaktický šok je důsledkem „hysterické“ imunitní reakce, a proto byly za zdroj nadprodukce oxidu dusnatého považovány především tzv. žírné buňky, jež se podílejí na imunitní obraně. Belgičtí vědci pod vedením Anje Cauwelsové z univerzity v Gentu uměle vyvolávali anafylaktický šok u laboratorních myší. Vystopovali u nich zdroj záplavy oxidu dusnatého na nečekaném místě.

Zjistili, že se během anafylaktického šoku mobilizuje enzym zodpovědný za výrobu oxidu dusnatého ve výstelce cév. Ten sice produkuje ve srovnání s enzymem buněk imunitního systému mnohem méně oxidu dusnatého, ale cévy se vlivem jeho účinku razantně rozšiřují. Tato reakce přitom úplně stačí ke kritickému poklesu krevního tlaku.

Klíčovou roli enzymu z výstelky cév potvrdil tým Anje Cauwelsové v experimentu, při kterém myši dostávaly nejprve lék, který tento enzym účinně blokuje. Pak jim byla podána látka schopná vyvolat anafylaktický šok. Myším zakolísal krevní tlak jen nepatrně a jeho hodnoty se rychle vrátily k normálu.

K anafylaktickému šoku jsou imunní i myši, které nedokážou vyrábět v cévách oxid dusnatý, protože mají cíleným zásahem do dědičné informace vyblokován gen pro příslušný enzym. Studie zveřejněná v lékařském časopise *Journal of Clinical Investigation* tak otevírá nové možnosti pro zvládnutí závažných komplikací spojených s alergickou bouří.

V současné době je hlavní zbraní proti anafylaktickému šoku adrenalin, který dostane pacient v injekci. Tento hormon sice zvýší krevní tlak, ale do mechanismu anafylaktického šoku přímo nezasahuje. Proto upínají belgičtí vědci velké naděje k lékům, které blokují produkci oxidu dusna-

tého v cévách. Využití stávajících preparátů ale vázne na jejich pomalém účinku. Lék se musí nejprve v těle akumulovat, a hodí se proto nejvýše k prevenci.

„Pacienti alergičtí na penicilin, anestetika nebo latex chirurgických rukavic by mohli dostávat tyto léky před operací,“ předvídá Anje Cauwelsová v rozhovoru pro vědecký týdeník *Nature*.

Belgická bioložka se svými spolupracovníky odhalila i molekuly, které při anafylaktickém šoku „pouštějí ze řetězu“ enzym produkující oxid dusnatý v cévách. Ty se nabízejí jako alternativní cíl pro léčbu život ohrožující alergické bouře.

Převzato: LN 10. srpna 2006

Pacientův chorobopis povede počítač

„Mobilní zdravotnický asistent“ má nahradit v nemocnicích klasické papírové záznamy.

Britští lékaři a sestry se mohou těšit na to, že budou mít o něco méně papírování. Záznamy o pacientech v nemocnicích budou totiž zadávat do speciálního počítače.

První v řadě

Mobilní zdravotnický asistent (*Mobile Clinical Assistant, MCA*) je prvním v řadě počítačů pro lékaře a zdravotní sestry, které vyrábí firma *Motion Computing* ve spolupráci s největším světovým výrobcem procesorů, americkou společností *Intel*. Ta *MCA* vyvinula podle přání nemocničního personálu. „Před třemi lety jsme dali *Intelu* soubor požadavků na ideální počítač pro naši práci,“ řekl na setkání s novináři v Londýně *Mike Bainbridge*, který se stará v britském systému národní zdravotní péče o zavádění nových technologií. Nemocniční personál si přál podle *Bainbridge* snadno ovládatelný a dezinfikovatelný přístroj, kterému by neměl uškodit ani pád na zem. *Intel* testoval prototypy v nemocnicích v Anglii, severní Kalifornii a v *Singapuru*. *MCA* je odolný počítač typu tablet, nemá klávesnici a k ovládní se používá pero. Operačním systémem jsou podobně jako v klasických stolních počítačích či notebookech *Windows* od firmy *Microsoft*. Vzhledem k tomu bude podle výrobce možné instalovat na počítač standardní software, který již nemocnice nyní využívají.

Mobilní zdravotnický asistent běží na méně výkonném procesoru *Core Solo* od *Intelu*, který nespotřebávává tolik energie a nevytváří takové množství ztrátového tepla.

Váží navíc jen 1,4 kg.

Cena počítače je 1200 liber (přibližně padesát tisíc korun). *Motion Computing* vybavil *MCA* i fotoaparát s rozlišením dva megapixely, který může pořizovat obrazovou dokumentaci nebo natáčet krátká videa.

Bezdrátová síť je nutností

Rozšíření mobilního zdravotnického asistentu v nemocnicích v západní Evropě může zpomalit fakt, že pro jeho plné využití je nutné v místě, kde se s ním bude pracovat, vytvořit bezdrátovou síť. Přístroj totiž komunikuje s centrální databází pacientů a s ostatními počítači pomocí *Wi-Fi* nebo technologie *Bluetooth*. „Počítač má dostatek úložného prostoru například na uložení rentgenových snímků ve vysokém rozlišení i na osobní data pacientů,“ řekl *Nigel Owens* z firmy *Motion Computing*, která přístroj vyrábí. Přístroj má i vestavěnou čtečku čárových kódů a radiofrekvenčních čipů, které pomáhají sestřím a lékařům kontrolovat správné dávkování léků. „Ovládní přístroje je velmi jednoduché. Stačí pět minut k tomu, aby každá sestra pochopila jeho základní funkce,“ řekla zdravotní sestra *Jenny Quilliamová* z nemocnice v anglickém *Salfordu*, která se zúčastnila pilotního projektu v Anglii. Podle *Quilliamové* mobilní zdravotnický asistent značně zrychlil její práci, když se mohla okamžitě podívat na výsledky



testů, porovnat je s předchozími výsledky a měla rychlý přístup i k osobním datům nemocných. „Čím rychleji získáme výsledky testů a poznáme, co pacienty trápí, tím dříve je můžeme začít léčit a uzdravené poslat domů. Můžeme tak ušetřit náklady,“ řekl Bainbridge. Britové plánují nakoupit letos na podzim další verzi přístroje s mobilním připojením k internetu, se kterou budou sestry moci dojíždět za chronicky nemocnými pacienty až do jejich domovů.

Převzato: LN 27. února 2007

Letní čas patří na smetiště dějin

Letní čas mi vadí tak, jako mi čtyřicet let vadil komunismus v naší zemi, a čekal jsem, že demokracie přinese konec tomuto nesmyslu. Bohužel se tak nestalo a lidem je stále nezákonně ukrajováno z jejich života. I zastánci letního času přiznávají, že lidé mají minimálně několik dní až týden s přesunem času potíže. Pak je to tedy do roka až čtrnáct dní a za čtyřadvacet let jde u každého člověka minimálně o rok života, který takto obětoval.

Standardní čas nám vyhovuje

Česká republika je ideálně rozprostřena kolem patnáctého poledníku procházejícího Jindřichovým Hradcem, takže střeoevropský čas je pro nás zcela ideální a odchylky od něj jsou zanedbatelné. Dále je možno prokázat, že v naší zeměpisné šířce je po celý rok od osmi ráno do čtyř odpoledne střeoevropského času denní světlo. Jarním posunem o hodinu dopředu si tuto dobu denního světla omezujeme a dostáváme se naprosto zbytečně do situace, kdy je nutno ráno uměle svítit. Letní čas je výplodem

let první a druhé světové války, tedy doby značně kritické a nedůstojné toho, aby se dnes její „vymoženosti“ aplikovaly. Koncem sedmdesátých let byl zaveden i u nás jako důsledek takzvané naftové krize a obav z nedostatku energetických zdrojů.

Přínos zavedení letního času bolševické vlády spatřovaly v tom, že lidé vstanou o hodinu dříve a budou moci po odpoledních déle pracovat na brigádách a podobně. Vzorem jim pak byly ony zmíněné válečné časy, a dokonce i bezostyšné odvolávání se na to, že „na Západě“ je to taky, což je nám v podstatě omíláno dodnes.

Je typické pro bývalý režim, že jednou z prvních reakcí na některé nesměle odmítavé postoje občanů byl článek v Rudém právu s názvem: „Nechce se jim vstávat“, v němž byli odpůrci letního času osočováni z lenosti a podob. Tento postoj se dodnes nezměnil. Lidé, kterým letní čas vadí, jsou stále označováni jako kverulanti, nespokojenci či labilní osobnosti.

Přitom je nezbytné se k těm, kterým letní čas vadí, postavit jako k lidem, jejichž potřeby musíme respektovat, přičemž ostatním by prakticky žádná újma nevznikla. Byla-li by totiž občanům položena otázka: „Vadilo by vám zrušení letního času?“, většina by jistě odpověděla, že nevadilo. I když se v současnosti posunuly začátky pracovní doby v mnoha případech na devět hodin letního času, zůstává trvale počátek výuky ve školách v osm hodin letního času, tedy v sedm hodin ráno času střeoevropského. Děti a mládež tak musí po dobu trvání letního času vstávat minimálně v šest hodin střeoevropského času, mnohdy i dříve. Těmto galejím se naše děti nemohou nijak vyhnout. O zdravotních problémech malých dětí a školáků toho napsaly kompetentní osoby více než dost, přičemž to je vlastně ten nejzávažnější problém.

NOVÁ



T-Lymfocyty


BEBA[®] H.A.

Snižuje riziko vzniku alergií v prvních letech života

V posledních desetiletích významně stoupl výskyt alergických onemocnění natolik, že se stal jedním z nejzávažnějších problémů lidského zdraví. Mateřské mléko je nejlepší ochranou před rozvojem alergií. Indukcí orální tolerance přirozeně moduluje imunitní systém. Pro kojence, kteří nemohou být kojeni, vyvinula společnost Nestlé nové kojenecké mléko BEBA H.A. Premium s upravenou bílkovinou Opti Pro^{HA}, u které bylo klinickými studiemi potvrzeno, že snižuje senzibilizaci vůči alergenům a indukuje orální toleranci.

-50% méně alergických manifestací v prvních 5 letech u dětí se zvýšeným rizikem vzniku alergií¹

-50% méně kožních problémů u všech dětí v prvních 2 letech života²



Informace pro pracovníky ve zdravotnictví

¹Baumgartner M, Brown CA, Secretin MC, vant Hof M, Haschke F. Controlled trials investigating the use of one partially hydrolyzed whey formula for dietary prevention of atopic manifestation until 60 months of age: An overview using metaanalytical techniques. Nutr Res 1998;18:1425-42 ²Extl BM, Deland U, Secretin MC, Preysch U, Wall M, Shmerling DH. Improved general health status in an unselected infant population following an allergen reduced dietary intervention programme. The ZUFF programme. Part IV: infant growth and health status to age 2 years. Eur J Nutrition. 2004; in press; Abstract: J Pediatr Gastroenterol. Nutr 2003;31(2): Abstract 100.



K úsporám už nedochází

Jaký prospěch mají ze zavádění letního času současní vládcí, se mi nepodařilo zjistit, neboť v poslední době padl i ten největší mýtus o potřebě zavádění letního času – energetické úspory. Už i mluvčí ČEZ v České televizi přiznal, že v podstatě k žádným prokazatelným úsporám nedochází. Prokázat lze tedy jen náklady a ztráty spojené se zaváděním letního času. A tak nezbývá než doufat, že letní čas, který zavedli válečníci a totalitářii dvacátého století jako neodůvodnitelnou a zbytečnou pitomost, která narušuje biorytmus zejména našim školou povinným dětem, nám novodobí vládcové konečně už jednou provždy zruší. Proto žádám novodobé vládcu u nás i v Evropě: přestaňte s námi manipulovat jako za války! Odstraňte letní čas na smetiště dějin!

Převzato: MF Dnes 29. března 2006

Na Moravě vzniklo družstvo lékařů

Vzniklo družstvo Moravští lékaři. Svým členům nabízí ekonomickou a právní pomoc, zejména pak lepší komunikaci s úřady a pojišťovnami.

Projekt Moravští lékaři nabízí svým členům, praktickým lékařům a ambulantním specialistům, pomoc v různých směrech profesní dráhy. Mladým lékařům slibuje získání praxe, těm zaběhlým personální výpomoc. „Když někomu onemocní sestra, může si ji ‚vypůjčit‘ od kolegy v družstvu, pokud onemocní lékař, zajistíme za něj náhradu.

Mladého lékaře bez praxe zase můžeme zaměstnat a výhledově, až se změní legislativa, mu můžeme i praxi zajistit,“ vypočítává výhody spojení pro ZDN předseda představenstva družstva Igor Mazoch. Praktické využití vidí i v kontextu možných budoucích plánů ministerstva zdravotnictví. „Ministr plánuje, že by lékaři měli být v ordinacích až do 19 hodin, pro jednotlivce je to téměř nemožné zrealizovat. V družstvu si můžeme pomoci, vytvoříme buňky, které by tuto péči zajišťovaly,“ popisuje dále Mazoch.

Jedním z hlavních důvodů vzniku družstva je i jednání s pojišťovnami. „Když přijdu na pojišťovnu jako jednotlivec, málokdy mým požadavkům vyhoví, zřejmě mě ani nikdo nebude poslouchat. Pokud nás ale přijde třeba sto, pak budeme mít určitě větší váhu než jednotlivec,“ domnívá se Mazoch.

„Proti Agelu nic nezmůžeme“

Některá média přinesla také informace o tom, že družstvo vzniklo jako protiváha mocnému Agelu a projektu Moje ambulance. Mazoch však tento důvod odmítá. „Nevím, kdo to říká, hlavní důvod to není. Jsme vyloženě Davídek proti Goliášovi, nemůžeme se stavět do boje proti těmto subjektům, byl by to boj zbytečný. Věřím, že někteří kolegové do družstva vstoupili právě z těchto důvodů. Nevím ale, co si slibují, jak my je můžeme chránit před velkým kapitálem?“ ptá se Mazoch.

Podle místopředsedy Sdružení praktických lékařů Jana Jelínka může existence silných řetězců při rozhodování lékařů o vstoupení do družstva hrát určitou roli. „Jestliže lékaři cítí určité ohrožení ze strany projektu Moje ambulance a rozhodli se vzít věci do svých rukou, je to jistě způsob řešení,“ reagoval na vznik sdružení pro ZDN Jelínek. Snahu lékařů podporuje, velkou výhodu vidí zejména při vyjednávání s pojišťovnami. „Nemám informace o tom, že by v Česku existovalo takové družstvo lékařů, ale jsou tu podobné subjekty, většinou menší, často jde o společnosti s ručením omezeným,“ dodává Jelínek.

Družstvo je příliš nepružné

Výběr formy spojení ale není podle Sdružení praktických lékařů příliš šťastný. „Konzultovali jsme to s právníky – družstvo má mírnou nevýhodu v tom, že je to organizačně poměrně málo pružný subjekt, musí se sejít všichni družstevníci, aby mohli něco odsouhlasit. To je možná trošičku nešťastná podoba,“ domnívá se Jelínek. Mazoch ale vybranou právní formu považuje za jednu z nejvhodnějších.

„Když se vám sejde s. r. o. v padesáti členech nebo družstvo v padesáti členech, jaký je v tom rozdíl? Mně osobně připadalo, že družstvo bylo nej-

jednodušší formou,“ dodává Mazoch. Družstvo je v obchodním rejstříku zapsáno zhruba tři týdny, o členství v něm je velký zájem, v současnosti registruje asi 60 členů. S rozšířením mimo Moravu z praktických důvodů nepočítá.

Převzato: Zdravotnické noviny 28. ledna 2008

Falešné recepty odhalí program

Společně s VZP rozjíždějí lékárny projekt elektronické kontroly. Uspořít má stamiliony.

Více než čtyřicet milionů receptů prošlo za tři čtvrtletí loňského roku vyúčtováním Všeobecné zdravotní pojišťovny. Každý stý ovšem vykazoval nějakou chybu, kvůli které ho největší zdravotní pojišťovna v zemi musela lékárníkovi vrátit a vyúčtování se o několik týdnů protáhlo.

To by se mělo v blízké budoucnosti změnit. VZP včera připravila společný projekt s Českou lékárnickou komorou, který zavede do počítačů lékárníků nový speciální program, který dokáže všechny případné nesrovnalosti odhalit okamžitě. Pojišťovna si od toho slibuje nejen obrovskou administrativní úlevu, ale také stamilionové úspory. Část takto odmítnutých receptů totiž tvoří i falza či neoprávněně vystavené recepty pacientům, kteří ve skutečnosti nejsou jejími klienty.

Nejčastěji podle ředitele VZP Pavla Horáka jde o cizince, jimž vypršelo krátkodobě uzavřené pojištění a nové si nesjednali.

„Pojišťovna za tři čtvrtletí loňského roku vydala za léky na recepty téměř 16 miliard korun. I jedno procento tedy je značná suma,“ uvedl Horák. Skutečně falešných je sice jen zlomek těchto receptů, falza se ale vyskytují i mezi blankety, které jinak formální chybu nevykazují (například proto, že byly lékaři odcizeny i s razítkem ordinace). I ty by měl nový systém odhalit.

Prezident České lékárnické komory Stanislav Havlíček řekl, že největší zájem o účast v pilotním projektu je právě mezi lékárníky, kteří mají svou provozovnu poblíž velkých průmyslových zón se zahraničními dělníky. „Každý recept přijatý od cizince je totiž potenciálně rizikový,“ konstatoval Havlíček.

VZP vloží do projektu zhruba 10 milionů korun. V první fázi se do něj zapojí desítky až stovky z celkového počtu 2400 lékáren v zemi. Podle Horáka jde ale o investici do budoucnosti. Pokud se elektronický systém komunikace mezi pojišťovnou a lékárnami osvědčí, může se stát základem pro připravovaný tzv. elektronický recept. Ten má do značné míry nahradit klasické papírové. Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek s jeho zavedením počítá v zákonech, které mají platit od ledna 2009.

VZP chce v případě úspěchu pilotního projektu nabídnout tuto možnost i ostatním zdravotním pojišťovnám. Nový systém má být kompatibilní i s elektronickými zdravotními knížkami IZIP.

Převzato: LN 16. ledna 2008

Podivná revoluce v medicíně – genetický byznys

Do Česka přichází firma s testy odhalujícími „všechny civilizační choroby“
Odborníci o spolehlivosti metody, kterou do Česka přináší americká společnost, pochybují.

Ze zahraničí do Česka dorazily metody genetického screeningu na objednávku. Nejnovějším příkladem je ohlášený start společnosti GHC Genetics, která chce v Česku využít zkušeností mateřské společnosti ze Spojených států.

Slibuje revoluci v medicíně. Jí prováděné genetické testy by měly umožnit lékařům poznat podrobně organismus konkrétního pacienta a riziko nemoci, které se u pacienta zatím vůbec neprojevíly.

Objevit například zvýšené riziko infarktu nebo rakoviny. „Z testu pak vypracujeme dvě doporučení: jedno pro lékaře, druhé – laické – pro pacienta,“



říká mluvčí společnosti GHC Genetics Tereza Solčányová. Pacient by pak měl na základě těchto rad buď přímo nastoupit léčeni, nebo alespoň změnit životní styl. Na otázku, jestli existují nějaké statistiky, které by umožnily objektivně zhodnotit účinnost takových opatření, mluvčí GHC Genetics LN odpověděla, že takovou statistiku ani nelze vytvořit. Testy jsou podle jejích slov stoprocentní, pacienti nikoliv. „Záleží na přístupu pacienta, zda naše doporučení dodržuje.“

Někdy je ovšem osud, který odborníci firmy v genech najdou, neodvratný – například u Alzheimerovy choroby. „V tomto případě už může klient nástup nemoci jenom o několik let oddálit,“ říká mluvčí. Například děti, u kterých jsou genetické předpoklady k nástupu této nemoci, by se měly vyhýbat bojovým sportům.

„To je přehnané,“ říká Iva Holmerová, ředitelka Gerontologického centra. „Při vzniku Alzheimerovy nemoci hraje roli několik faktorů, rozhodně ne jenom genetika,“ říká Lidovým novinám.

Skeptičti jsou ke kvalitě testů i jiní odborníci. Firma GHC podle vlastní mluvčí nemá žádné nezávislé ocenění kvality. Ředitel Ústavu hematologie a krevní transfuze Radim Brdička říká: „Výzkumný partner, který se dozví, že na danou zkoušku nemáme potřebnou akreditaci, nás už nepovažuje za spolehlivé.“ Stojí za připomenutí, že nedávno prověřil ve Spojených státech služby podobných čtyř společností zvláštní vyšetřovací výbor Kongresu. Společnosti dostaly DNA dvou lidí, kteří vystupovali pod třinácti různými jmény.

Genetické horoskopy

Výsledky testů provázené návodem na šťastný, zdravý život zhodnotil přední americký genetik Alan Guttmacher slovy: „Vědě je to na hony vzdálené.“ Jednomu a témuž zákazníkovi vystupujícímu pod různými jmény doporučily firmy zcela protichůdné programy. Ba co víc, dodaly mu i různé výsledky genetických testů.

„Jsou to genetické horoskopy,“ říká zdravotnický expert Thomas Hamilton. O tom, nakolik jednotlivé varianty genů zasahují do našeho života, vypovídá velmi výmluvně příklad prvního člověka, jehož dědičná informace byla kompletně přečtena a následně zveřejněna. Držitelem primátu není nikdo jiný než „Bill Gates genetiky“ – americký genetik Craig Venter.

Ten odhalil dvě desítky genů, které činí člověka náchylnějším k alkoholismu, závislosti na tabáku a drogách a také ke kardiovaskulárním onemocněním a Alzheimerově chorobě. Venter se za své geny nestydí. Jako jeden z předních odborníků ví, že nad ním mají jen omezenou moc. Neméně důležité jsou i další faktory a ty má „pod palcem“ i bez testů, speciálních programů a potravinových doplňků. DNA není „kniha osudu“, z jejíhož diktátu se lze vymanit jen s pomocí prodavačů „genetických horoskopů“. „Můj otec byl těžký kuřák a zemřel v devětapadesáti na infarkt. Matka vždycky žila zdravěji. Dneska jí je čtyřiaosmdesát a pořád ještě hraje golf,“ říká Venter.

Převzato: 18. října 2007

Platby u lékaře: blíží se kompromis

Vládní KDU-ČSL požaduje zrušení poplatků pro důchodce nad sedmdesát let a pro děti do šesti let.

Na placení poplatků v ordinaci i v lékárně si sice po dvou měsících pacienti zvykli a platí je, zavedený systém se však i přesto změnil.

A nejen kvůli některým chybám, které je třeba napravit (poplatky například nemusí platit chronicky nemocné děti, ale kojenci do jednoho roku ano, na ty se totiž zapomnělo).

Část KDU-ČSL v čele se svým předsedou totiž v úterý překvapivě vystoupila s tím, že požadují zrušení poplatků pro důchodce nad sedmdesát let a pro děti do šesti let.

A to přesto, že to byl právě Jiří Čunek, kdo při schvalování vládního balíku reformem pomohl uhasit požadavky svého stranického kolegy Ludvíka Hovorky. Ten chtěl osvobodit od poplatků všechny děti až do osmnácti

let věku. Místo toho lidovci souhlasili s návrhem, že rodiče dětí dostanou letos od státu více peněz, a reforma prošla.

Přesto se teď křesťanští demokraté proti poplatkům bouří.

„Je to, jako bych si počkal, až předseda KDU-ČSL odcestuje do zahraničí, a pak bych vystoupil na tiskovce a plácal nesmysly o tom, že nesouhlasíme s vyplacením peněz církvím za jejich někdejší majetky,“ komentuje to ministr Tomáš Julínek v narážce na fakt, že šéf ODS právě dlí ve Washingtonu.

„To, co udělali, je silné kafe i na mě a nemůžu to brát jinak než jako populistický výlev a bojovou přípravu přízně voličů na podzimní krajské volby,“ dodává ministr.

Hra o druhý krok reformy

Přesto vyhlásil ochotu ke kompromisu. Jenže z jiných důvodů, než je ústupek nátlaku lidoveckého předsedy. Právě teď se totiž hraje o to, zda ministru zdravotnictví projdou klíčové zákony o převodu zdravotních pojišťoven na akciové společnosti a šest dalších důležitých zákonů.

O těch legislativní rada vlády shodou okolností rozhodovala ve stejný den, kdy Jiří Čunek vystoupil s požadavkem na zrušení poplatků.

Ministr Julínek se však sotva tři hodiny poté na akci vyhlášení nejlepší zdravotní sestry roku blaženě usmíval. „Já mám dnes šťastný den,“ svěřil se sestřám.

Zářil radostí právě proto, že legislativní rada neshodila ze stolu žádný z věcných záměrů zákonů druhé části zdravotnické reformy. Odtud je však cesta k jejich schválení v Poslanecké sněmovně ještě hodně dlouhá a klíkatá. V čem tedy může Julínek ustoupit?

„V podstatě bychom se vrátili k původní představě, že poplatky by neměly platit děti do tří let, ale pan ministr byl už loni připraven jít i na kompromis osvobodit od poplatků děti až do šesti let,“ potvrdil připravenost k ústupkům i ministrův mluvčí Tomáš Cikrt.

Rozhodně však podle něj nepřipadá v úvahu, že by měly padnout poplatky v případě seniorů nad 70 let a lidí, kteří jsou v domovech důchodců, jak si lidovci přejí.

„Právě tyto skupiny pacientů spotřebovávají dvě třetiny zdravotní péče. Pokud by byly osvobozeny od poplatků, jejich regulační efekt naprosto ztratí smysl,“ podotýká ekonom Miroslav Zámečník.

Měním děti za zisk akcionářů

Na vzbuření lidovců vůči poplatkům tak mohou paradoxně všichni vydělat:

1) Rodiče malých dětí, kteří zaplatí méně u lékařů.

2) Křesťanští demokraté, jejichž voliči si při podzimních volbách do Senátu a krajských zastupitelstev možná zapamatují, kdo jim chtěl zachovat v peněžence třicet korun.

A také ODS a ministr Julínek. Pokud KDU-ČSL kývne na výměnný obchod a ustoupí koaličnímu partnerovi třeba v tom, jak budou zohledněna předkupní práva zakladatelů zdravotních pojišťoven při jejich převodu na akciové společnosti.

Nebo třeba v debatě, zda má v čele vznikajícího úřadu pro dohled nad pojišťovkami sedět jeden šéf, či jej má řídit rada, obdobně jako je to v České televizi. Nebo například jak dlouhá bude doba omezeného nakládání se ziskem v pojišťovnách či zda vůbec bude omezena.

Ministr Cyril Svoboda (KDU-ČSL) už teď naznačuje, že lidovci nebudou proti transformaci. „Ale jen za určitých podmínek,“ řekl.

Převzato: MF Dnes 28. února 2008

Lékaři si založí vlastní „pojišťovnu“

Takový plán tu ještě nebyl: lékaři zakládají akciovou společnost, která jim pomůže ušetřit zbytečně vynaložené peníze v systému zdravotní péče. A ty si pak mezi sebou rozdělí. Zpočátku by mělo jít až o 238 milionů korun.

Konkrétně by to fungovalo tak, že akcionáři Společnosti pro řízenou péči by byla sdružení praktických lékařů. Počítá se s tím, že by sem patřila



obě profesní sdružení praktíků a třetí – dětská lékařka. Ti všichni dohromady zastřešují přes sedm tisíc lékařů.

Sami lékaři by nenesli žádné riziko, měli by smlouvu jak s akciovou společností kvůli získávání uspořené peníze, tak se zdravotní pojišťovnou na využívání dat o pacientech. „Akciové by byly nepřeveditelné a na to, stejně jako na všechnu správu společnosti, by dohlížela najatá právní kancelář,“ říká předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost Pavel Neugebauer, který projektu pomáhal na svět.

Jde o takzvaný model řízení péče, který funguje například ve Švýcarsku nebo v USA. V praxi to znamená, že lékaři mají o pohybu pacienta mezi ordinacemi přehled, a nestane se tak například, že by dostal dvakrát stejné vyšetření nebo tytéž léky.

„Obecně platí, že se v systému zbytečně ztratí asi dvacet procent peněz. Ve Švýcarsku ušetří deset procent peněz, my zatím počítáme s pěti procenty,“ říká Neugebauer.

Lékaři se spojili zatím s jedinou zdravotní pojišťovnou – ČNZP, která má tříprocentní podíl na trhu. Jen u této pojišťovny podle výpočtů dělá v systému řízené péče úspora na každou ordinaci jednoho ze sedmi tisíc praktiků 34 tisíc na rok.

„Samozřejmě ne všechny tyto peníze by získal konkrétní lékař, část, kalkulujeme zatím s deseti až patnácti procenty uspořené částky, by zdravotní pojišťovna vyplácela na režii akciové společnosti a služby právní kanceláře,“ říká Neugebauer.

Lékaři původně uvažovali i o jiných právních formách: například o komanditní společnosti nebo o družstvu. „Ale naráželi jsme na to, že bychom ušetřené peníze museli dvakrát zdánit,“ popisuje Neugebauer. Pilotní projekt chtějí lékaři spustit od poloviny letošního roku. „Chceme přizvat i další pojišťovny ke spolupráci,“ dodává pediater.

Převzato: MF Dnes 29. února 2008

Osud poplatků je v rukou poslanců

Odbory tvrdí, že ministr Tomáš Julínek svou reformou chystá „velkou zdravotnickou loupež“.

Budeme dál platit ve zdravotnictví poplatky ve výši 30, 60 a 90 korun, nebo budou zrušeny či z placení budou vyjmuty děti? Právě takové otázky má nyní na stole Sněmovna.

V únoru začala projednávat návrh poslanců ČSSD na zrušení všech poplatků ve zdravotnictví. A ukazuje se, že to bude boj tvrdý, v němž nikdo neodhadne výsledek. Sněmovna se k poplatkům vrátí na březnové schůzi.

Podle předsedy ČSSD Jiřího Paroubka je zavedení poplatků „nejhlubší a nejhrubší zásah do práva na bezplatnou zdravotní péči od roku 1990“. Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) ale tvrdí, že pokud poslanci poplatky zruší, „destabilizuje to zdravotnictví, a to v době, kdy potřebujeme, aby byl klid a stabilita“. Odmítá zrušení poplatků a tvrdí, že by se mělo počkat půl roku a pak vyhodnotit, jak poplatky skutečně působí.

Lidé je odmítají

Většina lidí podle lednového výzkumu společnosti STEM nevěří, že poplatky ve zdravotnictví přispějí k celkovému z kvalitnější zdravotní péče. Myslí si to 80 procent dotázaných. Stejně negativně lidé hodnotí i zavedení poplatků za pobyt v nemocnicích a dvě pětiny lidí se domnívají, že zavedení poplatků za návštěvu lékaře ohrozí dostupnost zdravotní péče. Zhruba stejný počet lidí se spíše domnívá, že k tomu nedojde, a pětina lidí takovou možnost vylučuje.

Zavedení poplatků je podle STEM negativně vnímáno napříč celou populací, tedy i mezi voliči ODS. Rozdíl mezi různými skupinami podle vzdělání, věku nebo sociálního postavení jsou jen malé. Dokonce se proti poplatkům stavějí i lidé mladí, podnikatelé i lidé s dobrým materiálním zajištěním.

Odbory chtějí proti reformě stávkovat

Odbory jsou připraveny stát v čele demonstrací a stávek proti reformě zdravotnictví, jak ji v navrhovaných zákonech chystá ministr Julínek. Podle odborářů ministr připravuje „velkou zdravotnickou loupež“, která by v konečném důsledku znamenala výrazné snížení rozsahu a dostupnosti poskytované péče.

„Využijeme demonstrace, stávky, abychom zabránili tomu, že dostupné zdravotnictví bude ukradeno,“ řekl Právu Milan Štěch, předseda Českomoravské konfederace odborových svazů. Odborům nejvíce vadí, že Julínek chystá privatizaci zdravotních pojišťoven a převod velkých fakultních nemocnic na akciové společnosti. Mluvíci ministerstva zdravotnictví Tomáš Cikrt nesouhlasí s kritikou návrhu reformy od odborů. „Vše, co ministerstvo dělá, směřuje k tomu, aby péče byla pro pacienty dostupná. Kdo reformu nechce, ten ohrožuje dostupnost péče pro budoucí generace,“ prohlásil Cikrt.

Rath: V úsilí neustaneme

Stínový ministr zdravotnictví za ČSSD David Rath Právu řekl, že i kdyby Sněmovna návrh na zrušení všech poplatků nepřijala, ČSSD ve svém úsilí o jejich zrušení neustane. „Budeme podávat další návrhy,“ řekl Právu.

S poplatky má ale problém i mnoho dalších poslanců včetně lidoveckého Ludvíka Hovorky, který chce vyřadit z jejich placení všechny děti do 18 let. Julínek to ale odmítá s tím, že to není možné, protože by to vážně zasáhlo do dalších reforem. Ústavní soud by se k regulérnosti poplatků měl vyjádřit zřejmě v červnu.

Převzato: Právo 20. února 2008

Které kompetence by mohly převzít sestry?

Lékaři v českých nemocnicích běžně dělají to, co v jiných vyspělých zemích provádějí sestry. Sestry zase mají povinnosti, kterých se jinde ujímají nejruznější asistenti. Tato dělba práce často vede k tomu, že nespokojeni jsou všichni. Mnohé sestry se přitom hlásí, že by stály o rozšíření svých kompetencí. Řada z nich má vysokoškolské vzdělání a absolvovala nejruznější kursy, na jejich pravomocech to ale mnoho nemění. Diskuse, jaké konkrétní kvalifikované činnosti by mohly převzít, většinou vedou do ztracena. Položili jsme proto lékařům některých oborů jednoduchou otázku: Jakou svou kompetenci byste rád a s klidným svědomím předal sestřím?

Poradna jako doména dětských sester

Systém péče o dítě má v našem státě dlouholetou tradici. Díky ní se vytvořil systém pravidelné komunikace ordinací praktických lékařů pro děti a dorost s rodiči a především jejich dětmi. Podstatnou částí této komunikace je systém tzv. poraden, kdy dochází k poradě rodičů s lékařem nejčastěji na téma sledování správného růstu a vývoje dítěte. Dr. Neugebauer, předseda SPLDD ČR, si umí představit, že tato poradna bude doménou dětských sester. Ty by pak prováděly základní filtr, a teprve pokud by bylo vysloveno podezření na počínající anomálii, bylo by vše předáno k posouzení lékaři. Druhou sférou pro naše dětské sestřičky by pak mohla být základní edukace o režimu při běžných nemocech, jako jsou například katary horních cest dýchacích a poruchy pasáže zažívacím traktem. No a konečně třetí sférou by mohla být telefonická konzultace nekomplikovaných nemocí, případně spojená s návštěvou sestry v rodině. S otázkou kompetencí je nutno ale dořešit otázky možných právních dopadů v případě pochybení apod.

Převzato: Medical Tribune 25. února 2008

Brusel udělal razii u výrobců léků

Zkoumá, zda úmyslně nebrzdí výrobu levnějších léčiv.

Firmy vyrábějící v Evropě léky čekala včera brzy ráno nečekaná a nejspíš nepřilíh vitaná návštěva.

Na jejich dveře zaklepalí lidé od hlavního hlídacího psa konkurence na trhu, od evropské komisařky pro hospodářskou soutěž Neelie Kroesové. Ta



firmy podezřívá ze záměrného brzdění levnějších generických léků, alternativ k dražším značkovým medikamentům, kterým již vypršela patentová ochrana. Tím podle komise narušují konkurenci na trhu a porušují práva pacientů.

Podle agentury Reuters komise během zátahu zabavila důvěrné dokumenty například ve firmách Pfizer Inc, GlaxoSmithKline Plc, AstraZeneca Plc, Johnson & Johnson, Merck & Co Inc a Sanofi-Aventis SA. Seznam však zřejmě nebude kompletní.

V tuzemské jedničce Zentivě se žádné kontroly neuskutečnily. „U nás nikdo nebyl. Ani v České republice, ani v našich zahraničních pobočkách,“ řekla pro ČTK mluvčí Zentivy Věra Kudynová.

Zátah je signálem pro farmaceutické firmy, že jejich patentové manévry se dostávají pod drobnohled. Pokud se prokážou nezákonné dohody, čeká firmy obvinění z kartelu a případné vysoké pokuty.

„Na trh přichází méně nových léčiv. Vstup generických léčiv se někdy zdá být zpožděný. To musíme prověřit a případně přistoupit k nějaké akci,“ prohlásila eurokomisařka, jejímž úkolem je dohlížet na správné fungování konkurence a boj proti nezákonným kartelům. Včerejší akce však nebyla založena na konkrétním podezření.

Komise bude nyní zkoumat zadržované materiály. První předběžné výsledky šetření by mohly být zřejmě známy koncem letošního roku, kompletní zprávu je pak možné očekávat na jaře 2009.

Evropská federace pro farmaceutický průmysl reagovala prohlášením, že spuštěné šetření pomůže komisi lépe porozumět, jak důležitá je ochrana práv právě pro další inovace.

Spor s Microsoftem zvedl Bruselu sebevědomí

Bruselská komise získala sebevědomí díky výhře ve sporu s počítačovým gigantom Microsoftem, který se rovněž, ovšem neúspěšně, odvolával na ochranu intelektuálního vlastnictví. Nyní se energicky pustila do světa mocných farmaceutických firem. Je to vůbec poprvé, co komise podnikla na firmy přímo zátah.

Dosud šlo o jednotlivé kroky. Brusel před třemi lety uložil pokutu šedesát milionů firmě AstraZeneca. Firma podle komise zneužívala patentový systém, aby zbrzdila nástup na trh nového levnějšího léku na vředy, který by konkuroval jejímu výrobku Losec.

Léky v Unii

Na evropský trh s léky se podle Evropské komise dostává stále méně nových, levnějších léků. Důvodem mohou být kartelové dohody jednotlivých farmaceutických firem. Zatímco v letech 1995 až 1999 přišlo na čtyři desítky nových druhů, v období mezi 2000 a 2004 to bylo už jen dvacet osm. Evropané ročně utratí za léky 200 miliard eur, tedy přes pět bilionů Kč, jednotlivcům zhruba 400 eur, tedy necelých 10 500 Kč.

Převzato: MF Dnes 17. ledna 2008

Zaviní EU soumrak magnetické rezonance?

Když v roce 2003 přebírali Paul Lauterbur a Peter Mansfield Nobelovu cenu za významné počiny v oboru zobrazování magnetickou rezonancí, nikdo nepochyboval o tom, že si jejich objevy toto prestižní vědecké ocenění zaslouží. Vyšetření magnetickou rezonancí zachraňuje dnes a denně zdraví i životy mnoha pacientů po celém světě. Směrnice Evropského parlamentu a rady 2004/40/ES může využívání této techniky v zemích Evropské unie vážně zkomplikovat.

Magnetická rezonance využívá změn v silném magnetickém poli, které jsou vyvolány přítomností jader vodíkových atomů.

V těle pacienta se vyskytuje vodík ve velkých množstvích ve vodě a v tucích. Tkáně a orgány se liší v obsahu těchto látek, a proto mění magnetické pole různým způsobem. Díky tomu lze zobrazit s velkou přesností nitro lidského těla a odhalit v něm známky probíhajícího onemocnění či důsledky zranění.

Směrnice Evropské unie je vedena bohužel záměrem chránit zdraví

lidí, kteří jsou při práci vystaveni účinkům silných magnetických polí. A právě to je kámen úrazu. Magnetická rezonance se bez silných magnetických polí neobejde a lékaři spolu s dalším zdravotnickým personálem se nemohou vždy zdržovat v bezpečné vzdálenosti od přístroje. Stejně tak se nemohou držet stranou od zdroje magnetického pole technici, kteří mají na starosti údržbu a opravy aparatury.

Na Evropské konferenci o rakovině konané nedávno v Barceloně lékaři důrazně upozorňovali na fakt, že směrnice vyšetření nemocných magnetickou rezonancí v podstatě znemožňuje.

„V Evropě je ročně magnetickou rezonancí vyšetřeno osm milionů pacientů s nádorovými onemocněními. To však skončí, protože směrnice stanovila limity pro vystavení účinkům magnetického pole tak, že je překročí každý, kdo na magnetické rezonanci pracuje,“ řekl na konferenci norský radiolog Dag Rune Olsen. Směrnice komplikuje především vyšetření, při kterých je u pacienta nezbytná přítomnost lékaře či zdravotního personálu. To platí hlavně pro nemocné v narkóze, malé děti nebo naopak starší pacienty. Ústup od vyšetření magnetickou rezonancí vystaví podle Olsena pacienty vyšším zdravotním rizikům, protože budou muset být vyšetřeni jinými technikami, například těmi, jež používají zdraví škodlivé ionizující záření. EU slíbila, že sporný předpis znovu projedná. Některé země, např. Slovensko, už ale začlenily limity ze směrnice do své legislativy, a vyšetření magnetickou rezonancí se tak u nich dostalo prakticky mimo zákon.

Převzato: LN 12. října 2007

Julínek bez náhrady zrušil infekční sanitky

Julínkovo ministerstvo zdravotnictví se začátkem roku 2008 v tichosti zrušilo v Praze infekční sanitky. Kdo bude nyní převážet pacienty s nakažlivou

IMUNITA • TRÁVENÍ

Swiss
Natural Sources®

LAKTOBACÍLKY™

malé cucací pastilky s výbornou
přírodní třešňovou chutí
pro mlsné dětské jazýčky
doplňek stravy



- ☺ pro rekonvalescenci po antibiotické léčbě
- ☺ při zvýšeném riziku průjmů vyvolaných rotaviry a cestovních průjmů
- ☺ pro posílení imunity
- ☺ vhodné pro alergie
- ☺ při potížích dýchacích cest

- 3 kmeny, 1 miliarda aktivních buněk
- použita mikroenkapsulace - záruka maximálního prostupu živých organismů do střeva

LAKTOBACÍLKY
probiotikum pro děti



Více info: tel. 241 430 910 • www.swissherbal.cz



chorobou? Najít odpověď je nemožné.

Pokyn zlikvidovat tuto službu dostaly loni poslední tři regiony, kde se ještě na převozu těchto pacientů stát podílel – spolu s Prahou to bylo Kladno a Plzeň. Ředitel zdravotních ústavů, které již čtyři roky převoz zajišťovaly, neměli na výběr. Nedostali na to totiž ani korunu.

„Pro letošek mám příspěvek na převoz infekčních pacientů z veřejných peněz nula. Prostě jsem musel reagovat na nové ekonomické podmínky, abych to řekl kulantně,“ řekl Právu ředitel plzeňského ústavu Karel Maxa. Fakt, že motivem byly peníze, Právu potvrdil náměstek ministra a hlavní hygienik Michael Vít. „Každý rok jsme z rozpočtu ministerstva dopláceli na převoz infekčních pacientů kolem 10 až 15 miliard korun. Já jsem v rozpočtu ty peníze neměl, musel jsem je někde ušetřit,“ prohlásil.

Podle soc. dem. předsedy zdravotního výboru Sněmovny Davida Ratha jde o divné rozhodnutí. „Nikdy bych na takovou věc nepřistoupil, pokud bych neměl předchozí analýzu efektivity této služby,“ řekl Právu.

Podle něj se zdá, že ani není jasné, kdo to bude dělat do budoucna. „Ministerstvo ohrožuje ostatní pacienty, kteří budou jezdit sanitkami, aniž bude jistota, že vozy prošly specializovanou očištěnou,“ dodal Rath. To ale Vít popírá. „My si už pohlíkáme, jak se povinnost u firem, které to budou zajišťovat, plní,“ prohlásil.

Proškolení řidiči pryč

Pražské pracoviště u Bulovky zajišťovalo 400 až 500 akcí měsíčně. Pacienti, ale i bezdomovce z ulic po „zcivilizování“ rozvázeli do pražských nemocnic. Lidé s TBC vozili do plicních léčeben po celé republice.

Dvacet vysoce kvalifikovaných řidičů, kteří museli projít nákladným speciálním školením včetně zdravotnického kursu, dostalo výpověď. Jedenáct sanitek, pokud o ně neprojeví zájem zdravotnictví, bude prodáno.

Poměrně rozsáhlý historický objekt s prádelnou, dílnou, garážemi, dezinfekčním tunelem je prázdný. Z bývalého dispečinku, odkud se zajišťoval nejen převoz nemocných, ale i dezinfekce, dezinfekce a deratizace budov, lidí, dopravních prostředků a věcí, zbylo jen telefonní číslo. Služby si na něm už nikdo neobjedná, nemohou ani poskytnout radu, kdo jejich práci převezme.

Podle Víta to mají vědět ředitelé zdravotních ústavů. Maxa řekl, že vyrozuměl smluvní zdravotní pojišťovny, fakultní nemocnici, což je největší lůžkové zařízení v oblasti, i krajského zdravotního radu.

„Bylo mi řečeno, že to, co jsme poskytovali, lze nahradit. Třeba FN je to schopna zajistit svými vlastními zaměstnanci a sanitkami a ostatní pravděpodobně bude dělat nestátní dopravní záchranná služba, tedy soukromé firmy,“ prohlásil. Vieru Šedivou, která řídí pražský ústav, se nepodařilo na pracovišti zastihnout. Nikdo ji tu nezastupuje, protože ona sama je zastupující a vedením ústavu je jen pověřena.

Na pražském magistrátu si otázku podávali jako horký brambor. Prý se mluví o nějaké soukromé firmě.

Odpověď nedal ani Julínkův mluvčí Tomáš Cikrt: „Já v tom nevidím problém, je to organizační věc. Je třeba zajistit, aby převoz probíhal podle hygienických požadavků. Zajištěno to je. Kdo to bude ale dělat, musí vědět hygiena.“ Kruh se uzavřel. Ani na jedné internetové stránce krajských hygienických stanic se tuto informaci veřejnost nedozví.

Rath se obává, že pokud volba padne na soukromé dopravce, bude obtížné zajistit, aby se dodržovala povinnost dezinfikovat sanitku po každém převozu.

„Ryze ekonomický přístup, kdy se musí sanitky plně vytížit, může vést k tomu, že v jednom autě pojedou lidé s chorobami, a aniž se vůz pořádně vydezinfikuje, pojedou pro další,“ varoval.

Také lékaři připouštějí, že taková praxe se čas od času objeví i nyní. Podle Víta obdobné obavy nejsou důvodem, aby ministerstvo od svého rozhodnutí ustoupilo. „V jedenácti regionech to již nějakou dobu funguje dobře, nevidím důvod, proč by stejný systém neměl fungovat ve zbývajících třech regionech,“ obhajuje rozhodnutí hygienik.

Převzato: Právo 12. ledna 2008

I N Z E R C E

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

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra na dlouhodobý zástup do ordinace PLDD v okrese Český Krumlov od dubna 2008, tel.: 605 554 333. *Ev. č.: 107-11-07*

Přijmu lékařku

Přijmu lékařku do komfortní, dobře prosperující ordinace za výhodných podmínek s možností převodu praxe v Ostravě-Porubě. Tel.: 776 645 644, e-mail: info@silesiamedical.cz. *Ev. č.: 108-12-07*

Sháním lékaře na příležitostné zástupy

Sháním lékaře do privátní dětské ordinace v Praze 6-Petřinách na příležitostné zástupy během roku a dovolené o prázdninách. Dobré podmínky. Tel.: 604 988 174, 220 610 605. *Ev. č.: 109-01-08*

Převzetí koordinace zástupů PLDD v Praze

Od ledna 2008 přebírá koordináční činnost pro zastupování PLDD v Praze za MUDr. Alenu Rejdovou MUDr. Vlasta Schütová. Tel.: 606 460 118, 272 920 258. *Ev. č.: 110-01-08*

Hledáme pediatra na občasnou spolupráci

Hledáme pediatra na občasnou spolupráci formou zástupů v našich ordinacích PLDD v Roztokách u Prahy. Uvitáme i důchodce či lékařku na mateřské dovolené. Nadstandardní platové ohodnocení. Zdravotnické zařízení, s. r. o., Roztoky. E-mail: tomas.salamon@strediskoroztoky.cz, tel.: 608 284 740. *Ev. č.: 117-02-08*

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra na zástup za mateřskou dovolenou do ordinace PLDD v okrese Znojmo. Nástup možný ihned. Tel.: 736 534 380. *Ev. č.: 118-02-08*

Hledám pediatra na zástup

Hledám zástup po dobu dovolené, nemoci nebo asistenta do ordinace PLDD. Okres Píseň. Tel.: 603 868 408, e-mail: jitkazou@centrum.cz. *Ev. č.: 119-03-08*

Přijmeme pediatra do služeb LSPP

Přijmeme pediatra do služeb LSPP – ihned, kontakt vrchní sestra Vosečková, tel.: 776 395 012. *Ev. č.: 120-03-08*

Nabízím místo asistenta v ordinaci PLDD

Nabízím místo asistenta v ordinaci PLDD – menší obvod v Praze 5; převod ordinace možný. Tel.: 777 132 194. *Ev. č.: 121-03-08*

Hledám dlouhodobý zástup

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

Hledám dlouhodobý zástup

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

Stiefel - Oilatum

MSD - RotaTeq