

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

červen 2011 ■ číslo 6 ■ ročník 11



Antibiotika u virózy? Ano, někdy je to žádoucí

Roztroušená skleróza - kazuistiky

Chirurgická léčba intrakraniálních expanzivních procesů

5. Kongres primární péče aneb O medicíně první linie již popáté



Téma čísla:
NEUROLOGIE

Nestlé - Beba

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Sekretariát:

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

Redakce VOX:

tel.: 267 184 065

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Inzerce:

Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Vydavatel:

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

Odborná garance:

**Odborná společnost praktických
dětských lékařů ČLS JEP**

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX

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

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová



Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10× ročně, v nákladu 2200 výtisků.

Povoleno ministerstvem kultury pod číslem

MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241.

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
Koalice soukromých lékařů	5
Usnesení Regionální konference jihočeského regionu	7
Usnesení Regionální konference východočeského regionu	7
Usnesení Regionální konference jihomoravského regionu	7
Usnesení Regionální konference severočeského regionu	8
Usnesení Regionální konference západočeského regionu	8
Zápis z jednání „Komise MZ pro péči o děti a dorost“	9
Pracující důchodci	11
5. Kongres primární péče aneb O medicíně první linie již popáté	12



Informace OSPDL ČLS JEP	15
prof. MUDr. Vladimír Beneš, DrSc. Chirurgická léčba intrakraniálních expanzivních procesů	18
MUDr. Markéta Stará Kazuistiky: Roztroušená skleróza	22
Ing. Alena Zvěřinová Sdružení neorganizovatelných	24
Ing. Alena Zvěřinová Když bakalářka přeroste české vědce	24
Rozhovor s MUDr. Evou Meluzínovou Antibiotika u virózy? Ano, někdy je to žádoucí	25
Ze světa odborné literatury	27



Aktuality	28
Řádková inzerce	33
Autodidaktický test	34

*Středová příloha: Cílený screening celiakie (metodický pokyn),
Věstník MZ ČR č. 3/2011*



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN
s. r. o.

Nakladatelství UMÚN, s.r.o.

Nad Školou 1289, 463 11 Liberec, tel.: 485 161 712

e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz



Vážené kolegyně a kolegové,
stal jsem se mluvčím Koalice soukromých lékařů v době, kdy v uplynulé období bylo zářímováno poměrně závažnými společensko-politickými událostmi, které pro nás znamenaly naději v rychlou realizaci potřebných změn systému zdravotnictví. V současné době je však

vystřídána určitými rozpaky, ne-li zklamáním.

Ministrem byl jmenován Leoš Heger a jeho jmenování pro nás přineslo velká očekávání a naděje na skutečnou reformu. Po dlouhé době nastala záruka parlamentní většiny vládní koalice. Jenže, v létě 2010 byla legislativní aktivita ministerstva zcela neviditelná, zato byl dobře vidět evidentní vliv ČLK na ministra a zaměření na problematiku lůžkových zdravotnických zařízení. Ambulantní sektor byl prakticky ignorován. Koalice soukromých lékařů proto vyzvala důrazně ministra k jednání o problematice ambulantí.

Na podzim 2010 skutečně proběhlo několik schůzek s Koalicí soukromých lékařů, byla obnovena Rada poskytovatelů. Do dění ve zdravotnictví začala výrazně promlouvat akce „Děkujeme, odcházíme“. Ministerstvo zdravotnictví v té době začalo dominantně řešit požadavky odborů a vedení ČLK na zvýšení mezd a získání rozhodujícího vlivu na tvorbu reformní legislativy.

V zimě 2011 jsme se dočkali Návrhu zákona o zdravotních službách, který mimo jiné předpokládá povinnost praktických lékařů nepřetržitě zajistit poskytování zdravotní péče, revitalizuje LSPP v režii praktických lékařů, umožňuje kraji jednostranně uložit praktickým lékařům povinnost provádět prohlídku zemřelých, zavádí povinnost nové registrace pro všechna zdravotnická zařízení. K dnešnímu dni není znám způsob vypořádání vnitřního připomínkového řízení.

Zákon o specifických zdravotních službách vyřazuje závodní preventivní péči z veřejného zdravotního pojištění, zákon o záchranné zdravotnické službě je předložen v podobě pro nás bez významných dopadů.

Koncem února 2011 byla ukončena akce „Děkujeme odcházíme“ podpisem Memoranda. Došlo k ústupku MZ, obsah Memoranda jde proti programovému prohlášení vlády, ve kterém je uvedeno rušení tarifních platů!

Jsme zástupci primární péče, která má zásadní vliv na zdravotní stav populace a hraje rozhodující úlohu při racionálním využívání omezených zdrojů, nakonec podpora primární péče je zakotvena i ve vládním prohlášení. Prosazovat zdravotní systém založený na zdravotním pojištění, svobodném výkonu lékařského povolání, definované solidaritě s prvky individuální odpovědnosti za své zdraví, posílení kompetencí a odpovědnosti primární péče, přesun péče z lůžkových do všech typů ambulantních zařízení, včetně přizpůsobení finančních toků, posílení práv, ale i povinností pacientů, podpora prevence formou pozitivní motivace i s úpravou míry spoluúčasti, to by mělo být hlavní součástí plánované reformy zdravotnictví. I proto jsme ministrovi zaslali návrh Společného memoranda Koalice soukromých lékařů a MZd.

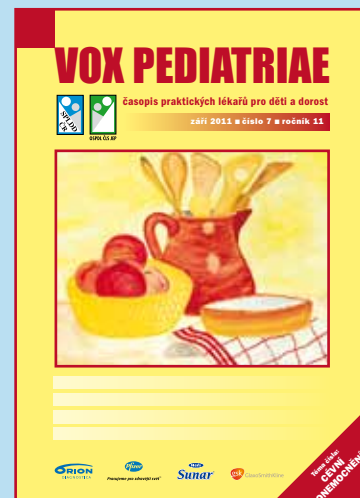
Jako současný mluvčí Koalice se budu snažit prosazovat výše uvedené myšlenky, zda a v jaké míře se to podaří, to ukáže až čas....

S přátelským pozdravem

MUDr. Václav Šmatlák
předseda SPL ČR

a současný mluvčí Koalice soukromých lékařů

Cévní onemocnění (malformace, trombózy)



v tomto čísle inzerují...

GSK

HERO

NESTLÉ

NUTRICIA

PFIZER

SHIRE HGT

úřední hodiny SPLDD ČR...

Pondělí	10. 00–15. 00 hodin
Úterý	10. 00–15. 00 hodin
Středa	10. 00–15. 00 hodin
Čtvrtek	10. 00–15. 00 hodin
Pátek	10. 00–13. 00 hodin

Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR, o. s.
U Hranic 16, 100 00 Praha 10
sekretariát:

tel.: 267 184 065

fax: 267 184 050

redakce VOX:

tel.: 267 184 065

e-mail: centrum@detsky lekar. cz



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc duben byl pro naše Sdružení měsícem bilančních konferencí v jednotlivých regionech. Jaká problematika byla především diskutována? Odpovědi naleznete ve zveřejněných Usneseních. Co se týká resortu zdravotnictví, březen byl měsícem spíše „klidu“, kdy se resortní ministerstvo vzpamatovalo z krize způsobené výzvou „Děkujeme-odcházíme“. Snad i proto jsme nezaznamenali žádnou reakci na návrh Memoranda o společné spolupráci Koalice soukromých lékařů a resortního ministerstva...

2.4. - cyklus regionálních konferencí tentokrát zavítal na východ Čech, co nejvíce trápí kolegyně a kolegy v tomto regionu naleznete v Usnesení, které zveřejňujeme na jiném místě.

6.4. - společně se zástupci Odborné společnosti jsme se účastnili schůzky pod garancí společnosti Quent a spolu s gastroenterology jsme diskutovali výživová doporučení, resp. úlohu zastoupení tuků ve stravě různých věkových skupin obyvatel včetně dětí. Uvidíme, zda tato diskuse přinese nějaké výstupy, které by nám pomohly upřesnit případnou edukaci v našich ordinacích.

7.4. - na půdě MZ ČR bylo zahájeno Dohodovací řízení o cenách na rok 2012. Již při tomto společném otvíracím jednání zaznělo, zda vůbec je nad čím jednat. Pro rok 2012 je totiž ne příliš dobrá ekonomická prognóza. Díky akci D-0 by mělo být z rozpočtu zdravotnictví odčerpáno cca 4,5 mld Kč, dí-

ky změně DPH další 4 mld Kč, navýšení cen cca pokryje zvýšený výběr pojistného, což tedy značí, že rozpočet zdravotnictví bude cca 10 mld v minusu. Má se tedy jednat o snižování úhrad? Na to si troufám tvrdit nepřistoupí žádný segment.

9.4. - profesní i odborná problematika byla diskutována i na další z řady regionálních konferencí, tentokrát na jižní Moravě. O výstupech z této konference opět informujeme na jiném místě časopisu.

13.4. - na půdě resortního ministerstva se sešla Komise péče o dítě, poradní orgán ministra. Zápis z tohoto jednání opět zveřejňujeme na jiném místě.

16.4. - také severočeské kolegyně a kolegové se sešli na své výroční konferenci, aby bilancovali činnost za uplynulý rok. Usnesení naleznete též na stránkách našeho časopisu.

27.4. - Koalice soukromých lékařů se sešla na svém pravidelném jednání, aby koordinovala postupy organizací sdružených v tomto uskupení v rámci aktuálního dění ve zdravotnictví.

29.4. - Koalice soukromých lékařů se sešla s náměstkem ministra zdravotnictví Ing. Petrem Noskem, přičemž tématem byla chystaná novela Seznamu výkonů s bodovými hodnotami. Výstupem jsou ale pouze rozpaky, dozvěděli jsme se, že na úpravě se pracuje, s výstupy, že budeme sice seznámeni, nicméně do zadání již hovořit nemůžeme. Obáváme se proto výstupů, které budou opět spíše z kategorie řešení „od zeleného stolu“ než reflexe na praktické požadavky resortu.

30.4. - cyklus regionálních konferencí byl uzavřen v západních Čechách. Usnesení opět najdete na stránkách našeho časopisu.

Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů se snažila v období po zažehnutí krize navázat dialog s ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem. V období do konce února jsme se vidali i 2x do měsíce, po únoru jako by se něco změnilo. Má to být signál o způsobu komunikace? Nebo je to důsledek výrazné časové zaneprázdněnosti vyplývající z intenzivní práce nad reformou zdravotnictví. Ten, kdo sleduje výstupy v médiích, si nejspíše odpoví hned, ostatní snad ministr přesvědčí v následujících měsících, tedy pokud se nerozšíří seznam jmen novodobých ministrů zdravotnictví...

■ I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 27. dubna 2011

1. Odpověď ministra zdravotnictví na žádost o přizvání zástupců KSL k úpravě Seznamu zdravotních výkonů

• Odpověď ministra na žádost o přizvání zástupců Koalice ke kultivaci Seznamu

zdravotních výkonů očekávání KSL nesplnila. Z dopisu vyplývá, že pracovní skupina je již ustavena a pracuje. Uživatelé Seznamu zdravotních výkonů budou s výsledky práce komise seznámeni až po jejím ukončení, bez možnosti je ovlivnit.

• Na nabídku KSL k uzavření společného memoranda o stabilizaci situace soukro-

mých zdravotnických zařízení a zdravotnictví jako celku MZ ČR zatím nereagovalo.

2. Schůzka s Ing. Petrem Noskem, náměstkem pro zdravotní pojištění

• Schůzka s náměstkem MZ ČR pro zdravotní pojištění se koná v pátek 29. 4. 2011 od 13.00 hodin. Zástupci KSL se na schůzce



chystají mimo jiné hovořit i o odpovědi ministra zdravotnictví, týkající se Seznamu zdravotních výkonů.

3. Prohlášení KSL

• Dr. Dvořák zpracoval návrh prohlášení, které bylo po diskusi doplněno o odstavce týkající se vyjádření KSL k neochotě MZ ČR uzavřít společné Memorandum a z toho vyplývajících problémů, které jsou v Memorandu definovány. KSL se tímto prohlášením neobrací pouze na MZ ČR, ale i na vládu ČR, která připustila nesystémové zvýšení úhrad lůžkovým zařízením a tímto krokem ohrozila finanční stabilitu systému veřejného zdravotního pojištění. Po odsouhlasení všemi zástupci Koalice bude prohlášení v pátek předáno náměstkovi Noskovi a poté zasláno médiím.

4. Pozvánka Dr. Kubka na jednání o společném postupu

• Zástupci KSL souhlasí s pozváním Dr. Kubka na jednání Koalice, ale KSL jako organizace se společné schůzky 3.5.2011 v sídle ČLK nezúčastní. Výjimkou je účast Dr. Jojka, kterému tuto povinnost uložila Rada SAS ČR. Dr. Jojko nabídne účastníkům setkání ČLK možnost připojit se k prohlášení Koalice soukromých lékařů, případně pozve Dr. Kubka na setkání KSL (může být svoláno i mimořádné jednání).

5. Různé

• VZP ČR připravuje nový způsob vykazování zdravotní péče, tj. změnu Metodiky a Datového rozhraní pro pořizování a předávání dokladů.

V Praze dne 29. 4. 2011

■ II. Prohlášení Koalice soukromých lékařů ze dne 29.4.2011 k současné situaci ve zdravotnictví Koalice soukromých lékařů (dále také jen KSL)

• se znepokojením sleduje situaci v českém zdravotnictví i návrhy, kterými plánuje vláda ČR a Ministerstvo zdravotnictví (dále také jen MZ) tuto situaci řešit,

• nechápe, že ani vláda ČR, ani minis-

tr zdravotnictví nijak nereagovali na nabídku KSL uzavřít s nimi Memorandum o stabilizaci situace soukromých zdravotnických zařízení a zdravotnictví jako celku,

• upozorňuje na reálnou hrozbu zhoršení současné dostupnosti a kvality ambulantní zdravotní péče.

Registrujeme, že vláda ČR připustila nesystémové jednostranné zvýšení úhrady péče lůžkovým zařízením (kam již dnes směřuje v rámci EU abnormálně vysoké procento peněz od ZP) z veřejných prostředků dodatečnou změnou úhradové vyhlášky pro rok 2011, čímž vytvořila jen pro letošní rok ničím nekrytý dluh 4,5 mld. Kč, že plánuje navýšení DPH, což by pro zdravotnický systém znamenalo další zvýšení nákladů o 4 mld. Kč, tj. zatížila nebo plánuje zatížit zdravotnictví celkem o cca 4% nákladů bez toho, že by toto jakkoli kryla přiměřeným navýšením příjmů. Tímto krokem nejen pro letošní rok významně ohrožuje finanční stabilitu systému veřejného zdravotního pojištění s extrémně negativním dopadem i na ambulantní sféru (zde úhrady reálně spíše klesají) a pacienti.

KSL upozorňuje, že

• výpadek příjmů, který by vznikl realizací návrhu na odvádění regulačních poplatků zdravotním pojišťovnám, by mnohá ambulantní zařízení existenčně ohrožoval,

• zcela postrádá reálnou podporu ambulantní péče a posilování úlohy primární péče, jež bylo deklarováno současnou vládou na počátku jejího funkčního období,

• materiál, který ministerstvo předkládá jako reformu, obsahuje spíše obecné prohlášení nebo návrhy opatření, většina z nich však nepřináší žádné zásadní pozitivní změny, část z nich by systém spíše poškodila,

• přístup vlády ČR k deklarované restrukturalizaci lůžkového fondu budí podezření, že jde spíše jen o zbožné přání, než o reálný jasnými kroky podložený plán,

• návrhy zákonů, které jsou současným ministerstvem předkládány a t.č. jsou již v tzv. vnějším připomínkovém řízení, jsou jen kompiláty materiálů, které nám byly zaslány k připomínkování předchůdci současného

ministra zdravotnictví, přičemž dnes jde, bohužel, většinou o starší verze ještě před zakončováním našich dříve uznaných připomínek. Tím se ve změnách legislativy vracíme o léta zpět.

• koncepce generické preskripce by nepřinesla žádné úspory finančních prostředků, jen by mohla vážně ohrozit zdraví i životy pacientů.

Z výše uvedených důvodů vyzýváme vládu ČR i ministra zdravotnictví, aby přestali ignorovat a bagatelizovat problematiku ambulantní sféry a začali spolupracovat se zástupci ambulantních lékařů na zlepšení současné situace ve prospěch pacientů i zdravotnictví jako celku.

Apelujeme na současnou vládní koalici, aby konečně začala vážně pracovat na zásadní reformě českého zdravotnictví, která zohlední roli ambulantní sféry včetně v EU obvyklého posílení role pacienta, což bude mít pozitivní finanční dopady na systém bez snížení dostupnosti či kvality péče.

KSL se hlásí ke spolupráci na tvorbě pozitivních změn, dopředu však deklaruje, že proti návrhům, které by mohly systém českého zdravotnictví ohrozit, bude bojovat nejen tímto prohlášením.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR, mluvčí Koalice

MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory

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

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

Pro VOX připravil: MUDr. Pavel Neugebauer

Navštivte aktualizované webové stránky **www.detskylekar.cz**





Usnesení Regionální konference jihočeského regionu 26.3.2011, České Budějovice

- Konference bere na vědomí zprávu předsedkyně regionálního výboru o činnosti sdružení jihočeského regionu za loňský rok.
- Bere na vědomí zprávu pokladníka o hospodaření a zprávu předsedkyně revizní komise. Schvaluje návrh rozpočtu na rok 2011.
- Konference podporuje Výbor SPLDD v jednání zákona o zdravotních službách.
- Konference vyzývá Výbor SPLDD k dalšímu jednání o kompenzaci zrušených regulačních poplatků.

ních poplatků.

- Konference vyzývá své členy k diskusi o problematice řádného a mimořádného členství v SPLDD na úrovni okresních sdružení.
- Konference odmítá snahy o zavedení takzvané komunitní sestry.
- Konference nesouhlasí s lepší bonifikací za vstup do systému IZIP než za řádné provádění preventivních prohlídek.

- Konference vyzývá výbor SPLDD k řešení registrací pojištěnců starších 19 let tak, aby nedocházelo k jejímu automatickému ukončení v 19 letech.
- Konference se zúčastnilo 34 členů SPLDD z jihočeského regionu.
- Usnesení bylo jednohlasně přijato.

Usnesení Regionální konference východočeského regionu 2.4.2011, Dřiteč

1. Konference bere na vědomí zprávu o činnosti SPLDD východočeského regionu za rok 2010, kterou přednesl MUDr. Hrunka.
2. Konference bere na vědomí zprávu o hospodaření východočeského regionu SPLDD za rok 2010, kterou přednesla MUDr. Doležalová.
3. Konference bere na vědomí zprávu revizní komise za rok 2010, kterou přednesla MUDr. Zavřelová.

4. Konference schválila jednohlasně rozpočet na rok 2011.
5. Konference opět vyzývá členskou základnu k větší účasti na akcích SPLDD.
6. Konference ukládá předsednictvu SPLDD důrazně odmítnout 24hodinovou péči o registrovaného pacienta PLDD.
7. Konference ukládá předsednictvu SPLDD dále pokračovat v jednání o kompenzaci 30 Kč poplatků a rozdělení způsobu financování PL a PLDD.

vání PL a PLDD.

8. Konference vyzývá k využití pojištění lednic sjednané sdružením.
9. Konference ukládá předsednictvu SPLDD ve spolupráci s odbornou společností vytvořit doporučení pro PLDD ohledně porodů doma a předčasného propouštění novorozenců z porodnic.

Usnesení Regionální konference jihomoravského regionu 9.4.2011, Drnovice u Vyškova

- Konference vyslechla zprávu MUDr. E. Matouškové o činnosti regionů Vysočina, Zlínského a Jihomoravského.
- Konference vyslechla zprávy o hospodaření a revizní zprávy uvedených regionů.
- Konference odsouhlasila rozpočty na další rok.
- Konference se usnesla na vyjádření protestu proti avizované povinnosti 24hodinové péče o registrované pojištěnce.
- Konference doporučila i nadále jednat o kompenzaci regulačních poplatků.
- Konference podporuje stanovisko Koalice soukromých lékařů a předsednictva SPLDD

k IZIPu. V současné podobě je pro nás IZIP nepřijatelný.

- Konference vyjadřuje nesouhlas s filozofií bonifikace v rámci projektu Akord - propojení na IZIP.
- Vzhledem k stále nepřehledným a měnícím se uzávěrkám účetnictví SPLDD žádáme výbor a revizní komisi, aby se touto problematikou zabývaly a aby došlo ke zjednodušení a zpřehlednění účetnictví.
- Konference ukládá předsednictvu řešit změnou stanov otázku členství lékařů - zaměstnanců řetězců - v SPLDD.
- Konference vyjadřuje nesouhlas se vzní-

kem laboratorních řetězců s monopolním postavením.

- Konference bere na vědomí informaci o probíhajících a chystajících se smířcích řízeních.
- Konference navrhuje změnu ve financování regionů, ve smyslu zvýšení příjmů pro regiony, a to buď formou navýšení členských příspěvků, nebo změnou poměru rozdělení financí mezi centrem a regiony, event. jiným způsobem.
- Konference i nadále žádá prosazení alternativní cesty získávání očkovací látky proti pneumokokům.



Usnesení Regionální konference severočeského regionu 16.4.2011, Ústí nad Labem

Konference vzala na vědomí:

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

Konference schválila:

- návrh rozpočtu SVČ regionu na rok 2011.

Konference přijala:

- zprávu revizní komise SVČ regionu za uplynulé období přednesenou jejím předsedou MUDr. Michalíkem.

Konference dále vzala na vědomí:

- vystoupení hostů.

Konference odmítá:

- úmysl ministerstva zdravotnictví o 24hodinové poskytování zdravotnických služeb registrujícím PL.

- současnou podobu EZK, tak jak je prezentována VZP.

Konference konstatuje:

- vyšší účast členů na regionální konferenci oproti minulým letům, ale 21,25% je stále ještě číslo poukazující na nízkou aktivitu členské základny.

Konference vyjadřuje:

- znepokojení nad tím, že při přípravě reformy zdravotnictví jsou ministerstvem zdravotnictví opomíjena profesní sdružení PL a PLDD.

- znepokojení nad způsobem vypořádání

pohledávek zdravotnického zařízení při ukončení činnosti ZP Média Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.

Konference vyzývá:

- předsednictvo SPLDD k novelizaci Stanov ohledně vzniku členství PLDD – zaměstnanců řetězců.

- předsednictvo SPLDD k jednání o stanovení legislativních úprav systému elektronické komunikace a zdravotnických softwarů v primární péči.

- SPLDD stanovit pravidla a jednat o legislativním zakotvení převodu praxí.

- předsednictvo SPLDD nadále jednat o alternativní cestě úhrad pneumokokových vakcín.

Usnesení Regionální konference západočeského regionu 30.4.2011, Dobruška

Konference:

I. schvaluje:

- program konference
- volbu pracovních komisí ve složení:
 - návrhová komise: MUDr. Králová, Farka, Martínek
 - mandátová komise: MUDr. Bartošová, Poláková, Tomčalová
- rozpočet na rok 2011

II. bere na vědomí:

- zprávu o činnosti regionu za rok 2010 přednesenou regionálním předsedou MUDr. Ctíradem Kozderkou
- zprávu o hospodaření regionu za rok 2010 přednesenou reg. pokladníkem MUDr. Ivou Kubiasovou

III. vyslechla:

- Informace Ing. Michala Dvořáka, ředitele obchodního oddělení IZIP, o pilotním projektu systému IZIP/EZK
- Informace předsedkyně OSPDL MUDr. Hany Cabrnachové

- Informace zástupců KP VZP, Ing. Šlaisové a Ústředí VZP, MUDr. Beka o projektu Akord 2 G a pilotním projektu IZIP/EZK v Karlovarském kraji

- Informace předsedy SPLDD ČR MUDr. Pavla Neugebauera

IV. ukládá:

- Výkonnému výboru SPLDD dále usilovat o prosazení alternativní cesty získávání očkovacích látek proti invazivním pneumokokovým onemocněním s úhradou z v.z.p. při zachování možnosti přímého nákupu vakcín.

- Výkonnému výboru do doby, než legislativa umožní úhradu za vakcinaci proti IPO včetně ZULP před 3. měsícem věku dítěte, navrhnout všem zdravotním pojišťovnám, aby vydaly prohlášení garantující našim ordinacím úhradu výkonu očkování nekalmetizovaných kojenců proti IPO od 9. týdne věku včetně ZULP.

- Předsednictvu SPLDD vytvořit a vyjednat průhledný systém předávání praxí a vytvořit a vyjednat systém kontroly nad vznikem nových ordinací PLDD. Usilovat o transparent-

nost výběrových řízení a závaznost jejich výsledků pro uzavření smluvních vztahů.

- Předsednictvu SPLDD ČR zabývat se dále změnou Stanov SPLDD. Konference navrhuje ponechat jednu minimálně pětičlennou revizní komisi s působností pro celou republiku složenou z členů z různých regionů.

- Všem členům regionu vyjádřit se k potřebě novelizace stanov SPLDD zejména v otázce členství.

- Všem členům regionu aktivněji se zapojit do činnosti SPLDD (formou účasti na konferencích, vzdělávacích seminářích, a to nejen pasivní, ale i aktivní, příspěvků do Voxu, zasíláním návrhů na vylepšení činnosti SPLDD, zasíláním návrhů na řešení problémů apod.)

- Regionální radě uspořádat příští Konferenci SPLDD zpč. regionu.

- Výkonnému výboru SPLDD ČR nadále usilovat o prosazení změny ve zúčtovacích zprávách VZP s cílem zajistit srozumitelnou strukturu s přehledným členěním plateb za kapitaci, za bodovou složku, za bonifikace, za ZUM a ZULP.



- Regionální radě připravit volby okresních zástupců a kandidátku regionálního výboru v r. 2012.
- Výkonnému výboru dále prosazovat kompenzaci za zrušené regulační poplatky v ordinacích PLDD.
- Výkonnému výboru dále vyjednávat se všemi zdravotními pojišťovnami o rozšíření úhrad dalších výkonů prováděných v ordinacích PLDD (StrepA, Hb, HTK, pulsní oxymetrie, cholesterol, bilirubin, apod.).
- Všem členům věnovat pozornost webovým

stránkách SPLDD a aktivně se podílet na jejich tvorbě zasíláním návrhů regionálnímu předsedovi.

- Výkonnému výboru dále jednat o zrušení automatického ukončení registrace 19letých u PLDD, do doby jeho zaregistrování u PL, nejdéle do 26 let, a to zejména v případě přípravy na povolání studiem či u závažně chronicky nemocných.
- Regionální radě zabývat se důvody nízké aktivity členů SPLDD.

V. odmítá

- Návrh MZ na povinnost registrujících lékařů zajistit 24hodinovou péči svým pacientům.
- Povinnost účastnit se LSPP.

VI. vyjadřuje

- Poděkování Městskému kulturnímu středisku Dobruška za možnost uspořádání konference.

Zápis z jednání „Komise MZ pro péči o děti a dorost“ ze dne 13.4.2011

Přítomni dle prezenční listiny.

V úvodu jednání byli členové komise informováni o tom, že:

- předsedou Komise byl jmenován MUDr. Vítězslav Vavroušek, MBA, náměstek ministra,
- místopředsedkyní Komise byla jmenována MUDr. Helena Sajdlová, ředitelka odboru zdravotních služeb MZ.

Byli přivítáni hosté:

- MUDr. Kernová, Mgr. Fragnerová - SZÚ

1. Analýza dosavadního provozu babyboxů, návrh nápravných opatření

Členové komise byli informováni o analýze dosavadního provozu babyboxů. Na základě provedené analýzy MZ a MPSV navrhuje MZ následující nápravná opatření, která budou diskutována zejména se zástupci resortů (MPSV, MS, VOP):

- Legislativní řešení problematiky „babyboxů“:

- možnost anonymního odložení novorozence do veřejně přístupného inkubátoru porodnic
 - standardní postup pro zdravotnická zařízení v případě anonymního odložení novorozence.
- možnost utajeného odložení dítěte na dětské oddělení nemocnic
 - standardní postup pro zdravotnická zařízení v případě utajeného odložení dítěte do zdravotnického zařízení
- rozšíření možnosti rodit utajeně pro všechny ženy
- pobyt ženy před utajeným porodem v dětských domovech pro děti do 3 let věku, resp. v dětských centrech

ských domovech pro děti do 3 let věku, resp. v dětských centrech

- zákon o dětských centrech (transformace kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku v dětská centra)

- Zajištění informovanosti laické veřejnosti o všech možnostech péče o ohrožené děti a pomoci jejich rodinám, a to včetně připravovaných legislativních změn.

2. Propouštění novorozenců z porodnic

- **Věstník MZ č. 7/2005**

Členové komise byli informováni o snaze některých matek týkající se urychleného propuštění do domácí péče po porodu, a to i s novorozencem. V platnosti Věstník MZ č. 7/2005, podle kterého je doporučeno, za jakých podmínek lze propustit novorozence do domácí péče.

V současné době přibývá novorozenců s perinatální zátěží (nezralost, nízká porodní hmotnost, děti matek závislých na návykových látkách...). V návrhu zákona o zdravotních službách je péče o novorozence považována za akutní péči, která je poskytována na lůžkovém oddělení nemocnic. PLDD nemají dostatečnou kvalifikaci k zajištění péče o novorozence po porodu, se ZP nemají nasmlouvány výkony zahrnující tuto péči.

Neonatologická společnost nemá aktuální informace o problémech s předčasným propouštěním novorozenců, v minulosti byly řešeny případy předčasného propuštění dítěte po porodu na základě žádosti matky a rozhodnutí soudu.

Je žádoucí:

- nadále postupovat v souladu s platnou metodikou

- zajistit právní rozbor dané problematiky pro zdravotnická zařízení

- v rámci mediální kampaně informovat laickou veřejnost o dané problematice, a to z hlediska práv a nejlepšího zájmu dětí.

3. Zdravotní sestra v komunitní péči

Členové komise diskutovali obsah projektu JCU a vyjádřili jednoznačný nesouhlas s myšlenkou zavedení zdravotní sestry v komunitní péči. Tento krok lze považovat v současném systému zdravotních služeb za nesystémový. Bylo by žádoucí vyřešit problém spojený s uznáním kvalifikace dětské sestry a hrazením výkonu návštěvy novorozence v domácím prostředí.

4. Cílený screening celiakie

- **Věstník MZ č. 3/2011**

Ve Věstníku MZ č. 3/2011 byl uveřejněn metodický pokyn „Cílený screening celiakie“. Tento pokyn lze považovat za správný z hlediska poskytování zdravotní péče u dětí a dorostu (pozn. red.: celý text - viz středová příloha tohoto čísla). Členové komise však vyjádřili nesouhlas s postupem vydání metodiky ve Věstníku MZ, neboť návrh metodiky nebyl rozeslán k připomínkám příslušných odborných společností.

5. Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého (ZOP)

MUDr. Kernová přetlumočila vyjádření ředitelky SZÚ Ing. Jitky Sosnovcové k situaci k 18. vydání ZOP pro rok 2012. SZÚ obdržel od MZ snížený příspěvek na činnost ústavu. Z tohoto důvodu musí proto omezit některé svoje činnosti. Po dohodě paní ředitelky SZÚ a hlavního hy-



gíenika ČR MUDr. Vít Státní zdravotní ústav jako vydavatel ZOP vypověděl smlouvu s tiskárnou EPAVA Olomouc, a.s. na tisk ZOP. Z toho vyplývá, že pro rok 2012 není zajištěno vydání ZOP, a porodnice proto budou mít ZOP k dispozici pouze do konce ledna 2012. Přítomní členové komise se jednomyslně shodli na tom, že je žádoucí zachovat kontinuitu vydávání ZOP, který má své opodstatnění a vychází nepřetržitě od roku 1994. Jedná se o zajištění vydání cca 100-130 tis. výtisků ročně ve výši cca 1,5 mil. Kč. Členové komise se shodli na následujícím postupu řešení:

- Bude svoláno jednání (NZ, NH, N1., SZÚ) k zajištění vydání ZOP pro rok 2012
- Bude upraven metodický pokyn k ZOP (MZ, SZÚ, odborníci)
- Bude vyhlášeno výběrové řízení pro zajištění tisku a distribuce ZOP (MZ, SZÚ)

Byla rovněž diskutována problematika distribuce cca 130 000 ks letáků k SIDS, které by měly být vloženy do ZOP. SZÚ poskytne seznam porodnic dle krajů, doc. MUDr. Houšková zjistí možnosti zajištění distribuce.

6. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR „Zdraví pro všechny v 21. století“

Členům Komise byl rozeslán návrh analýzy Zdraví 21. Byl diskutován návrh dílčích úkolů, aktivit a ukazatelů se zaměřením na cíl Zdraví 21: „Zdraví dětí a mladistvých“. Případné připomínky k návrhu úkolů Zdraví 21 budou zaslány do 10 dnů emailem (trueellova@mzcr.cz)

Návrh úkolů bude dopracován v požadované struktuře a předložen úseku NH.

Různé:

1. Primární péče o mladistvé 19-26 let

Z jednání pracovní podskupiny „Pro zdraví“ při úřadu vlády vyplynul problém registrace mladistvých nad 19 let. Problematika byla předmětem jednání Komise MZ pro péči o děti dne 4.11.2010, na kterém byla diskutována možnost proaktivní (pokračování) registrace mladistvých 19-26 let u PLDD, a to v návaznosti na přípravu na povolání. Zástupce SVL argumenty o problémech mladistvých nad 19 let s registrací u PLD zpochybnil. MZ proto požádalo VZP ČR se žádostí o poskytnutí údajů týkajících se počtu neregistrovaných osob ve věku 19-26 let a údajů týkajících se preventivních prohlídek. Z poskytnutých údajů vyplývá následující:

- cca 14% ve věkové kategorii 19-26 nemá registraci (z toho cca 50% je v přípravě na další povolání).
- z registrovaných osob u PL ve věkové ka-

tegorii 19-26 let má provedenu prevenci (2 roky, tedy při 100% prevencí by to musela být polovina) cca 34%!!!! V případě prevencí u PLDD je to přes 90%.

OSPDL ČLS JEP poskytne informace o slovenském modelu péče o mladistvé 19-26 let. Poté bude následovat dopis p.m., ve kterém vyve OSPDL ČLS JEP a SVL ČLS JEP ke společnému řešení dané problematiky, popř. jednání MZ se ZP za účasti odborných společností.

2. Akutní lůžková péče pro děti pod vlivem alkoholu a jiných návykových látek

V návaznosti na jednání Komise MZ pro péči o děti a dorost ze dne 4.11.2010 a diskutovanou problematiku týkající se poskytování a úhrady akutní lůžkové zdravotní péče dětem a dospívajícím pod vlivem návykových látek byla na MZ ustavena pracovní skupina, která se zabývá řešením problematiky užívání návykových látek u dětí a dorostu.

- Je připravována metodika pro postup při poskytování zdravotní péče pro děti akutně intoxikované alkoholem, na tuto metodiku budou navazovat další standardy týkající se dané oblasti.

- V rámci dotačních programů MZ bude navržena podpora na:

- Projekt VFN „Hospitalizace dětí a dospívajících pro intoxikaci alkoholem a drogami na dětských odděleních v ČR“

- Projekt CEPROS „Aktualizace Manuálu drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost a regionální školení ve screeningu a krátké intervenci“. Cílem projektu je revize a doplnění Manuálu drogové prevence v praxi PLDD o nejnovější poznatky a postupy vzniklé za posledních 5 let a příprava vzdělávacího programu.

- V přípravě je novela zákona č. 379/2005 Sb. – z hlediska maximální ochrany dětí před užíváním návykových látek.

3. Příprava zákonů v gesci resortu zdravotnictví

- Členové komise byli informováni o postupu, věcné náplni a vypořádání připomínek v rámci přípravy zákonů, které jsou v gesci MZ:

- zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

- zákon o specifických zdravotních službách

- zákon o zdravotnické záchranné službě

- příslušné podzákonné normy, změny příslušných právních předpisů

- v návaznosti na zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování bude připraven zákon o dětských centrech.

- Byla diskutována problematika zajištění

poskytování LSPP pro děti. Optimální je zřízení LSPP pro děti v rámci nemocnic s možností využití kompletu a odborného vyšetření. Byla by vhodná standardizace postupu při zajištění LSPP pro děti ze strany krajů.

- Členové komise byli dále informováni o přípravě novely zákona č. 359/1999 Sb. MZ trvá na svých zásadních připomínkách, které se týkají nepřímo problematiky povinné registrace dětí u PLDD (MZ požaduje do § 6 odst. 1 doplnit nové písmeno i) „i) děti, které nemají zajištěný přístup ke zdravotní péči, zejména léčebně-preventivní péči poskytované v rámci oboru praktické lékařství pro děti a dorost“) a problematiky záznamu o úrazu dítěte (MZ žádá vypustění ust. § 10 odst. 5 až 7 a ust. § 59j)

4. Vzdělávací kurz TEACH VIP – modul I.

V rámci BCA 2010/2011 bude ve dnech 21.-22.6.2011 pilotně ověřen vzdělávací modul prevence dětských úrazů a násilí na dětech dle WHO TEACH VIP. K účasti na akci budou vyzváni členové zejména Mezioborové pracovní skupiny pro prevenci dětských úrazů a Pracovní skupiny MZ pro prevenci násilí na dětech. Akce se bude konat v prostorách LF3. UK. Pozvánka bude zaslána také členům komise. Členové komise budou požádáni o případné zaslání kontaktů na odborníky, instituce a organizace, se kterými by bylo vhodné navázat spolupráci v oblasti prevence úrazů, násilí a bezpečnosti pro děti. Kontaktní místa budou zařazena do systému sítě spolupracujících pracovišť, která budou sdílet „informativní kanál“ a kterým budou nabízeny a poskytovány validní informace z dané oblasti.

5. Centrum komplexní péče pro děti a perinatální zátěží ve VFN

Dne 29.3.2011 bylo otevřeno Centrum komplexní péče pro děti a perinatální zátěží ve VFN – viz. <http://www.vfn.cz/priloha/4d7dd1b448195/tz-ckp-brezen-11.pdf>.

Centrum bylo vybudováno v rámci dotace z Norských fondů. Po Centru ve FN Plzeň se jedná o druhé pracoviště v ČR tohoto druhu. Je žádoucí blíže specifikovat vzájemnou spolupráci s PLDD.

6. Otevření dětské části FN Motol po rekonstrukci

Dne 1.6.2011 bude oficiálně otevřena dětská část FN Motol po rekonstrukci. V rámci této akce je uvažováno také o oficiálním vyhlášení Národního centra pro prevenci úrazů, násilí a podporu bezpečnosti pro děti ve FN Motol.

Zapsala: MUDr. Trueellova



Pracující důchodci

Ing. František Elis

daňový poradce

■ Pracující důchodci – pozor

Dnem 1. dubna 2011 skončil pro většinu provozovatelů privátních lékařských praxí (NZZ) termín pro podání daňového přiznání za zdaňovací období kalendářního roku 2010. Někteří, kterým zpracovává daňové přiznání daňový poradce, mají dokonce termín pro jeho odevzdání posunut až do 1. července 2011. Připadá mi proto nepatřičné zabývat se již nyní daňovými dopady, které s sebou přináší novela zákona o daních z příjmů platná od 1.1.2011. Přesto považuji za nutné upozornit na jednu ze změn, která se může nemile dotknout provozovatelů NZZ – fyzických osob, kteří současně podnikají a zároveň pobírají starobní důchod.

■ Starobní důchod je od daně z příjmů osvobozen (pokud není příliš vysoký)

Dle §4 odst. 1 písm. h) zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů ve znění pozdějších předpisů (dále jen ZDP) jsou od daně z příjmů osvobozeny příjmy ve formě pravidelně vyplácených důchodů nebo penzí do částky nepřesahující 36násobek minimální mzdy, která je platná k 1. lednu kalendářního roku. Pro rok 2010 to bylo 288 000 Kč. Dle tohoto ustanovení, se tedy osvobození týká prakticky zcela naprosté většiny vyplácených starobních důchodů a platí již řadu let.

■ Starobní důchod je od daně z příjmů osvobozen (pokud si příliš nepřivyděláte)

Nově, s platností od 1.1.2011 se však shora uvedené osvobození pravidelně vyplácených důchodů a penzí nepoužije v případě, kdy součet příjmů podle § 6 (příjem ze závislé činnosti) a dílčích základů daně podle § 7 (příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti) a 9 (příjmy z pronájmu) u poplatníka přesáhne ve zdaňovacím období částku 840 000 Kč. Do příjmů podle § 6 se pro účely tohoto ustanovení nezahrnují příjmy od daně osvobozené, ani příjmy, z nichž je daň vybírána srážkou podle zvláštní sazby daně. Toto ustanovení se pravděpodobně dotkne naprosté většiny provozovatelů NZZ – fyzických osob, kteří současně podnikají a zároveň pobírají starobní důchod, což lze dokumentovat na jednoduchých příkladech

1. MUDr. A má zdanitelné příjmy z podni-

kání ve výši 1 410 000 Kč a výdaje uplatňuje paušálem ve výši 40% z dosažených příjmů, tedy 564 000 Kč. Základ daně činí 846 000 Kč. Došlo k překročení limitu, starobní důchod bude proto podléhat dani z příjmů.

2. MUDr. B má zdanitelné příjmy z podnikání ve výši 1 200 000 Kč a výdaje uplatňuje rovněž paušálem ve výši 40% z dosažených příjmů, tedy 480 000 Kč. Dílčí základ daně činí 720 000 Kč. Zároveň však pronajímá nemovitost, která s jeho podnikáním nijak nesouvisí. Příjmy dosáhly částky 240 000 Kč, výdaje 96 000 Kč. Dílčí základ daně z pronájmu je 144 000 Kč. Celkový základ daně 864 000 Kč. Opět došlo k překročení limitu, starobní důchod bude proto rovněž podléhat dani z příjmů.

■ Není-li starobní důchod od daně z příjmů osvobozen

Není-li starobní důchod od daně z příjmů osvobozen, zdaňuje se jako tzv. ostatní příjem v § 10 ZDP. Výše daně činí 15%. Příjem nepodléhá platbám sociálního a zdravotního pojištění. Předpokládejme, že provozovatel NZZ, který neplnil podmínku pro osvobození má měsíční důchod 15 000 Kč. Roční dílčí základ daně tak představuje částku 180 000 Kč. Daň z tohoto základu bude 27 000 Kč.

Článek vznikl proto, že lze důvodně předpokládat, že ti poplatníci, kterých se výše uvedená problematika bude týkat neměli do okamžiku jeho přečtení sebemenší představu, že se na ně něco podobného chystá.



zemřel

prof. MUDr. Jiří Havlík, DrSc.

Vážené kolegyně,
Vážení kolegové,
Přátelé,

s velkým zármutkem si Vás dovoluji informovat, že dne 25/4/2011 nás po těžké nemoci opustil můj spolupracovník v mnoha zahraničních projektech, náš kolega, lékař, učitel a můj velký přítel pan **prof. MUDr. Jiří Havlík, DrSc.**

V panu profesoru ztrácím svoji velkou nejen odbornou, ale především osobní oporu.

Poslední rozloučení s panem profesorem je plánováno na 2.5.2011 v 10.00 hodin ve Strašnickém krematoriu.

Domácí adresa pro zaslání kondolencí je
Taussigova 1170/5, 18200, Praha - Kobylisy.

Pan profesor mi bude moc chybět.

prof. MUDr. Jiří BERAN, CSc.
Ředitel Centrum očkování a cestovní medicíny, Hradec Králové

Ke kondolenci se připojuje i redakce VOX PEDIATRIAE.



5. Kongres primární péče aneb 0 medicíně první linie již popáté

■ Vakcinace – „baby boom“ střídá „elder boom“

Jeden z přednáškových bloků Kongresu primární péče byl věnován problematice očkování – byly v něm shrnuty všechny základní otázky, které se dané oblasti aktuálně týkají.

MUDr. Hana Cabrnachová, předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP, upozornila na konsenzus mezinárodní skupiny odborníků, podle nichž je prevence akutní otitis media (AOM) vakcínami proti pneumokokům nejslibnějším přístupem pro kontrolu tohoto onemocnění i jeho důsledků v podobě zvýšené preskripce antibiotik a s ní spojeného rizika vzniku rezistence. Protože se AOM vyskytuje nejčastěji v prvním roce života, aktivní imunizace je jednoznačně doporučována co nejdříve po narození.

H. Cabrnachová dále uvedla, že všechna základní očkování v rámci očkovacího kalendáře jsou v předškolním, resp. mladším školním věku již ukončena, je však optimální nabídnout rodičům vakcinaci proti nemocem, které se snadno šíří v dětských kolektivech. Jedná se mj. o hepatitidu A, meningokoková onemocnění, varicelu nebo chřipku (např. v roce 2009 bylo v ČR hlášeno 47 192 onemocnění varicelou, průměrný věk nemocných byl 5,94 roku).

„Pět odborných společností doporučilo zařadit do národního imunizačního schématu vakcinaci proti HPV a plošně očkovat věkovou kategorii 13- až 14letých dívek. Za optimální je považováno zahájit očkování ještě před začátkem pohlavního života,“ řekla MUDr. Cabrnachová a zdůraznila stoprocentní účinnost vakcinace u HPV naivních proti typům viru 16 a 18.

Vakcinaci v prevenci dospělých a očkovacímu kalendáři v praxi všeobecného lékaře věnoval pozornost doc. MUDr. Roman Chlábek, Ph.D., z Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Hradci Králové. Zdůraznil význam očkování, a to nejen jako prevence vzniku infekčních onemocnění, resp. jako cesty k nižšímu výskytu komplikací u těchto onemocnění, ale i jako prevence infekcí souvisejících s cestováním, možnos-

ti prevence některých forem onkologických onemocnění, jako možnosti eliminace rizika chronického průběhu nemoci a v neposlední řadě i jako prostředku k poklesu nadužívání antibiotik.

„Počet seniorů narůstá, v roce 2040 lze očekávat, že 30 až 50 % populace bude starší 65 let – „baby boom“ se tedy mění v „elder boom“. To je ovšem doprovázeno i stárnutím imunitního systému,“ řekl doc. Chlábek a zmínil se o nových vakcínách pro dospělé – HPV, PCV, MCV4, varicela, Tdap. Ve vývoji jsou pak vakcíny proti herpes zoster, herpes simplex, Parkinsonově a Alzheimerově chorobě, či dokonce proti nikotinismu.

■ Komplexně o operacích srdečních vad

„Pro rozvoj kardiochirurgie byl zcela zásadní objev mimotělního oběhu. Dalším nutným předpokladem, abychom mohli operovat na otevřeném srdci, bylo zavedení kardioplegie,“ řekl v úvodu bloku věnovaného vybraným kapitolám z chirurgie MUDr. Ivan Netuka, Ph.D., z Kardiocentra IKEM v Praze.

Ve svém vystoupení, zaměřeném na léčbu získaných srdečních vad, mj. připomněl, že výsledek kardiochirurgické péče o nemocné s chorobami srdce se posuzuje podle počtu operací na milión obyvatel a rok. V USA je to přibližně 1000 výkonů, v nejvyspělejších zemích Evropy, kam patří i ČR, pak asi 900 operací.

„Nejčastěji operujeme pacienty s ischemickou chorobou srdeční – ročně je ve vyspělých státech světa provedeno asi milión aortokoronárních bypassů,“ uvedl MUDr. Netuka a upřesnil: „V bypassové chirurgii můžeme použít několik druhů cévních štěpů – nejlepší dlouhodobé výsledky má tepenný štěp arteria mammae. Další možností jsou štěpy arteria radialis či arteria gastroepiploica a také štěpy žilní.“

Aortokoronární bypass má podle MUDr. Netuky excelentní krátkodobé a střednědobé výsledky, dlouhodobý efekt je však negativně ovlivněn selháním žilních bypassů. Deset let po operaci je 90 až 95 % štěpů arteria mammae interna průchodných

a „disease free“, zatímco 75 % štěpů žilních je uzavřených nebo těžce postižených. „První, co může pacient po výkonu chirurga zhodnotit, je jízva. Proto v indikovaných případech využíváme miniinvasivní postupy,“ doplnil.

Dále MUDr. Netuka upozornil na léčbu komplikací ischemické choroby srdeční. Jednou z nejzávažnějších je podle něj defekt mezikomorového septa, který vzniká na základě nekrózy pro infarkt myokardu vedoucí ke zkratu mezi levou a pravou komorou. „Operačním zákrokem je plastika defektu, indikace k výkonu je závislá na hemodynamické významnosti zkratu,“ uvedl I. Netuka a dodal, že další kapitolou v léčbě ICHS je ischemická mitrální regurgitace – nejedná se o strukturální postižení chlopně jako takové, ale o dysfunkci levé komory. Indikací k výkonu je hemodynamicky významná nedomykavost. Metodou volby je v tomto případě plastika mitrální chlopně pomocí mitrálního prstence.

Náhrady či plastiky chlopně...

Další oblast kardiochirurgie dospělých tvoří onemocnění chlopní. „Primárně operujeme vady chlopně aortální a mitrální, s rostoucím věkem populace přibývá i množství intervencí na chlopni trikuspidální,“ řekl MUDr. Netuka a upřesnil, že u aortální chlopně se jedná o degenerativní onemocnění, u mitrální především o nemocné s ischemickou chorobou srdeční.

„Plastika mitrální chlopně je výkonem velice frekventním. Dlouhodobá prognóza pacientů je výrazně lepší než po provedené náhradě mitrální chlopně, takže je-li nález technicky schůdný, vždy volíme plastiku. Pokud to možné není, máme dnes k dispozici několik typů komerčně vyráběných chlopní – biologických či mechanických.“ Výhodou mechanických náhrad je, že mají prakticky neomezenou životnost, na druhé straně jde vždy o cizorodý materiál. Tento problém řeší náhrady biologické, které ale naopak postupně podléhají degeneraci.

Zvláštní kapitolu tvoří výkony na hrudní aortě a jejích větvích. „Operování jsou pacienti pro akutně vzniklou disekci vzestupné či sestupné aorty. Podstatou je rozštěpení viskoelastické tunica media a vniknutí krve mezi vrstvy aortální stěny. Etiologicky se nej-



častěji uplatňují onemocnění cévní stěny, jako jsou cystická medionekróza, Marfanův či Ehler-Danlosův syndrom nebo hypertenze," vysvětlil MUDr. Netuka.

Dalším postižením hrudní aorty jsou aneurysmata – často bývají bezpříznaková, případně se mohou vyznačovat útlakem okolních struktur (dysfagie, stridor...). Indikací k operaci je průměr výdutě nad 5 až 7 cm, případně symptomy pacienta. Výkony jsou většinou elektivní a metodou volby je náhrada postiženého úseku protézou, případně stent-graftem.

... ale i umělá srdce

„Poslední velkou skupinu nemocných, která se neustále rozrůstá, tvoří pacienti s chronickým srdečním selháním. Provádíme řadu výkonů – od aortokoronárních rekonstrukcí přes remodelační zákroky až po implantace mechanické srdeční podpory či transplantace srdce u nejtěžších případů," uvedl I. Netuka. Připomněl, že první úspěšná transplantace srdce byla v Československu provedena v roce 1984 právě v pražském IKEM. „Lze konstatovat, že v současnosti více než polovina pacientů dosahuje doby přežití 10 let od transplantace," zdůraznil MUDr. Netuka. Nedílnou součástí programu transplantace srdce se stávají právě mechanické srdeční podpory, které umožňují stabilizovat krevní oběh pacienta až do doby, než je pro něj nalezen vhodný dárcem.

Závěrem svého vystoupení MUDr. Netuka shrnul: „Kardiologie jednoznačně expanduje do stále vyšších věkových skupin. Výrazně se mění spektrum výkonů – přibývá miniinvasivních a hybridních operací, které jsou syntézou chirurgických a intervenčních postupů. Nepochybné také je, že s rozvojem kardiologie se bude rozvíjet i program mechanické srdečních podpory."

Operační mortalita již není hrozbou

O současných možnostech chirurgické léčby vrozených srdečních vad u dětí i dospělých informoval prof. MUDr. Tomáš Tláškal, CSc., z Dětského kardiocentra FN Motol v Praze: „Jedná se o nejčastější vývojové vady, které postihují 5 až 8 novorozenců z tisíce. Ročně se tedy v ČR narodí 500 až 600 dě-

tí s vrozenou srdeční vadou."

Ve 30–40 % případů se vyskytuje defekt komorového septa, v 15 % defekt síňového septa a pět procent novorozenců je postiženo pulmonální nebo aortální stenózou, koarktací aorty, transpozicí velkých arterií či vadami s funkčně jedinou komorou (trikuspidální atrezií, mitrální atrezií, dvouvtokovou levou/pravou komorou, syndromem hypoplastické-



ho levého srdce). Přibližně třetina pacientů musí být operována v novorozeneckém věku a třetina ve věku kojeneckém.

Jak uvedl prof. Tláškal, naprostá většina vrozených srdečních vad je chirurgicky korigovatelných. Operací lze mnohdy dosáhnout úplného a trvalého vyléčení. „V posledních letech došlo k podstatnému zlepšení vyšetřovacích metod a materiálních podmínek pro operace, které umožnily zásadní snížení operační mortality a zlepšení dlouhodobých výsledků operací. Echokardiografie nám umožňuje dokonale rozpoznat srdeční vadu už prenatálně. Další klasickou vyšetřovací metodou je katetrizace srdce a angiokardiografie, dnes však využíváme i techniky neinvazivní, zejména výpočetní tomografii a magnetickou rezonanci," doplnil prof. Tláškal.

U novorozenců s kritickou srdeční vadou se podle něj provádí resekce koarktace aorty, arteriální spojka nebo primární korekce v mimotělním oběhu. „Defekt komorového nebo síňového septa zavíráme záplattou. Fallotovu tetralogii – kombinovanou vadu – řešíme uzávěrem defektu a uvolněním pulmonální stenózy. Transpozici velkých arterií pak korigujeme anatomicky protětím obou tepen a jejich přenesením nad příslušnou ko-

moru současně s přenosem arterií koronárních," upřesnil prof. Tláškal a dodal, že vrozené chlopenní vady se kardiologové snaží léčit konzervativně a k náhradě chlopně přistupují jen výjimečně.

„Chirurgicky dnes řešíme i složité vady s funkčně jedinou komorou – v kojeneckém věku provádíme bidirekční kavopulmonální anastomózu, definitivní řešení v podobě totálního kavopulmonálního spojení pak mezi 3. až 5. rokem věku," objasnil T. Tláškal.

Dále upozornil, že operační mortalita se dnes pohybuje okolo 1–2 procent. Dokumentoval to i na vývoji výsledků operací v mimotělním oběhu z jeho pracoviště: v letech 1978–1987 zde bylo provedeno 1656 výkonů s mortalitou 9 %, 1988–1997 celkem 3104 výkonů s mortalitou 6,2 % a 1998–2007 celkem 3023 výkonů s mortalitou 1,3 %. „Časné výsledky jsou v současné době tedy velice slušné. Trápí nás však riziko pozdních komplikací, které s sebou nesou určitý vklad do dospělosti. Víme o tom, že prakticky všechny vrozené srdeční vady jsou spojeny s výskytem komplikací," zdůraznil prof. Tláškal. Dospělý pacient tedy vyžaduje stálé sledování kardiologem, zaměřené na včasné odhalení reziduálních změn či pozdních komplikací.

Závěrem pak T. Tláškal konstatoval, že vrozené srdeční vady již nejsou problematikou pouze pediatrií, ale také kardiologů a praktických lékařů pro dospělé.

■ Jak správně vést ordinaci

Legislativa, informovaný souhlas, vedení zdravotní dokumentace, její archivace i skartace, předávání a převody praxí nebo cenotvorba v ordinaci – nejen těmto tématům byl v odborném programu kongresu věnován blok nazvaný Management lékařské praxe.

Na daňové dopady při převodu lékařské praxe soustředil pozornost Ing. František Elis, daňový poradce, držitel koncese pro oceňování majetku pro podnik. Upozornil na rozdíly v daňových dopadech pro prodávajícího a pro kupujícího – fyzickou osobu v přípa-



dech, kdy je na straně prodávající osoba fyzická, nebo právnická. Pokud lékařskou praxi prodává právnická osoba, jde vždy o prodej obchodního podílu.

Ing. Elis se pak podrobněji věnoval oceňování lékařské praxe při jejím převodu. Za velmi důležité označil výběr metody ocenění a upozornil, že v této oblasti dosud v ČR nepůsobí příliš mnoho dostatečně kvalifikovaných odborníků.

Metoda kapitalizovaných čistých výnosů (zisků) při oceňování lékařské praxe při jejím prodeji patří podle Františka Elise mezi nejvhodnější způsoby. Oceňování se opírá především o skutečně dosažené hospodářské výsledky za posledních 3 až 5 let a upravuje je přitom na srovnatelnou reálnou úroveň.

Součástí metody je objektivizace zdanitelných příjmů a daňově uznatelných výdajů, dále inventarizace hmotného majetku jako předpoklad pro uplatnění kupní ceny do daňově uznatelných výdajů u kupujícího, seznam pohledávek i závazků a rovněž stav pokladny a bankovního účtu k okamžiku prodeje. K ocenění patří i problematika osobního automobilu a spoluvlastnického podílu na nemovitosti, v níž je ordinace provozována.

V této souvislosti František Elis upozornil, že u nemovitosti je vždy třeba posuzovat, zda je v ní prodávající v nájmu, či zda má nemovitost v osobním vlastnictví nebo spoluvlastnictví. To má pak při prodeji dopad na to, zda je nemovitost prodávána jako součást lékařské praxe, nebo odděleně. Ing. Elis doporučil obrátit se – vzhledem ke komplikovaným především daňovým předpisům – vždy na zkušeného právního a daňového odborníka.

V závěru svého vystoupení pak Ing. Elis krátce informoval o cenotvorbě v ordinaci. Uvedl, že cenu zdravotní péče nehrzenou z veřejného zdravotního pojištění reguluje Cenový předpis MZ ČR 1/2011/DZP ze dne 21. prosince 2010 o regulaci cen zdravotní péče v oddíle B, který je účinný od 1. ledna 2011. Do ceny lze promítnout pouze ekonomicky oprávněné náklady převzaté z účetnictví a přiměřený zisk.

Archivace a skartace

Podmínkám při vedení zdravotní dokumentace a problematice její archivace

i skartace se ve svém vystoupení věnoval Mgr. Jakub Uher, právník Sdružení praktických lékařů ČR. Náležitosti dokumentace určuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, a prováděcí vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Dokumentaci je třeba archivovat 10 let od změny lékaře primární péče a předání písemné informace v rozsahu potřebném k za-

jmení a podpis.

- Účel vydání posudku.
- Posudkový závěr.
- Poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání.
- Datum vydání posudku.

Dozorové aktivity SÚKL

Vedoucí sekce dozoru Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) RNDr. Olga Hanzlíčková ve svém příspěvku shrnula povinnosti zdravotnických zařízení z pohledu zákona o léčivech. V této souvislosti především upozornila na webové stránky SÚKL, kde jsou pro výrazné zjednodušení práce lékařů k dispozici potřebné pokyny a formuláře. Přes internetové stránky mají lékaři rovněž možnost objednat si zaslání novinek e-mailem.

Olga Hanzlíčková pak uvedla nejčastější závady (viz tabulku), které SÚKL zjistil při zacházení léčivými prostředky ve zdravotnických zařízeních v loňském roce.

Distribuce očkovacích látek

Ing. Petr Foukal, generální ředitel společnosti Avenier, na závěr bloku vyhodnotil zkušenosti s modelem distribuce očkovacích látek od jednoho přímého dodavatele po prvním roce fungování. Uvedl, že do systému přímé distribuce se v roce 2010 zapojilo 80 % pediatriů a 49 % praktických lékařů.

Petr Foukal pak připomněl benefity pro lékaře, které jim systém nabízí. Patří sem například výhodné ceny, které jsou 10–15 procent pod průměrnou cenou v lékárnách. Lhůty splatnosti jsou delší než splatnost úhrad od zdravotních pojišťoven, takže lékař nemusí použít vlastní hotovost. Důležitá je také možnost minimalizace zásob v ordinacích vzhledem k tomu, že každý týden fungují tzv. závozní dny, a možnost pojištění proti výpadku elektrického proudu u některých očkovacích látek. V této souvislosti Petr Foukal vyzdvihl garanci zachování chladového řetězce. Je možno např. on-line sledování skladovacích boxů či prokazování teplotní historie po dobu přepravy. Zdůraznil, že veškeré procesy splňují požadavky systému managementu kvality ISO 9001:2009.



jištění návaznosti péče o pacienta nově zvolenému praktickému lékaři, nebo 10 let od úmrtí nemocného.

Skartační řízení se zahajuje jedenkrát za rok. Státní archiv má práva si vyžádat dokumenty k archivaci. Jak uvedl Jakub Uher, není mu známo, že by se tak někdy stalo v případě zdravotní dokumentace.

Zákon rovněž řeší právo (povinnost) nahlížení, požízování výpisů či kopií zdravotní dokumentace. Není přitom uložena povinnost vydávat originál třetím osobám. Jedinou výjimkou jsou orgány sociálního zabezpečení, které mají právo na zapůjčení originálu.

Posudková činnost

Jakub Uher pak krátce hovořil o problematice posudkové činnosti. Uvedl náležitosti, které musí lékařský posudek vždy obsahovat:

- Identifikační údaje:
 - posuzované osoby v rozsahu jméno, příjmení, datum narození,
 - zdravotnického zařízení, jehož jménem posuzující lékař posudek vydal, v rozsahu název zdravotnického zařízení, identifikační číslo, adresa sídla nebo místa podnikání a razítko zařízení,
 - lékaře, který posudek jménem zdravotnického zařízení vydal, a to jméno, pří-



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Zápis ze zasedání Národní imunizační komise (NIKO) konaného dne 31. března 2011 na MZ ČR

Přizvání hosté:

MUDr. Martin Gregora (poslanec Parlamentu ČR), MUDr. Pavla Křížová, CSc. (SZÚ), MUDr. Sylvie Kvášová (MZ ČR, OVZ/1), MUDr. Jan Kynčl, Ph.D. (SZÚ).

I. Úprava statutu NIKO

Statut NIKO se mění s ohledem na novou formulaci deklarace střetu zájmů, která byla jednohlasně odsouhlasena všemi členy. V případě, že některý z členů vyjádří v deklaraci střet zájmů k některému z projednávaných bodů, bude vyloučen z hlasování k tomuto bodu.

II. Přijetí nových členů

Na návrh odborných lékařských společností byli do NIKO přijati noví členové MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc. (člen výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS J.E.P.) a MUDr. Vladimír Dvořák (předseda České gynekologické a porodnické společnosti ČLS J.E.P., ČGPS).

III. Stanovisko NIKO k plošnému očkování proti HPV

Doc. Chlábek seznámil přítomné s návrhem doporučení k věkové indikaci HPV vakcinace, které bylo projednáno a schváleno 5 odbornými lékařskými společnostmi. Systém doporučeného očkování i systém screeningu má v prevenci rakoviny děložního hrdla zásadní význam, a proto musí fungovat na bázi rovnocennosti. Význam doporučení k věkové indikaci HPV vakcinace spočívá v tom, že vytváří mezioborově akceptovanou platformu, která bude podkladem pro systémové rozhodování v dalších letech. Následným hlasováním bylo stanovisko schváleno (viz příloha 1).

IV. Pneumokoky

- Data surveillance invazivních pneumokokových onemocnění za rok 2010 ukazují, že program surveillance doznal oproti roku 2009 změn ve smyslu zkvalitnění po stránce metodologické.

- Oproti roku 2009 došlo k mírnému poklesu celkově hlášených IPO, ale k mírnému vzestupu v nejmladší věkové kategorii do 5 let věku (26 případů 2010/ 19 případů 2009) a ve věkové kategorii nad 65 let. Pravděpodobně se jedná o efekt celkového zlepšování aktivní surveillance, současně velmi malá čísla, nelze tedy hodnotit dynamiku.

- NIKO konstatuje, že stávající přístup k očkování proti pneumokokovým nákazám je vyho-

vující a to i s ohledem na výskyt serotypů IPO ve věkové kategorii dětí do 1 roku.

- Definitivní data o proočkovanosti bude nutné vyhodnotit za celý rok 2010.

- Na základě závěrů z posledního jednání NIKO bylo rozhodnuto o zapracování stanoviska NIKO k podání konjugované vakcíny proti pneumokokům již od 2. měsíce věku do novely zákona č. 48/1997 Sb.

V. Národní strategie očkování proti pertusi u dospělých osob

V diskusi k návrhu národní strategie očkování proti pertusi u dospělých osob byla konstatována nutnost upravit interval od poslední dávky vakcíny proti tetanu. V případech, kdy by bylo indikováno zkrácení uvedeného intervalu pod 1 rok, je třeba informovat o zvýšeném riziku lokálních reakcí, nutné zvážit benefit.

Po schválení členy NIKO bude finální verze doporučení umístěna na webové stránky MZ ČR jako samostatný dokument.

VI. Výsledky sběru dat o odmítacích očkování

Z iniciativy MZ ČR byl zpracován přehled počtů odmítačů očkování za léta 2008-2010 podle krajů. Celkem je v tomto období evidováno 481 případů odmítnutí očkování, přičemž nejvyšší podíl z tohoto počtu je evidován ve spádové oblasti hlavního města Prahy a Jihomoravského kraje. Z porovnání dat mezi jednotlivými lety vyplývá, že v roce 2010 došlo k téměř 40 % nárůstu počtu sledovaných případů oproti roku 2008. V dalších letech budou počty odmítačů očkování součástí administrativní kontroly proočkovanosti, kterou provádí KHS ve spolupráci s pediatrií podle metodiky MZ ČR.

Podle stanoviska Ústavního soudu ze dne 3. února 2011 orgánu ochrany veřejného zdraví i nadále přísluší řešit odmítnutí povinného očkování zahájením správního řízení, nicméně je důležité, aby konkrétní případy byly posuzovány individuálně a s přihlédnutím na okolnosti, které mohou zásadním způsobem vyvolávat nutnost respektovat právo dané osoby na zachování autonomie. Výše uvedené stanovisko je v příloze 2.

VII. Stanovisko k očkování proti chřipce

Potřeba oficiálního doporučení k postupu pro očkování proti sezónní chřipce vyplývá mj.

z cílů Národního akčního plánu pro zvýšení sezónní proočkovanosti proti chřipce. ČR akčním plánem reaguje na Doporučení Rady 2009/1019/EU ze dne 22. prosince 2009 o očkování proti sezónní chřipce. Tímto dokumentem Evropská komise vybízí členské státy k přijetí a provádění národních, regionálních nebo místních akčních plánů či politik zaměřených na zlepšení proočkovanosti proti sezónní chřipce.

Řešení problematiky proočkovanosti proti chřipce v kontextu s doporučením NIKO nabývá na významu o to víc, že ČR je letitě pod evropským průměrem proočkovanosti, který se pohybuje kolem 12 %. Na rozdíl od nedávné minulosti je nyní příznivým momentem fakt, že v současnosti již jsou k dispozici výsledky zahraničních studií, které prokazují jednoznačný benefit očkování proti chřipce například u dětí ve věku 9 měsíců až 3 let (*The Lancet Infectious Diseases, Volume 11, Issue 1, Pages 23 - 29, January 2011. Effectiveness of inactivated influenza vaccine in children aged 9 months to 3 years: an observational cohort study*).

Předkládaný návrh doporučení NIKO je třeba doplnit následovně:

- indikační skupinu osob s chronickými onemocněními dýchacího systému rozšířit o astmatiky,
- doplnit údaje o délce ochranného efektu vakcinace,
- zdůraznit nutnost každoročního očkování,
- upřesnit počty dávek vakcíny u dětí s ohledem na věk a předchozí infekci chřipkou.

Po schválení členy NIKO bude finální verze doporučení umístěna na webové stránky MZ ČR jako samostatný dokument.

VIII. Novela zákona č. 258/2000 Sb.

Poslanecká sněmovna schválila v březnu vládní návrh „malé“ novely zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, čímž byly splněny povinnosti ČR k transpozici evropské legislativy, která řídí jakost vod ke koupání. Do „velké“ novely zákona je nutno zapracovat zodpovědnost státu v případě výskytu nežádoucích účinků vakcín, jejichž aplikace je součástí povinného očkování a dále garanci úhrady těchto vakcín státem.

IX. Novela zákona č. 48/1997 Sb.

Návrh zákona, kterým se mění zákon č.



48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, byl projednán v komisích legislativní rady vlády a v nejbližší době bude zařazen na program jednání vlády, řešit by měl problematiku změny úhrady očkování proti TBC pouze pro rizikové skupiny novorozenců a dále problematiku očkování proti pneumokokovým nákazám, viz schválený návrh novely z minulého zasedání NIKO.

X. Výběrové řízení na vakcíny pro další období

S ohledem na výběrové řízení je třeba v dalším období diskutovat především k následujícím problémům:

- nutnost aplikace očkovací látky proti virové hepatitidě B u novorozenců,
- požadavky na jednotlivé kombinace očkovacích látek a jejich složení ve vazbě k věkové kategorii
- požadavky na počty dávek dTap-IPV.

XI. Různé

- Česká vakcinologická společnost připravila ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství návrh nového očkovacího kalendáře, který reflektuje recentní změny v očkování.
- Nutné upravit doporučení k očkování proti meningokokům po změně věkové indikace, zatím jen stanovisko FDA.
- První zkušenosti se selektivní vakcinací proti TBC jsou ze spádové oblasti hlavního města Prahy. Z celkového počtu více než 2,5 tisíc dětí narozených v listopadu-prosinci 2010 byla zjištěna indikace pro očkování proti tbc podle platné vyhlášky u 6 % osob, z nich ale pouze cca polovina (58%) očkovaná ihned v souladu se zněním vyhlášky.
- V Ústeckém kraji je nepříznivá epidemiologická situace ve výskytu onemocnění příušnicemi. Nejvíce postiženými jsou okresy Chomutov a Most, nejvyšší frekvence případů je evidována u dětí ve věkové skupině 10-14 let, zároveň je však naznačen přesun nemoci do věkové skupiny 15-19 let.

■ Doporučený postup pro očkování proti sezónní chřipce

V České republice probíhá očkování proti sezónní chřipce jako nepovinné, dobrovolné očkování. Národní imunizační komise (NIKO) na základě dat surveillance v ČR a dle postupů v ostatních zemích doporučuje následující vakcinační strategii pro Českou republiku:

Očkování je určeno pro osoby, u kterých je žádoucí snížit pravděpodobnost chřipkové infekce s možnými přidruženými komplikacemi. Vakcinace se zvláště doporučuje osobám s chronickým onemocněním, u nichž onemocnění chřipkou obvykle vede ke zhorše-

ní jejich základního onemocnění, a osobám, u nichž existuje vysoké riziko výskytu komplikací po onemocnění chřipkou.

Na základě odborných analýz a diskuse o situaci v Evropě je doporučeno každoroční očkování proti chřipce u těchto dvou skupin populace:

1. starší osoby – věková skupina osob ve věku 65 let a více,

2. osoby jakéhokoli věku (včetně dětí) s chronickým stavem, zahrnujícím následující kategorie nemocí:

- chronická onemocnění dýchacího systému včetně diagnózy asthma bronchiale,
- chronická onemocnění srdce a cév,
- chronická onemocnění ledvin a jater,
- chronická metabolická onemocnění včetně diabetu,
- osoby s nedostatečností imunitního systému (vrozenou nebo získanou),
- osoby s poruchou funkce průdušek a plic (tj. včetně poruch respiračních funkcí po poranění mozku, míchy, v důsledku křečových stavů nebo dalších neurologických či svalových poruch).

V těchto případech je očkování včetně očkovací látky hrazeno z prostředků zdravotního pojištění na základě znění zákona č. 48/1997 Sb.

Vakcinace proti chřipce je dále doporučována:

- těhotným ženám v kterékoliv fázi těhotenství a ženám, které plánují těhotenství během chřipkové sezóny,
- osobám, které zvyšují možnost nákazy rizikových skupin uvedených v předchozím odstavci. Patří mezi ně zejména:

- osoby, které o rizikové osoby pečují (zdravotníci a sociální pracovníci),
- osoby, které žijí s rizikovými osobami v domácnosti,
- osoby, které jsou v kontaktu s rizikovými osobami (zaměstnanci pošt, obchodů, služeb, pracovníci ve školství, dopravě...)

Uvedený přehled v žádném případě neznamená, že by vakcinace jiných rizikových skupin či zdravých osob neměla být zvažována nebo prováděna. Význam výše uvedeného přehledu spočívá v tom, že odborné argumenty pro očkování těchto skupin převyšují nad očkováním ostatních. V některých zemích je recentně doporučováno univerzální očkování všech dětí, a to vzhledem k závažnosti chřipkového onemocnění v nejnižším věku.

Obecně se doporučuje zaměstnavatelům, aby nabízeli možnost zvýhodněného či bezplatného očkování proti chřipce svým zaměstnancům, neboť je to pro všechny výhodné jak ze zdravotního, tak i ekonomického hlediska. Očkování zdravotníků má význam též z důvodu zajištění bezpečnosti pacientů a snížení rizika

nozokomiální nákazy chřipkou.

Vzhledem k poklesu hladin ochranných protilátek a průběžně probíhající změně cirkulujících kmenů je třeba každoroční přeočkování proti chřipce jednou dávkou vakcíny. Dvoudávkové schéma se týká všech dětí očkovanych poprvé zpravidla před zahájením pravidelné docházky do kolektivního zařízení, kde se nepřepokládá že se dosud setkaly s chřipkou.

■ Národní strategie očkování proti pertusi

Incidence pertuse od počátku 90. let 20. století v České republice stoupá. Zvýšená morbidita je zaznamenána v adolescentním a v dospělém věku. Dospělí jsou možným zdrojem onemocnění pro novorozence a neočkované děti. Vzhledem k současné epidemiologické situaci Národní imunizační komise (NIKO) doporučuje v podmínkách ČR minimálně jednou v dospělosti aplikaci posilující dávky proti pertusi, jako součást kombinované vakcíny proti diftérii, tetanu a pertusi, obsahující nízkou dávku antigenu (dTap) všem obyvatelům ve věku do 65 let.

Pokud od posledního očkování proti pertusi uplynulo více jak 10 let je vhodné aplikovat co nejdříve jednu dávku vakcíny zejména:

- ženám plánujícím těhotenství,
- blízkým rodinným kontaktům (rodiče, sourozenci, prarodiče) novorozence, optimálně nejdříve 4 týdny před narozením dítěte,
- osobám pečujícím o děti mladší 12 měsíců věku (chůvy, personál kojeneckých ústavů),
- zdravotnickému personálu ošetřující novorozence, nedonošené děti (novorozenecká, neonatologická, dětská oddělení, ambulance praktických lékařů pro děti).

U žen plánujících těhotenství, v případě, že posilující dávka vakcíny nebyla aplikována před početím, je vhodné očkovat v průběhu prvních dnů po porodu.

Při očkování dospělé populace je možné nahradit přeočkování proti tetanu aplikací jedné posilující dávky vakcíny proti diftérii, tetanu a pertusi (dTap vakcíny). Očkování je dostatečně účinné také u osob starších 65 let a je jim doporučeno pokud jsou v úzkém kontaktu s dětmi mladšími 12 měsíců věku. Aplikace jedné posilující dávky je možná také u osob, které nebyly v minulosti očkovány proti pertusi (ročník narození 1957 a starší). Délka postinfekční protekce po onemocnění pertusi není dlouhodobá a prodělaná pertuse není kontraindikací očkování.

Očkování v dospělosti je možné provést nejdříve 1 rok od poslední dávky vakcíny proti tetanu a/nebo diftérii. Při zkracování intervalu stoupá riziko zejména lokálních postvakačních reakcí.

Hero - Nutradefense

Chirurgická léčba intrakraniálních expanzivních procesů

prof. MUDr. Vladimír Beneš, DrSc.

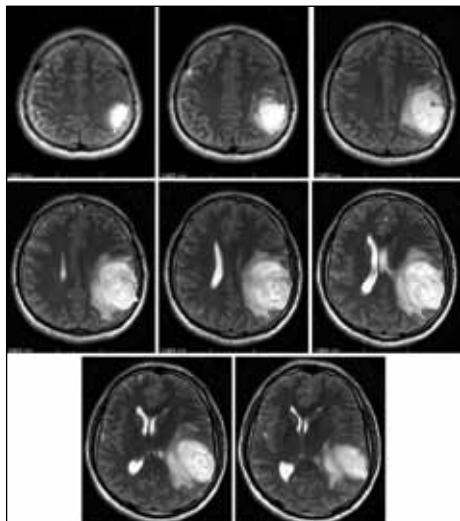
Neurochirurgická klinika 1. LF UK, IPVZ a ÚVN Střešovice, Praha

Chirurgie intrakraniálních expanzí, které dominují nádorové léze, je základním kamenem neurochirurgie. Spolu s úrazy je také nejstarším cílem intrakraniální operativy. Na střešovické klinice ročně odoperujeme zhruba 350 intrakraniálních expanzí. V roce 2010 to bylo 348, při celkovém počtu operací 2640, tvořily expanze něco přes 13% operativy. Těchto pouhých 13% však reprezentuje skoro polovinu celkového sálového času. Druhově je intrakraniálních expanzí velké množství a jejich chirurgie je velmi variabilní. Detailní popis se tak zcela vymyká rozsahu tohoto článku a dovoluje uvést pouze některá zcela obecná fakta a poznatky.

Symptomatologie intrakraniálních expanzí je velmi pestrá, v závislosti na lokalizaci, rychlosti růstu a povaze nádoru. V zásadě se symptomy dají zařadit do jedné ze čtyř skupin. První možností je samozřejmě asymptomatická léze.



Obr. 1. Intraoperační 3T magnetická rezonance. Celý operační stůl přejede k MR po kolejnicích. Po vyšetření se vrátí zpět a operace může pokračovat

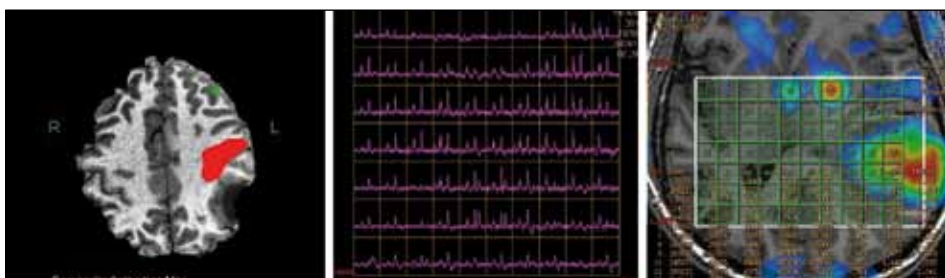


Obr. 2. Oligodendrogliom vlevo temporo-parietálně u 40-ti letého muže. Nádor se projevil epileptickými záchvaty.

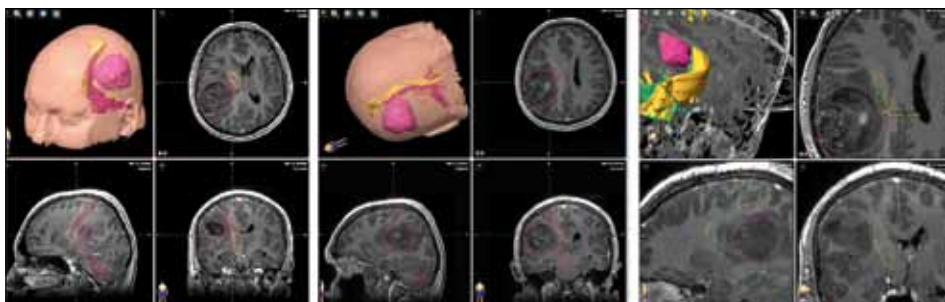
Dnes, při dostupnosti CT a MR, již nejde o výjimku, že se k nám dostane nemocný se zcela náhodným nálezem intrakraniální expanze. Druhou možností je iritační symptomatologie, nejčastěji epileptický záchvat. Expanze nalezené náhodně nebo kupř. po prvním epileptickém záchvatu jsou pro nás nejpříznivější z klinického hlediska. Nemocný sice podstupuje rizika operace, nemá však fixovanou neurologickou poruchu, která se ani po resekci nemusí upravit. To je další možnost – neurologický deficit. Hemiparéza, bitemporální hemianopie jsou příklady fokálních deficitů, porucha paměti, psychických funkcí či vědomí jsou příklady globální symptomatologie. Poslední možností je syndrom intrakraniální hypertenze. Ten vidáme častěji u dětí. Obvykle jde o urgentní stavy.

Diagnostika je dnes jednoduchá. Magnetická rezonance, včetně funkčního vyšetření, MR angiografie, spektrografie, traktografie a navigačních sekvencí v indikovaných případech, je dnes zcela suverénní metodou. V posledních 15 letech jsme intrakraniální expanzi operovali podle CT pouze tehdy, byla-li MR kontraindikována (kardiostimulátor). CT se stala pouhou screeningovou modalitou. Diferenciální diagnostika se vymyká rozsahu článku, obecně však platí, že zásluhou MR se dnes zcela výjimečně předoperační diagnóza nekryje s histologickým nálezem. Prakticky vždy víme, jaký nádor jdeme operovat, kde přesně je uložen a jaké jsou vztahy k okolním strukturám.

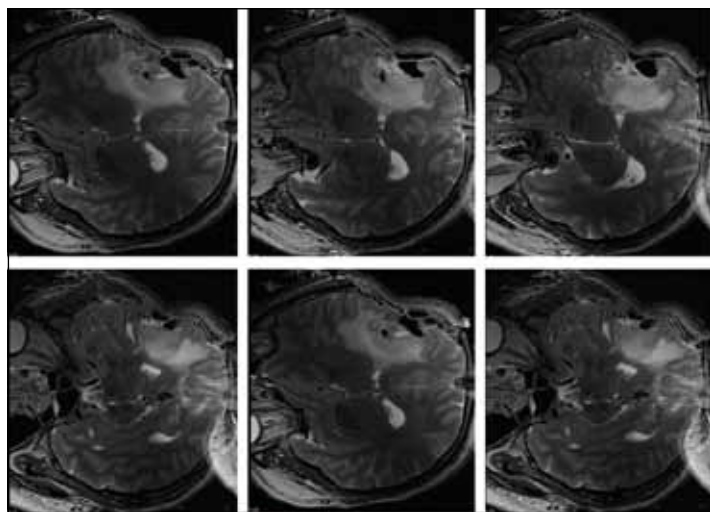
Z praktického hlediska dělíme expanze na nenádorové a nádory. Nenádorové expanze



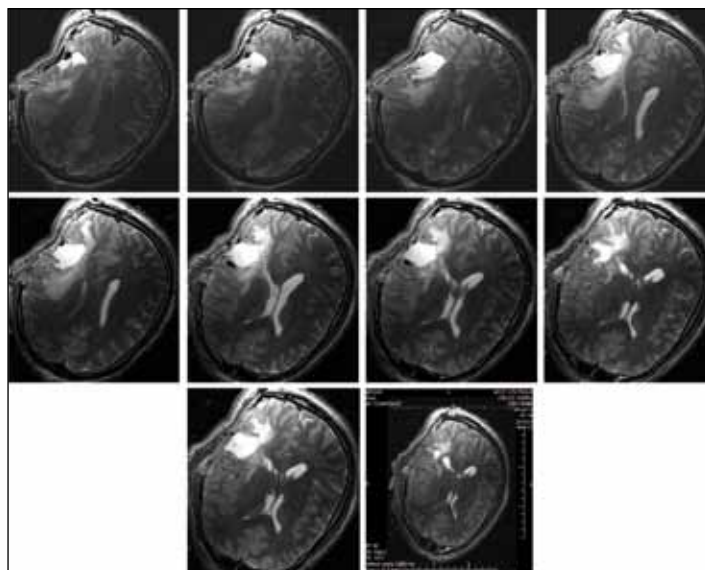
Obr. 3. Funkční MR ukazuje centrum motoriky PHK (horní obrázek), dolní jsou spektrografie a metabolická mapa, které detailně definují povahu nádoru.



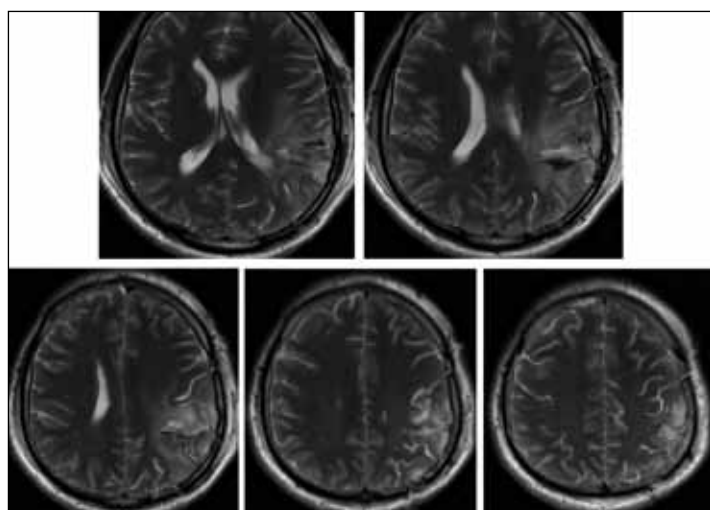
Obr. 4. Traktografie. Růžově znázorněn nádor, v ostatních barvách separátně motorický trakt pro HK a DK.



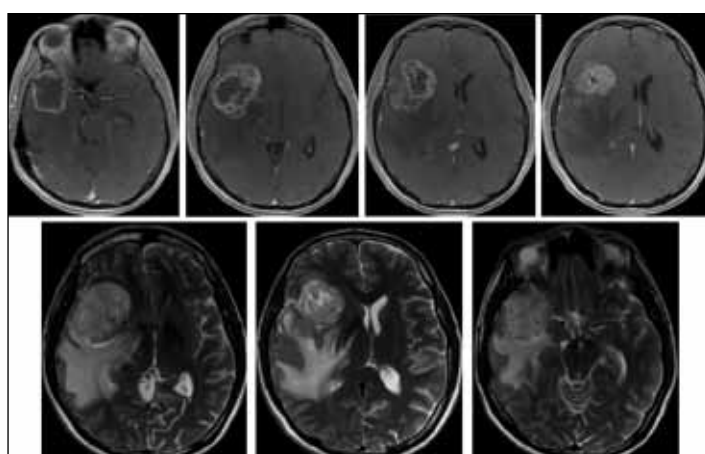
Obr. 5. První peroperační MR. Na dně resekční dutiny je patrné reziduum nádoru.



Obr. 6. Druhá peroperační MR. Resekce je radikálnější.



Obr. 7. Kontrola 3 měsíce po operaci potvrzuje radikální resekci.



Obr. 8. Glioblastom vpravo fronto-insulo-temporálně u 18letého muže. Větve střední mozkové tepny jsou v nádoru a zevně od něj. Nemocný má frustrní hemiparezu.

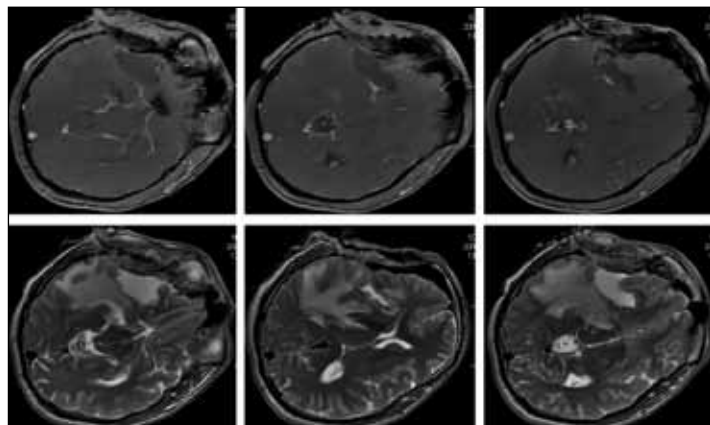
reprezentují různé arachnoidální cysty, koloidní cysty, cholesteatomy a abscesy. Nádory pak dělíme na intrinsické či intraaxiální a extrinsické nebo extraaxiální. V našem materiálu mírně převažují intraaxiální léze. Mezi ty patří nejčastější neuroepitelové nádory (gliomy, ependymomy, nádory plexu), dále nádory ze zárodečných buněk (germinomy, teratomy, choriokarcinom), nádory hemopoetického původu (lymfom, histiocytom) a metastázy (plíce a prs nejčastěji). Gliomy, které de facto tvoří spojitě spektrum od Gr.I pilocytárního astrocytomy po Gr.IV glioblastom, jsou nejčastější. Nejčastějšími extraaxiálními nádory jsou meningeomy, schwannomy hlavových nervů, kraniopharyngeomy a adenomy hypofýzy.

Indikace k operaci je individuální. Je nutné hodnotit symptomatologii a její dynamiku, nemocného vzhledem k věku a konkurentním ne-

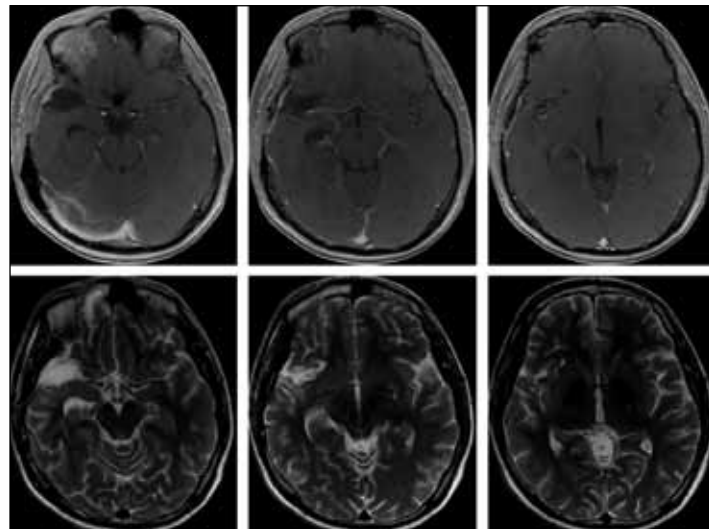
mocem, grafická vyšetření. Musíme diferenciatně diagnosticky určit povahu a předpokládaný vývoj procesu. Musíme srovnat možná rizika přirozeného průběhu a operace či jiné léčby. A úvaha musí směřovat i k tomu, co od operace očekáváme nejen my, ale hlavně nemocný, vybavení pracoviště, schopnosti chirurga. Vyléčení je cílem u většiny extrinsických lézí, které jsou obvykle benigní povahy. Zachování kvality života a lepší nástupní pole pro adjuvantní léčbu je obvyklým cílem u intrinsických lézí. S výjimkou nemocných se zvýšeným intrakraniálním tlakem je operativita obvykle plánovaná a lze se tedy vyhnout jakýmkoliv zbrklým krokům. Jediná oblast, kterou považujeme za akutní operativu, jsou nádory zadní jámy u dětí, ty se snažíme operovat do 24 hodin od diagnózy. Akutní se však může stát operace skoro každého nádoru, v tumoru může dojít ke krvácení, které nás donutí k akutní operaci rychlou deteriorací klinického stavu,

pituitární apoplexie s rychle vzniklou poruchou zraku je důvodem okamžité operace.

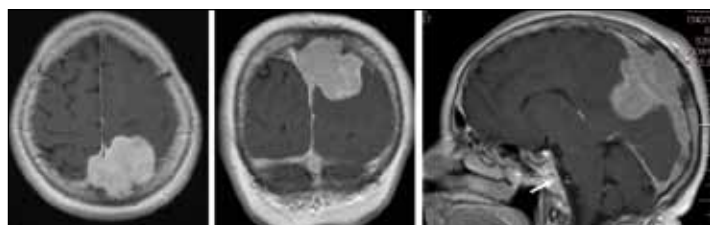
Na druhou stranu je nutné vážít přirozený průběh onemocnění. Je kupř. známo, že 40% schwannomů akustiku neroste a 6% se zmenšuje. Při této znalosti průběhu u menších nádorů, projevujících se pouze poruchou sluchu, nikdy neindikují operaci při prvním záchytu. Vždy nemocného poučím a po 6 měsících zopakujeme MR. Aktivní léčbu pak zahajujeme až poté, kdy máme dokumentován růst schwannomu. Stejný postup lze použít u menších asymptomatických meningeomů u starších nemocných. U nízkostupňových gliomů v elokventních oblastech, s nimiž k nám přichází nemocní obvykle po prvním epileptickém záchvatu, také ihned neindikujeme operaci. V půlročních intervalech střídáme PET a MR a teprve poté, co nádor začne vykazovat známky upgradingu, indiku-



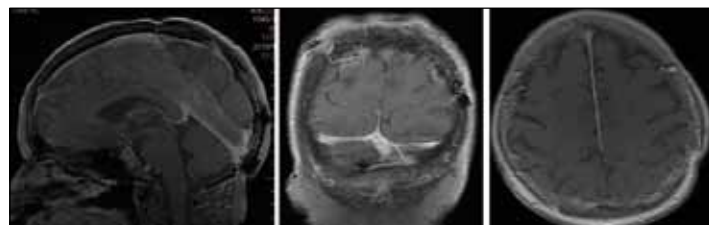
Obr. 9. Peroperační MR potvrzuje radikální resekci. Hypointenzita na T2 obrazech reprezentuje edém.



Obr. 10. Kontrola za 3 měsíce. Topický nález normální.



Obr. 11. Objemný meningeom u 68leté ženy. Nádor prorůstá šípový splav od centrální krajiny po torcuar (šipky), roste extradurálně a vlevo se noří do mozku těsně postcentrálně. Nádor se projevil hemiparezou a diskretní fatickou poruchou.



Obr. 12. Rok po resekci. Je patrný rozsah resekce falxu a splavu, nádor byl odstraněn i z torcuar a je vidět, že oba s.transversus jsou volně průchodné. Nemocná je neurologicky normální.

jeme resekci. U těch samých gliomů v nonelo-kvetních oblastech nebo tehdy, jsme-li přesvěd-čeni, že tumor z funkčně významné zony odstrá-níme bezpečně, operaci indikujeme jako první krok léčby. Rozhodující je tedy zcela individuál-ní přístup, informovanost nemocného, který na-konec rozhodne sám a dobrá předoperační dia-gnostika. Zde je nutno zmínit, že chirurgie intra-kraniálních nádorů patří k nejobtížnější chirur-gii vůbec a jako taková není prosta komplikací. Nejčastější komplikace jsou neurologické pova-hy. A jakákoliv neurologická porucha, fatická lé-ze, hemipareza, porucha vědomí, ztráta recent-ní paměti atd. dramaticky snižuje kvalitu života. Naneštěstí, část těchto poruch je nevratná, cen-trální nervový systém neregeneruje.

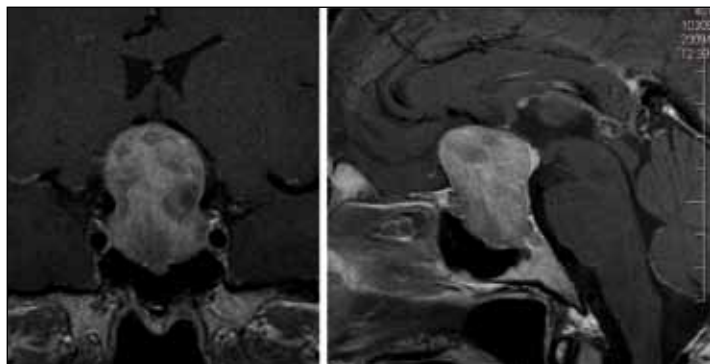
Ve své podstatě je celá chirurgie intrakrani-álních expanzí o posledních dvou větách před-chozího odstavce. Je riziko toho, že neurologický deficit způsobíme operací nižší nežli rozvoj téhož pokud necháme expanzi neoperovanou? Je-li odpověď kladná, operaci indikujeme. A v této otázce je i rozvoj a budoucnost oboru.

Naše současné technické možnosti dovolují snížit rizika a zároveň zvýšit radikalitu. Prakticky všechny operace provádíme v celkové aneste-

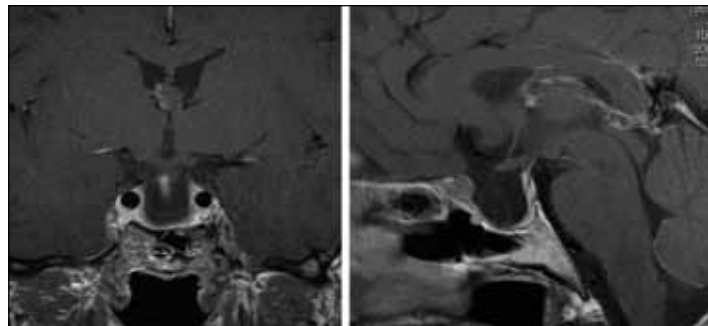
zii, výjimkou jsou nádory uložené v řečových ob-lastech, tam potřebujeme spolupráci nemocné-ho. Všechny ostatní funkce dokážeme dnes pe-roperálně monitorovat a stimulovat. Určitým problémem je ještě zrak, kde monitorace ne-ní zcela spolehlivá. Všechny operace provádí-me za použití mikroskopu a mikrotechnik, ope-rovat intrakraniální nádor bez mikroskopu pova-žujeme za postup non lege artis. Významnou po-mocí je ultrazvukový aspirátor, nádor drtí a zá-roveň odsává. Většinou totiž nádory odstraňujeme po částech, jen zcela výjimečně vcelku. Dnes je pro nás nepostradatelným pomocníkem intra-operační magnetická rezonance. U gliomů jsme tam, kde plánujeme radikální resekci (radiolo-gický, nikoliv biologický termín) dokázali radika-litu zdvojnásobit, i tam, kde jsme plánovali par-ciální resekci jsme za pomoci intraoperační MR radikálně odstranili 10% nádorů. Intraoperační rezonance umožní zobrazit stav resekce během operace a dovolí vrátit se pro reziduum nádoru (Obr.1.). U glioblastomů radikalitu ještě zvyšuje-me využitím injekce kyseliny aminolevulové – při zapnutí speciální vlnové délky v osvětlení mik-rooskopu se reziduální nádorová tkáň zbarví červe-ně. U adenomů hypofýzy intraoperační rezonan-ce zvýšila radikalitu u nemocných s plánovanou radikální resekci o 20%, u plánované částeč-

né resekce jsme u poloviny nemocných po MR pokračovali v resekci a dosáhli tak subtotál-ní resekce. Všechny zmíněné techniky – mikro-skop, CUSA, monitoring, intraoperační MR, ALA či awake operace dnes zvyšují radikalitu a zá-roveň snižují rizika operace. Jejich efekt je ne-pochybný, není ovšem podpořen žádnými ran-domizovanými studiemi (s výjimkou ALA) a ne-jedná se tedy o medicínu založenou na důka-zech (sensu stricto). Obr. 2.-7. provádí čtenáře resekci oligodendrogliomu, který zasahuje do fa-tických i motorických oblastí. Obr. 8.-10. je stav před, intra a poop. 18letého chlapce s glio-blastomem. Obr. 11.-12. je operace meninge-omu šípového splavu, Obr. 13.-14. ukazuje ty-pický makroadenom hypofýzy. Obr. 15.-16. pak schwannom akustiku gr. IV. Všichni tito nemoc-ní od nás odcházeli bez neurologického deficitu.

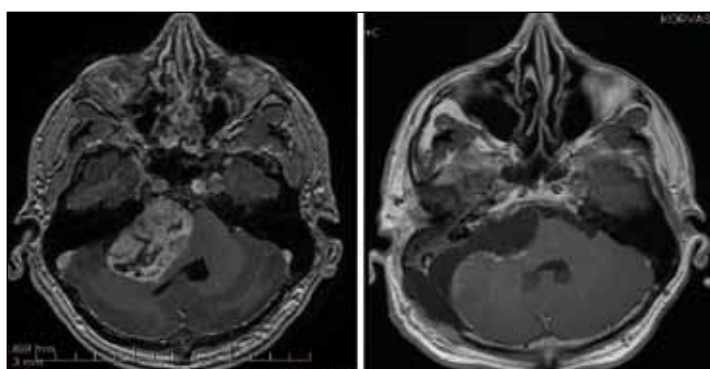
Chirurgie baze lební. Oblast, která s v po-sledních letech snaží deklarovat jako subspeci-alizace neurochirurgie, ORL, maxilofaciální chi-rurgie. Osobně ji nepovažuji za specifickou dis-ciplínu, protože v zásadě jde pouze o chirurgii přístupů. V neuroonkologii je cílem operace vždy nádor, nikoliv baze lební. Výjimkou jsou chordo-my a chondrosarkomy, které z baze lební vyrůs-tají, i při jejich operaci však jde zejména o od-



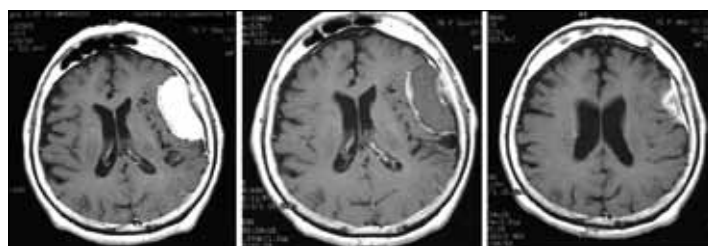
Obr. 13. Makroadenom hypofýzy u 40leté ženy. Panhypopituitarismus a bi-temporální hemianopie.



Obr. 14. Stav po endoskopické resekci za využití intraoperační MR. Zrak upraven, nemocná nepotřebuje substituci.



Obr. 15. Schwannom n.VIII dx grade IV. Hluchota vpravo a sy zvýšeného intrakraniálního tlaku.



Obr. 16. Stav po resekci. Vyjma hluchoty vpravo je nemocný neurologicky intaktní.

stranění nádoru při uchování nervové tkáně a jejích funkcí. V mnoha případech jsou však postupy chirurgie baze lební nezbytné a pro nemocného výhodné. Zásluhou interdisciplinární chirurgie baze lební jsme se naučili získávat lepší přístup k některým nádorům, umíme lépe rekonstruovat tvrdou plenu vitálními laloky, do armamentária jsme zařadili endoskopické techniky. Kupříkladu dnes všechny adenomy hypofýzy a mnoho dalších nádorů v selární oblasti operujeme transnazálními endoskopickými technikami, které jsou pro nemocného šetrnější než klasické přístupy a zároveň poskytují mnohem lepší vizualizaci oblasti tureckého sedla a tím zvyšují radikálnost a bezpečnost operace.

Rozhodujícím vývojem posledních let je však multimodalita léčby. K cíli nevede jediný postup, ale možností je několik. Nemáme k dispozici pouze chirurgickou léčbu tak, jako ještě před 20 lety. Můžeme použít radiochirurgii (u nás gamanůž), máme endovaskulární techniky. Radiochirurgii použijeme u menších nádorů v těžko přístupných oblastech jako je kavernózní splav, vhodná je pro léčbu kupř. reziduí adenomů hypofýzy, atd. Embolizace nádorů může být použita jako první krok před operací ke snížení krevního zásobení nádoru,

ale může být i krokem jediným. U staršího nemocného, u něhož by již samotná anestezie byla nebezpečná, mnohdy stačí meningiom embolizovat a tím zpomalit či zastavit jeho růst. V posledních letech se také výrazně zvýšila účinnost radio a chemoterapie. Legitimním postupem, který jsme již zmínili, je observace. Krátkodobě jde o nepochybně nejbezpečnější postup, mnohdy s ním lze vystačit. Malé nerostoucí meningiomy, schwannomy, asymptomatické a nerostoucí adenomy hypofýzy označujeme za incidentalomy a neoperujeme je. A výše zmíněné modalitky můžeme vhodně kombinovat. Jak je patrné, současná neuroonkologie má mnoho možností a postupů, jde jen o to zvolit pro nemocného optimální postup.

Logickým zpětným rázem alternativních modalit je tlak na kvalitu chirurgie. Chirurgie musí nabízet výhody, které převyšují efektivitu alternativních modalit, a tento rozdíl musí být natolik markantní, aby vyvážil její okamžité komplikace. Chirurgické techniky a postupy jsou dnes na takové úrovni, že operace je stále obvykle neefektivnější, nepřesnější a nerychlejší modalita. Její postavení v léčbě nádorů nervového systému je nenahraditelné.

Velký chirurgický potenciál však s sebou nese i nebezpečí. Relativně nízký počet složitých nádorů, které představují opravdovou neurochirurgickou výzvu, neumožní to, aby se je naučili operovat všichni neurochirurgové. Každý neurochirurg by tak měl být schopen navrhnout léčbu a eventuální operaci, ne každý je však schopen ji i provést. Neschopnost pochopit tento jednoduchý fakt může vést k patientským tragédiím. To, co je z vrcholu oboru publikováno v prestižních časopisech, je od omezeného počtu autorů z omezeného počtu pracovišť. Touha mladého neurochirurga „také si to zkusit“ vede často k překvapení, že aktuální situace není tak snadná a jednoduchá, jak je to popsáno v literatuře. Umění hodnotit sama a znát své limity je projevem zralosti neurochirurga.

Pro praktické lékaře, kteří ve skutečnosti o nemocného s nádorem nervového systému pečují, je důležité vědět, kam se obrátit, na které pracoviště svého nemocného poslat a co lze od chirurgické léčby očekávat. Jsou to nakonec oni, kdo dlouhodobě o nemocné pečují.

Podpořeno grantem IGA MZ NS 9638-3.



Roztroušená skleróza - kazuistiky

MUDr. Markéta Stará

Dětské oddělení, Nemocnice Mladá Boleslav

■ Kazuistika č. 1

Anna 18 let

RA: bezvýznamná

OA: Ze 2. těhotenství, 2. porod, perinatálně bez komplikací, nemocnost běžná, občas angíny, max. 2 x ročně.

Hospitalizace: 2x na dětském oddělení pro febrilie při viróze (2000, 2001), 1x na dětském oddělení pro cefaleu se závěrem blokáda C páteře po pádu z koně, jinak normální neurologický nálezn (2005), dále RHB

AA: Pyl, roztoči - sledována na alergologii v místě bydliště, medikace Xyzal 1x1

FA: Xyzal

NO: Asi týden před přijetím si po probuzení uvědomila, že vidí dvojité všechny předměty v zorném poli, na blízko viděla normálně, četla a psala bez obtíží. Bolesti hlavy neměla, ani závratě, nauzea 0, nezvracela. Nikomu o obtížích neřekla.

Za 4 dny si matka všimla, že šilhá levým okem, dívka si tehdy již stěžovala na bolest za levým okem při snaze dobře vidět.

Stav se asi 3 dny neměnil, byla tehdy vyšetřena na dětském středisku, odeslána na oční a neurologické vyšetření a k přijetí na naše oddělení.

Stav při přijetí

Eutrofická dívka, vědomí plné, chování přiměřené věku, spolupracuje ochotně.

Hlava mesocefalická, na poklep nebolestivá, oční štěrby symetrické, zornice izokorické, fotoreakce a akomodace symetrická. Levý bulbus jeví oproti pravé straně mírnou konvergenci a v tomto postavení zůstával při všech pohybech. V krajních polohách byl oboustranný fixační nystagmus. Další mozkové nervy orientačně v pořádku.

Ostatní nálezn zcela fyziologický.

Vyšetření:

FW 2/10, CRP 4

KO + dif. - v normě

Biochemismus v normě

M+S negativní

Rtg VDN - bez patologie

Likvor - čirý, bezbarvý

leukocyty 36, segmenty 2, lymfocyty 34, erytrocyty 34, Pandy 1/2, **CB 742,0 mg/l**, glukosa 2,7 mmol/l, chloridy 118 mmol/l

Kultivace: epipharynx - běžná bakteriální flora

likvor - negativní

Serologie - EBV, CMV, parotitis, HSV, HHV6, HHV8, varicella zoster, enteroviry, polioviry, borrelie, KME - vše bez zn. akutní infekce

Likvor na KME a borrelie - negativní

Isoelektrická fokusace likvoru a séra: oligoklonální pásy IgG

Likvor: 8 nekorrespondujících pásů s převahou v alkalické zóně

Sérum: žádné pásy

Závěr: Vzorec II - pozitivní oligoklonální syntéza IgG v CNS

CT mozku nativně a po aplikaci KL

SA prostory jsou přiměřené šíře, komor. systém je ve střední čáře bez známek přetlaku, štíhlý. V oblasti bazálních ganglií vpravo podél falxu je naznačená drobná hypodenzita do 10mm, která se po aplikaci kontrastní látky nemění. Jiné ložiskové změny neprokazují.

Dop: doplnit NMR

NMR mozku

Závěr: Mnohočetná, z větší části aktivní ložiska charakteru demyelinizačních plaků v mozku i zachycené části míchy.

Neurologické vyšetření

V objektivním nálezu paréza n. VI. vlevo, zornice izokorické, fixační nystagmus ve všech polohách nedisociovaný. Jinak norm. nálezn.

Závěr: Nelze vyloučit RS onemocnění

ORL vyš.:

Pareza n. VI vlevo, vyšetření sluchu orient. v pořádku, dop. ještě audiometrické vyšetření,

TMP s reflexy.

Oční vyšetření: Normální šíře zorného pole, normální visus,

Fundus - fyziol.nálezn

Průběh:

Pacientka přijata k vyšetření pro diplopii. Během hospitalizace afebrilní, bez obtíží, diplopie během hospitalizace ustupuje, po LP si stěžuje na bolesti zad. Po provedení uvedených vyšetření přeložena na specializované pracoviště dětské neurologické kliniky FN Motol se závěrem suspektní RS.

Závěr:

Suspektní RS.

Pareza n. VI vlevo spojená s diplopií, fixační nystagmus ve všech polohách nedisociovaný.

Další osud

Dívka zařazena na dětské neurologické klinice do studie, zde dispenzarizována a léčena Interferonem beta (Zvonec) i.m. 1x týdně. Další osud nejistý.

■ Kazuistika č. 2

Kristýna 10 let

RA: Bezvýznamná

OA: Perinatálně bez komplikací, v předškolním věku častější respirační infekty, angíny, ve 4 letech adenotomie.

Dispenzarizována v alergologické ambulanci v místě bydliště pro alergii na trávy a roztoče, bez trvalé medikace.

NO: Den před přijetím při hře zjistila, že nevidí na levé oko. Vyšetřena další den na oční ambulanci se závěrem neuropathia oculi l. sin., neuritis intraocularis oculi l. sin., přijata na dětské oddělení k provedení CT CNS a oční a neurologickému vyšetření.

Klíště neměla, úraz 0.

Stav při přijetí

Subfebrilní, bez alterace stavu, bez bolesti hlavy, orgánový nálezn fyziologický. Trvala porucha vidění na levém oku. Ameningeální.

Vyšetření

FW 10/22 CRP 3

KO+dif v normě

Biochemismus v normě

ASLO, RF, IgGAME, CIK, M+S - norma

Serologie klíšťové encef., borrelie - negativní

Serologie parotitis, parvovirus - negativní

Likvor: mikroskop., kultivačně i serologicky negativní

CT CNS a orbit - bez patologických změn

MR CNS - bez signifikantních patologických změn

Rtg VDN - jasné

Isoelektrická fokusace likvoru a séra - oligoklonální pásy IgG - negativní nálezn

Neurologické vyš. - neuritis intraocularis l. sin

Oční vyšetření: Postupně velice pomalé zlepšování visu, začínala vidět barevně a rozpo-



znala počet prstů na vzdálenost asi 15 cm levým okem, perimetr – centr. skotom vlevo
Oční pozadí – přetrvávalo prosáknutí papily vlevo především na nasální okraji s nařazením v makule

Průběh

Střídavě lehce subfebrilní (tropická vedra), přetrvával dlouho výrazný postpunkční sy se závratěmi, zvracením, 1x kolapsem, bolestmi hlavy. Zlepšování visu jen pomalé. Po konzultaci stavu s dětskou oční klinikou ve FN Motole domluveno vyšetření na tamní ambulanci a případně do vyšetření ambulantně nebo z lůžka. Odesílána na vyšší pracoviště s pracovní diagnózou neuritis intraocularis l.sin., nám dostupnými vyšetřeními jsme neprokázali onemocnění RS.

Závěr vyšetření oční kliniky FN Motol:

Atrofie papily vlevo po proběhlé intraokulární neuritidě, dále nevyšetřována a doporučeno sledování na oční a neurologické ambulanci v místě bydliště.

Další osud

Zhruba za 6 měsíců došlo k téměř úplné spontánní úpravě zraku.

Za dalších několik měsíců při preventivní prohlídce v 11 letech zjištěna opět významná porucha visu na levém oku, proto opět krátce hospitalizována na našem dětském oddělení a domluveno vyš. na dětské neurologické klinice FN Motol.

Provedena opět LP a NMR s norm. nálezem, doplněno vyšetření EP, kde abnormální VEP vlevo, dle klinického obrazu uzavřeno jako 2. ataka retrobulbární neuritidy vlevo při infantilní formě sclerosis multiplex.

Terapie

Postupně snižující se dávky Medrolu, zpoč. 24mg/den/2d, nyní již jen 6mg/ob den, sanace fokusů, KCl, Ranisan, Vigantol, Calcium, Citalex.

Zákaz podávání živých vakcín trvale, neživé vakcíny až při vyklesání na dávku 8 mg ob den.

a dále...

Při kontrole za 3 měs. na léčbě Medrolem se ve zprávě objevuje zmínka o nevybavlosti břišních reflexů a incip. sfinkterových obtížích ???, přetrvává porucha barvocitu a visu na levém oku.

Na dvou rozdílných kazuistikách dívek s RS jsem se snažila doložit variabilitu klinického obrazu této nemoci, stejně tak i variabilitu laboratorních i dalších nálezů (MR, LP...)

Kolpingova rodina Smečno,

Nadace Sirius,

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích,
Zdravotně sociální fakulta, 2. LF UK Praha, FN Motol
pod záštitou náměstkyně hejtmana Jihočeského kraje
Mgr. Ivany Stránské

pořádají konferenci

MULTIDISCIPLINÁRNÍ PÉČE O PACIENTY S NERVOSVALOVÝMI ONEMOCNĚNÍMI SE ZVLÁŠTNÍM ZŘETELEM NA SPINÁLNÍ MUSKULÁRNÍ ATROFII (SMA)

16. – 18. září 2011 ZSF JU
v Českých Budějovicích, Boreckého 27

Garant konference: doc. MUDr. Miluše Havlová, CSc.

Více informací na <http://www.dumrodin.cz/konference-sma-2011.html>

■ Britští vědci ohlásili injekci snižující následky infarktu

Obvyčejná injekce, kterou pacienti dostanou do dvanácti hodin po srdečním záchvatu či mrtvici, dokáže snížit ničivé následky těchto těžkých stavů o více než polovinu. Podle listu The Daily Telegraph to prohlásili vědci z Leicesterské univerzity, kteří vyvinuli příslušnou látku. Profesor Wilhelm Schwäble, šéf výzkumného týmu, soudí, že by to mohl být „vůbec největší průlom“ v boji se dvěma největšími zabijáky lidí v Evropě.

Protilátka, která snižuje devastující zdravotní důsledky infarktu a mrtvice až o 60 procent, může podle imunologa blokovat i záporné imunitní reakce vůči transplantovaným orgánům.

Srdeční záchvaty i mrtvice vznikají při zablokování krevního řečiště.

Největší škody však při nich vznikají často až později, kdy se krevní oběh znovu obnoví: v té chvíli totiž nastupuje imunitní reakce, při níž jsou napadeny buňky oslabené nedostatkem kyslíku během záchvatu. Tento efekt nastupuje zhruba devět až dvanáct hodin po záchvatu. „I nejpomalejší ambulance na světě vás dostane do nemocnice během devíti hodin,“ poznamenal Schwäble.

Imunitní reakce způsobuje rozsáhlé záněty a má na svědomí až 80 procent všech trvalých poškození. Právě kvůli tomu často lidé umírají nebo končí s trvalými zdravotními následky.

Injekce útok blokuje, což buňkám umožní, aby se začaly znovu normálně okysličovat a daly se do pořádku. Protilátka byla zatím vyzkoušena na myších a vyšších savcích. Pokusy na lidech začnou do dvou let.

Zdroj: Právo, 20.4.2011



Sdružení neorganizovatelných

V České republice žije podle nejnovějších dat na 18 tisíc pacientů s roztroušenou sklerózou (RS). A už šest let tady úspěšně funguje občanské sdružení pacientů zaregistrované jako Sdružení mladých sklerotiků (SMS).

Najdete v něm mnoho lidí, kteří poněkud zvláště vysvětlují, proč zamířili do SMS. „My vlastně sdružujeme lidi, kteří mají odpor k tomu, aby se organizovali. Nemají potřebu vyhledávat nějakou strukturu, organizovanost,“ říká předseda sdružení Marek Tomažič s poukazem na to, že členům vyhovuje volnost.

Všechno začalo, když si desítka pacientů před lety řekla, že když už je „ereska“ onemocněním mladých, stálo by za to oslovit prostřednictvím oblíbeného média mladých lidí i další pacienty mimo Prahu. Jako vůbec první počín sdružení tehdy na internetu vzniklo diskusní fórum pro pacienty

s RS. Píší tam dotazy i zkušenosti se zvládáním příznaků onemocnění, vedlejších účinků léčby, nebo i osobní bolístky. Vše podle hesla: sdílené trable jsou poloviční trable.

Členové SMS na bázi dobrovolnictví také organizují víkendové akce, na které by si mnozí pacienti netroufli jet se zdravými kamarády – aby se nezesměšili nebo aby nebyli na obtíž. Jezdí spolu na rafty, na koních, sjíždějí Lužnici, jedou pronajatým autokarem k moři, zahrají si golf, proženou motokáry a nevynechají ani oblíbené celorepublikové setkání na Moninci s přednáškami odborníků na RS.

„Mladí sklerotici“ s pomocí školených

fyzioterapeutů natočili a vydali už dvě DVD s instruktážními brožurkami o vhodném cvičení. A díky pomoci významných odborníků na výživu sami sestavili užitečnou publikaci o doporučeném stravování při RS, která na českém trhu dosud chyběla.

„Letos začínáme vydávat i vlastní časopis, protože si uvědomujeme, že zhruba 40 procent obyvatel republiky nemá přístup k internetu,“ prozrazuje žhavou noviniku Majka Chvátařová, místopředsedkyně a „dobrá duše“ sdružení.

*Zdroj: Ing. Alena Zvěřinová,
Sdružení mladých sklerotiků*

Když bakalářka přeroste české vědce

V zahraničí existují desítky studií o možné souvislosti stravy s výskytem roztroušené sklerózy (RS), ovšem Česká republika je v tomto směru poněkud nepolíbenou princeznou. Jistým mezníkem v tomto směru je bakalářská práce Mgr. Michaely Hýskové, která vznikla vloni na lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně pod vedením doc. MUDr. Jana Šimůnka, CSc.

S bakalářskými a seminárními pracemi, které se týkají roztroušené sklerózy, jako by se roztrhl pytel. Jejimi autory bývají většinou fyzioterapeuti, ale první vlaštovka zaměřená na výživu pacientů má teprve loňské datum a pochází z pera mladé ženy, o které toho zřejmě ještě hodně uslyšíme. Autorka byla natolik důkladná, že její práce poskytuje téměř dokonalý výčet toho, co se v zahraničí jenom šustlo kolem výzkumu vlivu stravy na RS. Není divu, že Mgr. Hýsková po ukončení studia našla práci ve Státním zdravotním ústavu, kde se věnuje právě výživě.

Ve své bakalářské práci popisuje například vztah mezi konzumací specifických nutrientů a incidencí roztroušené sklerózy, pozitivní vliv některých nutričních (např. vitamínu D, vitamínu B12, PUFA n-6 a n-3 a mnoha dalších). Nevynechala ovšem ani speciálních diety rozšířené mezi pacienty (Swankova dieta, nízkotučná dieta, vegetariánství a veganství, syrová strava atd.).

Velmi cenné jsou pak výpovědi dvou pacientek, z nichž jedna trpí navíc malnutricí a druhá naopak obezitou. Autorka zachytila i to, jak tyto ženy využívají metody komplementární i alternativní léčby.

„Podle našeho názoru je velmi problematické bez rozdílu všem pacientům s RS doporučovat určitou dietu nebo určitá stejná nutriční doporučení. K pacientům s RS je nutné, co se výživy týče, přistupovat individuálně. Každý pacient s RS může mít totiž naprosto odlišné nutriční problémy, jak se také ukázalo v našich kazuistikách,“ píše Mgr. Hýsková v závěru své obsáhlé práce, kterou určitě stojí za to prostudovat důkladně.

*Zdroj: Ing. Alena Zvěřinová,
Sdružení mladých sklerotiků*



Antibiotika u virózy? Ano, někdy je to žádoucí

Rozhovor s MUDr. Evou Meluzínovou

Centrum pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění, Neurologická klinika 2. LF UK, Motol, Praha

Roztroušená skleróza (RS) bývá nejčastěji diagnostikována mladým lidem ve věku 20 až 40 let. Výjimkou nejsou ani děti s tímto závažným neurologickým onemocněním. Pokud je nemocný jeden z rodičů, pak je riziko vzniku onemocnění u dítěte zhruba tříprocentní. A pokud jsou nemocní oba rodiče, stoupá toto riziko na 30 procent,“ říká MUDr. Eva Meluzínová, vedoucí lékařka Centra pro léčbu roztroušené sklerózy Fakultní nemocnice Motol.

Jaký je vlastně výskyt roztroušené sklerózy v dětské populaci v České republice?

Přesné číslo neznám, ale dá se to odhadovat z toho, že pacientů mladších osmnácti let je zhruba pět až sedm procent. Když tedy víme, že prevalence roztroušené sklerózy je v České republice 130 až 200 pacientů na sto tisíc obyvatel, tak můžeme odhadovat, že neplnoletých pacientů je zhruba kolem tisícovky.

A kolik let je nejmladšímu RS pacientovi u nás?

To je velká rarita, RS byla u této pacientky diagnostikována ve třech letech. To ovšem bylo před mnoha lety, teď už jí je 21 let a je v dobrém stavu.

Říkáte, že tak malé dítě s RS je naprosto výjimečný případ. Dá se říci, v jakém věku bývá toto onemocnění diagnostikováno u dětí nejčastěji?

Obvykle to bývá kolem puberty, tedy zhruba ve věku 11 až 12 let. Odpovídá to předpokladu, že hormonální změny mají na výskyt prvních příznaků roztroušené sklerózy významný vliv.

Co všechno se pro školáka s diagnostikovanou RS mění? Musí například přestat sportovat?

Naopak. I dětem, které nebyly zvyklé sportovat, doporučujeme, aby v době, kdy je jejich zdravotní stav stabilizovaný, zlepšovaly svoji kondici. Pokud jde o sport, měly by si vybrat takový, aby jejich zátěž byla submaximální, nikoliv maximální. Čili doporučujeme každodenní sportování – v létě třeba kolo a v zimě lyžování. A pokud nemají chuť do pohybu, stačí, když jim rodiče pořídí psa a dítě s ním bude každý den chodit na procházky. Je to velmi důležité, protože to vede to k určitému otužení imunitního systému. Navíc pacient

s dobrou fyzickou kondicí a dobrým svalovým korzetem bude mít v době ataky menší motorický handicap než pacient, který není na pravidelnou fyzickou aktivitu zvyklý.

A potřebuje nějaké úlevy třeba při tělocviku?

Nemyslím, že je žádoucí, aby lékař takové úlevy psal jenom proto, že má dítě roztroušenou sklerózu. Jen výjimečně píšeme tělocvikáři doporučení v tom smyslu, že by žák neměl mít maximální zátěž. Hrát třeba hodinu basket v jednom kuse není určitě žádoucí. Někteří naši pacienti ale mají i takovou kondici, že jeden byl již třikrát na Mont Blanku, další běhá každý rok Pražský maraton a máme i cyklistu, který pravidelně jezdí závod horských kol Krále Šumavy. Všichni samozřejmě dobře vědí, že trénovat je dobré jen v období stabilizace zdravotního stavu.

Měl by pacient nějak změnit svůj jídelníček?

Doporučujeme zdravou výživu jako takovou. Důležitý je určitě dostatek masa a třikrát týdně jíst mořské ryby. Vhodný je i dostatek zeleniny, hlavně zelených salátů a dále používat olivový olej. Rozhodně nemáme rádi vegetariány a také kuřáky. Různé epidemiologické studie totiž prokazují, že roztroušená skleróza vzniká mnohem častěji u kuřáků. A také její průběh u nich bývá závažnější než u nekuřáků.

Takže rodiče malých pacientů by si měli ohlídat, aby jejich potomek nesáhl po cigaretě, pokud chce podat pomocnou ruku mírnému průběhu RS. A liší se nějak terapie RS u dětských a dospělých pacientů? Mám na mysli zejména dlouhodobé podávání nízkých dávek kortikoidů.

Používání kortikosteroidů u dětí je velmi složité, u vyvíjejícího se organismu totiž hro-

zí zastavení růstu. Také imunosupresiva typu azathioprine, která jsme některým dětským pacientům podávali, mohou způsobit nežádoucí vedlejší příznaky. V poslední době ale začínáme podávat tyto léky méně často než v minulosti, protože nyní můžeme zahájit léčbu mnohem účinnějšími léky a také u menších dětí. Tzv. léky první volby, tedy interferony beta a glatiramer acetát, mohou nyní dostávat i děti od dvanácti let věku.

Kdy se to změnilo a proč je to pro malé pacienty tak důležité?

Dříve jsme začínali s účinnou injekční léčbou až od patnácti let, snížená věková hranice 12 let byla nově zavedena od roku 2010. Smyslem léčby roztroušené sklerózy je hlavně to, aby byla zahájena co nejdříve. Existuje na to rčení Time is axon. Přinejmenším deset let je totiž prokázáno, že k poškození axonů, tedy nervových vláken dochází v samotném začátku choroby, a tento stav je nevratný. A protože se stoupajícím množstvím poškozených nervových vláken narůstá invalidita pacienta, mělo by se s léčbou začít co nejdříve.

Je snížení věkové hranice u dětí jediný výrazný posun v léčbě?

Od roku 2009 můžeme u všech pacientů začít podávat léky první volby už od prvního příznaku, u kterého je vysoce pravděpodobné, že povede k rozvoji roztroušené sklerózy. Neboli musí být splněna podmínka, že jde pravděpodobně o chronický proces, tedy že nejde o jednorázovou záležitost. Například zánět očního nervu může mít jednou za život každý z nás, ale ještě to neznamená, že by se mělo uvažovat o roztroušené skleróze.

Jak se vlastně postupuje při nasazení injekční léčby už po prvním příznaku? Co je nutné, aby se neurolog vyhnul tomu, že se zmýlí v diagnóze?



Chronický proces může ukázat už první magnetická rezonance. Když bude kromě prvního příznaku zároveň i nález zánětlivého procesu v mozkomíšním moku a navíc budou na magnetické rezonanci alespoň dvě ložiska, tak takovému pacientovi oznámíme, že je u něj vysoké riziko rozvoje roztroušené sklerózy a začneme ho léčit, jako kdyby ji už měl. Podle nových kritérií, která platí od letošního roku, postačí k prokázání chronického procesu, když magnetická rezonance s podáním kontrastní látky ukáže některá ložiska aktivní a jiná neaktivní. Svědčí to o tom, že jsou různého stáří, a tudíž jde o chronický proces.

Znamená to, že nejen dospělým, ale i dětem se teď bude provádět jejich první magnetická rezonance s podáním kontrastní látky?

Bylo by to dobře, ale nebude to pravidlem. Mnohokrát totiž nevíme, co pacientovi je a podle prvních příznaků třeba hned nepomýšlíme na roztroušenou sklerózu. Radiolog proto v mnoha případech kontrastní látku nepodá. Na druhé straně jen menší procento pacientů má průkazné aktivní ložisko s porušenou hematoencefalickou bariérou na MRI.

Vraťme se ale k léčbě. V posledních letech se RS pacientům podává jako doplňková léčba také vitamin D. Proč?

Poslední výzkumy ukazují, že na častějším výskytu roztroušené sklerózy v zemích vzdálenějších od rovníku, kde je méně slunečního svitu, a tím i méně vitaminu D. Jeho nedostatek je pravděpodobně jedním z rizikových faktorů vzniku RS.

Zdá se však, že zejména pediatrii projevují rozpaky nad podáváním Vigantolu v kapkách, zjevně mají obavy z vedlejších účinků vitaminu D...

Vigantol sice lze předávkovat, ale rozhodně ne v takových dávkách, které neurologové běžně používají. Bezpečná dávka pro dospělého člověka vážícího 70 kg je šest kapek denně. Já osobně doporučuji všem svým pacientkám, které jsou matkami, aby vitamin D trvale podávaly i svým dětem. Tím jim určitě neuškodí. Jeho prospěšnost je prokázána například studií, které se zúčastnily maminky s RS a zkoumala se přitom pravděpodobnost přenosu roztroušené sklerózy na jejich děti. Srovnávaly se dvě skupiny a ukázalo se, že děti, se kterými maminky chodily často ven, a tedy pobývaly častěji na sluníčku, onemocněly roztroušenou sklerózou méně často než děti, které se na sluníčko tolik nedostaly. Samozřejmě je ale

důležité chránit si pokožku přípravkem s vhodným ochranným faktorem proti UV záření.

Jaké by mělo být dávkování vitaminu D u dětí?

Dospělým podáváme již zmíněných šest kapek denně, což je 3000 IU. Správně by měli dostávat až 4000 IU, ale v tomto případě už stoupá riziko nežádoucích účinků z předávkování. Vhodné jsou také pobyty u moře nebo na horách, to je mnohem přirozenější a rychlejší způsob, jak vitamin D získávat. Během jedné hodiny na sluníčku u moře dokáže lidský organismus vyrobit až 10 000 IU. Bohužel takové pobyty nejsou trvalým řešením, proto doporučuji preventivně podávat i vitamin D v kapkách. Dávkování víceméně ponechávám na pediatrech.

Kromě vitaminu D mají pacienti s roztroušenou sklerózou jistou zvláštnost i v tom, že jim praktičtí lékaři podávají antibiotika, byť mají virovou a nikoliv bakteriální infekci. Jaký je k nasazení antibiotik u virových důvodů?

Praktickým lékařům doporučujeme, aby v takových případech u našich pacientů s nasazením antibiotik neváhali. Jde totiž o pacienty s uměle tlumenou imunitou, u kterých bývá velmi časté, že virová infekce přejde v bakteriální. V době virové také pacientům doporučujeme užívat nízkou udržovací dávku kortikosteroidů.

Pacientům s RS obecně se nedoporučuje očkování, s výjimkou takových smrtelných nemocí, jako je tetanus. Jak je to u očkování dětských pacientů?

Očkují se podle povinného schématu. Možná ale někdy stojí za úvahu, jestli je opravdu nutné očkovat všechny dětské pacienty i proti hepatitidě. Rozhodně ale nedoporučujeme očkovat jinak než podle povinného očkovacího schématu. Tedy rozhodně ne proti chřipce, klíšťové meningoencefalitidě a meningokokům. Samozřejmě ale existují i výjimky. Máme například mladé, stabilizované pacienty, kteří se nechávají po poradě s námi očkovat před cestami do exotických zemí.

Není tajemstvím, že roztroušená skleróza bývá u gravidních pacientek stabilizovaná třeba i po celou dobu těhotenství...

Ano. V tom období bývá díky těhotenským hormonům choroba stabilizovaná, je to doba imunotolerance, což je pro RS příznivé.

Jak je to nyní s kojením. Byly doby, kdy se vůbec nedoporučovalo, ale teď se zdá, že se

doba kojení dokonce prodlužuje...

V každém centru je to jinak. V době bezprostředně po porodu a v šestinedělí dochází k prudkému poklesu těhotenských hormonů, navíc pacientka prožívá silný stres a fyzickou námahu. V tomto období může dojít k atace nejčastěji i proto, že maminky jsou ohrožené také kvůli vzrůstající hladině prolaktinu. Snažíme se to ovlivnit podáváním infuzí imunoglobulinů. První infuzi dostanou maminky bezprostředně po porodu a další pak vždycky jednou za měsíc. Nijak přitom nevádí, že se imunoglobuliny dostávají i do mateřského mléka. My tady máme zhruba 60 maminek, které porodily 60 zdravých dětí. A některé z nich zvládly čtyři měsíce kojení, některé i šest, pokud byla maminka ve stabilizovaném stavu. Existují dokonce menší studie prokazující, že mnohem lepší je pro pacientky plné kojení než přikrmování. Příkrm totiž znamená riziko výkyvu hladiny estrogenu, neboť maminka začíná pak dříve menstruovat. A jak už jsem řekla dříve, výkyvy hormonálních hladin zpravidla přinášejí riziko ataky.

Existují i nějaká doporučení ohledně hormonální antikoncepce, když víme, že součástí léčby je i dlouhodobé podávání kortikosteroidů?

Proti hormonální antikoncepci nemáme výhrady, užívá ji 90 % našich pacientek. Naopak ji doporučujeme, protože těhotenství pacientky s roztroušenou sklerózou musí být plánované. Samozřejmě je nutné dodržovat určitá režimová opatření. To znamená například, že žádná z našich pacientek nesmí kouřit a nesmí tam být ani jiná kontraindikace – například sklon k větší srážlivosti krve apod.

Určité riziko představuje při roztroušené skleróze také narkóza. Nevynnou se jí ovšem ani děti, například při operaci slepého střeva. Jakou narkózu považujete za vhodnou?

Riziko je spojené hlavně s velkým stresem pramenícím z operačního výkonu. Obvykle se pacientům před výkonem podává vyšší dávka kortikosteroidů. Záleží ale na stavu pacienta, před zákrokem zpravidla vystavíme pacientům zprávu pro ošetřujícího lékaře. Obecně lze říci, že není problém podstoupit plánované výkony v době, kdy je roztroušená skleróza stabilizována. U urgentních výkonů je vždy vhodná šetrně vedená anestézie s podáním větší dávky steroidů intravenózně.

Ing. Alena Zvěřinová,
Sdružení mladých sklerotiků



Ze světa odborné literatury...

Praktické postupy u dětí s bolestmi zad

Symptomy můžeme rozdělit do mnoha podskupin. Lokalizované v lumbální oblasti – spondylolýza, do oblasti thorakální – Scheuermanova kyfosa, bolesti propagující se do dolních končetin ve smyslu intervertebrální herniace disku. Noční bolesti spolu s teplotami a ztrátou váhy bez relace k fyzické aktivitě směřují k tumoru. Infekce má bolesti bez fyzické aktivity, neodpovídající na opočetek, s teplotami a také váhovým úbytkem. Chronické bolesti bývají u Scheuermanovy kyfosisy a bolesti zvl. ráno pak u spondylolýsis.

Intermitentní nebo rekurentní bolesti zase u intervertebrální herniace disku, spondylolýsis-bolesti zvláště ve spinální extenzi a podobné potíže jsou i u spondylolistézy. Teploty a potíže při močení známkami cystopielitidy nebo pyelonefritidy. Fraktura oblouku obrátle je pak signalizována radikulárními bolestmi, neurologickou ztrátou v dané oblasti. Musíme myslet i na spinální infekce (diskitis), juvenilní idiopatickou artritidu, ankylozující spondylitidu, osteoidy, osteoblastomy, Ewingův sarkom, lymfom, neuroblastom, metastasy, juvenilní osteoporosis.

Eur. J. Pediatr. 2011, 170, 149-156.

Včasné podání intravenosního imunoglobulinu při léčbě těžké hemolytické nemoci novorozenců

Standardní léčbou závažné hemolytické nemoci novorozenců je fototerapie. Výměnná transfuze je až v druhé linii, a to v progresivních stavech. V literárních pracích se objevovaly informace, že podávání imunoglobulinu iv vede k poklesu počtu výměnných transfuzí (VT).

Proto se autoři ve své práci zaměřili na využívání imunoglobulinu a snažili se zodpovědět otázku, zda a kdy toto výrazně sníží počty VT. Shromáždili soubor 90 novorozenců. Vycházeli z názorů, že novorozenecká žloutenka je společným novorozeneckým problémem u 60 % zralých dětí a u 80 % dětí nezralých, a to vždy prvé dny po porodu. V 75 % se ikterus podílí na opětovné hospitalizaci na novorozeneckých odděleních.

Hlavním následkem hemolytické nemoci je akutní nebo chronický kern-ikterus. I v současné době mnoho matek Rh negativních v rozvojových zemích nedostává Rh pro-

fylaxi anti D imunoglobulinem. Fototerapie je standardně užívána pro středně těžké hyperbilirubinémie a na druhé straně VT sice předchází encephalopatií, ale není bez rizika. Také kritéria pro používání VT jsou kontroverzní. Těžká anaemie a rychle se zvyšující hladina bilirubinu navzdory maximální fototerapii indikují potřebu rychlé VT. I přes zprávy o používání intravenosního imunoglobulinu v léčbě isoimunní hemolytické anémie není zatím konsensus v dávce, rychlosti a době této terapie.

Proto připravili prospektivní, randomizovanou studii se souborem daného počtu novorozenců.

Tito byli přijati na neonatální jednotku v Cairo v Egyptě. pro indikaci k VT. Novorozenci byli rozděleni do dvou skupin. Za prvé konvenční skupina 45 novorozenců léčená fototerapií a pak intervenční skupina. Tato druhá skupina byla rozdělena na podskupiny IIa (23 novorozenců) a IIb (22 novorozenců) léčené dvěma dávkami intravenosního imunoglobulinu ve 12 hodinách věku k příslušné fototerapii. Konvenční i intervenční skupina splňovala následující kritéria: věk více než 38 týdnů, dítě narozené Rh neg. matkám, které nedostávaly v minulosti anti D globulin. Dále pak izoimunní hemolytická žloutenka zapříčiněná Rh inkompatibilitou, pozitivní Coombsův test a vysoký počet retikulocytů. Dále pak signifikantní nepřímá hyperbilirubinémie vyžadující fototerapii, při které však hodnoty nadále stoupají. Dále byli vyloučeni novorozenci s perinatální asfyxií, neonatální sepsí a novorozenci s hematomy. Nikdo před tím nedostával imunoglobulinu nebo transfuze in utero, tito také byli vyřazeni. U všech pacientů bylo provedeno sonografické a neurologické vyšetření. Vzorky bilirubinu byly získávány po porodu a pak po 6 hodinách. Hodnoty bilirubinu byly měřeny spektrofotometricky. Ve 12 hodinách po porodu dostali novorozenci z intervenční skupiny intravenosní imunoglobulin pomocí infuzní pumpy po dobu 3 hodin v dávce 0,5 g/kg – skupina IIa a 6 hodin v dávce 1 g/kg ve skupině IIb. Novorozenci byli monitorováni pro případné vedlejší efekty.

Výsledky 90 novorozenců zařazených do studie: během 10 měsíců bylo vše posouzeno. Celkem 5 rodičů intervenční skupiny nesouhlasilo s použitím imunoglobulinu, takže byli léčeni standardním postupem,

t zn. 45 + 5:50 novorozenců Ze 40 dětí zařazených do intervenční skupiny, 5 dostalo vysoké dávky imunoglobulinů. Z výsledků bylo možné konstatovat, že ve skupinách v době po narození i ve 12 hodinách se nelišily hodnoty. Během následující doby intervenční skupina měla signifikantně nižší hladinu bilirubinu než konvenční skupina. Ve stáří 48 hodin hladina v konvenční skupině byla také vyšší než v intervenční skupině. V 72 hodinách stále přetrvávaly vyšší hladiny bilirubinu v konvenční skupině. Také trvání fototerapie bylo v konvenční skupině delší než v intervenční skupině. V intervenční skupině byla také kratší doba hospitalizace.

Celkem 11 pacientů (22%) v konvenční skupině vyžadovalo VT, zatímco v intervenční skupině jen 5 %, a to ve skupině IIa dva novorozenci a ve skupině IIb devět novorozenců. Uvedení dva novorozenci ve skupině IIa měli provedenu VT ve stáří 30 a 33 hodin. Novorozenci tolerovali imunoglobulin velmi dobře. Podání imunoglobulinu vedlo k výraznému poklesu VT.

Užitečnost spočívá v blokádě Fc receptorů RES systému novorozence. Toto následně zastavilo destrukci erytrocytů a zabránilo další hemolýze. Podání imunoglobulinu ve 12 hodinách bylo efektivní v malých i velkých dávkách, ale vyšší dávka byla efektivní z hlediska vyloučení VT.

Eur. J. Pediatr. 2011, 170, 461-467.

Relace mezi migrénami a pravolevým zkratem

Migrény představují velký diskomfort. Prevalence je 27 % žen a 8 % mužů.

Migrény zvláště s auroou mají zároveň často zjištěný pravolevý zkrat. Není důležité co vede ke zkratu, jestli Foramen ovale či DSS nebo plicní arteriovenosní malformace. Dále je z prací také patrný pokles migrén po perkutánním uzavěru shuntu. Stejný pokles prevalence byl nalezen u pacientů s embolizací plicní arteriovenosní malformace. Stejně výsledky byly nalezeny po uzavěru septálního defektu. Vysvětlení lze hledat pomocí vasoaktivních substancí, které mohou vstupovat do cirkulace, indukovat cerebrální instabilitu provokující ataky migrén.

Eur. J. Pediatr. 2011, 170, 275-277.

Ve spolupráci s firmou Mucos Pharma připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.



Aktuality...

E-recepty přicházejí. Pozdě, ale přece

Elektronické předpisy léků začnou na konci dubna konečně využívat lékaři v praxi. Paradoxně ale stále v papírové podobě.

Nejprve se do systému zapojí 1700 lékařů a ambulantních specialistů. Ti totiž využívají systém, který bude umět komunikovat s Centrálním úložištěm elektronických receptů, který spravuje Státní ústav pro kontrolu léčiv. V červenci se připojí dalších osm tisíc lékařů, kteří využívají jiné systémy. Zájem mají i některé nemocnice. „V tu dobu připravujeme pro lékaře zpřístupnění i nadstavbových funkcí, tedy nabídku nejvýhodnějšího léku pro pacienta a lékaře, informace o správném dávkování a bezpečnostní funkce,“ představuje ředitel ústavu Martin Beneš. Zatím bude předepisování fungovat tak, že vybavení lékaři vytisknou klasický recept nově s čárovým kódem. Ten v lékárně přečte čtečka a údaje se tak pro kontrolu odešlou do centrálního úložiště.

Dva roky, a zkušenosti žádné

„Zatím žádný takový recept nebyl předepsán, takže nikdo neví, jak to bude fungovat. Většina lékáren je sice připojena k Centrálnímu úložišti, ale jen jeden software umí kód dnes přečíst. Navíc se takhle neušetří žádné peníze, například za tisk receptu,“ pochybuje prezident České lékařské komory Stanislav Havlíček.

Další systém, který lékárny používají, by měl umět informace zpracovat zřejmě do konce dubna. Ve zbylých lékárnách se zatím budou k receptu chovat jako dosud. Casem by se ale mělo přestoupit k plné elektronizaci, kód se pošle pacientovi e-mailem nebo třeba SMS. To zatím u lidí vzbuzuje nedůvěru. „Souzním s tím, že lidé chtějí mít ten recept v ruce, jsou na to zvyklí dlouhá léta. Není proto problém, aby lékař, který vystavil elektronický recept, první měsíce - a roky vybavil pacienta i papírovou formou,“ říká Beneš. Elektronická forma by lidem mohla ušetřit čas, protože nemusí pro recept osobně.

Elektronické předpisy ale měly fungovat už od začátku roku 2009, kdy bylo Centrální úložiště zřízeno. Přitom stálo už 70 milionů korun. Původně sbíralo informace o pacientech i léčích, za to ale dostal pokutu od Úřadu na ochranu osobních údajů a musel sběr dat omezit.

„Legislativně je to vcelku dobře ošetřeno, ale za dva a půl roku, co se o tom hovoří, jsem nezaznamenal ani jeden pokus o jeho předepsání. Měsíční servis úložiště přitom stojí 160 tisíc korun,“ nelíbí se Stanislavu Havlíčkovi.

eNeschopenky v oblíbě nejsou o elektronizaci zdravotnictví se už mluví několik let a je považována za jednu z priorit, reálné výsledky ale zatím nejsou. První vlaštovkou kromě doposud neúspěšných elektronických předpisů mají být eNeschopenky, tedy propojení lékařů a České správy sociálního zabezpečení (CSSZ).

„Stávající zákonné předpis nám toho moc nedovolují, v současném pilotním projektu posílají lékaři elektronicky na správu díly o zařazení a ukončení neschopnosti ostatní můžou tisknout v ordinaci a nemusí si tak formuláře vyzvedávat v papírové podobě,“ vysvětluje systém vrchní ředitel CSSZ Vladimír Fanta. Pro zaměstnance a zaměstnavatele se ale nic neměnilo.

Do projektu se zapojila necelá desítka lékařů. U ostatních vzbuzuje spíše kritiku. „Pro lékaře přibude časově práce, ani se nic neušetří, stejně musíme tisknout. Já to pro mě administrativu pro českou správu zdarma,“ odporuje Lubomír Nečas z lékařské komory.

Proč eHealth nefunguje

Centrální úložiště elektronických předpisů, které dosud stálo téměř 70 milionů korun, začalo fungovat v lednu roku 2009. Na konci léta ho ale

zastavil Úřad pro ochranu osobních údajů kvůli nezákonnému sběru dat. SUKL nakonec aplati1 pokutu 2,3 milionu korun.

Elektronické recepty v úložišti zatím nejsou, využívají ho ale úředníci pro kontrolu vydaných léčiv. Lékaři a acienti by ho měli začít opravdu používat v dubnu.

Elektronické neschopenky jsou ve zkušebním režimu a chybí jim dostatečná podpora v zákonech. Lékaři jsou vůči LÍ skeptičtí.

Velkou oblibu zatím nenašla mezi lidmi elektronická zdravotní knížka, kterou od roku 2002 nabízí VZP prostřednictvím společnosti IZIP. Máji zhruba dva a půl milionu pojištěnců a VZP do ní zatím investovala necelou dnu miliardu korun. Ročně ji stojí provoz 150 milionů.

Zdroj: LN, 15.4.2011

Genetická modifikace poprvé ukázala cestu k vymýcení malárie

Milión obětí v řadách především dětí si připíše každoročně na své konto podle Světové zdravotnické organizace malárie. Díky genetickému objevu se zdá, že tato perspektiva brzy skončí.

„Je to vzrušující experiment, který může otevřít cestu k vymýcení řady celosvětových zdravotnických problémů,“ řekl Andrea Crisanti z britské Imperial College, jehož tým spolu s kolegy z Washingtonské univerzity v Seattlu pokusy na přenašeči malárie, komáru rodu Anopheles, provedl.

Genetické modifikace komárů nejsou novinkou, problém však byl v tom, že nová vlastnost se špatně přenášela na potomky. Aby byla zahrnuta do dědičné výbavy, musí pro komára přinášet nějakou výhodu. Anglo-americký tým na problém vyzrál tím, že změnil životně důležitý gen produkující tzv. naváděcí endonukleázu. Tento enzym v rámci obrany proti nežádoucímu napadení štěpí DNA na přesně určeném místě na dvě části. Každá potom doroste do podoby původního celku.

Tým k testu použil komáry, kterým předtím vpravil neškodný fluorescenční gen, a sledoval, jak rychle se enzym v dalších generacích rozšíří, tedy jak rychle bude naváděcí endonukleáza fluorescenční gen odstraňovat. Stačilo 12 generací, aby se z původně stoprocentně fluorescenční skupiny každý druhý komár nežádoucího genu zbavil.

Jak ke studii dodala redakce časopisu Nature, nyní je třeba laboratorní pokus ověřit na větším vzorku a pak do enzymu naočkovat vhodnou úpravu, která by parazitovi znemožnila komára jako mezipřevoditele využívat.

Zdroj: Právo 22.4.2011

Naděje pro alergiky: imunoterapie

Pyly ve vzduchu nevidíte, ale jejich jarní „nástup“ se pozná snadno. Ordinance alergologů zaplní kýčající a smrkající pacienti, kterých je každým rokem více. Zejména těm pomáhá speciální léčba, letos navíc finančně dostupnější.

Předcházet alergiím příliš nelze. Moderní medicína našťastí nabízí dost pomocníků, jak se s nimi vyrovnat. Jedním z nich je takzvaná alergenová imunoterapie, která jako jediná zasahuje podstatu nemoci. Je finančně náročná, nicméně od konce loňského roku je přece jen dostupnější většímu počtu lidí.

V čem spočívá? Zjednodušeně řečeno, lékař do těla vpraví právě ten alergen (čili látku, jež alergii vyvolává), který způsobuje přehnanou reakci organismu. Dávky se zvyšují, a to až na mez, kterou je pacient



schopen snášet, aniž by jej to ohrožovalo. Poté se podávají udržovací dávky, které zajišťují, že tělo si na cizorodé látky zvykne a přestane proti nim bojovat.

Většinou jde o poměrně drahou záležitost, pojišťovny na ni sice přispívají, ale i tak ji může rodinný rozpočet pocítit. Roční léčba pomocí levnějších látek vyjde na 500 až 700 korun, dražší stojí pacienta kolem dvou tisíc. Výsledkem ale může být téměř úplné vymizení alergických příznaků, nemocný proto ušetří na léčbě na jejich potlačování. Podle některých odhadů se imunoterapie vyplatí už po čtyřech letech.

Terapie trvá tři až pět let

Lékaři ji obvykle doporučují na dobu tří až pěti let. Přerušuje se jen tehdy, když po roce správně prováděné terapie nemocný nepocítí žádné zlepšení nebo má vážné komplikace.

Do konce loňského roku pojišťovny částečně hradily některé látky jen dětem do patnácti let, nyní přispívají všem, pro které lékař tuto formu terapie zvolí jako vhodnou. Léčba je výhodná zejména pro děti. „Většinou u nich dobře účinkuje a zároveň působí preventivně. Snižuje riziko, že se u dotyčného přidají k nynějším alergenům další,“ vysvětluje místopředseda České alergologické a imunologické společnosti Petr Panžer.

Imunoterapie také sníží pravděpodobnost, že se u dítěte z alergické rýmy vyvine astma.

Neznamená to však, že by léčba nepomáhala dospělým. Ti však už bývají častěji citliví na více alergenů a tuto kombinaci už imunoterapie vřady nezvládne. Lékaři většinou nedoporučují imunoterapeutickou léčbu alergií na pyly lidem starším 55 let.

Avšak třeba alergií na hmyzí bodnutí se naopak mohou na léčbu spolehnout.

Injekce, kapky, nově i tabletky

Imunoterapie může mít několik podob, podle způsobu, jakým se alergen do těla aplikují. Pro nemocné jsou nejméně komfortní injekce, lékaři však upozorňují, že účinkují lépe. Navíc vyjdou levněji, protože není zapotřebí tak silná dávka jako u zbývajících dvou možností. Při takzvané sublingvální formě, což lze laicky říct jako podjazyková, si pacient sám doma kape speciální roztok pod jazyk. Je na něm tedy větší zodpovědnost. Kladem je, že ušetří cestu do ordinace, případně také regulační poplatky. Od loňského podzimu jsou na našem trhu uživatelsky ještě pohodlnější tablety, ty se vloží pod jazyk a nechají rozpustit. Léčba by měla začít čtyři měsíce před nástupem pylové sezony a pokračovat po celé období, kdy kvetou trávy. První užití tabletek by mělo proběhnout pod dohledem lékaře, aby se ohlíželo, že pacient nebude na léčbu přehnaně reagovat.

Samotná imunoterapie samozřejmě nestačí. Pacient se bude muset po zbytek života snažit vyhýbat alergenům, které mu nedělají dobře.

Tato léčba jako jediná zasahuje podstatu nemoci. Od konce loňského roku je finančně dostupnější.

FAKTA

Pro koho se imunoterapie hodí

- Pro pacienty s alergickou rýmou nebo průduškovým astmatem.
- Pro lidi citlivé na pyly, roztoc, plísň a včelí a vosí žihadlo.
- Jen omezeně je použitelná pro pacienty s potravinovou alergií, a to tehdy, když jde o takzvanou zkříženou alergii. Díky léčbě pylové alergie se totiž může snížit citlivost také na některé potraviny.

Když lékař doporučí

- Když je pacient alergický jen na jeden či málo alergenů.
- Alergen není možné úplně odstranit z prostředí pacienta.
- Když existuje prověřená vakcína.
- Pokud může předpokládat, že pacient bude dlouhodobě a spolehlivě spolupracovat.

Druhy terapie

- Injekční. Aplikuje ji pouze lékař.
- Podjazyková. Kapky se vstřebávají přes ústní sliznici, vhodná hlavně pro děti, protože je příjemnější než injekce.
- Tabletky. Tableta se vkládá pod jazyk, nechá se rozpustit.

Zdroj: MF Dnes, 15.4.2011

Plod má paměť i vlohy k depresi

Lidský plod je už před narozením schopen reagovat na zvuky a rozlišovat je. Je to logické, protože tlukot srdce nebo zpracovávání potravy v matčiných vnitřnostech by mu jinak působily stres.

Plod si ale umí zapamatovat i vnější zvuk, jak ukázal nizozemský výzkum. Vědci z Maastrichtské univerzity testovali paměťové schopnosti plodu u stovky žen v sedmém a devátém měsíci těhotenství. Do míst, kde měl budoucí človíček nohy, pouštěli po půl minutě sekundu trvající neškodné pisklavé tóny, spojené s vibrací.

Plod zprvu reagoval vylekanými pohyby, po chvíli reagovat přestal. Právě tu potřebnou dobu vědci zaznamenali. Po deseti minutách test opakovali. Sedmiměsíční plody tentokrát přestaly s úlekovými reakcemi podstatně dříve, což podle šéfa univerzitní porodnice Jana Nijhuiseho znamená, že sedmiměsíční plod má krátkodobou paměť přinejmenším desetiminutovou.

Návyk jako učení

Pro druhou fázi pokusu o dva měsíce později vědci vybrali kromě žen, které prošly prvním testem, i nové dobrovolnice. Pokus probíhal stejně jako v první fázi. Ukázalo se však, že plody, které již testem prošly, přestaly na zvuky reagovat dříve než ty, které byly v testu poprvé: prokázaly tak i čtyřměsíční, tedy dlouhodobou paměť.

Poznatky, které nizozemský výzkum přinesl, mají svůj význam pro včasnou diagnostiku možných vad novorozenců. Prokazují schopnost navyknot si na vjemy, tedy stav nervové soustavy. „Navykání je totiž jednou z forem učení,“ vysvětlil Nijhuis. Před narozením se ale člověk může „naučit“ i stresu, přesněji stát se jím zranitelnější. Je známo, že postnatální (poporodní) stres matek se může negativně projevit na psychické labilitě dítěte. Britští vědci ale zjistili, že stejně negativní důsledky na ještě nenarozeného potomka mohou mít i deprese matek v těhotenství.

Neklidné matky předávají stres dětem

Studie publikovaná už v roce 2008 v časopise British Journal of Gynaecology vycházela z testování 11 tisíc žen, které rodily v letech 1991 a 92. Vědci sledovali, jaký vliv měl těhotenský stres matek na pozdější psychické problémy jejich dětí.

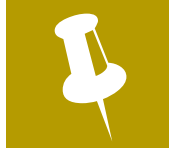
„Hlavní zjištění spočívá v tom, že mateřské předporodní deprese mají na poznávací schopnosti dětí těchto matek negativní vliv,“ shrnula Toity Deaveová ze Západoanglické univerzity.

Ukázalo se, že ženy trpící významnými depresemi v těhotenství rodily děti s dvojnásobně větší pravděpodobností pozdějších vývojových problémů. Když vědci vyloučili matky, jejichž těhotenský stres pokračoval i po porodu, i u dětí zbylých matek se ukázala větší náchylnost k problematičtějšímu vývoji, a to o 34 procent vyšší než u potomků „klidných“ matek.

Zdroj: Právo, 21.4.2011

Soukromí lékařů kritizují plánované změny regulačních poplatků

Koalice soukromých lékařů kritizuje plánované reformy zdravotnictví. Podle ní většina návrhů totiž nepřináší žádná zásadní pozitivita, část



z nich by naopak systém spíše poškodila. Lékaři mají výhrady mimo jiné k připravovaným změnám regulačních poplatků, které by podle nich existenčně ohrožovaly mnohá ambulantní zařízení.

Vyplývá to z prohlášení, které dnes ČTK obdržela od zástupců koalice. Změny týkající se regulačních poplatků chce ministr zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09) dát v červnu vládě ve "velké" novele zákona o veřejném zdravotním pojištění. Bez doporučení praktika by pacient platil u specialisty 200 korun místo nynějších 30 korun, u praktika by místo 30 Kč zaplatil 90 korun, pokud u něj není registrován. Regulační poplatky by byly příjmem zdravotního pojištění, pojišťovna by o vybrané poplatky zaplatila lékařům méně.

Soukromí lékaři rovněž tvrdí, že ministerstvem navrhované zákony jsou jen "kompiláty materiálů", které jim zasílali k připomínkování Hegerovi předchůdci. Podle nich i přístup vlády k deklarované restrukturalizaci lůžkového fondu budí podezření, že "jde spíše jen o zbožné přání, než o reálný jasnými kroky podložený plán".

Vláda a ministr zdravotnictví by podle lékařů měli přestat "ignorovat a bagatelizovat problematiku ambulantní sféry a začali spolupracovat se zástupci ambulantních lékařů na zlepšení současné situace ve prospěch pacientů i zdravotnictví jako celku".

S kritikou reformy zdravotnictví nedávno vystoupili i praktičtí lékaři i ambulantní specialisté. Hegerovy návrhy odmítla i lékařská komora. Praktici reformě vyčetli pomalost a "do jisté míry" neznalost problematiky primární péče. Ambulantní specialisté vyzvali politiky k zastavení práce na změnách, které podle nich situaci českého zdravotnictví zhorší.

Zdroj: ČTK, 2.5.2011

Přijďme o peníze z poplatků?

Jednou z hlavních změn v rámci reformy zdravotnictví má být přesměrování poplatků od pacientů z příjmových položek lékařů do rozpočtu zdravotních pojišťoven. České lékařské komory ani různým lékařským sdružením se tento návrh nelíbí. Obávají se totiž, že zdravotnická zařízení tím přijdou o část příjmů. Co na to říkáte vy? připojte se k diskusi... Jednou z hlavních změn v rámci reformy zdravotnictví má být přesměrování poplatků od pacientů z příjmových položek lékařů do rozpočtu zdravotních pojišťoven.

Ministerstvo zdravotnictví tento návrh zdůvodňuje zavedenou zahraniční praxí, tedy tím, že poplatky jsou příjmem zdravotních pojišťoven ve všech státech, které vybírají regulační poplatky. „Na příjem lékařů tato technická změna vliv mít nebude, jenom si trochu polepší lékaři s klientelou osvobozenou od platby poplatků. Hlavní význam tohoto kroku je v tom, že je plně v souladu s naší ústavou,“ říká poradce ministra MUDr. Pavel Vepřek.

České lékařské komory se však tento návrh nelíbí. Připomněla, že poplatky slouží ke kompenzaci poklesu plateb od pojišťoven o 5 procent, což prosadilo ministerstvo v době, kdy bylo řízeno Tomášem Julínkem. Prezident ČLK Milan Kubek se staví skepticky k možnosti, že by pojišťovny absenci poplatků v příjmech lékaře zpětně kompenzovaly zvýšením svých úhrad.

„V současnosti odmítáme nechat se o tyto příjmy okrást. Představa, že nám zdravotní pojišťovny budou platit víc, je sice lákavá, ale máme své zkušenosti. Ta realita by asi byla jiná. Byla by to pro nás čistá ztráta,“ míní Kubek. Svůj skepticismus vysvětluje tím, že podle něj pojišťovny v praxi mnohdy nedodržují ani platné úhradové vyhlášky.

Také Sdružení ambulantních specialistů protestuje proti záměru MZ, aby zdravotnická zařízení odváděla peníze z regulačních poplatků zdravotním pojišťovnám.

„Při stávajícím systému financování (kapitace u praktických lékařů, pololetní limity vycházející z průměrných nákladů v předchozím období u ambulantních specialistů) by to znamenalo, že v případě péče o těžší pacienty by zdravotnické zařízení nedostávalo za tuto práci zaplacení od zdravotní pojišťovny, ale naopak by samo zdravotní pojišťovně peníze odvádělo nebo by tuto péči muselo dotovat,“ uvedla rada SAS v prohlášení.

Budeme souhlasit, dostaneme-li záruky

Lékařská komora se ale proti ministerskému návrhu nestaví a priori negativně a ponechává si zadní vrátka k jednáním.

„Pokud bychom měli záruku, že ty peníze dostaneme, že by to fungovalo, pak ano,“ souhlasil by Kubek. Podle něj by regulační poplatky skutečně měly vybírat zdravotní pojišťovny a nikdo by neměl činností výběrčích zatěžovat lékaře. „To byla základní logická chyba, když poplatky pan ministr Julínek zaváděl,“ poznamenal Kubek. „Pokud pojišťovny chtějí regulovat spotřebu zdravotní péče, tak ať si poplatky vybírají samy a nás lékaře ať s tím neobtěžují,“ míní.

Za pravdu mu dává i Sdružení praktických lékařů ČR. „Odmítáme zbytečné licitace kolem výše regulačních poplatků včetně představy, že ZZ budou výběrčími těchto prostředků pro zdravotní pojišťovny,“ uvedli praktici ve svém prohlášení.

Kubek také upozornil na to, že současný poplatek 60 korun za každý den hospitalizace nemocnice velmi administrativně zatěžuje a výběr se vzhledem k velmi nízké částce nevyplatí. Navíc je podle něj naprosto nesmyslné nazývat tento poplatek regulačním. Sám navrhuje inspirovat se německým modelem poplatkového systému. Podporuje také poplatek za zneužití pohotovostních služeb ve zdravotnictví.

Zdroj: www.tribune.cz, 21.4.2011

Čtvrt roku po memorandu mohou být lékaři spokojeni jen zčásti

Čtvrt roku po podpisu memoranda, kterým skončila protestní odborová akce Děkujeme, odcházíme, mohou být lékaři v nemocnicích spokojeni jen zčásti. Většina sice dostala k průměrnému platu 48.000 korun dalších 5000 až 8000 korun, zásadní podíl na reformních pracích ale nemají.

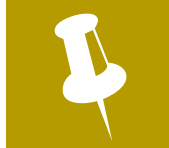
Lékaři by také chtěli více přispět k boji proti korupci v nemocnicích. Vztahy odborů s ministerstvem jsou podle šéfa Lékařského odborového klubu - Svazu českých lékařů (LOK-SČL) Martina Engela „hodně formální“.

„Pokud jde o to, co se podařilo - jestli se to dá brát jako úspěch, tak ve většině nemocnic se daří podle memoranda zvýšit platy lékařů. Mrzí mě, že u určitého procenta kolegů v některých nemocnicích pořád ještě se to nedaří a nárůsty platů nejsou,“ řekl ČTK Engel.

Problémy se zvyšováním platů začaly už v dubnu, lékaři měli do poloviny měsíce dostat výplaty za březen. Zdravotní pojišťovny ale poslaly včas jen malou část peněz, většina šla až koncem měsíce. Nemocnice tedy musely dát platy z rezerv. U velkých státních nemocnic, kde to ředitelé navíc dostali od ministra příkazem, problém nebyl. Měly na kontech rezervy, zatímco malé nemocnice dost peněz neměly. Ze 190 nemocnic jich nenavýšilo platy 15.

„Problém podle mých informací přetrvává ve Zlínském kraji, problémy jsou i ve Středočeském kraji v Mělníku a Příbrami, z menších nemocnic pak například v Kadani a Semilech,“ vyjmenoval Engel.

Memorandum zakotvilo užší spolupráci ministerstva s lékařskými odbory, což se podle Engela zatím ne zcela daří. „Ten vztah mi zatím přijde hodně formální, chci to probrat na úterní schůzce s panem ministrem,“ řekl.



Engel se po protestní akci na rozdíl od většiny z 3800 kolegů nemohl na původní místo rentgenologa ve Vinohradské nemocnici vrátit, bylo obsazeno. Stal se z něj profesionální odborář, platí ho odbory a on dohlíží na plnění memoranda. Na schůzce s ministrem 21. dubna se dohodli, že odbory přispějí k boji proti korupci v nemocnicích a budou se podílet na práci na zdravotnické reformě.

Engel se na dubnové schůzce s ministrem také dohodl, že nemocnice nebudou propouštět lékaře a sestry z pracovišť, kde se budou rušit akutní lůžka, případně měnit na lůžka následné a dlouhodobé péče. Odborový předák argumentoval tím, že nemocnice musejí mít nezávisle na počtu lůžek dost personálu, aby pokryly přechásky.

Nynější setkání ministra s šéfem odborů se koná jen pár dní před druhým veletrhem, na němž budou nabízet volná místa německé kliniky. Část lékařů zapojených do protestu hrozila odchodem do ciziny, masový odchod ale nenastal. Engel soudí, že letošní zvýšení platů a vize cílové částky 1,5 až trojnásobek průměrného platu příští rok jsou dostatečně „stabilizační“. Kliniky budou na veletrhu nabízet 500 volných míst. V nemocnicích ČR pracuje 18.000 lékařů.

Zdroj: www.zdn.cz, 17.5.2011

Heger bude jednat s odbory, mluvit o standardech péče i zákonech

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) dnes bude jednat s šéfem lékařských odborů Martinem Engelem, se kterým právě před čtvrt rokem podepsal memorandum o ukončení protestní odborové akce. Děkujeme, odcházíme, a v plánu má i další dvě akce k zdravotnické reformě.

Po poledni promluví na tiskové konferenci o standardech a nadstandardech péče a pak představí reformu vedení i zaměstnancům pražské Všeobecné fakultní nemocnice. Chce získat pro reformu podporu zdravotníků.

Rozdělení péče na standardní a nadstandardní umožní malá novela zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Prošla už vládou, nyní je ve sněmovně. Politici se teď přou o to, kdo standard vymezí a co by mělo spadat do nadstandardu. Chce to udělat lékařská komora, což podporují Věci veřejné. Heger spoléhá na profesory z Purkyňovy společnosti. Podle ODS a TOP 09 by to měli udělat politici, zřejmě tak standardy stanoví sněmovna.

Dneškem také pokračuje „tour“ ministra po českých nemocnicích. Začal ji v pondělí v královéhradecké fakultní nemocnici, kterou řadu let jako úspěšný ředitel vedl. Šéfům i zaměstnancům pěti státních nemocnic představí ministr reformu. Chce slyšet jejich připomínky k zákonům, které v červnu dostanou zákonodárci.

Reformní úsilí předznamenal Heger vyhlášením protikorupční strategie, pokračoval malou novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění a třemi reformními zákony o zdravotních službách, specifických zdravotních službách a zdravotnické záchranné službě. Představil už také chystané změny pro nemocnice a zdravotní pojišťovny.

Zdroj: www.zdn.cz, 17.5.2011

S novinkami ve zdravotnictví přijel Heger za bývalými kolegy

Ministr zdravotnictví Leoš Heger začal svou misi ohledně reformy jeho resortu ve své domovské hradecké fakultní nemocnici, kde léta působil. Chce tak získat podporu lékařů pro své reformní kroky.

Zdravotnickou reformu přijel v pondělí do hradecké fakultní nemocnice, kde dříve působil jako ředitel, představit ministr zdravotnictví Leoš

Heger. Zahájil tak svou cestu, během které chce s reformou seznámit zdravotníky ze šesti nemocnic v České republice.

Z novinek nejsou ředitelé nemocnic i jejich podřízení příliš nadšení, nicméně rozumí tomu, že situace vyžaduje nějaká radikální řešení.

„Doufám, že tímto způsobem více své kroky zpropagují mezi odbornou veřejností. Předem předpokládám výhrady lékařů týkající se medicínského rozvoje. Je potřeba skloubit kvalitní péči s ekonomickou situací. Lékaři mají tendence někdy poskytovat tu nejlepší ale i nejdražší péči a přitom je možné postupovat jinak,“ uvedl ministr Heger.

Podle něj by ministerstvo chtělo představit především radikální změnu, která by měla umožnit příplatky za nadstandard. „Bohatí si budou moci zaplatit za péči, která není nutná - například drahé operace pomocí robotů, přispějí tím vlastně na péči těm chudším,“ dodal.

„Samozřejmě bych místo reformy raději uvítal navýšení rozpočtu nemocnice, ale doba je prostě taková,“ konstatoval Roman Primula, ředitel hradecké fakultní nemocnice.

Novela mimo jiné zvyšuje platbu za den v nemocnici z 60 na 100 korun a ruší zákaz připlácet si na nadstandard. Také návštěva lékaře specialisty bez doporučení se bude platit. „Banální potíže totiž může vyřešit praktický lékař. Naši snahou je, aby se změny pacientů dotkly co nejméně, kromě navýšení poplatku by to neměli pocítovat,“ vysvětlil ministr.

Zdroj: www.zdn.cz, 17.5.2011

Cizinci dluží českým nemocnicím 41 miliard

Loni poskytly nemocnice v České republice zdravotní péči 79 557 cizincům v celkové hodnotě 588 miliard korun. Neuhrazena ke konci roku zůstala péče za 41 miliard, tedy sedm procent nákladů nemocnic na tuto péči. Informoval o tom Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS).

Mezi ošetřenými cizinci bylo nejvíce občanů Slovenské republiky – 16 783. Ukrajinců bylo 11 510, Němců 6151 a Vietnamců 5992. Celkem 40 137 ošetřených cizinců bylo občany zemí EU. Loňské počty ošetřených jsou srovnatelné s rokem předchozím a o něco vyšší než v letech dřívějších. V roce 2010 ale dlužili cizinci za péči zhruba o osm miliard korun více než v roce 2009.

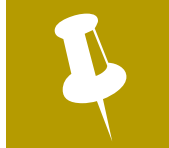
Nejvíce cizinců ošetřily nemocnice v Praze – 40 007, na dalších místech jsou kraje Jihomoravský (7299), Středočeský (5121), Karlovarský (4545) a Plzeňský (4188).

Nejméně cizinců ošetřily nemocnice v kraji Vysočina (1047), Zlínském (1055) a Pardubickém (1063). Ze své zahraniční pojistky zaplatilo péči v ČR 14 882 lidí (18,7 % z celkového počtu ošetřených cizinců), platba z pojistky tvořila 30,6 % objemu úhrad. V hotovosti platilo 34 229 pacientů (43 %), v hodnotovém vyjádření to činilo 29,3 procenta úhrad. Třetím významným zdrojem bylo smluvní pojištění cizinců v ČR – využilo je 21 570 lidí, (27,1 %) v hodnotě 154 miliard korun, což představuje 26,6 procenta celkových úhrad.

Podíl pacientů z EU, kterým byla poskytnuta péče hrazená ze zahraničního zdravotního pojištění, tvořil z celkového počtu ošetřených z Unie 31,9 procenta. Hodnota úhrad za ně ale dosáhla 51 procent celkových nákladů. Vyplývá z toho, že z pojistky hradí cizinci nákladnější péči, zatímco v hotovosti řeší spíše lehčí ošetření.

Občané Dánska, Francie, Itálie, Maďarska, Německa, Nizozemska, Rakouska, Slovenska, Španělska a Švédska využili evropské pojištění na více než polovinu nákladů zdravotní péče, u ostatních sledovaných zemí EU bylo využití Evropského průkazu zdravotního pojištění nižší.

Podle údajů ředitelství služby cizinecké policie bylo na konci roku 2010 registrováno v ČR 425 301 cizinců s povoleným pobytem, to jsou 4 procenta populace.



Podle odhadu ministerstva pro místní rozvoj přijelo v tomtéž roce do ČR téměř 21 miliónů turistů.

Zdroj: www.zdn.cz, 17.5.2011

Slovensko nemusí platit zdravotní pojišťovně Dôvera

Slovensko nebude muset vyplatit majiteli zdravotní pojišťovny Dôvera, která patří do finanční skupiny Penta, zhruba 500 miliónů eur (zhruba 12 miliard korun).

Arbitrážní soud zastavil řízení o vyplacení odškodného za to, že minulá vláda zakázala zdravotním pojišťovnám volně nakládat se ziskem. Informovala o tom 9. května slovenská média.

Důvody rozhodnutí arbitrážního soudu nejsou známy. Mluví Penty Bc. Martin Danko uvedl, že mezinárodní soud zastavil arbitráž z procesních důvodů. Detaily budou známy po doručení verdiktu. Vedle majitele pojišťovny Dôvera se ze stejných důvodů pře se slovenskou vládou také vlastníci další soukromé zdravotní pojišťovny Union. Nizozemská společnost Eureko chce podle listu Sme vysoudit od státu 160 miliónů eur. Deník napsal, že arbitrážní soud tuto žalobu projedná.

Důvodem sporů je zákon z roku 2007, kterým tehdejší koalice prosadila, aby zdravotní pojišťovny používaly zisk na financování zdravotní péče. Vláda to tehdy odůvodňovala tím, že soukromé pojišťovny by neměly vydělávat na povinných odvodech, které vyberou od občanů nebo firem. Ústavní soud ale letos v lednu rozhodl, že zákon omezující volné nakládání se ziskem je v rozporu s ústavou, protože mimo jiné omezuje majetková práva pojišťoven.

Zdroj: www.zdn.cz, 17.5.2011

Zachráně naše zdravotnictví zavedení DRG?

Odpověď na otázku v titulku je jednoznačná: Ano, pokud si to nezkažíme. To je volně citát dr. Vepřeka z roku 2006, který se mj. věnuje organizaci zdravotnictví. Zatím k záchraně nedošlo, asi to kdosi nějak kazil. Čekají nás velké změny ve zdravotnictví. K lepšímu? K horšímu? Kde by se mělo začít? Komentář, který vyšel v aktuálním vydání týdeníku Medical Tribune, napsal MUDr. Jiří Selucký.

Heslo peníze až na prvním místě se ujalo, stejně tak názor, že když se vyřeší nepořádky a nespravedlnosti v systému placení v českém zdravotnictví, vygeneruje to „samo“ potřebné změny, pod nimiž rozumíme redukci lůžek, šetření v nákladech, přitom zachování kvality. DRG je nástroj osvědčený ve světě a chce ho užít i česká vláda. Jak vlastně funguje? Co se musí stát, aby fungoval i v ČR?

O platbě za diagnózu se mluví v ČR od poloviny 90. let, používá ji i v Evropě kdekdo, pojišťovny se zjevně a reálně již tehdy připravovaly k jejímu zavedení. Jako mnoho dobrých nápadů tento také zapadl, ale zdá se, že jen na čas a že pod tlakem ekonomických a jiných okolností se naši kapitáni zdravotnictví rozhodli (snad) udělat pořádek v platbách nemocnicím, a tím položit základ k pořádku ve financování. Pokud se to nepovede, nepovede se nic. DRG je nástroj, jímž pořádku zjevně lze docílit, ale není vyloučena ani varianta, že přes zavedení DRG se naděje nenaplní, protože se při jeho vadné implementaci ani naplnit nemohou. Co se zde už několik let zkouší a částečně zavádí, sice je nazýváno DRG a také například DRG alfa, kombinuje se s lecčím, ale s nosnou ideou DRG to nemá nic společného. Jako obvykle, jsme zatím svědky české „třetí cesty“. Prodělal jsem za posledních 10 let několik školení o DRG, a než jsem se pustil do psaní tohoto článku, proběhl jsem internet, abych věděl, co si může každý občan dohledat. Kupodivu je to

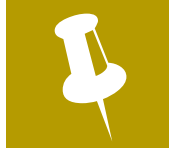
docela bída. Nejvýše postavené odkazy jsou plné technikálí a i pro mne málo čitelné a málo srozumitelné. Nicméně pro masochisty je uvádím. Nakonec jsem našel čitelný text, sice trochu rozsáhlý a starší, ale do dnes víceméně platný a hlavně pochopitelný. Avšak shrnu-li své celkové dojmy, musím říci, že vygenerovat z těchto textů důvod, proč zavádět právě DRG a proč je v platbách nemocnicím téměř všude využíván a vyhovuje, je z oněch článků poněkud obtížné.

Co je tedy DRG

Systém vznikl v USA z podobných problémů, jaké jsme viděli a vidíme u nás - výkonově placené zdravotnictví (z pojištění) nemá dostatek regulačních mechanismů a nijak ho nelimitují ani pacienti, takže poskytovalo motivace k vyšetřování a léčení navíc, tedy i k penězům navíc, kdy "mnohdy se dá mnohé vysvětlit". Protože pojišťovny hledaly systém, který by neměl tyto motivace - naopak, jenž by slušně zaplatil za léčení a vedl nemocnice k šetření svých nákladů při udržení dostupnosti a kvality -, využily systém původně projektovaný ke sledování a vyhodnocování výsledků léčení i k placení. A aby to bylo pro nelékaře jednodušší a prakticky použitelné, také počítačově zpracovatelné, seřadily diagnózy do skupin dominantně podle stejné výše nákladů na léčbu (dále také podle medicínských důvodů). Takže DRG skupina je vždy souborem diagnóz, jejichž léčení nebo vyléčení stojí podobné peníze. Údaje pojišťovny vygenerovaly z výkazů různých nemocnic za léta léčení jednotlivých pacientů. Původně bylo základních skupin několik, posléze se postupně počet dostatečně rozšířil a rozvrstvil (podskupiny) tak, aby bylo možno postihnout většinu běžnějších nemocí, případů.

Systém má samozřejmě také regulace a kontrolní mechanismy, zohledňuje nemocnost různých pacientů, obtížnost léčení, počet komplikací a má také mechanismy, aby se upravila nově cena za toto léčení, když se změní systém terapie zavedením nějaké nové, dražší metody. Vytváří ekonomické motivace ke snižování nákladů, potlačuje nesmyslné vršení pro pacienta zbytečných vyšetření a "nadlečování", ale současně velmi citlivě hlídá a kontroluje kvalitu výsledků zdravotnických zařízení, a pokud se někdo dostane mimo vymezený koridor možných komplikací, je situace přešetřována. Prostě jasná logika, zaplatíme každému za každého vyléčeného pacienta (např. akutní apendicitida) nebo za každého hospitalizovaného a léčeného pacienta ve stejné skupině stejně všem poskytovatelům léčebné péče. Hlavně je tento systém jasný a průhledný, což se jistě o dnešním systému plateb nedá říci, píše o tom také jinde na svém blogu (rušení nemocnic, pojištění a daň). V čase se systém koriguje údaji ze všech nemocnic systému, tedy např. v ČR by to měla být data ze všech nemocnic ČR. A tady začínají zádrhly. Důvod, proč chtějí pojišťovny a stát systém zavést, je legitimní. Proč by nemohl plátce říci: Cenu za vyléčeného pacienta s apendicitidou (zánětem slepého střeva) v takové a takové kvalitě určujeme na 30 000 korun a dělejte, co umíte?

Pokud to umíte levněji se stejnou kvalitou, je to váš zisk, pokud to neumíte za 30 000, pak to třeba nedělejte a zavřete lůžka nebo hledejte jiný program, jež ovládáte a můžete v tomto systému plateb dělat. Nebo, například, přesvědčte pacienta, že vám má k naší platbě dát peníze navíc, protože jste tak dobří anebo je u vás natolik luxusní servis, že si jej pacient rád zaplatí (připojištěním, v hotovosti atd.). V tom bych neviděl celkem problém a po úpravě zákonodárství je to jistě možné i v ČR. Proč se některým nemocnicím takový nápad líbí, jiným však vůbec ne, vydedukuje jistě každý. Zvlášť pokud mu napovím, že rozdíly v platbách jsou mezi různými nemocnicemi desítky i více desítek procent za stejný případ. Všichni sice léčí v ČR podle stejné vyhlášky, ale s jinak nastavenou výškou plateb (po přepočítání do systému DRG to může dělat mnoho desítek i stovek procent), DRG se používá zatím jako kontrola a částečně k placení, ale s individuálně nastavenými parametry - ni-



koli podle určené hladiny, nikoli podle průměru v celé ČR. Platba za diagnózu (DRG) je založena na tom, že se v principu platí za vyléčeného pacienta nebo za "diagnózu"; všem stejně. Systém po jeho zavedení se řídí tak, že se nastavuje base rate (z celostátního průměru!), jakási základní platba za jednotku.

Velikost platby za konkrétní diagnózu je dána násobkem tohoto čísla. Vztah mezi cenou různých skupin a podskupin diagnóz je docela vytvářen lety ze sousedních států. Dá se také nastavit průměrováním cen skupin diagnóz v ČR. Prostě pojišťovna nastaví, co je ochotna zaplatit za konkrétní skupiny diagnóz, respektive vyléčení pacienta s touto diagnózou (nebo "zaléčení") a zaplatí to každému, kdo tuto službu v nastavené kvalitě poskytuje. Tedy teoreticky. Také v USA si kupodivu některé lobbistické skupiny vymohly zohlednění (velmi částečné) nákladů například podle místa nemocnice - ve velkoměstě jsou přece vyšší platby než na venkově! Proč by mne to však mělo zajímat jako plátce, opravdu nevím. Rohlíky a mléko si taky koupíte za podobné peníze, někdy dokonce ve velkoměstě levněji než na venkově. Tuším zde obrovský možný problém tlaku lobbistů, aby ta či ona nemocnice měla jiné, individuální, vyšší platby (base rate), protože "to" nebo "ono". V komplikovanosti případů jistě pes zakopán není, protože tu ošetřuje systém pro drtivou většinu případů. Opravdu výjimečné případy se platí mimo systém. Takže kdeže by měl být problém?

Pozor na "specifika"

Dalším opravdu velkým problémem je nastavení výšky base rate. Údaje k tomu pojišťovny mají, problém je, aby se snaha o šetření nepřehnal. Prostě nastavená výška base rate by měla být taková, aby odpovídala solidnímu standardu medicíny v ČR roku 2011 a aby tato platba pro většinu nemocnic a pro všechny případy byla realistická, mírně zisková. Protože už se také stalo, že v Brazílii zavedli příliš nízký base rate a nemocnice na to reagovaly odmítáním některých (pro ně nerealisticky drahých) pacientů. To se však v ČR stát nemůže. Jistě.

Logickým problémem je doba přechodu od dnešního, řekněme, nepořádku do realisticky celostátně nastavených plateb DRG (pokud se podaří nastavit a udržet a nenaimplementují se různá, "jistě vysvětlitelná" specifika). Patrně při okamžité 100% implementaci by část nemocnic ihned zkrachovala. Pokud vím, počítá se s přechodným obdobím zhruba tři roky pro převod nemocnic z individuálně nastavených plateb do plného systému DRG. Délka tohoto přechodu možná odpovídá stupni pořádku ve financování zdravotnictví, koneckonců pojišťovny i nemocnice systém znají a využívají jeho "českou" variantu léta a příliš velký problém v technikáliech zde nebude. Délka přechodu je totiž rizikovým obdobím možného lobbingu a hledání specifik nebo prostorem pro "opravdové" novátory a vynálezece. Měl by být co nejkratší. Samostatnou otázkou je problém nároku (standardu) a jeho nastavení a dále problém nadstandardu, nebo tedy péče mimo nárok a hledání možností jeho placení připojištěním, kooperace základního pojistného systému a připojištění, otázka solidarity v základním systému, prostě problémů je mnoho, snad někdy příště. Po zavedení DRG v části nemocnic USA došlo okamžitě k uzavření 17 % lůžek pro jejich nepotřebnost. Ty kapacity, které se mají zrušit, si zrušily nemocnice samy pod tlakem konkurence. Možná je to lepší než z nařízení politika nebo moudrého úředníka. Na tyto přebytky kapacit totiž "ukázali" sami pacienti. Závěrem chci říci, že mi zůstává naprosto nejasné, jak je možné, že podstatná část národa si na jedné straně stěžuje na zdravotnictví a zdravotníky, tím také vlastně na systém fungování a placení nemocnic, a zároveň se naprosto z mého pohledu nepochopitelně brání čemukoli, co by mohlo toto (právem?) proklínané zdravotnictví změnit k lepšímu.

Zdroj: Medical Tribune, 16.5.2011

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.

PLDD hledá asistenta

PLDD v Praze 4 hledá asistenta na částečný úvazek, pozdější pronájem praxe či prodej v dohledné době. Kontakt: tel.: 602 884 240 • Ev. č.: 208-03-11

Prodám zavedenou praxi PLDD

Prodám zavedenou praxi PLDD ve Stříbře, okres Tachov. MUDr. Věra Roháčková. Bližší informace na telefonu: 374 624 204, 607 254 531 • Ev. č.: 209-03-11

Hledám dětskou lékařku na zástup

Do ordinace PLDD v Brně hledám dětskou lékařku na občasný zástup, příp. na zkrácený pracovní úvazek - jeden den v týdnu. Telefon přes den: 541 247 108 • Ev. č.: 210-03-11

Hledám lékaře do ordinace PLDD na zástup

Hledám lékaře do ordinace PLDD v Praze 8, zástup za MD, od 5/2011. MUDr. Klára Otáhalová, Střelnická 1284, Praha 8, tel.: 604 118 416 • Ev. č.: 211-03-11

Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou praxi PLDD v Praze 10, nástup asistenta možný ihned. Tel.: +420 739 655 983 • Ev. č.: 212-03-11

Přenechám zavedenou praxi

Přenechám velmi dobře zavedenou praxi PLDD v centru Brna - ze zdravotních důvodů. Informace na tel.: 737 507 466 • Ev. č.: 213-04-11

Hledám zástup do pediatrické praxe

PLDD hledá do zavedené pediatrické praxe v pronajatých prostorách v centru Českých Budějovic zástup na 1-2 dny v týdnu, s možností následného převzetí praxe. Kontakt: 602 834 457 • Ev. č.: 214-04-11

Přijmeme pediatra

Přijmeme pediatra na plný či částečný úvazek pro naši ordinaci v Roztokách u Prahy. Práce v moderním, dobře vybaveném zdravotnickém zařízení, přátelský kolektiv, motivační ohodnocení, zaměstnanecké benefity. Nástup od 1.1.2012 nebo dle dohody. Tel.: 608 284 740, e-mail: prace@strediskoroztoky.cz • Ev. č.: 215-05-11

PLDD hledá zástup

Praktická lékařka pro děti a dorost hledá zástup na 1 - 2 dny v týdnu do zavedené praxe v Praze 10. Nástup možný ihned. Pozdější převod praxe možný. Tel.: 602 230 697. • Ev. č.: 216-05-11

Autodidaktický test 6/2011

GYNEKOLOGIE II.

1. Za normu menarche u naší populace považujeme věk:

- a) od 9 do 13 let
- b) od 10 do 15 let
- c) od 11 do 14 let
- d) od 7 do 12 let

2. Podstatou juvenilní metroragie jsou anovulační cykly, jejichž principem je:

- a) krvácení pouze z povrchových vrstev odlučujícího se hypertrofického endometria pro relativní hyperestrinismus bez ovulace a tvorby žlutého tělíska, které je jinak producentem progesteronu
- b) krvácení pouze z povrchových vrstev odlučujícího se hypotrofického endometria pro relativní hyperestrinismus bez ovulace a tvorby žlutého tělíska, které je jinak producentem progesteronu
- c) krvácení pouze z povrchových vrstev odlučujícího se hypertrofického endometria pro relativní hypoestrinismus bez ovulace a tvorby žlutého tělíska, které je jinak producentem estrogenu

3. V prvních 2-3 letech po menarche jsou mírné nepravidelnosti menstruačního cyklu normální. Dívku se:

- a) závažnou oligomenoreou (pauzy nad 2 měsíce) přetrvávající 2 roky odešleme k dětskému gynekologovi
- b) závažnou oligomenoreou (pauzy nad 3 měsíce) přetrvávající 3 roky odešleme k dětskému gynekologovi
- c) mírnou oligomenoreou (cyklus 35-45 dnů) přetrvávající 3 roky odešleme k dětskému gynekologovi
- d) mírnou oligomenoreou (cyklus 35-45 dnů) přetrvávající 2 roky odešleme k dětskému gynekologovi

4. Součástí preventivních prohlídek je zhodnocení rozvoje sekundárních pohlavních znaků. Samotné prsy se začínají vyvíjet v:

- a) 5-6 letech
- b) 7-8 letech
- c) 9-10 letech
- d) 11-12 letech

Pfizer - Prevenar

Nutricia - Nutrilon