

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

květen 2009 ■ číslo 5 ■ ročník 9



Léčba pooperační bolesti dítěte

Hodnocení, prevence a léčba bolesti u dětí

Problematika omrzlin

Výskyt chronické bolesti v populaci dětí a adolescentů



Téma čísla:
LÉČBA BOLESTI

Wyeth – Prevenar

tiráž...

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. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

Mgr. Michaela Šmejkalová



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

obsah...



Přehled činnosti SPLDD za období duben 2009	5
Koalice soukromých lékařů a aktuální dění ve zdravotnictví	6
Reforma zdravotnictví padla a lepší to nebude	8
Kód 09547 Regulační poplatek – pacient od úhrady poplatku osvobozen	9
Zpráva ze zahraniční cesty	11
Usnesení regionálních konferencí SPLDD ČR	12
Poplatky úplně ztratily smysl, říká budoucí ministryně Jurásková	
Rozhovor s ministryní zdravotnictví Danou Juráskovou	12



Informace OSPDL ČLS JEP	14
MUDr. Vladimír Mixa	
Léčba pooperační bolesti dítěte	16
MUDr. Jana Kalousová, MUDr. Blanka Rousková a spol.	
Hodnocení, prevence a léčba bolesti u dětí	19
MUDr. Jaroslava Říhová	
Problematika omrzlin, poznámky z praxe	22
doc. MUDr. Jiří Málek, CSc.	
Výskyt chronické bolesti v populaci dětí a adolescentů (epidemiologie chronické bolesti)	26

Proběhl VI. Festival kazuistik	30
---------------------------------------	-----------

Ze světa odborné literatury	31
------------------------------------	-----------



Aktuality	32
------------------	-----------

Řádková inzerce	33
------------------------	-----------

*Středová příloha: Výtah ze Zákona o předškolním, základním,
středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání*



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 nohou Petr Šrámek.



Praktický lékař (nejen pro děti a dorost) a ambulantní specialista, spolupracující odborníci nebo soupeři v systému?

Je květen 2009. Mimo jiné to znamená, že již skoro 5 měsíců platí novela zákona o nemocenském pojištění, zákona který sice vznikl před několika lety, byl ale neustále odkládán a v platnost vešel nejspíše vlastně jen proto, že jej poslanci tentokrát zapomněli zase odložit.

Hned po Novém roce se v souvislosti s touto normou začalo diskutovat o třech okruzích problémů, které přinesla.

Za prvé zvýšila administrativní náročnost vedení pracovních neschopností (dále také jen PN) a ošetřování člena rodiny (dále také jen OČR), za druhé nijak nevyřešila úhradu práce zdravotníků v souvislosti s vedením PN a OČR, za třetí změnila definici ošetřujícího lékaře.

První dva problémy dnes nechám stranou. Jistě jim je věnována pozornost jinde v tomto časopise. Rád bych Vás jen přiměl k zamyšlení nad obsahem slovního spojení „ošetřující lékař“.

Zkusím Vám připomenout začátky let 1994, 1997, 2006 a 2009. Snad i Vám přijde zajímavé sledovat, jak se v těchto časech měnil vztah mezi praktickými lékaři (dále také jen PL) a ambulantními specialisty (dále také jen AS).

1) 1994 – doba, kdy platil ještě ten nejstarší seznam výkonů, kdy pro všechny platil tzv. volný výkonový systém bez regulací (zkusme si odmyslet, že hodnota bodu byla tehdy zoufale nízká). Pro tu dobu mi přijde typický telefonát jedné praktické lékařky z mého okolí, která mi v něm řekla, že nám sice na vyšetření bude pacienty posílat, ale jen pod tou podmínkou, že pacienta ihned po vyšetření „vrátíme“, takže ona bude vést léčbu včetně předpisu léků.

2) 1997 – nový seznam výkonů znamenal i to, že se objevily i první regulace. A s nimi i první kompetenční spory o tom, kdo kdy a jak je povinen vypsát PN, předepsat léky, zajistit např. RTG nebo krevní odběr. Tehdy jsem poprvé (jsem kardiolog) musel vysvětlovat jiné praktické lékařce, že ačkoli náš společný pacient užívá Warfarin z kardiologické indikace, přijde mi logičtější, aby ona byla ten, kdo pravidelně hlídá Quickův test, neboť jednak pacient bydlí podstatně blíž její ordinaci, než mé a také proto, že k výkyvům hladin srážlivosti krve bude nejspíše prakticky vždy docházet v rámci změn zdravotního stavu se srdcem nesouvisejících, o kterých ona – na rozdíl ode mě – bude podstatně lépe a dříve informovaná. Také jsem ale v té době poprvé zaslechl stížnost na to, že chirurgové poté, co ošetří zlomenou nohu, sami nevypíší PN, nýbrž pacienta jen kvůli tomu odešlou k PL.

3) 2006 – v platnost vešla tzv. Rathova úhradová vyhláška, která znamenala výrazné zostření regulací. Důsledkem byla v některých regionech asi tři měsíce trvající „válka“ mezi AS a PL hlavně na téma, kdo bude předepisovat léky a PN. A to včetně významného nárůstu počtu stížností od lékařů na lékaře u zdravotních pojišťoven a správ sociálního zabezpečení.

4) 2009 – objevuje se nová definice ošetřujícího lékaře. Pod sankcí se vymezuje, že lékař je povinen se o pacienta v rámci své odbornosti zcela postarat a to včetně předpisů léků a vypsání PN, či OČR. Jinými slovy je vytvářen tlak na AS, aby nevyužívali PL jen k administrativním úkonům. Zároveň ale ta definice počítá s tím, že lékař, který vede PN, bude plně informován o veškeré ostatní zdravotní péči poskytnuté v době PN. Jde-li tedy např. o polymorbidního pacienta, je nutné rozhodnout, zda PL není z hlediska synchronizace léčebných postupů mezi více lékaři kompetentnější, než AS příslušnou PN indikující. Přesto, že se to takto jeví relativně jasně, i leden 2009 znamenal v některých částech ČR nárůst množství sporů na toto téma.

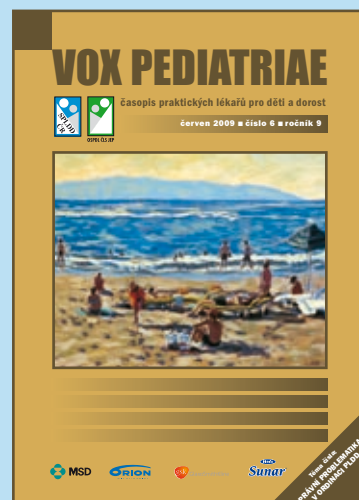
Nechci a nebudu moralizovat, jen se ale přiznám, že

- mně nejbližší je stav někde mezi rokem 1994 a 1997. Jsou, myslím, pacienti, kteří mají být „vráceni“ k PL, jiní, kteří jsou jednoznačně indikováni k tomu, aby se o ně postaral AS a rozhodujícím by měl být výhradně jejich zdravotní stav.
- na začátek roku 2006 bych ve výše vypsáných souvislostech nejrady zapomněl.
- je mi líto, že musí být zákonem stanovena definice na něco, co by mělo vlastně fungovat tak nějak samohybem. V rámci toho, že si lékaři prostě řeknou, že tím nejdůležitějším článkem v systému je přeci pacient. Na druhou stranu mě ale těší, že z charakteru práce naprosté většiny PL, PLDD i AS je patrné, že se mnou v tomto souhlasí. Mohu-li, děkuji jim za to.

MUDr. Zorjan Jojko

předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s

Právní problematika v ordinaci PLDD



v tomto čísle inzerují...

AVENT

BEIERSDORF

BIOVIT

GSK

HERO

JOHNSON&JOHNSON

QUENT

WYETH

úřední hodiny SPLDD ČR...

Pondělí	10.00–15.00 hodin
Úterý	10.00–15.00 hodin
Středa	10.00–15.00 hodin
Čtvrtek	10.00–15.00 hodin
Pátek	10.00–13.00 hodin

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



Přehled činnosti SPLDD za období duben 2009

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc duben byl prvním měsícem, ve kterém se přestaly vybírat regulační poplatky u dětí do 18 let a v některých ordinacích to bylo hned znát. Opět některá vyšetření „pro jistotu“, vyšetření sourozenců atd. Dlužno podotknouti, že se našli i tací rodiče, kteří nabídli úhradu za vyšetření i v tomto období, někteří lékaři jim to nabídli. Byli to právě tito rodiče, kteří vyslali signál, že ne vše na poplatcích muselo být špatně. Z naší strany byl měsíc duben pochopitelně měsícem soustředěného útoku na zdravotní pojišťovny ve smyslu zajištění kompenzace určité ztráty v příjmu. Nutno poznamenat, že v některých případech jsme jen vstoupili do něčeho, co připomíná pohádkový příběh s přívlastkem nekonečný...

2.4. - region Praha a Střední Čechy se sešel, aby jednak zhodnotil činnost v uplynulém období a zvolil si své představitele pro další období, seriál regionálních konferencí tak pokračoval rozdělením dalšího regionu na dva samostatné celky se svými výbory

3.4. - s pověřenými zástupci VZP jsme se sešli k projednání problematiky možné kompenzace za zrušené regulační poplatky, nekonečný příběh tak mohl začít....

4.4. - cyklus regionálních konferencí zavítal tentokrát na sever Moravy, v Opavě zhodnotili činnost a zvolili si prakticky stejné zástupce i pro další období

7.4. - také s ředitelem ZP MV Ing. Gajdáčkem jsme jednali o možné kompenzaci za zrušené regulační poplatky, slovně se zdálo, že by tomu nic nemělo bránit, i v tomto případě se však ukázalo, jak daleko může být někdy od slov k činům

8.4. - seriál jednání se ZP MV pokračoval jednáním o jejich modelu integrace péče, představen byl návrh tzv. karty pojištěnce, spolu s dr. Hülleovou jsme konstatovali, že

pokud bude naše spolupráce i nadále pokračovat, bude se muset tvář karty pojištěnce dospělého a dětského pojištěnce poněkud lišit

10.4. - také se zdravotní pojišťovnou ŠKODA jsme jednali o možné úpravě cenového dodatku pro rok 2009, která by zohlednila ztrátu danou zrušením regulačních poplatků u dětí do 18 let, tato pojišťovna ve svém návrhu zvýhodnila lékaře provádějící odpovědně preventivní prohlídky, i tato varianta se zdá ekonomicky přijatelná

14.4. - výbor Sdružení se sešel se zástupci nové zdravotní pojišťovny - Média, ta nastínila možné mantinely spolupráce, vzhledem k nulové historii návrh základního cenového dodatku odpovídal návrhu ZP Agel, nově tato pojišťovna přišla s návrhem preventivních programů zaměřených na očkování, a to i nepovinné, první návrh však již při zběžné konzultaci obsahoval řadu faktických chyb

18.4. - v Liberci se sešli naše kolegyně a kolegové opět k hodnocení své činnosti a volbě svých zástupců pro další období,

i tady byli víceméně potvrzeni již osvědčení

23.4. - při jednání s pověřeným zástupcem ZP M-A jsme překvapivě obdrželi již schválený návrh (správní radou této ZP) řešení kompenzace zrušených regulačních poplatků, tato pojišťovna se rozhodla jít cestou navýšení hodnot bodu, ekonomicky se tento model jeví jako přijatelný

25.4. - seriál regionálních konferencí byl zakončen v krásné jarní přírodě na břehu Lipna, Jihočeši pak po zhodnocení činnosti a volbě svých opět staronových zástupců využili jarního počasí a sluníčka a při části programu pod hřejivými paprsky sluníčka někteří později zjistili, jak může být tato situace zrádná

28.4. - zahájen byl také cyklus jednání dohodovacího řízení o cenách na rok 2010, bude vůbec v moci aktérů dojít za současné politické a ekonomické situace k nějaké dohodě? To jistě ukáže až čas.

28.4. - na svém pravidelném jednání se sešli zástupci Koalice soukromých lékařů, blíže informujeme na jiném místě. ■

Výzva předsednictva SPLDD ČR

Podle dostupných informací rozhodla společná schůzka všech zdravotních pojišťoven spolu s VZP ČR, která se uskutečnila 7.5.09, pozastavit i již připravené a spolu se SPLDD projednané formy navýšení úhrady do segmentu PLDD, které měly kompenzovat zrušené regulační poplatky v ordinacích praktických dětských lékařů.

Toto rozhodnutí bylo přijato v návaznosti na očekávané pondělní projednávání návrhů novely ZÁKONA 48/2007 Sb., které by, v případě schválení Parlamentem ČR, zrušily všechny poplatky plošně ve všech segmentech poskytovatelů i v lékárnách.

Z těchto důvodů žádá Předsednictvo SPLDD ČR své členy, aby do odvolání:

- 1) nevykazovali signální kód
- 2) nepodepisovali úhradové dodatky předkládané zdravotními pojišťovnami a
- 3) zväžili svou aktivní účast na všech projektech zdravotních pojišťoven



Koalice soukromých lékařů a aktuální dění ve zdravotnictví

V dubnu jsme byli svědky politického střetu koalice s opozicí, který nakonec vyústil v x-tou změnu resortního ministra. Na programu tak bylo uzavírání uzavíratelného a předkládání předkladatelného. Toto vše by šlo shrnout do tzv. balíčku protikrizových opatření. Zdá se, že i v tomto případě se úředníci ministerstva nepoučili z minulosti a způsobu komunikace, takže když se dnes zeptáte leckdy zkušených matadorů ve zdravotnictví na některé kroky, jen pokrčí rameny. Jak by asi odpověděl běžný občan ČR?

■ I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 28. dubna 2009

1. Výsledky jednání s MUDr. Pavlem Hroboněm

Podle informace MUDr. Jelínka neodpovídají výsledky plánovaného jednání s MUDr. Hroboněm původnímu zájmu MZ ČR o připomínky zástupců Koalice k problémům připraveným na předcházejícím jednání.

S MUDr. Hroboněm jednal i MUDr. Jojko a byla mu přislíbena pomoc při řešení problému s neschopenkami, náměstek ministryně však řešení přesunul až na konec května. Zástupci Koalice navrhuje o změně tiskopisů a otázce financování dále jednat s MZ ČR a MPSV ČR.

MUDr. Neugebauer osloví písemně MUDr. Rostislava Čevelu, ředitele odboru ministerstva práce a sociálních věcí a požádá jej o schůzku k projednání této problematiky.

KSL požaduje:

- odpovídající úhradu za vypsání a odeslání neschopenky,
- hrazení tohoto výkonu z prostředků MPSV ČR (v krajním případě z veřejného zdravotního pojištění)

Pokud prostřednictvím jednání nedojde ke změně, zejména k vyřešení problému financování, zváží KSL na příštím jednání další kroky, případně i podání žaloby.

2. Balíček protikrizových opatření

Zástupci Koalice projednali návrhy MZ ČR k řešení dopadu současné finanční krize na

financování zdravotní péče v ČR. Dohodli se, že k tzv. „protikrizovému balíčku se nebudou vyjadřovat, ale formulovali své požadavky do tiskové zprávy.

3. Navýšení plateb zdravotních pojištěven nemocnicím (platy všeobecných zdravotních sester)

KSL vyjádřila jednohlasný nesouhlas s porušováním poměru mezi lůžkovou a ambulantní sférou (navíc ani u lůžkové péče se nejedná o navýšování finančních prostředků celému segmentu) a dohodla se na textu prohlášení.

Oba materiály byly zaslány zástupcům médií, MZ ČR (ministryni a náměstkům s výjimkou hlavního hygienika MUDr. M. Víta), účastníkům Dohodovacího řízení, členům zdravotních výborů Poslanecké sněmovny a Senátu a předsedům politických stran.

4. Kompenzace zrušených regulačních poplatků

Zástupci Koalice požadují plnou kompenzaci zrušených regulačních poplatků bez dalších podmínek a tento požadavek zařadili do tiskové zprávy k protikrizovým opatřením.

5. Různé

- Funkci mluvčího Koalice převzal na dalšího půl roku MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR.
- MUDr. Pekárek upozornil na současnou složitou politickou situaci, která může zkomplikovat legislativní proces po ukončení DŘ o úhradách zdravotní péče na rok 2010. Na jednání DŘ je tedy třeba se připravit tak, aby uzavřené cenové dohody byly právně nenapadnutelné.

■ II. Tisková zpráva a Prohlášení Koalice soukromých lékařů

1. Tisková zpráva k tzv. protikrizovému balíčku ze dne 29.4.2009

Vzhledem k celkové hospodářské krizi Koalice soukromých lékařů souhlasí s nutností zahájit protikrizová opatření ve zdravotnictví. Její zástupci se nebudou vyjadřovat k protikrizovému balíčku Ministerstva zdravotnictví ČR, ale důrazně trvají na důsledném a systémovém řešení situace ve zdravotnictví a přijetí takových kroků, které by zajistily:

- respektování platných dohod o úhradách v jednotlivých segmentech poskytovatelů zdravotní péče a zachování poměru úhrad mezi lůžkovou a ambulantní sférou,
- včasně úhrady za poskytnutou zdravotní péči soukromým zdravotnickým zařízením od zdravotních pojišťoven,
- vytvoření podmínek pro pokrytí nárůstu nákladů na zdravotní péči v příštím roce,
- plnou kompenzaci zrušených regulačních poplatků.

Za koalici soukromých lékařů:

MUDr. Jan Jelínek, zástupce Sdružení praktických lékařů ČR - mluvčí Koalice

MUDr. Jiří Pekárek, prezident České stomatologické komory

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR,

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR,

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

2. Prohlášení Koalice soukromých lékařů k navýšení plateb zdravotních pojišťoven

**ven nemocnicím ze dne 29. 4. 2009**

Koalice soukromých lékařů vnímá celkově finančně podhodnocenou práci zdravotnických pracovníků v ČR, ale zásadně nesouhlasí se způsobem, jakým se tuto situaci chystá řešit Ministerstvo zdravotnictví ČR. Navýšení úhrad některým lůžkovým zařízením s účelem zvýšení platů pouze selektované skupině zdravotních sester je jednoznačně porušením poměru úhrad mezi lůžkovou a ambulantní sférou.

Koalice soukromých lékařů žádá ministerstvo zdravotnictví, aby se obrátilo na managementy svých nemocnic a vyzvalo je k řešení finanční situace v rámci úhrad poskytovaných zdravotními pojišťovnami na základě současně platných finančních ujednání.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Jan Jelínek, zástupce Sdružení praktických lékařů ČR - mluvčí Koalice

MUDr. Jiří Pekárek, prezident

České stomatologické komory

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda

Sdružení praktických lékařů

pro děti a dorost ČR,

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení

ambulantních specialistů ČR,

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení

soukromých gynekologů ČR

III. Reakce na výstupy z Koalice soukromých lékařů**1. Prof. MUDr. Miloš Janeček, CSc., senátor**

Dobrý den a děkuji za informace, já osobně nemám nic proti tomu, aby KSL hájila své zájmy. Bohužel nejsou dostatečně hájeni lékaři a SZP pracující ve státních zařízeních. Mám však obavu, že nastupující provizorní MZ bude se starat pouze o svoje zájmy, jako to činilo poslední roky.

Teprve volby a pevná vláda koncem tohoto roku a silné MZ může se všemi partnery jednat včetně nemocnic a ZP.

Přeji Vám krásné májové slunečné dny.

2. MUDr. Zdeněk Schwarz, senátor

Děkuji za zaslání informace týkající se prohlášení koalice soukromých lékařů. Ani já nejsem z pozice lékaře a ředitele zdravotnické záchrané služby spokojen se

současnou výší i způsobem úhrady v našem oboru a snažím se víc než 10 let o změnu. Marně. Také navrhovaný zákon o ZZS sice přináší výraznou změnu v úhradě a to navýšení ze současných cca 30% celkových nákladů na cca 70%. Jakým způsobem by toho mělo být dosaženo však MZ nesdělilo, ale obávám se, že na úkor ostatních oborů, takže to považuji pouze za zbožné přání. Dokud do zdravotnictví nepůjde více finančních prostředků, tak se jeho letité problémy nevyřeší nebo neodstraní.

Přeji úspěch ve vašem snažení.

IV. Protikrizový balíček z pohledu MZ ČR**Protikrizová opatření ministerstva zdravotnictví zajistí platební schopnost všech zdravotních pojišťoven v letech 2009 i 2010**

Ministerstvo zdravotnictví ČR intenzivně pracuje na opatřeních pro řešení dopadů finanční a ekonomické krize na české zdravotnictví. V rámci novely zákona číslo 48, o veřejném zdravotním pojištění, vytyčil tým odborníků ministryně zdravotnictví Daniely Filipiové vhodné úpravy a změny, které zajistí stabilizaci českého zdravotnictví a příjmů do zdravotního pojištění v následujícím období při garanci zachování rozsáhlého komfortu a dostupnosti služeb pro pacienty včetně superspecializované péče.

Novela zákona č. 48 a souvisejících zákonů zahrnuje mimo jiné představení navýšení platby státu za státní pojištěnce, a to již od 1. července 2009. Dále je součástí protikrizových návrhů posílení výdajů na hrazenou zdravotní péči na úkor provozních výdajů a fondu prevence zdravotních pojišťoven,

zpřesnění kontrolních pravomocí zdravotních pojišťoven v oblasti výběru a vymáhání pojistného, zvýšení dohledu státu nad plněním povinností zdravotních pojišťoven a parametrické změny v oblasti lékové politiky. „*Díky těmto opatřením jsme schopni garantovat platební schopnost všech zdravotních pojišťoven v letech 2009 a 2010, dostatek prostředků na zdravotní péči ve výši dle původních zdravotně pojistných plánů na rok 2009 a zajistit prostředky na zdravotní péči na rok 2010 minimálně ve výši roku 2009,*“ popisuje účely protikrizových opatření ministryně zdravotnictví v demisi Daniela Filipiová.

České zdravotnictví úspěšně čelí krizi již nyní, a to zejména díky regulačním poplatkům, zodpovědnému přístupu ministerstva zdravotnictví, které umožnily vytvoření rezerv ve zdravotních pojišťovnách. Navrhovaná protikrizová opatření finanční stabilitu dále posílí. Přestože odborníci očekávají propad příjmů zdravotních pojišťoven v letech 2009 a 2010 ve výši 10 až 12 miliard korun, navrhovaným představením plateb státu bude možné i v době krize garantovat stávající způsob zdravotní péče a zachování prostředků na klíčové programy. Ministerstvo zdravotnictví plánuje zvýšení plateb státu pro rok 2009 o 2,5 miliardy korun a v roce 2010 o 5 miliard korun. Zároveň dojde k celkovému posílení výdajů na hrazenou zdravotní péči o 2,5 miliardy korun. Zpřesnění kontrolních pravomocí zdravotních pojišťoven v oblasti výběru a vymáhání pojistného by mohlo dle odhadů v roce 2010 přinést další půl miliardu korun. „*Bohužel zásadním nebezpečím pro finanční stabilitu systému jsou snahy o zrušení regulačních poplatků. Předpokládáný přínos regulačních poplatků do zdravotního systému činí nezanedbatel-*

		2009	2010
Stávající úprava	Platba státu za státní pojištěnce	0,0	8,5
	<i>CELKEM</i>	0,0	8,5
Protikrizová opatření	Platba státu za státní pojištěnce	2,5	5,0
	Posílení výdajů na péči	1,0	1,5
	Kontrolní pravomoci pojišťoven vůči plátcům	0,0	0,5
	Změny v oblasti cen a úhrad léků	0,0	2,5
	<i>CELKEM</i>	3,5	9,5



ných 7,5 miliard korun. Nikdo z těch, kteří navrhují zrušení poplatků, neřekl, kde tyto peníze pro zdravotnictví získá," varuje první náměstek ministryně zdravotnictví Marek Šnajdr.

Součástí navrhovaných změn jsou rovněž úpravy v oblasti lékové politiky. Změny v této oblasti by měly přinést do českého zdravotnictví v roce 2010 dalších 2,5 miliardy korun. „Cena 1. generika by se snížila o 25 % místo původních 20 %, cena 2. generika pak o dalších 10 %. Zároveň by došlo

k rychlejšímu vstupu generických léků na trh z 90 na 30 dnů a snížení administrativní náročnosti," říká Daniela Filipiová a dodává: „Již od začátku roku 2008 funguje zcela nový systém stanovení cen a úhrad. Díky němu se daří postupně realizovat významné úspory a zároveň panuje na trhu nejlepší dostupnost léků pro pacienty v historii České republiky.“

Všechna plánovaná opatření povedou k plné stabilizaci zdravotnického systému v České republice a zároveň nebudou mít

žádný negativní vliv na pacienty. Ministerstvo zdravotnictví jim bude i nadále garantovat rozsáhlý komfort a dostupnost specializované péče.

Vyčíslení dopadů protikrizových opatření v sektoru zdravotnictví v mld. Kč.

Pro VOX připravil
MUDr. Pavel Neugebauer

Reforma zdravotnictví padla a lepší to nebude

Poplatky, o kterých se má opět jednat ve Sněmovně, budou zřejmě s výjimkou „stravného“ v nemocnicích zrušeny jako třída, fúze zdravotních pojišťoven budou zakázány. Protikrizový balíček pro zdravotnictví si bude muset vyřešit úřednická vláda. Pokud na to bude mít odvahu a chuť. Z neambicióznějšího českého pokusu o reformu zdravotnictví od roku 1993 nezůstane stát kámen. Než začneme nasazovat reformátorům oslí uši, nutno říci, že nebyla ani tak špatně míněná, jako spíše nedodělaná a politicky neodpracovaná. Poplatky mohly a měly vypadat jinak, ale pokud jde o věc samu, nenajdete v Česku ani kdekoli jinde člověka, který věci trochu rozumí a zároveň popírá smysl regulace poptávky po zdravotní péči. Regulovat poptávku ve zdravotnictví musíte buď poplatkem, nebo přidělovým systémem. Kdokoli tvrdí opak, kecá. Právě tak nenajdete v Evropě kohokoli, kdo by nesledoval holandskou reformu založenou na přísně regulované, privatizované správě veřejného zdravotního pojištění - kontroverzní, ale elegantní, a proto studované. I pokud jde o ty fúze pojišťoven, stojí za to se podívat přes hranice. Nizozemsko mělo ještě před patnácti lety skoro stovku zdravotních pojišťoven, před pěti lety jich už nezůstalo ani šedesát a dnes je trh ovládnán čtyřmi velkými privátními skupinami téměř s 90 procenty trhu. Logikou fúzí je zisk, to nikdo nepopírá. Holandské pojišťovny si konkurují cenou nominální složky pojistky, jejíž výši si mohou stanovit samostatně, druhá část je odvozena od výše příjmu. Pojištěnec

si zkrátka vybere tu pojišťovnu, která mu nabídkou služeb vyhovuje, a přihlíží k ceně. Na rozdíl od Holandska je v mnohem větším Německu zdravotních pojišťoven pořád hodně a většinou neziskových veřejnoprávních. Musíte vydělávat dost peněz, abyste mohli z veřejnoprávního systému vystoupit a pojistit se soukromě. K letošnímu lednu se počet těch veřejnoprávních snížil na 201, tedy ani ne na polovinu stavu před pěti lety. Od letoška nesmějí soutěžit vyšší sazby odvozené od příjmu pojištěnce, ale bonusem - dřív jste mohli platit nižší procento, dnes vám (možná) vrátí peníze. V Česku jsme za posledních patnáct let neměli nic, co by se ve zdravotních pojišťovnách podobalo cenové soutěži, ať už holandské (nižší cena předem) nebo dnešní německé (vrácení peněz). To je skoro jedno. Neměli jsme ani jedno, ani druhé, a padlá reforma znamená, že nejméně pár dalších let ani mít nebudeme. Výdaje na vnitřní provoz pojišťoven jsou u nás přísně regulovány formou nepřekročitelného limitu, který je v mezinárodním srovnání nízký (zhruba 3,5 procenta, což je mimochodem méně než ve státně monopolní britské Národní zdravotní službě).

Ministerstvo zdravotnictví by v rámci boje proti krizi limit snad o půl procentního bodu snížilo. Pojišťovny to do fúzí víceméně nutí, protože fúzí lze ušetřit na vnitřním provozu. Pojišťovny si nemohly konkurovat cenou, tak si „konkurovaly“ plavenkami a přilbami na kolo, což je skoro o ničem. Jak jsme si to

(blbě) udělali, tak to máme. Není divu, že Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) má stále skoro dvě třetiny trhu, kam se hrabe Holandsko, natož pak Německo s jejich tržními koncentracemi. V Česku si však Sněmovna láme hlavu nad tím, jak zabránit fúzí trpaslíků, v nichž vidí nebezpečí monopolu. Ideální stav pro Česko je vyvážená tržní struktura nejméně se čtyřmi pěti srovnatelně velkými, politicky nemanipulovanými a finančně stabilními hráči na trhu, kteří si konkurují cenou a kvalitou pojistky. Ani o píd' nepokročili k tomuto ideálu, přitom mohl být klidně veřejnoprávní, pokud privatizace pojišťoven je natolik politicky citlivá. Kouzlem nechtěného jsme si vyasfaltovali dálnici k monopolní zdravotní pojišťovně, platebně ovládané státem. Pro její zastánce je jakékoli číslo větší než jedna pořád ještě příliš mnoho. Představa zglajchšaltování je doufám ještě pořád odpudivá, ale jak zpívá moje oblíbená Dani Klein, „We are heading for a fall“, padneme do toho. Dojde nám do čeho, ale pozdě.

Regulovat poptávku ve zdravotnictví musíte buď poplatkem, nebo přidělovým systémem. Z neambicióznějšího pokusu o reformu zdravotnictví od roku 1993 však nezůstane kámen na kameni.

Ing. Miroslav Zámečník

Zdroj: Dnes 11.5.2009



Kód 09547

Regulační poplatek – pacient od úhrady poplatku osvobozen

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Politické tahanice kolem regulačních poplatků nakonec vyústily ve schválení novely zákona, která zrušila povinnost hradit regulační poplatky v ambulancích u dětí do 18 let věku, změnila některé limity ve vztahu k poplatkům atd. Jak se s nastalou situací vypořádáme, resp. jak bude tato situace promítnuta do vykazování, resp. administrativy našich ordinací? S tímto jsme se obrátili i na odpovědné osoby MZ ČR. Níže předkládáme výsledek naší komunikace.

I. Kapitola první – úvodní komunikace

1. Otázka směrem

k resortnímu ministerstvu

Vážená paní inženýrko, minulý týden jsme měli jednání s paní ministryní ohledně možné kompenzace za zrušení regulačních poplatků. Na tomto jednání byla přítomna i náměstkyně dr. Hellerová, která nás odkázala v problematice vykazování poplatků dle přijaté změny právě na Vás. Jde nám o to, zda dle nové zákonné normy nebudeme vykazovat žádný kód, nebo je situace postavena tak, že budeme vykazovat kód poplatku nezaplacen, pacient od platby osvobozen. Informace o této skutečnosti pro nás může být důležitá pro jednání s jednotlivými zdravotními pojišťovkami.

Děkuji a jsem s pozdravem

MUDr. Pavel Neugebauer

2. Odpověď ze strany MZ ČR

Vážený pane doktore,

na Váš níže uvedený dotaz Vám sděluji, že jsem dnes odevzdala ke zveřejnění na www.mzcr.cz Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely **platný od 1.4.2009**. V tomto materiálu je na straně 5 uvedeno, že v případech, kdy je při návštěvě u lékaře (odbornost 001 nebo 002) provedeno klinické vyšetření u pojištěnců do 18 let věku, se vykazuje číslo výkonu 09547 (Regulační poplatek – pojištěnec od úhrady osvobozen).

S pozdravem

*Ing. Ivana Jenšovská,
ředitelka odboru Dohledu
nad zdravotním pojištěním*

3. Naše reakce adresovaná MUDr. Pavlu Hroboňovi, náměstkovi pro zdravotní pojištění

Výbor našeho Sdružení se podrobně zabýval obdrženým sdělením a vyslovuje s ním zásadní nesouhlas.

Odůvodnění:

- vzhledem k tomu, že regulační poplatky byly zrušeny v uvedeném věkovém pásmu paušálně a bez výjimek, považujeme postup uvedený v Metodickém pokynu za neodůvodněný, nesmyslný, nelogický, pouze přidělávající administrativní zátěž PLDD bez dalšího efektu
- regulační poplatky u dětí byly zrušeny bez náhrady, ze strany zdravotních pojišťoven je značná neochota tuto situaci řešit, podle zjištěných informací mlčí i MZ ČR, resp. jeho zástupci ve správních radách přes sliby i v médiích tuto problematiku neřeší
- z výše uvedených důvodů půjde doporučení našim členům výkon nevykazovat

MUDr. Pavel Neugebauer

II. Kapitola druhá – stanovisko Sdružení

Info Sdružení:

Pokud se podíváme na znění zákona, tak:

§ 16a

Regulační poplatky

(3) Regulační poplatek podle odstavce 1

písm. a) se neplatí, jde-li o

- a) preventivní prohlídku (§ 29, 30 a 35),
- b) dispenzární péči poskytovanou osobám uvedeným v § 31 odst. 1 písm. b) a d),
- c) hemodialýzu,
- d) laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření^{27a)},
- e) vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně,
- f) děti do dovršení 18 let věku včetně tohoto dne.

Z uvedeného jednoznačně vyplývá stejný postup, jako byl dosud u prevencí, tedy nevykazuje se žádný kód ve vazbě k regulačním poplatkům, neboť se nejedná o osvobození od poplatků, jako je tomu např. u lidí v hmotné nouzi (jiná část stejného paragrafu).

Za nevykazování tohoto kódu nehrozí zdravotnickému zařízení žádná sankce.

III. Kapitola třetí – výklad VZP

Sděluji, že na ústředí připravujeme nové znění Informace ředitele ve věci regulačních poplatků s platností k 1.4.2009.

Rozdíl oproti stávajícímu textu bude v upřesnění vykazování kódů při nevybíráni regulačního poplatku při návštěvě dětí do 18 let v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD), event. praktických lékařů pro dospělé (PL), v souvislosti se změnami platnými od 1. 4. 2009.

Na základě výkladu z. 48/97 Sb. v platném znění a v návaznosti na metodický pokyn MZ ČR pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb.



v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, je povinností ZZ odb. 002 (praktický lékař pro děti a dorost) a 001 (praktický lékař pro dospělé) při návštěvě dítěte do 18 let (včetně 18. narozenin) v souvislosti s provedením klinického vyšetření z důvodu nehrzení regulačního poplatku 30 Kč s účinností od 1. dubna 2009 vykazovat výkon s kódem 09547 - Regulační poplatek - pojištěnec od úhrady osvobozen.

Ukládám proto, abyste naše smluvní partnery obou uvedených odborností o této skutečnosti informovali. Kódy výkonů již mají naši smluvní partneři obou odborností nasmlouvané z předchozích období a výkon mají uveden v Příloze č. 2 ke Smlouvě, proto není třeba provádět úpravu ve smluvních vztazích. Jen je nezbytné, aby byli smluvní partneři s touto skutečností seznámeni a kód Pojišťovně v uvedených případech vykazovali.

Ve všech ostatních případech, kdy rovněž děti do 18 let nově neplatí regulační poplatek 30 Kč, ale do 1. 4. 2009 ho platily (tj. např. při klinickém vyšetření ambulantním specialistou), ZZ nevykazují žádný kód.

Jakmile bude text avizované informace hotov, obdržíte tento výklad i formou Informace ředitele.

RNDr. Marcela Ambrožová

■ IV. Kapitola čtvrtá - reakce a stanovisko MZ ČR

Vážený pane doktore, k níže uvedenému sděluji, že již od 1.1.2008 v případě osob, které jsou vyjmenovány v § 16a odst. 2 zák. č. 48/1997 Sb., **kdy neplatí žádné regulační poplatky** bylo dohodnuto, že bude vykazován výkon 09547, který byl díky této kategorii doplněn do vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů a to z toho důvodu, aby zdravotní pojišťovny při vykazování kódů klinických vyšetření ihned věděly, že zdravotnické zařízení nemohlo vybrat regulační poplatek ve výši 30, 60 nebo 90 Kč, protože šlo o pojištěnce od placení „osvobozené“.

Pro odstranění případných nedorozumění uvádím, že u kategorií jako prevence nebo dispenzarizace se tento kód nepoužíval z toho důvodu, že buď jde o zvláštní kód v případě prevence, nebo o kód 09532 (prohlídka oso-

by dispenzarizované), který se vykazuje spolu s klinickým vyšetřením. Hemodialýza, stejně jako vyšetření lékařem transfuzní služby jsou další specifické výkony, které není dále nutné označovat v případě jasně dané diagnózy, pro kterou se regulační poplatek nevybírám.

Vážený pane doktore, máte pravdu, že **Metodický pokyn pro Vás není závazný**. Byl ale tvořen v říjnu roku 2007 na žádost a po dohodě s poskytovateli, na což si jistě vzpomenete. Ministerstvo se jen nyní díky novelám, které nejsou z podnětu tohoto úřadu, snaží včas reagovat na schválené změny, aby se pojišťovny a poskytovatelé byli schopni orientovat v nových změnách a jejich dopadech.

S ohledem na výše uvedené byl do posledního znění platného od 1.4.2009 doplněn text, aby pouze u odbornosti 001 a 002 byl v případě klinického vyšetření vykazován výkon číslo 09547. U specialistů by bylo jeho vykazování zcela nadbytečné, protože z čísla pojištěnce lze lehce dovodit o jak starého pojištěnce se jedná a zda tedy měl při návštěvě, při které bylo provedeno klinické vyšetření, hradit regulační poplatky, či nikoli.

Vážený pane doktore, závěrem podotýkám, že snahou ministerstva zdravotnictví bylo od 1.4.2009 co nejjednodušší formou poskytnout zdravotním pojišťovnám informaci de facto o počtu nevybraných regulačních poplatků pro případnou kompenzaci ze strany zdravotních pojišťoven. Jsem si vědom toho, že taková kompenzace je vaším cílem a musím Vás upozornit, že její dlouhodobé udržení považuji bez možnosti doložit „ušlé“ příjmy za velmi obtížné. U odborných lékařů, jak jsem uvedl výše, si zdravotní pojišťovna tyto údaje může získat sama, v případě dvou vyjmenovaných odborností nikoliv. S Vaším doporučením nedodržovat metodický pokyn MZ tedy musím zásadně nesouhlasit a považuji ho za postup, který je pro samotné praktické lékaře dlouhodobě nepříznivý. Velmi rád budu v diskusi na toto téma pokračovat osobně.

S pozdravem

MUDr. Pavel Hroboň, M.S.

■ V. Kapitola pátá - závěrečná

V současnosti probíhají jednání o možné kompenzaci za zrušené regulační poplatky různou intenzitou se zdravotními pojišťovnami. Z jejich strany zaznívá požadavek,

aby jakékoliv navýšení úhrad mimo dosud dohodnutý rámec byl provázen vykazováním tohoto kódu.

Na druhou stranu se v Parlamentu objevují jak houby po dešti různé návrhy na další řešení regulačních poplatků od dalších úprav po jejich úplné zrušení.

Předsednictvo Sdružení rozhodlo, že pokud bude návrh ze strany ZP ekonomicky vyvážený, tj. že bude znamenat skutečnou kompenzaci alespoň v absolutních číslech, je možné na takovou dohodu přistoupit.

Až budete číst tyto řádky, budete již patrně mnohem mudřejší, jak to vlastně všechno dopadlo....

■ **Britští vědci vypěstovali umělý lidský minimozek**

Birminghamským vědcům se podařilo vypěstovat živý lidský mozek - i když zatím jen v mikorozměrech, v podobě buněčných svazků.

Objev by v budoucnu mohl přispět k vyléčení nemocí, jakými jsou například Alzheimerova nebo Parkinsonova choroba.

Vědci na Astonské univerzitě odebrali buňky z rakovinového nádoru a naprogramovali je tak, aby se z nich vyvinuly buňky, z nichž se skládá lidský nervový systém. Získali tím malé buněčné svazky, které se chovaly jako miniaturní nervový systém, napsal list The Daily Telegraph.

„Buňky na sebe navzájem reagují a komunikují mezi sebou. Jde v podstatě o umělý mozek, který dokáže zpracovávat impulzy na té nejzákladnější úrovni,“ řekl profesor Michael Coleman. Aby se mozek udržel při životě, každé dva dny ho vědci „krmili“ roztokem z živin a minerálů.

„Chceme studovat mozek na jeho základní úrovni za použití živého lidského buněčného systému,“ upřesnil. Technika by také mohla nahradit pokusy na zvířatech. Podle vědců lze díky analýze procesů, které probíhají v tomto laboratorním modelu, doufat v pokrok v hledání léku proti neurodegenerativním nemocem.

„Jsme teprve na úplném začátku, ale v budoucnu by zahájený výzkum mohl vést k důležitým objevům v boji proti demenci,“ zdůraznil Neil Hunt, ředitel Společnosti pro Alzheimerovu chorobu.

Zdroj: Právo 27.3. 2009



Zpráva ze zahraniční cesty



MUDr. Gabriela Kubátová

Zahraníční komise SPLDD ČR

delegát EAP za SPLDD ČR

Zasedání EAP - UEMS Porto 24.4. – 25.4. 2009

Ve dnech 24.4.-25.4. 2009 jsem se zúčastnila jarního zasedání EAP-UEMS pediatrická sekce (Evropská akademie pediatriů –pediatrická sekce Unie evropských medicínských specialistů) v Porto - Portugalsko jako delegátka za primární péči ČR.

V pátek 24.4. probíhalo zasedání EBP-Evropská rada pediatriů, která je platformou pro vzdělávání pediatriů v Evropě. V rámci programu jsme byli obeznámeni s průběhem příprav k vydání učebnice pro postgraduální přípravu v pediatrii - Mastercourse. Obsah vychází z anglického originálu, kde kapitoly primární péče byly přepracovány na Evropské poměry kolegy z řad delegátů EAP. Garantem této učebnice je EAP. Učebnice by se měla objevit na trhu v září 2009 – cena 200 EUR. V rámci dalšího programu byla diskutována otázka minimálního vzdělání v primární pediatrii pro lékaře pečující o děti a současně pracující v sekundární pediatrii (nemocniční a pro všeobecné a rodinné lékaře. V mnoha státech tito kolegové nemají žádnou praxi v našem oboru. EBP má do budoucna snahu propojit vzdělávání mezi primární a sekundární péčí. V této souvislosti, jsem nabídla pro příští zimní zasedání v prosinci 2009 v Bruselu prezentaci o českém modelu postgraduálního vzdělávání, jeho organizaci, financování, systému školitelů a jejich školení.

Dále byla podána informace o stavu vzdělávání v sekundární a terciární pediatrii (pediatričtí specialisté).

V tento den probíhala i zasedání pracovních skupin. Dopoledne pracovní skupina pro adolescentní medicínu měla na programu problém sexuálního chování adolescentů, sexuální výchova ze strany pediatriů, pozornost tělesnému sexuálnímu vývoji. Byla uvedena prezentace Dr. Gerharda Husa (Německo), kterou připravil na základě dotazníků které byly vyplněny před zasedáním delegáty z jednotlivých států. Dospěl k zajímavým, ale i alarmujícím závěrům. Tato pracovní skupina má v plánu se touto

problematikou nadále zabývat. Byla také zmíněna otázka vzdělávání v adolescentní medicíně.

Odpoledne bylo zasedání pracovní skupiny pro primární a sekundární pediatrii. Bylo zjištěno, že málo národních pediatrických společností má na svých web stránkách odkaz na stránky EAP. Byli jsme vyzváni prodiskutovat tuto skutečnost se zástupci národních asociací.

Dále v rámci programu referovali představa pracovní skupiny Dr. Diego Van Esso a Dr. Hadjipanayis o závěrečné přípravě k vydání dokumentu o stavu primární péče v Evropě, který obsahuje údaje statisticky zpracované na základě rozsáhlého dotazníku rozeslaného v roce 2007. Před uveřejněním v časopisu EAP, nám bude zasláný v elektronické podobě. Dále byla zmíněna předběžná témata na kongres EAP, který bude v Kodani v roce 2010, budou zajímavá i pro primární péči (např. poruchy spánku, obezita, dermatologie, výživa jako prevence obezity a alergie).

Dalším bodem programu pracovní skupiny byl projekt EAPROS NET. Evropská akademie výzkumu v ambulancích primární péče (Zakladateli této akademie jejich předsedové jsou Dr. Stefano del Torso (Itálie) a Dr. Zachi Grossmann (Izrael), kteří úzce spolupracují s americkou akademií pro obdobný výzkum. V průběhu tří měsíců se podařilo vytvořit síť národních koordinátorů z řad delegátů EAP (za Českou republiku je Dr. Kubátová) a síť kolegů, kteří mají zájem spolupracovat (z ČR je nás zatím pět). Další nábor probíhá. V Porto se vytvořila ještě užší skupina spolupracujících s vedením kde mezi zástupci z Maďarska, Německa, Švýcarska, Slovinska je i Česká republika zastoupena Dr. Kubátovou. Bližší informace k tomuto projektu uveřejníme ve Voxu.

V sobotu 25.4. celý den probíhalo zasedání všech delegátů EAP. Byly předneseny zprávy o činnosti - prezidentem Dr. Zachem,

generálním tajemníkem Dr. Rametem, pokladníkem Dr. Biverem. Byla podána zpráva o nárůstu počtu členů EAP, potom, co se v roce 2008 po změně stanov zavedlo i individuální členství. Byla odhlasována změna Glasgowské deklarace o vzdělávání.

Dále byla přednesena zpráva o projektu EAPRASNet, projektu COST (European cooperation in science and technology). Poté byly přeloženy zprávy o činnosti jednotlivých pracovních skupin:

- EBP (vzdělávání)
- pracovní skupina pro adolescentní medicínu
- pracovní skupina pro etiku
- pracovní skupina pro primární péči
- pracovní skupina pro sekundární péči
- pracovní skupina pro terciární péči
- pracovní skupina pro prevenci úrazů
- pracovní skupina pro urgentní medicínu

Na závěr byly volby do výkonného výboru. Prezidentkou EAP se stala Dr. Patricia Hamilton (Velká Británie) viceprezidentem Dr. Alfred Tenore (Itálie) generální, tajemníkem je nadále Dr. Jose Ramet, (Belgie) pokladníkem Dr. Armand Biver (Lucembursko) předsedou terciární péče nadále Dr. Stefanidis (Řecko). Není obsazena funkce předsedy EBP - zvolen bude v prosinci 2009 v Bruselu.

Další akce EAP - kongres EAP v roce 200 v Kodani, jarní zasedání EAP 2010 v Luxemburku, v roce 2012 v Jeruzalemě. Kandidáty na uspořádání jarního zasedání 2011 je Lotyšsko a Česká republika. Kde se bude konat, rozhodne výkonný výbor EAP na zasedání v prosinci v Bruselu.

V průběhu meetingu EAP proběhlo i zasedání SEPY (Evropská společnost pro primární pediatrii). Tato společnost byla zrušena a na základě nových stanov založena ECPCP (European confederation of primary care paediatrician) - Evropská konfederace primárních pediatriů. Je to organizace sdružující národní asociace primární péče. V nově založené ECPCP je již přihlášených 12 zemí, mezi nimi i Česká republika.



Usnesení regionálních konferencí SPLDD ČR

Usnesení regionální konference Severočeského regionu SPLDD ČR

konané dne 18.4.2009

v Liberci

Konference vzala na vědomí:

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

Konference přijala:

- zprávu revizní komise SVČ regionu přednesenou jejím předsedou MUDr. Michálíkem

Konference schválila:

- návrh rozpočtu SVČ regionu na rok 2009

Konference zvolila:

- regionální výbor ve složení MUDr. Balatková, MUDr. Kotovská, MUDr. Kruková, MUDr. Kulhánková, MUDr. Sudková

- revizní komisi ve složení

MUDr. Michalík, MUDr. Svobodová, MUDr. Šanderová

Konference dále vzala na vědomí:

- diskusní příspěvky členů výkonného výboru a hostů
- zprávu o legislativních změnách v očkování

Konference vyzývá

- zatím nepodepisovat cenové dodatky na rok 2009 do doby ukončení jednání o kompenzaci RP se ZP

Konference konstatuje

- trvajícím nízkým zájmem členské základny na

činnosti SPLDD, což dokazuje malá účast na regionální konferenci.

Konference podporuje

- místopředsedkyni SPLDD ČR a předsedkyni OSPDL ČLS JEP MUDr. Cabrnchovou v její snaze zajistit dostatečné množství očkovacích látek pro rok 2009 a ve vedení dalších jednání ke změnám ve financování očkovacích látek.

Konference ukládá

- Předsednictvu a revizní komisi řešit v souladu se Stanovami SPLDD ČR situaci vzniklou rozdělením JMR na tři regiony, eventuálně iniciovat změnu stanov SPLDD na celostátní konferenci.

MUDr. Balatková, MUDr. Kulhánková,

MUDr. Michalík

Usnesení regionální konference SPLDD ČR Jihočeského regionu

konané dne 25.4.2009

v Přední Výtoni

Konference se zúčastnilo:

- 24 členů SPLDD ze 152.

Konference zvolila:

- mandátovou komisi ve složení MUDr. Marek, MUDr. Hejnová
- volební komisi ve složení MUDr. Machoňová - předseda, MUDr. Šimová, MUDr. Trucová
- návrhovou komisi ve složení MUDr. Rytíř, MUDr. Indra, MUDr. Fialová

Konference vzala na vědomí:

- zprávu o činnosti přednesenou regionální

předsedkyní MUDr. Verdánovou

- zprávu o hospodaření přednesenou regionálním pokladníkem MUDr. Blažkem
- zprávu revizní komise přednesenou MUDr. Hejnovou

Konference zvolila:

- regionální výbor na další volební období ve složení MUDr. Verdánová - předseda, MUDr. Rytíř - místopředseda, MUDr. Čísecká - pokladník.
- revizní komisi ve složení MUDr. Hejnová - předseda, MUDr. Marek, MUDr. Ladman.

Konference schválila:

- finanční rozpočet Jihočeského regionu na rok 2009.

Konference vyzývá:

- všechny členy SPLDD Jihočeského regionu ke zvýšené aktivitě při kontaktu se zástupci farmaceutických firem v zájmu navýšení finančních prostředků regionu.

Konference doporučuje:

- svým členům požádat MZ o vydání rozhodnutí O odborné způsobilosti pro obor PLDD v období do 1 roku.

Konference vyzývá:

- členy SPLDD, aby respektovali doporučení volených funkcionářů SPLDD. Vzhledem k rizikům, která přináší vstup do stávajícího systému Akord VZP, konference nedoporučuje účast v projektu. Konference doporučuje ve spolupráci s centrem SPLDD pracovat na úpravách tohoto projektu tak, aby z legislativního a věcného pohledu byl přijatelný pro většinu členů SPLDD. ■

Poplatky úplně ztratily smysl, říká budoucí ministryně Jurásková Rozhovor s ministryní zdravotnictví Danou Juráskovou

Říká se o ní, že je tvrdší než chlap a nebezpečně ambiciózní. Ona tvrdí, že je přísná na ostatní, ale i na sebe. A že je workoholik. Teď přijala nabídku na post ministryně zdravotnictví. Proč? „Protože si uvědomuji, že by už žádná podobná nemusela přijít. Taková nabídka se neodmítá,“ říká.

Uměla byste ještě píchnout injekci?

Uměla. Naposledy analgetika manželovi před rokem. Ale přiznám se, že u pacientů by mi chvíli trvalo, než bych znovu nabyla jistoty. To

je tak ale vždycky u dovedností, které se dělají rukama.

Mírím k tomu, že jste sice původně zdravotní

sestra, ale už skoro dvacet let děláte spíš „papírovací“ funkce. A teď jste se stala nejvýše postavenou sestrou v Česku...

Hmm, po islandské ministryni zdravotnictví



teprve druhá zdravotní sestra v Evropě. A není to moc dobrý pocit.

Počkejte, jak to?

Je to hrozná zodpovědnost k resortu, který dobře znám a znám jeho problémy. Pokud selže, nebude to dobrý signál.

A myslíte, že se dá něco stihnout za tu krátkou dobu? Navíc ve vládě, která je vnímána jako loutková?

Kdybych si to nemyslela, tak jsem tu nabídku nepřijala. Navíc toto ministerstvo řeší i akutní věci, jako je případ prasečí chřipky.

Co tedy chcete zvládnout?

Je tu mnoho věcí, které si zaslouží, aby se na nich pracovalo dál. Třeba sledování kvality péče o pacienty, tedy akreditace nemocnic. Zamezení odlivu sester. Zajištění dostatečného počtu zdravotníků pro nemocnice. Protikrizová opatření. To nejsou věci, které by byly politické, a proto jsem tady. Jsem přesvědčená, že se i za tu omezenou dobu a přes omezený mandát dá leccos udělat.

Co konkrétně chcete, aby po vás zůstalo, až budete z vlády odcházet?

Budu ráda, když bude hotová evropská směrnice o zdravotních službách, kterou máme po našem předsednictví Evropské unii předat Švédsku. Pokud se to podaří, tak naše předsednictví, co se týče zdravotnictví, nebylo marné. Za úspěch budu považovat i to, když se podaří vyčerpat všechny evropské peníze, které k nám míří do zdravotnictví, což je dvacet miliard do kardio-center, traumacenter, onkologických center. Taky bych byla ráda, aby zdravotníci sami sebe začali vnímat jako službu. Aby nastal posun ve vnímání vztahu zdravotník – pacient. O tom jste hodně psali ve vašich novinách. Jde o to, aby zdravotnictví bylo přívětivé. Nepochybně se proto budeme muset vrátit ke vzdělávání lékařů i nelékařů, k tomu, jak probíhá.

Teď zase mluvíte o zdravotnících. Pojdme zpět k pacientům. Jak se stavíte k návrhu zrušit poplatky?

Ten současný systém je tak deformovaný, tak neprůhledný a natolik ztratil svůj regulační smysl, že bych se přikláníla k tomu jej raději zrušit než to upravovat. Když se uvažovalo o jejich zavedení, souhlasila jsem. Ale hodně jsem si dávala pozor, zda budou mít

regulační smysl. Bohužel časem se do systému dostaly i věci, které ten regulační smysl popíraly, a to bylo osudové.

Myslíte tím všechny ty výjimky a výjimky z výjimek?

Ano, přesně tak.

Kdybyste sama měla tak silný mandát, že byste mohla prosazovat reformu zdravotnictví, co by podle vás bylo to nejdůležitější?

Souhlasím, že reforma je nutná. Bohužel v Česku je reforma zdravotnictví vnímána jako politikum. A proto se raději nechci pouštět do této debaty. Existuje i druhý názor: zdravotnictví nemá politickou nálepku, tu mu dávají strany. Ostatně v Maďarsku je to pravice, kdo levici hází vidle do zavádění poplatků a do reformy, které se u nás říká pravicová...

Když jsem byla řadová sestra, tak jsem říkala, že zdravotnictví je politické téma před volbami a ztrácí politický náboj čtrnáct dnů po volbách. A to pořád platí. Nechci být obhájkyní minulého vedení ministerstva (za ministra Tomáše Julínka, pozn. red.), ale jsem přesvědčená, že reforma, která byla naplánovaná, nebyla úplně ve všem špatná. Jen špatně začala. Celý její osud byl zpečetěn tím, že začala poplatky. Ukázalo se, že Česko je citlivé na spoluúčast pacientů. Mohl to být až jeden z posledních kroků.

Tedy nejdřív cukr a potom bič?

Nejdřív je důležité nasměrovat správně toky velkých peněz. Zavést individuální účty u pojištěven, dát jasná pravidla, aby si pacient mohl zvolit alternativu pojištění, která je pro něj výhodná. A aby systém mohl sledovat, kolik se za každého pacienta utratí peněz. To byly kroky, kterými se dalo začít. A pak se může pacientům říkat: pozor, žádej jen ty služby, které opravdu potřebuješ, protože nic není zadarmo.

Co bude váš první krok na ministerstvu? Vždycky, když jsem sem přišla za novým minis-

trem, bylo strhané polstrování dveří a všichni hledali odposlouchávací zařízení. Už máte objednanou firmu?

Ne. Na hledání štenic se nechystám. Budu chtít vědět, na čem se tady teď aktuálně pracuje.

A co plánujete po misi na ministerstvu? Nebude to vstup do politiky?

Já se do politiky osobnostně nehodím. Jednak jsem pragmatik. Také je pro mě příliš cenný čas, a když vidím některé politické diskuse... To by pro mě byla zhouba. A pak: mám na některé věci špatnou paměť. Chci se profilovat spíš jako odborník.

Chcete rozvinout návrh na rozdělení standardní a nadstandardní péče v systém, kdy si pacient nemusí platit nadstandardní péči celou, ale pouze si připlácet?

Stanovení standardu, tedy dohodnuté úrovně zdravotní péče garantované státem, považuji za potřebné. S ohledem na diskusi, která byla k této věci vedena jak odborníky, tak politiky, považuji za nereálné v tak krátkém období roz-sah standardní péče stanovit.

Kde čerpáte odvahu, že – ve vsí úctě – „jen“ jako zdravotní sestra zastáváte funkci ředitelky nemocnice a nyní jste navržena na post ministryně zdravotnictví?

Já se nepovažuji „jen“ za sestru. Jsem hrdá na to, že jsem sestra. I když jsem sesterskou práci v pravém slova smyslu opustila již v roce 1991, kdy jsem začala pracovat v pozici vrchní sestry. Od této doby se pohybuji spíš v manažerských funkcích a jsem tak většinou i vnímána.

Jak hodláte řešit nedostatek zdravotních sester? Ohodnocení je nízké a prestiž ještě nižší.

Opatření lze shrnout do několika bodů: zvýšení platů, úprava vzdělávání a zvýšení kompetencí. Já jsem se na zpracování návrhu podílela ještě jako prezidentka České asociace sester a hodlám v realizaci pokračovat.

Jsem sestra pracující v soukromé LDN. Když se teď bude přidávat sestrám ve státním, my bychom také chtěly, ale majitel asi chtít nebude. Jde jim to nějak nařídit?

Vaše obavy chápu a mohu vás ujistit o tom, že hledáme cestu, jak dostat vyšší finanční ohodnocení i na výplatní pásky sestrám mimo státní zdravotnická zařízení.



Dana Jurásková (47)

V pátek 8. května bude jmenována **ministerní zdravotnictví**. Původně vystudovala střední zdravotnickou školu a pracovala jako **sestra na kardiologii**. Stala se **náměstkyní ředitelky v Thomayerově nemocnici v Praze**. Vystudovala VŠE a pedagogiku, má tituly Mgr., Ph.D., MBA. V roce 2007 se stala **prezidentkou České asociace sester**. Od dubna je **ředitelkou druhé největší nemocnice v Česku, pražské VFN**. Je vdaná, má dvě děti. Baví ji knihy a zahrádka.



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Aktuality z oblasti očkování

Velmi nás trápí situace, že dosud není dostupná očkovací látka Bostrix IPV. Na základě opakovaných slibů snad pravděpodobně bude k dispozici v co nejkratší době. Z dnešního dne mohu potvrdit, že očkovací látka je již v ČR a po dořešení formalit počátkem příštího týdne by měla být v krátké době již distribuována. Problém byl opět ve smlouvě a ve finančním zajištění tentokrát ze strany státu. Pochopitelně za všemi problémy je opět fakt, že v letošním roce se již předpokládala změna financování očkovacích látek ke které ale nedošlo. Zákony, které by to umožňovaly, nebyly dosud Parlamentem ČR schváleny.

Celou situaci ve financování očkovacích látek bude také komplikovat výpadek očkovací látky Trivivac, která by měla být nahrazena Priorixem. Počet objednaných dávek měl prakticky pokrýt spotřebu prvního pololetí. Protože ale již nyní jsou oblasti, kde je očkovací látka nedostatek, MZČR, které rozhodlo na druhé pololetí o zajištění 10-ti dávkového balení vakcíny Priorix, rozhodlo také o tom, že tato očkovací látka bude na náš trh dovezena dříve, tedy ne až po skončení prvního pololetí. Podařilo se nám alespoň zajistit přebytek této látky s argumentací, že u 10-ti dávkového balení lze počítat s určitým procentem znehodnocené látky. Dále se nám podařilo zajistit k dodávce očkovací látky stříkačky a jehly, které by jinak součástí této dodávky nebyly. Prakticky to byla jediná možnost, jak zajistit dostatek očkovací látky. Doufáme, že na příští rok proběhne včas výběrové řízení a bude nakoupena očkovací látka v jednodávkovém balení.

Další novou aktuální zprávou je informace firmy Sevapharma a.s., že na druhé pololetí letošního roku již nebude pokračovat výroba očkovací látky Alteana. Bude tedy nezbytné, aby MZČR zajistilo odpovídající náhradu od jiného výrobce. Expirace vakcíny Alteana končí u některých dávek v červenci, případně v srpnu. Upozorňujeme tedy na nutnost doočkovat tyto očkovací látky a pozvat si děti včas.

Vzhledem k nepřijatelné legislativní změně umožňující změnu financování očkovacích látek, zatím stále neočkujeme kojence proti pneumokokovým nákazám zdarma, zůstávají jen tzv. rizikové skupiny rozšířené o indikaci dětí s p.h. do 1500 g a to bez ohledu na datum narození. Týká se pochopitelně jen dětí dosud neočkovaných a v souladu s dávkováním a indikacemi uvedenými v příbalovém letáku. Snažíme se apelovat na politiky, aby byla co

nejdříve legislativně zakotvena možnost zahájit plošné očkování. Důvodem je mimo jiné i fakt, že incidence těchto onemocnění podle údajů SZÚ v ČR stoupá a na základě toho se ČR dostává do velmi nepříjemné situace, že v současnosti stále není mezi již 36 státy, kde je toto očkování plošně realizované. Mezi těmito státy je i sousední Slovensko, ale i Turecko a dokonce i první rozvojová země Rwanda!

OSPDL připravuje materiál „Právní Problematika související s očkováním dětí“. Hotové materiály budeme rozdávat poprvé při setkání školitelů na Seči v červnu letošního roku. Při jeho přípravě spolupracujeme s advokátní kanceláří Nipl,Žák,Slaviček & spol., ale také s našimi kolegy z výboru OSPDL a z pracovní skupiny pro očkování při OSPDL. Do tohoto materiálu jsme aktuálně přidali otázku a odpověď na ni, kterou vzhledem k aktuálnosti zveřejňujeme pro Vaši informaci:

Jaká je právní zodpovědnost lékaře v případě, že dítě by mělo být v danou chvíli naočkováno dle platného očkovacího kalendáře, nicméně očkovací látka pro toto očkování je nedostupná, např. proto, že jí stát nestačil zajistit?

V tomto případě nese plnou odpovědnost za nezajištění očkovací látky stát. Z hlediska lékaře je určitě vhodné mít k dispozici dokumenty (upozornění, oznámení apod.) prokazující, že v daném období nebyla příslušná očkovací látka k dispozici, aby byl schopen prokazatelně doložit, že očkování nemohl v určitém období provést z objektivních důvodů, které nezavinil. Rodiče dětí není potřeba v takovém případě nijak zvlášť informovat o nastalé situaci. Samozřejmě, pokud se na lékaře rodiče obrátí, je namístě jim věc podle skutečnosti vysvětlit.

Co pro Vás připravujeme?

V příštím čísle časopisu Vox zveřejníme doporučení jak postupovat v případě, že rodiče odmítají očkování. Materiál připravujeme ve spolupráci s právním oddělením MZČR.

■ Rezidenční místa

Poprvé jsme měli možnost vybírat v rámci jednání Akreditační komise v oboru PLDD rezidenční místa na rok 2009. Po potření a doplnění některých chybějících formalit by mělo být na rok 2009 vypsáno 22 rezidenčních míst v oboru PLDD. Je to o něco méně, než jsme požadovali, proto jsme o každé místo doslova bojovali. O to více nás mrzí, že někteří žadatelé byli pro formální nedostatky vyřazeni dříve, než se vůbec jejich žádostí komise mohla

zabývat. Každopádně je to poučení pro nás pro všechny. Postupovat podle vzorové žádosti se ale pravděpodobně nevyplácí, protože vzorové žádosti kolegů PL, jak máme informace z MZČR, nebyly zcela v pořádku a teprve nyní jsme po prvním kole řízení schopni se připravit na příští rok a domluvit se s MZČR na tom, na co je třeba kolegy na příští rok upozornit a jak případně připravit skutečně kvalitní vzorovou žádost. Dozvěděli jsme se také, že peníze, které zbyly z letošního roku nepropadají, bude jen na nás ja si obhájíme počet rezidenčních míst na příští rok.

■ Náplň vzdělávání v oboru PLDD

V minulém týdnu 7.5.2009 proběhlo na MZČR jednání za účasti zástupců oboru Dětské lékařství (DL), ale i ostatních oborů, které navazují na pediatrický kmen. Bylo dohodnuto, že pediatrický kmen se zkrátí. Z naší strany byl ale souhlas podmíněn tím, aby v oborech DL a PLDD byl zachován další společný rok, který v našem případě naváže na pediatrický kmen. Po absolvování pediatrického kmene získají budoucí kolegové již vyšší kvalifikaci a budou tedy moci již po 2 letech samostatně sloužit, případně pracovat jako asistenti pod dohledem v našich ambulancích. Výsledkem je tedy dohoda, že po vzdělávání 2 roky kmen, 1 rok lůžkové zařízení včetně ambulancí, bude v oboru PLDD následovat 1 rok praxe v akreditované ordinaci PLDD (celkem 4 roky). V případě DL to bude tak, že po 2 letech bude dále pokračovat 3-leté vzdělávání v oboru DL, které v sobě bude mít zahrnut stejný rok na lůžkových zařízeních včetně odborných ambulancí, jako bude i v náplni oboru PLDD. Navíc by měla být možnost pro tyto kolegy, kteří budou pracovat v nemocnici a budou zařazeni do vzdělávání v oboru DL, aby poslední rok mohli absolvovat vzdělávání buď v konkrétní specializaci a nebo pobyt na akreditovaném pracovišti PLDD. Tento rok jim bude pak započítán i do náplně oboru DL. Výsledkem pak bude možnost atestovat případně i v oboru oborech (DL i PLDD) neboť i vlastní náplň vzdělávání bude odpovídat plně naší náplni.

Náplně zveřejníme poté, co projdou redakční radou na MZČR budou podepsané. Teprve poté vstoupí v účinnost a budou platné. Předpokládá se pak, že kolegové si budou moci vybrat zda dokončí v náplni původní, jestliže již byli zařazeni a nebo požádají o uznání již absolvované praxe a dokončí podle nových náplní.

Beiersdorf - A4



Léčba pooperační bolesti dítěte

MUDr. Vladimír Mixa

Klinika anesteziologie a resuscitace FN Motol Praha

Souhrn

Léčba bolesti je základním úkolem každého lékaře. Česká společnost anestézie a intenzivní medicíny vydala v tomto roce 2008 „Doporučení k léčbě pooperační bolesti“ dostupné na www.csarim.cz. Následující řádky jsou shrnutím kapitoly týkající se péče o dětského pacienta.

■ Fyziologické a farmakologické poznámky

Pooperační bolest je akutní stav, rychle vznikající a ve většině případů postupně odeznívající. Je velmi důležité, aby dítě po operaci žádnou bolest necítilo, je tedy nutno jí předcházet a ne až opožděně reagovat na bolestivé projevy pacienta. Není pravda, že dítě, zejména novorozенец či kojeneц, cítí bolest méně nebo je vůči ní odolnější. Je prokázáno, že periferní receptory, dráhy pro vedení bolesti i korová centra pro její vnímání jsou konstituovány a fyziologicky aktivní už ve 24. gestačním týdnu. Mechanismy modulace bolesti (tlumivé míšní neuropeptidy, endorfiny a enkefaliny, a descendenti inhibiční dráhy končící v zadních míšních rozích) jsou rovněž funkční již v dětském věku.

Absorpce léků je v novorozeneckém věku nižší než u kojenců i dospělých jedinců. Při p.o. podání je to pro nezralost žaludeční sliznice a nižší aciditu žaludeční šťávy, v případě intramuskulárního podání pro vysoký obsah vody ve svalové tkáni, vazomotorickou nestabilitu a možnou centralizaci oběhu. *Distribuce* léků v dětském období zrychluje hyperkinetická cirkulace. Ovlivňuje ji i snížená vazba farmaka na bílkoviny krevní plazmy. Hladina albuminu je 35 g/l (45 g/l u dospělého) a fetální albumin má k lékům nižší afinitu. Koncentrace volného a tudíž účinného léku je v krevní plasmě vyšší. Rovněž zvýšený bilirubin může lék vytěsnit z vazby na plasmatickou bílkovinu a jeho volnou hladinu ještě zvýšit. Naopak větší obsah vody v těle novorozence (70-75%, dospělý 55-60%) zvětšuje distribuční prostor pro léky rozpustné ve vodě. Nezralá hematoencefalická bariéra umožňuje průnik většího množství léčiva do mozku a jeho kumulaci. Tento fakt se týká především barbiturátů a opiátů. *Eliminace* farmak je v novorozeneckém věku závislá především na stupni zralosti jaterní a ledvinové tkáně. Rychlost dozrávání detoxikační schopnosti jaterní tkáně je různá, udává se podle jednotlivých funkcí v týdnech až měsících.

Vlivem nižší perfuze ledvin v těsně postnatálním období je snížena glomerulární filtrace a tubulární sekrece a resorpce. Vylučování léků nebo jejich metabolitů ledvinami je zpomaleno a je nutná reduk-

ce dávky a prodloužení intervalu podávání. Renální funkce dozrávají přibližně v šesti měsících věku.

u dětí vyvolává nevolnost a zvracení.

Ketamin je intravenózní disociativní anestetikum.

Tab.1: Dávkování opiátů v perioperační analgezií dětí. Zdůrazněny jsou dávky které neovlivní spontánní dechovou aktivitu.

	jednorázová dávka	kontinuální dávka
morfin	0,05- 0,2 mg/kg i.m., i.v.	0,01-0,02 mg/kg/h; 0,5-1 mg/kg/den
fentanyl	1-4 ug/kg i.m., i.v.	1-2 ug/kg/h
sufentanil	0,1-0,5 ug/kg i.m., i.v.	0,2-1 ug/kg/h
meperidin (pethidin)	1 mg/kg i.m., i.v.	
piritramid	0,05-0,2 mg/kg i.m., s.c.; 0,05-0,1 mg/kg i.v.	
nalbufin	100-250 ug/kg	
tramadol	1-1,5 mg/kg i.v., i.m., p.o. p.r.	0,25 mg/kg/h

Působení opiátů v nejnižších věkových kategoriích je prodlouženo a nežádoucí vedlejší účinky, zejména útlum dýchání, jsou zdůrazněny. Příčinou je snadnější vstup hematoencefalickou bariérou a vyšší citlivost opiátových receptorů. Abstinenci příznaky po vysazení se mohou dostavit již po 4-5 dnech podávání. Opioidy je možno malým dětem podávat perioperačně jen pokud lze monitorovat vitální funkce a řešit komplikace jejich podání včetně umělé plicní ventilace.

Morfin se používá se jak v premedikaci, tak v pooperační analgezií. Poskytuje analgezií a zklidnění bez podstatného ovlivnění vědomí. Z fentanylových derivátů je převážně peroperačně používán *sufentanil* pro vynikající analgetické a hypnosedativní účinky a pro potlačený útlum dýchání.

Dík doporučením nepodávat opiáty v bolusech se již nepoužívá *piritramid* a *petidin*. Opiátový antagonist *naloxon* je užíván v titrované dávce až do 10ug/kg i.v. nebo i.m.. Podání *naloxonu* rozhodně není standardním způsobem ukončení opiátové anestézie ale prostředkem řešení předávkování opiátů včetně intoxikace opioidní drogou.

Tramadol je středně účinným analgetikem v péči o dětské pacienty dosud hojně používaným. Lze jej aplikovat p.o., per rektum i parenterálně. Netlumí dýchání, pacienti nejeví známky závislosti avšak

V subanestetické dávce do 1 mg/kg je výborným analgetikem s rychlým nástupem, bez psychomimetických účinků ale s krátkodobým působením (10-20 minut). Indikován je k analgezií v přednemocniční péči k ošetření a jako analgetická součást doplňované anestézie.

Neopiátová analgetika jsou v pooperační analgezií dětí používána nejčastěji zejména v posledních letech kdy jsou běžně dostupné jejich intravenózní formy. Účinkují především na periferní receptory v poškozené tkáni, mají však i centrální účinek. Jejich analgetické působení je obecně slabší než působení opioidů, je však možno je s nimi kombinovat nebo použít k léčbě slabších pooperačních bolestí. Z léků této skupiny jsou v péči o dětské pacienty nejčastěji používány paracetamol, metamizol a ibuprofen.

Paracetamol je nepoužívanějším lékem ze skupiny neopiátových analgetik. Peroperačně je podáván v i.v. formě k doplnění analgezie v rámci celkové anestézie, v pooperační péči se používá intravenózně i rektálně již od novorozeneckého věku. Obávaný toxický účinek paracetamolu hrozí zhruba při desetinasobném předávkování (viz tab. 2). *Metamizol* je analgetikum s přibližně stejným analgetickým účinkem jako paracetamol. Má i účinek antipyretický, navíc ještě spasmolytický. Je doporučován pro děti od 3 měsíců. Nezanedbatelné je nebezpečí

Quent - A4 - Kubík



anafylaktické reakce při rychlé aplikaci. *Ibuprofen* je používán jako doplňkové analgetikum v p.o. a rektální podobě.

V poslední době je v perioperační léčbě dětské bolesti hojně využívána epidurální analgezie ve formě kaudální, lumbální i hrudní aplikovaná jednorázově i kontinuálně.

■ Taktika perioperační analgezie dětí

Základním pravidlem je soulad předoperační analgezie, tedy premedikace, peroperační a pooperační analgezie. Správnou kombinací léků a načasováním jejich podání lze perioperační analgezi vést výrazně účinněji a bezpečněji. Peroperační analgezie odpovídá způsobu zvolené celkové anestézie. V jejím závěru je nezbytně nutné ujistit se, že dostatečná analgezie je zajištěna i na období po probuzení z anestézie, převozu pacienta na pooperační oddělení a první fázi jeho pobytu zde. Tato prevence periody bez analgezie je velmi důležitá a často podceňovaná. Lze ji překlenout buď zahájením kontinuální aplikace pooperační analgezie již v poslední fázi operačního výkonu či obezřetným podáním bolusové dávky analgetika.

Kromě farmakologické léčby bolesti je velmi potřebná optimalizace zevních vlivů které na pacienta v pooperačním období působí. Jedná se o eliminaci nešetrné a nadbytečné manipulace s dítětem a zajištění soukromí na pooperačním oddělení. V průběhu pooperačního období je velmi důležité rozeznat nedostatečně léčenou bolest z operační rány od nenáhlady dítěte upoutaného na lůžko. Obojí se projevují neklidem, pláčem, tachykardií, hypertenzí, poruchou kontaktu a příjmu potravy. Jejich záměna může vést ke zbytečnému zvyšování dávek analgetik místo doplnění analgezie sedativy.

■ Monitorace kvality pooperační analgezie

Záznam o perioperační analgezi a jejím sledování a vyhodnocování je povinnou součástí ošetrovatelské dokumentace. Pro užití u dětí do jednoho roku je rozšířená škála NIPS (Neonatal/Infant Pain Scale) hodnotící alteraci běžných životních aktivit dítěte - pláč, dýchání, vědomí, pohyb končetin apod.. Velmi podobně jsou sestavena i schémata ATTIA a POPSI. Pro větší kojence a batolata se osvědčila zejména stupnice FLACC (Face-Legs-Activity-Cry-Consolability).

K hodnocení kvality pooperační analgezie dětí schopných diferencovat obrázky lze použít VAS (vizuálně analogové škály, pro děti zhruba od čtyř let věku). Je však otázkou nakolik dítě k jednotlivým barevným či obrázkovým symbolům přiřazuje pocit akutní bolesti nebo spíše diskomfortu a stesku.

Kromě výsledků skórování je pro úspěšnou léč-

bu bolesti nenahraditelná pozorná péče zkušeného ošetrovatelského týmu.

■ Doporučení pro jednotlivé typy operací u dětí

Autor v závěru předkládá doporučení k provedení pooperační analgezie dětí. Ukazuje vždy nejvhodnější, respektive takový způsob analgezie, který se u příslušné skupiny operačních výkonů nejlépe osvědčil v anesteziologickém provozu velké nemocnice a dále nabízí některá alternativní řešení:

Krátké operační výkony (hernioplastika, orchidopexie, apendektomie, drobné výkony plastické chirurgie, adenotomie, drobné výkony ortopedické a stomatologické atd.)

předoperačně: premedikace s analgetickou složkou - morfin 0,2mg/kg i.m. (u dětí od 5 kg výše)

peroperačně: CA dle zvyklosti (obvykle inhalační), po úvodu paracetamol 7,5 - 15 mg/kg i.v. nebo metamizol 10-15 mg/kg i.v.

pooperačně: paracetamol 15-20 mg/kg 4x denně p.r. nebo ibuprofen 4-10 mg/kg 4-6x denně p.r.

Alternativní možnosti

předoperačně: premedikace se zdůrazněnou sedativní složkou - midazolam 0,2 mg/kg p.o.,

peroperačně: CA kombinovaná s epidurální blokádou - levobupivakain max. 2 mg/kg nebo podání ketaminu 1mg/kg i.v.

pooperačně: přetrvávající epid. blok, možno doplnit metamizol 10-15 mg/kg i.v., paracetamol 7,5-15 mg/kg i.v., tramadol 1-2 mg/kg 4x denně p.r., p.o. (max. denní dávka 8 mg/kg nebo 400 mg),

Střední operační výkony (např. pyloroplastika, pyeloplastika, dětská urologie, thorakoskopie, laparoskopie, ortopedické korekce, tonzilektomie, plastickochirurgické výkony)

předoperačně: premedikace dle zvyku buď midazolam 0,2-0,3 mg/kg p.o., nebo morfin 0,2 mg/kg i.m. Vzhledem k potřebě silné peroperační analgezie a delšímu trvání výkonu není analgetická složka premedikace pro pooperační analgezi nutná.

peroperačně: doplňovaná anestézie, analgezie sufentanil 0,2-0,5 ug/kg, event. kontinuálně 0,3-1 ug/kg/h, případně fentanyl 0,5-1 ug/kg/h

pooperačně: metamizol 10-15 mg/kg i.v. 3x denně nebo paracetamol 7,5-15 mg/kg i.v. 4x denně nebo tramadol 1-2 mg/kg i.v. 4x denně. Pokud nestačí, pak morfin kontinuálně 15-30 ug/kg/h (5-10 ug/kg/h pro novorozence)

Alternativní možnosti

peroperačně: kombinovaná anestézie s epidurálním katétre v příslušné výši, bolus bupivakain event. levobupivakain v max. dávce 2 mg/kg. Během výkonu zahájit kontinuální aplikací levobupivakainu event. bupivakainu 0,2 mg/kg/h u dětí do 10 kg t.hm. a 0,3 mg/kg/h u větších dětí.

pooperačně: pokračovat v kontinuální dávce do epidurálního katetru. Pokud nestačí, možno doplnit metamizol 10-15 mg/kg i.v., paracetamol 7,5-15 mg/kg i.v., nebo tramadol 1-2 mg/kg i.v. Dávku lze opakovat (viz výše).

Velké operační výkony (torakotomie, rozsáhlé revize břišní dutiny, operace skoliozy, velké ortopedické výkony, neurochirurgická remodelace, stomatologické korekce apod.)

předoperačně: jako střední operační výkony

peroperačně: doplňovaná anestézie, jako u středních operačních výkonů. Před závěrem výkonu možno zahájit kontinuální aplikací morfinu 15-30 ug/kg/h (5-10 ug/kg/h pro novorozence) nebo sufentanilu 0,2-0,3 ug/kg/h a vyhnout se tak období bez řádné analgezie během překlady pacienta na pooperační oddělení.

pooperačně: kontinuálně morfin 15-30 ug/kg/h (5-10 ug/kg/h pro novorozence) nebo sufentanil 0,2-0,3 ug/kg/h. Pokud kontinuální opioidní analgezie nestačí, lze ji doplnit metamizolem 10-15 mg/kg i.v. 3x denně nebo paracetamolem 7,5-15 mg/kg i.v. 4x denně.

Alternativní možnosti: jako u středních operačních výkonů

Tab.2: Dávkování neopiátových analgetik a některých léků určených k sedaci dětí

paracetamol	7,5-15 mg/kg i.v.; 15-20 mg/kg p.r., max. 60mg/kg/den
metamizol	15 mg/kg max. 4x denně
ketamin	1 mg/kg i.v., 2-3 mg/kg i.m.
ibuprofen	20 mg/kg ve 3-4 dávkách p.o.,p.r.
diazepam	0,1-0,3 mg/kg i.v.,i.m.; 0,2-0,5 mg/kg p.r.
midazolam	0,025-0,1 mg/kg i.v.; 0,2-0,5mg/kg p.o. max. 10 mg 0,05-0,1 mg/kg/h kont. inf.
chloralhydrat	20-100 mg/kg p.o., p.r.
prometazin	0,5-1 mg/kg i.v., i.m.
chlorpromazin	0,1-0,3 mg/kg i.v.,i.m.; 0,2-0,5 mg/kg p.r.
diazepam	0,5-1 mg/kg i.v.



Hodnocení, prevence a léčba bolesti u dětí

MUDr. Jana Kalousová, MUDr. Blanka Rousková,
MUDr. Daniela Pachmannová, MUDr. Jitka Stýblová

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha, Subkatedra dětské chirurgie IPVZ

Souhrn

V práci jsou uvedeny věkově podmíněné odlišnosti ve vnímání, projevech a prožívání bolesti v dětském věku, možnosti hodnocení bolesti u dětí různých věkových skupin včetně dětí s kognitivním deficitem, základní zásady farmakologických i nefarmakologických postupů léčby bolesti u dětí. Důraz je kladen na děti nízkých věkových skupin, které nedokážou popsat bolest slovy.

Klíčová slova:

bolest u dětí, škály hodnocení bolesti, farmakoterapie bolesti, nefarmakologické způsoby léčby bolesti

■ Úvod

Přes dobrou vůli zdravotníků a pokroky v medicíně dodnes i v prostředí rozvinuté zdravotní péče některé nemocné děti trpí bolestí, která není včas poznána a dobře léčena. Důvody jsou jednak v nedostatečných znalostech o vnímání a projevech bolesti a léčbě bolesti u dětí, jednak vyplývají z omezených schopností malých dětí vyjádřit a popsat bolest slovy nebo z psychologických zábran o bolesti hovořit a dožadovat se pomoci stejně důrazně, jako to dokážou dospělí pacienti.

Následující text je určen všem, kteří chtějí zlepšit situaci v prevenci, diagnostice a léčbě bolesti u dětí.

■ Definice bolesti

„Bolest je nepříjemný smyslový a citový prožitek spojený se skutečným nebo hrozícím poškozením tkání nebo je popisována výrazu takového poškození.“ (Mezinárodní asociace pro studium bolesti, 1979) (3).

Doplňky této definice vyjadřují skutečnosti, že bolest je vždy subjektivní. Například podle McCaffery: „Bolest je to, co říká pacient, a existuje vždy, když to pacient tvrdí.“, nebo podle Sternbacha: „Bolest je spojení obranné reakce a soukromé zkušenosti s utrpením.“ (12).

Rada odborníků se shoduje na tom, že projevy bolesti u malých dětí nesplňují základní definici, protože děti nejsou schopny verbálně vyjádřeného subjektivního hodnocení, jsou tedy odkázány na pozorování zdravotníků popřípadě členů rodiny.

■ Fyziologie vnímání bolesti a její biologický význam

Proces nocicepce má čtyři fáze: transdukci,

vedení (transmisi), modulaci a vlastní vnímání (percepci).

V průběhu transdukce mechanické, tepelné nebo chemické podněty podráždí periferní receptory a jsou přeměněny na elektrické impulsy. Vnímání bolesti dále ovlivňují různé mediátory. Některé bolest zesilují (prostaglandiny, leukotrieny, histamin, vodíkové ionty), jiné ji zeslabují (endorfiny).

Vedení (transmise) bolestivého vzruchu pokračuje přes synapse v zadních rožích míšních do mozkového kmene, thalamu a thalamokortikální oblasti.

Modulace označuje změnu informace o bolestivém podnětu endogenními mechanismy. Dochází k ní hlavně mechanismem inhibice sestupnými drahami z thalamu a mozkového kmene. U novorozenců je inhibice bolesti těmito mechanismy neostatečně vyvinutá.

V procesu percepce je informace o bolesti zpracována psychologickými mechanismy, jde o vlastní prožívání bolesti. (4)

Všechny tyto procesy je možné ovlivnit a tím změnit intenzitu vnímání bolesti.

Původní význam bolesti je ochranný, informuje organismus o poškození a nebo nebezpečí poškození. Vyvolává ale i stresovou reakci s aktivací sympatiku a sekrecí kortikoidů. Z toho vyplývají i fyziologické důsledky neléčené bolesti: omezení ventilace, tachykardie, zvýšení krevního tlaku, útlum funkce trávicího traktu, snížené vylučování moči, katabolismus, zvýšení krevní srážlivosti, imunosuprese.

Informační význam tzv. procedurální bolesti (spojené s odběrem krve, převazem rány, stavem po operaci, s očkováním) je nulový, její důsledky však stejné jako u jiné akutní bolesti

- stres, strach, anticipační úzkost ve stejném prostředí (ordinace lékaře).

■ Bolest akutní a chronická

Akutní bolest trvá minuty, hodiny, dny, až týdny, je varovným signálem, příznakem nemoci (bolest břicha při akutní apendicitidě), je tedy v biologickém slova smyslu účelná. V případě akutní bolesti je prvotní odstranit příčinu. Analgetika jsou v léčbě akutní bolesti účinná.

Bolest trvající déle než tři měsíce, nebo významně déle, než je pro určité onemocnění obvyklé, označujeme za chronickou (u dětí nejčastěji bolesti hlavy, migrény, opakované bolesti břicha, bolesti pohybového aparátu). Taková bolest pozbývá význam varovného signálu a stává se onemocněním sama o sobě. Analgetika obvykle v léčbě chronické bolesti nestačí, je třeba je doplňovat například antidepresivy, ale i nefarmakologickými postupy (fyzioterapie, masáže, psychoterapie) a netradičními postupy (akupunktura, hypnóza) (3).

■ Zvláštnosti projevů a prožívání bolesti dětmi

Prožívání, projevy i adaptivní chování a zvládnutí bolesti se liší v různých fázích dětského věku. Následky neléčené bolesti jsou však velmi podobné - univerzální stresová reakce, změněné vnímání bolesti.

Novorozenci a kojenci. I nedonošené děti mají dostatečně vyvinutý nervový a endokrinní systém, takže vnímají bolest a reagují na ni. Během pobytu na jednotce intenzivní péče může nemocný novorozenec zažít několik set nepříjemných nebo bolestivých procedur. Dlouhotrvající a intenzivní bolest může být příčinou komplikací



v postnatálním období, ale může změnit i reaktivitu na bolest v průběhu celého života (5, 7, 11,13).

Přestože novorozenci a kojenci nedokážou vyjádřit bolest verbálně, projevují se změnou chování, grimasou, pláčem, vegetativní reakcí, změnami fyziologických funkcí. Ale i u novorozence je možné stanovit míru bolesti a účinek léčby. I ty nejmenší děti si na bolest pamatují.

Batolata mají první slůvka pro bolest. Bojí se cizích lidí, přítomnost rodičů je velmi důležitá. Začínají si uvědomovat vlastní osobu, částečná možnost kontroly je pro ně důležitá - vybrat ruku pro odběr krve, vybrat si zda budou ležet nebo sedět rodiči na klíně apod.

Předškolní děti dokáží vyjádřit bolest slovy. Často věří, že je bolest trest, že ji samy způsobily, to zvyšuje stres. Mísí se u nich skutečnost a fantazie, čehož se dá využít pro odvrácení pozornosti. Nemají ještě příčinné myšlení, a tak nechápou, jak jim může bolestivý odběr krve pomoci, aby se uzdravily. Bojí se jehel, bojí se krve. Snaží se získat čas, bolest odložit. Potřebují mít pocit kontroly, potřebují rozhodovat.

Školní děti. Začínají logicky uvažovat, mají představu příčiny a následku, dokážou odložit odměnu na pozdější dobu. Rozumějí konceptu času. Bojí se změny vzhledu svého těla. Mají bohatou fantazii a mnoho informací, některé jejich obavy a představy jsou skutečně děsivé a je obtížné je odhalit. Nezávisí tolik na rodičích, jsou samostatnější.

Dospívající mají abstraktní myšlení. Potřebují pocit důstojnosti, kontroly. Dobrý účinek u nich má nácvik různých technik zvládnání bolesti. Mohou popírat bolest, aby si nezadali. Cítí se všemocní, je nebezpečí, že nebudou dodržovat léčebný režim. Věří, že my zdravotníci víme, kdy jím léky zabírají a kdy ne, že poznáme, kdy potřebují další dávku léků, takže je možné, že si o ni neřeknou (4).

Kromě věku a stupně vývoje ovlivňuje prožívání bolesti také předchozí zkušenost, pohlaví, kulturní faktory (10). Péče o nemocné dítě, léčbu bolesti nevyjímá, musí probíhat ve spolupráci s rodinou. Často je úlohou rodičů rozpoznat, že dítě trpí bolestí a rozhodnout, zda má být léčena, být v roli prostředníka mezi zdravotníky a dítětem (4). Základem spolupráce mezi zdravotníky a rodinou je vstřícnost a jasná komunikace. K tomu je nutné poskytnout rodině veškeré informace a podporu.

Rodiče sami mají dítěti pravdivě informovat. Není dobré tvrdit, že zákrok nebude bolet, ale přiznat dítěti, že bolet může. Rodič má stát během nepříjemného výkonu blízko hlavy dítěte, mluvit na ně, podle věku se je pokoušet utěšit

nebo rozptýlit hlazením, vyprávěním. Má vědět, že je v pořádku, když dítě pláče nebo křičí, a má to svému dítěti také říci. Nemá pomáhat dítě přidržovat, nebo znehybnit. Taková situace je pro dítě matoucí, neodpovídá jeho představám o roli rodičů v jeho životě, zvyšuje stres. Rodiče, kteří jsou vhodně poučeni, mohou svému dítěti velmi účinně pomoci snést bolestivý zákrok s menším stresem (2).

■ Sledování a hodnocení bolesti v klinické praxi

Subjektivní hodnocení – sebehodnocení je při stanovení intenzity bolesti nejcennější a nej přesnější: „Bolest je to, co říká pacient.“

Děti mají výraz pro bolest zhruba od 18 měsíců, asi od 3 let dokážou popsat přibližně intenzitu (trochu, málo, moc). U dětí tří- až čtyřletých můžeme zkusit použít samohodnocení pomocí **obrázků obličejů** (Baker -Wong, Hicks) (obr.1).

Školní děti umějí bolest **očíslovat nebo oznámkovat**, jako ve škole, na zvolené stupnici pěti- nebo desetistupňové. Jinou možností je použít místo číselné tzv. analogové škály, kde je mírou bolesti vzdálenost od levého okraje škály-0, neboli žádná bolest (10).

Observační škály stanovují míru bolesti tam, kde samohodnocení není možné (např.: FLACC obr. 2, CHEOPS obr 4, NIPS obr. 5 a mnoho dalších). Boduji změny v chování podmíněné bolestí. Při hodnocení bolesti u dětí s kognitivním deficitem nám může pomoci stupnice FLACC upravená právě pro tyto děti. Většina škál je sestavena tak, že třetina maximálního bodového hodnocení je hranicí pro intervenci proti bolesti.

Fyziologická odpověď na bolest je podmíněna aktivací sympatiku a projevuje se tachykardií, zvýšením tlaku, pocením dlaní a plosek, rozšířením zornic, zvýšením potřeby kyslíku, nepravidelným dýcháním, zvýšenou hladinou kortikoidů, hyperglykemií. Jedná se ale o univerzální odpověď na stres, která může být vyvolána i jinými stresory než bolestí (hlad, hypovolemie, infekce). Proto se často využívá **multidimenzionálních stupnic**, které kombinují hodnocení změn chování i fyziologických parametrů.

U dětí s chronickou bolestí je také nutné stanovovat intenzitu opakovaně určit bazální míru bolesti, cílovou přijatelnou hodnotu, kolísání intenzity tak, aby bylo možné efektivně zasáhnout a hodnotit výsledky léčby.

■ Obecné zásady snížení negativních účinků bolesti

Nejúčinnější postupy, které se uplatňují ve zvládnání bolesti u pacientů jakéhokoli věku jsou

prevence, omezení nebo eliminace bolestivých podnětů a poskytnutí analgezie

■ Farmakoterapie

První zásadou léčby je bolesti bránit a předcházet. Pokud se ale projeví, nesmí dítě na léčbu čekat, je třeba reagovat okamžitě. Analgetika je tedy vhodné podat preventivně, před vznikem bolesti, udržovat dostatečnou hladinu, tak aby bolest nevznikla. Léčení „průlomové“ bolesti (z anglického breakthrough - bolest která prolomila účinek analgezie) vyžaduje vždy vyšší dávky léků.

WHO analgetický žebřík rozděluje analgetika do tří skupin podle účinnosti na slabá, středně silná a silná.

Do první skupiny neopiátových analgetik patří jednak analgetika - antipyretika (paracetamol, kyselina acetylsalicylová a bazické pyrazolony např. metamizol), jednak nesteroidní antirevmatika - antiflogistika (NSA) (ibuprofen, diklofenak, selektivní inhibitory cyklooxygenázy 2). Ve druhé skupině jsou slabé opioidy (např. tramadol a kodein), ve třetí pak silné opioidy, zejména parenterálně podávané (morfin, fentanyl, sufentanil). Léky první skupiny se s výhodou kombinují s preparáty ze druhé nebo třetí skupiny. Dosahuje se stejného účinku nižší dávkou opioidu. Ze studií účinnosti jednotlivých analgetik a jejich kombinací byla sestavena tzv. Oxfordská liga analgetik. Jako nejúčinnější se v léčbě akutní bolesti dospělých ukázala kombinace paracetamolu a vysokých dávek opioidů, nebo NSA nebo metamizol v monoterapii (3).

Paracetamol (acetaminofen) je patří mezi slabá analgetika. Blokuje centrální syntézu prostaglandinů a působením na centra v CNS vzniká antipyretický účinek. Pokud nepůsobí v běžné dávce, nemá cenu dávku zvyšovat (tzv. efekt stropu). S výhodou se užívá v kombinaci s opiáty, kde umožňuje dostatečný analgetický efekt při snížené dávce opiátu. Paracetamol má minimum nežádoucích účinků, ve vysokých dávkách je hepatotoxický.

Nesteroidní analgetika - antipyretika. Z této skupiny je v pediatrii nejužívanější ibuprofen, dále diklofenak. Tyto léky blokují periferní syntézu prostaglandinů, jejich analgetický efekt je vyšší než u paracetamolu, mají ale i více nežádoucích účinků: dráždí žaludeční sliznici, mohou způsobit krvácení ze sliznic trávicího traktu, mají negativní účinek na shlukování krevních destiček. Rovněž se dají využívat v kombinaci s opiáty, použité samostatně vykazují též efekt stropu.

Slabé opioidy (kodein, tramadol) by se měly v léčbě akutní bolesti podle Oxfordské ligy uplat-



nit nejspíše v kombinaci s vysokodávkovaným paracetamolem, v monoterapii není jejich účinnost příliš vysoká.

Opiáty (parenterálně podávané: morfin, fentanyl, sufentanil, meperidin a další): jsou neúčinnějšími analgetiky. Působí v CNS napodobením účinku endogenních opioidů - endorfinů. Vážou se na jeden ze tří specifických opiatových receptorů - μ , δ a κ .

Opiáty se podávají nejčastěji parenterálně, u dětí přednostně do nitrožilní kanyly. Mnohé děti mají takový strach z injekční jehly, že dokud se domnívají, že jejich bolesti budou léčeny způsobem, který zahrnuje aplikaci jehlou do svalu nebo žíly, raději bolest negují, aby se takovému podání léku vyhnuly. Velmi vhodná je tzv. **pacientem kontrolovaná analgezie** (PCA - patient controlled analgesia). Při této technice je speciální pumpou podávána kontinuálně bazální dávka a pacient může při bolesti stisknutím knoflíku aktivovat pumpu, která podá bolus léku. V programu pumpy je možné nastavit velikost bolusu, minimální interval mezi bolusy, celkovou dávku podanou za určitý časový úsek. Tato technika se dá použít již u dětí od 5 let. Děti mají částečně kontrolu nad léčbou, což snižuje úzkost dodává sebedůvěru a ve svém důsledku pomáhá snášet bolest.

Kromě celkově podávaných analgetik je možné použít i svodnou a regionální analgezi, blokády periferních nervů, v posledních letech se i u dětí stále častěji v pooperační péči využívá analgezie epidurální. Tyto účinné metody patří do rukou anesteziologa.

U dětí se osvědčilo a rozšířilo **místní znecitlivění pomocí náplasti nasycené směsí lokálních anestetik** - EMLA (eutectic mixture of local anesthetics). Krém nebo náplast poskytuje dostatečnou místní anestezii při kanylaci periferních žil i drobných zákrocích v oblasti kůže a podkoží zhruba do 5 mm hloubky. V našich podmínkách bohužel brání širšímu používání vyšší cena těchto lokálních prostředků. Bývají však přesto dostupné v nemocničních lékárnách a řada rodičů je ochotna je pro své děti zakoupit. Z výkonů prováděných v ambulantní praxi

jsou nevhodnější pro znecitlivění před odběrem krve, perforací ušních lalůčků, kyretáží molusek.

■ Doplňkové metody léčby bolesti

Informace a poučení. Bylo prokázáno, že jednoduchá, věku odpovídající informace o pooperačním průběhu podaná před operací snížila intenzitu bolesti již u batolat. Důležité je vhodné načasování (nedlouho před operací, jinak malé děti informaci nepodrží v paměti) a vhodná forma informace. Na řadě oddělení se již i u nás těmto aktivitám, věnují speciálně školené sestry tzv. herní terapeutky. Je třeba dát dětem informace a snížit strach z neznáma, říci dítěti, že bolest je očekávanou součástí plánované léčby, že sice může přijít, ale jistě přijde i pomoc, že nedovolíme, aby se stala příliš silnou, připravit společně s dítětem a rodiči plán zvládnutí bolesti.

Tzv. kognitivní a behaviorální metody: většinou využívají vysoce vyvinuté dětské fantazie a smyslu pro hru. Používají se však již i u nejmenších dětí, kde se k těmto metodám řadí masáže, hlazení, balení, dudlíky, sladké

roztoky, polohování do klubička, intrauterinní zvuky, houpání.

U batolat a předškolních dětí se snažíme odvrátit pozornost od bolestivé situace pomocí kukátků, bublifuku, vyprávění pohádek, počítání, videoher. Vhodnou metodou k odvrácení pozornosti jsou u větších dětí různá dechová cvičení: hluboké pomalé dýchání, nebo naopak dýchání mělké a rychlé, rytmické dýchání.

Podání sladkých roztoků per os je pomocnou metodou analgezie u dětí novorozeneckého a časného kojeneckého věku. Tato metoda se používá hlavně na neonatologických odděleních (13), ale osvědčila se i v léčbě kojeneckých kolik (9) nebo jako analgezie před vakcinací (8). Podstatou analgetického účinku je vyplavení endogenních opioidů v reakci na sladkou chuť v ústech. V experimentu na novorozenech zvířatech byl analgetický účinek blokován podáním antagonistů opioidů.

V praxi se nejčastěji doporučuje následující postup: dvě minuty před bolestivým úkonem se dítěti podá 1-2 ml roztoku sacharózy - používají se koncentrace od 25 do 75% (silnější koncentrace mají dostatečný účinek i u dětí mimo novorozenecký věk). Analgetická účinnost tohoto jednoduchého a levného prostředku byla opakovaně prokázána v četných studiích. To že přesto není jeho použití široce rozšířeno je jedním z mnoha důkazů, že podceňování dětské bolesti v moderní medicíně stále přetrvává.

■ Závěr

Nezapomínejme nikdy, že děti cítí bolest stejně jako dospělí, někdy i více, protože mají nezralé fyziologické mechanismy potlačení bolesti a pro svou psychickou nevyzrálou a křehkost se nedokážou s bolestí tak snadno vyrovnat. Každé nemocné dítě by mělo mít možnost zůstat dítětem, to znamená, hrát si, prožívat své fantazie, doufat, snít. Odpovídající léčba bolesti je k tomu důležitou podmínkou.

Práce vznikla za podpory výzkumného záměru VZ FNM MZd 00064203/6309.

Literatura u autorů

Total Quality Assurance **Swiss Natural Sources**

MAX BRUSINKY PASTILKY

Skvělá chuť a účinná péče o zdraví močových cest a zubů

- příjemná alternativa bez obtížného polykání
- vhodné pro děti a seniory
- bez cukru

Žádejte v lékárně • www.swissherbal.cz • ☎ 241 430 910 (12-17hod)

Problematika omrzlin, poznámky z praxe

MUDr. Jaroslava Říhová

Ústav tělovýchovného lékařství VFN Praha

Souhrn

Cílem léčby omrzlin je snížení pozdních následků omrznutí na co nejmenší míru. Význam má léčba včasná (tedy zahájená už v terénu), útočná, komplexní a dlouhodobá. Zkušenosti autorky jsou v souladu se zkušenostmi zahraničních autorů, respektují výsledky klinických studií.

Každá omrzlina je neúspěchem. Je záporným vyústěním pobytu v chladném prostředí bez dostatečné ochrany. Některým omrzlinám nemůžeme zabránit (pád do ledovcové trhliny, pozdní záchrana, ztráta orientace v terénu, kdy roli hraje nejenom časový faktor). Omrzliny délkou léčby můžeme řadit mezi chronické rány. S nárůstem outdoorových aktivit u mladistvých (skialpinismus, skateboarding, horolezectví, vysokohorská turistika), kdy nemůžeme vyloučit nešťastnou příhodu, zvrát počasí, zranění a následné omrznutí, narůstá význam znalosti efektivní léčby omrzlin.

Omrzlina je akutní poškození tkáně chladem pod 0°C za teplot -2°C a méně, v závislosti na délce expozice chladu a jiných rizikových faktorech. Dochází k fyzikálnímu poškození buněk, k tvorbě ledových krystalů v intracelulární a extracelulární tkáni. Vasokonstrikce se střídá s vasodilatací, vzniká otok a ischemie tkáně, dle stupně omrzliny i s vývojem nekróz.



Obr. č. 1: Omrzlina 3. stupně před úplnou léčbou, pacient dostal jen vasodilatační léky po rozehrání.



Obr. č. 2: Stav za 6 měsíců komplexní léčby (Trental, ACP, oxygenoterapie (HBO), Wobenzym, Betadine, chirurgické ošetření)

Roli hraje **a) predispozice u některých nemocí** (nemocí periferních tepen, vazoneuróza, M. Raynaud, diabetes mellitus, hypothyreosa), užívání některých léků (betablokátory), kouření, tak časté u mladistvých, alkohol, **b) nedostatečná výživa a hydratace** (zanedbávané u celodenního lyžování či túr) **c) špatné vybavení** (nevhodné boty, rukavi-

ce, tísníci mačky, sněžnice) **d) zvraty počasí, vítr e) nedostatečná aklimatizace v horách** (případy rodičů, kteří berou své tříleté děti do Alp do 3000 m n.m., či šestileté děti do Himalájí).

Z klinického hlediska lze omrzliny dělit na **povrchní** (1. a 2. stupeň, kdy nedochází ke ztrátě tkáně a je zhojení ad integrum) a **hluboké** (3. a 4. stupeň, zhojení většinou s defektem tkáně). Pokud je léčba 3. stupně omrzliny zahájena včas a je komplexní, nemusí ke ztrátě tkáně dojít. Proto je kladen tak veliký důraz na tuto charakteristiku léčby (viz obr. č. 1 a 2).

V diagnostice a určení **rozsahu léčby** lze využít doporučení francouzských autorů, tzv. klasifikace dle Cauchy et al. (tab.1). Zevní vyšetření nám ne vždy dovolí určit rozsah poškození tkáně, zpočátku se všechny omrzliny jeví stejně, jako 1. a 2. stupeň. Teprve vývoj v dalších dnech dovolí hloubku poškození určit. Francouzští lékaři s úspěchem používají v diagnostice tíže omrzliny dvoufázovou, u nás třífázovou **scintigrafii kostí**, pomocí 99Te. V retrospektivní studii těchto autorů byla zjištěna korelace mezi vychytáváním izotopu 99Te v kostní tkáni a jeho absencí a úrovní nutné amputace. Také podle změn

Tab.1: Francouzská klasifikace (Cauchy et al.), Wilderness and Environmental Medicine, 12, 248- 255 (2001)

Omrzliny končetin	stupeň 1	stupeň 2	stupeň 3	stupeň 4
rozsah počáteční leze (den 0) po rychlém rozehrání	nepřítomnost počáteční leze	počáteční leze na distálním článku	počáteční leze na středním a proximálním článku	počáteční leze na karpu/tarsu
scintigrafie skeletu (den 2)	není třeba	snížené vychytávání isotopu	absence vychytávání isotopu v oblasti celého prstu	absence vychytávání isotopu v oblasti karpu/ tarsu
puchýře (den 2)	nejsou	čirý obsah puchýřů	hemorrhagický obsah puchýřů na prstu	hemorrhagické puchýře na karpu/tarsu
prognóza (den 2)	žádná amputace	amputace měkkých tkání	amputace prstu	vyšší amputace ± systémové poškození ± sepse
konečný stav	bez následků	ztráta nehtu	následky omezující funkci	následky omezující funkci



Obr. č. 3: Omrzlina rukou 3. stupně před intenzivní ambulantní léčbou.

Obr. č. 4: Stav 21 měsíc po komplexní léčbě (Wobenzym, Trental, Deprazolín, ATB)

ve vycytávání izotopu mezi 2. a 8. dnem provedené scintigrafie lze usuzovat na možnost zhojení defektů tkání či na zhoršení nálezu.

Při postižení distální falangy je riziko amputace minimální (1%), při postižení středního článku je pravděpodobnost amputace 30%, při postižení proximální falangy dochází k amputaci asi v 67% a zasahuje-li omrznutí i karpální či tarzální kosti, následuje amputace ve 100%.

Pokud nehrozí sepse, nemělo by se spěchat s amputací. Mělo by se čekat na tzv. demarkaci tkání, která je zřejmá zhruba 30. až 45. den od začátku postižení. Intenzivní léčba v prvních třech týdnech postižení zvyšuje **viabilitu** tkání na rozhraní nekrózy a ze zkušenosti mohou potvrdit, že se původní rozsah postižení o něco zmenší a konečná amputace, je-li nutná, zasáhne menší část tkáně. Setkala jsem se i s případy, kdy chi-

rurg spěchal s amputací a pacienta teprve pak „uvedl“ do sepse.

V tomto případě byla pacientovi na prvním pracovišti provedena scintigrafie a druhé vyšetření, provedené 8. den, bylo prognosticky příznivé. Scintigrafie nám také pomáhá v dalším průběhu léčby, máme-li podezření na možnou osteomyelitidu. Pro možnou osteomyelitidu by svědčila zvýšená akumulace radioizotopu v krevním poolu, je-li akumulace zvýšená v kostní fázi, je to známka probíhající reparační a tedy hojení postižené kosti. Ještě další vysvětlení k tabulce č. 1. Jednotlivé stupně francouzské klasifikace nám pomáhají v léčbě:

- 1. stupeň** nevyžaduje hospitalizaci, léky dáváme p.o., zotavení je úplné
- 2. stupeň** lze léčit ambulantně, léčba je uvedena v dalším textu
- 3. stupeň** vyžaduje intenzivní, účinnou

a komplexní léčbu, ať už ambulantní či ústavní

- 4. stupeň**, léčbu je nutné zahajovat v nemocnici, léčba musí být maximální a zhojení je vždy s následky, s amputací tkání různého rozsahu. Je-li léčba správná, rozsah konečných následků je menší (viz obr. č. 3 a 4), pokud je začátek léčby neúplný, jsou následky rozsáhlejší (obr. č. 5, 6, 7).

Základním pravidlem **léčby omrzlin** je začít s léčbou **co nejdříve, tedy ihned po jejich vzniku, svépomocí**. Následně je nutné v léčbě pokračovat **dlouhodobě**, léčba musí být **maximální a komplexní**, tedy vyčerpávající všechny možnosti. Stadium omrzliny, jak už bylo řečeno, určuje i rozsah léčby. Již stav omrzliny po rozehrátí nám napovídá, jak intenzivní by měla být léčba. Vzhledem k tomu, v jakých podmínkách a prostředí omrzliny vznikají (paradoxně nejčastěji v létě,



Obr. č. 5: Omrzlina nohy 4. stupně 12 hod. po omrznutí



Obr. č. 6: Časový vývoj omrzliny po rozehrátí, následovala léčba Heparínem a antibiotiky



Obr. č. 7: Stav po částečné amputaci 2. - 5. prstu, uvedená léčba nestačila

při pobytu ve velehorách v zahraničí, v odlehlých lokalitách), je nutné, aby laik, provozující extrémní sportovní aktivity, zahájil léčbu už v terénu. S možností omrzlin je nutné počítat i v létě a je nutné se vybavit příslušnými léky na první pomoc. Odklad léčby až po návratu z hor může značně zhoršit prognózu.

Co může použít poučený laik: **a) acylpyrin** **b) enzymy volně prodejné** (Wobenzym 3x10 u dospělých, u dětí 1 tbl/kg váhy/den), **c) pentoxyphyllin** (Trental – pokud už dotčený v minulosti omrzl, zná užívání léku a nejde současně o celkové prochlazení), **d) doplnit tekutiny**, tato skutečnost byla zanedbaná u všech předchozích případů (viz obrazová dokumentace), **e) jsem – li mimo ČR, jedu co nejrychleji domů** (po primárním ošetření), ať už z důvodů úrovně péče v dané zemi, ale i proto, že léčba je dlouhodobá a také drahá. Jedu domů s výše uvedenou léčbou!! Ve všech sledovaných případech, se kterými jsem se setkala, byla léčba buď neúplná (ve Francii v Chamonix, v Bolívii v La Pazu, v Kyrgyzii, v Kabardino – Balkarské republice) nebo zcela chybná (v Kanadě). V České republice léčba dopadla dobře, pokud lékaři respektovali níže udané schéma.

Porovnání mých dosavadních zkušeností a tedy i mé doporučení nejaktuálnější léčby omrzlin se shoduje s doporučeními zahraničních autorů v základních lékových skupinách (aspirín, nesteroidní antirevmatika, vasodilatační léky, prostaglandiny, enzymy, heparin, dextran, hemodiluce, analgetika, antibiotika, oxygenoterapie - HBO).

Shrnutí léčby

(v souladu se zahraniční literaturou):

- omezení dalších tepelných ztrát, celkové zahřátí
- doplnění cirkulujícího objemu (hemodiluce, p.o., i.v.)
- vasodilatace a zlepšení krevního průtoku, mikrocirkulace a reologických vlastností krve – **pentoxiphyllin** (Trental), **enzymy** (Wobenzym, Phlogenzym), **alfa – sympatolytika** (Deprazolin), **prostaglandiny** (Prostvasin, Ilomédine, Iloprost)
- prevence trombotizace či rozrušení již vzniklých trombů – tj. podávání **léků s antiagregačním, antikoagulačním**

- **a fibrinolytickým efektem** – Acylpyrin, ibuprofen, heparin, **proteolytické enzymy** (Wobenzym, streptokináza, urokináza)
- **protitoková léčba** (Wobenzym, Reparil), **polohování**
- **analgetická léčba** (léky typu NSA, Wobenzym)
- prevence či **léčba** systémové **infekce** (antibiotika, Betadine)
- **oxygenoterapie (HBO)**
- nejnovějším trendem s cílem co nejrychleji obnovit **arteriální zásobení** postižené tkáně je proteolytická léčba, **i.a. podávaný heparin, Papaverin, Tenecteplase (TNK), Reteplase**. Tento výkon je ale nutné svěřit intervenčním radiologům, angiochirurgům. Úspěšnost této léčby je uváděna 68 %, čili v tomto poměru je pacient uchráněn ampu-



Obr. č. 8: Doléčování v domácím prostředí, 41. den od počátku léčby, celková doba léčení 11 měsíců

tace. Citace dle George R. Edmonsona MD z Hospital St. Paul Minnesota (Society of Interventional Radiology)

- **přeočkování proti tetanu**
- samozřejmostí je lokální **péče o ránu**, která je dlouhodobá, s preferencí vlhkého krytí, s podporou granulace a epitelizace. V domácím prostředí se osvědčily koupele v měsíčku zároveň s rehabilitací končetin, zvlhčování krytí borovou vodou, nekrózy se lépe odlučují (viz obr. č. 8)
- **psychologická podpora** nemocného, léčení je dlouhodobé, často jsou residua, ať již jde o funkční, či anatomické defekty
- **uvšech léků je nutné respektovat pravidla daná pro léčbu dětí**

Převážnou část léků lze podávat ambulantně, vyjma heparinu a prostaglandinů i.v. či i.a.. V prvním případě mé léčby omrzlin jsem k tomu byla vlastně donucená, neboť

21 - letého mladíka nikdo nechtěl hospitalizovat. Také oxygenoterapii, s kterou mám dobré zkušenosti, lze absolvovat ambulantně. V tomto roce ale VZP indikaci omrzlin k léčbě HBO zrušila, jediná cesta by byla indikace přes nehojící se chronickou ránu, což často těžké případy omrzlin bývají. V léčbě ostatních nemocí máme snahu léčbu minimalizovat s maximálním efektem. U léčby omrzlin toto neplatí, zde se musíme snažit o léčbu vyčerpávající všechny možnosti.

Nebojte se léčit omrzliny; jen léčba rychlá, úplná a dlouhodobá vede k dobrému efektu a sníží pozdní následky omrzlin. Při léčbě pozdních následků se osvědčily **amlodipiny** (Presid, Cardilopin), **pentoxiphylliny** (Trental), **proteolytické enzymy** (Wobenzym, Phlogenzym).

Nejčastější **chyby**, se kterými jsem se setkala:

- neúplná či pozdní léčba (jen rozežhátí, vasodilatace, analgetika, ve druhém případě lékař v Kanadě podal jen acylpyrin, antibiotika a pacienta si pozval až za 3 týdny!! Pak jen konstatoval, že je nutná amputace všech prstů).
- spěchání s amputací; jak bylo řečeno, není-li sepse, čekat 1 až 1,5 měsíce na demarkaci tkání. Profituje z toho pacient.
- neschopnost se poučit z literatury či ze zkušeností jiných lékařů.

Co říci závěrem, aneb stručné **shrnutí**:

- do hor jedu poučen a vybaven nejen na sport, ale i s léky
- léčbu zahajuji co nejdříve, již v terénu
- nezapomínat na doplňování tekutin (červená nit spojující všechny popisované případy)
- je nutné sledovat diskomfort tkání, vzájemně se kontrolovat („jen pocit shrnuté ponožky“ bývá mylný)
- léčba musí být dlouhodobá a komplexní, je nutné čekat na demarkaci tkání
- postižená tkáň je v dalších letech náchylnější k omrznutí
- při rozhodování, v diagnostice a léčbě lze s výhodou použít třífázovou scintigrafii kostí s 99Tc, vyšetření může ordinovat i praktický lékař, cena vyšetření je přibližně 800 – 900 Kč.

Johnson&Johnson- A4 - Olynth Drops



Výskyt chronické bolesti v populaci dětí a adolescentů

(epidemiologie chronické bolesti)

doc. MUDr. Jiří Málek, CSc.

Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV Praha

Souhrn

Zhruba od přelomu tohoto tisíciletí začíná být obecně přijímáno, že problematika výskytu a léčby bolesti je nejen problematikou zdravotnictví, ale celé společnosti. O jejím významu vypovídá mimo jiné i „Týden boje proti bolesti“ vyhlášený Evropským parlamentem. Perzistující bolest má významný vliv na kvalitu života a psychický stav postižených a vede k osobním, rodinným a pracovním problémům. Chronická i akutní bolest má i sociálně ekonomický dopad, i když jeho rozsah je obtížné odhadnout. Bolest je nejčastější příčinou, proč lidé vyhledávají lékařskou pomoc; osoby s chronickou bolestí využívají zdravotnických služeb až pětkrát častěji, než zbytek populace. Bolest tak přestává být individuální záležitostí a stává se sociálním jevem. Sociologické a epidemiologické studie mohou rozšířit naše znalosti o rozsahu problému a umožňují nalézat opatření k jeho řešení.

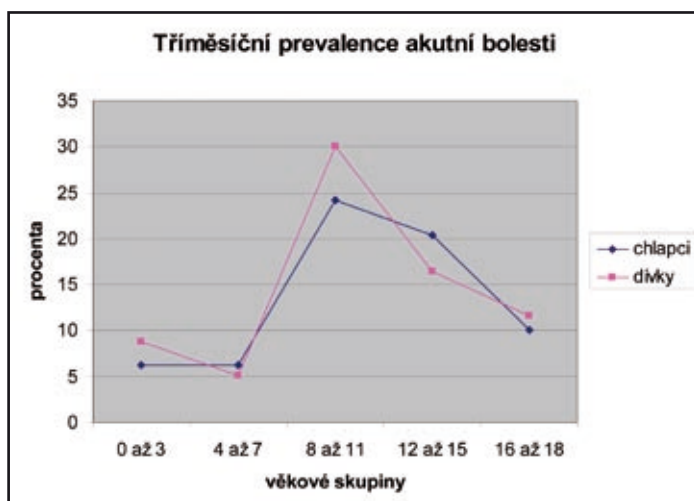
Úvod

Epidemiologie bolesti vznikla v posledních 15 až 20 letech, přesto studie zahrnující reprezentativní vzorek celé populace určité oblasti a výskyt bolesti v celé šíři příznaků byly donedávna vzácné nebo nebyly obecně použitelné. Většina publikovaných prací se týkala buď konkrétních bolestivých stavů (nejčastěji revmatických onemocnění), nebo jejich rozsah nebyl dostatečný. Teprve v poslední dekádě dochází k rozmachu epidemiologických studií týkajících se prevalence bolesti v celé populaci, to se však týká pouze populace dospělé. Reprezentativní

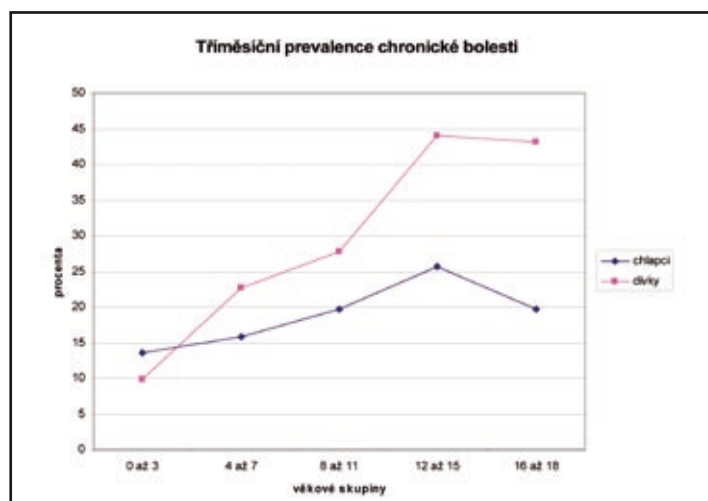
studie týkající se populace dětí a adolescentů jsou stále vzácné. Při vyhledávání ve zdroji PUBMED a MEDLINE jsem našel od r. 2000 do r. 2009 pouze 4 evropské studie, které splňují výše uvedená kritéria.

Další problém, se kterým je třeba se vyrovnat při studiu literatury, je značný rozdíl ve výsledných číslech. Práce, které se týkaly výskytu ať již akutní nebo chronické bolesti v rámci celé populace, udávaly výskyt bolesti u dospělých mezi 2% - 82%, u dětí mezi 25% - 37% respondentů. Značné rozdíly jsou dány designem studie

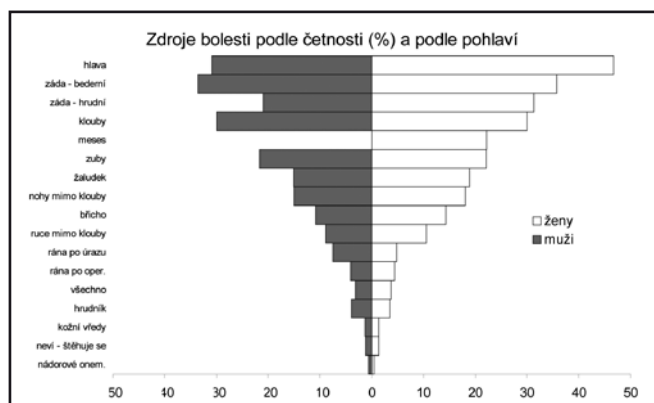
a použitou definicí bolesti. Je to dáno tím, že bolest (zejména bolest chronická) je složitý psychopatologický a biopsychosociální komplex se značnou diversitou příčin a příznaků. Navíc studie, které byly dosud provedeny, se týkají zemí, jejichž kulturní, politický, ekonomický a veřejně zdravotní status se liší od našich podmínek. Výsledky získané těmito studiemi proto nelze aplikovat automaticky na ČR, jelikož je známo, že všechny aspekty týkající se bolesti a jejího vztahu k dalším faktorům jsou výrazně ovlivněny kulturními a sociálně ekonomickými faktory jednotlivých zemí.



Graf 1: Tříměsíční prevalence akutní bolesti u dětí a adolescentů (zpracováno dle Perquin et al., 2000)



Graf 2: Tříměsíční prevalence chronické bolesti u dětí a adolescentů (zpracováno dle Perquin et al., 2000)



Graf č. 3: Škála lokalizace bolesti u dospělých podle pohlaví

Výskyt bolesti u dětí a adolescentů v Evropě

V ČR byla provedena epidemiologická studie týkající se výskytu bolesti, která zahrnuje reprezentativní vzorek celé populace, pouze u dospělých (viz dále). Publikovaná data proto vycházejí z jedné studie provedené v Nizozemí, jedné ve Španělsku a dvou v Německu, kde je sice prováděla stejná skupina autorů, liší se však počtem účastníků a počtem sledovaných dat. V přehledu jsou částečně využita i data ze studie provedené ve Stockholmu, která se týkala celé populace. Soubory se lišily velikostí od 561 do 5336 dětí a adolescentů.

Většina studií sledovala výskyt akutní bolesti za poslední 3 měsíce, dále to, jestli bolest trvala za poslední rok více než 3 (resp. 6) měsíce nebo se pravidelně opakovala každý měsíc (kriterium chronické a rekurentní bolesti), intenzitu bolesti, demografické charakteristiky, medikaci a vliv na různé aspekty osobního i sociálního života postižených.

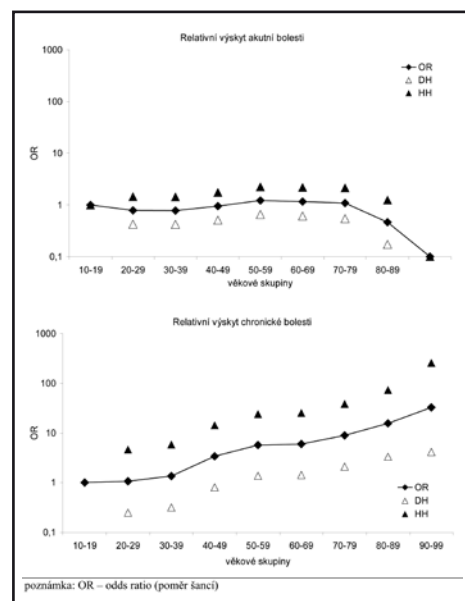
Celkově se bolest za poslední 3 měsíce vyskytovala u 54 – 83% respondentů, chronická bolest u 25 – 37% respondentů. Výskyt zejména chronické bolesti stoupal s věkem, u dívek byl výskyt signifikantně vyšší (viz graf 1 a 2). Nejčastější lokalizace bolesti byly končetiny, hlava, břicho, přičemž lokalizace bolesti se měnila s věkem i pohlavím respondentů. Bolesti zad se vyskytovaly až u starších dětí, u chlapců byly častější bolesti dolních končetin, u děvčat bolesti hlavy a břicha, případně bolesti ve více lokalizacích. Intenzitu bolesti střední a vyšší mělo pouze u 5 – 30% respondentů s bolestí, z toho opět častěji dívky než u chlapci. Dívky s výjimkou věkových skupin zhruba mezi 4 – 9 lety vyhledávaly častěji než chlapci lékaře a braly volně dostupná analgetika. Výskyt bolesti (čas-

těji bolest hlavy a břicha) vedl zhruba u 43 – 68% dětí s bolestí k absenci ve škole, poruchám spánku, méně často i k omezení sportovních a společenských aktivit. Riziko vlivu bolesti na omezení kvality života stouvalo s věkem respondentů. Spouštěcím mechanismem bolesti byla sportovní aktivita a fyzická námaha (spíše chlapci), počasí a negativní emoce (spíše dívky),

sledování počítače a televize. Jen asi pětina respondentů znala příčinu své bolesti a skutečná medicínská příčina je pravděpodobně objevena jen vzácně. Jiná studie týkající se bolesti hlavy u mladých osob udává, že pouze pro asi 5 – 10% byl nalezen fyzikální korelát. Nebyl prokázán vliv sociálních a ekonomických podmínek v rodině na výskyt chronické bolesti, pouze jedna studie prokázala vyšší výskyt bolesti u dětí s nižším vzděláním.

Práce, která se zabývala vlivem výskytu bolestivých stavů v dětském věku na výskyt chronické bolesti v dospělosti našla závislost pouze u dívek, a to v těch případech, kdy byla bolest spojena s psychosociálními faktory. V těchto případech se postupně i zvyšovala frekvence nebo trvání bolestivých epizod.

Z dalších studií, které se zabývaly výskytem bolesti u jednotlivých onemocnění, je vhodné zmínit vysoký výskyt bolesti u juvenilních revmatických chorob (> 80%) a onkologických onemocnění (18 – 35%) s vysokým podílem iatrogeně způsobené bolesti (lumbální punkce, aspirace kostní dřeně).



Graf č. 4: Relativní výskyt akutní a chronické bolesti podle věku respondentů (adjustováno na pohlaví)

Výskyt bolesti v dospělé populaci ČR

Autor článku se spolupracovníky uskutecnil v rámci Projektu Algos sledování výskytu bolesti v dospělé populaci ČR. Po souhlasu etické komise byl vytvořen anonymní čtyřstránkový dotazník validizovaný v prepilotní studii. Dotazník sestával z části věnované demografii, sebehodnocení zdravotního stavu, výskytu bolesti a jejím charakteristikám, vlivu na vybrané oblasti života a hodnocení dostupnosti a úrovně zdravotní péče stran léčby bolesti. Po ověření metodiky sběru dat v pilotní studii byla finální verze doručena 3850 respondentům reprezentujícím vzorek populace stratifikovaný dle věku, pohlaví a vzdělání. Data byla zpracována programem Epi-info. Zpracováno bylo 3408 dotazníků. Asi tři čtvrtiny respondentů měly za poslední rok

Tab.1: Rozdělení respondentů s akutní bolestí podle věku a trend podílu podle věku

Věková kategorie	Celkem respondentů	Počet respondentů udávajících akutní bolest	% respondentů s bolestí z celkového počtu	OR pro trend	p
18-19	45	26	57,8		
20-29	715	366	51,2	0,78	0,40
30-39	592	303	51,2	0,78	0,36
40-49	557	313	56,2	0,95	0,40
50-59	602	374	62,1	1,21	0,47
60-69	291	177	60,8	1,16	0,38
70-79	133	79	59,4	1,08	0,13
80-89	26	10	38,5	0,46	0,00
90+	3	0	0,0	0,10	0,95
Celkem	2964	1648	55,6		

OR – odds ratio (poměr šancí)

**Tab.2: Rozdělení respondentů s udávanou chronickou bolestí podle věku a trend podílu podle věku**

Věková kategorie	Celkem respondentů	Počet respondentů udávajících chronickou bolest	% respondentů s chronickou bolestí z celkového počtu	OR pro trend	p
18-19	47	2	4,3	1	
20-29	747	32	4,3	1,07	0,931
30-39	626	34	5,4	1,35	0,685
40-49	639	82	12,8	3,39	0,096
50-59	750	148	19,7	5,71	0,017
60-69	365	74	20,3	5,98	0,015
70-79	184	51	27,7	8,94	0,003
80-89	43	17	39,5	15,62	0,001
90+	7	4	57,1	32,68	0,001
Celkem	3408	444	13,0		

OR - odds ratio (poměr šancí)

bolesti delší než 3 dny, 13% pak delší, než 3 měsíce. Výskyt chronické bolesti je nižší, než jsme očekávali na základě dosud publikovaných zahraničních prací. Tuto skutečnost jsme zaznamenali i při sledování výskytu chronické pooperační bolesti, takže pravděpodobně není náhodná, i když její přesné vysvětlení neznáme.

Záda, hlava a klouby jsou nejčastějšími zdroji bolesti (graf č. 3), za nimi následují menstruační bolesti a bolesti zubů. U menstruačních bolestí je procento vypočteno jen pro respondentky ženy. Subjektivně hodnocená intenzita bolesti vyústila do jiného seřazení zdrojů bolesti než je tomu u hodnocení častosti bolesti. Nejméně intenzivní bolesti byly bolesti kožních vředů, rukou, žaludku a břicha. Na stejné hladině intenzity byly bolesti hlavy až po menstruační bolesti. Nejintenzivnější se jevily bolesti ran po operaci nebo po úrazu, bolesti zad a bolesti neurčené lokalizace udávané jako „všechno“.

Při hodnocení bolesti podle věku jsme zpracovali dva možné přístupy. V prvním hodnocení jsme soubor rozdělili na kategorii osob s akutní bolestí (trvání bolesti uvedeno jako „méně než měsíc“ a „1-3 měsíce“) a bez bolesti (komplementární k předchozí kategorii). Zde bylo s bolestí zjištěno celkem 1649 osob (s vyloučením osob udávajících chronickou bolest), které udávaly akutní bolest a rovněž věk. Podíl osob udávajících akutní bolest v závislosti na věku byl ustálen až po věkovou kategorii 80 a více let, ve kterých byl nižší než v referenční věkové skupině 18-19letých. (tabulka č.1, graf č.4)

Ve druhém případě jsme soubor rozdělili na kategorii s chronickou bolestí (trvání bolesti „asi 3 měsíce“ a víc a frekvence

bolesti rovněž uvedena alespoň „málokdy“) a bez této bolesti. Zde jsme zjistili celkem 444 osob, které udaly bolesti trvající déle než 3 měsíce. V tomto hodnocení jsme zjistili stoupající trend zvyšujícího se podílu osob s chronickou bolestí v závislosti na věku. Významné zvýšení výskytu chronických bolestí je kolem 40. roku věku a potom znovu kolem sedmdesátky (tabulka č.2, graf č.4).

Respondenti hodnotili i úroveň léčby jejich bolestí. Z těch, co odpověděli, většina hodnotí, že se lékař věnuje jejich bolesti „plně“, nebo „poměrně dost“. Rozdělení odpovědí na tuto otázku bylo nejvíc uchýleno směrem k lepšímu hodnocení. Hůře hodnotili respondenti účinek léků. Tam je většina odpovědí v kategorii „poměrně dost“ a „částečně“. A nejhůře hodnotí respondenti očekávání, že se léčbou jejich bolest odstraní nebo zmírní. Převažuje názor, že se to povede jenom částečně.

Celkem 79% respondentů s chronickou bolestí uvedlo, že původ bolesti stanovil lékař, 11,5% nemá bolest diagnostikovanou lékařem, ale předpokládá fyzický původ, 2% předpokládá duševní původ bolesti a asi 7% respondentů neví nebo neodpovědělo. Pokud respondenti posoudili svůj zdravotní stav jako poněkud horší a špatný, měli 21-62krát častěji chronickou bolest. Obdobně se zhoršujícím se hodnocením vlastního zdravotního stavu ve srovnání s osobami stejného věku je častější výskyt chronické bolesti. Pokud uvedli respondenti, že jejich zdravotní stav je horší než před rokem, měli taky (2,4-9,1krát) vyšší výskyt chronické bolesti. Bolest má za důsledek nejčastěji stesky na pocit být přítěží, pocit marnosti („nestojí za to žít“), osamělosti a nedostatku

energie, vyčerpání a omezení pohyblivosti, nedostatek spánku a další. Uvedené čtyři důsledky jsou častější a vyskytují se často společně.

V další části studie jsme se zabývali sledováním z opačné strany pohledu, t.j. kolik praktických lékařů (PL) udává to, že mají ve své péči pacienta s chronickou bolestí. Studie se zúčastnilo 76 PL z různých lokalit s populací přibližně 140 000 osob. Počet pacientů byl celkem 8939, jejich věk byl od 34 do 73 let, což odráží různorodost klientely. Celkem 2793 (31,2%) osob navštívilo PL pro bolest, a to 1136 osob (12,7%) pro bolest chronickou. Chronická bolest tak tvořila 40,7% případů bolesti celkem. Onemocnění zad (11,54%) tvoří třetí (po nemocech oběhu a akutních respiračních onemocněních) nejčastější důvod návštěvy PL, následováno onemocněním kloubů (5,07%).

Závěr

Výsledky získané u dospělých umožňují odhad korekce pro extrapolaci závěrů zahraničních studií na předpokládané výsledky v naší republice. Srovnáním výsledků zahraničních studií sledujících výskyt bolesti v populaci dětí a adolescentů s výsledky v nejnižší věkové hranici naší studie provedené v dospělé populaci ČR lze spekulovat, že předpokládaný výskyt chronické bolesti v dětské populaci ČR by mohl být mezi 3-15%. Je vhodné připomenout, že část bolestivých zkušeností je dána procedurálními bolestmi, t.j. medicínskými postupy. Analogicky s výsledky zahraničních autorů lze předpokládat, že bolest v dětském věku vede ke zvýšenému čerpání zdravotní péče, absencím ve škole, poruchám spánku a interferenci s běžnými aktivitami. Intenzivní chronická bolest bude tvořit asi menší část stížností, její závažnost však bude větší a povede k většímu riziku výskytu chronických bolestivých stavů v dospělosti. Pro potvrzení těchto spekulací je potřeba podniknout v naší dětské populaci alespoň pilotní studii. Pro případné zájemce jsme ochotni poskytnout metodickou pomoc nebo spolupráci. Znalosti o výskytu, charakteru a spouštěcích faktorech bolesti v dětské populaci pomohou rodičům, učitelům i lékařům pozitivně ovlivňovat podmínky života dětí a mládeže a předcházet vzniku chronické a rekurentní bolesti v dospělosti. ■

Literatura u autora

Avent- A4 - hrnečky



Proběhl VI. Festival kazuistik

Ve dnech 30. 4. až 2. 5. se konal v Luhačovicích VI. Festival kazuistik, dnes již tradiční pediatriká konference, kterou pořádá dětské oddělení Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně.

O tom, že tato akce nabývá na významu a úspěšnosti svědčí např. tyto údaje:

Přihlášeno bylo 560 účastníků, z toho 99 předneslo aktivní příspěvek. Velmi nás těší, že o účast má zájem i hodně kolegů ze Slovenska, kterých přijelo přibližně 100 a z nich mnozí rovněž přednesli svoji kazuistiku.

Došlo i na některé změny či novinky. Podařilo se částečně sestavit přihlášené kazuistiky do tematických celků jako např. genetika, gastroenterologie, traumatologie a pod. Tyto celky většinou uváděli svými příspěvky renomovaní odborníci jako např. prof. Hrstková z Brna, prof. Nevorál z Prahy, prof. Mihál z Olomouce, doc. Červeňová z Bratislavy a další. Pro velký zájem o aktivní účast jsme byli nuceni část odborného programu



rozdělit do dvou paralelně probíhajících sekcí. Nicméně nikdo z účastníků nebude ochuzen o příspěvky, kterých se nezúčastnil osobně. Veškerá sdělení budou k dispozici na CD. Další novinkou byla anketa: Zvolte nejzajímavější kazuistiku. Výsledek je uveden na jiném místě a zároveň i jméno vylosovaného účastníka, který se stane hostem VII. Festivalu kazuistik v r. 2010.

Nedílnou součástí každého Festivalu je i část společenská, která vždy přispěje k dobrému duchu konference. Domnívám se, že letos se oba večery zvláště vyvedli.

První večer byl po vystoupení Iva Jahelky nečekaně oživen kolegy z dětské kliniky v Ústí nad Labem. Dr. Gabera a Dr. Cipra založili tradici udělování Valašských Ogarů v různých kategoriích, jako např. Nejlepší video použité v prezentaci kazuistiky apod.

Neméně zdařilý byl i Galavečer, který proběhl ve Společenském domě lázní a končil někdy po půlnoci. Rovněž ostatní aktivity, jako výlet na Velehrad, turistická vycházka či tenis na lázeňských dvorcích jistě přispěly k tomu, že většina účastníků se již těší na další - VII. Festival kazuistik. Ten se uskuteční v září 2010 na sv. Václava.

Srdečně Vás zveme a těšíme se na setkání s Vámi.

S pozdravem

prim. MUDr. Petr Pešák





Ze světa odborné literatury...

Fetální alkoholové spektrum – Kanadské guidelines

Za účelem stanovení všech možných abnormalit souvisejících s touto nemocí, rozebrali lékaři z Kanady tento vlastně syndrom. Výskyt je popisován v počtu 9 na 1000 porodů. Rizikovými faktory jsou věk matky, nižší edukační hladina celkově, prenatální expozice kokainu a kouření, nízký socioekonomický stav a pití a kouření partnera. Upozorňují na nutnost včasné diagnostiky, tzn. již počínání jedince ke konci školní docházky, opakované životní komplikace a nepřiměřené sexuální chování. Opakovaně na obrázcích upozorňují na faciální abnormality, zvláště prostor mezi horními rty a nosem, krátké palp. fissury, abnormality premaxilární zóny. V popředí zůstávají nízká porodní hmotnost, porodní délka, disproporce mezi vahou a délkou. Růst dítěte vůbec zůstává v popředí a prožívá dítě i v dalším věku ve smyslu jeho retardace. I při normální výživě dítě špatně prospívá. Také occipitofrontální circumference, mikrocephalie, ageneze corpus callosum i mozečková hypoplasie se objevují často. V jiných případech je v popředí nejen narušená motorika dítěte, ale i porucha sluchu a oční koordinace. Povšechné jsou v pozdějším věku kognitivní poruchy. V tabulkách uvádějí sepsané patologie, tzn. vrozené srdeční vady, dysplastické ledviny, vaskulární abnormality retiny, radioulnární synostozy, abnormality nehtů i abnormality hrudníku. V pozdějším věku u původně lehkých FAS se objevují poruchy abstraktního myšlení, poruchy především v matematice a problémy s pamětí. Na závěr uvádějí spektrum syndromů, které mohou FAS připomínat.

CMAJ, MAR. 2005., 172 (5 suppl.)

Sekundární bakteriémie po rotavirové gastroenteritidě

V práci je uvedena kazuistika čtyř dětí do roka věku, u kterých se objevila sekundární bakteriémie po nebo v průběhu rotavirové gastroenteritidy. Protože rotavirové infekce

se objevují často v praxi pediatra, je na toto nutné myslet. Popsali nemoc jednoho novorozence a tří kojenců. Musíme si uvědomit, že rotavirová gastroenteritis postihne 130 milionů dětí a dospělých a je jí přičítáno 140.000 exitů. Onemocnění postihuje zdravé jedince. Základem je poškození tenkého střeva. Vzniká obvodová epiteliální metaplasie, poškození střevních klků a enterocytů. Zajímavé je, že dochází k vilosní ischémii. Působením vasoaktivního agens z infikovaných epitelů dochází k poškození enterocytů, které je mnohdy velmi závažné. Poškozená mucosa umožňuje enterálním bakteriím vstup do krevního řečiště. Z uváděných kazuistik měl první pacient, ještě v novorozeneckém období diarheu, teploty po 4 dny. Patrný střední stupeň dehydratace, stolice bez krve, minerály v pořádku. Za 3 dny po přijetí po předchozím zlepšení vzestup teploty na 40 stupňů a v hemokultuře nalezen *enterobacter cloacae*. Léčebně použit s úspěchem *ceftriaxon*. Druhý pacient, kojeneček po zvracení, diarhey, v laboratoři hyponatrémii a zvýšení jaterních testů, vymizení teplot se náhle o dva dny později objevuje opět teplota a v hemokultuře opakovaně *enterobacter cloacae*. Úprava stavu po neuváděné antibiotické léčbě. Třetím pacientem je kojeneček s diarheou a ztrátou chuti k jídlu. Samozřejmě laboratorně pozitivní rotavirová infekce. Normální laboratoř. 3 dny po přijetí je patrný vzestup teplot a v hemokultuře nalezena *Klebsiella pneumoniae*. Dítě dostalo po 7 dní *gentamicin* a posléze ještě *cefiximin*. Čtvrtý pacient přijat pro zvracení a apatii a po 2 dnech patrný vzestup teploty a v hemokultuře také *enterobacter cloacae*. Všechny tyto bakteriémie jsou v práci dobře dokumentovány. Musíme se uvědomit, že tyto bakteriémie se mohou objevit i v pozdějším věku po rotavirových infekcích, a to u malnutričních nebo imunokomprimovaných pacientů. Pokud na toto budou praktici myslet, předejde se jakoby nedolčeným rotavirovým infekcím nebo komplikovaným stavům, na které se nemyslelo.

Pediatrics, Jan 2006, 117,1,224 – 226

Diagnostika a ošetřování pharyngitid v populaci

Uvádějí nejružnější varianty postupu od použití výtěrů po rychlé testy až po laboratorní vyšetření a nebo na druhé straně automatické nasazování antibiotik. Dokonce i aplikace prvé řady cefalosporinů. Rozebírají četnost poškození beta hemolytickými streptokoky, komplikace ve smyslu revmatické horečky a peritonsilárních abscesů. Rozebírají celkem 6 různých postupů a snaží se i vytvářet score systém. V této práci z Michiganu je zarážející jejich obhajoba používání cefalosporinů. Zdůrazňují jejich bezpečnost a jejich vliv na zkrácení tohoto onemocnění!

Pediatrics 2006,117,609 -619

Obesita a záněť

Tato velmi zajímavá práce zařazuje obezitu hlavně závažné, mezi chronické záněty adiposní tkáně. Mikroskopická analýza adiposní tkáně u obesních jedinců prezentuje 11 chlapců a 8 děvčat s výraznou obezitou, u kterých světelná a ultramikroskopická analýza nalézala mikrogranulomy, perivaskulárně makrofágy. Makrofágy obsahovaly lipidové kapky. Granulocyty a lymfocyty nalézány v menším počtu. Studie jasně demonstruje infiltraci krevních elementů do adiposní tkáně obesních dětí. Zánětlivé adipokininy mohou vést k insulinové rezistenci, endoteliální dysfunkci a nakonec hypoteticky k akcentované aterosklerose. Subkutánní adiposní tkáň neobezních dětí nic takového neobsahovala a adipocyty nebyly porušeny. U obesních předpokládají, že fragmenty adipocytů mohou přitahovat makrofágy. Akumulace makrofágů je jednou z komponent chronické zánětlivé léze.

Pediatrics, Jan.2006,117,1,220-223

Ve spolupráci s firmou MUCOS Pharma, přeložil MUDr Jiří Liška, CSc.



Aktuality...

Hodiny máme nejen v mozku

Čas si měří také buňky zažívacího traktu, jak nedávno zjistili vědci z Fyziologického ústavu Akademie věd

Rabujete v noci s oblibou ledničku? Pracujete střídavě v noci a ve dne? Pravděpodobně si zvyšujete míru rizika, že onemocníte rakovinou. Tak lze lapidárně shrnout dosavadní poznatky o vnitřních hodinách v lidském těle.

Výzkumem biorytmů u savců se zabývá také tým Aleny Sumové z Fyziologického ústavu Akademie věd ČR v Praze. Nedávno zjistil, jak si měří čas buňky zažívacího traktu.

Orchestr hraje občas falešně Nárožní nebo věžní hodiny seřizuje na dálku jeden centrální „stroj“ napojený na superpřesné atomové hodiny. Podobně to probíhá v lidském těle.

Hlavní časomíra v mozku, shluk několika desítek tisíc neuronů, ovládá další hodinky, které „tikají“ v játrech, ledvinách, srdci a v mnoha dalších orgánech. Z jednoho místa v mozku jsou tak ovládány miliony buněk v těle. Centrální hodiny v hlavě se nastavují světlem, aby ladily se 24hodinovou periodou udávanou střídáním dne a noci.

Jenže jak vědci stále dokonalejšími metodami zkoumali „tikající“ orgány dostali se až na úroveň molekul a díky tomu odhalili další fakt. Prakticky každá buňka v těle si může generovat svůj rytmus. Není tedy tak stoprocentně závislá na signálech z ústředny.

Vysvětlení, proč neposlouchají svého časového guru, lze hledat v evoluci. Pro přežití bylo patrně výhodné, když se buňky v játrech, srdci a jinde občas rozhodly řídit se po nějakou dobu vlastním rytmem.

Představme si lidský organismus jako orchestr, kde všechny nástroje hrají podle toho, jak jim určuje dirigent - časomíra v mozku. Orchestr hraje harmonicky. Ovšem ve chvíli, kdy se jednotlivé nástroje rozhodnou preludovat podle vlastních not, vydává orchestr nesourodou směs zvuků. Dlouho se taková kakofonie poslouchat nedá a uši tím jednoznačně trpí.

Pazvuky v koncertní síni jsou jistě nepříjemné. Ale zcela zanedbatelné ve srovnání s tím, jak neblaze na lidský organismus působí rozdíl mezi rytmem vysílaným časomírou v mozku a „tikáním“ hodin v buňkách jednotlivých orgánů. Tato desynchronizace má pravděpodobně vážné důsledky na zdraví.

V současné době se nejvíce sleduje vztah nezvládnuté synchronizace k nádorovému bujení. Výzkum totiž ukázal, že molekulový mechanismus, který vytváří rytmy v buňkách, přímo zapíná geny odpovědné za buněčné dělení. Když se mechanismus naruší, ztrácí buňka časovou regulaci svého dělení. A jedna z teorií říká, že tato dezorientace může být příčinou nekontrolovaného dělení buněk.

Pravděpodobnost této hypotézy naznačuje výzkum ve Spojených státech zaměřený na zdravotní sestry, které sloužily nepravidelné směny - střídavě denní a noční. Dlouhodobé sledování jejich zdraví prokázalo významně vyšší přírůstek případů rakoviny prsu. Práce na střídavě směny je dokonce považována za potenciální příčinu, která způsobuje vznik rakovinného bujení buněk nebo mu napomáhá.

Rozkolísaný rytmus vnitřních hodin má vliv také na srdce a cévní systém. Krevní tlak je totiž jiný ve dne než v noci a narušení této přirozené změny může být jednou z příčin kardiovaskulárních onemocnění.

Pokud rozdílný rytmus mezi hodinami v mozku a v buňkách našich orgánů vyvolává v těle disharmonii, která může spustit rakovinu nebo problémy se srdcem, stojí za to znát důvody, proč k desynchronizaci dochází. Vědecké týmy na celém světě se proto pustily do hledání. Objevily dvě hlavní příčiny.

Rytmus hodin v buňkách orgánů se může přenastavit ve chvíli, kdy člověk začne v noci něco pojídat. Dalším důvodem je střídavé noční a denní pracovní zatížení. Centrální hodiny v mozku však rytmus nezmění a vzniká zmíněná kakofonie

Do důkladnějšího objasnění těchto základních poznatků se pustil také tým Aleny Sumové z Fyziologického ústavu Akademie věd ČR. „Společně s profesorem Jiřím Páchou jsme se zaměřili na zažívací trakt savců a zajímalo nás, zda i buňky ve střevu mají svoje hodiny,“ říká vedoucí týmu. Důkaz o jejich existenci podala rytmická aktivita genů (více viz grafika).

Vědci sledovali dvě skupiny potkanů. Jedna dostávala krmení podle libosti, druhá jen ve dne, tedy v době kdy potkani coby zvířata s noční aktivitou potravu normálně nepřijímají. Při tomto omezení doby příjmu potravy se hodiny ve střevě přetočily, znamenalo to, že se přizpůsobily změně v krmení.

Tým Aleny Sumové také zkoumal, jestli nejsou hodiny v buňkách v jednotlivých částech střeva nějakým způsobem časově propojené. Objevil cosi jako jízdní řád, podle kterého jsou střevní buňky časově řízeny tak, aby dokázaly plnit svou funkci ve správnou denní dobu ve vztahu k příjmu potravy.

Pilulka to nespraví Základní poznatky o propojení buněčných hodin s metabolismem organismu jednou dovolí s tímto mechanismem manipulovat a tak léčit některé závažné choroby zažívacího traktu.

Dočkáme se tedy někdy pilulky, kterou po nočním nájezdu na ledničku spolkneme, a budeme zase fit? Tato představa je podle Aleny Sumové mylná. Dosavadní výsledky výzkumu totiž dokazují, že biorytmy jsou řízeny tak složitým mechanismem, že pouhá pilulka jejich synchronizaci neupraví. Daleko účinnější a levnější je podle názoru fyzioložky žít v souladu s přírodou, dodržovat životosprávu a pravidelný spánkový režim.

Jízdní řád pro zažívání

Hodinky nemáme jen na ruce, ale také v hlavě. Vnitřní časomíra je součástí rozsáhlé sítě dalších měřičů času v těle člověka. Tým Aleny Sumové z Fyziologického ústavu Akademie věd ČR zjišťoval, jak si svůj čas měří buňky v zažívacím traktu. Čeští vědci našli důkaz o genetickém mechanismu, který hodinky ve střevě spouští a zastavuje. Odhalili také cosi jako jízdní řád zažívacího traktu, podle kterého se v jednotlivých částech střeva aktivují buňky a připravují se na zpracování rozmělněné potravy ze žaludku.

Zdroj: LN 2.5.2009

ČLK: Politici, radši nedělejte nic

Lékařská komora vyzývá poslance, aby zamítli vládní protikrizový balíček pro zdravotnictví. Pokud projde, přijde prý do zdravotnictví méně peněz, než kdyby politici nedělali radši vůbec nic. Ministerstvo zdravotnictví ovšem výpočty komory odmítá.

Když vláda představila první záměry protikrizových opatření pro zdra-



votnictví, prezident České lékařské komory Milan Kubek je opatrně uvítal. Jenže po prostudování jejich konkrétního provedení byl prý nepříjemně překvapen. „Jsem zdrcen lstivostí návrhu. Je podáván jako pomoc českému zdravotnictví, ale přitom to je pomoc farmaceutickým firmám a státnímu rozpočtu,“ říká Kubek.

Lékařská komora spočítala, že kdyby se do současného zákona vůbec nezasahovalo, dostalo by se na léčení pacientů více prostředků než při schválení protikrizového balíčku. Současný zákon totiž nařizuje od roku 2010 automatické navýšení plateb státu do zdravotního pojištění. Protikrizový balíček ministryně Daniely Filipiové sice počítá s tím, že se platby státu zvýší už letos v létě, ale méně. V součtu by tak podle Kubka za roky 2009 a 2010 stát zaplatil o 3 miliardy méně, než kdyby se zákon vůbec neměnil.

Výpočty lékařské komory a ministerstva zdravotnictví jsou naprosto odlišné. Ministerstvo zdůrazňuje, že navýšení plateb státu za nezaměstnané, důchodce a děti není jediné opatření, které se chystá. A že peníze navíc přijdou díky protikrizovým opatřením o půl roku dřív.

„Kdybychom realizovali návrh pana prezidenta Kubka, nešly by v letošním roce do českého zdravotnictví prakticky žádné finanční prostředky navíc. Model, který navrhuje ministerstvo zdravotnictví, spočívá v tom, že dojde k navýšení plateb za státní pojištěnce už od 1. července 2009. Z toho vyplývá, že v tomto i následujícím roce získají zdravotní pojišťovny oproti běžnému stavu o 7,5 miliard korun více,“ uvádí první náměstek ministryně zdravotnictví Marek Šnajdr. Lékařská komora nenapadá v protikrizovém balíku jen to, o kolik se mají zvýšit platby státu do zdravotního pojištění. Nelíbí se jim ani změny lékové politiky. Podle návrhu mají zdravotní pojišťovny platit za léky tolik, kolik je průměr tří nejnižších cen tohoto léku v Evropě. Dosud se přitom úhrada určovala podle jediné nejnižší ceny. Výdaje pojišťoven na léky tak zřejmě vzrostou, podle Kubka až o 2,5 miliardy korun. V současném systému podle odborníků hrozil nárůst doplateků pacientů. Podle ekonoma ČLK Jindřicha Gráfa by tomu však šlo zabránit i jinak.

Zdravotnický protikrizový balík má v nejbližších dnech projednat vláda. „Rádi bychom hned poté začali o našem protikrizovém návrhu jednat s opozicí,“ říká Šnajdr.

Protikrizový balík

Ministryně zdravotnictví Daniela Filipiová chce od července 2009 zvýšit platby státu za zdravotní pojištění důchodců, dětí a nezaměstnaných ze 677 korun měsíčně na 727 korun.

Zároveň by zdravotní pojišťovny mohly vydávat na takzvané preventivní balíčky méně peněz než dosud, rozdíl by musely dát na zdravotní péči svým klientům.

Lékárník by měl možnost vydat pacientovi menší počet tablet léku, než je obsah krabičky. Tím by se mohlo zmenšit množství léků, které lidé vyhadzují, protože je nepotřebují.

Zdroj: LN 24.4. 2009

Sestrám v nemocnicích se od července zvýší plat až o 2500 Kč

Vláda Mirka Topolánka včera na svém posledním zasedání rozhodla o zvýšení platů zdravotních sester ve státních nemocnicích. Od července jim mají stoupnout tarifní platy o 15 procent a zdravotní pojišťovny na to mají připravenou přibližně miliardu korun. Průměrná měsíční mzda i s příplatky všeobecné sestry byla loni

24 221 korun a k tomu by si měly polepšit zhruba o 2,5 tisíce korun.

„Jsem velmi ráda, že ke zvýšení jejich platů došlo. Chceme tím stabilizovat sestry a zajistit jim podmínky pro práci,“ řekla Právu Daniela Filipiová, ministryně zdravotnictví.

V ČR je nyní zhruba 90 tisíc zdravotních sester a 37 tisíc z nich pracuje v nemocnicích takzvané u lůžka. Právě jich se toto zvýšení týká.

„U lůžka jich je i velký nedostatek,“ uvedla ministryně. Podle údajů ministerstva jich loni v prosinci chybělo 1090, z toho nejvíce v Praze, a to 531. Česká asociace sester, která má v čele budoucí ministryni zdravotnictví Danu Juráskovou ale tvrdí, že v celém zdravotnictví chybí zhruba 6000 zdravotních sester. Zatímco v ČR nyní pracuje přibližně 300 zahraničních sester, do zahraničí odešlo pracovat 1200 českých sester. Zvýšení platů by mělo přispět k atraktivitě povolání a ke stabilizaci českých zdravotních sester.

Zvýšení platů od 1. července o 15 procent bude provedeno jednak zvýšením tarifů a dále zavedením příplatku pro zdravotníky a úpravou katalogu prací. Proběhne ale ve dvou etapách. 3,5. procentní nárůst tarifního platu pocítí sestry stejně jako ostatní zaměstnanci veřejných služeb a správy již od června.

V červenci jim pak tarifní plat stoupne celkem o dalších 11,5 procent. Sestry budou zapláceny i za odborné činnosti, které až dosud provádějí, ale zatím nejsou pro pojišťovny samostatně vykazovány. První náměstek ministryně zdravotnictví Marek Šnajdr očekává, že sestram přidají i tam, kde se neřídí tarifními třídami, tedy v soukromých a v akciových společnostech. Alespoň dříve tomu tak vždy bylo.

Ministerstvo v souboru opatření ke stabilizaci sester předpokládá i zavedení mateřských školek v nemocnicích, aby se maminky-zdravotní sestry mohly vrátit do zaměstnání. To podporuje i budoucí ministryně zdravotnictví Dana Jurásková.

Navýšení platů sester podporuje i stínový ministr zdravotnictví za ČSSD David Rath. Podle něj ale mělo toto opatření přijít dřív a mělo být vyšší. Stejný názor má i prezident Lékařské komory Milan Kubek.

Příplatek dostanou i lékaři a laboranti

Vláda rovněž projednala zvláštní příplatek pro veškerý zdravotnický personál. O 3,5 procenta tarifního platu by měli od července dostat přidáno kromě sester také lékaři, laboranti nebo pomocný personál ve zdravotnictví.

Odbory tento příspěvek kritizují jako nesystémový. „Nevztahuje se například na zdravotní pracovníky v ústavech sociální péče,“ upozornila předsedkyně Odborového svazu státních orgánů a organizací Alena Vondrová.

Vláda včera naopak o dva týdny odložila rozhodování o protikrizových opatřeních ve zdravotnictví. Tématem se tak bude zabývat až úřednická vláda, která odstoupující kabinet nahradí v pátek. Ministryně zdravotnictví Daniela Filipiová nenašla pro soubor opatření podporu opozice.

Zdroj: Právo 7.5.2009

Novinka – bezbolestná injekce proti chřipce

Už na podzim se v Česku začne prodávat nová vakcína proti chřipce. Jmenuje se IDflu a oproti běžné injekci má velkou výhodu – je téměř bezbolestná. Její jehla je dlouhá pouze jeden a půl milimetru, je tedy až desetkrát kratší než obvyklá jehla.



„Jemnou mikroinjekci zavede lékař pouze do svrchní vrstvy kůže na paži. Pacienti už nemusí mít obavy z klasické injekce,“ říká Radka Šichová ze společnosti Sanofi Pasteur, která vakcínu vyrábí. Lékaři věří, že díky bezbolestné injekci přibude lidí, kteří se nechají očkovat. Do Evropy se mikroinjekce proti chřipce dostává poprvé. Teprve počátkem roku ji schválila Evropská komise. V září se začne prodávat v Česku zhruba za 320 korun.

Ceny běžných vakcín na českém trhu se pohybují mezi 200 a 300 korunami. „Nové vakcíně jsme už udělili kód pro jednotlivá balení,“ podotýká Veronika Petláková ze Státního ústavu pro kontrolu léčiv. „Složení vakcíny bude plně odpovídat doporučení Světové zdravotnické organizace pro složení chřipkových vakcín na sezónu 2009/2010. Stejně jako ostatní vakcíny bude obsahovat tři kmeny chřipkového viru, který s největší pravděpodobností způsobí chřipku na severní polokouli,“ říká Radka Šichová z farmaceutické společnosti.

V Česku budou k dispozici dvě varianty. Jedna pro pacienty od 18 do 59 let a druhá pro lidi starší šedesáti let. „Zvlášť účinná je mikroinjekce u starších lidí, protože kůže stárne pomaleji než sval, a vakcína tak může lépe stimulovat imunitní systém,“ míní Roman Prymula, předseda České vakcinologické společnosti. Právě starší lidé a chronicky nemocní pacienti jsou chřipkou ohroženi nejvíce. Ročně umírají na její následky až dva tisíce Čechů.

Farmaceuti si slibují, že „bezbolestná jehla“ přiláká k očkování proti chřipce více lidí. „Zlepší to prevenci nemoci, jejíž důsledky jsou stále podceňovány, ale která i nadále nemocné zabíjí nebo jim přináší velké komplikace,“ říká Yves Mégard, vedoucí lékař oddělení vakcín pro dospělé pacienty ve španělské pobočce Sanofi Pasteur.

Češi si očkování proti chřipce příliš neoblíbili. Každoročně se u nás očkuje zhruba 8 procent lidí, v ostatních zemích si kupuje vakcínu proti chřipce kolem čtvrtiny populace.

Zdroj: Dnes 3.4.2009

Mozek rozdělují tři brázdy

Buňky pro jazyk a hlavně gramatiku se nacházejí v levé hemisféře

Lidský mozek je obrovské teritorium tvořené miliardami neuronů. Když z tohoto území vybereme pravděpodobné lokality slov a pravidel, umožňuje nám to pohled do tří hlavních kaňonů brázdících velký mozek.

Zprvým mozek má dvě hemisféry a u většiny praváků se jazyk, hlavně gramatika, většinou nachází v levé hemisféře. Zadruhé centrální brázda dělí každou hemisféru na dvě poloviny. Čelní hradba je motorický pás kontrolující pohyby. Před ním se nachází zbytek čelního laloku, který zajišťuje předpoklady k plánování a organizování pohybů, rozhodování, manipulování prvky v krátkodobé paměti, usměrňování pozornosti, výkon poslušnosti uvažování a sledování cílů pod vlivem emocí.

Zadní hráz centrální brázdy představuje somatosenzorický pás, který registruje dotek. Za ním jsou rozloženy oblasti kontrolující ostatní hlavní smysly - zrak a sluch.

Zde nacházíme v kůře mozkové nejen první body pro počítky, ale i mnohé oblasti organizující vnímání událostí v prostoru a čase i složky dávající do souvislostí obličej, lidi, zvuky, místa, nástroje a živé tvory. Třetí hlavní štěrbina je boční brázda, která odděluje

spánkový lalok od ostatního mozku. V boční brázdě sídlí hlavní jazyková centra. Nad ní směrem dopředu se rozkládá Brocova oblast (vlastně několik oblastí), o níž se předpokládá, že se zúčastňuje plánování řeči, verbální krátkodobé paměti a chápání souvětí. Pod boční brázdou směrem dozadu se nachází Wernickova oblast, již se připisuje účast na spojování hláskových řetězců slov s jejich významy. Zdá se, že v pásmu kortexu od dolní části temenního laloku včetně velké části spánkového laloku jsou uložena slova a jejich významy spolu s významy slov různých kategorií (barvy, zvířata, nástroje atd.) soustředěnými v různých částech. Rozdělení jazyka do přední části, určené gramatice a plánování řeči, a do zadní části, vymezené pro slova a chápání řeči, je třeba bezpochyby považovat za příliš zjednodušující.

Například podle určitých náznaků jsou některé slovesné významy spojeny s čelními laloky a chápání vět i finesy správného tvoření větných konstrukcí a slovosledu možná zahrnují i přední horní část spánkového laloku.

Tři brázdy představují orientační body při pátrání po neurobiologii pravidelné a nepravidelné flexe. Jsou-li pravidelné tvary, hlavně řídké a nové, zpracovávají takřka za pochodu pravidly, mohli bychom je hledat v předních částech levého bočního kortexu.

Ukládají-li se nepravidelné tvary jako slova, zřejmě si je vybavujeme z temenních a spánkových oblastí levého bočního kortexu.

Zdroj: LN 16.4.2009

Přirozené posily pro lidské srdce

Překvapivé zjištění, že i v srdci dospělých osob vznikají nové buňky, může pomoci lidem s kardiovaskulárními chorobami.

Po infarktu se hojí poškozený srdeční sval vazivovou jizvou, která často nedovolí srdci podávat plný výkon. Přesto jsou v srdci buňky, z kterých mohou vznikat nové buňky srdeční svaloviny. Tato schopnost se naplno projeví v laboratorních podmínkách, když jsou tzv. kmenové buňky srdce přeneseny do živného roztoku.

Vědci netušili, nakolik se uplatňuje schopnost kmenových buněk obnovit srdeční sval v lidském organismu. Tým švédských vědců vedený Jonasem Frisénem ze stockholmského Karolinska Institutet zjistil, že se v srdci buňky průběžně obnovují. Jako důkaz jim posloužily následky testů atomových bomb.

Během studené války provedly velmoci celou řadu povrchových atomových výbuchů. Při nich se dostalo do ovzduší značné množství izotopu uhlíku 14C. Izotop se zabudoval do rostlin a s potravou jej konzumovali lidé. Každému obyvateli země se tak v těle hromadil izotop 14C. To platilo až do roku 1963, kdy byly pozemní testy atomových zbraní zakázány. Vzduch se vyčistil a izotop uhlíku začalo v lidském organismu ubývat. Buňky vzniklé v lidském těle po roce 1963 proto obsahují uhlíku 14C stále méně.

Frisén zkoumal obsah izotopu 14C v srdcích lidí narozených před zahájením nejintenzivnějšího pozemního testování atomových bomb. Srdce těchto osob původně obsahovalo jen málo izotopu 14C. Pokud se jim v srdeční svalovině v letech 1955–1963 vytvářely nové buňky, dostal se do srdce uhlíkový izotop z bomb. V regenerujícím srdci by mělo být více uhlíku 14C, než odpovídá podmínkám před rokem 1955. A přesně to švédští vědci zjistili. Půl procenta za rok



Z koncentrace izotopu se dá spočítat, že srdce padesátiletého člověka je z poloviny tvořeno buňkami, které se v srdeční svalovině nacházely už při narození. Zbývající buňky vznikly až později. Z měření je zřejmé, že intenzita přirozené obnovy srdce klesá s věkem.

Srdce pětadvacetiletého člověka vymění každý rok asi 1 % buněk. Pětasedmdesátiletý senior obměňuje buňky srdce polovičním tempem. Výsledky bádání Frisénova týmu zveřejnil vědecký časopis Science.

Přirozená obměna buněk srdeční svaloviny se může zdát pomalá. Lékaři přesto považují tento proces za důležitý. Pokud by se jej povedlo využít pro léčebné účely, stoupla by šance na uzdravení mnoha lidí trpících kardiovaskulárními chorobami. V rozhovoru pro vědecký týdeník Nature připomněl Friséns léky, které jsou s to navodit obnovu některých tkání v lidském těle. Například antidepressiva vyvolávají v mozku vznik nových nervových buněk. Hormon erythropoetin povzbuzuje vznik nových krvinek.

„Představa léku, který povzbuzuje srdce k tvorbě nových buněk srdeční svaloviny, už není myšlenkou ze science fiction,“ řekl Friséns. Švédští vědci chtějí ve výzkumu pokračovat studiem srdcí lidí, kteří prodělali infarkt. Doufají, že se jim podaří určit, kolik nových buněk si poškozené srdce dokáže vytvořit.

Zatím není jasné, jak k přirozené obnově srdce dochází. Množí se v srdci velká populace buněk pomalým tempem, anebo je to záležitost malé specializované skupiny buněk, která se množí intenzivně? Odpověď na tuto otázku je klíčová s ohledem na možnosti léčby srdce.

Pokud vznikají „náhradní“ buňky v celém srdci, bude léčba nemocného orgánu zřejmě jednodušší než v případě, že se nové buňky vytvářejí pouze na některých místech srdce. Proto je nutné nejprve najít zdroj nových buněk a pak zjistit, co je popohání k obnově srdeční tkáně. Není to snadné, ale vědci jsou přesvědčeni, že výsledky budou stát za to. Pokusy na zvířatech dokazují, že i relativně malé posílení svaloviny nemocného srdce by mělo pro pacienty velký význam.

Zdroj: LN 6.4.2009

■ Převratná léčba zvládá cukrovku

Naděje vkládané do kmenových buněk se začínají naplňovat. Když v roce 2007 zveřejnil americko-brazílský tým předběžné výsledky úspěšné léčby cukrovky kmenovými buňkami imunitního systému, mnozí odborníci se netajili vážnými výhradami a pochybami. Nyní publikoval tým vedený Richardem Burtem z chicagské Northwestern University výsledky léčby celkem třiatváceti pacientů a světová odborná veřejnost byla donucena uznat, že postup vyvinutý lékařem Júliem Voltarellim z Hematologického ústavu v brazilském Riberiao Preto představuje pro lidi trpící cukrovkou velkou naději.

Voltarelli odebral pacientům z krve buňky označované jako CD34. Z těchto tzv. kmenových buněk mohou vznikat všechny bílé krvinky podílející se v organismu na imunitní obraně. Lékaři buňky CD34 bezpečně uskladnili a pacient dostal lék, který mu zničil zbývající buňky imunitního systému. Přitom zahynuly i buňky, které se v imunitní obraně zpronevěřily své roli, útočí na diabetickou slinivku a zabíjejí buňky produkující inzulín.

Nakonec lékaři vrátili pacientovi buňky CD34, které mu před zákro-

kem „odložili stranou“. Z nich se regeneroval nový imunitní systém, jenž je k buňkám slinivky tolerantní a neútočí na ně. Na konci celé procedury se většina diabetiků obejde bez injekcí inzulínu. U některých zlepšení trvá již několikátý rok.

Kritici namítali, že zlepšený zdravotní stav pacientů nemusí nutně signalizovat zlepšenou funkci slinivky. Nemocným mohla výrazně pomoci i lepší životospráva, kterou museli po léčbě dodržovat.

V nejnovější studii zveřejněné v odborníky uznávaném lékařském časopise Journal of the American Medical Association však předložil tým vedený Burtem a Voltarellim jasné důkazy o tom, že se díky léčbě zvýší celková produkce inzulínu v těle.

Z třiatváceti pacientů jich po léčbě dvanáct nemusí vůbec užívat inzulín v injekcích. Jeden pacient žije bez inzulínu už pátý rok. Další čtyři neberou inzulín tři roky. Tři pacienti neužívají inzulín dva roky a jeden má za sebou rok bez inzulínových injekcí.

U všech se zjevně zvýšila produkce tohoto hormonu buňkami jejich vlastní slinivky. Celkem osm pacientů sice po nějakou dobu nemuselo brát inzulín, ale pak se jejich zdravotní stav opět zhoršil a byli nuceni se k inzulínovým injekcím vrátit. I oni však měli zvýšenou produkci inzulínu ve slinivce, a vystačili proto s výrazně nižšími dávkami hormonu než před léčbou.

Život bez injekcí „Jde o vůbec první léčbu, která osvobodila diabetiky od užívání inzulínu, ale přesto bych si netroufl říct, že jsou tyto lidé z cukrovky vyléčeni,“ řekl Burt v rozhovoru pro časopis New Scientist.

Léčba nezabrala u tří diabetiků a měla i některé nežádoucí vedlejší účinky. U devíti mužů zjistili lékaři narušenou plodnost. Dva pacienti dostali zápal plic.

Burt a Voltarelli se připravují na další ověřovací pokusy. Ty proběhnou jak v Brazílii, tak v USA. Vybrání budou diabetici, u kterých se nemoc ještě příliš nerozvinula a kterým zbývá ve slinivce dost buněk vyrábějících inzulín. Pokud se lékařům podaří přerušit útoky imunitního systému na slinivku, mají tyto pacienti celkem dobré vyhlídky na vyléčení.

Bohužel léčba nepomůže mnohem početnější skupině pacientů trpících tzv. cukrovkou druhého typu. Při ní není slinivka poškozená atakem imunitního systému a produkuje dostatek inzulínu. Tělo těchto diabetiků ztrácí schopnost na hormon inzulín správně reagovat.

Ze třiatváceti pacientů jich po léčbě dvanáct nemusí vůbec užívat inzulín, jeden z nich žije bez injekcí už pátý rok. Zbylým pacientům nyní stačí nižší dávky.

Zdroj: LN 28.4.2009

■ Lékaři si účtují čekací dobu

Přibývá specialistů, kteří chtějí po pacientech pokutu, pokud se bez omluvy nedostaví na vyšetření.

Objednat se k lékaři a na domluvené vyšetření nedorazit? V některých ordinacích to může pacienty přijít draho.

Za promeškaný a dopředu neomluvený termín si totiž soukromí lékaři stále častěji účtují pokuty. Chtějí tak pacienty vychovávat k větší odpovědnosti.

„Pacientů máme přetlak. Když se někdo předem neomluví, nemohu místo něj pozvat jiného. Jsem podnikatel a snižuje mi to zisk,“



vysvětluje karlovarský mamolog Martin Šmíd, proč ve své ordinaci pokuty zavedl. Promeškaný termín u něj pacienta přijde na dvě stě korun.

Podobně jako on se chovají desítky jiných specialistů - hlavně gynekologové a zubaři. A to přestože na to podle úřadů, právníků ani Svazu pacientů ČR nemají právo. Lékaři se hájí tím, že pokuty vybírají „na principu dobrovolnosti“ a že k placení pacienty nenutí.

V praxi to ale často funguje tak, že pokud pacient odmítne zaplatit, lékař mu důrazně doporučí, aby si našel jiného specialistu. Většina lidí proto peníze nakonec raději dá.

„Vybírat pokuty za pomeškaný termín je úplná hloupost. To by pak pacienti mohli po lékaři na oplátku třeba chtít, aby jim zaplatil za čas, který stráví čekáním v čekárně,“ říká Petr Šustek z Centra zdravotnického práva.

Podle něj nemají sankce ani žádnou oporu v zákoně. „Vztah mezi lékařem a pacientem není obchodní. Péči pro pacienta nakupuje zdravotní pojišťovna,“ vysvětluje Šustek. Lidem proto radí, aby si na lékaře stěžovali právě u nich.

Že vybírání pokut není podle zákona úplně v pořádku, připouští i prezident České lékařské komory Milan Kubek. Lékaře ale hájí.

„Nepřijít na domluvené vyšetření je mezi pacienty hodně rozšířený nešvar, proti kterému nemají lékaři žádná účinná páky. Je to od nich sobecké vůči lékařům i ostatním pacientům,“ říká Kubek.

Podle něj se každému lékaři alespoň jednou za den stane, že některý z pacientů nepřijde, aniž by se dopředu omluvil. A práce v ordinaci pak zbytečně stojí.

Minuta za 31,90 koruny Proti pokutám se hlasitě ohrazuje svaz pacientů. Podle jeho zástupců nemají lékaři k takovým praktikám žádný důvod.

„Některé stomatologové a gynekologové hřeší na to, že jich je nedostatek. A utiskují pacienty: když nezaplatíte, jděte a hledejte péči někde jinde,“ rozhořčuje se prezident svazu pacientů Luboš Olejář.

Vlastní ceník „promrhaného času“ zavedl i ostrovský zubař Petr Šantora. Pacient za každou ztracenou minutu zaplatí přesně 31 korun a devadesát haléřů.

„Uznávám, že za hodinu je to vysoká suma. Ale jsou to provozní náklady, které musím vydat, aniž bych vydělal,“ vysvětluje Šantora.

Dentista není zvědavý ani na opozdilce. Noví pacienti se musí smlouvou zavázat k tomu, že budou do čekárny chodit o deset minut dřív. „Nemám ve zvyku pracovat v časovém skluzu. Když pacient zaplatí, tak už si to pak pamatuje,“ říká Šantora.

Sankce za zmeškané termíny si chválí i psychiatr Karel Moravec. „Díky tomuto motivačnímu systému se výrazně snížil počet klientů, kteří bez omluvy nedorazí,“ říká Moravec.

„Nemám ve zvyku pracovat v časovém skluzu. Když pacient zaplatí, už si to pak pamatuje.“ Petr Šantora, zubař

Zdroj: Dnes 5.5.2009

Asistentky skončí, ať žijí sestry!

Pokud některá patnáctiletá dívka zavrhl střední zdravotnickou školu, protože ji odradilo, že odtud neodejde jako sestra, ale jen jakási asistentka, mohla by v druhém kole přijímacího řízení svou volbu ještě změnit. Měnit se bude totiž i status absolventek. K lepšímu.

Patnáctiletá Veronika se hlásí na obchodní akademii. Ve skutečnosti

by byla raději šla na zdravotnickou školu, ale doma jí to rozmluvili. Střední zdravotnické školy, říkali jí, už dneska nevychovávat sestry, ale jenom jakési zdravotnické asistentky, což je povolání, které nezní nijak zajímavě. Kdoví, co by nakonec dělala.

Jenže situace se mění. Veronice by možná ještě stálo za to přihlášku na zdravotní školu převést. Ministerstvo zdravotnictví začalo totiž rázně pracovat na změně. Téměř kritický nedostatek sester vedl jeho vedení nejen ke zvýšení sesterských platů, ale i k rychlé rehabilitaci středních zdravotnických škol, z nichž by měly opět vycházet sestry. Přesněji praktické sestry.

Neříkejte jim asistentky, nikdo na to nepůjde.. Ta hra se slovy je důležitá. Už proto, že byla příčinou degradace středních škol. „Já varovala, neříkejme absolventkám asistentky, nikdo na to nepůjde,“ vzpomíná hlavní sestra Všeobecní fakultní nemocnice v Praze Anna Chrzová.

Střední zdravotnické školy přijímaly do oboru zdravotnický asistent od roku 2004. První absolventi vyšli v roce 2008. Ze 3000 nastoupilo do praxe jen 211, většina studovala dál na vyšší odborné škole (VOŠ) nebo na vysoké škole. Některé studentky mohou dělat dokonce napřed tříletou VOŠ a pak ještě tříletý bakalariát na vysoké škole. Jejich odborné vzdělávání pak trvá de facto deset let, což je před nástupem do praxe absurdně mnoho.

Co bylo vlastně důvodem pro to, aby se odborná příprava sester posunula ze středních škol zakončených odbornou maturitou na vyšší a vysoké školy, tedy do terciárního vzdělávání? Zjednodušeně bychom mohli říct, že to byla Evropská unie. Její směrnice z roku 2005 pro přijetí na odbornou přípravu zdravotních sester a ošetřovatelů odpovědných za všeobecnou péči je podmíněno „ukončením všeobecného školního vzdělání v trvání deseti let nebo osvědčením o složení přijímací zkoušky na rovnocenné úrovni do školy pro vzdělávání zdravotních sester a ošetřovatelů.“

To je trochu oříšek, protože na střední školu se odchází už po devítiletém základním vzdělávání. Stejně dlouhá je u nás i povinná školní docházka, která neposkytuje ucelené středoškolské vzdělání jako v některých zemích, kde se odborné vzdělávání automaticky posouvá do terciárního sektoru. V naší tradici byly však vždycky velmi kvalitní střední odborné školy, jejichž absolventi by se mohli docela dobře s absolventy některých terciárních programů měřit.

Jak zařídít, aby se vlk nažral a koza zůstala celá Na ministerstvu zdravotnictví a poslěze na poslancích teď bude, aby problém vyřešili v souladu s naší tradicí, aniž poruší evropskou směrnici. Jak to chtějí udělat? Podle náměstkyně ministryně zdravotnictví Markéty Hellerové změna spočívá v názvu, kompetencích a následně i finančním ohodnocení. Pro absolventky středních zdravotnických škol zavedeme termín „praktická sestra“. V tom nám žádná směrnice EU nebrání. Zároveň stanovíme kompetence této praktické sestry. Pro kvalifikaci „všeobecná sestra“ (všimněte si rozdílu) budou platit kompetence o něco málo vyšší. „Zjednodušeně řečeno půjde o to, že praktická sestra bude moci vykonávat většinu úkonů u nemocničního lůžka, všeobecná bude mít kvalifikaci i pro jednotky intenzivní péče,“ vysvětluje Hellerová.

„Čtvrtého května jde návrh do vlády, pak hned do parlamentu. A protože v této věci existuje všeobecná shoda, budeme žádat o zkrácené řízení,“ popisuje legislativní záměr.

Úprava má platit i zpětně Do oboru zdravotní sestra by se mělo podle Hellerové přijímat už od školního roku 2010/11. Důležité ale



je, že titul zdravotní sestra mohou získat zpátky i dívky, které na zdravotnických školách ještě studují anebo dostudovaly. Zároveň se uvažuje o tom, že se zruší vyšší odborné školy připravující sestry a maturantky budou studovat obor všeobecná sestra jen v bakalářských programech vysokých škol.

Například ředitelka VOŠ a Střední zdravotnické školy v Praze 4 Mária Janáková o tom minulý týden věděla zatím jen z druhé ruky. I ona by ale podle svých slov uvítala, kdyby maturantky dostaly větší kompetence než jenom asistentské. „Nikdo stejně pořádně neví, co je práce pod dohledem“, postěžovala si na současnou situaci. Musí umět totéž Umí vysokoškolsky vzdělaná sestra víc než středoškolská? Na tuto otázku nám před časem odpověděla prezidentka České asociace sester Dana Jurásková, která byla shodou okolností minulý týden povolána jako ministryně zdravotnictví do Fišerovy vlády. Podle ní sestra s bakalářským titulem musí umět totéž, co dříve uměla sestra s maturitou. Na vysoké škole jde studium jen víc do hloubky, ale praxe je stejná. Vysokoškolské programy nejsou ovšem koncipované jako nástavba středoškolského zdravotnického studia. Mohou je studovat třeba absolventi gymnázií.

Co žádá směrnice EU Odborná příprava zdravotních sester a ošetřovatelů odpovědných za všeobecnou péči zahrnuje nejméně 3 roky studia nebo 4600 hodin teoretického a klinického výcviku, přičemž délka teoretického výcviku představuje alespoň třetinu a délka klinického výcviku aspoň polovinu minimální délky přípravy. Členské státy mohou dát částečnou výjimku osobám, které absolvovaly část výuky formou jiného výcviku, jenž má alespoň rovnocennou úroveň. Jak je to dnes u nás Zdravotní sestry se v ČR nyní vzdělávají buď ve tříletých akreditovaných programech na vysokých školách, nebo na vyšších odborných školách. Obor se v obou případech jmenuje „všeobecná sestra“ a jeho obsah je téměř totožný. Pokud chce někdo studovat třeba specializaci „dětská sestra“, musí absolvovat po bakalářském programu ještě navazující dvouletý program magisterský. Pro absolventky VOŠ jsou řešením akreditované specializační programy MZČR.

Zdroj: LN 4.5.2009

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.

Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Karlových Varech.

Tel.: 737 623 358 • Ev. č.: 146-09-08

Přenechám zavedenou praxi PLDD

Přenechám zavedenou praxi PLDD v okrese Znojmo.

Tel.: 777 890 615 od 17 do 18 hod. • Ev. č.: 147-09-08

Hledám kolegyni či kolegu

Hledám kolegyni či kolegu na výpomoc do ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, úvazek 0,4, event. 0,6 s perspektivou odprodeje praxe, Liberecký kraj.

Kontakt - mobil: 737 385 196 • Ev. č.: 149-11-08

Hledám lékaře/lékařku na zástupy

Hledám lékaře/lékařku s licenci ČLK k pravidelným zástupům do dětské ordinace Praha 15. Ordinace 2 - 3 hodiny 3x - 4x týdně. Event. převod ordinace po dohodě možný.

Kontakt: 737 100 524, e-mail: martikactus@seznam.cz. • Ev. č.: 150-01-09

Hledám lékaře na příležitostné zástupy

Hledám lékaře na příležitostné zástupy během roku a hlavně za dovolenou do privátní ordinace v Praze 9 - Letňanech.

Tel.: 724 107 469 nebo 283 923 206. • Ev. č.: 151-02-09

Přenechám zavedenou praxi PLDD

Přenechám zavedenou praxi PLDD na Praze 9, event. z počátku zástup 2 dny v týdnu. Dle osobní dohody. Tel.: 603 788 868. • Ev. č.: 152-03-09

Hledám dlouhodobý zástup

Hledám dlouhodobý zástup za nemocného kolegu PLDD do jeho ordinace na Praze 3. Kontakt: MUDr. Tereza Nováčková, tel.: 222 590 249, nebo 737 853 030. • Ev. č.: 153-04-09

DĚTSKÝ/-Á LÉKAŘ/-KA pro LSPP

Poliklinika na Praze 10-Malešice přijme nové kolegy/-ně pro DLSP. Služby si lékaři po dohodě s vedoucí lékařkou sami zapisují dle svých vlastních možností. Ordinace je vybavena přístrojem CRP, k dispozici jsou 2 sanitky. Ordinační doba: po-pá: 19:00 - 07:00 hod, so-ne a svátky: 24 hodin.

Požadujeme: atestaci z pediatrie.

Kontakt: Medifin, s.r.o., MUDr. Čiháková, tel. 603871794, cihakovam@email.cz nebo Mgr. Hegerová - tel. 777660228,

hegerova@medifin.info. Fotky ordinace najdete na www.medifin.info.

• Ev. č.: 154-04-09

Hledám dlouhodobý zástup

Hledám dlouhodobý zástup event. nástupce do zavedené ordinace praktického lékaře pro děti a dorost v okrese Plzeň - jih.

Tel.: 603 790 450 • Ev. č.: 155-04-09

Chcete se věnovat pediatrii v atraktivní lokalitě?

V roce 2001 kompletně zrekonstruovaná a nadstandardně vybavená Nemocnice Sušice o.p.s.

Přijme: pediatra, resp. PLDD (dle domluvy možný zkrácený pracovní úvazek). Požadujeme: vzdělání odpovídající danému zařazení, morální a občanskou bezúhonnost

Nabízíme: zázemí nemocnice se 160 lůžky akutní i následné péče v základních oborech včetně multidisciplinární JIP a RLP, kolegiální atmosféru s nadstandardními pracovními podmínkami, profesní růst, ubytování v areálu nemocnice, možnost služebního bytu, atraktivní prostředí centrální Šumavy s nabídkou plného sportovního i kulturního vyžití

Nástup v co nejkratším možném termínu (nejlépe od 1. 9. 2009)

Bližší informace: MUDr. Jiří Šedivý, ředitel nemocnice, tel.: 376 530 216, e-mail: sekretariat@nemocnice-susice.cz, web: www.nemocnice-susice.cz

• Ev. č.: 156-05-09

Autodidaktický test 5/2009

V. AKUTNÍ STAVY

1. V přednemocniční péči o pacienta s podezřením na akutní koronární syndrom:

- neodkladně uklidníme pacienta, zajistíme i.v. vstup, zajistíme oxygenoterapii, podáme koronarovasodilatans (Nitroglycerin tabl. či spray), antiagregans (ac. acetylosalicylicum p.o. či i.v.), analgetikum-anodynum (morfin, fentanyl i.v. frakcionovaně), event. sedativum (Diazepam i.v.) a předáme RLP
- neodkladně pacienta uklidníme, uložíme do Trendelenburgovy polohy k zajištění dostatečné perfuse CNS, zajistíme i.v. vstup, zajistíme oxygenoterapii, podáme anodynum (morfin, fentanyl i.v. frakcionovaně), bronchodilatans (Syntophyllin i.v.), diuretikum (Furosemid i.v.), antiagregans (ac. acetylosalicylicum p.o. či i.v.), a podvážeme pacientovi končetiny k omezení žilního návratu, aby nedošlo k přetěžování srdečního svalu, a předáme RLP
- neodkladně pacienta uklidníme, při dušnosti uložíme do Trendelenburgovy polohy k zajištění dostatečné perfuse CNS, podvážeme končetiny k omezení žilního návratu, zajistíme oxygenoterapii, zajistíme i.v. vstup, podáme neselektivní sympatomimetikum (adrenalin i.v.), anticholinergikum (atropin i.v.), antiagregans (ac. acetylosalicylicum p.o. či i.v.), antihypertensivum (captopril p.o.) a předáme RLP

2. V rámci dif. dg. akutního koronárního syndromu je nutno před podáním antiagregans vyloučit:

- ischemickou cerebrovaskulární ataku
- akutní krvácení do GIT
- disekující aneurysma aorty
- graviditu

3. Jako bradyarytmii a tachyarytmii v klidu u dospělého označujeme stav, kdy naměříme:


- méně než 60 pulzů/min a více než 100 pulzů/min
- méně než 50 pulzů/min a více než 110 pulzů/min
- méně než 40 pulzů/min a více než 120 pulzů/min

4. V primární péči bez možnosti EKG záznamu a odlišení typu tachyarytmie provedeme ke zpomalení srdeční frekvence:

- zajistíme i.v. vstup a aplikujeme Mesocain i.v.
- zajistíme i.v. vstup a aplikujeme digoxin i.v.
- vagový manévr (masáž karotického sinu, Valsalvův manévr, ponoření obličeje do ledové tříště)
- zajistíme i.v. vstup a aplikujeme atropin i.v.

5. Při mozkolebečním poranění dětí je do značné míry ovlivnitelný tzv. sekundární inzult mozku, čímž se často určuje klinický výsledek, a to již při poskytování přednemocniční péče. Kromě dostatečné oxygenace a ventilace je třeba poskytnout i tekutinovou resuscitaci. U dětí se dle nových guidelines doporučuje podat:

- infusi isotonického roztoku (fyziologický či Ringer-laktát), a to vždy, i když je krevní tlak zraněného dítěte ještě v uspokojivém pásmu
- v úvodu infusi 20% manitolu v rámci antiedematosní terapie, následně infusi isotonického roztoku (fyziologický či Ringer-laktát) pro zajištění efektivního oběhového volumu, a to pouze při prokázané hypotenzi dle věku dítěte
- v úvodu aplikovat kortikosteroidy i.v., které jsou následovány infusí hypotonického roztoku (1/2 fyziologický) a infusí 20% glukosy k zajištění energetické potřeby CNS

Generální partner testů je  MSD

Hero - A4 - hypoalergenní mléka

GSK- A4 – Synflorix