



## Česká gastroenterologická společnost Česká lékařská společnost JEP

### ÚVODNÍ SLOVO PŘEDSEDY



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

ekonomika oboru je vždy nanejvýš aktuální téma. Pokud si vzpomínám, představitelé výboru se na Vás se svou představou již delší dobu neobrátili, což ovšem neznamená, že by v této oblasti nekonali.

Příjmy gastroenterologické ordinace jsou převážně závislé na ohodnocení jednotlivých výkonů tzv. Sazebníkem.

Původní Sazebník vznikl na počátku devadesátých let, tedy za předsednictví loni zesnulého profesora Mařatky. Práci na sazebníku se ujali docent Kotrlík a pisatel. Konkrétní sazby vznikly tak, že zodpovědný náměstek MZ korigoval náš koncept zcela nekompromisně: tady slevte 30%, tady 50%, atd. Nekompromisně. Sazebník tehdy i dále byl konstruován na základě kalkulačního vzorce. Ten zohledňuje cenu přístroje, počet výkonů v čase, dobu trvání výkonu, materiál, premedikaci, práci konkrétních osob, desinfekci, obecnou režii atd. Tedy cosi se dosazuje a nakonec vzniká jakási cifra, přičemž jednotlivé položky se mohou uplatnit v základní sazbě či zvlášť účtovaném materiálu. Již zde by mělo být zřejmé, že univerzální nastavení sazeb tak, aby odpovídaly všem

individuálním konkrétním podmínkám je prakticky nemožné, protože položky se v jednotlivých případech liší v násobcích až v řádech. Základní endoskop se dá pořídit za částku pod 500 000,- Kč i dvojnásobek. Pronájem v centru Prahy může činit 500,- Kč/metr čtvereční a měsíc, jiný endoskopuje ve svém, do kterého však hodně investoval, další má pronájem v malém městě po dohodě s radnicí prakticky zadarmo.

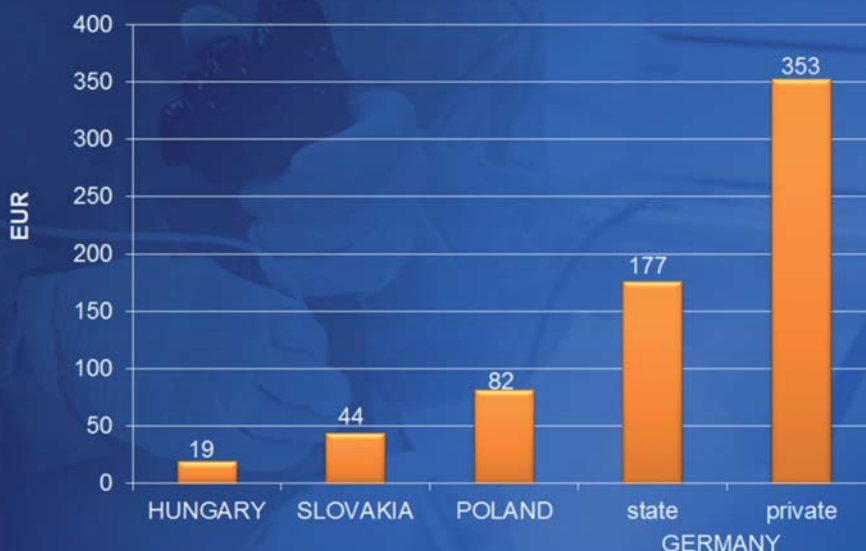
Postupně se konstituoval systém, který dal vzniknout tzv. dobře a hůře honorovaným odbornostem. Obecně lze říci, že lukrativnější se jeví odbornosti s tzv. technickými kódy, kde je větší prostor ušetřit, než odbornosti pouze s kódy základních klinických vyšetření.

K tzv. dobře honorovaným patří například radiologie. Její výhodou je, že vždy vychází z vysoké reálné ceny nového instrumentu. Cena se nastaví a nějaký čas setrvává, mezi tím ovšem cena investice podstatně klesne. Je to jako kdyby výrobci endoskopů klesli s cenou třeba na 200 000,- Kč., hodnota v sazebníku se však nezměnila. Další výhodou radiologie je skutečnost, že využití jednotlivých přístrojů je univerzální a lze je organizovat i v dvojsměnném provozu. U endoskopie nelze takto využívat ani základní metody z více důvodů: například i proto, že jejich provádění je fyzicky náročné. Skutečně jsem nikde na světě nepoznal endoskopii, která by běžně pracovala

v dvojsměnném režimu. Specifickým problémem jsou náročné a drahé metody a přístroje, které jsou potřebné, nicméně využívají se jen maximálně desítkami (enteroskopie) či stovkami (endosonografie) výkonů ročně. Aby se z běžného provozu tyto investice zaplatily, musely by být obdařeny úhradami ve více desítkách tisíc Kč. na jeden výkon. Lze si snadno představit, že ochota pojišťoven je v tomto ohledu mizivá.

Samozřejmě bychom si přáli vyšší úhrady, a přirozeně se inspirováme v zahraničí. Německá endoskopie se sama považuje za hluboce podhodnocenou a plánuje jednání s příslušnými orgány. Je otázkou zda se podaří, protože jejím německým představitelům občas unikne na veřejnost informace, která účinnost endoskopických metod poněkud znevažuje.

### Comparative figures colonoscopy 2007





Srovnání s okolními zeměmi není jednoznačné, protože jejich kódy jsou různě konstruovány. Některé systémy vykazují paušální částku za jakoukoliv endoskopii, kdežto u nás se vychází ze stavebnicového systému, který základní hodnotu běžně až násobí: koloskopie + biopse + polypektomie + argon atd. Nejnížší úhrady vykazuje Maďarsko (viz tabulka). Nesporným faktem je, že ze všech těchto zemí ČR je jednoznačně nej-pro-endoskopovanější (nejvíce např. koloskopii na jednotku obyvatelstva).

Historicky zde v rámci výboru České gastroenterologické společnosti vznikla pracovní skupina, která se ekonomikou a jednáním s pojišťovnami zabývá (prof. A. Hep, MUDr. I. Líbalová, mimo výbor MUDr. Z. Beneš). Systematickou činností se podařilo mnohé: začlenily se nové kódy, takže se objem veškerých kódů hrazených pojišťovnami zvýšil o desítky procent a nárůst je ze všech odborností nejvyšší. Nelze také opomenout jednorázovou investici do desítek ordinací v rámci screeningu kolorektálního karcinomu a úhradu příslušných kódů mimo paušál (prof. Zavoral).

Výbor se bude ekonomikou oboru dále systematicky zabývat a hledat další cesty k navýšení úhrad. Nejreálnější a nejbližší možností je úhrada dalších kódů spojených se screeningem mimo paušál. Zde je síla argumentů zcela zřejmá. Plánujeme dále provést revizi zejména výkonů odvozených od ERCP s ohledem na nová příslušenství a aktuální hygienické normy. Další možností je určitá centralizace nákladných metod s jejich prokazatelným využitím daným přímým napojením gastroenterologie (endoskopie) na specializovaná chirurgická a onkologická oddělení. Každopádně při posuzování (kritice) úhrad jednotlivých metod je třeba mít na zřeteli, že se jedná o činnost velice náročnou jak po stránce obsahové, tak komunikační a čas a úsilí na tyto aktivity vynaložené jsou značné.

**Prof. MUDr. J. Špičák, CSc.**  
Předseda ČGS ČLS JEP

## ÚVODNÍ SLOVO MÍSTOPŘEDSEDY



Vážení kolegové a kolegyně,

součástí informačního servisu České gastroenterologické společnosti ČLS JEP je NEWSLETTER, který Vám zasiláme. Jeho cílem je informovat o podstatných věcech týkajících se společenského a odborného života naší společnosti.

Hlavní odbornou událostí posledních měsíců bylo prosazení metodického postupu screeningového programu celikální sprue. Jedná se o dokument zcela zásadního významu, jehož prosazení trvalo několik let a je zásluhou hlavně prof. MUDr. Přemysla Friče DrSc., že bylo celé dílo dotaženo do konce. Proto je tento metodický pokyn součástí našeho newsletteru.

Další součástí je zpráva z DDW o novinkách a zásadních sděleních v oblasti gastroenterologie pohledem MUDr. Jana Štovička. Na stránkách společnosti byly uveřejněny přednášky z kasuistik, které byly prezentovány na Homolce na jaře tohoto roku. Plánujeme zveřejnění zásadních prezentací ze všech odborných akcí, které v blízké i vzdálené budoucnosti proběhnou.

V oblasti úhrad nadále probíhá jednání s plátcí zdravotní péče. Toto jednání vede tým složený s prof. MUDr. Alešem Hepa CSc., MUDr. Ivany Líbalové a doc. MUDr. Zdeny Zádorové PhD.

V oblasti úhrady biologické terapie pro pacienty s nespecifickými střevními záněty pokračují jednání s VZP. Na setkáních v květnu a červnu 2011 jsem jednal o navýšení částky na biologickou terapii. Pokud k navýšení dojde, bude hrazeno z rezerv plátců zdravotní péče. Vstřícnost centrálních orgánů VZP je důsledkem dobré spolupráce a pravidelných jednání odborné společnosti s orgány VZP.

Výbor společnosti rozhodl o tom, že v létě proběhnou volby do výboru endoskopické sekce ČGS ČLS.

Výbor společnosti tímto vyzývá případné kandidáty, aby zveřejnili svou kandidaturu na webových stránkách společnosti s návrhem svých plánů a aktivit. Prezentace by neměla přesáhnout jednu stránku formátu A4 a bylo by vhodné ji doplnit fotografií kandidáta. Uchazeč musí být členem ČGS ČLS JEP a zároveň členem endoskopické sekce. Své prezentace adresujte na adresu: kralova@guarant.cz nebo v tištěné formě na Guarant International, Dita Králová, Opletalova 22, 110 00 Praha 1.

Vážení kolegové a kolegyně, doufám, že tento newsletter povede k zlepšení informovanosti členů naší společnosti.

**Váš doc. MUDr. Radan Keil PhD.**  
Místopředseda ČGS ČLS JEP



AKTUÁLNĚ

## VOLBY DO ENDOSKOPICKÉ SEKCE ČGS ČLS JEP

Vážení členové endoskopické sekce,

na základě jednání odstupujícího výboru endoskopické sekce byly stanoveny podmínky k volbě nového výboru. Byla vybrána volební komise pod vedením prim. MUDr. Josefa Doseděla, která pověřila společnost Guarant International řízením a organizací voleb.

### Volební komise rozhodla o tomto postupu voleb:

- V brzké době obdržíte dopis s volebním lístkem. Vzhledem k tomu, že jsou volby tajné, bude Váš lístek očíslován a náhodně vložen do předem připravených obálek. Následně budou na uzavřené obálky náhodně nalepeny adresní štítky. Z této činnosti bude pořízen videozáznam.
- Ze všech členů do endoskopické sekce – viz seznam, tj. hlasovací lístek – vyberte prosím max. 7 kandidátů pro příští volební období, kteří by vás měli zastupovat. Hlas udělíte zakroužkováním čísla vedle jména kandidáta.
- Vyplněný volební lístek prosím odešlete zpět na adresu: **Guarant International Volby ENDO SEKCE**  
Opletalova 22, 110 00 Praha 1
- Volební komise se sejde 22.8.2011, otevře všechny obálky, vyřadí neplatné hlasy a spočítá volební lístky. Z této činnosti bude pořízen videozáznam. Každý z členů endoskopické sekce má právo účastnit se aktu otevírání obálek po předem nahlášené účasti.
- Neplatný lístek je takový, který obsahuje více kandidátů, než připouští limit nebo obsahuje kandidáta, který není na předepsaném tiskopise.
- Členy výboru se stanou Ti kandidáti, kteří obdrží nejvyšší počet hlasů.
- V případě rovnosti počtu hlasů rozhodne volební komise losem.

Děkujeme za účast a přejeme Vám úspěšnou volbu.

Za odstupující výbor endo sekce



J. Doseděl



A. Hep

## ZPRÁVA Z JEDNÁNÍ O NOVÉM SAZEBNÍKU VÝKONŮ

Dne 23. 6. 2011 se konalo jednání na MZD věnované přípravě na úpravu sazebníku výkonů.

Za oblast gastroenterologie se jednání zúčastnili členové pracovní skupiny výboru pro jednání s pojišťovny I. Líbalová a A. Hep.

Na jednání byla představena elektronická forma postupu, dle které bude možno sazebník aktualizovat dle současných cenových relací, změněných podmínek apod.

Odborné společnosti budou mít možnost porovnat současný stav sazebníku a počítačovou firmou představený návrh možných úprav vycházející z dat staré verze sazebníku, číselníku apod.

Presentující firmou bylo doloženo, že existují i významné rozdíly mezi podobnými či stejnými výkony, vykazovanými různými odbornostmi, rozdíly v číselném označení i v cenách léčiv (např. více než 10 označení pro F1/1). apod.

Bylo presentováno, že cílem úpravy je veškeré údaje sjednotit a rozdílnosti vyrovnat.

V následné diskusi zástupci odbornosti gastroenterologie konstatovali, že při kalkulaci hodnocení výkonu je značně problematické vycházet z ceny nejlevnějšího přístroje na trhu dostupného, který lze pro daný výkon použít. M.j. i vzhledem k tomu, že (i když nelze tento fakt absolutizovat) existuje nepopíratelná skutečnost vztahu mezi pořizovací cenou přístroje a jeho užitnými vlastnostmi a že použití pouze přístroje nejlevnějšího může v jistých případech značně ovlivnit i vlastní výstup vyšetřovacího či léčebného postupu a tak značně ovlivnit vlastní kvalitu léčebné péče.

Názor byl podpořen zástupci jiných odborností.

Možnost jednotlivých odborností se aktivně podílet na úpravách bude časově limitována (předpokládá se počátek možných vstupních zásahů cca v první polovině července).

Celý proces sazebníkových úprav je nyní na samotném počátku a bude vyžadovat značné pracovní a tedy i časové nasazení. O dalším průběhu jednání budeme dále informovat.



## REPORTÁŽ

### DIGESTIVE DISEASE WEEK 2011



Digestive Disease Week je jedním ze dvou kongresových vrcholů roku. Letos proběhl od 7. do 10. 5. Hostitelským městem po krátké přestávce bylo opět Chicago, město svojí atmosférou a logistikou pro obdobné události mimořádně příjemné. Počet účastníků se pohyboval kolem 15 000. Stejně jako v loňském roce se program zahusťil do 4 dnů, ale objem odborných sdělení zkrácením rozhodně neutrpěl. Program pokrýval tradičně prakticky všechnu oblast gastroenterologie a hepatologie.

Nespecifické střevní záněty byly tématem několika klinických i vědeckých sympózií. Většina z nich byla navštívena tak hojně, že nezbylo, než si najít místo k sezení na podlaže. Obsahově se sdělení týkala tradičních kontroverzních témat: kdy a u koho zahájit biologickou léčbu, rizika kombinované léčby antiTNF $\alpha$  a imunosupresivy, léčba fulminantní ulcerosní kolitidy a podobně. Autoři argumentačně vycházeli především z analýz již publikovaných dat ze známých velkých studií.

I mezi postery bylo na téma IBD možné najít práce významných autorů. Za zmínku stojí studie mezinárodní skupiny autorů i s Williamem Sandbornem a Jeanem-Fredericem Colombem: Ve studii EXTEND s adalimumabem v léčbě středně závažné a závažné Crohnovy choroby se autorům podařilo, pomocí nového skóre – incremental benefit index score (IBIS), identifikovat podskupinu pacientů s velmi rychlou odpovědí na léčbu. Tito pacienti s rychlou odpovědí na léčbu byli v průměru mladší, s kratší dobou trvání onemocnění, s vyšší hodnotou CDAI a bez předchozí léčby antiTNF v anamnéze. Pravděpodobnost dosažení hluboké remise onemocnění po 12 týdnech léčby adalimumabem byla u této skupiny nad 34%.

Endoskopická submukózní disekce a endoskopická mukózní resekce nepřestaly být žadaným tématem a naplnila několik bloků. Diskutována byla pro i proti jednotlivých technik v různých lokalizacích. Přestože stále platí, že práce autorů ze západního světa nelze co do počtu výkonů srovnávat s japonskými pracemi, citované evropské práce i prezentované videokazuistiky demonstrovaly znatelný pokrok v této oblasti. Z hepatologických témat stojí za zmínku blok týkající se inhi-

bitorů proteáz při léčbě hepatitidy C. S blížícím se zavedením těchto preparátů do běžné praxe jde o oblast velmi aktuální. Několik sekcí pokrylo problematiku portální hypertenze. Kupodivu málo citována a diskutována byla doporučení Baveno V.

Sekce s názvem My Weekend on Call byla určená především mladším gastroenterologům. Prezentovány formou kasuistik a následně diskutovány byly nejčastější náhlé příhody v gastroenterologii – hemateméza, enterorhágie, cizí tělesa v GIT a akutní dilatace tlustého střeva. Některé přístupy a pohledy jsou stále odlišné od běžné české praxe – urgentní endoskopie při známkách krvácení do GIT je stále v USA akceptována do 24 hodin po přijetí.

Českou republiku představilo svými pracemi několik pracovišť. Videoprojekce ASGE byla v letošním roce podána zábavnou formou Světového poháru národů. Mezi nominovanými 11 videosekvcemi se prosadila i práce autorů z Ústřední vojenské nemocnice (J. Martínek: A Successful Endoscopic Treatment of a Large Colonic Perforation Using a New Over-the-Scope Clip). Přestože na medaili tento příspěvek nedosáhl, prezentace obsahem i formou včetně následné diskuse důstojně reprezentovala českou gastroenterologii. Ústním sdělením se prezentoval MUDr. E. Machytka (Machytka E. et al.: Adjustable Intra-gastric Balloons: A 12 Month Pilot Trial in Endoscopic Weight Loss Management). V posterových sekcích pak byla zastoupena prakticky všechna větší česká a moravská pracoviště, někteří autoři pak vícenásobně.

Není v silách jednotlivce být na několika místech najednou a zmapovat všechna významná či zajímavá sdělení. Není tedy ani možné poskytnout všezahrnující zprávu. DDW bylo jako každoročně mysl osvěžující a odborně motivující. Přejí všem, aby v dalších letech měli příležitost se tohoto setkání zúčastnit.

### MUDr. Jan Štoviček





## ROZHOVOR

# CELIAKIE CHOROBA, KTERÁ JE STÁLE OPOMÍJENÁ



Ve Věstníku MZ ČR z 2. března letošního roku vyšel metodický pokyn pro cílený screening celiakie (částka 3, strana 51 až 54). Z dostupných dat v ČR se totiž ukázalo, že prevalence tohoto onemocnění u nás činí 1:200 až 1:250, diagnostikováno a dispenzarizováno je však pouze 10 až 15% nemocných. Jak říká prof. MUDr. Přemysl Frič, DrSc., z Interní kliniky 1. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice Praha, nejdůležitějším opatřením ke zlepšení současného stavu je cílený screening zaměřený na rizikové skupiny a choroby, podezřelé symptomy a přidružená autoimunitní onemocnění.

### Co předcházelo vydání metodického pokynu pro cílený screening celiakie?

Je dlouhodobou skutečností, že celiakie je v české populaci diagnostikována nedostatečně často a naopak často pozdě. To jsou dva zcela zásadní aspekty, protože pokud nemoc není odhalena včas, je imunitní systém pacienta trvale pod zvýšeným antigenním tlakem. Ohrožen je samozřejmě i dalšími systémovými chorobami, včetně zvýšeného výskytu zhoubných nádorů.

Nepoznaná celiakie je skutečně nebezpečnou chorobou, to si bohužel řada lékařů stále neuvědomuje. A její prevalence rozhodně není vzácná – z populačních studií, které u nás byly provedeny na přelomu tisíciletí, jsme asi před šesti lety odhadli, že v ČR je přibližně 40 000 až 50 000 celiaků. Tento

odhad byl asi o polovinu nižší než ve většině ostatních rozvinutých zemí, kde byla prevalence přibližně 1% populace. Skutečností ale je, že dnes už například ve Finsku prevalenci zvýšili na dvě procenta a domnívám se, že i u nás se zdvojnásobila. Ale nemáme k dispozici populační studie z období posledních pěti let.

### Když se už před několika lety ukázalo, že celiakie není raritní onemocnění, proč se podařilo prosadit cílený screening až nyní?

Již v roce 2004 vznikla při ministerstvu zdravotnictví Komise pro celiakii a metodický pokyn pro cílený screening měl vyjít už koncem roku 2005. Namísto toho však byla tato skupina zrušena. Dalších pět let jsme usilovali o prosazení screeningu celiakie a musím konstatovat, že pochopení ze strany ministerstva zdravotnictví za tu dobu nebylo nijak velké. Ve funkci se vystřídal sedm ministrů, ale zájem o tuto problematiku měl pouze dva.

### V čem projekt spočívá?

Praktickým lékařům a ambulantním specialistům se doporučuje, aby pacienty, u kterých mají podezření na celiakii, sami odeslali na první etapu diagnostiky. Ta spočívá ve stanovení sérových autoprotilátek ke tkáňové transglutamináze ve třídě imunoglobulinů A a stanovení celkového IgA. Asi u tří procent celiaků je přítomen izolovaný deficit IgA a v těchto případech je třeba vyšetřit autoprotilátky ve třídě imunoglobulinů G. Pokud je výsledek screeningu pozitivní, odešle praktik či ambulantní specialista pacienta ke gastroenterologovi. Ten pak zařídí druhou etapu screeningu, tedy perorální biopsii aborálního duodena a na gastroenterologickém pracovišti je také nově diagnostikovaný celiak dispenzarizován, jelikož nesnášenlivost lepku je celoživotní.

Pro pacienta má screening skutečně zásadní význam, protože pokud se zjistí, že se jedná o celiaka, a pacient začne dodržovat specifický léčebný režim, tedy bezlepkovou dietu, má šanci, že se vyhne všem komplikacím, tzv. přidruženým autoimunitním chorobám, a kvalita jeho života bude mnohem vyšší. A z toho pochopitelně profitují i zdravotní pojišťovny. Pokud se totiž celiakie odhalí pozdě, jsou léčebné náklady často vysoké až enormní.

### Existují nějaká ekonomická data, která by ukazovala na přínos screeningu celiakie?

Ekonomický přínos screeningu prokázali italsí kolegové pod vedením Tommasiniho, kteří screenovali děti ve věku 6 až 12 let. V souboru více než 3000 dětí byli původně pouze dva celiaci. Screening dvoustupňovou metodou, jak je navržen i u nás, prokázal chorobu u dalších třiceti pacientů. A nutno upozornit, že pouze třetina z nich měla symptomy podezřelé na celiakii.

Ekonomická analýza pak ukázala, že každý nediagnostikovaný celiak by znamenal náklady 8700 eur při následném postižení přidruženou autoimunitní chorobou nebo lymfomem. Celkové náklady na projekt činily 17 000 eur a celková úspora pak více než 165 000 eur. Ukázalo se tedy, že náklady na screening jsou mnohonásobně nižší, než jsou náklady na léčbu celiakie a jejich závažných komplikací.

Pro ČR jsme odhadli, že v náběhovém roce by si program celorepublikově nevyžádal více než kolem dvou milionů korun. Cílený screening celiakie je tedy jednoduchý a navíc velmi



málo nákladný. Přitom se však může stát velmi významným. Fakt je, že zatím žádná evropská země takový metodický pokyn, jaký vyšel u nás, nemá.

#### **Ve kterých diagnostických situacích může být metodický pokyn pro lékaře nejužitečnější?**

Symptomatologie celiakie se mění s věkem. Nejčastější chybou je, že lékaři na možnost celiakie nemyslí a léčí příznak, nikoliv chorobu. Dávno je překonáno dogma, že jde o chorobu dětského věku, ze které malí pacienti vyrostou. Střevní příznaky dominují klinickému obrazu pouze u dětí zhruba do tří let. U pacientů ve školním věku střevní symptomy ustupují do pozadí a objevují se především známky opožděného psychosomatického vývoje, dále anémie a malnutrice.

V pubertě se může celiakie spontánně zlepšit – stále nevíme, proč tomu tak je, ale patrně hrají roli hormonální změny, které jsou v tomto období bouřlivé.

V dospělosti, obvykle mezi 25. až 40. rokem, se nemoc opět projeví, střevní příznaky jsou však nenápadné nebo úplně chybějí. A tak se setkáváme s pacienty, kteří roky navštěvují internistu kvůli anémii, která se nelepší, nebo chodí do osteocenter kvůli osteoporóze či s gynekologem řeší problémy s reprodukcí. Dospělí tedy představují hlavní diagnostický problém, protože klinický obraz nemoci má u nich zcela individuální charakter. K dalším mimostřevním symptomům patří třeba poruchy menstruačního cyklu, herpetiformní dermatitida, polyneuritidy, ataxie, deprese či poruchy chování. K přidruženým autoimunitním onemocněním pak řadíme například autoimunitní tyreoiditidu, hepatitidu a především diabetes mellitus I. typu. Zde je nutno pochválit diabetologickou společnost, která má ve svých směrnících zakotveno, že každý nový dětský diabetik I. typu má být testován na celiakii.

Celiakie tedy představuje vysoce mezioborový problém. A vzpomínám si, když jsme před lety ještě jako komise při ministerstvu zdravotnictví oslovili 16 odborných společností České lékařské společnosti J. E. Purkyně, u kterých jsme se domnívali, že by se jejich problematika celiakie mohla dotýkat, tak kupodivu 15 z nich reagovalo pozitivně a mělo o spolupráci skutečně velký zájem.

#### **Co byste si přál do budoucna? Měl by vzniknout třeba národní registr celiaků?**

Bylo by dobré, kdyby metodický pokyn přešel do vyššího stupně, tedy statutu národního programu, obdobně jako je tomu u screeningu kolorektálního karcinomu. Pak by všechny vyšetřovací metody byly hrazeny mimo paušální sazbu. I když je nutno podotknout, že celiakie není vhodná pro populační screening, ale výhradně pro rizikové skupiny obyvatel. A také bych si přál, aby naše zdravotní pojišťovny řešily částečnou úhradu základních surovin bezlepkové diety, která je velmi drahá. Jednotlivé produkty i suroviny jsou čtyřikrát až desetkrát dražší než stejné výrobky obsahující lepek. Bezlepková dieta je však kauzální terapií. Představte si, že by pacient neceliak měl mikrobiální zánět plic a musel si platit antibiotika. To je srovnatelná situace. Na Slovensku například od roku 2006 zdravotní pojišťovny celiakům přispívají standardně na základní suroviny – například směs na výrobu chleba, mouku a dalších asi pět položek. V ČR zatím zdravotní pojišťovny nenalezly systémové řešení této otázky a přispívají občas podle své finanční situace některým skupinám celiaků.

jat

Foto: ZN

#### **Cílové skupiny indikované k cílenému screeningu celiakie**

##### **Rizikové choroby a skupiny:**

- příbuzní celiaků 1. stupně, při jejich pozitivitě také 2. stupně, zejména při výskytu podezřelého symptomu nebo jiné autoimunitní choroby,
- dermatitis herpetiformis (Duhring),
- mikrocytární anémie nereagující na léčbu přípravky železa,
- předčasná osteoporóza,
- terapeuticky rezistentní průjemová forma syndromu dráždivého střeva,
- polyneuropatie a myopatie nejasné etiologie,
- ataxie nejasné etiologie,
- deprese a poruchy chování,
- amenorea, pozdní menarche,
- infertilita a poruchy reprodukce,
- Downův a Turnerův syndrom.

##### **Podezřelé symptomy:**

- opožděný psychosomatický vývoj,
- nevysvětlený úbytek tělesné hmotnosti,
- nízké sérové železo,
- výrazné izolované zvýšení sérových aminotransferáz (AST, ALT),
- izolovaný deficit IgA,
- recidivující aftózní stomatitida,
- hypoplazie zubní skloviny.

##### **Přidružené autoimunitní choroby:**

- diabetes mellitus 1. typu
- autoimunitní tyreoiditida a jiné autoimunitní endokrinopatie,
- autoimunitní hepatitida,
- systémový lupus erythematoses,
- primární sklerozující cholangitida,
- primární biliární cirhóza,
- Sjögrenův syndrom,
- choroby pojiva,
- IgA nefropatie.

*Zdroj: metodický pokyn pro cílený screening celiakie*



## TÉMA

# METODICKÝ POKYN MZ-ČR „CÍLENÝ SCREENING CELIAKIE“

### Úvodní slovo:

Po šestiletém jednání schválilo Ministerstvo zdravotnictví metodický pokyn „Cílený screening celiakie“. Jeho text je publikován ve Věstníku MZ-ČR, částka 3, z 28.2.2011, str. 51-54 (viz níže). Význam tohoto dokumentu spočívá ve skutečnosti, že celiakie zůstává v české populaci zejména u dospělých osob nadále diagnostikována nedostatečně často a naopak často pozdě. Prevalence celiakie ve vyspělých zemích se udává v současné době hodnotou kolem 1% populace. I při odhadu pouze poloviční prevalence celiakie v ČR jde o 50 000 osob, z nichž je v současné době diagnostikováno jen asi 15%. Hlavní příčinou tohoto stavu je fenotyp nemoci: střevní příznaky chybějí nebo jsou nevýrazné.

Hlavní výstupy Metodického pokynu zahrnují: časnou diagnostiku, terapii a dispenzarizaci, odhalení mimostřevních forem, zjištění skutečné prevalence celiakie v ČR, prevenci komplikací, omezení a lepší kontrolu přidružených autoimunitních chorob, zlepšení kvality života celiaků a úsporu prostředků zdravotního a sociálního pojištění.

Gastroenterologii přísluší v pokynu „Cílený screening celiakie“ významná úloha a zodpovědný přístup k němu zvýší význam oboru nejen u laiků, ale také u státních a veřejných institucí. ČR je totiž první evropskou zemí, v níž ministerstvo zdravotnictví vydalo takový dokument, který se může stát příkladem pro jiné evropské země. Jde tedy o významný čin v oblasti veřejného zdravotnictví.

V této souvislosti je třeba upozornit, že problematice celiakie věnuje významnou pozornost Evropská unie. Tato v rámci 7. Rámcového výzkumného programu určila již v roce 2008 12 mil. € pro integrovaný multinárodní program „Celiakie – monitoring, diagnostika a léčení“.

Proto vytváří český Metodický pokyn pro členy ČGS také možnost širší mezinárodní spolupráce. Bližší údaje jsou k dispozici na <http://www.aoecs.org/>.

**Prof. MUDr. Přemysl Frič DrSc.**  
**Doc. MUDr. Radan Keil CSc.**

### Čl. 1 Obecná ustanovení

- 1 Celiakie je hereditární autoimunitní onemocnění dětí a dospělých s celosvětovým výskytem způsobené celoživotní nesnášenlivostí lepku (glutenu), jehož jedinou současnou kauzální terapií je bezlepková dieta. Celiakie je velmi častá autoimunitní choroba s prevalencí 0,5–2% ve vyspělých zemích. Kvalifikovaný odhad prevalence v ČR je 1:200–1:250, tj. 40 000–50 000 nemocných, ale v současné době je diagnostikováno a dispenzarizováno jen 10–15% celiaků.
- 2 Záměrem screeningu je identifikace velké populace dosud nediodagnostikovaných celiaků vzhledem k tomu, že celiakie se nadále diagnostikuje v české populaci buď nedostatečně často nebo naopak pozdě. Příčinou je změněný fenotyp nemoci. V současné době převládají střevní příznaky jen u malých dětí, kdežto u ostatních populačních skupin a zejména u dospělých převládají mimostřevní (atypické) příznaky. Další příčinou jsou nestandardní a chybné diagnostické postupy.
- 3 Cílem screeningu je časná diagnostika celiakie s následnou časnou terapií (zavedení bezlepkové diety), odhalení atypických forem celiakie, zjištění skutečné prevalence celiakie v České republice, prevence komplikací celiakie, omezení a lepší kontrola přidružených autoimunitních chorob, jakož i zlepšení kvality života celiaků.
- 4 U osob indikovaných ke screeningu se doporučuje dvoustupňové vyšetření. **V prvním stupni se doporučuje stanovení sérových autoprotilátek k tkáňové transglutamináze (AtTGA) v třídě IgA a stanovení celkového IgA.** Asi u 3% celiaků je přítomen izolovaný deficit IgA a v těchto případech je třeba vyšetřit autoprotilátky v třídě IgG. Pozitivní výsledek AtTGA indikuje **druhý stupeň** screeningu, tj. **perorální biopsii aborálního duodena (pod Vaterovou papilou)** na gastroenterologickém pracovišti pediatrickém nebo pro dospělé. Při vysoce rizikových symptomech (anemie, úbytek tělesné hmotnosti a průjem, tj. tři a více řídkých stolic denně) se doporučuje odeslat probanda na gastroenterologické pracoviště i při negativní serologii.
- 5 Cílený screening celiakie se provádí u přesně definovaných **cílových skupin**, u nichž lze předpokládat vyšší výskyt jedinců s nepoznanou celiakií.
- 6 Ke screeningu jsou indikovány:



## A. Rizikové choroby a skupiny

- příbuzní celiaků 1. stupně (rodiče, sourozenci, děti), při jejich pozitivitě také 2. stupně (prarodiče, strýcové, tety), zejména při výskytu podezřelého symptomu nebo jiné autoimunitní choroby
- dermatitis herpetiformis (Duhring)
- mikrocytová anemie nereagující na léčbu preparáty železa
- předčasná osteoporóza
- terapeuticky rezistentní průjemová forma syndromu dráždivého střeva
- polyneuropatie a myopatie nejasné etiologie
- ataxie nejasné etiologie
- deprese a poruchy chování
- amenorea, pozdní menarche
- infertilita a poruchy reprodukce
- Downův a Turnerův syndrom

## B. Podezřelé symptomy

- opožděný psychosomatický vývoj
- nevysvětlený úbytek tělesné hmotnosti
- nízké sérové železo
- výrazné izolované zvýšení sérových aminotransferáz (AST, ALT)
- izolovaný deficit IgA
- recidivující aftózní stomatitida
- hypoplazie zubní skloviny

## C. Přidružené autoimunitní choroby

- diabetes mellitus 1. typu
- autoimunitní tyreoiditida a jiné autoimunitní endokrinopatie
- autoimunitní hepatitida
- systémový lupus erythematoses
- primární sklerozující cholangitida
- primární biliární cirhóza
- Sjögrenův syndrom
- choroby pojiva
- IgA nefropatie

## Čl. 2 Metodika programu cíleného screeningu celiakie

Cílený screening celiakie se provádí u jedinců uvedených tří indikačních skupin, kteří konzumují stravu s obsahem lepku, a to v následujícím postupu:

### 1. Vytipování možného nositele onemocnění a odeslání probanda k sérologickému vyšetření autoprotilátek k tkáňové transglutamináze (AtTGA-IgA) a celkového IgA provádějí:

- praktičtí lékaři
- praktičtí lékaři pro děti a dorost
- ambulantní specialisté oborů:
  - dermatovenerologie
  - dětská dermatovenerologie
  - diabetologie a endokrinologie
  - gastroenterologie
  - dětská gastroenterologie a hepatologie
  - gynekologie a porodnictví
  - hematologie a transfúzní lékařství
  - alergologie a imunologie
  - vnitřní lékařství
  - neurologie
  - klinická osteologie
  - dětské lékařství
  - psychiatrie
  - dětská a dorostová psychiatrie
  - revmatologie
  - dětská revmatologie

### 2. Při selektivním deficitu IgA (u 1–3% celiaků) se žádá laborať o automatické doplnění vyšetření stanovením autoprotilátek k tkáňové transglutamináze ve třídě IgG (AtTGA-IgG)

- základním požadavkem je stanovení AtTGA kvantitativní metodou s udáním rozmezí normálních hodnot příslušné laboratoře
- vyšetření provádějí:
  - oddělení klinické biochemie a laboratorní diagnostiky
  - alergologická a imunologická laborať

### 3. Perorální biopsie aborálního duodena (pod Vaterovou papilou, D2 a nižší oddíly duodena)

- následuje při zjištění positivity AtTGA-IgA, popř. AtTGA-IgG
- při vysoce rizikových symptomech (anemie, úbytek tělesné hmotnosti a průjem, tj. tři a více řídkých stolic denně) se doporučuje i při negativní sérologii
- vyšetření provádějí:
  - gastroenterologické oddělení pro dospělé
  - gastroenterologické oddělení pro děti a dorost

**Postup vyšetření:** Při vyšetření se odebírá 4–5 vzorků, které je třeba orientovat před vložením do fixačního roztoku klky nahoru, což je předpoklad k nakrájení histologických řezů kolmo k slizničnímu povrchu a správnému hodnocení architektiky střevních klků. Detailní popis metody: Frič P. Endoskopická diagnostika celiakální sprue. Endoskopie 2002, 11: 69–73.



## Vyšetření u dětí:

- u malých dětí je preferován odběr enterobiopickou kapslí
- u starších dětí (obvykle nad 12 let) se provádí endoskopické vyšetření s odběrem sliznice aborální duodena s použitím endoskopů vhodných pro dětský věk
- endoskopické vyšetření v dospověm věku, kde není možné zajistit vyšetření na gastroenterologickém pracovišti pro děti, je možné provádět toto vyšetření na gastroenterologickém pracovišti pro dospělé

## 4. Histopatologické vyšetření vzorku sliznice tenkého střeva

je vyšetřovací metoda, při které se pomocí světelného mikroskopu hodnotí tkáňové řezy získané z formolem fixovaných tkáňových vzorků zalitých do parafínu. Základní barvení: hematoxylin-eosin. Imunohistologické vyšetření znaků CD3 a CD8 intraepiteliálních lymfocytů se provádí při podezření na refrakterní celiakii.

- vyšetření provádějí:
  - všechna oddělení oboru patologické anatomie, provádějící rutinní biopstická vyšetření endoskopicky získaných tkáňových vzorků z gastrointestinálního traktu

**Provedení vyšetření:** Histopatologické hodnocení preparátů je vždy prováděno patologem se specializovanou způsobilostí a zahrnuje popis základního uspořádání střevní sliznice, vzhledu klků a krypt a jejich případných změn, určení přítomnosti zánětlivého infiltrátu v lamina propria a jednotlivých buněčných typů v tomto infiltrátu zastoupených, stanovení přítomnosti intraepiteliálních lymfocytů a jejich kvantitativní zastoupení. Závěr histologického vyšetření obsahuje grading zjištěných změn podle modifikované Marshovy klasifikace:

Typ	IEL/100 povrchových epitelových buněk	Krypty	Klky
Typ 0 (normální)	<30-40	normální	normální
Typ I (infiltrativní)	>40	normální	normální
Typ II (hyperplastický)	>40	hyperplastické	normální
Typ IIIA (částečná atrofie klků)	>40	hyperplastické	mírná atrofie
Typ IIIB (subtotální atrofie klků)	>40	hyperplastické	výrazná atrofie
Typ IIIC (totální atrofie klků)	>40	hyperplastické	vyřazení
Typ IV (hypoplastický)	>40	hypoplastické	vyřazení

## Kvalitativní kontrola nálezů

- Minimálně 10% náhodně vybraných případů je podrobeno druhému čtení patologem se specializovanou způsobilostí (bez znalosti závěru původního výsledku). O výsledku tohoto druhého čtení je proveden písemný záznam.
- Preparáty jsou zpětně kontrolovány ve všech případech, kdy se objeví rozdílné výsledky histopatologického a klinického (laboratorního) nálezu.
- Nález je zaznamenán do zdravotnické dokumentace. Při nakládání se zdravotnickou dokumentací se postupuje v souladu se zákonem č. 20/1966Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou č. 385/2006Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. Nález je předán zpětpříslušnému klinickému pracovišti, které provedlo odběr tkáňových vzorků na papírové průvodce nebo na magnetickém médiu, případně elektronicky.

## 5. Zdravotní péče o nově diagnostikované celiaky v rámci screeningu

Tito nemocní se odesílají podle věku k zahájení léčby a dlouhodobé dispenzarizaci na gastroenterologické pracoviště pro děti a dorost nebo na gastroenterologické pracoviště pro dospělé.

## ČLENSTVÍ

Evidence členů ČLS JEP i jejích jednotlivých odborných společností se vede centrálně v sekretariátu ČLS JEP.

Zájemce o řádné členství v ČLS JEP i v odborných společnostech musí vyplnit „Přihlášku řádného člena České lékařské společnosti J. E. Purkyně“ a předat/zašle ji předsedovi odborné společnosti k projednání výboru odborné společnosti.

**Přihlášku ve formátu MS Word si můžete stáhnout [ZDE](#).**

## KONTAKT



**GUARANT International spol. s r.o.**

Dita Králová  
Opletalova 22, 110 00 Praha 1  
Tel.: 284 001 444  
Fax: 284 001 448  
E-mail: kralova@guarant.cz

[www.guarant.cz](http://www.guarant.cz)



## KALENDÁŘ DOMÁCÍCH AKCÍ

### V. Mezinárodní endoskopický workshop

28. června 2011 od 9 do 15 hodin  
Hradec Králové, Sokolská 581 – Výukové centrum LF UK  
v areálu FN

### 4. interaktivní seminář Biologická léčba IBD 2011

9. září 2011  
Praha, Palác Lighthouse  
Krčský chirurgický den

### Kolorektální karcinom

22. září 2011  
Hotel Chateau St. Havel, Praha 4

### Podzimní gastroenterologický den

6. října 2011  
Praha

## Český a slovenský gastroenterologický kongres

2.–5. listopadu 2011  
Brno, areál BVV a areál „E“

**Podání abstrakt** do 10. září 2011  
**Termín pro včasnou registraci** 30. září 2011



### Pracovní den koloproktologické sekce 2011 Divertikulitida a jiné záněty v koloproktologii

1. prosince 2011  
FN Motol

### Moravské gastroenterologické dny

2.–3. prosince 2011  
Bořetice, Hotel Kraví Hora

### Intenzivní kurz IBD pro lékaře a sestry (8.ročník)

8.–9. prosince 2011  
Praha, IKEM

## KALENDÁŘ ZAHRANIČNÍCH AKCÍ

### Best of ASCO Miami

29.–30. července 2011  
Miami, Florida, USA

### Best of ASCO Seattle

5.–6. srpna 2011  
Seattle, Washington, USA

### Falk Symposium 178, Diverticular Disease, A Fresh Approach to a Neglected Disease

2.–3. září 2011  
Kolín nad Rýnem, Německo

### 18<sup>th</sup> International Symposium on Hepatitis C Virus and Related Viruses

8.–12. září 2011  
Seattle, Washington, USA

### International Congress of Endoscopy (ICE), 2011

12.–14. září 2011  
Los Angeles, USA

### 6<sup>th</sup> Scientific and Annual Meeting of the European Society of Coloproctology (ESCP)

21.–24. září 2011  
Kodaň, Dánsko

### EURO-NOTES 2011: 5<sup>th</sup> Joint European Notes Workshop

22.–24. září 2011  
Frankfurt nad Mohanem, Německo

### The 2011 European Multidisciplinary Cancer Congress

23.–27. září 2011  
Stockholm, Švédsko

### 3<sup>rd</sup> Biennial Asian-Pacific HPBA Congress, Making a difference with new technologies

27.–30. září 2011  
Melbourne, Austrálie

### Falk Symposium 179, Revisiting IBD Management: Dogmas to be Challenged

30. září – 1. října 2011  
Brusel, Belgie

### Asian Pacific Digestive Week (APDW) 2011

1.–4. října 2011  
Singapur

### ESPGHAN SUMMER SCHOOL OF Gastro Intestinal Endoscopy

European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition

3.–6. října 2011  
Parma, Itálie

**Podání abstrakt** do 1. července 2011!



**ESGE Symposium – Quality in Endoscopy: ERCP**

7.–8. října 2011

Mnichov, Německo

**Podání abstrakt do 15. července 2011!**

**Second Digestive Endoscopy Symposium**

8.–9. října 2011

Salmiya, Kuvajt

**19<sup>th</sup> United European Gastroenterology Week (UEGW) 2011**

22.–26. října 2011

Stockholm, Švédsko

**The Liver Meeting, 62nd Annual Meeting and Postgraduate Course of the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)**

4.–8. listopadu 2011

San Francisco, California, USA

**Falk Symposium 180, IBD 2011: Progress and Future for Lifelong Management**

11.–12. listopadu 2011

Tokio, Japonsko

**Podání abstrakt do 31. července 2011!**

**EASL Clinical School of Hepatology, Course 17: Portal Hypertension in Liver Disease**

25.–26. listopadu 2011

Benátky, Itálie

**2011 Advances in Inflammatory Bowel Diseases: Crohn's & Colitis Foundation's Clinical & Research Conference**

1.–4. prosince 2011

Hollywood, Florida, USA

**13<sup>th</sup> International Workshop on Therapeutic Endoscopy**

11.–12. prosince 2011

Káhira, Egypt

**Improving Quality and Safety in Your Endoscopy Unit**

14. prosince 2011

New York, USA

**EASL Special Conference – Liver Transplantation**

15. - 17. prosince 2011

Lisabon, Portugalsko

Podání abstrakt do 19. září 2011

# OLYMPUS

EVIS EXERA II™ GASTROINTESTINAL VIDEOSCOPE

## OLYMPUS GIF TYPE XP180N

Čtyřstranné ohyby nastavují nový standard ovladatelnosti v kategorii supertenkých nasálních videogastroskopů. Tradičně vysoká kvalita zobrazení spolu s NBI doplňuje výhody nové generace těchto přístrojů.



**Olympus Czech Group, s.r.o., člen koncernu**

Evropská 176, 160 41 Praha 6,

tel.: +420 221 985 211, fax: +420 221 985 505

e-mail: info@olympus.cz, www.olympus.cz



**Biopron<sup>®</sup>**  
**FORTE**

**POZOR!**  
**na letní průjmy!**

...na dovolenou jen příjemné  
vzpomínky



vhodný  
i pro děti od  
**6 MĚSÍCŮ**

**PŘED PRŮJMY MĚ OCHRÁNÍ  
DOMA I PŘI TOULÁNÍ**

- > při akutních průjmech a dalších střevních potížích
- > při obnově zdravé střevní mikroflóry a úpravě zažívání
- > pro posílení trávicího ústrojí před a při pobytu v rizikových zemích
- > obsahuje *Saccharomyces boulardii*

[www.biopron.cz](http://www.biopron.cz)

**VALOSUN<sup>®</sup>**  
UNIKÁTNÍ PŘÍRODNÍ LÉKARNA

**CS ELLA**

**SX-ELLA Stent biliární  
NITINELLA Plus**

Nekrytý – Částečně krytý – Plně krytý (odolný silikon)

Nový vyplétaný zavaděč odolný vůči zalomení  
Zavaděč pro endoskopické použití 7-9 F / 175 cm  
Zavaděč pro transhepatální použití 7-9 F / 60 cm

ELLA-CS, s.r.o., Milady Horákové 504, Hradec Králové, 500 06, Česká republika, Telefon: +420 495 279 111, URL: [www.ella.cz](http://www.ella.cz)



**PICOPREP<sup>®</sup>**

prášek pro přípravu perorálního roztoku  
Magnesium citrát + pikosulfát sodný

**Zkrácená informace o přípravku PICOPREP prášek pro přípravu perorálního roztoku**

**Název přípravku:** PICOPREP prášek pro přípravu perorálního roztoku.  
**Složení:** 10 mg natrij picosulfas, 3,5 g magnesi oxidum leve a 12 g acidum citricum v 1 sáčku. **Indikace:** Vyprázdnění střeva při přípravě na endoskopické či radiologické vyšetření nebo k chirurgickému výkonu na tlustém střevě. **Kontraindikace:** Precitlivlost na některou ze složek přípravku, závažná dehydratace, nevolnost a zvracení, městnavé srdeční selhání, žaludeční retence, VCHGD, toxická kolitida či megakolon, akutní střevní záněty, náhlé příhody břišní vč. ileu, obstrukce či perforace GITr, rhabdomyolýza, hypermagnezémie, závažná renální insuficience. **Dávkování:** Dospělí a děti nad 9 let: 1 sáček rozpuštěný v cca 150 ml vody vypít ráno v den před výkonem, další sáček 6-8 hod. poté. Dávkování u mladších dětí - viz SPC. **Zvláštní upozornění:** Přípravek obsahuje laktózu a draslík (195 mg v 1 sáčku). Zvláštní opatnost nutná při sklonu k hypokalémii (např. u pacientů užívajících diuretika či kortikosteroidy), při podávání dětem, starším osobám, pacientům se zhoršenými renálními funkcemi, se srdečními či zánětlivými střevními onemocněními a osobám, kde hypokalémie představuje zvláštní riziko (léčba digoxinem). **Těhotenství:** Léčba se nedoporučuje. **Laktace:** Podání možno zvážít. **Nežádoucí účinky:** Bolesti hlavy, nevolnost a zvracení, bolesti břicha a konečníku, průjem, inkontinence stolice, aftoidní ulcerace v ileu, hyponatrémie a hypokalémie, alergické reakce, epilepsie. **Předávkování:** Následkem je silný průjem, léčba symptomatická. **Interakce:** Může dojít k modifikaci vstřebávání jiných léků užívaných p.o. Tetracykliny, fluorchinolony, železo, digoxin, chlorpromazin a penicilamin užívat min. 2 hod. před a více než 6 hod. po užití přípravku. Účinnost snižují objemová laxativa. **Podmínky uchování:** Chránit před vlhkostí. **Držitel rozhodnutí o registraci:** FERRING Pharmaceuticals CZ, s.r.o., ČR. **Registrační číslo:** 61/497/10-C. **Datum revize textu:** 16.6. 2010. **Výdej vázán na lékařský předpis. Před předepsáním se prosím seznamte s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku, které obdržíte na adrese: FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o., K Rybníku 475, 252 42 Jesenice u Prahy.**