

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů

Využití prvků jógy při respiračních poruchách

Výskyt meningokokového onemocnění v ČR

Homeopatie v dětské ordinaci

Psychosomatická artterapie



ČESKÁ
SPORITELNA

ZENTIVA®



tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

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

www.detskylekar.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

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: 605 281 665 - jen pro inzerenty

e-mail: centrum@detskylekar.cz

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

vydavatelství

MEDIX

Branická 141, 147 00 Praha 4

tel.: 261 260 412, e-mail: vox@imedix.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc září 5

Výpisy z jednání Koalice ambulantních lékařů 6

Stárnoucí populace v Evropě zvyšuje náklady
na zdravotní péči 7

Péče o cizince po vstupu do EU 8



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP 14

MUDr. M. Zahradníková
Co je akupunktura? 15

MUDr. M. Kudyn
Alternativní medicína a praxe 16

M. Durasová
Využití prvků jógy - 1. část 16

MUDr. E. Bartlová
Možnosti homeopatie v období těhotenství a kojení 20

MUDr. T. Karhan
Homeopatie v dětské ordinaci 22

Ak. mal. J. Průchová
Psychosomatická artherapie 24

MUDr. H. Cabrnchová
Současné trendy v očkování proti poliomyelitidě 28

Výskyt meningokokového onemocnění v ČR 31

MUDr. A. Urbanová
Homeopatie v mé praxi 31



Aktuality 42

Řádková inzerce 46



NAKLADATELSTVÍ

UMÚN

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



Vážené kolegyně a kolegové,

dovolte mi před nadcházejícími volbami do výboru OSPDL krátké zamyšlení nad tím, co hlavního se za tři roky podařilo, a naopak, kde je třeba dále činnost odborné společnosti rozvíjet.

Domnívám se, že byly nastartovány hlavní směry činnosti, opírající se o ustavení oboru praktický lékař pro děti a dorost zákonem. Celý systém postgraduálního vzdělávání tak dostal konečně definovanou podobu a definovanou náplň, obsaženou v nově vytvořeném vzdělávacím curiculou se společnou tříletou náplní pro všechny obory s přívlástkem „dětské“. Do budoucna

tak zůstává úkolem vytvoření funkčního centra pro vzdělávání v oboru, vznik akreditovaných pracovišť z ordinací našich školitelů. Jejich pravidelné setkávání by již mělo být koordinováno nově vzniklým centrem pro vzdělávání a pro práci do centra (zatím jen pracovní skupiny pro vzdělávání, neboť dosud není zcela jasná role IPVZ do doby jeho akreditace) se přihlásilo 15 kolegů z řad velmi aktivních členů OSPDL.

OSPDL by tak nadále měla vykonávat svou činnost především v oblasti kontinuálního vzdělávání, kde systém páteřních témat s jednotným programem, která proběhnou ve všech regionech, se jeví jako funkční a již velmi propracovaný, včetně jednotných certifikátů. Další vzdělávací akce, kterých OSPDL pořádá řádově desítky ročně, probíhají vždy pod garancí výboru nebo regionálních zástupců. Za tři roky se vystříдалo již mnoho spolupracujících týmů různých lékařských profesí, se kterými jsme vždy velmi dobře spolupracovali a kterým tímto ještě jednou děkuji.

Zástupci OSPDL mají své významné role v mnoha komisích a poradních orgánech na úrovni MZČR, ČLS JEP, ČLK, v zastupitelstvech krajů a krajských poradních orgánech, v regionálních radách, dnes již i dokonce na mezinárodní úrovni. Děkuji každému aktivnímu členovi OSPDL pracujícímu pro výbor v roli regionálního zástupce, člena poradního orgánu a v pracovních skupinách. Velmi cenná je naše výborná spolupráce s profesní organizací Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost, kde došlo k vyjasnění si rolí obou organizací, nastavení základních mechanismů spolupráce na mnoha úrovních. Z mnoha jmenuji jen Poradní orgán ministra zdravotnictví ČR - Komise péče o dítě - jejímž členem jsem spolu s předsedou SPLDD, a předsedy dalších odborných společností řešících problematiku péče o dítě.

Za velký úspěch považuji legislativní oporu existence Zdravotního a očkovacího průkazu, jeho stávající podobu a nastavení mechanismu jednání redakční rady s možností reagovat na požadavky jeho dalších úprav. V oblasti očkování dětí jsme napomohli legální možnosti volby očkovací látky, zavedení acelulární očkovací látky do plošného očkování, příslibu zavedení kombinované hexavakcíny.

Po stručné ukázce toho, z čeho jsem spokojená a co se podařilo, však dosud vidím oblasti, kde není vše jak by mělo být. Nově zvolený výbor by měl navázat komunikaci s vědeckou radou ČLK, neboť oborová komise není dostačující zárukou dobré spolupráce. Je třeba, aby docházelo dále k pravidelným setkáváním školitelů a byla těmto setkáváním dána konkrétní metodická a odborná náplň. V oblasti pregraduálního vzdělávání je stále kladen malý důraz na informace o existenci primární pediatrické péče a její další budoucnosti. Je třeba dále rozvíjet standardy oboru, doporučené postupy, činnost pracovních skupin. To vše však již budou úkoly pro nově zvolený výbor.

Přípravou voleb byla pověřena volební komise, která do začátku listopadu předloží výboru definitivní návrh průběhu korespondenčních voleb do výboru a revizní komise OSPDL, včetně volby regionálních zástupců. Každopádně v souladu s platnými stanovami obdrží každý člen OSPDL navrženou kandidátku výboru, ale také seznam všech členů OSPDL pro potvrzení členství u dalších navrhovaných kandidátů. Volební materiály včetně volebních lístků by měly být rozeslány v průběhu listopadu letošního roku. Využívám této své poslední příležitosti před novými volbami, abych Vás vyzvala k pozitivní volbě všech těch o kterých jste přesvědčeni, že budou aktivně naplňovat hlavní cíle a úkoly odborné společnosti. Nově zvolený výbor si pak na svém prvním zasedání zvolí ze svých řad předsedu OSPDL.

S pozdravem a přáním klidného podzimu všem kolegům

Hana Cabrnchová

Vyšetřování sluchu u dětí
Vývoj zraku u dětí a jeho vyšetření
Stanovení diagnózy
sluchové vady u dětí
Tabulka řečové audiometrie
Využití prvků jógy - 2. část

listopad 2004 ■ číslo 9 ■ ročník 4

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



seznam inzerujících firem

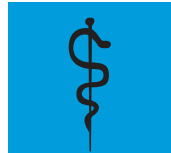
AVENT
BOEHRINGER INGELHAIM
BOIRON
ČESKÁ SPOŘITELNA
GREENPLANET
HERO
HIPP
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION DIAGNOSTICA
STIEFEL LABORATORIES
ZENTIVA

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 - 20,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
Středa
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnchová
13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
Čtvrtek
17,00 - 19,00 - MUDr. Tomáš Soukup
10,00 - 13,00 - MUDr. Milan Kudyn



Přehled činnosti za měsíc září

MUDr. Pavel Neugebauer

Předseda SPLDD ČR

Měsíc září se nesl v duchu očekávání návrhů řešení současné složité situace, zejména ekonomické, v resortu zdravotnictví. První signály vyslané novou ministryní zdravotnictví však nenabídly nic nového, naopak lze očekávat posilování role státu. Neřešení základního rozporu, tj. objemu plně hrazené péče ze zdravotního pojištění a nedostatku k tomu určených financí se podepsalo i na další nedohodě o úhradách naší činnosti pro 1. pololetí roku 2005.

1.9. - první kolo jednání o cenách v segmentu praktických lékařů, z naší strany spíše očekávání toho, co nabídnou zdravotní pojišťovny, resp. tentokrát jsme sami nepředložili jiný návrh než ten, který byl předložen pro 2. pololetí letošního roku, pojišťovny přišly na jednání s návrhem „zakonzervování“ výše základních sazeb, v diskusi svítla má lá naděje na možné navýšení....

14.9. - analytická komise se sešla na svém dalším jednání, předkládáme jeden z, podle mého názoru, zajímavých výstupů z práce této komise

Ideální stav pracovního zatížení PLDD

1. Časová náročnost činnosti PLDD

Kurativa:

3 - 4 hodiny denně

5 - 6 pacientů/hod

→ 4 hodiny → **20 pacientů za den** (max. 24 pacientů/den) tj. 4.300 vyšetření/rok = **81.700 vyšetření za 19 let**

Časová náročnost vyšetření - průměrně **12,5 minuty**

Prevence:

věk: **0 - 3 roky:**

30 min/pacienta

10 + 4 = 14 návštěv → **7 hod**

3 - 19 let:

20 min/pacienta

8 návštěv → **3 hod**

Prevence celkem: 10 hod / pacienta

Administrativa: 90 min/den

Fond pracovní doby: 365 dnů

- So, Ne, svátky cca **250 prac. dnů / rok**

- dovolená - **25 prac. dnů / rok**

- vzdělávání - **10 prac. dnů / rok**

Využitelný fond pracovní doby:

215 dnů/rok x 8 hod/den = **1.720 hod / rok**

= **32.680 hod / 19 let**

Celková časová náročnost:

za 19 let

za rok

Kurativa

81.700 x 12,5 min. = 17.021 hod **896 hod**

Prevence

10 hod x 950 osob = 9.500 hod **500 hod**

Administrativa

1,5 hod x 215 dnů = 6.128 hod **323 hod**

Celkem 32.649 hod **1.719 hod**

Denní rozložení pracovní doby:

Kurativa

4:00

Prevence

2:20

Administrativa

1:30

Ostatní

0:10

Celkem

8:00 hod

2. Ideální věkové rozložení pacientů:

950 fyzických osob s rovnoměrným věkovým rozdělením tj. **50 novorozenců ročně.**

Přepočtený počet 1.887,5 jednicových pojištěnců

Stabilizovaný stav s pravidelným ročním přírůstkem pacientů odpovídajícím přirozenému úbytku pacientů, aby celkový stav pacientů příliš nekolísával.

Kombinovaná kapitačně výkonová platba:

Kapitační platba: přibližně 32,- Kč / jednicového pojištěnce

KKVP = kapitace + výkony přibližně v poměru "

70 % kapitace a 30 % výkony

Současný měsíční příjem:

kapitace 1.887,5 x 32 = 60.400

výkony 25.886

celkem 86.286,-

Současný měsíční příjem při ideálním věkovém rozložení by činil 86.286,- Kč.

Současný roční příjem při ideálním věkovém rozložení by činil 1.035.432,- Kč.

3. Náklady ordinace, průměrný zisk a odměna

PLDD:

Náklady ordinace: **920.000,- Kč**

Odměna PLDD: **360.000,- Kč**

Zisk: **120.000,- Kč**

Celkem: **1.400.000,- Kč**

tj. cca měsíčně: **116.700,-Kč**

4. Závěr

Pro naplnění nákladů a zisku by bylo třeba zvýšení kapitačního základu na 45 - 50 Kč na jednicového pojištěnce měsíčně a odpovídající zvýšení hodnoty bodu za výkony mimo kapitační platbu.

20.9. - druhé a zároveň i závěrečné kolo přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na 1.pololetí 2005, ZP navrhly navýšení základní sazby hodnoty bodu na 1,- Kč ovšem za cenu buď zavedení nových regulačních opatření (na léky schválené revizním lékařem, komplement, fyzioterapii a dopravu), nebo zavedením „signálního“ kódu, tedy univerzálního kódu vykazovaného při každém průchodu pacienta ordinací, uvedené nabídky jsme odmítli, proto jednání skončilo nedohodou

21.9. - na svém pravidelném jednání se sešla Kóalice ambulantních lékařů, informaci z jednání zveřejňujeme na jiném místě

23.-24.9. - proběhlo jednání Předsednictva SPLDD ČR, členové Výkonného výboru informovali o proběhlých jednáních, dále byla diskutována problematika jednotlivých regionů a byly stanoveny cíle pro následující období

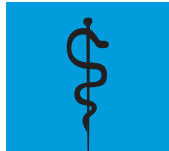
Vážené kolegyně, vážení kolegové, dovolujeme si Vás pozvat na

XIII. Celorepublikovou konferenci SPLDD ČR,

kteřá se koná dne 13.11.2004 od 10 hodin

v kongresovém sále Hotelu CDMS Krystal, J.Martího 2/407, Praha 6.

Výkonný Výbor SPLDD ČR



Koalice ambulantních lékařů

Výpis z jednání ze dne 21.9.2004

1. Problematika „oranžových lístků“

Organizace Koalice, které chtějí předat oranžové lístky, je předají způsobem, který odsouhlasí jejich volené orgány a o způsobu uzavření akce se bude případně dále jednat.

2. Institucionalizace Koalice

Všichni přítomní zástupci Koalice se přiklonili k variantě vytvořit sdružení právnických osob bez právní subjektivity a bez sídla. K předložené „Smlouvě o sdružení“ byla přednesena řada připomínek, která byla společně projednána a odsouhlasena.

3. Unie zaměstnavatelských svazů

- informace

■ Unie ZS se obrátila na členské organizace s žádostí o navržení zástupců do Rady pro akreditaci.

4. Legislativa

■ je nutno stále monitorovat situaci kolem novely zákona č. 48/1997 Sb.,

■ chystá se návrh vyhlášky o zdravotnické dokumentaci

5. Dodatky smluv

se zdravotními pojišťovnami

Všechny dodatky smluv by měly být předem projednány s jednotlivými organizacemi. Navrženo iniciovat jednání se zdravotními pojišťovnami k úhradě zdravotní péče cizinců.

6. Jednání krizových výborů Koalice

Vzhledem k tomu, že situace v úhradách zdravotní péče se stále nelepší, navrhuje zástupci Koalice svolat opět krizové výbory k dohodě o dalším společném postupu a následně medializaci závěrů na tiskové konferenci.

7. Různé

■ Problematika Rámcových smluv se bude řešit v souvislosti s novelou zákona č. 48/1997 Sb.

■ CASH REFORM a.s. oslovuje lékaře s nabídkou financování pohledávek ZZ za VZP.

Výpis z mimořádného jednání ze dne 4.10.2004

1. Kampaň kolem tzv. privatizace nemocnic

Byly předloženy tiskové dokumenty - dílčí monitoring tisku k dané problematice - mediálně prezentovaná vyjádření ministryně zdravotnictví, která lze vykládat jako útok na provozování privátních zdravotnických zařízení.

V diskusi se vyjádřili všichni členové Koalice a shodli se na následujících dílčích výstupech:

■ ministryně zdravotnictví ve svých výrocích nepřímo přiznává podfinancování zdravotnictví - převedení nemocnic do statutu např. zvažovaných obchodních společností by nepřímo vedlo k „odhalení“ hlavního neduhu zdravotnictví, tj. že na současný rozsah plně hrazené péče není dostatek finančních prostředků, situaci by již nebylo možno řešit oddlužováním, dotacemi apod.

■ výroky ministryně zdravotnictví poškozují lékaře v soukromém sektoru minimálně po etické stránce

■ nesystematičnost práce ministryně zdravotnictví - místo zřetelných a jasných stabilizačních kroků - např. žádost adresovaná ředitelům přímo zřizovaných nemocnic o „vánoční odměnu“ lékařům ve státním sektoru versus zřizování hyperbarických komor apod.

2. Reakce Koalice

Po obsáhlé diskusi vznikl návrh tiskového prohlášení Koalice, které je přílohou tohoto zápisu.

3. Další postup Koalice

Na začátku listopadu bude svolána tisková konference k problematice aktuálního stavu resortu - dále je plánováno svolání „krizového štábu“ Koalice

Prohlášení

Koalice ambulantních lékařů

Koalice ambulantních lékařů se ohrazuje proti tvrzením, podle kterých se v soukromých zdravotnických zařízeních „léčí hůře

a umírá v nich statisticky více pacientů“, a že nemocnice provozované obchodními společnostmi obchodují se zdravím a životem pacientů. Podobné výroky z úst ministryně, lékařky Milady Emmerové, považuje Koalice za krajně neetické.

Koalice konstatuje, že rozdíly ve státních a nestátních zdravotnických zařízeních existují především v ekonomických podmínkách poskytování zdravotní péče. Zatímco nestátní zdravotnická zařízení musí vystačit s prostředky zdravotního pojištění, státní jsou opakovaně dotována, případně oddlužována.

Koalice vnímá současnou kampaň proti tzv. privatizaci jako vážné ohrožení soukromého podnikání ve zdravotnictví, proto připravuje na začátek listopadu tiskovou konferenci a následně svolání krizového štábu.

Za koalici ambulantních lékařů:

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, od 1.9.2004 mluvčí Koalice

MUDr. Jiří Pekárek, prezident České stomatologické komory

MUDr. Zorjan Jojko, výkonný místopředseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

(dříve SSL ČR)

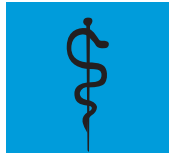
MUDr. Jan Jelínek, místopředseda Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

Pro Vox připravil: dr. Neugebauer

Reakce ministryně zdravotnictví Milady Emmerové

Prohlášení Koalice ambulantních lékařů ze dne 7.10.2004 obsahuje řadu teoretických i faktických nepřesností. Uvádí se tu například můj výrok o „soukromých zdravotnických zařízeních, ve kterých se hůře léčí a statisticky umírá více pacientů“. Koalice se hluboce mylí, není to můj názor, ale jen mnou citovaný odkaz na kanadskou odbornou práci, s níž jsem uvedla i zdroj této informace. Jako je privátní lékař buď smluvní nebo soukromý, tentýž rozdíl se týká i akciové společnosti a soukromého zdravotnického zařízení. Prohlášení podepsali představitelé sdružení ambulantních lékařů, praktických dětských lékařů, ale i například stomatologů. Připojilo se i sdružení ambulantních specialistů. Já ale o ambulantních lékařích přece nehovořím, vyjadřuji se pouze k akciovým společnostem v lůžkových zařízeních. Pisatelé si asi vůbec neuvědomují, kdo je smluvní lékař a kdo soukromý, byť jde vždy o určitý subjekt, který na sebe bere odpovědnost v ambulantním provozu. Pokud jde o rozdíly v krajských zdravotnických zařízeních a nově vznikajících akciových společnostech, připouštím, že mohou být především v ekonomických podmínkách. Na druhé straně je, vzhledem k charakteru těchto zařízení a jejich nezávaznému oborovému složení, ohrožena tvorba sítě zdravotnických zařízení. Taková nemocnice, která nemá stabilní soubor oborů, nemůže být oporou pro tvorbu sítě lůžkových zařízení. Oddlužení se týkalo všech bývalých okresních nemocnic, které přešly na kraje. Někteří činníci na to však ve svých přehledech zapominají.



Stárnoucí populace v Evropě zvyšuje náklady na zdravotní péči

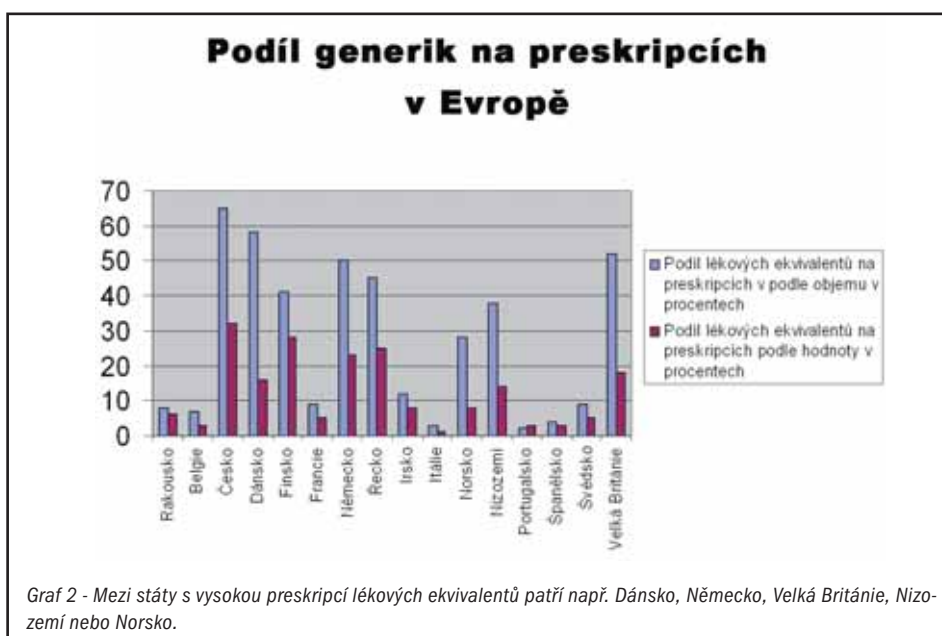
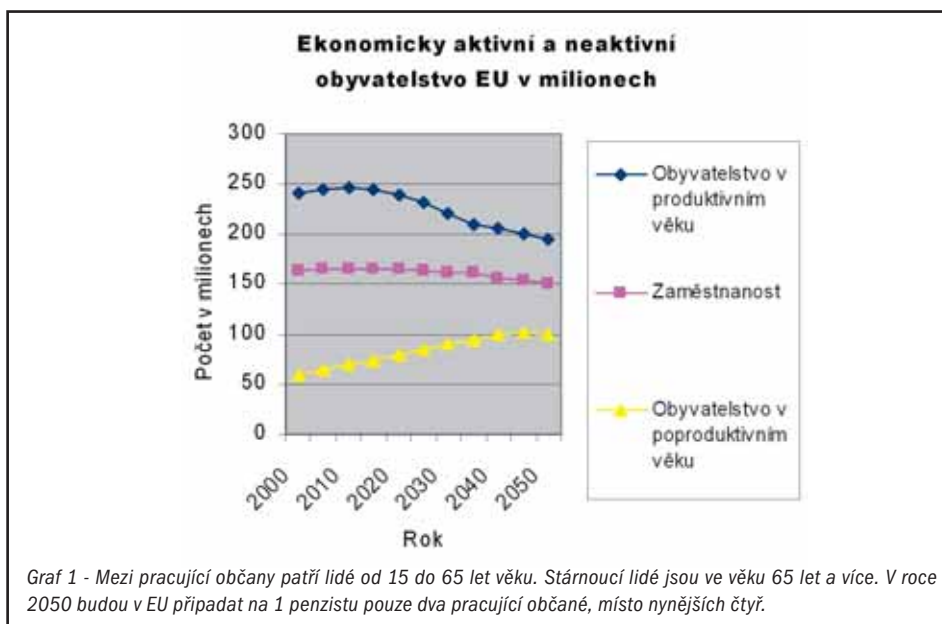
Česká asociace farmaceutických firem

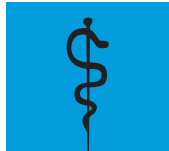
Populace v Evropě i České republice rychle stárne. V roce 2050 budou na jednoho penzistu připadat pouze dva pracující občané, místo nynějších čtyř. Již dnes se náklady kvůli náročné zdravotní a sociální péči neúměrně zvyšují právě u osob nad 65 let. Celková spotřeba léků představuje 30 až 40 % výdajů rozpočtu na zdravotní péči. Evropští politici předpokládají, že se výlohy na zdravotnictví budou každé desetiletí zvyšovat o 4 až 8 %. To je nutí stále více úhrady přehodnocovat. Řešení mohou přinést finančně efektivní a kvalitní lékové ekvivalenty, které jsou při shodné kvalitě o 20 až 60 % levnější než léky s patentovou ochranou.

„Lékové ekvivalenty (tj. léky bez patentové ochrany, generika) mohou pomoci k ozdravení rozpočtů ve zdravotnictví,“ upřesňuje situaci Lumír H. Kroček z České asociace farmaceutických firem. Ekonomicky efektivní lékové ekvivalenty nabízejí snazší kontrolu rostoucích rozpočtů na zdravotnictví. V Evropské unii se proto lékové ekvivalenty využívají v rámci většiny léčebných programů. Díky lepším cenám generik se tyto programy stávají finančně dostupnější i pro širší populaci. Na lékové ekvivalenty se v zemích EU vydává každoročně přes 13 miliard EUR. Na jejich výzkum a vývoj investují firmy 6 až 8 % prostředků z tržeb. Vlády jednotlivých států EU plánují ještě více využívat lékových ekvivalentů a podporovat jejich preskripci.

Preskripce lékových ekvivalentů se v České republice pohybuje okolo 70 % pokud jde o objem, zatímco z hlediska výdajů představují pouze 30 %. Právě z důvodu vyšší ceny si mnoho pacientů v důchodovém věku nemůže dovolit předepsané léky s patentovou ochranou dlouhodobě užívat a připlácet na ně.

Lékové ekvivalenty díky své zajímavé ceně umožňují větší dostupnost nejmodernějších lékových forem široké veřejnosti. Zároveň poskytují pacientům stejnou kvalitu, bezpečnost a účinnost jako léky s patentovou ochranou. Před uvedením na trh se jejich účinnost podrobuje velmi podrobnému zkoumání. Klíčovým faktorem pro upřednostnění lékového ekvivalentu během preskripce je tedy potvrzení jeho rovnocennosti s lékem s již skončenou patentovou ochranou při nižší ceně generika.





Péče o cizince po vstupu do EU

MUDr. Pavel Neugebauer

Předseda SPLDD ČR

Česká republika se stala dnem 1. května 2004 členským státem Evropské unie. Vzhledem k tomu, že ne všichni si dosud osvojili změny v poskytování zdravotní péče občanům Evropské unie v souvislosti s touto skutečností, dovolím si na nejzákladnější změny i touto formou znovu upozornit. Členství ve společnosti evropských států s sebou totiž přináší řadu změn v zajištění nároků na zdravotní péči při pohybu v rámci zemí Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska a to u všech občanů, tj. jak cizinců, tak i našich občanů.

1. Obecné informace

■ Nároky na poskytování zdravotní a sociální péče se od vstupu do Evropské unie řídí právem EU, konkrétně nařízením **Rady EHS 1408/71 a prováděcím nařízením Rady EHS 574/72**. Tyto právní předpisy jsou od okamžiku našeho vstupu v České republice přímo platné a účinné a mají přednost před českým zákonem.

■ Změny se netýkají pouze těch, kteří cestují do jiných zemí Evropské unie jako turisté. Nové nároky přináší i dalším skupinám osob, jmenovitě:

- pracovníkům vyslaným za účelem splnění pracovního úkolu, či výkonu jiné pracovní činnosti,

- studentům, kteří se v jiném členském státě připravují na výkon povolání,

- uchazečům o zaměstnání v jiném členském státě,

- pracovníkům v mezinárodní dopravě, nebo

- pacientům žádajícím o souhlas s poskytnutím vyžádané zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení jiného členského státu Evropské unie

■ Zásadním způsobem se mění i nároky všech, kdo budou bydlet v jiné státě, než je stát, kde vykonávají výdělečnou činnost, nebo stát odkud pobírají důchod. V tomto smyslu získají nová práva a povinnosti jmenovitě:

- pracovníci vykonávající výdělečnou činnost v jiném členském státě, než mají bydliště

- důchodci pobírající důchod pouze z jedné z členských zemí a bydlící v jiném členském státě (nebo se do jiného členského státu stěhující), obdobně je to u žadatelů o důchod

- nezaopatření rodinní příslušníci výše uvedených osob

■ Změna, kterou přináší členství v Evropské

unii, neznamená pouze získání nároku na zdravotní péči v jiných členských státech, zásadním způsobem též ovlivňuje samotnou příslušnost k zákonnému systému zdravotního pojištění té které země. V rámci EU totiž platí pravidlo, že je **každý pojištěn v zákonem stanoveném systému pouze jednoho státu**, proto jsou velmi důležitá pravidla o příslušnosti k právním předpisům. Tato pravidla také stanovují, v které zemi má být pojištění realizováno. Pouze v této zemi pak platí povinnost platit pojistné, pouze právní předpisy této země pak určují, jaké jsou v rámci pojišťovacího systému dané země práva a povinnosti.

2. Konkrétní příklady

A. POJIŠTĚNCI POBÝVAJÍCÍ V JINÉM ČLENSKÉM STÁTĚ NA PŘECHODNOU DOBU (TURISTÉ, VYSLANÍ PRACOVNÍCI, STUDENTI)

a) Doklady o nároku na lékařsky nezbytnou zdravotní péči v jiném státě

■ Evropský průkaz zdravotního pojištění (obrázek č.1), nebo

■ papírové Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění (obrázek č.2)

b) Postup pro uplatnění nároku

→ Před vycestováním

■ Je nutno požádat na pobočce své zdravotní pojišťovny o vystavení Evropského průkazu zdravotního pojištění.

■ Pokud zdravotní pojišťovna ještě nezačala Evropský průkaz vydávat, nebo pokud jej nestihne vydat v potřebné době, je nutno požádat o vystavení papírového Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz zdravotního pojištění.

■ V případě, že ten, kdo má úmysl vycestovat, trpí chronickým onemocněním a ví, že bude během pobytu potřebovat určitou péči (např. dialýza), je třeba její poskytnutí v zemi pobytu ještě před odjezdem se zdravotnickým zařízením předjednat.

Poznámka

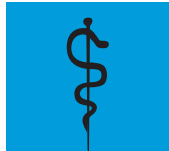
Pokud se jedná např. o našeho občana, vyslaného na území jiného členského státu, musí se, buď osobně nebo jeho zaměstnavatel, ještě před vycestováním obrátit na okresní správu sociálního zabezpečení, kde požádá o vystavení formuláře E101 (doklad o tom, že nadále podléhá českým předpisům a nemusíte ve státě, kam je vyslán, platit pojistné). Stejný postup je i v případě cizího občana vyslaného na území ČR

→ Na území jiného členského státu

■ Evropský průkaz zdravotního pojištění nebo papírové Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz je nutno předložit v případě náhlého onemocnění nebo úrazu v jiném členském státě lékaři. V některých státech je vhodnější před návštěvou lékaře předložit Evropský průkaz či Potvrzení místní zdravotní pojišťovně. Ta by měla předat seznam svých smluvních lékařů a doklad - opět příslušný formulář E, s kterým je možno se poté na lékaře obrátit. Tato předchází tzv. registrace u místní zdravotní pojišťovny však nesmí být od 1. 7. 2004 vyžadována jako podmínka ošetření.

■ Pokud u sebe nemá občan EU žádný z výše uvedených dokladů, je možné požádat místní pojišťovnu o zprostředkování dodatečného zaslání Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz zdravotního pojištění z ČR.

■ V případě vážného onemocnění či úrazu



Obr. č. 1



a následné hospitalizace (například v důsledku dopravní nehody) je možné požádat o zprostředkování dodatečného zaslání Potvrzení přímo v nemocnici.

■ Svou zdravotní pojišťovnu může občan EU kdykoliv kontaktovat i sám a požádat ji o dodatečné zaslání Potvrzení do země, kde pobývá.

Poznámka:

V každém případě však musí být Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění na vyžádání dodatečně zasláno.

c) Čerpání péče

Pokud je lékař v jiném členském státě předložen Evropský průkaz zdravotního pojištění nebo papírové Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz, má předkladatel nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči za stejných podmínek jako místní pojištěnci. To zejména znamená, že místní systém zdravotního pojištění za něj zaplatí lékař ošetření do té výše, jakou by zaplatil za svého pojištěnce.

d) Upozornění

■ Ve většině států se za zdravotní péči připláčí, a může proto být vyžadováno zaplacení části účtů v hotovosti (současný paradox situace v České republice)

■ Případný převoz zpět na území jiného členského státu není krytý, musí být zaplacen v hotovosti

■ V některých státech musí být zaplacen při ambulantním ošetření celý účet a s tímto účtem je nutno zajít na tamní zdravotní pojišťovnu (např. Francie) - tj. jsou rozdílné postupy u jednotlivých zemí a jsou specifikovány v již uvedených nařízeních

e) Komerční pojištění

■ Existuje možnost, jak se vyhnout tomu, nést náklady na spoluúčast nebo převoz zpět do členského státu (důležité především pro ob-

čany ČR). Za tímto účelem je možné před odjezdem uzavřít komerční cestovní zdravotní připojištění. V takovém případě je třeba při ošetření předložit v první řadě doklad o tomto komerčním připojištění.

■ Vzhledem k tomu, že i plnění z komerčního připojištění může být omezeno (například částkou), doporučuje se při krátkodobých pobytech na území jiného členského státu kombinace obou způsobů, tzn. mít u sebe svůj Evropský průkaz zdravotního pojištění nebo Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz a zároveň si před odjezdem sjednat i komerční cestovní zdravotní připojištění.

B) PACIENTI CESTUJÍCÍ DO JINÉHO ČLENSKÉHO STÁTU ZA ÚČELEM POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Se souhlasem své zdravotní pojišťovny je možno v určitých případech čerpat zdravotní péči v jiném členském státě i v případě, že onemocnění započalo již na území, státu, ze kterého občan EU cestuje. Může jít o:

■ Situaci, kdy jde o pracovníka-pojištěnce, který bydlí v jiném členském státě. V tomto případě místně příslušná pojišťovna dle bydliště vydá souhlas na formuláři E112 (obrázek č.3).

■ Situaci, kdy jde o pojištěnce, který potřebuje specifickou zdravotní péči a žádá z vlastního rozhodnutí o souhlas s jejím poskytnutím v jiném členském státě, ačkoliv tam zrovna necestuje a ani tam nepracuje. Udělení takového souhlasu záleží na vůli místně příslušné zdravotní pojišťovny místa trvalého bydliště. Svolení by nemělo být odmítnuto v případech, kdy jde o léčení, které nemůže být poskytnuto ve lhůtě, která je obvyklá v místě trvalého bydliště a s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu a k pravděpodobnému dalšímu průběhu nemoci. V případě udělení souhlasu zdravotní pojišťovna vystaví opět formulář E112, který je nutno předložit ve zdravotnickém zařízení, které bylo k ošetření zvoleno, popřípadě v instituci, která v místě poskytnutí hradí zdravotní péči. O vystavení formuláře je třeba požádat před vycestováním. Vždy je třeba poskytnutí takové zdravotní péče se zdravotnickým zařízením a pokud možno i s místním nositelem pojištění předjednat.

C) PRACOVNÍCI A OSVČ

■ Pracovníci vykonávající výdělečnou činnost pouze v jednom z členských států EU jsou zdravotně i nemocensky pojištěni pouze v tomto státě bez ohledu na to, zda mají bydliště v jiném členském státě. Výdělečnou čin-

ností se rozumí zaměstnání nebo samostatná výdělečná činnost (OSVČ).

■ Po dobu pojištění z titulu výkonu výdělečné činnosti, nemusí občan členských států EU ani jejich nezaopatření rodinní příslušníci hradit pojistné do systému zdravotního pojištění země, kde bydlí.

■ Na základě Nařízení Rady (EEC) 1408/71 mají nárok na plnou zdravotní péči v místě trvalého bydliště, ale i v zemi, kde pracují. Stejný nárok mají i jejich nezaopatření rodinní příslušníci.

■ Zdravotní péče v zemi bydliště je pracovníkovi i jeho nezaopatřeným rodinným příslušníkům poskytována zdravotní pojišťovnou v místě bydliště. Této pojišťovně hradí vynaložené náklady zdravotní pojišťovna, u které je pojištěn pracovník.

Poznámka:

V případě, že jde o přeshraničního pracovníka (vrací se každodenně, nebo nejméně jednou týdně do země bydliště), je nárok jeho nezaopatřených rodinných příslušníků v místě vykonávání výdělečné činnosti omezen na lékařsky nezbytnou zdravotní péči.

a) Nezaopatření rodinní příslušníci

■ Kdo je nezaopatřeným rodinným příslušníkem pracovníka určuje pojišťovna v místě bydliště v souladu s místními právními předpisy

■ Pokud manželka (manžel) nebo osoba pečující o dítě, vykonává ve státě bydliště výdělečnou činnost, zůstane i dítě pojištěno ve státě bydliště.

■ Pracovník může v místě výkonu výdělečné činnosti požádat o rodinné dávky podle místních právních předpisů.

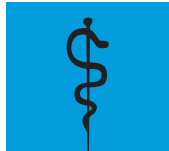
b) Postup, který je třeba dodržet:

→ Registrace:

■ Pokud jde o pojištěnce ČR, bydlícího v jiném členském státě, musí se obrátit na svou českou zdravotní pojišťovnu a požádat ji o vystavení formuláře E106 ve dvou vyhotoveních. Tento formulář je nutno co nejdříve donést, zaslat nebo jinak doručit zahraniční zdravotní pojišťovně v místě trvalého bydliště. Tato zdravotní pojišťovna na základě formuláře E106 provede registraci spolu s nezaopatřenými rodinnými příslušníky jako české pojištěnce.

■ Po dobu registrace se nemusí ve státě bydliště přispívat do systémů sociálního pojištění.

■ Ve státě bydliště vzniká pak spolu s neza-



patřenými rodinnými příslušníky nárok na plnou zdravotní péči na účet české zdravotní pojišťovny.

c) Upozornění

Jakákoliv změna situace (například zahájení pracovní činnosti v místě bydliště, a to i rodinného příslušníka) je třeba neprodleně nahlásit české zdravotní pojišťovně. V případě nesplnění oznamovací povinnosti mohou být sankce podle českých právních předpisů.

d) Placení pojistného za rodinné příslušníky

Pokud má český občan v zemi bydliště nezaopatřené rodinné příslušníky, kteří byli registrováni spolu s ním, předloží své české zdravotní pojišťovně doklady o jejich situaci z hlediska placení pojistného. Doložení těchto dokladů je důležité pro to, aby za ně mohl být plátcem pojistného český stát. Jde zejména o doklady:

- o studiu u dětí nad 15 let,
- o tom, že je manžel (manželka) na mateřské nebo rodičovské dovolené,
- o tom, že soustavně celodenně pečuje o dítě ve věku do 7 let nebo dvě děti ve věku do 15 let,
- o tom, že je v zemi bydliště evidován(a) na úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání
- o tom, že pobírá v zemi bydliště dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby,
- o tom, že koná vojenskou (do konce letošního roku i případně náhradní vojenskou) službu,
- o tom, že jde o osobu ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody,
- o tom, že jde o osobu převážně nebo úplně bezmocnou, nebo o osobu, která o takovou osobu pečuje,
- o tom, že jde o osobu, která dosáhla důchodového věku, ale nemá žádný příjem z výdělečné činnosti ani nárok na důchod,
- o osobu umístěnou ve školském zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy

Pokud nebude předložen doklad o některé z výše uvedených skutečností, bude nezaopatřený rodinný příslušník považován za osobu bez zdanitelných příjmů a bude muset české zdravotní pojišťovně hradit pojistné jako samoplátce. V takovém případě může samozřejmě placení pojistného probíhat i prostřednictvím pojištěného českého občana.

D) PŘESHRAŇIČNÍ PRACOVNÍCI (PENDLERI)

■ Přeshraňiční pracovníci vykonávající výdělečnou činnost pouze v jiném členském státě

a bydlící v ČR jsou zdravotně i nemocensky pojištěni ve státě, kde pracují.

■ Po dobu, kdy jsou v jiném členském státě pojištěni z titulu výkonu výdělečné činnosti, nemusí oni ani jejich nezaopatření rodinní příslušníci hradit pojistné do českého systému zdravotního pojištění.

■ Na základě Nařízení Rady (EEC) 1408/71 mají nárok na plnou zdravotní péči v České republice i v zemi, kde pracují.

■ Jejich nezaopatření rodinní příslušníci, bydlící v ČR, mají nárok na plnou péči v České republice. V zemi, kde pendler pracuje mají nárok pouze na lékařsky nezbytnou zdravotní péči.

■ Zdravotní péče v ČR je pracovníkovi i jeho nezaopatřeným rodinným příslušníkům poskytována českou zdravotní pojišťovnou, u níž je pracovník zaregistrován. Této pojišťovně hradí vynaložené náklady zahraniční zdravotní pojišťovna pendlera.

a) Definice:

= za pendlera je považován pracovník, který je pojištěn v jiném členském státě, kde je zaměstnán, nebo kde podniká, přičemž nadále bydlí v České republice, kam se každodenně, nebo nejméně jednou týdně vrací.

b) Nezaopatření rodinní příslušníci

■ Za nezaopatřeného rodinného příslušníka pendlera je považována jeho manželka (manžel) bez vlastních příjmů z výdělečné činnosti, která nepobírá důchod, dávky v nezaměstnanosti ani peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění. Dále se za něj považuje nezaopatřené dítě ve smyslu zákona o státní sociální podpoře.

■ Pokud manželka (manžel) nebo osoba pečující o dítě, vykonává v ČR výdělečnou činnost, zůstane i dítě pojištěno v ČR.

■ Pokud byl nezaopatřený rodinný příslušník v ČR samoplátcem, nemusí pojistné v ČR platit.

■ Pracovník může v zemi pojištění žádat o rodinné dávky podle předpisů státu, kde vykonává výdělečnou činnost.

c) Postup, který je třeba dodržet:

→ Registrace:

■ Pokud jde o pendlera (dle použité definice), musí se obrátit na svou zahraniční pojišťovnu a požádat ji o vystavení dvou vyhotovení formuláře E106. Formulář je nutno v době co nejdříve donést, zaslat nebo jinak doručit

české zdravotní pojišťovně, u níž byl dosud pojištěn (formulář lze doručit i prostřednictvím jiné osoby, např. rodinného příslušníka). Pokud je formulář předložen, zaniká povinnost hradit pojistné v České republice. Česká zdravotní pojišťovna vystaví na základě formuláře E106 Potvrzení o registraci. Toto Potvrzení je vystaveno na dobu uvedenou na formuláři E106.

■ S Potvrzením je nutno se v případě potřeby obracet na ošetřujícího lékaře. Na jeho základě vzniká v ČR nárok na stejnou péči jako český pojištěnec.

d) Upozornění:

Jakoukoliv změnu situace (například že pojištění v jiném členském státě skončilo, nebo že naopak vzniklo) je třeba opět neprodleně nahlásit české zdravotní pojišťovně. V případě nesplnění oznamovací povinnosti mohou být sankce podle českých právních předpisů.

e) Nezaopatření rodinní příslušníci:

Pokud má pendler v ČR nezaopatřené rodinné příslušníky, kteří odpovídají výše uvedené definici, předloží české zdravotní pojišťovně spolu s formulářem E106 i oddací list, nebo rodinný list dítěte. Na základě těchto dokumentů budou zaregistrováni spolu s ním a bude jim vydáno samostatné Potvrzení o registraci. Na jeho základě budou mít v ČR nárok na stejnou péči jako český pojištěnec.

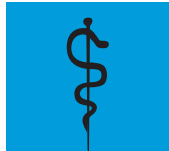
E) RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI BYDLÍCÍ

V JINÉM STÁTĚ NEŽ PRACOVNÍK

Pokud pracujete v ČR a nezaopatření rodinní příslušníci bydlí v jiném členském státě, je nutno se obrátit na svou českou zdravotní pojišťovnu se žádostí o vydání formuláře E109. Tento formulář je třeba předložit nebo zaslat instituci, která hradí zdravotní péči v místě bydliště nezaopatřených rodinných příslušníků. Na základě tohoto formuláře budou nezaopatření rodinní příslušníci ve státě svého bydliště zaregistrováni. Budou mít nárok na veškerou zdravotní péči jako místní pojištěnci. Náklady na tuto péči však ponese česká zdravotní pojišťovna.

Pro Vox zpracoval:
MUDr. Pavel Neugebauer

Zdroj: Centrum mezistátních úhrad
(www.cmu.cz)



obrázek č. 2

**POTVRZENÍ
DOČASNĚ NAHRAZUJÍCÍ
EVROPSKÝ PRŮKAZ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ**
*(Toto potvrzení se vydává na základě přílohy 2 Rohodnutí č. 190 z 18. června 2003,
týkající se technické specifikace Evropského průkazu zdravotního pojištění)*

Označení formuláře

Kód vydávající země

1. E-□□□□

2. CZ

Informace o pojištěnci

3. Příjmení: **BLAHOŽ**4. Křestní jméno (jména): **MARTIN**5. Datum narození: **13/05/1945**6. Číslo pojištěnce: **4505132341**

Informace o kompetentní instituci

7. Kód instituce: **11119 - VZP**

Informace o evropském průkazu zdravotního pojištění

8. Číslo průkazu: **80205111191234567890**9. Platnost do: **31/12/2007**

Doba platnosti

a) Od: **01/06/2004**b) Do: **01/12/2004**

Datum vydání formuláře

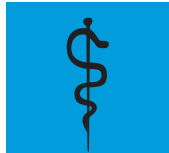
c) **30/05/2004**

Podpis a razítko instituce

d)

Poznámky a informace:

Všechny normy použité pro okem čitelné údaje na Evropském průkazu zdravotního pojištění týkající se názvů polí, hodnot, délky a poznámek se uplatní i na tomto Potvrzení.



EVROPSKÁ SPOLEČENSTVÍ
Předpisy o sociálním zabezpečení
EEA

Viz pokyny na str. 3

E112 CZ (1)

POTVRZENÍ O TRVÁNÍ NÁROKU NA JIŽ POSKYTOVANÉ DÁVKY V NEMOCI A MATERSTVÍ

Nariadení 1408/71: čl. 22.1.b.i; čl. 22.1.c.i; čl. 22.3; čl. 31
Nařízení 574/72: čl. 22.1; a 3; čl. 23

Kompetentní instituce nebo instituce místa bydliště důchodce nebo rodinného příslušníka vydá tento formulář pojištěné osobě nebo důchodci nebo rodinnému příslušníku důchodce. Pokud pojištěná osoba nebo důchodce jede do Velké Británie, musí být jedna kopie formuláře odeslána také na Ministerstvo sociálního zabezpečení, úřad pro dávky, Fedtelství dávek v zahraničí, Newcastle upon Tyne.

Zaměstnaná osoba
 Osoba samostatně výdělečně činná
 Ostatní

Důchodce (soustava pro zaměstnané osoby)
 Důchodce (soustava pro osoby samostatně výdělečně činné)

1. Příjmení^(1a) **BLAHUT** Dřívější příjmení^(1a) Datum narození **30.3.1956**

1.1. Jméno **MILAN**

1.2. Adresa v kompetentním státě⁽¹⁾ **Velká ul. 43, Strakonice**

1.3. Adresa ve státě, do něhož pojištěná osoba nebo důchodce jede⁽¹⁾

1.4. Identifikační číslo^(2a) **5603303421**

1.5. Vyše uvedá osoba patří do soustavy pro osoby samostatně výdělečně činné tak, jak je uvedeno v příloze 11 k Nařízení 574/72

2. Rodinný příslušník, které jede do jiného členského státu

2.1. Příjmení^(1a) Datum narození

2.2. Jméno Dřívější příjmení

2.3. Adresa v kompetentním státě⁽¹⁾

2.4. Adresa ve státě, do něhož dotyčná osoba jede⁽¹⁾

2.5. Identifikační číslo^(2a)

3. U zmíněné osoby trvá nárok na věčné dávky v kolonce 1 v kolonce 2

na základě nemocenského pojištění a pojištění mateřství (stát), kam jede v Německu na základě pojištění nepracovních úrazů⁽⁶⁾

3.1. za účelem bydlení

3.2. za účelem léčeni v/od⁽⁶⁾

3.3. nebo v jakémkoliv jiném zařízení podobného druhu v případě převozu, který je z lékařského hlediska nutný v rámci tohoto léčení

3.4. odeslat biologické vzorky k provedení testů

4. Tyto dávky mohou být poskytnuty na základě předložení tohoto potvrzení

4.1. Od **3.5.2004** včetně

4.2. Od do včetně **pouze** v případě hospitalizace⁽⁷⁾

E112

5. Zpráva našeho ošetřujícího lékaře

5.1. je přiložena k tomuto formuláři v zalepené obálce

5.2. byla odeslána dne do⁽⁶⁾

5.3. odesíláme ji na požádání

5.4. nebyla vyhotovena

6. Kompetentní instituce

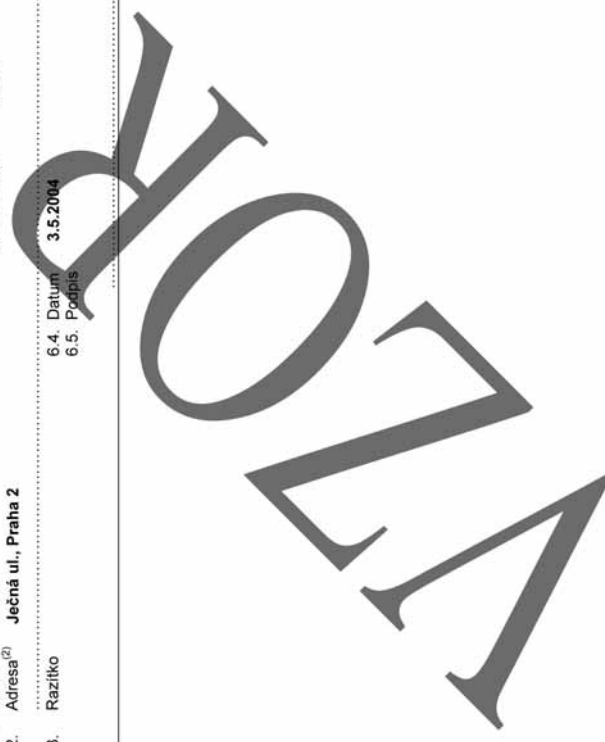
6.1. Název CNZP

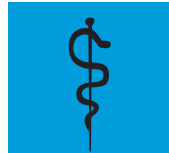
6.2. Adresa⁽²⁾ **Ječná ul., Praha 2** Kód instituce⁽⁶⁾ **22201**

6.3. Razítko

6.4. Datum **3.5.2004**

6.5. Podpis





POKYNY

Vyplňte tento formulář hůlkovým písmem a pište pouze na vytečkované řádky. Formulář má tři stránky. Je nutné vyplnit všechny stránky, i když neobsahují žádné relevantní informace.

Informace pro pojištěnou osobu

Tento formulář co možná nejdříve předejte instituci nemocenského pojištění a pojištění mateřství místa, kam jedete, t.j.:

v **Belgii** "mutualité" (místní fond nemocenského pojištění) podle vaší volby;

v **Dánsku** kompetentní "amtskommune" (místní správa). V samostatné městské obci Copenhagen (Kodaň) „magistrat“ (magistrát), v samostatné městské obci Frederiksberg "kommunalbestyrelse" (městská správa).

Formulář by měl být předán instituci, která poskytuje léčbu;

v **Německu** "Krankenkasse" (místní nemocenská pokladna);

v **Řecku** normálně regionální nebo místní pobočka Institutu sociálního pojištění (IKA), která vydá dotyčné osobě "zdravotní knížku, bez níž nemohou být poskytovány žádné věcné dávky;

ve **Španělsku** lékařské a nemocniční služby zdravotního systému španělského sociálního zabezpečení. Formulář musí být odevzdán spolu s fotokopii;

ve **Francii** "Caisse primaire d'assurance-maladie" (místní fond nemocenského pojištění);

v **Irsku** "Health Board" (Výbor pro zdraví), v jehož oblasti je dávka vyžadována;

v **Itálii**, "Unità sanitaria locale" (USL, místní zdravotní správní jednotka) příslušná pro dotyčnou oblast;

v **Lucembursku** "Caisse de maladie des ouvriers" (nemocenský fond pro manuální pracovníky);

v **Nizozemsku** jakýkoliv nemocenský fond kompetentní pro místo bydliště nebo v případě dočasného pobytu ANOZ Verzekeringen, Utrecht;

v **Portugalsku pro metropolitní Portugalsko**: "Administracao Regional de Saúde" (Regionální zdravotní správa) místa bydliště nebo místa pobytu; pro **Madeiru**: "Direccao Regional de Saúde Pública" (Regionální ředitelství veřejného zdraví) ve Funchalu; pro **Azory**: "Direccao Regional de Saúde" (Regionální zdravotní ředitelství) v Angra do Heroísmo;

ve **Velké Británii** lékařské služby (lékař, zubař, nemocnice, atd.), od nichž je vyžadována lékařská péče;

v **Rakousku** "Gebietskrankenkasse" (Regionální fond pro nemocenské pojištění) kompetentní pro místo bydliště nebo místo pobytu;

ve **Finsku** místní úřad "kansanelakelaitos" (Instituce pro sociální pojištění). Tento formulář musí být předložen obecnímu zdravotnímu středisku nebo veřejné nemocnici, která poskytuje léčení;

na **Islandu** "Tryggingastofnun ríkisins" (Státní institut pro sociální zabezpečení), Reykjavik;

v **Lichtenštejnsku** "Amt für Volkswirtschaft" (Úřad národního hospodářství), Vaduz;

v **Norsku** "lokale trygdekontor" (místní úřad pojištění);

ve **Švédsku** "forsakringskassan" (Úřad sociálního pojištění). Formulář předejte instituci poskytující léčení.

POZNÁMKY

* EEA - smlouva o Evropském hospodářském prostoru, příloha VI, sociální zabezpečení: tento formulář se pro účely této smlouvy vztahuje také na Island, Lichtenštejnsko a Norsko.

(1) Symbol země, do níž patří instituce vyplňující formulář: B = Belgie; DK = Dánsko; D = Německo; GR = Řecko;

E = Španělsko; F = Francie; IRL = Irsko; I = Itálie; L = Lucembursko; NL = Nizozemsko; P = Portugalsko; GB = Velká Británie; A = Rakousko; FIN = Finsko; IS = Island; FL = Lichtenštejnsko; N = Norsko; S = Švédsko.

(1a) U osob se španělskou státní příslušností uveďte obě rodná příjmení.

U osob s portugalskou státní příslušností uveďte všechna jména (jméno, příjmení, dívčí jméno) v pořadí občanského postavení, v němž jsou uvedena v průkazu totožnosti nebo v pase.

(2) Ulice, číslo, PSČ, město, země.

(3) Uveďte pouze tehdy, pokud se formulář týká přímo pojištěné osoby nebo důchodce

(3a) U osob s italskou státní příslušností uveďte, bude-li to možné, číslo pojištění a/nebo "codice fiscale".

(4) Vyplňte pouze v případě, když se adresa rodinných příslušníků liší od adresy pojištěné osoby nebo důchodce.

(5) Vyplní francouzská instituce pro samostatně hospodařící zemědělce.

(6) Co nejpřesněji.

(7) Vyplní belgické instituce pro osoby samostatně výdělečně činné.

(8) Název a adresa instituce, kam byla poslána lékařská zpráva.

(9) Vyplňte tam, kde existuje.



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP

■ Dne 14.10.2004 proběhl seminář v Parlamentu ČR věnovaný problematice očkování (viz pozvánka). Hlavními dvěma tématy byla problematika očkování proti chřipce, včetně informace o opatřeních, která ČR provádí v souvislosti s možnou pandemií tohoto onemocnění. O situaci informoval hlavní hygienik ČR s tím, že se velmi bedlivě sleduje výskyt onemocnění ptačí chřipkou v Asii, situace je nadále pod kontrolou, ale výskyt tohoto onemocnění nutí ČR aby přijala patřičná opatření pro situaci, pokud by došlo k rozšíření tohoto kmene na lidskou populaci v masivnějším rozsahu s rizikem hrozící pandemie. Možnému vzniku epidemie v ČR by bohužel napomohla situace velmi nízké proočkovanosti naší dospělé populace proti chřipce. Druhým a pro nás rozhodně důležitějším tématem byla diskuse nad tím, co nového můžeme v oblasti očkování

u dětí očekávat. Jsem velmi ráda, že z úst hlavního hygienika ČR zazněl příslib plošného očkování acelulární hexavakcínou od roku 2006. Důvodem k tomu je nutnost přechodu na IPV (injekční forma poliovakcíny) a současně i pokračující trend zavádění šetrných vakcín s nízkou reaktogenitou. I přes nutnost značného nárůstu finančních prostředků na nákup očkovacích látek se všichni přítomní klonili k zachování systému úhrady očkovacích látek cestou centrálního nákupu na základě státního tendru a o to více se budou snažit o to, aby našim dětem byla nakoupena co nejšetrnější očkovací látka. Tím by došlo ke snížení aplikací očkovacích látek do dvou let věku dítěte z původních 11 (4x tetra vakcína, 3x hepatitida B a 4x p.o.polio) na 4 dávky kombinované očkovací látky. Co zaznělo a čím se bude muset zabývat především profesní organizace (SPLDD) je reflexe této významné změny do jiného systému hrazení očkování u dětí. Již dlouhodobě se stoupající individualizací celého procesu výrazně narůstá administrativa, z důvodů co nejvíce podporujícího přístupu k očkování se také více času věnuje pohovoru s rodiči očkováných dětí, stoupá počet individuálních očkovacích schémat. Z očekávané změny pochopitelně vyplývá i hodně úkolů pro OSPDL (návrh novely vyhlášky o očkování, jednání komise pro preventabilní nákazy ČR, úpravy očkovacího průkazu). To vše jsou velmi aktuální témata o kterých Vás dále budeme informovat.

■ K účasti na zmíněném semináři byly přizvány členky pracovní skupiny pro očkování při OSPDL, která na základě potvrzených přihlášek ve pracovních skupinách bude nadále pracovat ve složení: MUDr.Cabrnchová, MUDr.Vurmová, MUDr.Struko-

<p>POZVÁNKA</p>	<p>Pod záštitou Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP Svazu pacientů ČR</p> <p>si Vás dovolueme pozvat na odborný seminář na téma:</p> <p>Státem hrazené očkování a ochrana veřejného zdraví v České republice.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jsme stále na světové špičce? • Jsme připraveni na celosvětové riziko pandemie chřipky? • Jaké změny se plánují v očkování dětí? <p>14. 10. 2004 od 16.00 hodin v budově Poslanecké sněmovny, Praha 1, Malá strana, vchod z Malostranského náměstí č.7/119 v zasedací místnosti č. 45 - přízemí (tzv. Kocina).</p>	<p>Program:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Srovnání očkovacích kalendářů ČR a zemí EU • Zajištění proočkovanosti proti chřipce • Národní pandemický plán • Pravidelné očkování v dětském věku a jeho plánované změny • Diskuse s účastníky a přednášejícími <p>Přednášející:</p> <p>Prof. MUDr. Jiří Beran, CSc. Klinika infekčních nemocí FN Hradec Králové</p> <p>MUDr. Martina Havlíčková, CSc. Národní referenční laboratoř, Státní zdravotní ústav</p> <p>MUDr. Michael Vít, Ph.D. Ministerstvo zdravotnictví ČR</p> <p>MUDr. Hana Cabrnchová Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP</p> <p>Doc. MUDr. Roman Prymula, Ph.D. Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obraně Brno</p> <p>V průběhu semináře bude všem účastníkům zajištěna možnost nechat se očkovat proti chřipce. Na závěr semináře bude pro účastníky připraveno pohoblení.</p>
------------------------	--	--

vá a MUDr.Králová. Dalším úkolem této skupiny bude na základě proběhlé studie s III.LF UK, týkající se situace v počtech kontraindikací očkování a případně i alternativ v očkování u dětí do 5 let (individuální volba očkovacích látek).

■ Nově ustavené pracovní skupiny OSPDL budou svolány nebo obslány konkrétními úkoly, někteří členové se již dnes podílejí na konkrétních úkolech, jsou členy různých pracovních skupin a poradních orgánů. Asi nejvíce práce čeká pracovní skupinu pro vzdělávání, ze které by v budoucnu mělo vzniknout centrum pro vzdělávání v oboru praktický lékař pro děti a dorost. Přihlásilo se celkem 15 praktických lékařů pro děti a dorost. Do dalších skupin se přihlásilo vždy po několika členech, další ustavené pracovní skupiny krom oblasti očkování a vzdělávání jsou následující: pro dermatovenerologii, pro pneumologii a alergologii, pro antibiotika a farmakoterapii, pro gastroenterologii a výživu, pro akutní péči, pro spolupráci se stomatology (pedostomatology), pro endokrinologii a diabetologii, pro problematiku péče o cizince, pro péči o handicapované děti a problematiku komunitní pediatrie, pro kontakt se zahraničím.

■ Výbor OSPDL na svém posledním jednání upřesnil požadavky na termíny páteřních vzdělávacích akcí, kdy nelze ve stejném víkendovém termínu pořádat více než 2 akce v republice a to především z důvodu nemožnosti zajistit přednášející na několik akcí zároveň. Vyhlášená témata na rok 2005 jsou následující:

- 1. vývojová neurologie včetně rehabilitace**
- 2. rizikové chování dětí a dorostu**

■ Výbor dále pracuje na přípravě vzdělávacích programů pro sestry a to s problematikou výživy dětí a volně prodejných léků. Rozpracované jsou projekty věnované očkování (pro lékaře). Okresní zástupci SPLDD budou informováni o nabídce vzdělávacích akcí na úrovni okresů.

■ S velkým znepokojením projednal výbor doloženou informaci o aktivitách porodních asistentek (kopii oslovujícího dopisu pro matky, včetně kontaktů a informace o hrazení této péče z prostředků zdravotního pojištění), které zatím snad jen v pražských porodnicích nabízí své služby matkám pojištěným pouze u některých zdravotních pojišťoven. V rámci komplexní nabídky péče o rodičku po porodu nabízí také docházení do domu a péči o novorozence. Naše zásadní odmítnutí této péče, za situace, kdy každý novorozenec v ČR má nárok na převzetí do péče registrovaným praktickým lékařem pro děti a dorost, plně podporuje i Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP.

■ Na četné žádosti našich kolegů upřesňuje výbor OPDL, že jedinou uznatelnou vzdělávací akcí, která je podmínkou pro nasmlouvání výkonu úhrady CRP (po přijetí novely seznamu zdravotních výkonů, jejíž je již výkon součástí), je absolvovaný kurz IPVZ pořádaný ve spolupráci se zástupci biochemické společnosti a zástupci OSPDL a který již několikrát proběhl, zatím poslední je naplánován na listopad letošního roku.

pro VOX PEDIATRIE zapsala
MUDr. Hana Cabrnchová



Co je akupunktura?

MUDr. Marta Zahradníková

Plzeň

Časopis lékařské komory z r.1999 prostřednictvím prof. MUDr. Schreibra, DrSc. z III.interní kliniky 1.LF UK přináší informace z britského renomovaného časopisu „The Lancet“ o výsledku zkoumání za rok 1998, citují: Pro ortodoxní lékaře to může být titul poněkud drsný, leč je třeba vzít na vědomí, že **akupunktura se přesouvá z alternativní do ortodoxní medicíny**. NIH v USA poskytl grant 1 mil. dolarů na vědecké studium účinků akupunktury a další roční granty několika set dolarů na otázky specifického použití: bolesti v zádech, bolesti zubů, deprese, Také UK (Medical Research Council) dává 130 000 liber na vyhodnocení efektů akupunktury při bolestech hlavy. Všechny studie budou provedeny za přísně kontrolovaných podmínek, a tak je možné, že přesun akupunktury do ortodoxní medicíny bude rychlý...Tolik informace...

Faktem zůstává to, že akupunktura sahá do sedmého tisíciletí př.n.l. Z třetího století př.n.l. pochází zobrazení akupunkturálních bodů na povrchu těla. Ve Francii a Holandsku byla známa akupunktura již od 7. stol. n.l., používána byla však až v 19. stol. V Československu byla používána od dvacátých let min. stol. v revmatologii (prof. MUDr. Cmunt, ve 40. letech MUDr. Karský), v 60. letech min. století se k nám dostala z Číny přes prof. Vymazala a z Koreje (MUDr. Umlauf). Oficiálního přijetí mezi léčebné metody se akupunktura dostalo v roce 1976. Tolik fakta...

Otázka působení akupunktury je natolik zajímavá, že se zkoumáním jejích účinků zabývají po celém světě zabývají renomované vědecké ústavy. Způsob jejího účinku zůstane ne zcela objasněn tak dlouho, dokud se budou zkoumat a objasňovat procesy v celém nervovém systému... Např. v současné době imunologové v Anglii zkoumají funkci neuropeptidů a jejich funkci v řadě akupunkturálních reflexních bodů.

Akupunkturální body jsou stále přítomny na povrchu těla, stávají se „aktivními“ při poruše funkce vnitřního orgánu, jsou umístěny nad vegetativní nervovou pletení. Tyto reflexní body pak vykazují odchylky elektrických veličin (potenciálů, odporu, vodivosti), my je můžeme měřit a usuzovat na funkční poruchu vnitřního orgánu nebo systému v preklinickém stadiu (funkční vyšetření dle prof. Volla, t.j. EAV).

Při akupunktura **můžeme aktivní body stimulovat** různým způsobem, mechanicky, laserem, tepel-

ně moxou, u dětí někdy i zvukem, elektromagneticky. Mnoha těchto způsobů využívá rehabilitace svou elektroléčbou, kde se působí na širší reflexní zonu.

Odpovědí na stimulaci jsou autoregulační procesy v organismu, které se uskutečňují neurohumorální, reflexní cestou.

Indikace akupunktury: jsou v normalizaci procesů excitace a inhibice v CNS - s výsledkem úpravy funkčních poruch a psychosomatických onemocnění (mám zkušenosti se zlepšením nebo odstraněním psychomotorických poruch u nedonošených dětí),.

- aktivaci osy hypothalamus - hypofýza - nadledviny s výsledkem imunobiologické regulace (používá se např. stimulace nadledvin u pacientů na dlouhodobé terapii kortikoidy, u hormonálních poruch mladých dívek, pokud je nechceme léčit hormony, u klimakterických syndromů, poruch výživy, psychosomatických onemocnění, která měla za následek poruchu hormonálního systému, která pak působila dysregulačně v celém organismu). Použití je i u poruch laktace, což je zvláště u nedonošených dětí nezanedbatelné,

- zvýšení sekrece a vyplavování endogenních opioidů je důležité po analgezii, zrušení spasmu hladkého svalstva např. při kolice, migrénách, ale i při depresích, zvláště mladých lidí, akupunktura se zasahuje od biochemických pochodů v mozku, - nezastupitelnou úlohu má akupunktura u alergických stavů, kdy mnoha humorálními pochody dělá nespecifickou desenzibilizaci, ale i reflexní cestou ruší pohotovost ke spasmu dýchacích cest, působí proti alergickým zánětům na sliznicích orgánů.

- rychlý účinek má akupunktura u vertebrogeních algických syndromů, kdy dojde reflexní i humorální cestou k uvolnění zádových svalů, včetně intervertebrálních, uvolní se kořeny nervové, zatímco medikamentosní cestou tento proces trvá několik týdnů včetně hospitalizace, terapie akupunkturou se počítá na dny. Zajímavá je několik let stará studie firmy Siemens v Německu, jejíž výsledky vedly k proplácení akupunktury pojišťovny (u nás pojišťovny proplácely akupunkturu asi 4 roky, jen do r. 1997, přitom ekonomický efekt této metody byl nezanedbatelný).

- Imunologické poruchy jsou další indikací, zvláště u dětí. Asi před dvaceti lety Američané uveřejnili práci o stimulaci imunitního systému

u dětí trvale zavedenými jehlami na aku bodech pod kolínky. Současně sledovali imunologické parametry, docházelo ke zlepšení nemocnosti, zvýšení T a B lymfocytů v laboratorních testech. Zvýšila se fagocytoza. Stejně výsledky má ozařování těchto bodů laserem (650 nm). Zavedené jehly byly při pohybu bolestivé.

- Zajímavou indikací je inaktivace elektricky aktivních jizev po úrazech, nebo operacích, které jsou v reflexních zónách pro vnitřní orgány, mohou tyto orgány negativně ovlivňovat (Např. rozsáhlé jizvy po totálních endoprotézách femuru mohou způsobit těžké žlučnickové koliky, poruchy jater. Po jejich inaktivaci rychle odchází k ústupu potíží.).

- jsou vyjmenovány kontraindikace akupunktury - jsou to např. stavy totálního vyčerpání organismu, individuální nesnášenlivost, akutní psychóza, opilost, náhlé příhody břišní, infarkt myokardu a tam, kde musíme z naší erudice západních lékařů použít akutní medikamentózní terapii. Mnohdy je i zde, např. u anafylaxe, akupunktura rychlou doplňkovou terapií, než zaberou medikamenty.

V České republice je akupunktura legalizována od r. 1976, směrnice pro její provádění jsou dány Metodickým opatřením č. 2/81věstníku Ministerstva zdravotnictví (dříve 41/76). Mohou ji provádět provádět pouze lékaři, kteří získali specializaci v některém z klinických oborů, včetně všeobecného lékařství a absolvovali zvláštní přípravu organizovanou Institutem pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze. Jsou vypracovány rámcové plány školení v akupunktura, školení je zakončeno zkouškou, absolvent obdrží diplom, podle stupně specializace Kredit I. a II. stupně. Kredit I. st. opravňuje příslušného lékaře aplikovat akupunkturu v rámci svého základního oboru. Kredit II. st. opravňuje lékaře aplikovat akupunkturu interdisciplinárně, ve všech jejích indikacích.

V akupunktura je ke kvalifikovanému provádění potřeba ovládnout poměrně rozsáhlou látku. Má své pozitivní účinky především tenkrát, když lékař ví, co dělá a proč to dělá. Primitivní „akupunktura“ nemůže uspokojit ani lékaře, ani pacienta. Ale ten, komu se podaří akupunkturální techniky a metody dobře ovládnout, bývá často potěšen jejími výraznými terapeutickými efekty. ■



Alternativní medicína a praxe

MUDr. Milan Kudyn
praktický dětský lékař

Léčebný arzenál netradičního léčení jsme se naučili vnímat pod pojmem alternativní medicína. Všude tam, kde vzniká potřeba postupovat jinou než známou cestou, se tvoří alternativy. Také v oblasti klinické tradiční medicíny můžeme pozorovat vzrůstající odklon od oficiálních postupů moderní lékařské vědy. Napomáhá tomu stále se prohlubující odosobnění klasické medicíny, která lékaři nedává dostatečný časový prostor se pacientovi věnovat tak, jak by si mnohdy přál. Do středu zájmu lékařů se často dostává do popředí technika, která vnáší do léčebných postupů řadu diagnostických a léčebných novinek. Osobní kontakt mezi lékařem a pacientem se zúžil mnohdy na interpretaci laboratorních parametrů. Nelze ani opominout stále se zužující specializaci lékařů, kdy se pacientovy obtíže stávají pouhým nástrojem fragmentace medicíny s cílem získat za co nejvíce odvedených výkonů prostředky ze zdravotních pojišťoven. Také vedlejší účinky moderních léčiv někdy přesahují obtíže základního onemocnění, pro která jsou podávána.

Všechny tyto důvody mohou vést a také vedou pacienty k tomu, že vyhledávají netradiční způsoby léčení. Zejména, když osoby, které poskytují, jsou citlivější k vyslechnutí pacientových potřeb a jeho obtíže jsou vnímány ve všech souvislostech, které nemocný sám vyzoruje. Alternativní medicína se snaží pacienta přesvědčit, aby jeho účast na léčbě byla aktivní a tím probouzí samoregulační pochody, které mohou vést rychleji k odstranění obtíží. Pomoc léčitelů tak nespočívá pouze ve vlastním léčení, ale i ve schopnosti doporučit nemocnému vhodnou alternativní medicínu dle jeho konkrétních subjektivních obtíží. Tím, že se ztotožní s některou touto metodou, dává pacientovi vnitřní motivaci a naději na léčení. Tato naděje a motivace vede ke skutečnému spuštění samoregulačních procesů, uvolňování „léčivé energie“ na základě pacientova pozitivního myšlení.

Je škoda, že metody alternativní medicíny nejsou uznány oficiálně jako povolené léčebné metody, ani pokud je provádějí lékaři. Také je škoda, že většina českých lékařů snad ze zvyku či obav z neznalosti metod netradičního léčení uznává za jedinou účinnou léčebnou metodu klasickou medicínu a působení alternativních metod odsuzují.

Přesto řada pacientů stále více vyhledává zdravotnická zařízení, která nabízejí metody alternativní medicíny a nepochybnějí možnost a právo pacienta vybrat si způsob léčení, k němuž má jí důvěru. A není to pouze z důvodu, který je obsažen ve sloganu „Věř a víra tvá tě uzdraví“.

Proto se redakce Voxu rozhodla zařadit do letošního ročníku také číslo, které se této problematice věnuje a věří, že tím rozšíří Váš odborný pohled na alternativní medicínu. Také bychom rádi zveřejnili na stránkách časopisu Vaše zkušenosti s metodami alternativní medicíny.

Využití prvků jógy

1. část

Marie Durasová

Nemocnice U Sv. Jiří s.r.o., Plzeň - Doubavka

Po více než třicetiletých zkušenostech s cvičením dětí, které mají dýchací potíže, a využitím prvků jógy se jejich často velmi neutěšený stav zlepšil, předkládám všem zájemcům o tuto problematiku určitou vyzkoušenou abecedu, kterou používám a podle individuální potřeby doplňuji ve své praxi.

Jsou to velice cílená cvičení, většinou dynamická nebo pro děti s krátkými výdržemi. **Nenásilí** je hlavním znakem při provádění všech technik. Zdůrazňuji naprosto **individuální přístup ke každému cvičenci**. Navzdory podobným problémům je každý pacient jinak přístupný a při práci je zapotřebí být také trochu psychologem. **Práce s dětmi prvků vyžaduje velkou trpělivost, ohleduplnost, porozumění a lásku.**

Spolupráce s lékaři je samozřejmostí. Pokud chtějí spolupracovat, je to ideální, zejména u těch nejmenších. Bohužel ne všechny děti mají doma takové zázemí, jaké by z hlediska svých potíží potřebovaly.

Dr. M. Bhole* říká: „Astma je křik dospělých. Astma je stejnou manifestací jako pláč. Matka učí své dítě potlačovat emoce. Potlačování emocí však není likvidací nemocí.“ Co je jóga? Systém psychosomatických cvičení, který po pravidelném vykonávání může vést k harmonii organismu. **Jógická cvičení mají svou povahou vliv přes tělo na mysl člověka, a v tomto směru se liší od ostatních běžných tělesných cvičení.**

Cvičenec si postupně stále více uvědomuje funkce, které v jeho těle probíhají. Cvičení je nutné provádět ve stavu relaxace. To podle Dr. Boleho sníží svalový tonus a tím také mentální napětí. Svalový tonus je ve vztahu k našemu citovému životu. Cviky využívají k ovlivnění jednak protahování svalů, stlačování určitých oblastí a vlivu gravitace. Cvičením vytváříme elastické a ohebné svaly a ty nám pomáhají stabilizovat nervový systém.

Dechovými technikami - pránajámou si ustálíme určitý rytmus v nervovém systému a vytváříme si klidný dýchací vzorec. Pránajama také pomáhá k dokonalějšímu krevnímu oběhu.

Chceme-li používat jógu jako léčebného nástroje, musíme věnovat mimořádnou pozornost pročišťovacím procedurám. U dětí je to hlavně čištění nosu a jazyka. Musíme dbát na průchodnost obou nosních dírek. Naučit děti správně smrkat - zvlášť pravou a zvlášť levou nosní dírkou a proplachovat nos převařenou, příjemně teplou, mírně mořskou solí osolenou vodou. Později používáme různé léčivé roztoky. Počáteční provádění pod vedením, dokud si děti techniku neosvojí.

Jen praxe, vytrvalost a kontrola učitele zaručuje uspokojivé výsledky. (Toto se týká také dalších velmi účinných technik jako je *uddžají* - dýchání přes stažené hlasivky, *kapálabhāti* a *uddijána*.)

Kapálabhāti - zářící lebka - je řazeno mezi očistná cvičení. Provedení - vzpřímený sed. Prudký výdech stahem břišních svalů, především jejich dolní poloviny. Nádech provádíme pasivně povolením výdechových svalů.

Uddijána - při mírném předklonu opřeme dlaně natažených horních končetin nad kolena. Provedeme maximální výdech, břišní svaly jsou uvolněny, a rozepneme hrudník.

uddijána

André Van Lysebeth*: „Nemůžeme zharmonizovat tělo bez dechu. Rytmus dechu a tep vyjadřuje naši tělesnou aktivitu. Dech je obrazem našeho duševního klimatu. Každý cit a myšlenka mění náš dech.“

* MUDr. Mukhund Bhole, zástupce rektora a vedoucí vědecké části G. S. College of Yoga, Kaivalyadhama SMYM Samihi, Lonavle, Indie.

* André Van Lysebeth je velice uznávanou autoritou, zakladatel a ředitel institutu jógy v Bruselu od roku 1963.

Když hovoříme o józe, myslíme tím především „*hathajógu*“, protože právě tato forma jógy staví na ovlivnitelnosti tělesných funkcí psychikou a naopak. Racionálním cvičením nejen že můžeme podstatně prospět zdraví, tělesné a duševní výkonnosti, ale tvořivým schopnostem, paměti, sebeovládání, sebe-



kontrole, sebedůvěře, dále odstranit duševní nepohody, bolesti, únavu, nespavost i neurózy. Vliv jógy se projevuje výrazně na přeměně vztahu člověka ke skutečnosti, člověka k člověku, který se stává silně pozitivním.

■ Pránajama – regulace dechu – kontrola životní energie

Pránajama je „věda o dechu“ a hraje významnou roli v základní přestavbě organismu člověka. Hluboký vliv dýchání na organismus je dnes všeobecně uznávaný a jeho využívání při terapii. Důležitější než fyziologický účinek dýchání je jeho vliv na psychický proces, který souvisí s nejvyšší činností mozku. Dech řízený myšlenkou, pod kontrolou vůle, je oživující a regenerující silou, kterou můžeme vědomě použít k sebevýchově a léčbě.

Jóga přichází se zásadní kritikou způsobu dýchání evropského člověka, které se vyvinulo v procesu podmínek civilizace. Při pránajamických cvičeních je dech volně ovládan a kontrolován. Postupujeme vůli tak, že se snažíme vědomě prodlužovat část výdechu v porovnání s nádechem.

Výzkumy bylo zjištěno několik skutečností:

1. Při výdechu je člověk méně vystavován mentálním zneklidňujícím účinkům.

2. Při hlubokém nádechu a výdechu jsou plíce roztahovány a stahovány. Tímto stahováním a roztahováním se vyvolávají impulsy, které mají přímý dopad na mozek, a tak ovlivňují funkce vegetativního systému. Tento vegetativní systém ovládá naše automatické činy.

3. Po delší době rytmického dýchání se vytvoří určitý rytmus tělesných funkcí. Jakmile byl jednou určitý rytmus vyvolán a je zaběhlý, je těžké jej narušit. Rytmičnost zajišťuje klid, přináší uklidnění, duševní vyrovnání.

■ Několik poznámek ke cvičení rodičů s dětmi

Jestliže máme nemocné dítě, nemůžeme po něm chtít, aby svou nemoc zvládalo samo. Je třeba, aby se zapojil alespoň jeden z rodičů. Časem totiž zjistí, že všechny cviky, alternativní postupy léčby, využívání bylinných čajů, upravená strava apod. napomáhají hlavně jemu samotnému (jak na poli fyzickém, tak i duševním). Tím, že si pomůže sám sobě, může pak lépe pomáhat i svému dítěti.

Cvičení můžeme brát jako práci, ale i jako hru. Jako práci proto, že musíme pracovat se svým tělem, s každým svalem. Pracujeme i se svým myšlením, se svým dechem, procíťováním.

Cvičení je hrou. Hrou, při kterém můžeme říkat říkanky, povídky, pohádky, můžeme zpívat. Je třeba pochválit za dosažené výkony. Nezapomeneme provést správnou korekci cviku. Začneme v dětech podporovat a rozvíjet lásku, sebedůvěru, kladné myšlení, přístup k životu, cit a jemnost. Radost z pohybu se stane radostí ze života. Toto vše pak napomáhá k uzdravení dítěte a ozdravení celé rodiny.

Snažíme se vždy o nenásilné provedení cviků, aby nedocházelo k bolesti, násilí. Vždy je lepší, provede-li dítě cvik v menším rozsahu, ale kvalitně. Necvičíme takové cviky, v kterých se vyžaduje zádrž dechu.

Pokud rodič cvičí společně s dítětem, může mu v řadě cviků dopomoci k jejich kvalitnímu provedení. Podmínkou je, že rodič cviky zná a ovládá. Může pak dítě při cvičení nejen kontrolovat a opravovat, ale pomáhá dítěti k sebeuvědomění, sebekontrolě tím, že se dítěte dotýká. V místě, kde se rodič dotýká rukama dítěte, podporuje u něj vědomé dýchání do držené oblasti. Způsob držení však nesmí u dítěte vyvolávat napětí (např. silný stisk v podpaží). Při provádění cviků postupujeme po malých krůčcích, ale s precizním provedením a s velkou důsledností.

Navštěvujeme s dítětem cvičení, která vede odborný cvičitel, ale to nestačí. Důležité je cvičení doma, které by bylo vhodné provádět denně. Rodiče se často ptají, zda děti mohou cvičit jógu. Podle všeobecných poznatků – ano. Pro děti využíváme dynamické provedení cviků.

■ Příprava na cvičení – doporučení

- Měchýř a střeva by měla být prázdná. Trpíte-li zácpou, vypijte tři sklenice mírně slané vody a ze stoje spojně se uklánějte střídavě na pravou a levou stranu. Můžete přidat doporučenou pozici. Předklon ze stoje, kobru, svíčku, luk, kobylku a sed na patách. Ty by měly odstranit zácpu.

- Žaludek musí být prázdný. PO jídle čekejte 2-3 hodiny.

- Nosíte-li dlouhé vlasy, svazujte je, aby jejich volné konce nezpůsobovaly dýchací potíže.

- Před cvičením osprchujte tělo vlahou vodou. Není vhodná horká koupel, ani horká sprcha.

- Nikdy necvičte po dlouhé sluneční lázni.

- Ideální doba pro cvičení pozic, dechových technik i soustředovacích praktik je ráno. Tělo i mysl jsou odpočiny a cvičení se stává in-

tenzivnějším. Ranním cvičením si navodíme klidný dýchací vzorec a celkové kladné naladění, které se pak přenáší do naší celodenní činnosti.

- Oblékejte se čistě, doporučuje se volný oděv z přírodních materiálů. Těsné spodní prádlo a jiné omezující části oděvu se nemají užívat, zejména u krku a v pase.

- Cvičte v dobře vyvětrané místnosti nebo venku. Vzduch nesmí být moc studený.

- Doporučuje se, aby podložku pro cvičení tvořila tenká deka, potažená bavlněným plátnem.

- Váš cvičební prostor by neměl obsahovat žádné vizuální rozptylování. Odstraňte ostrá neonová světla. Také hluk je při cvičení závadný.

- Dýchejte výhradně nosem, není-li jiné doporučení.

- Cvičte bez napětí, nepoužívejte nikdy síly nebo tahu.

- Provádějte relaxaci před a po každé pozici.

- Zbavte se škodlivého návyku - kouření! Prostředí, které jím vytváříte, je pro vše děti přímo zhoubné!

Dobré zdraví nemůžete obnovit s cigaretou! Dechová cvičení působí na vás v takovém případě spíše opačně, než byste si přáli. Umožňují ještě větší inhalaci cigaretového dýmu.

■ Jógická cvičení

Vycházejí především z náviku správné metodiky dýchání a správné relaxace. Ukazuje se, že lze právě těmito prvky často zabránit nebo alespoň zmírnit záchvat astmatické dušnosti. Je ostatně dobře známo, jak se mohou podílet na vzniku astmatického záchvatu ryze reflexní mechanismy. Např. příchod na místo, kde nemocný prodělal těžký záchvat. Již tato pouhá vzpomínka může vyvolat novou ataku, jsou-li k tomu vytvořeny podmínky, třeba zvýšená alergická pohotovost. Proto režim speciální dechové rehabilitace může působit příznivě i tím, že dochází k náviku správného sebeuvědomění během dechových cvičení a postupně se tím zvyšuje sebevědomí a sebejistota postižených. Zjišťují, že lze reflexní mechanismy dýchání plně ovládnout, a tudíž i záchvatům zabránit.

■ V čem je specifický přínos hathajógy?

Jóga má vypracovanou celou řadu empirických postupů, které nejsou v žádné z evrop-



ských tělovýchovných soustav. Evropský tělocvuk se především zaměřuje na kosterní svalstvo. Jóga vypracovala postupy působící přímo na vnitřní orgány.

Zejména to jsou tzv. „očistné postupy“, při kterých se plánovitě a soustavně dráždí jednak sliznice, jednak místa, ze kterých lze reflexně zvyšovat nebo snižovat aktivitu mimovolných funkcí organismu - krevní tlak, činnost zažívacích orgánů či dýchacích cest. Výsledkem je tedy ústup neúčelného reagování na vnější podněty. Tento aspekt jógy je pro člověka žijícího v moderní společnosti velmi žádoucí. Jógická cvičení tedy mohou pomoci při útlumu reakcí, které jsou pro nás neúčelné.

Velmi perspektivní pro léčebné využití je tzv. **néty a dhauty**.

Při technice **néty** jednak proplachujeme dutinu nosní a nosohltan zpravidla mírně osolenou vodou nebo jinými roztoky s medem i citronem. Dále používáme různé bylinkové čaje.

Při technice zvané **sútra néty** se zavádí nosní dírkou měkká cévka, kterou v nosohltanu uchopíme, několikrát jí zatáhneme oběma směry a vytáhneme ústy ven. Technika néty je určena k získání odolnosti nosní sliznice.

Technika **dhauty** se zakládá na nácviku volného zvracení bezprostředně vypité vody. Jde o nácvik klasického podmíněného reflexu.

MUDr. Bhole uvádí příznivý vliv dhauty na astma a jiné alergické stavy. Říká: „Jde hlavně o reflexní působení. Drážděním zaživač trubice se ztlumí úroveň dráždivosti horních cest dýchacích a to mechanismem záporné indukce. Účinek dráždění je poměrně rychlý. Podařilo se např. zamezit vývoj astmatického záchvatu u 80% pacientů provedením dhauty.“

Největší význam pro ustálení organismu mají v józe dechová cvičení. Mocný účinek dechového centra na celé ústřední nervstvo a tím na celý na celý organismus, je ve fyziologii dobře znám. Cílem dechových cviků je získat účast celého dechového mechanismu na dýchání. Pomocí vědomě řízeného dýchání můžeme blahodárně působit téměř na všechny orgány v těle i na různá onemocnění, nikoliv jen na postižení respiračního aparátu. Můžeme jím dosáhnout určité efekty na úrovni nervové soustavy i efekty psychické - uklidnění, sebeovládání, soustředění, zvýšení výkonnosti a harmonizaci celé osobnosti. Celkově nádech tonizuje, výdech uklidňuje.

■ Změna výživy dítěte

Již druhé desetiletí přibývá v naší zemi lidí, kteří si obohacují jídelníček celozrnnými obil-

ovinami, luštěninami, kteří hojně konzumují nejrůznější druhy zeleniny a ovoce. Přirozená výživa, zdravá životospráva značí zlepšení zdravotního stavu dospělých i dětí. Změna výživového modelu přináší často problémy, které jsou vážnou překážkou, již zvládá dobře jen ten člověk, který citlivě vnímá život v rodině a učí se jemně rodinu směřovat k potřebným změnám. Změna výživy se daří velmi dobře, jestliže všichni, kteří výživu pro dítě připravují a dítěti ji podávají, působí jednotně.

Za výživové zvyklosti dětí zodpovídá především rodina. Není možné žádat změnu výživy výhradně po školním stravování a doma nepřiložit ruku k dílu, protože není čas. Nejlépe je budovat zdravější stravovací návyky již od kojeneckého věku. Tradované zeleninové polévky, obilné kaše jsou dobrým základem, který je možné velmi dobře rozvíjet za předpokladu, že nenaučíme dvouleté dítě jíst párky a mlsat bonbóny a čokoládu. S přibývajícím věkem dítěte je změna výživy stále složitější proces.

Praxe mi přinesla tu zkušenost, že nenásilnými změnami je možné nevhodný stravovací model v dětech přetvořit. Cesta změn je souhrnem drobných kroků. Ty mohou být tak malé, že strážníci nepoznají, že ke změně dochází. Pokrmy musí zůstat na pohled a chuť stejně přitažlivé, ba mohou být i přitažlivější. Změny v jídelníčku doprovází i nenásilná osvěta. Správná motivace úměrná věku dětí je základem úspěchu. To vše je práce, náročná zdlouhavá práce i pro profesionálního psychologa, sociologa, natož pro ženu s nemocným dítětem. Ti, kteří tuto práci vykonali, mi dají za pravdu, že jsou to ty nejkrásnější pocity, nádherné květy radosti a poznání, které vyrostly na lodyze, jejímž kořenem bylo utrpení.

■ Základní stravovací návyky, které bychom si měli osvojit, abychom zmírnili nemoc a mohli znovu zdravě žít

- Trávicí proces začíná v ústech. Procíme si, jaké pocity vitality nebo únavy se v těle vytvoří po rychlém jídle a po jídle dobře rozžvýkaném.

- Potrava má být požívána pomalu, pozorně a se soustředěním na jídlo. Nesmíme zapomenout, že potrava dodává sílu. Nemáme proto nikdy jíst, ovládají-li nás negativní emoce, jako je hněv apod. Máme naopak jíst vždy s pocitem pohody, klidu a míru.

- Trávení je proces, který má svoji délku závislou nejen na množství, ale též na složení pokrmů. Jablko trávíme nepoměrně kratší do-

bu než oběd složený z masové polévky, řízku s bramborem, dortem a colou. Nedokonalé vytrávení jednoho pokrmu, průběžné mlsání mezi jednotlivými jídlými apod. tělo velmi oslabuje.

- Jíst, když je hlad, ne jen chuť na jídlo.

- Nedokonalé trávení výživy vyvolává nekončící potřebu jíst, věčný apetit.

- Čím jednodušší pokrm sníme, tím méně energie vydá tělo na jeho zpracování, a tím snáze může provádět samoléčící proces, který je našemu tělu vlastní.

- Přejídání je více nezdravé než nedostatek jídla.

- Vyhýbáme se ledovým jídlům a nápojům. Způsobují mnoho škody v ústech, krku, žaludku (zejména kusy zmrzlého ovoce), ale také poškozují žlučník a játra. Totéž platí o horkých jídlech a nápojích.

- Nemlsat mezi hlavními jídlými! Velmi častá chyba rodičů ve výživě dětí.

- Všimějme si dětí při jídle. Jestliže nejsou stresovány, projevují se přirozeně, že se od nich můžeme učit. Děti při jídle nespěchají. Dospělí je však ke spěchu nutí. Většina dětí nemá potřebu jíst tolik masa, kolik jim ho předkládáme. Kdo si počíná moudřeji?

- Potrava musí být dokonale rozžvýkána. Polyká se teprve tehdy, až se z ní stane mlékovitá kaše. Všechny zdravé potraviny jsou naplněny energií, kterou využíváme jen při dokonalém žvýkání. Většina civilizovaných lidí jí ve spěchu a nutí k tomu i svoje děti. Rychle zhltnutá jídla žaludek špatně tráví. Zuby máme používat již od dětství - jsou k tomu určeny. Žvýkáním je udržujeme v dobrém stavu. Množství potravy musí být v souladu s potřebami organismu.

- Lidské tělo je na kozí mléko lépe přizpůsobeno a snáze jej využívá, protože se svým složením blíží mléku mateřskému. Pozor, u alergiků může vyvolat alergickou reakci stejně jako mléko kravské!

- Časté říhání, plynatost, sklon k zácpě jsou projevy, které bychom nikdy neměli přehlédnout. Řešíme je hned, jak se začnou projevovat. Všechny lze řešit úpravou výživy.

■ Začínáme cvičit - zásady pro cvičení rodičů s dětmi

Rodiče, kteří sami začínají cvičit se svými dětmi, mohou mít problém, jaké sestavy by měli vytvořit z uvedených cviků. Nejprve doporučuji delší dobu cvičit **relaxační polohy a sezení po orientálském způsobu**. Učit je vkládat do běžného života dětí. Relaxační po-



lohy je vhodné zaujímat i chvilku před jídlem i po něm, před spaním a po ranním probuzení. Uvědomováním si pohybů těla při dýchání a postupným vědomým dýcháním si sami vytváříme **klidný dýchací rytmus. Ten je základem cviků.**

Nejen v relaxacích, ale také v sedech se děti učí zklidňovat. Těm nejmenším dětem můžeme při tom něco číst nebo vyprávět. Držíme se zásady, **dokud nezvládneme provedení jednoho cviku, nezačínáme cvičit druhý.**

Po zvládnutí relaxací a sedů přistoupíme ke krokodýlím zkrutům - spinálním cvikům a cvičením torsy břicha - prodýchávání ve zkrutech. Tím vytvoříme pevný základ pro další pokrok. Později k tomu přidáme vždy jednu abdominální hathénu, jeden nápravný cvik pro hrud' (nejlépe dýchání přes válec) a jeden z uvedených cviků pro oblast klavikulární. **Postupujeme od nejsnadnějších cviků k těm namáhavějším. Do každé sestavy zařazujeme na začátku a na konci relaxace.** Můžeme k tomu najít vhodnou hudbu.

■ Relaxace - uvolnění

Relaxace má v systému cvičení velký význam. Princip uvolnění hraje rozhodující úlohu v józe vůbec. Cvičí se samostatně jako pozice, před a po skončení cvičení. Relaxaci je však nutno také vkládat mezi jednotlivé cviky. Ihned po zrušení ásany se všechny naše svaly jakoby rozpadnou. Učíme se uvolňovat v poloze na zádech, na břiše, ve spánku a také se zhroutit ze sedu. Tato pozice se jmenuje Mustang - pozice bez napětí. Uvolnění musíme dokonale procítit. Podaří se nám to jen tehdy, dokážeme-li také odstranit ze svého vědomí všechny konflikty, napětí a úzkosti.

Relaxace vleže na zádech

Lehneme si na záda, ruce i nohy natažené a uvolněné. Bez námahy zpomalíme podle možnosti dýchání - odpočíváme. Snažíme se uvědomovat si postupně celé svoje tělo od nohou počínaje směrem k hlavě. Abychom se dokonale uvolnili, je zapotřebí odpoutat se od vnějších vlivů. Dobrou metodou je naslouchat tlukotu srdce nebo pozorovat vyrovnaný rytmus dýchání. Prožíváme jen nejhlubší klid a mír, který přináší dokonalé zdraví. Je třeba,

aby se mír rozhostil v našich srdcích a klidná byla i naše mysl. Budeme-li pěstovat klid ve své duši, bude vznikat harmonie v každé naší buňce, a to je smyslem samoléčení. Dr. Bhole doporučuje při relaxaci na zádech:

- 5 minut se soustřeďovat na pohyby břišní stěny a hrudníku při pohodlném dýchání
- 5 minut pak sledovat okraje nosních dírek - chladnější vzduch vchází, ohřátý vychází. Máme jen sledovat, ale neovlivňovat.
- 5 minut uvolnit mysl. Zapomenout na tělo, ale neusínat.

Každý den ráno, než vstaneme, a večer než usneme, máme zaujmout uvolňující, odpočívající polohu. Zpočátku se nám to nebude dokonale dařit. Uvolnění bude velmi neurčité. Postupně se však bude prohlubovat a stávat součástí intenzivní spontánní zkušenosti „duševní koupele“. Máme se učit uvolňovat i během dne, využít každé malé přestávky k dokonalému vypnutí v libovolné poloze. Evropan nezná to, co v indickém slova smyslu znamená odpočívání. ■

Silomat



Možnosti homeopatie v období těhotenství a kojení

MUDr. Eliška Bartlová

Brno

Homeopatický lék může užít žena v každém období života. Ještě více je to zdůrazněno právě v období těhotenství a kojení, kdy matka prožívá zvýšené obavy o své zdraví a o zdravý vývoj dítěte.

Mezi naší odbornou veřejností není homeopatie žádnou neznámou, několik tisíc lékařů prošlo homeopatickým vzděláváním a ví, že správně indikovaná homeopatická léčba je rychlá, účinná a bezpečná.

Homeopatie si všímá detailně všech příznaků a souvislostí při výběru léku, stává se tak velmi cílenou a individuální léčbou. Homeopatický lék je nejčastěji ve formě granulí, které se užívají mimo jídlo a nechávají se rozpustit v ústech. Těhotenské změny postihují více úrovní, od somatické, přes fyziologickou, endokrinní, psychickou až k úrovni sociální. Tyto změny a odpovědnost za život a vývoj plodu způsobují, že těhotenství může být prožíváno jako stresová situace. Hormonální vlivy provázející těhotenství mohou ovlivnit psychiku těhotné svým vlivem na aktivitu a metabolismus mozkových neurotransmiterů. Těhotenství provází změny partnerských a rodinných vztahů, je zvýšená potřeba pozornosti ze strany manžela, ale i rodiny a přátel. Snadno vznikají pocity odmítnutí, poranění a strachu. Manželské soužití ovlivňují změny sexuální aktivity těhotné ženy. Během těhotenství nastávají ekonomické změny a anticipují se ještě radikálnější změny po porodu, akcentují se případné rodinné problémy. Homeopatie, jako komplexní metoda, je schopna na všechny tyto složité okolnosti reagovat a může tak velmi účinně provázet ženu celým těhotenstvím.

■ Během těhotenství se vytvářejí a mění postoje těhotné ženy k plodu:

■ První období začíná diagnózou gravidity a končí s prvními pohyby plodu. Hlavní úkol, který musí těhotná v té době řešit, je přijetí těhotenství a přizpůsobení se dosud neznámému pocitu „dva v jednom“. Reakce na těhotenství je mnohdy ambivalentní - je to ovlivněno mnoha faktory, mj. i postojem ženy ke kariéře a celkovým zdravotním stavem.

■ Druhé období trvá od prvních pohybů k začátkům životaschopnosti mimo tělo matky a představuje nejstabilnější část gravidity. Hlavním úkolem je diferenciací dítěte od sebe samé a přijetí reality nového jedince. Pohyby plodu přinášejí dů-

kaz, že je plod živý, a v tomto smyslu přinášejí úlevu. V této době probíhá intenzivní verbální a non-verbální komunikace s dítětem.

■ Třetí období zahrnuje asi posledních šest týdnů těhotenství. Ukončení psychologické přípravy je definováno jako přijetí reality přicházejícího dítěte a diferenciací a individualizací dítěte i sebe. Typický je vzestup těhotenských strachů a úzkosti.

■ Těhotenství z pohledu homeopatického citlivého typu (několik příkladů)

■ *Aurum metallicum* - pro ženu je role budoucí matky prací na celý úvazek; je velmi důvěryhodná, vážná, odpovědná, má strach, že něco zanedbá.

■ *Argentum nitricum* - u ženy je přítomna výrazná anticipační úzkost - má strach, že vše, co provází těhotenství, nezvládne. Strach ze všeho, co musí přijít - žena navštěvuje všechny kurzy pro těhotné, detailně se seznamuje s vybavením porodních sálů, důkladně si vybírá „svou“ porodnici

■ *Ambra grisea* - nejvýraznější emocií je stud - jde o pohled na těhotenství jako na sérii nepřijemných vyšetřování.

■ *Sepia officinalis* - žena nenachází uspokojivé sebevyjádření, potlačovaná ženskost, někdy podvědomé odmítání dítěte. Má depresivní tendence, nedělá radostné plány. Uzavření se do sebe, velká únava. Nedovede se rozhodnout, zdali se na dítě těší, nebo ne. Častá je inkontinence děložního hrdla.

Posouzení potřeby homeopatických léků z tohoto pohledu je odbornou homeopatickou záležitostí, přesto lze poskytnout a doporučit návod na homeopatické řešení nejčastějších problémů v souvislosti s těhotenstvím.

■ Zvracení těhotných

Sepia officinalis

■ dlouhotrvající těhotenská nevolnost - ranní nauzea nebo nauzea dostavující se po pohledu na potraviny nebo při ucítní jejich zápachu, nevolnost se zlepšuje klidem

■ pocit prázdného žaludku, který nemizí ani po jídle, hlenovité zvracení s nepříjemným zápachem, nechutenství a hypersalivace, nauzea neustupuje ani po zvracení

Tabacum

■ nauzea doprovázená silným zblednutím, znač-

nou salivací, chladný pot

■ zlepšení na čerstvém vzduchu, nebo zavřením očí

Lobelia inflata

■ hypersalivace a gastrická hypersekrece

■ extrémní nevolnost, zvracení, studené pocení, ale dobrá chuť k jídlu

■ odpor k tabákovému kouři, plynatost

Bryonia alba

■ nevolnost s velkou žízní, nauzea zhoršená i minimálním pohybem

Chelidonium majus

■ úporné zvracení, objevuje se periodicky i bez předchozí nevolnosti

■ zlepšení teplými nápoji, žlutý povlak jazyka, hlenovité zvracení s příměsí žluči

Tyto léky doporučuji v ředění 5-9 CH, 2-3x denně 5 granulí, v souvislosti se zlepšováním stavu se počet dávek snižuje.

■ Další velkou oblastí užití homeopatie je KOJENÍ, a to nejen při léčbě mastitid a fisur bradavek, ale i při ovlivnění tvorby mateřského mléka.

Belladonna - prudce začínající zánět prsu s velkou citlivostí a horečkou. Jasně červené zarudnutí s hyperestézií, sálající teplo.

Bryonia alba - mastitida s tvrdým, horkým a bolavým prsem. Bolesti se výrazně zhoršují pohybem, žena má pocit velmi těžkých prsou, touží si prsa pevně stáhnout.

Phytolacca decandra - prs horký, červený, citlivý, vysoká teplota. Velké bolesti při kojení, bolest vyzařuje do celého těla. Praskliny bradavky a bolestivé nodozity v prsu.

Graphites - praskliny prsních bradavek - lze kombinovat s lékem *Arnica montana*.

Všechny tyto léky užíváme v ředění 5-9 CH 3-5x denně - v závislosti na průběhu onemocnění.

Velmi dobrou zkušenost mám s lékem *Ricinus communis* - ředění 5 CH 2x denně 5 granulí, který zvyšuje tvorbu mateřského mléka.

China 15 CH - reakce na vyčerpání při dlouhodobém kojení - 2x denně 5 granulí.

Literatura:

1. Denis Demarque: *Farmakologie a materia medica homeopatica* (CEDH, Francie, 1998)

2. Jaroslav Baštecký: *Psychosomatická medicína* (Grada Avicenum, 1993)

Nutricia



Homeopatie v dětské ordinaci

Zamyšlení nad 15 lety nové existence homeopatie u nás

MUDr. Tomáš Karhan

Praktický lékař pro děti a dorost, Praha

Metodu, o níž do roku 1989 čeští lékaři díky čtyřicetiletému ideologickému zatracení ani netušili, že existuje, v současné době používá mnoho set našich lékařů. Užívají ji nejčastěji pediatři. Pravidelná konfrontace s účinkem či „neúčinkem“ předepsaného homeopatického léku je nejlepší zpětnou vazbou pro jeho další předepisování. Rovněž období 15 let od zavedení metody u nás je proto dosti dlouhým úsekem, v němž praxe prověřila její životaschopnost.

Rád bych se proto autenticky vyjádřil k tomu, co mi tato, stále ještě diskutovaná, relativizovaná a nezřídka příkře odmítaná metoda nabídla a nabízí.

Od počátku devadesátých let prošlo několik tisíc našich lékařů školením francouzské a rakouské homeopatické školy. Jejich výrazná část byla zaměřena na homeopatický způsob léčení nejběžnějších onemocnění a stavů, s nimiž se lékař v terénu setkává každodenně. Bylo třeba překročit práh přirozené nedůvěry k metodě, k jejím základním principům patří užití léčiva ve velmi zředěné formě. Ředění léčivé látky je tak výrazné, že se v konkrétním léčivu vyskytuje s obsahem nízkomolekulárním. V určitý moment dalšího ředění již není možné o výskytu léčivé látky v hmotné podobě hovořit. To je také nejčastější a obecně známou námitkou proti homeopatii. S tímto vědomím jsem také podával prvé homeopatické léky dětským pacientům. První zkušenosti lze získat třeba u banální virové rýmy. Banální jen do té míry, že lékově dosud přímo neovlivnitelné. Podle homeopatického zákona podobnosti Similia similibus curantur - podobné podobným se léčí, se vlastně odchylujeme od zavedené logiky léčení opakem, které je běžné medicíně vlastní. Uvedený homeopatický zákon zformuloval koncem 18. století zakladatel homeopatie, německý lékař prof. Samuel Hahnemann. Podání homeopatického léku Allium cepa, jak název říká, vyrobeného z cibule, naplňuje uvedený zákon podobnosti v plném rozsahu. Stav, který si snadno navo-

díme při krájení hlízy, je spojený s pálením v očích, jejich zarudnutím a výtokem vodnatého sekretu z nosu. Sekret je dráždivý a při delším působení odírá krajinu pod nosem. Stav, který tak navodíme vlastně přirozeným toxikologickým pokusem, je skutečně blízký stavu akutní serózní rhinitidy. Při podání Allium cepa v nízkém ředění dochází k odeznění „podobných“ obtíží v nápadně krátkém čase, během jednoho dne.

I to je vlastnost pro homeopatii typická. Nejen zlepšení, ale faktická úprava chorobného stavu ve zkrácené době.

Pro lékaře používajícího homeopatické léky je často velmi podporující reakce rodičů pacienta. Ti jsou nejpečlivější a hluboce zainteresovanými pozorovateli vývoje stavu dítěte. Dokáží být, jak dobře víme, mnohdy i kritičtí. Na rozdíl od kritiků teoretiků však dokáží vyjádřit i názor pozitivní na základě prožitých skutečností. Pro lékaře používajícího homeopatii je pak jejich konstatování objektivizujícím kritériem úspěšnosti léčby. Rád zde uvedu příklad léčení varicelly pomocí přípravků Rhus toxicodendron (škumpa jedovatá) a Mezereum (lýkovec). Pravidelná mnohaletá zkušenost s homeopatickou léčbou planých neštovic ukazuje, že průběh hojení je významně zrychlen, úzdrava je u 3/4 případů zkrácena na polovinu obvyklé doby. Návrat dětí do kolektivu a jejich rodičů do práce je rychlejší než při obvyklém způsobu hojení. Odezvy rodičů jsou spontánní a četné. Mnozí mají vícenásobnou zkušenost a srovnání se staršími sourozenci léčenými symptomaticky. Léčení planých neštovic homeopaticky tak působí fyziologickým směrem ve smyslu urychlení průběhu a hojení, aniž by byly suprimovány přirozené imunitní mechanismy.

Nečekaně silnou pozitivní zkušeností pro mne bylo prvé setkání s hojivými účinky léku Arnica montana. Působení na úrovni fytotherapeutické je obecně známé. Horší vůdci v Alpách tuto rostlinu žvýkají jako prostředek proti svalové únavě, možnému předstupni

zmoždění. Arnicu jsem v homeopatické podobě použil u výrazné modřiny na oku mé dcery tehdy v batolecím věku. Upadla na ledě a vypadala vpravdě jako týrané děčko.

K mému tehdejšímu překvapení a v rozporu s běžnými patofyziologickými mechanismy proběhlo hojení s vymizením hematomu během několika hodin po podání dvou dávek léku. Arnica je velkým lékem na rány všeho druhu. Ve svém arzenálu ji mají zcela oficiálně i lékaři francouzských fotbalistů. Homeopatie je ve většině států Evropské unie obecně uznávána jako běžná součást léčebného spektra. Nejpopulárnější je ve Francii, Německu a Rakousku. Podle informací kolegů z těchto zemí byl postoj odborné veřejnosti skeptický v době asi před 20 lety. Kultura demokratické tolerance západní Evropy tomu byla nápomocna. Ani při negaci homeopatie nehovoří tamní lékaři o homeopatii s despektem, jak se s tím zatím setkáváme ne vzácně u nás.

Fungování výše uvedených léků, vyrobených z matečné tinktury rostlin, bylo pro mne jakýmsi pozváním k bližšímu seznámení se s homeopatií. Připouštím, že kdyby jejich tehdejší podání nesplnilo či dokonce nepřekonalo moji představu o léčivém působení, byl bych skeptičtější. Hledání nových variant léčebných postupů se mohlo ubírat jiným směrem. To se nakonec stalo i řadě kolegů, kteří k homeopatii přistoupili s očekáváním jednoznačných efektů spojovaných s podáváním běžně potlačující medicíny.

Charakteristika homeopatických léků je často spojena s vyšším stupněm individualizace, tedy s hledáním většího stupně podobnosti. Stručný příklad: u výše zmíněného léku Allium cepa je podporujícím příznakem pro jeho podání zhoršení v teplé místnosti a zhoršení večer. Jak často podobné údaje od pečlivých maminek dostáváme (a jak často je ihned zapomínáme) v rámci unifikujících schémat?! A přeci právě tyto individualizující údaje nám více či méně přibližují jakousi jedinečnost pacienta. Ta spolu



s nálezem někdy i neobvyklých příznaků či souvislostí pomáhá k nalezení vhodného léku na základě zákona podobnosti. Navíc konstatování, že neléčíme nemoc, ale konkrétního pacienta vrací tuto větu z hájemství povinných frází do konkrétní léčebné pomoci. Škála léků, které máme k dispozici, se rozšiřuje. Obavu z příliš pestré nabídky léků lze - dříve než přijde nabytí jistoty praxí - omezit použitím homeopatických didaktických pomůcek - od knih se srovnávacími popisy stavů po tzv. repertorizaci i s využitím expertního programu na PC. Repertorizace nám k definované modelové situaci rhinitidy nabídne další léky - například *Euphrasia officinalis* - světlík lékářský. Ve fytoterapii je známý jako oftalmologikum. V homeopatii má charakteristiku vycházející z toxikologického pokusu. Stav, kde matečná tinktura léku či její ředění působí překrvení spojivek, palčivé slzení a méně dráždivý čirý výtok z nosu. Opět podle zákona podobnosti by takový stav, už ne v experimentu, ale klinicky, léčil okulonasální katar. Méně rozhodný ordinující by mohl předepsat souběžně užívání *Allium cepa* a *Euphrasia*. Zvýší se šance na efektivní indikaci, ale neguje se zpětná didaktická vazba, který ze dvou léků byl ten efektivnější.

V rámci celostního (holistického) pohledu na pacienta se opět systematicky popisují jevy a jejich charakter. Je tak možno rozlišit např. celou škálu charakteru sekretů dle jejich vzhledu a konzistence. Doplnuje se o již zmíněné modalit - zhoršení/zlepšení zimou/teplem, zjevnou ztrátu/zachování čichu, doprovodné pocity tlaku a ucpání, vznik obtíží z důvodu prochlazení vlhkem či vystavení prudkému suchému větru. Určité soubory těchto známek specificky charakterizují určité léky.

Jeví-li se uvedený pohled na „pouhou“ rýmu jako příliš detailní, spokojme se s konstatováním metodologické ukázky. Vzbuzuje-li naopak určitý zájem, dodejme, že takto definované sekrece mají charakteristiky léků jako je *Kalium sulfuricum*, *Pulsatilla*

(koniklec), *Kalium bichromicum*, *Mercurius solubilis*, *Dulcamara*... Léčebné efekty při vyšší podobnosti jsou skutečně výrazné a rychlé.

Při dalším studiu a propojování jednotlivostí na nejrůznějších úrovních tělesných pak vyplývají komplexnější charakteristiky homeopatických léků.. Zjišťujeme, že se vytvářejí jakési skupiny dětí, u nichž např. se-

romukózní sekrece, vznikající v důsledku snadného prochlazení, souvisí s častějším výskytem tubárního kataru, zakládajícího následnou otitidu. Taková situace je ovlivnitelná nejlépe lékem *Pulsatilla*. Uvedené popisy se navíc často pojí i s charakteristikou základního temperamentu malého pacienta. Hovoříme pak o konstitučním typu. Jeho studiem a aplikací se zabývá konstituční homeopatie. Vysoký stupeň podobnosti pak umožňuje hlubší ozdravnou intervenci s užitím léku *Pulsatilla* v jiném ředění. Výsledkem je typologické ovlivnění imunity s následnou nižší nemocností. Symbolicky bych tento pohled přirovnal k vytváření mozaiky z jednotlivých kamínků nejrůznějších tvarů a barev. Jejím výsledkem je pro znalého pozorovatele reálný definovaný obraz určitého typu resp. léku. Z hlediska toxikologického se opět jedná o experimentálně popsanou komplexní charakteristiku lehčí otravy uvedenou matečnou tinkturou na úrovni orgánové i psychické. Pro lidi s definitivním a neměnným pohledem na svět i vědu jsou tyto řádky jistě naprosto nepřijatelné. Respektuji to. Na druhé straně holistický pohled homeopatie přináší další dimenzi. V dnešním stále více standardizovaném světě se jedinečnost a pestrost téměř programově vytrácí. Respektování individuality, neopakovatelnosti každé bytosti, je tím, co dětskou medicínu provází více než řadu jiných oborů. I to je zřejmě jedním z důvodů, proč je mezi pediatry ve světě i u nás podstatně více příznivců než v jiných lékařských oborech.

Při plném respektování vědeckých postojů a standardizovaných léčebných postupů moderní medicíny je možno používat i desítky až stovky homeopatických léků uvedených v oficiálních lékopisech, včetně Evropského lékopisu ve stovkách a možná tisíci indikací. Řada z nich jsou stavy a nemoci, které zvláště u dětí nechceme, ani nemusíme řešit obvyklou supresí běžnými léky s možnými vedlejšími účinky a riziky alergie. U jiných nemocí jsou zajímavou alternativou k obvyklým postupům.

Ve snaze o představení metody homeopatie byl užít model nejběžnějšího infektu. Nyní, třeba namátkově, zmíním ještě některé situace, u nichž nenacházím žádný nebo alespoň adekvátně šetrný léčebný ekvivalent. Jako první mi vychází vpravdě obtížný problém kojeneckého věku a ne zřídka jeden z prvních problémů rodičovských - *dentitio difficilis*. Stav všem důvěrně známý. Homeo-

patický lék *Chamomilla*, fytotherapeuticky prověřený, má „velkou afinitu k úspěchu“ zejména u postižených kojenců s jednou tvář červenou, teplou a druhou bílou. Nápadným, leč empirií prověřeným faktem je maximum vyjádřené bolestivé rozlady kolem 21 hodiny. Zlepšení nastává typicky a bezodkladně chováním a nošením kojence.

Je-li však obtížná dentice provázena vodnatým a hlenovitým průjmem s borborygmy, předepisujeme spíše *Podophyllum*. Získáme-li navíc informaci, že průjem je častější ráno a bolestivé obtíže se zmírňují při položení na břicho, stoupá na základě vyšší míry podobnosti pravděpodobnost léčebného úspěchu prakticky k jistotě. Tiskne-li kojeneček v době prořezávání zoubků dásně usilovně k sobě, dosahující tak zmírnění bolesti, vede nás rozvaha směrem k léku *Phytolacca*. U přítomného zánětu dásní, hypersalivace a odulého jazyka, je nevhodnější indikovat *Mercurius solubilis*.

Další originální indikací, k níž nemám ekvivalent, je podávání léku *Calcarea phosphorica* u dětí s nočními růstovými bolestmi kostí. Vydatnou úlevu až odstranění obtíží jsem pozoroval paušálně u více než šedesáti procent dětí. Při dalším upřesňování příznaků by uvedené procento dále vzrostlo. Upozorněním na tuto indikaci pro mne byla před časem britská vědecká studie, uveřejněná v renomovaném odborném časopise. Tvzení o neexistenci seriózních homeopatických studií není na místě. Dobře dokumentované kazuistiky vyléčení jsou 6. stupněm vědeckého důkazu. Na druhé straně je zjevné, že statistickými metodami, které požaduje současná věda, je homeopatie při potřebě individualizovat, nikoliv standardizovat, obtížněji uchopitelná právě současnými standardizujícími metodami. To z pohledu obvyčejného dětského doktora na rozdíl od vědce není tak kritické a zásadní. Léčebné výsledky běžné terapie se snažím hodnotit stejně střízlivě a poctivě jako kdysi práci ve výzkumu juvenilní hypertenze s užitím metod statistické analýzy. K tomu v léčbě přistupuje vědomí, že medicína je nejen vědou, ale i uměním. Po 15 letech práce s pravidelným používáním homeopatických léků je vnímám jako samozřejmou a praxí spolehlivě prověřenou součástí běžného léčebného spektra.

Literatura u autora



Psychosomatická artterapie

Ak. mal. Jiřina Průchová

Ateliér GA/MO Praha, Intercentrum Psychosomatické artterapie® v ČR

Souhrn

Co je to Psychosomatická artterapie - Princip metody - Způsob aplikace - Indikace a kontraindikace - Závěr - Prezentace Psychosomatické artterapie

■ Co je to

Psychosomatická artterapie

Psychosomatická artterapie je originální, komplexní, ucelený systém, původní české, rekondiční a regenerační metody, která pomáhá řešit příčiny onemocnění na úrovni vnějšího a vnitřního prostředí. Vychází z exaktních fyzikálních procesů, na jejichž ověření se podíleli odborníci z mnoha vědních oborů. Neinvasivní cestou ovlivňuje kvalitu a tok elektromagnetické energie daného organismu. Podporuje přirozené obranné mechanismy a tím se spolupodílí na aktivizaci imunitního systému. Nezatěžuje organismus toxickými látkami. Je kompatibilní s jinými léčebnými metodami. Je měřitelná přístrojovou technikou. Má široký rozsah využití zejména v procesu ochrany, podpory a prevence zdraví u některých psychických, psychosomatických a somatických onemocnění. Rozšiřuje stávající medicínské postupy a metody, které jsou nenahraditelné a nezastupitelné o novou dimenzi.

■ Princip metody

Psychosomatická artterapie využívá specifickou část elektromagnetického záření ve formě viditelného spektra - světla, detekovaného nanometry v rozsahu 400 až 750 nanometrů k aktivizaci informace zobrazené na prostředcích Psychosomatické artterapie, k ovlivnění primárních energetických procesů v lidském organismu, na které navazují elektrolytické a chemické pochody. Sekundárně využívá psychologické a fyziologické působení barev a zobrazené informace k podpoře psychického energetického systému lidského organismu.

Prostředky Psychosomatické artterapie jsou originální, specifická umělecká díla, vytvořená jednorázově v roce 1988, která byla v procesu verifikačních studií Psychosomatické artterapie testována a stala se nedílnou součástí celé metody. Psychosomatická artterapie působí na dvou úrovních: na somatiku

i psychiku člověka. Objektivně, s vyloučením zrakového senzoru, působí na úrovni fyzikálních procesů na fyzický energetický systém člověka. Prostřednictvím zobrazené informace působí na psychiku člověka, kde aktivizuje citění, vnímání, emoce, představivost a další myšlenkové procesy. Aktivizací fyzického i psychického energetického systému dochází k žádoucímu posílení a zvýšení akceschopnosti imunitního systému.

Psychosomatická artterapie je energeticky nezděrová. Z tohoto důvodu nemůže dojít k poškození organismu chemickou zátěží, toxickými látkami atp. Je však zdrojem informace. Informační působení Psychosomatické artterapie není totožné s homeopatií, kdy je vnesena informace v podobě homeopatického léku do organismu. Informační působení Psychosomatické artterapie je vázáno na energetický zdroj, například viditelné světlo, které je schopno aktivovat informaci zobrazenou na prostředku. Následně pomocí fyziky prostředí dochází k objektivním fyzikálním procesům, které můžeme využít v léčebném procesu.

Psychosomatická artterapie ve vztahu k definici informace respektuje přístupy jednotlivých vědeckých disciplín. Současně je však syntetizuje do uceleného komplexu, jehož výstupem je skutečnost, že obsah informace zobrazené na prostředcích Psychosomatické artterapie:

- aktivuje energetické procesy v lidském organismu, tím se stává významným faktorem spolupodílejícím se na aktivizaci imunitního systému
- může „skokově“ měnit a ovlivňovat kvalitu vnějšího a následně vnitřního prostředí živých organismů
- má schopnost skládat tok elektromagnetického záření (elektrony)
- má schopnost restaurovat elektromagnetickou energii lidského organismu
- může ovlivnit termické a oběhové procesy v živých organismech
- spolupodílí se na eliminaci chaosu dané-

ho prostředí

■ je významným faktorem nastolení harmonie a řádu vnějšího a vnitřního prostředí živých organismů.

■ Způsob aplikace

Aplikace prostředků Psychosomatické artterapie je velmi jednoduchá. Nejrozšířenější je bezkontaktní aplikace dlaní pravé nebo levé ruky, zrakem nebo přikládáním. Uvedené způsoby lze kombinovat mezi sebou.

Účinky nových užitných vlastností prostředků Psychosomatické artterapie zobrazují dva snímky infravizního měření infračerveného záření pomocí termovizní kamery, které jsou součástí verifikační studie, která byla realizována ve spolupráci našeho výzkumně vzdělávacího zařízení s Vojenským technickým ústavem letectva a PVO v Praze a Klinikou komplexní rehabilitace pana MUDr. Jiřího Marka v Praze.

Aktuálním zdravotním stavem probanda byla akutní rýma, bolest hlavy, brnění prstů a neuróza. Prostředky Psychosomatické artterapie č. 229 a č. 336 byly aplikovány bezkontaktně dlaní pravé i levé ruky současně (viz. obrázek) po dobu 16 minut. Proband v průběhu aplikace prostředků nic necítil, avšak jeho tělo reagovalo. Porovnáním dvou snímků termovize - nativitu a dalšího snímku, které zobrazují stav povrchové teploty tkání před a po aplikaci prostředku Psychosomatické artterapie, zjistíme, že nativní snímek zobrazuje nejenom sníženou termiku obličej, ale zejména nedokrvené články prstů pravé ruky. Snížená termika s nedostatečným prokrvením, při dlouhodobém procesu, může vést k ukládání solí v kloubech, snížení hybnosti prstů až po vznik nebezpečí revmatických procesů. Z tohoto důvodu vyvolané procesy po aplikaci prostředků Psychosomatické artterapie, kdy došlo ke změnám termiky tkání, prohřátí a prokrvení nejen koncových článků prstů, ale i celého obličej, je pro organismus žádoucí jev.

Zdravcentra



tab. č. 1

Prezentace Psychosomatické artterapie			
r.1996	Brno	XVI. Congressus Acupuncturae Bohemiae et Slovacae	Psychosomatická artterapie® A využití stimulátorů GA/MO jako podpůrných a regeneračních prostředků
r.1996	Praha	Mezinárodní konference České stomatologické komory	Psychosomatická artterapie® - a užití rezonančních stimulátorů ve stomatologii
r.1997	Praha	Oponentní řízení	Aplikovaná Psychosomatická artterapie
r.1997	Praha	Medica revue (odborný lékařský časopis)	„Psychosomatická artterapie původní česká rekondiční a regenerační metoda“
r.1997	Brno	Sympóziu informační medicíny a terapie	„Psychosomatická artterapie - teorie a praxe“
r.1998	Plzeň	IX. česko-slovenská konference psychosomatické a behaviorální medicíny	„Psychosomatická artterapie - původní česká rekondiční a regenerační metoda“
r.1998	Praha	XVIII. Kongres akupunktury	„Aplikovaná Psychosomatická artterapie“ „Psychosomatická artterapie aneb vliv energeticko-informačního působení rezonančních stimulátorů na uspořádání hmoty“
r.1999	Hradec Králové	FN - klinika geront. a metanol. - konference „Účelná farmakoterapie ve stáří“	„Psychosomatická artterapie a farmakoterapie ve stáří“
r. 2000		Regulační medicína (časopis lékařských nekonvenčních metod)	„Verifikace Psychosomatické artterapie® pomocí infravizního měření infračerveného záření termovizní kamerou“
r.2000	Praha	Regulační medicína (časopis lékařských nekonvenčních metod)	„Psychosomatická artterapie aneb vliv prostředí a rezonančních stimulátorů na lidský organizmus“
r.2000	Praha	http://web.quick.cz/atelier-gamo	„Stav prostředí a dezorientace imunitního systému“
r. 2001	Brno	Sympóziu informační medicíny	„Psychosomatická artterapie a netušená schopnost obrazů“
r.2002	České Budějovice	Pedagog. Fa. Jihočeské univerzity - „II. konference artterapie“	„Psychosomatická artterapie, seznamte se prosím...“
r.2003	Praha	Oponentní řízení Psychosomatické artterapie	„Odborné posouzení Psychosomatické artterapie, verifikační studie, indikační a kontraindikační působení, začlenění mezi stávající léčebné metody a zdravotnické profese“
r. 2003	Brno	XXII. Kongres akupunktury	„Chaos na úrovni prostředí, energetika lidského organismu a imunitní systém z pohledu Psychosomatické artterapie“
r. 2004	Plzeň	Konference „Tvarové zářiče“	„Tvarové zářiče z pohledu Psychosomatické artterapie“

■ Indikace a kontraindikace

V rámci verifikačních studií Psychosomatické artterapie, které dokládají nové užité vlastnosti prostředků Psychosomatické artterapie viz. užité vzor č.j.2001-11948, můžeme obsah informace zobrazené na prostředcích Psychosomatické artterapie v praxi využít k aktivizaci imunitního systému jako celku například k:

a) primárně

- harmonizaci rytmu mozkových hemisfér
- podpoře fyziologických a chemických procesů
- podpoře fyzického a psychického ener-

getického systému

- restauraci, harmonizaci a regulaci toku elektromagnetické energie proudící lidským organizmem
- uvolnění energetických bloků a spazmů v lidském organizmu
- zapojení psychiky pacienta do procesu údravy

b) sekundárně

- k regulaci oběhových funkcí a termiky
- regeneraci buněk prostřednictvím generováním frekvencí alfa
- zlepšení látkové výměny aj.

V procesu prevence, podpory a ochrany zdraví mohou s prostředky Psychosomatické

artterapie pracovat odborně proškolení lékaři, rehabilitační pracovníci, kosmetičky, maséři a další zdravotní pracovníci v rámci své profese.

Pro lékaře pediatra se rozevírá široké spektrum využití, který může prostředky Psychosomatické artterapie využít k podpoře imunitního systému u různých druhů onemocnění například: virových i zánětlivých onemocnění, nespecifických i specifických bolestí, poúrazových stavech, při opakovaných onemocnění, potížích pohybového ústrojí, lehké mozkové dysfunkci, koktavosti, pocitů méněcennosti, k podpoře sebevědomí nebo naopak k uvolnění agrese, sklonům



Verifikační studie Psychosomatické artterapie Ovlivnění fyzického těla ENERGETICKY NEZDROJOVÝMI prostředky Psychosomatické artterapie®



BEZKONTAKTNÍ APLIKACE
energeticky nezdvojových prostředků
Psychosomatické artterapie
RS č. 336 a RS 229



Snímek infravizního měření infračerveného záření termovizní kamerou
Ing. Jílek, VTÚL a PVO, Praha
NATIV
(Nachlazení + 30min. práce na PC)



Snímek infravizního měření infračerveného záření termovizní kamerou
Ing. Jílek, VTÚL a PVO, Praha
Uvolnění energetických bloků
po 16 minutách aplikace prostředků Psychosomatické artterapie

k závislosti a dalších psychických potíží. Podle aktuálního zdravotního stavu pacienta lékař zváží možné varianty aplikace, například: Zda je vhodné aplikovat prostředky Psychosomatické artterapie samostatně, současně s chemofarmaky nebo jinými terapiemi. Reakci organismu na aplikované prostředky si může ověřit ihned monitorováním zdánlivé impedance přístrojem ARTTEST III.

Kontraindikace prostředků Psychosomatické artterapie v průběhu celého sledovaného období, tj. od roku 1988, nebyly zaznamenány.

■ Závěr

Psychosomatická artterapie poukazuje na možné příčiny vzniku tzv. civilizačních onemocnění. Nabízí možnost seznámit se a zvážit využití energeticky nezdvojových prostředků Psychosomatické artterapie k podpoře fyzického a psychického energetického systému, termického a oběhového systému u dětí předškolního a školního věku včetně adolescentů při řešení některých psychických, psychosomatických a somatických onemocnění. Umožňuje lékaři aktivně zapojit malého pacienta do procesu uzdravy aktivizováním psychiky pacienta pomocí informace příslušného zobrazení. Současně objektivně a cíleně působí na stav somatiky pacienta prostřednictvím exaktních fyzikálních procesů, které se podílejí na mobilizaci a aktivizaci imunitního systému tím, že pacient prostředek sleduje zrakem nebo má nad ním položenou ruku.

Informační zdroj:

Jiřina Průchová „Verifikační studie Psychosomatické artterapie“ V Praze 8.7. 2004 zpracovala ak. mal. Jiřina Průchová

Recenze knihy

MUDr. Jiří Liška, CSc.

Kniha „**Gynekologické problémy u děvčátek a dospívajících dívek**“ od autora **Prof. MUDr. J. Hořejšího, DrSc.** (knihu vydalo nakladatelství Grada Publishing a.s., 2004) je určena především matkám, ale i dospívajícím dívkám, pedagogům, studentkám zdravotnických škol a posluchačům studií pedagogiky. Na trh se dostává kniha, která se může stát cennou pomůckou všem, kteří pracují s dítětem a dospívajícím jedincem, ale i s celou rodinou. Cílem autora je poskytnout ucelené a aktuální praktické informace z dětského věku i věku dospívání i odpovědi na mnohé dotazy dnešní doby. Kniha představuje shrnutí celoživotních odborných zkušeností, je psána ve velmi praktickém pojetí a je tak přínosem i pro praktické dětské lékaře.



Současné trendy v očkování proti poliomyelitidě

MUDr. Hana Cabrnchová

Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Souhrn

Problematika nutnosti nahrazení OPV (Sabinovy vakcíny) IPV (Salkovou vakcínou) vyvolává diskusi o změně očkovacího schématu u dětí v České republice. Rozvinuté státy přecházejí postupně od druhé poloviny 90. let na IPV především z důvodu bezpečnosti. Díky eliminaci divokých virů v rozvinutých státech převážilo výhodu slizniční imunity a dalšího šíření vakcinálního kmene očkovanými jedinci riziko VAPP (vaccine associated paralytic polio). WHO vnímá eradikaci poliomyelity jako svůj důležitý úkol. Jedním z kroků je i co nejrychlejší odstoupení od OPV v době, kdy je vysoká surveillance a post-vakcinační imunita.

■ Historie používání vakcín proti poliomyelitidě

Trivalentní inaktivovaná vakcína IPV byla vyvíjena v USA počátkem padesátých let Dr. J. E. Salkem a následně byla studií ověřena její bezpečnost a ochranný efekt. Pro používání byla schválena v roce 1955.

Zkušenosti s IPV měla i Česká republika (tehdy ještě Československo) od roku 1957, kdy u nás bylo intradermálně očkováno IPV vakcínou kolem 87% dětí ve věku do 7 let. Ochranný účinek této vakcíny byl ale bohužel nižší než se očekávalo, a to především důsledkem velmi nízké sérokonverze po aplikaci této vakcíny. Ta ale mohla být také ovlivněna způsobem používání této vakcíny v té době, tedy zvoleným očkovacím schématem.

Přesto používání IPV vedlo k poklesu incidence poliomyelity v mnoha průmyslových zemích a vedlo k přerušení přenosu živého viru ve čtyřech severoevropských zemích (Finsko, Island, Norsko a Švédsko).

Počínaje rokem 1963 nahradila trivalentní orální vakcína (Sabinova) v mnoha zemích IPV především z důvodu snadnějšího používání, slizniční imunity, dosažení účinnější bariéry pro šíření a cirkulaci v komunitách a také i díky velmi nízké ceně této vakcíny. To pochopitelně umožnilo i promítnutí těchto výhod do projektu globální eradikace polio, vyhlášeného WHO v roce 1988. Tento projekt zahrnoval i masové OPV kampaně (např. Národní imunizační dny) sloužící k eliminaci cirkulace živého viru. Nízká účinnost, ale nesporné výhody IPV vakcíny, vedly k dalšímu vývoji, jehož výsledkem byla od sedmdesátých let nová technologie. K dispozici je tak současná vysoce účinná vakcína IPV. Obsahuje všechny tři typy polioviru v inaktivované podobě. IPV vyvolává u očkovaných tvorbu specifických protilátek a také dovede zajistit specifickou imunologickou paměť, která přetrvává i v době poklesu specifických protilátek. IPV má srovnatelnou schopnost dosažení faryngeální slizniční imunity, ale nižší replikaci a exkreci v tenkém střevě. Je

možné ji podávat i imunodeficientním osobám. IPV patří mezi nejbezpečnější vakcíny s minimálním počtem reakcí po očkování.

Od června 2003 je k dispozici ještě kvalitnější podoba IPV (thiomersal inactivates). Právě kombinované očkovací látky obsahující tuto vakcínu jsou nyní preferovanou podobou očkování proti poliomyelitidě.

■ Rizika používání OPV

V OPV jsou virové kmene oslabeny a jejich interhumánní přenos je redukován. Přesto se během multiplikace v organismu oslabené kmene mohou stát opět neurovirulentními a jejich schopnost přenášet se roste. Za reverzi zpět k divokým fenotypům odpovídají dva genetické mechanismy: mutace a rekombinace. Přirozená cirkulace viru odvozeného z vakcíny (vaccine-derived poliovirus - VDPV) vyvolává riziko sporadického výskytu případů poliomyelity ve spojitosti s očkováním, endemického přenosu (Egypt 1982-1993) a epidemie poliomyelity (Hispaniola 2000, Filipíny 2001, Madagaskar 2002).

■ Rizika spojená s vakcinací OPV jsou tedy následující:

- paralytické polio spojené s vakcinací VAPP
- endemický a epidemický přenos cirkulujícího polioviru odvozeného z vakcíny cVDPV
- dlouhodobé nosičství polioviru odvozeného z vakcíny imunodeficientními jedinci iVDPV

Riziko VAPP (vaccine - associated paralytic poliomyelitis) vyvolané cirkulací vaccinederived polioviruses (cVDPVs) má výskyt 2 - 4 případy na milion narozených každý rok, tedy udávaná incidence je 1 případ na 2,4 mil. distribuovaných dávek.

První větší výskyt VAPP byl popsán v roce 2000, kdy 21 dětí prodělalo paralýzu na ostrově Hispaniola, dále v roce 2001 na Filipínách a v roce 2002 na Madagaskaru. Retrospektivní studie pak prokázaly cirkulaci těchto kmenů i v Egyptě v roce 1988 až 1993 (celkem 30 případů). V USA je ročně hlá-

šeno 8-9 VAPP do roku 1996. V Indii bylo detekováno 109 - 181 případů VAPP mezi rokem 1999 až 2001. To vše vedlo k přehodnocení rizik a snaze vyspělých zemí přejít z OPV na IPV, a to buď ve formě úplného přechodu na IPV, nebo použitím sekvenčního schématu IPV/OPV.

Koncem roku 2002 používalo již 22 zemí pouze IPV a 8 zemí sekvenční schéma IPV/OPV, přičemž v roce 1988 používalo IPV pouze 6 zemí. V roce 2004 již 24 zemí včetně USA používá pouze IPV a 10 zemí používá sekvenční schéma.

■ Úspěchy na cestě k eradikaci poliomyelity

Program WHO určený ke globální eradikaci poliomyelity, prováděný od roku 1988, vedl k následujícím úspěchům:

- původních 125 polio-endemických zemí v roce 1988 k číslu 7 na konci roku 2002. Z těchto 7 zemí jsou tři v Asii (Afghanistan, Indie, Pákistán) a čtyři v Africe (Egypt, Niger, Nigerie a Somálsko).

- v roce 1994 byl WHO jako první vyhlášen Americký region regionem zbaveným poliomyelitidy. V roce 2000 přibyl Západní Pacifik a dne 21. července 2002 i Evropa.

Vyhlášení Evropy bez polio umožnilo přechod na IPV resp. OPV/IPV sekvenční schéma. V rámci Evropy jsme svědky přechodu na IPV a to v převaze ve formě kombinovaných očkovacích látek. Hexavalentní vakcíny obsahující IPV jsou používány v Německu, v Rakousku a v Itálii. Také ve Francii se používá kombinovaná očkovací látka.

■ WHO position paper (28. 11. 2003)

WHO ve svém doporučení konstatuje, že riziko paralytické poliomyelity se změnilo. Je nutné pokračovat ve vakcinaci z důvodů možného importu viru, ale stoupající počet polio-free zemí znamená, že riziko paralytické poliomyelity spojené s pokračující rutiní imunizací při používání orální vakcíny je vyšší než riziko importu živého viru.

Avent



Současná schémata používání IPV jsou velmi individuální a pohybují se od 4 dávek v USA po 7 dávek ve Francii. Většinou ale obsahují 2 - 3 dávky do jednoho roku života a 1 booster za 6 - 12 měsíců po poslední dávce.

Sekvenční schémata jsou doporučována také s cílem dosažení poklesu VAPP. Doporučuje se začít IPV, a to z důvodu dosažení ochrany proti VAPP. Tímto způsobem se dosahuje dobré protilátkové odpovědi za podstatně nižší cenu. Využívá se tak vlastností obou vakcín v oblasti humorální i slizniční imunity. Na druhou stranu je známým faktem, že dosažení slizniční imunity v oblasti faryngeální sliznice je po obou vakcínách srovnatelné a že z hlediska populační imunity není sekvenční schéma spojeno s žádným rozhodujícím přínosem. Přesto zatím sekvenční schéma zůstává například v Izraeli (3 dávky IPV, 3 OPV), Bělorusku, Chorvatsku, Litvě a Estonsku, přičemž jedním z důvodů je i finanční náročnost plného přechodu na IPV.

Užití IPV v rozvojových tropických zemích je ale stále velmi komplikované, a to z několika důvodů. Trvá zde vysoké riziko možného importu živého polioviru, trvá poměrně nízká proočkovanost populace. Obtíže jsou také se schématy užitými pro očkování injekční podobou vakcíny (očkování v období, kdy přetrvávají mateřské protilátky). Dalším faktorem zvyhodňujícím OPV je pochopitelně také cena. Tyto závěry se tak promítají i do zmiňovaného doporučení WHO z roku 2003:

- počet států tzv. polio-free způsobuje, že větším rizikem se stává riziko VAPP v případě rutinního používání OPV. To vede tyto státy ke změně schématu a to buď na úplný přechod na IPV nebo volbu sekvenčního schématu, při kterém 1 - 3 dávky IPV budou následovány 2 - 3 dávkami OPV.

- tato schémata a jejich použití WHO zatím nedoporučuje pro tropické rozvojové země, země zařazené mezi státy s endemickým výskytem nebo mající s nimi kontakt.

- IPV se nedoporučuje pro země dosud užívající očkovací schémata 6,10,14 týdnů.

- IPV se nedoporučuje pro země s nižší proočkovaností pod 90% v případě DTP.

WHO vydává také obecná doporučení pro použití nových očkovacích látek: Krom oblasti kvality a bezpečnosti musí být také snadno adaptovatelné do očkovacích schémat v souladu s národními imunizačními programy. Tedy nejen účinnost konkrétní látky, ale také její možnost používání tak, aby bylo dosaženo co nejvyšší proočkovanosti jsou velmi významnými faktory pro rozhodování o změně očkovacích schémat v jednotlivých zemích.

■ Vývoj vakcinace proti poliomyelitidě v Německu

Německo přešlo zcela na IPV v roce 1998. V roce 1991 bylo v Německu registrováno 14 onemocnění poliomyelitidou. Z toho byla dvě prohlášena za importovaná (Indie, Egypt), a 12 jako VAPP. Při

rozhodování v roce 1998 tak STIKO (Stálá komise pro očkování - Institut Roberta Kocha) rozhodovala o třech postupech:

- zachovat očkování OPV a počítat s tím, že se ročně vyskytnou 1-2 případy VAPP.

- zavést sekvenční očkování: první očkování IPV s následným očkováním OPV.

- přejít od OPV k IPV.

STIKO po projednání dospěla k následujícímu závěru: Zachování pravidelného očkování OPV není z hlediska rizika postvakcinační paralytické poliomyelitidy z dlouhodobého hlediska nadále únosné. Sekvenční očkování sice snižuje riziko VAPP u očkované osoby, ale ne u neočkované osoby, která přišla s infekcí do styku.

Z hlediska populační imunity není sekvenční očkování spojeno s žádným rozhodujícím přínosem. I když je VAPP mimořádně vzácná, je morální povinností lékaře informovat o možných rizicích OPV. OPV je spojena se značnými problémy při zvažování poměru přínosu a rizika, a to jak pro lékaře, tak pro očkovaného, případně pro jeho rodiče. Závěrem tedy vzniklo doporučení pro očkování proti poliomyelitidě, kdy se jako volba očkovací látky doporučuje IPV a to v podobě kombinovaných očkovacích látek pro kojence, děti a dospívající. Schéma bylo zvoleno 3 dávky do roka věku, jeden booster ve 14ti měsících a jeden booster u adolescentů. V případě používání kombinovaných vakcín je schéma 2, 3, 4 a 11 až 14 měsíců. Počínaje 11. rokem se do dokončeného 18. roku doporučuje přeočkování látkou, která obsahuje IPV, jako vhodná látka se jeví například Td-IPV. Zvláštní doporučení platí i pro neočkované dospělé osoby profesionálně exponované, nebo vystavené kontaktu s nemocnými poliomyelitidou a osoby cestující do endemických oblastí. Po dokončeném 18 roce života se rutinní přeočkování nedoporučuje.

■ Očkování proti poliomyelitidě v USA

V USA v roce 1995 ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices) doporučila přechod na sekvenční schéma. V roce 2000 bylo vydáno nové doporučení pro výhradní použití pouze IPV (4 dávky). OPV by tak měla být použita již jen ve zvláštních případech, jakými mohou být epidemie, nevakcinované děti, které cestují do endemické oblasti za méně než 4 týdny a děti rodičů, kteří odmítají vpich. V těchto případech požaduje ACIP poučení rodičů o riziku VAPP. ACIP podporuje celosvětovou iniciativu pro eradikaci polia a použití OPV jako jediné vakcíny pro eradikaci polia ve zbytku zemí, kde je polio endemické.

■ Doporučení WHO pro roky 2004 - 2008

V současné době je WHO zpracován podrobný plán - Global Polio Eradication Initiative Strategic plan 2004 - 2008, který v několika krocích popi-

suje cestu k úplné eradikaci polia. Jedním z důležitých kroků je i co nejrychlejší odstoupení od OPV v době, kdy je vysoká surveillance a post-vakcinační imunita. WHO se již nezabývá sekvenčním očkováním, ale co nejrychlejší náhradou OPV vakcíny. Pro méně rozvinuté země budou připraveny do roku 2008 produkty, které OPV do roku 2009 plně nahradí. Třemi klíčovými kroky tak jsou:

- přerušit přenos polioviru do roku 2005
- celosvětová certifikace eradikace polia do roku 2008

- připravit produkty pro odstoupení od OPV vakcinace do konce roku 2008

Během let 2004 - 2008 musí každá země přijmout plán pro odstoupení od OPV a zvážit, zda zavede nebo nezavede IPV. Pro tyto země zpracovala WHO možné scénáře odstoupení od OPV.

■ Možné závěry pro Českou republiku

V souladu s doporučením STIKO a ACIP je jedinou správnou cestou přechod na IPV, což odpovídá i požadavkům WHO. Dle dostupných materiálů neexistuje žádné doporučení, aby způsobem přechodu z OPV na IPV bylo pouze sekvenční schéma.

V určité době to byla jedna z variant a její přetrvávání je i výsledkem ekonomických možností jednotlivých států.

Pod tlakem WHO, aby do konce roku 2008 nebyla OPV vakcína používána, by bylo velmi nevhodné, aby v roce 2006 Česká republika zavedla sekvenční schéma a nezvolila rovnou přechod na IPV v podobě kombinovaných vakcín. Pro sekvenční schéma byly používány zpravidla dvě dávky IPV, což již dnes používané schéma pro očkování kombinovanými látkami neumožňuje bez toho, že bychom uvažovali o významném zatížení použitím monovalentních očkovacích látek IPV. Jednalo by se o velmi krátkodobý způsob přechodu na IPV spojený s nutným zdůvodněním rizik tohoto kroku a možným zhoršením celkové proočkovanosti.

References:

1. World Health Organization. Introduction of inactivated poliovirus vaccine into oral poliovirus vaccine- using countries. WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec* 2003; 78: 241-52
2. Sutter RW, Caceres VM, Mas Lago P. The role of routine polio immunization in the post-certification era. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 31-9
3. Plotkin SA, Vidor E. Poliovirus Vaccine- Inactivated In: Plotkin SA, Orenstein WA. Vaccines, 4th edn. Philadelphia: WB Saunders, 2003: 625-49 Vidor E. Poliovirus Vaccine- Inactivated
4. World Health Organization. Polio Eradication Initiative. Strategic plan 2004-2008



Výskyt meningokokového onemocnění v ČR

Surveillance data NRL pro meningokokové nákazy, SZÚ Praha

Souhrn

Počet případů meningokokového onemocnění oproti loňskému roku vzrostl. Od 1. ledna do 15. září 2004 bylo v České republice zaznamenáno celkem 83 případů invazivního meningokokového onemocnění, z toho 11 úmrtí (smrtnost 13,2 %). Séro skupina A způsobila 1 onemocnění a žádné úmrtí, séro skupina B - 39 onemocnění, z toho 7 úmrtí (smrtnost 17,9 %) a séro skupinou C onemocnělo 28 lidí, z toho 2 zemřeli (smrtnost 7,1 %). Od počátku roku 1993 do 15. 9. 2004 způsobil meningokok celkem 1632 onemocnění, z toho 180 úmrtí (smrtnost 11,3 %). Nejúčinnější formou prevence invazivního meningokokového onemocnění způsobeného séro skupinou C je očkování.

„V roce 2004 bude pravděpodobně mírně zvýšen počet invazivních meningokokových onemocnění oproti předchozímu roku. Tuto situaci působí zejména séro skupina B, která byla k 15. 9. zjištěna u 39 nemocných (47,0 %), zatímco séro skupina C byla zjištěna u 28 nemocných (33,7 %). Předběžná data smrtnosti způsobené séro skupinou B ukazují v roce 2004 vyšší hodnoty (17,9 %) než smrtnost způsobená séro skupinou C (7,1 %),“ říká MUDr. Pavla Křížová ze Státního zdravotního ústavu v Praze. „V loňském roce 2003 byla invazivní meningokoková onemocnění působena oběma hlavními séro skupinami stejným dílem: séro skupina B = 38,6%, séro skupina C = 39,6 %. Smrtnost v loňském roce však byla dvojnásobně vyšší pro séro skupinu C (10 %) než pro séro skupinu B (5,1 %). V roce 2004 se tedy jako problémovější ukazuje séro skupina B, proti níž však neexistuje ve světě univerzálně účinná vakcína,“ dodává MUDr. Křížová.

Rizikové faktory nákazy

Nemoc se vyskytuje především mezi mladý-

mi lidmi ve věku 15 až 19 let. Vysoký výskyt je zaznamenán také u dětí do 4 let. U dospělých se objevuje zřídka. Meningokokovým onemocněním se může člověk nakazit během celého roku, nejvyšší počty bývají zaznamenány v zimních, jarních a podzimních měsících. Zejména děti a mladí lidé, kteří se sdružují v náhodně vzniklých kolektivech, mohou být velmi ohroženi. Rizikové faktory, které přispívají ke vzniku nákazy, jsou především nedodržování životní hygieny, konzumace alkoholu, drogy, aktivní a pasivní kouření a stres.

Průběh onemocnění

Invazivní meningokokové onemocnění probíhá jako zánět mozkových blan (meningitida) nebo jako celkové horečnaté onemocnění (sepsis či septický šok). Během několika hodin nastává z plného zdraví závažný klinický stav. Mezi nejčastější příznaky invazivního meningokokového onemocnění patří celková nevolnost, vysoká teplota, zvracení, zimnice, bolest hlavy, krku, svalů a kloubů. Poté nastupuje ospalost, zmatenost, ztuhlost šíje, vyrážka, poruchy vědomí a

křeče. Zánětem bývají často postiženy i ostatní orgány, například mozek, nadledvinky, plíce, játra a srdce. Častou a závažnou komplikací onemocnění jsou ztráta sluchu, slepota, epilepsie, poškození mozku či amputace některých částí končetin.

Prevence

Nejlepší prevencí invazivního meningokokového onemocnění způsobeného séro skupinou C je očkování. Jediná dávka konjugované vakcíny zajistí ochranu na dlouhou řadu let. Očkovací látka je vázána na lékařský předpis a očkování provádějí na žádost praktičtí lékaři i očkovací centra. Některé zdravotní pojišťovny svým pojištěncům na očkování přispívají v rámci svých preventivních programů. Jsou jimi Česká národní zdravotní pojišťovna, Hutnická zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťovna a stavebnictví, Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR a Vojenská zdravotní pojišťovna ČR.

Homeopatie v mé praxi

MUDr. Anna Urbanová

Praktický lékař pro děti a dorost, Přeštice

Rostoucí nespokojenost s omezenými možnostmi klasické alopatické medicíny a bezmocnost při léčení chronických potíží mých pacientů mě přivedla k homeopatii. Proto hned po absolvování jednoho z prvních homeopatických kursů u nás v roce 1991

jsem homeopatii zařadila do svého léčebného arsenálu. Od té doby sbírám homeopatické zkušenosti a dále se průběžně vzdělávám.

Využitím přírodních prostředků k výrobě homeopatických léků a jejich infinitezimálních dávek je homeopatie absolutně ekolo-

gická, bez nežádoucích vedlejších účinků doprovázejících alopatické léky. Tím je dána také možnost využití homeopatie ve všech věkových kategoriích, u těhotných i u pacientů imunokomprimovaných.

Vzhledem ke zcela odlišnému mechaniz-



mu účinku homeopatik je možné je kombinovat s jakoukoliv jinou léčbou. Homeopatika se dají použít jak v prevenci, tak v léčbě. Předností homeopatické léčby je léčba chronických stavů a akutních virových infekcí. Jinak je ale spektrum účinku homeopatik prakticky neomezené.

Významnou charakteristikou homeopatik je individualizace, to znamená, že cílem léčby je pacientovi „ušít lék na tělo“ za využití principu podobnosti - látka, která v toxické dávce vyvolává určitý soubor symptomů, dokáže v ředěné podobě tyto symptomy zlikvidovat. Podaný homeopatický lék zjednodušeně řečeno funguje jako informace, podle které organismus nastartuje ozdravný proces.

Dalším rysem, který mě na homeopatii uchvacuje, je to, že nutí terapeuta k celostnímu pohledu na pacienta, protože i onemocnění jednoho orgánu se týká celého organismu. Na druhé straně požaduje po pacientovi, aby více vnímal své tělo a jeho reakce v širších souvislostech (klíma, stres, pohyb, strava, mezilidské vztahy,).

K preskripci homeopatik je důležité znát etiologii potíží, nervově-psychické symptomy pacienta, modality - tj. okolnosti zhoršení a zlepšení stavu pacienta, celkové subjektivní symptomy a symptomy lokální. Samozřejmě i homeopat svého pacienta důkladně vyšetří.

Z mých zkušeností vyberu několik, abych co nejilustrativněji dokumentovala léčebné možnosti homeopatie.

Podání homeopatika těhotné před porodem usnadní porodní činnost a umožní hladký průběh porodu. Po porodu dokáže homeopatikum zlepšit tvorbu mateřského mléka a pomůže minimalizovat laktační bolesti. Dokáže rovněž, je-li včas podáno, zastavit zánět prsu při retenci mateřského mléka.

Homeopatikum urychlí vstřebání případného kefalhematomu novorozence.

U nedonošených novorozenců, novorozenců s nízkou porodní hmotností a nezralých, u kterých se dá očekávat větší morbidita, mám výborné zkušenosti s preventivním podáváním preparátu *Oscilloccinum*, zejména v zimních měsících. Tyto děti v průběhu podávání léku prakticky nestonaly.

K redukci nemocnosti dochází i u dětí, kterým před očekávaným nástupem do ko-

lektivu podáváme preparát Engystol. U dětí s recidivující ORL problematikou je vhodné podávat polykompozitní preparát *Lymfomyosot*.

Nebo jednosložkové preparáty dle konkrétních potíží. Zejména jsem udělala dobrou zkušenost v prevenci otitid a redukci adenoidních vegetací i hypertrofických tonsil.

V souvislosti s očkováním doporučuji maminkám podávat dítěti preventivně preparát *Thuya* po očkování, nebo preparát *Thuya* den před a *Sulphur* den po očkování k minimalizaci negativních účinků vakcíny. Mimo chodem homeopatie se k očkování staví rezervovaně, protože schopný a zkušený homeopat dokáže léčit a vyléčit, nebo ještě lépe preventivně zasáhnout i v případě závažných infekčních onemocnění. Obzvláště zřejmý je efekt homeopatik v případech epidemií. Ale o tento přístup se v našich podmínkách a při svých stále skromných zkušenostech a znalostech vůbec nepokouším.

V kolektivu, kde vypukla spála, vím o jediném ekologickém preventivním opatření - podávání *Belladonny* zdravým dětem.

V případech školáků trpících trémou ze zkušnění se nabízí řada homeopatik, namátkou: *Gelsemium*, *Ignatia*, *Natrum sulfuricum*.

Bohaté uplatnění homeopatik je v případech traumat, kde kapilární krvácení postihne nejlépe *Arnica*, stejně jako pocity svalové únavy při sportu. *Symphytum* při projevech postižení okostice, řadu *Calcarea* uplatníme u zlomenin a v případech. Obzvláště zřejmý je efekt homeopatik v případech epidemií.

V případech osteopenie či osteoporosy, kde významně rychleji umožňuje vestavování vápníku do kostních struktur. Výborným polykompozitním preparátem u úrazů obecně je *Traumeel*.

V případech akutních chřipkových stavů při souhlasném „obrazu léku“ s „obrazem pacienta“ zkrátíme febrilní stadium, urychlíme celý průběh virozy a zkrátíme stadium rekonvalescence. Nabízí se opět v souladu s konkrétními symptomy preparáty *Belladonna*, *Aconitum*, *Bryonia*, *Arnica*, *Rhus toxicodendron*, *Gelsemium*.

Nejzajímavější, ale také nejpracnější je léčení chronických zdravotních potíží. K tomu musíme stanovit tzv. chronický způsob reak-

ce pacienta, který nám ukáže k čemu pacient ve svých zdravotních potížích od narození směřuje, přičemž bereme v úvahu i rodinné dispozice. Dále je třeba určit konstituci pacienta. V ideálním případě stačí pacientu jedno podání vhodného léku v dostatečně vysokém ředění k nastartování ozdravného procesu.

Většinou ale musíme podat více léků, eventuálně opakovaně. Práce s takovým pacientem trvá většinou měsíce až roky. V průběhu tohoto léčení je nežádoucí aplikace antibiotik, kortikoidů a jiných alopatických léků, které spíše tlumí symptomy nemoci pacienta a neumožňují mobilizaci vlastních ozdravných procesů. Samozřejmě v život ohrožujících situacích si v našich podmínkách ani lékař - homeopat nedovolí ignorovat klasickou medicínu.

Neúspěch léčby homeopaticky souvisí většinou s nedostatkem validních informací ze strany pacienta pro výběr souhlasného léku s obrazem pacienta, ale svou roli hraje samozřejmě i zkušenost homeopata. Efekt léčby je negativně ovlivňován kortikoterapií. I v homeopatii existují pacienti - neodpovídající na léčbu.

K ilustraci chronických stavů vybírám dvě kasuistiky:

Pacientka D.J., narozená 1981 s recidivujícími infekty močových cest, v posledních dvou letech opakovaně léčena antibiotiky nebo chemoterapeutiky několikrát do roka. Opakované potíže s projevy makroskopické hematurie, bolestí v podbřišku, pálení při močení, časté nutkání s vymočením malého množství moči. Jiné potíže nejuje, souvislosti a okolnosti vzniku potíží nejsou zřejmé. Homeopaticky léčena od dubna 2003, podáván lék chronického způsobu reakce Thuya a konstituční lék Pulsatilla, při potížích v souladu s obrazem léku Cantharis. Od začátku homeopatické léčby pacientka prodělala jedenkrát infekci močových cest s nutností podat Ofloxin, jedenkrát lehčí respirační infekci léčený homeopaticky. Svě homeopatické léky dosud bere, nyní v prodloužených intervalech a potíže nemá. Podávalo se nám tudíž zredukovat léčbu antibiotiky a hlavně zbavit pacientku původních



potíží. Samozřejmě byl proveden i laboratorní monitoring.

Pacient Z.Z., narozen 1996 s centrálním hypotonickým syndromem, opožděným psychomotorickým vývojem, recidivujícími otitidami od 13 měsíců, extrémně nesmělý a obtížně adaptabilní na nové prostředí, zavalitý, nápadně dýchání ústy. Homeopaticky léčen od září 2000. Po vyhodnocení symptomů a všech charakteristik podávám konstituční lék *Baryta carbonica*, lék chronického způsobu reakce *Aviaire* a v období hrozby otitidy *Ferrum phosphoricum*. Od té doby do současnosti chlapec prodělal jedenkrát angínu s lymfadenitidou s nutností hospitalizace, byl léčen ATB a za výjimečného souhlasu lékaře oddělení i homeopaticky, přičemž mohlo být upuštěno od uvažované punkce uzlin. Dále se chlapec výrazně zlepšil - je kolektivní, slušně prospívá v 2. třídě ZŠ. Zvětšené adenoidní vegetace i tonsily se bez

operačního zákroku výrazně zredukovaly a chlapec prakticky nestoná. Nyní užívá jedenkrát měsíčně léky *Baryta* a *Aviaire*.

Přiznám se, že dosud nejsem uspokojivě úspěšná v případech léčby astmatu jako chronického stavu, ale lehčí projevy alergií, jako různé typy alergické rýmy a konjunktivitidy zvládám celkem dobře. Vhodné je v případě pylových alergií podávat minimálně měsíc pře sezónou preparát *Pollens* jedenkrát týdně, v pylové sezoně pak denně.

Řadu zajímavých kasuistik je možno se dočíst na stránkách homeopatického bulletinu. Doklad o tom, že homeopatika nejsou jen placebo, podávají kontrolované studie prezentované v renomovaných časopisech jako *The Lancet*, *British Medical Journal* či *Clinical Pharmacology*.

Sama nepovažuji homeopatii za zázrač-

nou všespasitelnou metodu, ale za metodu významně rozšiřující léčebné možnosti, v mnoha případech jako metodu první volby, v řadě případů jako vhodný doplňující lék.

To, že neznáme dokonale mechanismus účinku homeopatik, by nemělo být brzdou v jejich použití. Prioritním hodnotícím kritériem by měl být léčebný efekt při absolutní zdravotní nezávadnosti léku.

Nespornou výhodou homeopatie kromě výše zmíněné nezávadnosti je výrazná ekonomická nenáročnost léčby.

Na výrobu homeopatika je totiž potřeba minimální množství účinné látky.

Relativní nevýhodou je časová náročnost vyšetření a posléze vyhodnocování obsáhlé anamnézy a nehrazení léčby pojišťovnami, což poněkud snižuje dostupnost této metody. Záleží ovšem na tom, co si člověk postaví jako životní prioritu. A zdraví jako priorita platí v pediatrii dvojnásob.

Mucosolvan

Nové přístupy k výživě kojenců s aspektem snížení rizika alergií

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1.LF UK a VFN,
Ústav sociální medicíny a veřejného zdravotnictví 1.LF UK Praha

Nárůst alergických onemocnění u dětí v posledních letech je evidentní a v rozvinutých zemích jsou alergie považovány za nejčastější chronické onemocnění (17).

Dostupná data z ČR potvrzují tento trend, je udáváno, že na 1.000 dětí a dospívajících do 19 let se vyskytuje 108 alergiků (2). Spektrum alergických onemocnění u dětí je patrné z tabulky č. 1 (3).

Vlivy zvyšující pravděpodobnost alergií jsou uvedeny v tabulce č. 2 a stávající doporučení pro kojence ke snížení výskytu alergií v tabulce č. 3 (19).

Vzrůstající prevalence alergií v industrializovaných státech ve srovnání s roz-

vojovými zeměmi je vysvětlována rozdílnými hygienickými podmínkami v časných obdobích života. Hygienická teorie byla poprvé prezentována Starchanem v r. 1989 (17). Její podstatou je úvaha, že zvýšení mikrobiální expozice během dětství v méně rozvinutých společnostech slouží jako podnět imunitnímu systému. Vysvětluje nižší výskyt senzibilizace v těchto společnostech ve srovnání s vyspělými zeměmi a nárůst alergií v industrializovaných státech. Na podporu této teorie jsou uváděny argumenty uvedené v tabulce č. 4.

Lze konstatovat, že doporučení k prevenci alergií uvedená v tabulce č. 3 představují pouze pasivní opatření, spočívající především v eliminaci potenciálních alergenů v potravě.

Faktory ovlivňující výskyt alergického onemocnění zahrnují porušenou bariéru kůže a sliznice gastrointestinálního traktu, alterované mikrobiální a imunologické prostředí, porušenou cytokinovou regulaci, změny životního prostředí a způsob výživy. Ale specifické procesy, které startují alergické procesy, zůstávají neobjasněny. Objevují se však možnosti nutriční intervence ke snížení výskytu alergických onemocnění (8).

Imunitní odpověď v časném neonatálním období má fyziologicky převahu Th 2 lymfocy-

tů z předchozího intrauterinního období. U novorozenců, kteří vyvíjejí později alergie, byla zaznamenána nižší produkce interleukinů (IL-13 a 4). Zdraví kojenci vykazují pokles Th 2 odpovědi v časném postnatálním období ve srovnání s kojenci rozvíjejícími alergie (13). Hledají se aktivní nutriční intervence, které by ovlivnily a zvrátily tento vývoj. Byl zkoušen (pod vlivem hygienické hypotézy) pokus exponovat kojené novorozence antigenům kravského mléka (během 3 dnů po porodu) - děti byly sledovány 5 let a nebyl zaznamenán rozdíl mezi intervenční skupinou a kontrolní skupinou - v kontrolní skupině se vyskytlo 25% atopických onemocnění a v intervenční skupině 26,3 % atopických onemocnění, což je statisticky nevýznamné (4). Prevence potravinových alergií prostřednictvím eliminační diety nemá za následek pokles astmatu (22).

Zaživací trubice není jen místem alergických reakcí ale působí i jako cesta pro rozvoj tolerance. Hlavním mechanismem homeostázy je kontrola cytokinové regulace. Homeostáza je dosahována dosažením optimální rovnováhy zánětlivých a protizánětlivých cytokinů a dalších mediátorů.

Proto by nutriční přístup k alergickým chorobám, resp. jejich prevenci, měl přinášet pokles mediátorů alergického zánětu. Tento přístup by se měl odvíjet od podání tolerovaných, zaživacím traktem zpracovaných peptidových fragmentů a specifických dietních sloučenin (mastné kyseliny, antioxidanty).

Recentní studie ukazují, že mastné kyseliny a antioxidantní látky (askorbová kyselina, α -tokoferol, β -karoten, selen a zinek) mohou obsahovat protektivní faktory proti alergií (11).

Polynenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem regulují imunitní

tab. č. 1

Výskyt alergických onemocnění v r. 2003 v ČR na 1.000 osob věkové kategorie			
věk (roky)	0 - 5	6-14	15-24
atopická dermatitis	27,0	20,3	12,8
stálá pollinóza	28,4	70,2	73,7
alergická rhinitis	14,5	28,0	31,0
astma bronchiale	17,4	25,7	19,7
alergické astma bronchiale	14,4	29,9	29,5

tab. č. 2

Faktory zvyšující pravděpodobnost alergie
■ genetická zátěž (zvláště od matky)
■ časná a trvalá senzibilizace
■ kontakt s alergeny
■ nízký kontakt s některými infekčními mikroorganismy
■ ekologické vlivy
■ pasivní kouření

tab. č. 3

Doporučení ke snížení pravděpodobnosti alergie v péči o kojence
■ kojení nejméně do 4 - 6 měsíce
■ pokud je potřeba náhrada kojení - hydrolyzáty s prokázanou účinností
■ solidní strava ne před 4.měsícem věku
■ bez kontaktu s tabákovým kouřem

funkci a přispívají k rozvoji a tíži alergických reakcí. Nerovnováha mezi těmito kyselinami s nenasycenou vazbou na třetí a šesté pozici (n-3 a n-6) predisponuje k uplatnění prostaglandinu E2, který indukuje zvýšenou syntézu IgE. Účinek n-3 polynenasycených mastných kyselin je významný v působení na imunitní zánět. Vyskytují se v olivovém oleji, rýži, drůbeži, těstovinách, zelenině, rybách (6).

Jako probiotika jsou označovány nepatogenní mikroorganismy, které se obvykle vyskytují v lumen gastrointestinálního traktu a které vykazují pozitivní efekt v modulaci slizničního imunitního systému. Aktivace imunitních buněk střeva nastává kontaktem těchto buněk a povrchu sliznice s probiotiky. Laktobacilli i bifidobacteriae modifikují příznivým způsobem imunologické procesy ve vztahu k alergickému zánětu, ale laktobacilli nejsou efektivní v ochraně proti alergii na bílkovinu kravského mléka (9, 16).

Praktické možnosti prevence alergie v současné době lze shrnout do těchto bodů:

tab. č. 4

Fakta podporující hygienickou hypotézu nárůstu alergií

- velikost rodiny a alergie - větší počet sourozenců, menší pravděpodobnost rozvoje astmatu (21)
- infekce - určité virové a bakteriální infekce mohou prevenovat alergickou senzibilizaci, studie s BCG imunizací v novorozeneckém věku v Guinea-Bissau ukazují nižší výskyt alergií v pozdějším věku (1)
- antibiotika v těhotenství - zvýšení rizika rozvoje alergie u matek, které dostaly dvakrát a vícekrát antibiotika v těhotenství v porovnání s neléčenými (12)
- děti narozené na farmě - děti narozené a žijící v podmínkách větší expozice endotoxinů v důsledku pobytu mezi zvířaty, které pijí nepasterizované a nesterilizované mléko manifestují méně alergických onemocnění (14)
- probiotika - podání probiotik (Lactobacillus GG) ve srovnání s placebem vedlo k nižšímu výskytu atopické dermatitidy v dlouhodobém sledování (9), ve dvacetiletém sledování kohorty dětí osídlených v neonatálním období nepatogenní E.coli byl pozorován nižší výskyt alergií ve srovnání s kontrolní neosídlenou skupinou (10)

■ Snaha o probiotické ovlivnění střevní flóry matky v průběhu gravidity a laktace, protože střevní a vaginální flora ovlivňuje bakteriální osídlení dítěte po porodu.

■ Výživa kojící matky s dostatkem polynenasycených mastných kyselin (n-3) a antioxidantních látek (ovoce a zelenina).

■ Ve výživě uměle živěného dítěte preferovat mléka s efektem na žádoucí bakteriální osídlení střeva, tj. s převahou bifidobakteriálního osídlení:

1) prebiotický efekt

a) sacharidů (výhradní obsah laktózy v počátečních formulích, oligosacharidy)

b) nukleotidů ve formulích

c) nižší obsah bílkoviny formulí blíží se aminokyselinovým složením mateřskému mléku s predominancí syrovátkových bílkovin

Alprem

d) nižšího obsahu fosfátů ve formulích

2) formule s probiotiky

■ Adekvátní zavádění nemléčných porcí (tj. nejdříve od konce 4.měsíce věku, spíše až od konce 6.měsíce věku) s dostatkem polynenasycených mastných kyselín a antioxidačních látek.

■ Speciální režim pro kojence se zvýšeným rizikem potravinové alergie (jeden rodič nebo sourozenec s manifestovanou alergií), tj. výživa kojením, pokud nelze, tak hypoalergenními formullemi, zavádění nemléčných příkrmů až po 6.měsíci. Bez podávání neupraveného kravského mléka, vajec, ryb do konce 1. roku života. Terapie alergie na bílkovinu kravského mléka eliminační dietou s extenzivními hydrolyzáty (5).

■ Adekvátní léčba akutních průjmových onemocnění orálními rehydratačními roztoky, event. s podáním probiotik k rychlejší reparaci střevní flóry ve smyslu obnovení bifidobakteriální dominance a prevence laktóзовé intolerance (7). Probiotická intervence má i preventivní

účinek na výskyt průjmových onemocnění (15, 18).

■ Probiotická intervence k úpravě střevní flóry po nutné terapii antibiotiky (20).

Literatura:

1. Aaby P et al. Early BCG vaccination and reduction in atopy in Guinea-Bissau. *Clin Exp Allergy*. 2000; 30: 644-650.
2. Aktuální informace 16/2004, Činnost oboru dětského a dorostového lékařství v ambulantní péči v roce 2003, www.uzis.cz.
3. Aktuální informace 48/2004, Činnost oboru alergologie a klinická imunologie v roce 2003, www.uzis.cz
4. De Jong MH et al. Randomised controlled trial of brief neonatal exposure to cows' milk on atopic symptom up to age 5. *Arch Dis Child* 2002; 79: 752-756.
5. Frühauf P. Alergie na bílkovinu kravského mléka. Programy kvality a standardy léčebných postupů. Verlag Dashöfer, Praha 2004, PED/10.
6. Furková K et al. Omega - 3 polynenasycené mastné kyseliny ano alebo nie? *Alergie* 2004; 6: 103-106.
7. Guandalini S et al. Lactobacillus GG administered in oral rehydration solution to children with acute diarrhoea: a multicenter European trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30: 54-60.
8. Isolauri E. Novel Approaches for the Nutritional Management of the Allergic Infant. In: Isolauri E, Walker WA (eds): *Allergic Diseases and the Environment*, Karger AG, Basel 2004: 301-313.
9. Kalliomäki M et al. Probiotics and prevention of atopic disease: 4-year follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003; 361:1869-1871.
10. Lodinová-Žádníková R. *Immunol Letts* 1999; 88: 64 (abstr.).
11. Loiho K et al. Probiotics: On-going reaserch on atopic individuals. *B J Nutr* 2002; 88: 19-27.
12. McKeever (tm). *The Importance of Prenatal Exposures on the*

Development of Allergic Disease: A Birth Cohort Study Using the West Midlands General Practice Database. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002; 109: 858-866.

13. Prescott SL et al. Development of allergen-specific T-cell memory in atopic and normal children. *Lancet* 1999; 353: 196-200.

14. Riedler J et al. Exposure to farming in early life and development of asthma and allergy: a Gross-sectional survey. *ALEX study.* *Lancet* 2001; 358: 1129-1133.

15. Saavedra JM et al. Frediny of *Bifidobacterium bifidum* and *Streptococcus thermophilus* to infants in hospital for prevention of diarrhoea and sheeding of rotavirus. *Lancet* 1994; 344: 1046-1049.

16. Schiffrin EJ et al. Immune modulation of blood leukocytes in humans by lactic acid bacteria: kriteria for strain selection. *Am J Clin Nutr* 1997; 66: 155S.

17. Starchan DP. Hay fever, hygiene and household size. *BMJ* 1989; 299: 1259-1260.

The International Study of Astma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee: Worldwide variation in prevalence of symptom sof astma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema. *Lancet* 1998; 351:1225-1232.

18. Szajewska H et al. Efficency od *Lactobacillus GG* in prevention of nosocomial diarrhoea in infants. *J Pediatr* 2001; 138: 361-365.

19. Vandenplas Y. *Clinical Overview: The Changing Pattern od Clinical Aspects of Allergic Diseases.* In: Isolauri E., Walker WA (eds): *Allergic Diseases and the Enviroment*, Karger AG, Basel 2004:1-25.

20. Vanderhoof JA et al. *Lactobacillus GG* reduces antibiotik-associated diarrhoea in children with respiratory infections: a randomized study, *J Pediatr* 1999; 135: 564 -568.

21. Von Mutius E et al. Skin test reaktivty and numer of siblings. *BMJ* 1994; 308: 1259-1260.

22. Zeiger RS el al. The developement and prediction od atopy in high-risk children: Follow-up at age seven years in a prospective randomized study combined maternal and infant food allergen avoidance. *J Allergy Clin Immunol* 1995; 96: 1179-1190.

Nestlé 2

Faktory ovlivňují výskyt bifidobakterií v trávicím traktu kojenců

Doc. ing. Vojtěch Rada, CSc.

Souhrn

Bifidobakterie hrají důležitou roli ve střevním ekosystému a to jak u kojenců, tak u dospělých lidí. Tyto bakterie napomáhají vstřebávání minerálů a živin, působí jako prevence proti intestinálním patogenům, stimulují imunitní systém a jsou schopny syntetizovat některé vitaminy. U většiny kojenců se během prvního týdne života ustaví střevní mikroflóra bohatá na bifidobakterie. Mezi faktory příznivě ovlivňující rozvoj prospěšných bakterií v trávicím traktu patří výživa, způsob porodu, hygienické podmínky v porodnici a eventuální léčba antibiotiky. Ve stolici některých kojenců jsou nacházeny bifidobakterie v malých počtech, nebo zcela chybí. Dominantní složku střevní mikroflóry v těchto případech tvoří klostridie a kolidiformní bakterie. Tento abnormální vývoj střevní mikroflóry, který je velmi častý u kojenců porozených císařským řezem, bývá v poslední době spojován s větší pravděpodobností výskytu střevních potíží a alergických onemocnění. Rozvoj bifidobakterií v trávicím traktu kojenců lze příznivě ovlivnit přidávkou prebiotik (oligosacharidů) a probiotik (lyofilizovaných kultur bifidobakterií) do kojenecké výživy.

■ Bifidobakterie

Bifidobakterie jsou grampozitivní nepravidelné, striktně anaerobní, nesporující tyčinky. Vyskytují se přirozeně v trávicím traktu člověka, teplokrevných zvířat a některých druhů včel. Typovým druhem je *Bifidobacterium bifidum*. Poprvé byly popsány v roce 1900, když Tissier sledoval vývoj mikroflóry ve stolici kojenců a zjistil, že zhruba do jednoho týdne převládají tyčinkovité bakterie, které mají tendenci k větvení na jednom pólu buňky. Vysoký výskyt bifidobakterií ve stolici kojenců je považován za přirozený a pro zdravý prospěšný jev. U dětí přirozeně porozených a plně kojeneckých by měl počet těchto bakterií činit více než 90% z celkového počtu. Bifidobakterie působí jako prevence proti střev-

ním patogenům, mimo jiné tím, že produkují kyselinu octovou a mléčnou. Jsou také schopny adheze na střevní stěnu, čímž zabraňují kolonizaci střeva jinými bakteriemi. V šedesátých letech minulého století izoloval Reuter *Bifidobacterium longum* a později také další druhy ze stolice dospělých lidí. Bylo tak postupně zjištěno, že bifidobakterie hrají důležitou roli ve střevním ekosystému lidí všech věkových kategorií, přičemž jsou jim přičítány především antikancerogenní a imunostimulační účinky.

■ Vliv výživy

Je obecně dobře známo, že bifidobakterie se ve větší míře vyskytují u plně kojeneckých dětí, než u dětí krmených umělou výživou na bázi kravského mléka. Mateřské

mléko působí jako tzv. bifidogenní faktor, což znamená, že obsahuje látky, které stimulují růst a množení bifidobakterií hlavně v kaudálních oddílech trávicího traktu. Oproti kravskému mléku má lidské mléko několikanásobně vyšší koncentraci oligosacharidů (tabulka 1). Některé oligosacharidy jsou nestravitelné lidskými endogenními enzymy a projdou tak nezměněny až do tlustého střeva, kde slouží jako zdroj energie pro bifidobakterie. V mateřském mléce mají tuto vlastnost aminocukry. V poslední době jsou oligosacharidy (tzv. prebiotika) přidávány i do kojenecké výživy. K dispozici jsou fruktooligosacharidy (oligofruktóza např. Sunaru complex firmy HERO CZECH) a v zahraničí také galaktooligosacharidy. Tyto látky mají prokazatelný bifidogenní účinek a částečně tak připodobňují umělou výživu mateřskému mléku. Jak bylo však prokázáno, oligosacharidy v lidském mléce jsou odlišné a mají kromě bifidogenního účinku také antimikrobiální vlastnosti, protože jsou schopny inhibovat adhezi bakterií na střevní stěnu. Hlavním zástupcem oligosacharidů v mateřském mléce je kyselina sialová, přítomná hlavně jako sialyl laktóza. Kyselina sialová je hojně přítomna v mozku centrální nervové soustavy a je tedy pravděpodobně důležitá pro správný duševní rozvoj dítěte. Protože byla vyvinuta metoda pro komerční produkci sialyl laktózy

tab. č. 1

**Složení kravského a mateřského mléka (g/L).
Podle Payne et al. (2003), upraveno.**

Složka	Mateřské mléko	Kravské mléko
Celková sušina	129	125
Kasein	4	28
Laktoferin	2	0,03
Tuk	38	31
Laktóza	71	48
Oligosacharidy	3-8	0,03-0,06
Riboflavin	0,43	1,57
Vápník	0,34	1,14
Fosfor	0,14	0,93

(US Patent 5118516, 5270462, 6323008), bylo by možné přidávat i tento oligosacharid do kojenecké výživy. Jak je patrné z tabulky 1, kravské mléko má vyšší obsah bílkovin a tím pádem i vyšší pufrovací schopnost. Následkem toho mají děti kojené mateřským mlékem nižší pH stolice a vyšší obsah kyseliny octové a mléčné. Naopak ve stolici dětí krmených umělou výživou prakticky není přítomna kyselina mléčná, je nalézána kyselina másečná, která je nezbytná pro výživu enterocytů. Vyskytují se proto i názory, že by bylo vhodné i přirozeně kojené děti přikrmovat umělou výživou, která stimuluje rozvoj střevního ekosystému podobnému jako u dospělých lidí. Tuto teorii částečně potvrdily analýzy druhového složení bifidobakterií u kojených a uměle krmených dětí. Zatímco u první skupiny kojenců byl nalezen jako převažující druh *B. breve*, ze stolice uměle krmených novorozenců byly izolovány druhy *B. longum* a *B. adolescentis*, které jsou dominantní rovněž u dospělých lidí. Nutno však doplnit, že podle jiného výzkumu nebyly zaznamenány rozdíly mezi různě krmenými dětmi a jako hlavní druhy bifidobakterií byly identifikovány *B. breve*, *B. longum*, *B. adolescentis* a *B. bifidum*. Na uvedené téma však existuje málo prací, protože metody pro spolehlivou identifikaci pomocí PCR a nejnověji s použitím DGGE byly vyvinuty teprve nedávno. Zajímavá je teorie finských vědců, podle kterých u dětí trpících atopickým ekzémem převažuje ve stolici druh *B. longum* a současně mají malý, nebo nulový výskyt enterokoků, zatímco zdravé děti mají hlavně *B. bifidum*.

Umělá kojenecká výživa může být také suplementována probiotiky, tedy živými kulturami mikroorganismů, většinou v lyofilizovaném stavu. Na našem trhu je produkt firmy Nestlé s přídavkem *Bifidobacterium animalis* Bb 12, který je určen dětem od 6 měsíce. Je třeba nezávislými studiemi ověřit, zda je tento kmen schopen kolonizovat trávicí trakt kojenců. V Japonsku byl úspěšně testován na kojencích *B. breve*, který je lidského původu, ale v Evropě není komerčně dostupný. Obecným problémem v současné době používaných probiotik je malý počet kmenů, které jsou používány jako přídavky do funkčních potravin. U těchto kultur, jak již bylo výše zmíněno, není jasný původ a navíc byly vybrány hlav-

ně podle technologických vlastností. Tak např. *Bifidobacterium animalis* Bb 12 (firmy Hansen) a *Bifidobacterium animalis* „Activia“ (firmy Danone) mají výbornou schopnost přežít v jogurtech a to během celé záruční doby, ale schopnost kolonizovat trávicí trakt lidí a prokazatelné probiotické účinky nebyly u těchto kultur jednoznačně prokázány. V budoucnu bude tedy nutné selektovat lidské kmeny bifidobakterií s dobrými technologickými a zároveň probiotickými vlastnostmi.

■ Způsob porodu

Způsob porodu má rozhodující vliv na utváření střevní mikroflóry novorozence v prvních dnech až týdnech po porodu. Děti porozené přirozeným porodem jsou infikovány bakteriemi přirozeně se vyskytujícími ve vagíně a ve stolici matky. Následný příjem mateřského mléka s bifidogenním účinkem vede ke složení střevní mikroflóry s dominancí bifidobakterií (až 10¹¹ v 1 g stolice), které jsou doprovázeny koliformními bakteriemi a enterokoky (10⁶⁻⁸ v 1 g stolice). Naproti tomu pro děti narozené císařským řezem je hlavním zdrojem bakterií prostředí porodnice. U těchto dětí bifidobakterie často chybí, nezřídka i několik týdnů až měsíců po porodu, přičemž ve stolici nejčastěji dominují klostridie nebo *Escherichia coli*. Jako hlavní druh bývá nejčastěji izolován *Clostridium perfringens*. Údajně lepší je situace u dětí porozených císařským řezem, které jsou následně kojeny mateřským mlékem, což stimuluje kolonizaci střeva bifidobakteriemi. Zdrojem bifidobakterií může být kromě matky také ošetřující personál. Podle jedné práce totiž stejný druh - *B. breve* převažoval ve stolici kojenců a zároveň byl pravidelně izolován z rukou zdravotních sester.

Velmi málo informací je o mikroflóře předčasně narozených dětí. Je však jasné, že u těchto kojenců je situace odlišná, přijetí potravy je odloženo, častá je aplikace antibiotik. Podle jedné japonské studie, která byla v podstatě potvrzena i jinými pracemi, byla kolonizace předčasně narozených dětí v první fázi charakterizována vysokými počty koliformních bakterií a enterokoků. Bifidobakterie se objevily opožděně a začaly dominovat až 19 dní po narození. Pro srovnání u dětí narozených v termínu byly bifidobakterie nalézány ve

vysokých počtech již čtvrtý den po porodu. Tento rozdíl autoři vysvětlují hlavně nízkým příjmem mléka.

■ Vliv antimikrobiálních látek a hygienických podmínek

Existují rozdíly mezi mikroflórou kojenců pocházejících z různých porodnic. Podle některých prací má každá nemocnice „svoje“ kmeny bifidobakterií, ale pravděpodobně i svoje kmeny klostridií, které následně převažují u dětí narozených císařským řezem. Rutinní hygienické procedury a velké používání dezinfekčních prostředků, zejména ve vyspělých zemích, mají velký vliv na kolonizaci trávicího traktu kojenců. Podle švédské studie zvýšená hygiena vede k nižšímu výskytu koliformních bakterií. Podle jiných prací vedou standardní hygienické praktiky ke smazání rozdílů mezi kojenými a uměle krmenými dětmi. Zdá se, že úzkostlivá hygiena může vést až k absenci bifidobakterií dokonce i u normálně porozených a plně mateřským mlékem kojených dětí. Důležité je, že pokud kojeneček není infikován bifidobakteriemi přímo při porodu, nebo eventuálně během prvních zhruba 4-5 dnů při pobytu v porodnici, často nezíská tyto bakterie po řadu týdnů, někdy až měsíců. Střevní mikroflóra těchto dětí je charakterizována menším celkovým počtem bakterií a absencí typických anaerobních bakterií rodů *Bifidobacterium*, *Bacteroides* a *Fusobacterium*.

Podávání antibiotik může výrazným způsobem ovlivnit složení střevní mikroflóry kojenců. Záleží na typu použitého antibiotika, např. penicilíny se vstřebávají v horních částech trávicího traktu a obsah bifidobakterií ve stolici proto příliš neovlivní. Naproti tomu jiná antibiotika snižují počty bakterií, přičemž citlivé jsou zvláště anaerobní bakterie s výjimkou klostridií. Ve stolici pak stoupají počty gramnegativních aerobních a fakultativně anaerobních bakterií rodů *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Citrobacter* a *Pseudomonas*. Podle jedné japonské studie došlo po podávání antibiotik dětem, které trpěly septikémiemi a infekcemi dýchacího traktu, k rapidnímu poklesu bifidobakterií ve stolici, dominovat naopak začaly enterokoky a kvasinky rodu *Candida*. Po podání probiotik, konkrétně *B. breve*, došlo během 3-7 dnů k návratu k normálnímu stavu s dominancí bifidobakterií. ■

HERO

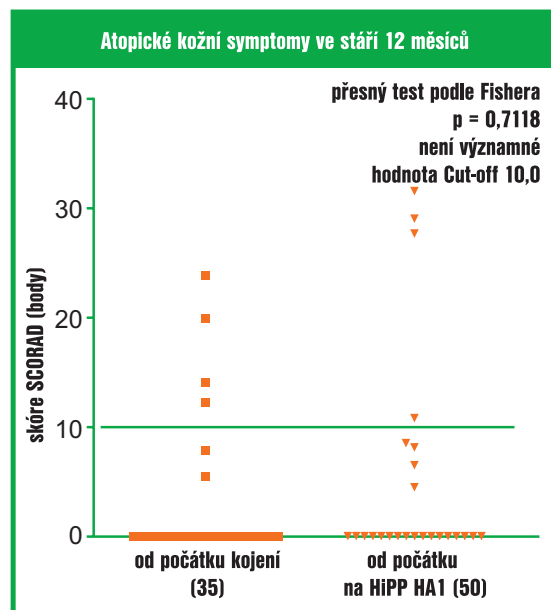
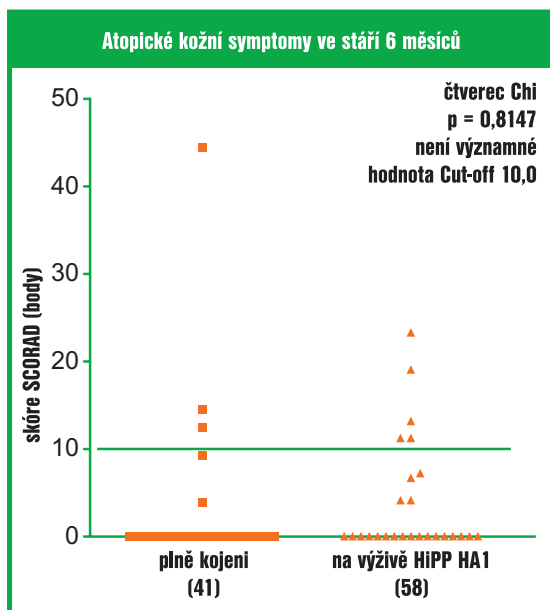
Prevence pro děti ohrožené alergií

■ Hypoalergenní mléka HiPP

Počet dětí, které jsou ohroženy alergií, stále stoupá. S prevencí takto ohrožených dětí se doporučuje začít co nejdříve. V případě, že matka nekojí, se doporučuje podávat kojenci hypoalergenní mléko.

Studie dokázaly, že hypoalergenní mléko výrazně snižuje riziko výskytu alergických reakcí a atopického ekzému. Ve studii ⁽¹⁾, která porovnává výskyt atopie a alergenitu, bylo 58 kojenců narozených v řádném termínu se zvýšeným rizikem alergie, kteří nemohli být kojeni. Tito dostali silně hydrolyzovanou počáteční kojeneckou výživu HiPP HA1. Kojenci byli živeni nejméně 3 měsíce výhradně výživou HiPP HA1. Jako srovnávací skupina sloužilo 41 kojenných dětí se zvýšeným rizikem alergie.

Klinické zkoušky: posouzení stupně závažnosti atopického kožního symptomu podle bodového systému SCORAD ⁽²⁾ bylo provedeno po 6 a 12 měsících. SCORAD vyšší než 10 znamená podle obecné shody přítomnost klinicky relevantních kožních symptomů



Stupeň závažnosti atopických kožních symptomů u kojenců živěných HiPP HA1 v porovnání s kojennými dětmi ve stáří 6 a 12 měsíců

(atopická dermatitis).

Výsledky: U kojenců se zvýšeným rizikem alergie se atopické ekzémy při podávání HiPP HA1 nevyskytovaly po 6 a 12 měsících častěji než u kojenných dětí.

S ohledem na atopické exémy má HiPP HA1 stejný preventivní protialergický účinek jako mateřské mléko.

Alergenita mezi HiPP HA1 a mateřským mlékem je srovnatelná, měřeno podle stimulační antičástic IgE specifických pro kravské mléko.

Literatura:

1) I. Nentwich, Antigenove vlastnosti a preventivne protialergicke ucinky silneji hydrolyzovane kojenecke vyzivy HiPP HA1, uvedeno pri prilezitosti vedecko-prakticke pediatricke konference Ruska v Moskve, 24. - 25. zari 2002.

2) Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology* 186 (1), 23-31, 1993

Pro děti náchylné k alergiím je nejlepší výživou mateřské mléko. Doporučujeme proto, aby maminky v prvních měsících života dítěte výhradně kojily. Pokud však nemohou kojit, nebo kojí-li pouze částečně, firma HiPP Czech nabízí výrobky určené přímo pro děti ohrožené alergií. Tyto produkty jsou označeny přímo na etiketě zeleným „A“. Na etiketách jednotlivých výrobků lze snadno rovněž zjistit, jaké produkty jsou pro daný věk vhodné.

Pokud maminka začne přikrmovat již od ukončeného 4. měsíce, doporučujeme postupovat podle podrobného plánu výživy firmy HiPP.

Dětská strava se skládá z několika lehce stravitelných ingrediencí. Nové složky ve stravě doporučujeme podávat postupně s týdenním odstupem. Pokud dojde k alergické reakci, snadno tak poznáte, která složka ji způsobila.



krok č. 1
Mrkev jako příkrm.



krok č. 2
Pokud dítě karotku snáší, přidejte brambory.



krok č. 3
Pokud dítě snáší karotku a brambory, můžete podat kompletní menu s masem.



HIPP



Aktuality

Mírní hypnóza bolest?

Vědci zkoumají, jaký vliv má hypnóza na bolest způsobenou nádorem

Dětsí pacienti nemocní rakovinou netrpí takovou bolestí, pokud jsou uvedeni do hypnózy. To je výsledek pokusu, který přednesli na Festivalu vědy v Exeteru britští vědci. Příznivý vliv může mít hypnóza i na dospělé pacienty. Medicína má možná novou zbraň k prodloužení života onkologických pacientů. Děti, které byly při léčebných pokusech hypnotizovány, totiž cítily podle doktorky Christiny Liossiové z waleské univerzity při léčebných procedurách daleko menší bolest. Ani bolest související s průběhem nemoci nebyla tak silná. „Máme alespoň předběžné důkazy o tom, že hypnóza prodlužuje životy onkologicky nemocných pacientů,“ řekla Christina Liossiová.

Dosavadní pokusy jsou nadějně

Vědci zkoušeli metodu hypnózy celkem na osmdesáti dětech, které rozdělili do čtyř skupin. Dvě skupiny pacientů dostávaly pouze anestetika, další dvě skupiny byly léčeny kromě anestetik i hypnózou. „Všechny děti, které byly pod hypnózou a dostávaly lokální anestetika, cítily daleko menší bolest než děti z druhých dvou skupin,“ prezentuje výsledky pokusu Liossiová. Děti ve věku šest až šestnáct let byly do hypnózy přiváděny odborníkem. Ten je pak učil, jak do hypnózy před léčebnou procedurou dostat sebe sama. Těm dětem, které hypnózu nepodstoupily, pak lékaři kladli otázky.

„Poprosili jsme je, aby zhodnotily svou bolest a přiřadily jí sílu od jedné do pěti, přičemž pětka byla nejvyšší. Potom jsme i tyto děti uvedli do hypnózy. Poté jsme je požádali, aby bolest změřily znovu. Výsledky byly daleko lepší,“ vysvětluje Liossiová.

Další důkaz, který lékaři na Festivalu vědy také předložili, podporuje myšlenku, že hypnóza je ryze fyzický stav.

„Lidé sami sebe jen těžko přesvědčí, aby se domnívali, že jsou pod hypnózou,“ říká Liossiová. „Avšak u lidí, kteří se do hypnózy dostanou poměrně lehce, je pomocí magnetické rezonance vidět, že v levé přední části mozku se při hypnóze dějí změny,“ dodává Liossiová. „Na přední mozkový lalok se zaměřují naše další výzkumy, analýzy a pokusy, abychom se do budoucna vyhnuli hloupým chybám,“ prohláší doktor John Gruzelier z londýnského Imperial College.

„Existuje několik povzbudivých studií, které říkají, že hypnóza by mohla prodloužit život i dospělým onkologickým pacientům,“ domnívá se Gruzelier. „Dospělí pacienti, kteří byli uvedeni do stavu hypnózy, totiž trpěli slabšími vedlejšími příznaky, jako je nucení k zvracení, zvracení nebo bolest,“ dodává Liossiová.

Jestli tomu tak opravdu je, na to si ale budeme muset ještě nějakou dobu počkat. Vědci totiž stále ještě nemají dostatek důkazů pro potvrzení své teorie.

Počet ošetřených pacientů se zvyšuje

Zhoubné nádory patří spolu s onemocněním srdce a cév k nejčastějším důvodům úmrtí pacientů. Ve srovnání se světem patří Česká republika podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky k zemím s vysokým výskytem novotvarů.

„Počet ambulantně ošetřených nebo vyšetřených pacientů s nádorovým onemocněním v roce 2003 oproti roku výrazně 2002 stoupl,“ informuje Jana Ajmová z Ústavu zdravotnických informací a statistiky. „Zatímco v roce 2002 bylo vyšetřeno 1 105 817 lidí, v roce 2003 to bylo již o 225 tisíc lidí více,“ dodává Jana Ajmová.

Chorobopis není veřejná věc

Starý vtíp: Zloději se ukradou do krejčovské dílny, a jak tak hledají něco cenného, poznamenají: „Blázen krejčí, šije saka s jedním rukávem.“ Zdravotní dokumentace je často takovým rozešitým sákem. V krejčovské dílně kromě nedokončených kusů určitě naleznete překreslené návrhy nebo zbytky křivě střiženého límce, který nakonec nebyl použit. Podobně chorobopis či zdravotní karta obsahují úvahy, které nakonec nebyly potvrzeny, výsledky, které samy o sobě mohou svědčit pro úplně jinou nemoc, či záznamy o léčbě, která zpětně vypadá jako dosti nešťastná.

Pacient a jeho práva

Zdravotní dokumentace však ani jinak vypadat nemůže - lékař je ze zákona povinen zaznamenat veškeré výkony, které byly provedeny, a uchovávat všechny výsledky, jakkoli se „nehodí“. Lékařské záznamy mají také významnou funkci syntetickou, umožňují správné rozhodování a také tyto, tzv. diferenciálně-diagnostické rozvahy, mají být zaznamenány - vždyť partnerem nemocného dávno není jeden lékař, ale mnohdy celý zdravotnický tým. Není sporu, že pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve vztahu k jeho zdravotnímu stavu. Zaručuje to jak Úmluva o lidských právech a biomedicině, tak novela zákona č. 20/1966 Sb. Že nejde o právo na dokumentaci, vyplývá nejen ze znění zákona, ale také z důvodové zprávy z roku 2001. Podstatné je, že lékař má při poskytování informací povinnost učinit to vhodným způsobem - tedy tak, aby tomu pacient porozuměl. Jestliže pacient žádá o nahlédnutí do dokumentace, má zřejmě dojem, že se od lékařů nedozvídá vše. To je dokladem vážné poruchy ve vztahu lékaře a nemocného, protože ten má být založen na principu: „Povím ti vše, co potřebuješ vědět, a dozvíš se vše, co mi může pomoci.“ Pokud zákonodárci schválí nárok nemocných do dokumentace nahlížet a dělat si z ní kopie, lze již nyní odhadovat důsledky. Někteří zdravotníci povedou dokumentaci pečlivěji, přehledněji a srozumitelněji, což by jistě bylo pozitivní. Ale zákonodárci musí zvažovat všechny situace, ke kterým může změna legislativy vést. Není tak málo lidí vždy nespokojených, ukřivděných, přitom odhodlaných se za svoji „pravdu“ bit do posledního dechu - zelinářka z Nemocnice na kraji města je mistrnou studií těchto kerulantů. Také je mnoho lidí úzkostných, hypochondrických, přehnaně reagujících na domněle katastrofické zprávy - jejich neadekvátní reakce nelze podceňovat.

Alibistická dokumentace

Jak se tedy lékaři vyhnou zbytečným nepřijemnostem? Povedou dokumentaci vzorně, ale alibisticky, budou věnovat neúměrnou pozornost „vysvětlování“ použitých termínů, zkrátka nebudou psát dokumentaci, ale dělat osvětlu. Problematické nálezy pak raději podrží v zásuvkách, nebo nedejbože povedou dokumentaci dvojí - jednu pro pacienta, druhou tajně a doopravdy. Navíc si nedovedu představit, jak má být právo na nahlížení realizováno - budou stanoveny hodiny od do (a za kolik), nebo se lékařské vizity promění ve čtenářské kroužky? Je vždy nešťastné snažit se změnou zákona napravovat chyby či nedostatky jednotlivců. Tato vláda má zřejmě ze své podstaty mimořádnou snahu určovat, co je pro občany nejlepší. I když se problém zdravotní dokumentace může zdát malicherný ve srovnání s plánem významně omezit povinnost mlčenlivost (lékařské tajemství) vůči třetím osobám (nejen „požostalým“, ale i státním zástupcům a soudcům - kdy přijdou na řadu advokáti a kdy zpovědníci?), bylo by mnohem užitečnější podstatně zlepšit vyvažovatelnost práva. Neboť má-li pacient opravdu pochybnosti, zda se dozví dá o svém stavu vše, může se obrátit na soud.



Slováci budou platit za zákrok lékaře

Na Slovensku schválili první část radikální zdravotní reformy

Slovenský parlament udělal podstatný krok na cestě k zavedení tržních principů do tamního zdravotnictví. Poslanci včera večer odsouhlasili první dva zákony radikální reformy zadluženého zdravotnického resortu.

Národní radou prošly zákony o zdravotním pojištění a o zdravotních pojišťovnách. Ty by se měly společně s nemocnicemi změnit na akciové společnosti, kde by si však většinový podíl ponechal stát. „Je to skvělý výsledek,“ komentoval hlasování slovenský ministr zdravotnictví Rudolf Zajac, který na odvážné a zároveň hojně kritizované reformě pracuje s týmem mladých ekonomů již od nástupu do funkce. „Doufám, že vše půjde hladce a Slovensko se dočká dobré reformy zdravotnictví“, řekl ministr.

Slovenští pacienti by nyní měli u lékaře platit hotově.

S největší pravděpodobností ale půjde především o lehčí zákroky. Součástí změn je i návrh, aby byli pracovníci ve zdravotnictví placeni stejně jako v soukromých společnostech. To může vést k propouštění a případně i k zániku některých nemocnic.

Včerejší hlasování o prvních dvou zákonech reformy proběhlo překvapivě hladce. „Začali jsme odklánět kurz Titaniku od ledovce a míříme do vod dobrého zdravotnictví,“ komentoval to ministr Zajac. Svým přirovnáním ke známé katastrofě narážel na stav, v němž se slovenské zdravotnictví nachází - jeho zadlužení totiž dosahuje výše zhruba 15 miliard slovenských korun. Zbýlé čtyři reformní zákony by měly přijít na program během dneška.

Výsledek včerejšího hlasování si přitom dopředu netroufal nikdo odhadnout. Reformu sice už dopředu podpořily všechny koaliční strany, to ale nestačilo - vláda premiéra Mikuláše Dzurindy již nemá v parlamentu většinu. „Jestli reforma projde, bude to nejlepší reforma zdravotnictví v celé Evropě,“ prohlašoval sebevědomě Zajac.

Jeho slova vyslyšeli nezávislí poslanci, kteří vládní koalici podpořili. Jejich hlasy byly přitom považovány za klíčové. Ministr zdravotnictví s nimi proto absolvoval v posledních týdnech desítky jednání, při kterých musel leccos ze své reformy zmírnit. Do lobbování se včera zapojila i Světová banka, která na reformu poskytla slovenské vládě 2,6miliardovou půjčku. Šéf jejího ekonomického útvaru Mukesh Chawla se včera i s některými poslanci sešel.

Opozice, která včera hlasovala proti, reformu tvrdě kritizuje. Podle ní Zajac mění zdravotnictví na byznys, což postihne sociálně slabší vrstvy obyvatelstva. „Iluze, kterou vytváří tato reforma, je lepší, než kdyby ji vytvořil David Copperfield,“ řekl během včerejší debaty místopředseda nejsilnější opoziční strany Smer Pavol Paška. Komunističtí poslanci potom dokonce hovořili o „začátku genocidy slovenského národa“.

Proti reformě se bouří také vlivná Slovenská lékařská komora. Ministr z ní proto nedávno demonstrativně vystoupil, což její zástupce ještě více podráždilo.

CÍL SLOVENSKÉ REFORMY

- zbavit slovenské zdravotnictví patnáctimiliardového dluhu
- vytvořit ze všech nemocnic a zdravotních pojišťoven akciové společnosti s majoritním podílem státu
- zavřít nemocnice, které hospodaří neefektivně
- pacienti by měli začít platit za vybrané lékařské zákroky
- seznam placených úkonů vypracuje speciální komise, půjde ale spíše o lehčí zákroky

Parlament SR odstartoval reformu zdravotnictví

Slovenský parlament schválil první dvě právní normy reformující

zdravotnictví - zákon o zdravotním pojištění a zákon o zdravotních pojišťovnách. Oba zákony prošly sněmovnou překvapivě hladce, když je kromě koalice podpořili také nezávislí zákonodárci.

„Je třeba poděkovat všem, kteří hlasovali pro. Mne samotného překvapil ten počet - 81 poslanců hlasovalo pro, to je skvělý výsledek,“ řekl po hlasování ministr zdravotnictví Rudolf Zajac.

Proti přijetí zákonů byly opoziční strany Směr, Hnutí za demokratické Slovensko a komunisté. Normy označili za špatné a sociálně neúnosné. Stínový ministr zdravotnictví za stranu Smer Pavol Paška porovnal jednání o reformních zákonech s televizním pořadem Možná přijde i kouzelník. „Žádný kouzelník však zatím do slovenského zdravotnictví nepřišel. Prospěšnost vládní reformy je pouze iluzí, jakou by nedokázal vytvořit ani David Copperfield,“ prohlásil Paška.

Dnes budou poslanci projednávat zbylé čtyři návrhy, předložené ministrem Zajacem. Parlament by v rámci rozpravy měl schválit také seznam prioritních nemocí, jejichž léčení bude plně hrazené z prostředků veřejného solidárního pojištění (například onkologická onemocnění).

Míru spolu-účasti pacienta při léčení ostatních diagnóz určí ministerstvo zdravotnictví.

Slovenské zdravotnictví vykázalo v loňském roce schodek 4,5 miliardy slovenských korun, letos bude v systému chybět asi 2,5 miliardy. Reforma by měla podle odborníků vytvořit v příštím roce předpoklady pro vyrovnaný rozpočet zdravotnictví.

HIPP - novinka



■ **Lékaři si stěžují na pojišťovnu vnitra, že porušuje dohody**

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra, druhá největší v Česku, si rozkmotřila některé soukromé lékaře. Vyčítají jí, že se snaží obcházet platné dohody a nutí je ošetřovat část jejich klientů zadarmo. „V dohodovacím řízení o cenách se smluvní strany domluvily na určitém způsobu úhrad. Ujednání platí pro všechny poskytovatele i pojišťovny. Přesto se ale pojišťovna pokoušejí jednostranně vmontovat do cenových dohod ustanovení, která omezují její povinnost platit za provedenou péči,“ říká jeden z lékařů, ambulantní specialista.

Stejně jako jeho kolegové si nepřeje být jmenován v obavě z „pomsty“. „Zástupci pojišťovny už nám pohrozili, že pokud se budeme zpěčovat, neobnoví nám po roce 2006 smlouvu. Tomu, kdo odmítne podepsat nevýhodné dodatky, dělá pojišťovna obstrukce s platbami za už vykonanou péči,“ tvrdí lékař.

Spolu s jiným kolegou, praktickým lékařem, vyčítá pojišťovně i to, že ačkoli díky reklamním akcím přilákala tisíce klientů, odmítá zohlednit tento nárust do výše plateb ordinacím.

„Naše námítky, že značnou část péče díky tomu nedostaneme zaplacenou, je nezajímají,“ tvrdí.

Pojišťovna láká klienty příslibem slev na zájezdy několika cestovních kanceláří či bankovní služby. Podle mluvčího Davida Kopeckého jde o program bonusového zvýhodnění pojištěnců. Obchodní partneři poskytují slevy výměnou za reklamu. „Výsledky dohodovacích řízení respektujeme. Zákon nám ale umožňuje omezit úhrady zdravotní péče, pokud došlo k výraznému růstu nákladů na péči o pojištěnce.“ odmítá Kopecký stížnosti. Za nepravdivé označuje i tvrzení, že by pojišťovna smluvním partnerům hrozila neobnověním kontraktů. Praktičtí lékaři poukazují i na údajnou snahu pojišťovny zařadit do seznamu paušálně placených úkonů i ty, které se mají hradit zvlášť. „Víme o tom. Se zástupci lékařů už došlo k jednání a stanovení postupu k upřesnění situace,“ připustil mluvčí.

■ **Nepřátelé lidstva?**

Proč nás bolí od počítače záda? Neumíme sedět!

Pálení očí, rozostřené vidění, roztěkanost, bolesti hlavy a zad, brnění v prstech na rukou. I tak mohou vypadat důsledky práce s počítačem.

Snad žádný vynález neměl takový vliv na náš životní styl jako právě počítače. Změnil jej skutečně od základů. Týká se to samozřejmě práce každý den před zářící obrazovkou prosedíme několik hodin. Nejvíce je ale změna patrná u dětí - ještě generace narozené v osmdesátých letech trávily svůj volný čas venku, dnešní děti po návratu ze školy většinou doma zapínají počítač. Omezení pohybových aktivit je prakticky největším zdravotním rizikem pro moderní civilizaci. Ačkoli řada lidí změnila svůj jídelníček, počítače nás s trochou nadsázky pomalu ubíjejí. Připoutání k obrazovce však má i jiné než na náš pohybový aparát. První studie na toto téma se objevily již v šedesátých a sedmdesátých letech minulého století, a přestože mnohé z nich byly z dnešního pohledu neopodstatněné, o negativním vlivu práce s počítačem na lidské zdraví dnes nikdo nepochybuje. Podle Jany Hlávkové ze Státního zdravotnického ústavu můžeme v souvislosti s negativním vlivem počítačů na naše zdraví mluvit kromě již zmíněných ještě o obtížích zrakových a psychosomatických.

Zraková únava odezní

První oblastí, které byla v souvislosti s počítači věnována značná pozornost, byly subjektivní zrakové obtíže. „Jejich příčinou je značná zraková náročnost práce se zobrazovací jednotkou. Mají různý charakter a projevují se pocitem zrakové i celkové únavy, někdy až vyčerpání, spojen s bolestmi hlavy, slzním a pálením očí, tlakem v očích nebo rozostřeným viděním,“ vypočítává Hlávková. Podle jejích slov už byl výzkum v tomto směru de facto uzavřen.

„Zjistilo se, že počítačové obrazovky zrak nekazí natrvalo, ale že obtíže objevující se při práci s počítačem mají charakter zrakové únavy, která po odpočinku zase odezní,“ uvádí Hlávková. Zároveň dodává, že intenzita těchto zrakových obtíží je velmi subjektivní a závisí především na individuálním stavu zraku a době strávené u počítače. „Samozřejmě platí, že u lidí se zrakovou vadou se tyto problémy dostaví dříve a oči se z nich rovněž déle vzpamatovávají. Podle posledních výzkumů začíná zraková únava po dvou hodinách práce a zřetelně se projevuje po čtyřech hodinách,“ upřesňuje Hlávková s tím, že se doporučuje strávit u počítače denně maximálně šest hodin. Jednou z nejčastějších příčin zrakových obtíží při práci s počítačem je podle jejích slov časté střídání pohledu na obrazovku, dokumenty a klávesnici. V rámci prevence je dobré zvolit na monitoru vysokou obnovovací frekvenci obrazu, doporučuje se alespoň 70 Hz. Roli hraje i dostatečné a rovnoměrné osvětlení.

Když ruka bolí od myši

Obtíže pohybového aparátu jsou spojeny především s nesprávným držetím těla vsedě. „Dlouhodobé sezení ve strnulé poloze je doprovázeno zvýšeným tlakem na meziobratlové ploténky,“ přibližuje Hlávková a pokračuje, „z toho pak plynou bolesti krční a bederní páteře, které patří spolu se souvisejícími bolestmi hlavy mezi nejčastější zdravotní problémy většiny lidí vysedávajících u počítače.“ Kromě toho se podle jejích slov často vyskytují i bolesti rukou, které jsou podmíněny rychlými opakovanými pohyby prstů a nadměrným používáním myši, spolu s nesprávně ergonomicky řešeným pracovištěm. „Tyto obtíže mohou mít podobu například syndromu karpálního tunelu nebo tzv. tenisového lokte,“ upřesňuje Hlávková. V určitých případech mohou být tyto zdravotní komplikace uznány jako nemoci z povolání. „K tomu je však nezbytné, aby toto onemocnění bylo chronického a rázu a aby výrazně omezovalo pracovní schopnost. Posléze ještě musí příslušná hygienická stanice ověřit konkrétní pracovní podmínky pacienta,“ uvádí Kateřina Pavličková, vedoucí Centra pracovního lékařství kliniky nemocí z povolání Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Podle jejích slov nemůže standardní kancelářská práce s počítačem po dobu osmi hodin denně tato přísná kritéria pro uznání obtíží jako nemoci z povolání splnit. „Za posledních pět let jsme tu měli pouze jeden takový případ,“ shrnuje Pavličková. Bolesti zad nejsou problémem jen toho, kdo se nemůže téměř ani pohnout. Komplikace způsobují i zaměstnavatelům, patří totiž k nejčastějším příčinám nemocenských. Jediným způsobem, jak jim předcházet, je správné ergonomické uspořádání pracoviště, stejně jako vhodné umístění monitoru a klávesnice s myši. Při pohledu na monitor bychom se neměli dívat ani vzhůru, ani do stran, před sebou máme mít i klávesnici a myš. Při natáčení těla do stran vzniká nepřiměřená jednostranná zátěž, která vede k bolestem páteře a dalším zdravotním problémům. Doporučuje se také využívat nejrůznějších ergonomických pomůcek jako podložky pod nohy, držáku papírových předloh, opěrek předloktí nebo bederních opěrek. „Důležitý je i tzv. dynamický sed, který spočívá v častých změnách poloh,“ upozorňuje Hlávková. Velkou pozornost bychom tedy měli věnovat výběru pracovní židle. Neméně účinné jsou pak podle Hlávkové i pauzy. „Přestávky by měly být vždy po dvou hodinách práce a trvat by měly alespoň pět až deset minut.“

Podle Jany Hlávkové ze Státního zdravotního ústavu také není radno podceňovat dostatek místa na pracovním stole a jeho vhodné uspořádání v závislosti na charakteru vykonávané činnosti.

Počítače ohrožují i naši psychiku

Tenhle aspekt zná bohužel také drtivá většina lidí pracujících s počítačem. To totiž přináší i značnou psychickou zátěž. Pokud trvá dlouho a není „proložená“ relaxací, může vyvolat neurózy, pocit nespokojenosti, nevyrovnanost. V extrémních případech i závažnější neurotické poruchy či psychosomatická onemocnění. Všechno to souvisí se změnami způsobů práce, které s sebou počítače přinesly. „Psychickou zátěž ovlivňuje zejména časový tlak, monotónní a opakující se úkoly, někdy ale i časté změny typu úkolu nebo vysoké

Sedalia



nároky na tvořivost a myšlení," vypočítává Hlávková. Nezanedbatelnou roli podle ní hraje také kombinace vysoké náročnosti práce s nízkou možností rozhodování. Dalším z faktorů je i velká koncentrace pozornosti či konfliktní a nejednoznačné požadavky na pracovní roli. „Podle výzkumů je z tohoto pohledu nejhorším druhem pracovní zátěže vkládání dat do počítače, je-li tato činnost prováděna jako celodenní zaměstnání,“ uvádí Hlávková. Jde totiž podle ní o vysoce monotónní typ práce s velkými nároky na soustředění a pozornost. Možnou obranou proti psychickým obtížím při práci s počítačem je důsledné dodržování pravidelných přestávek, dbát je třeba i na dostatečný zácvik pracovníků na všechny úkoly. Výzkumy vlivu počítačů na lidské zdraví ještě zdaleka nejsou u konce. Stále se například diskutuje o tom, zda nám škodí elektromagnetická pole počítačových monitorů. Žádná seriózní vědecká analýza však zatím nic takového nedokázala.

Emmerová požádá vládu o peníze

Ministryně zdravotnictví má v úmyslu navrhnout vládě doplatit zdravotním pojišťovám asi 10 miliard.

Ze státního rozpočtu by se měl podle představ ministryně zdravotnictví Milady Emmerové uhradit letošní schodek ve zdravotním pojištění.

Asi deset miliard bude na konci letošního roku chybět zdravotním pojišťovám na vyrovnání plateb za zdravotní péči o své klienty. Ministryně zdravotnictví Milada Emmerová prohlásila, že o tyto peníze požádá vládu. „Kdybych chtěla v rámci určité repozice toho všeho dělat nějaké kroky, jako že budu chtít, pokud tu mám vůbec mít nějakou funkci, tak mi asi nezbude nic jiného, než toto navrhnout,“ řekla v rozhovoru pro LN.

Odhady počátkem roku hovořily až o šestnácti miliardách, které letos mají českému zdravotnictví chybět. „Samozřejmě ještě není konec roku, a pokud se kalkulace dělají v těchto mezifázích, mívají velikou variační šíři. Minulou neděli na sjezdu České lékařské komory ale paní ředitelka (Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiřina Musílková - pozn. red.) zmiňovala jako schodek možnou sumu deset miliard. Sice to ještě také není jisté, ale já si nedělám iluze, že by se spletla o mnoho,“ konstatovala Emmerová.

Ministerstvu financí se ale nápad Emmerové uhradit dluh ve financování zdravotní péče ze státního rozpočtu nelíbí. „Podobné jednorázové kroky zásadně nepodporujeme. Nemají smysl, nic neřeší,“ usoudil mluvčí resortu Marek Zeman. Podle něj je schodek především problémem Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP). Její deficit je pro letošek odhadován na osm miliard. Podle názoru ministerstva financí je nejprve nutné předložit dlouhodobou koncepci zdravotnictví. „Ministerstvo zdravotnictví musí najít nějaké systémové řešení,“ prohlásil Zeman. Už loni vláda schválila odkoupení pohledávek zdravotních pojišťoven za tři miliardy korun, předloni to bylo ještě o miliardu více.

Ani zástupci VZP nejsou z návrhu Emmerové nadšeni. „Samozřejmě, že kdyby nějaké peníze přišly, pomohly by nám aktuálně vyřešit situaci s platbami smluvním partnerům. Ale my takové jednorázové kroky nepreferujeme. Po ministerstvu žádáme systémové řešení,“ uvedl mluvčí VZP Jiří Suttner.

Podle Suttnera by pojišťovně mnohem více pomohlo, kdyby se ministerstvo zasadilo o racionalizaci výdajů, které pojišťovny musí za své klienty platit: například ustavilo síť zdravotnických zařízení, pomohlo snížit výdaje na léky atd. „Až dosud je to tak, že ministerstvo svými rozhodnutími výdaje zvyšuje bez ohledu na zdroje zdravotního pojištění,“ připomněl Suttner.

Osmimiliardový deficit znamená pro VZP asi třicetidenní zpoždění plateb. V silách pojišťovny prý je s pomocí už zmíněných opatření tuto dobu postupně zkracovat.

S tím, že jednorázové oddlužení není systémový krok, souhlasí i ministryně Emmerová. Chystá prý vlastní návrh koncepce zdravotní péče, který by měl vést k omezení výdajové stránky zdravotního pojištění. „Je příliš štědrá. Je třeba udělat pevnou organizaci poskytování zdravotní péče. Nebo alespoň nějaká opatření, aby pacient vždy přišel k tomu správnému lékaři ve správnou chvíli,“ usoudila.

Svůj návrh koncepce chce Emmerová předložit ještě do konce roku, po senátních volbách, v nichž kandiduje.

I N Z E R C E

V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA. Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.

Percentilové tabulky

Lékaři, kteří mají zájem o percentilové tabulky vydávané SZÚ obraďte se na: ELI LILLY ČR, s.r.o., Pobřežní 1a, 186 00 Praha 8, tel.: +420 234 664 111, fax.: +420 234 664 891

Odkoupím zavedenou ordinaci

Kvalifikovaný pediatr, dlouholetá praxe, licence; odkoupí zavedenou ordinaci PLDD v Praze. Zn: Osobní jednání, tel: 603 293 584

Nabízím místo asistenta

Nabízím místo asistenta do ordinace v Praze 2. Pozdější přenechání ordinace možné. Tel.: 222 560 086 večer po 18. hodině.

www stránky pro pediatry

Upozorňujeme PLDD, že začala fungovat webová stránka Pediatrické společnosti www.cpsjep.cz, kde jsou vyvěšována abstrakta domácích akcí, očkovacího dne a pracovních dnů dětské nefrologie. Na webových stránkách www.unepsa.org najdete abstrakta kongresu Europediatrics Prague 2003 i abstrakta světového kongresu pediatriů v Pekingu 2001.

Hledám místo asistentky

Hledám místo asistentky v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost s perspektivou převzetí praxe. Mám atestaci I. st. z pediatrie, nástavbovou atestaci z neonatologie i licenci. Nejlépe: Mladá Boleslav, Jičín, Praha, Mělník, Liberec, Plzeň, České Budějovice, Kolín, Brno, Hradec Králové a jejich okolí do 70 km. Tel.: 777 054 273 nebo večer 326 320 553. Zn. Solidní jednání.

Přenechám / pronajmu praxi

Přenechám, ev. pronajmu pediatriickou praxi na Ostravsku, byt k dispozici. Zn.: mfilip@centrum.cz

Odkoupím praxi

Kvalifikovaný pediatr, dlouholetá praxe, licence; odkoupí zavedenou ordinaci PLDD v Praze.

Zn: Osobní jednání, tel: 603 293 584

UPOZORNĚNÍ

Semináře k problematice CRP firmy Medial spol. s r.o. nejsou garantovány OSPDL ČLS JEP ani certifikovány IPVZ