

duben 2002 ■ číslo 4 ■ ročník 2

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Enuresis

Lázeňská léčba

MEDIFORUM - EpiStop II

MEDIFORUM - infekce močových cest



tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství
MEDIX

Adresa vydavatelství:
Branická 141, 147 00 Praha 4
tel./fax: 02/4446 2959
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:
Klimentská 11, 115 60 Praha 1
tel./fax: 02/24 80 25 49
e-mail: centrum@detsky lekar.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:
Veronika Drahovzalová
Klimentská 11, 115 60 Praha 1, tel./fax: 02/24 80 25 49
mobil: 0602 873 761, e-mail: centrum@detsky lekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za březen	5
Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů	6
Zpráva o činnosti SPLDD ČR Regionu Severní Morava a Slezsko	7
Zápis z jednání analytické komise SPLDD ČR	9
Odebírání licencí k výkonu soukromé lékařské praxe	10
Zápis z jednání zástupců SPL ČR, SPLDD ČR a VZP ČR	11
Informace OZP o úhradách očkování proti infekční hepatitidě	13
Dopis předsedy SPL ČR předsedovi Vlády ČR	13
Nabídka publikací SZÚ ČR	15
Program 90	16



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP	17
Problematika očkování - výběr z korespondence	18
Léčba infekcí močových cest - MEDIFORUM	22
Zákon o VZP	příloha
Prim. MUDr. J. Gut Enuresis	36

Ing. L. Novobilský, Prim. MUDr. D. Nečasová Komplexní lázeňská léčba v dětské nefrologii	41
Epistop II - MEDIFORUM	44
MUDr. I. Bayerová Gastroezofageální reflux u dětí	52



Aktuality	56
Řádková inzercie lékařů	58
Plná moc	vkład



Vážení čtenáři,

jsem velmi ráda, že mohu svým příspěvkem oslovit právě praktické lékaře pro děti a dorost.

Lékařů si velmi vážím pro jejich náročné a zodpovědné poslání. Pečovat o to nejcennější v životě lidském, o zdraví, není snadné ani v případě těch pacientů, kteří řadí v žebříčku hodnot zdraví na přední místo, natož pak v případě těch, kteří prevenci a péči o zdraví ignorují. Lékař musí být nejen dobrý odborník ve svém oboru, užívající nejmodernější poznatky medicíny ale zároveň nesmí postrádat znalosti z psychologie, aby se dokázal vcítit do duše či pocitů svých klientů.

Obzvláště to platí právě v povolání dětského lékaře v péči o nejmenší pacienty, kteří mnohdy nedokáží specifikovat své obtíže. První kontakt má pacient většinou s praktickým lékařem, a proto jeho role je v systému zdravotní péče nezastupitelná. Tento fakt v případě praktických lékařů pro děti a dorost platí téměř stoprocentně.

Přála bych si, aby v dnešní turbulentní době plné převratných změn, nových diagnostických metod, nových možností léčby, ale i informačních a komunikačních technologií, byl na prvním místě pacient a vztah pacienta a lékaře, založený na oboustranné důvěře.

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda vždy měla a má dobré vztahy s praktickými lékaři nejen z období zavádění diferencované kombinované kapitačně výkonové platby, a proto se těším na další konstruktivní a seriózní spolupráci i jménem členských zdravotních pojišťoven Svazu zdravotních pojišťoven.

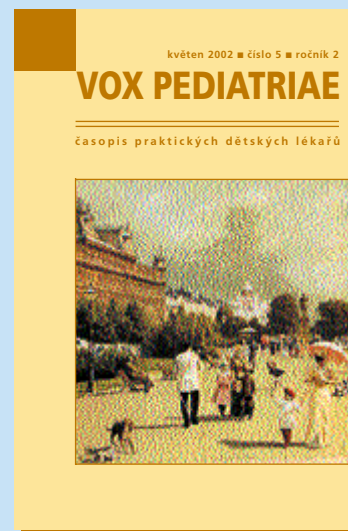
Ing. Darina Ulmanová, MBA
presidentka SZP

Diferenční diagnostika
novorozenecké žloutenky

Méně obvyklé formy hepatitidy

Problematika EB virových infekcí

Uštknutí zmijí obecnou



seznam inzerujících firem

AVENTIS PASTEUR
BOEHRINGER INGELHEIM
BIOPHYS
FERRING
GlaxoSmithKline
HEINZ
LÉČIVA
MED-IN
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 - 17,00 - MUDr. Milan Kudyn

15,00 - 17,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc březen

MUDr. Pavel Neugebauer

Březen lze hodnotit opět jako měsíc boje za ustavení odbornosti PLDD jako základního lékařského oboru, z naší strany jde o snahu zakotvit legislativně činnost PLDD v primární péči, čeká nás ale ještě hodně práce, abychom vysvětlili zejména kolegům z lůžkových zařízení, že se nejedná o štěpení pediatrie jako takové, ale naopak o její posílení zakotvením lékaře vzdělaného v oboru péče o dítě a dorost v primární péči; rozbíhá se kolotoč regionálních konferencí, na kterých bude hodnocena naše činnost na úrovni regionů; pokračují další jednání k posílení naší úlohy v primární péči.

2.3. – po schůzce pokladníků, na které byly dále vyjasňovány některé změny spojené se schválením směrnice k finančnímu řádu pokračovalo jednání zasedáním Předsednictva; hlavní projednávané body:

- Byl odsouhlasen způsob předplatného časopisu VOX PEDIATRIAE nečlenům Sdružení

- Projekt „Zdraví pro všechny v 21. stol.“, základní teze rozvoje péče o zdraví populace v našem státě připravované ve formě Vyhlášky, i tento projekt je nutno pečlivě sledovat vzhledem k opětnému a opakovanému otevření problému rodinný lékař v. systém současný s PLDD, tento materiál je také s oblibou použit při vytváření zdravotní politiky v nově vznikajících krajích

- DŘ ceny – nakonec podepsána předběžná dohoda s minimální hodnotou kapitačního paušálu 31 Kč a hodnotou bodu 0,87 Kč, regulace zůstávají nezměněny pouze u nepravdivé péče je deklarace, že se pro výpočet vylučují náklady vztahované k řádně hlášenému zástupu; tato dohoda znamená meziroční nárůst úhrad ordinací o cca 7%, o regulacích, resp. jejich praktické realizaci budeme dále jednat, změna ve smyslu jejich zrušení označena za jednu z priorit

- VZP opět přichází s „kontaktním kódem“ – striktně odmítnuto, dopady si umíme představit, budeme je však umět vysvětlit našim členům?

- „Program 90“ Revírní bratrské pokladny v zásadě znamená jeden ze způsobů, jak navýšit úhrady PLDD

- změna místa kanceláře se stále vleče, snad s jarem dojde i k projasnění tohoto problému

- informace o zahájení pilotní fáze projektu iZIP

- semináře o výživě ve spolupráci s firmou NUTRICIA – zajímavá možnost k využití ve smyslu diskuse k problematice Sdružení, zájemci budou opět upozorněni na existenci projektu iZIP

- analytická komise Sdružení – pracuje, s výsledky jste seznamováni na našich stránkách

- nové skutečnosti v projektu generační výměny lékařů

- diskutovány závěry k problematice omluvenek – Metodický pokyn předán regionálními zástupci

- jak dál ve strategii nových výkonů v ordinaci PLDD – stále se nedaří prosadit CRP, zařazeno mezi priority

- členové Předsednictva byli seznámeni s aktivitami OSPDL – změny ve Výboru, příprava kongresu v Teplicích, očkovací semináře, setkání školitelů v Luhačovicích atd.atd., nebyvalá aktivita pozitivně hodnocena

- opět vzrušená debata k problematice oboru PLDD – kancelář Sdružení byl doručen pozměňovací návrh připravovaného zákona předložený poslankyní Emmerovou, kde je údajně na doporučení pediatrické společnosti odmítnut obor PLDD ale navržen nový základní obor dorostového lékařství, tato aktivita však byla následně předsedou pediatrické společnosti popřena, ale...; pokračovat v prosazení a ustavení oboru PLDD bylo označeno za jednu z priorit

- představena maketa nové podoby zdravotního a očkovacího průkazu, bude od příštího roku?

- bude nutno změnit přístup k vytváření webových stránek, současný stav je neuspokojivý, bude vytvořena redakční rada pro tyto stránky

- opět se vynořuje problematika 19-ti letých, bude nutno svolat jednání se zástupci profesní i odborné společnosti praktických lékařů pro dospělé, tato problematika označena také za jednu z priorit

5.3. – jednání Koalice ambulantních lékařů (zápis otištěn na jiném místě)

19.3. – Výkonný výbor – opět s obdobnými tematy uvedenými v informaci z Předsednictva, jako výkonná složka Sdružení stanovuje strategii pro jednotlivá jednání a hodnotí ta předešlá

22.3. – jednání analytické komise Sdružení (zápis otištěn na jiném místě)

23.3. – Konference regionu Severní Morava – na jiném místě přetiskujeme Zprávu o činnosti a Usnesení

26.3. – na VZP proběhlo další kolo jednání na téma soubory výkonů PL, světlo do možnosti vykazování CRP však toto jednání nepřineslo, v této otázce jsme byli odkázáni na vrchního ředitele úseku zdravotní péče VZP MUDr. Pečenku, jinak budou jednání k problematice souborů výkonů PL pokračovat, ve spolupráci s OSPDL bude opět vytvořena pracovní skupina

26.3. – opět jednání Koalice ambulantních lékařů, zápis nebyl k datu uzávěrky tohoto čísla k dispozici, otiskneme v dalším čísle



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů 5. března 2002

Program:

1. Hodnocení tiskové konference
2. Výsledky přípravných fází DŘ k cenám zdravotní péče
3. Vyhláška č. 458/2001 Sb.
4. Plné moci pro zastupování v dohodovacích řízeních
5. Různé

1. Hodnocení tiskové konference

Klady: účast zástupců tisku, mediální ohlas
Zápory: mnoho řečníků, velký rozsah informací, vysvětlování podrobností, které přesahují znalosti novinářů a zamlžují obsah sdělení

Závěr: Pro tiskové konference je třeba vybrat max. 3 mluvčí, zjednodušit výklad a soustředit se na témata, která jsou opravdu společná a dobře prodiskutovaná.

2. Výsledky přípravných fází DŘ k cenám zdravotní péče

Ve všech segmentech, ve kterých již pro-

běhla přípravná fáze DŘ, s výjimkou nemocnic, došlo k dohodě.

3. Vyhláška č. 458/2001 Sb.

Členové Koalice se dohodli na jednotném postupu proti ustanovením vyhlášky. MUDr. Jelínek předložil materiál, který má v úmyslu publikovat a rozeslat MZ ČR a Poslanecké sněmovně. MUDr. Neugebauer vyzval ke shromáždění informací, na základě kterých by bylo možné vyhodnotit dopad vyhlášky v praxi.

4. Plné moci pro zastupování v dohodovacích řízeních

ČLK o.s. vyzývá lékaře, aby se nechali v dohodovacích řízeních zastupovat prostřednictvím plných mocí tímto profesním sdružením. Na postup ČLK je třeba upozorňovat v periodikách jednotlivých sdružení srozumitelným způsobem, nejlépe pomocí jednoduchých srovnávacích grafů. MUDr. Tautermann připraví pro jednání Koalice analýzu poměru mezi počtem plných mocí

pro ČLK, o.s. a pro sdružení specialistů.

5. Různé

MUDr. Pekárek informoval o setkání s Ing. Petrem Slámou, ředitelem Odboru rozvoje zdravotního pojištění MZ ČR, o jeho názoru na úhradu zdravotní péče v korunách a přípravě návrhu zákona o informačním středisku zdravotních pojišťoven.

Úkol: pozvat Ing. Slámu na některé z dalších jednání Koalice (MUDr. Pekárek).

Členové Koalice se zabývali úvahou o vytvoření společné organizace s federativním uspořádáním segmentů bez ztráty subjektivity, která by zastupovala soukromá zdravotnická zařízení. Nejprve je třeba prověřit, zda by členové jednotlivých sdružení měli o členství v organizaci zájem.

Další jednání:

úterý 26. března 2002 od 17.00 hodin v pracovně MUDr. Pekárka.

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů 26. března 2002

Program:

1. Krajská zdravotní politika
2. Vyhláška č. 458/2001 Sb.
3. Aktuální informace

1. Krajská zdravotní politika

Krajské úřady začínají zpracovávat koncepci krajské zdravotní politiky a vytvářejí komise krajských odborníků (základní pracovní materiál – „Koncepce zdraví pro 21. století“). Je třeba informovat hejtmany o existenci Koalice ambulantních lékařů, její činnosti a předat jim kontakty na své regionální zástupce, kteří by se měli stát členy nové vznikající komise.

Úkol: Předat si vzájemně kontakty na krajské zástupce.

Základní problémy, které je třeba řešit na krajské úrovni:

- a) zdravotní politika
- b) registrace ZZ po zániku okresů
- c) LSPP V budoucnu bude třeba vyřešit otázku informačního periodika Koalice.

2. Vyhláška č. 458/2001 Sb.

MUDr. Tautermann informoval o výsledku schůzky u ministra zdravotnictví a požadavku ambulantních specialistů na změnu vyhláš-

ky, která je v současné podobě konfliktní a nese s sebou nebezpečí velkého množství žalob. Ministr trvá na svém stanovisku, že vyhláška je výhodná pro všechny lékaře a v případě, že jí někdo bude poškozen, může počítat s podporou ministerstva. Text vyhlášky nehodlá změnit. Členové Koalice se dohodli na dvou hlavních negativních vyhláškách:

- a) regulace
- b) historické limity

Dá se předpokládat, že zdravotní pojišťovny budou uplatňovat stanovené sankce, aby měly dostatečné množství finančních prostředků na úhradu bonifikací. Návrh dalšího postupu – dohodnout se se zdravotními pojišťovnami na pozdržení výsledků za 1. pololetí a na nepřijatelnosti vyhlášky. Je třeba sbírat informace, data a zpracovat analýzu současné situace pro prosazení změny vyhlášky v případě, že se po volbách změní složení ministerstva nebo jako podklad pro žaloby, pokud zůstane ministerstvo ve stávající podobě.

3. Aktuální informace

MUDr. Pekárek

■ Ve dnech 15. – 19. 4. 2002 budou hosty MZ ČR zástupci agentury TAIEX z Bruselu,

kteří se budou zabývat úrovní připravenosti českého zdravotnictví při volném poskytování zdravotnických služeb, vzdělávání a pohybu osob v rámci EU. Ve čtvrtek 18. 4. se bude na ministerstvu konat otevřená společná diskuse k zákonu o vzdělávání. Hodina a místo setkání budou upřesněny.

■ Měření dlouhodobé stability rtg provádějí firmy, které současně nabízejí nové přístroje. Je třeba změnit systém, měření by měl provádět stát, aby nedocházelo ke střetu zájmů.

■ Ve čtvrtek 18. 4. 2002 se koná v hotelu Prezident, nám. Curieových 100, Praha 1, od 10.30 – 16.30 hodin seminář České asociace pojišťoven k prezentaci výsledků soukromého nemocenského pojištění, problémům a možným cestám dalšího vývoje (program semináře – viz příloha) MUDr. Dvořák

■ Ve středu 27. 4. 2002 se koná v Humpolci volební sněm Sdružení privátních ambulantních chirurgů.

Další jednání:

úterý 16. dubna 2002 od 17.00 hodin v pracovně MUDr. Pekárka.

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská



ZPRÁVY Z REGIONÁLNÍCH KONFERENCÍ

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR - Region Severní Morava a Slezsko
Regionální konference Ostrava 23.3.2002

Zpráva o činnosti Regionu Severní Morava a Slezsko od 24.3.2001 do 23.3.2002

MUDr. Michal Pukovec

předseda SM regionu

V Ostravě, dne 23.3. 2002

Vážené kolegyně, vážení kolegové, vážení hosté!

Dovolte mi, abych Vás přivítal na Regionální konferenci SPLDD ČR Regionu Severní Morava a Slezsko.

Nejprve bych se rád zmínil o organizační struktuře regionu: Region Severní Morava a Slezsko kopíruje hranice bývalého Severomoravského kraje. V praxi to znamená, že po vytvoření VÚSC organizujeme členy Sdružení ze tří krajů – Moravskoslezského, Olomouckého a Zlínského. Toto členění klade vyšší nároky na jednání v rámci tvořících se vlád krajů v souvislosti se zanikajícími okresy.

K dnešnímu dni máme v regionu 310 členů SPLDD, dalších 5 přihlášek není ještě potvrzeno a patříme mezi největší regiony. V 11 okresech našeho regionu aktivně pracovalo 10 okresních zástupců, 14. ledna 2002 se podařilo ustavit i pobočku SPLDD v okrese Přerov a i zde zvolit Okresního zástupce, kterým se stala MUDr. Zuzana Andresová, jejím zástupcem byl zvolen MUDr. Martin Haška. V ostatních okresech nedošlo během minulého roku k žádným změnám ve funkcích okresních zástupců. Okresní zástupci měli mandát k vykonávání organizační činnosti ve prospěch členů sdružení. Byli v pravidelném kontaktu s řediteli největších smluvních zdravotních pojišťoven, zúčastňovali se schůzek svolávaných řediteli okresních poboček VZP k důležité problematice vztahů mezi smluvními partnery – cenová politika, platební kázeň, regulační opatření, nepravidelná péče, léková politika, bonifikační program VZP apod.

Často museli řešit akutně vzniklé problémy, proto museli vyvolávat sami mnohá jednání ve prospěch členů SPLDD.

Kromě jednání se zástupci zdravotních pojišťoven museli mnohdy jednat i se zástupci státní správy – se zdravotními rady, starosty měst a obcí, řediteli Školských úřadů a své poznatky z těchto jednání a závěry pak předávali členům SPLDD na okresních schůzkách. Okresní schůzky probíhaly pravidelně jednou měsíčně až 6 týdnů vesměs formou odborného semináře, čímž okresní zástupci SPLDD doplňují na okresní úrovni činnost OSPDL ČLS JEP, která nemá vytvořenu organizační strukturu až na okresní úrovni.

Mezi zajímavější případy, které se ve spolupráci s Výkonným výborem SPLDD ČR podařilo úspěšně vyřešit, patří např. kauza ÚPS na Dětském oddělení Frýdek Místek. Ředitel Nemocnice požádal Zdravotního radu OkÚ FM o pomoc při zajištění ÚPS na dětském oddělení. Zdravotní rada situaci řešil svérázným způsobem a sice, že nařídil všem praktickým lékařům pro děti a dorost okresu FM povinně sloužit ÚPS i přesto, že byli řádně zapojeni do výkonu LSPP v okrese. Proběhlo několik jednání v rámci okresu, regionu aniž by se dospělo k uspokojivému řešení problému. Teprve jednání v kanceláři Přednosta OkÚ Frýdek Místek za účasti zástupců SPLDD ČR všech úrovní a za podpory právníka Sdružení dospělo k uspokojivějšímu výsledku:

Praktičtí lékaři byli osloveni zdravotním radou a pouze ti lékaři, kteří měli zájem, slouží na Dětském oddělení Nemocnice FM v přesně vymezených smluvních vztazích.

Dalším problémem nejen Regionu a okresů byly omluvenky! Celý problém se táhl již asi 2 roky. Na žádost okresu Karviná, Frýdek Místek a Nový Jičín bylo vyvoláno jednání se Školským radou Moravskoslezského kraje PaedR. Tomášem Boudou. V jednání byly použity materiály vypracované vedoucím právního odboru MŠMT JUDr. Ješetickým a materiály vypracované kanceláří JUDr. Macha. Přes pádné právní argumenty nedošlo ke společné dohodě k omlouvání žáků středních škol a učňovských oborů, která spadají do kompetence kraje. K základním školám jednali Okresní zástupci na odborech školství příslušných OkÚ. Celá problematika byla opakovaně konzultována s Výkonným výborem SPLDD ČR. Jednání na okresní a regionální úrovni byla zastavena koncem listopadu 2001 po posunu paralelních jednání MUDr. Neugebauera na MŠMT ČR. Zde došlo k dohodě, že bude vypracován ministerstvem Metodický pokyn MŠMT ČR k omlouvání žáků a prevenci záškoláctví. Teprve 7.3.2002 vydalo ministerstvo tiskové prohlášení, metodický pokyn je v současné době distribuován cestou odborů školství na všechny školy a zřejmě tím bude problematika omluvenek vyřešena. Do problematiky ještě dnes vstupují i někteří revizní lékaři VZP, např. v okrese Přerov, kde vyhrožují lékařům zastavením kapitačních plateb, pokud nebudou omluvenky psát!!! Zcela mylně se domnívají, že omluvenka je součástí zdravotního výkonu.

Do stejné skupiny patří i jednání k vystavování pracovních neschopností studentům Gymnasia Nový Jičín starším 18 let. Celá kauza byla i náležitě medializována v místním tisku. Neblahou úlohu v případě hrála i OSSZ v Novém Jičíně, která argumentovala předpisem ÚRO z roku 1957, podle které byli lékaři povinni vypisovat PN. Pro úspěšné jednání zde stačil pouze právní rozklad právníka SPL mgr. Uhra.

Členové výboru Regionu byli nápomocni i při individuálních jednáních členů sdružení poskytovaním podkladů pro jednání. Problematika JPP u 19 letých, problematika nepravidelné péče, bonifikačního programu VZP apod. Tato jednání nejsou zdaleka tak zásadní jako jednání členů Výkonného výboru SPLDD ČR na úrovni Ministerstev ke koncepci pediatrie, LSPP apod., dále cenová jednání na Ústřední pojišťovně VZP atd.

Ale pro nás „dělňíky medicíny“ mají mnohdy rovněž zásadní význam. I při těchto „drobnostech“ je naprosto nezbytné spolupracovat s Centrem primární péče a Výkonným výborem, kteří by měli při tzv. profesionalizaci Centra poskytovat veškerý servis (kancelářský, odborný, právní apod.), na úrovni Regionu jsme



sice vybaveni technikou jako např. faxy, kopírkami, ale pracovní síly investujeme vlastní a při pracovní vytíženosti v rámci vlastních praxí a úkoly s tím souvisejícími již mnohdy nezbývá mnoho času na některé činnosti jako např. kopírování a rozesílání tiskovin. Již před pěti lety někdo v centru prohlásil, že není písárka a nebaví jej přepisovat námi zasláné materiály do počítače a proto nás prosí, abychom veškeré materiály zasílali i na disketách. O totéž dnes žádám i já. Dle sdělení předsedy sdružení vážně komunikace. Sebekriticky přiznávám, že má pravdu. Komunikace vážně oboustranně. Počínaje aktualizací databáze Sdružení, využíváním elektronické pošty pro zasílání materiálů, které vždy existují v elektronické podobě, zkvalitněním internetových stránek SPLDD ČR pod názvem www.detskylekar.cz/! Databáze je ovšem nutno aktualizovat i v opačném směru – od okresních zástupců do centra. Zkuste se dle databáze dovolat na některé telefonní číslo! Jsem přesvědčen, že se Vám to nepovede, čísla již neexistují. Proto prosím okresní zástupce o kontrolu svých členů a veškeré údaje aktualizujte na předtištěných formulářích. Řada členů Sdružení má rovněž svou e-mailovou adresu, kam lze pak zcela jednoduše zaslat jakoukoliv důležitou zprávu. Z okresních zástupců má vlastní e-mailovou adresu 70%, tyto adresy je nutné rovněž doplnit do databáze nebo vytvořit jen jednoduchou e-mailovou databázi. Vzroste tím velmi výrazně akceschopnost celého SPLDD ČR.

Rovněž archivace důležitých materiálů je jednodušší a přehlednější v elektronické formě než v papírové. Z ekonomického hlediska to je výhodnější, vymizí rozdíly ve fakturacích mezi jednotlivými okresními zástupci, kdy někteří fakturují Sdružení každý list papíru a někteří zase vůbec nic a vykazují tyto náklady v provozní režii ordinace. Pokřivené ekonomické vztahy sice upravuje nový Finanční řád SPLDD ČR schválený Republikovou konferencí v Brně, ale i zvýšené využívání elektronické pošty zekonomizuje a zefektivní nákladové položky a zlepší výše zmiňovanou komunikaci. Nacházíme se v přechodném období tj. před zánikem okresů a před započítáním „fungování“ krajů. Z toho vyplývá značná obtížnost některých cenových jednání na úrovni okresů resp. krajů. Dohodnout cenu za LSPP, dotazníky branců a jiné zdravotnické výkony pro stát je dnes nemožné, okresy hlásí „my končíme“, kraje, že ještě nezačaly, nejsou zdravotní radové, nejsou peníze, není s kým jednat! Přesto se snažíme navázat na úrovni krajů kontakty se zodpovědnými a v rámci ÚSC se snažíme vstupovat do jednání či budoucích jednání nad koncepcí zdravotnictví, v budoucích výběrových komisích na očkovací látky a všech důležitých okolnostech, které budou utvářet regionální charakter zdravotnických služeb.

Okresní zástupci, Výbor Regionu, revizní komise a regionální předseda OSPDL ČPS JEP tvořili tzv. Regionální radu, která byla svolávána cca co 2 měsíce. Výbor Regionu se scházel jednou za 6 týdnů, naposledy 20.03.2002 při přípravě Regionální konference. Činnost Regionu byla koordinována Výkonným výborem SPLDD, jehož členové přijížděli i na jednání Regionální rady a některé Výbory. Všichni regionální zástupci jsou automaticky členy předsednictva Sdružení. Jednání předsednictva se konají každé 2 měsíce. Neúčastnil jsem se předsednictva 24.8.2001 z důvodu ÚPS, 14.12.2001 pro nesjízdnost silnic našeho regionu a 2.3.2002 vzhledem k dovolené. Důležité a podstatné záležitosti z jednání jsem se vždy snažil přenést k jednotlivým okresním zástupcům.

Pro podrobnější informovanost členů SPLDD slouží časopis VOX PEDIATRIAE. Kvalita časopisu je na profesionální úrovni a je o něj zájem i na klinikách a dětských odděleních. Pro předávání informací a zkušeností se jednou ročně koná Sněm okresních zástupců, kde má náš Region tradičně 100% účast, letos se koná v polovině května v Brandýse nad Labem a v současné době jsou přihlášení již všichni okresní zástupci našeho Regionu.

Výbor regionální pobočky pracoval ve složení předseda, místopředseda, pokladník. Na předminulé konferenci byla zvolena i tříčlenná revizní komise. Při narůstajícím množství drobné organizační práce a počtu možná méně významných jednání se ukazuje počet 3 jako nedostačující a bylo by vhodné v souladu se Stanovami doplnit počet členů Výboru na 5.

Díky vybavení Regionu a okresů komunikačními prostředky – faxy či maily a díky osobní obětavosti okresních zástupců se dařilo urychleně předávat aktuální informace z centra do všech okresů. Chtěl bych z tohoto místa poděkovat členům Výboru a okresním zástupcům za dosavadní odvedenou práci ve prospěch členů Sdružení a pevně věřím, že ve své činnosti vytrvají, neboť je málo těch, kteří jsou ochotni něco pro druhé udělat bez nároku na odpovídající odměnu.

Při cenových jednáních, která vedli členové Výkonného výboru v čele s Dr. Neugebauerem a Dr. Cabrnou se u některých dalších zaměstnaneckých pojišťoven podařilo udržet a zkvalitňovat diferencovanou KKVP, u zaměstnaneckých pojišťoven se podařilo i výrazněji navýšit KKVP. Diferencovaná KKVP znamená pro mnoho praxí udržení dosažené příjmové stránky.

Už i VZP ČR zavedla bonifikační program, který doposud ve spolupráci s oběma Sdruženími upravuje a zkvalitňuje. I letos neměla VZP žádné výraznější finanční závazky po lhůtě splatnosti a na sklonku roku 2001 opět uhradila vše včas tak, že platby byly připsány na účty 27., 28. či dokonce 31.12.2001 a opět svým krokem zvýšila daňové zatížení většiny praxí. I nadále je velkým problémem nepravdělná péče. Naprostá hausnumera vycházejí při regulacích za nepravdělnou péči. Většina praxí překračuje nepravdělnou péči v nákladech na léky a PZT o 300–400%. Pojišťovna zde postupuje podle hesla, že každý dobrý skutek bude řádně potrestán. Paradoxně jsou trestáni ti, kteří pracují a ne ti, kteří se o své pacienty řádně nestarají.

Žádám přítomné představitele Výkonného výboru, aby i nadále vedli jednání za zrušení regulací za nepravdělnou péči.

V našem Regionu vystupuje v poslední době velice aktivně HZP se svým programem příspěvku na potravinové doplňky, vitaminy, nadstandardní očkování ve výši 555,- Kč. Dochází ke značnému zvýšení počtu pojištěnců HZP a výraznějšímu odlivu pojištěnců VZP. I v proběhlém roce byla často diskutovaná otázka organizace LSPP pro děti a dorost, byly vytvořeny mnohé pracovní skupiny, které s většími či menšími úspěchy řešily tuto problematiku. Je v našem zájmu, abychom vytvořili přijatelný model dětské LSPP! Poskytování a dostupnost LSPP garantuje stát! Je ovšem nutné vytvořit pro lékaře důstojné podmínky. SPLDD půjde do dalších jednání o ceně práce na LSPP na 300,- Kč/hod. Co si závěrem přát do dalšího období? Je nutno zcela určitě udržet v chodu všechny okresní pobočky a tím i celý region. I nadále aktivně jednat a vyjednávat na všech úrovních, aby i partneři při jednáních pocítili pevnost a sílu SPLDD. Jedině aktivním přístupem k řešení všech problémů se podaří udržet dosaženou úroveň ekonomiky našich praxí. Nebude to vůbec, ale vůbec jednoduché. Stejně jako v minulém roce apelují na všechny členy SPLDD, aby se nesnažili za každou cenu snižovat náklady svých praxí ve vztahu k pojišťovnám, aby léčili podle svého vědomí a svědomí! Snižováním nákladů na léky a PZT dojde logicky ke snížení celorepublikového průměru, což ve svém důsledku povede k dalším regulačním srážkám! Přejí všem přítomným hezké a veselé Velikonoce, děkuji Vám za pozornost!

MUDr. Michal Pukovec
Předseda Regionu Severní Morava a Slezsko

OMLUVA!!!

MUDr. Michal Pukovec se jako předseda Regionu Severní Morava a Slezsko omlouvá firmě HEINZ za technické nedopatření při organizaci Regionální konference.

Firma HEINZ patří k exklusivním partnerům SPLDD ČR, pravidelně se podílí na všech akcích Sdružení a pravidelně inzeruje v našem časopisu VOX PEDIATRIAE. Patří jí za to dík a exklusivní místo na naší konferenci.



Zápis z jednání analytické komise SPLDD ČR ze dne 22.3.2002

Prezence (bez titulů): Růžička, Holdšvendová, Vojta, Jirkovský, Neugebauer, Vitouš, Krbušek
Omluveni: Hesoun

1. Šetření nákladovosti

■ Obdrženo 141 dotazníků z VOXu – zpracovány Ing. Růžičkou

■ Z prvních výstupů vyplývá v průměrných číslech za 1 měsíc:

Průměrné příjmy z činnosti PLDD – 77.023 Kč

Ostatní příjmy – 1.618 Kč

Celkové příjmy – 78. 641 Kč

Celkové výdaje – 51. 819 Kč

Hrubý zisk – 26. 822 Kč

(po zdanění 18. 239!!!)

Upozornění – vyplněné dotazníky zašlete do konce dubna, na pozdější zaslání již nebude brán zřetel

2. Cíle analytické komise

■ Ze získaných zkušeností na příštím jednání budou vytvořeny základní cíle ať již krátkodobé, tak i dlouhodobé

3. Problematika nákladů na léky

■ V sestavách VZP často figurují léčiva předepsaná jiným IČZ, nutno věnovat pozornost při regu-

lacích!!!

■ dále zařazovány léky za nesprávné období – závisí to na termínu vykazání lékárnou, nikoliv předpisu lékařem

4. Změna pojišťovny pacientem, změny registrace

■ Vzhledem k trvalým problémům při registraci je zapotřebí veškeré registrace realizovat k prvnímu dni v měsíci, zdá se, že jen takto realizovaná registrace má naději na úspěšné projití systémem

5. Poznatky z analýzy z okresů

■ Jirkovský – nejdražší v nebonifikovaném období v období bonifikace pohyb v položkách oběma směry

■ Vojta – nedochází k významným změnám při hodnocení v nebonifikovaném a bonifikovaném období – jednání a způsob práce se změnou systému zásadně nezměnila!!!

■ Holdšvendová – potvrzuje předchozí závěry, – vyslovila pochybnosti nad způsobem práce těch nejlevnějších, resp. vznesla požadavek na analýzu těchto praxí;

– ti, co jsou drazí mají především drahé indukované náklady, malé neindukované!!!, naopak ti laciní mají indukované levné

a drahé neindukované;

– v Sokolově jsou minimální náklady na komplement!!! – doporučuje porovnání drahých i laciných mimookresně

■ Krušek – potvrzuje, že k obdobným závěrům se došlo i při analýze systému ZP ŠKODA – upozornil na špatnou komunikaci mezi PL a specialisty a nemocnicemi ve smyslu předávání zpráv

6. Komplement

■ Nutno porovnávat jednotlivé ceny, někdy skupinové někdy jednotlivé vyšetření dle typu vyšetření a biochemického analyzátoru

7. Mikrobiologie

■ Pozor na rozdílné ceny dle rozsahu stanovované citlivosti k ATB, významněji dražší také dodatečné kultivace

8. Celkové náklady

■ Ze zatím provedených analýz lze zatím vysledovat, že čerpání péče ze strany pacienta lze jen obtížně ovlivnit ze strany PL

Zapsal:

**MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR**

BARVOCITOVÉ TABULKY

podle původního německého originálu

- pro praktické lékaře pro dospělé
- pro praktické lékaře pro děti a dorost
- pro oční lékaře a ostatní zájemce

Nakladatelství Aventinum se ujalo velmi záslužného úkolu a vydalo "Tabulky k vyšetření barvocitu". Oftalmologové, praktičtí lékaři i kolegové z jiných oborů se většinou setkávají s věkovitými německými vydáními, jejichž desky jsou těsně před rozpadnutím a o jejichz barvách se dá s úspěchem pochybovat. Vždy se najde někdo, kdo chrání jako oko v hlavě český překlad základní diferenciální diagnostiky a předává ho z generace na generaci.

Nyní tedy máme možnost získat novou českou verzi. Originální podklady pro tisk barevných tabulek dodalo německé vydavatelství, které má zkušenosti s 29 předchozími vydáními. To je podle mne dobrý předpoklad odpovídající barevnosti a tím spolehlivému vyšetření.

V krátkém úvodu k tabulkám nalezneme stručný přehled poruch barvocitu a jejich diferenciální diagnostiku založenou na chybném čtení určitých tabulek, standardní postup vyšetření a nejčastější chyby, které mohou narušit jeho objektivitu.

Dvě krátké kapitoly jsou věnovány diferenciální diagnostice simulace a disimulace a sporným případům včetně doporučení, kdy je vhodné odeslat pacienta ke specializovanému vyšetření. Úvod je doplněn přehledem správné interpretace znaků. Tabulky slouží k rychlému orientačnímu vyšetření, které v praxi v naprosté většině případů dostačuje.

Dodržení pokynů uvedených v přehledném osmistránkovém úvodu umožňuje provést jednoduše a s vysokou spolehlivostí vyšetření barvocitu nejen oftalmologům, praktickým lékařům, zdravotním sestram, ale i odborníkům z jiných oblastí.

Doufám, že Aventinum neskončí u prvního vydání, protože v civilizovaných zemích bývá dobrým zvykem tabulky pravidelně obnovovat.

MUDr. Jiří Cendelín, CSc.

Zájemci, obraťte se
na adresu časopisu
VOX PEDIATRIAE
Obálku označte heslem „Tabulky“.

cena: 480 Kč





Informace o rozhodnutí Vrchního soudu v Praze, podle kterého Česká lékařská komora nemůže odebírat svým členům licence k výkonu soukromé lékařské praxe

Vážená paní předsedkyně, vážený pane předsedo!

Z pověření představenstva a prezidenta České lékařské komory si dovoluji Vás tímto informovat o vydání zásadního rozhodnutí Vrchního soudu v Praze, podle kterého Česká lékařská komora není oprávněna odebírat svým členům vydaná osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe. Jde o rozsudek Vrchního soudu v Praze ze dne 30.10.2001, č.j.7A135/99-44, který právnímu oddělení České lékařské komory poskytla ředitelka právního odboru Ministerstva zdravotnictví a označila jej za zásadní ve věcech rozhodování o odnětí osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe Českou lékařskou komorou.

Z rozsudku vyplývá, že ani zákon č. 160/1992 Sb., v platném znění, o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ani zákon č. 220/1991 Sb., o komorách, v platném znění, neobsahují výslovné zmocnění České lékařské komory k tomu, aby mohla odebírat vydaná osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe. Akt České lékařské komory spočívající v rozhodnutí o odnětí osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe označuje Vrchní soud za „akt nicotný, jehož základní vlastností je to, že je nutno na něj hledět jako by nebyl vydán a nemůže mít tedy žádné právní účinky“. Pokud tedy v budoucnu kterýkoliv správní orgán (zdravotní rada) zruší registraci nestátního zdravotnického zařízení na základě toho, že by lékaři byla odňata licence k výkonu soukromé lékařské praxe, bude pochopitelně případnému odvolání lékaře proti takovému rozhodnutí vyhověno, protože nadřízený správní orgán musí vycházet z výkladu Vrchního soudu v Praze, který by v případě soudního přezkumu zaujal velmi pravděpodobně shodné stanovisko, jako ve výše uvedeném případě.

Ač to rozsudek Vrchního soudu výslovně nezmiňuje, protože se tím v rámci daného případu nezabýval, totéž zcela zákonitě musí platit i v případě, kdy Česká lékařská komora odejme zdravotnickému zařízení souhlas s věcným a personálním vybavením. Zákon č. 160/1992 Sb. dává sice komorám právo dávat souhlas s věcným a personálním vybavením nestátního zařízení, nedává jim však výslovně právo odnímat tento souhlas.

Náš dosavadní výklad, shodně s výkladem České stomatologické komory a České lékárnické komory se opíral o to, že jsou-li profesní komory oprávněny vydávat souhlas s personálním a věcným vybavením nestátního zařízení a vydávat licenci k výkonu soukromé praxe, přičemž žádný jiný orgán k tomu oprávněn není a zákon počítá s možností, že nestátní zdravotnické zařízení pozbude souhlas s personálním a věcným vybavením a lékař pozbude osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe, nemůže kromě profesních komor existovat žádný jiný orgán, který by mohl licenci či souhlas s personálním a věcným vybavením nestátního zdravotnického zařízení odejmout. Proto byl náš výklad zákona extenzivní v tom smyslu, že mají-li komory právo tyto doklady vydávat a zákon předpokládá jejich pozbytí, je pochopitelné, že komory musí mít rovněž právo tyto doklady odebírat. Vrchní soud v Praze je však jiného názoru a jeho rozhodnutí je v tomto směru konečné, neboť Nejvyšší správní soud, jehož zřízení předpokládá Ústava ČR, není dosud v České republice zřízen. Navíc má Vrchní soud v Praze pravdu, že jde o nedostatečnou a chybnou právní úpravu, kterou však nelze nahrazovat příliš extenzivním výkladem stávajícího zákona.

Nově navrhovaný zákon o zdravotnických zařízeních sice obsahoval již návrh výslovného ustanovení, podle kterého jsou profesní komory oprávněny odejmout zdravotnickému zařízení souhlas s věcným a personálním vybavením zdravotnického zařízení, avšak, jak je známo, byl tento návrh zákona odmítnut Poslaneckou sněmovnou v prvním čtení. Nadále tedy platí v tomto směru zcela legálně nedokonalejší zákon č. 160/1992 Sb., jehož ustanovení o možnosti odnětí souhlasu s personálním a věcným vybavením nestátního zařízení a pozbytí licence k výkonu soukromé lékařské praxe jsou v praxi neaplikovatelná.

Závěr: Nezbyvá tedy než Vás informovat o tom, že Česká lékařská komora by neměla nadále odebírat svým členům osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe ani odebírat nestátním zdravotnickým zařízením souhlas s personálním a věcným vybavením nestátního zdravotnického zařízení. S tímto závěrem bylo seznámeno i představenstvo České lékařské komory, které uložilo právnímu oddělení předložit návrh stavovského předpisu o schvalování personálního a věcného vybavení nestátního zdravotnického zařízení. S návrhem tohoto stavovského předpisu budete pochopitelně předem seznámeni.

Česká lékařská komora nebude v této chvíli měnit vydaný Disciplinární řád a Licenční řád, neboť nelze vyloučit, že některý z nově přijímaných zákonů zakotví výslovné oprávnění komory vydaná osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe svým členům v závažných případech opět odebírat. Je však třeba vycházet z toho, že ustanovení Disciplinárního řádu ČLK o povinnosti doškolit se nebo podrobit se přezkoušení pod hrozbou ztráty licence i ustanovení Licenčního řádu ČLK o možnosti představenstva ČLK odebrat vydanou licenci k výkonu soukromé a samostatné lékařské praxe jsou v současné době v praxi nepoužitelná. V případech velmi závažného porušení povinností členem České lékařské komory, alkoholismu, narkomanie apod., které se sporadicky u některých jednotlivců vyskytnou a jsou ohrožení pacienti i dobrá pověst lékařského stavu, nezbude než přistoupit k řádnému disciplinárnímu řízení přímo Čestnou radou České lékařské komory a k eventuálnímu vyloučení, či podmíněnému vyloučení z komory tak, jak zákon výslovně umožňuje.

Případné dotazy směřující k doplnění či upřesnění a bližšímu vysvětlení této informace právní oddělení samozřejmě jednotlivým okresním sdružením komory zodpoví.

Děkuji za Vaši pozornost a pochopení.

V Praze dne 27.12.2001, č.j.: 11

S přátelským pozdravem

JUDr. Jan Mach
ředitel právního oddělení ČLK



Zápis z jednání zástupců SPL ČR, SPLDD ČR a VZP ČR, které se konalo dne 25.2.2002

Přítomni:

Ing. Musílková, Ing. Zahradník, MUDr. Pokorný, MUDr. Zemanová, MUDr. Kárníková, Ing. Stárková, JUDr. Kessner, JUDr. Šulcová, RNDr. Ambrožová, Ing. Tomášek a Ing. Pomahač – za ÚP VZP

MUDr. Neugebauer a MUDr. Cabrnchová – za SPLDD ČR

MUDr. Šmatlák, MUDr. Uhrová a Mgr. Uher – za SPL ČR

Předmětem jednání byla témata:

1. Výběrové řízení na uzavření smlouvy s NZZ v Mariánských Lázních
2. Problematika uplatňování regulací a bonifikací
3. Aktualizace Základního souboru výkonů pro PL
4. Vystavování legitimací pracovní neschopnosti
5. Zápis z jednání dne 26.11.2001

■ Ad 1. – Výběrové řízení na uzavření smlouvy s NZZ v Mariánských Lázních

Jednalo se o výběrové řízení s NZZ v Mariánských Lázních, jehož PL MUDr. Binder dle sdělení výše uvedených zástupců SPL ČR nespĺňuje kvalifikační předpoklady. Jako důvody požadavku na neuzavření smlouvy se strany VZP ČR uvedli, že dodatečně, po proběhlém výběrovém řízení, bylo zjištěno a Ústředím ČLK ověřeno, že lékař nemá platné osvědčení ČLK pro samostatnou činnost v oboru. Nemá atestaci z všeobecného lékařství, která je kvalifikací pro samostatnou činnost praktického lékaře pro dospělé a podmínkou udělení osvědčení. Nespĺňuje ani kriteria Vědecké rady MZ ČR, schválená i zástupci příslušných odborných společností a ČLK pro udělení výjimečné dočasné licence v rámci rekvalifikace. Dále se zástupci ústředí SPL ČR domnívají, že v lokalitě Mariánské Lázně je více než dostatečný počet praktických lékařů a není proto důvod k uzavírání nových smluv. Mgr. Uher informoval, že v rámci správních řízení byly podány **podněty k přezkoumání rozhodnutí OS ČLK, jakož i rozhodnutí OKÚ o vydání registrace.**

Ing. Musílková, ředitelka VZP ČR, k případu informovala, že na základě výše uvedených informací **bylo jednání o případném**

uzavření smlouvy s MUDr. Bindrem prozatím pozastaveno. Takto VZP ČR také informovala ČLK. **Případ musí být vyřešen v rámci výše uvedených podnětů ústředí SPL ČR k přezkoumání,** protože MUDr. Binder na výběrovém řízení doložil platnou registraci ZZ a licenci ČLK - (jedná se o rekvalifikanta). Okresní sdružení SPL ČR mu vydalo dobrozdání o nedostatku míst PL v okrese a zástupce SPL ČR v rámci výběrového řízení na ordinaci praktického lékaře nepodal v případě MUDr. Bindera žádný protest. Výběrové řízení nebylo zahájeno z podnětu VZP ČR, ani o něm nebyla s dostatečným předstihem informována, aby na ně mohla upozornit ústředí SPL ČR. Je nezbytně nutné, aby příslušný zástupce SPL ČR na okrese vždy včas reagoval na případné nesrovnalosti.

Závěrem jednání k tomuto bodu byla znovu potvrzena dohoda, že pokud budou ředitelé OP VZP vědět o připravovaném výběrovém řízení pro odbornosti 001 a 002, budou o tom prostřednictvím ÚP VZP informovat s předstihem příslušná centra obou SPL, aby byla možnost konkrétní situaci zmapovat a vyslat do komise zástupce detailně seznámeného s problematikou.

■ Ad 2. Uplatnění regulačních srážek na léky za období od 1. čtvrtletí 2001

Opatřením VZP ČR bylo uplatnění srážky na léky maximální částkou 3.000,- Kč při prvním překročení a částkou 6.000,- Kč při dalším překročení změněno. Za období od 1. čtvrtletí 2001 je uplatnění regulačních srážek limitováno stanoveným procentem z uznané částky, a to dle následujícího klíče:

- v případě prvního uplatnění ve výši 1/3 z vypočtené a uznané regulační srážky
- v případě druhého uplatnění ve výši 2/3 z vypočtené a uznané regulační srážky
- v případě třetího a dalšího uplatnění v plné výši vypočtené a uznané regulační srážky.

Bylo dohodnuto, že o obdobných změnách (které není nutno předem projednat, protože se jedná o jednostranné rozhodnutí VZP ČR vedoucí ke zmírnění regulační srážky) budou zástupci obou SPL s předstihem informováni.

Vyjmutí výkonů závodních preventivních prohlídek z regulací nepravdivé péče poskytnuté PL od 1.1.2002

Počínaje dnem 1.1.2002 jsou z regulací nepravdivé péče poskytnuté PL automaticky vyjmuty výkony závodních preventivních prohlídek (kódy 01193, 01195). I nadále zůstávají v platnosti pravidla pro uplatňování regulačních mechanismů (obsahující možné důvody k neuplatnění regulačních srážek) dohodnutá a podepsaná zástupci VZP, SPL a SPLDD dne 28.1.1999.

Regulace na léky a nepravdivou péči

Zástupci obou SPL požadují a navrhuji takové úpravy bonifikačního systému, které povedou k odstranění přímých regulací na léky a nepravdivou péči.

K tomu Ing. Musílková, ředitelka VZP ČR, uvedla, že VZP nikdy neslíbila zrušení všech regulací. Došlo k postupnému zlepšení systému financování zdravotní péče poskytnuté praktickými lékaři, k zavedení systému bonifikace a jeho postupnému zdokonalování, a konečně i k provázání regulací na předepsané léky a PZT pro registrované pojištěnce se systémem bonifikace.

Je třeba si uvědomit, že systém bonifikace (pracovně označován „GIP“) byl zaveden teprve v 1. pololetí 2001 – je proto třeba nejprve vyhodnotit jeho dopady, a to za období 1. i 2. pololetí 2001, a teprve na základě tohoto vyhodnocení lze jednat o případných změnách. Možnosti modifikace a hledání vhodnějších mechanismů zohledňujících náročnost, rozsah, kvalitu i další specifika jednotlivých praxí v rámci bonifikačního systému budou poté předmětem jednání. Obě strany budou nadále spolupracovat na vylepšení systému GIP tak, aby zohledňoval jak kvalitu, tak i nákladovost poskytované péče.

Ing. Musílková rovněž upozornila i na kritiku bonifikací ze strany některých poskytovatelů z jiných segmentů, např. home care.

Problematika uplatňování regulací na nepravdivou péči opět dlouze diskutována (viz zápis z 26.11.2001). Zástupci obou SPL upozornili VZP ČR na často nespravedlivé postavení těch lékařů, kteří tuto péči poskytují, místo lékařů, kteří nedostatečně zajišťují péči o své registrované pojištěnce, zkracují si ordináční hodiny, nevedou své pacienty k do-



držování ordinačních hodin na úkor svých kolegů, atd. V této souvislosti poukázali na nesmyslnost stávající regulace na nepravdělnou péči ve vazbě na platbu za kapítované pojištění (= na uplatňování reg. mechanismu na předepsaná léčiva a PZT pro ošetřené neregistrované pojištění). Souhlasili s názorem zástupců VZP ČR, že princip řádné péče je řešen kapítací a že by měl být PL, který nedodrží ordinační hodiny na úkor ostatních PL, postížen. Zástupci VZP ČR se domnívají, že by se tak mělo stát pokrácením kapítace, zástupci obou SPL by za neoptimálnější způsob řešení daného problému považovali cestu ekonomické pobídky (PL, který nepečuje o své pojištění, by neobdržel žádný bonus).

Po zvážení různých způsobů řešení, jak odstranit nespravedlivé postížení těch PL, kteří zastupují své kolegy, se **VZP ČR rozhodla, že nebude uplatňovat za období 2. pololetí 2001 regulační mechanismus na předepsaná léčiva a PZT pro ošetřené neregistrované pojištění – regulace za předepsaná léčiva a PZT pro registrované pojištění však bude uplatněna. Bylo dohodnuto, že obě SPL i VZP ČR budou hledat mechanismus, jak náklady na léky a PZT předepsané praktickými lékaři pojištěncům registrovaným u jiných praktických lékařů zohlednit v bonifikačním systému – tj. pokud pojištěncům registrovaným u daného praktického lékaře budou muset léky předepisovat jiní praktičtí lékaři, bude tato skutečnost v bonifikačním systému pojmuta jako „nekvalita“. Zástupci obou SPL byli vyzváni k předložení konkrétního písemného návrhu, jenž bude následně projednán.**

Jako možné řešení k odlišení ošetřených neregistrovaných pojištěnců navrhla VZP ČR zavedení signálního kódu, který by byl vykazován zastupujícím PL na amb. dokladu 05 (toto řešení je technicky jednoduché). Zástupci obou SPL naproti tomu navrhli, aby VZP ČR požadované údaje získala z dat svého informačního systému (zejména z dat o návštěvě pojištěnce v ordinaci zastupujícího PL a dat o léčích předepsaných zastupujícím PL). Zástupci obou SPL se zavedením signálního kódu obecně, ale ani pro případy zástupů PL v době jeho řádné dovolené rozhodně nesouhlasí. Jsou toho názoru, že problém by měl být v budoucnu odstraněn změnou v rámci bonifikačního systému.

Úprava sestav regulačních srážek za léky

Dále zástupci obou SPL upozornili na složi-

tost a nepřehlednost současné podoby sestav regulačních srážek za léky. Navrhují úpravy, které povedou k větší efektivitě a umožní PL porovnat vlastní preskripci s okresním, resp. republikovým průměrem (např. ve formě jaká byla demonstrována při prezentaci v okrese Žďár n. S.). Cílem je podpora lékařů v racionální farmakoterapii, nikoliv sankce, jako dosud.

Údaje o objemech finančních prostředků za uplatněné sankce při překročení nákladů v jednotlivých parametrech regulačních mechanismů

Bylo konstatováno, že na ÚP VZP dosud nejsou k dispozici (pro zatížení informačního systému jinými úlohami) celorepublikové údaje o objemech finančních prostředků za uplatněné sankce při překročení nákladů v jednotlivých parametrech regulačních mechanismů (průměrné náklady na preskripci/registrovaného pojištěnce, procento ošetření v nepravdělné péči, průměrné náklady/ošetřeného pojištěnce v rámci nepravdělné péče). **Zpracování těchto údajů si vyžádá ještě zhruba cca 2 měsíce.**

Pozn.: vzhledem k nutnosti sledování vývoje obě SPL požadují tyto údaje i za minulá období (rok 2000).

Ad 3. – Aktualizace Základního souboru výkonů pro PL

Jednání o aktualizaci Základního souboru výkonů pro PL zahájeno dne 16.1.2002, další termín byl stanoven na 26.3.2002 ve 14.30 hod. (VZP rozešle pozvánky). Byl předložen návrh rozšíření mimokapitačních výkonů o některé jednoduché laboratorní metody (CRP) prováděné v ordinaci PL. Cílem je rychlé rozlišení virové a bakteriální infekce a omezení neúčelné preskripce antibiotik. Rozšíření této metody v ordinacích PL, které by mělo být přínosem pro pojištění i systém ZP, je v souladu s koncepcí primární péče. Představitelé VZP ČR budou návrh akceptovat, pokud bude podpořen doporučením odborníků.

Ad 4. – Vystavování legitimací pracovní neschopnosti

Vyjádření právního úseku ÚP VZP k vystavování legitimací pracovní neschopnosti bylo již zasláno. Konstatuje zákonnou povinnost každého ošetřujícího ZZ, tedy nikoliv jen PL, v případě potřeby vystavit legitimaci PN.

Ad 5. – Zápis z jednání dne 26.11.2001

Zápis z posledního společného jednání dne 26.11.2001 byl podepsán, ohledně problematiky jediného sporného bodu (zástupy) setrvaly obě strany na odlišném stanovisku s tím, že bude projednán samostatně. Zatím trvá současný stav odpovídající platné metodice, bez vzájemné dohody nebude měněn.

Na jednání bylo mezi oběma SPL a ÚP VZP dohodnuto následující:

- VZP ČR bude o jednostranných opatřeních ke zmírnění uplatňování regulačních mechanismů informovat ústředí obou SPL,
- z regulací nepravdělné péče budou **automaticky vyjmuty výkony závodních preventivních prohlídek** (kódy 01193, 01195),
- **řádně nahlášený zástup (z důvodu čerpání řádné dovolené, nemoci, apod.) je i nadále důvodem k neuplatnění regulace pro překročení limitů v oblasti preskripce – resp. k případnému vyvinění**, automatické vynětí z nákladů zastupujícího PL však nebylo dosud pro nedohodu o způsobu řešení, jak odlišit pojištění registrovaného u zastupovaného PL.

Náklady na léky a PZT předepsané pojištěncům registrovaným u jiného PL (včetně léků a PZT předepsaným v době zástupu) budou výhledově vyhodnocovány v rámci bonifikačního systému ve smyslu „nekvality“ dobré praxe. Bylo dohodnuto, že obě SPL předloží VZP ČR v tomto směru návrh na řešení v písemné podobě (které, jak zdůraznili zástupci VZP ČR, by mělo být jednoduše technicky realizovatelné),

- VZP ČR zpracuje pro obě SPL přehled platných regulací a bonifikací,
- VZP ČR zpracuje pro obě SPL přehled objemů finančních prostředků za uplatněné sankce při překročení nákladů v jednotlivých parametrech regulačních mechanismů (průměrné náklady na preskripci/registrovaného pojištěnce, procento ošetření v nepravdělné péči, průměrné náklady/ošetřeného pojištěnce v rámci nepravdělné péče), cca do dvou měsíců.

Zapsala:

Mgr. Jitka Hříbková
tajemnice ředitelky VZP ČR

Ing. Jiřina Musílková
ředitelka VZP ČR

Zápis ověřili:

MUDr. Václav Šmatlák
předseda SPL ČR

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR



Informace Oborové zdravotní pojišťovny (207) o úhradách očkování proti infekční hepatitidě

OZP reaguje na, v současné době výraznější, výskyt onemocnění infekční hepatitidou typu A i B. Jak vyplývá z odborných studií, nejrizikovější skupinou pro onemocnění jsou děti a mladiství. OZP se proto rozhodla právě v této věkové kategorii snížit riziko tohoto onemocnění svým příspěvkem na očkování. Podmínkou pro přiznání příspěvku je zahájení očkování po 1.1.2002.

Kategorie pojištěnce	Druh očkovací látky	Možnost uplatnění příspěvku	Maximální výše příspěvku na jednu očkovací látku/dávku
od 0 do 26 let	vakcína typu AB	2. dávka, 3. dávka, přeočkování	max. 1 500 Kč
od 0 do 26 let	vakcína typu A	2. dávka	max. 500 Kč
od 13 do 26 let	vakcína typu B	3. dávka, přeočkování	max. 500 Kč

Poznámka: S účinností od 1.7.2001 je očkování proti infekční žloutence typu B zařazeno mezi povinná očkování a hrazeno z veřejného zdravotního pojištění u novorozenců a 12letých dětí. Těmto dětem je očkování poskytováno bezplatně, a proto již není třeba nárokovat příspěvek.

MUDr. T. Bretyšová
OZP

Dopis předsedy SPL ČR MUDr. Šmatláka předsedovi Vlády ČR Miloši Zemanovi

dotýkající se novely trestního zákona

Vážený pane předsedo vlády,

dovolujeme se na Vás obrátit jménem praktických lékařů České republiky, jejichž naprostou většinu naše sdružení zastupuje, s následující stížností na člena Vaší vlády ministra zdravotnictví pana Bohumila Fišera.

Domníváme se, že povinností pana ministra Fišera bylo upozornit na velmi problematickou novelu trestního zákona, konkrétně na ustanovení §175b. Předmětem tohoto ustanovení je zakotvení nové skutkové podstaty trestného činu, který má umožnit postih lékařů v případě vyjádření nepravdivé nebo hrubě zkreslené zprávy, posudku či nálezu, nebo zamlčení podstatných skutečností o zdravotním stavu.

První část považujeme za velmi problematickou a rizikovou. Při posuzování (např. pracovní neschopnosti) lékař vychází z anamnestických údajů a subjektivních obtíží pacienta, které není vždy možno objektivně a prokazatelně potvrdit, avšak bez znalosti dalšího průběhu a pomocných vyšetření ani vyloučit. V těchto případech dosud vždy lékař vycházel ze zásad důvěry v pacientovy informace a odpovědnosti za jeho zdravotní stav. Pod hrozbou trestního stíhání za nepravdivý posudek budou mít lékaři např. obavu vystavit pracovní neschopnost v těch případech, kdy nelze zejména v počátku s jistotou potvrdit ani vyloučit onemocnění, což ovšem může vést k závažnému ohrožení zdraví pacientů event. i jejich okolí se všemi důsledky. Těchto rizik si ministr zdravotnictví a odborní pracovníci jeho úřadu musí být vědomi. Jejich povinností v zájmu svěřeného rezortu i ochrany práv pacientů bylo na ně upozornit a zasadit se o jejich odstranění z návrhu novely.

K druhé části lze uvést, že sdělování údajů o stavu pacienta spadá do oblasti povinné mlčenlivosti. V naprosté většině posudků smí být uváděn pouze posudkový závěr, nikoli přesné diagnózy, natož pak veškeré podstatné skutečnosti o zdravotním stavu. Nyní však i neuvedení podstatných skutečností, které ani nejsou novelou definovány, může vést k naplnění skutkové podstaty trestného činu! S největší pravděpodobností dochází ke kolizi mezi právy pacientů na ochranu citlivých informací a nově ukládanou povinností lékaře sankcionovatelnou trestním postihem. Zcela je opominut fakt, že základním předpokladem úspěšné léčby je vzájemná důvěra lékaře a jeho pacienta. Tento vztah bude touto novelou významně narušen.

Domníváme se, že ministr zdravotnictví je osobou, která nese odpovědnost za činnost rezortu zdravotnictví a zdravotní péči o občany. Pokud v novele zákona dochází k zakotvení trestného činu, jehož potenciálními pachatelí jsou prakticky pouze příslušníci určité profese – v našem případě lékaři, je to situace zcela mimořádná a citlivá. Ministr je tedy povinen upozornit na problémy a rizika předkládané novely a navrhnout vhodnější řešení, včetně posouzení, zda a z jakého důvodu je nutno tuto problematiku (podvod, padělání) řešit pro oblast



zdravotnictví specificky.

Pouze na doplnění uvádíme, že neexistuje seriózní analýza, ze které by bylo možné vyvodit, že rozsah a společenská nebezpečnost uvedeného jednání je natolik vážná, že je potřeba kriminalizovat celou profesní skupinu. V jednotlivých případech je možno i dnes postupovat dle jiného ustanovení trestního zákona.

Předmětný dopis se dotýká novely trestního řádu § 175 b, který postihuje zejména profesní skupiny praktických lékařů pro dospělé a děti a dorost.

§ 175b

Padělání a vystavování nepravdivých lékařských zpráv, posudků a nálezů

(1) Kdo padělá lékařskou zprávu, posudek nebo nález anebo podstatně změní jejich obsah v úmyslu užít je v řízení před orgánem sociálního zabezpečení nebo před jiným orgánem veřejné správy, v trestním nebo občanském soudním řízení, nebo kdo užije v řízení před orgánem sociálního zabezpečení nebo před jiným orgánem veřejné správy, v trestním nebo občanském soudním řízení takové zprávy, posudku nebo nálezu jako pravého, bude potrestán trestem odnětí svobody až na jeden rok nebo peněžitým trestem.

(2) Stejně bude potrestán, kdo jako lékař nebo jiná způsobilá zdravotnická osoba vystaví nepravdivou nebo hrubě zkreslenou lékařskou zprávu, posudek nebo nález **nebo v nich zamlčí podstatné skutečnosti o zdravotním stavu svém nebo jiného**, aby je bylo užito v řízení před orgánem sociálního zabezpečení nebo před jiným orgánem veřejné správy, v trestním nebo občanském soudním řízení, nebo kdo užije takové lékařské zprávy, posudku nebo nálezu v řízení před orgánem sociálního zabezpečení nebo před jiným orgánem veřejné správy, v trestním nebo občanském soudním řízení.

(3) Odnětím svobody na šest měsíců až tři léta bude pachatel potrestán a) opatří-li činem v odstavci 1 nebo 2 sobě nebo jinému značný prospěch, nebo b) způsobí-li takovým činem značnou škodu.

Komentář

Mgr. Jakub Uher

Osobně vidím možný problém v tučně vyznačené větě – totiž, je-li trestně zamlčení podstatné skutečnosti o zdravotním stavu, byť posudek není nepravdivý (což, dle mého názoru, z textu vyplývá) je nyní otázkou, co má vlastně být všechno na posudku, či zprávě uvedeno. Zamlčování informací o zdravotním stavu je lékařům dokonce zákonem uloženo. Pokud tedy usoudím, že pacient se ze zdravotních důvodů nemá účastnit soudu (oblíbený příklad) a jeho zdravotní stav to skutečně vylučuje, mohu být trestně postižen, když neuvedu veškeré zdravotní důvody, které mne k posudkovému závěru vedly ?!

S postihem za vystavení nepravdivé či hrubě zkreslené zprávy, či potvrzení to vidím spíše jako výstřel do tmy. Pro trestní postih by totiž muselo být prokázáno:

- že jde o nepravdivou zprávu (přesně zjistit zpětně jaký byl zdravotní stav pacienta v inkriminovaný moment) a současně
- že šlo o úmysl konkrétního lékaře.

Vezmu-li v úvahu, že podobné činy byly trestně stíhatelné již v minulosti (např. podvod), a že četnost postihu nebyla nijak mimořádná, nedomnívám se, že zavedením nové skutkové podstaty dojde k hromadnému stíhání lékařů.

Dovětek

MUDr. Milan Kudyn

místopředseda SPLDD ČR

Vzhledem k tomu, že uvedené skutečnosti se též bezprostředně dotýkají činnosti PLDD, připojili jsme se prostřednictvím mediální kampaň k výzvě SPL. Chceme tímto upozornit kolegy, že se nejedná pouze o potvrzování pracovní neschopnosti na formulář PN (pro adolescenty v zaměstnaneckém poměru), ale též o formulář ošetřování člena rodiny (OČR). Potvrzování onemocnění dítěte a následně čerpání nemocenských dávek ze strany rodičů je nežádka vydáváno pouze dle ústního sdělení zákonného zástupce, bez zprávy o ošetření u odborného lékaře atd. Mohlo by se tudíž stát předmětem doličným pro případné trestní stíhání PLDD, a to i v takovém případě, že byl nesprávnými informacemi rodičů uveden v omyl.



STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV ČR

nabízí neperiodické publikace a videopořady SZÚ na rok 2002

všem praktickým lékařům pro děti a dorost

Jednotlivé tituly jsou obsažené v příloze č. 1 – 3. **Objednávky nejpozději do 15.5.2002 faxem nebo e-mailem. Objednané tituly z přílohy č. 1 obdržíte poštou, tituly z přílohy č. 2 si osobně vyzvedávejte u pí Císařové nebo pí Dvořákové, které nám budou opět letos s distribucí vypomáhat. Přesné termíny vydání jednotlivých titulů nelze v současné době uvést, před příležitostnými cestami do Prahy se u některé z kolegů telefonicky informujte.**

Příloha č. 1

■ Nabídka neperiodických publikací na rok 2002

(pracovní názvy)

Tituly, které Vám budou průběžně doručovány poštou

LETÁKY

Prevence přenosu plísňových onemocnění

Pravidla pro volbu antibiotik

Co lze najít na etiketě nebezpečných látek a přípravků

Plísňe v bytech

Desatero rad správného uchovávání potravin a pokrmů v domácnosti

Výživa pro těhotné a kojící matky

Péče o ženu po operaci prsu

Raná péče

Samovyšetření varlat

Deprese a neurózy

Očkování v České republice

BROŽURY

Průchozí drogy

Potraviny, biopotraviny a potraviny nového typu na bázi GMO

Energetické hodnoty potravin

REEDICE - Letáky

Žloutenky

Několik slov o cukrovce

Záněty žil, trombózy

KONTAKTY

Tel.: 02/67082986 pí Sedláčková – sklad publikací

Fax: 02/67313085, e-mail: edice@szu.cz

Příloha č. 2

■ Nabídka neperiodických

publikací na rok 2002

(pracovní názvy)

Tituly, jejichž osobní vyzvednutí, konzultujte s pí Císařovou nebo s pí Dvořákovou

REEDICE - Letáky

Tělocvik pro těhotné a v šestinedělí

BROŽURY

Lucka jede na tábor

Zdravá výživa pro děti v MŠ, ZŠ

PLAKÁTY

Cvičení při sedavém zaměstnání

Rizika manipulace s azbestem

Neionizující záření

KONTAKTY

Tel.: 02/67082577 pí Císařová,
02/67082579 pí Dvořáková

Příloha č. 3

■ Nabídka videopořadů z ED plánu SZÚ pro rok 2002

(pracovní názvy)

VIDEOPOŘADY

Obrázky z dětství V. (pokračování cyklu)

Výchova dítěte ve věku 12 – 15 let (pozdní školní věk). Jak přežít pubertu. Co vše by měla obsahovat rodičovská péče, aby z dítěte vyrostl fyzicky i psychicky odolný jedinec.

Jak šikaně předcházet – 2. díl Kompendium pro pedagogy

Co vše vytváří podhoubí pro šikanu, jaké jsou její příznaky, čeho si u dětí a kolektivu všimnout. Jak postupovat při zjištění šikany, následné povinnosti školy. Fáze šikany, modely komunikace při vyšetřování šikany, ochrana oběti, svědků, spolupráce s rodiči, odborníky, policií, příp. s dalšími institucemi. Programy prevence na školách a v dětských kolektivech.

KONTAKTY

Tel.: 02/67082986 pí Čáslavková

Fax: 02/67313085, e-mail: .edice@szu.cz

Upozorňujeme kolegy, že je též možnost jednotlivé tituly objednat na příslušných OHSech, kterážto jsou distribučními místy SZÚ.

■ Za falešnou neschopenku bude až rok vězení

Nové paragrafy dostal zastaralý trestní zákon. Pokud někdo například vykáci les a tím ho zničí, může ho soud poslat až na tři roky do vězení.

Vydat zdravému člověku „nepravdivou“ neschopenku bude trestné. A pokud bude po letošním červenci taková lékařská zpráva použita při jednání s úřadem, mohou za to lékaři i ten, kdo ji zneužil, strávit až rok ve vězení. Senátoři včera, podobně jako předtím poslanci, schválili novelu trestního zákona, která pojmenovává několik nových trestných činů, u jiných zase upravuje tresty. Novelu vypracovalo ministerstvo spravedlnosti. Současný trestní zákon vznikl v šedesátých letech a je velmi zastaralý. Soudy zatím nemohou trestat například právě falšování lékařských zpráv a posudků. „Jde o to, aby se zabránilo případům, kdy někdo použije lékařskou zprávu pro získání peněz od státu,“ řekl LN soudce Nejvyššího soudu Pavel Šámal, který se jako odborník na trestní právo na včera schválené novele podílel. Na základě lékařské zprávy může občan získat například invalidní důchod nebo řídičský průkaz. Dalším příkladem může být situace, kdy se občan vyhýbá soudu a předkládá neschopenku s nepravdivými údaji. Zastaralý trestní zákon také nepočítal s tím, že by mohl být do ciziny zavláčen a pak nucen k prostituci muž. V trestním zákoně se mluví pouze o ženách. Policie přitom řešila už mnoho případů obchodů s nezletilými chlapci. Ministerští právníci proto do zákona vložili paragraf o obchodování s „lidmi“ za účelem pohlavního styku. Trestná má být podle novely také dětská pornografie, se kterou dosud zákon nepočítá. Zákon nově pojmenovává také trestné poškozování lesa těžbou. A to i z nedbalosti. Kdo kácením stromů poškodí les, bude moci počítat až s dvěma lety vězení. Tomu, kdo trvale nebo dlouhodobě poškodí životní prostředí, bude hrozit přísnější trest než doposud, až pět let za mřížemi. „Trestné činy proti životnímu prostředí byly trestné už dříve, ale soudy měly velký problém s tím, že zákon byl velmi obecný. Hovořilo se v něm jen o poškozování životního prostředí bez ohledu na to, jestli někdo vykácel les, nebo znečistil řeku,“ řekl soudce Šámal. Zákon má pomoci i v boji s hospodářskou kriminalitou. Zavádí totiž trestný čin legalizace výnosů z trestné činnosti. To znamená, že budou nově trestány případy, kdy se pachatel snažil zastříti původ majetku získaného trestnou činností. Soud by ho za to mohl poslat až na dva roky za mříže. Trestat se bude i pustošení populací vzácných rostlin. Kdo vezme z přírody volně žijící živočichy nebo planě rostoucí rostliny v takovém měřítku, že ohrozí jejich místní populaci, může jít za mříže až na rok. „Novela ve většině ustanovení slaďuje české a evropské právo. A sleduje nejen účinnou prevenci, ale také účinnou represí,“ obhajoval včera v Senátu svůj návrh překladač novely ministr spravedlnosti Jaroslav Bureš. Nyní musí novelu trestního zákona podepsat ještě prezident Václav Havel, což je pravděpodobné. Pokud se tak stane, začne novela platit od července.



Program 90

nový zdravotní program Revírní bratrské pokladny

Revírní bratrská pokladna v Ostravě, za-městnanecká zdravotní pojišťovna, bude od 2. pololetí letošního roku realizovat nový zdravotně preventivní program, který vychází z potřeby většího důrazu na zdravotní preventivní péči, užší spolupráce zdravotní pojišťovny s praktickým lékařem a podpory jeho činnosti.

Program 90 (dále P90) je založen na dlouhodobém systematickém působení cílených nástrojů zdravotní prevence a podpory zdraví (zejména zdravotní osvěty) na vymezenou skupinu pojištěnců.

Fakta hovoří pro podporu zdravotní preventivní péče:

Střední délka života mužů i žen v ČR je v průměru o 4 roky nižší než v zemích EU. Statistiky rovněž uvádějí, že zdravotní postižení, resp. omezení připraví člověka průměrně o 7 let plnohodnotného života.

Jedním z hlavních nositelů zdravotní preventivní péče je ve zdravotnickém systému praktický lékař. V současné době, kdy dochází k populačnímu propadu, se vytváří optimální prostor pro zintenzivnění zdravotně preventivních aktivit praktického lékaře (dále PL). Efektivní prevence je výhodná pro pojištěnce, praktického lékaře i samotnou pojišťovnu. Perspektiva úspor nákladů na zdravotní péči umožňuje RBP adekvátně finančně zhodnotit aktivitu praktického lékaře zapojeného do P90.

Jaký je cíl Programu 90?

Dosažení vyšší věkové hranice dožití pojištěnců zařazených do programu (při současném prodloužení délky kvalitně prožitého života).

Ambicí P90 a zdravotní motivací cílové skupiny pojištěnců je zajistit účastníkům programu takové podmínky zdravotní péče a podpůrných zdravotně preventivních aktivit, aby se 50% z nich dožilo věku 90 let.

Který lékař může být zařazen do Programu 90?

- praktický lékař, který smluvně potvrdí souhlas s účastí na P90

Jaká jsou kritéria pro zařazení pojištěnce do Programu 90?

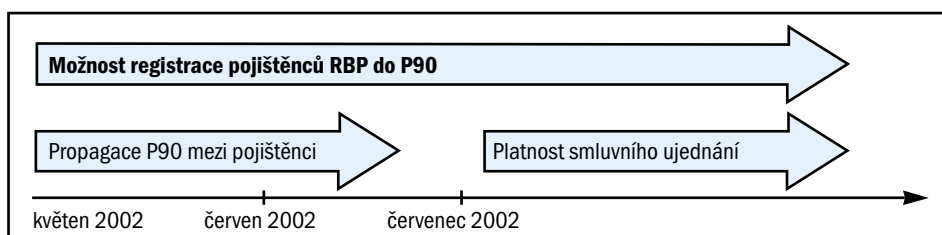
- pojištěnec RBP
- pojištěnec ve věku 0 – 24 let Vymezené věkové období je stanoveno s ohledem na možnost dostatečně preventivní péčí ovlivnit zdravotní stav klienta RBP. Věková hranice je dána rokem narození pojištěnce. Pro rok 2002 jsou nejstarší zařaditelní pojištěnci narození v roce 1978.
- pojištěnec, který vyjádří písemný souhlas se zařazením do P90 (pro pojištěnce ve věku 18 – 24 let)
- pojištěnec, jehož zákonný zástupce vyjádří písemný souhlas se zařazením nezletilého dítěte do P90
- pojištěnec jehož registrující praktický lékař je smluvně zařazen v P90

Jakým způsobem má být dosaženo cíle PROGRAM 90?

1. Intenzivnější spolupráci s praktickými lékaři v oblasti zdravotní prevence.
2. Podporou zájmu pojištěnce o vlastní zdraví, motivací ke zdravému životnímu stylu a podporou zdravotní osvěty.

Zahájení realizace:

Plnění oběma stranami (RBP a praktický lékař) stvrzeného smluvního ujednání bude zahájeno dne 1. července 2002, přitom návrh smluvního ujednání bude s dostatečným předstihem nabídnut každému smluvnímu praktickému lékaři RBP.



Nástroje P90:

- řádné preventivní prohlídky (PL bude v rámci preventivní prohlídky (dále PP) provádět veškerá vyšetření, která jsou dána platnou vyhláškou MZ ČR)

PL bude o výsledku preventivní prohlídky informovat pojištěnce a v návaznosti na výsledky vyšetření mu poskytne konzultaci o individuálních zdravotních rizicích a individuálním zdravotním doporučením, resp. doporučí další lékařské vyšetření, eventuelně zákrok. Preventivní prohlídky jsou standardní součástí péče praktického lékaře o pacienta. Pro zajištění účinné a systematické preventivní zdravotní péče je nutné jejich pravidelné provádění. Dodržování optimální frekvence preventivních prohlídek je však závislé jak na praktickém lékaři tak i na samotném pojištěnci. Pro zvýšení efektivity preventivní zdravotní péče bude RBP praktickému lékaři pomáhat při sledování pravidelnosti PP. Na základě lékařem vykázaných PP – opakovaného komplexního vyšetření, kód výkonu 01022 nebo 02022 – bude RBP formou písemné výzvy upozorňovat pojištěnce, kteří stanovenou frekvenci PP nedodržel na vhodnost absolvování preventivní prohlídky.

- podpora zdravotního poradenství
- průběžné vydávání zdravotně preventivních článků a zdravotnických informací poskytovaných pojišťovnou; zdravotně osvětové materiály budou distribuovány rovněž do ordinace PL
- ostatní aktivity programu prevence a zlepšené zdravotní péče v současné době nabízené RBP. Pojištěnec zařazený do programu bude moci využít programu vitamínové fortifikace, ozdravných a léčebných pobytů, příspěvku RBP na očkování proti klíšťové encefalitidě a hepatitidě A-B, na ortodontický aparát a další výhody. Náplň preventivních opatření v rámci P90 bude v průběhu realizace obměňována, resp. rozšiřována tak, aby byla cílena i na populaci v produktivním a dále v postproduktivním věku (v souladu s rozšiřováním věkového spektra pojištěnců zařazených do P90).

Možnost registrace pojištěnce do P90:

- v ordinaci PL
- na všech kontaktních místech RBP „Registrační lístky P90“ budou na uvedená registrační místa průběžně distribuovány. Způsob registrace do P90 bude obdobný jako při běžné registraci pojištěnce.

Organizační zajištění:

- PL bude oprávněn, na základě neodpovědného chování klienta k vlastnímu zdraví, resp. z jiných vážných důvodů, pojištěnce z P90 vyřadit.
- Pokud dojde k přerušení zdravotní péče poskytnuté klientům zařazeným do P90 (např. z důvodu přechodu k jiné zdravotní pojišťovně, dlouhodobému vycestování do zahraničí apod.) bude pojištěnec z P90 automaticky vyřazen. Nové zařazení bude možné při splnění věkové podmínky vstupu.
- Pravidelně, spolu s vyúčtováním, budou PL zasílány aktualizace v seznamu osob zařazených do P90.

Modifikace úhrady zdravotní péče pro praktického lékaře v P90:

- navýšení kapitační sazby PL v P90
- Vzhledem ke skutečnosti, že realizace P90 bude na PL klást vyšší nároky při provádění preventivních aktivit vůči pacientovi, navýší pojišťovna praktickému lékaři hodnotu sazby kapitačního paušálu na registrovaného jednicového pojištěnce RBP zařazeného do P90 o 5 Kč.
- Účtování a úhrada zdravotní péče praktických lékařů zařazených do P90 bude realizována obdobně jako se v současné době uskutečňuje u kombinované kapitačně – výkonové platby.

Podrobnější informace získáte na tel. čísle nebo e-mailové adrese:

069/6256342, fojtikova@rbp-zp.cz
(Mgr. M. Fojtíková, ref. zdrav. programů RBP)
069/6256208, vomlela@rbp-zp.cz
(J. Vomlela, asistent ředitele RBP)



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP dne 13. 3. 2002

Přítomni: MUDr. Cabrnchová, MUDr. Liška, MUDr. Krejčík, MUDr. Marek, MUDr. Růžičková, MUDr. T. Soukup, za revizní komisi MUDr. Kyjnková

1) Výbor obdržel zprávu revizní komise OSPDL. Dle stanov ČLS JEP má mít výbor organizační složky minimálně 3 členy, toto ustanovení složení výboru OSPDL splňuje. Stran případné dokooptace členů výboru OSPDL má revizní komise k dispozici počty hlasů, které získali kandidáti na poslední volební konferenci. Prostou většinu hlasů obdržel pouze Dr. Soukup a mohl být dokooptován do výboru OSPDL. Z rozhodnutí výboru na základě doporučení revizní komise bude MUDr. Růžičková účastna jednání výboru OSPDL a pověřena konkrétně přípravou konference v Luhačovicích. Výbor doporučuje, aby v Luhačovicích byli dovoleni další členové výboru do celkového počtu 7 (2 členové výboru).

2) Diskutovány návrhy kandidátů – kontaktních osob pro jednotlivé kraje pro problematiku odbornosti praktický lékař pro děti a dorost, nutné stvrdit navrženou kandidátku v Luhačovicích na republikovém setkání. V některých krajích již řešena problematika vycházející z materiálu WHO „Zdraví do 21. století“ (zástupci OSPDL se účastnili práce na tomto materiálu, připomínkuje se nyní finální materiál z MZČR).

3) Výbor doporučuje pro páteřní témata a další pořádané certifikované akce připravit jednotný certifikát s hlavičkou OSPDL ČLS JEP. Grafický návrh zajistí sekretariát, MUDr. Růžičková předloží na dalším výboru.

4) MUDr. Liška ověří termíny regionálních konferencí a připraví přehled pro ČLS JEP. Nejpozději v září 2002 by měla být známa páteřní témata na příští rok, bude se pracovat na společném termínovém kalendáři na příští rok ve spolupráci se SPLDD, aby nedocházelo ke kolizi termínů.

5) Na duben plánované setkání s katedrou pediatrie IPVZ (domluveno s doc. Novákem) na téma školitelé, spolupráce se subkatedrou, příprava Luhačovic. Čeká se na výsledek projednání zákona o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání.

6) Všem členům výboru předán materiál zdravotního a očkovacího průkazu k další

diskusi a připomínkám, pracuje se na důvodové zprávě pro věstník MZ ČR, materiál zveřejníme ve VOXu.

7) Další kolo kulatého stolu na téma ATB terapie proběhne v tomto měsíci, za OSPDL MUDr. Marek a MUDr. Cabrnchová. Diskutuje se způsob zveřejnění materiálu směrnice ATB terapie a konsensus používání ATB. Výbor doporučuje ucelené vydání ve VOXu.

8) Proběhne další tisková konference na podporu akce Twinrix – třetí dávka zdarma, výbor znovu dává podporu této akci. Domluveny dva způsoby distribuce Twinrixu (balíček z lékárny nebo třetí dávka přes hygienu). Skupina pro očkování se dále podílí na přípravě týdne zaměřeného na propagaci očkování před Národním očkovacím dnem.

9) MUDr. Cabrnchová informovala o jednání poradního sboru hl. hygienika, domluveno, že pro indikaci acelulární vakcíny postačí zápis v dokumentaci dítěte o provedené konzultaci s vyjmenovaným odborníkem. Potvrzeno, že MZ ČR podporuje návrh na změnu formulace zákona č. 258 týkající se pravidelného očkování. V novele by měla být možnost použít registrovanou vakcínu, ne pouze distribuovanou hygienickou stanicí. Na téma indikace acelulární vakcíny, jejího zajištění a s otázkou zda na očkování proti invazivním hemofilovým nálezům a proti hepatitidě B má nárok každé dítě od 1.1.2001, se MUDr. Cabrnchová obrátila písemně na hl. hygienika, dopis a odpověď zveřejníme ve VOXu a na www.detskylekar.cz.

10) Na kongresu v Teplicích má OSPDL dva panely, jedná se o aktuální problematiku z ordinací PLDD a kasuistiky, panely vede MUDr. Liška a MUDr. Cabrnchová, nutné odeslat do týdne abstrakta, a to i v angličtině.

11) MUDr. Krejčík referoval o semináři v Senátu Parlamentu ČR na téma „raná péče“. MUDr. Krejčík reprezentoval ve svém vystoupení OSPDL, velmi příznivé ohlasy, ale v současnosti je situace kolem jednotlivých seskupení reprezentujících ranou péči hodně nepřehledná, MUDr. Krejčík pověřen zmapováním dané problematiky.

12) MUDr. Cabrnchová informovala o jednání výboru ČPS. Výbor ČPS se distancuje od aktivit směřujících k zavedení základního oboru dorostové lékařství. MUDr. Ca-

brnchová byla informována o aktivitě ČPS směřované na Vědeckou radu MZČR se žádostí o stanovisko k základnímu oboru PLDD. Vědecká rada ale na toto téma jednala až poté, co MZČR zařadilo nový základní obor PLDD do svého návrhu zákona o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání. Zákon je nyní ve fázi projednávání ve zdravotním výboru Parlamentu ČR.

13) Příprava programu kongresu v Luhačovicích v termínu 3.5.–5.5.2002. Téma odborné je gynekologická problematika v ordinaci PLDD. Přípravou pozvánek a spolupráci při organizaci akce za OSPDL pověřena MUDr. Růžičková.

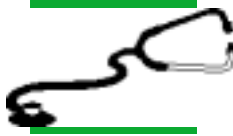
14) Doporučen vznik redakční rady www.detskylekar.cz, případní kandidáti na členství v této redakční radě obesláni, další zájemci jsou vítáni. Výbor podporuje spolupráci s MUDr. Svěrákovou na tvorbě stránek www.vseozloutence.cz a www.ockovani.com.

15) MUDr. Cabrnchová informovala o jednání s MUDr. Horkou – pověřená na ČLK organizací vzdělávacích akcí. Jednání účasten i MUDr. Krejčík a zástupci SPLDD. Domluveno, že ČLK souhlasí s tím, že mezi PLDD není potřeba organizace dalších vzdělávacích akcí. O akcích, které se svou tematikou dotýkají problematiky PLDD bude ČLK obě organizace informovat, lze i zveřejnit ve VOXu.

16) MUDr. Soukup pověřen dohodnutím schůzky se zástupci logopedů k projednání problematiky týkající se indukovaní logopedické péče. V budoucnu nutné řešit problematiku kalmetizace dětí, kolize dvou očkování ve dvanáctém roce (u jedenáctiletých), dle zjištěných skutečností bude upřesněno na dalším výboru, zodpovídá MUDr. Cabrnchová.

17) Přijetí nových členů OSPDL: MUDr. P. Holčáková, MUDr. M. Spurná, MUDr. T. Kiršová, MUDr. M. Šešel, MUDr. N. Hartmanová, MUDr. H. Filová, MUDr. M. Poláčková, MUDr. Z. Čejková, MUDr. I. Svobodová, MUDr. I. Jelínková, MUDr. J. Remundová, MUDr. E. Štětková, MUDr. A. Průšová, MUDr. B. Philippová. ■

**zapsala: MUDr. Cabrnchová
ověřil: MUDr. T. Soukup**



Problematika očkování

výběr z korespondence

Vážený pan MUDr. Michael Vít

hlavní hygienik ČR

Palackého náměstí 4, 120 00 Praha 2

V Praze dne 4. 3. 2002

Vážený pane doktore,

obracím se na Vás se žádostí o stanovisko hlavního hygienika k některým problémům v oblasti očkování.

Vyhláškou č. 439/2000 Sb. bylo s platností od 1. 1. 2001 stanoveno nové očkovací schéma. Současně však vyhláška v § 23 stanoví, že nové očkování proti invazivnímu onemocnění vyvolanému *Haemophilus influenzae b* a Hepatitidě B se zahájí až za 6 měsíců po nabytí účinnosti této vyhlášky (tedy od 1. 7. 2001). Z výkladu, vydaného Vaším úřadem vyplývá, že děti narozené před 30. 4. 2001 nebudou očkovány proti Hemofilu b a Hepatitidě B. Množí se názory, podle kterých je nutné očkovat všechny děti, narozené v roce 2001, proti Hemofilu b a Hepatitidě B. Tento názor podpořil veřejně na semináři MUDr. Walter, který zde zastupoval MZČR. K očkování by mohly být použity přípravky Act-HIB a Engerix. Vaše stanovisko je důležité především z hlediska právní ochrany lékaře v případě, že dítě narozené mezi 1. 1. 2001 a 30. 4. 2001, které nebylo v souladu s Vaším výkladem očkováno proti Hemofilu b či Hepatitidě B, onemocní touto nákazou. **Mělo toto dítě být očkováno nebo ne?**

Druhá otázka se týká způsobu používání vakcíny InfanrixHib obsahující acelulární pertusovou složku. Tato vakcína smí být praktickým lékařem pro děti a dorost (PLDD) použita pouze na základě doporučení specialistů vyjmenovaných oborů. Specialista vydá doporučení na základě anamnestických údajů, nikoli na základě klinického vyšetření. Z pohledu praxe PLDD dostačuje konzultace s uvedeným specialistou. Ve zdravotnické dokumentaci PLDD je o této konzultaci uveden zápis. Tento zápis může orgán ochrany veřejného zdraví kontrolovat. Setkáváme se však s tím, že některé orgány ochrany veřejného zdraví trvají na kopii doporučení specialisty, založené ve zdravotní dokumentaci PLDD. V praxi to znamená, že pacient musí navštívit příslušného specialistu. To představuje objednání, jistou čekací lhůtu a samozřejmě také další náklady rodiny pacienta i veřejného zdravotního pojištění. **Můžete prosím potvrdit, že zápis o konzultaci specialisty v dokumentaci PLDD je pro použití vakcíny InfanrixHib dostačující?**

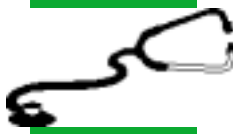
Poslední je téma acelulárních vakcín. V praxi se setkáváme s tím, že je-li dítěti doporučena s ohledem na jeho zdravotní stav acelulární vakcína, je orgánem ochrany veřejného zdraví paušálně vždy vydávána acelulární trivakcína Infanrix a monovakcína Act-HIB, tedy dvě oddělené vakcíny a nikoliv acelulární tetravakcína InfanrixHib. Existují jistě i indikace, ve kterých je třeba očkovat odděleně, tedy zvlášť Infanrix a zvlášť Act-HIB. Častěji však je možné očkovat acelulární tetravakcínou InfanrixHib. Tetravakcína je výhodnější z pohledu lékaře, ale především z pohledu dětského pacienta. **Žádám Vás proto o zajištění acelulární tetravakcíny InfanrixHib tak, aby byla očkujícím PLDD v indikovaných případech dostupná.**

Děkuji Vám za odpověď.

S pozdravem

MUDr. Hana Cabrnociová
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Nutricia 1



Vážená paní MUDr. Hana Cabrnchová
Předsedkyně OSPDL ČLS JEP
Klimentská 11, 115 60 Praha 1

V Praze dne 21.3.2002
Č.j. HEM 380.21.3.02

Vážená paní doktorko,

dopisem ze dne 4.3.2002 jste mne požádala o stanovisko k některým problémům a nejasnostem v oblasti očkování. Vámi uváděná problematika vycházející z praktických zkušeností s prováděním očkování podle vyhlášky č. 439/2000 Sb., byla podrobně diskutována na poradě vedoucích protiepidemických odborů KHS a HS hl.m. Prahy konané dne 11.3.02 na MZ ČR s tím, že byly přijaty následující závěry.

Pro děti, které v roce 2001 nebyly očkovány podle výše uvedené vyhlášky proti Hib je třeba zajistit monovakcinu a na očkování je pozvat. Stejně tak je třeba postupovat v případě očkování proti VHB. V případě indikace podání tetra vakciny obsahující acelulární pertusovou složku postačí záznam o výsledku konzultace s příslušným specialistou ve zdravotnické dokumentaci dítěte, provedený praktickým lékařem pro děti a dorost. Posledním tématem, kterého se ve svém dopise dotýkáte, je požadavek na zajištění acelulární tetra vakciny InfanrixHib na místo, jak vyplývá z Vašeho dopisu, používané trivakciny s acelulární pertusovou složkou a monovakciny ActHib. Z provedeního šetření na krajských hygienických stanicích, které nákup očkovacích látek zajišťují, vyplývá, že v současné době lze bez jakýchkoliv problémů vyhovět požadavku praktických lékařů pro děti a dorost a pokrýt v indikovaných případech potřebu tetra vakciny. V případě konkrétní situace, která by se od tohoto postupu lišila, mne, prosím, informujte.

S pozdravem

MUDr. Michael Vít
Hlavní hygienik ČR

HLAVNÍ HYGIENIK ČESKÉ REPUBLIKY
MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
Palackého nám. 4, pošt. příhr. 81, 128 01 Praha 2

všem krajským hygienikům
hygienikovi hl.m. Prahy

Dne 27.3.2002 v Praze
Vyřizuje: MUDr. Kvášová

Věc: Upřesnění zápisu z porady vedoucích protiepid. odborů KHS konané dne 11.3.02

S přihlédnutím k četným dotazům směřujícím k bodu 3.c) zápisu z výše uvedené porady upřesňuji doočkování dětí proti Hib dle § 4 odst.1) vyhl. č. 439/2000 Sb., následovně:

Doočkování dětí, které v r. 2001 nebyly očkovány proti Hib se vztahuje na děti, které počínaje 1. lednem 2001 dovršily devátý týden života. K doočkování se použije monovakcína či tetra vakcína. S ohledem na stav imunitního systému dětí v 18. až 20. měsíci života postačí aplikace jedné dávky očkovací látky s Hib složkou. Uvedený postup vychází z dikce výše uvedeného ustanovení vyhlášky, přičemž je samozřejmě nutné dodržovat příbalový leták použité očkovací látky.

Dále je třeba provést opravu technické chyby v příloze č. 4 zápisu tab. 1 – Kontrola proočkovanosti proti MMR– poslední řádek 5. kolonka správný údaj je 0,6 % nikoliv 6,0%.

MUDr. Michael Vít
hlavní hygienik ČR

Boehringer Ingelheim

MED-IN



**ZÁSADY
RACIONÁLNÍ
ANTIBIOTICKÉ
LÉČBY
INFEKČÍ
MOČOVÝCH CEST
U DĚTÍ**



I. vydání

Připravilo vzdělávací středisko MEDIFORUM

Názory vyjádřené v tomto materiálu nemusí vyjadřovat stanovisko
vzdělávacího střediska MEDIFORUM
nebo společnosti GlaxoSmithKline.

Všechna práva jsou vyhrazena.
Žádná část tohoto materiálu nesmí být reprodukována, uchovávána
ve vyhledávacím systému nebo převedena do jiné podoby
bez předcházejícího souhlasu majitele autorských práv.

MEDIFORUM 1998

MEDIFORUM, vzdělávací středisko GSK
Na Pankráci 17/1685, 140 21 Praha 4
Tel.: (02) 2200 1419
Fax: (02) 6122 0255
Copyright © GlaxoSmithKline
<http://www.mediforum.cz>

AUTORSKÝ KOLEKTIV

Užší autorský kolektiv

Doc. MUDr. Otto Lochmann, CSc.

Prof. MUDr. Ondrej Bálint, CSc.

MUDr. Alexander Kolský, CSc.

Prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc.

Doc. MUDr. Veronika Lehotská, CSc.

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.

Doc. MUDr. Jan Příborský, CSc.

Doc. MUDr. Josef Řezníček, CSc.

Doc. RNDr. Jan Trupl, Ph. D.

RNDr. Pavla Urbášková, CSc.

Širší autorský kolektiv

MUDr. Mirko Bouda

MUDr. Monika Kolská

Doc. MUDr. Janusz Feber

MUDr. Milan Kosák

MUDr. Jiří Kouba

MUDr. Alena Koubová

Doc. MUDr. František Rovný, CSc.

Doc. MUDr. Tomáš Sechser, CSc.

Doc. MUDr. Anna Utikalová, CSc.

Text připomínkovali

MUDr. Josef Gut

Doc. MUDr. Jan Janda, CSc.

Prof. MUDr. Zdeněk Modr, CSc.

Prof. MUDr. Otto Schüeck, DrSc.

MUDr. Jan Zmrhal, CSc.

OBSAH

INFEKCE MOČOVÝCH CEST U DĚTÍ

Obecné klinické příznaky

Základní vyšetření

Obecný terapeutický postup

Infekce dolních močových cest

Asymptomatická bakteriurie

Akutní cystitida

Chronická a recidivující cystitida

Infekce horních močových cest

Akutní pyelonefritida

Recidivující pyelonefritida

PŘÍLOHY

Dávkování antimikrobních léčiv infekcí močových cest u dětí (tab. 1)

Zajišťovací léčba nízkými dávkami antimikrobních léčiv u dětí (tab. 2)

ÚVOD

Infekce močových cest patří k nejčastějším infekcím, pro které jsou antimikrobní léky užívány. Vzhledem k tomu, že valná část těchto infekcí je léčena ambulantně, snažili jsme se o vytyčení určitých pravidel, která by se měla stát opěrným bodem pro empirickou volbu léčby. Tato pravidla vycházejí především z klinické diagnózy a ze zkušeností mikrobiologických, tj. ze znalosti nejčastěji se vyskytujících infekčních agens, aktuálního stavu citlivosti antimikrobních léků vůči izolovaným mikroorganismům, vhodné farmakokinetiky i možných nežádoucích účinků používaných léčiv.

Celý tento návrh je v souladu se současným pojetím antibiotické politiky s cílem upozornit na ty antimikrobní léky, které jsou v našich podmínkách stále dobře účinné, a ochránit ta léčiva, která by paušálním podáváním mohla vést k nekontrolovatelnému nárůstu rezistence. To by pochopitelně mohlo zkomplikovat další antimikrobní léčbu nehledě na to, že užití nových, i když rovněž účinných léků by bylo i ekonomicky značně náročné.

Na těchto postupech se plně shodli urologové, nefrologové (jak pro dospělé, tak i pro dětské pacienty), infekcionista, internisté, pediatři i mikrobiologové z České i ze Slovenské republiky. Znovu jsme upozornili na skutečnost, že tento návrh nemá být pojat jako obecné schéma, ale že je nutná regionální korelace podle skladby pacientů a stavu rezistence infekčních agens. Z toho vyplývá nezbytnost mikrobiologického vyšetření moče s provedením aktuálního testu citlivosti i povinnost mikrobiologických laboratoří event. antibiotických středisek pravidelně kontrolovat výskyt rezistence, a to jak části ambulantní, tak i lůžkové. Zvláště na lůžkových odděleních je nutno pečlivě sledovat ukazatele týkající se výskytu rezistence a multirezistentních nemocničních kmenů.

Jako dodatek k tomuto návrhu jsou pak ve stručnosti uvedeny údaje o podávání antimikrobních léků při snížené funkci ledvin a jejich průniku při hemo- a peritoneální dialýze.



Doc. MUDr. Otto Lochmann, CSc.

INFEKCE MOČOVÝCH CEST U DĚTÍ

Primární - bez morfologických a funkčních poruch odtoku moči

Sekundární - již postižený uropoetický systém např. vezikoureterální reflux (VUR), anomálie, neurogení močový měchýř

Infekce dolních močových cest

Asymptomatická bakteriurie
Akutní cystitida
Chronická a recidivující cystitida

Infekce horních močových cest

Akutní pyelonefritida
Recidivující pyelonefritida

OBECNÉ KLINICKÉ PŘÍZNAKY INFEKČÍ MOČOVÝCH CEST

Teplota
Dysurie
Polakisurie
Pomočování
Bolest v podbříšku a zádech
Často necharakteristické příznaky zejména u malých dětí (subfebrilie, gastrointestinální příznaky, nechutenství, neprosívání, příznaky sepse, u kojenců subikterus)

ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ

Základní laboratorní vyšetření

Biochemické vyšetření (FW, CRP, S_c)
Krevní obraz
Močový sediment
Kvantitativní mikrobiologické vyšetření moči
(signifikanční bakteriurie u dětí 10⁵ ze středního proudu)

Ostatní vyšetření

viz konkretizované u jednotlivých diagnóz

Poznámka:

Řádný odběr moči - střední proud je nezbytným požadavkem
Jednorázová terapie infekcí močových cest se u dětí nedoporučuje
Třídenní terapie - u stavů po katetrizaci močového měchýře, např. mikční cystoureografie (RTG MCUG), po urologickém vyšetření, u dívek starších 15 let u cystitid
Nespecifická infekce močových cest

Nelze-li jednoznačně stanovit, zda se jedná o cystitidu nebo pyelonefritidu, je lepší postupovat, jako kdyby se jednalo o těžší formu uroinfekce.

Novorozence a kojence pro zvláštnosti věku sleduje a léčí dětský nefrolog.

Glomerulární filtraci lze hodnotit u dětí výpočtem pomocí Schwartzova vzorce

OBECNÝ TERAPEUTICKÝ POSTUP

- Dbát o řádný pitný režim, popř. je nutná i infuzní léčba
- Dbát o pravidelnou mikci a řádné domočování
- Dbát o pravidelnou defekaci
- Antipyretická léčba při teplotách (paracetamol, ibuprofen)
- Pokud po iniciální terapii nedojde ke zlepšení, je třeba revidovat léčbu na základě kvantitativního mikrobiologického vyšetření moči vč. citlivosti na jednotlivá antibiotika

ASYMPTOMATICKÁ BAKTERIURIE *

(opakovaný nálezn signifikantní bakteriurie ve třech následujících vzorcích moči)

DIAGNÓZA	<ul style="list-style-type: none">• biochemické vyšetření• močový sediment• kvantitativní mikrobiologické vyšetření moči• ultrazvukové vyšetření (USG) na možné kongenitální malformace
DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA	<ul style="list-style-type: none">• infekce močových cest (IMC)• anomálie uropoetického traktu• dysfunkce močového měchýře
TERAPIE	<ul style="list-style-type: none">• bez terapie

* obvykle náhodný nálezn při screeningových vyšetřích z nejrůznějších důvodů

Poznámka: U kojenců doporučujeme další sledování.

AKUTNÍ CYSTITIDA

ETIOLOGIE	<ul style="list-style-type: none">• Escherichia coli (50 - 90%)• Proteus spp. (30% u chlapců)• Staphylococcus koaguláza negativní (30% u dorostu obou pohlaví)
DIAGNÓZA	<ul style="list-style-type: none">• klinický obraz (dysurie, polakisurie, pomočování)• močový sediment• kvantitativní mikrobiologické vyšetření moči
DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA	<ul style="list-style-type: none">• akutní pyelonefritida
TERAPIE *	<ul style="list-style-type: none">• kotrimoxazol• trimetoprim• furantoin• aminopeniciliny• aminopeniciliny potencované inhibitory β-laktamáz• p. o. cefalosporiny stabilní vůči β-laktamázám (2. generace)

* dávkování u dětí viz tab. č. 1

Poznámka: Délka léčby dle klinických příznaků obvykle - 5 dnů, 3 dny u děvčat starších 15 let

Dif. dg.: v dorostovém věku uvažovat i o chlamydii a možnosti exogenní cystitidy (pohlavně přenosné choroby)

Zásady racionální antibiotické léčby infekcí močových cest ■ Mediforum

CHRONICKÁ A RECIDIVUJÍCÍ CYSTITIDA

ETIOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> • Escherichia coli • ostatní Enterobacteriaceae • Staphylococcus koaguláza negativní • Pseudomonas aeruginosa • Enterococcus faecalis
DIAGNÓZA	<ul style="list-style-type: none"> • klinický obraz (při exacerbaci dysurie, polakisurie, pomočování) • biochemické vyšetření • močový sediment • kvantitativní mikrobiologické vyšetření moči • ultrazvukové vyšetření (USG) • parazitologické vyšetření • urologické vyšetření nutné • popř. urodynamické vyšetření • popř. gynekologické vyšetření
DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA	<ul style="list-style-type: none"> • vyloučit anomálie uropoetického traktu • dysfunkce močového měchýře
TERAPIE	<ul style="list-style-type: none"> • odstranění příčiny (farmakoterapie dysfunkce močového měchýře) • kotrimoxazol* • trimetoprim • furantoin* • aminopeniciliny* • aminopeniciliny potencované inhibitory β-laktamáz • p. o. cefalosporiny stabilní vůči β-laktamázám (2. generace) • dlouhodobá zajišťovací léčba**

* dávkování u dětí viz tab. č. 1

** dávkování u dětí viz tab. č. 2

Poznámka: iniciální léčbu nutno upravit podle aktuálního testu citlivosti

AKUTNÍ PYELONEFRITIDA *

ETIOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> ● Escherichia coli (50 - 90%) ● ostatní Enterobacteriaceae ● Enterococcus faecalis
DIAGNÓZA	<ul style="list-style-type: none"> ● klinický obraz ● celkový stav ● bolesti břicha a zad ● teplota ● schvácenost ● biochemické vyšetření ● krevní obraz ● močový sediment ● kvantitativní mikrobiologické vyšetření moči ● vždy ultrazvukové vyšetření (USG) ledvin a močových cest ● Alespoň 3 kritéria, vždy bakteriurie ● bakteriurie $\geq 10^5$ ● $t > 38^\circ\text{C}$ ● FW ≥ 30 mm/h ● CRP ≥ 20 mg/l
DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA	<ul style="list-style-type: none"> ● IMC - dolní močové cesty ● obstrukční uropatie ● náhlá příhoda břišní ● jiné septické stavy
TERAPIE	<ul style="list-style-type: none"> ● hospitalizace nutná ● délka hospitalizace se řídí aktivitou procesu ● antibiotika ihned po odběrech moči, nečekat na výsledek (antimikrobní léčbu upravit podle výsledku kultivace a citlivosti) ● potencionané aminopeniciliny** ● cefalosporiny 2. a 3. generace** ● aminoglykosidy**

* nejčastěji kojenci a batolata

** dávkování u dětí viz tab. č. 1

Poznámka: Délka léčby do 10 - 14 dnů, zajišťovací léčba 6 týdnů u všech dětí do 7 let po akutní pyelonefritidě.
 Intravenózní aplikace u septických stavů a při zvracení.

Doporučený postup:

- U všech provést ultrazvukové vyšetření (USG)
- Zajišťovací léčba - kojenci s jakoukoliv infekcí močových cest, předškolní děti po akutní pyelonefritidě. Antimikrobní zajišťovací léčba se podává v jedné dávce na noc.
- U kojenců a dětí do 7 let po akutní pyelonefritidě provést mikční cystourethrografie (RTG MCUG) po 6 týdnech zajišťovací léčby k vyloučení VUR, či infravezikální obstrukce, zejména chlopní uretry u chlapců. Je-li negativní biochemický a mikrobiologický nálezní, léčbu ukončit. Vhodná je statická scintigrafie s dimerkaptogantarovou kyselinou obvykle za 6 měsíců (^{99m}Tc , DMSA).
- Pravidelné kontroly moči se první rok provádějí každý měsíc.
- Sledovat dětským nefrologem.

RECIDIVUJÍCÍ PYELONEFRITIDA

ETIOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> • Escherichia coli • ostatní Enterobacteriaceae • Enterococcus faecalis • Pseudomonas spp.
DIAGNÓZA	<ul style="list-style-type: none"> • exacerbace - obdobné příznaky jako u akutní pyelonefritidy • snížená koncentrační schopnost ledvin • ultrazvukové vyšetření (USG) vč. velikosti ledvin • statická scintigrafie s kyselinou dimerkaptojantarovou (^{99m}Tc, DMSA) • zmenšená velikost ledvin (USG) • RTG vyšetření <ul style="list-style-type: none"> • iv. urografie • mikční cystourethrografie • urologické vyšetření • stanovení plazmatických bílkovin v moči*
DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA	<ul style="list-style-type: none"> • nebakteriální intersticiální nefritida • vyloučit anatomickou příčinu přetrvávání infekce
TERAPIE	<ul style="list-style-type: none"> • odstranit anatomickou překážku • léčba dysfunkce dolních močových cest • cílená antimikrobní léčba** • dlouhodobá zajišťovací léčba***

* např. α -1- mikroglobulin, N-acetyl- β d-glukosaminidáza (NAG)

** dávkování u dětí viz tab. č. 1

*** dávkování u dětí viz tab. č. 2

PŘÍLOHY

Tab. 1 - Dávkování antimikrobních léčiv u infekcí močových cest u dětí

	mg/kg/24h	interval
parenterální aplikace		
ampicilin	50 - 100	6 h
amoxicilin + k. klavulanová	30 - 50	8 h
ampicilin + sulbaktam	50 - 100	6 - 8 h
piperacilin + tazobaktam	100 - 200	8 - 12 h
tikarcilin + k klavulanová	100 - 150	6 - 8 h
cefazolin	30 - 50	8 - 12 h
cefalotin (cefapirin)	50 - 120	6 h
cefoxitin	50 - 100	8 h
cefuroxim	50 - 100	8 h
cefotaxim	100	8 h
ceftazidim	100	8 h
ceftriaxon	50 - 75	24 h
gentamicin	5 - 7	24 h
netilmicin	5 - 7	24 h
perorální aplikace		
amoxicilin	40 - 100	8 h
amoxicilin + k. klavulanová	30 - 50	8 h
ampicilin + sulbaktam (sultamicilin)	100	8 - 12 h
cefalexin	50	6 - 8 h
cefadroxil	50 - 100	12 h
cefuroxim axetil	50	12 h
nitrofurantoin	5	8 h
trimetoprim	6	12 h
kotrimoxazol	6	12 h

Poznámka: Fluorované chinolony nejsou u dětí do 15 let indikovány.

Tab. 2 - Zajišťovací léčba nízkými dávkami antimikrobních léčiv u dětí

	mg/kg/24h
kotrimoxazol	2,5
trimetoprim	2,5
nitrofurantoin	2,5

PŘEHLED ANTIMIKROBNÍCH LÉČIV PODLE GENERICKÝCH NÁZVŮ

(Výrobní názvy přípravků lze zjistit v kterémkoliv lékovém kompendiu platném pro ČR.)

β-laktamy	peniciliny	úzkého spektra	benzypeniciliny	bnzylpenicilin, prokain benzylpenicilin, benzathin penicilin,
			acidostabilní peniciliny	fenoxymethylpenicilin, benzathin fenoxymethylpenicilin, penamecilin
		širokospektré	aminopeniciliny	amoxicilin, ampicilin
			karboxypeniciliny	tikarcilin
			ureidopeniciliny	azlocilin, piperacilin*
		isoxazolypeniciliny		oxacilib
		cefalosporiny	I. generace	
	II. generace			cefuroxim, cefoxitin cefamandol, cefuroxim acetyl, cefprozil**
	III. generace			cefotaxim, ceftriaxon, cefizoxim, ceftadizim, cefoperazon, cefixim, cefsulodin, ceftibuten, cefpodoxim proxetil
	IV. generace			cefpirom, cefepim
	karbapenemy			imipenem + cilastatin, meropenem
	monobaktany			aztreonam
	inhibitory β-laktamáz*			kyselina klavulanová, sulbaktam, tazobaktam
peptidy	polypeptidy			polymyxin B*** bacitracin***
	depsipeptidy			fusafungin***
	glykopeptidy			vankomycin, teikoplanin

Poznámka:

* V ČR je piperacilin registrován pouze v kombinaci s tazobaktamem. Inhibitory β-laktamáz se používají jen v kombinaci s jinými antibiotiky k potenciaci účinku a rozšíření antimikrobního spektra (např. amoxicilin + kyselina klavulanová, tikarcilin + kyselina klavulanová, ampicilin + sulbaktam, cefoperazon + sulbaktam, piperacilin + tazobaktam).

** Někdy řazen též do první generace cefalosporinů.

*** Pouze k lokálnímu použití.

INHIBITORY PROTEOSYNTÉZY

Makrolidy	s 14členným laktonovým kruhem	I. generace	erythromycin
		II. generace	roxithromycin, klarithromycin, dirithromycin
	s 15členným laktonovým kruhem (azalidy)	II. generace	azithromycin
	s 16členným laktonovým kruhem	I. generace	josamycin, spiramycin
Linkosamidy			klindamycin, linkomycin
Streptograminy			quinupristin + dalfopristin
Amfenikoly			chloramfenikol
Tetracykliny			tetracyklin, minocyklin, doxycyklin
Aminoglykosidy			streptomycin, gentamicin, tobramycin, amikacin, netilmicin, isepamicin, neomycin**
Rifamyciny			rifampicin, rifabutin
Jiné			mupirocin**

ANTIMIKROBNÍ CHEMOTERAPEUTIKA

Chinolony	nefluorované	I. generace	kyselina oxolinová
	fluorované	II. generace	norfloxacin, pefloxacin, ofloxacin, ciprofloxacin, lomefloxacin
		III. generace	levofloxacin, gemifloxacin***
Sulfonamidy			sulfafurazol
Pyrimidiny			trimethoprim
Kombinovaná*		sulfonamid + trimethoprim	cotrimoxazol
Nitrofurany			nitrofurantoin
Nitroimidazoly			metronidazol, ornidazol
Steroly			kyselina fusidová**

Poznámka:

* Poměr sulfonamidu a trimethoprimu v kombinovaných přípravcích je obvykle v hmotnostním poměru 5 : 1 - sulfamethoxazol + trimethoprim (t.č. jediný dostupný v ČR).

** Pouze k lokálnímu použití.

*** V registračním řízení.

FAIDM

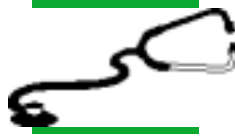
Publikaci "Zásady racionální antibiotické léčby infekcí močových cest", která vyšla v české i slovenské verzi, připravila pracovní skupina českých a slovenských odborníků při FAIDM (Forum for the Advancement for Infectious Disease Management).

FAIDM je mezinárodní fórum odborníků, kteří se zajímají o nový přístup k řešení problematiky infekčních onemocnění v oblasti střední Evropy (Česká republika, Slovenská republika, Maďarsko a Polsko).

Cílem tohoto fóra je:

- *Vytvořit specifické diskuzní prostředí pro hodnocení terapeutických postupů.*
- *Přispět k vybudování moderní strategie léčby infekčních onemocnění států kooperujících v rámci FAIDM se zřetelem na možnosti zdravotnických systémů.*
- *Současně iniciovat diskusi na vyšší úrovni k vytvoření systematického, racionálního a efektivního přístupu k léčbě infekčních onemocnění, který bude brát zřetel nejen na ekonomické a politické vlivy, ale bude vycházet ze skutečné potřeby daného teritoria.*

*Kateřina Koubková
Mediforum*

**Poznámka k článku MEDIFORUM - ZÁSADY RACIONÁLNÍ ANTIBIOTICKÉ LÉČBY INFEKČÍ MOČOVÝCH CEST U DĚTÍ:****Aminopeniciliny:**

Amoclen, Duomox, Amoxicilin, Ospamox, Ampicilin

Aminopeniciliny potencované inhibitory Beta laktamáz:

Augmentin, Amoksiklav, Unasyn

Perorální cefalosporiny stabilní vůči Beta laktamázám (2. generace):

Zinnat, Orelox, Suprax, Cedax, parent. Zinacef, Mefoxin

Stanovení plasmatických bílkovin v moči:■ *pro známku tubulární poruchy svědčí:* nálezy alfa 1 mikroglobulinu, N acetyl - glukosaminidázy, Beta 2 mikroglobulinu■ *pro známku glomerulární poruchy svědčí:* přítomnost IgG, IgA, albuminu a transferinu v moči

MUDr. Jiří Liška

Enuresis

Prim. MUDr. Josef Gut

Dětské oddělení, Nemocnice Česká Lípa

■ Poukaz**ke konsiliárnímu vyšetření:**

Dívka XY. Ročník 1995.

Prosím o konziliární vyšetření.

Enuresis nocturna.

Pomočena prakticky každý den, nikdy uroinfekce, laboratoř v normě.

Děkuji s pozdravem

31.1.2002

■ První rozhovor**v nefrologické ambulanci:****Kolikrát za týden se pomočí?**

Vlastně každý den.

Počůrá se i vícekrát za noc?

Když ji kolem 23. hodiny nevsadíme na močení, tak i dvakrát.

Pomočuje se přes den?

Ne.

Mívá mokré skvrny na spodním prádle?

To ano, prakticky každý den přijde ze školy s vlhkými kalhotkami.

Běhá na poslední chvíli na záchod?

To dělá často.

Chodí pravidelně na toaletu?

Já vlastně ani nevím, asi ano.

Nemívá umazané kalhotky od stolice?

To mívá, ale ona je určitě lajdák a špatně si utírá zadek.

Po sedmi dotazech je vcelku jasné, že se nejedná o enuresis nocturna (resp. monosymptomatickou noční enurézu), ale tato dívka je s velkou pravděpodobností klasickým příkladem urgentní inkontinence, navíc kombinované s poruchou vyprazdňování střeva.

Na uvedeném příkladu z ambulantní praxe lze pregnančně demonstrovat nejdůležitější změny posledních 10 let v představách o pomočování dětí, kterým bude věnován tento článek:

1. Diferenciace ve velké skupině dětí s pomočováním, která je předpokladem pro správný terapeutický přístup**2. Častý současný výskyt poruchy vyprazdňování střeva****3. Klíčové postavení anamnézy i v době sofistikovaných zobrazovacích a urodynamických vyšetřovacích metod.**

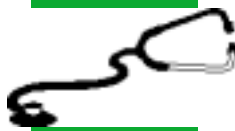
Mimovolní úniky moče (pomočování) patří v dětském věku k nejčastějším dlouhodobým obtížím. Protože v průběhu několika prvních let života dítěte dochází ke vzniku kontinence, vzniká problém, od kdy a za jakých okolností lze považovat úniky moče za patologickou odchylku, která vyžaduje objasnění a léčebný přístup. Dítě dosahuje nejprve kontinence při bdění a následně i ve spánku. Dnes převládá názor, že za patologii považujeme perzistenci nočních úniků moče po 5. roce života. U denních úniků posunujeme hranice

k 3.-4. roku. Vedle těchto věkových kritérií musíme zohlednit i další klinické skutečnosti (příznaky ukazující na mikční dysfunkci, současnou obstipaci a enkoprézu, zjevnou polyurii a polydipsii, prodělanou uroinfekci, neurologická onemocnění, psychomotorický stav dítěte..) Na základě uvedených věkových kritérií se ukazuje, že 15-20% pětiletých dětí má potíže s úniky moče. Zároveň je třeba dodat, že každým následujícím rokem zhruba 15% dětí z této skupiny dosahuje spontánně kontinence.

Je třeba vždy si ujasnit, zda se jedná o denní (při bdění), noční (ve spánku) nebo kombinované úniky moče, protože přítomnost denních úniků moče signalizuje závažnější problém týkající se porušené funkce dolních močových cest. Data o proporčním zastoupení dětí s denními a nočními úniky moče se v literatuře liší. Dlouho tradovaná představa o výrazné převaze jedinců s prostým nočním pomočováním (a to až v poměru 5:1), byla v posledních letech několika epidemiologickými studii překvapivě korigována na prakticky stejné procentuální zastoupení obou typů.

■ Klasifikace pomočování

Klasifikace pomočování prošla dlouhým hledáním konsenzu. V různých zemích byly používány desítky nejrůznějších termínů. Zásadním průlo-



mem bylo vytvoření nomenklatury poruch dolních močových cest u dětí v roce 1998 pod patronací International Children Continence Society. Pomocování je v základní rovině děleno na enurézu a inkontinenci.

■ Enuréza

Enuréza je monosymptomatický stav (proto **monosymptomatická noční enuréza** MNE), u něhož dochází k normálnímu mikčnímu ději v sociálně neakceptovatelném čase a místě (ve spánku u dětí starších 5 let). Některé děti se pomočují i v průběhu odpoledního spánku, ale ne v bdělém stavu. Frekvence močení přes den je přiměřená, bez urgencí, zadržovacích postojů, zpravidla bez problémů s defekací, dětí nemívají uroinfekce a vyvíjejí se psychomotoricky normálně. U většiny z nich nenacházíme žádné psychopatologie, uropatie ani funkční poruchy dolních cest. Dlouhodobá prognóza je příznivá.

Naproti tomu **inkontinence** je výsledkem poruchy skladovací nebo vypuzovací fáze funkce dolních močových cest. Jinými slovy úniky moče jsou důsledkem dysfunkce a ne normálního vyprázdnění měchýře jako u MNE. U inkontinentních dětí jsou přítomny především denní úniky moče, v některých případech v kombinaci s nočním pomočováním. To je také příčinou, proč v mnoha případech vyhledávají rodiče odbornou pomoc s údajným nočním pomočováním a teprve anamnestickým zhodnocením lze překvapivě zjistit, že se jedná pouze o součást inkontinence, jak bylo demonstrováno v úvodu.

Termín enuresis diurna (eventuálně enuresis diurna et nocturna) by měl být prakticky opuštěn. Lze ho připustit jen u dětí s opožděným psychickým vývojem nebo těch, kteří zanedbávají své sociální návyky v důsledku neutěšené psychosociální situace.

Základní dělení MNE na **primární** (bez suchého intervalu) a **sekundární** (nově vzniklá MNE po alespoň 6 měsíčním suchém období) zůstává nezměněno.

Iniciálně je také třeba odlišit **symptomatickou noční enurézu** podmíněnou onemocněním uropoetického traktu (uroinfekce bývá přechodně spojená s nočními úniky) nebo **stavy s přechodnou či trvalou polyurií**. Velké procento pacientů s nově vzniklým **diabetes mellitus** má jako jeden z prvních příznaků noční pomočování nebo nykturii. Také **diabetes insipidus** centrální nebo renální může vést k nočnímu pomočování.

■ Inkontinence

Pediatrická klasifikace inkontinence respektuje základní mezinárodní dělení na **urgentní, stre-**

sovou, reflexní (neurogení) a overflow (z přetékání – ischuria paradoxa), ale zohledňuje specifika dětského věku.

Z etiologického pohledu je důležité stanovení kategorie **funkční** a **organické** inkontinence. **Organickou** inkontinenci pak dále můžeme členit na **strukturální** (patologie v detruzoro-sfinkterické jednotce) a **neurogení** (patologie v regulačních okruzích nervového systému).

Strukturální inkontinenci dělíme do 3 okruhů:

- **extrauretrální** inkontinence (ureterální ektopie, veziko-vaginální píštěl). Pacienti trpí trvalým mírným únikem moče do spodního prádla (prakticky stálé zvlhčení spodního prádla) způsobeným obejitím uzávěrového mechanismu měchýře. Tyto stavy mnohdy dlouhá léta unikají správného diagnóze.

- **porucha uzávěrového mechanismu uretry** (kongenitální defekt sfinkteru u exstrofie močového měchýře nebo epispadie)

- **porucha vyprázdnění měchýře v důsledku subvezikální obstrukce** (chlopeč zadní uretry nebo striktura uretry) vedoucí k ischuria paradoxa (overflow). Přestože se většina významných chlopňí zadní uretry manifestuje prenatálně či časně postnatálně s vysokým rizikem pro ledvinový parenchym, v některých případech mírnějšího stupně obstrukce mohou být zdrojem paradoxní ischurie až v pre- a pubertálním věku.

Při poruše spinálních a supraspinálních nervových center dochází ke vzniku inkontinence označované jako **neurogení** (nebo také **reflexní inkontinence**). Někdy jsou též používány termíny neurogení či neuropatická dysfunkce případně měchýř. V dětském věku se jedná především o následek **dysrafizmů neurální trubice zjevných** (různé typy meningomyelome) nebo **okultních** – diastematomyelie, syringocele, sakrální malformace, tethered cord syndrom = syndrom fixované míchy).

Podstatně častějším problémem však u dětí bývá **funkční inkontinence** (bez prokazatelného organického podkladu pomocí klinických vyšetření případně zobrazovacích metod).

A v této skupině je daleko nejčastější příčinou denních úniků **urgentní inkontinence** definovaná atakami imperativního nucení vedoucích k neodkladnému vyprázdnění malých porcí. Mnohé dívky (tento typ je doménou ženského pohlaví) reagují na náhlý vzestup intravezikálního tlaku a nucení zadržovacími postoji a manévry (křížení dolních končetin, sedání na bobek, stištním ústí uretry prsty nebo hranou židle při posazení). Tyto manévry jsou mnohdy natolik efektivní, že zabráňují únikům do spodního prádla a vzniká mylný dojem, že se o inkontinenci nejedná. K urgentní

inkontinenci má úzký vztah i okruh **dysfunkční mikce**. Dokonce se zdá, že v mnohých případech je možné vysledovat přechodné fáze mezi oběma jednotkami. Při této poruše nedochází k relaxaci svalstva pánevního dna v průběhu močení, což je příčinou inkompletního vyprázdnění a vzniku postmikčního rezidua. Bývá velmi často spojená nejen s uroinfekcemi, ale také s poruchami defekace (obstipace, enkopréza).

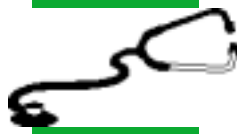
Stresová inkontinence je vidána v dětství vzácně. Je charakterizována úniky malého množství moče při prudkém vzestupu nitrobřišního tlaku například při kašli, prudkém doskoku, běhu.

Vedle hlavních kategorií existuje ještě specifická skupina převážně pubertálních dívek, u nichž dochází k malým denním únikům při smíchu – **giggle inkontinence (enuresis risoria)**, jež zpravidla během dospívání spontánně odeznívá.

V anamnestickém vyšetření zjišťujeme především, zda se jedná o denní nebo noční úniky, přítomnost zadržovacích postojů, okolností, při kterých k úniku dochází (předcházející neodkladné nucení k močení, prudký vzestup nitrobřišního tlaku, smích, trvalé mokré spodní prádlo). Informujeme se o způsobu mikce (síla proudu, zapojení břišního lisu), obtížích spojených s mikcí (dysurie, strangurie, opožděný start, nykturie), o frekvenci a objemech mikce. Velmi důležitý je stav vyprázdnění střeva (obstipace, enkopréza). Anamnesticky také pátráme také po chorobách spojených s polyurií nebo nefropatiích v rodině, výskytu uroinfekce u dítěte. Je třeba zhodnotit dosavadní psychomotorický vývoj a základní psychologické a neurologické vyšetření.

O pitném režimu a kapacitě močového měchýře získáme přehled z pitné a mikční karty (záznam jednotlivých porcí přijatých tekutin a moče). Můžeme tak snadno odhalit polydipsii a udělat si představu o funkční kapacitě močového měchýře. Děti s urgentní inkontinencí mívají během celého dne častější vyprázdnění nižších objemů moče.

Z fyzikálního vyšetření věnujeme pozornost celkovému tělesnému stavu dítěte, zhodnocení stavu jeho výživy (neprospívání u chronických nefropatií nebo váhový úbytek u diabetes mellitus), ale především zevnímu genitálu (hypospadiie, malformace) a lumbosakrální oblasti. Na skryté rozštěpy mohou upozornit drobné kožní patologické nálezy v lumbosakrální krajině (asymetrický a hluboký kožní zářez v horní části intergluteální rýhy, ochlupená kůže, podkožní měkká resistance s důlkem). Na tyto poměrně vzácné jednotky je třeba pomyslet i u starších dětí a dospívajících, zvláště v případech uvedených kožních odchylek, současného neurologického nálezu a torpidního pomočování nebo enkoprézy.



Základním neurologickým vyšetřením zhodnotíme především stav dolních končetin a gluteální oblasti (stav svalstva, tonus, reflexy, cití, chůze).

Z laboratorních vyšetření je úvodně postačující chemické vyšetření moče, jejího sedimentu a kvantitativní bakteriurie. Cennou informací také přináší osmolalita ranní moče (diabetes insipidus). Z krevních vyšetření se lze spokojit se stanovením urey, kreatininu, natria, kalía a glykémie.

V zobrazovacích metodách zahajujeme ultrazvukovým vyšetřením ledvin a močového měchýře, kterým zhodnotíme velikost a parenchym ledvin, stav vývodných cest, eventuálně duplicitní anomálie a dystopie ledvin. USG přináší i cenné informace o močovém měchýři: morfolgické odchylky, stav sliznice i vlastní stěny (zesílená zánětlivě změněná sliznice, hypertrofie svaloviny), oblast zadní uretry, ale především kvalitu evakuace měchýře zhodnocením postmikčního rezidua. Rentgenologická vyšetření typu mikční cystografie

nepatří do úvodních kroků. Vylučovací urografii zařazujeme jen výjimečně a cíleně dle USG nálezu.

Z urodynamických vyšetření zařazujeme nejprve uroflowmetrii (eventuálně kombinovanou s EMG pánevního dna). Pomocí této metody obdržíme informace o průtoku moče definovaného jako mikční objem za jednotku času (ml/sec) a v podobě grafického záznamu. Pro dysfunkční mikci je typická nepravidelná přerušovaná křivka v důsledku kontrakcí svalstva pánevního dna během močení.

Popsaným postupem jsme schopni převážnou většinu dětí s úniky moče rámcově zařadit do základních diagnostických okruhů.

Další speciální vyšetření zůstávají vyhrazena pro jedince, u kterých vzniká již v úvodních krocích podezření na závažnější funkční poruchu dolních močových cest nebo na organický podklad úniků (strukturální nebo neurogení inkontinence) a pro

jedince s obtížemi vzdorujícími běžným léčebným postupům.

Úvodním vyšetřením bývá **mikční cystouretrografie** poskytující informace o tvaru a stěně měchýře, eventuálně o přítomnosti VUR. Nedílnou součástí vyšetření by však mělo být i zachycení mikčního aktu a tím zobrazení uretry, zvláště u chlapců (vyloučení subvezikální obstrukce).

Z urodynamických invazivních metod je základní **plnicí cystometrie** monitorující intravezikální tlak v průběhu plnění cestou katetru zavedeného transuretrálně nebo suprapubicky. Během plnění tlak za normálních podmínek stoupá plynule a dosahuje hodnot 1,5 kPa až při dosažení maximální kapacity. U dětí s urgentní inkontinencí prokazuje hypertonií měchýře nebo epizody náhlého vzestupu tlaku nad 1,5 kPa – netlumené kontrakce. Mluvíme pak o instabilitě detruzoru.

Při podezření na komplexní organickou nebo funkční poruchu lze využít i specializovaných laboratoří s možností vyšetření typu mikční cystometrie (P/Q studie) monitorující tlakových poměrů i během mikce, videourodynamického vyšetření se souběžným záznamem funkčních hodnot i RTG zobrazení.

V některých případech jsou indikována i endoskopická vyšetření (uretrocystoskopie, vaginoskopie, rektoskopie): při komplexních anomáliích uropoetického, pohlavního případně gastrointestinálního systému nebo při suspekci na subvezikální obstrukci (chlopeň zadní uretry, striktura uretry).

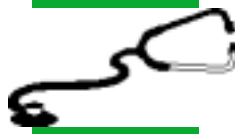
■ Léčba monosymptomatické noční enurézy (MNE):

V minulém století procházela snaha ovlivnit enurézu několika proudy, které se navzájem prolínaly. I dnes je léčebný postoj determinován specializací dotyčného lékaře. Léčba se mnohdy opírala o empirické zkušenosti či spíše tradované přístupy, podpořené jen chabým vědeckým pozpůsobáním. Některé z metod vycházely z logických premis (např. psychostimulancia k narušení hlubokého spánku, omezení tekutin a slaná večeře k snížení noční diurézy a „zadržování vody“ v těle, nácvik přerušovaného močení k posílení močového sfinkteru), ale jejich efekt nebyl nikdy zhodnocen seriózními studiemi. V klinické praxi se i v současnosti objevují extrémy v podobě polypragmatických „koktejlů“ (psychostimulancia, vitamíny řady B, E, nootropika, antidepressiva, sedativa...).

Po ujasnění, že se jedná o dítě s monosymptomatickou noční enurézou (MNE), je ujištění o nezávažnosti poruchy a vysvětlení podstaty problému velkou pomocí celé rodině. Musíme se rozhodnout, zda je v daném případě vůbec aktivní

ferring

Nutricia 2



léčba nutná. Dnes považujeme za hranici vhodnou pro terapeutickou intervenci věk okolo 6 let. Je třeba nejen respektovat přání rodičů a samotného dítěte, ale také umožnit dítěti zbavit se pocitu viny a rodičům rozptýlit nepřátelské postoje. Většina dětí problému a jeho příčinám vlastně nerozumí. Je třeba pochopit jeho vnímání problému, postoj k řešení, ne s ním pasivně manipulovat. Měli bychom zabránit posunu dítěte, zvláště pubertálního, do pasivní divácké role, ve které nelze očekávat ochotu k spolupráci. V běžné praxi jsou s oblibou používány kalendáře, do kterých si samy děti zaznamenávají svoje každodenní úspěchy, jen je třeba typ kalendáře zohlednit dle věku. Rodičům zdůrazňujeme, že by měli úspěchy oceňovat a selhání velkoryse přehlížet, aby se vyplňování kalendáře nestalo vlastním cílem. Nalezení způsobu ocenění úspěchů dítěte je někdy věcí fantazie rodiny. Doporučujeme motivovat dítě v dlouhodobějším horizontu než odměnami za jednotlivé dílčí úspěchy.

■ Režimová opatření

Pečlivým rozbořením anamnestických dat a mikčnické a pitné karty snadno můžeme odhalit režimové rezervy, jejichž náprava (nebo alespoň pokus o ni) musí předcházet léčebné intervenci. Podstatné není jen omezení přijímaných tekutin v pozdních odpoledních a večerních hodinách, ale reorganizace příjmu tekutin během celého dne. Ve večerních hodinách doporučujeme pít jen čisté neochucené vody. Už tímto „jednoduchým“ opatřením lze dosáhnout podstatného zlepšení u nemalé části dětí. Někteří jedinci setrvávají i přes opakované rozhovory v obráceném pitném režimu, což může být příčinou neúspěšnosti léčebných intervencí. Ke změně stereotypu rozložení přijímaných tekutin je nutná aktivní spolupráce dítěte. Někteří rodiče spontánně začnou reagovat na mokré ložní prádlo nočním buzením, respektive vysazováním k mikci. Názor na toto opatření prošel v minulých letech složitým vývojem, od horlivého doporučování s nabádáním k úplnému probuzení až ke striktnímu zavržení. Dnešní postoj je liberální. Kontraverzní otázkou zůstává používání savých plen typu pampers. Dnes převládá názor, že rozhodneme-li se aktivně NE řešit, pak odstranění pampers považujeme za vhodné.

■ Farmakologická léčba

Volba farmakologické léčby byla a je velmi závislá na specializaci zainteresovaného lékaře a na převládajícím názorovém klimatu v dané oblasti. Avšak studiemi, které obstály v metaanalytickém zhodnocení, byl spolehlivý efekt prokázán **vedle budících přístrojů pouze u 2 z nich (DDAVP a tri-**

cyklická antidepressiva). Diskuse probíhá o účinnosti podávání samotných anticholinergik. Rozhodování (zpravidla o samotném alarmu či DDAVP, méně pak TCA) závisí od místních zvyklostí, dostupnosti, ale též na představách rodičů i samotného dítěte.

■ DDAVP

Syntetický analog endogenního vazopresinu, zbavený vasokonstričních účinků a posílený v antidiuretické aktivitě. Logicky předpokládané vysvětlení jeho účinku ve snížení noční produkce moče bylo u enuretiků potvrzeno i klinickými studiemi. Na rozdíl od alarmu má aplikace DDAVP přednost v promptním efektu. Za dobu jeho používání v léčbě NE se ustálilo klinické hodnocení jeho účinnosti:

■ **respondentní**

- kompletní úprava, event. pokles NE o více než 90%

■ **parciálně respondentní**

- více než 50% pokles NE

■ **non-respondentní**

- méně než 50% snížení NE

Přes rychlý účinek DDAVP má poměrně velké procento dětí sklon k relapsům po ukončení léčby. Z dlouhodobého pohledu však můžeme hovořit o vyléčení, přetrvává-li kompletní úprava i po skončení medikace. DDAVP má nejen přechodně symptomatický, ale jak bylo prokázáno, i trvalý léčebný účinek u části pacientů, kterého lze dosáhnout dlouhodobým podáváním s postupným vysazováním (zpravidla 6–12 měsíců). Někteří autoři doporučují postup, ve kterém testují přetrvávající efekt opakovaným přerušením léčby vždy po 3 měsících.

U některých jedinců můžeme mluvit o DDAVP dependenci, kdy opakované pokusy o vysazení léku během několika let vedou k návratu obtíží. Přitom tyto jedinci jsou mnohdy „závislí“ na malých dávkách DDAVP. Ani pokusy o zvrát pomocí alarmu či imipraminu nebývají úspěšné.

Při takto dávkovaném DDAVP je procento výskytu vedlejších příznaků velmi malé (cephalea, epistaxe). Mírné nežádoucí účinky nejsou ani zpravidla důvodem k přerušení léčby. Nejvýznamnějším rizikovým stavem v souvislosti s jeho podáváním je symptomatická hyponatremie. Patologickým substrátem je edém mozku. Za celou dobu od zavedení DDAVP v léčbě bylo ve světovém písemnictví publikováno asi osm desítek hyponatremií. Převážná většina z nich se zotavila bez následků. Nutno zdůraznit, že nedodržení doporučených režimových pitných opatření bylo dominantní příčinou těchto stavů, zvláště u dětí mladší věkové kategorie.

Problematickou skupinou zůstávají děti

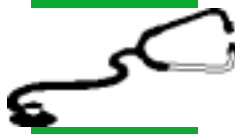
s DDAVP rezistentní formou, kteří se většinou vyznačují absencí noční polyurie, častější denní mikcí a menší kapacitou měchýře. To vše nasvědčuje tomu, že se jedná o jedince se skrytou dysfunkcí močového měchýře. U těchto pacientů můžeme zavést po pečlivém zhodnocení situace buďto samostatnou léčbu anticholinergiky nebo jejich kombinaci s DDAVP.

Tricyklická antidepressiva (TCA) – především imipramin – byla zavedena do léčby MNE v 60. letech. Dodnes není o mechanismu jejich účinku jasno. Kontrolovanými studiemi byla prokázána účinnost TCA na snížení či vymizení nočních příhod u 57% dětí, i když trvalého zlepšení bylo dosaženo jen u poloviny z nich. Nejvýznamnější slabinou TCA jsou vedlejší účinky pramenícím z anticholinergního efektu a především z jejich kardiotoxicity (prodloužení QT intervalu). Reputaci TCA v léčbě NE nejvíce uškodila série těžkých otrav, mnohdy fatálních, v důsledku incidentálního nebo suicidálního požití léku. Před nasazením je vhodné natočení EKG křivky k odhalení jedinců s nativně prodlouženým QT intervalem. TCA rozhodně nepatří k postupům první volby, ale u některých torpidních forem, zvláště u starších dětí, se musíme uchýlit ke kombinacím medikamentů i k podávání TCA. Důležité je upozornit rodiče na nutnost dohledu nad užíváním léku a o bezpečném uskladnění z dosahu mladších sourozenců. Efekt lze očekávat u dětí se sekundární enurézou, se současným ADHD syndromem a u starších dětí s nepravidelnými příhodami.

■ Alarmy

Budící přístroje, které jsou rozšířené především v anglicky mluvících zemích zatím nedoznaly výraznějšího rozšíření v ostatním světě. Jejich účinnost byla spolehlivě prokázána, avšak vyžaduje dobrou spolupráci dítěte. Proto jsou doporučovány zpravidla pro děti ve věku nad 7–8 let. Ačkoliv už byl několikrát učiněn pokus o import některých zavedených typů nebo o konstrukci přístroje české proveniencí, většího rozšíření zatím nedosáhly. V našich podmínkách je významnou limitací i finanční náročnost pro rodinu. Efektu je zpravidla dosahována po 2–3 měsících, ale pro sklon k relapsům u části dětí je někdy nutná opakovaná aplikace.

Literatura u autora



Komplexní lázeňská léčba v dětské nefrourologii

Léčebné lázně Mariánské Lázně a.s.,

Ing. L. Novobilský

generální ředitel, Dětská lázeňská léčebna Miramonte

Prim. MUDr. Drahomíra Nečasová

ředitelka léčebny a hlavní lékař

Dlouholetá tradice a příznivé výsledky lázeňské léčby nefrourologických onemocnění u dospělých vedly balneology a pediatriy k využití této konzervativní léčebně preventivní metody také u dětí. V červenci roku 1963 byla otevřena první Dětská lázeňská léčebna s nefrourologickým zaměřením ve střední Evropě v Mariánských Lázních. Příznivý účinek místních přírodních léčivých zdrojů – minerální vody různého chemického složení, peloidů a zředěného plynu, je využíván v komplexní lázeňské léčbě nefrourologických onemocnění. Jejich účinek kombinujeme s pohybovou léčbou, masážemi, elektroléčebnými procedurami, magnetoterapií, psychoterapií, léčebnou výživou a s novými prvky aktivní rehabilitace (myofeedback a sono-biofeedback). Pravidelným a přesným dávkováním těchto podnětů dochází k funkční přestavbě mozkové kůry s vymizením patologických reflexů a k jejich nahrazení novými podmíněnými reflexy, k zlepšení adaptace organismu na nepříznivé zevní vlivy a ke zvýšení celkové odolnosti a fyzické zdatnosti. Na počátku každé lázeňské léčby je pro dítě vypracován individuální léčebný plán.

Průměrná doba léčení je 4 – 6 týdnů. Má tři údobí:

I. Období adaptace (3 – 5 dní), kdy odezní únava z cesty, stesk, dítě navazuje nové kontakty s personálem a ostatními dětmi a je postupně zatěžováno jednotlivými procedurami.

II. Období vlastní balneace tj. období plné zátěže léčebným programem (3týdny).

III. Období přípravy na propuštění, kdy postupně snižujeme zátěž léčebnými procedurami, pro usnadnění adaptace po návratu do domácího prostředí.

U dětí do 6-ti let preferujeme pobyt v doprovodu rodiče, čímž se podstatně zkrátí doba adaptace, dítě netrpí odloučením od rodiny, rodič mu usnadní zapojení do léčebného procesu a sám se aktivně na něm podílí a v režimových opatřeních pak pokračuje s dítětem i doma. Aktivní zapojení rodiny do léčebně preventivního procesu je významným faktorem, který ovlivní další průběh nemoci. Během celé lázeňské léčby je důležité zajištění příjemné atmosféry a úzkého kontaktu s dítětem. S ohledem na jeho věk a psychiku vysvětlíme dítěti průběh procedury a její účinek tak, aby se nebálo a nezauja-

lo k terapii negativní postoj. Záporné emoce mohou vést k nežádoucím reflexům, zvýšit napětí svalů či nervově cévního systému a tím snížit očekávaný výsledek lázeňské léč-



by. V balneoterapii nefrourologických onemocnění využíváme minerální vody a to vnitřně k **pitné léčbě** a zevně k minerálním koupelím. Výběr minerálních vod k pitné léčbě se řídí stejnými pravidly jako u dospělých, jen jejich dávkování se přizpůsobuje tělesné hmotnosti dítěte a stupni poškození ledvinných funkcí.

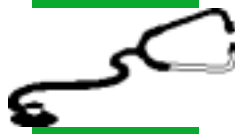
Mariánskolázeňské minerální vody užívané k pitné léčbě dělíme na:

1. Skupinu vod s diuretickým účinkem (Rudolfka, Karolína). Jsou to vody hypotonické, slabě mineralizované, kterými navozujeme polyurii snížením tubulární resorpce vody,

méně vzestupem glomerulární filtrace. Důsledkem polyurie je mechanické vyplavování produktů zánětu (leukocytů, epitelii, bakterií), drobných krystalků, písku a kaménků. Ovlivňují také jímavost močového měchýře a tonizují vývodné cesty močové. Jsou využívány v léčbě nefrourologických onemocnění včetně urolitiázy. U litiázy, která je provázena renální hypercalciurií, preferujeme v pitné léčbě Rudolfku, abychom zabránili vzniku kalciové deplece, zatímco u urolitiázy s absorpční hypercalciurií dáváme přednost Karolíně pro nízký obsah kalcia a vyšší obsah magnezia.

2. Skupinu vod ovlivňujících střevní motilitu a střevní mikrofloru s mírně laxativním působením. Jsou to vody středně mineralizované, které vedle hydrouhličitanu jsou bohaté na síranové soli (Křížovka, Ferdinandka). Jejich účinek využíváme u chronických zánětů a dysfunkcí močového ústrojí, zvláště jsou-li provázeny zácpou.

3. Tuto skupinu představuje pouze jeden pramen – Lesní pramen, hypotonická, slabě mineralizovaná hydrouhličitano-sodno-horečnatá kyselka mírně alkalizující moč. Využít-



vá se v léčbě cystínové a urátové litiázy.

4. V této skupině jsou velmi slabě mineralizované Ambrožovy prameny se zvýšeným obsahem železa. Vhodné u všech stavů, které jsou provázeny sideropenickou anémií.

A. Uhlíčitá koupele jsou koupele v minerální vodě o indiferentní teplotě, ve které je rozpuštěno více jak 2g oxidu uhličitého v 1 litru vody. Rozpuštěný oxid uhličitý se vstřebává kůží, kde působí uvolnění vazoaktivních látek, jejichž vlivem dochází k dilataci kožních kapilár a arteriol. Stejně reagují cévy v ledvinách, zvýší se diuréza a natriuréza. Hydrostatický tlak a vztlak vody ovlivňuje hemodynamiku ponořených orgánů, zlepšuje se přítok krve k srdci, ale krevní tlak se během koupele podstatně nemění, po koupeli klesá. Koupele předepisujeme dětem s chronickou pyelonefritidou nebo glomerulonefritidou, zvláště jsou-li provázeny zvýšením krevního tlaku.

B. Peloidy (slatiny a rašeliny) jsou sedimenty převážně organického původu vzniklé v přírodě procesem humifikace, tj. přeměnou organických těl rostlin v kyselém nebo subneutrálním prostředí. Po úpravě se používají pro přípravu koupelí nebo zábalů. Mají vynikající teplodržnost, teplo z nich se uvolňuje postupně, proto lze využívat teploty 38–44°C i u dětí. Při aplikaci na oblast močového měchýře se zvětší jeho jímavost a sníží intravezikální tlak zvláště u funkčních poruch vyprazdňování typu hyperaktivního detruzoru. Protizánětlivý, analgetický a spasmolytický účinek tepla se uplatní v balneoterapii recidivujících a chronických pyelonefritid, cystitid, v rekonvalescenci po operacích a u litiatiků

C. Zřidelný plyn – Mariin pramen je z 99,7% plynný oxid uhličitý, který u dětí aplikujeme zevně formou plynových obálek na dolní polovinu těla. V uzavřeném prostoru obálky dochází k městnání tepla, pocení kůže a k zvlhčení oxidu uhličitého, který se pak lépe kůží vstřebává. Po počáteční kožní vazodilataci nastává vazodilatace hluboká s poklesem krevního tlaku a se zvýšením prokrvení v oblasti malé pánve. Předepisujeme u recidivujících a chronických zánětů a po operacích v malé pánvi.

Balneoterapii doplňují všechny formy pohybové terapie (skupinová a individuální léčebná tělesná výchova dle typu onemocnění,

cvičení v bazénu a na přístrojích, dózované vycházky), klasické a reflexní masáže, elektroléčba a magnetoterapie, nácvik mikčního režimu pomocí budíků nebo alarmů, dietní stravování a medikamentózní léčba.

Asi 2/3 urologické klientely představují děti s recidivujícími a chronickými infekcemi močových cest, které ve 30% jsou provázeny funkční poruchou vyprazdňování dolních močových cest. K nácviku porušené funkce využíváme reedukační metody myofeedback a sono-biofeedback.

D. Metodou myofeedbacku se dítě za zrakové případně i sluchové kontroly učí vědomé relaxaci a kontrakci svaloviny dna pánevního, kterou jinak nelze kontrolovat zrakem. Myoelektrické potenciály ze svalů jsou snímány povrchovými elektrodami umístěnými nad svěrač konečníku a přenášeny pomocí EMG přístroje na obrazovku počítače, na níž pacient sleduje práci svaloviny dna pánevního případně ještě za doprovodu zvukové signalizace. Výsledky porovnáváme během jednoho sezení a mezi jednotlivými sezeními. Dítě se naučí vědomé relaxaci svaloviny dna pánevního během mikce, močí pak volně, bez postmikčního rezidua. Úspěšnost metody je kolem 80%. Nelze ji uplatnit u pacientů s nedostatečnou mentální úrovní, kteří nejsou schopni porozumět principu metody.

E. Jednodušší metodou, kterou využíváme k nácviku úplného vyprázdnění močového měchýře hlavně u dětí předškolního věku, je sono-biofeedback. Moč v močovém měchýři je snímána ultrazvukovou sondou a zobrazena na obrazovce přístroje, kde ji dítě sleduje. Komplexní lázeňská léčba nefrourologických onemocnění dětského věku vychází z tradičních balneologických postupů, upravených obecnými zásadami pediatriky a urologiky.

Současné urologické indikace k lázeňské léčbě:

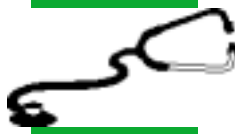
XXVIII/1 - Recidivující a chronické záněty ledvin a močových cest na podkladě anatomické či funkční poruchy

XXVIII/2 - Urolitiáza

XXVIII/3 - Stavy po urologických operacích

Omluvenky rodičů uleví lékařům

Dětským lékařům se ulevilo – po pondělním rozhodnutí ministerstva školství, že nepřítomnost žáka ve škole mají omlouvat zákonní zástupci, nikoli lékaři, očekávají až o třetinu méně pacientů ve svých čekárnách. Nejméně třetinu totiž tvoří ti, kteří si k lékaři jdou jen pro razítko, aby měli posvěceno své záškoláctví. Svědčí o tom zkušenost z Kroměřížska, kde praxe „omluvenky píše rodiče“ už nějaký čas funguje. „Mám mnohem volnější ruce, takže děti, které jsou opravdu nemocné, už nemusí na vyšetření dlouze čekat,“ říká kroměřížský lékař Petr Hadraba. „Navíc už nemusím tolik přemýšlet, jestli mi pacienti nelžou, nesimulují. Na vyšetření chodí jen ti, kterým opravdu něco je, nikoli ti, kteří říkali: V noci mi nebylo dobře, nechte mě doma,“ tvrdí. Ve školách však takové nadšení nepanuje: pro učitele bude obtížnější odhalit případy záškoláctví. (Podle učitelů případnou na každou osmou či devátou třídu ve větším městě nejméně dvě děti, které mají mezery v docházce.) Záškoláci se totiž dnes škole nevyhýbají proto, že by se báli zkoušení. „Mnohdy jde spíše o rebelii proti rodičům. Ti jsou často hodně zaměstnaní, na děti jim nezbyvá čas – a ty řeší svou frustraci záškoláctvím,“ míní pražská psycholožka Václava Masáková. „Když se to rodiče dozvědí, cítí vinu a raději absenci omluví, aniž by nějak řešili, proč děti ze školy utíkají.“ Ministerstvo školství přesto doufá, že pokyn o omlouvání záškoláctví znesnadní. Píše se v něm totiž, že v okamžiku, kdy má škola podezření, že dítě docházku záměrně zanedbává (a rodiče je kryjí), může si od lékaře vyžádat potvrzení, zda je vyšetřoval. „Stále je pro nás mnohem menší práce podívat se do kartotéky a škole to zjistit než zbytečně vyšetřovat pacienta, kterému vlastně nic není,“ podotýká Hadraba.



Víme proč očkujeme?

MUDr. Jaroslav Prokopec, CSc.

ředitel Aventis Pasteur pro Českou republiku.

V poslední době se rozhořel prudký spor o povinné očkování dětí a možná i o celou podstatu tohoto preventivního postupu. Střetávají se názory extrémně zaměřené proti jakémukoliv očkování, s názory přehlížejícími svobodu rozhodování rodičů o zdraví jejich dětí.

Imunizace je jeden z největších lidských triumfů minulého století nad prostředím bakterií a virů, které přinášely v minulosti úzkost, beznaděj, utrpení a smrt. Očkování je svým způsobem kompromis, umění možného. Kompromis mezi účinností a bezpečností očkovací látky. Obě strany se předhánějí ve snášení argumentů pro a proti. Odpůrci očkování přehlížejí, pravděpodobně z neznalosti fakt, jak devastující účinek na dětskou populaci měla v minulosti onemocnění dnes již málo známá svým klinickým obrazem. Jsou málo známa proto, že jsou potlačena právě očkováním. Díky různým tlakům, vzniká i v části lékařské populace jistá pochybnost o správnosti očkování. Je třeba se proti tomu bránit a uvědomit si, proč dnes již tak samozřejmě očkujeme a co nám to přináší za výsledek, i když není na první pohled patrný.

Očkováním proti hemofilovým infekcím jsme se zařadili do seznamu vyspělých zemí. Přes obtíže, které zavedení očkování provázelo, je to bezpochyby krok kupředu. Odborná diskuse by se měla nyní odvíjet více o tom, jak zjednodušit a zkvalitnit očkovací schéma v České republice, než o tom zda očkovat či ne. Je důležité pochopit problematiku acelulární pertuse, versus celobuněčné pertusové složky ve vakcíně. Zvážit argumentaci a riziko použití inaktivované polio vakcíny versus živé polio. Posoudit vícenásobné aplikace vakcín, proti polyvalentním, kombinovaným vakcínám. Zvážit vhodnost rodičovské volby mezi očkovacími látkami pro své dítě. Bylo by také žádoucí aby kompetentní lidé posuzovali ekonomický aspekt jednotně, jak z pohledu zdravotních pojišťoven, které nesou náklady na aplikaci, tak z pohledu ministerstva zatíženého úhradou očkovacích látek samotných.

V blízkém budoucnu jen společné úsilí lékařů z oboru pediatrie, epidemiologie a souvisejících oborů dokáže posunout očkovací kalendář směrem ku-

předu. Je ale potřeba překonat mnoho někdy bezvýznamných rozporů mezi jednotlivými skupinami odborníků. Vzájemně si vyjít vstříc, snažit se pochopit důvody "těch druhých" a rozumně je zvážit.

Dobrá zpráva však je, že převážná většina dětských lékařů chápe bez výhrad očkování jako pozitivní úkon a nenechají se vyvést z míry často neopodstatněnými útoky proti vakcinaci. Nezapomínají ani na děti které nezastihlo zavedení hemofilové vakcíny. Nabízejí tuto prevenci rodičům, stejně jako celou řadu ostatních bezpečných a osvědčených vakcín proti meningokokům, hepatitidě a ostatním nemocem. Na otázku v nadpisu si jistě odpoví každý z lékařů sám a bez dlouhého přemýšlení.

Zejména těmto lékařům bych chtěl poděkovat za odpovědný přístup jménem společnosti Aventis Pasteur, která se již po desetiletí zabývá výzkumem, vývojem a výrobou očkovacích látek na celosvětové úrovni. ■

Aventis Pasteur



**MINIMÁLNÍ
DIAGNOSTICKÝ
A TERAPEUTICKÝ
STANDARD
U PACIENTŮ
S EPILEPSÍ
II**

**II/1 Kritéria kompenzovanosti pacientů
s epilepsií**

**II/2 Racionální farmakoterapie epilep-
tických syndromů**

II/3 Epileptochirurgická léčba epilepsie



AUTORSKÝ KOLEKTIV

Užší autorský kolektiv

MUDr. Jiří DOLANSKÝ
MUDr. Jan HADAČ
Doc. MUDr. Vladimír KOMÁREK
MUDr. Radomír ŠLAPAL, CSc.
MUDr. Jana ZÁRUBOVÁ
MUDr. Boris ŽIVNÝ

Širší autorský kolektiv

MUDr. Milan Brázdil
MUDr. Jindřiška Burešová
Doc. MUDr. Miluše Havlová, CSc.
MUDr. Jiří Hovorka, CSc.
MUDr. Markéta Jirásková
JUDr. Miroslav Kaňka
MUDr. Marie Kolínová
Prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc.
Prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc.
MUDr. Zdena Salcmanová, CSc.

Uspořádal

Doc. MUDr. Vladimír KOMÁREK



Vážené kolegyně a kolegové,

pracovní skupina EpiStop připravila druhou část minimálních standardů, které tentokrát zahrnují návrh racionální farmakoterapie epileptických syndromů, minimální epileptochirurgický standard a stručnou verzi Metodického listu MZ ČR č. 1/1989 k posuzování pacientů s epilepsií podle stupně kompenzovanosti.

Domníváme se, že hledání společného jazyka pro komunikaci mezi epileptology, neurology, praktickými lékaři a laiky povede ke zlepšení kvality péče, a tím i k zlepšení kvality života pacientů.

Předkládaný materiál nemá a nechce nahrazovat standardy léčby, které pro ministerstvo zdravotnictví vypracovávají odborné společnosti. Jedná se pouze o stručné informace zahrnující nezbytně nutné předpoklady racionálních postupů v epileptologii. Standardy byly opakovaně diskutovány na jednáních EpiStopu a na plenárním zasedání České ligy proti epilepsii a očekáváme i vaše případné připomínky.

Doc. MUDr. Vladimír Komárek

II/1 KRITÉRIA KOMPENZOVANOSTI PACIENTŮ S EPILEPSIÍ

Základem pro posuzování kompenzovanosti pacientů s epilepsií zůstává Metodický list č. 1/1989 Ministerstva zdravotnictví ČR k posuzování dětí, mládeže a dospělých pacientů s epilepsií podle stupně kompenzovanosti (LP/2 –264 - 6,4,1989/75/2), který byl vytvořen našimi předními epileptology a neztratil nic na svém významu. Na základě tohoto Metodického listu vypracoval EpiStop následující zkrácenou verzi.

Podle tohoto Metodického listu jsou pacienti s epilepsií rozděleni do čtyř základních skupin:

I. Plně kompenzovaný	<ul style="list-style-type: none">▪ 2 a více let bez záchvatů s terapií i bez terapie
II. Kompenzovaný	<ul style="list-style-type: none">▪ rok bez záchvatů s terapií i bez terapie
III. Částečně kompenzovaný	<ul style="list-style-type: none">▪ obvykle déle než 1 měsíc bez záchvatů (obvykle méně než 12 záchvatů do roka)▪ epilepsie ovlivňuje kvalitu života
IV. Nekompenzovaný	<ul style="list-style-type: none">▪ záchvaty jsou častější než 1× do měsíce (obvykle více než 12 záchvatů do roka)▪ epilepsie významně ovlivňuje kvalitu života

Rozmanitost epilepsií a epileptických syndromů nedovoluje určit jediné kritérium, které by přesně vystihovalo stupeň kompenzovanosti a omezení epilepsií pro každého jednotlivého pacienta. Potřeba odlišení různých stupňů postižení je však v každodenní praxi jednoznačná. Frekvence záchvatů je jedním z ukazatelů. Jedině ošetřující neurolog (pečující o pacienta alespoň 6 měsíců) může zařadit pacienta do některého ze stupňů kompenzovanosti a nemusí přitom vždy striktně dodržet pouze kritérium frekvence záchvatů, ale přihlédne k formě epilepsie, epileptického syndromu, EEG nálezu, neuropsychickému stavu pacienta atd.

Hlavním smyslem rozlišování stupně kompenzovanosti by mělo být vyjádření *schopnosti* osoby s epilepsií zařadit se do běžného života.

Stanovení stupně kompenzovanosti by se mělo stát nedílnou součástí diagnózy epilepsie, epileptického syndromu.

Snahou pracovní skupiny EpiStop bude, aby v budoucnu všechna legislativní opatření, sociální problematika, pracovní zařazení i posuzování schopnosti řízení motorových vozidel byla vztahována k těmto čtyřem základním stupňům kompenzovanosti pacientů s epilepsií.

Platí, že izolovaný epileptický záchvat bez specifické aktivity v EEG a bez prokázané mozkové léze neposuzujeme jako epilepsii. Ojedinelé záchvaty způsobené jednoznačnou příčinou, která pominula (např. exogenní či endogenní intoxikace, edém mozku apod.) a s EEG bez specifických projevů, neposuzujeme jako epilepsii.



II/2 RACIONÁLNÍ FARMAKOTERAPIE U VĚKOVĚ VÁZANÝCH EPILEPTICKÝCH SYNDROMŮ

	Léky 1. volby	Léky 2. volby	Poznámka
1. Westův syndrom (WS)	ACTH* nebo steroidy vigabatrin	benzodiazepiny valproát	na specializovaných pracovištích
2. Lennoxův-Gastautův syndrom (LGS)	lamotrigin valproát	benzodiazepiny felbamát topiramát	na specializovaných pracovištích
3. Myoklonicko-astatická epilepsie – Doose (MAE)	lamotrigin valproát	benzodiazepiny etosuximid	
4. Dětské absence (CAE)	etosuximid valproát	lamotrigin	
5. Juvenilní absence (JAE)	valproát	etosuximid lamotrigin	
6. Epilepsie s velkými záchvaty po probuzení (GMA)	valproát	lamotrigin primidon	
7. Juvenilní myoklonická epilepsie (JME)	lamotrigin valproát	primidon	
8. Benigní parciální epilepsie dětského věku např. BERS	sultiam valproát	karbamazepin	
9. Landauův – Kleffnerův syndrom (LKS)	ACTH* nebo steroidy vigabatrin	sultiam valproát	na specializovaných pracovištích

Poznámka

Léky jsou řazeny abecedně a lze zvolit jako první kterýkoli z nich.

Vysvětlivky

** adrenokortikotropní hormon (kortikotropin)*

II/3 CHIRURGICKÁ LÉČBA EPILEPSIE

Nepominutelné předpoklady indikace chirurgické léčby epilepsie

1. Informovaný souhlas a pozitivní motivace nemocného, příp. jeho zákonných zástupců (rodičů apod.).
2. Vyčerpání všech méně rizikových způsobů léčby, které mají větší nebo stejnou terapeutickou účinnost jako radikální (chirurgická) léčba
 - U nelezionálních epilepsií je obligátní kritérium farmakorezistence.
 - U sekundárních lezionálních epilepsií je kritérium farmakorezistence jen relativní v případech, kdy organická mozková léze ohrožuje nemocného ještě jinými projevy než epileptickými nebo v případech, kdy nemocného ohrožuje progresivní organická léze (mozkové nádory, cévní malformace apod.).

Minimální diagnostický standard nezbytný pro posouzení indikace chirurgické léčby epilepsie

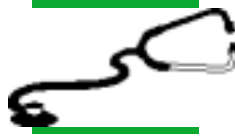
1. Podrobná anamnéza dosavadního průběhu a léčby epilepsie (včetně lékových forem a dávkování antiepileptik).
2. Podrobná interiktální EEG studie (opakované záznamy pořízené v různé denní dobu a za různých vnějších okolností).
3. Magnetická rezonanční tomografie na přístroji o výkonu nejméně 1,5T, zobrazení ve 3 na sebe vzájemně kolmých rovinách řezů, minimálně v T1 a T2 váženém zobrazení.
4. Podrobné neuropsychologické vyšetření (u dětí opakované, zaměřené na zhodnocení trendu vývoje).
5. Iktální neinvazivní a/nebo semiinvazivní video-EEG studie.
6. Fakultativně MR-spektroskopie, SPECT, PET aj.
7. Dostupnost WADA testu

Minimální epileptochirurgický standard

1. Specializované neurochirurgické pracoviště se zkušeností v obecné mozkové mikrochirurgii odpovídající věku nemocného, ve funkční neurochirurgii epilepsie a v neuroanestezii.
2. Možnost implantace intrakraniálních elektrod pro chronickou invazivní video EEG exploraci a funkční mapování mozkové kůry.
3. Možnost peroperační invazivní EEG explorace.
4. Návaznost na neurointenzivní péči odpovídající věku nemocného s možností dlouhodobé arteficiální plicní ventilace, kontinuální monitorování vitálních funkcí, nitrolebního tlaku, jugulární oxymetrie, zkušenost v terapii status epilepticus.
5. Možnost monitorování sérových hladin antiepileptik.
6. Návaznost na neuropatologické pracoviště se zkušeností s hodnocením epileptogenních mozkových lézí.



Glaxo



Gastroezofageální reflux u dětí

MUDr. Ingrid Bayerová

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

■ Úvod

Gastroezofageální reflux (GER) je primárně motorické onemocnění gastrointestinálního traktu, které je definováno jako mimovolní návrat žaludečního obsahu z žaludku do jícnu. Může být zcela asymptomatický, silentní, nebo se projevovat regurgitací, či zvracením. Při regurgitaci reflux bez námahy vytéká z úst. Pro zvracení je charakteristická nausea a vypuzení žaludečního obsahu.

Jako **fysiologický** je označován reflux žaludečního obsahu u zdravého a dobře prospívajícího dítěte, který nezpůsobuje žádné komplikace. Je klinicky němý nebo je provázen regurgitací, ev. zvracením, tzv. **happy spitters**. Většinou spontánně ustoupí. Z těchto důvodů nevyžaduje pro dítě zatěžující cílené vyšetření pro potvrzení diagnózy nebo farmakoterapii.

Jako **nemoc z gastroezofageálního refluxu** (GERD) je označován symptomatický, patologický reflux spojený s následnými komplikacemi. Manifestuje se např. malnutricí, respiračními nemocemi, ezofagitidou a jejími komplikacemi (9,12).

Stanovit hranici mezi fysiologickým refluxem a patologickou GERD je někdy obtížné.

V rámci diferenciální diagnózy je nutné pamatovat i na **sekundárně vzniklý gastroezofageální reflux** objevující se přechodně či trvale v rámci určitých onemocnění. Objevuje se při infekcích, metabolických onemocněních, u některých vrozených vad trávicího traktu, potravinových alergiích, anebo při poruchách CNS a psychomotorických postiženích.

■ Klinické příznaky

Regurgitace

Regurgitace je nejčastějším projevem infantilního gastroezofageálního refluxu, který se zřídka objevuje u starších dětí a dospělých. Může mít charakter ublinkávání, anebo nenamáhavého až projektilového zvracení.

Nejčastěji se objevuje postprandiálně, i když u dětí s GERD se může projevit až za 1–2 hodiny po jídle (9).

Je obvyklým nálezem u zdravých novorozenců a kojenců v období od narození do 3.–4. měsíce věku (2/3 dětí). V průběhu 6.–7. měsíce života její incidence výrazně klesá (7).

Diferenciálně diagnosticky je nutné vyloučit jiné příčiny stavu, neboť zvracení může být způsobeno anatomickými anomáliemi trávicího traktu, metabolickým onemocněním nebo může být projevem alergie na bílkovinu kravského mléka (1).

Ezofagitida

Základním projevem ezofagitidy u kojenců jsou pláč a dráždivost, které představují non-verbální projev bolesti. Dochází rovněž k rozvoji bolestí navozené averze ke krmení, což vede k insuficientnímu kalorickému příjmu a rozvoji malnutrice. K dalším možným příznakům ezofagitidy se dále řadí excesivní škytavka, poruchy spánku, stáčení do oblouku a Sandifer syndrom (tj. torticollis, dystonické postavení způsobené refluxem). Zvracení, anebo již vzniklá ezofagitida může vést ke krvácení z gastrointestinálního traktu v podobě hematemezy, melény či známek okultního krvácení ve stolici. Neléčená ezofagitida může vést k rozvoji striktur, Barrettova ezofagu a adenokarcinomu v dospělosti.

Při stanovení diagnózy ezofagitidy způsobené gastroezofageálním refluxem je nutné vyloučit jako možnou příčinu pláče a neklidu infantilní koliky, infekce, potravinové alergie, ev. onemocnění CNS.

Symptomy horních cest dýchacích

Horní cesty dýchací jsou u novorozence a kojence relativně krátké, měkké a mají nevyzrálé reflexy. To představuje vysoké riziko vzniku obstrukční apnoické pauzy nebo intermitentního inspiračního stridoru způsobeného GER. U starších dětí dochází k ústupu těchto nálezů a GER se může projevovat chrapotem a spastickou laryngitidou.

Při stanovení diagnózy je nutné vyloučit jiné možné příčiny apnoe, zhodnotit jiné příčiny vzniku stridoru a chrapotu vyloučením kongenitálních nebo získaných onemocnění horních cest dýchacích.

Symptomy dolních cest dýchacích

GER vede nejčastěji k rozvoji reflexních bronchospasmů a pneumonie, zejm. u starších dětí a může se projevovat jako chronické onemocnění dolních cest dýchacích. Prevalence GERD u chronických respiračních chorob – astma bronchiale, cystická fibroza, bronchopulmonální dysplazie – je přibližně 50% (5, 9).

Průběh onemocnění

GER je u většiny novorozenců a kojenců benigním nálezem, který spontánně vymizí během 12.–18. měsíců. Maximum výskytu pozorujeme od 1.–4. měsíce života u 2/3 dětí. Spontánní ústup příznaků refluxu je pozorován u 55% kojenců v 10. měsíci věku, a dokonce u 80% batolat v 18. měsících. Signifikantní komplikace patologického gastroezofageálního refluxu se vyvíjejí u 10% neléčených dětí do 4 let věku (13).

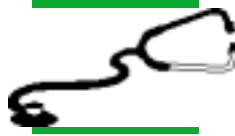
■ Diagnostika

Anamneza, fyzikální a laboratorní vyšetření

V první řadě je důležité řádně zjistit anamnezu (overfeeding, polohování dítěte, expozice tabákovému kouři apod.). Dobře prospívajícího kojence i s častým zvracením není třeba zatěžovat dalším vyšetřováním. Při neprospívání jsou však další, cílená vyšetření nutná, aby bylo možné vyloučit infekční, anatomické, metabolické nebo neurologické příčiny zvracení. Přínosem se stavají tehdy, pokud z nich vyplyne změna terapeutického přístupu. Důležitým pomocníkem při stanovení diagnózy GER by se jistě stal i navrhovaný skórovací systém pro GERD (9,10).

RTG vyšetření – ezofagogram

Heinz



Slouží k vyloučení anatomických abnormalit GIT, hiátové hernie nebo kontinuálního refluxu. Vyšetření probíhá za nefysiologických podmínek (konzistence kontrastní látky, polohování) a zachycuje pouze postprandiální reflux. Nevýhodou je radiační zátěž a krátká doba sledování. Tento test není senzitivní pro diagnózu GERD, a proto je indikován pouze u vybraných pacientů. Vždy se však provádí před chirurgickou léčbou GER.

Endoskopie a histologické vyšetření

Invazivní vyšetření umožňující přímou vizualizaci mukózy jícnu, žaludku, duodena flexibilním endoskopem a získání biptického materiálu k histologickému vyšetření pro stanovení diagnózy ezofagitidy.

Ezofageální pH monitoring (EpHM)

Jícnová 24-hodinová pH-metrie představuje zlatý standard pro diagnózu GER. Měří pH obsahu v dolní třetině jícnu a umožňuje určit poruchu vyprazdňování a očistit jícnu způsobené refluxem kyselého žaludečního šťávy do jícnu. Vyšetření má specifickou 92,9 – 97% a senzitivitu mezi 87 – 93,3 % (16). Jde o relativně málo invazivní vyšetření, které se může indikovaně provádět již od novorozeneckého věku. Rovněž jsou známy normální hodnoty posuzovaných parametrů ve vztahu k věku dítěte. Při podávání standardní mléčné formule, jejíž pH je nad 6, však detekce postprandiálního refluxu není možná, a proto někteří autoři doporučují v tomto případě používat jablečný džus (pH je přibližně 3,5).

Ezofageální manometrie

Semiinvazivní vyšetření, které měří tonus dolního jícnového svěrače (LES). Jeho užití je u novorozenců a kojenců limitováno, a proto se rutinně nepoužívá.

Sonografie

Neinvazivní vyšetření se spornou výpovědní hodnotou, a proto na jeho základě není možné GER diagnostikovat.

Scintigrafie technetiem

Neinvazivní vyšetření s nízkou radiační zátěží, které umožňuje efektivně a spolehlivě určit frekvenci a objem GER i po fyziologicky pH neutrálním jídle, tj. při neacidotickém refluxu. Rovněž detekuje vyprazdňování žaludku a plicní aspiraci (8).

Ostatní

Pro stanovení diagnózy následného respi-

račního postižení je nutná spolupráce s pneumologem a otolaryngologem při laryngoskopickém a bronchoskopickém vyšetření.

Terapie

Konzervativní léčba

a) **Zklidnění rodičů.** V případě, že dítě prospívá a jeho jediným problémem je regurgice, tak není třeba žádného vyšetření či léčby. Nutné je rodičům vysvětlit, že se nejedná o patologii a že se stav postupně upraví s věkem.

b) **Polohování.** Vlivem polohy dítěte na incidenci a trvání GER se zabývá mnoho studií. Byl prokázán zvýšený výskyt refluxních epizod (až 4x) u polohy v sedu před pronační polohou, přestože poloha v sedu byla po desetiletí považována za vhodnou při léčbě GER u novorozenců a kojenců. V současnosti je pronační poloha obecně doporučena American Academy of Pediatrics (9) a akceptována. Při této poloze se sklonem 30 stupňů v obrácené Trendelenburgově pozici je pozorován efekt u 25% kojenců s GER. Vzhledem k tomu, že tato pozice je považována rovněž za rizikový faktor SIDS, tak je obtížné ji doporučit jako ideální pro všechny kojence (3, 9,13).

c) **Zahuštění mléčné stravy.** Zahuštění stravy je účinným terapeutickým opatřením u většiny novorozenců a kojenců. Na našem trhu se objevují nové preparáty, které umožňují řešit problém s regurgitací jak u kojenných, tak u nekojených dětí, které vyžadují umělou výživu. Nutriton je dietní doplněk k mateřskému mléku na bázi vlákniny svatojánského chleba – karubinu, což je polysacharid galactomanan s poměrem galaktozy k manoze 1: 4. V malém množství je přítomen i komplex sacharidů jako jsou pentozany a celuloza. Vzhledem k tomu, že neobsahuje lepek, tak je možné jeho podávání i u nejmłodších věkových kategorií.

U nekojených dětí můžeme zvolit počáteční antirefluxní formule Plasmon AR 1 (H. J. Heinz CR/SR a. s.), která kromě karubinu obsahuje navíc vlákninu – mouku ze svatojánského chleba a je obohacena o nukleotidy nebo Nutrilon 1 A.R. (Nutricia), která má vyšší obsah kaseinu. Od ukončení 4. mě-

síce je možné navázat pokračovacími mléky Plasmon AR 2 a Nutrilon 2 A.R. Tím jak stoupá hustota mléka díky karubinu, tak se snižuje riziko ublinkávání a zvracení. K zahuštění je rovněž možné použít nemléčnou rýžovou kaši SUNARKA.

d) **Obecná dietní doporučení.** Formulovat obecně tato doporučení je obtížné, a proto je nutný individuální přístup. Doporučuje se podávat menší objemy jídla a zvýšit frekvenci krmení, eventuálně změnit podávanou formuli. Je nutné vyvarovat se překrmování dítěte nebo opakovanému podávání stravy bezprostředně po zvracení. U starších dětí antirefluxní přístup spočívá v nízkotučné dietě s vyloučením čokolády, kávy, čaje, coly, kořeněných jídel a studených nápojů nebo jídla. U obézních pacientů je důležitá redukce hmotnosti. Pokud to zdravotní stav dovolí, tak je třeba zvážit podávání léků, které zvyšují frekvenci transienčních relaxací dolního jícnového svěrače (TLESR) a kyselého refluxu (metalxyntiny, betamimetika, benzodiazepiny, estrogeny, blokátory kalciového kanálu, anticholinergika) (12,13).

Farmakologická léčba

1. **Antacida.** (Anacid, Maalox). Antacida nejsou obecně užívána u malých dětí, neboť se špatně dávkuje. Doporučovaná dávka je 1 ml/kg/dávku, 3 – 8x denně (9). Podává se mezi jídly nebo do jídla.

2. **Prokinetika.** Cisaprid (Prepulsid) – u dětí je maximální dávka 0,8 mg/kg rozdělená do 4 dávek na den, 15 minut před jídlem. U nezralců začít startovací dávkou 0,1 mg/kg 4x denně. U kojenců a dětí do 25 kg se podává 0,2 mg/kg 4x denně.

Metoclopramid (Cerucal) – p.o. 0,1 mg/kg/dávku 4x denně před jídlem, – při kontraindikaci cisapridu (6,13).

Domperidon (Motilium) – p.o. 0,8 – 1,6 mg/kg/den ve 4 dávkách, – rektálně 4 mg/kg/den, – neužívá se u kojenců (12).

Za nejúčinnější prokinetikum je považován cisaprid, který stimuluje motilitu jícnu, žaludku, tenkého a tlustého střeva a zvyšuje tonus svěračů. Jeho farmakologický efekt se dostavuje za 30 – 60 minut po perorálním podání a za 60 – 120 minut po podání per rektum.



Vzhledem k nežádoucím účinkům cisapridu (průjem, srdeční arytmie, křeče, event. extrapyramidové příznaky) je dle Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu – ESPGHAN i Severoamerické společnosti dětské gastroenterologie a výživu – NASPHN – od roku 1999 obecně doporučeno nepodávat cisaprid během prvních týdnů života a vyvarovat se jeho podání během kojeneckého období u jinak zdravých kojenců s regurgitací. Nekombinovat toto prokinetikum s medikací, která prodlužuje QT interval nebo je inhibitorem enzymů metabolizujících cisaprid – CYP 3 A4. Z tohoto vyplývají kontraindikace užití společně s azolovými antimykotiky (flukonazol, intrakonazol, ketonazol, mikonazol), makrolidovými antibiotiky (př. erythromycin), inhibitory HIV proteáz, tricyklickými antidepresivy, s antiarytmiky třídy IA a třídy III, při prokázaném kongenitálním prodloužení QT intervalu nebo u syndromu QT prolongace v anamnéze, při elektrolytových poruchách, anebo při pití grapefruitového džusu. Rovněž výše uvedená indikační omezení podání cisapridu platí i v případě, že tyto léky užívají kojící matky.

Při shrnutí je třeba zvýšené opatrnosti při léčbě cisapridem u dětí:

- předčasně narozených, v gestačním věku pod 36. týden těhotenství od 0 – 3 měsíců,
- s jaterním a renálním selháváním, podávat 50% doporučené dávky,
- s nekorigovanými elektrolytovými poruchami: hypokalemie, hypomagnezemie, hypokalciemie, při průjmu, při terapii diuretiky vedoucími ke zvýšené ztrátě kaliuma – Furosemid, Acetazolamid,
- s prokázaným kardiálním onemocněním v anamnéze,
- v případě SIDS u sourozence,
- při vážných, život ohrožujících stavech u pacienta nebo jeho sourozence (ALTE – apperent life – threatening event),
- u intrakraniálních abnormit (encefalitis, krvácení do CNS) (11,15).

Pozn.:

V prosinci 1999 bylo popsáno celkově 341 případů poruch srdečního rytmu a 80 úmrtí v souvislosti s léčbou cisapridem. V březnu 2000 FDA (Food and Drug Admi-

nistration) oznámila, že fa Janssen Pharmaceutika stahuje cisaprid z amerického trhu s platností od července 2000. Lék je z těchto důvodů vyhrazen pouze pro přísně indikované pacienty teprve po schválení firmou Janssen.

3. H2 blokátory kyselých reakce. Cimetidin – není u dětí vhodný. Ranitidin (Ranital, Zantac) – 3,5 mg/kg/dávku, jen 2x denně, před jídlem, častěji používaný pro nižší výskyt vedlejších nežádoucích účinků. Není účelné kombinovat antacida s léky inhibujícími sekreci žaludeční šťávy. (9)

4. Inhibitory protonové pumpy. Omeprazol (Losec) – p.o. 0,7 – 3,3 mg/kg/den v 1 – 2 dávkách před jídlem (9). Snižuje produkci HCl parietálními buňkami a zvyšuje pH žaludečního obsahu. Užívá se při ezofagitidě, u chronických respiračních nemocí, u neurologických onemocněních se spasticitou a konstantní supinační polohou pacienta (2,5,9,13).

■ Chirurgická léčba

Obvyklým způsobem řešení GERD bývá Nissenova fudoplikace, ev. s gastrostomií. Tato terapie je doporučena jen při selhání optimální farmakologické léčby, neboť dochází k vysokému stupni selhání zvoleného postupu a nutnosti reoperace. Tento fakt představuje zvýšené riziko následné morbidoty a mortality. Indikaci k tomuto výkonu musí pečlivě zvážit dětský gastroenterolog po využití všech dostupných vyšetřovacích metod a dětský chirurg. Samozřejmostí je i dostatečná informovanost rodičů pacienta o rizicích, výhodách a alternativách chirurgické léčby (9).

■ Závěr

GER se řadí k nejčastějším onemocněním gastrointestinálního traktu u dětí. Klinické projevy refluxu se postupně mění s věkem dítěte. Diagnostický a terapeutický přístup k dětem s GERD je ovlivněn závažností projevů GER. V posledních dvou desetiletích pozorujeme zvýšený výskyt GER díky moderním vyšetřovacím technikám. Tyto vyšetřovací metody umožňují nejenom stanovit diagnózu, ale i určit míru postižení komplikacemi (4).

Literatura:

- 1) Cavataio, F., Carroccio, A., Iacono, G.: Milk-induced reflux in infants less than one year of age. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 30, 2000, Suppl. s. 36–44.
- 2) Cucchiara, S., Minella, R., Campanozzi, A.: Effect of omeprazole on mechanisms of gastroesophageal reflux in childhood. *Dig. Dis. Sci.*, 42(2), 1997, s. 293–299.
- 3) Ewer, A. K., James, M. E., Tobin, J. M.: Prone and left lateral positioning reduce gastr-oesophageal reflux in preterm infants. *Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed.*, 81:3, F 201–5.
- 4) Fonkalsrud, E. W., Ament, M. E.: Gastroesophageal reflux in childhood. *Curr. Probl. Surg.*, 33(1), 1996, s. 1–70.
- 5) Hebra, A., Hoffman, M. A.: Gastroesophageal reflux in children. *Pediatr. Clinics of North America*, 40 (6), 1993, s. 1233–1251.
- 6) Kearns, G. L., van den Anker, J. N., Reed, M. D., Blumer, J. L.: Pharmacokinetics of metoclopramide in neonates. *J. Clin. Pharmacol.*, 38(2), 1998, s. 122–128.
- 7) Nelson, S. P., Chen, E. H., Syniar, G. M.: Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. A pediatric practise-based survey. *Pediatric practice research group. Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 151(6), 1997, s. 569–72.
- 8) O'Hara, S. M.: Pediatric gastrointestinal nuclear imaging. *Radiol. Clin. North Am.*, 34(4), 1996, s. 845–862.
- 9) Orenstein, S. R., Izadnia, F., Khan, S.: Gastroesophageal reflux disease in children. *Gastroenterol. Clinics of North America*, 28 (4), 1999, s. 947–969.
- 10) Orenstein, S. R., Shalaby, T., Cohn, J.: Reflux symptoms in 100 normal infants: Diagnostic validity of the Infant Gastroesophageal Reflux Questionnaire. *Clin. Pediatr.*, 35, 1996, s. 607–614.
- 11) Shulman, J. R. et al.: Use of Cisapride in Children. A Medical Position Statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J. Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 28, 1999, s. 529–533.
- 12) Sutphen, J. L.: Pediatric gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol. Clinics of North America*, 19(3), 1990, s. 617–629.
- 13) Vandenplas, Y.: Gastroesophageal reflux in children. *Scand. J. Gastroenterol.* 30, 1995, Suppl. 213, s. 31–38.
- 14) Vandenplas, Y. et al.: A proposition for the diagnosis and Treatment of gastroesophageal reflux disease in children: a report from a working group on gastroesophageal reflux disease. *Eur. J. Pediatr.*, 152, 1993, s. 704–711.
- 15) Vandenplas, Y. et al.: The role of Cisapride in the treatment of Pediatric Gastroesophageal Reflux. A Medical position Statement of the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 28, 1999, s. 518–528.
- 16) Vandenplas, Y. et al.: A standardized protocol for the methodology of esophageal pH monitoring and interpretation of the data for the diagnosis of gastroesophageal reflux. *EPGSAN – Society Statement. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 14, 1992, s. 467–471.



Aktuality

Zubaři se spojili, aby si mohli účtovat více peněz

Stomatologická ordinace prý bude do tří let vydělávat v průměru o 60 procent více než dosud. Jednou z cest, jak toho dosáhnout, je přesvědčit lidi, aby častěji platili za tzv. nadstandardní péči, tedy za výkony a materiály, jež nehradí veřejné zdravotní pojištění. Takový plán představila Česká stomatologická komora ve své střednědobé strategii do roku 2005. Podle prezidenta komory Jiřího Pekárka by se podíl přímých plateb od pacientů měl zvýšit ze současných 25 na 40 procent celkového příjmu ordinace. „Budeme apelovat na naše členy, aby pacientům nabízel vše, co mohou použít s využitím dostupných poznatků lékařské vědy. Tedy ne jen to, co je hrazeno z pojištění,“ řekl Pekárek. Lékaři by měli u svých klientů odrovnat např. za bílé výplně (lidově plomby), kvalitnější protézy, můstky či korunky či za modernější léčebné postupy.

Česká stomatologická komora připravuje frontální útok na peněženky pacientů. Její členové dostali doporučení daleko více než dosud přesvědčovat pacienty, aby při ošetřování chrupu zvolili nadstandardní péči, kterou neplatí zdravotní pojišťovny. Podle střednědobé strategie komory by se měl do roku 2005 zvýšit podíl pojišťovnou nehraných výkonů ze současných 25 na 40 procent. Peníze, které lidé utratí za kvalitnější materiály či modernější léčebné postupy, by měly pokrýt zvýšené náklady na platy a vyhovění přísnějším evropským předpisům na vybavení ordinací.

„Podle mezinárodní úmluvy o etice v biomedicině, kterou Česká republika podepsala, musí být pacient před jakýmkoli zákrokem informován o všech možných variantách. Chceme na lékařích, aby svým pacientům řekli i o alternativách, které pojišťovny zcela nebo vůbec nehradí. O nějaký nátlak na klienty ale nepůjde“, tvrdí prezident komory Jiří Pekárek.

Kvalita nemá zůstat „pod pultem“.

Připouští nicméně, že za snahou dát klientům na výběr více možností spadajících do nadstandardní péče jsou i ekonomické důvody. „Nepopírám, že je s naší snahou spojená i skutečnost, že ceny z veřejného zdravotního pojištění jsou silně regulované, někdy i pod úrovní reálné ceny, zatímco cena u nadstandardních výkonů odráží skutečné náklady, a je tedy pro nás výhodnější,“ řekl Pekárek, podle kterého je chybou, když si lékař nechá kvalitnější zboží „pod pultem“ a klientovi nabídne jen standard. To považuje za šizení pacientů. „Na druhé straně ale nechceme až na drobné úpravy tlačit na zužování spektra péče hrazené pojišťovnami. Každý klient by měl možnost si vybrat mezi ošetřením, které je zdarma, a lepším, za něž si připlatí,“ tvrdí.

Pekárek argumentuje i tím, že vybrat si kvalitnější materiál či modernější postup je pro pacienta výhodnější. Kromě lepšího estetického vzhledu prý v konečné fázi i ušetří, neboť lepší výplně či kvalitnější protetika déle vydrží. „Jsou to investice na mnoho let,“ míní.

Komora má v plánu nejen na lékaře apelovat, aby pacienty přesvědčovali, ale zajišťuje jim i průběžné vzdělávání, aby byli schopni moderní trendy ve stomatologii používat. Vždy po třech letech by měli lékaři projít odborným školením. Po jeho absolvování získají osvědčení, které si pak mohou v ordinaci vyvěsit a nalákat na ně náročnější klienty. Komora také vyjednává se zdravotními pojišťovnami o zvláštní bonifikaci těch lékařů, kteří mají o permanentní doplňování svých znalostí zájem.

Lékaři v reklamě

Lékařská komora i její prezident Rath se zpronevěřili svému jménu a postavení. Byli odhaleni v utajené roli podomního obchodníka se sny: Cpěte se, lidičky, práškama, budete zdraví! Časopis odborně zaštitěný jejich autoritou se propůjčil k masivní reklamě na jistý všelék – a co hůř, aniž by čtenář poznal, že je masírován reklamou. Nechá si stav lékařský líbit takovou pohanu profesní etiky? Nechá na sobě podezření, že za peníze klidně prodá i důvěru pacienta? Možná je propagovaný lék dobrý, možná neškodný. Ne-

ní to podstatné. Lidé jeho blahodárnosti snadno uvěří. Protože to psali v doktorském časopisu se sugestivním názvem Osobní lékař, a ne na billboardu soukromé firmy! Klausova poctivě přiznaná reklama na lyže je proti tomu kousku malichernost. Politikovi nespolkneme slova a činy i s chlupy. Lékařům ano. Nejsme tak hloupí. Důvěřujeme jim. Musíme lékařům věřit při léčení angíny, věříme jim tedy, i když propagují plenky nebo prášky. Taková je už odměna či daň za výjimečnou prestiž povolání. Kouzlo, jakým doktorský plášť účinkuje, znají všichni reklamní mágové. Ne nadarmo za lékaře převlékají i figuranty vychvalující čističe WC. Bílý plášť a titul MUDr. změní i najatého herce v autoritu nepochybnou, poctivou a připravenou neziskově pomoci. I lékaři si dobře uvědomují magickou sílu svých titulů a pozic. Jinak by si do etického kodexu nenapsali: „Lékař si má být vědom své občanské úlohy a vlivu na okolí.“ V jejich oboru se ostatně etika skloňuje častěji než kde jinde. Komora a její prezident, zdá se, chápou však etiku podмінěně. A ta podmínka? Přece peníze. Prezident Rath kdysi přiznal, že ví o úplatnosti řady zdravotníků. Vadí mu. Ale dokud je prý lépe neoceníme, nemůžeme se úplatnosti divit a šmahem ji odsuzovat. Teď bychom zřejmě neměli odsuzovat trik na reklamu pilulek. Ve zdravotnictví ještě pořád není peněz dost. Pro stejný důvod bychom se nesměli ani divit, pokud nám lékař předepíše lék firmy X., neboť mu zaplatila školení v USA. Pozor tedy: zkušenost varuje před bezmeznou důvěrou ke komukoli v bílém plášti. Nejvyšší lékařská autorita a její prezident důvěru lidí nepěkně využili.

Vyhlaška nás nutí šdit pacienty, tvrdí lékaři

Poctiví jsou bití, za kvalitu zaplatí penále. Ti, kdo na pacientech šetří, dostanou odměnu. Soukromí lékaři specialisté protestují proti motivačnímu programu vyhlášenému ministerstvem.

Nutí mne, abych léčila non lege artis, v rozporu s lékařskou etikou, říká o nové vyhlášce ministerstva zdravotnictví ostravská lékařka Naděžda Franková. Je jednou z mnoha odborných lékařů, ambulantních specialistů, kterým se nelíbí motivační systém, jímž chce ministr Bohumil Fišer přimět soukromé lékaře k hospodárnému chování. Od letošního roku se vyhláškou ministra změnil způsob financování soukromých ordinací specialistů. Nevyhází už z nákladů, které lékaři vykazali v předchozích letech, ale z celostátního průměru v odbornosti. Kdo jej nepřekročí o více než deset procent, dostane třicetiprocentní bonus z ušetřené částky. Kdo jej překročí, bude stejnou částí rozdílu penalizován. „Pokud chci dětem s epilepsií předepsat účinné léky, které jim dají velkou šanci na uzdravení, nemohu se do limitu nikdy vejít, a dostanu pokutu,“ tvrdí Franková. Vypočítává, že pro devítileté dítě vychází finanční limit na necelých 300 korun za čtvrtletí. Za ně může předepsat nejlevnější antiepileptikum, které pro děti není výhodné. Kvalitnější lék však stojí 1530 korun měsíčně a přípravek poslední generace s nejlepšími účinky dokonce 2600 korun měsíčně. S podobnými stížnostmi se ozvali i lékaři dalších odborností. B řemenem se pro ně stali například onkologicky nemocní pacienti, jejichž léky jsou drahé. Zástupci České lékařské komory, která se na vzniku nového systému odměn a pokut podílela, tvrdí: stěžovatelé nemluví pravdu. „Limit na náklady se váže na překročení 110 procent celostátního průměru příslušné odbornosti. Jestliže většina dětských neurologů dokáže své pacienty léčit lege artis za určitou částku, která stanoví průměr, pak to musí dokázat i ostatní,“ řekl jeden z nich, Martin Vedral. Problém podle něj spočívá v tom, že si někteří lékaři za minulé praxe vyplácení úhrad zvykli rozhozovat. Od pojišťovny dostávali částku, která byla historicky vázána na předešlé roční výdaje. Kdo tedy hýřil v minulosti, měl peněz nadále dost, kdo naopak šetřil, musel si dál vystačit s málem, jinak byl pojišťovnou sankcionován. „Nový systém vycházející z celostátního průměru naopak mnoha lékařům, kteří byli dosud bití, umožní zkvalitnit péči,“ soudí Vedral. Podle něj jde o sedm z deseti ambulantních ordinací. Vedral připouští, že ti „zbylí“ lékaři se s novou skutečnos-



tí těžko vyrovnávají. Lékaři, kteří proti novému systému protestují, soudí, že pokud budou chtít i v novém režimu udržet pacientům dosavadní úroveň péče, nebudou jim než podvádět. Mohou ušetřit například tím, že pacienti budou převádět na ošetření do nemocnic, kde často na částečný úvazek vypomáhají. Anebo přimějí pacienty, aby změnil zdravotní pojišťovnu a odešli od Všeobecné zdravotní, které ministr Fišer vyhláškou nařídil takto postupovat. „Na VZP si už netroufnu napsat ani kapky do nosu,“ rozhořčuje se jeden z lékařů, pediatr. Na celý půlrok prý má limit na léky od VZP jen 3800 korun. Vyhláška podle něj povede k tomu, že se bude situace lékařů zhoršovat, až se dostane na neúnosnou mez. To ale Vedral vyvrací. „Je to demagogie. Bylo řečeno, že se výchozí sumy pro každou odbornost do budoucna snižovat nebudou, spíš naopak. Vyhláška platí jen toto pololetí. Že by pak měli ambulantní specialisté dostat méně, nepřipustíme,“ dodal.

VZP: Vyhláška potřebuje změny

Z ministry vyhlášky není nadšena ani Všeobecná zdravotní pojišťovna. Podle její mluvčí Kateřiny Zamastilové však o nařízení nelze pochybovat, je nutné je plnit. „Pro příští pololetí by se to mohlo řešit trochu jiným způsobem,“ připouští mluvčí. Pojišťovně vadí především fakt, že vyhláška nestanovuje pro šetření lékařů spodní hranici. Například praktici, s nimiž se na podobném systému VZP dohodla loni, mají limit na maximální bonus na 90 procentech průměru. Více šetřit se jim už nevyplatí. „Vyhláška umožňuje teoreticky to, aby největší odměnu dostal ten lékař, který vůbec nebude léčit,“ upozorňuje Zamastilová. „To se pak skutečně může dotknout kvality poskytované péče.“ Druhým nedostatkem je fakt, že pojišťovna nemůže zabránit umělému zvyšování průměru. „Pokud se zástupci jedné odbornosti domluví, že budou předepisovat nejdražší léky, průměr do budoucna to zvedne,“ poukazuje Zamastilová. V pozadí může hrát svou roli i silná lobby farmaceutických firem. Zamastilová sdělila, že vyhláška je důsledkem krachu dohodovacích řízení, v nichž se pojišťovna snaží na výši úhrad se zástupci ambulantních specialistů domluvit. Pokud se nedohodnou, jako se to stalo pro první pololetí, má podle zákona právo určit výši a způsob vyplácení úhrad ministr.

Nejlepší je spát sedm hodin

Velcí spáči jsou ve větším zdravotním riziku než jiní lidé. Nejlip jsou prý na tom osoby, které spí šest až sedm hodin denně, tvrdí američtí vědci po vyhodnocení své rozsáhlé studie. Ta zatím budí pozornost, ale i pochybnosti. Vědci z Kalifornské univerzity v San Diegu sledovali 1,1 milionu lidí ve věku od 30 do 102 let. V roce 1982 se účastníci výzkumu vyjadřovali k délce svého spánku, výskytu nespavosti a užívání prášků na spaní. V roce 1988 kontaktovali výzkumníci sledované osoby znovu. Nyní konečně vyhodnotili a zveřejnili výsledky v odborném časopise Archives of General Psychiatry. Lidem, pravidelně spícím osm a více hodin každou noc i těm, kteří spali méně než čtyři hodiny, vědci vypočítali statisticky vyšší úmrtnost. „Lidé, kteří spí osm hodin, mají o 13 až 15 procent vyšší riziko úmrtí v příštích šesti letech, než osob spících sedm hodin,“ říká vedoucí výzkumu Daniel Kripke. „Dokonce ti kdo spí jen pět hodin, mají menší riziko než dlouhospáči.“ Při svých výpočtech se kalifornští badatelé snažili vzít v úvahu také věk a zdravotní stav zkoumaných osob. K obvyklým osmi hodinám spánku se přihlásila polovina sledovaných dobrovolníků. Další vědci jsou však zatím opatrní v tom, aby tuto studii hned přijali za bernou minci. Dosavadní výzkumy spíše mluvily ve prospěch delšího spánku. Navíc není jasné, proč by vlastně měl pravidelný dlouhý spánek člověku škodit. Kalifornská studie rovněž došla k tomu, že pravidelné užívání prášků na spaní zvyšovalo riziko úmrtí. Občasné použití pilulky před spaním však nemělo statisticky zjištělný vliv.

Vše je jinak: pravidelné pití kávy zřejmě nezpůsobuje zvýšený tlak

Je tu překvapivá, dobrá zpráva pro všechny milovníky kávy. Šedesát let stará pravda, že její pití má dramaticky nepříznivý vliv na zvýšení krevního tlaku, už totiž neplatí. Alespoň v nové studii amerických vědců, kteří tvrdí, že si až dosud nikdo nedal tu práci a vědecky neověřil, zda pití kávy skutečně

škodí. Podle nich lze tento nápoj pít, samozřejmě v přiměřeném množství, bez obav, že by to ohrozilo hladinu krevního tlaku. Američtí vědci z Univerzity Johnse Hopkinse, jejichž studie vychází z více než třicet let trvajících výzkumů, zjistili, že pravidelné pití asi dvou šálků kávy denně nemá významný vliv na vznik zvýšeného krevního tlaku. Jejich dlouhodobé sledování ukázalo, že pití kávy sice souvisí s malými zvýšeními krevního tlaku, ale zdá se, že hraje jen malou roli při vzniku trvale zvýšeného tlaku, uvádí studie otištěná v odborné revui Archives of Internal Medicine. Závěry vědců vycházejí z pozorování více než 1000 lékařů, které na Univerzitě Johnse Hopkinse sledovali v letech 1948 až 1964. Celkem 87 procent z nich pilo kávu – v průměru dva šálky denně. Studie u nich sledovala vztah vysokého tlaku a pití kávy během 33 let. Vztah mezi vypitím kávy a zvýšením tlaku byl ustanoven již před 60 lety, ale nynější výsledky ukazují, že dlouhodobé pití kávy výrazně nezvyšuje riziko vzniku hypertenze, uvádí zpráva. „Spojení mezi pitím kávy a vysokým krevním tlakem bylo všeobecně přijímáno po dlouhých šedesát let bez jakéhokoli důkazu,“ řekl k tomu šéf výzkumného týmu z Univerzity Johnse Hopkinse Michael Klag. Jak uvedla agentura Reuters, British Coffee Association, která zastupuje britské výrobce kávy, sdělila, že vítá výsledky této nové studie, které ukazují, že umírněné pití kávy není kauzální příčinou při vzniku kardiovaskulárních chorob.

Vědci jsou na stopě léku na srdeční choroby

Očkování proti takzvanému špatnému cholesterolu (LDL) výrazně snížilo zanášení arterií u myši s vysokou hladinou cholesterolu. Pokusná vakcína snížila o 60 až 70 procent ukládání tuku v tepnách těchto hlodavců, kteří byli geneticky modifikováni tak, že měli vysoký cholesterol, a kterým byla podávána strava s vysokým obsahem tuků. Experiment provedl tým odborníků z kardiologické jednotky lékařského centra Cedars-Sinai v Los Angeles a z univerzity ve švédském Malmö. Výzkum je zatím v raném stadiu, ale podle vedoucího projektu Predimana Shaha by mohla být zmíněná vakcína, pokud se prokáže její účinnost a bezpečné použití u lidí, využívána na ochranu pacientů s vysokým rizikem rozvoje srdečních chorob. Jedná se zejména o lidi, kteří trpí cukrovkou či vysokým cholesterolem nebo v jejichž rodinné genealogii se vyskytují srdeční choroby. Cholesterol může zanášet tepny a přispívat k srdečním nemocem. Vyskytuje se ve dvou variantách, jako takzvaný špatný cholesterol (LDL), který způsobuje ukládání tuku, a dobrý cholesterol (HDL), který tuk odstraňuje. Vakcína obsahovala syntetické peptidy, které měly napodobit hlavní protein nalézající se ve špatném typu cholesterolu. „Výhoda tohoto přístupu spočívá v tom, že peptidy mohou být syntetizovány s relativně nízkými náklady,“ řekl Shah. Dodal, že taková dostupná vakcína by mohla být v budoucnu široce využívána.

Zdravotnictví v balíku

Se státními penězi se ministerstvo netrápí

Ministerstvo zdravotnictví se rozhodlo zaštitit nový systém vyhodnocování výkonů zdravotních zařízení, jaký funguje v řadě evropských zemí. Na vývoj verze pro české podmínky ministerstvo vypsal výběrové řízení. Na tom by nebylo nic špatného, až na to, že tenhle klasifikační systém diagnostických skupin (DRG) už několik let na své náklady zkouší Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) spolu s mnoha zdravotnickými zařízeními. Ministerstvo tuto skutečnost hodlá ignorovat, a protože se do veřejné obchodní soutěže přihlásila jediná firma, která si sama určila cenu 178 milionů, je na tomhle případu cosi podezřelého. Za prvé ředitelem Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, tedy státní příspěvkové organizace, která se jako jediná výběrového řízení účastní, je Antonín Malina. Čirou náhodou je náměstkem ministra zdravotnictví. A čirou náhodou zrovna na tomhle ministerstvu rozhodovali o komisi, která má dnes vyhlásit výsledek. Za druhé nevíme, zda vše, co udělala v téhle věci VZP a s ní spolupracující zdravotnická zařízení, ministerští úředníci nechtějí hodit za hlavu. Několikaleté prověřování systému v praxi je zřejmě podle ministerstva chybné, protože úředníci začínají jakoby od nuly. A 178 milionů, to je přece pro příspěvkovou organizaci pěkný kšeft. Pan náměstek to má za pár, a kdo ví, co bude



po volbách. O střetu zájmů nepřemýšlí, vždyť nepracuje v soukromé firmě. Že by měl pan Malina z ministerstva co nejrychleji odejít, je samozřejmost. Protože kdyby náhodou někdo tvrdil, že resort nemá peníze, pak se mu po případu s DRG každý vysměje.

Mocní versus nemocní

Je vládou nařízené zvyšování platů zdravotníků etické?

Ankety hodnotící prestiž jednotlivých profesních skupin vyznívají pro zdravotníky příznivě. Zdravotníci jsou v těchto anketách na čelných místech, společnost si jejich práce váží. Zdálo by se, že zvýšení mezd ve státním zdravotnictví je tedy správné. Snahu vlády postavit zdravotníky na místo, na kterém v platové hierarchii společnosti stojí v zemích EU, nelze odsuzovat a označit za nemorální. Podle mého názoru je však forma, kterou vláda rozhodla o zvýšení platů v tomto resortu, spojena s mnohými nejen etickými, ale i faktickými problémy. Na financování provozu státních zdravotnických zařízení se vláda nepodílí. Zařízení dostávají peníze od zdravotních pojišťoven. V tom se zdravotnictví principiálně liší od ostatních resortů jako například obrany, školství a podobně. Pojišťovny však žádné finanční prostředky, které by pokryly vládou nařízené zvýšení mezd, nemocnicím nedaly. Zde vidím první etický problém, kdy ten, kdo rozhoduje, není tím, kdo platí. Jak na tuto situaci mohou reagovat vedení státních zdravotnických zařízení? Představíme-li si finanční prostředky, které přijdou z pojišťoven například do nemocnice, musí její vedení celý jejich objem rozdělit na část určenou pro „nemocné“ a část určenou pro „mocné“ (provozní náklady). Tyto se pak dělí na osobní provozní náklady (mzdy) a ostatní (energie, voda, prádelna atd.). Musí-li vedení nemocnice zvýšit mzdy, nezbyvá mu nic jiného než buď snížit objem prostředků ostatních provozních nákladů, nebo sáhnout na prostředky určené na léčení pacientů. Protože již v minulém roce z rozhodnutí vlády stouply mzdy ve zdravotnictví o 8 procent a v tomto roce o dalších 18 procent, je v inflačním prostředí obtížné zvýšit mzdy na úkor ostatních provozních nákladů. Pokud by se to řídícím pracovníkům podařilo, svědčilo by to o jejich špatném hospodaření v minulosti. Povinné zvýšení tarifních mezd lze však provést také tím, že se pracovníkům odebere část jejich nadtarifních složek mzdy a převede se do tarifních. Tento postup je v pravomoci vedení jednotlivých zařízení. Že tím pracovníkům nebude přidáno, je zřejmé. Tam, kde se bude postupovat touto cestou, bude sice nařízení vlády splněno, ne však jeho duch, tj. zlepšení finanční situace zdravotníků. Další možností je převést prostředky do mezd z prostředků určených na léčení pacientů. A to je druhý možný etický problém spojený se zvyšováním platů zaměstnanců. Ostatně v minulých dnech jsme si mohli přečíst o tom, že pojišťovny se snaží ambulantní lékaře zainteresovat „na tom, aby šetřili prostředky spojené s diagnostikou a léčením pacientů“. Představa, že by si zdravotníci na zvýšení mezd vydělali větším objemem vykonané práce, jak je to běžné v celém hospodářství, které řídí „neviditelná ruka trhu“, je lichá. Objem prostředků, které pojišťovny od obyvatelstva vyberou a pošlou do zdravotnických zařízení, nemůže být ovlivněn velikostí objemu odvedené léčebné péče. Opak je pravda. Státní zdravotnická zařízení totiž dostávají paušální platbu za rodná čísla přijatých pacientů dle vyhlášky MZ ČR, nezávisle na obtížnosti jejich léčby. Dochází tak k situaci, kdy úhrada za jednoduchou operaci kým je honorována stejně jako komplikovaná srdeční operace. Tedy čím více práce zdravotnická zařízení odvedou, tím méně je tato pojišťovnami honorována. Dalším etickým problémem spojeným s ohlášeným zvýšením mezd ve zdravotnictví je to, že vláda jaksi zapoměla, že ve zdravotnictví pracují také zaměstnanci ministerstva školství (docenti, asistenti). K zvyšování platů došlo i u učitelů, ne však u učitelů na vysokých školách. Prohlašuje se tak již v minulosti vzniklá paradoxní situace, kdy zaměstnanci ministerstva školství jsou hůře placeni za stejnou práci než zaměstnanci ministerstva zdravotnictví. Rozhodnutí o zvýšení mezd je správné, ale málo etické, nevstoupí-li do systému další finanční prostředky k jejich navýšení. Eticky pochybné je rozdělování jednoho balíku peněz mezi mocné a nemocné, kdy ušetřením v jedné části může být přidáno do druhé.

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.

Přenechám dětskou ordinaci

Přenechám zavedenou dětskou ordinaci nedaleko Brna, eventuelně i byt, atestace I. stupně, nástup co nejdříve.
Telefon po 17,00 hodině 0604 602 611.

Přijmu zástup do dětské ordinace

Přijmu zástup na jaře a v létě do dětské ordinace na jižní Moravě.
Telefon: 0604 602 611 - večer.

Hledám pediatra

Hledám pediatra s I. atestací do soukromé praxe (MD) v jižních Čechách.
Tel.: 0603 372 999, e-mail: detska.ordinace@centrum.cz

Odkoupím dětskou praxi

Odkoupím zavedenou dětskou praxi. Lze i výhledově, pak je vhodná předkupní smlouva. Cenu respektuji.
Tel.: 0604 546 415

Přijmu pediatra

Přijmu pediatra s I. atestací do privátní ordinace pro děti a dorost - Východní Čechy. Výhledově možné předání praxe v rámci Programu generační výměny.
Tel: 0732/850207

Hledám pediatra na zástup

Hledám zástup do ordinace praktického lékaře pro děti a dorost ve Velkých Popovicích, 25 km od Prahy, výborné spojení veřejnou dopravou, v době letní dovolené srpen 2002.
Tel: 0204/665136, 0204/665113.

Nabízím zástup v ordinaci PLDD

32-letý lékař s II. atestací z pediatrie, s osmi lety praxe a s licencií nabízí zástup v ordinaci PLDD v Praze nebo blízkém okolí. Nastoupit mohou od 1.3.2002, délka dle dohody. Případně bych uvítal místo asistenta v ordinaci PLDD na částečný úvazek, ideálně s možností budoucího převzetí ordinace, není však podmínkou.
MUDr. Pavel Matras, U Stírky 2035/6, 182 00 Praha 8
Tel.: 0606 461 119, 02/688 6149, e-mail: p.matras@post.cz