

květen 2002 ■ číslo 5 ■ ročník 2

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



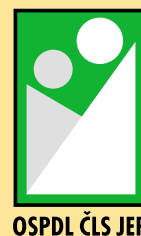
MEDIFORUM - EpiStop III

Novorozenecká žloutenka

Virové hepatitidy

Uštknutí zmijí obecnou

Infekční mononukleóza



tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

vydavatelství

MEDIX

Adresa vydavatelství:
Branická 141, 147 00 Praha 4
tel./fax: 02/4446 2959
e-mail: vox@imedix.cz

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

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

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

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10
sekretariát - tel.: 02-6718 4085, fax: 02-6718 4086
redakce - tel.: 02-6718 4089
e-mail: centrum@detskylekar.cz

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

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

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Veronika Drahovzalová
U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10
tel.: 02-6718 4085, mobil: 0602 873 761
e-mail: centrum@detskylekar.cz
e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za duben	5
Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů	6
Očkování - metodologie způsobu vykazování	6
Regionální konference Prahy a Středočeského kraje	7
X. Konference SPLDD VČ regionu	8
Zdravotní knížka na Internetu	9
Nová politická strana - ČLK?	10



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP	11
Usnesení Celostátní konference OSPDL ČLS JEP	12
Příspěvky k oboru	13
MEDIFORUM - EpiStop III	16
Koalice oboru „Všeobecné dětské a dorostové lékařství“	příloha

Doc. MUDr. F. Stožický, DrSc.

Diferenciální diagnostika novorozenecké žloutenky	24
---	----

Doc. MUDr. P. Pazdiora, CSc.

Akutní poznatky o virových hepatitidách C, D a E	26
--	----

MUDr. J. Liška, CSc., MUDr. E. Kasal

Uštknutí zmijí obecnou	28
------------------------	----

MUDr. J. Koten

Infekční mononukleóza	30
-----------------------	----

Zpráva ze sjezdu o infekčních onemocněních	33
--	----

MUDr. K. Michálková

Hexavalentní vakcína	34
----------------------	----



Aktuality	34
-----------	----

Řádková inzerce	38
-----------------	----



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

zdá se, že letošní jaro je pro nás velmi bohaté na události, události, z nichž některé mohou a některé dožijí i budou mít vliv na naši činnost praktického dětského lékaře. V tomto smyslu je jistě na prvním místě problematika možnosti vzniku nového oboru všeobecného praktického dětského lékaře v primární péči. Proběhlé a probíhající diskuse zřetelně ukazují, jak křehký je to terén. Jedni v této aktivitě spatřují snahu dělit pediatrii a tím ji i oslabovat, druzí chápou tento problém jako možnost posílení pediatrie ve smyslu jasného a legislativního zakotvení dětského lékaře do ambulance primární péče. Nejpočetnější je asi skupina, která osciluje od jednoho z uvedených pólů k druhému, podle informací, které má momentálně k dispozici.

Moje osobní zkušenost mi velí přiklonit se k tomu druhému pólu, tj. zakotvit dětského praktika do systému nejen funkčně, ale také legislativně, tj. vytvořit takové podmínky ve vlastní organizaci našeho zdravotnictví, při kterých nebude pochyb, že péči o novou generaci má plně ve své kompetenci lékař odborně, ale i všeobecně vzdělaný pro tuto věkovou kategorii. To se také stalo hnací silou vedoucích zástupců obou našich společností při jednáních na všech úrovních.

Celou tuto problematiku lze rozdělit na dvě základní části: v první je třeba si odpovědět na otázku, jestli to vůbec chceme, ve druhé pak, jak to vše naplnit a při tom skutečně pediatrii u nás posílit. A to je základní kámen úrazu. V situaci, kdy jsme si plně neodpověděli na otázku první, řešíme otázku druhou a každý po svém.

Jistě všichni chceme, aby dětský lékař v primární péči byl dostatečně erudovaný, čemuž by měla odpovídat i jeho příprava. My jsme se snažili předložit návrh postgraduálního vzdělávání za podmínek předkládaného návrhu zákona, tedy v délce 3 let, rozhodně jsme tím nechtěli říci, že je to dostatečná příprava na výkon naší činnosti. Zde došlo k matení pojmů, znovu opakují, že se jednalo o přípravu k atestaci, podmínky pro vlastní výkon mohou být samozřejmě rozsáhlejší, a také i dnes jsou. Teprve po splnění těchto dalších podmínek by došlo k získání příslušného oprávnění (resp. licence). Celá příprava by samozřejmě probíhala v úzké spolupráci s klinikou pediatrii, o kterou se máme zájem výrazně opřít.

Vše však bereme jako otevřené a domnívali jsme se, že nyní bude na toto téma probíhat věcná diskuse. Místo toho sklouzáváme k rozsáhlým diskusím na téma oslabení či trištění pediatrie a uniká nám základní podstata problému. Může se nám také stát, že zatímco my se budeme takto dohadovat, jiní schválí všeobecného rodinného lékaře (licence byla již nedávno na sjezdu ČLK navržena a jen těsně neschválena) a erudovaný dětský lékař z primární péče vypadne a stane se ambulantním specialistou, tj. pouze konzultantem rodinného lékaře.

Druhou a neméně důležitou událostí těchto dní se stala diskuse k postavení Komory jako profesní organizace ze zákona. Za situace, kdy se Komora výrazně profiluje do ekonomických zájmů a v této souvislosti se i výrazně politizuje se mi těžce hovoří o svém povinném členství v této organizaci, resp. nejsem zastáncem povinného členství v takové organizaci. Komora by měla, dle mého názoru, především usilovat o dohled na odbornost vykonávané lékařské činnosti a její etiku. Tím neříkám, že by se jí měly odejmout její kompetence, ale vyjadřuji se tím pouze o formě přístupu k této organizaci, resp. zda mám být povinně jejím členem či nikoliv. Ze se dozvim, že jsem zrádce, pokud vyslovím takový názor, to je jenom odraz právě té profílce činnosti Komory, která mi vadí.

Je na nás všech, jestli chceme Komoru právě takovou, či by měla plnit funkce takové, o kterých jsem se zmínil. Zvažte proto všichni svůj přístup ke shromáždění, které Komora svolává a více se v této činnosti angažujte, jinak zůstanete vše při starém a dál budeme sledovat, jak se Komora bráskně umí vypořádávat s politickou realitou, při svých cestách na semináře si budeme moci číst při silnicích zajímavé texty na billboardech za naše peníze a možná, že se nás i budou naši pacienti ptát, proč nepostupujeme právě tak, jak jim je doporučováno v časopise Osobní lékař. Možná také brzy zatoužíme stát se opět zaměstnancem státního zdravotnického zařízení, protože tam se zdá tečou peníze snadněji a rychleji, než do soukromého sektoru...

Třetí významnou událostí se stalo vydání nového „bodníku“ k 1.4. Bouřlivou reakci vyvolala pro nás významná úprava kódů očkování. Jelikož jsem za tuto změnu osobně zodpovědný, resp. jsem ji inicioval, pokusím se Vám pár větami vysvětlit záměr, který byl tímto krokem spatřován.

Za prvé šlo o to, aby každé očkování bylo v systému detekovatelné. Jistě dobře víte, že pokud bylo prováděno očkování při prevenci, vlastní očkování se již nevykázalo, nebo pokud souběžně probíhalo více očkování, vykázalo se jen jedno, resp. u souběhu dvou očkování i. m. se mohl vykázat ještě jeden nový „taky kód“. Resp. mělo se očkování vykázat pouze za určitých daných podmínek, jinak ne, i když mnozí si poradili po svém, obtížně se mi však takový postup hájí a vím, že bude předmětem mnohých revizí zdravotních pojišťoven. Nenapadlo mne tedy lepší řešení, než z kódů očkování vyjmout ten podíl klinického vyšetření, který bránil souběžnému vykazání ať již s prevencí nebo s jiným očkováním. Tento postup jsem také v předchozích číslech Voxu opakovaně avizoval.

Za druhé bylo třeba vymyslet, jak očkování začlenit do něčeho, co VZP nazývá „dobrou praxí“. Je to přesně ta kategorie bonusu, která není ovlivněna ekonomikou mé ordinace, ale zobrazuje jakousi efektivitu či správnost mé činnosti. Takto jsou již zabudovány do tohoto bonusu preventivní prohlídky. Jde tedy o jakousi zvláštní finanční odměnu za to, že dohlédím a realizuji očkování tak, jak to předpokládá příslušný právní předpis. Pokud tohoto chci dosáhnout, musí být opět veškerá očkování v pojišťovenskému systému detekovatelná. A jsem opět u stejného řešení. Představa jde ale i dál, částka, kterou bych měl za tuto svou činnost by měla rozhodně překročit tu, o kterou jsem přišel v kategorii úhrady výkonové, resp. o co byla ponížena úhrada výkonů očkování.

Třetím důležitým aspektem je fakt, že cena za výkon mě nesmí limitovat v tom, abych dělal ze svých dětí cedník. Je totiž velmi pravděpodobné, že brzy bude schválena taková novela našich předpisů, která umožní použít pro očkování jakoukoliv registrovanou vakcínu, a to i pro ta tzv. povinná očkování. Byl bych nerad, aby docházelo k situaci, aby mi ekonomika velela nedoporučit rodičům použít např. hexavakcínu, pokud o to budou mít zájem. Snížení počtu vpichů je v tomto případě poměrně značné. Naopak chci se všemi pojišťovnami jednat o možnosti spoluúčasti nad úhradou takového očkovacího schématu, který bude pro mé děti co nejméně zatěžující. Vidím v tom podstatně smysluplnější naplnění financování z rozpočtu fondů prevence jednotlivých pojišťoven, než jsou úhrady různých vitamínových preparátů, pobytů u moře apod.

Věřím, že jste tento můj editorial dočetli až do konce a budu Vám velmi vděčný, když se nad myšlenkami, které jsem se snažil v něm vyjádřit, alespoň zamyslete.

Hodně zdraví ve Vaší práci Vám přeje

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR

Žaludek a dvanáctník
- vyšetřovací metody

CRP v ordinaci PLDD

Prevence alergie dietou

Logopedická péče



seznam inzerujících firem

AVENTIS PASTEUR
BOEHRINGER INGELHEIM
CELIMED
GlaxoSmithKline
HEINZ
LÉČIVA
ORION DIAGNOSTICA
STIEFEL LABORATORIES
TRITON

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

Úterý 10,00 - 17,00

Středa 10,00 - 17,00

Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

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

Středa
10,00 - 12,00 - MUDr. Hana Cabrnachová
13,00 - 17,00 - MUDr. Milan Kudyn
15,00 - 17,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup

POZOR! Nová adresa SPLDD ČR - viz str. 6



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc duben

MUDr. Pavel Neugebauer

Měsíc duben se nesl samozřejmě v duchu pokračujících diskusí nad možností zavedení nového oboru PLDD, ale přinesl také jasnou politickou profilaci ČLK s diskusí nad povinným či nepovinným členstvím, byl uveden v platnost nový Seznam výkonů s bodovými hodnotami, který mnohé potěšil, mnohé také pobouřil, jeho zavedení však provázají četné problémy, především informativního rázu, mnozí se jen s velkými obtížemi dozvídali nečekané změny, patřily mezi ně překvapivě i mnohé zdravotní pojišťovny, naplno běžel systém našich regionálních konferencí poznamenaný především nižší účastí, než by se předpokládalo.

4.4.– Konference regionu Praha a Střední Čechy: informace otiskujeme na jiném místě, nicméně i na této vrcholné regionální akci našeho Sdružení byla účast členů žalostná, ačkoliv jsou mnohá témata, která by si zasloužila širší diskusi, je otázkou, jestli je všem jasno a jsou v relativním klidu, události měsíce dubna však jistě ukázaly, že by jistě bylo co širěji diskutovat

6.4.– Konference regionu Severní Čechy: podrobnější informace najdete opět na jiném místě našeho časopisu, i zde by však vyšší účast členů měla podtrhnout význam tohoto nejvyššího orgánu regionu, diskuse byla velmi bohatá na téma oboru PLDD, víceméně i na úkor jiných, také důležitých témat, i tato diskuse nás však obohatila vzhledem k účasti prim.MUDr. Pajerka

10.4.– Závěrečné jednání dohodovacího řízení o cenách na II. pololetí roku 2002, byla potvrzena předběžná dohoda v našem segmentu, bližší informace naleznete v předchozím čísle, opět nedošlo k dohodě v segmentu nemocnic, kanál pro další přítok peněz tak zůstal otevřen, uvidíme, jak moc ho MZ ČR naplní, je však otázkou, kdy se to dotkne nás všech, i proto je dobře, že existuje koaliční uskupení organizací hájících ambulantní složku, určitě nás tato situace nenechává v klidu

10.4.– za účasti zástupců naší odborné společnosti proběhlo jednání s vedením společností logopedické, výstupy se zpracovávají, budou uveřejněny nejspíše v příštím čísle, šlo především o základní indikace k logope-

dické péči a vztah této péče k bonifikačnímu systému praktických lékařů

13.4.– Konference regionu Východní Čechy: opět ve znamení možná překvapujícího nezájmu části členů našeho Sdružení, jinak jednání mělo spád a podařilo se diskutovat celou řadu problémů současnosti

14.4.– Pracovní jednání Sdružení smluvních lékařů zdrav. pojišťoven ČR: do Brna bylo svoláno pracovní jednání za účasti mnoha zajímavých lidí na téma úhradový systém u ambulantních specialistů; ukazuje se, že byl opět vypuštěn jeden z „džinů“, přičemž nikdo neví, co vše bude napácháno, zdá se však, že systém regulací a bonifikací najednou tak, jak byl spuštěn může přinést regionálně velké problémy, pro nás má význam v tom, že se objevují snahy přenést na nás veškerou preskripci při vidině zajímavého bonusu, naštěstí se zdá, že i samotní ambulantní specialisté významně cítí, že tudy cesta nevede

16.4.– Jednání Koalice ambulantních lékařů zápis otiskujeme na jiném místě

17.4.– Jednání Výkonného výboru Sdružení:

- řešena opět strategie dalšího postupu při projednávání možnosti zavedení nového oboru PLDD, byly vyhodnoceny dosavadní akce Sdružení, kde byl tento problém diskutován, zatím ze všech jednání vyplývá jednoznačná podpora jeho zavedení
- dále se diskutoval další možný postup v otázce 19-ti letí a starší v ordinaci

PLDD, bude vyvoláno jednání s praktiky pro dospělé

- nechyběla ani diskuse kolem očkování
- byly konstituovány některé nové pracovní skupiny
- dále byla řešena problematika komunikace na úrovni krajů a to i směrem ke Krajským úřadům - byly diskutovány některé naše zahraniční aktivity, stav příprav nového ZOPu a celá řada další problematiky, o které Vás na stránkách našeho časopisu průběžně informujeme

20.4.– Konference regionu Západní Čechy: účast nevybočila z obvyklého průměru, jednání bylo opět ale dělné

26.4.– Jednání s MUDr. Pečenkou, vrchním ředitelem úseku zdravotní péče VZP na téma CRP v ordinaci PLDD, zdá se, že se konečně blýská na lepší časy, bude dále jednáno, o výsledcích budete průběžně informováni

26.4.– Jednání analytické pracovní skupiny: zápis bude pro nutnost doplnění některých údajů zveřejněn v příštím čísle

27.4.– Jednání ambulantních chirurgů sdružených ve společnosti SPACH: na pozvání uvedené organizace jsem se zúčastnil jednání uvedené organizace s myšlenkou získání podpory činnosti Koalice, případně diskusi na téma jednodenní chirurgie, na jednání však dominovala profilace vlastní činnosti této organizace, která teprve hledá své místo v systému



Zápis z jednání Koalice ambulantních lékařů 16. dubna 2002

Přítomní: MUDr. Pavel Tautermann, MUDr. Jiří Peckárek, MUDr. Jan Jelínek, MUDr. Pavel Neugebauer, MUDr. Vladimír Dvořák

Program:

1. Krajská zdravotní politika
2. Jednací řád smírčího jednání
3. Aktuální informace

1. Krajská zdravotní politika

Kontakty na regionální zástupce jednotlivých členů Koalice shromáždí ČSK na e-mailové adrese: sladkovska@dent.cz, zpracuje seznam s kontaktními adresami (s výjimkou soukromých), tel. čísla a e-mailu a prostřednictvím elektronické pošty postoupí ostatním členům Koalice. Do konce května je třeba zpracovat e-mailový bulletin s informacemi o Koalici, její činnosti a cílech. Zástupci Koalice se dohodli rozšířit jednání s pojišťovny na krajskou úroveň. Veškeré významné problémy by tak mohly být řešeny za účasti těch zástupců Koalice, kterých se bude problém týkat, případně v přítomnosti právních zástupců.

Úkol: zorganizovat v druhé polovině května schůzku Koalice společně s právníkem a vypracovat společný postup k realizaci tohoto záměru (vypracování návrhu smlouvy mezi Koalicí a zdravotními pojišťovnami o postupu při řešení obecných problémů).

V souvislosti s tímto bodem jednání hovořili zástupci Koalice o nutnosti přeměnit Koalici ambulantních lékařů v registrovanou instituci.

Úkol: projednat správný poradnou nejvhodnější formu (MUDr. Peckárek).

2. Jednací řád smírčího jednání

Byly zpracovány připomínky Koalice k návrhu jednacího řádu smírčího jednání, jde o změnu oproti stávajícímu stavu, kdy vypršel termín platnosti dosavadní Dohody o smírčím jednání

Úkol: obrátit se na právníky s dotazem týkajícím č. 13 vyhlášky o rámcových smlouvách (MUDr. Peckárek)

Úkol: projednat připomínky v jednotlivých sdruženích Koalice.

3. Aktuální informace

MUDr. Peckárek: v HN vyšel článek o dopadu státní politiky na počty privátních lékařů - téma další tiskové konference

MUDr. Jelínek: tisková konference Sdružení praktických lékařů se bude konat 20. 5. 2002.

Další jednání: úterý 7. května 2002 od 17.00 hodin v pracovně MUDr. Peckárka.

Program:

1. Jednací řád smírčího jednání
2. Příprava tiskové konference Koalice

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

Metodický pokyn k vykazování očkovacích kódů po 1.4.2002

Jelikož jsou stále četné dotazy ke způsobu vykazování očkování, dovolujeme si znovu předložit stručný přehled různých způsobů vykazování v návaznosti na různé změny v průběhu od 1.7.2001. Proč k tolika změnám došlo, to je předmětem např. části editoria tohoto čísla, jinak bylo rozebíráno v číslech předchozích.

■ do 1.7.2001

kód 02110 (očk. s.c.,i.m.,i.d.) nebo 02120 (očk. p.o.)

Bylo možno vykázat v jednom dni pouze 1x, pouze jako samostatný výkon, nebylo možno vykázat s jiným výkonem (např. preventivní prohlídky) ani v kombinaci

■ od 1.7.2001 do 30.9.2001

nový („pracovní v číslelníku VZP“) kód 02111 v hodnotě 3 body - možno vykázat při souběhu dvou očkování v kombinaci s jiným výkonem (např. preventivní prohlídky), vykázán tedy kód prohlídky a 02111 (02110 se nevykazuje, ale musí být proveden, aby se mohl 02111 vykázat), nebo při souběhu očkování TetraHiB a Engerix mimo prevenci možno vykázat zároveň kód 02110 a 02111. Lze též kombinace 02120,02111, a to pouze pokud souběžně s poliem 2x očkují i.m.

■ od 1.10.2001 do 31.3.2002

kód 02111 v hodnotě 18 bodů - možno vykázat při souběhu dvou očkování v kombi-

naci s jiným výkonem (např. preventivní prohlídka), vykázán tedy kód prohlídky a 02111 (02110 se nevykazuje, ale musí být proveden, aby se mohl 02111 vykázat), nebo při souběhu očkování TetraHiB a Engerix mimo prevenci možno vykázat zároveň kód 02110 a 02111. Lze též kombinace 02120, 02111, a to pouze pokud souběžně s poliem 2x očkují i.m.

■ od 1.4.2002

vstoupil v platnost (proti očekávání trochu dříve) nový Seznam výkonů, očkování se vykazuje jen kódy 02110 a 02120, tyto kódy již v sobě neobsahují klinické vyšetření, takže je možné je vykázat společně s kódem preventivní prohlídky. V případě očkování TetraHiB a Engerix lze vykázat 2x 02110, při očkování s prevencí lze vykázat kód 02022 + 2 kódy 02110, případně i v kombinaci s 02120. Obdobně při spojení očkování polio s prevencí se vykáže 02022 + 02120.

Vykázání kódu dispensarizace 09532 je t.č. předmětem jednání, nicméně jeho vykázání je podmíněno také jeho nasmlouváním !!!

Zpracovali:

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Pavel Neugebauer

Nová adresa SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP

SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP

U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

Sekretariát - tel.: 02 - 6718 4085, fax: 02 - 6718 4086

SPLDD ČR - předseda - tel.: 02 - 6718 4087

OSPDL ČLS JEP - tel.: 02 - 6718 4088

Redakce VOX PEDIATRIAE - tel.: 02 - 6718 4089

E-mail: centrum@detskylekar.cz

E-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz



Regionální konference Prahy a Středočeského regionu

Milé kolegyně a kolegové,
vítám Vás opět, až po příliš rychle uplynulém roce, na regionální konferenci Prahy a Středočeského regionu.

Dovolím si začít organizační problematikou. Dle původních Stanov SPLDD jsme, jako zástupci obou regionů, byli zvoleni na 2 roky, tzn. že nyní by mělo být ukončeno naše funkční období. Změna Stanov přinesla nejen určité změny ve složení vrcholných orgánů Sdružení, ale i prodloužení funkčního období na 3 roky. Výbor obou našich regionů na poslední schůzce v únoru letošního roku podpořil prodloužení funkčního období o jeden rok, tak, aby bylo v souladu se stávajícími platnými Stanovami. Je proto nutné, aby jste se svým souhlasem či nesouhlasem nyní vyjádřili i Vy: souhlas všech přítomných.

Nyní několik čísel k členské základně:

Praha 272 členů, SČ 203 členů,

Zrušeno bylo celkem 14 členství jednak pro nezaplacení čl. příspěvku za rok 2001, v jednom případě na vlastní žádost pro výšku členských příspěvků, 27.3.2001 požádala o zrušení členství Dr. Ševčíková a Dr. Taxová, což lze v tomto případě považovat i za tečku za, dá se říci nesrovnalostmi, které byly v posledních letech řešeny, ke kterým se vyjádřily i naše Regiony, a které dle závěrů Revizní komise nepřesáhly rámec vlastního Sdružení.

V souvislosti s členskou základnou si neodpustím kritiku pasivity zvláště některých okresů, které v posledním roce zůstávají v podstatě němé. To nás s MUDr. Halaškovou vedlo k rozhodnutí účastnit se osobně na okresních seminářích. Během zimy byla realizována 3 tato setkání v Mělníku, Benešově a Poděbradech, vždy s odborným programem i organizační problematikou a myslím i s pozitivním výsledkem. Jen velmi málo víme o okrese Příbram a Rakovník, takže nezbyde, než v těchto regionálních stacích pokračovat. S pražskými obvody jsme, díky dostupnosti pravidelných měsíčních setkání, dá se říci v dobrém kontaktu.

Vysvětlení této pasivity může být i osobní - ale i nyní máte možnost toto změnit - ale spíše je odrazem jakési jistoty nejistoty v kapitační platbě a v pravidelném servírování organizačních i odborných informací ve formě Voxu, což je slušně řečeno krátkozraké.

Kolegové, před necelým měsícem jsem oslovila okresní a obvodní zástupce s žádostí o písemné stanovisko, a samozřejmě i kritické, k činnosti SPLDD.

Bohužel však jen málo podnětů vzešlo z Vašich řad, přesto, že nás všechny zcela určitě trápí regulace, dopadající na hlavy lékařů, místo aby byl regulován pacient v čerpání zdravotní péče, dále bonifikace nastavené tak, že se týkají jen malého počtu kolegů, jen velmi pomalu, zejména ze strany VZP se zvyšující hodnota kapitace a bodu, podhodnocená hodnota naší práce, zejména ve srovnání s jinými odbornostmi a profesemi a narůstající náklady na provoz ordinací dá se říci bez možnosti jakékoli možnosti jejich obnovy a modernizace, v podstatě několikaletý sponzorování některých vyšetření - odběry, včetně kapilárních, převazy a ošetření ran, otoskopická vyšetření, FW, uriculity, chemické vyšetření moče a nespočet dalších, naprosté okleštění ze strany VZP po stránce možnosti rychlé laboratorní diagnostiky, úbytek dětských pacientů a další problematika, kterou v tuto chvíli nestačím vyjmenovat.

A právě tyto okruhy problémů se snaží intenzivně řešit jak SPLDD a OSPDL, jejichž velmi dobrá spolupráce v posledních měsících je pozitivně hodnocena, tak i analytická komise, která se od podzimu 2001 snaží připravit a zpracovat podklady ekonomické nákladovosti našich prací - odešlete urychleně dotazníky, které byly vloženy do Voxu č.1/2002.

Kolegyně a kolegové, určitě Vám neuniklo, že klíčovým tématem posledního roku je rodinný lékař a vůbec organizace péče o děti v našem státě. V této souvislosti byl do Parlamentu předložen návrh na ustanovení PLDD jako samostatného atestačního oboru, což vyvolalo bouřlivou diskusi na různých úrovních, včetně ČPS JEP, ale i mezi některými našimi kolegy. Právě nyní, v období před potencionální změnou politické garnitury v naší zemi a před potencionálním vstupem do EU si musíme uvědomit, co jsou naše priority, co je bazálem naší existence, jako co chceme pracovat a jak a za jakých podmínek chceme tuto práci vykonávat.

Myslím, že právě toto téma je dostatečným podkladem pro nadcházející diskusi.

Závěrem mi dovoluji poděkovat jednak Výboru SPLDD a OSPDL za jejich mnohdy neúnavnou práci, jednak MUDr. Halaškové za snad vzájemnou pomoc při naší práci, Dr. Růžkové za její trpělivost a ostatním členům regionálního Výboru a činným okresním a obvodním zástupcům za jejich čas.

V Praze dne 4.4.2002

Eva Vitoušová

Usnesení regionální konference SPLDD regionu Prahy a Středočeského kraje konané dne 4.4.2002 v hotelu Olšanka v Praze 3

1. Konference bere na vědomí:

Zprávu o činnosti SPLDD regionu Prahy a Středočeského kraje za rok 2001, přednesenou předsedkyní MUDr. Vitoušovou.

2. Konference schvaluje:

- prodloužení funkčního období stávajících vedení regionů o 1 rok v souladu se současnými stanovami SPLDD
- zprávu o hospodaření regionu za rok 2001, přednesenou předsedou Revizní komise MUDr. Kopeckým
- rozpočet regionu na rok 2002

3. Konference ukládá:

- představenstvu regionu pokračovat ve spolupráci s OSPDL
- představenstvu regionu vyvolat jednání s ředitelem OP VZP Praha v těchto věcech:
 - nevýhodnost stávajícího bonifikačního systému pro praktické lékaře pro děti a dorost, působící na území Prahy
 - nejasnost u smluvních pojištěnců, kdy tito při navazování smluvních vztahů s VZP musí absolvovat lékařskou prohlídku pouze na vybraných pracovištích, ač tato o ně nadále nepečují. V této souvislosti je nutno projednat i výši úhrady, kterou dostávají uvedení lékaři za péči poskytnutou smluvním pojištěncům
- představenstvu regionu vyvolat jednání s Krajskou radou ČLK Praha k ujasnění vzájemných vztahů

4. Konference podporuje:

- Návrh na zařazení oboru praktický lékař pro děti a dorost jako základního oboru v systému primární péče.
- Nutnost řešení problematiky předávání zdravotnické dokumentace

5. Konference doporučuje:

Analytické komisi při SPLDD zohlednit specifika našeho regionu.

6. Konference vyzývá:

Členy regionu k udělení plných mocí představitelům SPLDD k zastupování a dohodovacích řízeních.

V Praze dne 4.4.2002

Za návrhovou komisi:

MUDr. Krejčík



X. Konference SPLDD VČ regionu dne 13.4.2002 v Pardubicích

Zápis z konference

Zápis:

- zahájení konference, přivítání hostů – předsedy SPLDD dr. Neugebauera a místopředsedů dr. Dvořákové, dr. Kudyna, dr. Soukupa
- volba mandátové komise ve složení: dr. Bořková, dr. Kneisslová, dr. Zavřel
- volba návrhové komise ve složení: dr. Píšová, dr. Svobodová, dr. Vlčková, dr. Zavřelová
- zpráva o činnosti předložená předsedkyní dr. Šrůtkovou
- zpráva o hospodaření za rok 2001 předložená pokladníkem dr. Doležalovou a schválení rozpočtu na rok 2002
- zpráva RK předložená dr. Svobodovou
- zpráva mandátové komise – přítomno 64 z 214 členů SPLDD VČ regionu.

V další části proběhla prezentace firem a odborné přednášky na téma výživy dětí a kojenců a nových možností očkování dětí.

V odpolední části vystoupení Výkonného výboru SPLDD a diskuse na téma:

- obor PLDD se samostatnou atestací
- nutnost legislativního zakotvení oboru PLDD
- způsobilost k výkonu povolání, licence
- obor RL
- chybění celkové koncepce zdrav. péče
- definice oboru PLDD Českou pediatrickou společností
- spolupráce s vědeckou radou ČLS JEP
- nové kódy očkování platné od 1.4.2002
- dispensární kód
- PIS

Usnesení regionální konference

Konference bere na vědomí:

- zprávu o činnosti
- zprávu o hospodaření
- zprávu revizní komise
- zprávu mandátové komise

Konference schválila:

- prodloužení mandátu současného regionálního výboru o 1 rok
- rozpočet na rok 2002

Konference podporuje vznik samostatného oboru SPLDD a ukládá Výkonnému výboru SPLDD aktivně prosazovat jeho legislativní zakotvení jako základního oboru primární péče. Konference ukládá redakční radě časopisu VOX PEDIATRIAE pokračovat v osvětové činnosti, to je v uveřejňování materiálů souvisejících se snahou legislativně zakotvit obor PLDD.

**Zapsala dr. Paverová
člen regionální rady**

Sine ira et studio Zamyšlení nad konferencí

Odpoledne bylo věnováno vystoupení Výkonného výboru SPLDD a diskusi - obor SPLDD se samostatnou atestací. Především jsem oceňovala věcné, fundované a neemotivní úvodní poznámky do diskuse Dr. Neugebauera, Dr. Kudyna, Dr. Soukupa z Výkonného výboru SPLDD a diskusní příspěvek Dr. Šrůtkové, předsedkyně SPLDD Východočeského regionu. Problematiku sleduji již delší dobu na stránkách našeho pediatrického tisku (Vox paediatricae, Čs.-slov. Paediatric, Informace a bulletin České pediatrické společnosti).

S odstupem více než čtyřech desítek let práce v pediatrii na obvodu městském i venkovském a také privátního PLDD mám na diskutované otázky vlastní názor. K pochopení současné názorové jednotnosti mezi kliniky a praktiky je třeba se ohlédnout do minulosti před 50 lety, kdy vznikala Fakulta dětského lékařství (FDL), současné generaci lékařů zvláště nepediatrů tak nepochopitelná. Především ještě přetrvával kritický nedostatek lékařů po šestiletém uzavření vysokých škol za německé okupace, péče o dětskou populaci byla nedostatečná, byla nepřiměřeně vysoká kojenecká úmrtnost, proočkovanost kromě varioly byla neúplná nebo nezdokumentovaná, nemocnost a úmrtnost na běžné infekční choroby byla vysoká a naše republika se stále ještě nacházela v srdci střední Evropy s tradičně vysokou kulturní i hospodářskou úrovní. Naléhavá situace vyžadovala přímo akční řešení. Úkolu se ujali tehdy doc. Houštek a doc. Kubát (za podpory přednostů I. a II. Dětské kliniky v Praze, Sokolské ul., prof. Brdlíka a prof. Švejcar.). Objížďeli lékařské fakulty v ČR, aby získali první posluchače nově zakládané FDL. První absolventi graduovali v prosinci 1953. Pregraduální výuka byla na vysoké úrovni a tehdejší absolvent ve funkci sekundárního lékaře byl vynikajícím spolupracovníkem a partnerem i mnohem starším kolegům. Atestovat bylo možno po dvou letech, avšak někteří absolventi prvního ročníku FDL museli nastoupit do „terénu“ hned první rok po promoci. Díky FDL a koncepci postupně vytvářených pediatrických obvodů primární péče bylo dosaženo nynější úrovně pediatrické péče, věřím, že jedné z nejlepších na světě. Proto studium rodinného lékařství po vzoru některých tzv. vyspělých zemí je u nás právem odmítáno, ale asi ještě ne dost důrazně. V současnosti je základním diskutovaným problémem vzdělávání pediatrů po zrušení FDL a příprava na vytvoření nového základního oboru PLDD a atestace.

Bez pregraduální přípravy v pediatrii při současném pokroku v medicíně požadavek na tříletou přípravu na akreditovaných lůžkových pracovištích (nejen oddělení pro kojence a větší děti, ale též odd. novorozenců, JIP, kojenecký ústav atd.) považuji za opodstatněný. Teprve po základní atestaci by pro adepty pro práci v primární péči začala vlastní příprava pro nový základní obor Praktický lékař pro děti a dorost, především na odděleních styčných oborů (dětská chirurgie, traumatologie, ORL, oční, neurologie, rehabilitace, dětské sociální ústavnictví a další) a v ordinaci PLDD. Nelze pominout řadu aktivit PLDD mimo jeho vlastní odbornost např. kontakt s hygienou, zdravotními a jinými pojišťovnami, orgány veřejné a vojenské správy, školními zařízeními a dalšími institucemi. Po této dvou - až tříleté přípravě by následovala atestace v novém výše uvedeném základním oboru. Zatím není u nás nedostatek lékařů a v prolongovanější přípravě pro práci v primární péči je třeba mladé lékaře podporovat. Po delší době působení PLDD na jednom pracovišti primární péče je možné, že dotyčný lékař získá důvěru dětí a rodičů a bude žádán o ponechání v péči svého PLDD. Tímto přirozeným způsobem bude eventuálně možno dospět k rodinnému lékaři. Především pediatr má příležitost stát se plně zasvěceným rodinným lékařem, neboť zná svého člověka od narození. Lidský věk není dlouhý, svého nejstaršího svěřence může mít PLDD, bude-li dlouho pracovat, do jeho 35 až 40 let, pak je na místě další odbornost, při pohledu do budoucnosti praktický všeobecný lékař a geriatr...

Domnívám se, že i obsáhlejší diskuse o tak základní činnosti jako je vzdělávání PLDD před vstupem na místo PLDD je užitečná a nutná pro dospění ke všeobecnému konsensu klinických pracovníků i jejich kolegů v pediatrické praxi. Můj příspěvek není v zásadním rozporu s editorialem místopředsedkyně SPLDD ČR Dr. Dvořákové v letošním únorovém čísle Vox paediatricae.

**V Pardubicích 15. dubna 2002
MUDr. Rusalka Scholleová, Pardubice**



Zdravotní knížka na internetu proniká mezi lékaře i pacienty

Projekt iZIP – internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta – má za sebou tři měsíce zkušebního provozu ve vybraných okresech České republiky. Se zdravotní knížkou na internetu se během pilotní fáze seznámilo téměř 300 lékařů a čtvrtina z nich začala tento moderní a rychlý způsob přenosu dat o zdravotním stavu pacienta okamžitě využívat v praxi. Na konci dubna pak bylo celkem zaregistrováno přes 150 lékařů a 600 pacientů z celé České republiky.

„To, že se v pilotních okresech zaregistrovalo 25% praktických lékařů, považujeme za obrovský úspěch. Možnost mít okamžitě před sebou všechna vyšetření pacienta a přehled léků, které bere, však vítají i ambulantní specialisté. A právě ty v současné době kontaktujeme,“ hodnotí průběh MUDr. Pavel Hronek, jeden z autorů projektu iZIP.

Aby totiž měla internetová knížka smysl, musí do ní zapisovat výsledky vyšetření všichni lékaři, kteří konkrétního pacienta ošetřují. „Největší odezvu nachází iZIP u lékařů na vesnicích a v menších obcích, kde s předáváním informací bojují více než například v nemocnicích. Díky iZIP mají lékaři k dispozici vyšetření, testy, rentgenové snímky i předešlou léčbu pacienta a mohou rychleji rozhodnout o diagnóze a okamžitě zahájit léčbu,“ uvedl MUDr. Pavel Neugebauer, předseda SPLDD CR.

iZIP navíc minimalizuje zbytečně poskytnutou zdravotní péči, ať už vyšetření či předepisování léků, zdravotní péče se zlepšuje a zefektivňuje. Velkým přínosem je také to, že také samotní pacienti budou více informovaní o svém zdravotním stavu a léčbě. Překážkou zavedení iZIP by nemělo být ani technické vybavení ordinací. V pilotní fázi na Jičínsku, Rokycansku, Berounsku a Benešovsku se zjistilo, že přes 60% oslovených lékařů používá ke své práci počítač a 30% je připojeno na internet.

„Pro zájemce máme navíc k zapůjčení připraveno 2000 modemů, do doby než si porídí připojení ISDN, se kterým iZIP funguje nejlépe,“ řekl MUDr. Pavel Hronek. Lékaři mohou využít i zvýhodněnou nabídku osobních počítačů.

Nejčastějším důvodem odmítavého postoje lékařů k iZIP je podle Pavla Hronka strach z administrativy a nedostatek času: „Lékaři jsou ale otroky času právě proto, že nepoužívají iZIP. Je to program velmi jednoduchý a zapsání údajů zabere několik vteřin či minut. Naopak odpadnou všechny telefonáty, vyptávání se pacienta, shánění vyšetření a nálezů.“ U některých pacientů budou muset zase lékaři překonat počáteční nedůvěru. Někteří totiž nepovažují internet za zcela bezpečný. Podle autorů projektu iZIP je však zabezpečení dat v iZIP lepší než v jakémkoliv kartotéce v ordinaci, a dokonce vyšší než u bankovního konta. Data jsou chráněna hesly, která zná jen pacient, a jen on je může lékaři sdělit a zpřístupnit mu tak internetovou zdravotní knížku. Závěry vyšetření smí do systému zapisovat jen registrovaný lékař.

Pokud bude pilotní fáze v uvedených okresech úspěšná, rozšíří se projekt do dalších okresů České republiky. Internetová zdravotní knížka je přístupná z jakéhokoliv počítače připojeného na internet. Hlavním partnerem projektu je VZP, která rozjezd finančně podpořila a získala dvouletou exkluzivitu využívat projekt pro své pojištěnce.

Další informace na:

www.izip.cz

a infolince:

02/2421 2200

(pracovní dny 9.00 – 17.00 hod.).

Česká politická komora

Šéf České lékařské komory David Rath hájí zájmy svých kolegů. Nechce, aby pravomoci komor byly omezeny. Vymyslel proto heslo: Volte Václava Klause, volíte Klementa Gottwalda. Kdyby komora byla stranickou, a ne stavovskou organizací, dalo by se to pochopit. Jenže pan Rath asi nepopře, že i mezi lékaři – členy komory – se nalézají příznivci ODS. Ti však nebudou nadšeni, jestli z jejich peněz má být financována volební kampaň. (Navíc proti ODS.) Oč lepší by bylo, kdyby se Rath dal do přesvědčování zákonodárců. Vždyť v řadách ODS má jistě mnoho přátel z dob svého členství ve straně. Po ODS si však Rath vyzkoušel Svobodné demokracie – Liberální stranu národně sociální, podílel se i na přípravě strany, kterou dnes řídí Jiří Lobkowicz. Dnes je prezident komory takřkajíc volný a v rozsáhlém protiklausovském táboře by jej radostně uvítali, zvláště když s sebou přinese věno v podobě pěkné kampaně za spolkové peníze. Současná situace ukazuje, že politicky angažovaný prezident nemusí být pro lékařskou komoru výhrou. Ztráta věrohodnosti nevedí v české politice. Ale u lékařské komory bych si tak jistý nebyl.

Lékařka z Vinohrad byla odsouzena za šíření TBC

Lékařka vinohradské nemocnice, obviněná z šíření tuberkulózy kvůli tomu, že „nezajistila hospitalizaci“ nakaženého pacienta, byla odsouzena k podmíněnému trestu šestiletého vězení s odkladem na dva roky. Lékařskou praxi však může vykonávat i nadále. „Zvažujeme podání odporu,“ komentovala rozsudek advokátka lékařky Marie Pánková. Lékařce z Vinohrad se stal osudným šestatřicetiletý Slovák, který zemřel loni 26. prosince v Praze na vysoce nakažlivou formu plicní tuberkulózy. Lékařka podle policie pochybila tím, když se spokojila se slibem pacientova kamaráda, že nemocného odveze na příslušné oddělení Thomayerovy nemocnice. Muž svůj slib nesplnil a nemocný zemřel ve vinohradské nemocnici poté, co ho tam o čtyři dny později v bezvědomí přivezla záchranka.



Nová politická strana – ČLK?

Tím, že vedení ČLK označila své „zrádce“ (rozuměj ty, kteří podporují nepovinné členství v této stavovské lékařské organizaci), jsem konečně pochopil, jak bylo míněno srovnání Václava Klause s Klementem Gottwaldem. Naštěstí nejsme v roce 1948, ale bohužel je v roce 2002 v čele ČLK prezident, který evidentně nedisponuje vlastností dobrých mezilidských komunikačních dovedností. Zato disponuje nesmírnou ctižádostí, neuspokojenými ambicemi v politice a ještě větší mírou arogance a urážek pro ty, kdo mají odlišný názor než on. Jak jinak si vysvětlit jeho označení zastánců nepovinného členství za osoby „mdlého rozumu“. Diskreditace názorových oponentů není ale bohužel v poslední době pouze doménou pana Ratha, který se zjevně snaží zúžit pravomoc a snahu o názorovou samostatnost volených zástupců ostatních dobrovolných lékařských organizací. Ti zastupují a hájí zájmy početné členské základny lékařů – provozovatelů nestátních zdravotnických zařízení (praktičtí lékaři pro dospělé, děti a dorost, ambulantních specialistů a gynekologů). Počátky zásadních rozporů mezi stávajícím vedením ČLK a zástupci lékařů z dobrovolně sdružených z těchto asociací je nutno hledat v období po zvolení Dr. Ratha prezidentem ČLK (jako bývalého funkcionáře LOK) a zejména

pak nesouhlas s jeho autoritativním stylem komunikace.

Předvolební rétorika vedení ČLK ve prospěch vládnoucí politické strany nemá daleko od toho, aby ČLK byla v očích veřejnosti „zaregistrována“ jako nová politická strana, jejíž předseda Dr. Rath povede svoji členskou základnu „ke konečnému vítězství“ a to i přes „zradu“ některých odpůrců povinného členství v takto vedené organizaci.

Pokud bych přistoupil na stejnou „balkónovou“ formu řeči, domnívám se, že to je právě současný prezident ČLK, který „zradil“ původní myšlenky, které vedly ke znovuzaložení ČLK v Seči. Myšlenky o takové komoře, která má svoji činnost postavenou na demokratických principech při důsledném sledování odbornosti, kvality a etiky poskytované lékařské péče občanům, měla se stát společenským garantem vysoké odbornosti a vzdělanosti lékařského stavu. Rozhodně jsem si nepředstavoval, jako jeden ze zakládajících členů ČLK, že se dožiji toho, že bude snaha udělat z ČLK údernou politickou sílu, která za povinně vybrané finanční prostředky lékařů bude podporovat vládní politiku utužení odborářsko-sociálních vztahů v resortu zdravotnictví či hrozit vylepováním billboardů se sloganem diskreditujícím některou z politických stran.

Je pravda, že formu členství ČLK nutno diskutovat též z pohledu možných změn pravomocí komory v souladu s probíhající reformou státní správy. Nepovinné členství v ČLK si dovedu představit pro lékaře, pracující jako VŠ pracovníci, lékaře ve státní správě či ty lékaře (zaměstnance lůžkových zařízení), kteří plní odborné pokyny svých nadřízených kolegů.

Jsem přesvědčen, že úzká spolupráce (která doposud chybí) „nepovinné“ komory s řadou dobře fungujících profesních asociací, znalých detailních, konkrétních problémů příslušné odbornosti, splní lépe to, co se současně „povinné“ komoře jaksi nedaří (na rozdíl od komory stomatologické a lékařské). Udržet vysokou společenskou prestiž této významné lékařské organizace založenou na vzájemné důvěře veřejnosti v lékařský stav a jeho organizaci, která bdí zejména nad kvalitou poskytované zdravotní péče občanům.

MUDr. Milan Kudyn

Autor je soukromý lékař, člen představenstva OS ČLK Praha 10, Místopředseda Sdružení praktických lékařů pro děti dorost ČR

Prohlášení SPLDD ČR:

Diskusi o povinném členství lékařů v komorách a jejich roli v resortu zdravotnictví nelze vést bez toho, aniž bychom viděli souvislost se současnou situací v českém zdravotnictví s nedokončenou transformací legislativních norem, které by měly určit další směr vývoje zdravotní péče včetně dalšího vzdělávání lékařů.

Lékařská profese patří mezi ty specifické obory s vysokou mírou odpovědnosti pracovníků, kdy členství v komoře může zvyšovat společenský kredit lékaře, pokud komora tuto svou funkci také plní.

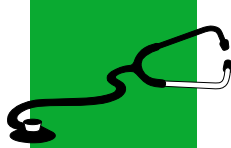
Dovedeme si představit nepovinné členství při současném fungování silných profesních asociací, které s komorou úzce spolupracují.

Při diskuzích nad nepovinným členstvím nám vyvstává otázka, zda současná snaha o zrušení povinného členství nebyla vyvolána právě komerční a politickou rolí, do které se rádo staví stávající vedení ČLK.

Za SPLDD ČR:

MUDr. Pavel Neugebauer - Předseda SPLDD ČR

MUDr. Hana Cabrnchová, MUDr. Milan Kudyn, MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Tomáš Soukup – Místopředsedové SPLDD ČR



Zápis z jednání výboru OSPDL ČLS JEP dne 10.4.2002

Přítomni:

MUDr. Cabrnchová
MUDr. Liška
MUDr. Krejčík
MUDr. Marek
MUDr. Růžičková
MUDr. T. Soukup
za revizní komisi MUDr. Kolářová

1) Informace o probíhajících vzdělávacích akcích v regionech, výbor doporučuje vypracování jednotného postupu při vyúčtování akcí, nutné sjednotit odesílání řádně podepsaných dokladů na ČLS JEP. Regionální zástupci obdrží pokyny a dále vzorový certifikát OSPDL i v elektronické podobě.

2) Kontaktní osoby pro nové kraje budou zveřejněny a odsouhlaseny na republikové konferenci OSPDL. Vzdělávací akce dále připravuje regionální zástupce, je současně kontaktní osobou pro některý z krajů regionu.

3) Informace o právním rozboru povinnosti hlásit počty dětí v jednotlivých věkových kategoriích na HS, rozbor zveřejněn na www.detskylekar.cz.

4) Hlavní hygienik potvrdil písemně nutnost doočkování dětí proti hepatitidě B a invazivním hemofilovým nákazám. Jedná se o všechny děti, které měly být poprvé očkované po 1.1.2001. V některých případech lze použít pro vakcinaci kombinovanou tetra vakcínu obsahující jednu dávku očkování proti hemofilovým nákazám (v 18 – 20 měsících). Přesné znění dopisu a doporučení jak postupovat zveřejníme ve VOXu, většina lékařů již má informace z HS.

5) Parlament ČR schválil novelu zákona č. 258, uzákonil tak možnost použití pro

řádné očkování jakékoliv registrované vakcíny, ne pouze té, která je distribuována HS. Jakákoliv jiná vakcína, která není distribuována HS není ale hrazená. Některé zdravotní pojišťovny v některých případech již nyní přispívají na některá očkování uvezená ve vyhlášce jako řádné, ale pro které se použije jiná registrovaná vakcína (očkování proti hepatitidě B kombinovanou vakcínou).

6) Výbor OSPDL podporuje reklamní kampaň propagující očkování dětí proti hepatitidě ve věkových kategoriích dětí, které nemají nárok na očkování hrazené. Znepokojivý je vzestup případů hepatitidy B u mladistvých, riziková věková kategorie našich pacientů je 14–19 let.

7) Výbor byl informován o aktivitách hnutí Paracelsus. Shromažďují podpisy pod petici, která má sloužit jako podklad pro jednání o zrušení zákonné povinnosti očkování. Jedná se o hnutí, které nemá na veřejnosti velkou podporu, obdobná hnutí jsou známá i z jiných zemí. Dne 6.5.2002 proběhne na MZČR tisková konference na toto téma, veřejnost bude prostřednictvím médií informována o nutnosti zachování vysoké proočkovanosti populace. Další mediální aktivity budou probíhat u příležitosti Národního očkovacího týdne.

8) Zákon o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání nebude do voleb projednán, zatím zůstává stávající atestace z pediatrie. Do 14-ti dnů proběhne schůzka s katedrou resp. subkatedrou pediatrie IPVZ, nutný jednotný postup v přípravě školitelů. Výsledky budou zveřejněny v Luhačovicích.

9) Konference v Luhačovicích má nečekaně velký počet již přihlášených zájemců.

Přípravou a organizací pověřena za OSPDL MUDr. Růžičková. V Luhačovicích zodpovídá LMC spol. s r.o. zastoupená pí Semelovou. Dne 4.5.2002 v Luhačovicích proběhne výjezdní zasedání výboru OSPDL.

10) Na jednání výboru České pediatrické společnosti připravena témata: fluoridace u dětí, propouštění novorozenců z porodnice, ATB směrnice, očkovací průkaz.

11) MUDr. Soukup informoval o účasti na Kongresu ČLS JEP na téma psychiatrie, zastupoval OSPDL v panelu na téma drogové a ostatní nealkoholové závislosti. Navázal kontakty s účastníky a dále se bude věnovat tomuto tématu.

12) Proběhla schůzka se zástupci logopedů, výsledky budou zveřejněny v příštím čísle časopisu VOX. Současně budou publikovány materiály na téma indikace logopedické péče, kde získat informace o kvalifikaci logopeda.

13) Na regionálních konferencích opakovaně diskutována problematika oboru PLDD, výsledky jsou vždy součástí usnesení těchto konferencí. Lze konstatovat rostoucí zájem o diskusi nad touto problematikou.

14) Delegování členů výboru OSPDL do společných komisí se SPLDD.

15) Přijetí nových členů OSPDL:
MUDr. V. Halašková

Zapsala: MUDr. Cabrnchová

Ověřil: MUDr. Soukup



Usnesení Celostátní konference OSPDL ČLS JEP konané ve dnech 3.–5.5.2002 v Luhačovicích

1. Konference bere na vědomí zprávu předsedkyně OSPDL Dr. Cabrnocové o činnosti OSPDL za uplynulé období
2. Konference vzala na vědomí zprávu Revizní komise OSPDL o hospodaření přednesenou Dr. Kolářovou a ukládá provedení aktualizace evidence inventáře OSDPL



3. Konference vzala na vědomí abdikaci 3 členů Výboru (Dr. Seifertová, Dr. Adamová, Dr. Hanoušek) a bere na vědomí skutečnost, že dle výsledků předchozích voleb byl do Výboru dokooptován Dr. Soukup.
4. Konference bere na vědomí, že doplňovací volby do Výboru OSPDL proběhly řádně dle stanov ČLS JEP. Volební komise ve složení Dr. Burešová, Dr. Tichá, Dr. Babánková konstatuje, že řádnými členy Výboru OSPDL byly zvoleni Dr. Růžičková Zdena (95 hlasů) a Dr. Procházka Bohuslav (91 hlasů) ze 100 platných hlasů.
5. Účastníci Konference vyslechli text dopisu Doc. Dr. Ivana Nováka, vedoucího katedry pediatrie IPVZ Praha, přednesený Dr. Markem.
6. Účastníci Konference vyslechli informace o vizi a realitě požadavků na kvalifikaci školitelů přednesenou Dr. Seifertovou, učitelkou subkatedry IPVZ pro praktické dětské lékařství
7. Konference vzala na vědomí změnu na místě regionálního zástupce OSPDL pro jižní Moravu, kterým se stal Dr. Derner, současně schvaluje nové kontaktní osoby. Na základě doporučení Výboru OSPDL se kontaktními osobami stávají pro:
 - a) kraj Zlínský – Dr. Kalabzová

- b) kraj Brno – Dr. Janková
- c) kraj Liberecký – Dr. Mindžáková
- d) kraj Plzeňský – Dr. Kozderka
- e) kraj Pardubice – Dr. Machytka
- f) kraj Olomoucký – Dr. Hradská

8. Konference vyslechla vysvětlující zprávu Dr. Cabrnocové o možném ustavení oboru PLDD včetně výzvy o zahájení konstruktivní diskuse o budoucí roli PLDD v péči o dítě v ČR. Konference hlasováním doporučila pokračovat ve snaze o ustavení základního oboru PLDD.
9. Konference ukládá Redakční radě VOXU v nejbližším možném termínu zveřejnit návrh koncepce oboru PLDD.
10. Konference vyslechla otevřený dopis Dr. Rejdové, členky Výboru Pediatrické společnosti Dr. Ruth Adamové, přednesený předsedkyní regionu Praha Dr. Halaškovou.

V Luhačovicích dne 5.5.2002

Za návrhovou komisí:

Dr. Kudyn, Dr. Halašková, Dr. Hejl



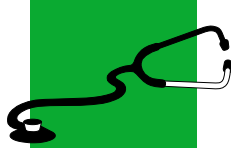
Očkování ročně uchrání zdraví

100.000 lidí a život 500 dětí

Díky očkování v České republice ročně více než 100.000 lidí onemocní a přes 500 dětí nezemře. Očkování je podle lékařů v boji proti infekčním chorobám nezastupitelné, řekl novinářům hlavní hygienik České republiky Michael Vít. Očkováno je v Česku zhruba 98 procent populace. Ojedinele se nyní v zemi objevují případy, kdy rodiče nechťejí nechat své děti očkovat. Petici za zrušení povinného očkování připravilo například občanské sdružení Paracelsus. Podle něj tato povinnost odporuje úmluvám o lidských právech a biomedicíně. Odpůrci očkování zapomínají, že úmluvu o lidských právech nelze uplatnit v případě, kdy je ohroženo veřejné zdraví, řekla novinářům Hana Cabrnocová z Odborné společnosti praktických dětských lékařů. Neočkované děti mohou přenést infekční chorobu na další lidi, kteří mohou onemocnět i navzdory očkování. Rodiče odmítající nechat očkovat své děti mohou být postíženi v přestupkovém řízení. Tato sankce se však v praxi neuplatňuje. Neočkované děti ale nemohou navštěvovat jesle a mateřské školy, uvedl Vít. Přednosta 1. dětské kliniky motolské nemocnice Jan Janda uvedl, že diskuse mezi zastánci a odpůrci očkování jsou ve světě běžné. Obdobné kampaně se uskutečnily mimo jiné v Německu a ve Velké Británii. Jejich výsledkem byl pokles počtu očkovaných dětí a významný vzestup počtu onemocnění infekčními chorobami. Česká pediatrická společnost vyhlásila první národní očkovací týden, který začne 13. května. Na webové stránce určené odborníkům bude otevřena stránka pro laickou veřejnost. Odborníci budou na adrese www.ockovanimideti.cz/rodice vysvětlovat, co je to vakcinace. Rodiče zde najdou i informace o přirozených vedlejších účincích očkování i reakcích, které se vymykají normě.

Prohlášení účastníků konference OSPDL ČLS JEP

My, členové Odborné společnosti praktického dětského lékařství ČLS JEP, účastníci konference konané ve dnech 3.–5.5.2002 v Luhačovicích, důrazně protestujeme proti politizaci činnosti ČLK jejím stávajícím vedením za finanční prostředky lékařského stavu.



Příspěvky k oboru

Diskuze na téma základní obor dále pokračuje?

Úvodem mi dovoluji položit řečnickou otázku. Pokračuje skutečně diskuse? Já se domnívám, že se o diskusi nejedná. K diskusi musí být vždy alespoň dvě strany, které budou ochotné diskutovat. Přes nastolenou spolupráci s výborem České pediatrické společnosti (ČPS) deklarovanou v podobě pravidelného zvaní předsedkyně OSPDL na část jednání výboru ČPS, je ochota k diskusi na téma základní obor minimální, resp. jsme pouze svědky komentářů od některých členů výboru vydaných za oficiální stanovisko ČPS. Já sama jsem byla účastna jednání regionální konference SPLDD Prahy a Středočeského kraje, kde na cílený dotaz, kdo je členem Pediatrické společnosti, zvedlo ruku nemálo kolegů. Titiž však následně hlasovali pro ustavení nového základního oboru PLDD. Nerozumím tomu, proč je Odborná společnost vytkáno, že její stanoviska nemají dostatečnou podporu členské základny. Již minulý výbor podpořil návrh zákona, kde byl navržen nový základní obor. Toto stanovisko je pochopitelně v písemné podobě k dispozici. Je s podivem, že někteří bývalí členové tohoto výboru nyní svůj názor mění.

Možná, že zbytečnou nevoli vzbudil náš návrh systému postgraduálního vzdělávání oboru praktický dětský lékař. Spíše než po obsahové stránce byl kritizován pouze za příliš krátké období přípravy. Opakovaně jsme upozorňovali, že po atestaci není lékař schopen vykonávat samostatně praxi PLDD, stávající licenční řád České lékařské komory to umožňuje až po 6 letech. V nedávné době navštívili ČR zástupci Evropské unie a konstatovali, že většina členských zemí klade v systému vzdělávání lékařů větší nároky, než jak byly stanoveny podmínky v materiálu EU. Je tedy jasné, že náš systém již tak, jak byl navržen, bude rozhodně delší, než doporučení EU. Jedná se ale o náš systém vzdělávání, o tradici odbornosti praktický dětský lékař a my upřednostňujeme nutnost zachování vysoké kvality nově ustaveného oboru. Právě proto bude daleko významnější diskutovat nad náplní jednotlivých vzdělávacích cyklů, nad jejich obsahovou stránkou, nad úrovní dosažených znalostí a dovedností a o tom, kdo toto bude garantovat, kdo bude stvrzovat, že školencem tyto znalosti a dovednosti skutečně má. Čas po které je bude získávat může být jen orientačním vodítkem. Bohužel dnes byla délka stáže vždy hodnocena přednostně a stránka kvality a hloubky vzdělání byla až na druhém místě. Současně také neexistencí odpovědných zástupců akreditovaných pracovišť, odpovědných školitelů, kteří dovedli svého školence

až k atestaci, byl zápis do atestačního indexu často jen formálním úkonem. V případě délky a obsahové stránky stáže na lůžkovém pediatrickém oddělení musí dojít ke konsensu se zástupci těchto v budoucnu akreditovaných pracovišť. Nelze dopustit kritiku nedostatečné míry tohoto vzdělání. Současně se ale ptám jak je možné, že není kritizována stávající úroveň vzdělání v oboru pediatrie, kdy skutečná délka stáží je pouze 24 měsíců?

Konstatování, že po 3-letém společném kmenovém zakončeném pak dvouletou specializací pro PLDD a odlišně pro klinického pediatra či neonatologa, si titi tři „pediatři“ budou blíže a že bude možné snadněji změnit profesi oběma směry, to považuji minimálně za úsměvné. Daleko srozumitelnější je dohodnout se na tom, čím se po obsahové stránce liší náplň vzdělávání PLDD, klinické pediatrie a neonatologie, stanovit znalosti a dovednosti nutné pro výkon této profese, znát minimální délku přípravy a nic nebrání daleko jednodušším způsobem možné změně výkonu povolání z pediatra klinického na praktického dětského lékaře. Všichni ti, kdo si tento přerod z klinika na praktika prožili, mi musí dát za pravdu, že systém práce a rozsah oboru se liší. I já jsem kdysi z pohledu klinického pediatra často kritizovala práci kolegů praktických lékařů, ale tehdy jsem jí skutečně neznala. Teprve poznání vedlo k tomu, že jiný pohled na nemocné dítě je v terénu a jiný s možností konsiliárních vyšetření, kompletního laboratorního statimového vyšetření a možnosti trvalého monitorování zdravotního stavu dítěte. Víme sami, že pro zajištění kvalifikovaného zástupu v ordinaci je nutná přítomnost lékaře s praxí PLDD, že sám pediatr z lůžkového zařízení nám praxi zajistí jen nouzově. Z pohledu nutnosti obhájit a zachovat v primární péči dva rovnocenné obory (dnes máme pouze odbornost) je nemožné, aby oba obory vycházely myšlenkově z oboru všeobecný lékař, byly ustaveny tak, že praktický lékař bude mít svůj obor, svůj systém vlastního postgraduálního vzdělávání odlišný od oboru interní medicíny a v případě nás abychom byli jen nástavbou specializací.

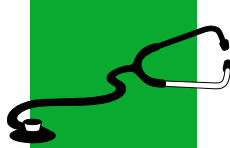
To, že jsme všeobecní lékaři, kteří pečují o věkovou kategorii ohraničenou 19-ti lety je dáno obsahem a náplní poskytované péče. Jakkoliv je období života od 0 do 19 let výrazně kratší, než období o které se starají kolegové praktičtí lékaři, o to více a to mnohonásobně více je v našem případě v našich ordinacích věnováno práci preventivní. To je práce, která pak svou kvalitou ovlivňuje zdraví našich spoluobčanů po celý zbytek života.

Téma vzniku základního oboru je výsledkem procesu zahájeného po roce 1989, kdy systém krajskými odborníky řízených tzv. „obvodních lékařů“ zaznamenal výraznou změnu. Ta změna nebyla jen v privatizaci praxí, ale především ve vnímání práce těchto lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost. Spektrum poskytované léčebné péče se dále rozšiřuje, zkvalitňují se znalosti a vědomosti z oborů souvisejících s péčí o dítě a to vše při trvalé vysoké úrovni péče preventivní. Rozvoj praxí praktických lékařů pro děti a dorost však naráží na chybějící vzdělání ve stejném rozsahu u kolegů, kteří by tyto praxe mohli v budoucnu převzít. To vše za situace, kdy byla bez náhrady zrušena Fakulta dětského lékařství a kdy náplň postgraduálního vzdělávání zaznamenala jen kosmetickou úpravu. Místo diskuse o této náplni jsme však kritizováni za pracovní materiál, za krátkou dobu přípravy u lůžka. Zde právě bychom očekávali konsensus, vše směřuje k prodloužení doby této přípravy. A to i v souvislosti s integrací ČR do EU, neboť některé členské státy již mají dobu postgraduální přípravy delší, než jsou stávající doporučení. Náš návrh vycházel z doporučení týkajících se požadavků na vzdělání praxe všeobecného lékaře. Termín všeobecný zde značí komplexnost poskytované péče a stejně tak je postaveno i postgraduální vzdělávání praktických lékařů pro dospělé, také všeobecných lékařů. Jsme pro zachování dvou srovnatelných a rovnoprávných oborů v primární péči, chybou je, že druhý obor je pouze odborností. Jakkoliv jiná cesta znamená ve svém důsledku to, že v primární péči zůstane obor jeden – praktický lékař pro dospělé, jediný všeobecný lékař. Pediatr se pak stane specialitou se všemi důsledky včetně možné změny úhrady. Proč jsme bojovali za možnost registrace u lékařů dvou odborností a přestali jsme dále bojovat i za rovnoprávnost dvou oborů?

Poslední návrh zákona z MZČR potvrdil požadavek na zařazení oboru PLDD mezi základní obory s tím, že doba přípravy bude 5-ti letá.

Nemám ráda spory presentované na veřejnosti a doufám, že dost již bylo věnováno polemice, která ale nebyla diskusí, pouze kritikou. Nyní máme pro diskusi čas, cítíme velkou podporu pro naši práci a proto by bylo nezodpovědné přestat. Tento článek vznikl na žádost těch kolegů, kteří se o problematiku zajímají a kteří oprávněně kritizují, že opačným názorům věnujeme příliš velký prostor a málo vysvětlujeme.

MUDr. Hana Cabrnchová
předsedkyně OSPDL ČLS JEP



Praktické dětské lékařství – nový základní obor ano či ne?

Poklidný až letargický průběh regionální konference SPLDD v Praze dne 4. 4. 2002 oživil referát předsedkyně OS PLDD MUDr. Hany Cabrnchové, která se ve své zprávě dotkla mimo jiné proběhlých rozhovorů „na vyšší úrovni“ na téma **Praktické dětské lékařství – nový základní obor**. Další příspěvek na toto téma, už emotivněji zabarvený, pronesl předseda Sdružení MUDr. Neugebauer. Nejradikálněji vystoupil v úplném závěru v diskusi MUDr. Skála z Kladna. Poukázal na stanovisko výboru České pediatrické společnosti J. E. Purkyně, které bylo zveřejněno v únorovém bulletinu ČPS. Tím vyvolal, bohužel v časové tísní, diskusi, která by si bývala zasloužila na tomto fóru daleko větší prostor a hlavně měla být vedena uvnitř početné skupiny pediatrů pracujících v primární péči už mnohem dříve.

Je třeba zrekapitulovat, jak se věci v minulosti vyvíjely.

Všichni, kdo pracujeme léta jako „obvodní pediatři“ jsme se velice zděsili, když se před několika lety začalo vážně hovořit o rodinném lékaři, který postupně zcela převezme veškerou primární péči včetně péče o děti. V našich podmínkách je letitá tradice praktického pediatra. Můžeme být hrdi především na velmi dobrou úroveň prevence a propracování její organizace. K zacházení s dětmi byli vychovávaní už studenti na lékařské fakultě a do praxe přicházeli začínající lékaři, kteří toho o dětech poměrně dost znali už při startu své profesní dráhy. Zavedení rodinného lékaře v našich podmínkách by bylo krokem zpět, na tom se vzácně shoduje celá pediatrická veřejnost. Tento názor se objevuje nepřehlédnutelně i ve výše zmíněném stanovisku výboru ČPS.

My, kteří jsme chodili na akce Sdružení i OSPDL, jsme v té době jako spásné řešení viděli zavedení nového základního oboru, oboru praktického dětského lékařství. Problém nastal v momentě, kdy se začalo na poli odborné společnosti přemýšlet o náplni tohoto oboru, o curriculu, které bude muset adept na PLDD absolvovat. Původní představa doc. MUDr. I. Nováka tehdejšího předsedy OSPDL, byla, že po 3letém společném kmeni PEDIATRIE bude následovat 2 roky určité subspecializace buď směrem k PLDD nebo k nemocničnímu pediatrovi. Jinými slovy – lé-

kař pracující v primární péči by měl stejně dlouhou předatestační přípravu jako lékař pracující v nemocnici, t. j. 5 let. Po dobu společného kmene měl budoucí pediatr možnost rozhodnout se, jakým směrem bude nadále směřovat.

V současné představě OSPDL došlo k výrazné změně. Zjednodušeně řečeno – lékař, který se bude připravovat na práci v primární péči, by pracoval pouze 1 rok u lůžka a další 2 roky by se připravoval u školitele praktika a u kolegů specialistů. Celková délka přípravy by byla 3 roky.

Všichni hovoříme o tom, že chceme zvyšovat kvalitu své práce, svou samostatnost, svou kompetentnost. Už dávno neodesíláme každou banalitu k hospitalizaci, většina z nás pracuje s podstatně větší mírou osobní zodpovědnosti než před 10 lety. Když však někdo z nás v primární péči udělá profesionální chybu, jedná se v drtivé většině případů o chybu v oblasti dětského lékařství. V styčných oborech většinou nechybujeme, zde musíme být dostatečně zkušení hlavně v tom, abychom poznali, kdy pacienta odeslat ke specialistovi.

V současnosti se atestuje po 3 letech přípravy v oboru, bez ohledu na to, kam se pak atestovaný lékař zařadí. Každopádně však nemůže hned začít samostatně pracovat. Existuje licenční řád, podle kterého musí každý samostatně pracující lékař mít splněn počet let v oboru. Na prodloužení předatestační přípravy a tudíž na jejím zkvalitnění nevidím nic špatného. Kromě toho by budoucí kolegové v primární péči mohli mnohem rovnoprávněji diskutovat se svými kolegy z oddělení. Tak tomu nebude, nebudou-li mít srovnatelnou délku a tudíž i kvalitu vzdělávání.

V primární péči se nad problémem postgraduálního vzdělávání v pediatrii zamýšlelo v uplynulém období bohužel jen málo kolegů. Jednalo se převážně o hlavní představitele Sdružení a OSPDL a debata na toto téma probíhala v této relativně uzavřené společnosti. Na velkých forech se vždy deklarovalo, že usilujeme o zavedení nového základního oboru, ale podstatou problému se drtivá většina řadových členů nezabývala.

O „detailech“ – především velkém rozdílu v délce vzdělávání, potažmo v hloubce nabytých vědomostí, se taktně mlčelo. Přitom stále zapomínáme na skutečnost, že většina

dnešních absolventů lékařských fakult nerozezná zdravé dítě od nemocného, že se na ně bojí i sáhnout, jako je tomu při vší úctě často u našich kolegů ze všeobecných praxí. Hovoříme o zvyšování kvality v primární péči a jak ji zvýšíme jinak, než prohloubením předatestační přípravy a délky praxe před zahájením samostatné práce!

V neposlední řadě si v současné době neumím představit, kde se, opět při vší úctě, vezmou kvalitní učitelé primární péče. Kdo z nás si na to skutečně troufne?

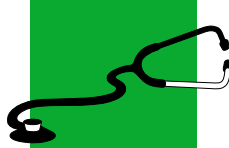
Zásadní nedohodu ve špičce široké pediatrické veřejnosti v náhledu na podobu postgraduálního vzdělávání pokládám za smutnou a škodlivou pro nás všechny. Značně narušila znovu se slibně vyvíjející jednotu pediatrického stavu, která byla silně nabourána v začátcích privatizace ve zdravotnictví.

Dále cítím nutnost vyslovit se k otázce mého figurování ve výboru ČPS JEP, která na konferenci vyvstala.

Do tohoto výboru jsem nebyla nikým (ani Sdružením ani OSPDL) oficiálně delegována. Je pravdou, že jsem byla řádně zvolena spolu s MUDr. J. Seifertovou v korespondenčních volbách díky silné podpoře kolegů z řad školitelů, protože jsme všichni chápali potřebu mít za praktiky zastoupení v tomto vrcholném pediatrickém orgánu. Je také pravdou, že po celou dobu svého působení na tomto fóru jsme se společně s MUDr. Seifertovou snažily zastávat zájmy a potřeby praktických dětských lékařů, jak byly formulovány především ve výboru OSPDL.

Zásadní rozpor nastal až po otevření problému postgraduálního vzdělávání. Zнала jsem stanovisko výboru OSPDL (ze kterého jsem listopadu 2001 z rodinných důvodů odstoupila) i oficiální názor Sdružení. V lednu 2002 na práci ve výboru OSPDL abdikovala i kolegyně Seifertová a tehdy jsme byly předsedkyní Hanou Cabrnchovou upozorněny, že na poli Pediatrické společnosti nadále reprezentujeme jen samy sebe. Znovu zdůrazňuji, že do výboru PS JEP jsme nebyly ani předtím nikdy nikým oficiálně delegovány.

Trvám na tom, že o podstatě sporu kolem postgraduálního vzdělávání drtivá většina praktiků nemá informace a že tento problém nebyl nikdy do detailů veřejně řešen. Proto jsem při následných jednáních vyjadřovala



skutečně jen vlastní postoj. Je možné, že se mnou většina kolegů praktiků nebude souhlasit částečně i pro malou informovanost o podstatě rozporu. Jsem však přesvědčena z osobních kontaktů, že existuje řada kolegů, kteří to cítí podobně jako já. Doba, kdy byl vždy jediný názor prezentován jako mínění všech je naštěstí za námi. Já osobně chápu

vytvoření nového základního oboru praktického dětského lékařství za umělé rozštěpení pediatrie, které se nikde jinde ve světě nevy-skytuje.

O mém dalším setrvání v řadách výboru České pediatrické společnosti JEP jsem připravena diskutovat na květnové celostátní konferenci OSPDL v Luhačovicích a jsem

ochotna podřídit se názoru většiny co se týče mého setrvání v tomto orgánu.

Chtěla bych tímto vyvolat diskusi v široké pediatrické veřejnosti, protože to, jak bude vzdělaná další generace lékařů ošetřující děti v primární péči, je jistě pro nás všechny otázka velice důležitá.

MUDr. Ruth Adamová

Otevřený dopis adresovaný MUDr. Ruth Adamové

přečteno na celostátní konferenci OSPDL v Luhačovicích

Milá Ruth,

reaguji na Tvůj příspěvek v Informacích a bulletinu ČPS č. 3/2002. Nemíním se vyjadřovat k obsahu článku, ale něco mne v něm zarazilo.

A sice to, že se ve svém příspěvku odvoláváš na reakci předsedkyně OSPDL MUDr. Cabrnchové, že po odchodu z výboru reprezentujete s MUDr. Jarmilou Seifertovou jen samy sebe. Tím jistě MUDr. Cabrnchová myslela, že nejste již přímo odpovědní výboru OSPDL.

Já si ale nemyslím, že by se celá tato zále-

žitost mohla tak jednoduše uzavřít a že jste se tak úplně zbavily odpovědnosti ke svým voličům, kteří vám při volbě do výboru ČPS - JEP odevzdali své hlasy.

Ty i Jarmila Seifertová dobře víte, že vás volili hlavně praktičtí lékaři pro děti a dorost a ti mají určitě morální právo za to od vás žádat, abyste hájily jejich názory. Vždyť i ostatní členové výboru ČPS - lékaři z lůžkových zařízení hájí na jednáních výboru ČPS nekompromisně zájmy svých voličů. - t.j. nemocničních pediatrů.

Doufám, že v dalších jednáních pomyslíte s Jarmilou na své voliče a budete prosazovat nejen své názory (ty vám nikdo neupírá), ale také se při řešení důležitých otázek o budoucnosti naší profese zeptáte řadových dětských praktiků na jejich názory a ty pak budete prezentovat na výboru ČPS-JEP.

Přeji úspěchy v dalších nejednoduchých jednáních ve výboru ČPS-JEP.

MUDr. Alena Rejdová

Tvoje předchůdkyně ve výboru ČPS-JEP

Reakce MUDr. Jany Matasové na jednání Regionální konference Praha - Střední Čechy

Bohužel, musela jsem opustit naše shromáždění 4.4. v 19,00, jinak by mi ujel vlak, takže ani nevím, jaká reakce byla na vyjádření Dr. Adamové, abych pravdu řekla, ani jsem nebyla moc překvapena, Ruth vždy inklinovala k autoritám.

Když jsem si přečetla informační bulletin ČPS na toto téma, měla jsem rudo před očima. Byli jsme asi všichni trochu naivní, když jsme si mysleli, že staré pány přesvědčíme svou prací. Možná je to právě to, co jim vadí. Poté, co nás prakticky hned na počátku hodili přes palubu, dovolili, aby zanikla FDL, vždyť ji přeci nikde nemají, se členové sdružení objevují v médiích, dokonce je přes všechno střídavě uznává i Komora, MZ, ZP - ne, to si myslím, se neodpouští. Mě takovéto vyjádření uráží. Začínala jsem v r. 1979, znalosti z fakulty byly naprosto nedostatečné, oblastní nemocnice mi nic nedala, po 8 měsících jsem musela na obvod pro nedostatek lidí a začala jsem vlastně poznávat terénní praxi. Člověk začínal prakticky s jinou, na-

pravo odlišnou medicínou. Znalosti drobné chirurgie, kožního, ORL zoufalé, možnost vzdělávání se minimální. Privátní praxe mám od r. 1994 a zase se změnila spousta věcí a hlavně možnosti neustálého vzdělávání se díky našim společnostem nebyvale rozšířily, že je až problém si vybrat, protože i ordinovat se musí.

Podivnou logikou je, že dospělí mají svého atestovaného praktického lékaře pro dospělé a děti mají být jeho práva na kvalitní péči upírána jen proto, že světová medicína takovouto profesi nezná a dívá se na dítě jako středověcí malíři, kdy dítě malovali jako malého dospělého.

Je nás snad dost členů, abychom se k takovému prohlášení vyjádřili jmenovitě v jednotlivých okresních sdruženích. Některé kolegy je nutno k tomu ale dostrkat!

Problém s dokumentací, jak nadnesla kolegyně Vurmová, mi připadá vedle této zásadní otázky trochu legrační.

Předně, pokud si chceme chránit vlast-

ní kůži, tak nám opravdu nezbyvá nic jiného, než vyrobit kvalitní předávací protokol. Někteří kolegové si to ale vykládají po svém a tak si sami sobě nedělají dobrou reklamu. Mám s takovýmto předáváním své zkušenosti. Ročně předávám desítky karet a desítky jich zase obdržím, tak jen za loňský rok jsem registrovala 125 pacientů a výpisy dělala u 80! Někdo mi zašle výpis, někdo zdravotní dokumentaci odešle celou, či ji nechá okopírovat. Pokud je psána zdravotní dokumentace rukou, je často tak nečitelná, že je téměř k nepotřebě. PC pronikají všude i do domácností, jen do ordinací se dostávají obtížně. Přitom taková investice se vyplatí, náklady se brzy vrátí a i před pacientem je člověk „in“, je více času na pacienta, práce je přesnější. Chce to jen nebát se, mít dobrého poradce pro software i hardware a překonat svůj konzervatismus.

Výpis z dokumentace vedené na PC mi trvá asi 5 minut. Chce to jen průběžně ukládat data.



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

Žena a epilepsie

III/1 Antikoncepce

III/2 Těhotenství

III/3 Jiné problémy ve fertilním věku

III/4 Menopauza



AUTORSKÝ KOLEKTIV

Užší autorský kolektiv

MUDr. Milan BRÁZDIL
MUDr. Jiří HOVORKA, CSc.
Doc. MUDr. Vladimír KOMÁREK
MUDr. Jana ZÁRUBOVÁ

Širší autorský kolektiv

MUDr. Jindřiška Burešová
MUDr. Jiří Dolanský
MUDr. Jan Hadač
Doc. MUDr. Miluše Havlová, CSc.
MUDr. Markéta Jirásková
MUDr. Marie Kolínová
MUDr. Petr Marusič
Prof. MUDr. Soňa Nevšímalová, DrSc.
Prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc.
MUDr. Zdena Salcmanová, CSc.
MUDr. Radomír Šlapal, CSc.
MUDr. Boris Živný

Uspořádala

MUDr. Jana ZÁRUBOVÁ

ŽENA A EPILEPSIE

U pacientek s epilepsií se setkáváme se specifickými problémy, které vyplývají ze vzájemných vztahů epilepsie, její léčby a činnosti systému hormonální regulace. S dalšími problémy se u těchto pacientek setkáváme v období těhotenství, během porodu a po porodu. Neurologové by na tyto aspekty měli při péči o pacientky s epilepsií myslet a měli by je umět řešit.



III/1 ANTIKONCEPCE

Již při prvním kontaktu je důležité informovat pacientku o všech možnostech antikoncepce a diskutovat výhody a nevýhody jednotlivých metod, a to vždy individuálně. Hormonální antikoncepce není u pacientek s epilepsií kontraindikována, ale je třeba dodržovat určité zásady.

Perorální hormonální antikoncepce

- U pacientek s katamenialní epilepsií volíme
 - gestagenní preparáty
 - kombinované přípravky jednofázové*
- U pacientek bez vazby záchvatů na cyklus lze použít kombinované preparáty (lépe jednofázové), ale je třeba zohlednit možné interakce antiepileptik antikoncepce.
 - Při antiepileptické léčbě zahrnující induktory jaterních enzymů** volíme antikoncepci s obsahem estrogenů 50 µg, pokud dochází k intermenstruačnímu krvácení při použití antikoncepce s nižším obsahem estrogenů
 - Při antiepileptické léčbě neinduktory lze volit antikoncepci s obsahem estrogenů 20 - 40 µg.

Jiná hormonální antikoncepce

- Depo-Provera i. m. 150 mg za 6 -12 týdnů.
- Subkutánní implantáty nebo intrauterinní systém.

Vysvětlivky:

- * *Je možné jejich používání bez týdenní pauzy na krvácení ze spádu, méně vhodné jsou přípravky, kde je gestagenem norethisteron nebo lynestrenol.*
- ** *Z antiepileptik jsou induktory jaterních enzymů fenobarbital, primidon, fenytoin, karbamazepin a částečně i topiramát.*

III/2 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství je vhodné plánovat na období optimální kompenzace epilepsie a podpůrnou roli má dobré rodinné zázemí.

Prekoncepční období

- Poučení a informace o možných nežádoucích účincích antiepileptik a epilepsie na těhotenství a naopak.
- Genetické vyšetření.
- Podávání **kyseliny listové** maximálně 10 mg obden minimálně 3 měsíce před plánovaným početím.
- Kompenzace pokud možno monoterapií.
- Vyšetření plasmatických koncentrací antiepileptik.

Prenatální období

- Těhotenství pacientky s epilepsií je z hlediska komplexní péče rizikové.
- Do 12. týdne pokračuje podávání kyseliny listové.
- Mezi 11.-13. týdnem transvaginální ultrazvukové vyšetření.
- V 16. týdnu vyšetření alfa-fetoproteinu v séru, event. indikace amniocentézy.
- Mezi 18.-20. týdnem fetální echokardiografie a podrobné ultrazvukové vyšetření.
- Kontrola plasmatických koncentrací antiepileptik při relapsu epilepsie.
- V případě vzniku epilepsie v těhotenství se snažíme zahájit antiepileptickou léčbu - pokud to je možné - až po ukončení prvního trimestru. Pokud je nutné morfologické vyšetření, indikujeme MRI (magnetická rezonance).
- Po prvním trimestru podáváme antiepileptika stejně jako mimo graviditu.

Porod

- Snaha o bezbolestný porod, kde je to možné, není výhrad proti použití epidurální analgezie. Je třeba upozornit na nevhodnost protrahované hyperventilace u pacientek, u kterých má hyperventilace zřetelně provokující vliv na epilepsii. Jiná zvláštní opatření nejsou nutná. Při záchvatu postupujeme standardně aplikací benzodiazepinů i.v.
- Plánovaný porod císařským řezem je indikován pouze u pacientek:
 - s vysokým rizikem generalizovaných záchvatů nebo vzniku epileptického statu,
 - s protrahovanými nebo kumulativně se vyskytujícími parciálními záchvaty.
- Existuje možnost vyšetření plasmatických koncentrací antiepileptik z pupečnickové krve.
- Existuje možnost zvýšeného rizika krvácení u pacientek užívajících klasická antiepileptika.

Poporodní období a laktace

- Kojení není kontraindikováno.
- Pozor na abstinenční syndrom u nekojených dětí matek s epilepsií, kterým byla v průběhu těhotenství podávána antiepileptika, nebo naopak na nežádoucí účinky antiepileptik u kojených dětí - strategie kojení dle podávaného antiepileptika.
- Pozor na riziko spánkové deprivace.
- Vyšetření plasmatických koncentrací antiepileptik matky.
- Dlouhodobé kojení se nedoporučuje.

III/3 JINÉ PROBLÉMY VE FERTILNÍM VĚKU

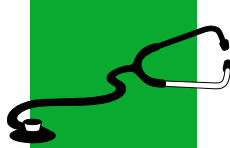
- Katameniální epilepsie.
- Endokrinní reprodukční poruchy:
 - syndrom polycystických ovaríí
 - hypogonadotropní hypogonadismus
- Poruchy cyklu a infertilita.



III/4 MENOPAUZA

- Možnost relapsu epilepsie v důsledku útlumu produkce progesteronu - lze terapeuticky ovlivnit substitucí přirozeného progesteronu nebo progestinů až do doby útlumu i estrogenní produkce.
- Hormonální substituční terapii doporučujeme u pacientek s vysokým rizikem ICHS (ischemická choroba srdeční) nebo osteoporózy, a to vždy kombinovanou, tedy obsahující estrogenní i gestagenní složku.





Diferenční diagnostika novorozenecké žloutenky

Doc. MUDr. František Stožický, DrSc.

Dětská klinika LF UK a FN Plzeň

Žloutenka (icterus) je definována klinickými příznaky a laboratorními projevy. Klinicky se manifestuje žlutým zbarvením kůže, sklér a sliznic (například patra), ale i některých dalších orgánů. Toto abnormální zbarvení je přímým důsledkem zvýšené hladiny bilirubinu v krevním séru (**hyperbilirubinemie**), jakožto hlavní biochemickou změnou.

Žloutenka se objevuje u kojence a staršího dítěte při hladině sérového bilirubinu (S-bilirubinu) vyšší než 35 $\mu\text{mol/l}$, ale u novorozence je to obvykle až při hodnotě přesahující 85 $\mu\text{mol/l}$. Kromě novorozence nepřesahuje normální hladina S-bilirubinu 22 $\mu\text{mol/l}$.

Metabolismus bilirubinu sestává z několika kroků. Nejprve je játry vychytán bilirubin z krve, kde je navázan na albumin. Hepatocytem je nesen ve vazbě na transportní protein (Z protein). V endoplazmatickém retikulu podléhá glukuronidizaci na diglukuronid a monoglukuronid. Tím se stává rozpustným ve vodě. Konjugáty bilirubinu jsou pak vylučovány na žlučovém pólu hepatocytu do žluči. V novorozeneckém období je tento proces poněkud jiný než v pozdějším věku. Tvorba bilirubinu z hemoglobinu z rozpadlých erytrocytů a jiných prekurzorů je, stejně jako jeho resorpce ze střeva, zvýšená. Naproti tomu, vychytávání bilirubinu a jeho zpracování hepatocyty novorozeneckých jater je sníženo.

Nekonjugovaná a konjugovaná hyperbilirubinemie se liší etiopatogenezí, charakterem žloutenky a laboratorním nálezem.

Nekonjugovaná hyperbilirubinemie nemusí být patologická. Typický je pro ní tzv. „pomarančový“ ikterus. Často je přítomna splenomegalie. V krvi dítěte je zvýšena hladina nekonjugovaného (celkového) bilirubinu a téměř normální aktivita aminotransferáz. Nejsou ani anamnestické, ani klinické nebo laboratorní známky cholestázy.

Nekonjugovaný (nepřímý) bilirubin je pro dítě nebezpečný, protože při vysoké koncentraci v krvi, je neurotoxický. U fyziologického novorozence a kojence a v nepřítomnosti hemolýzy, je touto hodnotou 420 $\mu\text{mol/l}$.

Konjugovaná hyperbilirubinemie je vždy

patologická! Je pro ní typický tzv. cholestatický ikterus s nádechem do zelena. V předchorobí může být ale nemusí údaj o tmavé moči a acholické stolici. Zvětšená bývají játra i slezina. Hodnota přímého bilirubinu přesahuje v séru 20 % hodnoty celkového bilirubinu (S-bilirubinu).

Konjugovaný (přímý) bilirubin je významný tím, že jeho zvýšená hladina v krvi je projevem závažného onemocnění jater nebo žlučových cest.

Žloutenky lze u novorozence a malého kojence rozdělit na **nepatologické** a **patologické**.

Nepatologické hyperbilirubinemie zahrnují: Fyziologickou žloutenku novorozenců a žloutenku kojených dětí.

■ Fyziologická žloutenka novorozenců

Je vyvolána mechanismy uvedenými v kapitole „zvláštnosti metabolismu bilirubinu u novorozenců“. Nevyžaduje žádná léčebná opatření. Za fyziologickou je považována proto, že se vyskytuje u 60 % fyziologických novorozenců a 80 % nedonošenců.

■ Žloutenka kojených dětí

Etiologie této poruchy není dosud plně objasněna. Hyperbilirubinemie při ní nedosahuje nebezpečných hodnot. Proto nejsou nutná žádná léčebná opatření.

■ Patologické hyperbilirubinemie

Parametry patologické hyperbilirubinemie

- žloutenka objevující se už v prvních 24 hodinách života
- hladina S-bilirubinu stoupá o 86 $\mu\text{mol/l}$ za 1 den
- hodnota S-bilirubinu je u donošeného novorozence vyšší než 220 $\mu\text{mol/l}$ a u nedonošeného vyšší než 255 $\mu\text{mol/l}$.
- hladina přímého bilirubinu (S-bilirubinoglukuronidu) je vyšší než 25 – 35 $\mu\text{mol/l}$
- žloutenka přetrvává 1 týden u donošených a 2 týdny u nedonošených novorozenců

Vzhledem k tomu, že podle klinického obrazu a průběhu nelze uvedené 2 formy nepatologické žloutenky vždy bezpečně od-

lišit od žloutenky patologické, je třeba u ikterického dítěte kontrolovat podle potřeby (a to i opakovaně) hladinu S-bilirubinu. Blíží-li se hladina celkového bilirubinu v krevním séru hodnotě, podle které je s ohledem na stáří dítěte indikováno léčebné opatření (např. fototerapie) nebo stoupá-li hladina přímého bilirubinu, je třeba zhodnotit anamnestické údaje, klinický náleze a provést laboratorní testy k rozlišení hematologické žloutenky a žloutenky hepatologické.

■ Hematologická žloutenka

Anamnéza:

- údaj o postižení dalších členů rodiny (žlučové kameny, splenektomie)
- noční nebo ranní hemoglobinurie
- trombóza a tromboembolie
- otoky a bolesti končetin
- výskyt ikteru po požití chemických látek, včetně léků (aspirin, sulfonamidy)

Klinický náleze:

- „pomarančový“ ikterus, splenomegalie, anomálie skeletu

Základní laboratorní vyšetření:

- KO+diff, retikulocyty, S-haptoglobin
- chemické vyšetření moče

■ Hepatologická žloutenka

Anamnéza:

- výskyt vrozené poruchy metabolismu v rodině
- zaměstnání matky před těhotenstvím (kontakt se zvířaty, práce se syrovým masem)
- průběh těhotenství (febrilie)
- kontakt s TBC
- oblast s nedostatkem jódu
- tmavá moč a světlá stolice

■ neprospívání

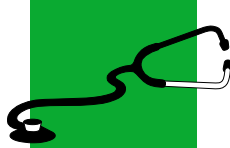
Klinický náleze:

- neprospívání
- „obstrukční“ ikterus
- hepatosplenomegalie

Základní laboratorní vyšetření:

- S-aminotransferázy (poškození jaterního parenchymu)
- S-ALP (cholestáza)
- S-albumin, S-cholinesteráza a orien-

heinz



tační hemokoagulační vyš. (proteosyntéza)

- S-amoniak (očišťovací schopnost jater)

Nalezení a průkaz příčiny ikteru je věcí specializovaného pracoviště, stejně jako doporučení příslušné terapie.

■ Přehled příčin ikteru u novorozence a kojence

Nepatologická žloutenka

- Fyziologická žloutenka novorozence
- Žloutenka plně kojeného dítěte

Patologická žloutenka

Hematologická:

- hereditární:
 - hereditární hemolytické anémie
 - neefektivní erythropoeza
 - Wilsonova choroba
 - abetalipoproteinemie, hypobetalipoproteinemie
- získané:
 - morbus hemolyticus neonatorum
 - hematomy (kefalomatom)
 - mikroangiopatie:
 - hemolyticko-uremický syndrom
 - hemangiomy
 - mechanické poškození erytrocytů
 - infekce (virové, sepse)
 - chemikálie a léky
 - portokavální zkrat

- polycytemie

Hepatologická:

- hereditární:
 - chromozomální aberace:
 - trisomie leprechaunismus
 - Turnerův syndrom
 - genové mutace:
 - poruchy biotransformace bilirubinu:
 - Crigler-Najjarův syndrom typ I a II
 - Dubinův a Johnsonův syndrom
 - Rotorův syndrom
 - poruchy vychytávání a transportu bilirubinu hepatocytem:
 - Lucey-Driscoll syndrom
 - deficit $\alpha 1$ antitrypsinu
 - cystická fibroza
 - vrozené poruchy látkové přeměny:
 - galaktosemie
 - hereditární intolerance fruktózy
 - tyrozinemie
 - tesaurismózy:
 - morbus Niemann-Pick
 - morbus Gaucher
 - Wolmanova nemoc
 - Zellwegerův syndrom
- Hypopituitarismus
 - familiární:
 - familiární novorozenecká steatóza jater
 - hypoplazie intrahepatálních žlučových (duktulopenie)
 - akutní novorozenecká nekróza jater

idiopatická hepatitis kojenců
obstrukce extrahepatálních žlučových
Alagilleův syndrom

- získané:
- infekce:
 - CMV
 - toxoplazmóza
 - listerióza
 - rubeolla
 - HBV
 - HSV
 - HIV
 - Varicella-zoster virus
 - Coxsackie B viry
 - Echoviry
 - E.coli a další bakterie
 - TBC
 - Treponema pallidum
- toxické:
 - Chemikálie
 - Léky
 - Parenterální výživa
 - Hypoxie
 - Acidóza

- endokrinologické:
 - Hypotyreóza

Literatura u autora

Recenze: as. MUDr. Josef Sýkora

Aktuální poznatky o virových hepatitidách C, D a E

Doc. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.

Ústav epidemiologie LF UK, Plzeň

■ Virová hepatitida C (VHC)

Původce: Virus hepatitidy C (HCV) je RNA virus z čeledi Flaviviridae, rod Hepacivirus. V současnosti se rozlišuje 6 genotypů, z nichž některé mají subtypy. Jednotlivé genotypy mají rozdílné geografické zastoupení, vyvolávají odlišný klinický průběh a jsou různě citlivé na léčbu.

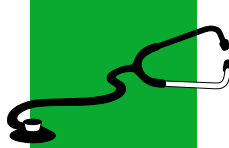
Klinická charakteristika: 50–70% akutních infekcí probíhá bezpříznakově, u zbývajících převládají únava a gastrointestinální příznaky, ikterus je výjimečný, letální průběh se vyskytuje u 1–2%. Závažný je přechod do chronicity, ke kterému dochází u 70–80% infikovaných (většina z nich nemá dlouhou dobu příznaků jaterního postižení). U většiny z nich dochází ke vzniku chronické aktiv-

ní hepatitidy, případně cirhózy (za 5–30 let). Možný je i následný vznik hepatocelulárního karcinomu, který se objevuje u 1–5% infikovaných po 20–30 letech. Závažnost jaterního postižení a přechod do cirhózy ovlivňuje především věk v době nákazy a trvání infekce.

Diferenciální diagnostika: Při stanovení diagnózy se vychází z klinického obrazu, anamnestických údajů a nespecifických a specifických laboratorních vyšetření. Diagnóza je potvrzena sérologickým průkazem protilátek (IgG, příp. IgM), příp. detekcí genomu PCR. Protilátky anti-HCV lze v séru prokázat za několik týdnů až měsíců po vzniku akutní infekce. Vzhledem k tomu, že nemá neutralizační vlastnosti, nelze u séropozitivních

osob vyloučit jejich infekciozitu. Z tohoto hlediska jednoznačnou odpověď poskytuje průkaz genomu, resp. virémie. Přítomnost anti-HCV protilátek je podkladem pro vyřazení z dárcovství krve.

Výskyt: Výskyt infekce je celosvětový, infikováno je cca 170 miliónů osob. Nákaza je nejvíce rozšířena v Japonsku, na Středním Východě, v Africe a jižní Evropě. K rozšíření zřejmě přispěl nárůst transfúzí po 2. světové válce. Ve vyspělých zemích k infekcím častěji dochází v rizikových skupinách (dialyzovaní pacienti) a u osob s rizikovým chováním (narkomané), šíření v rozvojových zemích je způsobeno především neprováděním skríninku dárců krve na tuto infekci a opakovaným používáním nesterilních jehel a stříkaček ve zdravotnic-



tví.. V roce 2001 bylo v ČR evidováno 276 akutních a 522 chronických onemocnění VHC (údaje jsou nepochybně výrazně podhodnoceny). V obecné populaci se protilátky anti-VHC prokazují u 0–1 %, u narkomanů a u dialyzovaných ve 20–30 %. Většina nákaz vzniká u nás na základě parenterální aplikace drog, významný je podíl nozokomiálních infekcí, profesionální náказы jsou výjimečné.

Zdroj: Zdrojem infekce je člověk. Všechny osoby s prokázanými anti-HCV protilátkami je nutno do rutinního zavedení přesnějších metod ke stanovení nakažlivosti považovat za potenciálně infekční.

Přenos: K přenosu infekce nejčastěji dochází parenterálně (mezi narkomany, ve zdravotnictví). Riziko profesionálního přenosu při poranění zdravotníka kontaminovanou krví je cca 4%. Sexuální přenos se uplatňuje na rozdíl od VHB méně často, výjimečný je vertikální, resp. perinatální přenos. Skřínink na vyšetřování anti-HCV se proto u těhotných žen neprovádí.

Inkubační doba: 14–180 dní, v průměru 45 dní.

Vnímavost: Je všeobecná, imunita po prožití infekci není celoživotní. Infekce jedním genotypem nechrání před dalšími.

Epidemiologická opatření:

a) preventivní

1. dodržování hygienicko-epidemiologického režimu ve zdravotnických i nezdravotnických zařízeních
2. výběr a vyšetřování dárců krve (tkání, orgánů)
3. vyloučení osob s anti-HCV z dárcovství krve (tkání, orgánů)

b) represivní

1. izolace nemocného
2. hlášení onemocnění
3. protiepidemická opatření v ohnisku: karanténní opatření po dobu 150 dní, vyšetření osob v kontaktu do 3 dnů po izolaci nemocného, dále za 30 a 90 dní
4. transfúzní stanice zajišťují vyšetření dárců krve, jejichž krev byla užita k výrobě krevních přípravků podaných nemocnému v průběhu 6 měsíců před onemocněním

■ Virová hepatitida D (VHD)

Původce: Virus hepatitidy D (delta agens) je defektní RNA virus, který replikuje pouze v buňkách současně infikovaných virem hepatitidy B. Následně dochází ke koinfekci, příp. superinfekci.

Klinická charakteristika: Klinický průběh je obdobný jako u virové hepatitidy B. V případech koinfekce bývá většinou dvoufázový, průběh je závažnější, ale prognóza je dobrá (chronicita 5 %,

smrtnost 1–10 %. Při superinfekci je častější výskyt chronických hepatitid (> 75 %), je i větší nebezpečí přechodu do cirhózy a fulminantní formy (5–20 %).

Diferenciální diagnostika: Při stanovení diagnózy se vychází z klinického obrazu, anamnestických údajů, nespecifických a specifických laboratorních vyšetření. Diagnóza je potvrzena sérologickým průkazem markerů, tj. antigenů (HDAg) a anti-HDV IgM a IgG protilátek.

Výskyt: Infekce je endemická v jižní Evropě, na Středním Východě, v evropské části bývalého Sovětského svazu, v Africe a Jižní Americe. V ČR je výskyt VHD zcela výjimečný. Zatímco v endemických oblastech je VHD prokazována až u 80 % nosičů HBsAg, u nás byla zjištěna pouze 0,5 % prevalence.

Zdroj: Zdrojem infekce je člověk. Období nakažlivosti je největší před začátkem onemocnění.

Přenos: K přenosu nejčastěji dochází parenterálně, přenos sexuální a vertikální je méně častý.

Inkubační doba: 30–120 dní, v průměru 80 dní.

Vnímavost: Je všeobecná u osob vnímavých k VHB a u nosičů HBsAg.

Epidemiologická opatření:

a) preventivní

1. očkování proti VHB
2. dodržování hygienicko-epidemiologického režimu ve zdravotnických i nezdravotnických zařízeních
3. výběr a vyšetřování dárců krve (tkání, orgánů)
4. vyloučení nosičů HBsAg z dárcovství krve (tkání, orgánů)

b) represivní

1. izolace nemocného
2. hlášení onemocnění
3. protiepidemická opatření v ohnisku: karanténní opatření po dobu 180 dní, vyšetření osob v kontaktu do 3 dnů po ohlášení náказы, dále za 90 a 150 dní
4. transfúzní stanice zajišťují vyšetření dárců krve, jejichž krev byla užita k výrobě krevních přípravků podaných nemocnému v průběhu 6 měsíců před onemocněním

■ Virová hepatitida E (VHE)

Původce: Původcem je virus hepatitidy E (HEV) z čeledi calicivirů, rod Hepevirus. Virus je značně stabilní, zejména ve vodě. Byla prokázána existence dvou odlišných kmenů (Barma, Mexiko).

Klinická charakteristika: Klinický obraz je podobný jako u virové hepatitidy A, v prodromálním stadiu jsou výraznější gastrointestinální, chřipkové a kloubní příznaky. Infekce nepřechází do chronicity. Smrtnost je cca 0,5–4 %, významně vyšší

(20–30 %) smrtnost může být u těhotných žen (riziková je nákaza zejména ve třetím trimestru). Zhruba polovina infekcí probíhá asymptomaticky. U dětí do 15 let probíhá VHE bezpříznakově, anikericky.

Diferenciální diagnostika: Při stanovení diagnózy se vychází z klinického obrazu, anamnestických údajů, nespecifických a specifických laboratorních vyšetření. Diagnóza je potvrzena sérologickým průkazem protilátek (IgG, příp. IgM).

Výskyt: Výskyt infekce je celosvětový, rozsáhlé epidemie byly zaznamenány ve střední, jižní a jihovýchodní Asii (Čína–100 000 postižených v letech 1986–1988, Indie 52 000 v r. 1978), východní Africe a Střední Americe. Prevalence protilátek v neendemických oblastech se pohybuje mezi 1–3 %. V ČR bylo v r. 2001 evidováno 13 onemocnění, u části nemocných byl v anamnéze pobyt v zahraničí.

Zdroj: Zdrojem infekce je člověk, uvažuje se o zvířecích rezervoárech (opice, krávy, kozy, ovce, hlodavci). Vzhledem k malému množství viru vylučovanému stolicí je sekundární šíření i během epidemií výjimečné.

Přenos: Infekce se šíří převážně fekálně orálně, nejčastěji prostřednictvím kontaminované vody.

Inkubační doba: 15–64 dní, v průměru 35 dní.

Vnímavost: Je všeobecná, imunita po prožití infekci není celoživotní, reinfekce jsou vesměs asymptomatické..

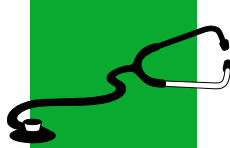
Epidemiologická opatření:

a) preventivní zvyšování osobní i celkové hygieny

b) represivní

1. izolace nemocného
2. hlášení onemocnění
3. protiepidemická opatření v ohnisku: ohnisková dezinfekce, zdravotní výchova, zvýšený zdravotnický dozor 50 dnů od izolace nemocného, vyloučení osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné z těchto činností na 50 dnů, vyšetření osob v kontaktu do 3 dnů po izolaci nemocného, dále za 30 a 50 dnů po posledním styku s nemocným
4. osoby do 16 let věku, které byly ve styku s nemocným, se nemohou zúčastnit akcí, při nichž se vyžaduje „Prohlášení rodičů“ o tom, že příslušná hygienická stanice nebo lékař nenařídil karanténní opatření. Podobně se nemohou účastnit akcí s vyšším rizikem přenosu náказы (rekreační akce, plavecký výcvik).

Literatura u autora



Uštknutí zmijí obecnou

MUDr. J. Liška, CSc.¹⁾, MUDr. E. Kasal²⁾

¹⁾ Mulačova nemocnice, Plzeň; ²⁾ Anesteziologickoresuscitační klinika, FN Plzeň

Četnost případů napadení hadem zůstává v řádu desítek ročně a u části z nich nedojde vůbec ke klinicky zřetelné intoxikaci. Mortalita neléčených uštknutí zmijí se pohybuje mezi 1–2 promile.

Také mechanismus uštknutí není zanedbatelný. Had totiž musí, chce-li uštknout, vztyčit po rozevření čelistí ještě jedové zuby a aktivně vypustit do rány obsah jedové žlázy. Proto zdaleka ne všechno napadení zmijí obecnou znamená intoxikaci, a to i je-li patrný zákus jednoho či obou jedových zubů. Přibližně 1/3 uštknutí je neškodná, jedná se o takzvané suché uštknutí. K aplikaci významnějšího množství toxinu do rány dochází v méně než 50% uštknutí. Při kousnutí např. užovkou – nejedovatou, má tvar obráceného U – tvar čelisti.

Jed zmije neobsahuje obecně paralyzující neurotoxiny. Toxiny olivňující haemokoagulaci jsou obsaženy v zanedbatelné míře, takže ovlivňují haemokoagulaci pouze lokálně. Obsahuje však látky vasodilatační a toxiny zvyšující permeabilitu kapilár, což způsobí ztrátu bílkoviny, tekutiny a krevních elementů v ránu. Není vyloučena přítomnost látek působících na některé oddíly vegetativního systému.

■ Klinický obraz

1. lokální příznaky: Při plném zakousnutí se objeví na postiženém místě dvě drobné bolestivé ranky, někdy lehce krvácející, se zarudlým lemem. Neúplné kousnutí má jen jednu ranku nebo škrábnutí. Známkou kousnutí je místní, tuhý, anémický otok, bolestivost s pocitem napětí s časným zvětšením mizních uzlin. Otok dosahuje maxima za 48 hodin. Postižené místo mění svoji barvu, objevují se i lividní pruhy a známky povrchní flebitidy. Téměř nikdy nevznikají lokální nekrozy. Ústup lokálního nálezu lze očekávat do 4 dnů po uštknutí.

2. celkové příznaky: Hypotenze s možnou synkopou, angioedém, bolesti hlavy, průjmy, zvracení, kolikovitá bolest břicha, koagulopatie, akutní *respiratory distress syndrom*, změny na EKG včetně arytmií i selhání ledvin. Celkové příznaky se objevují brzy po uštknutí nebo až do 8 hodin po kontaktu, jsou ale spíše vzácné. Trvají 12 hodin i dva dny. Riziko úmrtí je malé.

Rizikovými skupinami jsou malé děti do

15–20kg t.h., dále při uštknutí na hrudníku, krku a na hlavě. Dále pak staří nemocní se závažným kardiovaskulárním onemocněním. I v těchto případech se ale řídíme hlavně závažností klinických příznaků.

■ Zásady terapie – první pomoc

Je zaměřena na snížení vstřebávání jedu.

1. Nejlépe se uplatní přiložení tlakové bandáže a imobilisace končetiny, která brání šíření jedu povrchovými lymfatickými cévami a kapilárami, lokalizuje jed a dochází k místní detoxikaci. Užití škrtidel se z mnoha důvodů neosvědčilo a nedoporučuje se. Je nutný šetrný transport s vyloučením aktivních pohybů postiženého, protože svalová činnost urychluje vstřebávání jedu. Při uštknutí na trupu je nutné též vyvinutí tlaku na postižené místo a naložení bandáže. **Je vhodné zklidnit postiženého sedativy a analgetiky.** Místo uštknutí se nerozřezává, nevysává, nevypaluje se! Ošetření rány se provádí běžným způsobem s desinfekcí.

2. Podávání nápojů: voda, minerálky ev. čaj, hypotonické roztoky. Káva se již nedoporučuje, alkohol je kontraindikovaný.

3. Nástup účinku: většinou do 4 hodin, děti musí být observovány 24 hodin, dospělí alespoň 6–8 hodin.

4. Aplikace léků:

a) **kortikosteroidy** – zvláště u dětí Hydrokortison 4 mg /kg těl. hm. nebo více podle závažnosti příznaků (nebo ekvivalentní dávky jiných steroidů) Methylprednisolon (Medrol, Urbason) 10–40 mg/m² (m² povrchu těla odpovídá přibližně 9 letům věku), Dexamethason (Dexona) 8–16–40 mg iv (im). Vzhledem k možnému rozvoji koagulační poruchy by se neměly léky podávat im. nebo sc., všechny léky preferenčně iv. Kortikosteroidy se uplatní mnoha mechanismy účinků – působí proti přecitlivělosti na hadí jed, stabilizují buněčnou membránu, využívá se jejich antiedematózního účinku.

b) **antihistaminika** - Prothazin, phenergan, Dithiaden – podle dostupnosti – u dětí vždy

c) **adrenalin sc. nebo iv. titrovaně** – v případě těžké reakce. Užitečným lékem je v mnoha kvalitách efedrin, který má nižší potenci než adrenalin.

d) **infusní léčba** – týká se těžkých stavů

e) **tetanová prevence** – po ověření stavu očkování postiženého

f) **širokospektrá antibiotika** – při kousnutí zmijí, ale i užovkou, která sice není jedovatá, ale vzhledem ke složení její potravy se může stát zdrojem závažných infekcí.

g) **protijed** – sérum (IPSER, Francie)

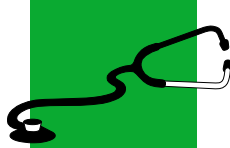
Podání specifického antiséra není nutně součástí urgentní přednemocniční terapie! Případá v úvahu jen při příznacích těžké otravy. Při mírných příznacích není nutné podání protijedu. Sérum se podává po přípravě antihistaminikem a kortikosteroidem. Dávka protijedu se odvozuje od množství jedu, nikoliv od hmotnosti nemocného, proto se dávka u dětí snižuje. Protijed se podává podle návodu. Během aplikace i po ní musí být nemocný pod trvalým dozorem a pečlivě sledován. Nejdříve se provádí intradermální test 0,1 ml. Další aplikace – polovina do okolí rány (5 cm od rány), zbytek pod kůži na zevní stranu stehna. Účinek léčby se projeví rychlým zlepšením stavu nemocného. Pokud se stav nelepší, je nutné dávku opakovat. Vysoký výskyt vedlejších reakcí po kožských protilátkách ohrožuje nemocného často více než samotný jed u uštknutí. Jeho podání je proto indikováno jen u rizikových skupin a i v těchto případech se řídíme zásadně závažností klinických příznaků.

■ Vlastní zkušenost druhého autora

Autor při dlouhodobém pobytu v Indočíně léčil desítky postižených hadím uštknutím. Ani v jednom případě nepoužil protijed – sérum. Léčba byla vždy symptomatická, založena na základních protišokových opatřeních, objemové léčbě a antihistaminicích, sedativech, středních dávkách kortikosteroidů (hydrokortison 300–800mg), antitetanovém zajištění, podání analgetik (opioidy), při krutých bolestech svodná regionální anestézie, preventivně širokospektrá antibiotika i s účinkem antianaerobním. Léčba byla někdy i dlouhodobá včetně léčby chirurgické (nekrotomie, plastické úpravy). Žádný postižený nezemřel. ■

Literatura u autorů

GSK



Infekční mononukleóza

MUDr. Jaroslav Koten

Infekční oddělení FN Motol, Praha

Roku 1958 popsal anglický chirurg Burkitt maligní lymfóm, který se vyskytoval u dětí v Africe a vydělil jej jako samostatnou nozologickou jednotku. Roku 1964 Epstein se svou laborantkou Barrovou vykultivovali z tohoto nádoru virus, zařazený do čeledi herpesviridae, pojmenovaný později virus Epstein-Barrové (EBV). Je to první virus, u kterého je prokázán onkogenní efekt. V roce 1968 pak manželé Henleovi zjistili, že tento virus je zároveň etiologické agens onemocnění infekční mononukleózou (dále IMO). Toto onemocnění bylo poprvé popsáno již r. 1889 Emilem Pfeifferem, zvané Pfeifferovou horečkou a rozeznáváno dle klinických příznaků. Ve 20. letech minulého století byly objeveny typické změny v bílé řadě krevního obrazu a serologická reakce provedená Paulem a Bunnellem na beraních erythrocytech. Ta byla později různě modifikována, např. Ericsonem s hovězími Ery nebo podle Hoffové a Bauera s koňskými Ery. Tyto serologické reakce nám určují tzv. heterofilní protilátky. Dnes máme k dispozici specifické antivirové protilátky (serologické markery), z nichž se v praxi užívají VCA (antigen kapsidy viru), EA (časný antigen) a EBNA (jaderný antigen EBV). Rozpracována je i metodika PCR, která se však v praxi zatím nepoužívá.

Při onemocnění IMO infikuje EBV epitelie (hlavně orofaryngu a vývodů gl. parotis) a B-lymfocyty. Následuje intenzivní, T-lymfocyty zprostředkovaná imunitní odpověď proti B-lymfocytům odpovědná za klinické projevy.

Zdrojem nákazy EBV je člověk, buď nemocný nebo bezpříznakový nosič. Nákaza se šíří orofaryngeální cestou přímým kontaktem nebo vzduchem. Přenos je možný i transfúzí krve. Virus doživotně přetrvává

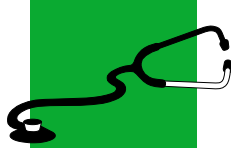
v organizmu a občas je vylučován slinami, kapénkami cest dýchacích a též sekrety pohlavních cest. Vylučování viru bylo prokázáno i v moči až 7 měsíců po začátku onemocnění. Byl také prokázán kongenitální přenos s následným poškozením různých orgánů novorozence. Infekciozita EBV je však nízká. Onemocnění u dětí probíhá většinou inaparentně nebo velmi lehce. U adolescentů (12 – 18 let) často s výraznými klinickými příznaky. Po prodělaném onemocnění následuje dlouhodobá, nejspíše celoživotní imunita. Zvláštní obrazy onemocnění jsou patrné u imunodeficientních jedinců.

Základními klinickými projevy akutního onemocnění jsou febrilie a bolest v krku. Dochází též ke zvětšení uzlin submandibulárních i za kývači, zjevně výraznějším, než při jiných tonzilitidách. Na tonzilách vidíme povlaky různé síly, zabarvení bělavého i žlutavého, které je nepřesahující. Tonzily jsou obvykle silně hypertrofické, ale není tak intenzivní zarudnutí hrdla jako při tonzilitidě streptokokové. Někdy jsou patrné čárkovité petechie na měkkém patře (Holzelovo znamení). Může být viditelný otok víček (Bassův příznak). Při předchozí léčbě aminopeniciliny téměř vždy, ale občas i bez této iniciace je patrný exantém, většinou makulózní, mramorovitě splývající, bez symetrie a afinit, hodnocený někdy nesprávně jako alergie na peniciliny. Asi v 50% je splenomegalie, ve 20% citlivá hepatomegalie. U většiny nemocných bývají známky jaterního poškození, ale ikterus jen asi u 5%. Rovněž celkový obraz významnější akutní hepatitidy není častý a je patrný jen u tzv. hepatální formy IMO. Na EKG vidíme relativně často změny na úsecích S-T a na T vlnách, obvykle bez klinických projevů, ale i klinické známky myokarditidy

jsou občas popisovány. Tyto změny jsou zcela revezibilní po odeznění akutního stavu, pokud se dodržují základní rekonvalescenční omezení (tělesné šetření). K diferenciální diagnostice lze doporučit, aby podezření na možnost IMO vzbudila každá povlaková tonzilitida neustupující do tří dnů po podání penicilinu.

Při této příležitosti nelze se nezmínit o stále se opakujícím neodborném přístupu k podávání antibiotické léčby u tonzilitid. Opomeneme-li skutečnost, že cca 80% onemocnění spojených se zarudnutím hrdla včetně hypertrofie tonzil bez povlaků je etiologie virové, tedy k léčbě antibiotiky neindikované, je v naší zeměpisné šířce dalších minimálně 18% etiologie streptokokové. Protože beta-streptokoky jsou v naší republice stále ještě velmi dobře citlivé k penicilinu, není opodstatněné podávat u jakékoliv povlakové tonzilitidy jiné antibiotikum než penicilin. Pokud je na něj udávána alergie (informace většinou neprokázaná a obvykle mylná), je možno podat některý z cefalosporinů I. generace (cefalexin, cefazolin, cefadroxil apod.) a to lépe, než některý z makrolidů (erythromycin, roxithromycin apod.), protože – jak bylo již opakovaně publikováno a prakticky potvrzeno – i případná prokázaná alergie na peniciliny je jen velmi zřídka zkřížena s cefalosporiny. Baktericidní efekt cefalosporinů je lepší než bakteriostatický efekt makrolidů a mimo to k makrolidům je již řada kmenů streptokoků rezistentní.

Největší chybou však je, když z důvodů, které nemají logické vysvětlení, je jako první lék volby u povlakové tonzilitidy podán některý aminopenicilin (ampicilin, amoxicilin, případně s některým inhibitorem beta-laktamázy). Pokud se jedná o incipientní stadium IMO, vyvine se u většiny takto „lé-



čených“ pacientů toxoalergický exantém a průběh nemoci se zhorší s možnými dalšími komplikacemi.

Pokud vidíme povlakovou tonzilitidu u dětí a zvláště u adolescentů, je nutno na možnost IMo pomýšlet vždy, jestliže ji již neprodělali. Mimo výše zmíněný klinický obraz, je pro diferenciální diagnostiku potřebné provést ještě další základní vyšetření:

- 1) Kultivaci z tonzil
- 2) KO+diferenciál s podotknutím pro laboratoř, že jde o podezření na IMo
- 3) Základní jaterní biochemii, tzn. aminotransferázy, případně bilirubin a GMT (ALP u dětí v této indikaci nemá význam), ale neopominout nikdy vyšetření LD (laktikodehydrogenázy), která u IMo je prakticky vždy elevována, někdy výrazně převažující nad elevací aminotransferáz. Pokud by byly provedeny izoenzymy LD, je zvýšena frakce III., nikoliv V. (jaterní).
- 4) Vyšetření heterofilních protilátek. Při

jakékoliv modifikaci je toto vyšetření hotovo do jedné hodiny. V prvním týdnu onemocnění však může být ještě negativní.

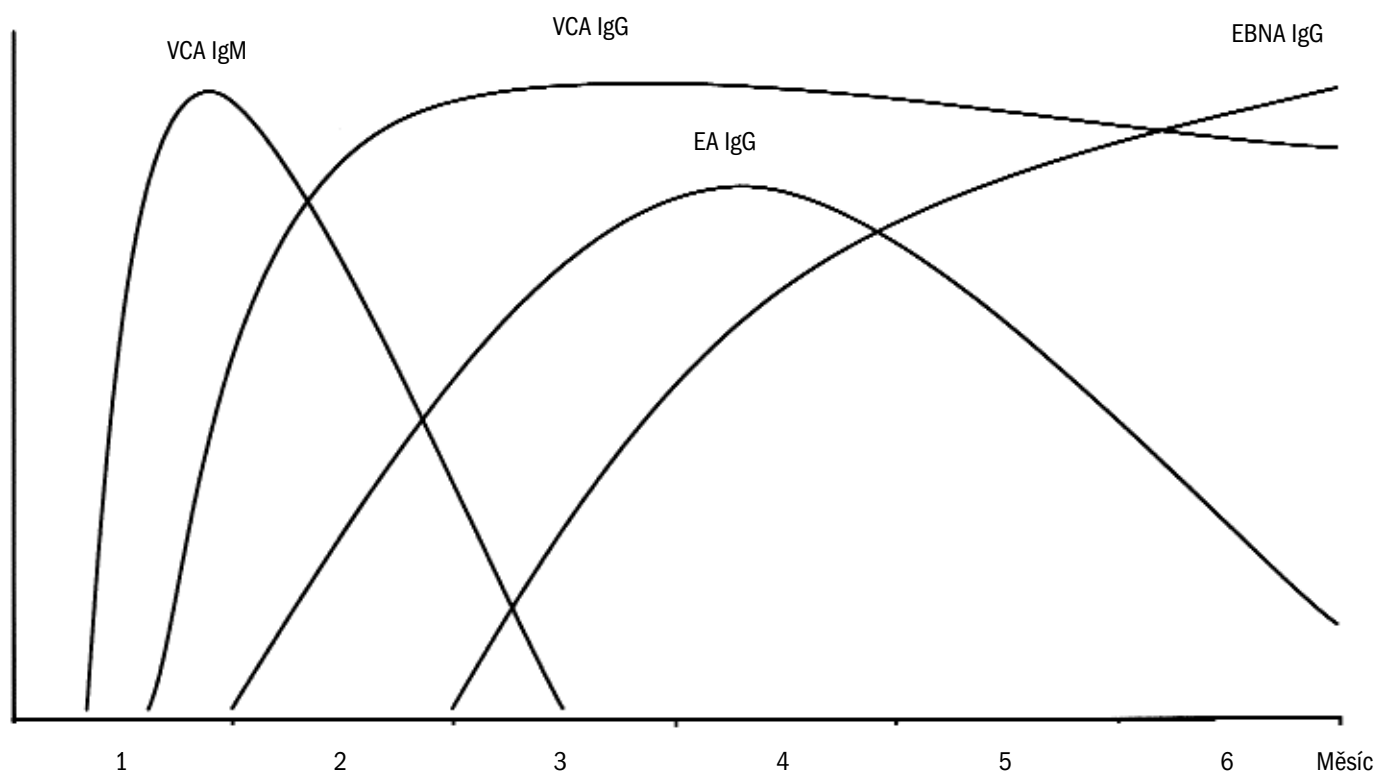
Jestliže souhrn anamnézy, obj. nálezu a základních laboratorních vyšetření potvrzuje IMo nebo je významně podezřelý, rozhoduje se praktický lékař dále dle stavu pacienta. Výrazné klinické projevy (např. vysoké teploty, bolest v krku zabraňující polykání a edém ztěžující dýchání, významnější biochemický nálezní aj.) jsou indikací k hospitalizaci na infekčním oddělení. Lehké průběhy mohou být léčeny ambulantně, lépe však až po konzultaci s infektologem. Následná péče, ať již po průběhu těžkém nebo lehkém by měla být prováděna v infektologické ambulanci (dle standardu ČR pro IMo).

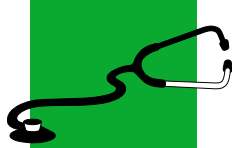
Kauzální léčba zatím není k dispozici, prevence očkováním rovněž ne. Onemocnění se léčí klidem na lůžku, antipyretiky-analgetiky, kloktáním Vincentkou nebo

šalvějem (nikoliv mentolová kloktadla nebo heřmánek), vitaminoterapií (vit C, A), aplikuje se Mukoseptonex E nebo jiné léky s efektem na zmírnění edému sliznic. Kortikoidy a případně antibiotikum pouze za hospitalizace při těžkém průběhu. Rovněž oblíbená hepatoprotektiva podáváme raději až v rekonvalescenci (pokud jsou vůbec nutná), protože např. silimarin má m.j. i mírně imunostimulační efekt, který na počátku onemocnění není příliš vhodný. Zásadně nepodáváme žádné preparáty imunomodulační a to ani v rekonvalescenci. Dietní omezení při mírné jaterní reakci nejsou třeba žádná (když předpokládáme, že děti nepijí alkohol).

Chtěl bych ještě upozornit na hodnocení protilátkové odpovědi VCA, EA a EBNA. Jako všechna serologická vyšetření jsou i tato pouze pomocná a nelze na jejich hodnotách stavět diagnózu. Mám na mysli případy, kdy se při subjektivních obtížích, které pro IMo nesvědčí, provede vyšetření

Průběh aktivity serologických markerů EBV při normálním průběhu akutního onemocnění IM





těchto markerů a pacientovi se při určitých pozitivitách přisoudí chronické nebo dokonce akutní onemocnění IMo (příkladem může být dnes tak oblíbený chronický únavový syndrom). Diagnóza provedená pouze na základě serologických hodnot je většinou nesprávná. Jde nejčastěji o anamnestickou reakci po prodělaném onemocnění, kdy se při některých, imunitu stimulujících stavech (a to nejen jiných nemocích než IMo, ale např. i v těhotenství) může objevit znovu pozitivita i v IgM složce antigenu.

Takto normální (ideální) průběh dynamiky (viz. graf dynamiky hodnot serologických markerů) však vidíme v praxi jen zřídka. Protože sám EBV významně zasahuje do imunitních dějů zprostředkovaných B-lymfocyty, je následná antigenní odpověď nestabilní a rozmezí možných průběhů

v grafu uvedených křivek má různé jiné alternativy, které však bez dalších patologických indicií (obj. nálezu, laboratorního nálezu) neznamenají přetrvávající replikaci viru.

Tento článek se má však zabývat pouze akutním onemocněním IMo, nikoliv případnou persistencí viru s následnými klinickými projevy, takže dál tuto otázku rozebírat nebudu. Pokud však lékař takové podezření má, patří pacient k dalšímu vyšetření infektologovi.

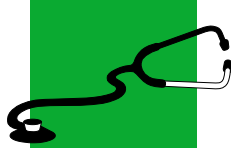
Komplikace při řádně léčeném onemocnění jsou řídké, obvykle vidíme do rekonvalescence přetrvávající trombocytopenii a zbytky hepatální reakce. V akutním stavu jsou popisovány nejčastěji změny na EKG asi v 6%, encephalitis v 1%, ruptura sleziny v 0,5%, vzácně myelitis, neuritis optiku, intersticiální pneumonie. Následky ve

smyslu chronické hepatitidy nebo dokonce přestavbového procesu jaterního nebyly zatím nikdy jednoznačně dokumentovány.

Lze uzavřít, že IMo je onemocnění časté. V počtu hlášení infekčních chorob pro ČR v roce 2001 byla tato diagnóza na čtvrtém místě za průjmovými onemocněními, varicellou a streptokokovými onemocněními (scarlatina, erysipel) počtem 2710 hlášených případů. Její časné rozpoznání je potřebné, protože řádná léčba, zvláště těžších případů včas odeslaných k hospitalizaci, snižuje výrazně nejen možnost komplikací během akutního stavu, ale i možnost přetrvávající persistence viru, pokračující do obrazu chronické aktivní mononukleózy s jejími dalšími následky, většinou již závažnějšími.

Literatura u autora

Boehringer



Zpráva z 10. Mezinárodního kongresu o infekčních nemocech

Ve dnech 11.3. – 14.3.2002 jsem se díky laskavosti firmy GlaxoSmithKline mohla zúčastnit 10. Mezinárodního kongresu o infekčních nemocech pořádaného v Singapuru. Sjezd byl organizován Mezinárodní společností pro infekční nemoci ve spolupráci se singapurskou společností pro infekční nemoci a společností mikrobiologickou. Uspořádat sjezd takových rozměrů nebylo určitě lehké, ale organizátoři zvládli vše podle mého názoru na výbornou.

Celkový počet účastníků byl asi 3000 a to z 96ti zemí celého světa. Zastoupení měli s velkou převahou vědci a lékaři ze zemí zeměpisně blízkých Singapuru – Malajci, Thajci, Japonci, Indové. Tradičně velké zastoupení mělo USA. Z naší země jelo asi 20 reprezentantů, z toho 2 s aktivní – posterovou – účastí. Počet vystavujících firem byl také úctyhodný – 31. U některých stánků neprobíhala prezentace firem jen nabízením letáků či diskuzí s vystavovateli, ale pořádaly se i různé zajímavé soutěže a to i se zapojením videotechniky.

Většina přednášek byla zaměřena na antibiotika a jejich racionální využití. Hovořilo se o antibiotikách známých, i u nás běžně používaných a dostupných, ale i o řadě novinek, které zatím na náš trh neprošly. S překvapením jsem vyslechla přednášku lékaře z USA, který i na tomto mezinárodním fóru zdůrazňoval obecné principy racionálního používání antibiotik, tj. správnou indikaci, kauzální volbu, dostatečné dávkování a délku podávání, což mi připadá samozřejmé, ale, jak je vidět, stále pravděpodobně všem není, a proto je nutné tuto fakta neustále opakovat. Z přednášek lze usuzovat, že v ČR není rezistence na antibiotika – hlavně makrolidová – ještě naštěstí tak alarmující, jako v některých jiných státech a je na nás, možná hlavně na nás, lékařích pracujících v první linii, aby tato čísla zůstávala pro naši zemi i nadále příznivá.

Další bloky přednášek se týkaly očkování a vakcín. Na světovém trhu je již k dispozici veliké množství vakcín proti mnoha infekčním nemocem. Mnoho z nich je využíváno i u nás a to hlavně od firem GlaxoSmithKline a Aventis. Škoda, že zatím nemůžeme využívat jejich účinných, bezpečných a ve světě běžně používaných polyvalentních vakcín

a tak, bohužel, počet vpichů, které dostane malý človíček hned v prvním roce života, je zbytečně veliký. Byla jsem pyšná na náš očkovací kalendář a vysoké procento proočkovanosti. Např. ve Finsku se potýkají s narůstajícím počtem případů onemocnění pertussí u adolescentů a dospělých. Hladina protilátek po primovakcinaci totiž po 8mi a více letech klesá až mizí, takže Finové uvažují o zavedení revakcinace okolo pátého roku, což u nás řadu let běžně provádíme. U starších dětí a dospělých bude jednou z možných použitelných vakcín Boostrix a to i u nás, k imunizaci vnímavých jedinců i v pozdějším věku – např. pro ty, kteří z důvodů kontraindikace byli očkováni jen DiTe. Víme totiž, že i zde počty onemocnění pertussí a parapertussí narůstají. Ze zdroje EPIDATu jsem zjistila, že počet hlášených případů pertusse byl v roce 1993–72, v roce 2001 již 124 a parapertusse v roce 1993–25, v roce 2001 – 113.

Jedno půldne bylo věnováno problematice virových hepatitid. V přednášce Dr. André z Belgie zazněla zajímavá čísla. Na světě je 350 – 400 milionů nosičů HBsAg. 1–1,5 milionu lidí zemře ročně na přímé následky virové hepatitidy typu B. Na celém světě se už ve 129 zemích očkuje proti HBV. Zbývá ještě 85 zemí k zavedení tohoto očkování. Nevím, do které skupiny jsme byli zařazeni, ale důležité je, že povinná vakcinace proti této zákeřné chorobě byla zavedena v loňském roce už i u nás.

Také onemocnění HIV se věnovala řada přednášejících. Toto onemocnění zůstává však i nadále velikým oříškem a to nejen léčebným, ale i epidemiologickým a profylaktickým. Další přednášky se týkaly lokální problematiky některých zemí, např. problém narůstající rezistence antimalarik, výskyt parazitů, mykotická a chřipková onemocnění apod.

Závěrem bych chtěla říci, že celkový dojem ze své účasti na kongresu hodnotím velice pozitivně a že kromě řady medicínských poznatků jsem měla možnost seznámit se s tak zajímavým městem, kterým Singapur bezesporu je. Kloube se v něm odlišné kultury, architektonické styly, potkáváte lidi různých národností, ale co je všechny spojuje, je neobyčejná vstřícnost, ochota, dobrá nálada a všudypřítomná čistota, která je až zarážejí-

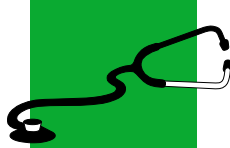
cí. A k tomu všemu nádherné slunečné počasí, zeleň, rozkvetlé keře, květiny. Kdo by si přál víc?

Za tento veliký zážitek děkuji OSPDL, že mě vyslala, a firmě GlaxoSmithKline, že mi to vše finančně umožnila.

**MUDr. Dana Vurmová
PLDD, Praha 8**

Diabetici se možná obejdou bez injekcí

Skotští vědci jsou přesvědčeni, že jejich objev inzulinu, který se dá vypít, ohlašuje velkou změnu ve způsobu léčení lidí trpících cukrovkou. V současné době je inzulin, který se používá pro řízení hladiny krevní glukózy, vstříkovan výhradně injekčně. Brzy však může být podáván v emulzi zvané Apset, která je odolná proti žaludečním kyselinám. Jenny Hirstová z britské organizace diabetiků odkázaných na inzulin, uvítala zprávu o objevu s jistou obezřetností: „Jestliže tohle někdo udělal a může to učinit stejně bezpečným a účinným řízením hladiny krevních cukrů jako inzulin podávaný injekčně, bude to vyslyšením modliteb mnoha lidí.“ O možnost podávat inzulin jinak než injekcí vědci usilují již dlouho. Zkoumají možnosti, jak podávat inzulin ve spreji, či dokonce v tabletkách. „Zatím to ale vždy naráželo na to, že žádná alternativa nebyla s to zaručit tak přesné dávkování jako injekce,“ okomentoval to jeden z předních českých expertů na problematiku diabetu, profesor Michal Anděl z pražské Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Dávky inzulinu se počítají na jednotky v mililitrech. Profesor Anděl se osobně domnívá, že pokud by se naděje skotských chemiků potvrdily, bude uvedení do praxe ještě otázkou dlouhých let. Dodal, že navzdory laické představě není samo píchání inzulinu díky moderním dávkovačům tím největším problémem, který diabetikům jejich nemoc způsobuje. Ve světě je 135 milionů diabetiků a očekává se výhledově, že jejich počet vzroste do roku 2025 na 300 milionů.



Hexavalentní vakcína

nová očkovací látka firmy Aventis Pasteur MSD

MUDr. Klára Michálková

Aventis Pasteur

Cílem kombinovaných vakcín je podání vysoce účinných očkovacích látek co nejširšímu spektru dětské populace nejsnadnějším a nejefektivnějším způsobem. Nejstarší kombinovanou vakcínou je vakcína proti diftérii, tetanu a pertusi (celobuněčná - DTwP). Tato vakcína se stala základem pro dětské očkovací programy a více než 40 letým používáním jednoznačně demonstrovala svou účinnost. Teprve v relativně nedávné době byla DTP vakcína úspěšně doplněna o složku *Haemophilus influenzae* typ b (DTP-Hib), počet injekcí nutných k zajištění ochrany dětí se tak snížil z 8 na 4 a byl učiněn důležitý krok k eliminaci Hib invazivních infekcí. V roce 1993 se ve Francii začala používat první pentavalentní vakcína sloučící složku Hib s vakcínou proti diftérii, tetanu, pertusi a poliomyelitidě a téměř souběžně byla v takzvané nové generaci vakcín nahrazena složka celobuněčné pertuse méně reaktogenní složkou acelulární pertuse. Novinkou firmy Aventis Pasteur MSD, jedinečně doplňující širokou škálu kombinovaných očkovacích látek určených dětem, je hexavalentní očkovací látka HEXAVAC. Tato kombinovaná očkovací látka zajišťuje ochranu proti nejširšímu spektru závažných dětských onemocnění najednou. Očkování hexavalentní vakcínou chrání děti současně před záškrtem, tetanem, dýchacím kašlem, dětskou obrnou, hepatitidou vyvolanou všemi známými podtypy viru hepatitidy B a před invazivním onemocněním způsobeným bakterií *Haemophilus influenzae* typu b (meningitida, epiglotitida, sepse, pneumonie...).

HEXAVAC obsahuje purifikovaný difterický a tetanový toxoid, adsorbovaný purifikovaný pertusový toxoid a adsorbovaný purifikovaný filamentózní hemagglutinin, adsorbovaný purifikovaný povrchový antigen hepatitidy B, inaktivovaný poliovirus typ 1, 2, a 3 a *Haemophilus influenzae* typ b polysacharid (polyribosylribitol fosfát) konjugovaný na tetanický toxoid.

Základní očkovací schéma sestává ze 2 - 3 dávek (0,5 ml), podaných v průběhu prvního roku života, v závislosti na daných oficiálních doporučeních. Dávky by měly být podány v intervalu nejméně 1 měsíce: na příklad ve 2., 3., 4. měsíci nebo ve 2., 4., 6. měsíci či ve 3. a 5. měsíci.

Po základní vakcinaci, provedené jen 2 dávkami přípravku HEXAVAC (tj. ve věku 3 a 5 měsíců), musí být posilovací dávka podána mezi 11. a 13.

měsícem věku dítěte. Po základní vakcinaci třemi dávkami vakcíny HEXAVAC (tj. ve 2., 3., 4. měsíci, nebo ve 2., 4., 6. měsíci), musí být posilovací dávka podána mezi 12. a 18. měsícem věku dítěte, a to v závislosti na daných oficiálních doporučeních.

HEXAVAC může být použit i jako posilovací dávka, pokud batole obdrželo kompletní základní vakcinaci s každým antigenem, obsaženým v přípravku HEXAVAC, bez ohledu na to, zda tyto antigeny byly podány jako monovalentní, nebo kombinované vakcíny, vyrobené firmou Aventis Pasteur nebo firmou Merck.

HEXAVAC se očkuje do čtyřhlavého nebo deltového svalu, nejlépe do různých míst vpichu pro posobě následující dávky.

Klinické studie prováděné s vakcínou HEXAVAC demonstrovaly vysokou imunogenitu této kombinované vakcíny. Vakcína indukuje séroprotektivní titry protilátek na všechny ve vakcíně obsažené antigeny. Výše sérokonverze po očkování vakcínou HEXAVAC je srovnatelná s vyšší sérokonverze po očkování pentavalentní vakcínou a vakcínou proti hepatitidě B do odlišných míst vpichu. Booster dávka vakcíny HEXAVAC vyvolává silnou anamnestickou odpověď jak po primovakcinaci dětí vakcínou HEXAVAC, tak po primovakcinaci pentavalentní vakcínou s hepatitidou B do odlišných míst vpichu.

Stejně jako po aplikaci jiných očkovacích látek, se mohou u dětí po očkování vakcínou HEXAVAC objevit některé vedlejší účinky (tab. č. 1). V klinických studiích byl HEXAVAC všeobecně dobře snášen a prokazoval velice nízkou reaktivitu. Vedlejší účinky zahrnovaly bolestivost při tlaku na místo aplikace, zarudnutí a otok v místě vpichu. Do 72 hodin po očkování se mohou u dítěte objevit i další vedlejší účinky očkování a to podrážděnost, nespavost a neobvyklý pláč nebo naopak zvýšená ospalost. Mírná horečka kolem 38°C je nejčastěji pozorovanou celkovou reakcí a to průměrně u 15% očkovanych dětí. Tyto reakce jsou pouze přechodné a vymizí bez jakýchkoliv následků pro dítě. Méně obvykle byly hlášeny: horečka 40°C nebo i vyšší, syndrom neutišitelného pláče, zarudnutí a/nebo zatvrdnutí v místě vpichu > 7 cm, nebo otok celé dolní končetiny. Vzácně byly hlášeny febrilní křeče a velmi intenzivní pláč.

HEXAVAC reprezentuje velice důležitý krok ve vývoji dětských očkovacích látek, nabízí příležitost zajistit ochranu jedinou injekcí proti již v úvodu zmiňované řadě závažných dětských onemocnění a snižuje tak určitý diskomfort jak pro dítě, rodiče, tak pro lékaře, redukuje výrazně čas, který je jinak nutný k aplikaci jednotlivých složek vakcíny a v konečném důsledku i cenu samotného očkování. ■

tab. č. 1

Procento lokálních a celkových reakcí v období 3 dnů po každé dávce vakcíny HEXAVAC, v průběhu základního očkování (schéma 2, 3, 4 nebo 2, 4, 6 měsíců)				
	1. dávka	2. dávka	3. dávka	všechny dávky
počet dětí	3 897	3 826	3 784	11 507
lokální reakce				
jakákoliv lokální reakce	14,1	17,9	19,6	17,2
začervenání ≥ 2 cm	6,1	10,0	12,2	9,4
zatvrdnutí a/nebo otok ≥ 2 cm	10,2	12,6	13,4	12,0
celková reakce				
podrážděnost a/nebo neobvyklý pláč	25,7	25,3	22,0	24,4
ospalost 15,2 8,8 6,3 10,1				
neutišitelný pláč > 3 hodiny	0,2	0,02	0,01	0,2
teplota 38 - 38,9°C	9,1	18,0	18,0	15,0
teplota 39- 39,9°C	0,4	1,6	2,7	1,6
teplota ≥ 40°C	0,03	0,1	0,2	0,1

Aventis Pasteur



Aktuality

Dětsí lékaři se prou s praktickými o studenty

Posunout hranici, do kdy mohou být mladí lidé registrováni v jejich péči, žádají pediatři. Praktičtí lékaři pro dospělé to ale odmítají.

Mezi praktickými lékaři pro děti a dorost a lékaři pro dospělé se vede diplomatická válka o početnou skupinu mladých lidí ve věku od 19 do zhruba 26 let. Dětsí lékaři žádají změnu dosavadních pravidel. Ta stanoví, že pacienti jsou po dovršení 19 let automaticky vyškrtnuti z kartoték pediatriů a musejí se přeregistrovat k lékaři pro dospělé. Každý rok jde asi o sto osob na ordinaci. Pediatři žádají zavést praxi obvyklou ve státech Evropské unie. Mladí lidé, především studenti, by podle jejich návrhu mohli zůstat v péči dorostových lékařů až do doby, než ukončí přípravu na zaměstnání a nastoupí do práce. Praktičtí lékaři nesouhlasí. Namítají, že devatenáctiletý člověk už nepotřebuje starost pediatra. Není tedy důvod, proč by měl v jejich kartotékách zůstat. Ve skutečnosti ale může mít řada mladých lidí po odchodu od dětského lékaře s přeregistrováním potíže. Praktici mají pojišťovnou stanoven limit zhruba 1800 klientů na ordinaci. Především v regionech, kde je praktických lékařů nedostatek, mají kartotéky plné. Za případné další pacienty by byli pojišťovnou penalizováni. „Upozorňujeme už dlouho, že je třeba problém systémově vyřešit. Zatím vše funguje na základě několik let staré dohody mezi pediatry, praktiky a pojišťovnou. Udělali jsme tenkrát kompromis, který není ošetřen zákonem,“ řekl místopředseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost Milan Kudyn. Bývalí pacienti se prý v ordinacích objevují co chvíli. Zpočátku bylo možné je ošetřit v rámci nepravidelné péče, kterou lékař může v případě potřeby poskytnout i neregistrovanému klientovi. Pojišťovna však nyní platby za tyto úkony redukuje.

Praktici: Rozšiřovat mantinely nechceme

„Když za mnou přijde pacient, jehož jsem ošetřoval mnoho let, nemohu ho přece odmítnout s tím, že za něj nedostanu zaplacené. A tak je léčíme často zadarmo,“ konstatuje Kudyn. „Podle našeho názoru tento stav narušuje právo na svobodnou volbu lékaře,“ soudí. Praktičtí lékaři nevidí důvod před lety stanovené mantinely měnit. „Věková hranice byla opakovaně předmětem sporu. Toto je jen další pokus ji posunout. Není k tomu žádný objektivní důvod,“ míní místopředseda Sdružení praktických lékařů Jan Jelínek. Stejně tak by podle něj mohli praktici tlačit na současnou dolní hranici, kdy se mladý člověk může přeregistrovat k „dospělému“ lékaři. Tou je nyní dovršení 14 let. „I tady bychom jistě našli argumenty, proč chtít třeba už třináctileté. Ale my rozšiřování hranic nepovažujeme za správné. Vedlo by to k setření rozdílů mezi pediatry a praktiky,“ tvrdí Jelínek. Praktičtí lékaři pro dospělé vidí za snahou svých kolegů ekonomické důvody. Domnívají se, že je to reakce na fakt, že v ordinacích pediatriů jsou nyní populačně slabší ročníky a oni tím pádem ztrácejí klientelu i příjmy. Ekonomické důvody Kudyn připouští, ale za hlavní považuje stav, kdy dochází k částečné nedostupnosti primární péče pro mladé lidi. To zase popírá Jelínek. Tvrdí, že chyba je na straně pediatriů. Pokud by své klienty včas upozorňovali na ko-

nec registrace, měli by dost času si nového lékaře najít a změnu vyřídit.

Šéf lékařské komory vytáhl proti Klausovi

David Rath pořádá billboardovou kampaň za několik milionů korun
Stavovská organizace českých lékařů bere svou hrozbu útoku proti Občanské demokratické straně a především jejímu předsedovi Václavu Klausovi vážně. Prezident České lékařské komory David Rath už má dokonce vymyšlené heslo, kterým hodlá před volbami Klause u voličů zostudit. Mottem celoplošné kampaně se má stát slogan: Volte Václava Klause, volíte Klementa Gottwalda. „O celoplošné kampani v médiích a na billboardech rozhodne čtvrtetní představenstvo lékařské komory,“ prohlásil Rath. „Jsme ochotni do ní investovat i několik milionů korun.“ Přirovnání k „prvnímu dělnickému prezidentu“ a nejvyššímu představiteli komunistické strany v 50. letech si Klaus v očích lékařů vysloužil za svou podporu záměru poslance ODS Marka Bendy zrušit povinné členství ve zdravotnických profesních komorách – lékařské, lékárnické a stomatologické. Benda svůj návrh přednesl ve sněmovně minulou středu při projednávání návrhu zákona o transplantacích. Rath tvrdí, že zrušení povinného členství by ve svých důsledcích vedlo k zániku komor. Ve své 110leté historii byla ČLK zrušena jen jednou – po únoru 1948 vládou Klementa Gottwalda. Mezi další odvetné kroky ze strany lékařské komory mají podle Ratha patřit mj. přesvědčování pacientů lékaři a zdravotníky, aby ODS jako škůdce českého zdravotnictví nevolili, či přeposílání stížností pacientů z komory na adresu Václava Klause.

„Začneme s tím ode dneška. Jen ať se pan Klaus přesvědčí, jaký objem práce komora řeší. Ať ukáže, že to umí lépe,“ uvedl Rath. Podmínkou pro zrušení protiakcí je stažení Bendova návrhu a omluva ze strany Klause a ODS. Poslanec Marek Benda však předem prohlásil, že od svého záměru neustoupí. Má přitom Klausovu plnou podporu. Předseda Občanské demokratické strany předem odmítl s lékaři vyjednávat. Na svých internetových stránkách zrušení povinného členství obhajuje. Domnívá se, že význam komor tento krok neoslabí. „Nemáme opravdu nic proti profesním komorám,“ napsal tu. „Vadí nám pouze to, že jde o členství povinné. Že ten, kdo z jakéhokoli důvodu nechce být členem komory, nesmí vykonávat povolání.“ Podle Václava Klause jde o porušení svobody podnikání.

Stomatologové vyčkávají

Další dvě profesní komory, jichž se Bendův návrh také týká, jsou zatím v protiopatřeních zdrženlivé. Prezident lékárnické komory Jindřich Oswald i viceprezident stomatologické komory Pavel Chrz vyčkávají, jak poslanci rozhodnou. Do kampaně České lékařské komory by se zapojili zřejmě, jen pokud návrh projde. Bendův pokus má jen malé šance na úspěch v Poslanecké sněmovně. S nesouhlasným stanoviskem vystoupil hned ve sněmovně ministr zdravotnictví Bohumil Fišer. Poslanci ČSSD změnu zákona pravděpodobně nepodpoří. O postoji sociálních demokratů bude dnes Rath vyjednávat s jejich předsedou Vladimírem Špidlou. Už včera si prezident lékařské komory při schůzce s Cyrilem Svobodou a Hanou Marvanovou vyjednal podporu poslaneckých klubů KDU-ČSL a Unie



svobody. Někteří poslanci těchto stran, například lidovec Josef Janěček, se však netají sympatiemi k návrhu Marka Bendy. Předvolební slogan DAVIDA RATHA: „Volte Václava Klause, volíte Klementa Gottwalda“

Ministři odpustili nemocnicím dluhy

Vláda včera rozhodla, že pražské Všeobecné fakultní nemocnici a Fakultní nemocnici v Motole odpustí dluh v celkové výši zhruba 1,217 miliardy korun. Peníze se kabinet pokusí najít ve státním rozpočtu na příští rok, řekl novinářům po jeho zasedání ministr zdravotnictví Bohumil Fišer.

Medicína, lobby, tržní drak

Jan Hnízdil v článku Výprodej lékařské etiky kritizuje komoru a usuzuje, že za stav zdravotnictví může pronikání liberálně tržních principů (MF DNES 15. dubna). Medicína se dle něho dehumanizovala a degradovala pod drtivým tlakem trhu. Jenže opak je pravdou: liberální trh ve zdravotnictví neexistuje, a tak ani nemohl napomoci degradaci a dehumanizaci. Použití obou slov navozuje pocit, že předtím (za socialismu?) bylo humánnější a na vyšším stupni. To už chce velkou dávku představitosti: neexistující drak sežral neexistující princeznu. Největším problémem zdravotnictví je právě neexistence trhu a z toho vyplývá i snadnější pozice různých lobby. Volný trh není zlým drakem z pohádky. Dva lidé se sejdou a dobrovolně si něco vymění, třeba zdravotní službu, za peníze. Co je na tom špatného? V našem zdravotnictví se však dva sejdou, jeden poskytne službu (tlačen netržním financováním k rychlosti a šetření na úkor kvality), druhý nezplatí a třetí (výběrčí daní zvaný nepravdivě pojišťovna) násilím vybere daně a podle svého uvážení (bez vlivu trhu, tj. pacientů) tomu prvnímu něco nasype. První se cítí nedocenen, druhý často nedostatečně obslužen. Jestli tohle je ten zlý liberální trh, pak země je placatá a slepé střevo je appendix. Dr. Hnízdil pokračuje, že „neviditelná ruka trhu může zcela bez kontroly metastázovat i do tak humánní oblasti, jakou medicína bezesporu je“. Jako by svobodná dohoda dvou lidí byla rakovinou, a její omezování naopak lékem. Je tedy třeba omezování ještě utužit, třeba i přes kritizovanou komoru? Volný trh, tedy setkání dvou lidí za účelem transakce, není povolen: devitalizace se nesmí, i když ji obě strany chtějí a i když jde o dospělé lidi ochotné podstoupit rizika. Volá-li lékař Hnízdil po morálce, jak morální je bránit lékaři a pacientovi v uskutečnění transakce jen proto, že někdo vysoko sedící má jiný názor? Pan Hnízdil se oprávněně obává tlaku lobby některých firem prodávajících své léky zčásti bez ohledu na potřeby pacienta a vedlejší účinky. Jenže kde se takovým tlakům daří lépe: na volném trhu, na nějž se vejdou chemoterapeuti, devitalizátoři, výživáři i bylináři a kde pacient svými penězi spoluurčuje, která metoda je levnější a účinnější, nebo v netržním vysoce regulovaném systému? Není na první pohled zřejmé, že nějaká lobby lépe protlačí svoje zájmy přes kontrolora, který má moc něco zakázat? Regulované systémy jsou nejnáchylnější k monopolizaci názorů a postupů. Podplatit někoho v komoře či vědecké radě, aby něco zakázal, je neskonale snazší než přimět nezávislé lékaře bez zakázů k tomu, aby předepisovali „lék té správné značky“. Omezo-

vání svobody nevede ke zlepšení péče, ale právě naopak. Selhání komory prý vrhá stín na všechny lékaře, soudí dr. Hnízdil. A proč by mělo? Vrhá stín pouze na komoru a na víru v užitečnost regulace lékařů povinným členstvím v ní. Selhání komory není ničím neobvyklým: studie uveřejněná v USA Today potvrdila, že nadpoloviční většina expertů vyjadřujících se ve schvalovacím procesu medicínských postupů a léků v USA má finanční vztahy s výrobcí toho, k čemu se vyjadřují. Kde neexistující trh je suplován regulací a kde zákazník nemůže „hlasováním penězi“ spolurozhodovat o kvalitě, tam kvalita stagnuje. Můžeme mít nějakou představu o dokonalém zdravotnictví: diagnostika na vysoké úrovni zjišťuje primární příčiny nemocí, lékař bere pacienta jako partnera a má na něj tolik času, kolik oba potřebují. Léčba odstraňuje příčiny, a ne pouhé symptomy. Přerozdělovací systém, kde pacient nemůže ovlivnit nabídku (nechce-li uplácat), netlačí na změny k lepšímu, jaké probíhají rychle třeba v počítačovém průmyslu, kde je normální volný trh. Pokrok v medicíně, tažený poptávkou, by vedl k prosazení toho nejlepšího, co umí. Zjišťování příčin by nutně vedlo k lepším metodám testování hladiny živin v těle (imunitní obrana proti nemoci se netvoří chemoterapeutiky), patogenů, struktury imunitních buněk, volných radikálů, enzymatických systémů, okysličení tkání, ATP energie, výchytkám pH tělních tekutin, hladiny hormonů i genetických a třeba i energetických či ekologických zátěží a hlavně souvislostí. Ruku na srdce: kolik z nás zná svoji hladinu vitamínu D nebo hořčíku a kolik patogenů v nás bydlí, aniž bychom to vůbec tušili? Jak často jsme se setkali s diagnostickým střílením od boku či s nezájmem? Problém není v lékařích: mnozí pracují obětavě lépe, než kolik za to dostanou. Problém je v systému. Dr. Hnízdil volá po lepším ocenění lékařů mimo trh. Jenže přerozdělovací systém dokáže utopit třeba dvojnásobek daní bez toho, aby byl lékař lépe oceněn a pacient spokojenější. Ani existence nemajetných pacientů není argumentem proti trhu. Ten vůbec nevylučuje pomoc opravdu slabým, ale neexistuje naopak žádný rozumný důvod, proč platit paralen a oběd v nemocnici z daní někomu, kdo to nepotřebuje. Nakonec i chudý člověk by měl mít právo vybrat si i peníze mezi lépe fungujícími játry a třemi sty krabičkami cigaret ročně.

Do 10 let zmizí polovina zubařů

Stomatologická komora bije na poplach: Zhruba polovina českých zubních lékařů odejde v horizontu deseti let do důchodu, nástupci nejsou.

Pacientům hrozí, že do deseti let nebude, kdo by jim ošetřil chrup. Nejnovější ročenka České stomatologické komory přináší varující údaje: ze zhruba 7500 registrovaných zubařů jich během deseti let více než polovina odejde do důchodu. České školství přitom není schopno vyprodukovat adekvátní náhradu. „Z našich údajů vyplývá, že v průběhu následujících devíti let odejde do důchodu okolo čtyř tisíc zubních lékařů. Situace se ale může vyhrotit velmi brzy, protože 68 procent z tohoto počtu tvoří ženy. A ty, jak známo, chodí na odpočinek dříve,“ konstatuje prezident České stomatologické komory Jiří Pekárek. Tabulka věkového složení zubařů mu dává za pravdu. Nejvíce lékařů je ve věku mezi 46 až 50 lety, druhou nejpo-



četnější kategorii tvoří lidé ještě o pět let starší. Ženy zde výrazně převažují. Součet všech zástupců mladší generace od 24 do 45 let přitom jen mírně převyšuje nejsilnější studijní ročníky ze 70. let (2419 lékařů proti 2208 ve věkové kategorii 46 – 50 let). „Je to tím, že už mnoho let vstupuje do komory jen zhruba 90 čerstvých absolventů. To je nedostačující číslo,“ říká Pekárek. Stomatologie je přitom výnosný a velmi žádaný obor. Vysoké školy ale z finančních důvodů nemohou pojmout více studentů.

„Chyba je na ministerstvu školství. Zájem o studium je velký, ale fakulty nemají peníze, aby mohly nabrat více lidí,“ podotýká šéf komory. Studium zubního lékaře je totiž finančně náročné. Škola musí zajistit nejen kvalitní pedagogy, ale i dostatek materiálu pro praktickou výuku a pokud možno moderní přístroje.

Studium je třeba o rok zkrátit

Podle Pekárka studium neúměrně prodražuje rozložením na šest let. V západní Evropě studují budoucí zubaři o rok méně. Je to dáno i tím, že čeští studenti jsou na většině lékařských fakult ve srovnání s cizinou příliš zatěžováni všeobecným lékařstvím. Evropa preferuje vyšší míru specializovaného učiva. Šéf komory upozorňuje, že problém nedostatku mladých zubařů je třeba začít řešit velmi rychle. Vzhledem k šestiletému cyklu výuky je totiž o počtech absolventů předem rozhodnuto až do roku 2008. Přímou tragickou je situace mezi specialisty-ortodontisty. Na zubní rovnátka dnes lidé (především děti) běžně čekají až tři roky a do budoucna může být výrazně hůře. Z 284 registrovaných v komoře jich téměř 230 přesáhlo hranici 46 let. Zato v kategorii do 30 let figuruje jen jediný odborník! „Domnívám se, že v praxi půjde ovlivnit až počet absolventů v roce 2010. Do té doby jen těžko můžeme čekat nějaký výraznější nárůst,“ usuzuje Pekárek.

Přijde výpomoc ze zahraničí?

Na alarmující čísla komora upozorňovala ministry školství i zdravotnictví a zákonodárce ve zdravotních výborech. „Výsledkem bylo několik zdvořilostních odpovědí, ale žádný konkrétní návrh na řešení. Víc jako profesní organizace udělat nemůžeme. Snad jen apelovat na veřejnost,“ říká Pekárek. Hrozící kolaps péče o chrup by mohl odvrátit nábor zubařů v zahraničí a větší důraz na preventivní programy, což by snížilo poptávku po ošetřeních. V otázce příchodu většího počtu cizinců je ale Pekárek skeptický. V úvahu podle něj přicházejí pouze Poláci a Slováci, ovšem na Slovensku je stejně v tomto oboru stejně nepříznivá demografická situace jako u nás. „Poohlížet se dál na východ by už znamenalo sahat po lidech s horší úrovní kvalifikace,“ domnívá se Pekárek.

Kolik máme zubařů:

24–30	185	302	1
31–35	185	440	17
36–40	185	333	13
41–45	206	583	25
46–50	646	1562	99
51–55	397	827	58
56–60	283	641	39
61–95	384	421	32

První číslo v tabulce uvádí věkovou kategorii, následuje počet zubařů a zubařek a z nich počet specialistů-ortodontistů.

Pramen: ročenka České stomatologické komory

I N Z E R C E

V této rubrice je možno otisknout

požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod.

Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.

placená inzerce

Onemocnění žaludku a dvanáctníku v dětském věku

Autoři:

Sýkora Josef, Chudáček Zdeněk, Pozler Oldřich, Neumann David

Nakladatelství TRITON vydalo monografii z oblasti dětské gastroenterologie zabývající se komplexně chorobami žaludku a dvanáctníku v dětském věku kolektivem autorů z FN v Plzni a Hradci Králové. V publikaci je komplexně shrnuta současná problematika doplněná o široké klinické zkušenosti autorů se zaměřením na praktické použití. Celá kniha je rozdělena do 10 kapitol (vývojové, anatomické, histologické, fyziologické, patofyziologické poznámky, klinické projevy a vyšetřovací metody, vrozené vady, chronické recidivující bolesti břicha, poruchy žaludeční motility, peptické vředy gastrooduodenální, gastritidy a gastropatie, cizí tělesa, perforace, tumory žaludku).

Praha: Triton, 2002, 211s. - první vydání, brožované, barevná příloha.

Nakladatelství TRITON:

Vykaňská 5, 100 00 Praha 10, www.triton-books.cz

Hledám asistenské místo

Dětská lékařka s I. atestací a licencií, po MD, přijme asistenské místo nebo nabízí zástup v PLDD v Praze.

Tel.: 0723/744 730

Přijmu pediatra

Přijmu pediatra do privátní ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, 12 km severně od Brna. Nástup možný od 1.7.2002.

Tel.: 05/4927 3678 - po 18. hodině

Hledám pediatra

Hledám pediatra s I. atestací do soukromé praxe u Liberce, s event. následným přenecháním. Řidičský průkaz nutný, nástup možný ihned.

Tel.: 048/2761 701, 0605/836 227

Pronajmu ordinaci

Dlouhodobě pronajmu zařízenou lékařskou ordinaci v Říčanech - Radošovicích, okres Praha - východ. Seriózní jednání a rozumné nájemné. Vhodné pro praktického lékaře (možnost získání smlouvy s VZP) i specialistu. Nájemné možné od 02/2002.

Prosím kontaktujte tel.: 0603/268 233