

únor 2003 ■ číslo 2 ■ ročník 3

VOX PEDIATRIAE

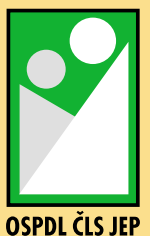
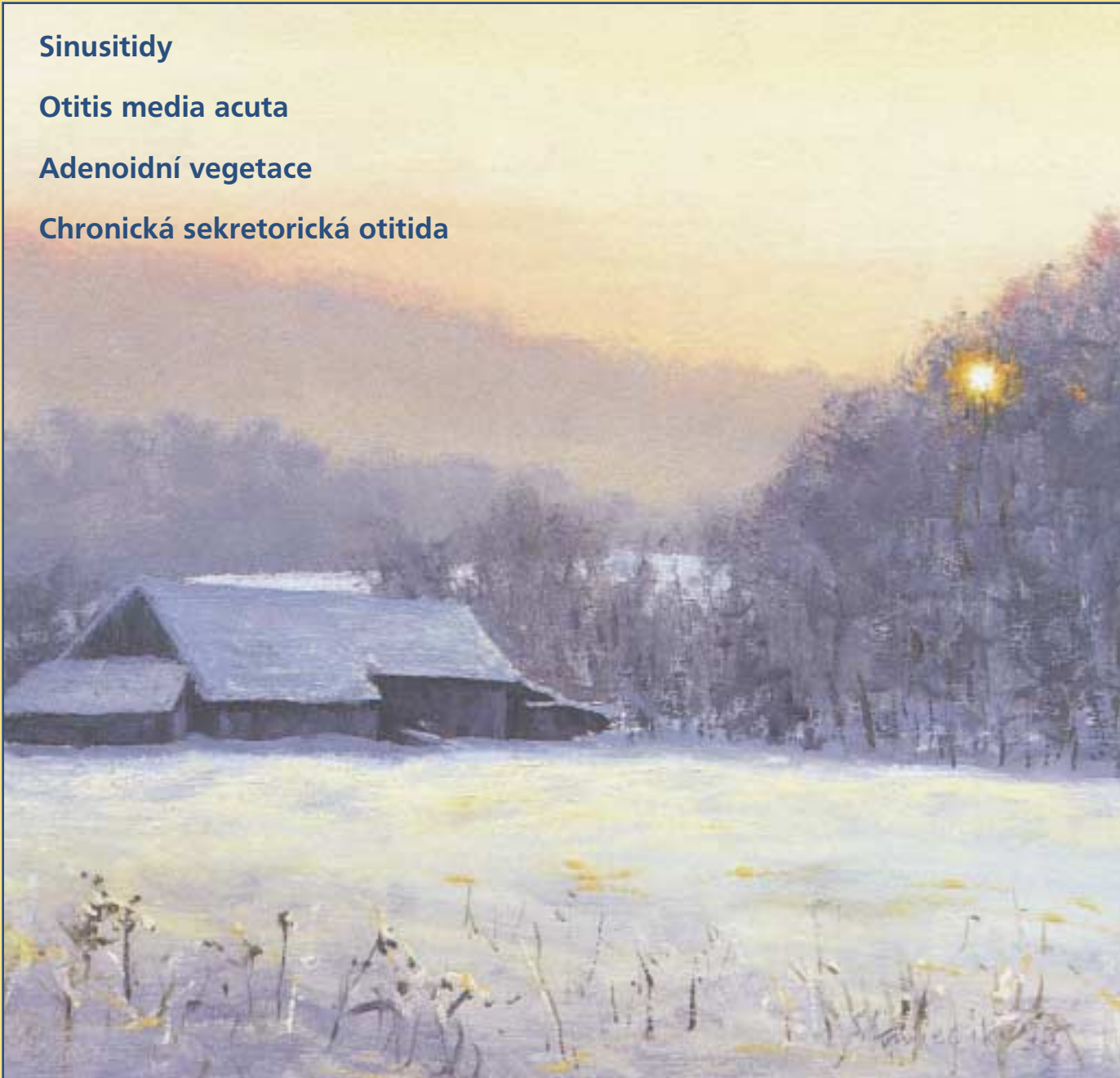
časopis praktických dětských lékařů

Sinusitidy

Otitis media acuta

Adenoidní vegetace

Chronická sekreторická otitida



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 písemným souhlasem redakce.

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

Inzerce:

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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc leden	5
Úhrady od zdravotních pojišťoven	6
Obor PLDD	11
Evropský rodinný lékař	14
LSPP	15
Zpráva z pediatrického kongresu ve Vídni	16
Z přerušení výkonu soukromé praxe nevyplývá zrušení registrace	18
Péče o děti a dorost: co zamýšlí ministerstvo	18



Zápis z jednání OSPDL ČLS JEP	20
Ze Sbírký zákonů ČR	příloha
Prof. MUDr. I. Šlapák, CSc. Akutní středoušní zánět u dětí	21
MUDr. J. Vydrová Sinusitidy u dětí	26
MUDr. J. Kolín Adenoidní vegetace	28
MUDr. J. Helcl, DrSc. Současný stav globální eradikace poliomyelitidy	31



Aktuality	33
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 a nohama Stanislav Kmecik



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

již si pomalu zvykáme, že není ročního období, které by šlo označit jako relativně klidové, ať již odborně, nebo profesně, a tak i začátek letošního roku není výjimkou. Nestává se často, aby se v médiích tak často vyskytovala jména praktických dětských lékařů, aby tak velká publicita byla věnována právě naší profesi, resp. naší odbornosti.

Není však divu, neboť začátek letošního roku přinesl možná až nečekanou eskalaci problému, který můžeme směle pojmenovat otázkou – „**Jaká bude budoucnost zdravotní péče o děti v naší republice?**“, a to ať již z krátkodobého, nebo dlouhodobého pohledu. Původní diskuse k problematice ustavení či neustavení nového základního oboru, definujícího dnešního praktického lékaře pro děti a dorost jako základní článek primární péče, díky vyjádření zástupců Ministerstva zdravotnictví ČR nečekaně sklouzla do diskuse poněkud jiné dimenze.

Rodinný lékař, to je pojem, který se začal skloňovat ve všech možných pádech. Stále silněji zaznívá totiž tento pojem z úst kompetentních osob Ministerstva zdravotnictví ČR, ať již se to snaží zabalit do jakéhokoliv pláště. Jak mohlo k této změně vůbec dojít? Odpověď na tuto otázku je vlastně velmi prozaická.

Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR projednala v prvním čtení návrh zákona pracovně nazvaný jako zákon o způsobilosti k výkonu povolání lékaře. Nás pochopitelně nejvíce zajímalo řešení naší problematiky, řešení naší budoucnosti podle tohoto zákona. Se zděšením jsme zjistili, že tento zákon specifikuje výkon povolání praktického lékaře pro dospělé, ale nám jako by říkal, do teď jste způsobilí byli, nyní již nebudete a pokud budete chtít, zavřete své ordinace a jděte se vzdělávat. Situaci lze chápat až jako plivnutí na naší dosavadní činnost.

Začali jsme tedy vyvíjet aktivity ke změně příslušných ustanovení, začala jednání s ministerstvem, s poslanci. Když už se zdálo, že se daří objasnit tzv. **naš problém**, na tiskové konferenci ministryně zdravotnictví spolu s ředitelem odboru zdravotní péče vyhlásují **program podpory praktickým lékařům pro děti a dorost**. Najednou se dozvídáme, že je vyřešen problém nepříznivého populačního vývoje v naší republice, neboť po **získání aproby** praktičtí lékaři pro děti a dorost budou moci pečovat o populaci do 25ti let. Jakkoliv to až sem mohlo znít lákavě, vzápětí se dovídáme, že toto je jen první krok, bude se doškolovat dál, až budeme my léčit celou populaci, ale obdobně i praktičtí lékaři pro dospělé.

Není tedy divu, že tyto skutečnosti nás vyburcovaly natolik, že jsme sáhli až po takové zbrani, jakou je petiční akce, neboť reflexe na náš výzvu k vysvětlení prezentovaných vizí byla nulová. Otázka byla formulována jednoduše, oslovení byli především rodiče našich dětských pacientů, aby se vyjádřili, zda chtějí mít i nadále svého praktického dětského lékaře. Reakce nás velmi potěšila. Přál bych Vám vidět reakce v Parlamentu, když jsme předávali první várku, která obsahovala archy s více jak sto deseti tisíci podpisy. Věřím, že to bude dostatečným podnětem k zamýšlení, zda je cesta směrem k rodinnému lékaři a tedy cesta k zásadní změně systému primární péče u nás tou správnou cestou. Materiály, které jsme v této souvislosti předali a které pravidelně otiskujeme i na stránkách našeho časopisu asi zatím dostatečně nepřesvědčily.

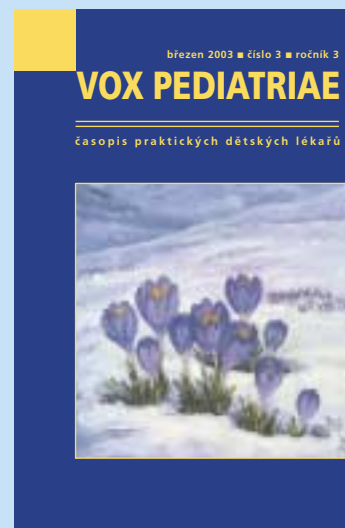
Závěrem mi dovoluji Vám všem poděkovat za Vaši podporu našim aktivitám, za Vaši podporu při petiční akci. Chce se mi věřit, že naše aktivita bude nakonec úspěšná, že zvítězí realistický pohled na věc, vždyť tu přeci už nejde o budoucnost praktických dětských lékařů, ale o budoucnost systému poskytování zdravotní péče dětem v naší republice.

S pozdravem

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Indikace
k alergologickému
a imunologickému vyšetření u dětí

Alergie a astma v roce 2003



seznam
inzerujících firem

Česká stomatologická komora

GlaxoSmithKline

NUTRICIA

LÉČIVA

ORION DIAGNOSTICA

STIEFEL

UCB Pharma

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 leden

MUDr. Pavel Neugebauer

Leden je jedním z dalších měsíců, ve kterých trvají obavy o existenci našich ordinací do budoucna. Snaha o schůzku s vedením ministerstva k vypouštění informací na téma vznik rodinného lékaře vyplývá naprázdno, proto přistoupeno k oslovení rodičů našich dětských pacientů formou petiční akce. Do pozadí neustupuje ani problematika vznikající platební neschopnosti zdravotních pojišťoven, již nejde pouze o VZP, ale do sítě ekonomických nástrah ve formě přednostní úhrady lůžkovému sektoru se začínají zachytávat i některé další zdravotní pojišťovny, přesto se rozbíhá kolotoč cenových jednání na další období.

9.1.2003 – V areálu nemocnice Mělník proběhlo jednání s vedením Středočeského kraje za účasti hejtmana k problematice nastínění možnosti spolupráce při vytváření koncepce zdravotnictví v tomto kraji, šlo spíše o informativní schůzku s představením jednotlivých účastníků, kdy mezi pozvanými zástupci byly i všechny subjekty koalice ambulantních zařízení. Optimální by bylo, pokud by takovéto schůzky proběhly ve všech krajích.

14.1.2003 – Zahájeno Dohodovací řízení o cenách pro 2. pololetí 2003, stanoven harmonogram jednotlivých fází.

16.1.2003 – V Hradci Králové proběhlo jednání regionální rady VČ regionu za účasti mé a pokladníka Sdružení Dr. Dvořákové. Během tohoto jednání proběhla medializace problematiky našeho oboru včetně petiční akce.

- Řešena příprava regionální konference, která je tentokrát volební, bude též odborná přednáška
- VZP – probírána platební neschopnost resp. posuny plateb v jednotlivých okresech, možnost protiakcí spíše nepravděpodobná

- Nákladová střediska - předán seznam zájemců.

- Obor PLDD – regionální rada byla informována o aktuálním stavu jednání.

- LSPP – zmapována situace po jednotlivých okresech, trvá nejednotnost, doporučeno iniciovat další jednání s odkazem na základní postuláty doporučené Sdružením tj. jedna dětská pohotovost na jeden okres.

- Jednání s krajskými zástupci pro zdravotnictví – opět apel na iniciaci jednání se zaměřením krom jiného i na síť ordinací PLDD a to i v souvislosti s možným generačním problémem.

21.1.2003 – Analytická komise – jednání pouze v užším kruhu na dopracování podkladů pro vznik

nákladových středisek, vzniklý materiál byl v průběhu ledna rozeslán nahlášeným lékařům z jednotlivých regionů, nutno dořešit možnou úhradu za tuto činnost, rozeslán zatím pouze návrh smluvního ujednání bez ekonomického vyčíslení (bude provedeno po dopracování rozpočtu pro rok 2003)

22.1.2003 – Tisková konference SPLDD ČR – deklarovány obavy z možného zhroucení primární péče o děti, předloženy důvody petiční akce, vysloveny obavy z dalšího financování zdravotnictví v důsledku řešení zadluženosti nemocnic peněží z veřejného zdravotního pojištění.

22.1.2003 – se sešla Rada projektu IZIP, bilancován rok 2002 do projektu zapojeno cca 31 000 občanů, zdá se, že přes určité dětské nemoci má tento projekt šanci na úspěch, masové rozšíření však asi nebude otázkou zítřka. Nicméně všemi zástupci účastnými na Radě vysloveno doporučení pokračovat v tomto projektu, budou nové ekonomické motivace a nabídky zúčastněných subjektů.

23.1.2003 – na VZP proběhlo jedno z celé řady jednání na téma soubory výkonů pro praktické lékaře; přesto, že se jednání na toto téma vlečou již půl roku, nepokročili jsme k jednoznačnému závěru, bude asi nutno přehodnotit přístup k těmto jednáním z naší strany.

28.1.2003 – jednání koalice ambulantních lékařů, vzniklé prohlášení otiskujeme na jiném místě

29.1.2003 – 1. jednací den Dohodovacího řízení o cenách v segmentu praktických lékařů, bližší informace otiskujeme na jiném místě Průběžně každou středu probíhají jednání Výkonného výboru k řešení aktuální problematiky.

Delší koncovky chromozomů znamenají prodloužení života

Prodloužení koncových částí DNA na chromozomech v buňkách by mohlo prodloužit i život jedince. Opatřené těchto tzv. telomer totiž vypovídá o pravděpodobné délce života, soudí tým badatelů z univerzity v americkém Utahu. „Je to první studie, ve které se ukazuje, že délka telomer může být klíčem k dlouhému životu,“ soudí doktor Richard Cawton, který vede badatelský tým. Telomery lze přirovnat k zakončením z plastické hmoty na tkaničkách u bot; tyto konečky mají zabránit, aby se tkaničky třepily. Lidé, kteří častěji trpí různými nemocemi, mají telomery zkrácené. Ve zprávě pro odborný časopis The Lancet vědci tvrdí, že lidé s delšími telomery žijí až o pět let déle než ti s kratšími. Cawtonův tým měřil délku telomer v krevních vzorcích, které byly odebrány 143 osobám starším 60 let, a porovnával ji s úmrtním věkem těchto osob. U nejstarší skupiny výzkum zjistil i nejdelší telomery, zatímco vyšší úmrtnost na onemocnění srdce a na infekční choroby doprovázely telomery zkrácené. Výsledky výzkumu podporují hypotézu, že zkrácování telomer v důsledku nemocí, prodělaných ve středním věku, je podstatou přirozeného procesu stárnutí. „Je-li tomu tak, je možné vhodnými medicínskými zákroky prodloužit trvání dospělého věku, který je prožíván ve zdraví, čímž se uchová délka telomer a tím posune proces stárnutí,“ prohlásil Cawton. Vědci se nyní soustřeďují na výzkum enzymu telomerázy, který telomery posiluje a prodlužuje. To umožní lepší orientaci v procesu stárnutí vůbec a také v nemocech, jež jsou spojeny s věkem.



Otevřený dopis zástupců ambulantních lékařů ministra zdravotnictví

Vážená paní
MUDr. Marie Součková
ministra zdravotnictví ČR

Vážená paní ministryně!

Se znepokojením sledujeme vývoj financování zdravotní péče z prostředků veřejného pojištění. Ministerstvo zdravotnictví ČR a vláda v pravidelných intervalech opakovaně rozhodují o výši a způsobu úhrad za zdravotní péči, pokud nedojde k dohodě mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli. Svými rozhodnutími ale zasahují i do rozdělení finančních prostředků mezi jednotlivými segmenty zdravotnictví, a to tak, že je soustavně upřednostňována lůžková péče na úkor péče ambulantní. Vláda a MZ tak samy zhoršují deficit ve veřejném pojištění, obviňují zdravotní pojišťovny ze špatného hospodaření a ještě se snaží paradoxně zvýšit svůj vliv na jejich ekonomickou činnost. Nevyvážené financování lůžkové a ambulantní péče vede k poškozování nestátní ambulantní části zdravotnictví. Tato ekonomická diskriminace v konečném důsledku poškozují pacienty soukromých ambulantních zařízení (snižování dostupnosti, neobnovování technického vybavení a omezování investic). **V poslední době došlo vlivem této politiky k tak výraznému zhoršení financování ambulantní složky, že reálně hrozí zánik řady ordinací.**

Ministerstvo zdravotnictví ČR a vláda se pokoušejí rozhodovat o užití veřejných peněz (prostředků veřejného zdravotního pojištění) a zneužívají toho k prosazování své politiky – namísto toho, aby byla konečně vymezena taková péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění, kterou je schopen systém pojištění uhradit. Rozhodování o veřejných finančních prostředcích patří do rukou Parlamentu a ne vládě. Prostředky zdravotního pojištění nejsou rozpočtovou položkou, se kterou je vláda (či Ministerstvo zdravotnictví) oprávněna nakládat.

Vážená paní ministryně, raději bychom dali přednost urychlenému jednání a dohodě o nápravě stavu. Pokud k nim však nedojde, budou zástupci ambulantních lékařů nuceni obrátit se na soud.

Praha, 28.1.2002

MUDr. Václav Šmatlák, předseda SPL ČR
MUDr. Pavel Tautermann, předseda SSL ČR
MUDr. Milan Kudyn, místopředseda SPLDD ČR
MUDr. Vladimír Dvořák, předseda SSG ČR

Úhrady od zdravotních pojišťoven, bonifikace VZP

MUDr. Pavel Neugebauer

Opět se rozbíhají cenová jednání pro 2. pololetí letošního roku, jelikož jsme v poslední době obdrželi několik dopisů, jejichž obsah nás nutí k zamyšlení a to především ve smyslu – v jakém rozsahu se promítá navyšování plateb v návaznosti na cenová jednání do navyšování plateb jednotlivých ordinací. Jde o to, že situace vypadá tak, že v absolutních číslech jakoby dochází k celkem slušnému navyšování, realita u jednotlivých praxí tomu jakoby neodpovídá. Pokusím se Vám předložit několik čísel rozborů či úvah, se kterými pracujeme a z kterých vycházíme při přípravě na jednotlivá cenová jednání.

Praha 17.12.2002
Předseda SPLDD ČR
MUDr. Pavel Neugebauer

Vážený pane doktore!

Reaguji na Váš článek – reakci na dopis Dr. Janouška – uveřejněný ve VOXU Pediatrie č.9 z 11/02. Jsem lékařka pracující 26. rok jako obvodní pediatr, z toho 10 let v privátní sféře. Bohužel musím konstatovat, že po celou tuto dobu byla vždy pediatrie až na posledním místě, na ocase medicíny, co se týče prestiže našeho povolání a hlavně po stránce finančního ohodnocení. Po vzniku soukromého zdravotnictví se absolutně nic nezměnilo, spíše se ještě prohloubily rozdíly mezi pediatrií a ostatními medicínskými obory. Fascinuje mě jedna věc: kdyby byl Dr. Kudyn od „zeleného stolu“ a nevěděl nic o náročnosti naší práce, mohla bych chápat, že se nepostaral o lepší finanční ohodnocení pediatrů. Ale on je také praktický pediatr a je zcela nepochopitelné, že dopustil hned na začátku, když bylo prvně stanovováno bodové ohodnocení naší práce, abychom byli opět tak výrazně podhodnoceni. Za těch deset let privátní praxe byl sazebník několikrát upravován, ovšem nikoli ve prospěch pediatrů. A haléřové zvyšování kapitace nepokryje ani inflaci, natož mnohokrát zvýšené ceny zdravotnického materiálu, nájmu za ordinace, inkasa, poštovního i práce uklízeček a sester. Má zcela pravdu Dr. Janoušek, že naše čistá mzda v důsledku toho rok od roku klesá. A vůbec neřeší problém nabízení nadstandardní péče, jak navrhl Dr. Kudyn. Ti pediatři, kteří si to již vyzkoušeli a byli svým pacientům 24 hodin k dispozici, tuto službu brzy zrušili, neboť byli zcela vyčerpáni. Od toho přeci sloužíme LSPP. I my jsme lidé a máme nejen právo, ale přímo zákonnou povinnost odpočinku. A pokud by nám pacienti volali několikrát za noc, případně jsme je navštívili v bytě i v noci i o víkendech, nutně by klesala kvalita naší práce v ordinaci. A také nevidím jediný důvod, proč bychom si měli tímto vyčerpávajícím způsobem v mimopracovní době zvyšovat své příjmy, když



ostatní medicínské obory mají daleko vyšší příjmy získané pouze prací v ordinaci. V současné době mají praktičtí lékaři pro dospělé 2krát vyšší příjmy než pediatři, odborní lékaři v průměru 3krát vyšší a stomatologové dokonce 4krát vyšší příjmy než pediatři. Přitom např. stomatologové mají k tomu ještě vysoké příjmy v hotovosti od pacientů. A nyní dostanou ještě o 4% vyšší bodové ohodnocení jen za to, že školí. My se všichni těž školíme a nic přidaného nedostaneme. Jak je možné, že pojišťovny mají dost peněz na závratné platy stomatologů a některých jiných odborností a nemají peníze na zvýšení bodového ohodnocení pediatriů a ještě vymýšlejí, jak nám upravit kódy na očkování, aby nám zaplatili co nejméně, i když každé dítě musíme před očkovaním prohlédnout.

Těší nás všechny, pane doktore, že česká pediatrie patří celosvětově mezi nejlepší. Na nás záleží jaký bude i v budoucnu zdravotní stav nejen dětí, ale i dospělých, kteří z nich vyrostou. Na nás záleží jaké náklady budou muset pojišťovny za své pojištěnce vynakládat. Ale kde je tedy ohodnocení naší práce? Jak to, pane doktore, že když jste koordinátorem praktických lékařů, mají praktičtí lékaři pro dospělé o tolik vyšší příjmy než my?

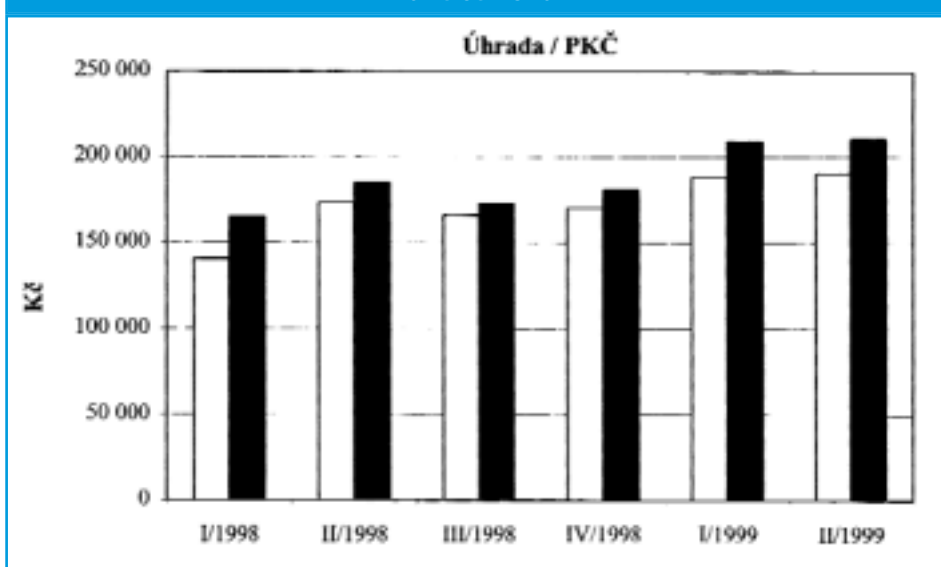
Vážím si práce všech členů předsednictva SPLDD a plně si uvědomuji, co všechno jste dokázali, včetně uhájení existence pediatrie jako oboru. Ale pro spravedlivé ohodnocení práce pediatriů jste neudělali vůbec nic. Přitom máte možnost, Vy, pane doktore, i Dr. Rath vyžádat si od pojišťovny přehled průměrných platů v jednotlivých odbornostech, abyste viděli, že mám pravdu. Možná, že jste to udělali, ale kde je efekt? A od ledna 2003 se bude zvyšovat plat zdravotníkům ve státní sféře. Přitom nemocniční lékaři mají již nyní o 10–20 000 měsíčně čistého víc, než my. A o pediatrech se nikde nemluví. Posílám kopii tohoto dopisu Dr. Rathovi, paní ministryni Dr. Součkové a do VOXU a byla bych ráda, kdyby se ozvali i další pediatři.

Vážení kolegové! Zatím se všichni chováme stále jako ovce, které na každý nesmysl jen kývnou a nejsou schopni se ozvat. Proč jste všichni naštvaní a diskutujete jen v hloučcích po chodbách, místo abyste se ozvali veřejně? Když budeme stále mlčet, nebudeme se mít nikdy lépe!

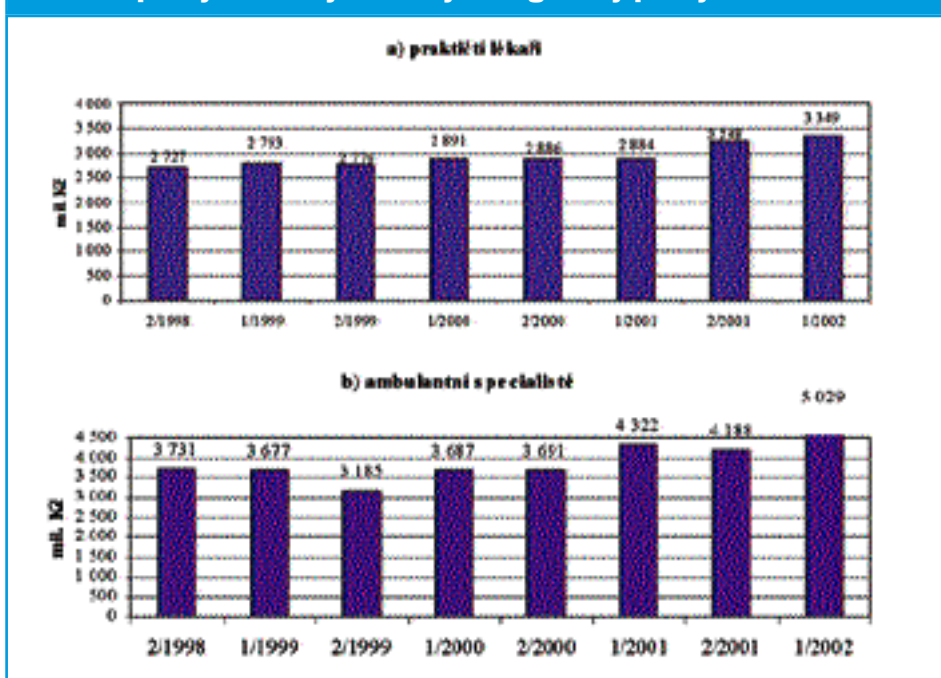
S pozdravem

MUDr. Jiřina Kotková
praktický lékař pro děti a dorost

Praktičtí lékaři



Náklady na zdravotní péči poskytovanou jednotlivými segmenty poskytovatelů



Na příkladě tohoto dopisu si dovoluji komentovat některé jeho součásti. Začátek „podnikání“ nás zastihl ve výkonovém systému. S odstupem se toto období dá velmi obtížně popsat, co se týká obecného příjmu od zdravotních pojišťoven. Výkonový systém byl totiž charakteristický tím, že příjem každého lékaře byl výraznou měrou ovlivněn počtem vykázaných výkonů. Tento systém totiž hodnotil jednorázové poskytnutí diagnostické a léčebné péče a nikoliv tedy péči ve své komplexnosti. Vedl tedy zákonitě ke zvyšování rozsahu a frekvence poskytované péče,

neboť z ryze ekonomického hlediska se stal výhodný ten pacient, který čerpá větší objem zdravotní péče, tedy ten, který je častěji vyšetřován a kontrolován. Toto úzké propojení úhrady zdravotní péče s jejím konkrétním poskytnutím se ukázalo jako nevyhovující pro úhradu primární péče, která by měla být péčí komplexní, vedoucí k optimalizaci a harmonizaci zdravotního stavu každého pacienta cestou nejméně zatěžující, ale zároveň zabraňující zbytečnému plýtvání vícenásobným opakovaným vyšetřením. Proto bylo přistoupeno k zásadní změně úhrady u praktických



VOX PEDIATRIAE

Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči dle jednotlivých pololetí od roku 1998 do roku 2001 v tis. Kč

A. Název ukazatele	1998	1998	1999	1999	2000	2000	2001	2001	2002
	1. pololetí	2. pololetí	1. pololetí	2. pololetí	1. pololetí	2. pololetí	1. pololetí	2. pololetí	1. pololetí
1 Náklady na zdr. péči hrazenou ze ZFZP celk. v tom:	49 479 151	51 265 820	53 956 227	53 077 182	55 486 799	54 880 272	58 804 322	63 634 930	68 007 568
I. na ambulantní péči celkem (ZZ nevykaz. žádný kod OD, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, nezahrnují se náklady na léky na recepty a PZT na poukazy)	11 349 725	11 697 099	12 601 824	11 619 064	13 039 110	12 385 529	13 760 028	13 854 060	15 623 16
z toho:									
a) na stomatologickou péči (odb. 014, 015, 019)	3 515 432	3 212 434	3 655 163	3 214 272	3 741 127	3 247 496	3 824 635	3 511 527	4 100 691
b) na péči praktických lékařů (odb. 001, 002)	2 343 704	2 727 032	2 792 552	2 776 224	2 890 854	2 885 729	2 884 170	3 247 561	3 349 170
c) na rehabilitační péči (odbornost 902 a 918)	97 696	510 341	488 695	474 302	518 051	511 337	570 678	554 851	625 981
d) na zdravotní péči komplementu (odbornosti 222, 801-805, 809, 812-823)	951 361	1 333 514	1 792 866	1 771 694	1 999 193	1 833 052	1 911 565	2 098 621	2 258 122
e) na domácí zdravotní péči (HOME CARE - odb. 925 a přísl. výkony odb. 911)	99 504	182 479	195 637	197 785	203 131	216 596	246 770	253 465	284 898
f) na specializovanou ambulantní péči (odb. neuvedené pod písm. a) -e)	4 342 028	3 731 300	3 676 911	3 184 787	3 686 754	3 691 320	4 322 209	4 188 037	5 028 690
II. na ústavní péči celkem (ZZ vykazující kod OD, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, paušál na léky i příp. nasmlouvanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového ZZ s výjimkou nákladů na léky na recepty a PZT na poukazy)	23 779 408	24 499 319	25 584 327	25 620 741	26 239 020	26 105 174	27 502 557	31 683 070	32 922 533
v tom:									
a) LZZ s výjimkou ZZ uvedených v rádcích II. b), c), d)	22 612 054	22 324 148	23 498 902	23 480 118	23 931 635	23 552 447	24 714 688	28 643 097	29 841 151
b) odborné léčebné ústavy (OLÚ s výjimkou ZZ uvedených v ř. IIc) a d)	803 741	1 460 404	1 302 272	1 304 152	1 282 995	1 439 798	1 499 101	1 658 392	1 531 496
c) LDN (samostat. ZZ vykazující kod OD 00024)	359 721	709 055	773 964	830 518	1 019 608	1 105 788	1 287 923	1 347 327	1 327 604
d) ošetřovatelská lůžka (samostat. ZZ vykazující kod OD 00005)	3 892	5 712	9 189	5 953	4 781	7 140	845	34 255	222 282
III. náklady na lázeňskou péči	1 093 697	1 445 122	1 095 017	1 410 532	1 148 665	1 406 075	1 216 051	1 597 021	1 349 595
IV. náklady na péči v ozdravovnách	49 724	54 711	56 500	64 809	40 521	44 173	48 767	52 698	40 976
V. náklady na zdravotní péči ve stacionářích (ZZ vykazující OD 0004)	12 589	9 066	14 382	8 521	7 140	14 734	0	0	0
VI. náklady na dopravu (zahrnuje dopravní zdr. službu včetně indiv. dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. II)	688 760	719 497	657 841	429 661	546 088	562 028	589 251	584 991	607 071
VII. náklady na záchrannou službu (odb. 709, ZZ nevykazující žádný kod OD)	66 477	96 320	222 731	462 319	329 771	343 089	337 057	388 890	384 864
VIII. náklady na léky vydané na recepty celkem	11 229 101	11 473 180	12 318 746	12 016 228	12 291 503	12 123 397	13 285 875	13 419 682	14 773 287
v tom:									



A. Název ukazatele	1998	1998	1999	1999	2000	2000	2001	2001	2002
	1. pololetí	2. pololetí	1. pololetí	2. pololetí	1. pololetí	2. pololetí	1. pololetí	2. pololetí	1. pololetí
a) předepsané v ambulantních zdrav. zařízeních (samostatná ambulantní ZZ)	8 174 325	8 272 742	8 764 234	8 471 023	8 649 108	8 411 342	9 182 429	9 076 925	9 997 477
b) předepsané v lůžkových zdrav. zařízeních	3 054 776	3 200 438	3 554 512	3 545 205	3 642 395	3 712 056	4 103 446	4 342 756	4 825 146
c) předepsané v ostatních zdrav. zařízeních									
IX. náklady na PZT vydané na poukazy celkem	1 185 149	1 245 657	1 382 589	1 413 479	1 512 352	1 503 814	1 661 315	1 662 323	1 852 379
v tom:									
a) předepsané v ambulantních zdrav. zař.	504 039	711 414	920 303	930 445	1 031 952	1 018 095	1 116 926	1 101 406	1 219 153
b) předepsané v lůžkových zdrav.zař.	681 110	534 243	462 286	483 034	480 400	485 719	544 389	560 918	633 225
c) předepsané v ostatních zdrav. zař.									
X. náklady na léčení v zahraničí (nutná a neodkl. péče)	12 711	9 953	8 481	17 182	20 312	8 994	3 382	7 120	8 384
XI. ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů - do vysvětlivek uvést, co zahrnují)	11 809	15 897	13 788	14 647	312 318	383 266	400 039	385 079	445 431
2 Nákl. na zlepšení zdr. péče čerpané z jiných fondů	190 125	452 275	41 067	54 790	72 952	289 070	128 814	349 620	117 568
3 Náklady na zdravotní péči celkem	49 669 276	51 718 096	53 997 294	53 131 972	55 559 751	55 169 342	58 933 136	63 984 550	68 125 136

lékařů, byl zaveden systém KKVP. Průměrná úhrada na ordinaci PLDD při PKČ = 1 se pohybovaly v systému výkonovém v hodnotách 40 000 – 50 000,- Kč. Změnou systému úhrady na již popsanou KKVP došlo ke skokovému navýšení na částky mezi 50 000 – 60 000,- Kč. Významným faktorem se zároveň stala ekonomická stabilizace ordinací PLDD, neboť již nebyly odkázány pouze na příjem z vykázaných výkonů, ale nastoupil systém pravidelné paušální platby.

Poté se již cenová jednání začala odvíjet

od diskusí o výši dvou základních položek rozhodujících pro výši celkové úhrady jednotlivým ordinacím. Pro získání přehledu o údajích, se kterými se pracuje při stanovování cen na další období, připojuji několik tabulek z let 1998 až 2000 a dále pro porovnání poslední dostupnou tabulku týkající se segmentu praktických lékařů.

Dále si Vám dovoluujeme předložit kalkulaci, se kterou jsme vstoupili do cenových jednání na 2. pololetí 2003. Je třeba brát v úvahu, že druhá strana je samozřejmě limitována

s svým objemem prostředků, proto výsledek nemusí, a také nikdy neodpovídá, našim představám. Vždy se jedná tedy o určitý kompromis, do kterého jsme „tlačeni“ i představou, co by mohlo nastat v případě nedohody. Základním rizikem nedohody je totiž možnost zrušení nastavení tzv. minimálních cen a tím znemožnění různých variant bonifikačních systémů či systému diferencované výše kapitační platby dle jednotlivých systémů zdravotních pojišťoven.

Výchozí návrh SPL ČR a SPL DD ČR pro cenová jednání na II. pololetí 2003 Návrh výše úhrad – kapitační platba a hodnota bodu

Výchozí skutečnosti

- během roku 2002 byly provedeny **nákladové studie** ordinací praktických lékařů pro dospělé i praktických lékařů pro děti a dorost
- z výsledků je možno stanovit přibližnou hodnotu **režijních nákladů na 1 minutu** při proponované kalkulaci kapitační platby na 8.5 hod denně – **cca 5,40 Kč**
- **hospodářský výsledek** ordinací po přepočtu na průměrnou praxi s registrací cca 1600 pacientů u PL a 900 pacientů u PLDD před zda-

- něním činil **29 221,- Kč!** resp. **27.500,- Kč!**
- výsledné zdanění OSVČ je podstatně vyšší než osoby v zaměstnaneckém poměru a tedy výsledný **čistý zisk** se pohyboval v průměru **mezi 15.000,- až 16.000,- Kč/měsíc!**
- výše „zisku“ **nedovoluje** mimo jiné žádné **investice** do ordinací, **nedovoluje řádně zaplatit střední zdravotnický personál**, **nedovoluje vytvořit jakékoli osobní či profesní rezervy**
- výsledky jsou za rok 2001, při **nevelké in-**

- flaci** lze t.č. počítat pouze s **mírným nárůstem** výsledného zisku, tj. hospodářský výsledek někde na úrovni hodnoty cca kolem 33.000 – 34.000,- Kč/měsíc, resp. čistý zisk **kolem 18.000,- Kč/měsíc po zdanění**
- podle předchozího **režie** reálná versus režie dle Seznamu výkonů = **deficit cca 3,20 Kč/minutu!**
- **hodinová režie dle Seznamu 132,- Kč/hodinu, reálná dle studií 324,- Kč/hodinu, rozdíl činí tedy 192,- Kč/hodinu**



■ pro porovnání – v hodnotě kapitační platby se dá tento rozdíl vyjádřit cca 13,- Kč, což celkově v systému asi nereálné, ale v modelu diferencované kapitační platby je tato hodnota dosahována (tedy paradoxně nejde o zvýhodnění, ale uznání reálné reže)

■ kalkulovaná **cena práce PL** uvedená v **Seznamu výkonů** z roku 1997 činí **250 Kč/hodinu**

■ vezmeme-li v úvahu předchozí údaje, pak **reálný měsíční příjem** na přepočtenou ordinaci, resp. na ordinaci s modelovým množstvím pojištěnců (1600 resp. 900) by odpovídal částce **102.459,- Kč** (režie – 5,40 x 60 x 8,5 x 21 = 57.834,- Kč, cena práce lékaře – 250 x 8,5 x 21 = 44.625,- Kč)

■ vezmeme-li v úvahu faktickou výšku průměrné úhrady, zjistíme tak, že **práce PL významně dotuje režii jednotlivých ordinací**

Porovnání

■ průměrné **příjmy sekundárních lékařů**, resp. lékařů ve státním sektoru, činí dnes **již přes 30.000,- Kč**

Výstup

■ na podkladě výše uvedené reálné kalkulace (102.459,- Kč/měsíc) – čemuž odpovídá kapitační platba cca 40,- Kč při hodnotě bodu 1,-Kč, požadujeme hodnotu **minimálního kapitačního paušálu** na jednoho jednicového pojištěnce ve výši **34,- Kč při minimální hodnotě bodu 1,- Kč**

Za SPL ČR:

MUDr. Zdeněk Hamouz, místopředseda

Za SPLDD ČR:

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda

V případě VZP byly komplikace ve smyslu termínů výplaty bonifikací, proto se po vzájemné dohodě přistoupiło k zásadní změně, tj. výplatě bonifikací každý měsíc dle metodiky, která byla zveřejněna již v předchozím čísle našeho časopisu. Tento systém je stále živý a bude se i nadále na něm pracovat. Budeme vděční, pokud budete mít zájem zaslat nám Vaše připomínky, výhrady, náměty. Všechny obdržené podněty budou projednány naší pracovní analytickou skupinou a závěry z této skupiny budou následně přenášeny na jednání s VZP. O výsledcích těchto jednání Vás budeme samozřejmě informovat.

Rádi bychom Vám předložili i další model, resp. upřesnění bonifikačního systému, který se snaží mimo jiné řešit i např. mimořádně nákladnou péči. S definitivní podobou tohoto návrhu Vás opět seznámíme.

Změny v úloze GIP pro 1. pololetí 2003

1. Vyjmutí „závodní péče“ ze sledovaných nákladů:

Ze sledovaných nákladů budou vyjmuty kódy 01193 a 01195. Náklady těchto kódů nebudou započítány do žádné z nákladových skupin, jež vstupují do výpočtu.

2. Vyjmutí „mammografického screeningu“ ze sledovaných nákladů:

Ze sledovaných nákladů bude vyjmut kód 89 221. Náklady tohoto kódu nebudou započítány do žádné z nákladových skupin, jež vstupují do výpočtu.

3. Zařazení sledování kódu 01021, 02021 a 02031 do bonifikace „dobré praxe“:

V současné době jsou v kritériu „počet preventivních prohlídek – J“ vstupujícím do výpočtu bonifikace „dobré praxe“ sledovány pouze kódy 01022, 02022 a 02032. Pro 1. pololetí 2003 se toto kritérium doplňuje o kódy 01021, 02021 a 02031.

4. Zařazení nového kritéria „čerpání péče u jiných PL, PLDD a LSPP“, které bude pří-

mo ovlivňovat výši všech tří typů bonifikací:

Od 1. 1. 2003 bude v úloze GIP nové kritérium „čerpání péče u jiných PL, PLDD a LSPP“, které bude mít vliv na výši všech tří typů bonifikací, podobně jako tomu je u kritéria PKČ.

Popis kritéria „čerpání péče u jiných PL a LSPP“ – „L“:

Je to podíl počtu registrovaných pojištěnců u daného ZZ vyskytujících se na receptech, poukazech PZT a na dokladech 05 vykázaných LSPP či jiným praktickým lékařem než registrujícím k celkovému počtu registrovaných pojištěnců v daném ZZ. Tento podíl označíme „f“.

Dále se stanoví průměrná okresní hodnota podílu „f“ (a to tak, že se sečte počet registrovaných pojištěnců u jednotlivých ZZ vyskytujících se na receptech, poukazech PZT a na dokladech 05 vykázaných LSPP či jinými praktickými lékaři než registrujícími a tento součet se podělí součtem celkového počtu registrovaných pojištěnců daných ZZ). Tuto průměrnou hodnotu označíme „b“.

Potom:

pokud

$f \leq 0,85 b$	$L = 1,2$
$0,85 b < f \leq 0,95 b$	$L = 1,1$
$0,95 b < f \leq 1,05 b$	$L = 1$
$1,05 b < f \leq 1,15 b$	$L = 0,5$
$1,15 b < f$	$L = 0$

Koeficientem L se potom bude násobit výše každé bonifikace.

$BONUS_{OKRES} = PP * BK * k * a * M * L$

$BONUS_{STÁT} = PP * BK * k * a * M * L$

$BONUS_{DP} = PP * a * N * M * L$

5. Vyčlenění pacientů z výpočtů, jejichž náklady přesahují 150 000 Kč:

Z výpočtů průměrů (celostátních i okresních) a z nákladů sledovaných u jednotlivých ZZ budou vyčleněni pacienti, jejichž náklady (v rámci sledovaných skupin nákladů) přesáhnou částku 150 000 Kč.

V této souvislosti bude v úloze GIP vytvořena sestava pro jednotlivé PL, která RČ mu byla z hodnocení vyčleněna a jaké se k nim váží náklady (po sledovaných skupinách a případně položkové dokladování na vyžádání).

Dalším problémem je nadstandardní péče. V zaslaném podnětu se hovoří o nemožnosti 24 hod. péče. Zdá se, že se k tomuto problému vrátíme v některém z dalších čísel časopisu, neboť z textu dopisu vyplývá, že došlo k určitému nepochopení. Placené individuál-

ní služby totiž rozhodně neznamenají individuální uvázání se svým pacientům na 24 hod. Jsou některé úkony, které mohou nabídnout v určitém rozsahu, jako vyšetření pacienta mimo běžnou ambulanci, provedení odběru v domácím prostředí apod., jsou však

služby, kde je výhodou používat tzv. systém delegované péče, tj. systém, na kterém se podílí více lékařů. Tehdy již lze jistě hovořit o možnosti zajištění určitého 24 hod. servisu. Ale nebudu tuto problematiku dále rozepisovat, určitě se k ní však vrátíme.



Významným prvkem zasláního dopisu je však úvaha o tom, proč bychom měli nabízet něco, co stihnou ostatní medicínské obory ve své pracovní době. To je totiž právě to, co nás od těch ostatních medicínských oborů odlišuje. Je třeba si toto otevřeně přiznat, neboť práce praktického lékaře nekončí koncem pracovní doby. Je to svým způsobem medicínská řehole, která by měla být ale i odpovídajícím způsobem hodnocena, což se nám zatím, bohužel, nepodařilo prosadit. Nemějme však falešné představy, že je tomu v jiných státech jinak. Nemím tím porovnanou absolutní hodnotu, ale mezioborové srovnání.

Nevím, jak jste dospěla k informaci o násobcích příjmů v porovnání s praktickými lékaři pro dospělé a dalšími odbornými lékaři, snad postačí informace z uvedených tabulek. Z nich totiž vyplývá srovnatelný příjem na průměrnou ordinaci PL a PLDD, pokud se lokálně významněji odlišují počty pacientů v těchto ordinacích, pak je samozřejmě i významnější rozdíl v úhradě, pokud se však čísla porovnávají na republikové průměry, rozdíly mezi oběma odbornostmi jsou minimální. Jiné je to u ambulantních specialistů a stomatologů, kde jsou tyto příjmy řádově o cca 15 tisíc vyšší, opět dle republikových čísel, ale také dle výsledků šetření nákladovosti, se kterými jsem měl možnost se seznámit. Rozhodně však nejde o násobky našich úhrad.

Příplatek za školení je rozhodně zajímavým podnětem, i my uvažujeme, jak něco podobného zavést. Je třeba však poznamenat, že my zase máme něco, co nazýváme „dobrou praxí“, což je součástí bonifikace u VZP a také nám může zajímavým způsobem zvýšit úhradu. I na této položce se dále pracuje. Sem jsou směřovány i naše aktivity v souvislosti s očkováním se snahou vytvořit jakýsi očkovací paušál, který by ohodnotil dobrou proočkovanost mnou registrované klientely. Jen se to nerodí tak rychle, jak bychom si možná přáli.

Věřím, že předchozí text odpovídá i na další myšlenky obsažené v závěrečné části výše otištěného dopisu. K úplnému závěru si dovoluji snad jen poznamenat, že se s ním na-prosto ztotožňuji. I nám by se lépe vyjednávalo, pokud bychom cítili mnohem vyšší akceschopnost naší členské základny, historie nás však již poučila, že mnohem snadněji se hovoří, než koná. ■

Obor PLDD

Stalo se již tradicí, že v našem časopise zveřejňujeme materiály, které mají vztah k problematice, která je v nadpise uvedena jako obor PLDD. Proto i v tomto čísle otiskujeme materiály, které se nám podařilo získat, a které by měly ozřejmit, proč tolik bijeme na poplach. K nejnovějším událostem lze uvést, že k 10.2.2003 se podařilo shromáždit již více než 145.000 podpisů na petičních arších a jistě i tato skutečnost přiměla poslance se touto problematikou vážně zabývat. Příslušný Výbor Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR přijal komplexní pozměňovací návrh pana poslance Maštálky, který vypracovalo Ministerstvo zdravotnictví ČR. Tento návrh již poněkud zohledňuje mnohé připomínky k navrženému zákonu o výkonu povolání lékaře, mimo jiné i umožňuje další existenci našich ordinací. Jelikož jde o návrh, který obsahuje desítky pozměňujících textů, projednávání tohoto návrhu bylo v uvedeném poslaneckém Výboru odloženo, což znamená, že na plénum bude tento zákon předložen nejdříve koncem března letošního roku. Do té doby se jistě odehraje ještě celá řada dalších jednání, a Vy, naši čtenáři budete o výsledcích těchto jednání informováni opět na stránkách našeho časopisu. Prvním ze zveřejněných materiálů je přepis dokumentu, který rozdává tiskový mluvčí Ministerstva zdravotnictví ČR, konkrétně byl předáván na setkání ministryně zdravotnictví s občany v Ústeckém kraji.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
128 01 Praha 2, Palackého nám. č. 4

NÁVRH ZMĚNY DOSAVADNÍHO SYSTÉMU POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE PRO DĚTI A DOROST

Ministerstvo zdravotnictví věnuje problematice poskytování zdravotní péče pro děti a dorost velkou pozornost.

V nejbližších dnech bude ustanovena Komise Ministerstva zdravotnictví pro péči o děti a dorost, která jako poradní orgán ministryně bude spolu se stávající Perinatologickou komisí Ministerstva zdravotnictví řešit koncepčním způsobem problematiku dané věkové kategorie.

Součástí připravované koncepce Ministerstva zdravotnictví je i problematika poskytování zdravotní péče pro děti a dorost s tím, že pro udržení a zlepšení dosavadní úrovně zdravotní péče poskytované dětem a dorostu je třeba zajistit zvl. následující:

■ Posílení úlohy primární péče:
– zachovat a vylepšit dosavadní způsob léčebně-preventivní péče s větším důrazem na prevenci a práci s rodinou (včetně prevence a včasné diagnostiky užívání návykových látek, syndromu zne-

užívání a zanedbávaného dítěte)

- zkvalitnit a rozšířit péči diagnostickou
- zefektivnit péči léčebnou
- Restrukturalizace sítě dětských lůžkových zařízení:
 - centralizovat akutní dětská lůžka se zabezpečením akutní zdravotní péče (vysoká odbornost, vybavení zdravotnickou technikou)
 - zvýšit počet lůžek určených pro doprovod hospitalizovaného dítěte
 - redukovat počet porodnických pracovišť s ohledem na zajištění efektivity práce, kvality zdravotní péče a dostupnosti těchto zdravotnických zařízení
 - podporovat rozvoj zdravotnických zařízení zapojených do hnutí „baby-friendly“
 - systémově řešit problematiku dětských odborných léčebných ústavů (včetně dětských lázeňských léčeben a ozdraven), kojeneckých ústavů a dětských domovů do 3 let věku, dětských psy-



chiatrických léčeben (včetně legislativních opatření)

- Důsledné vedení porodů lege artis (v souladu s dosavadními poznatky vědy) s odmítáním snahy některých porodních asistentek a laické veřejnosti ohledně vedení porodů mimo zdravotnická zařízení

- Zlepšení stavu výživy dětí a dorostu
- Zaměření pozornosti na prevenci, včasnou diagnostiku a účinnou léčbu vadného držení těla u dětí a dorostu
- Legislativní zakotvení povinné registrace a možnosti přechodné registrace
- Pokračování v podpoře zdravotních progra-

mů (včetně programu pro zdravotně postižené děti)

- Zajištění adekvátní zdravotní péče v imigranční populaci
- Rozšíření dosavadního spektra prováděného novorozeneckého screeningu dědičných poruch metabolismu v ČR.

Dalším materiálem je stanovisko italských pediatriů k problematice péče o dítě s popisem situace v tomto státě.

FIMP - FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI PEDIATRI, PRESIDENZA NAZIONALE

Dr. Pavel Neugebauer
prezident Ambulantní pediatrické společnosti
Klimentská 11, 115 60 Praha 1

Ve Florencii dne 23. ledna 2003

Vážený pane,

italské národní zdravotnictví (NZ) zajišťuje od roku 1978 primární pediatrickou péči prostřednictvím pediatrických ambulancí na obecní úrovni (pediatra di base). Tato krátká prezentace se pokusí načrtnout, jak se italským pediatriům, kteří patří do systému NZ, daří plnit požadavky na moderní primární péči v prostředí řízené péče.

Italské NZ vyžaduje, aby všechny děti měly svého vybraného poskytovatele primární péče, buď pediatra, nebo rodinného lékaře, v závislosti na věku pacienta. Pediatri, kteří patří do systému NZ, pracují ve svých vlastních soukromých ordinacích a zajišťují primární péči pacientům od narození do 14 let věku dítěte. Finanční kompenzace je jim poskytována systémem paušálních poplatků na pacienta. Pediatri NZ jsou zpravidla jedinou institucí, která zprostředkuje přístup pacienta ve věku 0 – 6 let k sekundární a terciární péči NZ. U dětí ve věku od 6 do 14 let se pak rodiče mohou rozhodnout, zda si přejí své děti svěřit péči pediatra nebo obvodního lékaře. Lékaři NZ, kteří zprostředkují primární péči, včetně 7 000 pediatriů, uzavírají smlouvy o poskytování zdravotní péče přímo s vládou, od níž pak získávají finanční náhradu formou paušálních poplatků na pacienta. Pediatri zajišťují akutní, chronickou i preventivní péči jednak ambulantně, jednak návštěvami doma u pacientů. Paušální poplatek nyní činí zhruba 8 dolarů 50 centů na pacienta za měsíc. Dětský lékař, který patří do NZ, se stará v průměru o 700, nejvýše však 1 000 pacientů a je svým pacientům k dispozici od pondělí do pátku od 8 do 20 hod, v sobo-

tu pak od 8 do 14 hod. Za rok vykoná přibližně 4 000–4 500 návštěv. Navíc kromě akutní ambulantní péče a domácí péče o pacienta patří k jeho povinnostem také koordinace péče o chronicky nemocné pacienty, konzultace s odborníky, pravidelné zdravotní prohlídky a poskytování veškerých potvrzení pro různé školní činnosti, pro nepřítomnost rodičů v práci, pro nárok na pojistné plnění a sociální dávky. Stejně jako obecním lékařům, ani pediatriům, kteří patří do systému italského NZ, není povoleno starat se o své pacienty během hospitalizace. 95% poskytovatelů primární pediatrické péče jsou jednotlivé praxe zpravidla bez pomocného zdravotního a administrativního personálu a jejich výdaje jsou většinou omezeny na poplatky za telefon a nájem, navíc k cestovním výdajům na návštěvy v domácnostech pacientů. Očkování je zpravidla zajišťováno jinou službou NZ na obecní úrovni. NZ zajišťuje také noční a víkendovou telefonickou službu a poskytování naléhavého domácího ošetření s využitím také jiných lékařů než pediatriů, kteří se dobrovolně hlásí na noční a víkendové služby, aby si zvýšili své příjmy. Obě tyto služby jsou pacientům poskytovány zdarma. Pediatri primární péče pod záštitou systému NZ se pokusili definovat a uspokojit jak potřeby pacientů, tak lékařů v systému řízené péče.

Italská pediatrická federace (Federazione Italiana Medici Pediatri – FIMP), kterou zastupují, je obchodní organizací na obecní úrovni praktikujících pediatriů a mimo jiné odpovídá za rozvoj a hodnocení programů dalšího vzdělávání lékařů, které organizuje pro své členy. Za účelem rozšiřování výzkumu a vzdělávání v oblasti pediatrie primární péče jsou navíc k tradiční péči zřizovány různé nezávislé organizace a asociace pediatrických lékařů. Na národní úrovni jsou pravidelně organizovány multicentrické výzkumné studie a univerzitní školicí

programy pro účastníky, zajišťují mimo jiné stáže v pediatrických ambulancích s důrazem právě na specifickou ambulantní péči a v souladu s doporučeními Italské pracovní skupiny ambulantního pediatrického vzdělávání.

NZ umožňuje italským pediatriům soustředit se na péči o pacienta a vzdělávání spíše než na obchod a podnikání. Rozvojem elektronických lékařských zpráv bylo dosaženo komputerizace praktické medicíny: tato technologie umožňuje propojit efektivní klinickou péči s výzkumem jejích výsledků a zjednodušuje přístup k dalšímu vzdělávání lékařů a různým školicím programům.

Po léta svého fungování umožňuje tento program budovat na důvěře postavený terapeutický vztah mezi rodiči, dětmi a jejich pediatrem. Podle výsledků několika průzkumů spokojenosti pacientů, prováděných v Itálii, jsou pediatri ve srovnání s ostatními odvětvími NZ na nejvyšší příčce hodnocení.

Cílem pediatriů primární péče na celém světě je zajišťovat preventivní péči, léčbu běžných a chronických onemocnění a stát na straně svých pacientů bez ohledu na jejich kulturní nebo sociální postavení. Různé dimenze tohoto společného cíle byly dosaženy různými způsoby v celé řadě různých systémů národního zdravotnictví. Analýzy chyb a úspěchů těchto různých systémů, zpracované na základě mezinárodní informační spolupráce, by měly pomoci naplnit potřeby budoucnosti našeho světa – dětí. Různé státy by se tak dozvěděly víc jeden o druhém a bylo by pro ně snazší identifikovat faktory, ovlivňující primární zdravotní péči poskytovanou dětem a vyvarovat se tak zásadních chybných rozhodnutí, která neberou v potaz ty nejdůležitější faktory, jako je například prospěch dětských pacientů.

S úctou

Dr. Pier Luigi Tucci
Presidente Nazionale



Na závěr si dovoluujeme otisknout reakce konkrétních osob, které snad přispějí k pochopení, jaký systém bychom neradi, aby byl u nás zaveden.

V roce 1999 jsem odjela s tříměsíční dcerou za manželem do Anglie a za rok a čtvrt jsem se vzhledem k nemožnosti vyřešit zdravotní problémy mé dcery vrátila zpět do Čech. Bydleli jsme v jedné z nejvyhledávanějších oblastí Anglie, přibližně třicet kilometrů od Londýna. Rok jsem zde pod záštitou Národního porodnického kongresu vedla skupinu pro těhotné a matky s malými dětmi a spolupracovala jsem s dětskými sestrami a zdravotními poradci (Health Visitors).

Organizace zdravotní péče v Británii je založena na tzv. rodinném lékaři, tedy praktickém lékaři, který má v péči děti i dospělé.

Zdravotní středisko v našem městečku čítá cca deset lékařů. Přestože jsem kliniku navštívila mnohokrát, nikdy se mi nepodařilo hovořit se stejným lékařem. Pouze u dlouhodobých objednávaní (i 6 a více týdnů předem) jsem měla možnost žádat návštěvu u lékaře, u kterého jsem svoji dceru zaregistrovala. Bohužel jsem vždy řešila problém akutní (jak je u malých dětí běžné) a byla jsem přijata tak, jak šlo pořadí pacientů a jak měl který lékař čas – i přesto, že „můj“ lékař v tu dobu také ordinoval.

Má dcera se narodila s velmi nízkou porodní váhou a potřebovala zvýšený dohled (individuální očkovací plán, kontroly anemie apod.). O děti (ani bezprostředně po propuštění z porodnice) se ovšem běžně nestará lékař, ale porodní asistentka a posléze zdravotní poradkyně. Přitom jsou matky s dětmi, nerodí-li doma, propouštěny z nemocnice i za 24 hodin po přirozeném porodu a 72 hodin po císařském řezu. K návštěvě lékaře dochází až v případě problému, který není porodní asistentka a dále zdravotní poradkyně schopna vyřešit.

Pravidelné a preventivní prohlídky jsou spíše konzultací, kdy sestra nebo poradkyně dítě zváží a zeptá se, zda vše probíhá v pořádku. Prevence kyčlív v naší podobě, pokud vím, neexistuje vůbec. Zvážit a změřit je dítě možné kdykoli u dětské sestry nebo zdravotní poradkyně, která provádí i kontroly sluchu a zraku a pokud dítě prospívá, s lékařem ve fázi prevence vůbec nepřijde do styku. Podle mého názoru je celý systém založen nikoli na předcházení problémů, ale na jejich odstranění.

Očkování provádí sestry (celý program začíná dříve – ve 2 měsících věku), očkuje se více vakcín najednou a individuální plán (např.

rozdělení dávky při špatné reakci na předchozí očkování) téměř neexistuje. Lékař před prvním očkováním posoudí, zda je dítě zdravé, nemá teplotu, není nastydlé apod., a dále se problém následných reakcí (horečka, neklid apod.) řeší pouze zvyšováním dávek léků na jejich potlačení – Panadol, Brufen...

Má dcera reagovala horečkou a nervovými záškuby a rada sester byla opět pouze zvýšit dávku paracetamolu. Další očkování probíhalo zcela bez přihlídnutí k uvedeným problémům.

Pohotovostní služba k pacientům téměř zásadně nevyjíždí. Ani ve dne, ani v noci. Funguje pro všechny věkové kategorie a přednost nemá, kromě stavů bezprostředně ohrožujících život, nikdo. V čekárně tedy čekají maminky s několikátýdenními miminky společně s dospělými. Má dcera měla v šesti měsících horečky dosahující 40°C. Ve dvě hodiny v noci jsem volala pohotovost a lékařka se mě ptala, zda má dcera může, když sedí, sklonit hlavu mezi kolena, zda je světloplachá a má po těle malé krevní podlitinky. Pokud tyto problémy nemá, nejedná se o meningitidu a zřejmě tedy nejde o nic opravdu nebezpečného. Mohu tedy počkat do rána a jít na pohotovost v místě bydliště (a čekat v nabitě čekárně) nebo ji přivést (a čekat v nemocnici). I později mi bylo mnohokrát vysvětleno, že chladný vzduch v autě dítěti pomůže srazit horečku. Při návštěvě na pohotovosti lékař měřil mé dceři teplotu v podpaží, nikoli v konečnicku, a jeho měření se od mých lišilo až o 1,5 stupně. Dcera nebyla v tu dobu naprosto schopna teploměr v podpaží udržet.

Má dcera měla po dobu cca pěti měsíců neustále zvýšenou teplotu bez jakýchkoli jiných příznaků. Posléze měla ve dvoutýdenních odstupech horečky vyšší než 38°C. Když jsem žádala o vyšetření krve, byla jsem odkázána na specializované pracoviště v Londýně nebo Cambridge, protože v místním středisku nebyla sestra vyškolená na odběr krve malým dětem. Všechny testy jsme tedy absolvovali v Praze, kde jsme také všechny problémy vyřešili. Dcera měla mimo jiné také velmi vysoké jaterní testy. Pravděpodobně šlo o předávkování paracetamolem, který mi v Anglii doporučili podávat v nejvyšších dávkách až do vymizení teplot. Jiné řešení nebo alespoň snahu o zjištění příčiny mi nikdo nenabídl. Myslím, že celá situa-

ce nastala proto, že se nám nevěnoval cíleně jeden lékař a ani jeden z těch, kteří dceru léčili, nebyl odborníkem v péči o děti. Žádala jsem také o vyšetření moči a na výsledek jsem musela čekat 10 pracovních dnů. Nevím, jak by probíhalo léčení v případě akutní infekce močových cest. Problémem byl i běžný výtěr z krku a nosu. Nevím, jak probíhá stanovení diagnózy u dospělých, ale o odběru krve dítěti jsem za celou dobu pobytu neslyšela ani jednou.

Pokud je dítě nemocné a přeléčené, obvykle není zváno na kontrolu. Pokaždé mi bylo řečeno, jak dlouho mám podávat léky a ozvat se pouze pokud se stav dcery zhorší. Bude-li vše probíhat v pořádku, není důvod se vracet na kontrolu. Pokud vím, tak ani např. po opakovaném nasazení antibiotik.

Shrnu-li své dojmy, mám pocit, že jsem období v Anglii prožila v začarovaném kruhu. Do školičky (tzv. playgroup) běžně přicházely děti s rýmou, zánětem středního ucha nebo průjmem (stejná situace je i ve školkách a školách). Má dcera se nakazila a ve většině případů jsem se z medicínského hlediska ničeho nedopracovala. Něco jsme odléčili doma, na něco jsme dostali antibiotika (bez jakéhokoli testu) a kolotoč začal nanovo.

Pravděpodobně i vzhledem k tomu, že rady lékařů, jak se chovat k nemocným dětem se příliš neliší od toho, jak se mají v nemoci chovat dospělí, je velká část rozhodování přenechána dětem a rodičům. Je běžné, že se s požeňáním lékaře dítě s horečkou nechá běhat po bytě, ven může hned jak teploty opadnou a s radou týkající se pozvolné rekonvalescence jsem se naprosto nesetkala. Rada zněla: nechte dítě samo rozhodnout, jak se cítí a co chce dělat. Když mu bude opravdu zle, tak si sedne nebo lehne. Jsem přesvědčena, že model českého zdravotnictví, na který jsme zvyklí, odpovídá celkové filozofii péče o děti a přístupu k nim.

Je možné, že jsem měla při svém pobytu v zahraničí smůlu. Faktem zůstává, že jsem se rozhodla vrátit a další těhotenství, porod a dětství mého druhého dítěte prožít v Čechách. Mnoho beznadějnějších situací, než sezení v čekárně s plačícím dítětem uprostřed kýčavých lidí všech věkových kategorií, jsem dosud nezažila.

Pavla Garwoodová



Po 12-ti letém pobytu v zahraničí mohu porovnat dětskou péči u nás a v USA. Mé děti prošly péčí jak rodinného lékaře, tak i pediatra. Mé zkušenosti s rodinným lékařem nebyly nikterak uspokojivé.

A: S nemocným dítětem s vysokými teplotami jsem čekala 1,5 hodiny mezi dospělými v atmosféře nervozity při vzájemném kontaktu nemocných dospělých a dětí.

B: U rodinného lékaře jsem postrádala eru-

dovanost v péči o dítě. Přednost před celkovým pečlivým vyšetřením měl přednost předpis širokospektrých antibiotik.

C: Podle svých nepříliš dobrých zkušeností jsem velmi rychle vyhledala pro trvalou péči svých dětí dětského lékaře, který pracuje v podobném stylu jako dětský pediatr.

Jednoznačně se přikláním k našemu dosavadnímu, velmi kvalitnímu systému dětské péče. Vidím v českém systému také lepší možnost

konzultace s dětským lékařem ohledně školních sociálních problémů i v poradenstvím zdravotním při volbě povolání. U všech lékařů v USA jsem měla pocit velkého spěchu, ke kterému je nutí systém, který dává přednost finančnímu zisku před pohodou pacienta.

Musím podotknout, že vzhledem k postavení mého manžela Dominika Haška, jsem se nepotýkala při volbě lékaře s finančními problémy.

Alena Hašková

From: Silver Creek Medical Group, P. C.

Zdenka Safar, M. D. Josef Safar, M. D.

184 Central Avenue Silver Creek,

New York 14136

To: Alena Haskova, Pardubice, Ceska Republika

3. ledna 2003

Alenko,

děkuji za Tvůj telefonický rozhovor a následující fax.

Pokusím se popsat dětskou péči, jak je poskytována ve Spojených Státech Severoamerických. Pediatrická péče je poskytována v USA

pediatry, kteří se člení na obecné pediatry a specializované pediatry, např. pediatrická dermatologie, kardiologie, neurologie, chirurgie atd.

Převážná většina obyvatelstva USA používá obecné pediatry jako svoje primární doktory, a když je třeba, tak jsou dětské pacienty referováni do příslušných subspecializací pro další péči. Malá část obyvatelstva na venkově používá praktické lékaře jako svoje pediatry a vyhledává příslušné pediatrické léčení u pediatrů, když jejich vědomosti na příslušný problém nestačí.

Pokud se týče pojišťoven, ty uznávají obecné pediatry jako lékaře prvního kontaktu a žád-

né doporučení od praktického lékaře není zapotřebí pro hrazení lékařských poplatků.

Dle mého názoru a dle mojí dlouhodobé zkušenosti jako obecný dětský lékař v USA (32 let) bych nedoporučovala, aby primární péče o děti byla delegována do pravomoci praktických lékařů.

Doufám, že jsem odpověděla na Tvoje otázky.

Se srdečným pozdravem Tobě, Dominikovi a celé rodině

Tvoje

MUDr. Zdenka Safar

Evropský rodinný lékař

Evropský svaz všeobecných lékařů (UEMO) upozorňuje své členy na to, že od roku 2006 vstoupí v platnost novela evropské směrnice s pravidly pro lékařské povolání v zemích EU.

Aby lékaři na jednotném evropském trhu pracovních sil neměli problémy s uznáním své kvalifikace, a také s cílem posílit kvalitu zdravotní péče, podpořily různé evropské lékařské organizace zejména změny směrnice 93/16/ES. Postgraduální vzdělávání ve všeobecném lékařství má trvat minimálně tři roky, a měla by také vzniknout nová speciální kategorie: rodinný lékař po pětiletém doškolování. UEMO uvádí, že v některých státech se všeobecný lékař už stal zároveň rodinným lékařem, a dokonce i některé ze zemí kandidujících na členství v EU rovněž zavedly speciální výcvik v rodinném lékařství. UEMO, a stejně tak Evropská společnost všeobecné/rodinné medicíny (WONCA), usilují o to, aby pokud možno vznikl skutečně jednotně pojatý „evropský rodinný lékař“, povýšený na shodné postavení, jaké dnes mají lékaři-specialisté (například chirurgové).

Evropské organizace si přitom jsou vědo-

my potřeby zavést do praxe důkladnější změny, včetně sjednocení curricul na lékařských fakultách. Kvalita obsahové náplně i rozsah pregraduálního i postgraduálního či trvalého vzdělávání pro budoucího rodinného lékaře musí zahrnovat péči o pacienty všech věkových skupin od dětí až po umírající. Na teoretické i praktické úrovni ovšem dodnes přetrvávají nedořešené otázky. Mají se vůbec všeobecní a rodinní lékaři od sebe něčím lišit? A jak do praxe „protlačit“ jednotný model lékaře, když rozhodující slovo mají v jednotlivých zemích politici či pojišťovny s různými názory? Analýzy provedené na evropské úrovni ukazují, že všeobecný či rodinný lékař v těch vyspělejších zemích má už dnes skutečně široký záběr. Například rakouští všeobecní lékaři si mohou dovolit inzerovat rozsáhlé spektrum výkonů jak pro dospělé pacienty, tak pro děti, včetně různých specializovaných činností spadajících do ji-

ných oborů. V kontrastu proti tomu však stojí zejména kandidátské státy, v nichž přetrvává méně důkladná odborná příprava a kde byli praktičtí lékaři v minulosti rozděleni mezi dospělé a dětské pacienty.

Pokrok Maďarska

Zdá se, že maďarští politici vzali směrování do EU v oblasti vzdělávání lékařů vážně – tzv. rodinné lékařství se už stalo součástí výuky mediků. V nových předpisech týkajících se vzájemného uznávání kvalifikací byla změněna struktura postgraduálního výcviku se zavedením specializace rodinného lékařství. Pediatrie je v nich pojata už spíše jako oblast patřící do lůžkové či více specializované péče, i když i zde se pamatuje na vymezený počet měsíců praxe v „pediatrickém rodinném lékařství“.

Z dostupných předpisů je patrné, že se Maďaři pokusili requalifikovat své praktické



lékaře na rodinné lékaře tím, že jim nabídli specifické individuální školicí programy v závislosti na délce jejich předchozího působení v profesi, které završuje specializační zkouška. Postgraduální vzdělávání v rodinném lékařství je koncipováno minimálně na pět let s vymezeným počtem měsíců školení v inter-ní medicíně, chirurgii, pediatrii, gynekologii, psychiatrii aj., přitom je speciálně odlišena praxe přímo v ordinaci rodinného lékaře.

Pediatrů v SRN ubývá

Lékařská komora i sdružení smluvních lékařů v nových spolkových zemích informují o postupně přeměně původních obvodních lékařů pro dospělé či pro děti na všeobecné/rodinné lékaře podle západního modelu. Právě v těchto dnech profesní organizace zdůrazňují nutnost přizpůsobit se změnám evropských direktiv, ale i přísnému německému právu, které postupně redukuje zejména počet pediaterů. Pokud se nyní vypisují neobsazená místa pro smluvní lékaře, shánka po pediatrech se objevuje jen výjimečně; zato je zájem o všeobecné/rodinné lékaře (včetně takto profilovaných internistů), kteří si museli doplnit vzdělání. Některé profesní organizace se s těmito změnami smiřují se znatelnou trpkostí, zejména s omezováním příležitostí působit jako „praktický lékař“. Od roku 2006 se smluvním všeobecným/rodinným lékařem stane skutečně jen ten, kdo absoluuje minimálně pětiletý takto specializovaný postgraduální výcvik.

Avšak už v 90. letech byli dřívější obvodní lékaři v nových spolkových zemích podrobeni nařízení o dalším vzdělávání s požadavkem na dodatečné doškolení ve vymezeném rozsahu a zakončené zkouškou. K této zkoušce byli připuštěni bez zvláštního školení jen tehdy, pokud v posledních osmi letech minimálně šest let působili ve všeobecném lékařství a přímo vykonávali uznatelné činnosti – v praxi tento požadavek často znamenal nutnost absolvovat doplňkové kursy. Ač v předpisech zůstala malá „skulinka“ pro lékaře z bývalé NDR bez ochoty se dále vzdělávat, díky paragrafů varuje: můžete si ponechat své „netransformovatelné“ lékařské označení... Na další doškolení si dovolili rezignovat spíše jen ti, kteří se už chystali do důchodu.

Zdroj: ZdN

LSPP

Ke stále aktuální problematice LSPP jsme obdrželi zajímavý materiál SPL ČR, který obsahuje mnoho myšlenek, se kterými se můžeme setkat při jednáních na rozličných úrovních, proto Vám tento materiál předkládáme.

Autor: MUDr. Rudolf Červený a kolektiv, člen výboru SPL ČR, člen RK SPS pro kardiopulmonální resuscitaci ČLS JEP a člen Emergency group – Euripa, WONCA Europe.

Recenze: MUDr. Jana Uhrová, místopředseda SPL ČR

Historicky byla lékařská služba první pomoci v roce 1981 koncipována (směrnici MZ ČSR) jako služba, která měla poskytnout v nezbytném rozsahu péči občanům v případech ohrožení života, náhlého onemocnění nebo zhoršení zdravotního stavu mimo běžný provoz zdravotnických zařízení.

Současně byla definována ústavní pohotovostní služba, která má poskytovat zdravotnické služby i nemocným, kteří se dostaví, nebo jsou dopraveni k přijetí nebo ošetření v době mimo pravidelný provoz zdravotnických zařízení. Směrnice dále upravovala zastupitelnost LSPP ústavní službou.

Pro případy náhlého zhoršení zdravotního stavu či ohrožení života měli tedy občané možnost dostavit se na LSPP, nebo do zařízení ústavní péče, nebo využít návštěvní služby LSPP.

V roce 1992 došlo k vydání vyhlášky zřizující zdravotnickou záchrannou službu (s nesrovnatelně lepším personálním i technickým vybavením než LSPP), jejímž úkolem je **zajištění přednemocniční neodkladné péče** (v případě ohrožení života, vážného ohrožení zdraví a ve stavech, které působí náhlé utrpení.).

V podstatě tedy došlo ke zdvojení návštěvní – výjezdové služby (shodně definována indikace LSPP a ZZS) i ošetření příchozích či přivezených pacientů (akutní stavy odpovídající uvedené definici jsou vždy odesílány k ošetření či přijetí na příslušné specializované oddělení nemocnic, tedy ÚSP). V souvislosti se zřízením nové služby – zdravotnické záchranné, mělo bezpochyby dojít k organizačním změnám i v LSPP. Ministerstvo zdravotnictví ale ponechalo vývoj této služby bez povšimnutí, nebylo schopno za třináct let v této oblasti akutní péče legislativně reagovat na to, že první pomoc byla plně nahrazena ZZS s novou odborností

urgentní medicíny, která vznikla jako samostatný mladý obor začátkem devadesátých let. Tuto myšlenku vzniku kvalitativně lepší služby se ale nepodařilo úplně dotáhnout, až nekoordinovaně v současné době, kdy vzájemným propojováním ordinací LSPP (s důsledně oddělenou službou pro pediatrii, známá jako dětská pohotovost), výjezdových stanovišť ZZS a emergencí příjmů v nemocnicích do jednoho celku by tato služba pro občany by byla smysluplná.

Z lékařské služby první pomoci se tak postupně stala především služba poskytovaná pacientům při stavech, které nejsou pro pohotovostní ordinaci vůbec určeny. Často jde o pacienty, kteří nechtějí čekat v běžné ordinaci době praktického lékaře apod. V některých případech, pokud je nedostatečně zajištěna ZZS, poskytuje LSPP skutečně i péči akutní a neodkladnou, ovšem na kvalitativně horší úrovni než ZZS (nejenom odbornostně ale i vybavením).

U většiny ošetření v rámci LSPP jde však o péči zbytnou a odkladnou, na kterou si určitá část obyvatelstva zvykla (podstatou část péče v rámci LSPP čerpá opakovaně relativně malý počet obyvatel). To je samozřejmě ovlivněno „bezplatností“ této služby. Ve skutečnosti jsou ovšem náklady na tuto činnost poměrně vysoké – podílí se na ní jak veřejné zdravotní pojištění, tak i státní rozpočet (nyní i samospráva). Lze si tedy také položit otázku, zda jde o účelně vynaložené prostředky.

Domníváme se, že **prioritně by měla být dobudována zdravotnická záchranná služba** tak, aby odpovídala platné legislativě a potřebě. Naopak LSPP by měla být velmi výrazně omezena. Nejlogičtějším **opatřením proti zneužívání LSPP by bylo zavedení finanční spoluúčasti pacientů, kteří ji využívají.** Tato velmi efektivní varianta, která by byla zároveň určitým zdrojem financí (byť zřejmě nikoli významným), doposud nebyla a ani v brzké budoucnosti zřejmě nebude politicky průchodná. Další možností je omezení geografické, ke kterému již v minulých letech s různou důrazností došlo a nyní nadále dochází.



Třetí možností je omezení rozsahu služby, která je již v řadě míst poskytována pouze ve stanovených hodinách (nejčastěji do 22.00 hodin). Do této doby (zejména ve dnech pracovního klidu) lze předpokládat i určitý počet ošetření u méně závažných stavů, která nejsou bezprostředním ohrožením života a zdraví, ale jejichž léčba by neměla být odkládána až do příštího dne. **Pokud jde o stav, který nesnese odkladu od 22.00 hodin, je zcela jistě indikován zásah ZZS (proto nejsou občané vystaveni ohrožení života), nebo ošetření ve specializovaném a lépe technicky vybaveném zařízení ústavní péče.** Ze sledování vyžitosti LSPP mezi 22.00 a 06.00 hodin můžeme konstatovat, že počet ošetření na LSPP v tuto dobu je zcela minimální a u většiny z nich dochází k odeslání do ústavního zařízení (LSPP tedy funguje převážně pouze jako přestupní stanice).

Sdružení praktických lékařů ČR již před několika lety vypracovalo **standard k LSPP** (koncepce z roku 2001 doporučovala zredukovat počet stanovišť LSPP na dojezdovou vzdálenost maximálně jedna hodina, demograficky minimálně jedna pohotovost cca na 100000 obyvatel).

Navrhována byla i omezení časového rozsahu ordinací LSPP, nebo zřízení LSPP pouze ordinacího typu (bez výjezdů).

Poměrně zásadní pozornost jsme věnovali a věnujeme **únosné míře podílu praktických lékařů na LSPP**. Zde jednoznačně platí premisa, že účastí na LSPP nemůže docházet k takovému zatížení lékaře, které by negativně ovlivnilo kvalitu jím poskytované péče v běžné ordinaci.

V druhé řadě jsme se snažili o dosažení takové odměny za tuto činnost, která by nebyla zcela nedůstojná práci kvalifikovaného lékaře.

Poměrně dlouho nebyly žádné z našich návrhů na změnu koncepce LSPP realizovány. K jejich postupné aplikaci dochází až zhruba poslední 3 roky a to především **díky nedostatku státních financí na udržení této služby ve stávajícím rozsahu, ale i ekonomickému tlaku ze strany lékařů a nedostatku sloužících lékařů.** Nelze tedy říci, že by koncepce byla akceptována a o redukci LSPP rozhodnuto státem či ministerstvem zdravotnictví.

Díky různé aktivitě lékařů účastnících se na LSPP byla v loňském roce situace velmi odlišná okres od okresu. V některých okresech bylo stanoviště LSPP pouze jedno, oproti tomu v jiných i 5–6, v řadě okresů LSPP pouze do 22.00 hod., v některých okresech

LSPP pouze ordinací (tedy bez návštěv). V rámci některých krajů se nám podařilo podílet se na koncepci LSPP a vysvětlit a do značné míry i prosadit naši koncepci.

V současné době lze tedy říci, že pokud je dostatečně zajištěna ZZS (LSPP není vytěžována zákroky, které jsou určeny ZZS) může být **LSPP omezena bez větších problémů skutečně na minimálně jedno stanoviště na cca 100 000 obyvatel, časově omezena do 22.00 hod., bez výjezdů. Po této době by pohotovostní ordinace měla být rozhodně zajišťována především v lůžkových zařízeních,** které mají pro ošetření akutních závažných stavů k dispozici potřebné přístrojové vybavení, komplement, kvalifikované specialisty – a samozřejmě i s možností následné hospitalizace. Alternativou v místech, kde nejsou nemocnice, mohou být adekvátně vybavená zařízení jednodenní péče, stanoviště ZZS apod.

Pravdivost tohoto tvrzení lze demonstrovat na konkrétních okresech, kde již k redukci míst, časů či návštěvních služeb došlo v minulosti a kde již tedy je dostatek dat pro vyhodnocení. Zde je na místě vyslovit poděkování zdravotníkům, kteří měli odvahu a odhodlání prosadit, často přes značný odpor státní správy, redukce jako první a tím vytvořit onen potřebný precedens pro další místa v ČR.

Prostředky, které lze ušetřit omezením LSPP, je potřeba použít na dostatečné personální a materiální zajištění ZZS a dofinancování ústavní pohotovostní služby. Dohody či návrhy v tomto smyslu, kdy bylo ze strany zástupců SPL ČR ustoupeno od ekonomických požadavků ve prospěch těchto subjektů, byly již v minulosti v některých okresech a nyní v krajích učiněny.

Předpokládáme, že do budoucna bude běžné to, co je dnes spíše výjimkou – aby mezi pacienty a jejich ošetřujícími lékaři (nemusí jít pouze o registrující) byla na bázi smluvního vztahu poskytována nadstandardní péče, kdy pacienti i v určitých případech budou mít možnost konzultovat, navštívit či požádat o návštěvu lékaře mimo ordinací a návštěvní hodiny. Přitom redukce LSPP místní i časová nepřímo přispěje k tomu, aby pacient navštěvoval svého registrujícího praktického lékaře v jeho ordinálních hodinách, protože jenom jeho vlastní praktický lékař, při hlubokých znalostech zdravotního stavu svého pacienta a prostředí, ve kterém žije, mu může v oblasti primární péče poskytnout nejkvalitnější ošetření.



Zpráva z pediatrického kongresu ve Vídni konaného ve dnech 25. – 28. září 2002

Ve dnech 25. – 28. září 2002 jsme se s MUDr. Soukupem zúčastnili ve Vídni setkání pediatriů primární a privátní péče středoevropských zemí při příležitosti pediatrického kongresu pořádaného společností pro děti a mládež (Die Österreichischen Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde).

MUDr. Soukup již prezentoval věci organizační, metodické i navrhované, případně uzákoněné perspektivy primární péče ve středoevropské oblasti a prognózu vývoje v USA.

Dovoluji si Vás seznámit s některými odbornými zajímavostmi. Nebudu citovat svého autora, jak je obvyklé, ale jen místa pracovišť.

Z oddělení pneumologie v Grazu přednesena práce o vztahu mezi asthma (AB) a sportem. Uvádí se všeobecně známé údaje o tom, že 1/3 dětí s asthma bronchiale je omezována výrazně v oblasti sportu. Toto je v přímém protikladu k 5% dětí běžné populace, které jsou ve sportu omezovány. U asthmatu vyvolaného námahou je uváděn vliv bronchiální obstrukce, ztráty tepla a vody m.j. ventilací i dalšími reflexními mechanismy. Běh nebo bicyklová ergometrie při submaximální zátěži vedou u dětských pacientů s asthma bronchiale (AB) k poklesu FEV₁ / PEF o více než 15%. K bezprostřední profylaxi před sportovní aktivitou podávali 15–20 minut před zátěží Beta 2 mimetika bez většího výběru (z pohledu délky působení), stejně jako Cromony (DNSG, Nedocromil) nebo obojí. Doporučují u pacientů předem také krátký běh na zahřátí.

Lékaři z Innsbrucku si zase povšimli velmi časté spojitosti enterohaemorrhagického *E. coli* O 157 a následného klinického obrazu hemolyticko-uremického syndromu. Jako zdroj sloužilo mnohdy kontaminované kravské nebo kozí mléko.

Autoři z Vídne opět probírali úskalí diagnostiky appendicitidy. Z hlediska věkové-



ho rozložení daleko nejčastější je období mezi 4 – 14-ti lety. Vypracovali proto protokol, který má 4. stupně. Na prvním stupni je důležitá anamnéza, laboratorní vyšetření (KO diff, CRP) a klinické vyšetření. Tímto lze diagnostikovat 58% appendicitid. Na druhém stupni je již k tomuto přidáno sonografické vyšetření. Dg. je pak realizována v 74%. Na třetím stupni, kdy je již pacient na infúzi a po rektálním klysmatu lze opakovat palpační vyšetření, zachyt se zvýší na 83%. Ve čtvrtém stupni je opakováno sonografické vyšetření a tímto se diagnostická jistota zvyšuje na 97%.

Poznámka autora překlada: Za velmi důležitou, z hlediska dlouholetého konsiliáře na dětské chirurgii, považují teplotu zaměřenou v ordinaci lékaře – susp. mezi 36,9 – 38 °C.

Z Vídně dále prezentovali recidivující bolesti břicha spojené s nálezem *Helicobacter pylori* (HP). 10 – 15% dětí s recidivujícími bolestmi břicha má nález HP. Uvádějí, že dechové testy i testy serologické mají vysokou senzitivitu a specifitu. Při medikamentosní a eradikační terapii si všimají narůstající rezistence ke Klacidu. Gastro-duodenoskopie používají jen u rezistentních pacientů. K postterapeutické kontrole používají m.j. i testy na přítomnost antigenu ve stolici.

Zahraniční autoři z Austrálie sledovali spojitost mezi BMI a metabolickým syndromem na vývoj mikrovaskulárních změn u chlapců a děvčat s diabetes mellitus vedoucích k retinopatii. Střední věk sledovaných byl 16 let, trvání DM 7 let. Sledováno 1306 mladistvých. U děvčat byl vztah mezi BMI, stářím a trváním DM jako signifikantní faktor rizika pro vývoj retinopathie, u chlapců pak stáří a trvání DM. Pro vývoj nephropathie byl důležitý vztah diastolický tlak, trvání diabetu a HbA1c u děvčat, u chlapců **diastolický tlak**, trvání DM a BMI.

Z Grazu uváděli lékaři jednoduchou diagnostiku postoperativních poruch po operaci coronární a penilní hypospadie a to uroflowmetrií. Při uroflowmetrii sledovali proud moči. U 6 ze 66 pacientů byla zjištěna odchylka v proudu moči i dobu močení. Při dg. stenozy děti vymočily méně než 8 ml/sek.

Z Grazu se také zabývali otázkou, zda efektivita možné léčebně navozené bronchodilatace je signifikantní již v kojeneckém a batolecím věku. 29 dětí uvedeného věku dostávalo při obstruktivní bronchitidě inhalačně salbutamol. Měřeno delta FEV v %. 10 pacientů vykazovalo výrazné zlepšení, jeden měl paradoxní reakci a 18 na inhalaci nereagovalo signifikantním zlepšením. V další práci z Vídně prezentovali sublinguální terapii a její vliv na imunologické parametry. Používají uvedenou terapii při alergické rhinokonjunktivitidě a alergickém asthma bronchiale. Jednalo se o léčbu protiprachovou a protiplísňovou se závěry, že tato léčba indukuje stav imunologické tolerance charakterizující zmenšenou proliferaci a cytokinovou produkci alergen-specifických lymfocytů. Uvedenou terapii považují za velmi dobrou.

Z Klagenfurthu uváděli dva zajímavé případy dívek porozených ve 29. týdnu a 33. týdnu gravidity, které měly ve stáří tři měsíců a tři let klinické obrazy kašle a bronchitidy. U prvé toto bylo spojeno s náhlou respirační insuficiencí a u druhé se subileosním stavem. U obou těchto dětí, které byly původně vzhledem k nezralosti rentgenovány bez patolog. nálezů, byl zjištěn obraz diafragmatické hernie. Z toho vyplývá určitý pohled PDL na tyto extrémně nezralé jedince a možnost překvapivého klinického obrazu. Obě děvčata byla operována s dobrým efektem.

Z Grazu uváděli polysomnografické nálezy u obesních dětí a mladistvých ve věku mezi 12 – 16 rokem života. Anamnestiky 50% rodičů udávalo u svých dětí kvalitní spánek a 50% jen mírné potíže. 75% rodičů sdělovalo o svých dětech, že často nebo příležitostně chrápu. 92% rodičů udávalo u svých dětí únavu a 75% problémy s koncentrací při učení. Při polysomnografii v nočních hodinách mělo 42% dětí zaznamenáno centrální apnoe delší než 15 vteřin, 33% pacientů mělo zvýšené hodnoty pCO₂, 33% pak diskrétní pokles saturace O₂. 25% sledovaných pacientů mělo evidentně zaznamenané chrápání. Byla zjištěna korelace mezi BMI a kyslíkovou saturací.

Z Vídně uváděli dva klinické obrazy dívek s dlouhotrvajícími febriliemi a zřetelnou únavou. Z laboratorních vyšetření prokázány zvýšené jaterní testy, anémie a snížené Fe v séru. K obrazu se přidružila osteomyelitis a kardiální komplikace. Vyšetřením pomocí hemokultury a vyšetřením serologickým prokázána brucelóza. Jednalo se o děti přistěhované z Turecka. Úspěšná terapie provedena Gentamicinem a Doxycyklinem. Nejpravděpo-

dobnějším zdrojem nákazy se jevílo infikované kozi mléko. Pediatri, zvláště v linii prvního kontaktu, by měli na tato onemocnění myslet zvláště u cizinců a dětí z venkova.

Z Grazu shrnuli známou problematiku diagnostiky neuroblastomů u 89 pacientů. Jen 81% ze souboru pacientů mělo vyšší kyseliny vanylmandlovou v moči. V 72% zjištěn pozitivní nález kyseliny hydroxyindolaceticové a u 58% pacientů nalezeny zvýšené hodnoty dopaminu v moči. Autoři doporučují při úvaze



o této diagnóze provádět v moči vyšetření všech tří složek během 24-hodinového sběru.

Ze Salzburgu uváděli klinický obraz hypertenzní krize u 8-letého chlapce, který při sportovní aktivitě udával píchání na hrudi a z dodatečné anamnézy pak recidivující mnohaleté bolesti hlavy. Při této krizi naměřen tlak 220 / 160 mm Hg. Při následné hospitalizaci a vyšetřování zjištěna svráštělá ledvina vpravo na základě vesicorenálního refluxu. Po terapii alfa blokátory a calciovými antagonisty, posléze calciovými antagonisty a ACE inhibitory mohlo být přikročeno k nefrektomii pravé ledviny, (jen 5% funkční hodnoty). Ukázalo se, že tento chlapec s recidivujícími bolestmi hlavy nikdy neměl změřen TK.

Z dalších zajímavých prací, jen pro osvěžení, uvádím používání montelukastu per os při eosinofilní gastroenteritidě, dále pak dif.dg. rozvahu gastrooesophageálního refluxu a achalasiae kardiie nebo subklinický průběh coeliakie s opožďováním váhové a výškové křivky a popisované změny chování u těchto neléčených pacientů.

V posledních sděleních v Vídně uvádím ještě prezentaci o transferu alergenů prenatálně. Je prokázán transfer Beta Laktoglobulinu, Ovaalbuminu i alergenů břízy. Toto vede k diskusi o prenatální senzibilizaci. Cílem bylo vysvětlení prenatálního mechanismu transferu. Alergeny jsou transportovány přes trofoblasty jak ve volné formě, tak ve formě imunokomplexů. Transfer je závislý na teplotě, koncentračním spádu i na pH.

MUDr. J. Liška, CSc.



Z přerušení výkonu soukromé praxe nevyplývá zrušení registrace

Mgr. Jakub Uher

V roce 1992 jsem obdržel rozhodnutí o registraci a vykonával jsem soukromou praxi při zaměstnání ve státní nemocnici (souběh). Po změně ředitele státní nemocnice mi nebyl souběh dále povolen. Soukromou praxi jsem pozastavil. Mohu si registraci ponechat, nebo musím žádat registrující úřad o zrušení? Může mi registrující úřad sám zrušit registraci bez mého souhlasu?

L. V., Znojmo

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, řeší změny a zrušení registrace v §§ 12 a 13. Ustanovení § 12 řeší změnu a zrušení na žádost zdravotnického zařízení. Odst. 1 tohoto paragrafu uvádí, že provozovatel nestátního zařízení je povinen do 15 dnů oznámit orgánu příslušnému k registraci všechny změny týkající se údajů obsažených v rozhodnutí o registraci a dokladů, které je povinen k žádosti o registraci připojit.

Podle § 10 zákona č. 160/1992 jsou těmito údaji:

- jméno, příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo,
- druh a rozsah poskytování zdravotní péče,
- místo provozování nestátního zařízení včetně uvedení vlastnického nebo nájemního vztahu,

- den zahájení provozování nestátního zařízení.

Doklady povinně připojenými k žádosti pak jsou:

- osvědčení stavovské profesní organizace ustavené zákonem (dále jen komora), je-li zřízena,
- souhlas orgánu příslušného k registraci s personálním a věcným vybavením, s druhem a rozsahem zdravotní péče poskytované nestátním zařízením, není-li komora zřízena,
- provozní řád schválený příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví,
- výpis z rejstříku trestů ne starší tří měsíců.

Z výše uvedeného by mohlo na první pohled přicházet v úvahu nahlášení změny dne zahájení provozování (tedy oznámení přerušení provozování), ovšem podle mého názoru, byl-li jednou provoz zahájen, není rozhodně přerušení činnosti změnou tohoto faktu. Úprava ohlášení přerušení zákon neobsahuje.

Ustanovení § 13 řeší možnost zrušení registrace registrujícím orgánem v následujících případech:

- provozovatel nestátního zařízení pozbyl osvědčení nebo souhlas nebo odbornou způsobilost nebo povolení,

- při závažném nebo opakovaném porušení hygienických a protiepidemických zásad na provoz zdravotnických zařízení, zjištěném orgánem ochrany veřejného zdraví,
- jestliže o to provozovatel nestátního zařízení požádal,
- jestliže provozovatel porušuje podmínky nebo povinnosti vyplývající z rozhodnutí o registraci, ze zákona č. 160/1992, ze zákona o péči o zdraví lidu, zákona o všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, popřípadě požaduje v rozporu s obecně závaznými právními předpisy finanční úhradu za zdravotní péči nebo za přijetí pacienta do péče.

Fakt přerušení činnosti jako důvod pro zrušení registrace zde opět není uveden.

Pokud tedy shrnu, rozhodně není ve vašem případě, pokud nehodláte sám registraci zrušit, povinností o to žádat. Pokud nedošlo ke změně údajů uvedených výše (viz § 10), není vaší povinností samotný fakt přerušení činnosti registrujícímu orgánu oznamovat.

Registrující orgán nemůže sám, bez vaší žádosti, registraci zrušit z jiného než v zákoně výslovně uvedeného důvodu.

Péče o děti a dorost: co zamýšlí ministerstvo?

Ministryně Marie Součková navrhuje, aby se věkový limit pro pacienty praktických lékařů pro děti a dorost zvýšil, a limit pro pacienty praktických lékařů pro dospělé naopak snížil. Praktičtí lékaři obou generačních skupin jsou návrhem zmateni a snaží se zjistit, jaký cíl vlastně ministryně sleduje.

Na počátku byla informace v tisku, že ministryně chce zákonem o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání zrušit praktické lékaře pro děti a dorost. Týž den, 9. ledna, uspořádalo MZ tiskovou konferenci. Ředitel odboru zdravotní péče Pavel Březovský při ní vyložil záměry M. Součkové trochu jinak: pa-

cienti by mohli být u dětských lékařů registrováni až do 25 let (čili po dobu své přípravy na zaměstnání), a kdyby si dětské lékaře doplnili vzdělání o nemocích dospělých, mohli by u nich pacienti zůstat napořád. Ovšem dobrovolně; nikdo nebude nikomu nic nařizovat, zdůraznil P. Březovský.

Praktické lékaře – jak pro děti, tak pro dospělé – návrh zaskočil. Někteří ho rovnou odmítají a varují, že může rozbit celý dosavadní systém primární péče. Jiní na něm vidí klady, další se zase k němu nechtějí vyjadřovat, dokud jim ministryně neobjasní, jak ho mají chápat. Ale všichni dohromady si stěžují, že

ministerstvo nedalo návrh k diskusi.

Společnost všeobecného lékařství České lékařské společnosti J. E. Purkyně a Sdružení praktických lékařů požádaly 17. ledna společným dopisem ministryni o schůzku, na které by jim vysvětlila své záměry. O několik dnů dříve poslaly podobnou žádost na Palácového náměstí i Odborná společnost praktického dětského lékařství ČLS JEP a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost.

Předseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP Svatopluk Býma se k návrhu nechce moc vyjadřovat, dokud nedostane od M. Součkové odpověď. „Nevím, co je za tím,



co tím paní ministryně míní," řekl. ZDN se s žádostí o vysvětlení obrátily na P. Březovského. Dostalo se jim informace, že ministerstvo nechce nic rušit, nýbrž zachovat a vylepšit. Návrh zákona o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání, který ve sněmovně čeká na druhé čtení, by dovoloval lékařům s jednou atestací a tříletou praxí v pediatrii vykonávat povolání v primární péči. Pokud bude návrh schválen, platil by od příštího roku. Z něj by pak vycházela podzákonná norma, umožňující rozšířit věkovou hranici pacientů registrovaných u dětského praktika v první fázi do 25 let. Pokud by si dětský praktik doplnil vzdělání pro poskytování primární péče dospělým, byla by věková hranice jeho pacientů bez omezení. Zároveň by se otevřela možnost registrace dětí u praktiků pro dospělé, samozřejmě když si i oni doplní příslušné vzdělání. „Pro pacienty toto opatření přinese větší možnost v oblasti svobodné volby lékaře, zvláště v situaci, kdy je nedostatek praktických lékařů pro dospělé," připomíná P. Březovský. „Pro děti a dorost přinese toto opatření možnost setrvání v péči praktického pediatra, který je zná od

dětství. Pro praktického lékaře pro děti a dorost přinese tato změna možnost většího počtu registrovaných pacientů."

Původem dětský lékař a dnes místopředseda sněmovního výboru pro sociální politiku a zdravotnictví za ODS Milan Cabrnach volí pro návrh jiná slova. „Plánem ministryně Součkové a celé vlády premiéra Špidly je zmařit stávající systém lékařské péče o děti, který České republice přináší výborné výsledky a který nám závidí mnoho zemí včetně členských zemí Evropské unie," napsal 10. ledna ve svém stanovisku. Návrh zákona je podle něho zpracován lajdácky a jeho případné zavedení do praxe by způsobilo mnoho nepříjemností. „Podle toho, co vláda parlamentu předložila, budeme mít pouze jediný obor, a to dětské lékařství. Vládní návrh nerespektuje existenci více než dvou tisíc praktických lékařů pro děti a dorost," upozorňuje M. Cabrnach.

Jeho manželka Hana Cabrnachová, která předsedá odborné společnosti dětských praktiků, hodnotí návrh mírněji: „V mnoha bodech je to velmi progresivní návrh, ale neproběhlo žádné vnější připomínkové řízení." Varuje před modelem vzdělávání, který by

v budoucnu rozbil stávající systém péče, ovšem zvýšení věkové hranice pacientů dětských praktiků až na 25 let se nebrání.

P. Březovský namítá, že diskuse na téma poskytování pediatrické péče je na MZ vedena nejméně posledních pět let. Předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost Pavel Neugebauer mu oponuje: „Během posledních pěti let proběhly dva projekty Phare, které se věnovaly primární péči, a oba konstatovaly, že systém primární péče je u nás dobrý. Diskutovalo se o tom, že by u nás paralelně existovaly tři odbornosti – praktik pro děti a dorost, praktik pro dospělé a rodinný lékař. Ale varianta roztahování věkových hranic tu nikdy projednávána nebyla." Uvolnění věkové hranice by mohlo „totálně rozbourat" fungující systém primární péče, soudí P. Neugebauer. Ohrazuje se také proti informaci P. Březovského, že praktici pro děti a praktici pro dospělé se dohodli na zavedení společného základního curricula (viz *Pediatři se prý nemají čeho bát*, ZDN 3/2003). „Nevím o tom, že bychom připravovali společné základní curriculum. Nikdy jsme na tohle téma nejednali," ujišťuje.

„Chystáme novou koncepci", tvrdí P. Březovský

Ministerstvo zdravotnictví chystá podle ředitele odboru zdravotní péče Pavla Březovského novou koncepci zdravotní péče o děti a dorost. Tvorbou dokumentu by se měla zabývat poradní komise pro péči o děti a dorost, jejíž ustavení P. Březovský předpověděl na „nejbližší dny". Součástí koncepce by mělo být:

1. Posílení úlohy primární péče:

- zachování a vylepšení dosavadního způsobu léčebně preventivní péče s větším důrazem na prevenci a práci s rodinou,
- zkvalitnění a rozšíření diagnostické péče,
- zefektivnění léčebné péče (racionální ATB léčba apod.).

2. Restrukturalizace sítě dětských lůžkových zařízení:

- centralizace akutních dětských lůžek se zabezpečením komplexní zdravotní péče,
- zvýšení počtu lůžek určených pro doprovod

hospitalizovaného dítěte,

- redukce počtu porodnických pracovišť s ohledem na zajištění efektivity práce, kvality zdravotní péče a dostupnosti těchto zdravotnických zařízení,

- podpora rozvoje zdravotnických zařízení spojených do hnutí „baby-friendly",
- systémové řešení problematiky dětských odborných léčebných ústavů (včetně dětských lázeňských léčeben a ozdravoven), kojeneckých ústavů a dětských domovů do tří let věku, dětských psychiatrických léčeben.

3. Důsledné vedení porodů lege artis s odmítáním snahy některých porodních asistentek a laické veřejnosti ohledně vedení porodů mimo zdravotnická zařízení.

4. Zlepšení stavu výživy dětí a dorostu.

5. Zaměření pozornosti na prevenci, včasnou diagnostiku a účinnou léčbu vadného držení

těla u dětí a dorostu.

6. Legislativní zakotvení povinné registrace a možnosti přechodné registrace.

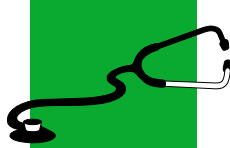
7. Pokračování v podpoře zdravotních programů (včetně programů pro zdravotně postižené děti).

8. Zajištění adekvátní zdravotní péče v imigranční populaci.

9. Rozšíření dosavadního spektra prováděného novorozeneckého screeningu dědičných poruch metabolismu v ČR.

10. Podstatné snížení podílu mladých lidí, kteří se podílejí na zdraví škodlivých formách chování, ke kterým patří konzumace drog, tabáku a alkoholu.

Zdroj: *ZdN*, 23.1. 2003



Zápis OSPDL ČLS JEP

ze dne 15.1.2003

Přítomni: MUDr. Cabrnchová, MUDr. Liška, MUDr. Marek, MUDr. Krejčík, MUDr. Procházková, MUDr. Růžičková, za revizní komisi MUDr. Kolářová

Omluven: MUDr. Soukup

1. Po jednání se subkatedrou dorostového lékařství IPVZ připraven program páteřních akcí z dorostové problematiky, připravené k odeslání pokyny pro regionální zástupce i k přípravě tématu dermatovenerologie. Pokyny a případná upřesnění budou diskutovány na příštím výboru.

2. Informace MUDr. Cabrnchové z jednání předsedů oborových komisí ČLK s prezidentem MUDr. D. Rathem. ČLK vydává diplomu celoživotního vzdělávání pro zájemce. Akreditované akce se dokládají zápisem v indexu, certifikátem. OSPDL certifikuje regionální vzdělávací akce, které jsou uvedeny v seznamu akcí ČLS JEP.

3. Na základě rozpoutané diskuse v médiích na téma budoucnosti PLDD a diskuse nad dalším vzděláváním je z aktivity SPLDD distribuována petice na podporu zachování PLDD v primární péči. Dosud není jednoznačný návrh znění zákona o vzdělávání, není jasné, zda se podaří upravit nedostatky legislativy pozměňovacími návrhy. Problematická je pasáž, která neřeší lékaře s jednou atestací bez možnosti dalšího dozdělení. Druhým problémem je nejasnost nad koncepcí oborů a jejich zakotvení v zákoně nebo v podzá-

konné normě. Aktivity v této souvislosti OSPDL podniká společně se SPLDD.

4. Po proběhlé tiskové konferenci na téma očkování, kdy veřejnost byla informována o nové legislativní možnosti výběru očkovací látky pro pravidelné očkování, v některých médiích nebyly korektní informace, výsledky prezentovaných studií byly paušalizovány. Upozornění na tyto skutečnosti bude ze strany OSPDL zveřejněno. OSPDL se nikdy neúčastnila ani nebude účastnit akcí, kde by docházelo k přímé propagaci výrobku, který má na našem trhu konkurenci. V souladu s posláním odborné společnosti je pouze informovat veřejnost o nových možnostech napomáhajících zkvalitnění poskytované péče a to vždy na základě ověřených skutečností a metod (EBM).

5. Připravují se vzdělávací semináře pro sestry, zájem dalších přednášejících a případná další účast bude řešena na další schůzce 28.2.2003. Přednášky budou stejné ve všech regionech, dopředu odsouhlasené znění. Problematika očkování bude přednesena celkem v 7 regionech v prvním pololetí letošního roku.

6. Členům výboru bude rozeslán návrh studií řešících problematiku kalmetizace dětí v ČR, zatím termín dalšího jednání nestanoven. Další postup bude diskutován na příštím výboru.

7. Výborem byla odsouhlasena smlouva o spolupráci s firmou GSK.

8. Výbor zmocňuje MUDr. Marka k účasti na jednání stran CRP (ověření účinnosti přístroje, další rozšíření studie).

9. Výbor vyjadřuje znepokojení nad situací po proběhlém výběrovém řízení na dodavatele vakcín pro rok 2003. Dle výsledků výběrového řízení, které se uskutečnilo koncem roku 2002 a kterého se zúčastnila MUDr. Cabrnchová, měla dodávka vakcín probíhat nezměněně i v letošním roce. Výběrové řízení bylo zrušeno bez známých důvodů, nyní očekáváme urychlené rozhodnutí hlavního hygienika. Zásoby vakcín ještě na krajích dosud jsou, budeme dále monitorovat situaci a očekávat urychlené rozhodnutí v souladu s výsledkem výběrového řízení.

10. Proběhlo jednání s hejtnanem střeďočeského kraje a dalšími zástupci ambulantní zdravotní péče, zastoupené i obě odborné společnosti PL, kraje dostaly informaci o poslání naší OSPDL, informace o kontaktních osobách pro všechny kraje za OSPDL i SPLDD.

11. Výbor rozhodl, že cenu za nejlepší práci za rok 2002 uděluje MUDr. B. Procházkovi za publikovanou studii na téma kojení.

12. Přijetí nových členů OSPDL: MUDr. M. Wimmerová, MUDr. J. Tománková. ■

Ověřil: MUDr. Liška

Zapsala: MUDr. Cabrnchová

Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně
katedra pediatrie
ve spolupráci s Klinikou dětské neurologie FN Brno

pořádá seminář

Poruchy autistického spektra a ostatní neurologické vady

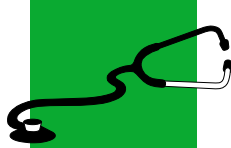
seminář je určen pro PLDD, dětské psychology, dětské psychiatry, dětské neurology a speciální pedagogy

místo a datum konání:

12. 4. 2003 IDV PZ Brno, Vinařská 6

Klinika dětské neurologie, FN Brno, úsek dětské medicíny, odborný garant: prim. MUDr. Hana Ošlejšková
IDV PZ Brno, katedra pediatrie, odborný garant: Doc. MUDr. Anna Nečasová, CSc.

Zájemci hlase se na IDV PZ Brno, Vinařská 6, pí. Homolová, tel.: 543 559 517



Taktika léčby akutního středoušního zánětu u dětí

Prof. MUDr. Ivo Šlapák, CSc.

Klinika dětské ORL FN Brno

Souhrn:

Akutní středoušní zánět je jedno z nejčastějších zánětlivých onemocnění dětského věku. Obecně se uvádí, že tento zánět prodělá 2/3 dětí do 2 let věku života. Dle údajů z Anglie (1) 30% dětí do 3 let věku navštíví praktického lékaře s otitidou a 97% z nich dostane antimikrobiální terapii. Jedno z 10 dětí do 3 měsíců věku dostane v USA antimikrobiální léčbu pro otitidu v ambulantní praxi (1). Udává se, že 80% otitid se vyléčí bez podání antibiotika během 3 dnů. Norský konsensus doporučuje podávat antibiotika jen „ear children“ tedy „ušnímu dítěti“, které je definováno jako dítě, které v posledním půl roce prodělá 3 a více episod otitidy.

■ Definice

Otitida je zánět sliznice Eustachovy trubice, středoušní dutiny a dalších částí pneumatického systému spánkové kosti

■ Základní pojmy a zkratky

OMA – otitis media acuta – akutní středoušní zánět: akutní zánět středouší, eustachovy trubice a pneumatického systému spánkové kosti

OMR – otitis media recidivans – recidivující středoušní zánět: recidivující otitida – 3 a více akutních AOM za půl roku.

OMS – otitis media secretoria – sekretorická otitida: 3 měsíce trvající sekret ve středouší bez klinických známek zánětu.

OMCH – otitis media chronica – chronický středoušní zánět: dlouhodobě probíhající zánět, dělený do dvou základních skupin – epitympanální chronická otitida s cholesteatomem a mesotympanální chronická

■ Anatomické poznámky

Ucho rozdělujeme na zevní, střední (středoušní dutina, která je přes Eustachovu tubu spojena s nosohltanem a přes aditus ad antrum s pneumatickým systémem mastoideálního výběžku) a vnitřní.

Bubínek je tenká membrána dělená na **pars tenza** (tvořena 4 vrstvami – od zevního zvukovodu do středouší jsou to: epitel, radiální a longitudinální vazivová vrstva a sliznice) a **pars flaccida** (Schrapnellova membrána). Pars flaccida je tenší než pars tenza, nemá longitudinální vazivovou vrstvu.

Dutina středoušní (cavum tympani) je rozdělena na několik prostorů – **epitympanum** (atticus), **hypotympanum** a **mesotympanum**.

Středoušní kůstky (kladívko–**malleus**, ko-

vadlinka–**incus**, a třmínek–**stapes**, spojují membránu bubínku s oválným okénkem. Středoušní dutinou prochází sedmý hlavový nerv n. facialis.

Eustachova tuba (ET, tuba auditiva) je spojkou mezi středouším a nosohltanem a má 3 základní funkce: **ventilační (tlak vyrovnávající)**, **drenážní a ochrannou**. Celý kanálek ET je vystlán řasinkovým epitelem, který zabezpečuje drenážní funkci ET. Otevírání chrupavčité části zabezpečuje v dětském věku m. tensor veli palatini, inervovaný z n.V. U dětí se špatnou funkcí tohoto svalu (např. u dětí s rozštěpem patra) je výsledkem dysfunkce ET.

Pneumatický systém spánkové kosti. Po narození je vyvinuta obvykle pouze jen centrální dutinka – **antrum mastoideum**, ze které se při dalším růstu vyvíjejí okolní dutinky. Rozvoj a rozsah pneumatizace mastoideálního výběžku závisí kromě genetických faktorů také na počtu a průběhu středoušních zánětů. Pneumatický systém ve spánkové kosti se vyskytuje také v oblasti skalní kosti, kde vytváří dráhy podél hlemýždě a labyrintu směrem k hrotu pyramidy.

Struktura středoušní sliznice. ET a přední část středoušní dutiny vystylá respirační epitel (cylindrický s řasinkami), zadní část středouší vystylá plochý nebo kubický jednovrstevný epitel, v které mohou po zánětech vznikat žlázové formace.

■ Příčiny akutního středoušního zánětu:

1. průnik infekce – průnik infekce přes ET do středoušní dutiny je v současnosti považován za nejčastější cestu vzniku akutního středoušního zánětu. Pro rozvoj OMA je důležitá jednak virulence infekce a jednak na

oslabení organismu (chřipkové období, prodávané onemocnění, atd.).

2. nedostatečná imunitní ochrana – je všeobecně známo, že imunitní systém dítěte je po narození nedokonalý a postupem věku se vyvíjí a zlepšuje. Dochází tak za fyziologických okolností k jeho vyzrállosti, zlepšení účinnosti a mizí jeho nedokonalost.

3. dysfunkce Eustachovy trubice – mezi základní funkce Eustachovy trubice patří funkce ventilační, drenážní a ochranná jak uvedeno výše. V dětství je funkce ET snižena a během vývoje a růstu dítěte dochází k postupnému vyzrávání a koordinaci jednotlivých funkcí.

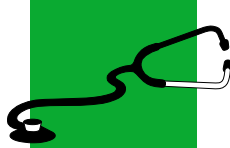
■ Původci akutního středoušního zánětu

Virový původ akutního středoušního zánětu je předpokládán v začátku onemocnění. Mezi nejčastější bakteriální původce OMA patří: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus pneumoniae*, *Moraxella catharrhalis* meně často je pak vyskytují ostatní kmeny. **(Ve studii, která proběhla na klinice dětské ORL ve FN Brno v roce 1999 byly odebrány vzorky středoušního sekretu tympanopunkcí a byly u 39 dětí od 0 do 2 let věku života zjištěny tyto údaje:**

<i>S. pneumoniae</i>	22x (57%)
<i>H. influenzae</i>	6x (15%)
<i>M. catarrhalis</i>	3x (8%)
<i>S. pyogenes</i>	2x (5%)
<i>S. aureus</i>	2x (5%)
negativní	4x (10%)

■ Příznaky akutního středoušního zánětu:

V průběhu akutního středoušního zánětu jsou přítomny obvyklé příznaky zánětu.



Bolest ucha (dolor)

Bolest ucha je subjektivní pocit udávaný pacientem a lokalizovaný v okolí ucha. U pacientů dětských prelinguálních usuzujeme na bolest ucha z celkových i místních příznaků a klinického nálezu. Bolest ucha má nejčastější příčinu v zánětlivém postižení zevního a středního ucha. U dětských pacientů se vyskytuje nejčastěji u akutního středoušního zánětu. V otolaryngologických ambulancích tvoří skupinu až poloviny příchozích pacientů. Otogenní bolest lze většinou snadno diagnostikovat vyšetřením zevního ucha, jeho okolí a vyšetřením bubínku, je většinou ostrá, lokalizovaná do zevního zvukovodu nebo jeho těsného okolí.

Zhoršení sluchu (functio laesa)

U nejmenších dětí lze pochopitelně zhotovit tento příznak velmi obtížně. U starších dětí a dospělých může být přítomnost či nepřítomnost poruchy sluchu jedním z diferenciálně diagnostických faktorů při diagnóze středoušního zánětu.

Změny na bubínku (rubor+tumor)

Při otoskopii lze na bubínku sledovat v případě OMA cévní injekci až zarudnutí, v rozvinuté fázi OMA je pak bubínek dekonturovaný, prosáklý a ztluštělý. Tlakem zánětlivého sekretu ve středouší je bubínek vyklenutý do zevního zvukovodu.

Sekreze ze zvukovodu

Sekreze ze zvukovodu („výtok z ucha“) je přítomná u rozvinutých forem akutního středoušního zánětu buď po spontánní perforaci bubínku nebo po paracentéze. (Spontánní perforace bubínku je uváděna v rozmezí asi 10–20% případů OMA, paracentéza je prováděna v ČR asi v 40–50% případů OMA). Sekrece ze zevního zvukovodu může být přítomná i u externí otitidy.

Horečka (calor)

Horečka (určitou teplotu mají všichni žijící lidé) je obecným projevem zánětu. Obecně platí, že organismus malých dětí reaguje na OMA podstatně rychleji a vyšší teplotou než organismus starších dětí a dospělých, u kterých jsou výraznější lokální potíže.

Neklid

Tento příznak vyplývá z přítomnosti celkových i lokálních potíží. Dítě trpí nespavostí, je neklidné a podrážděné. (V pozdních nočních hodinách je tento syndrom přítomný i u rodičů).

■ Diagnostika středoušního zánětu

Diagnostika středoušního zánětu se opírá o otolaryngologické a hlavně pak o otologické vyšetření jehož základem je otoskopie.

Diferenciálně diagnosticky musíme vyloučit **obturovací cerumen** či **cizí těleso** v zevním zvukovodu, které můžeme odstranit pomocí ušní páčky nebo háčku nebo výplachem zevního zvukovodu vodou. Voda musí být ohřata na teplotu 37 stupňů Celsia, abychom se vyhnuli kalorickému podráždění vestibulárního aparátu (**při podezření na perforaci bubínku použijeme sterilní borovou vodu**). Pro změknutí cerumen je možné nakapat do zvukovodu olej, či vložit do zvukovodu proužek nasáklý olejem. Po provedení výplachu se vždy přesvědčíme, zda nedošlo k poranění zvukovodu.

Otoskopie – vyšetření bubínku pohledem pomocí ušního zrcátka (spekula) s možností zvětšení obrazu pohledem přes mikroskop nebo použijeme otoskop. Při otoskopii je obvykle třeba nejdříve narovnat zvukovod, který má esovitý tvar tahem za boltec nahoru dozadu a zevně u dospělého pacienta nebo tahem dolů dozadu a zevně u dítěte. Spekulum odpovídající velikosti zasouváme do chrupavčité části zvukovodu pomalým krouživým pohybem. Zavedené spekulum či otoskop držíme vždy levou rukou, abychom pravou ruku mohli využít k manipulaci dalšími nástroji.

Normální bubínek je fyziologicky šedý, lesklý, mírně průsvitný. U malých dětí může být zbarven do růžova (**je to podmíněno tloušťkou bubínku, přes který prosívá sliznice středouší**). Růžové zbarvení může vzniknout i u plačícího dítěte zvýšeným prokrvením – nutno odlišit od zánětlivé reakce.

Nejčastější patologické nálezy na bubínku:

a) zarudlý, vyklenutý, dekonturovaný (nelze diferencovat prominenci malleární) bubínek nalézáme při akutním zánětu středouší. Vyklenutí začíná obvykle v zadním horním kvadrantu bubínku. Pokud tlakem hnisu na bubínek dojde k perforaci, nalézáme ve zvukovodu sekreci a na bubínku můžeme pozorovat pulsatorickou sekreci přes perforaci, která vzniká obvykle v místě maximálního vyklenutí bubínku.

b) zarudlý, nevyklenutý, konturovaný bubínek (lze diferencovat prominenci malleární) nalézáme v počátečním stadiu akutního středoušního zánětu.

c) bulla na bubínku je obvykle projevem virového zánětu bubínku – myringitis acuta.

Pneumootoskopie využívá otoskopu, ke kterému je připojen balónek, jímž lze měnit tlak ve zvukovodu. Při dobře utěsněném zevním zvukovodu nástavcem na otoskop lze takto pozorovat pohyblivost celistvého bubínku při změnách tlaku vzduchu ve zvukovodu. Nor-

mální bubínek a kůstky se pohybují souhlasně se změnou tlaku. Zvýšenou pohyblivost bubínku zjišťujeme při atrofickém bubínku nebo při přerušení řetězu kůstek. Sníženou pohyblivost při ztluštěném bubínku, při myringoskleróze či otoskleróze, u dětí často při chronické sekretorické otitidě.

■ Klinický obraz akutního středoušního zánětu

Klinicky je možno rozdělit akutní středoušní zánět do 4 stádií:

1) Stadium tubární okluze: dojde ke kolapsu Eustachovy tuby, ve středouší vzniká podtlak, což se projeví zalehnutím ucha, případně bolestivým tlakem. Na bubínku nalézáme zvýrazněné cévy. Infekce se šíří na sliznici středouší a mastoidálního výběžku. U starších dětí a dospělých je možné při vyšetření zjistit převodní nedoslýchavost, která se během rozvoje zánětu stupňuje.

2) Stadium exudace (praesupurace): ve středoušní dutině a v mastoidálním výběžku dochází k hromadění zánětlivého exudátu, postupně se vyvíjí přetlak v těchto dutinách a exudát začne vyklenovat bubínek do zvukovodu nejdříve v zadním horním kvadrantu bubínku. Praelinguální děti jsou neklidné, pláčí, kojenci „zavrtávají“, hlavu do příkrývky, starší děti a dospělí udávají výraznou bolest ucha nebo hlavy.

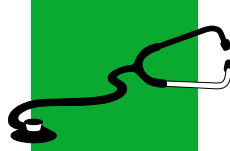
3) Stadium supurace: dochází k bakteriální superinfekci (nejčastěji *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*). Stupňuje se bolest, zvyšuje se tělesná teplota, stoupá tlak na bubínek a později může dojít k jeho perforaci. Při otoskopii nalézáme zarudlý vyklenutý a dekonturovaný (nelze identifikovat krátký výběžek kladívka) bubínek.

4) Stadium reparace: během několika dnů dochází k ústupu zánětlivých příznaků, normalizuje se otoskopický nálezn. Bolest ucha ustupuje v okamžiku uvolnění tlaku na bubínek, tedy buď po provedené paracentéze, nebo po jeho spontánní perforaci.

V některých případech, zvláště u pacientů neléčených, nebo u pacientů s imunodefektem může dojít k rozvoji komplikací. Nejčastěji to bývá akutní mastoiditis, která se kromě známek akutní otitidy projevuje palpačně citlivým retroaurikulárním zarudnutím a zduřením, odstávajícím boltcem, případně poklesem zadní horní stěny zvukovodu jako důsledku destrukce kosti. Vzácně může dojít k rozvoji abscesů.

Komplikace akutní otitidy:

Jako u každého zánětu je u OMA možnost



vzniku komplikací. Patří mezi ně: spontánní perforace bubínku, nekróza bubínku, akutní mastoiditida (s abscesem), intrakraniální komplikace.

Následky akutního středoušního zánětu:

Opakované záněty v oblasti středouší nebo těžký či opakovaný středoušní zánět může mít za následek: poruchy sluchu, přetrvávající sekretu ve středouší, (chronická sekretorická otitida), změny na bubínku, chronickou otitidu (mastoiditida), recidivující otitidu.

Léčba

Léčba akutního středoušního zánětu vychází z obecných zásad léčby zánětlivých onemocnění, tedy: odstranit příčinu, potlačit příznaky, event. zvládnout komplikace a odstranit následky. V zásadě se tedy snažíme u OMA pomoci organismu aby sám zlikvidoval infekci a to jednak zmírněním příznaků nebo chirurgickým zákrokem, který k tomu přispěje a pokud organismus není schopen si pomoci musíme podat antibiotika jako jedinou kauzální léčbu.

Faktem zůstává, že v každodenní klinické praxi je pořadí jiné: nejprve se snažíme zmírnit příznaky (bolest, teplota, neklid), pak odstranit příčinu, zvládnout komplikace a odstranit příznaky. Pokud vycházíme z příznaků OMA, pak použijeme pro jejich odstranění následující opatření: Při bolesti ucha je indikováno použití celkových i lokálních analgetik. Mezi celkově používaná analgetika patří ibuprofen a paracetamol u dětí, u dospělých lze použít i kyselinu acetylsalicylovou. Jako lokálně analgeticky působící ušní kapky je na našem trhu jen Otobacid N, který lze použít pro zmírnění bolesti ucha.

V případě vyklenutého bubínku je indikováno provedení paracentézy. Paracentéza (proříznutí bubínku) se provádí výhradně pod mikroskopem či zvětšujícím otoskopem za použití lokální anestezie epidermální vrstvy bubínku. Anestezie se provádí Bonainovým roztokem, jehož jedna složka (fenol) naleptá epidermis a další složka (prokain) způsobí anestezii. Jiné anestetické roztoky (Xylokain, Prokain, Mesocain) nepronikají přes epidermis bubínku a jejich použití má jen psychologický efekt na pacienta či jeho průvodce.

Paracentéza uvolní tlak zánětlivého sekretu ve středouší – jde tedy o symptomatologické opatření.

Pokud má pacient horečku vyšší než 38 st. tělesné teploty je indikováno antipyretikum. Nejčastěji využijeme antipyretického

účinku obvyklých a nejčastěji podávaných analgetik (ibuprofen, paracetamol).

Neklid pacienta či jeho doprovodu lze tlumit podáním obvyklých sedativ, výhodné je použití sedativ s antihistaminickým účinkem.

Sekrece ze zvukovodu je nutno odstraňovat opakovaným čištěním vatičkou smočenou v roztoku borové vody. Toto čištění provádíme zásadně před vkapáváním ušních kapek, jinak se podstatně sníží jejich účinek.

Akutní zánět středního ucha v počátečních stádiích (není vyklenutý bubínek) je obvykle možno léčit konzervativně vložením proužku gázy namočeného v roztoku boralkoholu do zevního zvukovodu. Při rozvinutém stupni zánětu (vyklenutý a dekonturovaný bubínek) provádíme paracentézu bubínku v zadním dolním kvadrantu bubínku. Další postup spočívá v lokální léčbě – výplachy zvukovodu roztokem borové vody několikrát denně k zabránění retence sekretu ve vnějším zvukovodu a dle klinického stavu pacienta v celkové terapii antibiotiky. Dále je třeba obvykle léčit infekci dýchacích cest podáváním antipyretik, antihistaminik, nosních kapek. Pokud dojde k spontánní perforaci bubínku tak paracentézu neprovádíme.

Kontrolní vyšetření u počínajícího zánětu středouší provádíme obvykle 2. den, při rozvinutém zánětu 4.-5. den a dále 10. den (včetně tympanometrie event. vyšetření sluchu), u zánětu zevního zvukovodu každý druhý den až do zhojení infekce.

Antibiotika jsou indikována u OMA v případech rozvinutého zánětu, kdy nalézáme současně zánětlivé postižení dýchacích cest

a vysokou horečku. Antibiotikum je indikováno také při podezření na počínající komplikaci OMA. Antibiotikum je možno podat při recidivujících zánětech středouší.

Antibiotikum by mělo být podáno u dítěte, u kterého OMA postihuje jediné slyšící ucho!

Český národní konsensus uvádí v léčbě OMA jako první řadu penicilinové antibiotikum, event. potencované. V druhé řadě pak cefalosporiny, moderní makrolidy.

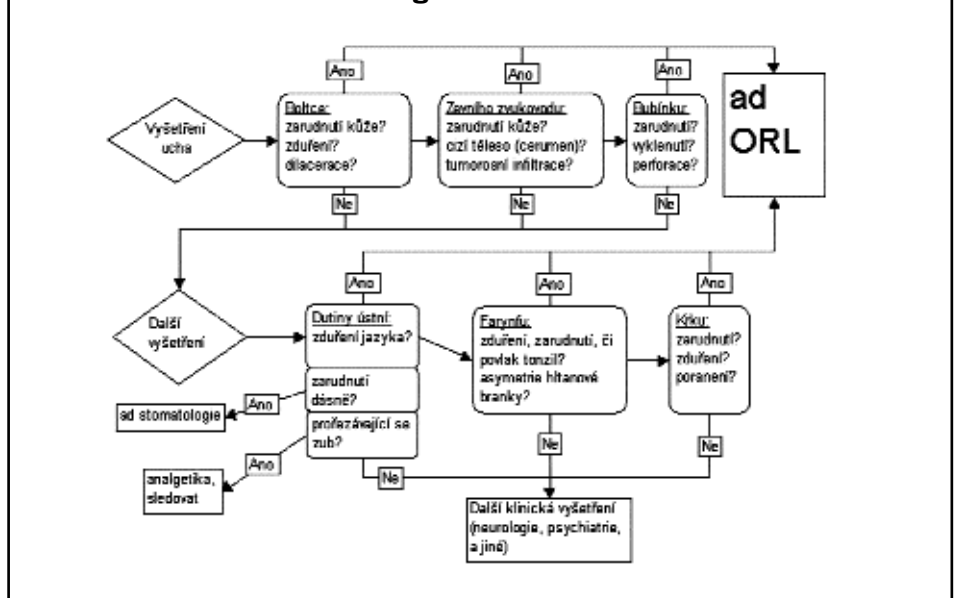
U recidivujících zánětů středouší lze podat antibiotickou profylaxi – několik týdnů 1xdenně podávané antibiotikum. **Tato praxe je v českých zemích výjimečná a není vzhledem k možnosti vzniku bakteriální rezistence doporučována.**

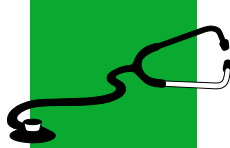
U recidivující otitidy kladem terapeutický důraz na sanaci možného infekčního fokusu (adenoidní tkáň, sinusitida) a na zavedení tlak vyrovnávající trubičky (TVT, VT). U chronických otitid není indikováno celkové podání antibiotikum, protože příčina bývá v organických změnách středního ucha a je nezbytná sanační operace ucha. Indikováno je při exacerbaci chronického zánětu podání ušních antibiotických kapek.

Ošetrovatelská péče

Během onemocnění je pacient, pokud není hospitalizován, v domácím ošetření až do ústupu příznaků akutního zánětu (obvykle 7-14 dní). Je vhodná zvýšená poloha hlavy. U akutního středoušního zánětu pokud je přítomen výtok ze zvukovodu je třeba hromadit se sekret odstraňovat opakovaně prováděnými výplachy zvukovodu borovou vodou zahřá-

Schéma algoritmu: Bolest ucha





tou na tělesnou teplotu. Použití chladnější nebo teplejší kapaliny vyvolá kalorické podráždění labyrintu a závrať. Aplikované nosní kapky mají za úkol vasokonstrikci cév v nosní sliznici, tím její dekongesci a zlepšení tak nosní průchodnosti.

■ Prognóza

Akutní zánět středního ucha se obvykle zhojí v průběhu 1–2 týdnů. Po normalizaci otoskopického nálezu provádíme vždy tympanometrii, u starších dětí a dospělých také vyšetření sluchu (audiometrie). Asi u poloviny pacientů může přetrvávat lehká převodní nedoslýchavost a patologický nálezu při tympanometrii (B nebo C2 křivka). U většiny těchto pacientů dojde k normalizaci stavu během několika týdnů. Je však nutno každého takového pacienta sledovat až do naprosté úpravy tympanometrického nálezu (křivka A nebo C1) z důvodu možnosti rozvoje chronické sekretorické otitidy.

■ Prevence

Prevence vzniku zánětu středního ucha spočívá v předcházení infekcím dýchacích cest. Recidivy zánětů můžeme omezit odstraněním adenoidní vegetace v indikovaných případech, nebo zavedením tlak vyrovnávací trubičky do bubínku (ventilační trubička – VT) po dobu několika měsíců, což vede k nahrazení ventilační funkce Eustachovy tuby.

■ Doporučení dalších opatření

Každého pacienta po prodělaném akutním zánětu středního ucha je nutné sledovat až do normalizace tympanometrického nálezu (křivka A nebo C1) z důvodu prevence vzniku Chronické sekretorické otitidy s dalšími následky (cholesteatom, trvale poškození sluchu). U recidivujících otitid lze podávat imunostimulační preparáty (Bronchovaxom, Ribomunyl, Luivac aj.)

Literatura:

- 1) O'Neill P.: *Acute otitis media* (BMJ 1999,319: 833–835)
- 2) Šlapák Ivo, Horník Pavel: *Akutní zánět středního ucha v dětském věku* Signet, 1995, Brno, ISBN 80–900605–2–8
- 3) Šlapák, I.: *Doporučený postup : „Bolest ucha“*, ČS JEP, Praha, 2001
- 4) Hybášek: *Ušní, nosní a krční lékařství. Galén, 1999, Praha*
- 5) Škeřík, Hybášek, Rems: *Náhlé a neodkladné stavy v otolaryngologii* Praha, Avicenum, 1985,
- 6) Klačanský, Jakubíková: *Dětská otolaryngologie. Martin, Osveta, 1992,*
- 7) From J, Culpepper L, Jacobs M, DeMelker RA, Green

LA, van Buchem L, et al. *Antimicrobials for acute otitis media? A review from the International Primary Care Network.* BMJ 1997; 315: 98–102

8) Myrbakk T, Gičver A, Olsvik R, Flčgstad T. *Antibiotic treatment of acute otitis media in children Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 2649–52

9) Krčmer KJ, Mair IWS. *Acute and recurrent acute otitis media: guidelines, treatment and prophylaxis.* Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4096–8.

10) Fireman, P. *Otitis media and eustachian tube dysfunction: Connection to allergic rhinitis.* Journal of Allergy & Clinical Immunology. 99(2):787–797

11) Cantekin EI. *The changing treatment paradigm for*

acute otitis media. JAMA 1998;280:1903.

12) Williams RL, Chalmers TC, Stange KC, et al. *Use of antibiotics in preventing recurrent acute otitis media and in treating otitis media with effusion: A meta-analytic attempt to resolve the brouhaha.* JAMA 1993;270: 1344–1351.

13) Cassibrant ML, Kaleida PH, Rockette HE, Paradise JL, Bluestone C et al. *Efficacy of antimicrobial prophylaxis and of tympanostomy tube insertion for prevention of recurrent acute otitis media: results of a randomised clinical trial.* Paediatr Infect Dis J 1992; 11: 278–286

Vědci pokročili v léčení revmatu

Dvě dobré zprávy pro pacienty byly oznámeny na nedávném lékařském kongresu v italském Sorrentu věnovaném revmatickým onemocněním, která poškozují klouby. Lékaři zjistili, že pravidelné běhání, přestože by se čekalo, že povede k opotřebování kloubů, ve skutečnosti tyto potíže oddaluje. Nové výzkumy dále potvrdily, že lékaři konečně mají v ruce léky, které jsou mnohem šetrnější k trávicí soustavě pacientů. Dřívější lékařské studie potvrdily, že výkonní sportovci, protože pochopitelně výrazně zatěžují své klouby, bývají častěji postiženi revmatickou chorobou osteoartrózou. Ta napadá například kolenní a kyčelní klouby fotbalistů a kolena hokejistů. Kupodivu u běhání se výsledky různily. Z některých studií vyšlo jako bezpečná sportovní aktivita, v jiných bylo obviňováno, že ke vzniku revmatu přispívá. Nové výsledky představil na kongresu v Sorrentu profesor americké Stanfordovy univerzity Jim Fries. Jeho tým kontroloval po dobu třinácti let 538 nadšených běžců z amerických běžeckých klubů, mužů i žen, a porovnával je se 423 běžnými lidmi. Sledované osoby měly v průměru věk 58 let. Lékaři je každý rok vyšetřili, zkoumali jejich klouby i pomocí rentgenových snímků. Výsledek? „Jednoznačně jsme zjistili, že běh nezvyšoval, ale naopak snižoval riziko onemocnění,“ řekl profesor Fries. Na konci pozorování vědci spočítali, že revmatem za tu dobu začal trpět každý pátý člověk z kontrolní skupiny, ale jen každý dvacátý běžec. Dá se říct, že pravidelný běh oddálil nástup onemocnění zhruba o 12 let v porovnání s neběžci.

Začal to aspirin

Prvním lékem na revmatická onemocnění byla od roku 1899 kyselina acetylsalicylová – aspirin. Od té doby chemikové získali i další látky, které lze používat k tlumení bolesti a zpomalování rozvoje zánětů v kloubech. Proč tyto léky účinkují, vysvětlil v roce 1971 Angličan John Vane – a dostal za to o 11 let později Nobelovu cenu. „Objevil, že tato léčiva blokuji vytváření enzymu zvaného cyklooxygenáza. Ten zásadním způsobem přispívá k rozvoji zánětu,“ popisuje Denis McCarthy z univerzity v Novém Mexiku v USA. Protirevmatické pilulky mají obvykle i nepříjemný vedlejší efekt – způsobují vznik vředů v žaludku, počáteční části tenkého střeva, tedy ve dvanáctníku, a v dalších částech trávicí soustavy.

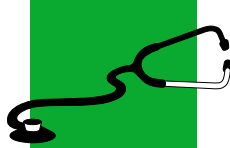
Úmrtí na revma

Na příčinu vědci přišli začátkem devadesátých let. Objevíli, že enzym cyklooxygenáza má dva typy; označili je jako COX-1 a COX-2. První provádí v těle významnou práci, především chrání sliznice žaludku a střev. Když tedy lékaři pomocí léků omezí jeho tvorbu, zbrzdí rozvoj revmatu, avšak současně zbaví trávicí soustavu její přirozené ochrany. Proto se pacientům léčeným na revma tvoří na sliznicích vředy, které často krvácejí, což v některých případech dokonce vede k úmrtí. „Podle údajů z loňského roku ve Spojených státech kvůli tomu ročně umírá až 16 000 pacientů, ve Velké Británii pak asi 1600 pacientů za rok,“ konstatuje Petr Dítě, profesor Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Enzym COX-2 však za běžných okolností vykazuje jen minimální aktivitu, jeho hladina se prudce zvyšuje až při zánětu. Pro rozvoj revmatických chorob je tedy podstatnější. Většina léků však blokuje oba typy enzymu, a z toho tedy vyplývají nežádoucí vedlejší příznaky léčení.

Přesněji zaměřený cíl

Vědci se proto zaměřili na vývoj takových preparátů, které cíleně míří na enzym COX-2. Podařilo se jim získat například meloxicam – účinnou látku, která se stala základem pro nový typ léků. Od poloviny devadesátých let pomáhají pacientům ve světě i v České republice. A to je druhá dobrá zpráva z lékařského kongresu v Sorrentu. „Několik posledních studií na deseti tisících pacientech potvrdilo, že nové léky znamenají velký pokrok v léčení revmatických chorob,“ pochvaloval si na kongresu Frank Degner z německé farmaceutické společnosti Boehringer Ingelheim. „Byly účinné v 85 procentech případů a nežádoucí efekt na zažívací soustavu se vyskytl u necelého procenta.“ „To jsou velmi dobré výsledky, zvláště když uvážíme, že většina sledovaných pacientů už se předtím léčila dřívějším typem léků s minimálním nebo vůbec žádným výsledkem,“ doplnil jej profesor Henning Zeidler z Hannoverské univerzity.

Encepur



Sinusitidy u dětí

MUDr. Jitka Vydrová

ORL ambulance, MEDICO s.r.o., Praha

Souhrn

Problematika diagnostiky a léčby sinusitid je jedním ze styčných bodů práce otorhinolaryngologa a dětského lékaře. Zánět dutin často navazuje na běžnou nasopharyngitidu, a tak je to obvykle praktický lékař, který nemocného jako první léčí. V posledních letech se značně zlepšily naše diagnostické i terapeutické možnosti zánětů vedlejších nosních dutin. To vede k řadě změn. V důsledku používání širokospektrálních ATB s dobrým průnikem do dutin již není třeba provádět tolik punkcí vedlejších nosních dutin. V souvislosti se zavedením sonografického vyšetřování obsahu VDN není potřeba děti kvůli zánětu dutin tak často rentgenovat. Problémem zánětů v oblasti horních cest dýchacích je především sklon k recidivám, a proto se zastavíme u příčin, které k recidivám těchto stavů vedou.

■ Anatomie dutin

Při diagnóze sinusitidy je třeba brát v úvahu věk. Člověk se rodí s vytvořenými předními dutinami ethmoidálními a dutinami čelistními, od 6 let věku jsou vytvořeny dutiny frontální a zadní dutiny ethmoidální a od věku kolem devíti let je hotov úplný systém VDN včetně dutiny sphenoidální. Mluvíme-li tedy o sinusitidě u dítěte, máme obvykle na mysli sinusitidu maxilární a hlavně ethmoiditidu, ve kterou přechází každá vleká rýma. Je potřeba si uvědomit, že vývod dutin, jak čelistních tak i frontálních a ethmoidálních, je umístěn do poměrně malého místa v oblasti středního nosního průduchu, kde při zánětlivém procesu v nose dochází velmi snadno k otoku, a tedy k obturaci tohoto vývodu a k následnému hromadění sekretu v uzavřených dutinách.

■ Bakteriální původci sinusitid

Nejčastějšími bakteriálními původci sinusitid jsou *Haemophilus influenzae*, *stafylococcus aureus*, *streptococcus pneumoniae* a *moraxela catarrhalis*.

■ Jaké sinusitidy vidáme u dětí?

Akutní sinusitida nasedá na akutní virovou rýmu. Šíří se na sliznici dutin, na ni nasedá bakteriální superinfekce a v důsledku otoku ve středním nosním průduchu dochází k obturaci vývodu dutin a k hromadění sekretu v dutinách.

Prolongovaná a recidivující sinusitida vzniká po chybné terapii akutního stavu, kdy došlo k léčbě celkových příznaků antibiotiky, ale bez lokálního uvolnění otoku v místě středního nosního průduchu. Celkový stav nemocného se sice rychle zlepšil, ale po vysazení ATB se zase pomalu zhoršuje. Znovu se vrací rýma, dítě se opět pomalu horší a hlavně přetrvává a progreduje kašel, zel-

jména po ránu.

O chronické sinusitidě hovoříme tehdy, jestliže došlo k dlouhodobé obturaci drenáže dutin obvykle v důsledku patologie na sliznici nosní. Většina chronických sinusitid se rozvíjí na více či méně alergickém terénu. Dělíme ji na:

hypertrofickou – kdy na rtg je vidět i přes léčbu neměnný obraz nehomogenního zastření, které je podmíněno hyperplastickou až polypoidně degenerovanou sliznicí. Pokud provedeme punkci a výplach dutiny, může být negativní.

atrofickou – kdy tenká sliznice s povlakem hlehu se na rtg objeví jako tzv. difúzní zastření. Chronická sinusitis se tedy rozvíjí tam, kde je intermitentní nebo trvale zhoršená průchodnost nosní a dutiny tudíž nejsou dostatečně ventilovány.

Alergická sinusitis je charakteristická více či méně trvalým zastřením vedlejších dutin nosních, které je způsobeno alergicky zbytnělou sliznicí, může predisponovat k chronické sinusitidě.

■ Diagnostika

Anamnesa

K diagnóze vede již anamnesa. Dítě má vlekou rýmu, kašel, pálení nosohltanu. Někdy má tlak v oblasti maxilární či bolest ve frontální krajině nebo i bolesti hlavy všeobecně při patologii ve sphenoidálním sinu. Může, ale nemusí mít teplotu.

Přední rhinoskopie

Při přední rhinoskopii kontrolujeme průchodnost nosní, stav sliznice středního nosního průduchu a dále sekret nosní a jeho charakter. Při zánětech vedlejších nosních dutin je sliznice oedematózní, střední nosní průduch je i endoskopicky špatně přehledný, na sliznici je více či méně hlenohnisavý sekret.

Při podezření na sinusitidu je nutné provést **výtěr k bakteriologickému vyšetření.**

Rtg VDN

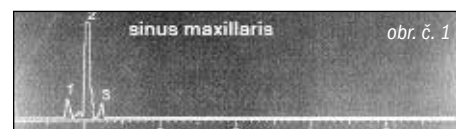
Pokud provedeme rentgen VDN, zjistíme většinou nehomogenní zastření dutin, někdy hladinu sekretu v dutině.

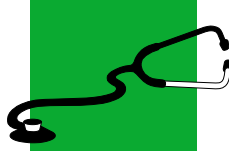
Sonografie VDN

Velmi moderní vyšetřovací metoda je sonografická diagnostika dutin, která nikterak nezatěžuje dítě rtg zářením, umožňuje kontrolovat stav dutin i v průběhu léčby a sledovat tak její úspěšnost. Dále nám umožňuje nedělat vždy punkce, protože kontroluje obsah dutin.

K sonografickému vyšetření dutin používáme tzv. A obraz (amplitude modulated). Stav dutiny se zobrazí pomocí křivek (ozvěň). Na obrázku č. 1 je zobrazen normální záznam maxilární dutiny. Malé křivky (ozvěny), které vidíme před křivkou vysokou, jsou odrazem průniku ultrazvukové vlny měkkými tkáněmi obličejové, vysoká ozvěna odpovídá kostěné přední stěně dutiny a drobné další ozvěny jsou obrazem sliznice v dutině.

Na obrázku č. 2 je rtg snímek nemocného s levostrannou sinusitidou a na obr. č. 3 sonografický





záznam téhož nemocného. Kromě vysoké ozvěny, která odpovídá přední stěně dutiny, vidíme ještě jednu vysokou ozvěnu, která odpovídá zadní stěně dutiny. Zobrazí se pouze tehdy, pokud je dutina vyplněna tekutinou. Jak je zřetelně vidět, z rtg snímku nelze jednoznačně určit, že se jedná o tekutinu v dutině, ale ze sonografického záznamu to zcela jasné je. Pokud by byla v dutině pouze zbytnělá sliznice, záznam by vypadal jinak. Nezobrazila by se vysoká ozvěna odpovídající zadní stěně dutiny.

Sonografická diagnostika zánětů dutin lépe zobrazí obsah dutiny než rtg snímek a nezatěžuje dítě opakovaným rtg zářením.

CT dutin

CT vyšetření vedlejších nosních dutin provádíme při jasném podezření na trvalou obturaci v oblasti ethmoidálních dutin (hlavně zadních ethmoidů) a při podezření na patologický nálezh sfenoidální dutiny. Provádějí se tzv. koronární řezy.

Punkce

Punkční diagnostika obsahu dutin již dnes nemá tak zásadní význam jako v minulosti a obvykle není třeba punkcemi dítě traumatizovat.

Terapie sinusitid

Zánět vedlejších nosních dutin léčíme širokospektrálními antibiotiky s dobrým průnikem do dutin. Celková léčba antibiotiky však nestačí. Bez lokální terapie sliznice nosní, která uvolní maxilární vývod ve středním nosním průduchu, není léčba obvykle úspěšná. Je třeba podávat dítěti dekonsternční nosní kapky a pravidelně odsávat nosní sekret. Lépe než kapat do nosu, je vkládat

dekonsternční látky na vatovém tamponu do nosu.

Abychom byli opravdu úspěšní a odstranili otok na sliznici nosní, je dobré přidat antihistaminikum celkově. U starších dětí nad 12 let je možné ordinovat Disophrol nebo Clarinasu, tedy dekonsternivum p.o. K zamezení recidiv sinusitid je potřeba vyšetřit a eventuálně upravit anatomické poměry v nose a nosohltanu. U dětí je to často zbytnělá adenoidní tkáň, která vede k obturaci nosu, špatné ventilaci dutin, a tím k recidivám zánětů dutin. Na adenoidní tkáň při recidivách sinusitid je třeba myslet nejen u malých dětí, ale adenoidní tkáň může být příčinou recidivujících zánětů horních cest dýchacích i u starších dětí, dokonce až do věku 17 let.

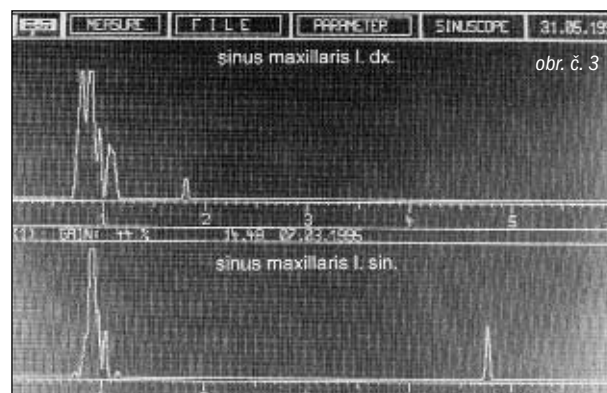
Pokud recidivuje sinusitida na jedné straně, je třeba pomyslet na vybočení nosního septa. V neposlední řadě je třeba dítě s recidivami sinusitid vyšetřit alergologem. V operační technice na vedlejších dutinách nosních došlo v posledních letech rovněž k posunu. Vedlejší nosní dutiny se operují endoskopicky a cílem endoskopických operací je nikoliv odstraňovat patologicky změněnou sliznici jako dříve, ale obnovit drenáž a ventilaci nosních dutin.

Komplikace sinusitid

Nejčastější komplikací sinusitidy je kašel. Pokud má dítě vleklý kašel, který nereaguje na běžnou

terapii, je třeba myslet na sinusitidu. Dutiny jsou totiž velmi často zdrojem fokální infekce právě u dětí. Ostatní komplikace jsou dnes již naštěstí vzácné. Občas v ordinaci můžeme vidět orbitální komplikaci sinusitidy, tedy orbitocelulitidu. Projevuje se otokem měkkých tkání očníce. Orbitocelulitida vychází z neléčené ethmoiditidy, kdy se zánět šíří přes lamina papyracea na měkké tkáni očníce, vzniká kolaterální edém, periostitida až subperiostální absces očníce a může se komplikovat i retrobulbární neuritidou. Při této komplikaci je nutno dítě hospitalizovat a podávat parenterálně antibiotika. Z frontální sinusitidy mohou vycházet intrakraniální komplikace. Jejich výskyt je u nás vzácný.

Literatura u autorky



Adenoidní vegetace stupeň III. u dítěte s recidivami sinusitid

IV. TEYSCHLŮV PEDIATRICKÝ DEN Brno, 2003

se bude konat v sobotu

22. března 2003 v Kinosále FN Brno, Jihlavská 20, 625 00 Brno.

Pořádá: Česká pediatrická společnost ČLS JEP, I. dětská klinika FN Brno a LF MU v Brně, II. dětská klinika FN Brno a LF MU v Brně

Téma konference:

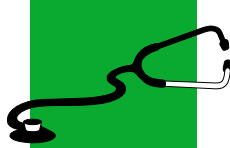
BOLEST U DĚTÍ

Jednání bude rozděleno na sekci lékařů a sekci SZP. Akce je garantována ČLK.

Účastnický poplatek: lékaři: 100 Kč, SZP: 50 Kč je možné poukázat na účet u KB Brno-město
č.úctu: 85636621/0100, variab. symbol: 1124000103 nebo lze zaplatit v hotovosti při prezentaci (při platbě na místě zvýšení o 50 Kč)

Srdečně zveme všechny PLDD, klinické pediatri, SZP a další pracovníky ve zdravotnictví.

Kontaktní adresa: Věra Langrová, vlangrov@fnbrno.cz, I. dětská interní klinika, Dětská nemocnice, FN Brno, Černopolní 9, 625 00 Brno
tel.: 532 239 237, fax: 532 239 238



Adenoidní vegetace

MUDr. Jan Kolín

Všeobecná fakultní nemocnice Praha, ORL oddělení

Souhrn

Vegetationes adenoideae, adenoidní vegetace čili tonsilla pharyngea, nosní, nosohltanová mandle je nepárový orgán. Jako součást Waldayerova mizního okruhu je uložen v nosohltanu. Luschke a Meyer roku 1868 poprvé popsali zbytnění tkáně v nosohltanu a nazvali jej adenoidní vegetací.

Její podkladem je lymfatická tkáň bohatá na sekreční žlázy. Hyperplazie lymfatické tkáně koresponduje s imunobiologickou aktivitou dětského věku. Lymfatická tkáň proto po splnění svých úkolů počínaje 7. rokem involuje a mizí, může však perzistovat. Adenoidní vegetace je největší mezi 3. a 5. rokem života. Hyperplazie je stimulována zatěžováním imunologického systému, špatnou výživou, opakovanými záněty horních cest dýchacích, hormonálními vlivy.

Význam adenoidní vegetace je ve spoluúčasti na tvorbě imunity, produkuje imunoglobuliny a lymfocyty. Je součástí lymfoepitelové bariéry. Ochranná funkce adenoidní vegetace je však především v lokálním působení v horních cestách dýchacích a je podmíněna zdravou tkání. Pro tvorbu celkové imunity význam nosní mandle je okrajový a je nahraditelná ostatními orgány Waldayerova okruhu.

V negativním smyslu má adenoidní vegetace poměrně značný význam jako možný zdroj fokální infekce – je nejčastějším fokusem u dětí v ORL oblasti. Zbytnělé tonsily jsou často projevem spojení přirozené hypertrofie z aktivity mizní tkáně a sekrečního aparátu se zánětlivou hypertrofií se zmnožením vazivového stromatu. Ve strukturách adenoidních vegetací byly zjištěny i tzv. mikroabscesy, které jsou pokládány za hlavní nositele ložiskové infekce.

Klinický obraz

V popředí jsou příznaky obstrukce dýchání projevující se až jako sleep apnoe syndrom. Dítě dýchá ústy, chrápe, má trvale rýmu, rhinolalia clausa. Obstrukcí sluchové trubice vzniká **převodní nedoslýchavost** vyúsťující až v středoušní sekretorický katar. Mechanická dysfagie spolu s popsanými projevy pak vede k celkovému **neprospívání** dětského organismu. **Fokální infekce** v oblasti nosní mandle a nefysiologická ventilace

horních cest dýchacích se podílí na recidivujících středoušních zánětech, sinusitidách, bronchitidách. Zanedbané dítě s adenoidní vegetací získává typické vzezření: **facies et habitus adenoidea**, kdy má otevřená ústa, unavený, indolentní výraz, gotické patro, obnažené horní řezáky, pectus excavatus a nezřídká enuresis nocturna.

Diagnostika

Diagnosa adenoidní vegetace není obvykle složitá. Podstatou určení diagnózy je jednak celkem charakteristická **anamnéza**, jednak celkový vzhled nemocného, jak bylo popsáno výše.

V objektivním vyšetření záleží na věku, respektive spolupráci dítěte. Je-li kontakt dobrý, můžeme provést přímou epifaryngoskopii optikou, zavedenou po anemiasci a anestesii nosními průduchy. Tento přístup však u menších a nespolupracujících dětí nese riziko iatrogenního poranění; zadní rinoskopie zrcátkem zde také není přínosem. Zůstává tedy stále nejčastější vyšetření nosohltanu prstem, i za cenu tu, že si dítě zneprátelíme.

Diferenciálně diagnosticky (byť ojediněle) připadají v úvahu některé vývojové vady, choanální polyp, cysta nosohltanu, vzácně maligní tumory. U dospívajících chlapců může jít o juvenilní angiofibrom.

Léčba

Chirurgické odstranění adenoidní vegetace nazýváme adenotomie. První adenotomii svým nástrojem provedl Meyer v úvodu zmíněném roce 1868 a v roce 1873 publikoval celý soubor svých případů. Zprvu se adenotomie prováděla různými nástroji – např. klíčkou, kleštěmi, nožem zavedeným přes nos, prstem.

V současné době je **adenotomie** nejfrekventovanější chirurgický výkon na dětech. Je to rutinní, na většině ORL pracovištích také každodenní zákrok. V českých zemích je ade-

notomie prováděna v průměru na 1/3 všech nemocných hospitalizovaných na ORL odděleních.

Většinou dobrý léčebný efekt zákroku a poměrně malý výskyt nežádoucích komplikací a příklon k „jednodenní chirurgii“ čili ambulantnímu provedení adenotomie vede k bagatelizaci zákroku a častým indikacím, které jsou však vágní, dítě je nedostatečně nebo nesprávně vyšetřeno. Adenotomie je často podceňována nejen laickou, ale i odbornou veřejností. V literatuře stojí otázka adenotomií poněkud stranou, jen s návratem endoskopických adenotomií se objevují nová sdělení.

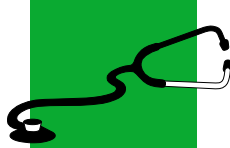
Adenotomie se provádí v inhalační nebo intubační celkové anestezii, při krátké hospitalizaci, při klidném, nekomplikovaném průběhu je možno dítě předat do domácího ošetřování týž den. Záleží na jednotlivých pracovištích.

Technicky se jedná o kyretáž nosohltanu kyretou např. St.Clair-Thompsonovou či Beckmannovou. Adenotom La Forceův se dnes již příliš neuvžívá. Krvácení spontánně ustává. Dítěti se doporučuje několik dnů kašovitá strava, týden mimo kolektiv, šetřící režim.

V posledních letech na řadě pracovišť převažuje **tzv. endoskopická adenotomie** kdy s pomocí optiky a odtažení měkkého patra je zpřehledněn nosohltan, adenoidní tkáň cíleně snesena, zejména je získán přehled v oblasti ústí Eustachových tubic blokovaných mnohdy lymfatickou tkání. Peroperační přehled operačního pole v nosohltanu také snižuje riziko pooperačního krvácení z rezidua adenoidní vegetace a snižuje počet recidiv a tedy i readenotomií.

Endoskopická adenotomie má zvláštní význam u rozštěpových dětí. Adenotomie je zde přísně indikována a omezuje se zpravidla jen na selektivní odstranění lymfatické tkáně z oblasti ústí sluchových tub a tím jejich uvol-

Infanrix



nění. Nešetrnou adenotomií by u dítěte s rozštěpem patra došlo k porušení velofaryngeálního uzávěru.

■ **Kontraindikace adenotomie**

Krvácivé stavy, rozštěpy patra. Neúplné předoperační vyšetření!

■ **Komplikace adenotomie**

Ke komplikacím adenotomie počítáme na prvním místě **krvácení**: časně a pozdní.

Residuum adenoidní vegetace je nejčastější příčina pooperačního časného krvácení u adenotomie. Je nutné provést revizi rány a residuum kyretou odstranit. Většinou se nejedná o vážný stav, je-li včas rozpoznán. Je

nutné děti po výkonu kontrolovat a sledovat neboť krev polykají! Jinak jednorázové zvracení natrávené krve vidíme poměrně často a nepovažujeme ho za komplikaci.

Naše ORL pracoviště hodnotilo komplikace adenotomií provedených na našem oddělení v letech 1998 až 2002, kdy jsme operovali celkem 4216 dětí ve věku do 15 let; průměrný věk operovaných byl 5 roků.

Časná krvácení byla přítomna ve 21 případech, tj. u 0,49% operovaných dětí, z toho 19 bylo revidováno a při revizi odstraněno residuum. Jiné, v literatuře popisované komplikace, jako torticollis, akutní mesotitida, poranění struktur nosohltanu s následným jizvením, polknutí či aspirace tkáně nebo

části nástroje a řada jiných nepříjemných příhod se, naštěstí, v naší sestavě nevyskytuje.

Minimálně komplikací (a v naší sestavě málo i proti literatuře, která uvádí např. krvácení po adenotomii až u 3,2%) které provázejí adenotomie, prezentuje tento výkon jako velmi bezpečný. Příznivá čísla by však neměla snižovat pozornost těch kteří operují, ani těch kteří indikují.

Je třeba připomenout, že ač je výkon statisticky bezpečný, může být provázen vážnými až fatálními komplikacemi. Uvědomme si, že se jedná o **výkon na a) zdravém jedinci a navíc b) na dítěti**.

KAZUISTIKA

Chronická sekretorická otitida

MUDr. Libor Válek

PLDD, Chlum u Třeboně

Dívka narozená 1992.

RA: 1 zdravý bratr, u matky 2x spontánní abort, otec zdravý.

OA: Ze 4. gravidity, ranná gestóza, porod ve 34. týdnu, spontánní, záhlavím, poporodní porucha adaptace, infekce novorozence, retinopatie nedonošených. Psychomotorický vývoj bez alterace.

- Očkována řádně dle očkovacího kalendáře.
- V předškolním věku logopedická péče pro dyslalii.
- V předškolním věku opakované záněty středouší oboustranně.

Byla vyšetřena alergologem, prokázána „bakteriální alergie pozdního typu“, široké vyšetření specifických IgE protilátek bylo v normě. Vyšetření buněčné imunity v normě, IgA, G, M, C3, CRP, celk. IgE, sekreční IgA, lysozom – vše v normě. C4 hraničně nižší, C1 inhibitor snížen bez známek angioedému. Léčena s diagnózou chronická rýma Zaditenem, Cromo-

hexalem, Ribomunylem. Ve 4 a 5 letech podstoupila adenotomii, při druhé adenotomii zavedena i Armstrongova drenáž oboustranně pro chronickou sekretorickou otitidu. Drenáž se po několika měsících spontánně odloučila, dítě pak sledováno v ORL ordinaci, v 6 letech byla ze sledování vyloučena.

NO: V 8 letech vstupní prohlídka po přestěhování do nového bydliště. Matka udává, že od 6 let dívka nebyla nemocna, netrpí žádnými obtížemi, učí se na jedničky. Objektivní vyšetření je v normě, vyšetření sluchu šepotem řádně provedené neprokazuje poruchu sluchu. Pro anamnézu středoušních zánětů provedeno otoskopické vyšetření, zde snížený reflex oboustranně, tympanometrie vykazuje ploché křivky. ORL vyšetření potvrzuje chronickou sekretorickou otitis media a recidivu zbytnění adenoidní tkáně. Byla provedena nová adenotomie a odsátí středouší oboustranně, zvažováno zavedení Armstrongovy drenáže. Dívka je opět také v péči alergologa.

Diskuse: Chronická sekretorická otitis media může vést k adhezivním změnám, které nezvratně poškodí sluch. Je proto žádoucí tuto afekci včas odhalit. Zkouška šepotem, byť pečlivě provedená, zachytí pouze výrazné snížení sluchu. Dítě nemusí mít žádné obtíže. Proto je vhodné provádět i otoskopické vyšetření jako screeningové, alespoň tam, kde rodinná či osobní anamnéza je pozitivní (poruchy sluchu v rodině, recidivující záněty středouší, již léčená chronická sekretorická otitida). Tympanometrie je velmi citlivou metodou pro vyloučení či potvrzení sekretorické otitidy. Po akutních zánětech středouší by dítě mělo být sledováno až do úpravy tympanometrického nálezu. Recidivy zbytnění adenoidní tkáně snad se zavedením endoskopických metod adenotomie, při kterých je možné s přehledem odstranit veškerou adenoidní tkáň, ubudou.

Literatura u autora

Současný stav globální eradikace poliomyelitidy a z něj vyplývající aktivity pro ČR

MUDr. Jaroslav Helcl, DrSc.

V roce 1977 bylo, díky mezinárodně organizované a vědecky podložené aktivitě SZO, dosaženo celosvětové eradikace varioly. Tento největší úspěch preventivní medicíny v historii lidstva stimuloval reálné úvahy o možnosti vymícení dalších preventabilních nemocí člověka. Tyto úvahy vyústily v závěr, že jako další onemocnění pro globální eradikační aktivitu bude vybrána poliomyelitida anterior acuta. Roku 1988 Světové zdravotnické shromáždění na svém 41. zasedání v Ženevě pověřilo SZO úkolem globální eradikace paralytické poliomyelitidy do roku 2000. Cílem této globální eradikace je úplné přerušení přenosu divokého viru na celém světě.

Ke kontrole aktivit k dosažení uvedeného cíle a k potvrzení (certifikaci) jeho regionálního dosažení bylo vytvořeno šest „Regionálních komisí SZO pro certifikaci eradikace“ a „Globální komise SZO pro certifikaci eradikace“, která činnost šesti komisí koordinuje a bude odpovídat za celosvětové vyhlášení eradikace poliomyelitidy. Globální eradikace bude certifikována a uznána až po třech letech nepřítomnosti paralytického onemocnění a divokého polioviru ve světě.

Strategie eradikačního procesu se opírá především o následující opatření:

1. Masové očkování orální poliomyelitickou vakcínou (OPV) v krátkodobých kampaních.
2. Proočkovanost alespoň třemi dávkami OPV pokud možno 90% či vyšší.
3. Cílená imunizace (dům od domu) OPV ve vysoce rizikových oblastech, kde přetrvává přenos divokého polioviru.
4. Surveillance akutních chabých parálýz (ACHP), mimo parálýzy nervi facialis, u dětí do 15 let věku, případně i u starších osob, pokud by u nich bylo vážné podezření na poliomyelitidu, virologické vyšetření dvou vzorků těchto případů a sledování, zda jejich parálýzy přetrvávají 60 dní od počátku onemocnění.
5. Doplnující surveillanční aktivity, především virologické vyšetřování odpadních vod a klinických vzorků, na přítomnost enterovirů.

6. Rychlá, odborná pohotovost klinická, epidemiologická a virologická při nálezů podezřelých případů.

Globální aktivity v oblasti polioeradikace dosáhly již obrovského úspěchu. Celosvětový počet onemocnění poklesl z odhadovaných 350 000 v roce 1988 na 480 potvrzených případů v roce 2001. Ve stejném období poklesl počet poliomyelitid-endemických zemí ze 125 na 10: Afgánistán, Angola, Egypt, Etiopie, Indie, Niger, Nigérie, Pákistán, Somálsko a Sudán.

Evropský Region SZO je od roku 1994 tvořen 51 státy s 870 miliony obyvatel. V začátcích eradikačního procesu zde bylo dokumentováno ročně okolo 200 onemocnění paralytickou poliomyelitidou. Díky masovým i doplňkovým očkovacím kampaním počet případů rychle klesal a poslední případ neimportovaného, indigenního případu poliomyelitidy v Evropě byl hlášen z jihovýchodního Turecka u nevakcinovaného chlapce ve věku 33 měsíců, ochrnutého 26. listopadu 1998.

V roce 2001 došlo k menší epidemii paralytických poliomyelitických onemocnění mezi romskými dětmi v Bulharsku a jednomu onemocnění neparalytickou poliomyelitidou v minoritní skupině v Gruzii. V obou případech byl poliovirus importován z Indie a děti byly neočkované. Obě události potvrdily nezbytnost vysoké proočkovanosti všech dětí a potřebu provádění kvalitní surveillance akutních chabých parálýz.

Československá republika byla první zemí na světě, která dosáhla „0“ indigenních případů poliomyelitidy díky cílené, masové, celostátní, kampaňové imunizaci OPV. Stalo se tak v roce 1960. Po dosažení eliminace indigenní paralytické poliomyelitidy je v České republice od roku 1961 prováděno každoroční, celostátní, masové očkování OPV, soustředěné do dvou krátkodobých kampaní v březnu a květnu. Každoroční kontroly proočkovanosti prokazují hodnoty nad 90 %, většinou nad 97%. Kolektivní imunita populace, charakterizovaná v opakovaných sérologických přehledech podle procenta

ochranných titrů (období 1970–1996), byla proti typu polioviru 1 a 2 určena v 95%, proti typu 3, od poloviny osmdesátých let, minimálně v 90%. Systém surveillance ACHP byl v našem státě zaveden v roce 1992, operativním se stal od roku 1996, kdy byla v České republice ustavena Národní komise pro přípravu certifikace eradikace, jejíž úkolem byla příprava podkladů potřebných k posouzení situace, potvrzující eradikaci poliomyelitidy v ČR.

Jako první získal certifikát o polioeradikaci Americký region SZO v roce 1994, jako druhý v pořadí byl Region Západního Pacifiku v roce 2000.

Dne 21. července bylo oznámeno historické rozhodnutí Regionální certifikační komise Evropského regionu SZO vyhlásit Evropský region za prostý poliomyelitidy.

Česká republika se při tomto aktu, podle hodnocení Regionální úřadovny SZO/EORO, zařadila na jedno z předních míst v Evropě z hlediska struktury a úrovně zdravotního systému, vysoké proočkovanosti OPV, provádění surveillance akutních chabých parálýz, provádění surveillance cirkulace poliovirů a enterovirů ve vnějším prostředí, stejně jako surveillance enterovirů v klinickém materiálu. Situace ve zbývajících třech Regionech SZO je poměrně složitá, nicméně i zde je certifikace reálná. SZO proto posunula termín certifikace globální eradikace poliomyelitidy na rok 2005 a předpokládané zastavení imunizace do let 2005 – 2010.

V období, ve kterém ještě jsou ve světě endemické oblasti s cirkulací divokého viru poliomyelitidy, nelze vyloučit jeho import do oblastí, kde poliomyelitida byla již eradikována, tedy i do Evropského regionu. Pravděpodobnost následné indigenní cirkulace divokého viru je však velmi nízká a její minimalizace závisí na zachování následujících kritérií:

- Zachování vysoké proočkovanosti a tím i vysoké úrovně kolektivní imunity populace, bez rizikových, nedostatečně proočkovaných sub-populací.
- Zachování vysoké kvality surveillance ACHP

(klinické, epidemiologické, laboratorní a doplňkových surveillance aktivit.

■ Zachování vysoké kvality epidemiologické služby.

■ Vysoká úroveň sanitace.

Zachování vysoké proočkovánosti je základem opatření k zachování statusu „polio-free“, obranou proti cirkulaci divokých poliovirů a také obranou proti vzniku tzv. VDPV (poliovirů odvozených od vakcinačních kmenů OPV) s neurovirulencí i invazivitou srovnatelnou s kmeny divokými. Kvalitní surveillance ACHP je schopna rychle odhalit importovaný případ poliomyelitidy i VDPV, kompetentní epidemiologické služby zajistit účinná opatření a v populaci s vysokou úrovní sanitace je omezena možnost cirkulace viru.

Jak již bylo uvedeno výše, nelze sice vyložit import divokého viru poliomyelitidy za současné situace do Evropského regionu, pravděpodobnost jeho následné indigenní cirkulace je však velmi nízká. Vnikla tedy situace kdy je možno, při existenci určitých podmínek (především výše uvedených), uvažovat o ukončení očkování s OPVa přechodu na očkování s eIPV, ať již přímo, nebo přes přechodné období očkování eIPV – OPV. Tyto podmínky se nacházejí v rozvinutých zemích, proto v celé řadě těchto zemí byl přechod na eIPV již uskutečněn (např. Německo, Finsko, Francie, Holandsko, Island, Irsko, Itálie, Lucembursko, Švýcarsko, Norsko, Švédsko, Dánsko, Belgie, Rakousko, USA, Kanada), v dalších zemích bylo zavedeno kombinované očkování eIPV – OPV (např. Polsko, Maďarsko, Egypt, Izrael).

Při rozhodování o přechodu k očkování s eIPV je nutno, při současném stavu eradikace poliomyelitidy v Evropě a ve světě, přihlídnout i k následujícím skutečnostem:

■ Nejedná se o volbu mezi očkováním a přerušením očkování, ale o rozhodnutí o použití jedné z vakcín, z nichž obě poskytují rovnocennou ochranu. Obě vakcíny vyvolávají tvorbu specifických sérových protilátek v procentech blížících se nebo dosahujících 100% a poskytují ochranu před paralytickou poliomyelitidou.

■ Riziko zanesení divokého viru poliomyelitidy do země s vakcinovanou populací nezávisí na tom, zda byla tato očkovaná za použití OPV či eIPV, ale na existenci vnímavých sub-populací.

■ Výhodou OPV je, že oslabený virus může být přenesen na vnímavé osoby v kontaktu. Podle údajů ze studií v USA se však za pod-

mínek, existujících v USA (a pravděpodobně i v jiných rozvinutých zemích) šíří na neočkované děti dobře typ 2, zatímco významnější typy 1 a 3 se šíří podstatně hůře.

■ Jedinou, ale podstatnou nevýhodou OPV, je možnost vzniku virulentních poliovirů, odvozených z vakcinačních virů (VDPV) a tím i riziko s vakcinací spojenou paralytickou poliomyelitidou (VAPP). Údaje z USA ukazují přibližně 1 případ VAPP na 750 000 prvních dávek OPV, výskyt u imunodeficientních dětí však byl mnohonásobně vyšší.

■ Podání eIPV je bezpečné, její klinická reaktogenost je velmi nízká pro její podání nejsou téměř žádné kontraindikace.

■ Cena eIPV je sice vyšší než OPV, při nákupu velkého množství přípravku pro masové očkování však lze předpokládat pokles jeho ceny.

■ Velkou výhodou eIPV je skutečnost, že přípravek je vhodný k tomu, aby se stal bezpečnou a účinnou součástí kombinovaných vakcín, se všemi etickými a ekonomickými výhodami jejich použití. V praktickém použití jsou již pentavakcíny (difterická, tetanická, acelulární pertusová, inaktivovaná poliomyelitická a Haemophilus typ b konjugovaná vakcína) a hexavakcíny (difterická, tetanická, acelulární pertusová, inaktivovaná poliomyelitická, rekombinantní hepatitis B vakcína a Haemophilus typ b konjugovaná vakcína).

V České republice byl hlášen poslední případ indigenní paralytické poliomyelitidy v roce 1960. Pravidelné kontroly proočkovánosti prokazují, že její úroveň je vyšší než 90%, většinou nad 97%. Kolektivní imunita populace, hodnocená v opakovaných sérologických přehledech procentem ochranných titrů, byla proti typu 1 a 2 v 95%, proti typu 3 nad 90%. Úroveň našeho zdravotního systému, provádění surveillance akutních chabých paréz, provádění surveillance cirkulace poliovirů a enterovirů ve vnějším prostředí, stejně jako surveillance enterovirů v klinickém materiálu byla vysoce hodnocena pracovníky Regionální úřadovny SZO/EURO. Lze tedy uzavřít, že Česká republika má všechny podmínky k tomu, aby v blízké době přešla na očkování s přípravkem eIPV, nejlépe ve formě polyvakcín. Podmínkou ovšem je, aby naše zdravotnická služba zachovala vysokou kvalitu výše uvedených aktivit, což je jisté v jejich možnostech.

Literatura u autora

Sto tisíc podpisů proti rodinnému lékaři

Dětské lékaře varují, že navrhované změny zhorší zdravotní péči. Jejich petice však skládila i kritiku. Přes sto tisíc podpisů nasbírali dětské lékaře pod petici za záchranu svých praxí. Někteří poslanci i rodiče ovšem považují akci za nemístný nátlak. Novinkou v českém zdravotnictví se má stát rodinný lékař, který by se mohl starat o děti i dospělé. Pediatři, kteří dnes mají na děti monopol, bijí na poplach. Varují, že změna přinese nižší kvalitu péče. Mají však strach i z toho, že jim konkurence ubere pacienty. Zástupci dětských lékařů včera doručili parlamentu protestní petici, pod níž v ordinacích sesbírali sto deset tisíc podpisů. Rodiče se měli podepsat pod prohlášení, že „nesouhlasí se záměry ministerstva zdravotnictví, které by mohly vést k výraznému omezení či dokonce zrušení dnešních ambulancí pediatrií“. Rodiče, zcela logicky, podepisovali. „Když přijde maminka s nemocným dítětem – a lékař jí napřed dá něco podepsat, která to neudělá?“ ptá se jedna z matek, Lída Olšáková z Prahy. Sama by nicméně rodinného lékaře jako možnost volby uvítala. Poslanci se rozdělili na dva tábory. Členové ČSSD hájí ministryni Marii Součkovou, opozice je proti ní. Předsedkyně zdravotního výboru Milada Emmerová (ČSSD) uvedla, že ministerstvo pediatrie rušit nechce a že otázka v petici tedy nezní správně. „Jde o to, aby v odlehlejších či horských oblastech, kde je málo dětí i dospělých, mohli rodinní lékaři pracovat jako dětské i dospělé praktické zároven.“ Její stranický kolega Jaroslav Krákora dodal: „Petice je dost zavádějící, protože se v návrhu o žádném rušení nemluví.“ V boji za pediatrie se naopak angažuje poslanec Milan Cabrnach (ODS), který chystá pozměňovací návrh. Právě jeho žena Hana Cabrnachová stojí v čele Odborné pediatrické společnosti a je jednou z iniciátorek petice. Poslanec v tom však nevidí problém. „Mám se snad rozevíst?“ reaguje a zároveň tvrdí, že otázku v petici ani nečetl. Podle Emmerové ale poslanci vnímají, že Cabrnach je v celé věci zapojen i díky ženě. Na druhé straně ani Milada Emmerová není jednoznačnou zastánkyní rodinného lékaře – podle ní by měl své opodstatnění opravdu jen „v těch horách“. „Žádný lékař se nedokáže starat jak o novorozence, tak i o staré lidi,“ tvrdí Emmerová. Místopředseda Sdružení dětských lékařů Milan Kudyn netají, že jde i o existenční obavy: „Kdyby se mohl po krátkém kurzu o děti starat i lékař pro dospělé, přetáhne pediatrii pacienty a ti mohou zkrachovat.“ Zatímco pediatrii argumentují skvělými výsledky péče o děti v současném systému, lékař pro dospělé Bohumil Seifert tvrdí, že nezná studii, která by porovnávala vliv modelu rodinného lékaře na zdravotní stav dětí. Rodinný lékař dnes se všemi svými výhodami i nevýhodami funguje v osmnácti evropských zemích.

Jak je to dnes:

- Do 19 let chodí dítě povinně k praktickému pediatrovi.
- Poté jej musí opustit a přechází do péče praktického lékaře pro dospělé, není však nutné se u něj nějakého zaregistrovat.

Návrh:

- Vedle těchto lékařů by mohli fungovat ještě tzv. rodinní lékaři. Ti by se starali o pacienty bez omezení věku.



Aktuality

■ **Vědci věří, že objevili klíč k léčení rakoviny**

Britští a švýcarští vědci se domnívají, že objevili klíč důležitý pro léčbu většiny zhoubných nádorů. Tím je gen, který spouští dělení a šíření buněk. Pochopení, jak funguje, dává naději, že se podaří vyvinout účinný lék proti rakovině. Všechny normálně pracující buňky se totiž přestávají dělit, když zestárnou. Je to přirozený proces, který reguluje množství buněk v těle. „Existuje přísný limit, který usměrňuje, kolikrát se může buňka rozdělit,“ cituje britská stanice BBC ve svém internetovém zpravodajství profesora Roberta Newbolda z Brunel University v Anglii, který stojí v čele výzkumu. U buněk rakoviny to však neplatí. Množí se bez zábran, neodumírají, a tím se vytvářejí zhoubné nádory. To, že vědci objevili důvod, proč se buňky nekontrolovatelně množí, otevírá zcela nové možnosti při léčbě rakoviny.

V normálních buňkách zůstává gen, který reguluje telomerázu, pevně svinut, a enzym se proto nevytváří. Buňky rakoviny však dokážou gen rozplétat. „V buňkách rakoviny je gen mnohem méně celistvý, stává se tak přístupnějším,“ doplňuje Newbold. Rozplétáním se uvádí v činnost aktivátor produkování telomerázy, tím se zastavuje kontrolní mechanismus a padá překážka pro množení rakovinných buněk. Namísto toho, aby se buňky samy ničily, jako je tomu u zdravých buněk, bez zábran se množí a vytvářejí zhoubné nádory. Rozuzlení tohoto procesu bude podle vědců možné využít k léčbě rakoviny. „Nyní plně rozumíme, jak nádor aktivuje telomerázu. Můžeme začít vyvíjet léky, které by zasáhly tento proces a obnovily smrtelnost rakovinných buněk, a tím zastavily jejich neomezené bujení,“ říká Newbold. Telomeráza se stává aktivní v 85 až 90 procentech případů onemocnění rakovinou. Efektivní by tedy mohl být lék, který by zastavil vytváření tohoto enzymu. „Víme, že podaří-li se zastavit produkování telomerázy v rakovinných buňkách, zastavuje se dělení. Jde o to, jak toho dosáhnout,“ prohlásil Newbold. Vědecké konzultace se roztačejí na plně obrátky. Na výrobě léku pod Newboldovým vedením by se měly podílet renomované vědecké instituce a farmaceutické firmy z celé Evropy. První pokusy už provedl Newbold a vědci ze švýcarského Ústavu pro výzkum rakoviny v Lausanne v laboratoři. Vyřadili aktivaci telomerázy v rakovinných buňkách tím, že do nich přidali geny z normálních buněk. „Ukázalo se, že když jsme zastavili produkci telomerázy, buňky rakoviny přestaly bujet,“ dodává Newbold. Vědci znají asi dvě stě druhů rakoviny, téměř ve všech případech se rakovina rozvíjí, když selžou nebo se změní kontrolní orgány v buňkách. Buňka se nekontrolovatelně množí a vytváří nádor.

■ **Proč se děti bojí noci? Nevidí ve tmě**

Dítě, které se bojí tmy, se možná nesnaží upoutat na sebe pozornost, což si myslí mnozí rodiče, ale spíš nevidí za noci ve tmě. Vědci tvrdí, že takovýchto případů není mnoho a jejich diagnostikování je komplikované. Oči většiny lidí se pro vidění ve tmě přizpůsobí v dost krátkém čase. Některé děti, které za světla nemají žádné problémy se zrakem, nicméně mohou mít obtíže s viděním ve tmě i poté, co doba přizpůsobování očí již uplynula. Lékaři z Gartnavele Ge-

neral Hospital ve skotském městě Glasgow podrobně popsali v posledním vydání odborného časopisu British Medical Journal dva případy trvalé a vrozené slepoty dítěte za noční tmy. Jedno tříleté děvčátko přivedli k lékařům rodiče poté, co si stále stěžovalo, že ve tmě vůbec nevidí. Děvčátko špatně usínalo a v noci nechtělo vycházet ze svého pokoje, přestože se ze tmy chtělo dostat na světlo. Druhé děvčátko, kterému byly dva roky, často padalo, vráželo do věcí a také nevidělo ve tmě. V noci se s pláčem budilo, do ložnice rodičů však nepřišlo. Rovněž bylo lekářské a bálo se stínů. Lékaři dospěli k závěru, že v jeho rodině jsou problémy se zrakem včetně slepoty ve tmě. Když děvčátko dostalo baterku, s níž mohlo chodit v noci, a do pokoje mu svítilo světlo, obtíže ustaly.

■ **Kouříte dítěti pod nos? Můžete dostat pokutu**

Znáte-li dítě, jehož zdraví ohrožuje pasivní kouření, ohlašte to lékaři, radí odborníci Malé Janě je deset a často stůně. Naposledy ležela v posteli celých šest týdnů a dávala se ošklivým kašlem. Janin strýc se zlobí na její rodiče. Otec totiž před dítětem bez rozpaků kouří a matka to toleruje. „Říkají, že to nemá z toho, že všechny ty řeči o zdravotních rizicích jsou hlouposti – a že i kdyby, otec kouří už od malička, a tak už je to stejně jedno,“ rozhořčuje se muž. Své jméno nechce sdělit – aby prý dítě ještě netrpělo tím, že strýček vláčí jeho rodiče novinami. „Janička sama do nezakouřeného pokoje neodejde. Tam totiž není televize a počítač. A tak kašle, dusí se a zvrací. I ona říká: Ale strejdo, to není z toho kouře. Mezitím celá rodina hledá, na co je asi dítě alergické, dokonce se uvažuje o astmatu. Mohu své neteři nějak pomoci? Mám podat trestní oznámení? Je to týrání? Mám snad oslovit dětskou lékařku mé neteře?“ táže se. A většina expertů odpovídá: Ano, začněte u ní. Pravda je, že nic takového u nás není zvykem – a nikdo z oslovených expertů se s tím zatím nesešel. „Skutečně jediná možnost je navštívit dětského doktora. Prostě ty rodiče prásknout,“ konstatuje pražský pediatri Milan Kudyn. „Já osobně bych si takové rodiče pozval, udělal jim velkou přednášku o tom, jak kouření škodí, a nechal bych je to podepsat. A kdyby nespocovali, upozornil bych sociálku.“ Podobně ministerstvo práce a sociálních věcí nabádá: „Obraťte se klidně rovnou na sociální pracovnice a sdělte jim své obavy.“ To samozřejmě neznamená, že kdo si zapálí před dítětem, má na krku úřady. Lékař (nebo sociální pracovník) by však mohl začít zkoumat, zda kouření v rodině může souviset s potížemi dítěte. „Další postup by se odvíjel podle toho, jestli by se prokázalo, že dítěti kouření způsobuje zdravotní problémy, třeba astma či alergie. A kdyby to rodiče odmítali řešit, mohla by přijít na řadu třeba i pokuta,“ podotkla mluvčí ministerstva Kateřina Prejdová. Pravda je, že tyhle případy se v praxi neřeší. Slovy Prejdové: Na kouření se nepohlíží jako na formu týrání dítěte. I když je zřejmé, že pasivní kouření může poškodit vývoj dítěte, společnost kouření akceptuje. „Řešení je spíš v osvětě,“ tvrdí mluvčí. Jenže ta moc nefunguje. Jak připomíná strýc malé Jany, na žádné z cigaretových krabiček není varování typu – Děti varují své rodiče: vaše kouření nám způsobuje závažná onemocnění včetně rakoviny. Prozatím zalo-



žil alespoň internetovou stránku s názvem Udíme své děti. „Třeba se moji příbuzní praští do čela. Ale to těžko. Spíš se budou rozčilovat, co se starám o věci, do kterých mi nic není, a zakážou mé neteři se mnou mluvit. To mě bude bolet, protože ji mám rád.“

Mateřské mléko je nejhorší v Ústí nad Labem a Uherském Hradišti

Mateřské mléko žen, které žijí v průmyslových oblastech Česka, obsahuje vyšší množství polychlorovaných bifenyly (PCB). Tyto látky mohou způsobovat nádorová i nenádorová onemocnění. Vyplývá to z výsledků měření v osmi městech. Největší množství PCB v mateřském mléce bylo naměřeno v Uherském Hradišti a v Ústí nad Labem. Od roku 1990 se množství bifenyly v mateřském mléce měří každý rok. Výsledky posledního měření ukázaly, že jejich množství sice klesá, ale v některých regionech je stále vyšší než jinde v Evropě. Hodnoty naměřené v Uherském Hradišti převyšují evropský průměr dokonce dvojnásobně. V mléce žen žijících v průmyslových částech Evropy bývá naměřeno kolem 400 nanogramů na gram tuku. V Uherském Hradišti a v Ústí nad Labem byla průměrná hodnota vyšší než 1000 ng na gram tuku. „V těchto lokalitách se to dalo předpokládat. V Uherském Hradišti proto, že zde dřív byla továrna na výrobu barev a laků,“ vysvětluje Milena Černá ze Státního zdravotního ústavu. Pokračování na straně 4. Dokončení ze strany 1. Celkem 86 vzorků mateřského mléka bylo odebráno v osmi lokalitách: v Praze, Ústí nad Labem, Uherském Hradišti, Kladně, Liberci, Telči, Žďáru nad Sázavou a Kolíně. Matky dětí v Uherském Hradišti a v Ústí nad Labem nemají ale podle lékařů důvod k obavám a rozhodně by neměly přestat kojit. „Výhody kojení dalece převažují nad možnými riziky,“ říká Černá. Podle studie z roku 2001, kterou provedli vědci z düsseldorfské univerzity, může PCB v mateřském mléce zpomalit vývoj mozku dětí. „Ano, z těla ženy se PCB dostávají rovnou do těla dítěte, ale naštěstí mají novorozenci málo tuku, takže se nemá kde usazovat,“ říká Černá. Souvislost mezi množstvím PCB v mléce a rakovinou prsu nebyla zatím prokázána. Rozbory mateřského mléka slouží především k tomu, aby se zjistila míra znečištění životního prostředí, jakou je obyvatelstvo zatíženo. Výsledky desetiletého měření prokázaly, že koncentrace polychlorovaných bifenyly v naší populaci postupně klesá a její míra je v jednotlivých lokalitách odlišná. „Mateřské mléko a krev jsou nejspolehlivějšími indikátory. I podle našich výsledků je vidět, že zatížení obyvatel není rovnoměrné. Za posledních deset let se situace zlepšila o 50 procent,“ vysvětluje Černá. „Výsledky rozborů mateřského mléka jednoznačně ukazují, že obyvatelstvo je těmito látkám vystaveno a že denní přijatelná dávka pro kojence je vyčerpána,“ uvádí se ve studii, kterou zpracovali odborníci z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Státního zdravotního ústavu. PCB se šíří přes potravní řetězec, na jehož konci stojí člověk. PCB – polychlorované bifenyly v minulosti se vyráběly a používaly v průmyslu. Jejich výroba byla v tehdejší ČSSR zastavena až v roce 1984. PCB se přidávaly i do laků, kterými se natíraly prostory pro chov hospodářských zvířat. Přes maso a mléko pak přecházely do lidského organismu.

Hodnoty PCB naměřené v mateřském mléce (hodnoty v ng na gram tuku):

Uherské Hradiště: 1457

Ústí nad Labem: 1100

Kolín: 701

Praha: 693

Kladno: 441

Liberec: 408

Telč: 313

Rady pro kojící matky pro snížení rizika:

- omezit konzumaci živočišných tuků, zvýšit konzumaci ovoce a zeleniny
- nekonzumovat maso dlouho žijících zvířat (např. skot)
- omezit pohyb na místech, kde se koncentrují výfukové plyny či kde se kouří
- vyhnout se prudkému hubnutí

Vakcína proti kouření

V Nizozemsku se začne zkoušet očkovací látka proti závislosti na tabáku, vyvinutá americkými vědci. Testy s dobrovolníky bude provádět jeden z ústavů univerzity v Maastrichtu, který spolupracuje s lékařskou fakultou. Výzkum účinku očkovací látky zadala nizozemským vědcům americká farmaceutická společnost Nabi. Vakcína NicVac má podle listu Algemeen Dagblad pomoci tělu vytvářet látky proti nikotinu. Tyto látky by měly zachycovat nikotin v krvi ještě dříve, než se naváže na mozkové buňky, což by mělo zabránit, aby se u kuřáků dostavoval požitek z cigarety, píše list. Jak uvedl Onno van Schayck z maastrichtského ústavu ExTra, pokusy se zvířaty byly velmi úspěšné. Ještě nejméně dva roky však potrvá, než bude objasněn účinek vakcíny na člověka.

Zakáže unie „zdravotní“ hesla na jogurtech?

Na obalech potravin i nápojů se často objevují optimistická ujištění typu: „Skvělé pro váš organismus!“, „Pomáhá vzdorovat stresu!“ nebo „Snězte, kolik chcete – váš energetický příjem to snižuje na polovinu!“. Už záhy mají zmizet. Některá z těchto prohlášení jsou totiž podle bruselských úředníků neurčitá, jiná zavádějící a další rovnou lživá. A navíc ani jedno z nich nepomáhá lidem při výběru potravin. „Zákazníci by neměli být mateni označením na potravinách,“ soudí evropský komisař David Byrne, odpovědný za ochranu spotřebitelů v EU. Byrnův úřad proto chystá návrh opatření, které odstraní tato „pochybná tvrzení“. Týkat se má nejen obalů, ale také reklamních plakátů či televizních šotů. Zakázány budou i odkazy na rady lékařů či zdravotníků. Výrobci potravin se zákazu děsí. Tvrdý režim totiž postihne průmyslové giganty jako francouzské Danone či švýcarské Nestlé, které často využívají takzvanou zdravotní reklamu. Zákaz by mohl znamenat přísné omezení svobody reklamního průmyslu při přípravách kampaní na potraviny. Mimo zákon se tak dostanou některé zavedené slogany tvrdící, že výrobek „pomáhá zlepšit přirozenou obranyschopnost“, „napomáhá imunitnímu systému“, „zvyšuje schopnost soustředění“ nebo „posiluje tělesnou odolnost“. Ty se často objevují v reklamách na cereálie, energetické tyčinky nebo jogurtové nápoje, jako je Actimel od Danone nebo LC1 od Nestlé. Lobbisté potravinářského průmyslu označují plánovaný zákaz za nepřijatelný. Zástupce organizace CIAA, která sdružuje evropské nápojové a potravinářské firmy, řekl: „Je nepřiměřený. Pokud existují vědecké důkazy a pokud spotřebitelé chápou, co je jim řečeno, společnosti by měly mít právo taková tvrzení používat.“ David Byrne je však přesvědčen, že jsou tato tvrzení „vágní a často bezvýznamná, ale také je nelze ověřit“. Dalším důvodem je rostoucí

Prothazin



počet případů obezity, zvláště mezi dětmi, a počet případů cukrovky. „Lidé by se měli rozhodovat na základě naprosté informovanosti o potravinách,“ řekl Byrne.

Vysoce kalorické jídlo vytváří závislost

Vědci tvrdí, že smažená tučná jídla a cukrovinky způsobují v těle hormonální změny.

Obezita nemusí být výsledkem vrozeného nedostatku sebeovládání. Odborníci se domnívají, že k ní může vést také závislost na jídle. Hamburgery, hranolky a další jídla nabitá kaloriemi nepřidávají pouze na váze, ale mohou být také návyková. Odborníci se domnívají, že smažená tučná jídla a cukrovinky způsobují v těle hormonální změny, kvůli kterým se člověk přestává v jídle kontrolovat. „Nová zjištění předpokládají, že obezita není jednoduše způsobena vrozeným nedostatkem sebeovládání,“ napsal vědecký časopis *New Scientist*. Toto tvrzení nabízí možné vysvětlení nezadržitelného trendu tloustnoucí populace a fenomenálního úspěchu řetězců restaurací typu McDonald's nebo KFC. Podle nové studie může jedno „hamburgerové menu“ obsahovat množství tuků a sacharidů, které stačí ke způsobení změn v mozku. Lidé, kterým je odepřen jejich pravidelný přísun tuků a cukrů, mohou stejně jako ti, jež jsou závislí například na heroinu, trpět abstinenčními příznaky. K tomu, aby pravidelný návštěvník restaurace s rychlým občerstvením dosahoval stále stejně příjemného pocitu sytosti, musí navíc svou denní dávku neustále zvyšovat. Psycholog John Hoebel z univerzity Princeton v New Jersey testoval vliv vysoce kalorické stravy na myších. Podával jim potravu bohatou na cukry. Když myši svůj cukr nedostaly, objevily se u nich abstinenční příznaky totožné s těmi, které se vyskytují při přerušení přísunu drogy: agresivita, třes a neklid.

Tažení amerických tloušťků

„Pravidelná konzumace chutného jídla bohatého na cukry a tuky může vést k závislosti,“ uvedla pro deník *The Daily Telegraph* neuroložka Anne Kelleyová. „Způsobuje změny chemických procesů v mozku myši stejně jako morfin nebo heroin,“ dodala. Nová studie je vodou na mlýn obézních Američanů, kteří se rozhodli žalovat řetězce rychlého občerstvení kvůli vytváření návyku na tučná a nezdravá jídla. I když bylo již několik žalob soudem zamítnuto, právníci ani tloušťci se nevzdávají a hodlají podniknout další kroky. Při nich budou již pravděpodobně argumentovat také právě zveřejněnou studií.

Cukrovku má vyléčit jediná injekce do jater

Jednoho dne bude možné injekcí do jater změnit některé buňky v náhradní slinivku, a léčit tak diabetiky, kteří potřebují hormon inzulín, jenž produkuje. Nicméně vědce z univerzity v britském Bathu čeká podle jejich slov ještě mnoho let práce, než se bude moci přistoupit k léčbě. Při diabetu prvního typu, který postihuje převážně děti a mladistvé, chybí určitý typ pankreatických buněk. Ty produkují inzulín, který je nezbytný k přeměně cukru či škrobu v energii nutnou pro jiné tělesné funkce. Diabetici tohoto druhu by mohli bez pravidelných injekcí inzulínu zemřít. Jak uvádí zpravodajský server *BBC News*, donedávna se věřilo, že jsou tyto pankreatické buňky nenahraditelné, ale nyní se řada výzkumných projektů zaměřuje na nalezení jejich náhrady. Vědci v Bathu soudí, že řešením by mohl být jiný orgán blízký slinivce, a to játra. I když játra mají naprosto jinou funkci, a to odstraňovat z těla toxické látky, např.

alkohol, je vznik obou orgánů ve velmi mladém plodu podobný.

Společné kmenové buňky

I když se oba vyvíjejí z velmi podobného „kmene“ buněk, v určitém stadiu těhotenství se některé z nich mění v játra a jiné začínají tvořit slinivku. Vědci zjišťují, zda lze tento proces nějakým způsobem změnit. Při předchozích studiích byl objeven gen, který byl považován za důležitý pro vývoj pankreatických buněk. Tým vedený profesorem Jonathanem Slackem vstříkl v laboratoři jeho „superaktivní“ formu jak do buněk lidských jater, tak do jater pulce. Zjistilo se, že buňky jater pulce se začaly chovat jako buňky slinivky a některé z nich začaly produkovat inzulín. Měnit se začaly také lidské buňky a některé z nich rovněž vyráběly inzulín. Profesor Slack soudí, že játra mají kapacitu, kterou by bylo možno využít k nahrazení buněk produkujících inzulín. Pokud se najde cesta, jak dopravit superaktivní formu genu bezpečně do jater, a to není žádný malý úkol, mohlo by efektivní léčení a možná dokonce vyléčení cukrovky znamenat jen injekci. Profesor Slack považuje výsledky těchto experimentů za velmi povzbudivé. „Je to první krok ve vývoji, který může v konečné fázi znamenat vyléčení lidí trpících diabetem, ale čeká nás ještě hodně práce.“ Dalším krokem bude převést tyto experimenty na živé dospělé savce. Doktor Kevin Docherty z univerzity v Aberdeenu soudí, že i kdyby se k léčení diabetu nedaly použít injekce, jsou výsledky výzkumů užitečné. „Je to velmi důležitá část výzkumu. Může nám pomoci vytvořit laboratorně dost buněk produkujících inzulín a ty potom transplantovat pacientovi.“

Zda dítě bere drogy, zjistíte doma testem

Belgičtí rodiče, kteří mají podezření, že se jejich potomek zapletl s drogami, si nyní mohou své obavy potvrdit – anebo také vyvrátit. V místních lékárnách je již totiž volně v prodeji test (*Dipro Panel Test*), který na základě rozboru moči zjistí, zda testovaná osoba užívala kokain, marihuanu, morfium nebo metamfetamin. Testovací lístek má pro každou zjišťovanou látku zvláštní políčko. Za tři až šest minut po použití lístečku by mělo být jasné, zda organismus s některou z drog přišel do styku, nebo ne. Jak napsal belgický deník *La Dernière Heure*, na trhu existuje vícero testů, které přítomnost drog z moči zjistí. Většinou jde ale o výrobky pro použití ve zdravotnických zařízeních, které vyžadují dozor lékaře. Sám test *Dipro* byl původně určen pro dopravní policii, která ho využívala ke kontrole řidičů. Pokud se zájemce spokojí jen se zkouškou na THC (tetrahydrocannabinol, látka obsažená v marihuaně), přijde ho test na šest eur (asi 180 korun). Test, který zjistí i přítomnost dalších látek, přijde na 27 eur, tedy přibližně 810 korun. Belgie ale není jediným evropským státem, kde lze testy zakoupit. „U nás v České republice se dají pořídit už delší dobu,“ říká PhDr. Ivan Douda z nadace *Drop-In*. Testy v současné době podle jeho slov používají některé české školy. „Pokud to ale nemají zakomponované přímo ve školním řádu, může žák odběr moči (stejně jako odběr jiného biologického materiálu) odmítnout,“ říká Douda. Varianta s pěti proužky stojí okolo 500 korun. „Test odhalující přítomnost jedné látky, například pervitinu, THC nebo morfinu, stojí okolo 130 korun,“ říká Mgr. Matoušková z lékárny Černá labuť v Praze.

Krajské zdravotnictví ve veřejném slyšení senátu: v zajištění LSPP vládní chaos

Některé kraje potvrzují úmysl převést nemocnice do formy obchod-



ních společností. Podnikatelský sektor nabízí projekt na vznik „holdingového řízení“ lůžkových zařízení. Smysluplnost pojmu lékařská služba první pomoci (LSP) je stále více zpochybňována – ukázala diskuse, která proběhla 4. února v senátu.

Ministryně zdravotnictví Marie Součková se veřejného slyšení v senátu na téma krajské zdravotnictví zúčastnila pouze krátce. Deklarovala, že zadluženost nemocnic „bude řešena“ s tím, že v dohodnutých termínech bude jednotlivým zdravotnickým zařízením zajištěna „individuální pomoc“. Zástupci právního odboru MZ však vzápětí účastníkům veřejného slyšení sdělili, že po převodu původně státních nemocnic ručení státu za jejich dluhy zaniklo a nositeli závazků jsou kraje. Přitom ovšem potvrdili, že platné zákony a dokonce i ustanovení v rámci téhož zákona si někdy vzájemně odporují, což komplikuje praxi. K právním problémům patří například fakt, že vedle státních příspěvkových organizací nyní po převodu na kraje paralelně vznikají nestátní příspěvkové organizace. Je obtížné vždy přesně určit, nakolik na ně lze vztáhnout například obchodní zákoník či jiné normy.

Nemocnice jako obchodní společnosti

Zatímco úředníci MZ prezentovali svůj záměr novými legislativními opatřeními stanovit tzv. veřejné služby s jejich standardizací, zástupci několika krajů informovali o svém pevném úmyslu pokusit se na ně převedené nemocnice transformovat do akciových společností s prodejem zbytného majetku. Tuto myšlenku podporuje například předseda Asociace krajů a hejtman Moravskoslezského kraje Evžen Tošenovský. Ten si navíc postěžoval na fakt, že ač jsou regiony vlastníky nemocnic, nemají dostatečné kompetence pro „nastavování vnějších parametrů“. Zástupci MZ reagovali tím, že krajský úřad může příspěvkovou organizaci zrušit a poté vytvořit případně „novou“ nemocnici v podobě obchodní společnosti, ovšem legislativa neumožňuje přímou transformaci. Zbytného majetku se kraj nemůže volně zbavovat; musel by ho nejprve nabídnout ministerstvu, a jedině s jeho souhlasem by bylo možno ho prodat.

Hejtman Středočeského kraje Petr Bendl patřil k těm, kdo – bez odezvy – opakovaně vyzývali zástupce MZ k usnadnění transformace nemocnic do jiných majetkoprávních forem. Pokud by kraje musely před založením pseudonového subjektu ten původní nejprve formálně zrušit, transformační náklady by se zbytečně zvýšily (například na výplatu odstupného). Navíc se P. Bendl zmínil o tom, že resortní úřad diskriminuje nelékařské ředitele lůžkových zařízení, včetně horšího finančního ohodnocení. Dále poukázal na to, že mzdy ve zdravotnictví je třeba zvyšovat „jen úměrně“ ekonomické situaci v resortu. Ředitel soukromé nemocnice v Jeseníku Jan Jedlička informoval o tom, že zkouší jednat mimo jiné s ministryní o realizaci jím navrženého projektu. Podle něj by mělo dojít k vytvoření centra holdingového řízení (obchodní společnosti), jež by dohlíželo na ostatní lůžková zařízení v regionu.

Jak zastavit finanční propad?

Zástupci krajů informovali o tom, že se teprve zpřesňuje přehled o skutečné zadluženosti lůžkových zařízení a jejich příčinách. S několika konkrétními čísly však vystoupil předseda Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) Jaroslav Přehnal. Podle dat převzatých od Ústavu zdravotnických informací a statistiky (za 11 měsíců loňského roku) náklady nemocnic mezi roky 2001 a 2002 vzrostly o sedm procent, zato jejich příjmy jen o šest procent. Podle odhadů J. Přehnalova půjde nakonec (po doúčtování) celkově o zhruba čtyřprocentní zvýšení nákladů i výnosů (osobní náklady loni

vzrostly o 16 procent). Letos má podle něj dojít maximálně k tříprocentnímu navýšení finančních prostředků pro nemocnice, takže diskuse o posilování úhrad v tomto sektoru označil za mýtus.

Finanční propad u členů AČMN v období let 2001/2002 zkonkretizoval částkou 114 miliónů Kč. Zhoršování platební schopnosti má za následek nevýhodné ceny od dodavatelů, například u zdravotnických materiálů. Saldo mezi pohledávkami a závazky roste, včetně dopadu na vnitřní zadluženost nemocnic. Situaci by podle J. Přehnalova vyřešil osmiprocentní nárůst úhrad v letošním roce a MZ by muselo dosáhnout toho, aby nemocnicím nebyly zálohy propláceny opožděně. Pripustil, že v lůžkových zařízeních je nutné změnit pracovní návyky a zavést nepřetržitý provoz například na JIP, ARO či v příjmových ambulancích. Rovněž podpořil přeměnu akutních lůžek na jiné typy lůžkové péče.

Prezident ČLK David Rath informoval o rozsáhlé agendě, která vznikla díky převodu nemocnic na kraje, a potřebě obnovit povolení k jejich činnosti. Podle něj je zapotřebí postupně zvládnout kontrolu zejména u náročných provozů, tzn. ověřit přístrojové a personální vybavení.

Lékařská služba „pohotovostních kapacit“

Mnozí účastníci diskuse v senátu označili pojem LSP za přežitek minulosti, neboť nejde o poskytování první pomoci, ale spíše jen o akutní péči běžnějšího typu mimo ordinanční hodiny. Předseda senátního zdravotního výboru Tomáš Julínek (ODS) proto začal užívat pojem „pohotovostní kapacity“. Zástupci regionů přitom dokladovali, jak bez celostátního organizačního i obsahového sjednocení tohoto druhu péče vzniká v jednotlivých lokalitách příliš rozmanitá tříšť forem jejího zajištění. Někdy je LSP organizována při záchranné službě, jindy při nemocnicích, částečně ji zajišťuje Sdružení smluvních lékařů atd. J. Julínek vyjádřil názor, že tato lékařská služba spolu se záchrannou službou má patřit k tzv. síťovým, jednotně organizovaným službám, a to doslova s pomocí „mapy a kružítka“. MZ – zdá se – na tento fakt jakoby rezignovalo, uvedl, ač ředitel odboru zdravotní péče Pavel Březovský sliboval, že nový zákon o zdravotnických zařízeních tento problém vyřeší (zákon o záchranné službě zpracovaný asociací těchto poskytovatelů „vypadl“ z legislativního plánu).

Starostové některých měst v senátu připomněli přístupy zemí EU s tím, že „i naši lékaři se budou muset naučit jezdit za pacientem 24 hodin“. Prezident ČLK D. Rath doporučil, aby zajištěním LSP byly pověřeny nemocnice, včetně zapojení praktiků, a to se zvýšeným finančním ohodnocením.

Při rekapitulaci zhruba čtyřhodinové diskuse o krajském zdravotnictví předseda senátního zdravotního výboru T. Julínek zdůraznil, že stát zřejmě stále nezná cílovou podobu českého systému zdravotní péče a strukturu poskytovatelů. Není jasné, proč shodné typy zdravotnických zařízení spadají jednou pod kraj, jindy pod MZ či obec. Vybavenost krajů je rozdílná. Pomalu jediným jasným záměrem státu je stále více zasahovat do systému veřejného zdravotního pojištění. Na tato Julínkova slova navázal místopředseda sněmovního zdravotního výboru Milan Cabrnach (ODS). Ten označil záměry MZ rozhodovat například o tvorbě sítě služeb bez zdravotních pojišťoven za nebezpečný trend. K jeho kritice na adresu státní správy se připojili také zástupci Svazu zdravotních pojišťoven s tím, že „je nepořádek v kompetencích a odpovědnosti“ a jsou popírány přirozené role jednotlivých subjektů v systému.



Zákon o lékařích byl „odložen“ na březen

Až zhruba v polovině března se sněmovní zdravotní výbor má znovu zabývat návrhem zákona o lékařských povoláních. Tato norma však byla formou komplexního pozměňovacího návrhu přepracována.

Ministryně zdravotnictví Marie Součková ve sněmovním zdravotním výboru 7. února znovu obhajovala co nejrychlejší projednání návrhu zákona o lékařských povoláních. Zdůraznila, že je vhodné umožnit i českým lékařům a farmaceutům uplatnit se na evropském trhu pracovních sil, včetně možnosti získat pedagogický úvazek na zahraničních výukových a školicích pracovištích bez zbytečných administrativních bariér. Některé nezasvěcené hosty této schůze výboru přitom poněkud zaskočilo zjištění, že poslanci spolu s MZ původní návrh normy, která už ve sněmovně prošla prvním čtením, v podstatě celý přepracovali ve formě komplexního pozměňovacího návrhu. Místopředseda výboru Milan Cabrnch (ODS) to komentoval slovy, že se nyní jedná o zcela novou podobu zákona „s novou filozofií“, a doporučil jednání přerušit. Ministryně sice zkusila namítnout, že nejde o nový návrh zákona, protože „byla jen více rozvedena některá souvětí“, avšak většina poslanců se rozhodla získat více času na prostudování tohoto podkladu, k němuž budou členové výboru do března ještě přidávat další pozměňovací návrhy.

Vilém Holáň (KDU-ČSL) neprosadil myšlenku zařadit do lékařského zákona také klinické psychology, ač M. Cabrnch byl naopak připraven tento záměr podpořit, a to i pokud by šlo o logopedy. Předsedkyně výboru Milada Emmerová (ČSSD) navrhla, aby zákon vymezoval hlavní obory, zatímco dílčí obory by řešila vyhláška. M. Cabrnch poukázal na to, že podmínky posuzování zdravotní způsobilosti k výkonu povolání by měl jednoznačně upravit zákon, nikoli vyhláška MZ. Další diskuse se dotkla nevyváženého přístupu MZ k jednotlivým profesím. U lékařů se počítá s 60 dny doškolení, pokud by přerušili výkon povolání na dobu delší než pět let, zatímco farmaceuti by se museli školit minimálně 120 dnů při přerušení profese na dobu delší než tři roky.

Největší diskuse poslanců se vztahovala k ustanovením, jejichž prostřednictvím mají být nyní už v praxi působící lékaři s I. nebo II. atestací či dalším vzděláním převedeni do podmínek, které přinese nový zákon. Ačkoliv vedení České lékařské komory trvá na „generálním pardonu“, tj. prominutí doškolení, i nová verze zákona obsahuje některé, byť maximálně zmírněné požadavky na doplnění vzdělání. Zmírnění nároků se týká například některých lékařů, kteří podle stávajících předpisů získali specializaci I. stupně v základním oboru nebo specializaci I. stupně v základním oboru a specializaci v nástavbovém oboru. Odbornou praxi si nebudou muset doplňovat ti z nich, kteří získali od ČLK osvědčení k výkonu soukromé praxe a v posledních pěti letech nepřetržitě vykonávali lékařské povolání, nebo dosáhli věku 50 let či získali specializaci, kterou (nyní) stanoví MZ podzákonným předpisem. Lékaři s I. atestací v základním oboru všeobecné lékařství získávají automaticky specializovanou způsobilost. Pediatři s I. atestací budou moci vykonávat soukromou praxi, pokud pracovali v oboru déle než tři roky. Miroslav Ouzký (ODS) opakovaně vyjádřil pochybnosti o tom, zda tato a další podobná ustanovení jsou dostatečně jednoznačná, neboť jeden paragraf dosavadní výkon profese „uznává“ i do budoucna, zatímco druhé ustanovení tomu odporuje.

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

Hledám místo asistenta

Hledám místo asistenta PLDD (s případným převzetím praxe). Licenci mám. Předpokládaný termín nástupu od září 2004. Jihlavsko.
Tel.: 567 210 889, mobil: 605 414 045.

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra (i důchodce) na občasný zástup do privátní ordinace PLDD Praha 6. Dobré podmínky.
Tel: večer 235 355 913 Mobil: 604 988 174.

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra k občasným zástupům do privátní ordinace v okrese Brno-venkov.
Tel. večer: 544 228 359.