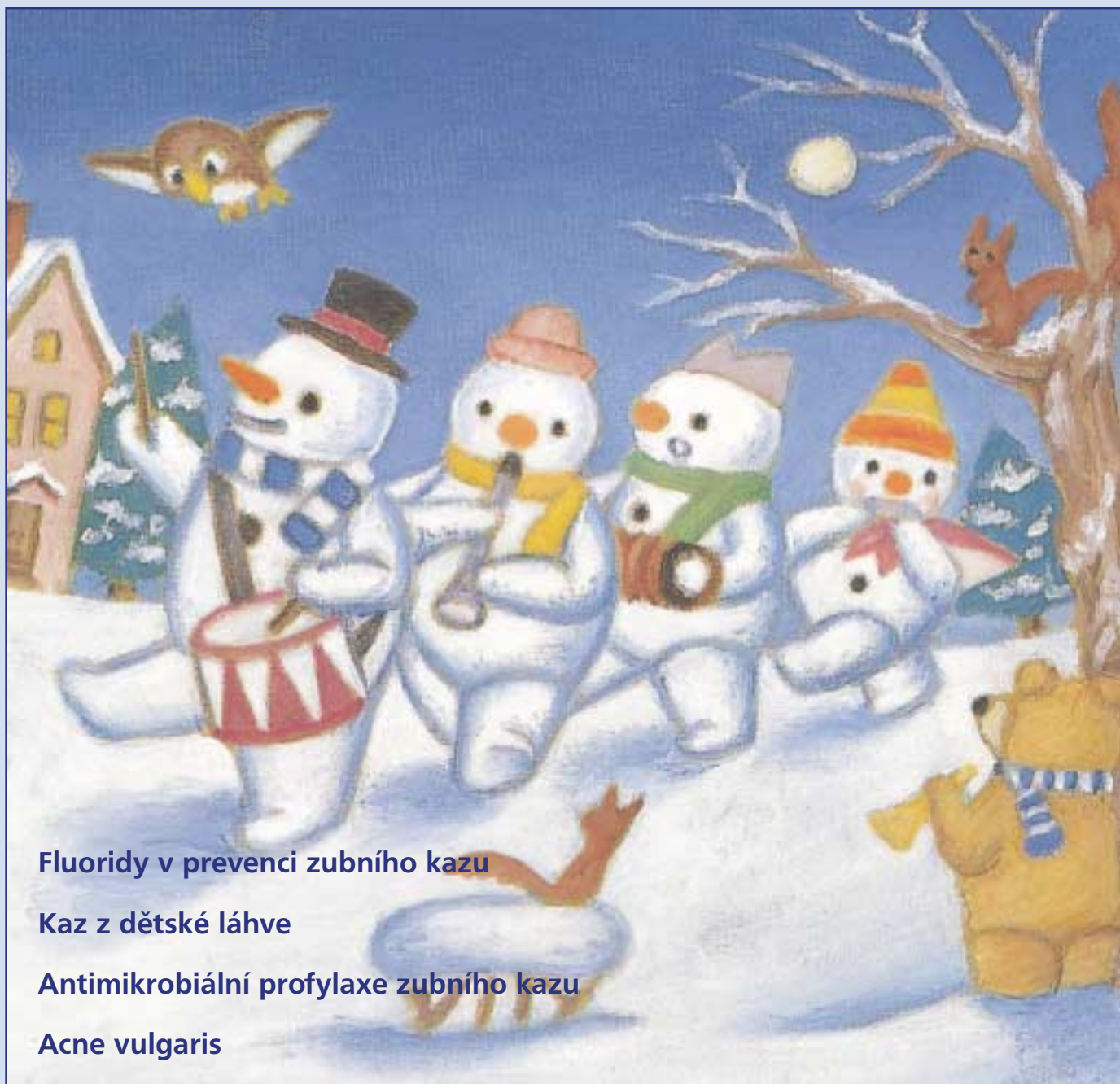


leden 2003 ■ číslo 1 ■ ročník 3

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Fluoridy v prevenci zubního kazu

Kaz z dětské láhve

Antimikrobiální profylaxe zubního kazu

Acne vulgaris



tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství

MEDIX

Adresa vydavatelství:
Branická 141, 147 00 Praha 4
tel./fax: 244 462 959
e-mail: vox@imedix.cz

Časopis garantován
Sdružením praktických lékařů
pro děti a dorost ČR
zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem
ve spolupráci s Odbornou společností
praktických dětských lékařů ČLS JEP
zastoupené MUDr. Hanou Cabrnchovou.

Vedoucí redakční rady:
MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:
MUDr. Pavel Neugebauer
MUDr. Jiřina Dvořáková
MUDr. Jiří Liška, CSc.
MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:
Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:
PhDr. Jana Kratochvílová

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

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.
Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.
Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků.

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.
Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.
Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Veronika Drahozalová
U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10
tel.: 267 184 065, mobil: 602 873 761
e-mail: centrum@detskylekar.cz
e-mail: veronika.drahozalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc prosinec 2002	5
Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů	6
Současný systém pediatrické péče se osvědčuje	6
Rodinný lékař není nová odbornost...	7
Úspěch v Německém spolkovém sněmu	7
Změna předpisu o úhradě výkonů provedených na žádost soudu	8
Otevřený dopis prezidentovi ČLK + Odpověď	9
Standard LSPP	12
Zkušenosti z oceňování privátních lékařských praxí	14



Dopis ministryni zdravotnictví ČR	15
Zápis z jednání OSPDL ČLS JEP	15
Doc. MUDr. Z. Broukal, CSc., MUDr. E. Lenčová Fluoridy v prevenci zubního kazu	16
Doc. MUDr. V. Merglová, CSc. Kaz z kojenecké láhve	19
Ze Sbírkky zákonů ČR...	příloha

MUDr. D. Houšová, CSc. a kol. Fluoridové zubní pasty pro děti	20
Doc. MUDr. J. Dušková, CSc., Doc. MUDr. Z. Broukal, CSc. Možnosti antimikrobiální profylaxe zubního kazu prostředky chlorhexidinového typu	23

Doc. MUDr. J. Rulcová, CSc. Acne vulgaris	25
---	-----------

MUDr. J. Helcl, DrSc. Inaktivovaná vakcína proti poliomyelitidě	30
---	-----------



Aktuality	31
Řádková inzerce	38



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrázek na titulní straně namaloval ústy Koshoji Hironori



Vážené kolegyně, kolegové,

ráda bych Vám všem popřála mnoho úspěchů v roce 2003 a nám všem atmosféru jasně dané budoucnosti pro PLDD v České republice. Přeji nám, aby se uzavřená dohoda s Českou pediatrickou společností a Katedrou pediatrie v prosinci 2002 stala dobrým odrazovým můstkem pro diskusi na legislativní úrovni, diskusi nad systémem vzdělávání PLDD. Za zmíněnou dohodu jsem opravdu ráda. Poprvé jsme se dostali k definici, kdo je praktickým lékařem pro děti a dorost a jaké musí mít vzdělání. První dny letošního roku nám dávají bohužel za pravdu, že mnohým není zcela jasné, zda má být PLDD zachován a kdo že to vlastně je, jak ho budeme vzdělávat. Pod tlakem hrozících a stále se opakujících snah o zavedení jedné odbornosti praktických lékařů jsme rádi, že se podařilo sjednotit pohled na uvedený problém v rámci obce pediatrické a to nám dává sílu do dalších bojů. Jak ukazují první měsíce letošního roku, kdy se objevuje snaha MZČR o zavedení systému vzdělávání umožňujícího se starat v primární péči o pacienty bez věkového omezení, je dobré, že mezi sebou jako pediatri máme nyní jasno a společně budeme proti takovému to snahám vystupovat.

Velkým dárkem k Novému roku se stal zcela nový zdravotní a očkovací průkaz, který jistě může přinést mnoho dalších podnětů k zamyšlení, nápadů na inovaci a já Vám jménem všech, kdo se na jeho přípravě podíleli za všechny předem děkuji. Je historickou skutečností, že jsme se na přípravě nového ZOP poprvé nejen podíleli, ale sami ho také navrhli a přes připomínky ho dostali do fáze nalezení zdrojů na vydání a nyní již i jeho faktického vytištění.

Další velkou novinkou letošního roku je možnost použít pro pravidelné očkování jinou očkovací látku než hradí stát. Novela zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví dává lékařům i rodičům našich dětí větší možnost volby očkovací látky. V praxi se nejčastěji setkáváme se situací, kdy některé děti mají po očkování mírnější reakce, které se volbou jiné očkovací látky dají snížit. Je potřeba zdůraznit, že látky používané pro očkování v České republice musí být řádně registrované, tedy schválené pro použití a ve všech případech se jedná o velmi kvalitní látky. Na prvním místě v hodnocení kvality je jejich schopnost zabránit vzniku infekčních onemocnění proti kterým se očkuje. Další známkou kvality je také co nejmenší množství reakcí po očkování, a tady se některé očkovací látky liší. Jsme rádi, že za těchto situací tak máme rodičům co nabídnout a že se nám i díky novým možnostem ve volbě vakcíny bude dařit proočkovat co největší procento dětské populace.

Druhou možností, která vyplývá z novely Zákona o ochraně veřejného zdraví, je možnost použít při očkování vakcínu kombinovanou a naočkovat tak dítě při jedné aplikaci proti více nemocem.

Jsme rádi, že zazněl předběžný příslib MZ ČR, že od příštího roku, tedy 2004, bude do očkovacího schématu pravidelného očkování dětí v České republice zařazena nová očkovací látka s nižší reaktogenitou.

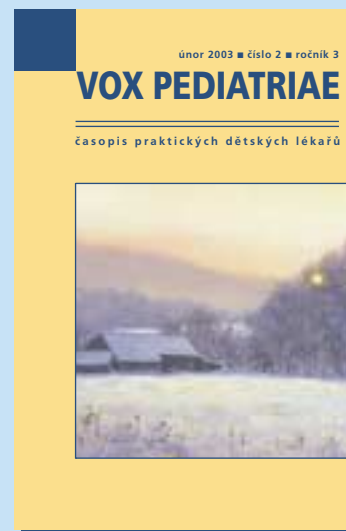
Zmíněná legislativní úprava přináší především možnost většího rozhodování a záleží na každém z nás, jak s touto informací naložíme. Nemůžeme ale tuto skutečnost veřejnosti zatajovat. Právě nedostatek objektivních informací nám byl právem vyčítán i ústy tzv. odpůrců očkování. Trochu mě však mrzí, že ne všechny novináři dokáží předávat objektivní informace. Sama jsem to nyní zažila po tiskové konferenci, která měla za cíl informovat o této možnosti veřejnost. Výsledky prezentovaných zahraničních studií byly v některých případech paušalizovány a použity jako obecně platné. Znovu jsem si ale také potvrdila, že se najdou novináři, kteří umí informaci podat správným způsobem a veřejnost informovat objektivně. Je to tak asi u všech profesí, že jsou mezi námi svědomití, odpovědní, ale také nepřející, závistiví a kritizující, a to bez jakékoliv odvedené práce, často bez znalosti uvedeného problému. Učím se s tímto vědomím žít a děkuji každému za slova podpory pro další práci.

Hana Cabrnová
Předsedkyně OSPDL ČLS JEP

**Taktika léčby
středoušního zánětu**

**Problematika sinusitid
v dětském věku**

Adenoidní vegetace



seznam inzerujících firem

AVENTIS PASTEUR
GlaxoSmithKline
LÉČIVA
NUTRICIA
ORION DIAGNOSTICA
SCHERING
STADA PHARMA
YAMANOUCHI

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

Úterý 10,00 - 17,00

Středa 10,00 - 17,00

Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla

zastihnete v těchto hodinách:

Úterý

14,00 - 16,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

Středa

10,00 - 12,00 - MUDr. Hana Cabrnová

13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn

16,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc prosinec

MUDr. Pavel Neugebauer

Prosinec byl opět měsícem hodně pracovním, takže mnozí z vedení Sdružení ani nebyli schopni vnímat postupné se přibližování dle mnohých nejkrásnějších svátků roku, pokračovala jednání v souvislosti s budoucností naší odbornosti, některé kraje se snažily přes noc vyřešit problém LSPP, některé se snažily tohoto problému zbavit, všechny se však chystaly na převzetí kompetencí, často však vůbec netušily, co je vlastně čeká, v systému zdravotního pojištění se opět znatelně prohloubil rozpor mezi objemem poskytované péče a objemem prostředků v něm. Zdá se, že rok 2003 bude na události ve zdravotnictví bohatý, co nám to přinese, to asi v tuto chvíli netuší ani nejrenomovanější věštcí. Chtěl bych Vás informovat opět alespoň o nejdůležitějších milnicích v tomto měsíci.

3.12. - z podnětu občanského sdružení ČLK o.s. proběhl mimořádný jednací den dohodovacího řízení o cenách, přičemž hlavním a jediným bodem programu byl návrh na úpravu jednacího řádu tohoto dohodovacího řízení, pomínou-li snahu tohoto občanského sdružení v jednom jednání projednat jednací řády ještě dalších dvou dohodovacích řízení - k seznamu výkonů a k rámcovým smlouvám, nelze toto konkrétní jednání nazvat jinak než fiaskem. Pravděpodobně ne zcela detailně připravené jednání vyústilo ve spleť zmatečných hlasování takže jednání ani nemohlo skončit jinak než konstatováním, že k žádné změně nedochází a platí tak nadále předchozí stav.

3.12. - další jednání Koalice ambulantních lékařů, zápis opět zveřejňujeme na jiném místě.

6.-7.12. - v Kutné Hoře proběhlo jednání „Českého zdravotnického fóra“, kde sice proběhla zajímavá diskuse na téma financování našeho zdravotnictví, odemonstrovány byly výstupy, které jednoznačně potvrzují nesystémové přelévání financí zdravotního pojištění do nemocnic, jestli ale tyto výstupy padnou na úrodnou půdu, to ukáže až čas, pravděpodobnost však není veliká, i když se jednání osobně účastnil i ekonomický náměstek ministryně zdravotnictví Hlaváček. Z koncepčních materiálů, které z tohoto ministerstva odcházejí, takový signál nelze rozhodně zaznamenat, spíše naopak.

11.12. - na půdě IPVZ Praha se scházejí pověřeni zástupci ČPS s námi a naší odbornou společností, aby se pokusili najít východisko

z diskusí kolem budoucnosti PLDD v souvislosti s předkládanou legislativou. Výsledkem jednání byl možný model při zachování jedné společné atestace s následným odlišením jednotlivých odborností (PLDD, klinický pediatr, neonatolog) systémem licencí či certifikací, které by zohledňovaly náplň specializační přípravy a umožnily tak snazší přestup z jedné uvedené odbornosti do druhé. Další vývoj však spíše ukazuje velmi obtížné prosazení takového modelu.

12.12. - proběhla informativní schůzka s ředitelkou VZP ing. Musílkovou za účasti mne a předsedy SPL ČR dr. Šmatláka. Předmětem bylo vyjasnění si některých sporných otázek. Jedním z bodů byl rozbor příčin zpoždování plateb, růst platební neschopnosti VZP. Základním problémem se jeví problematické rozhodnutí o úhradách zdravotní péče, kdy dochází k přelévání peněz do lůžkových zdravotnických zařízení vzhledem k jejich obtížné ekonomické situaci. Toto rozhodnutí přesahuje možnosti systému a dopadá pak negativně na všechna ambulantní zařízení. Možné penalizace tak nahrávají spíše možné změně systému se zrušením zdravotních pojišťoven a přechodu k systému rozpočtování zdravotnictví a tedy opuštění alespoň částečně samosprávného systému. Diskutována byla opět i otázka „kontaktního kódu“, relevantnost jeho zavedení nebyla ani na této schůzce nalezena, proto bylo dohodnuto, že budou učiněny patřičné kroky, které by měly vést k jeho zrušení. Ing. Musílková dále přislíbila zaslat nám stanovisko VZP k původní kalkulaci KKVP, které by potvrdilo skutečnost, že tento způsob platby byl kalkulován na 8,5 hodiny práce PL. Stále se čeká na jed-

noznačné stanovisko kolem léků s označením „P“. Dále bylo potvrzeno pokračování „studie CRP“ dle současných dodatků s tím, že v lednu dojde k vyhodnocení získaných podkladů a následně bude jednáno o dalším postupu.

- 12.12.** - jednalo Předsednictvo SPLDD
- 16.** Informace o stavu jednání kolem oboru PLDD vč. informace o jednání na IPVZ
- 17.** Problematika LSPP - aktuální stav v regionech
- 18.** Systém zdravotního pojištění, zpoždování plateb, informace o jednání s ing. Musílkovou
- 19.** Řešena aktuální problematika v regionech
- 20.** Informace o termínovém kalendáři na rok 2003

16.12. - tisková konference koalice za slušné účasti médií, výstupy tomu však neodpovídaly, ačkoliv prezentována otázka financování ambulancí, zdá se že to není vnímáno stejně aktuálně jako v případě nemocnic!!!, obdobně „nezaujala“ ani problematika předkládané legislativy

17.12. - proběhlo jednání analytické komise SPLDD, hlavním tématem bylo rozpracování vzniku nákladových středisek, materiál by měl být připraven k distribuci v lednu 2003

Pravidelně každou středu se schází Výbor k řešení nejaktuálnějších problémů a o výstupech byly informováni regionální zástupci na jednání Předsednictva.



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů

3. prosince 2002

Program:

1. Zpoždování plateb od VZP
2. Návrh zákona o zdravotnickém zařízení
3. Návrh zákona o nelékařských povoláních
4. Tisková konference Koalice

1. Zpoždování plateb od VZP

Účastníci schůzky jednali o příčině zpoždování plateb za zdravotní péči a léky od VZP. Hlavní příčinou je stále odliv finančních prostředků do nemocnic, situaci by mohl vyřešit nepřekročitelný oddělený fond nemocnic. Dostupné informace signalizují úmysl státu zvýšit svou pravomoc ve správních a dozorčích orgánech zdravotních pojišťoven.

2. Návrh zákona o zdravotnickém zařízení

Návrh zákona vrací české zdravotnictví zpět do minulosti, vytváří národní systém zdravotní péče. Úkol: prostudovat návrh zákona a specifikovat všechna jeho negativa. V souvislosti s tímto bodem hovořili účastníci jednání kriticky o způsobu, jakým jsou návrhy zdravotních zákonů předkládány PS Parlamentu, bez dostatečné odborné diskuse. Na tento způsob jednání MZ ČR je třeba začít reagovat.

3. Návrh zákona o způsobilosti k výkonu nelékařských povolání

Návrh zákona zvyšuje nároky na odbornou přípravu zdravotnických nelékařských povolání a zvyšuje počet zdravotnických pracovníků, kteří mohou pracovat samostatně, bez odborného dohledu lékaře. Přijetí návrhu by znamenalo nárůst počtu ZZ a nárůst čerpání finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění.

4. Tisková konference Koalice

K problémům financování zdravotní péče, návrhu zákona o způsobilosti k výkonu lékařských povolání, návrhu zákona o způsobilosti k výkonu nelékařských povolání a návrhu zákona o zdravotnickém zařízení se bude konat v pondělí 16. 12. 2002 od 11.00 hodin ve velké učebně Vzdělávacího střediska tisková konference Koalice.

Další jednání: pondělí 16. 12. 2002 od 9.00 hodin v pracovně MUDr. Pekárka, od 11.00 hodin se koná ve Velké učebně Vzdělávacího střediska tisková konference Koalice

Zapsala: **Mgr. Zina Stadkovská**

Současný systém pediatrické péče se osvědčuje

Publikováno dne: 12.12.2002 ve ZdN

V článku Odborná společnost praktiků má nového předsedu (ZdN 46/2002) byl citován její bývalý předseda Otto Herber, který se vrací k ideji rodinného lékaře: „Odbornost pediatra bych viděl spíše v roli konzultanta, specialisty (...) výsledkem by byla jedna odbornost lékaře, který by měl kompetenci léčit pacienta od narození až po smrt.“

Sen o rodinném lékaři, opakovaně oživovaný některými představiteli naší lékařské obce, je podpírán historickou strukturou primární lékařské péče západoevropských zemí. Praktičtí lékaři (GP, chcete-li) mají v těchto zemích velkou autoritu, která jim však nespadá do klína šůry, ale byla dlouhá desetiletí pečlivě pěstována pre- i postgraduální přípravou.

V organizaci primární péče o dětskou populaci však v posledních letech dochází k významnému posunu i v řadě západoevropských zemí. Právě v oblasti péče o dětskou populaci se snáší opakovaně na hlavy praktických lékařů oprávněná kritika. V éře enormně narůstajícího množství lékařských informací a pokračující superspecializace je velmi obtížné integrovat nové poznatky v širokém záběru do každodenní praxe v rámci jednoho oboru zahrnujícího pacienty od 0 do 100 let. Kojenec a geriatrický pacient jsou z medicínsko-biologického pohledu s prominutím dva různé „živočišné druhy“. Rodiče v západoevropských zemích spontánně preferují narůstající měrou péči pediatrů nejen coby konzultantů, ale i jako lékařů primární péče, čímž dochází k významným posunům v rozložení poskytovatelů primární péče. Uvedené trendy jsou provázány i diskusemi nad legislativním zakotvením těchto změn.

Podstatnou součástí praktické pediatrie je propracovaný systém preventivní péče a očkování mající v naší zemi dlouhou a spolehlivou tradici, čímž se zdaleka nedá charakterizovat oblast dospělé medicíny. Představa, že praktičtí lékaři, kteří mají rezervy v provádění preventivní péče o svoji klientelu, rozšíří svoji činnost ještě o zcela odlišný systém preventivních prohlídek s jejich specifitami zvláště kojeneckého a batolecího věku, spadá nejspíše do oblasti utopického vizionářství. Lze samozřejmě namítnout, že tuto část pediatrické péče by bylo možno pokrýt zvláštní skupinou „preventivních pediatrů“, ale znamenalo by to další radikální zásah do celého systému péče, který je v současnosti plně funkční a vykazuje výsledky patřící k evropské špičce. Mimořádně – za posledních 10 let si několik desítek pediatrů rozšířilo kvalifikaci o všeobecné lékařství, ale nevíme o žádném všeobecném lékaři, který využil možnosti dovzdělání v oblasti pediatrie.

Volat v zavedeném a v zásadě funkčním systému péče o dětskou populaci v daných (výše uvedených) podmínkách po tak zásadní změně ve směru rodinného lékaře lze snad vysvětlit jen jako důsledek oslabené percepce reality a nepochopení současných trendů v medicíně. Stárnutí evropské (tedy i naší) populace při současné snaze prodlužovat lidský život, bohužel leckdy až za hranice jeho přirozenosti, přináší a bude nadále přinášet všeobecným lékařům dostatek starostí, ale také podnětů k profesionálnímu růstu, aby se konečně mohli octnout v postavení praktických lékařů západoevropského typu a požívat zaslouženého ocenění.

MUDr. Josef Gut

*přednosta dětského oddělení nemocnice v České Lípě,
člen komise pro postgraduální vzdělávání výboru České pediatrické společnosti*



V prosinci loňského roku oslavila významné životní jubileum
naše kolegyně, bývalá dlouholetá členka vedení SPLDD ČR

MUDr. Květa Ludvíková

Jménem Předsednictva Sdružení a redakce VOXu si dovolujeme ji
popřát do dalších let mnoho spokojenosti a zdraví.



Rodinný lékař není nová odbornost, ale jedna z funkcí praktika

Publikováno dne: 12.12.2002 ve ZdN

Článek Odborná společnost praktiků má nového předsedu (ZdN 46/2002) cituje z projevu Otto Herbera, ve kterém mimo jiné otvírá otázku rodinného lékaře. Rád bych na tuto část projevů bývalého předsedy Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP reagoval otevřeným dopisem.

Vážený pane doktore Herbere,

dovoluji mi, abych reagoval na vaši vizi role pediatra (jako pouhého konzultanta) v souvislosti s úsilím o ustavení odbornosti lékaře s kompetencí léčit pacienta od narození až po smrt.

Takovým lékařem by byl podle vás rodinný lékař. Nechci vám brát práva na iluze, ale musím konstatovat, že tato představa funkce rodinného lékaře je zhoubná. Zhoubná pro současnou medicínu jak v primární péči, tak pro její část specializovanou. Většina odborníků zabývajících se činností lékaře v primární péči soudí, že narůstající informace a poznatky přesahují možnost vzniku široce encyklopedicky vzdělaného lékaře. Pacient nás díky informačním možnostem denně překvapuje dotazy, na které zná i odpověď, a čeká, jak budeme reagovat. Představa, že někdo dokáže připravit reprofiliizační kursy prolínající pediatrii s všeobecným lékařstvím (předpokládám, že nemyslíte praktického lékaře pro dítě a dorost, ale praktického lékaře pro dospělé) s účelem naučit léčit nemoci od novorozenecké hyperbilirubinémie až po Alzheimerovu chorobu, je pro mne stejně absurdní jako představa, že rodinný lékař bude jen léčit. To nebude plnit funkci v oblasti sociální a preventivní medicíny, kterou dnes mají plnit praktici pro děti i pro dospělé? Každý praktický lékař je lékařem rodinným už dnes, pokud naplňuje všechny části svého mnohovrstevného působení. Nepotřebuje k tomu nálepku „rodinný“. Za rodinného lékaře považují svého praktika i ti, kteří posílají svá vnoučata k dětskému praktikovi; rodiče dětí svěřují svému dětskému praktikovi problémy rodiny, aby je řešil, jako by byl jejich „rodinný lékař“. Rodinný lékař tedy není nový obor nebo odbornost, ale jedna z funkcí praktického lékaře v sociální sféře a i v etické oblasti.

Po mnoha letech působení pediatra v primární péči – jak bývalého obvodního dětského lékaře, tak dnes i praktického lékaře pro dítě a dorost – můžeme srovnávat. Srovnávat s dobou, kdy se o všechny u nás staral praktik (asi do padesátých let minulého století). Srovnávat se zeměmi, kde se požadavek, aby v primární péči působil dětský praktik, už dostává na pořad jednání vlády (Německo). Srovnávat se zeměmi, kde se současné nároky na péči o dítě (v celé jejich šíři, nejen léčení) stávají předmětem kritiky pro jejich špatnou realizaci všeobecným praktikem nebo rodinným lékařem (Anglie). Náš systém péče, kde je vzdělaný praktický lékař pro dítě a dorost v primární péči, je jednoznačně považován za významný pokrok k optimalizaci potřebné péče o dítě.

Dítě si zasluhuje pozornost ve všech směrech. Musíme usilovat o to, aby žilo v úplné a fungující rodině a ve společnosti respektující práva a požadavky dítěte i rodiny. Ty však jsou vzdálené zmíněnému výkladu funkce rodinného lékaře.

Doc. MUDr. Jozef Hoza, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství VFN a 1. LF UK v Praze

Lékař pro děti a mládež: úspěch v Německém spolkovém sněmu

Vzhledem k probíhající diskusi o možnosti zavedení rodinného lékaře v České republice považujeme za vhodné Vás seznámit s diskusí, která nad podobnou tematikou byla vedena u našich sousedů.

Redakce

Projev prezidenta německého

Berufsband der Kinder-Jugendärzte e.V. Dr. med. Klaus Gritz

Milé kolegyně a kolegové,

první pololetí uteklo jako voda a stálo nás všechny hodně práce. Zejména funkcionáři svazu se budou ptát, co toto úsilí přineslo. Mnozí z nás bojovali za zachování kompetentní lékařské péče o děti a mladistvé nejen v grémiích lékařské samosprávy, ale uplatňovali jsme naše požadavky znovu a znovu i na veřejnosti a u politiků. K tomu patřily tiskové konference, lékařské a sociálně politické fórum, rozhovory s politiky a slyšení v lékařském výboru a komisi pro dětské záležitosti ve spolkovém sněmu. K prvním reakcím v politickém táboře došlo, když se ve spolkovém sněmu 29. 1. 2002 četl příspěvek frakce CDU/CSU, týkající se lékařské péče o děti a jiný příspěvek strany SPD, týkající se bezpečnosti léků, a když byly tyto příspěvky postoupeny příslušným výborům. 7. 11. 2001 potom následovalo slyšení pediatrií ve výboru pro zdravotnictví. Nakonec nás 15. 4. 2002 pozvala také komise pro dětské záležitosti, abychom přednesli podrobně své požadavky. Během všech rozhovorů a konzultací jsme se setkávali s velkým porozuměním.

Ale právě nyní, v době předvolební kampaně, vznikla obava, že by se téma zdravotní péče o děti a mladistvé mohlo stát zbraní v politickém boji mezi stranami, a že by toto téma mohlo být rozmělněno. Slouží ke cti poslanců Německého spolkového sněmu, že se k naší radosti dokázali napříč všemi frakcemi shodnout na společném stanovisku, které obsahuje všechny naše dosud přednesené požadavky. Toto stanovisko bylo 27. června 2002 přečteno na vzrušující schůzi Německého spolkového sněmu a jednohlasně přijato! Z následujících dvou stránek můžete sami vyčíst, jaké účinky měly některé diskuse ve sněmu, práce tiskových mluvčích a funkcionářů a v neposlední řadě i vynikající souhra pediatrických společností uvnitř akademie. Za to bych rád všem zúčastněným vyslovil upřímný dík.

Dopřejte si onu poněkud zdouhavou četbu, která podle mého názoru představuje jasnou ukázkou německého parlamentarismu a je dostatečným důvodem k tomu, abychom před našimi poslanci, jinak často kritizovanými, tentokrát smekli. Nyní, když se doufejme trošku odpočati vracíme z našich dovolených, práce pokračuje! Neboť výzvou našich zákonodárců věc ještě neskončila. Nyní je třeba takováto usnesení požadovat i od spolkových zemí. Obzvláště důležité ale je přimět jednotlivá ministerstva zdravotnictví, aby požadavky Německého spolkového sněmu uvedla do praxe.

Chtěl bych Vás a zejména všechny funkcionáře požádat, abyste v těchto smysluplných aktivitách pokračovali. Děláte to nakonec pro děti a mladistvé v naší zemi – zejména pro jejich zdraví.

Německý spolkový sněm vyzývá spolkovou vládu, aby:

1. Klíčová funkce pediatra v lékařské péči o děti a mladistvé

- požádala Spolkovou lékařskou komoru o prověření, zda je počet míst pro další vzdělávání pediatrií úměrný potřebě a aby v daném případě dohlédla na zvýšení nabídky dalšího vzdělávání,
- prověřila, zda by nebylo žádoucí další vzdělávání pediatrií finančně podporovat podle vzoru dalšího vzdělávání ostatních lékařů,
- prověřila, zda by nebylo dobré řešit případný nedostatek míst pro další vzdělávání pediatrií zřízením pediatrických léčebných center,
- podpořila aktivity Spolkové lékařské komory, které vedou k novelizaci vzdělávání odborných lékařů-pediatrií,



- e) zajistila, aby byli pediatri působící v nemocnicích institucionálně nebo osobně způsobilí k lékařskému výkonu danému smlouvou v případě, že místní pediatri nemohou poskytnout vysoce odborné výkony v nutné kvalitě, nebo když v dané oblasti příslušné lékařské sdružení nezajišťuje potřebnou pediatrickou péči,
- f) dbala na to, aby programy managementu, týkající se nemocí, které budou brzo implementovány, zohlednily také specifické potřeby spojené s péčí o děti a mladistvé.

2. Prevence

- a) zadala spolkové centrále pro zdravotní osvětu zakázku na informační kampaň, která by probíhala delší dobu a po celém Německu, s cílem začít posilovat preventivní prohlídky dětí a mladistvých a tím řešit problém jejich neochoty nechat se očkovat,
- b) vešla se všemi zeměmi v dialog o budoucích úkolech a povinnostech veřejné zdravotní služby v oblasti prevence, zejména co se týká očkování,
- c) se zasadila o to, aby se zdravotní výchova chápala (také) jako veřejná povinnost, kterou si musí plnit zejména mateřské školy, školy, ale také veřejná zdravotní služba,
- d) zabezpečila, aby se pečovalo zvláště o děti a mladistvé z nižších sociálních vrstev v rámci podpory zdraví. Je třeba zamezit tomu, aby byla chudoba spojována se zvýšeným zdravotním rizikem,
- e) trvala na plánu odborného posouzení moderních diagnostických postupů, vhodných k plošnému vyšetření nedoslýchavosti u novorozenců, s cílem brzkého rutinního použití a za účasti samosprávných partnerů ve zdravotnictví,
- g) ve vhodnou dobu vyzvala samosprávu, aby vyšetření nedoslýchavosti zařadila do katalogu vyšetření novorozenců,
- h) navázala diskusi s největšími svazy zdravotních pojišťoven ohledně současné praxe hrazení nákladů na sluchové přístroje pro děti, s cílem poskytnout rodičům uspokojivou a dostupnou nabídku těchto přístrojů,
- i) v rámci zdravotní reformy v roce 2003 prošetřila zákonnou úpravu pevných cen za pomůcky, včetně možnosti smluvního řešení problému.

3. Stacionární zabezpečení dětí a mladistvých

- a) apelovala na zemské vlády, aby realizovaly usnesení konference ministrů zdravotnictví z roku 1997, týkající se plánování lůžek nutných k zabezpečení dětí,
- b) dbala na to, aby při stanovení paušálů za stacionární zabezpečení, které se řídí danou dia- gnozou, byly zohledněny i potřeby pediatrie.

4. Dětská lékařská péče

se postarala v souvislosti s nadcházející novelou zákona o lékařské péči o to, aby budoucí dětské zdravotní sestry/pečovatelky měly možnost získat ve speciálním úseku svého vzdělání znalosti, schopnosti a dovednosti, které potřebují k fundovanému zacházení s dětmi a mladistvými.

Vzhledem k množícím se dotazům podobného charakteru, jaký vznesl MUDr. Šenšel z Frýdlantu n. O., zda a jak se změnil předpis o úhradě výkonů provedených na žádost soudu, jsme požádali o právní rozbor advokátní kancelář. Odpověď otiskujeme v plném znění.

Advokátní kancelář § JUDr. Tomáš Kašpar, Praha 1

Vážený pane doktore,

Sdružením praktických lékařů ČR mi byl postoupen Váš dotaz ze dne 12.11.2002. K tomuto dotazu mohu uvést následující:

Výkony nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně způsobu jejich úhrady provádějímu zdravotnickému zařízení, jsou definovány v zákoně č.48/197 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v §15 odst.9 uvádí následující: „Ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření, prohlídky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce. Hrazená péče dále nezahrnuje vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony **provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky. Úhradu zdravotních výkonů podle předchozí věty poskytne zdravotnickému zařízení orgán, pro který se zdravotní výkony provádějí**, ve výši stanovené seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (pozn. *Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů*) v souladu s rozhodnutím Ministerstva financí. (pozn. *každoročně vydávaný Výměr Ministerstva financí – nyní č. 01/2002, ve znění 3/2002, kterým se stanoví seznam zboží s regulovanými cenami*).“

Soudy často argumentují povinností bezplatného sdělení, či vyhovění dožádání. U trestního řízení je úprava dožádání upravena v §8 odst.1 trestního řádu, dle kterého jsou státní orgány, právnické a fyzické osoby skutečně povinny bez zbytečného odkladu a nestanoví-li zvláštní předpis jinak, i bez úplaty, vyhovovat dožádáním orgánů činným v trestním řízení. Důležitá je formulace „nestanoví-li zvláštní předpis jinak“. Takovým předpisem totiž je totiž právě výše uvedený zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

U civilního procesu (občanskoprávní či občasných spory) pak bývá argumentováno ustanovením § 128, odst.1, občanského soudního řádu, které uvádí, že každý je povinen bezplatně na dotaz sdělit soudu skutečnosti, které mají význam pro řízení a rozhodnutí. Ačkoli zde není výslovně

uveden alternativní postup (odhlížím pro zjednodušení na právo na znalečné, svědečné apod.), právo na úhradu jednoznačně vyplývá opět z výše uvedeného zákona č.48/1997 Sb., který je v této věci ve vztahu k o.s.ř. předpisem speciálním.

Pokud tedy shrnu, u všech typů soudních řízení, vzniká na základě ustanovení §15, odst.9., zák.č.48/1997 Sb. právo na úhradu dožadujícím orgánem.

Protože toto právo lze uplatnit pouze v případě, že jde o zdravotní výkon dle seznamu výkonů (v úvahu nejčastěji přicházejí administrativní výkony Administrativní úkony praktického lékaře (kód 01030), či Podrobný výpis z dokumentace (kód 01040)) a minulosti docházelo k určitým sporům, zda šlo ještě o pouhé sdělení či již o některý ze zdravotních výkonů, vydalo Ministerstvo financí ČR ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR v prvním kvartálu roku 2002. **Výměr č.3/2002**, kterým byl doplněn Výměr 1/2002, jehož přílohou je seznam specifických výkonů pro účely různých státních orgánů, a který je již kalkulován přímo v korunách.

Pokud jde o výkony pro účely soudů, tyto spadají do kategorie Ministerstvo spravedlnosti a dovoluji si je níže uvést (zahrnuti i výkony např. pro policii apod.):

MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI

1. Vyjádření (potvrzení) lékaře o zdravotním stavu osoby dožádané státním zastupitelstvím nebo soudem 48.40 Kč

2. Podrobná lékařská zpráva o zdravotním stavu osoby dožádané státním zastupitelstvím nebo soudem zpracovaná na základě zdravotnické dokumentace 145.20 Kč

3. Lékařská zpráva o zdravotním stavu osoby dožádané státním zastupitelstvím nebo soudem zpracovaná na základě zdravotnické dokumentace obsahující celkové hodnocení zdravotního stavu 281.60 Kč

4. Lékařská zpráva o lékařském vyšetření osoby dožádané státním zastupitelstvím nebo soudem 112.20 Kč

5. Lékařská zpráva o zdravotním stavu osoby zjištěném lékařskou prohlídkou obsahující celkové hodnocení zdravotního stavu dožádané stát-



ním zastupitelstvem nebo soudem 419.20 Kč

6. Preventivní prohlídka mladistvých, slaboduchých a astheniků ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody 112.20 Kč

7. Preventivní prohlídka osob ve výkonu vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody před a po eskortě 112.20 Kč

8. Preventivní prohlídka po použití donucovacích prostředků 112.20 Kč

9. Klinické vyšetření osoby ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody podezřelé z požití alkoholu 112.20 Kč

10. Klinické vyšetření osoby ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody podezřelé z požití alkoholu spojené s odběrem krve 136.40 Kč

11. Klinické vyšetření osoby ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody při podezření z požití návykových, psychotropních a jiných látek s výjimkou alkoholu 173.80 Kč

12. Odběr biologického materiálu u dospělé osoby při podezření z požití návykové, psychotropní či jiné látky 24.20 Kč

13. Laboratorní vyšetření hladiny alkoholu v krvi - Widmarkova zkouška 49.50 Kč

14. Vyšetření osoby - cizince před vyhoštěním s vystavením lékařské zprávy 112.20 Kč

Konkrétní vyúčtování (faktura) by mělo obsahovat následující údaje a text:

Fakturuji Vám tímto náklady na vypracování důkazu:

■ Výkon pro soud na vyžádání

(zde uvést text dle výše uvedeného výměru - např. Vyjádření (potvrzení) lékaře o zdravotním stavu osoby, který byl vaším soudem vyžádán dne

č.j. : Kč

náklady na poštovné Kč

celkem tedy Kč

Tuto fakturu zasílám na základě ustanovení § 15, odst.9. zákona č.48/1997 Sb., stanovení výše úhrady bylo provedeno dle planého výměru MF č.01/2002, ve znění výměru MF 03/2002.

V celé řadě případů se již tuto věc podařilo se soudy vyřešit. Hlavní problém spatřuji v tom, že tyto nejsou často o existenci zákona č.48/1997 Sb. a jeho ustanovení §15, ani o existenci výměru MF, detailně informovány. Pokud však jsou na faktuře příslušné předpisy a jejich ustanovení uvedena, neměl by být s úhradou problém.

S pozdravem

Mgr. Jakub Uher

Otevřený dopis prezidentovi ČLK od Koalice ambulantních lékařů, jejíž členové jsou ze zákona i povinnými členy ČLK

Pane prezidente,

na sjezdu ČLK jste prohlásil, že hodláte zastávat zájmy všech lékařů, ne pouze lékařů-zaměstnanců, a že rád pomůžete, budete-li požádán. Vzhledem k závažnosti situace jsme se rozhodli tuto příležitost nepromarnit a o pomoc ČLK Vaším prostřednictvím požádat.

V současné době dochází k výrazné medializaci finančního deficitu nemocnic a jsou navrhovány některé nové zákony. O deficitu v soukromých ambulancích se vůbec nehovoří. Máme podezření, že jde o soustředěnou snahu vlády dostat zdravotnictví do pozice státem řízeného a prakticky rozpočtovaného resortu. Jsme přesvědčeni, že jsou omežována práva soukromých lékařů, že jsou tito lékaři fakticky diskriminováni v přístupu k prostředkům ve veřejném zdravotním pojištění a že hrozí návrat k socialistickému modelu zdravotnictví, snad jen s pozměněnou terminologií.

Máme konkrétní výhrady, které jsme shrnuli do následujících bodů a vyzýváme Vás, abyste nás jako zatím povinné členy organizace, kterou řídíte, hájil. **Žádáme od Vás ke každému bodu jednoznačné vyjádření, zda s našimi požadavky souhlasíte. Souhlasíte-li, sdělte nám, jaké kroky v konkrétních případech ČLK podniká či podnikne. Pokud nesouhlasíte, sdělte nám to rovněž jednoznačně i s důvody Vašeho rozhodnutí, abychom v případě konfliktu našich zájmů s postupem ČLK mohli informovat své členy o jeho příčinách.**

1. Dlouhodobě dochází ke zvyšování podílu prostředků z veřejného pojištění pro lůžková zařízení a tím relativně klesá objem prostředků určený ambulantním. Velmi špatný je poměr těchto hodnot, který se diametrálně liší od poměru v EU. Za ještě závažnější však považujeme trend, kterým se tento poměr Evropské unii ještě vzdaluje. Stav je mimo jiné vyvolán i opakovaným rozhodnutím vlády o cenách a jak se domníváme, zcela účelovou opakovanou nedohodou nemocnic o cenách. Zástupci nemocnic jsou vystavováni tlaku na zvyšování mezd (které bychom zaměstnaným lékařům jistě všichni přáli). Pro stát je pak nejjednodušší cestou k zachování

sociálního smíru nemocnicím finanční prostředky přidávat. Protože však MZ na toto nemá ve svém rozpočtu dostatek prostředků, preferuje nemocnice v přístupu k prostředkům z veřejného pojištění. Proto žádáme, aby se ČLK postavila **rozhodně proti dalšímu posunu rozdělení veřejných financí dále ve prospěch lůžkových zařízení a aby v této věci naopak prosazovala kroky, které nás přiblíží poměrům v EU.** V úvahu přichází například: **Požadavek proporcionálního oddlužování všech zdravotnických zařízení** (pokud by na to stát měl). V ambulantních ZZ je totiž také zadluženost, jenže ta se neprojeví fakturami po lhůtě splatnosti, ale „jen“ omezováním investic a obnovy a snížením osobních příjmů lékařů a sester. Dále by mělo dojít k **oddělení fondů pro lůžková a ambulantní ZZ.** Podobně by měl být vyvíjen tlak na to, **aby ambulantní ZZ provozovaná v nemocnicích podléhala (kromě příjmových emergency a superspecializovaných) stejným pravidlům a podmínkám, jaká musejí dodržovat ostatní ambulance.** Totéž by mělo platit i o lékárnách.

2. V návrhu „zákona o zdravotnických zařízeních a jejich provozování...“ se hovoří o „zabezpečení dostupnosti zdravotní péče sítí zdravotnických zařízení“. To je věc, která by měla být řešena jinou právní normou a do tohoto návrhu nepatří. Je třeba ji z tohoto návrhu zákona zcela vypustit.

3. V témže návrhu se znovu zavádí „spádová území“, tedy „rajonizace“. Z hlediska ambulantní primární péče to považujeme za zcela chybný krok, kterým budou preferováni ti, kteří svá práva nevyužili a nestarali se například o svoji registraci u lékařů primární péče, před těmi, kteří svobodně volby lékaře využili a nyní svého lékaře mají. Pokud jde o dobrého lékaře, o kterého je zájem, jsou většinou jeho síly zcela vytíženy. Nyní by tedy měl být povinné přijat do péče ten, kdo o to až dosud neprojevil zájem a vyškrtnut ten, který se o sebe staral a s lékařem aktivně spolupracoval. Je to podobné, jako přednostně přijímat do škol hloupější uchazeče jen proto, že bydlí blízko. **Princip rajonizace**



by měl být ze zákona vypuštěn a stát by zde měl sehrát svoji roli například tím, že péči o tyto pacienty, kteří neuspěli ve svobodné volbě, s nějakým ZZ nasmlouvá podobně, jako když chce zajistit splnění jiné zakázky. Podmiňování další činnosti zdravotnického zařízení návratem k systému rajonizace (paragraf 54) a fakticky povinnou dohodou o „součinnosti na plnění úkolů...“ (paragraf 57) považujeme za nemravnost hraničící s vydíráním.

4. Nejednoznačná formulace paragrafu 66 stejného návrhu zákona připouští výklad, že po uplynutí současných smluvních období dle smluv mezi ZZ a ZP dojde k plošnému výběrovému řízení. **Plošné vyhlášení výběrových řízení by mělo být co nejrozhodněji odmítnuto.**

5. V zákoně o zdravotnických zařízeních je i chybné pojetí výběrových řízení. Již samotný požadavek na to, aby součástí žádosti o zařazení do výběrového řízení byl „seznam plánovaných investic“ a „rozbor hospodaření uchazeče“ v paragrafu 48 svědčí o vztahu navrhovatele k soukromému podnikání a o jeho neznalosti i současných právních norem. Výběrová komise ke svému jednání pouze „může“ a tedy „nemusí“ přizvat uchazeče, pak nějak rozhodne a kraj se rozhodnutím komise nemusí řídit. Pokud se doporučením komise neřídí, musí to oznámit předsedovi komise. Ten je vázán mlčenlivostí. Z toho vyplývá, že je možno rozhodnout jakkoli a bez možnosti veřejné kontroly. Lepší podmínky pro korupci si snad ani nelze představit. Proto je nutné **pravidla výběrových řízení přepracovat a stejně tak je nutno přesně a účelně specifikovat, za jakých podmínek musejí tato výběrová řízení proběhnout a to ještě jen v případě neaplnění tzv. minimální sítě.** (Před dvěma roky jsme jako zástupci Koalice ambulantních lékařů s tehdejším ministrem Fišerem taková pravidla dohodli a Vy jste se k nim jako prezident ČLK na tiskové konferenci, která bezprostředně po našem jednání s ministrem následovala, přihlásil jako ke svým myšlenkám. Předpokládáme tedy, že Váš názor na tuto věc trvá.)

6. Zákon o zdravotnických zařízeních obsahuje i některé dobré myšlenky (například pravidla pro pokračování – dědění a prodej – praxí, pravidla kontroly činnosti velkých subjektů – správní a dozorčí rady – a další. Tyto dobré principy by měly být po přepracování návrhu zákona zachovány. Jsme však pře-

svědčení, že záporný návrh jako celku vysoce přesahuje jeho klady a že podpora jeho případného přijetí v nezměněné podobě by nebyla těmito klady ospravedlnitelná. **Proto je nutno se všemi silami snažit o dosažení výše uvedených změn, nebo, pokud se změny prosadit nepodaří, zasadit se o zamítnutí tohoto návrhu jako celku.**

7. V návrhu zákona o zdravotnickém zařízení i v návrhu „zákonu o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání...“ je opakovaně užíván pojem „bezáhonnost“ v takovém významu a souvislostech, že fakticky každé odsouzení lékaře (i podmíněně například za pytláctví, dopravní nehodu nebo neplnění živovací povinnosti) znamená likvidaci lékaře v jeho profesi. Bezáhonnost je zde chápána mnohem přísněji, než v předchozím zákoně č. 160. Takto přísné podmínky neplatí pro žádnou jinou profesi a jsou starostí o prospěch pacienta nezdůvodnitelné. **Specifikace pojmu bezáhonnosti v navrhovaných zákonech musí být přepracována s ohledem na účel, kterému mají příslušná ustanovení sloužit.** Ostatně na tento problém jste Vy již správně upozornili.

8. Z dikce návrhu „zákonu o způsobilosti...“ vyplývá, že stanovování odborných předpokladů a podmínek pro výkon lékařského povolání fakticky přebere stát a ČLK bude vykonávat jen jakousi úřednickou funkci, kdy bude splnění písemně potvrzovat. **Jsme přesvědčeni, že právě stanovování podmínek odborné způsobilosti pro lékaře je (narozdíl od podpory odborové činnosti) jedním z hlavních poslání ČLK. Komora by se měla právě o tuto věc se státem poprat,** protože jinak je její význam silně zpochybněn a zcela padá i nejdůležitější argument, který jste Vy jako prezident komory kladl proti návrhům na zrušení povinného členství v ČLK.

9. Posuzovali jsme rovněž text návrhu zákona o nelékařských povoláních. **Zásadní chybou je úvaha o tom, že by do systému mohly přibývat další samostatně pracující subjekty, které by mohly samy čerpat peníze z veřejného pojištění nebo takové čerpání svojí činností indukovat, aniž by byla zajištěna kvalita jimi poskytované péče bez odborného dohledu lékařů.** Otevření možnosti, aby i další subjekty indukovaly čerpání prostředků z veřejného pojištění, je nebezpečný krok, který by vedl k rychlému ekonomickému vyčerpání a destabilizaci systému.

10. V poslední době sílí nejrůznější tlaky na vedení VZP. Přes všechny výhrady, které máme k současnému vedení, lze konstatovat, že jednání s ním je možné a vede ke konstruktivním krokům. S využitím insolventnosti VZP (kterou si zdaleka nezpůsobila jen VZP sama), nespokojenosti lékařů se zpožděním plateb i Vašich kritických projevů na stranu VZP by mohlo dojít opět k destabilizaci vyúsťující například v nucenou správu VZP a faktické řízení ekonomiky zdravotnictví státem. To už jsme zažili v minulých desetiletích a snad si to vážně znovu nepřejeme. **Proto by naše snažení mělo být směřováno ke zlepšení činnosti VZP, komunikace s VZP, zlepšení finančního systému, ve kterém VZP i ostatní ZP pracují a veřejného mínění o pojišťovenském systému vůbec a ne ke smetení „nepohodlného nepřítel“ i za cenu jeho nahrazení státním řízením, kde populismus a rozpočtování vítězí nad zdravým rozumem.**

Pane prezidente, jistě je ještě řada věcí, kterými se v současné politice cítíme ohroženi, ale snad jsme Vám popsali alespoň některé nejdůležitější. Všechny naše organizace, které zastupují tisíce dobrovolných členů, se snaží svými silami dosáhnout zlepšení všeho, co se nás i našich pacientů dotýká. Rádi bychom věděli, v čem nás ČLK jednoznačně podpoří a v čem dá přednost jinému řešení. Protože jsme v médiích nezaslechli zřetelná vyjádření ČLK k řadě problémů, snažíme se zatím sami. Jsme přesvědčeni, že i ty již zmíněné tisíce našich členů (a také členů ČLK) by uvítaly, kdyby Komora zastupovala vyváženě zájmy všech lékařů, jak to s oblibou při různých příležitostech deklarujete. Formu otevřeného dopisu volíme proto, abychom na problémy upozornili veřejnost. Jsme připraveni o jejich řešení s Vámi osobně jednat.

Praha, 16.12.2002

MUDr. Jan Jelínek,
místopředseda SPL ČR
MUDr. Pavel Tautermann,
předseda SSL ČR
MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPL DD
MUDr. Alexandra Stará,
členka výboru SSG ČR

S názory vyjádřenými v tomto dopisu vyjádřil svůj jednoznačný souhlas i prezident ČSK, MUDr. Jiří Pekárek.



Odpověď prezidenta ČLK na otevřený dopis

Vážení kolegové,

odpovídám na Váš „otevřený dopis“ a velice vítám Váš návrh na společné jednání a hledání těch témat či problémů, které nás spojují a můžeme na jejich prosazení úzce spolupracovat. Beru Vaši nabídku vážně a jsem osobně připraven ke spolupráci. Jsem rád, že jste přehodnotili svůj odmítavý postoj k ČLK a chcete aktivně hledat to co bez větších problémů můžeme prosazovat společně.

K jednotlivým bodům Vašeho dopisu uvádím:

1. I mě a většinu členů představenstva ČLK se nelíbí zvyšující se podíl financí plynoucí do segmentu ústavní péče. Jednali jsme o tom se současným vedením ministerstva zdravotnictví, které deklarovalo ochotu zvýšit finance plynoucí do ambulantního segmentu. Tento segment se však přes naše upozorňování dohodl s pojišťovnami na téměř nulovém růstu, resp. růstu, který je pod předpokládaný růst výběru pojistného v r. 2003, což se bohužel stalo i v druhém pololetí r. 2002, i když i tentokrát vedení ministerstva deklarovalo ochotu pomoci ambulantní sféře. Současné vedení ministerstva nás po uzavření této dohody informovalo o logickém rozhodnutí použít zvýšený výběr pojistného do těch segmentů, které se nedohodly, neboť do uzavřených dohod ministerstvo nechce a ani vlastně nemůže zasáhnout. Bohužel právě Vaše sdružení hlasovaly pro ne moc výhodnou dohodu, která jednoznačně vede ke zvýhodnění nemocnic a dalších segmentů mimo ambulantní péči. Navrhují proto, abyste nás podpořili a odmítli nevýhodné návrhy pojišťoven pro druhé pololetí r. 2003 a společně jsme jednali s ministerstvem o výrazném navýšení pro ambulantní sektor. Komora jednoznačně v tomto podpoří kolegy z ambulancí. Vámi navrhované oddělení fondů péče je právně asi nemožné a ještě k tomu v současnosti pro ambulantní sektor dost nevýhodné a vlastně i nebezpečné, neboť při přechodu na DRG systém by nemocniční ambulance byly zařazeny do ambulantního fondu což by ještě více zhoršilo pozici soukromých lékařů. Nemocnice by dle našeho soudu neměly běžné ambulance provozovat vůbec a proto nevidíme důvod diskutovat o režimu jejich úhrad. Superspecializované poradny mohou působit i v režimu DRG. V tomto smyslu vyvíjíme aktivitu při tvorbě návrhu zákona o zdravotnických zařízeních.

2. Nespátřujeme klíčovost tohoto problému v tom, kde je „sít“ řešena, ale jak je řešena, tudíž nám nevadí, že je řešena v návrhu zákona o zdravotnických zařízeních, ale nemáme pocit, že by zde byla řešena optimálním způsobem. Opět o této věci jednáme s MZ.

3. Za klíčovou považujeme svobodnou volbu lékaře. Spádové území pro jednotlivé typy lůžkových zařízení považujeme za užitečné doplnění principu svobodné volby. Dále považujeme za nutné, aby byl legislativně ošetřen princip, že každý pacient má právo na svého „registrujícího“ lékaře a nemáme vyhraněný názor na to jakým způsobem bude toto právo reálně uplatněno, zda spádovým územím či povinnou státní – pojišťovenskou zakázkou. Jde o to vybrat nejjednodušší mechanismus. U ambulantních specialistů nám přijde stanovení spádového území jako zbytečný mechanismus.

4. To považujeme za velké nebezpečí a již jsme vedli na toto téma několik jednání na ministerstvu. Bylo nám přislíbeno, že ustanovení upraví v tom smyslu, aby se týkalo pouze ústavních zařízení. Zda dodrží svůj slib zjistíme v následující verzi zákona.

5. Tež jsme probrali na MZ a bylo přislíbeno vypuštění těchto ustanovení. Názor na výběrová řízení jsme nezměnili.

6. Poměr kladů a záporů posoudíme až v definitivní verzi. Návrh byl nyní ve vnitřním připomínkovém řízení. Po úpravách půjde ještě do vnějšího připomínkového řízení a následně teprve do vlády. Nyní vedeme intenzivní jednání s MZ o úpravách tohoto návrhu a na jeho konečné hodnocení je ještě brzy.

7. Definici bezúhonnosti předloženou MZ považujeme za naprosto nepřijatelnou a velice nebezpečnou. V tomto duchu jsme opakovaně jednali s vedením MZ a pevně doufám, že přistoupí na náš návrh který zní v tom smyslu: „lékař je bezúhonný ve smyslu tohoto zákona, pokud mu soud neuložil zákaz výkonu povolání“

8. Také by se nám současné ustanovení líbilo více, ale bohužel odporuje právnímu řádu v zemích EU, kde samostatný výkon povolání je vázán na splnění zákonem stanovených jednoznačných podmínek – délka praxe, případně atestace, a není dán prostor pro další rozhodování. Z tohoto důvodu jsme vzali na vědomí, že napříště bude komora stanovovat

podmínky k výkonu funkce primáře a odborného zástupce a vydávat a odebírat souhlas s personálním a technickým vybavením zdravotnických zařízení. Oprávnění k samostatnému výkonu lékařské praxe získá lékař automaticky po splnění zákonem stanovených podmínek.

9. Návrh zákona o nelékařích považujeme za nebezpečný, špatný a děláme vše pro to, aby nebyl přijat. Jeho přijetí by bylo pro českou medicínu katastrofou. V tomto duchu informujeme všechny komunikující poslance. Komunikace s ministerstvem není na toto téma možná, neb MZ naše argumenty odmítá.

10. VZP se chová čím dál tím hůře. Prodlužují se lhůty splatnosti, což ČLK jednoznačně odmítá. VZP přitom rozvíjí nejrůznější pochybné aktivity jen namátkou: Mořský koník, IZIP, PR kampaň, chystaná změna průkazek, časopisy pro pojištěnce, „balíčky“ pro nastávající matky obsahující umělou kojeneckou výživu!, úhrada antikoncepce atd. VZP nereguluje prudký nárůst zařízení s velice nákladnou zdravotní technikou, neklade odpor 17% růstu nákladů na zdravotnický materiál a 15% růstu nákladů na léky v nemocnicích. VZP předložila pojistný plán, kde předpokládá, že růst pojištění bude 6%, ale jejich výdaje zdravotnickým zařízením mají zůstat na úrovni předchozího roku, přičemž VZP zde současně plánuje nárůst platů u zaměstnanců pojišťovny. Považuje současné vedení VZP za neodpovědné, podezřelé z korupce a protilékařsky zaměřené. Z tohoto důvodu bychom personální změnu přivítali. Současně však kategoricky odmítáme, aby ministerstvo posilovalo svůj vliv na řízení zdravotních pojišťoven, nebo dokonce jejich roli převzalo.

Vážení kolegové, jsem přesvědčen, že ve všech klíčových bodech máme dost podobný cíl, ale někdy se lišíme v názoru na metody jak jej dosáhnout. Jsem připraven se s Vámi setkat a vše projednat. Jsem připraven ke spolupráci, jejímž cílem bude prospěch lékařského stavu jako celku, a pevně doufám, že se Vám podaří utlumit některé partikulární zájmy, které Vás v minulosti mnohdy vedly do zbytečných sporů s ČLK.

MUDr. David Rath
prezident ČLK



Standard LSPP

Začátek letošního roku přinesl mnohde zmatky a nejasnosti v organizaci LSPP. Naše Sdružení t.č. situaci v celé republice mapuje, aby prostřednictvím svých volených zástupců mohlo aktivně zasáhnout do organizace této služby. I když se o toto snažíme již dlouhou dobu, realita nás nakonec stejně zaskočí, a to i vzhledem k tomu, že odpovědná místa bez jakékoliv konzultace vydají nějaký pokyn, podle kterého se zřizovatelé LSPP řídí a často ani ti nemají zájem s těmi, kteří jsou vlastními vykonavateli této služby, věc řádně projednat. Výsledky jsou pak takové, jaké jsou. I proto připravujeme opět komplexní materiál, který budeme v našem časopisu publikovat. Nyní si Vám dovoluujeme předložit tzv. minimální standard LSPP ve znění, v jakém ho MZ ČR publikovalo, samozřejmě bez jakýchkoliv konzultací. Připojujeme i text dopisu, které MZ ČR obdrželo jako první reakci na tento standard.

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda SPLDD ČR

Minimální standard poskytování lékařské služby první pomoci – metodické opatření

Vydáno ve Věstníku MZ ČR 1/2003
– leden 2003.

Zn.: 35953/02/OZP

Ref.: MUDr. Pavel Březovský ředitel odboru
zdravotní péče

čl. 1

Obecná ustanovení

1. Lékařská služba první pomoci (dále jen „LSPP“) poskytuje v nezbytném rozsahu ambulantní péči občanům, v návaznosti na služby a organizaci Rychlé zdravotnické záchranné služby, v případech náhlé změny zdravotního stavu, zhoršení průběhu onemocnění, vzniklého v době mimo pravidelný provoz ambulantních zdravotnických zařízení. V případě výskytu infekčních onemocnění zajišťuje i základní protiepidemická opatření v nezbytném rozsahu.

2. LSPP je veřejnou zdravotní službou.

3. LSPP není určena pro běžné vyšetřovací nebo léčebné výkony, které lze vyžádat v době běžného denního provozu zdravotnických zařízení.

4. LSPP se zpravidla vykonává ve zdravotnických zařízeních zřízených pro tento účel, nebo ve zdravotnických zařízeních praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost (dále jen „zdravotnické zařízení LSPP“) podle místních možností.

5. O zřízení zdravotnického zařízení LSPP, místě výkonu LSPP v jednotlivých ordinacích těchto zdravotnických zařízení, ordinacních hodinách a dalších organizačních opatřeních nutných pro provoz LSPP, jsou občané informováni zveřejněním těchto informací na úřední desce a dalšími vhodnými způsoby,

například prostřednictvím regionálního tisku. Každá změna ordinačních hodin nebo změna místa výkonu LSPP, je zveřejňována nejméně 30 dnů před jejím uskutečněním.

6. Lékař zdravotnického zařízení LSPP může provádět též návštěvní službu a provádět nezbytné vyšetřovací a léčebné výkony v domácím prostředí pacienta.

7. O každém provedeném diagnostickém či léčebném výkonu je vedena předepsaná zdravotnická dokumentace. V záznamu se uvádí stručná anamnéza, objektivní nálezy, diagnóza a terapie, popřípadě doporučení k přijetí do ústavní péče nebo termín kontroly u ošetřujícího lékaře. Tento záznam obdrží i pacient.

čl. 2

Zajištění lékařské služby první pomoci

1. LSPP zpravidla na svém území zajišťuje kraj; za tím účelem postupuje podle § 5 odst. 2 písm. f) zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

2. O organizaci a zajištění LSPP zpravidla vydává kraj podle zákona č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), ve znění pozdějších předpisů, právní předpis, kterým upraví pro poskytování této činnosti bližší podmínky pro jednotlivé územní části kraje, přičemž respektuje demografický vývoj a přírodní podmínky území.

3. Doporučuje se, aby

a) při stanovení účelného počtu zdravotnických zařízení LSPP, popřípadě počtu jednotlivých ordinací takového zařízení, kraj jednal se sdruženími lékařů poskytujícími primární péči, Českou lékařskou komorou

a územním střediskem zdravotnické záchranné služby, popřípadě pověřenými obcemi,

b) místo výkonu LSPP bylo zajišťováno tak, aby minimálně 60% území spadajícího do spádového území zdravotnického zařízení LSPP nebo ordinace takového zařízení, pokud má zařízení více ordinací, bylo běžnými dopravními prostředky dostupné do 60 minut,

c) zdravotnické zařízení LSPP bylo zřízeno zpravidla v místě sídla střediska zdravotnické záchranné služby,

d) v místech sídla výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby s menší četností výjezdů (v průměru pod 4,5 za den) zajišťovali LSPP i zdravotničtí pracovníci výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby, avšak s výjimkou návštěvní služby,

e) jedno ze zdravotnických zařízení LSPP, pokud je zřízeno více než jedno takovéto zdravotnické zařízení na stávající okres, tvořilo zálohu zdravotnické záchranné služby.

čl. 3

Postup při vyžádání lékařské služby první pomoci

1. Občan s podezřením na náhlou změnu zdravotního stavu může přímo navštívit, mimo běžnou ordinační dobu zdravotnického zařízení praktického lékaře nebo praktického lékaře pro děti a dorost, zdravotnické zařízení LSPP, nebo konzultovat svůj zdravotní stav s operátorem Zdravotnické záchranné služby na tísňovém telefonním čísle 155.

2. V případě telefonické konzultace operátor cílenými dotazy zjistí pravděpodobnou příčinu stavu a doporučí odpovídající typ první pomoci s tím, že v případě bezprostřed-



ního ohrožení života postiženého vyše na místo vozidlo rychlé záchranné pomoci (RZP či RLP).

3. U stavů nevyžadujících akutní zásah na místě s výjezdem záchranné služby, operátor doporučí odpovídající formu lékařské služby první pomoci, s uvedením nejbližšího místa výkonu LSPP, které má práve ordinační dobu.

4. V případě nutného specializovaného vyšetření může přímo doporučit i návštěvu a vyšetření v nejbližším odpovídajícím lůžko-

vém zdravotnickém zařízení.

5. O komunikaci mezi osobou volající na tísňové telefonní číslo a operátorem záchranné služby je veden magnetofonový záznam, který je archivován po dobu jednoho roku.

čl. 4

Úhrada lékařské služby první pomoci

1. Diagnostické a léčebné výkony, včetně dopravy lékaře, poskytnuté v rámci LSPP jsou účtovány, podle příslušnosti pacientů,

jednotlivým zdravotním pojišťovnám.

2. Obec s rozšířenou působností (obec III. typu) může na základě potřeby zřizovat a provozovat zdravotnické zařízení LSPP podle zákona č. 160/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů. 3. Doporučuje se, aby při zřizování LSPP obcemi III. typu postupovaly obce po dohodě s krajem.

MUDr. Rostislav Čevela, v. r.

1. náměstek ministryně

Text dopisu adresovaného MZ ČR v souvislosti s tímto standardem vypracovaný právním odd., resp. za spoluúčasti Mgr. Jakuba Uhra, právního poradce našeho Sdružení

V těchto dnech byl ve Věstníku MZ ČR publikován „Minimální standard poskytování lékařské služby první pomoci.“ I když se nejedná o právně závazný materiál, bude jistě významným a cenným vodítkem pro pracovníky KÚ a dalších organizací, lékaře i pacienty. Většina problémů, které se v souvislosti s poskytováním přednemocniční neodkladné a pohotovostní péče trvale vyskytují, se úzce dotýká praktických lékařů, kteří převážně LSPP na smluvním základě poskytují. Sdružení praktických lékařů pro dospělé, děti a dorost ve spolupráci s příslušnými odbornými společnostmi dlouhodobě tyto problémy v jednotlivých lokalitách řeší, má k dispozici řadu konkrétních informací, statistických údajů i návrhů koncepčního zajištění této péče v krátkodobém i dlouhodobém horizontu.

Z uvedených důvodů i na základě opakovaných ujištění o vzájemné spolupráci s MZ ČR ve věcech týkajících se primární péče jsme byli překvapeni, že uvedený standard týkající se LSPP nebyl se zástupci praktických lékařů vůbec konzultován, nebyl (na rozdíl od jiných méně závažných materiálů MZ, které jsou SPL i SPL DD v připomínkovém řízení zasílány) ani poskytnut k připomínkám a o jeho publikaci jsme se dozvěděli až dodatečně z tisku. Kromě pozitivních a jednoznačných údajů obsahuje i některá nejasná, matoucí a diskrepantní ustanovení, jejichž výklad může být zdrojem dalších komplikací při praktické realizaci. Na odbor zdravotní péče MZ ČR, který zástupce SPL dříve na jednání o LSPP pravidelně zval, jsme v loňském roce předávali návrhy některých úprav a formulací dosavadního metodického pokynu k LSPP na základě zkušeností ze současné praxe. Jejich zapracování do připravovaného standardu nebo alespoň diskuse o nich by nepochybně vyše uvedené chyby eliminovaly. Z připomínek k nyní publikovanému standar-

du jen namátkou uvádíme:

- čl.1 odst. 1 není jasná a není blíže specifikovaná, jaká návaznost na službu a organizaci ZZS pro LSPP platí, jestli společným dispečinkem, nebo odbornostně nebo provozem apod. Tady to svádí k různým výkladům a pochopením hlavně ze strany ZZS. Mimochodem - pojem rychlá ZZS neexistuje, je buď RZP nebo obecně jenom ZZS.

- Dále je nepřesně určené místo provozování LSPP - není možné uvést „v ordinacích praktických lékařů“, ale mělo by tam být buď „v ambulancích typu ordinace praktického lékaře“ nebo správně „v ordinaci splňující podmínky pro pracoviště LSPP dle vyhlášky 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, v platném znění“ - jedná se o odlišná pracoviště i podmínky!

- Dále v odst. 4 vzniká nový pojem, který nemá zákonnou normu, a to zdravotnické zařízení LSPP, neustále se to dále opakuje, a v konečném důsledku by to de facto znamenalo, že ordinace PL se rovná zdravotnické zařízení LSPP - zásadní rozpor s platnou legislativou i odborností. Navíc tato formulace vylučuje i doporučené a (z hlediska odbornosti, vytiženosti a ekonomiky) v některých lokalitách dle místních podmínek velmi osvědčené zřízení pracoviště typu LSPP v rámci výjezdového místa RZP, příjmových či specializovaných ambulancí lůžkových ZZ

- Dále není jasný důvod (podklad) údaje o tom, že minimálně 60% spádového území LSPP má být dostupné běžnými dopravními prostředky do 60 minut? Znamená to, že zbývajících 40% bude dostupných třeba za 3-4 hodiny, a lékař sloužící LSPP bude jezdit třeba 100 km v návštěvní službě LSPP? Uvedení hodinové tolerance dostupnosti by tam stačilo uvést bez omezování na procenta.

- Dále, jak určíte, která LSPP bude v okre-

se tvořit zálohu ZZS a která ne? Dle vyhlášky všechny mají povinnost být zálohou, ale je třeba dodat do tohoto pokynu, že pouze v mimořádných případech při souběhu výzev pro ZZS, když budou všechny posádky na výjezdu, a s tím, že lékař sloužící LSPP bude provádět při tomto výjezdu neodkladné ošetření jen v rozsahu své odbornosti!

Diskutována by měla být ještě řada údajů resp. doporučení v tomto standardu buď nepřesných nebo neuvedených - tedy neřešených. Jistě budou předmětem dalších jednání o dlouhodobé koncepci a odpovídající legislativě, při kterých jsme samozřejmě ochotni a připraveni intenzivně spolupracovat. Poskytnutí veškerých materiálů, zkušeností a připomínek z terénu nabízíme i ve všech dalších oblastech týkajících se primární péče, které jsou v současné době řešeny neuspokojivě (chybné staré i některé nové předpisy) či nedostatečně a v praxi působí značné problémy. Z okruhů, na které jsme již upozorňovali, je to např. pracovní lékařská péče, ohledání mrtvého, kategorizace léků, odškodnění za bolest, dispenzární péče a další.

Věříme, že k opominutí, na které si tímto dopisem dovolujeme upozornit, došlo pouze nedopatřením a že MZ ČR má, jak opakovaně deklarovalo, nadále zájem se Sdruženími praktických lékařů ČR aktivně spolupracovat. Domníváme se, že tato spolupráce s našimi organizacemi, které reprezentují více než 80% všech praktických lékařů a disponují aktuálními informacemi i dlouholetými zkušenostmi z terénní praxe, byla v minulosti velmi přínosná především pro zvýšení kvality a efektivity primární zdravotní péče, která je jistě našim společným cílem.

Těšíme se na Vaši odpověď a doufáme, že i na pracovní setkání k uvedeným tématům dle Vašeho návrhu.



Praktické zkušenosti z oceňování privátních lékařských praxí

Ing. František Elis

V uplynulém roce 2002 byl uveden v život Program generační výměny lékařů v ordinacích PLDD. Za spolupráce s ČSOB byla vypracována metodika oceňování a následně i započato s jejich oceňováním. Ocenění praxe slouží nejen jako základní podklad pro stanovení kupní ceny předmětné ordinace, ale je i nezbytnou podmínkou pro případné poskytnutí úvěru na pořízení ordinace ze strany ČSOB.

Přesto, že vzorek oceněných privátních lékařských praxí v průběhu roku 2002 nemůže být svým rozsahem reprezentativní, pokoušíme se přiblížit základní zobecněné výsledky při zachování bezvýhradné anonymity provozovatelů.

1. Především je třeba zdůraznit, že vlastní příjmy z provozu ordinace PLDD mají značný rozptyl. V absolutních číslech se tyto příjmy za rok 2001 pohybovaly v intervalu začínající částkou mírně nad hranicí 600 000 Kč, ale v některých případech přesáhly i částku 1 000 000 Kč. Jejich průměrná výše činila v roce 2001 u oceňovaných ordinací 850 485 Kč. Jedná se vždy pouze o příjmy z činnosti PLDD tzn., že příjmy nesouvisející s provozem ordinace, případně vztahující se k další specializaci lékaře (např. alergologie) byly pro účely ocenění praxe vyloučeny. Nepodařilo se vysledovat žádnou závislost mezi výší dosahovaných příjmů a lokalitou umístění ordinace. Dá se však učinit jednoznačný závěr o přímé souvislosti mezi dosahovanými příjmy a úrovní vybavenosti ordinací.

2. Celkové roční daňově uplatňované výdaje se pohybovaly v rozmezí 300 000 Kč až téměř 700 000 Kč. V procentickém vyjádření se výdaje podílely na dosahovaných příjmech 44 až 77%. Jejich průměrná výše v absolutním vyjádření dosáhla částky 520 126 Kč, průměrné procento výdajů z dosažených příjmů činilo 61%. Nelze říci, že provozovatelé praxí s nejvyššími dosahovanými příjmy mají i nejvyšší absolutní výdaje. Spíše se v jednotlivých konkrétních

případech projevuje vliv využívání možností různých daňových optimalizací. Současně lze vysledovat závislost výše daňových výdajů na lokalitě. To platí především pro Prahu, kde je výše úhrady za některé poskytované služby (vedení účetnictví, výdaje na úklid ordinace,...) vyšší než menších městech. Neplatí to však již o celkové výši nájmu za nebytové prostory, mj. i proto, že v Praze je zpravidla celková plocha ordinace a nutného zázemí menší než na „venkově“.

3. Mzdové výdaje představovaly u oceňovaných praxí vždy rozhodující provozní prostředky. Ve všech sledovaných případech byl zaznamenán v uplynulém období od roku 1997 jejich nárůst, i když většinou pouze pozvolný. Podrobnější údaje udává tabulka.

Ukazatel	Minimum v %	Maximum v %	Průměr v %
% mzdových výdajů z celkových příjmů	9,69	18,72	14,81
% mzdových výdajů z celkových výdajů	16,21	35,25	24,22
% mzdových výdajů včetně pojistného z celkových příjmů	13,08	25,27	20,00
% mzdových výdajů včetně pojistného z celkových výdajů	21,88	47,59	32,70

Mzdové výdaje představují veškeré výdaje na mzdy zdravotní sestry hrazené provozovatelem ordinace. Jedná se tedy o hrubou mzdu. Tento náklad představoval v absolutním vyjádření ročně částku od cca 106 000 Kč do 167 000 Kč, v průměru pak 125 970 Kč.

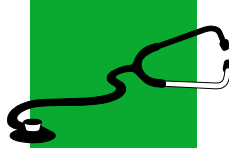
Mzdové výdaje včetně pojištění představují výdaje na hrubé mzdy zdravotní sestry včetně zaměstnavatelem hrazeného zdravotního a sociálního pojištění. Tyto částky se pohybovaly v rozmezí od 147 000 Kč do 228 000 Kč. Průměr u hodnocených praxí dosáhl 170 059 Kč.

4. Dalšími významnými výdaji, které se

vyskytly u oceňovaných praxí, byly především výdaje za pronájem nebytových prostor, případně výdaje na opravy a technické zhodnocení, pokud byla praxe umístěna v objektu vlastněném provozovatelem. Významné položky v celkových výdajích představovaly rovněž výdaje na leasing osobního automobilu nebo uplatněné daňové odpisy, pokud byl osobní automobil zakoupen za hotové a zařazen do obchodního majetku provozovatele ordinace. Byl však zaznamenán i případ účtování náhrad výdajů za ujeté km (užívání osobního automobilu nezařazeného do obchodního majetku k podnikatelským účelům). Provoz jedné z oceňovaných ordinací byl zabezpečován zcela bez čerpání jakýchkoliv výdajů souvisejících s osobním automobilem.

5. V hodnocených případech byly zastoupeny jak privátní lékařské praxe, které od roku 1998 zaznamenaly plynulý, i když mírný, nárůst zdanitelných příjmů, tak praxe s trvalým poklesem zdanitelných příjmů, i praxe, kde roční výše příjmů zůstává zhruba konstantní, na úrovni roku 1998. Obdobně lze hodnotit i situaci na straně výdajů.

Všechny uvedené výdaje se týkají výhradně privátních praxí provozovaných praktickými lékaři pro děti a dorost.



Dopis
ministrystri zdravotnictví ČR
MUDr. Marii Součkové

Praha 9. 1. 2003
Zn.: 3000/3/03 - K

Vážená paní ministryně,

dovolte, abych Vás informoval o jednání týkajícím se dalšího vývoje oboru dětské lékařství, které se konalo v IPVZ dne 11.12.2002 za přítomnosti zástupců:

- České pediatrické společnosti - doc. MUDr. J. Hoza, CSc., MUDr. J. Gut,
- Odborné společnosti praktických dětských lékařů - MUDr. H. Cabrnchová, předsedkyně,
- Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost - MUDr. P. Neugebauer, předseda, MUDr. T. Soukup, místopředseda,
- IPVZ - MUDr. A. Malina, Ph.D., ředitel, PhDr. J. Krejčíková, náměstkyně pro výuku, doc. MUDr. I. Novák, CSc., vedoucí katedry pediatrie IPVZ.

Přítomní zástupci se zabývali problémem stanovení oboru v oblasti poskytování péče pro děti a dorost a dospěli k závěru, že lze vytvořit obor dětské lékařství jako jediný obor, z něhož se budou konstituovat odborníci s odborností praktický lékař pro děti a dorost, klinický pediatr a neonatologie.

Celková délka specializačního vzdělávání v oboru dětské lékařství bude 5 let, z toho musí být nejméně 3 roky společného odborného výcviku (společný kmen), po němž bude následovat minimálně 1 rok volitelného specializačního vzdělávání v odbornosti praktické dětské lékařství nebo klinická pediatrie nebo neonatologie. Specializační vzdělávání bude zakončeno společnou atestací a vydáním diplomu pro obor dětské lékařství. Odlišné odbornosti v souladu se zaměřením volitelného posledního roku specializačního vzdělávání budou následně stvrzeny udělením licence nebo certifikátu, které budou opravňovat lékaře k výkonu činnosti v jedné z těchto odborností.

Všichni účastníci jednání se shodují na tom, že primární péči pro děti a dorost budou poskytovat lékaři s atestací, specializací v dětském lékařství. Současně doporučují, aby specialisté, kteří budou mít v označení odbornosti přívlastek „dětská“, absolvovali specializační vzdělávání v oboru dětské lékařství nejméně v rozsahu 24 měsíců (např. dětská kardiologie, dětská neurologie aj.). Všem přítomnými jsem byl vyzván, abych Vás požádal o Vaši pomoc a podporu při prosazování závěrů tohoto konsensuálního jednání při dalším projednávání vzdělávání a kompetence lékařů v tomto oboru.

Vážená paní ministryně, dovolte, abych Vás ujistil, že tento dopis není reakcí na aktuálně medializovaný problém oboru, ale je skutečným konsensuálním závěrem uskutečněného jednání. Jeho opožděné zaslání je bohužel způsobeno tím, že bylo nutné vyčkat zpětného potvrzení tohoto závěru všemi účastníky jednání.

S úctou

MUDr. Antonín Malina, Ph.D.
ředitel IPVZ

Zápis OSPDL ČLS JEP

ze dne 11.12.2002

Přítomni:

MUDr. Cabrnchová, MUDr. Liška, MUDr. Marek, MUDr. Krejčík, MUDr. Procházka, MUDr. Růžičková, za revizní komisi MUDr. Kolářová

Omluven:

MUDr. T. Soukup

- 1) Probíhá příprava páteřních vzdělávacích akcí, diskutován návrh dermatovenerologického programu od prim.Bučkové, uskuteční se schůzka nad programem dorostové problematiky s doc.Hamanovou a MUDr.Kabíčkem. Počátkem roku 2003 dostanou regionální zástupci materiál s programy akcí a dalšími pokyny.
- 2) Proběhlo setkání školitelů na Javorníku, MUDr. Cabrnchová informovala účastníky o společné dohodě s Katedrou pediatrie IPVZ. Další školitelé v roce 2003 budou naplňování a připravování již v souladu s dohodou, která byla zveřejněna.
- 3) Proběhla schůzka s ministryní zdravotnictví, účastní MUDr. Neugebauer a MUDr. Cabrnchová. Diskuse nad Zákonem o vzdělávání, přislíbena další jednání na toto téma iniciovaná OSPDL. Jmenována komise péče o dítě jako poradní orgán paní ministryně. Paní ministryně se zajímala o problematiku péče o dorost, jak je to s ukončením registrace, dalšími tématy byla LSPP, lékárny a jejich dostupnost. Vše diskutováno jen v obecné rovině, schůzka jen naznačila možná témata pro další spolupráci.
- 4) Na žádost OSPDL se u ředitele IPVZ sešli zástupci ČPS, katedry pediatrie, OSPDL a SPLDD na téma diskuse nad náplní postgraduální přípravy dětských lékařů, diskuse na téma vzdělávání PLDD. Podařilo se uskutečnit dohodu, jejíž text bude zveřejněn. Tato dohoda obsahuje možnost řešit vzdělávání PLDD v rámci široce pojetého nového oboru dětský lékař a dorost. Odlišnost postgraduální přípravy by byla obsažena v minimálně rok odlišné náplni kurikula. Tato dohoda bude možná pouze bude-li v souladu s připravovanou verzí zákona a legislativně možná. Další jednání budou probíhat.
- 5) Diskutována konečná podoba zdravotního a očkovacího průkazu (ZOP), již hotový návrh. Bohužel materiály edukativní dodány pouze v původní podobě, percentilové grafy až po urgenci, tiskárna je tedy musí vložit do přílohy, dodrženo barevné rozlišení pro chlapce a dívky. Dodržena dohoda s ČPS o odděleném umístění edukativních materiálů ve společných deskách i přes nárůst financí na vydání. Finančně zajištěno vydání všech 90.000 výtisků ZOP na rok 2004, budou počátkem ledna.
- 6) Diskutován materiál vybavení ordinace PLDD - akutní lékárna a další vybavení pro neodkladnou resuscitaci, návrh rozdán členům výboru k připomínkování.
- 7) Nutné připravit SPLDD podklady pro jednání na téma GIP - vyčlenění diagnos ze skupiny dispenzarizovaných onemocnění a jejich sledování. Zatím nutné upřesnit informace.
- 8) Diskutován návrh spolupráce s firmou GSK.
- 9) Informace o novele zákona č. 258/2000 Sb. umožňující požití jakékoliv registrované vakcíny pro pravidelné očkování. Diskutovány možnosti prezentace, mediální aktivity a informace pro lékaře.
- 10) Informace MUDr. Procházky z gastroenterologického kongresu. MUDr.Procházka bude koordinovat další studii na téma kojení v roce 2004.
- 11) CRP- v současnosti podepisovány nové dodatky s VZP pro společnou studii, termín pro předání je do konce ledna 2003. Příslib VZP o dalším proplácení, doporučujeme dále evidovat provedené výkony, další informace budou následovat. Nutné zajistit externí kontrolu kvality. Náklady bude nutné promítnout do navýšení úhrady v roce 2003.
- 12) Přijetí nových členů OSPDL: MUDr. M. Saxová, MUDr. M. Hurtíková, MUDr. M. Klimešová, MUDr. J. Rydlová

Zapsala: **MUDr. Cabrnchová**
Ověřil: **MUDr. Liška**



Fluoridová prevence zubního kazu v dětském věku není a ani nemůže být záležitostí pouze zubních lékařů. Zejména u malých dětí má rozhodující úlohu při optimálním nastavení příjmu fluoridů dětský lékař, který má však v současné době mnohem obtížnější úkol, než tomu bylo v minulých letech. Změnily se životní podmínky, potravinové zdroje fluoridů a v daleko větší míře se používají fluoridové prostředky ústní hygieny i u malých dětí. Rovněž podávání fluoridových tablet u dětí, které zajišťují převážně dětské lékaři, prodělalo v poslední době zásadní změny a mělo by být nadále přísně individuální.

Fluoridová prevence zubního kazu u dětí vyžaduje proto úzkou spolupráci mezi dětskými a zubními lékaři. Velice si vážíme zájmu pediatrů o orální zdraví dětí a děkujeme profesní i odborné organizaci praktických lékařů pro děti a dorost za veškerou podporu.

Doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.
předsedkyně České společnosti pro dětskou stomatologii

Fluoridy v prevenci zubního kazu

Doc. MUDr. Zdeněk Broukal, CSc., MUDr. Erika Lenčová

Výzkumný ústav stomatologický, 1. LF UK a VFN, Praha

Optimální příjem fluoridu spolu s pravidelně prováděnou ústní hygienou a omezením příjmu jídel obsahujících snadno štěpitelné sacharidy tvoří triadu účinné prevence zubního kazu. Preventivní účinek optimálního příjmu fluoridu se spatřuje částečně v tvorbě fluorohydroxyapatitu při mineralizaci tvrdých zubních tkání, ale zejména v jeho podpoře remineralizačních pochodů na povrchu skloviny po erupci zubů do úst.

Ve strategii fluoridové prevence je tedy těžšíštem navození takového režimu příjmu fluoridu, při kterém se v ústním prostředí, tedy ve slinách a na povrchu zubů, udržuje pokud možno stálé, mírně zvýšené množství fluoridu.

K dosažení trvale mírně zvýšené přítomnosti fluoridu v ústním prostředí se používají v kombinaci dvě cesty.

Jednou je **zvýšený alimentární příjem fluoridu** vhodným složením stravy nebo úpravou jeho obsahu v těch složkách potravy, které jsou v průběhu dne přijímány s vyšší frekvencí (voda, sůl, mléko).

Druhou cestou je **lokální přívod fluoridu do ústního prostředí** pomocí orálních kosmetik (zubních past, ústních vod), speciálních fluoridových přípravků (roztoků, laků, gelů) nebo dalších nosičů fluoridu (žvýkací guma, fixované SRD – slow releasing nosiče). Kombinace těchto dvou cest přívodu fluoridu zajišťuje nejvyšší preventivní nebo profylaktický efekt.

Zvýšení alimentárního příjmu fluoridu jako plošná nebo individuální preventivní opatření byla ve většině vyspělých zemí světa implementována od poloviny 20. století. V těsné časové návaznosti se začaly v plošném měřítku využívat i lokální aplikace fluoridových prostředků a obě tyto formy

fluoridové prevence sehrály rozhodující roli ve významném poklesu kazivosti, zaznamenaném ve vyspělých zemích v průběhu 70. až 90. let.

Pozitivní, bezmála padesátiletá, zkušenost s fluoridovou prevencí zubního kazu, s prokazatelným snižováním kazivosti a celkovou zdravotní nezávadností je sumována v doporučeních mnoha národních i mezinárodních zdravotnických organizací (např. ADA, SZO, FDI) k **zajištění optimálního příjmu fluoridu v kombinaci s lokálně aplikovanými fluoridovými prostředky**.

Rozhodující roli v tomto směru sehrály dvě formy fluoridové prevence, a to fluoridace pitné vody (úprava obsahu fluoridu v komunálních zdrojích pitné vody na 1 mg na litr) a dále obohacování orálních kosmetických prostředků (zubních past) fluoridy. Alternativou obohacované pitné vody se staly fluoridové tablety a fluoridovaná kuchyňská sůl (jako obdoba jodidace soli).

Pokles kazivosti, rozvíjející se systémy zdravotní péče o děti a mládež a akcentovaná výchova populace v otázkách prospěšnosti pravidelné ústní hygieny a fluoridu v prevenci zubního kazu vedly v všestrannému rozšiřování spektra přípravků a potravinových aditiv obsahujících zvýšené množství fluoridu.

Mění se životní podmínky – množství fluoridu v životním prostředí, globalizace potravních řetězců a tím změna obsahu fluoridu v přirozených potravinových zdrojích, změna složení stravy a v neposlední řadě i zlepšující se orálně hygienické návyky s použitím fluoridových orálních kosmetik a preventiv vedly k požadavku zajištění příjmu fluoridu z hlediska jeho účinného a při tom bezpečného nastavení.

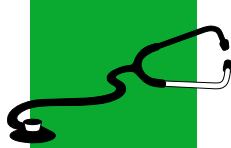
Fluor, respektive fluoridové sloučeniny (fluoridy) nejsou lidskému organismu cizí a v určitém

stopovém množství je v naší potravě a nápojích vždy přítomný. Na jeho účinek se však, stejně tak jako na účinek celé řady dalších přípravků a léčiv, musíme dívat prizmatem **Paracelsové obecné toxikologie** – tento pohled se jako nit táhne celou historií fluoridové prevence zubního kazu a objev projevů chronické toxicity při zvýšeném příjmu fluoridu dokonce předcházely objevu jeho ochranného účinku před zubním kazem.

Na tomto místě je třeba připomenout jednu historickou skutečnost, od které se odvíjí i současná snaha o zajištění účinného a přitom maximálně bezpečného nakládání s fluoridy v prevenci zubního kazu. Ve třicátých letech minulého století již byla jasná souvislost zvýšeného příjmu fluoridu se zvýšením odolnosti zubní skloviny vůči kariogenní atace, ale zároveň také se zvýšeným výskytem zubní fluorózy jako projevem zvýšené zátěže organismu fluoridem v době vývoje zubních tkání. Zvyšování obsahu fluoridu v pitné vodě se tehdy nastavilo tak (kolem 1 mg fluoridu na litr), aby se dosáhlo dostatečného preventivního účinku bez negativního vlivu na lidský organismus, ale **s vědomě akceptovanou měrou mírně zvýšené prevalence zubní fluorózy**.

Tady si musíme uvědomit druhou historickou skutečnost. Ve vyspělých zemích byla v té době kazivost chrupu u dětí a mládeže enormní a působila problém nejen s ošetřením vzniklých kazů, ale i problémy zdravotní. Mírně zvýšená prevalence fluorotických změn na jinak vůči kazivé atace odolnějších zubech byla tehdy akceptovatelnou daní za snížení kazivosti.

Posuneme-li se v čase do poslední čtvrtiny XX. století, zaznamenáváme ve vyspělých zemích



rychle se měnící situaci. Účinná preventivní opatření, uplatňovaná v plošném měřítku, vedou k **pěti- až sedminásobnému snížení kazivosti** ve srovnání se stavem na konci 2. světové války. Stomatologická kurativní i preventivní péče se stává dostupnou pro převážnou část populace a stomatologické ošetřovací technologie přicházejí s novými materiály a postupy, které skokem kvalitativně zlepšují estetickou stránku ošetření chrupu. Zvyšující se životní úroveň a zdravotní uvědomění povyšují hodnotu zdravého chrupu a jeho estetického vzhledu mezi důležité zdravotně-sociální markanty. V kontextu těchto změn dochází k **přehodnocení strategie fluoridové prevence**.

Nejde však jen o mírné zvýšení prevalence vývojových poruch skloviny, o kterých jsme se v historické zkratce počátku fluoridové prevence zubního kazu zmínili. Díky rozvoji průmyslových a zemědělských technologií se obsah fluoridu v životním prostředí mírně zvyšuje a toto zvyšování se může promítat i do obsahu fluoridu v potravních řetězcích.

A ještě tu máme jeden faktor hodný zřetele. Na snižování kazivosti se významnou měrou podílí také všeobecné zlepšení orální hygieny v důsledku pravidelnějšího a účinnějšího čištění zubů s pomocí zubních past obsahujících fluoridy. Malé děti ale část pasty, ať chtěně nebo nechtěně, polykají a s ní ovšem i fluoridy, které navyšují alimentární příjem.

Na počátku devadesátých let tak vystávají zásadní otázky jak dál ve fluoridové prevenci zubního kazu. Je ještě potřeba dále obohacovat přirozené potravní zdroje a podávat fluoridová aditiva de facto v lékové formě? Je zvýšený příjem fluoridu důležitý jen v dětském věku nebo po celý život? Je fluoridová prevence zubního kazu jen v kompetenci zubních lékařů nebo také pediátrů? Dříve, než začneme hledat na tyto otázky odpověď, připomeňme znovu **základní a v současnosti spolehlivě ověřená fakta o fluoridech v prevenci zubního kazu**.

- Pravidelný mírně zvýšený příjem fluoridu v době vývoje zubních tkání a po celou dobu přítomnosti zubu v ústech snižuje významně náchylnost zubní skloviny vůči kariogenní atace.

- Protektivní účinek fluoridu spočívá ve dvou vzájemně se prolínajících mechanismech. Jednak je to částečná saturace sklovinného minerálu – apatitu fluoridem, který je pak odolnější k rozpouštění v kyselém prostředí metabolitů sacharidového metabolismu ústních mikroorganismů. Navíc, fluorid urychluje remineralizaci povrchových defektů sklovinného minerálu, která je jako přirozený ochranný mechanismus zajišťována koncentračním spádem vápenatých a fosfátových iontů mezi slinou a povrchem sklovinného minerálu.

- Podmínkou dosažení tohoto protektivního

účinku bez zjistitelného negativního vlivu na vyvíjející se tkáně a orgánové systémy a na organismus jako celek při celoživotní expozici je jeho příjem v denní dávce v rozmezí 0,04–0,07 mg fluoridu na kg hmotnosti a den v co nejčastěji opakovaných dílčích dávkách v průběhu dne.

- Hladina fluoridu ve vnitřním prostředí není udržována specifickým homeostatickým mechanismem a je výslednicí aktuálního příjmu, clearance fluoridu ledvinami a nasycenosti kosterního apatitu fluoridem.

- Přirozené potravní zdroje v běžném jídelníčku až na malé výjimky nezajišťují optimální denní příjem, ať už z důvodu nižší denní dávky nebo z důvodu suboptimální frekvence dílčích denních dávek.

- Zajištění optimálního příjmu fluoridu lze docílit buď vědomě sestavenou výživou, přidáváním fluoridových doplňků nebo kombinací obou způsobů.

- Bezpečné příjmové denní pásmo fluoridu se v době vývoje tvrdých zubních tkání (přesněji řečeno skloviny) pohybuje mezi shora uvedenými hodnotami, po ukončení vývoje zubů je možné bez nebezpečí denní příjem dlouhodobě několikanásobně překročit.

- Potřeba pokud možno přesného nastavení příjmu fluoridu se tedy týká zejména předškolního věku, kdy se vyvíjí sklovina většiny stálých zubů, potřeba mírně zvýšeného příjmu fluoridu se pak týká dalších údobí života.

Potravní zdroje obsahující fluoridy v množství, které by zajistilo optimální denní příjem, zahrnují „potraviny z moře“, tedy maso mořských ryb, měkkýšů, popřípadě mořské řasy, dále některé minerální vody a některé zdroje povrchové vody (většina povrchových zdrojů pitné vody je na fluoridy chudá) a dále některé průmyslově vyráběné potraviny a nápoje, při jejichž výrobě byla použita voda bohatá na fluorid (např. ovocné džusy a džemy). Zvýšený obsah fluoridu má i odvar z listů čajovníku, pokud je dostatečně silný. V zelenině a ovoci je až na malé výjimky (pažitka, brokolice) obsah fluoridu nízký.

Doplňkové zdroje fluoridu zahrnují fluoridovanou kuchyňskou sůl (v ČR je schváleno používání soli obohacené 250 mg fluoridu na kg pouze v domácnostech), fluoridové tablety (Natrium fluoratum, *Slovakofarma*, *Zymafluor*, *Novartis*) a dále celou řadu vitamín-minerálových suplementů. Nověji přicházejí na trh také některé produkty dětské výživy obohacené fluoridem (Sunar complex, Heinz-PMV). Jak již bylo řečeno, na alimentárním příjmu fluoridu se podílí také fluoridované prostředky pro ústní hygienu, jako fluoridované zubní pasty, ústní vody a speciální orální preventiva, zejména u dětí v mladším předškolním věku, které

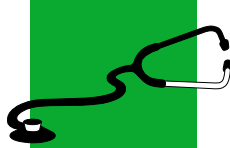
ještě neovládají orálně hygienické praktiky a nezařaditelnou část těchto prostředků polykají.

Ze shora uvedených skutečností plyne, že v dětském věku **rozhodující úloha při správném nastavení příjmu fluoridu spočívá na dětských lékařích**, jednak ve výživovém poradenství a jednak v indikační kompetenci podávání příslušných fluoridových suplementů. Jistě by bylo správné, kdyby nad vývojem dítěte společně bděli pediatr se zubním lékařem již od narození dítěte. V praxi se to ale neděje. Zubní lékaři, do jejichž kompetence nesporně orálně preventivní poradenství a specifická primárně preventivní opatření spadají, se obvykle setkají s dětmi a jejich rodiči až v době, kdy by již měl být správný příjem fluoridu ve výživě nastaven.

Cílem tohoto příspěvku proto je připomenout několik důležitých faktů z **fyzologie fluoridu v lidském organismu**, ze kterých se odvíjí současná strategie fluoridové prevence zubního kazu. Mezi biologicky aktivní sloučeniny fluoru patří ty, které jsou rozpustné ve vodě v neutrálním nebo kyselém prostředí a pak sloučeniny s pevněji vázaným fluorem, jehož odštěpení zajišťují fosfatázy přítomné ve slinách a v dalších trávicích šťávách. Ostatní obvykle komplexní a obtížně rozpustné fluoridové sloučeniny se v zažívacím traktu nevstřebávají.

K resorpci fluoridu dochází již v žaludku a v proximální části jejunu, a to velmi rychle. Přítomnost trávení v žaludku zpomaluje resorpci. V krevní plazmě tak rychle vzniká krátkodobý koncentrační vrchol, který řádově v minutách až několika desítkách minut opět klesá. Část fluoridu se adsorbuje na vyvíjející se nebo přestávající se tvrdé tkáně obsahující apatit (skelet, zuby), zbytek je s polohou zhruba 3,5 hod vylučován ledvinami. Rychlá dynamika změn fluoridémie je dána tím, že fluorid se v plazmě i intersticiální tekutině vyskytuje v iontové podobě a není vázán na žádný makromolekulární nosič. Totéž platí o hladině fluoridu ve slině, která odráží fluoridémii jak pokud jde o koncentraci, tak i pokud jde o dynamiku změn. Placenta částečně zpožďuje přechod fluoridu z mateřské do pupečnickové krve a tak „odřezává“ resorpční vrcholy v mateřské plazmě. Prakticky veškerý fluorid z plazmy (98 %) přechází do primární moči a je reabsorbován v závislosti na objemu vylučované moči a jejím pH. Vyšší pH moči zvyšuje clearance fluoridu, nižší pH zvyšuje reabsorpci a tedy snižuje clearance. Jedná se o stav s acidózou, špatně kontrolovaný diabetes, horečnaté stavy, podávání některých antibiotik a ovšem renální insuficience.

V souvislosti s fluoridovou prevencí zubního kazu je třeba brát v úvahu tři aspekty farmakokinetiky fluoridu.



■ Za prvé je nutné zabránit dlouhodobé toxické zátěži organismu jak z hlediska výše příjmu, tak z hlediska zpomalené clearance.

■ Za druhé je třeba zabránit vzniku opakovaných vysokých absorpčních vrcholů v plazmě, na které jsou některé morfogenetické systémy velmi citlivé (např. ameloblasty).

■ Za třetí je třeba nastavit takový příjmový režim, který by svou vyšší frekvencí vyrovnával kolísající hladinu fluoridu v plazmě, intersticiální tekutině a tím i ve slinách.

Praktické řešení optimálního příjmu fluoridu ve výživě tedy znamená nepřijímat fluorid na lačno, rozložit denní dávku do více dávek dílčích, zajistit dostatečný příjem vody a omezit příjem fluoridu pokud je snížena jeho clearance ledvinami.

Řešení optimálního příjmu fluoridu ve výživovém poradenství tedy není mimořádně komplikované. Ideálním zdrojem fluoridu je voda používaná k přípravě potravy a nápojů, pokud obsahuje 0,5–1,0 mg fluoridu na litr. Tam, kde má pitná voda přirozený nebo uměle upravený obsah fluoridu v tomto pásmu, starost o správný příjem fluoridu odpadá. V České republice máme zdroje pitné vody i většinu balených stolních vod na fluorid chudé, ale řešením je používání balených stolních vod s vyšším obsahem fluoridu (např. Dobrá voda – 0,7 mg fluoridu na litr). Jakmile může dítě v omezeném množství pít i minerální vody, je možné jednu i několik dílčích denních dávek zajistit malým množstvím některé minerálky (např. ve 100 ml Hanácké kyselky je zhruba 0,2 mg fluoridu, ve stejném objemu Poděbradky 0,12–0,15 mg fluoridu).

Jak bylo uvedeno výše, začíná se s obohacováním některých produktů dětské výživy fluoridem (Sunar complex). Obsah fluoridu je nastaven tak, aby při obnovování této výživy vodou s nízkým obsahem fluoridu byla zajištěna zhruba polovina optimálního denního příjmu.

Fluorid z obohacené kuchyňské soli se do cirkadiálního a pravidelného příjmu u dítěte příliš nepromítá. Dětská výživa se jednak minimálně solí a jednak musíme mít na paměti, že fluoridovaná sůl není obsažena v průmyslově vyráběných potravinách a v jídle připravovaném v jídelnách.

Je-li indikováno podávání fluoridu dítěti v podobě doplňků (např. fluoridových tablet), je nutné zajistit rozdělení denní dávky do několika dávek dílčích, podávat je po jídle, pokud možno rozpuštěné v přijímané potravě nebo nápoji (250 ml nápoje ve kterém se rozpustí 1 fluoridová tableta bude mít obsah 1 mg fluoridu na litr).

V našich rodinách se zhruba kolem dvou let dítěte začíná s čistěním zubů, které je více či méně pravidelné. Dětské zubní pasty jsou téměř bez výjimky obohaceny fluoridy a jak již bylo řečeno, děti část zubní pasty polykají. Většina dětských past na našem trhu obsahuje fluorid v množství 700–1000 mg na kg. U dvou až čtyřletého dítěte můžeme očekávat, že použijeme-li na kartáček množství pasty velikosti malého hrášku, dítě nechtěně spolkne kolem 0,2–0,25 mg fluoridu (to je obsaženo v jedné fluoridové tabletě). Ve dvou letech dítěte by se měl do fluoridového výživového poradenství zapojit také zubní lékař, který může mamince podrobněji vysvětlit základy orálně hygienických praktik a vysvětlit úskalí kumulace příjmu fluoridu z potravy, aditiv a hygienických prostředků. Neprojevují-li však osoby pečující o dítě zájem o včasný kontakt se zubním lékařem, je nutné, aby i dětský lékař na takovou kumulaci příjmu myslel a dokázal před ní varovat.

Je nasnadě, že fluoridové prostředky ústní hygieny dostanou v tomto věku dítěte před podáváním fluoridových aditiv přednost.

Indikace podávání fluoridových tablet dětem zaznamenaly v posledních deseti letech zásadní změny, které by měli respektovat jak dětské lékaři (v ČR předepisují zhruba 75 % expedovaných balení dětem mladšího předškolního věku), tak i stomatologové.

Podávání fluoridových tablet zásadně není plošným primárně preventivním opatřením, ale přísně individuální indikací s individuálně nastaveným dávkovým režimem. Tablety jsou indikovány u celkově zdravých dětí tehdy, není-li možné optimální příjem fluoridu zajistit z potravních zdrojů a v množství, které přirozený příjem pouze doplňuje do výše uvedeného dávkového pásma. Jejich podávání se redukuje nebo vysazuje, jakmile se začnou dítěti pravidelně čistit zuby fluoridovanou pastou.

Podávání fluoridových tablet má dále své medicínské indikace u dětí, u kterých pro vrozenou nebo získanou dlouhodobou poruchu zdraví lze očekávat vyšší kazivost nebo horší samoobslužnost v péči o chrup a u kterých je proto vhodné využít plného protektivního účinku fluoridu podávaného v tabletách i za cenu rizika zvýšeného výskytu vývojových poruch skloviny stálých zubů (fluoroza).

Pediatr jistě porozuměl tomu, kdy je potřeba, byť krátkodobě, při stavech se sníženou clearancí fluoridu ledvinami, podávání tablet vysadit.

Stomatologové mají své vlastní indikace podá-

vání fluoridových tablet dětem - při vysoké kazivosti dočasného nebo stálého chrupu a při stavech s destrukcí dočasného chrupu tranzitivními zlovyky. V těchto případech by ale měli vždy žádat o konziliární pomoc pediatra a postupovat společně.

Koneckonců, mají-li se naplnit cíle programu zlepšení orálního zdraví dětí v prvních dekádách 21. století, pak v dílci programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví 21“ by o zdravý vývoj dítěte měly pečovat mezioborové týmy „odborníků na dětský věk v jednotlivých lékařských disciplínách“.

Dostupnost informačních zdrojů pro fluoridové poradenství je v současnosti slabou stránkou prevence onemocnění chrupu. Mezinárodní i výrobní normativy nezavazují výrobce potravin, nápojů a orálních hygienických prostředků k uvádění obsahu fluoridu na obalech nebo příbalových informacích. Příslušné normy sice často stanovují limitní koncentrace fluoridu ve výrobcích (balené stolní vody např. mají limit obsahu fluoridu 1 mg na litr), pro poskytovatele fluoridového poradenství a pro finálního spotřebitele jsou však tyto normativy obtížně dostupné.

Informace o obsahu fluoridu v pitné vodě mohou poskytnou hygienické stanice na úrovni okresů, v budoucnosti krajů.

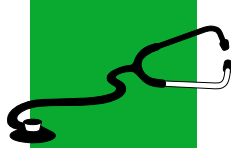
V roce 1996 bylo z iniciativy doc. Nevorala, Společnosti pro dětskou výživu a stomatologických odborníků na fluoridovou prevenci zubního kazu, zpracováno memorandum pro dětské lékaře o fluoridech ve výživě, publikované v časopise Česko-slovenská pediatrie (Nevorál a spol. Fluor v prevenci zubního kazu; Česko-slovenská pediatrie, 51, 1996, 363–365). Poznatky shromážděné za uplynulých šest let vedly autory původního memoranda k jeho inovaci a jeho nové znění je v současné době v pediatrickém a stomatologickém odborném tisku.

Výzkumný ústav stomatologický 1. LF UK v Praze vybudoval databanku údajů o obsahu fluoridu v hlavních potravinách, nápojích a orálně hygienických prostředcích a data průběžně inovuje a doplňuje. Informace je možné získat u autora článku nebo na kontaktních adresách Výzkumného ústavu stomatologického (tel. 224 257 174, fax. 224 247 034, e-mail: broukal@vus.cz).

Práce podporována institucionálním výzkumným záměrem č. 00002377901.

POZOR!

Změna termínu kontinuálního vzdělávání OSPDL ČLS JEP Jihomoravského regionu z 8.3. na **12.4.2003.**



Kaz z kojenecké láhve

Doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.

Stomatologická klinika LF a FN Plzeň

Zubní kaz je patologický proces mikrobiálního původu, který postihuje tvrdé zubní tkáň. Podle současných názorů vzniká interakcí mezi vnímavou zubní tkání, ústními mikroorganismy a dietou. Mikroorganismy se na povrchu zubu a přilehlé dásni nacházejí v tzv. zubním mikrobiálním plaku. Největší význam při vzniku zubního kazu mají streptokoky a laktobacily, protože z cukrů přijatých v potravě syntetizují kyseliny, které po určité době působení demineralizují tvrdé zubní tkáň.

Zubní kaz se vyskytuje u dětí v dočasné i stálé dentici a může se dokonce objevit záhy po prořezání zubů do dutiny ústní v kojeneckém a batolecím věku. V odborné literatuře se setkáváme již od roku 1927 se zprávami o škodlivých účincích sacharózy na chrup kojenců a batolat. Vznik mnohčetných a rychle progredujících zubních kazů u těchto dětí se dává do souvislosti s častým pitím sladkých nápojů z kojenecké láhve (1, 2), a proto se tento stav označuje jako „kaz z kojenecké láhve“ (baby bottle caries). Podobná situace, tzv. medový kaz, vzniká, pokud dítě dostává dudlík namočený do medu, cukru, sirupu nebo džemu. Rychle postupující kariézní rozpad dočasných zubů se také může objevit u malých dětí dlouhodobě léčených medikamenty podávanými ve formě sirupu slazeného sacharózou. Kromě častého příjmu cukerných složek potravy se v etiologii kazu z kojenecké láhve výrazně uplatňuje zanedbávání ústní hygieny dítěte ze strany rodičů či osob o dítě pečujících (3). Prevalence kazu z kojenecké láhve činí až 11% a v současné době stoupá u dětí ve věku 3 roky a mladších (1).

Klinický obraz

Kaz z kojenecké láhve zpravidla začíná na labiálních ploškách horních dočasných řezáků v krčkové části klinické korunky. Zpočátku je patrná pouze bělavá skvrna nebo drobné eroze na sklovině, později lze zjistit úbytek tvrdých zubních tkání s žlutavě nebo hnědě zbarveným kariézním dentinem. Z labiálních plošek se kaz šíří do stran, směrem k řezací hraně a postupně i palatinálně. Výsledkem je cirkulární kaz, který může být příčinou patologické fraktury klinické korunky. Kazem z kojenecké láhve nejsou postiženy pouze horní řezáky ale postupně i horní a dolní první dočasné moláry, pak následují druhé dočasné moláry a špičáky. Dolní dočasné řezáky bývají postiženy vzácně (viz. obrázek).

Komplikace

Kaz z kojenecké láhve se rychle proniká pulpě, protože vrstva skloviny a dentinu dočasných zubů je tenčí než u zubů stálých. Děti s tímto kazem



Kaz z kojenecké láhve u 3 letého dítěte.

jsou proto často ohroženi zánětlivými komplikacemi způsobenými ztrátou vitality zubní dřevě a jejím následným infikováním. U dětí s kazem z kojenecké láhve se pak setkáváme s periodontitidami, provázenými tvorbou píštělí na alveolární sliznici, periostitidami a lymphadenitidami. Dočasné zuby s gangrenózní dření lze považovat za významný zdroj fokální infekce zejména u dětí s celkovým onemocněním. Bolestivé zánětlivé komplikace s následným stomatologickým léčebným představují nejen medicínský, ale i psychologický problém. Dítě získává velice záhy negativní zkušenosti ze stomatologického ošetření, což se obvykle odrazí ve zhoršené spolupráci při dalších návštěvách v zubní ordinaci. Kromě těchto komplikací může rovněž déletrvající zánětlivý proces v oblasti apexu dočasného zubu způsobit vznik hypoplastických změn na korunce stálého nástupce.

Léčení

Stomatologické ošetřování dětí s kazem z kojenecké láhve je velmi obtížné a závisí na věku dítěte a jeho schopnosti spolupracovat, na zájmu rodičů, na rozsahu kazů a na případných zánětlivých komplikacích. Pokud dítě nepřichází s akutními potížemi, tak se při první návštěvě v zubní ordinaci věnujeme instrukcím čistění chrupu u dítěte a výživovému poradenství. Rodičům vysvětlíme význam hygieny dutiny ústní u dítěte a názorně předvedeme jakým způsobem mají dítěti čistit zoubky a jaký mají používat zubní kartáček. U malých dětí doporučujeme na kartáček nanášet pouze malé množství dětské zubní pasty s fluoridy, protože děti do 3 let si obvykle neumí vypláchnout ústa a zubní pastu polykají. S množstvím spolykané zubní pasty je třeba kalkulovat při plánování fluoridové prevence zubního kazu. Rodiče při první návštěvě upozorníme na nutnost snížení frekvence podávání jídel a nápojů se sacharózou a na nebezpečí plynoucí z pití sladkých nápojů večer po vyčistění zubů a zejména v noci.

Pokud dítě spolupracuje a kazy na dočasných

zubech nejsou rozsáhlé, přistoupíme v další návštěvě k ošetření těchto kazů. Pokud kazy již nejsou pro ošetření vhodné, aplikujeme lokálně fluoridové preparáty, abychom zpomalili šíření kariézního procesu. Jestliže dítě přichází se závažnými komplikacemi, je obvykle nutné příčinné zuby extrahovat.

Prevence

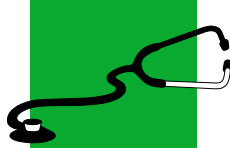
Při terapii kazu z kojenecké láhve máme pouze omezené možnosti. O to více nabývá na významu prevence kazu u nejmenších dětí, která může být úspěšná pouze spoluprací rodičů s gynekology, dětskými a zubními lékaři (4). U budoucích maminek bychom měli zdůrazňovat význam kojení a správné výživy pro zdraví dítěte. Je nutné již budoucí maminku upozornit na škodlivost častého podávání sladkých nápojů z kojenecké láhve pro chrup dítěte a varovat ji před uklidňováním dítěte dudlíkem namočeným do medu či cukru. Vysvětlujeme nutnost důkladné ústní hygieny u dítěte, s kterou by rodiče měli začít již v době, kdy dočasné zuby začínají prořezávat. Informace o nejvhodnějším způsobu čistění zubů u malého dítěte by měl rodičům poskytnout zubní lékař. Z tohoto důvodu by bylo ideální, kdyby dítě absolvovalo první návštěvu v zubní ordinaci v druhé polovině prvního roku života. U malých dětí nelze opominout ani fluoridovou prevenci zubního kazu. Příznivý účinek mají fluoridové preparáty aplikované lokálně i fluoridy podávané ve formě tablet, protože se cestou slinné sekrece dostávají na povrch skloviny a rovněž se podílejí na remineralizaci počínajících kazů.

Závěr

Účinnou prevencí výskytu mnohočetné kazu u malých dětí nemůže provádět pouze zubní lékař. Stejně důležitou úlohu připadá dětskému lékaři, který má možnost včasným působením na rodiče zamezit škodám na dětském chrupu v důsledku nesprávných výživových návyků.

Literatura

1. Baccetti, T., Minasi, V., D'Avenia, R., Antonini, A.: *Baby Bottle Caries (BBC): a clinical investigation*. Ital. J. Paed. Dent., 1999, roč. 2, č. 3, s. 103 – 106.
2. Kukletová, M., Svobodová, M., Kuklová, J.: *Vliv výživových návyků na kazivost chrupu malých dětí*. Prakt. zubní Lék., 2000, roč. 48, č. 3, s. 75 – 81.
3. Yiu, C.K.Y., Wei, S.H.Y.: *Zvládnutí rampantního kazu u dětí*. Quintessenz, 1992, roč. 1, č. 5, s. 318 – 327.
4. Lekešová, I., Šalandová, M., Rokytová, K.: *Kazivost dočasných chrupu dvouletých dětí v Praze 6*. Prakt. zubní Lék., 1994, roč. 42, č. 2, s. 35 – 40.



Používání a označování fluoridových zubních past pro děti

MUDr. Děvana Houšová, CSc., Doc. MUDr. Zdeněk Broukal, CSc., MUDr. Erika Lenčová

Výzkumný ústav stomatologický, 1. LF UK Praha a VFN

■ Význam a účinnost fluoridových zubních past

V posledních dvou až třech dekadách zaznamenala většina vyspělých zemí značný pokles kazivosti dočasného i stálého chrupu u předškolních a školních dětí. Příkladem mohou být data o kazivosti 12letých školáků z některých evropských zemí včetně České republiky (5). Většina odborníků na orální epidemiologii a prevenci se ztotožňuje se stanoviskem Světové zdravotnické organizace, že k všeobecnému poklesu kazivosti přispělo, vedle různých forem adice fluoridu ve výživě,

zejména všestranné používání fluoridových zubních past (3). Pasty zde hrají dvojí úlohu. Pravidelné čištění zubů redukuje bakteriální noxu při vzniku kazů a zvýšená saturace povrchu skloviny fluoridem usnadňuje přirozené remineralizační procesy.

Pokles kazivosti je podle některých studií doprovázen vzestupem prevalence mírných vývojových poruch skloviny stálých zubů (3). Mezi možnými vlivy, které tyto vývojové poruchy skloviny způsobují, je uváděn i zvýšený alimentární příjem fluoridu ze spolykané fluoridové zubní pasty. V době mineralizace sklo-

viny by tedy u malých dětí měl být alimentární příjem fluoridu nastaven pokud možno přesně se zohledněním pravděpodobného množství fluoridu spolknutého se zubní pastou (2).

■ Alimentární příjem fluoridu ze zubních past

Této otázce je v posledních letech věnována značná pozornost. Z výsledků metaanalytické studie bezmála 40 dílčích studií vyplývá, že ve 2–3 letech děti polykají při čištění zubů asi 70 % použité pasty a v 5ti letech ještě téměř polovinu. Alimentární příjem fluoridu tak u malého dítěte může činit při použití pasty s obsahem kolem 1000 ppm fluoridu 0,2–0,3 mg na jedno čištění, a to je vlastně množství fluoridu srovnatelné s jednou fluoridovou tabletou (0,25 mg) (2) (Tab. 1).

Z těchto poznatků vychází Evropská akademie pro dětskou stomatologii (EAPD), která nejnověji doporučuje, aby zubní pasty určené 2–3letým dětem obsahovaly méně než 400 ppm fluoridu, pasty určené starším předškolním dětem měly 500–700 ppm fluoridu a aby teprve ve školním věku děti používaly pasty s obsahem fluoridu vyšším než 1000 ppm. V těchto doporučeních se počítá s akceptovatelným navýšením denního příjmu fluoridu, ke kterému dochází při čištění zubů dvakrát nebo vícekrát za den (4).

■ Legislativa zubních past

Ke složení zubních past včetně obsahu fluoridu se u nás vztahuje jednak nejnovější vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 26/2001 Sb. (6) o hygienických požadavcích na kosmetické prostředky a dále česká norma ČSN ISO 11609 (1). Oba předpisy jsou již harmonizovány s předpisy evropskými. Všechny tyto normativy uvádějí pouze limitní přípustný obsah fluoridu do 0,15 hmotnostních procent (1500 ppm F-) a vymezují použitelné sloučeniny fluoru a jejich názvosloví. Nezohledňují však doporučení pro snížený obsah fluoridu v pastách pro děti.

Současné normové požadavky na složení a označování zubních past pro děti se tedy od

tab. č. 1

Alimentární příjem fluoridu při čištění zubů fluoridovými zubními pastami							
studie	věk						
	2-3	4	5	6-7	8-10	11-13	16-35
Ericsson, Forsman 1969		30		26			
Hargreaves et al. 1972			28				
Barnhart et al. 1974	35			14		6	3
Glass et al. 1975					12		
Simard et al. 1989	59	48	34				
Naccache et al. 1990	41		30				
Naccache et al. 1992	57	49	42	34			
průměr	48 %	42 %	34 %	25 %	12 %	6 %	3 %
příjem mg F- (pasta 1000 ppm F-)	0,48	0,42	0,34	0,25	0,12	0,06	0,03

tab. č. 2

Obsah fluoridu a doporučené zubní pasty podle věku dítěte					
dětské zubní pasty	Promise	Dontodent	Vademecum jun.	Zubík	Perlička
	Faon 091	Parexyl	Dental dream	Panda	Thymolin baby
	Kapt'n Blaubär	Oral B Stages	Kocourek	AB denti gel	
Paro d'or	Elmex	Tom a Jerry	Colgate jun.		
		Aquafresh kids	Critters	Colgate Bugs Bunny	
		Lavera Med	Oral B	Colgate Tweety	
		Vademecum jun.	Hallo Kitty	Signal mini	
			Dental dream	Dan na Dan	
				Snoopy	
				Pink Panter	
obsah fluoridu (ppm)	0	250	500	750	>1000
vhodné pro věk (r.)	≈ 2-3		≈ 3-6		> 6

požadavků odborných značně liší. Pro označení pasty podle ČSN ISO 11609 postačuje, aby v receptuře byla uvedena použitá sloučenina fluoridu podle mezinárodní nomenklatury kosmetických ingrediencí. Z odborného hlediska se ale požaduje ještě údaj o obsahu fluoridu, pro jaký věk dítěte je pasta určena a případně i doporučené množství pasty ve vztahu k věku dítěte.

■ Množství používané zubní pasty

Současná doporučení pro dětské zubní pasty berou v úvahu i množství pasty, které se má dávat na kartáček. Dětem do 6ti let by měli dávat pastu na kartáček rodiče. Pro nejmenší děti do dvou let se doporučuje aplikovat pouze tenkou vrstvu pasty, pro předškolní děti může být objem pasty o velikosti malého hrášku a pro školní děti je vhodná dávka pasty v rozsahu třetiny až poloviny pracovní části kartáčku. Toto doporučení je však na obalech past připomenuto zatím jen u past Oral B a Aquafresh.

■ Vhodnost použití past podle věku dítěte

Podle obsahu fluoridu uvedeného na obalu či interní informace získané od výrobce jsme pasty rozdělili na pasty bez fluoridu a na pasty s obsahem kolem 250, 500, 750 a 1000 ppm fluoridu a více, což zhruba odpovídá i věkovým skupinám dětí, pro které jsou podle současných doporučení pasty určeny.

Pro dvou až tříleté děti, kdy se má s pravidelným čištěním zubů začít máme tedy dvě pasty bez fluoridu (Promise a Faon 091) a čtyři pasty s obsahem fluoridu kolem 250 ppm (Dontodent, Parexyl, Kapt'n Blaubär a Paro d'or). Pro předškolní věk dítěte jsou vhodné pasty Vademecum jun., Zubík, Dental dream, Panda, Oral B Stages, Kocourek, Elmex, Tom a Jerry, Aquafresh kids, Critters, Lavera Med, Oral B, Vademecum jun., Hallo Kitty a Dental dream. Pro děti starší šesti let se doporučují pasty Perlička, Thymolin baby, AB denti gel, Colgate jun., Colgate Bugs Bunny, Colgate Tweety, Signal mini, Dan na Dan, Snoopy a Pink Panter (Tab. 2).

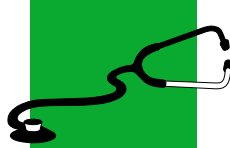
Babydent

■ Závěr

Z uvedeného přehledu je zřejmé, že současným doporučením, směřujícím k zvýšení bezpečnosti použití fluoridových zubních past u dětí, věnuje pozornost jen malá část výrobců. Požadavky k nápravě této situace se týkají jak výrobců tak i legislativy zubních past pro děti. Výrobci past by měli respektovat poznatky o alimentárním příjmu fluoridů ze zubních past u dětí a upravit receptury past s odstupňovaným obsahem fluoridu. Současné poznatky o farmakokinetice fluoridu jasně vymezují fluoridové zubní pasty určené pro děti od fluoridových zubních past pro dospělé. Příslušné normy by měly toto vymezení zohledňovat a definovat limitní obsahy fluoridu pro věkové kategorie předškolních a školních dětí a zavazovat výrobce k přesnějšímu označování zubních past pro děti. Výrobci by měli na obalu poskytovat spotřebiteli dostatek informací pro správnou volbu a používání fluoridových zubních past určených zejména pro menší děti.

Literatura

1. ČSN ISO 11609 Stomatologie – Zubní pasty – Požadavky, metody zkoušení a označování. Český institut pro technickou normalizaci, metrologii a zkušebnictví, Praha, 1999; změna 1
2. Fejerskov, O. a spol.: Fluoride in Dentistry; Munksgaard, Copenhagen, 1996
3. Fluorides and Oral Health; Report of a WHO Expert Committee on Oral Health Status and Fluoride Use; WHO Technical Report Series, No. 846, 1994
4. Oulis, J.C., Raadal, M., Martens, L.: Pokyny pro podávání fluoridů u dětí (dle doporučení Evropské akademie pro dětskou stomatologii); European Journal of Paediatric Dentistry, 1, March 2000, 7–12
5. Rokytová K., Broukal Z., Krejsa O.: Orální zdraví v evropských státech v roce 1990; Česká stomatologie, 96, 1996, 22–29
6. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví o hygienických požadavcích na kosmetické prostředky č. 26/2001 Sb. Studie podporována Výzkumným záměrem VÚS VFN č. 00002377901.

**Podmínky za omyl s ledvinou**

Okresní soud v Hradci Králové potrestal podmíněnými tresty dva lékaře královéhradecké fakultní nemocnice za to, že se v roce 2000 podíleli na vyoperování opačné ledviny. Osmiměsíční trest vězení s podmíněnou zkušební dobou na 18 měsíců soud uložil ambulantnímu lékaři Zbyňkovi Veselskému a operatérovi Miloši Broďákovi. Třetí z obžalovaných, asistent operátora Petr Kutílek, byl zproštěn obžaloby. Verdikt soudu není pravomocný, neboť státní zástupce a operátér si ponechali lhůtu na rozmyšlenou. Ambulantní lékař se proti rozsudku odvolal na místě, asistent operátora se práva na odvolání vzdal. Na transplantaci ledviny pacient stále čeká dvašedesátiletému zmrzačenému pacientovi lékaři museli později vyoperovat i druhou, takřka nefunkční ledvinu. Muž musí nyní třikrát týdně dojíždět na dialýzu. Je omezen v jídle, denně může vypít jen půl litru tekutin. Kondice se mu zhoršila natolik, že nemůže vykonávat žádnou fyzicky namáhavou činnost. Na transplantaci ledviny stále čeká. Podle soudu se lékař při ambulantním vyšetření pacienta dopustil nedbalosti, když do zdravotnické dokumentace omylem zapsal k vyoperování méně poškozenou ledvinu. Operátér měl podle soudu zase předejít tragickému omylu lepší přípravou před operací. Urologové se postiženému pacientovi dosud neomluvili. Dotyčný muž přitom nežádal vysoké tresty, jen morální zadosťučinění. Všichni tři lékaři stále v královéhradecké nemocnici pracují a mají tam pověst špičkových odborníků. Na jejich stranu se postavil i předseda České urologické společnosti, jenž se v dopise soudu za lékaře z odborného i lidského hlediska zaručil. Ačkoli vedení nemocnice chybu svých lékařů uznalo, urologové se podle advokáta poškozeného pacienta Petra Folprechta jeho klientovi dosud neomluvili. Devíti z 11 lékařů králo-

véhradecké urologie byl v souvislosti s chybou operací snížen plat, operátér nesměl rok operovat a přednostka kliniky musel obhajovat svoji funkci v konkurzu. „Mému klientovi nešlo o nějaký vysoký trest, spíše o morální zadosťučinění,“ řekl po verdiktu Folprecht. Dnešní trest by mohl být podle něj určitým varováním i pro další lékaře. Poškozený pacient na nemocnici dosud jako odškodné vysoudil 405 tisíc korun. Soudní líčení o výši odškodného nebylo ale dosud ukončeno. Muž totiž požaduje odškodnění do celkové výše 1,6 milionu korun.

Marihuana asi nesouvisí s geny

Lidem, kteří začali užívat marihuanu před sedmnáctým rokem věku, hrozí dvakrát až pětkrát větší riziko, že budou užívat další drogy a že se u nich vyvine závislost na drogách nebo na alkoholu v porovnání s těmi, kteří tuto drogu před svým 17. rokem neužívali. Vyplývá to ze studie, kterou provedl americko-australský tým vědců z Washington University School of Medicine ze Sant Louis (USA). Studie byla zveřejněna v posledním čísle odborného časopisu Journal of the American Medical Association (JAMA 2003; 289: p.427-433). Vědci zkoumali 311 párů jednovaječných a dvojvaječných dvojčat stejného pohlaví. Zjistili, že ten z dvojice, který začal užívat marihuanu před svým sedmnáctým rokem, měl ve starším věku 2,1 až 5,2krát větší problémy s užíváním nebo závislostí na dalších drogách nebo alkoholu. Údaje získané od jednovaječných dvojčat, jejichž geny se zcela shodují, se statisticky nelišily od dat dvojvaječných dvojčat, které spolu sdílejí pouze polovinu genů. Tento fakt naznačuje, že vztah mezi započatím užívání marihuany v nízkém věku a pozdějším přechodem k užívání dalších drog nesouvisí s genetickými dispozicemi jedinců.

BARVOCITOVÉ TABULKY

podle původního německého originálu

- pro praktické lékaře pro dospělé
- pro praktické lékaře pro děti a dorost
- pro oční lékaře a ostatní zájemce

Nakladatelství Aventinum se ujalo velmi záslužného úkolu a vydalo "Tabulky k vyšetření barvocitu". Oftalmologové, praktičtí lékaři i kolegové z jiných oborů se většinou setkávají s věkovitými německými vydáními, jejichž desky jsou těsně před rozpadnutím a o jejichž barvách se dá s úspěchem pochybovat. Vždy se najde někdo, kdo chrání jako oko v hlavě český překlad základní diferenciální diagnostiky a předává ho z generace na generaci.

Nyní tedy máme možnost získat novou českou verzi. Originální podklady pro tisk barevných tabulek dodalo německé vydavatelství, které má zkušenosti s 29 předchozími vydáními. To je podle mne dobrý předpoklad odpovídající barevnosti a tím spolehlivému vyšetření.

V krátkém úvodu k tabulkám nalezneme stručný přehled poruch barvocitu a jejich diferenciální diagnostiku založenou na chybném čtení určitých tabulek, standardní postup vyšetření a nejčastější chyby, které mohou narušit jeho objektivitu.

Dvě krátké kapitoly jsou věnovány diferenciální diagnostice simulace a disimulace a sporným případům včetně doporučení, kdy je vhodné odeslat pacienta ke specializovanému vyšetření. Úvod je doplněn přehledem správné interpretace znaků. Tabulky slouží k rychlému orientačnímu vyšetření, které v praxi v naprosté většině případů dostačuje.

Dodržení pokynů uvedených v přehledném osmistránkovém úvodu umožňuje provést jednoduše a s vysokou spolehlivostí vyšetření barvocitu nejen oftalmologům, praktickým lékařům, zdravotním sestram, ale i odborníkům z jiných oblastí.

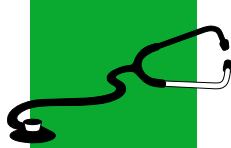
Doufám, že Aventinum neskončí u prvního vydání, protože v civilizovaných zemích bývá dobrým zvykem tabulky pravidelně obnovovat.

MUDr. Jiří Cendelín, CSc.

Zájemci, obraťte se
na adresu časopisu
VOX PEDIATRIAE
Obálku označte heslem „Tabulky“.

cena: 480 Kč





Možnosti antimikrobiální profylaxe zubního kazu prostředky chlorhexidinového typu

Doc. MUDr. Jana Dušková, CSc., Doc. MUDr. Zdeněk Broukal, CSc.

Výzkumný ústav stomatologický, 1. LF UK Praha a VFN

Multifaktoriální etiologie zubního kazu vytváří nutnost multidisciplinárního přístupu k jeho efektivní prevenci. Prostředky zvyšující odolnost tvrdých zubních tkání vůči kariogenní noxe v době vývoje zubu a v posterupčním období, včetně kontroly kariogenní složky potravy a potravinových návyků, našly uplatnění v plošných i individuálních preventivních programech. Ovlivnění bakteriální složky kariogenní noxy hygienickými programy není samo o sobě dostatečně účinné, protože kariogenní mikroorganismy ve svém přirozeném habitatu – retenčních prostorách chrupu a také predilekčních místech výskytu kazivých lézí – zůstávají sebepečlivější standardní ústní hygienou neovlivněny.

V naší republice se donedávna program prevence zubního kazu opíral o systémovou fluoridovou prevenci (fluoridovaná pitná voda, fluoridové tablety), o lokální fluoridovou prevenci používáním fluoridových zubních past a o profesionální aplikace fluoridových přípravků. V posledních letech byla systémová prevence nahrazena všestranným rozšířením fluoridových zubních past, což v žádném případě nelze pokládat, zejména pro rizikové skupiny jedinců, za preventivní program dostatečně efektivní. Z bezpočtu studií, publikovaných ve světové odborné literatuře, se ukazuje, že hygienické programy prevence zubního kazu samotné nejsou dostatečně účinné pro jedince se zvýšeným rizikem zubního kazu a pro pacienty s celkovými onemocněními, která jsou zvýšeným rizikem zubního kazu doprovázena.

Ve vyspělých industriálních zemích, ve kterých se v posledních patnácti letech podařilo nastavit trvalý sestupný trend kazivosti u dětí v předškolním, školním i dorostovém věku, má kazivost stále zřetelněji tzv. bimodální charakter. Vyrůstá podíl jedinců intaktních a jedinců s malou kazivostí a zvyšuje se kazivost u malé skupiny dětí rizikových. Podobná situace je i v České republice, kde např. mezi roky 1994 a 1997 ve věkové kategorii pětiletých dětí vzrostl podíl dětí intaktních a zá-

roveň se zvýšila průměrná hodnota kpe zubů (Broukal a spol. 1997).

Do primárních preventivních opatření u jedinců se zvýšeným rizikem zubního kazu je tak nutné integrovat, vedle fluoridové prevence a orálních hygienických opatření, i opatření antimikrobiální. Tím se do popředí dostává otázka regulace kariogenní mikrobiální flory zaměřená především na potlačení kariogenních streptokoků.

V posledních letech se výzkumné úsilí v tomto směru soustředilo do tří oblastí, a to na hledání vhodného antimikrobiálního prostředku (Brex a spol. 1993, Caufield, Gibbons 1979), do vývoje jeho optimální aplikační formy (Balanyk, Sandham 1985) a konečně do vývoje jednoduchého mikrobiologického hodnocení efektu zásahu v dutině ústní (van Houte a spol. 1981, Svanberg, Loesche 1978, Tenuovo a spol. 1992).

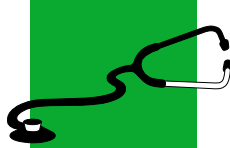
Z hlediska používaného antimikrobiálního prostředku se v posledních desetiletích dostal zcela do popředí chlorhexidin v lakových nebo gelových nosičích, desinfekčních ústních vodách a v kombinaci s dalšími látkami (např. NaF nebo mléčnan zinečnatý) může tvořit účinnou složku v zubních pastách (Sanz a spol. 1994).

Chlorhexidin – dvojsodná sůl kyseliny glukonové [1,6-di-(N-p-chlorphenyl)-diguani-do] – hexan] patří v současné době mezi nejvíce rozšířené prostředky používané k potlačení ústní mikrobiální flory a tedy k inhibici tvorby plaku (Gjerme 1989). Mezi jeho pozitivní vlastnosti také patří jeho schopnost adherovat na mikrobiální plak, získanou pelikulu, ústní sliznice a tvrdé struktury, odkud je postupně uvolňován do ústního prostředí. Důležitou vlastností je také jeho velice nízká toxicita a minimální vedlejší účinky, jako např. reverzibilní zbarvení zubů, výplní a zubních náhrad, změny chuťového vnímání. Tyto vedlejší účinky se mohou dostavit teprve po dlouhodobém používání chlorhexidinu.

Při hodnocení účinnosti chlorhexidinu byla testována jeho minimální inhibiční koncentrace proti 52 druhům mikroorganismů, izolovaným ze subgingiválního povlaku. Účinné koncentrace se pohybovaly od 8 do 500 µg/ml, při koncentraci 250 µg/ml nastává inhibice všech mikroorganismů, které mají potenciální vztah k onemocnění parodontu (Stanley a spol. 1989). Efekt chlorhexidinu in vivo je snižován přítomností látek bílkovinné povahy.

V evropské stomatologii se vlastnosti chlorhexidinu sledují od roku 1954 a jeho klinické použití se datuje rokem 1965, kdy Loe a spolupracovníci (Loe a spol. 1965) prokázali jeho schopnost zabránit vzniku experimentální gingivitidy při mnohatýdenním vynechání ústní hygieny.

Antimikrobiální účinek prostředků obsahujících chlorhexidin jako účinnou látku představuje redukci již vytvořeného povlaku, prevenci tvorby povlaku nového, selektivní inhibici fakultativních patogénů zubního kazu a zánětu gingivy a snížení jejich virulence (inhibice tvorby organických kyselin, polysacharidů a pod.) (March 1992). Tyto vlastnosti chlorhexidinu byly znovu prověřeny v krátkodobé studii, ve které pravidelné (dvakrát denně) vyplachování úst 0.2% roztokem chlorhexidinu snížilo při současné vysoké experimentální expozici ústního prostředí roztoku sacharózy o 78% přírůstek zubního kazu proti skupině kontrolní (Loe a spol. 1972). Podobná zjištění plynou ze dvou dlouhodobých studií u mladistvých jedinců s vysokými hladinami kariogenních streptokoků, kdy se používáním chlorhexidinového gelu dosáhlo signifikantní suprese *S. mutans* a 56% redukce přírůstku zubního kazu v průběhu tří let (Zickert a spol. 1982). Ve druhé zmiňované studii vedlo profesionální flosování (4x ročně) chlorhexidinovým gelem po dobu 4 let k 42% redukci přírůstku aproximálních kazů a k 65% redukci počtu aproximálních výplní v porovnání se kontrolní skupinou, kde při flosování byl použit placebo gel (Gisselsson



a spol. 1988). Počet jedinců, u kterých v průběhu studie nevznikly žádné nové kazivé léze byl rovněž větší ve skupině s chlorhexidinem.

Literární údaje doporučují koncentraci CHXL, jako účinného prostředku pro redukci množství mikrobiálního povlaku, terapii zánětu gingivy a časné parodontitidy od 0,02% do 2%. Optimální koncentrace a aplikační postupy nejsou pro léčbu onemocnění parodontu pevně stanoveny ale lze předpokládat, že vyšší koncentrace a prodloužená expozice jsou potřebné k signifikantní supresi subgingiválních parodontálních mikroorganismů (Drisco 1996).

Další strategie antimikrobiálního profylaktického zásahu je prevence přenosu *Streptococcus mutans* do úst dětí v období tzv. otevřené niky (přehled viz Dušková, Broukal 1997). Profylaktické možnosti potlačení *S. mutans*, zahrnující používání chlorhexidinu, významně snižují kolonizaci úst a tím odhalují mikrobiální riziko zubního kazu u dětí (Köhler a spol. 1984). Další aplikační využití vlastností chlorhexidinu ve formě gelu je redukce povlaku u hendikepovaných osob, pro které jsou běžná hygienická opatření nedostupná nebo nedostatečná (Francis a spol. 1987).

Druhou oblastí studia možností orální antimikrobiální profylaxe je hledání vhodného nosiče antimikrobiální látky pro klinickou aplikaci. Nasnadě je potřeba pozvolného uvolňování účinné látky a tím prodloužení expoziční doby. Pozornost se tak soustředila na laky a bylo započato s jejich zkoušením a posléze s výrobou (např. CHLORZOIN, Knowell Therapeutic Technologies, Kanada, CERVITEC, Vivadent, Lichtenštejnsko).

Jako nejvhodnější se ukázal polyuretánový lakový nosič, který umožňuje deposici chlorhexidinu na povrchu tvrdých zubních tkání (Grosser a spol. 1993), jeho uvolňování v účinné podobě a koncentraci (Balanyk, Sandham 1985) a po dostatečně dlouhou dobu (Arends, Ruben 1993).

V České republice je v současnosti schváleno užívání chlorhexidinový lak CERVITEC (Vivadent, Lichtenštejnsko), obsahující 1% chlorhexidinu a 1% thymolu v polyvinylbutyralovém lakovém nosiči.

Pro hodnocení účinnosti antibakteriálního zásahu byly vyvinuty jednoduché screeningové mikrobiologické sady k semikvantitativnímu určování hladin *Streptococcus mutans* a laktobacilů ve slinách (např. CARIESCREEN SM, Knowell Therapeutic Technologies, Kanada, DENTOCULT SM, DENTOCULT LB, Viva-

dent, Lichtenštejnsko nebo DENTOCULT, Orion, Finsko).

Tyto testy se postupně stávají rutinní součástí antimikrobiálních profylaktických opatření, kde se využívají k záchytu rizikových jedinců a při aplikaci na principu „testing then treatment“ k objektivizaci doby pro následnou aplikaci (Newbrun a spol. 1984).

Literatura:

1. Arends J., Ruben J.: Chlorhexidine CHX release by dentin after varnish treatment *Caries Res.*, 1993, 27, 206-240, Abstr. No. 88
2. Balanyk T.E., Sandham H.J.: Development of sustained-release antimicrobial varnishes effective against *Streptococcus mutans* in vitro 1356-1360, 1985
3. Brex M. a spol.: Long-term effects of Meridol and chlorhexidine mouthrinses on plaque, gingivitis, staining and bacterial vitality *J.Dent. Res.*: 72, 1194-1197, 1993
4. Broukal Z., Krejsa O., Mazánková V., Mrklas L., Rokytová K., Pázlerová V.: Stav orálního zdraví vybraných věkových kategorií populace ČR – monitoring 1997 Účelová publikace VÚS a ÚZIS, Praha, 1997
5. Caulfield P.W., Gibbons R.J.: Suppression of *Streptococcus mutans* in the mouth of humans by dental prophylaxis and topical applied iodine *J.Dent. Res.* 58, 1317-1326, 1979
6. Drisco C.H.: Non-surgical pocket therapy: Pharmacotherapeutics, in: *Annals of Periodontology* Vol. 1, Number 1, American Academy of Periodontology, 1996
7. Dušková J., Broukal Z.: Kolonizace ústní dutiny kario-genními streptokoky u dětí, kazivost dočasného chrupu a cílená antimikrobiální profylaxe v péči o matku a dítě *Čes Stomat.*, 97, 1997, 3, 142-146
8. Francis J.R., Hunter B., Addy M.: A comparison of three delivery methods of chlorhexidine in handicapped children. I. Effects on plaque, gingivitis and tooth staining *J. Periodontol.*, 1987, 58, 451-455
9. Gisselsson H., Birkhed D., Bjorn A.-L.: Effect of professional flossing with chlorhexidin gel on approximal caries in 12-to-15 yr old schoolchildren *Caries Res.*, 1988, 22, 187-192
10. Gjermo P.: Chlorhexidine and related compounds *J.Dent. Res.* 68, 1989, 1602-1608
11. Grosser W., Kneist S., Heinrich R., St(esser L.: Effect of different varnishes on root surface caries in rats *Caries Res.*, 1993, 27, 206-240, Abstr. No. 12
12. van Houte J. a spol.: Relationship of levels of the Bacterium *Streptococcus mutans* in saliva of children and their parents *Archs oral Biol.*, 26, 381-386, 1981
13. Köhler B., Andreen I., Jonsson B.: The effect of caries-preventive measures in mothers on dental caries and the oral presence of the bacteria *S. mutans* and *lactobacilli* in their children *Arch oral Biol.*, 1984, 29, 879-883
14. Loe H., Theilade E., Jensen S.B.: Experimental gingivitis in man *J. Periodontol.*, 1965, 36, 177-187
15. Loe H., von der Fehr F.R., Shiott C.R.: Inhibition of experimental caries by plaque prevention. The effect of chlorhexidine mouthrinses. *Scand. J. of Dent. Res.*, 1972, 80, 1-9
16. March P.D.: Microbiological aspects of the chemical control of plaque and gingivitis *J. Dent. Res.*, 1992, 71, 1431-1438
17. Newbrun E., Matsukubo T., Hoover C.I., Graves R.,

Brown A.T., Disney J.A., Bohannon H.M.: Comparison of two tests for *Streptococcus mutans* and the evaluation of their suitability for mass screenings and private practice *Comm. Dent. Oral Epidemiol.*, 1984, 12, 325-333

18. Sanz M., Vallcorba N., Fabregues S., Muller I., Herkstroter F.: The effect of a dentifrice containing chlorhexidine and zinc on plaque, gingivitis, calculus and tooth staining *J. Clin. Periodontol.*, 1994, 21, 431-437

19. Stanley A., Wilson M., Newman H.: The in vitro effects of chlorhexidine on subgingival plaque bacteria *J. Clin. Periodontol.*, 1989, 16, 259-264

20. Svanberg M.L., Loesche W.J.: Implantation of *Streptococcus mutans* on tooth surfaces in man *Archs oral Biol.*, 23, 551-556, 1978

21. Tenuovo J. a spol.: Effects of chlorhexidine-fluoride gel treatment in mothers on establishment of *mutans streptococci* in primary teeth and the development of dental caries in children *Caries Res.*, 26, 275-280, 1992

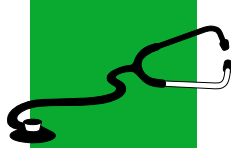
22. Zickert I., Emilson C.G., Krasse B.: Effect of caries preventive measures in children highly infected with the bacterium *Streptococcus mutans* *Archs oral Biol.*, 1982, 27, 861-868

Práce je součástí řešení grantu č. 0002377901 MZ ČR

Pediatři na tapetě

Ministryně chce šetřit na vrub dětí

Péče o dětské pacienty je v Česku příliš složitá, míní ministryně zdravotnictví. Chce proto napříští zlikvidovat dětské lékaře specialisty. Nejasným cílem této reformy je, zdá se, ušetřit. Nejasná vyjádření ze strany ministerstva tomu napovídají. Tvrzení, že tento záměr zapadá do sladování našeho a evropského systému, neobstojí. Systém dětské zdravotní péče, který tu vznikl v době komunismu, byl sice jakousi „výkladní skříň socialismu“, ale fungoval. Dnes má své obdivovatele i na západ od nás. Je-li funkční, proč ministerstvo chystá tak radikální řez? Redukci nákladů lze přeci provést i jinak než likvidací. Vysvětlení nám ministerstvo dluží, proto se musíme jen dohadovat. Ve spojení se snahou omezit počet lékařů oprávněných vystavovat neschopenky to vypadá, jako by chtělo ministerstvo mít lékaře pod dohledem. Někteří lékaři v ČR s body pro zdravotní pojišťovny podvádějí, to je neoddiskutovatelný fakt. Ministerstvo tomu však chce zabránit poněkud škrolovským způsobem. Některé lékaře silně omezí a jiné, jichž nebude tolik, jak se domnívá, dokáže uhlídat. Pokud sledujeme pokus o reformu českého zdravotnictví, začala ministryně Součková ze špatného konce. Lékaři jsou silná lobby, a pokud ministerstvo při jejich „korekci“ rezignuje na vysvětlování svých kroků veřejnosti, potažmo na její podporu, může spor o „bádnální“ zákon smést celou reformu.



Acne vulgaris od etiopatogeneze a kliniky k optimální léčbě

Doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc.

Dermatovenerologická klinika, FN Brno

Souhrn

Práce je věnována problematice akné a akné s podáním přehledu o etiopatogeneze onemocnění, variabilitě klinického obrazu až po nejvýznamnější akneterapeutika jak lokální, tak systémová.

Klíčová slova

acne vulgaris, etiopatogeneze, klinika, terapie

■ Úvod

Acne vulgaris patří mezi jedno z nejčastějších kožních onemocnění. V pubertě se s rozdílnou intenzitou vyskytuje téměř u každého člověka, prevalence je v podstatě 100%. Přibližně u 15% osob akné perzistuje až do 25 roků a v menším procentu až do 40 let, u acne inversa po celý život. Také přetrvávání akné lézí bývá častější u žen, převážně jako acne cosmetica či menstrualis, objevující se v období mezi 20 – 50 roky.

Závažnost onemocnění spočívá také v tom, že postihuje jedince ve vývojovém období s výskytem patologického procesu především v obličeji, v krajně výstřihu a na zádech, což působí kosmeticky velmi rušivě. Tento stav většina nemocných prožívá depresivně a pro další psychosexuální a sociální vývoj může působit závažně, neboť ovlivňuje negativně navazování interpersonálních vztahů, pracovní zařazení a v neposlední řadě i volbu životního partnera. Správná volba terapie a její efektivnost optimálně působí na další psychický a fyzický vývoj pacienta. Úspěšnost léčby je též podmíněna včasným zahájením, a to zejména u těch pacientů, u nichž se objevují akné morfy již před 12 rokem věku, neboť raný výskyt akné morfy indikuje pozdější těžší průběh.

■ I. Etiopatogeneze

Vznik akné je dán mnoha etiopatogenetickými faktory, mezi které patří hormony, tvorba mazu, folikulární poruchy rohovatění a reakční pohotovost folikulů na zánět, mikroby a v neposlední řadě dědičnost. Neopominutelné jsou i imunologické faktory (změny v hodnotách imunoglobulinů, T lymfocytech). Patologické procesy typické pro akné morfy postihují pilosebaceousní jednotku (chlupový /sebaceous/ folikul a přídatná mazová žláza). Obecně je acne vulgaris charakterizováno jako chronická zánětlivá porucha pilosebaceousní jednotky.

■ Mazové žlázy a maz

Zvýšená tvorba mazu – seborea – se v podstatě vyskytuje u všech pacientů s projevy akné, často předchází před vznikem tohoto onemocnění. K stimulaci mazových žláz dochází zejména vlivem androgenů. Předpokládá se jednak zvýšená aktivita 5-alfa-reduktázy, která ovlivňuje konverzi testosteronu na aktivní dihydrotestosteron a jednak geneticky podložená vyšší citlivost receptorů mazových žláz k androgenům. Jejich činnost ovlivňují i hormony hypofýzy, štítné žlázy a glukokortikoidy. Navíc gestageny i glukokortikoidy mohou podléhat periferní konverzi na androgeny. Množství mazu záleží nejen na velikosti mazové žlázy, ale také na mitotické aktivitě. Současně je nutno brát v úvahu značné individuální rozdíly v produkci mazu. Tyto rozdíly jsou dány dědičnými faktory.

■ Bakteriální flóra komedonů

V komedonech jsou přítomny tři skupiny bakterií, a to *Propionibacterium acnes*, kokky, především *Staphylococcus epidermidis* a lipofilní kvasinky rodu *Pityrosporum* (*P. ovale*, *P. orbiculare*). Rolí mikroorganismů u akné je nutno posuzovat na dvou úrovních, a to jednak z hlediska účasti na tvorbě komedonů a jednak na vývoji zánětu. Stafylokokky hrají roli u zanícených lézí – pustul. Rozsah zánětlivé reakce a klinická závažnost onemocnění koreluje se stupněm imunity vůči *P. acnes*.

■ Retenční hyperkeratóza

Ucpávání pilosebaceousních folikulů je způsobeno zvýšenou a zrychlenou produkcí rohovatělých buněk ve folikulu a ve vývodu mazové žlázy. Tyto rohové buňky mají zvýšenou intercellulární adhesi, což stěžuje jejich odlučování. Komedony tak vznikají na základě folikulární proliferace a retenční hyperkeratózy.

■ Dědičnost hraje důležitou roli co se týče velikosti a aktivity mazových žláz. S největší pravděpodobností se jedná o polygenně vázanou dědičnost.

■ II. Klinický obraz onemocnění

Eflorescence vznikající při akné jsou jednak primárně nezáánětlivé, jednak sekundárně zánětlivé a v konečné fázi terciálně pozánětlivé.

1) Mezi nezáánětlivé projevy se řadí:

Mikrokomedon – prekursor všech dalších typů akné. Jedná se o pouze mikroskopicky pozorovatelnou změnu sebaceousního folikulu, která se postupně mění na eflorescence typické pro akné.

Uzavřený komedon – je již makroskopicky patrná morfa připomínající drobné milium („bílá hlavička“). Vzniká stálým hromaděním lipidů rohových buněk ve folikulárním kanálu.

Otevřený komedon – makroskopicky patrná morfa černě zbarvená („černá hlavička“). Nepřetržitým růstem vystupují z uzavřených komedonů otevřené komedony. Zátka komedonů má stlačenou strukturu skládající se z pevně mezi sebou spletených korneocytů, mazu a mikrobů.

2) Sekundárně zánětlivé projevy:

Papuly a pustuly – jsou způsobeny zánětlivými změnami epitelu komedonů s následnou rupturou epitelální stěny, přičemž obsah se tak dostává do okolní tkáně a je příčinou zánětlivých projevů.

Indurované uzly – jsou často chronicky přetrvávající granulomy cizích těles, které vznikají jako reakce na proniknuté hmoty rohových buněk a dalších fragmentů tvořících původně obsah folikulárního kanálu do koría.

Abscedující uzly – jsou typické pro závažné formy akné, kdy dochází k splynutí zánětlivých projevů, zejména pustul, s výsledným klinickým obrazem bolestivých hnisajících uzlů s hnisavě – hemoragickým obsahem. Jsou pokryty haemoragickými krustami s následnou tvorbou jizev. Abscedující píštěle – jsou rovněž typické pro těžké formy akné. Projevují se naválitými, fluktuujícími infiltráty délky 8 – 10 cm, s píštělovitými otvory.



Tyto abscedující píštěle mají tendenci k opakovaným exacerbacím.

3) Terciálně pozánětlivé projevy:

Tato skupina eflorescencí je známkou odeznělé akné s těžkým průběhem.

Píštělové komedony – jsou kanálky vystlané epitelem a naplněné hmotou typickou pro komedony. Nachází se především na šíji a zádech pacientů s akné conglobata. Cysty – jsou nezáánětlivé uzly velikosti 1 – 5 cm, tuhopružné konsistence. Mohou opakovaně prskat a vést ke vzniku abscesů. Terapeuticky je řešení chirurgické v podobě totální excise.

Jizvy – jsou výsledným stavem prodělané akné. Dle závažnosti onemocnění mohou být zcela drobné, folikulárně vázané, vesměs mírně atrofické, depigmentované. Po hlubších zánětlivých morfách jsou výsledkem hojení atrofické, hypertrofické a keloidní jizvy.

Podle převahy uvedených nezáánětlivých a zánětlivých morf dělíme akné vulgaris do tří subtypů, a to:

■ **Akné comedonica** má klinický obraz charakterizován především přítomností otevřených („černá hlavička“) a zavřených („bílá hlavička“) komedonů. Zánětlivých projevů (papul a pustul) nebývá nikdy více jak 5 na jedné polovině obličeje. Setkáváme se s ní, když onemocnění začíná a může přecházet v těžší formy akné.

■ **Akné papulopustulosa** je nejběžnější na vrcholu puberty nebo za ní. Charakterizována je komedony a především papulami a pustulami. Zařazení do I.II.III. a IV. stupně závažnosti je dáno počtem těchto zánětlivých lézí. Přičemž stupeň I. a II. počítáme do lehčích projevů akné, zatímco III. a IV. stupeň je již řazen do středně těžkého akné (akné papulopustulosa IV.stupně již stojí na hranici těžkého akné).

■ **Akné conglobata** je vždy závažná, jak co do obtížné léčitelnosti a celkového zdravotního stavu, tak co do závažných kosmetických důsledků. Projevuje se tvorbou infiltrátů, abscedujících uzlů a píštěl, jejichž odhrojování je komplikované, s tendencí k tvorbě nejen rozsáhlých atrofických, ale i keloidních jizev.

Vzhledem k závažnosti celkového postižení je nutné jmenovat dvě těžké formy akné zánětlivého onemocnění, kterými je:

Akné inversa je syndrom postihující jak muže, tak ženy. V plně rozvinutém klinickém obraze zahrnuje:

■ **akné conglobata**, (nemusí být již v rozvinutém stavu, ale diagnostikuje se na základě výsledného jizvícího procesu) recidivující hidradenitidy

suppurativa v axilách, perigenitálně, v inguinách, v oblasti mons pubis, sinus pilonidalis v sakrální oblasti, abscedující perifolikulitida a abscesy na šíji a ve vlasaté části hlavy. U tohoto onemocnění je diagnostika, pokud není klinický obraz rozvinutý, často rozpačitá. Pacienti se léčí po mnoho roků pro recidivující záněty velkých potních žláz nebo pro sakrální píštěl.

■ **Akné fulminans** jedná se o závažný celkový stav popisovaný jako akutní febrilní ulcerující akné conglobata s polyartralgemi a leukemoidní reakcí, patří mezi systémová onemocnění. Onemocnění vzniká akutně, pouze u chlapců mezi 13 – 17 roky, trpících akné conglobata. Rozvoj infiltrátů a hemoragických nekroz je doprovázen vysokými teplotami, leukocytózou, prudkým vzestupem sedimentace, zánětem kloubů.

■ Terapie

Na základě posouzení závažnosti projevů akné, je nutno zvážit optimální terapii, a to buď pouze lokální, celkovou či v dnešní době právem ceněnou terapii kombinovanou.

a) Místní léčba

Mezi nejvýznačnější lokální prostředky patří antibiotika, retinoidy, kyselina azelaová a benzoylperoxid.

■ **Lokálně aplikovaná antibiotika** působí především antimikrobiálně, neboť vedou k supresi počtu *Propionibacterium acnes* v sebaceózních folikulech. V léčbě akné jsou využívány především tetracykliny, erytromycin a clindamycin (např. Aknemycin roztok a krém, Eryfluid roztok, Zineryt roztok, Dalacin T roztok a mléko, tetracyklin pasta).

■ **Lokální retinoidy** synteticky vyrobené deriváty vitamínu A – patří mezi základní léky při léčbě lehčích forem akné nebo v užití kombinované terapie.

Tretinoin – kyselina retinová – byl do léčby akné zaveden v roce 1970 a využívá se především jeho účinků komedolytických, kromě toho stimuluje tvorbu nových krevních kapilár a zvyšuje transepidermální penetraci dalších léků a tím potencuje jejich účinek (např. Retin A krém, Locacid krém, roztok, Airoi roztok). Nemá však patrný vliv na počty *Propionibacterium acnes*, proto zánětlivé projevy akné reagují lépe na kombinovanou terapii.

Adapalen (Differin gel) – je stejně účinný jako tretinoin, ale méně dráždivý a s výraznějším účinkem na zánětlivé projevy akné.

Tazarotene (Tazorac gel) – prokazuje obdobné účinky jak výše jmenované přípravky, je ceněn jeho intenzivnější účinek na otevřené komedony a rychlejší redukce papul a pustul. Do skupiny retinoidů, které se v zahraničí využívají k léčbě akné je vhodné poukázat na tretinoin microspheres (RetinA micro) a tretinoin/polyolprepolymer polymer (Avita).

Kyselina azelaová ve 20% koncentraci (Skino-*ren* krém) inhibuje intrafolikulárně rostoucí bakterie *Propionibacterium acnes* a *Staphylococcus epidermidis*. V léčbě akné se uplatňuje komedolytický, antibakteriální a protizánětlivý účinek. Je také používána k léčbě hyperpigmentací, jako např. chloasmat. Doba aplikace není omezena, neboť nepůsobí toxicky, je dobře tolerována i v letních měsících, nekumuluje se v organismu, není teratogenní ani mutagenní.

Benzoylperoxid je obsažen v různých preparátech jako krém, gel nebo roztok v 2%, 3%, 5% a 10% koncentraci (např. Aknefug oxid mild gel, Akneroxid gel, Eclaran gel). Působí rychlé snižování počtu *Propionibacterium acnes*, má přímý keratolytický účinek, ale není komedolytický.

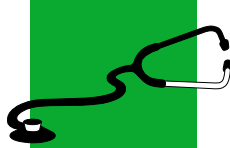
b) Celková léčba

K systémově podávaným akneterapeutikům kromě klasické terapie antibiotiky patří velmi účinné antiandrogeny a isotretinoin.

■ **Antibiotika** (tetracyklin, minocyklin, doxycyklin, erytromycin, clindamycin). Jejich účinek je dán prostupem do folikulárního kanálu, mají silný účinek na zánětlivé léze. Na zavřené či otevřené komedony nemají vliv – nejsou komedolytické. Indikací pro léčbu antibiotiky je středně těžká až těžká forma akné papulopustulosa a akné conglobata. Mohou být podávána chlapcům i dívkám od 12 roků i v dlouhodobějších kúrách (3 – 5 měsíců).

■ **Orální kontraceptiva a antiandrogeny** mohou být jako zahajovací systémová léčba velmi úspěšná, neboť ovlivňují patogenezu akné několika mechanismy. Je ale nutné zaměřit se na přípravky s nízkým obsahem androgenních progestinů (cyproteron acetát, norgestimat, desogestrel, gestoden, dienogest). K léčbě je možné přistoupit po konzultaci s gynekologem a také po nasazení preparátu dodržovat průběžné gynekologické kontroly. Tato terapie je založena na supresi stimulace pilosebaceózní jednotky androgeny a následném potlačení tvorby mazu. Cyproteronacetát je sám účinný při léčbě akné, ale pro zabránění menstruačních nepravidelností a zajištění kontraceptivní ochrany je kombinován s estrogeny. Základním lékem pro hormonální léčbu akné u žen je antiandrogen Diane-35, který obsahuje 0,035 mg ethinylestradiolu a 2 mg cyproteronacetátu. Přípravek je pro své antiandrogenní účinky indikován u žen ve fertilním věku, u nichž se vyskytuje akné a seborea, a to bez, nebo i s náznaky či projevy androgenizace. Androcur (cyproteronacetát) v kombinaci s Diane-35 se používá u těžkých projevů hyperandrogenismu a androgenní alopecie s kombinovanými závažnými projevy akné a seborey. Účinek Diane-35 pozorujeme i v případech zcela normálních hormonálních hladin.

Skinoren



Antiandrogenní účinky spironolactonu mají příznivý účinek na seboreu a hirsutismus. U lehčích forem akné je indikováno také trifázické kontraceptivum s obsahem norgestimátu nebo gestogenu (např. Pramino tbl.). Kombinovaná kontraceptiva jsou účinná samostatně i v kombinaci s lokálními prostředky, či některými celkově podávanými léky.

■ **Isotretinoin** nebo-li 13 cis-retinová kyselina (Roaccutane tob.) patří do skupiny retinoidů. Je nejvýznamnějším lékem, který kdy byl užíván při léčbě akné, zejména pokud jde o následující typy acné vulgaris:

- těžké formy akné až acné conglobata, acné fulminans,
- acné inversa
- akné se sklonem k tvorbě jizev
- střední až těžké projevy akné nereagující na konvenční terapii
- akné s psychogenní nadstavbou

V mechanismu působení 13-cis-retinové kyseliny u léčby akné hraje hlavní roli ovlivnění pro-

dukce mazu, a to přímým inhibičním účinkem na mazovou žlázu, dále uvolňuje buněčnou adhezi, čímž se komedony postupně vyprazdňují. Na základě těchto účinků nepřímo snižuje počet Prop. acnes což vyúsťuje v protizánětlivý efekt.

Před zahájením léčby musí být zvaženy všechny kontraindikace podávání isotretinoinu včetně laboratorního vyšetření krve. U žen ve fertilním věku, vzhledem k teratogenním účinkům isotretinoinu, musí být 1 měsíc před zahájením léčby nasazena kontracepce - nejlépe hormonální - ponechána během terapie Roaccutanem a 2 měsíce po jeho ukončení léčby.

■ Mezi další léky, které lze v některých případech využít v léčbě acné vulgaris, patří **sulfony, ibuprofen, zinek, transfer faktor, levamizol a vakcíny.**

■ Pro terapii určitých aknézních projevů je možné použít **kryoterapie, peeling** ovocnými kyselinami a v neposlední řadě psychoterapii.

■ K důležitým metodám doplňujícím léčbu patří i **chirurgické metody**, a to incize cyst a jejich

drenáž, injekce kortikosteroidů do lézí, dermabraze, úpravy pomocí laserů a další metody korekce jizev.

■ Závěr

Problematika aknézního onemocnění je velmi rozsáhlá, ať již co se týká etiopatogenetických faktorů vnitřních a zevních, tak co do variability klinických projevů a rozmanitých možností léčebných. Vzhledem však k zaměření práce na souhrnný přehled o acné vulgaris, by hlubší rozbor jednotlivých oblastí aknézního onemocnění přesáhl rámec dané publikace. Přesto je velmi důležité si uvědomit, jak je významné včasné zahájení adekvátní léčby dle závažnosti klinického postižení aknézními projevy a zabránit tak rozvoji traumatizujících výsledných stavů jak na kůži, tak v oblasti psychické. ■

Literatura u autorky

Yamanouchi

Inaktivovaná vakcína proti poliomyelitidě

MUDr. Jaroslav Helcl, DrSc.

Trivalentní, formaldehydem inaktivovaná poliomyelitická vakcína (IPV) byla vyvinuta v USA počátkem padesátých let J. E. Salkem. V roce 1954 byla v USA v terénní studii prokázána její bezpečnost a ochranný efekt, o rok později byla v tomto státě schválena.

IPV vyráběná v Československé republice byla zavedena do praxe v roce 1957. Na jaře tohoto roku, na začátku epidemie poliomyelitidy, bylo v našem státě intradermálně naočkováno přibližně 87% dětí ve věku 1–7 let a přibližně 40% dětí ve věku 8–14 let. Očkování IPV snížilo počty případů paralytické poliomyelitidy a nepochybně zastavilo počínající epidemii v roce 1957. Její ochranný účinek byl však nižší, než se očekávalo. Výše uvedená skutečnost byla způsobena relativně nízkou sérokonverzí po aplikaci původní Salkovy vakcíny. Při vakcinaci v našem státě v roce 1957 nevytvořilo ochranné protilátky proti polioviru typu 1 přibližně 40%, proti typu 2 přibližně 13% a proti typu 3 přibližně 40% očkovaných.

Koncem sedmdesátých let připravil van Wezel novou technologii, kterou se vyrábí současná, na rozdíl od původní Salkovy vakcíny vysoce potentní („enhanced potency“) IPV, i u nás označovaná jako eIPV. Při výrobě této vakcíny virulentní kmeny polioviru typu 1 (kmen Mahoney), typu 2 (kmen MEF1) a typu 3 (kmen Saukett), se pomnožují v kulturách buněk opičích ledvin (nebo na lidských diploidních buňkách, či na heteroploidní linii Vero opičích buňek) na kuličkových mikronosičích v kultivačním mediu. Virus je při této technologii reprodukován buňkami ve vysokém množství. Po uvolnění z media je purifikován, koncentrován a inaktivován formaldehydem. IPV je stabilizována lidským albuminem a konzervována fenoxetanolem. Množství antigenu jednotlivých typů viru je ve vakcíně vysoké, při porovnání s původní Salkovou vakcínou je to 2x více antigenu typu 1, 4x více antigenu typu 2 a 8x více antigenu typu 3.

Vakcína eIPV zůstává stabilní při teplotě +4°C po čtyři roky, při +25°C nejdéle po čtyři týdny. Zmrazení a rozmrazení ničí její imunogenní potenci.

Očkovací látka je určena pro prevenci poliomyelitidy u novorozenců, dětí i dospělých, jak pro základní očkování, tak pro následné posilovací dávky. Je rovněž doporučena pro imunodeficientní pacienty, pro osoby, které jsou s nimi v domácím styku a pro jedince, kterým je orální poliomyelitická vakcína kontraindikována. Používá se i při kombinovaném očkování IPV–OPV.

Základní očkování dětí se provádí ve věku od dvou měsíců, třemi následnými dávkami 0,5 ml, v intervalech 1–2 měsíce, za rok po třetí dávce se podává čtvrtá dávka (první posilující). Dospělým osobám se podávají dvě následné dávky 0,5 ml v intervalu 1–2 měsíců, za rok po druhé dávce se podává třetí dávka (první posilující). Další posilující dávky u dětí i dospělých jsou doporučovány každých 5–10 let. IPV se podává intramuskulárně, může být případně podána i subkutánně.

IPV vyvolává u řádně očkovaných lidí nejen tvorbu sérových specifických protilátek IgG téměř ve 100%, ale zajišťuje i specifickou imunologickou paměť, která přetrvává i když hladina neutralizačních protilátek v krvi poklesne pod laboratorně prokazatelnou hodnotu.

IPV narozdíl od OPV zajišťuje spolehlivou humorální ochranu proti vzniku paralyz. Protilátky, kolující v krvi, likvidují virémii a zamezují přestupu viru ze zaživacího traktu do centrální nervové soustavy.

K produkci sekretorických IgA protilátek na sliznici orofaryngu a střeva (případně v mateřském kolostru) dochází po IPV asi u 90% očkovaných, ale jen v nízkých kvantech a na poměrně krátkou dobu. IPV tak nemusí zabránit klinicky inaparentní infekci poliovirem, jeho vylučování ve stolici a šíření v populaci, i když množství vylučovaného viru je menší a doba vylučování kratší než u lidí neočkovaných.

Vakcína eIPV je bezpečná a dobře tolerovaná očkovací látka. Její poliovirus je plně inaktivovaný, vakcína obsahuje pouze minimum nevirálních látek, má vysokou a standardní imunogenní potenci. Podléhá podrobné kontrole z hlediska její bezpečnosti, jak v průběhu výroby tak i ve své konečné podobě. Klinicky vykazuje jen velmi nízké počty místních a celkových nežádoucích účinků, které jsou mírné a přechodné, obvykle bez rozdílu při porovnání s placebem. Nežádoucí nervové reakce v časové souvislosti s podáním této vakcíny nepřekračují počty, známé u populace neočkované.

Velkou výhodou eIPV je, že se může stát součástí kombinovaných, mnohoantigenních látek při zachování svých vynikajících charakteristik, se všemi etickými a cenovými výhodami této skutečnosti.

Firma Aventis Pasteur má v současnosti v České republice registrovanou monovakcínu eIPV i hexavalentní vakcínu se složkou eIPV. Registrace pentavalentních vakcín se složkou eIPV probíhá. V období, kdy ještě nedošlo ke

globální eradikaci poliomyelitidy, kdy však již řada oblastí získala certifikát SZO o eradikaci poliomyelitidy na svém území, je na území s certifikátem zaváděna eIPV při používání různých následných schémat vakcinace, např. IPV–OPV, jen IPV. Jak tomu bude v našem státě, bude záležet na celé řadě epidemiologických faktorů a to jak vnitrostátních, tak zahraničních a na doporučeních SZO.

Literatura u autora

Méně komplikací při očkování? Můžete si připlatit

Od začátku tohoto roku mají rodiče možnost nechat své děti očkovat proti nejzávažnějším nemocím šetrnější vakcínou. Ta snižuje riziko vzniku nežádoucích reakcí. Čtyřikrát během prvních dvou let života dostávají české děti tzv. čtyřkombinaci - vakcínu navozující vznik protilátek proti záškrtu, dávkovému (tzv. černému) kašli, tetanu a nověji též hemofilové invazivní infekci. Po tomto očkování se až u poloviny z nich objevují nejrůznější reakce - zvýšená teplota, otok, bolestivost a zarudnutí místa vpichu. Nyní mohou rodiče dát své dítě naočkovat vakcínou, u které je výskyt nežádoucích účinků v některých aspektech až desetkrát nižší. Není to ale zadarmo. Jedna dávka stojí kolem devíti set korun. V České republice byl již zaregistrován přípravek Infanrix Hib. „Šetrnost této vakcíny spočívá v tom, že obsahuje nebuňčnou složku dávkového kašle. Místo celých buněk jsou v ní obsaženy jen jejich části. Zatímco při klasickém očkování stoupá teplota nad 39 stupňů Celsia téměř u deseti procent dětí, u této vakcíny je to jen u 0,7 procenta. Podobně toto srovnání vypadá i u ostatních nežádoucích účinků,“ říká doc. MUDr. Ivan Novák, CSc., přednosta pediatrické kliniky pražské Fakultní Thomayerovy nemocnice. „Tuto látku jsme používali i v minulosti. Byla ale vyhrazena jen pro děti s nějakým neurologickým poškozením či vývojovým rizikem. Nyní, po změně příslušného zákona, ji můžeme aplikovat každému. Zatím jednáme s pojišťovnami, komu a za jakých podmínek by ji byly ochotné hradit. Nejdále jsme v tomto jednání s Oborovou zdravotní pojišťovnou,“ dodává. „Mohu uvést příklad Řecka, kde je standardní očkování také zdarma. Nebuňčnou vakcínu přitom platí osmdesát procent řeckých rodičů. U nás nepředpokládáme, že by ji svým dětem kupovali automaticky všichni. Její použití bude ale určitě žádoucí tam, kde předchází dávka byla provázena nějakou výraznější reakcí,“ doplňuje MUDr. Hana Cabrnová, předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů. Rodiče se navíc současných vakcín bát nemusejí. „Byl bych nerad, kdyby vznikl dojem, že stávající vakcíny jsou snad nekvalitní nebo nebezpečné. Určitá reakce k očkování patří. Pokud by k ní u dítěte nikdy nedošlo, zamýšlel bych se nad funkcí jeho imunitního systému. Nikdy však nejde o komplikaci smrtelnou,“ dodává doktor Novák.



Aktuality

Součková chce rodinné lékaře

Pediatři mají mít možnost léčit i dospělé, ostatní lékaři zase děti

Když je dnes člověku devatenáct, u svého dětského lékaře ze dne na den končí. Musí se poohlédnout po jiném doktorovi – takovém, který je určen pro dospělé. Ministryně zdravotnictví Marie Součková to chce změnit a postupně zavést takzvané rodinné lékaře. Takový lékař by se staral o celou rodinu, a věděl by tedy například, jaké se v ní vyskytují nemoci. To může někdy usnadnit rozhodování při léčbě. Rodinní lékaři by mohli začít pracovat hned, jakmile ministerstvo zdravotnictví prosadí ve sněmovně zákon o vzdělávání lékařů a vydá potřebnou vyhlášku. Nemuselo by se čekat, až noví „rodinní lékaři“ vystudují medicínu. Ministerstvo chce totiž umožnit, aby si už ti současní lékaři mohli doplnit vzdělání a začali léčit pacienty z jiné věkové skupiny. „Představujeme si to tak, že pediatři, kteří by si doplnili kvalifikaci, by mohli zpočátku převzít pacienty do 25 let a postupně ještě starší. Samozřejmě pokud by chtěli,“ uvedl ředitel odboru zdravotní péče ministerstva Pavel Březovský. „Populace stárne, lidé se dožívají vyššího věku, takže praktici pro dospělé se nemusí bát předat pediatriům část své klientely,“ dodal. Ti by naopak měli získat možnost starat se i o děti. Březovský míní, že tato praxe by pomohla mimo jiné vyřešit mladým lidem problémy s hledáním doktora. „Člověk třeba začne v devatenácti studovat školu v jiném městě a velmi těžko shání praktika pro dospělé, který by ho vzal do péče. Ti totiž mají plno a nechtějí brát další,“ řekl šéf odboru. Mnoha lékařům na obou stranách se nicméně příliš nelíbí, že by si začali vzájemně „lžt do zelí“.

Řada pediatriů chce být dál především pediatry (v medicíně je to obor protežovaný a vážený). Bojí se, že by je o tuto výsadu ministerstvo mohlo časem připravit a udělat ze všech všeobecné lékaře. Ti, kterým se představa rodinných lékařů zamlouvá, zase namítají: není to tak jednoduché, jak si to ministerstvo možná představuje. „Doplnit si vzdělání i pro dospělou medicínu, to není chodit tři měsíce po večerech na nějaký kurz,“ uvedla dětská lékařka z Prahy 1 Ivana Nulíčková. „Potřebné vzdělání by pro mě znamenalo přerušit praxi a projít asi dvouletým školením v nemocnici. Na tu dobu bych musela zavřít ordinaci nebo najmout zástup, jenže za to se platí až sto padesát korun na hodinu,“ podotkla. Praktický lékař pro dospělé Jan Jelínek by uvítal, kdyby paralelně vznikl typ studia „rodinné lékařství“. Ten by si medicí volili vedle obou současných specializací, pediatrie a péče o dospělé. „Domnívám se, že k přechodu na rodinné lékaře dojde až tak za dvacet let,“ míní. Problémy s hledáním doktora, které mají někteří devatenáctiletí, Jelínek připustil. „Lze to řešit tím, že pediatr se skutečně vyškolí i v péči pro dospělé, ostatně už

dnes jsou lékaři, kteří obě specializace mají, nebo ať zdravotní pojišťovna uzavře smlouvu s dalšími doktory. Zatím se získáním smlouvy mají mnozí lékaři problém,“ řekl Jelínek.

Fixluj, podváděj, přilepšuj

Lékaři jsou také lidé. I mezi nimi se tu a tam najdou podvodníci či chybuji. Brada nerobí mudrca, říkávají Slováci, titul MUDr. a Hippokratova přísaha zase nedělají poctivce. Jak podvádějí pacienti, všichni víme. Házejí se marod, byť jsou zdraví jako tuřín. Ženy prý nejčastěji stonají před Vánoce, když se peče cukroví. Muži ulehají na lože nejméně z jara, kdy začíná zahradníkův rok. Dohromady jsme si už vyfixlovali přední příčky nemocnosti v Evropě. Jsou známy i odvážnější formy podvůdků: na zdravotní kartičku pojištěného našince léčí se jeho příbuzný ze Slovenska či z Německa. Anebo – jeden vietnamský ochodník se pojistí u zdravotní pojišťovny, ostatní z rodiny na jeho jméno chodí k lékaři. A jak podvádějí lékaři (někdy pouze chybují)? Připisují na pacienty body, úkony, metry nespotebovaného obvazu, plomby, opakovaná vyšetření. Předepisují léky na zemřelé, kšeftují s lékárnami...

Zkusme si hru na „kdyby“. Kdyby bylo soukromé zdravotnictví se soukromým pojištěním, pacient by si pořádně ohlídal, aby jeho našetřené peníze nikdo nevyhazoval zbůhdarma komínem. V ordinaci by mu po ošetření vystavili účtenku jako v supermarketu, kde by byla položka za položkou, cena za cenou. Podvádělo by se? Zřejmě ano (člověk je geniální ve vymyšlení fint a fintiček), ale v mnohem menší míře. Zcela soukromé zdravotnictví má nicméně řadu „ale“, a v našich končinách tudíž zůstane nadále pouhým kdyby. Všeobecné bezplatné solidární zdravotnictví však přímo vybízí k roztodivnému šizení, zneužívání a přilepšování si.

Jedna strana jeho mince: všechno patří všem.

Druhá jeho strana: z cizího krev neteče.

Měsíc co měsíc nasypeme zdravotní peníze na hromadu. Ty se proženou pojišťovnami, do ordinací a nemocnic k lékařům a poté k pacientům. Každý podle možností, každému podle jeho potřeb. Je nás deset milionů, průměrně chodíme patnáctkrát do roka k lékaři. Není v silách žádného revizora zkontrolovat každíčký úkon, který každíčký lékař v zemi udělá. Ani pacient se nemůže podívat, zda si na něm zdravotník nenahonil cosi navíc či zda v záplavě administrativních dat nechyboval. Do korespondence mezi lékařem a pojišťovnou nevidíme. Výpisy svých pojišťoven do poštovních schránek také nedostáváme, musíme si o ně požádat (kolik z nás to ale udělá, máme-li už tak dost svých starostí?). Podvádění, chybování a plýtvání v rámci veřejného solidárního zdravotnictví má ovšem jistý půvab: když ši-



díme, tak i sami sebe. Lékař šizuňk i fixlující pacient okradou sami sebe jako plátce pojištění a konzumenta zdravotní péče. Čili spravedlnost? Snad. Ale kdo o ní tak složitě uvažuje, když ho zdravotní model, který tolik postrádá zpětnou vazbu, přímo poňouká: Přilepši si!

Kouzla s čísly

Nemocnice hospodaří dobře. Na papíře...

Ministryně zdravotnictví a potažmo celá vláda si včera v parlamentu vyslechla jistě řadu nepěkných slov na účet zprávy o hospodaření nemocnic. Několik desítek těchto zařízení, převážně spravovaných státem, nehospodaří nejlépe: jsou v pěkném průšvihui. I když... Ministerští úředníci a především náměstek Hlaváček tvrdí, že hospodářské výsledky jsou dobré, ekonomické ukazatele příznivé a příjmy se stále zvyšují. Nevím, z jakých čísel pan náměstek čerpá, snad z těch, která mu na požádání vykouzlí loajální ředitelé. Zákony jim k tomu dávají dost příležitostí. Mohou třeba do výnosů zahrnout rekonstrukci objektu. Co na tom, že za faktury nezaplatili – účetně na papíře jsou v plusu. Nebo se prostě sečtou hrušky a jablka jako ve vládní zprávě. Na jednu stranu se dají pohledávky a na druhou závazky všech (!) státem spravovaných nemocnic a rozdíl se vykáže jako jejich momentální dluh. Výsledných 300 milionů je celkem přijatelné číslo na mnohamiliardový majetek, nemyslíte? Tak proč ti krajsí hejtmani pořád tak brečí?! Proto, že výsledný kompot, který servírovala ministryně Součková poslancům, není ani trochu k jídlu. Jestliže totiž nemocnice na jednom konci republiky je o 50 milionů v plusu, jiné, na opačném konci, která se topí ve stomilionovém minusu, to není nic platné. Na rozdíl od statistického průměru se s ní o manko nikdo nepodělí – vláda dá od dluhu ruce pryč, ačkoli je za něj přinejmenším spoluodpovědná. Inu, v operování hausnumery jsou naši politici i státní úředníci mistry. Reálné hospodaření už jim tolik nejde.

Kraje omezují lékařské pohotovosti

Dále a dříve budou v řadě případů muset lidé vyrážet za lékařem, pokud se budou chtít dát ošetřit mimo běžnou ordinační dobu.

První hmatatelný dopad reformy státní správy na české pacienty je tu. Některé kraje, které převzaly značnou část zdravotnických pravomocí zaniklých okresních úřadů, začínají pod tlakem ekonomických podmínek i lékařské lobby omezovat některé služby obyvatelům. Jako první jsou na řadě pohotovosti – lékařské služby první pomoci, které jsou podle mnohých odborníků zbytečné a velmi často lidmi zneužívané. Nemocný, který se bude chtít nechat ošetřit mimo běžnou ordinační dobu, bude muset zít v úvahu i to, v kterém kraji nebo regionu se nachází. Někde zůstanou pohotovostní ordinace otevřeny po celou noc, někde jen do 23. hodiny, jinde zavřou ještě o hodinu dříve. Místně se liší i zachování návštěvní služby lékaře u pacienta doma. Zaleží na tom, jak se kraj (případně pověřená

obec) dohodl s místními lékaři. Zvětší se i rozdíly v dostupnosti této služby. Mnoho pohotovostí bude úplně zrušeno. Kraje totiž nemají dost peněz, aby je zaplatily. Tak například pacienti ve Zlínském kraji mohou od 1. ledna navštívit pohotovostního lékaře jen do 23. hodiny. Ve všední den tam otevírají ordinace v 17 hodin, o víkendech a svátcích v osm ráno. V jižních Čechách mají nemocní, kteří nestihnou navštívit svého praktického lékaře nebo se jim náhle přitíží, rozmezí ještě o dvě hodiny kratší – od 18 do 22 hodin.

Nebráníme se ale tomu, aby se jednotlivé obce domluvily s lékaři na větším rozsahu služby. Od nás ale víc peněz nedostanou, uvedl krajský zdravotní rada Zdeněk Hejduk. Na Olomoucku sice zůstanou lékaři v pohotovosti po celou noc až do sedmi ráno, ale kraj tuto službu zaplatí jen v pěti ordinacích (v bývalých okresních městech) z původních dvaceti.

Původně jsme měli v úmyslu uzavřít pouze dvě pracoviště s tím, že někde bude provoz omezen do 22 hodin. Ale lékaři na poslední chvíli odmítli připravené dohody podepsat. Navíc jsme místo potřebných 43 milionů korun na tuto službu v rozpočtu dostali jen 28,5 milionu, vysvětlil rozhodnutí, které vyvolalo nevoli starostů i občanů, zdravotní rada Josef Gerold. I tak prý kraj vyhoví doporučení vydanému ministerstvem zdravotnictví: minimálně jedna pohotovost na zhruba 100 tisíc obyvatel s dojezdem do hodiny.

Za hodinu čtyři sta, ale i méně než polovinu

Na jižní Moravě stejně jako třeba na Vysočině se bude ordinační doba pohotovostí zřejmě lišit i v rámci regionu. Řídíme se přesně zákonem, který říká, že povinnost zřizovat službu tohoto typu přechází z okresního úřadu na pověřené obce. Kraj se má pouze podílet na jejím financování, uvedl zástupce jihomoravského hejtmana pro zdravotnictví Lubomír Šmíd. Kraj pouze stanovil minimální mantinely: obce musí zajistit pohotovosti minimálně šest hodin ve všední den a dvojnásobnou dobu o víkendech a svátcích. Podmínky se budou výrazně lišit i pro lékaře. Sdružení praktických lékařů (SPL) sice připravilo jakousi vzorovou smlouvu, obsahující představy sdružení o časovém rozmezí pohotovostní služby, finančním ohodnocení a dalších podmínkách, ta ale nebyla krajskými úředníky až na výjimky akceptována. Praktičtí lékaři žádali omezit ordinační dobu do 22 hodin, maximálně osm služeb lékaře za tři měsíce a oddělení ordinací pro děti a pro dospělé. Cenu za hodinu služby spočetli na 500 až 600 korun. Krajským sdružením jsme nakonec doporučili, aby akceptovali i částku okolo 300 korun pro všední den, ale aby neustupovali v otázce omezení ordinační doby, řekl právník sdružení Jakub Uher. Ani toho ale většinou nedosáhli. Výsledkem je, že například v Havlíčkově Brodě na Vysočině si lékaři předběžně vyjednali (podle údajů SPL) za hodinu všedního dne 260, o víkendech 400 a o svátcích 430 korun. Ve Zlínském kraji, kde se úředníci podle Uhra zachoval, velmi vstřícně, dostanou za hodinu 200 resp. 300 korun o víkendu, zato na Ústecku už jen 145 resp. 195 korun a v Královéhradeckém kraji zní nabídka úřadu dokonce pouze 120 resp. 150 korun za hodinu.

GSK - Encepur

**Změny na některých pohotovostech****ÚSTECKÝ**

Služba pouze v ordinaci od 16 do 22 hodin (všední den) a od 8 do 22 hodin (ostatní dny). Lékař dostane 145 resp. 195 korun, případně 100 resp. 145 korun plus 15 korun za každého ošetřeného pacienta.

JIHOMORAVSKÝ

Ordinační dobu i smluvní odměnu lékaři si dohadují pověřené obce samy. Kraj stanovil pouze podmínku minimální šestihodinové ordinační doby pro všední den a dvanáctihodinové pro víkendy a svátky.

OLOMOUCKÝ

Ordinační doba včetně návštěv u pacienta od 17 (resp. od 8 o víkendech a svátcích) do 7 hodin následujícího dne, ale jen v pěti městech: Olomouci, Jeseníku, Šumperku, Prostějově a Přerově. Lékaři dostanou 160 korun za hodinu za všední den, 220 za víkend a svátek.

ZLÍNSKÝ

Ordinace i návštěvní doba ve všední den od 17 do 23 hod., o víkendech od 8 do 23 hod. Lékař dostane za hodinu 200 resp. 300 korun.

Nemocnice šidí pojišťovnu**Lékaři a nemocnice si někdy účtují léčení, které ani neprovedli**

Všeobecná zdravotní pojišťovna ročně přichází o miliony, které zaplatí za neexistující léčení. Nemá totiž kontrolu, zda ji lékaři a nemocnice, vědomě či nevědomě, při účtování neberou na hůl.

Když si Karol Wild z Prahy 1 vyžádal od pojišťovny celoroční přehled své léčby, nestačil se divit, co všechno „podstoupil“. Požádat o přehled léčby je totiž jediná možnost, jak zjistit, zda si lékaři a nemocnice neúčtují neexistující úkony. To však dělá jen pár promile lidí, a těch, kteří si stěžují, je ještě méně. Podle ředitelky VZP Jiřiny Musílkové mají lidé strach, že kdyby si stěžovali, neměli by se pak kde léčit. Wilda však přehled rozhořčil natolik, že stížnost sepsal. Jak říká, předloni v létě navštívil chirurgickou ambulanci nemocnice pod Petřínem, neboť se mu na palci nohy udělal vrídek. Příhoda si podle něj vyžádala drobné opakované ošetření. Nemocnice však pojišťovně naúčtovala dennodenní návštěvy po dobu téměř čtrnácti dní a spotřebu obinadel v délce 48 metrů. „S přimhouřením obou očí mohlo být těch metrů tak osm. Kam přišel zbytek?“ táže se Wild. V těžce nemocnici absolvoval operaci pomocí takzvané Longovy metody. Lékaři mu sdělili, že pojišťovna výkon nehradí a že bude muset 10 tisíc korun zaplatit sám. Když odmítl, padla prý varianta, že zákrok uhradí dovozce technologie v rámci propagace a školení chirurgů. Přesto nemocnice operaci vyúčtovala pojišťovně.

Vyšetření v bance?

„Protože jsem svého času špatně spal a potřeboval prášek, který praktická lékařka nemohla předepsat, doporučila mi návštěvu psychiatricky,“ pokračuje Wild. Objednal se na polikliniku v Palackého ulici. „V deset mě vzala sestra a začala se mnou sepisovat nacionále a minulé choroby. Po pěti minutách vyšla lékařka, na mne ani ne-

pohlédla a sestře řekla, že jde do banky. Sestra mě posadila na chodbu. Přicházeli další pacienti, ale lékařka ne. Po pětáctyřiceti minutách jsem šel domů. Lékařka pak naúčtovala pojišťovně komplexní vyšetření psychiatrem za 574,33 Kč.“ Poslední část stížnosti se týká testů u psychologa. Vyšetření podle Wilda trvalo necelou hodinu, ale pojišťovně psycholog naúčtoval komplexní vyšetření v délce osmkrát 60 minut po 383 korunách.

Záhada obinadel

Pojišťovna začala stížnost prověřovat. Jiří Suttner z tiskového oddělení odmítl závěry sdělit s odůvodněním: „Obě strany by nás musely zbavit povinné mlčenlivosti.“ Podle důvěryhodných zdrojů z pojišťovny nemocnice pod Petřínem nedoložila, že by pacient skutečně absolvoval tolik návštěv a spotřeboval 48 metrů obinadel. Rovněž operaci účtovala neprávem. Naopak VZP dala plně za pravdu psychologu Zdeňku Petrželkovi: ač pacienta nevyšetřoval osm hodin, postupoval podle platných tabulek, nadto lékařova práce nekončí vyšetřením pacienta. Psychiatrická z polikliniky v Palackého ulici dopadla „napůl“. „V dokumentaci měla zápis, že pacient předčasně odešel. My z toho neumíme vyčíst, zda vyšetření vůbec začalo. Neměla ho tedy ale účtovat celé,“ sdělil zdroj z VZP. Nemocnice pod Petřínem přiznává vinu zčásti: „Něco byly administrativní chyby způsobené tím, že výkony vykazoval někdo jiný, než kdo je prováděl. Takto pro změnu i my zase přicházíme o část peněz od pojišťovny. Ale dohledali jsme mezitím poukazy na obinadla. Podle sdělení lékárny byla odebrána,“ řekl primář nemocnice Gustav Berlinger. Jen není jasné kým. Karol Wild trvá na tom, že jím rozhodně ne.

Zapomeňte na hranolky, varují vědci maminky

Těhotné ženy a kojící matky by si měly zcela odpustit, nebo alespoň výrazně omezit konzumaci smažených hranolků, bramborových lupínků a dalších potravin, jejichž přípravou vzniká škodlivý akrylamid. Tak praví závěry vědecké studie zveřejněné nyní německými vědci. Akrylamid se do obecného povědomí dostal na jaře loňského roku, kdy tento neurotoxin a karcinogen našli švédští vědci v některých smažených a pečených potravinách, jako jsou právě hranolky a bramborové čipsy. Vysoké dávky akrylamidu způsobují rakovinu u hlodavců, přesná data o škodlivosti pro člověka však zatím nejsou k dispozici. Garant německé výzkumné zprávy profesor Fritz Soergel z Ústavu pro biochemický a farmaceutický výzkum v Norimberku upozornil, že akrylamid je vysoce rozpustný ve vodě. Novorozenci a vyvíjející se plody jsou proto vystaveni zvláště vysokému riziku, neboť jejich těla obsahují procentuálně více vody než těla dospělých. Kromě toho je u novorozenců a zvláště u dosud nenarozených dětí nedostatečně vyvinuta takzvaná hemato-cerebrální bariéra, která brání přístupu některých látek z krve do mozku. V rozhovoru pro agenturu Reuters doporučil profesor Soergel všem kojícím matkám vzdát se veškerých produktů z brambor smažených při teplotách nad

Nutricia 1



180 stupňů Celsia (kdy akrylamid vzniká) alespoň do dvou měsíců věku dítěte. Nastávající maminky by měly omezit konzumaci těchto nezdravých pochutin na maximálně 10 gramů denně. Jak přesně akrylamid při tepelné úpravě některých potravin vzniká, není dosud zcela jasné, ale hraje zde roli právě vysoká teplota a smažení. Vařené brambory tedy není důvod omezovat. Protože byla zkoumaná skupinka matek malá, mohou být výsledná čísla trochu nepřesná, ale na základním faktu, že neurotoxický a potenciálně karcinogenní akrylamid může přecházet z matky do plodu či novorozence, to nic nemění. Proto byla zpráva urychleně zveřejněna již na základě předběžných dat. „Chtěli jsme mít jasnou představu co nejrychleji, o výsledcích není pochyb,“ řekl novinářům profesor Soergel.

Čeští odborníci nesouhlasí s vědci z USA, že nikotinová léčba způsobuje rakovinu

Užívání nikotinových žvýkaček, tablet nebo náplastí způsobuje rakovinu, uvedla ve své studii skupina amerických vědců. Jejich teorie je nesmysl, nesouhlasí Eva Králíková z poradny pro odvykání kouření.

„Nikotin není rakovinotvornou látkou a ani náhradní nikotinová léčba nemůže způsobovat rakovinu. Karcinogenní jsou v tabáku například dehty, ale ne nikotin,“ reagovala včera na teorii amerických vědců doktorka Eva Králíková z poradny pro odvykání kouření. V americkém časopise *The Journal of Clinical Investigation* se objevila studie, že náhradní léčba při odvykání kouření podporuje nádorové bujení. „Je to nesmysl. Pokus dělali v laboratorním prostředí, ale organismus funguje jinak. Nemají právo toto uvádět,“ řekla Eva Králíková. Tabák obsahuje přes čtyři tisíce chemikálií, z čehož necelá stovka látek může vyvolat rakovinu. Právě nikotin, který způsobuje příjemné pocity a na kterém vzniká závislost, nebezpečný není. Náhradní nikotinová léčba pomáhá předejít touze po cigaretě tím, že dodává tělu čistý nikotin bez dalších zplodin. Do organismu se dostává z nikotinových náplastí, žvýkaček nebo inhalací. S americkými lékaři nesouhlasí další odbornice na tuto problematiku. „Riziko vzniku rakoviny při krátkodobé terapii je zanedbatelné ve srovnání se zdravotními riziky při dlouhodobém kouření,“ uvedla pro ČTK Kateřina Langrová, předsedkyně Koalice proti tabáku. Nikotin zlepšuje náladu a funguje jako antidepresivum. Při jeho nedostatku v těle se projevují abstinenci příznaky, jako jsou zlost, nervozita, podrážděnost či nesoustředěnost. Lidé, kteří se chtějí závislosti zbavit, často potřebují pomoc. Jednou z možností je náhradní nikotinová léčba. Druhým řešením je užívání antidepresiva bupropion. To lze dostat na lékařský předpis. Podle lékařů je ideální kombinace obou způsobů léčby. „Ta je založena na lécích, které vyvolávají v mozku podobné účinky jako nikotin. Je to jako pro cukrovkáře insulin,“ tvrdí Eva Králíková. Podle informací WHO (Světová zdravotnická organizace) je ve světě jedna miliarda kuřáků. V ČR kouří téměř třetina dospělé populace. Nejrizikovější skupinou jsou mladí lidé. „Mezi mládeží je nárůst

kuřáků veliký, jinak všeobecná tendence je mírně klesající, hlavně u mužů,“ uvedla Hana Sovinová ze Státního zdravotního ústavu.

K jednotným cenám léků

Dopisy redakci

Ad LN 20. 11.: K čemu jsou soukromé lékárny?

Pokusím se ještě jednou vysvětlit lékárnici paní Kalvodové, jejím kolegům a ministryni zdravotnictví, proč je zdůvodnění návrhu zavedení jednotných cen léků falešné. Každý lék zcela nebo zčásti hrazený ze zdravotního pojištění má ministerstvem financí stanovenou maximální cenu, která je často vyšší než cena, za kterou ji výrobce dodává podle dohody s pojišťovnou. Skutečná cena, kterou lékárna zaplatí, může být ještě nižší, zvláště když výrobce poskytne naturální rabat, aby mohl lépe čelit konkurenci v případech, kdy se nemůže zavázat ke snížení ceny. K ceně pro výrobce je dovoleno v ČR připočítat 32% marži, o kterou se lékárna dělí s distributorem; ten dostane asi 9 %, lékárna 23 % plus pro stát 5 % DPH. Při vysokých cenách léků jsou příjmy z marží více než výborné a někteří dealéři i lékárny se u drahých léků občas spokojí v rámci konkurenčního boje i s poněkud menší marží. Všechny uvedené postupy vedou k tomu, že skutečné náklady na určitý objem léků jsou skoro vždy nižší, než by odpovídalo maximální ceně MF, a dokonce často i ceně dohodnuté s pojišťovnou. Zavedení jednotných cen by znamenalo, že tyto ceny by byly rovny nejvyšším dovoleným cenám, protože z právního hlediska není možné nižší cenu nařídit jako jednotnou. Dosáhnout stavu, kdy maximální ceny by byly stlačeny významně níže, než jsou, a přitom by příslušné léky nepřestaly být dodávány na trh, to je z různých důvodů u nás prakticky nemožné. Jedním z nich je proslulé korupční prostředí.

Lékař z Benešova adoptoval na dálku chlapce z Ugandy

Adoptivního syna si v africké Ugandě našel dětský lékař Karel Navrátil z Benešova. Chlapec je sedmnáct, jmenuje se Joseph a chtěl by se vyučit mechanikem. Rodina Navrátilova mu svými finančními prostředky pomáhá, aby získal potřebné vzdělání. „Adopce na dálku je výborná věc,“ říká Karel Navrátil s tím, že tuto formu dobročinnosti považuje za jednu z nejlepších. „Když pošlu peníze například do nadece, nikdy nevím, na co přesně budou použity.“ O tom, že je možné podporovat děti z rozvojových zemí tak, aby mohly chodit do školy, se Karel Navrátil dozvěděl z televize. Nápad se mu zalíbil a zbytek rodiny byl pro. Lékař se pak obrátil na charitu, která adopci zprostředkovala. „S Josephem jsme v kontaktu, pravidelně si píšeme. Posílám vám fotky a my jemu také,“ říká lékař. Karel Navrátil už uvažuje o tom, že na dálku adoptuje další dítě. „Už na to mám vyčleněné peníze, tak proč ne?“ přemítá benešovský lékař.

Nutricia 2



Lékaři se bojí snížení platů

Lékařský odborový klub se obává, že platy lékařů ve většině nemocnic klesnou. Do jejich výše totiž už nebude moci mluvit stát, ale bude o nich rozhodovat jen vedení nemocnic. Kraje, které bývalé okresní nemocnice převzaly, totiž plánují, že z nemocnic se stanou obchodní společnosti. „V těch nemocnicích, které už jsou akciovkami, mají zdravotníci příjmy nižší až o desítky procent ve srovnání se státními zařízeními,“ řekl šéf Lékařského odborového klubu Milan Kubek. „Nemocnice mohou být vytunelovány,“ přidává šéf Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Jiří Schlanger. Ministerstvo zdravotnictví se tunelování nebojí. „Tuto obavu nesdílím, ani si nemyslím, že kraje nebudou moci nemocnice kontrolovat. Naopak si myslím, že akciové společnosti se budou snažit je spravovat tak, aby hospodařily co nejlépe,“ uvedla ministryně Marie Součková.

Němci se bojí neštovic, chystají velké očkování

Podle nejnovějšího průzkumu veřejného mínění institutu Infrac-test-Dimap 76 procent Němců kategoricky odmítá válku proti Iráku. Antiválečně naladěni Němci však nechtějí nic ponechat náhodě a připravují se na možný útok biologickými zbraněmi. Země aktualizuje „plán pohotovosti“ proti neštovicím z roku 1960. Spolková vláda již loni objednala vakcíny proti infekci. Na utajovaném místě je v současnosti skladováno na 24 milionů dóz očkovačích séra. Jak před několika dny sdělila spolková ministryně zdravotnictví Ulla Schmidtová, Německo chce do konce letošního roku zvýšit zásoby vakcín na sto milionů dóz. Od srpna 2002 probíhají speciální školení zdravotnického personálu. Jen například v Berlíně se bude zdarma očkovat v lékařských ambulancích, ale také na 135 speciálních stanicích zřízených ve školách a veřejných budovách. „Pokud by se vyskytl pouze jediný případ onemocnění, musíme po dohodě se spolkovou vládou očkovat všech 3,4 milionu Berličanů do pěti dnů,“ vysvětlil Sigurd Peters, pověřenec zemské vlády pro ochranu obyvatel, a dodal, že na každé očkovací stanici má pracovat na dvacet lékařů. Celkově se počítá se 700 tisíci vakcínami proti neštovicím denně. Do konce sedmdesátých let bylo v Německu očkování proti neštovicím povinné. Poslední případ onemocnění virem neštovic v Německu byl zaznamenán v roce 1972, a to u jistého gastarbeitera z bývalé Jugoslávie. Zatímco příslušné úřady se připravují na možné očkování obyvatelstva, vojáky německé armády čekají v tomto týdnu nové úkoly. Na žádost Spojených států bude sedm tisíc vojáků Bundeswehru střežit před možným teroristickým útokem 95 kasáren americké armády a dalších zařízení na území Spolkové republiky. Bundeswehr má podle mediálních informací hlídat americké vojenské objekty na svém území nejméně po dobu dvou následujících let.

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.

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra s licencií na zástup do priv. ordinace PLDD v Praze 6. Zástup občasný a v době dovolené. Vhodná znalost angličtiny.
Zn.: tel. večer 235 355 913, MT: 604 988 174

Hledám pediatra k občasným zástupům

Hledám pediatra k občasným krátkodobým zástupům v dětské ambulanci v okolí Hradce Králové.
Tel: 605 461 544 večer

Hledám zástup za MD

Hledám zástup za MD do ordinace PLDD v okrese Tachov od dubna 2003 na 6 měsíců.
Tel.: 373 629 374, 602 289 681.

Nabízím zástup či odkoupení praxe

Nabízím možnost zástupu (asistenta) či odkoupení praxe pro děti a dorost v Praze a okolí Prahy. Zkušený pediatr, patnáct let pediatrické praxe, dvě atestace, licence.
Zn.: mobil 606518826, jen seriózní jednání.

Hledáme anglicky hovořícího pediatra

Nestátní zdravotnické zařízení v Praze pečující o zahraniční pacienty, hledá zkušeného anglicky hovořícího pediatra na HPP či VPP.
Další jazykové znalosti vítány.
Kontakt: administrativa@seznam.cz

Pronajmu praxi

Pronajmu zavedenou pediatrickou praxi, zatím na 2 roky.
Možnost pozdějšího odkoupení.
Info: 549 424 336

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra pro zástup za MD do ordinace PLDD poblíž Zlína s nástupem od ledna 2003.
Tel.: 577 438 410, mobil: 605 870 030