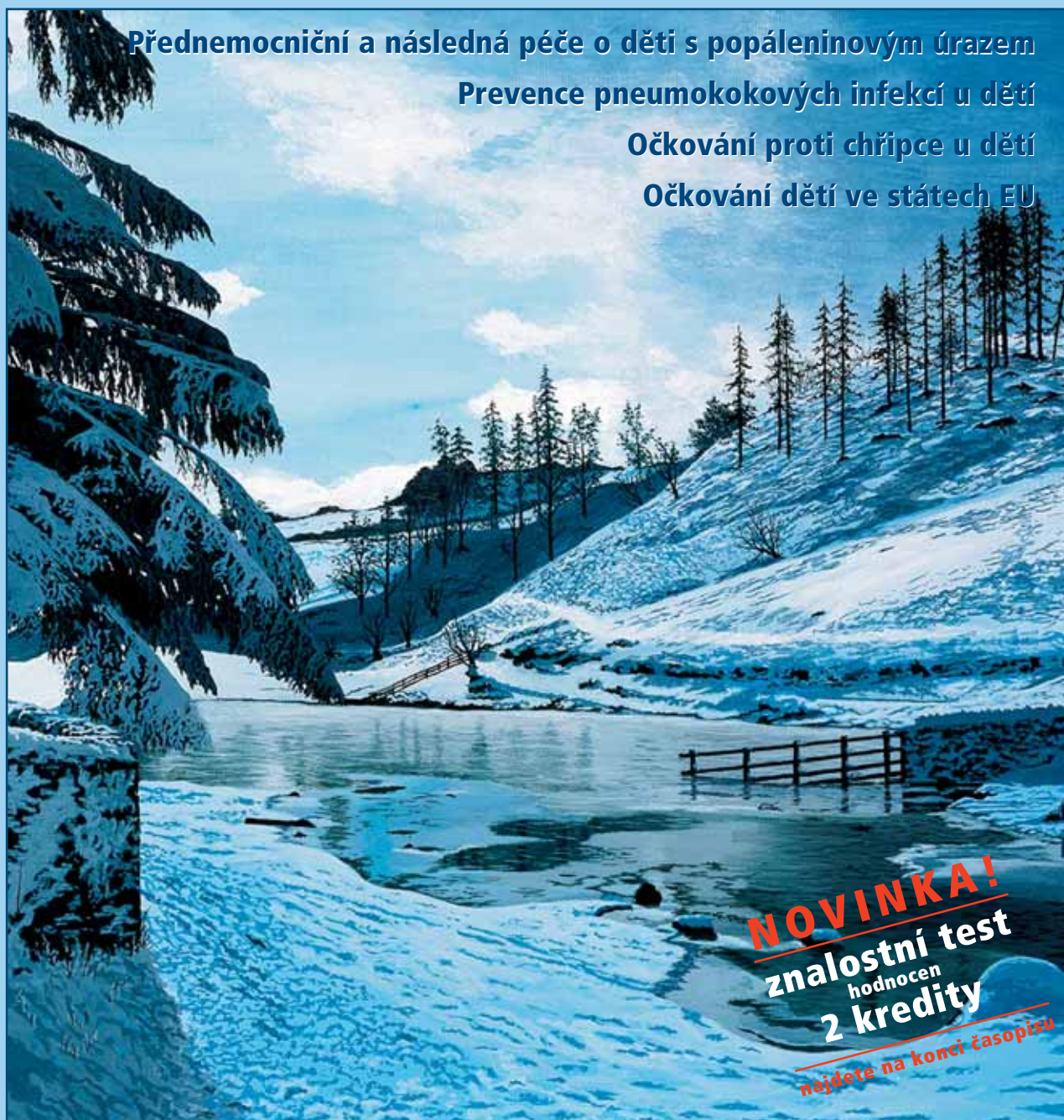


VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

únor 2006 ■ číslo 2 ■ ročník 6



ČESKÁ
SPORITELNA

ZENTIVA



OSPDL ČLS JEP

nejčtenější časopis
dětských lékařů
(Promediamotion,
Medical Research
2005)

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

Časopis garantován

Sdružením praktických lékařů
pro děti a dorost ČR

zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem
ve spolupráci s Odbornou společností
praktických dětských lékařů ČLS JEP
zastoupené MUDr. Hanou Cabrnocovou.

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová

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 písemných 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

tel.: 267 184 065, GSM: 605 281 665 - jen pro inzerenty

e-mail: centrum@detskylekar.cz

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Adresa vydavatelství:

MEDIX Branická 141, 147 00 Praha 4

tel.: 777 281 866, e-mail: vox@imedix.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc leden 2006	5
Koalice soukromých lékařů a další události	6
Dopis prezidenta ČLK MUDr. Milana Kubka	9
Tiskové prohlášení ČLK	10
Reakce kolegů na dopis prezidenta ČLK	11
Otevřený dopis profesních sdružení prezidentovi ČLK	16



Seznam školitelů v oboru praktické lékařství pro děti a dorost	17
MUDr. J. Kripner, CSc. Péče o děti s popáleninovým úrazem	18
MUDr. J. Škovránková Prevence pneumokokových infekcí u dětí	21
Prof. MUDr. J. Beran, CSc. Přeočkování proti tetanu - mýty, realita a vyhlášky	24
Co je nového v očkování?	25
Stanovisko Výboru ČPS ČLS JEP ke kalmetizaci	26
MUDr. J. Škovránková Očkování proti chřipce u dětí	26
MUDr. H. Cabrnocová Očkování dětí ve státech Evropské unie	28
Mgr. K. Kudynová Projekt vize „Zdraví 2020“	29

MUDr. L. Bendová Čínské lékařství	32
--------------------------------------	----

MUDr. Z. Vančuríková Tradiční čínská medicína	35
--	----

Stručné seznámení s čínskou pediatrií - rozhovor	36
--	----

MUDr. P. Biskup Sociálně právní poradna pro PLDD - 4. část	38
---	----

Zajímavosti ze světa odborné literatury	46
---	----



Aktuality	47
-----------	----

Řádková inzerce	50
-----------------	----

Středová příloha - Obsah ročníku 2005



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN
s. r. o.

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrázek na titulní straně namaloval ústy Trevor C. Wells



Rathovi jde o vlastní profit

Česká republika patří mezi země s neobvykle vysokou mírou korupce. Různé zájmové skupiny se snaží ovládnout významné finanční toky tak, aby na nich mohly profitovat. Proto je třeba zvláště pečlivě sledovat události, které se významných finančních zdrojů týkají.

Jednou takovou událostí je uvalení nucené správy na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP), kterou protéká přes sto miliard korun ročně. Zajímavý je průběh celé akce. Nejprve nastoupila mediální kampaň, která zdůrazňovala velkou zadluženost VZP, přestože většina odborníků, i z řad vládních, hovořila o tom, že dluhy jsou způsobeny především chybami v systému.

V druhé fázi došlo k převzetí kontroly nad pojišťovnou, přičemž paradoxně nebyl nuceným správcem jmenován finanční odborník zvenku, ale vysoký reprezentant VZP, který, pokud platí teze, že za dluhy může vedení pojišťovny, se musel na vzniku dluhů také podílet. Druhou zvláštností je právní zdůvodnění nastolení nucené správy. Zákon říká, že pokud se zjistí nedodržování schváleného zdravotně pojistného plánu či nedodržování právních předpisů, lze podle závažnosti zjištění budto žádat, aby pojišťovna ve stanovené lhůtě zjednala nápravu, nebo na ni uvalit nucenou správu. První možnost využita nebyla a rovnou se přistoupilo k uvalení nucené správy.

Ve zdůvodnění nucené správy se uvádí jednak nedodržování schváleného zdravotně pojistného plánu, jednak nedodržování zákonů. Je stále zřejmější, že tato tvrzení jsou nepravdivá, respektive že jsou účelově nepravdivá. Zdravotně pojistný plán, stejně jako státní rozpočet, se totiž schvaluje na kalendářní rok a schvaluje ho po vyjádření vlády Poslanecká sněmovna. Přitom poslední schválený pojistný plán je na rok 2003. Na další roky již plán schválen nebyl.

Právo a fakta je nezajímají

Je vyloučené, aby VZP nedodržovala schválený zdravotně pojistný plán, protože žádný takový v té době prostě neexistoval. Přitom jde o informaci všeobecně známou, která je známá i lidem, kteří se problematikou zdravotnictví zabývají jen okrajově. Stačil by jediný telefonát na ústředí pojišťovny s dotazem, proč není dodržován schválený pojistný plán, a jistě by byla poskytnuta informace o tom, že žádný takový plán neexistuje.

Stejně je to s odůvodněním, že VZP nedodržovala provizorium na rok 2004, když žádné takové provizorium nebylo nařízeno. Téměř komicky působí, když se v jednom odstavci VZP vyčítá, že platí pozdě, a v druhém, že nemá naplněný rezervní fond. Problém je v tom, že pokud by pojišťovna peníze místo do zdravotnických zařízení posílala do rezervního fondu, pak by se lhůty ještě prodloužily. Přitom jde o postup, s kterým vyslovila souhlas i vláda. Je zjevné, že uvalení nucené správy byl akt, který byl proveden bez toho, že by se jeho iniciátoři vůbec zabývali otázkou, zda jimi uvedené důvody existují, či mohou, byť teoreticky, existovat.

Osobně pokládám za vyloučené, aby tyto skutečnosti nebyly organizátorům nucené správy známé. Je téměř nemožné, aby ministr zdravotnictví či jeho náměstek, který byl dokonce jedním z vrcholných úředníků VZP, či ředitel odboru kontroly zdravotních pojišťoven na ministerstvu tyto skutečnosti neznali. Pokud by celá skutečnost o něčem svědčila, pak o dohodě určité skupiny lidí, že převezmou VZP do svých rukou, a to bez ohledu na právní, ale i faktický stav věci.

Josef Janeček
poslanec KDU-ČSL

Celiakie

Nespecifické střevní záněty

Intolerance laktózy

Dědičné poruchy
metabolismu



seznam inzerujících firem

AVENT
GRÜNENTHAL CZECH
HERO
HIPPI
MARK DISTRI
NESTLÉ
SCHERING
SVUS PHARMA
ZENTIVA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

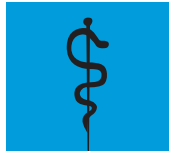
Úterý 10,00 - 17,00
Středa 10,00 - 17,00
Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla zastihnete v těchto hodinách:

Úterý
8,00 - 12,00 - MUDr. Pavel Neugebauer
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
15,00 - 18,00 - MUDr. Eva Vitoušová

Středa
16,00 - 18,00 - MUDr. Hana Cabrnová
13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn
17,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková
15,00 - 18,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

Čtvrtek
11,00 - 14,00 - MUDr. Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc leden 2006

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc leden se stal měsícem skutečného boje o výklad tzv. úhradové vyhlášky. I když tato vyhláška již nabyla právní moci, její kontroverzní ustanovení se stala sjednocujícím momentem na straně nejen poskytovatelů zdravotní péče, ale i řady patientských organizací. Pozornost nejen zdravotnické veřejnosti vzbudily i návrhy legislativních změn resortního ministerstva, pokračovala nucená správa největší zdravotní pojišťovny, do jejíhož čela byl zvolen nový prozatímní ředitel, ing. Čekal, který do té doby vedl její pražskou pobočku. Situace ve zdravotnictví začala přerůstat mantinely resortu....

3.1. - na půdě VZP ČR proběhlo zahajovací jednání dohodovacího řízení o Rámcových smlouvách, jednání bylo velmi nekonstruktivní ze strany předsedy LOK-SČL dr. Kubka, který se snažil navzdory většině přítomných legitimu tohoto jednání zpochybnit, hledání možných východisek bylo nakonec ukončeno všeobecnou dohodou, že jednání bude pokračovat dalším jednáním dnem, kdy hlavním a v podstatě jediným bodem programu bude projednání jednacího řádu tohoto typu dohodovacího řízení

3.1. - na svém pravidelném jednání se sešli zástupci Koalice soukromých lékařů, bližší informace na jiném místě

9.1. - jednala Rada IZIP, účastníci byli seznámeni s transformací společnosti na akciovou společnost, účast zástupce státu ve správní radě odmítl premiér Paroubek, členové Rady oslovili Správní radu VZP dopisem, ve kterém vyzvali ke konstruktivní diskusi nad dalším osudem projektu elektronických zdravotních knížek

11.1. - na MZd proběhlo jednání Komise péče o dítě, mezi probíraná témata patřilo například očkování, široce diskutována byla i kalmetizace u dětí a její další osud, bylo vysloveno rozčarování z obdrženého stanoviska příslušného odboru MZd na téma vzdělávání dětských sester, odmítnuto bylo užití reklamy jedné firmy v edukační části ZOPu určeném rodičům

12.1. - v Kladně začal cyklus seminářů

„Čelíme výzvam“ pořádaný europoslanci dr. Cabrnchem a dr. Ouzkým, na žádost pořadatelů jsem přijal po schválení Výborem Sdružení účast na těchto seminářích, tématem mého příspěvku bylo zvoleno objasnění možných dopadů tzv. úhradové vyhlášky

13.1. - Předsednictvo Sdružení řešilo nejpalčivější aktuální otázky stavu ve zdravotnictví - dopady úhradové vyhlášky, stav cenových dodatků, legislativní záměry ministerstva, na programu byly také problémy jednotlivých regionů

16.1. - na mimořádném jednání se sešli členové Koalice soukromých lékařů, hlavním tématem byly samozřejmě cenové dodatky pro 1. pololetí 2006, projednávána byla samozřejmě také problematika dohodovacího řízení k Rámcovým smlouvám

17.1. - na MZd ČR jsme spolu s dr. Šmatlákem řešili na odboru zdravotního pojištění problematiku Metodického pokynu ministra, jehož hlavním mottem je výklad nejasných ustanovení tzv. úhradové vyhlášky

18.1. - užší vedení MZd v čele s ministrem si pozvalo na jednání ředitele a ředitelky jednotlivých ZP, aby s námi (dr. Šmatlák, dr. Neugebauer), jako zástupci segmentu praktických lékařů, projednalo znění výše uvedeného Metodického pokynu ministra, později se ukázalo, jak zrádná je cesta řešit nedostatky legislativní normy předpisem, který nemá odpovídající právní sílu

19.1. - před cca 200 lékaři jsem prezentoval tzv. úhradovou vyhlášku na dalším semináři z cyklu „Čelíme výzvam“, tentokrát v Olomouci

24.1. - Koalice soukromých lékařů ustavila Krizový výbor lékařů, lékárníků, stomatologů a Asociace českých a moravských nemocnic, posláním tohoto výboru byla a je koordinace postupu při obraně proti krokům resortního ministerstva, především proti dopadům úhradové vyhlášky na pacienty a poskytovatele, ale i proti dalším chystaným legislativním návrhům

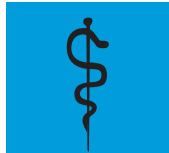
25.1. - úhradová vyhláška byla tématem mého vystoupení tentokrát na půdě NHÚ, seminář byl pořádán dr. Vepřekem, reprezentujícím občanské sdružení „Občan“

26.1. - pro změnu v Liberci se uskutečnil další seminář cyklu „Čelíme výzvam“

27.1. - v rámci Kongresu SPL se sešli krizové výbory SPL a SPLDD, přijaté usnesení otiskujeme dále

31.1. - hostitelem cyklu „Čelíme výzvam“ byla tentokrát Mladá Boleslav

31.1. - Krizový výbor Koalice soukromých lékařů se rozhodl uspořádat protestní demonstraci pacientů a zdravotníků, důvody byly formulovány mimo jiné petiční akcí.



Koalice soukromých lékařů a další události

Leden byl meteorologicky velmi chladným měsícem, nicméně ve zdravotnictví bylo velmi horko. Aktivita ministra zdravotnictví ve svém důsledku nebyvale sjednotily zdravotníky mezi sebou, ale z velké části i zdravotníky s pacienty. Bez dalšího komentáře předkládám výběr sledu důležitých událostí.

I. Oslovení ředitelů zdravotních pojišťoven Koalicí dne 2.1.2006

Vážená paní ředitelko, vážený pane řediteli, na základě rozhodnutí vedení Koalice soukromých lékařů se na Vás s odkazem na již dřívější dohody mezi vedením Koalice, VZP a některými ostatními zdravotními pojišťovkami obracím jako mluvčí této Koalice s žádostí o zaslání návrhů cenových dodatků pro 1. pol. 2006 pro segmenty praktických lékařů, stomatologů a ambulantních specialistů Koalice k projednání a vzájemnému schválení předtím, než je budete distribuovat příslušným zdravotnickým zařízením.

Jsme toho názoru, že tímto způsobem bude splněn požadavek ministra zdravotnictví ČR vznesený na jednání dne 28.12.2005: předem, doufáme, že ke spokojenosti obou stran, budou eliminována možná nedorozumění plynoucí z výkladu některých částí textu úhradové vyhlášky, přičemž nebude nijak narušena výsostnost smluvního vztahu mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovkami zášahem jiných, nesmluvních stran.

Věříme, že náš požadavek považujete za legitimní a slibujeme z naší strany zajistit takový přístup, který nebude nijak brzdít včasnou distribuci cenových dodatků.

S úctou

MUDr. Zorjan Jojko
mluvčí Koalice soukromých lékařů

II. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 3. 1. 2006

1. Dopis ředitelům zdravotních pojišťoven

Na mimořádném jednání Koalice dne 28. 12. 2005 bylo projednáno a schváleno oslovení ředitelů zdravotních pojišťoven e-mailovým dopisem se žádostí o postoupení cenových dodatků ke smlouvám před jejich definitivním schválením. Tento dopis byl odeslán 2.1.2006. Dr. Jojko je zplnomocněn poslat upomínku všem ředitelům zdravotních pojišťoven, pokud by jejich reakce na 1. dopis nepřišla do dvou dnů.

2. Aktuální situace soukromých zdravotnických zařízení

PharmDr. Lubomír Chudoba, prezident České lékárnické komory, informoval o důvodech protestních akcí lékárníků, možnostech a plánech řešení současné situace.

3. Další akce Koalice

Po diskusi, ve které byly řešeny postoje všech organizací k současné situaci, dospěli účastníci jednání k následujícím závěrům:

Všechny organizace Koalice zváží připojení se k plakátové akci, zváží, jakou podobu a obsah by jim doručovaly dát, zváží i jiné způsoby vyjádření svých postojů k současnému dění směrem k veřejnosti

4. Jednací řád Dohodovacího řízení k Rámcovému smlouvám

Na jednání Koalice dne 16. 1. 2006 projednají její zástupci dostupné návrhy změn Jednacího řádu. Před schůzkou je třeba prostudovat i cenové dodatky ke smlouvám se zdravotními pojišťovkami (pokud budou k dispozici, viz bod č. 4) a zvážit dopad úhradové vyhlášky na objem poskytované zdravotní péče.

III. Stanovisko OS ZSP k vyhlášce č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pol. 2006 a vyhlášce MZ ČR č. 493/2005 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ze dne 13.1.2006 (redakčně zkráceno)

...Je téměř jisté, že i přes skutečnost navyšování platů, inflace a nového seznamu výkonů obdrží ZZ objem finančních prostředků, který nebude dosahovat výše roku 2005, neboť do regulativů se nelze vejít. Poskytování zdravotní péče není stacionární stav, ceny léků jednoznačně neklesnou, nelze to předpokládat ani u ceny jiných vstupů. ...

Vše povede ke snížení nákladů a možnému deficitu zdravotních pojišťoven. Cena bude snížením dostupnosti zdravotní péče pro občany, snížením kvality zdravotní péče, podpora černého trhu, protože ve chvíli kdy nebudou zdravotnická zařízení přijímat další pacienty např. ze zavřených ordinací (viz OZP) a budou prodlužovat objednací doby, tak se patrně najdou zdravotnická zařízení, která po vyčerpání maximální úhrady ze zdravotního pojištění

začnou poskytovat zdravotní péči za přímou úhradu. Tato varianta je o to více aktuální z důvodu přijetí vyhlášky (Seznamu výkonů), která způsobí, že objem zdravotní péče zastropovaný maximální úhradou bude vyčerpán za I. čtvrtletí 2006.

Proklamované snížení nákladů na léčiva, hrazená ze zdravotního pojištění, ve výši 3 mld. Kč prostřednictvím snížení obchodní příirážky o 3 % je naprosto nereálným řešením. Do zdravotního pojištění přinese i podle přiznání VZP nejvýše 0,8 mld. Kč.

Tvrzení, že přitom má jít o vstřícný krok vůči pacientům, aby své léky mohli vyzvednout s nižším doplatkem, který má být ovlivněn nižší cenou léku, je v příkrém rozporu se skutečností. Úhradová vyhláška totiž od 1.1.2006 současně snižuje úhrady za léčiva, hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Zde se tedy patrně skrývá další očekávaná úspora na výdajích ze zdravotního pojištění na léky.

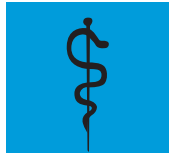
Obecně se z ministerstva zdravotnictví proklamuje, že výše doplatku pro pacienty se má snížit. Úhradová vyhláška však z celkového počtu 2196 změn úhradu snížila ve 2170 případech, tedy zvýšila spoluúčast pacientů. Vezmeme-li sazby úhrad léčiv platné do 31.12.2005 a nové sazby, tak zjistíme, že vážený aritmetický průměr úhrad, zjištěný rozdílem původních a nových úhrad léků, se snížil o 8,08%.

*Grémium majitelů lékáren
PharmDr. Jaroslav Polách v.r.
předseda představenstva*

IV. Prohlášení Rady AČMN k úhradové vyhlášce na 1. pololetí 2006 ze dne 16.1.2006

Rada Asociace českých a moravských nemocnic, zastupující největší sdružení poskytovatelů zdravotní péče co do počtu zaměstnanců i počtu lůžek a objemu péče, vydává následující prohlášení:

Konstatujeme skutečnost, že úhradová vyhláška na 1. pololetí 2006 obsahuje vady a chyby a že ve svém důsledku povede v akutní péči k omezení zdravotní péče, zejména té odkladné a finančně náročné, a k omezení podávání a předepisování léků. V následné péči navíc povede k ohrožení průběžného financování této péče snížením úhrad pod úroveň stanovenou pro r. 2005 a ke snížení dostupnosti následné péče pro pojištěnce. Vyhláška dále



obsahuje ustanovení k tzv. novým kapacitám, které finančně postihne i ta zařízení, která by převzala péči o klienty za jiná eventuálně zrušená zdravotnická zařízení či jejich části.

Upozorňujeme, že uvedená vyhláška znamená porušení dohody podepsané předsedou vlády a dnešním ministrem zdravotnictví z 3.6.2005, a to jak nedodržením principu jednotné výše úhrad a jednotné regulace úhrad pro všechny druhy péče, tak nedodržením přislíbené výše úhrad (meziročním navýšením o 50% z celkového nárůstu příjmů zdravotního pojištění v r. 2005). Vyhláška navíc stanoví snížení finančního objemu tzv. zvlášť účtovaných léků a zdravotnického materiálu ve srovnání s rokem 2005 a zavádí 100%-ní sankce za překročení objemu vyžádané péče v jiných zdravotnických zařízeních i za překročení objemu předepsaných léků a zdravotnických prostředků na předpis.

Oznamujeme veřejnosti, že výše uvedené dopady vyhlášky ministerstva zdravotnictví členská zařízení nevítají, ale jsou nucena se jimi řídit. Doufáme, že naši klienti pochopí, že nejsme ti, kdo rozhodl o omezeních, které začínají pociťovat. Úkolem našich zařízení je potřebu zdravotní péče plně zabezpečit, ne ji omezovat. Věříme, že i ministerstvo zdravotnictví se nezřekne své odpovědnosti a bude veřejnost o dopadech svých nařízení otevřeně informovat.

V. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 16. 1. 2006

1. Příprava jednání o Rámcových smlouvách

Členové Koalice se dohodli na společném postupu na jednání o Jednácím řádu Dohodovacího řízení o Rámcových smlouvách. Koalice bude prosazovat smlouvy na dobu neurčitou s taxativně stanovenými ujednáními týkajícími se důvodů a doby výpovědi. V současné době považuje za nejschůdnější prodloužení stávajících smluv o půl roku, případně o rok.

2. Zhodnocení současné situace ve zdravotnictví

Základním problémem je „úhradová vyhláška“, na kterou navazují cenové dodatky na 1. pololetí 2006 ke smlouvám se zdravotními pojišťovnami. Zdravotní pojišťovny zpracovaly a předložily MZ ČR ke schválení dodatky, které dle výkladu členů Koalice často nejsou v souladu s vyhláškou, v regulacích přesahují její rámec a obsahují nejasné formulace s více možnými výklady. Koalice bude požadovat, aby cenové dodatky neobsahovaly ujednání, která se netýkají úhrad za zdravotní péči.

O „úhradové vyhlášce“ a jejím dopadu na zdravotní péči jednali s ministrem zdravotnictví MUDr. Davidem Rathem zástupci praktických lékařů. Informovali ministra, že vyhláška je pro primární péči nepoužitelná a budou trvat na její novelizaci. Dr. Rath praktické lékaře požádal, aby své připomínky předložili písemně. Souhlasil se sjednocením cenových dodatků zdravotních pojišťoven a s jednáním s poskytovateli zdravotní péče. V případě trvajících nejasností budou zástupci Koalice nadále požadovat po ministru zdravotnictví písemný výklad „úhradové vyhlášky“.

Důvody ke stávkové pohotovosti nepominuly, účastníci jednání zformulovali následující prohlášení, které Dr. Jojko, mluvčí Koalice, přednesl zástupcům sdělovacích prostředků:

Výsledek krizového jednání Koalice soukromých lékařů dne 16.1. 2006

(Koalice soukromých lékařů zastupuje cca 15 000 soukromých lékařů sdružených v České stomatologické komoře, Sdružení praktických lékařů, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, Sdružení soukromých gynekologů a Sdružení ambulantních specialistů)

Dne 16.1.2006 proběhlo jednání Koalice soukromých lékařů.

Zástupci všech organizací se shodli na tom, že Krizová situace trvá, neboť:

- nadále nám peníze od VZP nechodí včas,
- nadále trvá smluvní nejistota,
- nadále se obáváme negativního dopadu limitací plynoucích z regulací dle Vyhlášky MZ ČR 550/05 Sb. na naše pacienty.

Ohrzujeme se proti nařčením, že jsou naše aktivity ovlivňovány jakýmkoli politickým subjektem nebo ze strany vedení VZP. Naše činy vyplývají z faktických dopadů kroků MZ ČR.

Koalice vyjadřuje pochopení pro stávku vyhlášenou lékárníky. Jednotlivé organizace Koalice mají ve dnech 26.-27.1.2006 svá Krizová jednání, na kterých budou projednávat vlastní postupy. Připouštíme, že 30.1.2006 v tom nebudou lékárníci sami, což ovšem nevylučuje naše stejné i jiné formy protestu i později, pokud se situace nezmění.

*Za Koalici soukromých lékařů
MUDr. Zorjan Jojko, mluvčí*

VI. Prohlášení Asociace českých a moravských nemocnic ze dne 18.1.2006

Asociace českých a moravských nemocnic, vědoma si významu a odpovědnosti nemocnic při zabezpečování zdravotní péče, dosud zachovávala zdrženlivost při protestních akcích, pořádaných jednotlivými skupinami zdravotní-

ků.

AČMN opakovaně upozorňovala ministerstvo i samotného ministra na chyby a vady úhradové vyhlášky na 1. pololetí 2006 již při její přípravě. Dokonce v době tisku vyhlášky i po jejím vydání vyvinula nemalé úsilí, aby chyby byly napraveny. I poté výrazně upozorňovala na problém, opakovaně žádala ministra zdravotnictví o jednání a upozornila i předsedu vlády.

Protože uvedené úsilí nevedlo k výsledku, radě AČMN nezbylo jiné řešení, než vyhlásit

krizový stav

pro oblast zdravotní péče zabezpečované nemocnicemi, odbornými léčebnými ústavy, léčebnami dlouhodobě nemocných a dalšími zařízeními ústavní péče

a

podpořit

protest praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost a ambulantních specialistů a zúčastnit se přípravy společných protestních akcí.

Důvodem je nechota Ministerstva zdravotnictví opravit zbytečné chyby, vady a nedomyšlenosti v úhradové vyhlášce MZ č. 550/2005 Sb. Například stanovení 9 limitů na léky pro každé zdravotnické zařízení, které jsou navzájem nepřevoditelné a povedou k tomu, že pro některé pacienty bude léků nedostatek a u jiných bude vyhláška nutit léky plynout. Nebo stanovení 9 limitů pro objem poskytované následné péče, které zákonitě povedou k tomu, že některá lůžka nebudou pro pacienty dostupná a jiná budou prázdná.

Obdobné nesmysly obsahuje vyhláška i v ustanoveních pro další skupiny zdravotnických zařízení. Proto AČMN volí společný postup s cílem dosáhnout změny ve prospěch občanů.

VII. Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 24. 1. 2006

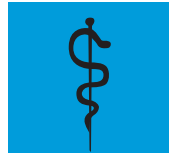
1. Společné kroky:

Základní cíle:

- definovat společný problém
- vytipovat nástroje a možnosti řešení
- stanovit časový harmonogram a synchronizovat aktivity.

2. Současné nejvíce viditelné problémy

Dopady Vyhlášky 550/05 Sb. a zpoždování plateb od VZP jsou pouze vrcholkem ledovce. Jeho základnu tvoří soubor návrhů MZ ČR na legislativní změny většinou prosazované formou nečekaných poslaneckých iniciativ. Jejich podstata je ve snaze o koncentraci mo-



ci a finančních prostředků do rukou několika ministerských úředníků. Vzniká oprávněná obava z přípravy návratu českého zdravotnictví před rok 1989. Aktivity organizací ve zdravotnictví je nutno zaměřit tímto směrem. Všichni přítomní projednali obsah prvního informačního plakátu.

3. Nejdůležitější výstupy ze společného jednání:

Ve všech organizacích probíhají, nebo jsou na nejbližší dobu naplánována, jednání o dalším postupu.

Všichni účastníci setkání se shodli na podpoře protestní akce lékárníků, která se bude konat ve čtvrtek 26. 1. 2006 na Palackého náměstí v Praze.

Koalice soukromých lékařů s Českou lékařnickou komorou a Asociací českých a moravských nemocnic založily společný krizový štáb proti zestátnování zdravotnictví a vydaly následující prohlášení:

„Zástupci soukromých lékařů, lékárníků a nemocnic se dnes dohodli na založení krizového štábu, jehož cílem je zabránit zestátnění českého zdravotnictví a jeho návratu před rok 1989.

Jsmo pevně odhodláni zabránit nebezpečné koncentraci moci a peněz do rukou ministra zdravotnictví Davida Ratha. Krizový štáb plně podporuje čtvrtetní protest lékárníků a upozorňuje ministra zdravotnictví, že tento protest není poslední. Soukromí lékaři, lékárníci a nemocnice sváží v nejbližších dnech na svých grémích další kroky.“

VIII. Prohlášení Svazu pacientů ČR ze dne 25.1.2006

Svaz pacientů ČR, jediná patientská organizace hájící zájmy a práva většiny obyvatel České republiky, rozumí důvodu lékárníků ke svolané demonstraci před ministerstvem zdravotnictví, ale v době, kdy pacientům jsou ukládána četná omezení a s fondy veřejného zdravotnictví se musí zacházet šetrně, musí se i lékárníci uskovnit.

Na druhé straně je pravda, že primitivní plošné snížení marží bez zavedení degrese, která by chránila venkovské lékárny, je hrubá chyba ministra zdravotnictví, přestože již od listopadu 2004 jsme opakovaně žádali ministerstvo o zavedení takového systému a opakovaně jsme předložili konkrétní návrh řešení.

Ještě horší je, že ministr odmítá jakoukoliv konzultační a kontrolní účast pacientů a pojištěnců ve zdravotnictví a svými posledními opatřeními a návrhy změn zákonů a vyhlášek

donutil i nás, abychom usilovali o co nejrychlejší změnu na postu ministra zdravotnictví.

Demonstrace a stávky zdravotníků společně s pacienty by mohly vést k takové změně.

IX. Prohlášení předsedů oblastních stomatologických komor ze dne 27. 1. 2006

Dosavadní kroky ministra zdravotnictví MUDr. Ratha (např. zavádění limitů pro jednotlivá zdravotnická zařízení a změny zákonů) destabilizují české zdravotnictví a tím ohrožují dostupnost a kvalitu zdravotní péče poskytované našim pacientům. Zubní lékaři proto varují ministra před dalšími podobnými kroky.

Zubní lékaři jednoznačně podporují protestní akce lékárníků, Koalice soukromých lékařů a Asociace českých a moravských nemocnic a sami zahajují své protestní akce intenzivní informační kampaní a vyzývají ostatní zdravotníky ke generálnímu omezení provozu v květnu tohoto roku.

Zubní lékaři zároveň vyzývají poslance a senátory, aby bez koncepce zdravotnictví schválené vládou a bez řádného legislativního procesu nepřijímali žádné novely zdravotnických zákonů a nepřipustili další koncentraci moci a finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění v rukách ministra zdravotnictví MUDr. Ratha.

Pokud dojde k zásadní změně zdravotnického systému připravované ministrem MUDr. Rathem za podpory KSČM, zubní lékaři do takového systému v červenci 2006 nevstoupí a budou poskytovat péči za přímou úhradu.

MUDr. Jiří Pekárek

prezident České stomatologické komory

X. Prohlášení krizových výborů PL a PLDD ze dne 27. ledna 2006

Zástupci krizových výborů PL a PLDD na svém společném zasedání 27.1.2006 v Liberci vyjadřují vážné znepokojení nad současnou situací ve zdravotnictví. Chaotické a nekonceptní zásahy ministra zdravotnictví do stávajícího systému poskytování zdravotní péče ohrožují práci lékařů primární péče. Do dnešního dne nejsou stanoveny podmínky pro poskytování péče na první pololetí 2006.

Domníváme se, že z těchto důvodů hrozí bezprostředně omezení dostupnosti základní zdravotní péče občanům včetně omezení přístupů k lékům, vyšetřením a k prevencím.

Odmítáme snahu MZ ČR legislativně eliminovat profesní organizace praktických lékařů z DR o cenách a rámcových smlouvách.

Požadujeme, aby se MZ a Parlament ČR

zdržely do června 2006 všech kroků, které by mohly vést ke koncentraci moci a finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění do rukou jedné instituce a návratu k centralistickému řízení českého zdravotnictví.

Krizové výbory PL a PLDD budou reagovat na podobné aktivity MZ a Parlamentu dalšími protestními kroky.

XI. Prohlášení krizového štábu ze dne 31.1.2006

Krizový štáb lékařů, lékárníků a Asociace českých a moravských nemocnic konstatuje, že se krize českého zdravotnictví nadále prohlubuje. K tomuto hodnocení se postupně přidávají další organizace a skupiny zdravotníků, lékařů pacientů. Při jednání dne 31.1. 2006 se členové krizového štábu shodli na následujících požadavcích:

Zabránit omezování dostupnosti a kvality zdravotní péče způsobené diletskými vyhláškami ministra zdravotnictví (například úhradová vyhláška, změna marží lékáren a další), které poškodí občany, zvláště pak chronicky a vážně nemocné pacienty.

Zastavit přípravu zákonů, které mění systém veřejného zdravotního pojištění na centrálně řízené zdravotnictví v podobě, jakou mělo před rokem 1989. Nepřipustit, aby se veškerá moc a peníze dostaly do rukou ministra zdravotnictví.

Vrátit se k celospolečenské a odborné diskusi a rozhodovat o zásadních změnách ve zdravotnictví na základě věcné argumentace a mandátu voličů.

Odvolat z funkce ministra zdravotnictví Davida Ratha, který vnáší chaos do zdravotnictví, ohrožuje pacienty a opovrhuje pravdou i obvyčejnou lidskou slušností.

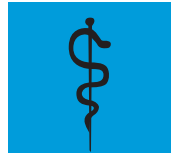
Na podporu těchto požadavků zahajujeme veřejnou petiční akci.

Koalice soukromých lékařů:

- Sdružení praktických lékařů ČR
- Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
- Sdružení ambulantních specialistů ČR
- Sdružení soukromých gynekologů ČR
- Česká stomatologická komora
- Česká lékárnická komora
- Asociace českých a moravských nemocnic

Pro Vox připravil:

MUDr. Pavel Neugebauer



Dopis prezidenta ČLK MUDr. Milana Kubka

**Předsedům OS ČLK
funkcionářům ČLK
členům ČLK**

V Praze 4.2.2006
č.j.: 130/2006

Vážené kolegyně a kolegové,

dne 14.1.2006 jsem byl zvolen prezidentem České lékařské komory s programem „**Silná Komora pro lékaře**“. Slíbil jsem vám, že se budu snažit, aby ČLK získala zpět ztracené kompetence. Slíbil jsem, že se pokusím prosadit, aby Komora mohla hájit zájmy lékařů v dohodovacích řízeních a prosadit zvyšování příjmů soukromých lékařských praxí i podpořit podmínky pro nárůst platů lékařů zaměstnanců. Slíbil jsem, že se pokusím vybojovat pro soukromé lékaře trvalý smluvní vztah s pojišťovnami, možnost dědění a prodeje praxí, stejně tak jako závaznost výběrových řízení pro pojišťovny. Deklaroval jsem podporu zákonu o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních. Tyto sliby hodlám plnit nejenom kvůli vlastnímu svědomí, ale zejména proto, že jsou zájmem většiny lékařů a proto za jejich splnění bojuje ČLK již řadu let.

V současnosti je politická situace příznivá k prosazení těchto našich zájmů. Proto jsem okamžitě po svém zvolení nechal zpracovat příslušné legislativní návrhy, které si osvojilo a svým jménem podalo několik poslanců. Jedná se o:

1) Novela zákona č. 95/2004 Sb. o získávání odborné a specializované způsobilosti lékařů:

Licence - ČLK bude vydávat osvědčení (licence) potvrzující specializovanou způsobilost a délku praxe a zároveň rozhodovat sporné případy. Lékaři držitelé licence Komory automaticky získají specializovanou způsobilost.

2) Novela zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění:

Smlouvy na dobu neurčitou - trvalý smluvní vztah

Jasně a explicitně stanovené výpovědní důvody (viz. Text návrhu [na www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz))

Na tuto smlouvu mají nárok všechna zdravotnická zařízení, která nemají rozsah úvazků

poměrného kapacitního čísla vyšší než 3,0 (tedy soukromé praxe ano, polikliniky nikoliv)

Dohodovací řízení o rámcové smlouvě, o seznamu výkonů s bodovými hodnotami i o hodnotě bodu, výši úhrad a regulačních omezeních probíhají dvoukolově. Nejprve na půdě příslušné komory mezi občanskými sdruženími poskytovatelů. Jejich stanovisko pak příslušná komora hájí v jednání se zdravotními pojišťovnami. Ministerstvo zdravotnictví není účastníkem, ale pouhým svolavatelem těchto jednání (tzv. Rakouský model).

Výsledky výběrových řízení jsou pro zdravotní pojišťovny závazné (složení komisí zůstává stejné, tedy: pojišťovna, místní samospráva, Komora, odborná společnost).

Výběrové řízení se nekoná, pokud dochází k prodeji, darování či dědění zdravotnického zařízení. V tomto případě dochází automaticky k převodu smluvních vztahů s pojišťovnou.

Naše návrhy prošly tzv. druhým čtením a čeká je závěrečné hlasování v poslanecké sněmovně.

Dne 24.1.2006 byl ustaven „Krizový štáb lékařů, lékárníků a asociace nemocnic“ jehož cílem je zabránit zestátnění českého zdravotnictví a jeho návratu před rok 1989. Cílem je odmítnutí výše zmiňovaných legislativních návrhů Komory. Na zasedání 31.1.2006 se členové tohoto štábu shodli na následujících požadavcích (kráceno):

1) Zabránit omezování dostupnosti a kvality zdravotní péče způsobené diletantskými vyhláškami ministra zdravotnictví, které poškozují pacienty.

2) Zastavit přípravu zákonů, které mění systém veřejného zdravotního pojištění na centrálně řízené zdravotnictví v podobě jakou mělo před rokem 1989.

3) Vrátit se k celospolečenské a odborné diskusi a o změnách ve zdravotnictví rozhodovat dle mandátu voličů. (tedy nedělat až do voleb nic)

4) Odvolat z funkce ministra Ratha.

Za splnění těchto svých požadavků svolávají signatáři na 24.2.2006 (den před tzv. Dnem znárodnění) demonstraci na Staroměstské náměstí a vyhlásují stávkou.

Výše uvedené skutečnosti jsou snad pro

řadu z vás triviální, avšak většina lékařů čerpá informace bohužel pouze z obecných médií, která v žádném případě neinformují objektivně. Na základě takových tendenčních polopравd a lží pak i řada slušných lidí může nabýt dojmu, že se skutečně děje něco nepravého, něco co je ohrožuje a čemu se tedy musí bránit.

Kolegyně a kolegové, žádám vás o urychlenou odpověď na následující otázky:

1) Souhlasíte s názorem, že posílení pravomocí profesní samosprávy, smlouvy s pojišťovnami na dobu neurčitou a možnost prodeje i dědění lékařských praxí představují znárodnění zdravotnictví a vrací nás před listopad 1989?

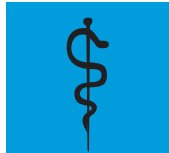
2) Jste spokojeni se současným stavem, kdy zdravotní pojišťovny - zejména dominantní VZP, vystupují vůči lékařům z pozice síly, přičemž využívají naší roztržštěnost? Proč asi zdravotní pojišťovny spolupřádají protesty proti tomu, aby jim na straně lékařů vyrostl v podobě ČLK silný protihráč?

3) Není náhodou jednání některých funkcionářů lékařských sdružení motivováno strachem z toho, že by mohli přijít o své individuální výhody a privilegované postavení?

4) Mají se lépe lékaři v Rakousku, kde za ně vyjednává lékařská komora a nebo u nás, kde se před zraky pojišťoven a politiků mezi sebou sváří desítky lékařských sdružení?

5) Souhlasíte s názorem „Krizového štábu“, že ČLK bude v dohodovacích řízeních prosazovat redukci počtu soukromých lékařů, ačkoliv dosud průkazně právě ČLK stojí na straně těch, kdo odmítají plošná výběrová řízení a administrativní likvidaci soukromých praxí, na rozdíl od většiny signatářů vyzývajících k demonstracím, kteří jsou ochotní se s pojišťovnami „nějak dohodnout“?

6) Má ČLK zůstat apolitickou organizací a nebo se má po boku lékárníků, zubařů a některých funkcionářů sdružení praktických lékařů zapojit do předvolební kampaně ODS a připojit se k požadavkům na odvolání ministra Ratha, který prosadil zvýšení ceny naší práce a snaží se zavést pořádek ve veřejném zdravotním pojištění?



7) Má ČLK nadále prosazovat své požadavky na vrácení pravomocí vydávat licence? Máme se snažit prosadit trvalý smluvní vztah s pojišťovnami, závaznost výběrových řízení a možnost dědění a prodeje praxí? Máme jedinečnou šanci získat to, o co se léta marně snažíme. Máme právo tuto příležitost promarnit?

8) Má ČLK zůstat svéprávnou stavovskou organizací a nebo o nás budou rozhodovat lékárníci, zubaři, ředitelé nemocnic, zdravotní pojišťovny, zdravotní sestry a laboranti...?

Kolegyně a kolegové, sám o sobě mám ve výše uvedených otázkách jasno. Jako prezident ČLK, jehož povinností je hájit zájmy všech lékařů, se však musím ptát na váš názor již proto, že **mezi signatáři prohlášení,**

kteří varuje před znárodněním a odmítá posílení pravomocí profesní samosprávy, smlouvy s pojišťovnami na dobu neurčitou, závaznost výběrových řízení a možnost prodeje a dědění lékařských praxí, jsou i představitelé Sdružení praktických lékařů, Sdružení ambulantních specialistů, Skalpel, Soukromí gynekologové, Soukromí patologové a Dětská kardiologové.

Zmiňované prohlášení naopak ostře odmítl LOK-SČL, který sdružuje 5 500 z celkových 15 000 lékařů zaměstnanců - tedy rovněž členů ČLK, které jsem povinen hájit. Ostatní zatím mlčí.

Vzhledem k závažnosti situace očekávám obratem vaše stanoviska. Žádám vás zároveň, abyste s tímto dopisem seznámili

co největší počet našich kolegů - lékařů. Na pátek 17.2.2006 svolávám do Prahy poradou předsedů OS ČLK. Doufám, že se již z každého okresu zúčastní předseda nebo jím pověřený zástupce.

Na závěr vás chci kolegyně a kolegové vyzvat k tomu, abyste se nestyděli veřejně prezentovat své názory. Pokud totiž většina slušných lidí mlčí, pak je hlasům i několika ostatních jedinců přisuzován větší význam, než jaký si zaslouží.

S pozdravem

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK

Tiskové prohlášení ČLK

ČLK nesouhlasí s regulačními opatřeními danými vyhláškou č. 550/2005 Sb. o úhradách zdravotní péče v prvním pololetí 2006. Navzdory ústupkům, které učinil ministr Rath, aby vyhověl oprávněným požadavkům lékařů, považujeme regulační opatření za příliš tvrdá.

Prezident ČLK dojednal vyjmutí očkovaní a preventivních prohlídek z globálního limitu. Toto se sdružením praktických lékařů nepodařilo prosadit. Nyní tedy platí, že praktičtí lékaři mohou provádět očkovaní a preventivní prohlídky podle potřeby, přičemž za tyto výkony dostanou zapláceno o 3% více než před rokem.

ČLK však zároveň kladně hodnotí zlepšení platební morálky zdravotních pojišťoven. Zejména VZP platí soukromým lékařům s výrazně menším zpožděním než dříve.

ČLK požaduje alespoň následující zmírnění tvrdosti regulačních opatření:

1) Zavedení tzv. riskkoridoru ve výši 10%. Tedy, **aby nebyly uplatňována sankce, pokud zdravotnické zařízení překročí limit** (na léky, na zdravotnické prostředky, na vyžádaná vyšetření) o méně než 10%.

2) **Stanovení maximální výše regulační srážky na 20% úhrad za výkony** zdravotnickým zařízením v daném období vykázaných.

3) Neuplatňování regulačních srážek v případě, kdy zdravotnické zařízení ošetří za pololetí méně než 100 klientů dané pojišťovny.

4) **Vyjmutí léků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem pojišťovny z regulací.**

5) **Zřízení komisí složených z revizních lékařů pojišťoven a odborníků delegovaných ČLK, které by na požádání zdravotnického zařízení individuálně posuzovaly případy, kdy hrozí regulace** lékařům, kteří dle svého názoru postupovali lege artis.

ČLK vyzývá lékaře ke klidu a rozvaze. Každý soukromý lékař by se měl chovat pokud možno stejně jako před rokem a snažit se sledovat náklady svého zdravotnického zařízení.

Lékaři, kteří výrazně omezili předepisování léků a přestali odesílat pacienty na odborná vyšetření, poškozují své kolegy a ohrožují dobrou pověst své praxe i její ekonomickou budoucnost, neboť přehnané úspory v letošním roce se v příštím roce obrátí proti nim v podobě snížených limitů na předepsované léky, zdravotní pomůcky a indukovanou péči.

ČLK vyzývá lékaře k dodržování pravidel účelné farmakoterapie a k omezení předepisování léčiv, jejichž účinek nebyl prokázán vědeckými studiemi, a doporučuje lékařům, aby nepředepisovali pacientům na předpis volně prodejné léky.

ČLK je znepokojena skutečností, že výdaje na zdravotnictví v ČR zaostávají za růstem ekonomiky a že tedy dochází k poklesu jejich podílu na HDP (na 7,0 % HDP v roce 2005). Vyzýváme vládu, aby zajistila přísun dalších fi-

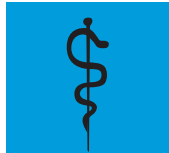
nančních prostředků pro zdravotnictví (další zvýšení plateb za tzv. státní pojištěnce nebo alespoň bezúročnou půjčku státu pro zdravotní pojišťovny). **Finanční stabilita veřejného zdravotního pojištění nemůže být dosahována na úkor lékařů a ostatních zdravotníků.** Vysokou kvalitu zdravotní péče a její širokou dostupnost zajišťují zdravotníci na úkor svých příjmů. Pokud vláda nezvýší výdaje na zdravotnictví, pak nechtěně řekne občanům, že musí dojít k omezení zdravotní péče, s čímž nemůže ČLK s ohledem na růst naší ekonomiky souhlasit.

ČLK vyzývá ministra zdravotnictví Ratha k jednání o úhradové vyhlášce. Zároveň ČLK žádá senátora Julínka, aby stáhl zpět svůj návrh na změnu zákona č. 48/97 Sb. O veřejném zdravotním pojištění, kterým chce pan senátor znemožnit ministrovi zdravotnictví vydat v letošním roce novou úhradovou vyhlášku, která by mohla napravit nedostatky té stávající.

Vzhledem k závažnosti problémů svolal prezident ČLK na pátek 17. 2. poradou předsedů okresních sdružení ČLK, která se bude zabývat aktuální situací ve zdravotnictví.

V Praze dne 9.2.2006

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK



Reakce kolegů na dopis prezidenta ČLK

MUDr. Tomáš Kříklán
praktický lékař pro dospělé

Ad:
MUDr. Milan Kubek
Prezident ČLK

Vážený pane prezidente,

přečetl jsem si se zájmem Váš dopis a nevěděl jsem, zda se mám smát či plakat.

Ale protože se v závěru obracíte na lékaře, aby Vám sdělili svůj názor a nebáli se jej i veřejnit, posílám Vám své stanovisko, které, jen s jiným úvodem, odešlu k veřejné prezentaci. Tedy.

Volba Vaší osoby prezidentem ČLK s programem s konfúzním názvem „Silná komora pro lékaře“ **jen demonstruje definitivní rozštěpení** organizace, kterou jsem původně chtěl považovat za prestižní a silnou.

Silná skutečně je, ale - abych parafrázoval starší výrok - silní jsou všichni, ale někteří jsou silnější.

Je pro mě výsměchem že Vy, do poslední chvíle předseda LOKu, se dokážete bez uzardnění stavět do pozice soukromého lékaře a tvrdit, že zastupujete privátní sféru.

Vždyť na čí úkor posilovaly platy a postavení lékařů v nemocnicích ne-li na konto soukromníků, jejichž podíl na koláči zdravotních výdajů se snižoval.

Nepopírám, že lékaři v nemocnicích si zaslouží adekvátní ohodnocení, ale vaše sebezprezentace hrdiny jdoucího s nastavenou hrdí rvát se za skupinu lidí, kterou jste do poslední chvíle pomáhal rušovat, je pouze póza a šmírácká role.

Je znát, že velký Otec Zakladatel Dr. Ráth je vaším vzorem a vy jeho věrným fámulusem.

I formulace typu - ztráta individuálních výhod a privilegovaných postavení, jsou jako milionářské stávky a nadstandardní příjmy z ministerské dílny.

Ministra Ratha se zastáváte a brojíte proti

požadavku na jeho odvolání s poukazem na to, že zvýšil hodnotu lékařské práce.

Jak kde a jak komu.

V nemocnicích řízených ministerstvem jistě, tam dokonce dostane pokutu ředitel, který navýšení platu nezajistí.

Jenže - zvýšení ceny práce znamená, že se zvýšila bodová hodnota za jedno ošetření. Přitom - budu-li mírný - navýšení finančního limitu na 103% je de facto díky inflaci 100% loňska. Čili k finančnímu zlepšení nedojde ani omylem, paradoxem je že za stejnou částku vykoná lékař v limitu méně výkonů - cca o 1/3. Tedy ošetří o 1/3 méně pacientů.

Došlo tím k zhoršení dostupnosti zdravotních služeb.

Naprosto směšnou je poznámka a apolitičnosti ČLK, kterou jste vy s Rathem vždy orientovali tak, aby jako děvka sloužila tomu, kdo je zrovna u moci.

Prohlašujete, že nesouhlasíte s prohlášením o vracení zdravotnické legislativy do znárodnovací doby, ale Zákon o neziskových zdravotnických zařízeních jednoznačně podporujete a tím, jako prezident ČLK, který mumlá mantru péče o všechny lékaře bez rozdílu, podporujete likvidaci desítek nemocnic a stovek lékařských míst.

Namítnete - všechny nemocnice se mohou do systému přihlásit nebo (jak prohlásil ministr Rath) pojišťovny mohou navázat vztah i se zařízeními mimo neziskový sektor.

Ale proč by to, proboha, dělaly? Proč utrácet peníze na 185 nemocnic když povinně musí hradit provoz v 85?

A dobrovolné zařazení do systému neziskovek - kdo si s nadšením uplete oprátku tak, aby mu v jeho zařízení rozhodovali jiní o provozu, nákladech atp. a vlastníkovci zbyla milá povinnost hradit dluhy?

Pod vlajícími (nyní oranžovými) prapory vytvoříme síť a kdo se nepřipojí, ať chcípne u plotu. Když vznikala JZD, fungovalo to taky báječně.

Na a na závěr nejsměšnější nebo nejtragičtější pasáž vašeho dopisu.

Postavení lékařů v Rakousku jako důsledek činnosti lékařské komory a svéprávná sebevědomá silná ČLK, prosazující výsledek společné vůle.

Pane prezidente uvědomujete si, při vašem vzdělání, že to, jaké je současné postavení ČLK a jaký je její respekt a prestiž, je vina vaše a Dr. Ratha?

Že jste ji rozštěpili a dovedli do stavu klinické smrti?

Co dnes ČLK může - lékaře pouze trestat. Licence nevydává, registrace taky ne, na její názor se neptá nikdo.

A proč - protože uřvané odbory dokáží vdupat a vystávkovat ústupky a třeba i zvýšení platu. Ale nezískají respekt ani pozici, kdy o jejich názor bude zájem, protože předem všichni ví, že bude a priori negativní.

A z ČLK je díky vám nyní filiálka LOKu a nic víc.

A v jakém dresu kopete vy je zcela jasné - opíráte se o prohlášení LOKu, sám přitom prohlašujete, že sdružuje 5 500 lékařů z 15 tisíc a přitom jiný názor zpochybňujete.

Já osobně si důležitost a význam ČLK cením tak, že za odpovídající pokládám roční členský příspěvek ve výši 1,- Kč (slovy: jedné koruny české).

Chtěl jste názor, názor jsem Vám sepsal.

Ani nečekám nějakou reakci, leda by na mě přišla kontrola z finančního úřadu jako kdysi na bývalou předsedkyni KRK ČLK.

S pozdravem

předseda (zatím jednočlenné) platformy
„Za nepovinné členství v ČLK“

MUDr. Tomáš Kříklán
praktický lékař pro dospělé
25 let praxe, soukromý lékař od r. 1993

Informace pro členy: POZASTAVENÍ VYDÁVÁNÍ GARANČNÍCH SMLUV

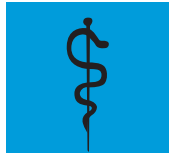
Z rozhodnutí předsednictva SPLDD ze dne 13.1.2006 pozastavujeme vydávání garančních smluv Programu generační výměny (dále PGV).

Důvodem, který nás k tomuto kroku vede, je stávající legislativní vakuum, které nastalo po vyhlášení nucené zprávy VZP.

Zatím neproběhla ani jednání nad rámcovými smlouvami, která by měla garantovat metodiku předávání praxí po červnu 2006. Výkonný výbor SPLDD doporučuje zájemcům o PGV, aby nejbližší možný termín výběrových řízení byl směřován k datu 1. 9.2006. Případní zájemci o PGV senioři i junioři budou i nadále evidováni a na základě jejich požadavků budou rozesílány příslušné materiály, které jsou s PGV spojeny.

Pokud máte nějaké dotazy obraťte se na centrum SPLDD.

Z tohoto důvodu budou poradenské hodiny PGV redukovány na každou 1. a 3. středu v měsíci.



MUDr. Zdeňka Poláková
Předsedkyně OS ČLK Praha 10
Prezidentovi ČLK Milanu Kubkovi
Odpovědi na jeho otázky ze dne 2.4.06

Pane prezidente,

vzhledem k tomu, že mi osobní důvody nedovolí se zúčastnit dle plánu setkání předsedů OS ČLK, kde jsem Vám chtěla odpovědi předat, dovoluji si Vám zaslat odpovědi na Vaše otázky písemnou formou. Zároveň považuji diskusi na tato témata za tak zásadní, že své odpovědi na Vaše otázky zasílám na vědomí všem OS ČLK s přáním, aby se do ní zapojilo co nejvíce členů ČLK. Nutno konstatovat, že otevřená a všeobecná diskuse nám za předchozího vedení ČLK velmi chyběla a její zahájení vítám.

Vaše otázka 1: Souhlasíte s názorem, že posílení pravomocí profesní samosprávy, smlouvy s pojišťovnami a možnost prodeje i dědění lékařských praxí představují znárodnění zdravotnictví a vrací nás před listopad 1989?

1a/ **Naprostě podporuji všechny aktivity vedoucí k návratu ztracených kompetencí ČLK a k posílení jejího vlivu na dění ve zdravotnictví, a to za předpokladu dodržení principů demokracie a svobodné diskuse na půdě ČLK, tak jak jste deklaroval při svém nástupu do funkce prezidenta.**

1b/ Nejsem zdaleka přesvědčena o pozitivním přínosu smluv na dobu neurčitou pro smluvní partnery ZP. Byť Vámi definované důvody výpovědi jsou velmi přijatelné, byla jsem upozorněna právníky na možná rizika vypovězení smluvního vztahu na dobu neurčitou ze strany pojišťoven bez udání důvodů dle občanského zákoníku.

Věřím, že návrh smlouvy na dobu neurčitou by nebyl z Vaší strany nikdy vznesen, kdyby, byť jakkoli minimální, takovéto riziko existovalo. Přesto Vás žádám o zaslání právního rozkladu v této věci a přivítala bych přednesení takového rozkladu s objasněním eliminace rizik na příštím sjezdu Komory. V případě i minimálních rizik bych pak považovala z hlediska ekonomiky a jistoty provozování praxe za nejlepší **bojovat za prodloužení doby určité pokud možno na co nejdelší dobu s co nejlepšími výpovědními důvody.**

1c/ Plně se ztotožňuji s Vaším názorem na

možnosti dědění praxí, nerozumím však Vaši otázku o vracení před listopad 89. Nikde jsem neslyšela kritiku boje za možnost právní úpravy této věci či bodů 1a-b ve Vámi zmiňovaném smyslu.

Pokud však máte na mysli protesty velké části zdravotnické veřejnosti proti prosazování legislativních norem, které náš vývoj obrací zpět ke zmíněným dobám, které posilují etatismus a oslabují vliv aktivního občana na veřejné dění a to nejen v oblasti zdravotnictví, přičemž se tak za časté děje prostřednictvím obcházení demokratického legislativního procesu, pak došlo asi k nedorozumění.

Plně se stavím za všechny, kdož takto protestují, ale tyto protesty přece vznikly v době, kdy jste ještě prezidentem nebyl, o Vaši aktuální zákonné iniciativě která obsahuje výše zmíněná dobrá snažení ani nemluvě.

Zde si dovoluji kritiku na Vaši adresu. Asi bychom se vyhnuli takovému nedorozumění, kdyby prezident Komory své legislativní návrhy nejprve demokraticky předložil Obvodním sdružením, byť ke krátké ale konstruktivní diskusi a k připomínkám, než s nimi vyjde do boje. Dočkal by se zajisté naší pomoci, kvalitních připomínek a ve zmíněných pozitivních věcech i plné podpory.

Otázka 2: Jste spokojeni se současným stavem, kdy ZP - zejména dominantní VZP, vystupují vůči lékařům z pozice síly přičemž využívají naší roztržitost? Proč asi pojišťovny spolupřádají protesty proti tomu, aby jim na straně lékařů vyrostl v podobě ČLK silný protihráč?

2/a Nerovnost postavení mezi pojišťovnami a poskytovateli mi dělá vrásky již řadu let, tak jako všem mým kolegům. Rozhodně však nevidím nápravu stavu v posílení pravomocí MZČR ale **v řádné legislativní a právní úpravě smluvních vztahů,** prosazené samozřejmě za přispění aktivní silné ČLK, sdružení praktických a ambulantních lékařů a ostatních poskytovatelů zdravotní péče.

Co se týká roztržitosti či sjednocení skupin lékařů, slibuji si od Vás oproti minulému období možná více, než - dle znění Vašich otázek soudě - jste schopen lékařskému stavu poskytnout.

2/b Silnou komoru pojišťovny ani neudělají ani jí nezabrání. Silná komora je v rukou nás lékařů. Musí to být komora **nejen bohatá**

a jednotná, ale i komora, která má prestiž v očích občanů a koná nejen v zájmu svém a svých členů, ale i v zájmu pacienta.

Možnost organizace jakýchkoliv protestů pojišťovnami v době, kdy se všechny klepou před ministrem Rathem a jeho výhrůzkami nucenou správou se mi jeví skutečně dosti úsměvná. Stejně jako organizování protestů zdravotnické veřejnosti ODS.

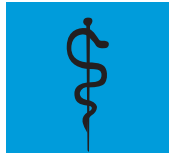
Otázka 3: Není náhodou jednání některých funkcionářů lékařských sdružení motivováno strachem z toho, že by mohli přijít o své individuální výhody a privilegované postavení?

3) Zde tvrdím zcela jednoznačně a se znalostí věci - **NENÍ.** Málokdo vykonal pro soukromou ambulantní sféru tolik, co zmínění představitelé odborných sdružení (SPL ČR, SPLDD ČR, SAS), a divím se, že o tom nejste dostatečně informován. Bohužel se stalo dobrým zvykem Vašeho předchůdce, že všechna pozitiva vybojovaná těmito sdruženími si bez skrupulí přisvojil. Při poslechu Vaší před a povolební řeči jsem se radovala, že ve Vaší osobě přichází nový vítr. Velmi by mne mrzelo, kdyby tomu tak v příštím období vývoje ČLK nebylo.

Zároveň mne děsí, že nahlížíte zřejmě funkce jen prizmatem možných osobních výhod a nejste ochoten uznat nezištné zásluhy druhých. Velmi dobře znám léta všechny kolegy, které takto podrobujete obvinění bez důkazů, znám čas a úsilí, které za jejich práci jsou skryty a znám dobře jejich charakter. Vaším nepodloženým výpadem na jejich adresu se cítím urážena za ně a měl byste zvážit omluvu. Takovýmto tónem k Vámi proklamované jednotě a spolupráci nedospějeme.

Otázka 4.: Mají se lépe lékaři v Rakousku, kde za ně vyjednává lékařská komora a nebo u nás, kde se před zraky pojišťoven a politiků mezi sebou sváří desítky lékařských sdružení?

4) **Lépe se mají lékaři v Rakousku a ještě dlouho tomu tak bude,** bez ohledu na to, zda poskytovatele bude zastupovat silná ČLK či silné Sdružení poskytovatelů. Změnit by se to mohlo rychle jen vstupem ČR do svazku Zemí Rakouských, což předpokládám neplánujeme. Je bolestné, že řada kolegů ještě trpí tímto syndromem ubohosti ve srovnání s našimi západními sousedy, kteří měli to historické štěstí že po válce nebyli obsazeni



Rudou armádou nebo je tato díky souhře historických událostí zavčasu opustila. Není třeba takto stavěných otázek aby bylo zřejmé, že silná komora a silná sdružení poskytovatelů a společný tah na branku musí být naším cílem.

Otázka 5: Souhlasíte s názorem Krizového štábu, že ČLK bude v dohodovacích řízeních prosazovat redukci počtu soukromých lékařů, ačkoliv ČLK stojí na straně těch kdo odmítají plošná VŘ a administrativní likvidaci praxí, na rozdíl od většiny signatářů vyzývajících k demonstracím, kteří jsou ochotní se s pojišťovnami nějak dohodnout?

5) O takovémto názoru krizového štábu mi není nic známo, byť současné dění bedlivě sleduji.

Soudím že každý představitel kohokoliv pokud by s takovouto iniciativou aktivně vystoupil, by se dlouho ve funkci neudržel.

Spíše jsou mi známy obavy, plynoucí z vystupování zástupců os ČLK na dohodovacích řízeních. Dle mých informací činila tato vystoupení opakovaně dojem, že je snaha jednat zablokovat a k dohodě nedospět a tak přispět k možnosti zásahu MZČR. Netroufnu si však toto posoudit, neboť nejsem účastníkem těchto jednání.

Je přece samozřejmou snahou všech zodpovědných účastníků dohodovacího řízení se dohodnout na rozumných kompromisech ! Od toho je to dohodovací řízení, že.

Otázka 6: Má ČLK zůstat apolitickou organizací, nebo se má po boku lékárníků zubařů a některých funkcionářů zapojit do předvolební kampaně ODS a připojit se k požadavkům na odvolání ministra Ratha, který prosadil zvýšení ceny naší práce a snaží se zavést pořádek ve veřejném zdravotním pojištění?

6) Můj názor je naprosto jasný, **ČLK musí být plně apolitickou stavovskou organizací.** Bohužel však to byl právě MUDr Rath, kdo Komoru do víru politiky zatáhl, byť na postu ministra splnil svůj slib o navýšení ceny práce lékaře. To je nesporně pozitivní deklarativní krok - nemá však vůbec nic společného se zlepšením našeho postavení, naopak prostřednictvím navýšení ceny indukované péče nás při současné tvrdé limitaci úhradovou vyhláškou zavádí do pěkné kaše. To pan ministr nedomyslel a nesporně se to vymyká

naší kontrole. S ODS a její politikou to nemá nic společného.

Ve věci úhradové vyhlášky **skutečně očekávám, spolu se svými kolegy, kteří to vyjádřili na našem shromáždění ambulantní sekce OSČLK Praha 10 dne 8.2.2006, že hlavní představitel ČLK se dle svého slibu postaví za protestující členy**, jichž rozhodně není již málo, (bez ohledu na jejich volební preference), místo aby ji podporoval svými přírasy lékařům. Váš dopis ze dne 27. 1. vyzývající nás ke kontrole, zda dodatky smluv skutečně obsahují vyhlášku 550/2005 a podpora MZ ČR ve věci kontrol těchto dodatků, nás skutečně šokovaly.

ČLK se nemá a nesmí účastnit předvolební kampaně pro žádnou stranu, proto tímto vyzývám i Vás abyste tak za žádných okolností nečinil. Doktor Rath si zvolil svoji politickou cestu, nechť se jí ubírá. **Prezident ČLK by se měl ve smyslu své deklarace apolitičnosti zdržet jakýchkoliv projevů stranických kterékoliv politické straně, a to uvnitř i vně Komory.**

Otázka 7: Má komora nadále prosazovat své požadavky na vrácení pravomocí vydávat licence? Máme se snažit prosadit trvalý smluvní vztah s pojišťovnami, závaznost VŘ a možnost dědění praxí? Máme právo tuto příležitost promarnit?

7a/ licence- viz výše- **ANO- všechny kompetence ztracené za presidentství dr Ratha chceme zpět !**

7b/ trvalý smluvní vztah- hezký eufemismus pro smlouvu na dobu neurčitou, výše zmíněné riziko s aplikací občanského zákoníku se tím ale asi neřeší. Raději se ještě jednou přimlouvám v případě i minimálních pochybností změnit tlak směrem ke smlouvám na dlouhou dobu určitou a **důrazně se vši vážností varuji před chybou v této věci.** Navíc existuje jistě i reálné riziko, že uzákonění smluv na dobu neurčitou v době, kdy končí všem poskytovatelům zdravotní péče smlouvy, bude důvodem k neuzavření smlouvy s řadou z nich.

7c/ závaznost VŘ - to je otázka na mnohem delší rozbor a diskusi. Ve zkratce tedy: **Zcela logická je závaznost VŘ při obsazování uvolněného místa v síti.** Je však v zájmu poskytovatelů uzákonit závaznost VŘ i v případě žádosti o zřízení nového místa? (Pokud bude potřebné pak jistě ano - a již jsme u kri-

terí potřeby - což je otázka velmi komplikovaná a nelze ji zde jednoduše rozebrat). Nekonečné rozšiřování sítě poskytovatelů? Myslíte, že na to racionální správce sítě může přistoupit? Jste si tím vším skutečně jist? Já nikoliv. A jak lehce jste to zmotal vše dohromady v jedné otázce!

7d/ dědění, prodej- viz výše- nutná jasná a kvalitní právní úprava (dá se očekávat od současného MZ? Trvalý tlak tímto směrem nezbytný, nutnost předání návrhů k široké diskusi členům ČLK)

7e/ Promarnit se nemá žádná šance. Ve zcela věcných a apolitických otázkách má **vedení ČLK** plný mandát jednat se všemi představiteli státní správy a představiteli všech politických stran a **je přímo povinno naše zájmy hájit a prosazovat.** ČLK bohužel za předchozího vedení již promarnila vše co mohla, více již promarnit nelze, moc těch kompetencí nám již nezbylo. Lze jen napravit chyby.

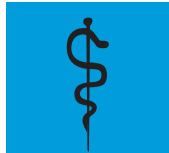
Otázka 8: Má ČLK zůstat svéprávnou stavovskou organizací a nebo o nás budou rozhodovat lékárníci, zubaři, ředitelé nemocnic, ZP, zdravotní sestry a laboranti?

8) Přiznávám, že tato otázka je nad mé chápání. Budete ji muset zřejmě, pane prezidente, upřesnit. Hodláte snad prosazovat legislativní normu, která by toto umožňovala? Nebo tuto otázku pokládáte jako test inteligence svých členů? V tom případě jsem asi neprošla.

Pro mne jsou lékárníci, zubaři, zdravotní sestry a laboranti kolegy a spolupracovníky, jejichž práce si nesmírně vážím tak jako práce všech lékařů, ředitelů nemocnic a dalších lůžkových zařízení těžce zkušenými manažery, kteří musí proplouvat zmatky legislativních příkazů MZČR a stavem ekonomické nouze a zdravotní pojišťovny smluvními partnery se kterými by poskytovatelé měli mít zákonem dobře stanovenou možnost kvalitně a bez zásahů orgánů státní správy vyjednávat podmínky své činnosti.

Pane prezidente, velmi jsem přivítala možnost odpovědět na Vaše dotazy, věřím, že nebudu sama a že naše odpovědi Vás skutečně zajímají. Přejí ČLK vše nejlepší.

V Praze dne 9. 2. 2006.



MUDr. Karel Blažek,
místopředseda OS ČLK Praha 4

Vážený pane prezidente,

po kratším váhání jsem se rozhodl na Vaši výzvu všem členům a funkcionářům ČLK zareagovat a musím říct, že jsem se rozhodl toto učinit zcela veřejně, neboť časopis komory nemáme a manipulace s fakty a s názory prostých členů komory či názorových oponentů vedení ČLK je v jejím nitru za posledních 7 až 8 let opravdu bezbřehá.

Úvodem Vám musím sdělit, že jste mne nepřekvapil a mé obavy z Vašeho zvolení novým prezidentem ČLK se zcela naplnily.

Bez větší námahy lze totiž poznat, že pokračujete v trendu nastoleném Vaším předchůdcem. Totiž ve snaze prosadit Váš osobní zájem a zájem určité, ne asi nejpočetnější skupiny kolegů, a používat nepřesné a zavádějící argumenty tak, aby vypadala Vaše snaha legitimně a snad i prospěšně pro nás lékaře i naše pacienty. Přitom opak je pravdou.

Nejsem hloupý a proto Vám nedůvěřuji a ani Vašemu dalšímu konání důvěřovat nebudu.

Pokud jde o Váš dopis ze 4.2.2006, tvrdíte určité věci a ty jsou často zcela nepravdivé a zavádějící a zejména dotazy jsou kladeny se záměrem zmást kolegy, kteří Vaše a páně ministrovo konání příliš nesledují. Zejména jasně sám svou výzvu a v ní napadáním ODS politizujete komoru a přitom se ptáte, zda má zůstat apolitická.

Dále, nejen Vy sám dobře víte, že zásadním problémem našeho zdravotnictví je podfinancování s ohledem na jeho dostupnost a kvalitu. Víte, že u nás se vydává takové procento HDP na zdravotnictví, že nás to řadí na 17. místo v EU. Na rozdíl od Vás a pana ministra jsem aktivně v některých medicínských vyspělých zemích pracoval a troufám si tvrdit, že v EU kvalitou a zejména dostupností námi poskytované péče rozhodně nepatříme až na toto místo. Dovolím si opět, jako už několikrát, tvrdit, že v Česku je poskytováno za nedostatek peněz na příliš mnoha místech a v příliš vysoké kvalitě velmi mnoho péče. Přitom pacient není motivován k žádné seberegulaci odběru péče a pojišťovny pacienta regulovat nemohou, takže regulují zdravotnická zařízení a protože je to jednodušší, více za soukromá. Ale pan kolega Rath v tomto směru žádné pozitivní změny nechystá.

V neposlední řadě pak, ač to otevřeně neříkáte, jste Vy i on zjevně proti spoluúčasti pacientů a uvádíte různá a ne zcela přesná čísla o její výši v EU (např. při uvádění průměrného procentního rozpětí podílu spoluúčasti na financování péče v zemích EU, dle mne cíleně zapomínáte na tzv. komerční zdravotní připojištění, což je forma spoluúčasti, která dokonce v řadě zemí převládá a na jejíž bázi je postaveno financování zdravotnictví například ve Švýcarsku a v USA a když toto započtete, je fakticky průměr procenta spoluúčasti v původních zemích EU - alespoň z jiných zdrojů než z těch Vašich - okolo 25-28%) tak, abyste tento problém bagatelizoval a hlavně tak, abyste rozhodně, ve shodě s panem ministrem, neodradil komunistické a socialistické („soc-dem“) voliče před nadcházejícími parlamentními volbami!

K Vaším dotazům :

Váš dotaz 1): Souhlasíte s názorem, že posílení pravomocí profesní samosprávy, smlouvy s pojišťovnami na dobu neurčitou a možnost prodeje i dědění lékařských praxí představují znárodnění zdravotnictví a vrací nás před listopad 1989?

Má odpověď: Dotaz je zcela zavádějící, o nic takového přece nejde. Právě posílení profesní samosprávy současný pan ministr „prošvihl“ - za jeho prezidentování ČLK přišla komora o prestiž i o zásadní pravomoci (licence + schvalování personálního a věcného vybavení). Dále dědění a prodej praxí sliboval Váš předchůdce prosadit před 7 lety a nic takového se dosud nestalo a v dohledné době ani nestane. Pokud jde o smlouvy na dobu neurčitou, byly by krásné, ale jak myslíte, že se pojišťovny v takovém případě zachovají? Prosadí, a o tom není pochyb, buď hned letos zásadní omezení současné sítě a nebo naprosto jednoduché výpovědní důvody z jejich strany, aby se průběžně mohly ze smluv vyvázat! Vždyť mají omezené finanční prostředky, se kterými budou muset šetřit a to je bude ještě nutit ministerstvo, aby uzavřely smlouvy s neziskovými nemocnicemi, kde bude trend plýtvat jak jen to je možné. Pokuste si zjistit s jakými prodlevami platí současné fakultní nemocnice svým dodavatelům, často je to s více než ročním zpožděním! A to jim lze konkurzem pohrozit! Jak asi budou platit dodavatelům, když na ně konkurz nebude možné vyhlásit? Budou li dlužit, do-

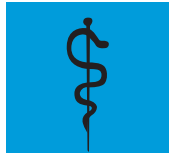
platí to za ně kraj, stát, zkrátka my občané - daňoví poplatníci tohoto státu a korupce ze zdrojů farmaceutických firem v těchto nemocnicích na úrovni primářů, ředitelů a dozorčích rad jen pokvete! Ale právě zákon o neziskových organizacích v současné podobě je faktickým znárodněním a posilováním vlivu státu v této oblasti s dotvářením super pro-korupčního prostředí. Takže tam měl být případně směřován tento Váš dotaz.

Váš dotaz 2): Jste spokojeni se současným stavem, kdy zdravotní pojišťovny - zejména dominantní VZP, vystupují vůči lékařům z pozice síly, přičemž využívají naší roztržitost? Proč asi zdravotní pojišťovny spolupřádají protesty proti tomu, aby jim na straně lékařů vyrostl v podobě ČLK silný protihráč?

Má odpověď: Opět zavádějící, neboť ČLK v současné roztržité podobě není silným protihráčem a ani jím nebude. Ale ani koncentrace moci v rukách ministra Prokopce, pardon Ratha, není řešením. Jako soukromý lékař nejsem spokojen, ale chyba je jinde. Řešením je povinný smluvní vztah mezi pojišťovnou a pojištěncem s bonusy a případně i malusy tak, jako je to i v jiných oblastech. Pacient si má sám vybrat, ke kterému lékaři půjde a pojišťovna ve smluveném rozsahu péči zaplatí. Rozdíl, bude li nějaký, doplatí buď pacient nebo bude hrazen z jeho komerčního zdravotního připojištění. Ať je zde vliv státu co nejmenší, státní zdravotnictví jsme tu totiž měli 40 let a víte, jak vypadalo. Pokud ovšem chcete, aby o všem opět rozhodli pouze ti jedni, ti rovnější mezi námi rovnými, tak se opravdu vracíme před listopad 1989. Dále zde byste se měl případně zabývat úhradovou vyhláškou z dílny pana ministra, kterou i minulý sjezd delegátů označil za nekvalitní, poškozující zájmy pacientů i lékařů a zavázal Vás, abyste proti ní bojoval.

Váš dotaz 3): Není náhodou jednání některých funkcionářů lékařských sdružení motivováno strachem z toho, že by mohli přijít o své individuální výhody a privilegované postavení?

Má odpověď: Nekomentuji, to byste musel dokázat. Já pracuji s kolegy již 12 let v soukromém zdravotnictví, náš obor je typu servis pro jiné obory, takže určitý rozhled mám a o ničem takovém neví. Ojediněle to mož-



ná nelze vyloučit, ale chcete li to takto tvrdit jako prezident Komory, měl byste mít důkazy v ruce a ne pouze spekulovat, to přísluší spíše novinářům.

Váš dotaz 4): Mají se lépe lékaři v Rakousku, kde za ně vyjednává lékařská komora a nebo u nás, kde se před zraky pojišťoven a politiků mezi sebou sváří desítky lékařských sdružení?

Má odpověď: Úplná demagogie! Nejprve srovnajte procento HDP, které jde do zdravotnictví v Rakousku a u nás, počet nemocnic na 10.000 obyvatel v obou zemích, dále rozsah komerčního připojištění a i přímé spoluúčasti a v neposlední řadě produktivitu práce rakouského a českého občana. Nepokoušejte se srovnávat jablka ani ne s hruškami, ale spíš s rybízem!

Váš dotaz 5): Souhlasíte s názorem „Krizového štábu“, že ČLK bude v dohodovacích řízeních prosazovat redukci počtu soukromých lékařů, ačkoliv dosud průkazně právě ČLK stojí na straně těch, kdo odmítají plošná výběrová řízení a administrativní likvidaci soukromých praxí, na rozdíl od většiny signatářů vyzývajících k demonstracím, kteří jsou ochotní se s pojišťovnami „nějak dohodnout“?

Má odpověď: Pane prezidente, při kolizi a nedohodě v dohodovacím řízení spoléháte na koho? Snad ne na pana kolegu Ratha podporovaného poslanci KSČM a ČSSD? Ti všichni (a možná tedy i ČLK, o.s., to já nemohu vědět) počítají přece s tím, že redukce počtu ambulancí se logicky projeví přesunem této péče do jimi ovládaných neziskových nemocnic a bude další prostor pro korupci jak na ministerstvu zdravotnictví, tak v oněch nemocnicích, tak v poslanecké sněmovně. Pane kolego, nebuďte krátkozraký, nebo snad chcete být? Plánujete časem nákupy výroben kakaa v Ghaně apod.?

Váš dotaz 6): Má ČLK zůstat apolitickou organizací a nebo se má po boku lékárníků, zubařů a některých funkcionářů sdružení praktických lékařů zapojit do předvolební kampaně ODS a připojit se k požadavkům na odvolání ministra Ratha, který prosadil zvýšení ceny naší práce a snaží se zavést pořádek ve veřejném zdravotním pojištění?

Má odpověď: O jaké apolichnosti tu hovoří-

te, když komora veřejně, ústy svého tehdejšího prezidenta loni v létě slíbila pomoci vyhrát volby jedné straně a Vy zde dnes v této výzvě, jako nový prezident Komory, jediného reálného soupeře této strany otevřeně napadáte!? Já jsem pro apolitickou ČLK, ale ona taková není. Dále si myslím, že by komora měla skutečně kritizovat nedemokratické a i protiústavní postupy, kterými se pan ministr snaží prosadit jakousi svou vizi centralizovaného zdravotnictví, které řídí jedna osoba z jednoho ministerstva. Jeho vize totiž rozhodně nepřipomíná jakoukoliv koncepci zdravotnického systému, natož v demokratické zemi. Navíc, protože jsem nějaký čas v minulém režimu žil, nemám důvěru k zákonům prosazeným koalici KSČM a ČSSD. Když si pak přečtu některé úryvky ze zákona o neziskových nemocnicích v té podobě, která prošla 3. čtením a domyslím dopad tohoto zákona, je mi jasné, proč se komunistům líbí! Vám ne, pane prezidente?

Váš dotaz 7): Má ČLK nadále prosazovat své požadavky na vrácení pravomocí vydávat licence? Máme se snažit prosadit trvalý smluvní vztah s pojišťovnami, závaznost výběrových řízení a možnost dědění a prodeje praxí? Máme jedinečnou šanci získat to, o co se léta marně snažíme. Máme právo tuto příležitost promarnit?

Má odpověď: Částečně zodpovězeno výše, ale dále: Opět, o čem hovoříte? Tvrdíte o promarnění šance, která teď prý je, ale jak Vám věřit, když to spojujete s tím, který nám to řadu let sliboval, jak to prosadí, jak je to za dvěma a dosud nic pozitivního v této oblasti neprosadil? Pokud pak jde o licence, chcete se panu kolegovi vyrovnat a brzy vystoupit před delegáty jak jste úžasně úspěšný, když jste cosi vybojoval, co předtím komora prošvihla? Velmi to připomíná zákon o profesní bezúhonnosti, kdy nám na jednom ze sjezdů pan kolega Rath bije se v hrud' sdělil, že byla díky němu odstraněna diskriminace lékařů, kterou velmi jednoduše rok předtím prošvihl. Nazýváme věci pravými jmény, prosím. Náprava vlastní chyby je sice dobrá, ale není to žádný velký úspěch.

Váš dotaz 8): Má ČLK zůstat svéprávnou stavovskou organizací a nebo o nás budou rozhodovat lékárníci, zubaři, ředitelé nemocnic, zdravotní pojišťovny, zdravotní sestry a laboranti...?

Má odpověď: Chtěl jste říci svéprávnou odborovou organizací, že..... Tady jde právě o to, kdo jsme ti my a kdo jsou ti, kdo komoru tříští a kdo má či spíše měl snahu ji sjednotit. Krátkozraké zájmy odborů, které poslední roky ovládly komoru rozhodně nejsou zájmem většiny lékařů, a tím, že je prosadily ji polarizovaly. Jediné, v čem jsem si dnes skoro jist, je to, že časem sklídí hořké plody svého konání i tito odboráři v opět socialistických neziskových nemocnicích.

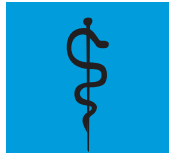
Nemám nic proti neziskovým nemocnicím jako takovým, ale to by se zákon o nich musel alespoň trochu podobat obdobným zákonům v civilizovaných zemích a nesměl by to být paskvil sestavený Komorou ve spolupráci s poslanci KSČM a ČSSD.

A ještě na závěr: včera zveřejnil LOK prohlášení, které jasně nese Váš rukopis ač jste deklaroval, že již nejste jeho předsedou. Je pozoruhodné, že obviňuje za současný tristní stav financování našeho zdravotnictví spolu s Vámi a panem ministrem ODS, když u moci je již 8 let vláda ČSSD, která sice nedokonalá, ale přece jen po určitou dobu funkční model financování zdravotnictví, zanedbala a 8 let nekultivovala a způsobila tak obrovské zadlužení celého systému (mimořádně i státu). Vždyť zadlužení našeho zdravotnictví je daleko a nejspíš mnohonásobně větší než jen deficit ve VZP, co například zanedbané budovy nemocnic, jejich inženýrské sítě, chátrající a stárnoucí přístrojové vybavení, obrovské dluhy nemocnic vůči jejich dodavatelům? O nich nevíte? Připadá mi trapné od lidí podporujících ČSSD i od představitelů této strany, když se vymlouvají na vlády koalic ODS, které vládly dohromady jen 6 let a převzaly zemi ve stavu, v jakém ji zanechali po 40 letech vlády komunisté. Ujišťuji Vás, pane prezidente, že na demonstraci organizovanou na 24.2.2006 půjde naštěstí i celá řada mých kolegů z nemocnic, a to i těch, které vlastní či provozuje stát. Pokud se jí pak nebude účastnit prezident a vedení ČLK, pak jen potvrdí, kdo Komoru opravdu rozštěpil.

S pozdravem

V Praze 11.2.2006

MUDr. Karel Blažek,
soukromý anesteziolog a
místopředseda OS ČLK Praha 4



Otevřený dopis profesních sdružení prezidentovi ČLK

Vážený pane prezidente,

dovolte, abychom k Vašemu dopisu ze dne 4.2.2006 č.j. 130/2006 vyslovili veřejně a otevřeně naše stanovisko a názor.

Necháváme zatím stranou to, co uvádíte ve druhém odstavci o nových legislativních návrzích, i když se přiznáváme, že bychom rádi věděli, kteří legislativci tak rychle vypracovali ony návrhy a kteří poslanci si je osvojili. To ale nepochybně brzy oznámíte. Jako jejich (a koneckonců i Vaši) voliči máme právo to vědět.

K jednotlivostem z Vašeho dopisu:

1) Odbornou či specializovanou způsobilost lze v ČR získat jen příslušným atestačním řízením. Považujete opravdu za nutné, aby ČLK navíc ještě potvzovala platnost atestací?

2) Trvalý smluvní vztah je pro každého poskytovatele velmi žádoucí, ale smysl mu dávají nejen jasně a explicitně stanovené výpovědní důvody, ale hlavně jejich spolehlivost a závaznost. Jste si jist tím, že se s tímto s Vámi spolupracující legislativci v tisku 1045 uspokojivě vypořádali? Není nám také jasné, proč vylučujete polikliniky, které vznikly řádným privatizačním procesem a proč nic nenamítáte proti souběhům praxí s kapacitním číslem pod 0,8 (a obvykle hodně po 0,8 - v rozsahu, který logicky nikdy nedovolí zařídit plně hodnotnou ambulanci, která by měla smysl také pro někoho jiného, než jen a jen pro samotného lékaře, který v ní pracuje, v rozsahu jen zbytečně akcentující výdej finančních prostředků a pacienta mnohdy zbytečně obtěžující nutností navštěvovat téhož lékaře na více místech). Naprostá většina soukromých lékařů, kteří se svou praxí živí, to Vy dobře víte, je proti takovému souběhům - z důvodů tak známých, že je zde neopakujeme. A jak toto chcete řešit u nemocnic? Připomínáme tu náš už prastarý požadavek: ambulance nemocnic by měly mít smlouvu na konkrétního plně kvalifikovaného lékaře, který v ní bude po celou ordinační dobu přítomen (kromě nemocničních ambulančí superspecializovaných, příjmových a v některých případech během nočních pohotovostí).

3) Vyřazení občanských sdružení poskytovatelů a pacientů ze všech dohodovacích řízení je pro nás naprosto nepřijatelné. Vstupování komory do dohodování smluvních vztahů mezi poskytovateli a plátcí jsme vždy odmítali zcela v soulase a souladu s původním demokratickým záměrem zákonodárce. Souhlasíme s Vámi, že by ČLK měla zůstat výlučně apolitickou

organizací a nestavět se ani napravo, ani nalevo, souhlasíme, že smyslem založení komory bylo a jistě stále má být neúprosná péče o etiku, lex artis a vzdělání. Sám dobře víte, že ČLK nemá ve svých pravomocích vstupování do ekonomických a smluvních vztahů. Tím spíše nemá žádné právo z jednání o těchto vztazích vytlačovat subjekty, které tam ze samotné podstaty věci jednoznačně patří.

4) Převody, dědění a prodeje praxí jsou problémem, který by měl být řešen co nejdříve, jistě ale není třeba žádných velkých zákonných úprav, jistě není třeba takovéto změny doplňovat dalšími návrhy, které s převodem a děděním praxí nesouvisí a navíc jsou pro většinu lékařů nepřijatelné.

5) K otázce médií: ta přeci jen referují o náladě podstatného počtu lékařů. Protestující lékaři se ale řídí vlastními informacemi a i vlastními mediálními zdroji. Domníváte-li se, že zdravotnická veřejnost chce demonstrovat, protože je nespokojena s pozdními platbami VZP, hluboce se mýlíte. Lékaři nejsou takoví hlupáci, aby nechápali, že zničující pozdní platby nejsou příčinou, ale důsledkem vad systému. O opaku se snaží všemožně přesvědčovat pan ministr a nyní i Vy. Nucená správa VZP je šetřena policií a VZP pod nucenou správou ještě ve většině regionů ani neodeslala dodatky ke smlouvám na toto pololetí. Nejsme spokojeni se současným stavem a to je důvod našeho protestu.

6) Soukromí lékaři nejsou roztržštěni. Děni posledních týdnů to dokazuje. A ohroženy se cítí i zdravotní pojišťovny. Mocenské zásahy do složení správních rad jim nedávají žádnou jistotu přežití v jinak finančně deficitním systému. Jen je ubírána pravomoc těm složkám naší společnosti, které tyto pojišťovny zakládaly a dosud spravují.

7) K rovnosti smluvních vztahů. Pravdu máte v tom, že smluvní vztahy nejsou dosud rovné. My věříme, že právě pokračující sjednocování smluvních poskytovatelů, na kterém jsme ovšem začali pracovat dávno před tím, než začal být MUDr. Rath ministrem zdravotnictví ČR, je nadějí na jejich narovnání. Nevěříme, že posílení pravomoci jakékoli úzké skupiny lidí, ačkoli by šlo o ČLK, může vést k potřebnému narovnání. Šlo by jen o koncentraci moci, která pak může být snadno zneužitelná. Pokud jde o Rakousko, stejně tak Švýcarsko, Německo i třeba USA, nepodceňujte naši informovanost. Jistě jste si všiml, že naprostá většina našich lékařských sdružení není ve sporu. Pokud někteří v něčem s někým nesouhlasí, vyjadřují a obha-

jují svůj názor, ale v segmentech hlasují převážně většinově.

8) K výhodám funkcionářů. Maximálně důrazně Vás na tomto místě vyzýváme, abyste místo kladení otázek tohoto typu rovnou předložil důkazy o tom, kteří funkcionáři mají jaké individuální výhody. My sami o ničem takovém nevíme a žádnými výhodami nedisponujeme.

9) Nevíme o tom, že Krizový štáb prohlásil, že ČLK bude prosazovat redukcii počtu soukromých lékařů. Existují však reálné obavy, že k tomu povedou současné kroky Ministerstva zdravotnictví ČR.

10) Navýšení ohodnocení ceny lékařské práce v novém sazebníku je žádoucí. Bylo by znamenité, kdyby šlo o faktické navýšení úhrad. Zatím tomu, jak víte, tak není.

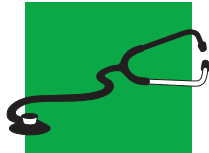
Mezi signatáři prohlášení Krizového štábu není nikdo, kdo by nechtěl mít jistotu smluvního vztahu za rovnoprávních podmínek, možnost prodeje a dědění praxí, silnou lékařskou samosprávu, slušnou odměnu za práci v penězích.

Členství v těchto sdruženích i placení příspěvků v nich, na rozdíl od ČLK, jsou dobrovolná. Jsme si jisti, že pokud by členové s některými prohlášeními vedoucích představitelů těchto sdružení nesouhlasili, okamžitě by dali svou nespokojenost najevo, v krajním případě by ze sdružení vystoupili. Do současné doby registrujeme ale pravý opak, registrujeme tlak našich členů, abychom v protestech pokračovali, dokud nebudou naše požadavky splněny. Akceptujte, že nositeli protestních akcí nejsou vedoucí funkcionáři a signatáři, ale členové těchto sdružení. Jde o vyjádření jejich vůle.

Vyzýváme Vás, abyste přestal budit podezření, že hledáte spory někde, kde nejsou, že vymyslíte planá obvinění, že jen odvádíte pozornost od toho, co je třeba opravdu řešit. Vyzýváme Vás, abyste také začal respektovat vůli velké části lékařů, abyste se soustředil na to, co je podstatné a zahájil opravdu regulérní spolupráci se všemi sdruženími tak, jak jste se k tomu přihlásil ve své volební kampani během kandidatury na post prezidenta ČLK.

S pozdravem

Sdružení ambulantních specialistů
Sdružení soukromých gynekologů ČR
Sdružení praktických lékařů ČR
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR



Seznam školitelů v oboru praktické lékařství pro děti a dorost

MUDr. Olga Roškotová

Výbor OSPDL ČLS JEP

Vážené kolegyně a kolegové,
předkládáme Vám aktuální seznam školitelů. Základem pro jeho zpracování byl seznam školitelů tvořený v roce 2002 dle tehdejších podmínek k zařazení.

Od té doby se mnohé změnilo. Vznikl obor praktický lékař pro děti a dorost, byla zpracována jeho náplň, vznikla akreditační komise našeho oboru. Výbor OSPDL ČLS JEP a akreditační komise zpracovaly a odsouhlasily kritéria k zařazení mezi školitele, která již na stránkách našeho časopisu vyšla v čísle 7 loňského roku v Informacích o činnosti OSPDL ČLS JEP.

V září 2005 po roční odmlce proběhlo pracovní zasedání školitelů v Kutné Hoře. Byli na něj pozváni všichni podle původního seznamu z r. 2002. Na tomto shromáždění byli školitelé podrobně seznámeni se současnými podmínkami k zařazení mezi školitele, s probíhajícími aktivitami Výboru a pracovních komisí OSPDL. Byl nastíněn program, jakým směrem se bude náš obor ubírat a jak bude probíhat vzdělávání nás a našich nástupců.

Účastníci měli předložit seznam své účasti na vzdělávacích akcích za poslední tři roky a přehled svých aktivit souvisejících s činností školitelů, jako je organizační činnost, vzdělávání pro své kolegy, přednášková a publikační činnost, účast v odborných studiích apod.

Na základě těchto dokumentů členové Výboru ve spolupráci s regionálními předsedy OSPDL a kanceláří OSPDL zpracovali stávající seznam školitelů.

Účastníci setkání v Kutné Hoře zhodnotili setkání jako velmi zajímavé a přínosné. Již na zasedání však někteří z nich zjistili, že nesplňují podmínky k zařazení mezi školitele. Do konce ledna měli kolegové možnost doplnit chybějící údaje ke své činnosti školitele.

K 31. 1. 2006 jsme doplňující zasláné informace zpracovali a seznam uzavřeli.

V seznamu nejsou zařazení ti kolegové, kteří se zasedání v Kutné Hoře bez omluvy nezúčastnili a do současné doby nedoplňovali potřebné údaje k zařazení a ti, kteří kritéria nesplnili. Seznam není definitivní, není vyloučen omyl při zpracování. Je uveřejněn i k veřejné diskusi, k případnému zařazení těch, na které se nedopatřením zapomeno.

Děkuji všem, kteří participovali na tomto seznamu a věřím, že případné chyby včas odstraníme.

Budu ráda za všechny připomínky, které se vztahují k činnosti školitelů a oznamuji, že příští pracovní zasedání proběhne ve dnech 16. - 18. 6. 2006 v Seči u Pardubic a hlavním odborným tématem bude Neodkladná péče - teorie a praxe.

Všechny Vás srdečně zdravím a těším se na setkání s Vámi.

Seznam školitelů

Severní Čechy

MUDr. Balatková Romana, Most
MUDr. Hak Jan, Liberec
MUDr. Kaštánková Emilie, Klášterec n.O.
MUDr. Kittlerová Vlasta, Teplice
MUDr. Knížková Alda, Most
MUDr. Kulháňková Jana, Ústí n. L.
MUDr. Letáková Helena, Turnov
MUDr. Minzdáková Josefína, Liberec
MUDr. Roškotová Olga, Litoměřice
MUDr. Škramlíková Miluše, Litvínov
MUDr. Zimová Jiřina, Litoměřice

Jižní Čechy

MUDr. Bočínský Jaroslav, Vodňany
MUDr. Fürstová Viola, Český Krumlov
MUDr. Marek Jiří, Veselí n.L.
MUDr. Rytíř Milan, Tábor
MUDr. Verdánová Daniela, Jindřichův Hradec

Východní Čechy

MUDr. Dvořáková Jiřina, Pardubice
MUDr. Hanousek Ladislav, Hradec Králové
MUDr. Navrátilová Ludmila, Nový Bydžov
MUDr. Paverová Dagmar, Žacléř
MUDr. Roučka Vladimír, Nová Paka
MUDr. Šrůtková Jiřina, Hradec Králové

Západní Čechy

MUDr. Aronová Jarmila, Karlovy Vary
MUDr. Benešová Radana, Klenci p. Čechovem
MUDr. Holdšvendová Irena, Aš
MUDr. Kabzanová Dana, Plzeň
MUDr. Kozderka Ctirad, Kralovice

MUDr. Kubiasová Iva, Plzeň

MUDr. Pečenková Radana, Plzeň

MUDr. Poláková Jaroslava, Aš

MUDr. Popelová Blanka, Rokycany

MUDr. Růžičková Zdeňka, Karlovy Vary

MUDr. Šebková Alena, Plzeň

MUDr. Volšíková Hana, Habartov

MUDr. Líška Ivan, Karlovy Vary - konzultant

MUDr. CSc. Liška Jiří, Plzeň - konzultant

Jižní Morava

MUDr. Adamová Zdenka, Brno

MUDr. Čechová Jana, Brno

MUDr. Frajtová Ludmila, Kroměříž

MUDr. CSc. Frindová Maria, Znojmo

MUDr. Fuříková Stanislava, Jihlava

MUDr. Gregušová Jitka, Tišnov, Dolní Loučky

MUDr. Gricová Parvina, Uherské Hradiště

MUDr. Honová Dagmar, Uherské Hradiště

MUDr. Hudečková Věra, Strážnice

MUDr. Hülleová Ilona, Kroměříž

MUDr. Křížová Marcela, Zlín

MUDr. Matoušková Eva, Telč

MUDr. Smejkalová Jana, Ledec n. Sázavou

MUDr. Solaříková Miroslava, Hroznová Lhota

MUDr. Texlová Marta, Vranov n. Dyjí

Severní Morava

MUDr. Bubelová Marie, Jablůnka n. B.

MUDr. Hejl František, Rapotín

MUDr. Hejlová Eva, Šumperk

MUDr. Hradská Nora, Litovel

MUDr. Nováková Ludmila, Frýdek - Místek

MUDr. Pukovec Michal, Bartošovice

MUDr. Rašíková Danuše, Ostrava - Poruba

MUDr. Špačková Jana, Ostrava - Poruba

MUDr. Tvrďá Alice, Ostrava - Jih

Střední Čechy

MUDr. Adamová Ruth, Čáslav

MUDr. Bumbová Irena, Tuchlovice

MUDr. Hájková Eva, Kladno

MUDr. Karbanová Dagmar, Mělník

MUDr. Kepková Jana, Beroun

MUDr. Koláčný Jan, Votice

MUDr. Kyjonková Alena, Odolná Voda

MUDr. Němeček Jan, Mšeno

Doc. MUDr. CSc. Novák Ivan, Kostelec

MUDr. Nováková Markéta, Mníšek p. Brdy

MUDr. Procházka Bohuslav, Kutná Hora

MUDr. Příbylová Zdeňka, Kolín

MUDr. Seifertová Jarmila, Kladno

MUDr. Skála Pavel, Buštěhrad

MUDr. Střejcová Marie, Sedlčany

MUDr. Štrobachová Jiřina, Příbram

MUDr. Šircová Miroslava, Slaný

MUDr. Vitoušová Eva, Brandýs n. L.

MUDr. Weiss Zdeněk, Nymburk

MUDr. Zemánková Elsa, Benešov u Prahy

Praha

MUDr. Babánková Jana, Praha 5

MUDr. Cabrnová Hana, Praha 4

MUDr. Frňáková Dana, Praha 9

MUDr. Hanzlová Alena, Praha 5

MUDr. Chaloupková Jaroslava, Praha 9

MUDr. Karger Petr, Praha 4

MUDr. Kavanová Jarmila, Praha 9

MUDr. Kněblová Soňa, Praha 6

MUDr. Kolářová Marie, Praha 9

MUDr. Kubátová Gabriela, Praha 6

MUDr. Mucková Marie, Praha 6

MUDr. Nedělková Dana, Praha 2

MUDr. Nížká Marie, Praha 6

MUDr. Nulíčková Ivana, Praha 1

MUDr. Pacovská Jana, Praha 5

MUDr. Růžková Renáta, Praha 6

MUDr. Schůtová Vlasta, Praha 10

MUDr. Schwarzová Marie, Praha 5

MUDr. Skálová Zdeňka, Praha 2

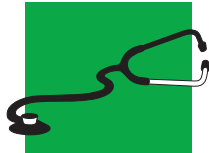
MUDr. Struková Nora, Praha 4

MUDr. Ševčíková Věra, Praha 2

MUDr. Tesařová Věra, Praha 7

MUDr. Tichá Helena, Praha 5

V případě nejjasnosti nebo nepřesnosti se prosím obraťte na sekretariát kanceláře SPLDD a OSPDL ČLS JEP, Bc. Petra Roškotová, U Hranic 18, Praha 10, e-mail: centrum@detskysekar.cz



Přednemocniční a následná péče o děti s popáleninovým úrazem

MUDr. Jiří Kripner, MUDr. Ludomír Brož, MUDr. Zuzana Kapounková

Klinika popáleninové medicíny, 3. LF UK a FNKV, Praha

Souhrn

Popáleninové trauma vzniká přímým nebo nepřímým působením nadprahové hodnoty tepelné energie na lidský organismus. Dochází k částečné či úplné destrukci kůže (sliznice), event. i hlubších tkání.

Popáleninový úraz u dětí je jedním z nejzávažnějších v dětské traumatologii. Vyžaduje dlouhodobé léčení a v některých případech mnohaletou následnou péči. Zejména u rozsáhlých popálenin se jedná o život ohrožující úraz. U dětí se proto nesmí popáleninový úraz podcenit.

S jakými popáleninovými úrazy se může praktický dětský lékař setkat? Z řady epidemiologických studií vyplývá, že nejčastějším mechanismem úrazu je opaření, a to zejména u dětí nižších věkových kategorií (do 2-3 let). U starších dětí a ve školním věku dochází často k popáleninám při výbuchu hořlavých látek nebo k popálení při průchodu elektrickým proudem. Tomu odpovídají i statistická data z našeho pracoviště z posledních let (1999-2004) - opaření 77,7 %, hoření a výbuchy 12,4 %, kontaktní popáleniny 5,7 %, úrazy elektrickým proudem 3,2 %, poleptání 0,8 %, insolace 0,2 % z celkového počtu hospitalizovaných dětí.

Základním přístupem k léčbě popáleninového úrazu je jeho pečlivé zhodnocení v rámci první lékařské pomoci podle následných **kritérií závažnosti úrazu:**

- mechanismus
- rozsah
- věk
- hloubka
- lokalizace
- anamnéza

1. mechanismus úrazu - je nutné vzít v úvahu zejména teplotu zdroje a délku expozice, zda se jedná o polití nebo pád či ponoření do tekutiny. Při výbuchu je důležité zjistit, zda se nejedná o výbuch v uzavřeném prostoru, kde je velká pravděpodobnost postižení dýchacích cest, ev. i intoxikaci zplodin hoření. Při úrazech elektrickým proudem je důležité napětí a zda se jedná o průchod nebo jenom o ožeh elektrickým obloukem. Závažná jsou i přidružená poranění při pádu, např. elektric-

tab. č. 1

Tabulka podle Lunda - Browdera					
Část těla	Novorozeně	1 rok	5 let	10 let	15 let
	%	%	%	%	%
Hlava	19	17	13	11	9
Krk	2	2	2	2	2
Přední část trupu	13	13	13	13	13
Zadní část trupu	13	13	13	13	13
Obě paže	8	8	8	8	8
Obě předloktí	6	6	6	6	6
Obě ruce	5	5	5	5	5
Genitálie zevní	1	1	1	1	1
Hýždě	5	5	5	5	5
Obě stehna	11	13	16	17	18
Oba bérce	10	10	11	12	13
Obě nohy	7	7	7	7	7

ké stožáry, trafostanice, vlakové vagony apod.

2. rozsah popálené plochy můžeme v praxi orientačně zhodnotit podle pravidla, kde dlaňová plocha ruky postiženého jedince odpovídá přibližně 1% jeho tělesného povrchu. Standardním stanovením rozsahu je použití tabulek podle Lunda a Browdera v procentech tělesného povrchu.

3. závažnost popáleniny je různá ve vztahu k věku dítěte. Jako těžké hodnotíme popáleniny:

- nad 5 % u dětí do 2 let
- nad 10 % u dětí do 10 let
- nad 15 % u dětí do 15 let

U dospělých jsou hodnoceny popáleniny podle rozsahu jako těžké nad 20 % tělesného povrchu. Postižení s tímto rozsahem jsou ohroženi popáleninovým šokem (neadekvátní laická první pomoc, pozdní vyhledání první lékařské pomoci, vlastní přístup k ošetřování popálených ploch, celkové zajištění pacienta, transport).

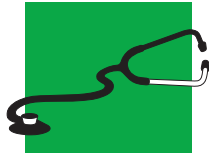
4. hloubka popálenin se v počátečních fázích úrazu mění. Je důležitým faktorem z pohledu vlastní chirurgické léčby, významně

ovlivňuje prognózu - morbiditu a mortalitu. Prohloubení popálených ploch může být také ovlivněno včasností a adekvátností první pomoci a léčebným přístupem.

5. lokalizace ploch je faktorem určujícím nutnost hospitalizace na specializovaném popáleninovém pracovišti (postižení obličeje, krku, rukou, nohou, perinea a genitálu).

6. anamnéza je nedílnou součástí pro zhodnocení závažnosti úrazu (základní údaje o zdravotním stavu dítěte, choroby předchozí či probíhající, očkování, trvalá medikace, alergologická anamnéza, anamnéza sociální, kdy dítě naposledy pilo, jedlo, kdy došlo k úrazu, způsob ošetření a medikace, případně další údaje).

Zhodnocení závažnosti popáleninového úrazu je klíčovým momentem pro vlastní terapeutický postup. Je nutné rozhodnout, zda dítě bude léčeno **ambulantně** nebo je nutná **hospitalizace** (odd. dětské chirurgie, dětská JIRP se zajištěním kontinuální chirurgické péče, specializované pracoviště pro léčbu popálenin) a po předchozí dohodě zajistit transport



na příslušné pracoviště.

Indikace k ambulantní léčbě dětí a nutnost hospitalizace byly vymezeny výborem České společnosti popáleninové medicíny ČLS JEP dne 18.11.1999 a jejich platnost potvrzena na schůzi výboru 15.9.2004.

■ Indikace k ambulantní léčbě

- děti s malým rozsahem popálenin tělesného povrchu, bez postižení obličeje, krku, rukou, nohou, perinea a genitálu
- nejedná-li se o popáleniny III. stupně
- dítě nemá žádné jiné komplikace, včetně sociálních a rodinných problémů, a není podezření na syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Všechny děti do patnácti let po ošetření praktickým lékařem nebo LSPP odeslat na spádovou chirurgickou ambulanci, v lokalitách Praha, Brno, Ostrava možno přímo na specializované pracoviště.

■ Indikace k hospitalizaci dětí

- úrazy s rozsahem popálené plochy II. stupně více než 5 % tělesného povrchu ve

věku 0-3 roky, popáleniny II. stupně více než 10% tělesného povrchu ve věku 3-15 roků a popáleniny III. stupně bez ohledu na rozsah u dětí 0-15 roků

- popáleniny v závažných lokalizacích (obličej, krk, ruce, nohy, perineum, genitál)
- inhalační trauma
- elektrotrauma
- chemické a radiační trauma

Pokud není možné z jakéhokoli důvodu po primárním ošetření na místě úrazu pacienta směřovat přímo na pracoviště specializované pro léčbu popálených, je třeba směřovat pacienty na nejbližší chirurgické pracoviště, které je schopno pacienta ošetřit a léčit nebo zajistit k transportu (**ten by měl být dokončen do 4 hodin od úrazu**). Nejméně vhodný je překlad druhých 24 hod. od úrazu.

Zajištění těžce popáleného dítěte v podmínkách PNP a nemocničním zařízení před překladem na specializované pracoviště

- zhodnocení stavu vědomí
- zajištění volných dýchacích cest, oxygenoterapie, event. umělé plicní ventilace - při

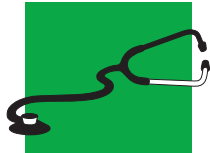
postižení dýchacích cest, edému krku a obličeje a u těžkých popálenin k zajištění transportu)

- i.v. přístup (periferní žilní vstup, intraoseální vstup, ev. CŽK)
- okamžité zahájení infuzní léčby - tekutinové resuscitace
- analgosedace
- ošetření popálených ploch
- zavedení permanentního močového katetru (pokud není k dispozici dětský katetr, je lépe urinační sáček ev. plena)
- zavedení nazogastrické sondy při umělé plicní ventilaci - intubaci.

Zajištění volných dýchacích cest, zajištění dostatečné ventilace a oxygenace patří mezi výkony život zachraňující, infuzní terapie, analgosedace a sterilní ošetření popálených ploch jsou úkony, které musí být provedeny co nejdříve.

U dětí s těžkým popáleninovým úrazem zajišťuje základní protišoková opatření RZP, která je volána na místo úrazu nebo chirurgické pracoviště kam bývá dítě přivezeno. PLDD se

Markdistri - Humana



s těžkými popáleninami v ambulanci pravděpodobně setká vyjímečně. Přesto je nutné být i na tuto situaci připraven a řešit ji ve spolupráci s RZP.

Perorálně by dítěti nemělo být nic podáváno, a to i během transportu na cílové pracoviště. Z toho vychází i volba vhodné medicíny a její aplikace. **Analgosedace je podávána i.v bolusově nebo kontinuálně. Narcamon a Dormicum je nejčastější kombinací podávanou RZP během transportu u neventilovaných pacientů, v kombinaci s opiáty, a případně relaxací též u pacientů ventilovaných.**

Infuzní terapie se zahajuje plnými krystaloidními roztoky (Hartmannův, Ringerův roztok, Ringe laktát, fyziologický roztok). K určení množství tekutin na prvních 24 hodin od doby úrazu existuje řada vzorců, které vycházejí z kalkulace množství tekutin předpokládaných k úhradě ztrát vzniklých při popálení s přidáním fyziologického množství tekutin pro daný věk. Doporučovaná rychlost infuzní terapie je podání poloviny kalkulovaného množství během prvních 8 hodin od doby úrazu a druhou polovinu v průběhu následujících 16 hodin. Používán je většinou vzorec podle doc. Nováka: $2 \times \% \text{ popálené plochy} \times \text{hmotnost dítěte} + \text{denní potřeba tekutin pro daný věk}$. Takto kalkulované množství tekutin je vždy pouze výchozím bodem pro vlastní tekutinovou náhradu. Rozhodující pro rychlost a množství podávání náhradních roztoků případně i jejich složení (krystaloidy event. v kombinaci s koloidy) je klinický stav dítěte. Cílem je dosažení hemodynamické stability s diurézou 1 ml/kg/hodinu, normalizace vnitřního prostředí a minimalizace popáleninového edému.

Podávání kortikoidů zůstává stále kontroverzní. Pokud se rozhodujeme o jejich podání (těžký popáleninový šok, inhalační trauma) pak je nutné je aplikovat co nejdříve po úrazu (metylprednisolon 10 - 30 mg/kg).

Preventivní podávání antibiotik se nedoporučuje. Nenasazujeme je, pokud není jiná indikace k jejich podání.

Lokální péče o popálené plochy

Chladíme malé plochy, důležité je zejména chlazení obličeje. Vždy je nutné se vyvarovat podchlazení dítěte se všemi důsledky. Popálené plochy kryjeme neadhezivním sterilním obvazem.

Ambulantní péče - vytvořené byly sterilně prostřiháváme, v prvních dnech, je možné tento přirozený kryt ponechat. Intervalů převazů většinou obden, pokud není přítomna infekce.

Na plochy dáváme obklady s antiseptikem - např. roztok Furantoinu, borové vody nebo je možné použít antibakteriální krémy u hlubších ploch. Pokud rána nejeví známky hojení spontánní epitelizace, jedná se o postižení hlubší a je lépe dítě odeslat na specializované chirurgické pracoviště.

■ **Následná péče**

Cílem chirurgické léčby je zhojení popálených ploch s minimálními následky. Povrchní popáleniny I. - II. a stupně se většinou hojí bez jizvení, v některých případech se může objevit depigmentace nebo hyperpigmentace. Hluboké popáleniny II. b - III. stupně zanechávají plošné jizvy, jak při spontánním zhojení ploch II. b stupně, tak i plochy transplantované.

Následná péče o zhojené plochy (včetně odběrových), rehabilitace fyzická a psychická je nedílnou součástí komplexní péče o pacienty kteří prodělali popáleninový úraz.

Základem domácí péče o plochy je zvýšená hygiena, omývání ploch s použitím dětského mýdla, sprchování a promašťování ploch. K promašťování doporučujeme oleje - olivový, slunečnicový, dětský olej, neutrální krémy - In-dulona, Nivea DEZ.

K redukci poúrazového edému a prevenci vzniku hypertrofických jizev se provádějí několikrát denně tlakové masáže (3 - 5x denně). Tlaková masáž je velmi účinná, ale časově náročná. Doporučujeme ji zejména na oblasti s mimořádně nepříznivým průběhem jizvení.

Na ostatní plochy využíváme možnosti komprese speciálními elastickými pomůckami, zhotovenými z pružných, nedráždivých materiálů (elastické bandáže, elastické trubkové návleky (Lastogrip, Raucopress) nebo individuálně na míru zhotovených návleků, triček, kalhot, rukavic apod.

Na tvarově komplikované oblasti nebo místa s velmi tuhými a vysokými jizvami, které jsou odolné k prosté elastické kompresi pružným materiálem přikládáme vhodně tvarované kompresivní dlahy z nealergizujících termoplastů (akrylát, polypropylen, polyuretan, Sanoplast) nebo jsou přesně tvarovány na určitou oblast z polymérů používaných ve zdravotnictví (Dentakryl, Durakryl).

Ještě nezralé jizvy krátce po epitelizaci lze pozitivně ovlivnit ve smyslu zpomalení až zastavení růstu hypertrofických jizev silikonovými materiály (Sil-K, Topigel, Silipost).

Včasná a správná dlahování zabraňuje vzniku kontraktur a pomáhá udržovat klouby ve fyziologickém postavení. Je-li v některém

kloubu omezená hybnost v důsledku smršťující se jizvy doporučujeme pozdolným napínáním kontrakturu uvolňovat (stretching). Pokud jizva omezuje růst, je nutné akutně provést rekonstrukci a uvolnění ještě před tím než je jizva stabilizována.

Samozřejmostí je dodržování dalších doporučení při péči o plochy - nošení vhodného oděvu z bavlny bez příměsí umělých vláken, ochrana ploch před mechanickým poraněním vzhledem k nedostatečně pevnému dermoepidermálnímu spojení a tím větší náchylnosti na poranění i při jinak nevýznamném podnětu. Dále ochrana před přímým slunečním zářením po dobu nejméně 6 měsíců od traumatu k minimalizaci poruch pigmentace ploch.

Další možnosti ovlivnění jizev - soft laser. Naše zkušenosti s touto metodou jsou malé, bez ostatní popsání péče je výsledek nedobry.

V případě progresu jizvení je indikováno operační řešení.

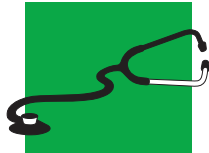
Náročná následná péče spočívá u dětských pacientů zejména na rodině. Rodiče musí být řádně informováni a musí se zdravotnickým personálem úzce spolupracovat.

Vedle fyzické rehabilitace je často nutná i rehabilitace psychická. Tuto péči vyžadují zejména starší děti s postižením viditelných a nápadných partií těla (obličeje, krk, ruce). Tito pacienti mohou být ohroženi DF-syndromem (Dysfigured-face syndrome).

Na následné péči se v indikovaných případech (u dětí, které mají špatné socioekonomické zázemí) podílejí také sociální pracovníci.

■ **Závěr**

Léčba popáleného dítěte vyžaduje interdisciplinární přístup. Významnou úlohu má PLDD v přednemocniční péči a nezastupitelnou roli sehrává lékař, který dobře zná pacienta a jeho rodinu při následné péči. I když jsou pacienti po popáleninovém úrazu na naší klinice dispenzarizováni, k zajištění uspokojivých výsledků léčby je nutné průběžně sledovat dodržování léčebných opatření ordinovaných specializovaným pracovištěm v mezidobí dispenzárních kontrol. Jen tak je možné včas reagovat na případné zhoršení stavu, a vzniklou problematiku řešit. Je lépe se věnovat prevenci dětských úrazů, seznamovat matky s typy a zejména následky popáleninových úrazů. V současné době je nárůst úrazů po stržení varné konvice, kdy může úraz skončit i mortálně.



Prevence pneumokokových infekcí u dětí (7-valentní konjugovaná vakcína Prevenar)

MUDr. Jitka Škovránková

Dětská poliklinika FN Motol; prim. P. Tláškal, CSc.

Souhrn

Očkování proti pneumokokovým infekcím zajišťuje prevenci závažných pneumokokových infekcí, proti nimž jsou nedostatečně chráněny obzvláště děti do 2 let věku a oslabení jedinci. Pro děti starší 2 let a dospělé existuje 23-valentní vakcína (Pneumo 23 firmy Aventis Pasteur) zajišťující obranu proti závažným a systémovým pneumokokovým infekcím. Pro kojence a ostatní, kteří jsou ohroženi těmito patogeny, byla vyrobena 7-valentní konjugovaná vakcína Prevenar firmy Wyeth, zajišťující obranu proti nejzávažnějším pneumokokovým infekcím.

Je určena k aplikaci od 2. měsíce věku do 5 let. Pokud je aplikována v kojeneckém věku (min. 2 dávky), dochází k výraznému omezení kolonizace sliznic invazivními kmeny pneumokoků (obsaženými ve vakcíně) a prevenci závažných průběhů otitid, bronchitid, meningitid event. septických stavů.

■ Úvod

Streptococcus pneumoniae je nejčastější bakterií, která způsobuje u dětí závažné infekce jako meningitidy, sepse, pneumonie, sinusitidy a otitidy. Příkladem je pneumokoková meningitida, která v porovnání s ostatními bakteriálními meningitidami (meningokoková, hemofilová) zanechává častější neurologické poškození a má také vyšší mortalitu (12).

Těmito invazivními infekcemi jsou ohroženi kromě oslabených jedinců hlavně děti mladší 5 let, obzvláště kojenci a batolata. Důvodem je nevyzrálá schopnost imunitní odpovědi vůči bakteriálním polysacharidovým strukturám.

Výskyt pneumokokových infekcí se od devadesátých let zvyšuje, převážně u dětí navštěvujících kolektivní zařízení. Antibiotika snížila mortalitu závažných pneumokokových infekcí, ale jejich použití nezpůsobilo změny v epidemiologickém výskytu těchto patogenů a naopak došlo k rozšíření pneumokokových kmenů rezistentních na antibiotika.

Incidence pneumokokových meningitid u dětí do 2 let věku je udávána ve 45%, ostatní jsou většinou hemofilové nebo meningokokové etiologie. Ještě vyšší podíl pneumokokových infekcí je u pneumonií (63%) a u septikemií dokonce připadá na pneumokoky 97% případů onemocnění. V etiologii otitid připadá na vrub pneumokokové infekce asi 40% otitid bakteriálního původu (6).

Před 20 lety byla vyrobena pro prevenci systémových pneumokokových infekcí 23-valentní polysacharidová vakcína, jejíž účinnost je nižší než u konjugované vakcíny, a v nejmladších věkových skupinách, které jsou nejohroženější, je tato vakcína téměř neúčinná.

V posledních letech byla vyvinuta 7-valentní konjugovaná vakcína, obsahující polysacharidy stěn pneumokoků, které jsou nejčastěji příčinou závažných a recidivujících pneumokokových onemocnění včetně otitid. Aplikace této vakcíny je již v některých zemích (USA, Kanada, Velká Británie) zavedena do základního očkovacího kalendáře kojenců a batolat a je rovněž používána u rizikových skupin pacientů.

■ Nekonjugovaná pneumokoková vakcína

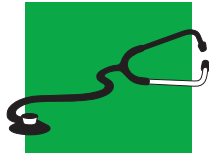
Čistá **23-valentní polysacharidová vakcína** (PNEUMO 23), která je používána pro prevenci invazivních pneumokokových infekcí u pacientů starších 2 let, obsahuje kapsulární polysacharidy pneumokoků, pokrývajících více než 75% těchto patogenů a v důsledku seroskupinové zkřížené protekce ještě dalších 14 % serotypů pneumokoků. (6) Pro děti do 2 let je v důsledku nevyzrálé imunitní odpovědi vůči polysacharidovým strukturám téměř neúčinná a na některé méně imunogenní polysacharidy odpovídají i starší děti (převážně do 5 let věku) nedostatečně.

Polysacharidové struktury tvoří dlouhé ře-

tězce oligosacharidových stále se opakujících sekvencí, které není schopna žádná tzv. antigen-prezentující buňka ve svých fagolysosomech rozštěpit. Z těchto důvodů nemůže být ani nabídnuta k stimulaci antigen-specifickým T lymfocytům, které jsou důležité pro navození dostatečné a dlouhotrvající protilátkové a buněčné imunity. Tyto tzv. thymus-independentní antigeny jsou ale schopny se navázat přímo na odpovídající povrchové receptory B lymfocytů a stimulovat je bez pomoci T lymfocytů k další proliferaci a vyžívání. Výsledným efektem je pak tvorba specifických protilátek převážně třídy IgM a nedostatečného množství protilátek třídy IgG1 a IgG2. V důsledku této imunitní odpovědi dochází k tvorbě nedostatečného množství paměťových B lymfocytů a paměťových plasmatických buněk, které by zajistilo dlouhodobé přetrvávání ochranných protilátek v organismu. (13)

■ Konjugovaná pneumokoková vakcína

V důsledku konjugace, tj. navázání polysacharidových struktur na bílkovinný nosič, v případě **7-valentní vakcíny** (PREVENAR) je to mutanta části difterického toxinu CRM, dojde ke změně charakteru a zpracování konjugátu. Polysacharidové řetězce s navázaným nosičem jsou již schopny antigen-prezentující buňky fagocytovat a ve fagolysosomech zpracovat, tj. rozštěpit na kratší struktury a předložit antigen-specifickým T lymfocy-



tům. Jejich stimulací dochází k tvorbě řady cytokinů, které pak přispívají k proliferaci a diferenciaci antigen-specifických B lymfocytů. Tyto buňky jsou schopny produkovat široké spektrum protilátek tj. specifické IgM, IgG1, IgG2 a IgA protilátky ve vysokých titrech a zajistit dostatečné množství paměťových lymfocytů. Při případném kontaktu s přírodním patogenem pak zajistí dostatečný vzestup protilátek a opsonizaci pneumokokových bakterií. Ty jsou pak snadno fagocytovány a zneškodněny (1).

Vakcína Prevenar, která byla uvedena k použití v roce 2000, obsahuje pneumokokové konjugované polysacharidy ze serotypů 4, 6B, 9V, 14, 19F a 23F v roztoku s přidáním aluminium fosfátu jako adjuvans bez mertiolátu. Z epidemiologického hlediska by měla pokrývat v Evropě 71-86% invazivních kmenů a v České republice přibližně 70,6-73% těchto patogenů u dětí do 5 let věku (9).

Podává se ve 2., 4. a 6. měsíci věku současně s ostatními čtyř, pěti event. šestimvalentními vakcínami s acelulární pertusí. Další 4. dávka je pak aplikována ve mezi 1. a 2. rokem věku. Jako vedlejší reakce jsou popisovány převážně lokální reakce (etrytém, otok, citlivost) u 5-6% všech dávek vakcíny, bez vzrůstající tendence po následných aplikacích. Těchto reakcí je méně než po aplikaci běžných vakcín s acelulární pertusí (7). Celkové reakce s teplotou 38 st.C a více byly zaznamenány po aplikaci samostatné pneumokokové vakcíny až po 4. dávce ve 13,4% případů. Teplota 39 st.C a více byla naměřena rovněž pouze po 4. dávce v 1,2% případů. U části očkovaných kojenců a batolat se může vyskytnout ospalost, neklid a nechutenství.

Protektivní hladiny protilátek u jednotlivých invazivních pneumokokových patogenů nebyly stanoveny. Ochranná hladina byla určena pouze analogicky a vztahena k infekci hemofilu b (0,15 ug/ml a vyšší). Po 3 dávkách vakcíny bylo dosaženo těchto protektivních hladin u minimálně 91-100% očkovaných dětí. Po 4. dávce vakcíny pak docházelo k významnému vzestupu vůči všem 7 serotypům (7).

Účinnost 7-valentní vakcíny byla prověřena v řadě studií jak v USA, tak v Evropě. V USA byla **protektivní účinnost vůči invazivním onemocněním** způsobeným kmeny obsaženými ve vakcíně 97% (2). V Německu byla zaznamenána dostatečná imunitní odpověď po 3. dávce vakcíny u minimálně 96%

dětí. (12)

Významný efekt této vakcíny spočívá podle různých autorů ve **snížení výskytu kolonizace sliznic invazivními kmeny pneumokoků**, které jsou pak příčinou závažných otitid, pneumonií event. bakteriemií. K osídlení těmito patogeny dochází v kojeneckém a batolecím věku a mizí mezi 3-5 lety. Po očkování a navození specifické ochrany sliznic nedojde tak k osídlení sliznic respiračního traktu patogeny obsaženými ve vakcíně a sliznice se kolonizují méně patogenními a méně rezistentními kmeny vůči antibiotikům (3, 14)).

Nejvýraznější ochranný efekt této vakcíny je však patrný u dětí očkovaných do 2 let věku (3,14). U dětí očkovaných po 2. roce věku je již **vliv na výskyt otitid** nižší, přesto aplikace 2 dávek vakcíny je doporučena. Při dlouhodobém sledování imunizovaných dětí bylo zjištěno, že u očkovaných pacientů dochází významně méně často k nutnosti provést tympanostomii (zavedení ventilační trubičky) ve srovnání s neočkovanou skupinou dětí s otitidami. Je důležité si uvědomit, že každá proběhlá pneumokoková otitida má poškozující vliv na sliznici středouší a přispívá k navození podmínek usnadňujících další reinfekci středouší (10, 5).

Doporučené schéma vakcinace pro děti od 2 - 6 měsíců věku je čtyřdávkové (viz výše), pro děti ve věku 7-11 měsíců jsou podány 2 dávky v odstupu 1-2 měsíců, a ve 2. roce věku booster dávka. Děti ve věku 1-2 let a starší by měly dostat minimálně 2 dávky vakcíny v minimálním odstupu 2 měsíců.

Běžně je doporučeno kombinovat očkování pneumokokovou vakcínou s tetra, penta nebo hexavalentními vakcínami. Pokud jsme si vědomi mechanismu imunitní odpovědi po všech těchto vakcinačních antigenech (převaha Th2 odpovědi), přikláníme se spíše k oddělenému očkování a tím k nižší stimulaci protilátkové odpovědi, která může ve svých důsledcích vést u predisponovaných jedinců k nežádoucí atopické stimulaci.

Při sledování úspěšnosti očkování u dětí do 2 let věku byl celkový protektivní efekt - tj. **snížení celkového počtu všech otitid** po očkování Prevenarem 9 - 23 %. (5)

Účinnost vakcíny vůči kmenům obsažených ve vakcíně vykazovala u finských dětí trpících záněty středouší 57% protektivní efekt (4).

Ve skupině **nedonošených dětí** (750 - 2500 g PV), které bývají často ohroženy zá-

važnými bakteriálními infekcemi včetně sepsí, byl efekt očkování touto vakcínou vůči daným serotypům 100%. (11). Dětem léčeným pro bronchopulmonální dysplasiu je včasná prevence infekcí pneumokoky zvláště doporučována.

Další skupinou pacientů, kteří by měli být preventivně proti pneumokokům očkování, jsou **děti se sníženou imunitou**, tj. jak se závažnými primárními, tak s výraznými sekundárními defekty imunity (za 3 měsíce po onkologické léčbě, před event. po transplantacích orgánů a kmenových hemopoetických buněk, splenektomované děti do 2 let věku, děti s vrozenými vadami plic nebo získaným poškozením plicního parenchymu, včetně CF, děti HIV pozitivní).

Poslední skupinou pacientů, pro které je očkování proti pneumokokům doporučeno, jsou **pacienti s kochleárními implantáty**, u kterých je chirurgicky vytvořeno anatomické spojení mezi nasofaryngem a CNS. Z těchto důvodů je nutno preventivně aplikovat očkování alespoň 2 dávek vakcíny ještě před provedením operace.

V případě rizikových skupin pacientů je nutné následně doočkovat po konjugované vakcíně polysacharidovou očkovací látku Pneumo 23 v odstupu 3- 6 měsíců.

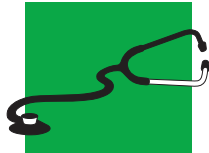
■ Závěr

Pro praktické dětské lékaře je použití konjugované pneumokokové vakcíny PREVENAR u kojenců a batolat jednou z důležitých preventivních opatření, které by mělo zabránit jak závažným celkovým pneumokokovým infekcím, tak i opakovaným slizničním zánětům, pokud se zahájí očkování před 6 měsíci věku.

Účinnost očkování proti pneumokokům a navození slizniční imunity je závislé na již existující přirozené imunitě vůči pneumokokům. Pokud tedy budeme děti očkovat později než dojde k přirozené kolonizaci sliznic, efekt očkování bude méně výrazný.

V zemích, kde bylo zahájeno plošné očkování 7-valentní pneumokokovou konjugovanou vakcínou, došlo k navození kolektivní imunity, která byla prokázána snížením incidence onemocnění způsobených pneumokoky obsaženými ve vakcíně u osob starších 65 let. (8)

Nález pneumokoků ve sputu nebo na povrchu sliznic není kontraindikací aplikace vakcíny, můžeme však očekávat výraznější celkovou nebo lokální reakci. Proto je vhod-



né u dětí, u kterých očekáváme vyšší výskyt respiračních infekcí (výskyt v rodině, atopický terén) aplikovat konjugovanou pneumokokovou vakcínou již v raném kojeneckém věku. ■

Literatura:

- 1) Ada G.: Vaccines and vaccination. *N.England J. Med.* 2001, 354: 1042-1053)
- 2) Black S. et al.: Postlicensure Surveillance for Pneumococcal Invasive Disease After Use of heptavalent Pneumococcal Conjugate Vaccine in North California Kaiser Permanente. *Pediatr. Infect Dis. J.* 2004, 23 (6) :485-489.
- 3) Dagan R. et al.: Conjugate pneumococcal vaccine and antibiotic-resistant *Streptococcus pneumoniae*: herd immunity and reduction of otitis morbidity, *Pediatr.Infect.Dis.J.* 2000, 19:S79-88
- 4) Escola J. et al.: Efficacy of pneumococcal conjugate vaccine against acute otitis media. *N.Engl.J.Med.*2001, 344 (6) :403-409.
- 5) Fireman B. et al.: Impact of the pneumococcal conjugate vaccine on otitis media. *Pediatr.Infect.Dis.J.* 2003,22:10-16
- 6) Fletcher M.A.: Capsular Polysaccharide-Carrier Protein Conjugate Vaccines, *International Congress Argentina 2000*,
- 7) Levine O.S. et al.: Risk Factors for Invasive Pneumococcal Disease in Children: A Population-based Case-Control Study in North America. *Pediatrics* 2000,106 (2): 367-376.
- 8) Lexau C.A. et al.: Changing Epidemiology of Invasive Pneumococcal Disease Among Older Adults in the Era of pediatric Pneumococcal Conjugate Vaccine. *JAMA* 2005,294,16:2043-2051.
- 9) Motlová J.: Distribuce sérotypů a séro skupin *Streptococcus pneumoniae* u pacientů s invazivními pneumokokovými onemocněními v České republice v letech 1996-2003: podklady pro vakcinační strategii. *Epidemiol.mikrobiol.imunol.* 2005, 54,1:3-10.
- 10) Palmu A.A. et al.: The Seven-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine Reduces Tympanostomy Tube Placement in Children. *Pediatr.Infect.Dis. J.* 2004,23(8): 732-738.
- 11) Shinfield H.J. et al.: Efficacy, immunogenicity and safety of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in low birth weight and preterm infants. *Pediatr.Infect Dis.J.* 2002,21:182 - 186.
- 12) Schmitt H.J. et al.: The safety, reactogenicity and immunogenicity of a 7-valent pneumococcal vaccine concurrently administered with a combination DTaP-IPV-Hib vaccine. *Vaccine* 2003,21: 3653-3662.
- 13) Škovránková J.: Fyziologie imunitní odpovědi po aplikaci vakcín. *Čs. Pediatrie* 1997,10:778-781.
- 14) Veenhoven R.H. Effect of pneumococcal vaccination on acute otitis media and nasopharyngeal carriage in children with recurrent otitis media. *ESPID 2003, Book of abstract:15.*

Roste riziko pneumokokových infekcí, očkování je třeba platit

V současnosti se zvyšuje riziko pneumokokových infekcí. Příčinou je mimo jiné snižující se účinnost antibiotik. Pneumokoky ohrožují zejména děti ve věku do dvou let a seniory. Dosud používané očkovací látky nebylo možné malým dětem aplikovat. V ČR je nyní k dispozici vakcína vhodná pro děti od tří měsíců. Rodiče ji však musí platit. Odborníci usilují o to, aby alespoň skupina nejvíce ohrožených dětí byla očkovaná zdarma, řekla dnes novinářům předsedkyně Odborné společnosti dětských praktických lékařů Hana Cabrnová.

Mezi pneumokokové infekce patří nejen některé záněty středního ucha, ale také zápal plic a meningitida, tedy septická onemocnění.

Cabrnová uvedla, že zdarma by mělo být očkováno 2000 až 3000 dětí především s poruchami imunity, po transplantaci a s více než čtyřmi záněty středního ucha ročně. Vyhláška, která by v takových případech bezplatné očkování umožnila, zatím nebyla z finančních důvodů přijata.

Jedna dávka stojí přibližně 2000 korun a počet dávek závisí na věku dítěte. Malé potřebují v prvním roce tři. U dětí, které jsou očkované ve druhém roce, stačí jedna.

Podle vědeckého sekretáře České pediatrické společnosti Jana Jandy se pneumokoky vyskytují běžně na sliznicích horních cest dýchacích, většinou jde o neinvazivní typy. Šíří se zpravidla kapénkovou infekcí. Nyní je známo 90 jejich typů. Jen část kmenů je schopna vyvolat těžká a někdy i život ohrožující onemocnění.

V České republice existuje pravidelné očkování pro všechny děti a zvláštní očkování pro definované rizikové skupiny. Taková očkování hradí stát. Vedle toho je možné nechat děti i dospěle očkovat na vyžádání. V tomto případě si pacienti vakcínu hradí sami nebo jim na její úhradu přispívají zdravotní pojišťovny.

Nepříjetí vyhlášky podle Cabrnové také znamená, že i nadále budou muset rodiče, kteří při povinném očkování dávají přednost hexavakcíně před běžnými očkovacími látkami, platit plnou cenu očkovací látky. Například na Slovensku rodiče doplácí pouze rozdíl mezi hrazenou očkovací látkou a modernější vakcínou. V ČR volí hexavakcínu, která najednou působí proti šesti nemocem, pětina rodičů.

STOB: šance pro obézní děti

Některé rodiče trápí, že jejich dítě má poněkud přes váhu. Mnozí nevědí, kam se s tímto problémem mají obrátit.

Většinou si také myslí, že z toho dítě vyroste, proto se mu nesnaží pomoci a doufají, že se časem všechno srovná. Ale dítě z obezity většinou nevyroste, a tak je velmi důležité řešit situaci co nejdříve.

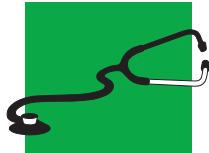
Společnost STOB teď nabízí možnost absolvovat společně s dítětem rodinné kurzy snižování nadváhy. Zapojí se do nich lékaři, psychologové, nutriční terapeuti, cvičitelky a další odborníci, kteří již mnoho let pomáhají dospělým. Děti budou pod lékařským dohledem MUDr. Boženy Kalvachové z Endokrinologického ústavu.

Cílem kurzů pro dospělé je naučit klienty s nadváhou zdravému životnímu stylu, postupně upravit jejich stravovací a pohybové návyky tak, aby nejen snížili svou hmotnost, ale aby si uměli váhové úbytky udržet. Náplň pro děti od 8 do 14 let je v podstatě stejná, je však zjednodušena a podávána hravou, zábavnou formou.

Jedinou podmínkou je, aby dítě doprovázel dospělý, který se terapie bude také účastnit. Bez jeho praktické pomoci a spolupráce by totiž léčba nebyla tak účinná. Samozřejmě že ten, který má též problémy s nadváhou, může redukovat hmotnost společně s dítětem. Ti šťastnější, kteří potížemi s nadváhou či obezitou netrpí, mají šanci naučit se zdravějšímu způsobu života.

Kurzy jsou tříměsíční a probíhají v 10 lekcích, 1x týdně. Lekce se skládá z jedné hodiny cvičení přizpůsobeného možnostem, jak rodičů, tak dětí a 1,5 až 2 hodin skupinové terapie (společného povídání, probírání náplně jednotlivých lekcí).

Bližší informace poskytnou na telefonu 241 762 847 a na www.stob.cz. Kurzy se zahajují i v dalších městech - podrobnosti na www.stobik.cz.



Přeočkování proti tetanu - mýty, realita a vyhlášky

Prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.

Subkatedra tropického a cestovního lékařství, IPVZ Praha

Centrum pro očkování a cestovní medicínu, Klinika infekčních nemocí, FN Hradec Králové

Tetanus je vážné infekční onemocnění, které způsobuje bakterie *Clostridium tetani*. Ta přežívá například v trávicím traktu dobytka. Bakterie se výkaly dostává do půdy, kde může zůstat ve formě sporů i několik desítek let. K nákaze dochází nejčastěji při úrazech, zpravidla těžších (poranění o hřebíky kontaminované bakterií), ale nakazit se je možné i z drobné ranky.

Bakterie v anaerobním prostředí produkuje tetanický toxin, který je zodpovědný za vznik známých klinických příznaků. I při dnešních možnostech léčby asi polovina nakažených osob zemře. Prevencí je tedy pravidelné očkování, ale i správné ošetření každé rány.

Celoplošné očkování dětí bylo v Československu zavedeno již roku 1958 a dětský tetanus vymizel. Celoplošné očkování dospělých se provádí od roku 1974. Před zavedením povinného očkování onemocnělo v České republice a na následky onemocnění zemřelo několik stovek lidí ročně. Dnes se vyskytují ojedinělé případy u osob starších, neúplně očekovaných nebo vůbec neočkovaných. V posledních několika letech (!) jsem se opakovaně setkal s neznalostí zdravotnických pracovníků ohledně rutinně prováděného očkování a přeočkování proti tetanu. Jsem si vědom, že informace o očkování a přeočkování proti tetanu při poraněních je mnoha čtenářům jasná, ale stále asi existuje řada lékařů a sester, kteří tápou, dopouští se omylů nebo přímo poškozují pacienta a revakunují jinak než je uvedeno ve vyhlášce 439/2000 Sb., (platí již od ledna 2001!) a dle její novelizace (vyhláška 30/2004, platná od 01/02/2004) konkrétně dle paragrafu 4, odstavec 3 a 4 a dle paragrafu 14. Základní informace, vyplývající ze znění vyhlášky 439/2000 Sb., je, že proti tetanu se přeočkovává nově po 10-15 letech jen jed-

nou dávkou vakcíny. Znění ve vyhlášce je následující:

§ 4

Pravidelné očkování proti záškrtu, tetanu, dávkivému kašli a invazivnímu onemocnění vyvolanému *Haemophilum influenzae b*

(3) Další přeočkování proti tetanu se provede očkovací látkou proti tetanu v době od dovršení čtrnáctého do dovršení patnáctého roku věku dítěte a pak u osob, které byly očkovány podle tohoto a předchozích odstavců vždy po každých 10 až 15 letech.

(4) Základní očkování proti tetanu u zletilých se provede třemi dávkami podanými v intervalech druhá dávka za 6 týdnů po první dávce a třetí dávka za 6 měsíců po druhé dávce.

Dále je jednoznačně v § 14 a v příloze vyhlášky (viz tab. 1) upraveno jak se přeočkovává po poranění v závislosti na délce časového intervalu od aplikace poslední dávky vakcíny, popř. v závislosti na věku. Do 15 let věku se při poranění nepřeočkovává. Ve věku nad 15 let se nepřeočkovává, pokud neuběhl interval delší než 5 let a přeočkovává jednou dávkou vakcíny při poranění, kdy je interval od poslední očkování 5-15 let. Pokud od přeočkování k úrazu uběhl termín delší než 15 let, je nutné vakcinovat základním schématem, a to 3 dávkami vakcíny v intervalu 0, 6 týdnů, 6 měsíců a u těchto osob je třeba podat humánní imunoglobulinu (např. Tetabulin 1 ml).

Ve vyhlášce jsou uvedeny i specifické situace, kdy k poranění došlo a byly předtím aplikovány v krátké době 1 nebo 2 dávky vakcíny a jak očkovat po 60 letech věku.

Někteří chirurgové vyžadují i přes platnost vyhlášky doplnění očkování proti tetanu od praktických lékařů u pacientů s poraněním,

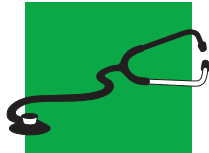
kde aplikovali jednu dávku vakcíny a kde od poslední vakcinace uplynulo sice více než deset let, ale zároveň méně než 15 let. Toto je špatný postup.

Přijde-li do ordinace praktického lékaře pacient a od poslední dávky vakcíny neuplynul interval delší 15 let, pak se přeočkovává jen jednou dávkou vakcíny. Patnáctiletý interval znamená, že mezi oběma daty (poslední vakcinace, nynější booster) není doba delší než 15 x 365 dní. Očkovat se tedy může i po deseti letech od poslední vakcinace, ale je to zbytečné.

Pokud je např. adolescent vakcinován ve 14 letech, další dávku vakcíny by měl dostat před 29 rokem věku, pak asi ve 44 letech a poté asi v 59 letech. Během aktivní dospělé fáze života by měl tak dostat jen 3 dávky vakcíny. U osob nad 60 let věku se pak znovu přeočkovává po deseti letech.

Očkování proti tetanu je spojeno s mnoha mýty, ten nejběžnější je, že po 10 letech je nutné vakcinovat 3 dávkami (v tuto chvíli, tedy v době platnosti výše uvedených vyhlášky jde o protiprávní a žalovatelný postup), protože vakcína je málo imunogenní. Opak je pravdou. Záznam o provedeném očkování se začal před mnoha lety zapisovat do občanských průkazů, protože se nesmí přeočkovávat dříve než za 5 let od poslední vakcinace, a ne proto, že interval 10 let je prošlý. Dostupné vakcíny na českém trhu jsou natolik imunogenní, že při časté revakcinaci se mohou vytvářet ve vyšší míře imunokomplexy, které pak negativně působí na zdraví pacienta.

Na druhou stranu je třeba mít však na paměti, že účinnost vakcíny může být nespolehlivá u osob s onemocněním imunitního systému nebo u osob, které prodělávají imunosupresivní terapii.



tab. č. 1

Imunoprofylaxe tetanu při poranění

Skupina	Anatoxin	Hyperimunní lidský antitetanický imunoglobulin
Řádně očkováni do 15 let věku	-	-
Řádně očkováni nad 15 let věku		
do 5 let po očkování	-	-
nad 5 let a do 15 let po očkování	0,5 ml	-
Neúplné očkování		
- 1 dávkou v době 3 - 6 týdnů před poraněním	0,5 ml	-
- 2 dávkami v době 3 týdnů - 10 měsíců před poraněním	0,5 ml	-
Neočkovaní nebo neúplně očkováni s intervaly jinými než uvedenými výše	0,5 ml*	Dávka dle příbal. informace
Osoby od 60 let věku		
- s dokladem o očkování v posledních 10 letech	0,5 ml	
- bez takového dokladu	0,5 ml*	Dávka dle příbal. informace

* Pozn.: A dále se pokračuje v základním očkování.

Dostatečnou hladinu protilátek může mít člověk dokonce i po uplynutí 15 let od posledního očkování. To lze zjistit z laboratorního vyšetření po odběru krve, které se však kvůli finanční náročnosti provádí jen u některých rizikových pacientů. Do této skupiny patří například osoby, které v minulosti reagovaly alergickou reakcí na některé očkování. Dále je vyšetření doporučováno osobám s nádorovým onemocněním orgánů, tkání nebo krve.

Situaci ale komplikují i lidé, kteří si nepamatují rok posledního očkování a nemají ani žádný záznam. Co lze s nimi dělat? Obvykle se v ordinacích praktických lékařů aplikují tři

dávky vakcíny - v intervalu den 0, druhou dávku za šest týdnů, třetí šest měsíců po druhé dávce. Já bych spíše udělal pacientovi vyšetření a zřejmě bych mu ho nechal zaplatit. Stojí maximálně 300 korun. Podle výsledku bych se pak rozhodl, zda aplikovat jednu nebo se doplní dvěma dávkami celé schéma dávkou.

V některých zemích očkuje proti tetanu jinak než v ČR a bývalých socialistických státech, např. v Nizozemí v 18 letech a poté až v 60 letech a případy tetanu se zde nevyskytují. V jiných zemích se očkování proti tetanu řídí počtem přeočkování v dospělosti někde postačuje jedno, jinde dvě a někde 3 dávky

vakcíny během života. Při splnění tohoto limitu se pak nepreočkovává. V Austrálii začal letos platit nový vakcinační kalendář, který je považován za vůbec nejlepší na světě. Dle něho se přeočkovává proti tetanu v 15-17 letech (společně proti tetanu, diftérii a pertusi acelulární perkusovou vakcínou). Další přeočkování proti tetanu je pak až v 50 letech věku společně s přeočkováním proti diftérii kombinovanou vakcínou.

Literatura:

1. Vyhláška 439/2000 Sb., Platná od 01/01/2001
2. Vyhláška 478/2002 Sb., Platná od 01/01/2003
3. Vyhláška 30/2004 Sb., Platná od 01/02/2004

Co je nového v očkování?

Pracovní skupina pro očkování při OSPDL ČLS JEP

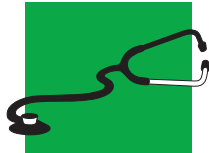
■ V souvislosti s připravovaným vyhlášením mimořádného očkování dětí se zdravotními indikacemi (zveřejněny ve Voxu) proti nákazám vyvolaným *Streptokokem pneumoniae* konjugovanou očkovací látkou Prevenar byli všichni PLDD požádáni o sdělení počtu dětí, které splňují uvedené indikace. Cestou územních pracovišť krajských hygienických stanic je třeba získat informace o počtu dětí ve věkové skupině od 0-5 let, a to včetně dětí těchto věkových skupin, které jsou pro své

základní onemocnění umístěny v lůžkových zdravotnických zařízeních a splňují rovněž uvedené indikace. Po shromáždění údajů bude vyhlášeno mimořádné očkování a přesněna věková kategorie dětí, kterých se bude týkat.

■ Centrální nákup hexavakcíny je opět slíben od 1.1.2007! V letošním roce v základním očkování nedojde ke změnám. Jednání poradního sboru pro preventabilní náklady na

MZ ČR se uskuteční dne 16.2.2005, o výsledku Vás budeme informovat v příštím čísle časopisu.

■ PSP ČR schválila minulý týden novelu zákona umožňující nákup očkovacích látek přímo registrujícími lékaři od distributora, nebude tedy nutné nakupovat v lékárně. Po podpisu zákona a zjištění přesného znění Vás budeme informovat.



Stanovisko Výboru České pediatrické společnosti ČLS JEP ke kalmetizaci - prosinec 2005

Vážený pan
Prof. MUDr. Jiří Homolka, DrSc
ČLS JEP
Sekretariát

Věc: očkování proti TBC

Vážený pane profesore,

v návaznosti na schůzku ve věci očkování proti TBC sděluji následovně:

1. Výbor České pediatrické společnosti ČLS JEP opět projednával problematiku očkování proti TBC na svém zasedání 15.12.2005. Na tomto jednání jsem informoval o schůzce konané 7.12.2005 na půdě prezidia ČLS JEP. Výboru jsem předložil návrh na uskutečnění pilotní studie změny očkovacího kalendáře v ČR, který zněl: ve 3 krajích ČR přeložit očkování proti TBC z novorozeneckého období do druhé poloviny prvního roku života dítěte.

2. V rozpravě k pilotní studii se znovu otevřely všechny aktuální otázky kolem tohoto očkování. Po rozpravě bylo **většinou hlasů schváleno toto stanovisko:**

a) Výbor ČPS přehodnocuje své původní stanovisko trvat na plošné změně očkování proti TBC přesunutím do 7.-12. měsíce, netrvá na tom.

b) Navrhovanou pilotní studii považuje za zbytečnou, s malou výpovědní hodnotou.

c) Výbor ČPS ČLS JEP bude požadovat přesné údaje o komplikacích primovakcinace BCG z celé ČR, protože údaje předložené prof. MUDr. K. Křepelou jsou řadou institucí kritizovány za údajnou neúplnost. Budeme žádat o přesné údaje nejen o počtu komplikací, ale také o jejich charakteru, vztahu vzniku komplikace a dalším očkování (zejména tera-,penta- či hexa-vakcinou), také o vztahu k imunodeficitní stavům.

d) Výbor ČPS ČLS JEP bude navrhnout Poradnímu sboru pro preventabilní nákazy MZ ČR přehodnocení současného plošného očkování proti TBC (kalmetizace) a očkovat jen rizikové jedince. Vycházíme ze známých zkušeností ze zemí Evropy (zejména sousedících s ČR), kde je kalmetizace prováděna jen u rizikových jedinců.

e) Výbor ČPS ČLS JEP bude jednat s výborem České neonatologické společnosti o prověření techniky kalmetizace na novorozeneckých odděleních.

V Praze 16.12.2005

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

Očkování proti chřipce u dětí

MUDr. Jitka Škovránková
Ambulance očkování FN Motol

V souladu s výsledky publikací rešerše MEDLINE 2000-2005 a podle vyhlášky MZ ČR č. 439/2000 Sb. resp. vyhlášky č. 225/2005 Sb. doporučujeme očkovat proti chřipce děti níže uvedených skupin:

■ **Recidivující infekce horních a dolních cest dýchacích;**

■ **Pacienti s chronickými farmakologicky léčenými plicními a kardiologickými onemocněními** (včetně asthma bronchiale, bronchopulmonální dysplasie, cystická fibroza, VVV srdce a plic, kardiomyopatie apod.);

■ **Primární (vrozené) defekty imunity** (protilátkové, buněčné i fagocytozy);

■ **Sekundární (získané) defekty imunity** (chronická onemocnění jater a ledvin, onkologičtí pacienti v odstupu 3-6 měsíců po léčbě, hematologičtí pacienti, pacienti po transplantacích orgánů a kmenových hemopoetických buněk, pacienti s asplenií funkční a anatomickou);

■ **Pacienti s metabolickými onemocněními včetně diabetiků** u nichž je chřipka rizikovým onemocněním;

■ **Děti žijící v ústavech sociální péče** (hrazeno HS).

Poznámka:
očkování je hrazeno ze zdravotního pojištění (jako ZULP) dle vyhlášky MZ č.225/2005 Sb.:

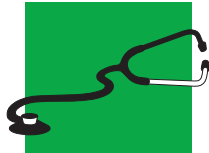
■ Pacienti po splenektomiích, po transplantacích kmenových hemopoetických buněk, s chronickými závažnými farmakologicky léčenými onemocněními srdce, cév, dýchacích cest, ledvin, s diabetem.

POZVÁNKA na Regionální konferenci Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

dne 18. 3. 2006 v Liberci od 9,00
v Krajském úřadu Libereckého kraje, U Jezu 642/2a
v kongresovém sále

MUDr. Věra Kruková, předsedkyně severočeského regionu SPLDD ČR
Liberecká 19, 463 42 Hodkovice n. M., tel. 485 145 209, 603 840 609, mail: verakrukova@volny.cz

Zentiva - ZOH



Očkování dětí ve státech Evropské unie

MUDr. Hana Cabrnchová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vstup ČR do Evropské unie znamená nutnost harmonizace v mnoha legislativních opatřeních, v mnoha oblastech, které se dotýkají našeho běžného života. V případě zdravotnictví a poskytování zdravotní péče však ponechává možnost zachování národních systémů. V současnosti neexistuje jednotný systém očkování ani mezi původními členskými zeměmi EU. Do budoucna ale bude jistě praktické v určitém rozsahu harmonizovat schémata, a to i z důvodu možného přesunu pracovních sil, tedy stěhování se celých rodin i s jejich dětmi. Každý z nás se již s touto situací setkal a víte, jak bývá často obtížné doočkovat dítě, které bylo rozočkováno v zahraničí, zvláště za situace, kdy si rodiče nárokují stejné očkovací látky plně hrazené. Vzhledem k tomu, že očkovací látky již musí mít evropské registrace, je možné většinu očkovacích látek, resp. většinu možných kombinací pro očkování, zajistit i u nás. Co ale nedokážeme, je zajistit plnou úhradu těchto očkovacích látek dětem pojištěnců EU, a to je rozhodně špatně. Příčinou je situace, kdy v některých státech hradí očkovací látky zdravotní pojištění a kdy v některých státech, jako u nás, očkovací látky nakupuje stát. Rodičům, kteří pro své děti zakoupí šetrnější očkovací látku, stát však žádné finanční prostředky nevrátí. Již z toho co uvádím je zřejmé, že nebude možné se do budoucna vyhnout pokračující nutnosti harmonizovat i tuto oblast.

Harmonizace ale v blízké době nenastane ještě v oblasti povinného spektra očkování nad rámec, který bude striktně vyžadovat WHO. To, co každý stát nebo systémy zdravotního pojištění budou hradit jako povinná očkování, bude vždy odvislé od konkrétní epidemiologické situace, narůstající rezistence k antibiotikům a nutnosti proti jednotlivým infekcím očkovat. Pochopitelně rozhodnutí v oblasti zavádění nových očkování souvisí také s finančními možnostmi jednotlivých států a jednotlivých zdravotních systémů.

Pokus o jednotnou diskusi na toto téma byl učiněn na půdě CESP (The Confederation of European Specialists in Paediatrics), kde vznikla vakcinační skupina složená ze zástupců jednotlivých členských zemí EU. Posledního meetingu v prosinci 2005 v Bruselu jsem měla možnost se spolu se svými kolegy zúčastnit. Předávali jsme dotazník týkající se situace v oblasti výskytu TBC na území ČR. Trend států EU je

jednoznačně ve smyslu postupného rušení vakcinace proti TBC. V oblasti nových očkování jsme svědky zavádění nových plošných očkování proti pneumokokovým a meningokokovým nákazám, očkování proti varicele. Tato nová očkování jsou zaváděna na západ od našich hranic. Bývalé státy východního bloku zahájily komunikaci na půdě vzniklé středoevropské vakcinační skupiny, které jsem spolu s doc. Prymulou členkou. Spolu s námi jsou členy této skupiny zástupci Maďarska, Polska, Slovenska, Rumunska, Estonska, Litvy, Turecka a Slovinska. V těchto zemích je situace pochopitelně daleko výrazněji ovlivněna finančními možnostmi a reformujícími se systémy zdravotnictví.

Jsme tak svědky toho, že v sousedním Polsku teprve uvažují o zavedení plošného očkování proti invazivním hemofilovým nákazám a rozhodují o tom, zda nejprve toto očkování uhradí rodinám, které mají více než tři děti. Takové řešení se z našeho pohledu jeví jako neuvěřitelné a rozhodně by se proti takto diskriminujícímu návrhu naše odborná veřejnost postavila. Na druhou stranu se ale začínáme jako zástupci za ČR stydět za neřešení situace v oblasti přechodu na očkování neživou očkovací látkou proti poliomyelitidě. Již i Ukrajina na stránkách WHO

umístila své očkovací schéma, které obsahuje také očkování neživou očkovací látkou (IPV). Mezi členskými státy EU již prakticky neexistuje jiná země, kde by i nadále byla plošně používána živá očkovací látka proti poliomyelitidě (OPV). Ve většině zemí došlo k úplnému přechodu na IPV, pouze ojediněle, například v Polsku a Maďarsku, bylo zvoleno sekvenční schéma, kdy jsou podány nejprve 1-2 dávky IPV a schéma je dokončené OPV. Poslední země, kde došlo k úplnému přechodu, bylo v roce 2004 Španělsko, Dánsko a Velká Británie. V roce 2005 přešlo na používání IPV i sousední Slovensko. Ve většině zemí, kde bylo použito schéma úplného přechodu na IPV, se tak stalo použitím kombinované vakcíny s acelulární pertusovou složkou. Je smutné, že trend, který byl započat v ČR zavedením jedné dávky acelulární pertusové vakcíny u 5-ti letých dětí dále nepokračoval a že dosud nedošlo k přechodu na používání IPV v souladu s doporučením světové zdravotnické organizace (WHO). Ta doporučuje ve svém plánu (Global Polio Eradication Initiative Strategic plan 2004 - 2008), aby orální forma (OPV) byla nahrazena injekční formou (IPV) nejpozději do roku 2008.

**Společnost pro pojivové tkáně ČLS J.E. Purkyně
Odborná společnost ortopedicko-protetická ČLS J.E. Purkyně
Ambulantní centrum pro vady pohybového aparátu
ve spolupráci s NZZ Ortopedica s.r.o.
a Českou podiatrickou společností**

Vás srdečně zvou na symposium

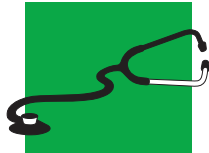
**11. Kubátův podologický den:
„Vliv životního stylu na vývoj pohybového aparátu“**

**Symposium se koná v sobotu 1.4. 2006
v Lékařském domě v Praze 2, Sokolská 31
od 9.00 do 16.30 hod, registrace od 8.30 hod**

Kontaktní adresa:

Doc. MUDr. Ivo Mařík, CSc.

*Ambulantní centrum pro vady pohybového aparátu, Olšanská 7, 130 00 Praha 3
Tel./fax: 222 582 214, e-mail: ambul_centrum@volny.cz*



Vážení kolegové,

řada z nás se čím dál častěji setkává ve svých ordinacích s rodiči a malými pacienty stále početnější komunity našich čínských spoluobčanů, kteří využívají k léčení poznatky medicíny, námi nazývané alternativní.

Vzhledem k tomu, že dochází často k nedorozumění a k názorovému prolínání léčebných i preventivních postupů při ošetřování čínských dětí, považujeme za důležité seznámit Vás se základními principy čínské medicíny.

Věříme, že bude pro vás přínosem seznámit se s pojetím a způsoby léčebných principů a postupů v našich geografických oblastech neobvyklých a to i přesto, že někteří kolegové je „alternativně“ používají ku prospěchu pacientů, kterým odstraňují jejich zdravotní obtíže.

A o pacienty by mělo jít nám všem v první řadě.

Redakce

Projekt vize „Zdraví 2020“

kreativní prognostická esej

Mgr. Karolina Kudynová

Souhrn

Současný zdravotní systém v České republice se otrásá v základech. Nákladný a nepřehledný kolos přerozdělování financí získaných ze zdravotního pojištění, které musí platit každý občan, se v praxi jeví pro značnou část populace, lékařů i institucí velmi nevyhovující, neflexibilní a částečně nespravedlivý. Všichni zúčastnění jsou propojeným celkem. Kudy povede nová cesta?

Náročná a postupná je proměna společnosti po 40 letech totality. V oblasti zdravotnictví se politici zdráhají uskutečnit velkou koncepční změnu, přestože vědí, že je nutná. Mají strach ji politicky prosadit, aby neztratili hlasy voličů. Co však vlastně občané chtějí? Je politická vůle to vědět a zkoumat? Ačkoliv zatím nedochází ke změně na úrovni legislativní a systémové, čas a život přináší nové výzkumy, přístupy, včetně metod a praktik východních léčebných systémů, uplatňujících holistický¹⁾ celostní pohled na organismus. Tradiční „přírodní“ léčebné prostředky jsou ožívovány a vyhledávány jako doplněk i jako hlavní prostředek léčby. Oficiální medicína pod vlivem lobbystických skupin výrobců léků a přístrojů to zatím příliš nereflexuje.

■ Pacienti hledají jiné způsoby léčby

Dobrý zdravotní stav umožňuje plnohodnotný naplněný život. Tempo a životní styl současné doby a nešetrné zacházení s přírodou se však podílejí na řadě onemocnění. Mnozí hledají i jiné způsoby léčby tam, když jim lékař vzdělaný jen v západní „biomedicí-

ně“²⁾ nepomůže. Roste skupina lidí všech generací, kteří se o své zdraví zajímají, jsou zodpovědní vůči svému tělu i duši a od lékaře vyžadují, aby se jim plně věnoval a informoval je o jejich diagnóze. Vyhledávají lékaře, který k nim přistupuje jako k partnerovi v léčbě.

Česká republika a řada lékařů na rozhodovacích pozicích se inspirovala v zahraničí a fungující modely jsou postupně s úspěchem aplikovány do praxe. Například systém kapitace, kdy je lékař odměňován, že má zdravé pacienty a nikoli za to, kolik „bodů“ a výkonů na nich nasbírá. Má pak také více času na ty, kteří to potřebují. Mnohé změny ještě přijdou. Konstruktivní, otevřená a věcná debata oproštěná od předsudků, ve prospěch a přání pacientů, na základě zahraničních i českých výzkumů (které do té doby moudrý ministr nechá vypracovat) a zkušeností z praxe může prospět široké populaci.

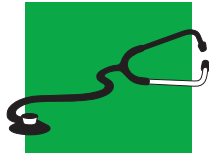
Je přirozeností lidské mysli mít strach z nového, strach ze změny. Je však dočasně nutné období chaosu, aby mohl vzniknout nový řád, když ten starý je již neudržitelný. Bude zapotřebí moudré zodpovědné důvěry-

hodné osobnosti či více osobností, které dokážou lidem vysvětlit důvody a prospěšnost změny a zároveň změny reflektující potřeby a přání občanů prosadit v zájmu jejich zdraví i financí. Některé politické strany u nás již mají koncepci zdravotnictví založené na pacientově spoluúčasti. I výzkumy veřejného mínění ukazují, že lidé jsou ochotni si připlácet.

Roste informovanost lidí o „alternativní“ či nekonvenční medicíně³⁾, o léčebných metodách, které zatím stojí mimo oficiální rámec našeho zdravotnictví, avšak mnozí pacienti jejich služeb rádi využívají a ačkoliv platí povinné pojištění, platí za takovou léčbu, která jim pomáhá. Často v případě, kdy západní medicína si neví rady nabízí tyto „jiné“ systémy svými prostředky pomoci, ať už při prevenci, nebo při léčbě chronických onemocnění. Na toto téma existuje řada lékařských studií v uznávaných zahraničních časopisech.

■ Pacient zatím nemá možnost volby

Proč je v České republice zatím oficiálně



nepřijatelná „jiná“ forma léčby než západní, když je to běžné v ekonomicky vyspělých zemích, jako USA, západní Evropa nebo Austrálie a v řadě dalších? Je to nejspíš provázanost ekonomická i ideologická. Pro západní lékaře bude dříve či později velmi výhodné navázat oficiální spolupráci s „nekonvenčními metodami“, jako je např. komplexní systém tradiční čínské medicíny (akupunktura, moxování, bylinná léčba, masáže, psychohygieny a cvičení posilující zdraví) ajurvéda a další. Tyto metody jsou velice úspěšné obzvláště na poli prevence, ale i při léčbě chronických onemocnění. Také proto, že si uvědomují existenci univerzální životadárné síly a umí s ní pracovat.

Lze je zakomponovat například v souvislosti s přechodem na individuální účet a dát lidem, kteří o to stojí, možnost využívat oficiálně služeb lékařů, kteří jim vyhovují. Lidé mají právo na výběr a současná legislativa s monopolem západní medicíny jim jej upírá. Upírá člověku právo samostatně rozhodovat (nejen) o svém zdraví a nakládat s vlastními penězi. Zajímavým a inspirativním je například model zdravotnictví v Austrálii, kde vedle sebe koexistuje systém veřejného zdravotnictví a zdravotnické služby podléhající trhu a pacient má možnost volby mezi nimi.

Stejně jako v jiných oblastech i v medicíně se prosazuje (více v zahraničí než u nás) holistický přístup, což v praxi znamená pohled na organismus jako celek, nikoliv souhrn částí. Západní medicína je natolik specializovaná, že si jednotliví specialisté mezi sebou často už ani nerozumí. Vidí části pacientova těla odděleně v rámci svého oboru. Psychika je při léčbě oddělena, patří do oblasti jiné „specializace“. Zapojení dosud nekonvenčních přístupů do oficiálního systému a jejich přiřazení k vysokoškolskému vzdělávání a uznání lidí, kteří kvalitně a zodpovědně léčí, i když jinak, než je hlavní proud, by mohlo být velmi prospěšné pro celý systém, pacienty i státní peněženku.

■ Čínská a západní medicína ve světě spolupracují

Spolupráce západní i východní medicíny je tématem akademického výzkumu a odborných konferencí v západních i východních zemích (USA, Austrálie, EU, Hong Kong). Česká republika se v tomto může poučit ze zkušeností a získaných poznatků v jiných zemích,

vykouknout ze svého „dvorečku“ a rozhlednout se, jak to chodí jinde. Jedná se o celosvětový trend. Urychluje se sociální změna v rámci globalizace. Klesá víra ve schopnosti vědy a techniky (včetně medicíny) vyřešit problémy života. Roste počet lidí, kteří dávají přednost ne-farmakologickému řešení problému. Zdá se, že společenské trendy směřem k individualizaci ovlivňují trendy ve vývoji zdravotní péče i u nás, jen se o tom oficiálně mlčí.

Čeští lékaři i politici mají příležitost oslovit zkušené kolegy v zahraničí, inspirovat se konkrétními výzkumy a přizpůsobit je postupně a moudře do českých podmínek a praxe. V budoucnu se osvědčí spolupráce institucí na rovnocenné úrovni, nikoli v hierarchickém systému, kde již ztrácí vrchol kontakt se základnou a systém se stává rigidním.

Systém zdravotnictví neodpovídá skutečným potřebám, což se projevuje zejména korupcí, především v nemocnicích, ale v podstatě na všech úrovních poskytování zdravotní péče. Pokud by měl pacient právo si oficiálně připlatit, korupce by se pravděpodobně výrazně snížila. Farmaceutická lobby proniká do nemocnic i ordinací. Se změnou financování lékařské péče by lékaři měli mnohem menší důvod uchylovat se k „deviantnímu chování“. Když deviantní chování přesáhne určitou mez, poukazuje spíše na koncepční chybu než chybu jedinců a jejich morálky.

■ Čas uznat „jiné“

Prosazení řady dobrých myšlenek závisí na lidském faktoru. Změna systému je nutná, záleží ovšem na tom, kdo ji prosadí a čím hlas zazní. Pokud to bude zastánce původní „materialistické ideologie“, hrozí, že se toho moc nezmění. Například, že metody jiné než západní bude moci provozovat jen člověk s titulem MUDr. Samotné studium západní medicíny vyžaduje minimálně 6 let. Stejně tak to vyžaduje studium „východního medicínského přístupu“, tradiční čínské medicíny, a je tedy nutné i jej studovat srovnatelnou dobu. Uznání kulturně a světónázorově odlišného léčebného systému na základě evidence-based medicíny je šancí, jak nabídnout zodpovědným a samostatným lidem metodu účinnou a v porovnání s farmaky dlouhodobě možná i levnější.

Výzkum a vývoj západní medicíny ukazuje

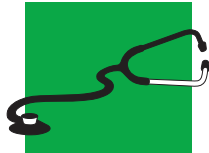
další rozvoj náročné techniky, mikro-přístrojů implantovaných do těla, ale i genetického inženýrství. To s sebou přináší další finanční náklady. Když „nekonvenční“ přístupy dostanou příležitost ukázat, co dokázaly, ukáží se i nové sféry a trendy ve zdravotnictví i jeho rozpočtu.

Jako pozitivní řešení se jeví skutečnost, že ti, kteří budou za patnáct let v důchodovém věku, budou mít ještě čas se mezitím naučit různé již dostupné metody, jak zlepšovat či udržovat své zdraví sami. Takoví lidé pak zdravotní systém nezatěžují svou potřebou spotřeby léků. Nadále však hrozí, že lobby farmaceutických firem se bude snažit tomuto trendu zabraňovat. Potřebují lidi nemocné a závislé.

■ Zodpovědnost a prevence

Lidé budou v roce 2020 zodpovědnější za své zdraví, ochotni na sobě pracovat a dbát víc na prevenci. Mnozí jsou ochotni platit si navíc mimo veřejné zdravotní pojištění i soukromou léčbu za metodu, která jim pomáhá v situaci, kde západní medicína selhává a ukazuje jim cestu ke kvalitnějšímu životu. Vidí výsledky a kvalitní lékař se k nim chová především jako k citlivé bytosti, nejen jako k „diagnóze“. Z nemocnic a řady ordinací však vymizela lidskost, mnozí lékaři se stále staví do role mocenské autority „bílého boha“, a k pacientovi se chovají nepřátelsky, bezcitně i arogantně, místo na pacienta koukají do počítače apod. Řada lidí se již lékařů, především v nemocnicích, bojí.

Tento trend bude postupně mizet. Lidé v roce 2020 již dávno pochopí, že zdraví nemůže být zadarmo. Projekty tvorby osobních účtů u pojišťoven a doba, kdy lidé dostanou do rukou své peníze a budou s nimi nakládat podle svých konkrétních zdravotních potřeb, je na spadnutí. Je jen třeba tento proces moudře uskutečňovat, aby byl flexibilní a funkční. Lidé budou postupně platit všude, a budou tedy vyhledávat takové lékaře, kteří se jim budou věnovat, a budou volit metody, které jim skutečně pomohou od jejich obtíží. Výsledky úspěšných případů léčby „jinými metodami“ u pacientů a zahraniční studie budou podkladem pro zahájení diskuse o začlenění některých dosud neuznaných metod do systému zdravotní péče.



■ Celostní přístup bude normou

Lékaři už dnes podstupují proměnu přístupu vůči svým pacientům. Celostní přístup, kdy jediný lékař provádí komplexní diagnostiku celého organismu a má péči o pacienta ve své prioritě, bude na mnoha pracovištích normou. Takový celostní lékař se pacientovi bude věnovat, protože za to bude adekvátně placen a bude školen jak pracovat i s jeho psychikou. Západní medicína zatím vnímá psychiku a tělo i jeho jednotlivé orgány odděleně, tudíž jí řada souvislostí uniká. Alternativní přístupy rozšíří i do nemocnic i praxí, kde si pacient bude moci vybrat co mu vyhovuje, jak to lze již sledovat na průkopnické nemocnici v Ostravě, kde si pacient může zvolit léčbu např. tradičními čínskými praktiky.

■ Změna k zodpovědnosti za sebe sama

Podoba zdravotnictví v roce 2020 bude záviset na podobě české politické scény a na tom, který politický názor se do té doby prosadí - zda-li za zdraví jedince zodpovídá stát, nebo on sám. Zvítězí-li v politických kruzích varianta, že za své zdraví je zodpovědný občan, může v té době být budován „pěkný“ efektivně hospodařící moderní systém, který bude schopen uplatit i nové zdravotnické technologie pro ty, kteří je potřebují.

Změnu zdravotního systému je třeba prosadit politicky. V novém modelu zdravotnictví bude částečně zapojen do financování i pacient a bude více rozhodovat o naplnění svých individuálních potřeb. Už dnes jsou lidé ochotni si připlácet a za to očekávají kratší doby v čekárnách, aby na ně měl lékař více času, případně za nimi přijel domů.

Česká republika se bude inspirovat ve fungujících modelech v zahraničí, lékaři zastupující mezi západní a východní medicínou budou oficiálně spolupracovat, aby každá uplatnila své přednosti ku prospěchu pacienta. Změny budou aplikovány, aby se přizpůsobily našemu prostředí. Nastane-li koncepční velká změna, na čas zavládne možná chaos, je třeba lidí na změnu připravit a ukázat jim budoucí výhody. Z chaosu vzniká řád, a nejdříve musí něco skončit, aby něco nového mohlo začít.

Bude v zájmu celé společnosti uvědomit si, že je ve vlastním zájmu každého být zdravý, pečovat o svá těla i duše. Budou vědět, že

jsou to oni, kdo mohou mnoho věcí změnit. Systém sám sobě pomůže, když méně zodpovědné lidi zmotivuje.

■ Studenti už léčbu vidí jinak

V oblasti západní medicíny se hovoří o dalším rozvoji preventivních programů, které jsou levnější než následná léčba. Mnozí pacienti dobré výsledky jiných přístupů na sobě mohou potvrdit. Prokazuje to zkušenost i lékařské a statistické výzkumy (Eva Křížová: Alternativní medicína jako problém, Karolinum 2002, i skromná sociologická sonda v podobě diplomové práce). Celostní medicína se jeví jako obohacení, když bude zařazena do nabídky lékařského vzdělávání. Právě v oblasti prevence mají alternativní/ nekonvenční přístupy velkou šanci pomoci snížit náklady. Mezi studenty lékařských fakult se vyskytují mnozí zájemci např. o akupunkturu a uvědomují si potřebu léčit „jinak“, avšak jejich hlasy nejsou zatím vyslyšeny. V roce 2020 budou již mít studenti možnost oficiálně se vzdělávat například i v oblasti tradiční čínské medicíny, daru, který lidstvu zanechaly stovky generací čínských lékařů.

Lékařský svět si víc uvědomuje důležitost vztahu mezi lékařem a pacientem a klade důraz na etiku. Lékař se bude stávat více partnerem disponujícím věděním, avšak bez patriarchálního mocenského nadřazeného postoje vůči nemocnému. Systém bude nastaven tak, že takového kvalitního lidského lékaře ocení.

■ Kooperace přístupů, tělo jako celek samozřejmostí

Roste uvědomění, že zdraví, respektive nemoc těla, je spojená nádoba se stavem duše či psychiky a emocí. V roce 2020 bude již společnost duchovně vyspělejší a souvislost psychiky a zdraví bude považována za větší samozřejmost a s tím bude souviset rozvoj léčebných metod. Lidé budou vyhledávat přístupy, které budou léčit příčinu jejich nemoci a ne jen příznaky. Na akutní problémy, zranění či nevyhnutelné operace pak bude zaměřená medicína západní.

Pochopí také, že pouhá konzumace farmak z dlouhodobého hlediska nemoc neřeší. Pacienti nebudou tedy lékařskou péčí a především farmaka bezbřezě konzumovat. Budou dbát na to, co jedí, ať už z důvodů ideologických a „duchovních“, nebo ekonomických. I vzdělávací systém bude obohacen. Mladí lidé se bu-

dou učit například v biologii, jak rozumět svému tělu, jak jíst, co je pro ně vhodné a proč, co se stane, když budou dělat opak, jak sobě nebo přátelům či rodině ulevit masáží, jak rozpoznat začínající chorobu včas. Samoléčba se vrací do rodiny. Lidé budou mít možnost vyhledat si informace na internetu, kde si budou moci zjistit podle uvedených příznaků, co jim asi může být, čím mohou zabránit postupu nemoci a získat podrobnější informace.

Celospolečenským trendem bude větší respekt k vlastnímu organismu a jeho fyziologickým funkcím. Místo spolknutí prášku například relaxace, akupresura, masáž, meditace, cvičení... než přetěžování organismu až do úplného vyčerpání. Holistický pohled na tělo a prospěšné rozmanité jemnější léčebné metody se šíří a pro část populace jsou již samozřejmostí. Zdravější si budeme více užívat i vážit nejen lidského života. ■

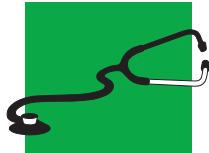
Esej získala v dubnu 2005 2. cenu v kategorii „Zdraví 2020“ v soutěži „Projekt vize 2020“ vyhlášené Nadací Penta pro studenty všech českých a slovenských vysokých škol. Hodnocena kreativita, originalita a práce s informacemi.

Pozn.:

1) Holistická medicína pohlíží na lidský organismus jako na celek, kde jednotlivé části spolupracují. Tělo a psychika jsou spojené nádoby a nelze je při léčbě oddělit.

2) Biomedicína je pojem užívaný v anglosaské literatuře pro medicínu, která se vyvinula na Západě a je stavěna na poznatcích přírodních věd vychází z descartovského mechanistického pohledu na svět, kde byla zdůrazněna dualita těla a mysli. Tělo je zde chápáno jako neživá hmota, jako stroj, který je třeba opravit.

3) Výstižnějším termínem pro označení metod, které pohlíží na člověk jako na propojený celek, je více než „alternativní medicína“ pojem celostní nebo holistická medicína, případně alternativní metody léčení. Alternace znamená „něco jiného“. Je více definic alternativní medicíny, nebo alternativních způsobů léčení. Nejjednodušší je ta, že se jedná o metodu, která leží mimo hlavní proud konvenční (běžné) medicíny. Proud založený na výběru mezi dvěma i více eventualitami, často vycházející z přírodních a tradičních způsobů léčení. Jiná definice říká, že alternativní medicína je širokou oblastí léčebných prostředků, zahrnující všechny zdravotní systémy, možnosti, praxi, mimo ty, které jsou vlastní dominantnímu systému zdravotní péče konkrétního společenství nebo kultury v daném historickém období. Tradiční čínská medicína je „alternativní“ u nás, či v Evropě, v Číně a řadě asijských zemí je však běžná a naopak západní medicína je alternativní.



Čínské lékařství

MUDr. Ludmila Bendová

Československá SinoBiologická společnost.

Souhrn

Hlavním principem čínského lékařství je udržování dynamické rovnováhy v lidském organismu tak, jak je popisována filosofií taoismu. Jde o pochopení vlivu psychiky a přírodních koloběhů i životního a sociálního prostředí na pacientův zdravotní stav. Objektem zájmu tu není tolik nemoc nebo její příznak, ale člověk jako celek. Zásady, kterými se řídí, pocházejí ze studia přírody a i když se způsob života od jednoho konce světa na druhý značně liší, fyziologické funkce a patologické jevy najdeme u všech lidí stejné. Systém čínské medicíny tvoří základ většiny východoasijských lékařských škol

■ Jin a jang - základ taoismu

Kategorie jin (pasivita, vlhko, chlad, smrt, zahušťování, klesání apod.) a jang (aktivita, sucho, horko, život, rozptylování, vzestup apod.) tvoří dva póly jedné reality. Nemohou existovat nezávisle na sobě. Navzájem se ovlivňují, obsahují část svého protikladu a vytvářejí jednu podstatu. Neznali bychom světlo, kdyby neexistovala noc, stejně tak není možné znát jang, aniž bychom věděli, co to je jin. Oba jsou částí téhož, vymezují se navzájem a jen dohromady tvoří smysluplnou realitu.

Jin a jang se táhnou jako jemná nit tisíci-letími písemně zachycených čínských dějin vždy ve stejných významech, které nebyly nikdy zpochybňovány, ale spíše pokládány za samozřejmé a všeobecně známé skutečnosti, o nichž není nutné polemizovat. Pro novověké Číňany-taoisty tak například není problém přiřadit parasympatikus, draslík, některé fáze nemoci AIDS k principu jin, a sympatikus, sodík, vysoký krevní tlak k převaze jangu v těle, protože **relativita jevů a jejich proměnlivost je nejtypičtější znakem taoistické filosofie vůbec.**

■ Pět prvků

Jin a jang se rozrůznily na pět prvků, tedy vlastností, které se střídají a navzájem ovlivňují v přesně definovaném cyklickém řádu. Jsou mezi nimi vztahy vzájemného rození a překonávání, ovládnutí či ponižování. Těchto pět „fází“ lze rozšířit na celý vesmír - roční období, barvy, atmosférické vlivy, zvuky, části těla, emoční i sociální vztahy, a další fenomény.

Každému ročnímu období odpovídá jeden prvek neboli živel a k němu dvojice orgánů v párovém vztahu, které je možné v tomto období nejlépe ovlivnit směrem ke zdraví (rov-

nováze), i nemoci (nerovnováze). Nemoc není považována za vnější rušivý činitel, ale za výslednici mnoha jevů směřujících k disharmonii, které může být ve většině případů předejito, pokud ovšem dojde k zásahu směrem k harmonii včas. Organismus má přirozený sklon se stále vracet do dynamické rovnováhy.

Číňané mají pět ročních období. Jaro, se kterými se pojí orgány játra a žlučník, léto spojují se srdcem a tenkým střevem, pozdní „babí“ léto dávají do souvislosti se slezinou, slinivkou a žaludkem. K podzimu patří plíce a tlusté střevo a v zimě jsou nejvíce ohroženy ledviny a močový měchýř. Jednoduchý příklad vzájemných vztahů podporování lze vysvětlit tím, že pokud člověk v zimním období podporuje vhodnou stravou, dostatkem spánku (doplnění jin) a případně akupunkturou či bylinnou léčbou, včetně vyrovnaného emocionálního života (předcházení strachům) energetický systém ledvin, pak v období jara, které následuje, podpoří tím mimo jiné i činnost jater, a díky tomu pak na jaře bude organismus plný síly...

■ Celostní dynamický pohled na organismus

Středisko zájmu čínských lékařů neleží ve statické nehybné anatomii nebo mrtvém těle na stole patologa. Pozornost soustřeďují na dynamické pojetí funkce a interakce všech orgánů živého těla. Symbolické vztahy mezi orgány slouží k popisu komunikace tělesných orgánů mezi sebou. Na jejich vzájemné rovnováze pak záleží zdraví či nemoc celého organismu.

Poněkud odlišný je i pohled na původ lidských nemocí. Mezi základní dvě příčiny onemocnění patří duševní stavy člověka a klimatické jevy. Jazykem čínské medicíny jsou za

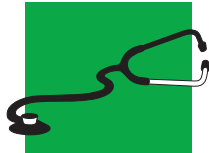
vnitřní příčinu onemocnění považovány výkyvy v emoční oblasti, jako například dlouhotrvající neodreagovaný hněv nebo pocit přikopání, deprese nebo neodbytné a neustálé zvažování událostí z minulosti a podobné stavy mysli. Teprve tato oslabení „vnitřní“ způsobí, že člověk je vnímavější k nemocem. Pokud je člověk oslaben „vnitřními“ emocionálními výkyvy, je mnohem snáze náchylnější k útokům vnějším, například prudkým změnám počasí. Pokud poté bude příliš dlouho vystaven chladu či větru nebo naopak horku a slunci, snáze dojde k nerovnováze, oslabení a případně i vypuknutí nemoci.

■ Léčebné metody a diagnostika

Léčebné metody, které mohou v našich geografických prostorových souřadnicích působit neobvykle, sestávají ze čtyř základních oblastí. Patří sem nejen u nás již dobře známá **akupunktura**, ale také častěji užívaná fyto-terapie, která plynule přechází do dietetiky. **Specifické metody čínské masáže** - tchuej-na, tvoří dosud velmi uznávanou část čínského lékařství a existují nemocnice specializující se na tuto metodu léčby. Další zdravotnická zařízení se věnují **léčebnému tělocviku**, například v podobě čchi-kungu a tchaj-ti (u nás rozšířeno pod jménem **taiči**), které získávají mnohé přívržence i v České republice.

Základ čínské medicíny tvoří taoistická filosofie a z ní vyplývající nauky o fyziologických funkcích orgánů lidského těla a zejména jejich propojení, učení o jejich chorobných procesech, metodách vyšetřování v lékařství, diferenciální diagnostice a další. Obdobně jako v západní medicíně zde existují čtyři základní vyšetřovací postupy - pozorování, poslech, dotazování a pohmat (pulsová diagnostika, Číňané rozlišují 28

Grünenthal Czech - Clarosip



druhů pulsu). Obsah jednotlivých kategorií však má své typické zvláštnosti. K celému vyšetřování se má přistupovat jako k detektivnímu pátrání, kde „pachatelem“ je základní příčina onemocnění, kterou se praktik snaží vypátrat, a příznaky jsou důkazná svědectví a okolnosti činu. Protože nemocný nemusí považovat nejdůležitější příznak za hlavní a ani to nemusí být to, co ho nejvíce obtěžuje, je třeba rozeznávat původ nemoci, takzvaný kořen, a to co z něj vyplývá, neboli vrcholek a větve, a správně posoudit význam všech příznaků.

Platí zásada, že diagnóza se nikdy nestaví na základě jednoho příznaku, ale naopak celek všech příznaků je nutno pochopit v jejich návaznosti. Umožňuje to zvláštní způsob dekódování řeči lidského těla, tedy příznaků, a také některé algoritmy součinnosti orgánů, které obsahují moudrost generací čínských lékařů, kde se toto povolání předávalo ústně i písemně po tisíciletí.

Samotná léčba zpravidla sestává z fytotherapie a dietoterapie v kombinaci s akupunkturou a masáží. Pro upevnění léčebného výsledku se doporučují speciální čínská zdravotní cvičení a dodržování zásad životosprávy podle specifické oblasti čínského lékařství zabývající se prevencí. Tímto způsobem je pak možno působit na jeden problém najednou z několika stran tak, aby vše směřovalo k nastolení rovnováhy a vyléčení organismu jako celku.

To nejdůležitější je jednotný způsob hodnocení všech projevů organismu, který má své kořeny v taoismu. Častou námitkou je, že inkorporovat tradiční čínskou medicínu do západního myšlení (jak lékařů, tak pacientů) je obtížné. Není to však nemožné nebo nereálné, a z pohledu pacienta může být slovník čínské medicíny dokonce i srozumitelnější než moderní lékařské pojmy. Čínská medicína v kontaktu se západní vědou podstupuje ve výzkumech opětovnou verifikaci a dokazování svých účinků, například testováním účinků fytotherapie a akupunktury na zvířatech.

■ Uplatnění tradiční čínské medicíny dnes

Tuto medicínu dnes využívá asi 300 tisíc lékařů ve více než 140 zemích světa. Působivá čísla podporují odhady, že více než 1,5 miliardy lidí na celém světě důvěřuje v účinnost a bezpečnost tradiční čínské medicíny a využívá ji. Tradiční čínská medicína nemá geo-

grafických ani časových hranic. V Číně je zcela samozřejmou součástí medicíny, která tam dnes existuje paralelně vedle té západní. Přezila tisíciletí a dobývá si stále pevnější místo po celém světě. Velmi pozoruhodných výsledků dosahuje v celé řadě oblastí například alergologie, revmatologie, neurologie, dermatologie, při ovlivnění hyperaktivity u dětí, virózy i u celé řady dalších zdravotních obtíží. Pacienti v řadě vyspělých zemích mají možnost si zvolit, kterým léčebným přístupem budou léčeni a jejich přání je respektováno.

Které aspekty čínského lékařství můžeme začlenit do vlastního systému zdravotní péče? Číňané ale i Japonci přejali západní medicínu a v mnoha případech ji kombinují s tradičními praktikami. Uznávají hodnotu subjektivní zkušenosti pacientů, aniž by ji považovali za ohrožení své odborné kompetence.

Nelze říci, že by tradiční čínská medicína byla schopna západní lékařství zastoupit, a to ani v samotné zemi svého vzniku. Avšak opačný postulát platí rovněž, neboť snaha o spojení obou typů lékařství skončila nezdarem a v současné době mají oba obory rovnocenné a samostatné postavení. Žádný tradiční čínský lékař se nebude snažit léčit akutní infarkt myokardu, polytrauma či bolest zubního kazu, i když ve všech případech může nemocnému ulevit, nikoli mu zachránit život, tak jak je to schopná dnešní medicína. Na druhou stranu ve většině nemocnic západního lékařství v Číně pracují i oddělení tradiční čínské medicíny, kde jsou zhusta do léčování pacienti všech oborů medicíny západní. Jen konkrétní výsledky v praxi zajistily čínské medicíně její postavení, neboť idea-

listická taoistická filosofie nikdy neměla lehkou pozici v rámci panující materialistické maoistické ideologie, jejíž stopy deformací si nese i v dnešní době. Naštěstí se klasická čínská medicína zachovala i v okolních zemích, zejména Japonsku, Koreji, Malajsií, Tchajvanu apod.

■ Zásadní je prevence

Tradiční čínská medicína je zcela mimořádná především v tom, jak umí využívat prevence a podpory zdraví. Základní teze čínské medicíny „...je třeba působit na to, co tu ještě není...“ se pronikavě shoduje s preventivním úsilím současného západního lékařství, přestože oba obory k tomu používají odlišné metody.

Prevenci onemocnění kladou Číňané na první místo. Nazývají ji metodou pěstování života. Patří sem obecné rady o životosprávě i oblast dietetiky, která je provázána s fytotherapií. Řada prostředků bylinné léčby totiž tvoří organickou součást odborných pojednání z kulinářské oblasti. Změna jídelníčku je první věc, kterou Číňan provede, pokud onemocní. Součástí prevence i léčby jsou tělesná cvičení, která působí na tělesné orgány. Tato cvičení jsou vhodná pro všechny generace, podporují krevní oběh i v periferních částech těla a zvyšují tělesnou i duševní odolnost proti stresu.

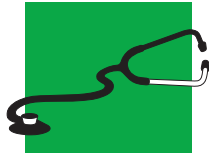
K zásadám čínské medicíny patří respektovat medicínu západní a především mít na mysli blaho pacienta. U řady pacientů TČM dochází postupem času k ústupu příznaků nebo nemoci, a mohou tak vysadit farmaka.

**Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
České republiky Jihomoravský region
Odborná společnost dorostového lékařství ČLS JEP
Vás srdečně zvou na**

**Odborný seminář OSPDL a
volební konferenci Jihomoravskou regionu SPLDD ČR**

**konané ve dnech 25. - 26. března 2006
v aule Menzy Masarykovy univerzity v Brně, Vinařská 5**

Hana Příkladová - org. zajištění semináře
tel./fax: 549 244 893, mobil: 724 057 383
e-mail: Hana.Prikaska@seznam.cz



Tradiční čínská medicína

možnosti využití jejích metod v terapii dětí v českých podmínkách

MUDr. Zuzana Vančuríková

Homeopatická klinika Praha, Členka Československé SinoBiologické společnosti

V dnešní době lidé stále více a více přejímají zodpovědnost za své zdraví, a proto se zajímají nejen o možnosti léčby, ale i o prevenci onemocnění. Z toho důvodu využívají jak metody západní medicíny, tak se obracují i k jiným možnostem upevnění zdraví. Zajímají se o potravinové doplňky, dietologii a v neposlední řadě i o metody tradiční čínské medicíny, jejíž historie sahá zhruba do doby 3 000-2 000 let př.n.l. (Do Evropy tradiční čínská medicína - TČM - pronikla asi před 350 lety)

Současně jsou však často kladeny otázky, zda se tato medicína dá plně aplikovat v našich podmínkách. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že medicína je jen jedna, ta, která pomáhá zachovat či navracet zdraví. Důležité je tedy správné stanovení diagnózy a na jejím základě správně vedená léčba, ať již využívá jakoukoliv metodu.

TČM se do dnešního dne vyvinula v jeden z nejucelenějších léčebných systémů v historii lidstva. Využívá pro popis příznaků, příčin onemocnění i léčebných postupů jiných výrazových prostředků, než jaké známe ze západní medicíny, což někdy vede k nedorozuměním a někdy i k pobaveným úsměvům. Pokud se však seznámíme o něco blíže se základy tradiční čínské medicíny, nalezneme v nich přísnou logiku s jednoznačným cílem - stanovit příčinu onemocnění u člověka jako celku a současně pátrat po příčinách i v jeho okolí a následně využít správnou léčebnou metodu (akupunkturu, akupresuru, fytoterapii, dietologii, masáže, energetická cvičení,...)

Např. nikdo se určitě nepozastaví nad tím, že když prochladneme, uvaříme si horký čaj či grog a „naložíme „ se do horké vany. Nebo máme-li horké, zarudlé, zánětlivé ložisko využijeme studené obklady. TČM tuto situaci nazve útokem zevní škodliviny chladu a léčí metodou - ohřát chlad, otevřít povrch a vypudit zevní škodlivinu, resp. ve druhém případě pročistit horko, vypudit škodlivinu typu horko-ohně.

Budeme-li hovořit o možnostech využití TČM v pediatrii, připomeňme si, že pediatrie se vyvíjela jako samostatný specializovaný

obor čínské medicíny už od dynastie Song (960-1279), kdy rozdíl mezi dětmi a dospělými byl respektován jak v diagnostice, tak v léčbě. I dětský věk se od té doby dělí podobně stejně, jako jej dělí západní medicína.

Fyziologické a patologické zvláštnosti dětí TČM shrnuje do několika úsloví, která rozdílnost charakterizují.

Vystihují to:

- že dětské orgány jsou křehké, ne zcela silné
- že forma i funkce se teprve vyvíjejí
- že vývoj dětí je velmi rychlý

a to jsou i důvody, proč jsou děti méně odolné proti zevním škodlivým vlivům (nejen klimatickým vlivům jako je chlad, horko, vítr, vlhko a sucho, ale i vůči lékům a jiným toxinům) a častěji onemocní poruchami z výživy. Současně jejich onemocnění propukají lehce, rychle dochází ke změnám onemocnění jak ve smyslu zhoršení, tak ve smyslu regenerace.

TČM rovněž počítá s vrozenými vadami a dědičnými onemocněními a různými emočními faktory (není jí cizí ani výrok - abychom vyléčili dítě, musíme léčit matku,...)

Není mým cílem zde rozhodovat, která léčba je lepší, či horší, ale chtěla bych připomenout, že pokud terapeut využije méně závažné, ale účinné metody, či kombinace metod, s cílem zkrátit dobu léčení, snížit nežádoucí účinky léčby a pod. může na tom pacient jen „vydělat“.

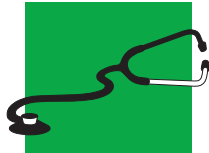
Nejčastějšími problémy dětí, se kterými matky přicházejí do ordinací, bývají za prvé trávicí problémy. V našem rozvinutém světě nedostatek potravy prakticky neznáme, může se ale objevovat problém při malém zájmu dítěte o potravu, nebo při nedostatku mateřského mléka. Na tento problém pak navazuje další možnost poruch trávení a to nevhodné náhradní mléko a brzké zařazování nevhodné potravy do jídelníčku malého dítěte. Dále i nepravdivost ve stravě, překrmování dítěte, alergie na potraviny, nevhodné složení stravy dle konstituce dítěte... Toto vše se může projevit bolestmi břicha, průjmy nebo zácpami, nechutenstvím, neklidem, výrážka-

mi, atd. TČM v těchto případech obrací pozornost především na orgány slinivka-slezina-žaludek, harmonizací jejich funkce s využitím režimových opatření, akupresury (akupunktury u větších dětí) masáží i fytotherapie dosahuje výrazných úspěchů.

Druhým, neméně častým onemocněním, jsou různé poruchy imunitního systému od snížené imunity až po alergie. Tyto nemoci tvoří asi největší procento u svých dětských pacientů. V případě akutních respiračních onemocnění, pokud se pacienti dostaví včas při začátkách onemocnění, lze zkrátit léčbu s využitím akupunktury, v případě napadení chladem i moxování, dále fytotherapie na 1-3 dny. Při léčbě některých chronických onemocnění typu senné rýmy, astmatu, ekzémů, lze využít čínskou medicínou popisovaných úzkých souvislostí mezi plícemi, tlustým střevem, nosem a kůží /dle TČM patří k tzv. prvku KOV/. U řady těchto pacientů nastane zlepšení stavu i pouze úpravou střevního prostředí, úpravou stravy s vynecháním nevhodných potravin (nemusí být nutně alergeny)

Jeden příklad za všechny: jednalo se o 17ti letého chlapce, žijícího na vesnici, který míval v období senoseče klasické příznaky senné rýmy, se serosním výtokem z nosu, otokem nosní sliznice, s kýčáním, současně bylo i svědění očí a alergická konjunktivitida. Po prodělání střevní očisty s využitím vlákniny, doplněním střevní mikroflory a s úpravou stravy - vynechání nepřekysaných mléčných výrobků (a i ty jen 1-2x týdně), vyloučení uzenin, chemicky upravených nápojů, celeru, a potravin typu fast food a s přidáním bylin harmonizujících funkci jater (ostropestřec mariánský apod.) proběhly následující sezony bez jakýchkoli příznaků. Po nástupu základní vojenské služby s nástupem stresu a nevhodné stravy se příznaky opět objevily. U tohoto chlapce příznaky souvisely dle TČM s poruchou v oblasti tlustého střeva a navíc s orgánem jater (oči, svědění, chemické látky, stres) proto bylo využito i fytotherapie se vztahem k játrům.

S velkým úspěchem lze využívat přede-



vším čínskou fytoterapii u dívek s poruchami menstruace, nebo s opakovanými gynekologickými výtoky.

Použití akupunktury u bolestivých stavů je v našem povědomí dlouho a bývá dnes využíváno i na některých neurologických a chirurgických odděleních.

Výbornou ukázkou použití akupunktury jsou také akutní parézy lícního nervu po prochlazení. Příkladem by mohl být můj 14ti letý bulharský pacient, kterého matka, obeznámená s možností terapie akupunkturou, přivedla syna ihned ráno po večerním prochlazení. U pacienta byly pozorovatelné kla-

sické příznaky - pokles koutku úst s výtokem slin, nemožnost dovrátit oční víčko, 1. den byla u chlapce aplikována klasická jehlová akupunktura, do druhého dne došlo k patrnému zlepšení, dovrátel oční víčko, nebylo nutno aplikovat již krycí masti, zlepšeno bylo i špuření úst. 2. den jsem použila elektroakupunkturu opět s využitím místních bodů v obličeji a vzdálených bodů „vyhánějících chlad a vítr“, před 3. akupunkturním sezením (jehlová AKU) byla mimika obličeje jen velmi mírně zpomalená a mírně snížená byla síla sevření víčka. Na plánované 4. sezení přišla pouze matka oznámit, že chlapec je bez potíží.

Těmito zkrácenými případy jsem jen chtěla upozornit, že metody TČM lze rozhodně využít i v našich podmínkách. Některá onemocnění lze léčit velmi efektivně a rychle a jednou metodou, některá zasluhují dlouhodobou a komplexní léčbu různými metodami východní i západní medicíny. Samozřejmě i čínská medicína má také své limity a svá omezení, ale je určitě jednou z metod, která může výrazně prospět ke zlepšení kvality života řady pacientů a současně jednou z preventivně zaměřených metod k udržení zdraví až do vysokého věku. ■

Stručné seznámení s čínskou pediatrií

rozhovor s lékařkou a vysokoškolskou učitelkou
Wang Junhong z Pekingské nemocnice Dongzhimen

otázky kladla Mgr. Karolina Kudynová
z čínštiny překládal Vladimír Ando

Lékařka Wang Junhong zpracovávala téma dětské hyperaktivity, a její léčbu také metodami tradiční čínské medicíny. Během 18 let získala zkušenost v nemocniční i ambulantní praxi. Přednáší také na univerzitě.

Které nejčastější metody jsou v tradiční čínské medicíně (dále v textu TČM) používány u běžných nemocí dětského věku?

Na to nelze jednoduše odpovědět. Tradiční čínská medicína používá na různé choroby různé metody léčení. Základním principem je, že hledá příčinu či kořen nemoci, jak a proč vznikla. K dětským onemocněním přistupuje TČM z určitého hlediska více kauzálně než medicína západní, protože bere více ohled na konstituci dítěte a snaží se dítě léčit také prostřednictvím životosprávy.

Když se jedná o jednoznačně diagnostikované onemocnění bakteriální, používají se i antibiotika, o kterých se ví, že jsou vhodná pro to konkrétní onemocnění. Pokud to není jisté, je vhodnější použít čínskou léčbu, tedy akupunkturu a léčiva z bylin místo antibiotik.

Čínské metody se užívají i v případech, kdy z hlediska západní medicíny nejde o onemocnění. Například poruchy spánku, které se nedají přesně diagnostikovat z pohledu západní medicíny, čínská medicína vnímá jako zdravotní poruchu a má na to své podrobné metody. Čínská medicína uplatňuje prin-

cip diferenciální diagnostiky, nejde o klasifikaci choroby, ale chorobného syndromu, určitého komplexu příznaků. Pak se dá stejné onemocnění léčit různým způsobem a naopak. Například u chřipky. I když se jedná o stejnou chorobu, komplex příznaků se bude lišit u člověka obézního a hubeného, mladšího a staršího. Čínská medicína zdůrazňuje tyto individuální rysy onemocnění.

Například některé dítě je zimomřivější, plačtivé, má často rýmu, vyžaduje teplé oblečení, rukavice, má tendenci k průjmům, nachlazení u něj začíná rýmou a přesunuje se brzy na průdušky, má kašel. Jiné dítě bude mít stejný nález, ale je velmi temperamentní, snadno se rozčílí, trpí spíše na zácpu, nachlazení u něj často začíná bolestí v krku. V západní medicíně je možné, že obě děti budou léčeny stejným způsobem a lékař jim předepíše stejné léky. V čínské medicíně nikoli, protože příčina onemocnění, nerovnováha v organismu je u obou dětí různá.

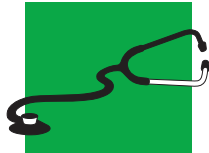
Může západní lékař využít některé metody TČM v každodenní praxi?

Pokud západní lékař nestudoval čínskou medicínu, pak je vyloučené, aby mohl používat její metody. Je to speciální odbornost sama o sobě, komplexní samostatný systém, vědecká disciplína, která má za sebou několik tisíc let historie a zkušeností. Čínská medicína zdůrazňuje, že člověk je propojený celek, který je zároveň napojený na děje v přírodě. To je odlišný způsob uvažování oproti západní medicíně.

V naší zemi není zatím čínská medicína příliš známá. Dokázala byste stručně vysvětlit její vědecký systém?

Samotný fakt, že čínská medicína tu existuje několik tisíciletí jako praktická disciplína, dosvědčuje její hodnotu. Když to porovnáme, tak čínská medicína má za sebou několik tisíciletí praxe, zatímco západní lékařství jen několik století.

Syndromologie čínské a západní medicíny jde málokdy paralelně. Proto je srovnání tak zajímavé a prakticky obohacuje. Stává se, že v případech, kdy je v západní medicíně rozeznávána jen jedna nemoc s různými projevy



u různých pacientů, se v TČM zpravidla jedná o několik odlišných chorobných jednotek s odlišnou léčbou a naopak. Přitom je třeba si uvědomit, že syndrom v TČM již v sobě obsahuje kauzální léčbu. Ta není zaměřená na příznak, ale na dosažení harmonického stavu v organismu. Klasifikace syndromů v TČM je totiž z pohledu západní medicíny v podstatě metabolická, a z pohledu čínské medicíny jednotná na základě filosofie, ze které vychází.

Konkrétně u zimomřivého, plačtivého dítěte se sklonem k průjmu bude TČM doporučovat různé metody masáží, stravy, životosprávy, případně i bylinné přípravky, aby dítě bylo více vyrovnané. Naopak u dítěte zlostného, horkokrevného a se sklonem k zácpě bude TČM doporučovat téměř opačné postupy masáží, stravy, životosprávy a jiné bylinné přípravky, avšak za stejným cílem - dosažení rovnováhy v organismu. Konstituce dítěte se samozřejmě nedá změnit, ale je možno její nedostatky zmírnit, aby bylo co nejméně nemocné. Některé horečnaté nemoci však tradiční čínská medicína považuje pro dítě za prospěšné. Má dokonce i metody, jak například ovlivnit výsev vyrážek a průběh nemoci u spalniček tak, aby proběhl bez následků.

V Praze je velká čínská komunita, včetně kojenců a malých dětí. Je něco, co by měli čeští pediatři o čínských léčebných zvyklostech vědět, aby nezpůsobili kulturní konflikt?

Číňané jsou zvyklí na obě metody léčby. Každý člověk může mít své specifické potřeby. Neexistuje však univerzální čínská zvláštnost.

Jak pohlíží čínská medicína na období šestinedělí?

Z pohledu TČM je období šestinedělí vážnou poměrně striktními pravidly pro matku i dítě. Z pokolení na pokolení je předávána zkušenost, že nemoc, která u matky vznikne v šestinedělí zpravidla trvá celý její život, byt třeba přerušovaně. Proto by matka minimálně měsíc po porodu měla přísně dbát na svou životosprávu, velmi málo vycházet ven z tepla domova do špatného počasí, prakticky se starat jen o sebe a své dítě. Měla by být výživnou ale lehce stravitelnou stravu a v případě potřeby pít posilující bylinné odvary, aby měla dostatek mateřského mléka i sil starat se o své dítě. Toto období je podrobně rozpracováno z hlediska strategie léčby a matka i dítě jsou vnímány jako jedna jed-

notka. Velmi hojně se zde u dětí uplatňují speciální čínské masáže kojenců a malých dětí, které velmi pomáhají na nejrůznější trávicí obtíže, nespavost a jiné neduhy.

Dalo by se říci, že Číňané všeobecně preferují přírodní bylinnou léčbu oproti farmakologickým přípravkům a antibiotikům?

To záleží na typu onemocnění. V Číně to závisí na výběru pacienta samotného. On si svobodně volí, zda-li se chce léčit čínskou nebo západní medicínou. Ten, který jde k čínskému lékaři, je předem rozhodnutý, že se chce nechat léčit tradiční přírodní medicínou.

Důležité je, že v Číně lékaři obou specializací ovládají obě disciplíny. Mohou volit metody z čínské i západní oblasti. Už v rámci výuky jsou seznamováni s oběma přístupy. Studenti čínské medicíny mají výuku západní a naopak, studenti západní medicíny studují i čínskou. Je tam jen rozdíl v poměru, který je asi 7:3.

Většinou studenti západní medicíny mají přednášky i z TČM, ale v praxi uplatňují více tu západní a tu čínskou zas tak dobře neovládají. Naopak studenti čínské medicíny nemají problémy s předepisováním západních léků, pokud jsou zapotřebí.

Akupunktura, byliny, masáže - používají se i pro kojence? Od jakého věku jsou pro děti vhodné?

V principu se všechny tyto metody dají použít. Pediatrie pokrývá období od narození do 18 let. Akupunktura se však nedá používat u malých dětí, protože by ji těžko snášely. Začíná se užívat od dvou až tří let, jehla se ale neponechává v těle, jen se rychle napíchne a vytáhne. Pro kojence máme masáže tuina, které se s úspěchem užívají místo akupunktury u dětí od narození do tří let věku, případně i déle.

Mezi častá dětská onemocnění patří v dnešní době i alergie, případně astma. V západní medicíně se léčí podáváním mnoha léků. Jak se alergie léčí v Číně? Je tento přístup také individuální?

V Číně se také používají kortikoidy, ale čínská medicína má i vlastní způsoby léčby. Používají se kombinované metody. Největší váha spočívá v podávání čínských léčiv z bylin, které se kombinují s vnějšími metodami nebo akupunkturou. Pokud se jedná o těžký akutní záchvat, i v Číně se podávají kortikoidy.

Je pravda že v Číně se jako doplněk k léčbě kortikoidy přidává tradiční formule liuwei dihuang wan, protože mírní nežádoucí následky kortikoidů?

Ano, děje se tak všude. Na mém pracovišti se však podávají i jiná čínská léčiva, nemusí to být nutně jen tento přípravek. Nefunguje jen na zmírnění vedlejších účinků kortikoidů, ale má další léčebné účinky. Objektívni výsledky ukazují, že tato kombinovaná léčba je úspěšnější, než jen používání samotných kortikoidů. V Číně to již bylo prověřeno ve srovnávacích studiích, ale nevím zda jsou tyto informace dostupné zde na západě. Je však mnoho časopisů i článků v angličtině věnujících se tomuto tématu.

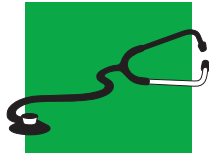
(Liuwei dihuang wan v češtině „šestisložkový odvar s rehmání“ je hojně užívaný potravinový doplněk na posílení kondice zejména v období růstu u dětí, u osob s nepravidelnou pracovní dobou, velkou psychickou zátěží apod. Obsahuje 6 bylin, jako hlavní Rehmania glutinosa, dále Poria cocos, Dioscorea rhizoma apod. jejichž obsah účinných látek a protinádorové působení viz W. Tang, G. Eisenbrand: Chinese drugs of plant origin, Springer-Verlag 1992, pp. 849-855, dále Bensky et al., Materia medica chinese herbal medicine. Eastland Press 2004, pp. 267-271).

Některé typy onemocnění jsou lokální. Závisí na daných geografických podmínkách i životním stylu lidí. Jsou v Číně také obvyklá častá nachlazení, virózy?

Onemocnění horních dýchacích cest jsou v Číně rovněž velmi častá. Vliv společenského stresu a znečištění přírodního prostředí je i v Číně čím dál horší, což se podílí se na vzniku onemocnění.

Rozdíl je například v tom, že Číňané mají v oblíbenosti zdravotní cvičení (tchaj-ti-čchüan - u nás známé pod zkráceným názvem taj-či, čchi-kung apod.) a také je rozdíl ve stravě. Na západě se jí daleko více tuků a masitých jídel. V Číně lidé jedí více zeleniny.

Dochází ke globalizaci čínské medicíny, je využívána ve zhruba 140 zemích více než 300 tisíci praktiky. I v Číně je tradiční medicína propojována se západní a přestává tedy být tradiční. Není to škoda? Jak vidíte trend v propojování, bude muset čínská medicína slevit z něčeho tradičního, aby se mohla stát globální?



Sociálně právní poradna praktickým lékařům pro děti a dorost

4. část - závěr

MUDr. Pavel Biskup

Donedávna byla v Číně tendence západní medicínu a tradiční čínskou spojovat. Ukazuje se, že to jsou dva natolik rozdílné systémy, že se spojit nedají. Lékaři došli k názoru, že je třeba je využívat paralelně, brát výhody z jedné i druhé oblasti, podle toho, co se osvědčuje. Nelze je však propojit do jednoho systému. V Číně i mezi studenty lékařství dochází k rozpolcení. Část se přiklání k tradičním léčebným přístupům, druhá část k západním.

Vzhledem k tomu, že současný způsob života a tedy i onemocnění jsou nyní jiná, než v průběhu tisíciletí, kdy se čínská medicína vyvíjela, existují okolnosti, kterým se musí přizpůsobit. Tradiční podoba čínské medicíny se v určitých ohledech měnit musí. Na druhou stranu jsou některé nedostatečně prozkoumané oblasti, například systém akupunkturních drah, kterým je třeba se intenzivněji věnovat.

Prokázala se účinnost tradiční čínské medicíny v určité neobvyklé situaci?

Zvýšený zájem o TČM byl zaznamenán zejména v souvislosti s epidemií SARS, kdy bylo prokázáno a publikováno, že pacienti současně léčení bylinnými prostředky TČM prakticky neměli žádné vedlejší následky (cukrovka, osteoporóza, žaludeční vředy apod.) extrémních dávek kortikoidů nutných pro léčení SARS v porovnání s pacienty bez léčby TČM, z nichž mnozí se dosud léčí z následků západní léčby.

(Viz. International symposium on prevention and treatment of SARS by TCM 28-29. Feb Beijing 2004. Dr. Bekedam speech www.wpro.who.int/chn/news/drbekedam-speech10.htm a dále WHO Annual Report 2002-whqlibdoc.who.int/hqi/2003/WHO_EDM_2_003.1pdf)

Otázky kladla **Mgr. Karolina Kudynová** za přítomnosti lékařky TČM MUDr. Ludmily Bendové, na jejíž pozvání dotazovaná lékařka přijela přednášet pro české studenty pro Českou Sinobiologickou Společnost.

Mgr. Vladimír Ando, Ph.D. je autorem pětitvářkového díla *Klasická čínská medicína, sestaveného na základě starých i moderních čínských lékařských textů; zprostředkoval tak českému čtenáři mimořádně kvalitní zdroj informací*

Vážení kolegové,
v uplynulých třech dílech poradny jsme se Vám, společně s PhDr. Lenkou Průšovou z Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, snažili předložit odpovědi na Vaše četné dotazy z praktických oblastí sociálně právní ochrany dítěte nebo přesněji, ze sociálně právních problémů ordinací praktických lékařů pro děti a dorost v České republice. Pokud jste byli pozornými čtenáři, nebude pro Vás následující test znalostí problémem. Test je připraven tak, že správnou odpovědí může být právě jen jedna anebo několik nabídnutých alternativ. Své odpovědi si zakroužkujte a na konci otázek srovnajte své znalosti se správnými odpověďmi:

■ Otázka č.1:

V průběhu vyšetření dítěte s teplotou a kašlem zjistíte množství modřin na jeho pažích a při dalším podrobnějším vyšetření i na hýždích. Jaký zvolíte postup ?

- a) dítě odešlu k hospitalizaci na dětské oddělení
- b) dítě komplexně vyšetřím, nález zapíši do dekurzu
- c) o případu budu neprodleně informovat orgán sociálně právní ochrany dítěte
- d) dítě ošetřím, propustím domů, pozvu na kontrolu a budu sledovat další vývoj

■ Otázka č.2:

Jak budete postupovat vůči rodině, která opakovaně nepřichází na pravidelná očkování, preventivní vyšetření a nebo nerespektují Vaše doporučení k odborným vyšetření specialistů u svých dětí? Který právní předpis při řešení uplatníte?

- a) dle zákona o sociálně právní ochraně dětí nespolečnosti s rodinou nahlásím orgánu sociálně právní ochrany dítěte

b) opakovaně je doložitelně vyzvu, aby se rodiče s dítětem dostavili do ordinace a dle reálné situace rozhodnu o svém dalším postupu

c) rodinu navštívím doma a osobně je pozvu do ordinace

d) dle zákona o péči o zdraví lidu zodpovídají za zdravotní stav dětí rodiče. O jejich nespolečnosti si udělám jen poznámku do dekurzu

■ Otázka č.3:

Co to je Úmluva o právech dítěte a jak se promítá do práce praktického lékaře pro děti a dorost?

a) jedná se o administrativní dohodu o spolupráci mezi dětskými lékaři a sociálními pracovníky

b) jedná se o dokument, který používají při rozvodovém řízení, při rozhodování o svěřeni dítěte do péče jednoho z rodičů, právníci

c) jedná se o zásadní mezinárodní dokument, definující vztah státních i nestátních institucí k rodině, rodičům a dítěti, včetně práva na léčebně preventivní péči, která spolupřijistí jeho zdravý vývoj

d) připravovaná dohoda Evropské unie k universální zdravotní péči o dítě kdekoli v Evropě

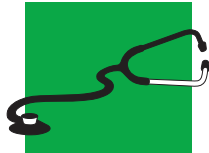
■ Otázka č.4:

Co to jsou ohrožené děti a jak je detekujete v ordinaci praktického lékaře? Z jakého právního předpisu jejich definice vyplývá ?

a) zákon o sociálně právní ochraně dítěte definuje pojem ohrožené dítě a povinnosti zdravotníků v péči o ně

b) ohrožené děti poznám až po jejich opakovaných návštěvách v ordinaci

c) Úmluva o právech dítěte definuje ohrožené děti



d) detekce ohrožených dětí vyplývá z charakteristických rizik vedoucích k syndromu zanedbávaného, zneužívaného a týraného dítěte

■ Otázka č.5:

Vyjmenujte, ve kterých případech musíte na vyžádání předat originál dokumentace Zákonům o zdraví a nemoci dítěte, které máte ve své péči.

- a) orgánu sociálně právní ochrany dítěte v případě vašeho oznámení týraného dítěte
- b) policii ČR v případě vyšetřování případu týraného dítěte
- c) lékařům orgánů sociálního zabezpečení při posuzování zdravotního stavu dítěte pro účely dávek a služeb sociálního zabezpečení
- d) soudnímu znalci v oboru zdravotnictví v případě šetření násilí na dítěti

■ Otázka č.6:

Popište základní dělení náhradní rodinné péče.

- a) adopce
- b) pěstounská péče
- c) poručníctví
- d) adopce na dálku

■ Otázka č.7:

Které státní instituce uvolňují finanční prostředky na péči rodičům dítěte s postižením?

- a) ministerstvo práce a sociálních věcí
- b) ministerstvo zdravotnictví
- c) orgány sociálního zabezpečení
- d) krajský úřad

■ Otázka č.8:

Vysvětlete, co to je „oznamovací povinnost“.

- a) jedná se o prolomení povinné mlčenlivosti zdravotníkem
- b) jedná se o oznámení podezření z trestného činu na dítěti
- c) jedná se o poslední možnost zdravotníka jak řešit nespolečnost s rodinou
- d) jedná se o navázání konkrétní spolupráce zdravotníka se sociální pracovnící

■ Otázka č.9:

Co to je psychická deprivace dítěte.

- a) jedná se o nedostatek podnětů u dětí s postižením
- b) jedná se o retardaci ve vývoji všech dětí v ústavní péči
- c) jedná se o projev špatné a nedostatečné péče o dítě

d) jedná se o typický projev šikanování dítěte

■ Otázka č.10:

Uveďte právní předpisy, které v České republice se dotýkají náhradní rodinné péče.

- a) Ústava České republiky
- b) zákon o sociálně právní ochraně dítěte
- c) Úmluva o právech dítěte
- d) zákon o rodině

■ Otázka č.11:

Které právní normy stanovují stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory.

- a) zákon ministerstva zdravotnictví
- b) vyhláška ministerstva práce a sociálních věcí
- c) vyhláška ministerstva zdravotnictví
- d) zákon ministerstva práce a sociálních věcí

■ Otázka č.12:

Jak budete postupovat, když rodiče opakovaně odmítají očkování dítěte.

- a) nechám si podepsat nesouhlas rodičů s očkováním do své zdravotnické dokumentace
- b) situaci písemně oznámím hygienické službě příslušné dle místa trvalého pobytu dítěte
- c) situaci nahlásím orgánu sociálně právní ochrany dítěte
- d) situaci oznámím jak hygienické službě, tak orgánu sociálně právní ochrany dítěte dle místa jeho trvalého pobytu

■ Otázka č.13:

Která mezinárodně respektovaná organizace přijala v roce 1989 Úmluvu o právech dítěte:

- a) UNICEF
- b) USAID
- c) OSN
- d) UNESCO

■ Otázka č.14:

Zaznamenejte, kdo může nahlížet do zdravotnické dokumentace, a to v rozsahu nezbytném pro plnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence.

- a) lékárníci v souvislosti s poskytováním zdravotní péče
- b) pověření zdravotní pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví
- c) pověření členové České lékařské komory při šetření případů podléhajících disciplinární pravomoci příslušné komory

d) je na rozhodnutí lékaře, komu dovolí nahlédnout do zdravotnické dokumentace

■ Otázka č.15:

Který právní předpis především řeší sociální problematiku péče o dítě s postižením ?

- a) zákon o sociálně právní ochraně dítěte
- b) zákon o péči o zdraví lidu
- c) zákon o sociální péči
- d) občanský zákoník

■ Otázka č.16:

Ze kterého právního předpisu vyplývá oznamovací povinnost?

- a) ze zákona o rodině
- b) ze zákona o péči o zdraví lidu
- c) z trestního zákona
- d) ze zákona o sociálně právní ochraně dítěte

Správné odpovědi:

Otázka č.1: a, b, c

Otázka č.2: a, b

Otázka č.3: c

Otázka č.4: a, d

Otázka č.5: c, d

Otázka č.6: a, b, c

Otázka č.7: a, c

Otázka č.8: a, b, c, d

Otázka č.9: c, d

Otázka č.10: b, c, d

Otázka č.11: b, d

Otázka č.12: d

Otázka č.13: c

Otázka č.14: a, b, c

Otázka č.15: c

Otázka č.16: c, d

Právě jste „nějak“ odpověděli na otázky, které tvoří obsahově sociálně právní minimum znalostí. Pro začínajícího praktického lékaře pro děti a dorost, při zkoušce v oboru praktický lékař pro děti a dorost, by měly být tím tzv. nepodročitelným právním minimem jeho vědomostí.

Těšíme se na Vaše další konstruktivní připomínky k problematice, která začíná poslední dobou, vzhledem k narůstajícím problémům v rodičovském soužití a výchově dětí, nabývat na důležitosti.

Lipidy a jejich význam v novorozeneckém a časném kojeneckém období

MUDr. Iva Burianová

Neonatologické oddělení s JIP FTN a IPVZ Praha

■ 1. Metabolismus

Mastné kyseliny přijímané potravou se metabolizují několika způsoby:

- 1) zdroj energie cestou beta oxidace s následnou tvorbou CO₂,
- 2) začlenění do buněčných membrán fosfolipidů a do tukové tkáně,
- 3) přeměna esenciálních mastných kyselin na LC-PUFA.

■ 2. Využití

a) Zdroj energie

Tuky jsou nezbytná složka mateřského mléka, jejich obsah se zvyšuje ze 2 g/100 ml v kolostru na 3,8 - 4,5 g/100ml ve zralém mléce, představují asi 50% z celkové dodávky energie. Jsou variabilní složkou mateřského mléka, zadní mléko obsahuje 4 -5x více tuku než mléko přední. 95 % lipidů tvoří triglyceridy.

Vyšší příjem tuků je nezbytný pro optimální využití bílkovin a zajištění adekvátního růstu dítěte. Teoreticky by většina energie mohla být pokryta uhlohydráty, což by představovalo v praxi velkou osmolalitu mléka a větší nálož monosacharidů a disacharidů, která by byla pro novorozence a kojence obtížně stravitelná a způsobovala by průjem. Asi 25 % energie z uhlohydrátů je zpracováno při lipogenezi, kdy se tvoří další mastné kyseliny.

b) Vitamíny rozpustné v tucích

Lipidy ve stravě podporují absorpci, transport a tvorbu vitamínů rozpustných v tucích.

c) Složka membrán

Buněčná membrána je tvořena fosfolipidy, které jsou tvořeny estery glycerolu a kyseliny fosforečné, která je dále esterifikována. Hlavním místem syntézy jsou játra. Hlavními zástupci fosfolipidů jsou sfingomyelin (CNS, periferní nervová tkáň) a fosfatidylcholin (buněčné membrány).

d) Zdroj esenciálních mastných kyselin (MK)

42% MK v mateřském mléce je nasyčených, 57 % nenasycených, hlavními zástupci nenasycených MK s dlouhými řetězci jsou: kyselina linolová (LA) (C18:2n-6) a kyselina α-linolenová (ALA) (C18:3n-3), které se považují za esenciální, protože vyšší živočišné včetně lidské populace neumí umístit dvojné vazby na n-6 a n-3 pozici řetězce.

ALA a LA jsou prekursory:

kyseliny arachidonové (ARA) (C20:4n-6) a kyseliny docosahexaenové (DHA) (C22:6n-3).

■ 3. Specifika nedonošených

Nedonošení novorozenci jsou ve srovnání s donošenými ochuzeni o důležitou etapu posledního trimestru intrauterinního života, kdy získávají vícenenasycené MK (LC-PUFA) mateřskou krví, jedná se hlavně o ARA a DHA. Vzhledem k tomu, že tvorba LC-PUFA je v časném období života limitovaná, vzhledem k nízkým endogenním zásobám plodu a velkému využití rychlého metabolismu jednotlivých tkání, stávají se nedonošené děti závislémi na příjmu těchto mastných kyselin z mateřského mléka nebo z umělé výživy. LC-PUFA jsou strukturálními komponentami všech tkání. Mozek, sítnice a nervová tkáň jsou tkáně s vysokým obsahem LC-PUFA.

■ 4. Zvláštnosti absorpce, transportu a metabolismu tuků v novorozeneckém věku

Některé aspekty trávení tuků u novorozenců nejsou zcela objasněny. Donošení novorozenci mají dostatečnou kapacitu pro trávení lipidů na rozdíl od nedonošených, kteří jsou limitováni v prvních týdnech života nezralostí gastrointestinálního systému. Trávení tuků začíná v žaludku, kde lingální a žaludeční lipáza hydrolyzují dlouhé, střední a krátké řetězce mastných kyselin. Některé MK mohou tak být absorbovány přímo ze žaludku. V duodenu monoglycerol a volné mastné kyseliny stimulují řadu střevních hormonů včetně cholecystokininu, který podněcuje kontrakce žlučníku a sekreci pankreatických hormonů. Žaludeční lipáza je inaktivní v duodenu, proto svoji roli v tomto úseku střeva má pankreatická lipáza a kolipáza. Funkce těchto enzymů je obdobná - hydrolyza triglyceridů.

Mateřské mléko obsahuje lipázu stimulovanou žlučovými solemi, která začíná být aktivní při pH pod 3,5 a není inaktivována proteolytickými enzymy tenkého střeva. Tato lipáza je určitou substitucí pankreatické lipázy, která se považuje za nedostatečně aktivní v novorozeneckém věku.

Žlučové kyseliny uvolněné kontrakcí žlučníku emulgují intestinální obsah, urychlují

hydrolyzu triglyceridů a absorpci tuků. Syntéza žlučových solí je podstatně menší než v dospělosti, nicméně jejich aktivní resorbce v distálním ileu (enterohepatální cirkulace) omezuje nadměrné ztráty stolicí.

Monoglyceridy, diglyceridy, fosfolipidy, stejně jako cholesterol, vitamíny rozpustné v tucích a mastné kyseliny s dlouhými řetězci jsou nerozpustné ve vodě. Soli žlučových kyselin tuto rozpustnost upravují a tyto lipidy mají následně snazší přístup do enterocyty, odtud po další esterifikaci a tvorbě chylomikron vstupují lymfatickou cestou do periferní cirkulace.

Triglyceridy se středním řetězcem (MCT) mohou být vstřebány enterocyty bez hydrolyzy. Jsou také rychle hydrolyzovány v duodenu a uvolněné mastné kyseliny jsou relativně dobře rozpustné ve vodě a jsou snadno vstřebatelné.

V cirkulaci jsou triglyceridy z chylomyker hydrolyzovány lipoproteinovou lipázou, její aktivita je u nedonošených a hypotrofních novorozenců insuficientní ve srovnání s donošenými novorozenci. LC-PUFA se vstřebávají lépe než ostatní mastné kyseliny.

■ 5. Esenciální MK a LC-PUFA

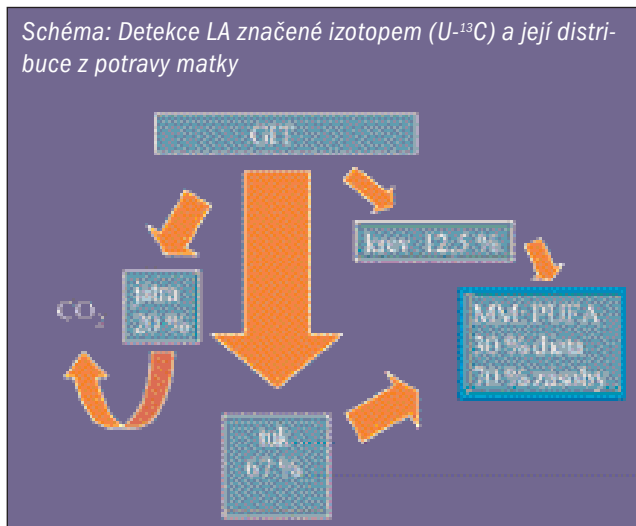
5.1. LC-PUFA v době intrauterinního života.

Období posledního trimestru je charakteristické pro plod rychlou tvorbou zásobního tuku, který je důležitý pro vývoj plodu a časně postnatální období.

Analýza tukových tkání plodů z různých gestačních týdnů potvrdila inkorporaci dlouhých mastných kyselin, zvláště ARA a DHA do strukturálních fosfolipidů mozku, sítnice a ostatních tkání v posledních měsících gravidity. Vysoká koncentrace LC-PUFA byla nalezena ve fosfolipidových membránách, hlavně v synaptických membránách a fotoreceptorech sítnice.

Intrauterinní zásoby MK s dlouhými řetězci jsou závislé na placentárním transportu. Porovnání obsahu LC-PUFA v plazmě matek a jejich zdravých novorozenců přineslo důkazy pro selektivní transport in utero. V placentární tkáni nebyly detekovány enzymy pro syntézu LC-PUFA (ω-6 a ω-5 desaturáza), proto se LC-PUFA ve fetální cirkulaci odvozuje buď z limitované syntézy ve fetálních tkáních

Schéma: Detekce LA značené izotopem ($U-^{13}C$) a její distribuce z potravy matky



nebo z přívodu placentární krví.

5.2 LC-PUFA a mateřské mléko

Mateřské mléko svým složením plně odpovídá nutričním požadavkům donošeného dítěte.

U kojených dětí nebyl dosud jasně definován standardní příjem LC-PUFA z důvodu variability obsahu mastných kyselin v mléce spolu s nekonstantním příjmem mléka.

Lipidy mateřského mléka obsahují nejen LA a ALA, ale i značné množství ARA a DHA. Mléko matek, které porodily v termínu i před termínem, se svým obsahem ARA a DHA příliš neliší. U obou skupin dochází v prvním měsíci k poklesu obsahu esenciálních mastných kyselin, dále je již obsah mastných kyselin konstantní.

Ve 14 evropských studiích a v 10 afrických studiích sledujících obsah mastných kyselin v mateřském mléce dospěli autoři překvapivě k velmi podobným výsledkům, ačkoli se sledované matky stravovaly odlišným způsobem a žily v různých podmínkách.

5.2.1. Zastoupení jednotlivých mastných kyselin v mateřském mléce

LA je zastoupena 8 - 20 % z celkového obsahu MK, ALA činí 0,5-1 %, ARA 0,3 - 0,6 %, DHA 0,1-0,3 % všech MK.

Při izotopovém vyšetření označených LC-PUFA bylo prokázáno, že 30% LA je do mléka transportováno přímo z potravy, ostatní MK mají přímý podíl z potravy menší, hlavní zastoupení mají MK mateřského mléka z endogenních zásob matky.

Mléko matek vegetariánek je na esenciální mastné kyseliny chudší, naopak matky konzumující větší množství ryb mají koncentraci vyšší.

Lze konstatovat, že mateřská výživa částečně ovlivňuje složení MK v mléce a tento stav zajišťuje relativně konstantní dodávku LC-PUFA novorozenci během kojení.

5.3. LC-PUFA a umělá výživa

Při výživě formulí, které neobsahují LC-PUFA, dochází postupně k utilizaci endogenních zásob, které jsou u nedonošeného novorozence minimální. Potřeba LC-PUFA překračuje kapacitu endogenní syntézy LC-PUFA z n-3, n-6 prekurzorů, tj. LA a ALA. K posouzení deplece ARA a DHA u donošených i nedonošených dětí byly sledovány hodnoty ARA a DHA ve fosfolipidech plazmy a erytrocytů. U kojených dětí byly naměřeny vyšší hodnoty

těchto MK než dětí, které byly krmeny běžnou umělou výživou. Tyto nálezy začaly být spojovány s dosud publikovanými horšími výsledky v kognitivních testech u nekojených dětí.

U donošených novorozenců s běžnou umělou výživou byl prokázán při sekčních nálezech menší obsah DHA v mozku ve srovnání s kojenými dětmi.

ARA a DHA jsou hlavní mastné kyseliny nervové tkáně a DHA je komponentou fotoreceptorů buněčných membrán sítnice, proto jejich nedostatečný příjem v umělé výživě začal být sledován v souvislosti s vyšším výskytem poruch neurologického vývoje a s opožděným vývojem zraku.

5.4. LC-PUFA a endogenní syntéza u novorozenců

Izotopové analýzy prokázaly syntézu ARA u donošených novorozenců, kteří měli dostatečný přívod LA. Recentní studie potvrdily tuto syntézu v prvním týdnech života, ale podíl LA na konverzi ARA byl velmi malý. Podobné nálezy byly získány u nedonošených novorozenců. Jejich schopnost syntetizovat LC-PUFA je však vzhledem k nutričním nárokům nezralého dítěte insuficientní.

5.5. LC-PUFA a vývoj zraku

Význam ω -3 MK pro vývoj sítnice potvrdily zpočátku studie na zvířatech, v posledních letech byly publikovány práce sledující vliv těchto MK na zrakové funkce u dětí.

Pozornost byla zaměřena na efekt exogenního příjmu DHA pro vývoj zraku a kvalitu sítnice. Ve studiích byly použity různé metody ke zhodnocení zrakových funkcí (elektroretinogram, evokované zrakové potenciály nebo behaviorální testy (např. Teller Acuity Card metoda).

Ve studiích byly zahrnuty skupiny donošených i nedonošených novorozenců.

Výsledky studií nebyly jednotné, pouze některé potvrdily pozitivní efekt suplementace LC-PUFA.

Birch ve své studii prokázal lepší ostrost vidění u dětí kojených a u skupiny s obohacenou formulí o LC-PUFA ve věku 6., 17. a 52. týdne, nebyly však průkazné ve 26. týdnu (toto období je považováno za dočasné „plateau“ ve vývoji zraku).

Současné randomizované studie popsaly pozitivní efekt suplementace LC-PUFA pro vývoj zraku u donošených i nedonošených dětí. Výsledky byly zhodnoceny v rámci krátkodobého sledování, zatím chybí sledování dlouhodobé, které by zhodnotilo kvalitu zraku ve školním věku a v dospělosti v závislosti na kojení a obohacení formulí o LC-PUFA.

5.6. LC-PUFA a vývoj sluchu

V roce 2004 publikoval Uauy u kojenčů s umělou výživou pozitivní efekt LC-PUFA na výsledky evokovaných sluchových potenciálů. Skupina donošených novorozenců, kteří byli krmeni formulí s LC-PUFA měli v prvních 16 týdnech lepší výsledky (rychlejší maturaci) evokovaných potenciálů. Plně kojené děti byly kontrolní skupinou a výsledky byly srovnatelné s intervenovanou skupinou, na rozdíl od dětí nesuplementovaných.

5.7. LC-PUFA a psychomotorický vývoj dítěte

ARA a DHA jsou přítomny v nemyelinizovaných membránách. Během rychlého růstu mozku (od 3. trimestru do 2 let života) je syntéza ARA, DHA insuficientní. Vytvářející se organismus je závislý na exogenním příjmu těchto mastných kyselin.

Studie, které sledovaly psychomotorický vývoj dětí, porovnávaly vývoj dětí s umělou výživou obohacenou LC-PUFA se soubory dětí s běžnými formulími. Při hodnocení využívaly Faganův test inteligence nebo test podle Bayleyové (psychomotorický a mentální vývoj dětí do 3 let věku, je standardním testem ve většině studií). Řada studií neprokázala rozdíly mezi suplementovanými a nesuplementovanými skupinami, některé však zaznamenaly vyšší skóre u skupiny se suplementací LC-PUFA.

Vývoj kognitivních funkcí u donošených novorozenců s LC-PUFA formulí byl sledován a porovnáván s vývojem dětí s běžnou formulí v řadě prací. Některé práce nepřinesly žádné rozdíly, jiné našly statisticky signifikantní pozitivní korelaci mezi suplementací LC-PUFA a výsledky testů prováděnými při psychologickém vyšetření.

Kojenci, kteří dostávali obohacenou formulí do 2. měsíce života, dosahovali lepší výsledky ve Faganově inteligenčním testu v 1. roce života, což vedlo autory k závěru, že i krátkodobá suplementace spolu s adekvátní výživou má pozitivní dopad na dlouhodobý psychomotorický vývoj. Důvodem často rozdílných výsledků jednotlivých prací byla ne-

jednotná metodika, různý obsah ARA a DHA v podávané umělé výživě a nestejná délka podávání obohacené formule. Pouze několik studií sledovalo nedonošené novorozence, přestože se předpokládá daleko větší význam příjmu ARA a DHA pro nezralý organismus. Při hodnocení jednotlivých prací je zřejmé, že pozitivní efekt na psychomotorický vývoj byl zaznamenán u formulí s vyšším obsahem esenciálních MK, současně srovnávací studie se suplementací ARA+DHA a formulí pouze s DHA poukázala na důležitost suplementace obou MK.

5.8. Vliv LC-PUFA na imunitní systém v novorozeneckém a kojeneckém věku

MK ovlivňují modulaci imunitního systému, podstatná je nejen hladina jednotlivých n-6 a n-3 MK, ale i jejich aktuální poměr, který ovlivňuje tvorbu cytokinů (např. interleukinu-1 α , interleukinu β a tumor nekrotizujícího faktoru). Působení LC-PUFA na imunitní procesy se děje i přímým ovlivněním exprese genů. Poměr jednotlivých n-6 a n-3 MK je důležitý, neboť jejich zastoupení např. určuje, které eikosanoidy (často s rozdílným působením) budou dominovat. Např. působení 5-lipoxygenázy na n-6 (ARA) má protizánětlivý efekt, zatímco působení stejného enzymu na n-3 MK má za následek tvorbu inaktivních látek.

U nedonošených novorozenců nutriční suplementace n-6 a n-3 MK ovlivnila imunitní profil (CD4/CD8, IL 10), který se svými parametry přiblížil profilu kojeneckého dítěte.

5.9 Potenciální negativní efekt LC-PUFA

5.9.1. Ovlivnění růstu a hmotnosti

Více než 30 randomizovaných studií vyhodnocovalo efekt umělé výživy obohacené o vícenenasycené MK s dlouhými řetězci na růstové a hmotnostní parametry.

Pouze 6 studií popsalo menší přírůstky ve srovnání s nesuplementovanou skupinou (růstové přírůstky byly v jednotlivých pracích označeny buď jako signifikantně menší nebo pouze označeny jako menší, i když nesignifikantně). Jednotlivé práce se lišily svojí metodikou, děti byly sledovány většinou v průběhu 1. roku života.

Možné vysvětlení působení MK na růst dítěte někteří autoři vysvětlují nízkou plazmatickou a tkáňovou koncentrací ARA, porušenou rovnováhou mezi n-6 a n-3 LC-PUFA a dalšími vlivy (působení LC-PUFA na expresi genů, na charakteristiku buněčných membrán). Negativní efekt na růst byl zaznamenán především u menších souborů, děti byly sledovány kratší období.

Studie, která sledovala korelaci mezi plazmatickou hladinou ARA a hmotností ve 12.

měsíci života, neprokázala negativní efekt na hmotnostně růstovou křivku. Autoři recentních studií doporučují suplementaci oběma kyselinami - DHA+ARA.

5.9.2. Působení volných kyslíkových radikálů

Se zaváděním LC-PUFA se zvažovala možnost peroxidace v místech, kde se nacházejí dvojnásobné vazby, a s tím související riziko uvolnění volných kyslíkových radikálů, tj. vyšší riziko výskytu nekrotizující enterokolitidy, retinopatie nedonošených nebo bronchopulmonální dysplázie. Recentní studie, které zahrnují přes tisíc novorozenců, nepotvrdily vyšší incidenci těchto chorob u dětí s umělou výživou obohacenou LC-PUFA, dokonce přinesly opačné nálezy, které poukázaly na nižší výskyt nekrotizující enterokolitidy u nedonošených novorozenců. Neprokázaly vyšší incidenci onemocnění potencovaných volnými kyslíkovými radikály. Autoři citovaných prací se shodují na bezpečnosti suplementace LC-PUFA.

5.10 Suplementace umělé výživy LC-PUFA

LC-PUFA jsou esenciální pro nedonošené novorozence, optimální umělá výživa by se měla svým složením přiblížit parametrům mateřského mléka. Zatím neexistují jednotná doporučení, poslední závěry publikovaných prací se shodují na nutnosti suplementovat ARA+ DHA společně a ve vyšší dávkách, které se podobají hladinám naměřeným v mateřském mléce. Adekvátní příjem LC-PUFA je důležitý hlavně pro nedonošené novorozence.

Literatura:

Bakker EC, Ghys A, Kester AD. Long-chain polyunsaturated fatty acid at birth and cognitive function at 7 y of age. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57:89-95.
Birch EE, Garfield S, Bakker EC, Ghys A, Kester AD. Long-chain polyunsaturated fatty acid at birth and cognitive function at 7 y of age. *Eur J Clin Nutr* 2003;57:89-95.
Birch EE, Garfield S, Hoffman DR. A randomized controlled trial of early dietary supply of long-chain polyunsaturated fatty acids and mental development in term infant *Dev Med Child* 2000; 42:174-181.
Birch EE, Hoffman DR, Uauy R. Visual acuity and essentiality of docosahexaenoic acids and arachidonic acid in the diet of term infants *Pediatr Res* 1998; 44:201-9.
Carlson SE, Montalto MB, Ponder DL. Lower incidence of NEC in infants fed a preterm formula with egg phospholipids. *Pediatr Res* 1998; 44:491-8.
Fewtrell MS, Morley R, Abbott RA, Singhal A, Isaacs EB. Double-blind, randomized trial of long-

chain polyunsaturated fatty acid supplementation in formula fed to preterm infants. *Pediatrics* 2002; 112:1456-8.

Garfield S, Hoffman DR. A randomized controlled trial of early dietary supply of long-chain polyunsaturated fatty acids and mental development in term infants. *Dev Med Child Neurol* 2000; 42:174-81.

Giovanni JP, Parra-Cabrera S, et al. Meta-analysis of dietary essential fatty acids and long chain polyunsaturated fatty acids as they relate to visual resolution acuity in healthy preterm infants, *Pediatrics* 2000; 105:1292-8.

Koletzko B, Sauerwald U, Keicher U. Fatty acid profiles, antioxidant status, and growth of preterm infant fed diets with or without LCPUFA. *Eur J Nutr* 2003; 42:243-53.

Lapillone A, Clarke SD, Herd WC. Plausible mechanisms for effects of long-chain polyunsaturated fatty acids on growth. *J Pediatr* 2003; 143(4 Suppl):9-16.

Lifschitz CH. *Pediatric Gastroenterology and Nutrition in Clinical Practice* 2002:47-59.

Lucas A, Morley R. Randomized trial of early diet in preterm babies and later intelligence quotient. *BMJ* 1998; 317:1481-7.

Martinez M. Tissue levels of polyunsaturated fatty acids during early human development. *J Pediatr* 1992;120:129-38.

Neuringer M, Connor WE. Biochemical and functional effect of prenatal and postnatal ω -3 fatty acid deficiency on retina and brain in Rhesus monkeys, *Proc Natl Acad Sci USA* 83, 1986; 83:4021-5.

Scott DT, Janowsky JS. Formula supplementation with long-chain polyunsaturated fatty acids: are there developmental benefits? *Pediatrics* 1998; 102:1-3.

Simmer K. Longchain polyunsaturated fatty acid supplementation in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 (1) CD000375.

Uauy B, Sarici SU, Ulas UH. Nutritional effect on auditory brainstem maturation in healthy term infants. *Arch Dis Child fetal Neonatal Ed* 2004; 89:177-9.

Vanderhoof J, Gross S. Evaluation of a long chain polyunsaturated fatty acid supplemented formula on growth tolerance and plasma lipids in preterm infants up to 48 weeks postconceptional age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29:318-26.

Vanderhoof J, Gross S: A multicenter long-term safety and efficacy trial of preterm formula supplemented with long-chain polyunsaturated fatty acids *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 31, 2000; 31:121-7.

Willatts P, Forsyth Jr, DiModugno MK. Effect of long-chain polyunsaturated fatty acids in infant formula on problem solving at 10 months of age. *Lancet* 1998; 352:688-91.

Lipidy ve výživě dětí

Milou Bayer
Iva Buriánová
Pavel Frühauf
Jitka Kytnarová
Zuzana Urbanová



**Bayer M., Buriánová I.,
Frühauf P., Kytnarová J., Urbanová Z.**

LIPIDY VE VÝŽIVĚ DĚTÍ

Nestlé 2005, 51 stran

Recenzenti: prof. Šamánek, prim. Macko

Již potřetí za sebou vydává společnost Nestlé na přelomu roku odbornou publikaci o výživě určenou českým a slovenským pediatrům. Po úspěšných titulech „Výživa novorozenců a kojenců - současný pohled“ z roku 2003 a „Neprospívání kojenců a batolat“ z roku 2004 přišlo Nestlé v závěru loňského roku již se třetí užitečnou publikací.

V publikaci členěné do pěti kapitol je probrán význam lipidů, jejich vstřebávání a metabolismus (prim. Frühauf), speciální pozornost je věnována významu lipidů v novorozeneckém a kojeneckém věku (dr. Buriánová), vitamínům rozpustným v tucích (doc. Bayer), metabolismu cholesterolu a jeho patologií (doc. Urbanová) a obezitě a jejím komplikacím (as. Kytnarová). Monografie obsahuje 8 schémat, 15 tabulek a 3 grafy (včetně BMI pro děvčata i chlapce).

Publikace je určena především praktickým lékařům pro děti a dorost, ale je stejně tak dobře využitelná i pro studenty medicíny nebo v odborných ambulancích. Distribuce monografie probíhá prostřednictvím lékařských zástupců společnosti Nestlé.

Kontakt:

Nestlé Česko s.r.o. - divize Infant Nutrition
tel.: 800 135 135
e-mail: infant.nutrition@cz.nestle.com
ISBN: 80-903507-2-0

Program doškolovacích kurzů pro lékaře pořádaných 1. LF UK v Praze v letním semestru 2006

Podrobné informace obdržíte na základě Vašeho přihlášení na tomto kontaktu:

**Děkanát 1. LF UK - odd. doškolování lékařů,
Kateřinská 32, 121 08 Praha 2,
tel. + fax: 224965675, mobil: 732146799, e-mail:
vzdelavani.lekaru@lf1.cuni.cz.**

Cena kurzu: 600,- Kč vč. DPH 19%

Platba na místě v hotovosti: 700,- Kč vč. DPH 19%

Postižení kyčelního kloubu

Koordinátorka: as. MUDr. Věra Peterová, CSc.

**11. 3. 2006, zasedací místnost děkanátu 1. LF UK, Na Bojišti 3,
Praha 2**

- Anatomie kyčelního kloubu - Mgr. Jiří Brabec, prof. MUDr. Miloš Grim, DrSc.
- Úloha neurologa při vyšetření poruchy kyčle (dif.dg.) - as. MUDr. Věra Peterová, CSc.
- Zobrazovací metody u norm. i patol. stavů v kyčli - as. MUDr. Věra Peterová, CSc.
- Zánětlivá postižení kyčle - as. MUDr. Šárka Forejtová
- Nezářetlivá postižení kyčle - as. MUDr. Šárka Forejtová
- Osteoporóza, specifika porotických fraktur kyčle - prof. MUDr. Petr Broulík, DrSc.
- Fraktury krčku a jejich hojení - prof. MUDr. Miroslav Zeman, DrSc.
- Ortopedické zákroky v oblasti kyčle - prof. MUDr. Bartoníček, DrSc.

Porod extrémně nezralého plodu

Koordinátor: prof. MUDr. Zdeněk Hájek, DrSc., doc. MUDr. Richard Plavka, CSc.

**25. 3. 2006, Gynekologicko-porodnická klinika, Apolinářská 18,
Praha 2**

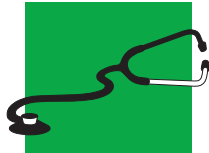
- Současný stav a problémy České perinatologie - prof. MUDr. Zdeněk Hájek, DrSc., doc. MUDr. Richard Plavka, CSc.
- Etické aspekty diferencovaného přístupu k porodu a novorozenci narozenému v nízkém gestačním týdnu - MUDr. Karel Liška
- Význam infekce při výskytu předčasného porodu - MUDr. Michal Koucký
- Vliv infekce na nedonošeného novorozence - MUDr. Pavel Kopecký
- Management ukončování těhotenství a vedení porodu extrémně nezralého plodu - prof. MUDr. Zdeněk Hájek, DrSc.
- Zásady perinatální antibiotické terapie - MUDr. Petr Švihovec
- Indikace k antibiotické profylaxi perinatální infekce - MUDr. Jaromír Mašata, CSc.
- Je screening vaginálních infekcí prevencí předčasného porodu? - prof. MUDr. Zdeněk Hájek, DrSc.
- Diferencovaný přístup k zajištění extrémně nezralého novorozence na porodním sále - MUDr. Milena Dokoupilová
- Časná a pozdní morbidita extrémně nezralých novorozenců v ČR - doc. MUDr. Richard Plavka, CSc.
- Follow up nedonošených dětí narozených v nízkém gestačním týdnu - MUDr. Blanka Zlatohlávková, MUDr. D. Marková

Vybrané poruchy spánku

Koordinátorka: prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc.

**25. 3. 2006, Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Kateřinská 30,
Praha 2**

- Úvod - význam spánku a jeho poruch pro kvalitu života - prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc.
- Obezita a poruchy spánku - prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc.



- Diferenciální diagnostika nadměrné denní spavosti - prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc.
- Poruchy cirkadiánní rytmicity - prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc.
- Abnormální pohyby a chování ve spánku - prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc.
- Nejčastější poruchy spánku u dětí a adolescentů - as. MUDr. Iva Příhodová
- Insomnie - přehled, diagnostika a léčba - as. MUDr. Martin Pretl, CSc.
- Psychoterapeutické metody léčení nespavosti včetně praktických ukázek relaxačních metod - PhDr. Danuše Jandourková

Novinky v první pomoci pro praktické lékaře

Koordinátor: as. MUDr. Václav Vávra

1. 4. 2006, U Nemocnice 4, Praha 2

- KPR - novinky, nácvik na modelu - as. MUDr. Václav Vávra
- Předoperační vyšetření - MUDr. Barbora Jindrová
- Bolest a její terapie - MUDr. Jitka Fricová
- Rány a jejich ošetřování - D. s. Markéta Koutná
- Drogy a závislost v ordinaci PL - MUDr. Dušan Randák
- Zajištění dýchacích cest, praktický nácvik - MUDr. Herda
- Farmaka u těhotných - přednášející bude doplněn

Urogynekologie

Koordinátor: prof. MUDr. Alois Martan, DrSc.

8. 4. 2006, Gynekologicko-porodnická klinika, Apolinářská 18, Praha 2

- Anatomie a stabilita pánevního dna, principy kontinence, klasifikace descenzu - MUDr. Kamil Švabík
- Vyšetřovací metody v urogynekologii - as. MUDr. Jaromír Mašata, CSc.
- Urgentní inkontinence + terapie - prof. MUDr. Alois Martan, DrSc.
- Stresová inkontinence + konzervativní a operační léčba včetně rekonstrukce pánevního dna - prof. MUDr. Alois Martan, DrSc.
- Operační a pooperační komplikace urogynekologických operací - as. MUDr. Jaromír Mašata, CSc., MUDr. Kamil Švabík
- Operační a pooperační komplikace operace TVT a TOT - prof. MUDr. Alois Martan, DrSc.
- Kazuistiky - as. MUDr. Jaromír Mašata, CSc., MUDr. Kamil Švabík, prof. MUDr. Alois Martan, DrSc.
- Problematika inkontinence v geriatрии - prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.
- Vlastní zkušenosti s operační léčbou GSI (anglicky) - prof. MUDr. R. Voigt (SRN)
- Poruchy análního sfinkteru - diagnostika, terapeutické možnosti a metody, výsledky - doc. MUDr. Robert Gürlich, CSc.

CT a MR mozku I.

Koordinátorka: as. MUDr. Věra Peterová, CSc.

22. 4. 2006, Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN, U Nemocnice 2, Praha 2

- Anatomie mozku - prof. MUDr. Miloš Grím, DrSc., Mgr. Jiří Brabec
- Normální MR dospělého mozku - as. MUDr. Věra Peterová, CSc.
- Specifika MR mozku dítěte - prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
- CT vyšetření mozku - as. MUDr. Věra Peterová, CSc.
- CT mozku u CMP - prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
- MR mozku u CMP - prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
- MR mozku u autoimunitních onemocnění (SLE, APS apod.) - as. MUDr. Věra Peterová, CSc.
- MR mozku u nemocných s RS - as. MUDr. Věra Peterová, CSc.

Kolposkopicko-ultrazvukový seminář

Koordinátor: doc. MUDr. David Cibula, CSc.

22. 4. 2006, Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Apolinářská 18, Praha 2

- Kolposkopie - úvod, technika, klasifikace, přehled nálezů - doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.
- Cytologická klasifikace - MUDr. Jiří Sláma

- Management LG lézí, HPV testace - doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.
- Management HG lézí. Metody ošetření - MUDr. Jiří Sláma
- Kolposkopie vulvy (vulvoskopie) a vagíny - MUDr. Marie Strunová
- Léčba časných stádií invazivního karcinomu děložního hrdla a možnosti zachování fertility - doc. MUDr. David Cibula, CSc.
- Ultrazvukové zobrazení děložního těla a hrdla - MUDr. Michal Zikán, Ph.D.
- Ultrazvukové zobrazení patologií adnex - as. MUDr. Daniela Fischerová
- Demonstrace ultrazvukového vyšetření na pacientkách - as. MUDr. Daniela Fischerová, MUDr. Michal Zikán, Ph. D.

Nefrologie pro praktické lékaře

Koordinátor: as. MUDr. Vladimír Polakovič, MBA

13. 5. 2006, Interní odd. Strahov, Šermířská 5, Praha 6

- Dif. dg. akutního a chronického selhání ledvin - as. MUDr. Martin Válek
- Tubulointersticiální nefritidy se zaměřením na analgetickou nefropatii - MUDr. Oskar Zakiyanov
- Vyšetřovací metody v nefrologii - as. MUDr. Jan Bláha
- Urolithiasa a nádory ledvin - MUDr. Josef Sedláček
- Choroby ledvin a těhotenství - MUDr. Hana Novotná
- Časná diagnostika a léčba onemocnění ledvin - as. MUDr. František Švára
- Psychologický přístup k nemocnému - PhDr. Marcela Znojová
- Pravidelná dialyzační léčba - as. MUDr. Vladimír Polakovič, MBA

Neuroradiologie pro praktické lékaře

Koordinátorka: as. MUDr. Věra Peterová, CSc.

20. 5. 2006, Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN, U Nemocnice 2, Praha 2

- CT - základy vyšetření, indikace, kontraindikace, možnosti, praktické zkušenosti - as. MUDr. Věra Peterová, CSc.
- CT mozku a míchy - normální nálezy - as. MUDr. Věra Peterová, CSc.
- CT vyšetření u některých klinických jednotek - prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
- MR - základy vyšetření, indikace, kontraindikace, možnosti, praktické zkušenosti - as. MUDr. Věra Peterová, CSc.
- Vyšetřovací algoritmy u iktu, arteriální hypertenze, encefalitidy, onemocnění bílé hmoty - prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
- Akutní a statimová vyšetření v CT, MR, angiografii - as. MUDr. Věra Peterová, CSc.
- Angiografie mozku - vyšetření u některých klinických jednotek - as. MUDr. Věra Peterová, CSc.
- Právní aspekty při akutním ošetření nemocných v ambulanci - JUDr. Jan Mach

Klinická imunologie pro praxi

Koordinátor: doc. MUDr. Ivan Šterzl, CSc.

Ústav imunologie a mikrobiologie 1. LF UK, Studničkova 7, Praha 2

- Klinická imunologie: první kontakt s pacientem - prof. MUDr. Terezie Fučíková, DrSc.
- Laboratorní výsledky v imunologii a jejich interpretace - as. MUDr. Helena Marečková, CSc.
- Proč je interpretace klinických výsledků v imunologii tak složitá - as. MUDr. Jaroslav Svoboda
- Imunologie a chirurgické obory - as. MUDr. Tomáš Poch, CSc.
- Onkologický pacient v rukách imunologa - as. MUDr. Eva Zavadová, CSc.
- Jsou endokrinní onemocnění také poruchou imunity - as. MUDr. Pavlína Hrdá
- Alergie - as. MUDr. Zuzana Humlová, Ph. D.
- Životní prostředí a imunita - as. MUDr. Mgr. Jitka Petanová, CSc.

Aktuální informace hledejte na www.LF1.CUNI.cz nebo na uvedených kontaktech.

Význam obilovin (cereálií) ve výživě dětí

Doc. Ing. Jana Dostálová, CSc.

Společnost pro výživu, Fórum zdravé výživy.

Výživa je nejdůležitějším z faktorů vnějšího prostředí, které ovlivňují zdraví člověka. Odborníci uvádějí, že její podíl je 20 - 40%, někteří přisuzují výživě i podíl vyšší. Vliv výživy může být pozitivní, ale také i negativní, podílející se na vzniku řady onemocnění. Tato onemocnění se většinou nazývají civilizační, přesněji neinfekční onemocnění závislá na výživě a patří sem nemoci srdce a cév, některá nádorová onemocnění, cukrovka 2. typu, obesita, osteoporosa aj.

Počátek některých z těchto onemocnění se předpokládá již v dětském věku. Proto bychom měli věnovat pozornost výživě ve všech obdobích života a zejména v dětství, kdy potrava neslouží pouze k dodání energie a obnově tkání, ale i k jejich výstavbě.

Minimálně první čtyři měsíce má být dítě živeno pouze mlékem a je-li to možné, výlučně mlékem mateřským. Pokud dítě dobře prospívá, má být plně kojeno až do ukončeného 6. měsíce věku, případně i déle. Nejdříve na konci 4. měsíce a nejspíše na konci 6. měsíce se do stravy dítěte zavádí příkrm - nejprve zeleninové pyré, pak více-složkové příkrmy, zeleninové a masozeleninové a poté ovocné pyré. V průběhu 6. měsíce je obvykle zaváděn další příkrm ve formě mléčné obilné (cereální) kaše. Zavádění příkrmů do stravy kojence je nutné proto, že samotné mléko již nekryje požadavky organismu dítěte na energii a některé živiny, především bílkoviny, železo a zinek.

Základem obilných (cereálních) kaší jsou obiloviny. V poslední době se místo termínu obiloviny používá termín cereálie, který je odvozen z anglického názvu pro obiloviny - cereals, který má původ v latinském pojmenování římské bohyně růstu obilí (podle jiných zdrojů setby a úrody) - Ceres. Kaše obilné (tradiční název) a kaše cereální (název používaný až v poslední době) jsou tedy synonyma a jsou vyrobeny ze stejné základní suroviny - obilovin (cereálií).

Obiloviny tvoří základ lidské výživy a jsou konzumovány člověkem již po tisíce let. Mezi obiloviny patří pšenice, žito, ječmen, oves, kukuřice, rýže a některé méně známé druhy např. proso, které poskytuje jáhly.

Hlavní složkou obilovin je škrob (více než 60%), který patří mezi jednu ze tří základních živin - sacharidy. Škrob slouží pouze jako zdroj energie.

Obsah druhé z hlavních živin - bílkovin je v obilovinách méně významný a pohybuje se v množstvích do 10%. Z běžných obilovin obsahuje nejvíce bílkoviny ječmen a nejméně rýže. Bílkoviny slouží především k výstavbě svalové a dalších tkání a k syntese mnoha sloučenin nezbytných pro správnou funkci lidského organismu. Bílkoviny obilovin jsou neplnohodnotné, tzn., že neobsahují

všechny složky (esenciální tj. nezbytné aminokyseliny) nutné k výstavbě a obnově organismu v dostatečném množství, a proto musí být, hlavně u dětí, doplňovány z živočišných zdrojů (mléko, maso, vejce). Pšenice a v menším množství i žito, ječmen a oves obsahují bílkovinu nazývanou lepek, kterou nesmějí konzumovat lidé trpící celiakií (intolerancí tj. nesnášenlivostí lepku, která se projevuje trávicími potížemi). Rýže a kukuřice lepek neobsahují. Kaše obsahující zejména pšeničný lepek je vhodné zařadit do jídelníčku kojence až po ukončeném 6. měsíci věku jako preventivní opatření proti rozvoji časných těžkých forem celiakie. Bezlepkové kaše jsou na obalu zřetelně označeny symbolem obsahujícím přeškrtnutý klas a nápis „přírozeně bez lepku“.

Třetí hlavní živinou jsou tuky. Obsah tuku v obilovinách se pohybuje od několika desetin procenta (rýže) do 5% (oves). Tuky obsažené v obilovinách mají příznivé složení mastných kyselin, tj. nízký obsah nasycených mastných kyselin a vysoký obsah nenasycených mastných kyselin. Některé nenasycené mastné kyseliny jsou tzv. esenciální mastné kyseliny, které jsou nezbytné pro syntézu životně důležitých sloučenin. Tuky jsou také důležitým zdrojem energie (obsahují dvojnásobné množství energie než sacharidy a bílkoviny) a slouží jako nosič v tuku rozpustných vitaminů. Zlepšují také senzorické vlastnosti potravin, hlavně pocity při žvýkání a polykání.

Obiloviny jsou dále zdrojem vitaminů skupiny B (B1, B2, B6, biotinu a kyseliny pantothenové) a vitaminu E (tokoferolu).

Významný je i obsah minerálních látek (vápníku, fosforu, hořčíku, draslíku, železa, zinku, selenu aj.). Minerální látky z rostlinných zdrojů jsou však méně využitelné než ze zdrojů živočišných, protože jsou v nich vázány ve sloučeninách, které lidský organismus nedovede rozštěpit a odcházejí z těla nevyužitě.

Důležitou složkou obilovin je vláknina, která nepatří mezi živiny, protože se nerozkládá enzymy trávicího traktu člověka. Část vlákniny je však rozložena mikroflórou tlustého střeva a rozkladné produkty se vstřebávají a přispívají k příjmu energie. Přesto je energetický přínos vlákniny malý. Vláknina má hlavně funkci ochrannou.

Cereální kaše pro kojence a malé děti se mohou připravovat doma z jednotlivých surovin nebo používat kaše průmyslově vyrobené. V současné době je na trhu široký sortiment průmyslově vyrobených kaší obsahujících různé obiloviny, z nichž některé jsou obohaceny různým ovocem. K těmto produktům patří například i mléčné a nemléčné kaše **Sunarka** společnosti Hero. Průmyslově vyrobené kaše mají ve srovnání s kašemi připravenými

v domácnosti řadu následujících předností:

- Suroviny pro výrobu cereálních kaší jsou pečlivě vybírány a je kontrolována jejich jakost. Na výrobky určené pro dětskou výživu jsou kladena přísná hygienická kritéria (např. na obsah těžkých kovů, zbytků chemikálií používaných v zemědělství, obsah mykotoxinů aj.). Při domácí přípravě kaší se používají suroviny z běžné tržní sítě, kde limity na hygienicky závadné látky nejsou tak přísné

- U průmyslově vyrobených výrobků je pečlivě sledována mikrobiologická jakost

- Průmyslově vyrobené kaše se obohacují vitaminy a minerálními látkami v množstvích doporučených lékaři. Důležité je zejména obohacení vápníkem, železem a zinkem, protože tyto prvky jsou z rostlinných zdrojů málo využitelné a jejich dostatečný příjem je pro rostoucí organismus nezbytný

- K cereálním kaším se většinou přidává i rostlinný olej, protože přirozený obsah tuku v obilovinách je nízký. Přídavek rostlinného oleje zvýší energetickou hodnotu, umožní lepší vstřebatelnost vitaminů rozpustných v tucích a zejména zvýší obsah nutričně významných nenasycených mastných kyselin

- Při výrobě kaší je používán technologický postup, který zajistí dobrou stravitelnost výrobku a využitelnost živin

- Příprava průmyslově vyrobených cereálních kaší je jednoduchá a rychlá, kaše jsou lehce a rychle rozpustné

- Kaše mají vynikající chuť a hladkou konzistenci

- Jsou k dispozici v mnoha různých variantách. Přídavek ovoce ke kaši zlepšuje nejen chuťové vlastnosti, ale i obohacuje výrobek o vitaminy, minerální látky a vlákninu.

Pro zajištění dobré jakosti výrobku až do jeho spotřebování je nutné dodržovat návod výrobce pro skladování. Suché výrobky prakticky nepodléhají mikrobiální zkažení, pokud nedojde ke zvlhnutí po otevření obalu. Vzhledem k velkému povrchu kaše a obsahu nenasycených tuků může však při nevhodném skladování dojít ke žluknutí tuku, které se projevuje nepříjemným pachem. Cereální kaše sice obsahují některé přírodní antioxidanty, ale přesto bychom při jejich skladování měli dodržovat základní pravidla zabráňující žluknutí tuků, tj. skladovat je v suchu, temnu, pokud možno bez přístupu kyslíku (tj. v dobře uzavřeném obalu) a po dobu doporučenou výrobcem.

Obiloviny jsou nezbytnou součástí výživy kojenců od 6. měsíce a dětí. V současné době je na trhu řada výrobků (cereálních kaší), které splňují požadavky lékařů na správnou výživu dětí.



Zajímavosti ze světa odborné literatury

Efektivní parenterální léčba clonodratem u juvenilní idiopatické osteoporózy

Idiopatická juvenilní osteoporóza je onemocnění, které se u dětí manifestuje mezi 2. - 3. rokem života s kostními bolestmi, frakturami a deformitami skeletu po minimálních traumatech. Vzhledem k tomu, že v ordinaci praktického dětského lékaře se mohou tyto děti, sice vzácně, objevit, je nutné získat v tomto smyslu určité povědomí. Charakteristické jsou především metafyzární fraktury, zvl. femoru a tibiae, které pak pomáhají odlišit od jiných forem osteoporózy. Na rtg. obraze je viditelně výrazně snížená mineralizace, zvláště páteře, následovaná lumbosakrální kyfoskoliosou a kompresivními frakturami. Po iniciální manifestaci onemocnění progreduje, ale během 4 let se proces zastavuje, zvláště pak v období puberty.

Laboratorně je patrná hypercalciurie, pokles střední resorpce calcia, rezultující v negativní calciou bilanci. Etiologie je neznámá. V práci je popisován chlapec starý 8 let a 3 měsíce s těžkou formou tohoto onemocnění. Byl zde patrný klinický obraz mnohočetných fraktur, zvláště páteře, dále k tomu neurologické symptomy. Studie prokázala masivní ztráty calcia močí. Ačkoliv onemocnění je limitováno pubertou, těžký průběh pacienta vyžadoval terapeutickou intervenci. Byl aplikován Clonodrat (bifosfonát) parenterálně každé 3 měsíce po dobu 2 let. Dramatické zlepšení bylo popisováno již během začátku léčby. Normalizovaly se všechny parametry kostní resorpce a neobjevily se žádné nové fraktury. Po 6 měsících léčby radiologické zlepšení s vyhojením fraktur a s přestavbou páteře bylo zcela evidentní. Kostní minerální denzita po roce se jevila jako normální, došlo k akceleraci růstové křivky. Léčba byla zastavena po 2 letech. Rok poté se opět objevily kostní bolesti a fraktury tibiae. Minerální denzita poklesla pod normu. Opětná medikace přispěla k úpravě. Nebyl popisován žádný vedlejší důsledek léčby. Jak vyplývá ze znalostí o tomto onemocnění, počítá se, že se proces zastaví v pubertě.

Eur.J.Pediatr. 2005, 164, 22-27.

Kolostrum u brazilských žen obsahuje protilátky proti toxinům Coli

V Brazílii se vyskytují kmeny *E.coli*, které produkují Shiga toxiny. Následná onemocnění se manifestují hemoragickými colitidami nebo hemolyticko - uremickým syndromem. Tyto obrazy jsou přes četný výskyt coli v populaci velmi řídké. Další typ *Escherichia coli* je enteropatogenní a je

hlavním etiopatogenním faktorem akutního infantilního průjmu v Brazílii. V mnohém jsou však oba typy *E. coli* podobné, včetně virulence. Cílem práce bylo vyšetřit přítomnost protilátek proti prvému typu *E. coli*, který produkuje Shiga toxiny u zdravých jedinců, kteří žijí v oblastech s převážným výskytem druhého, enteropatogenního *E. coli*. Vyšetřili proto vzorky kolostra od 21 žen žijících v nižších socioekonomických podmínkách. Sledovaly se O 111 a O 157 z prvního typu a O 111 z druhého typu *E. coli*. Z výsledků vyplynulo, že Brazilci mohou být exponováni velice často vůči *E. coli* produkujícím Shiga toxiny a může zde být zkřížená imunita mezi oběma typy *E. coli*. Vzorky kolostra inhibují adhezi těchto typů *E. coli*, obsahují antibakteriální IgA protilátky a uplatňují se tak v imunitě. Kojení u těchto žen je tak základním faktorem pro vývoj zdravé novorozenecké populace, která žije v uvedených podmínkách.

Eur.J.Pediatr. 2005, 164, 37 - 43.

Vyšší prevalence celiakie u sourozenců dětí s DM 1

Všeobecně je známo, že celiakie se relativně častěji vyskytuje u dětských diabetických pacientů. Proto práce ohodnocuje výskyt protilátek proti endomysiu u sourozenců těchto diabetiků a také hodnotí polymorfismus HLA-DQ určující genetickou dispozici. Bylo vyšetřeno 240 sourozenců diabetických dětí z 213 rodin. Vyšetřovány hladiny IgA a endomysiální protilátky. U těchto pacientů s pozitivními protilátkami endomysiálními byla provedena střední biopsie. Tyto protilátky nalezeny u 3,8% sourozenců. Biopsie potvrdila celiakii u 6 sourozenců, dva sourozenci měli normální nálezy. HLA-DQ polymorfismus byl významnější u sourozenců s endomysiálními protilátkami než bez nich. Výskyt celiakie ve 3,8% u sourozenců diabetických jedinců je vyšší než u zdravé populace.

Eur.J.Pediatr. 2005, 164, 9 - 12.

Používání doplňkové a alternativní medicíny mezi pediatrickými pacienty s malignitami

V práci je zpracováno užívání doplňkové a alternativní medicíny v 29 rodinách, kde byla u dětí diagnostikována malignita. Autoři si kladli otázku odporu rodičů vůči používání nebo naopak souhlasu k této problematice. Domnívají se, že užívání této terapie není výrazněji probádáno ani nejsou prozkoumány interakce tablet, toxicity nebo vedlejší účinky. Celkem jedna třetina rodin se i přiklání k současnému užívání této terapie, ale formy této léčby jsou u 80% pacientů

tohoto vzorku velmi variabilní. Užívání však nemůže být nadále neověřené, autoři se přimlouvají za klinické studie.

Cancer Nurs, ol.27/2/, April 2004, 93 - 99.

Eosinofilie

Vzhledem k opakovaným diferenciaciálně diagnostickým rozpakům lékařů nad eosinofilií, dovolil jsem si prohlédnout jednu starší práci, která kompletně rozebírala příčiny eosinofilie a byla prováděna na renomovaných univerzitách.

Eosinofily jsou parciální součástí cirkulujících leukocytů s diurnální variací, která konvertuje s variací plasmatických kortikosteroidů. Maximální počet eosinofilů je v noci a minimum pak v ranních hodinách. Jsou produkovány v kostní dřeni a tvoří od 3 - 6% granulocytů. Produkce eosinofilů je pod kontrolou T-lymfocytů. Poločas eosinofilů v krvi je mezi 6 - 12 hodinami. Eosinofily jsou z krevního řečiště distribuovány do tkání, kde persistují po několik dní. Eosinofily žijí déle než neutrofilové.

Nemoci asociované s eosinofilií:

- Parazitární infekce (Ascaris, filarie)
- Bakteriální a virové infekce (nemoc z kočičího škrábnutí, infekční lymfocytosa, chlamydiová pneumonie a někdy i infekční mononukleosa)
- Alergická onemocnění (zvláště nosní polypy a asthma)
- Kožní onemocnění (atopická dermatitis, akutní, ale ne chronická urtica, pemfigus, gestační herpes)
- Imunologická onemocnění (alergická angitida a granulomatoza - Churg-Strauss syndrom, revmatoidní arthritida, eosinofilní fasciitis, Wiskott-Aldrich syndrom, hyper - IgE syndrom, selektivní IgA deficiencie a při reakci štěpu při transplantacích)
- Neoplastická onemocnění (Hodgkinovo onemocnění, některé typy carcinomů a sarkomů)
- Respirační onemocnění (bronchopulmonální aspergilosa, eosinofilní plicní infiltrát Löfflerův)
- Léky - nitrofurantoin
- Gastrointestinální (eosinofilní gastroenteritis, alergie na KM)
- Hypereosinofilní syndrom (je spojen s hepatosplenomegalií, T, edemy, kašlem, artralgiemi a abdominálními bolestmi a kardiálním postižením).

Journal of Allergy and Clinical Immunology, Vol. 73, No 1, Part 1, 1984, str. 1-10.

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



Aktuality

Co pomáhá na depresi lidem?

Tukový hormon by se mohl stát lékem proti depresi

Opice účinně zahánějí deprese vzájemným probíráním srsti, lidé zase často přejídáním. Mnozí pacienti stížení depresí se ale nemohou na jídlo ani podívat. Tým vědců vedený Sin Jün-lu z University of Texas v americkém San Antoniu se rozhodl prověřit vztah depresí k jednomu z hormonů řídících naši chuť k jídlu. Bílkovinný hormon leptin byl objeven v roce 1994. Jeho zdrojem je tuková tkáň. Čím více tuku tělo obsahuje, tím vyšší je produkce leptinu. Hormon působí na centrum hladu a potlačuje chuť k jídlu.

Byl proto považován za klíč k úspěšnému boji s obezitou. Naděje, které do něj lékaři vkládali, se však nenaplnily. Většina obézních lidí má tělo zaplaveno leptinem, ale jejich mozkové centrum hladu je k jeho povelům hluché.

Výzkum Sin Jün-lu naznačuje, že by se leptin mohl stát účinným lékem proti depresím. Vědci z jejího týmu testovali hormon na laboratorních potkaních. Drželi zvířata v izolaci a vyvolávali tak u nich depresi. Ty se projevovaly například ztrátou zájmu o jinak velice oblíbený slazený nápoj.

Vědci zjistili, že pokusným potkanům v depresi prudce klesají hladiny leptinu v těle. Náhrada tohoto výpadku injekcemi leptinu zaháněla depresi potkanů stejně účinně jako léky běžně využívané pro léčbu této choroby u lidí. Výsledky experimentů texaského týmu zveřejnil vědecký časopis Proceedings of the National Academy of Sciences. Depresemi trpí na celém světě 120 milionů lidí. Asi 850 tisíc z nich každoročně spáchá sebevraždu. V krácení lidského života jsou deprese čtvrtou „nejvýkonnější“ chorobou. Podle prognóz Světové zdravotnické organizace se vyhoupne na seznamu největších „zkracovačů“ lidského života ještě do roku 2020 na druhou příčku.

Mnohým pacientům nepřinášejí stávající léky od depresí úlevu, a farmaceuti proto hledají nové možnosti léčby. Leptin se ukázal jako velice nadějná látka, ale sám o sobě se lékem určitě nestane, protože má řadu „vedlejších“ účinků. Podílí se na řízení chuti k jídlu, rozmnožování a na regulaci imunitní obrany. Úlevu od deprese by pacienti zřejmě zaplatili rozvrácením dalších důležitých funkcí organismu. Vědci budou muset najít molekulu, která si udrží schopnost leptinu potlačit duševní depresi a přitom nebude zasahovat do dalších dějů v lidském těle.

Pátrání po látce s takovými účinky nebude jednoduché. Navíc není jisté, zda bude mít u člověka stejné účinky jako u potkanů. Sin Jün-lu ale čerpá optimismus z faktu, že mnozí lidé trpící depresemi mají rovněž snížené hladiny leptinu v těle. Deprese u nich spouští stejné procesy, jaké postihují hlodavce.

Vakcíny přímo k lékařům?

Česká lékárnická komora minulý týden kritizovala poslanecký návrh, podle kterého by mohli odebírat očkovací látky od distributorů léčiv i přímo lékaři. Podle Sdružení praktických lékařů by to byla dobrá změna.

Senát bude rozhodovat o návrhu, který by novelizoval zákon o léčivech. Podle pozměňovacího návrhu, který ve třetím čtení v poslanecké sněmovně vložil do zákona o návykových látkách poslanec ČSSD Jaroslav Krákora, by očkovací látky od distributorů mohly odebírat nejen lékárny, ale také „zaměstnanci orgánů ochrany veřejného zdraví s odbornou způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci s odbornou způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání a dále lékaři oprávněni provádět očkování“.

Jak upozorňuje Česká lékárnická komora (ČLnK), v současné době je přitom předkládána vládě k posouzení novela zákona o léčivech. Komora se pozastavuje nad tím, proč se poslanci tuto změnu snaží narychlo „vpašovat“ do jiné novely, když by mohla být prodiskutována o několik týdnů později. Podle lékárnické komory nebyl důvod současný stav měnit, a pokud návrh projde, mohou nastat potíže. Lékárníci také hovoří o finančních zájmech lékařů a farmaceutických firem.

Důsledky pro pacienty

Podle předkladatelů by tato změna měla pacientům umožnit dostat se k vakcíně rychleji. Prolomení dosavadního systému a umožnění odebírání léčiv přímo lékařům považuje mluvčí Sdružení praktických lékařů ČR Jan Jelínek za velmi dobrou změnu, která by se podle něj neměla týkat jen vakcín, ovšem ani ne celého sortimentu lékárny. „Nikdo nezpochybňuje význam lékáren,“ dodává Jelínek.

Lékárníci se toho ale obávají. V prodeji léků přímo zdravotníkům vidí překážky právní i etické. Tím, že by lékař například koupil vakcíny jen jedné společnosti, by se prý mohla pacientům zmenšit možnost výběru. Dále je podle lékárnické komory důvodem proti změně v distribuci riziko, že se tím vakcíny prodraží. „Je rozdíl zásobovat asi 2500 lékáren, nebo 7000 ordinací,“ vysvětluje ČLnK.

Zatímco lékárny zásobují velkým množstvím léčiv, do ordinací praktiků by distributoři zavázeli jen vakcíny. „Distributoři nám vakcíny rádi zdarma přivezou,“ myslí si Jelínek. Mohli by ji podle něj praktickým lékařům prodat o trochu draž než do lékárny. Přesto by měla být pro pacienta levnější, lékaři si totiž nemohou počítat k léku marži.

Tři ledničky

Někteří zastánci návrhu argumentují také tím, že při současné praxi, kdy si pacient nejdříve vyzvedne látku z lékárny a až po určité době si ji nechá aplikovat, hrozí chyby při skladování vakcíny a její poškození. Lékárnická komora poslala senátorům, kteří teď mají osud návrhu v rukou, informace ze studií, které hovoří o tom, že krátkodobé zvýšení teploty při skladování vakcíny na pokojovou nemá na účinnost látky závažný vliv.

Větší riziko by podle viceprezidentky ČLnK Leony Štěpkové mohlo hrozit při dlouhodobém skladování léčiv v ordinacích, kde na to není dostatečné vybavení. „Státní ústav pro kontrolu léčiv veřejně prohlašuje, že není schopen pravidelně kontrolovat všechny lékaře, zatímco každou lékárnu zkontroluje nejméně jednou za dva roky,“ tvrdí navíc komora.

Jedině lékárny jsou podle Štěpkové vybaveny na skladování léků, mají i tři různé ledničky, které zaznamenávají veškeré změny teplot. „Každý rok uměli lékaři s vakcínou zacházet, uměli ji skladovat,“ připomíná Jelínek, že v předchozích letech distribuoval stát pro pacienty, kteří měli na očkování nárok ze zdravotního pojištění, vakcíny přímo do ordinací. „U noční pohotovostní služby lékárny tvrdí, že v noci lékaři umějí léky skladovat a podávat.

Jen si je předtím musí vyzvednout z lékárny,“ oponuje Jelínek. Lékaři by podle něj ovšem měli v případě, že by se rozhodli sami léky od distributorů odebírat, splňovat stejné podmínky jako lékárny. „Ať si praktický lékař rozmyslí, jestli chce léky nakupovat přímo. Pokud ano, měl by být kontrolován stejně přísně jako lékárna,“ řekl Jelínek.

Poslanci opětovně schválili přímý nákup vakcín lékaři

Sněmovna chce, aby očkovací látky mohli odebírat od distributorů a výrobců nejen lékárny, ale také lékaři. Poslanci včera znovu schválili novelu, která to umožňuje. Prezident lékárnické komory Lubomír Chudoba již loni v říjnu uvedl, že je to nesmysl. Předlohu nyní posoudí prezident Václav Klaus.

Senát chtěl část, která se týká vakcín, z novely vypustit. Sněmovna ho ale včera přehlasovala a opět schválila původní znění.

Spor o virus ptačí chřipky

Někteří odborníci tvrdí, že virus „ptačí chřipky“ pandemií nevyvolá. Nejnovější výzkumy nizozemských vědců ale naznačují, že virus ničí své oběti mnohem důkladněji, než se předpokládalo.

Razantní nástup „ptačí chřipky“ v Turecku vyděsil svět. Výsledky testů provedených ve Velké Británii odhalily v genech tureckého chřipkového viru mutace napomáhající jeho přenosu z ptáků na člověka. Tyto varianty viru H5N1



však nejsou nové.

Genetici je už dříve zaznamenali u lidí nakažených „ptačí chřipkou“ v Hongkongu a Vietnamu.

Virus už promarnil příliš mnoho šancí

Důležité je zjištění, že turecký virus zatím nezískal odolnost k lékům. Zabírá proti němu jak oseltamovir (Tamiflu), tak i starší preparáty rimantadin a amantadin.

Někteří odborníci považují obavy z viru „ptačí chřipky“ za přehnané. Tímto názorem se netají například američtí virologové Peter Palese z newyorské Mount Sinai School of Medicine a Paul Offit z University of Pennsylvania School of Medicine.

Oba vědci poukazují na fakt, že virus je vybaven na svém povrchu „kotvou“ v podobě bílkovinné molekuly hemaglutininu typu H5. S její pomocí se uchytí na povrchu buňky, aby do ní následně provedl invazi. Hemaglutinin H5 je jedním ze 16 známých typů „kotev“ chřipkových virů typu A.

Pandemie doposud vyvolávaly jen viry s hemaglutininu typů H1, H2 a H3. K těm patří i původci tří pandemií, jež se přehnalý světem v letech 1918, 1957 a 1968.

„Je možné, že na člověka může přeskočit i jiný typ chřipkového viru, ale my takový případ zatím neznáme,“ řekl Peter Palese v rozhovoru pro přední vědecký časopis Nature.

Virus H5N1 měl podle Paleseho „nespočet příležitostí, aby zmutoval na kmen schopný vyvolat pandemii. Zatím to neudělal, a je proto vysoce pravděpodobné, že to vůbec nedovede.“ Provokativní názor nezůstal bez odezvy.

„Taková je evoluce. Nepravděpodobné věci se prostě stávají,“ oponuje Palesemu s Offitem virolog Edward Holmes z Pennsylvania State University. Palese a Offit považují za silně přehnané a vědecky nepodložené také údaje o zhruba 50% úmrtnosti osob nakažených virem H5N1.

Podle nich jsou virem nakaženy spousty lidí bez toho, že by se u nich projevil příznaky onemocnění. Ti pak nejsou do statistik zahrnuti. Oba američtí virologové se opírají o výsledky studie zveřejněné už v roce 1992. Podle ní mělo dva až pět procent obyvatel čínského venkova v krvi protilátky vůči chřipkovým virům s hemaglutininem H5.

Při tak masovém rozšíření by se podle Paleseho a Offita proměnil v masového zabijáka každý jen trochu nebezpečný virus.

Novější studie, jejichž výsledky zatím nebyly publikovány, nezjistily v Číně ani v dalších zemích skryté infekce virem vybaveným hemaglutininem typu H5. Zdá se, že kdo se nakazil, ten také onemocněl.

Navzdory pochybám o nebezpečnosti viru H5N1 má Palese ze světové pandemie chřipky přeci jen strach. Jejím původcem bude podle tohoto virologa nějaký jiný chřipkový virus. Na jeho příchod se nikdo nepřipravuje a o to budou následky pandemie horší.

„Lidé si prostě nepřipouštějí, že stále neděláme dost - ve výzkumu, sledování nálezové situace ani ve vývoji vakcín,“ říká Palese.

Virus H5N1 napadá celé tělo

Výsledky experimentů, při nichž zkoumali, jakým způsobem se přenáší chřipkový vir H5N1 mezi savci, publikovali nizozemští virologové z rotterdamského Erasmus Universitair Medisch Centrum v lednovém čísle lékařského časopisu The American Journal of Pathology.

Jako modelové zvíře využili odborníci kočku. Zvířata virus vdechovala nebo konzumovala v syrovém mase kuřata nakažených „ptačí chřipkou“.

Vědci také sledovali riziko nákazy zdravých koček chovaných společně se nemocnými zvířaty. Pokusné kočky se nakazily jak vdechnutím, tak i požitím viru. Nemoc se navíc přenášela také na zdravé kočky.

Badatele zaskočilo, kam všude virus v těle nemocných koček pronikl. Byl zjištěn nejen v dýchacích cestách, ale i v trávicím traktu, játrech, ledvinách, srdci, mozku a mízních uzlinách. Ve všech infikovaných orgánech poškozoval buňky. To vysvětluje vážné následky „ptačí chřipky“ u nakažených lidí.

Z výsledků nizozemské studie vyplývá, že se virus H5N1 může šířit nejen s vykašlaným vzduchem, ale i výkaly. Následky infekce nepostihují jen plíce, ale také další orgány.

Vražedný virus má klíč k buňkám

Američtí genetici přišli na to, proč nebezpečný virus ptačí chřipky zabíjí. Přestože zjištění nepřinese okamžitou obranu, objevilo se tím východisko pro další vývoj léčby.

Od roku 2003 se virem H5N1 nakazilo v šesti zemích celkem 153 lidí, z nichž 83 zemřelo. Vysoká úmrtnost při infekcích lidí virem H5N1 zůstávala dlouho záhadou. V nejnovějším internetovém vydání vědeckého časopisu Science jí přišli na kloub vědci z týmu Claytona Naeva ze St. Jude Children's Research Hospital v americkém Memphisu.

Naeva a jeho spolupracovníci prozkoumali celou „zoo“ původců ptačích chřipek. Přčetli dědičnou informaci 336 ptačích chřipkových virů izolovaných jak z domácí drůbeže, tak i z volně žijících ptáků. Jejich přičiněním se informace o dědičné informaci ptačích chřipkových virů uložená v databázi GenBank rozrostla na dvojnásobek. Data o dědičné informaci ptačích virů srovnával Naeva s údaji o virech prasat a lidí.

Chřipkové viry si nesou dědičnou informaci uloženu ve formě ribonukleové kyseliny. Podle jejích instrukcí se vyrábí celkem 11 bílkovin. Některé si virus nese s sebou. K těm patří například hemaglutinin a neuraminidáza rozestě po povrchu viru. S jejich pomocí se virus „vloupává“ do buňky a uniká z jejího nitra ven, aby mohl nakazit další buňky. Naeva zaujal gen NS, podle něhož se vyrábějí bílkoviny NS1 a NS2. Bílkovinu NS1 virus „nenosí s sebou“. Vzniká až uvnitř infikované buňky a virus ji využívá k ovládnutí buněk svého hostitele.

Bílkovina NS1 některých chřipkových virů má na jednom konci zvláštní místo, kterým se může vázat na vybrané bílkoviny hostitelské buňky. Obě bílkoviny do sebe zapadají jako klíč do zámku. To nezůstane bez následků, protože virový „klíč“ může tímto způsobem v buňce startovat či naopak zhaset řadu důležitých pochodů.

Naeva a jeho kolegové zjistili, že většina ptačích chřipkových virů má na své bílkovině NS1 „klíček“ pro ovládnutí buněk. Ptačí viry tak vládnu velmi účinnou zbraní, s jejíž pomocí mohou rozvrátit pochody uvnitř nakažené buňky. Lidské viry takovou možnost nemají a jsou v tomto směru bezzubé.

Naeva je přesvědčen, že NS1 není „sólita“ a spolupracuje v napadené lidské buňce s dalšími virovými bílkovinami. Tím jeho síla ještě dále roste. „Bílkovina NS1 může sehrávat klíčovou roli v páchání škod v buňkách nakažených ptačími chřipkovými viry,“ řekl Naeva v rozhovoru pro časopis Science.

Vědci se shodují v tom, že k definitivnímu potvrzení Naevova objevu je zapotřebí provést testy na zvířatech nakažených viry s různými variantami genu NS a porovnat, jak těžce budou chorobou postižena.

Co dostalo ptačí chřipku do zprávy

Odpověď na otázku, proč je ptačí chřipka tak nebezpečná, a proč tedy vzbuzuje tolik pozornosti, se přiblížila díky práci genetiků. S použitím 7000 tisíc vzorků z nakažených ptáků „pročetli“ všechno, co si chřipkový virus H5N1 o sobě napsal do knihy života, tedy do svého genetického kódu. Výsledky hned nepřinesou převratné nové léky, ani neodpoví na otázku, zda či kdy virus přeskočí na člověka. Stanou se ale východiskem pro další vývoj léčby.

Vědci totiž odhalili mechanismus, který stojí za „úspěchem“ ptačí chřipky, co z ní dělá takového zabijáka. Je to bílkovina NS1, kterou virus využívá k potlačení obranné reakce napadené buňky. Chřipkový vir, ji podle toho, do jaké obdoby zmutuje může vrábět v různých formách: lidského nebo ptačího původu. „Lidská“ forma není při potlačování obrany našeho vlastního organismu tak účinná. Pokud ale virus vytváří „ptačí“ NS1, je pro lidský organismus nezastavitelný. Tuto „výbavu“ měla i chřipka z roku 1918.

Oběti španělské chřipky z roku 1918

Virus ptačí chřipky ve chvíli, kdy se „vynořuje“ a napadá buňky a sestavuje si kolem své dědičné informace obal z bílkovin, který ho chrání během cesty k nové zdravé buňce a pomáhá mu do ní se na ní přichytit a proniknout

100 dní pana ministra Ratha

Na Davida Ratha se valí bílá lavina nespokojenosti.

Sto dnů úřaduje a už jako husita stojí proti všem - kromě spřízněnců (Kubek z komory lékařů) a podřízenců (velké nemocnice).



Mohli bychom se spokojit s vysvětlením: Rath se nebojí, řeže do nemocného těla a to bolí.

Jenže Rath řeže metodou válečného generála a ne demokratického politika. Přitom není ani blázen, ani sebevrah odhodlaný obětovat sám sebe na oltář lepšího zdravotnictví: na rozdíl od svých předchůdců si může dovolit leccjaké, a to i brutální kousky, má svého premiéra a ten ho „proti všem“ chrání. Vládní prostřednictvím Paroubkovy tvrdé ruky.

Až ruka ucukne...

Dnes proti Rathovi stávkují lékárníci, jimž nasadil třídní čepici milionářů. To aby nebylo mýlky, kdo tu hájí zájmy nás obyčejných pracujících. Jak si pak rozumně vysvětlit, že protestují i odboráři, menší nemocnice, zubaři, dětští lékaři, praktičtí lékaři, sdružení pacientů, zaměstnavatelé? Že by i oni byli milionáři, paraziti, ódeesáci či jak ještě rebely pan Rath rozšafně tituluje?

Pestrá koalice naštvaných by měla citlivé uši a oči premiéra varovat, jestli jeho chráněncem nedělá přece jen něco špatně. A on dělá. Miliardové zdravotní dluhy, to je dnes menší problém než Rathův politický styl (dluhy zaplatíme, na politický styl doplatíme).

Zdravotní systém prudce otáčí zpět ke státu a vrací do rukou politiků. Ale i kdyby byl člověk nadšencem postátněné péče a šíleně toužil po vlivu zdejších politiků na své zdraví, nemůže přehlédnout, jak pan ministr své záměry prosazuje. Rathovy změny se týkají zdraví a peněz deseti milionů lidí. Ministr je však ordinuje bez veřejné debaty: má plán, loajální poslanec Krákora jeho představu vpašuje třeba do zákona o hluku, pak se přemluví komunisté a sociální demokraté proškolení premiérem zvednou ruce. Vládní koalice je vyšachována, vládní právníci obejíti, zaměstnanci a zaměstnavatelé nepřipuštěni, pacienti opomenuti.

Mnohem jemnější změny v důchodovém systému sociální demokracie nechtěla připustit, prý u tak zásadní věci má být „široký konsenzus“ stran včetně

ně komunistů - a ti odmítli. Zdravotnictví mění bez „širokého konsenzu“ a jen s komunisty. Tak na zdraví!

Ministr Rath ordinuje své změny lidem bez veřejné debaty. A najednou to nevadí.

Kde končí diskuse o zdravotnictví, začíná diktatura

Jestliže byl David Rath povolán do křesla ministra zdravotnictví s úkolem, aby diskutoval se všemi zúčastněnými stranami a rozbouřený resort uklidnil, podařil se mu pravý opak. Lavinovitě se šíří nervozita a napětí, jedno silácké prohlášení střídá druhé.

„Dokud budou hejtmani hovořit v souvislostech se zákonem o neziskových nemocnicích o znárodňování a únoru 1948, tak já budu zase říkat, že se je snaží kraje rozkrást,“ truceje Rath. „Žádám vás, abyste předložil důkazy, nebo odstoupil,“ zvedá hrozenou rukavici hejtman Tošenovský. „Ministr Rath škodí zdraví!“ hlásá leták vítající pacienty v lékárnách, jejichž provozovatele pobouřil pokles obchodní přírážky na léky. „Přijmy lékáren jsou nadstandardní a snížení marže bez problémů unesou,“ tvrdí Rath a očekává, že opatření přinese úspory výdajů. „Je to trest za to, že jsme se zastali pacientů proti špatně fungujícímu ministerstvu zdravotnictví!“ volají lékárníci a hrozí stávkou.

Přidávají se praktičtí lékaři, pediatři i ambulantní specialisté, a to přesto, že ministr financí poslal na účet Všeobecné zdravotní pojišťovny tři miliardy korun, aby mohla zkrátit lhůty plateb. „Tři miliardy pomohou zkrátit lhůtu o osm dní. To není systémový krok,“ namítá místopředseda Sdružení praktických lékařů Jan Jelínek. „Rath ujišťuje pacienty, že se pro ně nic nemění, a přitom lékařé nutí k redukování péče i předepsaných léků,“ dodává.

IV. FESTIVAL KAZUISTIK

Celostátní pediatriká konference s mezinárodní účastí
28. - 30. 4. 2006, LUHAČOVICE

Vážené kolegyně a kolegové,

dovolte, abych Vás co nejmilejší a nejupřímněji pozval do Luhačovic na IV. Festival kazuistik.

Jedná se o třídenní konferenci pediatrů z Čech i Slovenska, jejímž jediným obsahem je prezentace zajímavých a poučných kazuistik z naší praxe, ať už pracujeme na klinice, či jako praktický pediatr. Samozřejmostí je bohatý kulturní a společenský program.

Od posledního setkání uplynul již víc jak jeden rok a stále častěji se ozývají mnozí kolegové s otázkou, kdy bude další. Takže se můžete těšit na jarní Luhačovice a slibujeme opět nezapomenutelné zážitky odborné, ale i jiné.

Moc se na Vás těšíme.



Petr Pešák

Bližší informace a přihlášky na
www.feskaz.cz





Podle Ratha za všechno může VZP, ale především její ředitelka Jiřina Musílková, údajně napojená na některé podnikatelské skupiny blízké ODS. Vbrouřivé diskusi provávající její odvolání se místopředseda ODS Ivan Langer nechává slyšet, že Rath je „hulvát a lhář“, předseda lidovců Kalousek jej zase má za „zpuštěného úředníka“... „Kdo se jednou umaže spoluprací s Rathem, je navždy umazaný,“ přispěchá se svojí troškou do mlýna i odvolaná ředitelka Musílková.

Marně se snažím vzpomenout na diskusi o problémech zdravotnictví, která by záhy nesklouzla k vzájemným osobním výpadům, osočování a výhrůžkám trestním oznámením. Jako by se už úplně vytratil smysluplný obsah, kultivovaná forma a snaha dobrat se názorové shody. Více než o skutečných problémech zdravotnictví a hledání cesty, jak je řešit, proto vypovídá o diskutujících samých. Diskuse totiž může být kultivovaná jedině tehdy, jsou-li kultivováni její účastníci, jestliže sledují svým vystupováním a projevem hodnotný cíl a volí korektní prostředky k jeho dosažení.

Takový diskutující ví, kdy je čas mluvit a kdy naslouchat, dokáže nalézt sílu a odvalu postavit se v některých chvílích na stranu oponenta, vidět problém jeho očima. Jestliže ale tyto schopnosti nemá, nebo je během diskuse pod tíhou argumentů ztrácí, otevírá se široký prostor pro skrývanou agresivitu. Diskutující sice oponenta slyší, ve skutečnosti mu ale nenaslouchá, a pokud přece jen naslouchá, potom se vzrůstajícími obavami, že argumenty protistrany jej mohou ohrozit a je třeba je rázně umlčet. Nastupuje zvýšený hlas, skákání do řeči, peskování, pohrdlivé grimasy, lži, demagogie a podpásové úderky.

V té chvíli už ale nejde o dobrání se podstaty problému, ale jen a jen o sebeprosazení, obhajobu osobních či úzce skupinových zájmů. Poražení oponenta všemi prostředky se stává povinným, zvláště je-li sledováno diváky na televizní obrazovce. Skutečná diskuse v té chvíli končí, přestože její přenos pokračuje.

Více uzdravovat než léčit Situace je velmi vážná. Zdravotnictví se zmítá v nejistotě, pacienti, zdravotníci i lékárníci svírá strach z budoucnosti. Řešení nenesne odkladu, hrozí vlna stávek. Slovní přestřelky a osobní nevráživost, kterou předvádějí představitelé resortu, politických stran a nátlakových profesních skupin, nevedou k cíli. Je třeba neprodleně učinit dvě zásadní opatření. Formou finanční spoluúčasti motivovat pacienty k aktivnímu přístupu k vlastnímu zdraví, tak aby lékaře vyhledávali jen v případech, které tuto péči důvodně vyžadují.

To ale samo o sobě nestačí. Druhou stranou téže mince je, aby pacient za svoje peníze dostal služby odpovídající kvality. Důvěryhodnost medicíny je dnes těžce pošramocená tržním pojetím zdravotní péče, expedované jako zboží v nesmyslném množství a v nevalné kvalitě i nadstandardními vztahy s podnikatelskými skupinami medicínsko-farmaceutického komplexu. Je třeba obnovit její rozvalené základy, spočívající v oboustranné důvěryhodném vztahu lékaře a pacienta, jejich motivované spolupráci a schopnosti lékaře zasadit pacientovy zdravotní obtíže do složitých souvislostí jeho životního příběhu.

Tomu všemu se musíme znovu učit. Jedině tak je možné vybudovat zdravotnický systém, v němž lékař bude programově motivován k tomu, aby více uzdravoval, než léčil. Jedině pak se ukáže, kolik je skutečných pacientů, kolik je skutečně třeba lékáren, lékařů a zdravotnických zařízení. Tyto kroky nelze realizovat bez shody všech účastníků diskuse. Jestliže této shody dnes nejsou schopni dosáhnout v dialogu, potom - jak dobře víme z historie - hrozí diktatura. Bojím se, že jsme jí nebezpečně blízko.

I N Z E R C E

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

Hledám možnost převzetí praxe

Hledám možnost převzetí praxe PLDD. Jsem pediatr s 20 letou praxí jak na obvodě, tak v nemocnici. Okresy Přerov, Olomouc, Nový Jičín, Kroměříž. Licenci mám. Kontakt: 604 612 700 *Ev.č. 45-01-06*

Přenechám malou praxi

Přenechám malou praxi PLDD v blízkosti Brna. Nabídky s uvedením možného termínu převzetí zasílejte na e-mail: renatahorakova@volny.cz *Ev.č. 46-02-06*

Přijmu lékaře do ordinace PLDD

Přijmu lékaře do ordinace PLDD v Kyjově na zástup za MD, nástup červen 2006. Telefon: 728 482 332. *Ev.č. 47-02-06*

Hledám pediatra na krátké zástupy

Hledám pediatra s atestací na krátké zástupy, ev. další spolupráci, v okrese Kolín. Dobře zaplatím. Tel.: 606 882 100 *Ev.č. 44-01-06*

Hledáme pediatra pro dětskou pohotovost

Hledáme pediatra pro dětské pohotovostní služby na Praze 6. Kontakt: 723 008 598. *Ev.č. 43-01-06*

Hledám pediatrickou praxi v Praze

Lékařka 35 let, specializovaná způsobilost v oboru pediatrie, licence, hledá zavedenou praxi PLDD v Praze (nejlépe Praha 2, 4, nebo 10) s možností odkoupení do 3-4 let. Nyní MD, nabízím zástup, ev. mohu nastoupit jako asistentka. Tel.: 603 443 325 *Ev.č. 42-11-05*

Přijmu asistentku do ordinace PLDD

Přijmu asistentku do ordinace PLDD v Libčicích n. Vlt. na úvazek 0,4. Jednání o převzetí praxe možné. Tel. 233 931 037, 605 876 633. *Ev.č. 34-09-05*

Nabízím místo asistenta

Nabízím místo asistenta v ordinaci PLDD - menší obvod na Praze 5; pozdější odkoupení ordinace možné. Tel.: 777 132 194. *Ev.č. 48-02-06*

Zrušeny odpolední telefonické konzultace

Ambulance očkování FN Motol podává telefonické konzultace pouze dopoledne od 7,30 do 12,00, odpolední konzultace z provozních důvodů zrušeny.

MUDr. Škovránková

TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ●

Řešení znalostního testu VOX PEDIATRIAE 1/2006

1a ● 2b ● 3a ● 4c ● 5b

Test č. 2/2006 naleznete v březnovém čísle.

TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ● TEST ●