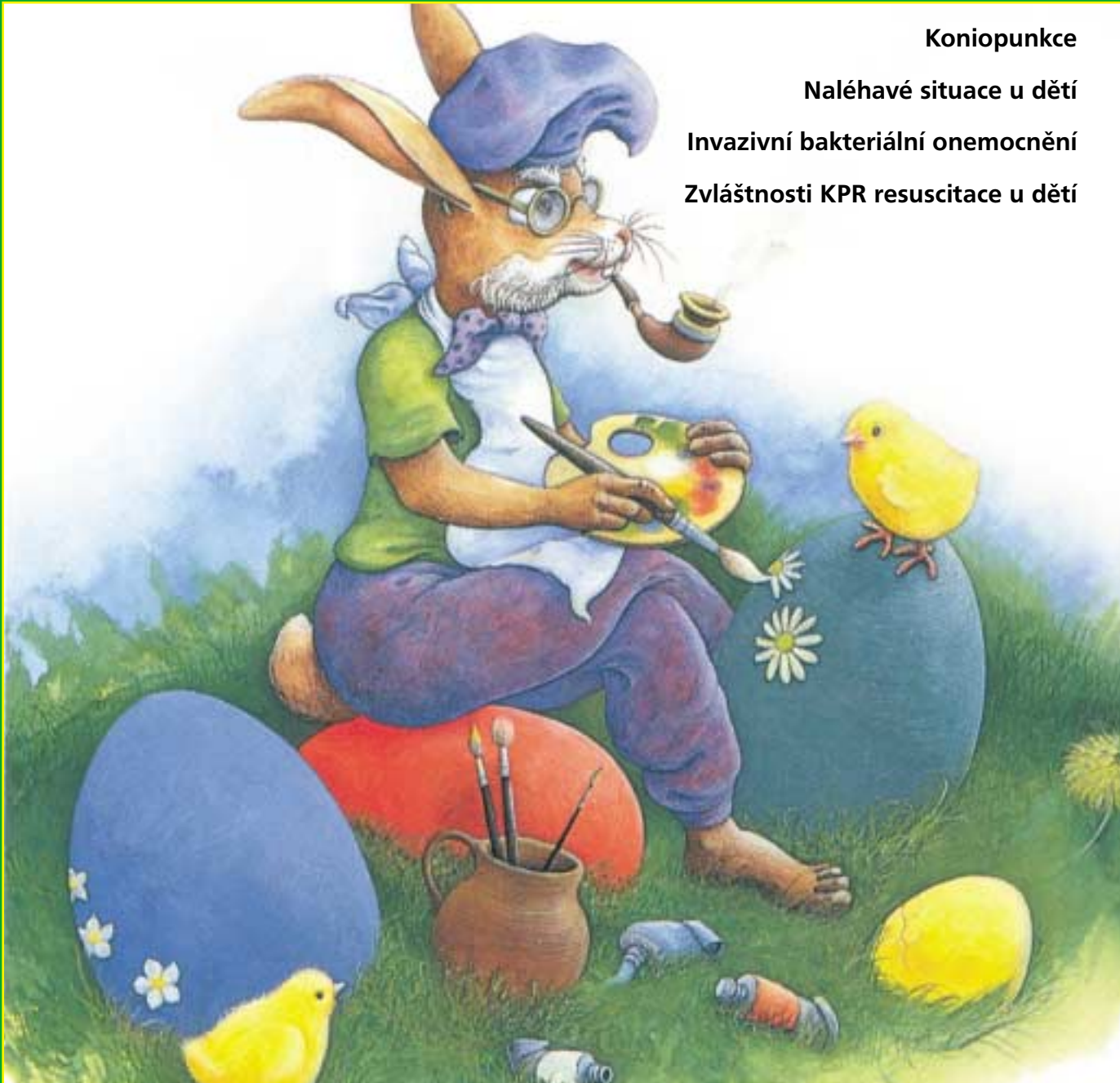


duben 2003 ■ číslo 4 ■ ročník 3

# VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Koniopunkce

Naléhavé situace u dětí

Invazivní bakteriální onemocnění

Zvláštnosti KPR resuscitace u dětí



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@detskykar.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.

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá  
za obsahovou stránku časopisu Děti a my.

**Inzerce:**

VOX PEDIATRIAE - Bc. Veronika Drahovzalová  
U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10  
tel.: 267 184 065, GSM: 602 873 761 - jen pro inzerenty  
e-mail: centrum@detskykar.cz  
e-mail: veronika.drahovzalova@detskykar.cz

obsah...



<b>Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc březen</b>	<b>5</b>
<b>Koalice ambulantních lékařů</b>	<b>6</b>
<b>Zvítězí lobby nemocnic nebo zdravý rozum?</b>	<b>7</b>
<b>Obor PLDD</b>	<b>10</b>
<b>Usnesení regionální konference - Sev. Morava a Slezsko</b>	<b>12</b>
<b>Usnesení regionální konference - Západočeský region</b>	<b>13</b>
<b>Usnesení regionální konference - Severočeský region</b>	<b>13</b>



<b>Zápis z jednání OSPDL ČLS JEP</b>	<b>14</b>
Doc. MUDr. I. Novák, CSc. a kol. <b>Některé naléhavé situace u dětí</b>	<b>15</b>
Doc. MUDr. I. Novák, CSc. <b>Invazivní bakteriální onemocnění u dětí</b>	<b>18</b>
Doc. MUDr. E. Kasal, CSc. <b>Zvláštnosti KPR v dětském věku</b>	<b>20</b>

MUDr. J. Pajerek <b>Koniopunkce v praxi</b>	<b>24</b>
<b>Přehled doškolovacích kurzů 1. LF UK v Praze</b>	<b>28</b>

<b>Hexavac - kombinovaná očkovací látka</b>	<b>31</b>
---	-----------



<b>Aktuality</b>	<b>32</b>
<b>Řádková inzerce</b>	<b>38</b>



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 Krzysztof Kosowski



Sousloví „přivánání ke vstupu do Evropské unie“ se v České republice stalo zaklínadlem jak pro očekávané změny „k horšímu“, tak i „k lepšímu“. Ze sdělovacích prostředků se stále ještě dozvídáme, co všechno bude třeba udělat pro umožnění pohybu „pracovní síly“, zboží a peněz, co se musí „dodělat“ v našem právním rádu či v soudnictví, co se musí stát v oblastech jaderné energetiky, dopravy i v zemědělství, či co bude nezbytné udělat pro nebo proti globalizaci. Vnímáme-li řečené pozorně, narůstá v nás většinou pocit, že pro dosažení zmiňovaných velkých a „vznešených“ cílů nemůžeme udělat více než to, že jejich řešení bez reptání přijmeme.

V souvislosti se „vstupem do Evropské unie“ se již také delší dobu hovoří - žel bez hmatatelnějších výsledků - o tom, co je třeba udělat pro budoucí „evropskou“ podobu našeho zdravotnictví.

Diskutuje se většinou o tom, zda je ve zdravotním pojištění správně nastavena míra solidarity a výše finanční spoluúčasti pacientů, jak by mělo vypadat financování zdravotnictví, aby náš zdravotnický personál nebyl „nucen“ odcházet za výdělkem do ciziny. Na pořad dne přicházejí ponejvíce „témata velká“, na „témata malá“ a občanská zatím jaksi nezbyvá čas. Záplava informací o nutnostech souvisejících se „vstupem do Evropské unie“ pak našemu občanovi znemožňuje rozlišit od sebe to, co bude skutečně nezbytné ve veřejném zájmu od toho, co je skupinovým nebo politikařským zájmem.

Nebylo-li však prozatím v řadě otázek a „velkých témat“ dosaženo všeobecného konsensu, nemělo by to být důvodem k tomu, že nebudeme společnými silami prosazovat již dnes to, co je ve většině vyspělých evropských zemí naprostou samozřejmostí: že se je třeba starat o vlastní zdraví i o zdraví blízkých, neboť předcházení nemocí je správné a vyplácí se. O tom však nelze naše spoluobčany přesvědčit jednou deklarací, ale trpělivou a od dětství vedenou systematickou výchovou. Nezastupitelná role ve výchově našich maminek a odrostlejších dětí - neb „proutek se ohýbá lépe, je-li mladý“ - přináležejí v našem současném i budoucím systému zdravotní péče praktickým lékařkám a lékařům pro děti a dorost. A budou-li tuto úlohu plnit svědomitě - nebo plnit už dokonce jenom tuto úlohu, zaznívající názory o potřebě „odumrtí“ této odbornosti musí být - a věřím, že i budou - zameteny pod koberec.

Jsem přesvědčena o tom, že lze již v současné době - narozdíl od oněch „velkých cílů“ - mnohé vykonat pro „zdraví, které je dobro, o kterém nevíme, dokud ho neztratíme“. Že je možné a užitečné plédotvat pro změnu životního stylu vedoucího ke vzniku chronických chorob v životní styl, který podporuje tělesné i duševní zdraví a umožňuje člověku prožít dlouhý život v dobré kvalitě i v relativní pohodě.

„Lidé žádají v modlitbách zdraví, ale že sami v sobě mají nad ním moc, nevědí“ řekl a napsal filozof Demokritos. Tím výrokem neprojevil nedůvěru k lékařům, ale důmyslně vyjádřil to, co říká jinými slovy staré české přísloví: „Běhej k doktorovi dřív, než nemoc přiběhne za tebou“.

V naší zemi máme poměrně dobře uspořádaný systém preventivních lékařských prohlídek pro novorozence, děti ve věku do 18 let, pro ženy a pro dospělé. Provádění preventivních prohlídek Všeobecná zdravotní pojišťovna všemožně podporuje a bude proto i nadále usilovat i o jejich lepší finanční ohodnocení. Těší mě, že povědomí našich klientů o významu preventivních prohlídek v posledních třech letech roste, jak nasvědčují statistická čísla, která mám k dispozici. Srovnám-li však tato čísla s čísly zahraničními ukazuje se, že možnosti podrobit se preventivním prohlídkám dobrovolně a v pravidelných intervalech využívá mnohem méně našich dětských a zejména dospělých klientů, než je tomu v zemích, kde se pacienti musí výrazněji finančně spolupodílet na úhradě čerpané zdravotní péče.

Možná, že si ve vztahu k prevenci celá řada našich spoluobčanů myslí totéž, co řekl jistý pan Huxley: „Lékařská věda dosáhla takového pokroku, že nikdo na světě už není zdravý“. To si však doopravdy může myslet jenom ten, kdo chodí k lékaři pouze tehdy, je-li nemocen a neví, že preventivní prohlídky přispívají nejenom k předcházení nemocí, ale i k poznávání širších souvislostí, k větší sdílnosti a v neposlední řadě i k vzájemné důvěře pacienta a lékaře.

Spolu s našimi nezletilci, kterých se rodí stále méně a méně, vás proto chci, vážené lékařky a vážení lékaři, vyzvat a povzbudit k tomu, abyste neustále a živě upozorňovali maminky a tatínky vašich malých i větších klientů nejenom na vše, co dokáže škodit lidskému zdraví, ale i na to, co dokáže prožívání života zlepšovat. A aby to, co pro své zdraví udělají nevnímali tak, jako to kdysi kdysi řekl spisovatel M. Twain: „Patrně jediný způsob, kterak si zachovat zdraví, je jíst, co ti nechutná, pít, co se ti osklívá a dělat, co se ti nechce“.

Jsem přesvědčena, že moudrou výzvou Evropy k rozšiřování prevence a zintenzivnění úsilí o změnu životního stylu našich společných klientů bychom na prahu 21. století a členství v Evropské unii neměli přeslechnout.

Ing. Jiřina Musílková

### Retence varlete

Bolesti břicha v dětském věku

Jednodenní chirurgie v pediatrii

Laparoskopická appendectomie



### seznam inzerujících firem

AVENTIS PASTEUR  
GlaxoSmithKline  
LÉČIVA  
NESTLÉ  
NUTRICIA  
ORION DIAGNOSTICA  
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 březen

MUDr. Pavel Neugebauer

Březen, měsíc knihy, svátku žen, příchodu jara, pojmy, které známe z minulosti. Pro nás se však březen stal nadějí pro budoucnost, neboť zdravotní výbor Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR i po společném jednání s petičním výborem doporučil plénu sněmovny takovou změnu zákona o odborné a specializované způsobilosti k výkonu povolání lékaře, která nás konečně řadí na roveň s kolegy dospělými praktiky, resp. praktiky pro dospělé. Březen je také již tradičně měsícem regionálních konferencí, ne jinak je tomu i letos. Letošní březen se stal také historicky prvním měsícem, kdy bylo nutné řešit protest jedné skupiny poskytovatelů proti dohodám uzavřeným jinými skupinami poskytovatelů v rámci dohodovacího řízení o cenách.

## Chronologický přehled:

**5.3.** - jednání se zdravotním radou Královéhradeckého kraje MUDr. Hajzmanem, CSc., jednání jsem se zúčastnil spolu s regionální předsedkyní MUDr. Šrůtkovou, nastíněny byly základní možnosti spolupráce, diskutována organizační struktura LSPP, kupodivu nebyla naše stanoviska zásadně odlišná, pokud by atmosféra dalších jednání byla v podobném konstruktivním duchu, mohlo by jít pro nás o přínosnou spolupráci.

**8.3.** - první ze série regionálních konferencí, v poněkud komorním provedení proběhla konference Jihočeského regionu, volby zcela změnily obsazení regionálního výboru, dlouholetý matador nakonec stáhl svou kandidaturu, a tak si budeme zvykat, že jih naší země již není reprezentován zkušeným Jardou Bočínským, patří mu naše poděkování, neměl to vždy jednoduché, zajímavá diskuse se zdravotním radou MUDr. Hejdukem nám ukázala, jak obtížná jednání čekají naše nové zástupce.

**10.3.** - další jednání pracovní skupiny k financování zdravotnictví Českého zdravotního fóra, v popředí byla tentokrát problematika dohodovacích řízení ve smyslu možných toků ekonomických rozborů, a to jak ze strany plátců, tak i poskytovatelů, pokud vše dospěje k jasně formulovaným výstupům, určitě se s nimi setkáte na našich stránkách.

**11.3.** - v podvečerních hodinách proběhlo v Parlamentu společné jednání petičního a zdravotního výboru Poslanecké sněmovny, tématem bylo vypořádání naší petiční akce, nás moc nepřekvapila neúčast ministryně zdravotnictví, její poselství pro toto jednání otiskujeme na jiném místě, s povděkem jsme přijali toto jednání, neboť zde většinou zněla podpora naší aktivity, především se zdůrazněním skutečnosti, že naše petiční akce se snaží předejít možným problémům.

**12.3.** - zdravotní výbor Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR doporučil k projednání plénum sněmovny pozměňovací návrh zákona o odborné a specializované způsobilosti k výkonu povolání lékaře, který reflektuje i celou řadu námi požadovaných změn, mimo jiné upravuje pro nás uspokojivě současné postavení PLDD, zdá se, že petiční akce splnila svůj účel, historie nás však učí, abychom nepředbíhali událostem.

**17.3.** - na půdě ZP MV proběhlo jednání, jehož hlavním smyslem bylo možné nastavení vzájemné spolupráce, možnosti komunikace a k řešení byly předloženy některé palčivé problémy, zápis zveřejníme po jeho obdržení.

**18.3.** - jednání Koalice ambulantních zařízení, této problematice se více věnujeme na jiném místě.

**20.3.** - proběhlo mimořádné jednání dohodovacího řízení o cenách na 2. pololetí le-

tošního roku s cílem vypořádání se s podáním protestu proti uzavřeným předběžným dohodám skupinou poskytovatelů lůžkové péče, také této problematice se více věnujeme na jiném místě.

**22.3.** - pokračuje série regionálních konferencí, tentokrát na západě Čech, také zde došlo ke změnám, takže v čele je opět nová krev, i když dr. Pečenková zůstala nadále členkou regionálního výboru, bude tak moci bezprostředně předávat své bohaté zkušenosti nové předsedkyni, diskuse se tentokrát musela obejít bez zástupců kraje, neboť tito na jednání nedorazili.

**29.3.** - cyklus konferencí v tomto měsíci uzavřel dvojblok souběžných konferencí jižní a severní Moravy, přes dlouhodobé plánování termínů našich akcí se nakonec nepodařilo vypořádat termínovou kolizi obou těchto akcí, určitě je třeba si vzít ponaučení pro příště a podobným souběhům se vyvarovat, na severu se pokračovalo v trendu zvolení nových regionálních předsedů, to jih zůstal konzervativní a volby potvrdily ve funkci staronovou předsedkyni dr. Hülleovou, jako první tak obhájila svou pozici, dr. Pukovec však obdobně, jako dr. Pečenková ze západu zůstal členem regionálního výboru.

Podrobnější informace z jednotlivých konferencí najdete na dalších stránkách, případně v dalším čísle.

## Sdělení kanceláře SPLDD ČR:

**Upozorňujeme, že uběhla lhůta pro zaplacení členských příspěvků (do 31.3.2003). Kdo ještě členské příspěvky neuhradil, ať tak učiní v nejbližší době. Děkujeme.**



## Koalice ambulantních lékařů

Aktuální situace dává za pravdu, že uskupení typu Koalice ambulantních lékařů je nezbytné, neboť pouze spojením sil je možné odolávat různým tlakům, nebo naopak různé tlaky vytvářet. Provozovatelé současné sítě soukromých ambulancí, byť jsou početně výrazně zastoupeni v systému poskytování zdravotní péče, musí stále čelit různým tlakům, které by mohly ve svém důsledku vést až k jejich faktické likvidaci, resp. likvidaci činnosti jejich soukromých ambulancí. I když se na některých stanoviscích všichni zakládající členové Koalice neshodnou, je dobře a je žádoucí, aby byly aktuální problémy mezi nimi diskutovány, přinejmenším pro získání jasného stanoviska zástupců jednotlivých zastoupených organizací. Proč tomu tak je, o tom budou i níže zveřejněné materiály.

### ■ Materiál č. 1:

#### **Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů dne 18.3.2003 v kanceláři SPL ČR.**

**Přítomni:** MUDr. Pekárek, MUDr. Tautermann, MUDr. Dvořák, MUDr. Příběh, MUDr. Jelínek, Mgr. Uher, MUDr. Šmatlák, MUDr. Uhrová.

1. K návrhu novely zákona 220, který byl zveřejněn cestou poslanců a Zdravotnických novin konstatuje MUDr. Pekárek, že s navrženým textem nesouhlasí. Není to tedy společný návrh Koalice.

2. Pozvání na konferenci SPL ČR 12.4. v Národním domě na Vinohradech a Celostátní sjezd SSG 1.6. 11.30 v hotelu Voroněž v Brně.

3. Shoda na přípravě návrhu novely zákona 160 – dědění praxí.

4. Na konferenci SSL 21.3. je pozvána i ministryně – projednání výsledků dohodovacího řízení a odmítnutí způsobu, jakým nemocnice napadají uzavřené dohody. Budeme trvat na zdůvodnění a argumentovat tím, že nemocnice pro své ambulance měly možnost přistoupit na stejné podmínky, jako si vyjednaly ambulance. Nemocnice nedodržely formální postup při zpochybnění ostatních dohod. Znovu budeme apelovat na oddělení rozpočtu nemocnic.

*Zapsal: Dr. Jelínek*

### ■ Materiál č. 2:

#### **Stanovisko prezidenta ČLK MUDr. Davida Ratha k novému návrhu na změnu zákona o Komorách, který vzešel z lékařských kruhů. Zakotvuje krajské orgány Komory, omezuje povinné členství jen na soukromé lékaře, odborné zástupce a vedoucí lékaře. Ostatní lékaři by podléhali pouze registraci.**

Návrh vzešel ze Sdružení praktických lékařů a jeho cílem je úplná destrukce současné komory a vznik komory nové, naprosto odlišné od současné. Návrh počítá se dvěma kategoriemi lékařů: „podčleny ČLK“, kteří nebu-

dou smět volit a být voleni – to budou prakticky všichni zaměstnanci – a „nadčleny“, soukromými lékaři, kteří by měli všechna práva. Podobný model nemá v civilizovaných zemích obdoby a snad by se našly některé paralely v historii – apartheid v Jihoafrické republice či Třetí říše. Cíl návrhu je jednoduchý. Sdružení neuspěla v demokratické a svobodné soutěži na sjezdu delegátů. Pokud neuspěla demokraticky, zkouší to nyní pučem. Takovým návrhem se už z podstaty nemůže zabývat žádný demokratický parlament a nemůže jej ani předložit žádný poslanec, neb jde o výraz naprosto odlišné politické kultury. Díkce návrhu hodně vypovídá o jeho tvůrcích a o jejich politické kultuře, vztahu a respektu k demokratickým strukturám. Tvůrci tím demaskovali i svůj vztah k ostatním kolegům, kterými pohrdají. Pohrdají i názorem nejvyššího orgánu ČLK – sjezdu delegátů, přičemž delegáty považují za nesvéprávné hlupáky.

### ■ Materiál č. 3:

#### **Stanovisko zástupců profesních sdružení ambulantních lékařů k současné situaci v ČLK**

Už se zase dočítáme z tisku informace o vrázení kudly do zad České lékařské komory, organizaci, která hájí zájmy všech lékařů, organizaci, ve které jsme všichni povinnými členy. Je pozoruhodné, že za nepřítele a zrádce je vždy označen ten, kdo si dovolí pojmenovat nějakou skutečnost jinak, než stávající prezident. Minimum faktických argumentací, zato o to ostřejší výpady proti profesním sdružením samotným i proti jejich představitelům, kteří stojí v čele organizací, kde je členství založeno na dobrovolnosti a které se staly již tradičními a uznávanými partnery při jednáních na nejrůznějších úrovních života naší společnosti, zejména při jednáních s problematikou zdravotnictví.

Získání těchto pozic nebylo jednoduché, jsou za tím tisíce hodin dobrovolné činnosti demokraticky zvolených kolegů, kteří na úkor svého volného času připravují řadu materiálů, které mají hájit zájmy svých členů, zájmy, které dosud zákonná profesní organizace hájila nedostatečně, nebo neměla onen zákonný mandát právě tyto zájmy hájit. Je snazší vystupovat z pozice organizace, která má některá zákonná zmocnění, která však při neúspěchu raději sahá po zakládání účelových organizací, jejichž faktická existence balancuje na hraně zmíněné zákonnosti (ČLK o.s.). Kdyby se někdo zeptal, jak se taková pozice buduje, asi by se dozvěděl, že určitě ne cestou laciných proklamací či urážení protistrany.

V souvislosti s výše uvedeným titulkem neškodí připomenout několik důležitých faktů:

1. Již při vzniku novodobé ČLK bylo povinné členství předmětem mnoha diskusí, přičemž nakonec zvítězil názor, že pro zahájení činnosti této organizace je povinné členství důležitým faktorem. Nicméně již tehdy byly nepřehlédnutelné názory, že do budoucna povinnost členství nemusí být podmínkou. Vyskytly se i názory, že členství by mělo být otázkou cti. Povinné členství tak bylo uvažováno jako časově omezené. Nebyl to právě současný prezident ČLK, který při své kandidatuře kladl důraz na nepovinné členství?

2. Je téměř pravidlem, že úprava jednoho zákona vyvolá i nutnost změny zákona jiného. Nezbytnost úpravy kompetencí ČLK v souvislosti s návrhem Zákona o odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu povolání lékaře... je zřejmá. Samotný návrh již jednu z posledních faktických kompetencí ČLK – licenční pravomoc výrazně redukuje. Skončí to jenom tímto ustanovením? Není třeba připravit materiál, který by mohl být případně nabídnut jako alternativa? Alterna-



## Zvítězí lobby nemocnic nebo zdravý rozum?

tiva, která je pro nás lékaře přijatelnější? Nebylo by dobré se zamyslet nad možnými změnami organizační struktury ČLK v souvislosti s novým krajským uspořádáním? Tyto otázky pokládáme v době, kdy se připravuje celá řada dalších nových legislativních norem.

3. Co říct k materiálům zveřejňovaným v posledních týdnech, hovořících o nekompetentním, účelovém a neprůhledném financování některých aktivit současného vedení ČLK (propojení Komorového časopisu Tempus s dalšími časopisy - Osobní lékař, Medicína), účast členů vedení ČLK v soukromých firmách využívajících jméno a kredit ČLK, nebo např. k pokutě skoro 0,5 mil za zveřejnění Ceníku za nadstandardní výkony přes tolik proklamovaný dokonalý právní servis ČLK?

Uvedené skutečnosti se nemohly neproμίtnout i do jednání zástupců ambulantních lékařů, které spojuje společný záměr hájit oprávněné zájmy provozovatelů ambulantních zařízení. Vznikla myšlenka se na možné skutečnosti připravit. Patří sem samozřejmě i již odeslané podání k Ústavnímu soudu, které napadá rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o cenách, patří sem nepochybně i problematika ČLK. Začal se rodit materiál, který dříve, než prošel důkladnou oponenturou, je již diskutován ve zdravotnickém tisku. Rozhodně se tedy nejedná o izolovanou aktivitu SPL ČR, proti kterému účelově a neinformovaně vystoupil MUDr. Rath, ale o společnou aktivitu spolu s SPLDD ČR, SSG ČR a SSL ZP ČR. Zároveň znovu zdůrazňujeme, že se jedná v tuto chvíli čistě o pracovní materiál, který by měl být dále diskutován, a teprve poté se rozhodne, jak bude i nadále s tímto materiálem naloženo. Není vyloučena ani participace ČLK, zmíněná reakce jejího prezidenta však tuto skutečnost značně komplikuje.

V Praze dne 24.3.2003

Za SPL ČR MUDr. Václav Šmatlák  
Za SPLDD ČR MUDr. Pavel Neugebauer  
Za SSL ZP ČR MUDr. Pavel Tautermann  
Za SSG ČR MUDr. Vladimír Dvořák

Pro VOX zpracoval:  
**MUDr. Pavel Neugebauer**  
předseda SPLDD ČR

**Omlouvám se čtenářům za laciný titulek, ale doufám, že níže uvedené skutečnosti mě vedou k použití právě těchto slov. Jak jinak si vysvětlit napadnutí uzavřených předběžných dohod v našem segmentu, ale i v segmentu ambulantní specializované péče, domácí zdravotní péče, fyzioterapie - nelékařské profese a lázeňské péče dohodovacího řízení o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro období 2. pololetí 2003? Úsudek po přečtení předložených materiálů ponechám na Vás, našich čtenářích.**

### ■ Materiál č. 1:

**Text protestu - identický pro všechny napačené segmenty, změna je pouze v pojmenování skupiny poskytovatelů.**

**Věc: Protest proti předběžné dohodě ve skupině poskytovatelů praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro období 2. pololetí 2003.**

Skupina ústavní péče tímto uplatňuje protest proti předběžné dohodě uzavřené při jednání zdravotních pojišťoven a skupiny praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost o hodnotě a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro období 2. pololetí roku 2003.

Důvodem podání protestu je skutečnost, že předběžná dohoda porušuje oprávněný zájem poskytovatelů ústavní péče tím, že za stejnou či srovnatelnou péči, která se poskytuje v zařízeních ústavní péče, se nepodařilo sjednat předběžnou dohodou stejné či srovnatelné podmínky hodnoty bodu a výši úhrad.

V Praze dne 13.3.2003

**Ing. Kunová Jaroslava**  
koordinátor skupiny ústavní péče

### ■ Materiál č. 2:

**Společná reakce koordinátorů, tj. i naše:**

**Stanovisko koordinátorů skupin poskytovatelů ambulantní specializované péče, skupiny poskytovatelů domácí zdravotní péče, skupiny poskytovatelů fyzioterapie - nelékařské profese, skupiny praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a do-**

**rost, skupiny poskytovatelů lázeňské péče a zástupce sdružení NZZ APRIMED k protestům proti uzavřeným předběžným dohodám uplatněným zástupci skupiny poskytovatelů ústavní péče:**

1. Z materiálů analytické komise porovnávajících výši a strukturu nákladů na zdravotní péči za období od I. pololetí 1998 do II. pololetí 2002 je zřejmé, že vývoj objemu úhrad pro segment lázeňské péče za posledních 5 let nenaznačuje, že by sjednané dohody o cenách lázeňské péče měly za následek větší nárůsty úhrad pro tento segment oproti jiným segmentům, tzn. že těmito dohodami nedocházelo a nedochází k porušení oprávněných zájmů poskytovatelů ústavní ani jiné péče. (Zatímco celkové náklady na zdravotní péči se v roce 2002 oproti roku 1998 zvýšily o 34,5 % a náklady na ústavní péči o 36,2 %, náklady na lázeňskou péči se zvýšily pouze o 16,9 %.)

2. Dohody v segmentech praktických lékařů, ambulantní specializovaná péče (vč. hemodialýzy), fyzioterapie a v segmentu domácí zdravotní péče znamenají nárůst cen oproti referenčnímu období o cca 5,5 %. Tyto nárůsty jsou v odpovídající relaci s odhadovaným nárůstem zdrojů veřejného zdravotního pojištění pro rok 2003, který byl potvrzen účastníky mimořádného jednání analytické komise dne 21. února 2003, kterému byli přítomni rovněž zástupci ministerstva zdravotnictví. Sjednané ceny pro všechny segmenty obsahují různé limity a vzájemně se doplňující regulační opatření garantující do značné míry stabilitu systému. V žádném případě sjednané ceny nevedou k zvýšení podílu úhrad z celkového objemu zdrojů pro tyto



segmenty na úkor jiných segmentů, resp. na úkor segmentu ústavní péče.

3. Z protokolu o nedohodě v segmentu ústavní péče vyplývá, že zástupci poskytovatelů ústavní péče v rámci jednání přípravné fáze nepředložili žádné návrhy na stanovení cen zdravotní péče poskytované ambulantně v zařízeních ústavní péče stejným způsobem jako u ambulantních zdravotnických zařízení. V minulých obdobích se tyto návrhy objevily, když však bylo zřejmé, že použití stejných cen je nutně spojeno s použitím i stejných regulačních opatření (vč. KORKO), byly tyto návrhy zástupci sdružení poskytovatelů ústavní péče odmítnuty.

4. S ohledem na výše uvedené a dále s ohledem na současný způsob stanovení cen pro segment ústavní péče a platnou legislativu upravující postup v případech, kdy dohodovací řízení nedojde k dohodě, je zřejmé, že motivem zástupců poskytovatelů ústavní péče k podání protestů proti uzavřeným dohodám není deklarovaná ochrana oprávněného zájmu poskytovatelů ústavní péče, ale spíše snaha zvýhodnit segment ústavní péče oproti ostatním segmentům, a to na základě kalkulací, že v případě nedohod, resp. při zpochybnění uzavřených dohod, ponechá ministerstvo zdravotnictví v platnosti ceny na I. pololetí 2003, což by v praxi znamenalo, že segment ústavní péče bude mít možnost nárůstu cen oproti referenčnímu období o cca 8% narozdíl od ostatních segmentů, kdy by nárůst cen nebyl žádný nebo výrazně nižší.

5. Uplatněné protesty proti předběžným dohodám jsou deklarativní a neobsahují žádné rozborů dokladující údajné porušení oprávněného zájmu poskytovatelů ústavní péče. Protože uplatněné protesty nespĺňují základní náležitosti vyžadované Jednacím řádem dohodovacího řízení, není možné proti takovýmto protestům věcně argumentovat a proto navržená schůzka na 25.3.2003 se jeví jako bezpředmětná.

6. Níže podepsaní vyzývají zástupce poskytovatelů ústavní péče, aby:

- vysvětlili, proč neuplatňovali protesty proti obdobným uzavřeným dohodám při minulých jednáních dohodovacího řízení,
- vzali zpět protesty proti uzavřeným předběžným dohodám,
- doložili komplexní rozborů prokazující

předložená tvrzení, pokud by na uplatněných protestech trvali,

d) již v současné době ve spolupráci se zástupci ostatních segmentů a se zástupci zdravotních pojišťoven připravovali přechod na systém úhrad ústavní péče na principech DRG a hrazení ambulantně poskytované péče zařízeními ústavní péče stejným způsobem jako v ambulantních zdravotnických zařízeních, a to včetně použití stejných regulačních opatření.

7. Níže podepsaní žádají zástupce jednotlivých zdravotních pojišťoven, aby:

a) zveřejnili údaje o vývoji počtu ošetřených pojištěnců a o vývoji výkonnosti jednotlivých segmentů zdravotní péče, tj. údaje o objemu poskytnuté péče (výkony v bodech, ZUM, ZULP a léky na recepty v Kč),

b) zveřejnili údaje o vývoji počtu ošetřených pojištěnců a o vývoji výkonnosti segmentu ústavní péče v členění dle druhu poskytované péče (tj. odděleně akutní nemocniční péče, OLÚ, následná péče, ambulantní specializovaná péče, komplement, domácí zdravotní péče, fyzioterapie nelékařské profese, praktičtí lékaři, stomatologická péče a záchranná služba, LSPP a doprava raněných).

8. Níže podepsaní vyzývají zástupce zdravotních pojišťoven a zástupce poskytovatelů zdravotní péče v segmentech, kdy v přípravné fázi nebylo dosaženo dohody (tj. ústavní péče, komplement a záchranná služba, LSPP a doprava raněných), aby pokračovali v jednáních a pokusili se uzavřít dohody o cenách na II. pololetí 2003 do konce oponentní a schvalovací fáze probíhajícího dohodovacího řízení, jak umožňuje Jednacím řád DŘ.

V Praze dne 20. března 2003

#### Podepsáno:

*MUDr. Pavel Tautermann, koordinátor poskytovatelů ambulantní specializované péče*  
*MUDr. Pavel Neugebauer, koordinátor poskytovatelů péče praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost*  
*Bc. Blanka Misconiová, koordinátor poskytovatelů domácí zdravotní péče*  
*Margita Černá, koordinátor poskytovatelů fyzioterapie nelékařské profese*  
*MUDr. Roman Salamanczuk, koordinátor poskytovatelů lázeňské péče*  
*Ing. Aleš Král, předseda představenstva sdružení NZZ APRIMED*

#### Materiál č. 3:

#### Kalkulace nárůstu cen zdravotní péče dohodnuté v předběžných dohodách pro období II. pololetí 2003

##### Amb. spec. péče – bez hemodialýzy

dohodnutá cen bodu na II. pol. 2003	1,04 Kč
cena bodu platná ve II. pol. 2002	1,02 Kč
% nárůstu ceny bodu	1,96 %
nárůstu ceny v důsledku změny min. rezie	0,50%
% nárůstu ceny v důsledku změny metodiky	3,00%
<b>celkové % nárůstu ceny</b>	<b>5,46%</b>

##### Hemodialýza

dohodnutá cena se v porovnání s II. pol. 2002 nemění	
<b>celkové % nárůstu ceny</b>	<b>0,00%</b>

##### Fyzioterapie – nelékařské profese

dohodnutá cen bodu na II. pol. 2003	0,96 Kč
cena bodu platná ve II. pol. 2002	0,92 Kč
% nárůstu ceny bodu	4,35%
% nárůstu ceny v důsledku změny min. rezie	0,85%
% nárůstu ceny v důsledku změny metodiky	0,00%
<b>celkové % nárůstu ceny</b>	<b>5,20%</b>

##### Domácí zdravotní péče

dohodnutá cena bodu na II. pol. 2003	
– zař. kompl. péče	1,07 Kč
dohodnutá cen bodu na II. pol. 2003 – zař. ostatní	0,90 Kč
odhad objemu péče v zařízeních kompl. péče ve II. pol. 2003	85%
odhad objemu péče v ostatních zařízeních dom. péče ve II. pol. 2003	15%
cena bodu platná ve II. pol. 2002 (pro obě skupiny)	1,00 Kč
% nárůstu ceny bodu	4,45%
% nárůstu ceny v důsledku změny min. rezie	0,65%
% nárůstu ceny v důsledku změny metodiky	0,00%
<b>celkové % nárůstu ceny</b>	<b>5,10%</b>

**Praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost – kapitace (95 %)**

dohodnutá základní výše kapitační platby na II. pol. 2003	33,00 Kč
dohodnutá cen bodu na II. pol. 2003	0,90 Kč
průměrný podíl kapitace na celkových úhradách	84%
průměrný podíl výk. úhrad na celkových úhradách	16%
základní výše kapitační platby ve II. pol. 2002	31 Kč
cena bodu platná ve II. pol. 2002	0,87 Kč
% nárůstu ceny v důsledku zvýšení kap. platby	6,45%
% nárůstu ceny v důsledku zvýšení ceny bodu	3,45%
% nárůstu ceny v důsledku změny metodiky	0,02%
<b>celkové % nárůstu ceny</b>	<b>5,97%</b>

**Praktičtí lékaři****– výkonový způsob úhrady (5 %)**

dohodnutá cena se v porovnání s II. pol. 2002 nemění	
<b>celkové % nárůstu ceny</b>	<b>0,00%</b>

**■ Materiál č. 4:**

**Záznam z mimořádného jednání účastníků Dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 2. pololetí 2003 v rámci oponentní a schvalovací fáze konaného dne 25. března 2003**

**Místo konání:** VZP ČR Orlická 4, Praha

**Přítomni:** účastníci dle prezenční listiny, jako host se jednání účastnila Ing. Nikoličová MZ ČR (s přítomností zástupce MZ vyslovili souhlas všichni účastníci jednání)

Mimořádného jednání v rámci oponentní a schvalovací fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 2. pololetí 2003 (dále jen DŘ) se uskutečnilo v souladu s odstavcem 5 Článku 2 Jednacího řádu v návaznosti na uplatněné protesty vůči učiněným dohodám. Jednání zahájil z titulu svolavatele Ing. Ladislav Friedrich, CSc., generální ředitel OZP, který seznámil všechny účastníky jednání s povinností vyplývajícími z odstavce 5 Článku Jednacího řádu DŘ.

V úvodu jednání vystoupila z pověření MZ ČR Ing. Nikoličová, prezentovala vůli MZ ČR připravit návrh změny ustanovení § 17 zákona č. 48/1997 Sb. a vyzvala všechny účastníky mimořádného jednání, aby předali v termínu do 15. 4. 2003 své návrhy na úpravu předmetného § 17 prostřednictvím e-mailové pošty na adresu: nikolic@mzcr.cz (případně marie.nikolicova@mzcr.cz). Kopie jednotlivých návrhů doporučila zaslat na e-mailovou adresu svolavatele DŘ (sekretar.gr@ozp.cz).

MUDr. Přehnal přednesl požadavek na projednání uplatněných návrhů a připomínek.

Ing. Nikoličová přislíbila výstup z připomínkového řízení v termínu do 29.4.2003, kdy má být pozměňovací návrh předložen vládě.

RNDr. Ambrožová seznámila účastníky jednání se závěry mimořádného jednání analytické komise konané dne 24.3.2003. Analytická komise na jednání konaném dne 24.3.2003 konstatovala následující závěry:

- sjednané předběžné dohody pro 2. pololetí 2003 jsou v intencích očekávaného nárůstu výběru pojistného za rok 2003, tj. lze očekávat, že nárůsty úhrad v předmetných segmentech se budou v roce 2003 ve srovnání s rokem 2002 pohybovat kolem 5,5%,
  - nárůsty úhrad v jednotlivých segmentech (bez ohledu, zda byla dosažena dohoda či rozhodovalo MZ ČR) za poslední 2 roky jsou srovnatelné, tj. žádný segment nevykazuje výrazné výchyly v procentních nárůstech ať již plus či minus oproti ostatním segmentům,
  - problém nedosažení dohody v segmentu lůžkové péče je dlouhodobý problém. Vlastní protest proti dohodám na 2. pololetí 2003 je pak reakce na narůstající závazky nemocnic po lhůtě splatnosti.

Poté Ing. Friedrich seznámil přítomné s doručenými protesty vůči učiněným předběžným dohodám v rámci přípravné fáze DŘ (viz příloha č. 2 a č. 3) a ve smyslu odstavce 5 Článku 2 Jednacího řádu vyzval zástupce dotčených segmentů k projednání předmetných protestů.

Rozpravu zahájila pí Bc. Misconiová – zá-

stupce skupiny poskytovatelů domácí zdravotní péče, která vyzvala zástupce ústavní péče ke konkretizaci protestu a seznámila účastníky i s protestem ČAPA (viz příloha č. 3) i stanoviskem ADP ČR (příloha č. 4) zaslanému ČAPA. Zástupci poskytovatelů ústavní péče během diskuze nepředložili žádný doplňující materiál parametrizující uplatněný protest, nicméně k výzvě pí Bc. Misconiové ke stažení protestu zaujali zamítavé stanovisko a jednomyslně setrvali u protestu v původním znění. Zástupci poskytovatelů domácí zdravotní péče a zástupci všech zdravotních pojišťoven následně jednomyslně protokolárně vyjádřili svůj souhlas s původní předběžnou dohodou a tuto předběžnou dohodu potvrdili (viz příloha č. 5).

Obdobně probíhala jednání ve všech dotčených segmentech, tj. ve skupině poskytovatelů:

- fyzioterapie – nelékařské profese (odbornost 902 a 918) v ambulantních zdravotnických zařízeních,
- ve skupině poskytovatelů lázeňské péče,
- ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost i
- ve skupině ambulantní specializované péče s tím, že k výzvě zástupců jednotlivých segmentů na stažení protestu zaujali zástupci ústavní péče zamítavé stanovisko a i nadále setrvali u protestu v původním znění.

Zástupci všech výše jmenovaných skupin poskytovatelů jednomyslně označili protest zástupců ústavní péče za irelevantní a věcně nepodložený. (Stanovisko koordinátorů – zástupců jednotlivých skupin poskytovatelů je uvedeno v příloze č. 10).

Následně zástupci všech výše jmenovaných skupin poskytovatelů a zástupci zdravotních pojišťoven protokolárně vyjádřili souhlas s původními předběžnými dohodami učiněnými v přípravné fázi DŘ a tyto předběžné dohody potvrdili (viz přílohy 6, 7, 8 a 9).

Zapsala dne 25.3.2003  
**MUDr. Pišková v.r.**

Pro VOX zpracoval:  
**MUDr. Pavel Neugebauer**  
předseda SPLDD ČR





## Obor PLDD

Situace si opět vyžádala komentovat některá vyjádření v souvislosti s připravovaným vydáním zákona o odborné a specializované způsobilosti k výkonu povolání lékaře, resp. v souvislosti s petiční akcí, kterou jsme velice úspěšně zrealizovali. Protože se zejména sdělení z nejvyšších míst Ministerstva zdravotnictví někdy odlišují od skutečností (viz níže Nevěřím fámám o svém odvolání), které Vám předkládáme, dovolujeme si Vám i tentokrát předložit několik materiálů, které tuto skutečnost dokladují.

### ■ Materiál č. 1:

**Stanovisko ministryně zdravotnictví k petiční akci, zaslané předsedkyni petičního výboru Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR**

V Praze dne 11. 3. 2003

Vážená paní předsedkyně,  
k petici Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost sděluji:

Ani vládní návrh zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ani návrh nařízení vlády, kterým se stanoví obory zdravotní péče a o zdravotnických zařízeních nikdy neobsahovaly ustanovení, z nichž by vyplýval záměr omezit nebo dokonce zrušit zdravotnická zařízení praktických lékařů pro děti a dorost. Všechna tvrzení o rušení praktických lékařů pro děti a dorost, která se opakovaně objevují ve sdělovacích prostředcích, jsou obecná a nikdy neuvádějí konkrétní pramen, z něhož vycházejí.

K zabezpečení koncepčního postupu při řešení problematiky péče o děti a dorost jsem zřídila příkazem č. 3/2003 s platností od 1. února 2003 Komisi Ministerstva zdravotnictví pro péči o děti a dorost, jejímiž členy jsou zejména zástupci odborných společností a sdružení. Na jednání 24. února 2003 došla komise ke konsensu ohledně vzdělávání v oboru dětského lékařství jako jediného oboru, z něhož se budou konstituovat odborníci s odborností praktický lékař pro děti a dorost, klinický pediatr a neonatolog. Současně na tomto jednání bylo mimo jiné konstatováno, že tvrzení výše uvedená se nezakládají na pravdě.

### ■ Materiál č. 2:

**Rozhovor s ministryní zdravotnictví uveřejněný v Lidových novinách dne 25.3.2003**

„Nevěřím fámám o svém odvolání“, tvrdí ministryně zdravotnictví Marie Součková, jež prý bojuje proti chaosu v resortu

„Jsem mezi ministry možná jediná, kdo bere svou úlohu vážně a kdo chce zavést do zdravotnictví systém“, tvrdí o sobě ministryně zdravotnictví Marie Součková.

**LN: Vaše jméno často padá v souvislosti s úvahami o rekonstrukci vlády. Máte prý být po panu Rusnokovi další na řadě. Zachytila jste nějaké náznaky, že by měl být váš post ve vládě ohrožen?**

Musím říci, že ze strany pana premiéra ani ostatních členů vlády nepocituji nějaké napětí nebo problém. Nebyla mi nikdy učiněna výtky. Sám pan premiér za mnou opakovaně přišel a ubezpečil mne, že nemám podléhat zprávám v médiích. Že jsou to spekulace, že on nic takového nezamýšlí. Ani odvolání z resortu, ani z postu místopředsedkyně ČSSD. Já fámám v médiích nevěřím, protože jako místopředsedkyně pro mediální politiku přece jen trochu znám mediální hrátky. Snadno můžete udělat z člověka hvězdu, anebo z něj můžete udělat lotra.

**LN: Nějakých svých chyb si tedy nejste vědoma?**

Myslíte si, že by se důvod pro vaše odvolání nenašel? Víte, pokud budete hledat, tak najdete i nemožné. Anebo prostě ten, kdo se snaží někoho zdiskreditovat, vždy něco nějak vytvoří. Příkladem může být nešťastná snaha zdiskreditovat ministerstvo a třeba i mne tvrzením, že ruším pediatrii. To bylo velmi nešťastné a nepodložené. Jasně jsme deklarovali, že ministerstvo v životě nikdy neřeklo, že bude rušit pediatrii.

**LN: Ale nakonec jste sporný paragraf, který umožňoval prolnutí dětských pacientů s dospělými a tím fakticky zánik pediatrie v dnešní podobě, v návrhu zákona upravili...**

Ale on se neopravil tak, jak pediatrii chtěli. Vypadlo věkové rozmezí, ponechali jsme horní hranici 18 let. Původně pediatrii chtěli 25 let, po dobu přípravy na studium. Nakonec zjistili, že se nedohodnou s druhou částí

klinických dětských lékařů a že ubírají chlebíček lékařům pro dospělé, a ustoupili.

**LN: Nejste trochu zaskočena silou tlaků, které se na vás ze všech stran valí?**

Kdyby mne ty tlaky zaskočily, asi by to vypadalo úplně jinak. Člověk by se tomu nejspíš poddal a poslouchal by lobbistické skupiny. Byl by ministrem klidu a míru, uspokojoval by některé nároky na finanční ohodnocení a na různé jiné věci. Byl by pro všechny tím nejlepším, protože by nic neřešil.

**LN: Narážíte tím na vašeho předchůdce Bohumila Fišera?**

Myslím si, že nic neřešil. A takových ministrů bylo vícero. Musím říci, že možná jsem jediný ministr, který skutečně bere tuto úlohu odpovědně a vážně a který chce vnést do resortu systém. A samozřejmě: pokud chcete vnést systém do procesu, kde vládne chaos, tak se to zájmovým skupinám nelíbí. A narážíte. Když někomu šlápnete na kuří oko, tak se pochopitelně brání.

**LN: Jedno takové „naražení“ zřejmě skončí až u Ústavního soudu. Zástupci nemocnic si stěžují na neústavnost vyhlášky o úhradách zdravotní péče na toto poleletí...**

A vidíte. Proběhlo jednání, kde byli přítomni zástupci obou asociací, nemocnic i zdravotních pojišťoven, naše příslušné obory a já. Trvalo skoro pět hodin. Diskutovali jsme, proč nedošlo k dohodě o výši úhrad. Pak jsme nastolili principy, podle kterých bude vyhláška vypadat, a nikdo z přítomných neměl žádné připomínky. Všichni s tím souhlasili. Mám na to i písemné záznamy. A potom vyšli za dveře a rozmysleli se.

**LN: Nešlo o výsledek dohodovacího řízení, ale o další body, kterými má vyhláška porušovat platné zákony.**

Ale oni s nimi souhlasili! Souhlasili se vším, co tam bylo. Nikdo nevznesl připomínky.

**LN: Ani třeba zdravotní pojišťovny proti posunutí lhůt splatnosti záloh na začátek měsíce?**

Ano. A já jsem se zástupců pojišťoven ještě ptala: byli byste schopni vzhledem k určitým problémům nemocnic poskytnout předsunuté platby? A zaměstnanecské pojišťovny řekly ano. Problémy s tím má jen VZP.

**LN: Právě VZP ale deklarovala, že vyhlášku nebude respektovat.**

Tady na jednání zástupci VZP připomínku nevnesli.

**LN: Takže Ústavního soudu se nebojíte?**

Ústavní soud nějak rozhodne. Je to jeho svaté právo. Ale pokud rozhodne, že vyhláška je neplatná, musí zrušit i všechny předešlé, vydané mými předchůdci. Tím se vrátíme až někdy do roku 1998.

**■ Materiál č. 3:****Důvody petiční akce SPLDD ČR – materiál předaný poslancům při společném jednání petičního a zdravotního výboru****Důvody petiční akce SPLDD ČR**

Chronologický přehled dat a souvislostí, které se vztahují k problematice oboru PLDD, novely zákona o vzdělávání a možnosti vzniku nového oboru rodinný lékař

Proč se současní praktičtí lékaři cítí existenčně ohroženi?

**1. Projekty Phare****Kdy:**

- Rok 1996 a 1998

**Cíle:**

představit systém primární péče jako kvalitativně nový článek zdravotní péče, jehož posílení může vést k racionalizaci celého zdravotnictví, a to jak z pohledu občana, tak i z hlediska ekonomického

**Závěry:**

- Kvalita primární péče je v první řadě garantována odpovídajícími poskytovateli – odborníky s udělenou registrací

**Materiály:**

- Představa sítě služeb a zařízení ve vazbě na primární péči

**2. Koncepce oborů****Kdy:**

- Přibližně od roku 2001

**Cíle:**

- potřeba změnit, doplnit, upravit vzdělávací systém a to nejen u PLDD

- vzniká tak široká definice oboru pediatrie, ale i všeobecného lékařství atd., nikoliv však oboru rodinné lékařství

**Závěry:**

- z části – „Popis hlavních problémů oboru“, bod 9 citace: „**Obor praktický lékař pro děti a dorost nemá definováno samostatné specializační vzdělávání. Problém by měl řešit nový zákon o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, který zařadí obor praktický lékař pro děti a dorost mezi základní obory s vlastní atestací.**“

**Materiály:**

- Koncepce oboru pediatrie

**3. Legislativní návrhy – „zákonů o vzdělávání“****Kdy:**

- Do června roku 2002 vznikly 2 verze návrhu zákona o vzdělávání, první verze tzv. ministerská, druhá tzv. poslanecká + komorová. V jedné z těchto dvou verzí se objevuje návrh na zřízení nového oboru – praktické dětské lékařství.

- V říjnu 2002 ministerstvo zdravotnictví předkládá nové pojetí zákona o vzdělávání, objevují se 2 verze rychle za sebou a zásadní změna nastává v tom, že obory nejsou řešeny zákonem, ale 64 základních oborů podléhá vládnímu nařízení

**Cíle:**

- definovat vzdělávací systém, ale
- neobjevuje se definice praktický dětský lékař, je řešena problematika tzv. všeobecných lékařů, resp. praktických lékařů pro dospělé, objevuje se pouze dětský lékař jako jeden základní obor

**Závěry:**

- nedefinováním zpochybněno stávající vzdělání PLDD, praktický lékař pro děti a dorost s 1. atestací je navržen k dozdělení, za současného přerušování praxe tak, aby si doplnil odbornou praxi na úroveň stávající 2. atestace.

**Materiály:**

- Sněmovní tisk 53

**4. Jednání s MZ ČR****Kdy:**

- Listopad 2002

**Cíle:**

- Vyjasnění postavení PLDD v systému zdravotní péče

**Závěry:**

- Podpora zachování stávajícího stavu, diskutována problematika věkových hranic odborností PL a PLDD ve vazbě na předávání klientů bez jednoznačného závěru

- deklarace nezbytnosti dohody s Českou pediatrickou společností, zda zavést či nezavést samostatný obor PLDD

**Materiály:**

- nejsou

**5. Jednání na IPVZ****Kdy:**

- prosinec 2002

**Cíle:**

- Vyjasnění postavení PLDD v rámci širšího pojetí oboru pediatrie

**Závěry:**

- Dohoda o možném modelu členění oboru pediatrie

- Pokud se v návrhu zákona o vzdělávání objeví široké pojetí základních oborů bude se vzdělávací proces budoucích dětských lékařů diferencovat 3 směry. Ze základního oboru dětské lékařství se po x letech oddělí „aprobace“ pro stávající odbornost 002 praktický lékař pro děti a dorost, odbornost 301 – klinický pediatr a odbornost neonatolog. V případě předložené definice 64 základních oborů trváme na zřízení nového oboru pro primární péči – praktický lékař pro děti a dorost. Současně tato dohoda byla podmíněna pokračováním stávajícího principu certifikací pro 3 výše zmíněné obory dětského lékařství.

**Materiály:**

- Dopis ředitele IPVZ MUDr. Antonína Maliny ministryni zdravotnictví

**6. Tisková konference MZ ČR****Kdy:**

- 9. ledna 2003

**Cíle:**

- Vyjasnění záměrů MZ ČR, zvýšení věkových hranic pro registraci u PLDD na 25 let a možnost dalšího rozšiřování i u PL

**Závěry:**

- Nový model přechodu na systém tzv. rodinných lékařů, postupný přechod, nikoliv nový model při stávajícím

**Materiály:**

- Citace z tisku, zdravotnických novin, pořad TV PRIMA „K věci“

**7. Oslovení MZ ČR****Kdy:**

- 13. ledna 2003 naše Sdružení zareagovalo písemně výzvou směřovanou k ministryni zdravotnictví o naléhavou schůzku, na které by byly záměry MZ ČR vysvětleny. MZ ČR informovalo o tom, že se jedná o dohodu mezi praktickými lékaři pro dospělé a děti, proto 15.1.2003 zástupci dospělých praktiků



žádají stejnou formou o schůzku. Současně probíhají v tisku mediální polemiky nad účelností či neúčelností zavedení rodinného lékaře snad jako paralelu poskytované zdravotní péče občanům v zemích EU.

**Cíle:**

- Vyjasnění záměrů MZ ČR

**Závěry:**

- Žádná odezva

**Materiály:**

- Dopisy adresované ministryni zdravotnictví

**8. Tisková konference****Kdy:**

■ Protože jsme nezaznamenali do 22.1.2003 jakoukoliv aktivitu ze strany MZ ČR, která by vysvětlila před projednáváním zákona o vzdělávání v parlamentu situaci a faktické záměry legislativců v oblasti poskytování primární péče a současně se vedení SPL, SPLDD, SVL a OSPDL dostalo pod silný tlak svých členů, byla 22.1.2003 svolána tisková konference SPLDD. Na této tiskové konferenci byla snaha informovat veřejnost o možných dopadech předkládané zdravotnické legislativy na poskytování primární péče o dítě

a z rozhodnutí Předsednictva SPLDD zahájení petiční akce na území ČR.

**Cíle:**

- Obavy z možné změny systému poskytování zdravotní péče dětem

**Závěry:**

- Zahájena petiční akce
- Současně byly novinářům předány informační materiály o situaci dotýkající se této problematiky v ostatních zemích EU

**Materiály:**

- Informativní materiály ze zahraničí

Přes opakované proklamace MZ ČR, že PLDD je nutno touto formou pomoci a nejedná se ani výhledově o výrazné omezení či dokonce rušení stávajících ambulancí PLDD, dostáváme do ruky oficiální materiál mluvčího MZ ČR, v tomto znění: „**MZ ČR navrhuje změnu dosavadního systému poskytování primární zdravotní péče pro děti a dorost** – Ministerstvo zdravotnictví připravuje podzákonnou normu příslušného zákona, která bude mimo jiné řešit i problematiku odborné způsobilosti lékařů poskytující primární zdravotní péči. V současné době mohou být děti registrovány u PLDD maximálně do 18 let

(+ 364 dnů), poté přecházejí k praktickému lékaři pro dospělé (PLD). Navrhovaná právní norma umožní rozšíření věkové hranice registrovaných u PLDD, a to v první fázi do 25 let. Poté, když si PLDD doplní příslušným způsobem vzdělání pro poskytování primární zdravotní péče pro dospělé, bude věková hranice registrovaných u PLDD bez omezení. Zároveň se otevře možnost registrace dětí u PLD a to za předpokladu doplnění vzdělání PLD pro poskytování primární péče pro děti a dorost. Pro pacienty toto opatření přinese větší možnost v oblasti svobodné volby lékaře, zvláště v situaci, kdy je nedostatek PLD. Pro děti a dorost přinese toto opatření možnost setrvání v péči PLDD, který je zná od dětství. Pro PLDD přinese tato změna možnost většího počtu registrovaných pacientů.

Pokud bude návrh příslušného zákona schválen, vstoupí v platnost od příštího roku. Následně proběhla schůzka s ministryní zdravotnictví se zástupci všech organizací všech praktických lékařů.

Zpracoval:

**MUDr. Pavel Neugebauer**  
předseda SPLDD ČR

## Usnesení regionální konference SPLDD ČR Region Severní Morava a Slezsko konané 29.03.2003 v Ostravě

**Konference bere na vědomí:**

- zprávu o činnosti regionu Severní Morava a Slezsko za rok 2002 přednesenou předsedou MUDr. M. Pukovcem
- zprávu o hospodaření za rok 2002 přednesenou MUDr. E. Křivskou
- zprávu revizní komise za rok 2002 přednesenou MUDr. L. Losovou

**Konference schvaluje:**

- rozpočet regionu na rok 2003, jak byl přednesen MUDr. E. Křivskou

**Konference zvolila:**

- Výbor regionu Severní Morava a Slezsko ve složení:  
MUDr. Marcela Charvátová, MUDr. Eliška Křivská, MUDr. Helena Kuběnová, MUDr. Lydie Machandrová, MUDr. Michal Pukovec
- Revizní komisi regionu Severní Morava a Slezsko ve složení:  
MUDr. Ludmila Losová, MUDr. Eliška Mackowská, MUDr. Květoslava Papežová

**Konference bere na vědomí:**

- zvolení předsedy Výboru MUDr. H. Kuběnové

**Konference doporučuje:**

- svým členům, kteří po nové územní úpravě spadají k jiným krajům, přechod do příslušných regionálních poboček
- aby statut dětských LSPP na území regionu nebyl výjezdový

**Konference nesouhlasí:**

- podhodnocení PLDD vůči PL v rámci bonifikace VZP
- důrazně nesouhlasí, aby lékaři LSPP byli běžně používáni v kompetencích RZP (RLP)

**Kontakty:**

**MUDr. Helena Kuběnová - předseda**  
Mariánské náměstí 11  
709 00 Ostrava - Mariánské hory  
tel. + fax.: 596 632 484  
mobil: 602 764 551  
e-mail: helenakubena@iol.cz

**MUDr. Lydie Machandrová**

Obecní 714, 735 43 Albrechtice  
tel.: 596 428 183  
mobil: 602 520 380

**MUDr. Marcela Charvátová**

B. Martinů 812  
708 00 Ostrava - Poruba  
tel.: 596 918 072  
mobil: 603 257 084

**MUDr. Eliška Křivská**

Partyzánská 4  
747 05 Opava  
tel.: 553 732 596  
e-mail: krivskaeliska@seznam.cz

**MUDr. Michal Pukovec**

Skalky 81  
741 01 Nový Jičín  
tel. + fax.: 556 701 623  
mobil: 603 510 642  
e-mail: pukovec@centrum.cz  
michal.pukovec@quick.cz



## Usnesení z výroční konference SPLDD ČR Západočeského regionu konané dne 22. března 2003 v Plzni

Konference

### I. schvaluje:

1. Zvolení pracovních komisí mandátové, volební (i s dodatečnou změnou složení) a návrhové
2. Zprávu o činnosti přednesenou regionální předsedkyní MUDr. Radanou Pečenkovou
3. Zprávu o hospodaření za rok 2002 a rozpočet na rok 2003 přednesenou MUDr. Ivou Kubiasovou
4. Zprávu revizní komise přednesenou MUDr. Evou Jandovou
5. Volbu nového předsednictva regionálního výboru ve složení:

předseda: MUDr. Alena Šebková (Plzeň)

místopředseda: MUDr. Zdeňka Růžičková (K.Vary)

pokladník: MUDr. Iva Kubiasová (Plzeň)

člen: MUDr. Radana Pečenková (Plzeň)

člen: MUDr. Ctírad Kozderka (Kralovice)

6. Volbu nového složení revizní komise ve složení:

předseda: MUDr. Eva Jandová (Nýřany)

člen: MUDr. Jaroslava Poláková (AŠ)

člen: MUDr. Dana Kabzanová (Plzeň)

Současně konference děkuje odstupujícím členům výboru a revizní komise za dosud odvedenou práci.

### II. bere na vědomí:

7. Sdělení předsedy SPLDD MUDr. Pavla Neugebauera

8. Sdělení místopředsedy SPLDD MUDr. Milana Kudyna

9. Sdělení místopředsedy SPLDD MUDr. Jiřiny Dvořákové

10. Sdělení místopředsedy SPLDD MUDr. Tomáše Soukupa

11. Sdělení vědeckého sekretáře OSPDL MUDr. Jiřího Lišky, CSc.

### III. ukládá:

12. Členům SPLDD aktivně působit ve smyslu deklarativního ukotvení PLDD do Zákona o způsobilosti k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

13. Regionálnímu výboru SPLDD podílet se na vypracování životaschopné a všemi zainteresovanými stranami přijatelné koncepce zajištění pediatrické LSPP v západočeském regionu.

### IV. se pozastavuje:

14. nad nepřítomností pozvaných hostů (za odbor soc. věcí a zdravotnictví Krajského úřadu Plzeňského kraje p. Kadlec a p. ing. Mgr. Karpíšek a zástupce DK FN Plzeň) bez omluvy a po předchozím příslibu,

*Za návrhovou komisi*

**MUDr. C. Kozderka, PLDD Kralovice**

### Kontakty na nový výbor regionu:

#### **MUDr. Alena Šebková**

Strážnická 36, 323 00 Plzeň  
tel/fax: 377 530 407

mobil: 605 214 682

e-mail: a.sebkova@volny.cz

#### **MUDr. Zdeňka Růžičková**

Komenského 5, 360 07 Karlovy Vary-Doubí

tel/fax: 353 223 041

mobil: 603 744 038

#### **MUDr. Iva Kubiasová**

Americká 10, 301 38 Plzeň

tel/fax: 377 270 121, mobil: 605 263 289

#### **MUDr. Radana Pečenková**

Francouzská 4, 326 00 Plzeň

tel/fax: 378 014 251

mobil: 777 108 348

e-mail: peciz@volny.cz

#### **MUDr. Ctírad Kozderka**

Průběžná 821, 331 41 Kralovice

tel/fax: 373 396 306

mobil: 603 277 850

e-mail: c.kozderka@volny.cz

#### **Předsedkyně revizní komise:**

#### **MUDr. Eva Jandová**

Masarykovo nám., 330 23 Nýřany

tel: 377 931 206, mobil: 607 124 698

## Usnesení regionální konference SPLDD ČR Jihomoravského kraje konané dne 29. března 2003 v Brně

### 1) Konference bere na vědomí:

- a) zprávu o činnosti SPLDD JM regionu přednesenou MUDr. Hülleovou

- b) zprávu o hospodaření v roce 2002 přednesenou MUDr. Stránskou

- c) zprávu revizní komise přednesenou MUDr. Doleželovou

### 2) Konference schvaluje:

- a) rozpočet na rok 2003

- b) volby: výboru JM regionu SPLDD ČR

- vydáno 70 platných volebních lístků

- volilo celkem 62 voličů

- platných volebních lístků 58

- neplatných volebních lístků 4

MUDr. Hülleová - 57 hlasů

MUDr. Hudečková - 57 hlasů (kraj Brno)

MUDr. Derner - 56 hlasů

MUDr. Křížová - 53 hlasů (pokladník + kraj Zlín)

MUDr. Matoušková - 44 hlasů (kraj Vysočina)

MUDr. Uhlířová - 36 hlasů

### revizní komise

MUDr. Doleželová - 56 hlasů

MUDr. Chvátalová - 57 hlasů

MUDr. Frajtová - 56 hlasů

- 3) Konference navrhuje zvážit změnu stanov SPLDD ve smyslu možnosti profesionalizace funkce pokladníka.

- 4) Konference doporučuje pokračovat v jednání o zachování oboru praktický lékař o děti a dorost v systému péče o dítě v ČR.

- 5) Konference doporučuje pokračovat v jednání směřujících k řešení celostátní koncepce zajištění LSPP a zachování praktického lékaře pro děti a dorost v tomto systému.

### Kontakty na zvolené členy výboru:

jméno: **MUDr. Ilona Hülleová**

adresa: Tovačovského 437, 767 01 Kroměříž

tel.: 573 342 480, mobil: 603 322 859

e-mail: hulleova.ilona@quick.cz

jméno: **MUDr. Věra Hudečková**

adresa: Smetanova 1540, 696 62 Strážnice

tel.: 518 332 001, mobil: 603 819 358

e-mail: vera.hudeckova@centrum.cz

jméno: **MUDr. Marcela Křížová**

adresa: Antonínova 4464, 760 01 Zlín

tel.: 577 218 962

mobil: 606 881 526

e-mail: marcela.kriz.@avonet.cz

jméno: **MUDr. Eva Matoušková**

adresa: Masarykova 444, 588 56 Telč

tel.: 567 213 377 (+fax)

mobil: 603 868 420

e-mail: matouskova.eva@volny.cz

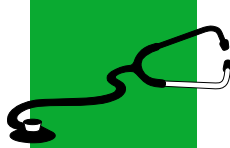
jméno: **MUDr. Václav Derner**

adresa: Rovinky 1700,

593 01 Bystřice nad Perštejnem

tel.: 566 553 202, mobil: 603 535 118

e-mail: derner.vaclav@centrum.cz



# Zápis OSPDL ČLS JEP

## ze dne 2.4.2003

### **Přítomni:**

MUDr. Cabrnociová, MUDr. Liška, MUDr. Marek, MUDr. T. Soukup, MUDr. Krejčík, MUDr. Růžičková, MUDr. Procházka, za revizní komisi MUDr. Kolářová

### **Hosté:**

ing. Holoubková - firma Orion, MUDr. D. Vurmová

■ Minulé jednání výboru proběhlo jen na úrovni pracovního setkání dne 12.3. za účasti tří členů výboru k projednání návrhu registračního listu výkonu CRP a aktuální problematiky o které výbor informován na tomto jednání.

■ Výbor souhlasí s aktivní účastí MUDr. Kolářové na jednání každého výboru vyjma práva hlasovacího, které mají pouze členové výboru. Vítá její aktivní zapojení do aktivit výboru OSPDL.

■ Informace ing. Holoubkové o rozsahu nutných doporučení pro provádění kontrolních testů na přístroji CRP, OSPDL vydá jako doporučení a zveřejní v časopise VOX PEDIATRIE.

■ Informace MUDr. Vurmové o plánovaném semináři firmy GSK na okresní úrovni, kde nedopatřením uvedena OSPDL. Firma seminář zrušila a pozvaným se omluvila i za chybně uvedenou informaci. Výbor po diskusi doporučuje projednat podmínky spolupráce s firmou na společné schůzce, za OSPDL se zúčastní MUDr. Cabrnociová a MUDr. Krejčík. MUDr. Vurmová informovala o předběžných výsledcích probíhající varicelové studie, před jejím zveřejněním bude dohoda o způsobech prezentace jejích výsledků. Na příští jednání výboru OSPDL pozvána MUDr. Seifertová a MUDr. Vurmová, podrobněji budou informovat o všech aktivitách pracovní skupiny pro očkování.

■ Firma Nutricia navrhuje studii, její text bude připomínkovat MUDr. Procházka, následně dojde k jednání s firmou.

■ Výbor na každém svém zasedání bude dopředu vytipovávat odborné materiály pro další číslo časopisu VOX PEDIATRIE na základě schváleného plánu odborných témat. Dle informace zástupců OSPDL v redakční radě je materiálů dostatek, ale nutné zajistit i větší pestrost.

■ Návrh studie „Javorník“ bude rozeslán všem členům výboru mailem, projednán na příštím výboru.

■ Výbor připomínkoval pracovní verzi společného materiálu s dalšími odbornými společnostmi na vybavení ordinace PLDD pro poskytnutí neodkladné péče. Připomínky budou zapracovány, konsensus bude zveřejněn ve VOXu.

■ Zasedla první redakční rada ZOP, připomínky pouze k obsahové části přílohy pro rodiče, doc. Janda jménem ČPS požaduje zařazení percentilových grafů do úvodního zdravotního a očkovacího průkazu. Tento byl ale připomínkovan a vydán věstníkem MZČR, který by se musel novelizovat. Domníváme se, že umístění tohoto materiálu do přílohy, která je určena pro rodiče, je plně vyhovující.

■ Aktuální situace PLDD: Pravděpodobně do 14 dnů by mohl být přijat zákon o způsobilosti k výkonu lékařských profesí. Návrh obsahuje zapracované pozměňovací návrhy řešící situaci stávajících praxí PLDD, systém vzdělávání do budoucna zatím není jasný, dva návrhy se liší tím, že v jednom případě by obory neřešil zákon, ale následující vyhláška. Druhý návrh řeší obory v příloze tohoto zákona, ale není jistá konečná podoba.

■ Výbor se zabýval připomínkami k návrhu novely vyhlášky o očkování. Velmi vítáme upřesnění věkových kategorií, kdy které očkování bude prováděno. Vítáme možnost posunutí očkování proti hepatitidě B do 3 let věku dítěte. Doporučujeme další úpravy: nutnost vyhláškou uvedených kontraindikací použití OPV a wP, indikace použití varicelové vakcíny (to vše s možností novelizace na návrh odborných společností po projednání v komisi pro preventabilní nákazy), nutné sjednocení doporučení pro hlášení komplikací.

■ Výbor doporučuje úpravu ohodnocení regionálních zástupců za pořádání vzdělávacích akcí. Souhlasí s projednaným a navrženým modelem spolupráce se SPLDD na regionálních úrovních. Každá vzdělávací akce garantovaná OSPDL musí být v předstihu hlášena do centra a projednána výborem OSPDL.

■ Projednán dopis MUDr. Hanouska ministryni zdravotnictví ČR. Výbor tento dopis chá-

pe jako osobní stanovisko MUDr. Hanouska a považuje tedy za nevhodné, že bez projednání na výboru byl zaslán jako stanovisko regionálního zástupce OSPDL a navíc jménem primářů dětských oddělení VČ regionu.

■ Výbor připraví stanovisko k problematice zavádění školních preventivních prohlídek u stomatologů ve Zlíně. Požádala o to krajská zástupkyně OSPDL. Česká stomatologická komora s tímto zásadně nesouhlasí a domnívá se, že v daném případě by se mohlo jednat o aktivitu na hraně zákona. Žádné dítě nemůže být ošetřováno bez přítomnosti rodičů. Kazivost dětského chrupu nevyřeší preventivní prohlídky, ale především prevence primární.

■ Projednán návrh témat pro pediatrický kongres v Ostravě v roce 2004.

■ MUDr. Cabrnociová informovala o jednání na MŠMT. Diskutována nutnost vzájemné informovanosti a nabídka spolupráce z naší strany v projednávaných okruzích týkajících se například potvrzení pro školy v přírodě, potvrzení na přihlášky na střední a vysoké školy a podobně.

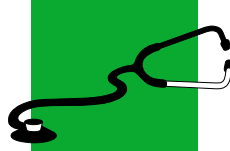
■ MUDr. Cabrnociová jmenována členkou komise pro přípravu národního ATB programu, uskutečnilo se první jednání. Námí připomínkové směrnice by se mohly stát jedním z materiálů použitých pro tyto účely. MUDr. Marek připravuje za OSPDL ve spolupráci s dalšími odbornými společnostmi seminář republikového charakteru pro PLDD, ale i další odbornosti.

■ Do konce měsíce dubna proběhnou poslední dva vzdělávací semináře pro sestry. Zatím velmi úspěšné, trvá velmi vysoká účast a zájem ze strany dětských sester. Dne 11.-13.4. proběhne v Srní na Šumavě seminář o zdravotnictví po vstupu do EU. Součástí semináře bude i problematika kompatibility vzdělávání v pediatrii, členové výboru jsou zváni.

■ Přijetí nových členů: MUDr. Z. Michálková

Zapsala:  
**MUDr. Cabrnociová**

Ověřil:  
**MUDr. Liška**



# Některé naléhavé situace u dětí

Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc., MUDr. Jan Hrdlička, MUDr. Martin Fajt, MUDr. Petr Kašpar

Katedra pediatrie IPVZ a pediatrická klinika IPVZ a 1. LF UK ve FTNSP, Praha

obr. č. 1

### Resuscitace I - Aktivace záchranného řetězce

- **Plac.**: novorozenci < 28 dnů, **vzděl. kura**: resuscitace na pomocném stole, **agasa**: 28 dnů - 1 rok, **chob**: 1 - 8 let, **adelt**: > 8 let
- Děti do 8 let, unavili - volat co nejdříve - „call first“ - tlačítka křiků a pak volat pomoc - první je důležitý - obnovit dýchací cest
- Děti > 8 let, děti s anamnézou sedlejších chorob, po útlém kýchání - volat ihned - „call first“ - nejdříve volat, pak křik - první je sd. nástava, změna defibrace

obr. č. 2

### Resuscitace II - uvolnění dýchacích cest

- **Zaklesl hlava, vytažen čelík**... mimo novorozence a úrazy krční páteře - zde má přednost představitel čelíku
- **Představitel čelíku**
- **Čím tělesu v dýchacích cestech** - < 1 rok: 5. úderu do žeb. 5 středem hrudní kosti, jinak Heimlichov manévr a stjehlín (traguridit) nebo stážení nosohltanu k ležícího (nerogujícího) dítěte, vyhlášení út. pod kontrolou zraku

obr. č. 3

### Resuscitace III - umělé dýchání a srdeční masáž

- Frekvence a kombinace viz dále
- < 1 rok - masáž paží, jinak nic navěhrom nepřerušovat, první podložka pod zády...
- zachránce, nechtějící před infekcí při uměle dýchání může „jsem“ sbačovat sternum
- počáteční doba (2 - 5), 1-1,5 sec, účinnost !

obr. č. 4

### Resuscitace IV - frekvence a kombinace B + C

	D	P	POMĚR
novorozenci	30	120	3:1
< 1 rok	20	100	5:1
1 - 8 let	20	100	5:1
> 8 let	12	100	5:1
.....	12	100	2:15

obr. č. 5

- ### Resuscitace V - co mám mít pro neodkladnou resuscitaci ?
- Uvolnění dýchacích cest a udržení průchodnosti - odsávačka, odsávací cévky, vzduchovod
  - Vybavení pro koincpancei, minitrahentomii
  - Vak 2 litry, zásobník na O<sub>2</sub>, kyslík, masky
  - Kanyly pro žílu a kostní dřev
  - Infúzní linka, infúze - I/I FR nebo R
  - Léky- adrenalin, 4,2% NaHCO<sub>3</sub>, CaCl<sub>2</sub>

obr. č. 6

### Dušení

- Při výdechu:
  - Epiglottis
  - Epiglottis
  - Spirála
  - Spirála
- Při výdechu:
  - Epiglottis, spirála
  - Spirála

obr. č. 7

### Dušení při výdechu

- EPIGLOTTITIS AC.
  - \*Sepse Hib
  - \*Horečka, bol v krku
  - \*Nepolykání slin
  - \*Dušení +/- rekvalie
  - \*Bílání se pohybení
  - \*Vylékání, útlé
- LARINGITIS
  - \*Viry, sezóna
  - \*Subglotitida
  - \*Šikavý, suchý kašel
  - \*Chrapot, sít stridor
  - \*Pulsata nebráje rudi
  - \*Řádk, dlabé polyká

obr. č. 8

### Laryngitis acuta subglotica Downes score (dále DWS)

body	0	1	2
Poslech	norma	fenomeny	útlé
Srsdex	není	vdech	ix - ox
Kašel	není	disry	útlavý
Zatážuje	ne	guglám	vše
Cyanosa	ne	př. vzhledu	př. O <sub>2</sub>

př. Downes sc. < 3 - JIP, př. Downes sc. > 3 - intubace

obr. č. 9

### Laryngitis acuta subglotica léčba u DWS > 3 body

Seučný, vlhký plyn s FIO<sub>2</sub> k SaO<sub>2</sub> > 0,95

dexametason 0,3 - 0,6 mg/kg i.v., i.m., p.o.  
methylprednisolon 3 - 4mg/kg i.v., i.m., p.o.  
(budesonid 1000 - 2000 µg/kg inhalačně)

adrenalin 2,5 - 5mg v inhalační (nebulisace)

Tracheální intubace neapnoičkan technikou

T.P. Káseř, P.O.Š. 40 1000/100  
obnovení a O.Š. (nebulisace) (P.P. 01) 100

obr. č. 10

### Dušení při výdechu

astma, bronchiolitis

- volné dýchací cesty, tekutiny, odsávání
- beta<sub>2</sub> mimetika, inh. sc.: adrenalin, terbutalin 0,1-0,5mg i.v., sc., salbutamol 2,5 - 5mg+3-6ml FR nebulisaci
- aminofylin p.o., i.v. 5-6 mg/kg
- metylprednisolon p.o., i.v. 10mg/kg
- FIO<sub>2</sub> = SaO<sub>2</sub> > 0,95

obr. č. 11

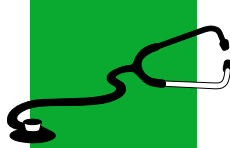
### Epiglottitis (dále EPI) - léčba u DWS > 3 body

- seučný:**
  - krevní kyslík > 95% - norma útlé
  - normální pulzní (170) při vdechu nebráje rudi
  - spíše p. 100
- př. DWS > 3:**
  - útlé horečka, horečka, křivka
  - normální pulzní (170) při vdechu nebráje rudi
  - spíše p. 100
  - normální pulzní (170) při vdechu nebráje rudi
  - spíše p. 100
  - normální pulzní (170) při vdechu nebráje rudi
  - spíše p. 100
  - normální pulzní (170) při vdechu nebráje rudi
  - spíše p. 100
  - normální pulzní (170) při vdechu nebráje rudi
  - spíše p. 100

obr. č. 12

### Bezvědomí a křeče - léčebný postup

- Anamnéza - období rychlého vyšetření
- Skóre - Benzl, GCS, hodnocení funkcei
- Vitální funkcei - intubace, vstup do pečl
- Diazepam 5 - 10 mg i.v., rektrálné
- Kameala koročky - fealkoni, serotinifen 50 mg/kg/24 hod



obr. č. 13

### Léčebný postup při průjmu a zvracení

- Přívod tekutin
  - orálně - WHO, ESPGAN...
  - infúze
- Kojení dále!
- Dieta
- Antiemetika a antidiarhoika?
- Antibiotika - mimo výjimky NE!

obr. č. 14

### ESPGAN

- NaCl 0,4375
- KCl 0,373
- Na citrici dihydrati 0,735
- Glucosae 5,0
- Aqua ad 250,0

obr. č. 15

Porušení rehydrantační rovnice WHO ORT 98

Standardní jednotka	mmol/l	g/l
Na <sup>+</sup> + NaCl	90	2,5
K <sup>+</sup> + KCl	20	1,5
Cl <sup>-</sup>	90	-
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> + NaHCO <sub>3</sub>	30	2,5
glukóza	111	20,0
osmotická rovnice	=	231 mmol/l (1)

obr. č. 16

### Infuzní léčba

- Zajistit vstup do žíly nebo do kostrní dřeně kanylou
- 1/1 Ringer, 1/1 FR (0,5% NaCl)
- 20 - 40 - 60 ml/kg/hod - podle těže stavu
- Sledovat krevní tlaky (MAP > 55 torr), diurézu (1ml/kg/hod), teplotu centra perif. (rozdiel < 2°C)
- Co nejdříve perorální roztoky

obr. č. 17

### INTOXIKACE

#### Účinné eliminační metody

*Emergency Medicine and Critical Care, Department of Pediatric Critical Care, Division of Children's Hospital, University of Toronto*

**AKTIVNÍ ÚHLÍ**

**Číslovaná léčiva: dávky**

**Nečíslovaná léčiva: dávky**

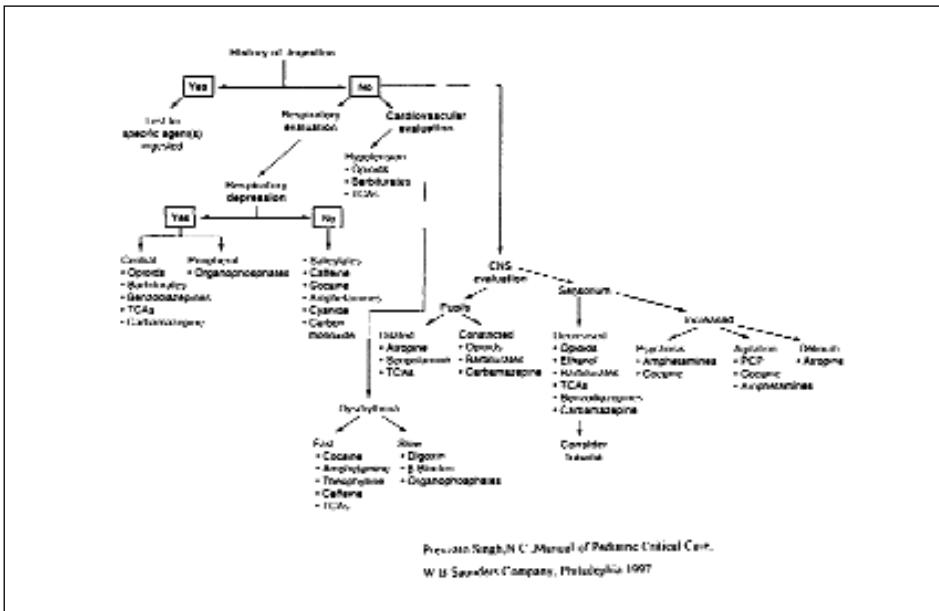
**Společná léčiva: dávky**

obr. č. 18

### Absorpce na aktivní uhlí

- **DOBRA**
  - acetaminofen
  - amocicyklin
  - anticholinergika
  - aspirin
  - chlorpromazin
  - koloid
  - diuretika
  - digoxin
  - fenitoin
  - fenylefrin
  - fenylefrin
  - paracetamol
  - strychnin
- **ŠPATNÁ**
  - kyšičkatá kyselina
  - erytmololol
  - metylglukosid
  - etylenglykol
  - Fe, Li
  - perforácia a jam
  - karcinomy a léze
  - krvácení a choroby

obr. č. 19



obr. č. 20

### Požiti toxické látky

ano < 1 hod ne

CNS: dobré špatné

Absorpce +, intubace: ano ne

výplach výplach (intubace?)

aktivní uhlí střevní laváž (nepokročilé) (ne) (aktivní uhlí)

obr. č. 21

### Aktivita některých toxických látek, která je středně podává nejvíce

Substancia	Dávka	Učinnost
Organofosfáty	atropin	0,07 mg/kg v 30min od počtu toxicke látky
Střevní laxativa	CaSO <sub>4</sub>	10-20 mg/kg v 1h
Dráždivé látky	plátek	0,1 mg/kg v 1h
Opláchnutí	roztok	0,1-0,2 mg/kg v 1h, opakovaně 15 min od sezení látky se součástí 1,2mg
Cyklus antiepileptik	Etoposid	100 mg (1,5 mg/kg) v 1h, opakovaně 100 mg (1,5 mg/kg) do celkové dávky 2 mg
Anticholinergika	Atropin	0,07 mg/kg v 30min od počtu toxicke látky
Antidota	Flumazenil	0,2 mg/kg v 1h, opakovaně 0,2 mg/kg do celkové dávky 1 mg
Antidota	Atropin	0,07 mg/kg v 30min od počtu toxicke látky
Antidota	Flumazenil	0,2 mg/kg v 1h, opakovaně 0,2 mg/kg do celkové dávky 1 mg
Antidota	Atropin	0,07 mg/kg v 30min od počtu toxicke látky
Antidota	Flumazenil	0,2 mg/kg v 1h, opakovaně 0,2 mg/kg do celkové dávky 1 mg
Antidota	Atropin	0,07 mg/kg v 30min od počtu toxicke látky
Antidota	Flumazenil	0,2 mg/kg v 1h, opakovaně 0,2 mg/kg do celkové dávky 1 mg

obr. č. 22

### Jak dále?

- Výplach či nejvíce - primární péče? Výplach provedení po 1 h - léze aktiv?
- Má ještě místo IPECA?
- Nemají možnost výplachu, projímadla
- Aktivní uhlí již v primární péči - vhodné preparáty?
- Celková střevní laváž v gastrointestinální
- Antidota pro primární péči, ovčá antidota

**Zyrtec**





# Invazivní bakteriální onemocnění u dětí

Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.

Pediatrická klinika IPVZ a 1.LF UK ve Fakultní Thomayerově nemocnici, Praha

obr. č. 1

### Invazivní bakteriální onemocnění

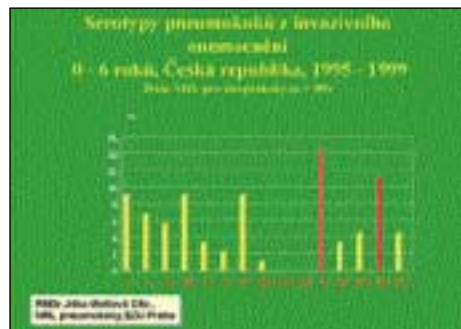
- Onemocnění, které je vyvoláno bakteriemi a během hodin (desítek hodin) způsobuje stav, kdy jsou ohroženy základní životní funkce
- Bakterie jsou nalezeny v krvi nebo možná i jiných místech nemocných
- Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* a *Haemophilus influenzae* b

obr. č. 2

### Streptococcus pneumoniae

- Gram pozitivní diplokok s kapsulou, 84 sérotypů podle kapsulárních polysacharidů
- Kapsula brání fagocytóze
- pneumokoky produkují hemolytický toxin a oesranilázu
- protilátky proti kapsulárním polysacharidům jsou rozhodujícím obranným mechanismem u lidí

obr. č. 3



obr. č. 4



obr. č. 5

### Invazivita pneumokoků

- USA - 23,2/100 000, ale < 2 roky 106,5/100 000, ↑ 10%, ale < 2 roky ↓ 20,6% (G 00,1 16,7%)
- 90 let a v ČR sérotypy: 14, 19F, 1, 6A, 6B, 17, 9V... stejně jako v USA! (P. Křiváková)
- 1991 - 1999 FN Bulovka 140 G00,8, z toho 9% G00,1 - rekombinantní G00,9, včetně 22% hluchota (J. Holubová)
- ... malá seps, velká meningitida... (↑ GCS)
- dlz: otitis, otoschizma, laryngitida, rinitida, bakteriemie, nosk, laryngitida, PCR...

obr. č. 6

### Pneumokoky, léčba

- Penicilin G (benzylpenicilium kalicum) 200-400 000 IU/kg/24 h, 4 - 6 dávek, krátká infuze 15 - 30 min, < 20 mil IU pro dle
- Resistance (MIC > 2mg/l) event. doložená alergie → cefalosporiny III. generace
- G00,1 - dexametazon 0,6 mg/kg/24 h, 2 dávky l.v. 4 dny jako prevence hluchoty

obr. č. 7

### Prevence - očkování

- Vakcína proti pneumokokům → polyvalentní - 7, 11, 23 sérotypů... → konjugovaná - toxoidy...
- Očkovány rizikové skupiny - imunodefekty, malignity, imunosuprese, transplantace pít a ps, nefrotický syndrom
- Plánové očkování → růst resistance proti PNC? (CZ < 6%, ale USA, EC a SK...)

obr. č. 8

### Neisseria meningitidis

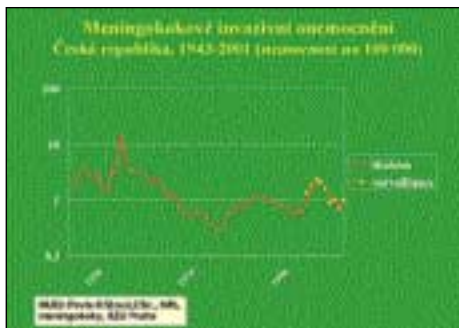
- gram - negativní diplokoky, komensál v nosofaryngu, není u zvířat ani v prostředí...
- 13 séro skupin podle kapsulových polysacharidů, A, B, C, Y a W 135 = invazivní onemocnění
- polysacharid = endotoxin a proteiny membránového komplexu

obr. č. 9

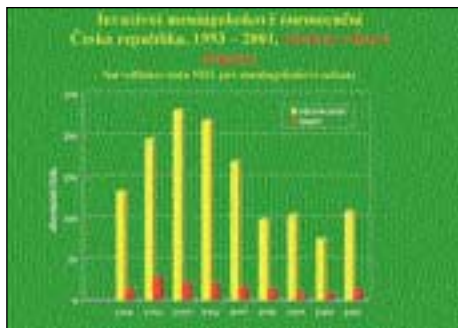
### Neisseria meningitidis incidence

- < 1993 ČR sporadicky (< 100/rok), → 1993 nový klas N.m. → incidence v letech 1993 - 2001 na 0,7-2,2/100 000, ↑ 7,8 - 13,8% (P. Křiváková)
- USA 0,9 - 1,5/100 000/rok, ↑ 9-12% nemocných, The meningitis belt of Africa 1996 > 152 000 meningitid, ↑ 10%... séro skupiny A, Y, W 135
- u nás - séro skupina B, C, děti < 4 r, mladiství (15 - 20 let věku), ale pozor - 5 - 10% nosičství

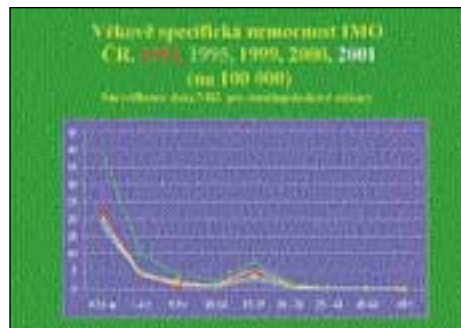
obr. č. 10

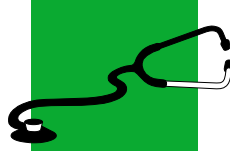


obr. č. 11

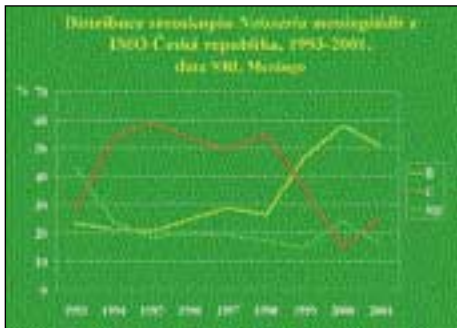


obr. č. 12





obr. č. 13



obr. č. 14

**Meningokok - invazivita**

- Invazivita - zevní kapsule, Fe<sup>3+</sup> uptíka, lipopolysacharid (endotoxin), aktivace kaskád systémové zánětlivé reakce
- expozice cigaretovému kouři (zvyšuje nebezpečí 3 x, P. Křížová), koncentrace mladistvých a unavených...
- polymorfismus v genech odpovědných za tvorbu manosu vazábního lectinu a TNF $\alpha$

obr. č. 15

**Meningokoky - diagnosa**

- horečka, zimnice, třesavka, Waterhouse-Friederichsen, krváčení do kůže a sliznic, vaskulita, ztráty tkání až 20% nemocných
- malé epidemie
- dg.: epidemiologie, gram+ neg diplokoky, bakteriemie, latex aglutinace, PCR
- 50% meningitis pucentula, 5-20% sepse

obr. č. 16

**Meningokoky - léčba**

- Penicilin G (benzylpenicilium kalifornicum) 200 - 400 000 IU/kg/24 h, ve 4 - 6 dávkách, infuze 15 - 30 min - 50 000 IU/1ml 1/1 FR - jít v primární péči!
- Resistence, alergie → cefalosporiny III G - ceftriaxon 100mg/kg/24 h v 1 dávce i.v.
- Dexametason 1mg/kg i.v. během 3 min před Lásjkeji/ATB a při meningitidě dále 4 dny
- Resuscitační péče, léčba sepse včetně DIC...

obr. č. 17

**Haemophilus influenzae**

- Malý, gram-negativní cizochetr, filer, filamentární, pleomorfní, nepolyhlivý, nepovazitel, fakultativně anaerobní, vyžadující k růstu faktor X a V
- Kapsulové polysacharidy - polyribosylribitol fosfátový řetězec (PRP) - sérový p b - invazivita
- Lipopolysacharid (endotoxin), proteiny a lipidy zevní membrány
- Plasmidy přenašena produkce betaaktinamá - rezistence proti ATB (ampí, chl)

obr. č. 18

**Haemophilus a Haemophilus...**

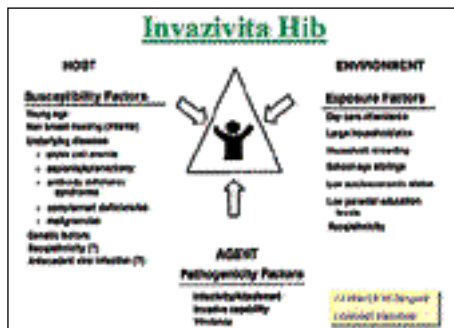
- *Haemophilus influenzae* - typy v dýchacích cestách bez příznaku nebo zánětlivé reakce, zánětlivé reakce horních dýchacích cest včetně středního nebo invazivní onemocnění novorozenců
- *Haemophilus influenzae* - v 95% Hib vyvolávají onemocnění, zejména infekce meningitidy, epiglottitidy, bronchopneumonie, orbitocelulitidy, septické artritidy a osteomyelitidy, plícní abscesy

obr. č. 19

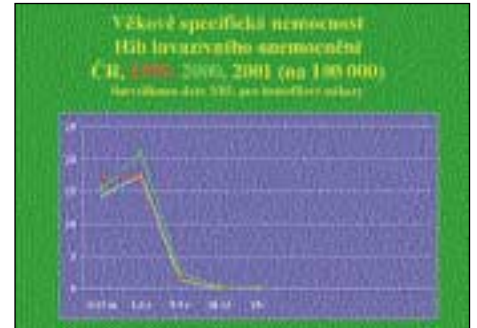
**Imunita a Hib infekce**

- Hlavní úloha - podtypy IgG - IgG<sub>1</sub>, IgG<sub>2</sub> a IgG<sub>3</sub> - profílaktiky proti kapsulárním antigenům, především PRP
- Limitovaný význam T lymfo...PRP je kapten s malou imunogenicitou...
- Význam komplementu
- Význam ostatních prvků - sliznice, opsonace, fagocytóza ...

obr. č. 20



obr. č. 21



obr. č. 22

**Epidemiologie, incidence**

- Incidence u dětí do 5 let 20 - 100/100 000, 50% meningitidy s 5 - 10% mortalitou (37 000 do 5 let /rok a 15 - 30% neurologických následků - Santoshw)
- 4 mil. na J.18,9/rok ve ČR - 25% Hib...
- Nejčastější příčina úmrtí na infekce v dět v ČR podle kódu MKN 10 - Hib
- ČR: 1992 - 1996 12,2 epiglottitid/100 000 do 5 let (11,3) - Novák et al., 1999 17,7 invazivních Hib /100 000 do 5 let - Křížová

obr. č. 23

**Hib - osobní válka**

- 1990 - 4/2002 JIP ETN 67 epiglottitid, všechny zdravé domů... 16 Hib meningitid, žádná nezemřela, 1 eufse, vyřešena chirurgicky - následky 0
- 4.3.2001-28.2.2002: 6 dětí s J.05.1 na naši JIP... ale už v září 2001 pokles invazivních Hib onemocnění ?
- smekroná praxe Kostelec a Křížková - 80 dětí do 5 let, všechny očkovány proti Hib...

obr. č. 24

**Vyhraná válka...?**

Od 1.7.2001 pravidelné očkování proti Hib v ČR!

Chci se rozloučit s pediatrií až bude incidence Hib invazivních infekcí 0/100 000 dětí v ČR...

V roce 2006 Hib invaze = raritní nemoc dospělých...?

Díky za množství mikrobiologických a epidemiologických podnětů a nezištné poskytnutí materiálů patří vedoucím Národních referenčních laboratoří SZÚ v Praze MUDr. Věře Lebedové, RNDr. Jitce Motlové, CSc. a MUDr. Pavle Křížové, CSc.



# Zvláštnosti kardiopulmonální resuscitace (KPR) v dětském věku

Doc. MUDr. Eduard Kasal, CSc.

Anesteziologicko-resuscitační klinika LF UK a FN Plzeň

European Resuscitation Council (ERC) vydal v r. 1988 Guidelines dětské KPR, které byly upraveny pracovní skupinou pro dětskou resuscitaci ERC v duchu doporučení Guidelines 2000 a doporučeny jako Basic Paediatric Life Support a Advanced Paediatric Life Support. Došlo k několika změnám v léčebném protokolu KPR. Cílem zavedení těchto změn bylo upravit guidelines podle nových vědeckých poznatků a zjednodušit resuscitační postupy. S ohledem na odlišnosti KPR v dětském věku je třeba rozlišit: děti do 1 roku života a děti ve věku 1–8 let. Protože děti starší než 8 let jsou resuscitovány stejně jako dospělí, musí pediatr znát celý rozsah KPR. Cílem tohoto sdělení není sepsat příručku KPR, ale při znalosti základních pravidel KPR poukázat na odlišnosti a novinky v resuscitaci v dětském věku.

## ■ Některé odlišnosti a novinky KPR v dětském věku

■ Sufokace a dušení s následným rozvojem hypoxémie jsou nejčastější příčinou selhání vitálních funkcí u dětí. V rozvinutých zemích je v dětském věku od stáří 6 měsíců nejčastější příčinou zástavy oběhu trauma, kde probíhá řetězec: hypoxie – hyperkapnie – zástava dechu – bradykardie – zástava oběhu.

■ Fibrilace komor (FK) u dětí je vzácná (pouze u 5 – 8% zástav oběhu).

■ Zástava oběhu kardiálního původu u dětí je vzácná, obvykle je druhotná při primární zástavě dýchání.

■ Aktivace záchranného řetězce při selhání vitálních funkcí u dětí je jiná než u dospělých. U dospělých je nejčastější příčinou zástavy oběhu ischemická choroba srdeční (akutní infarkt myokardu s fibrilací komor, fibrilace komor nebo hemodynamicky neúčinná komorová tachykardie – výskyt až v 80% případů). U dětí je nejčastější příčinou selhání vitálních funkcí sufokace nebo dušení s hypoxémií nebo asfyxií. Rozdílné příčiny u dětí a dospělých vedou k odlišnému přístupu při aktivaci záchranného řetězce. U dospělých se suspektní komorovou fibrilací potřebujeme k její úspěšné léčbě co nejdříve elektrický defibrilátor. Proto okamžitě voláme o pomoc na tísňové číslo (155, 112) a pak začínáme s resuscitací. Naopak u dětí, kde často nalézáme známky těžké hypoxémie, dáváme přednost okamžitému zahájení resuscitace po dobu 1 minuty s cílem zajistit alespoň částečnou tkáňovou oxygenaci a potom telefonujeme o pomoc. Dojde-li k zástavě

oběhu u dítěte se známým srdečním onemocněním, je příčinou velmi pravděpodobně porucha rytmu a proto i zde je výhodné volat o pomoc před zahájením resuscitace. Je – li KPR zahájena v ambulantním zdravotnickém zařízení, přivolaná posádka RZP pomáhá při komplexní KPR a zajišťuje převoz nemocného do lůžkového zdravotnického zařízení.

■ Hypoxémie se u dětí rozvíjí rychleji díky vyšší úrovni metabolismu.

■ U dětí bradykardie (60 tepů /min. je indikací k zahájení nepřímé srdeční masáže.

■ **Poměr počtu umělých dechů a kompresí hrudníku** u dětí je 1:5, u novorozenců 1:3 bez ohledu na počet zachránců.

■ U dětí nad 8 let včetně se KPR provádí podle pravidel platných pro dospělé. Poměr počtu umělých dechů : počtu kompresí hrudníku se provádí 2:15 bez ohledu na počet zachránců.

■ U intubovaných nemocných je poměr počtu umělých dechů: počtu kompresí hrudníku 1:5 bez ohledu na věk resuscitovaného.

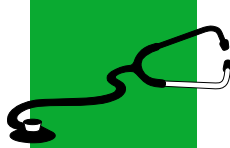
■ Bylo zjištěno, že laikové a nižší zdravotničtí pracovníci nedokáží spolehlivě identifikovat přítomnost tepu na velkých tepnách. Dokonce zkušeným zdravotníkům trvá ověření přítomnosti nebo nepřítomnosti tepu na velkých tepnách déle než 10 vteřin. Proto se při výuce laické veřejnosti a nižších zdravotnických pracovníků neučí pohmat tepu na velkých tepnách, ale pozornost je soustředěna na přítomnost nebo nepřítomnost známek funkčního oběhu (vědomí, dechová aktivita, kašel, pohyby, vzhled nemocného).

■ Prekordiální úder u dětí do 8 let je kontraindikován.

## ■ Postup při KPR

Postup při základní neodkladné resuscitaci (laické, bez výbavy) i při komplexní KPR (ve zdravotnickém zařízení, RZP, LZS) se oproti dřívějším doporučením významným způsobem nemění a zůstává zachováno základní resuscitační pravidlo ABC. Tento algoritmus je závazný pro všechny stavy selhání základních životních funkcí s výjimkou tzv. zastižené fibrilace komor u nemocných monitorovaných, nebo v podmínkách umožňujících okamžitou EKG diagnostiku fibrilace komor. U tohoto stavu se resuscitace začíná elektrickou defibrilací a pouze v případě neúspěšnosti tří po sobě podaných elektrických výbojů se zahajuje resuscitace podle klasických pravidel. V případě, že není technicky možné provádět umělé dýchání (masivní regurgitace, krvácení, úraz), doporučuje se při základní neodkladné resuscitaci u dospělých (tzn. i dětí starších 8 let) pouze samotná srdeční masáž (Top-less), která je lepší než žádná resuscitace. U dětí do 8 let věku se tato metoda nedoporučuje. U akutních stavů ukládáme postiženého do polohy na zádech, slovně nebo manuálně stimulací ověříme stav vědomí. V případě bezvědomí zajišťujeme průchodnost dýchacích cest (A – airways). Pak pohledem, poslechem a pocitem vydechovaného vzduchu u úst postiženého zjišťujeme přítomnost spontánního dýchání (B – breathing). Je-li přítomno, ověříme tep a uložíme nemocného do stabilizované polohy. V případě nepřítomnosti dýchání provedeme dva umělé dechy a zjišťujeme přítomnost tepu na velkých tepnách (C – cirkulace). Je-li hmatný, pokračujeme v umělém dýchání. Ne-

**Prothazin**



ní-li hmatný zahájíme nepřímou srdeční masáží, kterou kombinujeme s umělými dechy. Pro úplnost uvádím přehled jednotlivých kroků KPR.

**A) Průchodnost dýchacích cest** se přednostně zajišťuje trojím hmatem (záklon hlavy, předsunutí čelisti, pootvěření úst) s výjimkou stavů po úrazu, kde lze předpokládat poranění krční páteře (pouze předsunutí čelisti – Esmarchův hmat bez záklonu). Obstrukce dýchacích cest u dětí je často způsobena cizím tělesem (oříšky, hračky, zvratky...) nebo otokem hrdla způsobeným akutními infekčními onemocněními typickými pro kojenecký, batolecí a předškolní věk (akutní epiglottitida, akutní sufokující laryngotracheobronchitida). Tento typ dušení je typicky provázen inspiračním stridorem se zatahováním jugulární jamky a vpadáváním měkkých částí krku a hrudníku během usilovného nádechu. Začínáme pokusem vyčistit ústa, případně odstranit cizí těleso z úst. Po otočení dítěte (novorozence, kojence) sendvičovým hmatem do pronační polohy s níže uloženou hlavou se pěti údery do zad snažíme o expulzi aspirovaného cizího tělesa. Další alternativou jsou komprese hrudníku (pět) ve střední části sternu (podobně jako při kompresích hrudníku při masáži srdeční) v poloze na zádech s níže uloženou hlavou. Děti větší lze „přehnout přes koleno“ s níže uloženou hlavou nebo zmíněné manévry lze provádět v poloze na zádech. Komprese a poklepy na hrudník lze u dětí od 1 do 8 let doplnit pěti kompresemi nadbřišku vedenými směrem nahoru a dozadu proti bránici (obdoba Heimlichova manévru vleže na zádech). K usnadnění průchodnosti dýchacích cest lze užít ústní nebo nosní (velikost = vzdálenost od ušního lalůčku ke středu nosu) vzduchovod náležitě velikosti, nebo S – tubus. Posledně jmenovaná pomůcka patří mezi bariérové ochranné pomůcky, sloužící k ochraně zachránce před infekcemi přenášenými kontaktem nebo kapénkami při dýchání z plic do plic (lze užít též roušku pro dýchání z plic do plic nebo obličejovou masku s jednocestným ventilem). Ochrana zachránce patří mezi základní priority KPR. Z nověji používaných pomůcek pro zajištění průchodnosti dýchacích cest lze užít kombi rourku nebo laryngeální masku. Kombi rourka se vyrábí pouze pro děti větší než 121 cm. Laryngeální masky se vyrábějí pro všechny věkové skupiny včetně novorozenců. Přestože nový typ laryngální masky „ProSeal“ umožňuje odsát regurgitovaného žaludečního obsahu, nelze při užití laryngální

masky vyloučit možnost aspirace. Nejlepší způsob zajištění průchodnosti dýchacích cest, podobně jako u dospělých, je tracheální intubace. Vyžaduje však zkušenost. U dětí do 12 let věku se díky větší fragilitě sliznice dýchacích cest s vyšší tendencí k tvorbě otoku dává přednost tracheálním rourkám bez těsnící manžety. Velkou pozornost je třeba věnovat fixaci tracheální rourky. V případě, že pokus o intubaci selže (úraz, otok...), **lze jako život zachraňující výkon provést koniotomii (v zahraničí označována jako minitracheostomie), která se přednostně provádí punkční metodou (konio-punkce) pomocí speciálních punkčních setů (např. Tracheoquick pro dospělé s vnitřním průměrem ((ID)) kanyly 4 mm a paediatric s ID 2 mm, firma Rüsch) nebo v nouzi širokou žilní kanylou 14 G, kterou lze podávat kyslík.** Z bezpečnostních důvodů je vhodné přírodní hadičku s kyslíkem opatřit malým pojistným otvorem, jehož intermitentním uzavřením prstem je možno aktivně prodechnout kyslíkem. Je-li KPR prováděna lékařem, neprovedení indikované koniotomie může být hodnoceno jako neadekvátní poskytnutí pomoci. Všechny uvedené pomůcky jsou opatřeny konusem ISO k napojení pomůcky na samorozpínací vak nebo jiný přístroj pro umělou plicní ventilaci.

**B) Zajištění dýchání** - diagnostika přítomnosti spontánního dýchání se provádí pohledem na hrudník (dechové pohyby), poslechem u úst zachraňovaného, kdy kromě slyšitelného dýchání je cítit teplý vydechovaný vzduch na tváři. Dýchání z plic do plic se u dětí do 1 roku provádí metodou ústy (z úst) do úst a nosu. Dechový objem je menší úměrně velikosti dítěte. Vdech trvá 1 – 1,5 vteřiny. Při resuscitaci novorozenců k zajištění dechového objemu stačí vyprázdnit obsah vzduchu z ústní dutiny (novorozenec má dechový objem kolem 20 ml). Frekvence umělých dechů je vyšší ( $\geq 20$ /min.). Účinnost dýchání se hodnotí sledováním dýchacích pohybů hrudníku. Z důvodu bezpečnosti zachránce lze užít při umělém dýchání též ochranné bariérové pomůcky (viz výše). Umělé dýchání je nejlépe provádět samorozpínacím vakem, který se vyrábí v novorozenecké velikosti (objem asi 250 ml) i ve velikosti dětské (objem asi 500 ml). Pokud je dostupný pouze vak velikosti pro dospělé, komprimujeme jen menší část vaku nebo u kojenců pouze jeho hranu dvěma prsty. Prioritou je co nejdříve užít kyslíku v nejvyšší možné koncentraci. Při použití samo-

rozpínacího vaku je nutno použít rezervoár kyslíku (vak nebo vrapovaná dlouhá hadice nasazené na plicním ventilu). Přívod kyslíku 13 l/min. umožňuje dosáhnout téměř 100% koncentrace kyslíku ( $FiO_2 = 1$ ) při ventilaci dospělého člověka. Potřebný příkon bývá vyznačen v tabulce na vaku rezervoáru (Ambu).

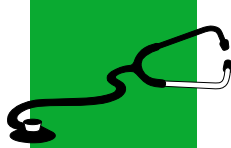
**C) Zajištění oběhu** - díky krátkému krku se u dětí obtížně vyhmatá tep na krkavici. Proto u malých dětí hmatáme tep na brachiální tepně na paži, u novorozenců lze též hmatat a auskultačně vyšetřit přítomnost srdečních ozev v místě srdečního hrotu. Zevní srdeční masáž se u dětí do 1 roku provádí ve střední části hrudní kosti, protože masáž na distální části hrudníku může způsobit poranění křehkých jater dítěte. K masáži u dětí do věku 1 roku se používá pouze 2 prsty. Místo pro masáž se identifikuje tak, že pod pomyslnou spojnicí prsních bradavek se přiloží 3 prsty, prst nejbližší spojnicí se zvedne a masáž se provádí zbylými dvěma prsty. Zdravotníci mohou masáž provádět dvěma palci s obemknutím hrudníčku, protože tento způsob je efektivnější. U větších dětí od 1 do 8 let se masáž provádí pouze jednou rukou, u dětí starších 8 let masírujeme oběma rukama jako u dospělých. Frekvence kompresí hrudníku je u dětí do 1 roku vyšší (100–120/min.). Poměr počtu kompresí a dechů – viz výše. Srdeční masáž bez umělého dýchání (top – less) se u dětí nedoporučuje. Kardio-pumpa se užívá pouze u dětí starších 8 let. U dětí starších než 8 let je frekvence srdeční masáže stejná jako u dospělých.

**D) Podání léků** - KPR podle pravidla ABC má přednost před podáním léků. Vedle intravenózního a tracheálního podávání léků (dávky 2,5 x vyšší než při podání i.v.) lze u dětí využít i možnost podání intraoseálního (pomocí závitěm opatřené jehly, která se zavádí většinou pod tuberozitu tibie 1 cm mediálně od střední čáry).

**Základní léky pro resuscitaci** dětí jsou stejné jako pro dospělé, některé dávky se liší.

■ **Adrenalin** - dávka je 10 mikrogramů / kg t.h. (0,01 mg/ kg t.h.) i. v., podání každé 3 minuty. Při podání adrenalinu do dýchacích cest u dětí se doporučuje dávka až desetinasobná oproti dávce i.v., která se ředí ve 2 – 5 ml fyziologického roztoku. K lepšímu rozptýlení podaného léku v dýchacích cestách přispěje provedení 5 hlubších umělých dechů.

■ **Atropin** se užívá často, protože těžká bradykardie u dětí podobně jako u starších li-



dí může imitovat známky zástavy oběhu. Dávka je 20 mikrogramů / kg t.h. ( 0,02 mg /kg) i. v., v případě potřeby se dávky opakují.

■ **Antiarytmika** k léčbě rezistentní fibrilace komor a hemodynamicky neúčinné komorové tachykardie nemají vzhledem k výše uvedeným skutečnostem u dětí časté indikace. Dříve doporučovaný **Lidokain (trimekain)** má stejné dávkování 1 mg/ kg t. h. jako u dospělých. Nověji je doporučován **amiodaron** v dávce 5 mg/ kg t.h. jako rychlý bolus. Použitelné jsou oba léky.

Všechny výše uvedené léky mohou být podávány do dýchacích cest, u malých dětí do 1 roku se podávají ředěné v 1 – 2 ml fyziologického roztoku.

■ **Natrium bikarbonát** se podává za stejných podmínek jako u dospělých, tj. 1 mmol/ kg t.h. po 10 minutách resuscitace, následující podání po dalších 10 minutách v poloviční dávce pouze i.v. (1 mmol 4,2% roztoku = 2 ml). Protože u dětí často zjišťujeme hypoglykémii, je nutno co nejdříve vyšetřit glykémii v séru. U dětí, které nereagují na resuscitaci, zvážit podání glukózy. Doporučená dávka je 0,5 – 1 g/ kg t.h. ve formě 40% roztoku ve vodě (1,25 – 2,5 ml / kg t.h.).

**E) Léčba komorové fibrilace** - FK je u dětí vzácná. Vyskytne-li se, léčba je stejná jako u dospělých. Při defibrilaci se používají speciální dětské elektrody. Energie prvních dvou výbojů je 2 J/kg t.h., další výboj má energii dvojnásobnou. Umístění elektrod je pod pravým klíčkem a v krajině srdečního hrotu, u malých dětí lze užít předozadní umístění elektrod. V případě neúspěchu elektrického

výboje provádíme klasickou resuscitaci včetně podání léků po dobu jedné minuty a pak opakujeme sérii 3 výbojů 4 – 4 – 4 J/kg t.h.

V současné době je kladen důraz na zajištění časné defibrilace v terénu do 5 minut po zavolání a v nemocnici do 3 minut. Novým prvkem v KPR je zavedení automatizovaných externích defibrilátorů (AED). Měly by být umístěny v místech, kde se shromažďuje větší počet lidí (odlehlá zdravotnická zařízení, nákupní centra, letiště, sportovní a rekreační areály, velké koncerty...). Větší dostupnost AED umožní zajištění časné defibrilace. AED samy analyzují srdeční rytmus a písemnými a slovními pokyny instruuji osobu provádějící resuscitaci o jednotlivých krocích a úkonech KPR. Použití AED je jednoduché, takže mohou být užity i proškolenými nelékaři, dokonce i proškolenými nezdravotníky (u nás je zatím defibrilace výkonem lékařským). Dostupné jsou přístroje s bifazickým výbojem, které užívají nižší energii výboje 130 – 150 J. Méně poškozují myokard při stejné účinnosti jako výboj monofazický, užívaný dosud a využívající u dospělých energii výboje 200 – 200 – 360 J. S využitím AED lze počítat ve věkové skupině dětí starších 8 let včetně s tělesnou hmotností nad 25 kg podobně jako u dospělých.

#### ■ Poresuscitační péče

Každé dítě po KPR i ve stabilizovaném stavu musí být přijato do intenzivní péče ke sledování a monitorování a léčení případných následků resuscitace (otok mozku, arytmie, multiorgánová dysfunkce...).

#### ■ Doporučené vybavení dětského zdravotnického pracoviště pro KPR

1. pomůcky k zajištění průchodnosti dýchacích cest úměrné zkušenosti pracoviště
  2. samorozpínací vak (není třeba značkový, vaky na jedno použití lze pořídit za cenu do 1000,- Kč) + obličejové masky vhodné velikosti (pro resuscitaci dětí velikost 1, 2, 3)
  3. Mechanická odsávačka + odsávací katétr
  4. Žilní kanyly náležitě velikosti
  5. Koniopunkční set nebo žilní kanyla 14 G 2 ks – vhodné
  6. Zdroj kyslíku (tlaková láhev) + redukční ventil + průtokoměr – vhodné
  7. Zdravotnická zařízení sdružující více lékařů – elektrický defibrilátor nebo AED – vhodné
- Doporučená vybava pro KPR (zvláště položky označené jako vhodné) může sloužit i více lékařům pracujícím ve společném zdravotnickém zařízení.

#### ■ Doporučené vybavení zdravotnického pracoviště léky pro KPR

1. Adrenalin 10 amp. a 1 mg
2. Atropin 10 amp. a 0,5 mg
3. Amiodaron 6 amp. a 150 mg
4. Mesocain 10 amp. 1%
5. Natrium hydrogencarbonicum 4,2% 12 amp. a 20 ml
6. Glukóza 40% amp.
7. Fyziologický roztok

Literatura u autora

### Upozornění:

## „Dejme šanci nemocným dětem s Cystickou Fibrózou (CF)“

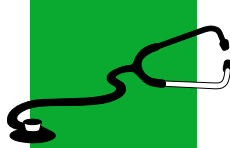
Klub nemocných CF (Klub CF) se ve spolupráci s lékaři národního CF Centra ve FN Motol dlouhodobě snaží zlepšit informovanost veřejnosti i lékařů první linie o problematice CF.

Informování rodiče a praktičtí pediatři mohou zajistit včasnou diagnostiku a zahájení léčby. CF má velmi variabilní symptomatologii, některé příznaky se nemusí projevit hned a přesto jde o CF. Pro dobrou prognózu nemocného CF je nesmírně důležité začít s terapií dříve, než dojde ke zhoršení stavu. Ročně se podle statistik v ČR rodí přes 30 dětí s CF, diagnostikuje se však cca 10 až 15. Prosíme, dejme šanci všem nemocným léčit se včas.

Za velmi účinné považujeme zprostředkování základní informace o CF plošně všem rodičům. Klub CF pro tento účel zajistil výrobu informačních plakátků a usiluje o to, aby tyto plakátky byly vyvěšeny v každé čekárně praktického lékaře pro děti a dorost.

Děkujeme za vstřícnost.

**Klub nemocných CF**



# Koniopunkce v praxi

MUDr. Jan Pajerek

Dětská klinika IPVZ, vedoucí doc. MUDr. J. Homola, CSc., Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem

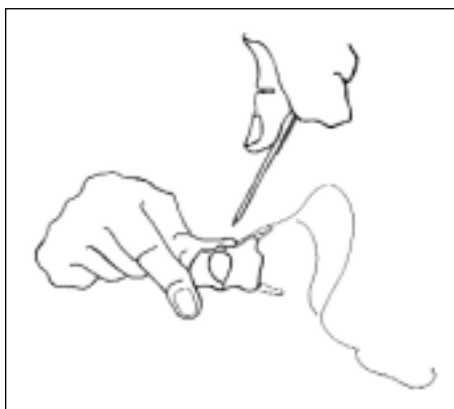
## Souhrn

Zajištění průchodnosti dýchacích cest a dostatečné oxygenace během akutních stenózujících procesů supra i infraglotického prostoru (např. epiglottitis, edém, aspirace, atp.) není v žádném případě jednoduché. V dokumentu „Neodkladná resuscitace do třetího tisíciletí“ – vydané jako konsenzuální metodické doporučení ILCOR - se mj. v obecném úvodu píše: *Therefore inexperienced providers should use only those airway management devices for with they have been adequately trained. Those who perform tracheal intubation require either frequent experience or frequent retraining.* (1) Jinými slovy: Tracheální intubaci mají provádět jen osoby s častou praktickou zkušeností. Ostatním se doporučuje užít alternativní, na zručnost méně náročné metody. (3)

Již několik let si klademe otázku, zda urgentní koniopunkce či koniotomie je takovou méně náročnou metodou, a zda je reálné, aby ji každý pediatr ovládal, a pokud ano, jak a jakou pomůckou. Opakovanými dotazy v ordinacích praktických lékařů, ale i stanic záchranné služby, se ukázalo, že tento výkon neprováděl, a dokonce ani necvičil, prakticky nikdo. Přesto neprovedení indikované koniopunkce by mohlo být a také je s velkou pravděpodobností hodnoceno jako *postup non lege artis*. Dříve, než se budeme věnovat vlastní problematice, dovolím si, abych doložil význam i záležitost probírané látky, částečně citovat dva zdroje:

**1. Mladá Fronta Dnes:** „.....znalec, který vypovídal u soudu, uvedl, že v situaci, kdy oteklá příklopka bránila pronikání vzduchu do horních cest dýchacích, byla taková resuscitace neúčinná. Lékaři měli jedinou možnost jak dítěti zachránit život: zprůchodnit dýchací cesty pod oteklou příklopkou. Ačkoli připustil, že nezná případ, kdy by se dětský lékař v terénu pustil do tak riskantního zákroku jakým je „propíchnutí“ hrtanu, uvedl, že se o to lékaři měli alespoň pokusit.“

**2. Dopis, který jsem obdržel před časem od jedné kolegyně z nemocnice v Uherském Hradišti a který, dle mého názoru, velmi suggestivně popisuje realitu urgentního terénního zásahu (mírně kráceno):** „V létě roku 1990 (po ukončení 2. ročníku medicíny a po absolvování sesterské praxe) jsem přijela na několik dní na dětský letní tábor, kde můj kamarád, medik 2. ročníku, vykonával praxi zdravotníka. Jeden den odpoledne přiběhly na ošetřovnu děti a s sebou v podstatě už „vlekly“ devítiletou kamarádku s tím, že jí asi „píchl do krku včela“ a že se dusí. Dívka

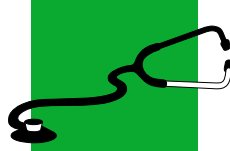


obr. č. 1:  
Schéma zavádění koniopunkční jehly

ka byla bledá, držela se za krk, lapala po dechu, z úst vyčníval zvětšený jazyk, slinila, měla výrazný inspirační stridor, mezi nádechy plakala. Hrudník měla v inspiračním postavení, v obličejí i na krku byla oteklá, rychle začala promodrávat a kolabovat. Kamarád se jí nejdříve snažil otevřít ústa a odtlačit jazyk, ale vzhledem k tomu, že oteklý byl celý obličej i podkoží na krku, došlo nám, že pokud v nejbližších sekundách nedorazí RZP, tak že jí asi nepomůžeme jinak, než se pokusit o koniotomii. Takže vyrval z malého instrumentária skalpel a odřízl vrchol dvojky stříkačky, já jsem mezi tím zkoušela najít místo, kam říznout, ale matně si pamatuji, že vzhledem k otoku jsem vlastně řízla naslepo do jediného měkkého místa na hrtanu, které se mi zdálo, že by mohl být ono. V okamžiku, kdy jsem se skalpelem dostala do dýchacích cest, se otvorem vyvalilo množství vzduchu s krví, skalpelem jsem trochu otočila (pamatuji si jenom, že to šlo velice ztuhla už jenom skalpel v té ráně udržet) a kamarád do otvoru doslova nacpal upravenou stříkačku. Dívka

byla stále v bezvědomí, nicméně se obnovilo jakési spontánní dýchání a začala kašlat krev ze stříkačky, krvácelo i okolí rány, zlepšilo se trochu i prokrvení a zhruba v tom okamžiku dorazil lékař RZP. Nedokážu už odhadnout, jak dlouho to trvalo. Po příjezdu RZP jsme dívence ztratili ze zřetele. O jejím osudu jsem se dozvěděla již jen zprostředkovaně: koniopunkce prý byla provedena přesně – údajně jsem se dokonce strefila do krikothyroidální membrány – a dívence jsme v tom okamžiku pomohli. Nicméně dodatečně bylo kamarádovi sděleno, že erudovanější zdravotník by asi *lege artis* zasáhl nejprve jiným způsobem (adrenalin, calcium) a že by zásah snad nemusel být bezpodmínečně nutným, a pokud ano, tak jej nejspíše měl provést až lékař RZP. Dítě bylo alergické na včelí píchnutí, což rodiče věděli, ale vedení tábora to neoznámili předem, a nebyla ani na tábor vybavena žádnými léky.

Později během studia jsem slyšela o někom, kdo podobným způsobem použil místo stříkačky hadičku od setu. Nezdá se mi to možné z toho důvodu, že tlak okrajů rány, pokud se pamatuji, deformoval i stříkačku s pevnou stěnou, takže měkká hadička by se musela tímto tlakem uzavřít okamžitě. Jinde nám doporučovali použít v podobném případě 5 – 6 růžových jehel, ale u nich jsem přesvědčena, že se ucpou vykašlávanou krví, nehledě na to, že je v takové situaci, vzhledem k otoku, dost obtížné určit hloubku a směr vpichu. Takže jsme tehdy měli asi víc štěstí než rozumu. Osobně silně pochybuji, že bych při současných vědomostech a znalosti možných rizik byla schopná zasáhnout stejným způsobem znovu, ale mládí je skutečně dost odvážné.“



obr. č. 2:  
Koniopunkce transtracheální  
kanylou COOK



obr. č. 3:  
PATIL - urgentní  
cricothyrotomický set



obr. č. 4:  
ARNDT - urgentní  
cricothyrotomický set

**Základní anatomická a technická východiska**, obr. 1 a 2: Anatomie laryngu, jak známo, umožňuje v situaci, kdy nelze zajistit průchodnost dýchacích cest standardními postupy (zejména při obstrukci v oblasti hlasivek a nad nimi např. při akutní epiglottitidě), relativně bezpečnou a efektivní pomoc – otevření lumina trachey navenek punkcí (koniopunkcí) nebo protnutím (koniotomií) prostoru mezi štítnou a prstenčitou chrupavkou přes ligamentum cricothyroidale.

**Indikace:** situace, kdy z objektivních nebo subjektivních důvodů není záchránce schopen jiným způsobem zajistit průchodnost dýchacích cest a hrozí akutní nebezpečí z prodloužení. Koniopunkce má být, jakmile je to možné, nahrazena jinou vhodnou technikou – tracheální intubací, trecheostomií atp.

#### Vlastnosti ideální koniopunkční jehly:

- Jehla snadno, bez dalších potřebných pomůcek, proniká kůží, podkožím i dalšími strukturami.

- Na jehlu lze snadno a bez improvizace napojit zdroj O<sub>2</sub> nebo samorozpínací vak.

- Jehla či kanyla si udržuje lumen i při zevním tlaku a je odolná proti zalomení. Vnitřní průměr co největší.

#### Technika provedení (2): obr. 1 a 2

- Pokud to čas a okolnosti dovolí, připravit místo vpichu běžným způsobem lokální desinfekce, případně zarouškovaním.

- Určení místa vpichu: vyhmátat chrupavku štítnou a po její přední hraně prsty sjiždí distálně až narazí na příčnou oblouk horního okraje chrupavky prstenčité.

- Palec a ukazovák fixují hrtan a dovolují-

li to okolnosti, provede záchránce tenkou jehlou lokální znecitlivění v celém rozsahu punkčního kanálu.

- Palec a ukazovák dále fixují hrtan a druhá ruka zavádí punkční jehlu pod cca 45° úhlem do vyhmátané mezery mezi chrupavkou štítnou a prstenčitou. Vniknutí do lumina trachey je provázeno u dýchajícího pacienta zvuky proudícího vzduchu, nebo je možno na punkční jehlu nasadit injekční stříkačku a správná poloha hrotu jehly je provázena aspirací vzduchu.

- Vhodná fixace a zabezpečení proti nechtěnému vysunutí

- Zajištění jiného sofistikovanějšího přístupu do dýchacích cest v krátkém čase

**Komplikace koniopunkce:** Výkon, tak jak jsem jej popsal, provádí zachraňující lékař v krajní nouzi, kdy není jiné východisko, a tudíž i níže uvedené komplikace nutno akceptovat jako přijatelné riziko:

1. Při zavádění kanyl pokožkou a strukturami pod ní dochází při větším násilí, nebo při opakovaných punkcích, k poškození tracheální kanyly – roztřepí se proximální okraj a zavedení je pak obtížnější, nebo nemožné.

2. Dislokace kanyly při manipulaci s pacientem.

3. Poranění vzniklá při zavádění kanyly:
  - perforující jehla poraní zadní stěnu trachey, skelet hrtanu nebo dokonce stěnu jícnu a další okolní struktury.

- pneumomediastinum, podkožní emfyzem

- zavádění kanyly u dusícího se pacienta je vždy provázeno krvácením, jen výjimečně ale významnějším.

#### Vlastní zkušenosti:

Během několika posledních let jsme na naší klinice vyzkoušeli prakticky všechny koniopunkční pomůcky, tč. dostupné na našem trhu, a hodnotili je zejména s ohledem na jejich bezpečné a efektivní použití v krajních situacích kolegy, kteří nepracují v oblasti neodkladné pediatrie, nebo záchranné služby. Došel jsem k závěru, že: **koniopunkce, nebo alespoň pokus o ni, je v krajní nouzi v silách každého lékaře, ale s podmínkou, že**

**použije pomůcku dobře známou, tj. pomůcku připomínající konstrukci a technikou aplikace zavádění i.v. kanyly nebo jehly.**

**Možností návěku koniopunkce:** během několika let se na naší klinice v technice koniopunkce procvičilo několik desítek kolegů, a to jak v návaznosti na sekce, tak i na zakoupených vepřových hrtanech. Za velmi přínosný považuji osobně „Praktický zdokonalovací kurs na živých zvířatech“, pořádaný Dětskou klinikou FN Plzeň

Pro přehled uvádím jednotlivé komerčně nabízené pomůcky s komentářem:

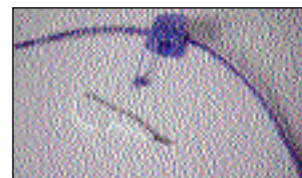
**PATIL – urgentní cricothyrotomický set** (obr. č. 3) tvořený tenkou jehlou, dilatátorem a armovanou tracheální kanylou. Umožňuje komfortní připojení resuscitačního vaku i zdroje O<sub>2</sub>. Bohužel, zavedení prostou punkcí je, podle mého názoru, prakticky nemožné. Navíc usilovná snaha o zavedení celé soupravy vede k ohrožení a potrhání okrajů tracheální kanyly a stává se při opakovaných pokusech významnou překážkou zavedení (obr. č. 9). Jinými slovy: před aplikací je třeba vytvořit přiloženým skalpelem nejdříve kanál (více méně provést koniotomii) a jím teprve potom zasunout set. Pak postupně odstranit jehlu a dilatátor. K dispozici vnitřní průměr kanyly 2 a 3 mm.

**ARNDT – urgentní cricothyrotomický set**

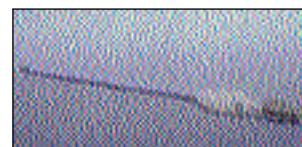
(obr. č. 4) má zhruba stejné přednosti i nedostatky jako set PATIL. Snaha zjednodušit zavedení setu

pomocí „seldingerovské“ techniky (tj. tenkou punkční jehlou zavedený vodící drát a po něm teprve nasunutý dilatátor a kanyla) neřeší problém obtížného zavádění bez incise minimálně kožní vrstvy skalpelem. V praxi naopak přináší zaváděcí drát řadu potíží, zejména pokud se zalomí, ohýbá atp. Vnitřní průměr 3 mm.

**Minitrach Portex** (obr. č. 5) – souprava připomíná endotracheální rourku se zaváděčem, kterou po proříznutí kanálu přiloženým skalpelem zavede bez velkých obtíží každý,



obr. č. 5:  
Minitrach Portex



obr. č. 6:  
Transtracheální kanyla Cook





## Bývalo ještě hůř - aneb malý exkurs ke koniotomii v roce 1847



Dávný kolega Bouček (obr.) působil v letech 1841 – 1880 jako praktický lékař v okolí Poděbrad. Jeho syn později zpracoval otcovu pozůstalost a pod názvem „**Zápisky praktického lékaře Dr. Františka Boučka**“ knižně vydal v nakladatelství V. Hoblíka v Poděbradech roku 1901. Našel jsem v této pozoruhodné knize několik odstavců věnovaných akutní sufokující příhodě, která se stala v listopadu 1847. Myslím, že je zajímavé a poučné ji zde citovat:

... *Zajímavým zůstane případ tracheotomie, kterou jsem provedl společně s plukovním lékařem Mooshamerem. Půl druhého roku staré děčko hajného ze Sán vdechlo při křičení kus pecky švestkové. Řez kožní učiněn byl dostatečně dlouhým. Krvácející céva byla podvázána, krvácení svalové pak studenou vodou staveno. Poté byla proříznuta chruplavka prstencovitá a částečně i průdušnicová. Když jsem chtěl cizí těleso odstranit, spadlo toto až po rozdvojení průdušnice, kde bylo dobře hmatné párátkem. Jak je však odstranit, když pro hloubku a malý otvor průdušnice kleští a proštepčů nebylo možno upotřebiti? Při každém pokuse zavést nástroj, zvětšily se záchvaty dušnosti. Zkusil jsem zobákovitě ohnuté párátko, však marně. Tu zavedl jsem dosti hluboko ušní lžičku, v tom okamžiku přestalo dýchání úplně a pákovitým pohybem odstranil jsem pecku k nemalé radosti rodičů i své, neb jsem chtěl již od operace upustiti. Ihned se stal dech volným, vědomí se vrátilo a tep se upravil. Rána byla náplastí lepkavou stažena, brzo se však rozchlípila. Třetího dne děčko mohlo již polykati a hlasitě mluvit. Dech byl drsný, vzduch odcházel občasně i ranou. Náplast lepkavá vždy způsobila dušnost. Osmého dne dostavila se dušnost a mráčky. Přešly a po třech týdnech se děčko pozdravilo.*

*Po 51 letech náhodou jsem se sešel s osobou, o níž zde jest zmínka. Hlas zůstal drsnějším.*

kdo je alespoň elementárně zkušený v tracheální intubaci.

**Transtracheální kanyla Cook** (obr. č. 6) - vhodně konstruovaný hrot kovové jehly a armovaná stěna předurčují tuto kanylu k rychlému použití i méně zkušeným. Ve většině případů nevyžadovalo zavedení žádné předběžné vytvoření punkčního kanálu. K jehle je možno dokoupit i spojovací hadičku k aplikaci kyslíku a připojení samorozpínacího vaku. Vnitřní průměr tracheální kanyly je 2 mm.

**Quicktrach** (obr. č. 7) - stejně jako předchozí kanyla je Quicktrach díky své konstrukci schopen při punkci dobře proříznout kanál kůží a podkožím bez předchozí přípravy a snadno se zasunuje endotracheálně. Je dobře vybaven pro připojení resuscitačního vaku a zdroje kyslíku. K dostání je verze dětská s vnitřním průměrem 2 mm a pro starší osoby s 4 mm.

**Prostá perforační (odvzdušňovací) jehla** - pomůcka krajní

nouze. Je třeba vybrat jehlu co největší šíře (např. Belüfungskanüle Braun 1 mm vnitřní průměr) (obr. č. 8). Počet zavedených jehel odvisí od jejich vnitřního průměru. Neumožňuje bez další improvizace připojení O<sub>2</sub> ani resuscitačního vaku. Někdy doporučené experimenty s upravenou injekční stříkačkou se nám neosvědčily. Velkou, ale zároveň jedinou výhodou těchto jehel je naprosto jednoduché zavedení. (obr. č. 9)

### Závěr:

**Memento: I jen snaha „pokusit se“ je hodnocena více než pouhá nečinnost.**

Úspěšnou koniopunkci je schopen provést každý lékař, zejména použije-li pomůcku, kterou dobře ovládá. V případě praktických lékařů bych proto radil použít zejména pomůcky připomínající technikou aplikace i.m. či i.v. injekci. Neosvědčily se mi po-

můcky ARNDT se seldingrovským zavaděčem, ani sofistikované punkční soupravy PATIL. Ani Minitrach Portex není v tomto směru výjimkou - ocení ho jen ten, kdo je zvyklý intubovat. Pro nezkušeného se nejvíce osvědčily pomůcky podobné jehle s ostrou, řezající špičkou - transtracheální kanyla Cook, Quicktrach a vedle nich jako pomůcka krajní nouze tzv. „perforační kanyla“.

### Literatura:

1. International Consensus of Science: Circulation. 2000, Vol. 102, No 8, Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care
2. M. Gossman, R.A. Dickmann: Pediatric Emergency Medicine, Lippincott Company 1991, s. 630 - 632
3. Referátový výběr Anesteziologie a resuscitace a intenzivní medicína, Zvláštní číslo 2001, Neodkladná resuscitace
4. MUDr. Jarmila Drábková CSc., Minitracheostomie, Tempus medicorum, 3/2003, s. 34 - 35.
5. Další literatura, včetně firemní, u autora



obr. č. 7:  
Quicktrach



obr. č. 8:  
Prostá perforační  
- odvzdušňovací jehla



obr. č. 9:  
Sekční detail koniopunkce  
jehlou



obr. č. 10:  
Koniopunkční set  
po opakovaném vpichu

**Twinrix**



## Přehled doškolovacích kurzů pořádaných 1. LF UK v Praze

Zájemci se mohou přihlašovat písemně na adresu: Děkanát 1. LF UK, odd.doškolování lékařů, Kateřinská 32, 121 08 Praha 2, telefonicky na číslech 224964314 (též fax), 732146799 nebo e-mailem: eva.svobodova@lf1.cuni.cz.

Na přihlášku prosím uveďte název doškolovacího kurzu, Váš titul, jméno a příjmení, kontaktní adresu vč. PSČ, telefon, rok narození a lékařský obor. Přihlášení účastníci obdrží před konáním kurzu pozvánku se složenkou na úhradu účasti.

Cena kurzu je 400,- Kč. Pokud nebude poplatek uhrazen složenkou, může být zaplacen v hotovosti na místě ve výši 450,- Kč. Účastník kurzu, který nebude přihlášen předem, uhradí na místě v hotovosti 500,- Kč. Absolventi kurzu obdrží certifikát podle Stavovského předpisu č. 16 ČLK. Program doškolovacích kurzů je uveden na [www.lf1.cuni.cz](http://www.lf1.cuni.cz) pod heslem Děkanát.

### 13/03 Pediatrie – všeobecný kurz

Koordinátor: MUDr. M. Černá

Termín: 26. 4. 2003

Místo konání: Purkyňův ústav, Praha 2, Albertov 4

Téma	Přednášející	Trvání
Opožděná puberta	doc. MUDr. M. Šnajderová, CSc.	45 min.
Poruchy krmení	prim. MUDr. K. Frühauf, CSc.	45 min.
Průjem	prim. MUDr. K. Frühauf	45 min.
DIC a zánět v ordinaci PDDL	prim. MUDr. Z. Straňák, CSc.	45 min.
Nová screeningová vyšetření metabolických vad	ing. Petr Chrastina	45 min.
Akutní stavy v ORL	doc. MUDr. L. Vyhnánková, CSc.	45 min.
Úrazy hlavy u dětí	doc. MUDr. D. Šišková, CSc.	45 min.
Dítě a cestování	doc. MUDr. J. Vaništa, CSc.	45 min.

### 15/03 Perinatologie

Koordinátor: prof. MUDr. Z. Hájek, DrSc.

Termín: 17. 5. 2003

Místo konání: Gynekologicko-porodnická klinika, Praha 2, Apolinářská 18 (posluchárna)

Téma	Přednášející	Trvání
Prenatální péče u fyziologických a patologických gravidit	prof. MUDr. Z. Hájek, DrSc.	45 min.
Současné výsledky a organizace perinatologické péče v České republice	as. MUDr. P. Velebil, CSc.	45 min.
Preeklampsie a eklampsie	as. MUDr. A. Měchurová, CSc.	45 min.
IUGR	prof. MUDr. Z. Hájek, DrSc.	45 min.
Prenatální péče a kardiopatie	as. MUDr. T. Binder, CSc.	45 min.
Abúzus drog v graviditě	MUDr. B. Vavřínková, CSc.	45 min.
Urgentní stavy v porodnictví	as. MUDr. A. Pařízek, CSc.	45 min.
DIC za porodu a v puerperiu	prof. MUDr. J. Kvasnička, DrSc.	45 min.

### 16/03 Pediatrie – všeobecný kurz

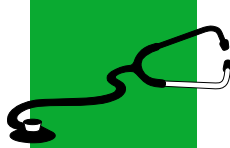
Koordinátor: MUDr. M. Černá

Termín: 31. 5. 2003

Místo konání: Purkyňův ústav, Praha 2, Albertov 4

Téma	Přednášející	Trvání
Zánět horních cest dýchacích – společný problém otorinolaryngologa a dětského lékaře	MUDr. H. Fišerová	45 min.
Onemocnění žlučových cest u dětí	prim. MUDr. P. Frühauf	45 min.
Převod lékařských praxí u PDDL	Mgr. A. Buriánek	45 min.
Problematika zdravotnické dokumentace	Mgr. A. Buriánek	45 min.
DIC a zánět v ordinaci PDDL	prim. MUDr. Z. Straňák, CSc.	45 min.
Porfyrie	prof. MUDr. P. Martásek, DrSc.	45 min.
Šikana	doc. MUDr. E. Malá	2 x 45 min.

**Omneo**



## VOX PEDIATRIAE

### 24/03 Pediatrie – všeobecný kurz

Koordinátor: MUDr. M. Černá

Termín: 11. 10. 2003

Místo konání: Purkyňův ústav, Praha 2, Albertov 4

Téma	Přednášející	Trvání
Hyperglykémie u dětí	MUDr. Š. Průhová	45 min.
Syndrom vyhoření	PhDr. B. Čepická	45 min.
Thyreopatie v ordinaci PDDL	prof. MUDr. J. Hníková, DrSc.	2 x 45 min.
Vývoj dětí po IVF	prim. MUDr. Z. Straňák, CSc.	45 min.
Osteopenie u dětí	MUDr. B. Kalvachová	45 min.
Vyšetření renálních funkcí u dětí	prof. MUDr. J. Masopust, DrSc.	2 x 45 min.

### 27/03 Pediatrie

Koordinátor: MUDr. Marcela Černá

Termín: 8. 11. 2003

Místo konání:

Téma	Přednášející	Trvání
Dif. dg. prolongovaného ikteru v novoroz. věku	MUDr. J. Zach	90 min.
Raná péče pro děti se zdravotním postižením	Mgr. T. Hradílková	45 min.
Středisko Střed: Pomoc zanedbávaným dětem	Mgr. V. Bechyňová	45 min.
Uzlinový syndrom	Doc. MUDr. V. Marešová, CSc.	45 min.
Onemocnění pankreatu u dětí	MUDr. P. Frühauf, CSc.	45 min.
Venerologická onemocnění v dětském věku	MUDr. Šimková	45 min.
Současné a budoucí možnosti léčby atopické dermatitidy	MUDr. Š. Čapková	45 min.

**V minulém čísle  
VOX PEDIATRIAE  
byla vložena přihláška  
pro zájemce o členství  
v České lékařské společnosti J.E.P.**

**Nedopatřením jsme opomněli uvést,  
že zájemci o členství  
v naší Odborné společnosti  
praktických dětských lékařů ČLS J.E.P.  
musí uvést do této přihlášky do kolonky  
„přihlašuji se za řádného člena  
odborné společnosti“  
tento údaj:**

**1070 - praktických dětských lékařů.**

**Děkujeme za pochopení.**

### České děti

#### mají potíže s váhou

Antropologové varují: Ohrožují nás váhové extrémy na obou stranách.

Vedle obezity se mezi českými dětmi v poslední době „ššíří“ i přehnaná hubenost. V obou případech jde o problém, který může vyústit ve zdravotní komplikace. Ze včera zveřejněné rozsáhlé antropologické studie vyplývá, že přibývá extrémů na obou stranách. „Před deseti lety jsme měli tři procenta dětí s nadváhou, dnes už je to přes pět procent. Zároveň však vzrostl i počet dívek a chlapců s příliš nízkou hmotností. Těch je nyní mezi sedmi a osmi procenty,“ upozornila Jana Vignerová ze Státního zdravotního ústavu, jenž se na výzkumu podílel. „Je zřejmé, že se u nás problém dětské obezity systematicky zveličuje. Podílejí se na tom farmaceutické firmy, které se snaží z lidí vytahat peníze za léky na hubnutí. Brzy však významně vzroste počet mladistvých s úplně opačným problémem – anorexií,“ tvrdí antropolog Pavel Bláha. To, jak rostou české děti, antropologové sledují už od konce 19. století. Nejnovější měření ukázalo, že se Češi za posledních sto let „vytáhli“ o více než deset centimetrů. Růst se však zpomaluje. Před deseti lety byli osmnáctiletí už jen o dva centimetry menší než stejně staří chlapci v roce 2001.

# HEXAVAC

## nová bezpečná a účinná látka firmy AVENTIS PASTEUR

HEXAVAC je kombinovaná očkovací látka, která zajišťuje společnou ochranu proti šesti závažným dětským infekcím. Použití tohoto přípravku chrání děti před záškrtem, tetanem, dávivým kašlem, dětskou obrnou, zánětem jater vyvolaným všemi známými podtypy viru hepatitidy B a před invazivním onemocněním způsobeným bakterií *Haemophilus influenzae* typu b (především infekce mozkové a míšní tkáně, infekce krve, infekce záklopy hrtnové). HEXAVAC obsahuje purifikovaný difterický a tetanový toxoid, adsorbovaný purifikovaný pertusový toxoid a adsorbovaný purifikovaný filamentózní pertusový hemaglutinin, adsorbovaný purifikovaný povrchový antigen hepatitidy B, inaktivovaný poliovirus typu 1, 2 a 3 a *Haemophilus influenzae* typ b polysacharid (polyribosylribitol fosfát) konjugovaný na tetanický toxoid.

Základní očkovací schéma látky HEXAVAC se skládá ze 2 - 3 dávek (0,5ml), podaných v průběhu prvního roku života, v termínech daných oficiálním doporučením. Dávky mají být podány v intervalu nejméně jednoho měsíce, například: ve 2., 3., 4. měsíci, nebo ve 2., 4., 6. měsíci či ve 3. a 5. měsíci života dítěte. Po základní vakcinaci třemi dávkami (tj. ve 2., 3., 4. měsíci, nebo 2., 4., 6. měsíci), musí být posilovací dávka podána mezi 12. a 18. měsícem věku, po základní vakcinaci jen dvěma dávkami (tj. ve věku 3 a 5 měsíců), musí být posilovací dávka podána mezi

11. a 13 měsícem věku, rovněž v souladu s oficiálním doporučením.

Přípravek HEXAVAC může být jako posilovací dávka podán i tehdy, když batole obdrželo kompletní základní imunizaci všemi antigeny, obsaženými v tomto přípravku, bez ohledu na to, zda tyto antigeny byly podány jako monovalentní, nebo kombinované vakcíny.

V klinických studiích s vakcínou HEXAVAC byla zjištěna indukce séroprotektivních titrů protilátek na všechny antigeny, obsažené ve vakcíně. Imunitní odpovědi na všechny složky vakcíny odpovídaly velmi dobré klinické ochraně a byly shodné s úrovní výsledků, získaných po aplikaci jiných licencovaných kombinovaných vakcín.

V klinických studiích prokazoval HEXAVAC velmi nízkou reaktogenitu a byl všeobecně dětmi dobře snášen. Stejně jako po aplikaci jiných očkovacích látek, se i po podání látky HEXAVAC mohou objevit některé vedlejší účinky, jako je bolestivost při tlaku na místo aplikace, zarudnutí a otok v místě vpichu. Mohou se objevit i další vedlejší účinky a to podrážděnost, nespavost, neobvyklý pláč, nebo naopak zvýšená ospalost. Nejčastěji pozorovanou reakcí je horečka okolo 38°C, která se vyskytuje přibližně u 15% dětí. Tyto reakce se mohou vyskytnout do 72 hodin po očkování, jsou přechodné a vymizí bez jakýchkoliv následků pro dítě.

Použití kombinované vakcíny proti šesti nákazám v jedné injekci zjednodušuje významně očkovací kalendář, omezení počtu vpichu snižuje i určitý diskomfort jak pro dítě a rodiče, tak i pro lékaře a v konečném důsledku snižuje i výdaje za očkování.

Kombinované vakcíny se mohou v dohledné době významně uplatnit v souvislosti s vyhlášením Evropského regionu SZO za prostý poliomyelitidy. Toto historické rozhodnutí bylo ohlášeno Regionální komisí SZO pro certifikaci polioeradikace dne 21.7.2002.

V České republice byl poslední případ indigenní paralytické poliomyelitidy hlášen v roce 1960. Průběžné kontroly proočkovanosti prokazují úroveň vyšší než 90%, většinou nad 97%. Kolektivní imunita populace je vysoká, proti typu 1 a 2 v 95%, proti typu 3 nad 90%. Úroveň surveillance programů, zaměřených na kontrolu poliomyelitidy, je pracovníky SZO vysoce hodnocena.

Česká republika má proto všechny podmínky k tomu, aby v blízké době přešla od očkování s orální poliovakcínou na očkování s inaktivovanou poliovakcínou (eIPV), tak jak to již některé státy zavedly, nebo zavést plánují. Optimálním řešením při takovém rozhodnutí je použití právě kombinovaných poliovakcín, které eIPV již obsahují.

## Hexavac



## Aktuality

### ■ **Vláda: České dítě má být spolehlivé**

Podle navrhované koncepce chce stát mladé lidi více vtáhnout do veřejného dění. Samostatné, solidární, spolehlivé, zodpovědné by v budoucnu měly být české děti a mládež. Vláda toho chce dosáhnout do roku 2007. Kabinet včera schválil koncepci státní politiky pro oblast výchovy dětí a mládeže do roku 2007. Tímto ministři odsouhlasili principy a způsoby, jakými by měl stát působit na děti (osoby do 18 let) a mládež (osoby do 26 let). Hlavní oblastí, na kterou se chce státní správa u mladých lidí zaměřit, je probuzení jejich zájmu o veřejný život. Podle ministerstva školství, které koncepci připravilo, prochází česká mládež složitým kritickým obdobím. Nejenže je vystavena vlivům globalizace, ale na rozdíl od evropské mládeže se musí vyrovnat i s procesem transformace. Různé výzkumy z poslední doby ukázaly, že česká mládež sice není lhostejná k dění kolem sebe, ale její zájem o veřejný život je nízký. Důvodem může být i to, že mladí lidé nevěří státním institucím ani politikům. Navíc mají pocit, že jejich hlas není slyšet nebo jej nikdo nebere vážně. Právě tuto skutečnost si uvědomuje i ministerstvo a chce se pokusit stav věci zlepšit. „Jde i o to, aby mladí lidé měli šanci uskutečňovat své záměry a aby je někdo bral vážně,“ vysvětlil Josef Smékal z odboru pro mládež ministerstva školství.

### **Mladí nechtějí mít děti**

Ministerstvo chce proto podporovat tzv. studentské parlamenty a práci neziskových organizací. Vedle toho chce mj. snížit úrazovost dětí, vychovávat děti ke zdravému životnímu stylu či chránit děti před negativními vlivy médií. Na plnění koncepce se budou podílet i ministerstva zdravotnictví, kultury, vnitra, obrany, informatiky, práce a sociálních věcí a životního prostředí. Ve své koncepci ministerstvo zmínilo i některé negativní jevy. Mezi ně patří například odkládání sňatků. „Od roku 2001 se průměrný věk nevěst zvýšil o pět let (na 27 let). S rostoucím věkem prvorodiček bohužel narůstá i podíl rizikových těhotenství,“ uvádí se v koncepci. Podle posledních výzkumů neplánuje narození dítěte 51 procent mladých mužů a 39 procent žen. Pro úspěšné naplnění přijaté koncepce požaduje ministerstvo jen do konce roku 2004 padesát miliard korun nad rámec rozpočtu. Vynaložené investice by se však měly podle koncepce vrátit v podobě „svědomitých, samostatných, solidárních a zodpovědných mladých lidí“.

### **Jaké by měly být děti a mládež podle vlády**

- samostatné – schopné rozhodovat se a řídit si svůj osobní i společenský život
- solidární – schopné projevit zájem o ostatní, jednat s nimi v jejich prospěch, sdílet jejich zájmy
- zodpovědné – schopné nést odpovědnost za své činy, plnit své úkoly a dokončit vše, co začnou
- svědomité – schopné určit si morální hodnoty a jednat podle nich

### ■ **Polovina antibiotik v Česku je předepsána špatně**

Používání antibiotik vyžaduje zodpovědnost jak ze strany lékařů, tak ze strany pacientů. Jinak totiž hrozí, že tyto životně důležité léky přijdou o svou účinnost.

Když se po druhé světové válce rozšířila antibiotika, optimisté sdíleli názor, že tím jednou provždy lidstvo získalo zdrcující zbraň proti infekčním nemocem. Po několika letech ale lékaři začali ztrácet jednu část antibiotického arzenálu po druhé. Původci nemocí se dokázali novým lékům velmi rychle přizpůsobit. V současnosti je rezistence na antibiotika problémem, který v různé míře trápí celý civilizovaný svět. „Situace se liší stát od státu. Například Francie, Španělsko nebo Itálie čelí obrovským potížím. Na druhou stranu skandinávské země, ale třeba i Holandsko, mají problémy s rezistencí minimální. Není bez zajímavosti, že to jsou právě ty státy, kde se antibiotika předepisují nejméně,“ říká primář Oddělení klinické mikrobiologie Nemocnice Na Homolce MUDr. Vlastimil Jindrák. „Česká republika na tom ještě není nejhůře. Situace je u nás relativně příznivá, s jednou výjimkou, a to je původce angíny. Ten je rezistentní na celou velkou skupinu těchto léků, tzv. makrolidová antibiotika. V praxi to znamená, že pokud je dítě alergické na penicilin, už pak mnoho terapeutických možností nezbývá. Rezistence pak může vést k tomu, že dítě musí být léčeno v nemocnici a musí podstoupit třeba i náročnou injekční léčbu,“ vysvětluje.

### **Pacienti vyžadují recept**

Používání antibiotik vyžaduje určitou dávku zodpovědnosti jak od lékařů, tak od pacientů. Obě tyto skupiny mají na vzniku rezistence svůj podíl. „Několik let už provádíme audit používání antibiotik, kdy analyzujeme, jak jednotliví lékaři antibiotika předepisují. A z těchto výsledků vyplývá, že zhruba v polovině případů jsou antibiotika podána nevhodně. Což zase v celosvětovém měřítku není ještě tak špatné. Jsou státy, kde to je až sedmdesát procent,“ říká Vlastimil Jindrák. Podle Jindráka přispívá k tomu, že lékaři předepisují antibiotika zbytečně, i tlak pacientů. „Lidé, kteří mají odejít z ordinace bez receptu na antibiotikum, to často berou jako selhání lékaře,“ domnívá se. Některým pověřám o antibiotikách ale podléhají i zdravotníci. „Někdy si i oni myslí, že když už je antibiotikum jednou nasazeno, tak musí být dobráno. To není pravda. Když lékař dodatečně zjistí, že k podání antibiotika nebyl důvod, je třeba je ihned vysadit,“ doporučuje Jindrák. Praktičtí lékaři by antibiotika předepisovali mnohem méně, pokud by hned v ordinaci měli možnost odlišit virovou infekci od bakteriální. Přesně toto jim umožní jednoduchý CRP test. Pacienta nijak nezatěžuje, stačí k němu kapka krve. Samotný přístroj stojí kolem třiceti tisíc. „Nyní se rozhoduje o tom, jestli toto vyšetření bude pojišťovna praktikům hradit. Myslím, že je ve veřejném zájmu, aby tomu tak bylo,“ říká předsedkyně odborné společnosti praktických dětských lékařů MUDr. Hana Cabrnachová. Naučme se šetřit s antibiotiky „Používání testu vede jednoznačně ke snížení spotřeby antibiotik. Ověřila jsem si to ve své vlastní praxi. Umožňuje mi dělat věci, které bych si bez něj netroufla. Například ke mně rodiče v pátek odpoledne přinesli půlroční dítě s tím, že má již několik dní teplotu. Normálně bych mu musela buď dát ihned antibiotika pro jistotu, nebo dítě poslat do nemocnice na laboratorní vyšetření. Což by na začátku víkendu mohlo znamenat i hospitalizaci. Takhle jsem během chvíli provedla CRP test a zjistila, že jde s největší pravděpodobností o virózu. Mohla jsem dítě s klidným svědomím nechat doma a v pondělí mi rodiče zavolali, že teploty už klesly,“ popisuje svou osobní zkušenost Hana Cabrnachová. „Toto vyšetření má i psychologický efekt. Lékař může matce říci: „Já jsem udělal takový test a k podání antibiotik

**Nutricia**





není důvod.“ Rodiče odcházejí mnohem klidněji, než když lékař rozhodne jen tak od stolu,“ dodává Vlastimil Jindrák. Může se stát, že kvůli antibiotické rezistenci se rozšíří seznam nemocí, u kterých je jedinou ochranou očkování. „Existuje bacil, který se jmenuje pneumokok, to je velmi častý vyvolavatel infekcí. Způsobuje například zápal plic nebo meningitidu (hnisavý zánět mozkových plen). Rezistence na něj je u nás zatím nízká. Ale už v tak blízké zemi, jako je Slovensko, je velmi vysoká, v řádu desítek procent kmenů. Tady se už asi nepůjde cestou nových antibiotik. Populace se bude muset plošně očkovat,“ varuje doc. MUDr. Ivan Novák, CSc., přednosta dětské kliniky pražské Fakultní Thomayerovy nemocnice. Podobný vývoj může nastat i u jiných, zatím zcela „bezbolestně“ léčitelných chorob. Jediné účinné řešení je naučit se s antibiotiky „šetřit“. „Když se s nimi naučíme zacházet tak rozumně jako třeba Holanďané, budeme mít dlouhodobě relativně velkou jistotu, že tato důležitá skupina léků bude k dispozici pro léčení třeba i těch infekcí, které se na nás možná teprve chystají. To, že se nyní objevil SARS, můžeme brát jako varování,“ tvrdí Vlastimil Jindrák.

#### **Jak zodpovědně užívat antibiotika**

- Netlačte na lékaře, aby vám za každou cenu antibiotikum předepsal. I virová infekce může vypadat dramaticky, antibiotikum při ní ale nepomůže.
- Pokud vám lékař antibiotikum předepíše, vyzvedněte si je hned a první dávku si vezměte co nejdříve.
- Bez vědomí lékaře léčbu neukončujte a nepřerušujte.
- Dodržujte stanovené časy a dávkování.
- Efekt antibiotika by měl být zřetelný do osmačtyřiceti hodin po nasazení. Pokud tomu tak není, informujte lékaře.

#### **Lékaři:**

##### **Pojišťovny chtějí, abychom porušovali zákon**

Riziku trestního stíhání se vystavují lékaři, pokud vyhoví komerčním pojišťovnám a poskytnou jim údaje ze zdravotní dokumentace pacienta, aniž by k tomu měli jeho souhlas.

Praktičtí lékaři řeší další problém, zda mohou podat citlivé informace o zdravotním stavu pacientů. Předmětem dohadů jsou formuláře, rozšířené komerčními pojišťovnami v případě úmrtí klienta. Pojišťovny v nich žádají, aby ošetřující lékaři poskytli údaje ze zdravotní dokumentace zemřelého, aniž by zároveň doložili, že jim klient ještě za života dal souhlas tyto informace znát. Bez toho na ně nemají právo. V podstatě tím po lékařích chtějí, aby porušili platné zákony. Podle zákona o péči o zdraví lidu je totiž lékař v těchto věcech vázán povinnou mlčenlivostí, pokud jej pacient nezmocní jinak. Zároveň by se neoprávněným poskytnutím těchto informací dostal do křížku i se zákonem o ochraně osobních údajů. Za to by mohl jít až na pět let do vězení. „Pokud dotyčný žije a lékař si může vyžádat jeho souhlas, nebo mu údaje přímo předat, pak je všechno v pořádku. Horší situace nastává v případech úmrtí, kdy klient pojišťovny nedal k podobnému úkonu předem výslovný souhlas. Naše legislativa je v tomto směru nedokonalá,“ míní místopředsedkyně Sdružení praktických lékařů ČR (SPL) Jana Uhrová. České právo zatím neříká, jak v těchto případech postupovat. Na informace o zdravotním stavu zemřelého nemají právo ani jeho rodinní příslušníci. V zahraničí do patové situace běžně vstupuje nezávislá instituce, např. soud. U nás ale k tomu nemá zmocnění. „Některé pojišťovny to vyřešily tak, že si do smlouvy s klientem předem nechaly dát klauzuli o souhlasu s případným sdělením údajů o jeho zdravotním stavu. Není to sice právně úplně čisté, protože souhlas by měl dostat přímo lékař, který údaje poskyt-

ne, ale lze to považovat za určité řešení. Problém je u starších smluv, které otázku souhlasu neřeší,“ uvedl právník SPL Jakub Uher.

#### **Zákon proti zákonu**

Pojišťovny však žádají po lékařích údaje, aniž by se podobným zmocněním předem prokázaly. „Máme tuto skutečnost ošetřenu v pojistných smlouvách. V případě, že lékař doložení takového souhlasu požaduje, tak mu jej zašleme,“ nepřímo potvrzuje mluvčí pojišťovny Allianz Kateřina Piro. Také Česká pojišťovna posílá lékařům s průvodním dopisem pouze formulář „Zpráva ošetřujícího nebo ústavního lékaře o úmrtí pojistěnce“. „Souhlas ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu nám dává každý klient automaticky při podpisu smlouvy o životním nebo úrazovém pojištění. My však kopii této smlouvy lékařům předkládát nemůžeme, protože jsou v ní údaje, na něž se vztahuje povinná mlčenlivost podle zákona o pojišťovnictví,“ namítá mluvčí České pojišťovny Václav Bálek. Podle předsedy Úřadu na ochranu osobních údajů Karla Neuwirta je praxe pojišťoven nesprávná. „V podobných případech by neměly oslovovat přímo lékaře. Pokud chtějí například prokázat, že klient byl vážně nemocen už při podpisu smlouvy a tuto skutečnost zamlčel, měly by to řešit prostřednictvím soudu, který má právo si údaje ze zdravotní dokumentace vyžádat,“ řekl Neuwirt.

#### **Pojišťovna zruší skandální limit**

VZP odírala lidem nad 50 let nejmodernější metody léčení infarktu. Lidé, kterým hrozí infarkt, se už nemusí obávat, že jim po padesátém roku věku lékaři neposkytnou nejmodernější léčbu. Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) pod tlakem veřejnosti ruší limit, který pro nejdražší metodu léčby infarktu předtím stanovila. Byl to omyl, tvrdí pojišťovna. Skandálem se už zabývají i politici. Místopředsedkyně ODS a poslankyně Miroslava Němcová bude na nadcházející schůzi sněmovny interpelovat ministryni zdravotnictví Marii Součkovou. „Chci se jí zeptat, co si o tomto věkovém limitu myslí,“ potvrdila poslankyně. „Já s ním totiž zásadně nesouhlasím. Ostatně, mám vážně nemocnou maminku po dvou infarktech, třeba mě to brzy taky čeká,“ dodala. Na věkový limit u speciálních cévních operací poprvé upozornil primář Ladislav Groch z Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně. Ministryně zdravotnictví Součková se pak od tohoto věkového limitu distancovala, ministerstvo pracuje na jiném předpisu. Hranice padesáti let byla navíc v rozporu s rozsáhlým vládním plánem Zdraví 21. V něm ministryně Součková deklarovala, že chce v dohledné době dramaticky, o celých čtyřicet procent, snížit úmrtnost na choroby srdce a cév u lidí, jimž je méně než pětadesát let.

#### **Léčba do padesátky? Chyba, omlouváme se**

Všeobecná zdravotní pojišťovna a kardiologové přehodnotí svůj přístup k léčení lidí, kteří překročili padesát let svého života. Zatímco pojišťovna dosud hradila lidem, kterým hrozil infarkt, takzvané potahované stenty pouze do padesáti let, nyní bude vše jinak. Při používání této nejmodernější metody léčby už nebude hrát roli věk, ale pouze stav pacienta. Stenty jsou speciální výztuže, jimiž lékaři rozšíří zúžené cévy, a brání tak infarktu. Potahované stenty navíc obsahují speciální lék, který snižuje riziko, že se céva časem opět zúží. Jsou však nejméně dvakrát dražší: kus stojí přes sedmdesát tisíc.

#### **Limit navrhli sami lékaři**

Všeobecná zdravotní pojišťovna sice původně popřela, že by věkový limit vydala, pak se však opravila. „Zmýlil jsem se,“ uvedl nyní ředitel pro zdravotní péči VZP Antonín Pečenka. Zároveň řekl, že pojišťovna věkovou hranici nevymyslela. „Navrhli ji mezi dalšími kritérii kardiologové.



My to blbci převzali a teď jsme za hlupáky, zvláště když jsme ještě tvrdili, že to tam není," prohlašuje. Dopis poslal pojišťovně člen výboru kardiologické společnosti profesor Michael Aschermann. I on však říká: Tlumočil jsem stanovisko pracovní skupiny, která kritéria pro výběr pacientů vypracovala. „Na chybu své kolegy upozorním, není problém věkový limit vypustit,“ řekl. Na problém bylo zaděláno loni ve chvíli, kdy se lékaři začali s pojišťovnou dohadovat, pro kolik pacientů dostanou na nové výztuže peníze. VZP sdělila: Můžeme je zaplatit jen pěti procentům pacientů, vy určete, komu je budete dávat.

#### **Poslankyně chce vysvětlení**

Profesor Aschermann nicméně upozornil, že s novými a extrémně drahými stenty se teprve začíná a není důvod je dávat všem, protože jejich efekt není ještě zcela prozkoumán. „Mají s tím problém i v bohatých Spojených státech,“ sdělil Aschermann. Dodal, že on sám s novými stenty šetří, ale limit padesáti let nedodrzuje, byť to pak musí uhradit z rozpočtu svého oddělení. Problém s omezením léčby podle věku už řeší i politici. Poslankyně ODS Miroslava Němcová bude interpelovat ministryni zdravotnictví za ČSSD Marii Součkovou. Ministryně už má odpověď na interpelaci připravenou. Od věkového limitu se distancovala, ministerstvo pracuje na jiném předpisu. „Potahované stenty by měli dostávat ti, kteří jsou ze všech nejvíce ohroženi, bez ohledu na to, kolik jim je let,“ uvedl šéf odboru zdravotní péče ministerstva Pavel Březovský. Poslankyně Němcová vyčítá ČSSD, že neumožňuje pacientům, aby si na lepší péči třeba legálně připlatili, pokud ji budou chtít. „Medicína jde rychle dopředu a mě zajímá, zda si paní ministryně opravdu myslí, že vše mohu mít zdarma, aby mě pak v padesáti třeba nechali umřít,“ sdělila sugestivně Němcová.

#### **Život nebo smrt**

Zdravotní pojišťovna má problém: omezila nejmodernější léčebné postupy při infarktu hranicí padesáti let. Problém to však není velký: pojišťovna tvrdí, že to učinila omylem, unesli se na tom lékaři. Chybu rychle napraví. Napříště omezení věku již nebude, bude opak: přednost dostanou ti nejvíce ohroženi. Problém nezmysel, jen dostal jiný název. Kdo je nejvíce ohrožen – to je vždy měřitelné kritérium? Všichni občané mají před zákonem stejnou cenu, před nemocí nikoliv? Když neušetříte na starších pacientech, ušetříte na méně ohrožených? Výraz „méně ohrožený“ může být jen krycím názvem pro skutečnost, že moderní léčení je nesmírně drahé, pojišťovny je nemohou zaplatit, a musí proto některé pacienty vyřadit. Které? Kdo je vyřadí? Za pokrytečným „méně ohrožen“ vězí jakýsi modernizovaný Mengele, který distribuuje lidi do života či smrti. To je hrozná představa, ale reálná: pro všechny léčení a léčiv není dost, někdo musí z kola ven. Tuto pekelnou větu si zamíčme, řekněme raději: přednost mají více ohrožení. Zní to lidštěji. Zdravotní pojištění je povinnost, v níž občan zná svou platbu, neví však, co za ni kdy dostane. Plnění určuje stát, potažmo pojišťovny, bez souvislosti s výší platby. Jako byste platili pojištění za auto, ale co všechno vám opraví, řeknou až po havárii. Ať už to zakrýváme jakkoliv, zdravotní pojištění je druh daně a léčebná péče něco, co vám stát dá. Vztah mezi pojistkou a plněním neexistuje. Mezi klientem a pojišťovnou není smlouva, nýbrž zákon. Platím, a oni mi nedají do srdce potřebnou trubku, protože jsem zestárl? Mladšímu dají? Ale platí stejně jako já. Nebo řeknou: Vám nedáme, jste méně ohrožen. Jsou jen dvě možnosti. Bohatý člověk si hodně zaplatí, trubku mu dají, umře. Chudý zaplatí málo, trubku mu nedají, umře též. Každý však jindy. To je drásající nepravděpodobnost. Druhá možnost není lepší: trubek je méně než srdcí, tak

si podle nějakého kritéria vybereme. První případ je dobrý pro boháče, druhý zase pro šikovné s protekcí. Ale my bychom chtěli, aby si lidé byli rovni.

#### **Co všechno ohrožuje zdravý vývoj osobnosti dítěte**

Aby z našeho potomka vyrostla zdravá osobnost, musíme jako rodiče uspokojovat řadu jeho potřeb a to nejen materiální povahy. Milující rodiče splňují tyto podmínky jaksimimoděk, intuitivně, i když občas udělají také nějakou výchovnou chybu. Děti, které se narodily nebo posléze dostaly do nefunkční rodiny, jsou ve svém vývoji ohrožovány a deformovány celým souborem patologických a neadekvátních forem zacházení. Jsou zanedbávány jejich základní potřeby – biologické i emoční. Chybí jim pocit bezpečí, jistoty, narušuje se jejich sebehodnocení i zdravé mezilidské vztahy. Tyto neadekvátní formy zacházení s dítětem dostaly mezinárodní označení syndrom CAN (Child Abuse and Neglect). Patří sem: Fyzické týrání – nepřiměřené tresty, bití, hladovění. Zanedbávání – špatná strava a oblečení, nepravidelný a nedostatečný spánek, málo podnětů k rozvoji myšlení a k citovému rozvoji. Psychické týrání – ponižování, nadávky, zastrašování, izolace od vrstevníků, přemrštěné nároky na zodpovědnost a školní prospěch, vyžadování náročných domácích prací, které přesahují schopnosti dítěte. Sexuální zneužívání – jakékoliv využití dítěte k navození vzrušení či uspokojení sexuálních potřeb dospělého, případně vystavení dítěte takovému chování. Spor o dítě – jedna z forem psychického týrání, většinou vzniká po rozvodu. Syndrom zavrženého rodiče – bránění styku dítěte s rodičem, kterému nebylo svěřeno do péče, s prarodiči z jeho strany, případně se sourozenci, kteří zůstali v jeho péči.

#### **Vědci zkoumali následky SMS**

Apatičtí adolescenti, kteří si budují sebevědomí prostřednictvím počtu telefonátů či krátkých textových zpráv přijatých na mobilním telefonu, nejen dokládají závislost na svém „mobilu“, ale pro britské psychology jsou také důvodem k obavám. V takovém duchu vyznívá odborná psychologická studie, jejíž výsledky v pátek zveřejnil londýnský list Daily Telegraph. Anketu uspořádalo sdružení Childalert, které pomáhá britské rodiče upozorňovat na problémy, s nimiž se mládež potýká. Z průzkumu mezi britskou mládeží vyplynulo, že dospívající do 18 let utratí v zemi v souhrnu 160 000 eur denně jen za odeslané krátké textové zprávy – populární SMS. Podle sdružení je za touto hustou frekvencí kontaktů přes mobilní telefony potřeba mládeže definovat vlastní identitu. Obdržet telefonát či SMS znamená pro adresáta, že pro odesílatele něco znamená, že je důležitý. Toto vědomí adresátovi pomáhá zvyšovat vlastní sebevědomí i důvěru ve vlastní důležitost. Studie zaznamenala, že v roce 2000 došlo v porovnání s předcházejícím rokem k nárůstu odeslaných krátkých textových zpráv o 1400 procent. Za tuto službu zaplatili v Británii účastníci mobilní telefonní sítě přes 1,6 miliardy eur. Dospívající jsou svými mobilními telefony natolik posedlí, že neustále kontrolují, zda jim na jejich přístroj nepřišla nějaká zpráva. V místech, kde si zprávu nemohou přečíst či mobil zkontrolovat, se stávají nervózními. Nadužívání mobilu může narušit duševní rovnováhu takového jedince, varuje Childalert. Upozorňuje, že u řady mladých lidí byly již zaznamenány vážné známky závislosti.



### Jezdec smrti SARS

Opravdu nám hrozí plicní pandemie?

Okolo poloviny března se začaly v médiích objevovat první informace o podivné epidemii SARS. Toto označení znamená Severe Acute Respiratory Syndrom – těžký akutní respirační syndrom. Zpočátku se projevuje jako chřipka a pak přechází do další fáze, kde se objevují vysoké horečky, bolesti hlavy a svalů, průjmy, ztráta chuti k jídlu, dusivý kašel, dýchací potíže a silný zápal plic. Část nemocných umírá. V době, kdy se začalo o SARS hovořit, bylo známo asi 112 nakažených a sedm mrtvých. Za několik dní již bylo registrováno okolo 300 nakažených a 12 mrtvých a k 30. 3. pak 1600 nakažených a 62 mrtvých. Nyní, k 1. 4., tedy po patnácti dnech, je asi 2000 nakažených a 82 mrtvých. Z uvedených čísel vyplývá, že dolní hranici úmrtnosti postižených touto chorobou jsou asi čtyři procenta. (Zdravotníci jsou skeptičtější, protože podle nich je úmrtnost 10–20procentní.) Z týchž čísel je také zřejmé, že jeden nemocný nakazí přibližně pět dalších osob za 10 dní. K tomuto číslu dojdeme takto:  $300:112 = 2,5$  nakažené osoby asi za pět dní.  $1600:300 = 5$  nakažených osob za deset dní.  $1600:112 = 14$  osob za patnáct dní, a nakonec  $2000:112 = 17$  za sedm dní, tedy v každém případě více než pět osob za deset dní. Za základ výpočtů je však dobré vzít spodní hranici, tedy že jedna osoba nakazí přibližně za deset dní asi pět dalších osob. A oněch patnáct dní od poloviny do konce března rozšíříme na 20, abychom měli nějakou rezervu a nevznikal dojem, že se čísla snažíme „napnout“ nebo nějak zdramatizovat. To znamená, že dnešní počet nakažených bereme jako číslo nikoli po patnácti, ale po dvaceti dnech. Od tohoto východiska pak můžeme počítat dále, jak roste počet nakažených a mrtvých. Jestliže je dnes 1500 nakažených, tak za deset dní bude  $1500 \times 5$  nakažených, což je od počátku počítání, tedy od poloviny března, 7500 nakažených osob, s úmrtností čtyři procenta to znamená 300 mrtvých. A dále  $7500 \times 5 = 37\,000$  nakažených třicátý den, tedy 1480 mrtvých za jeden měsíc od poloviny března. Za dalších deset dní  $37\,000 \times 5 = 187\,500$ , což je 7500 mrtvých. A dále  $187\,500 \times 5 = 937\,500$ , tedy 37 500 mrtvých. Následuje  $937\,500 \times 5 = 4\,687\,500$  nakažených, což znamená 187 500 mrtvých na konci druhého měsíce. Následuje  $4\,687\,500 \times 5 = 23\,437\,500$  nakažených a 937 500 mrtvých. A můžeme pokračovat:  $23\,437\,500 \times 5 = 117\,187\,500$ , tedy 4687 500 mrtvých. A dále  $117\,187\,500 \times 5 = 585\,937\,500$  nakažených, a tedy 23 437 500 mrtvých po devadesáti dnech, to znamená na konci třetího měsíce. Následuje  $585\,937\,500 \times 5 = 2\,929\,687\,500$  nakažených a 117 187 500 mrtvých po sto dnech od poloviny března. To je za pouhých sto dní osmkrát víc než při poslední velké pandemii takzvané španělské chřipky, která v období 1918–19, tedy za více než rok, zabila přes 20 000 000 lidí. Tato čísla jsou děsivá. Přitom současná situace při povrchním pohledu vypadá nedramaticky a nechává občany a zřejmě i mnoho odborníků a odpovědných osob v klidu, který by se dal přirovnat ke spánku. Odpovědní pracovníci jako by spoléhali na to, že se něco stane. Že bude nalezen lék nebo že epidemie sama zmizí. To se jistě může stát. Ale také nemusí. Lék nemusí být nalezen vůbec nebo nemusí být nalezen včas. Z uvedených čísel vyplývá, že mnoho času není, jak by se mohlo z dnešního počtu nakažených zdát. Důsledky by mohly být katastrofální. Je třeba přestat čekat na zázrak a začít účinně jednat.

### Smrtící virus je dál záhadou

Syndrom akutního respiračního selhání (SARS), na který již zemřelo ve světě téměř 90 osob a nakaženo jím bylo asi 2600 lidí, zůstává nadále

záhadou. Vyplývá to ze zprávy Světové zdravotnické organizace (WHO). Podle této zprávy je původcem nemoci nejspíše nový typ viru, který patří do skupiny koronavirů, nebo nový typ paramyxoviru. Je možné, že jde o virus, který způsobuje onemocnění u zvířat, přenesl se na člověka, změnil svoji strukturu, a proto onemocnění probíhá tak vážně. Není vyloučeno, že se oba tyto typy virů podílejí na rozvoji onemocnění společně. Jako hlavní příznaky nemoci WHO uvádí vysokou horečku (přes 38 stupňů) a jeden nebo více projevů postižení dýchacího ústrojí (kašel, dušnost a dýchací obtíže). Mezi vedlejší projevy patří bolest hlavy, ztuhlost svalů, ztráta chuti k jídlu, zmatenost, vyrážka a průjmy. Na rentgenovém snímku se může objevit nález shodný se zápalem plic. Pokud jde o léčbu SARS, není zatím znám přímý lék, který by byl úspěšný u více pacientů. Protivirový lék Ribavirin, který byl některým pacientům podán, zatím není všeobecně doporučen. Jeho použití je hlášeno především z Číny, kde se díky dobré podpůrné léčbě stav řady pacientů zlepšil. Mezi prokázanou formou přenosu patří delší blízký kontakt s nemocnou osobou, jiné formy přenosu však nejsou vyloučeny. Doba mezi vniknutím původce do organismu a rozvinutím projevů onemocnění je od dvou do sedmi dnů, nejčastěji tři až pět dnů. Ředitelka Světové zdravotnické organizace (WHO) Gro Harlemová Brundtlandová včera kritizovala Čínu za to, že neposkytla včas informace, jež mohly zpomalit šíření nemoci. Harlemová uvedla, že Čína měla být otevřenější hned v prvním období, kdy se nemoc začala projevovat, tedy již od listopadu loňského roku. Dodala, že to není v historii poprvé, kdy postižená země váhala se zveřejněním informací, protože se obávala nepříznivého dopadu na turistiku a cestování.

### Prarodiče jsme přerostli o 12 centimetrů

V uplynulých 100 letech lidé rostli a rostli. Teď se trend zastavuje: člověk už zřejmě vyšší nebude.

Oproti našim babičkám i dědčkům jsme notně povyrostli. Osmnáctiletí muži jsou o 12 centimetrů vyšší než před sto lety, dívky o šest centimetrů. Stejný trend je patrný u všech věkových kategorií dětí.

Praha – Mladí muži jsou dnes v průměru vysokí 180 centimetrů, osmnáctileté ženy měří 167 centimetrů. Podle antropologů, kteří pro čerstvě zveřejněnou studii „změřili“ přes 55 tisíc dětí a mladistvých, lidé už patrně o moc větší nebudou. Za posledních deset let už totiž muži „povyrostli“ jen o dva centimetry a ženy o jeden. „Jedna z teorií hovoří o tom, že se už vyčerpал náš genetický potenciál. Děti zkrátka dostaly to nejlepší, co mohly. Člověk možná ani není geneticky vybavený na to, aby byl ještě vyšší,“ shrnuje závěry průzkumu Jana Vignerová ze Státního zdravotního ústavu. Přesto budeme v ulicích i nadále potkávat muže a ženy extrémních výšek. Jejich počet se ale výrazně nezvýší a průměr to příliš neovlivní.

#### Kdo nestoná, roste

Vyšší vzrůst lidí v posledních sto letech má několik příčin. Tou hlavní je genetika – výšku ovlivňuje ze 70 procent. „Zásadní roli ale hraje i výživa, očkování a hlavně mnohem lepší zdravotní péče, které se dětem dostává,“ řekla Vignerová. Platí přímá úměra: čím méně děti stonají, tím lépe se vyvíjejí, a tedy i rostou. Nynější lékařská péče je už ovšem tak kvalitní, že se do budoucna s dalším zásadním zlepšením počítat nedá. Děti si dnes nejrychlejší růst odávají mezi 12 až 13 lety. Dospívají totiž mnohem dříve než před stoletím. „Tehdy dívky dospívaly v šestnácti, dnes se první menzes objevuje už u dvanáctiletých. U chlapců nastupuje puberta o dva roky později. Proto také rostou delší dobu než děvčata – až do devatenácti,“ tvrdí antropolog Pavel Bláha.

**Hamijars**

**Dětem se protáhly hlavy**

Svým rozsahem ojedinělá studie vypověděla o české populaci i další – možná až záhadné údaje: společně s výškou se proměňuje i tvar hlavy. „Dříve se Češi vyznačovali kulatějším tvarem lebky. Dnes se děti rodí s protáhlejšími hlavami. Změna nastala v osmdesátých letech,“ upozornil Bláha. Jasnou odpověď, proč tomu tak je, antropologové zatím nezjistili. Teorií je víc. „Ta nejpravděpodobnější je, že zároveň s tím, jak se prodlužují všechny kosti v těle, rostou i kosti lebeční,“ řekla Vignerová. Antropologové se při měření dětí soustředili i na tvary hrudníků. Ty jsou prý nyní užší a zploštělejší. Dětem dnes také dorůstají chodidla do konečné velikosti dříve, než bylo zvykem. Výjimkou není patnáctiletý hoch měřící 178 centimetrů, který nosí boty pětáctýřičítky.

**Děti s nadváhou přibývá: je jich pět procent**

A jak je to s naší tloušťkou? Vůbec ne tak zle, jak se říká. Antropologové přinášejí na toto téma dobré zprávy: od roku 1991, kdy se uskutečnilo předchozí měření, se nijak výrazně nezvětšil počet malých Čechů, které trápí obezita. Asi dvakrát více – celkem pět procent – je všech dětí s nadváhou. Ta trápí hlavně chlapce a dívky kolem sedmi let. V pubertě už si ale mládež dává na kilogramy mnohem větší pozor, a z toho může vzniknout závažnější problém. Valem totiž přibývá dětí s příliš nízkou hmotností. „Objevilo se více krajních případů na obou stranách,“ shrnuje studie. U dívek se dokonce větší výška, do které dnes dorůstají, na hmotnosti téměř neodrazila. „Příliš nízká váha je přítom možná nebezpečnější než obezita. Hrozí tam totiž závažné psychické poruchy a nemoci, jakou je například anorexie. Nemoc se začíná objevovat i u mužů,“ varuje Bláha. U sedmnáctiletých děvčat přesáhl podíl těch, jejichž váha hraničí s podvýživou, 12 procent. Naopak nadváhou jich v tomto věku trpí jen kolem sedmi procent. České normy jsou ale k „tlouštíčkům“ přísnější než ty světové. U nás hovoříme o nadváze už ve chvíli, kdy Body Mass index (poměr hmotnosti v kilogramech k výšce v metrech na druhou) dosáhne hodnoty 24,5. Světová zdravotnická organizace oproti tomu o nadváze hovoří až v případě, že hodnota dosáhne čísla 26. „Je to mnohem shovívavější. Podle světových norem bychom skoro žádné obézní děti neměli,“ uvedla Vignerová.

**Jak za století vyrostly děti:**Chlapci ve věku deseti let

1895	129,4
1951	136,1
1971	138,6
1991	140,8
2001	141,5

Dívky ve věku deseti let

1895	128,6
1951	135,6
1971	138,4
1991	140,8
2001	141,6

**I N Z E R C E**

**V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájem místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.**

**Hledám pediatra na zástup**

Hledám zástup během MD pro ambulanci PLDD. Okolí Veselí nad Moravou, okr. Hodonín. Nástup od IV/2003.  
Tel.: 723 010 623

**Odkoupím praxi PLDD**

Převzmu (odkoupím) praxi PLDD v Ústeckém kraji (Ústí nad Labem, Litoměřice a okolí). Dětská lékařka, 12 let praxe, z toho 2 roky na obvodě. Atestace I. stupně, licence.  
Tel.: 475 533 547 (večer), mobil +420 721 985 289.

**Hledám dětského lékaře na zástup**

Hledám dětského lékaře/lékařku s licencií na zástup v ordinaci 2 x 5 hodin týdně. Lokalita Přerovsko. Vhodné pro lékařky na MD, ŘP skupiny B podmínkou.  
Tel.: 607 988 361.

**Zastoupím či odkoupím praxi PLDD**

Pediatr t.č. na MD hledá zástup, ev. odkoupení praxe PLDD v Praze a oblasti Praha - Západ s možností nástupu r. 2005 - 2006; 5 let praxe v nemocnici (oboru), 1. atestace.  
Tel.: 605 752 766, 257 810 200

**Krátkodobě zastoupím v ordinaci PLDD**

Zastoupím krátkodobě v ordinaci PLDD v Praze.  
39 let praxe, 2 atestace, licence.  
Tel. 2748 14 880 (záznamník), mobil 606 612 447.

**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.