

květen 2001 ■ číslo 5 ■ ročník 1

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů

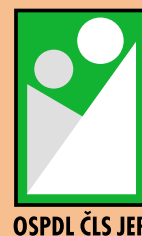


Bakteriální meningitidy II.

DM u nejmenších dětí

Strava dětského diabetika

Edukace rodiny diabetického dítěte



tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství

MEDIX

Adresa vydavatelství:
V Pláni 23, 142 00 Praha 4
tel./fax: 02/617 111 33
e-mail: medix@seznam.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.**

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková
MUDr. Jiří Liška, CSc.
MUDr. Petr Chaloupka

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

Adresa redakce:

Klimentská 11, 115 60 Praha 3
tel./fax: 02/24 80 25 49
e-mail: centrum@mybox.cz

Časopis je určen praktickým dětským lékařům, členům
SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP.

Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků, zdarma.

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:

Kontaktní osoba: MUDr. Petr Chaloupka
Poliklinika BIOREGNA, Vajgarská 1141, 198 00 Praha 9
tel: 02/90041897, 02/81021212, mobil: 0602/809709

obsah...



MUDr. P. Neugebauer Přehled činnosti SPLDD ČR za duben 2001	5
MUDr. T. Soukup Quo vadis - PLDD?	6
MUDr. M. Cabrnich Financování zdravotnictví - 3. část	7
Zpráva o činnosti Koalice ambulantních lékařů	9
MUDr. P. Neugebauer LSPP - mýty a skutečnosti	11
Jednání o kompetencích ve výkonech PL...	12
Ing. J. Adamec Změny v placení záloh na daň z příjmů	13
Usnesení 1. sněmu SPLDD ČR	13



MEDIFORUM - Bakteriální meningitidy - 2. část	14
Zákon o ochraně veřejného zdraví - 1. část	příloha
MUDr. M. Dvořáčková a kol. Příznaky DM u nejmenších dětí	27
MUDr. V. Rákosníková a kol. DM 2. typu u mladistvých s masivní obezitou	27
MUDr. R. Pomahačová, MUDr. J. Varvařovská Inzulin-dependentní DM - léčba	28
MUDr. J. Klabočková Strava dětského diabetika	32
MUDr. J. Lebl a kol. Edukace rodiny diabetického dítěte	33
MUDr. L. Kužela Nové dietetické přístupy při léčbě některých průjemových onemocnění	35



Spása, nebo riziko?	38
Aktuality - výběr z českého tisku	39



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Odborná společnost praktických dětských lékařů je jednou z celé řady odborných společností J. E. Purkyně, která má své místo nejen vyplývající ze zákona, ale i nezastupitelnou pozici z hlediska řešení věcí odborného rázu v rámci PDL. Spolu k dřívě ustanovenému Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR vytvořila legislativního garanta pro všechny praktické dětské lékaře a do jisté míry i ostatní soukromou sféru v rámci pediatrie. Soukromý sektor v pediatrii dnes svým počtem lékařů tvoří kolem 60% celkového stavu a je tedy početně nejsilnější složkou v oblasti pediatrie. Také na mnohých lékařských odborných symposiích a kongresech tvoří dnes účastníci ze soukromého sektoru více než polovinu počtu. V porovnání se situací před 15 lety nelze naprosto srovnávat předchozí minimální vzdělávací aktivity ohledně praktiků se současnou dobou, zájem PLD je dnes několikanásobně větší.

Legislativa, jednání s pojišťovnami, vládními i regionálními institucemi, ekonomické problémy a jejich řešení spadají do koncepce SPLDD. Odborná část, koncipující se převážně v OSPDL, vytváří tak druhou polovinu zájmové oblasti praktiků. V mnohém se však záležitosti prolínají a tak zdůrazňují samozřejmou nutnost spolupráce těchto dvou organizací. Všechny tyto záležitosti vytvořily rámec prezentovaný v současné podobě v časopisu VOX PEDIATRIAE. Tímto a dalšími prezentacemi není opomenuta nesmírně důležitá složka, t.j. prezentace pediatrie v masmédiích nejen v odborné problematice. Je velmi dobré, že pediatrie z privátní sféry nebyli vstřícní myšlenkou věnování určitého prostoru v původním pediatrickém časopise, ale že vytvořili v podstatě svoje redakční instituce, svůj časopis a stali se tak nejen nezávislími, ale i silou s vlastními tiskovinami. Je již dnes zcela evidentní, že žádný jiný časopis nemůže suplovat problematiku soukromého sektoru, zvláště když některá periodika v podstatě musejí prezentovat terénu nic nepřinášející závěry odborných úkolů garantovaných přidělenými granty.

Základním nosným programem OSPDL je kontinuální vzdělávání. Byl vyškolen a sestaven tým školitelů, který bude rámcově jen doplňován. Jeho využívání v předatestační přípravě je již běžnou záležitostí, která však přes všechny snahy není finančně honorována. V rámci kontinuálního vzdělávání má své místo subkatedra pediatrie v Praze, případně v Brně. Jak jistě většina z Vás zná, pro letošní rok byla vybrána další dvě nosná témata, psychiatrie a hematologie. Obrovskou prací v tomto vykonávají regionální vzdělávací centra a regionální zástupci OSPDL. Kontinuální vzdělávání je garantované ČLK. Certifikáty o absolvovaných školeních jsou dnes odborným zaštitěním praktického dětského lékaře, tak jak je zřetelné v připravovaném zákoně o způsobilosti k výkonu lékařského povolání.

Návrh tohoto zákona však v současné podobě připomíná začátek tvorby nové koncepce pediatrie, jejíž první varianty byly zcela ve vlivu pracovníků z velkých lůžkových zařízení. Až postupem času a tvorbou nových variant byla zabudována problematika soukromého sektoru. Ale skutečnost, že vzhledem k různým modifikacím a i vzhledem k tomu, že ještě na MZd není konečná, všemi zúčastněnými podepsaná, varianta, nutí k obezřetnosti. Soukromá sféra zde musí být legislativně zabudována jako rovnoprávný partner, nemohou se vyskytovat věty dvojího výkladu. Věříme, že osobnost zástupkyně pediatrie v týmu ministra je i pro nás garantem demokracie.

Návrh tohoto zákona však v současné podobě připomíná začátek tvorby nové koncepce pediatrie, jejíž první varianty byly zcela ve vlivu pracovníků z velkých lůžkových zařízení. Až postupem času a tvorbou nových variant byla zabudována problematika soukromého sektoru. Ale skutečnost, že vzhledem k různým modifikacím a i vzhledem k tomu, že ještě na MZd není konečná, všemi zúčastněnými podepsaná, varianta, nutí k obezřetnosti. Soukromá sféra zde musí být legislativně zabudována jako rovnoprávný partner, nemohou se vyskytovat věty dvojího výkladu. Věříme, že osobnost zástupkyně pediatrie v týmu ministra je i pro nás garantem demokracie.

MUDr. Jiří Liška, CSc.
člen redakční rady za OSPDL

Parazitární onemocnění
v dětském věku

Enterotoxikózy

Neuroinfekce



seznam
inzerujících
firem...

AVENTIS PASTEUR

BOIRON

HEINZ CR/SR

JANSSEN-CILAG

LÉČIVA

NOVO NORDISK

NUTRICIA

ORION

OZP

UCB



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc duben 2001

MUDr. Pavel Neugebauer

Předseda SPLDD ČR

Měsíc ve znamení projednávání textů Individuálních smluv mezi zástupci Sdružení a zdravotními pojišťovny v návaznosti na Vyhlášku o Rámcových smlouvách, měsíc legislativních aktivit Ministerstva zdravotnictví, snaha o znovunastolení „Národního zdravotního systému“ s popřením soukromého podnikání ve zdravotnictví, měsíc mediální eskalace problematiky LSPP.

3.4. – jednání Koalice zástupců ambulantních lékařů (zápis uveřejněn již v minulém čísle)

- legislativa, možnosti mediální podpory, rozhovory s poslanci a senátory, dopady Rámcových smluv na Individuální smlouvy – jednání se ZP, problematika plných mocí

4.4. – Výkonný výbor

- informace o stavu jednání na všech úrovních a určení další strategie

- příprava materiálů pro Předsednictvo

6.4. – Předsednictvo

- problematika regulací – mapovat po regionech dopady, o výsledcích informovat centrum, zajistit průběžné informace členům

- podpora kontaktů se zahraničím i pro argumentační podporu rozšiřování kompetencí PLDD (malá přístrojová a diagnostická technika atd.)

- pozitivně hodnocena činnost Koalice zástupců ambulantních lékařů zejména ve vztahu k připravované legislativě s ohrožením existence soukromých praxí

- kritika činnosti vedení ČLK, která stále více profilována odborově

- informace o činnosti pracovní skupiny organizací zastupujících subjekty pečující o děti pod záštitou náměstka ministra zdravotnictví MUDr. Maliny

- nutno se vyrovnat se situací SPLDD versus OSPDL, zástupce OSPDL pozvat na Sněm a zajistit dostatečnou účast na volebním shromáždění OSPDL

- nutno řešit problematiku neplatičů členských příspěvků – pozastavování členství vč. distribuce VOXu

7.4. – Konference Severočeského regionu – Usnesení přetiskujeme na jiném místě

10.4. – Redakční rada VOXu PEDIATRIAE

10.4. – jednání Koalice zástupců ambulantních lékařů (zápis součástí souhrnu činnosti „Koalice“, který najdete na jiné stránce)

- legislativa – neplnění slibů ministra, rozhodnutí schůzek s politiky

11.4. – schůzka Koalice ambulantních lékařů s poslancem Václavem Krásou

- diskutován náhled na současný stav ve zdra-

voznictví, členové „Koalice“ obdrží „Základní teze koncepce Unie svobody k reformě zdravotnictví“

14.4. – Konference Jihočeského regionu – Usnesení je otištěno v tomto čísle časopisu

17.4. – Jednání s VZP o typové smlouvě

- povinnost upravit smluvní vztah je vázán datem 30.6.2001!

- dohody zatím nebylo dosaženo, základní rozpor jsou především v otázkách sankčních ujednání, době účinnosti a samozřejmě v platebním ujednání

- máme snahu i smluvně upravit ustanovení o zástupech tak, aby nedocházelo k současným variabilním výkladům

17.4. – Jednání Koalice zástupců ambulantních lékařů

- opět dominovala problematika individuálních smluv a problematika legislativních norem

17.4. – Jednání Koalice zástupců ambulantních lékařů se stínovou ministryní zdravotnictví „Čtyřkoalice“ senátorkou MUDr. Zuzanou Roitovou

- šlo především o diskusi k aktuální situaci ve zdravotnictví vč. obsahu navrhovaných legislativních norem

19.4. – Dohodovací řízení o cenách zdravotní péče na II. pololetí roku 2001

- potvrzen trend k bonifikačním systémům s individualizací plateb při zachování nepodročitelného minima, zvýšena spodní hranice hodnoty bodu na 0,80 Kč

19.4. – tisková konference Koalice zástupců ambulantních lékařů a zdravotních pojišťoven

- téma – výsledek dohodovacího řízení o cenách

19.4. – setkání členů Středočeského a Pražského regionu s „krajským hejtnanem“ ČLK prim. MUDr. Kroftou, tématem bylo především navození možností vzájemné spolupráce, ze strany našich členů zazněla tvrdá kritika některých postojů a stanovisek ČLK, ta byla až nečekaně často přijata kladně, zdá se, že zvolený způsob komunikace by mohl prospět vzájemným vztahům mezi ČLK a SPLDD

21.4. – Konference Východočeského regionu

(znění Usnesení přetiskujeme na jiném místě)

24.4. – ředitelka odboru péče o matku a dítě MUDr. Truellová svolala schůzku k problematice Zdravotního a očkovacího průkazu (účastníci bez titulů – Truellová – MZ, Novák – DK FTN, Hanousek – OSPDL, Janda – ČPS, Hamanová, Kabíček – SDL, Vorlíčková – SSP, Zoban – ČNS, Provazník, Fraglenová – SZÚ, Neugebauer – SPLDD, Škovránková – FNM, Pánek – tiskárna)

- v letošním roce bude průkaz v nezměněné podobě, budou dále diskutovány možnosti změn, pozor na neadekvátní množství dokumentací

- návrhy změn do září tohoto roku, kdy se sejde opět skupina v uvedeném složení

24.4. – Jednání Koalice zástupců ambulantních lékařů

- příprava na rozšířené jednání v Brně 17.5., opět Individuální smlouvy, diskuse nad tezemi Unie svobody

24.4. – Jednání s grémiem majitelů lékáren

- snaha o vnitřní změnu tvorby cen léčiv, ale cenově neutrálně, resp. ubrat tam, kde je mnoho a přidat kde je málo, zachování dostupnosti lékáren, tj. aby i lékárny s obratem tvořeným levnými léčivy zůstaly v systému stanovením pevných cen na rok

- zavedení lékových záznamů pacienta

- možnost předpisu generik

- vzhledem k mnoha sporným bodům zatím projekt grémiu z naší strany nepodpořen

27.-28.4. – Jihočeské pediatrické dny

- tradiční vzdělávací akce s dobrou účastí PLDD

Průběžně:

- komunikace se všemi zdravotními pojišťovnami na téma Individuální smlouvy

- jednání obecně vstřícnější než s VZP, většinou akceptovány naše připomínky, možnost dalších úprav dle vzniklé situace

- jednání o možnosti vzniku webových stránek Sdružení – s projektem seznámeni účastníci Sněmu Sdružení



Quo vadis – PLDD?

MUDr. Tomáš Soukup

Místopředseda SPLDD ČR

V posledním roce sílí snahy zpochybňující samostatnou existenci praktického lékaře pro děti a dorost v ČR. Rozhodující roli na druhé straně sehrává zejména SPLDD ČR, jež přímo i nepřímo, v duchu Stanov Sdružení, obhájí svébytnou existenci naší profesní skupiny, jež patří k nejlépe organizovaným lékařským subjektům nejen v ČR, ale i v evropském kontextu.

Přestože ve světě i v Evropě dominuje systém rodinného lékaře, tato skutečnost nemůže sama o sobě, bez vědomí historického oddělení ambulantní péče o děti a o dospělé v České republice, předjímat obdobný vývoj. I do budoucna si lze velmi dobře představit v našich poměrech dobře fungující spolupráci obou hlavních skupin praktických lékařů, pro dospělé a pro děti a dorost. Dosud totiž nebyl využit ani potenciál obou těchto profesních skupin k hlubšímu rozvinutí svých odborných kompetencí a možností. Tato skutečnost je, jak známo, podmíněna zaostáváním celé primární péče za péčí lůžkovou. Dokladem je návrat v některých číslech do téměř předrevolučních poměrů. Např. dnes podíl financí směřujících do ambulantní péče tvoří opět téměř pouze 40%, na rozdíl od 60% podílu pro péči lůžkovou. Ve vyspělém světě je tomu právě naopak, tedy 60% prostředků směřuje do ambulantní sféry, která je eficientnější.

Jednání o rodinném lékaři, jež se uskutečnilo na podzim 2000 na půdě MZd ČR, moderované prof. Tůmou, za účasti všech rozhodujících zástupců odborných a profesních skupin dětských i dospělých praktiků, za účasti i gynekologů a zdravotních sester, ale i ČLK zastoupené svým prezidentem, připustilo vznik rodinného lékaře až po pečlivém přichystání zejména postgraduální přípravy, jež bude následně projednávána. Bylo konstatováno, že rodinný lékař bude doplňkem současného systému, jinými slovy, byla připuštěna existence tří rovnoprávných subjektů. Přestože je dnes obtížné si představit silné a rychlé rozšíření rodinného lékaře, jeho přínos - v oblastech řídké osídlených, např. v horách, v pohraničí - existuje. V době, kdy

bude přicházet na trh, kdy rozdělení klientely bude ještě větší než dnes, nebude mít zajisté lehkou roli a pozici svou existenci utvářet.

Před novou generací lékařů bude stát rozhodnutí, kterým směrem se vydají, do kterého z postgraduálních oborů se budou zapisovat. Je obtížné dnes zhodnotit, jakou roli bude sehrávat tlak okolních zemí, resp. EU, a jakou roli sehraje tradice, naše schopnost dále dětské praxe rozvíjet a ukázat je jako perspektivní a existenčně zakotvené. Čeká nás nemalé úsilí, jak zatraktivnit naší veškerou medicínskou i nemedicínskou činnost. Výhodou je, že dnešní sounáležitost PLDD není malá, ač někteří o tom pochybují.

Kolem PLDD, naší odbornosti, pluje mnoho ledovců různé velikosti, kvality ledu i ponoru. Velkým překvapením z poslední doby je, že v posledním návrhu ČLK (jejímž jsme všichni coby PLDD automaticky členy) na postgraduální vzdělávání naše odbornost zcela chybí! Těžko si lze představit, že jde o nedopatření či tiskovou chybu. Samozřejmě tato záležitost je již dnes řešena hned z několika stran, aby odrážela realitu a náš hlas. Bylo to opravdu velké překvapení. Jde ale hlavně o naši malou aktivitu na poli ČLK ve všech okresech v celé ČR. V tomto směru máme všichni velký dluh. Na druhé straně vytížení praktika je rozsáhlé a lze jen obtížně hledat energii a čas na práci v ČLK.

Dalším ledovcem plujícím kolem PLDD je Koncepce pediatrie, která tím, že v úvodu nepřibrala téměř žádného dětského praktika ke své tvorbě v centru značně nejistým způsobem formulovala naši roli a pozici. Dosud není tato kapitola zcela uzavřena, jednání pokračují, sladuje se s Koncepcí oboru všeobecného lékařství, která je sama o sobě též přímo dalším ledovcem na cestě PLDD k uchování samostatné existence. Tato kra je větší než si kdo myslí, protože Koncepce všeobecného lékařství nejasně definovaným věkovým obdobím péče o pacienty připouští i výklad péče o klientelu od narození do dospělosti. Kromě toho je zavádějící i v systému péče o dorostence, kde vůbec nenavazuje na práci PLDD a naši odbornost prakticky úplně

opomíjí. Na příštích jednáních bude nutno tyto „drobnosti“ doladit, aby náhodou naše 002 nevypadla z uvedených Koncepcí značně umenšena či změněna do podoby neživotaschopnosti.

Domnívám se, že hlas Sdružení nelze přehlédnout na žádné z výše uvedených platform a že jednotlivé pracovní skupiny, které jsou ustavovány předsedou Sdružení k řešení, a jež předkládají výsledky Předsednictvu, fungují na plné vytížení.

Jakou krou je MZd ČR? Všichni to asi tuší, protože sledují média. Osobně považuji za největší slabinu malou propracovanost a velkou byrokratičnost naplněné návrhy zákonů, jež za Sdružení náš Výbor připomínkuje. Obsah návrhů zákonů odpovídá duchu opoziční smlouvy, tedy často blokuje racionálnější nutná řešení, bez kterých se tak jako tak zdravotnictví v budoucnu neobejde.

Velkým katalyzátorem na dnešní složitě a klikaté cestě PLDD by mohla být naše Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP. Mnohé se jí podařilo a daří, zejména na platformě školitelů a na regionálních odborných akcích. Nepodařilo se zatím prolomit bariéru od školitelů níže a naopak. Nedožívá se vždy rychlá vzájemná myšlenková podpora a souznění, plynoucí ve prospěch všech praktických dětských lékařů. Přesto si stále myslím, že OSPDL ve spolupráci se SPLDD ČR může a musí i v příštích letech, coby dva základní spolky, hájit v zásadních aspektech identitu samostatného dětského praktika a zejména ji začít více rozvíjet na základě vlastních českých i zahraničních impulzů.

Přestože se určitě nepodařilo v detailech poznamenat všechny peripetie, snažil jsem se Vás v kostce seznámit s většinou ker problematik tak, jak aktuálně v posledním období naléhají na PLDD, resp. na práci v našem Výboru.

Dne 1. května 2001



Financování zdravotnictví

Centrum pro ekonomiku a politiku 22. ledna 2001, Žofín, Praha

upravené znění příspěvku – 3. část

MUDr. Milan Cabrnch

místopředseda Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví PS Parlamentu ČR

4. Návrh řešení

Pokusím se ve stručnosti navrhnout hlavní principy možného řešení. Tyto principy shrnu do skupin pro pacienta, pro poskytovatele zdravotní péče a pro zdravotní pojištění.

4.1 Pacient

Řešení v oblasti pacienta můžeme pojmenovat hesly svoboda, odpovědnost, individualizace a informace. Musíme zvětšit prostor pro odpovědné rozhodování pacienta. Je

Obrázek č. 4

Systém financování zdravotnictví model - pacient

- svoboda a odpovědnost jednotlivce
- individualizace vztahu k poskytovateli péče i ke zdravotní pojišťovně (a naopak)
- dostupnost informací o kvalitě i ceně péče
- systém (pozitivních) motivací
- legální a systémový prostor pro uspokojení různých nároků

nezbytné zcela obrátit role. Pacient rozhoduje o svém zdraví a o zdravotní péči, kterou čerpá, lékař je jeho poradcem a realizuje pacientova rozhodnutí.

Vytvořením individuálního vztahu pacienta k poskytovateli péče i ke zdravotní pojišťovně umožníme popsat a dále také ovlivňovat proces poskytování péče jako celek, nikoli pouze jeho jednotlivé epizody.

Pro rozhodování jsou třeba informace. Konkurenční prostředí vytvoří poptávku po informacích, systém motivací a zpětných vazeb bude důvodem pro získávání těchto informací.

Je nezbytné legalizovat prostor pro uspokojování různých očekávání a potřeb. Vždyť je tak snadné a srozumitelné říci, že každý pojištěnec má nárok na péči hrazenou a současně má právo, tedy smí si, legálně koupit péči jinou nebo další. Současný stav, kdy ne-

smí, je světovou i historickou raritou.

4.2 Poskytovatel

Je třeba i nadále prohlubovat a trvat na plu-

Obrázek č. 5

Systém financování zdravotnictví model - poskytovatel

- pluralita vlastnických vztahů
- individualizace vztahu k plátcům
- motivace k produkci informací
- motivace ve způsobu úhrady poskytnuté zdravotní péče

ralitě vlastnických vztahů ke zdravotnickým zařízením.

Vedle soukromých zdravotnických zařízení jsou obecní a také státní zdravotnická zařízení, jejichž zřizovatelem je, a velmi pravděpodobně i dále v některých případech ještě dlouho bude, obec nebo stát prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví či krajských úřadů.

Je nezbytné individualizovat smluvní vztahy poskytovatele zdravotní péče a zdravotních pojišťoven. Při zachování smluvní volnosti a současném dodržení stanoveného rámce je potřeba nasmlouvat individuálně jak objem, tak ceny péče. To je příležitost ke konkurenci mezi zdravotnickými zařízeními směrem ke zdravotním pojišťovnám.

Konkurence je motivem k produkci informací o kvalitě poskytované péče. Vyšší dostupnost těchto informací povede k větší možnosti pacienta realizovat svobodnou volbu a odpovědně se rozhodnout o čerpání péče.

V soustavě úhrad zdravotní péče je třeba vytvářet motivační prvky k efektivnímu chování poskytovatelů zdravotní péče. Zpětnovazební motivace musí vést poskytovatele k jeho i systémovému prospěchu.

4.3 Veřejné zdravotní pojištění

K efektivnímu financování patří i správná organizace poskytování péče. Důraz na pre-

venci se vyplatí. Role primární péče je klíčová. Subsidiarita v poskytování péče zvyšuje efektivitu využití zdrojů.

4.3.1 Subsidiarita

Základem celého systému zlepšování zdravotního stavu obyvatel je zdravý způsob života a péče každého občana o zdraví vlastní a druhých. Zvláště důležitou a u nás pomíjenou roli hraje komunita, komunitní péče, která spojuje péči zdravotní a sociální v místě bydliště pacienta. Patří do ní rodina, okolí i obec pacienta.

První kontakt se zdravotnictvím představuje primární péče a s ní těsně spolupracující domácí zdravotní péče. Primární péče řeší velkou část problémů. V určitých případech, kdy již problém přesahuje možnosti lékaře primární péče, nastupuje ambulantní specializovaná péče, která poskytuje konziliární službu lékaři primární péče, nebo přebírá na kratší či delší dobu pacienta pro určitý problém do své péče. Stav, který nelze řešit ambulantně, přebírá lůžková péče, která je vnitřně členěna na resuscitační, intenzivní, akutní a následnou. Zvláštní postavení státní zakázky má záchranná služba a služba první pomoci.

Ve veřejném zdravotním pojištění je třeba vytvořit podmínky pro to, aby sám pojištěnec aktivně kontroloval náklady na péči, která je

Obrázek č. 6

Systém financování zdravotnictví model - veřejné zdravotní pojištění

- organizace poskytování zdravotní péče
prevence, primární péče, subsidiarita
- motivace ke kontrole nákladů pojištěncem
- rozsah hrazené péče - širší prostor pro přímou úhradu a komerční pojištění
- prostor pro konkurenci zdravotních pojišťoven
pojistné, ceny, rozsah hrazené péče



mu poskytována. Současně bude ihned kontrolovat i její kvalitu. Nejlepší cestou k tomu je jistá míra paušální spoluúčasti na úhradě vybrané čerpané péče.

Je nezbytné provést novou definici rozsahu péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Je třeba soustředit se na péči nepředvídatelnou a nákladnou. Zdravotní péči běžnou, předvídatelnou a cenově dostupnou je možné z balíku hrazené péče vyjmout.

Tak vznikne prostor pro přímé platby, tedy prostor pro jiný zdroj financování, a omezí se čerpání zdroje veřejného.

Definice rozsahu hrazené péče musí být nutně dynamická, musí umět reagovat na vývoj jak v medicíně, tak v hospodářství a ve společnosti.

Je zřejmé, že by měla primární péče zůstat plně hrazenou a tak přístupnou bez jakýchkoli zábran. Ukazuje se, že případná regulace v péči prvního kontaktu indukuje neúměrně vyšší náklady v další péči. Pro primární péči je tedy třeba vytvořit zvláštní způsoby úhrady, které budou akceptovat zastřešující charakter primární péče s celou její kontinuitou

a stimulovat poskytovatele primární péče k přebírání širší role a hospodaření s indukovanou péčí.

Pro zlepšení funkce zdravotních pojišťoven je nezbytné vytvořit prostor pro jejich vzájemnou konkurenci. Stávající model, kdy všechny pojišťovny za stejné pojistné hradí stejnou péči ve stejných cenách je nemotivující. Je možné, s vědomím důsledků, dovolit rozdílné výše pojistného, rozdílné ceny zdravotní péče, případně i rozdílný rozsah hrazené péče.

Mnohdy diskutované úplné přerozdělování vybraného pojistného a další mechanismy směřující ke stírání rozdílů mezi pojišťovnami mají nutně negativní dopad na kvalitu systému.

■ 5. Závěr

Reforma, která byla správně zahájena, byla pozastavena, podle mého názoru z obavy o narušení sociálního smíru. Neřešení existujících problémů vede k nárůstu nerovnováhy a nemůže skončit jinak než výbuchem, provázeným opět porušením sociálního smíru. Je

třeba v pozastavené reformě pokračovat s korekcí pojmenovaných chyb.

Neposlouchejme hlasy volající po systematické změně. Založený systém není vůbec špatný, pouze postrádá některé prvky, bez kterých prostě nemůže úspěšně pracovat. Proto je potřeba potvrdit správné prvky a doplnit prvky chybějící. Které to jsou?

Změna role pacienta – pojištěnce. Posílení odpovědnosti občana za zdraví i za čerpání péče se zachováním solidarity.

Individualizace vztahu pacient – poskytovatel, pojištěnec – pojišťovna, poskytovatel – pojišťovna.

Konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče i mezi zdravotními pojišťovnami.

Informace o nabídce zdravotní péče, o její kvalitě, o poskytnuté péči, o jejích výsledcích, o nákladech na tuto péči i informace o možnostech a alternativách v péči i pojištění. Současně s informacemi také mechanismy regulace na straně pacienta.

SEVEROČESKÝ REGION

Usnesení regionální konference severočeského regionu konané 7.4.2001 v Terezíně

- Konference schválila členy mandátní komise: Dr. Suchopárovou, Dr. Šedivou, Dr. Skácelovou a členy návrhové komise: Dr. Martincovou, Dr. Súvovou, Dr. Kulhánkovou a Dr. Endlera.
- Konference bere na vědomí zprávu o činnosti přednesenou předsedkyní severočeského regionu Dr. Roškotovou, bere na vědomí zprávu o hospodaření regionu přednesenou pokladníkem regionu Dr. Sudkovou.
- Jednohlasně byl schválen rozpočet na další období.
- Konference bere na vědomí zprávu revizní komise přednesenou Dr. Suchopárovou.
- Konference bere na vědomí příspěvky všech hostů.
- Konference bere na vědomí informaci Dr. Cabrnocha o projektu IZIP. Účastníci konference k tomuto tématu živě diskutovali.
- Konference bere na vědomí připojení semišského okresu k severočeskému regionu.
- Konference schvaluje postup regionu, tj. pozvání představitelů různých institucí, podílejících se na spolupráci a činnosti sdružení.
- Konference doporučuje stanovit tento postup jako zásadu pro další jednání. Konference doporučuje vyvolat další jednání týkající se zajištění LSPP, převodu praxí, doporučuje výkonnému výboru sdružení jednat s výborem sdružení dospělých praktiků o věkové hranici registrací u jednotlivých odborností. Konference doporučuje výkonnému výboru aktivně podporovat udržení a rozvoj odbornosti Praktický lékař pro děti a dorost v primární péči o pacienty.
- Konference doporučuje výkonnému výboru sdružení, aby při dohadovacím jednání trvala na dodržování 20denní splatnosti (tj. aby 20. den splatnosti byl dnem připsání platby od VZP na účet poskytovatele).
- Konference doporučuje sdružení dále pečlivě sledovat legislativní činnost a průběžně nové právní normy připomínkovat.

v Terezíně 7.4.2001

■ HIV: žádné testy bez souhlasu

Ministerstvo zdravotnictví nehodlá umožnit lékařům, aby před operací testovali své pacienty na AIDS. O to nedávno žádal šéf Lékařského odborového klubu Milan Kubek s odůvodněním, že zdravotníci se budou moci více chránit. Tyto testy se v nemocnicích dělají „načerno“. Lékaři smejí testovat bez souhlasu pouze těhotné ženy, pacienty v bezvědomí a lidi obviněné z šíření nákazy. Lékař nesmí nikoho testovat jen proto, aby při operaci postupoval obezřetněji – opatrný totiž má být vždy. „O úpravě zákona se neuvažuje. Je v souladu s doporučeními Evropské unie, Světové zdravotnické organizace a zvláštní organizace OSN pro boj s AIDS,“ řekl mluvčí ministerstva Otakar Černý.

■ Voda bez minerálů může škodit zdraví

Hygienici varují před používáním domácích filtrů na pitnou vodu. Vedoucí Národního referenčního centra pro pitnou vodu František Kožíšek říká, že voda zbavená všech minerálů může škodit zdraví. Kožíšek upozornil, že přístroje na demineralizaci vody v rozporu s tím, co o nich hlásají výrobci, mohou zvyšovat zdravotní rizika. Základním požadavkem na vodní filtry je nenarušit minerálové složení vody. Za základ zdravé vody považují hygienici kvalitní zdroj vody, která nemusí být dále upravována. Hygienici mají obavy z vodárenské úpravy svěřené do rukou laiků.



Zpráva o činnosti Koalice ambulantních lékařů

■ Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů 10.4.2001

Program:

1. Společná tisková konference se zdravotními pojišťovnami
2. Schůzky Koalice
3. Mítink v Brně
4. Přípomínky k Individuálním smlouvám se zdravotními pojišťovnami

1. Společná tisková konference se zdravotními pojišťovnami

■ Společná tisková konference Koalice ambulantních lékařů se zdravotními pojišťovnami se bude konat **ve čtvrtek 19.4.2001 od 13.00 hodin** v malé zasedací místnosti OP VZP, Na Perštýně 6, Praha 1.

2. Schůzky Koalice

■ Termín jednání s MUDr. Zuzanou Roithovou dohodne MUDr. Jelínek, předběžně je navrženo úterý 17. dubna od 17.00 hodin.

■ Schůzka s MUDr. Milanem Cabrnem se bude konat po zpracování konečné verze zákona o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a o dalším vzdělávání ve zdravotnictví.

■ MUDr. Dvořák informoval o obsahu schůzky s ministrem Fišerem.

3. Mítink v Brně

Informace o stavu příprav bude podána na příštím jednání Koalice.

4. Přípomínky k Individuálním smlouvám se zdravotními pojišťovnami

■ Dohodnout aktualizaci přílohy č. 2 pouze tehdy, dojde-li ke změně.

■ Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů 24.4.2001

Program:

5. Aktuální informace
6. Výsledky dohodovacího řízení o cenách zdravotní péče na II. pololetí 2001
7. Individuální smlouvy
8. Jednání s poslanci
9. Mítink v Brně

5. Aktuální informace

■ MUDr. Pekárek zhodnotil průběh a mediální ohlas společné tiskové konference Koalice a zdravotních pojišťoven. Ministerstvo zdravotnictví reagovalo prostřednictvím náměstka pro zdravotní péči MUDr. Antonína Maliny, který sdělil MUDr. Pekárkovi, že je stále možné „balíček zákonů“ připomínkovat. Právní kancelář ČSK upozornila na skutečnost, že návrh zákona ruší registr, ve kterém jsou uvedeny všechny osoby oprávněné podnikat ve zdravotnictví a vytváří nový registr, ve kterém dochází k míšení organizací příspěvkových a podnikatelů. Takové řešení registru nemá v našem právu obdoby. V tomto smyslu zaslal MUDr. Pekárek jménem Koalice dopis MUDr. Malinovi. Koalice znovu osloví ministra zdravotnictví s požadavkem na dodržení daného slibu – zachovat zákon č. 160/1992 Sb.

■ MUDr. Stará přednesla požadavek Ing. Krále přizvat zástupce soukromých poliklinik na pravidelná zasedání Koalice. Účastníci jednání se dohodli zvát pravidelně jednou za dva měsíce všechny zájemce o spolupráci na společné mimořádné schůzky. **První setkání se uskuteční ve středu 2.5.2001 od 19.00 hodin v prostorách firmy CENTROMED, poliklinika Budějovická, Antala Staška 80, Praha 4.**

6. Výsledky dohodovacího řízení o cenách zdravotní péče na II. pololetí 2001

■ Zástupci Koalice se dohodli sejít se v Brně se zástupci nemocnic a výsledky dohodovacího řízení s nimi projednat. Termín setkání bude určen na příští schůzce (předběžné návrhy – 17.5., 27.5.).

7. Individuální smlouvy

■ Účastníci jednání se dohodli předložit na příštím zasedání návrhy pojišťoven nad rámec RS za jednotlivé segmenty a prodiskutovat je společně.

8. Jednání s poslanci

■ MUDr. Pekárek osloví jako dalšího z poslanců MUDr. Rostislava Čevelu a dohodne termín schůzky.

■ Poslanec MUDr. Milan Cabrn se podle informace MUDr. Staré zúčastní 27.5.2001

v Brně shromáždění Sdružení soukromých gynekologů.

9. Mítink v Brně

■ Mítink Koalice v Brně se bude konat 17.5.2001 od 16.00 hodin v biologické posluchárně LF, II. poschodí, Joštova 10.

■ Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů 2.5.2001

Program:

10. Aktuální informace
11. Individuální smlouvy

10. Aktuální informace

■ MUDr. Pekárek informoval o reakci MZ na společnou tiskovou konferenci a žádost 1. náměstka MUDr. Michala Pohanky o schůzku. Setkání se uskutečnilo 2.5.2001 v dopoledních hodinách. MUDr. Pekárek vystupoval jako zástupce Koalice se strategií zachovat zákon č. 160/1992 Sb., a přednesl MUDr. Pohankovi další připomínky Koalice, týkající se problematiky registrace ZZ v souvislosti se zápisem v obchodním rejstříku a označováním faktur. Další schůzka je předběžně naplánována za 14 dní. MUDr. Pohanka navrhl, aby zástupci Koalice zpracovali vlastní návrh zákona č. 160/1992 Sb. tak, aby vyhovoval současným podmínkám provozu privátního ZZ. Návrhy shromáždí Kancelář ČSK a budou společně projednány na další schůzce Koalice.

11. Individuální smlouvy

■ Pokračují jednání jednotlivých segmentů se zdravotními pojišťovnami k Individuálním smlouvám. Členové Koalice se zatím nedohodli s VZP. Dohoda naráží zejména na sankční ujednání a rozhodnutí, zda budou smlouvy s VZP uzavřeny podle obchodního nebo občanského zákoníku. Pojišťovna preferuje občanský, poskytovatelé obchodní zákoník. Další jednání k tomuto tématu proběhne od 19.00 hodin na společné schůzce se zástupci ostatních poskytovatelů v prostorách firmy CENTROMED.

Zapsala Zina Sladkovská



Komplexní hodnocení nákladovosti (KHN) - cesta k úspěšné spolupráci praktických lékařů a OZP

Motto: „OZP (Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví) si je vědoma výjimečného postavení praktických lékařů v poskytování zdravotní péče.“

OZP ve spolupráci s odbornými společnostmi již v roce 1999 rozvinula a postupně celorepublikově zavedla komplexní přístup k hodnocení nákladů za uznanou a uhrazenou zdravotní péči, evidovanou u registrovaných pojištěnců. Jedná se o **metodu komplexního hodnocení nákladovosti**.

OZP je přesvědčena, že výše uvedené celkové náklady závisí i na léčebných postupech zvolených praktickým lékařem a současně aktivním vlivu praktického lékaře na pacienty, kteří mnohdy nesmyslně „surfuji“ v síti zdravotnických zařízení bez vazby na úspěšný léčebný postup. OZP metodu KHN od počátku koncipovalo tak, aby vyloučilo mimořádně nákladné pacienty, zohledňovalo věk a pohlaví, jsou vyloučena vybraná léčiva a výkony, jejichž čerpání praktický lékař může ovlivnit jen minimálně. Musíme zdůraznit, že snaha o objektivizaci hodnocení nákladů neznamená tlak na nepřiměřené snižování nákladů. Neplatí, že nejlépe ohodnocený lékař je ten, který se o své pacienty méně stará. Naopak, nejlépe je hodnocen lékař,

kteří srovnatelnou diagnózu léčí s komplexně nižšími náklady na léčbu než jeho kolega. OZP se proto snaží o pozitivní stimulaci lékařů ke sledování finančních aspektů vlastní terapie a srovnávání svých nákladů s náklady ostatních lékařů. V neposlední řadě OZP sleduje i posílení vztahů pacienta a lékaře a zvýšení prestiže a významu praktických lékařů. Na podporu tohoto záměru OZP připravila a dále rozvíjí systém preventivních zdravotních programů, kde klíčovým článkem je právě praktický lékař.

Předpokladem pro zařazení do KHN je registrace více než 50 pojištěnců OZP, aby byla na minimum eliminována chyba malých čísel při výpočtu. Registrující praktický lékař informuje pacienta a provádí jej v síti zdravotnických zařízení a důvěru pacientů získává jak vlastní léčbou, tak i kvalitou vysvětlení proč doporučuje vyšetření nebo léčení u jiného lékaře. Systém KHN vytváří pobídky, které vedou k racionálním přesunům nákladů a nevystavují pacienty, lékaře a pojišťovnu riziku jejich celkového zvýšení a podporuje poskytování účelné zdravotní péče, přičemž respektuje argumenty lékařů o tom, co je racionální způsob léčby. Pokud má praktický lékař důvod se domnívat, že zadání

obsažené v KHN omezuje v konkrétním případě optimální péči o pacienta, informuje pojišťovnu, v jejímž zájmu je KHN stále zlepšovat.

Na základě vyhodnocení výsledku KHN OZP nabízí vyšší finanční ohodnocení za účinnou snahu snížit celkové náklady při zachování úspěšnosti léčby.

Lékař nemůže dosahovat dobrých výsledků v KHN, aniž by systematicky nevyužíval informace o struktuře čerpané péče a jejích nákladech, proto OZP zajišťuje praktickým lékařům potřebný informační servis.

Umožňuje jednotlivým lékařům na základě smluvního dodatku přístup k vybraným údajům ze své datové základny prostřednictvím sítě Internet. Kontakt: tel.: 02/83022125 nebo e-mail: khn@ozp.cz

Podrobný výčet zahrnutých výkonů má každý praktický lékař k dispozici k nahlédnutí na pracovištích OZP nebo je přístupný prostřednictvím Internetu ve speciální aplikaci **Doktor On-line (DOL)**, která je určena praktickým lékařům jako nástroj pro lepší orientaci v KHN.

MUDr. Táňa Breyšová, zdravotní odbor OZP



K V A L I T A , P R O F E S I O N A L I T A , S P O L E H L I V O S T

Víte o tom, že OZP

je třetí největší zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou v ČR

má 400 000 spokojených klientů a je připravena stát se pojišťovnou pro další klienty (příhlašku lze vytisknout ze stránek www.ozp.cz)

má pobočkovou síť a smluvní zdravotnická zařízení na celém území ČR

udržuje si velmi dobrou pověst mezi zdravotnickou a klientskou veřejností svojí korektní a včasnou úhradou zdravotní péče

zakládá si na kvalitní a profesionální spolupráci s lékaři a zdravotnickými zařízeními

podle posledních průzkumů pro Českou lékařskou komoru sami lékaři hodnotí OZP známkou nejvyšší.

svým pojištěncům nabízí mj. tyto zdravotně preventivní zdravotní programy:

- příspěvky na očkování (proti klíšťové encefalitidě, proti infekci vyvolané Haemophilus influenzae a proti hepatitidě A i B) •
 - příspěvek na pevná (fixní) zubní rovnátka • program péče o zrak •
- preventivní program v rámci gynekologie s možností finanční spoluúčasti na hormonální antikoncepci •

pořádá ozdravné pobyty ve Vysokých Tatrách a Chorvatsku pro děti s alergickými onemocněními, s různými formami ekzémů, onemocněními horních a dolních cest dýchacích na základě snížené imunity a pro děti s nadváhou

poskytuje příspěvek vysokoškolákům v rámci programu Zahraničí - studium - zdraví - na sportovní prohlídky sportovcům do 18 let v rámci programu Sportem ku zdraví

poskytuje až 50% slevy při pojištění léčebných výloh pro cesty do zahraničí zprostředkovaného Generali Pojišťovnou, Českou pojišťovnu a VICTORIA pojišťovnu

vysokoškolákům nabízí 100% slevu na pojištění léčebných výloh, a to až na 20 dní pobytu v rámci programu Student - prázdniny- zahraničí

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

Tusarova 36, 170 61 Praha 7, tel.: 02/83022111, fax: 02/801222, e-mail: ozp@ozp.cz, <http://www.ozp.cz>



LSPP – mýty a skutečnosti

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

V uplynulém měsíci proběhla mediální kampaň na téma Lékařská služba první pomoci. Jelikož informace, které byly zveřejněny, mohly vést k mylným domněnkám a mohou ve svém důsledku poškodit jméno našeho Sdružení, dovoluji si Vás informovat o některých skutečnostech, které byste měli vědět. Věřím, že Vám tyto informace pomohou vytvořit si objektivnější obraz o stavu věci.

Již dne 19.3.2001 se sešla pracovní skupina SPLDD jmenovaná mnou (Kudyn, Soukup, Roškotová, Neugebauer) k vytvoření pracovního materiálu k problematice LSPP. Tento pracovní materiál se skládá z několika částí (východiska s analýzou současného stavu, definování důvodů nutnosti změn, návrhy na řešení, způsoby zajištění, ekonomická rozvaha, osvěta) a byl vytvářen s cílem jeho předložení na Sněmu SPLDD v květnu 2001 k širší diskusi. Okolnosti nás nutí se vážně zamýšlet nad rolí, jakou v budoucím modelu zdravotní péče bude PLDD hrát.

Obdobně byla ustanovena pracovní skupina k problematice vzniku „Katalogu placených individuálních služeb“ resp. nadstandardů (Kudyn, Soukup, Cabrnchová, Neugebauer). Součástí tohoto katalogu by měla být i možnost nabídnutí nadstandardní péče registrovaným pojištěncům ve smyslu poskytnutí dohodnutého rozsahu komplexní zdravotní péče nad rámec běžně poskytované péče vč. poskytnutí komplexní péče v době mimo řádný chod ambulance PLDD (tedy i takové péče, která je dnes poskytována státem organizovanou LSPP).

O tom také mělo být, a dle mého názoru i bylo, sdělení MUDr. Kudyna pro ČTK. Jeho plné znění vč. začlenění vyjádření dr. Kubička tak, jak bylo v ČTK zveřejněno, si dovoluujeme přetisknout.

Uvedené skutečnosti však vyvolaly reakci, která vedla k závěrům, že máme připraven systém, který by mohl nahradit stávající systém LSPP. Toto tvrzení jsem se pokusil ve svém vyjádření pro Zdravotnické noviny vyvrátit spolu s předsedou SPL MUDr. Šmatlákem. (Pozn.: ani dr. Kudyn ani já jsme nevydávali oficiální Prohlášení SPLDD, ale šlo o pouhé sdělení názoru či vyjádření se k dané problematice na základě oslovení novinářem.) Základní argumenty pro nemožnost brzkého zavedení takového systému, tj. systému, kdy PL převezme plnou zodpovědnost za organizaci LSPP lze shrnout do následujících bodů:

- Stát má povinnost danou Ústavou zajistit zdravotní péči v době mimo běžnou činnost ambulantí PL pro místně nepřislušné pojištěnce.
- Musí být jasno v ekonomickém zajištění různých modelů.
- Nutno zohlednit místní specifika (dostupnost, počty PL apod.).
- Vytvoření nástrojů pro zamezení zneužívání služeb tohoto typu.
- Zohlednění únosnosti pracovního zatížení PL (pozor na zdvojení služeb – státní v. soukromé), a to i vzhledem k věkové struktuře PL. Dále byste měli být informováni o tom, že paralelně probíhají jednání o vymezení kompetencí ve výkonech PL při LSPP. Zápis z jednoho takového jednání pro ilustraci přetiskujeme. Nepřehlédněte zapsaný konzenus, že v době normálních ordinačních hodin v běžné praxi při souběhu výzev **praktický lékař nebude a není zálohou ZZS a nemůže suplovat nedostatečné pokrytí spádového území ZZS.**

Praktičtí lékaři navrhují místo pohotovosti „sedmidenní péči“

PRAHA 17. dubna (ČTK) – Namísto dosavadních centrálních pohotovostí, v nichž slouží lékaři i z jiných regionů, navrhují praktičtí lékaři systém sedmidenní péče o registrované pacienty. V něm by se několik ambulantních lékařů domluvil a vždy jeden by v noci a o víkendu poskytoval péči i pacientům kolegů. ČTK to dnes řekl předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost Milan Kudyn.

Mluvčí České lékařské komory (ČLK) Pavel Kubiček potvrdil, že komora takový systém podporuje. „Pro pacienty by bylo příjemnější, že se setkají nejvýš s pěti, šesti lékaři, kteří se ve službách střídají. Pro lékaře by bylo pohodlnější, že může být doma a na vyžádání za pacientem dojet nebo se s ním sejít ve své ordinaci.

Tato část režie by se tedy snížila; problém ale je, kdo zaplatí vybavení a provoz vozidla vybaveného vším potřebným pro první pomoc,“ uvedl Kudyn.

„Jednoznačně změnu podporujeme,“ poznamenal Kubiček a připomněl, že střídání lékařů funguje dobře v západní Evropě. Péči by hradila dál zdravotní pojišťovna a podle Kubička by bylo rozumné zavést spoluúčast pacienta, která zamezí zneužívání služby. „Zatím pacienti nic neplatí. I kdyby to byl jen desetikorunový poplatek, mělo by to regulační vliv,“ vysvětlil. V souvislosti s uzavíráním pohotovostí pro nedostatek peněz v některých regionech Kubiček řekl, že řešením není, aby lidé chodili rovnou do nemocnic. „Kdyby pohotovost převzaly nemocnice, enormně by narostl počet pacientů na některých odděleních; třeba interna by pak byla zahlcena banálními chorobami,“ řekl.

Podle Kudyna by dosavadní systém mohl zůstat v příhraničí, kde je málo lékařů. Ve velkých městech, kde jich je dostatek, by změna byla přínosem. „Centrální pohotovosti by se mohly zrušit, ale záleží na zřizovateli,“ podotkl.

Odezvy lékařů na model sedmidenní péče jsou podle Kudyna rozporuplné. „Ne že by nebyla ochota, ale ptají se, kdo to zaplatí. Pojišťovna jim dává za hodinu 50 až 100 korun. Aby si mohli doplnit vybavení, potřebovali by 500 korun na hodinu. To bude potřeba doplatit z jiných zdrojů,“ dodal.

Nada Myslivcová – zpravodajka ČTK



Jednání o kompetencích ve výkonech praktických lékařů při výjezdu jako záloha ZZS při LSPP

Dne 10.4.2001 se na sekretariátu SPL ČR v Klimentské ul. Praha 1 uskutečnilo pracovní jednání skupiny, která měla za úkol specifikovat roli praktického lékaře při výjezdu jako záloha ZZS při LSPP a při běžné ordinaci, a to z hlediska forensního a odbornosti. Za jednotlivé odborné společnosti se jednání zúčastnili **MUDr. Hlaváčková Dana - ČSUM ČLS, MUDr. Žák Petr - AZZS ČR, MUDr. Mucha Josef - AZZS ČR, MUDr. Kurzová Hana - SPL ČR, ÚVL 1. LF a MUDr. Červený Rudolf - SPL ČR, SVL ČLS.**

Při zajišťování přednemocniční neodkladné péče se na základě platné legislativy mohou prolínat odbornosti 709, 001 a 002.

Poskytování neodkladné péče může nastat:

■ **při mimořádných situacích** - ošetřeno v rámci okresních krizových, havarijních a traumatologických plánů a v tzv. krizové legislativě, zejména zákoně č. 239/2000 Sb. o Integrovaném záchranném systému a zákoně č. 240/2000 Sb. o Krizovém řízení.

■ **v době normálních ordináčích hodin** v běžné praxi při souběhu výzev: tady je konsensus v tom, že *praktický lékař nebude a není zálohou ZZS a nemůže suplovat nedostatečné pokrytí* spádového území ZZS, které je dle platné legislativy povinna zajistit ZZS.

■ **při výjezdu LSPP podle platné vyhlášky jako záloha ZZS:** v současnosti je konsensus o kompetencích při neodkladné resuscitaci lékařem vykonávajícím LSPP z odborného hlediska udržet níže uvedený minimální nepodkročitelný standard :

1. zajištění dýchacích cest vzduchovodem nebo combitubusem (pokud je ve výbavě PL)
2. nepřímá masáž srdeční
3. zajištění plicní ventilace ambuvakem (pozn.: Ambu-vak je slangový výraz, terminologicky správně je ruční dýchací kříšící přístroj)
4. zajištění periferní žíly kanylou
5. farmakoterapie se základní farmakoterapeutickou výbavou - Adrenalin, Atropin, Mescain.

Další výkony a postupy při neodkladné resuscitaci lékařem vykonávajícím LSPP závisí jen na jeho erudici a odborném proškolení, tj. nebráníme možnosti použít navíc endotracheální intubaci, defibrilátor apod.

Diskuse k další možnosti vývoje odborného zajištění přednemocniční neodkladné péče v dlouhodobém horizontu:

při výhledu do budoucna je možné uvažovat o tom, aby i PL mohl ve svém resuscitačním minimu používat intubaci a defibrilaci. Zúčastnění potom můžou doporučit defibrilátor jako povinnou výbavu v sanitních vozidlech LSPP. Konzultována možnost zapojení katedry VL do doškolování PL v KPR s následnou certifikací, dále existují výuková centra při ZZS (modely, PC zpracování KPR, praktický nácvik, apod.) - SPL ČR zjistí seznam těchto center a cestou

svých okresních zástupců nabídne tuto formu doškolování a tréninku všem PL v Bulletinu. Další možnosti doškolování v horizontu několika let by mohla být možnost stáže PL na tzv. Emergency - urgentních příjmech v nemocnicích.

Zástupci ZZS připravují na jednání s VZP typový seznam nasmlouvaných výkonů pro ZZS, ale i taky pro LSPP - tento seznam byl předběžně konzultován a upraven pro potřeby PL a LSPP na tomto jednání a o výsledku řízení s VZP zástupci ZZS zašlou informace.

Příloha:

Pracoviště KATEDRY URGENTNÍ MEDICÍNY A MEDICÍNY KATASTROF s regionálními centry a pracovníky:

MUDr. Pavel GETLÍK, ÚZSZS

Korunovační 24/50, 170 00 Praha 7
tel.: 02/ 33 38 04 31

MUDr. Josef ŠTOREK

odborný asistent katedry urg. medic.
a medic. katastrof IPVZ
tel.: 02/ 71 01 92 31

MUDr. Jiří KNOR

primář Záchrané služby hl. m. Prahy
Korunní 98, 100 00 Praha 10
tel.: 02/ 22 07 03 67

MUDr. Jiří ŠTĚTINA

Územní středisko záchranné služby - ředitel
Hradecká 1690, 500 12 Hr. Králové
tel.: 049/ 575 52 01, fax: 049/ 526 71 11

MUDr. Josef MUCHA

Územní středisko záchranné služby - ředitel
Nám. 28. října 23, 602 00 Brno
tel.: 05/ 511 32 00, fax: 05/ 511 32 06

MUDr. Ilja DEYL

Územní středisko záchranné služby - ředitel
Pasteurova 9, 401 13 Ústí nad Labem
tel.: 047/ 523 45 13, fax: 047/ 523 45 32

MUDr. Zdeněk KOUTECKÝ

Územní středisko záchranné služby - ředitel
E. Beneše 19, 320 24 Plzeň
tel.: 019/ 74 23 494, fax: 019/ 74 23 875

MUDr. Roman GŘEĞOŘ

Územní středisko záchranné služby - ředitel
17. listopadu 1790, 708 56 Ostrava
tel.: 069/ 691 05 76, fax: 069/ 691 05 78

MUDr. Jarmila DRÁBKOVÁ, CSc.

prim. OCHRIP FN Motol
V Úvalu 84, 156 00 Praha 5
tel.: 02/ 24 43 67 50, fax: 02/ 24 43 67 70

MUDr. Milana POKORNÁ

ZS hl. m. Prahy, Korunní 98, 100 00 Praha 10
tel.: 02/ 22 07 03 63

MUDr. Ambrož Homola, MUDr. Radovan Matoušek,
katedra všeobecného lékařství VLA JEP Hradec Králové, učí ve spolupráci s MUDr. Štětinou.

*Zapsal a k ověření všem přítomným
k připomínkování zaslal: Červený R.*

JIHOČESKÝ REGION

Regionální konference SPLDD Budějovického regionu dne 14.4.2001

Volba mandátové komise: dr. Müllerová

Volba návrhové komise: dr. Marek, dr. Rytíř, dr. Verdánová

Volba volební komise: dr. Bočínská, dr. Dvořák, dr. Slanina

Na konferenci přítomno 18 členů a 3 hosté.

USNESENÍ

Konference bere na vědomí:

■ zprávu předsedy regionu dr. Bočínského o činnosti regionu a jednotlivých okresů

■ že zpráva pokladníka dr. Hejnové, která ukončila činnost ve Sdružení, byla předána včetně účetnictví republikovému pokladníkovi dr. Dvořákově

■ zprávu předsedy SPLDD dr. Neugebauera o současných problémech a jednáních

Konference byla seznámena dr. Hronkem s internetovým projektem IZIP.

Proběhly volby aklamací:

regionálním pokladníkem byl zvolen dr. Veselý (Planá n.Luž.)

regionální revizní komise byla zvolena ve složení: dr. Janoušková, dr. Marek, dr. Pločková

Všichni zvolení funkce přijali.

Konference ukládá nově zvolenému pokladníkovi předat návrh rozpočtu regionu na r. 2001 ke schválení regionální radě do 1 měsíce od konference.

Konference konstatuje zklamání členů nad neexistující spoluprací na úrovni předsednictva SPLDD a výboru OS PDL a vyzývá předsednictvo Sdružení k jednání s nově zvoleným výborem Odborné společnosti prakt. dět. lékařů.

Motorest Sloup u Veselí n. Luž. dne 14.4.2001



Změny v placení záloh na daň z příjmů

Ing. Jaromír Adamec

Daňový poradce SPLDD ČR

Jednou ze změn v zákoně o daních z příjmů jsou novinky ohledně placení záloh na daň. Změn doznala pásma poslední známé daňové povinnosti (z nichž se odvíjí výše a četnost záloh) a také se změnila data splatnosti.

Nejprve tedy k četnosti. Zálohy na daň z příjmů se neplatí, je-li poslední známá daňová povinnost menší nebo rovna 30.000,- Kč (dosud to bylo 20.000,- Kč). Pololetní zálohy se platí, je-li poslední známá daňová povinnost v rozsahu nad 30.000,- Kč až do 150.000,- Kč včetně (dosud nad 20.000,- Kč až do 100.000,- Kč včetně). Při poslední

známé daňové povinnosti nad 150.000,- Kč se platí čtvrtletní zálohy (dosud nad 100.000,- Kč). Zálohy měsíční jsou zrušeny bez náhrady.

Zálohy jsou splatné v nových datech splatnosti. Čtvrtletní zálohy se platí k 15.3., 15.6., 15.9. a 15.12. Pololetní zálohy jsou splatné k 15.6. a 15.12.

Nezměnil se způsob výpočtu výše jednotlivých záloh. V případě pololetních záloh je to 40% poslední známé daňové povinnosti, u čtvrtletních pak 25% poslední známé daňové povinnosti.

Na závěr ještě jedna podstatná informa-

ce. Výše uvedené změny jsou platné pro nové zálohové období, tedy po podání příznání k dani z příjmů za rok 2000.

Tedy ještě prakticky: ti, kteří podali daňové příznání za zdaňovací období roku 2000 v březnu 2001, se výše uvedenými informacemi budou řídit již k 15. červnu (v případě pololetní i čtvrtletní zálohy), ti, kteří příznání budou podávat v červnu, se těmito informacemi budou řídit poprvé při splatnosti buď čtvrtletní zálohy, tj. k 15.9., či pololetní zálohy k 15.12.

Usnesení 1. sněmu SPLDD

Seč 19.-20.5.2001

Sněm SPLDD ČR se sešel v počtu 77 členů - okresních zástupců a přijal toto usnesení:

Sněm konstatuje:

- 1) že stávající systém péče o dítě poskytovaný PLDD je dostatečnou zárukou kvalitního zajištění léčebně preventivní péče i v budoucnu (i po vstupu do EU). Diskuze nad rodným lékařem nevede ke kvalitnější zdravotní péči o děti a dorost v ČR.
- 2) že systém bonifikací pro PLDD v návaznosti na regulační opatření je nutno dále kultivovat se zřetelem na potřeby léčebně preventivní péče o děti a dorost
- 3) znepokojení společné členské základny SPLDD i OSPDL se situací, která vznikla přerušením vzájemné komunikace mezi představiteli obou společností (nedostatečné a pozdní řešení problematiky očkování, prosazování zařazení odbornosti RL mezi základní obory, nedostatečná spolupráce při vytváření koncepce pediatrie, chybějící přítomnost příspěvků OS v časopise Vox pediae)

Sněm žádá okresní organizace SPLDD:

- 1) o zaslání Sestav nákladovosti registrovaných pojištěnců v rámci globálních regulací

Sněm doporučuje předsednictvu SPLDD:

- 1) zpracovat nové plně moci a urychleně je předložit k podpisu členské základně,
- 2) zřídit komisi pro sledování regulací na základě materiálů, poskytnutých členskou základnou,
- 3) hledat a prosazovat opatření k zamezení souběhů praxí, zejm. u klinických lékařů,
- 4) rozpracovávat a stanovit ekonomické, technické a organizační podmínky pro výhledovou možnost převzetí pohotovostních služeb PLDD pro jejich registrované pacienty, za základní považujeme pevné stanovení odpovídajících finančních a legislativních (finanční spoluúčast pacientů) podmínek pro výkon této služby,
- 5) pokračovat v jednání k zamezení snahy vynucovat služby LSPP mimo odbornost 002 (praktický dětský lékař nesmí být zálohou ZZS a suplovat nedostatečně pokrytí spádového území, které je povina ZZS zajistit),
- 6) ve spolupráci s novým výborem OSPDL vést jednání a společně přijímat opatření, vedoucí k takovým organizačním změnám, aby OSPDL přestala prosazovat řešení, která jsou v rozporu se zájmy společné členské základny,
- 7) nadále sledovat aktivity spojené s překládáním Koncepce pediatrie tak, aby nebyla ohrožena v budoucnu existence PLDD v systému poskytování zdravotní péče, ale naopak aby došlo k prohlubování a posilování odborných kompetencí PLDD,
- 8) dále spolupracovat s ostatními členy Koalice ambulantních lékařů nad přípravou legislativních norem, které by stabilizovaly provozovatele nestátních zdravotních zařízení,
- 9) dále rozpracovávat Program financování generační výměny PLDD v nestátním zdravotním zařízení spolu s ČSOB,
- 10) dále rozpracovávat a dokončit Katalog placených informačních služeb, poskytovaných PLDD.
- 11) iniciovat možnost novely seznamu výkonů odbornosti 002 (očkování, drobná laboratorní diagnostika...)



MEDIFORUM

Zásady diagnostiky a racionální terapie bakteriálních meningitid

DRUHÁ ČÁST

UŽŠÍ AUTORSKÝ KOLEKTIV

**Prof. MUDr. Ondrej Bálint, CSc., MUDr. Ivo Burget, MUDr. Tomáš Habanec, MUDr. Helena Hupková, CSc.,
Doc. MUDr. Otto Lochmann, CSc., Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., Doc. MUDr. Jan Přiborský, CSc.,
Doc. RNDr. Jan Trupl, CSc., RNDr. Pavla Urbášková, CSc.**

ŠIRŠÍ AUTORSKÝ KOLEKTIV

Doc. MUDr. Václav Dostál, MUDr. Katarína Holečková, Prof. MUDr. Mária Huttová, CSc., Doc. MUDr. Pavel Chalupa, CSc.,
MUDr. Václav Chmelík, MUDr. Barbora Jančíková, MUDr. Pavol Jarčuška, CSc., MUDr. Eva Kostřicová, MUDr. Karol Kralinský,
MUDr. Lenka Krbková, Prof. MUDr. Vladimír Krčmery, DrSc., MUDr. Eliška Lovrantová, Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.,
Doc. MUDr. Miloslav Procházka, CSc., Doc. MUDr. Tomáš Sechser, CSc., MUDr. Ivan Stankovič, CSc., MUDr. Anna Škrovinová,
MUDr. Jiří Švejda, CSc., MUDr. Petr Švihovec, MUDr. Jana Táborská, MUDr. Eliška Žarošská

TEXT PŘIPOMÍNKOVALI

Prof. MUDr. Svetozár Dluholucký, DrSc., Prof. MUDr. Jiří Havlík, DrSc., MUDr. Blanka Horová, MUDr. Pavla Křížová, CSc.,
Doc. MUDr. Ivan Schréter, CSc.

OBSAH 2. ČÁSTI

Meningokoková meningitida
Pneumokoková meningitida
Hemofilová meningitida
Iniciální antibiotická terapie ostatních bakteriálních meningitid
Riziková (imunosuprimovaná) skupina pacientů včetně HIV+
Meningitidy a meningoencefalitidy vyvolané ostatními infekčními agens

PŘÍLOHY

Glasgowská klasifikace poruch vědomí
Glasgowská klasifikace poruch vědomí u dětí
Diferenciální diagnostika poruch vědomí
Přehled nálezů v mozkomíšním moku
Dávkování vybraných antimikrobních léčiv u meningitid pro dospělé a jejich průnik hematoencefalickou bariérou (v % sérové koncentrace)
Dávkování vybraných antimikrobních léčiv při bakteriálních meningitidách u dětí
Dávkování antimikrobních léčiv při bakteriálních meningitidách u novorozenců
ATB profylaxe
Literatura
Seznam použitých zkratk

ÚVOD

Bakteriální meningitidy představují i v době antibiotik závažný medicínský problém. Nejčastější vyvolavatelé onemocnění *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae b* a *Streptococcus pneumoniae* si v českých zemích udržují dobrou vnímavost k antibiotikům. Na Slovensku je však rezistence v některých regionech již významná. Je tudíž nutné zvažovat při léčení bakteriálních meningitid regionální situaci i v rezistenci etiologických agens. Problémem mohou být pacienti imunosuprimovaní či pacienti po neurochirurgických výkonech. V některých případech mohou být rizikovým faktorem nové invazivní diagnostické metody. Pro prognózu quod vitan i quod sanationem je především nutná rychlá diagnóza a včasné zahájení léčby.

Úkolem terénních lékařů praktických i dětských je:

- znát a umět zhodnotit klinický neurologický nález,
- odeslat pacienta co nejdříve k hospitalizaci.

Autoři publikace vycházejí z vlastních zkušeností a doporučených postupů v jednotlivých zemích a opírají se o současný stav rezistence bakteriálních kmenů nejčastěji vyvolávajících bakteriální meningitidy v ČR a SR.

Cílem publikace je:

- zabránit zbytečným prodlevám v zahájení iniciální terapie,
- napomoci včasnému rozpoznání onemocnění v primární péči a co nejrychlejšímu zahájení léčby včetně správné diagnostiky již na prvním pracovišti, kde je pacient přijat.

Je třeba podotknout, že léčebný postup u každého nemocného s bakteriální meningitidou je individuální. Vzhledem k možným život ohrožujícím komplikacím a nutnosti komplexní terapie je nezbytná hospitalizace a umístění pacientů s bakteriální meningitidou na specializovaných pracovištích s možností poskytnout intenzivní péči.

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.

Meningokoková meningitida

ETIOLOGIE	■ <i>Neisseria meningitidis</i> (nejčastěji séroskupina B, C)
KAUZÁLNÍ TERAPIE*	■ penicilin G ve vysokých dávkách ■ cefotaxim/ceftriaxon ■ chloramfenikol** při přecitlivělosti na β-laktamová antibiotika
KOMPLEXNÍ TERAPIE	■ viz VOX PEDIATRIAE 4/2001 (str. 17)
PROFYLAXE PŘI KONTAKTU	■ V-penicilin*** ■ rifampicin (vázáno na odbornost)
IMUNIZACE	■ meningokoková polysacharidová vakcína A+C indikovaná podle epidemiologické situace v rizikových skupinách včetně asplenie po 2. roce života
POZOR NA PERAKUTNÍ PRŮBĚH MENINGOKOKOVÉ SEPSE!	
<p>Vysvětlivky:</p> <p>* dávkování antibiotik u meningitid - viz tabulky na str. 22 - 24</p> <p>** u nedonošených dětí jen v nevyhnutelných případech</p> <p>*** podrobnosti o profylaxi - viz Věstník MZ ČR ročník 1993, částka 8, ze dne 25. února 1994</p>	



Pneumokoková meningitida

ETIOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Streptococcus pneumoniae</i> (více než 90 séro skupin/sérotypů)
KAUZÁLNÍ TERAPIE*	<ul style="list-style-type: none"> ■ kmeny citlivé a intermediálně citlivé na penicilin (MIC < 2 mg/l) <ul style="list-style-type: none"> ● penicilin G ve vysokých dávkách ● ceftriaxon/cefotaxim ● chloramfenikol - při přecitlivělosti na β-laktamová antibiotika ■ kmeny rezistentní na penicilin (MIC ≥ 2 mg/l)**
KOMPLEXNÍ TERAPIE	<ul style="list-style-type: none"> ■ viz VOX PEDIATRIAE 4/2001 (str. 17)
PROFYLAXE PŘI KONTAKTU	<ul style="list-style-type: none"> ■ aspleničtí pacienti <ul style="list-style-type: none"> ● V-penicilin ● makrolidy (při přecitlivělosti na penicilin) ● rifampicin (vázáno na odbornost)
IMUNIZACE	<ul style="list-style-type: none"> ■ polyvalentní polysacharidová vakcína se doporučuje <ul style="list-style-type: none"> ● u kompromitovaných pacientů (asplenie, srpkovitá anemie, nefrotický syndrom, imunosupresivní terapie, HIV infekce) ● u dětí až po 2. roce života
<p><i>Vysvětlivky:</i></p> <p>* dávkování antibiotik u meningitid - viz tabulky na str. 22-24</p> <p>** po konzultaci s ATB střediskem</p>	

Hemofilová meningitida

ETIOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Haemophilus influenzae b</i>, vzácně jiný typ
KAUZÁLNÍ TERAPIE*	<ul style="list-style-type: none"> ■ kmeny neprodukující b-laktamázu <ul style="list-style-type: none"> ● ampicilin ■ kmeny produkující b-laktamázu <ul style="list-style-type: none"> ● cefotaxim/ceftriaxon ● chloramfenikol**
KOMPLEXNÍ TERAPIE	<ul style="list-style-type: none"> ■ viz VOX PEDIATRIAE 4/2001 (str. 17)
PROFYLAXE PŘI KONTAKTU****	<ul style="list-style-type: none"> ■ aspleničtí pacienti <ul style="list-style-type: none"> ● amoxicilin*** ● rifampicin (vázáno na odbornost)
IMUNIZACE	<ul style="list-style-type: none"> ■ konjugovaná vakcína proti <i>Haemophilus influenzae b</i> ■ lze očkovat kojence a děti mladší 5 let
<p><i>Poznámka:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ aplikace dexametazonu ještě před podáním ATB snižuje riziko následných komplikací, především hluchoty 	
<p><i>Vysvětlivky:</i></p> <p>* dávkování antibiotik u meningitid - viz tabulky na str. 22-24</p> <p>** při selhání nebo přecitlivělosti na β-laktamová antibiotika i u novorozenců a kojenců</p> <p>*** při produkci b-laktamáz podat p.o. ko-aminopeniciliny nebo p.o. cefalosporiny odolné proti β-laktamázám</p> <p>**** viz Věstník MZ ČR ročník 1999, částka 3, z dubna 1999</p>	

*Iniciální antibiotická terapie ostatních bakteriálních meningitid

RIZIKOVÝ FAKTOR	PŘEDPOKLÁDANÁ ETIOLOGIE	DOPORUČENÁ INICIÁLNÍ ATB TERAPIE
SHUNTOVÁ MENINGITIDA	■ <i>Staphylococcus spp.</i>	■ vankomycin*** ■ teikoplanin*** (u dospělých 20 mg/24 hodin intraventrikulárně)
	■ <i>Corynebacterium spp.</i>	■ chloramfenikol
	■ <i>Candida spp.</i>	■ amfotericin/flukonazol
ZÁKLADNÍM PŘEDPOKLADEM JE ODSTRANĚNÍ SHUNTU!		
POSTTRAUMATICKÁ A POOPERAČNÍ MENINGITIDA**	■ <i>Enterococcus spp.</i> ■ <i>Staphylococcus spp.</i> ■ anaeroby	■ ampicilin + vankomycin ■ chloramfenikol ■ metronidazol
	■ <i>Enterobacteriaceae</i> ■ gramnegativní nefermentující tyčky	■ ceftazidim + aminoglykosidy
<p>Vysvětlivky:</p> <p>* etiologie neznámá</p> <p>** iniciální ATB terapie v závislosti na epidemiologických podmínkách v nemocnici</p> <p>*** kombinace s rifampicinem po konzultaci s ATB střediskem</p>		

Riziková (imunosuprimovaná) skupina pacientů včetně HIV+

ETIOLOGIE	DOPORUČENÁ INICIÁLNÍ ATB TERAPIE
<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Streptococcus pneumoniae</i> ■ <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ■ <i>Listeria monocytogenes</i> ■ <i>Enterobacteriaceae</i> ■ <i>Staphylococcus aureus</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ceftazidim + aminoglykosidy ■ chloramfenikol
<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Cryptococcus neoformans</i> ■ <i>Candida spp.</i> ■ ostatní mykotické a parazitární nákazy, jiní původci vzácně 	<ul style="list-style-type: none"> ■ amfotericin ■ flukonazol

Meningitidy a meningoencefalitidy vyvolané ostatními infekčními agens

CHARAKTERISTIKA	ETIOLOGIE
<ul style="list-style-type: none"> ■ serózní 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Leptospira</i> spp. ■ <i>Borrelia</i> spp. ■ <i>Mycoplasma</i> spp. ■ <i>Rickettsia</i> spp. ■ <i>Chlamydia</i> spp.
<ul style="list-style-type: none"> ■ specifické 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Mycobacterium tuberculosis</i> ■ atypická mykobakteria
<ul style="list-style-type: none"> ■ ostatní (nebakteriální) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Améby (<i>Naegleria fowleri</i>) ■ <i>Toxoplasma gondii</i> ■ <i>Cryptococcus neoformans</i> ■ <i>Candida</i> spp. ■ ostatní mykotické a parazitární nákazy, jiní původci vzácně
<p><i>Poznámka:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Meningitidy a meningoencefalitidy bakteriální, ale nehnisavé, mohou být vyvolány řadou mikrobů i parazitů, jak jsou uvedeny v tabulce, a vyžadují příslušnou chemoterapii. Virové meningitidy a meningoencefalitidy nejsou předmětem tohoto sdělení a nevyžadují zpravidla antibiotickou terapii. 	



PŘÍLOHY

*Glasgowská klasifikace poruch vědomí

AKCE	REAKCE	HODNOCENÍ V BODECH
OTEVŘENÍ OČÍ	<ul style="list-style-type: none"> ■ spontánní ■ na oslovení ■ na bolest ■ nepřítomno 	4 3 2 1
NEJLEPŠÍ SLOVNÍ ODPOVĚĎ	<ul style="list-style-type: none"> ■ orientovaná ■ zmatená ■ nepřiléhavá ■ nesrozumitelná ■ žádná 	5 4 3 2 1
NEJLEPŠÍ MOTORICKÁ ODPOVĚĎ	<ul style="list-style-type: none"> ■ uposlechne příkazů ■ lokalizuje bolest ■ ustupuje, odtahuje se ■ flexe na bolest ■ extenze na bolest ■ žádná 	6 5 4 3 2 1

*Glasgowská klasifikace poruch vědomí u dětí

AKCE	VĚTŠÍ DĚTI	KOJENCI	HODNOCENÍ
OTEVŘENÍ OČÍ	<ul style="list-style-type: none"> ■ spontánní ■ na oslovení ■ na bolest ■ nepřítomno 	<ul style="list-style-type: none"> ■ spontánní ■ na oslovení ■ na bolest ■ nepřítomno 	4 3 2 1
NEJLEPŠÍ SLOVNÍ ODPOVĚĎ	<ul style="list-style-type: none"> ■ orientovaná ■ zmatená ■ nepřiléhavá ■ nesrozumitelná ■ žádná 	<ul style="list-style-type: none"> ■ vokalizuje ■ dráždivý pláč ■ pláč na algický podnět ■ sténání ■ žádná 	5 4 3 2 1
NEJLEPŠÍ MOTORICKÁ ODPOVĚĎ	<ul style="list-style-type: none"> ■ uposlechne příkazů ■ lokalizuje bolest ■ uhýbá na algický podnět ■ dekortikační odpověď ■ decerebrační odpověď ■ žádná 	<ul style="list-style-type: none"> ■ spontánní hybnost ■ uhýbá na taktilní podnět ■ uhýbá na algický podnět ■ dekortikační odpověď ■ decerebrační odpověď ■ žádná 	6 5 4 3 2 1
<p><i>Vysvětlivky:</i> * používá se k posouzení hloubky vědomí, 7 bodů a méně - indikace k intubaci</p>			

Diferenciální diagnostika poruch vědomí

ETIOLOGIE	INTRAKRANIÁLNÍ	EXTRAKRANIÁLNÍ		
Příznaky	<ul style="list-style-type: none"> ■ ložiskové neurologické příznaky ■ meningeální syndrom ■ zvýšený nitrolební tlak 	<ul style="list-style-type: none"> ■ většinou bez ložiskových neurologických příznaků nebo meningeálního syndromu ■ normální nitrolební tlak 		
INTRAKRANIÁLNÍ	ETIOLOGIE	PŘÍZNAKY	VYŠETŘENÍ	
	Trauma hlavy - mozku	<ul style="list-style-type: none"> ■ zranění ■ krvácení z nosu a uší ■ brýlový hematom 	<ul style="list-style-type: none"> ■ RTG hlavy ■ CT hlavy ■ ultrazvukové vyšetření hlavy* ■ oční pozadí 	
	Epilepsie	<ul style="list-style-type: none"> ■ křeče ■ anamnéza 	<ul style="list-style-type: none"> ■ EEG ■ CT 	
	Vaskulární	<ul style="list-style-type: none"> ■ krvácení <ul style="list-style-type: none"> ● subarachnoidální ● subdurální ● epidurální ● intraparenchymové 	<ul style="list-style-type: none"> ■ meningeální syndrom ■ náhlá bolest hlavy ■ narůstající zmatenost 	<ul style="list-style-type: none"> ■ CT hlavy ■ angiografie ■ oční pozadí ■ lumbální punkce
	<ul style="list-style-type: none"> ■ embolie ■ trombóza ■ tranzitorní ischemická ataka 	<ul style="list-style-type: none"> ■ akutní paréza ■ poruchy řeči 	<ul style="list-style-type: none"> ■ EKG ■ CT 	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ hypertenzní encefalopatie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ bolest hlavy ■ vysoký TK ■ křeče ■ poruchy zraku ■ narůstající zkalení vědomí 	<ul style="list-style-type: none"> ■ oční pozadí ■ EKG ■ CT 	
	Infekce			
	<ul style="list-style-type: none"> ■ meningitida 	<ul style="list-style-type: none"> ■ horečka ■ cefalea ■ narůstající zkalení vědomí ■ meningeální syndrom 	<ul style="list-style-type: none"> ■ lumbální punkce (patologický nález) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ encefalitida 	<ul style="list-style-type: none"> ■ horečka ■ narůstající zkalení vědomí ■ parézy ■ meningeální syndrom 	<ul style="list-style-type: none"> ■ lumbální punkce (patologický nález) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ absces 	<ul style="list-style-type: none"> ■ neurologické příznaky ■ závislé na lokalizaci 	<ul style="list-style-type: none"> ■ CT ■ MRI 	
	Tumor			
	<ul style="list-style-type: none"> ■ primární ■ metastázy 	<ul style="list-style-type: none"> ■ neurologické příznaky ■ závislé na lokalizaci 	<ul style="list-style-type: none"> ■ CT ■ MRI 	
EXTRAKRANIÁLNÍ	ETIOLOGIE			
	<p>Hypoxie Hyperkapnie Intoxikace Metabolické příčiny Ostatní (hypotermie, hypertermie, oběhový šok, systémová infekce, eklampsie, hysterie, hypnóza)</p>			
<p>Vysvětlivky: * u dětí</p>				

Přehled nálezů v mozkomíšním moku

	Normální nález	Serózní meningo-encefalitida	Hnisavá meningitida	TBC meningitida	Absces mozku**
Tlak	0,7-2,5 kPa*	zvýšený	zvýšený	zvýšený	zvýšený
Vzhled	čirý, bezbarvý	čirý, bezbarvý	zkalený až hnisavý	čirý, bezbarvý až mírně zkalený	čirý, bezbarvý
Pandyho reakce	-	(+) až (++)	(++) až (+++)	(++) až (+++)	+/-
Buňky	do 5/mm ³ **** jen mononukleáry	zvýšené hlavně mononukleáry	vysoké převážně polynukleáry	zvýšené převážně mononukleáry	desítky mononukleárů ev. i polynukleárů
Bílkoviny	0,2-0,4 g/l	zvýšené	vysoké	vysoké	zvýšené
Glukóza***	2,3-3,2 mmol/l	normální	snížená až nulová	snížená až nulová	normální
Laktát	1,2-2,1 mmol/l	normální	zvýšený	zvýšený	mírně zvýšený
Chloridy	116-130 mmol/l	normální	snížené	snížené	normální

Poznámka:

■ normální hodnoty u novorozenců (do 4 týdnů věku)

- tlak: normální (0,5-1,3 kPa)
- vzhled: čirý, nažloutlý
- buňky: 0-32/mm³ (z toho 60% polymorfonukleárů)
- bílkoviny: 0,8-2,0 g/l (v závislosti na věku)
- glukóza: 1,8-6,5 mmol/l (50-70% glukózy v séru)
- laktát: 1,2-2,5 mmol/l
- chloridy: 116-130 mmol/l

■ u všech biochemických parametrů likvoru se doporučuje srovnání s hodnotami v séru

■ některé hodnoty se mohou kvantitativně lišit podle laboratoře

Vysvětlivky:

- * proměnlivý v závislosti na věku a poloze pacienta (vertikální, horizontální)
- ** v závislosti na hloubce uložení abscesu
- *** doporučuje se současně stanovit glykémii (glykorachie je obvykle 1/3-2/3 glykémie)
- ****
 - bezpodmínečně nutná diferenciace elementů
 - do 15/3 ve Fuchsově - Rosenthalově komůrce

Dávkování vybraných antimikrobních léčiv u meningitid pro dospělé a jejich průnik hematoencefalickou bariérou (v % sérové koncentrace)

	Obvyklá dávka a interval (při normální funkci ledvin)		Průnik do likvoru (zdravé meningy)	Průnik do likvoru (zanícené meningy)
	g/70 kg/24 h	interval (h)		
peniciliny				
penicilin G	24,0-32,0 mil. j.	4-6	1	5 > 10
ampicilin	8,0-12,0	6	< 5	20-30
cefalosporiny				
cefuroxim	4,5-9,0	8	1	18-35
cefotaxim	8,0-12,0	6-8	1	15-30
ceftriaxon	4,0-6,0	12-24	1	5-15
ceftazidim	6,0-12,0	8-12	1	20-40
karbapenemy				
meropenem*	6,0-8,0	8	15-30	15-30
glykopeptidy**				
vankomycin	2,0-4,0	6-12	1	15-20
teikoplanin [□]	0,8-1,2	12-24	1	15-20
aminoglykosidy***				
gentamicin	0,24	8	< 10	15-20
tobramycin	0,24	8	< 10	< 10
amikacin	1,0	12	0	< 50
netilmicin	0,4-0,6	12	< 10	< 20
ansamyciny				
rifampicin	0,6-0,9	8-12	10	40-65
fluorochinolony				
ciprofloxacín	0,8	12	5-10	40-100
amfenikoly				
chloramfenikol****	8,0-12,0	6-8	60 (45-99)	60 (45-99)
nitroimidazoly				
metronidazol	2,0	6-8	40-90	40-90
ostatní				
flukonazol	1. den 0,8; od 2. dne 0,4	12	50-60	50-60
amfotericin	0,5-1,0 mg/kg	24	< 10	< 10

PRŮNIK HEMATOENCEFALICKOU BARIÉROU NAD 10% JE POVAŽOVÁN ZA DOSTATEČNÝ

Upraveno podle:

- Bartlett, J.G.: *Pocket book of infectious disease therapy*. 9th edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998.
- Gilbert, D.N., Moellering Jr., R.C., Sande, M.A.: *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy*. 28th edition. Vienna (Virginia, USA): Antimicrobial therapy, 1998.

Vysvětlivky:

- * záněť neovlivňuje transport
- ** glykopeptidy pronikají do likvoru velmi omezeně
 - obvykle jsou aplikovány jednou až dvakrát intralumbálně ev. intraventrikulárně u dospělých v dávce 20 mg teikoplaninu v intervalu 24 h. Koncentrace v moku po této aplikaci převyšuje 40 mg/l teikoplaninu.
- *** s výjimkou stafylokokové infekce lze podat v jedné denní dávce
- **** záněť neovlivňuje transport, tendence ke kumulaci v CNS

Dávkování vybraných antimikrobních léčiv při bakteriálních meningitidách u dětí

	> 1 měsíc	
	mg/kg/24 h	interval (h)
peniciliny		
penicilin G	0,1-1,0 mil. j.	4-6
ampicilin	200,0-400,0	6
cefalosporiny		
cefuroxim	150,0-250,0	8
cefotaxim	150,0-300,0	6
ceftriaxon	100,0	24
ceftazidim	50,0-150,0	8-12
karbapenemy		
meropenem	40,0	8
glykopeptidy*		
vankomycin	40,0-60,0	6-12
teikoplanin	10,0	24
aminoglykosidy		
gentamicin	6,0-7,5	8
amikacin	15,0-20,0	8-12
netilmicin	6,0-7,5	8
ansamyciny		
rifampicin	10,0-20,0	24
amfenikoly		
chloramfenikol**	100,0-200,0	6
nitroimidazoly		
metronidazol	20,0-30,0	6-8
ostatní		
flukonazol	6,0	12-24
amfotericin	0,1-1	24
<p><i>Upraveno podle:</i></p> <p>■ Nelson, J.D.: 1996-1997 Pocket book of pediatric antimicrobial therapy. 12th edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.</p>		
<p><i>Vysvětlivky:</i></p> <p>* - glykopeptidy pronikají do likvoru velmi omezeně - obvykle jsou aplikovány intraventrikulárně v dávce 5 mg (viz. VOX PEDIATRIAE 4/2001 - str. 19)</p> <p>** při selhání nebo přecitlivělosti na β-laktamová antibiotika</p>		

**Dávkování vybraných antimikrobních léčiv
při bakteriálních meningitidách u novorozenců (mg/kg)**

	Aplikační cesta	Hmotnost < 1200 g	Hmotnost 1200-2000 g		Hmotnost > 2000 g	
			0-4 týdny	0-7 dní	nad 7 dní	0-7 dní
peniciliny						
penicilin G	i.v.	0,05 mil. j./12 h	0,05 mil. j./12 h	0,075 mil. j./8 h	0,05 mil. j./8 h	0,05 mil. j./6 h
ampicilin	i.v. (i.m.)	50,0/12 h	50,0/12 h	50,0/8 h	50,0/8 h	50,0/6 h
cefalosporiny						
cefotaxim	i.v. (i.m.)	50,0/12 h	50,0/12 h	50,0/8 h	50,0/12 h	50,0/8 h
ceftriaxon	i.v. (i.m.)	50,0/24 h	50,0/24 h	50,0/24 h	50,0/24 h	75,0/24 h
ceftazidim	i.v. (i.m.)	50,0/12 h	50,0/12 h	50,0/8 h	50,0/8 h	50,0/8 h
karbapenemy						
imipenem	i.v. (i.m.)	20,0/18-24 h	20,0/12 h	20,0/12 h	20,0/12 h	20,0/8 h
glykopeptidy*						
vankomycin	i.v.	15,0/24 h	15,0/12-18 h	15,0/8-12 h	15,0/12 h	15,0/8 h
teikoplanin	i.t.		5 mg/24 h celkem			
aminoglykosidy						
gentamicin	i.v. (i.m.)	2,5/18-24 h	2,5/12-18 h	2,5/8-12 h	2,5/8-12 h	2,5/8 h
amikacin	i.v. (i.m.)	7,5/18-24 h	7,5/12-18 h	7,5/8-12 h	10,0/12 h	10,0/8 h
netilmicin	i.v. (i.m.)	2,5/18-24 h	2,5/12-18 h	2,5/8-12 h	2,5/8-12 h	2,5/8 h
amfenikoly						
chloramfenikol**	i.v.	25/24 h	25/24 h	25/24 h	25/24 h	25/12 h
nitroimidazoly						
metronidazol	i.v.	7,5/48 h	7,5/24 h	7,5/12 h	7,5/12 h	15/12 h

V INICIÁLNÍ FÁZI LÉČBY (DO STERILIZACE MOZKOMÍŠNÍHO MOKU) SE DOPORUČUJE INTRAVENÓZNÍ APLIKACE

Upraveno podle:

■ Nelson, J.D.: 1996-1997 Pocket book of pediatric antimicrobial therapy. 12th edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.

Vysvětlivky:

* - glykopeptidy pronikají do likvoru velmi omezeně

- obvykle jsou aplikovány intraventrikulárně (viz. VOX PEDIATRIAE 4/2001 - str. 19)

** při selhání nebo přecitlivělosti na β-laktamová antibiotika

ATB profylaxe

pro meningokokové, hemofilové i pneumokokové meningitidy u rizikových skupin pacientů používaná v USA

			DÁVKA	INTERVAL	APLIKAČNÍ CESTA
Děti	< 1 rok	rifampicin	10 mg/kg/den	12 hod.	p. o.
	1-12 let	rifampicin	20 mg/kg/den	12 hod.	p. o.
Dospělí		rifampicin	600 mg	12 hod.	p. o.
		fluorochinolony*	750 mg	jednorázově	p. o.

Upraveno podle:

- Bartlett, J.G.: *Pocket book of infectious disease therapy. 9th edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998.*
- Tunkel, A.R., Scheld, W.M.: *Acute Meningitis. In: Mandell, G.L., Douglas, R.G., Bennett, J.E., Dolin, R.: Principles and Practice of Infectious Diseases. New York: Churchill Livingstone, 1995; p. 831-865.*
- Gilbert, D.N., Moellering, Jr. R.C., Sande, M.A.: *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. 28th edition. Vienna (Virginia, USA): Antimicrobial therapy, 1998.*

Vysvětlivky:

* fluorochinolony s širším spektrem účinku pouze u meningokokové meningitidy!

Seznam použitých zkratk

CNS	centrální nervový systém	RTG	rentgen
CT	počítačová tomografie	TK	tlak krve
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulace	i.m	intramuskulárně
EEG	elektroencefalogram	i.t.	intratekálně
EKG	elektrokardiogram	i.v.	intravenózně
MIC	minimální inhibiční koncentrace	p.o.	perorálně
MRI	magnetická rezonance		

Literatura

1. Tunkel, A.R., Scheld, W.M.: *Acute Meningitis. In: Mandell, G.L., Douglas, R.G., Bennett, J.E., Dolin, R.: Principles and Practice of Infectious Diseases. New York: Churchill Livingstone, 1995; p. 831-865*
2. Lorian, V.: *Antibiotics in Laboratory Medicine. 3rd edition. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991*
3. Bartlett, J.G.: *Pocket book of infectious disease therapy. 9th edition. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998*
4. Gilbert, D.N., Moellering, Jr. R.C., Sande, M.A.: *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. 28th edition. Vienna (Virginia, USA): Antimicrobial therapy; 1998*
5. Nelson, J.D.: *1996-1997 Pocket book of pediatric antimicrobial therapy. 12th edition Baltimore: Williams & Wilkins; 1997*
6. Intraventrikulární aplikace teikoplaninu: Cruciani, M.: *Evaluation of intraventricular teicoplanin for the treatment of neurosurgical shunt infections. Clin Infect Dis 1992; p. 285-289*
7. Havlík, J.: *Terapie bakteriálních meningitid v kojeneckém a dětském věku. Čs Pediatrie 1994; 49: str. 361-364*
8. Hobstvá, J., Zaban, P., Lochman, O., et al.: *Doporučené postupy v léčbě bakteriálních meningitid v dětském věku. Čs Pediatrie 1995; 50: str. 424-427*
9. Hobstová, J.: *Hnisavé meningitidy v dětském věku. Praha: Galén; 1999*
10. Bálint, O., Stankovič, I., Točík, K.: *Gramnegativně bakteriálne meningitidy u dospelých. Lekársky obzor 1997; 66: str. 42-44*
11. Bálint, O.: *Diagnostické a terapeutické problémy neuroinfekcií s dorazom na hnisavé meningitidy u detí. Detský lekár 1998; 5: str. 23-26*
12. *Věstníky MZ ČR*
 - ročník 1993; částka 8, ze dne 25. 2. 1994
 - ročník 1999; částka 3, z dubna 1999



Dosud vydané publikace:

■ s infektologickou tematikou

1. Zásady racionální antibiotické léčby respiračních infekcí - 2. doplněné vydání (1995)
2. Diagnostika a terapie infekcí vyvolaných virem Herpes simplex a virem Varicella zoster (1997)
3. Zásady racionální antibiotické léčby infekcí močových cest (1998)
4. Zásady diagnostiky a racionální terapie bakteriálních meningitid (1999, ISBN 80-85912-07-4)
5. Postherpetická neuralgie jako důsledek neléčeného herpes zoster (1999, ISBN 80-85912-11-2)
6. Zásady diagnostiky a terapie chřipky (2000, ISBN 80-85912-46-5)
7. Herpes Genitalis sexuálně přenosná choroba (2000, ISBN 80-85912-46-5)

■ v oblasti epilepsie

8. Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií I (1995)
9. Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií II (1997)
10. Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií III (1998, ISBN 80-85912-08-3)
11. Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií IV (1998, ISBN 80-85912-02-2)
12. Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií V (2000, ISBN 80-85912-48-1)

■ v edici „Nové trendy“

13. Nové trendy v opioidní anesteziologii (1998)
14. Monoklonální protilátky v onkologii (2000, ISBN 80-85912-42-2)

Tato řada od roku 1998 reaguje na nejnovější poznatky ve farmakoterapii a napomáhá zavádění inovativních léčebných postupů do praxe.

FAIDM

Forum for the Advancement for Infectious Disease Management

Publikaci „**Zásady diagnostiky a racionální terapie bakteriálních meningitid**“, která vyšla v české i slovenské verzi, připravila pracovní skupina českých a slovenských odborníků při FAIDM (Forum for the Advancement for Infectious Disease Management).

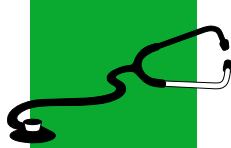
FAIDM je mezinárodní fórum odborníků, kteří se zajímají o nový přístup k řešení problematiky infekčních onemocnění v oblasti střední Evropy (Česká republika, Slovenská republika, Maďarsko a Polsko)

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 diskuzi 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



Příznaky diabetu mellitu u nejmenších dětí

MUDr. M. Dvořáčková, MUDr. Š. Průhová, MUDr. V. Rákosníková, MUDr. J. Lebl

Klinika dětí a dorostu 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

Bývalo typické, že diabetes mellitus se u dětí objevuje ve školním věku nebo během dospívání. U kojenců či batolat bývala cukrovka skutečnou vzácností.

Pozorování z posledních let však ukazují, že diabetes se projevuje u stále mladších dětí. To spolu se stoupající celkovou četností diabetu vyvolává určité obavy. V poslední době přichází na naši kliniku každoročně několik batolat, ale i kojenců, s nově zjištěným diabetem. Z hlediska praktického lékaře pro děti a dorost je podstatné, že příznaky cukrovky u těchto nejmenších dětí nemusejí být tak typické, jak je známe od školáků a adolescentů. Neurčitý soubor příznaků může vést k opožděnému rozpoznání nemoci. Odklad diagnózy bohužel vede k rozvoji vážnějšího metabolického rozvratu, k celkově těžšímu stavu dítěte při přijetí k hospitalizaci a k obtížnějšímu dosažení uspokojivé metabolické kontroly po zahájení léčby. Rozhodli jsme se připravit pro praktické lékaře pro děti a dorost přehled o úvodních příznacích diabetu u nejmenších dětí. Proto jsme formou dotazníku oslovili rodiče dětí s nově zjištěnou cukrovkou, kterým v době zjištění diagnózy bylo méně než 6 let, s žádostí o podrobné vypsání příznaků, které na svém dítěti před rozpoznáním diabetu pozorovali.

Oslovili jsme rodiče 37 dětí, u kterých byla cukrovka zjištěna v posledních letech. Do souboru nebyly zařazeny děti s náhodným (presymptomatickým) nálezem hyperglykemie. Vyplněný dotaz-

ník vrátili rodiče 33 dětí (19 chlapců, 14 dívek; návratnost dotazníku 89%). U 11 dětí se diabetes manifestoval ve věku kojeneckém či batolecím (0–3 roky), u 22 dětí ve věku předškolním (3–6 let). Dotazník byl zaměřen na údaje o prvních příznacích nemoci, o časové prodlevě mezi prvními projevy a stanovením diagnózy a o počtu lékařů, kteří dítě vyšetřili před rozpoznáním nemoci.

U dětí ve věku **0–3 roky** si rodiče nejčastěji všiml **nápadné žíznivosti** (91%), děti se většinou začaly **hlásit o pití i v noci** (64%). Projevy **polyurie** znamenalo 73% rodičů, z nich polovina v podobě **nápadně často mokřích plenek** (děti ve věku do 18 měsíců) a polovina ve formě **sekundární enurézy** (děti ve věku 1,5–3 roky). Pouze u 36% dětí rodiče registrovali úbytek hmotnosti. U 27% dětí došlo před stanovením diagnózy k projevům Kussmaulova dýchání a u 18% ke zvracení, u těchto dětí byla tedy diagnóza stanovena až ve fázi klinicky významné ketoacidózy.

Ve věkové skupině **3–6 let** se již soubor úvodních příznaků více podobal klinickému obrazu u starších dětí. Mezi prvními projevy diabetu dominovala **polyurie** (95%), doprovázená u 50% dětí **sekundární noční nebo i denní enurézou**. Projevy **polydipsie** registrovalo 91% rodičů, u 68% dětí spojené s **pitím v noci**. 77% dětí bylo **nápadně únavných**, u 68% dětí rodiče registrovali **úbytky hmotnosti**. 45% dětí si stěžovalo na **bolesti břicha** a odmítalo jídlo. 32% dětí před stanovením diagnózy **zvracelo** a 9% **namáhavě dýchalo**, tyto

děti tedy dosáhly klinicky významného stupně ketoacidózy.

Časová prodleva mezi prvními příznaky a rozpoznáním nemoci činila ve skupině 0–3 roky v průměru 14 dní (rozmezí 1–45), ve skupině 3–6 let 18,5 dne (rozmezí 1–150). Děti viděli před rozpoznáním cukrovky nejčastěji 2 lékaři (rozmezí 1–5) – praktický lékař pro děti a dorost, který vyslovil podezření na cukrovku, a lékař v nemocnici, který diagnózu potvrdil. Ukázalo se tedy, že praktičtí lékaři pro děti a dorost rozpoznávají příznaky cukrovky včas i u nejmenších dětí, a že prodleva mezi nástupem příznaků a rozpoznáním nemoci je dána spíše dobou, po kterou rodiče váhají s novými problémy dítěte navštívit lékaře.

Díky úzkému kontaktu s dítětem rodiče nejmenších dětí spolehlivě rozpoznávají některé příznaky, obvykle je však nevnímají jako možné projevy diabetu. Pro lékaře prvního kontaktu je důležitý poznatek, že projevem polyurie může být u kojenců a malých batolat nápadně častá potřeba měnit mokré plenky. U starších batolat a u předškoláků vyvolá polyurie velmi často sekundární noční, případně i denní enurézu. Polydipsie se nejčastěji projeví noční touhou dítěte po pití. Úbytky hmotnosti a nápadná únavnost jsou častěji patrné až u předškolních dětí. Téměř u třetiny dětí ve věku 0–6 let je diagnóza stanovena až ve fázi klinicky významné ketoacidózy. ■

Diabetes mellitus 2. typu u mladistvých s masivní obezitou

MUDr. V. Rákosníková,¹ MUDr. P. Mokroš,²

MUDr. Š. Průhová,¹ MUDr. M. Dvořáčková,¹ MUDr. J. Lebl¹

(1) Klinika dětí a dorostu 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha; (2) Dětské oddělení INB a.s., Nemocnice Boskovice

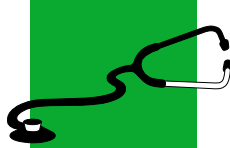
Diabetes mellitus 2. typu (DM2, dříve zvaný non-inzulín-dependentní diabetes mellitus) byl donedávna považován za **onemocnění dospělého věku**. Pro děti byl typický výhradně diabetes mellitus 1. typu (DM1, dříve zvaný inzulín-dependentní diabetes mellitus).

I když toto základní rozdělení stále platí a většina případů nově zjištěné cukrovky u dětí a dospívajících je diabetem 1. typu, začíná se spektrum diabetu v poslední době

poněkud měnit. První zprávy o hojnějším výskytu diabetu 2. typu u dospívajících začaly přicházet v průběhu 90. let ze Spojených států, v posledních letech již i ze západní Evropy a v průběhu roku 2000 jsme se setkali s prvními případy už i na naší klinice. Obecně se soudí, že příčinou časného nástupu diabetu 2. typu je **celosvětová pandemie obezity**, která se postupně ze severoamerického kontinentu šíří do celého vyspělého světa a dokonce již i do určitých rozvojových zemí. Na

některých amerických klinikách tvoří nyní DM2 až 1/4 nově diagnostikovaných případů cukrovky ve skupině 10–17letých. Většina případů je asymptomatických (náhodný záchyt glykosurie nebo hyperglykemie při preventivní prohlídce či při vyšetření z jiného důvodu), někteří se však manifestují osmotickými příznaky (polyurií, polydipsií), vzácně i ketoacidózou.

Na příkladu dvou prvních adolescentních pacientů, diagnostikovaných na naší klinice,



bychom rádi upozornili na nový fenomén v dětské diabetologii, který hrozí přerůst v závažný zdravotnický problém.

Pacientka 1: U 16leté velmi obézní dívky (hmotnost 103 kg, BMI 35 kg/m²) byla při vyšetření před vydáním řidičského průkazu náhodně zjištěna glykosurie a následně hyperglykemie 19 mmol/l. Byla zahájena léčba inzulinem. Pochybnosti o typu diabetu vyvolala hladina C-peptidu 2108 pmol/l. Při přijetí na kliniku byla dívka dobře kompenzována (HbA1c 6,0 %) na s.c. inzulinu v dávce 0,4 IU/kg/den. Měla projevy acanthosis nigricans na krku a v axilách. Glukagonovým testem byla prokázána dostatečná endogenní sekrece inzulinu a potvrzeny vysoké hodnoty C-peptidu. Dívka měla zvýšené aminotransferázy a hypertriglyceridémii. Byla zahájena léčba Metforminem (20 mg/kg/den), přísná redukční dieta a postupně ukončeno podávání inzulinu. Za dalších 5 týdnů dívka zhubla o 7,2 kg. Příznivá metabolická kontrola trvá.

Pacient 2: 15letý hoch byl vyšetřován pro těžkou obezitu (hmotnost 170 kg, BMI 58 kg/m²). Jeho matka, také obézní, se léčí pro DM2 inzulinem. U chlapce byla nápadná ložiska acanthosis nigricans, hypertenze (TK 130/100; >95. percentil), zvýšení aminotransferáz (ALT 3,0 kat/l, AST 1,4 kat/l), hypertriglyceridémie (2,4 mmol/l) a glykosurie. glykemie nalačno činila 6,2 mmol/l při inzulinemii 70 mIU/l a hladině C-peptidu 2445 pmol/l, ve 120. minutě oGTT stoupla glykemie na 12,7 mmol/l (inzulín 296, C-peptid 5279). Hodnota HbA1c činila 5,2%. Chlapec měl fundoskopické známky hypertenzní angiopathie I. st. Léčba Metforminem v dávce 12 mg/kg/den a přísný redukční režim vedly během 2 měsíců k poklesu hmotnosti o 4,8 kg, glykemie nalačno klesla na 4,2 mmol/l a ve 120. minutě na 5,5 mmol/l při přetrvávající hyperinzulinemii. Hodnoty krevního tlaku se stabilizovaly při léčbě inhibitorem ACE.

Zahraniční zkušenosti ukazují, že odlišení

DM2 od DM1 může být u některých dětí obtížné. Pro DM2 je typická významná obezita, pozitivní rodinná anamnéza DM2, laboratorní a klinické projevy inzulinové rezistence, případně negativita ostrůvkových protilátek. V některých případech může být zpočátku potřebná inzulinová léčba, poté je však výhodné přejít na léčbu Metforminem, což usnadní snížení hmotnosti při přísném redukčním režimu. Z klinických známek inzulinové rezistence je důležité rozpoznání tzv. acanthosis nigricans. Jedná se o hyperpigmentovaná ložiska hyperkeratózy, zejména v ohybových rýhách na krku a v axilách. Jedna sestřička na naší klinice tento příznak označila jako „tu špínu na krku, která nejde umýt“. Při pátrání po nových, dosud nerozpoznaných případech diabetu 2. typu u dospívajících s nadváhou se vyplatí prohlédnout pacientovi krk a axily. ■

Inzulin-dependentní diabetes mellitus - léčba

MUDr. R. Pomahačová, MUDr. J. Varvařovská

Dětská klinika FN a LF UK, Plzeň

■ Úvod

Inzulin-dependentní diabetes mellitus (IDDM) je charakterizován absolutním nebo relativním nedostatkem inzulinu s celoživotní závislostí na jeho podávání. Nedostatek inzulinu vede k poruše metabolismu cukrů, tuků a bílkovin. Manifestuje se nejčastěji v dětství a dospívání většinou náhle vzniklými klasickými příznaky (polyurie, polydipsie, hubnutí). Projevem již závažného rozvratu vnitřního prostředí je stupor až kóma. Ve většině případů se jedná o důsledek destrukce beta buněk při inzulitidě autoimunní etiologie u geneticky predisponovaných jedinců. Autoimunní proces vede k postupnému zániku beta buněk ostrůvků, ale teprve až jejich destrukce překročí určitou kritickou mez - předpokládá se zánik více než 90% ostrůvků - stane se onemocnění klinicky manifestním. Toto latentní, prediabetické stadium může trvat několik měsíců i let. Genetická predispozice (asociace s HLA antigeny DR3, DR4) sama o sobě nestačí k vyvolání autoimunní

reakce vedoucí ke vzniku diabetu 1. typu. Předpokládá se účast některého zevního faktoru, který celou reakci spustí (infekční nebo toxické agens). Z infekčních agens to jsou především viry skupiny coxsackie, herpetické viry, cytomegalovirus a chřipkové viry. Pro autoimunní etiologii diabetu 1. typu svědčí některé laboratorní nálezy jako jsou pozitivní cirkulující protilátky proti ostrůvkům pankreatu (ICA), protilátky proti inzulinu a protilátky proti dekarboxyláze kyseliny glutamové (GAD). Jejich negativita ale diabetes mellitus 1. typu nevylučuje. Diabetes mellitus 1. typu se může pojit např. s autoimunními záněty ve štítné žláze, Addisonovou chorobou, céliakií. Tato možná přidružená onemocnění jsou u diabetických dětí preventivně vyhledávána.

■ Léčba

Cílem léčby je co nejlepší kompenzace nemoci, která dovolí diabetickému dítěti plnohodnotný aktivní život, který se kvalitativně i kvantitativně blíží co nejvíce normálu.

Základem léčby diabetu je inzulin - dieta - tělesná aktivita. Pro úspěšnou léčbu je nutné dodržování pravidelné životosprávy.

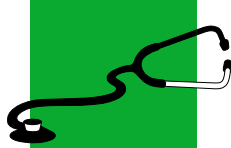
■ Inzulin

Léčba inzulinem je u diabetu 1. typu celoživotní.

U dětí používáme při léčbě humánní inzuliny. Jsou získávány buď semisynteticky z vepřového inzulinu nebo genovým inženýrstvím. Výhodou těchto inzulinů je nižší antigenicita přípravků, a tím i nižší tvorba protilátek proti inzulinu.

Rychle působící inzuliny mají nástup účinku za 20-30 minut po s.c. podání, vrchol účinku za 1-3 hodiny a délku účinku 6-8 hodin, ke konci této doby již působí jen slabě (Humulin R firmy Eli Lilly, Actrapid HM firmy Novo Nordisk, Insulin-HM R firmy Léčiva, Insuman Rapid firmy Hoechst).

Středně dlouho působící inzuliny mají nástup účinku za 2-3 hodiny, vrchol účinku za 6-8 hodin a délku účinku 12-16 hodin, ke



konci této doby působí jen slabě (Humulin N firmy Eli Lilly, Insulatard HM firmy Novo Nordisk, Inzulín-HM NPH firmy Léčiva, Insuman Basal firmy Hoechst).

Analoga inzulínu někdy používáme k léčbě u děvčat v období puberty, která z důvodu větších hmotnostních přírůstků nechtějí svačit (Humalog firmy Eli Lilly). Nástup účinku u tohoto inzulínu je již za několik minut po aplikaci, vrchol účinku je za 20-60 minut a délka účinku je 2-3 hodiny.

Roztok rychle působícího inzulínu je čirý, roztok středně dlouho působícího inzulínu je mléčně zkalený. Inzulín je v současné době k dispozici v lahvičkách o 10 ml, kde v 1 ml je 100 jednotek inzulínu, nebo v zásobníku do inzulínových per nyní o velikosti 3 ml, kde v 1 ml je 100 jednotek inzulínu. Diabetické dítě má k dispozici dvě inzulínová pera pro aplikaci obou typů inzulínů (HumaPen firmy Eli Lilly, OptiPen firmy Hoechst, NovoPen Junior firmy Novo Nordisk - u tohoto pera lze s výhodou zvláště u malých dětí nastavit dávku inzulínu po 0,5 jednotce). Pro aplikaci inzulínu z lahvičky používáme inzulínové stříkačky. **Otevřené lahvičky nebo zásobníky inzulínu mohou být použity nejdéle 3-4 týdny, protože**

účinnost inzulínu pak klesá. Dosud nepoužitý inzulín z lékárny musí být skladován v chladničce při teplotě od +2 do +8°C.

■ Způsob aplikace inzulínu

Inzulín je aplikován subkutánně. Z různých míst v těle se inzulín vstřebává do krve různou rychlostí, což je dáno mírou prokrvení těchto míst. Nejrychleji se inzulín vstřebává z podkoží na břicho, druhým nejrychlejším místem je paže, dále podkoží stehna, nejpomaleji se inzulín vstřebává z hýždí. Prokrvení jednotlivých tělních krajin ale kolísá podle tělesné aktivity. Pojede-li např. diabetické dítě na kole, prokrví se mu nejvíce podkoží stehna a ze stehna se inzulín bude vstřebávat rychleji. Ráno, kdy je potřeba inzulínu v těle nejvyšší, je vhodná aplikace inzulínu do místa s rychlým vstřebáním (paže). Například před spaním, kdy potřeba inzulínu klesá, je vhodná aplikace inzulínu do místa pomalého vstřebání (hýždě). **Místa aplikace inzulínu v rámci jedné tělní krajiny je nutno střídát, jinak může dojít ke změnám v podkoží s následným neadekvátním vstřebáváním inzulínu!**

■ Inzulínový program

Diabetické děti jsou díky selfmonitoringu osobními glukometry léčeny intenzifikovanou inzulínovou léčbou. Tento způsob léčby se snaží co nejvíce napodobit přirozenou sekreci inzulínu. Inzulín je aplikován ve více než 3 denních dávkách.

Nárazová produkce inzulínu je napodobována obvykle **třemi injekcemi rychle působícího inzulínu před hlavními jídly**, tzn. před snídaní, před obědem a před 1. večeří. Odstup mezi aplikacemi rychlého inzulínu a tedy mezi hlavními jídly by neměl být kratší než 4 hodiny a ne delší než 7 hodin. Pokud odstup mezi aplikacemi bude krátký, bude se účinek rychlých inzulínů sčítat a dítě bude ohroženo vznikem hypoglykemie. Pokud naopak bude odstup mezi aplikacemi delší, bude účinek předcházejícího inzulínu klesat a glykemie bude prudce stoupat. Aplikace ranního inzulínu by měla být nejpозději v 8 hodin, protože účinek večerního středně dlouho působícího inzulínu již doznívá a došlo by k výraznému vzestupu glykemie.

Před spaním je podáván středně dlouho působící inzulín, který zajistí potřebnou bazální hladinu inzulínu během noci. Tento inzulín je někdy podáván, zvláště u malých dětí, také ráno spolu s ranním rychlým inzulínem, zajišťuje bazální hladinu inzulínu během dne. Jeho aplikace před spaním není vázána na jídlo, ale má mít svoji pravidelnou hodinu. U malých dětí je podáván většinou spolu s rychlým inzulínem před 1. večeří, u větších dětí před spaním ve 20-22 hodin.

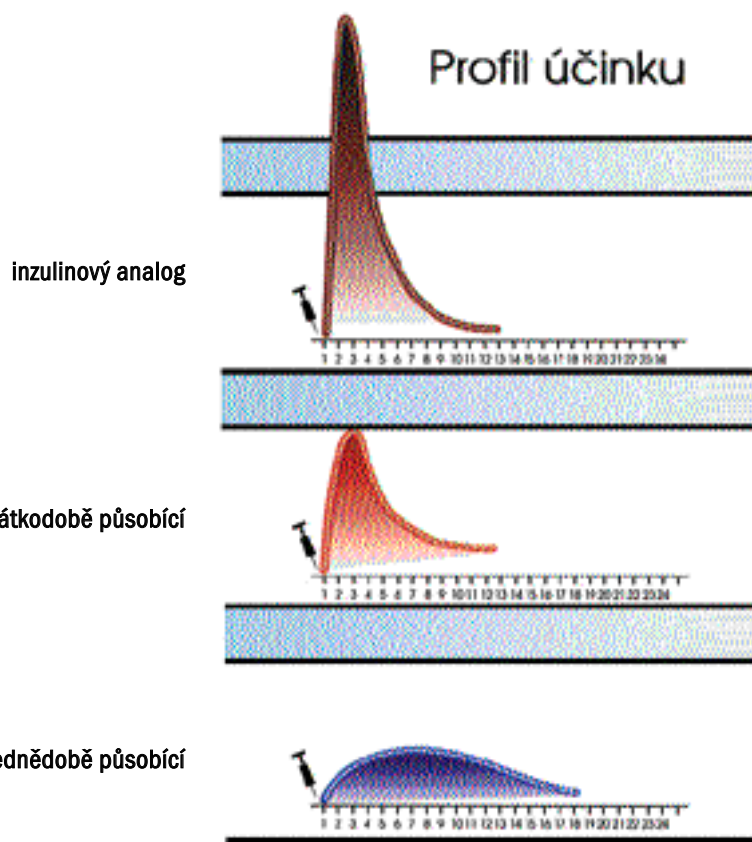
Inzulínový program při léčbě inzulínovým analogem (Humalog) je založen na aplikaci středně dlouho působícího inzulínu ráno a večer, injekce Humalogu je podávána těsně před jídlem, během jídla nebo těsně po jídle.

Potřeba inzulínu během dne kolísá, což souvisí s citlivostí buněk k inzulínu. Nejvyšší potřeba inzulínu je ráno, menší v poledne, nejnižší potřeba inzulínu je večer. Tomu odpovídá často rozložení dávek inzulínu během dne.

Dávka středně dlouho působícího inzulínu na noc představuje asi 30-50% celkové denní dávky inzulínu. Dávka rychle působících inzulínů k hlavním jídlům představuje 50-70% celkové denní dávky.

Časový vztah mezi jídlem a aplikací inzulínu se řídí hodnotou glykemie. Pokud je před jídlem naměřena vysoká glykemie, je vhodné aplikovat inzulín a s jídlem 15-30 minut počkat. Pokud je před jídlem naměřena glykemie nízká, je nutno aplikovat inzulín těsně před jídlem nebo po jídle. Kdybychom v tom-

Profil účinku základních inzulínů používaných v dětském věku





to případě aplikovali inzulín s jídlem a 15 minut čekali, bylo by dítě ohroženo vznikem hypoglykemie.

U diabetiků, kde není možné docílit dobré kompenzace diabetu intenzifikovanou léčbou, je vhodné zvážit léčbu pomocí **inzulinové pumpy**, která je založena na kontinuálním podávání inzulínu do podkoží. Pokud z nějakého důvodu u pacienta dojde k přerušení dodávky inzulínu je nutné, pro malou inzulínovou rezervu v podkoží, do dvou hodin zajistit přísun inzulínu, jinak dochází k rozvoji ketoacidózy. **Tito pacienti vždy patří do péče nemocničního zařízení!**

■ Dávka inzulínu

Obecně celková denní dávka inzulínu závisí na věku pacienta, jeho hmotnosti, stupni vývoje dítěte (puberta), na trvání a fázi diabetu, stravě, fyzické aktivitě a na případném interkurentním onemocnění.

Během období **parciální remise diabetu**, kdy je částečně zachována vlastní produkce inzulínu, je celková denní dávka inzulínu často **menší než 0,5 jednotky/kg/den**.

Před nástupem puberty se celková denní dávka inzulínu u dítěte pohybuje obvykle v rozmezí **0,7-1,0 jednotka/kg/den** (kromě období parciální remise diabetu, kdy je celková denní dávka nižší).

Během puberty celková denní dávka inzulínu může stoupat **nad 1,0 jednotku/kg/den** v důsledku zvýšené inzulínorezistence v tomto období.

Při fyzické zátěži potřeba inzulínu klesá. Při pohybu stoupá spotřeba glukózy buňkami, proto glykemie klesá. **Při zvýšené fyzické aktivitě je tedy dítě ohroženo vznikem hypoglykemie. Tomu lze předejít větším množstvím jídla, snížením dávky inzulínu nebo kombinací obou postupů.** Při krátkodobém mírně intenzivním pohybu (např. chůze nebo pomalá jízda na kole méně než 30 minut) při glykemii pod 4 mmol/l je doporučeno přidat jídlo v množství 1 výměnné jednotky (v. j., 1 v. j. = 12 g sacharidů) před pohybem, při glykemii 4-7 mmol/l přidat jídlo v množství 1 v. j. po pohybu, při glykemii nad 7 mmol/l nepřidávat nic. Při středně intenzivním pohybu trvajícím hodinu (např. plavání, jízda na kole) při glykemii pod 4 mmol/l je doporučeno přidat jídlo v množství 2 až 4 v. j. před pohybem a dále 1 v. j. každou hodinu, při glykemii 4-10 mmol/l přidat jídlo v množství 1 v. j. před pohybem a dále 1 v. j. každou hodinu, při glykemii mezi 10-17 mmol/l nepřidávat jídlo, při glykemii větší než 17 mmol/l nezačínat sportovat, protože takto vysoká

glykemie na zátěž nereaguje. Při velmi intenzivním pohybu (např. kopaná, hokej) při glykemii pod 4 mmol/l je doporučeno přidat jídlo v množství 4 v. j. před pohybem, dále monitorovat glykemie po hodině a dle výsledku přidávat jídlo, při glykemii 4-10 mmol/l přidat jídlo v množství 2 až 4 v. j. před pohybem a dále každou hodinu, při glykemii mezi 10-17 mmol/l přidat jídlo v množství 1 v. j. před pohybem a dále každou hodinu. Pokud nechce diabetik přidávat jídlo, sníží dávku inzulínu. Při krátkodobém a málo intenzivním pohybu ubere 5-10% z inzulínové dávky, která pohybu předchází. Před středně intenzivním pohybem trvajícím hodinu ubere 20-30% z příslušné inzulínové dávky, která pohybu předchází. Při celodenním intenzivním pohybu (např. dálkový pochod) je nutno ubrat až 50% ze všech denních dávek inzulínu. Inzulín je také nutno aplikovat do míst, která nejsou při pohybu přímo zatížena, v opačném případě v důsledku rychlejšího vstřebání inzulínu je dítě ohroženo vznikem hypoglykemie. Další důležitou zásadou po intenzivním tělesném pohybu je snížení večerní a noční dávky inzulínu o 20-30% z důvodu nebezpečí hypoglykemie při snížených zásobách glykogenu v játrech po zátěži. Všechna tato doporučení jsou obecná, ke každému diabetickému dítěti je nutno přistupovat individuálně.

Během nemoci potřeba inzulínu stoupá, dítě je tak ohroženo rozvojem diabetické ketoacidózy. V tomto období je proto nutná častější monitorace glykemie a ketolátek v moči. Pokud jsou ketolátky v moči stupně 2 a vyšší a glykemie je pod 13 mmol/l, je nutno zvýšit dávku inzulínu o 5% celkové denní dávky. Při glykemii nad 20 mmol/l a ketonurii je nutno zvýšit dávku inzulínu o 10% celkové denní dávky. Při glykemii mezi 13-20 mmol/l a ketonurii nutno zvýšit dávku inzulínu o 7-8% celkové denní dávky. Zvýšené dávky inzulínu ponecháváme, pokud trvá takto vysoká ketonurie. Při nemoci je u těchto dětí též nutný zvýšený příjem tekutin, vzhledem ke zvýšeným ztrátám vody jak pocením, tak močí při glykosurii.

Diabetik, který opakovaně zvrací, patří do péče nemocničního zařízení, protože je ohrožen rozvojem diabetické ketoacidózy!

■ Hyperglykemie

Jednorázově zachycená hyperglykemie neznamena pro diabetika okamžité zvýšení dávky inzulínu. Naopak je nutné se zamyslet, proč k tomuto vzestupu došlo. Hyperglykemie může být důsledkem zvýšeného

prísunu sacharidů potravou, nedostatku pohybu, stresové situace, předchází hypoglykemie (posthypoglykemická hyperglykemie). **Pouze nález ketolátek v moči, které by měly být stanoveny vždy při hyperglykemii nad 13 mmol/l, je důvodem k okamžitému zvýšení dávky inzulínu, protože znamenají v tomto případě nedostatek inzulínu!**

■ Hypoglykemie

Hypoglykemie je u diabetika pokles glykemie pod 3,3 mmol/l. Vnímavost k hypoglykemii u diabetického dítěte je ale velice individuální!

Příčinou hypoglykemie může být velká dávka inzulínu, málo jídla, velká fyzická zátěž a alkohol, kdy nedochází k odbourávání glukózy z glykogenu.

Klinické příznaky hypoglykemie vyplývají z produkce kontraregulačních hormonů (především adrenalinu v kůře nadledvin) a z neuroglykopenie. Adrenalin způsobuje bušení srdce, pocení, třes rukou, neklid, pocit úzkosti. Někdy se hypoglykemie může projevit až dravým pocitem hladu. Neuroglykopenie vede ke zmatenosti, spavosti, poruše vizu, bezdůvodnému pláči nebo smíchu, někdy k agresivitě, v krajním případě až k bezvědomí s křečemi.

Při lehčích příznacích hypoglykemie sníží dítě 1-2 v. j. ve formě škrobu (rohlík, chleba). Pokud k hypoglykemii došlo před jídlem, stačí sníst plánované jídlo dříve.

Při těžších příznacích hypoglykemie je nutno podat rychlý zdroj cukru ve formě např. 2 dcl 100% džusu nebo sladké limonády (obsahují 2 v. j. rychlého cukru).

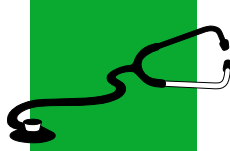
Pokud je již přítomna porucha vědomí, je podán dítěti glukagon v injekční formě (např. Glucagen 1 mg Hypokit), který odbourá glukózu ze zásob v glykogenu a glykemie stoupá. Pokud bude i tato léčba bez efektu, je nutné podat i.v. 40% glukózu. Takové dítě je nutné hospitalizovat a preventivně léčit možný rozvoj edému mozku po těžké hypoglykemii.

Literatura:

1) ISPAD Consensus Guidelines for the Management of Type 1 Diabetes Mellitus in Children and Adolescents (Consensus Guidelines 2000)

2) další literatura je k dispozici u autorů sdělení

inzerce1



Strava dětského diabetika

MUDr. J. Klabočová

Nemocnice U Sv. Jiří, Plzeň

V jídelníčku dětského diabetika musí být zachovány základní složky potravy: bílkoviny, sacharidy a tuky. Pro zdravý vývoj dítěte jsou důležité nerostné látky, vitaminy a dostatečné množství tekutin.

Bílkoviny, sacharidy a tuky jsou pro organismus zdrojem energie. Z bílkovin a tuků získává organismus také některé esenciální látky.

Nejdůležitějším energetickým zdrojem jsou **sacharidy**. Jejich podíl ve stravě se pohybuje v rozmezí 50–60%. Jeden gram sacharidů obsahuje průměrně 4 cal (17 kJ). Sacharidy přímo ovlivňují hodnotu glykemie.

■ Přehled nejdůležitějších sacharidů:

Škrob: Účinek na glykemii je dlouhodobý. Její hodnota začne stoupat ihned po jídle. Vzestup je plynulý, předchází mu rozštěpení škrobu na jednoduché cukry. A proto ve stravě diabetického dítěte mají být zastoupeny sacharidy hlavně ve formě škrobů.

Glukóza: Po jejím podání se glykemie rychle zvýší, rychlý je i následný pokles.

Fruktóza: Je metabolizována v játrech, proto odpovídá i opožděný vzestup glykemie.

Sacharóza: glykemie stoupá rychle, v kombinaci s tukem (v čokoládě, smetanové zmrzlíně) je vzestup hodnot pomalejší.

Laktóza: Nárůst glykemie je pozvolnější. Je to způsobeno přítomností bílkovin a tuků v mléčných výrobcích. Laktóza není obsažena v tvarohu a sýrech, z nich odtéká spolu se syrovátkou.

Zdrojem sacharidů je obilí a výrobky z něj (mouka, pečivo), brambory, ovoce a zelenina, mléko a kysané mléčné výrobky a samozřejmě všechna sladká jídla. Největším zdrojem energie jsou **tuky**, jeden gram obsahuje 9 cal (38 kJ). Jejich příjem však neovlivňuje glykemii přímo. Výběr vhodných tuků ve stravě diabetika je důležitý, protože nemocní s diabetem jsou více než ostatní populace ohroženi aterosklerózou a nejčastější příčina jejich úmrtí je infarkt myokardu. Ve stravě diabetika dáváme přednost především rostlinným tukům s převahou mononenasycených mastných kyselin, které jsou obsaženy hlavně v olejích lisovaných za studena. Nejvhodnější jsou jednosložkové oleje (slu-

nečnicový, sojový, olivový). Z jídelníčku je nutno vyloučit ztužované tuky pro vysoký obsah nežádoucích transmastných kyselin. Živočišné tuky je třeba ve stravě diabetického dítěte minimalizovat. Při sestavování jídelníčku nesmíme zapomenout, že vysoké procento živočišných tuků je obsaženo v mléčných výrobcích, volíme proto ty s nízkým obsahem tuku. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat tukům „skrytým“ v uzeninách a paštikách! Je potřeba vyloučit přepalované tuky. Ty obsahují transmastné kyseliny, a proto jsou pro diabetika nevhodná smažené a fritovaná jídla. Máslo v jídelníčku diabetického dítěte používáme jen jako občasnou pomazánku na chléb, nikoliv k přípravě jídla.

Bílkoviny jsou stejně energeticky hodnotné jako sacharidy. Bílkoviny také neovlivňují glykemii. Pro rostoucí organismus jsou nezbytné především mléčné bílkoviny. Jejich zdrojem je nízkotučné mléko a mléčné výrobky. Vedle mléčných bílkovin jsou pro diabetika vhodná netučná bílá masa (drůbež, králík). Z tmavých mas lze doporučit zvěřinu. Pro vysoký obsah cholesterolu nezařazujeme vnitřnosti a tučná masa. Vhodné naopak jsou pro diabetika ryby, sladkovodní i mořské. Obsahují málo tuků, zato vysoké procento nenasycených mastných kyselin. Mořské ryby jsou navíc jediným zdrojem jódu. Proto by měly být v jídelníčku alespoň dvakrát týdně.

Ke svažitějšímu sestavení jídelníčku slouží výměnné jednotky. Jedna výměnná jednotka odpovídá 12 gramům sacharidů. Toto množství sacharidů ovlivní glykemii vždy přibližně stejně. Z tohoto hlediska tedy nezáleží v jaké podobě jsou sacharidy konzumovány. Důležité je pouze jejich celkové množství (počet výměnných jednotek). Jídla se stejným množstvím sacharidů (výměnných jednotek) je možno v jídelníčku navzájem vyměňovat, při zavedených dávkách inzulínu se potom glykemie nebude nijak podstatně měnit.

Kolik výměnných jednotek konzumovat? Základem je 10 v. j. + 1 v. j. navíc za každý rok věku. S věkem stoupá počet výměnných jednotek asi do 13 let u dívek a do 17 let u chlapců. Výměnné jednotky jsou obsaženy v mléce, bramborách, obilí a výrobcích z něj. Dále v ovoci a zelenině. Tak například 250 ml mlé-

ka obsahuje jednu výměnnou jednotku, je přitom jedno, jde-li o mléko kyselé nebo sladké. Po přidání ovoce do 200 ml bílého jogurtu (bez ovoce 1 v. j.) množství výměnných jednotek stoupá, 150 ml ovocného dia jogurtu pak odpovídá 1 výměnné jednotce a 75 ml běžného ovocného jogurtu (slazený cukrem) opět představuje 1 výměnnou jednotku. Sýry a tvaroh nepředstavují žádné výměnné jednotky, protože obsahují převážně bílkoviny a tuky. Čerstvou zeleninu pro nízký obsah cukru do celkového počtu výměnných jednotek nezapočítáváme.

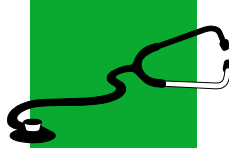
Houska a rohlík představují 2 v. j., půl krajíc (25 g) chleba 1 v. j. Musíme počítat i se strouhankou na řízek (na běžném řízku 2 v. j.). Trvanlivé pečivo neobsahuje vodu, proto 1 v. j. představuje jen 15 gramů pečiva.

Jedné výměnné jednotce odpovídá: 15 g syrových těstovin, 50 g vařených těstovin, 20 g ovesných vloček, 15 g syrové rýže, 50 g vařené rýže, jeden plátek houskového knedlíku, jeden střední brambor, 40 g hranolků, 25 g chipsů, 100 g bramborové kaše, jeden a půl plátku bramborového knedlíku, 12 g cukru, 20–30 g čokolády, 15 g medu a 25 g marmelády.

Celkové množství výměnných jednotek je nutno rozdělit do 6 denních porcí (diabetik má II. večeři). Snídaně, oběd a I. večeře, před kterými je zpravidla podáván inzulín, mají obsahovat více sacharidů ve formě pečiva či příjmu než svačiny, kdy je možno zařadit ovoce, zeleninu nebo mléko.

Nápoje mají být podávány v dostatečném množství, nezapomínat na zvýšenou potřebu pít v létě nebo při vyšších glykemiích. Vhodnými nápoji jsou minerální vody a čaj. Ovocné šťávy je nutno započítávat do celkového počtu vým. jednotek. Slazené limonády a alkoholické nápoje jsou naprosto nevhodné.

Dobře volená strava spolu s optimální dávkou inzulínu a pravidelnou tělesnou aktivitou jsou nejdůležitějšími faktory, ovlivňujícími kompenzaci diabetu. Děti a jejich rodiče jsou cíleně edukováni v problematice choroby. Vedle diabetologa a dietní sestry by měl i dětský lékař umět rodině v jejich nelehké situaci poradit.



Edukace rodiny diabetického dítěte

MUDr. J. Lebl, MUDr. Š. Průhová, MUDr. V. Rákosníková

Klinika dětí a dorostu 3. LF UK a FNKV, Praha

Vlivem narůstající četnosti diabetu u dětí a dospívajících se praktičtí lékaři pro děti a dorost stále častěji setkávají s diabetickým dítětem i ve své klientele. V současné době je v České republice v průměru každý druhý den nově zjištěna cukrovka u dosud zdravého dítěte.

Léčení diabetických dětí je úkolem specializovaných dětských diabetologických ambulancí. Přesto je velmi potřebné, aby i praktický lékař pro děti a dorost problematice dětského diabetu dobře rozuměl a aby byl seznámen s tím, jak se rodina diabetického dítěte učí léčit toto závažné celoživotní onemocnění.

Cílem léčení diabetu mellitu 1. typu je:

- dosáhnout glykemií co nejbližších fyziologickým hodnotám
- zajistit fyziologický růst a vývoj dítěte
- předejít těžším hypoglykemiím.

Cíle léčení se u jednotlivých dětí s diabetem mohou poněkud lišit. Při jejich určení uvážíme věk dítěte, jeho vlastní zbytkovou sekreci inzulínu, jeho individuální energetickou potřebu pro růst, vývoj a fyzickou aktivitu a také jeho psychosociální prostředí.

Základem dlouhodobého úspěšného léčení diabetického dítěte či dospívajícího je **edukace rodiny, resp. pacienta samotného**. Edukaci již při prvním pobytu dítěte v nemocnici zaměřujeme na **inzulínovou léčbu**, na **stravu při diabetu**, na **sport a fyzickou aktivitu**, na **domácí monitorování** a na jednotlivé **věkově specifické problémové okruhy**, např. na problematiku nejmenších dětí, školy, adolescence, partnerských vztahů, antikoncepce a podobně.

Cílem edukace není jen poskytnout soubor aktivních znalostí a dovedností, ale také nepřetržitě rodinu i dítě samotné motivovat ke spolupráci při léčení. Snažíme se proto, aby **kvalita života dítěte** s cukrovkou byla srovnatelná s jeho zdravými vrstevníky a abychom mu předepisovali skutečně jen nevyhnutelná omezení. Na péči o rodinu s diabetickým dítětem se podílí lékař – dětský diabetolog, dietní sestra a edukační sestra za přispění psychologa, oftalmologa a dalších odborníků.

Život v dětství a adolescenci je mnohem různorodější a pestřejší než život většiny dospělých, bývá spojen s hojnější, avšak nárazovou fyzickou aktivitou, dětský a dospívající organismus je metabolicky labilnější a zejména menší děti také častěji prodělávají interkurentní onemocnění.

Správně edukovaná rodina diabetického dítěte by měla být schopna na většinu uvedených situací adekvátně reagovat a měla by sama řídit léčbu diabetu za nejrůznějších životních situací. Malý pacient s diabetem by se na těchto úkonech měl od počátku úměrně svému věku spolupodílet (tab. 1). Členové diabetologického týmu jsou vedle trvalé systematické reedukace připraveni poskytnout v naléhavých situacích potřebné konzultace a v krajním případě převezmou dítě do péče při hospitalizaci. Každodenní úpravy inzulínových dávek či jídelního plánu jsou však v plné kompetenci rodiny nebo staršího pacienta samotného a ti za ně také nesou plnou zodpovědnost.

Detailní informace, které poskytujeme rodinám diabetických dětí, shrnuje knížka „Abeceda diabetu“, kterou vydalo v roce 1998 nakladatelství Maxdorf.

■ Hypoglykemie u diabetických dětí

Hypoglykemie vzniká u diabetického dítěte

tab. č. 1

Kdy můžeme od dítěte a dospívajícího očekávat spolupráci při jednotlivých úkonech spojených s léčením diabetu?

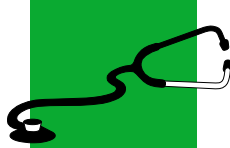
HYPOGLYKEMIE	
Pozná hypoglykemie a oznámí ji	6 – 8 let
Dokáže zvládnout mírnou hypoglykemie	8 – 10 let
Dokáže předejít hypoglykemie	12 – 14 let
GLYKEMIE A GLYKOSURIE	
Zvládne obsluhu glukometru pod dozorem	7 – 9 let
Zvládne samostatně měření glykemie	9 – 11 let
INJEKCE INZULÍNU	
Píchně si samostatně injekci inzulínu	7 – 9 let
Je schopno zodpovědně odměřit dávku inzulínu	9 – 11 let
Navrhuje změny dávek inzulínu, konzultuje s rodiči	12 – 14 let
Samostatně rozhoduje o dávkování inzulínu (je schopno léčit se déle než jeden den bez dozoru rodičů)	14 – 16 let
Samostatně konzultuje svoje léčení s lékařem	15 – 17 let
STRAVA	
Rozpoznává výměnné jednotky v jídle	8 – 10 let
Navrhuje svůj jídelní plán, konzultuje s rodiči	10 – 12 let
Řídí svůj jídelní plán	12 – 14 let
Upravuje dávky inzulínu dle různého množství jídla	14 – 16 let, někteří později
SPORT	
Úpravou jídla či inzulínu předchází hypoglykemie při sportu	10 – 12 let

v průběhu léčení inzulínem vlivem momentálního **relativního nadbytku inzulínu**. Při stabilizované inzulínové léčbě má proto hypoglykemie vždy některou z následujících příčin:

- vynechané nebo málo vydatné jídlo
- neobvyklou fyzickou námahu
- vědomě či nevědomě podanou nadměrnou dávku inzulínu
- alkohol

Zkušený pacient s diabetem může hypoglykemie **předvídat** a naučí se jí ve většině případů **předcházet** úpravou dávky inzulínu dle množství a složení jídla či dle předpokládané délky a intenzity fyzické zátěže. Běžné mírnější hypoglykemie pacient zvládne sám nejlépe pomocí běžného jídla s obsahem škrobu, případně sladkým nápojem (plechovkou sladké limonády, malou krabičkou džusu), který má mít stále při sobě. Pro menší děti je včasné rozpoznání hypoglykemie prvním úkolem, který mají zvládnout v péči o svůj diabetes (tab.).

Hypoglykemie s **poruchou vědomí a/nebo kře-**



čemi jsou při pravidelném domácím monitorování glykemií vzácné. Laickou první pomoc lze poskytnout s.c. nebo i.m. podáním injekce glukagonu (Glucagen Hypo-Kit). Lékařskou první pomocí je rychlá i.v. aplikace roztoku 40% glukózy, 20–40 ml dle věku dítěte. Přetrvává-li porucha vědomí, křeče nebo je-li stav následován bolestmi hlavy se zvracením, jedná se o příznaky **posthypoglykemie**.

tab. č. 2

Jaké cítím příznaky při hypoglykémii?

(Výsledky průzkumu mezi 47 dětmi a dospívajícími)

příznak	odpověď „ano“
slabost	66%
třes rukou	64%
nevůle	43%
pocení	40%
zmatenost	17%
bušení srdce	15%
dravý hlad	4%
žádné příznaky	13%

mického edému mozku. K jeho zvládnutí je vhodné užít i.v. kortikoidy (methylprednisolon), případně infuzi Mannitolu v obvyklých dávkách. Souběžná infuzní léčba roztokem 10% glukózy s iontovými koncentráty je prevencí opakování hypoglykemie. Do léčby však bývá záhy potřebné vřadit i kontinuální infuzi inzulínu, která pomůže předejít posthypoglykemické hyperglykémii.

Strava diabetického dítěte

Současný liberální koncept stravy při dětském diabetu je založen na minimu zákazů, ale na detailním porozumění stravě z hlediska jejího složení a množství. Proto byl v dětské diabetologii opuštěn pojem diabetická dieta a nahrazen výstižnějším a přijatelnějším pojmem **regulovaná strava**. Právě přemýšlení o stravě, která je každému dítěti blízká, má šanci posilovat i spolupráci diabetického dítěte při léčení diabetu.

Vyloučení sacharózy ze stravy diabetického dítěte dnes považujeme za obsolentní. Řada studií prokázala, že sacharóza jako součást smíšeného jídla („mixed meal“) neovlivňuje nepříznivě ani krátkodobý průběh glykemií, ani dlouhodobou metabolickou kontrolu. Její zavedení do stravy

diabetických dětí navíc odstranilo zvyklost konzumovat ji tajně – nejčastější prohřešek proti diabetické životosprávě v minulosti, ke kterému se později přiznávaly prakticky všechny bývalé diabetické děti a který a priori stavěl vztah mezi dítětem, rodiči a lékařem na předstírání a lži. Liberální regulovaná diabetická strava umožňuje proto mnohem otevřenější komunikaci mezi jednotlivými aktéry péče o diabetické dítě.

Množství jídla vyjadřujeme ve **výměnných jednotkách**, ekvivalentu obsahu sacharidů. V současnosti v dětské diabetologii používáme pojem výměnná jednotka jako ekvivalent 12 g sacharidů. Sestava výměnných jednotek v jednotlivých denních jídlech se označuje jako **jídelní plán**. Jídelní plán sestavuje rodina společně s dietní sestrou tak, aby bylo možné zachovat stravovací zvyklosti rodiny, uspokojit energetické potřeby dítěte a vytvořit předpoklady pro stabilní kompenzaci diabetu. Jedinou významnou restrikcí při výběru stravy je zákaz limonád slazených sacharózou, které vedou k nekontrolovatelnému vzestupu glykemie a které považujeme výlučně za lék na hypoglykémii.

BOIRON - C. E. D. H.

(Středisko vzdělávání a rozvoje homeopatie se sídlem v Paříži)

HOMEOPATICKÉ SEMINÁŘE pro lékaře a farmaceuty

školní rok 2001/2002; vždy sobota 9.00 - 17.00, neděle 9.00 - 17.00

SEMINÁŘE I. CYKLU

Příspěvek účastníka: 2.100,- Kč/rok (1. den 1. sem. ZDARMA)

	Praha	Hradec Králové	Brno	Ostrava
1. seminář	06.- 07. 10. 01	13.- 14. 10. 01	20.- 21. 10. 01	20.- 21. 10. 01
2. seminář	17.- 18. 11. 01	08.- 09. 12. 01	24.- 25. 11. 01	24.- 25. 11. 01
3. seminář	08.- 09. 12. 01	19.- 20. 01. 02	12.- 13. 01. 02	12.- 13. 01. 02
4. seminář	26.- 27. 01. 02	23.- 24. 02. 02	16.- 17. 02. 02	16.- 17. 02. 02
5. seminář	02.- 03. 03. 02	16.- 17. 03. 02	23.- 24. 03. 02	23.- 24. 03. 02
6. seminář	27.- 28. 04. 02	13.- 14. 04. 02	20.- 21. 04. 02	20.- 21. 04. 02
7. seminář	18.- 19. 05. 02	25.- 26. 05. 02	11.- 12. 05. 02	25.- 26. 05. 02

SEMINÁŘE II. CYKLU

Příspěvek účastníka: 2.100,- Kč/rok

Praha	Brno
06.- 07. 10. 01	20.- 21. 10. 01
05.- 06. 01. 02	24.- 25. 11. 01
09.- 10. 02. 02	12.- 13. 01. 02
16.- 17. 03. 02	23.- 24. 03. 02
27.- 28. 04. 02	20.- 21. 04. 02

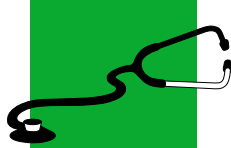
SEMINÁŘE III. CYKLU - NADSTAVBOVÉ

Příspěvek účastníka: 1.500,- Kč/rok

Praha	Brno
08.- 09. 12. 01	22.- 23. 09. 01
02.- 03. 03. 02	16.- 17. 02. 02
18.- 19. 05. 02	11.- 12. 05. 02

V případě Vašeho zájmu kontaktujte:

BOIRON CZ, IBC - Pobřežní 3, 186 00 Praha 8, tel.: 02/24835090-1, fax: 02/2326502, e-mail: iz@boiron.cz



Nové dietetické přístupy při léčbě některých průjemových onemocnění

MUDr. L. Kužela

2. interní klinika 3. LF UK, Praha

Ještě donedávné doby platilo, že základní dietetickou zásadou prakticky u jakéhokoliv onemocnění střeva s průjmy je použití diety s vyloučením nebo alespoň s podstatným omezením vlákniny. V souladu s tímto názorem bylo i doporučení skupiny expertů ministerstva zdravotnictví z roku 1991, kde k jedné ze základních diet patří dieta s omezením vlákniny. Tato je stále ještě používána v dietním systému podstatné části našich zdravotnických zařízení (dieta č. 5).

V poslední době se však začínají vyskytovat informace, že v některých případech u těchto chorob je podávání určité vlákniny spíše pozitivním činitelem. Proto se u stavů s postižením střeva začínají postupně měnit i názory na optimální složení léčebné výživy. Tak na příklad u Crohnovy choroby se stále častěji používají speciální nutriční formule s některými druhy vlákniny. Jednou z prvních formulí byl přípravek Sandosource firmy Novartis, který byl registrován jako léčivo. Zde se jedná se o nutričně plnohodnotnou tekutou výživu, která obsahuje rozpustnou vlákninu, konkrétně tzv. guarovou gumu.

Význam vlákniny, a to její rozpustné formy v dietologii, je zatím většinou spojován s tzv. glykemickým indexem. Potrava s nižším glykemickým indexem má významně zpomalené vstřebání glukózy ze střeva, takže po jejím požití nedojde k tak výrazné hyperglykemii jako po zátěži čistou glukózou (2, 4, 6). S tím pak ale následně souvisí menší požadavky na sekreci inzulínu po takovéto zátěži, což má významné důsledky pro organismus. Dále je v souvislosti s rozpustnou vlákninou známo, že při její pravidelné konzumaci dochází ke snížení hladiny cholesterolu (3).

V posledním období se ale objevuje ještě další význam dietní vlákniny a tím je příznivý vliv na podporu činnosti střeva (13). Rozpustná vláknina se nevstřebává v tenkém střevě, v další pasáži střevem je pak přítomnou střevní mikroflórou fermentována na mastné kyseliny s krátkým řetězcem, zejména na acetát, propionát a butyrát (11). Jednou z prvních publikací zabývajících se vlákninou

a střevní mikroflórou je práce z r. 1982. V ní Roediger a Rae popisují trofický efekt mastných kyselin s krátkým řetězcem na střevní sliznici a jejich pozitivní efekt na vstřebávání sodíku. Již tehdy autoři uváděli, že tyto nálezy mohou mít význam při ovlivnění postoperačních průjmů (9).

Přehlednější pozorování v tomto směru popisují Homann, H.H. a spol. Podávali u 100 nemocných sondou, zavedenou jejunosomii při operaci horní části GIT, nutriční přípravky s vlákninou v dávce 1 g/100 kcal. Jako vláknina byla použita tzv. guarová guma, což je ve vodě rozpustný polysacharid. Efekt na průjem byl zřetelně pozitivní, statisticky významný. U skupiny nemocných, kteří dostávali kompletní enterální výživu s vlákninou docházelo ale k vyšší flatulenci, což autoři vysvětlují fermentací rozpustné vlákniny. Tolerance byla dobrá, u žádného nemocného s vlákninou nemuseli přerušit podávání při prováděné nutričně kompletní enterální výživě (5).

Je opakovaně prokázáno, že podávání rozpustné vlákniny znamená vlastně dodávání prekursoru pro vznik acetátu, propionátu a butyrátu (8, 10, 12). Primární trofický vliv na kolon vykazuje butyrát, zatímco kombinace všech tří uváděných mastných kyselin s krátkým řetězcem pak na celý gastrointestinální trakt (8).

Tyto závěry upřesňuje podrobněji Schepach, který dokumentuje, že acetát, propionát a butyrát stimulují absorpci sodíku a vody v kolon a mají proliferativní vliv na kolonocyty. Z toho acetát zvyšuje „colonic blood flow“ a zvyšuje motilitu ilea, butyrát má dokonce význam v prevenci některých kolitid. Vyšší incidenci některých kolitid v západních zemích vysvětluje nižším příjmem rozpustné vlákniny (11).

Meier a spol. prokázali i u zdravých dobrovolníků, že při podávání diety s rozpustnou vlákninou byl prodloužen průchod výživy střevem, byla zvýšená fermentace ve střevě a byla vyšší basální koncentrace cholecystokininu (7).

Z těchto pozorování je možno sumarizovat, že přítomnost rozpustné vlákniny je plně opodstatněná právě v moderních v nutričních formulích optimální enterální výživy. Někteří autoři podávali dokonce zmíněné mastné kyseliny s krátkým řetězcem i rektálně, a to s velmi dobrým léčebným efektem (1).

Na základě dokumentovaných údajů je možno použít nutriční formule s rozpustnou vlákninou u enterální výživy za plně opodstatněné i tam, kde byly dříve považovány za kontraindikované, tedy u nemocných se závažným či pozánětlivým postižením střeva. V tomto případě se vlastně nejedná jen o složku nutriční, ale vlastně navíc i léčebnou.

Na konci této, možno říci z podstatné části teoretické informace, je nutno upozornit, že praxi s léčebným využitím mastných kyselin s krátkým řetězcem má vlastně značná část lékařů. Týká se zejména lékařů praktických, a to nejen při léčení dospělých osob, ale také v praxi pediatriké. Jedná se o preskripci medikamentu „Hylak forte kapky“ firmy Merckle. Tento přípravek obsahuje „bezzárodkový koncentrát metabolitů bakterií mléčného kvašení...“ mezi nimi také „těkavé mastné kyseliny s krátkým řetězcem“ (informace z Mikro-verze AISLP). I když se jedná o přípravek již používaný desítky let, teprve nyní je vlastně možno z hlediska moderních vědeckých poznatků vysvětlit řadu pozitivních efektů medikamentu právě zmíněnými „mastnými kyselinami s krátkým řetězcem“.

Samozřejmě tyto poznatky je třeba využít také v „dietoterapii“ nebo vlastně správněji řečeno v „léčebné výživě“ u stavů s postižením střeva, s předpokládanou dysmikrobií a s průjemovými potížemi. Při terapeutické rozvaze je nutno mít na mysli nejen používání adekvátních medikamentů, ale také doporučení, či vlastně spíše ordinaci vhodné diety. Jedná se vlastně o dvě oblasti používání moderní, optimální léčebné výživy. Jednou z nich je využití těchto poznatků specialisty, zabývajícími se gastroenterologií, infekčními chorobami, klinickou výživou a podobně. Je-



jich oblastí jsou právě závažné stavy, kde se často jedná o hraniční oblast mezi klasickou léčebnou výživou, mezi výživou enterální nebo až s použitím kompletní parenterální výživy. Pokud se týká výživy enterální, příslušný specialista použije podle stavu pacienta a tíže choroby o nutričním zajištění buď formu plnohodnotné kompletní výživy nebo jen použije formu inkompletní.

Podstatně větší část lékařů však bude moci tyto poznatky použít při léčbě běžných, ale většinou méně závažných stavů především v běžné ambulanci. Zde je právě nejen vhodné, ale z odborného hlediska přímo nutné zajistit mimo příslušnou medikaci také optimální léčebnou výživu. Druhotným problémem v tomto směru je použitá forma či kombinace vhodných pokrmů se zvýšeným obsahem rozpustné vlákniny (pektin, guarová guma, oligofruktany s nejznámějším představitelem inulinem a podobně). Z pokrmů jsou prakticky používány banány, jablka či mrkev.

Mimo to je možno použít také vhodný průmyslově připravený nutriční produkt. Zde je na místě upozornit na výrobek Alidiar, který je vlastně jednou z variant Sunarové řady, používané u nás po desetiletí ve výživě dětí. Alidiar je určen pro krátkodobé (několikadenní) použití u dyspeptických potíží s pravděpodobnou dysmikrobií, a to nejen u malých dětí, ale i u dětí větších, nebo i u dospělých osob.

Složení Alidiaru je u popsáných stavů velmi vhodné zejména proto, že obsahuje rozpustnou (jinak také nazývanou „dietní“) vlákninu z banánů a z jablek. Výhodou je rovněž praktická nepřítomnost laktózy, takže intolerance tohoto cukru u řady dyspeptických potíží se nemůže projevit. Další pozitivum je podmíněno přítomností tzv. MCT tuků, tj. mastných kyselin se středním řetězcem (tj. 8 – 12 uhlíků). Tyto jsou ze střeva resorbovány krví, nikoliv lymfou a jsou zdrojem poměrně rychle dostupné energie pro organismus. Podobně jako u všech variant Sunaru je zde i kompletní zajištění vitaminy a důležitými minerály.

Je naprosto oprávněným trendem medicíny, že moderní vědecké poznatky z řady oblastí jsou používány stále více také k prevenci různých chorobných stavů. Do popředí se rovněž dostává zásada, že léčba, pokud to není nezbytně nutné, nemá být hned od počátku vysoce rasantní. Například okamžité používání antibiotik či chemoterapeutik i tam, kde stačí vhodná dietetická úprava, je vlastně v rozporu s moderními medicínskými přístupy. Navíc je třeba si uvědomit, že každé

použití medikamentu může mít vlastně i určité negativní důsledky. Je proto nutno zvažovat, jaký léčebný přístup je u konkrétního pacienta a v konkrétní situaci optimální. Zejména to platí u řady dyspeptických potíží, kde velmi často stačí zajistit vhodně určenou léčebnou výživu. Samozřejmě to neznámá negativismus ve vztahu k medikamentózní terapii, jen rozumné zvážení optimálního léčebného přístupu či použití kombinace několika postupů, včetně adekvátní léčebné výživy.

Literatura:

- 1) Bowling, T.E., Raimundo, A.H., Grimble, G.K., Silk, D.B.A.: *Reversal byl short-chain fatty acids of colonic secretion induced by enteral feeding. The Lancet*, 342:1266–1268; 1993.
- 2) Brand, J.C., Colagiuri, S., Crossman, S., Allen, A., Roberts, D.C., Truswell, A.S.: *Low-glycemic index foods improve long-term glycemic control in NIDDM. Diabetes Care*, 14:95–101; 1991.
- 3) Feldheim, W., Steimetz, R.: str. 33–47 v: *Ernährungslehre*, Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart; 1998.
- 4) Fontvieille, A.M, Rizkalla, S.W, Penforis, A., Acosta, M., Bornet, F.R., Slama, G.: *The use of low glycaemic index foods improves metabolic control of diabetic patients over five weeks. Diabet Med*, 9:444–50; 1992.
- 5) Homann, H.H., Kemen, M., Fuessenich, C., Senkai, M., Zumtobel, V.: *Reduction in Diarrhea Incidence by Soluble Fiber in Patients Receiving Total or Supplemental Enteral Nutrition. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 18: 486 – 490; 1994.
- 6) Jarvi, A.E., Karlstrom, B.E., Granfeldt, Y.E., Bjorck, I.E., Asp, N.G., Vessby, B.O.: *Improved glycemic control and lipid profile and normalized fibrinolytic activity on a low-glycemic index diet in type 2 diabetic patients. Diabetes Care*, 22:10–8; 1999.
- 7) Meier, R., Beglinger, C., Schneider, H., Rowedder, A., Gyr, K.: *Effect of a Liquid Diet With and Without Soluble Fiber Supplementation on Intestinal Transit and Cholecystokinin Release in Volunteers. J.Parent.Ent.Nutr.*, 17:231– 235; 1993.
- 8) Palacio, J.C., Robmeau, J.L.: *Dietary fiber: A brief review and potential application to enteral nutrition. Nutrition in Clinical Practice*; 5:99–106, 1990.
- 9) Roediger, W.E.W., Rae, D.A.: *Trophic effect of short chain fatty acids on mucosal handling of ions by the de-functioned colon. Br.J.Surg.*, 69: 23–25, 1982.
- 10) Royall, D., Wolever, T.M.S., Jeejeebhoy, K.N.: *Clinical Significance of Colonic Fermentation. Am.J.Gastroenterology*, 85: 1307 – 1312, 1990.
- 11) Scheppach, W.: *Effects of short chain fatty acids on gut morphology and function. Gut, Suppl.* 1: 535–538, 1994.
- 12) Scheppach, W., *Kurzzeitige Fettsäuren und Dickdarm – Physiologie, Pathophysiologie und Therapie. Akt.Ernähr, Med.*; 20:74–78, 1995.

13) Wisker, E., Daniel, M., Feldheim, W.: *Effects of a fiber concentrate from citrus fruits in humans: Nutr. Research*, Vol. 14, No 3:361–372; 1994.

Experti změní, jak rostou děti

Homo sapiens je čím dál vyšší. Sedmnáctiletý chlapec dnes měří v průměru o sedm centimetrů více než stejně starý hoch před 40 lety. Dívky vyrostly téměř o pět centimetrů. „Je to způsobeno celou řadou faktorů: lepší zdravotní péčí, výživou, pro správný růst je důležitý též dostatek spánku, omezení stresových situací a způsob trávení volného času, zejména sportování. Vliv prostředí se projevuje například i v tom, že děti některých asijských národů menšího vzrůstu narozené v USA dosahují v následných generacích výšky téměř srovnatelné s americkou populací,“ uvedl docent Pavel Bláha z Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy. Vnější okolnosti ovlivňují výšku jen z jedné třetiny, 70 procent je věcí genetiky. Migrace, a tedy i mísení obyvatelstva, se však projevuje i v této oblasti.

Experti ze Státního zdravotního ústavu a katedry antropologie a genetiky člověka Přírodovědecké fakulty na Univerzitě Karlově chystají letos další antropologický výzkum dětí a mládeže, který bude probíhat na školách, v předškolních zařízeních, v ordinacích pediatrů, případně v porodnicích. Podobné průzkumy se konají od roku 1951 v desetiletých intervalech. „Výsledky jsou podkladem pro vypracování růstových norem. Ty pak slouží lékařům ke sledování růstu a vývoje dítěte, plastickým chirurgům a ortopedům při operacích dětí s vrozenými vadami nebo po úrazu, dále slouží i v průmyslových odvětvích vyrábějících hračky, oděvy a nábytek pro děti,“ uvedl Bláha. Výzkum se skládá ze dvou částí: z dotazníku pro rodiče a pro děti a z vlastního měření dětí: tělesné výšky a hmotnosti, obvodu hlavy, břicha, boků a paže.

Průzkum budou zajišťovat pediatři v ordinacích, pověření učitelé na školách, studenti pedagogiky a antropologie z vysokých škol a antropologové z vybraných pracovišť. „Údaje v dotaznících jsou anonymní, určené pouze ke statistickému zpracování,“ ujistil docent Bláha.

Průzkum proběhne v 500 školách a 200 zdravotnických zařízeních většinou v září a v říjnu, někde však již v květnu a v červnu.

HEINZ



Spása, nebo riziko?

Od 1. července budou všichni kojenci očkováni proti žloutence typu B. Jedni to vítají coby nejúčinnější prevenci proti nebezpečné chorobě, jiní lamentují: Je to zbytečné – kojenci nesouloží, očkování jen zatíží jejich imunitní systém!

Virová hepatitida typu B je závažné onemocnění, jehož chronický, neléčený průběh může mít za následek i jaterní cirhózu či rakovinu jater. Nejčastěji se přenáší sexuálním stykem, kontaminovanými jehlami, krví, možný je i přenos slinami či mateřským mlékem. Odborníci poukazují na vzrůstající počet případů především u dospívajících. V roce 1999 se u nás žloutenkou B nakazilo 635 lidí, z toho 231 případů spadalo do věkové kategorie 15–24 let. Právě tento nepříznivý trend prý vyústil v rozhodnutí: Plošné očkování – poprvé již v kojeneckém věku, podruhé po určité době i ve dvanáctém roce.

**Výskyt hepatitidy v České republice
v letech 1995 - 1999**

Věková kategorie	1995	1996	1997	1998	1999
0-1	3	2	0	0	3
1-4	4	3	3	3	2
5-9	8	15	5	6	5
10-14	15	18	12	10	12
15-19	59	65	75	103	112
20-24	53	84	80	86	119

Očkování ano, ale ne v peřince

„To není opodstatněné,“ tvrdí odborník v oblasti sér a očkovacích látek MUDr. Jan Pekárek. „Podle statistik se zmíněné onemocnění u dětí do dvanácti let takřka nevyskytuje. Skutečně ohroženou skupinou je mládež od čtrnácti let. V jejím případě ale už s povinným, státem hrazeným očkováním nepočítáme. To budou muset hradit rodiče ze svého.“

Zastánci nového nařízení oponují. Přeočkování se zatím plánuje ještě ve dvanácti letech, účinek vakcíny bude dlouhodobý. Odpůrci argumentují také: „Vezmete-li si příbalový leták očkovacích látek všech firem, každá doporučuje přeočkování po pěti až deseti letech. Lidé z ministerstva však tvrdí, že toto jednorázové očkování v kojeneckém věku zajistí celoživotní imunitu. Vyhodí sto milionů na očkování dětí, které to ani nepotřebují s tím, že předpokládají, že možná bude mít celoživotní účinnost. A najednou pak třeba zjistí, že ty nejohroženější děti vlastně neuchrání.“

Obavy z vakcinace vyjadřují i někteří dětské lékaři. Právě oni už před dvěma třemi lety usilovali o plošné očkování dětí proti této nebezpečné chorobě. Teď však část z nich přiznává, že v tak raném věku jim mohou být spíš zbytečně zatíženi. Doktor Pekárek tvrdí: „Existuje očkovací kalendář, do něhož se už jen obtížně dostanete. Očkujeme proti záškrtu, dávivému kašli, tetanu, obrně, TBC, spal-

ničkám, příušnicím, zarděnkám... Teď do toho vsadíme ještě hepatitidu B a Hemophila influenzae. Kojenec je přitom imunologicky nezralý. Čím více ho budeme zatěžovat, tím více mu zhoršíme i odpověď na další antigeny. Budeme ho očkovat proti hepatitidě, ale zhoršíme tím jeho odpověď proti záškrtu, dávivému kašli a tak dále. A co je nejpodstatnější – u nás existuje velké procento imunodeficientních dětí. Čtrnáct dní jsou ve školce nebo škole, dalších čtrnáct dní stůňou doma, pořád dokola. Očkováním jim průběh chorob ještě víc zkomplikujete. Jsem pro očkování proti hepatitidě B plně, ale ať se s ním začne až od deseti – dvanácti let.“

Nebezpečí, tlak firem nebo plané obavy?

Ministerstvo zdravotnictví argumentuje, že přibližně u tří procent malých dětí existují protilátky proti hepatitidě B. Doktor Pekárek však tvrdí, že tyto protilátky se mohly vytvořit např. po očkování, které už teď probíhá u dětí z rizikových skupin, např. infikovaných matek. Podivuje se nad tím, proč nebudeme i nadále očkovat pouze kojence z „rizikových skupin“, ale automaticky všechny.

Mnohým z nás se asi vybaví sugestivní reklama s batoletem na pískovišti zraněným volně pohozenou jehlou. Podle zastánců očkování právě tímto způsobem nakažených dětí přibývá. Podle odpůrců jde o velmi vzácné případy. „Není lepší dát větší důraz na kontrolu dětských pískovišť než zatížit všechny děti očkováním?“ navrhuje doktor Pekárek.

Očkování proti hepatitidě B již od kojeneckého věku je celosvětově doporučováno Světovou zdravotnickou organizací. Mimo jiné i proto, že u nejmenších dětí se nákaza projevuje často až po dlouhé době, kdy už mohou mít vážně poškozená játra. Na druhé straně někteří odborníci tvrdí, že je nutné řídit se místními podmínkami, a ne slepě následovat doporučení mezinárodních organizací. Podle nich je něco jiného Česká republika a něco jiného třeba Dálný východ, kde bývá promořenost i následné riziko vzniku rakoviny velké. Doktor Jan Pekárek například v souvislosti s plánovaným očkováním nevyklučuje ani tlak zahraničních firem vakcínu vyrábějících...

Nevím. MUDr. Jarmila Seifertová, dětská lékařka a vědecká sekretářka Odborné společnosti praktických lékařů ČLS J. E. Purkyně, očkování kojenců vítá a tvrdí pravý opak: „Apeluji zejména na rodiče, aby se nedali splést některými nesprávnými názory o škodlivosti očkování. Nejsou to hlasy podpořené řádnými vědeckými argumenty. Preventivní očkování má velký význam, protože může zabránit onemocněním, která mívají nejen závažný průběh, ale i důsledky. Už jsem se mnohokrát setkala s maminkami, které mi, když bylo dítě nemocné, říkaly, že kdyby o prevenci věděly, určitě by své děti daly včas očkovat...“ Možná vás slova paní doktorky uklidnila. Možná si ale coby laici celkem právem posteskneme, jakže máte být bez obav, když i mezi odborníky panují dost vyhraněné opačné názory...

Judita Bednářová, Mladý svět 18/2001



Aktuality

výběr z českého tisku

Konec jedné služby

Nad jedním z pohrobků socialistického zdravotnictví, institucí zvanou Lékařská služba první pomoci, se pomalu smráká. Stát se od letoška odmítl podílet na jejím financování. Není divu. Efektivita této služby je vpravdě mizerná. Každý trochu racionálně uvažující člověk, než aby se šval o půlnoci kamsi do ordinace, si přece s prvními příznaky nemoci dá Paralen s horkým čajem a zalehne do postele s tím, že „do rána přežije“ a pak navštíví „obvodáka“. A je-li mu obzvlášť na umření, zavolá si rovnou sanitku. Tzv. pohotovost tak využívaly především matky s malými dětmi, lidé s náhle zhoršenou chronickou nemocí (například astmatici) a chroničtí hypochondři, kteří měli pocit, že po prvním píchnutí v podbřišku rána nedožijí. Pokud tedy teď dal stát od této služby-neslužby ruce pryč, je to jen dobře (ještě ta nadbytečná nemocniční lůžka, pane ministře...). Zároveň by se však měl zasadit o změnu praktického lékaře na rodinného doktora západního typu tím, že na něj uvalí povinnost postarat se o své klienty i mimo ordinanční hodiny. Aby se lidé v opravdu odůvodněných případech nemuseli obávat, že zůstanou bez pomoci.

Lékař už musí říkat pacientovi pravdu

Česko se připojilo k mezinárodní dohodě, která posiluje práva pacienta. Bohužel, brzy zemřete, budou muset napříště říkat lékaři svým nevyлéčitelně nemocným pacientům, pokud ti projeví zájem zjistit svůj skutečný zdravotní stav.

Nemocní lidé mají nárok vědět plnou pravdu o závažnosti své choroby. K tomuto názoru se v minulých dnech připojili i čeští zákonodárci - schválili připojení Česka k příslušné mezinárodní dohodě. Zmiňovaný dokument už prošel Sněmovnou a minulý týden i Senátem. Čeká se jen na podpis prezidenta republiky. Text „Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v medicíně“ sestavily země Rady Evropy. Podepsána byla v roce 1997. Pasáž úmluvy, která výrazně posiluje práva českých pacientů, byla skryta uprostřed balíku několika mezinárodních dohod, řešících například otázku klonování a lékařských postupů v oblasti biomedicíny. „Překvapilo mě, že si toho nikdo málem ani nevšiml,“ říká senátorka Jaroslava Moserová. Povinnost lékaře poskytnout pacientovi na požádání úplný obraz jeho zdravotní situace dosud v Česku neupravuje žádný zákon. Zatím bylo jen na lékařově libovůli, zda prosbě svého klienta vyhová. V minulosti byly tyto informace dokonce přísně zapovězené pod rouškou lékařského tajemství. „Řešit to pouze mezinárodní úmluvou není právě nejvhodnější,“ domnívá se předsedkyně Občanského sdružení na ochranu pacientů Vladimíra Bošková. Upozorňuje na to, že všechny vyspělé západní země podobné právní normy mají. Teprve téměř na poslední chvíli se o právech pacientů na plnou informovanost rozproudila v Senátu diskuse. „Část kolegů se domnívala, že naše veřejnost není na takové informace připravena,“ říká Moserová. Podle senátorky zatím není řada lékařů

zvyklá říkat svým pacientům pravdu do očí. „Častokrát porušují platné zákony i lékařské tajemství tím, že tyto informace bez souhlasu pacienta poskytnou nejbližším členům rodiny, ale dotyčnému ne,“ podotýká Jaroslava Moserová. Sami lékaři ale tvrdí, že i bez příslušných právních norem sdělují nepříznivou diagnózu pacientům běžně. „Už dnes se jim říká pravda, pokud o ni stojí,“ tvrdí přednosta interny v pražské Fakultní nemocnici Královské Vinohrady Martin Herold. Herold si myslí, že je přímo v zájmu lékařů člověka nebalamutit. „Lékaři to usnadní spolupráci s pacientem. Je to rozhodně lepší, než se pak zaplétat do vlastních lží,“ konstatuje. Podle přednosta interní kliniky FN v Praze Motole Milana Kvapila je zatím poskytování podobných údajů individuální záležitostí každého lékaře. „Je v pořádku, že tuto problematiku konečně upraví nějaký předpis. Z řady lékařů sejme zodpovědnost, kdy a co mohou pacientovi říci,“ míní Kvapil. Souhlasí s tím, že pacient - pokud chce - má právo vědět. „Ale například od kolegů z onkologie vím, že se lidé těchto informací bojí. Kolikrát se bojí i jít s podezřením na vyšetření, ačkoli je dnes už řada nádorových onemocnění s úspěchem vyléčitelná,“ dodává Kvapil.

Operovat bude možné jen se souhlasem

Úmluva rovněž dává pacientovi právo odsouhlasit všechny zákroky a léčebné procedury včetně transplantací a vědeckého výzkumu, které mají být provedeny. Bez výslovného souhlasu nesmí lékař takový zákrok provést. Ještě předtím ale musí pacienta informovat o všech důsledcích a rizicích, která mohou hrozit. Pacient má právo souhlas posleze odvolat. Výjimkou jsou pouze situace, kdy člověk není vzhledem ke svému zdravotnímu či duševnímu stavu schopen souhlas dát. I tehdy smí lékař provést jen nezbytně nutné zákroky. U nezletilých či duševně nezpůsobilých musí dát souhlas zákonný zástupce.

Co také obsahuje úmluva

- jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas; souhlas může kdykoli svobodně odvolat
- každý musí být předem řádně informován o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích
- na osobě, která není schopna dát souhlas, může být proveden zákrok pouze, pokud je to k jejímu přímému prospěchu
- za nesvéprávnou nebo nezletilou osobu musí dát souhlas zákonný zástupce, názor nezletilé osoby však bude zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti
- pokud pacient není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání, lékař musí brát zřetel na jeho dříve vyslovená přání ohledně lékařského zákroku

Anketa: Jsou čeští lékaři a pacienti připraveni říkat a přijímat pravdu o zdravotním stavu?

Eva Sedláčková, primářka onkologické kliniky Všeobecné FN: Zažila jsem dobu, kdy se před pacientem nesmělo říct slovo rakovina nebo metastáza. Podle mě je ale správné říkat pravdu. Na naší klinice jsme zvyklí sdělovat diagnózu, ale hned také nabízíme mož-



nou léčbu. Devětadevadesát procent populace vhodně podanou pravdu snese.

Milan Kvapil, přednosta interny FN Praha-Motol: Lékaři na to určitě připraveni jsou a většina z nich podobné kroky chápe. Minimálně posledních pět let se o takovém kroku hodně hovoří. Paradoxně si myslím, že méně jsou na to připraveni pacienti. Nevědí, na co mají právo, nejsou často schopni seriózně požádat o informace. Vladimíra Bošková, Občanské sdružení na ochranu pacientů: Pacient si může vybrat, jestli informace chce, nebo ne. Pokud ano, má právo vědět vše, pokud ne, je na něm, zda zvolí cestu úplného nevědomí, nebo se s lékařem domluví na polopravdě. Nikomu ale nepřisluší rozhodovat za něj. Lékaři si často osobují právo být soudcem a rozhodovat, jestli informaci poskytnou, nebo neposkytnou.

Lukáš Herold, přednosta II. interny FN Královské Vinohrady Praha: Řada lékařů už to dělá a je to správné. Pacienti na tyto informace mají plné právo. Umění podat a přijmout tak citlivou zprávu se ale budou muset obě strany v řadě případů asi ještě naučit.

Lékaři mohou archivovat dokumentaci i v počítačích

Lékaři budou moci uchovávat zdravotní dokumentaci svých pacientů v počítačích, aniž by k tomu museli archivovat papírové kopie. Sněmovna včera schválila poslanecký návrh zákona o péči o zdraví lidu, který ruší povinnost zálohovat dokumentaci v kartotékách. Lékaři zákon vítají, protože jim ušetří práci i čas. „Já sama počítač využívám hlavně na vedení agendy pro zdravotní pojišťovny. Víím ale, že mnoha mým kolegům, kteří v počítači vedou dokumentaci, to velmi ulehčí práci. Doteď museli všechny záznamy tisknout a archivovat. Jen je to zdržovalo,“ říká praktická lékařka pro dospělé z Prahy 5. Někteří lékaři se ovšem obávají o bezpečnost pacientových údajů a poukazují přitom na možné technické selhání počítačů. „Odborníci ministerstva zdravotnictví v zákoně stanovili velice přísné podmínky, které umožňují vyloučit archivaci papírových kopií. Je to například složitý systém zálohování nebo vznik archivních kopií,“ tvrdí jeden z autorů zákona, poslanec Milan Cabrnok z ODS. „Pokud se ale systém zdá někomu nebezpečný, tak ať jej jednoduše nepoužívá. Zákon nikoho nenutí,“ dodává. Podle předkladatelů zákona funguje takové uchování informací v jiných odvětvích, například v bankovníctví, bez problému. Zákon ještě musí posoudit Senát a prezident republiky.

Lékařské pohotovosti prodělávají a zanikají

Praktičtí lékaři by měli v budoucnu nahradit tradiční pohotovosti. Tato zdravotnická zařízení, na Západě neznámá, totiž těžce prodělávají.

V noci vás rozbolí břicho nebo vaše dítě má vysoké teploty a zvrací. Každý český občan ví, kam zamířit pro pomoc: do ambulancí Lékařské služby první pomoci. Pod pojmem „pohotovost“ si ji vybaví snad každý - funguje už od roku 1966. Na západ od českých hranic ale podobnou instituci vůbec neznají. A zdá se, že se už brzy bez ní budou muset obejít i čeští pacienti. „Pomalou, ale jistě pohotovosti zanikají a budou zanikat dál, až zmizí všechny,“ řekl ředitel nemocnice v Sedlčanech Fedor Kaspr. Sedlčanská nemocnice zajišťuje pohotovost, od letoška však na ni nedostává státní dotaci a ztráty musí hradit ze svého rozpočtu. Ředitel uvažuje, co s ní: „Budeme to muset ně-

jak řešit, tuto službu by měl zajistit stát.“ Možný zánik pohotovostí potvrzuje i mluvčí Ministerstva zdravotnictví Otakar Černý. „Pravděpodobně i v České republice jednou dospějeme k tomu, že funkci pohotovostí přeberou praktičtí lékaři, jak je tomu ve světě,“ řekl Černý. Pohotovost byla už zrušena například v Toužimi na Karlovarsku. „V tomto městečku jsme ale zřídili stanici záchranné služby. Pohotovost by proto ve městě s tak malým počtem obyvatel byla již zbytečná,“ vysvětlil zdravotní rada okresu Karlovy Vary Bořek Zasadil. Provoz záchranné služby může dotovat ze svého rozpočtu příslušný okresní úřad. Financování ztrátových pohotovostí mají ale od letoška na starost obce. Ty na to ale nemají peníze a zákon jim ani neukládá, aby pohotovosti dál zachovávaly. Takové pohotovosti jako v České republice nikde na západě neexistují. Tam má každý občan svého rodinného lékaře, jenž má povinnost zajistit svému pacientovi péči čtyřicet hodin denně. „Lékař přijede ke svému pacientovi třeba i o půlnoci. V akutních případech se využívají záchranné služby,“ vysvětlil Kaspr. Provozování pohotovostních služeb se v mnoha obcích vůbec nevyplácí, mnohé na to ani nemají dost peněz. „Je to velice ztrátová věc. Během jedné služby totiž pohotovost navštíví tři, maximálně pět pacientů,“ popsal Kaspr situaci na Sedlčansku a doplnil, že nemocnice musí za službu zaplatit doktorovi, sestře i řidiči sanitky. Ministerstvo zdravotnictví přesto zatím o administrativním rušení pohotovostí neuvažuje. Do konce loňského roku financovali lékařské služby první pomoci daňoví poplatníci. Pohotovostní služby totiž spravovaly okresní úřady, které dostávaly peníze od ministerstva financí. „Od 1. ledna tohoto roku platí nový zákon, podle něhož nestátní pohotovostní službu financuje její zřizovatel. Tato role přešla většinou na obce,“ vysvětlil přednosta Karlových Varů Martin Machoň. Na Karlovarsku měly být zrušeny pohotovosti i ve Žluticích, v Nejdku a Ostrově. „Zákon neumožňoval, abychom je dále financovali,“ řekl okresní zdravotní rada Zasadil. V Ostrově nakonec o provozování pohotovostí projevila zájem soukromá nemocnice. Obyvatelé Žlutic a Nejdku se museli bez pohotovosti obejít tři měsíce, než ji okresní úřad začlenil pod záchrannou službu. Vytíženost pohotovostí se město od města liší. Zatímco v Sedlčanech ji ve všední den navštíví jeden, maximálně pět pacientů, na Zlínsku je to v průměru osmdesát pacientů denně. Pracovníci zlínské pohotovosti však říkají, že lidé jejich služby často zneužívají. „Minulou službu jsem měl osmdesát pacientů. Asi čtyřicet mělo běžné nemoci, které mohli řešit se svým obvodním lékařem,“ řekl Antonín Motáň ze zlínské záchranné služby, pod níž spadá i pohotovost. „Mnozí z nich svůj zdravotní stav podceňují a přijdou, až je situace akutní,“ stěžuje si Motáň na pacienty ze Zlínska. Rovněž karlovarský zdravotní rada Zasadil upozorňuje na to, že mnoho pacientů využívá služby pohotovosti i v situacích, které mohou vyřešit obvodní lékaři. Podle něj se totiž pacientům nechce čekat v ordinaci obvodního lékaře, neboť vědí, že na pohotovosti budou ošetřeni rychleji. Povinnost státu zabezpečit péči při náhlém zhoršení zdravotního stavu je deklarována v Listině základních práv a svobod a v Ústavě. Na tomto základě je zřizována lékařská služba první pomoci. „V Listině je zakotvena povinnost státu tuto péči zajistit,“ říká Otakar Černý. „Byl to luxus komunistického režimu, na který si naši občané zvykli a rádi ho využívají i dnes,“ tvrdí zdravotní rada Zasadil.

Lékařskou službu první pomoci stát zajišťuje na základě zákona z roku 1966. Zapadá do socialistického pojetí poskytování zdravotní péče. V západní Evropě má pohotovostní službu rodinný lékař a akutní případy řeší záchranná služba.

inzerce3



■ **Má pacient vědět všechno? Ne vždy.**

Právo občanů nahlédnout do zdravotní dokumentace neupravuje dosud žádný zákon. Na dobré vůli lékaře závisí, zda klientovi poskytne informace o jeho zdravotním stavu. Podle Sdružení pacientů by však to měla být zákonem daná povinnost.

Do zdravotní dokumentace vedené lékařem o pacientovi má mít v Česku právo nahlédnout prakticky veškerý zdravotnický personál, pokud to potřebuje ke své práci. Sám pacient ale toto právo zatím nemá. Zacházení s doklady o lékařských vyšetřeních a diagnózách nově upravuje poslanecká novela zákona o péči o zdraví lidu, kterou nyní dostal k posouzení Senát. Návrh poslanců Rostislava Čevely (ČSSD) a Milana Cabrnocha (ODS) mimo jiné řeší, co má zdravotnická dokumentace obsahovat, jak se uchovává a kdo k ní má přístup. Mezi vyjmenovanými profesními skupinami jsou kromě lékařů a zdravotních sester například i soudní znalci, kliničtí logopedové či lékárníci. O tom, že by měli mít stejné právo i dotyční pacienti, se ale návrh nezmiňuje.

Všichni mohou, pacient ne

„Nebylo cílem této předlohy řešit práva pacientů. Museli jsme urychleně stanovit podmínky zdravotnického personálu pro zacházení se zdravotní dokumentací. Tato oblast u nás až dosud nebyla vůbec legislativně ošetřena a hrozila kolize se zákonem na ochranu osobních údajů,“ vysvětlil jeden z autorů předlohy Milan Cabrnoch. Pokud by současné právní vakuum pokračovalo, od 1. června by zdravotníci nadále nesměli spisy pacientů vést. Podle předsedkyně Občanského sdružení na ochranu pacientů Vladimíry Boškové je paradoxní, že zákon vyjmenovává řadu profesí, které smějí do citlivých složek nemocných nahlédnout, ale pacient sám tuto možnost nedostal. „Návrh pouze legalizuje současný neúnosný stav, kdy do pacientovy složky může nahlédnout prakticky kdokoli, kromě něj samotného,“ podotkla Bošková. Cabrnoch ovšem namítá, že možnost nahlédnout do spisu je výslovně podmíněna souvislostí s konkrétním léčebným postupem. „Rozsah profesí, kterým to zákon povoluje, jsme si nevymysleli my. Vycházeli jsme ze stanoviska Ministerstva zdravotnictví, které bylo původně ještě širší.“ Bošková považuje počet zákonem vyjmenovaných profesních skupin za neúměrně široký. „Zákony ve vyspělých západních zemích navíc v takových případech vždy počítají s tím, že každý vstup další osoby do zdravotní dokumentace musí dotyčný odsouhlasit,“ uvedla. Podle Cabrnocha by ale takové řešení vedlo k řadě problémů v situacích, kdy je třeba rychlého zásahu odborníka, k němuž je nahlédnutí do předešlé diagnózy třeba. „Někdy by sehnat souhlas prostě nebylo možné včas.“ Definitivně vyřešit otázku vedení a poskytování zdravotní dokumentace by měl nový zákon o zdravotní péči, připravovaný Ministerstvem zdravotnictví. Ani v něm však zatím není právo pacienta na informace zakotveno.

Jak chce zákon řešit zdravotní dokumentaci:

- stanovuje zdravotnickým zařízením povinnost dokumentaci vést
- předepisuje, jaké údaje má obsahovat (nezbytné osobní údaje, informace o prodělaných nemocech, o průběhu a výsledcích vyšetření a léčení atd.)
- umožňuje vést záznamy i v elektronické podobě
- jmenuje profesní skupiny, které mají v odůvodněných případech právo do dokumentace nahlížet (např. lékaři, sestry, rehabilitační pracovníci, lékárníci, kliničtí psychologové a logopedové, po-

věření členové profesních komor lékařů a lékárníků, soudní znalci v oboru zdravotnictví, posudkoví lékaři, lékaři Státního ústavu pro jadernou bezpečnost, lékaři úřadů práce, členové odvodových komisí armády atd.)

- ustavuje Národní zdravotnický informační systém, který má sbírat údaje o zdravotním stavu obyvatelstva a o zdravotnických zařízeních

- zřizuje národní zdravotní registry pro pacienty s vybranými společensky závažnými nemocemi a vybrané skupiny dárců krve

■ **Místo polikliniky posudky**

Obyvatelům metropole a okolí, kteří potřebují kvůli přezkoumání invalidního důchodu navštěvovat lékařskou posudkovou komisi, svítá do budoucna naděje. V těchto dnech bylo rozhodnuto, že zřejmě v roce 2003 budou moci využívat centralizovaných služeb České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ), jejíž centrum pro celou Prahu a střední Čechy vznikne v budově polikliniky Klimentská. Původně toto zařízení patřilo Všeobecné fakultní nemocnici (VFN), ale kvůli vysokým finančním nákladům však od 1. dubna připadlo pod správu Ministerstva práce a sociálních věcí. „Dosud byla naše střediska rozmístěna na velkém území, což činilo problém především handicapovaným pacientům. Nyní chceme využít veškerých dispozic budovy a soustředit v Klimentské nejen lékařskou posudkovou službu, ale i klinické pracoviště, určené pro doškolení našich lékařů,“ uvedl ředitel ČSSZ Jiří Hoidekr. Stávající sídlo polikliniky v Klimentské, s výjimkou protidrogového centra Drop In, bude přestěhováno do prostor polikliniky na Karlově náměstí, která také patří VFN. Stěhování by podle ředitele Všeobecné fakultní nemocnice v Praze Martina Holcáta mělo proběhnout nejpozději do konce letošního roku. Servis posudkových lékařů by měl být zahájen v roce 2003. Jediní, s kým se v budoucí koncepci nepočítá, jsou lékaři privátní, kteří mají v Klimentské své ordinace.

■ **V Krči poradí, jak kojít**

Polovina prvorodiček má problémy s kojením, především s jeho technikou, a tak s tímto druhem výživy dítěte brzy skončí. Jediným zdravotnickým zařízením v Praze, kde dodržují deset zásad správného kojení (tzv. baby friendly), je Fakultní Thomayerova nemocnice v Krči. Ženy, které si nevědí rady, mohou volat na tamní Národní linku kojení s číslem 61082424, kde jim v pracovních dnech od 9 do 14 hodin poradí odborníci. Maminky z Prahy se na témže čísle mohou objednat i k ambulantní návštěvě Laktačního centra, to však pojišťovny nehradí. „Linka funguje již devět let, ale její číslo můžeme zveřejnit až nyní, kdy se nám podařilo otevřít také Laktační centrum,“ uvedla předsedkyně Laktační ligy Anna Mydlilová. Dodala, že problém většinou spočívá jak v personálu porodnic, tak v lékařích–pediatrech. „Dvacet procent maminek nám volá již z porodnice, protože jim nikdo nevysvětlí, jak a co by měly správně dělat tak, aby to pro jejich dítě bylo nejlepší,“ připomněla Mydlilová. Dodala, že jejich služba může fungovat pouze díky shovívavosti nemocnice, neboť kromě neonatologické společnosti žádný státní orgán neuznal kojení za důležité.



Plošná profesní inzerce

PRONÁJEM ORDINACE

texttexttexttexttexttexttexttext
texttexttexttexttexttexttexttext
texttexttexttexttexttexttexttexttext
texttexttexttexttexttexttexttexttext
texttexttexttexttexttexttexttext
texttexttexttexttexttexttexttexttext

PRONÁJEM ORDINACE

texttexttexttexttexttexttexttext
texttexttexttexttexttexttexttext
texttexttexttexttexttexttexttexttext
texttexttexttexttexttexttexttexttext
texttexttexttexttexttexttexttext
texttexttexttexttexttexttexttexttext