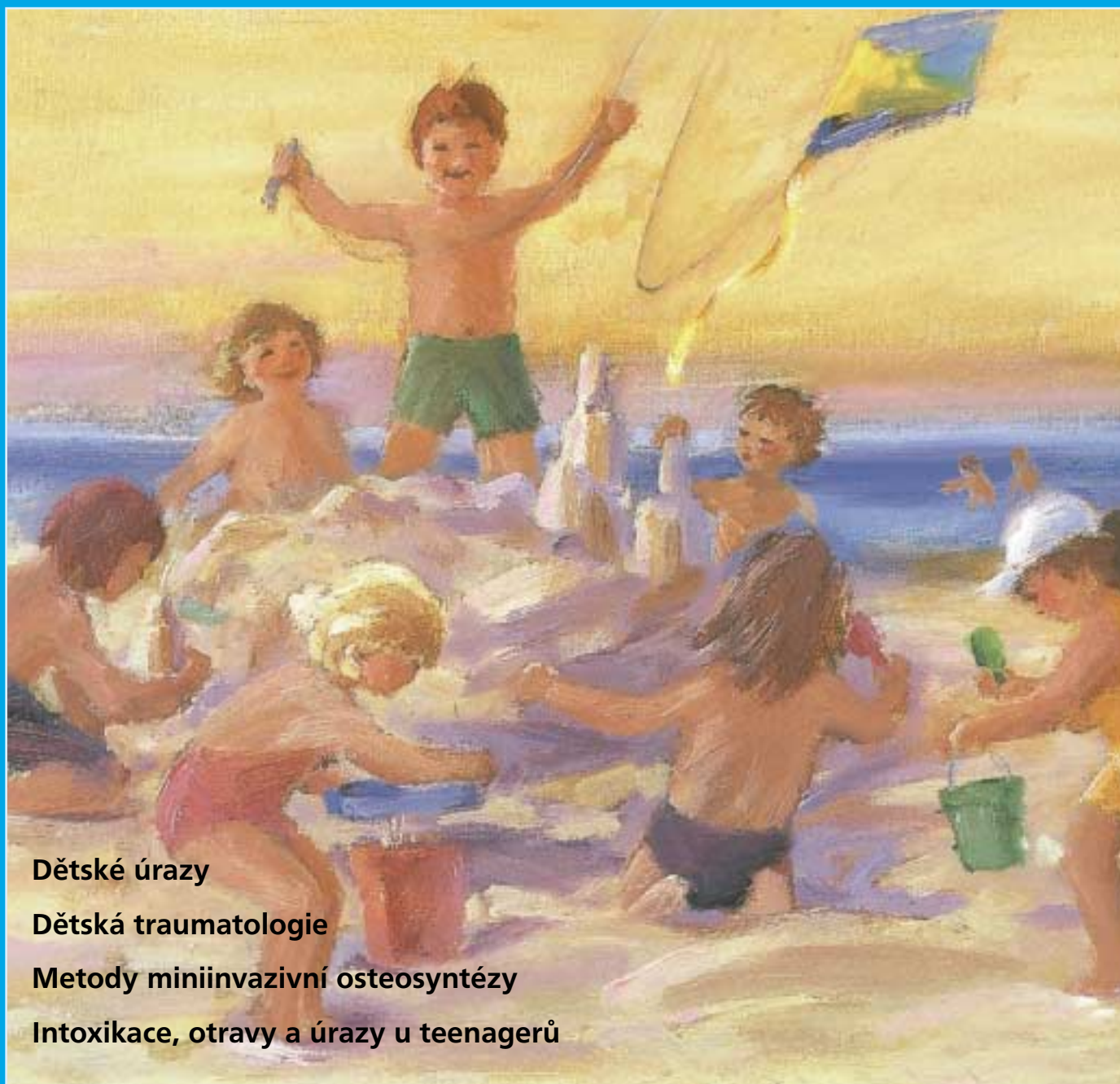


červen 2003 ■ číslo 6 ■ ročník 3

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Dětské úrazy

Dětská traumatologie

Metody miniinvazivní osteosyntézy

Intoxikace, otravy a úrazy u teenagerů



tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství

MEDIX

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

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

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10
sekretariát - tel.: 267 184 065, fax: 267 184 050
redakce VOX - tel.: 267 184 065, 267 184 047
e-mail: centrum@detskylekar.cz

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

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

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

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

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@detskylekar.cz
e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc květen	5
Prohlášení SPLDD ČR	5
Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů	6
Usnesení Sněmu okresních zástupců SPLDD	6
Mají soudy hradit zprávy vyžádané od lékařů?	8
OECD: Vaše veřejné zdravotnictví je drahé	9
Jedenáct mýtů o zdravotní péči	10
Pravicový politik a jeho mýty	11
Nabídka produktů ČSOB pro lékaře	12



Zápis z jednání OSPDL ČLS JEP	14
MUDr. V. Bartl, MUDr. P. Karásek ESIN, FFS - metody miniinvasivní osteosyntézy	16
Prof. MUDr. P. Havránek, CSc. Dětská traumatologie	17
Doporučené postupy pro ATB léčbu komunitních respiračních infekcí v primární péči	příloha
Doc. MUDr. V. Benešová, CSc. Dětské úrazy	25

Doc. MUDr. J. Drábková, CSc. Intoxikace, otravy a úrazy u teenagerů	27
MUDr. L. Pelikán Intoxikace paracetamolem	29

MUDr. M. Nesrstová a kol. Kazuistika: Intoxikace Paralenem	30
---	----

Přehled doškolovacích akcí	31
----------------------------	----

MUDr. H. Roháčová a kol. Santax S v léčbě syndromu akutního průjmu	34
---	----



Aktuality	36
Řádková inzerce	42



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 namalovala ústy Ruth Christensen



Vzdělávání lékařů zůstává nadále bez zákona

Téměř od listopadové revoluce, rozhodně však od vzniku České republiky se kromě jiného zabýváme ve zdravotnické legislativě otázkami postgraduálního vzdělávání lékařů a jejich způsobilosti k výkonu povolání.

Téma je mimořádně široké, má mnoho aspektů a je až pozoruhodné, jak vytrvale se jej nedaří s úspěchem zpracovat tak, aby mohl být Parlamentem přijat bezpochyby potřebný zákon.

Pokud se nemýlím, českému Parlamentu bylo předloženo celkem devět návrhů zákonů, které se zabývaly uvedenými otázkami. Ani jeden z těchto návrhů nebyl Parlamentem přijat.

Chci se soustředit na aktuální, tedy poslední zamítnutý vládní návrh zákona, který lze nalézt na www.psp.cz jako tisk číslo 53. Vládní návrh zákona byl předložen na podzim 2002. Původní vládní návrh byl velmi špatný, proto jsem jako zpravodaj navrhl vrátit jej předkladateli, tedy vládě, k přepracování. Tento

můj návrh sněmovnou neprošel o jediný hlas, a tak byl zákon přepracován v Parlamentu.

Vždy varuji před tím, aby poslanci, nebo i senátoři, předělávali zákony. Je to vždy z principu nekoordinovaná práce většího množství laiků, lobovaných větším množstvím více či méně úspěšných nátlakových skupin. Vzniká řada pozměňovacích návrhů, které nejsou kompatibilní. Závěrem je rozhodováno hlasováním, kdy není jasné, jak celý výsledek bude vypadat. Co je jasné, je to, že nemůže být dobrý.

Když se nám nepodařilo návrh zákona vrátit vládě, museli jsme se do předělávání pustit. Výsledkem byl sice nedobrý, ale přesto zřejmě alespoň načas použitelný kompromis, známý jako komplexní pozměňovací návrh poslance Maštálky. Je to vlastně nový, jiný návrh zákona, který se tváří, že vychází z vládního návrhu.

Zdravotní výbor sněmovny se shodl na jisté kompromisní podobě zákona, kterou jsme byli připraveni podpořit. Krátce před závěrečným hlasováním však levice prosadila principiální změnu ve smyslu centralizace rozhodování o specializačním vzdělávání do rukou ministra. To je pro nás (ODS) nepřijatelné, a proto jsme pro zákon nehlasovali. Přesto sněmovna zákon podpořila většinou dvou hlasů a poslala jej do Senátu.

Senát navrhl zákon zamítnout, a ve Sněmovně se nenašlo potřebných 101 poslanců k tomu, aby zamítavý návrh Senátu zvrátili (hlasovalo pouze 87). Zákon byl zamítnut.

Jsem rád, že byl návrh zákona zamítnut, a to proto, že byl špatný. Potřebujeme nový zákon, ale potřebujeme nový dobrý zákon, zákon, který by byl východiskem pro nové uspořádání postgraduálního vzdělávání. V této souvislosti chci připomenout návrh zákona, který v minulém období navrhla skupina poslanců, a který zůstal neprojednán. Tento návrh má na rozdíl od návrhu vládního dostatečnou podporu odborné veřejnosti.

Jaké by měly být hlavní principy nové právní úpravy? Je těžké vyjmenovat je na tak malém prostoru, ale pokusím se o to. Postgraduální vzdělávání se dělí na specializační, které zakládá způsobilost k samostatnému výkonu povolání, a celoživotní. V celoživotním vzdělávání hrají podstatnou roli odborné společnosti a měla by i komora, ve specializačním stát.

K získání způsobilosti je třeba jedné atestace. Pro získání atestace je třeba získat potřebnou praxi a složit atestační zkoušku. Náplň praxe (specializačního vzdělání) navrhuji odborné společnosti, komora a lékařské fakulty a vydává ministerstvo. Praxe je koordinována akreditovanými školicím zařízeními, každý školenc má svého školitele. Část praxe probíhá přímo v akreditovaném školicím zařízení.

Ministerstvo stanoví podmínky pro akreditaci školicích zařízení na návrh komory, společností a fakult. Splnění podmínek je prověřováno akreditační komisí, jejíž členy jmenuje a odvolává ministr na návrh komory, společností a fakult. Při splnění podmínek je na udělení akreditace nárok.

Zákon vyjmenuje základní obory specializačního vzdělávání a stanoví minimální délku specializační přípravy.

Náplň specializačního vzdělávání stanoví na návrh odborných společností, komory a fakult ministerstvo. Praxe, získaná v rámci přípravy v jednom specializačním oboru, se plně uznává i pro specializaci v dalších oborech.

Specializační vzdělávání končí atestační zkouškou, školitel rozhoduje o připuštění školence ke zkoušce. Ukončené specializační vzdělávání činí lékaře způsobilým k samostatnému výkonu povolání, tuto způsobilost nelze omezovat.

Problematika uznávání vzdělání a způsobilosti získané v zahraničí bude upravena v souladu s požadavky EU.

Je jasné, že zákon musí upravovat ještě další podrobnosti, ale to je již nad rámec tohoto textu. Nakonec chci zdůraznit, že problém sporu o obory, který provází navrhovaný zákon již léta, je podle mého názoru problémem druhé kategorie. Mnohem více než na názvu oboru záleží na obsahu specializačního vzdělávání a profilu jeho absolventa. Získaná praxe je nakonec i kritériem pro získání způsobilosti k výkonu povolání v zemích EU i jinde.

Nový zákon potřebujeme a já věřím, že jej přijmeme ještě před skutečným vstupem do EU. Budu se zasazovat o to, aby tento nový zákon odpovídal potřebám praxe, aby nastavil pro naše lékaře rovné postavení vzhledem k lékařům v EU, ale také o to, aby vedl k decentralizaci rozhodování a dalším vzdělávání a k decentralizaci a odstátnění vlastního vzdělávání.

Nový návrh musí předložit znovu vláda. Je nezbytné, aby se předkladatel poučil z osudu předchozího návrhu, aby akceptoval připomínky, které k již zamítnutému návrhu a všem předcházejícím byly vznášeny a respektoval principy, na kterých již existuje shoda. Stejně tak nezbytné je řádné připomínkové řízení zakončené řádným veřejným vypořádáním připomínek. Tento proces se dá stihnout za jeden rok, ale je třeba začít bez odkladů. Návrh zákona musí být tak dobrý, aby jej nemuseli poslanci znovu předělávat, ale aby jej mohli s čistým svědomím podpořit.

Na tomto místě chci poděkovat Vám všem, členům a představitelům OSPDL a SPLDD, za podporu, pomoc a spolupráci.

MUDr. Milan Cabrnach

místopředseda Výboru pro sociální politiku
a zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR
cabrnach@psp.cz

Tento článek a další informace můžete nalézt i na www.cabrnach.cz.

**Problémy péče
o nezralého novorozence**

Podávání Colinfantu

Adrenální insuficience novorozence

**Raná psychologická péče
u dětí s poruchou vývoje**



seznam inzerujících firem

**AVENTIS PASTEUR
INTERCHEMIA
LÉČIVA
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION DIAGNOSTICA
STIEFEL**

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 Cabrnachová
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 květen

MUDr. Pavel Neugebauer

Měsíc květen se nesl v duchu projednávání zákona o lékařských profesích v Senátu Parlamentu ČR, probíhala četná jednání o podobě LSPP, z regionů začaly docházet varovné signály o narůstající platební neschopnosti VZP, což bylo následně potvrzeno i centrem této pojišťovny, byla zahájena stávková pohotovost zdravotnických odborů, jednal Sněm našeho Sdružení.

6.5. – v prostorách IKEM v Praze se konal seminář na téma elektronický identifikátor v systému zdravotního pojištění; zdá se, že myšlenka čipových karet opět ožívá, otázkou však zůstává, zda toto je skutečně problém dneška, kdy chybí peníze k financování základního fondu zdravotního pojištění, kontext, že v pozadí tohoto projektu je opět VZP, vyvolává samozřejmě další otázky; navíc jsme do problému zahřívání až v okamžiku, kdy je již vše rozjeto, bez součinnosti s praktickými lékaři si však vlastní realizaci nedovedu představit

6.5. – další jednání Koalice ambulantních zařízení, zápis otiskujeme na jiném místě

15.5. – jednala Rada projektu IZIP; přes veškeré nedostatky se zdá, že si tento projekt pomalu, ale jistě nachází cestu ke zdravotnické i laické veřejnosti, brzy bude v systému registrován 100 000. účastníků, postupně reflektují tento systém i různé typy informačních systémů, a to jak v ambulancích, tak i např. v nemocnicích

16.5. – jednalo Předsednictvo Sdružení

■ První společné jednání s nově zvolenými regionálními předsedy

■ Diskutováno uspořádání Sdružení ve vazbě na krajské uspořádání

■ K základním probíraným bodům patřila problematika zákona o způsobilosti k povolání lékaře, v té době jsme ještě netušili, že bude tento zákon postupně Senátem a následně i Poslaneckou sněmovnou Parlamentu odmítnut

■ Nechyběla ani diskuse nad LSPP, ztrácíme postupně vliv ovlivňovat dění v této problematice, což však není jen naší chybou, nejsou dostatečné páky, ale v aktivním přístupu chceme pokračovat

■ Nešlo se nedotknout ani problematiky zdravotních pojišťoven, zejména narůstající platební neschopnost zejména VZP, nechyběla diskuse na téma bonifikace, byli bychom však vděční za alespoň včasnou základní platbu

■ Časový prostor byl věnován i jednotlivým problémům v regionech

■ Proběhla i příprava nadcházejícího sněmu

22.5. – proběhlo jednání s pracovním týmem nad problematikou čipových karet, potvrdilo se, že ne všichni chápou roli praktických lé-

kařů v systému zdravotní péče, resp. byli jsme přizváni k oponentuře již takřka hotových materiálů, škoda...

26.5. – na půdě VZP proběhla schůzka s širším vedením VZP, na které jsme se dozvěděli z povolaných úst to, co jsme již tušili, problematice této schůzky se budu věnovat na jiném místě našeho časopisu

27.5. – opět se sešla analytická komise našeho Sdružení, hlavním tématem bylo vytvoření nákladových středisek, znovu se řešily priority činnosti této pracovní komise

29.5. – v Parlamentu proběhl seminář na téma elektronické komunikace; zazněla tu osvědčená témata posledních dnů – čipové karty, izip, hlavním bodem však bylo spuštění portálu pěti zdravotních pojišťoven a využití tzv. zabezpečeného elektronického podpisu

31.5. – začal sněm našeho Sdružení, pracovní setkání splnilo očekávání, řešena byla nejdůležitější témata a s výstupem ve formě usnesení se můžete seznámit na jiném místě našeho časopisu

Prohlášení SPLDD ČR

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost konstatuje, že nekompetentní rozhodování vedení resortu dovedlo stávající systém veřejného zdravotního pojištění do ekonomické krize. Zástupci zdravotních pojišťoven spolu se zástupci lékařů opakovaně upozorňovali na nutnost systémových změn, které by zabránily plýtvání s prostředky vybíranými v systému zdravotního pojištění. Místo řešení základního problému, tj. rozporu mezi objemem finančních prostředků a rozsahem systémem hrazené zdravotní péče, zaznamenáváme snahu resortu a státu o politické a finanční ovládnutí VZP, resp. zdravotních pojišťoven. Výsledkem pak může být začátek ekonomické likvidace provozovatelů nestátních zdravotnických zařízení mimo jiné zajišťujících základní péči o dítě. Považujeme za nezbytné informovat veřejnost, že pokud nedojde urychleně k řešení ekonomické krize systému, nebudou praktičtí dětské lékaři schopni financovat provoz svých ordinací v dosavadním rozsahu. To se může negativně dotknout kvality a dostupnosti zdravotní péče. Aby nedošlo k rozpadu základního pilíře poskytování zdravotní péče dětem, není vyloučena možnost ze strany PLDD poskytovat ji za plnou úhradu. Je třeba zabránit přímému ohrožení schopnosti dostát svým ekonomickým závazkům vůči svým dodavatelům. Apelujeme proto na veřejnost, aby svými aktivitami donutila politickou reprezentaci k urychlenému řešení této krizové situace. Zároveň si dovoluujeme požádat o pochopení případných kroků, které budeme nuceni přijmout k nezbytnému udržení stávající kvalitní péče o dítě.



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů dne 6.5.2003 v kanceláři SPLDD ČR

Přítomni:

MUDr. Tautermann
MUDr. Neugebauer
MUDr. Stará
MUDr. Pekárek
MUDr. Uhrová

1. Podněty RK ČLK

- Z řad členské základny k vyjádření čelních představitelů, ekonomická podezření
- Nové periodikum šířené s Tempusem?!

2. Platby VZP

- Opět zpoždování, bez systémové změny stav trvalý, jistě téma pro jednání s ministryní
- ZP nejsou schopny ufinancovat péči, pokud nebude včleněn regulační prvek vůči pacientovi

3. MZD ČR

- Žádost o schůzku s ministryní odeslána

4. Legislativa

- Zákon o ZZ – proběhlo tzv. vnitřní připomínkové řízení, o oficiálním (vnějším) připomínkovém řízení nejsou zatím informace
- Na setkání s ministryní prosazovat osobní projednávání připomínek k jednotlivým legislativním normám
- Novela zákona č.160/1992 o nestátních ZZ – iniciovat z naší strany v návaznosti na dědictví, předávání praxí

5. Ceník

- Aktivovat práce na změně systému úhrady – přechod ze sazebníku na ceník
- Domluvit schůzku s JUDr. Cívínem

6. Příští jednání

- Termín stanoven na 3.6. v 17,00 hod
- Místo ČSK

Zapsal:
MUDr. Neugebauer

Usnesení Sněmu okresních zástupců SPLDD v Poděbradech 31.5. a 1.6.2003

Sněm okresních zástupců SPLDD:

1) žádá okresní zástupce SPLDD, aby zjistili počet existujících ambulancí odbornosti 002 a 301, praxe se souběhem těchto odborností, informace o zjištěných skutečnostech zaslali do září t.r. kanceláři SPLDD v Praze a pokusili se navrhnout optimální síť ordinací PLDD ve svém okrese,

2) žádá Předsednictvo SPLDD, aby tvorbu sítě ordinací PLDD zařadilo mezi hlavní priority činnosti Sdružení a přijalo opatření k zajištění a stabilizaci sítě našich ordinací, včetně prosazení potřebných legislativních změn,

3) žádá okresní zástupce, aby předali kanceláři Sdružení informace o event. zvýšení nákladovosti zdravotní péče jednotlivých pacientů v zařízeních ÚSP a dětských domovech,

4) vyzývá členy Sdružení, kteří se přihlásili ke sledování nákladovosti svých praxí, aby v nejbližším termínu odeslali vyplněné dotazníky, a to nejpozději do 15.7.2003,

5) pokládá za nezbytné, aby zástupci Sdružení na všech úrovních zintenzivnili spolupráci s institucemi krajských úřadů a s ČLK, o výsledcích jednání aby informovali kancelář Sdružení,

6) žádá okresní zástupce, aby poslali přes regionální zástupce kanceláři Sdružení aktuální informace o službách LSPP v jejich okrese a průběžně hlásili změny,

7) konstatuje, že dětská LSPP je součástí činnosti PLDD, její výkon musí být zajištěn odpovídajícími materiálními, organizačními a finančními podmínkami,

8) nesouhlasí, aby dětská LSPP byla výhradně zajišťována lékaři jiných odborností, či lékaři lůžkových zařízení,

9) konstatuje, že dle platných předpisů nemá PLDD 24 hodinovou povinnost péče o pacienty,

10) vyzývá Předsednictvo Sdružení aktivně pracovat na možnostech zavedení finanční spoluúčasti pacientů (např. registrační poplatky, kontaktní poplatky...),

11) vyzývá Předsednictvo Sdružení k jednání s VZP, o event. uznání kódů 01160, 01170 a 01180 i za neregistrované pojištěnce a u vzájemně se zastupujících lékařů,

12) vyzývá Předsednictvo Sdružení k ury-



chlenému vypracování možných opatření k zabránění zpoždování plateb od zdravotních pojišťoven (např.: penalizace prostřednictvím Sdružení, vymáhání plateb, zprostředkování úhrad 3. stranou...), vyzývá k medializaci problémů se zpoždováním plateb, a to jak směrem k veřejnosti, tak i k členské základně,

13) vyzývá k zahájení konzultací problému zpoždování plateb v Koalici ambulantních zařízení,

14) bere na vědomí „Nabídku produktů ČSOB pro lékaře – pediatry“ včetně přípraveného programu generační výměny praxí, doporučuje pokračovat v probíhajících jednáních o vzájemném partnerství,

15) bere na vědomí sdělení dr. Cabrnchové o vývoji legislativy, týkající se samostatného oboru PLDD v rámci zákona „o dalším vzdělávání lékařů...“,

16) žádá členy Výboru SPLDD o intenzivní jednání, vedoucí k zachování samostatného oboru PLDD v definitivní podobě zákona,

17) vyzývá Předsednictvo Sdružení k vedení diskuse s pediatrickou veřejností na téma budoucnosti pediatrie a zdravotní péče o děti a dorost v ČR,

18) žádá Výbor o jednání se zdravotními pojišťovnami o navýšení úhrady výkonů spojených s očkováním,

19) odsouhlasil místo konání příštího Sněmu na Jižní Moravě, v termínu 22.-23.5.2004,

20) vyzývá okresní zástupce, aby zmapovali situaci kolem provádění kalmetizace u dětí v jednotlivých okresech a následně vyplnili dotazníky, které obdrží z centra SPLDD.

**MUDr. Příbáňová, MUDr. Verdánová
MUDr. Zavřel, MUDr. Soukup**



Systém zdravotního pojištění z pohledu jednání s VZP

Jistě již většina z Vás pocítila tzv. na své kůži současné problémy našeho zdravotnictví, resp. problémy systému veřejného zdravotního pojištění. Jistě mnohému z Vás stouply v krvi známé látky při pohledu na aktuální stav Vašeho podnikatelského účtu. Přes celou řadu dalších problémů je možná až toto důvod, který Vás snad vyburcuje k zamyšlení, zda by nebylo skutečně něco potřeba udělat. Něco, co dá jednoznačně najevo, že se se současným stavem nechceme smířit. Na nedávném Sněmu našeho Sdružení jsem vyslechl mnoho plamenných řečí, při konkretizaci možných kroků či opatření plameny rychle hasly. V následujících řádcích se pokusím pojmenovat některé z problémů, které zazněly při jednání s VZP (odkaz najdete v přehledu činnosti), neboť tato pojišťovna je stále dominantním plátcem velké části našich praxí.

1. Aktuální stav platební schopnosti největší ZP a výhled do budoucna

Nejprve se pokusím heslovitě popsat současný stav režimu proplácení faktur:

- Systém by měl vylučovat preferování ZZ podle typu, odbornosti nebo místa (krom Vyhláškou nařízených preferencí lůžkového sektoru formou zálohových plateb)
- Veškerá pozitiva jsou ze všech příjmových účtů (účty jednotlivých OP) prakticky okamžitě převáděna na centrální účet
- Veškerá negativa (tj. faktury k proplacení) jsou centrálně registrována
- Pohledávky (faktury) jsou placeny podle pořadí jejich splatnosti, faktury splatné v jeden den ale mohou být propláceny i několik dní podle objemu finančních prostředků, které jsou k dispozici
- Ředitel OP VZP má o stavu závazků, pohledávek a průběhu plateb k dispozici stejné informace jako ústředí VZP, má rámcovou informaci o termínech splatnosti cca 10 dní dopředu, možno tuto informaci vyžádat zástupcem Sdružení v daném okrese
- OP nedisponují vlastním objemem prostředků

Co ovlivňuje vývoj termínů splatnosti?

- Specifickou formou plánování jsou tzv. zdravotně pojistné plány jednotlivých ZP
- Odhady vývoje nárůstu výběru pojistného jsou ze strany resortu zdravotnictví pravidelně vyšší než odhady jednotlivých ZP
- Dohodování cen probíhá v režimu tzv. dohodovacích řízení o cenách, kde dochází pravidelně k dohodám ve všech skupinách poskytovatelů zdravotní péče, krom skupiny lůžkových ZZ
- Dohody o navyšování plateb v jednotlivých skupinách více odpovídají následné realitě, nedohoda skupiny lůžkové péče řeší MZD a rozhodnutí o navyšování pravidelně neodpovídá následné realitě, vždy je vyšší
- Důsledkem je rozpor v objemu vybraných prostředků a objemem vydávaných prostředků, systémem se trvale zadlužuje
- Trvale narůstá procentní podíl objemu finančních prostředků pro lůžková zařízení v kontextu celkového objemu prostředků veřejného zdravotního pojištění
- Pokud se zjistí přeplatek nemocnicím, obtížně se vymáhá zpět – zcela odlišné od běžných ambulancí
- Výběr pojistného není celoročně standardní, je

menší v první polovině roku, proto dochází k přesunu jedné platby za pojištěnce státem hrazeného zdravotního pojištění z druhé poloviny roku do poloviny první

- Nedovýběr pojistného – podivný je postup u organizací se státním podílem, typickým příkladem jsou České dráhy – zadlužená organizace změní právní formu a k vysoké pohledávce na zdravotní pojištění již zaniklé organizace se nikdo nehlásí, nebude přeměna nemocnic na akciové společnosti podobný případ, ale za jiné asistence? V prvním případě to byl stát, ve druhém by to mohly být kraje.
- Absolutní nedotknutelnost pacienta–pojištěnce v možnostech čerpání zdravotní péče bez úhrady, atd. atd.

Jaký je tedy důsledek?

- Nulová bilance VZP byla naposledy v polovině dubna (tj. nebyly žádné pohledávky po termínu splatnosti)
- Rozhodnutí o cenách, resp. o zálohování nemocnic v první polovině letošního roku je tak špatné, že vede k netradičně rychlému propadu systému, úhrady za měsíc květen již byly průměrně zpožděny o 7–18 dní
- Během několika málo měsíců budou vypláceny faktury v termínech, kdy by již měly být vypláceny faktury za další období
- Na podzim bude chybět již uvedená předsunutá platba

Závěr: při neřešení výše uvedené situace koncem roku 2003 je reálné opožďování plateb o více jak 2 měsíce!!!

Možné návrhy na řešení nepříznivé situace předkládané VZP:

- 100% přerozdělení – VZP vynakládá v přepočtu na jednoho pojištěnce nejvíce finančních prostředků v porovnání s ostatními ZP (má nejvíce chronicky nemocných)
- restrukturalizace sítě nemocnic (dle zprávy OECD je o cca 20.000 akutních lůžek více, než by bylo potřebné na počet obyvatel)
- ukončení přeplácení lůžkové péče – ne zálohové platby, zpětné zápočty (nám dobře známé)
- řešení problematiky krátkodobého zaměstnávání cizinců za účelem vstupu do systému zdravotního pojištění a jeho čerpání

- řešit nedovýběr pojistného
- zjednodušení systému placení zdravotního pojištění
- převedení celé výše pojistného do povinnosti pojištěnce (dnes dokonce vyšší podíl u zaměstnavatele), zástupné platby (např. platba zdravotního pojištění za děti)
- navýšení platby za pojištěnce, za které platí pojištění stát, zavedení platby zdravotního pojištění v době pracovní neschopnosti...
- hledat úsporná opatření v oblasti financování fakultních nemocnic, řešit vysoké náklady na léky, vyloučení závodní preventivní péče ze systému veřejného zdravotního pojištění
- hledání možností k omezení čerpání zdravotní péče pojištěncem odstraňováním neúčelného a multiplicitního poskytování zdravotní péče

2. Základní soubory výkonů pro praktické lékaře

- Bude aktualizován seznam výkonů pro PL ve smyslu kapitální v. mimokapitální a obligatorní v. fakultativní se stanovením mechanismu automatické aktualizace v půlročním intervalu – seznamy budou otištěny na stránkách našeho časopisu
- S velkými porodními bolestmi se rodí změny ve smyslu možností přístrojových výkonů v ordinacích PL (CRP, INR), ale i např. přesunutí možnosti vykázaní infúzní léčby v ordinaci PL jako výkonu fakultativního mimokapitálního
- Byla stanovena obecná kritéria pro případné zavádění dalších přístrojových výkonů – rychlost testu, kvalita srovnatelná s provedením v laboratorních podmínkách, srovnatelná cena, splnění zásad správné laboratorní praxe, zařazení do skupiny sledovaných nákladů na indukovanou péči

3. Signální kód

- Přes opakovaný nesouhlas obou Sdružení PL zaveden tento kód, jehož jediný smysl je monitorování průchodnosti pacientů ordinací, za jakým účelem? vypovídací hodnota mizivá (nebudu opakovat něco, co již bylo vícekrát řečeno)
- Za podstatně důležitější a vypovídající bychom považovali smysluplné zavedení např. kódu dispenzarizace, samozřejmě s nesrovnatelně vyšším ohodnocením, tato aktivita potlačena právě signálním kódem
- Ekonomika našich praxí jde bohužel do takového relativního propadu, že mnoho našich kolegů na



podivnou hru VZP přistoupilo, přes propad systému i při ujištěních o ukončení tohoto „experimentu“ k faktickému ukončení snad dojde koncem června, bohužel na tom vydělali nekolegiální kolegové, těm poctivým se omlouváme

4. Problematika vyšších nákladů pacientů v ÚSP, domovech důchodců a obdobných dětských zařízeních

■ Péče v těchto zařízeních se nesmí stát součástí spekulací v souvislosti s bonifikačními systémy

■ Bude proveden rozbor a jednání na toto téma proběhne v září tohoto roku

5. Vyběrová řízení na odbornost 001 a 002

■ Nutno definovat ordinaci PL ve vazbě na výše uvedený seznam obligatorních výkonů, resp. kdo nesplňuje, není PL?

■ Jde o problém zmapování ordinací, které jsou zakládány účelově – bez návštěvní služby, bez registrací, naopak s indukci výkonů např. při nemocnicích

Určitě jsem nevyčerpal celou problematiku, ani jsem neuvěděl všechna fakta, možná je ani všechna neznám, nicméně jsem považoval za nutné Vás informovat o skutečnostech, o kterých se v současnosti často hovoří, a která mohou mít v následujících měsících přímý dopad na fungování Vašich ordinací.

Pro Vox připravil:

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Mají soudy hradit zprávy vyžádané od lékařů?

Nežádka se stává, že soud si od lékaře vyžádá vyjádření ohledně zdravotního stavu jeho pacienta, ale tento úkon pak neuhradí. Sdružení praktických lékařů i Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost to považují za problém, který je nutno řešit (ani ne tak z hlediska finančního efektu, ale spíše z hlediska principu), a proto svým členům v těchto kauzách zajišťují pomoc včetně právního zastoupení, a to na náklady sdružení.

Níže uvedený text se zabývá pouze problematikou „civilního procesu“, tedy nikoli trestním řízením. V trestním řízení, s největší pravděpodobností díky odlišné dikci právního předpisu upravujícího pravidla postupu orgánů činných v trestním řízení (upravuje trestní řád), zřejmě problémy s úhradou lékařských zpráv nejsou. Tento článek se tedy, vztahuje k situaci, kdy soud postupuje dle zákona č.99/1963 Sb., občanský soudní řád (o.s.ř.).

K tomuto tématu jsem již publikoval několik článků s odůvodněním proč soudy hradit podání zpráv mají. I v současnosti se na obě Sdružení obracejí lékaři s tím, že soud jim úhradu odmítá. Popíšu tedy konkrétní případ, z něhož vyplývá doporučený postup v takovéto situaci.

V praxi je nejčastější situace taková, že soud vyžádá zprávu a po jejím podání lékařem odmítne tuto úhradu (někdy je informace o „bezplatnosti“ obsažena již přímo v žádosti o podání zprávy). Obvyklý je odkaz na §128 o.s.ř. – totiž, že každý je povinen bezplatně na dotaz sdělit soudu skutečnosti, které mají význam pro řízení a rozhodnutí. Jde tedy pouze o jakési sdělení či upozornění ze strany soudu, které nemá charakter rozhodnutí.

Doporučuji tedy odeslat soudu, třeba jako přílohu k faktuře dopis, který vysvětluje proč má být soudem zpráva uhrzena.

Dovolím si uvést konkrétní případ (kterých jsme v poslední době řešili několik a zatím vždy s kladným výsledkem), ze kterého je zřejmý vhodný postup.

Lékař byl požádán soudem o zprávu. Po vypracování zprávy a zaslání faktury soudu mu soud dopisem sdělil, že nemá nárok na úhradu (právě s odkazem na výše uvedený §128 o.s.ř.). Na žá-

dost lékaře byl zpracován dopis, zdůvodňující proč má soud úhradu provést, a tento dopis byl odeslán lékařem příslušnému soudu (v některých případech byla zplnomocněna advokátní kancelář, která odeslala obdobný dopis soudu přímo).

Text dopisu s odůvodněním:

Vážený pane doktore,
pokud stručně shrnu situaci, došlo dne ... k dožádání ze strany okresního soudu. Předmětem dožádání bylo podání informace na současný zdravotní stav Vašeho pacienta se zaměřením na úraz páteře, posouzení prognózy a případného ovlivnění pracovního uplatnění tohoto pacienta.

Již z dožádání samotného vyplývá, že předmětem je činnost, které není schopen kdokoli, ale pouze osoba odborně vzdělaná a školená (tedy lékař), s odbornými znalostmi a zkušenostmi, které nejsou obecně přístupné, dále pak, že tato činnost musí být vykonána na základě zdravotní dokumentace (resp. jde o kvalifikovaný výběr údajů z ní a jejich posouzení a zhodnocení), kterou rovněž musí vytvářet odborník (tedy provádět záznam nejpodstatnějších a relevantních informací).

Z Vaší strany pak k podání zprávy ve smyslu dožádání došlo. Úhrada za vypracování a zaslání této zprávy pak byla soudem s odkazem na ustanovení § 128 o. s. ř. odmítnuta. Domnívám se, že vzhledem k tomu, že předmětem žádosti a následně i zprávy není pouze sdělení, ale i zhodnocení a posouzení určitých skutečností, nebyl postup soudu správný. Nejedná se tedy o sdělení ve smyslu ustanovení § 128 o. s. ř., ale o odborné vyjádření ve smyslu § 127, odst. 4, který výslovně uvádí, že soud je povinen uhradit toto vyjádření, stanovuje-li výši úhrady právní předpis. **V našem případě je povinnost soudu činnost uhradit obsažena v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a co do výše částky je pak relevantním právním předpisem výměr MF č. 01/2003.**

Podle platného znění ustanovení § 15, odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb. nezahrnuje z tohoto pojištění hrazená péče vyšetření, prohlídky a jiné zdra-

votní výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky. Úhradu zdravotních výkonů podle předchozí věty poskytne zdravotnickému zařízení orgán, pro který se zdravotní výkony provádějí, ve výši stanovené seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v souladu s rozhodnutím ministerstva financí.

Výměr MF č. 01/2003, kterým se vydává seznam zboží s regulovanými cenami (vydaný na základě ustanovení § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách) v kapitole Zdravotní péče uvádí: „Pro účely regulace cen platí maximální cena jednoho bodu 1,10 Kč. Maximální cena zdravotního výkonu je součinem maximální ceny jednoho bodu a počtu bodů.“

Protože výpočet ceny specifických zdravotních výkonů působil v minulosti určité problémy, byla v roce 2002 (s účinností od 1. 3. 2002) doplněna výměrem MF č. 03/2002 do tehdy platného výměru MF č. 01/2002 příloha č. 5 („Maximální ceny a určené podmínky pro specifické zdravotní výkony“), v níž jsou uvedeny jednotlivé položky již se stanovenou maximální cenou vyjádřenou přímo v korunách. V kapitole V – Resort ministerstva spravedlnosti – odpovídá výkon položce 1, totiž „Vyjádření (potvrzení) lékaře o zdravotním stavu osoby dožádané státním zastupitelstvem nebo soudem“. Obdobně je obsažena tato příloha i v současné době platném výše uvedeném výměru MF č. 01/2003 (příloha č. 3). Vámi účtovaná částka je účtována v souladu s výše uvedenými právními předpisy (příčemž k ceně podle výměru MF č. 01/2003 by mělo být přičteno skutečné poštovné).

Domnívám se tedy, že okresní soud nesprávně posoudil situaci a rozhodl nesprávně (**podotýkám, že s úhradou ze strany soudů nejsou v řadě míst v ČR, jak jsem ověřil, žádné problémy**). V tomto bodě je na místě upozornit, že soud by měl zřejmě o úhradě (či o jejím odmítnutí) rozhodnout formou usnesení (viz § 167 o. s. ř.), což také podle mých informací soudy běžně činí.

K určitému nedorozumění mohlo dojít následkem toho, že ačkoli Vaše faktura obsahuje náleži-



losti podle právních předpisů, není na ní výslovně uvedeno, podle jakých právních předpisů jste k předmětné částce došel.

Doporučuji tedy obrátit se písemně na soud s tím, že vyúčtování z Vaší strany proběhlo v souladu s ustanovením § 127, odst. 4 o.s.ř., § 15, odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., a dále pak v souladu s výměrem MF č. 01/2003, příloha 3, resort ministerstva spravedlnosti, položka „Vyjádření (potvrzení) lékaře o zdravotním stavu osoby dožádané státním zastupitelstvem nebo soudem“.

V případě, že by k nápravě situace – tedy k uhrazení ze strany soudu – nedošlo, jsme připraveni poskytnout právní zastoupení při vymáhání předmětné částky.

Následně soud rozhodl o úhradě takto (výňatek z usnesení):

„Okresní soud rozhodl o úhradě nákladů za odborné vyjádření takto: Soud se zabýval návrhem na snížení výživného na návrh otce s tím, že tento je po úrazu, v důsledku čehož poklesl jeho příjem, a to zřejmě trvale.

Soud si od ošetřujícího lékaře vyžádal lékařskou zprávu (pozn. aut.: cituji původní žádost soudu: „Žádáme zprávu, jaký je zdravotní stav otce pana ..., zejména v souvislosti s jeho úrazem, a jaká je prognóza do budoucna, ovlivní-li zranění jmenovaného v zaměstnání“). Lékař si za vypracování vyjádření vyúčtoval částku 63,50 Kč s tím, že hotové výdaje v částce 17 Kč doložil kopií podacího listku.

Podle § 127 odst. 4 o. s. ř. za vydání potvrzení nebo odborného vyjádření náleží finanční úhrada, stanoví-li tak zvláštní předpis. Podle § 15 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb. úhradu zdravotních výkonů provedených na dožádání soudu poskytne zdravotnickému zařízení orgán, pro který se zdravotní výkony provádějí, a to ve výši stanovené seznamem zdravotních výkonů v souladu s rozhodnutím ministerstva financí, respektive ve výši stanovené výměrem ministerstva financí č. 01/2003, kde v příloze 3 je stanovena maximální cena vyjádření lékaře o zdravotním stavu osoby částkou 49,50 Kč. Dále pak osobě podávající vyjádření náleží náhrada hotových výdajů, které lékař ve výši 17 Kč prokazatelně vznikly podáním zprávy na poštu. Protože vyúčtování lékaře je v souladu s právními předpisy, soud mu požadovanou částku přiznal.“

Pro doplnění uvádím, že zatím v jednom případě došlo k rozhodnutí soudu o neuhrazení přímo formou usnesení (tedy nikoli pouze dopisem „o bezplatnosti“). Protože na rozdíl od pouhého dopisu je usnesení formou rozhodnutí, proti němuž lze v řádné lhůtě podat opravný prostředek, zajistili jsme právní zastoupení a podali ve věci odvolání k nadřízenému soudu. Zatím nebylo ve věci rozhodnuto.

Mgr. Jakub Uher

OECD: vaše veřejné zdravotnictví je drahé!

České zdravotnictví financované z veřejných prostředků má příliš mnoho lůžek i lékařů a pojišťovny hradí i medicínsky sporné položky. Pokud vláda nepřikročí k nutným reformním zásahům, bude se muset zvýšit podíl HDP věnovaný na zdravotnictví, což však česká ekonomika neunesení, tvrdí OECD ve své zprávě z letošního března.

Mezinárodní prestižní organizace OECD zpracovala rozsáhlou zprávu o vývoji ekonomiky v ČR před jejím vstupem do Evropské unie včetně scénářů s výhledem na období do roku 2030. Pokud nedojde k zásadnější reformě penzijního systému a rovněž zdravotního i nemocenského pojištění, bude mít Česko velké problémy s hospodařením s veřejnými prostředky, a to ztíží jeho pozici na evropském trhu, píše se ve zprávě, v níž OECD věnovala desítky stránek situaci v českém zdravotnictví.

Vyšší podíl HDP není vhodný

Pokud by ČR nezačala regulovat výdaje na zdravotnictví podle standardních evropských nástrojů, musel by se podíl jejího HDP vkládaný do tohoto sektoru v jednotlivých dekádách 21. století podstatně zvyšovat. Přesto by podle OECD v systému veřejného zdravotního pojištění hrozil výrazný deficit. Jakákoli vláda, která by byla nucena se s touto nepříznivou situací vyrovnat, by stěžejí dostala slibům o rovném přístupu ke kvalitní zdravotní péči a o zajištění péče o stárnoucí populaci. Podle některých scénářů zpracovaných OECD by vláda například v roce 2020 musela pro zdravotnictví zajistit 10 procent HDP, což by ovšem „dusilo“ celkovou ekonomiku státu. Ten by navíc neměl z čeho brát na zvýšení cen léčiv i mezd zdravotníků při nutném sblížení jejich výše s evropským průměrem. Ceny léků v ČR totiž podle OECD bude nutné v průměru zvýšit o 30 procent a mzdy i úhrady ve zdravotnictví zhruba o 60 procent.

Ve zprávě uvádí tato organizace velmi podrobné údaje nejen o počtu lékařů v ČR, ale také o dalších pracovních silách vázaných na činnost těchto lékařů. Podle propočtů expertů OECD, kteří vycházejí z dat ministerstev zdravotnictví a financí i některých dalších českých institucí, by v regionech mělo dojít k redukci v průměru 20 procent lékařů, 11 procent ostatních zdravotnických pracovníků a 16 procent nemocničních lůžek. Pokud však jde o pražský region, OECD naznačuje dramatičtější redukci: přebývá v něm totiž 53 procent lékařů, 40 procent ostatních zdravotnických pracovníků a 18 procent nemocničních lůžek.

Reformní doporučení

Škrtnutí nadbytečných kapacit v českém zdra-

votnictví financovaném z veřejných zdrojů a převedení části z nich do soukromého sektoru v rámci soukromého pojištění, to patří k hlavním doporučením OECD pro stávající politickou reprezentaci. Tato organizace však nabízí ještě další ukázky standardních reformních postupů ve vyspělých evropských státech. ČR by se měla vypořádat s nadměrnou sítí ambulantních specializovaných služeb a regulovat pohyb pacientů mezi poskytovateli péče. Reforma by se neměla vyhnout ani praktickým lékařům. OECD se zmiňuje například o možnosti sdružit jejich praxe s racionálnějším využitím vybavení ordinací, sester či dalších pomocných pracovních sil, případně téhož efektu dosáhnout na smluvní bázi (pojišťovny a praktici by se dohodli na optimálním využití přístrojů či laboratoří apod.). OECD rovněž preferuje poliklinický systém poskytování komplexních služeb.

K „jemnějším“ regulačním nástrojům zmíněných touto organizací patří lepší využití sester na úrovni praktiků. Ty by si mohly osvojit některé náročnější činnosti. Dále OECD poukazuje na zbytečně drahý stávající systém lékařské služby první pomoci. Podle ní by bylo racionálnější řešit tzv. akutní péči průběžně lékaři i sestrami „vedle“ ordinacních hodin i po jejich skončení, pokud možno bez zvlášť placených prostor (tzn. poskytovat akutní péči v podstatě 24 hodin v ordinacích nebo v domácím prostředí pacienta).

Rozšíření spoluúčasti pacientů označila OECD za jednu z možných součástí celkové reformy. Pojišťovny by měly hradit jen skutečně medicínsky odůvodněnou péči. Některé položky lze zatížit poplatky pacientů (jsou zmíněny zejména léky) a současně zajistit, aby nedocházelo k nerovnému přístupu k péči. Rozšíření tzv. komfortních či doplňkových služeb však OECD zařazuje spíše do soukromého sektoru, odděleného od veřejného zdravotnictví, neboť jinak by na úkor veřejných zdrojů zůstaly zachovány nadbytečné kapacity. V regulované síti nemocnic a lékařů s veřejnou zákládkou by měla vláda zajistit racionální rozhodování o investicích. Stávající nekoordinované financování investičních akcí z různých zdrojů označuje OECD za neobhájitelné (povšimla si i systémově neujasněných dotací na provoz nemocnic).

„Neexistuje žádná jiná alternativa, než je redukce lůžkových kapacit a ambulantní specializované péče,“ zdůrazňuje ve zprávě s tím, že krátkodobé pokusy vlády o „škrcení“ výdajů na zdravotnictví jsou neúčinné. Zdravotní pojišťovny se mají podle doporučení OECD stát skutečnými



nákupčími odpovědně vybraných kvalitních služeb. Tuto kvalitu by měla prokázat akreditace poskytovatelů. Bez tohoto přístupu bude v ČR pokračovat expanze služeb s neefektivním využíváním zdrojů, varuje zpráva. OECD si je vědoma toho, že vyspělé evropské země vkládají do svého zdravotnictví více peněz v paritě kupní síly, ovšem jejich ekonomika je silnější než ta česká. Zahraniční experti na zdravotní ekonomiku, o něž se OECD při zpracovávání těchto zpráv opírá, trvají na tom, že je vhodné udržovat optimální procentní podíl výdajů na zdravotnictví (a na jeho jednotlivé položky), bez ohledu na danou měnu. Za ekonomicky únosné se považuje spíše méně než osm procent HDP ve zdravotnictví.

Některá doporučení vlády České republiky

- Právně definovat zdravotní rizika krytá veřejným pojištěním. Definice dostupnosti (například přijatelné čekací doby na vyšetření a zákroky) může být určena v závislosti na místních podmínkách a potřebách ve vztahu k rozpočtovým limitům.
- Systematicky by měly být monitorovány dostupnost kvality péče a její výsledky a podle těchto informací by měly být alokovány veřejné zdroje.
- Reformovat systém nemocenského pojištění, sloučit jeho správu se zdravotním pojištěním, monitorovat četnost případů pracovní neschopnosti (do kontrolního systému zapojit mimo jiné zaměstnavatele a zaměstnance).

▪ Všeobecní lékaři by měli hrát roli gate-keepera s určováním nezbytnosti přístupu ke specializům a nemocnicím. Pacienti bez doporučení by měli sami hradit specializované služby v rámci regulovaných poplatků.

▪ Zavést novou redistribuci příspěvků na zdravotní pojištění podle revidované struktury rizika pojištěnců, zamezit nekalé konkurenci mezi pojišťovnami (tzn. diskriminaci některých skupin pojištěnců). Pojišťovny by měly mít právo odmítnout nebo ukončit smlouvy s jednotlivými poskytovateli péče.

Zdroj: Zdn

Jedenáct mýtů o zdravotní péči

Mnohé návrhy koncepcí zdravotnictví, politické postoje (zvláště z levého politického spektra), názory velké části poskytovatelů a samozřejmě odborářů jsou založeny na mýtech zakořeněných v našem myšlení. Mýty vznikají o mnoha lidských činnostech. Ve zdravotnictví se zdají nevyvratitelné. Prosím, zbouřejme je.

1. mýtus – zdravotní péče je zadarmo

Zdravotní péče prý občané nesmějí či nemohou platit. Kde se pak vezme téměř 180 miliard korun na letošní rok? Téměř všechny tyto prostředky budou zaplacený občany! Průměrně 18 tisíc korun na hlavu za rok! V současnosti je nám dovoleno rozhodovat o 1400 Kč z výše zmíněných 18 tisíc. Zároveň je dobré si uvědomit, že s 16 600 Kč někdo disponuje!

2. mýtus – zdraví je veřejný statek

Není nic tak bytostné naše jako zdraví. Ze všech determinant na něj máme ten největší vliv my sami. Veřejné fondy jsou na zajištění těchto rizik, před kterými se neumíme sami chránit. Zdraví jako soukromý statek nevyplácí solidaritu mezi námi a veřejnou kontrolu čerpání určité části našich peněz.

3. mýtus – poskytování zdravotní služby nepodléhá ekonomickým zákonitostem

Ekonomická teorie popisuje zvláštnosti trhu zdravotnických služeb. To však neznamená, že nepodléhá jeho zákonitostem! Přemrštěné regulace státu nebo dokonce snaha poskytované služby přímo plánovat, dimenzovat a řídit způsobují nedostatky, deformaci cen, deficit fondů, šedou ekonomiku, tedy to, co zažíváme už dnes. Zdravotnická služba přes své zvláštnosti je službou jako každá jiná!

4. mýtus – zdravotní péče nemůže být ziskovou činností

Poskytování zdravotní péče bez zisku by znamenalo odumírání této služby bez obnovy kapacit. Zmatek způsobuje nesprávná interpretace výrazu

nonprofitní. I „nonprofitní“ zdravotnické zařízení je podnikem, který produkuje a prodává zdravotní službu, zisk je využit pro hlavní cíl organizace, přičemž hlavním cílem není zisk. Ovšem ani ve zdravotnictví není nemravné mít za hlavní cíl zisk.

5. mýtus – peníze proplácené zdravotnickému zařízení mají veřejný charakter

Zdravotnické zařízení fakturuje pojišťovně (nebo přímo pacientovi) péči a ta ji kupuje. Jakmile pojišťovna po prověření zaplatí za fakturovanou péči, nelze už hovořit o veřejných prostředcích. Navíc mnohá zařízení jsou už dnes podnikatelskými subjekty, tzn. jejich činnost je předmětem soukromoprávní oblasti.

6. mýtus – objektivizace potřeb, úhrad, objemu péče

Nelze objektivizovat potřebu, natož potřebu zdravotní péče! Obecně potřeba je výsostně individuální přání, které je realizováno formou poptávky. Úhrada je dána cenou, ale v našich podmínkách o ní nerozhoduje vztah nabídka – poptávka, ale čím dále více ministerstvo zdravotnictví. Objektivizace objemu péče je jinými slovy regulace nabídky. Ekonomická teorie popisuje přesně termíny potřeba, poptávka, cena, nabídka a jejich zákonitosti, včetně možnosti je objektivizovat.

7. mýtus – centrální informace, vědecké analýzy mohou sloužit k efektivnímu řízení zdravotnictví

Tento mýtus se neustále vrací jako lákavá možnost centrálně řídit. Výroku „kdyby tam seděl kvalitní ministr, tak by se vše jednoduše a rychle vyřešilo“ věří stále neuvěřitelné množství lidí. Máme historické i současné důkazy, že je čas přestat věřit na osvíceného génia, který je schopen postihnout potřeby miliónů lidí.

8. mýtus – veřejná služba vyžaduje veřejné či státní vlastnictví

Pro efektivitu vydávání veřejných prostředků je naopak důležité, aby byla jasně formulovaná veřejná zakázka, kontrola plnění. Právě tak tomu bývá a musí být mezi privátním subjektem a veřejnou institucí. Naopak je známo, že do veřejných institucí tečou velké peníze. Veřejné vlastnictví a účel organizace je údajně zárukou efektivity a naplnění veřejného zájmu. Odtud pochází zřůdnost zřizování a zřizovatelských funkcí, které jsou považovány za jediný možný prostředek realizace veřejného zájmu.

9. mýtus – veřejné zdravotnictví je zárukou rovného přístupu k čerpání zdravotní péče

Nic není více provázáno klientelismem jako veřejné systémy! Protekce, čekací listy, fronty jsou typickým prostředím pro černé peníze. Známý lékař, zprostředkovatel je už dnes důležitým prostředníkem. Ne všichni tuto možnost mají!

10. mýtus – podrobné zákony jsou zárukou fungování zdravotnictví

Opak je pravdou. Zákon má vymezit základní mantinely. Chránit jen před tím, před čím se nemohu ochránit sám. Přenormování našeho života se stává brzdou dynamického vývoje a kreativity. Obcházení zákona je pak logickým důsledkem.

11. mýtus – normy znamenají a priori kvalitu ve zdravotnictví

Normy znamenají především omezení, dávají moc kontrolorovi (obvykle úředník), omezují kreativitu a rozvoj, generují často neodůvodněné náklady, způsobují závislost a snižují odolnost toho, jenž jimi má být chráněn. Motorem kvality je především rovná soutěž!

MUDr. Tomáš Julínek

senátor za ODS, stínový ministr zdravotnictví

Zdroj: Zdn



Pravicový politik a jeho tzv. mýty

Už název článku senátora Tomáše Julínka Jedenáct mýtů o zdravotní péči (ZdN 18/2003) napovídá, že jde o politika z pravé části politického spektra. Místo často frekventovaného slova „nadstandardní“ jsou u těchto politiků nyní v módě výrazy jako „mýty“ anebo „iluze“. Obojí jde mimo naši realitu. A nyní k jednotlivým „mýtům“ podle T. Julínka.

1. mýtus – zdravotní péče je zadarmo

Omyl – péče je hrazena ze solidárního zdravotního pojištění a jen na některé její segmenty se připlácí. Systém prošel od roku 1992 mnoha změnami, které nepřinesly nic jiného, než že finance, a tedy zdravotní pojišťovny, hrají v hlavách organizátorů a lékařů prim, zatímco kvalita péče a její dostupnost už nejsou tak úzkostlivě sledované. Z nekonečných diskusí takřka vypadává slovo „pacient“ a jeho osud.

2. mýtus – zdraví je veřejný statek

Ano, zdraví je veřejný statek. Pečujeme o ně ve vlastním zájmu zachováváním vhodného životního stylu a vyhýbáním se rizikům. Civilizované společnosti záleží na zdravé populaci z jednoduchého důvodu: jen zdraví občané si zachovávají pracovní potenciál. Jen zdravé dítě je budoucností národa, jen zdravý senior je příslibem dobré společenské atmosféry a ochoty předávat svoje neocenitelné zkušenosti těm mladším. Jen takové klima je příslibem pokroku. Tak nějak přemýšlela už Marie Terezie, když v 18. století zakládala hygienickou službu.

3. mýtus – poskytování zdravotní služby nepodléhá ekonomickým zákonitostem

Zdravotnická služba je nepochybně veřejnou službou. Stanovení určitého řádu, tj. účelné sítě zařízení a struktury jednotlivých odborností v závislosti na hustotě a počtu obyvatel, morbiditě a mortalitě a aktuálních statistických údajích, stanovení standardů, plánování investic, léků a zdravotnických prostředků – to vše je v západním světě využíváno jako základních kroků k zabezpečení strategických cílů, tj. k ochraně a podpoře zdraví a léčení nemocí tak, aby byl prodloužován nejen lidský věk, ale zejména jeho aktivní část. A to za rovného přístupu k péči, bez ohledu na rozdíly v solventnosti jednotlivců a rodin či na to, zda žijí ve městě nebo na venkově. Trh a jeho zákonitosti do zdravotnictví nepatří.

4. mýtus – zdravotní péče nemůže být ziskovou činností

Zdravotnictví, které má být z valné části financováno ze solidárního pojištění a které dosahuje na veřejné rozpočty, nemůže a nesmí být ziskové v pravém slova smyslu, nebo lépe řečeno – zisk je určen k tomu, aby se vracel zpět do hospodaření

zdravotnického zařízení. Není možné, aby náležel jakémukoliv jednotlivci nebo nějaké skupině lidí. Proto lze hovořit o nonprofijním režimu. V případě, že tomu bude jinak, jde mimo jiné o nemorální jednání, které chce být sponzorováno ze solidárních příspěvků nás všech.

5. mýtus – peníze proplácené zdravotnickému zařízení mají veřejný charakter

Argumentace je obsažena u výkladu čtvrtého „mýtu“. Ano, peníze ze solidárního pojištění mají veřejný charakter, podobně pak i peníze z rozpočtu státu nebo kraje.

6. mýtus – objektivizace potřeb, úhrad, objemu péče

Potřeba péče přece není žádné „výsostně individuální přání, které je realizováno formou poptávky“! V této souvislosti by pak nebyla potřebná ani jakákoliv institucionalizovaná organizace zdravotnictví, ani jistá předvídatost vzdělaného lékaře se znalostí statistik, epidemiologické situace, virulence infekčního agens atd. Podle názoru pravicových politiků by zdravotnictví, respektive zdravotní péči „řídil občan“. Zapomínají však dodat, že peněženkou!

7. mýtus – centrální informace, vědecké analýzy mohou sloužit k efektivnímu řízení zdravotnictví

Znovu jsme u „jádra pudla“. Cožpak MZ není pod vedením schopného ministra orgánem, který by měl stanovovat strategické cíle, o jejichž tendencích a naplnění budou vhodnými taktickými kroky odborné společnosti, lékařské komory, sdružení zdravotníků specifického zaměření a vědecké rady různého řádu usilovat? K čemu by podle stínového ministra zdravotnictví mělo toto ministerstvo sloužit?

8. mýtus – veřejná služba vyžaduje veřejné či státní vlastnictví

Realizace veřejného zájmu podle určité pevné koncepce, získané konsensem všech zúčastněných partnerů v rozhodovacím procesu, je právě tou správnou a jedinou podmínkou k získání práva pro čerpání veřejných prostředků, určených k úhradě naplňování veřejného zájmu. Není přitom důležité, zda akreditaci k plnění těchto funkcí dostane veřejnoprávní instituce anebo zařízení soukromé, které získalo na požádání „veřejné právo“ a neziskově hospodaří. Toto je běžná praxe zejména v německy mluvících zemích EU, zatímco u nás jsou bývalé okresní nemocnice transformovány po 1. lednu 2003 na obchodní společnosti sledující zisk! Pro koho?

9. mýtus – veřejné zdravotnictví je zárukou rovného přístupu čerpání zdravotní péče

Zárukou rovného přístupu je přiměřenost v počtu zdravotnických zařízení, jejich vybavení, jejich subsidiarity, zkrátka zárukou je relativně dokonalá organizace zdravotnictví v té které lokalitě. Musí se však snoubit s vysokou morálkou zdravotnického personálu, ve které bohužel máme co dohánět! Nedostatečné odměňování lékařů a sester ve srovnání s jiným typem vysokoškoláků anebo ve srovnání s jinými, méně stresujícími profesemi, vedlo k podpoře korupce, k protekcionismu, k hledání zaměstnání v zahraničí atd. Nerada připomínám publikaci kanadských autorů, kteří prokazují statisticky významnou vyšší mortalitu v soukromých zdravotnických zařízeních.

10. mýtus – podrobné zákony jsou zárukou fungování zdravotnictví

Ani toto tvrzení není mýtus, ale tentokrát jde o nesprávný názor a často i praxi. Máme však bohužel také zkušenost s tím, jak v minulosti dopadly některé rádo by geniální ekonomické kroky, za kterými dodatečně pokulhávaly zákonné normy. Souhlasím však s tím, že ani podrobným zákonem se veškerým nepravostem vyhnout nelze.

11. mýtus – normy znamenají a priori kvalitu ve zdravotnictví

Určitou zárukou kvality jsou právě normy, lépe řečeno už zmiňované standardy. Nejde přitom o žádná dogmata, ale o jistá, časově determinovaná doporučení. Ta ale představují i základ pro ekonomické bilance, slouží například k porovnávání efektivit v témže zařízení v různých časových etapách, ale i k porovnávání s jinými zařízeními. Nepochybně jsou i podkladem pro kontrolní a revizní činnost a jsou užitečné i pro forenzní účely. Kreativně se přitom meze nekladou, ale pružné plnění standardu by bohatě postačilo k neustálému zlepšování péče. Kreativita by pak měla spočívat zejména v konsensuálním zlepšování standardu. To bývá výsledkem nejen empirie, ale zejména studia nových poznatků, získaných v rámci celoživotního vzdělávání zdravotníků.

V případě, že se má nazývat „stínovým ministrem“, co by T. Julínek pohledával se svými názory na MZ? Asi by opravdu postačilo, kdyby byl jen stínem, ploužícím se po dlouhých chodbách inkriminované budovy. Po této diskusi je už možná jasnější, proč dosud neexistuje žádná oficiálně přijatá koncepce zdravotnictví. V současném politickém klimatu, které je částečně výsledkem loňských parlamentních voleb, je totiž konsensus obtížně proveditelný.

Doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc.,
předsedkyně sněmovního výboru
pro sociální politiku a zdravotnictví PSP
Zdroj: ZdN



Nabídka produktů ČSOB pro lékaře - pediatry

Ing. Aleš Pospíšil, MBA

Ředitel útvaru Standard, SME

Tel: 261 354 215, E-mail: apospasil@csob.cz

Úvěr na financování generační výměny lékařů

Charakteristika:

- Dlouhodobý, případně střednědobý investiční úvěr
- Účelovost – koupě lékařské praxe lékařem juniorem
- Maximální splatnost 10 let
- Měsíční splátkový kalendář (lineární typ splátek)
- Maximální limit 2 mil. Kč
- Úroková sazba – pohyblivá, fixní

Zajištění:

- biankosměnka
- vinkulace životního pojištění ve prospěch ČSOB
- V případě horší bonity klienta – individuální dozajištění

ČSOB – aktivity ve zdravotnictví

- Hlavní banka VZP, spolupráce s ostatními pojišťovnamy
- Partner projektu Portál zdravotních pojišťoven
- Jako jediná banka v České republice vydává kvalifikované certifikáty pro elektronickou komunikaci s pojišťovnami
- Aktivní komunikace s asociacemi

Stanovení limitu:

- Podklad - ohodnocení praxe metodou kapitalizovaných čistých výnosů – Ing. Elis
- Max. výše úvěru - 90 % oceněné hodnoty praxe (závisí na bonitě klienta)
- Výpočet hodnoty praxe se provádí z aktuálního Cash – flow lékaře seniora
- Maximální roční podíl splátky z Cash – flow => 80 %

Produktová struktura

- Úvěr na financování generační výměny lékařů
- Povolené přečerpání
- Malý investiční úvěr
- Produktový balíček – Podnikatelské konto plus
- Pojištění odpovědnosti za škodu provozovatele zdravotnického zařízení
- Ostatní produkty

Proces získání úvěru:

- Podmínka 1 rok společné praxe (junior + senior)
- Uzavření smlouvy o odkupu lékařské praxe po min. 6 měsících práce u lékaře seniora
- Podání přihlášky do Programu generační výměny lékařů u SPLDD



Co předložit ČSOB?

- Žádost o úvěr
- Kopii přihlášky do Programu generační výměny lékařů
- Doklad o registraci nestátního zdravotního zařízení
- Doklad o příjmu za poslední 3 měsíce
- Daňová přiznání lékaře seniora za poslední 2 roky
- Potvrzení o bezdlužnosti vůči FÚ a ČSSZ
- Doklad o odkupu lékařské praxe
- Ocenění lékařské praxe (Ing. Elis)

Produktový balíček Podnikatelské konto plus

Cena 145,- Kč měsíčně, balíček zahrnuje:

- zřízení běžného účtu v Kč
- vedení běžného účtu v Kč včetně zasílání výpisu měsíčně poštou
- zúčtování 9 tuzemských debetních účetních položek
- zřízení a měsíční poplatek služby ČSOB Linka 24 a ČSOB Mobil 24
- zřízení a měsíční poplatek služby ČSOB Internetbanking 24
- vydání a vedení mezinárodní platební karty typu Visa Electron případně Maestro Mezinárodní

Povolené přečerpání běžného účtu

- Jednoduchý produkt na překlenutí období dočasného nedostatku finančních prostředků
- Limit od 20.000,- Kč do 1.500.000,- Kč
- Podmínka podnikání v oboru minimálně 2 roky
- Limit poskytován na jeden rok s možností obnovy
- Minimálně 2 měsíce běžný účet (balíček) u ČSOB
- Možný souběh s investičním úvěrem
- Úroková sazba již od 12,9 %
- Zajištění čerpaných částek pouze biankosměnkou

Pojištění odpovědnosti za škodu provozovatele zdravotnického zařízení

Pojištění pro případ právním předpisem stanovené odpovědnosti za:

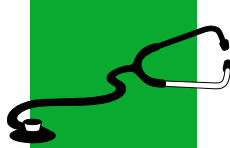
- škodu způsobenou jinému poškozením zdraví a usmrcením
- poškození, zničení nebo pohřešování věci
pokud pojištěný za takovou škodu zodpovídá v důsledku poskytování zdravotní péče a v důsledku svého dalšího jednání

Malý investiční úvěr

- Účelové čerpání
- Min. výše úvěru 100.000,- Kč max. 2 mil. Kč
- Pravidelné měsíční splátky (s odkladem splátek jistiny po dobu čerpání)
- Maximální doba čerpání 6 měsíců
- Maximální splatnost 7 let
- Min. 2 roky historie podnikání
- Min. 20 % participace klienta na investici

Nabídka ostatních produktů

- Retailové produkty sítě ČSOB (více než 180 poboček)
- Produkty Poštovní spořitelny – obsluha na všech poštách v ČR (3.400 pošt)
- Produkty ČSOB Pojišťovny
- Produkty ČSOB Leasingu



Zápis z výboru OSPDL ČLS JEP

ze dne 11.6. 2003

Přítomni:

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

Hosté: zástupci výboru SPLDD MUDr. Neugebauer, MUDr. Dvořáková

▪ **Společná informace pro členy obou výborů o průběhu projednávání zákona o vzdělávání lékařů. Zákon nebyl Parlamentem ČR přijat a s definitivní platností se tak další řešení vzdělávání posouvá pravděpodobně o několik měsíců. MZ ČR musí připravit nový návrh zákona. Opět konstatováno, že dohoda mezi pediatrickými společnostmi bude vždy do zákona zapracována v podobě, kterou tento zákon bude umožňovat. V koncepci samostatných oborů nelze způsobilost k výkonu profese dokládat certifikací nezná-li ji zákon. V koncepci kmenů a následných specializací musí být způsobilost dána pro oblast dle rozsahu splnění kvalifikačních předpokladů. Daleko větší důraz než na název oboru je tak kladen na náplň postgraduálního vzdělávání o kterém panuje shoda. Naprosto zbytečně je vyčítáno OSPDL nedodržení dohody o společném oboru. OSPDL nikdy neměla možnost ovlivnit konečnou podobu zákona uzavřenou dohodou, právě dohoda byla zapracována do konečné podoby zákona tak, jak bylo možné. Možná ale nejen dětské lékaři snad měly výhrady ke konečné podobě a tak máme před sebou další dostatečně dlouhé období k tomu, abychom především nezapomněli bránit vzniku samostatného oboru rodinný lékař s kratším curriculum, než měl mít obor dětský lékař. Aby boj za jednotnou pediatrii neznamenal ve svých důsledcích vznik nového oboru rodinný lékař s daleko snazším vstupem do primární péče.**

▪ OSPDL se podílí na přípravě semináře v Senátu Parlamentu ČR v termínu pořádání mezinárodního kongresu Europediatrics v termínu 21.10.2003 (úterý) od 16 hodin na téma Primární pediatrická péče. Kontaktováním zahraničních přednášejících pověřen

MUDr. Soukup, o průběhu přípravy informován doc. Janda.

▪ Informace kolegů MUDr. Soukupa, MUDr. Růžičkové a MUDr. Kolářové z konference ESPHGAN v Praze, článek bude otištěn ve VOXu. MUDr. Procházka informuje o spolupráci na přípravě studie s firmou Nutricia sledující výskyt alergie na BKM v ČR. Odsouhlasena koncepce této studie a další přípravou pověřen MUDr. Procházka.

▪ Výkon CRP byl přijat pracovní skupinou DŘ k novele seznamu zdravotních výkonů, pravděpodobně, bude-li schválen, bude platný od 1.1.2004. Do té doby bude prodloužena studie ve spolupráci s VZP ČR.

▪ Diskutována témata pro páteřní vzdělávací akce dle návrhů regionů, do příštího výboru bude připraven návrh okruhů pro zvažovaná témata a konečné rozhodnutí bude dne 2.7.2003 na výboru OSPDL. Do té září se osloví spolupracující odborníci a připraví konečná podoba jednotného programu a termíny jednotlivých regionálních akcí.

▪ Informace MUDr. Cabrnchové a MUDr. Marka ze školitelů. Účast byla tentokrát menší (asi 30 kolegů). V sobotu před polednem vystoupila MUDr. Cabrnchová, s další diskusí nebylo v programu počítáno. Přesto nad rámec programu diskutováno téma vzdělávání a návrhu zákona v neděli a to bez možnosti postihnout tuto problematiku komplexně. Ve stejný den téma velmi podrobně diskutováno v Poděbradech před zhruba trojnásobným počtem PLDD za účasti předsedů obou organizací PLDD (profesní i odborné). Do budoucna je nutné se na diskusi připravit, nabídnout tuto možnost v programu. Proto výbor OSPDL reaguje na nabídku do programu příštích školitelů 3.-5.10.2003 a s ohledem na stav přípravy nového zákona (viz tento zápis) zařazuje do programu téma vzdělávání PLDD.

▪ Všem členům výboru a regionálním zástupcům rozeslán souhrnný materiál na téma kalmetizace, reagující na snahu ukvapeně

posunout primovakcinaci. O případné změně schématu očkování musí proběhnou odborná diskuse, které nesmí předcházet ukvapená změna legislativy na žádost pneumoftizeologů. Výbor OSPDL bude iniciovat tuto diskusi.

▪ Proběhlo jednání redakční rady zdravotního a očkovacího průkazu. Dosud shromážděné připomínky zapracovány, koncem června budeme informováni na jednání na MZ o způsobu financování vydání na příští rok.

▪ MUDr. Cabrnchová na jednání poradního orgánu pro preventabilní nákazy pověřena přípravou textu do novely vyhlášky o očkování na téma kontraindikace pertuse a následně přípravou materiálu, který bude vydán doporučením HH na téma kontraindikace použití celulózní vakcíny proti pertusi. Velmi vítáme tuto snahu upřesnit dosud velmi vágní formulace, které v terénu působí značné komplikace.

▪ Před výborem 2.7.2003 se seje skupina pověřená přípravou návrhu nové zdravotní dokumentace vedená MUDr. Procházkou.

▪ Výbor doporučuje oslovit odborné společnosti na téma prevence rachitidy a připravit jednotné doporučení v souladu s novými poznatky o nutnosti suplementace D vitamínu.

▪ Výbor schvaluje zakoupení faxu pro severomoravský region (MUDr. Charvátová).

▪ Přijetí nových členů OSPDL:
MUDr. Y. Tomanová, MUDr. J. Procházková, MUDr. Y. Kachlíková, MUDr. J. Flodrová, MUDr. J. Weiglová, MUDr. E. Vernerová, MUDr. P. Kysová, MUDr. E. Dolistová, MUDr. E. Stříteská. Členkami již jsou MUDr. L. Nováková a MUDr. H. Šmejkalová.

Zapsala:

MUDr. Cabrnchová

Ověřil:

MUDr. Liška, MUDr. Krejčík

Hexavac



ESIN a FFS – metody miniinvazivní osteosyntézy v dětské traumatologii

MUDr. V. Bartl

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Dětská nemocnice, FN Brno

MUDr. P. Karásek

Klinika dětské radiologie, Dětská nemocnice, FN Brno

Souhrn

Miniinvazivní osteosyntéza nachází v dětské traumatologii stále větší uplatnění. Některé její metody, jako je např. ESIN nebo FFS, bývají dokonce označovány především pro svoji šetrnost jako metody semi-konzervativní.



ESIN (angl.zkratka – **Elastic Stable Intra-medullary Nailing**)

Historie: Metoda elastické nitrodřeňové osteosyntézy je v literatuře popisována od poloviny 80tých let minulého století a její původní indikací byla pouze léčba zavřených zlomenin těla kosti stehenní (1,2). Hlavní motivací autorů byla nejen medicínská problematika těchto zlomenin u dětí školního věku spojená s nevýhodami jak konzervativní léčby, tj. dlouhodobým upoutáním na lůžko, ale i s komplikacemi operační léčby (zvní fixátor, AO – dlahy, Küntscherův hřeb). Ne na posledním místě byly i komplikace sociální –např. školní docházka.

To, že se autorům záměr podařilo vyřešit svědčí o tom, že se metoda také nazývá metodou „časné mobilizace pacienta“.

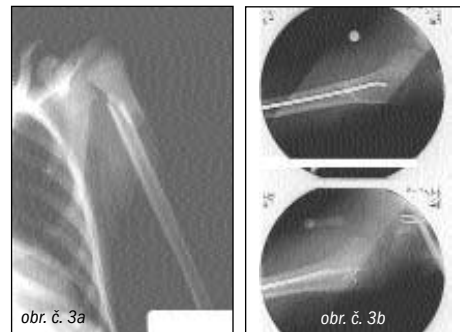
První zmínky o použití této metody s modifikovanými implantáty v našem písemnictví pochází od ostravských autorů (3), s použi-

tím implantátů popisovaných francouzskými autory od brněnských autorů (4)

Postup zavádění: Implantáty, které se při této metodě osteosyntézy používají, se také někdy nazývají Prevotovy pruty (zkr. P – pruty) po jednom z autorů této metody z francouzského Nancy.

Osteosyntéza zlomenin dlouhých kostí se provádí pomocí 2 implantátů umístěných nitrodřeňově, které se zavádí trepanačním otvorem (obr. č. 1), a to buď oscilačním pohybem ruky nebo zavaděčem a kladivem. Implantáty se kříží nitrodřeňově jednou nad a jednou pod úroveň zlomeniny.

Popis implantátu: Prut se původně vyráběl pouze z implantátové oceli, nověji ze slitiny titanu, který má jednak dobré mechanické vlastnosti a je rovněž hypoalergenní. Je elastický a rtg – kontrastní. Kruhový průřez implantátu o průměru 1,5–5,0 mm je na zaváděcím konci oploštělý a zahnutý v tupém úhlu – v bočné projekci je podobný hokejce (obr. č. 2).



Nejčastější indikace:

Femur – zlomeniny diafyzy: dva pruty se zavádí nitrodřeňově buď ascendentně kontralaterálně z oblasti distální metafazy femuru retrogradně nitrodřeňově; méně často unilaterálně sestupně z laterální strany.

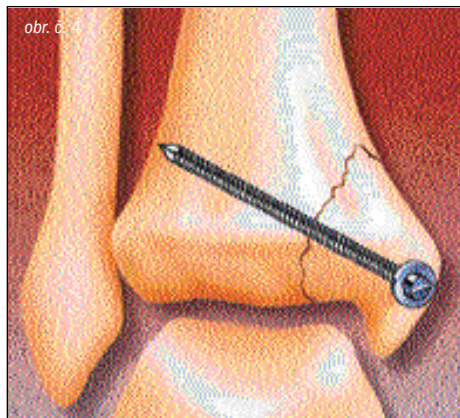
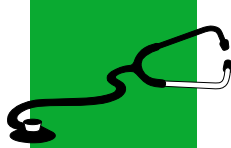
Tibie (bérec) – zlomeniny diafyzy: 2 implantáty se zavádí z horní metafazy tibie bilaterálně a descendentně (anterogradně).

Humerus – zlomeniny diafyzy descendentně a unilaterálně: 2 pruty – modifikované 1 prut (podobně jako u tibie); někdy i léčba zlomenin v oblasti proximální metafazy humeru (obr. č. 3a, 3b)

Předloktí: modifikovaná metoda – ulna anterogradně z oblasti okovce, radius retrogradně z oblasti distální metafazy (5), včetně zlomeniny hlavičky radia, modifikovaně na předloktí pouze 1 implantát – častěji v radiu.

FFS (zkratka z angl. **Fragment – Fixation – System**), někdy také Orthofix – **Fragment – Fixation – System** – podle označení výrobce.

Historie: V první polovině 90tých let byl v německém Kolíně nad Rýnem vyvinut ve spolupráci s firmou Kendall (6) zcela nový implantát, který spojuje výhody Kirschnerova drátu s kompresí tahového šroubu.(obr.č.4).



obr. č. 4



obr. č. 5

První zkušenosti s tímto implantátem u nás publikovalo naše pracoviště (7) v roce 1999.

Postup zavádění: implantát se upne do vrtačky ve své širší části, zavede se pomalými otáčkami do zreponovaných úlomků kosti a širší část se poté zkrátí kleštěmi. Pro zvýšení komprese se většinou u 2 větších průměrů

implantátů používá podložka, která rozšiřuje „hlavu implantátu“ a implantát poté v bočné rtg – projekci připomíná kord. Oproti normálnímu šroubu má implantát delší „hlavu“.

Popis implantátu: (obr. č. 5) FFS je vyráběn z implantátové oceli, rtg – kontrastní. Je minimálně ohebný, resp. při ohybu v průběhu zavádění a extrakci může dojít i k jeho zlomení. Implantát se vyrábí ve 3 velikostech průměrů a různé délce závitů. Širší část (1) implantátu o průměru 1,5 mm, 2,0 mm nebo 3 mm má kruhový průřez s hladkým povrchem a je určena pro upevnění ve vrtačce. Tato část přechází krátkou konickou částí (2) do užšího průměru rovněž s kruhovým průřezem o průměru 1,2 mm, 1,6 mm nebo 2,2 mm, který je opatřen závitě (3) které jsou někdy patrné i na rtg snímku v bočné projekci implantátu

Nejčastější indikace: osteosyntézy zlomenin v oblasti lokte - oba epikondyly (obr. č. 6), radiální kondyl, olecranon; zlomeniny a epifyzeolýzy distální tibie a fibuly.

Literatura:

1. Ligier, J., Metaizeau J, Prevot J.: Elastic stable intramedullary pinning of long bone shaft fractures in children, *Z. Kinderchir.*, 40, 1985, s.209 – 212



obr. č. 6

2. Ligier, J., Metaizeau J, Prevot J.: Elastic stable intramedullary nailing of femoral shaft fractures in Children, *Journal of Bone and Joint Surgery*, 70B, 1988, s.74–77

3. Pleva, L., Richter, V., Krejčí, M.: Elastická nitrodřeňová osteosyntéza u dětí, *Zpravodaj úrazové chirurgie*, 1994, č.1., s.17–20

4. Bartl, V., Melichar, I., Gál, P.: Naše zkušenosti s elastickou stabilní intramedulární osteosyntézou u dětí, *Rozhl.Chir.*, 75, 1996, no 10, s.486–488

5. Havránek, P., Pešíl, T.: Možnosti využití nitrodřeňové stabilního elastického hřebování (ESIN) dětských zlomenin v netypických indikacích, *Acta chir.orthop.et traumatol.Čechosl.*, 69, 2002, s.73–78

6. Pennig, D., Gausepohl, T., Lukosch, R.: Der Einsatz von Fixationstiften in der Handchirurgie, *Handchir.Mikrochir.Plast.Chir.*, 1994, 26, s.270–274

7. Bartl, V., Melichar, I., Tecl, F.: Léčba dětských zlomenin v oblasti lokte metodou FFS – naše první zkušenosti, *Rozhl.Chir.*, 1999, roč.78, č.11, s.590–592

Dětská traumatologie

Prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK a FTN SP, Praha

1. úvod

V současné době bouřlivé atomizace medicíny na malé superspecializované obory získává dětská traumatologie jako multidisciplinární obor velmi významné místo. Má to několik příčin: obecně ubývá dětských pacientů pro nižší porodnost, lepší prenatalní diagnostiku i ze sociálních a ekologických důvodů; neubývá však dětských úrazů, naopak vzhledem ke klesajícímu zastoupení dětí v populaci jich spíše relativně přibývá. V praxi to znamená, že před 20 lety tvořily poraněné děti asi 15–20% pacientů dětského chirurga, ale dnes tvoří přes 40%! Úrazy jsou v dětském věku stále nejčastější příčinou úmrtí. Dětská traumatologie není obor pro jednoho odborníka, zaměstná tým specialistů a je technicky i ekonomicky velmi náročná.

2. organizace dětské traumatologie v ČR

Snahy o zásadnější organizaci péče o poraněné děti se datují do počátku devadesátých let minulého století. Do té doby byly děti obvykle dopraveny do nemocnice nejbližší k místu úrazu a většinou definitivně ošetřeny, pouze výjimečně při komplikacích sekundárně transportovány na „vyšší“, specializované pracoviště. To se týkalo i dětí se závažnými, život ohrožujícími úrazy a polytraumaty. Navíc většina poraněných dětí byla ošetřována společně s dospělými ať už na anesteziologicko-resuscitačních, nebo chirurgických či traumatologických odděleních. Jinou verzí, fungující mnohde dodnes, byla hospitalizace poraněného dítěte na pediatrickém oddělení, kam za ním chirurg docházel jako konziliář.

Počátkem 90. let vyvinula Česká společ-

nost pro úrazovou chirurgii ČLS JEP velké úsilí o ustanovení traumacenter. Tato centra měla poskytovat vysoce specializovanou péči závažně poraněným a polytraumatizovaným dospělým a tito pacienti měli být územní záchrannou službou do traumacenter transportováni primárně. Současně paralelně s touto snahou se angažovala Česká pediatricko-chirurgická společnost v ustanovení podobných úrazových center, která by však byla specializovaná na léčbu poraněných dětí. Po deseti letech jednání s Ministerstvem zdravotnictví, odbornými společnostmi a orgány zdravotních pojišťoven byly nakonec tyto snahy úspěšné a v roce 2002 byla ministrem zdravotnictví ve Věstníku ustanovena síť traumacenter pro dospělé a síť pro děti, které pokrývají území celé republiky a jsou akceptovány i územními středisky Rychlé záchranné služby.



Obr. 1.a.+b.:
Polytraumatizovaný pacient, zlomenina kalvy, kraniocerebrální poranění

Centrum dětské traumatologie (CDT), jak se oficiálně nazývá zařízení, kde jsou ošetřovány děti se závažným poraněním, je ustanoveno většinou ve velké nemocnici fakultního typu, má sídlo na lůžkové základně kliniky (oddělení) dětské chirurgie a využívá služeb mnoha ostatních odborností v nemocnici. Centrum není tedy zařízením pouze kliniky či oddělení dětské chirurgie, i když na něm sídlí, ale je zařízením celé nemocnice, kterou prolíná jako jakási horizontální struktura. Vedoucím lékařem Centra dětské traumatologie je atestovaný dětský chirurg s rozsáhlými zkušenostmi v traumatologii. Tento lékař má funkci tzv. vedoucího úrazového týmu („trauma team leader“), který je odpovědný za poraněného pacienta a určuje pořadí diagnostických a léčebných úkonů podle doporučení konziliářů. Je žádoucí, aby alespoň v několika

nejfrekventovanějších odbornostech bylo poraněné dítě ošetřováno dětskými specialisty: dětským chirurgem, specialistou na dětskou intenzivní a resuscitační péči, dětským kostním chirurgem, dětským neurochirurgem, dětským neurologem, apod. V méně často využívaných oborech, jako maxilofaciální, hrudní, cévní chirurgie, kardiouchirurgie, apod. jsou děti ošetřovány odborníky společnými pro dospělý i dětský věk, protože úrazových výkonů je relativně málo a nebylo by možné udržovat tým specialistů s dostatečnou erudicí bez elektivních výkonů u dospělých i dětských pacientů. Centra dětské traumatologie v ČR fungují ve velkých nemocnicích ve dvou variantách: monolokální, kdy všechny poraněné děti leží na jednom oddělení, ošetřují je dětské chirurgové a odborníci docházejí za nimi, včetně toho, že i všechny léčebné úkony jsou prováděny na tomto jednom oddělení; druhá varianta je multilokulární, kdy poraněné děti jsou hospitalizovány na specializovaném oddělení podle **převahy závažného poranění**, například na neurochirurgii, obecné dětské (břišní) chirurgii, dětské ortopedii, čelistní chirurgii, apod. a sdružená poranění a polytraumata jsou léčena formou konziliárních služeb. První varianta je praktikována například v Praze – Krči, Brně a Ústí nad Labem, druhá například v Praze – Motole a Plzni.

Center dětské traumatologie bylo Věstníkem ministra zdravotnictví ČR deklarováno celkem osm a současně s nimi byly definovány spádové oblasti pro jednotlivá centra a seznam diagnóz (tab. 1), které mají být v CDT ošetřovány. Tyto seznamy jsou pouze **doporučením** pro lékaře RZS nebo primárního místa ošetření, nikoli nezbytnou povinností. Centra však mají, jsou-li požádána o převzetí pacienta, **povinnost** poraněné dítě přijmout, zcela výjimečně je možná dohoda dvou sousedních center o dočasném zastoupení. V českých zemích jsou Centra dětské traumatologie v Praze Krči a Motole, v Hradci Králové, v Ústí nad Labem, Českých Budějovicích a Plzni, na Moravě jsou CDT v Brně a Ostravě. Centra dětské traumatologie vznikla na základě „Koncepte dětské traumatologie v ČR“, která byla podle zahraničních modelů a současného stavu a možností našeho zdravotnictví vypracována a oponována odbornými společnostmi, „Audit“ pak stanovuje podmínky, za jakých může CDT vzniknout. Všechna centra byla auditovaná komisí ministra zdravotnictví, ve které byli zástupci ministerstva, odborných společností a zdravotních pojišťoven.

Centra dětské traumatologie neprovádějí pouze diagnosticko-léčebnou péči o poraněné děti. Mezi jejich povinnosti patří i trvalý kontakt se zdravotnickými zařízeními ve svém spádu, pedagogická a doškolovací činnost, přednášková a publikační činnost, eventuálně vědecko-výzkumná činnost (granty, studie, apod.) a v neposlední řadě vedení podrobných statistik své činnosti k umožnění kontroly kvality péče. K vedení použitelných statistik je nutné zavedení skórovacích schémat. Pro kraniocerebrální poranění je doporučeno používat Glasgowské schéma, eventuálně v dětské modifikaci a k hodnocení sdružených poranění a polytraumat Injury Severity Score, event. Modified Injury Severity Score.

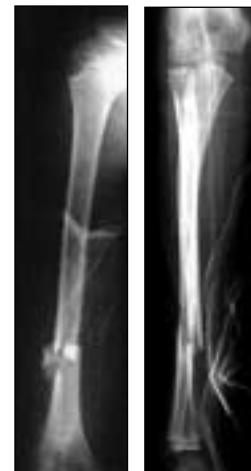
■ 3. orgánová traumatologie

3.1. kraniocerebrální poranění

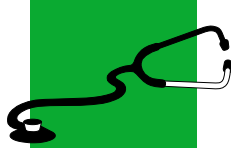
Kraniocerebrální poranění je po skeletálním jedním z nejčastějších. Poranění měkkých pokrývek lebních je nejčastějším novorozeneckým úrazem, komoče mozková je běžným úrazem dětí školního věku a kraniocerebrální trauma jako součást polytraumatu je faktor určující prognózu, mortalitu i morbiditu těchto závažných stavů. V současné době přibývá díky dopravním a sportovním úrazům i poraněním spinálních.

Poranění měkkých pokrývek lebních je pro chirurga typickým úrazem špatného počasí. Menší děti, které musí trávit čas doma padají na radiátor topení, roh stolu nebo zárubeň dveří. I malé rány značně krvácejí a proto úrazy vypadají dramaticky, ale většinou nebývají závažné. Jsou-li rány na typických místech, jako obočí, čelo, apod. nebývá někdy nutné rentgenovat lebku, u větších ran to však děláme vždy. Ránu je vždy vhodné revidovat, tedy prohlédnout její spodinu, abychom nepřehlédli frakturu lebky nebo cizí těleso.

Tupá poranění hlavy a mozku jsou velmi častá. Pády dětí na hlavu byly předmětem



Obr. 1.c.+d.:
Polytraumatizovaný pacient, zlomenina humeru a předloktí



Obr. 1.e.: Polytraumatizovaný pacient, kontuze plicní

mnoha studií jak z obce chirurgické, tak pediatrické. Díky známému poměru vyšší hmotnosti hlavy dítěte proti tělu k nim dochází v nižších věkových kategoriích běžně. **Komocce mozková** je u dospělého definována vždy anamnestickým údajem přítomnosti bezvědomí a/nebo amnézie na úraz, u dítěte jsou tyto údaje někdy obtížně zjistitelné a mnohdy diagnózu stanovujeme na základě tzv. syndromu „malých vegetativních příznaků“, tedy opakovaného zvracení, závratí a poruch sluchu a zraku. Dítě s prokázanou komocí vždy hospitalizujeme (většinou 3–7 dní), provádíme RTG lbi, neurologické a oční vyšetření.

Zlomeniny klenby lební pozorujeme hlavně u kojenců a batolat, u nichž vznikají i malým násilím. Rodiče uniformně uvádějí pád z přebalovacího stolu, kočárku, gauče nebo z náruče. Zlomenina klenby může vzniknout i pádem z 30 cm na měkký koberec a proto výjimečně rodiče nejsou schopni uvést mechanismus úrazu a nejedná se přitom o syndrom týraného dítěte. Jediným příznakem takové zlomeniny je valovitý lineární hematom na hlavě, který vzniká za 10–20 hodin po pádu. Převážná většina fisur lbi není provázená příznaky poranění mozku, tedy ani příznaky komocce. Po pádech z větší výše (z ramen otce, ze schodů) bývají však fraktury rozsáhlé, i oboustranné, někdy se odlomí cirkulárně celý vrchlík lebky. Všechny děti s frakturou klenby lební hospitalizujeme, vyšetřuje je dětský neurolog a oftalmolog a všem provádíme vyšetření EEG. To je hodnotitelé pouze není-li na hlavě větší fluktuující hematom a proto hospitalizace trvá průměrně 4–8 dní.

Zlomenina klenby lební může být lineární nebo vpáčená, impresivní. Zvláště u malých dětí můžeme impresi pozorovat jako neúplnou zlomeninu typu „vrbového proutku“, která se nazývá zlomeninou pingpongového míčku. Tato zlomenina může vzniknout i během obtížného porodu, u batolat pádem na vyčnívající ne-

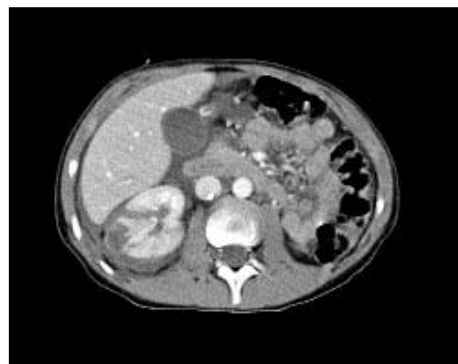
rovnosti povrchu. Obecně platí chirurgické pravidlo, je-li imprese hlubší, než tloušťka kalvy, je indikována operační elevace úlomku. Impresivní zlomeniny lze velmi pěkně diagnostikovat moderními CT přístroji s multidimenziálními rekonstrukcemi obrazu.

Zlomeniny báze lební jsou vzácnější, než poranění kalvy. Mohou postihnout přední, střední nebo zadní jámu lební. Vznikají podstatně větším násilím než na klenbě, při dopravních nehodách, pádech z výše, z kola, apod. Výtežnost prostých i cílených RTG snímků pro diagnostiku je malá, jen kolem 10–20%, proto musíme často na diagnózu usuzovat podle nepřímých známek: na zlomeninu pyramidu ve střední jámě lební soudíme při přítomnosti krvácení do středouší (hemotympanon) a zjištěné převodní poruše sluchu. K podstatnému zlepšení diagnostiky došlo použitím výpočetní tomografie s rekonstrukcí obrazu, ale ani ona není schopna stanovit diagnózu ve 100%. Zlomeniny báze lební jsou často sdružené s těžším poraněním mozku. Považujeme je většinou za otevřené (do středouší, sinů), proto podáváme antibiotika k prevenci vzniku hnisavé póurazové meningitidy. Hospitalizace obvykle přesahuje týden.

Závažnější poranění mozku, jako kontuze, difúzní axonální poranění, krvácení extradurální nebo subdurální pozorujeme při úrazech způsobených větším násilím: dopravní nehody, pády z kola, výšky, sportovní úrazy. Kraniocerebrální poranění je součástí více než poloviny polytraumat a velmi často určuje jeho prognózu. U dětí je velmi zrádná občasná latence manifestace příznaků. Dobře známý je volný interval u epidurálního krvácení, ale i kontuze mozková se může plně projevit s určitým odkladem narůstáním edému kolem kontuzního ložiska. Dítě s takovým závažným poraněním má být léčeno v Centru dětské traumatologie v péči dětských specialistů. Kontuze mozkové jsou podstatně častější, než „chirurgicky řešitelné“ úrazy typu nitrolebního krvácení. Přístup k nim je dnes velmi aktivní a spočívá většinou ve ztlumení pacienta, řízení ventilaci, monitoraci nitrolebního tlaku a eventuální jeho korekci ventilačními parametry či farmakologicky. Poranění vyžadují nezřídka opakované CT vyšetření. Hospitalizace těžce poraněných bývá dlouhá a velmi dlouhá je také rekonvalescence. Na druhé straně jsou výsledky léčení u dětí ve srovnání s dospělými někdy překvapivě optimistické.

Spinální poranění jsou v dětském věku vyjma častých kompresivních zlomenin obratlo-

vých těl vzácná. Kompresivní zlomeniny obratlů vznikají banálními pády na hyždě, na záda nebo hyperflexí páteře. Nezřídka jsou sériové, postihují větší počet obratlů. Mícha nebo kořeny nebývají poraněny, ale přesto je léčba poměrně dlouhá a zasahuje do životního režimu dítěte. Při kompresivní zlomenině obratlového těla dítě několik dní až týdnů leží, několik měsíců je vyloučeno z tělesných a sportovních aktivit a musí důsledně pečovat o správné držení těla a posilovat zádové svalstvo. Závažné tříštivé nebo luxační zlomeniny obratlů jsou, jak bylo řečeno výše, naštěstí vzácné. Přesto je občas vidíme. Operační léčba těchto poranění je velmi náročná na materiální i personální zajištění a proto jsou poranění soustředována do v současné době vznikajících spinálních center, kde se o péči o ně dělí neurochirurgové a ortopedi. Specialista na spinální chirurgii musí být samozřejmě dostupný v CDT, byt se



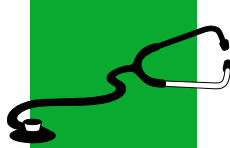
Obr. 1.f.: Polytraumatizovaný pacient, ruptura pravé ledviny

stará především o poranění dospělých, protože dětských pacientů, které je nutno se spinálním poraněním operovat je u nás málo.

Poranění periferních nervů v dětském věku je poměrně časté. Dochází k němu buď při zavřených úrazech, nejčastěji zlomeninách, mezi kterými dominuje suprakondylická zlomenina humeru, nebo při pořežání střepe skla nebo jinými ostrými předměty. Při zavřených poraněních úlomky zlomenin nedochází téměř nikdy k anatomickému přerušení kontinuity nervového kmene (neurotméze) a proto primárně i při klinicky vyjádřené denervaci postupujeme vždy konzervativně. U řezných ran, kde je nerv přerušen, je samozřejmě nutná jeho rekonstrukce. V dnešní době se preferuje mikrochirurgická sutura.

3.2. hrudní trauma

Poranění hrudníku rozeznáváme zavřené, tupé nebo otevřené, penetrující. Tupé poranění je podstatně častější a dochází k němu



při závažných vysokoenergetických úrazech v dopravě, pádech z výše nebo při sportu. Při tupém poranění hrudníku může dojít k několika typům traumatu: ke kontuzi plic, ke krvácení do pohrudniční dutiny, méně často k vzniku pneumotoraxu. Mohou být poraněny i orgány mediastina, srdce a velké cévy. U závažnějších úrazů je nutné po hrudním traumatu aktivně pátrat, neopomenout fyzikální vyšetření a RTG srdce a plic. Symptomatologie kontuze plic může být plíživá a stav poraněného dítěte se může po určité době prudce zhoršit. Léčba plicní kontuze má probíhat na specializovaném pracovišti v CDT a bývá aktivní: často je pro dítě výhodná řízená ventilace s komplexní ventilační a parenterální farmakologickou terapií. Při krvácení do pohrudniční dutiny se zprvu postupuje konzervativně. Hrudní dutina se vydrénuje a vyčkává se. Obvykle krvácení ustává, jen zcela výjimečně musíme u hrudního traumatu zasahovat akutním operačním výkonem.

Otevřená, penetrující poranění jsou u dětí podstatně vzácnější, než tupá. V poslední době pozorujeme mírný nárůst penetrujících poranění s rostoucím počtem majitelů střelných zbraní. Také kinematografie přispívá svými akčními snímky k oblíbě útočných zbraní, například vyskakovacích noží, jimiž lze otevřené trauma hrudníku způsobit. Penetrující rána hrudní stěny přináší velké nebezpečí tenzního

pneumotoraxu, kdy se při nádechu do hrudní dutiny nasává vzduch a při výdechu se rána uzavře jako záklopka. Dochází tak k přetlaku v poraněném hemitoraxu, dislokaci srdce a velkých cév ke zdravé straně a kompresi plic. Tento akutní stav může rychle vést ke smrti poraněného. V rámci první lékařské pomoci je nutná hrudní punkce a odsátí vzduchu. Dále se pokračuje podtlakovou hrudní drenáží, která má za úkol rozvinout smrštenou plíci a upravit ventilační poměry. Při penetrujících poraněních může dojít k přerušení mezižebních cév. Krvácení z interkostální arterie může být tak masivní, že pacient vykrváčí. Při správné revizi řezných ran ve stěně hrudní lze toto poranění odhalit a relativně snadno ošetřit.

Zlomeniny žebér jsou na rozdíl od dospělých v dětském věku spíše výjimkou. Zvláště při frakturách kaudálních žebér musíme pátrat po poranění parenchymatózních orgánů břicha, jater a sleziny.

3.3. poranění břicha

Stejně jako u hrudníku, rozlišujeme tupé, tedy zavřené poranění břicha a penetrující neboli otevřené poranění. Podobná je i na prostá převaha tupých traumat. V dutině břišní rozeznáváme obecně poranění dvojích orgánových struktur: poranění parenchymatózních orgánů, mezi které řadíme především játra a slezinu, ale často také orgány retroperitoneální, tedy pankreas a ledviny a zadržé poranění duté trubice trávicího ústrojí (GIT). Výjimečně může být poraněn močový měchýř, močovod, cévy, apod. Stejně obecně platí, že při poranění všech parenchymatózních orgánů se snažíme postupovat maximálně konzervativně, neoperačně, zatímco perforace trávicí trubice nebo močového měchýře jsou jasnou indikací k chirurgickému ošetření.

Parenchymatózní orgány, játra, slezina, ledviny a slinivka se poraní nejčastěji přímým nepenetrujícím násilím na stěnu břišní nad místem orgánu. Naprosto typický je například náraz epigastriem na hlavové složení řídicí kola nebo pád podžebřím na hranu stolu, kovovou tyč prolézačky apod. Při konzervativní léčbě poranění orgánů, které mohou ohrozit pacienta vykrváčením platí jednoduchý algoritmus: je-li pacient oběhově stabilní, léčíme jej na jednotce intenzivní péče či ARO, zavedeme žaludeční sondu, event. cévku do měchýře, monitorujeme jak základní životní funkce, tak hodnoty krevního obrazu a biochemismu a opakovaným sonografickým vyšetřením sledujeme stav poraněného orgánu a množství volné tekutiny (krve) v dutině břišní. Zákla-



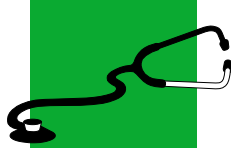
Obr. 1.i.+k.: Pollytraumatizovaný pacient, osteosyntéza humeru a předloketních kostí nitrodřeňovým elastickým stabilním hřebováním (ESIN)

dem observace je samozřejmě opakované klinické fyzikální vyšetření pacienta a jeho celkového stavu. Je-li pacient i nadále stabilní a nejsou známky větší krevní ztráty, stav pacienta se většinou do 24–48 hodin zlepšuje. Je-li pacient oběhově nestabilní, i potom zpočátku postupujeme konzervativně. Bolusově podáváme 20–40 ml krystaloidních roztoků/kg hmotnosti a při anemizaci 20–30 ml/kg krve. Většinu takto zpočátku nestabilních pacientů se podaří tímto postupem stabilizovat a i u nich uspějeme konzervativním postupem. Daří se tak vyléčit i hilové ruptury sleziny a ledvin, nebo hluboké ruptury jater. Dnes už jen výjimečně je poranění takového rázu, že pacient nereaguje na razantní objemovou resuscitaci a pak je nutné zasáhnout chirurgicky a poraněný orgán operačně ošetřit, eventuálně odstranit.

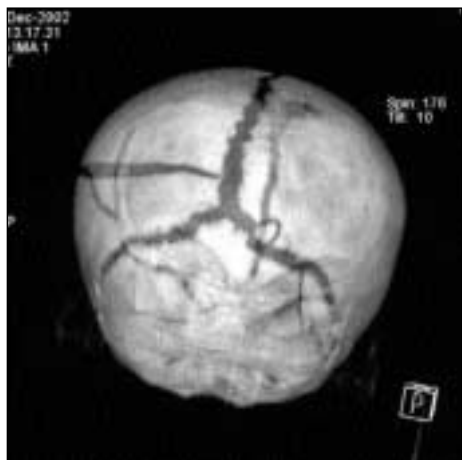
Poranění sleziny je přibližně stejně časté, jako poranění jater. Vzniká nárazem na levý nadbřišek, bok nebo dolní část hrudníku. Zpočátku mohou být klinické symptomy chudé a může dojít i k tomu, že pacient je po primárním klinickém vyšetření propuštěn domů. Slezina se může později rozkrváčet, může prasknout pouzdro nad původně subkapsulárním hematomem a ohrozit pacienta vykrváčením. Jedním z cenných příznaků je tzv. frenikový příznak, kdy krev dráždí levou bránicu a podráždění přenáší n. phrenicus do oblasti levého ramene, jehož bolesti pacient udává. Občas se daří vyvolat i inverzní freni-



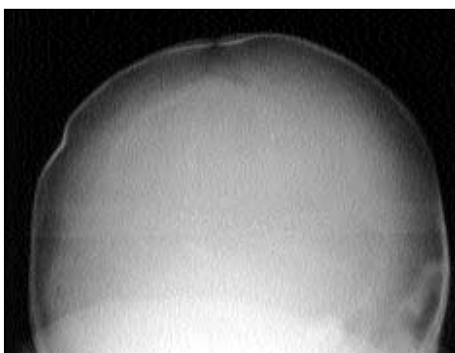
Obr. 1.g.+h.: Polytraumatizovaný pacient, tříštvá dislokovaná zlomenina pánve léčená zevní fixací



kový příznak, kdy tlakem zevně v nadklíčkové oblasti vyvoláme při ruptuře sleziny bolest v levém podžebří. Při manifestním krvácení z roztržené sleziny jsou přítomny známky peritoneálního dráždění a palpační citlivost břicha může být velmi výrazná. Po několika hodinách dochází k paralýze střevních kliček a k paralytickému sub- až ileu. Proto zavedení žaludeční sondy a zákaz perorálního příjmu jsou jedním ze základních opatření. Důsledným udržováním iontové a acidobázické rovnováhy vnitřního prostředí se daří někdy až po několika dnech obnovit střevní peristaltiku a normalizovat poměry. K akutnímu monitorování stavu sleziny používáme bed-side ultrasonografického vyšetření, po stabilizaci stavu pacienta je u větších ruptur vhodné doplnit vyšetření CT, kdy zvláště jeho multidimenzionální počítačová rekonstrukce obrazu s použitím kontrastní látky dokáže dokonale zobrazit rozsah a míru traumatu. Dříve hojně používaný rádioizotopový sken se nyní používá už méně. V léčbě poranění sleziny do nedávné doby platila chirurgická zásada, že zjištěná ruptura, nebo důvodné podezření na ni byly jasnou indikací k chirurgické revizi dutiny břišní. Slezina je orgán houbovitý, jehož rekonstrukce je poměrně obtížná a proto tyto revize v naprosté většině končily splenektomií. Pediatrii však již delší dobu vědí, že děti po splenektomii jsou ohroženy častějšími infekcemi nebo až tzv. postsplenektomickou sepsí, která ve významném počtu případů může končit i smrtelně. Proto důrazně apelují na zachování slezinné tkáně i v případech úrazu. Byla publikována řada chirurgických postupů, které jsou schopny rekonstruovat poraněnou slezinu, nebo zachovat alespoň její významnou část. Patří mezi ně sutura sleziny, lepení prasklin fibrinovým tkáňovým lepidlem,



Obr. 2.: Rozsáhlá lineární zlomenina kalvy v 3D CT obraze



Obr. 3. Impresivní zlomenina kalvy typu pingpongového míčku

kompresie sleziny ve vstřebatelné kolagenové síťce, parciální resekcce několika poraněných segmentů sleziny se zachováním nepoškozené tkáně, nebo podvaz slezinné arterie ke snížení tlaku v orgánu a zástavě krvácení. Většinu těchto výkonů, mnohdy technicky a časově náročných, vytěsnil dnes konzervativní, tedy neoperační léčebný přístup, který je vylíčen výše.

Poranění jater patří mezi relativně častá. Asi nejobvykleji nalézáme pro velikost orgánu pouhou kontuzi jater, řidčeji přímé strukturální poškození, tedy rupturu. Oba typy poranění jsou provázeny elevací sérových hladin transamináz, přičemž elevaci ALT považujeme za specifičtější. Pro etiologii i symptomatologii poranění jater platí podobná fakta, jako u poranění sleziny. V diagnostice užíváme v akutní fázi také monitoraci stavu orgánu ultrasonografií a po stabilizaci stavu pacienta provádíme vyšetření CT. Při poranění žlučových cest připadá v úvahu endoskopická retrogradní cholangiopankreatikografie (ERCP). Jako u poranění všech parenchymatózních orgánů, i při poranění jater postupujeme převážně konzervativně. Vyléčíme tak přes 90% pacientů. Občas provádíme suturu nevelké trhliny, revidujeme-li břicho z jiné příčiny a ruptura jater je náhodným nálezem. Je-li poranění skutečně rozsáhlé a krvácení pokračuje i přes razantní komplexní terapii, doporučují dnes hepatochirurgové spíše provedení rychlé tamponády jaterní krajiny a odklad definitivního ošetření a povolání specialisty. Akutní resekcce jater jsou specializované výkony, které velmi zatěžují pacienta a jsou provázeny vysokou mortalitou.

Poranění ledvin se většinou projevuje hematurií, někdy i masivní. Ruptury ledvin, nejde-li o poranění hilových cév, nemívají tak bouřlivou symptomatologii, jako trauma sleziny či jater a proto už časně provádíme vyšetření CT s podáním kontrastní látky. Platí

obecná zásada, prokáže-li zobrazovací vyšetření extravasát kontrastu mimo dutý systém ledvin, je indikována revize a operační ošetření ledviny. Poranění pankreatu jsou méně častá, než předchozí a na rozdíl od nich bývají nebezpečná ne krvácením, ale únikem sekretu žlázy s lytickými enzymy. Při pouřazové elevaci amylás jsme obezřetní i při dobrém klinickém stavu dítěte několik dní, viděli jsme dramatické zhoršení stavu po týdnu po úrazu. I při poranění slinivky břišní dnes převládá konzervativní postup: zákaz příjmu per os, žaludeční sonda, parenterální výživa a adjuvantní farmakoterapie, vedoucí ke snížení sekrece žlázy. Operace eventuálních posttraumatických pseudocysty ohrožuje pacienta podstatně méně, než akutní výkony.

3.4. popáleniny

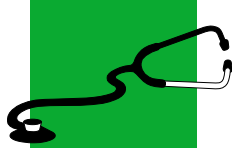
Přestože léčba rozsáhlých a život ohrožujících popálenin se dnes soustřeďuje do popáleninových center, končí mnoho běžných popálenin i na specializovaných dětsko-traumatologických pracovištích v CDT. Většina těchto úrazů vzniká opařením tekutinami, obvykle kávou, čajem, polévkou apod. Malé



Obr. 4.: Ruptura jater a ledviny v CT obraze



Obr. 5.: Hilová ruptura ledviny zobrazená arteriografií



Obr. 6.:
Popálenina ruky způsobená horkou tekutinou, 2. stupeň



Obr. 7. Rozsáhlá chemická popálenina dolní končetiny



Obr. 8.: Několikanásobná fasciotomie u compartment syndromu, provázejícího drtivé poranění hlezna a nohy

děti mívají typické popálení obličeje, krku, ramen a hrudníku, jak horká tekutina stéká dolů. Hlavně v místech, kde tekutina působí déle, tedy na prsou a pažích, jsou popáleniny hlubší, nekrózy je často nutné chirurgicky odstranit a provést transplantaci dermoepidermálních autologních štěpů. Popálení není pouze poraněním kožního krytu, je to vážné trauma celého organismu. Jsou známa úmrtí

tab. č. 1

Seznam úrazových diagnóz, u kterých je doporučeno léčení v CDT

1. Polytrauma (ISS nad 16 bodů)
2. Závažná poranění novorozenců a „velmi malých“ dětí (do 2 – 5 let), vyžadující komplexní léčbu
3. Kraniocerebrální poranění s přetrvávající poruchou vědomí a/nebo závažnou neurologickou symptomatologií
4. Závažné poranění hrudní, nitrobřišní a retroperitoneálních orgánů, zvláště při sdrúženém poranění, které u dětí vyžaduje vysoce specializovanou komplexní péči
5. Závažné maxilofaciální poranění
6. Závažné zlomeniny:
 - a. mnohotné zlomeniny
 - b. etážové vícečetné zlomeniny ipsi- i kontralaterální, zvl. v oblasti fýz
 - c. závažné, rozsáhle otevřené zlomeniny s větší ztrátou krytu měkkých tkání, nebo s rozsáhlým poškozením měkkých tkání, periferních nervů, compartement syndrom
 - d. nereponibilní, nestabilní a závažné atypické suprakondylické zlomeniny humeru
 - e. dislokované zlomeniny pánevního kruhu, zvl. při sdrúženém poranění
 - f. zlomeniny acetabula, v oblasti ypsilonové chrupavky
 - g. zlomeniny krčku femuru
 - h. fyzární poranění a nitrokloubní zlomeniny s nejasnou diagnózou
 - i. tříštivé a dislokované zlomeniny obratlů

malých dětí s popáleninou zasahující kolem 5% tělesného povrchu. Popáleniny více než 10% jsou u malých dětí považovány za závažný úraz, který má být léčen na jednotce intenzivní a resuscitační péče.

Zcela zvláštní kapitolou jsou pak popáleniny způsobené elektrickým proudem, chemické, popálení dýchacích cest, nebo poranění sdrúžená s popáleninami. Tito pacienti mají být v péči popáleninového centra.

4. skeletální traumatologie

Dětská skeletální traumatologie se odlišuje od léčby zlomenin dospělých asi ještě více, než se liší traumatologie orgánová. Je to dáno zcela odlišnými biomechanickými vlastnostmi dětské kosti, která je měkčí a pružnější, ale není tak pevná, jako u dospělého. Nejvíce a zásadně se dětská kost liší od dospělé faktem růstu, který se převážně realizuje z růstové chrupavky, nazývané v současnosti fýza. Diagnostika dětských zlomenin je zvláště u malých dětí velmi obtížná, protože rozsáhlé partie kolem kloubů jsou dosud chrupavčité a tudíž neviditelné na RTG snímcích. Dětská kost má odlišnou, naštěstí lepší schopnost hojení a hlavně přestavby pouřazové deformace než kost dospělého, ale tato schopnost není všemocná, jak se někteří mylně domnívají.

Dětské zlomeniny mají zcela odlišnou incidenci, i při rehabilitaci platí jiná pravidla, než u dospělých.

4.1. zvláštní typy dětských zlomenin

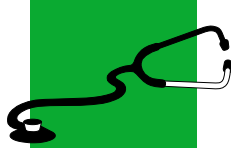
Především odlišné biomechanické vlastnosti dětské kosti a přítomnost růstových chrupavek, fýz, umožňují vznik několika typů zlomenin, které u dospělých nenalzáme. Zhruba lze pozorovat čtyři typy výhradně „dětských“ zlomenin:

1. zlomeniny z ohnutí
2. kompresivní subperiostální zlomeniny typu „torus“
3. zlomeniny typu vrbového proutku
4. zlomeniny v oblasti růstové chrupavky, fyzární poranění

Zlomeniny z ohnutí jsou typické tím, že nikde nenalzáme linii lomu. Úrazovým mechanismem dojde pouze k ohnutí kosti, většinou v diafýze. Tyto zlomeniny převážně pozorujeme u menších dětí na radiu a ulně. Protože většina kostí má během růstu určité fyziologické prohnutí, které se věkem mění, je někdy při



Obr. 9.: Porodní zlomenina klíční kosti



Obr. 10.: Nenápadná kompresivní subperiostální zlomenina distální metafýzy radia charakterizovaná pouze prudším „zahnutím“ kortikalis

absenci lomné linie velmi obtížné rozeznat prohnutí patologické, úrazové. Přitom je nutné pamatovat, že pokud toto úrazové ohnutí nezreponujeme, může být pohyb i natrvalo omezen (na předloktí většinou rotace). Ani repozice těchto zlomenin nebývá snadná, ohnutí kosti je na určitém delším úseku kosti a ne v jednom místě, jako u úplné zlomeniny. Reponujeme vždy v celkové anestezii a musíme si ověřit normální rozsah pohybu po výkonu.

Kompresivní subperiostální zlomeniny typu „torus“ jsou neúplné zlomeniny, které vznikají působením axiálního násilí na kost převážně v metafýze. Často je nalézáme na distálním konci radia a ulny, mohou však být i na jiných dlouhých a malých tubulárních kostech. Na RTG snímku jsou patrné jako nevelké nahnutí kortikalis do podoby jakéhosi cirkulárního valu (odtud termín torus), linie lomu probíhající celou šířkou kosti přitom není patrná. Tyto zlomeniny se snadno přehlédnou a je nutné po nich při bolestivosti krajiny cíleně pátrat. Zrádnější variantou „torus“ zlomeniny je subperiostální zlomenina, která se vyznačuje inverzním obrazem zlomeniny předešlé, nenápadným vpáčením kortikalis metafýzy kosti, jakési „prudší zahnutí“ obrysu kosti. Kompresivní zlomeniny léčíme lehkou fixací, jejich výhodou je, že se nedislokují a není nutné po primární RTG diagnostice provádět kontrolní snímky během léčby a po sejmutí fixačního obvazu.

Zlomeniny typu vrbového proutku jsou částečně neúplné zlomeniny, vyskytující se nejčastěji v oblasti diafýzy radia a ulny, ale i jinde. Působením přímého násilí dochází

k angulaci kosti, ta se láme pouze na konvexní straně úhlu dislokace, zatímco na konkávní straně se pouze ohýbá, podobně jako zelený proutek při zlomení. Tato zlomenina má jedno velké riziko: pokud je axiální dislokace reponována běžným způsobem, tedy tahem v dlouhé ose kosti, dojde sice k dokonalé repozici, ale po určité době začne vznikající svalek roztlačovat linii lomu a protože jedna kortikalis není zlomena, může dojít k významné reangulaci kosti. Je tedy pravidlem, že při repozici této zlomeniny je nutné překorigováním na stranu opačnou k původní dislokaci dolomit i dosud nezlomenou kortikalis.

Fyzální poranění je samostatně probráno v následujícím odstavci

4.2. fyzální poranění – poranění růstové ploténky

Každá dlouhá kost rostoucího organismu má na obou svých koncích růstovou chrupavku, fýzu. Periferně od ní se během růstu postupně objevují sekundární osifikační jádra kosti, epifýzy. Malé tubulární kosti jako meta-



Obr. 11.a.: Suprakondylická zlomenina humeru, věčné téma dětských traumatologů



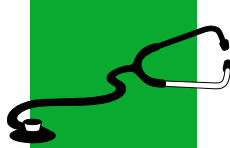
Obr. 11.b.: Suprakondylická zlomenina humeru, léčba perkutánní osteosyntézou titanovými Kirschnerovými dráty



Obr. 12.: Zlomenina diafýzy lemuru u batolete léčena náplastovou kožní trakcí podle Bryanta

kary, metatarsy a články prstů mají pouze jednu fýzu a u ní jednu epifýzu. Skeletální růst je proces velmi složitý, sekundární osifikační jádra se objevují od narození až do adolescence postupně v určitém časovém intervalu, na konci dlouhé kosti nemusí být jen jedno jádro (na distálním humeru jsou čtyři), navíc počet jader může být variabilní (na proximální ulně jsou variabilně 2–4 jádra). Přestože dlouhé kosti mají na obou svých koncích růstovou ploténku, nepřispívají obě k růstu do výsledné délky stejnou měrou: proximální fýza femuru zprostředkuje pouze 20% celkové délky kosti, zatímco distální 80%.

Dojde-li k poranění skeletu v oblasti růstové ploténky, je velmi obtížné zlomeninu poznat, zvláště u malých dětí. Viděli jsme případy, kdy byl odlomen chrupavčitý konec kosti a hrubě dislokován, a přitom nebyl vůbec patrný na RTG snímku. Nejde však jen o to zlomeninu poznat, je nutné exaktně stanovit průběh linie lomu vzhledem k růstové chrupavce. Prochází-li totiž linie lomu celou tloušťkou fýzy, může zlomenina natolik poškodit její cévní zásobení, že část fýzy zanikne, kost pak neroste a výsledkem je hrubé zkrácení a osová deformace kosti. Podle průběhu linie lomu vzhledem k fýze se fyzální poranění klasifikují. Klasifikace se podle autorů nazývá Salterova a Harrisova a dělí poranění růstové chrupavky na šest typů. Tato klasifikace je nejen anatomicky popisná, ale má i prognostickou hodnotu a udává, které typy poranění jsou rizikové z následné poruchy růstu a je proto nutná jejich exaktní repozice (většinou operační) a které typy mají prognózu dobrou a je proto možné postupovat konzervativně.



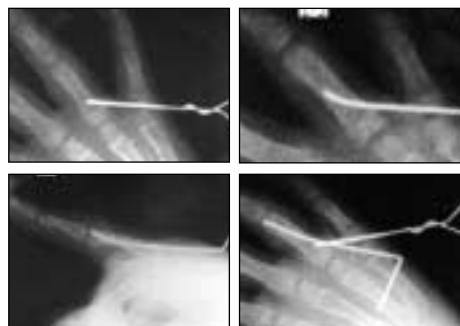
4.3. diagnostika dětských zlomenin

Diagnostika některých diafyzárních zlomenin, například femuru, je snadná a zlomenina

je patrná už na první pohled. Diagnostika zlomenin v kolemkloubních oblastech zvláště u malých dětí, u nichž je většina skeletu chrupavčitá, může být velmi obtížná. Platí trochu paradoxní pravidlo: nesmí být léčena zlomenina bez stanovení exaktní diagnózy! Bohužel se opakovaně setkáváme s určitým přehlíživým postojem, kdy tradovaný fakt, že dětská kost se vždy dobře přestaví vede k bagatelizování diagnostiky a nesprávné léčbě, nezřídka není zlomenina vůbec rozpoznána. Zvláště tragickou oblastí je loketní kloub se svým množstvím nepravidelných osifikačních jader, kde nepoznané nebo špatně diagnostikované zlomeniny často zanechávají těžké následky na celý život.

V diagnostice standardně užíváme nativní RTG snímky poraněné kosti, zhotovené ve dvou na sebe kolmých projekcích. Toto vyšetření je dostatečné u převážné většiny zlomenin. Nestačí-li, můžeme doplnit snímky v šikmých nebo nestandardních projekcích. V anatomicky složitých oblastech, jako je pánev, kyčelní a hlezenné klouby provádíme vyšetření CT, jehož multidimensionální zpracování obrazu je ohromným přínosem

v diagnostice standardně užíváme nativní RTG snímky poraněné kosti, zhotovené ve dvou na sebe kolmých projekcích. Toto vyšetření je dostatečné u převážné většiny zlomenin. Nestačí-li, můžeme doplnit snímky v šikmých nebo nestandardních projekcích. V anatomicky složitých oblastech, jako je pánev, kyčelní a hlezenné klouby provádíme vyšetření CT, jehož multidimensionální zpracování obrazu je ohromným přínosem



Obr. 13.c.+d.+e.+f.: Suprakondylická zlomenina článku prstu, technika perkutánní osteosyntézy jemnými titanovými dráty

v diagnostice. V určitých případech nejasné diagnózy lze provést dynamické vyšetření a držené snímky pod RTG zesilovačem v celkové anestezii. Z dalších metod, užívaných k rozpoznání skeletálního poranění rostoucího organismu lze uvést sonografii, MRI nebo rádioizotopový kostní sken.

4.4. léčba dětských zlomenin

Dodnes je převážná většina dětských zlomenin léčena konzervativními postupy. Konzervativní léčba neznamena pouze fixaci poraněné končetiny sádrovým obvazem. Dnes máme k dispozici i moderní plastové prostředky a ortézy. Do prostředků konzervativní léčby patří i trakční léčba, dosud často užívaná v léčbě zlomenin femuru menších dětí. Trakce mohou být náplastové, kožní nebo skeletální.

V posledních letech však přece stoupá procento dětských zlomenin, které operujeme. V současnosti léčíme konzervativně asi 88% dětských zlomenin a operujeme až 12%. Je to způsobeno ohromným pokrokem ve vývoji operačních rentgenových zesilovačů, které umožňují miniinvasivní techniku v y k o n u . V praxi to dnes vypadá tak, že dvě třetiny osteosyntéz provádíme miniinvasivně z pouhého vpichu nebo několikamimetrové rany. Nejčastější indikací k osteosyntéze je suprakondylická zlomenina humeru a potom diafyzární zlomeniny dlouhých kostí, které operujeme metodou francouzských autorů, nazývanou elastické stabilní nitrodřeňové hřebování (ESIN). Důležitou roli mají v operačním ošetření dětských zlomenin i zevní fixátory, které musí mít velkou variabilitu velikostí i sestav. Prostředky, kterými spojujeme kosti, implantáty jsou v dětské kostní traumatologii nejčastěji Kirschnerovy dráty, v poslední době vyráběné z titanu, který má výrazně lepší vlastnosti, než ocel. Dále používáme šrouby, speciální šroubené dráty, kovové dlahy a nitrodřeňové hřeby opět z titanu. U některých



Obr. 13.g.+h.: Suprakondylická zlomenina článku prstu, výsledek léčby



Obr.14.: Rozsáhle otevřená zlomenina lemu, léčba zevním fixátorem

zlomenin můžeme použít biologicky vstřebatelný implantát, který není nutné po zhojení odstraňovat a který může mít podobu tyčky, šroubu, hmožděnky nebo hřebíčku.

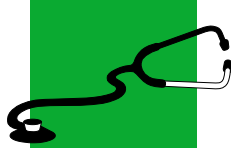
4.5. následky

Přes obecně rozšířený názor, že dětská kost téměř vždy přestaví pouřazovou deformaci a dítě samo snadno rozcvičí poraněnou končetinu, následky po dětských zlomeninách existují a nejsou výjimečné. Pověstná supracondylická zlomenina humeru má podle některých autorů následky až ve 40% případů a i když v našich statistikách to je o hodně méně, přece následky pozorujeme. Kdo jen jednou v životě viděl Volkmannovu kontrakturu vzniklou z nepovoleného sádrového obvazu, nikdy na toto mutilující onemocnění nezapomene. Některé vzácné zlomeniny proximálního femuru mají vážné následky v 50-100% případů.

Nejrizikovější oblastí dětského skeletu je fýza. Její vážné poranění může v některých případech vést k poruše růstu a ta si může vyžadovat opakované korekční operace k úpravě délky a osy kosti. Jeden z našich pacientů absolvoval po fyzárním poranění na distálním konci femuru mezi 8. a 16. rokem celkem 12 operací.

Obecně však přece platí, že většina dětských zlomenin se hojí dobře a děti se poměrně snadno rozcvičují. Dětská skeletální traumatologie je proto obor optimistický, kde k lékaři přicházejí poraněné děti a odcházejí děti většinou zdravé a bez omezení. Složitě a rizikově zlomeniny pak patří do rukou specialisty, děti s takovým poraněním by měly být ošetřovány v Centrech dětské traumatologie.

Literatura u autora



Dětské úrazy – aktuální situace a možnosti prevence

Doc. MUDr. Veronika Benešová, CSc.

2. LF UK v Praze, CEPDÚ při Ústavu veřejného zdravotnictví a preventivního lékařství

■ Situace v České republice

Úrazy dětí jsou závažným problémem nejenom z hlediska zdravotnického, ale i humánního a ekonomického. Úrazy patří k nejzávažnějším příhodám trvale měnícím zdravotní stav v početné části populace. V příčinách úmrtí v ČR stojí úrazy v celkové populaci na třetím místě a u dětí a mladších dospělých (do 40 roku věku) dokonce na místě prvním. Zatímco v celkové populaci poranění a otravy způsobují zhruba 7% všech úmrtí, u dětí do 14 let je to přibližně 20%. Od roku 1990 toto procento stoupá. Pro srovnání, ve Švédsku, kde již mnoho let probíhá celonárodní program prevence úrazů, jsou tyto hodnoty poloviční. Na chirurgických odděleních ambulancí bylo v roce 2001 pro úraz ošetřeno 445 377 dětí do 14 let, z toho bylo 118 274 úrazů sportovních, 70 225 školních, 24 288 dopravních a 232 650 ostatních (ÚZIS, Praha). Ve srovnání s minulými roky se snížil počet školních úrazů a zvýšil počet dopravních úrazů. V dopravní nehodovosti děti drží primát v zavinění nehod chodců, které jsou ze 40% způsobeny právě dětmi. Závažným faktorem je nárůst počtu hospitalizovaných dětí. V roce 2001 bylo podle statistiky ÚZIS hospitalizováno pro úraz a otravu (vnější příčiny) 28 656 a průměrná ošetřovací doba byla 4,2 dne. Na 100 000 dětí připadá 1 756 zraněných natolik vážně, že byla nutná hospitalizace. Tragickou kapitolou jsou pak statistiky zemřelých, kdy ve stejném roce jsme ztratili 120 dětí v důsledku úrazu. Na 100 000 dětí to znamená 7,3 smrtelných zranění.

Záchranné práce, léčení, rehabilitace a sociální dávky pro postižené jsou spojeny s vysokými finančními náklady. Léčení těžce zraněného pacienta v ČR se blíží sumě půl milionu korun. V USA v posledních letech tvořily přímé i nepřímé náklady spojené s dětskými úrazy přibližně 7 miliard dolarů ročně, v Rakousku pro všechny věkové kategorie se tyto náklady odhadují na 155 miliard šilinků ročně. V České republice chybí validní ekonomické zhodnocení přímých i nepřímých nákladů spojených s úrazy.

■ Situace v oblasti dětských úrazů v Evropě

Dle WHO jsou úrazy považovány za největší

zdravotnický problém dětského věku. Nejčastější příčina smrti dětí ve věku od 1-14 let je úraz nebo otrava a postihuje chlapce častěji (65%) než dívky (35%). Rozdíly mezi státy jsou velké a jsou dány úrovní péče o prevenci úrazů. Švédsko, kde je prevence úrazů v popředí zájmu státu je úmrtnost pro úraz 5 na 100.000 za rok, ve Velké Británii 4,9, u nás 9,7. Každoročně je pro úraz ošetřeno 15-20% dětí. Následky úrazů od lehkých až po smrtelné se měří délkou hospitalizace, stupněm invalidity, cenou léčení a výší odškodnění. Množství a druh úrazů podle místa vzniku jsou více či méně registrovány v různých zemích. Kritéria a způsoby registrace se značně liší, takže možnost srovnání je pouze hrubá. Nejčastěji se děti zraní doma a v okolí domova, následuje sport a škola. Pokud se týká smrtelných zranění je na prvním místě doprava, následuje utonutí a popálení /opaření.

Potěšitelné je, že prevence dětských úrazů si postupně vydobyla přední pozici v politických programech některých evropských států. Řecko uznalo úrazy jako prvoplánový zdravotní problém, stejně jako Velká Británie považuje ve svém programu Národní zdraví snížení dětských úrazů za celonárodní prioritu. Ačkoliv tradičně evropská aktivita na poli výzkumu dětských úrazů zaostává za severoamerickou, vznikl rakouský „Výbor pro kontrolu dětských úrazů“ a podobná organizace v Portugalsku. Od roku 1991 pracuje i Centrum pro výzkum a prevenci úrazů u dětí v Řecku. Ve všech státech panuje shoda v tom, že dětské úrazy by se měly stát prioritním problémem preventivní pediatrické péče. Přesto se jim nedostává pozornosti jakou si zaslouhují.

■ Výzkum dětských úrazů

Základním problémem je otázka sběru relevantních informací, centrální registrace statistických dat není dostačující k tomu, aby bylo možno na jejich podkladě konstruovat preventivní programy. Proto je prioritou při tvorbě programů zaměřených na snížení dětských úrazů zavedení systému monitorování, sběru dat pro potřeby analýzy v rámci státu, regionů a obcí. Na podkladě dat o incidenci, závažnosti, příčinách, mechanismech, finanč-

ní náročnosti a možností dané lokality je možno vybrat takový program, který při nejmenších nákladech přinese nejvyšší výsledek. Znalost příčin, souvislostí a ceny dětského úrazu pomůže v rozhodování kam alokovat finance na prevenci co nejúčelněji. Nezbytnou součástí takového preventivního programu je získání spolupráce místních orgánů správy, organizací, zájmových skupin i soukromých osob a v neposlední řadě i zdravotníků. Další výzkum je nutný na poli krátkodobé zdravotnické péče a rehabilitace pro identifikaci a vyhodnocení faktorů, které nejvíce urychlí léčení a sníží následky úrazů

■ Prevence

Primární prevence by měla vycházet z podrobného rozboru příčin úrazů, rizikových činností, prostředí i charakteristik postižených jedinců. Měla by být zaměřena na intervenci technologickou (bezpečné výrobky, prostředí – silnice, domov, škola atd.), legislativní (povinné použití bezpečných sedaček, cyklistických přileb, dopravní omezení atd.), zdravotně výchovnou (dostupnost konkrétních informací pro děti, rodiče, vychovatele a zdravotníky). Obecně lze říci, že preventivní programy v České republice, které se zaměřují na výchovu nebo změnu prostředí málokdy obsahují zhodnocení jejich efektivity. Přitom účinnost každého preventivního zásahu musí být ověřena, aby jej bylo možno doporučit pro další využití.

Intervenci lze provádět na různých úrovních (celostátní, regionální, komunitní). Dle zahraničních zkušeností nejúčinnější intervencí je komunitní program, který využívá finančního i lidského potenciálu dané lokality. Světová zdravotnická organizace proto zahájila a podporuje program Bezpečných komunit (Safe Community), která se v rámci Evropy úspěšně rozvíjí.

■ Preventivní snahy v České republice

1. Pracovní skupina pro dětské úrazy České pediatrické společnosti JEP

V r. 1994 pořádala Česká pediatrická společnost 1. Pediatrický kongres České republiky



po rozdělení federace. V rámci tohoto kongresu se uskutečnilo sympozium o dětských úrazech. Tehdy si vedení pediatrické společnosti uvědomilo, že boj proti dětským úrazům nemůže být jednorázovou akcí, ale vyžaduje trvalou aktivitu. Výbor České pediatrické společnosti pověřil MUDr. Michala Grívnu z Univerzity Karlovy v Praze, 2. lékařské fakulty koordinací problematiky a o rok později vznikla pracovní skupina, která se začala systematicky tomuto problému věnovat. Podařilo se navázat zahraniční kontakty i zahájit mezioborovou spolupráci u nás.

2. CEPDÚ

V červnu 1997 bylo při Ústavu veřejného zdravotnictví a preventivního lékařství 2. Lékařské fakulty UK založeno Centrum epidemiologie a prevence dětských úrazů (CEPDÚ). Založení centra bylo schváleno pod podmínkou, že nebude požadovat žádné finance od fakulty. Proto rozsah i všechny aktivity centra záleží na finančních prostředcích, které získá z grantových agentur a sponzorských darů. Hlavními cíli CEPDÚ je sběr validních dat o úrazech, hodnocení epidemiologických studií a navrhování účinných preventivních opatření na základě rozboru informací o příčinách a mechanismech úrazů. Centrum vydává bulletin – Aktuality v prevenci dětských úrazů, různé letáky pro rodiče a odborně garantuje celostátní preventivní projekty – Bezpečný domov (zaměřený na prevenci dětských úrazů v domácím prostředí) a Podaná Ruka (prevence úrazů dětí školního věku). V říjnu 1999 CEPDÚ ve spolupráci s WHO pořádalo v Praze seminář na téma finančního přínosu úrazové prevence za účasti předních odborníků z 15 zemí. CEPDÚ se stalo koordinujícím pracovištěm komunitní prevence úrazů – Bezpečná komunita pro státy střední a východní Evropy.

V dokumentu Ministerstva zdravotnictví a Světové zdravotnické organizace „Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století“ se v cíli 9. požaduje snížení výskytu zranění, postižení a úmrtí způsobených úrazem a násilím, zvláště je uvedeno i snížení dopravních úrazů o 30%. Centrum iniciovalo a již čtvrtým rokem se podílí na organizaci Národních dnů bez úrazů pod záštitou MZ a sítě Zdravých měst. Začíná se rozvíjet i projekt Bezpečná komunita, zapojením českých a moravských měst do mezinárodní sítě projektu SZO. Především tyto aktivity, zaměřené na konkrétní místo a koordinované sehraným týmem profesionálů ze všech složek komunální správy a veřejnosti, považujeme za neefektivnější. Centrum zpra-

covalo i informaci o prevenci úrazů dětí pro očkovací průkaz a otevírá stránku www.bezpecnydomov.cz.

3. Mezirezortní protiúrazová komise

Dle našeho názoru by měla vzniknout vládní mezirezortní komise, která by se zabývala problematikou úrazů (po vzoru protidrogové). K řešení je potřeba mezirezortní spolupráce. Stát vynakládá na řešení následků úrazů obrovské finanční částky, které by se daly vhodnými opatřeními ušetřit.

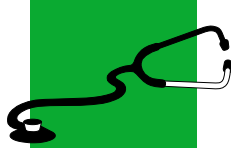
Epidemiologie dětských úrazů

Epidemiologie dětských úrazů stojí na monitoringu úmrtnosti, nemocnosti, invalidizaci a finanční náročnosti úrazů. Jen tak je možno identifikovat rizikové faktory, které vedou k úrazu, nebo činí dítě zranitelnější. Sběr údajů na lokální, národní i mezinárodní úrovni, jejich analýza a srovnání je základnou pro navržení intervence i sledování její účinnosti. Většina úrazů se stává podle určitého schématu a to lze studovat, přerušit proces ve vhodném okamžiku a s co nejmenšími nároky na finance i lidskou práci. Oficiální zdravotnická statistika poskytuje údaje, které sice odrážejí šíři problému, ale neumožňují zjištění příčin a mechanismu úrazu, časově i místně omezené studie zase slouží pouze pro určitou lokalitu. Dalším zdrojem informací je i policie, zvláště o dopravní úrazovosti, a pojišťovny, ovšem pouze údaje o pojistném plnění. Nepodařilo se dosud sjednotit sběr dat o úrazu pro pojišťovnictví tak, aby bylo možno z databáze čerpat pro potřeby prevence. Prevence úrazů je postavena na třech základních přístupech, které musí být součástí uceleného programu snížení úrazovosti. Můžeme přimět osoby v riziku, aby vědomě změnily chování tak, aby své riziko snížily. Děti učíme chránit své zdraví a vyhýbat se nebezpečí. Změnu chování lze vynutit i prostřednictvím zákonů, nařízení. To platí i pro změny v prostředí, nebo užívaných výrobcích a produktech. Tím je pak dítě chráněno automaticky před rizikem, ale i tyto technické změny musí být provázeny změnou chování. Většina úrazů vzniká komplexním působením prostředí, vlastnostmi dětí a zdroji působící energie. Žádná intervence nebude účinná, pokud bude zaměřena jen jednostranně. Některé intervence jsou zaměřeny na určitý druh úrazu, jiné zahrnují více druhů a příčin. Programy zaměřené na používání cyklistických přileb specificky snižují poranění hlavy, které je u dětí cyklistů časté a vážné. Prosazení důsledného používání dětských autosedaček

a jiných zádržných systémů v autech sníží počet i závažnost polytraumat. Dobře osvětlená komunikace, jasné a srozumitelné dopravní značení i omezení rychlosti ovlivní celou škálu úrazů dítěte chodce. Stejně tak zřizování pěších a cyklistických stezek, přechodů bezpečnějších pro děti a dostatečných chráněných ploch pro bezpečnou hru. Nejčastěji se komunitní programy zaměřují na výchovu dítěte jako chodce a účastníka provozu na komunikacích, méně často, protože více nákladné, jsou úpravy prostředí tak, aby bylo bezpečné a přátelské k dětem. Kvalita dětských hřišť je dosud převážně nízká, ačkoliv již platí evropské normy pro jejich vybavení i povrchy. Mnohá jsou pro děti přímo nebezpečná, nejčastější úraz je pád z nevhodného, nebo poškozeného vybavení. Konstrukce výrobků bezpečnějších pro děti a důsledné odstranění těch, které jsou rizikové by se mělo stát vizitkou zodpovědného výrobce. Prevence násilných činů, omezení zneužívání a týrání dětí nejen sníží jejich úrazovost, ale v budoucnu i sníží riziko jejich vlastní násilné činnosti. Rozpoznání a včasná diagnóza násilí na dětech je úkolem pediatra, ale i dospělých kteří se s dítětem dostanou do kontaktu. Komunitní programy na snížení sebevražednosti dětí a mladistvých jsou zaměřeny na trénink učitelů, vychovatelů, lékařů a policistů k rozeznání příznaků sebevražedných sklonnů.

Dětské úrazy jsou nejčastější příčinou smrti, nemocnosti, vysokých nákladů na zdravotnickou péči i ztráty lidského potenciálu. Měly by se stát prioritním problémem preventivní pediatrické péče. Jen pomalu se jim dostává pozornosti, jakou zasluhují. Znalost příčin, souvislostí a mechanismů dětských úrazů pomáhá alokovat omezené prostředky na preventivní zásahy co nejúčelněji. Preventivní program snížení úrazovosti musí zahrnovat všechna základní prostředí, domov, školu, hřiště a komunikace. Dětství je z hlediska úrazovosti zvláště rizikovým obdobím života, třetina všech úrazů které si vyžádají lékařské ošetření se stane dětem do 14. let. Samozřejmě je hlavní zodpovědnost na rodičích, ale pediatrická veřejnost může působit nejen výchovně na rodiče i děti, ale i participací na vytváření programů, jejich iniciování a poskytováním nezbytných zdravotnických informací zásadním způsobem přispět ke snížení úrazovosti dětí.

Literatura u autorky



Intoxikace, otravy a úrazy u teenagerů

Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče FN v Motole, Praha

Katedra urgentní medicíny a medicíny katastrof IPVZ, Praha

Souhrn

Teenageři neznamení pouze děti a mladistvé ve věkové skupině od 13 do 19 let, jak bylo terminologicky původně navrženo. Konrád Lorenz ve své celosvětově známé útlé etologické knížce „8 smrtelných hříchů“ se s tímto problémem přímo potýká v celé své sedmé kapitole. Když budeme citovat některé jeho myšlenky, zjistíme, že za posledních 10 let se v jejich formulaci i vysvětlení mnoho nezměnilo. „Intenzivní přání prolomit všechna rodičovská veta“, „Co nejostřejší odlišení od rodičovské generace – ne snad ignorováním jejich chování, ale tak, že si všímají každé podrobnosti a dělají pravý opak“. Mohli bychom mluvit u většiny teenagerů o fyziologické neofilii. Ale tlak rostoucí technizace, oslabení rodinných svazků, neurotizace vlivem vlastního neuspokojivého postavení v komunitě vrstevníků, snaha o dosažení hierarchicky vyššího postavení v jejich skupině mohou z fyziologických mezí vybočit. Heslem mnoha současných teenagerů se stalo být „cool“ a být „in“, prožívat si své „highs“ za každou cenu. Tato filozofie se může stát spolu se somatickou fyziologií puberty podkladem charakteristických akutních příhod. Není však jediným faktorem, v daném věku se setkáme s náhlou srdeční smrtí i při ledním hokeji, nebo lakrosu po lehkém úderu do sternu u hochů do té doby zcela zdravých.

■ Kazuistiky

■ *Mladíci slaví Silvestra v 5. patře. Zamknou jednoho účastníka na WC a posmívají se mu. Ten se rozhodne – jistě i pod vlivem alkoholu, že přeskóčí světlík do protějšího otevřeného okénka – že jim všem ukáže. Následkem je polytrauma po pádu z výše. Jen skelet obličje je upravován déle než 6 hodin podle fotografie. Všichni doufáme, že se téměř po zázračném přežití bude se svým novým vzhledem identifikovat.*

■ *Centrální příjem – posádka ZZS přiveze teenagera s podezřením na předávkování heroinem. Zvažujeme podání naloxonu v infuzi. Mladík se bradypsychicky ale kategoricky ozve: Jestli mi ho dáte, budu mít absták – vy mne odsud vyhodíte a já abych někomu ukrad prachy na další dávku co nejdřív – určitě eště dnes večer. Určitě bude lepší, když mne tu necháte někde vyspat – cejtím se teď fajn. Raději jsme ho nechali dospat podle eliminačního poločasu heroinu – a pak ještě vyžadoval sprchu před propuštěním.*

■ *Přijímáme z jízdní dívky s kontuzí hrudníku a plic; kopl ji kůň, který ji dobře znal a kterého často jezdila. Hoši z jízdní jsou trochu zaraženi. „My jsme mu dali do sena konopí, co to s ním udělá“. Přežila po levostranné horní lobektomii – měla štěstí, že nezemřela urgentně např. při tamponádě perikardu.*

■ *Teenageři se sejdou na disko – a chtějí se jednomu pomstít za kolizi kolem tanečnice – jak jinak. Hoch odchází kolem 2. hodiny v noci – tři si*

čekají. Přitisknou ho ke zdi za krk a demonstrativně mu, posílení možná doznávajícím „perníkem“, rozbijí obličej. Rodina si ho odveze po zavolání mobilem domů, ale ráno se nezdá, že by byl vzhůru jako po obdobných nočních výletech. Nejvíce zřejmé je sice poranění měkkých tkání obličje, ale hlavní diagnóza nakonec prokáže kontuzi mozku kmene po opakovaných tvrdých nárazech hlavou na zeď a hoch stráví 3 týdny na dýchacím přístroji za postupné obnovy vědomí.

■ *Ale podívejme se i na pozitivní stránku z problémového období teenagerů. V Chicagu umístili na letiště se 100 miliony pasažérů ročně 62 automatických externích defibrilátorů, dostupných do 60 – 90 sekund pro obsluhu laiky. Ve dvouleté studii bylo ze 22 akutních srdečních zástav zachráněno pro další výkon svého povolání 11 pasažérů. A jak se vztahuje tento výborný výsledek k teenagerům? Prokázalo se, že i 14-leté děti jsou schopny automatický externí defibrilátor s jedním ovládacím tlačítkem a s nápovědí tří jednoduchých kroků okamžitě a úspěšně použít, aniž byly předtím speciálně školeny.*

■ Problematika drog

V současné době stále v České republice u teenagerů převažuje marihuana, především jako kuřivo, dále levný pervitin, dražší heroin injekční i ve zdobných náplastech. Spíše vysokoškoláci mají v oblíbě lysohlávkou, např. v pivu, ale i daleko mladší dívky holdují rostlinným drogám. Na megaparty, na

disko, na koncertech je oblíbená extáze. Kokain je poměrně drahý, konzumenti bývají vzácnější, starší a z finančně dobře zajištěného prostředí. Do oblíby se u nás dostal flunitrazepam, jehož preskripce je v USA již zakázána, a buprenorfin, původně užívaný k analgezií onkologických pacientů a poté i k detoxifikační léčbě.

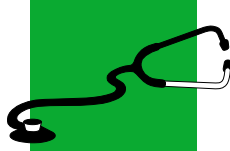
Podívejme se ještě nedaleko za naši západní hranici, odkud nepochybně přijdou další nové trendy.

Výroba se soustředí na tzv. **empatogeny** a **entaktogeny** – designérské látky, které mají lehece budivé a lehece halucinogenní účinky. Nemusí je zneužívat pouze závislí teenageri, často jsou užívány jako doping pro společenské příležitosti – pro „rave“ mladých lidí, jako „energy drinky“ a flipy v klubech. Postupně vytvářejí celou skupinu tzv. klubových drog a jsou podávány v místech, kde se mládež schází, např. jako klubové koktaily.

Jejich podstatou bývají **amfetaminy**, které jsou novými deriváty ze stejné skupiny jako extáze.

Jejich výhody? Intenzivněji se prožívá hudba i tanec, zvyšuje se libido. Snáze se navazuje společenský kontakt. Snáze se získá dívka k sexuálnímu, byť nechtěnému styku, tzv. „date rape“, aniž by bylo třeba násilí. Navíc si pod vlivem stejné látky nepamatuje dostatečně přesvědčivě na násilníka, popř. na jejich počet a identity.

Toxikomani, a to zejména ti mladí, kteří nechtějí být diagnostikováni jako uživatelé drogy, vy-



mýšlejí soustavně **Isti a záludnosti**, aby toxikologický laboratorní výsledek byl negativní. Jsou ochotni vypít 4 – 5 litrů tekutiny, aby zředili moč pod hraniční pozitivní hodnotu. **Ochotně dají do vzorku moče salicylát z ampulky, který analýzu znehodnotí.**

Zkušeni teenageři, kteří se nechtějí vystavovat nepříjemné hyperkinetické hemodynamice po užití amfetaminů, kombinují látku s **betablokáto-rem**. Chtějí-li někoho „znemožnit“, lze mu nabídnout **midazolam** v balené porci sypkého cukru do kávy.

Nové drogy jsou např. **prekurzory gamma** – hydroxymásečné kyseliny – relaxační drogy: GBL – butylénglykol, BDO – butanediol. Lze si vybrat ale i energetizující substituované amfetaminy. Je jich celá řada – STP, DOM, DOB, 2C-B Nexus – odvozeny jsou z MDMA – extáze a mají většinou riskantnější nežádoucí účinky při předávkování a chronickým užíváním.

Akutní riziko **maligní hypertermie**, uvolnění myoglobinu, diseminované intravaskulární koagulace představují 4MTA, PMA a další. Tyto extrémní reakce lze očekávat zejména při genetické predispozici. Ale MDMA vede i k těžké až letální **hepatitidě** s negativním virologickým vyšetřením; vede k neurotoxicitě s hypertenzí, dysrytmiemi a nečekanou agresivitou.

■ Co vyplývá pro praxi?

■ Ovlivnění návykovou látkou lze předpokládat i u teenagerů, kteří nás na první pohled vůbec nevedou k diagnóze toxikomanie. Toxikologické vyšetření se stalo daleko častějším. Většinou se provede orientačně POCT (Point-of-Care Testing) nebo v centrální laboratoři. Vždy se soustředíme na možnosti vypočítavého lživého jednání, které má podezření odvrátit.

■ Při násilných činech, poraněních při rvačkách, mohou drogy hrát svou roli. I když zkušeni toxikomanie drogy nekombinují s alkoholem, je to samozřejmě možné. Toxikologické vyšetření rozšíříme na obě složky.

■ Totéž učiníme, jestliže jsme postaveni před případ znásilnění – dívek i hochů.

■ **U dívek se daleko častěji než dříve provede test na graviditu** i toxikologické vyšetření při traumatech – dopravních nehodách při návratu ze záभव apod. Mezi 1. až 55. postkoncepčním dnem je teratogenní okno pro strukturální i funkční teratogenitu nejzávažnější. Dnes k rizikovým látkám řadíme i skupiny nových antibiotik, takže při úrazech a profylaktickém antiinfekčním zajištění volíme bezpečné látky po poradě s antibiotickým střediskem.

■ 12-svodový EKG záznam se natáčí i u mladých – nové látky, drogy a jejich kombinace vedou

často enzymatickým ovlivněním P 450 apod. k **syndromu prodlouženého QT intervalu**. Soustředíme se kromě dysrytmií, typických po amfetaminech a kokainu, i na tento úsek EKG.

■ Při ovlivnění pacienta amfetaminy se nesnažíme vyvolat zvracení nebo podat černou kávu či jiné tzv. analeptikum – kofeinové bonbony apod. Zvýší riziko vzniku maligní dysrytmie. Po požití amfetaminů a flipů – energetizujících nápojů s amfetaminy **dáme vypít hustou suspenzi aktivního uhlí ve 150 ml vody.**

■ Úrazy

Do popředí postoupily samozřejmě **dopravní nehody, sportovní úrazy** na lezeckých stěnách, na in-line bruslích, na snowboardech. Představují širokou škálu od zlomenin předloktí a zápěstí až po polytraumata po pádech z výše. Vyžadují primární transporty do **traumacenter**, pokud možno **vtulníkem**, pokud se jedná o polytraumata, těžká monotraumata a nutnost přesné diagnostiky a speciálních operačních výkonů:

■ mozkelebeční poranění s bezvědomím, s Glasgow Coma Score 10 a nižším,

■ poranění hrudníku se sériovou nebo blokovanou zlomeninou žeber, s nedostatečností dýchání, s pneumo-hemotoraxem,

■ poranění kombinovaná s inhalačním traumatem,

■ poranění retroperitonea a solidních orgánů břišní dutiny,

■ podezření na kontuzi myokardu, hemoperikard, tamponádu perikardu,

■ popálení více než 15 – 20 % tělesného povrchu a/nebo rizikových míst

■ kombinace s nezvyklými, popř. raritními přidruženými chorobami a akutními příhodami.

Pozornost si nově získala především poslední skupina. V posledním desetiletí minulého století byla věnována pozornost **náhlým úmrtím mladých osob** – dětí a teenagerů, kteří se do uvedené doby jevíli jako zcela zdraví.

Do popředí pozornosti postoupila **náhlá srdeční smrt**. Zcela zjednodušeně ji můžeme rozdělit na dvě základní skupiny:

■ Myokard je po stránce své anatomické struktury i své funkce naprosto **fyzilogický**; důvodem náhlé srdeční smrti je kontuze nebo komoce myokardu. **Kontuze myokardu** je důsledek většího násilí, vyvinutého na srdeční sval. Vzniknou disperzní drobné hematomy a ischemie, často hemoperikard, jsou pozitivní kardiomarkery – CK-MB a troponin; **je hypotenze, i když se nejedná o krvní ztrátu, snadno vznikne bezpulpová elektroaktivita**. Příčinou bývá dopravní nehoda se stlačením hrudníku volantem, pád z výše, přirazení ve sportu proti pevné překážce apod. **Komo-**

ce myokardu je reflektorická – a může způsobit stav od přechodné dysrytmie až po okamžitě vzniklou bezpulpovou komorovou tachykardii s přechodem do komorové fibrilace. Násilí se zde nepodílí; ale i drobný úder do oblasti prekordia může myokard výjimečně zastihnout právě v okamžiku tzv. R na T fenoménu. **Je indikací pro okamžitý prekordiální úder, který může zachránit život, je-li proveden do 20 – 30 sekund.** Úspěšná je defibrilace. Výjimečně se v těchto případech jedná o AV- blok III. stupně, který neodpovídá na kardiopulmonální resuscitaci s podáním adrenalinu.

■ Druhou skupinu tvoří mladí lidé, kteří byli sice do akutní příhody asymptomaticí, ale mají **anomální myokard**, popř. **koronární arterie**: kongenitální hypertrofii pravé komory, hypertrofii septa, Brugadaův syndrom, syndrom Kawasaki apod.

■ Většina těchto „nových“ rizik je zakódována již geneticky. Kardiopulmonální resuscitace, byť okamžitě zahájená, bývá většinou málo úspěšná.

Mladým lidem se doporučovalo nosit kompletní vybavení – např. pro in-line brusle– od bezpečnostní přilby, chrániče kolen, loktů a zápěstí. Doporučovalo se doplnit vybavení pro kolektivní kontaktní hry chráničem na sternum. Tento návrh byl zcela zamítnut a ostatní bezpečnostní prvky jsou využívány velmi střídmě, zejména u nás. Jen v USA jsem viděla randez-vous projížďku na kole podél pobřeží s kompletním bezpečnostním vybavením a v Londýně nedělní projížďku rodiny s dětmi na koních v parku rovněž v předpisovém oblečení. ■

Literatura

1) Drábková J: *Novodobá problematika drog a nečekaná užití léků v medicíně jednotlivců i většího počtu postižených*. www.ipvz.cz, čl. 18.

2) Gavalas M, Nazeer S, Walford C, Christodoulides A: *Children's Health*. kap. 18, s. 283 – 292 v: Ryan J, Mahoney PF, Greaves I, Bowyer G – eds. *Conflict and Catastrophe Medicine*. London, Springer, 2002

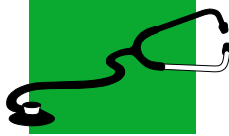
3) Kosten TR, O'Connor PG: *Management of drug and alcohol withdrawal*. *New Engl J Med* 348, 2003; 18: 1786 – 1795

4) Kraus GB, Pohl B, Reinhold P: *Das Kind mit Bagateltrauma*. *Anaesthesist* 45, 1996; 5: 420 – 427

5) Lhereux P, Penalzoza A, Gris M: *Club drugs. A new challenge in clinical toxicology*. V: *2003 Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine*, J-L Vincent – ed. Berlin, Springer, 2003, s. 811 – 820

6) Lorenz K: *8 smrtelných hříchů*. *Panorama*, Praha, 1990

7) Prétre R, Chilcott M: *Blunt trauma to the heart and great vessels*. *New Engl J Med*. 336, 1997; 9: 626 – 632



Intoxikace paracetamolem

MUDr. Luděk Pelikán

1. dětská klinika FNM a 2. LF UK, Praha

Souhrn

Intoxikace paracetamolem je jednou z nejčastějších lékových intoxikací vůbec. Tento lék lidé volí z důvodu jeho snadné dostupnosti a všeobecného rozšíření. Následky akutní intoxikace paracetamolem jsou často velmi závažné neboť absence výrazných obtíží v prvních hodinách po požití vede často k pozdnímu zahájení léčby a vzniku závažných klinických komplikací.

Paracetamol (acetaminofen) je rychle působící mírné až středně silné analgetikum-antipyretikum s velmi dobrou gastrointestinální snášenlivostí a s periferním i centrálním mechanismem účinku. Nemá však protizánětlivý účinek. Je vhodný zejména u pacientů, u nichž jsou kontraindikovány salicyláty a u dětí. K jeho významnému rozšíření podávání zejména v dětském věku přispěl výskyt Reyeova syndromu, který se vyskytuje po podání salicylátů u dětí do 12-ti let. U dospělých se paracetamolemé přípravky začaly více používat na tlumení příznaků u horečnatých onemocnění, protože na rozdíl od kyseliny acetylsalicylové nedráždí sliznici gastrointestinálního traktu.

Po perorální aplikaci se paracetamol rychle vstřebává a má 90% biologickou dostupnost. Poločas eliminace je okolo 2 hod., eliminován je převážně (98%) metabolicky játry, metabolity jsou vylučovány převážně ledvinami. Část paracetamolu je v játrech oxidována na toxický metabolit N-acetyl-p-benzochinonimin, který je při terapeutických dávkách detoxikován glutathionem (při intoxikaci však dochází k vyčerpání zásob glutathionu, a tím k uplatnění toxického vlivu tohoto metabolitu na jaterní buňky).

Paracetamol se poměrně rovnoměrně distribuuje v organismu, na plazmatické bílkoviny se váže minimálně. Prochází placentární bariérou a přestupuje do mateřského mléka v koncentracích, které nemají klinický význam.

Při běžném dávkování je výskyt nežádoucích účinků minimální. Velmi vzácně se při přecitlivělosti vyskytují kožní reakce nebo hematologické poruchy (trombocytopenie, leukopenie, velmi vzácně hemolytická anémie).

Při otravě paracetamolem může dojít k velmi těžkému poškození jater po dávkách přesahujících 7g u dospělých a u dětí v závislosti na věku a váze. Dávka vyšší než 140mg/kg tělesné hmotnosti je potenciálně hepatotoxická. U dětí ve věkovém rozmezí mezi 9.-12. rokem se zdá riziko hepatotoxicity nižší než u dospělých i při ekvivalentní toxické hladině paracetamolu v plazmě. Jde pravděpodobně o rozdílný mechanismus metabolismu paracetamolu. U dětí dochází k rychlejší syntéze glutathionu, a na rozdíl od dospělých se u dětí na mechanismu detoxikace více podílí sulfátová konjugace. U dětí není totiž tak dokonale vyvinutý cytochrom-oxidá-

zový systém a proto jsou děti méně vnímavé k hepatotoxickým účinkům paracetamolu.

■ Klinické příznaky a projevy intoxikace:

0-24 hodin po požití:

nechutenství, nauzea, bolesti břicha, zvracení, do 24 hodin se zcela výjimečně vyskytne po vysokých dávkách metabolická acidóza a kóma

24-48 hodin po požití:

lehký vzestup hodnot jaterních enzymů, bilirubinu, pokles hodnot protrombinového času (Quick), bez výrazných klinických příznaků, pouze nauzea, zvracení

48 a více hodin po požití:

zvracení, ikterus, hepatomegalie, krvácení (koagulační poruchy, DIK), hepatální encefalopatie, postupně fulminantní jaterní selhání

■ Laboratorní parametry

Je především nutné sledovat jaterní testy, hodnoty bilirubinu, koagulační testy, glykémii, elektrolyty, ABR. Hladinu paracetamolu vyšetřujeme nejdříve 4 hodiny po požití, protože v této době dosahují plazmatické koncentrace nejvyšších hodnot. Výsledky vyšetření provedeného dříve mohou být falešně negativní a nepříznivě ovlivnit terapeutický postup.

Referenční hodnoty koncentrací paracetamolu v plazmě jsou 200 mg/l (1,32 mmol/l) po 4 hodinách a 30 mg/l (0,2 mmol/l) po 16-ti hodinách po požití. Všichni pacienti, jejichž plazmatické hladiny paracetamolu jsou vyšší než tyto referenční hodnoty, musí být adekvátně léčeni.

Pacienti, kteří současně užívali induktory jaterních mikrozomálních enzymů (např. carbamazepin, phenobarbital, phenytoin, rifampicin, ethanol), jsou ohroženi jaterním selháním i při nižších plazmatických hladinách paracetamolu. U těchto pacientů by měla být léčba antidotem zahájena již při hladinách o 50% nižších, než je standardní referenční křivka.

■ Terapie

Předávkování paracetamolem nejčastější příčinou akutního selhání jater (vyvolává nejméně polovinu všech případů selhání). Proto byla vypracována pravidla pro podání antidota - acetylcysteinu.

vána pravidla pro podání antidota - acetylcysteinu.

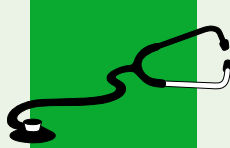
Acetylcystein má být podán každému pacientovi, u něhož byla 4 h po předávkování zjištěna hladina paracetamolu v séru vyšší než 200mg/l. Pokud není podáno antidotum, 60% pacientů s vysokou hladinou paracetamolu v séru je ohroženo těžkým poškozením jater a 5% z nich umírá. Poslední studie ukazují, že dokonce i při podání 16 hodin po požití paracetamolu antidotum může snížit výskyt multiorgánového selhání a zvýšit přežívání. Ve studiích, při kterých byl acetylcystein podán nejpozději do 10 hodin po otravě, nedošlo k žádnému úmrtí - bez ohledu na hladinu paracetamolu v séru. Ve srovnání s 90% výskytem jaterního poškození u neléčených byla zvýšená hladina transamináz zjištěna pouze u 2% léčených antidotem, u nichž počáteční hladina paracetamolu v plazmě dosáhla 300mg/l i více. Takové výsledky ukazují, že - pokud se pacientovi dostane adekvátní péče během prvních deseti hodin po otravě - případy těžkého poškození jater nebo úmrtí by měly být naprosto výjimečné.

■ Terapeutický postup

- 1) Výplach žaludku provedený do 1 hodiny po požití léků
- 2) Aktivní uhlí podáváme v případech, že závažnost intoxikace nevyžaduje podání antidota nebo jde o kombinovanou intoxikaci s jinými léčivými
- 3) Antidotum: N-acetylcystein -perorálně v dávce 70-140 mg/kg 3 x denně po dobu 72 hodin -parenterálně v celkové dávce 300 mg/kg po dobu 20-ti hodin
- 4) Z eliminačních metod má význam pouze hemoperfuze, hemodialýza je indikovaná pouze při současně probíhající renální selhání. Forsírovaná diuréza je bez efektu.
- 5) Při fulminantním selhání jater je indikovaná transplantace jater

Literatura

- 1) Plačková S., Kresánek J., Bátora I.: Intoxikácie paracetamolom, Slovakoarma revue XI, 4, 2001
- 2) Pelclová D. et al.: Nejčastější otravy a jejich terapie, Galén, 2000, Praha
- 3) Remedia - compendium, Panax, 1997, Praha



Kazuistika:

Život ohrožující intoxikace Paralenem u 17-ti leté dívky

MUDr. M. Nesrstová, MUDr. Z Baraníková, MUDr. L. Pelikán

1. dětská klinika FNM a 2. LF UK, Dětská psychiatrická klinika FNM a 2. LF UK, Praha

Chceme vás seznámit s kazuistikou 17-ti leté pacientky, hospitalizované v roce 2002 na I.dětské klinice FN Motol.

Anamnestické údaje: matka 51 let, učitelka; otec 50 let, vědecký pracovník; 2 mladší sourozenci

Psychiatrické onemocnění se v rodině nevykytuje, ostatní RA a OA vzhledem k popisovanému případu bezvýznamná.

Psychomotorický vývoj u dívky probíhal v normě, až do nástupu puberty byla bez problémů. V roce 2001 se začaly objevovat psychotické příznaky, především poruchy vnímání, provázené emoční labilitou a opakovanými suicidálními pokusy.

O první suicidální pokus se pacientka pokusila o prázdninách v r. 2001, kdy začala matce zcizovat léky. Důvodem k tomuto pokusu bylo to, že se cítila osamocená. V tomto případě intoxikace nebyla závažná.

V prosinci téhož roku po rozchodu s chlapcem požila větší množství Lexaurinu a Prothazinu. Tento pokus si vyžádal krátkodobou hospitalizaci na neurologii a posléze překlad na dětskou psychiatrickou kliniku. Zde byla dívka hospitalizována 1,5 měsíce. Byla stanovena diagnóza akutní psychotické poruchy v adolescenci. Po propuštění předána do péče denního sanatoria na Praze 4.

V únoru 2002 doma opět požila Risperdal – asi 20 mg. Nebyla hospitalizována, problém byl zvládnut v rámci rodiny.

V jarních měsících 2002 se pokusila na kreační chalupě o sebepoškození kovovým předmětem na zápěstí rukou. Ošetřena doma matkou.

V této době se začala povahově měnit, přestala si rozumět s vrstevníky. Rozešla se s dobrou spolužačkou a tuto situaci řešila výrazným pořežáním žiletkou na zápěstích obou rukou. Ošetřena na chirurgii ve FN Motol.

Další suicidální pokus uskutečnila dívka v době, kdy docházela na psychoterapii do denního stacionáře. Opět požila větší množství Risperdalu, který měla naordinovaný lékařem. Dívka užívala léky dle svého vlastního rozhodnutí.

V dalším období psychiatrické péče byla snaha o převedení dívky na depotní neuroleptickou léčbu. Vznikly nežádoucí extrapyramidové účinky. V zápětí následovala školní oslava, na kterou se dívka těšila, ale vyvolávala u ní vnitřní napětí. Proto si zakoupila v lékárně 30 tbl. Paralenu, které v telefonické budce požila. Po oslavě ve škole otec dívku odvezl autem domů, s ní nikým nehovořila a šla

spát. Ráno matce sdělila, že je jí nevolno a bude odpočívat v posteli. V odpoledních hodinách navštívila dívka stacionář, kde terapeutovi sdělila, že předešlé odpoledne požila 30 tbl. Paralenu a že se necítí dobře. Udávala bolest břicha.

V pozdních odpoledních hodinách, kdy matka volala do stacionáře, jí bylo sděleno, že je nutná u dívky hospitalizace. Matka s dcerou jely autobusem do FN Motol, kde byla dívka přijata na I.dětskou kliniku, a to zhruba 26 hodin po požití léků. Zde zjištěna elevace jaterních testů, hladina paracetamolu výrazně převyšovala toxickou hladinu (214 mmol/l., cca 27.hod po požití). Po konzultaci s toxikologickým centrem bylo doporučeno provedení hemoperfúze. Vzhledem k výraznému časovému intervalu po požití léků nebyla indikována léčba antidotem a byla zahájena hemoperfuzní léčba. Po zahájení této metody nastal výrazný pokles TK, postupně byla podávána mražená plazma, albumin, fyziologický roztok, kortikoidní terapie, roztoky koloidů a krystaloidů. Rovněž byl podáván Tensamin. I přes tuto léčbu TK dále klesal, postupně došlo k oběhovému selhání a dívka byla po 2 hodinové péči předána na ARK. Zde se postupně na podkladě intoxikace rozvinul těžký stav vyžadující UPV. Objevily se známky těžké jaterní poruchy s postižením koagulačních parametrů. Zavedena monitorizace nitrolebního tlaku, objevily se známky těžkého edému mozku s krvácením nad oběma mozkovými hemisférami, s přesunem střední čáry doleva a počínajícím okcipitálním konem. Tento nálezkem vyšetření CT i MRI mozku. Neurochirurgické konsilium v tomto okamžiku nedoporučovalo chirurgickou intervenci. Bylo kontaktováno transplantáční centrum IKEM a uvažováno i o urgentní transplantaci jater.

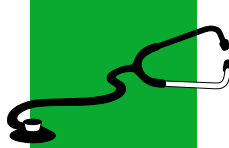
V dalším průběhu hodnoty nitrolebního intrakraniálního mozkového tlaku vykazovaly hodnoty nad 60 torrů (perfusní tlak 30 – 40 torrů bez reakce na antiedémovou terapii). Dochází k oligurickému renálnímu selhání, které si vyžádalo dialyzační léčbu a později eliminační alternativní metodu – CVVH. Stav komplikovala hemoragická diatéza, výrazné krvácení z hypofaryngu. Postupně vznikaly nekrózy na distálních člácích prstů obou dolních končetin. Pro ventilační nedostatečnost provedena tracheostomie pro nutnost dlouhodobé UPV. Laboratorně dochází k elevaci amy-láz, přidružují se febrilie, rozvíjí se sepse se septickým šokem a nutností vysoké podpory oběhu. Pacientka je v těžkém bezvědomí, nereaguje

ani na silný bolestivý podnět. Postupně dochází ke zlepšení jaterních funkcí, k regresi edému mozku, zlepšují se renální funkce, trvá koma vigile. Stabilizace a pokles intrakraniálního tlaku umožňuje snižovat algosedaci. Objevuje se spontánní dechová aktivita. Dochází k postupnému návratu vědomí. Z počátku je ale dívka výrazně somnolentní, bradypsychická, začíná jednoslovně komunikovat. V této době je přeložena zpět z ARK na I.DK. Zde se po nabytí lucidity vědomí opět objevují sluchové imperativní halucinace, afektivní labilita, hyposomie. Vzhledem k somatickému stavu, předešlé medikaci a celkovému klinickému obrazu byla opět zvolena medikace Risperdalem. Po 5 ti dnech léčby psychotický stav ustupuje a začíná intenzivní péče psychologa, psychoterapie, ergoterapie, rehabilitace.

Z počátku kontakt ještě nejistý, patrná výrazná emoční nevyrovnanost. I malý neúspěch měl za následek neadekvátní reakci, kdy dívka hlasitě pláče, ukryje se pod příkrývku a nekomunikuje. Řeč byla dyslalická, myšlení výrazně bradypsychické. Ve druhém týdnu pobytu na klinice byla přijata matka dívky, kterou bylo třeba edukovat, protože měla tendenci k dívce přistupovat jako k dítěti mladšího věku.

Intelektové schopnosti byly lehce nerovnoměrně rozloženy a pohybovaly se v pásmu lehkého nadprůměru. Nižší výkon byl v paměťovém subtestu, paměť byla kolísavá, hůře vybavovala slova. Sdělovala, že si nerozumí se spolužáky, cítí se izolovaná. Při posledním suicidálním pokusu cítila velkou úzkost, špatně se jí dýchalo, proto snědla 30 tbl. Paralenu. Chtěla si odpočinout, aby jí nic netrápilo, „umřít, to jsem ale nechtěla“. Docházelo k pozvolnému zlepšení i v sociální oblasti, obnovily se společenské a hygienické návyky. Postupně se zlepšila jemná i hrubá motorika. Chůze byla dlouho toporná o širší bázi. Dívka vyžadovala dohled a vedení dospělou osobou.

Po propuštění z naší kliniky nastoupila lázeňskou léčbu, kde byl s dívkou otec. Je nadále v péči psychiatra a dochází do denního stacionáře na skupinovou psychoterapii. Pacientka je v současné době emočně nestabilní, roztěkaná, neklidná, opakovaně slyší „hlasy“, trpí pocity, že se jí ostatní lidé ve stacionáři vysmívají. Užívá trvalou medikaci (Zaldox), podala přihlášku na učební obor zahradnictví. Vyžaduje trvalý psychiatrický a psychologický dohled. I přes tuto kontinuální péči nelze vyloučit recidivu suicidálního pokusu. ■



Přehled doškolovacích kurzů pro lékaře, které pořádá Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta zimní semestr - 2003/2004

Zájemci se mohou přihlašovat písemně:

**Děkanát 1. LF UK, odd.doškolování lékařů, Kateřinská 32, 121 08 Praha 2,
telefonicky či faxem: 224964314, mobil: 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.

24/03 Pediatrie - všeobecný kurz

Koordínátor: MUDr. Marcela 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.	90 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	prim.MUDr.J.Masopust,DrSc.	90 min.

40/03 Dermatovenerologie pro praktické lékaře

Koordínátor: as. MUDr. Ivana Kuklová, CSc.; Termín: 11. 10. 2003;

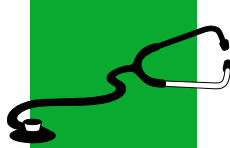
Místo konání: Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha 2, U Nemocnice 2

Téma	Přednášející	Trvání
Nemoci pojava	doc.MUDr.J.Štokr,CSc.	45 min.
Je syfilis stále aktuální?	doc.MUDr.R.Pánková,CSc.	45 min.
Maligní melanom	MUDr.V.Miňovská	45 min.
Dif. dg. kožních nádorů	MUDr.V.Miňovská	45 min.
Kožní mykózy, dif. dg., terapie	as.MUDr.I.Kuklová,CSc.	45 min.
Dermatózy dětského věku	MUDr.S.Polášková	45 min.
Novinky v terapii ulcus cruris	MUDr.M.Kojanová	45 min.
Využití laserů v dermatologii	MUDr.K.Kykalová	45 min.

26/03 Neurologie pro praxi

Koordínátor: prof. MUDr. Soňa Nevšimalová; Termín: 25. 10. 2003; Místo konání: Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha 2, Kateřinská 30

Téma	Přednášející	Trvání
Záchvatové poruchy vědomí	as.MUDr.E.Nešpor	45 min.
Diferenciální diagnostika a terapie bolesti hlavy	as.MUDr.P.Dočekal	90 min.
Poruchy spánku dětského věku	as.MUDr.I.Štěpánová	45 min.
Poruchy spánku dospělého věku	doc.MUDr.K.Šonka,DrSc.	45 min.
Algické vertebrogenní syndromy a jejich diferenciální diagnostika	MUDr.P.Mečír	90 min.
Problematika třesu staršího věku	doc.MUDr.J.Roth,CSc.	45 min.

**45/03 Psychiatrická problematika v ordinaci praktického lékaře**

Kordinátor: MUDr. Hana Papežová, CSc.; Termín: 25. 10. 2003; Místo konání: Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha 2, Ke Karlovu 11

Téma	Přednášející	Trvání
Jak postupovat u nemocného s depresí	as.MUDr.M.Anders	45 min.
Psychotický stav v ordinaci PL	as.MUDr.P.Fridrich	45 min.
Poruchy příjmu potravy v ordinaci PL	as.MUDr.H.Papežová,CSc.	45 min.
Rodiče a děti v rozvodových situacích	as.MUDr.D.Janotová	45 min.
Somatoformní poruchy, diagnostika a léčba	MUDr.M.Sekot	45 min.
Závislost na alkoholu v ordinaci PL	as.MUDr.L.Procházka	45 min.
Stres a duševní hygiena u lékaře	as.MUDr.P.Doubek	45 min.
Prevence syndromu vyhoření		
Organická porucha a demence u praktického lékaře	as.MUDr.R.Jirák	45 min.

27/03 Všeobecný kurz z pediatrie

Kordinátor: MUDr. Marcela Černá; Termín: 8. 11. 2003; Místo konání: Purkyňův ústav, Praha 2, Albertov 4

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	45 min.
Onemocnění pankreatu u dětí	MUDr.P.Frühaufer,CSc.	45 min.
Venerologická onemocnění v dětském věku	MUDr.Šimková	45 min.
Současné a budoucí možnosti léčby atopické dermatitidy	MUDr.Š.Čapková	45 min.

29/03 Co by měl praktický lékař vědět o lymeské borrelióze

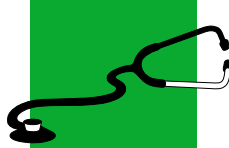
Kordinátor: doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc.; Termín: 15. 11. 2003; Místo konání: IV. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha 2, U Nemocnice 2

Téma	Přednášející	Trvání
Mikrobiologie, epidemiologie lymeské borreliózy, interpretace sérologických nálezů	doc.MUDr.D.Janovská,CSc.	45 min.
Kožní formy LB (erythema migrans, borreliový lymocytom., acrodermatitis chronica atrophicans)	doc.MUDr.J.Hercogová,CSc.	45 min.
Lymeská artritida	doc.MUDr.M.Valešová,CSc.	45 min.
Neuroborrelióza	doc.MUDr.M.Bojar,CSc.	45 min.
Lymeská kardiitida	doc.MUDr.P.Bartůněk	45 min.
Lymeská borrelióza a postižení oka	MUDr.P.Díblík	45 min.
Lymeská borrelióza v graviditě	doc.MUDr.P.Calda,CSc.	45 min.
Lymeská borrelióza v dětském věku	doc.MUDr.J.Hoza,CSc.	45 min.

47/03 Nové aspekty laboratorních vyšetření pro praktické lékaře, internisty, pediatry

Kordinátor: prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.; Termín: 15. 11. 2003; Místo konání: Děkanát 1. LF UK, Praha 2, Na Bojišti 3

Téma	Přednášející	Trvání
Zásady přípravy pacienta a odběru krve - preanalytická fáze	prof.MUDr.T.Zima,DrSc.	45 min.
Poruchy vodného a solného hospodářství při akutních onemocněních mozku	prof.MUDr.A.Kazda,DrSc.	45 min.
Moderní neinvazivní funkční diagnostika dechovými testy	as.MUDr.P.Kocna,CSc.	45 min.
Laboratorní diagnostika dědičných metabolických poruch	MUDr.S.Šťastná,CSc.	45 min.
Diagnostika různých typů dny	as.MUDr.I.Šebesta,CSc.	45 min.
Diagnostika virových hepatitid	RNDr.M.Dražďáková	45 min.
Diagnostika porfyrií	as.MUDr.L.Vítek,CSc.	45 min.
Vyšetření mozkomíšního moku	MUDr.K.Mrázová	45 min.

**42/03 Cestovní medicína pro praktické lékaře, internisty a pediatry**

Koordinační: MUDr. RNDr. František Stejskal; Termín: 22. 11. 2003; Místo konání: Purkyňův ústav, Praha 2, Albertov 4

Téma	Přednášející	Trvání
Diferenciální diagnóza horečnatých stavů po návratu z tropů	as.MUDr.RNDr.F.Stejskal	45 min.
Ebola, hemoragické horečky a další nebezpečné infekce	as.MUDr.J.Špála	45 min.
Cestovní průjmy a hepatitidy	as.MUDr.Z.Mandáková	45 min.
Očkování před cestou do tropů	as.MUDr.K.Šimeková	45 min.
Malárie	RNDr.I.Rubík	45 min.
Významné protozoární infekce a jejich diagnostika	RNDr.E.Nohýnková,Ph.D.	45 min.
Významné helmintické infekce a jejich diagnostika	RNDr.I.Kolářová,CSc.	45 min.
Terapie vybraných parazitárních infekcí	doc.MUDr.J.Vaništa,CSc.	45 min.

31/03 Problematika průjmů a zácpy v ordinaci praktického lékaře

Koordinační: prim. MUDr. Karel Lukáš, CSc.; Termín: 29. 11. 2003; Místo konání: IV. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha 2, U Nemocnice 2

Téma	Přednášející	Trvání
Průjem: definice, patofyziologie, epidemiologie	MUDr.P.Mareček,prim.MUDr.K.Lukáš,CSc.	45 min.
Klasifikace a závažné příčiny průjmu	prim.MUDr.K.Lukáš,CSc.MUDr.P.Mareček	45 min.
Průjem u funkčních poruch	prof.MUDr.Z.Mařatka,DrSc.	45 min.
Infekční průjem	doc.MUDr.V.Marešová,CSc.	45 min.
Průjem u dětí	prim.MUDr.P.Frühaufer,CSc.	45 min.
Léčba průjmu	doc.MUDr.V.Jirásek,CSc.	45 min.
Zácpa: definice, etiopatogeneze, klasifikace	doc.MUDr.V.Jirásek,CSc.	45 min.
Léčba zácpy	doc..MUDr.V.Jirásek,CSc.	45 min.

43/03 Základy prevence a epidemiologie pro praktické lékařeKoordinační: prof. MUDr. Vladimír Bencko, DrSc.; Termín 29. 11. 2003;
Místo konání: Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN, Studničkova 7, Praha 2

Téma	Přednášející	Trvání
Protiepidemická opatření v malé ordinaci a současná legislativa	MUDr.M.Schejbalová	45 min.
Očkování - co by měl znát PL	MUDr.J.Wallenfels	45 min.
Syndrom nemocné budovy	MUDr.I.Holcátová,CSc.	45 min.
Fyzikální faktory životního prostředí ovlivňující zdraví	RNDr.J.Rameš	45 min.
Aktuální témata ve výživě	MUDr.E.Kudlová,CSc.	45 min.
Základní léčba závislosti na tabáku a méně známé souvislosti kouření	MUDr.E.Králíková,CSc.	45 min.
Pojetí příčinností nemocí hromadného výskytu - důsledky pro prevenci	MUDr.L.Novotný	45 min.
Zdravotní rizika xenobiotik ovlivňujících endokrinní systém	prof.MUDr.V.Bencko,DrSc.	45 min.

Santax S v léčení syndromu akutního průjmu

Prim. MUDr. Hana Roháčová, MUDr. M. Reisingerová

Infekční klinika, FN Na Bulovce, Praha

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., MUDr. H. Ambrožová

I. infekční klinika, 2. LF UK Praha

Úvod

V posledních letech je stále více pozornosti v úpravě metabolismu střevního traktu věnováno bakterioterapii. Nejedná se však o zcela nové informace na tomto poli, neboť již v době starověku empirie ukazovala pozitivní vliv fermentovaných potravin na zdraví člověka. V současnosti se těmto empirickým poznatkům snaží věda dodat odborný podklad, který zhodnocuje použití probiotik a prebiotik a jejich mechanismus při úpravě gastrointestinálních potíží či při jejich použití v prevenci zažívacích poruch. Mechanismus účinku probiotik spočívá jednak v interferenci s jinými mikroorganismy, dále se předpokládá jejich imunomodulační účinek, bakterie v probiotiku mají úlohu v ochraně střevní sliznice, zvyšují aktivitu střevních enzymů a další. Probiotických mikroorganismů je celá řada. Patří mezi ně laktobacily, bifidobakterie, některé grampozitivní koky a sacharomycety. Přípravek Santax S obsahuje definovanou dávku právě jedné ze sacharomycet.

Klíčová slova

probiotikum, Santax S, syndrom akutního průjmu, průjmy virové etiologie, salmonelóza, kampilobakteriόza.

Na infekční klinice FN Na Bulovce byl od června 2002 do února 2003 podáván pacientům se syndromem akutního průjmu probiotický léčivý přípravek Santax S (*Saccharomyces boulardii siccatu*s). Cílem bylo jednak ověřit snášenlivost přípravku v dětském i dospělém věku, jeho funkčnost při podávání 1x denně, eventuálně rozdíly v účinnosti při bakteriální resp. virové etiologii. Celkem bylo léčeno přípravkem Santax S 275 nemocných. Jednalo se pacienty v dětském i dospělém věku. Léčivý přípravek byl nasazován ve většině případů 1. den přijetí, pokud nemocný toleroval perorální příjem. Terapie byla ukončována po zlepšení stavu. Současně s přípravkem Santax S nebyla podávána střevní desinficencia.

Dětí celkem 81 (kojenci do 1 roku - 6, děti do 5 let - 35, děti do 18 let - 40).

Dospělých 194.

Nejmladší pacient byl ve věku 3 měsíců, nejstarší 90 let.

■ Dětský soubor

Etiologie nejištěna u 43 dětí (53%), bakteriální 23 dětí (28%), jednalo se o kampilobakteriόzu (6x), salmonelózu (16x), enteropatogenní *Escherichia coli* (1x). Virová etiologie byla prokázána u 15 dětí (18,5%). Jednalo se o adenoviry či rotaviry. U dětí nad 5 let nebyla virová etiologie zjišťována.

Známky dehydratace jevílo po příjmu 49 dětí. Perorálně bylo rehydratováno 21 dětí, 52 dětí dostávalo intravenózní terapii, u 7 dětí byla aplikována nasogastrická sonda, u jednoho dítěte bylo nutno použít intravenózní terapii a následně i nasogastrickou sondu.

Dětem do 5 let byla podávána 1 kapsle denně, průměrná podaná dávka byla 5,3

kapsle u dětí s pozitivním bakteriologickým nálezem, 4,8 kapsle u dětí s ověřenou virovou etiologií, u nezjištěné etiologie to bylo 5,1 kapsle na pacienta. U dětí, kde se kapsle vcelku nedala aplikovat, byla kapsle rozevřena a obsah rozpuštěn v perorálním rehydratačním roztoku. U starších dětí byla podávána 1 až 2 kapsle denně podle závažnosti potíží, průměrná dávka byla 7,4 kapsle u průměrně bakteriální etiologie, u nezjištěné příčiny 5,1 kapsle. Pouze u 9 dětí /11%/ byla použita zároveň antibiotika z důvodů přetrvávání horeček či nezlepšování stavu u průměrně bakteriální etiologie. Ani v jednom případě jsme nevysadili Santax S z důvodu vedlejších účinků či pro nesnášenlivost. Ke zlepšení stavu docházelo průměrně 3.-4. den po příjmu.

■ Soubor dospělých pacientů

Etiologie nejištěna u 144 nemocných (74,2%). U 31 nemocných (16,0%) se jed-

Složení skupiny	Počet	%	Etiologie	Počet	%
Děti	81	25,8	nezjištěna	43	53,0
			virová	15	18,5
			salmonelóza	16	19,7
			kampylobakteriόza	6	7,4
			E. coli (enteropatogenní)	1	1,3
Dospělí	194	74,2	nezjištěna	144	74,2
			salmonelóza	31	16,0
			kampylobakteriόza	18	9,2
			Clostridium Difficile	1	0,5

nalo o salmonelózu, u 18 nemocných byla prokázána kampylobakteriόza (9,2%), u jednoho nemocného se jednalo i infekci Clostridium difficile. Virová etiologie nebyla u dospělých pacientů zjišťována. Perorálně bylo rehydratováno 55 nemocných (28,3 %), ostatní nemocní dostávali intravenózní rehydratační terapii. Průměrná podaná dávka u průměru nezjištěné etiologie byla 7,4 kapsle, u bakteriální etiologie 8,3 kapsle na pacienta. Kapsle byly u většiny nemocných (176) aplikovány 2x denně. U ně-

kterých z nich po zlepšení stavu byla podávána kapsle jedna (3) Současná antibiotická léčba byla indikována u 30 nemocných (15,5%) ze stejných důvodů jako v dětském souboru. Podávání Santax S bylo předčasně ukončeno u 3 pacientů (1,5%), kteří udávali jeho nesnášenlivost (nausea, zvracení). Ke zlepšení stavu docházelo průměrně 3. den hospitalizace.

■ Závěr

U souboru 275 nemocných s akutním

průměrným onemocněním jsme zjišťovali účinnost a snášenlivost léčivého přípravku Santax S. Bylo konstatováno, že se jedná o přípravek, který je velmi dobře snášen v dětském i v dospělém věku. Jeho podávání se osvědčilo jak u průměru bakteriální tak virové etiologie. Podávání nevedlo k závažnějším vedlejším účinkům. U malé skupiny dospělých nemocných, kteří si stěžovali na dyspeptické potíže, nelze rozhodnout, zda nepatřily k základnímu onemocnění. Výhodou je možnost podávání v jedné denní dávce, i když ani podání 2x denně u těžších průměru nevedlo k vedlejším účinkům. Preparát lze dle našeho názoru doporučit jako doplňkovou léčbu k základní rehydratační a realimentační terapii u průměrných onemocnění ve všech věkových kategoriích v ambulantní i nemocniční praxi. Vzhledem k pozitivní zkušenosti s přípravkem Santax S jej nadále na našem pracovišti v indikovaných případech podáváme.

Santax



Aktuality

■ Ústavní soud zamítl stížnost lékařů

Sporný paragraf soudci nezrušili, vybírat za nadstandardní péči se podle nich totiž smí

Nabízet za úplatu i péči, která není hrazena z prostředků veřejného pojištění, se už lékaři nemusejí bát. Včerejší verdikt soudu jim to umožňuje.

Skupina pravicových poslanců z ODS a Unie svobody neuspěla u Ústavního soudu s požadavkem na zrušení tzv. paragrafu poslankyně Fischerové. Eva Fischerová (ČSSD) před několika lety prosadila do zákona o všeobecném zdravotním pojištění klauzuli, která lékařům zakazovala vybírat peníze za služby poskytnuté v souvislosti s péčí hrazenou zdravotními pojišťovнами. Oponenti se už několikrát marně pokusili zákon ve sněmovně změnit. „Novela zákona byla zaměřena proti určitému nešvaru ze strany lékařů. Aby nemohly být nadále vybírány poplatky za úkony, které lékaři vydávali za pojišťovnou nehrazené, ačkoli do sféry hrazené péče spadaly. Například za registraci nového pacienta v kartotéce. Ustanovení jsem neshledal v rozporu s Listinou základních práv a svobod,“ vysvětlil svůj verdikt ústavní soudce Vladimír Klokočka. Podle soudce Klokočky totiž sporná klauzule nebrání lékařům, aby za úhradu poskytovali pacientům ty služby a úkony, které pojištěním hrazeny nejsou. „Celá oblast nehrazené péče není tímto paragrafem dotčena, je možné si za ni připlatit bez problémů,“ usoudil Klokočka. „Vztahovat slovo 'v souvislosti' na nehrazenou péči totiž nelze akceptovat. Takový výklad je přemrštěný.“

Oponenti: Výklad nám stačí

Tento výklad paragrafu Fischerové předkladatele i soukromé lékaře, kteří podání iniciovali, uspokojil. „Samozřejmě bych byl radši, kdyby Ústavní soud náš návrh přijal. Ale z jeho výkladu nejsem v depresi. Posunuje totiž praxi dopředu,“ prohlásil poslanec ODS Milan Cabrnach, který skupinu předkladatelů u soudu zastupoval. Ústavní soud totiž podle Cabrnacha v odůvodnění verdiktu jasně specifikoval, na co se zmíněný paragraf vztahuje. „Ustanovení zákona bylo totiž sporné. Díky tomu se řada zdravotnických zařízení bála nabízet lidem služby, které sice nebyly hrazeny, ale byly by poskytnuty v souvislosti s péčí hrazenou. Což samozřejmě omezovalo praxi,“ podotkl. Právě proti faktu, že formulace „v souvislosti s hrazenou péčí“ je příliš obecná a zahrnuje v podstatě jakékoli úkony, lékaři protestovali. „Při striktním výkladu totiž třeba praktický lékař, placený pojišťovnými kapitačně za každého pacienta, nemohl svému klientovi nabídnout vůbec nic navíc. Do hrazené péče totiž spadal automaticky, jakmile otevřel dveře do ordinace. Jakýkoli další úkon už tedy byl v souvislosti s ní,“ uvedl příklad místopředseda Sdružení praktických lékařů Jan Jelínek. Lékaři si stěžovali, že jim přes opakované žádosti a stížnosti nikdo nebyl schopen spornou klauzuli přesně vyložit. „Ještě nemáme v ruce zápis jednání Ústavního soudu. Ale pokud soud řekl, jakým způsobem je možné pacientům nehrazené služby nabízet, pak je to řešení situace,“ dodal Jelínek.

■ Lékaři nemohou vybírat za nadstandard

Ani nadále nebudou moci lékaři vybírat od pacientů peníze za nadstandardní péči u případů, které hradí zdravotní pojišťovna. Rozhodl o tom Ústavní soud. Nevyslyšel tak návrh 54 poslanců ODS a Unie svobody-DEU z počátku května.

Příslušná ustanovení znemožňují lékařům vybírat peníze, pokud jde o péči poskytovanou v souvislosti s úkony hrazenými ze zdravotního pojištění. Zákaz úhrady však nelze vztahovat na péči, která není zdravotní pojišťovnou hrazena. „Co nehradí pojišťovna, za to lékaři vybírat mohou,“ řekl po jednání soudu novinářům soudce Vladimír Klokočka. Napadená ustanovení podle něj nejsou v rozporu s Listinou základních práv a svobod, jak tvrdili navrhovatelé.

Klokočka však zároveň upozornil, že je třeba novelizovat zákon tak, aby z něj bylo naprosto přesně jasné, co je standardní a co již nadstandardní péče. „Má-li se veřejné zdravotní pojištění přiblížit Evropě, pak by to měl podrobně vymezit,“ uvedl soudce. „Napadená ustanovení zákona ani nevylučují provoz zdravotnických zařízení, která nejsou ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnými,“ dodal Klokočka. Kritizovaná část zákona podle něj zvýrazňuje sféru bezplatné zdravotní péče a chrání ji před narušením. Proti změně ustanovení bylo také vedení obou komor parlamentu i ministerstvo zdravotnictví. Pro zrušení zákona z 12 přítomných soudců nehlasovalo potřebných devět.

Zástupce navrhovatelů, lékař a poslanec ODS Milan Cabrnach, verdikt Ústavního soudu přesto uvítal, protože upozornil na potřebnost novely a nejasnosti v zákoně. „Tím je dáno, co mohou zdravotnická zařízení nabízet, aby byla zvýšena kvalita péče a zdravotní péče a aby se omezily neoficiální způsoby získávání těchto služeb,“ řekl Cabrnach.

Podle místopředsedy Poslanecké sněmovny Vojtěcha Filipa (KSČM) by přijetí návrhu přineslo chaos v oblasti zdravotního pojištění. „Hledání rozdílů mezi standardní a nadstandardní péčí je úkolem pro sněmovnu,“ uvedl Filip. Zavádění poplatků podle něj nehrozí. „Žádné zdravotnictví, státní ani nestátní, by nemělo hledat únikovou cestu a zvyšovat zátěž občanů,“ dodal.

Navrhovatelé tvrdili, že nynější zákaz vede k tomu, že lidé hledají nekontrolovatelné a nelegální cesty včetně korupce, aby se domohli lepší péče. O ústavní stížnosti se hovořilo již počátkem roku, když ve sněmovně neuspěla novela, která by zákaz odstranila. Takovou snahu tehdy kritizoval tehdejší ministr zdravotnictví Bohumil Fišer (ČSSD). Koalice ambulantních lékařů pak označila rozhodnutí dolní komory za nemoudré.

■ Soud nedovolil platit u lékaře za luxus

Co vám běžně u lékaře nezaplátí zdravotní pojišťovna, to si smíte zaplatit sami, prohlásil včera Ústavní soud. To je třeba preventivní vyšetření navíc či návštěva doktora mimo ordinární hodiny. Když si však budete chtít připlatit za luxus, máte ve většině případů smůlu. Na lepší kloubní protézu při operaci v nemocnici si pacient ani po



včerejšku připlatit nesmí. Na Ústavní soud se obrátilo 54 poslanců ODS a US-DEU vedených Milanem Cabrnchem (ODS). Chtěli zrušit takzvaný „paragraf poslankyně Fischerové“, pojmenovaný po někdejší poslankyni za ČSSD. Ten lékařům zakazoval inkasovat peníze od pacientů „v souvislosti s hrazenou zdravotní péčí“. Řada lékařů se obávala, že to vlastně znamená zákaz vybírat peníze za jakýkoli nadstandard, a domáhala se zrušení paragrafu. „Je zvrácený,“ uvedl praktický lékař Jan Jelínek, který stížnost inicioval. Ústavní soud včera protestům vyhověl jen zčásti. „Jakmile jde o úkon, který pojišťovna nehradí, může si pacient připlatit,“ řekl soudce-zpravodaj Vladimír Klokočka. Paragraf však soud nezrušil. Pravicoví poslanci přitom tvrdí, že si lidé lepší péči stejně koupí. „Dělají to pokoutně a vede to jen ke korupci,“ řekl poslanec Cabrnch. Ale úplně zklamáný včera nebyl. Ústavní soudci totiž dali jasně najevo: zákony jsou špatné a parlament by je měl změnit. „Lékaři po včerejšku vědí, že se nemusí bát vybírat za to, co pojišťovna nehradí. A zbytek je výzva parlamentu, aby předložil jasnější zákon,“ prohlásil Cabrnch.

O včerejší verdikt se tvrdě střetli i ústavní soudci. Dokonce nadpoloviční většina přítomných, tedy šest z deseti, byla pro zrušení osudného paragrafu. „Vedlo by to k větší spoluúčasti pacientů – a to by byl krok správným směrem,“ řekl soudce Vojtěch Cepl. Jenže šest hlasů bylo málo, pro změnu platného zákona je jich potřeba nejméně devět. Jedno však Ústavní soud přece řekl: současné zákony jsou špatné. „Zákon by měl přesně vymezit, za co si mohou pacienti připlácet. Tak je to například v Německu,“ řekl soudce Klokočka. Dodal, že v Německu platí jasné předpisy, které říkají, co je možné za peníze pořídit a co ne. Pacient si tam například nesmí zaplatit přednostní zařazení do plánu operací (to je považováno za neetické), ale může si uhradit úkony, které s péčí souvisí nepřímo: třeba si zvolit konkrétního lékaře či sestru. Něco takového však Ústavní soud podle Klokočky udělat nemohl, protože by tím vlastně vydal pokyn ke změně celého systému zdravotní péče. „Kdyby Ústavní soud naznačil změnu zdravotní politiky státu, vybočil by ze svých kompetencí. Tato kompetence přísluší jen parlamentu,“ uvedl Klokočka. Autoři kontroverzního paragrafu, který zakazuje vybírání doplateků od pacientů, tehdy argumentovali následovně: Chceme jen odstranit rozšířený nešvar, kdy lékaři vyžadují od pacientů různé registrační poplatky, a tím si kompenzují nízké platby od pojišťoven. Inkasování plateb za registraci či vstupních poplatků je po včerejšku dál zakázáno.

■ **Lékaři: Pacienti, musíte si připlatit**

Pacienti si musí začít více přispívat na vlastní léčbu, jinak se u nás zhroutí systém zdravotního pojištění. To tvrdí Česká lékařská komora v čele s prezidentem Davidem Rathem. Podle něj by lidé měli platit například za první návštěvu u specialisty, za recept či za sanitku, která je odveze z nemocnice domů. Podobné poplatky byly přednedávnem zavedeny na Slovensku. „V současnosti si lidé u nás připlácejí hlavně na léky. Spoluúčast by ale měla být alespoň dvakrát větší,“ uvedl Rath. Česká lékařská komora spoluúčast navrhuje jako řešení problémů veřejného zdravotního pojištění. Ty se vyostřily poté, co Všeobecná zdravotní pojišťovna přestala včas platit ambulantním lékařům. Aby situaci nějak vyřešila, oznámila nemocnicím, že jí musí naráz vrátit téměř 840 milionů, které jim vyplatila v rámci

záloh a nemocnice je nevyčerpaly. Ministerstvo zdravotnictví však o spoluúčasti pacientů nechce nic slyšet. „Musíme najít rezervy ve stávajícím systému,“ říká mluvčí ministerstva Mario Böhme. „Částky, které by se od pacientů vybraly, by byly nevýznamné.“ Řešení vidí ministerstvo v novele pojišťovacího zákona. „Měly by být zrušeny rezervní fondy pojišťoven a prostředky z nich vloženy do systému.“ Ale například VZP tvrdí, že její rezervní fond je téměř prázdný. Nemocnice se obávají, že pokud by skutečně musely VZP sumu vyplatit najednou, přivedlo by je to do problémů – především s vyplácením mezd. „Je logické vytvořit splátkový kalendář a platit dluhy pojišťovně měsíčně,“ dává jim za pravdu Böhme. Například fakultní nemocnice v Olomouci má vracet VZP 70 milionů korun. Vedení si ce domluvilo s pojišťovnou splátkový kalendář, ale podle něj musí v jednom měsíci vrátit 55 milionů korun. VZP se za tyto problémy necítí odpovědná. „Upozorňovali jsme, že zálohy jsou příliš velké a mohou dostat nemocnice do nesnáží, ale nikdo na nás nebral zřetel,“ uvedl mluvčí pojišťovny Jiří Suttner. Jiným nemocnicím však VZP naopak platí pozdě. Například Baťova nemocnice ve Zlíně je nyní v druhotné platební neschopnosti, protože jí VZP nezaplatila v dohodnutém termínu 70 milionů korun.

■ **Slováci si už začínají připlácet u lékaře**

Od neděle si Slováci budou muset připlácet u lékaře, v nemocnicích i za jízdu sanitkou. Dvacet korun za vyšetření, stejná suma za recept v lékárně a na pohotovosti. Padesátikorunou za den se pak bude přispívat na stravu a pobyt v nemocnici, za jízdu sanitkou Slováci zaplatí dvě koruny za kilometr. Pacient se může rozhodnout, zda poplatek uhradí hotově, převodem na účet nebo šekem, stojí v zákoně. „Lidé souhlasí s tím, že je třeba zdravotnický systém reformovat, ale takové doplácení se jim nezdá,“ hodnotí postoj veřejnosti slovenský sociolog Michal Vašečka. Lékární, nemocnice, ale i ordinace lékařů proto v posledních květnových dnech praskaly ve švech. Lidé se snažili udělat si zásoby léků, žádali lékaře o provedení dlouho odkládaných výkonů, a dokonce si dělali zásoby antibiotik. Vláda Mikuláše Dzurindy si od reformy slibuje, že se na Slovensku sníží spotřeba léků, stoupnou příjmy zadluženého zdravotnictví a lidé začnou chodit k lékařům s opravdovými problémy, a ne pro předpis na paralen. „Je to spíš dobrý krok, protože existuje dost velké procento lidí, kteří si zvykli chodit k lékařům příliš často,“ říká lékař Norbert Moravanský z Martina. Zdravotníci však mají k reformě několik připomínek. Upozorňují, že jim přibude další papírování a vadí jim i množství výjimek osvobozujících pacienty od placení. Ty platí pro lidi v hmotné nouzi, zdravotně postižené, dárce krve, lidi dlouhodobě sledované specialistou (v tomto případě pacient zaplatí jen při vstupní prohlídce) a děti do šesti let. V nemocnicích pak nebudou muset platit těhotné ženy, lidé v bezvědomí a pacienti léčící se na onkologii, kardiologii a infekčním oddělení. Velkou neznámou byl také způsob, jak se budou poplatky vybírat. Někde uvažovali o zavedení žetonů či kuponů, které by si pacient mohl koupit při vstupu do nemocnice, jinde se hovořilo o zavedení registračních poplatků. V prvních dnech však všechny „zlepšováky“ zřejmě nahradí příjmový doklad, který budou vypisovat přímo sestřičky lékařů. Podobný problém mají i sanitky. Nejsou vybaveny tachometry ani pokladnami. Na zvládnutí celého procesu placení bude zřejmě nemocnice potřebovat zřízení nového oddělení. „Již dnes se hrozím při



představě těch nespočetných soudních sporů a návrhů na exekuci,“ citovala ČTK Michala Bucka, ředitele Rooseveltovy nemocnice v Banské Bystrici. Největším kritikem reformy je opoziční strana Směr, která se chce obrátit na slovenský Ústavní soud. „Naše ústava hovoří o bezplatné péči, my se nemůžeme tvářit, že lůžko nebo strava nejsou součástí této péče,“ uvedla místopředsdkyně strany Monika Beňová. Zákon už má zpoždění. Poté, co ho přijal parlament, prezident Rudolf Schuster ho odmítl podepsat. Vadilo mu především, že poplatek se bude muset platit i za děti starší šesti let. Proto navrhl, aby se věková hranice u dětí, které budou oprostěny od placení, zvýšila na 18 let. Zákon byl přijat až v dubnu, kdy znovu prošel parlamentem.

Součková chce změnit rozhodnutí VZP

Podle ní má pojišťovna nemocnicím splátky dluhu rozložit

K překlenutí finančních potíží má Všeobecná zdravotní pojišťovna využít svůj rezervní fond, tvrdí ministryně zdravotnictví. VZP ale žádný nemá.

Premiér Vladimír Špidla si pozval „na kobereček“ ministryni zdravotnictví Marii Součkovou. Žádal vysvětlení příčin a důsledků pátečního kroku správní rady Všeobecné zdravotní pojišťovny. Řídící orgán největší zdravotní pojišťovny rozhodl, že už nebude benevolentní vůči nemocnicím, které dluží VZP 836 milionů za vyúčtování poskytnuté péče ve II. pololetí 2002. Zatímco dříve VZP souhlasila se splátkovými kalendáři, teď chce peníze vrátit hned. S tím Součková nesouhlasí a žádá návrat k předchozí praxi. „Tak, jako byly úhrady činěny postupně, měla by i (VZP) postupovat ve smyslu nikoli jednorázového strhnutí, ale postupného,“ řekla po jednání se Špidlou ČTK. Potřebné peníze na provoz má podle Součkové VZP dočasně vybrat ze svého rezervního fondu. Ten ale fakticky neexistuje. Podle posledních údajů je na něm asi jen 6000 korun namísto zákonem požadovaných 2,54 miliardy. Vinu na tom má i Součková. Vyhláškou VZP nařídila rozpusťt do úhrad i peníze vybrané „nad plán“, které by jinak měly být použity právě na doplnění rezervního fondu sloužícího na krytí mimořádných výdajů.

Jednání s nepravým?

O splátkových kalendářích chce Součková jednat s ředitelkou VZP Jiřinou Musílkovou a s ministrem financí Bohuslavem Sobotkou. „Věřím, že výsledek bude takový, aby byl únosný pro všechna zařízení,“ prohlásila. Musílková ale nemůže rozhodnutí správní rady pojišťovny revidovat. „Musím postupovat podle toho, co mi správní rada nařídí.“ Mluvčí resortu zdravotnictví Mario Böhme interpretuje vyjádření Součkové tak, že Musílková by měla plnit roli prostředníka a o názoru ministerstva správní radu, v níž má stát třetinu míst, přesvědčit. „Je otázka, co by opětovné zavedení splátkového kalendáře vyřešilo,“ namítl mluvčí VZP Jiří Suttner. „Nemocnice vracejí přeplatky už poněkolkáté a naší snahou je splátkový kalendář zkracovat. To dobře vědí.“ Podle Suttnera lůžková zařízení pojišťovně dluží kromě vymáhaných 836 milionů dalších zhruba 170 milionů jako zbytek z předchozích splátkových kalendářů. Další pohroma je čeká s vyúčtováním letošního I. pololetí. VZP odhaduje, že vinou špatné vyhlášky nemocnice přeplatila o více než miliardou. Nařízení, že VZP musí lůžkovým zařízením platit zálohy ve výši 106 procent úhrad za předchozí období, vydal předchůdce Součkové Bohumil Fi-

šer. Přitom podle statistik výkonnost nemocnic klesá. Lidé totiž dávají přednost ambulantní léčbě, a pokud to jde, hospitalizaci se vyhýbají, nebo ji zkracují.

Nemocnice budou vracet VZP 840 miliónů

Pojišťovna zpožduje platby lékařům

Sto třicet nemocnic bude vracet Všeobecné zdravotní pojišťovně (VZP) 840 miliónů korun. Jsou to peníze, které dostaly navíc na zálohách, a protože si tolik nevydělyaly, musí je vrátit. Pojišťovna nemá peníze a platí lékařům, zejména ambulantním specialistům, za poskytnuté služby pozdě. Tím je přivádí do finančních problémů. „To už dál nechceme dělat,“ prohlásila v pátek generální ředitelka Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiřina Musílková. „Mockrát jsme nemocnice upozorňovali a žádali je, aby se na vrácení peněz připravili. Většina to neudělala. Proto jim v červenci a v srpnu tyto peníze strhneme ze zálohových plateb, které bychom jim jinak měsíčně poslali. U některých nemocnic na dluh ani měsíční platba záloh stačit nebude,“ řekla Musílková. Ministryně zdravotnictví Marie Součková týž den vydala prohlášení, v němž mimo jiné píše, že „bude po VZP požadováno vysvětlení celé situace a její urychlené řešení tak, aby nedošlo k omezení dostupnosti a kvality zdravotní péče.“

Podniky dluží na pojistném 13 miliard

Ředitelka Musílková uvedla, že na nedostatku peněz se podílejí i podniky a jednotlivci, kteří na zdravotním pojištění dluží pojišťovně přibližně 13 miliard korun. Sto sedmdesát šest dlužníků má přitom větší dluh než šest miliónů korun. Pojišťovna v současné době zhruba 700 000 případů dlužníků předala soudu. V důsledku toho VZP nemá peníze a jednorázově potřebovala přibližně sedm miliard korun, aby lékařům mohla platit včas. „Platíme zdravotnickým zařízením zhruba 10 až 15 dní po lhůtě splatnosti, která činí 20 dní,“ uvedla Musílková. Dodala, že jsou nezbytné systémové změny ve zdravotním pojištění tak, aby se regulace týkaly i pacientů. „Není možné, aby v jednom dni pacient navštívil třeba pět lékařů, každý mu předepsal jiné léky a každou návštěvu jsme platili,“ řekla Musílková a přimluvila se za zavedení spoluúčasti pacientů jako regulujícího prvku čerpání zdravotní péče. Ozámila zároveň, že VZP podstatně přitvrdí ve vymáhání svých pohledávek a že u některých nemocnic i zruší splátkové kalendáře, protože na vrácení záloh se mohly dostatečně připravit. Nemocnice se tomuto kroku VZP samozřejmě brání. „Nic k tomu neřeknu, až budu vidět čísla na papíře,“ řekl Právu ředitel Všeobecné fakultní nemocnice v Praze na Karlově náměstí Martin Holcát. Údajně právě jeho nemocnice má vracet desítky miliónů korun. Rozčarována je i ředitelka Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Marie Alušíková. „Po vyúčtování druhého pololetí loňského roku máme nyní vracet více než jednu polovinu naší měsíční zálohy od VZP. Je to víc, než jsme počítali, a musíme si ušetřit na výplaty zaměstnanců. Přechnodně tedy budeme platit později našim dodavatelům,“ uvedla Alušíková. Ředitelé nemocnic se shodují, že pokud VZP k oznámenému kroku skutečně sáhne, může to znamenat zhoršení zdravotní péče a snížení její dostupnosti. Napak Musílková se domnívá, že k tomu, aby kvalita zdravotní péče byla v ČR udržena, se nevyhneme zavírání zdravotnických zařízení, protože je jich moc. Nevyloučila, že některé nemocnice zkrachují, protože využití jejich lůžek je minimální. Součková soudí, že pojišťovny dostávají od občanů zhruba 143 mld. Kč. „Chybou je, že je



rozdávají nekontrolovaně. Jde mi o to, aby se vrátily těm, kterým patří – občanům a zdravotníkům. Proto předkládám novely pojišťovacích zákonů, jejichž smyslem je zvýšení základního fondu, z něhož se vše platí, a kontrola hospodaření pojišťoven,“ sdělila Právu Součková.

Největší neplatiči

ČKD dopravní systémy, a. s. - 176 mil.

Letov, a. s. - 53 mil.

Velamos, a. s., Sobotín - 38 mil.

Mostárna Hustopeče - 26 mil.

Škoda Mních. Hradiště - 25 mil.

ROMO, a. s. - 24 mil.

Vítkovické stavby Ostrava - 21 mil.

Zbrojovka Vsetín-KM, a. s., v likvidaci - 21 mil.

Slévárna Zetor, a. s. - 20 mil.

AGRO-Práče, a. s., v likvidaci - 17 mil.

TMS Group Pardubice - 16 mil.

PMS Pardubice - 15 mil.

Otrokovické papírny - 14 mil.

Železářny Hrádek, a. s. - 12 mil.

Tesla Lanškroun, a. s. - 12 mil.

Geoindustria - 12 mil.

vinného bujení v lidském těle. K tomuto kontroverznímu závěru dospěli autoři vědecké studie, kteří řadu let pozorovali 60 000 obyvatel Norska. Výsledek je dalším příspěvkem do vědecké diskuse o vlivu psychologických faktorů na vznik zhoubné nemoci. Badatelé dosud nejsou v této otázce zajedno. Většina z nich tvrdí, že pro tvrzení o souvislosti mezi depresí, stresem nebo stavu úzkosti a vznikem zhoubného bujení nemají stále ještě potřebné množství důkazů, napsal odborný magazín New Scientist. Vědci z univerzity v norském městě Bergen sledovali 62 591 osob, které byly v letech 1995 až 1997 zařazeny do lékařského přehledu. Tento přehled byl použit jako základ pro norský rakovinný registr, v němž jsou zaneseny případy osob, u nichž se vyvinula rakovina nebo u nichž byly zjištěny abnormální buňky, které by se mohly přeměnit v rakovinné. Osobám, se kterými autoři studie pracovali, byly zadány testy, na jejichž základě se zjišťovalo, zda trpí úzkostnými stavy. Podle odborného časopisu New Scientist vědci došli k závěru, že ti lidé, kteří o sobě tvrdili, že značně trpí úzkostnými stavy, měli o 25 procent větší pravděpodobnost, že se u nich objeví abnormální buňky, než ostatní lidé. Ačkoli autoři studie sledovali velký počet osob, nebyli s to tvrdit, že úzkostné stavy jsou hlavním rizikovým faktorem pro vznik rakoviny. Kromě toho se také vůbec nezjišťovalo, zda lidé, s ni-

Vrátíte miliardu, řekla pojišťovna nemocnicím

České zdravotnictví záplatuje jednu díru za druhou. Teď to pocítí nemocnice. Všeobecná zdravotní pojišťovna má totiž staronový problém: nedokáže včas zaplatit ambulantním lékařům a přivádí je do tíživé ekonomické situace. Aby předešla tvrdému útoku ze strany České lékařské komory, oznámila: Vezmeme nemocnicím najednou 836 milionů korun, které jsme jim vyplatili navíc. Pojišťovna totiž platí nemocnicím zálohy. Pokud nemocnice vyléčí méně pacientů, část peněz vracejí. Protože i ony mají finanční trable, splácely přeplatky postupně. Teď budou muset nemocnice změnit své hospodaření a dohodnout se například s dodavateli, že zaplatí později. „Může to ohrozit platby zaměstnancům,“ sdělil ředitel Všeobecné fakultní nemocnice v Praze Martin Holcát. Ředitelka VZP Jiřina Musílková namítla: „Nemůžeme dál poskytovat nemocnicím bezúročné půjčky. Nadále nemůžeme situaci ambulantních praxí zhoršovat.“ VZP platí po dvaceti dnech a kvůli nedostatku peněz překračuje lhůty až o 15 dní. V pátek se sešla správní rada pojišťovny. Lékařská komora, která už opakovaně obvinila vedení VZP z ruinování praxí lékařů, totiž avizovala, že na pondělí svolává tiskovou konferenci. A nejen to: s ostrým prohlášením vystoupila i ministryně zdravotnictví Marie Součková. „Sleduji zhoršující se platební kázeň VZP se znepokojením. Budu od ředitelky požadovat, aby mi objasnila finanční situaci a sdělila taková řešení, která neomezí dostupnost a kvalitu péče,“ oznámila ministryně. Na dnes na šestou hodinu ráno si ji kvůli tomu pozval i premiér Špidla.

Stavy úzkosti a deprese

mohou způsobit onemocnění rakovinou

Stavy úzkosti možná vedou ke zvyšování rizika rozvoje rako-

Nestlé



miž pracovali, kouřili nebo vedli nezdravý způsob života. Norští badatelé výsledky své studie představili tento měsíc v San Francisku na setkání Amerického psychiatrického sdružení. Na tomto setkání se hovořilo ještě o jiné studii, která upozorňuje na vyšší riziko rakoviny u osob, které trpí depresemi. Vědci z univerzity v brazilském městě Londrina porovnávali 40 dospělých pacientů s depresemi a 34 zdravých osob a zjistili, že pacienti s depresemi mají slabší imunitní systém a že se hůře vyrovnávají s infekcemi nebo nemocemi. Přitom už z předchozích výzkumů a studií se ví o možných spojitostech mezi slabším imunitním systémem a některými druhy zhoubné rakoviny.

Zdravé opalování neexistuje

Více než polovina všech nových rakovinných onemocnění se týká kůže.

A dvě třetiny z nich mohou mít podle dermatologů přímou souvislost s opalováním.

Patříte mezi ty, kteří nedočkavě odškrtavají dny a nemohou se dočkat jara a opalování? Ultrafialová část slunečního spektra je potřebná k přeměně vitamínu D v jeho aktivní formu. Jenže právě UV záření má řadu nežádoucích účinků – začínají spálením kůže po nárazovém opalování a končí zhoubnými kožními nádory. Po zimě je kůže nejcitlivější, vystavovat slunci byste se měli vždy po malých dávkách. Nejhorší, co pro sebe můžete udělat, je odjet v tomto období k moři a lehnout si na celý den na slunce. Máte stoprocentní šanci, že se spálíte. Nadměrné opalování je nebezpečné především pro děti. „Dětská pokožka je nejcitlivější a její přirozená obranyschopnost může být navždy narušena,“ říká dermatolog prim. MUDr. Pavel Zloský. Riziko vzniku melanomu, nádoru rostoucího z pigmentových buněk, se pak u žen v dospělosti zvyšuje 1,5krát, u mužů dokonce 2,8krát. U žen se melanom nejčastěji objevuje na lýtkách, u mužů na zádech. S počtem spálení riziko vzrůstá. „Každá dávka záření se v kůži sčítá, kůže si každé spálení pamatuje,“ vysvětluje primář Zloský. Mezi nejvíce ohroženou skupinu obyvatel patří generace dnešních třicátníků a čtyřicátníků. Ti totiž prožívali dětství v době, kdy se o rizicích slunění moc nemluvilo. Tehdy se také nevyráběly kvalitní krémy s ochranným filtrem. Neznamená to ale, že těm, kteří propadli vášni opálené kůže až v dospělosti, žádné nebezpečí nehrozí. Přestože většina melanomů vzniká na zdravé kůži, zhruba třicet procent z nich se tvoří na základě pigmentové névy. „Neškodné mateřské znaménko se tedy může v podstatě kdykoli „zvrhnout“ na melanom,“ říká primář Zloský. Melanom sice patří mezi velmi vzácná onemocnění (v Evropě jím onemocní asi 12 lidí ze 100 tisíc), je ale nejkrutější. Představuje totiž 65 procent všech úmrtí na kožní choroby na celém světě.

Nezanedbávejte prevenci

Pokud chcete předejít nebezpečnému onemocnění kůže, měli byste při pobytu na slunci zachovávat určitá pravidla. Jedním z nejdůležitějších je důsledné používání ochranných krémů s UV filtrem, které obsahují UV filtr proti UVA i UVB záření. Zrádné mohou být právě první jarní paprsky. Při pobytu venku (a nemusí to být jen na horách či u moře) chraňte oči kvalitními slunečními brýlemi. Jednou ročně si zajděte na preventivní kontrolu ke kožnímu lékaři. „Pigmentové změny (pihy a mateřská znaménka) zjistíme nejlépe digitálním dermatoskopem. Díky tomuto přístroji je možné odhalit počínající melanom ještě v době, kdy je snadno léčitelný,“ upozorňuje Zloský.

Pokud je melanom operován v počátečním stadiu, kdy ještě nezačíná metastázovat, je naděje na vyléčení téměř ve 100 procentech případů.

Marihuana ničí mozek plodu

Děti matek, jež kouřily v těhotenství marihuanu, mohou trpět duševními poruchami. Poukazují na to italská vědci, kteří zkoumali, jak se droga podávaná březím samicím potkanů projeví po narození na jejich potomcích. O jejich výsledcích informuje časopis *New Scientist*. Vincenzo Cuomo z římské univerzity La Sapienza a jeho kolegové vstříkovali samicím potkanů nízké dávky umělého cannaboidu. Potom zkoumali mláďata a jejich schopnost se učit, paměť a chování. Mláďata marihuanových matek měla horší výsledky v testech než potkani, kteří nebyli účinkům drogy v těle matky vystaveni. Nejhuň dopadlo srovnání dlouhodobé paměti. Mladí potkani byli na rozdíl od druhé kontrolní skupiny vyloženě hyperaktivní. (Vědci jejich neposednost měřili podle toho, kolikrát mláďata narušila infračervený paprsek při přebíhání po kleci). Zvýšená aktivita hlodavců vymizela po dosažení dospělosti, ale nahradily ji problémy s pamětí. Italská vědci zjistili, že nízké dávky cannaboidu v období březosti matky nezvratně narušily chemické procesy v mozku plodů. Snížila se hladina chemického posla zvaného glutamát v hippocampu – části mozku spojované právě s učením a vizuálními schopnostmi. Cuomo opatrně nabízí úvahu, že podobný vliv na mozek ještě nenarozených dětí může mít i kouření marihuany u lidských matek. Podle nich je zde možné hledat vysvětlení, proč trpí problémy s učením tolik dětí matek užívajících během těhotenství lehké drogy. Připomínají též, že marihuana je nejčastěji používanou ilegální drogou mezi ženami v reprodukčním věku. „Úplně to sedí,“ řekl k výsledkům výzkumu „myších,“ vědců kanadský psycholog Peter Fried, který zkoumá vliv drog na člověka. Poznatky na potkanech se podle něj naprosto shodují s těmi, které získali na lidech. Připomíná, že kromě vlivu na paměť a schopnost učení má požívání marihuany silný negativní vliv i na vizuální paměť a schopnost analyzovat problémy. Vědci jsou si vědomi, že nelze opomíjet další faktory, jako kouření cigaret, pití alkoholu, zdravotní stav, životní prostředí, které na těhotné ženy a plody v jejich těle působí. Nicméně jsou přesvědčeni, že studie provedená na hlodavcích může být velmi užitečná při zkoumání stop, jaké zanechává kouření marihuany na lidech.

Vědci: Chlor v bazénech škodí plicím

Plice dětí, které se pravidelně koupou v chlorované vodě, prý připomínají plíce kuřáků. Vznik astmatu může způsobit plavání v chlorovaných bazénech. Vědci proto doporučují bezchlorovou dezinfekci. Nárůst výskytu astmatu u dětí souvisí s chemikáliemi, které se používají k dezinfekci plaveckých bazénů. Zjistili to vědci, kteří prováděli výzkumy v Belgii. Výpary, které vylučuje chlor používaný k dezinfekci vody, mohou být podle lékařů odpovědné za nárůst případů dětského astmatu. Například ve Velké Británii trpí tímto onemocněním každé osmé dítě, což je šestkrát více než v 70. letech. Chlor v bazénech reaguje s organickými sloučeninami obsaženými v potu a moči za vzniku nitrogentrichloridu. Tato těkavá látka může způsobit poškození plic. Vědci tvrdí, že vystavování se těmto škodlivinám způsobuje u dětí větší citlivost vůči alergenům, které mohou vést ke



vzniku astmatu. Doktor Alfred Barnard a jeho kolegové z Katolické univerzity v Bruselu testovali 226 dětí ze základních škol, které chodí pravidelně do bazénu již od útlého věku. Měřili jim množství proteinů v plicích, které při větším množství ničí plicní buňky a zvyšují riziko vzniku astmatu. Výzkumy ukázaly, že u dětí, které pravidelně plavou, se tyto proteiny hromadí. Plice dětí, které chodily do bazénu častěji než jednou týdně, obsahovaly dokonce stejné množství škodlivých proteinů jako plíce pravidelných kuřáků. Ačkoliv jejich vysoké množství nemůže samo o sobě způsobit astma, je prokázáno, že zvyšují riziko poškození plic. Vědci však uznávají, že tuto teorii může potvrdit až další výzkum. Doporučují ale, aby se začalo v bazénech s bezchlorovou dezinfekcí. „Mělo by se přejít na alternativní způsoby údržby vody v bazénech za využití méně agresivních sloučenin,“ uvedl Bernard pro list The Daily Telegraph. Profesor Martyn Partridge, hlavní lékařský poradce z Anglické národní kampaně pro léčbu astmatu, se však ke zjištěným faktům staví zdrženlivě. „Je nepravděpodobné, že by jen plavání mohlo způsobit vznik astmatu. Výsledky výzkumu mohly být v mnohém zkeslené,“ uvedl pro britskou stanici BBC.

■ **Britští vědci zkoumali flirtování**

Vědci v Británii odhalili další tajemství ve vztazích mezi muži a ženami. Odpověděli na otázku, proč si muži často vysvětlují sebemenší známky zájmu od žen jako výzvu k milostnému výpadu. Přehnaný mužský optimismus je vyvolán víceméně instinktivním chováním žen, které každého muže při prvním setkání bleskově vyhodnocují. Proteův efekt, jak se toto chování označuje podle jednoho řeckého boha, je jedním z mnoha rituálů, které analyzují vědci v Oxfordu vedení Desmondem Morrisem. Patří k nim také „kopulační civění a „společenský flirt,“. Výzkum zjistil, že když žena potká muže, vysílá během první minuty intenzivní sérii signálů. Kromě toho, že muže hodnotí, snaží se ho také zmást, aby on ukázal, o co mu jde. Není prý celkem divné, že to vše muži nedokážou správně dešifrovat. Vědecká analýza námluv živočišného druhu homo sapiens recens ukázala, že vše začíná „kopulačním civěním,“, tedy básnickým hlubokým pohledem a v řeči vědců intenzivním kontaktem očí. Ten se na chvíli přerušuje pohledem vzhůru nebo dolů. Pak následují úsměvy, synchronizace pohybů těla. Ženy přecházejí do cudných pohledů a pohazování hlavou. Muži zase často vypínají hruď jako opice. Vědci tvrdí, že ve dvou třetinách případů zahajují námluvy ženy. Jsou v tom prý podobné samičkám šimpanzů, i když jsou podstatně rafinovanější. A prý jsou tak lstivé, že si většina lidí myslí, že iniciativu mají muži.

■ **Mateřské mléko pomáhá rychlému růstu „přátelských,“ bakterií**

Vědci a lékaři objevují další blahodárné účinky mateřského mléka: jednoduché cukry, které přirozená kojenecká strava obsahuje, podporují u dětí růst tzv. hodných bakterií v zažívacím traktu. A ty chrání organismus před nemocemi.

Pochopení významné vlastnosti mateřského mléka nabízí medicíně nové způsoby, jak lze předcházet radě onemocnění nebo jak je léčit nejen u dětí, ale u celé populace. Do popředí zájmu odborníků se tedy dostává strava a její pozitivní vliv na zdraví. To bude jedním

z témat na kongresu Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu, který se uskuteční od 4. do 7. června v Praze.

Mateřské mléko jako bonus

Třetí nejvýznamnější složkou mateřského mléka, vedle mléčného cukru a tuků, jsou jednoduché cukry – oligosacharidy. To odborníci vědí poměrně dlouho, ale donedávna jim nepřikládali žádný velký význam. Až v poslední době přicházejí na to, že tyto nestravitelné látky (odborně nazývané prebiotika) podporují růst bifidobakterií, jež vytvářejí zdravou střevní mikrobiální flóru, a naopak omezují rozvoj nežádoucích, často nebezpečných bakterií. Chrání tedy děti před bakteriálními a virovými infekcemi, toxiny a plísněmi. „Střevní mikrobiální flóra pozitivně ovlivňuje zdraví člověka, je součástí jeho obranného mechanismu, formuje imunitní systém a podílí se na odstraňování škodlivých látek z těla. Kojené dítě tak vlastně dostává od své matky zlatý bonus, prémii! Naopak dítě, jemuž je mateřské mléko z nejrůznějších důvodů nedostupné, může být náchylnější k nejrůznějším onemocněním,“ říká Jiří Nevoral, přední český gastroenterolog a prezident evropského kongresu. Jak posílit odolnost dětského organismu? Samozřejmě – kojit dítě. A jestliže to nejde? Jak docílit toho, aby tyto děti mohly vzdorovat nemocem stejně jako děti kojené? To je otázka, kterou se v poslední době zabývají vědecké týmy po celém světě. Jejich studie potvrdily, že nejjednodušší cestou je přidat do umělých mléčných výživ potřebné oligosacharidy. Anebo se nabízí druhé řešení. Stravu dětí je možné obohatit přímo kulturami živých mikroorganismů – takzvanými probiotiky. Ta zlepší vlastnosti střevní flóry a potažmo ovlivní i zdraví dítěte. V poslední době se tyto „hodné neboli přátelské,“ bakterie přidávají do některých výrobků kojenecké mléčné výživy.

Od kojení k léčbě

V roce 1999 byly zveřejněny výsledky zajímavé studie, která se uskutečnila na několika klinických pracovištích v jihovýchodní Asii a týkala se nedonošených novorozenců. Nejčastější příčinou úmrtí těchto dětí – asi 30 procent – je zánět střev, jehož vznik lékaři vysvětlují celkovou nezralostí organismu, umělou výživou a také například osídlením střev nežádoucími bakteriemi. A právě na boj s nimi a na podporu jejich přirozených odpůrců, jako jsou laktobacily a bifidobakterie, které vytvářejí naopak zdravou střevní flóru, vědci vsadili. Nejprve ve studii se zvířaty prokázali, že při užívání živých, tzv. hodných bakterií ustoupil zánět střev u sledovaných případů z 69 procent na 22 procent. Posléze lékaři hodné bakterie podali také 1237 novorozencům a jejich osud potom porovnali s dětmi, které se narodily o rok dříve a tímto způsobem léčeny nebyly. Zatímco v této skupině onemocnělo 85 dětí a z nich 35 zemřelo, ve skupině s hodnými bakteriemi ohrožoval zánět střev jen 34 dětí a zemřelo jich nakonec 14. „I když není znám v tomto případě přesný mechanismus účinku probiotik, je to velmi dobrá zpráva,“ říká docent Nevoral. „Ukazuje se, že léčba probiotiky, především laktobacily a bifidobakteriemi, je bezpečná a nadějná. Za prokázaný se má dnes již také jejich příznivý léčebný i preventivní účinek u některých virových průjemových onemocnění a při předcházení průjmům po podávání antibiotik,“

Dobrá zpráva pro alergiky

Vědci také vědí, že hodné bakterie mohou chránit před rozvojem závažných alergických onemocnění například atopického ekzému a astmatu. Vycházejí přitom z tzv. hygienické hypotézy, podle níž dě-



ti pobývají v současné době v příliš čistém prostředí a nejsou v prvních týdnech a měsících života vystaveny přiměřenému množství mikrobů. Tím se významně mění složení střevní flóry a snižuje obranyschopnost. Děti se pak neubrání alergenům, jež jsou přítomny ve stravě a v bezprostředním okolí. "Vytvořit zdravou střevní flóru znamená pozitivně ovlivnit imunitní systém. Daří se to opět pomocí živého organismu - oněch přátelských bakterií, které jsou charakteristické pro střevní flóru kojeného dítěte," vysvětluje základy terapie docent Nevorál. Její účinnost byla před časem demonstrována v náročném klinické studii, do níž byly zahrnuty děti s vysokým rizikem atopického ekzému. Zatímco ve skupině, která užívala probiotika po dobu šesti měsíců, se onemocnění projevilo jen u necelé čtvrtiny dětí, ve druhé skupině bez probiotik, onemocněla téměř polovina. "Je však nutné upozornit, že tato léčba se zatím jeví neúčinnou při prevenci alergie na bílkovinu kravského mléka," dodává Jiří Nevorál. Lékaři také ještě jednoznačně neprokázali vliv probiotik na průběh Crohnovy choroby, vředového zánětu tlustého střeva a některých dalších onemocnění zažívacího ústrojí.

Jogurty a zdraví

I když studie jsou velmi náročné na organizaci i čas, shledávají vědci terapii pomocí přátelských bakterií za velmi perspektivní. Předpokládají, že u některých onemocnění nahradí i dosud užívané léky. A co víc ve světě se konečně také prosadí koncepce tzv. funkčních potravin. Už v roce 1908 ruský vědec a nositel Nobelovy ceny Ilya Mečnikov vyslovil předpoklad, že konzumace jogurtů obsahujících laktobacily přispívá k dlouhověkosti. Jeho teze (tzv. "probiotic", což v řečtině znamená pro život) byla rozvedena v polovině šedesátých let a posléze osmdesátých let 20. století v Japonsku. Vědci doufají, že prostřednictvím stravy obohacené o biologicky aktivní látky bude možné pozitivně ovlivňovat funkce lidského organismu. Zkoumají tedy složky potravin, které mohou příznivě působit na naše zdraví prostřednictvím střevní flóry. Hodné bakterie k nim bezesporu patří.

Látky, které ovlivňují lidské zdraví a imunitu

- Prebiotika jsou nestravitelné součásti výživy, které slouží jako potravina vybraným mikrobiálním kmenům ve střevě, podporují jejich růst, a tím pozitivně ovlivňují složení střevní flóry. Zdravá mikrobiální střevní flóra má kladný vliv na zdraví a celkovou pohodu člověka.
- Prebiotika v mateřském mléce představují jednoduché cukry (oligosacharidy), které podporují růst bifidobakterií v zažívacím traktu kojence.
- Probiotika jsou živé mikroorganismy, které po podání člověku mohou kladně ovlivnit jeho střevní flóru. Nejčastěji jde o laktobacily a bifidobakterie.
- Funkční potraviny jsou běžné potraviny obohacené o biologicky aktivní látky. Ty mohou, ale také nemusí být živinami (např. bifidobakterie v jogurtech), které mají pozitivní vliv na zdraví.

Další body pro kojení

Významnou složkou mateřského mléka jsou jednoduché cukry. Až nyní vědci zjišťují, že podporují růst bakterií chránících děti před nemocemi.

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 lékárna, 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.