

prosinec 2002 ■ číslo 10 ■ ročník 2

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Problematika dětské gynekologie

Péče o jizvy v dětském věku

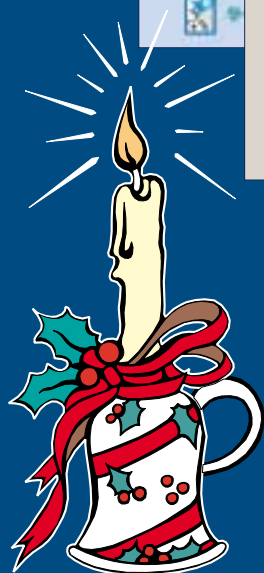
Farmakologické možnosti léčby obezity

Podpora duševního zdraví dítěte

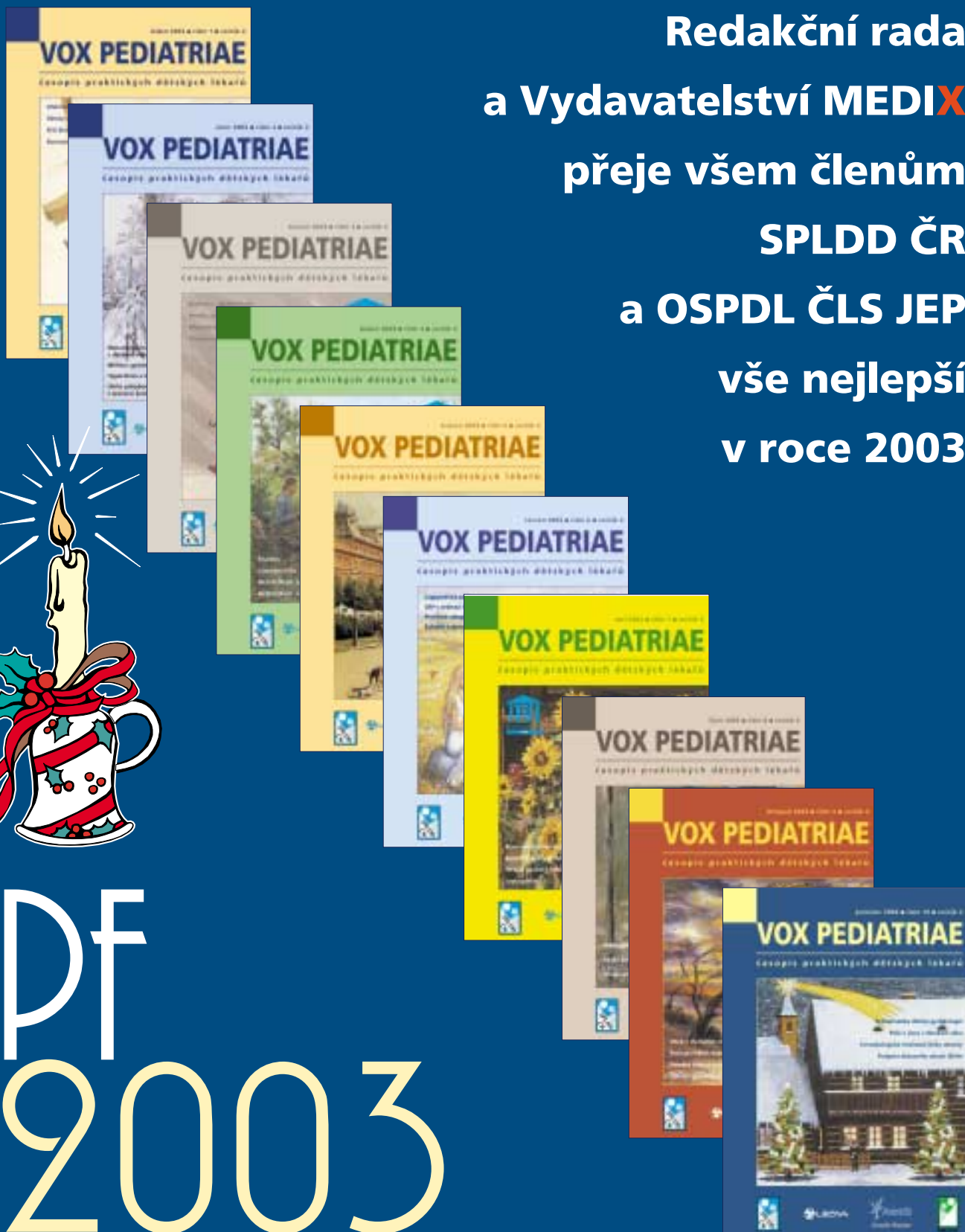


VOX PEDIATRIAE

Redakční rada
a Vydavatelství MEDIX
přeje všem členům
SPLDD ČR
a OSPDL ČLS JEP
vše nejlepší
v roce 2003



PF
2003



tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství

MEDIX

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

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

Vedoucí redakční rady:
MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:
MUDr. Pavel Neugebauer
MUDr. Jiřina Dvořáková
MUDr. Jiří Liška, CSc.
MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:
Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:
PhDr. Jana Kratochvílová

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

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

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

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

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

Inzerce:

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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc listopad	5
Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů	6
Výroční zpráva předsedy SPLDD ČR	6
Usnesení XI. celostátní konference SPLDD ČR	9
Návrh o vzdělávání je plný problémů a chyb	10
Dopis prezidenta německého Berusfband der Kinder-Jugendärzte e.V.	10
Human Ambulatory Pediatrics Initiative	12
Předvolební projev MUDr. I. Suchardy	15
Změna bonifikačního systému	17



Zápis z jednání OSPDL ČLS JEP	18
MUDr. Y. Jandová Problematika dětské gynekologie	19
MUDr. R. Vetešníková - Koubová Syndrom testikulární feminizace - kazuistika	22
PhDr. M. Pilařová Podpora duševního zdraví dítěte raného věku	24
Prohlášení MZ ČR k porodům mimo zdravotnická zařízení	26
MUDr. Š. Čapková Péče o jizvy v dětském věku	28

Mgr. D. Rybka Farmakologické možnosti léčby obezity	30
MUDr. J. Helcl, CSc. Porovnávání vakcín proti poliomyelitidě	32
Kvalitnější očkování - ekonomická a politická otázka	33



Aktuality	34
Řádková inzerce	38



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

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



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

přiblížil se konec roku a je tu opět čas bilancování. Jaký tedy byl rok 2002? Byl to již třetí rok nového tisíciletí, tisíciletí, které mělo podle nejediné věštby začít mnohými katastrofami.

Z našeho pohledu lze rok 2002 hodnotit jako rok boje za přežití praktického lékaře pro děti a dorost v systému primární péče v naší zemi. Začátek roku se nesl spíše v duchu diskusí nad koncepcí pediatrie jako takové, v druhé polovině roku již došlo ke zcela konkrétnímu ohrožení naší odbornosti jako takové a to v důsledku předložení návrhu zákona o odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře. Zatímco první polovina roku se nesla spíše v rovině akademických debat nad budoucností pediatrie, druhá polovina si již vynutila zcela konkrétní bitvu nad budoucností primární péče v naší zemi.

Jak jsme v této situaci obstáli? Při diskusích na našich regionálních konferencích se ukazovalo, že ne všichni z nás si uvědomují, jak křehké může být postavení praktického lékaře pro děti a dorost, přesto na všech zazněl jasný signál, bořit tento systém by bylo krokem zpět. I proto jsme vyvinuli nebyvalou aktivitu směrem k zahraničí, abychom zjistili, kamže péče o dítě ve vyspělém světě směřuje.

To, co jsme předpokládali a v co jsme doufali, předčilo dokonce naše očekávání. Celým vyspělým světem hýbe rozvoj praktické dětské medicíny. Jednotlivé státy si vytýčují krátkodobé a dlouhodobé cíle, které nejsou nepodobné stavu, který je u nás již mnoho let zaveden.

Zdrcujícím poznáním bylo ale zjištění, jak málo se ve světě o našem systému ví, jak málo je náš systém prezentován, jak málo jsou prezentovány výsledky naší ambulantní pediatrie. Jak asi všichni Ti kliničtí pracovníci, jejichž doménou byly v minulosti zahraniční cesty, na těchto svých cestách propagovali náš model péče o dítě. Kolik dětských praktiků se zúčastnilo nějakého zahraničního kongresu, kolik jich vůbec mělo povědomí o různých akcích mimo naše území. Ne nechci se našich klinických kolegů dotknout, ale obecné povědomí o dětské primární péči v naší zemi je velmi žalostné a to nejen ve světovém, ale i v Evropském společenství.

Sebekriticky je třeba ale přiznat, kolik dětských praktiků o takové akce mělo zájem, kolik dětských praktiků má takové jazykové znalosti, aby se akcí tohoto druhu mohli aktivně zúčastnit. I tady hledíme to pomyslné „jádro pudla“. Jak jinak tento stav změnit, než otevřít naši odbornost pro novou krev, pro mladé a ctižádostivé kolegy, kteří již nebudou svázáni s minulostí, kteří již pochopí, že dětský praktik není jen tím dětským „obvodákem“, o kterém se jiní kolegové často vyjadřují s despektem, ale že se jedná o lékaře, který je schopen aplikovat moderní medicínské postupy do své činnosti, což si však vyžádá velmi kvalitní všeobecnou průpravu a to již, takřka již, od kolíčky, tj. od začátku studií na lékařské fakultě.

Chtěli jsme o tom všem diskutovat na naší republikové konferenci, ale jaksi se nám nedostavili diskutující. Přes příslib daný dva dny před jejím konáním se nedostavil žádný zástupce ministerstva, nepřišel ani žádný kolega klinik, nepřišel ani zástupce ČLK, zástupce profesní organizace, která tak ráda proklamuje svou podporu všem lékařům. Nevadí, věřte, že svůj boj nevzdáme, jen se nám chce věřit, že se budeme moci o tu armádu dvoutisíc dvouset praktických lékařů pro děti a dorost opřít, pokud to bude zapotřebí.

Věřím, že se nám podaří najít i společnou řeč s kolegy kliniky, že se nám podaří překonat některé názorové rozpory, které, a to jsem velmi rád, nejsou o vizi dětského lékařství jako takového, opakovaně jsme se přesvědčili, že cíle máme stejné, jen tu cestu nevidíme vždy zcela identickou.

Věřím, že konec roku strávíme všichni v příjemné atmosféře Vánoc, že se nám všem podaří na chvíli zapomenout na všední starosti, že se budeme radovat ze štěstí svých blízkých. Přál bych si, aby tato příjemná atmosféra vydržela co nejdéle i v příštím roce a budu velmi rád, pokud, až se bude bilancovat ten rok příští, budou moci zaznít slova o položení základního kamene nové éry praktického dětského lékaře, éry lékaře, který se stane skutečným základem pilířem zdraví příštích generací.

Šťastné a veselé Vánoce přeje všem

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Fluoridy v prevenci zubního kazu

Kaz z kojenecké lahve

Fluoridové zubní pasty pro děti

Prenatální profylaxe zubního kazu



seznam inzerujících firem

HEINZ

LÉČIVA

MERCK

MUCOS PHARMA CZ

NUTRICIA

ORION DIAGNOSTICA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

Úterý 10,00 - 17,00

Středa 10,00 - 17,00

Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

Úterý

14,00 - 16,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

Středa

10,00 - 12,00 - MUDr. Hana Cabrnová

13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn

16,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc listopad

MUDr. Pavel Neugebauer

Listopad se naštěstí zatím nestal měsícem soumraku nad naší odborností, i když je stejně nebezpečně blízko jako konec roku. Proběhla mnohá jednání, která však nepřinesla jasné rozuzlení situace kolem budoucnosti poskytování primární péče dětem a dorostu v naší zemi. Výkonný výbor se již celkem pravidelně schází každou středu, aby řešil aktuální problémy, kterých snad stále přibývá, zhoršuje se platební morálka VZP, proběhlá Konference přinesla další otazníky. Zdá se, že konec roku bude z našeho pohledu nebezpečně horký, což zrovna neodpovídá probíhajícímu ročnímu období.

4.11. - opět zasedá pracovní skupina pro financování tzv. „Českého zdravotnického fóra“, padají již konkrétní myšlenky, jsou formulovány první výstupy, jednání slouží pro přípravu společného setkání jednotlivých pracovních skupin tohoto fóra, které je plánováno na druhý víkend v prosinci, případné výstupy a závěry zveřejníme po tomto jednání.

5.11. - další jednání Koalice ambulantních lékařů, zápis opět zveřejníme na jiném místě.

5.11. - poslanec dr. Cabrnach, jako parlamentní zpravodaj k námi tak ostře sledovanému zákonu o způsobilosti k výkonu povolání svolal na půdě Parlamentu slyšení k tomuto zákonu, mnohé diskusní příspěvky dokladovali značnou neprodiskutovanost předloženého návrhu zákona, z našeho pohledu je důležité, že nikdo z přítomných nezpochybil naší úlohu a postavení v primární péči.

9.11. - v kongresovém sále nemocnice Na Homolce proběhlo zajímavé setkání k racionálnímu využívání ATB v ordinacích PLDD, byly zde prezentovány výsledky studie, které by mohly být dalším významným podpůrným faktorem při jednáních o možnosti zavedení přístrojového stanovení CRP v ordinaci praktického lékaře, resp. praktického lékaře pro děti a dorost

13.11. - zástupci VZP předli na společné schůzce upřesňující materiál ke způsobu realizace bonifikačního systému od 1.1.2003, jelikož jde o zásadní materiál, zveřejňujeme ho v tomto čísle, i když jsou a budou jistě k předloženému materiálu připomínky, domníváme se, že by mohlo jít o krok správným směrem.

14.11. - se uskutečnila plánovaná schůzka s ministryní zdravotnictví MUDr. Součkovou, z naší strany jsem se schůzky zúčastnil společně s předsedkyní naší odborné společnosti MUDr. Cabrnachovou; v nečekaně přátelském duchu zazněla podpora zachování naší odbornosti v poskytování léčebně preventivní péči dětem a dorostu, zda se tento příznivý duch jednání projeví i v následujících krocích ministerstva, to asi ukáže až čas, nicméně nám bylo poskytnuto dost prostoru, abychom mohli přednést naši představu k této problematice.

16.11. - tentokrát opět v Praze proběhla za slušné účasti našich členů řádná Konference, na které byly krom tradičních bloků připraveny dvě panelové diskuse s hosty, dopolední blok uzavírala diskuse se zástupci zdravotních pojišťoven, odpolední blok zahájila diskuse s hosty na téma budoucnost PLDD s ohledem na legislativu.

■ první panelové diskuse se za zdravotní pojišťovny zúčastnila ústřední ředitelka VZP ing. Musílková, za Svaz zdravotních pojišťoven úřadující prezidentka Svazu a zároveň ředitelka ZP ŠKODA ing. Ulmanová a za Svaz zdravotních pojišťoven ČR zástupce z ČNZP MUDr. Frňka.

- všichni uvedení hosté deklarovali zájem o dobrou spolupráci s naší odborností.

- v diskusi nad kontaktním kódem jsme s VZP nedospěli k řešení uspokojivému pro obě strany, i nadále trvá naše odmítavé stanovisko zveřejněné i v našem časopise k této problematice.

- znepokojení z naší strany vyvolala slova ředitelky VZP o zhoršování platební neschopnosti této pojišťovny a to i vzhledem k neočekávanému zlepšení této situace.

- informace o změně bonifikace ze strany VZP nevyvolalo žádnou širší diskusi.

- k zástupcům ostatních ZP nebyly vzneseny zásadnější připomínky.

■ druhá panelová diskuse bohužel nenaplnila naše očekávání, a to zejména pro neúčast řady pozvaných hostů, vlastní diskuse se tedy nakonec zúčastnili poslanec MUDr. Cabrnach a předseda SPL ČR MUDr. Šmatlák, ministryně zdravotnictví sice nepotvrdila svou účast na 100%, ten den byla vázána vnitrostranickými povinnostmi, nicméně přislíbila vyslat svou legislativní náměstkyni JUDr. Římanovou, až později jsme se dozvěděli, že se nedostavila pro časové zaneprázdnění při přípravě další legislativy, což jsme se dozvěděli až neoficiálně a vyvolává to přinejmenším otazníky nad jinak příznivým hodnocením setkání s paní ministryní; mrzí i neúčast zástupce ČPS, i když jsme oficiální omluvu obdrželi krátce před termínem konání konference, i tato skutečnost vysílá určitý signál; to, že se našeho jednání neúčastnil staronový prezident ČLK nepřekvapí, pokud si pozorně přečtete Tempus medicorum, omluva z jed-

nání by se však slušela; tak snad jen písemnou omluvu poslankyně doc. MUDr. Emmerové, předsedkyně Výboru pro zdravotnictví (uvedeno zkráceně) Poslanecké sněmovny, ve které nás ujišťuje o akceptování našich připomínek k předloženému zákonu, lze z tohoto pohledu hodnotit alespoň trochu pozitivně.

- vlastní diskuse pak probíhala ve smyslu oponování zavedení koncepce rodinného lékaře, kterou obhajoval MUDr. Šmatlák, ten uvedl, že by tato odbornost měla být zavedena paralelně s dosud existujícími odbornostmi obou typů praktických lékařů pro umožnění kompatibility se zeměmi EU.

- MUDr. Cabrnach potvrdil, že jeho záměrem není rušit naši odbornost, a že sdílí naše představy o budoucnosti PLDD, nicméně pro kvalitní oponování rozdílných představ chybělo příliš mnoho hostů.

- proběhlá diskuse tedy nedala jasnější signál o naší další existenci, naše úsilí bude proto pokračovat s nezměněnou silou i v dalším období.

27.11. - v kanceláři Sdružení proběhla schůzka se zástupci ČPS (doc. MUDr. Hoza, MUDr. Gut, MUDr. Pajerek) opět nad předloženým zákonem; tuto schůzku lze rozhodně hodnotit pozitivně, v přátelské atmosféře byla diskutována problematika péče o dítě z pohledu minulosti, současnosti i budoucnosti a zdá se, že část sporných bodů byla vyjasněna; i když nedošlo ke shodě ve všem, rozhodně si dovoluji konstatovat, že se nám podařilo posunout celou záležitost výrazně kupředu, alespoň v to doufám a věřím, že další jednání to jenom potvrdí.

28.11. - na půdě Poslanecké sněmovny proběhl seminář tentokrát nad návrhem zákona o způsobilosti k výkonu povolání nelékařských profesí, i tady se zdá ještě mnoho nevyjasněného a potvrzuje se, že členství v EU se někdy používá jako zbytečný strašák a alibismus pro předložení změn, přičemž by však měla předcházet jasná a ucelená koncepce našeho zdravotnictví; je to jako když vyškolíme řidiče a pak teprve rozhodneme, do kterého vozidla ho vlastně posadíme.



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů 5. listopadu 2002

Program:

1. Jednací řád sdružení
2. Komunikační prostředky
3. Aktuální informace

1. Jednací řád sdružení

Zástupci Koalice projednali formu další existence Koalice ambulantních lékařů a dohodli se na **účelovém sdružení k prosazování společných zájmů**. Pracovní materiál Principy „koaliční smlouvy“, který po předcházejícím rozšířeném setkání předložil MUDr. Jelínek, schválili jako výchozí text pro vypracování paragrafového znění jednacího řádu (úkolem bude pověřen Mgr. Jakub Uher).

2. Komunikační prostředky

Účastníci schůzky projednali možnosti vzájemné komunikace a informování ostatních členů organizací sdružených v Koalici.

a) **vlastní webové stránky Koalice** se základními informacemi z jednání, upozorněním na společně projednávané problémy, odkazy na důležité dokumenty a sdělení na webových stránkách ostatních sdružení. Tato forma komunikace je poměrně náročná na stálou aktualizaci a vyžádá si pracovníka, který bude stránky spravovat.

Úkol: do příštího jednání si všichni zástupci Koalice připraví návrhy na formu a obsah společných webových stran.

b) **zvláštní příloha současných periodik členů Koalice** ve formátu A5 s periodicitou 4x ročně.

3. Aktuální informace

MUDr. Pekárek upozornil na návrh zákona o výkonu nelékařských povolání, který v současné době připravuje MZ ČR. Zákon mění významným způsobem postavení nelékařských profesí v současném systému a dává jim v řadě případů pravomoci pracovat samostatně bez odborného dohledu lékaře.

Úkol: prostudovat návrh (text rozešle MUDr. Tautermann), společný postup bude projednán na dalším setkání zástupců Koalice.

Další jednání: úterý 3. 12. 2002 od 18.30 hodin v pracovně MUDr. Pekárka

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

Výroční zpráva předsedy SPLDD ČR přednesená na XI. celostátní konferenci SPLDD ČR v Praze

Tak jako před rokem, i dnes mám za úkol na našem výročním setkání předložit souhrnnou zprávu o činnosti našeho Sdružení a je na Vás, abyste posoudili, zda předložené bilancování odpovídá společně stanoveným cílům, zda naplňujeme představy, s jakými jste nás volili.

Dnes již s určitou hrdoostí mohu prohlásit, že se nám podařilo uvést do života několik informačních kanálů, které by pro Vás měly být trvalým zdrojem informací, a to nejen o naší činnosti. Mám na mysli novou podobu Voxu pediatriae, který si, zdá se, již našel své místo ve Vašem spektru používaných tiskovin, ale spíše takové signály máme a odpovídají výsledkům průzkumu, který jsme v jednom z čísel uveřejnili a na který jsme hrdí. Jen bychom uvítali z Vaší strany více diskuse, případně názorů k předkládaným materiálům. Rádi bychom tuto činnost rozvinuli tak, aby se tento náš časopis stal skutečnou platformou praktických dětských lékařů.

Dalším informačním médiem, který dnes již funguje, ale stále je spíše jen popelkou v získávání potřebných informací, je internet a naše webové stránky. Přiznám se upřímně, že ani my, Vaši volení zástupci, jsme toto komunikační médium plně nevstřebali a nevyužíváme tak vždy jeho možností a schopnosti zajistit okamžitý přenos informací. Možná je to i tím, že jsme si vědomi, že ne každý z Vás již toto komunikační médium převzal za své, že ne každý z Vás má zkušenost s internetem, i když se mnozí aktivity, které nás k tomu možná jednou dotlačí. Rozhodně si však uvědomujeme, že se jedná o médium, které má svou budoucnost i ve zdravotnictví, a že dříve či později vstoupí i do spektra našich činností v ordinaci.

Jaká tedy byla naše činnost od poslední Konference, co se podařilo, nebo co ne, to se nyní pokusím zrekapitulovat. Výčet nemůže být samozřejmě úplný, to by přesáhlo rámec tohoto sdělení, zaměřím se proto na, z mého pohledu, naše nejdůležitější aktivity.

Pokud budeme sled událostí hodnotit z pozice významu pro naše praxe, pak je nutno začít budoucností odbornosti praktický lékař pro děti a dorost. Před více než dvěma roky byla odstartována práce nad koncepcí oboru pediatrie. Při diskusích nad postupně předkládaným materiálem začalo sílit naše přesvědčení, že způsob poskytování zdravotní péče dětem a dorostu, alespoň v podobě, na jakou jsme si zvykli, nebude možno obhájit pod vše-

objímajícím oborem pediatrie. Naše přesvědčení podpořila i jednání nad přičleněním naší republiky k zemím Evropské unie. Ne snad, že by neexistoval podobný model v Evropě, ale postupně v nás převládlo přesvědčení, že pouze legislativní zakotvení činnosti praktického lékaře pro děti a dorost dává alespoň částečnou naději, že naše odbornost nezmizí podobně, jako se tomu stalo v bývalé NDR. Možná jsme nezačali nejšťastněji, možná, že jsme nedostatečně situaci vysvětlili i Vám, našim členům, možná, možná...

Faktem však je, že jsme od počátku nechtěli cokoli podnikat potají, že jsme chtěli a chceme otevřít na toto téma širší diskusi. Jsme totiž přesvědčeni, že pouze zachování našeho modelu, modelu, kdy se o dítě v primární péči stará erudovaný odborník, resp. jsou vytvořeny podmínky, aby se o dítě staral odborník erudovaný v péči o dítě, je modelem, který by měl nejen udržet dosavadní úroveň a kvalitu tohoto druhu zdravotní péče, ale měl by vytvořit i podmínky jeho dalšího rozvoje. Jsme přesvědčeni, že podmínkou úspěšné práce v naší odbornosti je podstatně širší spektrum praktických znalostí ve styčných oborech (jako jsou např. dětská chirurgie, ORL, oční, kožní, neurologie, psychologie, sociální pediatrie, dorostové, kompletní ale i zobrazovací metody. Dále bude nutná pro začínající lékaře dlouhodobá praxe na akreditovaných pracovištích PLDD, kterou při sebelepší vůli a relativně úzkých časových možnostech postgraduálního studia nelze zajistit v rámci jediného širokého oboru pediatrie.

I proto jsme se obrátili na naše kolegy klinické pediatrie a zorganizovali kulatý stůl, kde jsme se snažili své myšlenky obhájit. Toto kolo jsme však prohráli, naše argumenty nebyly dost silné, byli jsme naopak obviněni ze štěpení pediatrie. Co mi však na celé skutečnosti nejvíce vadí, je fakt, že v popředí nebyl vždy zájem toho, o koho se společně staráme, tedy zájem dítěte. Za podstatnější možná mnozí považovali ztrátu svých pozic, pozic, které určovaly směřování pediatrie, jako takové. Někdy jsem si připadal i jako na jednání s některými zdravotními pojišťovnami, tedy na takových jednáních, kdy druhá strana a priori předpokládá, že svým jednáním sledujeme osobní zájmy, nikoliv zájem celku, resp. zájem o udržení pozic v péči o dítě. Těžko jsme vysvětlovali a vysvětlujeme, že naše představa nemá postavit



překážku mezi praktické a klinické pediatri, že naopak úzká spolupráce obou odborností je jediným předpokladem úspěchu v péči o dítě a dorost.

Přesto jsme ve své aktivitě neustali. Soustředili jsme se na shromažďování materiálů ze zahraničí, kterým se rádo argumentuje, s částí těchto materiálů se Vás i snažíme seznámit prostřednictvím našeho časopisu. Základním poznatkem, ke kterému jsme při této činnosti došli je fakt, že celý vyspělý svět se snaží kráčet v podstatě k našemu modelu, který se my snažíme opustit. Je sice pravda, že jsme státem, který má například Švejka, také Kocourkov, ale bylo by jistě chybou náš boj předčasně vzdát. Navštívili jsme proto například i pana profesora Blahoše, prezidenta České lékařské společnosti J.E.P., který vyslovil pochopení pro naši snahu a deklaroval zájem o naši podporu, jednali jsme na Vědecké radě ČLK, která se vyjadřovala spíše neutrálně, resp. zazněly zde hlasy pro i proti, o podporu jsme se obrátili i na zahraniční pediatrické organizace.

Na konci letošních letních prázdnin se pak naše obavy bohužel vyplnily. Světlo světa spatřil návrh zákona o odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře. A tam se najednou setkáváme se skutečností, že je počítáno pouze s jediným všeobecným praktickým lékařem se základním vzděláním v oboru všeobecné lékařství, a to i přes opakovanou deklarativní podporu primární péče a sociální zaměření současné vlády. Naše odbornost se kamsi ztratila, v návrhu se objevuje jen všeobjímající dětský lékař, který je postaven na roveň ambulantního specialisty. Snad až tento fakt probudil i některé spáče, kteří si začali uvědomovat, že nad odborností praktický lékař pro děti a dorost se začínají stahovat černé mraky. A opět se rozběhl kolotoč jednání. Poslanecká sněmovna pustila předložený návrh do tzv. druhého čtení, tj. do fáze, kdy je doporučeno zákon schválit, a je možné pouze předložit určité pozměňovací návrhy. Nezbylo tedy nic jiného, než vyrazit za poslanci a pustit se do trpělivého vysvětlování, naštěstí již podpořeného zpracovanými materiály ze zahraničí. Zdá se, že semínka konečně začala padat na úrodnou půdu. Oslovení poslanci si začali uvědomovat vážnost možné změny v péči o dítě a příslibili nám v našem snažení podporu. Více nám snad napoví i odpolední diskuse, kterou plánujeme právě na toto téma.

Je třeba si však uvědomit, že jsme nikdy nestáli blížeji ke zrušení naší odbornosti, než je tomu nyní. To vše v době, kdy se ustavila komise pro péči o dítě, jako poradní orgán paní

ministryně. Tato komise byla ustavena z pracovní skupiny zástupců organizací, které sdružují poskytovatele zdravotní péče dětem například všemi zúčastněnými odbornostmi, pracovní skupiny, kde se řeší i celá řada problémů, které mají nebo mohou mít dopad i na naši činnost – počínaje novorozeneckými screeningy, přes zdravotní a očkovací průkaz, po celou problematiku očkování. Jsem rád, že jsme spolu s naší odbornou společností součástí takovéto pracovní skupiny.

Když už jsem se zmínil o očkování. Před časem vydalo Ministerstvo zdravotnictví novou vyhlášku – Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, tzv. bodník, ve kterém došlo k úpravě ohodnocení očkovacích kódů. Vyslechl jsem řadu kritických hlasů na toto téma, marně jsem vysvětloval, že vlastní úhrada očkovacího výkonu nesmí být předmětem ekonomického zájmu a priori, jak jsme ho znali z výkonového systému, ale že za podstatnější vidím proočkovanosť populace bez závislosti na počtu vpichů a možnost tuto skutečnost ze systému zjistit. Jsem rád, že od prvního ledna příštího roku již bude možnost volby mezi použitými vakcínami, i když to nebude pro rodiče cenově neutrální. Mrzí mne, že Vám nemohu dosud sdělit, že jsme se se zdravotními pojišťovnami dohodli na úhradě tzv. očkovacího paušálu, jak ho pracovně nazývám, tj. paušálu, který bude náležet tomu lékaři, který bude splňovat zákonem a vyhláškou stanovený rozsah proočkovanosť své registrované klientely. Jednání na toto téma však probíhají, i když pomaleji, než bych si sám přál.

V uplynulém období také došlo ke změně na postu našeho ministra. Hodného strýčka, který nešetřil sliby, jen aby uklidnil lékařskou veřejnost, což se mu mimochodem úspěšně dařilo, a to i za cenu odkládání problémů, které svým neřešením musely stejně dříve či později vyplout na povrch, nahradila energická žena, která zatím působí razantním dojmem, tj. zdá se, že je schopná velmi energicky obhajovat své názory, co nám to však přinese, na to si budeme muset ještě chvíli počkat. Na základním rozporu našeho zdravotnictví, tj. rozporu mezi objemem financí a objemem poskytované zdravotní péče, si vylámalo zuby už mnoho její předchůdců.

Co lze říci na závěr ke státní správě. Snad jen to, že s napětím očekáváme řešení problematiky LSPP. V poslední době se dokonce objevují zcela nové a nečekané prvky. Byla to právě paní ministryně, která se vyjádřila, že by se na úhradě této péče mohli podílet i praktičtí lékaři. Ano, slyšíte dobře. Věřme, že je to jen neznalost problematiky, která vede ministryni

k podobným vyjádřením. Naši představu k této problematice byste měli již znát z našeho časopisu, někteří ji vyslechli i na pediatrickém kongresu letos v září v Teplicích. Nezříkáme se svého podílu, ale odmítáme suplovat činnost jiných odborností a chceme důstojné podmínky, které budou odpovídat postavení lékaře, lékaře, který je dobrým rádcem pacienta, nikoliv však jeho služebníkem.

Nyní bych se rád zmínil o tom, co se odehrálo ve vztazích se zdravotními pojišťovnami. I této problematice bude dán prostor, tentokrát při naší dopolední diskusi s hosty. Nejde nezačít tou největší, všeobecnou zdravotní.

Jedná se o obrovský moloch, který spravuje neuvěřitelnou část veřejného zdravotního pojištění, v rádech jde o desítky miliard. Tomu samozřejmě odpovídá i intenzita jednání. Mohl bych tu hovořit hodiny o našich peripetiích s touto pojišťovnou, což by jistě přesáhlo vymezený rámec, tak alespoň k tomu, z mého pohledu nejdůležitějšímu.

Velká většina z nás je na této pojišťovně ekonomicky závislá. Často je tento vztah přirovnáván až jako vztah zaměstnance a zaměstnavatele. Toto srovnání však pokulhává v základní otázce, a tou je vyplácení odměn. Málokterý zaměstnavatel si dovolí nevyplatit včas mzdu svým zaměstnancům, i když i tohoto jsme občas svědky. Jinak tomu však je v případě VZP. Platební morálka ze strany této pojišťovny často připomíná naše dráhy. Tak, jako občas nikdo neví, kdy vlak skutečně přijede, tak ani my často nevíme, kdy dostaneme za námi vykonanou práci zapláceno. I když se na tom bezesporu podílí celý systém, který snad ani nemůže být nedeficitní, přesto bychom předpokládali jiný přístup, než s jakým se u této pojišťovny setkáváme při našich dotazech, kdy že bude příslušná platba realizována. A když už se to dozvíme, nemůžeme si být jisti, zda o část platby záhy opět nepřijedeme. Velmi nepřehledný systém regulací si totiž bere zpět část prostředků, aniž bychom často byli schopni pochopit, proč tomu tak je. Stálo a stojí nemalé úsilí prosadit myšlenku, aby byla zavedena pouze pozitivní motivace.

Povedlo se sice zavést bonifikační systém, ale i ten má kolem sebe stále mnoho otazníků. Hlavní problém spočívá v obsáhlosti a složitosti předmětných sestav, pro jejichž pochopení je zapotřebí často i jiné kvalifikace, než kvalifikaci lékaře. Věřte, že si tuto skutečnost uvědomujeme a i nadále se budeme snažit tento systém zjednodušit a zpřehlednit, i když se často připadáme jako onen bájný Sisyfos. A nyní k poslední horké novince. Současná situace, kdy když už se dozvíme, že máme na



bonifikaci nárok, není jisté, kdy ji na svém účtu také nalezneme, se má zásadně změnit. Od prvního ledna příštího roku má být totiž část bonifikační platby vyplácena každý měsíc. Navíc by mělo dojít k zohlednění případných výkyvů. Podstatou nového systému je zohlednění třech předchozích období, přičemž výsledná platba je průměrizována a to tak, že poslední vyhodnocené období bude mít váhu 50ti %, předchozí pak sestupně 30 a 20 %, s výjimkou prvního pololetí příštího roku, pro které budou rozhodující dvě předchozí hodnocená období. Podrobněji Vás s touto problematikou seznámíme opět na stránkách našeho časopisu.

Ve svém přehledu bych se rád zmínil ještě o dvou aktivitách, z nichž o jedné jsme již podrobně informovali na stránkách našeho časopisu, druhá je aktivitou posledních dní. I když spolu zdánlivě nesouvisí, mají překvapivě mnoho společného. Tou první je CRP. Půl roku jsme intenzivně pracovali nad spuštěním pilotního projektu CRP v našich ordinacích, půl roku jsme intenzivně pracovali nad projektem, který by mohl napomoci naší diagnostice a pomohl řešit narůstající rezistenci k antibiotikům, půl roku jsme intenzivně pracovali nad možností úhrady jednoho rychlotestu přinášejícího prospěch nejen nám, ale i pacientům s vizí hrazení tohoto testu z fondu zdravotního pojištění. Po půl roce jsme se dozvěděli, že jsme pracovali možná zbytečně, neboť nelze toto vyšetření hradit tak, jak jsme předpokládali. Tento projekt nakonec světlo světa spatřil, i když problémům jsme se opět nevyhnuli. Přes masivní reklamní kampaň VZP jsme se ze zasláných dodatků dozvěděli, že máme přístup na dohodu, která nám ani nezaručuje úhradu spotřebovaného materiálu, natož práce, neboť vše je podmíněno devaterem požadavků, které musím splnit, aby mi byly uhrazeny alespoň materiálové náklady.

Oproti tomu více jak dva roky striktně odmítáme snahu zavedení jakéhosi signálního či kontaktního kódu ze strany VZP. Kvůli této problematice jsem dokonce absolvoval soud s jedním z ředitelů OP VZP. V době, kdy je nám na jedné straně zdůvodňováno, že nelze hradit výkon CRP z fondu zdravotního pojištění, nejsou vyplaceny bonifikace ve slíbeném termínu, prodlužuje se termín splatnosti našich faktur, na straně druhé je nám nabízeno nasmlouvání výkonu Kontakt registrovaného pacienta s lékařem, výkon, který popírá samotnou existenci kombinované kapitačně výkonové platby. Najednou nevádí, že není tento výkon v Seznamu výkonů, prostě, najednou to jde. Proč tak rozdílný přístup? Nabízí se mož-

ná odpověď. Zkušenost z jednání s VZP, především na okresních úrovních, velí k maximální ostražitosti. Jestliže najednou lze učinit průlom do úhrad v systému veřejného zdravotního pojištění bez reflexe na oficiální vyhlášku – Seznam zdravotních výkonů, není snad důvodem očekávaná návratnost vložené investice? Opakovaně jsme Vás na možná rizika upozorňovali, proto važte, co podepisujete. Za sebe mohu prohlásit, že se mi bude velmi obtížně obhajovat ty z Vás, kteří se do případných sporů v souvislosti s nasmlouvaným kontaktním kódem dostanete.

Oproti předchozímu jako balzám působí jednání s OZP, kde jsme se bez problémů dohodli na metodice vykazování CRP, kdy se dohodnutá úhrada velice přiblížila našim představám, ale také původně dohodnuté výši úhrady s VZP. U OZP nemáme z naší strany výraznějších výhrad ani k tzv. komplexnímu hodnocení nákladovosti, což je systém, který je podkladem pro návrh diferencované výše kapitační platby jednotlivým lékařům. Ten je také důkladně propracován zdravotní pojišťovnou ŠKODA, která systém diferencované kapitační platby uvedla do života. I s touto pojišťovnou však budeme muset brzy řešit problém, jak dál, neboť všechny systémy se po čase dostávají do určité slepé uličky, kdy vliv na systém postupně ztrácí svou razanci a po určitém ustálení nemá jakoby dál co nabídnout.

V současnosti připravujeme ve spolupráci s naší odbornou společností řadu nabídek zaměstnaneckým pojišťovnám k určitým regionálním programům, které mohou přinést kvalitu do systému poskytování zdravotní péče, budou stimulovat naši odbornou způsobilost a v neposlední řadě nám přinesou i určitý ekonomický prospěch. V této cestě vidíme jednu z možností, jak řešit nepříznivý populační vývoj v naší zemi. Je zřejmé, že ovlivnit tento vývoj se nám asi nepovede, tak nezbyvá než zamyslet se nad stávajícími možnostmi, nad možnostmi vycházejícími z našich odborných kompetencí.

Ve svém přehledu nemohu neuvést vznik Koalice ambulantních zařízení. Historie se již po několikáté opakuje. Systém nás neustále nutí hledat formu spolupráce s ostatními lékaři, s ostatními poskytovateli zdravotní péče. Namátkou uvedu Jednotu lékařů českých, z nedávné minulosti Ligu na obranu nestátních zdravotnických zařízení. Všechny tyto pokusy dříve či později zkrachovaly. Nyní se zdá, že by mohla být dobrým pojítkem obava z budoucnosti provozovatelů nestátních zdravotnických zařízení, obava z budoucnosti soukromého ambulantního sektoru. Současné státem organizované protěžování lůžkové pé-

če k obavám jistě vede. Jestli se nám podaří vydržet v nastolené spolupráci, o tom nás nejspíše přesvědčí nejbližší budoucnost.

K bilancování náleží i hodnocení, zda se nám podařilo naplnit usnesení předchozích republikových akcí – konference a sněmu.

Podíváme-li se do usnesení poslední Konference, najdeme tam úkol projednat a přijmout Směrnice Finančního řádu, podle kterých budou probíhat veškeré ekonomické transakce našeho Sdružení. Myslím, že toto jsme beze zbytku splnili, i když nový model dávám dodnes mnohým zabrat. Po téměř roční zkušenosti si troufám tvrdit, že nastolený směr je správný, a doufám, že i následný přednes rozpočtu potvrdí moje přesvědčení o zprůhlednění a zjednodušení jednotlivých finančních toků.

Dále nám Konference uložila zajistit, aby naše webové stránky byly provozovány v doméně, která je majetkem Sdružení. I toto bylo splněno, i když se nám zatím nepodařilo zajistit, aby toto informační médium pomáhalo naplňovat naší pokladnu. O internetu jsem ale již hovořil v úvodu svého vystoupení. O očkování jsem již hovořil, obdobně i o naší odbornosti a jejím začlenění do legislativního rámce. Dalším významným úkolem bylo pracovat na zlepšení ekonomiky našich praxí. I z těchto důvodů vedeme dialog se zástupci organizací sdružující poskytovatele ambulantní péče v již zmíněné Koalici ambulantních zařízení, systémové změny, jako je například oddělení ambulantního a lůžkového fondu se však zatím prosadit nepodařilo. Domnívám se, že i poslední Konference schvalovala tento bod jako dlouhodobý úkol, jehož realizaci v čase neumíme zásadně ovlivnit. Co se týká vlastních úhrad naší činnosti, jistě stále neodpovídají našim představám, i když si myslím, že zajištění jejich trvalého růstu, což potvrzují výsledky cenových jednání, lze, v souvislosti s deficitním systémem, hodnotit jako úspěch. To potvrzuje i srovnání s ostatními odbornostmi, ke kterým se pomalu, ale jistě, postupně ekonomicky přibližujeme. Toto porovnání pokulhává pouze s porovnáním k lůžkovému sektoru, ale tam dominuje ve svém rozhodování vláda, a tu zatím ovlivnit neumíme, k tomu bychom potřebovali mnohem větší Vaši podporu a odvalu nastoupit do otevřenějšího boje, což se ale v minulosti ukázalo jako slabina naší činnosti.

Chtěl bych z tohoto místa poděkovat všem, co se zapojili do činnosti pracovní skupiny, ustavené naším Sdružením a o jejíž činnosti Vás informujeme ve Voxu pod titulkem „Zpráva analytické komise Sdružení“. Jedním z důležitých výstupů pak bylo vyhodnocení ekonomiky



našich organizací, které se nám povedlo ve spolupráci s Vámi v první polovině tohoto roku provést. Chtěli bychom v této činnosti pokračovat, proto byli někteří z Vás již osloveni ve smyslu práce nad vytvořením tzv. nákladových středisek, přesné zadání se však teprve připravuje a budete s ním v nejbližší době seznámeni.

Mezi dalšími úkoly bylo dopracování koncepcí LSPP, o té jsem již hovořil, Katalog PIS, práce nad tímto problémem v současnosti ustrnuly, nicméně materiál je hotov a byl publikován, teď je spíše na řadě možná realizace, vše však souvisí i s vývojem další legislativy. Předávání praxí se pomalu, ale jistě rozbíhá, celá tato problematika ale úzce souvisí s budoucností naší odbornosti, ale to se vrátíme opět na začátek.

Mohl bych pokračovat ve výčtu dalších aktivit, ale jak již jsem uvedl v úvodu, museli bychom pro tuto Konferenci vyhradit mnohem delší čas. Věřím, že průběžné informování prostřednictvím Voxu přispívá k Vaší orientaci o činnosti našeho Sdružení. Ale ani tam se nevejde všechno. Věřte, že počet našich aktivit narostlo takovou měrou, že je čím dál složitější skloubit vše s provozováním našich praxí. I to budeme muset asi do budoucna řešit.

Kolegyně Cabrnchová na sebe převzala obrovský balvan vedení naší odborné společnosti. Najednou se ukázalo, jak potřebné bylo její ustavení a jak moc nám chyběla její činnost. O výsledcích této činnosti mi zde nepřísluší hovořit, ale řešení mnoha problémů si již dnes bez vzájemné naší spolupráce již ani nedovedu představit. Chtěl bych proto dr. Cabrnchové poděkovat za tuto činnost, i když to nemá vždy jednoduché, někdo občas lacině spojuje její činnost s výkonem činnosti jejího manžela, ale svědčí to vždy spíše o hlouposti toho, kdo toto tvrdí.

Druhá kolegyně v našem Výboru, dr. Dvořáková se naopak pevně usadila na našich financích, a i když nelze rozhodně říci, že by na nich seděla jako žába na prameni, ovlivnila výrazným způsobem toky financí v našem Sdružení, samozřejmě, že tím správným směrem. Její obzor je však samozřejmě širší, a tak i ona se stala platnou členkou týmu, který se nazývá Výkonný výbor.

Nestor našeho Sdružení, kolega Kudyn, je zase tím, kdo neúprosně drží ve svých rukách oteče našeho časopisu a je to především jeho

zásluha, že vypadá tak, jak vypadá. Kdo zná blíže dr. Kudyna, ví, že jeho léty prověřené zkušenosti s činností Sdružení jsou neocenitelné, často i nevyčerpatelné, někdy dokonce i nevyzpytatelné. Jeho přehled, rozvaha a zkušenosti jsou rozhodně důležitým přínosem pro činnost užšího vedení Sdružení, i když někdy svými poznámkami důsledně udržuje hladinu adrenalinu v krvi svých kolegů.

Posledním členem týmu užšího vedení Sdružení je dr. Soukup. I když zdánlivý nováček ve vedení Sdružení, stal se jeho platným členem. Navíc převzal i část činnosti v naší odborné společnosti, i toto propojení se příznivě projevuje v naší organizaci. Občas se sice projeví jeho nezkušenost v jednáních, svou horlivostí na straně jedné a nestíhání na straně druhé nám občas vryje vrásku do tváří, nicméně i on zapadl do našeho týmu.

Abych ale nezůstal jen u pozitiv naší činnosti, čím dál tím více si uvědomujeme, že dochází k určitému odtržení činnosti Výboru od činnosti Předsednictva. Na zasedání tohoto řídicího orgánu často nezbyvá mnoho času k řešení regionální problematiky. Proto jsme se na Výboru dohodli, že vtáhneme regiony více do hry. Budeme zvát zástupce regionů i na jednání Výboru, kde poskytneme podstatně více prostoru problematice jednotlivých regionů a zároveň umožníme vnímat atmosféru projednávaných aktuálních problémů. Věřím, že cesta, kterou nastoupilo Sdružení po posledních volbách je cesta správná a že povede k dalšímu posilování pozic nás, praktických dětských lékařů.

Je mi líto, že v této činnosti nás již nebude podporovat z postu regionálního předsedy kolegyně Roškotová. Úraz, který utrpěla při cestě na jedno ze zasedání Předsednictva byl jednou z posledních kapek, které ji přivedly k rozhodnutí ukončit svou dráhu ve vedoucích funkcích Sdružení. Asi ještě dlouho se nám nebude chtít uvěřit, že pokud budeme potřebovat něco po Severočeském regionu, neozve se na druhém konci telefonu – dr. Roškotová, prosím. Myslím, že málokdo v našem Sdružení má takový podíl na fungování naší organizace, jako dr. Roškotová.

Svůj přednes bych tedy rád zakončil slovy: Olinko, díky.

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR

Doplnění:

U článku Doc. MUDr. V. Marešové, CSc. "Infekce dýchacích cest v komunitě - diagnostika a léčba", který jsme publikovali v minulém VOX PEDIATRIAE, nám technickou chybou vypadl dovětek, že článek byl převzat z **Remedia 2001; 11:192-198.**

Usnesení XI. celostátní konference SPLDD konané dne 16.11.02 v Praze

Konference vzala na vědomí zprávu o činnosti za předchozí období přednesenou předsedou SPLDD Dr. Neugebauerem, zprávu o hospodaření za minulé období, přednesenou Dr. Dvořákovou a schválila návrh rozpočtu na rok 2003. Dále přijala revizní zprávu předsedy revizní komise Dr. Dufky.

Celostátní konference vyjadřuje zásadní nesouhlas s navrženým zákonem o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře.

Celostátní konference podporuje zařazení oboru praktického dětského lékařství jako základního oboru, jako legislativní podmínku pro zachování PLDD v systému poskytování primární pediatrické péče.

Konference s politováním konstatuje, že se našeho jednání a diskuse i přes příslibenou účast nezúčastnili zástupci MZ ČR, tento fakt překvapuje zejména proto, že stávající vláda veřejně deklaruje svůj zvýšený zájem o zajištění kvalitní péče o dítě. Rovněž s politováním konstatuje, že se jednání nezúčastnil zástupce ČLK. Omluvena byla pouze neúčast zástupce ČPS ČLS J.E.P.

Konference vyjadřuje zásadní nesouhlas s nedodržováním termínů splatnosti faktur za poskytovanou zdravotní péči zejména v případě VZP, jakož i s opožďováním proplácení bonifikací u této ZP. Konference ukládá Předsednictvu, aby projednalo možnosti dalšího postupu při pokračování tohoto trendu.

Konference vyslovuje opakovaně zásadní nesouhlas s nabízením nasmolování tzv. kontaktního kódu ze strany VZP, naopak požaduje odpovídající proplácení výkonu vyšetření CRP v lékařské praxi a ukládá Výkonnému výboru jednat o této možnosti se všemi zdravotními pojišťovnami (např. způsobem dohodnutým s OZP).

Účastníci Konference ukládají Výkonnému výboru pokračovat v jednáních o možném rozšiřování odborných kompetencí PLDD.

Byly schváleny dvě změny v Hospodářském a finančním řádu.

Konference ukládá Výkonnému výboru vydat tiskové prohlášení odrážející výstup z Konference obsažené v tomto Usnesení.

Konference ukládá při všech jednáních na téma LSPP vycházet ze zásad zpracovaných SPLDD ČR.

Konference ukládá Předsednictvu projednat možné změny Stanov, které by odrážely změnu státoprávního uspořádání a případné návrhy předložit příští Konferenci.



Návrh zákona o vzdělávání je plný problémů a chyb

Vládní koalice protlačila ve sněmovně o jediný hlas prvním čtením návrh zákona o dalším vzdělávání lékařů a farmaceutů. Předložený návrh velmi důležitého a velmi potřebného zákona je výsledkem ukvapené, uspěchané a nedobře odvedené legislativní práce. Proto nejde o dobrý návrh a výsledkem jeho projednávání nemůže být a nebude dobrý zákon. V předchozím volebním období byly projednávány dva návrhy zákona o dalším vzdělávání: vládní (v celkem asi dvaceti verzích) a poslanecký, který jsem spolupředkládal s dalšími poslanci ODS a ČSSD. K oběma probíhala více než rok aktivní a přínosná odborná diskuse. V některých bodech se návrhy rozcházeły, ale v mnohém se shodovaly. Je přinejmenším velmi překvapivé, že nynější návrh některé dlouho projednané a všeobecně podporované momenty neobsahuje, a naopak obsahuje prvky zcela nové, nikdy s nikým nediskutované a bohužel často nejen podle mého názoru chybné.

Poslancům byl podvržen návrh, který neproběhl nejen širokou odbornou diskusí, ale dokonce ani řádným připomínkovým řízením. Zvláště v případě zákona tak odborného, jakým je zákon o dalším vzdělávání lékařů, je odborná diskuse s dostatečným prostorem naprosto zásadní a nezbytná. Rozhodně ji nelze odmítnout s poukazováním na neplnění termínu určeného Evropskou unií (byl stanoven na konec roku 2000 a je tedy už bezmála dva roky nesplněn). Je nezbytné přepracovat návrh zákona tak, aby byly odstraněny závažné chyby, předložit jej odborné veřejnosti, dát jí dostatek času na vyjádření, provést návrh řádným připomínkovým řízením a toto řízení vypořádat – tedy setkat se s připomínkami, vyslechnout si zdůvodnění jejich připomínek a vysvětlit jim, proč případně nemohou být akceptovány. Teprve potom je možné předložit zákon sněmovně a rozhodovat nikoli odborně, ale politické otázky. Špatný návrh, a tím myslím i špatně prodiskutovaný nebo špatně odůvodněný, bude buď zamítnut, nebo zkažen desítkami pozměňovacích návrhů, nebo tvrdohlavě přijat ve špatné podobě. Nic z toho nelze pokládat za dobré.

Co se týká konkrétních chyb návrhu, jde například o to, že zavádí nerovnost mezi lékaři – zaměstnanci a lékaři soukromě podnikajícími, a to vždy v neprospěch soukromých lékařů. Autor návrhu je evidentně nemá rád a nepřeje jim. Zakazuje třeba narušování externí průpravy před atestací výkonem výdělečné profesionální činnosti, pokud je vykonávána soukromě. Pokud však je vykonávána jinak, externí průprava nevádí. Zjednodušeně řečeno: při přípravě k atestaci si můžete přivydělat, ale pouze jako zaměstnanec!

Zákon zavádí nerovnost také v otázce obnovení a doplnění potřebných odborných vědomostí při

přerušení výkonu povolání. U zaměstnance je povinností zaměstnavatele uložit mu obnovení vědomostí a zabezpečit doškolení, „nezaměstnanec“ je povinen požádat o doškolení příslušnou komoru. To staví zaměstnance do role neschopných se o sebe postarat. Zaměstnavateli potom ukládá roli strážce zaměstnanců a pečovatele o jejich osud. Jsem přesvědčen, že všichni lékaři jsou dostatečně odpovědní a schopní, aby mohli odpovídat za své vzdělání a jeho případné doplnění. Zaměstnavatel nechť kontroluje, zda jeho zaměstnanci odpovídající vzdělání mají.

Návrh zákona rovněž omezuje právo zdravotnických pracovníků samostatně se rozhodnout pro obor, ve kterém budou pracovat. Pracovník může požádat o zařazení do oboru pouze prostřednictvím svého zaměstnavatele. Pokud se mu ten rozhodne vzdělání neumožnit, zaměstnanec má pouze jedinou šanci – absolvovat specializační vzdělávání na vlastní náklady. Návrh tedy zcela vylučuje, aby se zaměstnanec rozhodl svobodně bez souhlasu zaměstnavatele a přesto absolvoval specializační vzdělávání jinak než na vlastní náklady (například na náklady státu). Tato chyba úzce souvisí s povinností zaměstnavatele hradit veškeré náklady spojené se specializačním vzděláváním zaměstnance. Pokud by zákon takovou povinnost jednoznačně stanovil, znamenalo by to v praxi omezení možnosti specializačního vzdělávání a přeneslo by to náklady na něj v převážné míře na státní zdravotnická zařízení. Z jakého důvodu by ale zařízení přijímalo do pracovního poměru pracovníka, který vzápětí vstoupí do specializačního vzdělávání, jehož náklady zaměstnavatel ponese ze zákona bez možnosti dohodnout se se zaměstnancem na dalších podmínkách a pravidlech? Z jakého důvodu by měl zaměstnavatel zprostředkovat přihlášku svého zaměstnance ke specializačnímu vzdělávání, pokud toto vzdělávání znamená pro něj pouze náklady?

Nejzávažnějším útokem na soukromé lékaře je však zpochybnění způsobilosti vykonávat samostatně povolání. S účinností navrhovaného zákona by měli ztratit specializovanou způsobilost a tedy současně i oprávnění k samostatnému poskytování péče všichni lékaři bez druhé atestace v oboru (tedy pouze s první nebo první a nástavbovou). Vládní návrh tak znemožňuje podnikání většiny soukromých lékařů. I staří a zkušení odborníci se tak stanou nezpůsobilými. Budou muset uzavřít své ordinace a přihlásit se k doškolení. Nikdo se neptá, kdo se postará o jejich pacienty, kdo zaplatí jejich sestry a nájmy a z čeho budou žít jejich rodiny v době, kdy si oni budou „doplňovat“ vzdělání.

MUDr. Milan Cabrnock

místopředseda zdravotního výboru PSP

Dopis prezidenta Berufsband der Kinder - Jugendärzte e. V.

Vzhledem k probíhající diskusi nad parlamentním návrhem zákona, který v předložené podobě nepočítá s dětským lékařem jako základním článkem péče o dítě, jsme oslovili naši partnerskou organizaci v Německu. Zjišťujeme, že podobné diskuse probíhají i zde. Zveřejňujeme proto dopis prezidenta Berufsband der Kinder - und Jugendärzte e. V. v plném znění.

Köln, 11.11.2002

Vážený a milý kolego Neugebauer, e,

rád vyhovuji Vašemu přání, abych nastínil situaci ambulantní pediatrické péče v Německu a vyložil Vám jak aktivity Asociace dětských a dorostových lékařů v Německu (BVKJ), tak i perspektivu v národním a evropském měřítku.

Současná situace

Pediatric se v Německu od počátku existence tohoto oboru nikdy neprosazovala příliš jednoduše. V současnosti existují tři faktory, které opětovně ohrožují budoucnost tohoto oboru:

1. Z důvodu snižování nákladů ve zdravotnictví usiluje politická sféra o zvrácení poměru odborných lékařů k domácím lékařům (60 ku 40). Rodinný lékař by přitom dle možnosti měl nově zastávat funkci primárního lékaře nebo hlídače (gatekeeper). Politická sféra považuje za příkladný přístup spolkových zemí, v nichž je odborná lékařská činnost prováděna pouze na klinikách a periferní péči provádějí převážně všeobecní lékaři.

2. Všeobecní lékaři vždy vznášeli všezahrnující nárok na kompetentnost pro všechny věkové skupiny. Přitom se jejich vzdělávání a další vzdělávání v našem oboru dostává stále více do pozadí. Pouze 17% všech absolventů lékařského studia se vůbec nechá vyzkoušet z oboru pediatrie, absolventi tudíž nemají téměř žádné teoretické znalosti a později nenaleznou možnost další-



ho vzdělání na pediatrických klinikách. Nahrazení takového dalšího vzdělávání čistě teoretickými suchopárnými kurzy je nedosta- tečné.

3. Současný nutný počet celkem 400 absolvujících pediatriů ročně je zatím dosahován. Během čtyř až šesti let však toto číslo klesne na polovinu, neboť kvůli redukci míst pro další vzdělávání na klinikách (pokles porodů, kratší doba setrvání, nižší míra umístěnek) bude pro kliniku a praxi k dispozici již jen cca 200 nově přichozích pediatriů ročně. Zvláště eklatantní se nedostatek nováčků stává v nových spolkových zemích (bývalá NDR), neboť je zde na klinikách mnoho kolegů s pracovními úvazky, které nelze vypovědět, a kteří blokují místa pro další vzdělávání, přičemž však během příštích 10 let tyto kliniky opustí.

Východisko z tohoto problému spočívá do značné míry ve třech opatřeních:

1. Vyvážená dělba práce dle věkových skupin mezi pediatrii a všeobecnými lékaři v rámci obvodní lékařské péče. Všeobecní lékaři budou v souvislosti s demografickým vývojem v budoucnosti beztak přetíženi rostoucím podílem geriatrických pacientů a přinejmenším ve velkých aglomeracích budou nuceni na péči o děti rezignovat.

2. Musí být realizováno usnesení konference ministrů zdravotnictví spolkových zemí z roku 1997: Děti nemají být v budoucnosti stacionárně ošetřovány na jednotlivých odborných odděleních (chirurgie, krční-ušní-nosní, oční, atd.), nýbrž již jen na pediatrických odděleních. To by mohlo alespoň zčásti zabránit redukci pediatrických lůžek na klinikách a míst pro další vzdělávání.

3. V souladu s návrhem nového řádu pro další vzdělávání by měly být pediatrické praxe otevřeny i pro další vzdělávání budoucích pediatriů, přičemž by se mohly započítávat až dva roky dalšího vzdělávání v praxích. Předpokladem je ovšem to, aby toto další vzdělávání v praxích bylo dotováno stejným způsobem, jako se tomu děje při dalším vzdělávání na všeobecného lékaře.

Aktivita BVKJ a reakce

Problém plošné ambulantní péče prováděné dětskými a dorostovými lékaři nebylo možné odstranit na úrovni samotných lékařů, neboť tomu stojí v cestě zájmy příslušníků jiných lékařských oborů. Při demokratickém rozhodování jsme ostatními obory majorizováni. Východisko jsme proto spatřovali v mobilizaci veřejnosti a osvětlovací kampani

směrem k politické sféře. Tento cíl jsme sledovali prostřednictvím intenzivní práce s veřejností (tiskové konference, kampaně) a řady samostatných rozhovorů s osobami s rozhodovací kompetencí v oblasti politiky. Šlo vesměs o velmi namáhavý proces, který se však vyplatil. Pro toto hodnocení hovoří následující skutečnost: Poté, co se zdravotnická péče o děti a mládež od založení Spolkové republiky Německo nikdy nestala veřejným tématem v politické debatě, se nám nyní podařilo dosáhnout toho, že jsme byli vyslyšeni německým parlamentem jak ve zdravotnickém výboru, tak i v komisi pro otázky dítěte. Podařilo se nám představit přesvědčivým způsobem argumenty ve prospěch dosavadní pediatrické péče. To vedlo k pozoruhodnému návrhu z 27. 6. 2002, který byl společně přednesen a jednohlasně přijat všemi politickými frakcemi. Tímto usnesením byla spolkové vládě uložena povinnost realizovat následující požadavky:

Klíčová funkce pediatra v lékařské péči o dítě a mladistvé musí zůstat zachována.

To se týká i ambulantní péče.

Je třeba podporovat prevenci.

To znamená, že musí být vytvořen systém preventivních prohlídek; u všech dětí a mladistvých bez výjimky by mělo být prováděno očkování.

Stacionární péče o děti a mladistvé by měla probíhat pouze na dětských klinikách.

To znamená, že na jednotlivých odborných odděleních již nebude ošetřováno 30 až 40% všech stacionárně léčených dětí jako dosud.

Musí být zaručena dosavadní samostatnost pediatrie.

To znamená, že je nutné zanechat pokusů o etablování jednotné péče o nemocné.

Je nutné vybudovat domácí pediatrii.

To znamená, že chronicky nemocné děti, resp. děti, které vyžadují operativní následnou léčbu, potřebují pro podporu rodičů ošetřování doma.

Je nutné zajistit zásobování dětí a mladistvých léky.

To znamená, že léky musí být zkoušeny pro příslušné věkové skupiny a nesmí být jednoduše přepočítány z dávek pro dospělé na děti.

Tyto a další požadavky jsme opakovaně prezentovali v době předcházející tomuto rozhodnutí. Je nanejvýš uznáníhodné, že suverén německého lidu, tedy Německý spolkový sněm, tyto požadavky uznal za oprávně-

né, a uložil je tak spolkové vládě jako závazek. Tím tyto požadavky ještě nejsou v žádném případě splněny. V budoucnosti půjde o to vyvíjet nepřetržitě tlak na jejich realizaci.

K situaci v Evropě

Zdravotnická péče o děti a mladistvé je utvářena různě. Státy jako Švýcarsko, Itálie, Spolková republika Německo a jiné byly doposud včetně venkovské periferie schopny poskytovat rozsáhlou plošnou ambulantní pediatrickou prezenci. Jiné státy (Skandinávie, Velká Británie, Nizozemí) si odborné lékaře pro dětské a dorostové lékařství drží pouze na klinikách. V těchto zemích jsou děti ambulantně ošetřovány všeobecnými lékaři. Nepovažujeme tento systém za dobré řešení: Jak vyplývá ze zpráv British Medical Association, je oproti situaci ve Spolkové republice situace v Anglii výrazně nepříznivější. Zdravotní stav britských dětí je podle této zprávy horší, náklady na zdravotnictví vyšší, protože například odborná nejistota všeobecných lékařů (general practitioners) při péči o děti je vyšší než při péči ze strany odborných lékařů. Dochází k častějšímu nasazování drahých a neindikovaných antibiotik. Odborná kompetentnost všeobecných lékařů v těchto zemích neodpovídá úrovni dětských a dorostových lékařů. Nebudou stačit držet krok s razantním nárůstem stavu vědění a kromě toho budou v důsledku demografického vývoje ve prospěch starších lidí zcela okupováni touto věkovou skupinou, takže se dětem a mladistvým nebudou moci věnovat s potřebnou péčí.

Požadavky pro Evropu

BVKJ naléhá spolu s řadou dalších evropských zemí na to, aby péče o děti a mladistvé v domácím ošetřování byla jednotnou a plošnou formou zajištěna prostřednictvím pediatriů. To odpovídá cíli odstranit dosavadní opomíjení těch, kteří budou v budoucnu tvořit páteř produktivní sféry i sociálního systému, a vybavit je pro jejich těžkou úlohu i na poli zdravotnictví.

Vážený pane kolego Neugebauer, doufám, že jsem Vám těmito informacemi posloužil, a přeji Vám hodně štěstí při naší společné snaze o zajištění ambulantní pediatrie.

Se srdečným kolegiálním pozdravem

Dr. med. Klaus Gritz



SOCIETE EUROPEENNE DE PEDIATRIE AMBULATOIRE - SEPA
EUROPEAN SOCIETY OF AMBULATORY PEDIATRICS - ESAP
EVROPSKÁ SPOLEČNOST AMBULANTNÍ PEDIATRIE

HUMAN AMBULATORY PEDIATRICS INITIATIVE*
(Iniciativa pro humánní ambulantní pediatrii)

Další dostupné tituly:

- Ambulatory Pediatrics European Charter (Evropská charta ambulantní pediatrie)
- An Initiative to Humanize Ambulatory Pediatrics (Iniciativa pro humanizaci ambulantní pediatrie)
- Human Care Initiative in Ambulatory Pediatrics (Iniciativa pro humánní péči v ambulantní pediatrii)
- Ambulatory Pediatrics: From Ethical Principles to Everyday Practice (Ambulantní pediatrie: od etických principů ke každodenní praxi)

Etická komise Evropské společnosti ambulantní pediatrie (ESAP)
Září 2002

V devadesátých letech začaly organizace UNICEF, WHO a další uplatňovat tzv. iniciativu **Baby Friendly Hospital Initiative - BFHI** (Iniciativa přátelsky nakloněná dětem) (1). Profesor Adik Levin (Tallin, Estonsko) (2) dospěl k názoru, že iniciativa Baby Friendly Hospital by měla prosazovat maximální ochranu všech novorozenců a nikoliv jen ochranu kojení u zdravých novorozenců. Podle jeho názoru BFHI nepostačovala pro nemocné a předčasně narozené děti, proto zahájil iniciativu **Human Neonatal Care Initiative** (Iniciativa pro humánní neonatální péči), kterou definoval v těchto 11 bodech:

1. Matka musí mít možnost zůstat se svým dítětem 24 hodin denně.

2. Každý člen personálu musí pečovat o matku a o dítě a musí být schopen řešit psychologické aspekty.

3. Personál musí podporovat kojení u každé matky a učit techniku vytlačování mateřského mléka.

4. Během celého období léčby/péče je nutné snižovat psychologický stres na matky.

5. Není-li indikováno jinak z lékařského hlediska, novorozencům nesmí být podáváno nic jiného než mateřské mléko.

6. Pokud není novorozenec schopen sát z prsu, mělo by mu být podáváno mateřské mléko z lahve, a to přednostně matkou.

7. Počet testů a vyšetření je nutné snížit na minimum.

8. V co nejširší míře je nutné zajistit přímý kontakt mezi pokožkou matky a dítěte a použití technických pomůcek v péči o dítě je nutné omezit.

9. Agresivní léčebné postupy je nutné omezit na minimum.

10. Matku a dítě je nutné považovat za uzavřený psychosomatický celek. Každodenní vizity by se měly zaměřovat nejen na dítě, ale i na potřeby matky (včetně péče gynekologa a jiných specialistů).

11. Během prodlouženého pobytu v nemocnici by měly být zdravým členům rodiny (otec dítěte, prarodiče nebo pomocníci) umožněny návštěvy matky a dítěte.

Tyto principy jsou založeny na myšlence, že budoucí vývoj neonatální péče by se neměl stát výlučně technickou záležitostí. Měl by zohledňovat i psychoafektivní faktory, které tvoří součást lidských a individuálních práv dítěte, tj. např. kontakt s matkou a v ideálních případech i s otcem a zbývajícími členy rodiny.

Celosvětový úspěch v humanizaci neonatologických jednotek vedl zástupce ostatních pediatrických odborností k tomu, aby se rovněž angažovali v tomto globálním a humaním směru a aby uplatnili moderní trendy i na problémy svých vlastních pacientů. Evropská společnost ambulantní pediatrie (ESAP) se nyní chystá odstartovat obdobné hnutí pod hlavičkou iniciativy Human Ambulatory Pediatrics Initiative (Iniciativa pro humánní ambulantní pediatrii), s cílem harmonizovat biopsychologickou povahu zdravotnických služeb primární péče pro děti a dorost za dodržení základních biologicko-etických principů.

Uplatněním této iniciativy v ambulantní

pediatrii (AP) by zdravotnická střediska a centra, pediatrické ordinace a ambulantní kliniky mohly získat statut Child Friendly, pokud splní podmínky tohoto vědeckého, biopsychosociálního a etického hnutí. Základní principy uvedeného hnutí (které mohou být modifikovány a přizpůsobeny podle potřeb konkrétních zemí Společnosti ESAP) jsou formulovány takto:

1. Ambulantní pediatrie (AP) je všeobecná pediatrie zabývající se dětmi a dorostem ve věku od narození do 18 let a jako taková musí řešit aspekty prevence, diagnózy, léčby a rehabilitace v rámci somatických a psychosociálních omezení. Většinou zahrnuje zdravotní výchovu a poradenství pro děti a dorost.

2. AP praxe je provozována na nemocničních ambulantních klinikách, v centrech primární péče nebo zdravotnických střediscích a centrech a v ordinacích soukromých pediatrů bez ohledu na to, zda je hrazena z veřejného zdravotního pojištění (řízená péče) nebo ze soukromých zdrojů.

3. ESAP zastává Levinovy principy uvedené v jeho iniciativě **Human Neonatal Care Initiative** (Iniciativa pro humánní neonatální péči) (2) a principy iniciativy **Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)** (1) pokud jde o novorozence.

4. AP musí vyvinout longitudinální kontrolní programy pro zdravé děti a dorost (zdravotní dohled) zasahující do oblasti somatické, psychoafektivní, sensorické a sociální a zahrnující všechny úrovně života pediatrického pacienta: rodinný život, mateřská škola, střediska každodenní péče, základní škola, střední a vyšší školy, odborné a učňovské školy a sportovní instituce pro děti a dorost.

Před provedením jakýchkoliv testů a vyšetření musí lékaři informovat pacienty a jejich rodiny a musí se formálně zavázat, že budou vždy schraňovat výsledky jako důvěrné informace. Zamýšlená vyšetření musí být do-



ložena medicínou založenou na důkazech (Evidence-Based Medicine – EBM), směrnici pro klinickou praxi nebo z vědeckého hlediska spolehlivými zdroji dat.

Uvedené programy kontrol pro zdravé děti a dospívající mohou být pod nezbytným dohledem týmu zajišťujícího primární péči použity jako metoda pro prohloubení role rodinných příslušníků jako poskytovatelů péče, vzdělání a podpory pro optimální zdravotní stav pediatrického subjektu. Ideální by bylo pokusit se o získání důvěry subjektů a jejich rodinných příslušníků, vyhodnotit pozitivní a negativní podmínky pro uvedený rozvoj a vytvořit vazbu pro spolupráci mezi rodinou a lékařským týmem. Úkolem pediatra je též pomáhat matkám, aby se obnášely ke svým dětem s láskou, stanovit význam otce v rodině a zajistit tak její stabilitu.

Studie vývoje a chování dětí a dospívajících musí být jedním z hlavních cílů kontrolních programů, aby umožnila detekovat psychosociální poruchy považované za novou chorobu. Identifikace problematických případů dovede ambulantní pediatrie ke spolupráci s psychologickými týmy a sociálními pracovníky s cílem koordinovat odpověď.

5. Pravidelně budou prováděna biomerická vyšetření a antropometrické údaje budou vyneseny do grafů umožňujících porovnání se standardizovanými tabulkami. Tento postup umožní časnou detekci a studii růstových poruch.

6. Pediatři budou přísně dodržovat aktuálně platný imunizační program pro jejich oblast. Před provedením vakcinace musí poskytnout pacientům a jejich rodině vyčerpávající informace o vlastnostech vakcíny a o přínosu a rizicích vakcíny. Pediatři jim doporučí jakoukoliv vakcínu, o jejíž vhodnosti jsou přesvědčeni, avšak která není zařazena na oficiální seznam povinných očkování. Dokonalé provedení vakcinační techniky je samozřejmou nutností.

7. AP se bude zabývat akutními stavy po 24 hodin denně. Tato spjitost péče, která může být garantována prostřednictvím různých systémů organizace, pomůže zamezit přetížení na nemocničních pohotovostních odděleních. AP musí rovněž nabízet optimální péči pro pacienty s chronickými onemocněními nebo poruchami, a to prostřednictvím spolupráce s odbornými pediatrie a ostatními profesionály, a v případě potřeby ustavit multidisciplinární tým koordinovaný pediatrem. Pediatr dále usnadní formování různých skupin rodičů poskytujících si vzájem-

nou podporu.

Adekvátní zdravotní osvěta pacientů a jejich rodin usnadní sdílenou péči mezi jednotlivými profesionálními pracovníky s chronickými stavy (astma, diabetes, atd.).

8. Pracoviště AP musí mít možnost odeslat své pacienty na stomatologické pracoviště a na pracoviště zubní hygieny přizpůsobené potřebám pediatrických pacientů.

9. Pracoviště AP musí mít možnost odeslat složité případy odborným lékařům z všeobecných nemocnic zaměstnávajících odborníky ve specializovaných pediatrických oborech. V případě potřeby hospitalizovat pacienta musí mít pediatr k dispozici dětskou nemocnici nebo jiné pediatrické zařízení s touto možností. Hospitalizace v nemocnici je vhodná pouze tehdy, pokud ji vyžaduje klinický stav pacienta nebo pokud není možné zajistit léčbu nebo vyšetření jinde. Pediatr musí sledovat vývoj stavu pacienta během hospitalizace.

10. Pokud je vytvořena dostatečná struktura zdravotnických zařízení, musí být vždy garantována svobodná volba pediatra a nemocnice.

11. Pediatři musí mít k dispozici tolik času, kolik potřebují ke stanovení správné klinické anamnézy, a to v pracovním prostředí daném osobní a interaktivní komunikací s pacienty a jejich rodinnými příslušníky. Přerušování dialogu musí být omezeno na minimum a výměna informací musí být soukromá se zachováním důvěrnosti informací. Tento postup je zvláště důležitý v případě dospívajících pacientů.

Fyzikální vyšetření budou komplexní v rozsahu nezbytném pro zjištění příznaků a projevů daného stavu. Kontroly u zdravých dětí a dospívajících budou zohledňovat speciální charakteristiky dané věkové kategorie a vyšetřovací metody budou přizpůsobeny různému stavu vývojového procesu.

Pacienti a jejich rodiny musí být adekvátně informováni před provedením každého doplňujícího vyšetření. Doplňující vyšetření budou pečlivě volena na základě míry nezbytnosti a jejich výsledky budou vždy schraňovány jako důvěrné informace.

12. Pediatři dodržující standardy medicíny založené na důkazech (**Evidence-Based Medicine – EBM**) musí získávat informace týkající se diagnosticko-terapeutické orientace pacienta, nejen prostřednictvím klasických aktualizovaných textů a odborných časopisů, ale zároveň i pomocí počítačových zdrojů (databáze, Internet nebo Cochrane

Collaboration), publikačních souhrnů a abstraktů. Uvedená data budou vyžadovat hodnocení a klasifikaci důkazů podle terapeutického významu. Při praktickém uplatnění závěrů uvedené studie pediatr zohlední preference pacientů, okolnosti jejich rodinného prostředí a kvalitu života jejich rodin.

EBM není utopie, ale vědecký požadavek, který je možné zvládnout ve střednědobém termínu prostřednictvím progresivních metod učení, dostatečné angažovanosti, času a prostředků. Lékaři, kteří si dosud neosvojili tuto metodologii, mohou i nadále zakládat svou praxi na z vědeckého hlediska spolehlivých zdrojích, které mají k dispozici, a mohou si dovolit určitý stupeň nejistoty.

13. Před zahájením jakéhokoliv terapeutického výkonu musí lékař podat dostatečné informace o tomto výkonu pacientům a jejich rodinám. Má-li být podáván lék, musí být poskytnuty úplné informace o jeho klinické farmakologii, indikacích, kontraindikacích, interakcích a nežádoucích účincích. Pediatr by se měl zároveň pokusit o to, aby se předělo nepohodlnému dávkování přípravku. Pediatr by neměl předepisovat čípky, injekce a roztoky pro ústní podání s nepříjemnou chutí, pokud použití takových přípravků není nezbytně nutné. V některých případech bude pediatr nebo jeho pomocný personál nucen natrénovat použití určitých léčiv (např. přípravků ve spreji, ať už s inhalační komůrkou nebo bez inhalační komůrky, injekce, atd.) s pacientem nebo s jeho příbuznými.

Lékař musí předepsat nejlepší léčbu a zároveň se musí pokusit o to, aby se vyhnul nežádoucím vnějším tlakům, například ze strany pacientovy rodiny nebo farmaceutických firem.

14. Pediatr musí mít k dispozici aktuální informace o různých technikách k profylaxi bolesti, které mohou být použity ke zmírnění bolestivosti diagnosticko-terapeutických technik v oboru AP. Lékař použije tyto techniky u svých pacientů tak, aby z nich vytěžil maximální analgetický přínos.

15. Praktická doporučení připravená etickou komisí nebo konsensuální konferencí a protokoly vědeckých odborných společností mohou zlepšit kvalitu diagnostických a terapeutických postupů, usnadnit přenos informací a umožňují poskytnout stejnou péči všem pacientům. V řadě případů mohou dokonce přispět k úspoře zbytečných výdajů. Existuje však jisté nebezpečí, že se tato doporučení stanou autoritářská a dogmatická a zvrhnou se v nástroj byrokratické kontroly.



Obecně lze konstatovat, že doporučení mohou být přínosná tehdy, pokud jsou používána na základě individuálního posouzení, pokud jsou zpřístupněna všem profesionálním pracovníkům, a pokud panuje shoda o jejich pravidelné aktualizaci.

16. Pediatrii působící v AP mohou mít zájem o účast ve vědeckých výzkumných studiích, zahrnujících použití materiálu odebraného nebo získaného z jejich pacientů. V takovém případě musí metody použité v rámci takové studie splňovat určité požadavky: metody by měly být použitelné přímo v ordinaci daného pediatra, jejich provedení by mělo být monitorováno multidisciplinární vědeckou komisí a dohled nad studií by měla provádět etická komise klinických pracovníků specializovaných na AP.

17. Pediatrii provádějící výchovnou činnost v centrech nebo střediscích AP se musí orientovat v učebních textech pro studenty medicíny týkajících se ambulantní klinické praxe, zejména pak pro budoucí rezidentní lékaře se specializací v pediatrii. Dále musí absolvovat školení/trénink se zaměřením na účinné rozvíjení této školící funkce. Ambulantní instituce podílející se na této vzdělávací činnosti musí mít akreditaci speciálních komisí.

18. Kontinuální lékařské vzdělávání (**Continual Medical Education – CME**) pediatrů je morální povinnost, která je dána nevyhnutelnou potřebou revidovat a aktualizovat vlastní znalosti, dovednosti a profesní postoje. Pediatrické společnosti musí přijmout odpovědnost za organizaci kontinuálního lékařského vzdělávání.

Orgány činné v sektoru veřejného zdravotnictví a vzdělávání vyžadují v každé zemi splnění určitých podmínek týkajících se jakosti, délky a chronologie CME.

Základní podmínku vzdělávání v rámci hranic stanovených pro CME v oboru AP je výběr odpovídajícího předmětu a jmenování zkušených učitelů/školiců s odbornou znalostí problematiky daného předmětu. Ta může být zajištěna účastí na příslušných akcích (kurzy, semináře a konference), jakož i aktivitami podle volného výběru (čtení časopisů, on-line studie z webových stránek nebo z CD-romů, atd.). Praktický a interaktivní přístup se doporučuje pro všechna témata související s CME. Společnosti a asociace s příslušnou pravomocí by měly vyvinout metody pro periodické hodnocení odborné způsobilosti.

19. Pediatrii musí mít hloubkovou znalost

epidemiologických, demografických a ekonomických údajů o komunitě svých pacientů, která jim umožní vyhodnotit zdravotní stav pacientů a potenciální rizika pro jejich zdraví. Dále musí znát majetkovou situaci v dané komunitě, aby mohli v koordinaci se sociálními pracovníky řešit biopsychosociální problémy. Pediatrii vystupují jako privilegovaní pozorovatelé a poradci v oblasti práv dítěte s cílem odhalit a zveřejnit jakékoliv přestupky proti těmto právům.

20. Ambulantní pediatrii musí být v situacích, které ohrožují děti, připraveni spolupracovat se zákonem jako žalobci, experti nebo svědkové.

21. Ambulantní pediatrii musí respektovat kulturní zvyklosti a životní styl jejich rodičů, poskytují však rodičům rady, jak pozměnit jakékoliv praktiky, které působí proti zdraví pediatrických pacientů.

22. Úloha pediatra zahrnuje nepřetržitou péči, která může interferovat s jeho dobrou volnou nebo osobním životem. Týmová práce v oboru AP je obzvláště přínosná tím, že slouží jako záruka kvality péče a zároveň poskytuje lékaři čas na osobní volno nebo odpočinek. Pravidelné střídání směn musí garantovat výhradní účast pediatra ve všech možných případech.

23. Primárním cílem obchodního nebo profesního vztahu mezi lékařem a farmaceutickým nebo obdobným průmyslem musí být ochrana zdraví pediatrického pacienta. Pediatrii musí mít možnost svobodně si zvolit produkt, který považují za nejlepší, za předepisování léku však nesmějí přijímat žádné platby nebo odměny.

24. Pediatrii budou respektovat důstojnost a nezávislost svých pacientů a před použitím údajů o pacientech pro vědecké účely je požádají o předchozí informovaný souhlas. Pokud pacient nedosahuje věkové hranice, která je zákonem stanovena pro udělení souhlasu, lékař se obrátí na rodinu pacienta nebo na jeho zákonného zástupce, přičemž toto pravidlo se vztahuje i na veškeré složité diagnostické nebo léčebné výkony. Pokud navíc pacienti nedosahují věkové hranice, která je zákonem stanovena pro udělení souhlasu, poskytnou jim lékaři vyčerpávající informace způsobem, který jim bude srozumitelný v závislosti na jejich kognitivních schopnostech tak, aby mohli obdržet jejich svolení. Tento postup bude nezbytný pro všechny pacienty, kteří budou hodnoceni ve studii, nikoli však pro normální pacienty absolvující rutinní vyšetření nebo každodenní terapii.

25. Pediatrii budou provádět lékařskou diagnostiku podle přísných vědeckých kritérií. Proto se musí vyvarovat zbytečných pozvání nebo vyšetření s cílem získat dodatečné platby. Naopak, budou trvat na nutných pozváních nebo vyšetřeních dokonce i tehdy, pokud jejich postoj vyústí ve střet s veřejným nebo soukromým zdravotním systémem.

26. Dodržování těchto pravidel bude vyžadovat spolupráci ze strany zdravotnických orgánů. Dotyčná pravidla musí respektovat svobodu, kvalitu a solidaritu všech zúčastněných, což může vést k určitým tlakům ve vztahu ke státnímu rozpočtu. Profesionální zdravotníci si musí před použitím některých těchto pravidel provést analýzu rentability.

27. Ve zdravotnických systémech bez pediatrů na úrovni primární péče přecházejí všechny výše uvedené funkce na rodinné lékaře, a v takovém případě se musí jejich kontinuální lékařské vzdělávání přizpůsobit jejich budoucí úloze v oblasti pediatrie.

28. Ve zdravotnických systémech s plánovanou komunální pediatrickou službou mohou úlohu sociální pediatrie v rámci AP zastávat obecní pediatrii.

Výše formulovaná doporučení ESAP mají podněcovat seriózní diskusi s cílem dosáhnout zlepšení v každém jednotlivém bodě uvedeného výčtu. Implementace vědecké, biopsychosociální a etické ambulantní pediatrie se může stát výchozím bodem pro lepší a šťastnější život dětí a dospívajících v Evropě.

Bibliografické odkazy:

1. Wolf H, Charrondiere R, Helsing E. First „Baby Friendly“ Hospital in Europe. *Lancet*, 1993; 341: 440.
2. Levin A. Human Neonatal Care Initiative. *Acta Paediatr.*, 1999; 88: 353–5.

Vysvětlivky:

* *Ambulatory Pediatrics (AP)* – Ambulantní pediatrie se v různých zemích označuje různým termínem: *primary care pediatrics, Pédiatrie liberal, Pédiatrie de ville, Pediatria di base, Pediatria di famiglia, Pediatria extra-hospitalaria, Pediatria de Atención Primaria, Praxis Pädiatrie, atd.*

Etická komise ESAP: Francisco PRANDI (koordinátor), Vicente MOLINA, Milena LO GIUDICE a Bruno RACLE.



Předvolební projev MUDr. Ivana Suchardy kandidáta na prezidenta České lékařské komory

Vzhledem k doposud neukončené diskusi nad právě proběhlým sjezdem ČLK, na kterém byl Dr. Sucharda označen Dr. Rathem za „kandidáta vygenerovaného“ také SPLDD ČR, dovolujeme si přetisknout jeho předvolební projev. Domníváme se, že Vy všichni, členové Sdružení a ČLK máte právo být informováni o myšlenkách našeho kandidáta, které nás vedly k jeho podpoře.

Redakce

Vážené delegátky, vážení delegáti,
kolegyně a kolegové!

Předstupuji před vás, abych vás seznámil s tím, co bych chtěl ve funkci prezidenta komory dokázat. Vycházím přitom jak z názorů mnoha kolegů, tak i z mnohaletých zkušeností funkcionáře komory na všech úrovních.

Hlavní úkol komory vidím v péči o kvalitu a odbornost výkonu lékařského povolání.

Jak toho dosáhnout? Komora by měla především **pomáhat těm, kteří mají snahu pracovat co nejkvalitněji**. Musí být schopna **poskytovat či zprostředkovat kvalitní a stále aktualizované odborné informace**, stanoviska a doporučení. **Trvalé vzdělávání lékařů** všech odborností by mělo vycházet z požadavků lékařů samotných, z doporučení odborných společností a z vlastních zkušeností komory, získaných např. při řešení stížností.

Postihování chybujících lékařů je až tím posledním. Přesto si stále dostatečně neuvědomujeme, jak je důležité, abychom si i tuto pravomoc udrželi sami ve svých rukou.

Pro naši každodenní činnost, ať už jsme samostatně pracující nebo zaměstnanci, je velmi **důležitá kvalita zákonů, vyhlášek a dalších předpisů**, které musíme při svém povolání respektovat. Komora by se tedy měla **maximálně snažit zasahovat do těchto norem už při jejich vzniku**, musí mít připravené skupiny odborníků na různé oblasti medicíny a být schopna včas a kvalitně připravované zákony a vyhlášky oponovat.

Komora by se měla zasadit o to, aby se lékaři nemuseli ucházet o smlouvy s jednotlivými zdravotními pojišťovnami, ale aby se ve **výběrovém řízení ucházeli o volné místo v síti veřejných zdravotnických zařízení**. A pokud ho získají, aby byla smlouva s pojišťovnami automatická. **Taková praxe pak je převoditelná v případě ukončení činnosti**

lékaře, případně při jeho úmrtí, i když třeba se souhlasem komory či nějakého správního orgánu, který garantuje zachování kvality a možnosti svobodné volby lékaře pacientem.

Lékařská komora se musí trvale zajímat o ekonomiku poskytování zdravotnických služeb a v rámci toho také o odměňování lékařů za jejich práci.

K tomu by ale měla využívat především systémový přístup.

Co tím rozumím:

- za prvé ovlivňovat **dostatečné množství financí v systému** (to znamená požadovat průběžnou korekci inflace, udržet platbu státu za pojištěnce na reálné a trvale valorizované úrovni, požadovat zajištění výběru pojistného),

- dále snažit se o **správné proporce jejich dělení** (je obtížné udržet ve správném poměru podíly jednotlivých segmentů vzhledem k rozdílným způsobům jejich financování, nedovolit další nárůst podílu lékových nákladů) a

- zejména poukazovat na **napjatý vztah mezi množstvím financí a objemem požadované péče** (proto požadovat stanovení hranice zdravotní péče placené ze zdravotního pojištění, stanovit standardní a tedy veřejným pojištěním hrazené způsoby léčení konkrétních stavů a nemocí, umožnit připojištění pacientů a vyčlenit některé náklady mimo zdravotní pojištění).

Hlavním mechanismem je dosažení **závislosti plateb na množství a kvalitě vykonané práce** ve všech typech zdravotnických zařízení. Komora musí prosazovat i **zahrnutí přiměřené míry zisku do úhrad za zdravotní péči**.

Komora **nikdy nebyla a nebude odborovou organizací**, ale bude vždy **podporovat odbory** v jejich snaze po spravedlivém odměňování lékařů za jejich práci.

Stejně tak komora **nemá být zástupcem ambulantních lékařů při konkrétních jed-**

náních o cenách bodu, kapitaci a podobně, musí ale **jako koordinátor garantovat rozumnou vyváženost systému**.

Komora musí urychleně reagovat na zavedení krajského systému.

Komora zastupuje lékaře při jednání se správními orgány, a proto by bylo účelné **vytvoření výkonných krajských orgánů**, krajských rad či dokonce krajských představenstev, aby mohly být partnery krajskému úřadu, krajským zdravotním pojišťovnám a podobně. Práce na **novelizaci zákona o komorách je nezbytná a neměli bychom čekat na návrhy poslanců či stran**. Musíme aktivně pracovat na svých záměrech a přesvědčovat o jejich správnosti zákonodárce či vládní úředníky.

S perspektivou vzniku krajských orgánů je vhodné uvažovat i o **vytváření krajských kanceláří komory**. Zdůrazňuji ale, že nepředpokládám zánik okresních sdružení ani okresních kanceláří. Těm by se naopak uvolnilo ruce pro běžnou činnost pro své lékaře.

Informační systém komory musí poskytovat všem funkcionářům i prostým členům komory dostatek informací o tom, **co** komora dělá, **jak** to dělá a **za co** to dělá. Je nutno obnovit **zveřejňování zápisů z představenstva** na internetu, a také je potřebné – a velmi brzy to bude i povinností komory – **zveřejňovat seznamy všech členů komory** s uvedením jejich specializace a pracoviště tak, aby se mohl kdokoliv přesvědčit, že lékař, který ho léčí, má příslušnou specializaci a je členem komory. Je potřebné zveřejnit **kompletní adresář komory až po okresy**, a také zveřejnit úplný **seznam akreditovaných pracovišť a lektorů pro další vzdělávání**, a průběžně nabízet **veškeré vzdělávací akce**.

Především je ale nezbytné zprůhlednit účetnictví komory a poskytnout přehled o něm všem členům, kteří její provoz a čin-



nost financí. Každý z vás má **právo nahlížet do výsledků hospodaření komory** za uplynulé roky, znát **údaje o stavu majetku komory** a jeho změnách. **Ekonomicky závažná rozhodnutí** (smlouvy, financování větších akcí a podobně) musí **procházet rozhodováním představenstva** včetně schvalování konkrétních částek, musí **se objevit v zápisech** a být kontrolovatelná. Revizní komise komory je odpovědná za účetní správnost ekonomiky, ale za **účelnost vynakládaných financí musí odpovídat představenstvo a také sjezd**.

Nepředpokládám možnost snižování členských příspěvků, mimo jiné i pro značnou zadluženost komory, ale s financemi je nutno zacházet rozumně a účelně. Není možné, aby sice všichni funkcionáři měli právo na odměnu za svou práci, ale aby v některých okresech pracovali zadarmo, protože na výplatu náhrad nemají prostředky.

Výkonu funkce chci věnovat větší část svého času a omezit praxi jen na nezbytný rozsah, předpokládám asi 2 dny v týdnu. Můj zaměstnavatel, nemocnice ve Varnsdorfu, mi umožní takové zkrácení rozsahu praxe. Minimálně 3 dny v týdnu a případně víkendy tedy chci pobývat v Praze a cele se věnovat práci pro Českou lékařskou komoru.

Komora je samosprávná profesní organizace tvořená zdola.

Sjezd tady není proto, aby **jen schvaloval návrhy a skutky** vedení komory, ale především proto, aby pro toto vedení **vytýčoval směr činnosti, tlumočil problematiku okresů a krajů** a kolektivně **rozhodoval o důležitých věcech**. Sjezdem volené **představenstvo komory** je a musí být **kolektivním vedoucím orgánem komory**, který rozhoduje o všech **zásadních krocích komory, o směru a způsobech**, jakými se bude ubírat, a který také **hospodáří s majetkem** komory. Nemožu se zbavit dojmu, že v poslední době je představenstvo stále častěji jen orgánem, který schvaluje to, co již bylo uděláno.

Já bych chtěl komoru demokratickou, kde **nikdo není pranýřován za odlišný názor**. Představenstvo má 20 členů. Chci, aby v atmosféře demokratického kolektivního vedení pracovalo ve prospěch lékařského stavu.

V poslední době jsme všichni svědky toho, že stále častěji jsou **nositelé odlišných názorů označováni za nepřátele** a dokonce škůdce komory. Je jedno, zda se vyjádřili k finančním problémům, k politické angažovanosti vedení komory, k mediálním aktivitám komory či k povinnému členství v komoře. **Právo na odlišný názor přestalo být legitim-**

ním právem člena komory. V jistém ohledu **se lékařská komora začíná podobat politické straně** i s jejími požadavky na stranickou disciplínu.

Do protikladu jsou stavěni ambulantní a nemocniční lékaři – prospělo nám to nějak? Jsme rozdělováni na soukromé a státní lékaře – pomáhá to něčemu? Jsme rozřazováni do tábora jedněch nebo druhých – k čemu to slouží? Chci, abychom **všichni vždy hledali to, co máme společného** a ne to, čím se navzájem odlišujeme. Kvalitní **názory vznikají z diskuse** a z nezbytných kompromisů, nejprve ale musíme svého **partnera vyslechnout a přiznat mu právo na jeho vlastní názor**.

Nechci nabízet komoře samoučelné a populistické změny.

Jde mi více o **způsoby a formy řešení, než o zcela nové směry** a nastolování nových problémů. Snažím se vám nabídnout **alternativu**, v níž bude důležitý **respekt k druhému** a jeho názorům, **slušnost, vstřícnost a kolegiálnost**. Alternativu, v níž **všichni budeme spolutvárci** takové komory, která bude **sloužit všem** a na kterou **budeme moci být hrdí**.

Volba je na vás.

Komentář delegáta sjezdu ČLK

Listopadový sjezd ČLK byl sledován se značným zájmem, a to nejen lékaři samými, ale do jisté míry i nelékařskou veřejností a institucemi, jež mají co činit se zdravotnictvím. Bylo tomu tak proto, že se jednalo o sjezd volební, kde jedním z bodů programu byla volba prezidenta ČLK na další období. Jak známo, ze třech kandidátů vyšel vítězně dosavadní prezident ČLK MUDr. Rath. Nutno dodat, že zvítězil dosti výrazně.

Položme si otázku, co tento fakt znamená pro budoucnost ČLK. Je téměř jisté, že Komora bude pokračovat v současném trendu, tedy v dalším budování silné odborářské organizace, žel s povinným členstvím. Bude suplovat nejen odbory, ale též profesní organizace, bohužel občas s kontraproduktivními dopady. Činnost stavovská zůstane nadále trochu stranou. Kontakty s okolím budou s velkou pravděpodobností stagnovat, nadá-

le uslyšíme z úst MUDr. Ratha o jím tolikrát citovaných zahraničních partnerech, tedy komoře rakouské a německé. Při veškeré úctě k těmto institucím si myslím, že v řešení problémů nám při vši snaze příliš nápomocni být nemohou. Kvalitu lékařské péče, etickou úroveň lékařů, vzdělávací systém apod. musíme řešit především s příslušnými partnery na naší zdravotnické scéně. Ne vždy se tak děje, spolupráce často vázne z důvodů vzájemné animosity jednotlivých aktérů, ale je tomu tak také proto, že Komora se opakovaně snaží vstupovat do jednání, kde jsou některé odbornosti kvalifikovaněji zastoupeny svými profesními organizacemi.

Vycházím-li z výše uvedených fakt, nevházím k budoucí práci Komory s velkým optimismem. Vede mě k tomu zejména nedobrá povídka z atmosféry a úrovně pléna delegátů výše uvedeného sjezdu. Pléna, které

v tak výrazném počtu uslyšelo na jednoduché teze, obsažené v předvolebním megalomaničtém, narcistickém prvku obsahujícím projevu MUDr. Ratha a až furiantským způsobem odmítlo myšlenky a vize dalších dvou kandidátů, jež se podstatně více blížily původnímu poslání ČLK.

Budoucnost ČLK mají do značné míry v rukách sami členové. Oni se mohou rozhodnout, zda v budoucnu zvolí na další sjezd delegáty, kteří vidí situaci podobně jako autor tohoto příspěvku, nebo takové, kteří se se současným trendem ztotožňují. Před druhou alternativou bych si dovolil varovat.

V Praze dne 2.12.2002

MUDr. Josef Krejčík
delegát sjezdu ČLK



Postup přechodu bonifikačního systému pro PL a PLDD na systém diverzifikované úhrady ve VZP ČR

návrh VZP ČR ze dne 21.11.2002

Diverzifikovaná platba v závislosti na chování PL by se pro aktuální měsíc v daném pololetí počítala následovně:

- základem je bonifikace stanovená dle platné metodiky pro stejné pololetí předcházejícího roku + dvě předchozí bonifikace (tj. jsou tři referenční období), konkrétně pro 1. pololetí 2004 bude základem výše dosažené bonifikace v daném ZZ za

- 1. pololetí 2002 (1. referenční období pro 1. pololetí 2003)
- 2. pololetí 2001 (2. referenční období pro 1. pololetí 2003)
- 1. pololetí 2001 (3. referenční období pro 1. pololetí 2003)

pro 2. pololetí 2003 bude základem výše dosažené bonifikace v daném ZZ

- 2. pololetí 2002 (1. referenční období pro 2. pololetí 2003)
- 1. pololetí 2002 (2. referenční období pro 2. pololetí 2003)
- 2. pololetí 2001 (3. referenční období pro 2. pololetí 2003) atd.

výjimkou bude 1. pololetí 2003, kde základem budou pouze 2 referenční období, a to

- 1. pololetí 2002 (1. referenční období pro 1. pololetí 2003)
- 2. pololetí 2001 (2. referenční období pro 1. pololetí 2003)

- za každé ze tří referenčních období se vypočte průměrné bonifikace na 1 registrovaného pojištěnce (výše bonifikace za příslušné referenční pololetí dělená počtem registrovaných pojištěnců v daném ref. období) a dále dělena 6 (počet měsíců v pololetí), tuto průměrnou zpětně spočtenou bonifikaci označme B1 až B3, přičemž index i odkazuje na pořadové číslo referenčního období (i=1 je pro nejbližší ref.období, i=3 pro nejvzdálenější ref.obd.)

- před začátkem příslušného pololetí se vypočte tzv. klouzávý průměr bonifikačního příplatku (ozn. K_B) dle následujícího vzorce:

$$K_B = 0.5 * B_1 + 0.3 * B_2 + 0.2 * B_3$$

- pro 1. pololetí 2003 se vypočte klouzávý průměr bonifikačního příplatku dle následujícího vzorce:

$$K_B = 0.6 * B_1 + 0.4 * B_2$$

a provede se jeho zaokrouhlení na celé korny směrem nahoru.

Označme B výslednou hodnotu K_B po zaokrouhlení.

- pro aktuální měsíc daného pololetí se úhrada bude skládat z těchto tří složek

1. kapitační platba (spočtena dle stávajících pravidel se sjednanou kapitační sazbou)
2. úhrada za nekapitované výkony a za výkony na neregistrované pojištěnce (spočtena dle stávajících pravidel se sjednanou hodnotou bodu)
3. bonifikační příplatek, **označení BP** - bude stanoven následovně

$$BP = REGP * B * IB$$

kde

REGP je počet registrovaných pojištěnců VZP ČR ke konci aktuálního měsíce, za který se provádí platba

IB je tzv. index bonifikace, jehož výše by se stanovovala pro každé čtvrtletí (počínaje 1. čtvrtletím 2003) v závislosti

- na počtu registrovaných pojištěnců VZP ČR u daného lékaře
- na celkovém počtu registrovaných pojištěnců VZP ČR u praktického lékaře dané odbornosti v příslušném okrese

Význam koeficientu IB

Cílem Pojišťovny je finančně podpořit praktické lékaře při udržení stabilního portfolia klientů VZP ČR. Za tímto účelem Pojišťovna zavádí index bonifikace, který ty praktické lékaře, kteří stabilitu portfolia udrží, finančně odmění.

Např. pokud počet pojištěnců VZP ČR v daném okrese meziročně poklesne o 4%, pak lékař, který si udrží stabilní portfolio, obdrží 40% navýšení svého bonusu.

V důsledku takto zavedeného koeficientu dojde - při zachování současného trendu ve změnách portfolia pojištěnců - k významnému navýšení celkového bonusu vypláceného Pojišťovnou.

Výpočet hodnoty IB

necht

ZMENA_{OP}, čtvrt/rok označuje ročním pokles/nárůst počtu pojištěnců VZP ČR registrovaných u praktických lékařů v dané odbornosti (zvláště 001 a 002) v daném okrese v předcházejícím čtvrtletí

ZMENA_{ZZ}, čtvrt/rok označuje roční pokles/nárůst registrovaných pojištěnců u daného ZZ v dané odbornosti v předcházejícím čtvrtletí pak

pro 1. čtvrtletí 2003 je IB = 1,00 pro všechna ZZ (zachování současné bonifikace) počínaje 2. čtvrtletím 2003

- v případě, že na OP dojde k ročnímu poklesu počtu pojištěnců VZP ČR a u konkrétního lékaře bude pokles menší, Pojišťovna tuto skutečnost zohlední tak, že každý 1% rozdíl lékař obdrží 10% nárůst bonifikace, a to až do dvojnásobku.

- v případě, že na OP dojde k ročnímu poklesu počtu pojištěnců VZP ČR a u konkrétního lékaře bude pokles stejný, pak lékař obdrží stejnou bonifikaci.

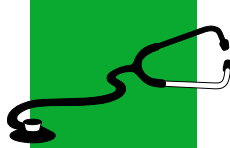
- v případě, že na OP dojde k ročnímu poklesu počtu pojištěnců VZP ČR a u konkrétního lékaře bude pokles větší, Pojišťovna tuto skutečnost zohlední tak, že každý 1% rozdíl lékař sníží o 10% bonifikaci, ale maximálně jen o 30%.

- v případě, že u konkrétního ZZ nedojde k ročnímu poklesu počtu pojištěnců VZP ČR, Pojišťovna použije stejnou logiku pro stanovení indexu s tím, že jeho hodnota bude minimálně 1.

Konkrétně: IB se spočte dle následujícího vzorce přitom pokud by

$$IB = 1 + 10 * (ZMENA_{ZZ} - ZMENA_{OP})$$

- IB výpočtem stouplo nad 2, pak se použije IB= 2
- IB výpočtem kleslo pod 0,7, pak se použije IB=0.7
- pokud ZMENA_{ZZ} ≥ 1 a zároveň (ZMENA_{ZZ} - ZMENA_{OP}) ≤ 0, pak IB = 1



Zápis OSPDL ČLS JEP

z 13. listopadu 2002

Přítomni:

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

1) OSPDL spolu se SPLDD připravily termínový kalendář akcí pro PLDD. Regionální vzdělávací akce OSPDL proběhnou vždy v 7 regionech maximálně další rozšiřování v krajích není možné vzhledem k omezené kapacitě přednášejících. Dohodnuté termíny by se neměly již významně měnit. Diskutována problematika zajištění akcí, jednotné doporučení, písemný materiál obdrží všichni regionální zástupci. Definitivní návrh programu bude v průběhu měsíce prosince a schválený bude na dalším výboru. V plánu i regionální vzdělávací semináře sester na téma očkování dětí, bližší informace na dalším výboru.

2) Na schůzce s katedrou pediatrie IPVZ došlo k dohodě společného materiálu týkajícího se školitelů. Domluvená pravidla organizačního zajištění, dohoda bude zveřejněna ve VOXu. MUDr. Cabrnchová bude informovat na školitelích dne 29.11.2002.

3) Informace o dnes proběhlém parlamentním semináři v PSP ČR s názvem „Očkování v České republice – patříme k nejlepším?“. Hlavní hygienik ČR vyslovil příslib navýšení prostředků na nákup očkovacích látek s nižší reaktogenitou pro rok 2004, diskutovány i kombinované vakcíny. Podporujeme snahu o ustavení Národní imunizačního komise, snaha o zajištění národního imunizačního programu, tedy i výhledu do budoucna, sledování nových trendů a zavádění nových vakcín při respektování situace v ČR.

4) Probíhají jednání nad zákonem o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání. Výborem pověřeni MUDr. Cabrnchová a MUDr. Soukup, jednání ve spolupráci se zástupci SPLDD (MUDr. Neugebauer, MUDr. Kudyn). Diskuse proběhne na konferenci SPLDD, kam pozváni hosté z MZČR, PSP ČR, ČPS. Plánována schůzka s ministryní zdravotnictví ČR. Diskutována podoba postgraduálního vzdělávání PLDD, praxi nutné zařadit do postgraduální přípravy z důvodu požadavku EU na získání způsobilosti k výkonu povolání ihned po absolvování specializačního vzdělávání (po atestaci). Nadále ČLK

nebude vydávat licence po absolvování atestace. Doba přípravy se tedy v návrhu prodlužuje na 5 let.

5) Na MZ ČR probíhají jednání na téma kalmetizace dětí v ČR, tématem je diskuse nad případným rušením revakcinace, možným posunutím primovakcinace. Zatím velmi pracovní charakter, k jednáním nutné stanovisko legislativního odboru MZČR k případné studii v omezeném rozsahu. Další jednání plánováno na konec listopadu. Setkání pediatrické skupiny za účasti předsedů odborných společností i SPLDD proběhlo za účasti náměstka MZČR MUDr. Čevely. Účastníci informováni o ustavení poradního orgánu paní ministryně s názvem „Komise péče o dítě“ ve stejném složení. Tato komise bude hodnotit činnost jednotlivých pracovních skupin, jedna ze skupin bude připravovat materiály týkající se ATB strategie v ČR, složením podobná skupině pracující na přípravě směrnic a doporučených postupů.

6) V Praze na Homolce proběhl seminář s vyhodnocením ATB auditů. Velmi rozsáhlá studie již s konkrétními výsledky, které budou zveřejněny, OSPDL se dále bude na této práci podílet, výbor nabízí i technické a personální zázemí pro distribuci dalších auditů.

7) Výbor OSPDL navrhuje delegáty na sjezd ČLS JEP, delegováni: MUDr. Cabrnchová, MUDr. Liška, MUDr. Marek, MUDr. Krejčík.

8) Informace o dalších aktivitách OSPDL: První vyhodnocení „varicelové“ studie, domluvená pravidla CRP studie zveřejněná ve VOXu, společná jednání se SPLDD a doporučení týkající se možnosti sledování některých nákladných diagnos v systému GIP, jednání nad očkovacím průkazem se SZÚ a MZČR k zajištění financí na vydání, informace o akci firmy Nutricia k podpoře znalostí doporučených postupů při diagnostice alergie na bílkovinu kravského mléka, MUDr. Kolářová pověřena spoluprací při přípravě studie s firmou J&J.

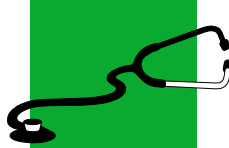
Přijetí nových členů OSPDL:

MUDr. N. Bobuská

Zapsala:
MUDr. Cabrnchová
Ověřil:
MUDr. Liška

Schlanger chce, aby stát mohl ČLK lépe kontrolovat

Změnit zákon o České lékařské komoře tak, aby bylo možné nad touto institucí zavést větší společenskou kontrolu, žádá předseda Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Jiří Schlanger. Nelíbí se mu, že se ČLK vměšuje do práce odborů a že v tom hodlá pokračovat navzdory tomu, že poslanci v květnu příslušnou pasáž ze zákona vypustili. „Lékařská komora smí dělat jen to, co má ze zákona povoleno. Má chránit společnost před špatnými lékaři, starat se o odbornost a etiku výkonu povolání lékaře, a ne o jeho plat. Ale její představitelé zcela programově jdou do oblasti, která stavovské organizaci nepřísluší. Stát by proti tomu měl zasáhnout a my budeme požadovat sjednání nápravy,“ prohlásil Schlanger v narážce na výsledek nedávného sjezdu ČLK, v němž se komora jednoznačně rozhodla v zásadách do hájení sociálních práv a platů lékařů pokračovat. Schlanger míní, že za současné legislativy nemá stát žádnou páku, jak na činnost komory, jež slouží lékařům i pacientům, dohlížet. Hodlá se prý zasadit o takovou změnu zákona o komorách, která by to umožnila například prostřednictvím parlamentu. „V zahraničí bývá komora buď pod kuratelou vlády, nebo parlamentu. Je určen nějaký orgán, který nad ní vykonává dohled,“ uvedl Schlanger. Mluvčí ČLK Michal Kubíček se Schlangerovu nápadu zasmál. „To je legrační návrh, že by měla být činnost stavovské organizace kontrolována parlamentem. Rozhodně nepadá v úvahu, že by ji měli kontrolovat lidé jako pan Schlanger,“ řekl. Kontrola státní institucí je podle Kubíčka nemyslitelná už proto, že stát ČLK nedotuje. Ta si činnost hradí z příspěvků. Členství je ale povinné. Ani ministerstvo zdravotnictví Schlangerův návrh nepodporuje. Podle mluvčího Maria Böhmeho by byla kontrola nad samostatnou odpovědností komory neefektivní.



Problematika dětské gynekologie v ordinaci dětského lékaře

MUDr. Yveta Jandová

Gynekologická ambulance Liberec

Souhrn

Článek shrnuje informace o nejčastějších gynekologických onemocněních dětí, s nimiž se pediatr ve své ordinaci setkává, a zmiňuje se o možnostech léčby.

Klíčová slova

vulvovaginitis, andexitis, metrorrhagia juvenilis.

■ Úvod

Lékařem prvního kontaktu gynekologicky nemocného děvčátka zůstává v naprosté většině případů pediatr, u něhož jsou rodiče zvyklí hledat pomoc při každém onemocnění dítěte. Pediatr též dívku sleduje od novorozeneckého období až po dobu pohlavního dozrání při pravidelných prohlídkách, a má tak možnost zachytit známky gynekologického onemocnění a včas zabránit rozvoji nemoci a tím i jejím případným následkům. Je tedy nezbytné, aby byl dětský lékař obeznámen s problematikou a symptomatologií gynekologických patologií a pomyslel i na ně při svých diferenciatně diagnostických rozvahách.

■ Vulvovaginitis

Nejčastějším gynekologickým onemocněním v dětství, představujícím až 90% náplně práce dětského gynekologa, je zánět zevních rodidel – **vulvitis** a zánět pochvy – **colpitis**. Vyskytují se zpravidla současně, jejich etiologie, diagnostika a léčba je totožná a proto hovoříme o **vulvovaginitis**.

Charakteristickým a často jediným příznakem onemocnění je výtok – **fluor vaginalis**.

V dětském věku rozlišujeme druhy fluoru podle období, ve kterém se vyskytne.

V novorozeneckém období a v období pohlavního dospívání, tedy na estrogenizovaném terénu, se setkáme i s fyziologickým výtokem – **fluor neonatalis** nebo **pubertalis purus**. Je tvořen hlenem žlázek děložního hrdla a Döderleinovým laktobacilem, produjícím kyselinu mléčnou. V období klidovém je každý výtok projevem zánětu rodidel.

Nejčastěji bývá zdrojem nákazy střevní ústrojí při nesprávných, či zcela chybějících hygienických návycích – asi u poloviny dívek

s vulvovaginitis je prokázán *Enterobius vermicularis*. Běžnými zástupci střevní flóry jsou *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Proteus*, *Klebsiella*.

Další způsob přenosu infekce je manipulace v oblasti rodidel při masturbaci, dětských „doktorských“ hrách, zavádění cizích těles a také při pohlavním zneužívání dítěte. Zástupcem bakteriální flóry pak bývá *Staphylococcus pyogenes aureus*.

Krevní cestou dochází k přenosu infekce při celkových onemocněních dítěte, např. při angíně, infektech horních cest dýchacích, spále, zánětech středouší. V kultivaci z krku, nosu a pochvy pak nacházíme často shodně streptokoky.

Nelze opomenout přenos infekce zatékáním bakterií kontaminované moči do pochvy.

Naopak u klinicky jasné tzv. neinfekční vulvovaginitidy patogeny nenacházíme. Při jejím vzniku se uplatňuje dráždění chemickými látkami (zbytky pracích prášků, alkalická mýdla, dezodoranty), spodní prádlo z neprodyšných látek, těsné jeansy.

Zatímco v období pohlavního dospívání vzrůstá frekvence mykóz (*Candida albicans*, *Candida glabrata*), v období klidovém je toto onemocnění vzhledem k chybějící estrogenizaci bez dalších podpůrných faktorů vzácné. Vyskytuje se spíše u juvenilních diabetiček, dívek s pubertas praecox, při léčbě širokospektrými antibiotiky.

Pokud je mykóza opakovaně diagnostikována v období klidovém, je vhodné vyšetřit aspoň glykémii nalačno.

V období pohlavního dospívání se manifestuje dosud subklinicky probíhající trichomoníáza jako akutní výtok i bez reinfekce. U dětí připouštíme i nepohlavní cestu přenosu infekce při špatných hygienických pomě-

rech v rodině. Také při kulturačním nálezu *Neisseria gonorrhoeae* může dojít k přenosu cestou nepohlavní, vždy však musíme pátrat po možném pohlavním zneužívání.

Dětská kapavka probíhá na terénu nechráněném kyselou reakcí jako akutní vulvovaginitis s masivním smetanovým fluorem. Rozhodujícím momentem ovlivňujícím cestu přenosu infekce a složení bakteriální flóry je kromě estrogenizace zahájení pohlavního života.

■ Symptomatologie a diagnostika

Výtok z rodidel je nejvýraznějším příznakem onemocnění. Charakter výtoku závisí na etiologickém agens a může být hlenovitý, zpěněný, škrabovitý, bílý, nažloutlý až do zelena, zakravnělý. Také intenzita a trvání je různé. Hojný hnisavý až putridní výtok provází přítomnost cizího tělesa v pochvě.

Opruzení rodidel od jasně červeného zbarvení při akutní vulvovaginitidě až po tmavěji zbarvené perigenitální haló při chronickém výtoku. Na edematózních až macerovaných rodidlech jsou patrné ragády a exkoriace.

Projevem zánětlivého překrvení tenké poševní stěny v klidovém období, či dekubitálních změn při tlaku cizího tělesa bývá i krvácení. Mylně může být hodnoceno jako příznak předčasné puberty.

Dítě samo udává pálení a svědění rodidel, pálení při močení, pobolívání v podbřišku, nad sponou a za ní. Opakující se pobolívání v podbřišku může být také projevem kolonizace střeva rousy.

■ Léčba

1. Před zahájením léčby musíme odstranit vyvolávající příčiny – úprava hygienických návyků, léčba oxyuriázy, odstranění cizího tělesa z pochvy.

2. Léčíme na základě kultivačního nálezu a zjištěné citlivosti. Na výsledek kultivace nečekáme u akutního onemocnění. Léky podle klinického nálezu a zkušeností podáme ihned a léčbu případně změňme až s laboratorním výsledkem. Při jasné klinické vulvovaginitis je léčba na místě i při negativní kultivaci (neinfekční vulvovaginitis).

3. Vulvovaginitis léčíme zásadně lokálně. Indikací k celkové terapii je současně celkové onemocnění – infekce močových cest, respirační infekce, spála, průkaz streptokoků v pochvě i v krku, či nosu, onemocnění pohlavně přenosnou chorobou. Celkovou léčbu ovšem vždy kombinujeme s léčbou lokální, neboť celkově podané léky se v pochvě nevyplavují v dostatečně účinné koncentraci a zánět po přechodném zlepšení vzplane znovu.

4. Před sedacími koupelemi, kdy jsou rodidla ponořena v malém množství tekutiny spolu s řitním otvorem a jeho okolím, dáváme zásadně přednost oplachům rodidel ručně sprchou, nebo použitím bidetu.

5. Vaginální ošetření začínáme výplachem pochvy dezinfekčním roztokem kyseliny peroctové, či carbethopendeciniu bromidum (Persteril 0,025 %, Septonex 0,05%) zahřátým na tělesnou teplotu. K výplachům používáme tuhou, nejlépe skleněnou ženskou cévku. Po té zavádíme léčebný čípek co nejhluběji do pochvy a to 1x denně po dobu 7 až 10 dnů. Léčebné čípky používané v dětské gynekologii jsou menší, než čípky pro dospělé, mají projektilový tvar pro snazší zavedení a jsou připravované magistraliter nejčastěji s nitrofurantoinem, nebo sulfathiazolem (Furantoin, Sulfathiazol). Roztok boraxu v glycerinu používáme při mykózách, u smíšených infekcí se osvědčil komerčně vyráběný krém – nifuratel s nystatinem se štíhlým zavaděčem. Úporný pruritus pomůže zklidnit celkově podané antihistaminikum. Zvýšenou vlhkost a kyselost fluoru pubertalis purus zmírní oplachy roztokem zaživací s bacitracinem sody. Podrážděnou, macerovanou kůži rodidel zklidníme aplikací masti a neomycinem (Framykoin) či kombinací ichthamolu s kyselinou boritou, zinkem a quaiazulenem (Pityol).

Vaginální ošetřování malých děvčátek by měl provádět lékař nebo zacvičená sestra. Matka může, zejména u neklidného dítěte nebo při vysokém semilunárním hymenu zavést čípek do uretry s následnou hemoragickou cystitidou a nebo z obavy před poraněním děvčátka nezavede čípek dostatečně hluboko a lék vzápětí vyteče do prádla. Star-

ším dívkám, majícím často zkušenost se zavedením menstruačních tamponů, nebude jistě správné zavedení léku činit obtíže.

■ Klinický význam vulvovaginitidy

Vulvovaginitis jako nejčastější gynekologické onemocnění v dětském věku přináší kromě dyskomfortu i rizika pro zdraví dívky. Infekce pochvy a vulvy má velmi úzký vztah k infekci močových cest. Krátká a široká dětská uretra snadno umožní ascenzi infekce do močových cest. Možný je i přenos opačný. Při mikčních cystouretrografiích bylo popsáno zatékání moče do pochvy, někdy i přes dutinu děložní do vejcovodů a dále do peritoneální dutiny.

Provleklá vulvovaginitis může způsobit závažné změny děložního hrdla, s nástupem pohlavního dospívání může být i zdrojem ascenze infekce do vyšších oddílů rodidel.

Vulvovaginitis v dětství i v dospívání je onemocnění, které nesmíme podcenit, ale naopak vyhledávat a cíleně léčit, abychom předešli vzniku dalších onemocnění, popřípadě poruchám fertility.

Dívky s masivním páchnoucím výtokem by měly být před zahájením jakékoli léčby vyšetřeny vaginoskopem k vyloučení přítomnosti cizího tělesa v pochvě. Stejně tak by měly být neprodleně do ambulance dětského gynekologa odeslány dívky při každém zadržování v klidovém období. U pacientek s chronickým, recidivujícím zánětem pochvy a vulvy je možné indikovat balneoterapii.

■ Adnexitis

V posledních letech narůstá počet vyšetřovaných a následně léčených dívek se záněty adnex. Zpravidla postihuje dívky procházející pubertou, kdy vnitřní bohatě prokrvená rodidla jsou terénem velmi citlivým pro usídlení zánětu. V klidovém období se zánět děložních přívesků vyskytuje jako součást jiného zánětlivého procesu v malé pánvi. Jsou tři cesty přenosu infekce na adnexa:

1. **ze střevního ústrojí:** per continuitatem při posítio pelvina apendixu, lymfatickými spoji v Clado-Durandově řase, zatékáním výpotku zanícené serozy apendixu do malé pánve.

2. **ascenzí infekce z pochvy:** tato cesta je u děvčátek nejméně významná, riziko ascenze infekce stoupá po zahájení pohlavního života.

3. **hematogenní cestou** vzniká adnexitis při jiném zánětlivém onemocnění. Asi u poloviny dívek trpících chronickou nebo opakova-

ně exacerbující adnexitidou byly zjištěny závažné změny na patrových mandlích. Z možných původců zánětu adnex nejčastěji předpokládáme *E.coli*, *Enterococcus*, *Proteus*, anaerobní střevní flóru, streptokoky, stafylokoky.

■ Symptomatologie a diagnostika

U mladistvých není klinický obraz nikterak dramatický. Konstantním a nejdůležitějším příznakem je bolest v podbřišku, popisovaná spíše jako opakované pobolívání se zhoršením při pohybu a otřesech, s iradiací do křížové krajiny a do stehien. Dívky popisují výrazné bolesti při menstruaci. Horečnaté stavy jsou výjimkou, typická je zvýšená tělesná teplota v podobě nepravidelně se opakujících subfebrilií. Fluor vaginalis nalézáme současně jen asi v polovině případů adnexitid, kultivační nález pak nebývá totožný s nálezem na adnexech.

V laboratorních hodnotách nalezneme mírné zvýšení sedimentace, nebývá výrazná leukocytóza ani alarmující hodnoty jiných závažných parametrů.

Gynekologický palpační nález zpočátku bývá nevýrazný, až při rozvoji infiltrátu a edému lze vyhmátnat bolestivé pastózní zduření. Součástí gynekologického vyšetření je ultrasonografie malé pánve, diagnostická laparoskopie se u dospívajících provádí jen výjimečně.

V ojedinělých případech může postupující hnisavý zánět adnex vytvořit adnextumor nebo tuboovariální absces zavzatý do periaependikálního infiltrátu či abscesu po předchozí perforaci apendixu.

■ Léčba

Léčba zánětu adnex patří do kompetence gynekologa. Léčba trvá 10 dní, převážně za hospitalizace.

Mezi nejčastěji používaná antibiotika a chemoterapeutika patří amoxicilin s kyselinou klavulanovou, cefalexin, doxycyklin, klindamycin, sultamicilin a to v kombinaci s metronidazolem, účinným na anaerobní bakterie. Průnik antibiotik do zánětlivého ložiska u chronické adnexitidy není dostatečný, proto dáváme přednost enzymoterapii a nesteroidním antirevmatikům. S dobrými výsledky se používá polyvalentní vakcína Adnexba inj.

Závažné, abscedující formy řeší mnohdy gynekolog operační intervencí, nežádka s dětským chirurgem.

Po ukončení léčby pacientku sledujeme,

nejméně na dobu jednoho měsíce osvobodíme od tělesné výchovy, varujeme před větší fyzickou námahou a prochlazením – např. tolik oblíbeným opalováním v mokřých plavkách.

Podpurným faktorem vzniku recidiv adnexitid jsou i negativistické postoje dívek, pro období dospívání typické, a také podceňování možných následků. Součástí komplexní terapie je lázeňské doléčení.

■ **Klinický význam**

Nejdůležitějším preventivním opatřením je na adnexitidu pomyslet a zahrnout ji do diferenciálně diagnostických úvah.

Klinické známky zánětu adnex u dospívajících jsou méně výrazné, než u dospělých žen. Dětské lékařky i dětské chirurgové by měli při opakujících se bolestech, subfebriliích, hraničních, či zvýšených hodnotách zánětlivých markerů a negativním chirurgickým nálezu indikovat včas gynekologické vyšetření. Úzký vztah mezi apendicitidou a adnexitidou je důvodem, proč řešit apendicitis u dívek radikálněji. Nejzávažnějším následkem zánětu adnex je možnost poškození průchodnosti vejcovodů. Dívky se pak nejen stávají klientkami center asistované reprodukce, ale jsou ohroženy také zvýšeným výskytem mimoděložního těhotenství.

■ **Metrorrhagia juvenilis**

Dysfunkční krvácení u pubertálních a postpubertálních dívek označované jako **juvenilní metrorrhagie** se nejčastěji vyskytuje v prvních šesti měsících menstruačního stáří. Výskyt klesá se stabilizací cyklů během jednoho až dvou let s dalším maximem výskytu za dva roky po menarče.

Pod vlivem anovulačních hyperestrinních cyklů endometrium nadměrně proliferuje a při spádu hladiny estrogenů nekrotizuje a odlučuje se. Vzhledem k deficitu progesteronu není sliznice děložní sekrečně transformována a odlučuje se nepravidelně, neúplně a to se pak projevuje silným a protrahovaným dysfunkčním krvácením.

Juvenilní metrorrhagie může být vzácně projevem zánětu sliznice děložní. V anamnéze pak nacházíme prodělané horečnaté onemocnění, zánět horních cest dýchacích, infekci močových cest.

■ **Symptomatologie a diagnostika**

Nástup juvenilní metrorrhagie může být nenápadný, nezřídka se dostaví po období bez krvácení – oligomenorrhoe až tzv. se-

kundární amenorrhoe, či navazuje na stupňující a prodlužující se krvácení. Dívky, a často i matky, si na nepravidelné, dlouhé a silné krvácení zvykají, bagatelizují je a k lékařům nespěchají. Není výjimkou, že se dostane do ambulance gynekologa již značně anemická dívka i po 6 týdenním krvácení.

Hypotonie děložní svaloviny z hypoxie pak krvácení ještě prohlubuje. U těžších stavů dívka kolabuje, udává bolest břicha a zvrací. Při odběru anamnezy se vyptáme na horečnatá onemocnění, ev. hemokoagulační poruchy, vyžadujeme přesný záznam intenzity a délky krvácení. Vyšetříme krevní obraz, sedimentaci a dle potřeby zánětlivé parametry a hemokoagulaci.

Při gynekologickém palpačním vyšetření bývá často zjištěna hypoplazie nebo retrodeviace dělohy, ve stanovení správné příčiny krvácení napomůže i hormonální cytologie.

■ **Léčba**

Léčba juvenilní metrorrhagie sestává z několika fází a vždy ji aplikuje gynekolog, nejlépe s erudicí v dětské gynekologii. Ve zkratce pro informaci: nejprve zastavíme krvácení podáním malé dávky estrogenu s progesteronem. Po pauze 3–5 dnů se dostaví tzv. odlučovací krvácení, při kterém se děloha zbaví dysfunkční sliznice. Zástavu krvácení podporuje klid na lůžku, uterotonika, aplikace antifibrinolytik a vazopresorik. Prevencí recidiv je podávání progesteronu ve druhé polovině cyklu po dobu i několika měsíců. Často se v poslední době propaguje pro prevenci recidiv užívat antikoncepční preparáty. Tento postup je zcela nevhodný. Dívka je zatěžována dávkami estrogenů, kterých má sama dostatek.

Samozřejmostí je úprava hemogramu.

Při zjištění zánětlivé etiologie podáváme širokospektrá antibiotika spolu s metronidazolem.

■ **Klinický význam**

Prognóza onemocnění je dobrá, ženy s juvenilní metrorrhagií v anamnéze nemívají častější poruchy cyklu a plodnosti.

Obecně tvrdíme, že dívka má v adolescenci nárok na nepravidelný cyklus, ale nesmíme tolerovat, aby krvácela silně, dlouho a často. Nejdůležitější formou prevence je sledování menstruačního kalendáře u dívek ihned od menarche a je věcí pediatriů, aby vedli dívky k pečlivému zaznamenávání krvácení a aby záznamy pravidelně kontrolovali. Jedině takto je možné zajistit, aby počínající

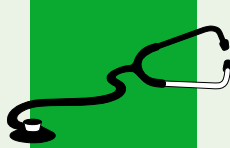
nepravidelnosti byly včas odhaleny, odborně sledovány a popřípadě i léčeny.

Literatura:

1. Hořejší J. *Dětská gynekologie*. Praha: Avicenum 1990
2. Hořejší J. *Metrorrhagia juvenilis a její léčení*. *Čs.gynekologie* 46:318, 1981
3. Hořejší J. *Peripubertální poruchy menstruačního krvácení*. *Mod. Gynek. Porod.* 7:3, 1998.
4. Hořejší J. *Dětská gynekologie*. In: Citterbart K. *Gynekologie*. Galén Praha 2001: 76–80.
5. Teslík L. *Adnexitis u dětí a dospívajících*. *Mod. Gynek. Porod.* 10:415, 2001.
6. Vetešníková-Koubová R. *Vulvovaginitis v gynekologii dětí a dospívajících*. *Mod. Gynek. Porod.* 10:406, 2001.

■ **Šťáva z citronu chrání před AIDS i před otěhotněním, tvrdí vědci**

Australští vědci se domnívají, že citronová šťáva může sloužit jako levný a účinný antikoncepční prostředek a zároveň zabráňuje šíření nemoci AIDS. Podle fyziologa Rogera Shorta z porodnického oddělení univerzity v Melbourne testy prokázaly, že pár kapek šťávy z citronu dokáže zabit spermie i zničit virus HIV. Podle australských lékařů je jednou z možností aplikace této "antikoncepce" vymačkáni šťávy na kus vaty, který by měl být vložen do pochvy před sexuálním stykem. "V laboratoři jsme dokázali, že citronová šťáva je velmi účinná pro znehybnění lidských spermií i ničení viru HIV," prohlásil pro britskou BBC Short. Ke stejnému účelu může být použita i limetová šťáva, protože podle něj obsahuje přibližně stejné množství kyselin. Tyto druhy ovoce jsou k dostání i v chudých rozvojových zemích, kde se dají antikoncepční prostředky jen těžko sehnat. Využití citronové šťávy jako antikoncepce však není nic nového. Tyto starověké antikoncepční metody znal i Casanova, proslavený svou sexuální aktivitou. "Tento způsob byl používán stovky let, my jsme na to však zapoměli," řekl Short. "Asi před třemi sty lety užívaly ženy ve Středomoří citronovou šťávu jako hlavní prostředek antikoncepce." Shortova zjištění však vyvolala kritiku ostatních vědců. "Je možné, že je Roger Short na stopě něčeho významného, je ale potřeba provést další klinické testy na lidech," poznamenal rakouský doktor Andrew Grulich.



Syndrom testikulární feminizace u sourozenců

MUDr. Radka Vetešnicková-Koubová

Oddělení dětské gynekologie FN Motol, Praha

Sestry:

pacientka L.V. narozená 1983 a pacientka J.V. narozená 1986

RA:

Negativní, další sourozence nemají.

OA:

Obě sestry plané neštovice. V roce 1989 byly obě sestry současně plánovaně operovány pro oboustrannou tříselnou kýlu.

GA:

Negativní.

V lednu 2000 jsme vyšetřili starší ze sester ve věku 16 let a 6 měsíců na ambulanci dětské gynekologie pro primární amenoreu. Stanovením karyotypu 46,XY jsme diagnostikovali sy. testikulární feminizace (syndrom resistance vůči androgenům). Vzhledem ke shodné anamneze operace tříselných kýl jsme k vyšetření pozvali i její mladší sestru a i u ní byl potvrzen tento syndrom. Obě sestry měli normálně vyvinutou prostornou pochvu, dilatace ani operační řešení nebylo nutné.

Podstata tohoto syndromu spočívá v recesivně dědičné mutaci X-chromozomu, která způsobuje chybění či nefunkčnost cytozového receptoru na androgeny. Hladina testosteronu je stejná jako u normálních chlapců a mužů, ale pro chybění receptoru je organismus na tyto hormony „hluchý“. Protože periferní konverzí z androgenů vzniká dostatečné množství estrogenů, vyvíjejí se postižené děti ve smyslu ženském. Protože však jejich varlata za nitroděložního vývoje produkují substanci inhibující rozvoj Müllеровých parametonefrických vývodů, nemají tyto dívky dělohu, vejcovody a jejich pochva je krátká až rudimentární.

Dříve se doporučovalo pacientkám varlata ponechávat jak potřebný zdroj hormonů. Při histologickém vyšetření varlat se však běžně popisují tubulární adenomy a hrozí malignizace (seminom či dysgerminom) dysgenetické gonády. V dětství je toto riziko 2-5%, v pubertě však výrazně vzrůstá až na 20% (někteří autoři uvádějí i mnohem vyšší

riziko!). Proto je plně indikováno odstranění gonád ihned po stanovení diagnózy sy. testikulární feminizace s hormonální substitucí.

Bohužel se často při vyšetření příčin primární amenorey setkáváme, obdobně jako v popsaném případě, že dívka byla v dětství operována pro tříselnou kýlu, způsobenou snahou varlete o sestup. Operatér v přesvědčení, že do tříselného kanálu vstupuje ovarium, vnoří dysgenetické varle do dutiny břišní, čímž se riziko malignizace ještě zvýší.

Oběma našim pacientkám jsme v březnu 2000 provedli laparoskopickou gonadectomii na obou stranách. Histologie potvrdila sy. testikulární feminizace: byla popsána hypoplastická varlata, místy s patrnou rudimentární spermiogenezí, ložisková hyperplazie Leydigových buněk a přítomnost adenomu. Nadvarlata nenalezena nebyla, ale byly přítomny rudimentární vejcovody.

V současné době obě sestry užívají HRT, subjektivně jsou zcela bez obtíží, starší sestra vede uspokojivý sexuální život

Závěr: Uvedli jsme kazuistiku výskytu syndromu testikulární feminizace u dvou sester, kterým byla diagnóza stanovena pozdě a kterým byla v dětství varlata při operaci kýly „reponována“ do dutiny břišní. Považujeme to za nesprávný postup. Vzhledem k faktu, že výskyt tříselných kýl u dívek je výrazně nižší než u chlapců, doporučujeme, aby se stalo samozřejmou součástí předoperačního vyšetření před plánovanou operací tříselných kýl u dívek i stanovení karyotypu. Svědčí-li genetické vyšetření pro diagnózu sy. testikulární feminizace, pak je správným řešením varlata odstranit. Výrazně se tím sníží riziko malignizace dysgenetických varlat a pacientky budou v budoucnu ušetřeny dalšího a komplikovanějšího operačního výkonu. Je pak ovšem nezbytné včas zahájit hormonální substituční léčbu tak, aby napodobovala normální poměry a ve správném způsobila dívčí pohlavní dospívání.

V Prostějově se objevily čtyři případy černého kašle

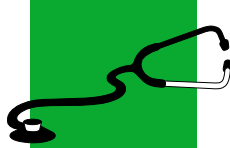
Není důvod k panice, tvrdí lékaři z Prostějova, kde se čtyři chlapci nakazili černým kašlem. Tři z nich jsou už v domácím léčení, jeden zůstává na infekčním oddělení zdejší nemocnice.

Lékaři v Prostějově zaznamenali v posledních dvou měsících čtyři případy černého kašle. Tato nemoc přitom díky propracovanému systému očkování z České republiky už před desetiletími takřka vymizela. Černým kašlem se v Prostějově nakazili čtyři jedenáctiletí chlapci. Lékaři však ubezpečují, že lidé nemají důvod k panice, protože choroba se objevuje zcela výjimečně a dá se úspěšně léčit antibiotiky. Primářka infekčního oddělení prostějovské nemocnice Jana Kleinerová prohlásila, že všichni nemocní jsou mimo nebezpečí. „Nemoc měla lehký průběh, který se projevuje u očkovaných lidí. Tři už jsou po léčení doma, jeden leží na infekčním oddělení,“ uvedla. Trojice jedenáctiletých chlapců spolu hraje hokej ve sportovním oddílu, další s nimi nemá nic společného.

Nejde o epidemii, tvrdí lékařka

Lékařka podotkla, že po městě se začala šířit fáma, že onemocnění má rozměr epidemie. To však primářka popírá. „Naše populace je proti nákaze očkovaná a dávivý kašel může výjimečně propuknout u jedinců, kterým se nevytvořil po vakcinaci dostatek protilátek. Při velké zátěži či oslabení organismu se pak mohou bakterie, která se běžně vyskytuje kolem nás, nakazit,“ řekla Kleinerová. Nepředpokládá, že by se na Prostějovsku objevily další případy. Proti tomuto infekčnímu onemocnění se společnost rozhodla bránit v padesátých letech minulého století, kdy bylo zavedeno preventivní očkování dětí v prvních měsících života. V některých zemích, kde očkovací povinnost zrušili a vakcinaci nechali jen na zájmu občanů, její výskyt prudce stoupl. Proto se tyto státy většinou vrátily k předchozí praxi.

Sunar



Podpora duševního zdraví dítěte raného věku

Možnosti spolupráce dětského lékaře a dětského psychoterapeuta

PhDr. Martina Pilařová

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4 – Podolí

V posledním čtvrtstoletí se v celém civilizovaném světě rozvíjí zájem o duševní zdraví dětí raného věku. Konstituoval se nový obor, v anglosaské literatuře nazývaný **infant mental health**. Významnou oblastí, které je věnována v civilizovaných zemích velká pozornost, je psychopatologie raného věku. Jak uvádí Zeanah (2000), představuje psychopatologie raného věku znepokojující téma, neboť již spojení tohoto pojmu s raným věkem odporuje typickému obrazu, který si většina lidí o tomto věkovém období vytváří. Podle Zeanaha může toto znepokojení, které mnoho z nás cítí při pomýšlení na psychické problémy malého dítěte, často ztěžovat poznání těchto problémů, a tím i léčbu, kterou tyto děti potřebují.

Briggs-Gowanová a Carterová (1998) uvádějí, že v uplynulých dvaceti letech bylo skutečně několik studií týkajících se výskytu sociálně-emočních problémů u dětí předškolního věku. Výskyt těchto problémů se pohybuje v jednotlivých studiích mezi 5 – 24% u dětí starších dvou let. U mladších dětí existuje jen velmi málo studií, např. studie z roku 1980, která uvádí desetiprocentní výskyt sociálně-emočních problémů u dětí mladších dvou let (Jenkins et al., 1980 in Briggs-Gowan, Carter, 1998).

Podle četných autorů, citovaných v Hofackerem a Papouškovou (1998), patří mezi nejběžnější stížnosti rodičů malých dětí poruchy regulace chování (více než 29 % dětí je nadměrně plačtivých, 15 – 25 % dětí má problémy se spánkem, 36 % dětí má problémy v příjmu potravy, 12 – 21 % rodičů 2–3-letých dětí si stěžuje na separační úzkost, extrémní lpení na některém z rodičů, afektivní labilitu či hyperaktivitu).

Kvalita péče o duševní zdraví dětí (jakéhokoliv věku) nezávisí pouze na službách specialistů v oblasti duševního zdraví, ale také na tom, jak efektivně praktičtí dětské lékaři problémy v této oblasti rozpoznají, případně léčí či doporučují děti k dalšímu odbornému vyšetření a terapii.

Podle Fenichelové (in Zeanah, Larrieu,

Zeanah, 2000) je péče dětského lékaře v oblasti podpory duševního zdraví dětí raného věku zaměřena především na primární prevenci, narozdíl od psychiatrů a klinických psychologů, kteří se s rodinami malých dětí dostávají do kontaktu až v případech, kdy jsou problémy ve vývoji či chování dítěte nápadné. Ve srovnání s péčí klinického psychologa či psychiatra má primární prevence poskytovaná praktickým dětským lékařem řadu výhod:

- pediatři poskytují péči velkému množství dětí a jejich rodičů
- pediatrická péče je většinou dobře dostupná a není vnímána jako sociálně stigmatizující
- pediatři mohou vidět problém již v jeho počátcích.

Fenichelová uvádí, že existuje zároveň velké množství překážek (např. nedostatek času, problémy s proplacením této péče, velké množství pacientů, nedostatek služeb, kam je možné pacienta doporučit, potřeba řešit především akutní medicínské problémy apod.), které často pediatřům brání věnovat adekvátní pozornost psychosociálním problémům svých pacientů a jejich rodin. Pediatři se rovněž podle Fenichelové často cítí být nedostatečně trénovaní pro řešení psychosociálních problémů svých pacientů a mají někdy tendenci je podceňovat.

Američtí autoři (Lavigne et al., 1993) referují o rozsáhlé studii financované Národním institutem duševního zdraví v USA, které se zúčastnilo téměř 4 000 dětí ve věku 2 – 5 let, které byly vyšetřeny 68 pediatry se soukromou praxí. Tato studie byla zaměřena na screening emočních problémů a poruch chování dětí předškolního věku.

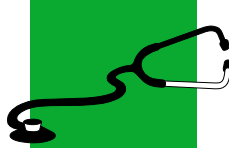
Výsledek studie potvrdil výsledky dřívější studie starších dětí v tom, že značné množství dětí s později psychologicky diagnostikovanými emočními problémy a problémy v chování nebylo zachyceno svými pediatry. U dětí od 3 do 5 let zachytili pediatři cca 50% případů a u dětí do 3 let pak pouze cca 20% případů.

Hlavní důvody nižší „citlivosti“ pediatřů v této studii jsou spatřovány v tom, že kromě omezeného času, který mají pediatři na jednotlivé pacienty, jsou relativně málo školeni v dětské psychopatologii. Sami pediatři v citované studii upozorňovali na nedostatek screeningových metod, školení v psychopatologii a také na nedostatek efektivních služeb týkajících se podpory duševního zdraví malých dětí. Někteří pediatři se domnívali, že nedostatečná síť těchto služeb může vést k tomu, že problémy budou jen diagnostikovány, ale nikoliv léčeny. Někteří pediatři měli tendenci psychické problémy předškolních dětí bagatelizovat s poukazem, že děti z těchto obtíží vyrostou, jiní se obávali „nálepkováním“ dětí.

Poruchy chování u dětí raného věku mají různou etiologii. I zde platí, že pokud jsme dobře orientováni v etiologických souvislostech, zlepšují se i naše možnosti úspěšné intervence. Včasné vyšetření a správná diagnóza jsou pro efektivní intervenci klíčové. Psychické problémy u velmi malých dětí do tří let představují velkou diagnostickou výzvu. Vzhledem k tomu, že u mnoha poruch v prvních letech života hrozí významné riziko pro vývoj dítěte, je přesná diagnóza důležitým předpokladem vhodné terapeutické intervence.

Děti s různými vývojovými a emočními problémy jsou často vyšetřovány a léčeny až v předškolním období, tj. nejdříve po třetím roce věku. Často by však bylo mnohem vhodnější zasáhnout terapeuticky dříve. Příčiny spočívají podle některých autorů v nedostatečné detekci psychických poruch v raném dětství, přičemž tento fakt přisuzují mj. nedostatkům diagnostických klasifikačních systémů pro tuto věkovou skupinu.

V mnoha studiích poslední doby (Zeanah et al., 1997) se ukazuje, že rodičovská psychopatologie a kvalita fungování rodiny hrají velkou roli v obtížích dětí raného věku. Rizikové faktory (např. psychopatologie rodičů, nízký socio-ekonomický status rodiny apod.) mohou být na dítě přenášeny skrze nízkou



kvalitu vzájemné interakce pečovatele a dítěte. Tyto interakce jsou pak ústředním tématem klinické práce s dětmi raného věku.

Jak uvádějí Guedeney a Lebovici (1997) je potřebné, aby v některých případech byla léčba zahájena v tu samou chvíli jako diagnostický proces. Pokud není v indikovaných případech terapie zahájena, potvrzují se obavy výše zmíněných amerických pediatriů o tom, že poruchy a odchylky budou jen diagnostikovány a nikoliv léčeny.

I v západních zemích zůstává často otázkou, jak co nejvíce propojit primární péči s různými specializovanými terapeutickými službami. Augis et al. (2001) např. uvádějí, že ze 79 dětí raného a předškolního věku, které byly v letech 1996–99 v psychoterapeutické péči v Hanna Perkins centru v Clevelandu, jen čtyři děti doporučili do této péče pediatrii, zatímco většinu dětí doporučili specialisté v oblasti duševního zdraví.

Ve Velké Británii probíhá již několik desítek let vývoj směrem k obohacení praktické lékařské péče o psychologické a psychoterapeutické prvky. Psychoanalytik Michael Balint založil již v 50. letech na Tavistock Clinic v Londýně psychoterapeutické skupiny, které byly určeny pro lékaře, a kde byly diskutovány vztahy lékař – pacient. Model těchto skupin se stal známým a hojně využívaným na celém světě jako tzv. „balintovské“ skupiny.

Launer (in Daws, 1999) – praktický lékař s výcvikem v rodinné terapii uvádí, že ve Velké Británii navštíví svého praktického lékaře každý rok zhruba 3/4 populace, přičemž zhruba 1/4 britské populace konzultuje každý rok problémy týkající se duševního zdraví. Pokud je dnes všeobecně známo, že každá nemoc má své psychosociální aspekty a jakékoliv somatické onemocnění nemůže být vnímáno izolovaně od vlivu na psychiku nemocného, je tedy podle Launera zřejmé, že se praktičtí lékaři setkávají s psychosociálními problémy v měřítku mnohem větším než jakákoliv jiná profese.

Jak již bylo řečeno, souvislosti mezi psychickými a somatickými aspekty onemocnění jsou dnes poměrně všeobecně uznávány. Nedávná studie z roku 1993 uvádí, že ve Velké Británii v současné době až 31% praktických lékařů zaměstnává konzultanta pro psychosociální problémy svých pacientů. Mezi konzultanty se řadí jak kvalifikovaní psychoterapeuti, tak i konzultanti s víceméně formálním a krátkodobým psychoterapeutickým kursem. Studie rovněž zjistila, že lékaři, kteří mají blízko k psychoterapii či mají sami psy-

choterapeutický výcvik, jsou obvykle otevření vůči práci jiných odborníků a obvykle si jsou lépe vědomi limitů týkajících se jejich časových možností i vlastních psychoterapeutických dovedností (Daws, 1999).

Dawsová (1999) popisuje svou práci psychoterapeutického konzultanta na „baby klinice“ pro děti do pěti let, kam dochází na jedno dopoledne v týdnu. Její práce spočívá jak v rozhovorech s lékaři a sestrami o jednotlivých pacientech a jejich rodinách, tak i v přímé práci s těmito rodinami. Spolupráce s psychoterapeutem může lékaři porozumět lépe jak emočním souvislostem některých obtíží dětského pacienta, tak i svým pocitům ve vztahu k dítěti a jeho rodině.

Dawsová zdůrazňuje, že vztah lékaře a sestry k rodičům, zvláště matce, není založen jen na poradenské péči. Vytváří se mezi nimi vazba, která může zásadním způsobem pozitivně ovlivnit i rodiče, kteří mají problémy ve vztahu k dítěti či byli sami ve svém dětství emočně deprivováni. Je důležité, aby lékaři a sestry porozuměli chování rodičů, neboť jen tak mohou rodiče lépe podpořit. Rodiče, kteří se cítí být lékařem pochopeni a podporováni ve své péči o dítě, pak mohou tuto péči lépe zvládat.

Spolupráce s psychoterapeutem umožní lékaři také snadněji předat pacienta a rodinu do psychoterapeutické péče. Jak uvádí Dawsová, do terapie jsou jí doporučovány zejména rodiny, u kterých se objevuje navzdory péči lékaře vysoká míra úzkosti. Nejčastěji se věnuje rodinám dětí raného věku s poruchami chování.

Dawsová praktikuje jeden z nejužívanějších přístupů v terapii poruch chování dětí raného věku v západních zemích, kterým je tzv. společná psychoterapie rodiče (zejména matky) a malého dítěte (**infant–parent psychotherapy**). Tato společná terapie nabízí podle Cramera (1995) jeden z nejlepších způsobů léčení vztahových poruch. Terapeut pracuje s interakcemi v raných stádiích vývoje vztahu matky a dítěte, proto jsou problémy rychleji a snadněji řešitelné než v pozdějším věku dítěte. Podstatným rysem této terapie je její krátkodobost. Psychoterapie se uskutečňuje jedenkrát týdně po dobu 50 – 60 minut, v celkovém počtu maximálně 12 hodin (ženevský model) či dokonce jen maximálně 5 hodin (model vytvořený na Tavistock Clinic v Londýně). Dawsová (in Barrows, 1997) upozorňuje na to, že obvykle je zlepšení zjevné během prvních 2–3 hodin, během dalších terapeutických sezení pak může dojít k upev-

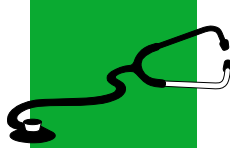
nění tohoto zlepšení. Pokud nedojde během těchto sezení ke zlepšení, je potřebné přistoupit k individuální psychoterapii rodiče (zejména matky) či párové terapii.

I další autoři (např. v. Hofacker, Papoušek, 1998, Lieberman et al., 1997 atd.) zdůrazňují potřebnost psychoterapeutické intervence u dětí raného věku s poruchami chování, které představují rizikový faktor pro další vývoj dítěte. Terapeutická intervence je významná pro prevenci pozdější a vážnější psychopatologie.

Zájem praktických dětských lékařů o tyto problémy již v raném dětství je důležitým krokem v prevenci i terapii těchto obtíží.

Literatura:

1. Augis, R. et al.: *Referral to the Hanna Perkins School: the Role of Relationships (Child Analysis, Vol.12, 2001,151–164)*
2. Barrows, P.: *Parent–infant psychotherapy: a review article (J. Child Psycho– ter., Vol.23, No.2, 1997, 255–264)*
3. Briggs – Gowan, M.J., Carter, A.S.: *Preliminary Acceptability and Psychometrics of the Infant– Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): A New Adult–Report Questionnaire (Infant Mental Health Journal, Vol.19, No.4, 1998, 422–445)*
4. Costello, E.J.: *Primary Care Pediatrics and Child Psychopathology: A Review of Diagnostic, Treatment, and Referral Practices (Pediatrics, Vol. 78, No.6, 1986, 1044–51)*
5. Cramer, B.: *Short–term dynamic psychotherapy for infants and their parents (Child and Adol. Psych. Clin. N. America, Vol. 4, No.3, 1995, 649–660)*
6. Daws, D.: *Child Psychotherapy in the Baby Clinic of a General Practice (Clinical Child Psychology and Psychiatry, Vol.4, No.1, 1999, 9–22)*
7. Guedeney, A., Lebovici, S.: *Evaluation into the Relationship: Reflections on New Trends in Evaluation, Assessment, and Classification (Infant Mental Health Journal, Vol.18, No.2, 1997, 171–181)*
8. Lavigne, J.V. et al.: *Behavioral and Emotional Problems Among Preschool Children in Pediatric Primary Care: Prevalence and Pediatricians Recognition (Pediatrics, Vol.91, No.3, 1993, 649–655)*
9. Lieberman, A., Wieder, S., Fenichel, E. (ed.): *DC: 0–3 Casebook (Zero to Three, 1997)*
10. v. Hofacker, N., Papoušek, M.: *Disorders of Excessive Crying, Feeding, and Sleeping: The Munich Interdisciplinary Research and Intervention Program (Infant Mental Health Journal, Vol.19, No.2, 1998, 180–201)*
11. Zeanah, Ch.H. et al.: *Relationship Assessment in Infant Mental Health (Infant Mental Health Journal, Vol.18, No.2, 1997, 182–197)*
12. Zeanah, P.D., Larrieu, J.A., Zeanah, Ch.H.: *Training in Infant Mental Health (in Zeanah, Ch.H., Jr.–ed.: Handbook of Infant Mental Health, Guilford Press, 2000)*
13. Zeanah, Ch.H., Jr. – ed.: *Handbook of Infant Mental Health (Guilford Press, 2000)*



Prohlášení Ministerstva zdravotnictví k problematice porodů mimo zdravotnická zařízení

V posledních letech je pozorována u části porodních asistentek i laické veřejnosti snaha vést porody mimo zdravotnická zařízení a Ministerstvo zdravotnictví řeší rostoucí výskyt komplikací po takovýchto porodech. V souladu se závěry Perinatologické komise Ministerstva zdravotnictví, která je poradním orgánem paní ministryně, vydává proto Ministerstvo zdravotnictví k problematice porodů mimo zdravotnická zařízení následující prohlášení:

V současné době neexistuje žádný platný právní předpis, který by umožňoval vést plánované porody mimo zdravotnické zařízení. O jiném než lékařském vedení porodu není v současné době uvažováno. Zdravotní péče v ČR je poskytována v souladu se zákonem č. 20/1966, o péči o zdraví lidu, v platném znění. Problematika oboru gynekologie a porodnictví je obecně řešena Konceptí oboru gynekologie–porodnictví (včetně podmínek vedení porodu). Poslední verze koncepce oboru je zveřejněna na internetových stránkách MZ.

Porodní asistentky, které hodlají vést porody mimo zdravotnické zařízení, nemají registraci, která by je opravňovala k vedení porodu mimo zdravotnické zařízení podle zákona č. 160/1992 Sb. o provozování nestátního zdravotnického zařízení. Tuto registraci uděluje příslušný orgán, jsou-li splněny všechny náležitosti dané tímto zákonem.

Udělení registrace podle citovaného zákona k provozování nestátního zdravotnického zařízení pro druh a rozsah zdravotní péče porodní asistentka však nezakládá v žádném případě oprávnění k vedení porodů mimo zdravotnické zařízení, ale jde především o poradenskou, preventivní či ošetrovatelskou péči o těhotné a matky po porodu, cvičení těhotných, návštěvní služby, apod., v závislosti na specifikaci v udělené registraci s přesně vymezeným místem provozování.

Zdravotní péči jsou podle ustanovení § 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, oprávněna poskytovat zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob, a to v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Podmínky, za nichž může být zdravotní péče ve

zdravotnických zařízeních poskytována, potom stanoví zvláštní zákony.

Jakákoliv jiná činnost, včetně vedení porodů mimo zdravotnické zařízení, je porušením podmínek a povinností vyplývajících z rozhodnutí o registraci, ale i z výše citovaného zákona o péči o zdraví lidu a zákona o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Výše uvedené skutečnosti jsou důvodem pro postup orgánu příslušného k registraci podle ustanovení § 13 odst. 3 zákona č. 160/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a tedy ke zrušení registrace.

ČR dosahuje celosvětově jedny z nejlepších výsledků v oblasti novorozenecké úmrtnosti (2,5 promile v roce 2001). Tyto ukazatele jsou výsledkem dlouhodobého úsilí o zlepšení kvality v poskytování perinatologické péče, která zahrnuje péči o rodičky i novorozence a která je výsledkem mezioborové spolupráce porodníka, neonatologa a genetika. V roce 1995 byl v ČR přijat perinatologický program. V rámci jeho realizace byla vytvořena pracoviště intenzivní a intermediární specializované péče pro závažné těhotenské a novorozenecké patologie. Koncentrace nákladné a vysoce odborné péče umožnila efektivní využití ekonomického i lidského potenciálu, což se projevilo mimo jiné i v dosažených výsledcích. V současné době se perinatologové zaměřují na dlouhodobé zlepšení kvality života nezralých novorozenců a na snížení komplikací patologického těhotenství či porodu u žen.

V době, kdy rostou počty rizikových těhotenství, počty nezralých novorozenců a novorozenců s nízkou porodní hmotností, nelze připustit jiný než zavedený systém poskytování perinatologické péče, který je možno postupně vylepšovat.

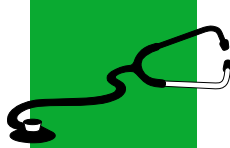
Porody včetně porodů fyziologických jsou proto nadále vedeny na porodnických odděleních lůžkových zdravotnických zařízení s návazností na neonatologii a s možností zajištění další komplexní péče. Porodní asistentka vede porod pouze na základě indikace a pod supervizí lékaře se specializací v oboru gynekologie a porodnictví.

■ Acylpyrin může po vstupu do unie zmizet

Třetina léků vyráběná v Česku potřebuje získat povolení k prodeji v EU. A není jisté, zda obdrží certifikát do termínu začlenění ČR do unie. Řada tradičních českých léků, na něž jsou lidé zvyklí a jsou cenově dostupné, by mohla zmizet z pultů lékáren po vstupu Česka do Evropské unie. Stalo by se to tehdy, kdyby se jejich výrobci do té doby nepodařilo pro tyto přípravky získat jednotnou registraci, umožňující jejich prodej v celé Evropské unii. Na problém upozornila irská lobbistická společnost Consilient Health, která se stará o prosazování kvalitních generických léků na evropském trhu. Její ředitel Roy Gentry řekl, že pokud si čeští výrobci nepospíší s registrací starších léků pro evropský trh, mohou se nadít jejich vyřazení. Potíž podle něj nespočívá ve špatně vyjednaných podmínkách vstupu, ale v tom, že si někteří čeští výrobci tuto hrozbu neuvědomili. Všechna léčiva, jejichž výroba v České republice začala po 1. lednu 1998, kdy vstoupil v platnost příslušný zákon, mají a priori možnost obíhat po jednotném vnitřním trhu EU. Ty léky, které se vyráběly už předtím, musejí získat dodatečné povolení. Standardní procedury pro jeho udělení jsou velmi zdoluhavé – podle Gentryho je třeba počítat zhruba s rokem a půl. "Týká se to asi třetiny léků vyráběných českými firmami, včetně takových stálic, jako jsou například acylpyrin či paralen, tedy tržní hodnoty mezi miliardou a dvěma miliardami korun. Pokud by zmizely, nahradily by je léky zhruba třikrát dražší, takže by bylo třeba počítat až s pět miliardovým nárůstem nákladů," varoval šéf asociace farmaceutických firem Lumír Kroček.

Konkurence využívá zaspání českých firem České podniky podle něj spoléhaly na novou směrnici EU, která umožňuje registrovat starší generické léky, které jsou na trhu úspěšně více než 10 let, jako "dobře zavedené" přípravky. Schvalovací procedura je pak snazší, protože postačí zevrubná průkazní dokumentace a není nutné provádět klinické testy. V poslední době se však ozvaly v EU požadavky, aby se tento postup nevztahoval na léčiva ze vstupujících zemí. Podle Kročka byla tato žádost nastolena na panevropském regulatorním fóru. Pokud by prošla, musely by české léky podstoupit klasickou proceduru registrace v některé ze stávajících členských zemí, což by mohlo trvat déle, než kolik času zbývá do předpokládaného vstupu v květnu 2004.

Nutrilon



Péče o jizvy v dětském věku

MUDr. Štěpánka Čapková

Dermatovenerologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Souhrn

Každé násilné porušení kůže, způsobené úrazem, chirurgickým zákrokem nebo kožním onemocněním, které postihuje korium a podkoží, se hojí jizvou. Jizva (cicatrix) je vazivová náhrada defektu a vzniká vazivovou přeměnou granulační tkáně v průběhu hojení. Čerstvá jizva je hodně vaskularizovaná a proto má růžovou barvu a je měkká; stará jizva je bělavá a většinou tuhá. Byla-li vazivová náhrada nedostatečná, je jizva vkleslá proti okolí (atrofická jizva), vytvořilo-li se naopak příliš mnoho vaziva, promínuje jizva nad okolí (hypertrofická jizva), případně zbudí tak, že má až vzhled nádoru (keloidní jizva) (1). Rozsah a vzhled jizvy závisí na mnoha okolnostech. „Vykojení“ hojení není zatím ani přes intenzivní výzkum uspokojivě vysvětleno, a proto ani léčba někdy nepřináší očekávané výsledky. Každý typ jizvy vyžaduje poněkud jiné léčebné praktiky.

■ Jizvy fyziologické a atrofické

Fyziologické hojení každé rány probíhá ve 4 stádiích:

vaskulární stadium – představuje okamžitou odpověď tkáně na trauma

epitelové stadium – začíná 24–48 hodin po poranění

dermální stadium – začíná 5.–7. den po traumatu

maturační stadium – začíná po 14 dnech a trvá 18 měsíců (3).

Pokud je dobrá koordinace všech stádií, vznikne nejprve růžová, později bělavá jizva, která je v nivó okolí kůže, nebo lehce atrofická. Zde je kosmetický výsledek po několika měsících velmi uspokojivý, přesto doporučujeme dodržet některé zásady péče:

1. Snažíme se o uvolnění napětí v okolí jizvy, zvláště po kožních excizích na zádech. Postiženou partii je třeba udržovat bez pnutí, aby se předešlo rozšíření jizvy. Nejméně v prvních 14 dnech doporučujeme dítěti necvičit a vyvarovat se prudkých pohybů, které vedou k napětí v příslušné lokalitě.

2. Snažíme se na nově se tvořící jizvu vyvíjet tlak. Včasná aplikace tlaku může při dostatečné důslednosti předejít vzniku hypertrofických jizev. V případě lineárních jizev (řezné rány, excize) postačí tlaková masáž, kterou zahaju-

jeme po vynětí stehů. Správný masážní tlak je tlak dobře podané ruky. Tlakovou masáž provádíme palcem ruky, kterým tlačíme 10 sekund na jizvu a na stejnou dobu tlak uvolňujeme, na stejném místě opakujeme několikrát a postupně posunujeme palec po délce celé jizvy. Když je tlak palce dostatečný, přetrvává po jeho uvolnění na místě masáže probednutí kůže. Efekt masáže zvyšujeme použitím masťových základů (vyškvařené vepřové sádlo, Indulona Á 64 ung.), epitelizačních mastí (Calcium pantothenicum ung, Infadolan ung.) nebo speciálních prostředků k léčbě jizev (Contractubex gel). Masáž je vhodné provádět 3x denně a měla by trvat u menší jizvy alespoň 2 minuty. Masáž je nutno provádět minimálně 3 měsíce.

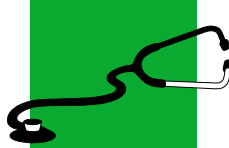
3. Jizvu důsledně chráníme před UV zářením, aby se předešlo hyperpigmentaci novotvořené tkáně a okolí. Jizva musí být chráněná před sluncem, dokud proces její tvorby není ukončen (6–12 měsíců).

4. Opakovně vysvětlujeme rodičům, že jizva dozrává 12 – 18 měsíců a výsledný kosmetický efekt péče se dostaví až po této době a plně závisí na spolupráci rodiny nebo staršího dítěte (2,3).

■ Jizvy hypertrofické

Hypertrofické jizvy vznikají nahromadě-

ním kolagenního pojiva. Jizva je nad úrovní kůže, ale zároveň zůstává v konturách původní léze. Když proliferuje, tak pouze do výšky, ale nepřekračuje hranice původního postižení. Na rozdíl od keloidu, hypertrofické jizvy často samovolně regredují a po chirurgické excizi se většinou znovu již neobjeví. Pro péči o tyto jizvy platí velmi důsledné dodržování všech 4 výše vyjmenovaných zásad. Prostředky k masáži však vybíráme cíleněji. Používáme gel určený přímo k léčbě různých typů jizev (Contractubex gel) nebo 3. skupinu silně účinných kortikosteroidních extern (betamethason, momethasonfuroát, methylprednisolonaceponát aj.). Masáž by měla být delší, využíváme i bříška ukazováčku a prostředníčku; doporučujeme provádět několik úkonů, které se 10x opakují: kroužky do pravé i levé strany, „cik-cak“ (blesk) směrem nahoru i dolů, osmičky do obou stran, jemné vibrace bříšky čtyř prstů pravé ruky. U některých pacientů se osvědčuje dlouhodobé adhesivní silikonové krytí (Mepiform). Pokud jsou však hypertrofické jizvy rozsáhlejší (např. po popáleninách), patří do péče specialisty – plastického chirurga. Je nutná kontinuální aplikace tlaku speciálními bandážemi, často v kombinaci se silikonovými plátky a gely (3).



■ Jizvy keloidní (keloidy, keloidní fibromy)

Keloidy vznikají nekontrolovanou proliferací kolagenních struktur kůže u disponovaných osob, přesná příčina vzniku není známa. Keloid proliferuje nejen nad nivó kůže, ale i za hranice původní léze. Keloidy se objevují u mladších osob, častěji u žen, hlavně v oblasti sternu, ramen, šíje a na ušních boltcích. Za 3–4 týdny se v místech kožního traumatu, zasahujícího do koría (očkování, operační jizvy, akné), tvoří tuhé hladké papuly, hrboly, pruhovité nebo nepravidelně vyvýšené útvary až několik cm velké. Sytě červená barva se postupně mění na porcelánově bílou. Méně časté jsou spontánní keloidy, kterým nepředchází trauma (1). Léčba keloidů spadá plně do péče specialisty dermatologa, ale výsledky jsou často málo povzbudivé. Po chirurgické excizi se keloid často znovu objeví. Největší naději na úspěch má intralezionální aplikace kortikosteroidní suspenze, pokud jsou projevy ještě čerstvé. Dlouhodobě zkoušíme opakovanou kryalizaci a lokálně aplikujeme retinoidy (3).

■ Závěr

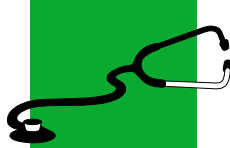
Jizvy sice neohrožují pacienta na životě, ale často snižují jeho kvalitu. Někteří pacienti, zvláště děvčata v období dospívání, vnímají i drobnou jizvu jako závažnou estetickou vadu. Proto je třeba správnému ošetřování každé jizvy věnovat

adekvátní péči a rodičům vše pečlivě a opakovně vysvětlit. Výsledek nejvíce záleží právě na spolupráci rodiny při dlouhodobém ošetřování.

Literatura:

1. Záruba, F., Vosmík, F., Záhejský J.: *Dermatovenerologie, Scientia medica, Praha 1994*
2. Katsambas, A.D., Lotti, T.M.: *European Handbook of Dermatological Treatments. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2000.*
3. Babík, J.: *Pooperační starostlivost o jizvy po popálení. DERMA.II, 3, 2002.*

Contratubex



Farmakologické možnosti léčby obezity

Mgr. Dušan Rybka

Souhrn

Pro určení stupně nadváhy a obezity se používá index tělesné hmotnosti (Body Mass Index = BMI), tzv. Queteletův index. $BMI = \text{aktuální hmotnost v kg} / (\text{výška})^2 \text{ v m}^2$. V ČR žije přibližně 23% obézních mužů a 24% obézních žen. Gynoidní typ – ženský, tuk na stehnech a bocích (tělo má tvar hrušky), androidní typ – mužský, tuk v oblasti hrudníku a břicha (tělo má tvar jablka) – signalizuje zvýšené riziko vzniku chorob srdce a cév, vysokého krevního tlaku, cévních mozkových příhod a cukrovky.

■ Zdravotní rizika obezity

Nadměrná zátěž pro páteř a velké klouby, zvýšené riziko vzniku cukrovky, chorob srdce a vysokého tlaku, cévní mozkové příhody, zvýšená hladina cholesterolu a tuku v krvi, vznik nemoci žlučníku, vznik nádorových onemocnění prsu a tlustého střeva, častější výskyt artrózy kloubů, výskyt psychických poruch a gynekologické potíže. Obezita je často způsobena dědičně danou náchylností k hromadění tukových zásob a podíl dědičnosti na rozvoji obezity je až 50%.

■ Výživa

Při snižování hmotnosti se nehladoví, je potřeba jíst často menší porce (5 – 6 denně), snídaně se nevynechává. Vyřazují se potraviny s vysokým obsahem tuku a alkohol. Bílkoviny – doporučuje se dávka 0,8 – 1,1 g/kg ideální tělesné hmotnosti pacienta a tvoří 25 % z celkové denní energie. Např. libové maso, netučné mléčné výrobky, luštěniny atd.

Tuky – zdroj energie ve stravě, a proto v dietním programu omezujeme jejich množství na 25 – 30% z celkové energetické hodnoty. Např. rostlinné oleje a rostlinná másla se upřednostňují před živočišnými tuky.

Sacharidy – tvoří 50% z celkové denní energie. Alespoň minimální množství sacharidů, cca 30 g, brání adaptaci na snížený příjem potravy a brání vzniku tzv. low-T3-syndromu – syndrom nízkého trijodtyroninu.

Vláknina – nevstřebatelná složka potravin rostlinného původu. Nerozpustná ve vodě neztěšuje svůj objem a nemá vliv na kyselost žaludku, mírně zlepšuje střevní peristaltiku a je vhodná spíše jako laxativum, např. celulóza, lignin. Rozpustná ve vodě po požití bobtná a zvyšuje pocit sytosti. Snižuje kyselost žaludku a zpomaluje jeho vyprazdňování, má hypocholesterolemický a hypoglykemizující účinek, neovlivňuje střevní peristaltiku a jen mírně zlepšuje konzistenci stolice. Např. pektin, mucigeny a některé další hemicelulózy – galaktomanan, glukoma-

nan, glukany. Vláknina snižuje resorpci sacharidů, příznivě ovlivňuje metabolismus tuků a cholesterolu, působí proti zácpě a preventivně proti divertikulóze a kolorektálnímu karcinomu. Denní potřeba vlákniny tvoří 30 – 40 gramů.

Tekutiny – vhodný je příjem 2 – 2,5 litru denně (1200 – 2000 ml nápoje a 500 – 700 ml v tuhé stravě). Dostatečné množství tekutin udržuje vodní rovnováhu organismu. Vhodné jsou nízkenergetické nápoje, alkohol se vynechává.

■ Farmakoterapie obezity

Je vyhrazena pro obézní s BMI vyšším než 30, nebo pro pacienty s nadváhou 1. stupně (BMI 5 – 30), u nichž jsou přítomny závažné komplikace obezity, popř. u nichž zvýšená rizika komplikací vyplývají ze zmožení viscerálního tuku. Farmaka pomáhají zvýšit compliance pacienta a umožňují udržet docílený pokles tělesné hmotnosti.

Kritéria pro léčiva používaná při terapii obezity:

- tkáně při minimální redukci aktivní tělesné hmoty
- prokázané pozitivní ovlivnění rizikových faktorů a komplikací obezity
- mírné nebo jen přechodné nežádoucí účinky
- minimální riziko návyku
- účinnost a bezpečnost přetrvávající i při dlouhodobém podávání
- znalost mechanismu jejich účinku
- zhodnocení interakce s jinými léčivými z hlediska pozitivních a zejména z hlediska možných negativních dopadů.

■ I. ANOREKTIKA

a) sympatomimetika – v nervových zakončeních indukují syntézu a uvolňování katecholaminů, které na periférii podporují anorektický efekt stimulací lipolýzy a termogeneze. Nežádoucí účinky: riziko vzniku závislosti, nespavost, nervozita, ojedinělé případy nevratné plicní hypertenze. Řada kontraindikací: arteriální hypertenze, ICHS, hypertyreóza, glaukom, epilepsie, atd. Sympatomimeticky působí

bíci anorektika by neměla být používána dlouhodobě.

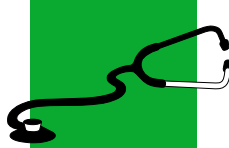
b) SSRI – způsobují uvolňování serotoninu z nervového zakončení nebo inhibují zpětné vychytávání serotoninu v hypotalamických neuronech – tím se zvyšuje nabídka serotoninu na postsynaptických 5-HT₁ receptorech, což vede k útlumu chuti k jídlu. Nežádoucí účinky: nausea, zvracení, nervozita, napětí, třes, bolesti hlavy, sucho v ústech.

Amfetamin – jeho účinek je znám již 60 let, psychomotorické stimulant působící jako nepřímé sympatomimetikum, opakované podávání vede k amfetaminové psychóze – stavu blízké akutní atace schizofrenie, který lze léčit neuroleptiky, vede k rozvinutí závislosti především psychického typu, tolerance na periferní sympatomimetické účinky (vzestup tlaku krve, obstipace) a anorektické působení se vyvíjí velmi rychle, ale anorektický efekt se brzy ztrácí, měl své místo při terapii narkolepsie spolu s fenmetrazinem (dnes nejsou v ČR registrovány) a příznivé účinky se paradoxně pozorují u hyperkinetických dětí, dnes se využívá methylphenidat (Ritalin); hydroxyamfetamin (Pedrolon) – indikace u nízkého krevního tlaku při horečnatých onemocněních.

Mazindol (Degonan) – anorektikum s velmi malým stimulačním účinkem, po delší nepřerušované terapii jeho účinek postupně slábne, při dlouhodobém používání se vyskytuje až ireverzibilní impotence u mužů a byl stažen z trhu.

Phentermin (Adipex retard) – anorektikum s psychostimulačním účinkem a výrazným potlačení chuti k jídlu. Uvádí se, že jeho účinek přetrvává až 32 hodin.

Dávkování: 14 dní jedna tableta ráno po snídani, pak asi měsíc jednu tabletu ob den a pak jednu tabletu týdně, aby balení vydrželo na 8 týdnů. Maximálně se užívá po dobu 3 měsíců a terapii lze opakovat po přestávce, která musí být stejně dlouhá jako období předchozího podávání. Má řadu nežádoucích účinků. Pro nespecifický termogenní úči-



nek se ke krátkodobé terapii obezity používá kombinace 50–200 mg kofeinu s 20 mg efedrinu 2–3x denně (Elsinorské prášky).

Dexfenfluramin (Isolipan) – za anorektický účinek je zodpovědný jeho metabolit d-norfenfluramin, jehož mechanismus účinku spočívá v uvolňování serotoninu z nervových zakončení a v inhibici zpětného vychytávání serotoninu v hypotalamických neuronech, tím se zvyšuje nabídka serotoninu na postsynaptických 5-HT₁ receptorech, což vede k útlumu chuti k jídlu. Byl stažen v roce 1997 z trhu, vzhledem k podezření vzniku valvulopatie u osob, které jej užívaly.

Sibutramin (Meridia) – mechanismus účinku spočívá v inhibici zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu v CNS. Vedle příznivého účinku na snížení příjmu potravy zvyšuje termogenezi centrální aktivací sympatiku a následnou stimulaci periferních adrenergických β -receptorů. Nemá psychostimulační účinky. Bylo prokázáno příznivé ovlivnění lipidového spektra, glukózové tolerance a krevního tlaku u hypertoniků. Kontraindikace jeho podávání vycházejí z jeho působení na noradrenalin a serotonin (současné podávání některých námelových alkaloidů, dextrometorfanu, některých opioidů, solí lithia, venlafaxinu, nefazodonu, SSRI nebo inhibitorů MAO vede k neurotoxicitě a serotoninovému syndromu). Po perorálním podání se dobře vstřebává, prakticky úplně se biotransformuje, jeho dva aktivní metabolity mají dlouhý biologický poločas (kolem 15 hodin). Zajišťuje dlouhodobé snížení hmotnosti o 5 – 10 %. Dochází k poklesu hladin triglyceridů a vzestupu HDL – cholesterolu, u tzv. respondérů (s poklesem hmotnosti o 5 %) i k poklesu celkového cholesterolu. Na rozdíl od letáku začít 15 mg 1x denně, po váhovém úbytku (6 kg za 12 týdnů) přejít na 10 mg 1x denně, na udržení váhy se doporučuje dlouhodobé užívání po dobu jednoho roku. Nežádoucí účinky jsou mírné a přechodné (sucho v ústech, zácpa, nespavost, ztráta chuti k jídlu).

■ II. INHIBITORY STŘEVNÍ LIPÁZY

Léčiva nesystémově působící. **Orlistat** (Xenical) – semisyntetický derivát lipstatinu produkovaný *Streptomyces toxytricini*. Mechanismus účinku spočívá v ireverzibilní vazbě na žaludeční a pankreatické lipázy v tenkém střevě, přičemž inaktivované enzymy nejsou schopny hydrolyzovat tuk obsažený ve stravě na triglyceridy, vstřebatelné neesterifikované mastné kyseliny a glycerol, tímto mechanismem se snižuje vstřebávání tuků až o 30 %. Ovlivňuje metabolismus glukózy a krevní tlak. Snižuje plazmatické hladiny lipidů (LDL – cholesterolu o přibližně 10 % a celkového cholesterolu o 7 %, zlepšuje poměr HDL/LDL cholesterolu). Podávání orlistatu zlepšuje compliance k redukčnímu režimu tím, že navozuje větší tendenci k dietě s nízkým obsahem tuku, má „výchovný“ efekt. Po p.o. podání

se jen velmi málo vstřebává (méně než 5 %), biologický poločas je kolem 16 hodin. Užívá se těsně před, v průběhu nebo do hodiny po jídle 3x denně 120 mg. Jeho podání mohou provázet zažívací obtíže hlavně v počátcích léčby (průjem, zvracení, mimovolný únik stolice při flatulenci, mastný charakter stolice). Nežádoucí účinky působí jako psychologický efekt, který pacienta vede k tomu, aby nejedl tučná jídla. Nepodává se u pacientů s deficitem vitamínů rozpustných v tucích, v graviditě a laktaci pro nedostatek zkušeností. Léčba je dlouhodobá (1 – 2 roky) a má být přerušena, pokud není patrný efekt po 12 týdnech podávání (snížení hmotnosti o 5 %).

■ „Pofidérní“ antiobezitika

■ **carnitin** – spalovač tuků, přesunuje se do mitochondrií.

■ **Garsinia cambogia** – obsahuje citrin, který zvyšuje pocit nasycení.

■ **Chrom** jako součást GTF má význam u diabetiků při látkové výměně tuků a při přenosu krevního cukru přes buněčnou membránu.

■ **Jablečný ocet, chitosan.**

■ Perspektivy v obezitě

■ **hormon leptin** – u člověka prokázán jako produkt OB genu tukových buněk. Prostřednictvím receptoru v hypotalamu se účastní regulace jak příjmu potravy, tak i výdeje energie. Možnost současného uplatnění genetických faktorů při poruše zpětnovazebného působení leptinu v hypotalamu se nyní intenzivně zkoumá.

■ **Specifické stimulatory adrenergických β_3 receptorů** – zvyšují energetický výdej a mobilizaci tuků za současného potlačení inzulinoresistence, přičemž nemají negativní kardiovaskulární účinky. V různých fázích klinického vývoje jsou léčiva, která vedle agonistického působení na adrenergických β_3 receptorech mají antagonistický účinek na receptorech β_1 a β_2 .

■ Zdravotní rizika doprovázející obezitu a jejich léčba

Hypertenze – nepodávají se běžně používané β -blokátory (např. metipranolol), protože brzdí lipolýzu. Vhodnější jsou blokátory Ca²⁺ kanálů (např. verapamil), které lipolýzu netlumí. Nejvýhodnější se zdá být podávání inhibitorů ACE, které mohou u obezích příznivě ovlivnit jak hyperinzulinémii (jako projev inzulinoresistence), tak zvýšenou aktivitu sympatiku – obzvláště vhodné jsou ty inhibitory ACE, které vykazují vysokou liposolubilitu (např. trandolapril).

Diabetes mellitus 2. typu – vhodný je metformin, který neovlivňuje sekreci inzulínu, ale zlepšuje glukózovou toleranci tím, že snižuje inzulinoresistenci zejména ovlivněním citlivosti na inzulín ve svalectech a játrech. Biguanidy příznivě ovlivňují i hladinu

plazmatických lipidů, krevní tlak a fibrinolytický systém. Idiopatický edém – k terapii lze použít diuretika, která se podávají u hypertenze či srdeční nedostatečnosti.

Menstruační poruchy – ke spontánní úpravě menstruačního cyklu nebo neplodnosti často stačí redukce tělesné hmotnosti.

Psychika obezích – k terapii deprese je vhodné použít antidepresiva ovlivňující dostupnost serotoninu (např. fluoxetin), která vedle antidepresivního působení tlumí i chuť k jídlu.

Hyperlipidémie – má obvykle formu kombinované hyperlipidémie. V případě, že nedojde k její úpravě v průběhu redukčního režimu, je třeba podávat hypolipidemika.

Mezi léky, které v minulosti nejčastěji způsobovaly obezitu, patřily perorální steroidy a starší typy antikoncepce. Dnešní farmakoterapie používá jiné léčebné postupy, nové látky nebo jiné dávkování. K léčbě astmatu jsou používány převážně inhalační formy nebo pulsní typ terapie. Nové formy perorální antikoncepce – moderní přípravky obsahují nižší dávky léků a menší dávky gestagenů. Léčení neplodnosti metodami asistované reprodukce – existují nové metody. Změna spektra psychofarmak – přechází se k modernějším, ale i ta mohou vyvolat obezitu. Snižování dávek perorálních antidiabetik – v minulosti byla PAD výrazně předávkována. Flexibilnější inzulinoterapie krátkodobými inzulíny – vedou k volnější dietě a menšímu riziku hypoglykemií a umožňují větší fyzickou aktivitu. Vzestup hmotnosti vyvolávají antipsychotika a antidepresiva.

■ Přehled léků podle vlivu na změnu hmotnosti

(4 – největší vzestup hmotnosti, 0 – žádný vzestup hmotnosti).

Antidepresiva

amitriptylin 3

imipramin 2

citalopram, fluoxetin, fluvoxamin 0 – 1

MAO inhibitory neselektivní 2 – 3

typ A, typ B – 0

mirtazapin – 4

bupropion, nefazodon – 0

Antipsychotika

clozapin, olanzapin 4

risperidon 1

zotepin 4

chlorpromazin, thioridazin 2 – 3

haloperidol 1

lithium 3 – 4

Literatura u autora

Zveřejněno se souhlasem časopisu
České lékařské komory.

Porovnání základních charakteristik inaktivované a orální vakcíny proti poliomyelitidě

MUDr. Jaroslav Helcl, DrSc.

Intensivní mnoholetá snaha o přípravu účinné a bezpečné očkovací látky proti dětské obrně byla korunována úspěchem počátkem 50. let, kdy byla v USA vyvinuta J.E. Salkem inaktivovaná vakcína proti poliomyelitidě (IPV). V roce 1954 byla v americké terénní studii ověřena její bezpečnost a účinnost a v roce 1955 schválena v USA její výroba. V Československu byla s IPV provedeno celostátní očkování v roce 1957, při kterém bylo naočkováno přibližně 2,25 milionu dětí z nejvíce poliomyelitidou ohrožených věkových skupin.

Počátkem 50. let byla rovněž připravena v USA A.B. Sabinem živá oslabená orální poliomyelitická vakcína (OPV). V letech 1958/1959 byla s touto vakcínou skutečně ve čtyřech lokalitách České republiky terénní studie, ve které bylo naočkováno 114 510 dětí ve věku 2 – 8 let (tj. 40,5% dětí této věkové skupiny), které předtím obdržely IPV. Po očkování byla zjištěna vysoká sérokonverze a nebyla hlášena žádná významná nežádoucí klinická reakce, a to ani u recipientů vakcíny, ani u jejich kontaktů. Na základě uvedených výsledků byla OPV v našem státě povolena k užívání v roce 1960. V USA tomu tak bylo o rok později.

Sérokonverze specifických protilátek byla po použití původní IPV Salkovy vakcíny poměrně nízká. Koncem 80. let byla proto zavedena její nová výrobní technologie, která významně zvyšuje její imunogenitu. Tato nová vakcína se zvýšenou účinností je anglicky nazývána „enhanced“ IPV a je pro ní užívána zkratka eIPV. Má imunogenitu rovnající se OPV a i ostatní její charakteristiky jsou vynikající.

Při porovnání jednotlivých charakteristik OPV a eIPV jsou některé z nich totožné, jiné se liší. To určuje i způsob jejich použití za různých epidemiologických situací výskytu poliomyelitidy.

OPV obsahuje živý oslabený virus poliomyelitidy a je aplikována orální cestou. Vyvolává tvorbu jak v krvi cirkulujících, speci-

fických IgG protilátek, tak i sekretorických IgA protilátek v orofaryngu a ve střevě, obojí ve vysokých hladinách a u vysokého procenta očkovaných. Viry OPV jsou vylučovány orofaryngem a střevem očkovaných lidí, přenášejí se touto cestou na osoby v kontaktu a vyvolávají u nich inaparentní, imunizující infekci. OPV zajišťuje dlouhodobou imunitu očkovaných osob i kolektivní imunitu populace. Je poměrně levná a může být podávána i nezdravotnickými dobrovolníky po krátkém školení.

V řídkých případech může však dojít při cirkulaci vakcinálních virů ke zvratu oslabeného kmene polioviru do neurovirulentní varianty (nejednodušeji u typu 3) a může dojít u očkovaného, nebo u jeho kontaktů k výskytu akutní chabé paralýzy. Takové případy se anglicky nazývají „vaccine associated paralytic poliomyelitis“ a i v české literatuře se užívá pro ně zkratka VAPP. Riziko jejich výskytu je spíše u osob s imunosupresí nebo jinak oslabených. V našem státě nebyl dosud hlášen žádný případ VAPP, zřejmě díky použití strategie masového, kampaňového očkování OPV.

IPV obsahuje inaktivovaný virus poliomyelitidy a je aplikována injekčně. Pro její podání musí být použita sterilní jehla a stříkačka a aplikaci musí zajišťovat školený zdravotnický personál. Vakcína nejen vyvolá tvorbu sérových, specifických protilátek proti všem třem typům polioviru téměř u 100% řádně očkovaných osob, ale také specifickou imunologickou paměť. Poskytuje tak spolehlivou ochranu před paralytickým onemocněním poliomyelitidou. K produkci sekretorických protilátek na sliznici orofaryngu a střeva dochází přibližně u 90% očkovaných, ale jen v malém množství a krátkodobě. Vakcína proto nechrání před klinicky inaparentní infekcí poliovirem a před jeho vylučováním stolicí.

Podání eIPV je bezpečné, její klinická reaktogenost je velmi nízká a pro její použití nejsou téměř žádné kontraindikace. Cena samostatné eIPV je sice vyšší než ce-

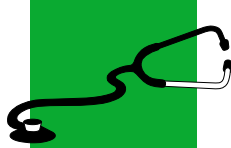
na OPV, přípravek je však vhodný k tomu, aby se stal účinnou součástí kombinovaných vakcín, se všemi etickými, technickými i ekonomickými výhodami jejich použití.

Pro své specifické výše uvedené charakteristiky je za určitých epidemiologických situací přípravkem volby buď OPV, nebo eIPV.

OPV je základním, účinným nástrojem celosvětové eradikace poliomyelitidy, doporučeným SZO. Slouží nejen k běžné prevenci, ale je také používána k zvládnutí epidemií poliomyelitidy, protože její včasná, cílená aplikace může zastavit jejich rozvoj.

Význam eIPV je kromě toho, že může být účinnou součástí kombinovaných vakcín i ve vhodnosti jejího použití po regionální eradikaci v přechodném období do uskutečnění celosvětové eradikace poliomyelitidy a zřejmě i po určité období po její realizaci. V úvahu pro tato období přicházejí postupně jako očkovací schémata: pokračující samotná OPV, kombinace IPV/OPV (např. IPV v 2. a 4. měsíci věku, následovaná OPV ve věku 12 měsíců a 5 let), nebo pouze IPV a to jak samotná, tak v kombinovaných vakcínách.

Časování jednotlivých očkovacích etap bude záviset jednak na zhodnocení rizika zavlečení divokého polioviru z dosud postižených oblastí do oblastí a států, kde již byla eradikace poliomyelitidy prokázána, jednak na uvážení faktorů, specifických pro jednotlivé státy. Mezi ně především patří: riziko výskytu VAPP, úroveň kolektivní imunity, vysoké pokrytí populace vakcínou proti poliomyelitidě a na dobré úrovni pokračující klinická, laboratorní a epidemiologická surveillance. Celosvětově bude k časování jednotlivých etap dávat svá doporučení i Světová zdravotnická organizace.



Kvalitnější očkování je stále více otázkou ekonomickou a politickou

Aktuální situace po srpnových povodních s sebou přinesla neoprávněné žádosti o vakcíny proti virové hepatitidě B, lidé se ale také více zajímají například o to, kdy byli naposledy přeočkováni proti tetanu. Na druhé straně se stále intenzivněji prosazují skupiny, které povinné očkování dětí odmítají a svůj odpor opírají o Listinu základních práv a svobod. Nejen tato témata zazněla na **8. parlamentním zdravotním semináři „Očkování v České republice – patříme k nejlepším?“**.

Doc. Roman Prymula z Vojenské lékařské akademie JEP v Hradci Králové řadí očkování mezi nejefektivnější a nejčastěji používané veřejně zdravotní intervence. Společnost však podle něj zapomněla na nebezpečí epidemií, které se vakcinací podařilo eliminovat, a hledá na očkování pouze jeho negativní dopady. Reálně nebezpečí podle něj plyne ze zkrslujícího, hyperdemokratického pojetí společnosti, kde demokracie nemá svá pravidla a kde lidé nedokáží odlišit společenský prospěch od zájmů jedince.

■ Mýty a fakta o očkování

„Očkováním svého dítěte totiž nezodpovídáme pouze za ochranu jeho zdraví, ale také za zabránění šíření hypotetické choroby,“ uvádí doc. Ivan Novák z pediatrické kliniky IPVZ a 1. LF UK v Praze. Ve své přednášce komentuje nejčastěji uváděné mýty nebo překroucené informace. Argument, že se zlepšením infektologie a životní úrovně není očkování nutné, lze vyvrátit příkladem z Japonska, kam se v 70. letech vrátil dříve vymýcený černý kašel, kterým během krátké doby onemocněly statisíce obyvatel a několik set jich zemřelo. Názor, že kombinované vakcíny, ke kterým se medicína stále intenzivněji obrací, neúnosně zatěžují dětský organismus, I. Novák zpochybňuje: „Bylo prokázáno, že imunitní systém dítěte je zatěžován pouze v jednom procentu, a navíc lze očkováním do dvou let věku dí-

těte předejít řadě chorob, které jsou po svém propuknutí v takovém věku velmi rizikové.“

■ Existuje stoprocentně bezpečná vakcína?

R. Prymula upozorňuje, že stoprocentně bezpečná a účinná vakcína zatím neexistuje: „Řada vakcín se sice svou účinností stoprocentnímu účinku blíží, ale komplikace se vyskytují i nadále,“ dodává. Podle I. Nováka se vnímání očkování společností zlepšilo, pokud jsou používány ty nejkvalitnější vakcíny. V případě černého kašle se už ve vyspělých zemích očkuje acelulární vakcínou, u které je prokázáno několikanásobné snížení nežádoucích reakcí. R. Prymula hovoří v souvislosti s ekonomickými náklady spojenými s přijetím acelulární namísto celobuněčné vakcíny o 65 milionech korun, pokud by se nejprve přeočkovávalo. Očkování acelulární vakcínou v celém rozsahu by státní rozpočet zatížilo asi 160 milionů korun. R. Prymula nastiňuje také další trendy ve vakcinologii, kterými jsou zejména kombinované vakcíny a stavbnicové vakcíny kombinovatelné pro dané regiony, neustálé rozšiřování spektra očkovacích látek, optimalizace očkovacího kalendáře (zefektivnění intervalů), možnosti přeočkování a fúze farmaceutických koncernů.

■ Úkoly pro politiky

Hlavní hygienik České republiky Michael Vít tvrdí, že očkováním se u nás ročně zabrání až sto padesáti tisícům nakažení a pěti stům úmrtí na infekční choroby. Uvítal by vznik Národní vakcinační komise, ve které by působili nejen pediatři, ale také imunologové a epidemiologové, kteří by společně lépe prosazovali středně dlouhý a dlouhodobý vakcinační plán. Hana Cabrnová z Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP posuzuje stávající systém primární péče založený na

zachování dvou odborností praktických lékařů (praktický lékař pro děti a dorost a praktický lékař pro dospělé) jako vyhovující. Připomíná také další pozitivum očkování, které je patrné v počtu registrovaných dětí v pediatrických ordinacích. Přestože u nás není registrace ze zákona povinná, dosahuje osmadesát procent. Podle H. Cabrnové je velmi nutná individualizace procesu očkování, která by měla zahrnovat vzdělávání rodičů o prospěšnosti očkování, nutnost informování o možných komplikacích po očkování, informace o nabídce vakcín registrovaných na českém území (vakcíny nehrazené ze státního rozpočtu, kombinované vakcíny), dohledávání registrovaných neočkovaných dětí, používání vakcín určených pro děti s kontraindikacemi na běžný typ vakcín a volbu individuálního očkovacího plánu pro děti s krátkodobou kontraindikací.

Lékaři by se podle R. Prymuly měli snažit prosadit očkování proti černému kašli pomocí acelulární vakcíny, měli by využívat kombinované očkovací látky, měli by posuzovat nutnost pěti dávek při očkování proti dětské obrně a v neposlední řadě by se měli dohodnout na postupu očkování stigmatizovaných jedinců. Ministerští úředníci by pak podle R. Prymuly měli zpracovat dlouhodobý vakcinační plán. „Vytvoření Národní vakcinační komise vidím jako nutnost, situace vyžaduje vyjádření ministerstva k nákladovosti očkování ve vztahu ke státnímu rozpočtu, MZ by také mělo posoudit kombinovanost vakcín a vypracovat veřejnou kampaň proti odpůrcům očkování. Politici si musí vytvořit priority v přístupu k medicíně a volit mezi prevencí a kurativou. Měli by přijmout fakt, že změny k efektivnějšímu očkování znamenají vyšší náklady,“ dodává. ■

Převzato ze ZdN č. 47



Aktuality

■ Stát chce mít větší vliv ve VZP

Ministryně Součková chystá novelu zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně

Pod ředitelkou Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiřinou Musílkovou se zřejmě kývá křeslo. Ministerstvo zdravotnictví není spokojeno s tím, jak VZP hospodaří.

Všeobecnou zdravotní pojišťovnu i celý systém zdravotního pojištění pravděpodobně čekají velké změny. Ministryně zdravotnictví Marie Součková je má alespoň v plánu. Její úředníci už chystají novely dvou klíčových zákonů – o Všeobecné zdravotní pojišťovně a o veřejném zdravotním pojištění. „Novely jsou zatím ve stadiu návrhů, nicméně záměrem je širší reforma systému zdravotního pojištění,” řekl mluvčí resortu Mario Böhme.

Nastanou personální změny ve VZP?

Součková má především v úmyslu zvýšit pravomoci státu ve správních a dozorčích orgánech pojišťoven. Podle zdrojů LN se připravují i personální změny ve vedení VZP. Informaci nepřímo potvrdilo i ministerstvo, když na otázku, zda opakované špatné výsledky hospodaření VZP nejsou důvodem k zamyšlení nad personálními změnami ve vedení této instituce, odpověděl kladně. „Jsou. Ministerstvo má však jen omezené pravomoci, vyplývající ze skutečnosti, že zástupci státu ve správní radě této pojišťovny tvoří jen jednu třetinu,” odpověděl mluvčí. Ředitele VZP volí na návrh správní rady poslanci. Na přímý dotaz, zda se skutečně chystá odvolání Jiřiny Musílkové z funkce ředitelky VZP, ale Böhme odpověděl vyhybavě. „Neslyšel jsem to. Není to věc, o které by se teď uvažovalo,” řekl. Potvrdil ale, že by nové zákony měly kromě reformy systému zdravotního pojištění přinést i změnu struktury statutárních orgánů a posílení role státu. Ze třicetičlenné správní rady zatím drží po deseti místech zástupci státu (především ministerstev zdravotnictví a práce a sociálních věcí), zaměstnavatelů (jmenovaní Konfederací zaměstnavatelských svazů ČR a Svazem průmyslu), a pojištěnců (zvolení sněmovnou).

Čevela zastupuje veřejnost i stát

K určitému posílení pozice státu však mimoděk došlo už nyní. Jedním ze sněmovnou zvolených zástupců pojištěnců je totiž exposlancem za ČSSD Rostislav Čevela, který nyní působí jako první náměstek Součkové, a tedy zároveň zastupuje i státní moc. Podle mluvčího Böhmeho je vše v pořádku. „Pan náměstek Čevela byl delegován jako zástupce pojištěnců, nikoli za ministerstvo. To by se měnit nemělo,” prohlásil. Správní rada VZP už drobnou rekonstruk-

cí prošla v říjnu, kdy z ní byli odvoláni čtyři bývalí zaměstnanci obou resortů (např. exnáměstci Antonín Malina a Běla Hejná) a nahrazeni současnými. Návrhy na posílení role státu při kontrole VZP se nelíbí dalším zúčastněným subjektům. Podle generálního ředitele Svazu průmyslu a dopravy ČR Zdeňka Lišky, který ve správní radě zastupuje zaměstnavatele, by se takové kroky neměly dít bez projednání tímto orgánem. „Nelíbí se mi, jak se nové vedení ministerstva zdravotnictví k této věci staví. V médiích se objevily mimo jiné i pochyby o zdravotněpojištném plánu, ačkoli ten byl řádně projednán a odsouhlasen. Teď zase jdou z ministerstva poplašené signály o posilování pozice státu. Je třeba vysvětlit, proč činnost správní rady napadají,” prohlásil Liška. Předpokládá, že se novými návrhy Součkové bude zabývat nejbližší jednání správní rady VZP 13. prosince. Zprávu o špatném hospodaření zdravotních pojišťoven nedávno předložila Součková vládě. Uvedla v ní, že se hospodaření VZP za první pololetí propadlo do stamilionových dluhů. VZP navíc porušuje zákon, když nenaplnuje povinný rezervní fond a nemá rezervy ani na provozním fondu. Podle zprávy je na vině hlavně špatná legislativa.

■ Špina je zdravá

Klimatické změny, jichž se týká projekt EU DEMETER, tvoří jednu z priorit Rámcových programů rozvoje evropské vědy. Na konferenci „Evropský výzkum 2002“ v Bruselu tvořily jednu z oblastí témata týkající se boje proti různým chorobám. Na konferenci v této souvislosti zaznělo působivé varování z poněkud neobvyklého soudku: hrozí epidemií 21. století se stávají alergie. „Pokud je dnes alergické jedno dítě ze čtyř, musíme se ptát, co bude zítra,” upozorňuje německý pediatr profesor Ulrich Wahn. Začíná to nenápadným ekzémem záhy po narození dítěte, který v pozdějším věku může pokračovat astmatem a dalšími zdravotními problémy. Před dvěma sty lety přitom nebylo v Evropě třeba po senné rýmě ani památky. Co se tedy s naší rasou stalo? Proč imunitní systém Evropanů zešílel a přehnaně reaguje na celkem neškodné podněty zvnějšku? Přesnou odpověď vědci dosud neznají. Možná s námi žije více roztočů, snad jsme ztratili některé ochranné faktory. Třeba i proto, že matky kojí děti méně než v minulosti. Nedávno získali nové argumenty zastánci takzvané hygienické teorie, podle níž jsou alergie trestem za změnu životního stylu. Výzkum zveřejněný před pouhými několika týdny se zaměřil na děti z vybraných rodinných farem v Rakousku, Švýcarsku a Bavorsku. Na těchto hospodářstvích se žije „postaru“ –

Mucos



děti vyrůstají s dobyt看em a dalšími domácími zvířaty a většinou jedí potraviny vyrobené přímo na farmě. Přicházejí také do styku s mnohem větším množstvím „špíny“. Čtenář jistě uhodne, jak výzkum dopadl. Malí venkováci z farem trpěli alergickými projevy mnohem méně, než je dnes obvyklé. Příčiny? Podle vědců to může souviset tím, že tyto děti přicházejí do kontaktu s lipopolysacharidy, molekulami z buněčných stěn určitých bakterií, které lze nalézt například ve stájích. Imunitní systém člověka zřejmě přece jen potřebuje včasný kontakt s trochou „špíny“. Kontakt, na který si zvykly generace našich předků. Bylo by ale naivní myslet si, že už máme klíč k léčbě alergií. „I pokud tato hypotéza, která je intelektuálně stimulující a může být dokonce pravdivá, skutečně pravdivá je, pořád s jistotou nevíme, jaký druh bakterií máme „nabídnout“ dětem a kdy – brzy po narození nebo dokonce během těhotenství?“ uvažuje profesor Wahn.

Vláda nasypala další peníze do nemocnic

Okresním nemocnicím se částečně uleví od dluhů, kvůli nimž jim dodavatelé léčiv postupně zastavují dodávky medikamentů. Vláda včera vyhověla ministryni zdravotnictví a dá firmám na ruku šedesát milionů korun. Vezme je okresním úřadům z jejich rezerv. To je ovšem jen necelá pětina toho, co okresní nemocnice za léky dluží – a co je také příčinou současné výbušné situace. Firmy přestaly v uplynulých dnech dodávat léky nemocnicím v Rokycanech, Valašském Meziříčí, ve Strakonících a v Kroměříži. Nemocnice mají zásoby vesměs jen na několik dní, jejich ředitelé přesto tvrdí, že pacienti nejsou ohroženi. Nemocnice léky dostanou, pokud za ně zaplatí hotově – tak se včera dohodl s firmami například ředitel nemocnice ve Valašském Meziříčí. Na platby v hotovosti vyčlenil peníze z provozu, který nehodlá ani v těchto dnech nijak omezit. Kroměřížská nemocnice se naopak s dodavatelem nedohodla, zatím hodlá žít ze zásob. Podobně je na tom nemocnice v Rokycanech, jejíž ředitel věří, že se s firmami v nejbližších dnech nějak domluví. Konečně strakonická nemocnice, již zatím přestal dodávat zboží pouze jeden distributor léčiv, dala najevo, že bude možná muset začít propouštět, aby měla na placení léků. Ministerstvo vzkazuje dodavatelům, aby si sjednali s nemocnicemi splátkové kalendáře. Firmy však takové kalendáře nepovažují za dostatečnou záruku toho, že své peníze od zadlužených nemocnic skutečně uvidí. Žádají o jednání u premiéra Vladimíra Špidly.

Další nemocnice nedostávají léky

Dodavatelé léků ode dneška zastavují pravidelné dodávky medikamentů dalším dvěma zadluženým nemocnicím: v Rychnově nad Kněžnou a v Třebíči. Už minulý týden byly takto postiženy nemocni-

ce v Rokycanech, Valašském Meziříčí, Strakonících a Kroměříži. „Dozvěděl jsem se to neoficiálně dnes odpoledne. Distributoři nás neupozornili, že ze dne na den zastaví dodávky. Je to šokující rána,“ reagoval včera ředitel třebíčské nemocnice Jaroslav Soukup.

Ředitel zůstává v klidu

Pacienti nejsou ohroženi, tvrdí přesto ředitelé nemocnic. Toho však v těchto dnech dosahují pouze tím, že za medikamenty platí v hotovosti. Pak jim firmy léky dodají. A leckde ještě ne všechny. Například strakonická nemocnice dostane od jednoho z hlavních distributorů za hotové jen ty léky, bez kterých by byli pacienti ohroženi přímo na životě. Ředitel nemocnice Vladimír Hanáček sice zatím zůstává v klidu a tvrdí, že situace není kritická, ale na druhou stranu přiznává, že „jistě nebezpečí pro nemocnici“ existuje. Je navíc otázka, jak dlouho mohou postižené nemocnice platby v hotovosti utáhnout, když předchozí faktury dodavatelům léků splácet nedokázaly. Ředitel rokycanské nemocnice včera připustil, že zastavení dodávek léků přineslo řadu komplikací, které však nijak blíže nespecifikoval.

Zadarmo nedodáváme

Právě dlouho nesplácené dluhy za léky vedly firmy k tomu, že postupně zastavují různým nemocnicím dodávky. Okresní nemocnice dluží za léčiva dohromady 320 milionů korun. Šedesát milionů na ruku jim minulý týden zajistila vláda, to však dodavatelům nestačí. „Když si koupíte rohlík, zaplatíte ho. S léky je to stejné. Nemůžeme je dodávat, a přitom nedostat zapláceno. To by šlo jen ve světě pohádek. Nám je také nikdo nedá zadarmo,“ prohlásil rezolutně ředitel Asociace velkodistributorů léčiv Pavel Suchý. „Bohužel budeme pokračovat dál a vytipovávat další nemocnice, kam přestaneme dodávat,“ dodal. Takto ohrožených nemocnic je podle něj v zemi třicet. U velkých nemocnic řízených přímo ministerstvem zdravotnictví byla krize prozatím zažehnána – dluží sice za léky dalších čtyři sta milionů korun, za ně se však zaručila osobně ministryně zdravotnictví Marie Součková. Okresní nemocnice jí nepatří, proto dodavatelé žádají jednání s ministrem financí Bohuslavem Sobotkou či premiérem Vladimírem Špidlou.

České sestry budou mít vzdělání, které jim umožní pracovat v EU

České zdravotní sestry a porodní asistentky budou moci pracovat ve zdravotnictví zemí EU. Tuto možnost budou mít díky tomu, že se počínaje rokem 2004 nebudou již vzdělávat na středních zdravotnických školách, ale na vyšších zdravotnických školách a v bakalářských a magisterských programech vysokých škol. S harmonizací vzdělávání počítá návrh zákona o nelékařských povoláních, který předložila ministryně zdravotnictví Marie Součková vládě.



Není vyloučeno, že klíšťata šíří duševní choroby **Vědci zjistili, že by původce lymeské borreliózy mohl vyvolávat** **psychické poruchy**

Poruchy psychiky může podle nedávné studie českých vědců způsobit i bakterie, která je původcem borreliózy. Některým pacientům psychiatrických léčen by tak spíše než psychofarmaka možná pomohla antibiotika.

Lymeská borrelióza je nejčastější klíšťaty přenášená infekce v Evropě. Kromě kůže, srdce a pohybového aparátu postihuje i centrální nervový systém. Lidé, jejichž mozek borrelie napadly, trpí například poruchami krátkodobé paměti, nesoustředěností, neschopností vybavit si slova nebo přechodnou dezorientací. Pacienti často uvádějí, že mají pocit, jako by byl jejich mozek zamlžený. Příznaky mohou dosahovat až intenzity demence. U části pacientů s pokročilým stadiem borreliózy se po léčbě antibiotiky zlepší paměť, soustředění, pozornost i psychomotorické funkce.

Hledali protilátky u pacientů

Odborníci z Psychiatrického centra Praha a 3. lékařské fakulty UK zkoumali pod vedením MUDr. Tomáše Hájka, zda infekce způsobená bakterií *Borrelia burgdorferi* může vyvolat psychiatrické poruchy. Jejich studii zveřejnil prestižní vědecký časopis *American Journal of Psychiatry*. Identifikovat bakterii *Borrelia burgdorferi* v těle hostitele je velmi obtížné. Bakterie však po sobě zanechává stopy – specifické protilátky, jejichž přítomnost svědčí o kontaktu daného jedince s borrelií. Mezi lety 1995 až 1999 stanovoval tým D. Janovské v Národní referenční laboratoři pro lymeskou borreliózu protilátky vůči *Borrelia burgdorferi* u 926 pacientů přijatých na kliniku Psychiatrického centra Praha. Kontrolní skupinu tvořilo 884 zdravých dobrovolníků. Mezi pacienty mělo vysoké hladiny protilátek 36 procent osob, v kontrolní skupině pouze 18 procent, což je statisticky vysoce významný rozdíl. Známky kontaktu s borrelií tedy vykazovala zhruba třetina psychiatrických pacientů oproti pětině zdravých kontrolních osob. Popsané rozdíly však mohly být způsobeny tím, že psychiatrickí pacienti měli vyšší průměrný věk a bylo mezi nimi více žen. Právě ženy vyššího věku zpravidla častěji trpí lymeskou borreliózou. Aby vědci odstranili případnou chybu, vybrali k psychiatrickým pacientům zdravé osoby stejného pohlaví a věku. I po párování se mezi duševně nemocnými pacienty vyskytovalo významně více osob s vysokými hladinami protilátek než v kontrolní skupině. Co výsledky studie vlastně znamenají? Vědci zvažovali různá vysvětlení zjištěných skutečností. Vysoký výskyt protilátek u psychiatrických pacientů by mohl být důsledkem, nikoli příčinou hospitalizace dotyčných v psychiatrických zařízeních.

Zrádné zahrady léčen

Léčebny se často nacházejí v parcích s listnatými stromy, kde se mohou ve velkém množství vyskytovat klíšťata infikovaná bakterií

Borrelia burgdorferi. Pacienti takových zařízení tedy mohou být vystaveni vyššímu riziku nákazy. Nemocní zahrnutí do výzkumu však byli vyšetřováni ihned po přijetí. Protilátky proti borrelii se objevují teprve zhruba čtyři až šest týdnů po naze. Nelze však vyloučit možnost, že se někteří pacienti infikovali při možných předchozích pobytech v podobných zařízeních. Skupina psychiatrických pacientů se od zdravé populace také možná lišila životním stylem. Některé pacienti se například mohli v důsledku choroby na čas stát bezdomovci. To se ale zřejmě týkalo jen malého procenta vyšetřovaných osob a pouze krátkodobě. Všichni pacienti uvedli adresu trvalého bydliště.

Pátrání pokračuje

Vztah mezi infekcí *Borrelia burgdorferi* a psychiatrickou nemocností skutečně existuje. To je nejpravděpodobnější závěr plynoucí z provedené studie. Charakter vztahu však zatím není jasný. Pacienti citlivější k psychopatologii mohou být například v důsledku genetických nebo nitroděložních faktorů citlivější také k infekci borrelií či k jejímu neurotoxickému působení. Infekce borrelií by však také mohla přímo vyvolávat psychiatrické příznaky, a to různými způsoby – poškozením infikované tkáně, nastartováním zánětlivé reakce, narušením cév, a tedy zhoršeným zásobováním některých oblastí mozku, aktivací imunitní reakce, která se může zaměřit i proti vlastním tkáním. Ve studovaném souboru byli pacienti s prakticky všemi hlavními psychiatrickými diagnózami. Je otázkou, jak může stejný infekční činitel způsobit odlišné psychiatrické poruchy. Teoreticky by se příznaky mohly lišit podle místa a typu poškození vyvolaného borrelií. Na některé otázky vědci stále ještě hledají odpovědi. Výsledky pokusů naznačují, že přes 10 procent hospitalizovaných psychiatrických pacientů by mohlo trpět projevy infekce borrelií. Potvrzení tohoto nálezu by mělo využití jak v diagnostice, tak v léčbě duševních poruch. Psychiatrickým pacientům infikovaným borrelií by totiž možná více pomohla léčba antibiotiky než psychofarmaky. Článek autora psychiatra MUDr. Tomáše Hájka byl převzat z říjnového čísla časopisu *Vesmír*, které vyšlo tento týden. Text upravila, zkrátila a mezititulky doplnila redakce LN.

Britové se možná budou moci léčit marihuanou

Ve Velké Británii by mohl být od příštího roku k dispozici na předpis lék založený na marihuaně. Napsal to včera anglický deník *Daily Mail* s odvoláním na informace firmy *GW Pharmaceuticals*, která oznámila předběžné výsledky závěrečných klinických testů svého nového preparátu. O využití marihuany k léčebným účelům se vedou dlouholeté spory mezi odbornou i laickou veřejností. Prozatím je povolena jen v Kanadě. Marihuana jako návyková látka se známými negativními důsledky je na seznamu mezinárodně zakázaných drog, i když to nevylučuje její využití pro vědecké účely a k léčbě. Firma



GW Pharmaceuticals zkoušela na 350 pacientech ústní sprej, jehož součástí je marihuana. Ohlásila, že jasně snížil bolest, pomohl k lepšímu spánku a uvolnil svalové napětí. Hodlá proto příští rok požádat o státní souhlas s uvedením léku na trh

Odbory jdou do boje s lékařskou komorou

V otevřené nepřátelství pomalu ústí chladné vztahy mezi Českou lékařskou komorou a Odborovým svazem zdravotníků a sociální péče. Předseda Odborového svazu zdravotníků a sociální péče, nejsilnější odborové organizace v resortu, Jiří Schlanger, napadl Českou lékařskou komoru. Tvrdí, že přinejmenším obchází zákony, že nefunguje zcela demokraticky a její hospodaření není průhledné. „Vznikl tu nikým nehlídaný monopol. Komora jedná protizákonně a nikdo ji za to nemůže postihnout. V zahraničí je běžně možná společenská kontrola, ať už prostřednictvím vlády, nebo parlamentu,” řekl Schlanger. Stavovská organizace lékařů naproti tomu Schlangerovy odbory dlouhodobě ignoruje a veřejně podporuje „konkurenční” Lékařský odborový klub Milana Kubka. Na nedávném brněnském sjezdu ČLK její prezident David Rath přisoudil prakticky všechny úspěchy dosažené ve zvyšování mezd zaměstnaným lékařům pouze Kubkovu LOK. O tom, že existuje také další silná odborová organizace, se vůbec nezmínil. Sám Rath z prostředí odborového klubu vyšel, před nástupem do čela komory byl jeho předsedou.

Dokažte nám to!

Za porušení zákona Schlanger považuje např. zasahování ČLK do jednání o platech lékařů či to, že komora vydává pro své členy závazné předpisy, na což podle něj má zákonné právo pouze stát. Mluvčí komory Michal Kubíček se Schlangerovu obvinění podivil. „Ať nám někdo dokáže, že jednáme protizákonně. I když ze zákona vypadla po novele klauzule, že máme hájit hospodářské a sociální zájmy, to ještě neznamená, že nám to zákon zakazuje,” usoudil. Nevráživost dvou organizací, které by měly ve snaze o lepší podmínky lékařů spíše spolupracovat, se projevuje například tím, že komora už několik let zástupce odborového svazu vůbec nezve na svůj sjezd. Žádný Schlangerův odborář se údajně neobjevil ani mezi delegáty. Svaz přitom sdružuje kromě ostatních zdravotnických profesí přes 2500 lékařů-zaměstnanců ze zhruba 40 tisíc členů komory. „Schlangerovy odbory často vystupují proti zájmům lékařů. Jejich postoj považuje ČLK za natolik výrazně odlišný, že nepokládáme za nutné, aby se představitelé odborů zúčastnili našeho sjezdu,” vysvětlil Kubíček. Komora například kritizuje, že se Schlanger při současných vyjednáváních o navýšení platů nepostavil za požadavky Kubkova LOK. Kubek žádá po ministerstvu zdravotnictví, aby lékařům přidalo na platech tolik, kolik by dostali, kdyby byl realizován původní plán vlády na reformu platových tříd, tedy o 14 procent. Plán ale vláda kvůli povodním odložila a lékařům přidala jen sedm procent stejně jako ostatním zaměstnancům veřejného sektoru.

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.

Daruji BODYMETR

Na základě výzvy otiskované v 7. č. 2. r. časopisu VOX PEDIATRIE nabízíme lékařům postiženým povodněmi věcný dar v podobě BODYMETRU – měřidla dítěte do dvou let věku. (dříve znám pod názvem korýtková míra). Zájemci nechtě mě kontaktují telefonicky na čísle: 777 071 173, písemně V. Ferus-Saeculum, V. Huga 6, K. Vary 360 20, nebo e-mail vaclav.ferus@seznam.cz

Přijmu pediatra

Přijmu lékaře pediatra pro ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v Liberci, s možností budoucího přenechání celé praxe. Podmínky: I. st. at. z pediatrie, znalost práce s PC. Individuální podmínky budou dohodnuty při osobním jednání. Byt k dispozici. Nabídky se stručným životopisem zasílejte na adresu: MUDr. Samek, BOX č.29, 460 31 Liberec 1.

Hledám pediatra k zástupu

Hledám zástup do ordinace PLDD za MD od dubna 2003, cca 25 km od centra Prahy. Mobil: 606 839 637

Hledám pediatra na místo asistenta

Jsem PLDD a dětský kardiolog v Pelhřimově a hledám pediatra s licencií, event. i bez licence na místo asistenta a do budoucnosti i k převzetí praxe. Tel: 565 326 179 a mobil: 723 433 778 v době od 7,00 do 16,00 hodin.

Pronajmu praxi

Pronajmu zavedenou pediatrickou praxi, zatím na 2 roky. Možnost pozdějšího odkoupení. Info: 549 424 336

Hledám zástup či odkoupení praxe

Nabízím možnost zástupu (asistenta) či odkoupení praxe pro děti a dorost v Praze a okolí Prahy. Zkušený pediatr, patnáct let pediatrické praxe, dvě atestace, licence. Zn.: mobil 606 518 826, jen seriózní jednání.

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra pro zástup za MD do ordinace PLDD poblíž Zlína s nástupem od ledna 2003. Tel.: 577 438 410, mobil: 605 870 030

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra s licencií na zástup do privátní ordinace PLDD v Praze 6. Zástup občasný a v době dovolené. Vhodná znalost angličtiny. Tel. večer: 235 355 913, mobil: 604 988 174