

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

listopad 2011 ■ číslo 9 ■ ročník 11



Kritické momenty aktivace dětské obezity

Postavení dietologie v dětské obezitologii

Pohybová aktivita v prevenci civilizačních chorob

Potencionální rizika intenzivní sportovní aktivity



Téma čísla:
**CIVILIZAČNÍ
CHOROBY**

Hero - Nutrdefense

tiráž...

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.

obsah...



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období **5**

Koalice soukromých lékařů **6**

Očkování po 1.1.2012 **9**



Informace OSPDL ČLS JEP **12**

MUDr. Eva Králíková, MUDr. Alexandra Kmetřová
Ptáme se? **13**

prim. MUDr. Petr Tláskal, CSc.
Kritické momenty aktivace dětské obezity **15**

MUDr. Zlatko Marinov
Postavení dietologie v dětské obezitologii **17**

MUDr. Jana Malinčíková, Ph.D.,
prim. MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., MBA
Pohybová aktivita v prevenci civilizačních chorob **20**

prim. MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., MBA
**Potencionální rizika intenzivní
sportovní aktivity v dětském věku** **23**

MUDr. Mahulena Mojžíšová a kol.
**Možnosti chirurgické léčby
komplikovaných dětských pneumonií** **26**

Ze světa odborné literatury **30**



Aktuality **31**

Řádková inzerce **37**

Autodidaktický test **38**



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 lékařky, vážení lékaři,

pokusil jsem se o krátkou úvahu nad novou legislativou – zákonem o zdravotních službách. Vyjádření k tomuto zákonu jsou velmi různá - tu proti zákonu, tu zas v jeho prospěch, v zásadě, jak se komu hodí a podle toho, jaký cíl sleduje. Dovolím si uvést pro ilustraci několik bodů s možností různé interpretace.

Vezměme si třeba tzv. „přeregistraci“ – jedná se skutečně o ohrožení smluvních vztahů stávajících zařízení se zdravotními pojišťovnami, znamená zákon nutnost výběrových řízení, jde o zásah do nabytých práv apod., jak uvádějí kritici? Nebo půjde pouze o srovnání podmínek pro stará a nová zdravotnická zařízení a kontrolu splnění podmínek, která bude vlastně spočívat v zaslání jednoho papíru s několika body, jak uvádí ministerstvo. Po pravdě ani jedna varianta není správně. Jedná se o administrativní zátěž stávajících zařízení, která budou muset dokládat podle mého názoru zbytečně některé doklady, namísto aby se pouze doplnily ke stávající registraci ty nové dokumenty a doklady, které doposud registrující orgán nemá k dispozici. Tedy zbytečná administrativa, ale nic víc.

Je umožnění pokračovat v provozování zdravotnického zařízení v případě úmrtí poskytovatele konečně zakotvením dědění praxe, nebo pouze právním paskvilem, který k ničemu nebude? Realita je taková, že jde o posun proti stávajícímu stavu a pokračování v praxi bude možné, ano bylo by možné upravit legislativně jasněji a lépe.

Je chybou zakotvení pokut za porušení povinností daných zákonem a je jejich výše zcela nesmyslná, nebo má pravdu ministerstvo, že povinnost bez sankce nemá smyslu, a že nastavené pokuty jsou maximální – tedy bude samozřejmě výše uložené pokuty na posouzení kraje, a to podle závažnosti porušení a typu zařízení. Opět něco mezi - najdu bez problémů v zákoně případy, kdy výše možné sankce zásadně nekoresponduje s daným proviněním, mohu také konstatovat, že po zkušenostech s některými kraji bych leckdy moc nespolehal na jejich „správné uvážení“ (česky řečeno „zdravý rozum“). Na druhou stranu dlouhodobý stav, kdy krajský úřad neměl oprávnění ukládat pokuty (díky zcela chybné dikci zákona č. 160/1992 Sb.) asi příliš udržitelný nebyl, byť přiznávám mně osobně docela vyhovoval.

Je pokrokem zakotvení možnosti v určitých případech vyřadit pacienta z péče, nebo se jedná o zásadní zásah do jeho patientských práv? Opět věc názoru (já osobně ustanovení vítám).

Nechci zde dělat podrobný rozbor předmětného zákona, pouze jsem chtěl upozornit na to, že nic není černobílé. Tento zákon není ideálním právním předpisem, po pravdě chyb a nejasností se tam najde více než dost, ale není také právním předpisem, který by nějak zásadně zhoršoval postavení soukromých lékařů či dokonce ohrozil jejich existenci. Spravedlivé rovněž je přiznat, že nově zakotvuje řadu věcí prospěšných pro zdravotnická zařízení a lékaře.

Omlouvám se za to, že jsem zákon ani nestrhal, ani jej nevychválil – oboje bych uměl, a to včetně uvedení konkrétních příkladů. Nemám důvod ani k jednomu.

Mgr. Jakub Uher

PMV kojenice



v tomto čísle inzerují...

BOIRON
EKA
GSK
HERO
NUTRICIA
PFIZER
QuickSeal
SEKK

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@detskylekar.cz**



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

V září začalo být jasněji o některých zákonných ustanovení v normách, které resortní ministerstvo pojmenovalo jako první část reformy zdravotnictví. Místo odborné diskuse řada poslanců aktivních a pozměňovacích návrhů. Není tedy divu, že zástupci poskytovatelů začali být nervózní a i naše Sdružení se v rámci Koalice soukromých lékařů připojilo k iniciativě obnovení činnosti tzv. krizového štábu. Vše bylo navíc umocněno globální nedohodou o cenách na rok 2012, budeme tedy muset čekat na rozhodnutí MZ a vydání tzv. úhradové vyhlášky...

2.9. - Předsednictvo Sdružení se na svém pravidelném jednání věnovalo především problematice možných dopadů nové legislativy. Zazněly především výstupy z posledních jednání s resortním ministerstvem, se zdravotními pojišťovnami a v rámci Koalice soukromých lékařů. Předmětem našeho zájmu je především nastavení systému v podmínkách úhrady tzv. povinného očkování zdravotními pojišťovnami s tím, že by dopad této změny měl být na naše ordinace minimální. Mezi diskutované problémy patřily dále přeregistrace, výše pokut, ale také prováděcí předpisy jako vyhláška o zdravotnické dokumentaci, vyhláška o věcném, technickém a personálním vybavení, a to především v souvislosti s realitou příslušných ustanovení. V praxi vidíme problém především v povinnosti mít v minimálním vybavení ordinace počítač a internetové připojení. V neposlední řadě se širou diskutovala otázka úhrad v roce 2012, kdy dohodovací řízení skončilo ve všech segmentech nedohodou.

20.9. - Komise péče o dítě jako poradní orgán ministra zdravotnictví se sešla, aby projednala situaci kolem návrhu na postupné zrušení kojeneckých ústavů, které by měla nahradit tzv. náhradní rodinná péče. Průřezem zástupců jednotlivých pediatrických organizací panovala shoda o unáhlenosti takového rozhodnutí a ministři bylo k této problematice zasláno společné stanovisko zástupců odborných společností. Na programu jednání Komise se dostala i problematika chystané legislativy, ale i další osud Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte. Zatímco u vyhlášek se diskutovalo nad spornými ustanoveními, v případě ZUPu se řešilo, zda vůbec bude, resp. zda se najde potřebný obnos k jeho reedici.

20.9. - na půdě VZP se konala schůzka na téma platební schopnost VZP, regulační mechanismy 2012, chystané změny v le-

gislativě MZČR a jak dál v Akordu. Co se týká platební schopnosti, byli jsme informováni, že t.č. se hradí s 1-2denním zpožděním, a že v případě, že by se prodlení dostalo na 5 dní, bude k řešení vzniklé situace svoláno jednání. Regulační mechanismy přinesly v plynulém období řadu sporných situací, proto bude i dále hledáno uspokojivější řešení, než je současný stav, dohoda ale nejspíše nebude jednoduchá. Co se týká legislativy, projednávána byla především problematika nového modelu úhrady vakcín pro tzv. povinná očkování ze strany zdravotních pojišťoven. Řešení tohoto problému se nicméně přesouvá na půdu resortního ministerstva. Pro naše praxe zůstává rozhodujícím kritériem minimální dopad na PLDD, tj. především zamezení možnosti, aby do nákupu byli vtaženi právě PLDD. K problematice Akordu jsme vznesli 2 zásadní připomínky. Za prvé, že vše je nabízeno jako celek, tj. nemohu si vybrat jen to, co preferuji (objednávání pacientů, vyúčtování přes portál apod.) a za druhé, že součástí balíčku je i přistoupení k IZIPu. Ani v této otázce jsme nedospěli ke konečné dohodě a jednání tak budou pokračovat.

21.9. - na ministerstvu zdravotnictví byla uzavřena jednání o cenách na rok 2012. Pokud se nemýlím, poprvé nebylo dosaženo dohody v žádném segmentu, i když gynekologové nebyli od dohody daleko. Jejich dohoda byla ale založena na převzetí správy komplementárních vyšetření pod jejich gesci, tj. by ji platily zdravotní pojišťovny přímo gynekologům a ti by si tuto péči profakturovali se zařízeními komplementu (laboratořemi). Byli to zástupci právě laboratoří, kteří jim takovou dohodu zvetovali. Dodatky a nastavení úhrad pro rok 2012 se tak dostalo na úroveň jednání mezi Sdružením a jednotlivými pojišťovnami, přičemž podkladem bude tzv. úhradová vyhláška

21.9. - zástupci Koalice soukromých lé-

kařů na svém jednání vyslovili nervozitu nad způsobem projednávání a schvalování jednotlivých legislativních změn, a proto aktivovali činnost tzv. krizového štábu. Blíže o jednání Koalice na jiném místě časopisu.

23.9. - s náměstkem ing. Noskem jsme se s dr. Hülleovou sešli, abychom řešili aktuální problémy našeho oboru. Na programu bylo samozřejmě dořešení úplné kompenzace zrušených regulačních poplatků u dětí, nicméně nám moc nepomáhá aktuální situace kolem současné ekonomiky zdravotnictví. Nicméně pan náměstek se jednání na toto téma nebrání a k uzavření z jeho strany zatím nedošlo. Při tomto jednání jsme se nemohli nedotknout aktuálních problémů vyplývajících z chystané legislativy, nicméně problematika nového modelu úhrady vakcín pro tzv. povinná očkování bude předmětem jiného jednání. Tak jsme toto jednání spíše využili k předání našeho pohledu na celou řadu problémů, jak je v podmínkách nové legislativy vnímáme a diskutovali jsme o možných řešeních...

26.9. - že vnímáme situaci jako vážnou, o tom může svědčit i naše schůzka s prezidentem ČLK dr. Kubkem, kterého jsem se jako člen Koalice zúčastnil. Potěšitelné z mého pohledu bylo, že dr. Kubek přivítal aktivitu a Prohlášení Koalice a deklaroval zájem na koordinaci a spolupráci v případě rizikových zákonných ustanovení. Nicméně i na tomto jednání zaznělo, že je velmi obtížné nalézt motivaci pro případné nátlakové akce, pokud by ministerstvo nezměnilo způsob komunikace s poskytovateli. Shodli jsme se tedy, že v dalším období ponecháme na právnících, aby specifikovali možná rizika vyplývající z překotného schvalování legislativních norem. Podle těchto výstupů pak bude volen další postup...



Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů se v uplynulém období intenzivně zabývala možnými dopady „nové legislativy“. Vzhledem k vnímaným rizikům se shodla na vyhlášení krizového štábu s tím, že bude podrobně monitorovat výstupy z jednání především s resortním ministrem, aby v případě nedodržování principů spolupráce vyjádřené ve společném Memorandu, mohla zahájit přípravu společných protestních akcí. Hodnoceny byly také výstupy z cenových jednání na rok 2012. Novinkou v těchto jednáních byla „nabídka“ financování komplementu prostřednictvím ošetřujících lékařů. Naše stanovisko se nejvíce blíží komplexnímu stanovisku, které přijala Rada SASu, proto ho i níže otiskujeme v plném znění. Díky tomuto postoji se návrh na nový způsob financování komplementu nedostal do finálních návrhů zdravotních pojišťoven v našem segmentu.

I. Výpis z jednání

Koalice soukromých lékařů ze dne 21. září 2011

1. Číselníky Svazu zdravotních pojišťoven

• Dr. Jojko informoval o svých zjištěních, týkajících se nového číselníku pro úhrady hromadně vyráběných léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, který zpracoval Svaz zdravotních pojišťoven, aniž tento záměr konzultoval se zástupci poskytovatelů zdravotní péče (ke stažení na webových stránkách Svazu zdravotních pojišťoven ČR - http://www.szpcr.cz/lk.php?c=lk_cis_hvlp)

• Dr. Jojko osloví Ing. Jaromíra Gajdáčka, Ph.D., prezidenta SZP ČR, s žádostí o schůzku k projednání účelu nového číselníku, vyjasnění rozdílů proti číselníkům VZP a plánu jejich užití v komunikaci se zdravotnickými zařízeními.

2. Dohodovací řízení

• Podle informace zástupců Koalice skončilo dohodovací řízení o hodnotě bodu a výši úhrad pro rok 2012 nedohodou ve všech segmentech. Nejblíže dohodě bylo Sdružení soukromých gynekologů ČR.

3. Legislativa

• Zástupci Koalice diskutovali o obsahu připravovaných novel zákonů vyhlášek a jejich dopadu na zdravotnická zařízení. Dohodli se na textu společného prohlášení, ve kterém vyjádří své obavy o existenci privátního sektoru ve zdravotnictví, které současná politika vlády a kroky MZ ČR vyvolávají, upozorní na nedodržování ujednání společného Memoranda KSL a MZ ČR a oznámí obnovení Krizového štábu KSL z roku 2006.

II. Tiskové prohlášení KSL ze dne 21.9.11

Koalice soukromých lékařů (dále také jen KSL) vzhledem k obavám, že v sou-

časné době dochází k vážnému ohrožení samotné existence soukromého sektoru v českém zdravotnictví, obnovuje činnost tzv. Krizového štábu, který původně vznikl v roce 2006.

KSL je k tomu vedena těmito důvody:

1. Dne 21.9. bylo ukončeno tzv. dohodovací řízení o hodnotě bodu a výši úhrad pro rok 2012. Výstupem jednání zdravotních pojišťoven se zástupci zdravotnických zařízení je nedohoda ve všech segmentech péče. O našich úhradách bude tedy rozhodovat ministerstvo zdravotnictví. Z jeho vyhlášení 21.9.2011 lze vyvodit, že český stát plánuje v roce 2012 pro soukromá zdravotnická zařízení vyhradit kriticky malé množství finančních prostředků. Tím může být ohrožena kvalita i dostupnost ambulantní péče v ČR.

2. KSL odmítá návrhy vyhlášek MZ o zdravotnické dokumentaci, o kvalitě a bezpečí zdravotních služeb. Registrujeme v nich ustanovení přímo ohrožující činnost soukromých zdravotnických zařízení v ČR.

3. V návrhu zákona o zdravotních službách, který je v současné době projednáván Parlamentem, jsou ustanovení, podle kterých by mohla být zdravotnická zařízení ohrožena až likvidačními pokutami za malicherná a s kvalitou zdravotní péče nesouvisící provinění, což ve spojení s dalšími především nově zaváděnými administrativními povinnostmi, může být důvodem ukončení činnosti řady ambulancí.

4. KSL registruje projevy prosazování e-health do legislativních norem bez toho, že by příslušná ustanovení byla s KSL projednána odpovídajícím způsobem.

5. Ve stejném návrhu zákona, který je jmenován v bodě 3 výše, se v posledních týdnech objevil § 121, který bude znamenat povinnost všech v současné době existujících zdravotnických zařízení nově žádat u krajských úřadů o oprávnění ke své činnosti. Pro zdravotnická zařízení půjde o zcela zbytečnou administrativní zátěž, zásah do jejich dříve nabytých práv, pro část z nich to může znamenat ohrožení existence.

KSL uzavřela s Ministerstvem zdravotnictví dne 30.8.2011 Memorandum, jež je přílohou tohoto prohlášení. Po zhodnocení současného vývoje situace vyjadřuje KSL vážnou obavu, že MZ rezignuje na plnění závazků plynoucích právě z tohoto memoranda.

KSL prostřednictvím regionálních zástupců svých organizací zahajuje přípravu protestních akcí.

*Za koalici soukromých lékařů:
MUDr. Zorjan Jojko,
předseda Sdružení ambulantních
specialistů ČR, mluvčí KSL
MUDr. Pavel Chrz, prezident
České stomatologické komory
MUDr. Václav Šmatlák, předseda
Sdružení praktických lékařů ČR
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda
Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR
MUDr. Vladimír Dvořák, předseda
Sdružení soukromých gynekologů ČR*

III. Stanovisko Rady SAS přesunu financování komplementu na AS

Přijato dne 15.9.2011



A) Rada SAS důkladně prostudovala návrh SZP ČR na úhradu zdravotní péče pro specializovanou ambulantní péči a hemodialyzační péči na rok 2012. Registrovala v něm tento doslovný text týkající se nového způsobu úhrady indukované péče – přímo citujeme:

Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči poskytovanou v ambulantních zdravotnických zařízeních, hrazenou podle seznamu výkonů, se **hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanoví dle dále uvedených pravidel:.....**

5. Indukovaná péče ve vyjmenovaných komplementárních odbornostech (222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812-819, 822, 823) bude hrazena přímo indukujícím zdravotnickým zařízením. Pro tyto účely zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení navýšení úhrady ve výši 100 % referenční průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce za tuto péči, nejvýše však do 105 % referenční průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce za indukovanou péči, kterou zdravotní pojišťovna uhradila péči ve vyjmenovaných komplementárních odbornostech (222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812-819, 822, 823 v referenčním období - s výjimkou screeningových úhrad). Indukovaná péče bude vykazována indukujícím zdravotnickým zařízením konkrétní zdravotní pojišťovně dle vzájemného ujednání.

6. Měsíční úhrada za indukovanou péči bude stanovena ve výši jedné dvanáctiny ze 100 % porovnávacího objemu úhrady referenčního období a bude vyúčtována v souladu s bodem 5.

7. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za odpovídající referenční období nebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané a uznané zdravotní péče za příslušný měsíc. Zvolenou formu předběžných úhrad zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období, pokud zdravotnické zařízení během hodnoceného období nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Předběžné úhrady za hodnocené období budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

(konec citace).

B) Stanovisko Rady SAS:

Pro lékaře ambulantní specializované péče považujeme předložený návrh v dané textové podobě za nepřijatelný z mnoha důvodů. Máme za to, že navzdory jakýmkoli deklaracím autorů návrhu bude jeho jediným důsledkem vyšší finanční a administrativní zátěž na straně AS, možné omezení péče na straně pacientů možná s mírným výdělkem čistě a jen na straně zdravotních pojišťoven (dále také jen ZP).

I. Možné důsledky návrhu v bodech (mnohé body s obsahově prolínají, přesto celý problém na ně zkusíme rozdělit):

1) Vyšší dopad regulací na zdravotnické zařízení (dále také jen ZZ) AS:

Stávající regulační opatření (v sumě včetně regulací za předpis léků, zdravotnických prostředků, ZÚMu a ZÚLPu) jsou maximálně 15% hrubého příjmu AS za dané období u dané ZP.

Navržený model říká, že zdravotní pojišťovna i v konečném zúčtování uhradí maximálně 105% objemu úhrady na 1 urč. (*unikátní rodné číslo, pozn. red.*) – tedy nic více. Jinak řečeno, nad tuto částku mu neuhradí nic. **AS hradí nadlimitní péči komplementu ve 100% sám.**

Pro zdravotnické zařízení s menším počtem pojištěnců dané ZP (nejen mezi 50 a 100 urč. za ref. období) jde o nepřiměřený přesun pojistných rizik ze ZP na ZZ. ZZ může mít místy až neřešitelný problém s uhlídáním svých nákladů na indukovanou péči.

Pokud se totiž bude chtít lékař vejít vždy do limitu, bude muset na dražší vyšetření pacienty objednávat, až „si našetří“ z té 1/12 na dražší vyšetření, přičemž ale pacient má ústavní nárok na péči v čase, kdy ji potřebuje. Žádný právní předpis nemůže donutit lékaře, aby hradil vyšetření ze svých prostředků. Možným důsledkem bude pak odkládání drahých vyšetření jen kvůli tomu, že AS nebude mít na ně peníze, resp. budou na jeho historický limit.

Zmizela by možnost medicínského zdůvodnění nárůstu nákladů, které je součástí úhradových vyhlášek do roku 2011 včetně.

Hrozilo by nebezpečí, že finanční limity u ZZ by vedly k tomu, že těžší pacienti potřebující ve své péči náročnou indukovanou péči, zvláště ti, kteří v daném období onemocní nově, by mohli mít velký problém

s dostupností a kvalitou této péče.

2) Negativní daňové dopady pro ZZ AS

ZZ AS nebudou nově moci své financování vést formou daňového paušálu, přičemž příčinou bude jen „průtok peněz“ přes jejich běžné účty bez toho, že by ZZ na tomto jakkoli vydělalo. Stoupnou tedy administrativní zátěž a poplatky za účet bez přiměřené reciprocity v tržbách

3) Další negativní administrativní a finanční nároky na zúčtování faktur u ZZ AS:

AS bude dostávat faktury od pracoviště komplementu, není vyloučeno, že na každou položku, tedy na každé vyšetření 1 fakturu. I když vyšetření laboratorní je možno u jednoho pracoviště spojit do 1 měsíční faktury, v případě zobrazovacích metodik to velmi často nepůjde.

O tom, kam indikující AS pošle krev či jiný biologický materiál, rozhoduje AS. Najde si tedy 1 pracoviště s co nejširším spektrem metodik a bude chtít fakturu jen 1x měsíčně.

U zobrazovacích metodik může indikující lékař jen částečně ovlivnit to, kam se pacient s žádankou nakonec dostaví. Pacient má právo svobodné volby. Takže je pravděpodobné, že toto pracoviště komplementu bude muset účtovat každé vyšetření.

Na 1 řádku v účetnictví je nutno počítat min. 30 Kč pro účetní + 4 Kč na příkaz bance. Totéž zaplatí pracoviště komplementu.

AS se navíc bude muset naučit hodnoty jednotlivých kódů a způsob vykazování komplementárních pracovišť, neboť jinak nebude schopen přezkontrolovat, zda platí opravdu za to, co si vyžádal.

Je zcela jisté, že k pravidelné denní kontrole všech indukovaných výkonů bude potřebovat „nový“ pracovní čas. Odhadujeme, že může jít o minimálně 30-60 minut.

Tato práce je v návrhu SZP ignorována, neměla by ale být zadarmo.

Námi odhadnuté nově vzniklé náklady jsou tedy cca 100,- Kč na jedno vyšetření komplementu (výše vypsáné účetní náklady 34,- Kč indukujícího lékaře + 34,- Kč pracoviště komplementu + cca 34,- za práci lékaře). To jsou peníze, které zdraží péči komplementu.

A co ušetří za administrativu ZP? Nic. Sama bude nadále také kontrolovat vykázanou péči jako dosud, poplatky bance bude mít stejné.



4) Další nové administrativní náklady pro AS

AS dosud nepodával pojišťovně přehled o indukované péči, nyní by, jak plyne z návrhu SZP, musel.

K tomu je třeba upravit software každé ambulance, to by znamenalo další náklady navíc.

V návrhu chybí kalkulace nákladů za práci při kódování těchto výkazů do PC. Je to práce jako každá jiná, měla by být tedy i řádně zaplacená.

5) Možné nežádoucí důsledky „úvěrování“ ZP ze strany ZZ AS

Návrh dále jinými slovy říká, že **lékař bude vlastně úvěrovat** systém veřejného pojištění z vlastních prostředků. Systémově nám toto přijde stejné jako problém Prevenaru u SPLDD, rozsahem jde ale jistě o problém podstatně větší.

Navíc: Pokud lékař jako fyzická osoba v případě, že indikoval méně komplement vyšetření a v zálohách přitom dostal více, ale neprovede zúčtování plateb za komplement na konci účetního období, neboť vyčká, až tak učiní pojišťovna do 120 dní po skončení účetního období, pak uvedené **zálohy na konci účetního období zdaní**, ale v květnu je bude muset vrátit pojišťovně v původní výši.

6) Neřešený problém spolupráce ZZ z více segmentů

V ČR t.č. neexistují pravidla, kterými by byly určeny kompetence jednotlivých oborů a spolupráce mezi nimi. Realizace návrhu při napjatém rozpočtu v celém systému českého zdravotnictví by se mohla stát „rozbuškou“ k tomu, že by se vztahy mezi příslušníky jednotlivých oborů výrazně zhoršily. Je nutné si uvědomit, že do vztahů mezi ZZ by se začalo promítat zcela nové hledisko – finanční kondice jejich vlastní i ostatních ZZ a to jak uvnitř segmentů tak mezi ZZ různých segmentů. ZZ již by nebyla závislá na finančním stavu zdravotnictví jako celku, ale i na finanční situaci jiných ZZ.

7) Nově vzniklé náklady státu, zdravotních pojišťoven a pacientů, nikoli však do samotné zdravotní péče

Návrh zavádí zcela nový systém motivací, který ovšem v každém případě bude vyžadovat i existenci pojistek a dalších návazných procesů, které ale jistě nebudou zadarmo, přičemž ale nejde o peníze investované do samotné zdravotní péče, ani do její kvality. Tím myslíme náklady na kontrolu státu a zdravotních pojišťoven nad tím, zda pacientovi bylo poskytnuto to, co odpovídá jeho zdravotnímu stavu, zda vydané finanční zdroje opravdu kryjí vše, co mají kryt. Myslíme tím i peníze vydané pacientem v případě, že pojme podezření, že mu není poskytnuta takové péče, která jeho zdravotnímu stavu odpovídá.

8) Problém následujících období

Návrh nijak neřeší situaci v dalších letech, tedy při posunu referenčních období. Bude ZP poskytovat stále jedno a totéž množství peněz, nebo bude toto vždy aktuálně přepočítávat? Není řešeno.

II. Jaké jsou tedy možné reakce ZZ AS? Asi různé:

- asi 20% je v důchodovém věku, rozhodne se, že toto je poslední kapka a přestanou dělat - skončí.
- někteří budou dělat dle svého svědomí a vědomí, mohou se dostat do velkých finančních potíží a při konečném zúčtování se dostanou k finančnímu bankrotu, skončí taky.
- někteří se zaleknou a nebudou komplementární vyšetření indikovat vůbec nebo silně redukovat. Dif. dg si nechají udělat z nemocnice a pak jen vyšetřeného pacienta budou dále kontrolovat. Když prodělá nemocnice, uhradí to stejně zřizovatel. Zase se nešetří, uhradíme to my všichni. I tito AS budou mít problém, neboť nejspíše nejdříve zdaní a pak ZP vrátí tu část peněz za komplement, která jim dle vyúčtování od ZP nebude příslušet. Toto se týká i těch, kteří se zaleknou, budou dělat komplementární vyšetření jen zřídka a může dojít k řadě pochybení s poškoze-

ním pro pacienta.

Co z toho přijde autorům návrhu jako přínosné?

III. Komu návrh prospěje?

Máme za to, že na věci mohou vydělat jen velcí poskytovatelé, tj. velké polikliniky nebo řetězce s vlastním komplementem a AS jako zaměstnanci.

Registrujeme, že ZP by neušetřily na administrativě žádné finanční prostředky.

Registrujeme, že administrativní a finanční náklady běžných soukromých praxí by jen a jen narostly bez přiměřeného nárůstu příjmů.

Registrujeme, že pacient by nebyl při vyšetření závislý jen na finanční kondici své ZP, ale i toho ZZ, které by jej mělo v péči.

Můžeme spekulovat, že návrh je vlastně i proti zájmům ZP, jeho možným důsledkem může být „**kolektivizace privátního sektoru**“ finančním tlakem.

IV. Závěr:

Změnu způsobu úhrad komplementu prostřednictvím indukujícího lékaře v předložené podobě považujeme za nepřijatelnou.

Nebráníme se diskuzi o změnách. V takovém případě ale žádáme, aby změny:

- nebyly přesunem pojistných rizik ze ZP na ZZ, aby nebyly jen dalším projevem rezignace ZP na revizní činnost u ZZ, resp. aby tato revizní činnost nebyla přesouvána na jiná ZZ.
- nebyly příčinou nežádoucího nárůstu výdajů nebo odsunu finančních prostředků mimo samotnou zdravotní péči, např. do administrativy,
- obsahovaly finanční zohlednění všech nově vzniklých administrativních a finančních nákladů všech dotčených osob a organizací,
- neměnily finanční toky tak, že by ZZ vlastně úvěrovalo ZP.
- nebyly možnou příčinou poškození pacientů.

Rada SAS

Pro VOX připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer

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





Očkování po 1.1.2012

Tzv. reforma zdravotnictví přináší zásadní změnu ve způsobu financování očkovacích látek u tzv. povinného očkování. Stát přehodil břemeno financování na zdravotní pojišťovny a pro nás tím vzniklo zásadní riziko možného dopadu na naše ordinace. Jako prvořadý úkol jsme si tedy stanovili odvrácení rizika, aby byly praxe PLDD povinně zapojeny do finančního řetězce v souvislosti s nákupem vakcín pro uvedený druh očkování. I když se nám to v prvním kole nejspíše podaří, riziko přesunu na PLDD tu bude i nadále přetrvávat. I proto Výbor SPLDD začal pracovat na přípravě podkladů pro vytvoření určitého univerzálního modelu vykazování očkování tak, aby za každé situace měl PLDD výběr mezi dvěma způsoby vykazování – s nebo bez ZULPu, což v praxi znamená, že by měl vždy k dispozici alternativu, při které nebude zapojen do finančního řetězce v souvislosti s očkováním hrazeném z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Základní myšlenky k této problematice pak naleznete v níže zveřejněných dokumentech.

I. Stanovisko SPLDD ČR, o.s. k problematice vykazování očkování

Schváleno na jednání Výkonného výboru dne 27.9.2011.

Toto stanovisko navrhuje možné řešení způsobu vykazování a proplácení očkovacích látek při očkování hrazeném ze strany zdravotních pojišťoven.

1. Cesta formou výkonu se ZULP

Podmínky (platí v současnosti):

- lékař objednává vakcíny cestou distribuční sítě (úplná možnost výběru distributora)
- distributor dokládá dodržení tzv. chladového řetězce
- lékař uchovává vakcíny dle příslušných předpisů se zachováním chladového řetězce
- po aplikaci vyúčtovává lékař příslušné ZP výkon očkování spolu se ZULP, nyní se ve vyúčtování používá kód výkonu 02148, resp. 02110, nově navrhuje používat:
 - 02125 = Očkování spojené s výdejem očkovací látky
- distribuci hradí lékař objednané vakcíny zpravidla se 60denní splatností, tj. většinou po obdržení platby od ZP (platí pro případ platební schopnosti ZP a uznání vyúčtování ze strany ZP, tj. po nechybném vyúčtování, chyba může být na straně lékaře i pacienta, který např. nenahlásí změnu ZP)
- pacient není do řetězce zapojen – komfortní řešení

2. Cesta formou výkonu bez ZULP

Podmínky (navržené řešení):

- lékař objednává vakcíny cestou distribuční sítě (neúplná možnost výběru – volba mezi distributory, kteří provozují vlastní lékárnou/y - v praxi již takoví distributoři jsou)
- distributor dokládá chladový řetězec
- lékař uchovává vakcíny dle příslušných předpisů se zachováním chladového řetězce
- po aplikaci vyúčtovává lékař příslušné ZP pouze výkon očkování (bez ZULP)
 - 02130 = Očkování bez výdeje očkovací látky
- distribuci lékař předá recepty odpovídající objednávkám konkrétních pacientů
- pacient není do řetězce zapojen – komfortní řešení
- v současné době není toto řešení v praxi uskutečnitelné díky podmínkám úhrady s omezením „A“, tj. pouze ve vazbě na výkon v ambulanci formou ZULP

Poznámka:

Je třeba prověřit, zda existuje možnost „hromadného receptu“, tj. zda je v souladu s platnou legislativou možnost předpisu jednoho léčivého přípravku (očkovací látky) více pacientům na jednom formuláři (v současnosti neexistuje typizovaný recept, jsou pouze povinné náležitosti receptu ve smyslu určitých datových polí).

Komentář:

V případě nepovinného očkování varianta receptu existuje a nikdo neřeší jak. V případě legitimizace výše uvedeného bodu 2. by mohlo dojít ke sjednocení a standardizaci postupu.

Zároveň by tato legitimizace mohla vést :

- ke zlepšení procenta proočkovanosti u chřipky
- ke zvýšení proočkovanosti proti pneumokokům s možností přechodu na očkovací schéma 2+1, oproti současnému 3+1
- k vytvoření dobré výchozí pozice pro chystané převedení úhrady vakcín pro tzv. povinná očkování ze státu na ZP
- postupná standardizace postupu pro všechna očkování
- vytvoření prostoru pro definici nadstandardu v případě očkování – např. Priorix je plně hrazen, pokud pacient zvolí Priorix tetra, v současnosti platí celou vakcínu, podle uvedeného modelu by byl umožněn pouze doplatek
- řeší individuální přístup k očkování cizinců v návaznosti na rozdílný typ zdravotního pojištění

Výkonný výbor SPLDD ČR, o.s.

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda

MUDr. Ilona Hülleová, 1. místopředseda

MUDr. Jiřina Dvořáková, místopředseda

MUDr. Gabriela Kubátová, místopředseda

MUDr. Milan Kudyn, místopředseda

II. Připomínky OSPDL k navrhované úhradě povinného očkování ze zdravotního pojištění na základě novely zákona č.48/1997 Sb.:

V Praze dne 4.10.2011

Připomínky OSPDL k navrhované úhradě povinného očkování ze zdravotního pojištění na základě novely zákona č.48/1997 Sb.:



1) na rozdíl od nepovinného očkování, které je také hrazeno z prostředků zdravotního pojištění a nyní realizováno tak, že vakcíny jsou nakupovány praxemi PLDD, je v tomto případě nezbytné u očkování povinného vypracovat podmínky fungování takového modelu, kde vakcíny budou zdarma dostupné pro všechny ordinace PLDD. Jen tak je možné zajistit stávající vysokou proočkovanost u povinného očkování.

2) model vykazování a evidence vyočkovávaných dávek bude předmětem společného jednání se zástupci PLDD, oba výbory SPLDD a OSPDL se tímto budou zabývat na zítřejším jednání dne 5.10.2011. Možnosti jsou jak využít stávající výkonů pro evidenci jednotlivých očkování, je zde ale riziko chyby u očkování v 10-11 letech, kde podmínky pro výběr očkovacích látek na základě antigenního složení umožňují nákup dvou očkovacích látek od různých výrobců. Druhou možností je použití universálních kódů očkování a samostatná evidence jednotlivých vakcín.

3) úhrada za očkovací látky by měla probíhat u povinného očkování mezi zdravotními pojišťovnami a distribucí, nutné, aby zdravotní pojišťovny byly připraveny společně komunikovat a využily agregovaná data k provádění společných výúčtování spotřebovaných dávek očkovacích látek za určitá období. Současně ale bude spotřeba za období ovlivněna počtem dávek, které budou lékaři objednány, ale za dané období ještě nebudou vyočkovány - evidence počtu převzatých dávek (informace bude u distribuce).

4) z hlediska podmínek fungování nového modelu úhrady povinného očkování je nezbytné vyřešení otázky vlastnictví očkovacích látek v ordinacích PLDD. Jako nejvhodnější model fungování se zdá možnost ponechat určitou roli státu od okamžiku zadání podmínek objednávky ze strany ZP (ZP nemohou nakupovat očkovací látky). Stát (MZČR) by mohl najít zmocnění na základě zákona č. 258/2000 Sb., kde právě stát zodpovídá za povinné očkování.

Vlastníkem do doby aplikace by tak mohl zůstat stát tak, jak je tomu i nyní, ale vlastní úhrada vakcín by probíhala z prostředků ZP. To je otázka na právníky, ale možnost, že by vakcíny vlastnily ordinace je vyloučena, protože nedojde k nákupu, stejně tak je tomu i u ZP a distribuce s tím nemůže také souhlasit, protože by si musela pravděpodobně pro-

najímat prostory jednotlivých ordinací, aby mohla něco vlastnit. Distribuce by navíc těžko mohla garantovat chladový řetězec v ordinacích PLDD. Otázka možného nákupu vakcín ze strany zdravotních pojišťoven by byla podmíněna změnou zákona č. 48/1997 Sb.

6) diskutovaný model úhrady vakcín pro povinné očkování by neměl narušit fungování modelu úhrady nepovinného očkování (pneumokoky, možná i HPV, chřipka), kde mají možnost ordinace PLDD využít práva přímé distribuce a nákupu očkovacích látek. Vhodné by ale bylo doplnit tento model i o možnost úhrady na rodné číslo přes lékárny, kde kolegové, kteří tento model mají zájem využívat, jsou také poučeni o rizicích spojených s nutností dodržování chladového řetězce a rizicích možnosti odmítnutí aplikace za podmínek, kdy podmínky skladování

ze strany pacienta nebyly dodrženy (vakcína pak bude uhrazena, ačkoliv nebyla aplikována). Zde se nabízí prostor k jednání, prostor pro řešení je hledán především profesní organizací, která zde hájí zájmy i těch kolegů, kteří nemají zájem (z mnoha objektivních důvodů) se do přímé distribuce zapojit. V případě přímé distribuce se ukázalo, že jsme dosáhli proočkovanosti u očkování proti pneumokokovým nákazám kolem 90 procent. Jsme si ale vědomi rizik spojených se zvýšením DPH od 1.1.2012 a úpravy cen očkovacích látek, zpoždování splatnosti za očkovací látky. To vše jsou důvody proč by měla fungovat i alternativa přes lékárny.

MUDr. Hana Cabrnová,
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Zastavte unáhlené rušení kojeneckých ústavů, žádají lékaři ministry

Vedení odborných společností dětských lékařů žádá ministry práce a sociálních věcí a zdravotnictví, aby zastavili přípravu chystaného rušení kojeneckých ústavů. Postup je podle nich unáhlený a nepřipravený. Ministrům vyčítají, že se s nimi o navrhovaných změnách neporadili.

„Považujeme tento krok za unáhlený, předčasný, nepřipravený a jdoucí proti zájmu dětí umístěných v uvedených zařízeních,“ uvedli experti v prohlášení, které zaslali ministrům práce a zdravotnictví i šéfům zdravotního a sociálního výboru ve Sněmovně.

Podepsali ho představitelé společností pediatrické, neonatologické a dětských praktiků a společnosti sociální pediatrie. Náhradní rodinnou péči podporují. Nesouhlasí ale s tím, aby se ústavy nejdříve rušily, a pak se vytvářel nový systém. Logický by podle nich byl opačný postup.

Podle vedení odborných společností hrozí, že by děti zůstávaly po zrušení ústavů delší dobu na novorozeneckých a dětských odděleních nemocnic. V kojeneckých ústavech dostávají prý hlavně zdravotnickou péči. Experti se obávají toho, že by se mohla omezit kvůli chystanému přesunu pod ministerstvo práce.

Vláda o rušení ústavů s experty nemluvila

Představitelé dětských lékařů si stěžují na to, že se o záměru nevedla diskuse a odborníci nemohli návrh připomínkovat. Úprava se navrhovala do zákona o zdravotních službách až ve Sněmovně, ale nakonec se do něj nedostala.

„Obáváme se však, že tento návrh na přesun kompetencí bude předložen jindy v podobném znění, například k novele zákona o sociálně právní ochraně dětí,“ uvedli lékaři. Představitelé odborných společností chtějí s ministry jednat a vysvětlit jim svůj postoj. Česko dlouhodobě sklízí mezinárodní kritiku za vysoký počet malých dětí v ústavech. Ministerstvo práce proto plánuje podporovat pěstounské rodiny a zavření kojeneckých ústavů, které nyní spadají pod resort zdravotnictví.

Podle plánů by se mohly od příštího roku přesunout právě pod ministerstvo práce a od roku 2014 by se pak mohly zrušit.

Zdroj: iDnes.cz, 30.9.2011

KUPTE SI KLAUNSKÝ NOS
A POMOZTE LIDEM
S POSTIŽENÍM ZPÁTKY DO ŽIVOTA!

Cena nosu
30 Kč



Lukášek, 9 let, na vysvědčení samé jedničky

Kupte si svůj vlastní nos a pomozte handicapovaným

Pomoci lidem s postižením je jednoduché. NOS si můžete koupit u našich partnerů – v síti prodejen Neoluxor, Bontonland, nebo na internetových stránkách www.mall.cz, www.bontonland.cz a www.neoluxor.cz.

Více o našich projektech najdete na www.kontobariery.cz.

kontobariéry
77



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Informace o změně financování očkovacích látek pro povinná (pravidelná) očkování

Na základě schválené novely zákona č. 48/1997 Sb. se mění od 1.1.2012 financování očkovacích látek pro povinná očkování. Nově by tyto očkovací látky měly hradit zdravotní pojišťovny. Od začátku jednání na toto téma jsme doporučovali, aby tyto očkovací látky byly i do budoucna zdarma dostupné pro všechny ordinace PLDD, tedy aby změnou financování nedošlo k jakémukoliv ovlivnění dostupnosti s důsledky na proočkovanost dětské populace. Je třeba si uvědomit, že povinné očkování zahrnuje i očkovací látky používané v menším počtu a někdy jen ve zcela výjimečných situacích, i tady ale musí být garantovaná dostupnost bez ohledu na zdravotní pojišťovnu očkovaného dítěte. Stejně tak je důležité, aby běžně používané očkovací látky byly včas v požadovaném množství objednané (dříve státem, nově zdravotními pojišťovnami) a nedocházelo tak k výpadkům v distribuci. Dostupnost pro každého lékaře je u povinného očkování nezbytnou podmínkou.

Výsledkem posledního jednání ze dne 14.10.2011 je rámcová dohoda mezi účastníky této schůzky (další materiály z tohoto jednání budou zveřejňovány postupně na našich stránkách www.detskylekar.cz) o způsobu distribuce, dostupnosti vakcín do ordinací bez nutnosti nákupu, vlastnictví očkovacích látek. Dalšími kroky má být specifikace požadavků na výběr distribuce, zadávací dokumentace pro vypsání výběrového resp. poptávkového řízení a následně také diskuse se zdravotními pojišťovnami na téma jednotný samostatný dodatek na téma očkování se specifikací způsobu evidence a vykazování.

Uvádím tedy zatím alespoň zásadní diskutované principy:

- Zadání pro výběr očkovacích látek pro pravidelná (ale i zvláštní a mimořádná) očkování provádí na základě novely zákona č. 258/2000 Sb. stát na základě doporučení Národní imunizační komise a to formou sdělení ve Sbírce zákonů. Národní imunizační komise na svém zasedání 2.9.2011 definovala antigenní složení a kombinace používaných očkovacích látek na další rok, tedy stanovila rozsah na základě kterého bude vypsáno zdravotními pojišťovnami výběrové (poptávkové) řízení.

- Očkovací látky pro povinná očkování budou zdarma distribuovány do ordinací PLDD, hrazeny zdravotními pojišťovnami distributorovi, PLDD budou aplikované dávky vykazovat zdravotním

pojišťovnám a ty budou mít možnost evidovat celkové počty vyočkovaných dávek. Předpokládá se, že v předem definovaných intervalech maximálně 2x ročně by měly zdravotní pojišťovny obdržet od PLDD informaci týkající se skladových zásob pro kontrolu spotřebovaných vakcín. Náležitosti týkající se této evidence a jejího rozsahu včetně podmínek, to vše bude teprve předmětem dalších jednání a bude specifikováno v samostatných dodatcích uzavřených s jednotlivými pojišťovnami. Právě dohoda nad textem bude důležitým faktorem pro správné a bezproblémové fungování nového systému.

- Majitelem vakcín pro povinná očkování bude až do doby jejich aplikace distributor. Tuto situaci bude řešit smlouva uzavřená mezi ZP a distributorem, který bude v řádném výběrovém řízení vybrán. Následně pak samostatné dodatky mezi ZP a praxemi PLDD upraví náležitosti této spolupráce a dle informací MZČR nebude tedy nutné uzavírat s distributorem samostatné smlouvy.

- Ze státního rozpočtu se dále budou hradit očkovací látky pro zvláštní a mimořádná očkování a očkovací látky pro pravidelná očkování fyzických osob, které nejsou pojištěnci podle zákona č. 48/1997 Sb.

- Změna financování by měla umožnit částečnou úhradu vakcín používaných na žádost rodičů jako alternativa dostupných očkovacích látek pro povinná očkování jedná-li se o rozšíření spektra poskytované ochrany (Priorix x Priorix Tetra a další).

Pro další informace sledujte www.detskylekar.cz.

■ Podkladový materiál pro rozhodnutí o provedení preventivního vyšetření lipidogramu u dětí

Na základě opakovaných dotazů projednal výbor OSPDL na návrh MUDr. B. Procházky materiál, který by měl být i výsledkem širšího mezinárodního konsensu na toto téma a podkladem pro rozhodování PLDD o dalším postupu v této otázce v rámci provádění preventivních prohlídek. Materiál obsahuje i interpretaci výsledků laboratorních nálezu včetně doporučení dalšího postupu:

Tab. 1: Hodnocení výsledků

	normální	hraniční hodnoty	jasně patologické
Celkový cholesterol	do 4,4	4,5-5,0	5,1 a více
LDL cholesterol	do 2,7	2,8-3,2	3,3 a více
HDL cholesterol	nad 1,2	1,0-1,1	pod 1,0
Triglyceridy	do 1,7	1,8-1,9	2,0 a více

Vyšetření krevních tuků z preventivních důvodů provádí PLDD v těchto případech:

1) U dětí se zvýšeným rizikem časného rozvoje aterosklerózy, tj. dětí, u kterých bylo při preventivním vyšetření v 5. a v 13. letech zjištěno, že mají v rodinné anamnéze (u blízkých příbuzných, tedy rodičů, prarodičů, sourozenců a pokrevně příbuzných tet a strýců) výskyt:

a) rozvoje aterosklerózy u blízkého příbuzného do 55 let věku (akutní infarkt myokardu, anginu pectoris, cévní mozkovou příhodu, náhlé úmrtí, stav po operacích aorto-koronárních bypasů, angioplastik koronárních i periferních cév)

b) hypercholesterolémií vyšší než 6,5 mg/l, nebo při její medikamentózní léčbě

c) u dítěte s neznámou rodinnou anamnézou při výskytu rizikových faktorů rozvoje aterosklerózy: hypertenze, kouření, diabetes mellitus, nízká úroveň pohybové aktivity

2) U dětí s obezitou nebo nadváhou (zde je navíc indikováno vyšetření glykemie na lačno a hladiny TSH)

Vyšetření lipidogramu provádíme za těchto podmínek:

1) ráno, nalačno, po 12hodinovém lačnění po lehké večeři

2) minimálně 4 týdny po prodělaném akutním onemocnění

Hodnocení výsledků viz. tabulka.

Opatření při zjištění patologických hodnot krevních tuků:

Kontrolní vyšetření po 8 týdnech spojené s vyloučením sekundární poruchy lipidogramu, včetně stanovení hladiny urey, kreatininu, AST, ALT a TSH v séru a vyšetření moče chemicky.

Opatření při zjištění hraničních hodnot krevních tuků: pomoc při zavedení zdravého životního stylu, tj. normalizace hmotnosti, racionální strava, zvýšení pohybové aktivity, prevence kouření a kontrolní vyšetření lipidů za 6 měsíců.



Ptáme se?

MUDr. Eva Králíková, MUDr. Alexandra Kmeťová

Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN, Praha

Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK, Praha

Pediatra by mělo kouření zajímat minimálně ze tří pohledů: 1. expozice pasivnímu kouření doma (vy-loučení jakékoli expozice, vysvětlení souvislostí rodinným příslušníkům), 2. prevence kouření (moti-vace, proč nezačít kouřit) a 3. léčba závislosti na tabáku jako prevence desítek onemocnění (moti-vace k odvykání, nabídka léčby).

■ Úvod

Kouření je u nás příčinou téměř pěti-ny úmrtí. Není však „dospělým rozhodnu-tím“, ale naopak dětskou nemocí. Dospělí totiž s kouřením prakticky nezačínají – ko-lem 90 % kuřáků si poprvé zapálí před svý-mi 18. narozeninami. Průměrný věk první ci-garety je u nás mez 10 - 12 lety, průměrný věk zahájení pravidelného kouření pak me-zi 12 - 14 lety.

Závislost na tabáku je nejčastější ve for-mě cigaret, v poslední době vodních dýmek. Méně časté jsou u nás dýmky a doutníky či ji-né formy. Návykovou drogou je nikotin. Jedná se o samostatnou nemoc – číslo diagnózy F 17 = poruchy duševní a poruchy chování způ-sobené užíváním tabáku. V ČR je více než 2 000 000 kuřáků, z toho kolem 250 000 mladších než 18 let.

Ve věku 15 let kouří denně dle údajů Státního zdravotního ústavu více než 16 % dětí (<http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/zavislos-ti/koureni/Tiskovkamladez.pdf>)

80 % dětí ve věku 16 let zkusilo již někdy kouřit, přičemž 38 % těch-to dětí kouřilo opakovaně (více než 40x) a více než jedna čtvrtina šest-náctiletých dětí je denními kuřáky (ESPAD 2006, viz odkazy dole).

■ Expozice pasivnímu kouření

Děti by vůbec neměly být v zakou-řeném prostředí. Rodiče by v opti-málním případě měli pro ně být ne-kuřáckým vzorem a v tom smyslu by-chom měli intervenovat – dítě v do-mácnosti je dobrý důvod přestat kou-řit. Pokud však přestat kouřit nechťejí nebo nemohou (jedná se o skutečně silnou závislost – měli bychom vždy být empatičtí, např.: „Přestat kouřit

je podstatná věc, kterou pro své dítě můžete udělat. Víím, že je to těžké, ale mohu Vám po-moci jen pokud budete sami chtít.“ Bohužel, tabákový kouř ve vzduchu se šíří asi podobně jako moč ve vodě – představme si bazén, v je-hož jednom rohu by se smělo močit a zbytek by byl prostor bez moči. Tedy i kouř z kuchy-ně nebo toalety se dostane do dětské ložnice. Argumenty mohou být například to, že u dětí vystavených doma tabákovému kouři je vyšší výskyt zánětů dýchacích cest, vyšší počet hos-pitalizací, častější syndrom náhlého úmrtí dí-těte, častější opakované otitidy včetně kom-plikací po perforaci bubínku...

■ Prevence kouření (proč nezačít kouřit)

Výrobci cigaret vědí, že své zákazníky mu-sejí dostat do závislosti dřív než ti dostanou rozum. dospělí s kouřením prakticky neza-

čínají. Nejde přitom o žádnou inzerovanou „svobodu“ – 7 z 10 dospělých kuřáků by ra-ději nekouřilo, kdyby ovšem mohli přestat. Právě vyvětlení principu tabákového byznysu může být důležitý argument. Rizikovými fak-tory jsou kouření vrstevníků, vzorů/idolů, ku-řácké prostředí, kouření v rodině, nízký soci-oekonomický statut, nuda. Typická je kogni-tivní disonance – děti si vůbec nepřipouště-jí skutečná rizika. Jedním z nejčastějších je např. snaha o regulaci hmotnosti u dívek, což s oblibou využívá tabákový průmysl pro design svých produktů (cigarety slim). Je to ale mylná představa, protože kouřením svoji hmotnost nesníží, naopak po zanechání kou-ření dochází k nárůstu hmotnosti. Kouření je adolescenty považováno za dospělou aktivi-tou. Proto je důležité jim nabídnout jiný sym-bol dospělosti, např. mobil, hospodaření s vlastními penězi, péče o zvíře.

Externí hodnocení kvality pro systémy POCT

C-reaktivní protein, protrombinový test (INR), glukóza, HbA1c, ...

Máte-li zájem o zajištění externího hodnocení kvality pro vaše pracoviště, laskavě nás kontaktujte:

- e-mail: sekk@sekk.cz
- telefon: 466 530 230
- fax: 466 530 824
- adresa: SEKK s.r.o.
P.O. Box B35
530 02 Pardubice

Podrobné informace včetně nabídky našich služeb na rok 2012 vám zašleme obratem.

Těšíme se na spolupráci

SEKK
<http://www.sekk.cz>

Akreditovaný organizátor
programů zkoušení
způsobilosti č. 7004



■ Léčba závislosti na tabáku

„Celé dopoledne ve škole, hlavně poslední dvě hodiny, myslím jen na to, jak si budu moci venku zapálit.“ To jsou slova dvanáctileté Terezy, která od 9 let kouřila 20 cigaret denně. Bohužel, musíme se smířit s tím, že i dětem či adolescentům je třeba nabízet léčbu jejich závislosti na tabáku, viz výše uvedená data o prevalenci. Bohužel, studie existují jen ve velmi omezené míře. Důvodem je fakt, že adolescentní kuřáci jsou málo motivovaní k léčbě, prakticky se neléčí - po pár týdnech přestanou na terapii docházet a zabývat se o léčbu, takže ji nedokončí. Typické je také podceňování zdravotních rizik a malá informovanost o nich. Pediatr by měl ve své ordinaci nabídnout základní krátkou intervenci, případně motivovat k odvykání. Těm, kteří si skutečně přejí přestat, může doporučit některé z center pro závislé na tabáku, kontakty na stránce Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku WWW.SLZT.CZ, mohou také zavolat na Linku pro odvykání kouření 844 600 500 (za místní hovorné z celé republiky, v pracovní dny 14-16 h).

Schéma krátké intervence (1):

1. PTÁT se na kouření při každém klinickém kontaktu
2. PORADIT (jasně doporučit) všem, kdo kouří, přestat
3. POSODIT ochotu přestat - ty, kdo nechtějí, motivovat (intervence končí), těm, kteří chtějí, pomoci přestat - viz dále

4. POMOCI přestat - dle svých časových možností doporučit změnu návyků, stereotypů, prožívání dne („Připravte si předem náhradní řešení pro situace, kdy typicky kouříte - buď se jim vyhněte, nebo budete vědět, co uděláte místo zapálení cigarety.“)

5. PLÁNOVAT kontroly.

■ Závěr

Ptejme se tedy již při první návštěvě dítěte rodičů na kouření v domácnosti, informujme o významu pasivního kouření, motivujme rodiče k nekuřáctví. Pokud rodiče kouří a nechtějí nebo nemohou přestat, měli by od lékaře slyšet, že nemají kouřit alespoň doma (nikde doma) ani v autě. Jednak mají dětem najevo, že tabákový kouř do životního prostředí nepatří, jednak je nebudou poškozovat.

Jak dítě roste, můžeme adekvátně informovat - infarkty ani nádory nejsou v dětském věku strašákem, spíše je vhodné zmínit zápch z úst (kouření ovlivňuje mikroflóru v ústech), impotenci (kolem 20 % poruch erekce je v důsledku kouření), zhoršuje kvalitu pleti i akné podobně. V neposlední řadě je dobré názorně spočítat, kolik peněz stojí kouření za týden, měsíc a co jiného se místo toho konkrétně dá pořídit. Zajímat se o sociální prostředí - přátelé, mimoškolní aktivity. Upozornit, že kouření není „cool“ dospělou aktivitou, jak nám se snaží namluvit výrobci cigaret, ale dětskou nemocí - dospělí naopak kouřit nezačínají. Nemá také nic společného

se svobodou, naopak je otroctvím závislosti. Nemocí, s níž se chodí k lékaři.

Pokud jsou naši pacienti již kuřáky, měli bychom empaticky nabízet léčbu.

Pediatr má jedinečný přístup k budoucím kuřákům v době, kdy poprvé sahají po cigaretě a možnost jejich chování ovlivnit. Měl by ji využít.

Literatura:

1. Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., et al.: *Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline*, Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, 2008
2. Sovinová, H., Sadílek, P., Csémy, L.: *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997 - 2009)*, SZU, 2010, <http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/zavislosti/koureni/Zprava2009DEF.pdf>
3. WHO: *International Classification of Diseases*, 10th edition. WHO, Geneva, 1992

Weby:

WWW.SLZT.CZ - Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, kontakty na Centra pro závislé na tabáku

Linka pro odvykání kouření 844 600 500
WWW.NEKURATKA.CZ - edukativní stránky pro děti 9-12let

WWW.BEZCIGARET.CZ - pořádají programy pro školy

WWW.TIPNI-TO.CZ - webové stránky o kouření pro teenagery

WWW.ALIK.CZ - v rámci internetové poradny jsou zodpovídaný i dotazy týkající se kouření, průměrný věk návštěvníků webu je dle jejich údajů kolem 12 let

WWW.HELP-EU.COM - projekt EU, který má tři základní témata: prevence kouření, ochrana před pasivním kouřením a odvykání, na tomto webu jsou virály a videa, možnosti přidat vlastní video či tip

WWW.ACCESS-EUROPE.COM - stránka projektu EU, zaměřeného na léčbu závislosti na tabáku u adolescentů

WWW.SZU.CZ - Státní zdravotní ústav, od roku 1996 systematicky sleduje prevalenci kouření v populaci, přehledy jsou uvedeny (do místního vyhledávače zadejte „kouření“) WWW.CDC.GOV/TOBACCO/GLOBAL/GYTS/ - Global Youth Tobacco Survey, statistika týkající se kouření dětí mládeže z desítek zemí včetně České republiky - možnost mezinárodního a regionálního porovnání (anglicky) <http://www.espad.org/czechrep> - statistické údaje o kouření v ČR



Kritické momenty aktivace dětské obezity

prim. MUDr. Petr Tláškal, CSc.

Dětská poliklinika FN Motol, Společnost pro výživu, Praha

Společnost pro výživu ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů a Sekcí dětské obezity vyhlásili dne 25.5.2011 na konferenci ke školnímu stravování v Pardubicích Den boje proti dětské obezitě. Tento den by měl pro další roky symbolicky spojovat všechny aktivity, které probíhají v naší společnosti k propagaci zdravého životního stylu našich dětí, kde právě dětská obezita, která přechází v obezitu dospělých, se významně podílí na rozvoji civilizačních onemocnění. V pracovním dokumentu Komise EU (1) se uvádí, že 80% případů nemocí srdce, mozkových příhod, diabetu 2. typu a 40% případů rakoviny by bylo možno předejít, pokud by se vyloučily rizikové faktory běžného životního stylu. Mezi sedmi hlavními faktory je uvedena obezita a některé podněty, které ji aktivují. Z aspektů výživy sem samozřejmě patří nadměrný příjem energie, nedostatečný příjem zeleniny a ovoce, vysoký příjem soli, nevyvážený příjem nasycených a nenasycených tuků a cholesterolu. To vše v propojení se sníženou pohybovou aktivitou dětí, pozdějším zlovykem ke konzumaci tabáku a ještě později alkoholu je základem výše uvedených nemocí.

Úloha praktického dětského lékaře, který je autoritou pro rodinu dítěte, je v našem případě prioritní. Významnou úlohu má především rada lékaře, která napomáhá v prevenci rozvoje dětské obezity. K uvedenému je potřebné si uvědomit, která období dětského věku jsou z daného pohledu více nebo méně citlivá a kde můžeme nejlépe zasáhnout. Tento článek je věnován kritickým momentům se vztahem k výživě dítěte a logicky ho tvoří následné tři části:

- 1) výživa dítěte, sledování jeho růstu a vývoje
- 2) výživa dítěte a vývoj jeho osobnosti
- 3) výživa dítěte a její jednotlivé složky

■ Výživa dítěte, sledování jeho růstu a vývoje

V současné době se stále více pozornosti věnuje nutrigenomice. Vědě, která zjednodušeně řečeno prokazuje, že časná výživa člověka může mimo jiné ovlivnit expresi genů, s navozením rozvoje některých onemocnění v dospělosti. Původní Barkerova teorie (2) je tak opětovně prokazována řadou dalších studií. Nedostatek výživy ještě před narozením dítěte se tak mohou projevit až v dospělosti s rozvojem obezity, diabetu 2. typu i kardiovaskulárních onemocnění. Nedostatek výživy plodu způsobují nedostatečný rozvoj tukové tkáně, navozují metabolické reakce se snadnější disbalancí glykémie, snadnějšímu rozvoji inzulinové resistance, ale poškozují i regulaci apetitu dítěte, navozují rezistenci na leptin a tím snadnější rozvoj pozdější obezity. Je pravdou, že výživa těhotné ženy a pé-

če o průběh jejího těhotenství není v rukou pediatra. Pediatr však registruje dítě hned po jeho narození a zjišťuje jeho stav výživy zhodnocením antropometrických parametrů - hmotnosti a délky a jejich poměrů.

Definice hypotrofického novorozence „small for date“ je dobře známá. Tyto děti jsou nejvíce ohrožené z výše uvedených rizik. Není tomu však absolutně. Zákonitosti nutrigenomiky se uplatňují i v dalším časném období života člověka, kde již rozhodující úlohu v péči o dítě má praktický dětský lékař. Praktický dětský lékař sleduje a radí ve výživě dítěte, zvláště kojence. Kromě údajů rodiny se rozhoduje podle fyzického nálezu a sledování antropometrických údajů.

Po narození fyziologického novorozence tvoří přibližně 13% jeho hmotnosti tuková tkáň. Množství tukové tkáně stoupá s maximem do 5-6. měsíce věku kdy ji tvoří přibližně kolem 24-25%. Následně množství tukové tkáně dále klesá v průběhu kojeneckého, batolického a předškolního věku. Opětný vzestup množství tukové tkáně se fyziologicky navozuje kolem 6. roku života dítěte. Této změně říkáme „rebound adiposity“ (RA). Z antropometrických studií naší republiky je zřejmé, že u dětí se tento RA posunuje stále k mladším věkovým skupinám dětí. Nyní dokonce až ke 4,7 roku u chlapců a 5,2 roku u dívek (3). Zahraniční studie (4) stavu výživy u kojenců ukazují, že mohou nastat různé situace. Často děti dlouhodobě plně kojené mají rozvoj tukové tkáně v kojeneckém věku vyšší, ale následný pokles tvorby tukové tkáně přechází do RA v odpovídajícím věkovém období. Tyto děti si pak dodržují svoji hmotnost až do dospělosti.

U déle uměle živěných kojenců bývá vývoj tukové tkáně různý. Často je menší její rozvoj v kojeneckém období, ale rychlejší přechod do RA k následné obezitě.

Jaká jsou praktická východiska:

1) 6měsíční doporučená doba plného kojení. Mateřské mléko obsahuje jednak méně bílkovin než mléko kravské. Obsahuje leptin a dále obsahuje více omega 3 mastných kyselin. To vše jsou faktory, které svým způsobem dlouhodobě příznivě ovlivňují tělesné složení dítěte

2) V rámci nutrigenomiky není žádoucí, aby dítě, které se narodí hypotrofické, bylo nutriční intervencí převedeno do obezity. Snadno se pak rozvinou negativně epigeneticky nastolené reakce k rozvoji závažných onemocnění v dospělosti.

3) Jelikož epigenetický účinek výživy s nastolením exprese genů je patrný i v době po narození dítěte, je vhodné, abychom nepodlehli naléhání rodičů a pečlivě sledovali dynamický vývoj hmotnosti a délky dítěte. Například, má-li dítě od narození nastavené tyto parametry mezi 3.-10. percentilem nebo mezi 10.-25. percentilem, je chybou snažit se o jejich normalizaci k 50. percentilu. Podle prof. Kolečka (5) uvedené určitě platí pro první dva roky života dítěte. Samozřejmě, začne-li se vývoj těchto parametrů propadat, hledáme příčinu v možném onemocnění.

■ Výživa dítěte a vývoj jeho osobnosti

Jak probíhá psychomotorický vývoj dítěte v časném období života je dobře známo. Jak

**Tabulka 1. Obecná charakteristiky regulace příjmu hlavních živin (WHO 1998)**

	Bílkoviny	Sacharidy	Tuky
Sytivost	+++	++	±
Potlačení hladu	+++	+++	±
Kapacita ukládání	±	+	+++
Autoregulace při nadbytku	+++	++	0

probíhá vývoj dítěte v souvislosti s jeho přístupem k výživě, musíme čerpat z literatury. Uznávanou autoritou v uvedené oblasti je paní doc. Fraňková z Filosofické fakulty (6). Na vývojových obdobích výživy se samozřejmě podílí genetické dispozice dítěte.

a) Regulační schopnost příjmu množství potravy má svůj vrozený základ, který se však snadno naruší nevhodnými zásahy. Ze studií vyplývá, že pokud nejsou děti nuceny do přejídání a nedostávají tučné sladké pamlsky, jsou schopny řídit si svůj jídelníček tak, že i při nevyrovnaném příjmu stravy v jednotlivých porcích mají denní energetický příjem stabilní, vyvážený. Jak často se praktický lékař setkává se stížností matky, že dítě špatně jí. Většinou, pokud zhodnotíme několikadenní jídelníček, zjistíme, že příjem potravy je odpovídající.

b) Preference jednotlivých složek potravy (chuť, barva). Sladká chuť – její preference s věkem mírně klesá, u chlapců předškolního věku je větší než u dívek. Tuk je významnou chuťovou složkou. Obliba jídel s tukem se fixuje od 18 měsíců věku dítěte. Znamená to nebezpečí návyku na příjem pamlsků u batolat. Barva – předškolní děti preferují červenou, žlutou a oranžovou, nemají v oblibě zelenou (např. zelená paprika a podobně). Kombinace různých jídel – příliš pevná pravidla v kombinaci živin či potravin mohou vést ke vzniku stereotypů, které se v pozdějším věku obtížně překonávají. V časném věku tak vzniká nebezpečí preferencí určitých chutí či kombinací stravy k možnému vzniku obezity dítěte.

c) Neofobie. Odmítání jídla, se kterým se dítě ještě nesetkalo, je v průběhu prvního až čtvrtého roku života dítěte běžnou záležitostí. Jedná se o přirozenou negativní reakci dítěte na zevní prostředí. Tento jev je přechodný. Účinným prostředkem je trpělivost rodiny. Dítě nesmí být nuceno. Příslušné jídlo nabídneme třeba v jiné úpravě další dny nebo jíme společně s celou rodinou a podobně. Psychologické nevládnutí této situace vytváří nebezpečí nesprávných stravovacích návyků dítěte až do jeho dospělosti.

d) Výběr potravy. Dítě se učí poznávat od narození a dále do dospělosti co je jedlé, co je požitelné, chutné či nechutné. Informace dospělých, pomoc při nákupech či přípravě stravy je

svoji výživou, dítě by nemělo dostávat nadměrné porce (lépe, když si přidá), nebezpečí manipulace s výživou jako odměny, zabavení dítěte jídlem má svá rizika, děti pozorují jak se chovají rodiče a podobně.

■ Výživa dítěte a její jednotlivé složky

Mnohé studie ukazují, že prevalence obezity nesouvisí pouze se zvýšením energetického příjmu. V rámci zachování energetické bilance se logicky nabízí snížení energetického výdeje, při omezené pohybové aktivitě jedince. Průběh metabolických procesů je nicméně ovlivňován charakterem energetického zdroje a tak se stále více objevují studie, které sledují účinek jednotlivých složek potravy na lidský organismus. Připomeňme si fyziologické studie (7). Obecnou charakteristiku regulace příjmu hlavních živin ukazuje tabulka č.1. Z přehledu je patrné, že tuky prakticky postrádají sytící efekt, jejich příjem příliš nevede k potlačení hladu, v přebytku se ukládají do tukové tkáně a při jejich nadbytečném příjmu organismus neaktivuje regulační mechanismy.

Je dobře známo, že tuky výrazně zlepšují chuťové vlastnosti potravy, nicméně výrazně zvyšují energetický příjem. Tuky tvoří triacylglyceridy a mastné kyseliny. Mastné kyseliny (MK) a jejich metabolity tvoří adipogenní hormony. Ze studií vyplývá, že satureované a mononenasycené MK zvyšují tvorbu tukové tkáně významně více než polynenasycené MK (PUFA). Vyšší obsah PUFA zvyšuje klidový energetický výdej, zvyšuje oxidaci lipidů a zvyšuje termogenezi. PUFA tak významně ovlivňují výdej energie a tím zasahují do energetické rovnováhy. Ze studií na zvířatech vyplývá, že omega 3 MK mají lipolytický efekt (kyselina alfa-linoleová) na rozdíl od omega 6 MK (kyselina linolová). Uvádí se, že historicky dlouhodobé změny jídelníčku člověka vedly nejen ke snížení příjmu PUFA, ale i k změnám poměrů omega 6 a omega 3 MK, což ve svém důsledku podporuje rozvoj obezity.

Studie Rolland Cacherové (8) byla jednou z prvních, která prokázala, že vyšší příjem bílkovin v časném věku dítěte se odráží ve větší tvorbě tukové tkáně v pozdějším vývoji. Ukazuje se,

velmi motivující. Jedná se o děti již od batolecího a předškolního věku.

e) Vliv rodiny. Obézním dětem matky často nabízejí jídlo, děti jsou citlivé na výroky dospělých, dítě vycítí úzkost matky v souvislosti se

že i spektrum aminokyselin má svůj specifický význam, kdy zvláště bílkoviny s vyšším obsahem argininu a lysinu podporují rozvoj tuku prosté tkáně a stimulují lipolýzu.

Z fyziologických studií je známo, že 80-90% energie přijaté z potravy ve formě sacharidů je absorbováno ve formě glukózy. Ze 100 g absorbované glukózy je 60 g oxidováno během tří hodin. Ostatní glukóza se ukládá jako svalový nebo jaterní glykogen. Při větším příjmu glukózy je tato metabolizována na mastné kyseliny. Monosacharid fruktóza se zapojuje do metabolických procesů nezávisle na inzulinu, aktivuje lipogenezi, kdy při dlouhodobějším podávání vyvolává rezistenci k inzulinu. Sacharóza (glukóza a fruktóza) v podání vyšším než 30% kalorického příjmu významně zvyšuje lipogenezi. Laktóza (glukóza a galaktóza) je méně solubilní a ve spojení s tučnější stravou naopak tlumí lipogenezi. Významnou úlohu v metabolických procesech hrají škroby, které patří mezi polysacharidy, jsou pomaleji tráveny a ovlivňují tím významně uvolňování glukózy a její saturaci organismu. Podle přítomnosti a této vlastnosti škrobů je tak možno hodnotit takzvaný glykemický index potravin. Potravin s nízkým glykemickým indexem (GI) prodlužují pocit sytosti (omezují přejídání). Pomaleji jsou tráveny sacharidy, po jejich požití je zaznamenávána nižší glykémie a nižší uvolňování mastných kyselin v játrech. Je tak rozdíl, pokud jíme glukózu (GI 100%), bagetu (GI 95%), rýži (GI 56%), čočku (GI 29%) či jiné potraviny.

Významnou úlohu v metabolických procesech ovlivňujících případný rozvoj obezity mají i jiné složky výživy. Z těch významnějších je nutné zmínit vápník. Zvláště vápník mléčného původu se uplatňuje při vyšším příjmu tuků tím, že vstupuje s nimi do reakcí, zvyšuje jejich exkreci. Dále supresí 1,25 dihydrocholecalciferolu se snižuje jeho vstup do buněk, a tím se i snižuje liposyntéza. Vápník rovněž zvyšuje termogenezi a tím i energetický výdej organismu.

■ Závěr

Vývoj obezity a následně dalších onemocnění člověka má z hlediska výživy řadu kritických spouštěcích momentů, které se postupně aktivují od prenatálního do postnatálního období. Sledování výživy matky, hmotnostních přírůstků plodu, charakteru výživy novorozence a kojence, úměrných přírůstků hmotnosti v kojeneckém věku, vývoje tukové tkáně v batolecím a předškolním věku. Významná je podpora psychického vývoje dítěte jeho postojů při výběru stravy a fixaci jídelníčku s přiměřenými stravovacími návyky.

Literatura u autora.

Postavení dietologie v dětské obezitologii

MUDr. Zlatko Marinov

Dětská obezitologická ambulance, Dětská poliklinika FN Motol, Praha

Dietologie je základním pilířem řešení nadváhy a obezity. V obezitologické dietologii se využívá základního postulátu počáteční negativní energetická bilance, která se při dosažení cíle převádí na vyváženou. Těchto cílů se dosahuje v kombinaci snížení energetického příjmu, kterým se především zabývá dietologie, a zvýšením energetického výdeje, kterým se zabývá fyzioterapie. Redukční diety zahajují redukci hmotnosti a dietologická úprava je základním podkladem dlouhodobé změny jídelního chování, kterou podporuje navýšený pohybový energetický výdej. Dietologie v dětské obezitologii má oproti obezitologii dospělých přísně vymezené hranice, které vyplývají ze specifických fyziologických podmínek tohoto životního období. Význam dětské obezitologické dietologie nabývá stále intenzivněji na aktuálním významu s nárůstem výskytu dětské obezity, který se za posledních dvacet let v dětské populaci zdvojnásobil.

Nejčastěji v obezitologické dietologii bývá diskutovaná otázka redukčních diet, která je zejména přeceňovaná v obecné populaci. Redukční diety startují redukcí hmotnosti, ale jejich význam na dlouhodobé udržení hmotnosti je více než sporný. Hlavní podstatou všech redukčních diet je snížení energetického denního příjmu a navození negativní energetické bilance. Složení redukčních diet nemá na samotnou redukci hmotnosti žádný vliv. I vzhledem k tomu lze považovat ze zdravotního rizika za vysloveně nevhodné redukční diety s relativně navýšeným obsahem tuků. Upřednostňovat lze u pacientů s inzulínovou rezistencí redukční diety se sníženým obsahem volných cukrů a redukční diety s vyšším glykemickým indexem. Relativně výhodnější zejména v dětské obezitologii se jeví redukční diety s navýšeným obsahem bílkovin. Jednotlivé redukční diety se sice mohou částečně lišit svým počátečním redukčním potenciálem, nicméně po jednom roce není mezi nimi žádného rozdílu. Do popředí obezitologického úsilí v dietologii se dostávají především faktory subjektivního vnímání klienta. Především kognitivně behaviorální faktory rozhodují o úspěšnosti nejen redukce, ale především udržení hmotnostního úbytku. Realitou obezitologických ambulančí je, že okolo půl roční terapie se pacienti vrací ke svým původním dietologickým návykům a rozhodující pro perspektivu pacienta je nakolik byly za tuto dobu ovlivněny jeho jídelní a pohybové stereotypy. Z tohoto pohledu jsou významnější trvale akceptovatelná dietologická opatření, která jsou šitá na mí-



ru konkrétního klienta, než samotné složení originálních diet. Tento princip platí zejména v dětské obezitologii, kde jsme postaveni před základní praktickou otázkou: Jak nastavit účelnou redukční dietu aniž bychom poškodili dětský organismus ve vývoji a zabrzдили jeho zdárný růst.

Takzvané nulové diety nemají obecně v obezitologii žádné místo. Vysoko nízkoe energetické diety 1500 - 3500 kJ a jejich pediagrický ekvivalent podle věku jsou oproti ambulantnímu sledování v dospělých obezitologických ambulancích určeny v dětské obezitologii jen k výjimečnému použití u polymorbidních dětských pacientů na lůžkových klinických pracovištích za soustavného metabolického monitoringu školeným personálem. Nízkoe energetické diety 5000 - 6000 kJ/den a jejich pediagrický ekvivalent podle věku, které jsou v dospělé obezitologii standardně komerčně připravovány pro ambulantní praxi, jsou v dětské obezitologii přípustné pouze na pobytových pracovištích.

V dětské obezitologii jsou přípustné dietologické režimy se snížením energetického příjmu v rozsahu 500-1000 kJ/den, respektive u adolescentů adultní ekvivalent 2000 kJ/den. Správně nastavený redukční dietologický režim vede u rostoucích dětí k hmotnostním přírůstkům 0,5 - 0,9 kg na 1 cm nárůstu výšky. Při redukci pod 0,5 kg na 1 cm může docházet k nežádoucí karenci. Hmotnostní přírůstek 1 kg na 1 cm výšky hodnotíme jako stagnaci u starších školních dětí, ale u nižších věkových kategorií je tato hodnota ještě uspokojivá. Nárůst nad 1 kg na 1 cm je u rostoucích dětí selháním léčby. U adolescentů hodnotíme jako úspěšnou léčbu při poklesu hmotnosti 0,5 kg - 1 kg na týden. Při překročení poklesu o více než 1 kg na týden může docházet k nežádoucí karenci a musíme se především zaměřit na vyloučení zneužití projímadel, nízkoe energetických diet nebo na podezření na rozvoj mentální anorexie.

Do popředí dětského obezitologického zájmu se dostává standardní režim racionální stravy, protože u tří čtvrtin dětí s nadváhou a obezitou samotná úprava jídelních zvyklostí ve smyslu racionálního jídelníčku vede k dlouhodobé úpravě nadváhy a obezity. Nicméně i pohled na racionální stravu má v dětské obezitologii svá specifika.

Hlavní roli v dětském dietologickém režimu hraje pravidelnost a energetická hodnota jídel. Mladý organismus spotřebuje 50 - 60 % energie na svůj základní metabolismus, 20 % na aktivní výkon během dne a 10 % na obnovu tkání. Navíc se však průběžně vyvíjí, a proto tvoří významnou energetickou



položku také růst, a to na úrovni 10 až 30 % denního energetického příjmu. Odlišné potřeby dětí oproti dospělým jsou dány především jejich růstem. Rozvoj centrální nervové soustavy a abstraktního myšlení, které nás odlišují od ostatních živočišných druhů, nám byl umožněn díky vyššímu příjmu složených cukrů, plnohodnotných bílkovin a tuků. Platí, že v dětské stravě se musíme především vyvarovat monotónnosti. Racionální jídelníček má obsahovat pět základních skupin potravin, které by měly být zastoupeny v určitém poměru: maso, ryby, drůbež: 1-2 porce, mléko, vejce: 2-3 porce, ovoce: 1-2 porce, zelenina: 3 porce, obilniny, přílohy: 3-6 porcí. Jídelníček dětí má obsahovat potraviny ze všech pěti skupin s důrazem na plnohodnotné bílkoviny a esenciální mastné kyseliny, aby byl zaručený správný růst a funkce organismu. Toho lze dosáhnout pod heslem: Víím, z čeho vařím. Nejvhodnější úpravou je vaření, pečení, zapékání, dušení. Na dochucování se používají různé druhy bylinek a solí se jen omezeně. Jak toto složení nejlépe rozložit v průběhu dne do pěti chodů?

■ Snídaně – celozrnné snídaňové cereálie s mléčným výrobkem a ovocem – Bez snídaně se nejde z domu...

Vhodná snídaně je správným startem do nového dne. Měla by tvořit cca 20-25 % energie. Proces učení, pozornost a soustředění, které si od dětí žádá každý den strávený ve škole, vyžadují adekvátní množství energie. Je velmi důležité vést děti k pravidelné snídani již od útlého věku, abychom tak předešli známému a velmi častému nešvaru, kterým je vynechávání snídaní. Volit by se měla jídla s vyšším obsahem polysacharidů, nebo v kombinaci s určitým množstvím jednoduchých sacharidů, které jsou lehce stravitelné, nezatěžují trávicí trakt a na rozdíl od tuků a bílkovin nevyžadují náročný enzymatický pochod trávení. Dětská snídaně musí splňovat nároky na skladbu, ale i správnou senzorickou kvalitu – chuť, barvu a vůni, tedy atraktivitu pro dítě a má být jednoduchá v přípravě jak pro rodiče, tak pro samotné děti. V dnešní uspěchané době je především důležité překonat fyziologické ranní nechutenství a zafixovat u dětí potřebu sníst i do dospělosti. Základem ideální snídaně pro 21. století jsou celozrnné snídaňové cereálie s mléčnou porcí a přidavkem čerstvého ovoce a dostatečného množství pramenité vody. Ne náhodou je snídaně nejdů-

ležitějším denním jídlem. Tonizuje nejen trávicí trakt, rozbíhá energetický metabolismus, ale nepřímo předurčuje i celkovou pohodu.

■ Dopolodní svačiny – ovocně-zeleninový základ

Ideální jsou domácí dopolední svačiny. Dopolodní svačina by měla pokrýt cca 10-15 % energetického denního příjmu. V mladším školním věku ji zhruba v devadesáti procentech případů zajišťuje rodina. Se stoupajícím věkem toto číslo klesá a děti svačiny často vynechávají anebo zajišťují nákupem nevhodných „trendových“ potravin ve škole. Velmi závažným zjištěním je, že naprostá většina školáků jí ovoce a zeleninu zcela nedostatečně. Školní svačina má navazovat na snídani a nesmí ji zastupovat. Vedle sacharidové energetické složky má být dopolední svačina obohacena o plnohodnotné bílkoviny, které jsou základním stavebním kamenem pro zdárný růst a vývoj dětí. Jak se na jedné straně nemusíme obávat při výběru racionální snídaně jisté monotónnosti, tak se na druhé straně v dopolední svačině snažíme o velkou pestrost. Základem školní svačiny má být na prvním místě ovoce nebo zelenina a až na druhém celozrnné pečivo nebo cereální tyčinka, to vše doplněné tvarem nebo zakysaným mléčným výrobkem. Skladba dopolední svačiny by se měla lišit dle věku dítěte a přizpůsobit i podle jeho chuťových preferencí, které se s věkem dítěte mění. Dopolodní svačina by neměla nadměrně zatěžovat trávicí trakt nejen ve svém objemu, ale i obsahu, tak aby neodváděla dítě od procesu učení. Obecně nemají v dětské stravě místo uzeninové výrobky a vyhýbáme se nasyceným tukům a takzvané „prázdným“ kaloriím v energeticky bohatých potravinových doplncích.

■ Oběd - Ve školní jídelně

Obědy připravované ve školní jídelně garantují racionální stravu, a to jak skladbou a obsahem, tak vhodným načasováním. Jsou vysoce hodnoceny i v rámci Evropské unie. Oběd by měl pokrývat cca 30-35 % denního energetického příjmu. Rodina může jen stěží garantovat náročné normy kladené na racionální skladbu poledního jídla, které má již obsahovat vyvážený poměr všech základních složek: polysacharidů, kvalitních plnohodnotných bílkovin, vhodných tuků a mikronutrientů, včetně potřebné pestrosti. Ve školní jídelně se má dítě setkat se všemi druhy potravin, které mu nemusí vždy chutnat, proto-

že filozofií není jídlo pro chuť, ale primárně pro energetickou nutnost anebo tomu odpovídá ono známé: „Nežijeme proto, abychom jedli, ale jíme proto, abychom žili!“. Obecný tlak veřejnosti by měl být veden na školní jídelny především ve smyslu zařazování zeleninových salátů a ne na chutnost pokrmů za všech okolností.

■ Odpolední svačina ovocně-mléčná

Odpolední svačina má tvořit cca 10 % energetického příjmu. V ideálním případě by měla krytí potřeby aktivního pohybu, kterému se mají v odpoledních hodinách děti věnovat. Aktivní pohyb má vyvážit dopolední psychicky náročnou, ale fyzicky nenáročnou školní aktivitu. Obecně lze doporučit odpolední svačinu založenou na bázi mléka a mléčných výrobků s porcí méně sladkého ovoce nebo zeleniny.

■ Večeře – středomořská strava bohatá na esenciální mastné kyseliny – Víím, z čeho vařím...

V ideálním případě by měla večeřet celá rodina u společného rodinného večerního stolu. Kromě vhodného jídla je nesmírně důležitá komunikace členů rodiny v klidu a bez komunikačního nepřítele, kterým je bezesporu televize. Na talíři by měl převažovat středomořský typ stravy s vysokým obsahem esenciálních mastných kyselin. Mobilizace energie z tuků je relativně pomalá, stejně jako bazální metabolismus a včetně růstu. Nejen příjem stravy, ale ani růst není v organismu kontinuální a proto se tuková tkáň stala hned po vodě a bílkovinách třetí největší součástí těla. Člověk neroste v bdělém stavu, ale především v období spánku. Regulaci růstu řídí růstový hormon, který se vyplavuje v období spánku. I proto u dětí tak důrazně bráníme dostatečně dlouhý, minimálně 7-8 hodinový spánek. Zároveň k tomu bychom měli přizpůsobovat dynamiku příjmu jednotlivých složek stravy během dne. V období růstu se doporučuje pravidlo, že tuky s trojnásobně vyšší energetickou dostupností než cukry mají reprezentovat 25-30 % denního příjmu, a to v poměru jedna třetina nasycených mastných kyselin ke dvěma třetinám nenasycených mastných kyselin, z toho omega-6 a omega-3 mastné kyseliny v poměru 4:1. Zdraví škodlivé trans nenasycené mastné kyseliny by měly tvořit maximálně 1 %. Nezapomínat je třeba na zařazování ryb do jídelníčku aspoň 2x týdně. Mezi jednotlivými



jídly dodržujeme pravidelné časové odstupy průměrně 3 hodiny s posledním jídlem dne - večeří minimálně 2-3 hodiny před spaním.

Samotnou kapitolou dětské obezitologie je pitný režim - Na pití je voda a ne cukřenka.

Podíl příjmu slazených nápojů na zvýšeném energetickém příjmu a jeho souvislost s pandemií obezity je všeobecně akceptován především v dětské populaci. Nealkoholické nápoje v současné době tvoří hlavní zdroj přidáných volných cukrů v denním energetickém příjmu. Spotřeba nealkoholických nápojů se za posledních 20 let zvýšila trojnásobně, 50-85% z dětí ve škole konzumují alespoň jeden nealkoholický nápoj denně a na celkovém energetickém denním příjmu se tyto nápoje mnohdy podílí 10 - 15%. Riziko dětské nadváhy se zvyšuje s každou přidanou sklenicí přislazovaného nápoje nad obvyklou denní potřebu 1,6 krát.

S nárůstem nadváhy se u dospívajících souběžně zvyšuje i spotřeba slazených nápojů. Při vzájemném působení těchto dvou proměnných se zapojuje působení vysokého glykemického indexu slazených nápojů s efektem zvýšené postprandiální glykémie a zvýšené inzulinové rezistence. Slazené nápoje se tak podílí na snížení pocitu sytosti a následně mohou vést k přejídání. Neslazené nápoje pocit sytosti neovlivňují a svým objemem spíše brání pocitu hladu. Tím umožňují větší flexibilitu v množství a četnosti porcí. Odstranění nebo výrazné snížení spotřeby slazených nápojů může vést ke snížení energetického příjmu, zvýšení pocitu sytosti, snížení inzulinové rezistence a může napomoci k redukci hmotnosti.

Současná výživová doporučení vyjádřená ve výživové pyramidě nevýrazují striktně z jídelníčku potraviny s vysokou energetickou a nízkou nutriční denzitou, ale upozorňují na fakt, že při jejich požití by měla být přiměřeně navýšena pohybová aktivita. Je potřebné si uvědomit, že samotná denní chůze pěšky 6 km, znamená ročně 2 190 km, což při přepočtu reprezentuje asi 6 až 12 kg tukové tkáně bez trápení se ve fitness centrech. Když se k nim přidá chůze do všech schodů nahoru, může si po nich každý dojít i pro nejednu sladkost. Přesto všeho s mírou a pochutinám (sladkostem, slanostem, uzenostem) by měl být vyhrazen víkend plný pohody a společného rodinného pohybu, který začíná v sobotu dopoledním výletem a ne v pátek večer televizním pořadem.

Zmíněnými principy konkrétně rozpraco-

vává publikace S dětmi proti obezitě, připravená kolektivem autorů, kteří se prakticky zabývají léčbou dětské nadváhy a obezity. Kniha je určena pro širokou veřejnost, jako pomůcka pro praktické lékaře pro děti a dorost v návaznosti na připravovanou odbornou publikaci Praktická dětská obezitologie, ale ke své práci ji budou moci využít i psychologové, pedagogové, výživoví poradci a specializované dětské obezitologické ambulance. Skládá se ze čtyř základních celků, které na sebe vzájemně navazují. Podklady běžné dětské obezity, Preventivní opatření podle věku dítěte, Jídelníček školáka - obecné doporučení i konkrétní rady a Zelenina pro radost - recepty pro děti. Publikace dává odborné i laické veřejnosti nástroj ke stanovení konkrétních a srozumitelných preventivních opatření, které brání vzniku běžné dětské obezity.

Použitá literatura:

- 1) Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL at al. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction. *JAMA*. 2005 Jan 5;293(1):43-53.
- 2) Delbridge EA, Prendergast LA, Pritchard JE, Proietto J. One year weight maintenance after significant weight loss in healthy overweight and obese subjects: does diet composition matter? *Am J Clin Nutr*. 2009 Nov;90(5):1203-14.
- 3) Gibson LJ, Peto J, Warren JM, dos Santos Silva I. Lack of evidence on diets for obesity for children. *Int J Epidemiol*. 2006 Dec;35(6):1544-52.
- 4) Hainer V. *Základy klinické obezitologie*. Grada 2004
- 5) Meckling KA, O'Sullivan C, Saari D. Comparison of a low-fat diet to a low carbohydrate diet on weight loss, body composition, and risk factors for diabetes and cardiovascular disease in free-living, overweight men and women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004 Jun;89(6):2717-23.
- 6) Pařízková J., Lisá L., et al. *Obezita v dětství a dospívání*. Galén 2007
- 7) Sacks FM, Bray GA, Carey VJ at al. Comparison of weight-loss diets with different composition of fat, protein, and carbohydrates. *N Engl J Med*. 2009 Feb 26;360(9):859-73.



Milí kolegové,
hluboce zarmoucení Vám oznamujeme,
že dne 1.10.2011 zemřela
naše kolegyně a kamarádka

MUDr. Jiřinka Vacková

Zemřela po krátké a těžké
nemoci ve věku 57 let.

Pracovala jako praktická dětská lékařka v ordinacích
v Dolním Bousově a Březně na Mladoboleslavsku.

Své práci věnovala celé své srdce.

Milovala své pacienty a oni milovali ji.

Kromě svého náročného povolání se věnovala
také své rodině.

Měla krásné manželství a vzorně vychovala dva syny.

Čest její památce!

MUDr. Alena Štolcová,
primářka dětského oddělení v Mladé Boleslavi



Pohybová aktivita v prevenci civilizačních chorob

MUDr. Jana Malinčíková, Ph.D., prim. MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., MBA

Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace LF UP a FN Olomouc

Pohyb je základní atribut života. Nedostatek pohybu je jednou z hlavních příčin vzniku civilizačních nemocí. Další příčinou je prudká akcelerace růstu počtu obyvatel v 19. a 20. století a současná změna způsobu života obyvatel v civilizovaných zemích. Tyto změny nastaly mimořádně rychle – lidský genom je výsledkem miliony let trvající adaptace k podmínkám, mění se tedy jen velmi pomalu. Rychlé, radikální a definitivní změny podmínek vedou k rozkolísání homeostázy v důsledku střetu zakódovaných vlastností s neobvyklými podmínkami, dochází tak překročení fyziologických možností adaptace organismu, a to v masovém měřítku.

Rozvoj techniky vyřadil chůzi a běh jako hlavní zdroj transportu. Děti si pozitivní emoce místo aktivního pohybu zajišťují prostřednictvím počítačových her. Uspokojení z volného tělesného pohybu se zaměnilo za virtuální realitu s minimálními energetickými nároky. Únava a příjemný pocit po tříhodinovém hraní je srovnatelná s pohybem nebo sportovním utkáním po stejně dlouhou dobu. Více než tři hodiny denně u počítače prosedí přes 20 % českých dětí. Množství pohybové aktivity v naší populaci výrazně klesá, přestože se jeho geneticky determinovaná potřeba nemění (hypokinesa).

■ Význam pohybové aktivity

Pohybová aktivita je součástí zdravého životního stylu, součástí primární i sekundární prevence různých onemocnění (kardiovaskulární nemoci, onkologická onemocnění, respirační a metabolická onemocnění). Dobrá úroveň fyzické zdatnosti závisí na plně funkčním kardiovaskulárním systému, přiměřené tělesné hmotnosti, optimální svalové síle a kloubní pohyblivosti. Mění se s věkem, zdravotním stavem včetně stavu psychického, závisí na pohlaví, na druhu zaměstnání, převažujícím způsobu denní lokomoce a mnoha dalších okolnostech.

■ Výchova ke zdraví, podpora zdraví

Ovlivňování populace vede ke správnému způsobu života a ke změnám jednání a chování, které vyžaduje zdravotní stav jednotlivců a komunit, je také nezbytnou součástí edukace pacientů v sekundární i terciární prevenci. Úkolem není jen zvyšovat informovanost, ale směřuje přímo ke změnám jednání a chování. Role praktického lékaře pro děti a dorost je ve výchově ke zdraví jedinečná a nezastupitelná, je nezanedbatelným profesionálem v systému veřejného zdraví a podílí se na snižování incidence a snižování mortality na preventabilní a časně diagnostikovatelná závažná onemocnění (kardiovaskulární onemocnění, nádory, úrazy).

■ Kritéria limitující fyzickou zátěž

Věk a stupeň psychomotorického vývoje dítěte, vysoký krevní tlak, poruchy srdečního rytmu, onemocnění jater nebo ledvin, plicní nebo srdeční onemocnění, kloubní nestabilita, všechny akutní infekční stavy.

Pravidla pohybové aktivity

Pohybová aktivita by měla zaměstnávat rovnoměrně všechny svalové skupiny, přispívá tak k harmonickému vývinu dítěte, měla by rozvíjet všestrannou pohyblivost a ohebnost, má velký význam při emocionálním ladění člověka, zlepšuje složky zdravotně orientované tělesné zdatnosti, tj. kardiovaskulární zdatnost, svalovou zdatnost, flexibilitu a složení těla, je výrazně ovlivněna především pohybovou aktivitou rodičů. Měla by vždy vycházet z limitu dětských možností - nářadí, náčiní, pravidla, prostor a čas je třeba těmto limitům přizpůsobit v zájmu bezpečnosti dítěte, volíme spíše cvičení krátká, jednoduchá a zábavná, zejména u mladšího školního věku, dostatek času je vhodné věnovat hrám. Pravidlem by mělo být nejdříve nacvičovat pohyby velké a jednoduché, později složitě a více diferencované, více využívat názorné demonstrace, dětem by měl být poskytnut dostatek časového prostoru k nacvičení, každé cvičení by mělo obsahovat cviky

pro správné držení těla, popř. na odstranění ortopedických vad.

Pravidla pohybové aktivity u dětí

s obezitou:

- Těžká obezita – doporučujeme pouze cvičení ve vodě, cvičení v lehu nebo vsedě.
- Střední obezita – doporučujeme cvičení ve stoje, jízdu na kole nebo rotopedu 10-15 minut, chůzi, tanec, strečink a cvičení připravující na participaci v týmovém sportu.
- Mírná obezita – doporučujeme cvičení ve všech pozicích, použití všech částí těla a všech svalových skupin, chůzi a běh s nárůstem vzdálenosti a trvání, vhodná je přiměřená participace v týmových hrách.

Při doporučování pohybové aktivity je důležité dodržovat pravidlo FITT = frekvence, intenzita, doba cvičení, typ cvičení.

■ Pravidelnost a frekvence pohybové aktivity

Doporučuje se minimálně 30 minut denně pohybových aktivit mírné intenzity a intenzivnější pohybové aktivity nejméně 30 minut 3x týdně. Anebo se doporučuje 45-60 minut 3-4x týdně, minimálně ob den, na úrovni 50-70% maximální aerobní kapacity (VO₂max).

Typy pohybové aktivity

Vhodné jsou zejména pohybové aktivity



kombinované, tedy poměr mezi silovými aktivitami a vytrvalostními aktivitami by měl být 1:3. Intenzita silového tréninku by měla být spíše nízká, dbáme hlavně na větší počet opakování cviků. Intenzitu fyzické zátěže je vždy nutné individuálně přizpůsobit aktuální fyzické výkonnosti dítěte. Plán pohybové aktivity by měl individuálně respektovat sociálně-ekonomické zázemí, osobnost a zdravotní stav pacienta → COMPLIANCE.

■ Silová aktivita

Dochází při ní k redukci podkožního i intraabdominálního tuku a nárůstu svalové hmoty. Toto vede k relativnímu poklesu produkce faktorů produkovaných adipózní tkáně, které negativně ovlivňují inzulínovou rezistenci a zároveň nárůst svalové hmoty zvyšuje absolutní počet inzulínových receptorů. Svalová hmota rovněž zvyšuje klidový energetický výdej. Silová aktivita má však i svá rizika - zátěž silového charakteru klade výrazně vyšší nároky na srdeční práci, proto ji nedoporučujeme hypertenzním dětem. Na druhé straně posilování svalstva trupu, páteře a zad je významnou prevencí vadného nebo chabého držení těla. Vhodné je dynamické posilování do 30 - 50 % maximální síly bez zadržování dechu. Důležité je nezatěžovat páteř ve svislém směru, rizikové jsou i cviky v předklonu, které přetěžují bedra. U dětí se používají cviky pouze s využitím vlastní váhy, po pubertě pak můžeme použít závaží do 1/3 vlastní váhy.

■ Vytrvalostní aerobní aktivita

Vede k morfologickým změnám ve sva-lech, ke zvýšené konverzi rychlých glykolytických IIb vláken na oxidativní IIa vlákna, která jsou inzulín senzitivnější. Výhodou tohoto typu zátěže je možnost snadného stupňování zátěže, kdy zrychlením intenzitu zvýšíme a zpomalením snížíme. Vytrvalostní aerobní aktivity výrazněji spalují podkožní tuk asi po 40 minutách zátěže střední intenzity. Také vytrvalostní aerobní zátěž má své nevýhody, jednak je to zaměření na omezenou skupinu svalů převážně dolních končetin (běh, chůze, rotoped, cyklistika, turistika, nordic walking), dále je možné přetížení nosných kloubů dolních končetin.

Každá pohybová aktivita by měla mít přípravnou fázi před jejím začátkem a fázi zklidnění po jejím ukončení. Zaměřujeme se především na protahování zkrácených (posturálních) svalů a posilování oslabených (fázic-

kých) svalů, které nejsou při běžné (habituální) aktivitě dostatečně zapojovány.

■ Vhodné pohybové aktivity

Chůze

Doporučuje se chůze rychlostí 5,0 - 6,5 km/h, což odpovídá 4,0 MET (metabolický ekvivalent), energetický výdej lze zvýšit chůzí do kopce nebo kombinací s krátkými běhy. Dítě by mělo používat obuv s měkkou podrážkou, tlumící nárazy, ke zvýšení atraktivnosti pro děti může přispět chůze se psem nebo zajímavé prostředí. Důležitá je motivace celé rodiny, při společných aktivitách dětí s rodiči dochází navíc k posilování pozitivních rodinných vazeb.

Plavání

Plavání snižuje přetěžování posturálních svalů, dochází při něm ke střídání pravidelné svalové napětí s relaxací, čímž působí pozitivně nejen na pohybový aparát, ale také na kardiovaskulární a respirační soustavu. Plavání šetří pohybový aparát, využívá cvičení v odlehčení a proti odporu vody, nejšetrnějším stylem vzhledem k fyziologickým zakřivením páteře je znak, případně prsa s vydechováním pod vodu. Plavání je vhodné zařazovat do programů redukce hmotnosti minimálně 1x týdně, délka jednotlivého tréninku by měla být minimálně 30 minut a prodlužovat se postupně až na 45-60minut. Intenzita plaveckého tréninku by měla odpovídat střednímu tempu, pokud kontrolujeme tepovou frekvenci při plaveckém tréninku, musíme zohlednit vliv chladného prostředí a dodržovat tepovou frekvenci o cca 10 nižší než jaká byla vypočtena ze spiroergometrického vyšetření na bicyklovém ergometru nebo běhátku.

Cyklistika

Při rychlosti nad 15 km/h se jedná o dostatečný energetický výdej, rychlost nad 20- 24,5 km/h znamená již značně vysoký energetický výdej, což odpovídá cca 8,0 MET. Výhodou cyklistiky je odlehčení kloubů dolních končetin, nevýhodou je naopak postavení páteře a statické přetěžování paravertebrálních svalů vynucenou hyperkyfózou hrudní páteře a zvýšenou lordózou krční páteře. Polohu sedla a řídítek je proto vhodné upravit tak, aby dítě sedělo ve vzpřímené poloze. Je-li sedadlo příliš nízké, nadměrně jsou zatěžovány svaly přední strany stehna a kolena. Je-li naopak příliš vysoko, vede k bolestem v oblasti rozkroku, odřeninám

na vnitřní straně stehna a bolestem svalů na zadní straně stehna.

Bruslení

Je pro děti zábavné, energeticky náročné a šetrné ke kloubům dolních končetin. Důležité je dbát na bezpečnost dětí a předcházení úrazům, používání ochranných pomůcek, především chráničů a helmy, protože hrozí vyšší úrazovost.

Lyžování

Sjezdové lyžování vede ke zlepšení koordináčních schopností a rychlosti reakce, dále vede k posilování velkých svalových skupin dolních končetin a hýždí, nevýhodou je změna těžiště těla u oběžných a deviace osových systémů. Vhodnější je běh nebo chůze na lyžích, dochází při nich k pozitivnímu ovlivnění energetického výdeje i k menšímu zatížení nosných kloubů dolních končetin.

Tanec, Zumba

Jejich výhodou je dostatečná energetická náročnost, malá úrazovost a také atraktivnost, přispívají ke koordinovanému pohybovému projevu v souladu s hudbou, s rytmem, melodií i dynamikou. Dochází při nich k posilování svalstva vnitřních orgánů a zlepšování jejich funkce, dále se posiluje svalstvo dolních končetin a zlepšuje činnost žilního systému, zpevňuje se podélná i příčná nožní klenbu. Tanec pomáhá vytvářet nové, poměrně složité pohybové stereotypy a zkvalitňuje nervosvalovou koordinaci.

Nordic Walking

Chůzi s holemi při stejné rychlosti lokomoce vede k významnému zvýšení intenzity zatížení pohybového i kardiopulmonálního systému i celkového energetického výdeje. Energetický výdej je za hodinu až 600 kcal, což představuje přibližně o 25-35% větší kalorickou spotřebu než při klasické chůzi.

Stolní tenis, badminton, tenis, squash

Vede k vysoké motivaci a zájmu o tyto hry, typická je nízká úrazovost. Tenis a squash vzhledem k prudší akceleraci a náhlému zpomalování těla jsou méně vhodné a lze je doporučit pouze dětem s nadměrnou hmotností, nikoliv dětem obézním.

Kopaná

Dochází při ní ke střídání všech pohybových dovedností, stimuluje nejen jako celek, ale i jednotlivé schopnosti kop, chytání



míče, běh za ním, zlepšuje i orientaci v prostoru. Nevýhodou je riziko přetěžování nosných kloubů u obézních dětí, vhodná je především pro děti s nadváhou nebo jen mírnou formou obezity.

Házená

Platí zde podobná kritéria jako u kopané, navíc zapojuje i využití druhého základního pohybového vzorce – úchopu, typické je u tohoto sportu střídání cyklických (běh, chůze) a acyklických pohybů (skoky, doskoky, nahrávky, atd.), pro děti je jako alternativou vhodná hra vybíjená.

Basketbal a volejbal

Výhodou těchto sportů je motivace a součinnost. Nevýhodou u obézních je nekoordinovaný dopad, který je výrazně ovlivňován nadváhou a může se stát prvním impulzem pro nástup chronických kloubních poškození se všemi jejich riziky.

Funkční trénink (3D)

Vychází z principů rehabilitace, základem je vnímání pohybů, nikoliv jednotlivých svalů, snaží se vytvořit takovou skladbu cviků, která klientovi pomůže provádět běžné denní aktivity s vyšší výkonností a nižším rizikem úrazu, dále vede k vyšší svalové rovnováze, pozitivně napomáhá kloubní stabilitě a výrazně přispívá k prevenci zranění pohybového aparátu, benefitem je rozsah pohybu ve všech třech rovinách (3D). Existují různé formy funkčního tréninku - volné kladky, jednoruční činky, medicinbal, velký míč, cvičební gumičky, balanční podložky, vaky s pískem.

TRX (Total-Body Resistance Exercise)

Jedná se o cvičení vždy pouze s váhou vlastního těla, a to ve všech třech rovinách pohybu, principem tréninku je zavěšení jedné části těla do popruhů, druhá část zůstává na zemi, intenzitu cvičení měníme změnou polohy těla, toto cvičení vyžaduje dostatečnou neuromuskulární koordinaci.

BOSU

Jde o komplexní zpevnění svalů celého těla, zlepšení fyzické kondice a redukce tuku. BOSU® je speciálně vyvinutá nafukovací kopele BOSU Balance Trainer. Efektem je komplexní posilování svalů celého těla, zpevňování šlach a vazů, zlepšení koordinace pohybu, držení těla. Jako každá fyzická aktivita má pozitivní vliv také na kardiovaskulární systém.

Posilovací cvičení na velkých míčích

Míč účelně odlehčuje nosným kloubům (kyčelním, kolenním a hlezenním), pro předškolní děti se používají míče s drždly, mohou se při skákání pohodlně držet. Nohy by při cvičení měly být od sebe dostatečně daleko (cca 75°), úhel mezi tělem a stehnem a mezi stehnem a holení nesmí být menší než 90°, na míči sedíme mírně vpředu, část váhy přebírají nohy, tělo i hlavu držíme vzpřímeně (ne křečovitě), ramena tlačíme mírně

ně dozadu a dolů, ruce volně podél těla nebo na stehnech.

Závěrem je nutné upozornit na důležitost úlohy rodičů, kteří musí do určité míry způsobit rodinný způsob života pohybovému režimu dítěte. Ideální je, když se alespoň jeden rodič do pohybového režimu s dítětem aktivně také zapojuje.

Platíme za ošetření kazu i rovnátka pro dospělé, navrhl zubaři

Zubaři se bojí příštího roku. Poprvé se totiž nedohodili s pojišťovnami na úhradách a rozhodnutí, co se bude hradit a jak, je nyní na ministerstvu zdravotnictví. Česká stomatologická komora chce ponechat platby na úrovni letošního roku. "Pacienti by měli platit za ošetření zubního kazu, léčbu kořenových kanálků i rovnátka pro dospělé," navrhl prezident ČSK Pavel Chrz.

Podle stomatologů není možné, aby pojišťovny hradily veškerou péči v zubních ordinacích, protože na to v příštím roce zkrátka nebudou peníze. Zavržení nápadu platit si za amalgámové plomby bylo podle nich politikum a velká chyba.

„Hrátky kolem standardů a nadstandardů jsou liché a neřeší problém financování stomatologické péče,“ vzkázal prezident ČSK Pavel Chrz.

Zubaři nyní jednají s ministerstvem zdravotnictví, které má úhradovou vyhlášku pro rok 2012 vydat do konce roku. Obávají se, aby jim pojišťovny nadále platily za výkony tolik, kolik v letošním roce. I tak jsou podle nich úhrady nedostatečné.

Prevence musí začít v dětství

Zástupkyně přednosta stomatologické kliniky královéhradecké lékařské fakulty Univerzity Karlovy Romana Ivančáková upozornila, že prevence a správná péče o zuby musí začít už v dětství, kdy je nejdůležitější.

V Česku přibývá malých dětí, které mají zuby bez jediného kazu. Loni měla úplně zdravý chrup polovina pětiletých chlapců a děvčat. V roce 2003 jich bylo 40 procent. I když podíl předškoláků s úplně zdravým chrupem roste, Česko je na tom hůř než západní státy. Ve vyspělých zemích totiž má zuby bez kazů až 80 procent pětiletých, upřesnila expertka.

České zubaře ale trápí třetina předškoláků, která má zuby špatném stavu a z 20 prvních zubů jich má nejméně sedm zkažených. Pro lepší komunikaci rodičů se zubaři zřídila Česká stomatologická komora Zubní průkazy dítěte, od roku 2005 jich rozdala už 90 tisíc. Nyní prostřednictvím dotazníku zjišťuje, zda je rodiče také využívají. (dotazník najdete zde)

„Musíme ministerstvu vysvětlit kritickou situaci. Je potřeba se dohodnout na tom, co bude hrazeno od pojišťoven a musí to odpovídat skutečným nákladům stomatologů. Jedna plomba stojí 400 korun, pojišťovna nám dává 220 korun,“ dodal Chrz.

Podle stomatoložky Romany Ivančákové by měly pojišťovny část peněz místo na úhrady některých zákroků v ordinaci použít spíše na prevenci. Určité druhy zákroků by si pak pacienti měli platit sami, jak je tomu v ostatních vyspělých zemích, míní.

„Například zubní kaz je plně preventabilní a dá se mu předejít správnou péčí už v dětství. Naproti tomu ani preventivní prohlídky nejsou od pojišťoven plně hrazené, jak se traduje,“ upozornila stomatoložka.

Zubaři za jednu prohlídku dostanou od pojišťovny 400 korun. Podle Ivančákové trvá pořádná preventivní prohlídka včetně zaškolení o správné péči a výživě asi 40 minut a jedna minuta stojí v ordinaci zubaře průměrně 20 až 25 korun. Ve skutečnosti by tak zubaři měli za pravidelnou prohlídku chrupu pacienta dostat 800 až 1 000 korun.

Stomatologové zopakovali, že lidé by si měli v ordinacích automaticky hradit ošetření zubního kazu a zákroky s tím spojené - tedy například léčbu koronových kanálků. Platit by si měli i dospělí pacienti za vyrovnání chrupu pomocí rovnátka.

Zdroj: iDnes.cz, 12.10.2011



Potencionální rizika intenzivní sportovní aktivity v dětském věku

prim. MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., MBA

Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace, FN a LF UP Olomouc

■ Neadekvátní zátěž

Funkční poruchy pohybového aparátu:

Funkční poruchy pohybového aparátu bývají často příčinou dlouhodobých bolestí sportovců a mohou vést k rozvoji trvalých morfologických poškození. Primárním důvodem jejich vzniku je chybná řídicí funkce, může se jednat např. o omezení hybnosti kloubu, zvýšení či snížení napětí svalu, poruchu pohybového stereotypu apod. Mohou vznikat na třech základních úrovních: **centrální nervová regulace, svalstvo, klouby**

Porucha centrální nervové regulace:

Vede k vytváření patologických pohybových stereotypů a jejich fixaci. Můžeme sledovat drobné narušení jemné motorické koordinace nebo může vést k rozvoji vadného držení těla, chronickým bolestem zad a časným degenerativním změnám.

Porucha v oblasti svalů:

Bývají u sportovců nejčastější, vznikají při dlouhodobé nesymetrické nebo nadměrné zátěži. Svaly dlouhodobě vystavené hyperaktivitě nahrazují svaly oslabené, dochází k rozvoji svalové **dysbalance**. Zkrácení převážně posturálních svalů, tedy především svaly udržující polohu jednotlivých tělesných segmentů, jsou fylogeneticky starší, jejich tzv. červená vlákna jsou bohatá na myoglobin, schopna akumulovat kyslík, hlediska funkce se tato „pomalá vlákna“ podílí na dlouhodobých výkonech, vyznačují se vytrvalým stahem s dlouho přetrvávajícím napětím, menší unavitelností a velkou odolností vůči toxickým a infekčním podnětům (flexory kolene – m. semitendinosus, m. semimebranosus, m. biceps femoris, m. pectoralis major, m. tensor fasciae latae atd). Ochabnutí převážně fazických svalů, která jsou fylogeneticky mladší, tvořena bílými vlákny s nízkým obsahem myoglobinu, vyznačujícími se rychlou a silnou reakcí na podnět, snadnou unavitelností (mm. glutei, m. deltoideus, abdominální svaly).

Poruchy na úrovni kloubů:

Kloubní systém je úzce spojen se svalovým systémem, proto každá funkční porucha na úrovni kloubu může vyvolat změny na úrovni svalu a naopak. Poruchy vznikající na úrovni kloubů mohou mít charakter traumatický, zánětlivý nebo funkční. **Traumatická poškození** vznikají na základě opakovaných mikrotraumat při neadekvátní zátěži nebo na základě dlouhodobého přetížení. Tyto změny mohou probíhat dlouhodobě jako klinicky němé. Jsou příčinou častých úrazů u dětí, nebo mohou vést k poškození na úrovni úponů svalových šlach – **entezopatie**. V místě přechodu šlachy na kost, je poškozen 4vrstevný úpon (šlachové fibrily, nekalcifikovaná chrupavka, kalcifikovaná chrupavka, kost). Opakovaná mikrotraumata, přetížení vedou k fragmentaci kalcifikované chrupavčité části, poruše vaskularizace a nekrotizaci postižené kosti. U sportujících chlapců (kopaná, lední hokej) bývá velmi častým příkladem M. Osgood-Schlatter, kde omezení až zákaz tréninku je jediným efektivním terapeutickým zákrokem. **Funkční poruchy** v oblasti kloubu mohou být příčinou omezení hybnosti nebo naopak hypermobility. U sportujících mládeže jsou častější kloubní hypermobilita, především u sportů kde jsou klouby opakovaně vystaveny extrémním polohám nad fyziologický rozsah kloubu (gymnastika, balet, krasobruslení). Při výběru talentovaných dětí jsou často právě děti s kloubní hypermobilitou preferovány, dlouhodobý trénink pak u nich může vést k rozvoji kloubních onemocnění, např. instability. Prevencí a současně také terapií funkčních poruch je cílená pohybová léčba a fyzioterapeutická péče o stabilizační systém

Syndrom přetrénování:

Kvantitativně nebo kvalitativně dlouhodobá zátěž bez adekvátní regenerace může vést u dětského organismu k řadě nežádoucích zdravotních komplikací, označovaných jako syndrom **přetrénování** (overtraining). Tento stav lze charakterizovat především po-

klesem výkonnosti a současně poruchami, a to jak v regulaci fyziologických funkcí, tak i psychické oblasti. Stav může trvat týdny až měsíce. Diagnózu lze vyslovit až po vyloučení organického onemocnění. Typické přetrénování není příliš časté, je nutné odlišit krátkodobé **přetížení** (overload) což je plánované, systematické a progresivní zvyšování zátěže sportovce s cílem zvýšení celkové výkonnosti a to jak silové, tak i vytrvalostní. Při akutním přetížení, bez přiměřeného zotavení, se překročí adaptační schopnosti sportovce a dochází k **přepětí** (overreaching), což vyvolá pokles výkonnosti trvající několik dní či týdnů. V některých tréninkových systémech to muto vystavují sportovce plánovaně s cílem zvýšit jeho adaptaci. Opakované přetěžování a syndrom přetrénování dětském věku často ovlivňuje růst, proto auxologické sledování je v dětském věku relativně spolehlivým časným varováním. Mezi základní příznaky patří zvýšení tepové frekvence v klidu, pokles výkonnosti a depresivní chování (porucha psychické koncentrace, pocity prázdnoty nebo úzkosti, beznaděje, viny i sebepodceňování). Terapie vyžaduje výrazné omezení tréninkové zátěže, není však vhodný přísný klidový režim, který může u sportovce zvyklého na pravidelnou fyzickou aktivitu působit stresově a adekvátní regeneraci. Regenerace slouží k urychlení zotavovacích procesů po zátěži, k likvidaci akutní i chronické únavy vzniklé při zátěži, omezuje negativní vliv tréninku a urychluje růst výkonnosti, zabývá se tedy zdravým jedincem. Cílem je snažit se udržet základní úroveň zdraví, dbát na racionální výživu a dostatečnou hydrataci, regenerace by měla být součástí tréninkového a soutěžního programu, zařadit nejméně 1 den v týdnu, který by měl být určen k pasivní regeneraci, umožnit plné zotavení každých 14 dní, vždy po 4-6 týdnech umožnit sportovci systematickou regeneraci v trvání 1-3 dny kromě 1 dne volna týdně, po 16-22 týdnech zařadit období plánované regenerace, které mělo trvat 5-10 dní, vhodné je limitovat počet skutečně intenzivních tréninků na 2-3 týdně.



Užívání zakázaných látek:

Sport je spojován s pozitivními vlivy na lidský organismus. Nepřiměřená touha po vítězství obvykle ovlivněná velkou komercializací sportu a snahou a co nejvyšší finanční zisky vedou stále častěji sportovce ke zneužívání zakázaných látek nebo metod, které urychlují a zvyšují výkonnost v rozporu s morálními a etickými principy sportovního tréninku a sportovního chování, k tzv. **dopingu**. Naprostá většina těchto látek jsou farmaceutické léky používané k terapii různých typů onemocnění. U zdravých jedinců však mohou mít řadu nežádoucích vedlejších účinků. Sportovci tyto látky často zneužívají v tzv. suprafarmakologických dávkách nebo v různých kombinacích („paktování“), což vede k závažným biomedicínským vedlejším účinkům.

Kardiovaskulární aparát:

Podle Deligiannise, patří účinky na kardiovaskulární aparát k těm nejzávažnějším. Působí několika mechanismy:

- aterosenní mechanismus
- trombotický mechanismus
- mechanismus koronárního arteriálního vazospasmu
- přímá buněčná smrt
- degenerativní změny

Způsobují závažné arytmie, náhlou srdeční smrt, hypertenzi, infarkt myokardu, srdeční selhání, ischemickou chorobu srdeční a hypertrofii levé srdeční komory. K nejčastěji používaným látkám s těmito nežádoucími účinky patří (seřazeno podle četnosti výskytu NÚ): **androgenní steroidy (AAS) (nejvíce účinků), kokain, efedrin, alkohol, amfetaminy, hGH, beta-2-agonisté, kanabinoidy, glukokortikosteroidy, erythropoetin, diuretika, narkotika (méně účinků)**. Příjem AAS může vést k rozvoji dyslipidemií především poklesu HDL cholesterolu a k elevaci LDL cholesterolu, tím také k rozvoji aterosenních změn v krevních cévách. Inhibicí oxidu dusného, který působí v cévách jako vazodilatátor, působí vasospasticky. Takto vzniklý vasospasmus může být příčinou vzniku závažné ischemie. AAS nepůsobí jen na růst svalové buňky příčně pruhovaného svalstva, ale vedou také k hypertrofii kardiomyocytů s dalšími důsledky, jako jsou poruchy anatomické struktury, snížení arteriální zásobenosti kyslíkem nebo zvýšená fibrotizace myokardu se snížením výkonu.

Krev a vaskulární systém:

Nejvíce nežádoucích účinků vykazuje erythropoetin a jeho mimetika, které zvyšují celkový objem cirkulující krve. Zvyšují riziko hluboké žilní trombózy, plicní embolie, koronární nebo cerebrální trombózy. Autonomní a alogenní transfúze mohou způsobit přenos infekčních chorob, hemolytickou či alergickou reakci.

Kůže:

Projevy na kůži nás mohou upozornit na možný doping. Zvláště dlouhodobé užívání AAS nebo glukokortikosteroidů, může vyvolat tvorbu strií a/nebo akné. Další, méně často viditelné vedlejší účinky, jsou androgenní alopecie a hypertrichóza. Glukokortikosteroidy vyvolávají atrofii tkání, inhibici hojení rány a ztenčení kůže.

Játرا:

AAS mohou vést ke stáze žluči, cholestáze, jaterní peliúze, hematomu a poruše regulace lipoproteinů, proto elevace jaterních testů při vyšetření sportovce by měla vždy vést k podezření na užívání zakázaných látek a dalšímu pečlivému vyšetření.

Muskuloskeletární systém:

Abusus anabolických steroidů u dětí a adolescentů vede k předčasnému uzavření růstových chrupavek, nízkému vzrůstu a osteoporóze, indukují reverzibilní změny biomechanických vlastností vazů, což vyvolává ztuhlost a menší elasticitu vazů. Tyto změny vedou k častým frakturám, parciálním nebo totálním rupturám úponových šlach a svalů.

Endokrinní systém:

V důsledku působení AAS na mužskou osu hypotalamus-hypofýza-testes dochází k poškození varlat jejichž sekreční a gametogenní funkce varlat jsou závislé na sekreci gonadoliberinu. To může vést až k rozvoji hypogonadotropního hypogonadismu, pro který je typický laboratorně nález snížených koncentrací FSH a LH v séru, nízká endogenní produkce testosteronu a klinicky porucha spermatogenezy s testikulární atrofií. U dívek a žen je charakterizován sníženými koncentracemi FSH a LH v séru, dále jsou sníženy sérové hladiny luteinizačního hormonu, folikuly stimulujícího hormonu, progesteronu, hormonu vázícího pohlavní hormony (SHBG) a sérové hladiny testosteronu se zvyšují. Poškozeny však mohou být i další endokrinní systémy, dochází k rozvoji inzulínové rezistence a diabetu me-

litu, nebo poruchám regulace funkce štítné žlázy. Užívání růstového hormonu, může vést u dětí k rozvoji gigantismu.

CNS:

Poškození CNS se projevuje především změnami chování, sklonem k izolaci projevům závislosti a rozvoji agresivního chování.

Užívání potravinových doplňků:

Na rozdíl od dopingu se nejedná o zakázané látky. Tyto preparáty jsou volně prodejné a dětem i adolescentům snadno dostupné. Cílem jejich užívání je především nárůst svalové hmoty, svalové síly, urychlení regenerace a intenzivnější spalování tuků. U sportovců se však často setkáváme s tendencí k jejich nadužívání, které může být příčinou zdravotních komplikací (např. proteinové preparáty, stimulační látky). Velmi nevhodné je užívání stimulačních preparátů (obsahující kofein, taurin, guaranu, aj.) u dětí s hypertenzí nebo hraničním krevním tlakem. Tyto preparáty často užívají právě sportovci s převážně silovým tréninkem, který sám zvyšuje riziko rozvoje hypertenze a v kombinaci s těmito stimulačními energizéry může nástup hypertenze urychlit. Je proto důležité při odebrání anamnézy u sportujícího dítěte v rámci diferenciální diagnostiky hypertenze pamatovat také na cílený dotaz na potravinové doplňky. Velmi oblíbené jsou také u sportovců proteinové preparáty, ev. směsi proteinů a sacharidů, tzv. gainery. Je však důležité upozornit na to, že transformace proteinů na svalovou hmotu je výrazně ovlivněna působením testosteronu, proto u chlapců před zahájením puberty je užívání proteinů nejen zbytečné, ale také zdraví škodlivé, neboť nadbytečně zatěžuje ledviny a může vést k proteinurii. Také u adolescentů je však množství proteinů, které je chopen zpracovat omezené (cca 1,4- 1,6 g/kg hmotnosti) a jeho překročení může vést k poškození ledvin nebo rozvoji hypertenze.

Poruchy příjmu potravy:

Podobně jako je tomu u nesportující populace také u sportujících mužů jsou méně časté než u sportujících žen, kde se mohou vyskytovat samostatně nebo současně s amenoreou a osteoporózou jako tzv. female athlete trias - triáda sportovkyně. PPP jsou málo prozkoumané a často podceňované problémem u sportujících mužů, kde až rozvoj závažných komplikací (např. kardiologických), může být prvním příznakem mentální anorexie.

**Mentální anorexie:**

Znamená úmyslný úbytek váhy, vyvolaný a udržovaný pacientem, se specifickou psychopatologií, kdy obavy ze ztloustnutí a ochablosti tělesných proporcí jsou neustále v popředí pozornosti jako neodbytná a ovládaná myšlenka, což obvykle vede k podvýživě různé intenzity se sekundárními endokrinními, metabolickými a kardiologickými změnami a k poruchám tělesných funkcí. Často začíná jako reakce na nějakou novou životní situaci či událost, se kterou se daný jedinec nedokáže vypořádat (přechod na střední či vysokou školu, rozvod rodičů nebo necitlivé doporučení některého z rodičů či trenéra k redukci hmotnosti). Mezi příznaky patří dietní omezování, nadměrná tělesná cvičení, záporné zvracení a užívání projímadel, anorektik a diuretik. Porucha se objevuje nejčastěji u dospívajících dívek ale stále častěji také u dospívajících chlapců (cca 10x méně často než u dívek). Rozšíření mentální anorexie v České republice je srovnatelné se zeměmi západní Evropy, 0,5 – 0,8 %. Určité příznaky mentální anorexie se však mohou vyskytnout až u 6 % dívek na konci puberty. Diagnostická kritéria:

- Tělesná váha je udržována nejméně 15% pod předpokládanou váhou nebo Queteletův index tělesné hmotnosti je menší než 17,5.
- Pacientka snižuje váhu různými dietami, navozováním zvracení, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
- Ke specifické psychopatologii patří strach z tloušťky, přetrvávající i při výrazné kachexii, zkreslené vnímání vlastního těla a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení nízké váhy.
- Endokrinní porucha hypotalamo-hypofyzární-gonádové osy je u žen vyjádřena především amenoreou, u mužů ztrátou sexuálního zájmu.
- Začátek onemocnění před pubertou vede k jejímu opoždění nebo zastavení (růst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců), k dokončení puberty dochází po uzdravení.

Mentální bulimie:

Je charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Přibližně u třetiny pacientů se bulimie rozvine po předchozí epizodě mentální anorexie. Diagnostická kritéria pro MB (7) :

- opakované epizody přejídání (nejm-

ně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla;

- neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle;
- snaha potlačit účinek jídla jedním nebo více z možných způsobů:
 - vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, diuretik, nebo jiných léků, hladovky a cvičení v nadměrné míře.

Bigorexie:

Je relativně novou formou PPS, u mladých sportovců se s ní však setkáváme stále častěji. Jde o variantu dysmorphofobie, označovanou jako Adisonův komplex. Projevuje se nepřiměřenou snahou (nejčastěji mladých mužů, jen výjimečně žen) o zvýšení svalnatosti jejich těla, bez zvýšení tuků. Myšlenka na vlastní svalstvo je až obsedantní, cvičení je excesivní. Takto postižené osoby vnímají samy sebe jako slabé, malé až fragilní, nedostatečně svalově vyvinuté. Jsou popisovány podobné sociální následky jako u mentální anorexie – sociální izolace, snížení zájmů, interpersonální problémy. Dlouhodobý silový trénink zaměřený na nárůst svalové hmoty bez adekvátní regenerace s sebou nese řadu zdravotních rizik (poškození pohybového aparátu, mikrotraumata, hypertenze). U adolescentů subjektivně vzrůstá význam zevnějšku, který se projevuje větší zaměřeností na vlastní tělo, navíc jsou vystaveni mediálně propagovanému „fitness boomu“ což může vést k rozvoji tohoto onemocnění.

Závěr

Problematika zdravotních komplikací sportujících dětí a mládeže je velmi široká a přesahuje rámec této práce. Rád bych však pouze upozornil na některá po-

tencionální rizika, která jsou relativně častá, a se kterými se při zdravotní péči o sportovce setkáváme. Je velmi důležité podporovat v dětech zájem o sport a vést je k aktivnímu životnímu stylu, ale měli bychom při jejich zatěžování respektovat specifika dětského organismu. Především u předškolních dětí a dětí mladšího školního věku preferujeme všeobecně rozvíjející sportovní aktivity zaměřené na rozvoj rychlosti, obratnosti s prvky rychlostní vytrvalosti. Do nástupu puberty povolujeme silová cvičení pouze s vlastní hmotností, maximálně se závažím do 10 % hmotnosti dítěte. Silová cvičení by měla mít charakter silově dynamického cvičení. Po ukončení vývoje povolujeme závaží do 30% hmotnosti s přihlédnutím k limitům vyplývajícím z celkového zdravotního stavu (obezita, hypertenze, funkční poruchy pohybového aparátu, aj). Při výběru pohybové aktivity pro dítě s omezením doporučujeme konzultovat tuto problematiku s tělovýchovným lékařem.

Použitá literatura u autora.



EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg
nezisková společnost GmbH
hledá

od 01.01.2012

**příjemnou angažovanou odbornou lékařku/
příjemného angažovaného odborného lékaře
pro dětskou ordinaci v již zavedené
POLIKLINICE**

Jsme moderní klinika poskytující lékařskou péči pro děti od novorozeneckého věku do 18-ti let.

V rámci Vašeho dalšího vzdělávání Vám bude umožněna účast na zajímavých odborných seminářích.

Jsme ochotni pomoci při vyřizování potřebných formalit nutných k uznání odborného vzdělání v Německu.

Rádi Vás podpoříme při hledání ubytování a případně při zajištění místa pro dítě v mateřské školce.

Velmi dobré platové podmínky se řídí tarifem Marburger Bund.

MÁTE ZÁJEM?

Pošlete Vaše podklady na adresu:
EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg gemeinnützige GmbH
Personalwesen
Chemnitzer Straße 15
09456 Annaberg-Buchholz, Německo
Tel.-Nr. +493733804041



Možnosti chirurgické léčby komplikovaných dětských pneumonií

**MUDr. Mahulena Mojžíšová, MUDr. Alena Kokešová, PhD., MUDr. Kateřina Konopásková,
MUDr. Martin Vyhnanek, MUDr. Tamara Svobodová*, MUDr. Daniel Blažek**,
MUDr. Martin Kynčl***, MUDr. František Chromčák******

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

* Pediatrická klinika, UK 2. LF a FN Motol, Praha

** Klinika anesteziologie a resuscitace, UK 2. LF a FN Motol, Praha

*** Klinika zobrazovacích metod, UK 2. LF a FN Motol, Praha

**** Dětské oddělení nemocnice České Budějovice

V posledních letech dochází ke zvyšování počtu dětí s komplikovaným průběhem pneumonie, u kterých má i přes adekvátní antibiotickou léčbu a intenzivní péči různá míra intervence dětského hrudního chirurga stále své místo. Autoři článku prezentují nejčastější závažné komplikace dětské pneumonie a jednotlivé možnosti chirurgické léčby s přihlédnutím k aktuálním trendům komplexní terapie komplikované pneumonie.

Pneumonie je definována jako infekční onemocnění dolních cest dýchacích, které je provázeno vysokými teplotami, kašlem, dušností a různou mírou respirační tísně. V pediatrické praxi se nejčastěji setkáváme s komunitní pneumonií. Jedná se o onemocnění dříve zdravého jedince, který se infikoval mimo nemocnici. I v současné době představuje komunitní pneumonie poměrně častou a závažnou příčinu nemoci v dětském věku. Ve vyspělých zemích postihuje zhruba 35–40 dětí z 1000 ročně, 10% takto nemocných dětí pak vyžaduje následnou nemocniční léčbu. To se týká zejména věkové skupiny dětí do 5 let, kde je výskyt pneumonií nejvyšší.

Nejčastějším bakteriálním původcem komunitních pneumonií v naší populaci u dětí starších jednoho měsíce je stále *Streptococcus pneumoniae*, jehož citlivost k penicilinu zůstává našťastí vysoká (více než 95% kmenů je citlivých na penicilin). Dalšími možnými původci jsou streptokoky skupiny A, *Staphylococcus aureus*, před zavedením plošné vakcinace i *Haemophilus influenzae* skupiny B, u dětí mladších pěti let virové infekce (RSV, adenoviry, virus chřipky a parainfluenzy) a u starších dětí a adolescentů pak i *Mycoplasma pneumoniae* a *Chlamydia pneumoniae*.

Část dětí hospitalizovaných pro pneumonii vyžaduje přijetí na jednotku intenzivní pediatrické péče či resuscitační pracoviš-

tě. Rizikové pacienti v tomto ohledu jsou zejména děti mladší šesti měsíců a děti s onemocněním, které snižuje rezervy respiračního systému, jako je například bronchopulmonální dysplazie, imunodeficience, cystická fibróza atp.

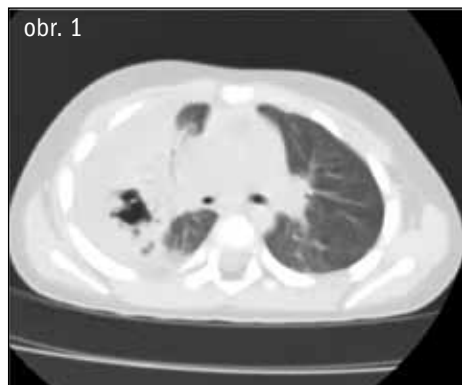
Hodnocení závažnosti pneumonie se opírá zejména o klinický stav, monitoraci životních funkcí včetně měření saturace pulzním oxymetrem, dále pak o laboratorní vyšetření (zánětlivé parametry, biochemická vyšetření, krevní plyny). Velmi důležitá jsou mikrobiologická vyšetření k objasnění původce infekce – na prvním místě hemokultura (bakteriemi je provázeno až 25% pneumokokových pneumonií u dětí), dále punktát (pozitivní u cca 50% dětí), bronchoalveolární laváž (BAL) u ventilovaných či bronchoskopovaných pacientů. Sputum je u většiny dětí velmi obtížné získat a výtěry z nazofaryngu nejsou pro diagnostiku bakteriální pneumonie vhodné vůbec. K diagnostice přispívají další metody jako je polymerázová řetězová reakce (PCR), imunofluorescence, latexová aglutinace k průkazu antigenů a serologická vyšetření. Jejich správné hodnocení však většinou vyžaduje konzultaci se zkušeným mikrobiologem či infektologem. Zlatým standardem zobrazovacích metod je provedení prostého předozadního a ev. bočního snímku hrudníku, v případě přítomnosti tekutiny v pleurální dutině ultrazvukové vyšet-

ření k posouzení rozsahu a složení pleurálního výpotku. V indikovaných případech je velmi důležité i včasné CT vyšetření plic k objasnění rozsahu poškození plicního parenchymu.

I přes pokroky v diagnostice a včasné zahájení adekvátní antibiotickou léčbou na základě pravděpodobného vyvolavatele infekce narůstá v posledních letech počet komplikovaných pneumonií. Co je příčinou tohoto nárůstu není dosud zcela jasné. Mezi nejčastěji popisované rizikové faktory patří opožděně zahájená či nevhodně zvolená antibiotická léčba a její poddávkování. Dále přechodné oslabení imunity po předchozí prodělané infekci, pasivní kuřáctví a nízká socioekonomická úroveň rodiny. Často však u takto nemocných dětí prokazatelné rizikové faktory chybí.

Na pracovišti dětské chirurgie se může setkat s pacienty, jejichž pneumonie je již v období stanovení diagnózy či během léčby komplikována vznikem rozsáhlého parapneumonického výpotku, empyému, plicního abscesu, rozpadového procesu v plicním parenchymu respektive nekrotizující pneumonie, vznikem bronchopleurální píštěle či pneumothoraxu.

Pleurální výpotek je definován jako abnormální kolekce tekutiny v pleurálním prostoru. V různém rozsahu postihuje více než 50% dětí s probíhající pneumonií (někte-



obr. 1



obr. 2



obr. 3

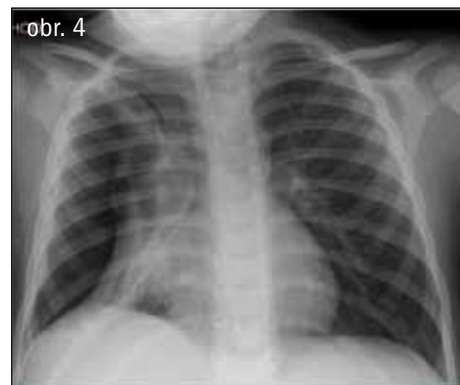
ří autoři popisují jeho výskyt až u 90%). Etiologická agens jsou obdobná jako u prosté pneumonie, navíc je popisována koinfekce anaerobními bakteriemi. Zhruba u 5% dětí s pleurálním výpotkem dojde ke vzniku **empyému**. Jedná se o nahromadění hnisavého materiálu v pohrudniční dutině. První stádium empyému je *stádium exsudativní*, ve kterém je výpotek řídký, vzniká přestupem zánětu z postižené plíce do tekutiny v pleurálním prostoru, charakteristické parametry při vyšetření jsou pH pod 7,3, vyšší obsah bílkoviny než v krevní plazmě, počet bílých krvinek nad 1,000/mm³. Druhé stádium je nazýváno *fibropurulentní* a je charakterizováno bakteriální invazí, další akumulací polymorfonukleárů a fibrinu kolem obou listů pleury, tekutina je v tomto stádiu hus-

tá a dochází ke vzniku sept v pleurálním prostoru. Poslední, třetí stádium, je *stádium organizace výpotku*, kdy dochází k invazi fibroblastů do již velmi husté tekutiny a vzniku vláknin a detritu. Empyém může postihovat difúzně celou pohrudniční dutinu anebo může být ohraničený v různém rozsahu pohrudniční dutiny.

Další možnou komplikací je vznik **pneumatokél**. Jedná se o tenkostěnný, vzduch obsahující útvar v plicním parenchymu, který vzniká při jeho nekróze a kolikvaci během zánětlivé odpovědi imunokompetentních buněk na bakteriální exotoxiny. Při nekróze dochází k úniku vzduchu a ventilovým mechanismem ke vzniku nejčastěji subpleurálně lokalizovaných pneumatokél. Tento proces je popisován u více než 50% dětí se stafylokovou pneumonií a u cca 8% dětí s pneumonií pneumokokovou. Pneumatokély mají povětšinou výraznou tendenci ke spontánní regresi během 14 dnů adekvátní léčby probíhajícího zánětu, k úplné reabsorpci dochází zpravidla do 12 měsíců. Vzácně může dojít k progresi velikosti pneumatokély, její ruptuře a vzniku pneumothoraxu či bronchopleurální píštěle.

Pneumatokély jsou i nedílnou součástí **nekrotizující pneumonie (NP)**. Ta je velmi vážnou a v posledních letech stále častěji diagnostikovanou komplikací dětské pneumonie. Je charakterizována nekrózou a kolikvací části postiženého plicního parenchymu. Takto postižená tkáň je obklopena různě rozsáhlým, v tuto chvíli již septovaným hnisavým povětšinou již sterilním výpotkem. Přetrvávající febrilie při negativitě kultivací pravděpodobně nejsou způsobeny selháním nasazené antibiotické léčby, ale působením pyrogenních produktů zánětu a destrukcí plicní tkáně. Příčinou jejich zvyšujícího se počtu může být nárůst rozpoznávaných NP při častěji indikovaném CT vyšetření, ale i změna spektra vyvolávajících mikroorganismů (jiné sérotypy pneumokoka po zavedení vakcinace, častější infekce stafylokoky včetně methicilin rezistentních kmenů nebo infekce anaeroby). Z několika retrospektivních zahraničních studií vyplývá, že destrukce plicní tkáně u NP je tranzitní a nekrotizující pneumonie je sice velmi vážná, ale reverzibilní komplikace.

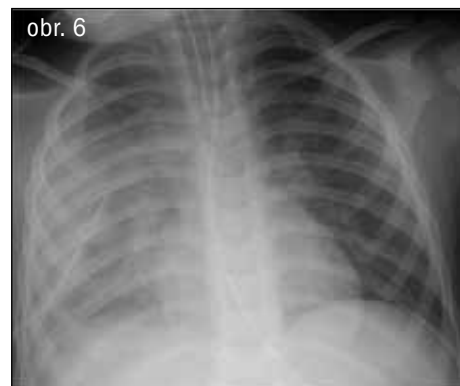
Další komplikací empyému, nekrotizující pneumonie či plicního abscesu je i vznik **bronchopleurální píštěle (BPF)**. Ta může vzniknout spontánně či jako komplikace déletrvající hrudní drenáže (zahraničními auto-



obr. 4



obr. 5



obr. 6

ry je popisována až u 15% drénovaných pacientů). Je definována jako abnormální komunikace mezi dýchacími cestami a pleurální dutinou a může se projevit jako opětovný vznik či perzistence úniku vzduchu ze zavedeného hrudního drénu či vznikem různě rozsáhlého pneumothoraxu.

Strategie léčby komplikované pneumonie je vždy velmi individuální a řídí se aktuálním klinickým stavem nemocného dítěte. Obecně lze říci, že je v každém případě maximální snaha o konzervativní postup a to i tehdy, kdy je dítě přeloženo na naše pracoviště s požadavkem na radikální chirurgický zákrok. Základem samozřejmě zůstává intenzivní včasná intravenózní antibiotická léčba podle nejpravděpodobnějšího vyvo-

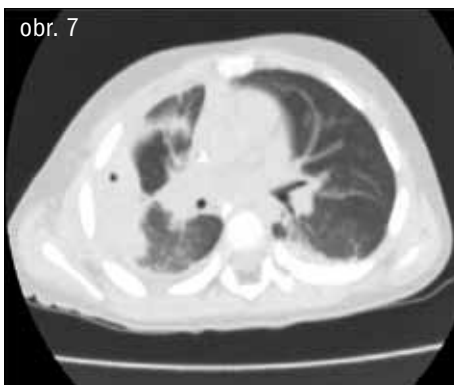
lavatele. Antibiotika jsou v případě potřeby měněna podle klinického stavu, laboratorních známek zánětu a kultivačních výsledků, u takto komplikovaných případů po konzultaci s antibiotickým centrem. Součástí komplexní léčby mohou být i mukolytika, inhalační terapie a intenzivní dechová rehabilitace. Při progresi respirační tísně je nutná oxygoterapie a různé formy umělé plicní ventilace. K protizánětlivé léčbě kortikosteroidy stále chybí rozsáhlejší studie, v některých případech jsou užívány ve fázi počáteční organizace parapneumonického výpotku jako prevence vzniku fibrinových sept.

Co můžeme požadovat od dětského hrudního chirurga v případě komplikované pneumonie?

Již v době Hippokrata bylo cílem léčby odstranění hnisavého materiálu z pohrudniční dutiny. Ten po omytí pacienta a poslechu nad postiženou stranou hrudníku otevřel hrudní stěnu v místě maximální bolestivosti a zduření, provedl evakuaci hnisu a dočasný uzávěr rány pruhem jehněčí kůže, která se měnila každý den. Dvakrát denně pak prováděl výplach horkým vínem a olejem až do vyčištění pleurální dutiny, poté ránu uzavřel kovovými svorkami. Přeneseme-li se do současné doby, princip léčby se vlastně příliš nezměnil. Nejjednodušším zákrokem je jednorázová punkce výpotku, která zůstává především v rukou pediatriů či intenzivistů.

Hrudní drenáž je indikována u rozsáhlých výpotků tam, kde je pacient dušný a po nasazení antibiotik nedochází ke zlepšení klinického stavu a regresi velikosti výpotku, či při jeho další progresi se zhoršováním celkového stavu. Další a stále častěji využívanou terapeutickou možností ve fázi počínající organizace výpotku (druhé stadium empyému) je lokální **aplikace fibrinolytik**, v současné době nejčastěji alteplázy (tkáňového aktivátoru plazminogenu, běžně využívaného k intravenózní fibrinolýze u cévních příhod), která je zavedeným hrudním drénem instilována v určitém objemu fyziologického roztoku do pohrudniční dutiny. Následně je drén na několik hodin uzavřen a poté frakcionovaně vypouštěn v této chvíli již tekutý výpotek. Postup lze dle ultrazvukového nálezu několikrát opakovat.

Výhodnější než prostá drenáž a zřejmě alternativní možnost k aktilyze je **thorakoskopicky asistovaná drenáž** (v anglické literatuře souhrnně používaný termín **VATS** = video assisted thoracic surgery) s toiletou pohrudniční dutiny, rozrušením jemných fibri-



nových sept a cílenou drenáží výpotku. Tato metoda v současné době stojí na pomezí mezi „konzervativní“ a „čistě chirurgickou“ léčbou a ukazuje se být vhodnou metodou v léčbě tam, kde selhává prostá hrudní drenáž s či bez aplikace fibrinolýzy. Časná thorakoskopická revize může dokonce předcházet hrudní drenáží tam, kde je již vstupně přítomna velká septace výpotku (do 48 hodin po přijetí bez předchozí jiné intervence). Další v řadě, seřazeno podle míry invazivity, stojí **VAT** (videoasistovaná thorakotomie), což je thorakoskopie se současně provedenou mini-thorakotomií. Tato metoda umožňuje cílené a úplné vyčištění místa s maximem nahromadění empyému s možností manuálního rozrušení růstů a odsátí tekutiny. Poslední chirurgickou možností v řadě stojí klasic-

ká **posterolaterální thorakotomie** s toiletou pohrudniční dutiny a možností dekortikace postižené plicě, tedy s odstraněním hnisavého materiálu a pablány empyému z parietální a viscerální pleury. V přísně indikovaných případech (po vyčerpání ostatních, méně invazivních možností léčby a při přetrvávání klinických a laboratorních známek zánětu či při perzistenci BPF) zůstává možnost **resekce** zánětem postižené plicní tkáně v různém rozsahu.

Kazuistika

Naším pacientem byl dvou a půlletý chlapec s nekomplikovanou perinatální anamnézou a dosud velmi nízkou nemocností. Chlapec byl přijatý do spádového dětského oddělení pro febrilní infekci s kašlem, ve vstupních odběrech byla vysoká zánětlivá aktivita, na RTG pak rozsáhlá bronchopneumonie vpravo s s plášťovým výpotkem, pozitivní pneumokokový antigen v moči. Byla zahájena léčba intravenózním krystalickým penicilinem s přechodným efektem, 4. den došlo k vzestupu teplot, na RTG bylo patrné zvětšení množství výpotku v pravé pohrudniční dutině a vysloveno podezření na přítomnost rozpadových dutin v pravé plicí. S tímto byl chlapec přeložen na vyšší pracoviště, kde byl během CT vyšetření upřesněn rozsah postižení pravé plicě ve smyslu kapsovaného pyotoraxu a rozpadových dutin v plicní tkáni (obr. 1). Byla zavedena hrudní drenáž a následně aplikována Actilysa, poté bylo postupně odsáto cca 1 000 ml hnisavého výpotku. Poté došlo ke zlepšení klinického stavu, po 3 dnech však opět nastal vzestup teplot, pro který byla změněna antibiotika, další den byl odstraněn hrudní drén. V následujícím dni došlo ke změně poslechového nálezu ve smyslu jeho oslabení nad postiženou stranou, na RTG a CT plic byl zřejmý pravostranný PNO s úplným kolapsem pravé plicě (obr. 2) a s tímto byl chlapec ve stabilizovaném stavu přeložen na Klinikou dětské chirurgie pro suspektní bronchopleurální píštěl v terénu rozpadové pneumonie. Po překladu byla neprodleně zavedena hrudní drenáž (obr. 3), po týdnu při normalizaci poslechového i RTG nálezu byl drén odstraněn. Vzápětí došlo opětovně ke kolapsu pravé plicě (obr. 4 a 5) a chlapec byl proto indikován k otevřené operační revizi. Nálezem byla rozpadová dutina ve středním laloku s komunikací s bronchem, která byla resekována a píštěl chirurgicky uzavřena. Chlapec byl přeložen na ARK, kde bylo pokračová-



no v umělé plicní ventilaci (obr. 6), pro vze-
stup zánětlivé aktivity byla změněna antibio-
tika, vzhledem k výrazně snížené vzdušnos-
tí plicí vpravo (obr. 7) byla provedena tra-
cheobronchoskopie s odsátím retinovaného
sekretu. Postupně došlo k poklesu zánětlí-
vé aktivity, zlepšení vzdušnosti plicního par-
enchymu. Hrudní drén byl odstraněn 4. poo-
perační den a týž den byl chlapec bez kom-
plikací extubován. K další léčbě byl přelo-
žen zpět na Kliniku dětské chirurgie, kde by-
lo pokračováno v zavedené antibiotické léč-
bě a intenzivní dechové rehabilitaci. Rána
se zhojila dobře a chlapec byl propuštěn
14. pooperační den na antibiotickém kry-
tí Sumetrolimem v dobrém stavu do domácí
péče (obr. 8). Na dalších ambulantních kon-
trolách byl ve velmi dobrém klinickém stavu,
kontrolní RTG plic byl s velmi uspokojivým
nálezem (obr. 9).

Cílem uvedené kazuistiky není rozhod-
ně zpětně hodnotit zvolený léčebný postup,
pouze poukázat na složitost indikace a načas-
ování vhodné chirurgické intervence u takto
komplikované pneumonie.

■ Závěr

Z provedených zahraničních studií jasné
vyplývá, že při vzniku nekrotizující pneumo-
nie je namísto co nejkonzervativnější postup
a není žádná indikace k časně chirurgické
intervenci ve smyslu thorakotomie a resek-
ce rozpadem postižené tkáně. Dále existu-
jí práce poukazující na výhody časně prove-
dené thorakoskopické revize a cílené hrud-
ní drenáže, která prokazatelně zkracuje do-
bu hospitalizace, snižuje počet febrilních
dnů, diskomfort pacientů a též celkové ná-
klady na léčbu. Z těchto prací však taktéž vy-
plývá, že neexistují jasná kritéria predikující
primární thorakoskopickou revizi jako první
linii léčby. Naproti tomu další práce pouka-
zují na výhodu hrudní drenáže s instalací fi-
brinolytik, v současné době prakticky výhrad-
ně tkáňového aktivátoru plazminogenu, který
zvyšuje výtěžnost drenáže, může být efektivní
u velkého počtu dětí a může tak být bezpeč-
nou a levnější variantou léčby snižující po-
třebu další chirurgické intervence. Obě mož-
nosti se týkají fibropurulentního stádia em-
pyému. Shrnutím výše uvedeného je zřejmé,
že indikace k zavedení prosté hrudní drená-
že jsou celkem zřejmé, co však zůstává na-
dále předmětem diskuzí jsou kritéria pro lo-
kální aplikaci fibrinolytik a provedení časně
chirurgické intervence typu thorakoskopické

revize a cílené drenáže (VATS). Jak bylo zmí-
něno v úvodu, postup je vždy velmi individu-
ální s přihlédnutím k aktuálnímu klinickému
stavu pacienta a jistě i k možnostem dané-
ho pracoviště. Léčba komplikované pneumo-
nie by měla být za všech okolností komplex-
ní a vyžaduje vždy úzkou spolupráci dětských

pneumologů, intenzivistů a chirurgů při roz-
hodování o nejvhodnějším postupu.

Práce vznikla za podpory VZ MZ ČR číslo
6309.

■ Senát chce odchodné pro lidi ze záchranky, reformu zdravotnictví odmítl

K pacientovi by měla záchranka dorazit do 15 minut, není důvod dobu prodlužovat, míní senátoři. Vrátili Sněmovně návrh zákona, podle nějž by záchranka měla o 5 minut víc. Senátoři také chtějí, aby záchranáři měli nárok na odchodné. To podpořil i ministr Leoš Heger. Ostatní zákony zdravotní reformy Senát odmítl. Poslanci je musí znovu potvrdit.

Na rozdíl od jiných norem, které Senát vrací, by úpravy zákona o zdravotnické záchranné službě navržené horní komorou parlamentu mohly mít i ve Sněmovně šanci - kromě ČSSD, lidovců a nezařazených senátorů totiž pro ně hlasovalo i deset občanských demokratů.

Navrhované prodloužení dojezdové doby pro záchranku kritizovali nejen sociální demokraté, kteří mají v Senátu převahu, ale také Zdeněk Schwarz zvolený za ODS, jenž je zároveň ředitelem Zdravotnické záchranné služby v Praze.

„Prodloužení dojezdové doby z 15 minut na 20 minut je chybou, protože stát by měl naopak dbát na to, aby se péče nejenom z kvalitativně, ale její dostupnost se zlepšovala. Proto se domnívám, že i současných 15 minut je optimální,“ řekl Schwarz.

Další senátoři tvrdili, že ani dvacet minut, které navrhla vláda, nemusí být konečná doba. Například senátorka Jiřina Rípková z ČSSD upozorňovala, že doba se má počítat až od předání pokynu k výjezdu od operátora záchranky, nikoli od zavolání toho, kdo žádá pomoc.

Senátoři přibrzdili Hegerovy reformy

Poslanci budou muset znovu hlasovat o zákonu o specifických zdravotních službách, který senátoři odmítl.

Zákon stanoví pravidla pro umělé oplodnění, kastrace, sterilizace i změnu pohlaví. Umělé oplodnění by mohla žena podstoupit do 49 let. Sterilizaci by předloha připustila i z jiných než zdravotních důvodů, ale jen u žen starších 21 let na základě jejich žádosti.

Senát odmítl i změnu zákona o všeobecném zdravotním pojištění. Léky do 50 korun si pacienti mají hradit sami, za recept má být jeden poplatek 30 korun. Změnit svou pojišťovnu by pacient mohl jen jednou za rok, a to vždy od ledna. Zdravotní pojišťovny by měly nově dívkám ve věku od 13 do 14 let hradit očkování proti rakovině děložního čípku.

Veto Senátu má koalice ve Sněmovně sílu přehlasovat.

Již minulý týden Senát odmítl zákon o zdravotních službách, který je také součástí zdravotní reformy ministra Hegera.

Naopak senátor Pavel Eybert z ODS přesvědčoval kolegy, že i za dobrých klimatických podmínek jsou místa, kde nelze kratší dobu dodržet. „Prodloužení dojezdového času má své opodstatnění,“ řekl Eybert.

„Prodloužení dojezdové doby nemá zásadní vliv na dostupnost zdravotnické záchranné služby. V roce 2010 bylo dojezdové doby do patnácti minut dosaženo podle jednotlivých krajů v 83 až 96 procentech případů a dojezdové doby do dvaceti minut pak v 94 až 100 procentech z celkového počtu výjezdů,“ řekl senátorům ministr zdravotnictví Leoš Heger z TOP 09. Ujišťoval senátory, že dvacet minut se počítá od okamžiku, kdy se člověk dovolal na záchranku.

Vladimír Dryml z ČSSD kritizoval, že má zmizet povinnost zaznamenávat všechny výzvy k výjezdu záchranky, což je, jak zdůraznil, často rozhodující důkaz v případných sporech.

Odchodné pro záchranáře: jeden až šest měsíčních platů

Senátor Schwarz navrhl do zákona přidat odchodné pro záchranáře, které už ve Sněmovně prosazovaly Věci veřejné.

Záchranáři zasahující při výjezdech nebo ti, kteří pracují v operačním středisku, by podle návrhu měli nárok na odchodné v případě, že odpracovali minimálně 15 let u záchranky a je jim více než 50 let.

Základní odchodné by bylo jeden měsíční plat a za každý odpracovaný rok navíc by rostlo o třetinu měsíčního platu, maximálně na šest měsíčních platů. Odchodné pro záchranáře podpořil v Senátu i ministr Heger.

Zdroj: iDnes.cz, 12.10.2011



Ze světa odborné literatury...

Dlouhodobý výsledek pneumokokové meningitidy u dětí a v období dospívání

V práci vyšetřili edukační, kognitivní, psychologické a sociální důsledky prodělané pneumokokové meningitidy u dětí a adolescentů. Kontrolovaná studie byla prováděna ve dvou regionech Velké Británie. Jednalo se o děti a dospívající, kteří v době mezi třetím a dvacátým rokem byli léčeni pro pneumokokovou meningitidu. Data se podařilo získat u 97 pacientů a u 93 kontrol. Vyšetření se prováděla za 6 let po prodělaném onemocnění.

Bylo používáno standardních otázek a neuropsychologických testů, včetně ohodnocení IQ.

Pacienti měli signifikantně nižší možnosti ovlivňování rozhodnutí. Sluch byl narušen ve 14 %. Kde byl narušený sluch, tam bylo i sníženo IQ. Měli nižší verbální IQ, počítačové schopnosti, školní a psychologické testy a i psychologické nesnáze. Rodiče pacientů hovořili i o větší funkční nezpůsobilosti, narušení ve všech aspektech kvality života a o psychologických nesnázích a jisté psychologické nesnadnosti. Nález pro IQ se v materiálech nelišily, když analýza byla prováděna jen u pacientů zcela bez sluchového postižení. Při poruše sluchu byla tato provázena obtížemi z hlediska IQ nápadně často. Všechny tyto nálezy byly na signifikantní hladině významnosti.

European. J. of Pediatrics, Vol.170, č.8, 997-1006.

Diagnosa importované malarie u dětí

Práce shrnuje informace o importované malarii u dětí. Malaria je zapříčiněna parazitem *Plasmodium* a pozorována zvl. v dětském věku u dětských pacientů ve stovce zemí. Počet dětí se v celkovém počtu pohybuje kolem 10-15 % pacientů s importovanou malarií. Některé formy jsou si podobné ve vývoji těžké a život ohrožující komplikace, zvláště při infekci

Plasmodium falciparum. Tragické konce jsou ve vyspělých zemích pozorovány v 0,4 % případů. Děti totiž navštěvují přátele a příbuzné v endemických oblastech. Zpočátku po příjezdu z těchto oblastí jsou pozorovány zpožďující se infekce (mnohdy více než 3 měsíce po návratu z inkriminovaných ob-

lastí. Provádí se stále mikroskopická analýza z tlusté kapky krve). Z pragmatických důvodů krev do zkumavky s EDTA je akceptována za určitých předpokladů. Informace o *Plasmodium species* a parazitární densitě (hustotě) je základem pro pacientovo ošetřování. Molekulární metody se provádějí při diferenciaci. Rychlé diagnostické testy se hodí pro dg. *plasmodium falciparum*, ale ne pro detekci non-falciparum species. Pokud je klinický obraz jen podezřelý stejně jako mikroskopické sledování, opakujeme testy každých 8-12 hodin 3x po sobě.

Eur. J. Pediatrics, Vol.170, č.7, 821-829.

Metabolické, zánětlivé, endoteliální a hemostatické markery ve skupině obesných dětí

Dětská obezita a její komplikace jsou známy ve smyslu metabolického syndromu a kardiovaskulárních onemocnění. Sledovali v této práci u skupiny italských dětí ukazatele metabolismu, zánětu a hemostasy ve skupině 59 obesných a 40 neobesných dětí. Sledovala se zátěž glukosou, hladiny insulínu, cholesterolu celkového i HDL, LDL a triglyceridů. Dále byly měřeny hodnoty vysoce senzitivního CRP a TNF alfa. Dále měřeny hodnoty adiponektinu. Hyperkoagulabilita byla měřena sledováním cirkulační hladiny trombin-antitrombinu komplexu, dále S dimery, fibrinogenu, plasminogenního aktivátoru fibrinogenu a von-Willebrandového faktoru. Byly jasné změny insulinové rezistence u obesných, dále vysoké hladiny cholesterolu, LDL a triglyceridů a nízké hladiny HDL. Cirkulující hladina vysoce senzitivního CRP a TNF alfa byly signifikantně vyšší u obesných než u kontrol. Serový adiponektin byl signifikantně nižší u obesných. S dimery, WF faktor, TAT, D-dimer, fibrinogen byly signifikantně vyšší u obesných ve srovnání s kontrolami. Dětská obezita je asociována s prozánětlivými a protrombotickými stavy.

Eur.J.Pediatr.Vol.170,č.7.,845-870.

Diagnosa a léčba funkční zácpy

Dětská funkční obstipace na Západě postihuje kolem 3 % dětí. Je nejčastější komplikací u dětí. Jen % dětí má obstipaci, která je součástí jiného onemocnění. Obstipace funkční je charakterizována nefrekventními

bolestivými defekacemi, fekální inkontinencí a bolestmi břicha. Ve VB a v Nizozemí připravili guidelines. Léčba zde sestává z několika fází, a to edukace, prevence reakumulační stolice, podávání laktulose a pro děti starší laktulose a polyetylglykolu s nebo bez elektrolytů. Ukazuje se, že laxativní léčba je lepší než placebo.

Eur.J.Pediatr.Vol 170,č.8,955-963.

Neonatální jaterní selhání

Je poměrně vzácné, ale s vysokou mortalitou. Může být definováno jako selhání syntetické funkce jater do 4 týdnů po porodu. Ukazuje se ale, že klinický obraz encephalopatie není základem pro dg. tohoto věku. Nejčastější příčinou je neonatální hemochromatosa, hematologické malignity, virové infekce a na játra vázané metabolické defekty. Včasná dg. je stejná jako jaterní transplantace.

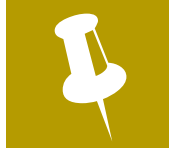
Eur.J.Ped.Vol 170, č.5, 573-581.

Persistující- koagulasa negativní stafylokokové bakteriemie u novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností

Byla zpracována data zpětně u 143 novorozenců s uvedenou velmi nízkou porodní hmotností. Tito byli léčeni na specializovaných centrech od roku 1995 do roku 2003. Nálezy byly srovnávány mezi skupinou s persistujícími a nepersistujícími nálezy. Pozitivní hemokultura více než 72 hodin při léčbě byla brána jako forma persistující. 58 dětí (40 %) mělo uvedenou formu onemocnění. Nebyly zjištěny žádné rozdíly ohledně matek, charakteru vývoje, charakteristice novorozence, době trvání centrálního nebo umbilikálního katetru, komplikacemi z nezralosti a dobou hospitalizace. Skupina s persistující bakteriemií měla výraznější hypotermie, vyšší hodnotu kreatininu sedmý den léčby a i endokarditidu. Jedno dítě mělo aortální trombus. Kojené děti měly vyšší počet negativních hemokultur v prvních 72 hodinách. Největší pozornost musí být věnována možné endokarditidě.

Eur.J.Pediatr.Vol.170,č.8,989-995.

Ve spolupráci s firmou Mucos Pharma zpracoval MUDr. Jiří Liška,CSCE



Aktuality...

■ Horák: Nejradši bych někoho uškrtil...

Největší palbu kritiky nyní kvůli nákupu akcií spol. IZIP sklízí ředitel VZP Pavel Horák. Důvod? Akcie nakoupil na zadání správní rady, ale neinformoval ji o tom, že akcie získal od švýcarské firmy, které ponechal zbylých 49 %. Horák však jakékoli pochybení odmítá. Přepis živé diskuse pořadu České televize.

Moderátor: Václav Moravec

O pochybnostech kolem obchodu s akciemi firmy IZIP provozující elektronické zdravotní knížky, přišli jako první Reportéři ČT. Europoslanci za ODS Milan Cabrnach a Miroslav Ouzký přenechali 49 % akcií firmy neznámé švýcarské společnosti eHI eHealth International. Udělali to prý proto, aby nemohl být projekt zastaven. O tom prý Všeobecná zdravotní pojišťovna také uvažuje. Sama společnost IZIP se proti všem pochybnostem, které se týkají švýcarského menšinového vlastníka, ohradila. Po zjištění Reportérů ČT začala hra, komu zůstane v rukách pomyslný Černý Petr 10letého problému elektronických zdravotních knížek. Náměstek ministra zdravotnictví a člen správní rady VZP Petr Nosek, dal najevo rozčarování z postupu vedení pojišťovny.

Petr Nosek, náměstek ministra zdravotnictví, 4.10.2011:

Tak já si myslím, že tady skutečně primární pozici má správní rada a já teda z pozice člena správní rady to беру, jako velice nešťastný postup majitele Horáka.

Moderátor: Václav Moravec

Podle náměstka ministra zdravotnictví Petra Noska měl ředitel pojišťovny Pavel Horák ještě před nákupem akcií firmy IZIP prověřit, jestli nemá Všeobecná zdravotní pojišťovna s IZIPem podepsané nevýhodné smlouvy.

Pavel Horák, ředitel VZP, 4.10.2011:

Já jsem dostal úkol získat v té společnosti majetkovou většinu. Dostal jsem k tomu úkol, aby to bylo za nominální cenu, tady ten úkol jsem splnil, ty kupní smlouvy jsou podepsané.

A odvolání ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny Pavla Horáka začali po pondělním zjištění Reportérů ČT mluvit i další členové správní rady VZP i opoziční sociální demokraté.

Michal Babák (VV), člen správní rady VZP, poslanec, 4.10.2011:

Pokud nebude proveden tento audit, který zadala správní rada, tak musíme hovořit o výměně generálního ředitele.

David Rath (ČSSD), stínový ministr zdravotnictví, 4.10.2011:

By měl být odvolán předseda správní rady VZP za ODS pan Marek Šnajdr, dále předseda dozorčí rady opět za ODS pan Kantůrek a s nimi samozřejmě i ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny.

K odvolání šéfa VZP potřebují kritici Pavla Horáka získat většinu správní rady. Tu ale zatím hlavně kvůli odporu členů za ODS nemají.

Boris Šťastný (ODS), člen správní rady VZP, 4.10.2011:

Stávající ředitel VZP Pavel Horák a také stávající správní rada převzali projekt IZIP od předchozího vedení Všeobecné zdravotní pojišťovny, protože tento projekt trvá více než 10 let. v tomto ohledu stávající vede-

ní a nová správní rada dělá všechno proto, abychom tento projekt uvedli do chodu a chránili tak finance do ní vložené.

A nejde o žádné drobné. Za 10 let vložila Všeobecná zdravotní pojišťovna do projektu elektronických zdravotních knížek víc než miliardu korun. VZP teď chce knížky vyzkoušet v pilotním projektu ve dvou krajích a to v Karlovarském a na Vysočině. Na základě jejich fungování a auditu firmy pak rozhodne, jak dál.

Zmiňovaný pilotní projekt má také ukázat, zda se podaří přesvědčit lékaře a pacienty, aby elektronické záznamy používali a zda tak přinese celý systém úspory. Dalším hostem Otázek ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Pavel Horák, vítejte po čase v Otázkách, přeji hezký dobrý den.

Pavel Horák, ředitel, Všeobecná zdravotní pojišťovna:

Hezké odpoledne.

Pro úplnost, do dnešních otázek jsme zvali i zakladatel společnosti IZIP, tedy europoslance za ODS Milana Cabrnacha a Miroslava Ouzkého. Zatímco první vzkázal, že nemá čas, druhý pak napsal SMS zprávu, citujeme: "Vážím si vašeho pozvání, ale vzhledem k politizaci celé kauzy se k ní nebudu vyjadřovat. Miroslav Ouzký", konec citátu. Jak daleko, pane řediteli, jste byl v tomto týdnu sednout k počítači a napsat rezignaci?

Pavel Horák: Já tohleto nemám v povaze. Když na vás jdou s mečem, tak já nedávám hlavu na špalek. Já jsem nic špatného neudělal, takže to skutečně... rezignaci jsem žádnou nepsal, ani jsem nad tím nepřemýšlel. Napsal jsem dopis...

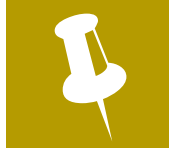
Když po vás někdo jde s mečem, tak vy jdete ještě se silnějším?

Pavel Horák: No, v podstatě asi bych nejradši vyrazil, někomu uškr... někoho chytit pod krkem, protože je to neuvěřitelné. V okamžiku, kdy se vám něco podaří, kdy třeba, když mluvíme o IZIPu, to, že jsme v něm měli mít majetkovou účast, to se ví už léta. Nám to doporučovali strategičtí... když jsme dělali strategii pojišťovny, tak si pojišťovna měla pojistit ten projekt už někdy právě před těmi desíti lety. A když mě v květnu správní rada vyslala na tu misi, na tu mission impossible, jako běžte, kupte si tam většinu za babku, za milion korun 51 % ve společnosti, která měla obrát za těch 10 let 1,5 miliardy korun, tak místo toho, aby když ten úkol splním, tak aby se začalo uvažovat, co dál, jaká bude strategie s tím zahraničním partnerem, jakým způsobem to rozšíříme, třeba ten projekt elektronických zdravotních knížek, do Evropy, protože je to referenční projekt Evropské unie, my jsme v projektu epSOS, ta přeshraniční výměna informací o pacientech je prostě jasná, místo toho, abysme se věnovali tomuhle tomu, tak někdo přijde s takovoule kauzou, že nám hrozí nějaká arbitráž. Maximálně Švýcarsku hrozí arbitráž.

Počkejte. To znamená - vy nemáte vůbec žádné pochybnosti, koupil jste to za babku, koupil jste to za milion...

Pavel Horák: Za milion.

A nepociťujete informační dluh vůči členům správní rady VZP? Protože ti možná by vám takový úkol nedali, pokud by bývali věděli, že akcie kupujete od švýcarské společnosti. Nebo myslíte si, že by roz-

**hodovali úplně stejně?**

Pavel Horák: Ale vždyť je to úplně irrelevantní. Prostě akcie musíte koupit od toho, kdo je vlastní. A pokud jsou nějaká rizika, tak nevyplývají z těch akcií, které já jsem nakoupil. Naopak – kdybychom koupili všechny ty akcie, tak byla by nějaká rizika arbitráže? Maximálně, protože my jsme vlastně investovali do Švýcarska, když to takhle vezmete, tak maximálně, když by to nevyšlo, tak bychom mohli žalovat tedy v arbitráži možná Švýcarsko, že je zmařená naše investice. Ale přeci v té vlastní transakci, že my jsme koupili akcie, to naopak kdybysme jich koupili 98 %, no tak by to riziko bylo ještě menší. Na druhou stranu prostě ta společnost je česká, řídí se právem českým. A v okamžiku, kdy by třeba došlo k nějakému sporu o plnění smluv, no tak jako nejjednodušší věc je, že by to skončilo u českého soudu, a ten by rozhodl. Všichni naši...

Žádné riziko arbitráže tedy nehrozí, žádná rizika v sobě tento obchod zakomponovaná nemá?

Pavel Horák: Ten vlastní obchod toho nákupu rozhodně ne. Všichni naši dodavatelé, a i ti jsou zahraniční firmy, jedna... vždyť nikdo z těch dodavatelů, ať už je to dodavatel informačních systémů pro státní správu kdekoliv, nikde to není česká firma, všude je to zahraniční vlastník. Proč tam nikdo nekřičí o tom, že hrozí arbitráž, když by Česká republika neplnila ty smlouvy? Ale smlouvy se musí plnit, že jo, my jsme vždycky postupovali podle zákona. Já si nedovedu představit, že by veřejnoprávní instituce jako je Česká televize nebo Všeobecná zdravotní pojišťovna prostě se vykašlala na plnění smluv a zadala důvod k nějaké arbitráži. A navíc – ani by k ní nemuselo dojít, stačilo by to dát k soudu tady na hlavním městě Praze.

Znovu se zeptám, pane řediteli, ta původní otázka – nemyslíte, že jste měl informovat ještě před podpisem smlouvy členy správní rady VZP, že kupujete onen většinový balík akcií IZIPu od švýcarské firmy? Ruku na srdce.

Pavel Horák: Ale vezmě si, že jelikož jsou to akcie na doručitele, tak správní rada nikdy nebyla informována o tom, kdo ty akcie vlastní, protože je to prostě akcie na majitele, správně se teda říká, to znamená, že...

Tedy ony „anonymní akcie“ v té novinářské hantýrce.

Pavel Horák: Ony anonymní akcie. Takže ani nikdy nemohla být informována, kdo je jejich vlastníkem, protože samozřejmě když se se sejdeme u advokátní kanceláře v okamžiku valné hromady nebo předávání těch akcií, tak v tu chvíli všichni přicházejí s těmi akciemi, tam poznáte toho, kdo je vlastní, ale za dalších půl hodiny, nebo za dvě hodiny, nebo další den to může být jinak. Takže nikdo nemohl informovat správní radu, kdo je vlastníkem, a správní rada nikdy také neříkala: "My to chceme koupit od Petra, nebo od Pavla, a my chceme nejdříve vědět..." O auditu také správní rada nikdy nerozhodovala. Samozřejmě když jsem to kupoval v takovém časovém presu, protože hned za měsíc... to se mělo udělat za měsíc, dovedete si to představit, že by jedna firma koupila druhou firmu a od toho nápadu by uplynul měsíc? Prostě... a za měsíc mělo dojít k zahájení pilotních projektů, které mají prokázat, že ten projekt funguje, takže...

No, být vámi asi, tak bych nebyl takový sebevrah, protože když vám to zadají a ještě u toho jsou anonymní akcie, jestli jste si sám nenaběhl na vidle.

Pavel Horák: Teď už anonymní nejsou, teď už patří nám, my tam máme většinu.

Ještě vám nepatří. Vy od toho obchodu, jestli se nemýlím, můžete ustoupit.

Pavel Horák: Ale jako v tuhle chvíli ano, ty akcie jsou v advokátní úschově, naše peníze taky, ale my je už v tuhle chvíli vlastníme, máme... výkon akcionářských práv s nimi už máme a máme 3 měsíce na to, abychom si tam šfourali v té společnosti, jak chceme, a když se nám na tom něco nebude líbit, tak řekneme: "Soudruzi, nechte si ty akcie!"

To jsem zvědav. Schválně k tomuto aspektu, kdy řeknete: „Soudruzi, nechte si ty akcie,“ co se pak může stát. Vrátime se ale k té otázce. Například člen správní rady Všeobecné zdravotní pojišťovny Petr Nosek dával v rozhovoru pro Českou televizi hodně nahlas najevo svoji nespokojenost s tím, že majoritní balík akcií IZIPu VZP získala od neznámé švýcarské firmy. Tady jsou jeho slova.

Petr Nosek: Tak mně osobně na tom nejvíce vadí to, že o té záležitosti toho transferu těch akcií přes další firmu nebyla správní rada informována. Řek bych k tomu i to, že před tím, než tedy mají být smlouvy uzavřeny, bylo deklarováno panem ředitelem, že bude provedena due diligence, které má víceméně jaksi zhodnotit tu záležitost ve smyslu přínosu a stavu firmy jako takové, to znamená pak teprve mělo být vyhodnoceno to, zda na základě due diligence bude ten nákup zrealizován. Byli jsme informováni o tom, že akcie jsou v notářské úschově, nikoliv že by byly smlouvy již uzavřeny.

Říká v rozhovoru pro Českou televizi náměstek ministra zdravotnictví, člen správní rady VZP Petr Nosek. Tudíž správní rada podle vás věděla, že jde o anonymní akcie, které mohou poletovat mezi různými vlastníky, je to tak?

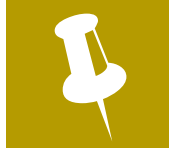
Pavel Horák: No, to snad ví každý v České republice, vždyť se o tom točí reportáže už dva roky.

No, a tudíž to nepovažujete za chybu, když teď to správní rada, část členů správní rady hází na vaši hlavu?

Pavel Horák: Ale podívejte se, v tuhle chvíli jsou ty akcie na hromádce, všichni na ně mohou vidět, já tady mám tu smlouvu, můžete si ji přečíst, není na ní nic zvláštního. My k ní máme akcionářská práva a tři měsíce si můžeme zkoumat, bude due diligence, bude všechno, všechny ty... proč jsem, je to jistě chyba, moh jsem o tom správní radě říct o něco dříve, ale já jsem chtěl před správní radu předstoupit v okamžiku, kdy budu mít takhle v deskách prostě ty údaje o té společnosti, audit, uzávěrky, soupis majetku, jak je to s tím patentem, autorská práva, to jako není jednoduchá věc, subdodavatelské smlouvy.

Do konce roku budete mít všechny tyto informace?

Pavel Horák: No, to musím mít za měsíc, protože jako v téhle situaci jako se nemůžeme do konce roku bavit o tom, jak to je, to prostě musí v tuhle chvíli být na stole čtyřicetiletého, kdy je správní rada, to asi na stole nebude, protože jako auditorská firma asi takhle vražedné tempo nevydrží, ale prostě v tu chvíli musí všechny ty informace být na stole. Máme připravený určitý návrh toho, jak by mohla znít dohoda s tím strategickým partnerem, protože ten je taky známý, prostě ten přijde, představí se a my s ním budeme jednat o tom, jak on a my si představujeme to, jak budeme vzájemně spolupracovat při vedení nebo vlastnictví té společnosti. Správní rada to dostane na stůl. Když se jí to bude líbit, přistoupí na to, když se jí to líbit nebude, řekne, jak se to má změnit, a nebo od toho obchodu můžeme odstoupit a můžeme to kdykoliv udělat.



Zeptám se jinak - vy bezesporu nesete odpovědnost za tento nákup. Říkáte, že jste to koupil za babku a podobně. Neměl jste ale pochybnosti, že může celý tento spor vzniknout, když tady europoslanci Cabrnoci a Ouzký místo toho, aby to předávali, majoritní balík, přímo VZP, tak akcie převedli na švýcarskou firmu, vždyť to se dalo, a zvlášť, když to jsou anonymní akcie, tak se to dalo čekat.

Pavel Horák: Číslo jedna - ti se měli těch akcií zbavit už dávno, protože ten projekt naráží jenom pořád na prostě...

... na tyto dva pány.

Pavel Horák: ... na tu politickou angažovanost a kvůli tomu je kolem toho takové zle, takže to už se mělo stát před lety.

No, počkejte, asi zas nebýt jejich politické angažovanosti, tak by před deseti lety nedošlo k tomuto... k tomuto projektu a jeho plnění, protože měli známé ve VZP, v politických kruzích, tudíž tam se nevyhnete jistému střetu zájmů.

Pavel Horák: Co bylo před desíti lety, já nevím, já u toho nebyl...

Ale vy nesete ty následky, tak mi řekněte názor.

Pavel Horák: Z toho vyprávění já znám, že ti pánové to tehdy nabízeli ministerstvu zdravotnictví, jestli by to nechtěli, tu ideu, vzít jako ideu celonárodního zdravotnického systému. Údajně byli odmítnuti. Když se dneska zeptáte na ministerstvu zdravotnictví, jakou mají ideu zavádění eHealth, pravděpodobně se toho také moc nedozvíte. Takže celá Evropa to dělá. My jediný nevíme, co bude. Tohleto je jediný projekt, který v České republice existuje. Dokonce kdysi, někdy před pěti lety, získal cenu za nejlepší světový projekt v oblasti eHealth, čili určitě to není tak úplná hloupost, která by u nás nemohla fungovat.

Ale ty akcie měli převést na VZP už dávno, nebo zbavit se jich?

Pavel Horák: Hned na tom začátku VZP chtěla... měla říct: "My chceme... chci to vlastnit!" Na druhou stranu - který státní podnik, které ministerstvo v České republice má joint venture se soukromou firmou a ochránilo si to, že dodavatel jeho IT systému, do kterého dává každá státní instituce miliardy, tak že je spoluvlastněn tím státem? Nikde v České republice takový případ není. Takže zase se nemohu zlobit, že někdy před desíti lety, kdy totéž bylo v grantových agenturách, kdy České výzkumné projekty i jejich výsledky prostě šly okamžitě do soukromých rukou, tehdy se nad tím nikdo nezamýšlel.

Ale jako vnější pozorovatel máte ty pochybnosti, proč k tomu převodu na švýcarskou firmu došlo ve chvíli, kdy už jste deklarovali a od správních rad jste měli úkol získat majoritní balík těch akcií?

Pavel Horák: Na té druhé straně je strategický zahraniční investor, mezinárodní počítačová firma, která má zájem ty akcie koupit. Jestli po téhle kauze je koupí, to já nevím. A ta advokátní kancelář, nebo ten advokátní zástupce, který tam pro účely té transakce založil tu firmu, ta měla být pouze, jako když dáte auto do komise, do autobazaru, nebo prostě když prodáte dům přes realitní kancelář. Prostě úkolem té firmy nebylo provozovat ty zdravotnické knížky, to nikoho z nás ani nenapadlo, úkolem té firmy bylo sebrat ty akcie od těch akcionářů, půlku, nebo 46 % jich dát Všeobecné zdravotní pojišťovně a druhou půlku, až si ta zahraniční firma taky samozřejmě projede due diligence, až si zkontroluje všechno to, jestli do toho obchodu půjde, a samozřejmě až poté, co naše správní rada řekne, jestli tohle se jí líbí nebo nelíbí, tak pak odevzdá tu druhou půl-

ku... tu druhou půlku tomu strategickému zahraničnímu investorovi, který tady nebude běhat po České republice a sbírat od fyzických osob nějaké akcie na doručitele, který prostě chce od advokáta ve Švýcarsku ve standardním právním prostředí naprosto, naprosto nezpochybnitelně převzít svůj budoucí majetek, za který asi zaplatí.

Náklady na fungování projektu elektronických zdravotních knížek přesáhly za deset let částku 1,5 miliardy korun. Vyplývá to z údajů VZP, které mají Otázky k dispozici. Podívejme se na ta data. V prvním roce existence projektu elektronických zdravotních knížek, tedy v roce 2001, byly náklady vynaložené Všeobecnou zdravotní pojišťovnou nejmenší. Přesáhly 12 milionů korun. Pak postupně rostly, až v roce 2005 přesáhly částku 160 milionů korun ročně. Při pohledu na tyto údaje je nutné dodat, že v letech 2005, 2006, 2009 a 2010 jsou náklady Všeobecné zdravotní pojišťovny tak vysoké, protože v nich jsou motivace lékařů za vstup pacientů i lékařů do systému elektronických zdravotních knížek. Jednoduchá otázka, pane řediteli - po to všem, co se tady děje, doporučoval byste správní radě a je to reálné, abyste získali celý podíl v IZiPu v případě, že kývnete na to: "Ano, audity, dopadlo to všechno v pořádku, pokračujeme v tom, když už se do toho dala miliarda a půl," aby všechny akcie měla VZP?

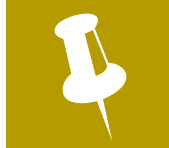
Pavel Horák: No, pokud bych měl říct svůj názor, já bych teda byl radši, aby to nám patřilo celé, ale i vlastně toto na té správní radě jako názor taky zaznělo, že bychom měli usilovat o koupi ne 30 %, to byla... vlastně moje první zadání na začátku roku bylo 35 %, aby podle obchodního zákoníku jsme tam získali nějaký vliv. Pak se to změnilo na 50 %. Na můj návrh se to zvedlo na jednapadesát procent.

Navrhnete tedy správní radě, když neřeknete tu větu: "Soudruzi, odstupujeme od obchodu," navrhnete, že by bylo dobré získat majoritu, ať v tom není soukromý vlastník, ať si to spravuje VZP?

Pavel Horák: Že bych si zase řekl o takový jednoduchý úkol. To samozřejmě k tomu musí být vždycky dva - ten, kdo kupuje, a ten, kdo prodává. A přesvědčit tu protistranu... záleží na tom, jak bude hodnotit, nebo jak si bude cenit těch akcií. Takže možné to je, na druhou stranu v tom okamžiku vlastně to celé provozujeme my, programujeme si vlastně... to nejde jenom o zdravotní knížky, ty tam v těch nákladech tvoří asi půl miliardy, zbytek je elektronická komunikace, portál pojišťovny, kam jenom za těch prvních devět měsíců přišlo milion podání, komunikace se státními úřady. Jako to je celý... to všichni říkají zdravotní knížky, ale to je celá elektronická komunikace se všemi našimi partnery od soudních exekutorů prostě přes zdravotnická zařízení, která posílají přes portál faktury a dávky a vůbec nemusí být v IZiPu, to je všechno dohromady, takže...

No, promiňte, pane řediteli, ale přesto dostáváte od zakladatelů IZiPu do kožichu, že děláte velmi málo, nebo dělali jste i v uplynulých letech velmi málo, abyste celý ten projekt podpořili. Bezesporu, když jste si v tomto týdnu četl výroky Miroslava Ouzkého, europoslance za ODS a zakladatele, že sama zdravotní pojišťovna může za to, že to tak nefunguje, jak to fungovat má?

Pavel Horák: No, tak já jsem zvyklý, že mě bijí ze všech stran. Ale já když jsem přišel do VZP, tak na straně vlastně toho partnera byla taková naivní představa, že jsme to naprogramovali, teďka je to jaksi nainstalované, tak teď se o to musíte postarat vy, aby to ti lékaři používali. Jenomže pro ty lékaře to musí být komfortní, musí to být propojeno s jejich informačními systémy, oni nemusí... jako není možné, aby vstupovali do toho



systému zdravotních knížek. Tam je nutné, aby se automaticky ty informace objevovaly v jejich klinických informačních systémech. Ty všechny skoupila zahraniční konkurence, takže s ní se taky velmi obtížně vyjednává. Takže to není tak jednoduché, jo? Ta představa, že my máme něco, co může spořit miliardy, což může spořit miliardy, to už ukázaly případy ze zahraničí naprosto jasně. My když jsme si vyjeli, kolik duplicitních léků, laboratorních vyšetření, magnetických rezonancí se předepíše jednomu pacientovi různými lékaři ve stejný den, ve stejný týden, to jsou miliardové ztráty, to jsou prostě obrovské peníze, které prostě zbytečně to České zdravotnictví vyhazuje. Samozřejmě nikomu to není příjemné, že se na to přijde. Dneska každý občan, nebo každý klient IZIPu, a těch je 2,5 milionu, a to zas nejsou hloupí lidé, kteří se tam dali nalákat nějakou pochybnou reklamou, prostě 2,5 milionu lidí v České republice tam ten přístup má, a když se podívá, tak tam vidí, co ta zdravotnická zařízení na ty... na jejich osobu vykázalo, všechny předepsané léky, všechny laboratorní vyšetření, ale ti lidé se samozřejmě bojí často na to upozornit. Oni nám sice napíší: "On si pan doktor na mě napsal a to a to a to a to a stálo to x tisíc korun, ale promiňte mi, já se nepodepisuju, protože je to můj lékař a on by mě pak už zas třeba nechtěl ošetřit." A pro ty lékaře to taky není příjemné, že se jim někdo dívá ne do dokumentace, ta zůstává jejich, to byl další plán, že dokumentace bude na jednom místě, tohleto jsou jenom lékařské zprávy, tak ani těm lékařům to samozřejmě není příjemné. Takže my jim říkáme: "Podívejte se, když budete s náma hrát čistou hru, budete se chovat odpovědně, budete koordinovat tu péči, zvýšíte její kvalitu, o to tady hlavně jde, tak my vám dáme nějaké peníze za to, že to děláte lépe než vaši kolegové," a to je ta čtvrt miliarda, která je v těch jedna a půl miliardě, kterou jsme vyplatili těm lékařům. Takže ten problém je mnohem složitější a i ty... v zahraničí ty projekty podobné vždycky měly největší obtíže s tím, aby to ti lékaři začali používat.

Kdy dáte správní radě VZP tedy všechny audity plus své doporučení, jak dál s IZIPem, jestli si ty akcie ponechat, anebo říct vaši větu "Soudruzi, odstupujeme!"?

Pavel Horák: No, tak jenom taková jednoduchá otázka - když chcete vyjednávat s protistranou, je lepší, když tam máte majoritu v té společnosti, nebo je lepší, když nemáte nic? No, já si myslím, že jako s tím nezkažeme... navíc ty akcie můžeme vrátit i kdykoliv později. My jsme si do té smlouvy dali řadu... řadu pojistek, takže prostě to není... jako to, co je podstatné, ten pilotní projekt. Ten už běží. Samozřejmě zase teďka je těžce postižen tou mediální kampaní, ale ten musí prokázat v těch dvou krajích, kde... v kraji Vysočina jsou v tom všechny nemocnice...

Kdy ty výsledky, kdy je bude mít správní rada k dispozici?

Pavel Horák: Ten pilotní projekt, jako ten... to je to klíčové, tak ten bude, ten měl původně začít 1. 7. Když teda stihnu koupit ty akcie za ten měsíc, což se teda nepovedlo, takže začal 1. 9., a má běžet rok. My můžeme... samozřejmě první nějaké výsledky budou za tři měsíce. Součástí toho má být jakási kvazielektronická preskripce, všechny tyhle věci, které prostě mohou... mohou přispět k uspořádkování prostředků, a to je to klíčové. Mezitím my si samozřejmě musíme prověřit, do čeho jdeme. A největší obavy... tady mám i seznam těch rizik od poradenské společnosti, které by mohly vzniknout, to jsou tři stránky věcí, které si musíme ověřit v rámci toho auditu. Původně ten audit měl být do konce října. Snad se to stihne, protože příští týden konečně teda, poněvadž zas musíme postupovat veřejnou zakázkou, vybrat velkou auditorskou firmu, která to udělá, snad to ten auditor stihne, aby to do toho konce října bylo, ale to samozřejmě záleží na tom, jak ta problematika bude složitá.

A pokud byste ty akcie vrátili, tak garantujete veřejnosti, že tam žádné riziko soudních sporů není, že by ten... ta švýcarská firma se cítila dotčena a zažalovala Českou republiku, že se nerozvíjí systém elektronických zdravotních knížek, protože VZP ustoupila od systému firmy IZIP?

Pavel Horák: My jsme se k ničemu nezavázali. To, co platí, jsou v minulosti uzavřené dlouhodobé smlouvy, a ty jsou zase naše záruka, protože představte si, kdyby ty smlouvy byly uzavřené, dejme tomu, s výpovědní lhůtou, že by se daly vypovědět za půl roku nebo za rok, a poté, co my do toho systému nainvestujeme, začne to fungovat a ověřit se, že to ty úspory přináší, tak by ta protistrana řekla: "Tak, a my s tím končíme a my to prodáme vaší konkurenci," jo? Takže to, že ty smlouvy jsou uzavřené na x let dopředu, aby to vytvářelo jistotu pro pojišťovnu, že ty 2 a půl milionu klientů nikdo nepřetáhne do nějaké nově vznikající pojišťovny, no tak to je naše záruka. Kdybychom ty smlouvy porušovali, no tak samozřejmě, že v tomhle musí být... já věřím tomu, že snad proboha největší ochranu by měl mít český občan, český vlastník, takže když to bude česká firma a my nebudeme plnit podle těch smluv, no tak asi nás dá k soudu a budeme muset plnit. Na druhou stranu v minulosti vždycky, když si pojišťovna řekla, nebo spíš nadiktovala: "My to chceme takhle, takhle, takhle," tak vždycky se ty smlouvy upravily, předělaly, nejdřív byly výkonové a pak paušální a pak zase výkonové, prostě aby to nám vyhovovalo co nejlépe. V roce 2008 jsme si nechali prověřit výši těch nákladů prostě auditem, takže já jako neříkám, protože teprve teďka se dostávám ke všem těm věcem, které v té společnosti jsou, k těm subdodavatelským smlouvám, k autorské smlouvě, k tomu patentu a dalším věcem, tak nemůžu říct, že tam nikde nemůže být žádné riziko, ale rozhodně to, že by...

To, co jste v současnosti viděl, jsou ta rizika zatím minimální, abyste odstupovali od vlastnictví?

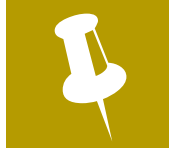
Pavel Horák: No, ale hlavně jsou to rizika pro toho, kdo vlastní většinu té společnosti. My to tam vlastně, v uvozovkách, šéfujeme, my tam máme jednapadesát procent.

Takže zatím z těch informací, které máte, byste ty akcie nevracel, protože máte majoritu a teď můžete tu firmu řídit?

Pavel Horák: No, tak tím se ta situace může jenom zhoršit, když se zbavíme těch akcií. To samozřejmě teďka vznikne nějaká diskuze, protože členové správní rady byli oslovoováni médii tím stylem jako: "Hoří vám dům, víte o tom?" A když se vydělili, tak řekli: "Ano, Horák u toho byl, když ho zapalovali," že jo? Protože arbitráž a Diag Human a prostě všichni jsou vystrašení, takže samozřejmě to může dopadnout tak, že... ta správní rada je malý parlament, že jo, tam je za deset poslanců jeden člen správní rady v zastoupení těch různých politických stran, takže samozřejmě tam může vzniknout situace, že řeknou: "Vraťte to!" a já to vrátím, ale tím si tu situaci nijak nezlepším, spíš zhorším. Aspoň já si to myslím.

Jaké je riziko v tom seznamu, velmi stručně, který máte před sebou?

Pavel Horák: Ale to jsou... to jsou rizika, rizika, nebo věci, které je nutné, nutné zkontrolovat, abych jenom tak zacítoval, doufám, že to rychle najdu, je to od účetní závěrky, seznam zaměstnanců, smlouvy, které... tady... možná rizika spojená s IZIP... získání kontroly nad projektem, oblasti posouzení, co je v majetku a pod kontrolou společnosti, realizace transakce, manažerská provozní kontrola nad přebíranou společností, organizační zajištění IZIP, právní due diligence, finanční a daňové prověrky, smluvní zajištění dodávek služeb, licence software, know-how, vlastnic-



tví a zpracování dat, další důležité subkontrakty, personální zajištění, finanční toky kupující IZIP dodavatelem.

Budete vlastně měnit vedení IZIPu, když teď ovládáte majoritu?

Pavel Horák: Tak především základem té domluvy je to, že my se v té společnosti... není možné, i když vlastníme jednapadesát procent akcií, abychom toho druhého partnera vytěsnili a dělali si tam, co chceme. Tam je potřeba docílit dohody, protože ten partnerský vztah bude takřka vyvážený, aby ta strategie, kterou přijmem a kterou buď schválí nebo neschválí naše správní rada, a podle toho to bude vypadat, tak abysme se na ní dohodli s tou protistranou, která pravděpodobně, nebo předpokládalo se, že bude prostě standardní firma podnikající v IT a že budeme společně realizovat tu strategii, aby se nám všechny ty peníze vrátily, které jsme do toho investovali, protože to je cílem toho. A vždycky, když se ta správní rada v minulosti opakovaně tím zabývala, tak vždycky zvážila prostě na jednéh vážkách toho, kolik nás to stálo, kolik nám to může přinést, i když třeba v té akvizici pojištěnců prostě tam byl jednoznačný pak efekt pro nás, protože my jsme přes IZIP získali zhruba 50 tisíc nových klientů, to je vlastně pojištění v obratu jedné miliardy korun, že jo, to jednom díky tomu, že vlastně s druhou půlkou jsme takhle vylepšili své hospodaření o 2 miliardy, protože původně jsme počítali, že 100 tisíc pojištěnců ztratíme, místo toho jsme neztratili a ještě navíc získali, takže to vlastně stojí za pádem pojišťovny Média, protože ty jsme sebrali klienty, ona zkrachovala a my jsme pak teda byli nuceni ji spolknout. A jako to je taky důsledek těchto akcí.

Konstatuje další host Otázek, kterým byl šéf Všeobecné zdravotní pojišťovny Pavel Horák. Děkuji, že jste přijal mé pozvání, těším se příště na shledanou.

Zdroj: ČT, 10.10.2011

Tlak na šéfa VZP stále stoupá

Hrozba odvolání visí nad ředitelem VZP Pavlem Horákem. Během 6 let, co stojí v čele VZP, nebyla jeho pozice tak vratká, jako nyní. Hůl nad ním zlomili už i vlivní členové správní rady včetně jejího šéfa Marka Šnajdra, kteří mu mohou dát červenou kartu. Člen SR Michal Sojka chce svolat mimořádnou radu.

Autor: Ještě před týdnem byl nedotknutelným šéfem VZP, která platí skoro 2/3 zdravotní péče v Česku. Dnes se od Pavla Horáka kvůli spornému nákupu akcií firmy IZIP od neznámé švýcarské firmy distancují i nejvlivnější členové správní rady VZP. Kvůli tomu, že je o nákupu akcií předem podrobně neinformoval.

Marek Šnajdr (ODS), předseda Správní rady VZP, poslanec: Považuji to za velmi nešťastné. Správní rada o tom měla být kompletně informována. To nepochybně chyba je.

Vlivný šéf správní rady VZP Marek Šnajdr přitom až do teď patřil mezi Horákovy největší spojence. Šéf VZP ale ztrácí kvůli IZIP podporu i v dozorčí radě pojišťovny.

Radim Vysloužil (VV), člen dozorčí rady VZP, poslanec: Chování pana ředitele Horáka považuji za zcela nestandardní a považuji to za selhání ve funkci manažera.

Horák koupil bez konzultací většinový balík akcií firmy IZIP od švýcarské firmy eHI eHealth, která má neznámé vlastníky. Té před tím

předali akcie IZIP europoslanci za ODS Milan Cabrnoch a Miroslav Ouzký. Neznámá švýcarská firma si nechala kontrolní balík 49%. Jenže tenhle balík akcií se možná bude znovu stěhovat. Horák totiž dnes v rozhovoru pro Českou televizi prozradil, že 49% podíl chce převzít od Švýcarů jedna mezinárodní počítačová firma. Její jméno ale zatím Horák tají.

Pavel Horák, ředitel VZP: Myslím, že to je žádoucí stav, aby to byl partner, který se pohybuje v byznysu IT, který je schopen ten projekt případně rozšířit v EU. Jenže ani o možném přeprodeji menšinového balíku akcií počítačové firmě členové správní rady nic nevěděli.

Michal Sojka (ČSSD), člen Správní rady VZP:

Myslím si, že toto je chyba. Správní rada by o takových věcech měla být informována dříve, než se dostanou do médií. Domnívám se, že by předseda správní rady Šnajdr měl svolat mimořádnou správní radu.

Šéf správní rady VZP Marek Šnajdr ale zatím svolání mimořádného jednání neplánuje. Správní rada by se tak měla sejít 24. října, kdy také rozhodne o budoucnosti ředitele Pavla Horáka.

Zdroj: ČT, 10.10.2011

Prezident Klaus podepsal zákon, který odstartuje reformu zdravotnictví

Na počátku ledna začne první fáze reformy zdravotnictví. Svým podpisem to stvrdil prezident Václav Klaus. Ministr zdravotnictví Leoš Heger do reformních zákonů prosadil například příplatky za nadstandard nebo zvýšení poplatku za den v nemocnici ze 60 na 100 korun.

Prezident Václav Klaus schválil podpisem zákon o veřejném zdravotním pojištění. Dokument ale obsahuje i změny dalších šesti zákonů. Prakticky se jedná o první fázi reformy zdravotnictví.

Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění je první ze série reformních norem. Počítá s tím, že pacienti by za den hospitalizace v nemocnici platili místo dosavadních 60 korun 100.

Co se změní u lékařů díky Hegerovým reformám

Novela také ruší zákaz příplácení na lepší péči, pro pacienty se však zatím nic nezmění. Nejprve totiž bude nutné vymezit standard hrazený z veřejného zdravotního pojištění a nadstandard, na který se bude moci pacient připojistit, případně zaplatit hotově.

"Platit se bude rozdíl mezi základem a konečnou cenou toho luxusního. Rozhodně to ke snížení současného standardu nepovede," řekl novinářům po schválení novely Heger. Dále norma prodlouží dobu pro vymáhání dlužného pojistného z pěti na deset let.

Proti reformám se postavila opozice. ČSSD i KSČM hrozily, že pokud zákon projde, obrátí se na Ústavní soud.

Zdroj: iDnes.cz, 29.9.2011

VZP vyčerpala rezervy, nemá peníze ani na dva dny

Všeobecná zdravotní pojišťovna vyčerpala své rezervy. Její představitelé přiznali, že má jen tolik peněz, kolik právě vybere, a rezerva nevystačí ani na dva dny. Hrozí proto zpoždování plateb na lékařskou péči, ohroženo je také zvyšování platů zdravotníků.

Informovaly o tom Hospodářské noviny. Ministr zdravotnictví Leoš Heger uvedl, že vláda rozpočet VZP zvenku nenavýší. Ještě před dvěma lety měly zdravotní pojišťovny na účtech obvykle peníze asi na dva měsíce.



„Rezerva je minimální nebo nulová. V průměru na 1,2 dne,“ řekl listu mluvčí pojišťovny Jiří Rod. Podle něj kvůli ekonomické krizi roste objem nákladů na péči více než objem příjmů. Z účtů VZP odchází každý den v průměru půl miliardy korun.

Ředitel pojišťovny Pavel Horák uvedl, že vyčerpání rezerv zatím zpožďuje platby lékařům a nemocnicím jen minimálně, problémy s termíny má pojišťovna prý pouze na začátku měsíce. „Proto je možné, že na konci roku budeme dvě miliardy korun v plusu. Ale to neznamená, že hned 3. ledna nebudeme tři miliardy v minusu,“ řekl Horák.

Ministr zdravotnictví Heger připustil, že je to nepříjemná situace. Vláda však podle něj rozhodla, že rozpočet pojišťovny zvenku navyšovat nebude. „Je to tlak na efektivitu, v níž jsou ještě rezervy,“ prohlásil ministr.

Obavy z možného zpoždování plateb za lékařskou péči projevil ředitel brněnské fakultní nemocnice Roman Kraus. „Nám jde z VZP téměř 60 procent peněz. Museli bychom si brát kontokorent, aby bylo alespoň na platy,“ uvedl Kraus.

Nedostatek peněz by mohl ohrozit také zvyšování platů zdravotníků v příštím roce, připomíná list. Podle šéfa Lékařského odborového klubu Martina Engela by vláda měla svůj závazek ohledně deseti procentního nárůstu mezd splnit, jinak by „nesla odpovědnost za vyhocení situace v celém zdravotnictví“.

Zdroj: iDnes.cz, 11.10.2011

Zdravotnictví ve Skotsku? Kéž bych měla české lékaře

Nikdy jsem český systém zdravotnictví nepovažovala za dokonalý. Ba spíše naopak. Určité negativní zkušenosti má prakticky každý. To ale trvalo jen do chvíle, než jsem se v roce 2008 přestěhovala za svým manželem do Skotska. Čtenářka Helena napsala netradiční díl našeho seriálu Můj boj s nemocí, ve kterém tentokrát bojuje s lékaři.

Základní rozdíl mezi českým a skotským zdravotnictvím je očima laika především to, že naše zdravotnictví je do značné míry založeno na prevenci, zatímco skotské na „hašení požárů“.

Když jde o chřipku, klidně nad tím mávnete rukou. Ale pokud je vaše rodinná anamnéza takřka prošípaná kolekcí rakovin od nejběžnějších po nejagresivnější, logicky si položíte otázku, jak velkou máte s postupujícím věkem ve skotském systému šanci na přežití. Požár tu prý hasit umějí a udělají pro vás potom všechno, ale někdy je i na všechno už bohužel pozdě.

Přijďte za tři roky

První takovou konfrontaci jsem zažila krátce poté, co jsem se zaregistrovala u praktického lékaře. Nebylo to snadné, protože ordinace lékařů mají nadbytek pacientů, tudíž jedině, co mne zachránilo, byla skutečnost, že jsem nyní manželkou pacienta, který je v dané ordinaci registrován od dětství. Po registraci následovala blesková zdravotní prohlídka, řekněme spíše rozhovor, a bylo mi navrženo podstoupení preventivního gynekologického vyšetření.

Jaké bylo mé překvapení, když toto vyšetření-odběr provedla pouze sestra a následně mi oznámila, že výsledky obdržím poštou. A pokud budou v pořádku, nechtějí mne v ordinaci vidět dříve než za tři roky! Argumentovala jsem, že vzhledem k mé rodinné anamnéze mohu být do té doby třeba po smrti, ale na to jsem dostala odpověď, že jsem ve třiceti letech příliš mladá na takové věci.

Takové vysvětlení jsem odmítla přijmout, protože bylo v naprostém rozporu s tím, na co jsem byla zvyklá z České republiky, kde nám odjakživa

bylo vtoukáno do hlavy, že nejdůležitější je prevence, prevence a zase prevence. Abych tedy dosáhla kontroly po alespoň roce a půl, musela jsem si vymyslet problémy, na jejichž základě jsem z praktického lékaře cytologii doslova vymámila.

Následovala ovšem ještě debata se zdravotní sestrou, která mě ujišťovala, že cytologie není nutná, že jsem před rokem a půl byla úplně v pořádku a že raději provedeme test na chlamydie. Když si ovšem všimla mého snubního prstenu, záhy nebyl ani tento test aktuální, protože přece chlamydie nemohu mít, když jsem vdaná.

Neustále obsazený telefon

Měla jsem štěstí, že až do nedávna jsem neměla žádné vážné zdravotní problémy, a tak jsem se ve svých stescích na skotské zdravotnictví omezila na vášnivé debaty se svými českými kamarádkami popisující podobné a ještě neuvěřitelnější zkušenosti. Už se nedivím tomu, že paracetamol tu dávají i na zlomený prst a že v podstatě větší na Skotů se k lékaři ani neobtěžuje, protože paracetamol si v lékárně může koupit sám.

Druhá věc, která od návštěvy lékaře odradí i většinu místních, je proces objednávání. Zapomeňte na to, že když vám je ráno zle, seberete se a zajdete k lékaři, počkáte půl hodiny v čekárně a necháte se vyšetřit. Tady nikoliv.

Každá lékařská praxe má telefonní linku obsluhovanou několika operátorkami, která se otevírá ráno v 8 hodin. Tehdy musíte zasednout k telefonu a při neustále obsazeném tónu doufat, že se po půl nebo tři čtvrtě hodině dovoláte. Když se dovoláte, bude vám přidělen čas, kdy se máte k lékaři dostavit. To ovšem pouze za předpokladu, že budou ještě nějaké časy k mání.

Abych nebyla nespravedlivá, tak se mi nikdy nestalo, že bych ten den návštěvu u lékaře nedostala. Musela jsem se ale smířit s tím, že uvidím lékaře, který má právě volno, a v čase, který mi bude přidělen.

V případě, že chcete s lékařem jen zkontrolovat určitý problém, který třeba není akutní a vyžaduje sladění času s vaší prací, musíte plánovat hodně dopředu. Buď se totiž spokojíte se schůzkou v den vašeho telefonátu a vezmete si dovolenou, anebo se budete muset trefit do malého množství časů v určitém dnu v týdnu, na které se můžete předem objednat. Ze zkušenosti vím, že na objednání dopředu je šance jen o něco vyšší než na výhru v loterii.

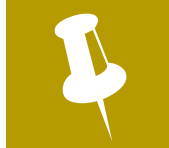
Na gynekologa zapomeňte

S těmito problémy skotského zdravotnictví se jako pacient setkáváte od první chvíle a jedině, co vám zbývá, je doufat, že nebudete tyto služby potřebovat. Doufala jsem i já, než jsem na jaře tohoto roku začala mít problémy s neustávajícím menstruačním krvácením. Nikdy před tím jsem tyto problémy neměla, tudíž mě poměrně vylekaly. Vzhledem k tomu, že ve Skotsku ženy nemají svého gynekologa, jsou nuceny tyto záležitosti řešit s praktickým lékařem.

Učinila jsem tak i já. Nejdříve jsem se své lékařce snažila podat veškeré informace, které by s problémem mohly souviset, ale nezdálo se, že by jí nějak zaujaly. Resumé bylo, že "se to tak někdy stává". Řešení pak bylo nechat tomu volný průběh, nebo nasadit lék, který vše zastaví.

Na mou námitku, že to problém neřeší, ale jen maskuje, se mi nedostalo žádné uspokojivé odpovědi.

Příroda nepomohla ani po šesti týdnech a druhá návštěva u lékařky skončila identickým výsledkem. Víkendová návštěva pohotovosti ve stavu mírné paniky dopadla shovívavým pohledem s tím, že nejsem žádný "akutní případ", neboť mě problém na životě neohrožuje. Naposledy jsem praktickou lékařku navštívila po zhruba sedmi týdnech



trvání problémů a vyžadovala vyšetření gynekologem.

To bylo zamítnuto s tím, že se na vyšetření gynekologem čeká přibližně šest měsíců, a když mě problém tak stresuje, pošlou mě tedy alespoň na ultrazvuk. Na ten jsem čekala šest týdnů.

Léčba po e-mailu

Mezitím jsem se problém snažila řešit s českým gynekologem v Praze, kterého mi doporučila kamarádka. Pan doktor mě nikdy před tím neviděl, a přesto mi prostřednictvím e-mailu věnoval maximální množství času a kvalifikovaných rad, které mi na dálku mohl poskytnout. Po příjezdu do ČR jsem u něj podstoupila komplexní gynekologické vyšetření a zároveň endokrinologické vyšetření u jiné lékařky.

Oba lékaři mi věnovali maximální pozornost a péči a zdá se, že můj problém je nyní na cestě ke zdárnému vyřešení.

Je smutné, že ačkoliv bych si ráda v Česku i nadále platila zdravotní pojištění, Evropská Unie toto neumožňuje. Pacient může být pojištěn pouze v zemi, kde je zaměstnán, zdravotní péči v jiné zemi může využít pouze v akutním případě. Můj závěr ovšem je, že za péči, které se mi dostalo od obou českých lékařů, mi stojí za to zaplatit.

České zdravotnictví určitě není dokonalé a do jisté míry je konfrontace se systémem v jiné zemi o tom, na co je člověk zvyklý. Z mé osobní zkušenosti ale mohu říct, že pokud doma zehráme na naše lékaře a zdravotnictví, tak je třeba si uvědomit, že by opravdu mohlo být hůř.

Zdroj: iDnes.cz, 20.9.2011

Heger: Platy všech lékařů neporostou, nemocnice by měly bankrotovat

Ministerstvo zdravotnictví připustilo, že některé nemocnice nebudou mít peníze na avizované zvýšení platů lékařů a sester. Leoš Heger to uvedl po pondělním jednání zdravotnické tripartity. Zvýšení platů zaručuje lékařům memorandum podepsané mezi odborovým klubem a ministerstvem.

„Některá zdravotnická zařízení nebudou mít na navýšení mezd peníze, mohou se ocitnout na pokraji bankrotu,“ řekl ministr zdravotnictví Leoš Heger. Doufá ale, že se příští rok podaří přidat peníze co nejvyššímu počtu lékařů a zdravotních sester.

Závazek ministerstva

Nemocniční doktoři dostali podle memoranda přidáno už od března a to pět tisíc až osm tisíc korun. Dohoda, kterou Heger podepsal na jaře s lékařskými odbory po jejich protestní akci Děkujeme, odcházíme, zažehnala krizi ve zdravotnictví. Výpověď tehdy podala skoro pětina z 20 tisíc nemocničních doktorů.

S desetiprocentním růstem mezd počítá memorandum, které na jaře ukončilo protest lékařských odborů s názvem Děkujeme, odcházíme. Podobnou dohodu uzavřelo ministerstvo zdravotnictví také se zdravotními sestrami.

Odbory budou žádat pro zdravotnictví další peníze

Místopředsdkyně zdravotnických odborů Ivana Břeňková po pondělním jednání tripartity uvedla, že pokud do systému nepřiteče zhruba 5 miliard korun, nebude možné memorandum dodržet a zdravotníkům slíbenou částku přidat.

Odbory proto budou vládu a ministra financí Miroslava Kalouska tlačit k tomu, aby do zdravotnictví přilili peníze. Podle Břeňkové by bylo nejjednodušší cestou zvýšit platby do zdravotního pojištění za státní pojištěnce. Tedy například studenty, nezaměstnané nebo seniory.

Leoš Heger ale zopakoval koaliční dohodu. Podle ní se budou hledat

peníze na navyšování platů uvnitř zdravotnického systému. „Pokud jde o efektivitu, ještě v ní vidím rezervy,“ dodal.

Ministerstvo chce nastavit pravidla pro regulaci nákupů drahých přístrojů nebo materiálu. Úspory by měla přinést také změna lékové politiky či nákupu zdravotnických prostředků. Peníze do zdravotnictví by v příštím roce mohly také přitéct ze zvýšených poplatků a rušením akutních lůžek. Jenže u toho posledního se plány zatím jeví poněkud nadimenzované.

Břeňková uvedla, že odbory chtějí vyjednávat. Další protest v podobě Děkujeme, odcházíme zatím nepřipravují.

Zdravotní pojišťovny nemocnicím a lékařům zaplatí příští rok zhruba stejný objem péče jako letos, úhrady jim nenavýší. Kromě toho se bude muset zdravotnictví vyrovnat se zvýšenou sazbou daně z přidané hodnoty. Výdaje by se tak za rok odhadem zvýšily o více než 10 miliard korun.

Zdroj: iDnes.cz, 3.10.2011

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.**

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

Pronajmu ordinaci

Pronajmu pěknou ordinaci s příslušenstvím (cca 50 m²) v menším zdravotnickém zařízení v Praze 4 - sídliště Lhotka. Tel.: 604 133 417 • Ev. č.: 218-06-11

Prodám zavedenou praxi

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v blízkosti Českých Budějovic. Bližší informace na tel.: 604 318 717 • Ev. č.: 219-06-11

Prodám zavedenou praxi PLDD

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Králíkách, okr. Ústí nad Orlicí. Bližší informace na tel.: 721 018 160 • Ev. č.: 221-07-11

Hledám zástup do ordinace PLDD

Hledám zástup do ordinace PLDD v Praze 5 v době od dubna 2012 na 3 až 6 měsíců. Pozdější převzetí praxe možné. Tel.: 737 401 343 • Ev. č.: 222-09-11

Koupím praxi PLDD

Koupím praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Praze a okolí. Telefon: 604 133 209 nebo e-mail: ambulancedeti@seznam.cz.

• Ev. č.: 223-09-11

Autodidaktický test 9/2011

ILEOZNÍ STAVY NOVOROZENCŮ

1. Ileozní stavy u novorozenců jsou většinou vrozené. Mezi možné vrozené příčiny patří:

- a) mekoniový ileus
- b) m. Hirschprung
- c) nekrotizující enterokolitida
- d) Laddův syndrom

2. Diagnostika ileozního stavu novorozence se opírá o nativní RTG snímek břicha. Kterou projekci při nativním RTG je možno použít?:

- a) vleže na levém boku s horizontálním směrem paprsku
- b) vleže na břiše s vertikálním směrem paprsku
- c) ve visu s horizontálním směrem paprsku
- d) vleže na zádech s horizontálním směrem paprsku
- e) vleže na zádech s vertikálním směrem paprsku v kombinaci se snímkem ve visu

3. Při podezření na ileozní stav novorozence hledáme na RTG nativním snímku břicha plyn a hladinky tekutiny. Tento obraz ale nenajdeme u:

- a) mekoniového ileu
- b) m. Hirschprung
- c) Laddova syndromu
- d) nekrotizující enterokolitidy

4. Který z níže uvedených stavů může vést k rozvoji ileozního stavu u novorozence?

- a) zánět plic
- b) hypoproteinémie
- c) kongenitální atresie žlučových cest
- d) nitrobřišní zánět
- e) intracerebrální hemoragie

5. Laddův syndrom je vrozená vývojová vada charakterizovaná:

- a) rozštěpovou vadou břišní stěny
- b) situs viscerum inversus v splachnické oblasti
- c) nedokončenou rotací střevní trubice s komprimací duodena nedorotovaným cekem a volvulem
- d) atresií jícnu s tracheoesophageální píštělí

Boiron - Oscilloccinum

Nutricia - Nutrilon