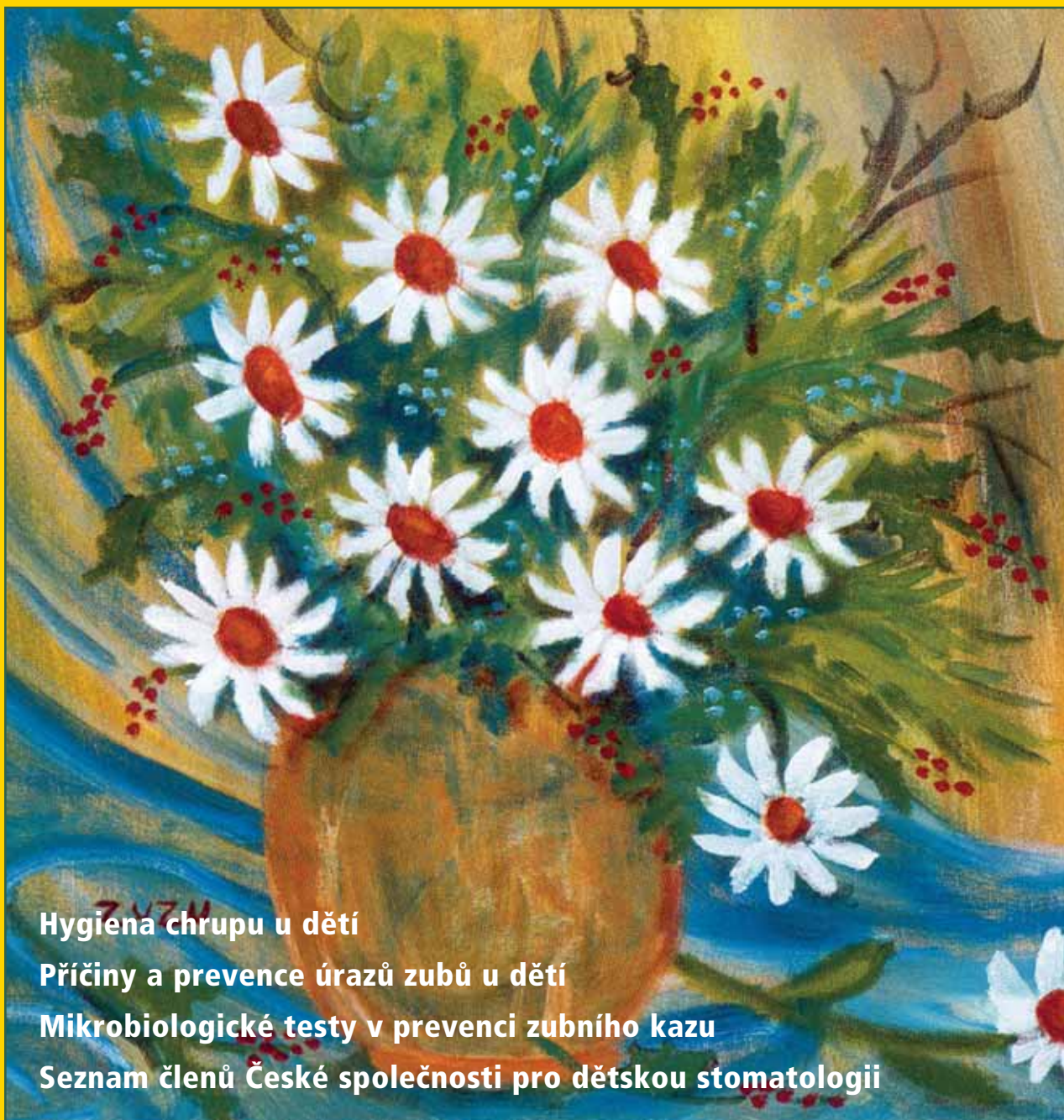


VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

říjen 2005 ■ číslo 8 ■ ročník 5



Hygiena chrupu u dětí

Příčiny a prevence úrazů zubů u dětí

Mikrobiologické testy v prevenci zubního kazu

Seznam členů České společnosti pro dětskou stomatologii



**ČESKÁ
SPORITELNA**

zENTIVA®



OSPDL ČLS JEP

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

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

Časopis 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 písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsahovou stránku vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Ing. 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 Adresa vydavatelství:
Branická 141, 147 00 Praha 4
tel.: 261 260 412, e-mail: vox@imedix.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc září 2005	5
Protest praktických lékařů	6
IZIP mezi nejlepšími projekty e-Health	10
České zdravotnictví se řítí do záhuby	10
Zpráva z 5. Slovenského pediatrického kongresu	12
Dopis Ing. E. Tošenovského předsedovi vlády	13
Termínový kalendář akcí SPLDD a OSPDL 2006	13
Stanovisko SPLDD ČR k navýšení ceny práce	14



Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP	15
Doc. MUDr. V. Merglová, CSc. Příčiny a prevence úrazů zubů u dětí	15
Doc. MUDr. V. Merglová, CSc. Mikrobiologické testy v prevenci zubního kazu	18
Doc. MUDr. J. Sýkora, Ph.D. a kol. Současné metody u infekcí H. pylori	20
Doc. MUDr. V. Merglová, CSc., Prof. MUDr. J. Kilian, DrSc. Hygiena chrupu u dětí	26

Seznam členů Společnosti pro dětskou stomatologii	28
Význam plaků Streptococcus mutans v pediatrii	30
Sdělení IPVZ Praha k procesu získávání specializované způsobilosti	32
Zajímavosti ze světa odborné literatury	38



Aktuality	39
Řádková inzerce	42



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrázek na titulní straně namalovala ústy Rufino Vieira Eusuclemia



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

máme za sebou slunné dny babího léta, které přineslo nejenom sluníčko, které nám tak chybělo o prázdninách, ale přineslo také dosud nevídanou akci protestu soukromých ambulancí. Do čela možná až nečekaně pevného šiku jsme se tentokrát postavili my, praktičtí lékaři.

Zástupci obou odborností praktických lékařů - pro děti a dorost a pro dospělé - se rozhodli, že již nemohou dále nečinně přihlížet, jak si tato společnost nevází jejich práce. Už jsme si pomalu zvykli, že se sice rádo hovoří na různých fórech o tom, jak jsou praktičtí lékaři

základním pilířem celého zdravotnictví, ale jak vlastně vypadají tyto proklamace v praxi.

Kdo si to nezkusil, těžko posoudí, jak velká administrativní zátěž spočívá právě na praktických lékařích. I proto jsme uvítali částečné zjednodušení alespoň ve vykazování jednotlivých kontaktů s pacienty. Zavedli jsme tzv. kombinovanou kapitačně výkonovou platbu, při které jsou zhruba čtyři pětiny naší činnosti hrazeny tzv. kapitačním paušálem. Skončila tak honba za body a do popředí mohl vystoupit zájem o pacienta. Stalo se to ale trnem v oku nejen zdravotních pojišťoven, které tím údajně ztratily dohled nad tím, jak moc pracujeme, ale i některých kolegů, zejména z nemocnic, kteří se přidali s tím, že teď už vlastně nemusíme pracovat.

Dynamicky se rozvíjející zdravotnictví spolyká ročně již téměř 200 miliard, což nepochybně vyžaduje kvalitní manažerské vedení, a to by mělo reprezentovat resortní ministerstvo. Místo kvalitního managementu se ale v praxi setkáváme s neuvěřitelnou obměnou ministrů zdravotnictví, což asi v důsledku nemůže vést k ničemu jinému, než problémům, které pocítujeme nejméně v ekonomické nejistotě. Tato nejistota pod vedením poslední ministryně doc. MUDr. Milady Emmerové dovedla velkou většinu z nás až k tomu, že jsme začali dohrazovat naší činnost z vlastních zdrojů. Když jsme se začali ozývat, dostalo se nám z úst hlavní manažerky odpovědi, co vlastně chceme, když máme příjem kolem 200 až 250 tisíc.

To vše nás nakonec dovedlo až na Palackého náměstí, před budovu Ministerstva zdravotnictví ČR, kde jsme dali jasně najevo, že to již nechceme dále snášet. Měl jsem výrazný pocit hrlosti, když jsem Vás sledoval z tribuny a viděl často i odhodlání ve Vašich očích. Všem Vám chci za Vaši statečnost poděkovat. Mluvím skutečně o statečnosti, neboť jsme se při přípravě setkávali s prvky vyhrožování. Ukázalo se jako velmi dobrý tah, že jsme si předem vyjasnili situaci s našimi smluvními partnery, zdravotními pojišťovnami, pozitivní roli určitě sehrála i skutečnost, že jsme o celé akci komunikovali i s Krajskými úřady. Neváhali jsme oslovit ani pacientské organizace.

Ne vše se ale podařilo. Pro celou akci jsme připravili upozorňující plakáty, které měly informovat širokou veřejnost. Zvolili jsme symbolicky červený kříž, ale neukázalo se to jako šťastná volba. Nechci spekulovat, ale objevily se skutečnosti, které nás nakonec vedly ke změně barvy z červené na modrou. Vedlo to samozřejmě k určitému zpoždění jejich distribuce, nicméně i tak byly hotové plakáty předány do distribuce čtyři dny před plánovanou akcí. Nevím, co se přesně stalo, snažíme se to objasnit, ale na místo určení dorazily až čtyři dny po vlastní akci. Všem se za to moc omlouváme, ale všechno jsme prostě uhlídat nedokázali.

Náš boj tím ale zdaleka nekončí. Rány pod pás přicházely i z řad našich kolegů. Prezident naší stavovské organizace nás napadl, že jsme něco jako placení agenti zdravotních pojišťoven, a aby toho nebylo málo, naše Sdružení bylo obviněno, že se postavilo proti navýšení práce lékařů. V době, kdy velká většina z nás řeší otázku, jak ufinancovat chod své ordinace šlo o hodně podpásovou ránu. Proč asi? Myslím, že odpověď je možné najít v nedávno proběhlém sjezdu České lékařské komory. Paradoxem navíc zůstává, že jednání, kterým MUDr. David Rath argumentuje, se žádný člen našeho Sdružení ani neúčastnil.

Věřím, že se ale nenecháme tím vším otrávit a vydržíme v našem boji, v boji nejen za stabilizaci našeho zdravotnictví jako celku, ale i v boji za skutečné uznání postavení primární péče v celém složitém zdravotnickém systému. Všem Vám ještě jednou moc děkuji za Vaši podporu. Myslím, že nám za to naši malí pacienti stojí.

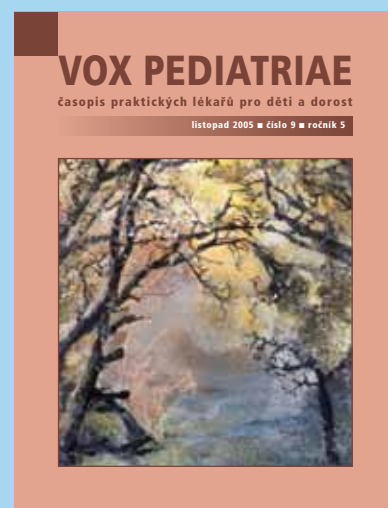
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda SPLDD ČR

**Diferenciální diagnostika obezity
v dětském věku**

Obezita u dětí a dospívajících

**Lázeňská péče u obezných dětí -
Bludov**

Prevence nadváhy a obezity



seznam inzerujících firem

AVENT
BOEHRINGER INGELHEIM
BOIRON
BOOTS HEALTHCARE
ČESKÁ SPOŘITELNA
HERO
HIPPI
MD ACCESS
NUTRICIA
ORION DIAGNOSTICA
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
15,00 - 18,00 - MUDr. Eva Vitoušová

Středa
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnachová
13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc září 2005

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc září se nesl v duchu narůstajícího ekonomického deficitu systému. Opoždování plateb od VZP již začalo přesahovat reálné možnosti našich kolegů a ti stále ve větší míře začali sahat po různých formách úvěrování své činnosti. V této situaci přilila pomyslný benzín do ohně sama ministryně zdravotnictví, když do médií prohlásila, že příjmy soukromých lékařů jsou kolem 200 až 250 tisíc korun měsíčně, tak na co si prý stěžujeme. I proto jsme se s mnohými z Vás sešli 6. října před budovou Ministerstva zdravotnictví ČR.

12.9. - se zástupci ČSOB byly hledány cesty k možnostem zajištění financování našich ordinací, byl projednán postup možného tzv. předčasného odkupu pohledávek vůči VZP

13.9. - pokračovala cenová jednání schůzkou segmentu praktických lékařů, otázka úhrady byla položena tak, že pokud bude jakékoliv navýšení, bude pouze za zpřísnění regulačních mechanismů nebo „zastropování“ celkové úhrady segmentu praktických lékařů jako celku

15.9. - se zástupci vedení VZP jsme jednali o aktuální situaci ve vývoji platební neschopnosti této pojišťovny, hledala se možná řešení, předmětem jednání byla ale i řada dalších témat, jako otázka smluvních vztahů zejména s ohledem na termín konce platnosti stávajících smluv; důležité je, že v problematice smluv jsme se dohodli na koordinaci a vzájemné spolupráci, aktuální ekonomickou situaci jsme však nevyřešili

15.-16.9. - v Kutné Hoře se konalo výjezdní zasedání Předsednictva, celému jednání samozřejmě dominovala prohlubující se krize financování našich ordinací, informace z jednotlivých regionů nebyly vůbec radostné, jednoznačně ale byla deklarována radikalizace postoje našich členů s ochotou přistoupit i k různým formám nátlakových akcí, bylo odsouhlaseno, že aktivity budou koordinovány s kolegy praktickými lékaři pro dospělé

17.9. - v Národním domě na Vinohradech jsem se zúčastnil jednání Valné hromady Stomatologické komory, akce byla pojata jako určitá konfrontace dvou zdravotnických koncepcí, zatímco ministerská varianta, přednášená MUDr. Hávou, vzbudila zásadní nesouhlas a přednes byl předčasně ukončen, prezentace MUDr. Jelínka byla vyslechnuta se zaujetím

19.9. - na Svazu zdravotních pojišťoven jsme jednali obdobně jako s VZP o možnos-

tech další spolupráce, samozřejmě i zde šlo především o problematiku nových smluv v příštím roce, i tady jsme se dohodli na koordinaci a spolupráci

20.9. - také s Českou spořitelnou jsme jednali o možnostech řešení financování našich prací v souvislosti s prohlubující se platební neschopností VZP, tentokrát šlo spíše o standardní odkup pohledávek, i tady jsme došli k pozitivním závěrům

21.9. - na půdě VZP se konalo mimořádné společné jednání všech segmentů se snahou v cenových jednáních najít společného jmenovatele pro stabilizaci celého systému, alespoň tak vyznívala pozvánka, tato ambice však nebyla naplněna, následně pak nedošlo ani k dohodě v našem segmentu, byly však jasné pojmenovány požadavky, za jakých by k dohodě mohlo dojít

22.9. - poslední jednací den přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na 1. pololetí nakonec dohodou skončilo, sice navýšení zdánlivě minimální, nicméně nedošlo k žádné další limitaci či změně regulačních opatření

23.-25.9. - v Milovech proběhlo setkání zástupců praktických lékařů pro dospělé, po obsáhlé diskusi byla nakonec odsouhlasena forma protestu - 6.10.2005 na jeden den přerušit činnost našich ambulancí, zároveň byl dohodnut společný postup obou odborností praktických lékařů, přítomní ředitelé zdravotních pojišťoven zde prohlásili, že nebudou postupovat sankčně vůči protestujícím lékařům

27.9. - v Národním domě na Vinohradech se konala tisková konference obou sdružení, představeny byly hlavní požadavky a cíle protestu

27.9. - Koalice soukromých lékařů se na svém jednání dohodla připojit k požadavkům obou sdružení praktických lékařů a podpořit jejich protestní akci dne 6. 10. 2005.

29.9. - s Českou spořitelnou jsme upřesňovali možnosti odkupu pohledávek vůči VZP

29.9. - spolu se zástupci praktických lékařů pro dospělé jsme byli pozváni na jednání s předsedou Senátu ČR, krom vyslovení podpory nám bylo nabídnuto uskutečnění tzv. veřejného slyšení právě na půdě Senátu

30.9. - v budově Středočeského krajského úřadu jsme se sešli s hejtmánem, abychom projednali postup při realizaci protestní akce, zejména v souvislosti se zajištěním péče občanům.

1.10. - na Brněnský seminář na téma „Generační výměna“ navázalo setkání praktických dětských lékařů se zástupci Krajských úřadů a zdravotních pojišťoven, obdobně jako při jednání na Středočeském úřadě bylo protestní akci vyjádřeno pochopení s deklarací nesankcionování protestujících lékařů

3.10. - na předchozí jednání navázalo i jednání s pražským primátorem, byly dohodnuty některé organizační podrobnosti protestní akce, vč. jejího zajištění Městskou policií

3.10. - zástupci obou profesních sdružení praktických lékařů byli pozváni k jednání s premiérem republiky, na jednání byl ale překvapivě pozván i prezident České lékařské komory a dalších asi sedm zástupců různých lékařských organizací vč. předsedy LOK-SČL, z jednání jsme však neodcházeli s pocitem, že můžeme sdělit svým kolegům, že se platební situace VZP v dohledné době radikálně zlepší, na následnou tiskovou konferenci si premiér nepozval zástupce praktických lékařů, ale prezidenta ČLK, proč asi?

6.10. - protestní akce praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost na Palackého náměstí před budovou Ministerstva zdravotnictví ČR.



Protest praktických lékařů

Systém zdravotního pojištění připomíná občas jízdu na horské dráze. Rozhodně se nejedná o klidnou jízdu, ale pravidelně se střídají období relativního klidu s obdobími, kdy situace ve zdravotnictví ovlivňuje chod celé společnosti. V současné době jsme dospěli do dosud nepoznané situace, kdy zadluženost systému již začal mít přímý dopad na kvalitu a dostupnost poskytované zdravotní péče. Dosud nevídaná situace, kdy mnoho ordinací bylo donuceno sanovat platební neschopnost největší zdravotní pojišťovny z vlastních zdrojů, ať již z rodinného rozpočtu či půjčkami od bank, dovedla praktické lékaře obou odborností až k demonstraci před Ministerstvo zdravotnictví ČR. Jelikož jde z našeho pohledu o nevídanou situaci, pokusím se rekapitulovat sled nejdůležitějších událostí, které nakonec vedly až k odvolání ministryně zdravotnictví.

I. Prohlášení SPLDD ČR k situaci praktických dětských lékařů

„MZČR a vláda nese veškerou zodpovědnost za stávající situaci, která vznikla dlouhodobou neschopností ekonomicky analyzovat a legislativně řešit systém zdravotního pojištění s důrazem na význam primární pé-

če. Odmítáme snahu hledat viníky ve stávajícím systému zdravotního pojištění, protože v minulosti (právě) neuváženě provedené zásahy státu do tohoto systému způsobily jeho finanční nerovnováhu a narůstající ekono-

mickou nestabilitu zdravotních pojišťoven,“ uvádělo se mimo jiné v prohlášení našeho Sdružení, přijato bylo na jednání Předsednictva v Kutné Hoře dne 16.9.2005. ■

II. Prohlášení Valné hromady České stomatologické komory ze dne 17.9.2005

„Valná hromada České stomatologické komory konstatuje, že příčinou současné vyhrocené situace ve financování zdravotnictví jsou opakované nedomyšlené kroky Ministerstva zdravotnictví ČR a ministryně Emmerové, n-systematicky zvyňhodňující nemocnice na úkor

ambulantních zařízení... Ministerskými vyhláškami zasahujícími do hospodaření pojišťoven se neustále zhoršuje jejich platební neschopnost tak, že dochází k přímému ohrožení existence ambulantních zdravotnických zařízení. Valná hromada České stomatologické komory

vyzývá vládu, aby urychleně tento stav řešila dřív, nežli dojde ke zhroucení systému a postupnému krachování ambulantních zdravotnických zařízení. Jejich péči o pacienty žádná ministerská vyhláška nenahradí.“ ■

III. Dopis SPLDD ČR premiérovi

„Ve většině zdravotnických zařízení praktických dětských lékařů dochází již k přímým hospodářským ztrátám, zadluženosti a neřešitelným existenčním problémům. Z důvodů druhotné platební neschopnosti nejsou tato zařízení schopna pokrýt zvyšující se nárůst provozních nákladů a zvažují tak i omezení

rozsahu činnosti, zavedení zálohových přímých plateb od pacientů, nebo dokonce zavržení ordinací a ukončení své činnosti. V důsledku dlouhodobého podhodnocení cen zdravotnických výkonů nebyla dána lékařům primární péče možnost vytvořit si dostatečné finanční rezervy pro provoz svých ordinací.

Pokud se urychleně nezlepší platební situace, zejména ze strany VZP, dojde k výraznému zhoršení dostupnosti, či zániku primární zdravotní péče o dětskou populaci,“ stálo v dopise adresovaném premiérovi s žádostí o řešení nastalé situace ze dne 19.9.2005. ■

IV. Stanovisko výboru Sdružení soukromých gynekologů ČR k současné situaci ve financování zdravotnictví

„Dosavadní zásahy současného Ministerstva zdravotnictví ČR do systému financování zdravotnictví přinesly vždy jen urychlení deficitního vývoje. Nedomníváme se, na rozdíl od obsahu prohlášení některých partnerských profesních organizací, že ministerské zásahy jsou nekonceptní. Nejsou podle na-

šeho názoru pro fungování zdravotnictví prospěšné, ale protože po každém tomto zásahu se systém více a více blíží stavu, kterého chce současné vedení ministerstva dosáhnout - centrálně řízeného socialistického zdravotnictví, vidíme tento postup jako konzistentní a překvapuje nás, že mu řada kole-

gů včetně představenstva ČLK tleská. Jako provozovatelé soukromých zdravotnických zařízení se cítíme přímo existenčně ohroženi touto situací“ uvedli mimo jiné dne 21.9. ve svém prohlášení naši partneři v Koalici soukromých lékařů. ■



V. Otevřený dopis Rady Sdružení ambulantních specialistů ČR Vládě České republiky

„Korektním řešením problematiky finanční nerovnováhy systému jistě nemůže být útok proti systému zdravotního pojištění anebo útok proti poskytování zdravotní péče subjekty nestátní povahy.

Dovolujeme si navrhnout tato řešení:

■ Racionální využívání lůžkové péče, jako nejdražšího druhu zdravotní péče výhradně v nezbytných, přesně vymezených indikacích s přizpůsobením kapacity těchto zařízení nově přehodnoceným kritériím v souladu se standardy zajišťujícími kvalitu i hospodárnost poskytované péče.

■ V souladu s trendem převažujícím v rozvinutých státech přesun zdravotní péče z lůžkových zařízení do ambulantní péče všude tam, kde to vědeckotechnický rozvoj a mo-

derní diagnostické i léčebné postupy umožňují při zachování plné bezpečnosti nemocného. Vytvoření standardů diagnostiky a terapie nejčastěji se vyskytujících nebo z jiných důvodů nejnákladnějších onemocnění.

■ Zpřesnění lékové politiky včetně ovlivňování cen aktuálně dostupných farmak a stanovení léčebných standardů hlavních skupin často se vyskytujících nebo nákladně léčebných nemocí.

■ Revize ocenění výkonů zdravotnických služeb a úroveň jednotlivých složek cen (materiálové náklady, náklady lidských zdrojů i příslušnou sazbu obvyklou pro specializované služby), udržovat je na aktualizované úrovni porovnatelné s tvorbou i úrovní cen v ostatních segmentech naší společnosti i s cenami zdravotnických služeb v ostatních

státech EU tak, jak se srovnávají ceny v ostatních sektorech služeb i ceny jiného zboží.

■ V případech, kdy ekonomicky limitované možnosti státu promítající se do výše plateb za státní pojištěnce do systému povinného pojištění ze zákona nebudou postačovat k úhradě politickým konsensem stanoveného objemu a struktury zdravotní péče, zavést další možnosti úhrady definovaného druhu péče, např. přímou platbou anebo komerčním připojištěním.

Restrukturalizaci dohodovacího řízení zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče v kontinuálně probíhající proces s gescí státu,“ 21.9.2005 napsali ve svém dopise Vládě ambulantní specialisté, členové další partnerské organizace v Koalici soukromých lékařů.

VI. Otevřený dopis senátora a stínového ministra zdravotnictví MUDr. Tomáše Julínka hejtmanům z 26. září 2005

„Dne 6. 10. 2005 plánují praktičtí lékaři protestní akci, jak vyplývá z jejich prohlášení. Síť primární péče ve Vašem kraji je neméně důležitá jako nemocnice a proto Vás žádám, abyste podpořil praktické lékaře v jejich oprávněném protestu.

Ministryně zdravotnictví a vládní garni-

tura opakovaně zpochybnila důležitost primárního ambulantního sektoru ve zdravotnictví, což je v rozporu se všemi moderními trendy. Praktičtí lékaři nemají možnost využít veřejných prostředků na překlenutí kritické situace a jejich zadluženost je na hranici únosnosti. Protest praktických lékařů i pod-

pora lékárníků je dle mého mínění zcela oprávněná.

Věřím, pane hejtmane, že jste se situací primární zdravotní péče ve svém kraji seznámen a protestní akci budete chápat jako obranu občanů svého kraje.“

VII. Dopis členům SPLDD ČR

„Diskuse a vývoj situace v posledních měsících naplno ukázaly, že stávající situace je daleko vážnější a nespočívá pouze ve zpoždění plateb od zdravotních pojišťoven. To je totiž až výsledkem řady nekompetentních a věc zhoršujících rozhodnutí ministerstva zdravotnictví. Sdružení se dlouhodobě a opakovaně pokoušelo věc řešit s ministryní zdravotnictví a upozorňovalo na chybné kroky,

kteřé v resortu činí, ovšem ministryně s námi odmítá komunikovat. Proto jsme se ve spolupráci se SPL ČR rozhodli přistoupit k razantnějšímu kroku, kterým bude přerušeni činnosti ordinací dne 6.10.2005, a to na jeden den. Vyzýváme Vás, abyste se k této protestní akci připojili. Podpořte tím naši snahu o vyřešení současné kritické situace. Po diskusi právě se SPL bylo rozhodnuto o uspořá-

dání protestní akce na Palackého náměstí v Praze 2 před ministerstvem zdravotnictví. Tento protest se uskuteční dne 6.10.2005 od 11.30 do cca.13.00. Opět platí, že čím větší účast na této akci bude, tím větší bude šance na odvrácení naší kritické situace. Uvítáme i vaše zdravotní sestry, kterých se problém týká také,“ bylo uvedeno v dopise adresovaném Vám, našim členům 26.9.2005.

VIII. Jednání premiéra s předsedy správních rad zdravotních pojišťoven

- z tohoto jednání dne 26.9.2005 vznikly následující návrhy opatření:

Návrhy opatření zdravotních pojišťoven:

1. Navýšení plateb zdravotníkům v roce 2006 provést jen v takovém rozsahu, který bude krytý příjmy z pojistného a umožní vy-

rovnání závazků po lhůtě splatnosti, pocházejících z minulých období.

2. Neuskutečnit navýšení mzdových nákladů jednotlivých zdravotních výkonů (indexů práce lékařů) v seznamu výkonů, pokud

nebude součástí nové kalkulace všech nákladů jednotlivých výkonů, tedy i věcných. Samostatné zvýšení by buď dále prudce zvýšilo objem úhrad nebo by v kombinaci s limitem úhrad snížilo objem, kvalitu a dostupnost poskytované péče.



3. Nevydat vyhlášku o úhradách zdravotní péče na rok 2006, a to ani pod tlakem poskytovatelů, pokud prokazatelně nezaručí nutné omezení růstu výdajů. Zmrazit ceny léků a zdravotnických prostředků pro období do konce roku 2006. Do této doby rovněž neprovádět novou kategorizaci léčiv ze strany ministerstva zdravotnictví. Celkový objem spotřeby léků a zdravotnických prostředků bez výjimky zastopovat a smluvně sjednat způsob omezení preskripce. Jedná se o 25% celkových finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění. Předpokládaným efektem je snížení dynamiky nárůstu výdajů za péči a za léky a zdravotnické prostředky při přísném dodržování uvedených opatření.

4. Provést kompletní revizi smluvních vztahů mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními v rámci jednání o nové rámcové smlouvě, a na základě vyhodnocení kvality, dostupnosti a hospodárnosti poskytované péče přikročit k redukci sítě zdravotnických zařízení a tím snížení nákladů na zdravotní péči. Ministerstvo zdravotnictví a Vláda ČR tyto kroky podpoří.

5. Respektovat skutečnost, že zadavatelem veřejné zakázky, i když se poptává zdravotní péče pro pojištěnce, může a musí být výlučně správce veřejného rozpočtu, z něhož

se zakázka platí, tedy v tomto případě zdravotní pojišťovna. Státním orgánem, který může zasahovat do uzavírání smluv mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou dle zákona č. 48/1997 Sb., není Ministerstvo zdravotnictví, ale Úřad pro ochranu hospodářské soutěže.

6. Zastavit nekonstruktivní a nepodložené útoky a zásahy vůči zdravotním pojišťovnám ze strany Ministerstva zdravotnictví, včetně manipulování veřejností prostřednictvím výroků o nucené správě, které slouží jen osobním ambicím některých osob kolem vedení ČLK.

7. Z úrovně vlády zajistit, aby Ministerstvo zdravotnictví vykonávalo státní moc jen v případech, v mezích a způsoby, které stanoví zákon, aby respektovalo údaje o hospodaření zdravotních pojišťoven, předkládané mu ve struktuře a s obsahem podle jeho vlastního právního předpisu, a to nejméně do doby, než kvalifikovaným způsobem skutečně prokáže jejich nevěrohodnost,

8. Zajistit, aby rozpočet veřejného zdravotního pojištění byl pro všechny účastníky systému včetně státních orgánů stejně závazným limitem, jakým je státní rozpočet; na veřejné zdravotní pojištění a zdravotní pojišťovny nemohou být nakládány další úkoly,

zatěžující rozpočet zdravotního pojištění (naposledy např. rozšíření úhrady očkování nad rámec zákona vyhláškou č. 589/2004 Sb. a vyhl. č. 225/2005 Sb. nebo přenesení úhrady zdravotní péče, poskytované žadatelům o azyl, ze státního rozpočtu na veřejné zdravotní pojištění zákonem č. 350/2005 Sb.), aniž by to bylo provázáno zvýšením zdrojů z rozpočtu, jehož výdaje se mají převzít,

9. Vytvořit pracovní tým za účasti zástupců ministerstev financí, zdravotnictví, práce a sociálních věcí a zdravotních pojišťoven, aby byly formulovány základní body a cíle státní zdravotní politiky a státní lékové politiky pro jednání vlády. V rámci tohoto týmu analyzovat všechny návrhy na zlepšení systému veřejného zdravotního pojištění, které zdravotní pojišťovny za dobu své existence zpracovaly a předložily orgánům státní moci, a výsledky analýzy spolu s dalšími návrhy a podněty využít k návrhu legislativních změn,

10. Zastavit projednávání současně předložených návrhů novel zákonů zdravotních pojišťoven a zdravotním pojištěním jako chybně koncipovaných, nepotřebných a nefunkčních, nezpůsobitelných pozitivně ovlivnit provádění veřejného zdravotního pojištění. ■

IX. Prohlášení Asociace nemocnic ČR k připravované stávce praktických lékařů a ambulantních specialistů, jejich žádosti o razantní řešení problémů zdravotnictví a o odvolání ministryně zdravotnictví ze dne 30. září 2005

„Asociace nemocnic ČR chápe rozhořčení svých kolegů, praktických lékařů a ambulantních specialistů, kteří jsou stejně jako její členové postiženi zpožděním plateb VZP za poskytnutou lékařskou péči o více než 50 dnů po lhůtě splatnosti. Asociace nemocnic ČR se však ohrazuje proti některým výpadům a osočování, že nemocnice jsou příčinou finančních problémů ve zdravotnictví, protože čerpají nejvíce prostředků z veřejného zdravotního pojištění a Ministerstvo zdravotnictví ČR jim straní svými vyhláškami na úkor ostatních poskytovatelů zdravotní péče.

Praktičtí lékaři v současné době dostávají od zdravotních pojišťoven paušál tzv. kapitální platbu za každého registrovaného paci-

enta, která jim zajišťuje 75% úhrady, a to nezávisle na počtu skutečně ošetřených pacientů v daném období. **Předpokládali bychom tedy, že praktičtí lékaři budou ctít povinnost starat se o své pacienty nejen průměrně 6 hodin denně, jak je tomu nyní, ale že se budou starat o zajištění nepřetržité lékařské péče formou lékařské služby první pomoci.** V současnosti totiž dochází k rozpadu tohoto systému, na jehož fungování se finančně podílí také instituce státní správy a samosprávy. Bohužel, navzdory poměrně vysokému finančnímu ohodnocení považují mnozí praktičtí lékaři LSPP za přílišnou osobní zátěž a odmítají ji sloužit. V regionech, kde se LSPP již rozpadla, zmatení a nejistí paci-

enti bloudí mezi zdravotnickými zařízeními a nakonec nacházejí jedinou a první pomoc právě v nemocnicích, kterým ale tato činnost nepřísluší. Nemocnice pak pacienta ošetří v rámci ústavní pohotovosti, ale bez náležitého navýšení úhrad od zdravotní pojišťovny, neboť úhrady prostřednictvím paušálů toto neumožňují. Výsledkem je přesun práce a odpovědnosti na jiný (nemocniční) segment bez odpovídajících prostředků,“ uvádí ve svém prohlášení Asociace nemocnic, organizace sdružující fakultní nemocnice, tedy nemocnice zřizované přímo Ministerstvem zdravotnictví ČR. ■



X. Prohlášení České lékařnické komory

„Česká lékařnická komora se připojuje k protestním akcím.... Své členy vyzývá k aktivní účasti na protestní akci v Praze 6. 10. 2005 ...

Dále apeluje na lékaře, aby protest podpořili uzavřením všech lékáren týž den od 12:00 do 13:00 hodin.

Během této doby samozřejmě nemůže být odmítnuto poskytnutí neodkladné péče,“ stálo v prohlášení lékařů ze dne 27.9.2005.

XI. Hlavní body k jednání s premiérem

- pro jednání s premiérem na den 3.10.2005 jsme připravili následující materiál:

1. Ministerstvo zdravotnictví neplní svou základní funkci

- místo stabilizujících prvků zavádí prvky destabilizující systém veřejného zdrav. pojištění (vyhlášky o cenách, vyhláška o očkování, kategorizační komise - léková, přístrojová - nerespektování, resp. neodůvodněné změny závěru těchto komisí)

- nekomunikace směrem k odborné veřejnosti - krom zástupců nemocnic, LOK a ČLK

2. Dezinformace MZ ČR

- směrem k veřejnosti - nezvyšování spoluúčasti, ale léková vyhláška, vyhláška o očkování, mylné informace o výši příjmů soukromých lékařů, úporné lpění na papírových zdravotních knížkách

3. Legislativní návrhy

- odmítáme změny systému vedoucí k jeho centralizaci - tj. soustřeďování působnosti

a pravomocí a s tím spojeného rozhodování do vyšší úrovně státní správy, podporujeme zachování systému založeného na skutečném zdravotním pojištění

- za problematickou vidíme kontraktační povinnost, návrat k rajonizaci, nerovné postavení státních a nestátních subjektů v systému

- jsme proti přímému zasahování ministerstva do smluvního vztahu ZZ - ZP

Co chceme:

1. Vyřešit nekompetentnost vedení resortu

- odvolání ministryně

2. Oddlužení systému

- úhrady v souladu se Smlouvou

3. Řešení dalšího zadlužování systému

- navýšení plateb za státní pojištěnce dle nastavení z roku 93

- řízený přístup ke specializované péči (cca 30% úspora na výdajích za zbytnou a duplicitní péči, léky)

- vyjmutí závodní preventivní péče ze systé-

mu v.z.p

4. Komplexní řešení problematiky primární péče

- zatraktivnění oboru - zastavení ekonomického propadu primární péče v podílu z celkových výdajů v.z.p. (propad ze 7% v r. 93 na 4,5% v současnosti)

- řešení generační problematiky praktických lékařů

- za skandální považujeme bod č. 4 „desatera“ MZ ČR, ve kterém je požadováno zintenzivnění kontrolní činnosti zejména směrem k praktickým lékařům - tento segment je z hlediska nákladů dlouhodobě stabilizován a je trvale procentuálně pod mírou nárůstu pojistného, od r. 2001 soustavně klesá jeho podíl na celkových nákladech

5. Návrh na strukturální změny

- viz materiál „Návrhy opatření ke zefektivnění systému zdravotního pojištění“.

XII. Stanovisko ČLK ke stávce praktických lékařů

1. Plně chápeme důvody, proč praktičtí lékaři přerušili svoji práci, vnímáme to jako akt zoufalství v situaci, kdy jim VZP platí až s několika měsíčním zpožděním.

2. Stávku vnímáme jako demokratický prostředek svobodného vyjádření názoru,

v tomto případě jde o kritiku současného systému financování zdravotní péče. Tuto kritiku vnímáme jako oprávněnou.

3. Nesouhlasíme s hrubě zjednodušeným hodnocením, že za všechny problémy může jen ministerstvo zdravotnictví, ale podstatný

díl viny za současný stav nese jednoznačně i vedení VZP tím, že není schopno svoji organizaci řídit a tím vlastně řídit celý resort, neboť VZP je skutečným „ministerstvem“ zdravotnictví, neboť ovlivňuje 100% výdajů.

XIII. Prohlášení z Palackého náměstí

My, účastníci veřejného shromáždění praktických lékařů pro dospělé, děti a dorost, vyjadřujeme svou nespokojenost se stále se zhoršující situací ve financování našich nestátních zdravotnických zařízení z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Dnešním veřejným protestem chceme upozornit naše pacienty, Ministerstvo zdravotnictví i vládu a Parlament této republiky, že po-

kud nebude okamžitě sjednána náprava a nedostaneme včas do prosince 2005 zaplacenou za naši práci, budeme nuceni částečně nebo úplně omezit provoz našich ordinací.

Požadujeme také neprodleně stáhnout z projednávání Parlamentu vládní návrhy zdravotnických zákonů, které mohou být likvidační pro stávající nestátní zdravotnická zařízení.

Chceme vést otevřený dialog, konstruktiv-

ně řešit naše problémy, ale odmítáme nátlak a vyhrožování těm, kteří se rozhodli vyjádřit veřejně svůj názor. Proto jsme se tady shromáždili, i přesto, že včera zazněl signál o zjednávání nápravy.

Jsme tady dnes, ale jsme odhodláni přijít znovu !

Praha, Palackého nám.,
6.10.2005, pět minut po dvanácté

Poděkování

Vyslovujeme poděkování všem kolegyním a kolegům, kteří se aktivně podíleli na přípravě nebo se osobně zúčastnili protestního veřejného shromáždění praktických lékařů v Praze 6.10.2005 na Palackého náměstí.

Výkonný Výbor SPLDD ČR



IZIP mezi nejlepšími projekty e-Health

Tempo, s jakým začíná evropské a světové zdravotnictví využívat moderní komunikační technologie, se stále stupňuje. Dokazuje to řada projektů na úrovni Evropské unie souhrnně nazývaných e-Health nebo například materiál Evropské komise z 13. září, ve kterém komise vyzývá všechny složky a instituce EU, aby navrhly a vzájemně koordinovaly kroky vedoucí ke zlepšení přístupnosti moderních komunikačních technologií pro občany (e-Accessibility). Důraz klade komise především na občany starší a postižené.

Systém elektronických zdravotních knížek IZIP je jedním z projektů, které jsou v souladu s evropskými trendy e-Health. První mezinárodní ocenění získal IZIP v loňském roce, když byl vybrán mezi 12 nejlepších projektů EIPA (European Institute of Public Administration) v oblasti „e-Health administrative support tools and services for citizens“ programu e-Health. Podle sdělení Ministerstva financí ČR se jednalo o první projekt z České republiky, jemuž se v EU dostalo tohoto prestižního ocenění. Slavnostní vyhlášení proběhlo na počátku května 2004 v Corku (Irsko) za účasti nejvyšších představitelů EU.

Dalším významným ohodnocením systému IZIP je jeho umístění mezi pěti nejlepšími projekty na světě v soutěži World Summit Award 2005 (WSA), v kategorii e-Health (projekty, které využívají informační a komu-

nikační technologie ke zlepšení systému zdravotní péče). V této soutěži bylo v letošním roce hodnoceno 750 multimediálních produktů a aplikací ze 168 zemí světa. Jak potvrdil ve svém gratulačním dopise předseda WSA Peter A. Bruck, projekt IZIP se tak kromě významného ocenění dočká i prezentace na gala večeru WSA 16. listopadu 2005 v Tunisu u příležitosti Světového summitu o informační společnosti WSIS, dále celosvětové propagace v letech 2006 a 2007 prostřednictvím katalogu nejlepších výrobků WSA, také bude prezentován na webových stránkách WSA a na DVD-ROM a v rámci putovní výstavy, kterou WSA uspořádá ve 25 zemích světa.

Nemocnice - další impuls pro IZIP

Plné využití elektronických zdravotních knížek v České republice je závislé na počtu jejich majitelů a počtu zápisů, které se v je-

jich knížkách nashromáždí. V posledních měsících obojí prudce roste, a to i díky stále většímu počtu nemocnic, které se do systému IZIP zapojují. Počátkem měsíce září dosáhl jejich počet dvaceti tří, přičemž v dalších čtyřiceti nemocnicích se zapojení do IZIP aktivně připravuje.

Za již plně funkční nemocnice lze uvést například - Masarykův onkologický ústav v Brně, nemocnice - Kolín, Čáslav, Prostějov, Slaný, Frýdek Místek, ale i Nemocnice na Františku, Malvazinky a další.

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR

Lilly Ahou Kolesová
Public Relation Manager
Společnost IZIP s.r.o.

České zdravotnictví se řítí do záhuby

Ing. Jaromír Gajdáček

výkonný ředitel Svazu zdravotních pojišťoven ČR

Zástupci nemocnic tvrdí, že když nedostanou od zdravotních pojišťoven vyšší platby, nebudou moci od září zvýšit platy zdravotníkům. A tak místo hledání systémového řešení pro stále více zadlužené české zdravotnictví se celý problém nyní zúžil pouze na spory kolem nárůstu platů zdravotníků.

Skutečnost, že české zdravotnictví v tuto chvíli více než handrkování o výši platů potřebuje skutečnou reformu, mohla poznat také vláda, když projednala výroční zprávy všech zdravotních pojišťoven za rok 2004. Vláda tak vzala na vědomí všechny důsledky platných zákonů a vyhlášek regulujících financování zdravotní péče v loňském roce. Tyto normy umožnily nemocnicím fakturovat vyšší objem poskytovaných zdravotnických výkonů, než mohly zdravotní pojišťovny uhradit ze

svých příjmů. Tím došlo k dalšímu prohloubení zadlužení systému veřejného zdravotního pojištění, což se konstatuje také v materiálu hodnotícím výroční zprávy: „...zdravotní pojišťovny tak měly minimální prostor pro snižování nákladů.“ Z této skutečnosti vyplývá, že zdravotní pojišťovny slouží pouze jako „redistributoři“ peněz občanů, a nemají tudíž možnost se svěřenými penězi dobře hospodařit. Rok 2004 byl tedy dalším rokem, kdy byly výdaje pojišťoven znatelně vyšší než příjmy.

Vláda také konstatovala, že stav závazků VZP po lhůtě splatnosti je nejvyšší v celé historii veřejného zdravotního pojištění. U zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven byly zůstatky na účtech v průběhu roku 2004 minimalizovány a některé z nich se již také dostávají do kritické situace. Ministryně však tato

varující čísla zcela bezdůvodně zpochybňuje a analýzy zdravotních pojišťoven prohlásila za nepřesné a tendenční. Materiál otevřeně přiznává, že ZP jsou nuceny vydávat na zdravotní péči více peněz, než vyberou na zdravotním pojištění. Jinými slovy, zdravotnictví se pod současným vedením resortu řítí do záhuby.

Bohužel, letošní rok je ve financování zdravotní péče ještě výrazně horší, než se uvádí v závěrečném hodnocení výročních zpráv za rok přecházející. Deficit tak může dosáhnout na konci roku ještě větší výše než v tisku uváděných 15 miliard. Pojišťovny proto budou i nadále podporovat pouze taková opatření, která povedou ke stabilizaci českého zdravotnictví a zamezí dalšímu prohlubování dluhů ve zdravotnictví.

MD ACCESS - IZIP - inzerce A4



Zpráva z 5. Slovenského pediatrického kongresu

MUDr. Ctirad Kozderka

PLDD Kralovice

Ve dnech 20. - 22. září 2005 se konal v prostorách rozsáhlého výstaviště Incheba Bratislava na pravém břehu Dunaje již 5. Slovenský pediatrický kongres. Odborný program byl skutečně pestrý, objevovala se zde řada témat jak úzce specializovaných, tak témat zajímavých pro širokou pediatrikou veřejnost. Hlavními tématy byly letos geneticky podmíněné choroby, dědičné poruchy metabolismu a praktická pediatrie, zejména nutriční a gastroenterologie dětí a dorostu. Všechna sdělení, která jsem se zájmem shlédla, byla sukusem vědecké práce našich východních sousedů. Autoři sdělení pocházeli nejen ze Slovenska, ale i z České republiky, několik autorů bylo z Rakouska a Maďarska a dokonce i z Nizozemí. Kongres probíhal formou plennárních přednášek a následně tří paralelně probíhajících odborných sekcí. Bylo opravdu z čeho vybírat, bohužel některé práce, které jsem si chtěl vyslechnout, probíhaly ve stejný čas v jiném sále. Samozřejmě součástí kongresu byla i posterová sekce, z níž mohl čerpat poznatky snad každý pediatr pro svou práci a měl možnost s autory na uvedené téma diskutovat, čehož bylo přítomnými bohatě využíváno. V předsálích nechyběly stánky firem prezentujících své farmaceutické produkty či zdravotnický materiál a pomůcky. Generálního sponzoringu se ujaly firmy Nestlé a Nutricia. Organizátoři kongresu nezapomněli ani na kulturní program, který se konal ve večerních hodinách v historicky významných budovách slovenské metropole - Primaciálny palác a Reduta. V duchu svého naturelu jsem se těchto akcí neúčastnil, ale dle ohlasu účastníků kongresu byla i tato součást setkání povedená.

Odborný program byl bohatě navštěvován ve všech sekcích jak klinickými pediatry, tak ve velkém počtu se účastnícími slovenskými praktickými lékaři pro děti a dorost.



Jaké jsem si udělal výstupy z jednání? Medicína jde kupředu mílovými kroky jak co do preciznosti diagnostiky, tak i co do nových terapeutických strategií. Snad nejdynamičtě-



ji se rozvíjejícím oborem je klinická genetika, která dnes již dokáže podrobně detekovat dědičné metabolické vady a jejich nositelům



již v některých případech dokáže ve spolupráci s farmaceutickými firmami nabídnout specifickou enzymoterapii. To ale předpoklá-

dá včasné vyselektování suspektních pacientů, verifikaci typu DMV a co nejrychlejší zavedení specifické terapie, aby se neprojevovaly klinické symptomy jako je např. porucha psychomotorického vývoje, růstu apod. To je úkolem především nás PLDD - včas oddělit dítě zdravé od nemocného a být dětskému pacientu a jeho rodině nejen průvodcem po diagnosticko-terapeutickém algoritmu, ale aktivně se v rámci možností na něm podílet ve spolupráci se specialisty.

Dalším diskutovaným problémem týkajícím se zejména primární péče byla nejednotnost názorů v tak „banálních“ otázkách jako je např. kašel či horečka, z čehož vyplývá i nejednotnost v podávání informací pacientům resp. rodičům. Snad právě proto byly i tyto dva symptomy uvedeny jako samostatné přednášky. Organizátoři kongresu ale podcenili obrovský zájem právě o tato témata, takže do jednacího sálu se ani všichni zájemci nevešli a řada z nich alespoň poslouchala v předsálí.

Těžko mohu uvést všechny informace o kongresu jednak z důvodu již výše uvedeném paralelním běhu jednotlivých sekcí, jednak z důvodu obrovského počtu sdělení. Zájemce o podrobnější informace o odborné náplni kongresu mohou odkázat na Česko-slovenskou pediatrii, ročník 60/2005, č. 8-9, kde jsou uvedena abstrakta všech prací.

Pobyt na Slovensku mi uběhl velmi rychle, bylo mi potěšením se kongresu účastnit a „nahlédnout do kuchyně“ našich kolegů. Nezbyvá mi než poděkovat za přínosná sdělení i pro mne jako „pěšáka pediatrie“, za příjemné prostředí kongresu a v neposlední řadě i za poskytnutí nezbytného servisu. Pál bych alespoň stejnou atmosféru a činnost podobným jednáním v České republice.

Opalovací krémy nepomáhají

Francouzští vědci zpochybnili účinnost opalovacích krémů. Chyba není ani tak ve výrobcích, jako v jejich uživatelích, uvedl internetový server ScienceDaily. Alain Dupuy z nemocnice sv. Ludvíka v Paříži prováděl se svými kolegy výzkum na 367 rekreantech v různých oblastech Francie. Z výsledků studie vyplynulo, že turisté podceňují rizika slunění. Opalovací krémy považují za dostatečnou ochranu před rakovinou kůže. Vědci přitom varují, že opalovací krémy mohou potlačovat přirozené obranné reakce organismu na sluneční záření. Dupuy provedl experiment, při kterém rozdělil dobrovolníky do tří srovnávacích skupin, z nichž každá obdržela jiný typ ochranného krému. Složitě koncipovaný pokus nakonec dokázal, že lidé vůbec nedbali na to, jaký krém použili. Doba pobytu na slunci byla ve všech případech přibližně stejná.



Dopis Ing. Evžena Tošenovského, předsedy Asociace krajů ČR, předsedovi vlády ČR

Ing. Evžen Tošenovský
V Praze dne 11. října 2005

Vážený pane předsedo vlády,

dovoluji si Vám oznámit, že Rada Asociace krajů ČR se na svém 6. zasedání, které se konalo dne 7. října 2005 v Karlových Varech,

zabývala aktuální situací v českém zdravotnictví.

Rada Asociace krajů ČR v této souvislosti konstatovala, že situace ve zdravotnictví je neúnosná, Ministerstvo zdravotnictví ČR dlouhodobě nezvládá danou problematiku a proto žádá vládu, resp. Vás, vážený pane předsedo vlády, o personální řešení. Rada

Asociace krajů ČR rovněž podpořila snahu praktických lékařů o nápravu poměrů v českém zdravotnictví.

S pozdravem

v.z. Jiří Mašek, v.r.

Na vědomí:

členové Rady AKČR

TERMÍNOVÝ KALENDÁŘ SPLDD a OSPDL NA ROK 2006

Region	Akce	Datum	Místo
Severočeský	Konference SPLDD	18.3.2006	Liberec
Středočeský + Praha	Vzdělávací seminář OSPDL	25.3.2006	Praha, Hotel Krystal
Jihomoravský	Konference SPLDD + Vzdělávací seminář OSPDL	25.3. - 26.3.2006	Brno, Menza Masarykovy univerzity
Jihočeský	Konference SPLDD	31.3. - 1.4.2006	Pelhřimov, Hotel Rekrea
Západočeský	Vzdělávací seminář OSPDL	1.4.2006	Plzeň, Šafránkův pavilon
Praha	Konference SPLDD	6.4.2006	
Severomoravský	Konference SPLDD + Vzdělávací seminář OSPDL	8.4. - 9.4.2006	Hradec nad Moravicí, Hotel Belaria
Východočeský	Konference SPLDD + Vzdělávací seminář OSPDL	21.4. - 23.4.2006	Litomyšl, Hotel Dalibor
Jihočeský	Vzdělávací seminář OSPDL	29.4.2006	Hluboká nad Vltavou
Severočeský	Vzdělávací seminář OSPDL	27.5.2006	Děčín, Hotel Česká koruna
Západočeský	Konference SPLDD	5.5. - 6.5.2006	
Celorepubliková	Sněm SPLDD	12.5.-14.5.2006	Lázně Jeseník
Severomoravský	Vzdělávací seminář OSPDL	7.10.2006	Ostrava, Hotel Imperial
Západočeský	Vzdělávací seminář OSPDL	7.10.2006	Plzeň, Šafránkův pavilon
Středočeský + Praha	Vzdělávací seminář OSPDL	14.10.2006	Praha, Hotel Krystal
Jihomoravský	Vzdělávací seminář OSPDL	14.10.2006	Brno, Kongresové centrum
Jihočeský	Vzdělávací seminář OSPDL	4.11.2006	Hluboká nad Vltavou
Severočeský	Vzdělávací seminář OSPDL	4.11.2006	Děčín, Hotel Česká koruna
Východočeský	Vzdělávací seminář OSPDL	11.11.2006	Hradec Králové, Nové Adalbertinum
Celorepubliková	Celorepubliková konference SPLDD	25.11.2006	Praha



Stanovisko SPLDD ČR k navýšení ceny práce v Seznamu výkonů

S velkým překvapením jsem se dozvěděl z vyjádření prezidenta ČLK Davida Ratha, že SPLDD ČR (dále Sdružení) nesouhlasí s navýšením ceny práce lékařů i nelékařů v chystané novele Seznamu výkonů s bodovými hodnotami. Jelikož se jedná o lež, která poškozuje Sdružení, považuji za nutné se k této problematice vyjádřit.

Naše Sdružení spolu se Sdružením praktických lékařů ČR na všech svých jednáních upozorňuje na podhodnocení práce lékařů s důrazem na tristní postavení a ocenění činnosti všech praktických lékařů, lékařů primární péče, péče která zajišťuje ve většině případů první kontakt pacienta se zdravotnickým systémem. Jde tedy o druh zdravotní péče, která může rozhodujícím způsobem ovlivnit diagnostiku a léčbu každého onemocnění. Nedocnění činnosti praktických lékařů pak vede k neatraktivnosti oboru, tím i k sníženému zájmu o tuto odbornost ze strany absolventů lékařských fakult. Již dnes tak čelíme něčemu, čemu říkáme generační problém. Současná populace praktických lékařů stárne, více než 50% je již dnes starší padesáti let, příliv mladých lékařů však nenastává.

I proto se aktivně zapojujeme do každé iniciativy, která může tuto skutečnost změnit. Mezi tyto aktivity bezesporu patří i navýšení ceny práce lékařů v uvedeném Seznamu výkonů. Společně s praktiky pro dospělé jsme vypracovali návrh, jak navýšení ceny práce realizovat i v Seznamu výkonů. Náš návrh byl projednáván již 18.8.2004 na řádném dohodovacím řízení k Seznamu výkonů, když pro byli poskytovatelé, odborné společnosti, zdrželi se někteří zástupci pacientů, ale proti byli zdravotní pojišťovny.

Následovala řada různých jednání, na kterých jsme vždy navýšení ceny práce prosazovali. Novela Seznamu se však stále odkládala pro nesouhlas zdravotních pojišťoven. Ministerstvo zdravotnictví ČR nenašlo odvahu novelu vydat, ačkoliv trvá faktický nesoulad současně platné vyhlášky, jejíž součástí Seznam výkonů je, s již platnými zákony o způsobilosti k výkonu lékařských i nelékařských zdravot-

ních povolání. Jde o jeden z důkazů neschopnosti řešit situaci ve zdravotnictví ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR.

Problematika Seznamu výkonů se pak možná trochu nečekaně dostala na program zahajovacího dne dohodovacího řízení o cenách zdravotní péče v prvním pololetí 2006 dne 28.7.2005. I když se jedná o dohodovací řízení jiného typu a určení, přesto byla tato problematika na program jednání zařazena. Rád bych upozornil na skutečnost, že jsem se tohoto jednání nemohl osobně zúčastnit, neboť jsem byl v tu dobu na dovolené. Co se vlastně na tomto jednání odehrálo, vím jen zprostředkovaně a ze zápisu.

V zápise z tohoto jednání je v bodě 7. Různé uvedeno:

„Návrh ing. Krále, aby účastníci DŘ vyzvali MZČR k odložení novely vyhlášky k Seznamu zdravotních výkonů, která by upravovala změny mzdových indexů u všech zdravotnických pracovníků (lékařů i nelékařů) a to do doby, než bude k dispozici analýza dopadu těchto změn na jednotlivé segmenty a odbornosti a to nejdříve od 1.7.2006. Toto odložení se netýká projednaných a schválených změn SZV v DŘ. Účastníci ukládají svolavatelé, aby o tomto stanovisku neprodleně informoval MZČR.“

Hlasování:

Za ZP - 8 pro

Za poskytovatele - 8 pro, 1 se zdržel

Nenalezl jsem tedy žádné ustanovení, které by uvádělo, že naše Sdružení odmítá navýšení ceny práce lékařů. Uvádění této nepravdy si pak neumím vysvětlit jinak, než jako pokus hrubě poškodit jméno Sdružení v očích lékařské veřejnosti.

V době, kdy se uvedené dohodovací jednání konalo, již bylo zřejmé, že systém veřejného zdravotního pojištění spěje do nevidané ztráty a opoždění plateb od VZP začalo narůstat do již neúnosných hodnot. Asi si lze těžko představit, že za této situace by pojišťovny byly schopny navýšit významným způsobem úhrady ve všech segmentech. Pokud tedy k vydání Seznamu výkonů dojde, existu-

jí v podstatě jen dvě možnosti řešení.

První je, že vydáním dojde k dalšímu zhoršení platební schopnosti VZP a do platební neschopnosti se dostanou i ostatní zdravotní pojišťovny. Co by asi nastalo je čistě spekulativní, ale možné. Objevil by se nucený správce, minimálně ve VZP, pak návrhy na sloučení všech zdravotních pojišťoven v jednu, vždyť přeci neumějí hospodařit, a následně zánik systému zdravotního pojištění, centralizace rozhodování ve zdravotnictví na ministerstvo, atd.

Druhou je nutné přijetí omezujícího opatření napříč všemi segmenty. Ostatně ono je i součástí dohod s premiérem Paroubkem. V tomto případě by sice byla navýšena cena práce, ale ve většině segmentů by nejspíše došlo k omezení objemu poskytované péče. Jenže na to nejsou pacienti připraveni, kde by asi péči čerpali? Tuto myšlenku jsem také přednesl na mimořádném jednání dohodovacího řízení o cenách dne 21.9.2005.

Vidím tedy jako reálné dvě cesty. Jedna je vydání Seznamu výkonů s navýšením ceny práce od 1.1.2006 nejspíše ve variantě s limitací úhrad v segmentech, jinak by se systém ekonomicky zhroutil. Tato varianta je ale pro praktické lékaře obtížně přijatelná, neboť by nejspíše vedla k přesunu části péče směrem k praktickým lékařům bez možnosti ekonomického zohlednění této skutečnosti, neboť tu bude onen ekonomický strop v úhradách.

Druhou je pak vydat Seznam jednak s již dohodnutými změnami výkonů, ale i navýšenými indexy práce s tím, že platnost indexů je např. od 1.7.2006. Vedlo by to minimálně k tomu, že by vznikl prostor k jednání, kde na to vzít. Pokud by to již bylo ve vyhlášce uvedeno, těžko by se z toho couvalo, nicméně kvůli ekonomickému hroucení bychom nemuseli opět na Palackého náměstí.

V Praze dne 15.10.2005

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR



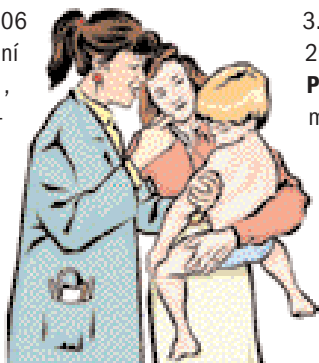
Informace z činnosti OSPDL ČLS JEP

Dne 13.10.2005 se sešla **pracovní skupina pro očkování** a projednala následující:

1. Podle poslední informace z MZČR lze předpokládat, že bude v roce 2006 zavedena do pravidelného očkování v ČR **hexavalentní očkovací látka**, a to pravděpodobně již u dětí narozených po 1.1.2006. Bude-li přijata vyhláška o očkování s touto změnou, obratem budeme informovat všechny kolegy.

2. V souvislosti s pozastavením registračního řízení u vakcíny **Hexavac** jsme zjistili, že studie, na základě kterých k tomuto došlo, byly provedeny u dětí, které současně měly simultánně aplikovány i jiné očkovací látky (pneumokok, meningokok). I s ohledem na tuto skutečnost nelze v ČR předpokládat, že je nutné přijímat jakákoliv opatření u našich dětí očkovaných touto očkovací látkou. Jediným doporučením je tedy dokončit očkovací schéma konkurenční očkovací

látkou **Infanrix-hexa**. V okolních státech provede výrobce **Hexavacu** další studie o kterých Vás budeme dále informovat.



3. Na náš trh bylo dovezeno cca 2000 ks dávek očkovací látky **Prevenar** proti invazivním pneumokokovým nákazám, které měly být podány rizikovým skupinám dětí dle schválených indikací. V současnosti tuto skupinu dětí neřeší vyhláška o očkování, VZP v dopise ředitelky nemá také možnost tuto očkovací látku hradit. Proto velmi vítáme nabídku vedení firmy **Wyeth** darovat tyto dávky České republice. Vedení firmy jsme doporučili, aby se obrátila na centra pro očkování v Praze a Brně a tuto látku tak přednostně dostanou vážně nemocné děti. Dar proběhne pravděpodobně přes Českou pediatrickou společnost. Další dávky této očkovací látky jsou k dispozici v lékárnách v ČR za přímou úhradu.

4. V případě **očkování dětí proti chřipce** dochází v letošním roce ke změně. Pro rizikové skupiny dětí (onemocnění ledvin, srdce, vážné onemocnění dýchacího systému a nebo u diabetiků) **hradí očkovací látku ve výši 140 Kč zdravotní pojišťovna**, a to na základě proplacení receptu na tuto očkovací látku. V tomto případě hradí zdravotní pojišťovna i aplikaci (kód 02110 a kód diagnózy Z251) U očkování na žádost rodičů si tuto očkovací látku i nadále hradí rodiče pro své dítě v plné výši, a to včetně aplikace očkovací látky.

Upozorňujeme dále, že pro všechny případy primovakcinací u dětí zpravidla od 8 do 9 let platí nutnost podat dvě dávky očkovací látky proti chřipce v intervalu 1 měsíc (dle doporučení v příbalovém letáku). U dětí ve věku 6-36 měsíců je doporučeno vzhledem k malému množství dostupných informací podat poloviční množství očkovací látky, tj. 0,25 ml.

Pro VOX připravila
MUDr. Hana Cabrnová

Příčiny a prevence úrazů zubů u dětí

Doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.

Stomatologická klinika LF a FN v Plzni

Souhrn:

Dětství je z hlediska úrazovosti velmi rizikovým obdobím života. Děti si mohou způsobit nejen závažné úrazy, které mají za následek hospitalizaci dítěte, případně jeho invaliditu či dokonce smrt, ale i poranění obličeje, dutiny ústní a zubů. Statistické údaje o výskytu poranění zubů u dětí v České republice chybí, pouze se odhaduje, že zkušenost s úrazem má asi 10 % školních dětí. Situace bude ale pravděpodobně daleko nepříznivější, protože dle údajů v zahraniční literatuře má poranění zubů v anamnéze dokonce až 35% dětí ve věku 9 let. Statistické údaje ze severovýchodních států uvádí, že do 15 let věku prodělá úraz zubů 50% dětí, z nichž 25% opakovaně.

■ Výskyt úrazů zubů u dětí

Úrazem dočasných zubů jsou nejčastěji postiženy děti ve věku 2 - 3 roky. Maximum výskytu úrazů stálých zubů je mladší školní věk. Zatímco výskyt poranění dočasných zubů je u dívek a chlapců přibližně stejný, ve stálém chrupu se úraz zubů vyskytuje asi dvakrát častěji u chlapců. V dočasném chrupu bývají nejčastěji poraněny horní řezáky a převažují úrazy závěsného aparátu zubů (zhmoždění periodontia, traumatické uvol-

nění zubu či jeho úplné vyražení nebo zaražení do alveolu). Při poranění dočasných zubů může současně vzniknout i traumatické poškození zárodků stálých zubů, které se zpravidla diagnostikuje až po prořezání těchto zubů do dutiny ústní. Ve stálém chrupu jsou opět nejvíce ohroženy úrazem horní řezáky, méně často pak dolní řezáky a horní i dolní špičáky. Traumatické poškození premolárů a molárů je velmi vzácné. Nejobvyklejším typem poranění stálých zubů jsou nekomplikované frak-

tury klinické korunky. Při tomto typu poranění linie lomu probíhá dentinem a vzniká různě rozsáhlá ztráta tvrdých zubních tkání. Nejzávažnějším úrazem stálých zubů je úplné vyražení zubu z lůžka (luxace, avulze).

■ Příčiny úrazů zubů u dětí

Mezi nejčastější příčiny úrazů dočasných zubů patří pády na zem nebo na různé předměty, které jsou způsobené nedokonalou stabilitou malého



Obr. č. 1 - Sportovní chránič zubů zhotovený z transparentní folie



Obr. č. 2 - Sportovní chránič zubů zhotovený z barevné folie

dítěte a jeho nezkušeností. U stálých zubů se setkáváme s úrazy rovněž při pádech dítěte, ale také při úderech různými předměty do úst, při sportovních aktivitách a při dopravních nehodách. Vzácněji je příčinou poranění stálých zubů násilí. Při opakovaných úrazech obličje, dutiny ústní a zubů je třeba vždy pomýšlet na syndrom týraného dítěte. Nejrizikovějšími sporty z hlediska poranění zubů jsou kolektivní hry (kopaná, hokej, košíková, házená), jízda na kole, kolečkových bruslích, skateboardu a lyžích. Závažné úrazy si děti mohou způsobit pády s kola při dopravních nehodách nebo při neopatrné jízdě. Při pádech s kola vznikají často nejen poranění zubů, obličje a čelistních kostí, ale i poranění hlavy spojená s komocí nebo kontuzí mozku.

■ Prevence úrazů zubů

Primární prevence úrazů zubů by měla vycházet ze stejných základů jako je tomu u ostatních úrazů. Východiskem by měl být rozbor příčin úrazů, rizikových činností, prostředí i postižených jedinců. Primárně preventivně se lze zaměřit na bezpečný domov, školu a dětská hřiště i na bezpečné hračky. V primární prevenci má důležitou roli legislativa, která se v případě úrazů týká zejména používání dětských sedaček a cyklistických přileb. Zdravotně - výchovnou činností pak můžeme působit na rodiče, učitele, vychovatele a sportovní trenéry. Z hlediska primární prevence úrazů zubů nabývá na důležitosti vyhledávání a ortodontické léčení dětí s protrusí horních frontálních zubů, protože tyto děti jsou více ohroženy úrazem zubů. Další mož-

ností je používání sportovních chráničů zubů při sportovních aktivitách dětí. Pokud úraz zubů vznikne, tak je naší snahou poskytnutím první pomoci, včasným ošetřením u zubního lékaře a dlouhodobým sledováním poraněných zubů zabránit ztrátám stálých zubů v důsledku úrazu.

■ Možnosti prevence úrazů zubů a ztrát zubů v důsledku úrazu

Primární prevence úrazů zubů je velmi obtížná, protože většina poranění vzniká náhodně při různých aktivitách dítěte doma, ve škole nebo na hřištích. Jednodušší situace z preventivního hlediska by měla být u sportovních úrazů. Prevence sportovních úrazů spočívá v **používání sportovních chráničů zubů případně obličejových masek**. Sportovní chránič zubů je vhodné doporučit dětem při provozování kontaktních sportů, jízdě na kole, kolečkových bruslích a skateboardu. Sportovních chráničů zubů existuje několik typů. Továrně vyráběné chrániče se obvykle zhotovují ve třech velikostech a v dutině ústní se přidržují skusem. Jejich hlavní nevýhodou je, že brání v dýchání ústy a mluvení. **Vhodnějším typem chráničů jsou tzv. boil and bite chrániče, které se tvarují přímo v ústech z termoplastické folie, která se předem změkčí v teplé vodě. Nejdokonalejší chrániče zubů se zhotovují individuálně na modelu, který zubní lékař získá na základě otisků pacientových zubů (obr. 1, 2).** Tyto chrániče mají velmi dobrou retenci a nepřekáží při dýchání ústy a mluvení. Sportovní chrániče zubů mohou zmírnit nebo zcela zabránit poranění horních frontálních zubů tím, že působící sílu rozvedou na větší plochu, mohou zabránit poranění měkkých tkání dutiny ústní, redukují nebezpečí poranění protilehlých zubů, poskytují pružnou oporu dolní čelisti a tím chrání čelist před nárazy, které by mohly způsobit zlomeniny v těle mandibuly nebo v oblasti kloubního výběžku. Sportovní chrániče zubů neslouží pouze jako ochrana dutiny ústní a čelistí, ale rovněž výrazně zmenšují sílu nárazu nebo úderu směrem k lebeční spodině a mohou tak zabránit závažným poraněním.

O sportovní chrániče zubů je třeba pečovat. Po každém použití sportovní chránič omyjeme vlažnou vodou a uložíme do krabičky. Jednou do roka by měl sportovní chránič zubů zkontrolovat zubní lékař. Zubního lékaře je nutné vyhledat i při poškození sportovního chrániče.

Radě úrazů zubů nelze spolehlivě zabránit a v těchto případech je důležité **poskytnutí první pomoci a včasné ošetření u zubního lékaře**. Tímto způsobem lze zamezit úrazovým ztrátám zubů, komplikacím i poúrazovým následkům. Proto je nutné, aby rodiče, učitelé, trenéři, ale i dětští lékaři měli dostatek informací o možnosti poskytnutí první pomoci u úrazů zubů. a o důležitosti včas-

ného ošetření úrazu. V některých případech se může poskytnutí první pomoci a včasné ošetření významně podílet na zachování poraněného zubu v dutině ústní. **U nejzávažnějšího poranění zubů, kterým je vyražení z alveolu, má správně provedená první pomoc rozhodující význam pro dlouhodobé zachování zubu. Nejdůležitějším krokem při tomto typu poranění je rychlá replantace vyraženého zubu. Replantace nebo-li opětovné vložení zubu zpět do původního lůžka je jednoduchý výkon, který pokud se provede ihned po úrazu, nevyžaduje ani místní znecitlivění.** Replantovat je však možné pouze zuby s nepoškozenými tvrdými tkáněmi a neznečištěné. Před replantací se zub uchopí za klinickou korunku, lehce se omyje fyziologickým roztokem nebo pokud není tento roztok k dispozici pouze vodou a šetrně se vloží zpět do alveolu. **Replantovaný zub se provizorně fixuje např. skusem do kapesníku a dítě se ihned dopraví do zubní ordinace. Pokud z nějakých důvodů není možné luxovaný zub replantovat na místě nehody, je třeba použít vhodné transportní médium (fyziologický roztok, mléko) a dítě s takto ošetřeným zubem opět rychle dopravit k zubnímu lékaři. Replantovat by se mělo do 30 minut po úrazu, protože za delší dobu a zejména pokud je zub uchovávan v suchém prostředí (buničina, gáza) vzniká rychlá resorpce kořene a dítě může ztratit replantovaný zub během několika měsíců.**

Následky úrazů (např. nekróza pulpy, obliterace dřeňové dutiny a kořenového kanálku a resorpce kořene) mohou být příčinou ztráty poraněného zubu i za delší dobu po úrazu, proto je nezbytné provádět **dlouhodobé klinické i rentgenologické kontroly.**

■ Závěr

Prevence v zubním lékařství je zaměřena zejména na nejčastěji se vyskytující onemocnění orofaciální soustavy - zubní kaz a parodontopatie. Pozornost z hlediska preventivních opatření si však zasluhují i ortodontické anomálie, onkologická onemocnění a úrazy. Úrazy zubů se u dětí vyskytují nejčastěji ve smíšené dentici u zubů s nedokončeným vývojem a v době rychlého růstu čelistí. Z těchto důvodů případná ztráta zubu nebo zubů v důsledku úrazu znamená pro dítě celoživotní problémy.

Prevenci úrazů zubů nebyla u nás dosud věnována dostatečná pozornost. Z toho důvodu připravila Česká společnost pro dětskou stomatologii plakát s tematikou prevence úrazů zubů a ztrát zubů následkem úrazu. Plakát je společně s programem Zdravé zuby distribuován do základních škol v České republice. Celou akci finančně podporuje Česká stomatologická komora a Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Literatura u autorky

Orion Diagnostica - Dentocult



Mikrobiologické testy v prevenci zubního kazu

Doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.

Stomatologická klinika LF a FN v Plzni

Souhrn:

Prevence zubního kazu spočívá v pravidelném a důkladném odstraňování zubního mikrobiálního plaku prostředky ústní hygieny, v systémové či lokální aplikaci fluoridových preparátů a ve snížení frekvence příjmu cukerných složek potravy. Důležitou roli v primární prevenci zubního kazu mají pravidelné preventivní prohlídky chrupu dítěte v ordinaci zubního lékaře za přítomnosti rodičů. Preventivní zubní prohlídka slouží nejen k vyšetření chrupu, měkkých tkání dutiny ústní, ale i ke zjištění případných nepravidelností v postavení zubů a čelistí, ke stanovení úrovně hygieny dutiny ústní, k výživovému poradenství, ale také k vyhledávání dětí, které jsou ohroženy vysokou kazivostí. Riziko velké kazivosti chrupu lze odhadnout cílenou anamnézou, zaznamenáváním vývoje kazivosti za určité období, vyšetřením množství a vlastností slin a zjištěním množství a detekcí kariogenních mikroorganismů ve slině nebo zubním mikrobiálním plaku.



Obr. č. 1 - Sada Dentocult® SM strip mutans

Mikrobiologické testy

Testy sloužící k určení rizika kazu mají být jednoduché, s dostatečnou rozlišovací schopností, snadno proveditelné v zubní ordinaci, rychlé a nepříliš drahé. Ke stanovení rizika vzniku zubního kazu se nejčastěji používají mikrobiologické testy a stanovení pH sliny. Na základě mikrobiologického vyšetření lze zjistit koncentraci kariogenních mikroorganismů *Streptococcus mutans* a *Lactobacillus acidophilus* ve slině. Mikrobiologické testy můžeme provádět v laboratoři a použít k tomu obvyklé metody a půdy nebo testovat přímo v ordinaci. Pro ordinanční účely jsou nejvhodnější jednoduché detekční metody Dentocult® SM a Dentocult® LB.

Indikace použití mikrobiologických testů

Mikrobiologické testy na přítomnost kariogenních mikroorganismů se používají:

1. Jako doplněk klinického vyšetření.

2. Ke stanovení rizika vzniku zubního kazu u dětí a mladistvých.
3. K plánování preventivních a terapeutických postupů.
4. K plánování použití vhodných výplňových materiálů
5. K stanovení frekvence kontrolních vyšetření.
6. K motivaci pacienta.

Detekce *Streptococcus mutans*

K detekci *Streptococcus mutans* ve slinách a zubním plaku je možné použít Dentocult® SM Strip mutans. Metoda je založena na použití selektivního kultivačního média a adhezenci bakterií *Streptococcus mutans* na testovací proužek. Přítomnost a množství mikroorganismů se zjišťuje ve stimulované slině nebo plaku.

Dentocult® SM strip mutans obsahuje testovací proužky s kulatým koncem pro testování vzorků stimulovaných slin, testovací proužky s hranatým koncem pro testování vzorků zubního plaku, lahvičky se selektivním kultivačním



Obr. č. 2 - Hodnocení množství *Streptococcus mutans* na testovacím proužku



Obr. č. 3 - Sada Dentocult® LB

médium, bacitracinové disky, parafinové kuličky, štítky a návod k použití (obr. 1).

Pracovní postup

1. Příprava kultivačního média

15 minut před odběrem vzorku vložíme do lahvičky s kultivačním médiem bacitracinový disk a jemně promícháme..

2. Odběr vzorků

a) Stimulovaná slina

Stimulovanou slinu získáme tím způsobem, že dítě necháme žvýkat parafinovou kuličku po dobu 1 minuty. Poté dítě vyplivne přebytek slin a testovací proužek přitiskneme na hřbet jazyka smočený slinami. K tomuto účelu používáme proužky s kulatým koncem. U malých dětí se použití parafinové kuličky ke stimulaci slin nedoporučuje, proto odebíráme slinu nestimulovanou.

b) Zubní plak

K získání vzorku plaku z mezizubního prostoru nebo hladkého povrchu zubů lze použít zubní



sondu, párátko nebo mezizubní nit. Vzorek plaku rozprostřeme po hrubé straně proužku. Současně lze nanést čtyři vzorky na čtyři políčka testovacího proužku.

3. Uložení testovacího proužku

Hladkou část testovacího proužku upevníme do víčka lahvičky se selektivním médiem a poté vložíme proužek do lahvičky.

4. Inkubace

Vzorky inkubujeme 48 hodin při teplotě 35 - 37 ° C (obr. 2).

5. Hodnocení nálezů

Po inkubaci je *Streptococcus mutans* patrný jako tmavě až světle modré, vyvýšené kolonie na hrubém povrchu testovacího proužku. Množství mikroorganismů zjistíme porovnáním hustoty kolonií na testovacím proužku s modelovou tabulkou (obr. 2). Za rizikové se považují hodnoty odpovídající stupni 2 a 3 na modelové tabulce (tj. 100 000 a více bakterií v 1 ml sliny).

■ Detekce

Lactobacillus acidophilus

K určení hustoty laktobacilů ve stimulované

slině se používá kultivační metoda dip-slide Dentocult® LB. Destička Dentocult® LB je na obou stranách potažena modifikovaným Rogosovým médiem, které je vhodné ke kultivaci laktobacilů.

Dentocult® LB obsahuje dip slide testy, parafinové kuličky, štítky a návod k použití (obr. 3).

■ Pracovní postup

1. Odběr vzorků

Stimulovanou slinu, kterou získáme stejným způsobem jako u detekce *Streptococcus mutans*, sbíráme do vhodné nádoby. Slinu nalijeme na agarový povrch destičky. Rovněž je možné destičku s kultivačním médiem přitlačit přímo na jazyk.

1. Uložení testovací destičky

Testovací destička se uloží zpět do původní nádoby a pevně se uzavře víčkem.

2. Inkubace

Vzorky vložíme do inkubátoru, kde je ponecháme při teplotě 36 ° C 4 dny. Pokud není k dispozici inkubátor, lze kultivovat 7 dní při pokojové teplotě.

3. Hodnocení nálezů

Přítomnost laktobacilů se jeví jako bílé až průhledné kolonie přítomné na destičce s agarem. Hustotu mikroorganismů můžeme určit porovnáním destičky s modelovou tabulkou. Přítomnost velkého počtu laktobacilů (koncentrace 100 000 a více v 1 ml sliny) souvisí se značným příjmem sacharidů v potravě a signalizuje nebezpečí vysoké kazivosti.

■ Význam mikrobiologických testů

Vysoká koncentrace mikroorganismů *Streptococcus mutans* a *Lactobacillus acidophilus* ve slině upozorňuje na vysoký kariogenní potenciál ústního prostředí. V některých případech však nelze potvrdit přímý vztah mezi aktivitou kazu a zjištěnými hodnotami mikrobiologického vyšetření. Tuto situaci lze vysvětlit multifaktoriální etiologií zubního kazu, individuálními obrannými mechanismy, úrovní ústní hygieny a fluoridací.

Literatura u autorky

Boehringer - Mucosolvan



Současné metody a jejich praktická aplikace při stanovení infekce *Helicobacter pylori* v dětském věku

Doc. MUDr. Josef Sýkora, Ph.D., odb. as. MUDr. Jana Varvařovská,

Prof. MUDr. František Stožický, DrSc.

Dětská klinika FN a LF UK v Plzni

Doc. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.

Ústav epidemiologie, LF UK v Plzni

Souhrn:

Helicobacter pylori (*H. pylori*) patří mezi nejrozšířenější mikroby, odhadem infikuje více jak polovinu celosvětové populace a obvykle vyvolává celoživotní infekci. V posledních letech byl zaznamenán jasný pokles výskytu u dětí v rozvinutých zemích. Jeho průkaz v 80. letech minulého století oceněný Nobelovou cenou v roce 2005 zcela zásadně změnil koncepci chorob spojených s infekcí *H. pylori* u dětí i dospělých. K infekci *H. pylori* dochází primárně v dětském věku s největší pravděpodobností již před 5. rokem života a rizikovým faktorem jsou špatné socioekonomické podmínky. Infekce *H. pylori* byla zjištěna již v novorozeckém a kojeneckém věku.

Onemocnění gastroduodenální oblasti spojená s infekcí *H. pylori* obecně zahrnují: chronickou gastritidu, žaludeční a duodenální vředy, MALT (mucosal associated lymphoid tissue) lymfomy a žaludeční rakovinu (od roku 1994 podle WHO kancerogen 1.třídy). Vedle role důležitého gastroduodenálního patogenu je *H. pylori* studován pro jeho možný vztah k různým extra-gastrointestinálním chorobám (sideropenická anémie, idiopatická trombocytopenická purpura, porucha růstu, migréna, kardiovaskulární poruchy, Reynaudův fenomén, diabetes mellitus, cholelithiáza, angioedém, syndrom náhlého úmrtí kojence, kopřivka). Jednoznačně nevyřešeným problémem zůstává u dětí vztah *H. pylori* k recidivujícím bolestem břicha (RBB) a gastroezofageální refluxní nemocí (GERD). V kontextu této infekce je důležité zdůraznit, že u velké části infikovaných dětí nedojde k rozvoji žádného onemocnění ani klinických symptomů v souvislosti s infekcí *H. pylori* (asymptomatická forma). Je proto celkem jasné, že diagnóza infekce *H. pylori* představuje určitým způsobem klíčový krok v diagnostice a léčbě mnoha dětských pacientů doporučených ke gastroenterologickému vyšetření a vlastní infekce představuje stále důležitý zdravotnický problém.

■ Diagnóza infekce *H. pylori*

Evropská pracovní skupina pro studium *H. pylori* (EHSG), Evropská společnost pro dětskou gastroenterologii, hepatologii s výživou (ESPGHAN) a evropská pediatrická iniciativa (the European Pediatric Task Force) zaměřená na infekci *H. pylori* a prohlášení Severoamerické společnosti (NASPGHAN) navrhly na základě vzájemné dohody současné indikace pro stanovení infekce *H. pylori* a doporučené diagnostické metody. Závěry těchto snah měly za cíl doporučit, které děti by měly být testovány a jakým způsobem. Všeobecně je možno shrnout na základě obecných doporučení, že léčba by měla být podána pouze v případě přesné diagnostiky onemocnění v souvislosti s *H. pylori* infekcí. Eradikační léčba je doporučena pro děti s prokázanou aktivní *H. pylori* infekcí a symptomatickým gastroduodenálním onemocněním. Jasnou indikací k léčbě je pak žaludeční a dvanáctníkový vřed a MALT lymfom. Léčba není všeobecně doporučena při absenci buď aktivní infekce nebo symptomatického onemocnění. Prokázaná aktivní infekce je definována buď jako pozitivní histopatologický nález při endoskopii horní části trávicího traktu (HČTT) nebo pozitivní kultivace (bakteriologie).

Bolesti břicha a další gastrointestinální symptomy jsou v dětském věku velmi časté.

Prevalence *H. pylori* v rozvinutých zemích je však poměrně nízká. Z tohoto důvodu by měl být *H. pylori* považován jako zdroj obtíží dítěte až po vyloučení všech dalších příčin a testování *H. pylori* infekce by mělo být součástí širší vyšetřovací strategie. Naše klinické zkušenosti ukazují prevalenci 25,2% v dětském věku u pacientů, kteří se podrobili endoskopii HČTT pro dyspeptické symptomy. U dětí by mělo být provedeno endoskopické vyšetření a stanovení *H. pylori* v případě závažných symptomů podezřelých z organického onemocnění. Vlastní identifikace příčiny symptomů by měla být hlavním cílem vyšetřování než pouze detekce infekce. Paušální screeningové vyšetření infekce *H. pylori* u asymptomatických jedinců není zcela oprávněné a nemá žádný praktický prospěch. Je možno uvažovat o vyšetření a léčbě rodinných členů u dříve infikovaných a úspěšně eradikovaných dětí. Jeví se jako racionální, i když dosud neprokázané, že vyšetření a terapie *H. pylori* u členů rodiny může mít svoje logické ospravedlnění pro snížení rizika reinfekce u dítěte po úspěšné eradikaci.

■ Neinvazivní a invazivní metody stanovení *H. pylori* v běžné praxi

H. pylori infekce může být diagnostikována buď přímo invazivními metodami založe-

Nutricia Hami Jars A4



nými na vyšetření bioptického vzorku žaludeční sliznice získanými při endoskopickém vyšetření nebo nepřímo neinvazivními testy, které endoskopii nevyžadují (tabulka 1).

V dětském věku je samozřejmě snaha používat přesné neinvazivní testy, které by měly mít dostatečnou výpovědní hodnotu pro využití v běžné praxi. Volba nevhodnější metody stanovení *H. pylori* vždy závisí na vlastní klinické situaci. Všechny dostupné diagnostické metody mají svoje výhody a nevýhody. Z praktického hlediska je třeba zdůraznit, že diskuse o různých diagnostických metodách nemůže být zjednodušena pouze uvažováním, která diagnostická metoda je nejlepší. **Spíše je třeba uvažovat o tom, která metoda je nejlepší a nevhodnější v každé konkrétní situaci.** Je třeba uvažovat o různých faktorech, jako zda se jedná o asymptomatické děti v rámci epidemiologické studie nebo děti odeslané cíleně ke gastroenterologickému vyšetření pro dyspeptické symptomy. Dále se může jednat o pacienta po neúspěšné eradikační léčbě s nutností provést stanovení citlivosti mikroba na antibiotika před opakovanou eradikací nebo hledáme vztah mikroba s jinými možnými chorobami (extragastrointestinální symptomy). V neposlední řadě je nezbytné uvažovat také o ceně diagnostických metod. **Je proto třeba v každodenní praxi brát všechny faktory do úvahy jako potřeba endoskopie, odborný personál při vyšetřování pacientů, laboratoře běžně provádějící stanovení *H. pylori*, možnost rutinně provádět dechové testy a odběry materiálu na stanovení antigenu *H. pylori* ve stolici, použití metod široce dostupných i v malých nemocnicích a u privátních dětských lékařů jako například sérologie *H. pylori*, praktická aplikace jednotlivých metod a jejich interpretace.**

■ Invazivní testy

Testy invazivní diagnostikují přímo jak infekci, tak i současné organické onemocnění vyvolané *H. pylori*, a jsou nezbytné k vyloučení závažného gastroduodenálního onemocnění. Zůstávají trvale zlatým standardem diagnostiky infekce (endoskopie s odběrem žaludeční sliznice, speciální barvení bioptických vzorků, ureázový test ze žaludeční sliznice, bakteriologie, PCR reakce)

■ Endoskopie

Endoskopie HČT s biopsií z různých míst žaludku (antrum, tělo) je optimální postup

při vyšetření dětí s chronickými horními gastrointestinálními projevy nebo s podezřením na peptickou vředovou lézi. Vyšetření bioptických vzorků získaných při endoskopickém vyšetření HČT poskytuje v současnosti nejspolehlivější diagnostiku infekce *H. pylori* u dětí a současně umožní i histologické vyšetření žaludeční tkáně (gastritida, gastropatie, prekancerózní léze). Přímé stanovení infekce *H. pylori* v žaludeční sliznici je možno pomocí speciálních barvení (impregnace stříbrem-Warthin-Starry nebo Giemsovým barvivem). Pro určení stupně chronické gastritidy se používá barvení hematoxylin-eozin (H&E) a jako prakticky dobře použitelné i v dětském věku je stanovení dle revidovaného **Sydney systému** klasifikace chronických gastritid: 0 (žádné zánětlivé změny), 1 (mírné), 2 (středně těžké), 3 (těžké). Obecně platná klasifikace pouze pediatrických gastritid dosud neexistuje, i když některé návrhy již byly publikovány.

Histologické vyšetření umožní také určit stupeň bakteriální kolonizace *H. pylori* žaludeční sliznice v jednotlivých částech žaludku (antrum, tělo). Používá se podobná stupnice (0-3) jako při stanovení stupně gastritidy.

Bakteriologie s kultivací mikroba ze žaludeční sliznice a současné stanovení citlivosti na antibiotika není metoda běžně rutinně používaná v klinické praxi a je doporučována při selhání eradikační terapie. Kultivace mikroba trvá až 10 dní.

Ureázový test stanovuje přímo aktivitu ureázy produkované *H. pylori* v žaludeční sliznici. Výsledek testu se hodnotí podle barevné změny indikátoru po uložení vzorku žaludeční sliznice do testovacího prostředí s ureou a je vhodné odečítat za 1 a 24 hodin. Pozitivita testu také závisí na denzitě bakteriální kolonizace sliznice. Ureázový test je prakticky dostupný jako tzv. rychlý ureázový test (CLO test).

K přesné identifikaci kmenů *H. pylori* se používají metody PCR, molekulárně genetické nebo imunologické, pro běžné praktické použití však nejsou příliš vhodné.

■ Neinvazivní testy

Tato skupina je vhodná pro dětskou populaci, zahrnuje dechový test s ureou označenou (13C), sérologické testy a stanovení antigenu *H. pylori* ve stolici.

Dechový test

Dechový test je spolehlivá metoda vhodná k počáteční diagnostice kolonizace žalu-

deční sliznice a sledování úspěšnosti eradikační léčby u starších dětí. Test je založen na nepřímém stanovení aktivity ureázy v závislosti na infekci *H. pylori* v žaludku s vysokou specifičností a senzitivitou více než 90%. Po požití označené urey dochází k hydrolýze a uvolněný CO₂ je analyzován ve vydechovaném vzduchu. Dechový test vyžaduje alespoň částečnou spolupráci pacienta, doba trvání je asi 30 min, je dobře spolehlivý u dětí starších, ale přesné zhodnocení je ještě nutné u dětí pod 6 roků.

Sérologie

Sérologická diagnostika je poměrně levná a široce používaná a je široce používaná v běžné praxi. Vzhledem k geografické odlišnosti *H. pylori*, je nutná místní verifikace sérologických metod v dětském věku. Metoda je založena na metodě ELISA. Výťažnost sérologie zvyšuje metoda Westernblott, kdy lze identifikovat sérologicky s vyšší přesností *H. pylori* infekci a současně jednotlivé antigenní struktury *H. pylori*. **Sérologie umožní dobrou orientaci o *H. pylori* infekci v běžné primární péči.** Pro vlastní použití v gastroenterologii není sérologie příliš vhodná a byla využívána i přes řadu výhrad hlavně v epidemiologických studiích. Na rozdíl od klasické sérologie popsané výše, rychlý sérologický test byl zkoušen jako vyhledávací test v primární péči dospělých a také v pediatrické praxi, ale nebyl doporučen pro nízkou výpovědní hodnotu jako vhodný ani pro epidemiologické studie ani pro klinické použití v dětské populaci.

Stanovení antigenu ve stolici

V posledních letech bylo možno kultivovat *H. pylori* ze stolice, ale vitální organismy jsou přítomné pouze u malé části případů. Stanovení antigenu *H. pylori* ve stolici je slibná metoda, která poskytuje vhodnou alternativu pro dechový test v klinické praxi s velmi dobrou výpovědní hodnotou. Metoda je vhodná pro děti všech věkových skupin, poněvadž není nutná spolupráce s pacientem. Stanovení je založeno na použití polyklonálních nebo monoklonálních protilátek (ELISA). Polyklonální testy jsou prakticky dobře použitelné, ale ukázaly poměrně velkou variabilitu a méně příznivou přesnost ve srovnání s dechovým testem a novou generací monoklonálních protilátek. Oba testy byly již obecně doporučeny jako součást standardní péče o děti s podezřením na infekci *H. pylori* v Evropě a jsou vhodné také u dětí pod 5 roků. Naše nedávné zkušenosti v běžné klinické

Nutricia Nutrilon A4



tab. č. 1

Metody pro diagnostiku infekce <i>H. pylori</i> v dětském věku			
	Výhody	Nevýhody	Klinické využití
Neinvazivní			
Sérologie IgG, IgA ev. Western blott	neinvazivnost jednoduchost možnost využití v primární péči	kontrolní odběr neprovádět! dříve jak za 6 měsíců	populační studie
13C urea dechový test	neinvazivnost	cena	potvrzení infekce kontrola léčby
Antigen <i>H. pylori</i> ve stolici	neinvazivnost rychlost bez spolupráce	validace u dětí do 5 let	potvrzení infekce populační studie kontrola léčby
Invazivní			
Histologie	slizniční změny kokoidní formy široká dostupnost speciální barvení	endoskopie chyba odběru	organické onemocnění
Ureázový test	jednoduchost rychlost cena	endoskopie chyba odběru	metoda při endoskopii
PCR	velká přesnost	endoskopie falešně pozitivní výsledky	výzkum
Bakteriologie	citlivost na ATB	endoskopie obtížnost zkušenost laboratoře	rezistence ATB

praxi se stanovením infekce *H. pylori* pomocí testu s monoklonálními protilátkami u symptomatických dětí potvrdily přesnost a spolehlivost metody při neinvazivním stanovení infekce *H. pylori* u dětí pomocí určení antigenu ve stolici (HpSTAR, DAKO Cytomation). Senzitivita testu byla 96,1% a jeho specifita 98,5%. Stanovení antigenu *H. pylori* ve stolici pomocí monoklonálních protilátek představuje velmi přesnou metodu k detekci infekce jak před, tak po léčbě. Jedná se o neinvazivní, přesný, jednoduchý a cenově dostupný test. Tento test má všechny předpoklady stát se preferovanou diagnostickou metodou v různých situacích, epidemiologických studiích, pediatrické praxi, preendoskopickým vyšetřování dyspeptických dětí až po monitorování léčby. Test s monoklonálními protilátkami (HpSTAR DAKO Cytomation) používáme výzkumně v rozsáhlé populačně založené epidemiologické studii výskytu *H. pylori* v dětské populaci 0-15 roků (IgA MZ ČR 7399-3/2003). V současnosti je očeká-

ván k praktickému použití nový rychlotest Rapid HpSTAR používající také monoklonální protilátky.

IgG protilátky ve slinách

Stanovení IgG *H. pylori* protilátek ve slinách nebo moči vzhledem k omezeným zkušenostem nemá zatím praktické použití v dětském věku. Vedle výše uvedených metod existují některé další metody v diagnostice *H. pylori*, které však v současnosti z praktického hlediska nejsou důležité.

■ Současná doporučení pro stanovení infekce *H. pylori* a volba diagnostických metod z praktické

ho hlediska v dětském věku

Cílem diagnostických metod by mělo být určit příčinu symptomů spíše než přítomnost infekce *H. pylori*, hlavním předpokladem je rozlišit mezi vlastní *H. pylori* infekcí a onemocněním vyvolaným infekcí *H. pylori*. Strategie pouhého určení přítomnosti (nebo chy-

bění infekce *H. pylori*) a eventuální následná terapie není vhodná v dětském věku. Je vždy třeba specifikovat mezi klinickými symptomy a současnou infekcí *H. pylori*. Sérologické testy nejsou spolehlivé a nejsou obecně doporučeny pro dětský věk. Endoskopie horní části trávicího traktu s odběrem biotických vzorků je optimální vyšetřovací postup pro děti s chronickými epigastrickými obtížemi nebo při podezření na vředovou chorobu. Endoskopie je nutná z hlediska diferenciální diagnostiky organických příčin horních gastrointestinálních symptomů a určení charakteru slizničních změn. Endoskopie je jediná přijatelná metoda u dětí s gastrointestinálním krvácením, opakovaným zvracením, dříve prokázaného vředu rentgenologicky nebo trvajícím neurčenou bolestí břicha. Přesné určení charakteru peptických vředů je důležité pro různou léčbu *H. pylori* pozitivních a negativních vředů (vyloučit Crohnovu chorobu, Zollingerův-Ellisonův syndrom, polékové vředy). Dechový test není dostatečnou alternativou endoskopie pro primární diagnostiku infekce *H. pylori*, pozitivní dechový test nepotvrdí nebo nevyloučí přítomnost onemocnění způsobujícího symptomy (vředy, gastritidy, gastropatie, ezofa-

gitida), dechový test je však obvykle vhodnější než opakovaná endoskopie k potvrzení úspěšné eradikace infekce *H. pylori*. K potvrzení eradikace *H. pylori* je možno využít i test stanovení antigenu *H. pylori* ve stolici pomocí monoklonálních protilátek. Stanovení infekce má racionální opodstatnění u členů rodiny dětí po eradikaci s následnou léčbou. V případě terapie infekce *H. pylori* se používá trojkombinace blokátoru protonové pumpy (omeprazol) a dvě antibiotika (klaritromycin, amoxicilin) dvakrát denně 1-2 týdny.

Tato práce je podporována výzkumným grantem IGA MZ České Republiky 7399-3/2003.

Literatura:

- 1) Sýkora J, Varvařovská J, Stožický F, Siala K, Schwarz J. *Helicobacter heilmannii* related gastroduodenal disease and clinical aspects in children with dyspeptic symptoms. *Acta Paediatr* 2004, 93: s. 707-709.
- Další literatura u autorů

Bolest kongres A4



Hygiena chrupu u dětí

Doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc., Prof. MUDr. Jan Kilian, DrSc.

Stomatologická klinika LF a FN Plzeň



Obr. č. 1 - Pracovní část jednosvazkového kartáčku



Obr. č. 2 - Stírání plaku u malého dítěte gázou



Obr. č. 3 - Čistění chrupu malého dítěte „prstáčkem“

■ Příčiny vzniku zubního kazu

Zubní kaz je lokalizovaný patologický proces mikrobiálního původu, postihující tvrdé zubní tkáně. Na vzniku zubního kazu se podílí několik faktorů. Mezi základní patří **vnímavá zubní tkáň**, některé mikroorganismy zubního mikrobiálního povlaku tzv. **plaku**, který se nachází v dutině ústní na povrchu zubů, **sacharidy** přijímané v potravě a **čas**, protože

zubní kaz vzniká až po určité době působení uvedených faktorů. Nelze vyloučit, že vznik zubního kazu ovlivňují i faktory další, které nejsou dosud plně objasněné. **Kariogenní mikroorganismy plaku (nehemolytické streptokoky ze skupiny Streptococcus mutans a Laktobacilly) syntetizují ze sacharidů přítomných v dutině ústní silné organické kyseliny, které způsobují demineralizaci skloviny, a pokud není proces včas zastaven, způsobují i destrukci tvrdých zubních tkání.** Cariogenní mikroorganismy jsou rovněž schopny vytvářet polysacharidy, které jsou důležité pro další kolonizaci mikroorganismů a metabolismus plaku.

■ Úloha ústní hygieny v prevenci zubního kazu

V prevenci zubního kazu je nutné omezit působení všech uvedených etiologických faktorů. Nezastupitelnou úlohu v prevenci zubního kazu i onemocnění parodontu má pravidelné a důkladné odstraňování zubního mikrobiálního plaku - **hygiena dutiny ústní**. Péči o dutinu ústní rozdělujeme na každodenní (domácí) a na péči profesionální, prováděnou v zubní ordinaci lékařem nebo hygienistkou. Profesionální hygienická péče o chrup a parodont zahrnuje motivaci pacienta, instruktáž vhodné a účinné techniky čištění chrupu, odstraňování retenčních míst pro zubní mikrobiální povlak a monitorování domácí péče.

Těžiště prevence zubního kazu a onemocnění parodontu spočívá v domácí péči o dutinu ústní. Každodenní ústní hygiena sestává z čištění chrupu zubním kartáčkem a pastou s fluoridy. Pro čištění mezizubních prostor je vhodné použít tzv. zubní nit („dental floss“) nebo mezizubní kartáčky. K čištění problematických míst na chrupu (např. u fixních ortodontických aparátů nebo v místě částečně prořezaných zubů) doporučujeme používat kartáčky jednosvazkové (obr. 1).

■ Hygiena chrupu u nejmenších dětí

S ústní hygienou u dítěte by měli rodiče začít co nejdříve po prořezání prvních dočas-

ných zubů do dutiny ústní, tzn. asi v **6 - 8 měsících věku**. Částečně prořezaný dočasný chrup u malého dítěte je nejvhodnější čistit kouskem gázy, která je navlhčena vlažnou vodou (obr. 2) nebo tzv. prstáčkem (obr. 3).



Obr. č. 4 - „Prstáček“



Obr. č. 5 - Nákusný kartáček



tab. č. 1

Hygiena chrupu dle věku dítěte				
věk	prostředek ústní hygieny	zubní pasta (obsah F)	metoda čištění chrupu	účast rodičů
6 - 24 měs.	gáza, prstáček, nákusný kartáček	ne	stírání	rodiče čistí
2 - 3 roky	zubní kartáček	< 500 ppm	sec Fone	rodiče čistí
3 - 6 roků	zubní kartáček	500-800 ppm	sec Fone	rodiče dočistují
6 - 10 roků	zubní kartáček	800-1 200 ppm	roll metoda	rodiče kontrolují event. pomáhají
12 - 15 roků	zubní kartáček, zubní nit, jednosvazkový kartáček	1 000-1 500 ppm	roll metoda	rodiče kontrolují

Prstáček je gumový návlek na ukazováček opatřený jemnými gumovými štětinkami, kterými lze jednoduše a šetrně čistit dočasné zuby záhy po prořezání do dutiny ústní (obr. 4). U nejmenších dětí, kterým dočasné zuby začínají právě prořezávat, je možné používat i nákusný kartáček, který slouží současně i jako hračka (obr. 5). Pro nácvik čištění chrupu jsou vyráběny i různé typy celogumových kartáčků (obr. 6), které může dítě používat od 7 - 8 měsíců věku a které slouží k nácviku uchopení a k nakusování. První dočasné zuby by rodiče měli dětem čistit alespoň jedenkrát denně, nejlépe večer před usnutím dítěte.

■ Hygiena dutiny ústní ve věku 2 - 3 roky

Ve věku okolo 2 - 3 roku života má dítě již prořezaný kompletní dočasný chrup. V tomto věku má dítě začít používat svůj první zubní kartáček. Zubní kartáčky pro nejmenší děti mají krátkou pracovní část (tzv. hlavu kartáčku), která je dlouhá pouze 15 mm a má jemná vlákna délky asi 10 mm, která nezraňují měkké tkáně dutiny ústní (obr. 7). Dítě v tomto věku používá zubní kartáček pouze jako hračku a není schopno si zuby vyčistit samo. Proto je velice důležitá aktivní účast rodičů, kteří dítěti nejméně dvakrát denně (ráno po snídani a večer před usnutím) chrup vyčistí. Nejvhodnější technikou čištění pro tuto věkovou skupinu jsou drobné krouživé pohyby kartáčkem po všech zubních ploškách. V tomto věku lze již na kartáček nanést malé množství dětské zubní pasty s nízkým obsahem fluoridů (do 500 ppm). Malé děti si obvykle neumějí vypláchnout ústa, zubní pastu polykají a tak fluoridy ze zubní pasty zvyšují denní alimentární příjem fluoridů a mohly by se podílet i na vzniku fluorózy (skvrnitě skloviny).

■ Hygiena dutiny ústní ve věku 3 - 6 roků

Děti ve věku 3 - 6 roků používají kartáčky s pracovní částí délky asi 20 mm s měkkými nebo středně tvrdými vlákny. Děti se již učí čistit chrup drobnými krouživými pohyby (metoda dle Foneho) za dohledu rodičů. Je nutné dětem chrup po čištění zkontrolovat a často i dočistit. Na kartáček je vhodné nanést množství dětské zubní pasty odpovídající zhruba velikosti hrášku a učit děti vyplachovat ústní dutinu. Vhodná zubní pasta pro tuto věkovou kategorii obsahuje 500 - 800 ppm fluoridů.

■ Hygiena dutiny ústní ve věku 6 - 10 roků

Pro mladší školní děti ve věku 6 - 10 roků jsou vhodné zubní kartáčky o velikosti hlavy do 25 mm a zubní pasta s obsahem 800 - 1200 ppm F. Hlava kartáčku je obvykle osazena třemi až čtyřmi řadami snopečků vláken (obr. 8). Pracovní plocha kartáčku může být zastřižena do roviny nebo tvarována do písmene V. Nejvhodnější technika čištění chrupu pro tento věk je tzv. roll metoda (tzv. čištění od růžového k bílému). Aby roll metoda byla účinná, vyžaduje důkladnou instruktáž a nácvik před zrcadlem. Rodiče provádění hygieny dutiny ústní v tomto věkovém období pravidelně kontrolují, případně dočistují problematická místa a méně zručným dětem pomáhají.

■ Hygiena dutiny ústní ve věku 10 - 15 roků

Pro starší školní děti (věk 10 - 15 roků) jsou nejvhodnější zubní kartáčky typu Junior nebo již kartáčky pro dospělé. V tomto věkovém období je možné začít děti učit používat zubní nit případně jednosvazkové kartáčky



Obr. č. 6 - Gumové kartáčky



Obr. č. 7 - Hlava zubního kartáčku pro nejmenší děti

u nositelů fixních ortodontických aparátů. Důležité je používání zubní pasty s obsahem 1 000 - 1 500 ppm F. Rodiče by měli dohlížet na pravidelné provádění ústní hygieny a u méně zručných či méně pečlivých dětí jsou vhodné i kontroly kvality čištění.



Obr. č. 8 - Pracovní část zubních kartáčků pro školní děti

■ Doporučené zubní kartáčky

V účinnosti zubních kartáčků není podstatný rozdíl. Důležitější než typ kartáčku je metoda čištění chrupu, systematickost a pečlivost. Kvalita kartáčku se projeví na vláknech, která by měla být na konci zaoblená, aby se netřepila a nezraňovala dásně. Pro nejmenší děti se doporučují kartáčky s měkkými vlákny, pro předškolní a školní děti vlákna středně tvrdá. Kartáček s tvrdými vlákny při nesprávném používání může poškodit dásně i zubní sklovinu. Pro děti je důležitý i správný tvar a povrch rukojeti kartáčku, které mají umožňovat snadné uchopení.

Pro řadu dětí jsou velmi atraktivní elektrické zubní kartáčky. Lze je doporučit pro děti, které nejsou dostatečně zručné a zacházení s běžným kartáčkem jim působí problémy nebo pro děti hendikepované. Elektrický kartáček může rovněž děti motivovat k provádění ústní hygieny.

Zubní kartáček je nutné po každém vyčištění zubů dobře opláchnout pod tekoucí vodou, a jakmile začne jevit známky opotřebení, zakoupit nový. Výměna kartáčku je u dětí obvykle doporučována po 2 - 3 měsících používání.

■ Závěr

Při provádění ústní hygieny je důležitá pravidelnost - doporučujeme čistit zuby nejméně dvakrát denně, ale optimální by bylo čištění po každém jídle. Čištění chrupu v době mezi jídly je možné částečně nahradit žvýkáním žvýkačky bez cukru. Při nácviku a provádění hygieny dutiny ústní je nutná aktivní účast a důslednost rodičů. Nejlepší motivací k čištění chrupu dítěte je osobní příklad rodičů a sourozenců.

Literatura u autorů

Seznam praktických zubních lékařů

- členů České společnosti pro dětskou stomatologii,

kteří se specializují na ošetřování dětí a dali souhlas s uveřejněním jména a místa působení v časopise Vox pediae

Pozn. : Péče o dětské pacienty přísluší každému praktickému zubnímu lékaři, který je kompetentní provádět vyšetření dítěte, diagnostiku onemocnění zubů a dutiny ústní, navrhnout vhodná preventivní opatření a léčebný plán. Současně ošetřuje i běžná onemocnění orofaciální soustavy dítěte, zejména zubní kaz a komplikace zubního kazu. Praktický zubní lékař se rovněž setkává s dětmi, která vyžadují speciální přístup nebo vyšetřovací či léčebné metody, případně hospitalizaci. V těchto případech je možné dítě odeslat k lékaři, který se na ošetřování dětí specializuje nebo na dětská oddělení stomatologických klinik.

Beroun	MUDr. D. Vrbová
Brno	MUDr. D. Kahleová
	MUDr. Z. Standarová
Česká Lípa	MUDr. H. Bruncová
Dobruška	MUDr. E. Nentvichová
Hradec Králové	MUDr. R. Ivančáková, CSc.
Cheb	MUDr. J. Tomandlová
	MUDr. J. Šobková
	MUDr. V. Titřichová
Chrudim	MUDr. M. Kulhavá
Jihlava	MUDr. A. Pavlasová
Jindřichův Hradec	MUDr. H. Joštová
	MUDr. V. Jahelková
Lom	MUDr. I. Beránková
Olomouc	Doc. MUDr. K. Nováková, CSc.
Moravská Třebová	MUDr. A. Kadlecová
Pardubice	MUDr. V. Hrubá - Hájková
	MUDr. M. Sákrová
Plzeň	MUDr. H. Altschulová
	MUDr. M. Rousová
	MUDr. A. Texelová
	Doc. MUDr. V. Merglová, CSc.
Praha	MUDr. D. Kramerová
	MUDr. L. Navarová
	MUDr. J. Prokelová
	MUDr. D. Rejchrtová
	MUDr. M. Götzová
Stříbro	MUDr. P. Horová
Svatava (Sokolov)	MUDr. J. Adamcová
Týniště n. Orlicí	MUDr. L. Tomanová
Vyškov	MUDr. J. Wolf
Zlín	MUDr. I. Novotná
	MUDr. I. Seitlová

Doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.

předsedkyně České společnosti pro dětskou stomatologii

Stomatologická klinika FN a LF UK, Plzeň

HIPP A5 + A5



Proč, jak a kdy ohodnotit význam plaků *Streptococcus mutans* v pediatrické populaci a jeho ekonomický aspekt

S. Karjalainen, M.D.

Institute of Dentistry University of Turku

Nedávno jsem měl možnost vyslechnout přednášku uvedené autorky z University v Turku (Finsko), která je přední odbornicí na dětskou stomatologii. Rád bych se s Vámi podělil o některé její zajímavé myšlenky.

Dřívější přezíravý pohled nezdavotnické veřejnosti a i části veřejnosti zdravotnické, je v současné době v severozápadní Evropě ve výrazném posunu. **Mezi velmi důležité úkoly pedostomatologů tam patří zachování chrupu dočasné dentice pokud možno ve zdravém stavu až do fyziologické výměny za zuby stálé!** Ve své přednášce jmenovaná autorka presentovala, že zubní kaz je především **infekční záležitostí**, které se na začátku zúčastní infekční mikroorganismy. Jedná se především o *Streptococcus mutans* (SM) a častěji o *Lactobacillus*, jejichž přirozeným místem je dutina ústní člověka a podmínkou přítomnost zubů. Minimálně se myslí na to, že mikrobiální flóra matky nebo jiné blízké osoby pečující o dítě je rezervoárem těchto streptokoků. Není příliš zdůrazňováno, že mezi matkou a dítětem se přenáší prostřednictvím slin množství kariogenních mikroorganismů např. kontrolou teploty kojenecké stravy v lahvi nebo na lžici nebo velmi časté „olíznutí“ dudlíku dítěte, který spadl na zem. Zvláště opakované je velmi nebezpečné. Matka musí mít dokonale opravený chrup a dodržovat ústní hygienu tak, aby kariogenní mikroorganismy typu SM byly sníženy na co nejnižší mez. Tyto streptokoky se totiž implantují po erupci prvních dočasných zubů do dutiny ústní.

Uvedená autorka sledovala po dobu 5-ti let vývoj ústní flóry u finských dětí. Z předložených grafů vyplývá výrazný vzestup SM v ústní dutině od 12 do 30 měsíce věku dítěte a pak již toto množství zůstává na stacionárních vysokých hodnotách. Také *Lactobacillus* má v ústní dutině vzestupnou tendenci,

ale až od 2 do 3 roku věku dítěte, pak následuje jeho pokles. Z toho vyplývá, že pokud matky mají vysoký počet SM v ústní dutině dříve nebo později dojde k masivnímu přenosu na dítě. Stomatologové ve Finsku pohlíží na rozvoj karies u batolat před 3 rokem věku jako na výsledek ignorance rodičů, především matky. Typickými místy manifestace jsou horní přední mléčné zuby. Stomatologům ve Finsku se podařilo, že v současné době má údajně jen 10% finských batolat kariezní přední zuby a to zejména na aporimálních ploškách a v blízkosti dřeně. V ČR je situace z našich pediatrických zkušeností a z článků stomatologů (Caries z kojenecké lahve - VOX PEDIATRIAE č.1/2003) nejméně o 100% horší.

Ve Finsku navíc, dle autorky, běžně využívají detekce pro zjištění SM ve slinách pomocí soupravy testů, kdy používají tzv. stěry kartáčkem podél gingiválního okraje horních mléčných zubů. Tento vzorek aplikují na testovací proužky. Proužky umístí do kultivačního média, vloží do inkubátoru a po dvou dnech odečítají (určitá podobnost s Uricultem). Toto se nazývá Dentocult - Strip.mutans test. Není bez zajímavosti, že tento test dodává firma Orion, která zajišťuje pro naše pediatri rychlou diagnostiku CRP.

Pozitivita testu znamená téměř jistotu pro vývoj kariesního mléčného chrupu, pro nutnost pravidelného odstraňování zubního mikrobiálního plaku, používání pasty s obsahem fluoridů a výraznou redukci množství sacharidů v potravě. Tyto sacharidy jsou pak tímto organismem metabolisovány za vzniku

organických kyselin a tak se vytváří podmínky vedoucí k rozpouštění skloviny. Základními rysy jsou bakterie, strava a hostitelské faktory. Ve své práci Dr. Karjalainen rozdělila batolata z hlediska vývoje kariezní dentice na nízkou, střední a vysoce rizikovou skupinu.

Hlavní myšlenkou těchto preventivních aktivit je identifikovat osoby, kde se rozvinou kazy, poskytovat těmto osobám správnou preventivní a léčebnou péči, protože se ukazuje, při dlouhodobém sledování, že v rodinách těchto dětí s v příbuzenstvu ve věkové kategorii 15 - 30 let vyskytuje nápadně často kariezní dentice s rozvojem cavit. Mezi další součásti preventivního programu patří ve Finsku užívání Xylitolu v tabletách nebo žvýkačkách u všech rizikových skupin, stejně tak jako fluoridového laku.

Z ekonomického hlediska při realizaci preventivního programu odpadne rodičům a jejich dětem opakované cestování ke stomatologům v pozdějším věku, ztráty času v pracovní i mimopracovní době a i odpadnou bolesti a stres u dětí. Je vidět, že rodiče ve Finsku si již uvědomují, že závažnou komplikací neošetřeného kazu na dočasných zubech je gangrenózní rozpad zubní dřeně, vznik zánětů periodontia a všechny následné komplikace, které pak i samozřejmě zatěžují finanční rozpočet rodiny.

Se souhlasem autorky
pro VOX zpracoval:
MUDr. Jiří Liška, CSc.

Avent - AGS sport A4



Sdělení IPVZ Praha k procesu získávání specializované způsobilosti

Uvádíme celý text zprávy PhDr. Jany Krejčíkové, náměstkyně ředitele pro výuku IPVZ v Praze

Vážená paní kolegyně,
vážený pane kolego,

v souvislosti s ukončením přechodného období, kdy jsme mohli naposledy postupovat podle starých právních předpisů a zkoušek poslední atestace I. a II. stupně a nástavbové atestace lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, mi dovoluji, abych Vám poděkovala za Vaše mimořádné úsilí v tomto velmi náročném období, kdy počet uchazečů o „staré“ atestace byl v mnoha případech trojnásobný.

30. červnem tedy skončila možnost složit atestace postaru a není žádná další možnost tyto atestace zkoušet, event. opakovat, neboť slibované prodloužení zkušebního období není dle MZ realizovatelné.

Od 1. července tedy pokračujeme v procesu **získávání specializace**, resp. specializované způsobilosti **jen důsledně podle zákona č. 95/2004 Sb. a příslušných prováděcích předpisů!** Na následujících řádcích si dovoluji upozornit na některá důležitá ustanovení tohoto zákona, která musíme respektovat a dále předložit určitý postup při uznávání již absolvované praxe, event. dalších opatření nad rámec zákona, která byla zpracována pedagogickou komisí a odsouhlasena ministerstvem. Věřím, že i přes zdánlivou komplikovanost nám tento postup usnadní práci a umožní jednotný přístup při posuzování praxe uchazečů o atestace.

■ 1. Vzdělávací programy

Jak jste již byli průběžně informováni, MZ schválilo všechny předložené vzdělávací programy pro specializace lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, a pouze podle nich nyní budeme postupovat při posuzování praxe před atestacemi či žádostech o získání specializované způsobilosti dle § 44. Vzdělávací programy byly zveřejněny ve věstnících MZ, jsou vyvěšeny na webové stránce MZ i IPVZ. Ministerstvo nechalo programy přeložit do anglického jazyka, takže ve většině případů mám k dispozici i anglickou verzi.

■ 2. Uznávání dosavadní praxe

Dosavadní praxe, kterou lékaři, zubní lé-

kaři a farmaceuti dosud absolvovali a která odpovídá příslušnému vzdělávacímu programu, bude automaticky započítána. Stejně tak bude započítána praxe absolvovaná v rámci předchozí atestace, zejména atestace I. stupně. Uchazeči pokračují ve specializační přípravě podle vzdělávacího programu a po splnění požadované praxe a provedení výkonů se mohou hlásit k atestaci.

Uznávání dosavadní praxe u vzdělávacích programů se společným základem se bude řídit podle níže uvedených pravidel:

V zásadě platí, že za ukončený společný základ u všech 6 společných základů je považována atestace I. stupně v příslušném oboru, bez ohledu na rozsah a obsah praxe. Pokud lékař neuspěl u atestace I. stupně, musí si doplnit chybějící praxi, absolvovat kurz a test.

2.1 Posuzování praxe pro specializovaný výcvik

2) Podle § 5 musí probíhat **specializační vzdělávání** při výkonu lékařského povolání v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní pracovní době, tj. **v plném pracovním úvazku nebo v minimálním úvazku 5,5 a adekvátním prodloužení praxe**

3) **Praxe již absolvovaná** podle starých specializačních náplní, která odpovídá vzdělávacímu programu, bude **automaticky uznána**, není třeba žádat o zpětné uznání; lze uznat i praxi z jiného oboru (podle § 5, odst.8), ale pokud odpovídá vzdělávacímu programu

4) **Požadovaná praxe na akreditovaném pracovišti** - dokud nejsou zřízena akreditovaná pracoviště, bude započítána **praxe i na odpovídajícím pracovišti!**

5) **Při opakování atestace** nebo odstoupení, omluvy (neúspěch u atestace II. stupně nebo nástavbové atestace) podle starých právních předpisů - **splněná praxe bude uznána, chybějící praxi a event. kurzy podle nových požadavků je třeba doplnit podle vzdělávacích programů!**

6) **Posuzování absolvované praxe u oborů, kde je podmínkou absolvování předchozího vzdělávacího programu** (př. dětská nefrologie po pětiletém dětském lékařství,

dětská gynekologie po pětileté gynekologii a porodnictví) **nebo minimální délky praxe v určitém oboru** (př. lékařská genetika, veřejné zdravotnictví po 2-3 leté praxi) - **je dostatečným doložením absolvování stanovené praxe v délce 2-6 let a požadovaných výkonů** podle vzdělávacího programu.

7) **Uznávání praxe doktorandů** - dle informací MZ musí mít rovněž minimální úvazek 5,5.

2.2 Postup při uznávání praxe pro jednotlivé společné základy

a) Pediatrický základ (36 měs.) X atestace I. stupně v pediatrii (30 měs.)

14) o složení atestace I. stupně v pediatrii - **praxi lze uznat automaticky jako ukončený společný základ bez doplnění chybějící praxe pro společný základ** (tj. 3. měs. neonatologie, 1 měs. ORL, 1 měs. dermatologie, 1 měs. AR, 2 měs. infekce, 1. měs. psychiatrie), bez absolvování kurzu a testu, ale event. chybějící praxi (6 měs. pediatrie) je nutné doplnit v rámci specializačního výcviku tak, aby **celková délka byla 60 měsíců!**

15) V ostatních případech a při neúspěchu u atestace I. stupně - postup podle společného základu, tj. je nutné si doplnit **veškerou praxi podle požadavků společného základu, absolvovat povinný kurz + test**

d) Radiologický základ (36 měs.) X atestace I. stupně v radiodiagnostice (30 měs.)

5) po složení atestace I. stupně v radiodiagnostice - **praxi lze uznat automaticky jako ukončený společný základ bez doplnění chybějící praxe pro společný základ** (chybí 6 měsíců radiologie), bez absolvování testu, ale event. chybějící praxi je nutné doplnit v rámci specializačního výcviku tak, aby celková délka byla 60 měsíců!

6) V ostatních případech a v případě neúspěchu u atestace I. stupně - postup podle společného základu, tj. nutné si doplnit **veškerou praxi podle požadavků společného základu + test**

e) Patologický základ (24 měs.) X atestace I. stupně v patol. anatomii (30 měs.)

3) po složení atestace I. stupně v pato-

Boiron Sedalia A4



logické anatomii - praxi lze uznat automaticky jako ukončený společný základ

4) **v ostatních případech a v případě neúspěchu u atestace I. stupně** - postup podle společného základu, tj. je nutné veškerou chybějící praxi doplnit podle požadavků společného základu + povinný kurz + test

5) **zbývající praxi v patologické anatomii z doby specializační přípravy I. stupně** (nad požadovaných 24 měs.) - lze uznat do 2. části specializačního vzdělání, pokud byla absolvována na odpovídajícím pracovišti

f) Hygienický základ (12 měs.) X atestace I. stupně v hygieně a epidem. (30 měs.)

3) **Po složení atestace I. stupně v hygieně a epidemiologii - praxi lze uznat automaticky jako ukončený společný základ**

4) **V ostatních případech a v případě neúspěchu u atestace I. stupně** - postup podle společného základu, tj. je nutné veškerou chybějící praxi doplnit podle požadavků společného základu + test

5) **Zbývající praxi v hygieně a epidemiologii z doby specializační přípravy I. stupně** (nad požadovaných 12 měs.) - lze do 2. části specializačního vzdělání, pokud byla absolvována na odpovídajícím pracovišti

Posuzování splnění praxe společného základu, včetně uznávání jiné praxe, provádí katedra, která připravila program společného základu a bude organizovat kurzy a testy pro společný základ (tj. interního lékařství, chirurgie, pediatrie, radiodiagnostiky, patologické anatomie a hygieny a epidemiologie)!

3) **Lékaři**, kteří splňují požadavky společného základu, se přihlásí do povinného kurzu (pokud byl stanoven), event. na vypsání termínů pro absolvování testu, který organizuje příslušná katedra IPVZ, **zašlou kopii logbooku / indexu** (kde není logbook) se zhodnocením praxe školitelem **společně s přihláškou do kurzu na Studijní oddělení Budějovická 15, Praha 4**. Dokumentace o praxi bude předána na katedru.

4) **Zodpovědnost za splnění nese školenec a školitel uvedený v indexu / logbooku**

5) **Vedoucí kurzu** zhodnotí splnění požadavků zhodnocením logbooku / specializačního indexu a zajistí pozvání do kurzu, event. jen na test

6) **Vedoucí kurzu provede záznam do indexu / průkazu odbornosti** po úspěšném absolvování kurzu a testu.

7) **Absolvování kurzu Lékařské první pomoci a semináře Základy zdravotnické le-**

gislativy není podmínkou pro ukončení společného základu, ale podmínkou k atestaci (tak jako u jiných oborů bez společného základu).

8) **Test pro ukončení společného základu - koná se vždy v Praze, opakování je možné nejdříve za 3 měsíce**, ale není limit pro počet opakování. **První test bude v rámci poplatku za kurz, jeho případné opakování se bude již platit.**

9) **Pokud jste ještě nevypsali kurzy pro společný základ a nestanovili termíny pro absolvování testu, prosím o jejich nahlášení co nejdříve.**

2.3 Logbook a doklady o absolvované praxi

1) Všechny požadované výkony podle vzdělávacích programů je nutné doplnit do logbooku a potvrdit školitelem.

2) Pokud výkony podle dřívějších specializačních náplní lékař již zaznamenával do starých logbooků, lze tyto logbooky nadále používat nebo si vyžádat nový logbook a předkládat logbooky oba. Není třeba dříve absolvované výkony přepisovat, staré výkony event. dosvědčí primář, školitel svým potvrzením.

3) Prosím o dohled na identifikaci držitele logbooků, musí být vždy podepsán!

3. Platnost kurzů, stáží, seminářů, testů

1) **Platnost absolvování povinných školicích akcí před atestací - po dobu 5 let.** Jde o specializační kurzy, stáže, kurz lékařské první pomoci / neodkladné péče, semináře ze zdravotnické legislativy před I. a vyšší atestací (oba semináře jsou rovnocenné); v případě specializace veřejného zdravotnictví není seminář povinný.

2) **Platnost úspěšně absolvovaných testů - 2 roky.** Jde o testy na konci specializačního kurzu, stáže, které jsou předpokladem přístupu k atestaci nebo testy, které jsou součástí atestace.

4. Přihlášky k atestacím

3) V současné době dostáváte do rukou přihlášky pro podzimní atestace tak, jak byly podány. V případě přihlášek těch, kteří se omluvili nebo neuspěli, zůstávají přihlášky původní, ale v případě jakýchkoliv změn, včetně doplnění praxe, je třeba tyto změny doplnit nebo nahlásit na Studijní oddělení.

4) Pro atestace v jarních termínech budou vyžadovány již jen nové formuláře přihlášek.

5. Atestace v podzimních termínech

6) **Atestace jsou i nadále plně v kompetenci IPVZ** a budou probíhat podle vyhlášky č. 395/2004 Sb.

7) **Zkušební komise** - ministryně zdravotnictví jmenovala členy zkušebních komisí IPVZ, komory i příslušné odborné společnosti, pouze z nich je možné sestavit komisy na Váš návrh. Seznam členů zkušebních komisí Vám bude předán.

8) Opakování atestací I. a II. stupně nebo nástavbové atestace již není možné! Lékaři a farmaceuti, kteří neuspěli u vyšších atestací a podali přihlášku do 30. června, mohou přistoupit k atestaci podle nového vzdělávacího programu (pokud jej splňují) již v nejbližším termínu, tj. podzim 2005. Neúspěšný pokus o atestaci II. stupně nebo nástavbovou se nebude počítat.

6. Získání specializací v nelékařských oborech

2) Získání specializací jiných odborných pracovníků i nadále probíhá podle starých právních předpisů a původních specializačních náplní.

3) Zkušební komise - i pro tyto zkoušky je třeba nominovat kvalifikované examinátory. Prosím proto o zaslání návrhů na členy komise (lékaře a zejména nelékaře s příslušnou specializací) do 15. září.

4) Vzdělávací programy - prosím o dodání v těch oborech, kde nebyly dosud zaslány rovněž do 15. září

7. Další informace

O problémech, které jsou stále předmětem řešení - např. finanční zajištění specializačního vzdělávání, doktorandi, akreditace aj. - budou sdělovány průběžně.

Doufám, že uvedené informace jsou srozumitelné a použitelné pro naši další spolupráci.

Děkuji Vám všem i Vaším spolupracovníkům za Vaši práci a přeji příjemnou a zaslouženou dovolenou a načerpání nové energie do podzimního období.

S úctou

PhDr. Jana Krejčíková

Nutricia Hamilon A4

Současná situace v zásobování jódem

Adekvátní zásobením organismu jódem je nejdůležitější podmínkou pro dostatečnou tvorbu hormonů štítné žlázy. Hormony štítné žlázy mají zásadní vliv především na regulaci intracelulárního metabolismu všech buněk lidského organismu. Z tohoto důvodu vede porucha tvorby hormonů štítné žlázy, způsobená nedostatečným přísunem jódu, k poruchám růstu, k patologickému vývoji jednotlivých orgánových systémů, ale především ke zpomalení duševního vývoje.

Čím dříve tato porucha nastává, tím je poškození těžší. Pokud tento problém nastává již prenatálně či v raném dětství, pak jsou poruchy často ireverzibilní. Lidský plod začíná tvořit vlastní hormony štítné žlázy kolem třináctého týdne nitroděložního vývoje. V první polovině gravidity jsou nároky na hormony štítné žlázy hrazeny výhradně mateřskými hormony, v druhé polovině gravidity je podíl mateřských hormonů jen 20%. Postižený plod, způsobený nedostatečným zásobením hormony štítné žlázy, již nelze po narození zcela napravit. Mezi nejdůležitější měřítko zásobením organismu jódem v patří :

a) Jodurie - nebo-li koncentrace jódu v moči. Hodnoty nad 100 ug/l svědčí pro dostatečné zásobením organismu, pokles koncentrace jódu v moči pod 50 ug/l již znamená závažný nedostatek jódu a hodnoty pod 20ug/l znamenají těžký jódový deficit s vysokým rizikem orgánových poruch. Toto vyšetření se používá pro hodnocení zásobením populaci jódem.

b) Hladina TSH při novorozenecké screeningu kongenitální hypotyreózy je odrazem mateřského zásobením jódem.

V první polovině devadesátých let došlo ke zhoršení zásobením populace jódem z řady důvodů:

1) Zvýšený dovoz kuchyňské soli s malým nebo žádným obsahem jódu

2) Mírné snížení spotřeby soli (režimová opatření při hypertenzi)

3) Používání nestabilního jodidu sodného k jodidaci soli.

Důležitým faktorem bylo používání soli bez jódu v potravinářském průmyslu. Populační studie v té době ukázaly pokles jodurie a endokrinologové očekávali zvýšený výskyt onemocnění štítné žlázy. Tato nepříznivá situace si, v roce 1993, vyžádala vznik „Mezirezortní komise pro řešení jódového deficitu“.

Tato komise navrhla určitá opatření:

1) zvýšení limitu pro obsah jódu ve vyráběné či dovážené soli.

2) jodid sodný byl nahrazen stabilním jodidnanem sodným

3) výrobci potravin začali používat potravinářskou sůl obohacenou jódem

4) zvýšil se obsah jódu v preparátech určených pro těhotné a kojící ženy (stejně jako v náhradách mateřského mléka).

Zdravotnická veřejnost byla opakovaně nabádána k podávání jodidových tablet těhotným a kojícím ženám. Bylo doporučováno vyšší zastoupení mořských ryb ve stravě, především u předškolních a školních dětí.

Mezirezortní komise od doby svého vzniku uděluje tzv. „**jódové logo**“ - značku, která označuje potraviny obsahující vyvážené množství jódu. V oblasti umělé kojenecké výživy získala toto logo například značka kojenecké dětské mléčné výživy Sunar.

Díky uvedeným opatřením došlo ve druhé polovině devadesátých let k výraznému zlepšení zásobením celé populace jódem. Avšak i při příznivém zásobením naší populace jódem existují určité skupiny, u kterých nacházíme jódový deficit častěji. Jedná se především o těhotné ženy (kromě vyšší potřeby jódu je v těhotenství někdy doporučováno omezení soli ve stravě), kojící ženy, malé děti a adolescenty.

Na druhou stranu i vysoké dávky jódu mohou znamenat určité riziko. Této situaci se věnovala i „Konference k prevenci jódového deficitu v ČR“, která se uskutečnila v březnu tohoto roku ve Státním zdravotním ústavu v Praze. Příliš vysoký přísun jódu nastává nejčastěji jeho dodávkou v mléce, vejcích, mořských rybách, mase spolu s podáváním různých multivitaminových preparátů s obsahem jódu nebo přímo jodidových tablet. Neplatí, že čím více - tím lépe, nebo představa, že vysokou dodávkou jódu zvýšíme inteligenci svého potomka. U většiny lidí vysoký přísun jódu nevyvolá problémy, ale pokud dochází k „předávkování“, u pacienta s onemocněním štítné žlázy mohou se zdravotní problémy objevit. Obecné pravidlo „všeho moc škodí“ platí i v zásobování jódem.

*Z materiálů konference zpracoval
MUDr. Bohuslav Procházka,
předseda komise OSPDL ČLS JEP pro výživu.*

V Číně udeřila odolná bakterie

Záhadná epidemie, jež propukla na jihovýchodě Číny, skončila děsivou bilancí. Oficiální statistiky zaznamenaly 214 nemocných a celkem 39 mrtvých. Úmrtnost nakažených lidí se blížila 20 procentům. Mnohé oběti choroby zemřely v ten samý den, kdy se u nich projeví první příznaky onemocnění - vysoká horečka, vyčerpání, nevolnost. Nemocní rychle upadali do komatu a na těle jim naskakovaly modřiny.

Bylo jasné, že zdrojem nákazy jsou domácí zvířata, protože onemocněli především rolníci, kteří poráželi vepře nebo ovce. Světová zdravotnická organizace okamžitě vyhlásila poplach. Její experti se obávali nejhoršího - propuknutí epidemie ptačí chřipky nebo návratu nemoci SARS.

Příčina záhadné choroby byla nakonec „prozaičtější“. Vyvolává ji prasečí bakterie *Streptococcus suis*, jež doposud nebyla považována za příliš nebezpečnou.

Z lékařské literatury nebylo známo více než 150 případů, kdy se touto bakterií nakazili lidé. Většina z nich se bez velkých problémů vyléčila penicilinem. Tentokrát ale prasečí streptokok penicilinu odolával.

Podle mnoha odborníků je odolnost bakterie důsledkem nadměrného využívání antibiotik, k němuž dochází v Asii jak u lidí, tak i u zvířat. Zvýšená odolnost k antibiotikům je v této části světa patrná u řady choroboplodných bakterií. „Na Novém Zélandu nebo v USA se penicilin běžně používá pro léčbu zápalů plic vyvolaných jeho hlavním původcem - bakterií *Streptococcus pneumoniae*,“ říká hongkongský farmakolog Raymond Mak. „V Hongkongu je však tento streptokok mnohem odolnější. Musíme proti němu nasadit jiná antibiotika. Pokud na něj penicilin přece jen zabere, tak jen v podstatně vyšších dávkách, než jaké se ordinují za běžných okolností.“ Lékaři vidí hlavní příčinu v nadměrném a často zcela zbytečném předepisování antibiotik asijskými lékaři. Mnohá antibiotika tu lze volně koupit. Lidé je proto užívají i proti takovým virózám, jako je rýma či chřipka. Tato skupina léků ovšem na viry nemá vůbec žádný účinek.

Farmaceuti varují, že pokud se tento nezodpovědný přístup nezastaví, dojde příliš rychle k radikálnímu zúžení spektra účinných antibiotik. Jestliže dříve mohli lékaři na antibiotikum spoléhat přibližně 20 roků, dnes ztrácejí tyto léky účinnost po deseti, a někdy dokonce už po pěti letech.

Přitom vývoj nového antibiotika si s použitím současných postupů vyžádá 20 až 30 roků.

Největší nadějí jsou nové technologie přinášející buď zrychlení stávajících technik, nebo zcela nový přístup k léčbě. Ty ovšem mohou a nemusí přijít. Je to sázka na budoucnost, se nemusí vyplatit.

Kojenecká výživa s vyváženým složením tukové složky

Ing. Ctibor Perlín, Ph.D.

Společnost pro výživu, Praha

Kvalita tuků jako živin závisí převážně na složení jejich mastných kyselin (MK), zejména z pohledu jejich nasycenosti. Nasycené MK, jejichž příjem bychom měli omezovat, najdeme převážně v tucích živočišného původu, ale také v tuku kokosovém. Nenasycené MK s jednou dvojnou vazbou (monoenové MK) jsou zastoupeny převážně kyselinou olejovou (C_{18:1}). Jejich spotřeba je ze zdravotního hlediska preferována. MK s více dvojnými vazbami (polyenové) ještě rozlišujeme na MK řady n-6 (ω-6), jejichž hlavním zástupcem je kyselina linolová (C_{18:2}) a MK řady n-3 (ω-3) s hlavním zástupcem kyselinou linolenovou (C_{18:3}). Indexy u označení těchto kyselin písmene C udávají počet uhlíků a po dělítku počet dvojných vazeb. Zdrojem n-3 MK jsou především mořské ryby, které obsahují kyseliny eikosapentaenovou EPA (C_{20:5}) a kyselinu dokosaheptaenovou DHA (C_{22:6}). Pro úplnost je nutné zmínit ještě trans MK, což jsou nenasycené MK vznikající v zažívacím traktu přežvýkavců anebo ve větším měřítku jsou výsledkem zpracování (ztužování) rostlinných olejů při výrobě margarínů. Z výživového hlediska jsou nežádoucí především proto, že jsou rizikové s hlediska možnosti vzniku kardiovaskulárních onemocnění.

Vzhledem k fyziologickému účinku mastných kyselin se současná doporučení na jejich spotřebu ustálila na poměru 1 : 1,4 : 0,6 (nasycené - monoenové - polyenové) a poměr mezi n-6 a n-3 mastnými kyselinami by měl být v denní stravě v rozmezí 5 až 2 : 1. Nově se uvádí i doporučení k příjmu trans MK, který by neměl být vyšší než 2% celkového energetického příjmu.

U polyenových mastných kyselin s dlouhým řetězcem nad C18 (LCP tuky) byl prokázán jejich vliv na snižování hladiny krevního cholesterolu jako prevence kardiovaskulárních onemocnění, i když je zřejmé, že nejsou faktorem jediným. Mají klíčovou roli ve vývoji mozku, očí a nervového systému u plodu i v pozdějším období života. Na druhé straně tyto kyseliny, díky značnému počtu dvojných vazeb, snadno podléhají oxidačním změnám. Proto musí být, pokud nejsou přirozenou součástí potravin, podávány ve stabilizované formě a proto také jejich dávka byla ve výživových doporučeních snížena.

Výživa má důležitý vliv na individuální zdraví jedince od embryonální fáze, přes kojenecký věk až do pozdního věku. To je jeden ze závažných důvodů, proč se do receptur náhradní i pokračovací kojenecké výživy přidávají n-3 MK. Klinické výzkumy prokázaly jejich kladný vliv na zdraví kojenců nejen v kojeneckém věku, ale i v dalších fázích života.

Některé výrobky kojenecké výživy obsahují vedle LCP tuků i přísádky nukleotidů. Tyto látky podporují funkčnost LCP tuků, podporují rozvoj imunitního systému, potencují střevní mikroflóru a tím i trávení a disponují dalšími pozitivními účinky. Nukleotidy jsou stavebními kameny nukleových kyselin a lze je považovat za univerzální znaky života jako takového. Jejich přísádky je v souladu s vyhláškou o potravinách pro zvláštní účely, konkrétně přímo pro kojeneckou výživu. Jedním z výrobků tohoto typu je např. počáteční mléčná kojenecká výživa Sunar baby premium.

Státní zdravotní ústav, Praha,

odborná skupina pro výchovu ke zdraví vydává každoročně kolem 30 titulů neperiodických publikací (letáky, brožury, plakáty) s tematikou podpory zdraví a prevence nemocí. Publikace jsou určeny jak široké veřejnosti, tak zdravotnickému personálu a jsou poskytovány zdarma. Seznam vydaných titulů lze najít na www.szu.cz nebo se lze informovat na tel. 267 082 986. Potřebné informace a publikace lze také získat v **odděleních podpory zdraví zdravotních ústavů se sídly v jednotlivých krajích městech.**

Zdravotní ústav se sídlem v Praze

Jasmínova 2905/37, 106 00 Praha 10

tel.: 222 586 973

Zdravotní ústav se sídlem v Kolíně

U nemocnice 2, 280 01 Kolín

tel.: 321 739 013 - 14

Zdravotní ústav se sídlem v Č. Budějovicích

L. B. Schneidera 32, 370 71 České Budějovice

tel.: 387 712 360

Zdravotní ústav se sídlem v Plzni

Tylova 20, 301 25 Plzeň

tel.: 378 037 710 - 11

Zdravotní ústav se sídlem v K. Varech

Bezručova 8, 360 21 Karlovy Vary

tel.: 352 323 113

Zdravotní ústav se sídlem v Ústí n. L.

Moskevská 15, 400 01 Ústí nad Labem

tel.: 472 770 155

Zdravotní ústav se sídlem v Liberci

U síla 1139, 463 11 Liberec

tel.: 485 253 174

Zdravotní ústav se sídlem v Hradci Králové

Habrmanova 19, 501 01 Hradec Králové

tel.: 495 058 328, 495 058 332

Zdravotní ústav se sídlem v Pardubicích

Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

tel.: 466 019 519

Zdravotní ústav se sídlem v Jihlavě

Vrchlického 57, 587 25 Jihlava

tel.: 567 574 733, 567 574 730

Zdravotní ústav se sídlem v Brně

Gorkého 6, 602 00 Brno

tel.: 541 421 219

Zdravotní ústav se sídlem v Olomouci

Wolkerova 74/6, 779 11 Olomouc

tel.: 585 719 237

Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě

Partyzánské nám. 7, 702 00 Ostrava

tel.: 596 200 466, 596 200 450

Zdravotní ústav se sídlem ve Zlíně

Havlíčkovo nám. 600

tel.: 577 553 160



Zajímavosti ze světa odborné literatury

Dentální karies

Zatímco dentální karies se mnohdy objevuje brzy po prořezání prvních mléčných zubů, autoři ve své práci naznačují možnost, že podmínky pro vznik karies se objevují již v predentálním stádiu a to kolonizací *Streptococcus mutans* (SM). Z našeho pohledu je však nutné zdůraznit, že v bezzubých ústech kojence může SM tvořit pouze součást přechodné flóry. Nejsou zde ještě možnosti pro trvalou implantaci, která vznikne až po prořezání prvních dočasných zubů. V předložené studii autoři vyšetřovali kolonizaci tohoto mikroba v asociaci s orálním vývojem Bohnsových nodulů u 60 nezralých a 128 zralých novorozenců ve stáří 3 měsíců. SM byl izolován již u 30% dětí a orální vývoj nodulů pozorován u 55 % dětí. Při srovnávání nezralých a zralých novorozenců v uvedeném stáří 3 měsíců věku vykazují nezralé děti vyšší prevalenci SM, a to ve 34 %, oproti 20 % u zralých dětí. Stejně tak vývoj nodulů u nezralých dětí se objevuje v 61% oproti 42% u zralých novorozenců. V obou skupinách byl SM pozitivně asociován s hladinou bakterií ve slinách matek. Navíc byla přítomnost SM potvrzena opakovaným vyšetřením vzorků slin u dětí v 6.měsíci věku. Výsledky práce tedy ukazují, že mnozí kojenci jsou osídleni SM svými matkami a to již ve 3.měsících věku, před erupcí zubů. Toto je potvrzení názorů, že rezervoárem ústního mikrobiálního osídlení dítěte je ústní mikrobiální flóra matky. Pro detekci flóry kojenců i jejich matek využívali autoři Dentocult - SM strip mutans test (ORION).

K tomu podotýkám informace z dalších prací, že American Academy of Pediatric Dentistry a America Dental Association doporučují první návštěvu dítěte u stomatologa v prvním roce věku dítěte a také upozorňují na větší stomatologické problémy dětí s mléčnými zuby, které se narodily předčasně. Zdůrazňují, že pro rodiče nezralých dětí by měla být návštěva stomatologa v prvním roce imperativem.

J.Dent.Res. 2001, 80 (10), 1945-1948

Probiotika

Opakovaně je v posledních létech prodiskutována otázka vztahu mezi střevními záněty nebo změnami a atopickou dermatitidou. Právě proto se mluví o **vlivu probiotik, (probiotických laktobacilů), které mohou zmírnit střevní zánět a zesílit intestinální funkční bariéru u dětí s atopickou dermatitidou.**

Narušení intestinální mucosální bariéry se zdá být příčinou mnohých změn na kůži. Probiotika vykazují mucosální imunní odpověď a redukuje intestinální zánět u dětí s potravinovou alergií. Probiotický mechanismus zahrnuje stimulaci epiteliální mucinové produkce, zvýšení produkce IgA a stimulaci protizánětlivých cytokinů. Zvýšený alergenový transfer může i stimulovat specifickou produkci IgE a povýšit lokální zánětlivou reakci. Po dobu 6-ti týdnů

bylo u skupiny 41 dětí s atopickou dermatitidou středního nebo těžšího stupně podáváno probiotikum *Lactobacillus*. Gastrointestinální symptomy byly registrovány před a během léčení a intestinální permeabilita byla měřena lactulozo-manitolovým testem. Ze závěrů vyplývá, že během suplementace *Lactobacilem* poklesla frekvence gastrointestinálních symptomů 39% oproti 10%. Byla pozitivní asociace poměru lactuloza : manitol a těžkostí ekzému. Po probiotické léčbě se poměr lactuloza : manitol snížil. V diskusi je uváděn logický příklad podávání *Lactobacila* u dětí s Crohnem, což také vedlo k poklesu permeability a zmenšení potíží. Pro vyjasnění, velkou molekulou je lactuloza ve srovnání s malou molekulou, manitolem. Pokles exkrece manitolu může signalizovat, že mucosální povrch je redukován. Manitol je absorbován malými póly v membráně enterocytů a na druhé straně lactuloza může být absorbována patologickými paracelárními cestami. Také mnoho pacientů s atopickou dermatitidou má zvýšené sérové hladiny IgE, zvýšený počet imunoreaktivních IgE v duodenální biopsii. Na druhé straně ale redukce expozice vzdušným nebo potravinovým alergenům zřídka zlepšuje ekzém. Ale je možné zvýšení antigenového transferu, stimulačního IgE produkci a povyšujícího lokální zánětlivou reakci. Z laboratoře se také ukazuje, že poměr lactuloza : manitol byl vyšší u dětí s těžkými ekzémy. Intestinální permeabilita je také více zvýšena u kojenců než u starších dětí. Je zřejmě důležité ovlivnit v kojeneckém věku maturaci intestinálního imunního systému. Není pochyb, že exogenní administrace užitečných bakterií může být přínosná v prevenci atopické dermatitidy.

J.Pediatr. 2004., 145: 612 - 616

Dětská obezita

Zvýšená zátěž organismu obezitou může hrát roli při postižení ledvin, zvláště dospívajících jedinců. Byl proto zkoumán **efekt dětské obezity na glomerulární a tubulární proteinovou exkreci jako rizikového faktoru.** Zaměřili se proto na albuminovou a Beta 2 mikroglobulinovou exkreci a zároveň jejich asociaci s obezitou jako kardiovaskulárním faktorem. Zvýšená exkrece močových proteinů, albuminem indukovaná hyperfiltrace i přímo zvýšená mikroalbuminurie jsou indikátorem narušené glomerulární permeability. Zvláště zvýšení i Beta 2 mikroglobulinové exkrece je senzitivním ukazatelem proximální tubulární dysfunkce. Byla měřena exkrece pomocí močového poměru albumin/kreatinin a Beta 2 mikroglobulin/kreatinin. Zvýšení močové exkrece albuminu je ukazatelem m.j. endoteliální dysfunkce, zvláště u diabetiků. Je nutné brát v úvahu, že u obesních mladých jedinců je „nepořádek“ karbohydrátového metabolismu - bývá zde hyperinsulinémie a alterace glukosového testu. Opět je zde otázka hyperinsulinémie, insulinové resistance s následným vývojem metabolického

syndromu. Je také zajímavé, že obesní děti s jedním znakem metabolického syndromu měly signifikantně nižší poměr albumin / kreatinin než obesní děti s více znaky metabolického syndromu. Je evidentní, že zvýšení albuminové exkrece jako indikátoru endoteliální dysfunkce je nezávislým prediktorem aterosklerózy a zvýšené kardiovaskulární morbidity a mortality u diabetiků a dospělé populace. Ukazuje se však také, že i v dětském věku, při stoupajícím počtu obesních dětí, je postižení ledvin dalším komplikujícím faktorem obesity a to jak ve smyslu glomerulárního, ale i tubulárního postižení.

Eur.J.Pediatr., 2005, 164. 44-49.

Helicobacterová infekce

V současné době byla udělena Nobelova cena za výzkum *Helicobacterové* infekce a také v našem časopise jsme se tímto onemocněním a diagnostikou zabývali a zabýváme. Na základě prohlubování znalostí se objevují již další zajímavé souvislosti, na které stačí v praxi myslet.

Na universitě v anglickém Liverpoolu vyšetřovali u všech dětí s chronickými bolestmi břicha IgG protilátky jako doklad možné přítomnosti *Helicobacterové* infekce. (Podotýkáme, že jsme v letošním roce prezentovali práci s vyšetřováním i IgA, které je daleko signifikantnějším ukazatelem). Autoři protilátky IgG našli 14% dětí, které se prezentovaly s bolestmi břicha, ale jen 64% z nich mělo při následné endoskopii obraz gastritidy. Při tomto však zjistili zajímavou **asociaci mezi HP gastritidou a autoimunní hepatitidou** u 13-ti letého chlapce. Jednalo se o pacienta s náhlým začátkem žloutenky. V anamnéze nebyla žádná transfuze, abusus drog, hepatitidy A,B,C, nebyl defekt antitrypsinu ani změny hladiny ceruloplasminu. Obraz žloutenky odpovídal hodnotě přímého bilirubinu 71 umol/l., ALT 572IU/l., GGPT 52 IU/l., mírná alterace koagulačních testů. Nalezeny pozitivní protilátky proti hladkému svaly a protilátky antinukleární, dále zvýšení IgG i jeho frakcí. Sono jater v normě. Při gastroduodenoskopii nalezena duodenitis a kolonizace HP, při histologickém vyšetření jater pak obraz autoimunní hepatitidy. Z výše uvedených důvodů nasazená omeprazol na HP po dobu 2 týdnů a pak steroidy a azathioprin na hepatitidu. Po několika týdnech se jaterní testy desetinasobně zlepšily, HP negativní. Nutno podotknout, že prevalence HP je větší u pacientů s autoimunní hepatitidou a s hepatocelulárními carciny. Není však zatím známa žádná role dlouhodobé přítomnosti HP a vzniku autoimunní hepatitidy.

Eur.J.Pediatr. 2005, 164. 54-55

Ve spolupráci s firmou MUCOS zpracoval MUDr. J. Liška, CSc.



Aktuality

Nobelova cena objevitelům příčiny žaludečních vředů

Australští vědci Barry Marshall a Robin Warren jsou letošními laureáty Nobelovy ceny za fyziologii a lékařství.

Nobelova komise je ocenila za jejich pětadvacet let starý objev, kdy dvojice vědců zjistila, že příčinou vzniku drtivě většiny žaludečních vředů a zánětů není stres či špatná strava, ale zvláštní bakterie *Helicobacter pylori*.

Žaludeční vředy a vředy na dvanácterníku přestaly být díky jejich objevu chronickým onemocněním, které často vedlo k operativnímu zákroku. Dnes se okolo 90 procent těchto případů řeší antibiotiky a dalšími léky. „Je to samozřejmě ta nejlepší věc, která se ve vědecké medicíně může člověku stát. Je to neuvěřitelné,“ řekl čtyřiapadesátiletý Marshall v telefonickém rozhovoru z australského Perthu, kde spolu se svým o čtrnáct let starším kolegou oslavili udělení ceny pivem a šampaňským. Jejich objev byl v roce 1982 tak překvapivý, že jim trvalo několik dalších let, než přesvědčili vědeckou veřejnost. „Názor, že vředy prostě způsobuje stres a podobné věci, byl tak zakořeněný, že nikdo nechtěl věřit, že za tím je bakterie. Muselo to přijít z tak podivného místa, jako byl Perth, protože nikde jinde by to nikoho nenapadlo,“ vzpomínal včera Marshall.

Výzkum nemoci žaludku prováděl se svým kolegou Warrenem od roku 1979, kdy si všimli, že záněty se vždy objevovaly v souvislosti s přítomností neznámé bakterie ve spodní části žaludku. Konečnému objevu pomohlo štěstí, když Marshall zapomněl v roce 1982 jeden ze vzorků přes Velikonoce v laboratoři. Když se za pět dní vrátil, našel ve zkumavce vzorovou kulturu bakterie nazvané později *Helicobacter pylori*. „Byla to trochu náhoda. Ale řada velkých objevů byla přece kombinací náhody a připravené mysli,“ uvedl člen Nobelovy komise Sten Grillner.

Warren a Marshall rozšířili počet Australanů, kteří získali Nobelovu cenu, na osm. Součástí ceny, kterou si mohou převzít 10. prosince ve Stockholmu, je i šek na 1,3 milionu dolarů. Včerejší lékařské ocenění odstartovalo vyhlašování letošních laureátů Nobelovy ceny. Následovat bude fyzika, chemie, literatura, cena za mír a ekonomii.

Placebo vyrábí v mozku endorfiny

Placebo spouští opioidní systém mozku. Placebo efekt je tedy zcela reálný. To je zjištění amerických vědců, o kterém informovali v *Journal of Neuroscience*.

Často zanedbávaná psychologická stránka léčby tím opět získala na důležitosti.

Placebo je jedním z obecně proslulých lékařských triků. Vypadá jako každá jiná pilulka, čípek nebo případně injekční stříkačka, ale neléčí, neobsahuje účinnou látku. Lékaři placebo mohou nasadit přímo pacientům v praxi, například když je chtějí z mnoha různých důvodů uklidnit, nebo placebo slouží jako kontrolní látka při testování nových léků. Část pokusných osob je dostane místo studovaného přípravku a lékaři věří, že tím odfiltrují psychologický efekt přijetí léčiva jako takového.

Pomáhá proti bolesti

Již dlouho se ví, že lidem trpícím bolestí, kteří si myslí, že dostali na své útrapy lék, často pomáhá i pouhé placebo. Obvykle se má za to, že jde o čistou psychologii, lidově řečeno výmysl. Nedávná studie týmu badatelů z americké University of Michigan v Ann Arbor však ukazuje, že problém je mnohem zajímavější. Placebo totiž podle jejich zjištění ve skutečnosti nepřelstí jen mysl, ale i tělo. Efekt placebo je podle nich naprosto hmatatelný - spustí produkci našich vlastních vnitřních opioidů - endorfinů.

Badatelé testovali čtyři desítky dobrovolníků, zdravých mužů mezi 20 a 30 lety. Během testů jim vědci záměrně vytvářeli bolest v čelisti pomocí infuze látky působící bolest. Dobrovolníci každých patnáct vteřin hlásili na stupnici od 1 do 100, jak moc je to bolí. Nejčastěji uváděli bolest o síle

30. Aniž to dotyční věděli, jejich odhad bolesti sloužil k udržování stálé intenzity bolesti, výzkumníci podle potřeby zvyšovali či snižovali intenzitu infuze. (Naše vlastní endorfiny totiž pocit bolesti v průběhu času snižují - pro účely experimentu bylo nutné tuto automatickou reakci odlišit od účinků placebo.) Pak bylo mužům podáno placebo (v tomto případě roztok soli). Všechny, kteří dostali placebo, to bolelo méně.

Badatelé se však nespokojili s jejich hlášením a aktivitu jejich mozku snímali pomocí pozitronové emisní tomografie (PET). Vpíchli jim radioaktivně značenou látku, jež se váže na tytéž opioidní receptory jako endorfin, a tím pádem mohli elegantně sledovat, jaké množství endorfinů mozek vytváří. Poté dobrovolníky třikrát proskenoval PET - před začátkem experimentu, během bolesti před podáním placebo a po vlastním podání placebo. Polovina dobrovolníků nejprve cítila bolest a pak dostala placebo a druhé půlce nejprve podali placebo a pak je vystavili bolesti bez placebo.

Vyplavuje endorfiny

Vždy po podání placebo mozky dobrovolníků uvolnily více endorfinů než za normálních okolností. Placebo efekt je tedy úplně reálný, přesněji řečeno, pokud pomineme hodně nepravděpodobnou možnost, že v tomto konkrétním případě nějak divně působí sůl ze slané roztoku. Experiment podle všeho potvrzuje četná pozorování a autoři studie spekulují, že placebo dosud neznámým způsobem spolupracuje s vnitřním endorfinovým systémem snižování bolesti. Ten máme proto, aby nám velká bolest, ke které občas můžeme přijít, nezpůsobila příliš velké škody.

Studie má poměrně dalekosáhlé důsledky. Často zanedbávaná a podceňovaná psychologická stránka léčby nabývá ještě větší důležitosti než kdy



**PEDIATRICKÉ
FORUM ZLÍNSKÉ ČTYŘKY**

Dovolujeme si Vás pozvat na odborný seminář

PEDIATRICKÉ FORUM ZLÍNSKÉ ČTYŘKY

3. 12. 2005
DK Elektra Luhačovice
9⁰⁰ — 17⁰⁰ hodin

Seminář má lékařskou a sesterskou sekci
a je zahrnut do systému
celoživotního vzdělávání ČLK a ČAS.

Informace a přihlášky najdete na

www.bpp.cz/zlinska4



předtím. Na druhé straně bude potřeba přehodnotit metodické postupy ověřování nových léků, při nichž se využívá placebo. Je jasné, že není tak úplně bez efektu, jak se vždy mlčky předpokládalo, o spoustě už provedených pokusů, které to mohlo nějak ovlivnit, ani nemluvě.

Lidský mozek se stále vyvíjí

Někteří lidé mají geny, které jim poskytují evoluční výhodu nad ostatními. Část populace nosí geny, které se poprvé objevily teprve před šesti tisíci roky. Jde o důkaz pokračující evoluce.

Na první pohled to vypadá, že se evoluce člověka dávno zastavila. Pravěký lovec mamutů jako kdyby dnešním lidem z oka vypadl. V tričku a kraťasech by mohl projít v pravé poledne Václavským náměstím a vzbudit by pozornost nejvýše svou atletickou postavou. Zdání však klame. Čínský genetik Bruce Lahn působící na University of Chicago získal přesvědčivé důkazy, že evoluce člověka probíhá dál a zřejmě mění i lidský mozek.

Bruce Lahn se soustředil na dvojici genů. Jeden kóduje bílkovinu zvanou mikrocefalin a druhý nese označení ASPM. Lidé postižení mutací jednoho z těchto genů se rodí s chorobně zmenšeným mozkem, s tzv. mikrocefalií. Vnitřní stavba mozku není při této nemoci výrazně pozměněna, ale mozek obsahuje méně buněk. Způsob, jakým oba geny regulují množení buněk v mozku, zůstává zahalen tajemstvím. Je možné, že každý gen spouští zcela odlišné pochody.

Ze srovnání s obdobnými geny lidoopů vyplynulo, že se lidské varianty genů objevily a velmi rychle rozšířily v období vzniku prvních lidí. Lahn je přesvědčen, že změna funkce obou genů vyvolala náhlé zvětšení mozku, jež odlišuje první zástupce rodu Homo od jejich předchůdců z řad australopiteků. Ve svých posledních studiích prozkoumal Bruce Lahn nedávné evoluční osudy genů důvodně podezřelých z vývoje velkých lidských mozků. Prověřil gen pro mikrocefalin u zástupců různých etnik a objevil 86 variant. Jednu z nich neslo v dědičné informaci neuvěřitelných 33 procent vyšetřených lidí. Zbývajících 85 variant se vyskytovalo s četností od 0,6 do 6,2 procenta. Takový rozdíl zjevně není dílem slepé náhody. Vlastnictví oné jediné, velmi rozšířené varianty musí svým nositelům zajišťovat značnou evoluční výhodu. Velkým překvapením je nízké stáří výhodné varianty genu. Poprvé se objevila v dědičné informaci lidstva zhruba před 37.000 roky, tedy v době, kdy lidé druhu Homo sapiens osidlovali Evropu.

Podobné výsledky přineslo i zkoumání genu ASPM. Ze 106 odhalených variant se jedna vyskytuje u pětiny lidí, zatímco zbývající nepřekročily tři procenta. Evolučně úspěšná varianta genu ASPM je ještě mladší. Začala se šířit zhruba před 5800 roky.

Jsou Afričané méněcenní?

Lidský mozek se podle Lahna stále vyvíjí a prošel díky genetickým změnám významnými inovacemi dávno poté, co se na Zemi objevili moderní lidé. Mnozí genetici však podrobili Lahnovy studie publikované v prestižním vědeckém týdeníku Science tvrdé kritice. Nepochybují o tom, že nejčastější varianty genu pro mikrocefalin a genu ASPM dávají svým nositelům významnou výhodu. Upozorňují však na skutečnost, že výhodné varianty genů nemusí vůbec ovlivňovat duševní výkonnost. Tyto geny mohou sehrávat významnou roli i ve funkcích jiných orgánů. K jejich rozšíření by došlo například i v případě, že naše předky chránily před některou z nebezpečných nakažlivých chorob.

Odborníci se zároveň netají obavami z nevědeckých interpretací výsledků Lahnových studií. Evolučně výhodné varianty genů v zásadě chybí subsaharské populaci obyvatel Afriky. Samozřejmě je postrádá i většina obyvatel Evropy, Asie a Ameriky. Ve vzduchu proto visí rasisticky motivované závěry, podle kterých jsou původní obyvatelé Afriky z hlediska genetických dispozic pro fungování mozku „méněcenní“. Stejně tak by mohli být na základě genetických analýz kastování na „nadané“ a „indisponované“ i zbývající obyvatelé planety. Tato argumentace se však může nositelům „lepší“ genů vrátit jako bumerang. Jak?

„Evolučně výhodné varianty nás mohou předurčovat i k hlouposti,“ říká Lahn. „Já osobně o tom pochybuji, ale vyloučit to nelze.“

Hloupost vítězí?

Myšlenka, že hloupost evolučně zvítězí nad inteligencí, není nová. V roce 1994 ji představil americký psycholog Richard Herrnstein v knize The Bell Curve. V knize tvrdí, že míra inteligence je do značné míry dědičná. Vysoce inteligentní lidé si vybírají stejně disponované životní partnery. Většinou se věnují své profesní kariéře a dětí mají málo – pokud se pro jejich zplazení vůbec rozhodnou. Na druhé straně „nepříliš chytrí“ lidé plodí kupy dětí, jež dědí nevalný intelekt rodičů. V důsledku tohoto procesu se nakonec inteligentní lidé ztratí v moři „nepříliš chytrých“ a čeká je vymření. Herrnstein se nevyhýbal ani tvrzení, že rozdíly v genetických základech inteligence jsou patrné i mezi zástupci různých etnik.

Většina genetiků a psychologů závěry Herrnsteina a spoluautora Murrayho ostře odmítá. Za chybný považují už základní předpoklad o značném vlivu genů na míru lidské inteligence.

Vakcína pro vyvolené

Vakcína proti „ptačí chřipce“ je na světě, ale bude jí dost pro všechny?

Dobrou a špatnou zprávu zároveň vyslali do světa američtí producenti vakcín proti „ptačí chřipce“.

Tváří v tvář hrozbě vzniku nového typu chřipkového viru, který by podle odhadů odborníků mohl nakazit pětinu lidstva, se intenzivně připravuje výroba účinné očkovací látky.

Nikdo hrozbu nepodceňuje. Podle odhadů Světové zdravotnické organizace vyhledá při příští „chřipkové ráně“ ošetření 30 milionů lidí a čtvrtina nákazu nepřežije.

Vědci ze St. Jude Children's Research Hospital v americkém Memfisu použili k výrobě vakcíny virus izolovaný z vietnamského pacienta. „Ptačí“ virus označovaný H5N1 oslabili zásahem do dědičné informace. Díky tomu bylo možné virus množit na kuřecích zárodcích a připravit z něj očkovací látku. Neoslabený virus se takto produkovat nedá, protože kuřecí zárodky zabijí. K dispozici jsou výsledky části účastníků ověřovacího testu. Jejich těla vyrábí dost protilátek, aby je ochránily před skutečným „divokým“ ptačím virem H5N1.

Špatná zpráva se týká dávky vakcíny potřebné k nastolení odolnosti proti viru.

„K dosažení hladiny protilátek potřebné ke spolehlivé ochraně před nákazou musí pacient dostat v odstupu čtyř týdnů dvě dávky po 90 mikrogramech čistého usmrceného viru,“ přiznal Anthony Fauci, ředitel National Institute of Allergy a Infectious Diseases, jenž vývoj vakcíny financoval.

Při očkování proti „obyčejným“ chřipkám stačí dávky okolo 15 mikrogramů. Lékaři předpokládali, že proti viru ptačí chřipky H5N1 budou stačit dvě takto velké injekce.

Velká spotřeba očkovací látky představuje ožehavý problém. Hrozí, že farmaceutický průmysl nebude s to zajistit dostatek vakcíny k boji s případnou epidemií.

„V současnosti je to vakcína pro hrstku vyvolených,“ přiznává americký expert na produkci očkovacích látek Jeroen Medema.

Vědci proto hledají možnosti, jak výrobu zefektivnit i zvýšit účinky očkování. Nadějně jsou pokusy s kultivací virů na laboratorně pěstovaných buňkách. Není tak nutné množit vir na kuřecích zárodcích.

Zesílit reakci imunitního systému po očkování se vědci snaží přidáním látek nazývaných adjuvans. Pokud by se našel vhodný „posilovač“, mohla by stačit dávka s 2 miligramy čistého usmrceného viru.

Vakcína jenom pro vyvolené

V souvislosti s nebezpečím šíření nového typu chřipkového viru, tzv. „ptačí chřipky“, probíhají intenzivní přípravy na výrobu účinné očkovací látky. Podle odhadů příští „chřipková rána“ může zasáhnout 30 milionů lidí. Čtvrtina z nich nákazu nepřežije. Velké naděje vědci vkládají do očkovacích látek. Ale při jejich použití se zatím vyskytl nečekaný problém. Vakcína zabírá jenom v „koňských“ dávkách. Vakcíny by bylo pro případ chřipkové epidemie zapotřebí tolik, že ji farmaceutický průmysl nestačí vyrobit. Ptačí chřipka se přitom neustále šíří přes asijskou pevninu k Evropě.

Žádný člověk se sice v Rusku prý nenakazil. České úřady ale zakázaly dovoz kuřat a kuřecích výrobků z Ruska.



„Anatomie“ chřipkového viru

Obal viru tvoří bílkovina a vnitřní dvojvrstva z tuků. V útrokách chřipkového viru je celkem osm genů neustále pozměňovaných náhodnými mutacemi. Jeden z nich vytváří bílkovinu hemagglutinin, která viru otevírá cestu do buňky. Další gen vyrábí enzym neuraminidázu. S jeho pomocí namnožené viry opouštějí infikovanou buňku, aby napadly další oběti. Chřipkové viry typu A se dělí podle variant hemagglutininů (H) a neuraminidáz (N). Odborníci donedávna předpokládali, že člověka dokáže infikovat jen vir s hemagglutininem H1, H2 nebo H3. Ukázalo se však, že ani ptačí chřipkové viry s H4 a H5 nejsou pro člověka neškodné.

Kampaň bojuje proti žloutence

Školáci, návštěvníci kulturních klubů, zdravotnických zařízení či protidrogových center se budou od září setkávat s osvětovou kampaní proti žloutence typu C.

Slečna Radka prodělala v roce 1985 komplikovanou operaci slepého střeva, při níž jí lékaři museli podat krevní transfúzi. Tehdy by ji ani ve snu nenapadlo, že výměnou za odebrání slepého střeva dostane nebezpečnou virovou hepatitidu - žloutenku typu C. Nenapadlo ji to ostatně ani dalších 17 let, po kterých se nemoc nijak neprojevila. „Pak jsem ale začala pociťovat velkou únavu, po sportu i během práce,“ vzpomíná Radka. Lékař, jehož tehdy navštívila, zjistil zvýšené jaterní hodnoty a další vyšetření potvrdilo, že Radka trpí virovou hepatitidu typu C. Následovala téměř roční léčba, v jejímž rámci Radka brala dvakrát denně prášky a jednou týdně si píchala injekci. V počátcích na ni doléhala únava, nevolnost, trápily ji i vypadané vlasy. Léčba, jak se dnes zdá, však byla úspěšná a Radka se může - byť s určitými dietními doporučeními - vrátit zpět do normálního života.

„Virový zánět jater typu C může dlouho probíhat skrytě a pacient může mít jen nespecifické příznaky, jako jsou únava, přechodná ztráta chuti k jídlu, svědění kůže, pocit napětí v pravém podžebří a trávicí obtíže,“ říká doc. MUDr. Petr Urbánek, CSc. ze IV. interní kliniky 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. „Žlutavé zabarvení kůže se nemusí vůbec objevit. Neléčený chronický virový zánět jater může skončit jaterní cirhózou nebo rakovinou jater,“ dodává.

Aby k takovým situacím nedocházelo, přišli odborníci s osvětovou kampaní, která má za úkol informovat veřejnost o podstatě virové choroby a zejména o tom, jak se přenáší.

Do nejrizikovější skupiny patří lidé, kteří dostali krevní transfúzi před rokem 1992 (do té doby nebyli dárči na hepatitidu C testováni), uživatelé drog, kteří si je aplikují nitrožilně, lidé s piercingem nebo tetováním a hemofilici, tedy lidé s postižením krevní srážlivosti.

Hepatitida typu C je ale nebezpečná všem, kteří přicházejí do kontaktu s cizí krví - nelze se totiž proti ní nechat očkovat.

Vakcína za 15 let?

„Vědci stále ještě nenašli proti virové hepatitidě typu C účinnou očkovací látku,“ konstatuje docent Urbánek s tím, že ani v nejbližších patnácti letech se zřejmě žádná vakcína neobjeví.

Stejně jako u jiných vážných onemocnění i zde platí, že kdo dříve přijde k lékaři, má větší šanci na celkové uzdravení. V současné době virus z krve po léčbě zcela vymizí zhruba u 60 % pacientů.

Hepatitida typu C se však dlouhá desetiletí vůbec nemusí projevit. A tak se může stát, že pacient k lékaři přijde až tehdy, pociť-li obtíže způsobené následky - cirhózou jater nebo v nejhorším případě rakovinou. A tehdy už může být pozdě. Aby těmto situacím předešli, rozhodli se organizátoři kampaně oslovit co nejvíc lidí z rizikových skupin. A zároveň těch, které by vůbec ne-

Boehringer - Silomat



muselo napadnout, že se jich žloutenka typu C týká. Plakáty, informující o nebezpečí žloutenky typu C, se proto objeví všude, kde se pohybuje mládež - v klubech, školách, ale i u lékaře nebo v drogových centrech.

Půl roku Linky C

Podzemní osvětlovací kampaň navazuje na úspěšnou činnost bezplatné anonymní telefonní Linky C, na níž se se svými dotazy obrátilo už víc než 300 osob. Linka je specifická tím, že po vytočení čísla 800 33 11 22 je tazatel automaticky přepojen na mobilní telefon jednoho ze sedmi lékařů - odborníků na virovou hepatitidu typu C. Ti jsou schopni nejen fundovaně poradit, ale i doporučit volajícímu odborné zdravotnické pracoviště.

„Když mám na základě telefonického rozhovoru podezření, že by mohl být volající nakažen, pošlu jej na vyšetření podle jeho místa bydliště. Osobně jsem na základě dalších vyšetření odhalil dva nakažené z těch, co se ke mně dostali přes telefon,“ říká docent Urbánek. Linka je zájemcům k dispozici každý všední den od 8 do 16 hodin.

Virovou hepatitidou C trpí podle lékařských odhadů zhruba 3 % populace, tedy asi 180 milionů lidí. Vzhledem k tomu, že se proti ní nelze nechat očkovat, je velkým problémem i ve vyspělých zemích. Například ve Spojených státech diagnostikují lékaři každoročně 25 000 nových případů.

Test za 300 korun

Pakliže si chcete být jistí, že se vás hepatitida C netýká, můžete požádat svého lékaře či pracovníka hygienické stanice, aby vám provedl test. Ten totiž zatím není součástí preventivní prohlídky u praktického lékaře. Za test zaplatíte zhruba 200 až 300 Kč.

Vědci testují vakcínu proti „nemoci klíšťat“

Tisíce lidí, kteří v Česku ročně onemocní lymskou boreliózou, budou mít zřejmě už v dohledné době šanci dostat účinný preventivní lék. Proti tomuto závažnému onemocnění, přenášenému nakaženými klíšťaty, zatím neexistuje v Evropě účinné očkování. Vědci ale už v říjnu chystají zahájit na dobrovolnících zkoušky nové vakcíny.

Na jejím objevu mají podstatný podíl i čeští vědci. „Duchovními otcí“ přípravku jsou ale biologové Skot Ian Livey a Američan Benjamin Luft, kteří již vakcínu úspěšně odzkoušeli na zvířatech.

Nová látka by se v praxi mohla objevit již za čtyři roky. „Vakcína by měla ochránit před boreliózou z klíšťat speciálně obyvatele střední Evropy,“ řekl LN děkan Biologické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích Libor Grubhoffer. Jde o to, že bakterie spirochety, která způsobuje boreliózu, se na světě vyskytují v mnoha různých variantách. A nová vakcína chrání právě proti typům spirochét přenášených infikovanými klíšťaty většinou v Česku, Německu a Rakousku.

„Pokud bude testování na dobrovolnících úspěšně dokončeno, stane se střední Evropa prvním takto rozsáhlým územím, v němž získají lidé možnost očkování proti borelióze,“ popsal podrobnosti Libor Grubhoffer.

I když je nová vakcína především dílem zahraničních vědců, na jejím vývoji a zejména testování se úzce podílela také Jihočeská univerzita a Parazitologický ústav Akademie věd v Českých Budějovicích.

Jihočeský parazitologové totiž patří ke světové špičce, navíc jsou jižní Čechy pověstné výskytem infikovaných klíšťat, vhodných k výzkumu. Na Jihočeské univerzitě se tak střídá na stážích řada zahraničních studentů parazitologie. Univerzita pak pořádá semináře za účasti předních světových odborníků. Právě na jednom z takových seminářů, nazvaném „Letní škola molekulární vektorové biologie“, představili minulý týden autoři vakcíny svůj nový objev.

Lymská borelióza, proti které vědci dosud marně hledali účinný způsob prevence, je velmi závažným bakteriologickým onemocněním, napadajícím komplexně lidský organismus a zejména nervovou soustavu.

Nemoc se přenáší na člověka především po kousnutí infikovaným klíštětem, ale někdy i jinými druhy hmyzu, sajícími krev. V místě přisátí klíštěte se při prvních příznacích nákazy obvykle objeví červená, zvětšující se skvrna s bílým místem uprostřed. Při neléčení nemoci účinnými antibiotiky se i po letech mohou u lidí projevit záněty mozku a míchy, poškození chrupavek a kostí, srdeční arytmie a další potíže. Zatímco klíšťovou encefalitidou, proti níž už existuje možnost očkování, je nakaženo v Česku jedno až dvě procenta klíšťat, lymskou boreliózu přenáší v určitých ohniscích dvacet až šedesát procent těchto parazitů.

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.

Nabízím zástup

Nabízím tímto zástup PLDD v jejich ordinaci po dobu jejich nepřítomnosti, event. mohu nastoupit jako asistentka. Tel.: 602 642 880. *Ev.č. 25-04-05*

Odkoupím zavedenou ordinaci PLDD

Lékařka - pediatr, atestace I.st., licence, uznání specializované způsobilosti v oboru praktický lékař pro děti a dorost podle zákona č.95/2004 Sb., odkoupí zavedenou ordinaci PLDD v Olomouci a okolí. Iniciální nástup jako asistent. Zn: spěchá, osobní jednání, telefon: 737 486 101. *Ev.č. 26-05-05*

NZZ přijme dětského lékaře

Nestátní zdravotnické zařízení přijme dětského lékaře s atestací pro pracoviště v Praze 6 a v Průhonicích na částečný úvazek. Znalost AJ nutná. Dále přijme pediatrii s atestací k výkonu pohotovostní návštěvní služby. CV zasílejte na e-mail: paediatry@unicare.cz. *Ev.č. 28-06-05*

Odkoupím praxi PLDD

Dětská lékařka s licencií odkoupí praxi PLDD v okresech Olomouc, Prostějov, Přerov. Případně přijme asistentké místo s perspektivou odkoupení praxe v budoucnu. Tel: 723 255 125. *Ev.č. 29-06-05*

Hledám praxi s možností odkoupení

Lékařka-pediatr, 34 let, atestace I.st s licencií, hledá pediatrickou praxi s možností odkoupení v Ústeckém kraji. Tel.: 602 827 762 *Ev.č. 30-07-05*

Přenechám praxi PLDD

Přenechám zavedenou praxi PLDD v okrese Nový Jičín, termín dle dohody. Bližší informace na tel.: 728 133 047 po 18. hod. *Ev.č. 31-08-05*

Nabízím místo asistenta

Nabízím místo asistenta v ordinaci PLDD, event. přenechání ordinace v okrese Olomouc. Tel. 602 501 781. *Ev.č. 32-09-05*

Přijmu asistentku

Přijmu asistentku do ordinace PLDD v Libčicích n. Vlt. na úvazek 0,4. Jednání o převzetí praxe možné. Tel. 233 931 037, 605 876 633. *Ev.č. 34-09-05*

Daruji sterilizátor

Daruji horkovzdušný sterilizátor HS61A, rok v výroby 1977. Tel.:325 575 640, od 8-11 h, každý všední den, e-mail: matasova@tiscali.cz *Ev.č. 35-09-05*

Hledáme pediatra na částečný úvazek

Pro soukromou pediatrickou praxi v Roztokách u Prahy (okr. Praha- západ) hledáme lékaře/lékařku pediatra na částečný úvazek (0,5 s možností jeho budoucího rozšíření). Požadujeme: LF, I. atestace v oboru pediatrie, vstřícný přístup ke klientům, základní uživatelskou znalost práce na PC. Nabízíme: zajímavou a odpovědnou práci v přátelském prostředí, podmínky pro osobní a profesionální rozvoj, dobré finanční ohodnocení. Nástup možný dle dohody - od listopadu či prosince 2005. Tel: 608 284 740 *Ev.č. 37-10-05*