

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

duben 2008 ■ číslo 4 ■ ročník 8



Mentální anorexie

Akutní stavy v kardiologii dospělých

Kazuistika náhle vzniklé rezistence v třísele u dorostence

Bezprostřední pouřazová fáze při mozkolebečních poraněních



Orion Diagnostica

Hero

Sunar

Téma čísla:
**PRVNÍ POMOC
U DOSPĚLÝCH
PACIENTŮ**

Nutricia - Hami HA

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

tel.: 267 184 065, fax: 267 184 050

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Vydavatel:

Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR, o. s.

Odborná garance:

Odborná společnost praktických
dětských lékařů ČLS JEP

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s. r. o.

(vox@imedix.cz; GSM: 777 281 866)

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

Mgr. Jaroslav Tesař



Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10× ročně, v nákladu 2200 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.

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsah inzerce a vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE – Ing. Veronika Drahovzalová
U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz



Přehled činnosti SPLDD za měsíc březen 2008 5

**Projekt „Moje ambulance“
a nová zdravotní pojišťovna Agel** 5

**Právní postavení českého lékaře, povinnost léčit
lege artis a ekonomické limity z pohledu soudce
Ústavního soudu Jiřího Nykodýma** 8

2. Kongres primární péče - 2. část 9

**Usnesení regionálních konferencí SPLDD ČR
(Jihočeský a Severočeský region)** 11



Informace OSPDL ČLS JEP 12

Oznámení Ambulance očkování FN Motol, Praha 13

MUDr. Ondřej Šmíd a kol.

**Akutní stavy v kardiologii dospělých
– přednemocniční péče** 14

MUDr. Ruth Adamová

**Kazuistika náhle vzniklé rezistence
v třísele u dorostence** 17

doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

**Nová metodická doporučení pro bezprostřední
poúrazovou fázi při mozkolebečních
poraněních dětí** 18

MUDr. Pavel Kabíček, CSc., MUDr. Štěpán Sulek

**Mentální anorexie
– diagnostické a terapeutické aspekty** 20

Zajímavosti ze světa odborné literatury 26



Aktuality 27

Řádková inzerce 30

Středová příloha:

*VYHLÁŠKA č. 386/2007 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž
se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních
prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře*



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN s. r. o.

Nakladatelství UMÚN, s. r. o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz
Obrázek na titulní straně namaloval nohama Petr Šrámek



Vážení dětští lékaři,

dovolte mi v úvodu tohoto editorialeu využít jedinečnou příležitost a Vám pediatriům vyslovit velké poděkování za Vaši práci. Velice dobře si uvědomuji, jak je náročná, zodpovědná a také vyčerpávající.

Právě na Vás z velké části záleží, jak zdravé budou naše příští generace, ale také jak efektivně využijeme peníze z veřejného zdravotního pojištění.

A nejde jen o základní zdravotní péči, o jejíž profesionalitě z Vaší strany nepochybují. Jde i o to, jak se Vám při Vaší

každodenní práci daří přesvědčit rodiče malých pacientů k zdravějšímu životnímu stylu.

A že to není jednoduché, víme všichni. Co děti milují? Hranolky, tučná jídla z fastfoodů, sladké limonády, vysedávání u televize, dlouhé hodiny strávené u počítačových her... A rodiče jim to dopřávají. Proč? Protože je to snadné, jednoduché, mají klid. A protože je zatím nikdo nedokáže motivovat ke změně.

Myslím však, že se blíží doba radikálních změn. Realizací připravované reformy zdravotnictví získáme od příštího roku šanci motivovat občany k přemýšlení o jejich zdraví a zdraví jejich dětí.

Šanci vidím ve spojení našich sil především při tvorbě plánů a poté i realizaci řízené péče. Pacienty budeme k zapojení do programu řízené péče motivovat ekonomicky, bonusy či slevami. Budeme moci dát klientům na výběr, například: Budete žít zdravě? Získáte bonus. Nebudete? Pak připlatíte.

Pojišťovna a lékaři se stanou rovnoprávními partnery, spolupracujícími při tvorbě plánu řízené péče. Plán by měl být postaven na sdílení medicínských informací, nikoliv pouze na finančním principu: má dáti – dal.

Ekonomické zájmy pojištěnců, ale i Vás – poskytovatelů zdravotní péče – a v neposlední řadě i zdravotní pojišťovny sladíme tak, aby pro každého ze zúčastněných byl program řízené péče zajímavý.

Vy – lékaři – budete motivováni k racionálnímu přístupu díky nastaveným finančním bonusům, na jejichž tvorbě se budete sami podílet.

Jaké získáme výhody? Odstraníme duplicity a zbytečná vyšetření, zkoncentrujeme výkony. Pacienti tak budou ušetřeni nepříjemností spojených s opakovanými vyšetřeními a při plnění stanovených podmínek získají finanční výhody.

Lékaři ušetří čas vynakládaný na zbytečnou péči a získají zajímavé finanční bonusy. Pojišťovna ušetří peníze a posílí image dobře fungující instituce, která je schopna se výborně postarat o své pojištěnce, ale i o své partnery – poskytovatele zdravotní péče.

Vážení přátelé, dětští lékaři, držím palce našemu snažení při realizaci všech reformních kroků nutných ke zlepšení situace ve zdravotnictví ČR a věřím, že společnými silami brzy vybudujeme spolupráci přínosnou pro nás všechny.

Ing. Jaromír Gajdáček
generální ředitel Zdravotní pojišťovny
Ministerstva vnitra ČR

Sociální pediatrie



v tomto čísle inzerují...

GSK
MEDICOM
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA

úřední hodiny SPLDD ČR...

Pondělí	9.00–15.00
Úterý	8.00–17.00
Středa	8.00–15.00
Čtvrtek	8.00–15.00

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

Úterý	
15.00–18.00	– MUDr. Pavel Neugebauer
9.00–11.30	– MUDr. Eva Vitoušová
17.00–18.00	– MUDr. Jiřina Dvořáková

Středa	
16.00–18.00	– MUDr. Hana Cabrnachová
15.00–18.00	– MUDr. Milan Kudyn
17.00–18.00	– MUDr. Jiřina Dvořáková
15.00–18.00	– MUDr. Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD za měsíc březen 2008

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc březen byl především ve znamení monitorování činností zdravotní pojišťovny Agel, nového hráče na trhu zdravotního pojištění. Souvisí, nebo nesouvisí s touto pojišťovnou aktivity projektu „Moje ambulance“? K tomu nám dají jistě odpověď následující týdny a měsíce. Březen je také měsícem, kdy se již tradičně rozjíždí kolotoč regionálních konferencí našeho sdružení. Hodnocení činnosti a představení projektu řízené péče, to budou jistě nejžhavější témata těchto konferencí.

1. 3. – v pražském TOP Hotelu pokračoval 2. ročník Kongresu primární péče. O jeho průběhu informujeme v pokračování z předchozího čísla na jiném místě.

5. 3. – s ministryní Džamilou Stehlíkovou jsem se sešel k diskusi o povinné registraci dětí u praktických lékařů pro děti a dorost, o němž uvažuje. V diskusi jsme došli ke shodě, že pravděpodobně vhodnější bude vázat na registraci dávky sociální péče, včetně porodního a mateřského příspěvku. Uvidíme, co nám v tomto směru přinesou další dny, neboť jsme se dohodli na další spolupráci.

14.–15. 3. – v Táboře se sešli naši členo-

vé na výroční konferenci jihočeského regionu. Hodnocena byla především činnost sdružení v souvislosti s jednáními se zdravotními pojišťovnami, členové regionu byli rámcově seznámeni s připravovaným projektem řízené péče.

19. 3. – na půdě zlínského krajského úřadu proběhlo jednání nad problematikou poskytování zdravotní péče v ústavech sociální péče. Šlo o jde o dlouhodobý problém, který se snaží předsedkyně regionu dr. Hülleová již několik let marně vyřešit. Proč tomu tak je, bylo patrné především z vystoupení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny. Zapojení všech zodpo-

vědných, včetně zřizovatele těchto zařízení – Krajského úřadu Zlínského kraje – snad povede k řešení, které nakonec přispěje ke zklidnění na všech stranách. V opačném případě hrozí výpovědi poskytování zdravotní péče v uvedených zařízeních ze strany našich členek.

29. 3. – hodnocení činnosti sdružení a postavení praktických lékařů pro děti a dorost v souvislosti s letošními smlouvami bylo předmětem jednání další z řady výročních konferencí sdružení, tentokrát v regionu severní Čechy. I tento region byl seznámen s připravovaným projektem řízené péče.

Projekt „Moje ambulance“ a nová zdravotní pojišťovna Agel

Od roku 2007 s obavami sledujeme některé dění ve zdravotnictví. Na veřejnost se dostala informace o zájmu určité finanční skupiny založit vlastní zdravotní pojišťovnu. Vše přitom začalo skupováním některých moravských nemocnic a poprvé jsme se seznámili s prvkem řetězení nemocnic v jiném pojetí, než jsme byli dosud zvyklí. Brzy nato se objevil projekt „Moje ambulance“ a opět tu byl onen prvek řetězení, tentokrát ambulancí. Shodou okolností autor projektu „Moje ambulance“ vzešel z kruhů pracovního týmu připravujícího založení zdravotní pojišťovny Agel. Náhoda?

■ I. „Moje ambulance“

1. Leták šířený po domácnostech – výpis:

Jste tu pro Vás 12 hodin denně!

U nás nečekáte!

Provedeme Vám vstupní prohlídku zdarma!

Dále pak pravidelně kontrolujeme Váš zdravotní stav!

Efektivně léčíme Vaše onemocnění!

Neplatíte nic navíc!

Důkladná vstupní prohlídka zdarma!

2. Prohlášení praktických lékařů k projektu „Moje ambulance“

ze dne 20. března 2008

Sdružení praktických lékařů ČR prohlašuje, že nepodporuje žádná nově vznikající zdravotnická zařízení projektu „Moje ambulance“ ani se na tomto projektu jinak nepodílí. Sdružení

tímto reaguje na informace, které se objevují v médiích.

Rovněž varujeme před bytovou reklamní kampaní projektu. Na svých letácích Moje ambulance uvádí jako výhody služby, které všichni praktici ze zákona poskytují (vstupní a preventivní prohlídky bez poplatku, efektivní léčba onemocnění, pravidelné kontroly zdravotního stavu). Jiné sliby jsou naopak nereálné při současném zachování kvality poskytované péče. Například dvanáctihodinová ordinační doba je vykoupena faktem, že se pacient nesetká pokaždé se stejným lékařem.

Vzhledem k průměrnému věku praktických lékařů v ČR (52,2 roku) a nízkému počtu nových mladých praktiků v minulých letech není možné dodržet slibovanou dvanáctihodinovou ordinační dobu, bez čekání v čekárně, a současně dodržet

podmínku ošetření pacienta kvalifikovaným praktickým lékařem. Moje ambulance žádné nové kvalifikované praktické lékaře do systému nepřivede, pouze je odčerpá z jiných pracovišť.

Nabídka „efektivní léčby“ onemocnění pacienta může vzbuzovat zdání, že mimo projekt „Moje ambulance“ praktici efektivně neléčí. Proti vyvolávání takového dojmu se rozhodně ohrazujeme a považujeme ho za projev nekalé konkurence.

Konečně nabízený stokorunový bonus na odběr zboží ve sdružených praxích „Mojí ambulance“ je ekonomickou pobídkou, která nemá nic společného s racionálním rozhodováním a hodí se spíše do supermarketu. Kupovat si pacienty je hrozba pro jejich zdraví.

SPL monitoruje přesvědčovací aktivity projektu „Moje ambulance“ a již nyní sbírá konkrétní případy náborových bytových aktivit s neetickými



mi přesvědčovacími metodami, obzvláště pak k pacientům seniorům.

Například na Ostravsku agitátoři projektu „Moje ambulance“ přesvědčili 76letou pacientku k registraci všemožnými sliby, včetně lázní zdarma. Stará dáma podepsala registraci doma, aniž by věděla, kdo ji vlastně bude léčit. Následně přispěchala ke svému dosavadnímu lékaři a prosila ho, ať nevydává její zdravotní dokumentaci. Nová registrace je však jejím podpisem platná a nelze ji okamžitě zrušit. SPL ČR proto varuje pacienty před ukvapeným rozhodováním.

MUDr. Jan Jelínek,
tiskový mluvčí SPL ČR

■ II. Zdravotní pojišťovna Agel

1. Oslovení zdravotního ředitele

MUDr. Filipa Horáka Sdružením 25. 3. 2008

Vážený pane řediteli,
před časem jsem od Vás obdržel návrh typové smlouvy pro segment praktických lékařů. Vzhledem k informacím o aktivitách Vaší zdravotní pojišťovny jsem se rozhodl předložit Váš návrh na jednání předsednictva našeho sdružení, které proběhlo dne 14. 3. 2008 v Táboře. Hned v následujícím týdnu se k nám nepřímo dostal i návrh cenového dodatku, který považuji za nedílnou součást takové smlouvy. Vedení našeho sdružení se oběma dokumenty podrobně zabývalo a došlo k následujícímu rozhodnutí a doporučení.

Předsednictvo Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o. s., rozhodlo, že do odvolání nebude doporučovat svým členům navazovat se zdravotní pojišťovnou Agel žádnou smlouvou.

Odůvodnění:

1. Dle informací z regionu Vaše zdravotní pojišťovna Agel oslovuje občany v regionu a nechává je podepisovat registrace s příslibem, že nebudou například platit regulační poplatky a budou mít menší doplatky za léky.

2. Máme, i když zatím neověřené, informace, že nové registrace jsou uzavírány s lékaři, kteří nemají příslušnou specializovanou způsobilost.

3. Zdravotní pojišťovna Agel rozesílá lékařům návrh tzv. úhradového dodatku na rok 2008, aniž by byl projednán oprávněnými zástupci praktických lékařů pro děti a dorost, což vyplývá z příslušných ustanovení zákona č. 48/1996 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

4. „Cenový dodatek“ obsahuje ustanovení o navýšení základní kapitační platby ve znění, které může smluvním partnerům do budoucna přinést problémy při dohodování o vyplacení tohoto navýšení.

5. „Cenový dodatek“ obsahuje návrh vykazování nových kódů: 99012, 99013, 01901. Způsob jejich případné limitace a proplácení nebyl s naším sdružením dohodnut.

6. Z předložených dokumentů není patrné, jak bude naopak postupováno při případné žádosti o nasmlouvání dalších kódů, zejména kódů tzv. rychlé diagnostiky, jako například CRP.

Věřím, že i Vaše pojišťovna chce hledat cesty

společného zájmu, což by mělo vést ke stále větší spokojenosti Vašich klientů a našich pacientů, k čemuž by měl napomoci i vyvážený vztah mezi pojišťovnou a poskytovateli. Bohužel Vaše aktivity nás o tom zatím příliš nepřesvědčily.

S pozdravem

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR, o. s.

2. Právní stanovisko k cenovým dodatkům

Bohužel na rozdíl od ostatních pojišťoven nebyl návrh dodatku před rozesláním zdravotnickým zařízením dán k dispozici Sdružením praktických lékařů jako profesním organizacím zmocněným zastupovat zdravotnická zařízení svých členů i vůči zdravotním pojišťovnám.

Z dodatku je zřejmé, že základní kapitační sazba na jednoho registrovaného pojištěnce je stanovena ve výši 42 Kč. Tato sazba je pak násobena příslušným věkovým indexem.

Další část ustanovení článku III. odst. 1 je dle našeho názoru značně neurčitá a umožňuje několik různých výkladů. Jedná se o text: „Sazba dohodnutá zdravotnickým zařízením a pojišťovnou za provádění pravidelné preventivní péče, účelné farmakoterapie a optimalizace indukované péče činí 13 Kč.“

Z textu je zřejmé, že pojišťovna nabízí bonifikaci za provádění pravidelné preventivní péče, účelné farmakoterapie a optimalizaci indukované péče ve výši 13 Kč. Z textu není zřejmé, zda tato bonifikace je přičítána k základní sazbě (a teprve poté dojde k vynásobení věkovým indexem), nebo se vztahuje pouze k registrovanému pojištěnci (nikoli tedy pojištěnci jedincovému).

Zásadní nedostatek textu podle našeho názoru je ten, že nejsou uvedena žádná kritéria, která by byla rozhodující pro to, zda nárok na tuto bonifikaci vznikl, či nikoli. Význam textu je tedy dle našeho názoru takový, že je na jednostranném zvážení a rozhodnutí pojišťovny, zda konkrétní zdravotnické zařízení splnilo podmínky pro bonifikaci, či nikoli. To považujeme za zcela nevyvážené v neprospěch zdravotnického zařízení – pokud je bonifikace podmíněna určitým chováním zdravotnického zařízení, což z textu dodatku vyplývá, musí být z dodatku zřejmé, jaké jsou přesné podmínky nároku na tuto bonifikaci.

Pokud by snad mělo být ustanovení míněno tak, že příplatek ve výši 13 Kč na registrovaného pojištěnce (případně zvýšení základní sazby o 13 Kč) je vyplácen paušálně a není podmíněn splněním žádných kritérií, pak ovšem tomuto záměru neodpovídá formulace textu předmětného ustanovení.

Mgr. Jakub Uher

3. Reakce ze strany

zdravotní pojišťovny Agel

A) Odpovědi adresované SPLDD ČR, o. s.

Vážený pane doktore,
reaguji na Váš dopis ze dne 25. 3. 2008. Většinu

našich připomínek jsem Vám již vysvětlil v našem telefonickém rozhovoru, nicméně chtěl bych reagovat na jednotlivé body:

1) Tento bod je zcela nesmyslný a jde o fámu, tyto aktivity ZPA nikdy neprováděla a placení regulačních poplatků respektujeme a podporujeme.

2) Opět fáma, pro Vaši informaci, návrhy smluv jsme zaslali všem lékařům, kteří mají smlouvu s VZP, RBP a HZP, v příloze smluv požadujeme po lékařích standardní doklady dle platné legislativy. Osobně se přiznám, že Vašemu dotazu moc nerozumím.

3) V tomto máte pravdu, nicméně byli jsme v časovém stresu a vzhledem k tomu, že je úhradový dodatek pro praktické lékaře velmi výhodný, nepředpokládali jsme, že Vám to bude vadit. Nicméně do budoucna s Vaším sdružením budeme jednat osobně. Za tento postup se omlouváme.

4) Toto znění vychází bohužel z platné legislativy. Chtěli jsme dát do smlouvy 55 Kč, nicméně nám bylo doporučeno, že částku musíme rozdělit na základní sazbu a „bonus“, který jsme schválně nadefinovali takto, aby byl lehce splnitelný. ZP Agel bude všem praktikům hradit 55 Kč, bez dalších regulací. Takto jsme to vysvětlili i SPL a došli jsme ke shodě.

5) Kód výkonu 02901 je interním kódem ZP Agel, který je určitým bonusem pro praktické lékaře. Může se vykazovat jednou za dobu pojištění a je náhradou za určité administrativní náklady spojené se zavedením nové pojišťovny do Vašeho registru. Rozsah této „preventivní“ prohlídky necháme na každém lékaři.

6) Co se týká ostatních kódů, náš návrh byl pouze seznam základních kódů a bylo tam uvedeno, že další kódy si tam mají lékaři dopsat.

Vážený pane doktore, zítra mám cestu do Prahy, jsem připraven se podle Vašich dispozic setkat a vše vyřešit i osobně.

S pozdravem

MUDr. Filip Horák
zdravotní ředitel ZP Agel

Vážený pane předsedo,
s odvoláním na naše telefonní hovory z minulého týdne jsem Vás chtěl informovat, že praktičtí lékaři pro děti a dorost na Ostravsku obdrželi včera mailem stanovisko Mgr. Uhry k dodatkům ZP Agel. Nevím, zda se jedná o nedorozumění, neboť za prvé jde o stanovisko Mgr. Uhry vydané před několika týdny, na základě kterého jsem absolvoval osobní jednání se zástupci SPL ČR a i telefonicky tuto záležitost konzultoval s Mgr. Uherem.

V druhém mailu Vám přeposílám mail od MUDr. Uhrové s komentářem a v příloze i zápis z jednání. Kromě toho jsem s Vámi osobně 3× telefonicky hovořil minulý týden a zaslal jsem Vám i reakci na Váš dopis mailem i poštou. Z časových důvodů jste nabízenou schůzku odmítl s tím, že by situace měla již být vysvětlena. O to víc jsem překvapen, že nyní mezi Vašimi členy koluje mail, který poškozujeme naši zdravotní pojišťovnu.

Máme zájem o korektní spolupráci, navíc jsme



myslím předložili Vaším členům nadstandardní úhradový dodatek, který je jednoznačně nejvýhodnější ze všech pojišťoven. Mrzí mne, že neustále probíhá kampaň proti naší ZP. Vzhledem k tomu, že máme zájem o oboustranně vyvážené vztahy, chtěl bych Vás požádat o Vaše jednoznačné stanovisko, jak hodláte nadále přistupovat k naší ZP. Nebráníme se žádnému jednání, pokud myslíte, že je nutné, a jsme připraveni za Vámi přijet ve Vámi stanoveném termínu. Na základě našich kontaktů minulý týden jsem však nabyl dojmu, že SPLDD již nemá žádné výhrady proti dodatkům předloženým naší ZP.

Chtěl bych Vás požádat o urychlenou odpověď, zda vidíte nějaký problém mezi ZP Agel a SPLDD, a pokud ano, jsme připraveni ho okamžitě řešit. V opačném případě prosím informujte Vaše členy o tom, že pochybnosti, které mohly vyplývat z nesprávné interpretace našich smluvních dodatků, již byly vyvráceny.

Děkuji a těším se na další spolupráci
S pozdravem

MUDr. Filip Horák
zdravotní ředitel ZP Agel

B) Odpověď adresovaná SPL ČR

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore, reagujeme tímto na dopis, kterým Vás oslovila prostřednictvím e-mailové pošty Vaše profesní organizace Sdružení praktických lékařů ČR, týkající se úhradového dodatku Zdravotní pojišťovny Agel (dále jen ZPA) pro praktické lékaře. Pro urychlení vysvětlení Vám sdělujeme následující. Přípomínky k návrhu úhradového dodatku byly telefonicky konzultovány zdravotním ředitelem ZPA s Mgr. Uhrem, který poskytuje právní servis SPL ČR. Nejasnosti týkající se výše kapitační sazby byly vysvětleny.

Jako nově vznikající zdravotní pojišťovna chceme úzce spolupracovat se segmentem primární péče, který považujeme z dlouhodobého hlediska za klíčový. Z tohoto důvodu jsme v úhradovém dodatku navýšili kapitační sazbu na 55 Kč za jednicového registrovaného pojištěnce, což činí navýšení oproti základní sazbě o 30 %. Dle výkladu naší právní služby bylo nutné tuto sazbu složit ze dvou částek: 42 Kč je základní sazba a 13 Kč činí navýšení tak, aby vyhovovala znění vyhlášky č. 383/2007 Sb. Hodnota kapitační sazby ve výši 55 Kč bude násobena příslušným koeficientem podle věkových skupin. Takto bude pojišťovna postupovat u všech zdravotnických zařízení poskytujících zdravotní péči v odbornosti 001, 002.

Bylo pro nás překvapením, že náš návrh úhradového dodatku s navýšením kapitační sazby o 30 % byl označen jako „poměrně problematický“.

V závěru si Vás dovoluujeme upozornit na kód výkonu 01901 (u odbornosti 001) a kód výkonu 02091 (u odbornosti 002) – preventivní prohlídka při prvním zaregistrování pojištěnce ve zdravotnickém zařízení, které jsou uvedeny v příloze Smlouvy „Seznam nasmlouvaných kódů výkonů“. Bodové ohodnocení těchto interních kódů ZPA

činí 800 bodů a lze je vykázat při prvním zaregistrování pojištěnce ve zdravotnickém zařízení. Tyto kódy můžete vykázat v kombinaci s jakýmkoliv jiným kódem výkonu, jediné omezení je výše zmíněná četnost.

S přáním budoucí dobré spolupráce za Zdravotní pojišťovnu Agel

Václavík Heřman,

Odbor smluvních vztahů a zdravotních analýz

III. Zápis z jednání zástupců SPL ČR a ZP Agel dne 28. 3. 2008

Účastníci: MUDr. Filip Horák, zdravotní ředitel ZP Agel; MUDr. Jana Uhrová, místopředsedkyně SPL ČR; MUDr. Kamil Běrský, předseda SPL pro MSK kraj; MUDr. Miroslava Kulhavá, předsedkyně OS SPL Ostrava.

Na úvod ředitel Horák představil program a představu nově vzniklé pojišťovny ve vztahu k praktickým lékařům. Bude probíhat náborová akce pojišťovny zaměřená na kraje MSK, Olomoucký, Zlínský a ostatní, kteří budou mít zájem. Úhrada nesmluvním lékařům bude poskytnuta standardně.

Zároveň ředitel Horák uvedl, že ZP Agel (PA) se výrazně distancuje od aktivit projektu Moje ambulance. Tato soukromá aktivita bývalého pracovníka pojišťovny Agel velmi poškozuje jméno ZPA a vrhá od začátku špatné světlo na rozvíjející se spolupráci mezi ZPA a segmentem PL, na které zdravotní pojišťovně Agel velmi záleží. Segment praktických lékařů je pro ZPA klíčový a z tohoto důvodu došlo i k finančnímu stimulu v úhradovém dodatku pro tento segment.

A. Smlouvy

1. Rámcová smlouva: nebyly větší výhrady ke znění rámcové smlouvy, která je zpracována dle platné vyhlášky.
2. Zástupci MSK na základě zkušeností s postupem HZP upozornili na článek V. Kontrola, odstavec 7 (Věta: „Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči zdravotnickému zařízení odkladný účinek.“), s tím, že preferujeme případné uplatnění finančních nákladů až po uzavření jednání s daným PL, při problémech týkajících se většího počtu lékařů se SPL ČR. Dále by jednání mohlo pokračovat smířčím řízením. Jednoznačně se nesmí stát, aby pojišťovna uplatnila finanční nárok, aniž by to oznámila ZZ.
3. Oznámení přerušení ordinace a zástupu ZP platí za stejných podmínek jako u ostatních ZP, tedy po 3 dnech nepřítomnosti lékaře v ordinaci v daném měsíci.
4. Registrace (upřesnění): registrační lístky nemusí být odesílány pojišťovně.
5. Dle sdělení ředitele Horáka bude ZPA uzavírat smlouvy se všemi ZZ bez výběrového řízení. Po vyhodnocení SPL, že takto by bez posouzení kritérií kvality a potřeby komisi VŘ mohla získat smlouvy nadbytečná nově vznikající zařízení v těchto lokalitách, upřesnil, že se bude jednat o ZZ s již platnou stávající smlouvou s jinými

pojišťovnami (především VZP, HZP, RBP). Zástupci SPL vyslovili obavu, že i tento postup by jako protiprávní (rozpor se zákonem č. 48/1997 Sb.) mohl být důvodem zpochybnění platnosti smluv včetně dodatků s rizikem zpětných právních i ekonomických dopadů pro oba smluvní partnery.

B. Dodatky pro rok 2008

1. Kapitace: rozdělení na 42 a 13 je dle sdělení zástupce ZPA jen kosmetické a není zatíženo žádnými dalšími podmínkami ani regulacemi (viz písemně vysvětlení). Nadále bude probíhat jednání k zohlednění bodů tendru (akreditace, zohlednění vzdělávání, odesílání dávek portálem atd.). Smluvní kódy: upozornění na chyby v seznamu výkonů zaslaném ZPA. Bylo vysvětleno, že je to jen orientační návrh, vznikl v časovém tlaku, bude opraven – každý lékař může poslat svůj návrh smluvních kódů. Pan ředitel byl seznámen s rozdělením výkonů na výkony fakultativní a obligatorní, kapitační a mimokapitační (SPL dá seznam k dispozici stejně jako ostatním ZP) a upozorněn na současné dohody s ostatními pojišťovnami o vynětí například kódů odběrů, FW a převazů z kapitace i zájmu na nasmlouvávání dalších výkonů (např. CRP, INR, Holter, EKG, fyzikální terapie, edukce diabetika...).

2. Nový kód 01901 preventivní prohlídka při prvním zaregistrování pojištěnce ve ZZ, ohodnocená 800 body. Dle vysvětlení ředitele Horáka se jedná o první vyšetření pojištěnce nově zaregistrovaného u ZPA, tedy může být vykázán nejen při prvním registrování nového pacienta/pojištěnce ZPA v ZZ (v tomto případě společně s kódem 01021), ale také při převedení u PL kdykoli dříve registrovaného pacienta od stávajících pojišťoven k ZPA (v tomto případě již bez kódu 01021). Formulace v textu dodatku je tedy nepřesná, zástupce ZPA potvrzuje uvedený správný výklad v tomto zápise.

IV. Závěr

Napsáno toho bylo skutečně dost, lékaři, zejména moravskoslezského regionu, jsou pak konfrontováni s denní realitou. Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost bude dále monitorovat činnost jak zdravotní pojišťovny Agel, tak i projektu „Moje ambulance“ a jednotlivé výstupy vyhodnocovat. Zkušenosti z minulosti však varují před přílišným optimismem, slibů tu již byla celá řada a všichni máme ještě v živé paměti, jak takové zdravotní pojišťovny nakonec skončily. Proto vydalo sdružení výše uvedené doporučení, které má vést členy k důkladnému zvážení podpisu jakékoliv smlouvy s uvedenou zdravotní pojišťovnou. Sdružení nemá ambice svým členům postup jakkoliv nařizovat, nicméně je jeho povinností na možná rizika poukazovat. O skutečném úmyslu a přístupu k praktickým lékařům bude muset zdravotní pojišťovna Agel tyto lékaře ještě přesvědčit skutky, papír mnohdy snese hodně.

Pro VOX připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer



Právní postavení českého lékaře, povinnost léčit lege artis a ekonomické limity z pohledu soudce Ústavního soudu Jiřího Nykodýma

Výtažek z projevu týkající se otázky povinného členství a příspěvků

Do nástupu komunismu v roce 1948 se vývoj profesních komor na našem území odehrával kontinuálně s vývojem evropským. Středověký cechovní systém pod tlakem industriální společnosti zanikl a dohled nad výkonem jednotlivých profesí na sebe převzal stát. Ovšem v určitých oborech, někdy se o nich mluví jako o svobodných povoláních, mezi která patřila zejména povolání lékařská a právní, především advokacie, nebylo pro stát výhodné, aby státní správu vykonával přímo. Základ moderního pojetí stavovské samosprávy byl na našem území položen v osmdesátých letech 19. století, kdy např. vznikla lékařská komora. Advokátní komora v dnešní moderní podobě vznikla dokonce již v roce 1868. Není bez zajímavosti, že samotná myšlenka samosprávy je podstatně staršího data a byla prosazována již za vlády Josefa II. a nepochybně by uspěla, pokud by se tento reformní panovník dožil delšího panování.

Míra autonomie ve správě tzv. svobodných povolání narůstala vždy s demokratizací státu a naopak se dostávala do útlumu, či byla zcela potlačena v obdobích, kdy demokracie byla potlačována, či zcela potlačena. To lze zcela jednoznačně dokumentovat na vývoji politické situace na našem území od počátku 19. století do konce dvacátého století. Lze vysledovat, že v období Metternichova absolutismu, Bachova absolutismu, německé okupace v polovině 20. století nebo po únoru 1948 byla samospráva okleštěna, či zrušena. Není jistě bez zajímavosti, že jedním z prvních zákonů přijatých po únoru 1948 byl zákon 322/48 Sb., kterým byl přijat nový advokátní řád, jehož důsledkem byl zákaz výkonu advokátského povolání pro asi 90 % nezávisle působících advokátů a tím byla současně vytvořena vhodná půda pro zahájení politických procesů. Prvky samosprávy, které si advokacie udržela až do roku 1989, byly pak již jen formální, neboť i zde se plně uplatňoval princip vedoucí úlohy strany a vliv ministerstva na výkon správy advokacie byl rozhodující. Lékařská komora byla zrušena opatřením ministra zdravotnictví Plojghara v roce 1952.

Existence profesní samosprávy je do značné míry měřítkem funkční demokracie, tedy takové, která není jen napsaná v knihách se zlatou ořízkou, ale skutečně existující. Vzniká tak otázka, čemu přičítat opakované snahy o omezení stavovských samospráv v období po listopadu 1989, kdy sice v první euforii porevoluční doby rychle zanikly, ale v krátké době, konkrétně již od roku 1996, se opakovaně projevují tendence

pod různými záminkami stavovskou samosprávu svobodných povolání omezovat, či zcela zrušit. Především, a to naprosto paradoxně, s tvrzením, že jsou nedemokratické, protože se jimi příslušníci těchto stavů nutí k povinnému členství v těchto komorách. Tato argumentace je výrazem naprostého nepochopení právního postavení komor.

Pokud jde o právní pojetí samospráv, je třeba si ujasnit, že pro ně je charakteristické, že jsou zřizovány zákonodárnou mocí formou zákona, který samosprávu vybavuje určitým rozsahem veřejnoprávních pravomocí. Právní teorie je označuje termínem „veřejnoprávní korporace“. Tím je odlišuje od spolků, obchodních společností, občanskoprávních sdružení, které mají charakter subjektů soukromoprávních. Základní rozdíl mezi veřejnoprávní korporací a soukromoprávní korporací je tedy v tom, že veřejnoprávní korporace nevzniká z vůle soukromých subjektů, ale z vůle státu, který je zřizuje zákonem a přenáší na ně část své pravomoci, např. v zájmu lepší ochrany základních práv, jako je tomu u lékařské komory, kde těmito právy, jak bylo řečeno shora, je ochrana zdraví a života. Naproti tomu soukromoprávní korporace vzniká z vůle soukromých subjektů, které se v zájmu ochrany svých soukromých zájmů nebo v zájmu ochrany obecných zájmů, o nichž jsou přesvědčeny, že jim veřejná moc neposkytuje dostatečnou pozornost, sdružují do spolků či sdružení, které však nejsou nadány žádnou veřejnoprávní pravomocí.

A nyní k otázce povinného členství. V systému samospráv existují dva základní druhy samospráv. Je to jednak samospráva na principu územním a dále na principu osobním. Na principu územním jsou u nás vybudovány samosprávy obcí a měst a dále samosprávy krajů. Profesní samosprávy jsou budovány na principu osobním. Pokud stát uzná účelnost a potřebnost samospráv, nemůže z jejich dosahu vyloučit nikoho, kdo jim místně nebo osobně podléhá. Současně ale nemůže nutit nikoho k tomu, aby se na konstituování a výkonu samosprávy podílel. Jde vlastně o obdobnou situaci jako v případě státní moci. Pravomoci státu se nemůže vyhnout nikdo, tedy ani ten, kdo se např. nezúčastnil voleb, a tudíž se vzdal své možnosti ovlivnit složení parlamentu a vykonat tak vliv na konstituování politické moci ve státě. To, že je někdo povinně v profesní komoře, tedy neznamená žádné „členství“ ve smyslu spolku, byť např. zákon o lékařských komorách tohoto termínu používá, ale udělení práv, tedy nikoliv povinnosti, se na této samosprávě podílet,

a to buď z důvodů teritoriálních, tj. např. příslušnosti k určité obci, kde bydlí, nebo z důvodů osobních, např. v důsledku příslušnosti k určité profesi. Protestuje-li tedy někdo proti „povinnému členství“ v profesní komoře, je to stejné, jako by protestoval proti tomu, že je občanem státu, jehož má občanství, nebo příslušníkem obce, kde je hlášen k trvalému pobytu, a tvrdil by, že on stát nebo obec nepotřebuje, a proto se ani nezúčastňuje voleb, neboť stát či obec od něho chtějí jen daně, které on nechce platit, a peníze z nich získané stejně promrhají atd. Jestliže stát poskytne určité profesi výhodu v tom, že jí dá veřejnoprávní pravomoc si část svých záležitostí spravovat, pak je také logické, že si tato skupina musí tuto správu sama platit. Děje se tak příspěvkem na činnost komory, který se opět nepřesně v § 20 odst. 2 zákona nazývá členským příspěvkem. O členský příspěvek ve vlastním slova smyslu nemůže jít, protože jde o povinnou dávku stanovenou zákonem. Ostatně např. zákon o advokacii stejnou platbu správně označuje v § 30 odst. 1 jako „příspěvek na činnost Komory“ a o žádném členském příspěvku nehovoří, i když v hovorové řeči mnozí termín „členský příspěvek“ používají. Zákony by ovšem neměly používat nepřesné termíny, neboť důsledkem je pak matení pojmů. Bohužel pro naše zákony je typické, že nedodržují správnou terminologii, a proto se nelze divit, že zákon o lékařských komorách zaměňuje příspěvek na činnost za členský příspěvek, jako by mezi tím nebyl žádný rozdíl.

Základním posláním ČLK je ochrana zdraví a života pacientů, nikoliv ochrana profesních zájmů lékařů. To formuluje zákon v ustanovení § 2 odst. 1, kde jsou vymezeny povinnosti komory. Ty jsou formulovány tak, že nelze rozlišit soukromé lékaře a lékaře v zaměstnaneckém poměru. Všichni totiž jsou povinni vykonávat své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákonem. Jsou povinni dbát o svoji odbornost a doplňovat své znalosti, tak aby byly na úrovni posledních poznatků lékařské vědy, tedy jinými slovy, aby léčili lege artis. Je úkolem komory, aby dbala o naplnění těchto cílů. Pokud má komora dále povinnost hájit i práva a profesní zájmy lékařů, jest tomu třeba rozumět tak, že jde o hájení těch zájmů, které jsou shodné s ochranou pacienta, jako je např. zvyšování odborné kvalifikace, snižování byrokratické zátěže apod. Je to i otázka způsobu úhrady práce lékaře, která musí být nastavena tak, aby lékaře nenutila k provádění nadbytečných léčebných úkonů na úkor skuteč-



né péče o pacienta. Pro výkon lékařského povolání nelze vytvořit odlišné podmínky pro soukromé lékaře a pro lékaře v zaměstnaneckém poměru. Povinnosti veřejné správy, které na ni stát zřízením lékařské komory přenesl, musí někdo vykonávat, a to především v zájmu pacientů.

V ustanovení § 3 odst. zákona se stanoví, že každý lékař, který vykonává na území České republiky lékařské povolání v léčebné a preventivní péči, musí být členem lékařské komory. Termín „členství“ není vhodně použit, protože svádí k zaměňování komory se spolkem vytvořeným na základě spolkového zákona (viz zák. č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů). Ve skutečnosti se vůbec o členství nejedná. Lze např. poukázat na srovnatelný zákon o advokacii, který rovněž zavádí pro každého, kdo chce vykonávat advokacii, povinné „členství“, ovšem nikde tento termín nepoužívá, ačkoliv veřejnost, a to i právnická, o členství v advokátní komoře běžně hovoří. Zákon se ovšem tomuto termínu zcela vědomě přísně vyhýbá, neboť byl psán právníky, kteří přesně odlišovali, co to je členství a co je povinný zápis, což zákon o lékařských komorách nečiní, a to jen v důsledku zřejmého legislativního pochybení, když pro označení povinného zápisu, používá zavádějící termín „členství“. Bylo již řečeno shora, že pokud má profesní komora povahu veřejnoprávní korporace, nelze z její působnosti

vyločit nikoho, kdo jí podléhá, protože komora ve vztahu k němu vykonává jí svěřenou pravomoc státu. Proto nelze z kontextu zákona vytrhnout jen ustanovení o povinném členství, správně řečeno o povinném zápisu do seznamu lékařů, ale musel by se zrušit zákon celý. Jedině tak by totiž bylo možné dosáhnout toho, aby se opět stát ujal těch povinností ve správě lékařského stavu, které přenesl na profesní komoru.

V souvislosti s ustanovením § 3 odst. zákona o lékařské komoře nelze hovořit o kolizi hodnot chráněných ústavním pořádkem, a to proto, že zde žádná kolize není. Každý lékař, který bude chtít vykonávat toto své povolání, s ohledem na jeho specifika vždycky bude muset být zapsán v seznamu, z něhož bude možné ověřit, že má způsobilost toto povolání vykonávat. Z toho hlediska je jedno, zda tento seznam vede komora, nebo stát. Členství v lékařské komoře nemá jinou povahu než povahu zápisu, tak jak bylo vyloženo shora. Námitky typu, že se mnohý lékař neztotožňuje s postoji lékařské komory, jsou na úrovni námitek, že se mnozí např. neztotožňují s postoji státu. Je-li tedy voláno po změně také z tohoto důvodu, kde je záruka, že příště nebude voláno po změně proto, že jiní nebudou spokojeni právě s postoji státu. V případě profesní komory, která je nadána veřejnoprávní pravomocí, tedy nejde o svobodné rozhodování o tom, zda se nechám do

ní zapsat, či nikoliv, ale o tom, zda určité povolání chci vykonávat, nebo ne. Stát stanoví podmínky, a to zcela legitimní, za nichž lze povolání lékaře vykonávat, a pokud ho někdo vykonávat chce, musí tyto podmínky splnit. V tom ale není postavení lékaře nijak výjimečné.

Samozejmě si lze představit, že se stát opět ujme výkonu těchto pravomocí. Musel by ovšem zvážít, zda jedná v intencích Listiny, která, jak bylo rovněž výše řečeno, ho výslovně zavazuje dbát samosprávných tradic. To, že profesní komora lékařského stavu má za sebou úctyhodnou tradici, bylo již zdůrazněno. Stát by dále musel uvážít, zda je schopen lépe zabezpečit ochranu základních práv svých občanů v oblastech, které přenesl na profesní komoru, než tato komora, a musí zvážít, zda disponuje odpovídajícím odborným aparátem, který by byl schopen tuto činnost vykonávat. Na druhé straně je zcela legitimní se ptát, zda lékařská samospráva plní své základní poslání, tj. ochranu pacienta a jeho zdraví, stejně tak jako je legitimní se v této souvislosti ptát, zda přílišné omezení pravomocí lékařských komor nevede k tomu, že nemá dostatek nástrojů k plnění těchto úkolů.

Předneseno na semináři v PS Parlamentu o právním postavení lékařských komor pořádaném ČLK.

Kongres
primární péče

2. Kongres primární péče

Setkání lékařů první volby

V mnohých účastnících Kongresu primární péče doznívají pocity z proběhlého druhého ročníku. Některým utkvěly v paměti především nové informace odborné, někoho zaujaly informace čistě profesní. Problematika řízení péče, chystané legislativní změny, postoje zdravotních pojišťoven v prostředí chystané reformy, i to patřilo do témat proběhlého kongresu. V naší druhé části přinášíme informaci o obojím v podobě, jak je zachytili redaktori mediálního partnera z redakce novin Medical Tribune.

2. část

■ Současný pohled na stabilizaci páteře

Účastníky programu Kongresu primární péče zaujal a následný velký aplaus zcela zaplněného hlavního kongresového sálu sklidil doc. PaedDr. Pavel Kolář, CSc., z Kliniky rehabilitace 2. LF UK a FN Motol věnující se ve své přednášce problematice vertebrogenních potíží. Bolesti zad představují typickou mezioborovou problematiku, na jejíž řešení se významně podílejí, vedle celé řady specialistů, také praktičtí lékaři. Incidence vertebrogenních potíží je v naší populaci velmi vysoká s maximem mezi 50. až 55. rokem života.

Pomineme-li medicínské hledisko, jedná se o významný socioekonomický problém, a proto je podle doc. Koláře namístě apel na správnou diagnostiku a následnou léčbu vertebrogenních



potíží. „Často se totiž jedná o kombinaci funkčních a morfologických nálezů, které je potřeba správně interpretovat,“ připomněl doc. Kolář. Až u 40 % nemocných mohou být například protruse nebo prolaps meziobratlové ploténky asymptomatické. Z toho důvodu by lékaři měli vždy vyhod-

nocovat také neurologické a funkční vyšetření nemocného s ohledem na jeho posturální stabilizační mechanismy. Při stabilizaci páteře totiž hrají velmi významnou roli, vedle hlubokých zádočných a břišních svalů, jejichž posílení bývá v souvislosti s vertebrogenními potížemi nejčastěji zmiňováno, také svaly dna pánevního a zejména bránice. Jejich dysfunkce vede k nestabilitě celého systému, která se následně projeví v podobě morfologického nálezu na páteři či funkční blokády jako důsledku přetížení jejich jednotlivých úseků.

Doc. Kolář upozornil i na jeden z opomíjených mechanismů vzniku svalových dysbalancí. Lékaři totiž někdy zapominají na to, že kromě fyzické inaktivity k nim vede i přílišné jednostranné svalové zatěžování pouze některých svalových skupin, například u vrcholových sportovců.



■ Stačí klíč, a pacient se sám opraví

Lékaři, kteří u pacientů indikují operační řešení jejich obtíží, by však neměli zapomínat na to, že současně s tímto výkonem je potřeba u nemocného zajistit posílení stabilizačních mechanismů, jinak se jim pacient po několika letech vrátí s podobnými obtížemi, které se pouze projeví v jiné oblasti páteře. V této souvislosti jsou časté nedostatky právě v souhře mezi bránicí a břišními svaly či svaly dna pánevního. Na druhou stranu, pokud se podaří tuto souhru sladit, může být i nemocný, s původně poměrně dramatickým nálezem, časem bez obtíží. Je však potřeba znát základní mechanismy, které hrají při stabilizaci páteře rozhodující roli, a umět nemocného motivovat ke změně jeho návyků a pohybových schémat, jež budou působit preventivně proti destabilizaci uvedených mechanismů. „Pacient potřebuje pouze dostat klíč k tomu, aby se dokázal sám opravit,“ uzavírá doc. Pavel Kolář.

■ Stále frekventovanějším pojmem se stává řízená péče

Počítá s ní ministerstvo ve svém návrhu reformního zákona o veřejném zdravotním pojištění, projednává se uvnitř profesních sdružení lékařů – a na 2. kongresu primární péče jí byl 29. února věnován celý jeden programový blok.

Definici řízené péče bychom si mohli směřle vypůjčit z prezentace společnosti Santé, která své know-how na kongresu také představila: „Jedná se o soubor právních, finančních, manažerských, informačních a medicínských nástrojů, které podporují efektivitu a kvalitu zdravotní péče.“

■ Když péči budou řídit pojišťovny...

Problematickou plánu řízené péče koncipovaných jako produkt zdravotních pojišťoven ve svém vystoupení popsal MUDr. Tomáš Macháček, předseda správní rady sdružení Reforma zdravotnictví – fórum.cz. Připomněl, že k řízené péči vedou v zásadě dva protichůdné organizační principy: administrativní princip – monopolní integrovaný „veřejný“ systém typu Národní zdravotní služby ve Velké Británii (daný zákonem, vyhláškou, regulací a také popřením konkurence); tržní princip – alternativní produkt na trhu zdravotního pojištění (na základě schopnosti soustředit poptávku).

„V prostředí, kde si zdravotní pojišťovny konkurují, kde existuje svoboda kontraktu a kde pojišťovny plní závazky vůči svým klientům na základě smluv s poskytovateli, vede cesta k řízené péči přes výběr těchto poskytovatelů, tedy cestou selektivních kontraktů,“ řekl T. Macháček. „Takové soustředění poptávky klientů do jedné konkrétní sítě zdravotnických zařízení přináší s sebou tu výhodu, že zdravotní pojišťovna může procesy nejen lépe kontrolovat, ale také optimalizovat, řídit a hledat úspory.“

Z toho je zřejmé, že plány řízené péče je ideální stavět na regionálním principu. Jaké výhody z nich může mít pacient? „Za prvé nižší cenu pojištění nebo vyšší benefity, protože mu pojišťovna už v okamžiku nabídky produktu řízené péče slibuje, že je schopna ji zajistit efektivněji. Dalšími benefity pro pacienta jsou lepší výsledky péče a lepší organizace služeb – klient se nemusí cítit v systému sešněrovaný, ale naopak pozná, že pojišťovna respektuje jeho preference a objednáva mu péči účelně, v určitý čas na určitém místě.“ Nic ale není úplně zadarmo, a tak se klient, který se rozhodne u své pojišťovny uzavřít smlouvu nikoli na běžný rozsah služeb, ale na výhodnější plán řízené péče, musí počítat s tím, že něco obětuje. „Bude muset dobrovolně přijmout fakt, že bude omezen ve svobodě volby lékaře, protože se bude pohybovat pouze v definované síti,“ zdůraznil T. Macháček. „Další omezení jej čeká při čerpání služeb, protože jinak by péči řídit nešlo. Opatřením je například zavedení gate-keepingu, tedy přijetí průvodce zdravotní péčí a systémem jejího poskytování.“

Jaká bude v systému řízené péče role praktických lékařů? „Mám pro ně dvě zprávy,“ vzkázal T. Macháček. „Ta dobrá zní, že jejich význam vzroste, budou hýčkanými partnery, protože v jejich ordinacích se bude protínat potřeba pacienta být provázen systémem s potřebou pojišťovny mít někoho, kdo se této role ujme. Špatnou zprávou je, že aby mohli tuto činnost dělat účelně, musejí získat kompetence, které dosud nemají. Mimo jiné budou muset chápat pohyb klienta systémem i v ekonomických souvislostech a respektovat ekonomické zájmy systému, pro který pracují.“

■ ...zhoršení dostupnosti péče prý nehrozí

Řízená péče může na jedné straně přinášet podstatně vyšší efektivitu, na straně druhé však může být v zájmu ekonomických ukazatelů snadno zneužitelná a bránit pacientům v přístupu ke zdravotní péči. „To, jak se systém bude chovat, nezáleží na principech, ale na kontextu, ve kterém bude poskytována,“ upozornil T. Macháček. „Pro pacienta-klienta bude prospěšnou pouze v prostředí konkurenčního trhu zdravotního pojištění. Nárok pojištěnce musí být zároveň jasně definovaný a vymahatelný.“ Ve věcném záměru reformního zákona o veřejném zdravotním pojištění je řízená péče definována jako jeden z alternativ-

ních produktů zdravotního pojištění. Podstatné je, že zdravotní pojišťovna nebude smět klientovi jeho stávající pojištění změnit bez jeho vůle na plán řízené péče a tím jej, byť protihodnotou za úspory a benefity, omezit. „Pojištěnec si tento produkt bude muset vždy aktivně vybrat sám, pokud o něj bude mít na základě atraktivity a své svobodné vůle zájem,“ ujistil účastníky kongresu T. Macháček. „Zdravotní pojišťovna, která bude chtít plán řízené péče nabízet, bude mít vůči klientům více povinností, na jejichž plnění bude dohlížet nezávislý úřad. To proto, aby nemohla řízenou péči zneužít a bránit svým pojištěncům v přístupu ke zdravotní péči. Proto návrh zákona pamatuje i na „second opinion“ – tedy povinnost pojišťovny nechat u nezávislého lékaře, který není ve smluvní síti, na vlastní náklady vypracovat posudek, zda je plán řízené péče pro klienta vhodný, či nikoli,“ uzavřel T. Macháček.

■ Bez počítačů to nepůjde

Žádný plán řízené péče – ani jiný projekt zaměřený na efektivnější a zároveň kvalitnější poskytování zdravotní péče – se neobejde bez využívání informačních technologií. Proto České národní fórum pro eHealth představilo na 2. kongresu primární péče svůj vzdělávací program Počítač v ordinaci lékaře. Ing. Lubomír Burian, CSC., z Úseku informačních a komunikačních technologií VZP vysvětlil některé základní pojmy elektronické komunikace, bez jejichž znalosti se v budoucnu poskytovatelé zdravotní péče pravděpodobně neobejdou.



■ Co to je, když se řekne... „elektronický identifikátor“

Je třeba rozlišovat elektronický identifikátor pojištěnce a zdravotnického profesionála. Elektronickou identifikací pojištěnce rozumíme prokazování příslušnosti ke zdravotní pojišťovně a nároku pacienta na druh poskytované zdravotní péče. Předkládá se ve formě elektronického průkazu pojištěnce. Vedle toho existuje i elektronický průkaz zdravotnického profesionála, kterým se lékaři a sestry přihlašují do systému a prokazují právo do něj vstupovat. Elektronický identifikátor je masově rozšířen v USA, používá jej, nebo jeho zavedení alespoň chystá, i většina států EU. V ČR byla v únoru tohoto roku ukončena studie, která předchází předprojektové fázi, a očekává se, že koncem letošního roku, nejpозději začátkem roku



2009, bude vypsán projekt na dodavatele řešení elektronické identifikace pacienta i zdravotnického profesionála.

Jak elektronický průkaz funguje? Nejsou na něm uvedeny zdravotní záznamy pacienta, jak se mnozí lékaři mylně domnívají. Ve vizuální podobě průkaz obsahuje stejné údaje jako kterákoli kartička zdravotní pojišťovny, tedy jméno, příjmení, číslo pojištěnce, příslušnost k pojišťovně atd. V elektronické podobě je na něm pak nahrán pouze elektronický podpis a kód, který po vložení průkazu do čtečky v ordinaci naváže spojení se vzdálenou databází, kde jsou zdravotní data uložena. Poté do téže čtečky vloží svůj elektronický průkaz zdravotnického profesionála i lékař, čímž dojde k autorizaci a je potvrzeno, že pacient dává lékaři souhlas ke vstupu do databáze. Ten má pak přístup do pacientovy elektronické zdravotní dokumentace.

„portál“

Portál je, zjednodušeně řečeno, brána, která umožňuje vstoupit elektronickou formou do nějaké instituce, stahovat si od ní data a elektronickou cestou s ní komunikovat. Existují portály obecné (Seznam, Atlas atd.) a speciální (podnikové, státní správy, zdravotních pojišťoven atd.). K čemu je dobrý portál zdravotních pojišťoven? Lékaři nemusejí stát každý měsíc ve frontě u přepážky, aby odevzdali výkazy, všechna potřebná data mohou odeslat ze svého ambulantního softwaru v počítači. Jistým paradoxem je, že v ČR

existují hned tři portály – svůj vlastní má VZP i Hlavní zdravotní pojišťovna, ten třetí je společný pro většinu ostatních zdravotních pojišťoven.

„elektronický podpis“

Elektronický podpis je sekvencí alfanumerických znaků, které se automaticky připojují zpravidla na konec elektronické komunikace a které zcela jednoznačně prokazují, že dokument posílá konkrétní, nezaměnitelná osoba. Bez zaručeného elektronického podpisu není možná ani komunikace s pojišťovnami prostřednictvím portálů, ani elektronická identifikace pojištěnce či zdravotnického profesionála.

„elektronický recept“

Elektronický recept je systém, který umožní lékaři předepsat pacientovi lék, přiřadit diagnózu a odeslat recept z počítače do centrálního úložiště. Z něj přijde obratem zpět identifikační číslo, které lékař vytiskne a předá pacientovi. Po jeho předložení lékárna lék vydá. Hlavním prvkem elektronické preskripce je už zmíněné centrální úložiště. Jeho vybudování má podle zákona o léčivech z loňského roku na starosti Státní ústav pro kontrolu léčiv, a to v šibeničním termínu: do konce tohoto roku.

■ eHealth – vymoženost, nebo nutnost

Co může být větší paradox, než když vprostřed

bloku věnovaného eHealth vypadne proud?! Na 2. kongresu primární péče se tak stalo – bez elektřiny se ocitl jak TOP Hotel Praha, tak celá okolní čtvrť. Hlavní koordinátor projektu Počítač v ordinaci lékaře MUDr. Pavel Kubů ani ostatní přednášející se však nenechali vyvést z míry a hovořili dál směrem k sálu ponořenému do tmy.

Poslanec Evropského parlamentu a člen správní rady fóra MUDr. Milan Cabrnach nejprve připomněl, že počítače a komunikační technologie samozřejmě nejsou řešením problémů a neudělají práci za lékaře. Je to jen nástroj, bez něhož však už dnes není žádný pokrok možný. „Proto České národní fórum pro eHealth vytvořilo ucelený vzdělávací program, na jehož obsahu se téměř nepodíleli informatici – ve vztahu k nimž jsem i já osobně opatrný – ale lékaři,“ zdůraznil M. Cabrnach.

Mezi autory jednotlivých lekcí figurují např. MUDr. Pavel Neugebauer (téma elektronické dokumentace), PharmDr. Lubomír Chudoba (elektronická preskripce a elektronický podpis), MUDr. Tomáš Mládek (elektronické předávání informací), doc. MUDr. Pavel Kasal, CSc. (elektronické informační zdroje), MUDr. Jitka Feberová (eLearning), Ing. Marie Hladíková (elektronické registry) či Ing. Lubomír Burian, CSc. (elektronická identifikace a portály).

Usnesení regionálních konferencí SPLDD ČR

Usnesení jihočeské regionální konference SPLDD ČR

konané 15. 3. 2008 v Táboře

Konference vzala na vědomí:

- zprávu o činnosti (dr. Verdánová),
- zprávu revizní komise (dr. Hejnová),
- zprávu pokladníka (dr. Blažek).

Konference vyslechla:

- informaci dr. Neugebauera o projektu Řízená péče,
- informaci dr. Cabrnachové o práci OS PDL.

Konference vyzývá:

- předsednictvu, aby jednalo s ministerstvem školství o opětovném zavedení zjednodušeného systému odkladu povinné školní docházky;
- stačí jedině doporučení – buď dětským lékařem, nebo klinickým psychologem.

Konference doporučuje:

- předsednictvu, aby oslovilo hlavního hygienika ČR ve věci lepší informovanosti a jednotné interpretace krajských pracovišť hygienické služby o očkování proti poliomyelitidě.

Konference schvaluje:

- rozpočet jihočeského regionu na r. 2008.

Konference se účastnilo:

- 34 PLDD z jihočeského regionu.

V Táboře dne 15. 3. 2008

zapsal: MUDr. Milan Rytíř

Usnesení regionální konference SVČ regionu SPLDD ČR

konané 29. 3. 2008 v Liberci

Konference vzala na vědomí:

1. zprávu o činnosti za předchozí období přednesenou předsedkyní SVČ regionu MUDr. Krukovou,
2. zprávu o hospodaření za minulé období přednesenou pokladníkem SVČ regionu MUDr. Sudkovou.

Konference schválila:

3. návrh rozpočtu SVČ regionu na rok 2008.

Konference přijala:

4. zprávu revizní komise SVČ regionu přednesenou jejím předsedou MUDr. Michalíkem.

Konference dále vzala na vědomí:

5. vystoupení zástupců vystavujících firem,
6. zprávu o projektu řízené péče,
7. diskusní příspěvky členské základny a členů výkonného výboru.

Konference ukládá:

8. předsednictvu SPLDD pokračovat v jednáních o projektu řízené péče s přímým zapojením orgánů sdružení.

Konference konstatuje:

9. že průměrný věk členské základny je vysoký, stále trvá problém generační výměny v ordinacích PLDD.

Konference vyzývá:

10. opakovaně členskou základnu k větší aktivitě, včetně účasti na akcích SPLDD,
11. okresní zástupce k informování členské základny o projektu řízené péče.

V Liberci dne 29. 3. 2008

MUDr. Balatková, MUDr. Kulhánková,
MUDr. Michalík



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnchová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

1. Novorozenecký screening (část zápisu z jednání Komise péče o dítě na MZČR dne 25. 2. 2008):

• Provádění NS v praxi

V úvodu jednání bylo shrnuto dosavadní provádění novorozeneckého screeningu (NS) v ČR ve srovnání se zahraničím. V současné době je připraveno zahájení celoplošného provádění novorozeneckého screeningu dědičných poruch metabolismu metodou tandemové hmotnostní spektrometrie a jeho úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Je připravena aktualizace metodického opatření „Zajištění celoplošného novorozeneckého laboratorního screeningu a následné péče“, které bylo uveřejněno ve Věstníku MZ – částka 7. červenec 2003.

• Problémy s úhradou NS

V rámci jednání se dále diskutovalo o problémech týkajících se úhrady provádění NS, a to nejen vzhledem ke značnému zvýšení ceny odběrového papírku pro NS (ze 7 Kč na 35 Kč), ale i provádění sekundárního NS.

– NS ČLS JEP ve spolupráci s ČPS ČLS JEP a OSPDL ČLS JEP předloží MZ (sekce zdravotního pojištění – NPMZ) náležitě podložený návrh nového výkonu odběru krve na screeningové vyšetření s použitím odběrového papírku.

– Odborné společnosti přehodnotí stávající indikace k provádění sekundárních screeningů a předloží MZ (odbor zdravotních služeb – OZS MZ) příslušnou úpravu metodického opatření k provádění NS.

– NS ČLS JEP požádá výrobce odběrových papírků pro NS o závazné vyjádření k zajištění výroby balení po několika málo kusech odběrových papírků k NS (v současné době je balení po 100 ks).

– **V případě požadavku na rescreening z indikace neonatologa, který bude oznámen registrujícímu PLDD, bude ke zprávě o novorozenci přiložen odběrový papírek pro NS. Příprava výkonu s kalkulací ceny odběrového materiálu bude sloužit pro účely vykazání ze strany PLDD pouze pro mimořádné případy (např. když indikaci k rescreeningu bude požadovat provádějící laboratoř apod.). Problematiku bude podrobně řešit aktualizované metodické opatření k provádění NS.**

• Věstník MZ

– metodický pokyn k provádění NS

Odborné společnosti předloží MZ (OZS MZ) aktualizovaný metodický pokyn k provádění novorozeneckého screeningu, který bude uveřejněn ve Věstníku MZ – případně s odloženou účinností.

• Návrh na zavedení NS cystické fibrózy

Návrh na zavedení celoplošného novorozeneckého screeningu cystické fibrózy v ČR, o němž se podrobně diskutovalo v rámci jednání Komise MZ pro péči o děti a dorost dne 29. 5. 2007, byl podložen souhlasným stanoviskem ČPS ČLS JEP a NS ČLS JEP.

– Odborná společnost předloží MZ (NP MZ) náležitě podložený návrh NS cystické fibrózy a následně příslušnou aktualizaci metodického opatření k provádění NS (OZS MZ).

2. Dopis P. Sovové

– **Hnutí za aktivní mateřství**

Hnutí za aktivní mateřství se obrátilo na MZ se žádostí o stanovisko k postupu PLDD, kteří odmítají převzetí do péče novorozence z plánovaného ambulantního porodu či porodu doma. V souladu se stanovisky OSPDL ČLS JEP, NS ČLS JEP a ČPS ČLS JEP (viz přílohu) lze příslušný postup PLDD v případě plánovaného porodu mimo zdravotnické zařízení považovat za adekvátní, a to vzhledem ke stávajícímu systému vzdělávání, poskytování lege artis zdravotní péče i úhradě této péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pokud se nejedná o poskytnutí péče neodkladné.

Jedná se o problematiku, která souvisí mimo jiné s následujícími problémy:

- poskytování porodů mimo zdravotnická zařízení (včetně věcného, technického a personálního vybavení při poskytování této péče),
- práva a povinnosti pacientů v souladu s platnými právními normami,
- právo každého dítěte na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na přístup ke zdravotnickým službám (článek 24 Úmluvy o právech dítěte),
- zanedbání péče zákonných zástupců dítěte, ohrožení zdraví dítěte,
- poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta (zákonného zástupce dítěte),
- návrh ministryně MUDr. Stehlíkové na povinnou registraci dětí u PLDD.

K problematice porodů mimo zdravotnická zařízení se bude konat seminář za účasti zástupců příslušných odborných společností, ZZS, porodních asistentek, OZS MZ, VZV MZ, PRO MZ, TIS MZ aj.

Odborné společnosti poskytnou MZ (OZS MZ) k dané problematice podklady s určením všech souvisejících oblastí (okruhových témat).

K dané problematice je nezbytné přijmout náležitá opatření legislativního i nelegislativního charakteru, a to včetně případné úpravy stávajících metodických postupů.

3. Kopie stanoviska výboru ČPS k problematice porodů doma

Vážená paní

MUDr. Iva Truelllová
MZ ČR

Vážená paní doktorko,
předkládám stanovisko výboru České pediatriké společnosti ČLS JEP ve věci dopisu paní Petry Sovové z Hnutí za aktivní mateřství o péči o dítě porozené ambulantním porodem nebo narozené doma na přání rodičky.

1. Výbor ČPS ve shodě se stanovisky dalších odborných společností publikovanými v oficiálních zdrojích nesouhlasí s rozšiřováním porodů doma nebo ambulantními porody. Tento nesouhlas zdůvodňujeme riziky, kterým tento způsob porodu vystavuje jak novorozence, tak jeho matku. V současné době je k dispozici řada kazuistik, na kterých lze tato rizika demonstrovat.

2. Výbor ČPS nemůže souhlasit s tím, aby novorozence bezprostředně po porodu nevyšetřil neonatolog nebo dětský lékař s příslušnou erudiicí, tak jako je tomu při porodu v ústavu. I děti narozené při překotném porodu mimo ústav jsou bezprostředně převáženy do ústavní péče, kde je přítomen neonatolog nebo kvalifikovaný pediatr. Při problémech s adaptací novorozence hraje tento lékař klíčovou roli.

3. Výbor ČPS trvá na tom, že i při ambulantním porodu nebo porodu doma na přání rodičky má být kvalifikovaný pediatr s příslušným vybavením. Přítomnost tohoto lékaře u porodu je podmíněna domluvou a sou-



hlasem mezi matkou a příslušným lékařem. K účasti lékaře u tohoto porodu nelze lékaře nutit ani ho k tomu zavazovat jinou formou (např. smlouvy s pojišťovnou).

4. Výbor ČPS nevydal žádné stanovisko ve věci přijímání novorozenců porozených doma nebo ambulantně do registrace PLDD, není to v jeho kompetenci.

5. Výbor ČPS přijal usnesení, že rozhodující stanovisko pro problém registrace těchto novorozenců je plně v kompetenci OS PLDD a toto stanovisko bude plně podporovat.

6. Výbor ČPS bude iniciovat jednání o novelizaci vyhlášek, které určují postupy při předčasných propuštěních novorozenců z novorozeneckého oddělení (bez provedení screeningů, bez očkování a dalších opatření) ve spolupráci s příslušnými odbornými společnostmi (zejména OS PLDD a Neonatologickou společností).

Praha 22. 2. 2008

doc. MUDr. Jozef Hoza, CSc.
předseda ČPS ČLS JEP

4. Informace ke vzdělávání PLDD

Žádost o akreditaci podává ZZ na MZČR, potřebné podklady získáte na adrese www.detskylekar.cz, vyřizuje Mgr. Keřková. V případě problémů se můžete obrátit na své regionální zástupce SPLDD, případně jejich prostřednictvím na MUDr. Cabrnchovou. Celou žádost, resp. formulář pro její vytvoření získáte i na MZČR (www.mzcr.cz). Materiály, které vám zašleme z centra, jsou důležité pro splnění podmínek, tak aby vaše žádost mohla být následně projednána pokud možno s kladným stanoviskem, tedy abychom vám vaši žádost co nejvíce zjednodušili.

Stávající situace:

Akreditované pracoviště musí splňovat podmínky pro přidělení akreditace, proto je vhodné si je nejdříve nechat zaslat z centra a zvážit svůj zájem dále vzdělávat budoucí kolegy. Akreditace se týká pouze vzdělávání. Do doby, než bude přijata novela zákona o vzdělávání, jejíž přijetí očekáváme v řádu měsíců, je nutné, aby žádající akreditované ZZ mělo i smlouvu s lůžkovým dětským oddělením a díky této smlouvě mělo zajištěno celé 5leté vzdělávání. Po přijetí novely se bude žádat již jen o akreditaci vlastní ordinace, tedy na 1 rok pobytu u PLDD. Stejně tak přijetí novely zákona bude pravděpodobně i znamenat možnost vzniku rezidenčních míst dotovaných ze státního rozpočtu, tedy z těchto peněz by mohlo být hrazeno i vlastní vzdělávání.

O Z N Á M E N Í

Ambulance očkování FN Motol, Praha

S platností od 3/2008 **nebudou pracovníci ambulance očkování poskytovat telefonické konzultace týkající se běžně dostupných informací ani ambulantně řešit:**

- intervaly mezi vakcínacemi,
- teplotní reakce (a jiné hyperreakce) po očkování,
- odmítači očkování,
- překlady cizích očkovacích kalendářů,
- očkování cizinců,
- dotazy rodičů, jak postupovat při pravidelném očkování,
- nebudou přijímány vzorky krve na stanovení titrů protilátek (polio protilátky v referenční laboratoři SZÚ).

Většina těchto dotazů spadá do kompetence praktických dětských lékařů, epidemiologických pracovišť, případně klinických pracovníků výrobců vakcín. Vyšetření protilátek lze provést přímo v imunologických nebo virologických laboratořích včetně laboratoře Ústavu imunologie ve FNM.

Náplní práce ambulance očkování FN Motol bude pouze očkování všech chronicky nemocných pacientů, případně dětí po prodělaných závažných nemocech nebo po prodělaných závažných reakcích po očkování.

Důvodem tohoto omezení je vzrůstající počet těchto dotazů a konzultací, které již nejsme schopni v pracovní době zvládat. Rovněž nebudeme na tyto dotazy odpovídat písemně ani elektronickou formou.

MUDr. J. Škovránková

Objednání k lékaři bude v Praze i přes internet

Dlouhé vysedávání v čekárnách a hledání toho nejlepšího lékaře by se pro Pražany mohlo stát od poloviny letošního roku minulostí.

Radní hlavního města totiž včera na svém jednání vybrali firmu, která pro město vytvoří internetové stránky sociálních a zdravotnických služeb. Projekt by měl město vyjít přibližně na dvacet dva milionů korun a měl by začít fungovat již od 1. července. „Na portálu chceme soustředit veškeré informace od subjektů poskytujících zdravotnické a sociální služby,“ uvedl první náměstek primátora Rudolf Blažek (ODS).

Informace budou veřejné a bude si je moci najít kdokoliv.

Lidé zaškrtnou v příslušné kolonce datum a hodinu. V magistrátní databázi by měla být vypsaná nejen všechna státní zdravotnická zařízení, ale také soukromé ordinace na území hlavního města. „Lidé si na stránkách například najdou specializaci toho kterého lékaře, jeho ordinační hodiny nebo které konkrétní služby nabízí,“ řekl radní Jiří Janeček (ODS).

Největší novinkou však zřejmě bude zavedení elektronického objednání na vyšetření.

Lidé by si na internetových stránkách mohli najít nejen způsob, jakým se k lékaři objednat, ale bude rovněž možné si po internetu zarezervovat přesný čas, kdy lékaře navštíví – bude stačit v příslušné kolonce, pokud již nebude rezervována, zaškrtnout datum a hodinu.

Kromě objednání se k lékaři si budou moci na stránkách Pražané najít také hodnocení jednotlivých lékařských zařízení.

„Budou tu informace o celkovém hodnocení zdravotnického zařízení, o výkonnosti, efektivitě nebo kvalitě péče,“ dodal Blažek.

Chybět nebudou ani ceníky jednotlivých zákroků a služeb pražských lékařů a nemocnic.

Pro pomoc na internet. V rámci projektu budou na internetových stránkách uvedeny také společnosti a sdružení, které lidem v hlavním městě poskytují nejrozumnější sociální služby.

Každý, kdo se na stránky připojí, si tak bude moci například najít firmu, která rozváží obědy, a jídlo si objednat. V seznamu také nebudou chybět ani společnosti provozující takzvané terénní práce nebo poskytující pomoc v krizových životních situacích.

„Zveřejněny budou rovněž novinky a aktuální informace ze sociální oblasti a odboru sociální péče a zdravotnictví magistrátu nebo z ministerstva práce a sociálních věcí,“ uvedl radní Janeček, který má sociální oblast v Praze na starosti.

Převzato: MF Dnes 5. března 2008



Akutní stavy v kardiologii dospělých – přednemocniční péče

MUDr. Ondřej Šmíd, MUDr. Vladimír Dytrych, MUDr. Jan Bělohávek

II. interní klinika kardiologie a angiologie, VFN Praha

Souhrn

Kardiovaskulární choroby jsou nejčastější příčinou úmrtnosti ve vyspělých zemích. Spolu s úrazy jsou i v popředí příčin akutních či neodkladných stavů, se kterými se můžeme kdykoliv setkat v ambulantní praxi. Je proto namístě se blíže seznámit s těmi nejdůležitějšími, s jejich příznaky, riziky i s doporučeními pro jejich léčbu v přednemocniční péči.

Mezi nejčastější a zároveň nejzávažnější akutní stavy v kardiologické praxi počítáme akutní formy ischemické choroby srdeční (tzv. akutní koronární syndromy), urgentní a emergentní hypertenzní krize, akutní srdeční selhání, plicní embolie a poruchy srdečního rytmu (viz tab. 1). Symptomatika těchto chorob je velmi rozmanitá, a to svým rozsahem i závažností. Mezi typické příznaky patří bolest na hrudi, dušnost, palpitace, synkopa, či dokonce srdeční zástava. Úkolem přítomného lékaře je na výše uvedené příčiny pomýšlet, zabezpečit základní životní funkce, zahájit neodkladnou léčbu a zajistit cílený transport k definitivní diagnostice a léčbě v rámci jednotek intenzivní péče.

Akutní koronární syndromy

Akutní koronární syndrom (AKS) je souhrnné označení pro nestabilní anginu pectoris, akutní infarkt myokardu a náhlou smrt v důsledku uzávěru koronární arterie. Všechny formy AKS mají společný původ v ruptuře ateromatózního plátu a vzniku trombu v koronární arterii. Ostatní příčiny jsou velmi vzácné a v primární péči neodlišitelné. Trombóza koronární tepny vede k ischemii myokardu se všemi jejími projevy a riziky.

Klinická manifestace všech AKS je prakticky stejná. Typická je bolest na hrudníku tlakového, svíravého či pálivého charakteru s propagací do krku, dolní čelisti, ramen, zad, levé či obou horních končetin. Bolest bývá provázena pocením, dušností, nevolností či zvracením. Vzniká často v klidu či při mírné námaze a trvá řádově desítky minut nebo se opakovaně vrací. Nutno ovšem připomenout, že vnímání obtíží je velmi individuální a projevy, zejména pak charakter bolesti, je často atypický (10–20 %) či může zcela chybět (cca 10 %). Objektívni příznaky jsou nevýrazné; schvácenost, bledost, studený pot, neklid či klidová dušnost jsou zpravidla již příznakem přítomných komplikací. Při podezření na akutní koronární syndrom proto cíleně pátráme i po známkách srdečního selhání, hypotense, arytmií atd. Klíčový význam pro diagnostiku AKS má 12svodový elektrokardiogram (EKG). Výrazné či nově vzniklé denivelace úseku ST, inverze vlny T nebo raménkové blokády provázené bolestmi na hrudi činí diagnózu AKS vysoce pravděpodobnou. Normální EKG koronární příhodu sice nevylučuje, ale nutí nás aktivně pátrat i po jiných příčinách.

Obraz EKG také odlišuje dvě formy infarktu myokardu – tedy akutní IM s elevacemi ST a bez elevací tohoto úseku. Definitivní potvrzení diagnózy akutního koronárního syndromu a odlišení jeho forem je možné až na základě opakovaných laboratorních vyšetření, koronarografického vyšetření či klinické pitvy. Od AKS je třeba odlišit zejména akutní krvácení do gastrointestinálního traktu a disekující aneurysma aorty, kdy podání antiagregační nebo antikoagulační léčby může mít fatální důsledky.

Při podezření na akutní koronární syndrom je třeba ověřit a pravidelně kontrolovat životní funkce, zahájit základní léčbu a zajistit transport do vhodného zdravotního zařízení. K neodkladné péči patří uklidnění nemocného, zajištění periferního žilního vstupu, oxygenoterapie, podání nitroglycerinu v tabletě nebo spreji (při bolestech a hypertenzi opakovaně po 5 minutách), kyseliny acetylsalicylové (200–500 mg – rozkousat tabletu či intravenózně), analgetik včetně opiátů (při bolesti morfin 2–5 mg nebo fentanyl 0,05 až 0,1 mg frakcionovaně i. v. do úlevy), event. sedativ (při neklidu diazepam 5–10 mg i. v.). Další postup je zaměřen na léčbu event. komplikací – atropin 0,5–1,0 mg i. v. při bradykardii, heparin i. v. 70–150 j/kg tělesné hmotnosti, intravenózní nitráty v případě hypertenze, betablokátory při tachykardii a hypertenzi, diuretika při známkách srdečního selhání a katecholaminy v případě rozvoje kardiogenního šoku. Převoz nemocných s AKS je prováděn vždy formou rychlé zdravotnické péče (RZP), vybavené 12svodovým EKG, defibrilátory a dalšími pomůckami pro neodklad-

nou resuscitaci. Výběr cílového zdravotnického zařízení provádí dispečink či lékař záchranné služby, většinou do nejbližší nemocnice zajišťující intenzivní péči. V případě nemocných s infarktem myokardu s elevacemi ST je však výhodnější transport přímo do intervenčního kardiologického centra. Cílem tohoto postupu je co nejrychlejší diagnostika a obnovení koronárního průtoku. Na podkladě provedeného koronarografického vyšetření je zvolena optimální forma revaskularizace – nejčastěji perkutánní koronární intervence (PCI), méně často aortokoronární bypass. Trombolytická léčba infarktu myokardu je v našich podmínkách již vzácná, ale ve specifických případech není chybou.

Přes výrazný pokrok v léčbě AKS a unikátní systém 24hodinové intervenční péče je mortalita akutního infarktu myokardu stále vysoká. Příčinou je vysoká úmrtnost právě v přednemocniční fázi.

Tab. 1: Nejčastější akutní stavy v kardiologii

- Akutní koronární syndromy
- Hypertenzní krize
- Akutní levostranné srdeční selhání a kardiogenní šok
- Akutní plicní embolie
- Závažné srdeční arytmie
- Disekující aneurysma aorty
- Srdeční tamponáda



Tab. 2: Urgentní a emergentní hypertenzní krize

Urgentní stavy	Emergentní stavy
Akcelerovaná a maligní hypertenze	Hypertenze provázená encefalopatií,
Hypertenze provázená ischemickou CMP	nitrolebním a subarachnoidálním krvácením
Hypertenze spojená s chronickým srdečním selháváním	Hypertenze spojená s akutním srdečním selháním, akutním koronárním syndromem
Hypertenze spojená s nestabilní anginou pectoris	Aortální disekce
Postoperační hypertenze	Eklampsie
Preeklampsie	Peroperační hypertenze
	Adrenergní krize

■ Hypertenzní krize

Hypertenzní krizi (HK) rozumíme akutní, život ohrožující zvýšení krevního tlaku s následným poškozením až selháním životně důležitých orgánů. HK vzniká nejčastěji jako komplikace neléčené nebo nedostatečně léčené dlouhodobé hypertenze, může však jít i o první projev onemocnění – často hypertenze sekundární (např. při feochromocytomu, těhotenské gestóze či stenóze renální tepny). Pro vznik a projev HK je rozhodující nejen absolutní hodnota TK, ale i rychlost vzestupu a výchozí hodnoty. Klinicky se HK projevuje mozgovými (hypertenzní encefalopatií, mozgovým nebo subarachnoidálním krvácením či hypertenzní retinopatií), kardiovaskulárními (akutní levostranné srdeční selhání, akutní infarkt myokardu, aortální disekce) a renálními (akutní renální selhání) komplikacemi. Nejčastějšími symptomy jsou proto bolesti hlavy, poruchy vidění či hybnosti, závratě, nauzea, zvracení a poruchy vědomí od zmatenosti po kóma. Dále známky srdečního selhání, bolesti na hrudi, břicha či v zádech, hematurie a oligurie. Podle naléhavosti klinických příznaků rozdělujeme HK na stavy emergentní, bezprostředně ohrožující život nemocného, a stavy urgentní, při nichž jsou patrné pouze orgánové komplikace (viz tab. 2). Výsledkem neléčené hypertenzní krize je ve většině případů smrt.

Cílem léčby je řízené snížení TK na bezpečné hodnoty. HK je obecně indikací k hospitalizaci, v případě emergentních stavů na jednotkách intenzivní péče. Léčbu urgentní krize zahajujeme rychle působícími perorálními antihypertenzivy, lékem volby je captopril v dávce 25–50 mg p. o., nejlépe rozkousaný v ústech. TK snižujeme pozvolně, během hodin až dnů. Při emergentních stavech dáváme přednost kontinuálnímu parenterálnímu podávání s možností regulace dávky. V prvních hodinách se doporučuje snížit diastolický TK na hodnoty 100–110 mm Hg nebo o 20 % výchozí hodnoty. Prudká snížení TK jsou potenciálně nebezpečná. Výběr antihypertenziva závisí na převažujících klinických příznacích. V přednemocniční fázi se nejvíce osvěd-

čila univerzální aplikace intravenózních nitrátů (isosorbiddinitrát bolus 2–3 mg opakovaně i. v. a kontinuální infuze v dávce 5–10 mg za hodinu). Současně s kontrolou TK je třeba zahájit i léčbu přidružených orgánových komplikací.

■ Poruchy srdečního rytmu

Arytmie patří mezi nejčastější srdeční choroby s rozmanitými příznaky i závažností. Klíčem k účinné mimonemocniční léčbě je odlišení banálních poruch rytmu od závažných či potenciálně smrtících. Arytmie jsou obecně stavy, které se projevují poruchou pravidelnosti nebo frekvence srdečního rytmu. Příčinou jejich vzniku je porucha tvorby vzruchů nebo jejich vedení. Podkladem pro jejich vznik bývá hypoxie, poruchy elektrolytů a vnitřního prostředí, lékové intoxikace, ale zejména široké spektrum srdečních chorob. Počátek arytmií bývá náhlý, bez prodromů. Typickými příznaky jsou palpitace, synkopa, pocit náhle vzniklé slabosti či závratě, ale i bolest na hrudi či dušnost. Fyzikální nález bývá často normální, důležité jsou projevy hypotenze, srdečního selhání nebo nízkého minutového výdeje. Základní diagnostickou metodou je záznam EKG, který pomáhá i při další cílené léčbě.

Arytmie rozdělujeme podle rychlosti tepové frekvence na pomalé – bradyarytmie (méně než 60 pulzů/min.) a rychlé – tachyarytmie (nad 100 pulzů/min., viz tab.). Praktické je rozdělení podle stupně hroziícího nebezpečí na arytmiie život ohrožující, potenciálně nebezpečné a neohrožující (viz tab. 3). Zjednodušeně lze říci, že nebezpečné jsou bradykardie pod 40/min. a tachykardie nad 150/min., zejména však arytmiie projevující se hypotenzí, poruchami vědomí, dušností či stenokardiemi.

Cílem primární léčby těchto arytmií je opět stabilizace pacienta a bezpečný transport do zdravotnického zařízení. K zajištění nemocného patří trvalý zdravotnický dohled s kontrolami vitálních funkcí, zajištění žilního přístupu a záznam EKG, pokud je k dispozici. Bradyarytmie se v přednemocniční fázi léčí jen v případě hemodynamické závažnosti. V lehčích případech je

účinný Atropin v dávce 1–2 mg i. v., v závažnějších případech je nutná externí kardiostimulace. Není-li dostupná, je nouzovým řešením opatrné podávání inotropik (adrenalin, isoprenalin, dobutamin). U tachyarytmií je primární léčba složitější. Obecně méně závažné jsou arytmiie supraventrikulární, které se až na výjimky projevují štíhlým komplexem QRS. Nejčastější pravidelnou tachykardií se štíhlým QRS je sinusová tachykardie. Tuto arytmiu většinou není třeba léčit, neboť je pouze příznakem vyvolávající choroby či stavu (stres, febrilie, anémie, dehydratace, srdeční selhání atd.). Odlišení ostatních arytmií tohoto typu je obtížné. Je možné se pokusit o jejich zpomalení či ukončení vagovými manévry (masáž karotického uzlu, Valsalvův manévra, tlak na oční bulvy) a v případě neúspěchu odeslat k specializované péči. Nejčastější tachyarytmií s nepravidelnou srdeční akcí je fibrilace síní. Čerstvě vzniklá fibrilace síní (do 48 hodin) je důvodem k hospitalizaci s ohledem na možnost farmakologické či elektrické kardioverze. Neodkladná hospitalizace chronické fibrilace síní je nezbytná jen v případě špatné tolerance či hemodynamické závažnosti (srdeční selhání, stenokardie, kolaps). V opačném případě postačí časná ambulantní kontrola kardiologem či internistou k úpravě tepové frekvence a zajištění antikoagulační léčby.

Potenciálně závažnější jsou tachyarytmie se širokým komplexem QRS. Ty mohou být podmíněny supraventrikulární arytmií se současně přítomnou raménkovou bloádou nebo vždy závažnou komorovou tachykardií. Komorové tachykardie vedoucí k oběhové nestabilitě jsou důvodem k urgentní elektrické kardioverzi, v případě zástavy oběhu pak k zahájení kardiopulmonální resuscitace. Zvláštní formou je polymorfní komorová tachykardie s prodlouženým QT intervalem (tzv. torsade de pointes), při níž je elektrická kardioverze často neúspěšná a účinnou léčbu představuje pouze dočasná externí stimulace a substituce hořčíku. Nemocné s tachyarytmií se širokým QRS, kteří jsou oběhově stabilní, v přednemocniční fázi pouze monitorujeme a zajišťujeme urychlený převoz RZP.

■ Plicní embolie

Plicní embolie (PE) je závažný stav způsobený zachycením krevní sraženiny v plicní tepně, kde se stává překážkou krevního zásobení plicního parenchymu, a tím i celého organismu. Zdrojem embolu je většinou trombus vytvořený v žilním řečišti dolních končetin či pánve. Význam plicní embolie spočívá v její vysoké mortalitě a velkém počtu nediagnostikovaných případů. Klinická závažnost PE závisí na stupni obstrukce plicní-

**Tab. 3: Prognostická klasifikace nejčastějších arytmií****Život ohrožující arytmie**

- fibrilace komor
- setrvalá komorová tachykardie
- komorová tachykardie typu torsade de pointes
- asystolie, pokročilá AV blokáda

Potenciálně nebezpečné arytmie

- nesetrvalá komorová tachykardie
- fibrilace a flutter síní
- sick sinus syndrom
- atrioventrikulární reentry tachykardie

Neohrožující arytmie

- sinusová tachykardie
- respirační arytmie
- supraventrikulární a komorové extrasystoly
- AV blokáda I. stupně

Tab. 4: Příčiny a vyvolávající činitelé srdečního selhání

Hlavní příčiny	Vyvolávající činitelé
Ischemická choroba srdeční	Infekce, horečky
Kardiomyopatie	Anémie, krvácení
Arteriální hypertenze	Dekompenzovaná hypertenze
Chlopenní vady	Přerušení léčby či léčebného režimu
Srdeční arytmie	Tyreotoxikóza
Onemocnění perikardu	Těhotenství
Infekční příčiny	Plicní embolizace
Toxické látky	Arytmie

tropní podpoře katecholaminy (např. dobutamin v počáteční dávce 5 µg/kg/min.), ve většině případů je prospěšná i volumexpanze. V případě refrakterní hypoxie či poruchy vědomí je nutná intubace a mechanická ventilace. Kauzální léčba je možná až v prostředí intenzivní péče a představuje ji přísně titrovaná antikoagulační léčba, v případě hemodynamické nestability či závažné dysfunkce pravé komory systémová trombolýza, vzácně chirurgická trombektomie.

Plicní embolie je nadále závažným klinickým i diagnostickým problémem a klíčová je právě přednemocniční diagnostika.

■ Akutní srdeční selhání

Akutní srdeční selhání (ASS) je klinická jednotka zahrnující velmi širokou škálu projevů náhle vzniklé srdeční nedostatečnosti, včetně onemocnění zde již zmíněných. Selhávajícím srdečním oddílem je většinou levá komora (kardiální plicní edém), ale může se jednat i o komoru pravou při masivní plicní embolii, či dokonce levou síň v případě těsné mitrální stenózy. Může být projevem náhlého zhoršení funkce doposud zdravého srdce – například při vzniku rozsáhlého infarktu myokardu. Častěji se však jedná o akutní zhoršení dlouhodobě poškozeného selhávajícího srdce. Rozlišujeme tedy příčiny a bezprostřední vyvolávající mechanismy akutního srdečního selhání (viz tab. 4). Vedoucím příznakem je dušnost podmíněná městnáním v plicním oběhu. Vzniká náhle, často v noci – tzv. paroxysmální noční dušnost. Dušnost je expiračního charakteru, vede k ortopnoi, nutí k posazování a dráždí ke kašli. Obtíže zřídka spontánně odeznívají, bez léčby většinou vedou k plnému rozvoji plicního edému.

Klinický obraz rozvinutého plicního edému je poměrně typický – nemocný je klidově dušný, neklidný, netoleruje polohu vleže; často je bledý a zpocený, bývá zvýšená náplň krčních žil a tachykardie. Poslechovému nálezu dominují chrůpky zprvu při bazích, posléze po celých plicních polích. V počátečním stadiu jsou projevy často méně jednoznačné nebo zkreslené vyvolávajícími mechanismy. Poslechový nálezu může být

i nenápadný nebo neodlišitelný od bronchiálního astmatu. Krevní tlak bývá zvýšený v důsledku kompenzační aktivace sympatiky, nebo pokud je příčinou srdeční nedostatečnosti hypertenzní krize. Nízké hodnoty krevního tlaku jsou naopak nepříznivou známkou a příznakem nejzávažnější formy srdečního selhání – kardiogenního šoku.

Ke správné diagnóze akutního srdečního selhání vedou anamnestické údaje o předchozí chronické srdeční nedostatečnosti, jejích příčinách, event. vyvolávajících faktorech a klinický obraz. Podezření na akutní srdeční selhání může posílit obraz městnání na RTG snímku hrudníku, zhoršená funkce srdce při echokardiografickém vyšetření, obraz akutního infarktu myokardu na EKG či výrazně zvýšené hodnoty BNP při laboratorním vyšetření. V případě plicního edému však neprodleně zahajujeme léčbu srdečního selhání i jeho příčin a zajišťujeme transport na nejbližší koronární či intenzivní jednotku. Přednemocniční léčba plicního edému zahrnuje polohu vsedě s podloženými zády, omezení žilního návratu končetinovými podvazy, inhalace 100% kyslíku a slovní kontakt a uklidnění pacienta. Farmakologicky používáme nitráty, optimálně v intravenózní formě (isosorbiddinitrát bolus 2–10 mg frakcionovaně i.v. a kontinuální infuze v dávce 5–10 mg za hodinu). Nejužívanějším diuretikem zůstává Furosemid (40–80 mg i.v.), který vykazuje i časný vasodilatační efekt. Opiáty účinně odstraňují pocit dušnosti, příznivý je i efekt anxiolytický a analgetický. Velmi účinnou formou léčby plicního edému je neinvazivní plicní ventilace, která je však zatím vyhrazena péči až na jednotkách intenzivní péče. Nedílnou součástí je i léčba vyvolávajících příčin srdečního selhání – tj. léčba akutního infarktu myokardu, hypertenzní krize či poruchy srdečního rytmu.

Akutní stavy v kardiologii patří mezi nejzávažnější a nejčastější neodkladné stavy v lékařské praxi. Na správné a pohotovostě bezprostřední péči mnohdy závisí život nemocných. Základní znalost těchto chorob proto patří do spektra nezbytných dovedností každého lékaře.

ho řečiště, ale i na stavu kardiopulmonálního systému postiženého. Klasifikace akutní plicní embolie proto rozlišuje tři základní formy. Akutní masivní plicní embolie je provázena hemodynamickou nestabilitou, může vést k náhlé smrti nebo kardiogennímu šoku. Projevuje se náhle vzniklou dušností, cyanózou a hypotenzí, častá je úvodní synkopa, kolaps či slabost. Projev submasivní a malé plicní embolie bývají méně výrazné; dominuje tachykardie a tachypnoe. Mezi další známky PE patří kašel či atypické bolesti na hrudi, důležitým příznakem jsou i asymetrické otoky dolních končetin a další symptomy hluboké žilní trombózy. Jinak bývá fyzikální nálezu nápadně normální, stejně jako RTG vyšetření hrudníku. Na možnost plicní embolie může poukázat i křivka EKG, z laboratorních hodnot pak zejména zvýšená hladina d-dimerů. Nejvhodnější zobrazovací metodou pro potvrzení diagnózy akutní plicní embolie je angio-CT hrudníku, plicní scintigrafie je variantou jen pro méně závažné formy onemocnění. Nezastupitelná je pozice echokardiografie, která jednak odhalí nejzávažnější formy s poruchou systolické funkce pravé komory, ale umožní i stanovit nejvhodnější formu léčby a sledovat její efekt.

Počáteční léčba plicní embolie je podpůrná, spočívá v oxygenoterapii a mírné sedaci. Při zajištění žilního vstupu je již třeba počítat s možností celkové trombolýzy. Při podezření na PE je při absenci kontraindikací vhodné zahájit antikoagulační léčbu ještě před potvrzením diagnózy. Vhodnější je nefrakcionovaný heparin v bolusové dávce 5000–10 000 j. (80 j./kg), v případě transportu delšího než 30 minut následovaný kontinuální infuzí heparinu v dávce 18 j./kg/hod. Přetrvávající hypotenze je indikací k ino-

Kazuistika náhle vzniklé rezistence v třísele u dorostence

MUDr. Ruth Adamová

PLDD Čáslav

Chlapec z rodiny vždy dobře spolupracující, mají tři dnes už dospělé děti.

Žijí v rodinném domě s velkou zahradou a mají několik koček a psa.

RA: matka se léčila pro dvanácterníkový vřed, hypofunkce štítné žlázy, 2005 toxoplazmóza, uzlinová forma, léčena na infekční ambulanci, otec hypertenze, sestra 1984 juvenilní struma, bratr 1987 – zdráv.

OA: v předškolním a raném školním věku častější respirační infekty, užíval občas ATB. Dále nemocnost zcela přiměřená, chodil převážně jen na preventivní prohlídky.

Výjimka: 12/05 abnormálně zvýšená únavnost, objektivní nález v normě, nezhubí, chuť k jídlu trochu horší.

Odběry: FW 5/10, KO v normě, základní biochemie bez odchylek, T3, T4, TSH norma.

Uzavřeno tak, že se pravděpodobně jedná o těžší celkový virový infek, po konkrétní etiologii jsme nepátrali. Stav se spontánně upravil.

NO: v říjnu 2006 přichází s tím, že asi 5 dní pozoruje tuhou rezistenci v pravém třísele.

Účastnil se atletického závodu, běhal dlouhou trať a přitom si uvědomil, že mu něco v třísele vadí a bolí ho to. Nestěžuje si na žádné celkové příznaky, dlouhodobě pravidelně sportuje.

Objektivně: rezistence lehce bolestivá, celkem pružná, není příliš pohyblivá vůči spodině, velikosti švestky (3 × 2 cm), bez fluktuace. Ve spádové oblasti uzliny není žádné infekční ložisko, genitál je bez výtoků. Také ostatní somatický náález je v normě, žádné další uzliny nejsou hmatné.

Diferenciálně diagnostická rozvaha:

1. Nejpravděpodobněji lymfadenopatie.
2. Nelze vyloučit ev. úraz v oblasti úponu stehenního svalstva?

Laboratorní vyšetření: FW 3/5, KO: norma včetně dif., CRP 5, základní biochemie bez odchylek.

Chirurgické vyšetření: spíše nepředpokládá úrazovou etiologii.

Kontrola s odstupem 10 dnů – stav beze změny.

Doplněna serologie toxoplazmózy vzhledem k anamnéze matky.

Výsledek: akutní nebo subakutní toxoplaz-



móza. Vysoká hodnota avidity IgG svědčí pro infekci probíhající již několik měsíců.

Lokalizace zvětšené uzliny v třísele však není příznačná pro onemocnění toxoplazmózou, proto jsem se s výsledkem nespokojila a konzultovala s infekčním oddělením. Chlapec byl přijat k hospitalizaci s podezřením na tularemii a ihned po přijetí byla nasazena vhodná ATB léčba kombinací TTC a gentamycinu.

Výsledky odběrů krve z propouštěcí zprávy: krevní obraz zcela v normě.

Odebrané serologie: toxoplazmóza KFR 1 : 256 +++, toxoplazmóza IgG pozitivní (3,9), toxoplazmóza IgM negat. Rubeola – IgG pozitivní, rubeola IgM negativní. Cytomegalovirus KFR negat. Adenovirus KFR 1 : 32 +++, brucelosis, tularemie – negativní.

USG břicha a třísel – závěr: jedna výrazně zvětšená vaskularizovaná uzlina pod pravým tříselem, nad ní jsou jen 2 menší patologicky zvětšené uzliny. V retroperitoneu uzliny nejsou zvětšené. Ojedinele nejvýše hraniční uzliny v mezenteriu. Slezina při horní hranici normální velikosti.

RTG hrudníku – skiografie: normální náález.

Na ATB léčbě nedochází k regresi uzliny, proto doporučena excize a histologické vyšetření.

Provedeno na spádovém chirurgickém oddělení. Peroperační náález: uzlina velikosti vlašského ořechu v trigonu pravého stehna, ohraničená. Provedeno vynětí celé uzliny.

Histologický náález svědčí pro Hodgkinovu chorobu.

Pacient předán do péče Kliniky dětské hematologie a onkologie v Motole. Zde provedeno komplexní vyšetření a zahájena chemoterapie.

USG: pooperační změny v oblasti jizvy v pravém třísele, několik uzlin v pravém třísele.

Vpravo při ilickém svazku nehomogenní paket uzlin vel. 35 × 15 mm, několik uzlin 10 × 15 mm.

PET scan 13. 12. 2006: ložiska hypermetabolismu glukózy ve 2 zvětšených mizních uzlinách vpravo v ilické oblasti (23 × 29 mm a 49 × 18 mm) – svědčí pro přítomnost viabilní neoplazie.

Zahájena chemoterapie (20. 12. 2006).

Kontrolní PET/CT scan 26. 2. 2007 – přetrvává hypermetabolismus glukózy ve zvětšených uzlinách parailicky vpravo – svědčí pro persistující viabilní neoplazii – změna chemoterapie.

V dubnu 2007 USG i PET scan vyšetření potvrzuje klinickou remisi, zaplánována RT.

Diskuse: celková doba od počátku potíží do stanovení diagnózy je 5 týdnů.

Náhle vzniklá rezistence v třísele u dosud naprosto zdravého dorostence bez doprovodných potíží nezbudila zpočátku závažné obavy, souvislost s náročným sportovním výkonem byla krátkodobě zavádějící. Další slepá ulička v cestě ke správné diagnóze byly vysoce pozitivní hodnoty serologie toxoplazmózy, týdenní pobyt na infekčním oddělení však vyloučil možnou infekční etiologii lymfadenopatie.

Ke stanovení správné diagnózy se dospělo až po histologickém vyšetření extirpované uzliny.

Poučení: každou podezřelou a neustupující rezistenci raději odeslat bez velkých odkladů na specializované onkologické pracoviště.



Nová metodická doporučení pro bezprostřední poúrazovou fázi při mozkelebečních poraněních dětí

konsenzuální guidelines

doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

OCHRP FN Motol, Praha

Souhrn

Mozkelebeční poranění dětí jsou stále častější, nejen v zahraničí, ale i u nás. Narůstají krytá izolovaná poranění. Jsou častější adrenalinové aktivity a sporty. Bezpečnostní přilby se vžíly u malých cyklistů, ale u skateboardistů a sjezdařů, u dětských sánkařů a při in-line bruslení jsou stále užívány vzácně.

Z masmédií se dozvídáme o jednotlivých poraněních s fatálními deceleračními poraněními mozku, kde primární inzult vylučuje přežití a ani včasná odborná pomoc neodvrátí smrt. Ale stále více vyniká, že pozornost je nutno obrátit k sekundárnímu inzultu mozku, který lze do podstatné míry ovlivnit – nebo jeho rozvoj podcenit a zanedbat.

Krytá mozkelebeční poranění dětí přibývají i v zahraničí ve vyspělých zemích, vyvíjí se však i urgentní medicína, neurointenzivní péče a možnosti neurochirurgie.

Nové podmínky vedly k inovaci metodických doporučení, jak se diagnosticky rychle orientovat na místě příhody, jak se vyrovnat s první pomocí a zajistit přednemocniční neodkladnou péči. Původním pramenem „guidelines“ jsou Spojené státy a jejich statistiky, ale metodické doporučení se specifika, určenými pro dětské pacienty, má mezinárodní konsenzuální ráz. Je v plném znění publikováno v časopise Prehospital Emergency Care 12, 2007; Suppl: 1–53 Guidelines for prehospital management of traumatic brain injury, 2nd ed.

■ Jaká doporučení přináší a na jakých skutečnostech a údajích spočívají?

K primárnímu inzultu dětského mozku se snadno připojí sekundární inzult, vyvolaný hypoxií, hypotenzí nebo dokonce nevhodnou hyperventilací či tekutinovou resuscitací, druhotným, odloženým transportem z příjmu nejbližší nemocnice do dětského traumacentra. Druhotný inzult hraje významnou roli, často určuje klinický výsledek. Zatímco primární inzult mozku lze ovlivnit jen omezeně, **prevence i léčba druhotného inzultu** záleží na znalosti, zkušenosti i pohotovosti lékaře v tísňové situaci na místě úrazu a v průběhu transportu. Druhým rozhodujícím momentem je **dodržet časové okno**, „window of opportunity, window of chance“. Přednemocniční péče na místě úrazu se uvádí svým trváním do 20 minut, akutní terapeutické okno do 1 hodiny, hranice je dána 4 hodinami; i poté se

dítěti věnuje stále plná terapie. V nemocnici lze nyní zejména v dětských traumacentrech uplatnit nové moderní metody – 3D diagnostické i léčebné, s navigací, s monitorováním nitrolebečního tlaku. Jsou cíleny nejen na zvládnutí krvácení, evakuaci hematomu, ale i na snížení nitrolebeční hypertenze kraniektomií, na prevenci herniace zkraty, na specializovanou neurointenzivní péči.

Metodické pokyny zohledňují metaanalytické a multicentrické studie především za posledních 10 let rozvoje neurotraumatologie i změny úrazových mechanismů, klinického průběhu a výsledků po mozkelebečních poraněních.

Nejvýznamnější zásady pro bezprostřední fázi po izolovaném mozkelebečním poranění se v metodickém opatření citují nejenom jako společné pro děti i dospělé. Uvádějí se odlišnosti a specifika u dětí – od novorozenců a kojenců až po nezletilé, kteří jsou již do velké míry srovnatelní s dospělými:

■ Předejít hypotenzi

Pokud lze změřit systolický tlak nepřímou metodou s náležitou šíří manžety pro dané dítě, je hypotenze vztahována k věku dítěte:

0–28 dnů	< 60 mm Hg
1–12 měsíců	< 70 mm Hg
1–10 let	< 70 + 2 × věk v letech
> 10 let	< 90 mm Hg

Pokud nelze změřit krevní tlak, orientujeme se podle mentálního stavu – od 2 let výše podle Glasgow Coma Scale a skóre, dále podle kvality tepu a rychlosti kapilárního návratu.

Jednorázová hypotenze, trvající déle než 5 minut, zvyšuje mortalitu přibližně dvojnásobně.

I bez krevní ztráty je prioritní léčbou hypotenze podání tekutinové resuscitace – u dětí se užívají izotonické roztoky krystaloidů. Nyní se nejčastěji doporučuje izotonický roztok natriumchloridu (fyziologický roztok); je indikován i v případech ještě uspokojivých hodnot krevního tlaku.

• Zajistit nebo udržet dostatečnou ventilaci a oxygenaci

Pokud se SpO₂ udržuje na hodnotě > 90 % a je dostatečné spontánní dýchání nebo pokud se s inhalací kyslíku dosáhne hodnoty SpO₂ > 90 %, není třeba invazivní zajištění dýchacích cest; je indikována pouze prevence zapadnutí jazyka, pokud nejde o riziko aspirace.

SpO₂ < 90 % vyžaduje neprodleně úpravu: zvýšení FIO₂. Při neúspěchu je indikována umělá ventilace. U dětí-kojenců, předškolních dětí, u dětí přibližně do 8 let se dává přednost umělé ventilaci s obličejovou maskou a samorozpínacím dýchacím vakem a s rezervoárem kyslíku.

U starších dětí, u nezletilých s nedostatečností dýchání se již zváží výhoda tracheální intubace s rychlým provedením, optimálně s použitím relaxancia. Medikace jsou plně ponechány na volbě podle klinické situace a přehledu v dýchacích cestách. Je vhodné zařadit krátkou preoxygenaci 2–4 vdechy bez prodávání, Sellickův hmat se u dětí vykonává silou maximálně 1–2 kg podle věku. Sledování tepové frekvence a SpO₂ je optimální kontrolou při výkonu.

Po intubaci vždy zkontrolujeme dýchací fenomény nad oběma plicními křídly a inspekci zkontrolujeme symetrii a úměrné zvedání hrudníku dítěte. Tracheální rourka se pečlivě fixuje, u ústního koutku



označí. Kapnometrické monitorování je optimální kontrolou i v průběhu transportu.

• **Zachovat normokapnii i při umělé ventilaci s ETCO_2 35–40 mm Hg (4,6–5,3 kPa):**

Hyperventilace se hodnotí jako zcela nevhodná, a dokonce škodlivá. Hranicí rizika je $\text{ETCO}_2 < 25$ mm Hg (3,3 kPa). Hyperventilace se rychle dosáhne již při frekvenci 25 dechů/min. u dítěte staršího než 1 rok a 30 dechů/min. u dítěte do 1 roku. Správně se zachovává a udržuje normokapnie. Hodnoty ETCO_2 jsou téměř totožné s PaCO_2 kromě výjimek – velká krevní ztráta, poranění hrudníku atd. Klinicky se snažíme dosáhnout dechového objemu $\text{VT} = 6\text{--}7$ ml/kg t. hm. a úměrného, nikoli nadměrného zvedání hrudníčku dítěte s frekvencí do 20 dechů/min., přibližně s 1 sekundou pro vdech a s dostatečným intervalem pro výdech.

• **Hyperventilace je třeba se vyvarovat** a použít ji jen krátkodobě v nouzi při známkách **hrozící herniace**, při zhoršení neurologických známek. ETCO_2 , PaCO_2 se sníží pod hranici 35 mm Hg (4,6 kPa), zvýší se FIO_2 . Frekvence se zrychlí přibližně o 2 až 4 dechy/min., tj. asi na 25 dechů/min. u dětí starších než 1 rok a na 30 dechů/min. u dětí do 1 roku. Hyperventilace se ukončí při zlepšení neurologických známek.

• **Poskytnout tekutinovou resuscitaci**

U dětí se na rozdíl od dospělých podává izotonický roztok; nejčastěji se užívá fyziologický roztok, popř. Ringerův roztok s laktátem. Infuzní podání je indikováno vždy, i když je krevní tlak ještě v uspokojivém pásmu. 20% mannitol se u dětí nedoporučuje, ani u dospělých není doporučení jednoznačné. Podávání kortikosteroidů/glukokortikoidů se hodnotí jako překonané.

• **Provést orientační vyšetření po stabilizaci** základních životních funkcí a pokud možno před podáním sedace/analgesie. U dětí starších než 2 roky stanovíme **Glasgow Coma Scale**, v němž je nejdůležitější **motorická reakce**.

Pro děti uvádí White (2001) mortalitu podle GCS na místě příhody: GCS = 3, mortalita 75 %; GCS = 4, mortalita 18 %; GCS = 6, mortalita = 6 %. Rozhodující je zlepšení GCS o 2 body vlivem úvodní léčby, zaměřené na oxygenaci a normotenzii a další zlepšování GCS do 6 hodin a do 24 hodin.

Vyšetření zornice je přídatné, jsou indikátorem traumatu, nikoli prognostickým indikátorem, reagují na primární i na druhotný inzult. Přehlédneme úvodem, zda nejde o poranění orbity, a posoudíme obě zornice samostatně:

– zda jsou jednostranně nebo oboustranně rozšířené, tj. širší než 4 mm,

– zda jsou asymetrické, tj. rozdíl jejich průměru je > 1 mm,

– zda jsou rigidní, tj. reagují na osvit jasným světlem zúžením < 1 mm nebo nereagují na osvit vůbec.

Nejzávažnější je prognóza při mydriáze zornic, nereagujících na světlo.

• **Předejít herniaci při riziku jejího vývoje**

Poloha hlavy a horní polovina trupu je zvýšena v úhlu 30° . Předejít je třeba transportnímu traumatu při vyšších rychlostech v zatáčkách, při naklánění vůči přistávací ploše atd. Umístění pro transport je z toho důvodu individuální. Transport má být šetrný a primárně dítě směřuje přímo na místo definitivního a optimálního ošetření. V nouzi je indikována při riziku zvýšení nitrolebečního tlaku a herniace přechodná hyperventilace s hypokapnií bez dosažení rizikových a excesivních hodnot.

• **Otázka mírné léčebné hypotermie** nedisponuje dosud takovými množstvím údajů, aby bylo možno ji rutinně doporučit. Udržíme tělesnou teplotu, předejdeme jejímu nekontrolovanému zvyšování z centrálních termoregulačních příčin ani zbytečné ztrátě tepla.

• **Vliv časné hyperbaroxie** není rozhodnut.


SILGARD®
Vakcína proti lidskému papilomaviru
[typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná)



První a stále jediná kvadrivalentní vakcína proti rakovině děložního hrdla, genitálním bradavicím, cervikálním dysplaziím vysokého stupně (CIN 2/3) a vulválním dysplaziím vysokého stupně (VIN 2/3) vyvolaných lidskými papilomaviry (HPV) typů 6, 11, 16 a 18.

Zkrácená informace o přípravku:

Silgard® injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná) (Papillomaviri humani typus 6, 11, 16, 18 proteinum L1). **Indikace:** prevence vysokého stupně cervikální dysplazie (CIN 2/3), cervikálního karcinomu, vysokého stupně vulválních dysplastických lézí (VIN 2/3) a bradavic zevního genitálu (condyloma accuminata) v přičinné souvislosti s lidským papilomavirem (HPV) typů 6, 11, 16 a 18. Indikace je založena na prokázané účinnosti u žen ve věku 16 až 26 let a na prokázané imunogenitě u 9 až 15letých dětí a dospívajících. **Kontraindikace:** přecitlivělost ke všem komponentám vakcíny, závažné akutní horečnaté onemocnění. **Dávkování:** základní očkování – 3 samostatné 0,5 ml dávky podané dle následujícího schématu: 0, 2, 6 měsíců. Všechny dávky musí být podány intramuskulárně během jednoletého období. **Upozornění:** pro případ vzácných anafylaktických reakcí musí být k dispozici odpovídající léčebná opatření. Vakcína není určena k léčbě, nenahrazuje rutinní cervikální screening. Jedinci se sníženou imunitní reakcí nemusí na vakcínu zareagovat. Podávat opatrně jedincům s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace. **Interakce:** při současném podání s vakcínou proti hepatitidě typu B (rekombinantní) nedošlo ke klinicky významným změnám v imunitních odpovědích na obě vakcíny. Použití hormonální antikoncepce neovlivnilo imunitní odpověď. **Těhotenství a kojení:** očkování odložit až na dobu po ukončení těhotenství. Může být podávána kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** velmi často erytém, bolest a otok v místě injekce, pyrexie, často krvácení a pruritus v místě injekce, vzácně kopřivka, velmi vzácně bronchospasmus. **Léková forma:** injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** v chladničce (2°C – 8°C), ve vnější krabičce, chránit před mrazem. **Velikost balení:** 0,5 ml suspenze v předplněné se dvěma jehlami. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-017. **Poslední revize textu SPC:** 3.10. 2007

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dříve, než přípravek předepíšete, seznáme se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.



© Registrovaná ochranná známka Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.
© Copyright Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A., 2008. Všechna práva vyhrazena.
Merck Sharp & Dohme Idea, Inc., org.s.l., Klenova 5, 162 00 Praha 6, tel.: 233 010 111, www.msdi.cz
* Affiliate of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

www.silgard.cz

Mentální anorexie – diagnostické a terapeutické aspekty

Jak významné jsou kulturní a sociální vlivy na vznik poruch příjmu potravy?

MUDr. Pavel Kabíček, CSc., MUDr. Štěpán Sulek

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN Praha, Subkatedra dorostového lékařství IPVZ Praha

Souhrn

Mentální anorexie (MA) je psychiatrické onemocnění, charakterizované poruchou vnímání vlastního těla, strachem z obezity a poruchou výživy, která je způsobena vědomým a cíleným hubnutím. Diagnózu stanovujeme podle diagnostických kritérií (tab. 1), v diagnostice nám může napomoci i pozorování řady dalších anamnestických údajů a fyzikálních příznaků (tab. 2).

MA dělíme na 2 subtypy:

1. restriktivní typ je spojen pouze se snižováním váhy cestou omezení jídla, typicky na 300–700 kcal/den, často doprovázeným intenzivním cvičením, které může mít až charakter rituálu.

2. purgativní typ je spojen kromě omezování jídla i s tzv. očišťovacím (purgativním) chováním, jako je navozené či spontánní zvracení, zneužíváním laxativ nebo léků typu anorektik, emetik či diuretik. U tohoto typu se často setkáváme i s bulimickými epizodami.

■ Etiologie a epidemiologie

Existuje mnoho hypotéz o příčinách MA, etiologii tohoto onemocnění však dosud neznáme. Je popsána řada faktorů, které se na rozvoji MA podílejí (1). Tyto faktory nacházíme ve všech třech složkách osobnosti – jde o onemocnění bio-psycho-sociální.

Pro MA je typický adolescentní věk, více jsou postiženy dívky, cca 10 : 1 oproti chlapcům, výskyt MA má v adolescenci dva vrcholy, první v cca 13 letech (časný začátek do 14,5 roku) a druhý, pozdní začátek, který se objevuje průměrně v 17–18 letech.

■ Somatické obtíže

MA v rozvinutém klinickém stavu vede k rozsáhlému somatickému postižení, vyplývajícímu z hladovění, nadměrného cvičení a u části pacientů z očišťování (purging) a bulimických epizod (binging), a projevuje se postižením prakticky všech orgánových systémů. Běžnými známkami jsou ztráta podkožního tuku, ortostatická hypotenze (prvním projevem incipientní MA může být i prekolapsový nebo kolapsový stav), bradykardie, vypadávání vlasů a hypotermie. Typická je sekundární endokrinní poru-

cha s amenoreou, ale třeba i zpomalením tělesného růstu, zastavením pohlavního zrání či ztrátou kostní hmoty. Dívky s MA mají vyšší riziko potratů a porozené potomky s nízkou porodní hmotností v porovnání se zdravou populací. Na opakované zvracení u purgativního typu MA pomýšlíme při zvětšení slinných žláz („chubby cheeks“), rozrušení zubní skloviny a šrámech na dorsu ruky (Russelovo znamení) nebo při opako-

vaném zachycení metabolické alkalózy (1; 5; 6).

■ Komorbidita a prognóza

MA je spojena s psychiatrickou komorbiditou – deprese a poruchy nálady (50–75 % pacientů s MA), úzkostné poruchy (více než 60 % pacientů) a obsesivně kompulzivní porucha (u více než 40 % pacientů). Užívání alkoholu nebo návykových látek (12–27 %) se vyskytuje častěji u pacien-



tek s purgativním typem MA (1).

Úplné vyléčení včetně úpravy tělesné hmotnosti, stravovacích návyků, menstruace a postojů ohledně stravy, postavy a váhy lze očekávat u 50 až 70 % komplexně léčených adolescentů. Lepší prognózu má časný začátek onemocnění (early onset), s horší prognózou je kromě pozdního začátku spojena pokročilost onemocnění se značným

úbytkem na váze a pozdní nebo nedostatečná léčebná péče.

Psychiatrická komorbidita souvisí se zvýšenou mortalitou v této skupině, udávanou mezi 3,3 a 5,9 % v jedné dekádě (2; 3; 4). Mezi příčiny mortality patří více než kritická malnutrice suicidium.

V rozvinutých zemích MA přibývá, v ČR se počet hospitalizací pro toto onemocnění v 90. letech minulého století ztrojnásobil, diagnostika se jistě zlepšila i tím, že se o tomto tématu v poslední době více diskutuje v celé společnosti a že povědomí o těchto chorobách se zvyšuje. Nicméně MA, která vyžaduje hospitalizaci, je většinou už problémem, který zjistíme poměrně snadno.



**Tab. 1: Diagnostická kritéria podle DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (podle 1)**

Nízká tělesná hmotnost	Úmyslné udržování tělesné hmotnosti nejméně 15 % pod předpokládanou váhou (ať už byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo BMI je 17,5 či méně. U prepubertálních pacientů nesplňují při růstu očekávaný váhový přírůstek.
Strach z tloušťky	Intenzivní strach z přibírání na váze, který se nezmenšuje s pokračujícím váhovým úbytkem.
Vnímání vlastního těla	Porucha vnímání váhy, rozměrů či tvaru vlastního těla, pacient vnímá zkresleně určité partie jako „oplácené“ přes probíhající kachexii.
Amenorea	U postmenarchálních dívek absence nejméně tří po sobě jdoucích menstruačních cyklů při vyloučení jiných příčin. Může být zakryta užíváním hormonální antikoncepce. U prepubertálních dívek se MA projevuje primární amenoreou.
SUBTYPY	
Restriktivní	Snížování tělesné hmotnosti je způsobeno pouze omezováním stravy a intenzivním cvičením.
Purgativní	Kromě omezování stravy je přítomno očišťovací chování – zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, emetik, často v kombinaci s epizodami přejídání.

Tab. 2: Vybrané charakteristiky aneb kdy myslet na MA (podle 1)

Anamnestická data	Fyzikální nález
• Váhový úbytek • Tzv. „zdravý“ dietní jídelníček, většinou pod 800 kcal denně • Opoždění růstu • Nadměrné cvičení • Perfekcionistické rysy • Pocit tloušťky • Prekolapsové stavy • Snížené sebehodnocení • Amenorea • Zácpa • Depresivní symptomatika	• Kachexie • Suchá, vrásčitá, bledá kůže • Bradykardie, hypotenze • Chladná akra, hypotermie • Kariézní dentice • Foetor ex ore • Russelovo znamení • Vypadávání vlasů • Edémy • Lanugo

■ Indikace k hospitalizaci

Hospitalizace je už při prvozáchytu indikována více než u poloviny patientek, indikací jsou především: výrazná nebo rychlá ztráta hmotnosti, somatické komplikace, popření onemocnění pacientkou, neschopnost akceptovat přiměřenou hmotnost, známky těžké deprese, užívání očišťovacích metod (např. zvracení, užívání laxativ, diuretik), u mladších patientek destruktivní konflikty v rodině.

Hospitalizace znamená často mnoho pozitivních změn v jednom časovém úseku. Pacient je vytržen z domácího prostředí, kde on ani rodiče již nezvládají nejen jídelní patologii a rituály, ale také své emoce, komunikaci, otázky rolí, kompetencí a zodpovědnosti.

■ Trendy ve výskytu

Formou retrospektivní studie jsme zhodnotili soubor pacientů s MA hospitalizovaných na Klinice dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN Praha (KDDL) a porovnali klinický průběh u pacientů hospitalizovaných v letech 1994–1996 a v letech 2004–2006.

Během let 1994–1996 bylo hospitalizováno celkem 23 dospívajících s MA (22 dívek a 1 chlapec, průměrný věk 15,27 ± 2,00 roku) a v letech 2004–2006 21 dospívajících (20 dívek a 1 chlapec, průměrný věk 14,33 ± 2,44 roku). Při grafickém znázornění dvouvrcholového rozložení výskytu MA je patrné zvýšení počtu pacientů s časným začátkem MA (graf 1).

■ Terapie

Největším úskalím léčby MA je přimět pacienta k poznání, že jeho stravovací návyky jsou samy o sobě problémem a nejsou řešením jiných problémů. Bohužel mnoho pacientů s mentální anorexií i jejich rodičů odmítá tuto diagnózu připustit a s léčbou začínají až ve značně pokročilém stadiu onemocnění. Vzdělávání pacienta a rodiny o povaze onemocnění, možných zdravotních následcích, efektech a možnostech léčby je zlomovým bodem terapie a je nezbytné pro zlepšení. Terapii na specializovaných pracovištích zajišťují multidisciplinární týmy včetně psychologa, psychiatra, pediatra, endokrinologa, gynekologa a nutričního specialisty. Skládá se z nutriční rehabilitace, psycho-terapeutických postupů a při psychiatrické komorbiditě i z farmakoterapie.

■ Nutriční rehabilitace („refeeding“)

Předpokladem úspěchu je navození pravidelného stravovacího režimu s frekvencí jídel 6× denně. U ambulantních pacientů je zpočátku doporučován kalorický příjem mezi 1200 a 1500 kcal s týdenním vzestupem o 500 kcal na den, což by mělo zajistit přírůstek na váze 0,5–0,9 kg. Na začátku se stanoví cílená odpovídající váha, pacienti by měli být pravidelně kontrolováni, obvykle po týdnu, pro monitoraci váhových přírůstků, ale hlavně včasný záchyt úbytků, které většinou vedou k odeslání pacienta k hospitalizaci.

Vstupem na oddělení ihned začínají režimová opatření. Od pacienta je vyžadováno přesné dodržování jídelních a stravovacích návyků (strava 6× denně, po jídle pobyt na lůžku), nadměrné cvičení není umožněno. U hospitalizovaných pacientů se začíná též mezi 1200 a 1500 kcal a nárůstem 500 kcal každé 4 dny. Při dobré spolupráci je možné zvýšit energetickou hodnotu stravy přechodně až na 3500 kcal/den u žen a 4000 kcal/den u mužů (1). Délka hospitalizace může dosáhnout až tří měsíců. Výhodou je možnost kontrolovat příjem potravy a upravovat stravovací rituály pacientů. U dětí je popsáno snížení délky hospitalizace při výživě nasogastrickou sondou přes noc, ale rutinně to není doporučováno. Nutriční rehabilitace pomáhá snižovat apatii, letargii a obsese spojené s jídlem, přestože je úplně neodstraní.

Komplikací nutriční rehabilitace u dospívajících může být tzv. refeeding syndrom, popisovaný asi u 6 % dospívajících. Variabilní klinické projevy se mohou manifestovat od



přechodných otoků dolních končetin po vážné komplikace zahrnující alteraci vědomí, tachykardii, městnavé srdeční selhání, atypické bolesti břicha nebo prodloužení QT intervalu.

■ Psychoterapie

Psychoterapeutické postupy se zaměřují na normalizaci chování při jídle, na postoj vůči hmotnosti a vzhledu a na postupné znovuzaházení pacienta do společnosti. Nemocnému je vysvětlována podstata choroby, její základní příznaky, chybné vnímání proporcí vlastního těla, které způsobuje enormní a persistující strach z obezity. U dětí byly při pětiletém pozorování prokázány lepší výsledky (váhový přírůstek, návrat menstruačního cyklu a zlepšení psychosociální adaptace) při zapojení rodičů a sourozenců do terapie. Potenciál sourozenců spočívá ve věkové blízkosti, a proto možnosti navázání silnějšího vztahu (externalizace problému pacienta) než s rodiči, jejichž tlaku často čelí. Fungují již také svépomocné skupiny.

Pacienti mají sklon ke krádežím, lhaní a podvádění, proto se používají různé behaviorálně podmíněné techniky, např. vážení brzy ráno nalačno, pobyt jednu hodinu po jídle na lůžku a stanovení cílové hmotnosti na propustku a na propuštění, jimiž lze dosáhnout terapeutického úspěchu a zároveň rozpoznat pseudokooperující pacienty. Důležité je dělení rolí v terapeutickém týmu.

■ Farmakoterapie

Randomizované studie s antidepresivní skupiny SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors) nepotvrdily jejich vliv na urychlení váhového přírůstku, ale mají pozitivní vliv na dysfornii a depresi, jsou proto indikovány k léčbě komorbiditní depresivní poruchy (1; 7).

ka v léčbě MA nemají žádné opodstatnění a jejich terapeutická hodnota je nulová.

■ Sociokulturní faktory vzniku PPP

Problematika MA je v posledních letech výrazně medializována a rodiče i dospívající si o této chorobě mohou přečíst mnoho informací na internetu i v tisku. Pozici praktického lékaře při preventivních prohlídkách nebo při vyšetření iniciálních příznaků MA to však příliš neusnadňuje.

Dívky a vzácně chlapci s poruchou příjmu potravy (PPP) často své stravovací návyky skrývají a tají. Důvod vyšetření u prvních příznaků MA většinou není váhový úbytek, ale např. bolesti hlavy, břicha, amenorea či jiné nespecifické obtíže, s kterými rodiče přivedou adolescenta k lékaři. Na druhou stranu při preventivních prohlídkách dospívajících se setkáváme s údaji o „dietování“ až u 50 % děvčat.

Přestože na vznik MA působí biologické i psychologické vlivy, jedním z důvodů, proč je MA stále větším problémem v dospívající populaci všech rozvinutých zemí, je pravděpodobně zvýraznění faktorů psychosociálních a sociokulturních (10).

Dospívající děvčata jsou dnes s větší intenzitou a stále častěji konfrontována s tzv. „západním ideálem krásy“, s glorifikací štíhlosti. V odborné literatuře se dokonce setkáváme s termínem „mediální bombardování“ úvahami o štíhlosti. Je dobře dokumentováno, že článků zaměřených na diety vedoucí k zeštíhlení je v posledních deseti letech několikanásobně více, a to i v dětských a „teenagerských“ časopisech. Toto téma je módní a žádané, i když ve své podstatě má na děti a dospívající škodlivý vliv. Snahy poněkud oslabit tento trend jsou zatím

ojedinelé a nemají celospolečenský dopad. Tento fenomén se ještě zvyrazňuje, jestliže dívka nebo její rodiče inklinují k tomu, aby se uplatnila jako modelka. Vyšší riziko rozvoje PPP je přítomno i tehdy, pokud se dospívající věnuje některým druhům vrcholového sportu.

O vlivu tzv. „západního kulturního prostředí“ hovoří i některé epidemiologické studie, které sledovaly komunity dospívajících po přesídlení ze zemí s tradiční kulturou do západní Evropy nebo Spojených států. Počet PPP se v těchto populačních skupinách signifikantně zvýšil. Jiné práce se věnují i pronikání „západních kulturních vlivů“ do tradičních kultur arabských zemí, Indie nebo Číny, kde dříve štíhlost u dívek nebyla oceňována vlastností. Tento prvek globalizace má vliv na dospívající populaci.

■ Časný začátek MA

Naše studie i některé další současné odborné práce ukazují nárůst podílu časněho začátku MA v celkových počtech pacientů s touto diagnózou. Časný začátek je vymezen věkem do 14,5 roku na začátku onemocnění. Podle našich pozorování se však snižuje i věk, kdy se můžeme s MA setkat, nejmladší naší pacientkou je 9letá dívka s restriktivním typem MA. Časný začátek přináší většinou restriktivní formu MA, tzv. „očišťovací“ purgativní chování, jako zvracení, zneužívání léků apod., je v časně adolescenci méně časté. Problematické je u mladších dospívajících také zjištění motivace nebo spouštěcího momentu odmítání stravy nebo snahy redukovat váhu.

Somatický dopad u časněho začátku je větší než u pozdního začátku. Redukce hmotnosti přichází totiž právě v periodě očekávaného nejrychlejšího růstu a rozvoje pohlavních funkcí. Přináší zpomalení nebo zástavu růstu a většinou primární amenoreu. V podrobnějším vyšetření je pak třeba analyzovat, zdali je dívka ještě v premenarchálním období, nebo jde již o primární amenoreu. Důležitou pomůckou je zde detailní určení kostního věku podle Tanner-Whitehouse.

■ Doporučení pro anamnézu při podezření na PPP

Kdy u dívky (vzácně chlapce) jde jen o přechodnou, módním trendem inspirovanou nespokojenost s vlastní postavou a kdy o příznaky PPP?

K stanovení diagnózy MA máme klinická kritéria (tab. 1), je však řada hraničních sta-



vů, které již vyžadují naši pozornost a přesahují svým významem pouhé adaptační obtíže v průběhu adolescence a „dietování“.

Lékař by měl umět vést anamnézu tak, aby pomohla indikovat první příznaky PPP:

1. Vše začíná rozbořem jídelníčku a stravováním v rodině. Tak se lékař často dozvídá, že dívka se již řadu měsíců nestravuje společně s rodinou (i když takových příležitostí je v dnešním běžném provozu domácnosti stále méně), že si připravuje jídlo sama, s jídlem často iracionálně manipuluje, vyhýbá se masu, preferuje nízkokalorické výrobky apod. Rozbořem průměrného jídelníčku zjišťujeme, že kalorická hodnota celodenní stravy je pod 1000 kcal.

2. Je třeba se zeptat i na intenzivní cvičení, často prováděné i několikrát denně.

3. Nutnou součástí anamnézy je rozbor snahy redukovat váhu, chtěné snížení váhy je základním atributem dg. MA. U mladších adolescentů se však stále více setkáváme s tím, že svou snahu ubývat na váze nedokážou přesněji vyjádřit, že tato snaha je pravděpodobně často podvědomá a až pozorování stravovacího chování na oddělení nám odhalí zcela patologické stravovací návyky.

4. Při detekci prvních příznaků PPP se velmi osvědčuje pečlivě konstruovat výškovou a váhovou křivku, jejíž oploštění nám výborně ilustruje začátek choroby, zvláště u časného začátku MA.

Závěr

Naše studie i rozbor současných trendů MA ukazuje několik aspektů, které by měly být zohledněny.

1. Zvýšil se počet případů MA s časným začátkem.

2. Možnost dg. MA musíme zvažovat již od 9 do 10

let, tedy skutečně od úplného začátku adolescence.

3. Tito pacienti v časně fázi dospívání často nedokážou dobře vyjádřit svou snahu ubývat na váze.

4. Při podezření na PPP je třeba se neprodleně obrátit na specializované pracoviště, jež

přináší spolehlivou diagnostiku, včetně zvažení závažných diferenciálně-diagnostických aspektů, a komplexní terapii obsahující jak nutriční rehabilitaci, tak dlouhodobou psychoterapii.

Literatura u autorů

Ilustrace Eliška Axmannová

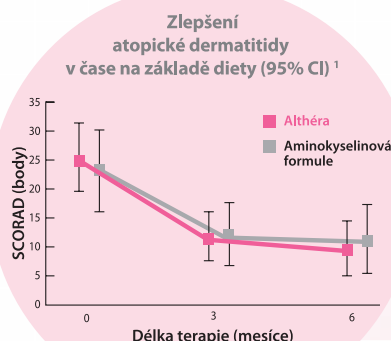
NOVÁ ODPOVĚĎ POTRAVINOVÝM ALERGIÍM

PEDIATRIC  **Nestlé Nutrition** SPECIALTY

Althéra®

Extenzivně hydrolyzovaná hypoalergenní výživa

NOVÁ



Dietní léčba potravinových alergií, hlavně pak alergie na bílkovinu kravského mléka a bílkovinu sóji.

• **Althéra** - je klinicky prokázáno, že je stejně účinná v dietní léčbě alergických onemocnění jako aminokyselinové formule. ¹ Navíc má lepší chuť.

• **Althéra** - obsahuje očištěnou laktózu od bílkoviny kravského mléka a LC-PUFA (DHA / ARA), které podporují rozvoj imunitního systému. V porovnání s jinými preparáty má klinicky ověřené výborné nutriční hodnoty a lepší váhové přírůstky. ^{2,3}

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ: Kojení je během prvních měsíců života dítěte nejlepší způsob výživy, proto mu dáváme přednost před výrobky kojenecské výživy. Dietetické kojenecské formule jsou speciální výživou, které by měly být používány pouze pod lékařským dohledem.

1. Niggemann B, Binder C, Dupont C et al. Prospective, controlled, multi-centre study on the effect of an amino acid-based formula in infants with cow's milk allergy intolerance and atopic dermatitis. *Pediatr Allergy Immunol* 2001;12:78-82.
2. Maire JC, Jarret A, Vuichoud J and Moennaz D. Protein nutritional quality of a new therapeutic formula (THERA-11A) - Comparison with ALFARE and two competitor products. *R&D Report N° RE-SR96010-30*, 09, 1996.
3. Oggero R, Cagliero T, Spinello M, et al. Post-enteric refeeding in the infant. Evaluation and comparison of the effectiveness of several diet therapeutic foods. *Minerva Pediatr* 1985;37:787-94.



Informace pro pracovníky ve zdravotnictví



Složení mateřského mléka a význam jeho složek

1. část

MUDr. Magdalena Paulová, CSc.

FTN, Praha

Složení MM přesně odpovídá měnícím se nárokům a potřebám adaptujícího se novorozence a kojence. Mění se v průběhu prvních dnů (kolostrum versus přechodné a konečně zralé MM), v průběhu jednoho dne i v průběhu jednoho jediného kojení. Dodnes **je známo více než 1000 významných složek MM, mnohé plní v organismu dítěte více úloh současně (nutriční a jiné)**. V prvním díle tohoto článku se budeme zabývat složením základních živin mateřského mléka a hlavně složením bílkoviny. Složení MM se považuje za „zlatý standard“, kterému se snaží přípravky umělé výživy přiblížit.

Koncem těhotenství a v prvních několika dnech produkuje mléčná žláza mlezivo (kolostrum). Mléko tvořené mezi 3. a 5. dnem (přechodné mléko) představuje přechod k mléku zralému, produkovanému asi od 10. do 14. dne.

MM obsahuje přibližně 90 % vody. Zbytek tvoří ostatní složky: bílkoviny a nebičkovinné dusíkaté látky, dále tuky, cukry, vitaminy rozpustné ve vodě a v tucích, minerální látky, stopové prvky a buněčné elementy.

Jednotlivé složky MM jsou buď nově syntetizovány sekrečními buňkami mléčné žlázy nebo do mléka přecházejí z mateřské plasmy. Některé složky se do mléka dostávají pasivně difuzí (voda, elektrolyty), jiné aktivním trans-

z mateřských zásob. Jiné však výživou nebo jejím doplňováním ovlivnitelné jsou (vitaminy, minerály, stopové prvky).

Kalorická hodnota MM je přibližně 67 kcal/100 ml. Z toho laktóza (6,8 až 7,2 g/100 ml) odpovídá 40 % kalorické hodnoty a hlavně tuky odpovídají 50 % kalorické hodnoty. Zbytek kalorické hodnoty tvoří bílkoviny.

Bílkoviny jsou nejstálější složkou zralého MM, odpovídají 7–10 % kalorické hodnoty. V kolostru je jich přechodně nejvíce, až 2,3 g/100 ml. Značná část jich má význam pro obranyschopnost novorozence, a to nejen protilátky, ale i struktura bílkoviny obsažená v MM. Novorozenec se rodí „sterilní“. **Osídlení bakteriemi je děj pro novorozence nevyhnutelný.** Před osídlením patogenními bakteriemi musí být novorozenec vybaven protilátkami, chráničemi před jejich invazí. Ty získává částečně transportem přes placentu z organismu matky. Další část obranných látek bílkovinné povahy novorozenec dostává v MM. Značná část bílkovin MM se na složení a funkci fyziologické střevní flóry novorozence a kojeného dítěte podílí.

Obsah bílkovin v mléce téměř nezávisí na výživě matky. V mléce matek, které porodily předčasně, je po určitou dobu více bílkovin než v mléce matek, které porodily v termínu. V průběhu prvního měsíce celkový obsah bílkovin v MM klesá a od 2. měsíce pak zůstává stálý až do odstavení.

Relativně nízký obsah bílkovin v MM (z toho je asi 0,8 g/100 ml nutričně využitelných jako zdroj aminokyselin) postačuje pro optimální růst kojených dětí, zároveň představuje příznivě nízkou zátěž nezralých ledvin. Trávení bílkovin je energeticky náročnější než trávení tuků a cukrů.

Bílkovinný dusík tvoří z celkové hodnoty asi 80 %, zbytek je dusík nebičkovinné povahy (20 %), např. dusík močoviny (50 %), aminokyselin a tzv. nukleotidů (základní potřeba děličích se buněk CNS a ostatních tkání).

Jedním z parametrů mléka savců je poměr obsahu tzv. syrovátkových bílkovin, jejichž hlavním představitelem je laktalbumin, ku zastoupení kaseinu. Tento poměr je druhově specifický a mění se s délkou laktace. V kolostru je tento poměr asi 90 : 10 ve prospěch bílkovin syrovátky a u zralého mléka významně klesá.

Díky příznivému poměru **laktalbumin : kasein (70 : 30)** je bílkovina MM snadno stravitelná. Čas, po který mléko zůstává v žaludku novoro-

Tab. 1: Obsah základních živin v mateřském mléce (g/100 ml)

složka	obsah	kalorická hodnota (%)
bílkoviny	0,9–1,3	7–10
tuky	3,8–4,5	50–55
cukry	6,5–7,2	38–40

zence (tranzitní čas), je krátký a dítě, kojené podle chuti a regulující samostatně příjem mléka, vyžaduje proto kojení častěji a jeho stolička je měkčí. PH stoličky kojeného dítěte je optimální, mezi 5,5 a 6,0. V kravském mléce převažuje nad alfa laktoglobulinem laktoglobulin beta. Může se stát antigenem, tj. je hlavní příčinou vzniku alergie na kravské mléko. Přestupem z mateřské plasmy do mléka může vyvolat u dítěte antigenní odpověď.

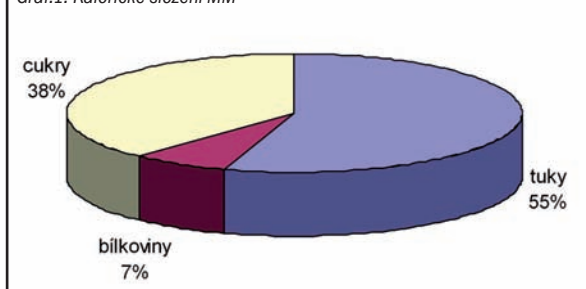
Hlavní bílkovinou MM je alfa laktalbumin, následuje laktoferrin a sekreční imunoglobulin A, dále sérový albumin, kasein, ostatní imunoglobuliny, glykoproteiny, C3 a C4 složka komplementu, lysozym a další. Tyto součásti bílkovinného složení MM nejsou téměř využitelné nutričně, jejich význam je hlavně fyziologický. Jsou odolné vůči proteolýze v žaludku a střevě. Laktoferrin, sekreční imunoglobulin A a lysozym mají významné imunologické vlastnosti. Laktoferrin brání růstu koliformních bakterií a kvasinek v zažívacím traktu, sekreční imunoglobulin A chrání sliznice dýchacího, zažívacího traktu před invazí bakterií a virů a lysozym podporuje laktobacilární střevní flóru, potlačuje růst jiných bakterií a působí místně protizánětlivě.

Bílkoviny MM poskytují kojenci všechny esenciální aminokyseliny v optimálním množství. MM obsahuje nejvíce taurinu (význam pro CNS-neurotransmitter). Pro novorozence, který neumí taurin syntetizovat, je tato aminokyselina esenciální. V kravském mléce taurin chybí, do umělé výživy je proto nutno taurin přidávat, zvláště pro NNPH. MM obsahuje na rozdíl od KM více aminokyselin cystinu, rovněž důležitého pro vývoj centrálního nervového systému. Naopak aminokyseliny fenylalaninu a tyroxinu je v MM ve srovnání s kravským mlékem méně.

Kasein ovlivňuje vstřebávání železa. Z MM se železa, díky většině beta kaseinu (na rozdíl od KM), vstřebává až 80 %.

V současné době existují nové technologie úpravy bílkoviny, které jsou schopny přizpůsobit bílkovinu v umělé kojenecké výživě mateřskému mléku. Tedy některé kojenecké výživy již splňují požadavky na obsah bílkoviny, podobně jako je tomu v mateřském mléce.

Graf.1: Kalorické složení MM



portem (kalcium, aminokyseliny, glukóza, hořčík a sodík aj.). Mezbuněčnými prostory alveolární výstelky se do mléka dostávají buněčné elementy (neutrofilní leukocyty, lymfocyty aj.). **MM je izotonické s plasmou.**

Složení základních živin mateřského mléka (s výjimkou tuků) je v daném objemu relativně konstantní. Podobné složení má kolostrum po porodu v termínu, zralé mléko i mléko pro kojence ve fázi odstavování. Přesto existují v některých složkách jak individuální rozdíly, tak rozdíly další, např. podle gestačního týdne v době porodu, podle objemu produkovaného mléka, stáří dítěte, věku a parity matky, jejího celkového zdravotního stavu a výživy. Některé složky MM nejsou výživou kojící matky příliš ovlivněny, jejich obsah v MM je doplňován

Nestlé - BEBA



Ze světa odborné literatury...

Co je nového ve ventilační strategii u novorozenců?

Úvodem je nutné sdělit, že práce má vysoce specializovaný charakter. Rozebírá jednotlivé způsoby ventilační podpory.

PTV ventilace (patient triggered ventilation) byla zavedena v roce 1980. Iniciálně jako asistovaná a posléze jako BPD (synchronizovaná intermitentní mandatorní ventilace – SIMV). Metaanalytické studie však nevykazují žádné difference v počtu BPD (bronchopulmonální dysplasie) a ani těžkých intrakraniálních hemoragií. PTV byla asociována s krátkým trváním ventilace a aplikovala se u RDS.

VTV – volum targeted ventilation

Ta byla asociována se signifikantní redukcí trvání ventilace a rychlostí vzniku pneumothoraxu, ale ne se smrtí nebo BPD. Do této skupiny bylo zařazeno 178 novorozenců.

HFOV: high-frequency oscillatory ventilation

Malé volumy jsou dodávány frekvencí mezi 8 a 15 Hz. To však nemělo žádný signifikantní efekt na mortalitu nebo na redukcí BPD ani na výskyt neurologických abnormalit.

Non-invasive respiratory support

CPAP – continuous positive airway pressure – může být prováděna nejrozličnějšími způsoby, nejčastěji nasopharyngeální sondou. Může mít při dlouhém trvání za následek nasopharyngeální trauma. Včasná CPAP je užívána v mnohých centrech k předcházení včasné intubace a IPPV ventilace. Může být užitečná u velmi nezralých dětí, v některých podskupinách však selhává. Výrazně však redukuje potřebu přídatné respirační podpory.

Inhaled nitric oxide (iNO)

Selektivní plicní vasodilátor užívaný k léčbě hypoxémického respiračního selhání asociovaného s plicní hypertenzí novorozence. Redukuje počty zemřelých nebo potřebu extrakorporální membránové oxygenace. Ukazuje se však, že má jen krátký pozitivní efekt na oxygenaci, nikoliv však na závažné komplikace.

Eur. J. Pediatr. 2007, 166, 991–996

Cantrellova pentalogie

Jedná se o kombinaci velké omfalokély s výhřezem srdce, jater a střeva s intaktním sternem. Echo vykazovalo hluboký defekt. Exitus během druhého dne. Druhé dítě se srdeční ektopií bez intrakardiálních anomálií,

velká omfalokéla s výhřezem srdce, sleziny a jater spolu se skoliosou. Těhotenství ukončeno. Ukazuje se velmi špatná prognóza, a pokud pediatri budou o možnosti této dg. u těhotných informováni, prognóza je vždy velmi špatná.

Eur. J. Pediatr. 2008, 167, 29–35.

Imunní odpověď na booster tetanického toxoidu u dětí s HIV

Humorální imunodeficiencie u HIV infikovaných dětí se léčí vysoce aktivní anti-retrovirální terapií. Může vést k signifikantní redukcí plasmatické viremie asociované se zvýšením CD 4 buněk. Funkční kapacita tohoto rekonstituovaného imunního systému v odpovědi na přítomnost antigenu je důležitá pro trvání protektivní imunity u vakcín. Určovali proto celulární a humorální odpověď na booster tetanického toxoidu u perinatálně HIV infikovaných dětí a adolescentů dostávajících vysoce aktivní antiretrovirovou terapii. Imunní odpověď byla hodnocena po tetanickém boosteru přes test proliferace lymfocytů, stimulační index a tetanické protilátky. Srovnávali i pacienty odpovídající plně na antivirovou terapii nebo pacienty s neúplnou odpovědí. Ve věku 12 let nebyla zjištěna žádná difference mezi skupinami. HIV infikované děti a adolescenti měli skromnou odpověď při užití testu proliferace lymfocytů po tetanickém boosteru. U většiny pacientů se vyvíjela protektivní tetanická protilátková odpověď.

Eur. J. Pediatr. 2007, 166, 541–56

ADAMTS 13 fenotyp v plasmě zdravých a u pacientů s trombotickou trombocytopenickou purpurou

Von Willebrandův faktor (VWF) je glykoprotein, který hraje důležitou roli v primárním hemostatickém procesu, a to indukci destičkové adheze a agregací v místě postižení. Hlavním jeho zdrojem je endotelium. Defekt faktoru může potenciálně vést ke krvácení nebo k trombotickému nepořádku. Na druhé straně jeho dysfunkční proteolýza může vést k trombotické trombocytopenické purpře. TTP je trombotická mikroangiopathie charakterizovaná hemolytickou anaemií, trombocytopenií, teplotami, neurologickým a renálním postižením. Chronická TTP je asociována s přítomností ultravelkých multimerů

v plasmě. Ty jsou schopny indukovat zvýšení destičkové retence u dětí s TTP. Uvedené multimery jsou zřejmě zodpovědné za diseminované destičkové tromby a jejich degradace na malé multimery je narušena deficiencí VWF proteáz. Podobný proces vzniká při hemolyticko-uremickém syndromu, kdy vaskulární postižení může vést k tvorbě trombotických lézí v ledvině. ADAMTS 13 nebyl detekován u pacientů s kongenitální TTP. Vyšetřování lze provádět pomocí Immunoblottingu.

Eur. J. Pediatr./2007, 166, 249–257

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

Hladem proti chemoterapii

Dvoudenní hladovka u pokusných myší umožnila ochranu zdravých buněk jejich organismu před toxickými účinky chemoterapie. Tento objev by mohl mít význam pro léčbu rakoviny u lidí, domnívají se autoři pokusu popsaného v časopise PNAS.

Tým pod vedením Valtera Longa z Univerzity v Jižní Karolině nejprve skupině pokusných zvířat vstříkl dávku rakovinných buněk. Pak je lékaři podrobili léčbě chemoterapií. Pokusná zvířata, která před nasazením léčby neměla zvláštní režim, umírala v průměru po 60 dnech. Ale zvířata ze skupiny hladovců, která 48 hodin před začátkem chemoterapie nedostávala stravu, žila ve valné většině o 10 až 20 dní déle.

V jiném experimentu vědci ukázali, že hladová zvířata vystavená dávce látky používané při chemoterapii se lépe vypořádala s jejími vedlejšími účinky. Nejen že po jejím podání měla nižší úmrtnost, ale také rychleji znovu nabírala ztracenou hmotnost. Zkoušky na kultivovaných lidských buňkách pozorování potvrdily.

Výsledky nejsou úplným překvapením, protože omezování kalorického příjmu zvyšuje výkonnost mechanismu opravy DNA a zlepšuje odstraňování antioxidantů z buněk, takže zdravá buňka se s následky chemoterapie patrně vyrovnává lépe. V rychle se dělících buňkách rakoviny jsou tyto procesy potlačeny, a tak je pro ně chemoterapie zhoubnější.

Valter Longo je přesvědčen, že se mu podaří dosáhnout stejného výsledku jako u zvířat také u lidských pacientů.

Převzato: LN 2. dubna 2008



Aktuality...

Pošetilá zdravotní reforma podle ministra Julínka

Pan ministr Tomáš Julínek připravuje soubor zákonů k reformě zdravotnictví do sněmovny a vynořují se rozpaky na všech stranách. Část výhrad má bezpochyby politické pozadí: výrazná část české populace si ve své duši stále hýčká odkaz komunistického pečovatelského státu a tito občané mají též svou komunistickou či socialistickou reprezentaci ve sněmovně. Pouštět se do polemiky s nimi není záměrem této úvahy. Pochybnosti o Julínkově transformaci mám z opačné strany. V jeho pojetí mají být totiž centrem příštího zdravotnictví jednak velké podniky vybírající si pro své zaměstnance z nabídky zdravotních plánů pojišťoven a jednak, a hlavně, zdravotní pojišťovny samotné. Pokládám tento model z čistě liberální pozice za naprosto scestný: dochází v něm k tomu, že místo autentického klasického suveréna občana, který má ve zdravotnictví podobu pacienta a lékaře, získávají rozhodující pravomoc obří instituce.

A získávají je s tím, že občan se stává pouhým nevolníkem. Pro občana z toho totiž vyplývají poměrně katastrofální důsledky: ztrácí tím možnost rozhodovat o sobě samém. Skoro by se dalo mít podle důrazu na kolektivistické hodnoty za to, že tato reforma zdravotnictví pochází ze socialistické dílny. Avšak nikoliv: tento model přichází ze strany, která od počátku deklaruje svou afinitu k liberálním hodnotám.

Princip solidarity aneb co nedokáže nikdo z nás

Avšak ještě daleko zhoubnější důsledky lze v předkládané reformě najít. Zejména jde o ony instituce zdravotních pojišťoven: pojišťovny si mají v příštím zdravotnictví konkurovat a díky tomu nabízet stále kvalitnější služby. Avšak háček tkví v tom, že pojišťovny se v Julínkově podání stávají bizarním amalgámem dvou zcela odlišných způsobů financování zdravotnických služeb. Na jedné straně mají garantovat veřejné zdravotnictví čili zajišťovat intergenerační formu peněžních toků. Jinak vyjádřeno, vybrané peníze je třeba v daném období beze zbytku přerozdělit na základě stále obhajovaného principu solidarity mezi nemocnými a zdravými i mezi bohatými a chudými či mladými a starými. Tento model spočívá v tom, že nemocný, chudý a starý člověk platí poměrně málo, kdežto dostává poměrně hodně. Hromadit zisk je pak něco, co má pojišťovna zakázáno. Naproti tomu se od Julínkem koncipovaných pojišťoven očekává záruka intrageneračního přesunu finančních prostředků. Dochází při něm k tomu, že pojištěnec platí po celý život jistou částku peněžnímu ústavu a že posléze tehdy, když ho dostihnou choroby, čerpá ze svého účtu na svou zdravotní péči. Za těchto okolností je naopak třeba vybrané peníze moudře investovat s tím, že za desítky roků lze částku i několikrát rozmnožit, přičemž zisk z toho má pacient i sama pojišťovna. Pochopitelně platí, že nemocnější, chudší a starší (čili pojišťují se kratší dobu) mají omezenější možnosti čerpání. Z načrtnutého základního schématu vyplývá to, že pohnutky a potažmo management je v řízení obou typů pojišťoven naprosto opačný: zatímco jeden peníze hromadí, druhý je naopak musí utratit všechny. Něco takového v jedné osobě nedokáže nikdo z nás. Avšak pan ministr Julínek na tomto konfliktu vystavěl svůj systém zdravotnictví a doufá, že ještě ke všemu v českém prostředí, protkaném korupčními sklony, dojde k zázraku a že navzdory etickému i logickému rozporu bude zdravotnictví fungovat. Tristní je, že pan ministr Julínek se k tomuto svému modelu upnul a hýčká ho, aniž by byl ochoten připustit námitky.

Jan Payne, neurolog a filozof, přednáší etiku na 1. LF UK.

Převzato: LN 26. března 2008

Lékárny Dr. Max zdvojnásobily spornou slevu

Spor mezi největším tuzemským lékárenským řetězcem Dr. Max a Českou lékárnickou komorou (ČLK), kterým se zabývá také antimonopolní úřad, získal na obrátkách. Dr. Max tento týden zdvojnásobil slevu, kterou poskytuje svým pacientům, pokud si do jeho lékáren přijdou vyzvednout léky na recept. Místo vrácené pětikoruny dostane nově každý zákazník za recept zpět deset

korun. Musí se však řetězci upsat a zařídit si jeho zákaznickou kartu.

Praktika vracení peněz se vůbec nelíbí ČLK, která už dříve nepřímo pohrozila lékárníkům, kteří budou peníze vracet, že je může vyloučit ze svých řad. To by pro ně prakticky znamenalo konec možnosti vykonávat svou práci. Podle komory je totiž vracení hotovosti neetické a znevažuje lékárnickou profesi.

Navíc ČLK vytáhla do protiútku a upozornila na praktiku Dr. Maxe všechny zdravotní pojišťovny s tím, že má podezření na porušování zákona při vybírání v lednu zavedeného třicetikorunového poplatku za položku na receptu.

„Podle nás vracení peněz za recept popírá smysl zavedeného regulačního poplatku,“ říká viceprezident lékárnické komory Michal Hojný. „To je nesmysl. Poplatek řádně vybíráme a evidujeme, desetikorunu vracíme z vlastních marží. Je to jen marketingový nástroj,“ říká k tomu šéf řetězce Pavel Vajskebr.

K takovému názoru se nakonec přiklonila také největší zdravotní pojišťovna v zemi – Všeobecná zdravotní pojišťovna. „Podle našeho názoru se jedná o záležitost obchodních aktivit řetězce,“ uvedl včera její mluvčí Jiří Rod.

Pro lékárnickou komoru to nemusí být jediný utrpený šrám ve sporu. Jejímí výhradami k praktikám řetězce se totiž zabývá i antimonopolní úřad, který zkoumá, zda se tak ČLK nesnaží bránit konkurenci na trhu. „Správní řízení v dané věci stále probíhá. Byla prováděna analýza trhu, včetně zhodnocení dopadů jednání komory na soutěž,“ uvedl mluvčí antimonopolního úřadu Filip Vrána.

Podle něj by mohlo být ve správním řízení rozhodnuto přibližně do jednoho měsíce.

Šéf řetězce Dr. Max přiznává, že zavedení desetikoruny je také způsob, jak vrátit klienty před lékárnické tary. Za první dva měsíce totiž řetězci propadly tržby o čtvrtinu kvůli zavedeným poplatkům za recept. Lidé se na konci minulého roku předzásobili a s návštěvou lékáren teď váhají.

Krajně nevhodné metody znevažující profesi lékárníka. To je stanovisko České lékárnické komory (ČLK) ke způsobu lákání zákazníka, který provádí lékárenský řetězec Dr. Max. Jeho zaměstnanci za každý předložený recept vracejí zákazníkovi na ruku až deset korun. ČLK takovou „obsahu“ vidí jako porušení etického kodexu, které může skončit i vyloučením z komory. To se nelíbí antimonopolnímu úřadu, jenž zkoumá, zda se takovým postojem komora nedopouští omezování hospodářské soutěže.

Převzato: MF Dnes 13. března 2008

Klíč k rakovině testují v Brně

Přístroj, který likviduje některé typy nádorů a neuškodí zdravým buňkám, vznikl díky netrpělivosti.

Vyvíjeli přístroj pro léčbu kůže a šťastnou shodou okolností dospěli k zařízení, které ničí některé typy nádorových buněk. Zatím v laboratorních podmínkách. Tak začíná příběh docenta elektrotechniky Ivana Rampla z brněnské firmy Enjoy. S nadsázkou lze říct, že celou akci odstartovala jakási jeho netrpělivost.

Na cestu posvítily bakterie

„Připravovali jsme aparaturu pro léčbu kůže a sliznice, zejména na hlavě. Vyvíjeli jsme proto zařízení schopné vysílat impulsní magnetické pole pouze několik milimetrů pod kůži nebo povrch tkáně. Kdyby totiž proniklo hlouběji, zasáhlo by při zákroku na hlavě buňky v mozku a následky na psychiku pacienta by mohly být fatální,“ vzpomíná na počátky výzkumu před více než čtyřmi lety docent Rampl.

Cílem projektu, realizovaného za finanční podpory Ministerstva průmyslu a obchodu ČR, bylo klinickými zkouškami ověřit vhodnost navržené léčebné metody. Avšak relevantní výsledky těchto lékařských experimentů se zdály být v nedohlednu.

Docent Rampl proto společně s odborníky z Biofyzikálního ústavu AV ČR ověřoval vliv impulsního magnetického pole na bakterie. Vybírali si druh *Photobacterium luminescens*. Tento mikroorganismus má jednu podstatnou výhodu, čím lepší má podmínky k životu, tím více světla vydává.



Ukázalo se, že impulsní magnetické pole buňkám spíše prospívá. Pak došlo ke šťastné náhodě. Odborníky napadlo umístit pod kultivační destičky s bakteriemi tzv. toroidní cívkou a vytvořit tak pole impulsního vektorového magnetického potenciálu (IVMP). Nastal zcela nečekaný jev. Bakterie v tomto zvláštním magnetickém poli odumíraly.

Expert z Biofyzikálního ústavu AV ČR vyzkoušeli toto zvláštní pole i na bílých krvinkách laboratorních zvířat. Buňky opět prospívaly a hynuly, podle toho, jaká cívka byla pod kultivační destičkou.

Úspěšný zásah v mléčné žláze

Docenta Rampla napadlo seznámit s tímto poznatkem odborníky z Masarykova onkologického ústavu v Brně. Vladimír Boudný, vedoucí Laboratoře buněčných regulací, zpočátku příliš důvěry neměl, ale pak se rozhodl vliv pole vytvářeného toroidními cívkami přece jenom vyzkoušet. K pokusům si vybral buněčné linie lidských nádorů kůže, mléčné žlázy a leukemické krve. V maligních melanomových buňkách se po jediném 15minutovém ozáření podařilo ztlumit jejich růst maximálně o třetinu, ale ve většině případů se útlum pohyboval v rozmezí okolo dvaceti procent. To lze považovat podle odborníků za chybu pokusů a kolísání v rámci biologické variability. Mnohem výraznější vliv mělo pole IVMP na buněčné linie nádorů mléčné žlázy a leukemické krve. Po 15minutovém ozáření odumřelo v prvním případě až 70 procent zhoubných buněk, ve druhém v průměru asi třetina.

Ovšem při všech pokusech se buňky po několika dnech opět „vzpamatovaly“ a bujely dál. „Ozařování probíhalo z experimentálních důvodů relativně krátkou dobu, za takových podmínek je zcela běžné, že část nádorové populace přežívá,“ vysvětluje tento fakt Vladimír Boudný.

A proč pole IVMP likviduje jen některé typy rakovinných buněk? „Každý typ záření nebo terapeutika obecně může vykazovat alespoň částečně selektivní účinek právě na určitý typ buněk,“ říká Boudný.

Zdravé buňky odolaly

Zatímco v Brně zkoumali reakci lidských nádorových buněk, v Ústavu živočišné fyziologie a genetiky Akademie věd ČR v Liběchově použili generátor pole IVMP na potkaní sarkomové buňky. „Účinek byl velmi razantní a rychlý. Nárůst mrtvých buněk v kulturách jsme pozorovali v mikroskopu prakticky téměř okamžitě,“ říká Vratislav Horák, vedoucí Laboratoře biologie nádorů.

Doslova šokující okolnost ale vědci zaznamenali až po sérii pokusů se zdravými lidskými buňkami. Zjistili, že pole vyvolané toroidními cívkami jim vůbec neškodilo.

Zní to více než slibně, ale pokusů, jak likvidovat rakovinné buňky a neškodit zdravým, je mnoho. Jak nadějně jsou tedy experimenty s přístrojem týmu docenta Rampla?

Vladimír Boudný z Masarykova onkologického ústavu říká: „Tento nový směr výzkumu je velice fascinující a nadějný.“ A podobný názor má rovněž Vratislav Horák z Liběchova: „Pokud by se podařilo prokázat selektivní působení pole IVMP pouze na nádorové buňky, šlo by nesporně o velmi zajímavý fenomén, který by mohl v budoucnu najít uplatnění v oblasti klinické onkologie.“

Všichni tři odborníci, včetně docenta Rampla, ovšem zdůrazňují, že zatím jsou k dispozici poznatky pouze z laboratorních pokusů s buněčnými kulturami v Petriho miskách. „Je pochopitelné, že tyto výsledky získané za relativně jednoduchých kultivačních podmínek je nutné ověřit v komplexních podmínkách živého organismu in vivo,“ podtrhuje Horák. Cesta od pokusů in vitro k experimentům na zvířatech a pak ke klinickým zkouškám potrvá ještě hodně dlouho. Určitě několik let.

Podstatu jevu zatím neznáme

Proč toto „fenomenální“ pole toroidních cívek zdravým buňkám neškodí a nádorové likviduje, je totiž zatím velkou neznámou. „Fyzikální podstatu tohoto jevu chceme samozřejmě dále zkoumat,“ říká docent Rampl.

Ve výzkumu by rádi pokračovali také biologové z Brna i z Liběchova. „Další výzkum nezáleží pouze na nás, ale především na úspěšnosti celého řešitelského týmu u grantových agentur,“ dodává Vladimír Boudný. Lapidárněji řečeno, nejprve bude nutné získat peníze na takto zaměřený výzkum. Což znamená buď úspěš s návrhem projektu u některé grantové agentury, nebo najít štedrého soukromého sponzora. Ale tato varianta v naší republice zatím moc nefunguje.

Jak reagují buňky zvířat a lidí na zvláštní pole vytvořené tzv. toroidní cívkou? Překvapivě výsledky zjistili výzkumníci z brněnské firmy Enjoy společně s vědci.

Docent Ivan Rampl předvádí přístroj, který dokáže likvidovat některé typy lidských nádorových buněk a zdravé ponechá bez úhony. Bez rozdílu ale ničí bakterie a zvířecí nádorové i zdravé buňky.

Princip přístroje: pod jamkami na kultivační desce jsou tzv. toroidní cívkou, které vytvářejí pole impulsního vektorového magnetického potenciálu (IVMP). Na výzkumu jeho vlivu na buňky se podílely vědecké ústavy v Brně a v Liběchově.

Útlum růstu nádorových a zdravých buněk mléčné žlázy

Vědci z Masarykova onkologického ústavu v Brně působili po dobu 15 minut polem IVMP na nádorové a zdravé buňky mléčné žlázy. Růst nádorových buněk se 24 hodin poté utlumil v jednom případě o více než polovinu, ve druhém o čtvrtinu. Prakticky k žádnému útlumu nedošlo u zdravých buněk. Pokud by se tento poznatek, získaný pokusem v laboratorních jamkách, potvrdil také u zvířat a později u lidí, bylo by možné tímto způsobem ničit nádorové buňky bez poškození zdravých.

Útlum růstu leukemických buněk v krvi

Po 15 minutách působení polem IVMP na vzorky krve od tří pacientů došlo k rozdílnému útlumu leukemických buněk. U zdravých buněk útlum nebyl pozorován.

Převzato: LN 15. března 2008

Mít pohotovost bude povinnost

Pohotovostní služby lékařů i lékáren by měly zajistit zdravotní pojišťovny, říká náměstkyně ministra pro zdravotní péči Markéta Hellerová, spoluautorka klíčových reformních zákonů.

LN: Pacienti v mnoha městech mají potíže sehnat mimo běžnou pracovní dobu léky předepsané lékařem na pohotovosti. Kdo vlastně má zajišťovat pohotovostní služby lékáren, potažmo lékařů?

O tom dnes bohužel hovoří jen jedna věta v zákoně. Říká, že pohotovosti zřizuje v samostatné působnosti kraj. Jinak ničím jiným pohotovostní služby upraveny nejsou. Žádná bližší pravidla neexistují.

LN: Jak se zdá, zatím se kraje a většina měst spoléhají spíše na to, že bude mít o víkendu otevřeno lékárna někde v nějakém supermarketu. To mi nepříjde jako úplně systémové řešení.

Je to tak. Každý kraj si to zatím řeší jinak. Obecně je problém, že u všech typů zdravotnických pohotovostí, nejen u lékárenských, nikdo nemá povinnost je držet. Řeší to pouze zmínka v zákoně o nestátních zdravotnických zařízeních. Je v něm řečeno, že provozovatel zdravotnického zařízení je povinen uzavřít smlouvu s krajem mimo jiné i na tyto činnosti.

LN: Proč tedy ty smlouvy uzavírány nejsou?

Protože si provozovatel přitom může klást takové podmínky, že je to pro kraj absolutně neufinancovatelné. A to se také dělo. V řadě případů ty požadavky skutečně překračovaly realitu. Byly stanoveny tak, že jim nešlo vyhovět. Jednalo se spíše jen o neochotu tyto činnosti vůbec provozovat. Problémy byly nejen s lékárníky, ale i se zubními pohotovostmi i s lékařskou službou první pomoci. Takže ono krajům vlastně ani nelze vyčítat, že to nezajišťují. Protože často ani nemají s kým ty pohotovosti držet. Některé kraje to řeší v nezbytně nutném rozsahu prostřednictvím lékáren ve svých nemocnicích. A někde jsou zase třeba do deseti hodin večer otevřeny lékárny v supermarketech.

LN: Ukázalo se, že ani státní fakultní nemocnice tuto službu svým pacientům nezajišťují. Například olomoucká. Ani tam neexistuje lékárna s nepřetržitým provozem. Aspoň v těchto případech bych jako pacient očekával, že potřebné léky seženu.

Která fakultní nemocnice tuto službu nabízí a která ne, to vám takhle z hlavy neřeknu. Ale žádné konkrétní nařízení, že by takovou službu měly držet, ani naše nemocnice nemají. Je to věc jejich managementu, zda jí zřídí. Někde to řeší třeba ne přímo lékárnou, ale tím, že když člověk do zdravotnického zařízení přijde, tak mu lék na dobu nezbytně nutnou vydají přímo při ošetření.

LN: Současná situace se dá asi jen těžko označit za optimální. Chystáte v rámci reformních zákonů nějakou změnu?

Ano. Souvisí to obecně s úpravou nároku pacienta na dostupnost zdravotních



služeb. Mezi tyto nároky se samozřejmě počítá vše včetně pohotovostí. Potom tedy bude věcí hlavně zdravotních pojišťoven, aby dostupnost těchto služeb dokázaly zajistit.

Převzato: LN 17. března 2008

Nová pojišťovna miliardáře Chrenka platí antikoncepci

Kontroverzní otázka, zda mají zdravotní pojišťovny přispívat na antikoncepci, je opět aktuální. S tímto bonusem přišla nová pojišťovna ocelového magnáta, miliardáře Tomáše Chrenka, Agel, která začala fungovat včera.

Agel svým klientkám nabízí na přípravky proti početí 500 korun ročně. Některé stávající zdravotní pojišťovny teď uvažují, že se tomuto postupu přizpůsobí a podobnou nabídku připraví i pro své pojištěnce. Není ale jisté, zda to není v rozporu s pravidly stanovenými ministerstvem zdravotnictví.

Příspěvek na antikoncepci už pojišťovny dříve nabízely. V době, kdy resortu šéfoval dnešní poslanec David Rath, ale ministerstvo určilo, co se z fondu prevence smí hradit, a příspěvek na antikoncepci byl zakázán.

Ostatní pojišťovny působící na českém trhu krok nového konkurenta zaskočil. „Je pro nás překvapení, že subjekt nově vstupující na trh zdravotního pojištění nabízí tento bonus,“ uvedl prezident Svazu zdravotních pojišťoven Vladimír Kothera.

Podle generálního ředitele holdingu Agel Petra Vaňka ale jejich pojišťovna pravidla neporušuje.

„Hradíme to ze soukromých prostředků, které poskytl vlastník pojišťovny, ne ze zdravotního pojištění,“ řekl LN generální ředitel holdingu Agel Petr Vaněk. „Teoreticky by se z toho dalo poskytovat cokoli,“ dodává s nadsázkou. S tím ale nesouhlasí zástupci jiných pojišťoven. Ať už totiž pojišťovna získá peníze odkudkoli, musí je zaúčtovat podle vyhlášky.

„Zdravotní pojišťovny mohou svěřené prostředky vydávat pouze v souladu s platnou vyhláškou o hospodaření se svými fondy. To platí i pro situace, kdy jsou prostředky získány ze zdrojů mimo systém veřejného pojištění,“ tvrdí například Jan Vomlela, tiskový mluvčí Revírní bratrské pokladny – zdravotní pojišťovny, která působí ve stejném regionu jako ZP Agel.

Ministerstvo zdravotnictví postup ZP Agel posoudí. „Pokud by příspěvek na antikoncepci hradili z fondu prevence, tak to možné není,“ potvrdil mluvčí Tomáš Cikrt s tím, že se ministerstvo snaží změnit zákony tak, aby pro všechny pojišťovny „skutečně platila stejná pravidla“.

Ostatní pojišťovny čekají na vyjádření ministerstva zdravotnictví. Pokud nebude proti příspěvku na antikoncepci v případě ZP Agel nic mít, možná jej zavedou také. „Pokud nebude reakce ministerstva zdravotnictví jako kontrolního orgánu negativní, je velmi pravděpodobné, že se zdravotní pojišťovny budou muset tomuto konkurenčnímu prostředí přizpůsobit a k poskytování tohoto bonusu se vrátí,“ říká Vomlela.

Zdravotní pojišťovny přestaly poskytovat příspěvky na antikoncepci za bývalého ministra zdravotnictví Davida Ratha (ČSSD). Zdravotní pojišťovny proti tomu tehdy protestovaly. Bonus totiž podle nich motivoval pacientky k tomu, aby chodily pravidelně ke gynekologovi na preventivní prohlídky. Podle Ratha (nyní poslance) jsou však plošné příspěvky na antikoncepci jen přetahováním mladých zdravých klientek. „Příspěvek na antikoncepci pro pracující ženy považují za vyhazování peněz veřejného zdravotního pojištění,“ soudí Rath. Ve sněmovně chystá návrh, podle kterého by všechny pojišťovny povinně platily vybranou antikoncepci sociálně slabým ženám a studentkám, které nevydělávají. To by podle něj zabránilo alespoň některým potratům.

Povinností ZP Agel je získat do konce roku 50 tisíc pojištěnců. K prvnímu dubnu jich získala jeden tisíc. Svým pojištěncům hodlá zaplatit péči ve všech nemocnicích. Postupně s nimi uzavírá smlouvy. V nesmluvní ordinaci za svoje pojištěnce zaplatí jen akutní péči.

Převzato: LN 2. dubna 2008

Konec reformem v Maďarsku

Poplatky ve zdravotnictví, které neprošly v referendu, rozložily vládu v Budapešti.

To, co v Maďarsku nedokázaly opoziční demonstrace a protivládní nepokoje před půldruhým rokem, způsobily poplatky ve zdravotnictví. Ty přitom stejně jako v Česku nepřesahovaly v přepočtu výši několika desítek korun.

Maďarská vláda socialistů a liberálního Svazu svobodných demokratů se po referendu, které na začátku března poplatky jednoznačně odmítlo, hroutí. Po oznámení premiéra Ference Gyurcsánye, že k 1. dubnu odvolává ministryni zdravotnictví za liberály Ágnes Horváthovou a že chce „změkčit“ další plánované reformní kroky, oznámili liberálové, že jejich ministři odchází z vlády. Na prohlášení Gyurcsánye „Potřebujeme sametovější reformy“ odpověděl předseda liberálů János Kóka: „Reformy sametové nebývají. Sametová jsou tato křesla, ale pro tato křesla se nevzdáme reforem.“ „Pane premiére, vaše síla, odhodlání, vůle a schopnost obnovit zemi je pryč,“ dodal Kóka.

Po odchodu liberálů by vláda ztratila v parlamentu většinu a opozice v čele s pravicovým Fideszem požaduje rychlé předčasné volby. „Vláda už nemá budoucnost, nemá sílu k rozhodnutím ani činům, je třeba uvažovat o předčasných volbách,“ říká šéf Fideszu Viktor Orbán. Fidesz vyvolal březnové referendum o zdravotnických poplatcích. Jednoznačný výsledek hlasování, které odmítlo vládní reformu, je příčinou současné krize maďarského kabinetu.

Předčasné volby by znamenaly pro obě vládní strany katastrofální porážku – socialisté by skončili v opozici, když by dnes oproti volbám v roce 2006 nezískali ani polovinu křesel. Liberálové by se s dvěma procenty po dvaceti letech pak vůbec poprvé nedostali do parlamentu. Koaliční strany proto začaly hledat východisko ze současné krize. Premiér Gyurcsány podle agentury Reuters nabídl rezignaci – „pokud to uklidní situaci v koalici“. Předsedkyně klubu socialistů ve sněmovně Ildikó Ledvaiová však prohlásila, že Gyurcsány má „plnou podporu vedení strany“.

Východisko ale nabídli včera sami liberálové. Na odchodu z koalice a vlády trvají, ale zároveň přislíbili v klíčových krocích podporu menšinové vlády socialistů. „Bude-li tu menšinová vláda, svobodní demokraté budou podporovat všechna rozhodnutí sloužící k splnění cílů konvergenčního programu (k přijetí eura) a strukturálních reforem,“ uvedl Péter Gusztyos z vedení strany citovaný ČTK.

Referendum – stop reformám I v případě, že by se Gyurcsány a vláda socialistů jako menšinový kabinet udržela, znamená současná krize konec reformem v Maďarsku. Referendum zinscenované paradoxně pravicovým Fideszem dalo navíc recept, jak reformy kdykoli zablokovat. Bez dalších změn hrozí Maďarsku, které se potýká s největším deficitem v Evropě, vážné hospodářské problémy. Už loni bylo Maďarsko nejpomaleji rostoucí ekonomikou ve střední Evropě.

Převzato: LN 2. dubna 2008

Vysoká cena léčí, věří pacienti

Náhrada drahých léků za laciné nemusí mít za následek jen finanční úsporu. Může zhoršit stav pacienta. Vyplývá to z výsledků výzkumu týmu amerického neuroekonomy Dana Arielyho z Duke University. Jeho provokativní studii zveřejnil přední lékařský časopis Journal of the American Medical Association.

Spolu s lékaři z Massachusetts Institute of Technology uštěďřoval Ariely více než osmdesáti dobrovolníkům do zápěstí slabé elektrické šoky a následně je nechal hodnotit intenzitu prožívané bolesti. Poté dostali dobrovolníci tabletu, o které jim lékaři řekli, že je to silný lék proti bolesti. Bylo to však tzv. placebo. To znamená, že tableta neobsahovala žádnou léčebnou látku.

Je známo, že pokud pacient uvěří v účinek placeba, může se mu po něm ulevit. V Arielyho studii dostávali dobrovolníci s informací o zkoušeném „léku“ i údaj o jeho ceně. Polovina dobrovolníků se dozvěděla, že tableta stojí dva a půl dolaru, druhá půlka byla informována, že cena činí pouhých deset centů. Po spolknutí tablety dostal každý dobrovolník další elektrický šok do zápěstí a hodnotil účinek „léku“.

Výsledky byly zajímavé. Ve skupině užívající „drahé“ placebo se dostavila úleva u 85 % dobrovolníků. Ve skupině, která byla přesvědčena, že dostala laciný lék, popisovalo oslabení bolesti jen 61 % dobrovolníků. Je zřejmé, že lidé očekávají vyšší účinky u dražších léků.

Dan Ariely přiznává, že experiment proběhl na poměrně malém počtu dobrovolníků, a navíc nemohl v plném rozsahu napodobit podmínky léčby sku-



tečných bolestí. Přesto podle něj studie otevírá celou řadu závažných otázek. Ariely je přesvědčen, že by se pacienti cítili lépe při užívání léků, které by na obalu nesly informace zdůrazňující léčebný efekt. „Takové léky by mohly působit lépe než ty, které užíváme z obyčejné hnědé lahvičky,“ říká Ariely. Americký neuroekonom se zabývá problémem, jak zabránit pacientům v mylném názoru, že levnější lék je méně účinný nebo vůbec nezabírá. V takovém případě se může dostavit tzv. nocebo efekt, kdy se pacientovi přitíží, protože je přesvědčen, že není léčen správně.

Ariely se přimlouvá za větší využívání placebo efektu při standardní léčbě. Myslí si, že pacientovi by pomohlo už to, když lékař sám dá jasně najevo, že je přesvědčen o kvalitě předepisovaného léku. „Placebo efekt patří k nejúžasnějším a zároveň nejméně využívaným efektům na světě,“ říká Ariely.

Placebo „oklame“ mysl i tělo

Po spolknutí neúčinné tablety, o které je pacient přesvědčen, že obsahuje silný lék tlumící bolest, se mění funkce mozku. To má razantní dopad na způsob, jakým člověk vnímá bolest.

Oblasti mozku, které se podílejí na vnímání bolesti, například thalamus, jsou utlumeny. Jiné části jsou očekáváním účinku „prázdné“ tablety naopak nabuzeny. Zároveň dochází k uvolňování endorfinů. Ty blokují přenos nervových vzruchů, kterými putuje informace o bolesti do mozku. Mají na lidský organismus podobný účinek jako opiáty používané k tišení silných bolestí. Placebo efekt nemá jen ryze psychologické účinky. Reaguje na něj jak mysl, tak i tělo.

Placebo zdaleka nezabírá u všech. Vnímavým pacientům však přináší úlevu při široké škále onemocnění. Patří k nim i duševní choroby. Například u pacientů s depresí dokáže placebo navodit v mozku podobné změny, jaké vedou k úlevě po podání účinného léku.

Placebo efekt nastupuje dokonce dříve než účinek antidepressiva. Při užívání léků se u většiny pacientů kombinuje skutečný účinek léčebné látky s placebo efektem.

Převzato: LN 10. března 2008

GRATULACE

MUDr. Eva Kohoutová

oslavila v březnu 2008 životní jubileum 70 let

Je významnou osobností, která se zasloužila o rozvoj pediatrie v primární péči na Litoměřicku. Od roku 1965 pracovala na dětském středisku v Terezíně a v roce 1993 otevřela další ordinaci v Bohušovicích, aby byla blíže svým pacientům. Svoji praxi provozovala do října 2007, kdy ji předala své dceři. V současné době, kdy pracuje jen na částečný úvazek, ošetřuje už vnoučata svých původních pacientů.

Její organizační schopnosti a zkušenosti v diagnostice a léčbě, prozíravost a zdravý odhad ji předurčily k tomu, že stála v čele dříve terénních dětských lékařů, po roce 1990 praktických lékařů pro děti a dorost.

Svojí vitalitou a nadšením pro nové správné postupy vždy dokázala strhnout ostatní kolegy k novinkám, které se v pediatrii v naší zemi objevily. Bohaté zkušenosti uměla využívat nejen v péči o své pacienty, ale předávala je ostatním kolegům v roli školitele.

Patří jí náš dík a přání zdraví a štěstí do dalších let jejího života.

Jménem praktických lékařů pro děti a dorost okresu Litoměřice

MUDr. Olga Roškotová

I N Z E R C E

**V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod.
Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.
Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.**

Hledám pediatra na zástup

Hledám zástup po dobu dovolené, nemoci nebo asistenta do ordinace PLDD. Okres Přerov. Tel.: 603 868 408, e-mail: jitkazou@centrum.cz. Ev. č.: 119-03-08

Nabízím místo asistenta v ordinaci PLDD

Nabízím místo asistenta v ordinaci PLDD – menší obvod v Praze 5; převod ordinace možný. Tel.: 777 132 194. Ev. č.: 121-03-08

Hledám dlouhodobý zástup

Hledám dlouhodobý zástup do soukromé ordinace praktického lékaře pro děti a dorost ve Volarech. Byt 3+1 k dispozici. Spěchá. Tel.: 723 875 326, e-mail: m.patakova@seznam.cz. Ev. č.: 122-03-08

Prodám zavedenou praxi PLDD

Prodám zavedenou praxi PL pro děti a dorost ve Švihově u Klatov. Informace na tel.: 00420 606 602 874. Ev. č.: 123-03-08

Přenechám ambulanci dětské neurologie

Přenechám ambulanci DĚTSKÉ NEUROLOGIE v Praze (poliklinika). Umožním složení atestace. E-mail: d.neuro@atlas.cz. Ev. č.: 124-03-08

Přenechám praxi PLDD

Přenechám praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Praze 9. Tel.: 732 673 852. Ev. č.: 125-03-08

Hledám kolegu/yni do ordinace

Hledám kolegu či kolegyni do dobře zavedené ordinace dětského lékaře – perspektivně praxi prodám. Severní Čechy. Kontakt: 724 231 665. Ev. č.: 126-04-08

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra na zástup do dětské ordinace – příležitostně zástupy během roku (dovolená, event. nemoc). Ostrava. Tel.: 603 474 018. Ev. č.: 127-04-08

Hledám asistenta do ordinace PLDD

Hledám asistenta do ordinace PLDD v Ostravě, s následným převodem praxe. Tel.: 775 223 531. Ev. č.: 128-04-08

Přijmeme dětského lékaře



Pro nestátní zdravotní zařízení Doktor nonstop, a. s., v Praze přijmeme dětského lékaře pro ošetření pacientů formou výjezdů. Nabídka je zvláště vhodná pro důchodce. Nabízíme dohodu o provedení práce, případně zkrácený úvazek.

Zájemci, hlaste se u p. Stránské, tel.: 242 480 837, 602 660 998, e-mail: info@doktornonstop.cz. Ev. č.: 129-04-08

Hledám nástupce do zavedené praxe PLDD

Hledám nástupce do zavedené pediatrické praxe ve Zlíně. Tel. večer: 577 431 056. Ev. č.: 130-04-08

Nutricia - Nutrilon

GSK - Havrix