

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

leden 2008 ■ číslo 1 ■ ročník 8



Dlouhodobý kašel - společný problém pediatra a alergologa

Chronický kašel u dítěte - diferenciální diagnostika a léčba

Kašel a jiné příznaky astmatu u dětí ve věku 0 - 8 let

Kazuistika - Turnerův syndrom



Téma čísla:
KÁŠEL

Beiersdorf - Nosní spray

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 J.E.P.**

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s.r.o.

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

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků.

Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem

MK ČR E 10971, ISSN 1213 - 2241

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsahovou stránku 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 měsíc prosinec 2007	5
Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů	5
Zdravotní pojišťovny a jak to všechno dopadlo	6
Stanovisko prezidenta ČLK k výběru regulačních poplatků	8
Lékaři si zjednodušují medicínu	9
Rok, kdy má přijít revoluce	11
Platby u doktora? Najít lepší argumenty	11



Informace OSPDL ČLS JEP	13
doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc. Dlouhodobý kašel - společný problém pediatra a alergologa	14
MUDr. Tomáš Kočí Chronický kašel u dítěte - diferenciální diagnostika a léčba	16
prim. MUDr. Jiří Novák a kol. Kašel a jiné příznaky astmatu u dětí ve věku 0 - 8 let	19
MUDr. Ondřej Veselý, MUDr. Marie Nečasová Kazuistika: Růstová retardace jako klíčový diagnostický příznak u dívky s Turnerovým syndromem	25
Zajímavosti ze světa odborné literatury	27



Aktuality	28
Řádková inzerce	34

Středová příloha:

VYHLÁŠKA č. 383/2007 Sb. o stanovení hodnot bodu...



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 ústy Thomas Kahlau



Vážené čtenářky, čtenáři, kolegové, letošním rokem vstupuje Vox v této podobě již do osmého roku své existence.

Je shoda okolností, že souběžně vstupujeme do roku, jehož poslední číslice letopočtu je totožná s ročníkem Vašeho časopisu. V novodobé české historii se opakovaně v některých „osmičkových“ letech přihodily zásadní události, které měly negativní dopad na život v našich zeměpisných šířkách. Aniž bych chtěl přeceňovat nebo podceňovat osmičkovou symboliku, chci věřit, že se nový osmičkový rok obejde bez zásadních negativ pro lékaře – soukromníky a bude pro nás ekonomicky přínosný a legislativně transparentní, bez náhlých otřesů.

První dny letošního roku jsou, kromě prozatím platného zavedení 30-60-90 korunového „domina“ regulačních poplatků, také ve znamení svérázných mediálních „výkladů“ metodiky pro realizaci jejich výběru v praxi. Poplatkové domino se jistě neobejde bez narušení vztahů praktický lékař – pacient, zejména po finančních spekulacích o statistických ročních příjmech praktických lékařů navíc. Určitě tomu také neprospěje avizovaný boj o „zpoplatňování“ dětí regulačními poplatky. Bez odezvy také určitě nezůstane fakt, že české zdravotnictví prožívá další „test Drymlem“, kdy se postupuje podle hesla, co se mi nelíbí, poruším.

Rok 2008 bude také ve znamení příprav řady nových zákonů, které by v roce 2009 měly uskutečnit nejrozsáhlejší změny od dob transformace zdravotnictví z 90. let. Chtěl bych věřit, že finální podoba této legislativy se nestane předmětem politických hrátek a kotrmelců či osobního politického zápasu, jako v případě stanovování věkové hranice pro výběr regulačních poplatků. Musíme se také připravit na situaci, kdy konkrétní obsah vzájemných smluv mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli bude domlouván individuálně, a to včetně výše a způsobu úhrady. Předpokládaným zrušením DR k hodnotám bodu, výši úhrad a regulačních omezení, doposud realizované v případě nedohody vyhláškou MZ, bude bezesporu velkým rizikem i výzvou pro naše jednotlivá zdravotnická zařízení i celé SPLDD. Nelze vyloučit, že některé zdravotní pojišťovny využijí tohoto svého právního posílení, zneužijí svou ekonomickou převahu a budou vnucovat jednotlivým lékařům smlouvy jakéhokoli typu a obsahu. Bude velice záležet na koordinaci aktivit většiny naší členské základny s vedením SPLDD a naopak. Nesmíme dopustit, aby došlo k ekonomické a smluvní likvidaci „nepohodlných a neposlušných“ lékařů, kteří se i v dnešních dnech snaží pochopit důvody smluvní kličované nejen ze strany VZP, ale i některých dalších pojišťoven.

Bude také třeba být ve střehu v těch krajích, kde dochází k majetkovému a personálnímu propojení mezi pojišťovnou a poskytovatelem. Bude nutné se zamyslet, zda vůbec a jak jsme schopni čelit jednostrannému tlaku těchto zdravotnických „hypermarketů“. Neměli bychom dopustit, aby došlo k ohrožení činnosti našich praxí nebo docházelo k omezení výkonu lékařského povolání jako povolání svobodného.

Na otázku, jaký bude rok 2008 a co od něj dětští praktici mohou očekávat, není jednoduchá odpověď.

Určitě ale víme, že osmý ročník Voxu Vás osloví částečnou změnou své grafiky při současném zachování obsahu jednotlivých rubrik. Ty budou přinášet i nadále nejnovější informace profesního charakteru, legislativních návrhů a změn i novinek v jednotlivých oborech tak, abyste je mohli využít ve své každodenní praxi.

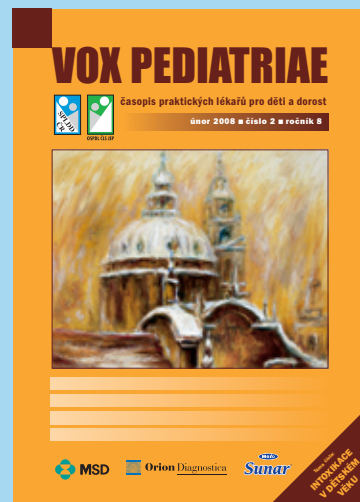
Připravili jsme v edičním plánu řadu zajímavých témat. Redakční rada věří, že Vás zaujmou odborné články o intoxikaci v dětském věku, potravinových alergiích, nových infekčních onemocněních, hypertenzi v dětském věku nebo problematika autoimunitních onemocnění. Zvláštní pozornost budeme věnovat problematice sociální pediatrie, neonatologie a očního lékařství.

Na prahu nového roku mi dovoluji popřát Vám i Vaším blízkým hodně zdraví, osobní spokojenosti a klidu na práci. Nám všem, dětským praktikům, pak schopnost vyrovnat se bez ztráty nervů a pomyslné kytičky se všemi změnami, které budoucnost přinese do našeho každodenního života.

Váš

Milan Kudyn

Intoxikace v dětském věku



v tomto čísle inzerují...

BABY-VAC
BEIERSDORF
INPHARM
MSD
SERVIER
STIEFEL

úřední hodiny SPLDD ČR...

Pondělí	9,00 - 15,00
Úterý	8,00 - 17,00
Středa	8,00 - 15,00
Čtvrtek	8,00 - 15,00

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

Úterý
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
9,00 - 11,30 - MUDr. Eva Vítoušová
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

Středa
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnchová
15,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD za měsíc prosinec 2007

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Prosinec je tradičně pro mnohé svátečním měsícem, provoněným vánočním cukrovím a se spoustou shonu kolem shánění dárků pro své nejbližší. Ve zdravotnictví je prosinec již tradičně měsícem překotného dokončování příprav na další rok, v posledních dnech se vydávají často velmi důležité vyhlášky, a pro nás finišují jednání se zdravotními pojišťovnami. Jinak tomu nebylo ani v závěru roku loňského...

3.12. - občanské sdružení pro eHealth uspořádalo seminář na téma elektronické preskripce. Přední odborníci si na toto téma vyměnili své názory a nám lékařům nezbylo, než se vážně zamyslet: „Chytneme ten technický vlak? Opustíme papírování ve zdravotnictví a přejdeme na digitální výměnu informací?“ Pomalu ale jistě se budeme muset problematikou elektronizace ve zdravotnictví velmi vážně zabývat, vědu, výzkum a pokrok zkrátka nezastavíme

4.12. - na půdě Stomatologické komory jednala Koalice soukromých lékařů, blíže na jiném místě

5.12. - v Mladé Boleslavi jsme se se zástupci Zdravotní pojišťovny ŠKODA snažili najít průsečíky v představách o detailech spolupráce v roce 2008 v úhradovém systému, dlužno podotknout, že, přes chvílemi emotivní výměnu názorů, se vesměs dařilo

průsečíky nacházet, nebo se k nim alespoň přiblížit

6.12. - v obdobném duchu se konalo jednání se zdravotní pojišťovnou Metal – Alliance, ta nás svou nabídkou dokonce mile překvapila

11.12. - IZIP nám představil svou aktuální nabídku spolupráce. Zda bude možná spolupráce v rámci například projektů řízené péče ukáží následující měsíce

11.12. - se svými smluvními partnery jsme si v prostorách Brandýského zámku připili na spolupráci v dalším roce

12.12. - také s Revírní bratrskou pokladnou jsme finalizovali svá jednání o úhradách v roce 2008. Ani z tohoto jednání jsme neodcházeli nespokojeni

12.12. - na půdě VZP byla finalizace dohod samozřejmě složitější, po tomto jed-

nání zůstalo stále mnoho otazníků

12.12. - pracovní analytická komise Sdružení diskutovala výstupy z proběhlých jednání o možnostech zavádění prvků řízené péče

18.12. - do finále šla i jednání o možných změnách Metodiky VZP, tentokrát byly na programu změny navržené rehabilitačními pracovníky

19.12. - ke konci se nachýlila také jednání se Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra. Při výstupech z jednání s touto pojišťovnou zůstala v některých bodech na naší straně řeckně rozpačitost, přesto ani toto jednání nelze hodnotit jako neúspěch

21.12. - na poslední chvíli se podařilo dotáhnout k přijatelnému konci jednání s VZP...

Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 4. prosince 2007

■ 1. Výsledky sjezdu ČLK

• MUDr. Jelínek a MUDr. Jojko informovali o jednání sjezdu ČLK, který se konal ve dnech 23. - 25. 11. v Brně. Viceprezident ČLK nebyl opět zvolen. Delegáty sjezdu byl přímo z jednání pozván ministr zdravotnictví, který s nimi po svém příjezdu diskutoval o současných problémech ve zdravotnictví a dalších krocích připravované reformy. Sjezd odmítl poslanecký návrh novely "zákonu o komorách".

■ 2. Prodlužování pracovní doby lékařů

• Členové Koalice nemají významné námítky proti ministerskému návrhu na prodlužování pracovní doby lékařů. Systém

užívaný v dnešní době jednoznačně vede k obcházení zákoníku práce. Lékaři, kteří pracovní smlouvu s delší pracovní dobou dle návrhu MZ uzavřou, budou zvýhodněni vyšším mzdovým základem. Možnost dobrovolně nasmlouvat delší pracovní dobu může vést ke snížení ekonomických tlaků na restrukturalizaci lůžkových zařízení, což je nesporně část nutná pro provedení úspěšné reformy českého zdravotnictví.

■ 3. Uzavírání smluv s ambulantními zařízeními v nemocnicích

• Podle informace, kterou má KSL k dispozici, chystá se VZP ČR uzavřít s ambulance-mi v lůžkových zařízeních smlouvy typu A, kte-

ré umožňují registraci pacientů u praktických lékařů pro dospělé, děti a dorost, gynekologů a zubních lékařů. Tento postup je v rozporu s přepokládaným vývojem, podle kterého by ambulance nemocnic měly poskytovat pouze superspecializovanou péči nebo péči v bezprostřední souvislosti s lůžkovou péčí (příjmy a následné kontroly). Členové Koalice se rozhodli písemně oslovit ředitele VZP MUDr. Pavla Horáka a předsedu Správní rady Bc. Marka Šnajdra a požádat je o oficiální stanovisko pojišťovny.

■ 4. Smlouvy se zdravotními pojišťovnami

• Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR připravuje podnět k Ústavní-



mu soudu k prošetření obsahu rámcové smlouvy. MUDr. Neugebauer požádal členy Koalice o podporu. Text stížnosti, jakmile bude hotov, slíbil MUDr. Neugebauer dát na vědomí ostatním členům KSL

■ 6. Spolupráce s Unií zaměstnavatelských svazů

• Koalice soukromých lékařů má zájem dále spolupracovat s Unií zaměstnavatelských svazů jako externí konzultant. Vzhledem k tomu, že KSL není právní subjekt, nemůže hradit členské příspěvky.

■ 7. Různé

• Česká lékárenská komora pozvala zástupce PL na jednání ke generické substituci. Návrh dohody s lékárníky zatím zástupci PL nepotvrdili. Podle informace Dr. Jelínka je třeba dořešit výdej léků v ordinacích lékařů mimo pracovní dobu lékárenské pohotovosti. Vstupování lékárníka do medikace lékaře je bez dořešení garance odpovědnosti nepřijatelné.

• MUDr. Tautermann informoval o své účasti na sjezdu slovenského Sdružení ambulantních specialistů a o problémech,

kteří mají soukromí lékaři na Slovensku v souvislosti s vytěsňováním ze státní sítě. Informoval také o své účasti na posledním setkání sdružení E.A.N.A., slíbil rozeslat všem informaci o jeho aktivitách k umožnění ostatním organizacím projednat možnost stát se jeho členy.

Pro Vox připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer

Zdravotní pojišťovny a jak to všechno dopadlo

Jednání o typových smlouvách byla ukončena vesměs podpisem protokolu, ve kterém jsou vyjádřeny naše připomínky. Většinou se jedná o připomínky, které jsou v rozporu s textem rámcové smlouvy ve vyhlášce, proto ZP odmítly změny. I proto připravovalo Sdružení podání k Ústavnímu soudu na text této vyhlášky. Pokládali jsme za důležité vyjádřit připomínky v protokolu, aby mohla být provedena případná změna, kdyby Ústavní soud rozhodl v náš prospěch. ZP by se pak nemohly vymlouvat na to, že jsme původní text odsouhlasili. Smlouvy jsme doporučili podepisovat pouze z důvodu respektování aktuálního právního stavu – tedy při platnosti příslušné vyhlášky. Výsledky cenových jednání ke dni 14.1.2008 naleznete v následujících textech.

■ Všeobecná zdravotní pojišťovna Typová smlouva

Protokol s našimi připomínkami podepsán

- není nutno s touto smlouvou okamžitě podepsat i přílohu č. 2, platnost této přílohy z předchozí smlouvy prodloužena do konce června 08, dohodnuté změny jsou součástí cenového dodatku

- dohodnut příslib možnosti individuálních odchylek – např. doba splatnosti, dle požadavku PLDD (od doby neurčitě, přes 8 či 5 let, možnost jednat i o 1 roku)

Cenový dodatek

Předložen a odsouhlasen finální návrh, text odpovídá našim předloženým požadavkům

- základní hodnota kapitace 42,- Kč, základní hodnota bodu 1,- Kč

- bonifikace na sledované náklady bude až dle výsledku hospodaření, resp. dle dodržení zdravotně pojistného plánu (dále ZPP)

- všechny prevence, tedy i povinná očkování, budou hrazeny ve výši odpovídající hodnotě bodu 1,10 Kč. Stejně budou hrazeny i výkony končící 1 (vstupní vyšetření)

- pracoviště, která doloží akreditaci MZ ČR, budou mít základní kapitační sazbu navýšenou o 2,-Kč

- z kapitační platby budou vyjmuty výkony odběrů (09111, 09115, 09117, 09119, 09123 a 09133), jejich úhrada bude stejně jako u ostatních nepreventivních výkonů hrazena výkonově s hodnotou bodu 1,- Kč

- VZP garantuje vyčerpání všech finančních prostředků daných ZPP 2008 pro segment praktických lékařů ve formě bonifikací obdobně jako v roce 2007.

Doporučení: dohodnuté podmínky nebrání individuálně jednat o podpisu Smlouvy i cenového dodatku

■ Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR Typová smlouva

Protokol s našimi připomínkami podepsán

- dohodnut příslib možnosti individuálních odchylek – např. doba splatnosti, dle požadavku PLDD (příslib jednat i o možnosti platnosti smlouvy na 1 rok)

Cenový dodatek

Předložen a odsouhlasen finální text, odpovídá našim předloženým požadavkům

- základní hodnota kapitace 42,- Kč, základní hodnota bodu 1,- Kč

- bonifikace na sledované náklady bude až

po skončení roku 2008 v hodnotách max. +2,50 Kč

- bonifikace prevencí bude zařazena samostatným dodatkem až v průběhu roku 2008

- pracoviště, která doloží akreditaci MZ ČR, budou mít základní kapitační sazbu navýšenou o 1,- Kč, při realizaci vlastního školení absolventa o 4,- Kč

- z kapitační platby budou vyjmuty výkony odběrů (09111, 09115, 09117, 09119, 09123 a 09133), jejich úhrada bude stejně jako u ostatních nepreventivních výkonů hrazena výkonově s hodnotou bodu 1,- Kč

Doporučení: dohodnuté podmínky nebrání individuálně jednat o podpisu Smlouvy i cenového dodatku

■ Vojenská zdravotní pojišťovna Typová smlouva

Protokol s našimi připomínkami podepsán

- dohodnut příslib možnosti individuálních odchylek – např. doba splatnosti, dle požadavku PLDD (příslib jednat i o možnosti platnosti smlouvy na 1 rok)

Cenový dodatek

Předložen a odsouhlasen finální text, odpovídá našim předloženým požadavkům



• základní hodnota kapitace 42,- Kč, základní hodnota bodu 1,- Kč

• bonifikace na sledované náklady bude až po skončení roku 2008 v hodnotách max. +2,- Kč

• všechny prevence, tedy i povinná očkování, budou hrazeny ve výši odpovídající hodnotě bodu 1,10 Kč. Stejně budou hrazeny i výkony končící 1 (vstupní vyšetření)

• pracoviště, která doloží akreditaci MZ ČR, budou mít základní kapitační sazbu navýšenou o 2,-Kč, při realizaci vlastního školení absolventa o 4,- Kč

• bonifikace celoživotního vzdělávání +1,- Kč k základní kapitační platbě

• z kapitační platby budou vyjmuty výkony odběrů (09111, 09115, 09117, 09119, 09123, 09133 a 09241), jejich úhrada bude stejně jako u ostatních nepreventivních výkonů hrazena výkonově s hodnotou bodu 1,- Kč

Doporučení: dohodnuté podmínky nebrání individuálně jednat o podpisu Smlouvy i cenového dodatku

■ Zdravotní pojišťovna ŠKODA

Typová smlouva

Protokol s našimi připomínkami nepodepsán

• nicméně dohodnut příslib možnosti individuálních odchylek – např. doba splatnosti, dle požadavku PLDD (příslib jednat i o možnosti platnosti smlouvy na 1 rok)

Cenový dodatek

Předloženy a odsouhlaseny finální parametry textu, odpovídají našim předloženým požadavkům

• základní hodnota kapitace 42,- Kč, základní hodnota bodu 1,- Kč

• sledování plnění stanoveného % preventivních prohlídek – možnost bonifikace o 2,- Kč

• ohodnocení aktivní účasti na seminářích pořádaných ZPŠ – možnost bonifikace o 1,- Kč

• vytvoření a realizace objednacích systémů pro registrované klienty – možnost bonifikace 0,50 Kč

• sledování komplexní finanční nákladovosti registrované klientely – možnost bonifikace o 5 Kč

• ohodnocení udělení akreditace MZ pro praktického lékaře – možnost bonifikace 0,50 Kč

• ohodnocení vlastního školení absolventa – možnost bonifikace 1 Kč

• sledování parametrů kvality péče – možnost bonifikace o 3 Kč

Doporučení: dohodnuté podmínky nebrání

ní individuálně jednat o podpisu Smlouvy i cenového dodatku

■ Revírní bratrská pokladna

Typová smlouva

Protokol s našimi připomínkami podepsán

• dohodnut příslib možnosti individuálních odchylek – např. doba splatnosti, dle požadavku PLDD (příslib jednat i o možnosti platnosti smlouvy na 1 rok)

Cenový dodatek

Předloženy a odsouhlaseny finální parametry textu, odpovídají našim předloženým požadavkům

• základní hodnota kapitace 42,- Kč, základní hodnota bodu 1,- Kč

• bonifikace na sledované náklady s možností navýšení základní kapitační platby až o 10,- Kč

• výkony prevence (02022, 02032) budou hrazeny ve výši odpovídající hodnotě bodu 1,10 Kč

• pracoviště, která doloží akreditaci MZ ČR při realizaci vlastního školení absolventa budou mít zvýšenu základní kapitační sazbu o 4,- Kč

• z kapitační platby budou vyjmuty výkony odběrů (09111, 09117, 09119), jejich úhrada bude stejně jako u ostatních nepreventivních výkonů hrazena výkonově s hodnotou bodu 1,- Kč

Doporučení: dohodnuté podmínky nebrání individuálně jednat o podpisu Smlouvy i cenového dodatku

■ Zdravotní pojišťovna

Metal-Alliance

Typová smlouva

Protokol s našimi připomínkami podepsán

• dohodnut příslib možnosti individuálních odchylek – např. doba splatnosti, dle požadavku PLDD (příslib jednat i o možnosti platnosti smlouvy na 1 rok)

Cenový dodatek

Předložen a odsouhlasen finální text, odpovídá našim předloženým požadavkům

• základní hodnota kapitace 43,- Kč, základní hodnota bodu 1,- Kč

• bonifikace na sledované náklady s možností navýšení základní kapitační platby až o 10,- Kč

• výkony prevence a očkování (02022, 02032, 02110 a 02120) budou hrazeny ve výši odpovídající hodnotě bodu 1,10 Kč

• pracoviště, která doloží akreditaci MZ ČR, budou mít základní kapitační sazbu navýšenou o 1,-Kč, při realizaci vlastního školení absolventa o 5,- Kč

• bonifikace celoživotního vzdělávání +1,- Kč k základní kapitační platbě

• z kapitační platby budou vyjmuty výkony odběrů (09111, 09115, 09117, 09119, 09123, 09133), jejich úhrada bude stejně jako u ostatních nepreventivních výkonů hrazena výkonově s hodnotou bodu 1,- Kč

• bonifikace rozšíření ordinačních hodin dvakrát týdně do 19:00 hod, základní sazba zvýšena o 1 Kč.

Doporučení: dohodnuté podmínky nebrání individuálně jednat o podpisu Smlouvy i cenového dodatku

■ Česká národní zdravotní pojišťovna

Typová smlouva

Protokol s našimi připomínkami podepsán

• dohodnut příslib možnosti individuálních odchylek – např. doba splatnosti, dle požadavku PLDD (příslib jednat i o možnosti platnosti smlouvy na 1 rok)

Cenový dodatek

Předloženy a odsouhlaseny finální parametry textu, odpovídají našim předloženým požadavkům

• základní hodnota kapitace 42,- Kč, základní hodnota bodu 1,- Kč

• zvýšení kapitační sazby dle komplexní nákladovosti maximálně až i o 11 Kč

• bonifikace prevencí až o 2 Kč na kapitaci

• bonifikace stability kmene až o 1 Kč na kapitaci

• bonifikace komunikace přes portál 1 Kč na kapitaci

• zvýšení kapitační sazby za doloženou účast na celoživotním vzdělávání 1 Kč na kapitaci

• pracoviště, která doloží akreditaci MZ ČR, budou mít kapitační sazbu navýšenou o 2,- Kč

• pracoviště, které školí školence v přípravě zvýšení kapitace o 4,-Kč

• z kapitační platby budou vyjmuty kódy odběrů

Doporučení: dohodnuté podmínky nebrání individuálně jednat o podpisu Smlouvy i cenového dodatku

■ Hutnická zdravotní pojišťovna

Typová smlouva

Protokol s našimi připomínkami podepsán

• dohodnut příslib možnosti individuálních odchylek – např. doba splatnosti, dle požadavku PLDD (příslib jednat i o možnosti platnosti smlouvy na 1 rok)

Cenový dodatek

V době tvorby tohoto materiálu nepředložen a neodsouhlasen finální návrh



- základní hodnota kapitace 42,- Kč, základní hodnota bodu 1,- Kč

- vyhodnocení komplexní finanční nákladovosti – navýšení kapitační sazby na jednicového pojištěnce = +11,- ; + 2,- ; + 7,- Kč. Konkrétní navýšení kapitační sazby je závislé na vyhodnocení nákladovosti a zapojení praktického lékaře do aktivit řízené péče.

- pracoviště, která doloží akreditaci MZ ČR, budou mít kapitační sazbu navýšenou o 1,- Kč na jednicového pojištěnce, při vlastním školení absolventa o 4,- Kč na jednicového pojištěnce

- bonifikace vedoucí ke zvýšení počtu preventivních prohlídek = 1,10 Kč/bod – za všechny vykázané preventivní prohlídky v rámci úhrad výkonů mimo kapitaci (kódy - 01193, 01195; 02022, 02032)

Doporučení: v době tvorby tohoto materiálu dohodnuté podmínky nespĺňovaly požadavky předložené ze strany SPLDD (do kódů hrazených 1,10 Kč zařadit ještě kódy očkování, z kapitace vyjmout výkony odběrů),

proto bylo doporučeno s podpisem smlouvy vyčkat konečných výsledků jednání

■ **Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví**

Typová smlouva

Protokol s našimi připomínkami podepsán

- dohodnut příslib možnosti individuálních odchylek – např. doba splatnosti, dle požadavku PLDD (příslib jednat i o možnosti platnosti smlouvy na 1 rok)

Cenový dodatek

V době tvorby tohoto materiálu nepředložen a neodsouhlasen finální návrh

- základní hodnota kapitace 42,- Kč, základní hodnota bodu 1,- Kč

- vyhodnocení komplexní hodnocení nákladovosti – navýšení kapitační sazby na jednicového pojištěnce = až +10,- Kč

- pracoviště, která doloží akreditaci MZ ČR, budou mít kapitační sazbu navýšenou o 1,- Kč na registrovaného pojištěnce, při vlastním

školení absolventa o 5,- Kč na registrovaného pojištěnce

- bonifikace celoživotního vzdělávání +1,- Kč k základní kapitační platbě

- bonifikace +1,- Kč na registrovaného pojištěnce, např. za zajištění zdravotní péče v neatraktivní oblasti, dostupnost zdravotní péče v odpoledních hodinách, participace na LSPP, možnost telefonického kontaktu po ordinačních hodinách, atp. Zásady pro hodnocení tohoto kritéria zveřejní zdravotní pojišťovna na svých www. stránkách do 31.1.2008

Doporučení: v době tvorby tohoto materiálu dohodnuté podmínky nespĺňovaly požadavky předložené ze strany SPLDD (kódy prevence a očkování hradit s hodnotou bodu 1,10 Kč, z kapitace vyjmout výkony odběrů), proto bylo doporučeno s podpisem smlouvy vyčkat konečných výsledků jednání

Pro Vox připravil:

MUDr. Pavel Neugebauer

Stanovisko prezidenta ČLK k výběru regulačních poplatků

Dne 8.1.2008 se konalo hodinové setkání ministra Julínka a jeho náměstků se členy tzv. Rady poskytovatelů, na které byl pozván i prezident ČLK. Po skončení setkání se konala společná tisková konference, během níž požádal tiskový mluvčí ministra všechny účastníky o vyjádření. Předkládáme vyjádření prezidenta ČLK MUDr. Milana Kubka.

Česká lékařská komora zatím neřeší žádnou stížnost pacienta, kterého by lékaři kvůli nezaplacení poplatku odmítli ošetřit. Jako prezidenta lékařské komory mne těší, že lékaři osvědčili svoji profesní hrdost a stavovskou čest.

Chápu, že sdělovací prostředky věnují regulačním poplatkům velkou pozornost, avšak je třeba připomenout, že základní problém chronicky podfinancovaného českého zdravotnictví zůstává neřešen. Reálné výdaje na zdravotnictví budou v roce 2008 stagnovat. Kvůli v létě schválenému zákonu o stabilizaci veřejných rozpočtů (zmražení plateb za státní pojištění, osvobození příjmů nad 4-násobek průměrné mzdy od placení pojistného a zvýšení DPH na léky z 5% na 9%) bude mít jen samotná VZP na úhradu zdravotní péče podle svého zdravotně pojistného plánu méně o 7 mld. Kč (celý systém veřejného zdravotního pojištění tedy cca o 10 mld. méně). Plánovaný nárůst výdajů pojišťoven

o 6,5% pohltní inflace.

Pacienti poplatky platí, protože musí – hrozí jim vymahačské firmy i exekuce a pochopitelně si nechtějí rozhněvat svého lékaře.

Lékaři poplatky vybírají, protože musí – hrozí nám pokuta 50 000,- Kč, a to třeba i opakovaně a od každé pojišťovny.

Postoj jednotlivých skupin lékařů k poplatkům se liší:

- **Praktičtí lékaři:** legitimně vidí v poplatcích další zdroj svých příjmů, zvýšenou administrativu zvládnou, větší problémy bude mít cca 1/3 soukromých lékařů, kteří nepracující na PC

- **Ambulantní specialisté:** poplatky jim přinesou menší finanční efekt, přetrvává obava, zda výnos z poplatků vykompenzuje možný pokles příjmů od pojišťoven způsobený snížením hodnoty bodu o 5% a poklesem počtu pacientů

- **Lékaři zaměstnanci:** značná část jich

je k poplatkům lhostejná

Jsem rád, že pacienti pochopili, že my lékaři jsme si tyto poplatky nevymysleli, a většina z nich se i v situaci, která je pro obě strany poněkud žinantní (strkat svému lékaři do kasičky 30 korun) chová slušně. Chaos, který zavládl ve zdravotnických zařízeních, není větší než jsme předpokládali. Doufám, že ústavní soud rozhodne v této věci co možná nejdříve, aby bylo jasno, a věřím, že přinejmenším zruší ony drakonické pokuty hrozící lékařům.

Sociální únosnost poplatků a férovost 5 000,- Kč ochranného limitu, do kterého se nezapočítávají poplatky za hospitalizaci nebo za LSPP ani doplatky na léky v plné výši, tu nechtě posoudí občané sami.

Lékaři zkrátka nevnímají regulační poplatky jako svůj hlavní problém.



Lékaři si zjednodušují medicínu

Rozhovor s ministrem zdravotnictví

Zavádění poplatků není reforma. Sedm reformních zákonů teprve přijde, říká ministr zdravotnictví Tomáš Julínek.

• LN V anketě LN Osobnost roku 2007 jste se umístil na devátém místě až za Františkem Procházkou, který ukradl půl miliardy korun. Zvykáte si pomalu, že jste nepopulární?

Nevím, jestli jsem vždycky nepopulární. Tak defetistický nejsem. Ale to slovo „pomalu“ je asi správné. Pomalu si zvykám.

• LN Váš mluvčí žádal, aby rozhovor nebyl o poplatcích. Už jsou vám tak protivné?

Mým úkolem bylo dotáhnout poplatky do reality. Z toho hlediska mám svědomí čisté. Teď nastává praktická fáze, která leží mimo mou kompetenci. Nemám vliv na to, zda si každý lékař přečetl metodiku. Nemám sílu zkontrolovat všechny automaty na placení poplatků v nemocnicích. Ale velmi vnímám, že před koncem roku, kdy už se občané smířili s tím, že budou plnit nové povinnosti, se rozpoutala kampaň - myslím tu podpisovou akci nebo aktivitu Vladimíra Drymla, bývalého náměstka ministra Davida Ratha.

• LN Lidé po zavedení poplatků častěji léky kupují, místo aby šli k lékaři pro recept. Nebojíte se trochu, že to může, řečeno patecticky, zhoršit zdraví lidí?

Ti lidé přece nejčastěji kupují stejný lék, jaký by si nechali předepsat. Co by se jim asi tak mohlo stát se zdravím, když kupují lék? Ale zneužijí té vaší otázky a posunu to dál. Obrovská potřeba léčiv a nepřiměřené spoléhání na jejich efekt je v české společnosti mimo jakýkoliv evropský průměr. My Češi si myslíme, že každá návštěva lékaře má být zakončena receptem, lékem, a pak se uzdravím. Tak tomu ale vůbec není. Na vině jsou nejen pacienti, ale i lékaři. Zjednodušují medicínu na to, že předepíší lék. Třeba na úkor strašně důležitého terapeutického prostředku, kterým je rozhovor s pacientem.

• LN Proč jsou Češi podle vás tak mimo průměr?

Celosvětový trend je u nás zesílen relikty státního zdravotnictví a paternalistického přístupu lékařů. A devótním přijímáním úkonů na svém těle od pacienta. Často slyším: Jak bych mohl nebrat lék, který mi pan doktor předepsal? Člověk dává všanc svoje tělo, zdraví a vůbec svoji existenci nějakému profesionáloví, o kterém si z nepochopitelných důvodů myslí, že je naprosto dokonalý a předepíše mu, co je pro něj správné. Přičemž by ho mělo varo-

vat už to, že ten člověk s ním někdy ani pořádně nepromluví. Tak jak, sakra, může vědět, co on potřebuje? Vztah doktor-pacient se zjednodušuje na to, že se předepíše lék, píchne injekce nebo se udělá diagnostické vyšetření. Ale vlastně se nedozvíte, proč a nač to mělo být. Právě proto je potřeba navodit normální vztahy. Každý by si měl uvědomit, že čerpání zdravotních služeb může být rizikem. My pacienti nejsme od toho, abychom vše, co řekne lékař, přijali jako fakt. Když to úplně zjednoduším, měli bychom s naším doktorem začít polemizovat.

• LN Advokát Milan Vašíček tvrdí, že lékař nemůže předat dlužné poplatky vymahačské firmě. Prý by porušil lékařské tajemství.

Tenhle argument jsme vůbec nepřijali. Tady není přece potřeba sdělovat žádné citlivé údaje, jen údaje o dlužníkovi, a ne o jeho nemoci. Nevidím žádný rozdíl mezi tím, zda někdo dluží lékaři nebo notáři.

• LN Ředitel vrchlabské nemocnice Vladimír Dryml už se těší na soud kvůli tomu, že od pacientů do osmnácti let nevybírá poplatky. Budete ho za nevybírání nějak popotahovat?

Mě pan Dryml nezajímá. Měl by zajímat zdravotní pojišťovnu, protože nepochybně porušuje zákon, a jeho porušování navíc propaguje.

• LN Věc s Ústavním soudem ale vypadá vážněji. Co kdyby zákon, který zavádí poplatky, zrušil? Odstoupil byste?

Poste opakuji, že zavádění poplatků nepovažuji za reformu, jen za stabilizační opatření. Nespojuji s ním tím pádem své bytí či nebytí. S poplatky ale souvisí některé další změny, které jsme připravili. Například dopad zvýšené daně z přidané hodnoty u léků kompenzujeme tak, že úměrně snižujeme marži lékárníků. Jestliže by se toto zrušilo, pak by všechny léky byly s doplatkem a nastala by paradoxní věc: situace by se pro pacienty zhoršila. Nebo některé skupiny lékařů, praktici a dětská lékařka, by měly finanční výpadek. Také finanční plány zdravotních pojišťoven jsou už nějak nastavené. Najednou by některé věci, které lékaři sice komentovali, ale po několika týdnech nebo měsících už na ně budou nastaveni, ztratily oporu v zákoně. Ústavní soud takto většinou nerozhoduje. Nechci vytvářet tlak na soud, jako to dělá opozice, ať tuto složitou problematiku v klidu projedná. Chci jen říct, že je to citlivý

mechanismus.

• LN Do půl roku chcete vyhodnotit, zda nějaká skupina pacientů není výrazně znevýhodněna. Které skupiny budete sledovat?

Můžeme sledovat jakékoliv skupiny. Díky osobním účtům se pojišťovna poprvé dozví, kolik platí konkrétní člověk s konkrétní diagnózou. Také všichni poskytovatelé musí začít dávat pojišťovně údaje, poprvé se dozví, jaký byl doplatek konkrétního pacienta v konkrétní lékárně. Tyto údaje jsou důležité pro stanovení doplatků na některá léčiva. Může se totiž ukázat, že některý astmatik, který je zároveň srdcař, doplácí zbytečně mnoho. Zároveň je to i ochrana pro zdravotní pojišťovny, protože budou platit vše, co je nad pětitisícový limit. Vyšším doplatkem zároveň vysíláme signál, že tento lék nemusí být tak důležitý. Neplatí to absolutně, ale pacient by to měl registrovat. Měl by se lékaře přinejmenším zeptat: Opravdu to musím brát, když to má tak vysoký doplatek? Lékař mu buď odpoví, tento lék je pro vás důležitý, nebo poradí, tento lék brát můžete, ale nemusíte, je nahraditelný tím a tím...

• LN Jak jsou lékaři motivováni, aby tohle lidem opravdu řekli?

Zatím velmi málo. Ale souvisí to s výzvou, kterou jsem řekl na začátku: Polemizujte s lékařem, je to vaše tělo, vaše zdraví. Buďte aktivní, ptejte se, nenechte se odbýt. To musí přimět i naše mlčící lékaře, aby promluvíli. Co bude chybět dál, jsou informace od zdravotních pojišťoven. Neinformují své klienty. Jako by za ně a nakonec ani za ty peníze vůbec necítily odpovědnost.

• LN Transformaci pojišťoven chcete letos v balíku sedmi reformních zákonů prosadit. Chcete například, aby mohly nabízet různé varianty pojištění - standardní péči, řízenou péči, variantu s vysokou spoluúčastí pacienta...

To, co zmiňujete, jsou typy produktů. Ale to není jediný konkurenční prvek. My jim dovolíme, aby se i v tom standardu lišily a přidávaly k základnímu nároku, který bude ze zákona garantovaný. Když například bude garance, že kyčel bude odoperovaný do šesti měsíců, mohou k tomu přihodit: do pěti měsíců. Přesně z těchto důvodů chceme, aby pojišťovny byly akciové společnosti, které mohou generovat zisk. Budou pak mít několikanásobně větší



zájem pro klienty něco udělat, získat je.

• LN Kolik stávajících pojišťoven podle vás zkrachuje?

To se nedá odhadnout. Už proto ne, že chceme dovolit, aby vznikly regionální pojišťovny, a jejich role je jiná než těch celostátních. Ale bylo by neodpovědné, kdybychom nepočítali s pojistkami proti krachu. Zákon navrhne tak, aby se potíže pojišťovny daly odhalit včas. Opatření začnou běžet ještě dřív, než pojišťovna začne platit pozdě doktorům. Nemusí to být ještě nucená správa, ale už dochází k zásahům dozorového orgánu. Lékaři se nechávají ohlupovat kritikou vedení České lékařské komory. Jedním z hesel je, že pojišťovny budou silnější. Nejsilnější je jedna pojišťovna, kterou navrhuje pan poslanec Rath. Z jednoho pohledu ale přece jen silnější budou - budou daleko víc odpovědné a budou nekompromisní k nekvalitě. Budou daleko víc kontrolovat výkony doktora.

• LN Jak budou kontrolovat kvalitu práce lékařů?

Mezi pojišťovnou a poskytovateli se vytvoří určitý standard a pak se pozorují odchylky od něj. Když se třeba u nějakého lékaře objeví předepisování nějakého léčiva, které se nemá objeovat víc než u třetiny pacientů, častěji, stane se dotyčný předmětem kontroly.

• LN Pojišťovna zjistí, že někde špatně operují třeba žlučník?

Do detailu konkrétního případu jít nemůže, to už je spíš stížnostní agenda. Ale na základě nějakého indikátoru odhalí, že se u nějakého doktora nebo nemocnice opakovaně objevuje nějaký problém - léčí draze nebo se objevují výkony, léky, které by se objevovat neměly. Může se objevit individuální případ, který se od průměru liší. Ale odlišnosti by se neměly objevovat opakovaně. Pak by se ten, kdo nestandardně ordinuje, stal předmětem kontroly.

• LN Určíte pojišťovnám produkty - standardní péči, řízenou péči, variantu s vysokou spoluúčastí, které mají klientům nabízet?

Přímo takhle jim to nestanovíme. Stanovíme jen, co ten který produkt musí splňovat. Zjednodušeně, lidé, kteří jsou zvyklí na to, co je, pokračují ve standardním produktu. Lidé, kteří přistoupí na omezení standardu především v tom, jak se pohybují po systému zdravotní péče - to znamená, že jdou jen do zařízení, které jim pojišťovna předurčí -, dostanou bonus. Třetí varianta je výsostně aktivní, já aktivně řídím přinejmenším běžnou péči o sebe, starám se o prevenci a tak dále. Jsou to tři modely, které by se ve společnosti měly rozložit podle zvyklostí, stáří, nemocnosti. Každý si bude moci z produktů vybrat.

• LN A vy byste si vybral který?

Já osobně? Takhle jsem o tom nepřemýšlel, počkám, co mi pojišťovny nabídnou, a budu

si rád vybírat. Ale myslím, že nebude špatný, pokud ho pojišťovny dobře nastaví, ten produkt s vysokou spoluúčastí. Jakkoliv už jsem starší a měl bych myslet na zadní kolečka, zároveň vím, že se vyplatí spolupodílet se na běžných výkonech a mít z toho potom nějaký prospěch, bonus.

• LN To prakticky znamená, že si budu třeba do deseti tisíc platit péči sama...

Nechtěl bych, aby tam padaly nějaké částky, ale přibližně takhle a jen pro určitou oblast medicíny. Neplatí to pro akutní medicínu, bude tam napsané, že tento typ péče tam nepadá a spoluúčast bude do tolika a tolika korun.

• LN Vystavím se riziku, že zaplatím třeba deset tisíc a za to dostanu na konci roku bonus? Peníze?

I peníze.

• LN Anebo zuby...

Anebo naturální plnění.

• LN Kritici namítají, že pojišťovny sice slíbí bonus, ale až na konci roku řeknou jak velký.

Pojišťovna musí slibovat jen reálné. Samozřejmě výše bonusu bude záviset na jejím hospodářském výsledku. Ale musí nějakou dohodu garantovat, že z toho pacient něco bude mít a troufnout si říci, co minimálně slíbí. Bonusových programů může být víc, nejen za to, že se účastníte určitého produktu, ale také za správný životní styl, za to, že jste u pojišťovny, která prosperuje a má zisk...

• LN Vaši předchůdci často končili ve funkci proto, že se jich vzdala jejich strana, když začali být nepopulární. Máte podporu ODS?

Zatím mám podporu opravdu silnou, především od premiéra, který řídí vládu jako vládu reformní. Samozřejmě je to vždycky i hra politické únosnosti, ale já stojím za tím, že jsem ji žádným způsobem nepřekročil. To, co připravujeme, je pozitivní. I když to provází naprosté iracionality, jako že pojišťovny akciové společnosti ukradnou peníze. S tím se budeme muset vypořádat. Ale uznejte, že se na to těžko reaguje.

• LN Očekáváte, že vámi připravované zákony projdou sněmovní 102 s přeběhlíky, nebo přesvědčíte opozici?

Naděje u opozice je velmi malá, ale jen kvůli tandemu ParoubekRath. U mnoha poslanců ČSSD vidím, že některé věci považují za rozumné, ale naráží na totální blok tohoto tandemu. Pokud nedojde k průlomu v klubu ČSSD, musím spoléhat na 102. Ale ani to nebude jednoduché.

• LN Zase se začalo mluvit o návratu Jiřího Čunka do vlády, jaký je váš názor na tuto věc?

Vnímám to úplně stejně jako premiér. Jde o stabilitu koalice a premiér je zjevně ve dvou

tlacích, mezi postojem zelených jako jednoho z koaličních partnerů a situací v lidové straně, která nevyhodnotila Čunkovo působení ve vládě jako negativní a neodvolala ho z čela strany. Hovořit s předsedou strany, který je mimo vládu, má svá rizika.

• LN To je takové opatrné ano, ale ne hned?

Můžete to tak klidně přeložit. Vážíte, zda udržíte tuto koalici, která dělá reformní změny, stabilní, nebo ji ohrozíte, Čunek bude propírán médií, druhý koaliční partner se k tomu postaví negativně. Je to hodně pragmatické.

• LN Zároveň to paralyzuje ministerstvo pro místní rozvoj.

Až tak pragmaticky jsem to brát nechtěl, protože tam máme peníze pro resort.

• LN Vy osobně Čunkovi věříte? Tomu, co říkal, jak se hájil?

Osobně... Já nevím, jestli v politice něco takového je. Setkal jsem se s ním jako s obyčejným lidovým člověkem, který do toho šel s vervou. Když jsem se s ním jako s vládním kolegou na něčem domluvil, tak jeho slovo platilo. Toho si v politice hodně cením.

Převzato: LN 5. ledna 2008

Vaše dotazy...

Otázka:

Je sice pěkné, že s kapitovaných výkonů vypadly odběrové výkony, např. kód 09115..., ale u většiny zůstala kategorie „Q“ což znamená, že si je nemohu vykázat zároveň s klinickým vyšetřením (regulačním poplatkem). Tzn., že aby mne byly tyto výkony proplaceny, musím si pozvat pacienta na další den. Je to tak?

Odpověď:

V seznamu výkonů mají skutečně tyto kódy výkonů omezení Q (resp. jde o zařazení do kategorie výkonů s označením Q = nelze vykázat souběžně s kódy klinického vyšetření). Jelikož ale je vazba pouze na vykazání výkonů klinického vyšetření, a ty my máme u registrovaných v kapitaci, takže u registrovaných nevykazujeme, budou tyto výkony propláceny i v případě souběhu s klinickým vyšetřením, a to bez jakékoliv vazby na výběr regulačního poplatku. Tedy bude proplácen výkon a v případě klinického vyšetření pacient zaplatí 30 Kč, pokud není od poplatku ze zákona osvobozen Jedinou výjimkou budou neregistrovaní, neboť tam se vykazují klinická vyšetření. Telefonicky ještě ověřeno u dr. Pokorného z ústředí ZP.



Rok, kdy má přijít revoluce

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek svede v roce 2008 bitvu o sedm reformních zákonů. Vše nasvědčuje tomu, že to bude bitva více politická než odborná.

Měly by to být největší změny v českém zdravotnictví od roku 1992, kdy byl v Česku zaveden systém veřejného zdravotního pojištění. Zda budou odvážné vize skutečně naplněny, rozhodne osud sedmi nových zákonů, které chce ministr zdravotnictví Tomáš Julínek v průběhu roku 2008 protlačit parlamentem. První ohlasy i z řad koaličních zákonodárců napovídají, že to vůbec nebude mít lehké.

Nové právní normy mají překopat téměř vše, na čem poskytování a financování zdravotní péče u nás zatím stojí. Tři zákony (o zdravotních službách, o specifických zdravotních službách a o zdravotnické záchrané službě) se týkají poskytování zdravotní péče, tři (o veřejném zdravotním pojištění, o zdravotních pojišťovnách a o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami) mění pravidla hry pro správce pojistného. Poslední právní předpis (o univerzitních nemocnicích a univerzitních pracovištích) má ošetřit rozvoj zdravotnictví, konkrétně vědu, výzkum a vzdělávání.

Za lepší si budeme moct připlatit Ministr má za to, že na jeho návrzích vydělají všichni - pacienti, zdravotnická zařízení, lékaři i pojišťovny. Že dojde k narovnání nevyvážených vztahů lékař - pacient, pacient - pojišťovna, pojišťovna - lékař. Že na konci změn bude dobře nastavený regulovaný trh, suverénní, dobře informovaný pacient, kvalitní zdravotnická zařízení i svébytné, leč kontrolované pojišťovny.

Jaké tedy mají nastat změny? Julínek chce především konečně jasně vymezit to,

co je a co není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Pacienty přitom ujišťuje, že se současný rozsah hrazené péče nijak zásadně zužovat nebude. K tomu jim chce konečně umožnit, aby si mohli za lepší péči (např. nadstandardní materiály, nové léčebné postupy atd.) připlatit sami ze svého.

Na rozdíl od současné praxe, kdy si dejme tomu zájemce o lepší kyčelní kloub musí teoreticky zaplatit za celý zákrok (v praxi se to ale obvykle řeší úplatkem lékaři), by si v budoucnu jen doplatil rozdíl v ceně použitého materiálu. V zákoně o zdravotních službách mají být také lépe než dnes ošetřena práva pacientů včetně systému podávání stížností.

Revoluční novinkou pro klienty zdravotních pojišťoven má být také možnost vybrat si z více nabídek pojistných plánů. Pojišťovny dostanou zadání, co všechno musí klientům zajistit, ale zároveň s tím získají i svobodu nabízet v rámci svých finančních možností i alternativy.

Podle představ ministerstva by kromě zachování současné podoby smluvního vztahu s klientem mohly pojišťovny nabízet určité výhody včetně finančních bonusů výměnou za příslib pacienta buď si za určité typy péče částečně platit v hotovosti, nebo se při volbě zdravotnického zařízení podvolit výběru své pojišťovny. Ta by se naopak s klientem rozdělila o část takto vzniklých úspor. Pojišťovny by se také staly hlavním garantem dostupnosti a kvality poskytované péče.

Zákony mají usnadnit život i lékařům a zdravotnickým zařízením. Julínek chce do praxe konečně zavést možnost dědit či prodávat ordinaci, aniž by po splnění základních podmínek zanikly dotýčenému pracovišti licence a smluvní vztahy s pojišťovnami.

Zároveň by lékaři mohli začít pracovat i na živnostenský list pro více zaměstnavatelů. Zákon totiž má umožnit tzv. samostatný výkon lékařské profese.

Nový Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami má smluvním partnerům zaručovat včasné platby i finanční zdraví kontrolovaných institucí.

V hlavní roli lidovci Návrhy ovšem obsahují také několik kontroverzních pasáží, které se nelíbí nejen levicové opozici, ale i vládním lidovcům.

Skupina zákonodárců KDU-ČSL kolem poslance Ludvíka Hovorky například nesouhlasí s pasážemi zákona o zdravotních pojišťovnách, které správce zdravotnických financí převádějí na obchodní právní formu (mají vzniknout akciové společnosti) a hovoří o možnosti generovat přiměřený zisk. Podle Hovorky a spol. jde o velmi riskantní krok pro celý systém zdravotní péče.

Lidovcům se nelíbí ani součást návrhu zákona o specifických zdravotních službách, která má umožnit umělé oplodnění i osamělým ženám bez partnera.

Odporuje to totiž tradičním představám o rodině. Námitky mají i k převádění současných států řízených fakultních nemocnic na univerzitní nemocnice - akciovky zřizované státem a univerzitami. Vzhledem ke křehké síle vládní koalice, podporované dvěma nevyzpytatelnými poslaneckými přeběhlíky Milošem Melčákem a Michalem Pohankou, může být pro Julínkovy návrhy ztráta každého hlasu osudná. O zákonech, které nyní mají podobu věčných záměrů, se proto nepochybně povede ještě velká politická debata. ■

Převzato: LN 2. ledna 2008

Platby u doktora? Najít lepší argumenty

Ministerstvo zdravotnictví tvrdí: Lékaři nemají právo nevybírat poplatky. Jednou je to nařízeno a basta! Opoziční politici zas obviňují vládu, že když obírá lidi o třicetikoruny, porušuje ústavu. Někteří doktoři neříkají ani tak, ani tak. Domnívají se však, že „olupování“ bezmocných, tedy dětí a důchodců, je porušením hippokratovské přísahy.

■ Jak to tedy je?

1) Bezplatná péče je iluze. Jistě, existuje bezplatná, dokonce ideální zdravotní péče. Mohou se z ní však těšit jen absolutní monarchové a diktátoři. Případně poddaní, které nechají monarchové a diktátoři koupat v ropném zlatém dešti. Nebo na druhé straně jsou zdarma ošetřeni ti, kteří nemají nic a lékař na nich koná milosrdenství. V normální svobod-

né zemi buď člověk platí pojištění, nebo je za něj - ale zase z daní občanů - platí stát.

Nebo musí lékaři vyrovnat účet hotově. Platby jsou však na rozdíl od koupě rohlíků rozděleny solidárně, socialisticky. Podle ducha zákonů máte právo na stejné ošetření, ať platíte do pokladny tisíce, desetitisíce nebo jednotlivé koruny měsíčně. Pokud pak mají ústavní soudci v hlavě něco jiného než



paragrafy - a to mají - musí buď zrušit zdravotní pojištění spolu s poplatky, nebo obojí ponechat.

2) Je nemravné, když třicet či šedesát korun musí dát i ti nejbezmocnější, tedy děti a důchodci? Co se týče důchodců, je věc jasná. Jsou to plnohodnotní svobodní lidé. Jakákoliv úleva by zde byla jejich ponižováním. Nebo přiznáním státu (bohužel asi pravdivým), že je příliš nuzácký na to, aby jim vyplácel solidní penzi.

U dětí je problém větší: nemohou se samy rozhodovat. Nemají například svobodu nejit k doktorovi, ale k léčiteli, či přechodit chřipku. Navíc za ně stejně musí platit rodiče, což je nefér zejména vůči chudším rodinám s více dětmi.

Lze si tedy představit reformu, v níž děti u doktora neplatí. Nemá to však nic společného s nějakou přísahou, ale s nerovnoprávným postavením nedospělých lidí vůči

dospělým, které je z dobrých důvodů od počátku psaných dějin zavedeno. Na druhou stranu není nijak nemravné po dětech peníze požadovat. Za dopravu, rohlíky a podobně také platí a také to postihuje více chudší rodiče s mnoha dětmi.

3) Mají být trestáni lékaři, kteří nevybírají? Vlastně tak škodí sami sobě. Praktici dostanou měsíčně o tisíce či desetitisíce méně. Nemocnice přijdou o větší částky. Méně peněz se dostane i do zdravotního systému a účel reformy, zlepšit péči o zvláště těžce nemocné a ostatním pacientům dát větší důstojnost a komfort, může být ohrožen. Jenže může stát nařizovat někomu, aby se nevzdal části svého „zisku“? Odpověď je na první pohled jasná: Nikoliv. Byla by to odporaná byrokratická svévole.

Druhý pohled je jako obvykle složitější. Ti, kteří nevybírají, nejenže se stavějí do

role jediných spravedlivých. Ačkoliv zdánlivě ztrácejí, získávají obrovskou konkurenční výhodu.

Mezi nemocnicemi panuje tuhý boj. A do které odvedou rodiče děti? Do té, kde je to s příplatkem, nebo do té zadarmo? Zkusme třikrát hádat. Jenže není snaha o získání výhody na trhu zcela oprávněná? I když její maskování ušlechtilými úmysly zavání pokryteckou trapností?

Zvláště pravicová vláda, která chce co nejméně regulovat, by tuto oprávněnost měla, ba musí uznat. Nařizovat svobodným lidem, že musí kasírovat druhé a o kolik, je zpozdilé. Když chce stát donutit lékaře, aby si nechali platit všichni a ode všech, musí přijít na chytřejší argumenty, než je klacek a bič. Doufejme, že je v dalších fázích reformy najde.

Převzato: MF DNES 8. ledna 2008

Kongres primární péče

Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
ve spolupráci s Odbornou společností praktických lékařů ČLS JEP si Vás dovoluují pozvat na

2. Kongres primární péče,

který se koná ve dnech 29. 2. – 1. 3. 2008 v TOP HOTELU Praha, Congress Hall, Blažimská 1781/4, 149 00 Praha 4.

Příhlášku naleznete na webových stránkách sdružení a pořádací agentury (www.splcr.cz www.detskylekar.cz www.ahou.cz)

Pátek 29. 2. 2008

- Slavnostní zahájení 9.00–9.30

I. Blok • Psychiatrie • 9.30–11.00

- MUDr. Pavel Bém / Vliv extrémní zátěže na psychiku
- MUDr. Hana Papežová, CSc. / Mentální anorexie
- doc. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc. / Syndrom vyhoření
- Kazuistiky

II. Blok • Infekce • 11.10–12.50

- doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc. / Lymphadenitidy infekčního původu
- MUDr. Hana Roháčová, Ph.D. / Nemoci přenášené klíšťaty v ČR
- MUDr. Dita Smíšková / Zoonosy v primární péči
- Kazuistiky

III. Blok • Gynekologie • 14.20–15.50

- MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc. / Nové pohledy na antikoncepci
- MUDr. Radim Uzel, CSc. / Sexuální problematika v primární péči
- doc. MUDr. Lukáš Rob, CSc. / Prevence HPV z pohledu gynekologa
- MUDr. Hana Cabrnchová / Prevence HPV z pohledu praktického lékaře

Sobota 1. 3. 2008

IV. Blok • Rehabilitace, neurologie • 9.00–10.40

- doc. MUDr. Martin Bojar, CSc. / Neuroboreliózy
- Mgr. Michaela Veverková / Problematika temporo-mandibulárního kloubu
- doc. PaedDr. Pavel Kolář / Současný pohled na stabilitu páteře
- doc. MUDr. Jiří Radvanský, CSc. / Sportovní rizika zátěže

V. Blok • Porucha chování • 10.50–12.30

- MUDr. Pavel Kabíček, CSc. / Rizikové chování u dospívajících
- Mgr. Pavel Ruml / Duševní pomoc
- MUDr. Tamara Tošnerová / Poruchy chování ve starším věku
- MUDr. Jan Trubačik / Jak se pije na Slovácku

VI. Blok • Neodkladná péče • 14.00–15.40

- MUDr. Jiří Pokorný / Neodkladné stavy u dospělých - na co bych chtěl zvláště upozornit
- doc. MUDr. Ivan Novák, CSc. / Neodkladné stavy u dětí
- MUDr. Jiří Pokorný / Stížnosti, žaloby, skandalizování lékařů. Existuje možnost obrany?
- Kazuistiky



Zpráva z činnosti OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnchová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Novorozenecký screening

Ke konci loňského roku se dostaly někteří naše ordinace do problému, jak zajistit odběrový papírek pro rescreening hypotyreozy. Důvodem byl nárůst počtu těchto vyšetření s odvoláním se na metodický pokyn přijatý již v roce 2003 (viz níže), který připouští vliv jodové dezinfekce na výsledek screeningu a to je také důvodem, proč je rescreening požadován u fyziologických novorozenců porozených sekci (per SC).

Rozdíly mohou být dané ne vždy jasným dodržováním tohoto pokynu a nebo tím, že některé porodnice již považují jodovou dezinfekci za zastaralou a potencionálně rizikovou z důvodu možné alergické reakce. Bohužel výsledkem nárůstu počtu rescreeningů bylo oznámení pro PLDD (zatím pouze v Praze), že si mají sami zajistit odběrový papírek.

„Vážená paní doktorko, vážený pane doktore, vzhledem k tomu, že v současné době se začínají používat nové screeningové odběrové papíry s průvodkou, bude nutné si je opatřit pro případ pro případ, že novorozenec bude potřebovat 2. odběr po propuštění. Povinnost nabírat 2. screeningy zůstává v platnosti beze změn, ale porodnice je již nebudou poskytovat. Děkuje se za pochopení.“

To ale vůbec není jednoduché, jedinou možností je nákup 100 ks (v průměru na 10 i více let pro běžnou ordinaci!) za cenu 3.510 Kč u firmy MARCON. Tento materiál pak následně nikdo neproplácí.

■ Metodický návod k zajištění celoplošného novorozeneckého laboratorního screeningu a následné péče z roku 2003

Citace:

1) Na téma screening PKU:

„V případě propuštění dítěte dříve než za 72 hodin po narození informuje lékař matku a ve Zprávě o novorozenci uvědomí příslušného (registrujícího) praktického lékaře o dítěti a dorost (dále PLDD) o nutnosti zajistit

v době mezi 72-96 hodinami života odběr kapilární krve na odběrový papírek pro PKU a odeslat ho spolu s předepsanými údaji o dítěti (viz článek 2 odstavec 1) do příslušné screeningové laboratoře. Odběrový papírek pro screening PKU a formulář s požadovanými údaji přiloží propouštějící lékař ke Zprávě o novorozenci.“

2) Na téma screening SKH:

„U novorozenců s porodní hmotností <1500 g a u závažně nemocných novorozenců léčených na JIP se provádí rescreening (sekundární screening) mezi 10.-14. dnem po narození. Rescreening je třeba zajistit rovněž po podání léků s obsahem jodu (př. Amiodaron), jodových kontrastních látek a jodových dezinfekčních látek aplikovaných na větší plochu kůže matce v posledním trimestru těhotenství a během porodu. U novorozenců léčených dopaminem se provede odběr za 24 hodin po ukončení léčby. Při převodu krve, plazmy nebo výměnné transfuzi se odběr krve na SKH zajistí před prvním výkonem“.

Vzhledem k tomu, že citace ani jiná ustanovení neřeší zcela jednoznačně problematiku zodpovědnosti za zajištění odběrového materiálu pro rescreening SKH, ale částečně řeší v případě PKU, předáváme celou problematiku k projednání Komisi péče o dítě na MZČR.

V současnosti doporučujeme s odkazem na citaci (závěrečná věta u screeningu PKU), požádat novorozenecké oddělení o příslušný odběrový papírek. Upozorňujeme, že dle dostupných informací je uvedený problém řešen pouze v Praze, ostatní novorozenecká oddělení v případě žádosti o rescreening papírky zasílají.

■ Páteří vzdělávací témata 2008:

- Ophthalmologie
- Neonatologie

Vzhledem k faktu, že MZ ČR doposud nevydalo příslušný metodický pokyn, jak postupovat při výběru regulačních poplatků ve vztahu k dispensární vyhlášce, není tento materiál obsažen v tomto čísle.

■ Dát vajíčka „k ledu“ může být riskantní

Na konferenci Americké společnosti pro reprodukční medicínu konané ve Washingtonu vedli američtí lékaři dlouhé diskuse o zmrazování lidských vajíček. Poptávka po této technice mezi zákaznicemi klinik roste. Lékaři ale zatím nedospěli k jednoznačnému závěru o bezpečnosti celé procedury. Zmrazování vajíček považují spíše za experimentální postup.

Zmrazení vajíček představuje jednu z mála nadějí například pro ženy, které čeká léčba nádorového onemocnění a kterým hrozí, že jim cytostatika či ozařování jejich vlastní vajíčka zničí. Po úspěšné léčbě mohou tyto ženy počít vlastní děti jen díky vajíčkům, která jim lékaři odložili v zamraženém stavu.

V poslední době přicházejí na kliniky s žádostí o zamrazení vajíček stále častěji i ženy, které nemají žádné zdravotní problémy. Založení rodiny odsouvají na pozdější dobu a zmrazením vajíček si chtějí vytvořit „zálohu“ pro případ, že by je zaskočil neúprosný čas. Uvědomují si, že se mohou rozhodnout pro mateřství v době, kdy už vajíčka v jejich těle nebudou mít pro početí dítěte potřebnou „kvalitu“.

Vajíčko je jedna z největších buněk a je poměrně citlivé na jakékoli změny. Mrazení pro ně představuje těžkou zkoušku. Vajíčko je vystaveno působení některých chemikálií, které ho chrání před účinky nízkých teplot, ale na druhé straně jsou do určité míry toxické. Ani ochlazení až na teplotu tekutého dusíku, kde může vajíčko při -196 stupních Celsia strávit řadu let, buňce nesvědčí.

Narození dětí z vajíčka, které bylo po nějakou dobu zamrazené, není zdaleka běžné. Jejich celkový počet odhadli účastníci washingtonské konference na 300 až 600. Hodnocení úspěšnosti této procedury je komplikované. Počet dětí, jež se narodily z rozmrazených vajíček a trpí nějakou poruchou, naznačuje, že mrazení vajíček by mohlo být celkem bezpečné. Výskyt vrozených postižení je nižší než jedno procento a pohybuje se na úrovni srovnatelné s dětmi počatými přirozeně.

„Děti narozené s defektem ale nepředstavují všechny případy, kdy došlo k narušení vývoje. Musíme k tomu připočítat i případy, kdy byl defekt objeven ještě během těhotenství a lékaři provedli interrupci. Tyto počty však neznáme,“ řekl na konferenci Kutluk Oktay z newyorské Weill Cornell Medical Colledge.

Hodnocení účinnosti celé procedury ztěžuje i skutečnost, že pro mrazení vajíček se používají velmi odlišné postupy. Novější metody, které jsou mnoha experty považovány za výrazně bezpečnější, se ještě neprosadily v takovém měřítku, aby bylo možné jejich účinnost objektivně zhodnotit.

Prevzato: LN 30. října 2007



Dlouhodobý kašel

– společný problém pediatra a alergologa

doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc.

Oddělení alergologie a klinické imunologie, Fakultní nemocnice Olomouc

Souhrn

Kašel patří k základním obranným reflexům dýchacích cest, kterým se organismus snaží odstranit nežádoucí vnější škodliviny, které se do dýchacích cest dostaly. To znamená, že je příznakem této probíhající obranné reakce a můžeme se s ním setkat v různé formě u všech onemocnění dýchacích cest. Pokud je suchý a dráždivý, znamená to, že je projevem především podráždění respiračního epitelu a nervových zakončení, která zprostředkovávají nastartování kašlového reflexu. Pokud je vlhký, produktivní, znamená to, že se ke kašli přidaly ještě další obranné mechanismy dýchacích cest, kterými jsou zvýšená tvorba hlenu hlenovými žlázkami epitelu dýchacích cest a zvýšený pohyb řasinek respiračního epitelu.

Podle typu kašle můžeme usuzovat na převažující postižení určité části dýchacích cest. Velmi typický je dráždivý až dávivý štekavý kašel u postižení oblastí kolem hlasivkových vazů. U bakteriálních bronchitid můžeme často pozorovat vlhký produktivní kašel, hlavně v ranních hodinách s auskultačním nálezem zvukných bronchitických fenoménů.

Z hlediska trvání můžeme rozlišovat kašel jednorázový, krátkodobý, který se objevuje při jednorázové expozici dráždivého podnětu – prudká změna teploty nebo vlhkosti prostředí, expozice různými chemickými podněty, jako jsou kouře, dýmy nebo mechanickými podněty, jakými jsou různé druhy prachu nebo drobná cizí tělesa, například částičky potravy aspirované při jídle, které se podaří kašlovým reflexem ihned odstranit. U běžných virových a bakteriálních infekcí dýchacích cest trvá kašel většinou 1-2 týdny, pokud trvá déle jak 3-4 týdny, hovoříme o chronickém kašli.

Z etiologického hlediska jsou nejčastějšími příčinami kašle infekce dýchacích cest, především virové, následují infekce bakteriální, sporadicky pak infekce mykotické a zcela vzácně infekce parazitární. Po infekcích druhou nejčastější příčinou protrahovaného nebo chronického kašle jsou zřejmě alergie. Další příčiny jsou již mnohem méně časté. U dětí připadají v úvahu: aspirace cizích těles, gastroezofageální reflux, vrozené anomálie dýchacích cest, plicní hypertenze, srdeční vady, nádory v oblasti dýchacích cest a v mediastinu, u starších dětí připadá v úvahu i léčba arteriální hypertenze betablokátory a ACE-inhibitory.

Kašel, který vzniká při infekcích dýchacích cest trvá většinou několik dnů až týdnů a délka jeho trvání záleží na intenzitě probíhající

infekce a na úrovni obranyschopnosti organismu se s touto infekcí vypořádat. Obecně platí, že virové infekce většinou vyvolávají suchý dráždivý kašel bez větší produkce hlenu, kdežto bakteriální infekce přecházejí po velmi krátké úvodní fázi dráždivého suchého kašle do kašle vlhkého a produktivního. Některé bakterie (např. Haemophilus influenzae, parainfluenzae, Corynebacterium difterie, pseudodiftericum) často vyvolávají typický dráždivý až dávivý kašel, který může na svého etiologického původce upozornit, ale nedá se na to jednoznačně spolehnout. U drtivé většiny respiračních infekcí by měl kašel vymizet do 1-3 týdnů.

Pokud kašel trvá více jak 3-4 týdny, hovoříme o chronickém kašli. Ten může být způsoben nedostatečnou léčbou probíhající infekce nebo sníženou obranyschopností organismu, který se s touto infekcí nedokázal vypořádat. V poslední době se často s protrahovaným nebo chronickým kašlem setkáváme u infekcí atypickými bakteriemi – Mycoplasma pneumoniae a Chlamydia pneumoniae, na které je potřeba myslet, a které je možno serologicky identifikovat a následně pak lege artis léčit.

■ Chronický kašel v ambulanci alergologie a klinické imunologie

Do ambulancí AKI jsou s dlouhodobým kašlem odesílány k vyšetření a léčbě děti se dvěma rámcovými diagnózami:

1. podezření na alergii dýchacích cest
2. podezření na poruchu imunity s projevy recidivujících či protrahovaně probíhajících infekcí dýchacích cest

■ Alergie dýchacích cest

Alergická onemocnění jsou v naší populaci

velmi častá. Poslední světově publikované údaje dokládají, že genetickou vložku pro alergii v sobě nese téměř 60% veškeré populace. Asi 25% populace má klinické projevy alergie (alergickou rýmu, ekzém, kopřivku, průduškovou astmu, anafylaktické reakce). V České republice je evidováno kolem 500 000 astmatiků (předpokládá se, že dalších 250 000 není diagnostikovaných). V různých věkových skupinách je do 10-15% dětské populace. Alergickou rýmou trpí až 20% populace. Ve statistikách stále zaznamenáváme mírný nárůst alergických onemocnění.

Kašel je u alergiků navozen alergickým zánětem v dýchacích cestách, hlavně v bronchiální sliznici. Působením zevních alergenů pronikajících do dýchacích cest dochází u alergiků k podráždění sliznice a podslizničních struktur, uvolnění mediátorů alergického zánětu (histamin, leukotrieny, prostaglandiny, PAF), které mohou přímo dráždit nervová zakončení dostředivých nervových vláken zprostředkujících kašlový reflex nebo prostřednictvím otoku ve sliznici a podslizničním prostoru mohou mechanicky dráždit tato nervová zakončení. Podle charakteru expozice můžeme pozorovat kašel nárazový, přechodný (při náhodném kontaktu s příčinným alergenem – např. při návštěvě v domácnosti kde chovají nějaké domácí zvíře), kašel sezónního charakteru (např. v období s vysokou vzdušnou koncentrací pylů stromů, dřevin, travin, obilovin, bylin, plevelů), v určitém prostředí (např. kontakt s alergeny roztočů nebo zvířecí alergenů při pobytu u babičky, u kamarádů, v rekreačním zařízení).

Na alergický kašel by se mělo myslet vždy u dětí, v jejichž nejbližší rodině se vyskytuje alergické onemocnění (rodiče, sourozenci, babička, dědeček) a pokud je kašel vázán na konkrétní



prostředí, činnost, fyzickou zátěž nebo roční dobu. Bohužel, praktický lékař často nejdříve má v podezření infekční etiologii a bez podrobnějšího vyšetření zaléčí kašlající dítě antibiotiky a při neúspěchu spíše zvolí ještě další antibiotikum než přistoupí k objasnění etiologie. Přitom laboratorní odlišení infekčního zánětu od alergického nebývá časově ani ekonomicky náročné. U infekční etiologie nám velmi pomůže vyšetření sedimentace erytrocytů, CRP, leukocytů + diff. rozpočtu, bakteriologické vyšetření sputa nebo výtěrů nosohltanu, případně serologická vyšetření na respirační viry, mykoplazmata či chlamydie. Alergický zánět je možno i v ambulanci praktického lékaře identifikovat zjištěním vyšších hladin IgE nebo nálezem eozinofilie v diff. rozpočtu, ale hlavně pečlivou anamnézou a odlišením infekčního zánětu.

U alergických pacientů se často setkáváme s projevy i tzv. slizniční či bronchiální hyperreaktivity, kdy typické alergické projevy jako jsou slzení a zarudnutí spojivek, nosní obstrukce, sekrece, kýčání a taky dráždivý kašel jsou navozeny obecně agresivními zevními dráždivy – spouštěči, jakými jsou změny teploty a vlhkosti prostředí, cigaretový kouř, expozice výfukovými plyny, různé kouře a dýmy, kosmetika, laky a podobně. Bronchiální hyperreaktivita může být navozena i proběhlou infekcí dýchacích cest a může přetrvávat i několik měsíců po zničení infekčního agens. Je důležité si uvědomit, že příznaky této slizniční a bronchiální hyperreaktivity nemusí být provázeny laboratorními známkami atopie, projevují se jen klinickými příznaky.

■ Léčba kašle spojeného s alergickým zánětem

Kašel v tomto případě (může se jednat i o kašlovou variantu průduškového astmatu, u které se astma projevuje jen kašlem) se léčí jako alergický zánět. Prvním léčebným postupem by měla být snaha o zjištění příčinného alergenu nebo spouštěče a jeho eliminace. Léky první volby jsou většinou antihistaminika – nejlépe 2. generace (cetirizin, loratadin) anebo antihistaminika s imunomodulačními účinky (levocetirizin, desloratadin), která můžeme používat i dlouhodobě. Antihistaminika 1. generace (bisulepin, dimetinden, clemastin) používáme pro jejich sedativní působení jen na noc. V případě nedostatečného efektu jsou k dispozici antileukotrieny (montelukast), nebo inhalační formy léků – kromony (nedocromil) nebo inhalační kortikosteroidy (budesonid, flutikason, ciklesonid). Velmi příznivě se uplatňuje u těchto stavů klimatická léčba (pobyt v lesním, horském a přímořském prostředí, ve kterém je minimální obsah agresivních

dráždivel ve vdechovaném vzduchu) a to nejen institucionální (lázeňské nebo ozdravné pobyty), ale i víkendové pobyty a rodinná rekreace.

■ Poruchy imunity

Primárně dlouhodobým kašlem se většinou neprojevují primární imunodeficity, které mívají závažnější klinické projevy (těžší průběhy a časté recidivy infekcí dýchacího systému, kůže, GIT) již v raném dětském věku. Dlouhodobým kašlem u dětí se však může projevovat sekundární – často jen přechodná funkční porucha imunity (nedostatečná regenerace imunitního systému po předchozí infekci – často se uplatňuje při zařazování nedolčených dětí do kolektivních zařízení) nebo ještě plně nedozrálý imunitní systém (plné vyzrávání imunitního systému a obranných reakcí je individuální a ne každé dítě zvládne vřazení do kolektivního zařízení v kterémkoliv věku bez zdravotní újmy).

Velmi často přicházejí do ambulaní alergologie a klinické imunologie děti s projevy perzistující rýmy a dráždivého kašle s různou úrovní expektorace s nálezem zvětšené adenoidní vegetace (AV) nebo s výše uvedenými projevy, které přetrvávají i po jejím odstranění. Na tomto místě je potřeba si uvědomit, že zvětšená adenoidní vegetace není příčinou klinických projevů perzistující rýmy a kašle, ale jejich důsledkem. Kašel je zde vyvoláván zatékáním hlenů po stěnách nosohltanu do středních dýchacích cest (tzv. „postnazální drip“), což po nahromadění hlenů v těchto středních dýchacích cestách – hlavně v průběhu spánku, vyvolává – hlavně po probuzení – ataky dráždivého až dávivého kašle. Příčinou perzistující rýmy a kašle u těchto stavů je nedostatečně zvládnutý zánět v oblasti nosohltanu, nedostatečná rekonvalescence a regenerace, což následně provokuje zvětšení objemu a činnosti imunitního lymfatického systému, k němuž patří i místní adenoidní vegetace. Správná kauzální léčba stav stabilizuje a postupně dochází i ke zmenšení AV. Odstranění adenoidní vegetace je na místě jen u jednoznačně indikovaných stavů (hypertrofie AV vyvolávající opakované záněty středouší, zhoršení sluchu, vady při výslovnosti – huhňavost). Možno však říci, že pokud k těmto jednoznačným indikacím dochází, je to známkou selhání léčby a léčebných opatření, jejich nesprávné volby nebo jejich nedodržování. Vinu pak můžeme hledat jak na straně lékařů, tak netrpělivých rodičů.

■ Léčba kašle spojeného se sekundárními poruchami imunity

Při prvním kontaktu s dítětem trpícím chronickým kašlem je nutné vyloučit aktuální infekční

příčinu (viz výše uvedená vyšetření) a kauzální léčbou likvidovat zjištěnou příčinu (antibiotika, antivirotika, antimykotika). Pokud nenacházíme známky aktuální infekce a nenacházíme základní laboratorní známky imunodeficitů (protilátkový deficit, leukocytopenii, lymfocytopenii), postupujeme obecně protizánětlivou léčbou – dostatečná rekonvalescence a regenerace, obecně pestrá roborující strava. Ke zlepšení regenerace a povzbuzení imunitních funkcí je možno použít dostupných imunostimulátorů definovaných a registrovaných jako léčiva (bakteriální imunomodulátory – Broncho-vaxom, Luivac, Ribomunyl) nebo ve formě potravinových doplňků (např. přípravky obsahující extrakty echinacey). Užitečné bývají proplachy nosu Vincentkou nebo přípravky s mořskou solí, které napomáhají čištění, zvlhčení a regeneraci nosní sliznice. Jako doplňující léčba bývá užitečné podání antihistaminik 2. generace nebo imunomodulačních anebo krátkodobé podání intranazálních kortikosteroidů (budesonid, flutikason, mometason). Tak jako u alergických dětí i v případě dětí s protrahovaným kašlem na podkladě imunitním je velmi užitečná klimatická léčba (pobyt v lesním, horském a přímořském prostředí, ve kterém je minimální obsah agresivních dráždivel ve vdechovaném vzduchu) a to nejen institucionální (lázeňské nebo ozdravné pobyty), ale i víkendové pobyty a rodinná rekreace.

Všechna výše uvedená vyšetření a léčebné postupy je možno uskutečnit již praktickým lékařem pro děti a dorost, v případě nedostatečného efektu je pak indikováno podrobné vyšetření alergologem a klinickým imunologem.

■ Závěr

Uvedený článek není podrobným rozбором diferenciální diagnostiky chronického kašle u dětí, ale mapuje nejčastější styčné body a problémy, které u dětí s protrahovaným anebo chronickým kašlem musí řešit praktický lékař pro děti a dorost a taky alergolog a klinický imunolog. Velká část základních laboratorních vyšetření a léčebných postupů je dostupná praktickým lékařům, ale nejsou dostatečně využívána. Při potížích s chronickým kašlem je ze strany praktických lékařů častěji přistupováno k empirickému nasazování antibiotické léčby než k hlubšímu anamnestickému a laboratornímu rozboru stavu. Ne vždy je atraktivní jít do střetu s rodiči, kteří se domáhají rychlého a účinného řešení, stran dostatečně řádné rekonvalescence.

Literatura u autora



Chronický kašel u dítěte - diferenciální diagnostika a léčba

MUDr. Tomáš Kočí

AstmaCentrum Česká Lípa

Souhrn

Kašel je velmi častý a někdy obtížně řešitelný problém, a to jak pro pacienty, tak i pro jejich lékaře. Dalo by se říci, že je takovým pediatrickým evergreenem, obzvláště v jarním a podzimním období. Úspěšná léčba chronického kašle vyžaduje správnou diferenciální diagnostiku, pokud možno nalezení příčiny kašle a kauzální léčbu.

Nejčastějšími příčinami déletrvajících kašle (bez ohledu na věk dítěte) jsou kašel po respirační, především virové infekci, chronická rhinosinusitida se zatékáním do nosohltanu, asthma bronchiale a gastroezofageální reflux.

Základní vyšetřovací algoritmus zahrnuje podrobnou anamnézu, fyzikální vyšetření dítěte, základní laboratorní vyšetření, RTG plic, ORL vyšetření a vyšetření plicní funkce (spirometrii). Někdy bývá zjištěno i několik příčin chronického kašle (2-3) současně.

Při podezření, že určitá diagnóza je příčinou chronického kašle, se doporučuje zahájit příslušnou léčbu. Úspěch této léčby se považován za potvrzení diagnózy.

Kašel je fyziologický obranný reflexní mechanismus, sloužící k očišťování dýchacích cest od sekretu a cizorodého materiálu. Je vyvolán stimulací senzoričtých receptorů především v tracheobronchiálním stromu, ale občas i mimo něj (ve vnějším zvukovodu, paranasálních dutinách, na pleuře, perikardu, ve faryngu nebo v žaludku). V případě, že kašel plní svou fyziologickou funkci, není třeba se znepokojovat a kašel potlačovat. Problém nastává v případě, když intenzita kašle a jeho dlouhé trvání neodpovídá průběhu běžné nemoci, a také v případě, když jeho příčina není jasná.

Akutní kašel v délce trvání do 3 týdnů se objevuje nejčastěji při virových nebo bakteriálních infekcích horních cest dýchacích. *I zdravé předškolní děti mívají za rok v průměru 5-8 virových respiračních infekcí. Potom rodiče často líčí kašel jako nepřetržitý, ale ve skutečnosti se jedná o opakované akutní epizody kašlání.*

Za **chronický** je považován kašel, trvající u dětí nepřetržitě více než 3 nebo 4 týdny, většinou při negativním výsledku vyšetření

RTG plic.

Jde o **velmi častý problém** s výskytem u **20-30% dětí**, v rodinách **kuřáků** se uvádí až **50%**.

■ Strategie vyšetření

Principem diagnostiky – pokud již z anamnézy není určitá diagnóza natolik pravděpodobná, že je přímo zahájen terapeutický test – je **postupné vylučování** nejčastějších příčin kašle **podle klinického posouzení pravděpodobnosti jejich výskytu**. Vodítkem je důkladná anamnéza a základní vyšetření. Používáme **kombinaci vyšetřovacího algoritmu** (viz dále) a **použití léčebného pokusu**. Úspěch použité léčby (léčebného pokusu) je považován za potvrzení příslušné diagnózy.

V případě, že se úspěch při léčbě předpokládá příčiny nedostaví (nebo na žádnou z příčin není klinické podezření), je pokračováno v systematickém vyšetřovacím protokolu.

Podle věku dítěte se výskyt nejčastějších příčin kašle **liší** (v kojeneckém věku jsou nejčastější GER, vrozené anomálie, cystická fibrosa; u batolat vdechovaná cizí tělesa a adenoidní vegetace; u školních dětí bronchiální astma).

■ Vyšetřovací postup

Základním úkolem je **odlišit běžný kašel** u jinak zdravého dítěte **od kašle jako příznaku závažnějšího onemocnění**.

1. Anamnéza

V *rodinné anamnéze* je třeba pátrat především po atopii a astmatu.

V *osobní anamnéze* jsou důležité údaje o novorozeneckém období, prospívání, předchozích onemocněních, ekzému.

Údaje o nynějším onemocnění musí obsa-

hovat informace, týkající se trvání kašle, jeho charakteru, diurnální variability, tolerance námahy, vlivu smíchu nebo pláče, vlivu teplotních změn. Ptáme se na prodělání předchozí respirační infekce. Pátráme po chronické rýmě, chrápání.

Chronický **vlhký kašel je vždy vážným nálezem** a musí vést k důkladnému vyšetření a k vyloučení cystické fibrosy a imunodeficiency.

Náhly začátek obtíží vyvolává podezření na aspiraci cizího tělesa.

Kuřácká anamnéza.

2. Objektivní vyšetření

Nezbytnou součástí fyzikálního vyšetření jsou parametry růstu a vývoje dítěte.

3. Základní laboratorní vyšetření k posouzení parametrů zánětu: FW (CRP), kompletní krevní obraz. V případě podezření také serologické vyšetření k vyloučení infekční etiologie kašle (respirační viry, chlamydie, mykoplasma, pertusse, parapertusse)

4. Nativní zadopřední RTG vyšetření plic

5. Spirometrie = vyšetření plicní funkce (nejčastěji metodou **křivka průtok – objem**).

Je-li prokázána obstrukce dýchacích cest, provádíme následně **bronchodilatační test** (například inhalací Ventolinu).

Je-li klidová spirometrie normální, doporučuje se provést **test bronchoprovokace** (u dětí nejčastěji volným 6ti minutovým během).

Tato vyšetření pomohou odpovědět na otázku, zda příčinou kašle je **bronchiální astma**.

Pozn. Někdy je jako alternativa těchto vyšetření doporučováno domácí měření vrcholové výdechové rychlosti (PEF) pomocí výdechoměru, ale tato metoda má význam omezený.

6. Podrobné ORL vyšetření při podezření na **chronickou rýmu se zatékáním do noso-**



hlitanu. (Případné RTG nebo CT vyšetření paranazálních dutin indikuje ORL specialista).

U dětí je nutno zdůraznit pátrání po zvětšené adenoidní vegetaci.

Základní metodou ORL vyšetřování se stává nosní endoskopie.

7. Alergologické vyšetření vzhledem k alergii jako časté příčině chronické rýmy i bronchiálního astmatu (vyšetření kožními testy a/nebo vyšetření specifických IgE protilátek).

8. Jako další nejčastější příčina kašle bývá zjišťován **gastroezofageální reflux**.

Standardem k jeho průkazu je **jícnová 24-hodinová dvoukanálová pH metrie** (se současným sledováním a zapisováním epizod kašle).

Vzhledem k problematické dostupnosti a relativní invazivnosti tohoto vyšetření je při klinickém podezření doporučeno zahájit **léčebný pokus inhibitory protonové pumpy** – (omeprazol 1-2 x 10-20mg po dobu 2-4 měsíců), případně v kombinaci s prokinetiky, vždy v kombinaci s antirefluxním režimem

a diety.

U kojenců je doporučena úprava konzistence stravy, režimová opatření a případně prokinetika jako léčba první volby.

9. Při specifickém podezření, především při příznacích chronického zánětu průdušek s vykašláváním, jsou doporučena vyšetření **chloridů v potu** (k vyloučení **cystické fibrosy**) a základních tříd **imunoglobulinů** IgG, IgA, IgM s případným podrobnějším imunologickým vyšetřením (k vyloučení **imunodeficiency**).

10. Při neúspěchu uvedených postupů je většinou nutno indikovat další speciální vyšetření (podrobné **pneumologické vyšetření případně s vyšetřením bronchoskopickým, podrobné funkční plicní vyšetření, (HR)CT**, Mantoux, funkční testy cílí, kardiologické vyšetření, vyšetření alfa-1 antitrypsinu a další).

Přínos **bronchoskopie** je zvláště významný především u těch pacientů, kde existuje anamnestické podezření na vdechnuté cizí těleso nebo na vrozené anomálie.

■ Nejčastější příčiny chronického kašle a jejich léčba

Základním požadavkem na úspěšnou léčbu je zjištění příčiny kašle a její kauzální léčba.

Stav po respirační virové infekci („Postinfekční kašel“)

Jako postinfekční je označován perzistující, neproduktivní kašel, který začíná v časové návaznosti na respirační infekci (až u čtvrtiny pacientů s chronickým kašlem). Předpokládá se, že příčinou postinfekčního kašle je přetrvávající zánět v dýchacích cestách s přechodně zvýšenou bronchiální reaktivitou.

Předcházela-li vzniku kašle respirační infekce a není-li u pacienta patrné žádné riziko, většinou je doporučeno pacienta nebo rodiče uklidnit a vyčkat 6-8 týdnů při symptomatické léčbě.

Zvláštním typem je pertusoidní kašel (postihuje i očkované děti), přicházející v záchvatech, dusivý, s lapáním po dechu nebo se zvracením. Diagnostika je serologická – při vzestupu titru protilátek. Bez ohle-



Lokální antibiotická a protizánětlivá léčba

Bioparox®

fusafungin

Praktické balení

Lék pro každou rodinu

Speciální aplikátor pro děti

Příjemnější dávkování

2 inhalace nosem a 4 inhalace ústy ~ 4x denně

Složení: Fusafunginum 0,5 g v 100 ml roztoku. **Charakteristika:** Mikronizovaný aerosol obsahující 10 ml (400 odměřených dávek) roztoku se třemi nástavci (1 ústní nástavec a 2 nosní nástavce). **Indikace:** Lokální léčba zánětů a infekcí sliznice hltanu a dýchacích cest – při rhinitis, sinusitis, rhinopharyngitis, laryngitis, pharyngitis, tonsillitis, stavech po tonsilektomii, tracheitis, bronchitis. **Dávkování a způsob podávání:** Přípravek je určen pro inhalaci ústí a nosem. Dávkování je stejné pro všechny indikace. **Dospělí:** Obvykle 4krát denně 2 vstřiky do každé nosní dírky a 2 až 4 vstřiky do úst. K dosažení maximálního a dlouhodobého účinku je třeba dodržovat dávkování a podávání přípravku 8-10 dní. **Kontraindikace:** Děti mladší 30 měsíců. **Interakce:** Znamá nebo předpokládaná přecitlivlost na účinnou látku nebo pomocné látky. **Speciální upozornění:** Indikace neoprotivuje k dlouhodobé terapii, protože může dojít k porušení rovnováhy mikrobiální flóry s nebezpečím šíření bakteriální infekce. V případě příznaků celkové infekce je nutné podání systémového antibiotika. **Interakce:** Dosaď nebyly zaznamenány žádné lékové interakce s topicky podávaným fusafunginem, ani při současném podávání se systémovými antibiotiky. **Nežádoucí účinky:** Zřídka se mohou vyskytnout bakterijné infekce a zčervenání kůže. Jsou zpravidla přechodné a nevyžadují přerušování léčby. **Uchování:** Uchovávejte při teplotě do 50°C. Nádobka se nesmí propíchnout a ani případně vhozet do ohně. **Registrace:** Účel: 15/833/925/C. Přesné informace o preskripci viz Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách i bez lékařského předpisu. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Další informace lze vyžádat na adrese: **Servier, s.r.o.,** Praha City Center, Klimentská 46, 110 02 Praha 1, tel.: +420 222 118 510, fax: +420 222 118 501, www.servier.cz Držitel registračního rozhodnutí: **Les Laboratoires Servier**, 22 rue Garnier, 922 00 Neuilly-sur-Seine, Francie. **Datum poslední revize textu:** červenec 2005.



du na léčbu (makrolidová antibiotika) může dále kašel přetrvávat řadu měsíců.

Chronická rhinosinusitis („Syndrom zadní rýmy“)

Pacient má ucpaný nos, přetrvávající výtok z nosu, bolesti v obličeji a pocity zatékání do nosohltanu, někdy s popotahováním. Typické je chrápání a porucha sluchu u batolat a předškolních dětí. Při vyšetření bývá patrný zánět sliznice nosohltanu se stékajícím hlenem a zduřelá nosní sliznice.

Léčebně se podávají intranasálně steroidy a antihistaminika, někdy v kombinaci se sympatikomimetiky působícími dekongestivně. Při zřejmých známkách infekce (bakteriální sinusitida) jsou indikovány také antibiotika, a to na dostatečně dlouhou dobu (2-3 týdny). Význam bakteriologického vyšetření prostého výtěru z nosu a z krku je k indikaci antibiotik sporný. Někdy léčebně pomáhají výplachy nosu salinickým roztokem. V případě průkazu alergie je doporučen protialergický režim a u vybraných pacientů alergenová imunoterapie. Chirurgický výkon indikuje ORL specialista (adenotomie, polypektomie, úprava anatomických poměrů v nose).

Astma bronchiale („Cough variant asthma“)

Pro asthma bronchiale svědčí, když je suchý dráždivý kašel provokován námahou, smíchem, chladným vzduchem. Pacienti mívají noční exacerbace kašle někdy i s probouzením. Typické astmatické známky jako pískoty na plicích nebo tíha na hrudníku mohou u tohoto typu astmatu zcela chybět.

Doporučená léčba je stejná jako standardní doporučení pro léčbu astmatu, základem léčby jsou inhalační kortikosteroidy. V některých případech jsou úspěšné antileukotrieny.

V případě poinfekčního začátku kašle je zvláště u malých dětí nezbytné diagnosu astmatu potvrdit následným přerušáním preventivní protiastmatické léčby a zaznamenáním případného návratu obtíží.

Gastroesophageální reflux (GER) je uváděn jako příčina chronického kašle v minimálně 15% případů. GER se může vyskytovat ve všech věkových skupinách a u většiny

starších dětí nemá žádné gastrointestinální příznaky.

Proto je léčba (léčebný test) s omeprazolem v trvání alespoň 2-3 měsíce doporučen tehdy, když reflux není jako příčina kašle vyloučen. Léčbou druhé volby je přidání prokinetik. Dále se doporučuje dieta s vyloučením potravin a léků, které indukují nebo zhoršují GER (teofylin, káva čaj a kakao, tučná a dráždivá jídla, sycené nápoje), vyloučení jídla a pití 2 hodiny před ulehnutím, snížení tělesné hmotnosti.

U kojenců je doporučena úprava konzistence stravy (antireflexní mléka, přídatky pevné stravy) a režimová opatření.



Cisaprid byl pro nežádoucí účinky na převodní systém srdce vyřazen z preskripce.

V úzce indikovaných případech se provádí léčba chirurgická (fundoplikace).

Pasivní kouření – uvádí se až 50% výskyt chronického kašle u dětí v rodinách, kde oba rodiče kouří.

Chronická bronchitida. Bronchiektasie

Jsou uváděny jako příčina chronického kašle asi u 4% pacientů. Obvykle jsou příznakem jiné základní nemoci (chronická infekce, imunodeficience, cystická fibrosa, opakované aspirace, cizí těleso). Léčba se řídí zjištěnou základní příčinou.

Hypotonická dyskinesa průdušnice („Nestabilní trachea“, „Tracheobronchiální kolaps“)

Těmito názvy jsou označovány stavy hluchého, drsného, hýkavého kašle s občasnou záchvatovitou dušností nebo se stridorem. Vzniká vibrací vzduchu při nestabilitě a vyšší kolapsibilitě tracheální stěny. Příčina není známá, uvažuje se o zánětlivém poškození tracheobronchiální stěny při chronické bron-

chitidě nebo i po běžné respirační infekci.

Podobný klinický obraz může mít i méně významný cévní útlak dýchacích cest. Diagnostika je endoskopická (hypotonie, nestabilita a zužování průdušnice). Určité podezření můžeme mít z tvaru křivky průtok-objem při spirometrickém vyšetření. Farmakologická léčba krom symptomatického použití antitussik neexistuje, zkouší se dýchání s pozitivním přetlakem a aplikace stentů.

Užívání ACE inhibitorů

Vzhledem k tomu, že i u dospívajících hypertoniců mohou být používána tato antihypertenziva, je třeba vědět, že asi u 10-15% pacientů užívajících tyto léky se objevuje kašel - většinou brzy po zahájení léčby. Lék je třeba úplně vysadit, snížení dávky nebo změna přípravku ve stejné skupině stav nezlepší.

Psychogenní kašel - většinou neproduktivní pokašlávání nebo „čištění hrdla“ má někdy podobu neurotického tiků nebo může jít o štekavý až bizarní kašel. Léčba je symptomatická, lze přechodně podat antitusika, vhodná je spolupráce s psychologem event. psychiatrem a někdy například pobyt v dětské léčebně za účelem vyřazení dítěte z jeho běžného prostředí.

Idiopatický kašel je diagnosou „per exclusionem“.

Symptomatická léčba by měla být u chronického kašle výjimkou. K potlačení kašle se využívají antitusika kodeinová i nekodeinová, někdy inhalace ipratropia bromidu nebo nedokromilu. U produktivního kašle je krom řady farmak využívána inhalační léčba a fyzioterapie, důležitá je dostatečná hydratace.

Závěr
Kašel jako příznak je někdy chybně léčen symptomaticky, což má za následek komplikace neodhalené a neléčené základní choroby.

Kašel je výrazný a velmi obtěžující symptom, ale cílem léčby nemůže být potlačení tohoto reflexu, nýbrž pokud možno odstranění příčiny kašle.

Literatura u autora



Kašel a jiné příznaky astmatu u dětí ve věku 0 - 8 let

Jiří Novák*, Alois Zapletal, Peter Čižnár***, Jaroslav Fábry⁺, Václava Gutová⁺⁺,
Ludmila Kopecká*, Jarmila Křikavová⁺⁺⁺, Bronislava Novotná[§], Vladimír Pohanka⁺,**

Eva Sadílková*, František Zápalka^{§§}

* Oddělení dětí a dorostu a Alergologie a klinická imunologie, Litomyšl

**Laboratoř pro funkční diagnostiku, I. Lékařská fakulta, Praha – Motol

***Dětská klinika, FN Bratislava

⁺Šrobárov ústav detskej TarCH, Dolný Smokovec

⁺⁺Ústav klinické imunologie a alergologie, FN Plzeň

⁺⁺⁺Ambulance pro alergologii a klinickou imunologii, Český Krumlov

[§]Ambulance pro alergologii, III. Interní klinika, FN Brno – Bohunice

^{§§}Dětská klinika FN Olomouc

Souhrn

Pro průduškové astma malých dětí je příznačné vysoké procento onemocnění s atypickým průběhem. K jejich vyhledání slouží předložených 10 skupin příznaků se sensitivitou pro astma více než 95 %.

■ Úvod

Myšlenka časného a včasného zahájení léčby astmatu se začala diskutovat v devadesátých letech minulého století. Vychází ze závěrů studií přirozeného vývoje astmatu a účinku inhalačních kortikosteroidů (IKS):

1) Polovina případů perzistentního astmatu začíná v časném období života. Ve věku do 6 let je to 60 – 80 % případů.

2) K poruše funkce plic dochází také převážně v prvních letech života. Astma, které není těžkého stupně, od šesti let života již většinou neprogreduje.

3) Bylo opakovaně prokázáno, že pravděpodobnost závažnějších systémových účinků IKS je při nízkém dávkování malá.

Základní podmínkou včasné terapie astmatu je vyhledání astmatiků v populaci pískajících, kašlalajících a opakovaně stonajících malých dětí a jejich odlišení od pacientů se stejnými, ale přechodnými symptomy neastmatického původu. Pokud je vůbec možné vývoj ireparabilních bronchiálních změn ovlivnit, měl by být takový pokus učiněn v prvních letech života. Přes současné pokroky zůstává diagnostika astmatu v útlém dětství stále velkou svízeli. Skóre symptomů v postupně inovovaných variantách podle Martinezové, Rodriguezové a Guilbertové patří mezi ojedinělé materiály s konkrétním návodem. Vychází z Tucsonské studie, započaté v Arizoně v r. 1980 náborem 1246 novorozenců, kteří byly klinicky, biochemicky a spirometricky

sledováni v průběhu celého dětství. Ve vztahu ke Střední Evropě v roce 2008 však tato klíčová studie jeví některé zásadní problémy. Jde kromě jiného i o omezený počet hodnocených příznaků, v jehož důsledku je predikční přesnost jmenovaných skóre pouze kolem 50 %, tedy pro praxi nevyhovující. Je tedy třeba hledat další diagnostické možnosti.

Diferenciálně diagnosticky je sdělení zaměřeno především na hlavní problém – časné odlišení prvních projevů astmatu od neastmatických obstrukcí dolních cest dýchacích (DCD). Astma u malých dětí se často projevuje pouze sporadickými exacerbacemi v rámci infekcí dýchacích cest, které však někdy bývají i velmi závažného charakteru a vyžadují si proto preventivní farmakoterapii. Jinou podobou počínajícího astmatu v dětském věku mohou být i četné respirační infekty bez dušností či pískotů, anebo jenom déletrvající či recidivující suchý kašel v různých variantách. Často jsou jediným příznakem pouze zátěžové symptomy, případně jenom snížená tělesná výkonnost. K těmto poměrně běžným obrazům dětského astmatu klasifikační schéma Globální iniciativy pro astma (GINA) nepřihlíží. Indikační kritéria konsenzu GINA pro léčbu nejsou často splněna ani tam, kde by kontrolní terapie mohla mít blahodárný dopad na kvalitu života a další vývoj dítěte. Je tomu tak z důvodu reálného průběhu astmatu malých dětí, potíží s technickým provedením spirometrie nebo měřením variability PEF a mnoha dalších problé-

mů a odchylek, které jsou pro dětský věk specifické. Iracionální přenášení diagnostiky astmatu a indikací preventivní medikace z dospělého věku na malé děti vede tak často ke konfuzi a nezahájení vhodné terapie. Snad i z tohoto důvodu farmakoterapie části našich dětských pacientů neodpovídá ani poslednímu konsenzu GINA, který věnuje astmatu předškolních dětí stále málo pozornosti. Nesrovnatelně více údajů o klasifikaci a léčbě astmatu malých dětí je možno nalézt v Americkém panelu expertů EPR (NIH – NHLBI), obzvláště v jeho poslední, třetí verzi. Astma malých dětí jeví tedy speciální problematiku, spojenou s diagnostikou a léčbou. Při pohledu z pozice astmatu dospělých jsou příznačné časté atypické projevy. Zůstává tedy otázkou, zda nadále považovat dětské astma za totožné s astmatem dospělých jenom proto, že se předpokládá společná patogeneze a patofyziologie. Řešení problémů dětského astmatu by nemělo, podle autorů III. Mezinárodního pediatrického konsenzu pro management dětského astmatu (MPKDA), vycházet z extrapolace výsledků studií dospělých na děti. V těchto souvislostech se také často upozorňuje na nedostatek kvalitních studií astmatu u malých dětí. Kvalitní studie, nezávislé na farmaceutických firmách, probíhají v posledních letech v USA pod zastřešením NHLBI.

Každodenní praxe si řešení dušností charakteru obstrukce DCD vyžaduje. Protože jde o velké počty malých pacientů s opakovanými obtížemi,



tab. č. 1

Dotazník pro rodiče podle Fanirana a Woolcockové z „Centre for Sleep disorders and respiratory failure St. George Hospital, Kogarah Australia“ (Chest, 1999)

1. mělo Vaše dítě posledních 12 měsíců kašel, který trval déle než 3 týdny a byl ve spojitosti s respirační infekcí?
2. vyšetřoval v posledních 12. měsících Vaše dítě lékař pro kašel trvající déle než 3 týdny, který byl ve spojitosti s respirační infekcí?
3. užívalo Vaše dítě posledních 12 měsíců nějaké léky proti kašli trvajícím déle než 3 týdny, který nebyl v souvislosti s respirační infekcí?
4. mají změny počasí vliv na zhoršení kašle?
5. zhoršuje cvičení kašel Vašeho dítěte?
6. zhoršuje smích kašel Vašeho dítěte?
7. zhoršuje pití chladných nápojů kašel Vašeho dítěte?
8. zhoršuje se suchý kašel Vašeho dítěte během dne?
9. zhoršuje se vlhký kašel Vašeho dítěte během dne?
10. ruší v posledních 12 měsících kašel spánek Vašeho dítěte?
11. ruší v posledních 12 měsících kašel Vašeho dítěte Váš spánek?

tab. č. 2

Hodnoty celkového IgE u smíšené populace (Wahn)

Věk (roky)	1 rok	2 roky	3 roky	5 roky	6 roky
HODNOTY PRŮMĚRNÉ					
Dívky 50. perc.	6	19	25	45	47
Chlapci 50. perc.	4	12	16	25	32
HODNOTY ZVÝŠENÉ					
Chlapci 75. perc.	16	58	72	110	118
Dívky 75. perc.	11	30	51	64	80
HODNOTY VYSOKÉ - 90. PERCENTIL					
Chlapci 90. perc.	44	137	197	271	269
Dívky 90. perc.	35	77	116	155	249
HODNOTY VYSOKÉ - 95. PERCENTIL					
Chlapci 95. perc.	85	248	297	501	493
Dívky 95. perc.	62	189	206	241	421

tab. č. 3

Hodnocení výsledků klidové spirometrie podle Zapletala

Klasifikace obstrukce periferních dýchacích cest podle prof. Zapletala.	Jiné vyšetřované parametry a jejich přibližný vztah k obstrukci DCD.				
	MEF25	MEF50	MEF75, PEF	FEV1	FVC
Lehká	54 - 67% n.h.	62 - 72% n.h.	norm.	norm.	norm.
Rozdíl SD	ˆ - 2 až -3 SD	ˆ - 2 až - 3 SD			
Střední	44 - 53 % n.h.	53 - 61 % n.h.	< 72 % n.h.	< 84 % n.h.	norm.
Rozdíl SD	ˆ - 3 až - 4 SD	ˆ - 3 až - 4 SD		< - 2 SD	
Těžká	< 36 - 43 % n.h.	< 45 - 56 % n.h.		< 60 % n.h.	< 84 % n.h.
Rozdíl SD	ˆ - 4 až - 5 SD	ˆ - 4 až - 5 SD			< - 2 SD
Velmi těžká	< 36 % n.h.	< 44 % n.h.		< 50 % n.h.	< 50 % n.h.?
Rozdíl SD	ˆ < - 5 SD	ˆ < - 5 SD			

MEF₂₅ a MEF₅₀ (maximální výdechové rychlosti na úrovni 25 nebo 50 % vitální kapacity), n.h. - náležité hodnoty, FEV₁ - úsilivně vydechnutý plicní objem za první vteřinu, dříve vteřinová vitální kapacita, FVC - úsilivně vydechnutá vitální kapacita plic, Aex - plocha pod křivkou MEFV, SD - směrodatná odchylka

někdy se postupovat musí. Jejich léčbu nelze odkládat s očekáváním na velký mezinárodní konsenzus v budoucnosti. Potřebujeme proto nejen diagnostické skóre astmatu, ale i vodítko k jeho léčbě, odrážející také dnešní pokroky v poznání účinků farmakoterapie. Potřebné hodnocení by mělo směřovat k rozšíření indikací preventivní medikace oproti klasickému pojetí GINA zejména o stavy, které nejsou vysloveně těžké, ale zhoršují kvalitu života. Zde se běžně doporučuje, ve shodě s dnešním pojetím farmakoterapie, relativně neškodné nízké dávkování inhalačních kortikosteroidů a také využívání antileukotrienů.

Předložené sdělení vychází z pětiletého prospektivního klinického sledování, hodnocení a ověřování u souboru 268 dětí s dg. susp. asthma bronchiale ve věku 0 - 8 let i z porovnání výsledků s příslušnou literaturou. **Materiál má sloužit jako přehled příznaků a nejčastějších rizikových faktorů u našich dětí s respiračními symptomy.** Současně bylo vypracováno i číselné vyjádření a hodnocení skóre astmatu, skóre indikací terapie astmatu a skóre potvrzení diagnózy astmatu (materiály ze Setkání lékařů ČR a SR v Litomyšli). Vlastní, číselné vyhodnocení skóre není předmětem tohoto sdělení. 10 skupin údajů a příznaků pro skóre astmatu je zahrnuto v níže uvedených 10 odstavcích s případnými indexy a) - c):

1. Klidové stavy ztíženého dýchání

1a) Pískoty při dýchání jako auskultační fenomén typický pro průduškové astma vznikají v důsledku rozechvívání generalizovaně zúžených stěn centrálních bronchů proudícím vzduchem. Obstrukce periferních dýchacích cest není slyšitelná. Pískoty se objevují nejen ve výdechu, ale někdy i v nádechu. Mohou být různého počtu (hustoty) i jakékoli intenzity (od distančních fenomenů až po slabé pískoty, slyšitelné jenom fonendoskopem při forsírovaném dýchání). Doba přetrvávání posledního nálezu může být téměř jakákoli. Někdy je možné zastihnout řídké nebo ojedinělé pískoty i ze sporadicky zúžených nečetných průdušek nebo také pro jejich částečnou obstrukci hlenem. V těchto případech nebývají patrné příznaky



ztíženého dýchání, pocit dušnosti, ani porucha funkce plic. U těžkých exacerbací bývá zase častým nálezem absence pískotů nebo i jakýchkoli auskultačních projevů dýchání (mrtvé ticho). Jako pískavé dýchání se v navrženém skórování astmatu také započítává údaj typického dýchání s distančními pískoty zaznamenaný laikem, který má osobní zkušenost s tímto fenoménem. Výskyt pískavého dýchání může být tedy prokázán auskultací nebo i důvěryhodnou anamnézou.

U kojenců a batolat je respirační infekce nejčastější příčinou exacerbace nebo symptomů astmatu. Virová nákaza a příznaky astmatu se u nich většinou vyskytují společně. Proto přítomnost infekce v souvislosti s obstrukcí průdušek často nemá na vlastní diagnózu astmatu vliv. Oproti starším údajům je nutné poznamenat, že ani přítomnost nebo absence febrilií nemá pro diferenciální diagnózu pískavého dýchání u malých dětí významnější význam. Tak jako astmatik může prodělavat svoje infekční exacerbace i s febriliemi, virové neastmatické bronchitidy zase mají často průběh afebrilní nebo kromě poslechového nálezu i téměř asymptomatický. Nejčastější příčinou exacerbace astmatu malých dětí vůbec je rhinovirová infekce. Obstrukce dolních cest dýchacích může být u respirační nákazy jediným příznakem. Proto je někdy infekční příčina exacerbace těžko klinicky postižitelná, pouze snad z epidemických souvislostí.

1b) Epizodou pískavé dušnosti, vyžadující léčbu systémovými kortikoidy se rozumí nejméně středně těžká epizoda astmatu, která na léčbu β_2 adrenergiky významněji nereaguje nebo dochází pouze k nedostatečné odpovědi, malé reversibilitě či zlepšení trvá dobu kratší než 4 hodiny a potom následuje návrat příznaků.

■ 2. Zátěží indukované symptomy

2a) Pískoty a/nebo kašel vznikající v důsledku zátěže. Tak jako jiná onemocnění, i dětské astma se může snadno zanedbat podceněním nálezů, které vyzorovala byt sebeúzkostnější matka. Zátěží navozené příznaky mohou být po dlouhou dobu jedinými projevy astmatu.

2b) Jiné zátěžové symptomy. Může být zjištěno nápadné zadýchávání při tělesné zátěži v podobě nepřiměřeně zrychleného a/nebo prohloubeného dýchání. Záleží i na dechovém vzorci dítěte. Nadměrné zadýchávání se často objevuje i v nepřítomnosti typických pozátěžových symptomů, jako jsou kašel nebo pískoty. U předškolních dětí bývá rodiči nápadně často upozorňováno na skutečnost, že dítě nestačí ve hře svým vrstevníkům. Vedle malé výkonnosti bývá patrná i zvýšená únavnost nebo nadměrné

pocení. Někdy je únava na dítěti patrná i po celý zbytek dne po zátěži. Častý je i údaj, že dítě v důsledku běhání po venku nebo jiné tělesné aktivity během dne kašle až doma večer. Význam a správné zhodnocení uvedených příznaků se někdy ukáže až retrospektivně, po více letech.

Zátěžové symptomy mohou přicházet nepravidelně, někdy sporadicky. Provokačním momentem nemusí být jenom běhání, ale běžně také smích, pláč, kašel, studený vzduch, přechod z chladu do tepla a jiné vlivy. Domácí živé hry, škádlení, dovádění nebo polštářové války navozují často respirační symptomy astmatu. Příčinou jsou fyzikální podněty působící na dýchací cesty v kombinaci se zvýšenou expozicí alergenům a vzdušným nečistotám.

Cenným vodítkem k diagnóze může být ústup pozátěžových příznaků do deseti minut po bronchodilatační léčbě nebo jejich prevence protizánětlivou medikací, při které někdy dítě přímo jakoby rozkvete. Klíčový význam bronchiální hyperreakivity (BHR) pro diagnózu astmatu je nesporný a je zakotven jak v definici astmatu, tak v některých zásadních dokumentech. Hyperreaktivita dýchacích cest se nemusí do skóre započítávat pokud jde o izolovaný příznak po respiračním infektu. Současně však platí, že právě u astmatika reaktivitu dýchacích cest často zvyšuje respirační infekce. Ve 3. konsenzu amerických expertů (EPR3) jsou jakékoli zátěžové symptomy vždy hodnoceny jako příznak astmatu perzistentního. **U nejmenších dětí** však obstrukční projevy dýchacích cest při spontánní tělesné aktivitě a jejich mizení při spánku častěji nesouvisí s BHR. Jejich příčinou bývají často vrozeně menší plíce a tím i užší dýchací cesty. Tělesná zátěž potom nepůsobí auskultační fenomény mechanismem bronchokonstrikce, ale samotnou zvýšenou ventilací, která v užších dýchacích cestách způsobuje turbulence vzduchu. Jde o častý stav neastmatické etiologie. V případě BHR může jít i o další neastmatické poruchy respiračního systému. U vyspělejších dětí je údaj zátěží indukovaných symptomů třeba vždy verifikovat bronchomotorickými testy s vyšetřením pozátěžové maximální výdechové křivky průtok – objem.

Variabilitu obstrukce po zátěži je možné provéřit inhalací β_2 adrenergika. V ordinaci jde o ukončení bronchokonstrikčního testu testem bronchodilatačním. Pro základní orientaci o stavu pacienta někdy lze v hodnověrných případech anamnesticky hodnotit výsledek domácích **léčebných aplikací bronchodilatancí. U takového „domácího bronchodilatačního testu“** může takováto hodnověrná anamnéza postačit, obzvláště je-li zlepšení po inhalaci β_2

adrenergika jednoznačné, rychlé a opakované a referuje-li rodič se zkušeností s astmatem.

■ 3. Recidivující kašel nebo respirační infekce

3a) Kašel je v mnoha ordinacích jedním z nejčastěji vyslovovaných slov. Skóre astmatu se hodnotí také u pacientů s protražovaným nebo často opakovaným kašlem, pokud nebyla zjištěna jiná etiologie. Hodnocení samotného kašle upřesňuje dotazník rodičům podle Fanirana a Woolcockové (tab.1). Je samozřejmé, že při posuzování tak nespécifického příznaku jako je kašel, musí lékař přihlížet k mnoha okolnostem a analyzovat kašel v jeho kvantitě i kvalitě. **Protražovaný kašel** je vymezen každodenními projevy, přetrvávajícími nejméně po dobu osmi týdnů. Na počátku může být respirační infekce. U astmatu však často dochází k tomu, že po odeznění infekce tento symptom dlouho přetrvává, takže se vyskytuje převážnou dobu bez zjevných známek aktivní nákazy. Hraniční, ale častou problematikou jsou spontánně proběhlé nebo nevhodně léčené infekce atypickými bakteriemi. Jejich vztah k astmatu však zatím není jednoznačně objasněn. **Intermitentní nebo recidivující kašel** se v nejméně tříměsíčním období manifestuje celkem po větší počet dní, než jsou dny bez kašle. Asymptomatická období jsou různě dlouhá a jsou střídána dny s kašlem. Někdy jde o intervaly několikadenní, v jiných případech se potíže střídají v delších obdobích nebo i několikadenních blocích, často nepravidelně. Potom jde např. o dvě čtyřdenní nebo čtyři třídenní období s kašlem během poslední poloviny roku.

Výše uvedené kategorie kašle je třeba považovat za umělé, jeho frekvence a doba trvání mají význam jenom orientační. Musí být zvážena např. také jeho intenzita a charakter. Různé respirační příznaky, včetně různých kvalit kašle, mají různý stupeň specifčnosti pro astma. Kašel jako varianta astmatu v typických případech přichází v noci, je suchý, dráždivý, často nezávislý na respirační infekci, běžně značně intenzivní a proto obtěžující a narušující spánek. Reaguje na bronchodilatační léčbu. Kombinací s respirační infekcí na začátku kašle i v jeho průběhu se uvedený typický charakter může nejrůznějším způsobem měnit. Při a po bronchitidě, bronchopneumonii nebo KHCD může být infekce samotná, tak jako astma, podkladem hyperreaktivitu dýchacích cest a tedy snadného podráždění ke kašli. V každém případě však musí být infekce vždy správně pojmenována a zhodnocena zvlášť. S kašlem by neměly být zaměňovány krátké, mimovolní nebo volní fonace typu „ehm, mhm,“, tikového charakteru. Vznikají jiným než tussickým mechanismem, na



počátku bývá někdy dráždění v hltanu.

3b) Opakované respirační infekce a astma.

Zvýšená tendence k respiračním infekcím je obzvláště u nejmladších astmatiků známá. Údaje o souvislosti RSV infekce jako spouštěče patogenetického mechanismu s následným vývojem astmatu jsou stále kontroverzní. Příznačné jsou zde věkové závislosti. Zatímco prodělaná RS virová bronchiolitis v kojeneckém období vedla ke zvýšenému výskytu sípavého dýchání ve věku 3, 7 a 8 let, ve věku 13 let již nebyla tato závislost zřejmá. Virové infekce se u malých dětí dávají častěji do souvislosti s neastmatickými, přechodnými obstrukčními bronchitidami, podle Martineze jde o wheezing transient.

Pokud je dítě zvýšeně a opakovaně vystavováno zdrojům nálezů, má frekvence respiračních infekcí a také kašle podstatně menší výpovědní hodnotu. Při zvýšeném kontaktu s respirační nákazou (typicky docházka dítěte nebo jeho sourozence do MŠ) se těžko dají kašel či opakované respirační infekce hodnotit. Respirační symptomy bývají často na pomezí fyziologické obranné reakce proti infekčním atakám dýchacích cest. Správné zhodnocení příčiny vysoké nemocnosti je pak možné většinou až po snížení expozice k nálezům. Obzvláště škodlivá může být snaha o „otužení“ astmatika vůči infekcím dětským kolektivem. S takovouto parafrází hygienické hypotézy se často setkáváme. Někdy dochází k odkladu skutečného řešení, tedy léčby astmatu, prostřednictvím léků na „povzbuzení imunity“ - probiotiky, antioxydancie, enzymy, vitaminy, výživovými doplňky nebo podobnými pokusy o únik z problému, které vedou často k neprovedení postupu lege artis.

Pokud jsou opakované respirační infekce provázeny dalšími příznaky, uvedenými v bodech 4 - 10 (atopie, alergie, laboratorní markery, porucha funkce plic), jde o stav kdy pravděpodobnost astmatu vysoce narůstá.

4. Výskyt atopických onemocnění v rodině

4a) Výskyt astmatu u jednoho příbuzného 1. stupně. Vnější prostředí má přibližně sedmdesátiprocentní vliv na manifestaci astmatu, zbylých 30 % tvoří genetická zátěž s dědičnou atopií a astmatem. Riziko astmatu souvisí s jeho výskytem v příbuznosti 1. stupně, tedy u sourozence, otce a nejvíce pak u matky. Podstatně častější anamnestický údaj astmatu u matek než u otců šestiletých dětí s opakovaným hvízdavým dýcháním prokázal již Martinez. Souvislost astmatu u matek a hvízdavého dýchání kojenců a batolat je také prokázána (Tariq). Anamnéza astmatu u obou rodičů přibližně zdvojnásobuje

toto riziko. Přes výraznou vazbu mezi astmatem a atopií u matky a dítěte bylo zaznamenáno oslabení této závislosti s přechodem dětského věku do dospělosti. Ve studii Witherse zůstal tento vztah signifikantně zachován pouze u mladých žen - dětí alergických matek.

4b) Atopické onemocnění jiné než astma u dvou příbuzných 1. stupně. Byla zaznamenána závislost astmatu u probanda na výskytu ostatních atopických onemocnění v příbuznosti 1. stupně. Oproti závislosti na výskytu astmatu v rodině však nerozlišené atopické onemocnění znamená obecně riziko nižší. Proto se ve skóre astmatu hodnotí jedním bodem až výskyt atopického onemocnění u dvou jedinců s příbuzností prvního stupně, výskyt u jednoho příbuzného se bodově nehodnotí. Za atopická onemocnění se počítají IgE mediované formy následujících nemocí: **Atopický ekzém, atopická rhinokonjunktivitida, atopické astma, potravinová alergie, alergická urtika, léková alergie, hmyzí alergie, alergická anafylaxe.** Je však třeba se alespoň pokusit rozlišit IgE mediované onemocnění od ostatních forem přecitlivělosti. Např. lékové reakce s exantemem nebo lokální reakce na hmyz bez upřesnění mají větší pravděpodobnost non IgE původu.

5. Atopická onemocnění a bronchiální obstrukce v osobní anamnéze

5a) Symptomy obstrukce dolních cest dýchacích dříve než 1 rok před vyšetřením.

V odstavci 1 - 3 jsou hodnoceny symptomy astmatu podle MKPDA, tedy pokud jsou prodělané během posledního roku. (Americký konsenzus EPR 3 však tolik nespolehá na paměť pacienta a hodnotí symptomy jen za poslední měsíc). V případě kašle a respiračních infekcí se v navrženém přehledu hodnotí četnost výskytu vzhledem k sezónním vlivům za posledního půl roku. Typické astmatické projevy, prodělané dříve než před jedním rokem je však někdy třeba také zohlednit diagnosticky, přestože samy o sobě nesvědčí o astmatu aktivním. Mezi aktivním astmatem a klinicky němou genetickou dispozicí pro astma existuje ještě celá škála podob „doutnajícího“ onemocnění. Za ně je někdy možné považovat bronchiální hyperreaktivitu bez jiných projevů, jednu nebo několik episod astmatických symptomů za víceleté období, sporadicky vznikající obstrukce dolních cest dýchacích při respiračních nálezích a podobně. Tyto stavy neodpovídají definici astmatu podle GINA (...opakované projevy pískotů, dušnosti, tlaku na hrudi a kašle, převážně v noci a časně nad ránem...), přestože jejich souvislost s astmatem bývá v průběhu času někdy zřejmá. Z Tucsonské studie a dalších

studii přirozeného vývoje astmatu vyplývá, že více než polovina dětí do 3 - 6 let, které měly výrazné astmatické příznaky, jsou od 11 let bez obtíží. Přesto je zřejmé, že u zbytku populace se astmatické symptomy mohou opakovat, a to i s delší než jednorocní remisí. U některých pacientů, kteří z astmatu zdánlivě „vyrostou“ se může toto onemocnění znovu zaktivovat ve středním věku nebo i později. Podrobnosti však nejsou známé. Další vývoj se nedá předvídat a v zájmu prevence je třeba diagnostikovat i astma neaktivní. Astmatické projevy, které se objevily dříve než 1 rok před vyšetřením, se v navrženém skóre astmatu hodnotí jedním bodem.

5b) Lékařem diagnostikované atopické onemocnění u pacienta (jiné než astma). Mezi atopická onemocnění se počítají IgE mediované stavy, vyjmenované v bodě 4b.

6. Kožní testy a laboratorní průkaz alergie a atopie

6a) Zvýšená hodnota celkového IgE v séru často souvisí s manifestací atopického onemocnění nebo s atopickou konstitucí. Existují však určité výjimky. U atopiků není vzácná normální hodnota celkového IgE a naopak jeho vysoká hodnota se může objevit u neatopiků (paraziti, akutní infekce, hyper IgE syndrom). Přesto u dětí do 8 let, kde nemusí být ještě vyvinuta specifická, IgE mediovaná senzitivita, může v klinice dobře sloužit celkový IgE jako doplňující vyšetření s určitým, byť limitovaným vztahem velikosti hodnoty k závažnosti astmatu. V žádném případě však nejde o specifický marker.

Přestože hodnoty celkového IgE v krvi bývají ovlivněny i metodikou vyšetření, je třeba definovat přirozený rozptyl hodnot. Standardní metodikou CAP systém byly normy blízké naší populaci nejlépe určeny německou studií GMAS, vzniklé pod vedením Wahna. Percentilové hranice z ní vyplývající jsou pro praxi velmi užitečné. Podle statistických a klinických souvislostí je za výrazné zvýšení této hodnoty považována hranice 90. percentilu, zjištěná u smíšené populace atopiků i neatopiků (tab. 2).

6b) IgE mediovaná hypersenzitivita. Výrazně zvýšené riziko astmatu u atopického jedince bylo opakovaně prokázáno. Atopie je podle WAO (Světová alergologická organizace) definována jako tendence k produkci IgE protilátek v rámci odpovědi na nízké dávky alergenu a současně jako tendence k vývoji atopického onemocnění. Ve stejném materiálu je však upozorňováno na nebezpečí nevhodné „nálepky“ atopie v přípa-



dech, kde se ještě reakce IgE přecitlivělosti neprokázala. Studie posledních 20 let používají pojem atopie tam, kde je zjištěna pozitivita prick testu nebo prokázáno zvýšení specifického imunoglobulinu izotypu IgE v séru.

U dětí do 5 let nemusí být dána pozitivita prick testu pouze pupenem vzniklým jako reakce na alergen, která je o 3 mm větší než negativní kontrola. V některých případech může jít i o menší reakci pupenem, která je větší než reakce na negativní kontrolu. Pro připočtení 1 bodu je však za signifikantní považujeme u malých dětí vznik zřetelně ohraničeného pupenu, o 2-3 mm většího než na negativní kontrolu. Za pozitivní je u malých dětí možné někdy zvažovat i reakci erytémem. V méně výrazných, hraničních stavech je však nutné výsledek ověřit hodnotou specifického IgE a zamezit tím falešně pozitivnímu nálezu. Pro přesné a reprodukovatelné stanovení specifického IgE v malých pozitivních hodnotách (0,35 - 0,7 IU/ml), které je důležité právě v nízkých věkových skupinách, je zatím nezastupitelný CAP-FeIA systém. Exaktní vyšetření a hodnocení IgE mediované alergie je nezbytnou nutností. Omyly v diagnóze alergie v obou směrech (falešně pozitivní nebo falešně negativní) může pacient platit nákladnými opatřeními a zbytečným restriktivním režimem nebo naopak jejich absencí tam, kde hrozí riziko rozvoje onemocnění.

Význam pylů a kořičích alergenů ve vztahu k astmatu byl prokázán ve studii ETAC. Stejně tak byla zjištěna souvislost astmatu a alergenů vajíčka i plísni.

6c) Alergie na roztoče event. na tři různé inhalační alergeny. Pojem polyvalentní alergie se užívá tam, kde se IgE mediovaná senzitivita vyskytuje nejméně ve třech skupinách alergenů a znamená připočtení dalšího 1 bodu, tedy celkově dva body za odstavec 6. Zvýšený význam mnohočetné alergie ve vztahu k astmatu byl prokázán např. Německou multicentrickou studií GMAS. Za jednotlivé „skupiny alergenů“ se považují: 1. pyl 2. plísně 3. alergeny roztočů 4. alergeny savců 5. hmyz 6. potraviny 7. jiné. Skupiny jsou takto označeny pouze pro potřebu definování polyvalentní alergie.

Další 1 bod se může připočítávat také za alergii, která není polyvalentní, ale je specifická vůči roztočům bytového prachu. Jejich alergeny mají nejčastější vztah k astmatu.

7. Eosinofilní záněť

7a) Eosinofilie. Souvislost eosinofilie s astmatem je známá a vyplývá např. z Tucsonské studie. S ohledem na výsledky krevních obrazů v naší populaci bylo jako rozmezí pro patologic-

kou hranici eosinofilů v diferenciálním krevním obraze místo „Tucsonských“ 4% navrženo 5% nebo absolutní počet eosinofilů > 400 G/l krve. Nižší specifická hodnota krevních eosinofilů pro astma v tomto případě znamená, že význam tohoto jinak cenného vyšetření je třeba zvážit ještě v souvislosti s jinými možnými stavy (infekce, paraziti) nebo stavy bez vysvětlení.

7b) Eosinofilní kationický protein v séru neznámá jen aktivaci eosinofilů při astmatu, ale jeho zvýšené hladiny bývají patrné i u atopického ekzému bez astmatu. Zápalka zjistil zvýšený ECP také u polinotiků bez astmatu v období pylové sezony. Asi šedesátiprocentní senzitivita tohoto vyšetření pro astma neznámá původně zamýšlený zásadní přínos pro diagnostiku astmatu. Zvolení rozhraní normy ECP v hodnotě 23 umol/l namísto jinde používaných 18 umol/l znamená zvýšení specifity při jenom malém poklesu senzitivity vyšetření pro astma.

8. Spirometrické vyšetření

Spirometrický průkaz klidové obstrukce dolních dýchacích cest je častým nálezem u perzistujícího astmatu. K hodnocení se používá zejména **maximální výdechová křivka průtok – objem (MEFV křivka)**, která představuje průběh maximální rychlosti proudu vydechované vitální kapacity plic v závislosti na vydechovaném objemu vzduchu. Pro astma velmi citlivé jsou v průběhu křivky MEFV parametry **MEF₂₅** a **MEF₅₀ (maximální výdechové rychlosti** na úrovni 25 nebo 50 % vitální kapacity), porovnané s náležitými hodnotami (n.h.). Hranice normy a klasifikace obstrukce na základě směrodatných odchylek byly zhodnoceny prof. Zapletalem. Maximální výdechové rychlosti je vhodné porovnávat s totální nebo alespoň vitální kapacitou plic, na kterých jsou závislé. **FEV₁ (úsilovně vydechnutý plicní objem za první vteřinu**, dříve vteřinová vitální kapacita) je ukazatelem, který je v dětském věku dobře využitelný u obstrukcí středního a vyššího stupně, obzvláště pak v případech, kdy rozdíl mezi naměřenou a náležitou hodnotou **FVC (úsilovně vydechnuté vitální kapacity plic)** komplikuje srovnání maximálních naměřených a výdechových rychlostí. **Plocha pod křivkou MEFV (A_{ex})** je obzvláště užitečná pro hodnocení bronchomotorických testů, jde o senzitivní ukazatel změn funkce (Zapletal). Ostatní parametry mají význam pouze orientační, jako doplněk vyšetření. Využívání hodnoty **PEF (vrcholová výdechová rychlost)** je ve vztahu k astmatu u dětí některé zásadní nedostatky (Zapletal). Na nevhodnost PEF pro diagnostiku dětského astmatu je upozorněno také v posledním americkém konsenzu EPR3.

Snížená funkce plic u jinak zdravého dítěte může mít podle Tasmánské studie předpovědní hodnotu pro následný vývoj astmatu. Martinez však naopak snížené ukazatele průchodnosti DC pozoruje právě u malých dětí s přechodným hvízdáním oproti astmatikům, kteří měli zpočátku funkci plic normální. Pro správný výsledek spirometrického vyšetření má mimořádný význam bezchybný technický stav spirometru a jeho kalibrace stejně jako precizní provedení vyšetření personálem. Referenční spirometrické hodnoty jsou uvedeny v tab. 3. Vzhledem k jejich závislosti na výšce a pohlaví se vyjadřují ve směrodatných odchylkách od průměru.

Dnešní technické možnosti zpřístupňují uvedená vyšetření i nespécialistům, přinejmenším ve screeningové podobě. Dostupné jsou již např. kapesní přístroje na FEV₁.

9. Bronchodilatační test

Velký význam v diagnostice astmatu má reversibilita a variabilita obstrukce. Bronchodilatační test (BDT) se v zájmu standardizace provádí nejčastěji salbutamolem aer., (Ventolin, Ecosal), inhalovaným přes nástavec. U předškolních dětí se dává 200 µg 0,5 hodiny před vyšetřením. Možné je však i jiné bronchodilatans. K provedení bronchodilatační odpovědi provedeme MEFV křivku za 30 minut po inhalaci. Za rozhodující pro diagnózu pozitivitu BDT považujeme nárůst plochy pod křivkou MEFV A_{ex} o 20 % (Zapletal). Pro vzájemné srovnání maximálních výdechových rychlostí musí být i při BDT v porovnávaných křivkách stejná vitální kapacita FVC. Vyšetření PEF není vhodné ani pro bronchodilatační test. V případě FEV₁ se považuje za pozitivní navýšení o 12 %. Pro diagnózu astmatu bývá často rozhodující jednoznačný nálezní úplné reversibility obstrukce. Přestože pro obstrukci dýchacích cest u dětských astmatiků je její dobrá reversibilita většinou příznačná, některé práce i běžná praxe ukázaly i na možnost irreversibilního přetrvávání funkčních abnormit. Určitá dilatace dýchacích cest po inhalaci bronchodilatancií může nastat i u zdravého jedince. U malých dětí velmi hrozí zkreslení BDT, většinou ve smyslu falešně pozitivního nálezu, v důsledku nestandardního provedení. V praxi se osvědčil námi zavedený tzv. **dvoustupňový bronchodilatační test**, kdy se mezi základní měření a měření po nádechu dilatačního agens vkládá asi v 15 - 20 minutovém odstupu ještě jedno měření, tedy před vlastní inhalací bronchodilatancia. Tím se po adaptaci a odpočinku dítěte často dosáhne signifikantně lepšího klidového výsledku. Kdyby v takovémto případě nebyl opravný pokus proveden po odpočinku, po aplikaci bronchodilatačního podnětu



by došlo nejspíše k falešně pozitivnímu nálezu s možnou nesprávnou diagnosou astmatu se všemi důsledky pro pacienta. Je třeba upozornit, že omyly tohoto typu nastávají v praxi často.

Určitou informaci o variabilitě obstrukce poskytnete „domácí bronchodilatační test“. Rodiče mají často opakované zkušenosti s účinky při inhalaci β_2 adrenergika, markantní účinek bývá např. po bronchosmazmu navozeném námahou. V praxi může tak mnoho pomoci hodnověrná anamnéza, obzvláště je-li zlepšení po inhalaci 2 adrenergika jednoznačné, rychlé a opakované. Za validní lze považovat zlepšení obstrukce do 10 minut, v případě těžšího stavu může jít i o zlepšení s delším časovým odstupem, někdy dosažené až po opakovaných inhalacích.

Léčebný pokus – test reversibility obstrukce systémovými kortikosteroidy. Doba a dávka kortikosteroidů ke stanovení kurability obstrukce při negativitě BDT:

Perorální kortikosteroidy: (Metyl)prednisolon v dávce 1 mg/ kg podávaný po 10 -14 dn. Inhalační kortikosteroidy: 500 – 1000 ug (podle přípravku a inhalačního systému) po dobu 2 – 6 měsíců.

■ 10. Bronchokonstriční provokační testy

Bronchokonstriční test (BKT) se provádí nejčastěji volným během nebo metacholinem. Bronchiální hyperreaktivita (BHR) v dětství byla shledána jako predikční faktor wheezing persistens a vystupňované BHR v dospělosti. Může jít tedy o významný rizikový faktor pro následný vývoj astmatu u jinak asymptomatických jedinců. Děti s wheezing persistens v předškolním věku měly později nejvyšší BHR a nejnižší hodnoty funkce plic i jejich variabilitu, svědčící pro kolísající obstrukci, zejména v periférii (Tucsonská studie). Bronchokonstriční provokační testy se provádí pouze u pacientů, kteří mají normální hodnoty funkce plic, naměřené z křivek MEFV i FEV1. Za normální hodnoty považujeme ještě úbytek naměřených hodnot menší než – 2 SD v procentuálním vyjádření podle Zapletala ($MEF_{25} > 67\%$ n.h., MEF_{50} , MEF_{75} a $PEF > 72\%$ n.h., FVC a $FEV_1 > 84\%$ n.h.). Při patologickém nálezu funkce plic je BKT kontraindikován. Při samotném poklesu MEF_{25} je někdy možno BKT provést.

Bronchokonstriční test volným během se provádí submaximální zátěží po dobu 5 – 6 minut při dosažení pulsové frekvence 170/min. Křivka MEFV se vyšetřuje za 5, 10 a 15 min. po doběhnutí. Výsledek hodnotíme podle velikosti poklesu A_{ex} . Pokles o 20 – 30% považujeme za lehký bronchosmazmus, o 31 – 50 % za střední

stupeň a o více než 50% za těžký stupeň bronchokonstrikce. Ostatní spirometrické parametry jsou spíše orientační. Při pozitivním výsledku se vyšetření ukončuje inhalací β_2 adrenergika a očekává se reversibilita navozené obstrukce do původních hodnot. Bicyklová ergometrie v uzavřené místnosti, která se někde upřednostňuje, je méně vhodné vyšetření, protože má nízkou senzitivitu.

Jinou možností BKT je inhalace metacholinu ve stoupajících dávkách. Vyšetření BKT je pro astma sensitivní, ale ne zcela specifické. Pozitivní BKT znamená bronchiální hyperreaktivitu, avšak ne vždy astma. Negativní výsledek BKT může persistentní astma obvykle vyloučit, ale nikoli formu intermitentní. BHR je tedy často rozhodující z hlediska indikace protizánětlivé preventivní léčby, která je indikována u persistentního astmatu.

Bronchomotorické testy je vhodné realizovat až tehdy, pokud je klidové vyšetření provedeno správným způsobem. Jedním z důvodů je i skutečnost, že chybně vyšetřená FVC (např. předčasně „useknutý“ konec výdechu) mění hodnoty maximálních výdechových rychlostí změnou jednotlivých objemových poloh, ve kterých se odečítají. Rozdíly ve FVC pak znemožňují vzájemné srovnání maximálních výdechových rychlostí, jinak hrozí nebezpečí mylného zhodnocení reaktivity dýchacích cest. U malého pacienta je proto před vyšetřením nezbytný systematický nácvik techniky spirometrie. Potom lze v některých případech dosáhnout správného provedení křivky průtok objem i ve 2 - 3 letech.

U nespolupracujících dětí nebo při nedostatečném přístrojovém vybavení se může v běžné praxi orientačně hodnotit obstrukce dýchacích cest fyzikálním vyšetřením. Přes limitovanou senzitivitu (výpovědní hodnotu negativního nálezu) by se nemělo opomíjet. Jde o orientační provedení bronchodilatačního pokusu a bronchokonstričního testu nenormovaným během, jízdou na tříkolce, roz dováděním a pod. Bronchomotoriku lze sledovat i po pláči, smíchu nebo prudkých změnách teploty vzduchu. Pozitivní nálezy jsou časté a pro diagnózu astmatu velmi cenné. Negativní nález nevylučuje subklinickou obstrukci DC. Tělesná zátěž se u malých dětí dává přibližně s ohledem na věk a zdatnost, při pokusu se reakce pečlivě sleduje.

Podmínky provádění vyšetření maximální výdechové křivky MEFV, BDT a BKT.

• 20 minut před vyšetřením je pacient v klidu. Nevýšetřovat brzy po jídle.

• Vyšetření podrobně vysvětlit, případně i předvést.

• Vyšetření se provádí v klidu, pohodlně, vsedě. Volný oděv, uzávěr nosu.

• Je nutné maximální úsilí během celého výdechu, až do jeho konce.

• Provést nejméně 3 pokusy, zaznamenat nejlepší dle FVC, event. FEV1.

• Obzvláště pečlivě provádět i hodnotit křivku průtok – objem u předškolních dětí.

• Nelze srovnávat samotné maximální výdechové rychlosti u pokusů s různou FVC.

• Před BDT (BKT) opakovat základní pokusy až do správného provedení.

• Dvoustupňový BDT či BKT je u malých dětí často nutný, únava a snížená koncentrace nastávají brzy, dítě si musí mezi pokusy odpočinout.

• Dohled na astmatika při bronchokonstričním testu volným během jako prevence těžké reakce je nutný.

Kontraindikace bronchokonstričního testu:

3 – 8 týdnů po respiračním infektu, 3 – 6 týdnů po očkování proti chřipce, 1 týden po expozici alergenům nebo specifické imunoterapii. Signifikantní odchylka od normy v případě MEF (A_{ex} , FEV₁) je větší než 2 SD.

Nevhodná medikace před bronchokonstričním testem:

Krátkodobě působící β_2 adrenergika (SABA) a anticholinergika: 8 – 12 hod., Dlouhodobě působící β_2 adrenergika (LABA): 24 hod., metylxantiny: 8 – 12 hod., metylxantiny s prodlouženým účinkem: 24 – 48 hod., Antihistaminika: 4 dny, kromoglykáty: 2 – 4 dny, antileukotrieny: 24 – 48 hod.

Zkratky a termíny: AAAAI- Americká akademie pro astma, alergologii a klinickou imunologii, AS – Astma skóre, BHR- bronchiální hyperreaktivita, BDT- bronchodilatační test, BKT- bronchokonstriční test, DC- Dýchací cesty, DCD dolní cesty dýchací, EPR III – 3. panel expertů NAEPP, GINA - Globální iniciativa pro astma, IKS – inhalační kortikosteroidy, MEFV – maximální výdechová křivka křivka průtok – objem, MKDA- III. Mezinárodní pediatrický konsenzus pro management dětského astmatu (1), NAEPP – Národní americký program edukace a prevence astmatu, n.h. – náležitě hodnoty, NHLBI – Národní institut zdraví pro srdce, plíce a krev (USA), WAO - Světová alergologická asociace, wheezing – hvízdavé (pískavé) dýchání.

Literatura u autorů

Kazuistika: Růstová retardace jako klíčový diagnostický příznak u dívky s Turnerovým syndromem

MUDr. Ondřej Veselý, MUDr. Marie Nečasová

Endokrinologická ambulance dětského oddělení, Svitavská nemocnice a.s.

Souhrn

Autoři předkládají kazuistiku dvanáctileté dívky odeslané k vyšetření do endokrinologické ambulance pro růstové zaostávání. Dívka měla výšku pod 3. percentilem, při fyzikálním vyšetření bez známek puberty, nížce nasedající boltce a vlasová linie, lateralizace mamil. Laboratorně známky hypergonadotropního hypogonadismu, sonograficky nenalezena ovaria, děloha hypoplastická. Vyšetřen karyotyp s výsledkem 45, X0 - Turnerův syndrom. Zahájena léčba růstovým hormonem. Diagnóza mohla být u dívky stanovena dříve při správné analýze růstových grafů.

Úvod

Růst je nespecifický, ale neobyčejně citlivý indikátor zdravotního stavu dítěte. K narušení růstu vedou choroby endokrinologické, chronická onemocnění, dysplazie skeletu, některé chromozomální syndromy, ale i malnutrice a psychosociální deprivace. Zdravé dítě zaujme do 2 let věku v percentilové síti pozici, která odpovídá jeho rodičovské predikci, tuto pozici si pak drží. Výkyv růstu ve smyslu plus nebo minus, stejně jako růst mimo genetickou predikci, je signálem k zamyšlení a následnému vyšetření dítěte ve spolupráci s dětským endokrinologem. Níže uvedená kazuistika si dovoluje být upozorněním na potřebu pečlivé analýzy růstu na podkladě růstových percentilových grafů.

Kazuistika

Endokrinologické vyšetření u 12leté dívky bylo indikováno pro **růstovou retardaci** poté, co se mamince nelíbilo, že děvče je téměř stejně vysoké jako její 7-letá sestra. Z osobní anamnézy z 1. rizikové gravidity (hrozící předčasný porod, cerlage), porod v 39. týdnu, záhlavím, s hmotností 2 700 g a **délkou 46 cm**. Nekříšena, ikterus neměla. Pro opožděný motorický vývoj rehabilitace, upraveno do roku věku. Odmala **častá nemocnost**, hospitalizace pro pneumonii, pyelonefritidu. Zjištěna VVV ledvin (**refluxní a obstrukční uropatie při zdvojeném dutém systému vpravo a podkovovité ledvině**), operace v 10 měsících věku. Odklad školní docházky pro opožděný vývoj řeči. V 11 letech vyšetření na neurologii pro bolesti hlavy, EEG i CT mozku v normě. Brýle pro **refrakční vadu, zubní rovnátka**.

Při prvním vyšetření u nás v **11 letech a 10 měsících** věku míry **133 cm** a 34 kg. Dle percentilového grafu se do sedmi let věku pohybovala výškově na 10. percentilu, po 7. roku se postupně propadla **pod 3. percentil**. Při výšce otce 198cm a výšce matky 178cm by predikce finální výšky v dospělosti byla

Vpravo na fotografii naše pacientka s Turnerovým syndromem v době diagnózy, vlevo její o 5 let mladší sestra.



181,5cm \pm 8,5cm (výpočet viz text pod grafem), což odpovídá pásmu růstu okolo 97.percentilu. U dívky nebyly přítomny **žádné známky puberty**. Měla **četné pigmentové névy, nížce nasedající boltce a vlasovou linii, lateralisaci mamil**.

V laboratorních testech (normy v závorkách): **LH 14,3** (1-7) IU/l, **FSH 124,6** (2-12) IU/l, **TSHs 10,531** (0,34-5,5) mIU/l, fT3, fT4 v normě, **TG AB 912,6** (do 60) IU/ml, **TPO AB 469,2** (do 60) IU/ml, **estradiol < 20 pg/ml**. Při gynekologickém vyšetření sonograficky hypoplastická děloha, nenalezena ovaria. Na UZ štítné žlázy **hypoechogenita a hypervaskularizace** štítnice při ještě normálním objemu.

V souhrnu jsme tedy před sebou měli dívku s **nízkým vzrůstem, hypergonadotropním hypogonadismem, gonadální dysgenezí, fenotypicky stigmatizovanou s VVV ledvin** mající **subklinickou hypothyreosu** při **autoimunní thyreoditidě** bez strumy. Následně vyšetření **karyotypu s výsledkem 45,**

X0 potvrdilo podezření na diagnosu **Turnerova syndromu**. FISH sonda (fluorescenční in situ hybridizace) vyloučila přítomnost linie s Y chromozomem.

Pacientka byla předána **k terapii růstovým hormonem** do centra. Odezva na léčbu je příznivá, za rok od zahájení léčby vyrostla o 9,5 cm. Zahájena i léčba subklinické hypothyreosy levothyroxinem. Dále doplněna echokardiografie, která vyloučila VVV srdce. Ortopedické vyšetření s nálezem lehké posturální skoliosy ThL páteře. Byly negativní protilátky proti endomysiu a retikulinu. Dívka zůstává sledována ve spádových ambulancích – endokrinologické, nefrologické, oční, ortopedické.

Diskuze

Turnerův syndrom je chromozomální vada charakterizovaná chyběním jednoho chromozomu X či jeho části nebo strukturální abnormitou chromosomu X a to buď ve všech buněčných liniích nebo v mozaice. Fenotyp je proměnlivý ve vazbě na genotyp. Příznaky můžeme rozdělit do několika okruhů:

Porucha růstu začíná už prenatálně a projevuje se malou porodní délkou pod hranici 2 směrodatných odchylek vzhledem ke gestačnímu věku, tedy jako intrauterinní růstová retardace (IUGR), růstová opoždění pokračuje v dětství, prohlubuje se v pubertě a ústí v nízkou finální adultní výšku.

Kostní anomálie. Disproporcionální typ postavy s krátkým dolním segmentem, zkrácení dlouhých kostí především bérců a předloktí, ale i IV. metakarpu, valgozní lokty, skolióza, kyfóza, krátký krk, gotické patro, hypoplastická mandibula a s ní související problémy s prořezáváním zubů.

Gonadální dysgeneze charakterizovaná chybějícím, nedostatečným či opožděným pubertálním vývojem. V pozdějším věku poruchy menstruačního cyklu, neplodnost, předčasná menopauza. Laboratorně vysoké hladiny gonadotropinů (FSH, LH). Vždy při stanovení diagnózy Turnerova syndromu



Ze světa odborné literatury...

Liší se dospívající chlapci a děvčata v individuální a rodinné charakteristice užívání psychotropních léků?

Studovaný vzorek zahrnuje 2400 subjektů ze dvou středních a jedné vyšší školy. Respondenti odpovídali na mnoho otázek týkajících se rodu, věku, bodu mass indexu, kouření, alkoholu, únavnosti během dne, charakteristických rysů osobnosti a užívání psychotropních preparátů. Prevalence používání psychotropních preparátů byla udána především z důvodů bolesti hlavy, únavnosti, nervozity, úzkosti, nespavosti a to ve 43%, dvakrát tak více u děvčat než chlapců. Děvčata udávala hlavně únavu během dne, pak kouření, alkohol, vyšší body mass index a špatnou rodinnou atmosféru. U chlapců byla v popředí únavu během dne, užívání alkoholu, starosti ve smyslu „trápení se“. Kouření se vázalo na rodinné poměry. Věkově byla děvčata starší 17-ti let. Základem se však jeví vazba na rodinu. Tato studie vlastně vznikla z podnětu o rozsáhlém předepisování psychotropních preparátů praktickými lékaři v USA, které dnes v USA činí problém. Medikace samozřejmě mají vedlejší efekt, vedou k závislosti. Děvčata však jsou v popředí, protože více podléhají depresím, z hlediska symptomů bolesti hlavy a únava vedou k depresím. Kouření vede k poruchám kognitivních funkcí, rodiče by měly být školou včas informovány o chování dítěte.

Eur.J.Pediatr./2007, 166, 29-35

Prevalence lipodystrofie u HIV infikovaných dětí

Účelem studie bylo ohodnotit změny v distribuci tělesného tuku a lipidové abnormality v populaci u HIV infikovaných dětí a adolescentů v jednotlivých centrech a i ve skupině pacientů po antiretrovirové terapii. Jednalo se o pacienty ve stáří od 3 do 19 let vyšetřované v roce 2002. Tuková redistribuce byla ohodnocena nezávisle lékaři i pacientem. V krevním biochemismu byl měřen lipidový profil, glykémie, insulinu a C peptid. Bylo hodnoceno 88 pacientů, 74 dostávalo uvedenou léčbu. Alterace lipidového metabolismu byla prezentována u 20 pacientů, metabolická alterace samostatně byla nalezena u 22 dětí a 46 dětí nemělo žádné fyzikální nebo metabolické abnormality. Je nutné podotknout, že alterace lipidového metabolismu u HIV pacientů popisována poprvé v roce 1989, zvláště u pacientů užívajících antiretrovirovou terapii. Tehdy se dokonce užívalo označení HIV – asociovaný lipodystrofický syndrom. Třemi hlavními komponenty tohoto syndromu byl abnormální lipidový profil, insulinová rezistence a redistribuce tělesného tuku. V krevním biochemismu byla udávána hlavně hypercholesterolemie a hypertriglyceridémie. Antiretrovirová

terapie vede sice k redukci mortality a morbidity u HIV pacientů, ale lipidové změny jsou asociovány s zvýšením rizika vaskulárních změn. Jiné studie však neuvádějí zvýšená rizika pacientů v těchto směrech. Patofyziologický mechanismus těchto změn ale není dostatečně vysvětlen. Mnozí autoři však rozlišují mezi lipohypertrofií (břicho, hrudník) a mezi lipoatrofií na končetinách a na tvářích. Zjištěno, že doba trvání antiretrovirové terapie byla v relaci s tukovou redistribucí. Ze 48 dětí léčených více než 5 let mělo 20 redistribuci tuku a toto bylo v porovnání s 9 dětmi ze 40 jiných léčených méně než 5 let nebo neléčených. Není zcela paralela mezi viditelnou tukovou redistribucí a hodnotami v krevním biochemismu v těchto skupinách. Byla ale nalezena asociace mezi hodnotami CD 4% a přítomností tukové redistribuce. Vysoce aktivní antiretrovirová terapie vede k lepší prognóze HIV pacientů, ale i k větší lipodystrofii.

Eur.J.Pediatr./2007/, 166, 13-21

Dlouhodobé následky poruch chování a kognitivních funkcí u neonatální encefalopatie po perinatální asfyxii

Je všeobecně akceptováno, že těžká neonatální encefalopatie po perinatální asfyxii vede k motorickým neschopnostem, mentální retardaci a dalším problémům. Těžko se však dá odhadnout po této asfyxii stupeň postižení nebo dokonce téměř normální vývoj. Proto pro sjednocení pojmů se autoři obrací k definici perinatální asfyxie, kterou prezentují jako narušení výměny krevních plynů doprovázené vývojem acidosis. Patologické pochody perinatální asfyxie mohou mít svůj začátek již v graviditě, před nebo po porodu. Incidence se pohybuje od 1 – 8 novorozenců na 1000 narozených. Jednotlivé markry jsou však nízké specifiky a intenzivity. Mezi ně patří fetální distress – abnormální fetální akce nebo přítomnost mekonium v plodové vodě, opožděný začátek spontánní respirace, Agar v 5 minutě 6 – 7, potřeba resuscitace nebo ventilace, metabolická acidosa – pH méně než 7,0 nebo do 7,1, deficit basí více než 12 mmol/l. Studie na projektivní efekt hypotermie indikované při pH menší než 7,0 a deficit basí 16 mmol/l je také zmiňován v četných studiích. Problémem je postupující neurologické narušení v dalším věku, případně až ve věku předškolním. V kontrastu s tím jsou známky závažného neurologického postižení s mentální retardací, epilepsií, narušením sluchu nebo vizu kortikálního původu. Také poruchy kognitivních funkcí a chování připadají v úvahu při postižení hippocampu nebo striata, jako alterace paměti, pozornosti nebo dokonce autismu. Z hlediska dalšího záleží na nálezů cerebrálního ochrnutí, kdy ve věku 12 měsíců je při těchto nálezech prognosa závažná v 90%. Pokud ale tento

nález v roce není, může být i při středním stupni neonatální encefalopatie prognosa slušná a vývoj bývá srovnatelný se zdravými novorozenci.

Děti s těžkou formou neonatální encefalopatie po závažném stupni zmiňované asfyxie mívají vždy narušeny kognitivní funkce, jsou méně inteligentní, hůře prospívají ve škole. Také ale děti s mírným stupněm neonatální encefalopatie se jeví jako heterogenní skupina. Všeobecně jsou tyto děti méně inteligentní, ale jejich skóre jsou v průměru. Jsou také horší ve psaní, čtení i matematice. Stále se také neví, zda neonatální encefalopatie má negativní efekt na intelektové schopnosti nebo znamená jen poruchu kognitivních funkcí. Zdá se, že některé děti pak mívají speciálně narušenou paměť pro události při relativní intaktní paměti pro fakta. Jiné studie udávají hyperaktivitu nebo autismus u dětí s mírnou neonatální encefalopatií.

Eur.J.Pediatr./2007/ 166: 645 – 654.

Narušují inhalace kortikoidů růst u pacientů s cystickou fibrosou v prepubertální fázi?

Inhalace kortikoidů jsou rozšířené u pacientů s cystickou fibrosou (CF). Toto bylo studováno u 27 pacientů s lehkou nebo střední formou CF. U dětí bylo aplikováno 500 µg flutikazonu nebo placebo ve dvou dávkách během 12 měsíců. Průměr věkový byl 8,2 roku u placebové skupiny a 9 let u skupiny s flutikazonem. Hodnoty FEV 1 v 91% ve skupině s placebem a 86% ve skupině s flutikazonem nebyly odlišné. Nebyly významné rozdíly v ohodnocení plicních funkcí a počtu respiračních exacerbací. Ale longitudinální růst u pacientů s flutikazonem byl významně pomalejší než u placebo skupině – 3,96 cm oproti 5,49 cm během 12 měsíců trvání sledování. Nebylo pozorováno žádné dohánění růstu 1 rok po vysazení kortikoidů. Z toho je patrné, že užití vysokých dávek kortikoidů u pacientů s CF může vést k persistenci růstového narušení. Autoři se ale při podávání kortikosteroidů nebo ibuprofenu řídili limitováním narušení plicních funkcí. Podotýkají, že kortikosteroidy byly předepisovány u 26% pacientů s CF. Vedlejší efekty jiné nebyly zjištěny. Při kombinovaném podávání kortikosteroidů s intrakonzolem byly nalezeny známky adrenální suprese. Studie s inhalovanými steroidy nevykázaly žádný pozitivní efekt, ale také nezaznamenaly žádné zvýšení incidence pozitivních kultur *Pseudomonas aeruginosa*. V porovnání u astmatiků poklesla během léčby kortikosteroidy bronchiální labilita a histaminová senzitivita. Inhalační kortikoidy u pacientů s CF nic neřeší.

Eur.J.Pediatr./2007/ 166, 23 – 28.

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



Aktuality...

Miliardáři větrí bílé pláště

Ocelář Chrenek staví největší zdravotnické impérium na východ od Německa. Ostatní zatím paběrkují

Vlastní firmy a nemocnice, teď si chce založit zdravotní pojišťovnu. Ocelář Tomáš Chrenek (44), spolujednatel Třineckých železáren, oblékl jako první z tuzemských miliardářů bílý plášť.

Pokud se mu podaří vybudovat i zdravotní pojišťovnu, získá před zatím vyčkávajícími nebo paběrkujícími konkurenty drtivý náskok. Naplno by ho mohl začít využívat napřesrok, kdy ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) slibuje uvést do života reformu, která počítá s podstatně větším podílem soukromého sektoru. Už dnes je Chrenkův zdravotnický holding Agel největší soukromou zdravotní sítí v Evropě na východ od Německa.

Čenichají, ale nekousnou O zdravotnictví, kterým ročně proteče dvě stě miliard jen na veřejném zdravotním pojištění a objem peněz každoročně poroste, přitom mají zájem téměř všechny silné finanční skupiny i miliardáři samotáři.

V branži (včetně chodeb ministerstva zdravotnictví) zní všem v uších výrok Petra Kellnera (43), který pronesl ve svém posledním rozhovoru pro MF DNES letos v červnu. Na otázku, zda ještě v Česku vidí nějakou příležitost k investování, zmínil majitel skupiny PPF a bezkonkurenčně nejbohatší Čech právě zdravotnictví. Zároveň dodal, že v problematice zatím není nijak hluboko. To, že se na situaci nic nezměnilo, potvrdil minulý týden mluvčí PPF Jiří Hájek. Firmy spřízněné s PPF jsou druhým největším akcionářem farmaceutické Zentivy.

Okolo nemocnic a poliklinik již dlouho větrí všechny velké finanční skupiny včetně Penty a J&T. Zatím se však k velkému skoku žádná z nich neodhodlala. Důvod? Podle Tomáše Cíkrta z ministerstva zdravotnictví odrazují podnikatele od vstupu do oboru dvě zásadní věci. Nejistota, kdy se s každou novou vládou mohou snadno měnit pravidla hry (zákon o zdraví lidu platí od roku 1966 a na nový se stále čeká), a hlavně nemožnost pacientů legálně si připlatit za lepší služby.

To svazuje nastartování konkurence včetně soutěže mezi zdravotními pojišťovnami.

Podle lidí z oboru není na trhu nic moc velkého ke koupění. „Já skupinu budu postupně a pomalu, což není styl velkých finančníků,“ říká majitel druhé největší sítě soukromých zdravotnických zařízení Řek Sotirios Zavaliadis (42).

Ten skupinu několika nemocnic vystupující převážně pod značkou Multiscan staví přibližně osm let. Letos by měl dosáhnout na šestisetmilionový obrát. Jeho slova potvrzuje Jana Studničková, mluvčí skupiny Penta, která v Česku vlastní například síť lékáren Dr. Max. „V současnosti zdravotnictví spíše monitorujeme. Na investice máme interní kritéria a nechceme jít cestou kupování malých nemocnic,“ říká Studničková.

Trh „soukromého zdraví“ je tedy poměrně striktně rozdělen mezi Moravu, kde vládne Chrenkův Agel, a Čechy, kde se kromě Zavaliadis nise pohybuje několik menších investorských skupin.

Naposledy si do oboru z velkých investorů vyšlápl Marek Čmejla (40), jeden z lídrů strojíren Škoda Holding. Na antimonopolním úřadu je žádost o spojení firmy Medicon, která provozuje také pražskou Polikliniku Budějovická, s jeho společností. Podle Čmejly ale obchod ještě není definitivně dokončen.

O zdravotnictví má zájem i realitní magnát Pavel Sehnal (43), majitel skupiny SPGroup, jenž dříve vlastnil Českou podnikatelskou pojišťovnu. Nahlédnout by do něj chtěl z pozice soukromého připojištění, které by mělo fungovat od ledna 2009.

Třetí místo mezi tuzemskými skupinami podnikajícími ve zdravotnictví pravděpodobně obsadila Mediterra, za níž stojí německý řetězec Frasenius, jenž

je co do zdravotní péče jedničkou na německém trhu.

Svou nemocnici ve Vrchlabí má miliardář Alexander Seidl (54), základem jehož byznysu je společnost Le Cygne Sportif Groupe. Mezi větší hráče patří také Privamed Healthia nebo PP Hospitals.

Nově bude zajímavé sledovat, kdo se přihlásí do soutěže na pronájem sítě pěti poliklinik a jedné nemocnice, kterou vlastní České dráhy. Čas na přihlášku do tendru mají zájemci do poloviny listopadu.

Jde o lukrativní majetek: všechny budovy totiž sídlí v centrech měst na dobrých adresách. Například nemocnice v Praze stojí v Italské ulici, poliklinika v Olomouci se nachází naproti nádraží. V polovině devadesátých let se o ni už zajímal ministr vnitra Ivan Langer (ODS). Mezi politiky se „slabostí“ pro privátní zdravotnictví patří také hejtman Plzeňského kraje Petr Zimmermann (ODS) či exministr David Rath (ČSSD).

Zájem o pronájem „železničářských“ poliklinik už údajně projevila jak skupina Sotiriose Zavaliadis, tak Chrenkův Agel. A podmínky soutěže jsou šité na míru někomu, kdo ve zdravotnictví dlouhodobě podniká.

Převzato: MF DNES 24. září 2007

Lékaři chybně předepisují léky

Pacientovi trpícímu astmatem ošetřující lékař předepsal na vysoký tlak lék, neselektivní betablokátor, který může vyvolat akutní astmatický záchvat. Na chybu, jež mohla vést až k úmrtí pacienta, naštěstí přišel lékárník, který se pacienta během vydávání léčiva zeptal na jeho možné nemoci.

Podobné omyly v preskripci léků nejsou výjimečné. Farmaceutická fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové uskutečnila ve spolupráci s Českou lékárnickou komorou zatím ojedinělý projekt, během něž 66 vybraných farmaceutů zkoumalo předepsané recepty z hlediska správnosti preskripce.

„V průběhu projektu bylo odhaleno více než 2200 potenciálních lékových pochybení různého stupně závažnosti pro pacienta,“ konstatuje jeden ze spoluautorů výzkumu Josef Malý.

Detailní výsledky zatím nejsou k dispozici. Autoři projektu chtěli zdokumentovat, jak nezbytnou roli hrají farmaceuti v procesu předepisování a výdeje léčiv a přimět odborníky k diskusi, jak spolupráci mezi lékaři a lékárníky zdokonalit.

O nutnosti zlepšit tzv. účelnou farmakoterapii hovoří odborníci už dlouho. Zatím ale až na výjimky zůstává jen u slov. „Lékaři v předepisování léčiv kolikrát tápou. Ve farmakoterapii určitě nejsou kovaní, a v účelné už vůbec ne,“ tvrdí lékárník Pavel Grodza, který na toto téma pořádá pro kolegy z oboru odborné semináře.

„Léky se u nás také hrozně plýtvá. Lékaři předepisují zbytečně velká balení nebo příliš mnoho balení na jeden recept. Pak pacient po pár dnech zjistí, že mu předepsaný lék nevyhovuje, a vyhodí ho. Do lékáren se vracejí tuny nespotřebovaných léčiv,“ připomíná Grodza.

Nejhorší situace je podle něj u lékařů v primární péči. To ale předseda Sdružení praktických lékařů Václav Šmatlák odmítá. „Je to chyba celého systému. Českému zdravotnictví chybí koordinační úloha praktického lékaře, který by měl být průvodcem pacienta systémem,“ namítá.

Pacienti často chodí od lékaře k lékaři, a protože neexistuje centrální kontrola, z každé návštěvy si odnášejí léky, které mohou být i ve vzájemné kombinaci škodlivé.

„Setkávám se s tím, že pacient užívá několik léků od různých lékařů, které jsou prakticky stejné nebo hodně podobné, jen se podle výrobce jmenují různě,“ říká Šmatlák. „Často se také stává, že pacient přijde z nemocnice s propouštěcí zprávou s naordinovanými léky, které by mohly potenciálně působit proti sobě,“ konstatuje.

Lékařům podle Šmatláka chybí zpětná vazba. Na tento nedostatek upo-



zorňuje i Michal Prokeš ze společnosti Infopharm. „Lékaři nejsou k účelné farmakoterapii vedeni. Ani při studiu na lékařské fakultě se neučí, jak účelně preskribovat. Ve Velké Británii, Nizozemsku či Německu dostává každá ordinace pravidelné rozborů a doporučené léčebné postupy. Z nich se lékař dozví řadu velmi užitečných informací a rad. Kde dělal chyby v preskripci s ohledem na zdraví pacienta, kde předepsal zbytečně drahá léčiva a co by mohl zlepšit. U nás chybí instituce, která by takové rozborů poskytovala,“ podotýká Prokeš.

Převzato: LN 29. října 2007

Boj o pacienty se přiostrňuje, Appian koupil kliniku

České zdravotnictví přitáhlo dalšího silného hráče, tentokrát investiční skupinu Appian Group.

Ta koupila sto procent společnosti MEDICON, které patří několik lékáren a zdravotnických zařízení, například také poliklinika Budějovická v Praze, nestátní zdravotnické zařízení Centromed či diagnostické a terapeutické centrum DTC Praha. Celkem zaměstnává více než 700 lidí.

Finanční hodnotu celé transakce Appian nesdělil, jeho mluvčí Miroslav Novák pouze uvedl, že nákup financuje prostřednictvím úvěrů a částečně z vlastních zdrojů.

„Získaná zařízení mají potenciál k dalšímu rozšíření a zvýšení objemu poskytované péče,“ řekl představitel Appian Group Marek Čmejla (na snímku). „Navážeme například na zkušenosti Mammacentra a půjdeme dál v oblasti onkologické diagnostiky a preventivní péče,“ dodal.

Řízení společnosti Medicon se ujme zástupce Appianu Radek Klímen, zatímco dosavadní akcionář a předseda představenstva Mediconu Aleš Král ve

vrcholovém managementu zůstává.

Appian Group se zabývá dlouhodobými investicemi a mimo jiné vlastní plzeňský Škoda Holding a část sázkové kanceláře CHANCE.

Převzato: MF DNES 9. listopadu 2007

Zárodek slyší virtuální zvuky

Vědci odhalili funkci orgánu, který trénuje budoucí sluchové buňky

Mozek zárodku naslouchá, i když nic slyšet nemůže, protože vývoj jeho sluchového orgánu teprve začal. Přesto putují do mozku zárodku přes sluchový nerv vzruchy podobné těm, jaké nás informují o zvucích. Zjistil to tým vědců z baltimorské Johns Hopkins School of Medicine.

Zdrojem záhadného signálu ve sluchovém nervu se ukázaly buňky tzv. Köllikerova orgánu. To bylo velké překvapení. Tyto buňky nejsou vybaveny pro zachycení zvuků a jejich hlavní úlohou je vytvářet podmínky pro vznik vláskových buněk, které zvukové vlny vnímají. Vědci při zkoumání vývoje sluchu buňky Köllikerova orgánu dlouho opomíjeli. Připadalo jim to logické. Köllikerův orgán zaniká dřív, než vnitřní ucho zakončí vývoj a je s to slyšet. Tritschův tým prokázal, že Köllikerovy buňky působí při vývoji sluchového orgánu v roli trenéra. Uvolňují velké porce adenosin trifosfátu a ten donutí okolní nervové buňky k produkci glutamátu. Tato látka slouží jako posílček pro předávání signálu mezi neurony a dráždí sluchový nerv.

Signál přiváděný do mozku sluchovým nervem je důležitý pro vybudování nervových obvodů, jež budou následně zpracovávat podněty z plně funkčního ucha. Mozek se tedy učí slyšet bez zvuku. Köllikerovy buňky mu přehrávají jakousi „hudební fantazii“, jež nepochází z reálného světa zvuků. Díky této „zvukové simulaci“ se náš mozek naučí slyšet v naprosté tichosti. Zprávu

Kojenecká odsávačka hlenů

Arianna

BABY-Vac

připojitelná k domácímu vysavači

Jednou z nejčastějších onemocnění u kojenců a malých dětí je rýma. V nosu nahromaděné hleny ztěžují dýchání, způsobují nepříjemné pocity a mohou vést k závažnějším onemocněním ucha a dýchacích cest.

Odsávačka Arianna BABY-Vac je ...

- ✓ bezpečná i pro novorozence
- ✓ 100% účinná
- ✓ klinicky testována

Certifikovaná zdravotnická pomůcka dostupná v síti lékáren a zdravotnických potřeb.

Výhradní prodejce v ČR: Zuzana Koreňová, Bedřichovská 1958/8, Praha 8. tel: 776 216 086. mail: babyvac@centrum.cz
Seznam prodejních míst najdete na www.babyvac.cz



o objevu zveřejnil prestižní vědecký týdeník Nature.

Výsledky výzkumu Tritschova týmu zaujaly lékaře, kteří se specializují na léčbu poruch sluchu, zvláště pak sluchových šelestů neboli tinnitu. Ty se projevují nepříjemným šuměním, pískáním či hučením v uších. Žádný těchto zvuků nepřichází do ucha zvenčí.

Někdy vznikají sluchové šelesty v důsledku změn v proudění krve kolem vnitřního ucha. K tomu může dojít například při arterioskleróze, jež „zanáší“ cévy. Jindy je příčina sluchových šelestů nejasná. Nicolas Tritsch se domnívá, že šelesty mohou generovat buňky, které „omylem“ dráždí sluchový nerv podobně, jako to dělají Köllikerovy buňky zárodku.

Převzato: LN 9. listopadu 2007

Nemá smysl měřit čerstvě narozené dítě

Když se novopečený tatínek chlubí před známými a příbuznými popisem svého čerstvě narozeného potomka, neopomene zpravidla připomenout jeho váhu a míru.

V budoucnu už bude zřejmě moci užaslým přítomným oznámit jen první ze dvou zmiňovaných hodnot.

Některé české nemocnice totiž měření délky těla novorozenců o několik dnů odkládají. A to s ohledem na pohodlí dítěte.

Dosavadní tradici měření dětí boří například lékaři v Nemocnici České Budějovice.

U miminka bezprostředně po porodu zjišťují pouze váhu, měřením se zabývají až po několika dnech strávených v nemocnici. Důvod je podle lékařů jednoduchý. „Snažíme se, aby narozené dítě rušilo co nejméně úkonů, jejichž provádění není bezprostředně nutné,“ vysvětluje primář neonatologického oddělení českobudějovické nemocnice Milan Hanzl.

Měření novorozenců okamžitě po porodu nemůže být podle něj zcela přesné a navíc je ze zdravotního hlediska stejně zbytečné. Měří se pouze proto, aby rodiče mohli dostat velmi nepřesnou informaci o tom, že jejich dítě měří něco kolem padesáti centimetrů.

Zdravotníci přitom musí pro zjištění délky dítěte natáhnout nožičky, což může být podle Hanzla pro novorozence minimálně nepříjemné.

Například v Británii či ve Švédsku se údajně od měření novorozenců upustilo už dávno, v Česku však tato tradice v naprosté většině nemocnic stále převládá.

Nemocnice České Budějovice totiž zřejmě jako jedna z prvních v Česku přestala po mnoha desetiletích měřit novorozence. Důvod je údajně jednoduchý. Pro zjištění zdravotních parametrů dítěte není délka důležitá a měření je stejně nepřesné. Pro dítě, které musí sestry ze skrčené polohy takzvaně natahovat, aby ho změřily, navíc nemusí být tento úkon vůbec příjemný.

„Hlavním důvodem, proč jsme děti bezprostředně po porodu přestali měřit, je ale snaha o vylepšení celkového komfortu jak dětí, tak maminek,“ říká primář neonatologického oddělení Nemocnice České Budějovice Milan Hanzl. V některých západních zemích, jako například v Anglii či Švédsku, se podle něj novorozenci neměří už dávno. „Tahle určitá změna zavedeného způsobu poporodní péče vychází z jednoduché filozofie. Dítě by po narození mělo absolvovat co nejméně úkonů, které nejsou absolutně nutné,“ tvrdí Hanzl. Novorozenec by měl podle něj strávit první chvíle po narození v těsném kontaktu s matkou a být přitom co nejméně vyrušován. „Měření je navíc určitý násilný úkon, spojený s nutným natahováním těla. Přesto nikdy dítě nezměříte úplně přesně, a výsledek proto o ničem nevyovídá,“ uvedl.

„Existují i názory ortopedů, specialistů na novorozenecký věk, podle nichž je natažení dolní končetiny v kyčelním kloubu velmi nepřírozený pohyb, který může mít i svá rizika,“ tvrdí Hanzl.

Míry zájímají hlavně příbuzné

Matky se délku svého potomka dozvědí později, když už dítě v klidu leží na pokoji. Opatření českobudějovické nemocnice, které je údajně součástí celého balíčku změn, sloužících k vylepšení péče o novorozence, vyvolává

údiv zejména mezi některými čerstvými otci. „Když jsem rozeslal všem příbuzným a známým textovky, že se nám narodila holčička, a uvedl jen váhu, hned mi všichni volali, kolik vlastně měří. Těžko chápali, že délku dítěte prostě nevím,“ řekl LN jeden z novopečených tatíneků, který si nepřál být jmenován.

Ani další odborníci proti porušení letité tradice nic nenamítají. „Z racionálního hlediska opravdu není zjišťování délky novorozenců nutné,“ řekl LN Vladimír Dvořák, předseda České gynekologicko-porodnické společnosti.

A proč tedy prakticky všechny české nemocnice děti stále měří? „Je to prostě dlouholetá zavedená tradice. A ve zdravotnictví je odbourávání něčeho tradičního velmi těžké,“ tvrdí Dvořák.

Převzato: LN 20. listopadu 2007

Lžička medu léčí noční kašel dětí

Lžička medu před spaním je tím nejlepším lékem na noční dětský kašel. Této známé „babiččině medicíně“ se prý nevyrovnají ani průmyslově vyráběná léčiva.

Zjistili to američtí vědci, kteří na stovce kašlajících dětí od dvou do osmnácti let zkoušeli účinky medu a dextrometorfanu (DM), látky proti kašli obsažené v řadě léků.

„Mnoho rodin toto zjištění uvítá a řekne – naše babička měla pravdu. Přírodní med nabízí legitimní a naprosto bezpečnou alternativu rodičům i lékařům,“ shrnul doktor Ian Paul z americké Penn State College of Medicine, který výzkum vedl. Ukázalo se v něm, že kašel přitom nejlépe potlačuje pohankový med.

Převzato: Právo 5. prosince 2007

Zdravotnictví podle Julínka a podle Ratha

Poplatky nejsou tím hlavním, co ministr zdravotnictví chystá. Důležitější je proměna zdravotních pojišťoven v roce 2009.

A až o tom nikdo nemluví, tyto plány počítají se zavedením osobních zdravotních účtů, tak jak je tým Tomáše Julínka představil před volbami. Bez nich totiž některé části jeho reformy nedávají smysl.

Zdraví a la ODS...

Jak by mělo fungovat zdravotnictví podle Julínka? Pacienti by měli na výběr z více možností: buď nic neměnit a mít v případě nemoci zapláceno zhruba to co dnes.

Kdo by chtěl získat bonusy v podobě peněz od pojišťovny na ruku, musí se vzdát svobody chodit k libovolnému lékaři a zvolit řízenou péči: tedy nejdřív jít k praktikovi, ten nemoc posoudí a pošle pacienta dál... Systém šetří pojišťovně peníze a pacient může ročně dostat z uspořené částky třeba tisíce korun.

Nebo zvolit model, kdy si pacient doplácí na péči: třeba dvacet procent z toho, co léčba stojí, až do jistého stropu. Pokud je zdravý, odvedené peníze se spojí na účtu. Když onemocní, buď si 20 procent rovnou zaplatí, nebo si je pojišťovna strhne z jeho účtu. Co za to? Opět bonusy - třeba tisíce ročně na účet.

Jenže model je výhodný jen v systému, kde všichni pacienti neodvádějí stejných 13,5 procenta zdravotního pojištění, ale jako v zemích, kde je zcela jiný systém odvodů.

Pak může člověk dostat největší bonus v podobě snížených odvodů na pojistné, a to jsou peníze, které v peněžence zůstávají a nevracejí se do ní až po rozhodnutí pojišťovny.

O tom však záměry zákonů, o nichž by poslanci měli rozhodovat v únoru, nemluví.

V modelu vyšší spoluúčasti podle Julínka tak pojištěnec předem neví, kolik uspoří. Aby to celé mohlo fungovat, musely by u nás existovat stejné principy pojištění jako v Holandsku nebo ve Švýcarsku, nebo tam, kde je model



individuálních zdravotních účtů, o nichž Julínek hovořil před volbami, ale teď se z jeho reformy ztratily.

... a recept podle ČSSD

Pokud by další volby vyhrála ČSSD, vypadalo by zdravotnictví takto: existovala by státní síť sta nemocnic. Ostatní by byly soukromé, ale pokud by si v nich pacient neplatil vše sám, bylo by kontrolováno, jak léčí a hospodaří. Pokud by se odchylovaly od ostatních, do latě by je srovnal zákon, díky němuž by na ně bylo možné uvalit nucenou správu.

Zdravotní pojišťovna (platebná), by byla jediná a vznikla by sloučením tří největších pojišťoven. Zdravotníci by v tomto systému měli jednu jistotu: platy by jim (i těm ze soukromých zařízení) stanovil zákon platný pro všechny. Pacienti by měli jistotu, že všechno bude fungovat zhruba jako dnes. A státní rozpočet by měl jistotu, že bude nutné dotovat buď platebnou, nebo nebo nemocnice, které se ocitnou v propadu, stejně jako to doposud bylo s VZP a s fakulními nemocnicemi.

Model, který ČSSD prostřednictvím exministra Davida Ratha nabídl na stránkách lékařského časopisu, je podobný Maďarsku. Tam však byla platebná permanentně ve ztrátě. I proto od systému tamní sociální demokraté ustupují a chtějí zčásti privatizovaný model zdravotnictví.

Převzato: MF DNES 7. prosince 2007

Šťastný chce tři komorové zákony

Místopředseda poslaneckého zdravotního výboru Boris Šťastný (ODS) vyzval prezidenty lékařské, lékárnické a stomatologické komory k jednání o novele zákona o komorách zdravotníků. Místo dosavadní společné chce normy tři, pro každou komoru samostatnou.

Podle zjištění ČTK komory rozdělení normy vítají. Prezident České lékárnické komory Stanislav Havlíček řekl, že považuje Šťastného návrh na rozdělení normy na tři samostatné zákony za rozumný. Rozdělení zákona do tří norem si přeje také Česká stomatologická komora (ČSK).

„Jinak se řídí 40 000 členů lékařské komory a jinak 7000 členů stomatologické komory nebo 7000 členů lékárnické komory,“ vysvětlil člen představenstva ČSK Ivan Novický. Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek před časem oznámil, že připravuje vládní návrh novely zákona o komorách zdravotníků. Ke spolupráci přizval představitele komor.

Převzato: Zdravotnické noviny 12. prosince 2007

Ráj pro pacienty, peklo pro doktory

Zatímco čeští lékaři se snaží zbavit nálepky polobohů v bílém a objevují kouzlo rovnocenné komunikace s nemocným, má lékař v Německu, už dávno svržený z Olympu nedotknutelné autority, jiné starosti.

Co mi budete dělat?

Můžete být konkrétní?

Čtvrtinu až třetinu své pracovní doby stráví zodpovídáním zvědavých dotazů svých pacientů. Ti zdaleka netrpí nedostatečnou sebedůvěrou jako nemocní v Česku a neobávají se lékaře ptát a diskutovat s ním o průběhu léčby.

Pomocníkem ve vzájemné komunikaci je tzv. informovaný souhlas. Jedná se o formulář, který pacient podepisuje před jakoukoli invazivní lékařskou procedurou - aplikací injekce, vyšetřením či operací. Na formuláři jsou vyjmenovány důvody, způsob provedení, možné komplikace a cíl zásahu.

Tento způsob poučení pacienta se nyní pomalu rozšiřuje sice i v Česku, u našich sousedů však už nabyl majestátních rozměrů. Zdravotníci se před řádným vyplněním a podepsáním listin obávají dotknout pacienta byť jen špičkou stetoskopu.

Němečtí pacienti mají sklon studovat formuláře velmi důkladně a svými dotazy pak nezřídka uvádějí mladší lékaře do rozpaků, z nichž je musí zachraňovat zkušenější kolega. Záludné otázky si mohou sepisovat již doma, mnoho nemocnic totiž nabízí formuláře pro plánované výkony na internetu.

Oříškem je někdy i komunikace mezi lékařem a příbuznými nemocného. Ti rozhodně nepostávají po chodbách nemocnice s bonboniérou v ruce. Mají spíš tendenci bez zaklepání vtrhnout do pracovny lékaře a s pokřikem: „Co je s mojí babičkou?“ se dožadovat informací. Lékaři nezbývá než tiše napočítat do deseti a pak seznámit dotyčného vnuka s tím, že sice rozeznává v jeho tváři určité shodné rysy s paní X, že by však nebylo od věci se nejdříve představit.

Za své sebeovládání a komunikační schopnosti se ovšem německý lékař velkého vděku nedočká. Uzdravení pacienti zpravidla odcházejí beze slov díky a zdravotníkovi zbývá jen doufat, že jejich vyléčením zachrání i trochu mizejícího respektu k bílému plášti.

Převzato: LN 11. prosince 2007

Moc lékárníků roste, lékařům se to nezdá

Předepsané léky se smejí měnit na jiné. Lékaři varují před následky. Už za dva týdny nebude nad vaším zdravím bdít jen lékař. Vaším poradcem se stane lékárník, který od Nového roku bude dokonce moci změnit rozhodnutí lékaře, pokud s tím budete souhlasit.

Když totiž pacient do lékárny přinese recept s lékem, který zatíží jeho peněženku velkým doplatkem, může mu lékárník doporučit jiný, levnější lék.

„Mám strach, že pacienti budou trpět vedlejšími účinky, když si takto léky nechají změnit,“ obává se pražská praktická lékařka Irena Kudrnovská. Někteří lidé mohou při nevhodném výběru léků trpět žaludeční nevolností nebo svěděním kůže.

Nebudou-li lékaři považovat za vhodné lék nahradit levnější variantou, musí to do receptu označit. To pak musí lékárník respektovat, navíc se doplatek pacientovi započítá do pětitisícového limitu, kterým chce ministerstvo zdravotnictví chránit chronicky nemocné pacienty.

Jenže lékař nebude moci s nápisem „Nezaměňovat“ svévolně plýtvat. Pojišťovny budou hlídat, jak často a jak účelně recepty s takovým dodatkem předepisuje.

Lékařníci říkají, že doktoři nejsou schopni znát ceny a doplatky všech léků na trhu, proto bude pro pacienty taková novinka přínosná. „Ne všechny léky se ale dají zaměnit,“ připomíná mluvčí České lékárnické komory Aleš Krebs.

Například ve Velké Británii lékař vůbec nepředepisuje konkrétní léky.

„Napiše pacientovi na recept jen speciální kód, což je v podstatě chemický vzorec účinné látky, kterou pacient potřebuje. A zbytek záleží na lékárníkovi, který má za úkol vybrat vhodný lék,“ popisuje ekonom Miroslav Zámečník. Jako problém vidí to, že někteří lékaři předepisují léčiva nikoli podle toho, jaká vyhovují pacientům, ale podle značky. Tedy že preferují určitou firmu.

„Ideálně by to mělo fungovat tak, že pokud neexistuje medicínský důvod, měl by lékař respektovat ekonomický zájem pacienta a předepsat lék bez doplatku,“ míní ekonom.

Převzato: MF DNES 18. prosince 2007

Ten předepsaný lék nechci

Od ledna dostanou lékárníci novou pravomoc: na receptu mohou „škrtnout“ pacientovi lék předepsaný lékařem a doporučit jiný s nižším doplatkem. Když však lacinější lék nezabere, pacient se stížnostmi neuspěje. Bude to jeho volba.

Lékaři budou od ledna potřebovat nové razítko. A to s nápisem „Nezaměňovat“. Právě tak totiž budou moci na receptech označovat léky, u kterých si nepřejí, aby je lékárník pacientovi vyměnil za levnější. „Původně se mělo na recepty psát písmeno R, ale delší nápis nám připadá spíše nepřehlednější,“ vysvětluje změnu mluvčí České lékárnické komory Aleš Krebs.

Pro pacienta bude razítko s nápisem klíčové. Zejména proto, že doplatek za lék se mu díky němu bude celý započítávat do pětitisícového limitu. Pokud



hranici kvůli poplatkům u lékaře a za předpisy překročí, pojišťovna mu bude další peníze vynaložené na zdraví čtvrtletně vracet.

Do limitu se však nebudou započítávat všechny doplatky, nýbrž jen částka, kterou by pacient dal za nejlépejší lék na trhu, který má stejnou účinnou látku jako ten předepsaný. Výjimku tvoří právě ty léky, u nichž lékař vyznačí, že se vyměňovat nesmějí.

Lékaři však v „razítkování“ nebudou mít tak úplně volnou ruku. „Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou nařídilo, že doplatky na léky označené za nezaměnitelné se lékaři započítávají do průměrné úhrady na jednoho pacienta,“ varuje mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Tereza Květňová.

Ceny léků se budou měnit v překladu to znamená, že každé takové razítko, které pacientovi započítá peníze do limitu, zaplatí lékař ze své kapsy.

„Je to způsob, jak hlídat, aby to lékaři nezneužívali,“ vysvětluje mluvčí Květňová. Dodává však, že pojišťovna věří, že lékaři umějí rozlišit, kdy je nutné, aby pacient dostal lék, který mu neublíží.

„Lékaři budou nuceni vážit každé takové rozhodnutí,“ potvrzuje lékárník Aleš Krebs. Podle jeho slov je jisté, že pacienti budou chtít za léky dopláct co nejméně.

„Ptají se už teď. Jsou ovšem i tací, kteří říkají, že jim daný lék vyhovuje a nevádí jim, že se k němu váže doplatek.“

Některé léky nebude možné zaměňovat vůbec. Budou to například přípravky, které působí na mozek. Patří sem léky na epilepsii nebo psychofarmaka.

„U některých pacientů je obava, že už při změně krabičky přestanou léky fungovat. Někdy se léky neliší v ničem, ale i drobná změna by měla na pacienty špatný účinek,“ říká lékárnice Leona Štěpková z Hostomic. Podobně to bude vypadat u inhalačních léků při plicních onemocněních, některých přípravků proti srážlivosti krve nebo u očních kapek.

Ale například u přípravků proti vysokému tlaku, které bere řada Čechů, výměny léků za levnější nebo za ty bez doplatku klidně budou možné. „Teď je ale těžké odhadovat, kolika konkrétních léků se budou takové počty týkat. Ceny se mohou pohnout i u léků na tlak,“ připomíná lékárnice. Od příštího roku se totiž ceny léků budou měnit mnohem častěji a firmy budou chtít pacientům nějak kompenzovat nově zavedené třicetikorunové poplatky za položku na receptu. Je tudíž možné, že řada léků oproti nynějšímu stavu nakonec zlevní.

Pokud lékař nedá razítko nebo na lék nenapíše NEZAMĚŇOVAT, může vám lékárník doporučit levnější variantu léku. Například místo Lozapu, kterým se léčí vysoký tlak, a na který můžete v lékárně doplatit až 430 korun, vám nabídne lék Losartic se stejnou účinnou látkou. Ten zcela hradí pojišťovna. Objevili-li se na receptu vedle vašeho léku razítko, kterým lékař zdůrazňuje, že daný lék nejde jiným nahradit, lékárník vám jej vyměnit nemůže, ale váš doplatek se počítá do pětitisícového limitu, po jehož překročení pojišťovna vrací peníze. Keprrou se léčí NEZAMĚŇOVAT epilepsie.

Převzato: MF DNES 18. prosince 2007

Lidovci se lekli poplatků u lékaře

Po půl roce chtějí reformu přehodnotit, Topolánek je varoval.

Lidovci poprvé oficiálně a nečekaně oznámili, že mají výhrady vůči poplatkům ve zdravotnictví, na nichž se přitom v rámci reformy sami podíleli. A nedbali tehdy varovných hlasů z vlastních řad.

Reagují ale teď, když vznikl poprask například po výzvě umělců a opozičních politiků poplatky nehradit.

Pokud se podle usnesení lidoveckého předsednictva po půlroční zkušební době ukáže, že pro někoho jsou poplatky u lékaře, za recept či v nemocnici neúnosné, budou chtít, aby byli sociálně ohrožení lidé od poplatků osvobozeni.

V usnesení se říká: „KDUČSL bude prosazovat, aby po půlroční platnosti těchto opatření byl vyhodnocen jejich efekt. V případě nepříznivého dopadu na sociálně ohrožené skupiny obyvatelstva navrhne nápravu.“ Předsedu

Jiřího Čunka k návrhu usnesení motivovaly hlavně negativní ohlasy ve vlastní straně a i ve společnosti. Lze to podle něj také chápat jako reakci na návrh soc. demokratů hlasovat ve Sněmovně o zrušení poplatků jako celku.

„Cítíme, že lidé nejvíce vystupují proti reformě ve zdravotnictví. Teď, když je to schválené, bychom se k tomu neměli vracet, ale až po zhodnocení chceme vyřešit všechny problémy,“ řekl Právu Čunek.

„Už teď víme, že jsou problémy například s osobami v domově důchodců, kterým zůstává z důchodů jen 15 % a z těch si musí platit léky,“ dodal.

Premiér Mirek Topolánek (ODS) lidovce nepřímou varoval, že pokud budou zdravotní reformu komplikovat, nemohou počítat s Čunkovým návratem do vlády.

Na tiskové konferenci po zasedání výkonné rady ODS totiž Topolánek na dotaz Práva k lidoveckému usnesení o poplatcích zdánlivě nesouvisle uvedl:

„Já nevím, které lidovce máte na mysli. My žádný takový signál nemáme. Já většinou předvánoční prohlášení беру s velkou rezervou. To znamená, že já žádná prohlášení tohoto typu například o návratu Jiřího Čunka nedávám.“

Dal tím najevo, že lidoveckou iniciativu chápe spíš jako vydírání.

Hovorka: poplatky na hraně ústavy

Ministerstvo zdravotnictví s analýzou dopadů počítá. „Doufám ale, že se usnesení svého předsednictva budou všichni lidovci držet a nebudou příštích šest měsíců podnikat proti poplatkům legislativní kroky,“ řekl Právu mluvčí ministerstva Tomáš Cikrt.

S tím ale nemůže příliš počítat, protože lidovecký poslanec Ludvík Hovorka, který reformu zdravotnictví odmítl podpořit, věří, že se o poplatcích bude jednat co nejdříve.

Návrhem předsednictva byl překvapen, protože se o něm dozvěděl od novinářů, ale zcela mu nevyhovuje. „Půl roku je zbytečně dlouhá doba na nějaké vyhodnocování, už teď se ví, že ty poplatky nejsou nastaveny dobře a to se ukáže již v lednu,“ řekl Právu Hovorka.

Dodal, že návrh ČSSD zrušit poplatky přímo nepodpoří, ale nebude ani proti. Počítá, že tak by se mohlo zachovat i několik jeho kolegů, kteří mají k poplatkům výhrady. Soc. dem. by poté s komunisty mohla koalici minimálně v prvním čtení přehlasovat. „Nebudu pro zamítnutí návrhu ČSSD a v druhém čtení předložím své pozměňovací návrhy, aby byly od všech poplatků osvobozeni děti do 18 let a senioři,“ řekl Hovorka.

Dodal, že bude i pro snížení poplatku za recept. Výhrady opozice, že poplatky jsou neústavní, jsou podle Hovorky na místě, ale rozhodnout by měl až Ústavní soud, který to z popudu opozice začíná posuzovat.

„Domnívám se, že ty poplatky, které se budou vybírat od narození do smrti, jsou na hranici ústavnosti. Pokud by byla vůle osvobodit minimálně děti a seniory, tak by s tím Ústavní soud problémy neměl,“ uvedl Hovorka.

Populismus i mlžení

Návrh lidovců vzbudil nesouhlas v ODS a naději v soc. dem. Místopředseda sněmovního zdravotnického výboru Boris Šťastný (ODS) považuje prohlášení lidovců za unáhlené.

„Předjímat v tuto chvíli, která je klíčová pro nastavení systému, co se bude dít za půl roku, z mého pohledu spíš působí jako populistický krok, jako alibismus,“ řekl Právu.

Stejný názor má předseda senátního ústavně-právního výboru Jaroslav Kubera (ODS). „To je jedno z populistických lidoveckých gest, nic jiného,“ prohlásil. Podle něj i nejchudší důchodce má 30 korun.

„Tato částka odpovídá ceně jedné tyčinky, které kupují důchodci svým psům,“ poznamenal. Lidovci by podle něj neměli zákon ohrožovat v době, kdy opozice vyzývá k jeho nedodržování. Šťastný by byl pro analýzu případných nedostatků zákona nejméně po roce platnosti, kdy se zjistí, zda si na něj zdravotnická zařízení zvykla.

Šéf zdravotního výboru Sněmovny David Rath (ČSSD) považuje stanovisko za „klasičeské mlžení lidovců“. „I když jsou bezcharakterní, přesto nám mohou pomoci udělat dobrou věc – zrušit poplatky,“ věří stále.



Podle lidoveckého náměstka ministra pro legislativu Jiřího Stodůlky už nyní je možné vytipovat určité skupiny lidí, které nebudou mít peníze na zaplacení poplatků a ani nespádají do kategorie sociálně potřebných občanů. „A budou zřejmě další. Rádi bychom vyhodnotili poznatky a došli k solidnímu závěru, že to pro menší skupiny bude problém a je naší povinností to napravit,“ řekl na dotaz Práva.

Předsdkyně senátního Klubu otevřené demokracie Soňa Paukrťová iniciativu lidovců vítá. „Mám velký problém se způsobem vybírání poplatků lékaři, protože jsem to s nimi konzultovala a ti tvrdí, že jim to komplikuje život,“ dodala.

Převzato: Právo 19. prosince 2007

Chrenek může založit pojišťovnu

Ministerstvo zdravotnictví rozhodlo, že ocelářský magnát z Tříneckých železáren Tomáš Chrenek dostane licenci na zřízení vlastní zdravotní pojišťovny. Zažádal o ni letos v září.

„Teoreticky jsme rozhodnutí mohli vydat dřív, ale žádost nebyla úplně přesná,“ říká první náměstek ministerstva zdravotnictví Marek Šnajdr. K licenci se kladně vyjádřilo také ministerstvo financí.

Kruh se uzavře „Ještě jsem oficiální papír neviděl, jen jsem se to dozvěděl po telefonu,“ říká Chrenek, který se stane prvním tuzemským miliardářem s vlastní zdravotní pojišťovnou.

Jeho cílem je uzavřít kruh mezi sítí vlastních nemocnic, která operuje pod jménem Agel, a vlastními firmami, které na severu Moravy „dodávají“ pacienty. A hlavně vydělat.

Zdravotnictvím ročně protečou stovky miliard korun, které lákají stále více byznysmenů. V branži se již dlouho hovoří o tom, že o licenci na zdravotní pojišťovnu bude žádat také nejbohatší Čech Petr Kellner, který vládne skupině PPF.

„Oficiální žádost jsme sice neobdrželi, ale víme o tom, že se ji jeden subjekt chystá podat,“ říká k tomu Šnajdr. Zástupci PPF hovoří opatrněji. „Analyzujeme možnosti a atraktivitu trhu a na základě výsledků se rozhodneme,“ tvrdí Richard Kapsa, šéf komunikace České pojišťovny, která patří do skupiny PPF-Generali.

Masivnější vstup soukromého sektoru do zdravotnictví by měl přinést větší efektivitu a lepší přístup k pacientům. Zároveň však panují obavy před nižší kvalitou zdravotní péče, která bude motivována hlavně cílem vydělat.

Chrenek vlastní zdravotní pojišťovnou získává náskok před konkurencí a také před reformou zdravotnictví. Ta počítá od ledna roku 2009 s nastartováním skutečné konkurence mezi zdravotními pojišťovnami.

Těm by se měly rozvázat ruce, což by se podle propagátorů reformy mělo projevit v lepších službách pro pacienty a v rozvoji soukromého zdravotnictví. Zatím však není nic jisté, zákon musí projít Sněmovnou. To si uvědomuje i Chrenek. „Zatím není co slavit. Není jisté, jak všechno v parlamentu dopadne,“ dodává. V příštím roce ho každopádně čeká velká investice, která vznik zdravotní pojišťovny provází. Aby totiž o licenci zase nepřišel, musí splnit několik podmínek.

Investují stovky milionů Kromě padesátimilionové kauce, kterou složí pro případ krachu, musí do jednoho roku získat nejméně padesát tisíc klientů. V regionu střední a severní Moravy, kde jeho holding Agel působí, je přitom poměrně velká konkurence malých zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.

„Budeme soutěžit o klienty kvalitou péče. Počítám s tím, že kromě kauce investujeme do vzniku pojišťovny stovky milionů korun,“ tvrdí Chrenek.

Přesnou částku, kterou hodlá do pojišťovny nalít, a způsob, jakým bude lanařit klienty jiných ústavů, nijak neupřesňuje. V Česku dnes funguje kromě VZP osm zaměstnaneckých pojišťoven, zatím si mohou konkurovat jen minimálně. Třeba v nabídce vitaminů či v očkování zdarma.

Převzato: MF DNES 20. prosince 2007

Ústav bude oceňovat léky za 60 miliard

Od příštího roku bude nově maximální ceny léčiv i úhrady od zdravotních pojišťoven stanovovat Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL).

Stane se tak jedním z nejmocnějších úřadů v zemi, protože pod palcem bude mít téměř 60 miliard korun, které za léky ročně vydáme.

Farmaceut Martin Beneš, který ústav řídí, ale tato slova odmítá. „Určitě nebudeme nejmocnějším úřadem,“ prohlásil veřejně. Tvrdí, že úřad se odpovědně připravuje na novou situaci, rozroste se o 39 lidí a na nové agendě má pracovat asi 67 odborníků.

Cena stejného léku může být rozdílná

„Maximální cenu výrobce a výši obchodní přírážky až dosud regulovalo ministerstvo financí. Nový systém tuto kompetenci přenesl na SÚKL, včetně úhrad léků,“ řekl Právu mluvčí ministerstva zdravotnictví Tomáš Cikrt.

I tak ale skutečná cena léků v lékárně může být v různých lékárnách různá, někdy dokonce může být u stejného léku různá i v jedné lékárně.

„Záleží totiž na tom, za jakou cenu jej prodává výrobce, od kterého distributora, v jakém čase a za jakých podmínek lékárna lék nakoupila a zda si uplatňuje obchodní přírážku v plné výši, nebo vydává pacientům lék za nižší doplatek než nejvyšší možný,“ řekl Cikrt.

Dodal, že všechna rozhodnutí SÚKL budou přezkoumatelná soudem.

Opozice ale svěřením tak obrovského balíku peněz do jedné instituce kritizuje.

„Je to špatné. Svěřit jednomu úřadu registraci léků, maximální ceny i úhradu od pojišťoven, to jen zvýší korupčnost prostředí,“ soudí David Rath, stínový ministr zdravotnictví za ČSSD a předseda zdravotního výboru Sněmovny.

Převzato: Právo 21. prosince 2007

Ústavní soud si dal na čas

Vládní reformě financí včetně zavedení poplatků ve zdravotnictví od Nového roku nestojí nic v cestě.

Ústavní soud do konce roku nestihne projednat stížnost sociálních demokratů, kteří s podporou komunistů tvrdí, že části reformního balíku jsou protiústavní. Soud by mohl rozhodnout ale v lednu. „Ve čtvrtek se soudci sešli a radili nad návrhem. Ve hře byla i varianta nařít ještě do konce roku ústní jednání. Soudci ale dospěli k názoru, že to není možné technicky zvládnout. O projednání návrhu se tak rozhodne nejspíše v lednu, přesný termín ale nejde zatím určit,“ řekl Právu mluvčí Ústavního soudu Michal Spáčil.

Dodal, že soud se věcí intenzivně zabývá a nechce ji zdržovat. Podle předsedy soudu Pavla Rychetského bylo nereálné myslet si, že to stihnou do konce roku, protože soudci musí zhodnotit celý reformní balík, který má přes sto stran textu a mění 50 zákonů. „Představa, že se to dá vyřídit za týden nebo za dva, je zcela naivní,“ řekl nedávno.

Pokud ústavní soudci nakonec dospějí k závěru, že například poplatky jsou protiústavní, a zruší je, nemůže nikdo podle Rychetského očekávat, že mu stát či lékaři již vyplacené peníze vrátí. Rozhodnutí neplatí zpětně.

„Větší šlamastika, než jsme čekali“

V Ústavě ČR je napsáno, že poskytování zdravotní péče na základě veřejného pojištění je v Česku bezplatné a že omezení je možné pouze zákonem.

Soc. demokraté jsou zprávou z Brna, kde ÚS sídlí, zklamáni. „Je to nepřijemné a bude to i trochu dezorientující, ale nezbyvá, než čtít rozhodnutí Ústavního soudu,“ řekl Právu Paroubek.

Předseda poslaneckého klubu ČSSD Michal Hašek Právu řekl: „Ukázalo se, že vláda navařila větší šlamastiku v podobě Topolánkova reformního batohu, než jsme čekali, a Ústavní soud se tím bude muset prokousávat delší dobu.“ Dodal, že jednání soudu zdrželo i zhotovení povinných stanovisek k problému obou parlamentních komor.

Stížnost na neústavnost poslali Ústavnímu soudu i komunisté, jejich podání ale soud sloučil se stížností ČSSD. V prosinci podali další stížnost na reformní Topolánkův batoh někteří opoziční pravicoví senátoři z Klubu otevřené



demokracie a Sdružení nezávislých kandidátů.

Někteří politici ČSSD, např. Paroubek či David Rath, s řadou umělců občany vyzvali, aby placení u lékaře bojkotovali. Premiér Mirek Topolánek to nazval hanebností.

Rychetský uvedl, že občané mají ústavou zaručené právo na odpor, ale pouze v případě, když jsou ohroženy základní hodnoty demokratického právního řádu, což však podle něj není případ placení poplatků ve zdravotnictví. „V daném případě to je forma občanské neposlušnosti, ale nepoživá ochrany podle ústavy. Rozumím, ale nemohu to samozřejmě schvalovat,“ uvedl na Frekvenci 1.

Poplatky zpochybnili ale i lidovci, kteří kromě poslance Ludvíka Hovorky reformní zákony v parlamentu prosadili. V úterý se jejich předsednictvo usneslo, že pokud se po půl roce ukáže, že jsou poplatky pro některé skupiny obyvatel neúnosné, zasadí se o to, aby tito lidé byli znovu od placení osvobozeni.

Soc. demokraté také navrhli, aby zákon o poplatcích zrušila sama Sněmovna, a navrhli jeho novelu, která by s platbami nepočítala. Je možné, že minimálně do druhého čtení pomůže novele i Hovorka, který je proti poplatkům dětí a seniorů, a také přeběhlík Miloš Melčák.

Co říká ústavní Listina základních práv a svobod Článek 31 „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“

Převzato: Právo 21. prosince 2007

Vědci vyvíjejí doživotní vakcínu na chřipku

Dvě injekce a člověk by měl od chřipky pokoj na celý život – takovou látku vyvíjejí američtí a britští vědci. První testy na lidech ukázaly, že jsou na dobré cestě. Pokud se zkoušky potvrdí, může se nová vakcína ACAMFLUA objevit už za několik let na trhu.

Má odstranit jeden z klíčových nedostatků svých předchůdců: zaměřuje se na tu část viru chřipky, která jen málo mutuje, takže organismus získá když už ne doživotní, tak aspoň velmi dlouhodobou ochranu. „Díky tomu bude možné vyrábět naši vakcínu ve kterékoli části roku a skladovat ji třeba pro případ pandemie,“ tvrdí doktor Michael Watson z angloamerické biotechnologické firmy Acambis, která očkovací látku vyvíjí. Ale profesor Ian Jones z anglické University of Reading upozorňuje: „Než vakcína dorazí na trh, bude nutné provést výzkum v daleko širším měřítku. A to zabere aspoň několik let.“

Dosud nemělo smysl vyrábět vakcíny předem, nebo je skladovat. Ty části viru, na něž se léky zaměřovaly, se totiž příliš rychle měnily a hrozilo, že lék nebude účinný. Proto museli lékaři dosud každý rok vyvíjet nové sérum proti chřipce A, která napadá ptáky, koně, prasata i lidi. Je to nevědná práce, ale přesto se vyplácí, a to nejen finančně. I se všemi léky a vakcínami zabije chřipka ročně půl miliónu až milión lidí. Bez nich by to bylo značně vyšší číslo.

Převzato: Právo 8. ledna 2008

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.

Odkoupím praxi PLDD

Odkoupím praxi praktického lékaře pro děti a dorost – Praha 10, 4, 1, 2, 3 ev. Praha Východ – Říčany a okolí.

Specializaci pro PLDD mám. Tel. 776 650 369 *Ev.č.: 97-07-07*

Hledám nástupce do městské praxe

Hledám nástupce do zavedené pediatrické městské praxe v Teplicích.

K dispozici i zdravotnický objekt. Tel.: 606 445 545 *Ev.č.: 100-08-07*

Hledám asistenta do ordinace

Hledám asistenta do ordinace PLDD v Ústí n/L., následující převod praxe možný. Tel.: 605 702 187 *Ev.č.: 101-08-07*

Sháním lékaře na příležitostné zástupy

Sháním lékaře do privátní dětské ordinace na příležitostné zástupy během roku a dovolené o prázdninách. Dobré podmínky. *Ev.č.: 109-01-08*

Dětská lázeňská léčebna přijme lékaře

Dětská lázeňská léčebna Poděbrady přijme dětského lékaře nejlépe FBLR (i na částečný úvazek), dětskou sestru a pracovníci do balneoprovozu. E-mail: detska@quick.cz, tel.: 325 613 965, 777 295 355 *Ev.č.: 105-08-07*

Hledám pediatra na zástup

Hledám pediatra na dlouhodobý zástup do ordinace PLDD v okrese Český Krumlov od dubna 2008, tel.: 605 554 333 *Ev.č.: 107-11-07*

Přijmu lékařku

Přijmu lékařku do komfortní dobře prosperující ordinace za výhodných podmínek s možností převodu praxe v Ostravě-Porubě.

Tel. 776 645 644, e-mail: info@silesiamedical.cz *Ev.č.: 108-12-07*

Oznámení: ukončuji koordinační činnost

Oznamuji všem kolegům, že z důvodu nemoci ukončuji svoji koordinační činnost pro zastupování PLDD v Praze. MUDr. Alena Rejdová *Ev.č.: 104-08-07*

Převzetí koordinace zástupů PLDD v Praze

Od ledna 2008 přebírá koordinační činnost pro zastupování PLDD v Praze za MUDr. Alenu Rejdovou MUDr. Vlasta Schütová.

Tel.: 606 460 118, 272 920 258. *Ev.č.: 110-01-08*

Praktická lékařka odkoupí praxi

Praktická lékařka pro děti a dorost odkoupí praxi v oblasti Brno - Mikulov - Hodonín. Telefon: 728 183 328 *Ev.č.: 111-01-08*

Přenechám praxi

Přenechám praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Praze 9 - Prosek. Tel.: 266 010 120, e-mail: marikja@volny.cz *Ev.č.: 112-01-08*

Ordinace PLDD hledá asistenta

Akreditovaná ordinace PLDD Praha 9, hledá asistenta na úvazek 0,18 plus zástupy. Tel.: 602 682 899 *Ev.č.: 113-01-08*

Hledám zástup

Hledám zástup po dobu nemoci, nebo asistenta do ordinace PLDD. Obec 40 km jihozápadně od Brna.

Tel.: 777 890 615, 17 - 18 hod. - pracovní dny *Ev.č.: 114-01-08*

Stiefel - Duac gel

MSD - RotaTeq