

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

listopad 2010 ■ číslo 9 ■ ročník 10



Úrazy zadní uretry u dětí

Možnosti chirurgické léčby komplikovaných pneumonií

Poruchy vyprazdňování mekonia

Invaginace a nechirurgická desinvaginace

ORION
DIAGNOSTICA

gsk GlaxoSmithKline

Heró
Sunar

Téma čísla:
**AKUTNÍ DĚTSKÁ
CHIRURGIE**

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, s.r.o.

(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
Informace k regulacím za rok 2009	5
Koalice soukromých lékařů	9
Vyhodnocení anketních listů ze Sněmu SPLDD v roce 2010	10
Informace SÚKL	11



Informace OSPDL ČLS JEP	13
MUDr. Jiří Morávek, CSc. a kol. Úrazy zadní uretry u dětí	17
MUDr. Mahulena Mojžíšová a kol. Možnosti chirurgické léčby komplikovaných dětských pneumonií	20
MUDr. Pavel Rejtar, Ph.D. Poruchy vyprazdňování mekonia	23
MUDr. Pavel Rejtar, Ph.D. Invaginace a nechirurgická desinvaginace u dětí	26
MUDr. Štěpán Sulek a kol. Aspirační bronchopneumonie u dívky s purgativní formou mentální anorexie	30
Ze světa odborné literatury	32



Aktuality	32
Řádková inzerce	41
Autodidaktický test	42

Středová příloha:

Evidence zdravotnických pracovníků



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN
s. r. o.

Nakladatelství UMÚN, s. r. o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz
Obrázek na titulní straně namalovala ústy Ruth Christensen.



Vážené kolegyně a kolegové,
často diskutované téma specializačního vzdělávání mladých lékařů by nepochybně bylo řešitelnější při shodě všech subjektů, které na něm participují - státu, ČLS JEP, ČLK a lékařských fakult.

Přes chystané protesty mladých lékařů z lůžkových oddělení a jejich přípravu na odchod za lepšími podmínkami za hranice naší republiky, se v primární péči naopak blýská na lepší časy. O rostoucím zájmu o obor praktické lékařství pro děti a dorost svědčí 107 žádostí o zařazení do oboru

od listopadu 2009 do září 2010. Doufejme, že se přílivem mladších kolegů urychlí výměna praxí a starší kolegové budou mít příležitost předat jim své celoživotní dílo.

Systém rezidenčních míst běží své druhé kolo a teoretici od stolu radí, že by peníze měly jít za rezidentem, nikoliv za školitelem. Uvažují o převedení specializačního vzdělávání na lékařské fakulty. Po zkušenostech školitelů s rezidenčním místem v našem oboru lze jednoznačně říci, že tudy cesta nevede, stejně tak, jako jeho převedení pod ČLK.

Jak sám název našeho oboru „praktické“ lékařství pro děti a dorost napovídá, bez přímého zařazení uchazeče do praxe nelze získat zkušenosti a rozhodovací schopnosti. Předpokladem pro dobrý výkon a správný odhad situace v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost je empatie, porozumění, intuice. Jak jedna moje kolegyně poznamenala: „A to se v knihách ani posluchárně nenaučíš“.

Má-li být naplněn záměr rezidenčních míst, je efektivnější přijmout na rezidenční místo absolventa hned po ukončení studia na lékařské fakultě. Hlavní motivací rezidenta se nesmí stát jen finanční zajištění specializačního vzdělávání. Cílem a ústřední myšlenkou projektu je dosažení kvalitního odborného zrání rezidenta pod dohledem školitele po celou dobu specializační přípravy. Tento způsob by měl eliminovat zneužívání lékařů na lůžkových odděleních, na které bylo v některých případech specializační přípravy lékařů poukazováno a vylučuje jakékoliv „upsání se“ poskytovateli. Rozsah a náplň stáží jsou ošetřeny smlouvou mezi vysílajícím akreditovaným pracovištěm a nemocnicí, včetně smluvně stanovených finančních podmínek.

Školitel - zaměstnavatel rezidenta - dohlíží na odbornou přípravu a zodpovídá za účelné hospodaření s finančními prostředky dotace (mzdové náklady na rezidenta, odvody na zdravotní a sociální pojištění, úhrada povinných kurzů a stáží stanovených platným vzdělávacím programem, materiálové náklady na pracovní oblečení, odměna školitele).

Je třeba zdůraznit, že finanční odměna rezidenta je pouze jeho minimální mzdou. Zdaleka nepokrývá finanční potřeby školence. Obdobně jako příjmy PLDD nejsou jeho ziskem, ale slouží z velké části na provozní náklady NZZ. Obor praktické lékařství pro děti a dorost není jen o medicínských otázkách a získávání finančních prostředků za poskytovanou péči o pacienta není jedno-zdrojové.

Období specializačního vzdělávání prověřuje schopnosti uchazeče jako budoucího nositele praxe a umožňuje mu připravit se na svoji profesní budoucnost.

MUDr. Olga Rošková
vědecký sekretář OSPDL ČLS JEP

Problematika kojeneckého věku



v tomto čísle inzerují...

GSK
HERO
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION DIAGNOSTICA
PFIZER
SANOFI AVENTIS
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@detsky lekar. cz



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

V prvním poprázdninovém měsíci definitivně končí jednání na téma úhrad v roce následujícím. Zpřísnění regulací prosazované zdravotními pojišťovnami tentokráte znemožnilo možnost dohody v našem segmentu. Pro příští rok bude tedy pro nás rozhodující tzv. úhradová vyhláška, kterou má ovšem vydat ministr, který s námi zatím nekomunikuje. Opakovaně jsme žádali o audienci, na které bychom předložili nejpalčivější problémy našeho oboru. Podařilo se nám nakonec termín schůzky i dojednat, a to 30.9., nicméně v dopoledních hodinách dne, kdy měla schůzka proběhnout, byla bez náhrady zrušena...

3.9. - spolu s předsedkyní OSPDL MUDr. Cabrnachovou jsem se zúčastnil jednání na VZP, kde byly definovány podmínky a způsob přenosu informací v nově chystaném projektu podpory očkování proti rotavirovým infekcím. V tomto případě tak došlo k včasnému jednání a hned na nadcházejícím Předsednictvu mohla být informace o tomto projektu předána do regionů.

3.9. - na svém pravidelném jednání se sešlo Předsednictvo Sdružení. Mimo jiné byla na jednání široce diskutována příprava na jednání s ministrem, byly diskutovány i aspekty kolem nedohody v dohodovacím řízení o cenách na rok 2011. Na jednání byl přizván i ředitel SUKLu, který se omluvil a vyslal zástupce dr. Jirsovou. Jednání se tak zúžilo spíše na definování problémů, které dr. Jirsová slíbila předat na příslušné úseky SUKLu. V diskusi jsme se nevyhnuli ani

problematice očkování, resp. možného dopadu Rozhodnutí Nejvyššího správního soudu ve věci vymahatelnosti očkování. Časový prostor na jednání byl věnován i problematice jednotlivých regionů.

9.9. - na svém pravidelném jednání se sešel Zdravotní výbor Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR. Na tomto jednání představil ministr zdravotnictví doc. MUDr. Leoš Heger svou představu o postupu ministerstva ve věci návrhu možných úprav systému, vč. legislativních návrhů. Pro mnohé účastníky byla asi překvapením přednesená poslušnost, resp. „rozvážnost“ jednotlivých kroků, a to spíše v kontextu k celkem jasně nastavenému plánu daným programovým prohlášením Vlády. Nespokojenost s časováním tak vyslovili především zástupci pravicového spektra přítomných politiků.

21.9. - na půdě MZ ČR se na svém závěrečném jednání sešli zástupci ZP a poskytovatelů v rámci dohodovacího jednání o cenách na rok 2011. Na jednání bylo konstatováno, že k dohodám došlo v segmentech stomatologů, gynekologů, lázní a dopravy, k dílčím dohodám došlo u logopedů, psychologů, ortoptistů a laboratoří. V našem segmentu k dohodě nedošlo, neboť pro nás nebylo přijatelné ze strany ZP navrhované zpřísnění regulačních mechanismů zejména v roce, kdy se očekává dopad ekonomické krize a možné přesuny péče v segmentech, kam asi?...

21.10. - v rámci Purkyňovy společnosti se sešli zástupci pediatrii s gynekology, aby diskutovali problematiku vazby hormonální antikoncepce na výskyt tromboembolických komplikací. Této problematice se více věnujeme ve středové části tohoto čísla časopisu. ■

Informace k regulacím za rok 2009

V minulém čísle našeho časopisu jsme Vás informovali o uplatňování regulací za rok 2009. Šlo a jde především o Všeobecnou zdravotní pojišťovnu. Prostřednictvím i našeho časopisu jsme rozeslali dotazníky s cílem zjistit, resp. monitorovat výše a způsoby uplatňování těchto regulací. Výstupy jsou i pro nás poněkud překvapující, a proto jsme se rozhodli předložit Vám zjištěné skutečnosti. Vzhledem k výši a způsobu uplatnění nehodláme tolerovat často diletantský přístup některých poboček VZP ke způsobu vypořádávání námitek ze strany našich kolegů.

■ I. Oslovení ředitele VZP

MUDr. Pavla Horáka v souvislosti s rozeslanými regulacemi

Vážený pane řediteli,

praktičtí lékaři pro děti a dorost jsou v současnosti obesíláni dopisem, ve kterém je jim sdělována uplatněná regulační

srážka za rok 2009 s odkazem na Vyhlášku 464/2009 Sb.. Pomínou-li deklarované „změkčení“ ve vazbě na regionální průměry dle metodiky Akordu, dovoluji si z níže uvedených důvodů se zvoleným způsobem ne-
soudhlasit.

Vezmeme-li text předmětné vyhlášky:

„D) Regulační omezení

1. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech (do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto



zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu):

1.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce převyší o více než 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona a které zdravotní pojišťovna uhradila.

1.2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, podle seznamu výkonů, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce převyší o více než 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.

2. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1, popřípadě 1.2.

3. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se dále nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení v roce 2008 nebo 2009 registrovalo 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskytlo zdravotní péči 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo jedná-li se o zdravotní péči poskytnutou pojištěncům z EU.

4. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané všeobecnými praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2009 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2009 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

5. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2009 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2009 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

6. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní

pojišťovnou zdravotnickému zařízení za kapitační platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2009.“

Pak by mělo platit minimálně, že:

1. dle bodu 2 regulačních opatření má právo ZZ překročení odůvodnit a dále

2. dle bodů 4 a 5 regulačních opatření je regulace uplatněna, pokud je překročen zdravotně pojistný plán v příslušných kapitolách specifikovaných tímto odstavcem.

Očekávám tedy, že regulace nebude uplatněna do doby, kdy každé ZZ obdrží sestavy, ze kterých vyplývá jeho konkrétní překročení, aby mohlo uplatnit vyvinění dle bodu 2 regulačních opatření a zároveň informaci o překročení příslušných parametrů zdravotně pojistného plánu. Dovoluji si Vás zároveň požádat o zaslání výstupů zdravotně pojistného plánu, ze kterých uplatnění regulace vyplývá.

Do doby vyjasnění uvedených skutečností Vás žádám o pozastavení uplatňování zmíněných regulací.

S pozdravem

MUDr. Pavel Neugebauer
Předseda SPLDD ČR

■ II. Odpověď ředitele MUDr. Pavla Horáka s garancí neuplatnění srážky do vypořádání námitek

Vážený pane předsedo,

v odpověď na Váš mail Vám posílám podrobnější informace o uplatňovaných regulacích včetně dopisů a sestav odesílaných zdravotnickým zařízením. Upozornění na uplatnění regulací za rok 2009 podle úhradové vyhlášky bylo opakovaně na všech jednáních s Vámi signalizováno (viz dopisy v příloze). Výsledkem těchto jednání byla i z naší strany velmi vstřícná dohoda o výrazném změkčení regulací uplatněním pravidel „globálních nákladů“ podle Akordu – to rozhodně není věc k pominutí, spíše k ocenění, ale jistě je to věc názoru a vysvětlení.

Dovolím si také podotknout, že informace o hrozícím překročení dostávali kolegové průběžně s upozorněním, že hrozí regulace, aby měli čas a prostor zjistit v čem překročení spočívá a situaci řešit. Vyskytovali se dokonce obchodní zástupci některých farmaceutik, o jejichž aktivitě jsem byl některými lékaři informován, kteří lékaře nabádali, aby pre-

skripci nesnižovali, že tím kazí průměr a že jim případné srážky oni uhradí?! – což mi připadalo dost neuvěřitelné, že by se tím někdo řídil, nicméně to zde uvádím jen proto, abych dokumentoval, že naše upozorňování vešlo ve všeobecnou známost.

Co se týče zohlednění dle bodu 2, to se provádí poté, co ZZ vyúčtování obdrží a může uplatnit námitky a zdůvodnění. Zdůvodnění je o tom, co je ZZ známo – co mimořádného se v jeho praxi událo, co mělo vliv na navýšení preskripce (převzetí nákladnějších pacientů, obecná změna preskripce, změna spektra pacientů atd.) – čili naopak jde o věci, které musí být ZZ známy. Přehled preskripce k tomu může napovědět, upozornit, kde je největší finanční váha překročení, ale je to jen jeden z podkladů. Pokud by totiž ZZ nezměnilo svoje chování vůči referenčnímu období nebo nedošlo k jiné významné změně, či vlivu, tak se při nastavení uplatnění regulací do regulace vůbec nemůže dostat. Pro vypořádání rozporů a dokladování vlivů máme standardní mechanismy, které ZZ může využít, nicméně pokud nárůst preskripce neodůvodní, je těžké hledat nějaké další důvody k neuplatnění regulace, která je tu právě od toho, aby tlumila extrémy, které zatěžují neodůvodněnou preskripcí náš rozpočet (tím nemyslím jen rozpočet VZP, ale obecně náš společný rozpočet zdravotního pojištění, který je v zájmu nás všech chránit).

V době rozesílání těchto dopisů jsme ještě neměli k dispozici konečné vyúčtování roku 2009. Nyní Vám již mohu sdělit, že skutečné náklady v segmentu praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost na léky proti plánovaným nákladům činily 107% plánu a na zdravotnické prostředky 108,93%. Celkově na léky a ZP pak 107,28%. U vyžádané péče komplementu se pak jednalo o 112,80% plánovaných nákladů.

Z příložených vzorů dopisů o vyúčtování regulací také jednoznačně plyne možnost odvolání proti možnému uplatnění regulací včetně kontaktů na pracovníky KP VZP, kteří poskytnou potřebné informace a podklady. **Uplatnění regulace pak může nastat pouze v případě, kdy ZZ nevyužije možnost odvolání. Toto je však zcela standardní postup, který VZP realizuje již dlouhodobě.**

Doufám, vážení pánové, že jsem rozptýlil Vaše obavy a vyjasnil okolnosti již dlouho avizovaných smluvně zakotvených regulačních opatření.

S pozdravem

Pavel Horák



Tab. 1: Uplatněná regulační srážka za rok 2009 VZP			
Regulační srážky u PL odb. 001			
Kraj (KP)	Počet ZZ	Počet ZZ s vypočtenou RS	Počet ZZ se skutečně uplatněnou RS
KP pro hlavní město Prahu	611	151	41
KP pro Jihočeský kraj	311	117	35
KP pro Jihomoravský kraj	566	208	57
KP pro Karlovarský kraj	128	54	16
KP pro kraj Vysočina	232	87	33
KP pro Královéhradecký kraj	262	131	37
KP pro Liberecký kraj	202	118	35
KP pro Moravskoslezský kraj	575	231	58
KP pro Olomoucký kraj	313	132	35
KP pro Pardubický kraj	234	108	39
KP pro Plzeňský kraj	257	77	23
KP pro Středočeský kraj	503	212	36
KP pro Ústecký kraj	338	148	47
KP pro Zlínský kraj	299	99	30
Celkem VZP ČR	4 831	1 873	522
Regulační srážky u PL odb. 002			
Kraj (KP)	Počet ZZ	Počet ZZ s vypočtenou RS	Počet ZZ se skutečně uplatněnou RS
KP pro hlavní město Prahu	248	79	36
KP pro Jihočeský kraj	137	54	21
KP pro Jihomoravský kraj	237	113	45
KP pro Karlovarský kraj	67	27	14
KP pro kraj Vysočina	106	46	18
KP pro Královéhradecký kraj	122	47	18
KP pro Liberecký kraj	95	40	15
KP pro Moravskoslezský kraj	247	144	54
KP pro Olomoucký kraj	141	74	35
KP pro Pardubický kraj	100	46	15
KP pro Plzeňský kraj	113	56	25
KP pro Středočeský kraj	243	99	38
KP pro Ústecký kraj	171	56	24
KP pro Zlínský kraj	119	50	20
Celkem VZP ČR	2 146	931	378

III. Žádost o upřesnění celkových informací o uplatnění regulací

Vážený pane řediteli,
nezpochybňuji, že byly možné regulace

avizovány, nakonec ono avizo bylo i předmětem jednoho z našich jednání z počátku roku. Vámi popisovanou aktivitu zástupců firma firem беру spíše jako okrajovou záležitost, opravdu se nedomnívám, že by významněji ovlivňovala preskripci PLDD, byť výjimky

samořejmě nevylučuji.

Ale k vlastním regulacím. Z některých regionů máme informace, že je velmi obtížné se v zasílaných sestavách vyznat, asi bychom to tedy mohli zařadit na některé z příštích jednání. Co mne ale překvapilo, alespoň z obdržených výstupů, jsou výrazné krajové rozdíly. V této souvislosti bych Vás rád požádal, zda by nebylo možné obdržet následující informace.

1. Vámi avizované překročení plánovaných nákladů v oblasti léčiv a vyžádané péče je spíše dílem PL či PLDD? Sledují se tyto náklady takto odděleně?

2. Kolik ordinací PLDD (PL) by bylo regulováno dle platné úhradové vyhlášky?

3. Kolik PLDD (PL) obdrželo skutečně informaci o regulační srážce po korekci na regionální průměry (metodika Akordu)?

4. Je možné získat informaci o počtech uplatňovaných regulací v jednotlivých regionech?

Vážený pane řediteli,

věřím, že případně získané informace by mohly pomoci pochopit možná úskalí regulací a jistě by to pak mohlo vést i ke zklidnění situace. I naše Sdružení má záměr analyzovat důvody uplatňovaných regulací se záměrem problémům předcházet.

Děkuji za spolupráci a zdravím

Pavel Neugebauer, SPLDD

IV. Odpověď ze strany VZP

Vážený pane předsedo,

z pověření MUDr. Horáka, CSc, MBA, ředitele VZP Vám zasílám tabulku s přehledem RS u PL a PLDD za rok 2009 s požadovanými informacemi (členění dle bodů 2-4 níže).

K bodu 1. sděluji, že zdravotně pojistný plán VZP nesleduje údaje o preskripci odděleně pro PL a PLDD. (tab. 1)

S pozdravem

Marcela Ambrožová

V. Regulační realita na straně SPLDD

Díky Vaší spolupráci vzniká celkový přehled dopadů a způsobu řešení regulačních srážek po jednotlivých regionech. Otiskujeme dílčí tabulku, která obsahuje data dostupná k termínu uzávěrky tohoto čísla časopisu. Nicméně čísla jistě výmluvná. (tab. 2)

Za Výkonný výbor:

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda



Tab. 2: Přehled regulací PLDD

MĚSTO	VYČÍSLENÁ REGULACE	KONEČNÁ REGULACE	ROZPIS	NÁMITKA	UPLATNĚNÍ REGULACE	CHCI ŘEŠIT
Rokytnice v Orli.horách	4.430,46 Kč	3.025,75 Kč	ANO	ANO	ANO	NE
Praha 4	16.632,79 Kč	nedořešeno	ANO/NE	ANO/NE	NE	NE
Mečín	12.392,39 Kč	10.000 Kč	ANO	ANO	ANO	ANO
Mšeno	16.000 Kč	„ústně přislíbeno že nebude uplatněno.“	ANO	ANO	NE	ANO
Tanvald	17.412,75 Kč	nedořešeno	ANO	NE	NE	ANO
Praha 8	8.145,66 Kč	nedořešeno	ANO	NE	NE	ANO
Kalín	“111-160.000 205-4.200 211-38.000”	nedořešeno	“ANO 111 ano, 205-211 čeká”	ANO	NE	ANO
Poděbrady	80.643 Kč	nedořešeno	ANO	„ANO - 1. NÁMITKA 6.7.2010 - odpověď VZP: zaslat podrobné odůvodnění.“	ANO	
Slavonice	?	ANO	ANO	?	PODLE DALŠÍHO VÝVOJE	
Prostějov	100.000	nedořešeno	NE	NE	NE	ANO
Praha 9	33.273,66 Kč / 6.247,63	nedořešeno	ANO			
Plzeň	13.861,97 Kč	nedořešeno	ANO	ANO	NE	ANO
Klášterec nad Ohří	48.585,11 Kč	nedořešeno	ANO	ANO	NE	ANO
Hranov	31.297 Kč	nedořešeno	ANO	ANO	NE	ANO
Poděbrady	neuvedeno	20.302,82 Kč	ANO	ANO	NE	ANO
Poděbrady	84.485,01	nedořešeno	ANO	ANO	NE	ANO
Olomouc	1.899 Kč	1.899 Kč	NE	NE	NE	NE
Kolín	39.445 Kč	nedořešeno	ANO	ANO	NE	ZATÍM NE
Rumburk	253.328 Kč / 38.456 Kč	nedořešeno	ANO	ANO	NE	ANO
Rakovník	11.264 Kč	0 Kč	NE	ANO	?	NE
Plasy	13.912,60	nedořešeno	ANO	NE	NE	ANO
Kaznějov	3.500 Kč	nedořešeno	ANO	ANO	ANO	ANO
Nyřany	6.050,26 Kč	nedořešeno	ANO	ANO	NE	NEUVEDENO
Kyjov	100.000 Kč	nedořešeno	NE	NE	NE	NE
Řevnice	10331,73 Kč	nedořešeno	ANO	ANO	ANO	NE
Mnišek pod Brdy	79.702, 48 Kč	nedořešeno	ANO	ANO	NE	ANO
Praha 4	9.000 Kč	nevyřešeno	ANO	NE	NE	
Veselí nad Lužnicí	14.021,56 Kč	nevyřešeno	ANO	?	ANO	ANO
Nyrsko	44.273, 45 Kč + 3008, 58 Kč	nevyřešeno	ANO	ANO	NE	ANO
Plzeň	16.276,60 Kč	nevyřešeno	ANO	ANO	NE	ANO
Praha 5	23.026,97 Kč	nevyřešeno	ANO	ANO	NE	ANO
Vysoké Mýto	“VZP 17.754, 92 Kč zp - Mučk 28.247, 57 Kč “	nevyřešeno	ANO	ANO	NE	ANO
Jirkov	817,45 Kč	nevyřešeno	ANO	NE	NE	NE
Plzeň	neuvedeno	907,50 Kč	ANO	ANO	ANO	NE
Plzeň	32.969, 32 Kč	nevyřešeno	ANO	ANO	ANO	ANO
Velké Hamry	46.000 Kč	nevyřešeno	NE	ANO	NE	NE
Lanžhot	27.931, 20 Kč	21.252,52 Kč	NEUVEDENO	NEUVEDENO	NEUVEDENO	NEUVEDENO
Poděbrady	84.000 Kč	nevyřešeno	ANO	ANO	NE	NE
Stará boleslav	1433, 10 Kč	1.433, 10 Kč	NE	NE	ANO	NE
Kolín	30.607, 25 Kč	30.607, 25	ANO	ANO	NE	ANO



Koalice soukromých lékařů

Pomalou uplynula doba hájení nového ministra zdravotnictví doc. MUDr. Leoše Hegera a je třeba se zamyslet, jak vypadá dosavadní spolupráce. Ačkoliv nástup osoby, kterou předcházela pověst rozvážného muže, který manažersky obstál ve vedení Fakultní nemocnice, předcházela mnohá očekávání, realita nabízí zcela jiný obraz. Ministr nastoupil na svůj post z pozice pravicové vlády, nicméně se zástupci soukromých zdravotnických zařízení téměř nejedná. Je vyslaný obraz jen dočasným stavem, nebo předznamenává, že se vlastně nic zásadního v oblasti zdravotnictví očekávat nedá? Obávám se, aby tím zásadním nebyl jen negativní dopad ekonomické situace České republiky...

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 21. září 2010

1. Předání funkce mluvčího

Mluvčím Koalice soukromých lékařů se na dalšího půl roku stal MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory.

2. Schůzka s ministrem zdravotnictví, další komunikace s MZ ČR

• Zástupci KSL komentovali výsledky setkání s ministrem zdravotnictví a shodně konstatovali, že schůzka nesplnila jejich očekávání. Ministr přímo neodpověděl na žádný z položených dotazů, proto je Dr. Dvořák zopakoval v dopise, který ministru zdravotnictví zaslal 8. 9. 2010.

• KSL projednala návrh na přijetí společného prohlášení, ve kterém by její zástupci vyjádřili svou nespokojenost s přístupem ministerstva k řešení problémů současného zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že jednání některých organizací Koalice s ministrem zdravotnictví stále ještě probíhají, bylo dohodnuto vyčkat do termínu příští schůzky a teprve na ní dohodnout další postup a případně přijmout společné prohlášení, které by bylo postoupeno zástupcům sdělovacích prostředků.

• Zástupci Koalice požádali MUDr. Chrze, aby se obrátil na Ing. Petra Noska, náměstka ministra pro zdravotní pojištění, a požádal jej jménem Koalice soukromých lékařů o schůzku.

3. Výsledky dohodovacího řízení úhradách péče pro rok 2011

Členové Koalice se vzájemně informovali o průběhu dohodovacího řízení o cenách zdravotní péče na rok 2011.

4. Jednání o změně Jednacího řádu dohodovacího řízení o hodnotě bodu a výši úhrad

Záměrem KSL je vyvolat jednání k ustavení možnosti parciálních dohod. Dr. Jojko nejprve prověří názor zdravotních pojišťoven.

II. Otevřený dopis SPLDD ministrově zdravotnictví ČR

Vážený pane ministře,
jménem praktických dětských lékařů a současně provozovatelů nestátních zdravotnických zařízení vyslovujeme svoje hluboké rozhořčení a nespokojenost s Vaším dosavadním přístupem k naší profesní skupině 2 000 lékařů. Jistě je Vám známo, že poskytujeme komplexní léčebně-preventivní péči pro populaci českých dětí a dorostu, včetně čím dál náročnějšího sledování jejich individuálního povinného očkovacího režimu.

Námi volení zástupci ze Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost se doposud bezvysledně snaží o pracovní schůzku s Vámi, na které bychom rádi upozornili na stávající problémy, které již ohrožují péči o dětskou populaci. Obáváme se také o budoucnost naší profese, s bezprostředními následky pro udržení stávající kvalitní zdravotní péče v našich ordinacích.

Pouze z Vašich vyjádření v médiích se dozvídáme o Vašich připravených návrzích, týkajících se změny regulačních poplatků. Jak jistě víte, politickým handlem bývalé ministryně a senátorky Filipiové došlo k legislativnímu osvobození dětí do 18 let od regulačního poplatku 30 Kč při návštěvě ordinace. Naše žádost prezidentovi republiky, aby tento zákon vetoval, nebyla vyslyšena (viz příloha). Do této doby stále čekáme na politiky slibovanou ekonomickou kompenzaci za zrušení těchto poplatků, trvale odmítanou všemi zdravotními pojišťovnami. Proto stále a čím dále tím více vnímáme tuto situaci jako diskriminující pro naši skupinu poskytovatelů zdravotní péče. Proto jsme přivítali Vaše veřejné deklarace o podpoře primární péče, která je i dle Vás základním článkem pro poskytování zdravot-

ní péče v linii prvního kontaktu s pacientem.

Očekávali jsme od Vás podporu v rozšíření odborných kompetencí se současným ekonomickým posílením našich praxí tak, abychom byli schopni kvalitně tuto péči pro české děti zajistit. Místo toho jsme se dočkali za strany zdravotních pojišťoven uplatnění nesmyslných desetitisícových regulačních srážek, které ohrožují ekonomickou stabilitu některých našich praxí.

S touto situací se nehodláme smířit. Pokud nedojde k urychlenému jednání na vládní úrovni, hrozí ze strany našich kolegů, že jich čím dál tím víc přestane registrovat do svých praxí nové pacienty. Registrace dítěte jeho rodiči k praktickému lékaři je v rámci zdravotního pojištění dobrovolný akt.

Vážený pane ministře,

praktičtí dětské lékaře nejsou odboráři, nenajímají si k protestům proti legitimně zvolené vládě PR agentury, ani nevyhrožují svým pacientům, že opustí své ordinace a odejdou do zahraničí. Považují ale za legitimní informovat o problematice poskytované primární péče o děti veřejnost a současně i ty, kteří mají právo a současně povinnost tuto problematiku diskutovat a legislativně řešit.

Za praktické dětské lékaře České republiky

Výkonný výbor SPLDD
V Praze dne 13.10.2010

*Přílohy: Dopis prezidentu republiky,
Odpověď prezidenta republiky
Na vědomí:
RNDr. Petr Nečas, předseda vlády
Ing. Miroslav Kalousek, ministr financí*

III. Prohlášení z celostátního jednání výboru, krajských a okresních předsedů Sdružení praktických lékařů ČR v Milovech ve dnech 8. - 10.10. 2010

SPL ČR s obavami sleduje situaci na MZ,



kde se podle našich informací pozastavila práce na důležitých zákonech tolik potřebných pro další rozvoj českého zdravotnictví. Domníváme se, že vedle řešení tarifních platů lékařů a debaty o koronových korekcích regulačních poplatků, je zejména nutné urychleně obnovit práci na zákonech kodifikujících poskytování zdravotních služeb v ČR. A to zvláště v současné ekonomické situaci, kdy reálně hrozí deficit veřejných zdrojů.

Okresní předsedové SPL ČR upozorňují, že nemají žádné informace o systémovém řešení postgraduálního vzdělávání v našem oboru v příštím roce. Každý rok je potřeba vytvořit 150 rezidenčních míst, aby byla zajištěna přirozená obměna PL.

Vzhledem k deklarované podpoře primární péče současnou exekutivou odmítáme stávající systém uplatňovaných regulací, kdy je PL finančně postihován za řádnou péči o své pacienty, přičemž nejsou ze strany většiny zdravotních pojišťoven poskytovány přesné podklady.

Upozorňujeme, že dosud nejsou využívány nástroje, které vedou k hospodárnějšímu vynakládání prostředků z veřejného zdravotního pojištění. I nadále jsme připraveni spolupracovat jak s MZ, tak se zdravotními pojišťovnami na jejich urychleném zavádění do praxe.

■ IV. Prohlášení níže podepsaných zástupců organizací zastupujících lékaře ambulantní složky

Níže podepsaní zástupci organizací zastupujících lékaře ambulantní složky na svém jednání dne 12.10.2010 vyslovili hluboké znepokojení nad úrovní, na které s ní komunikuje Ministerstvo zdravotnictví ČR.

S politováním konstatovali, že i jako zástupci Koalice soukromých lékařů se již více než měsíc nedočkali odpovědi na otázky zasláné v dopise ministru zdravotnictví, doc. MUDr. Leoši Hegerovi, CSc., ve kterých se ho dotazovali na to, zda

- bude za nadále fungovat Rada poskytovatelů a pokud ano, kdy bude její nejbližší jednání,

- bude nějak řešeno asymetrické navýšení příjmů lůžkových zařízení oproti ambulantní primární péči,

- bude MZ ČR pod současným vedením podporovat projekt IZIP

- bude MZ ČR respektovat dohody poskytovatelů a ZP uzavřené v rámci Dohodovacího řízení o hodnotě bodu a výši úhrad na rok 2011,

- bude při projednávání problematiky týkající se ambulantních zdravotních zařízení konzultována právě Koalice soukromých lékařů, která má v tomto mandátu zastupovat více než 20.000 zdravotnických zařízení.

Upozorňují na skutečnost, že jen z médií se dozvídají o opakovaných diskusích vedení MZ se zástupci ČLK a odborových organizací, přičemž žádný z těchto subjektů nemá od soukromých lékařů žádná práva k obhajování jejich zájmů. Jen z médií registrují, že ministerstvo zdravotnictví chystá některé změny zákonů nebo nové vyhlášky.

Připomínají, že jsou ze zákona připomínkovými místy všech legislativních změn, které se týkají zdravotnictví.

S obavami tak sledují situaci na MZ, kde se podle jejích informací vůbec nepracuje na důležitých zákonech tolik potřebných pro další rozvoj českého zdravotnictví. Nechtějí podceňovat význam kritické situace v odměňování lékařů za jejich práci, nicméně se domnívají, že vedle řešení tarifních platů lékařů a debaty o koronových korekcích regulačních poplatků je zejména nutné urychleně pracovat na zákonech kodifikujících poskytování zdravotní péče v ČR.

Toto je zvláště nutné v současné ekonomické situaci, kdy reálně hrozí deficit veřejných zdrojů.

Dovolují si upozornit na skutečnost, že dosud nejsou využívány nástroje, které vedou k hospodárnějšímu vynakládání prostředků z veřejného zdravotního pojištění. Dále deklarují, že jsou nadále připraveni spolupracovat jak s MZ, tak se zdravotními pojišťovnami na jejich urychleném zavádění do praxe.

Za SPL ČR MUDr. Václav Šmatlák

Za SPLDD ČR MUDr. Pavel Neugebauer

Za SAS ČR MUDr. Zorjan Jojko

Za SSG ČR MUDr. Vladimír Dvořák

*Pro Vox připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer*

Vyhodnocení anketních listů ze Sněmu SPLDD v roce 2010

Ve dnech 15.-16. 5. 2010 se konal Sněm SPLDD ve Skalském Dvoře. Jedná se o tradiční pracovní setkání volených zástupců SPLDD (zástupců okresních, regionálních, Výkonného výboru SPLDD a Revizní komise SPLDD) a volených zástupců OSPDL.

Program byl rozdělen do jednotlivých pracovních bloků a v závěru Sněmu účastníci měli možnost anonymně odpovědět na anketní otázky, které jim byly položeny (viz. níže).

Bylo rozdáno 98 dotazníků a návratnost nebyla 100%. Obecně lze konstatovat, že

některé dotazníky byly vyplněny neúplně, některé obsahovaly jen poznámky či náměty k další činnosti SPLDD. Na některé otázky neměli kolegové jednoznačnou odpověď a napsali pouze komentář, který nelze zařadit do kladných či záporných odpovědí. Z tohoto důvodu se také liší počty odpovědí u jednotlivých otázek. Je nutno také říci, že některé otázky nebyly položeny jednoznačně a tak k nim přistupovali i někteří kolegové. Vyhodnotit odpovědi tak nebylo jednoduché. Dovolujeme si předložit následující vyhodnocení:

1. blok – úhradové standardy

- Jste pro práci na standardizaci praxí?
- 57 ANO
- 0 NE

2. blok – zdravotní pojišťovny

- Jste pro rozvíjení projektů typu PedAkord?
- 49 ANO
- 6 NE

3. blok – očkování, pneumokok

- Vyhovuje vám současný stav?
- 49 ANO
- 33 NE
- zbytek dotazníků ANO nebo NE podmíněné ALE!!! (kolegové zde napsali své při-



pomínky)

4. blok – OSPDL, spolupráce

- Má SPLDD aktivně vstupovat do jednání organizace postgraduálního vzdělávání?
- 44 ANO
- 7 NE

5. blok – stanovy, generační výměna (GV), LSPP

- Má být projekt GV organizován z centra?
- 50 ANO
- 2 NE
- Jakou změnu stanov očekáváte? – viz. ná-měty

6. blok – zahraniční komise

- Je potřebná práce zahraniční komise?
- obecně pochvala MUDr. Kubátové za práci v zahraniční komisi
- 23 ANO
- 0 NE

Náměty:

Stanovy:

1. lékaři - zaměstnanci by neměli být řádnými členy SPLDD (pouze mimořádnými členy), lékaři v přípravě na PLDD by měli mít možnost se členy stát.

V budoucnu nebude možné zastupovat zájmy obou skupin (majitelů praxí a zaměstnanců). Vymezit podmínky řádného členství. Precizovat členství mladých lékařů.

2. modernizovat dělení struktury SPLDD dle regionů (krajů)

3. stanovit podmínky pro mimořádné členství

4. umožnit ve Stanovách sdružování regionů

5. trest pro pasivní členy (omezení servisu z centra, VOX za úhradu)

6. případné ukončení členství ve Sdružení při předání praxe řetězci

7. Mandát funkcionáře by měl odpovídat počtu členů (hlasů) nikoliv dle územního principu

8. lékař pracující ve farmaceutické firmě by neměl být ve vedení OSPDL a SPLDD

9. ve Stanovách dát možnost odvolat funkcionáře

10. Centralizace regionálních komisí (vzhledem ke štěpení současných regionů)

Generační výměna (GV):

1. vytvořit databázi uchazečů o obor PLDD (medici, absolventi v přípravě na atestaci PLDD, lékařů s ukončeným postgraduálním vzděláním v oboru PLDD – zájemci o odkoupení praxí)

Vhodné reference a doporučení těchto lékařů.

2. poradenství pro seniory (preferenci odkupu zavedené praxe proti nově vzniklé praxi – „na zelené louce“)

3. poradenství pro juniory (vzájemné informace)

4. zakotvení předávání praxe do zákona

5. organizace GV centrální, placená osoba (manager, ekonom, nelékař – jednat s bankami o možnosti úvěru pro kupující)

6. modelová GV, nákladovost průměrné ordinace (finanční rozvaha nad cenou praxe ve vztahu ke schopnosti splácení půjčky)

7. databáze zastupujících lékařů, vyvěsit na internet na web, neustále aktualizovat

8. GV by měla být náplní práce místopředsedy regionu

9. většina mladých absolventů se zájmem o PLDD nebude chtít malé praxe na venkově

LSPP:

1. zachovat ve velkých městech do 22 hod. (lékař)

2. sestra na telefonu, telefonické konzultace

3. zpoplatnit LSPP (nadstandard)

4. financovat krajem, spolupráce s DO (např. Tábor)

5. definovat způsobilost k výkonu LSPP

Regulační poplatky (RP):

1. znovuzavedení RP u dětí (skupina pacientů, kterým stát přispívá přídatky na děti)

2. na všech jednáních připomínat výpadek RP a jejich kompenzaci

Úhradové standardy:

1. nutné vytvořit úhradové standardy

2. maximální nenáročnost základních standardů (aby je splnilo maximum poskytovatelů)

Další náměty:

- zakotvení primární péče do zákona
- databáze zastupujících lékařů dle regionů
- zvážit změnu náplně Sněmu – nahradit valnou hromadou všech PLDD
- vypracovat manuál pro kontroly různých úřadů a organizací

Za VV zpracovali:

Milan Kudyn, Ilona Hülleová

Informace SÚKL

I. Dopis pro zástupce odborných společností, členy Komise pro léčkovou politiku ČLS JEP

Vážení členové komise

pro léčkovou politiku ČLS JEP,

obracím se na Vás nejen jako na představitele léčkové komise, ale zejména jako na odborníky na farmakoterapii.

Státní ústav pro kontrolu léčiv se dlouhodobě potýká s **nízkým počtem hlášených nežádoucích účinků**. Touto cestou bych rád vyzval Vás, kteří máte ke kolegům v klinické praxi a zejména k pacientovi nejbližší, k posílení vzájemné **spolupráce** při zajišťování **bezpečné farmakoterapie** pacientů prá-

vě předáváním hlášení o výskytu nežádoucích účinků.

V osmdesátých letech minulého století počítali experti hlášení nežádoucích účinků na tisíce. Po roce 1989 nastal dramatický propad. I přes výrazné zlepšení v počtu hlášení v posledních letech, vidíme v této oblasti velké rezervy. Z dostupných dat vyplývá, že se Česká republika v hlášení nežádoucích účinků stále pohybuje hluboko pod evropským průměrem. Právě ve spolupráci s odbornými společnostmi a prostřednictvím probíhající kampaně bychom chtěli tuto situaci změnit.

Nahlásit podezření na nežádoucí účinky léčivého přípravku je přitom v dnešní době

jednoduché. Lze tak učinit prostřednictvím elektronického formuláře, a to na webových stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv na adrese: <http://www.sukl.cz/nahlasit-nejadouci-ucinek>

Hlášení prostřednictvím elektronického formuláře se snažíme dále inovovat. Formulář bude v nejbližší době obohacen o další novinky, jako např. přístup k vlastním hlášením nebo vyžádání rychlé zpětné vazby hlásícímu lékaři od SÚKL.

Tištěný formulář zůstává stále k dispozici volně ke stažení na stejné webové adrese, nebo jej rádi také zašleme poštou. Podezření na výskyt nežádoucího účinku však lze nahlásit i telefonicky na čísle: **272 185 885**.



Dále si vás dovoluji informovat o tom, že aktuality o bezpečnosti léčiv SÚKL pravidelně publikuje na svých webových stránkách na adrese <http://www.sukl.cz/nezadouci-ucinky-leciv>. Neváhejte využít možnosti automatického zasílání aktualit formou email (<http://www.sukl.cz/notify-e-mailem>). Na webu si lze také nastavit zasílání pomocí RSS kanálu (<http://www.sukl.cz/rss>).

Cílem Ústavu je zvýšit informovanost o lécích. Pro vyšší informovanost Ústavu můžete učinit více tím, že budete aktivními respondenty v systému hlášení nežádoucích účinků léčiv. Ústav Vám za to zajistí rychlou a účinnou zpětnou vazbu, díky které se budete dozvídat více o problémech spojených s užitím léku v klinické praxi. Vedle výše uvedené přímé komunikace Ústav-lékař, budete moci očekávat obohacení Informačního zpravodaje o nejvýznamnější kazuistiku a další farmakovigilanční aktuality z České republiky i odjinud. Informační zpravodaj Nežádoucí účinky léčiv je vydáván čtvrtletně a je volně dostupný na adrese <http://www.sukl.cz/nezadouci-ucinky-leciv-informacni-zpravodaj>. V tištěné podobě vychází také jako příloha Zdravotnických novin (Ambit Media).

Součástí mého apelu k Vám je i prosba o uvedení této informace ve známost u vašich kolegů v odborných společnostech, jejichž jste členy. Vyšší úroveň znalostí o lécích může přispět k udržení vysokého kreditu české medicíny. Děkuji za vaši pomoc při zajišťování bezpečné farmakoterapie pacientů.

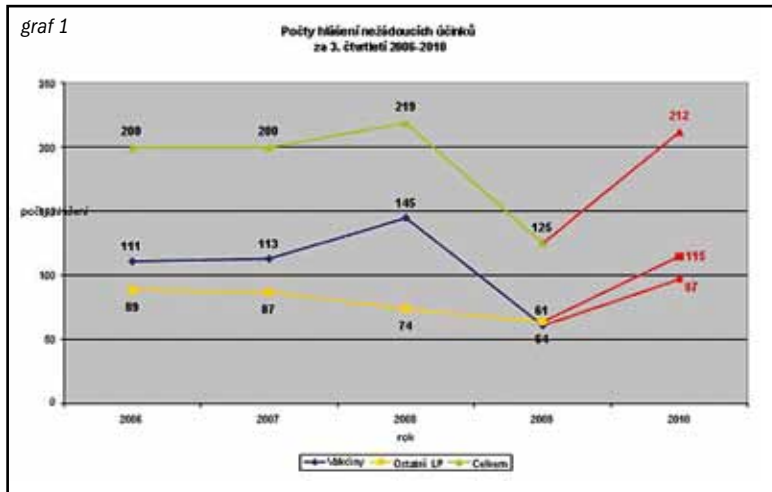
S pozdravem

PharmDr. Martin Beneš
ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv

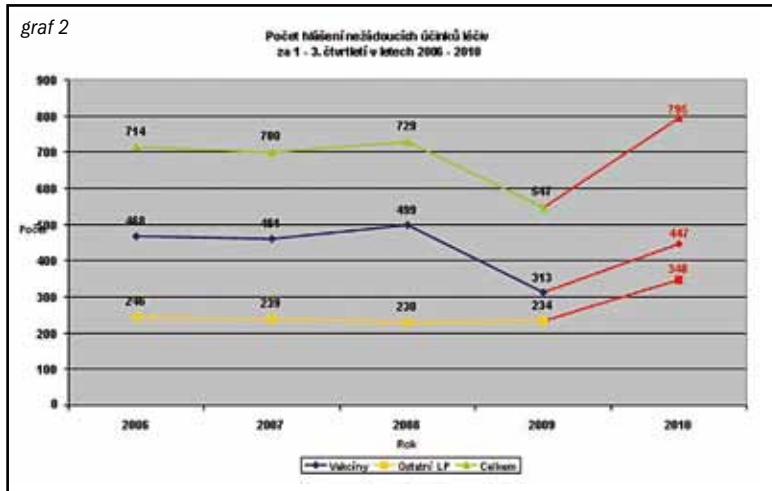
II. SÚKL informuje o počtu přijatých hlášení podezření na nežádoucí účinek léčiv od zdravotnických pracovníků

Praha, 7. 10. 2010 - Počet přijatých hlá-

graf 1



graf 2



šení podezření na nežádoucí účinek léčiv od zdravotnických pracovníků za tři čtvrtletí tohoto roku se oproti roku 2009 zvýšil zhruba o 70 %.

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) obdržel ve třetím čtvrtletí roku 2010 od zdravotnických pracovníků celkem 212 hlášení. To je o 87 hlášení více než ve stejném období minulého roku, kdy byl v této oblasti zaznamenán razantní propad (graf 1).

Celoročním srovnáním se tři čtvrtletí roku 2010 podle počtu hlášení nežádoucích účinků dostávají k hodnotám nejvyšším za posledních 5 let (graf 2).

Zvýšené zapojení zdravotníků do systému hlášení lze dát do souvislosti s informační kampaní SÚKL o bezpečnosti léčiv, která byla zahájena v únoru letošního roku. Pozitivním efektem kampaně je i fakt, že se zvýšil počet hlášení nežádoucích účinků, které se týkají léčivých přípravků bez vakcín. Hodnota těchto hlášení se poprvé od roku 2006 zvýšila.

SÚKL tímto děkuje všem zdravotníkům a pacientům, kteří zasílají hlášení, za podíl na zvýšení bezpečnosti léčiv a rozvoji pozná-

ní o lécích, které jsou užívány v klinické praxi.

III. SÚKL vyzývá k pozornosti vůči Braillově písmu na obalech léčivých přípravků

Praha, 24. 9. 2010 - Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) vyzývá na základě spolupráce se Sjedenocnou organizací nevidomých a slabozrakých ČR výrobce a distributory léčiv a lékárníky, aby věnovali zvýšenou pozornost informacím pro nevidomé a slabozraké, které jsou uvedeny na obalech léčivých přípravků.

SÚKL na základě podnětu Sjedenocné organizace nevidomých a slabozrakých ČR upozorňuje na skutečnost, že na některých léčivých přípravcích nelze informace na sekundárním obalu v Braillově písmu vždy jednoznačně identifikovat. Příčina je často v nedostatečné „ostrosti“ písma, dané zejména výškou bodu vyraženého do materiálu sekundárního obalu vzhledem k okolí bodu.

SÚKL se proto obrací na výrobce s vyzvou, aby při výrobě léčivých přípravků v rámci vstupní kontroly potisknutých materiálů věnovali zvýšenou pozornost údajům vytištěným v Braillově písmu s ohledem na normu EN 15 823.

Současně SÚKL vyzývá rovněž pracovníky lékáren k takovému zacházení s léky, u kterého by nedocházelo ke znehodnocování znaků Braillova písma na sekundárních obalech léčivých přípravků např. přelepkami s ce- nou apod.

V neposlední řadě SÚKL upozorňuje distributory léčivých přípravků na nutnost šetrné manipulace s léčivými přípravky, jelikož jednotlivé znaky Braillova písma jsou snáze mechanicky poškoditelné.

Povinnost uvedení názvu léčivého přípravku Braillovým písmem na obalu všech léků stanovuje zákon o lécích. Zákonnou povinnost je třeba splnit nejpozději do 31. 12. 2012.



Informace OSPDL ČLS JEP

■ Pátevní témata pro vzdělávací akce OSPDL na rok 2011:

1. Prevence civilizačních chorob u dětí (obezita, hypertenze, poruchy metabolismu lipidů apod.)

2. Psychomotorický vývoj kojence a včasná detekce odchylek (vyšetření, rehabilitace, vývoj řeči a odchylky apod.)

■ Očkování proti rakovině děložního čípku – projekty zdravotních pojišťoven stále probíhají

Informujeme, že nadále probíhají projekty zdravotních pojišťoven k HPV vakcinaci – „Očkování proti rakovině děložního čípku – 3. dávka zdarma“. Délka projektu se liší dle jednotlivých zdravotních pojišťoven. A to do konce letošního roku (např. VZP, OZP, ČPZP) nebo do konce června roku 2011 (např. Vojenská ZP, ZP Metal-Alliance).

V těchto projektech je garantována maximální cena očkovacích látek pro pojištěnce. Spolu s příspěvkem zdravotních pojišťoven, který dosahuje 1 000 Kč nebo výše (individuálně dle ZP), je cena celého vakcinačního schématu max. 6 400 Kč (bez aplikačních poplatků).

Jako první tento projekt zahájila Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) v květnu letošního roku. Projekt je určen 30 000 klientkám ve věku 10 – 25 let. Pojištěnkyně si musí na poběže VZP vyzvednout certifikát k projektu. **Momentálně je stav vyzvednutých certifikátů necelých 18.000, stále tak zbývá ještě prostor pro 12.000 dívek a žen.** U jiných ZP probíhá projekt prostřednictvím distribuce certifikátů na webových stránkách.

Projekty probíhají u těchto zdravotních pojišťoven:

- 111 Všeobecná zdravotní pojišťovna
 - 207 Oborová zdravotní pojišťovna
 - 205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
 - 211 Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR
 - 217 Zdravotní pojišťovna Metal-Alliance
 - 201 Vojenská zdravotní pojišťovna
 - 228 Zdravotní pojišťovna Média
- MUDr. Hana Cabrnová,
předsedkyně OSPDL ČLS JEP*

■ Program seminářů OSPDL ČLS JEP Praha a Středočeský region pro rok 2011, ČLS JEP, Sokolská 31, Praha 2

6.1. 2011

Dětská ORL - novinky v diagnostice a terapii.

MUDr. Petr Janoušek, PhD.,
ORL amb. Palackého ul., Praha 1

3. 2. 2011

Zobrazovací metody z pohledu PLDD.

MUDr. Marcela Dvořáková,
Odd. Rtg, FN Motol

3. 3. 2011

Hiporehabilitace.

Mgr. Šárka Smíšková,
Česká hiporehabilitační společnost

7. 4. 2011

Konference.

5. 5. 2011

Pigmentové névy.

MUDr. Pavel Konrád,
kožní ambulance Lasermed, Praha 4

2. 6. 2011

Lymfická borelióza - diagnostika a léčba.

prim. MUDr. Hana Roháčová,
Infekční klinika FN Bulovka

1.9. 2010

Racionální antibiotická terapie v ordinaci PLDD.

prim. MUDr. Vlastimil Jindrák

6.10. 2011

Vedlejší účinky aditivních látek v potravě.

MUDr. Alena Thinius, Sanatorium Miracle

3.11.2010

Kazuistiky z dětské endokrinologie.

prof. MUDr. Jan Lébl, CSc.

1.12.2011

Laboratorní vyšetření, jejich indikace, interpretace, technika odběru.

prim. MUDr. Eugen Liška,
Biochemické odd. FN Bulovka

*MUDr. Dana Vurmová,
regionální zástupce OSPDL Praha*

■ Vědci objevili gen krátkozrakosti

Mezinárodní tým vědců zjistil, že varianty genu RASGRF1 mají vliv na krátkozrakost a její vývoj.

Oční chirurgové doufají, že na základě tohoto objevu bude možné vyvinout lék, který bude na tento gen působit, a tak bránit vzniku poruchy.

„Ještě to není konec brýlí, je však velká naděje, že budeme schopni blokovat genetické cesty, které vedou ke krátkozrakosti,“ poznamenal oční chirurg Christopher Hammond z londýnské King's College, který vedl výzkum v Británii. Budoucí lék proti oční poruše „bude pravděpodobně mít podobu pilulky nebo očních kapek“, vývoj však „bude výzvou“ a vyžádá si přinejmenším deset let.

Výsledky výzkumu zveřejnil časopis Nature Genetics.

Při zkoumání genu, který ovlivňuje růst oka, byly zjištěny varianty, jež krátkozrakost posilují i omezují. Vědci chtějí nyní přesně určit, jak která varianta genu na oko působí.

Krátkozrakost je poměrně novým, zato stále větším problémem. Zjevně souvisí s pobyt v místnostech a s masovým využitím technik, jako je čtení, televize či počítače. Její vývoj však ovlivňují i geny.

Obřích rozměrů nabyla epidemie krátkozrakosti na Dálném východě, kde se technika používá zvláště rozsáhle: v Japonsku trpí touto poruchou dvě třetiny mladých, v Singapuru dokonce 80 procent. Pro srovnání: před 30 lety postihovala krátkozrakost jen čtvrtinu obyvatel těchto zemí.

Souběžný výzkum odhalil také genovou mutaci, která způsobuje zelený zákal, nejčastější příčinu oslepnutí. Objev může přispět k dřívějšímu odhalení a léčení této poruchy.

Zdroj: Právo, 14.9.2010

PŘEHLED ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN V PROJEKTU 3. DÁVKA ZDARMA – aktuální info platné k: 1. 10. 2010



	Všeobecná zdravotní pojišťovna	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky	Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE	Zdravotní pojišťovna MEDIA
Kód pojišťovny	111	207	211	205	201	217	228
Věk pojistěnek	10–25 let	10–25 let	12–25 let	10–25 let	12–19 let	12–17 let (možnost udělení výjimky pro 18–26)	10–16 let
Objemově limitováno	30 000 očkovaných	není limitováno	3 000 očkovaných	není limitováno	není limitováno	není limitováno	není limitováno
Termín výplaty příspěvku nejpozději do	31. 12. 2010	31. 12. 2010	30. 6. 2011	31. 12. 2010	30. 6. 2011	30. 6. 2011	30. 6. 2011
Příspěvek vyplacen na základě	aplikace 1. dávky, aplikace nebo zaplacení 2. a 3. dávky	aplikace 1. dávky, aplikace nebo zaplacení 2. a 3. dávky	až po aplikaci 3. dávky	aplikace celého vakcinačního schématu	aplikace nebo zakoupení celého vakcinačního schématu	až po aplikaci 3. dávky	zakoupení celého vakcinačního schématu
Distribuce certifikátu	pobočky	pobočky nebo pošta	pobočky nebo pošta	internet (web ZP)	internet (web ZP), pobočky	internet (web ZP), pobočky	internet (web ZP)
Příspěvek pojišťovny	1 000 Kč	1 000 Kč	1 000 Kč	1 000 Kč (u dívek do 18 let včetně možné sružení příspěvku na očkování od rodičů, pokud jsou pojištěni u ČPZP. V případě jednoho rodiče částka 1 500 Kč, v případě obou 3 000 Kč!)	1 000 Kč	2 000 Kč (navýšení příspěvku, pokud jsou rodiče pojištěni u ZPM-A. V případě 1 rodiče částka 1 000, v případě obou 2 000 (celkem 4 000 Kč!))	2 600 Kč
Celková cena	6 400 Kč	6 400 Kč	6 400 Kč	3 400–6 400 Kč	6 400 Kč	3 400–5 400 Kč	4 800 Kč
Webová adresa	www.vzp.cz/hpv	www.ozp.cz	www.zpmvcr.cz	www.cpzp.cz	www.vozp.cz	www.zpma.cz	www.mediazp.cz

GSK - Cervarix



Proočkovanost proti pneumokokovým nákazám

MUDr. Hana Cabrnchová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Po zavedení hrazeného nepovinného očkování kojenců od 1.1.2010 čekáme na první čísla o proočkovanosti dosažené v tomto modelu plošného očkování. V současnosti se připravují data o zjištěné proočkovanosti dětí narozených od 1.1.2010 do 31.1.2010, jejichž očkování mohlo být zahájeno od 3. do 5. měsíce tak, aby nejpozději do 7. měsíce byly aplikovány tři dávky. Celé schéma (kromě zdravotních důvodů pro posunutí) mohlo být dokončeno tedy až za několik měsíců, a to je také důvodem, že až nyní na podzim budou přesná data. Již nyní ale máme tři zdroje informací. Při porovnání dat z těchto zdrojů se překvapivě dostáváme na stejná čísla a právě to je také důvodem, proč si dovoluujeme Vás s těmito čísly seznámit.

Prvním zdrojem informací bylo statistické zjišťování provedené v praxích praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) v průběhu letošního roku, kde byla na základě dotazování v cca 10% praxí PLDD po celé České republice následně vyhodnocena predikce proočkovanosti (Obrázek 1).

Druhým zdrojem byla data o prodeji vakcín od obou výrobců a porovnání s daty o prodeji za rok 2008, 2009 a to i s porovnáním proočkovanosti dosažené u dětí v prvním roce života a statisticky vyhodnocené z dat zjištěných ze studie OSPDL ČLS JEP provedené v roce 2009. Výsledné číslo je velmi podobné výsledkům statistického dotazování (Obrázek 2).

Jako poslední zdroj informací byla použita data všech zdravotních pojišťoven o počtu očkováných dětí, kterým byla uhradena očkovací látka, tedy vztaženo na alespoň jednu hrazenou dávku ve vazbě na konkrétní rodné číslo. Tato čísla za první a druhé čtvrtletí roku 2010 mohla být ovlivněna pouze kohortou dětí narozených v srpnu 2009, kterým toto očkování mohlo být po lednu 2010 také hrazeno. Tyto děti ale z části již měly toto očkování hrazené svými rodiči, bylo-li zahájeno před rokem 2010 a v těchto číslech od zdravotních pojišťoven se tak nepromítlo. Výsledné číslo o zjištěné proočkovanosti na základě dat zdravotních pojišťoven ve vazbě na předpokládanou porodnost v roce 2010 je ale opět velmi podobné (Obrázek 3).

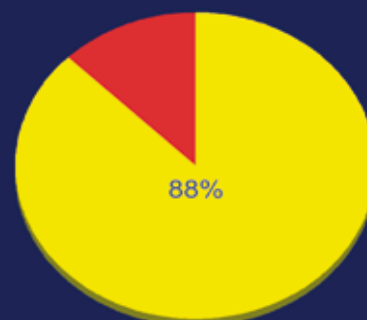
Závěrem uvedené porovnání těchto zjištěných dat (Obrázek 4) svědčí o dosažené proočkovanosti mezi 80-90%. Konečná a přesná data ve vazbě na datum narození dětí a konkrétní aplikovaná schémata, budou jistě předmětem dalších diskusí a publikací.

Proočkovanost dětí pneumokoky- průzkum trhu



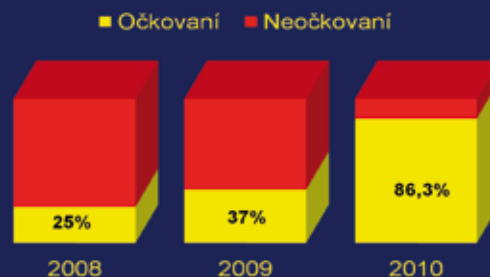
Obr. 1

Proočkovanost dětí pneumokoky podle dat zdravotních pojišťoven



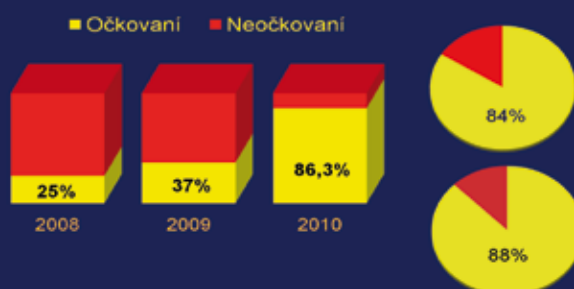
Obr. 2

Proočkovanost dětí pneumokoky podle prodeje



Obr. 3

Proočkovanost dětí v prvním roce života - srovnání



Obr. 4



Úrazy zadní uretry u dětí

Morávek J.¹, Kříž J.¹, Zeman L.¹, Trachta J.¹, Šnajdauf J.¹, Hříbal Z.²

¹Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha

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

Abstrakt:

Cíl studie: Prezentovat zkušenosti s léčbou úrazů zadní uretry u 13 pacientů za období let 1990 - 2010

Materiál a metodika: Za uplynulé 20 leté období jsme léčili 13 chlapců ve věku 5 – 16 let s úrazy zadní uretry. Převažoval dorostenecký věk. Mechanismus úrazů zahrnovaly pády z výše s nárazem na perineum, sražení těžkým nákladním autem, sražení vlakem, úder těžkou kovovou tyčí. Jatrogenní úrazy zadní uretry byly po léčbě inkontinence gracilis plastikou a kolorektoplastikou pro Hirschsprungovu nemoc. Jeden pacient byl přijat pro válečné poranění střelnou zbraní. U jednoho pacienta byla použita metoda rekonstrukce intususcepcí uretry, u devíti byla použita šikmá anastomóza s longitudinální incísi obou konců přerušené uretry po excizi devitalizovaných částí. Dva pacienti se zhojili po suprapubické vesikostomii, u jednoho byla provedena pouze hemostáza.

Výsledky: Dvakrát jsme pozorovali dobrý výsledek pouze po epicystostomií. U šesti dětí byly nutné reoperace vzhledem k striktuře v anastomóze. U dvou dětí s rozsáhlými úrazy pánve a uretry v subvezikální a bulbární části byly nutné 4 dodatečné výkony k obnovení průchodnosti uretry, u jednoho chlapce s avulsi rekta a zadní uretry byly nutné 3 reoperace.

Závěr: Odložená anastomóza zadní uretry po zajištění drenáže dolních močových cest vezikostomií dává lepší výsledky než neodkladný výkon, který by měl být rezervován pro nečetné případy otevřených úrazů. Je možnost obnovení průchodnosti zadní uretry při dlouhé vzdálenosti pahýlů opakovanými výkony. Tyto výkony vedly v naší sestavě k dobrým funkčním výsledkům přes nevýhodu zkrácení penisu.

Klíčová slova: striktura uretry, anastomóza, mikční cystografie

■ Úvod

Traumatické léze zadní uretry jsou u dětí vzácné. Vyskytují se především u chlapců vzhledem k anatomickým poměrům, zvýšené agresivitě při sportu a hrách a snížené pozornosti v dopravě.

Zadní uretra sestává z preprostatické části, prostatické a membranozní uretry. Snopce hladké svaloviny preprostatické části jsou uspořádány cirkulárně od hrdla měchýře k prostatické kapsle. Kontrakce preprostatického sfinkteru přispívá k mechanismu kontinence a brání retrográdní ejakulaci. Prostatická uretra je přibližně 3 cm dlouhá. Distálně obsahuje vrstvu cirkulárně orientovaných buněk přičně pruhovaného svalu, které souvisejí s rhabdosfinkterem ve stěně membranozní uretry. Membranozní uretra je nejkratší a nejméně distenzibilní část uretry procházející od apexu prostaty k bulbu penisu. Klidový tonus svalových buněk přispívá k uzávěru uretry a udržuje kontinenci. Úrazy zadní uretry se vyskytují u dětí velmi často jako součást polytraumat, ohro-

žujících přitom život pacienta (traumatický šok, krvácení), jeho kontinenci a budoucí potenci.

■ Materiál a metodika

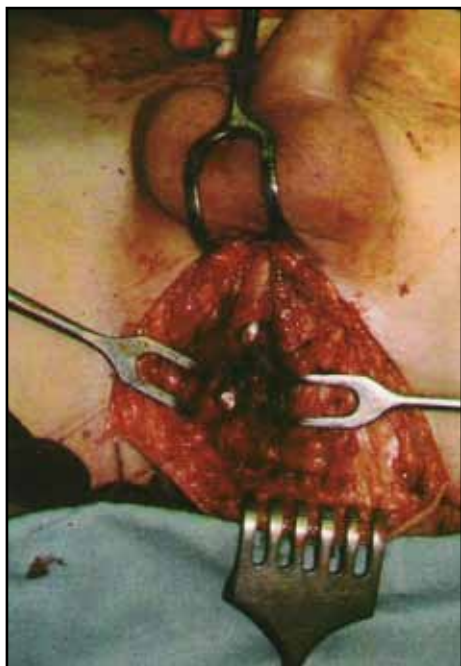
Za uplynulé období 1990 – 2010 jsme léčili 13 chlapců s úrazy zadní uretry na naší klinice. U sedmi byl mechanismus náraz na perineum (kovová tyč po pádu z výše, žebřík, řídítka bicyklu). V jednom případě z toho byl předmětem ostrý hák, který po pádu z výše roztrhl perineum a zadní uretru u pacienta (Obr. 1). Jeden chlapec z toho byl zasažen kovovou spojovací tyčí přivěsu k motorovému vozidlu. Po neúspěšném pokusu a anastomózu uretry na jiném pracovišti byl tam stav řešen založením vesikostomie interponovaným appendixem. Dvakrát byla zadní uretra poraněna jatrogenně při korekci kontinence plastikou m. gracilis u dítěte s meningomyelokélou a po kolorektoplastice pro morbus Hirschsprung. Dvakrát byla příčinou úrazu těžká dopravní nehoda. Z toho jeden chlapec po sražení nákladním autem utrpěl avulsi uretry a rekta s roztržením svalů dna

pánevního a mnohočetné fraktury pánve.

Léčili jsme rovněž jednoho chlapce s válečným poraněním uretry po zasažení dávkou ze samopalu (Obr. 2). U tohoto chlapce byl roztržený močový měchýř, zadní uretra a roztržená pánve. Tento chlapec byl odeslán do naší nemocnice organizací UNICEF po zajištění drenáže dolních močových cest v místě konfliktu.

Jeden chlapec byl sražen vlakem (Obr. 3). Utrpěl rovněž mnohočetné fraktury pánve, poranění lumbálního plexu se svalovou atrofií a laceraci zadní uretry v prostatické a membranozní části. Nejmladší pacient v naší sestavě byl pětiletý, nejstarší šestnáct let starý. Převažoval prepubertální a pubertální věk. Osm chlapců bylo přijato jako urgentní stav, pět chlapců jsme přijali z jiných pracovišť ke konsiliárnímu vyšetření a řešení stavu.

V anamnéze postižených pacientů je typický úraz pánve a perinea a mikční potíže. Obvyklá je kompletní retence moči a krvácení ze zevního meatu uretry. V takovém případě je punkční vesikostomie provedena jako první pomoc.



Obr. 1: Dilacerace a přerušení zadní uretry pádem na ostrý hák. Sondáž proximálního a distálního pahýlu uretry.



Obr. 2: Těžká devastace a jizvení tkání perineu po zasažení střelnou zbraní – dávkou ze samopalu.

V případě inkompletní léze může prostá vesikostomie vést k vyhojení. O průchodnosti uretry se přesvědčíme retrográdní uretrografií s kontrastní látkou aplikovanou do zevního meatu uretry. Pokus o katetrizaci uretery může zhoršit situaci, navíc je prakticky nemožné katetrizovat oba konce přerušené uretry ze zevního meatu

vzhledem k jejích distrakci.

Možnost zanesení infekce rovněž není zanedbatelná. Kombinace cystografie vesikostomií a retrográdní uretrografie může přispět ke zhodnocení délky distrakce obou pahýlů uretry. Pacient s otevřenou ránou perinea a uretry způsobenou ostrým hákem byl opevován jako urgentní stav. Roztržená kavernózní tělesa byla sešita a byla provedena šikmá anastomóza obou konců uretry po excizi devitalizovaných částí. Pacient po sražení vlakem podstoupil v rámci 1. pomoci zástavu krvácení s uvolněním tamponády měchýře a jeho drenáž vesikostomií. Definitivní výkon byl odložen po resorpci hematomů a urinomů po 1 měsíci.

Anastomóza zadní uretry je poté provedena z perineálního přístupu. Preferujeme incisi tvaru modifikovaného „S“, která obchází perineální raphe k zevnímu sfinkteru rekta před standardní semicirkulární incizí. Tato incize umožňuje lepší přístup ke strukturám dna pánevního a zadní uretře. V případě nemožnosti identifikovat proximální pahýl uretry (jak bývá pravidlem) je nezbytná krátká cystotomie a vyhledání pahýlu z hrdla měchýře. Šikmá anastomóza uretry se poté provádí po resekci devitalizovaných částí včetně těch postižených spongiobrózou s longitudinální incizí obou konců uretry dorsálně a ventrálně na silikonovém katetru jednotlivými stehy resorbovatelným materiálem typu Vicryl. Drenáž dolních močových cest je zajištěna rovněž pojišťovací vesikostomií. Je rovněž možné drenovat měchýř a fenestrovat katetr ponechat v uretře jen jako stent. Drenáž se ponechává po dobu 3-4 týdnů. Před jejím odstraněním se provádí mikční cystografie, která ozřejmí stav rekonstruované uretry a měchýře.

■ Výsledky

U šesti dětí byly nutné reoperace k obnovení průchodnosti uretry. U čtyř z nich byly pokusy o řešení stavu na jiných pracovištích. Šestnáctiletý chlapec po sražení vlakem vyžadoval 4 chirurgické intervence a 1 transuretrálně (Obr. 4, 5). Další chlapec po sražení nákladním autem prodělal 3 výkony k obnovení průchodnosti uretry. Nejmladší pacient léčený na jiném pracovišti vesikostomií s distrakcí pahýlů uretry cca 6 cm prodělal 4 chirurgické výkony a 3 transuretrální incise jizevnaté membrány v místě anastomózy. Zbylí tři chlapci prodělali jednu resekci jizvy a reanastomózu uretery s dobrým výsledkem. Chlapec léčený před 19 lety dnes opuštěnou invaginační metodou reagoval příznivě na dilataci uretry. Ostatní pacienti měli nekomplikovaný průběh.

Funkci rekonstruované uretry stanovujeme



Obr. 3: Pacient po sražení vlakem. Velká vzdálenost mezi pahýly uretry.



Obr. 4: Příznivý výsledek po rekonstrukci. Po několika měsících nastalo opět jizvení v oblasti.

pomocí uroflowmetrie a mikční cystografie. U chlapce po střelném poranění bylo lehké zúžení v pars membranacea, jeho uroflow bylo 12 ml/s. U chlapce s inkompletní rupturou uretry bylo rovněž pozorováno zúžení v pars membranacea, jeho uroflow bylo 14,6 ml/s. U zbylých pacientů byla MCG hodnocena jako normální s průtokovými objemy mezi 20 – 28 ml/s. U dvou chlapců s velkou distrakcí pahýlů uretry a se zjizveným zevním svěřačem uretery po rozsáhlé resekci fibrózních jizev a po částečné resekci symfýzy k uvolnění proximálního pahýlu uretry jsme zaznamenali přechodnou poruchu kontinence. Chlapci si přikládali pleny v noci, v odstupu cca 6 měsíců se kontinence pl-



Obr. 5: Konečný uspokojivý výsledek po 4. výkonu. 2 roky od úrazu.

ně upravila. U dětí jsou otázky ohledně sexuální funkcí irelevantní. Chlapci, kteří dosáhli 18. rok věku potvrdili obnovu erekce i ejakulace. U dvou chlapců po přemostění velkých defektů uretry bylo po její rekonstrukci zřetelně zkráceno membrum.

■ Diskuse

Úrazy zadní uretry jsou u dětí vzácné. Většina publikovaných souborů uvádí počty od jednotlivých kazuistik po desítky zraněných. Léčba je principiálně stejná jako u dospělých pacientů. Má zabránit poškození horních močových cest vzhledem k možné obstrukci a ascendentní infekci, obnovu normální mikce a umožnění budoucí fertility. Kontinence může být ohrožena v důsledku poranění obou sfinkterů. Erektilní dysfunkce může být důsledek poranění kavernózních nervů nebo poranění pudendální artérie. Zda-li léčit úrazy zadní uretry neodkladně nebo odloženě po zajištění pacienta vesikostomií je předmětem diskuse. Byla citována až čtyřnásobná incidence impotence a dvanáctinásobná incidence inkontinence ve skupině pacientů operovaných neodkladně. Na našem pracovišti dáváme přednost odloženým výkonům pro lepší orientaci ve strukturách dna pánevního a lepší zhodnocení vitality postižených tkání po resorpci hematomů. Optimální řešení je resekce devitalizovaných tkání včetně konců uretry postižené spongiofibrozou se šikmou termino-terminální anastomózou. Nedostatečná resekce devitalizovaných tkání zajistí vedla k dalšímu jizvení u všech pacientů přijatých z jiných institucí. Incidence komplikací v naší sestavě je 46% - srovnatelná s publikovanými daty jiných praco-

VÝSLEDKY	
MCG: mírné zúžení v pars membranacea	3x
MCG: normální nález	10x
Dočasně omezení kontinence	2x
OBNOVENÁ PRŮCHODNOST URETRY 100%	

višť. Požadavku na anastomózu bez napětí lze těžko vyhovět v případě rozsáhlých defektů funkční tkáně. Mobilizací bulbární uretry je obvyklý zisk 3 cm uretry, uvolnění kavernózních těles dodá další 2 cm.

Částečná resekce stydkých kostí poskytne další 2 cm, v kritické situaci je možno uvažovat o tzv. „rerouting“ uretry kolem kavernosního tělesa – s možným ziskem cca 2 cm. V takové situaci dáváme přednost přímé anastomóze s vědomím možného jizvení a nutnosti reoperace, kterou je možno provést i opakovaně s konečnými uspokojivými výsledky. V naší sestavě bylo u tří chlapců nutno provést částečnou pubektomii bez negativního efektu na stabilitu pánve a mobilitu pacientů. Někdy doporučovaná symfyiotomie není akceptovaná všeobecně. Transuretrální incize jizvy vedla v našem souboru k příznivému výsledku jen v případě tenké blanité adheze v místě anastomózy zadní uretry u jednoho chlapce. Naprostá většina vyžaduje otevřenou operaci. Pokud selžou všechny možnosti přímé anastomózy uretry, je možno přemostit mezeru interponovaným lalokem bukální sliznice nebo stopkatým lalokem perigenitální kůže jako při operaci hypospadiie. Nové trendy rovněž zahrnují použití bioimplantátů. Porucha kontinence postupně u našich pacientů s destruovaným zevním svěra-

čem uretry ustoupila se zlepšováním funkce rekonstruovaného vnitřního svěrače.

■ Závěr

Úrazy zadní uretry jsou u dětí nepočetné, ale ohrožují jejich život, kontingenci a budoucí potenci. V případě nekompletních ruptur je metodou volby suprapubická drenáž, u kompletních ruptur je vhodnější odložený výkon po resorpci hematomů při zajištění pacienta suprapubickou derivací moči. Optimálním řešením je přímá anastomóza vitálních částí zadní uretry. V případě velkého defektu zdravé tkáně je možno mezeru přemostit mobilizací uretry částečnou resekci symfýzy. Pokud výkon nemohl být dostatečně radikální, může vést k dobrému výsledku i opakovaná operace. Dle našeho mínění je to elastická dětská tkáň, která umožňuje tento postup. Jiné plastiky zadní uretry, které používají volné nebo stopkaté štěpy, jsou metodou druhé volby. V našem souboru byla zprůchodněna uretra u všech postižených chlapců, trvalá inkontinence nebyla zaznamenána. Otázka budoucí fertility bude ještě muset být zodpovězena.

Práce je součástí výzkumného záměru VZ MZO 00064203/6310.

Externí hodnocení kvality pro systémy POCT

C-reaktivní protein, protrombinový test (INR), stanovení glukózy aj.

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 2011 vám zašleme obratem.

Těšíme se na spolupráci

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

Akreditovaný organizátor
programů zkoušení
způsobilosti č. 7004



Možnosti chirurgické léčby komplikovaných dětských pneumonií

MUDr. Mahulena Mojžíšová, MUDr. Alena Kokešová, Ph.D.,

MUDr. Kateřina Konopásková, MUDr. Martin Vyhnánek, MUDr. Tamara Svobodová*,

MUDr. Daniel Blažek, MUDr. Martin Kynčl*****

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

Úvod: V posledních letech se stále zvyšuje počet dětí s komplikovaným průběhem pneumonie, u kterých má i přes pokroky v antibiotické terapii a intenzivní péči různá míra intervence dětského hrudního chirurga stále své místo. Autoři prezentují časté komplikace dětské pneumonie a jednotlivé možnosti chirurgické léčby s přihlédnutím k aktuálním trendům komplexní terapie komplikované pneumonie.

Pneumonie je infekční onemocnění dolních cest dýchacích, které provázejí febrilie, kašel, dušnost a různá míra respiračního distresu. V naší praxi se nejčastěji setkáváme s komunitní pneumonií, která je definována jako 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 a ve vyspělých zemích postihuje 34-40 dětí z 1000 ročně, zhruba 10% takto nemocných dětí pak vyžaduje následnou nemocniční léčbu.

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

Část hospitalizovaných dětí vyžaduje přijetí na jednotku intenzivní pediatrické péče či resuscitační pracoviště. 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, imu-

nodeficiencie, cystická fibróza atp.

Diagnóza pneumonie se opírá o klinický stav, monitoraci životních funkcí včetně měření saturace pulzním oximetrem, dále pak o laboratorní vyšetření (parametry zářet, biochemická vyšetření, krevní plyny). Důležitá jsou mikrobiologická vyšetření k objasnění původce infekce – hemokultura (pozitivní u cca 30% dětí), punktát (pozitivní u cca 50% dětí), bronchoalveolární laváž (BAL) u ventilovaných či bronchoskopovaných pacientů, za méně validní je pak považováno vyšetření sputa a výtěrů z nazofaryngu. K diagnostice přispívají i metody jako jsou polymerázová řetězová reakce (PCR), imunofluorescence, latexová aglutinace k průkazu antigenů a sérologická vyšetření. Zlatým standardem zobrazovacích metod je provedení prostého předozadního a ev. bočního snímku hrudníku, při přítomnosti tekutiny v pleurální dutině ultrazvukové vyšetření k posouzení rozsahu a složení pleurálního výpotku. V indikovaných případech je důležité i včasné CT vyšetření plic k objasnění rozsahu postižení plicního parenchymu.

I přes pokroky v diagnostice a včasné zahájení adekvátní antibiotickou léčbu na základě pravděpodobného vyvolavatele narůstá v posledních letech počet komplikovaných pneumonií. Co je příčinou nárůstu těchto komplikací není dosud zcela jasné. Mezi nejčastěji popisované rizikové faktory patří opožděně zahájená či nevhodně zvolená

antibiotická léčba a její nedostatečné dávkování. Dále přechodné oslabení imunity po předchozí prodělané infekci, pasivní kuřáctví a nízká socioekonomická úroveň rodiny. Často však u takto nemocných dětí rizikové faktory chybí.

Metodika

Na pracoviště dětské chirurgie přicházejí pacienti, 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 a pneumothoraxu.

Pleurální výpotek je definován jako abnormální kolekce tekutiny v pleurálním prostoru (obr. č. 1). V různém rozsahu postihuje více než 50% dětí s probíhající pneumonií (někteří autoři popisují výskyt až u 90%). Etiologie je 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 plic do tekutiny v pleurálním prostoru, která má již jiný charakter než prostý výpotek, tedy transsudát (pH pod 7,3, vyšší obsah bílkoviny, počet bílých krvinek nad

1,000/mm³). Druhé stádium je nazýváno fibropurulentní a je charakterizováno bakteriální invazí, další akumulací polymorfonukleárů a fibrínu kolem obou listů pleury, tekutina je hustá a septovaná. Poslední, třetí stádium, je stádium organizace výpotku, kdy dochází k invazi fibroblastů do již velmi husté tekutiny a vzniku pablán a detritu v pleurálním prostoru. Empyém může postihovat difúzně celou pohrudniční dutinu nebo může být ohraničený a lokalizovaný interlobárně, supradiaphragmaticky či mediastinálně.

Další možnou komplikací je vznik **pneumatokél**. Jedná se o tenkostěnný, vzduch obsahující útvar v plicním parenchymu, vznikající 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 se popisuje u více než 50% dětí se stafylokokovou pneumonií a u cca 8% dětí s pneumonií pneumokokovou. Většina z nich má výraznou tendenci ke spontánní regresi během 14 dnů adekvátní léčby, k úplné reabsorpci dochází zpravidla do 12 měsíců. Vzácně může dojít k progresi velikosti pneumatokély a její ruptuře, vzniku pneumothoraxu či bronchopleurální píštěle. Pneumatokély jsou 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 výpotkem s pozitivitou kultivace maximálně v 50% (invazivní infekce nejspíše způsobí zánět a NP, ale nasazená antibiotika již stačí sterilizovat pleurální tekutinu). Přetrvávající febrilie při negativitě kultivací pravděpodobně nejsou způsobeny selháním nasazené antibiotické léčby, ale působením pyrogenních produktů zánětu a tkáňovou destrukcí. Příčinou zvyšujícího se počtu NP 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



Obr. 1: rozsáhlý parapneumonický výpotek vpravo u osmiletého chlapce s pneumokokovou pneumonií



Obr. 2: pětiletý chlapec s pneumokokovou pneumonií s empyémem vlevo, snímek po provedené VATS s rozrušením srůstů, odsátím fibrinových hmot a cílené drenáží

a nekrotizující pneumonie je sice velmi vážná, ale reverzibilní komplikace. Další komplikací empyému, nekrotizující pneumonie či plicního abscesu je i **bronchopleurální píštěl (BPF)**, která může vzniknout spontánně či jako komplikace déletrvajících hrudních drenáží u takto nemocných dětí (zahraničními autory je popisována až u 15% drénovaných). 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 velmi individuální a řídí se vždy aktuálním klinickým stavem nemocného dítěte. Obecně lze říci, že se snažíme o maximálně konzervativní postup, a to i v případech, že

je dítě přeloženo na naše pracoviště s požadavkem na radikální chirurgický zákrok. Základem samozřejmě zůstává intenzivní včasná intravenózní antibiotická léčba podle nejpravděpodobnějšího vyvolavatele. Antibiotika jsou v případě potřeby měněna podle klinického stavu, laboratorních známek zánětu a kulturačních výsledků, u takto komplikovaných případů po konzultaci s antibiotickým centrem. Nedílnou součástí léčby jsou i mukolytika, inhalační terapie a intenzivní dechová rehabilitace, oxygenoterapie a při progresi respirační tísně i umělá 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 depozit a sept.

Co je tedy možné 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 po poslechu nad postiženou stranou hrudníku otevřel hrudní stěnu v místě maximální bolestivosti a zduření, provedl kontrolovanou 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 parapneumonických výpotků tam, kde je pacient dušný a po nasazení antibiotik nedochází ke zlepšení klinického stavu a regresi velikosti výpotku do 24-48 hodin, či při jeho další progresi se zhoršováním celkového stavu. Další terapeutickou možností ve fázi počínající organizace výpotku (druhé stadium empyému) je v poslední době stále častěji indikovaná lokální **aplikace fibrinolytik**, nejčastěji alteplázy (tkáňového aktivátoru plazminogenu, běžně využívaného k intravenózní fibrinolyze u cévních příhod).

Výhodnější než prostá drenáž v léčbě empyému je **thorakoskopicky asistovaná drenáž** (v anglické literatuře souhrnně používaný termín **VATS** = video assisted thoracic surgery) s toiletou pohrudniční dutiny, rozrušením

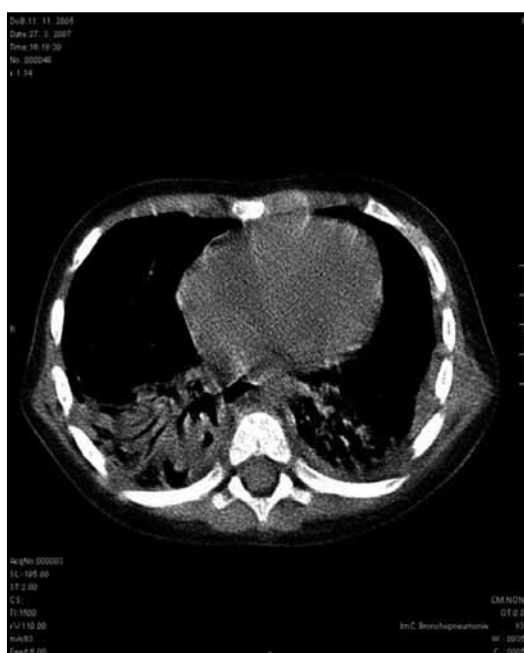
jemných fibrinových sept a cílenou drenáží výpotku (obr. č. 2 a 3). Tato metoda v současné době stojí na pomezí mezi „konzervativní“ a „čistě chirurgickou“ léčbou a ukazuje se být vhodnou metodou v léčbě tam, kde selhává prostá hrudní drenáž s či bez aplikace fibrinolýzy. Časná thorakoskopická revize může dokonce předcházet hrudní drenáž tam, kde je již vstupně přítomna velká septace výpotku (do 48 hodin po přijetí bez předchozí jiné intervence). Výhodou této metody je šetrný přístup do hrudní dutiny, který je spojen s menší pooperační bolestivostí a není zatížen tolika komplikacemi jako klasická thorakotomie. Další v řadě, seřazeno podle míry invazivity, stojí **VAT** (videosistovaná thorakotomie), což je thorakoskopie se současně provedenou minithorakotomií. Tato metoda umožňuje cílené a úplné vyčištění místa s maximem nahromadění empyému s možností manuální lýzy adhezí a odsátí tekutiny. Poslední chirurgickou možností v řadě je klasická **posterolaterální thorakotomie** s toiletou pohrudniční dutiny a možností dekortikace postižené plíce, 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

Naší velmi komplikovanou pacientkou byla 15 měsíců stará, dosud zdravá dívka, která byla v počátku onemocnění hospitalizována na jiném resuscitačním pracovišti pro rozsáhlou pneumokokovou pravostrannou pneumonii s výpotkem. Ta byla i přes včasné zahájenou adekvátní antibiotickou léčbu záhy komplikována rozvojem multiorgánového selhání s nutností umělé plicní ventilace, opakovaných drenáží pohrudniční dutiny a vznikem významného perikardiálního výpotku vyžadujícího drenáž. Popisovaný závažný stav trval celkem měsíc, kdy i po zvládnutí počátečního kritického stavu a přes cílenou antibiotickou léčbu přetrvávala atelektáza dolního laloku vpravo s rozpadovými dutinami (obr. č. 4), intermitentní pneumothorax poukazující na přítomnost perzistující bronchopleurální píštěle, cyklické febrilní špičky a vysoká zánětlivá



Obr. 3: tentýž pacient týden po VATS a odstranění hrudního drénu



Obr. 4: patnácti měsíční pacientka s nekrotizující pneumonií vpravo, CT vyšetření

aktivita. V této fázi byla pacientka přeložena na naše pracoviště s požadavkem na chirurgický zákrok. Zpočátku jsme postupovali konzervativně, po konzultaci s antibiotickým centrem znovu změnili antibiotika, ale pro trvající febrilie, vysokou zánětlivou aktivitu a nelepšící se nálezy na CT vyšetření byla nakonec po týdnu indikována otevřená revize, při které byla po vyčištění pleurálního prostoru provedena lobektomie pravého dolního laloku. Pacientka byla celkem 4 dny ventilována, došlo k rychlému ústupu laboratorních i klinických známek zánětu, rentgeno-

vý i bronchoskopický nálezy byly velmi příznivé a dívka byla bez komplikací extubována. Propuštěna byla 19. pooperační den do domácí péče v dobrém klinickém stavu a při následujících ambulantních kontrolách se jí dařilo velmi dobře. Uvedená kazuistika nemá za cíl zpětně hodnotit zvolený postup, pouze poukazuje na složitost indikace a načasování vhodné chirurgické intervence u takto komplikované pneumonie.

■ Závěr

Z provedených zahraničních studií jasně vyplývá, že při vzniku nekrotizující pneumonie je namísto co nejkonzervativnějšího postupu a není žádná indikace k časné chirurgické intervenci ve smyslu thorakotomie a eventuální resekce rozpadem postižené tkáně. Dále existují práce poukazující na výhody časně provedené thorakoskopické revize a cílené hrudní drenáže, která prokazatelně zkracuje dobu hospitalizace, snižuje počet febrilních dnů, diskomfort pacientů a též celkové náklady na léčbu. Z těchto prací však také vyplývá, že neexistují jasná kritéria predikující primární thorakoskopickou revizi jako první linii léčby. Naproti tomu další práce poukazují na výhodu hrudní drenáže s instilací fibrinolytik, v současné době prakticky výhradně tkáňového aktivátoru plazminogenu, který zvyšuje výtěžnost drenáže, může být efektivní u velkého počtu dětí a může tak být bezpečnou a levnější variantou léčby snižující potřebu další chirurgické intervence. Obě možnosti se týkají zejména fibropurulentního stádia empyému. Shrnutím výše uvedeného je zřejmé, že indikace k zavedení prosté hrudní drenáže jsou celkem zřejmé, co však zůstává nadále předmětem diskuzí jsou kritéria pro lokální aplikaci fibrinolytik a provedení časně chirurgické intervence typu thorakoskopické revize a cílené drenáže (VATS). Jak bylo zmíněno v úvodu, postup je vždy velmi individuální s přihlédnutím k aktuálnímu klinickému stavu našeho pacienta a jistě i k možnostem daného pracoviště. Léčba komplikované pneumonie by měla být vždy komplexní a vyžaduje úzkou spolupráci dětských pneumologů, intenzivistů a chirurgů při rozhodování o nejvhodnějším postupu.

Práce vznikla za podpory VZ MZ ČR číslo 6309.



Poruchy vyprazdňování mekonia

MUDr. Pavel Rejtar PhD.

Radiologická klinika FN Hradec Králové

Úvod: Fyziologický novorozenec má po narození první stolici charakteristického vzhledu, která se nazývá smolka - mekonium. Tato směs epitelů a produktu střevních žláz má hnědočernou barvu, je výrazně hustá a vazká. Za normálních okolností většina novorozenců vyloučí mekonium během prvního dne po porodu.

Poruchy vyprazdňování mekonia se mohou projevit jako mekoniový ileus nebo syndrom mekoniové zátky. V obou případech je střevní obstrukce způsobena abnormálně zahuštěným mekoniem, které pevně lpí na stěně střevní. Mekoniový ileus bývá lokalizován v distálním ileu a je téměř vždy spojen s cystickou fibrózou. Při syndromu mekoniové zátky bývá smolka v tračníku, nejčastěji jde o důsledek nezralosti gangliových buněk střeva.

Další častou příčinou opožděného vyprazdňování mekonia je Hirschprungova nemoc.

■ Historie

O vztahu mezi cystickou fibrózou a mekoniovým ileem se v roce 1805 jako první zmínil Landsteiner. Cystickou fibrózu vědecky popsal v roce 1938 patologka Andersonová. Skutečnou souvislost mezi cystickou fibrózou a mekoniovým ileem prokázal v roce 1944 Farber, který zavedl termín mukoviscidóza.

Syndrom mekoniových zátek popsal Clatworthy v roce 1956 a považoval jej za důsledek nižšího obsahu trypsinu v první porci mekonia. Dnes převládá názor, že příčinou je funkční neuromuskulární nezralost tračníku.

■ Výskyt

Mekoniový ileus se vyskytuje asi u 10-20 % dětí s diagnózou cystické fibrózy. Pokud má dítě mekoniový ileus, jedná se v 90-95 % o první projev cystické fibrózy. Celkový výskyt mekoniového ileu se uvádí asi 1:1000 porodů. Výskyt cystické fibrózy je 1:2500-3500 porodů s výraznou převahou bílé rasy. Nejvíce postižených CF je ve střední a severní Evropě. Ročně se u nás rodí 35-45 dětí s tímto onemocněním, dědičnost je autosomálně recesivní. Syndrom mekoniové zátky se vyskytuje obvykle u nezralých novorozenců. Mekoniová zátka může být různě dlouhá a může být uložena kdekoli v tračníku. Častěji bývají postiženy děti diabetických matek (insulinodependentních) a děti s hypermagnezemií po léčbě eklampsie matky.

■ Etiopatogeneze

Při mekoniovém ileu je několik pretermiálních kliček ilea vyplněno smolkou, terminální klička ilea je kolabovaná, vyplněná ble-

dou stolicí nebo hlenem. Kličky ilea vyplněné hustou, přilnavou smolkou jsou dilatované. Smolka adhezuje ke stěně střevní pravděpodobně pro insuficienci žlázek, peristaltika je minimální. Mekoniový ileus se může komplikovat perforací, atrezií nebo volvulem. Při perforaci in utero dochází k mekoniové peritonitidě.

Mekoniový ileus může být tedy nekomplikovaný nebo komplikovaný. U nekomplikovaného ileu je obstrukce způsobená vazkým, zahuštěným mekoniem, které pevně lne ke stěně středního a distálního ilea. Postupně dochází k sekundární dilataci střeva před překážkou. Distální kličky ilea a tračník jsou kolabované, vzniká obraz mikrokolon. Komplikovaný mekoniový ileus je důsledkem proběhlé intrauterinní perforace střeva s následnou mekoniovou peritonitidou, která může být příčinou sekundární atrezie kterékoli části střeva. Dále můžeme nalézt kalcifikace v dutině břišní, které jsou při cystické fibróze v intramurální části střev, méně často je nacházíme na seróze peritonea. V důsledku neuzavřeného peritoneálního recesu mohou být u chlapců kalcifikace i ve skrotu. Nejméně častým nálezem je intraperitoneální cista, která je tvořená v podélné ose přetočeným střevem na konci uzavřeným nebo krytou píštělí střeva ústící do cysty.

Syndrom mekoniové zátky je způsoben zahuštěním mekonia obvykle v tračníku. Nejčastěji se vyskytuje u nezralých novorozenců. Mekoniová zátka může být různě dlouhá a může být uložena kdekoli v tračníku. U nezralých novorozenců může být mekoniová zátka způsobena přechodným zúžením

aborálního tračníku, pak mluvíme o syndromu úzkého levého tračníku, jehož tranzitorní zóna je v oblasti lienální flexury. Můžeme se setkat i s názvy syndrom mekoniové zátky, syndrom zadrženého mekonia, syndrom inspirovaného mekonia nebo mekoniová nemoc. Příčinou je nezralost gangliových buněk submukózního a myenterického plexu střeva. Jedná se tedy o různé projevy nezralosti tračníku. Histologické změny ve vyrávání gangliových buněk byly prokázány ve střevě podle změn distribuce katepsinu D, který byl u nezralých dětí v době zakládání ileostomie při syndromu mekoniové zátky v perinukleární cytoplazmě, při zanořování ileostomie byl v celém objemu cytoplazmy.

V některých případech se u těchto dětí prokáže v pozdějším období Hirschprungova nemoc. Opožděná pasáž mekonia může být způsobena jinými faktory, které ji přímo ovlivňují: hypoxií, hypotermií, některými léky, traumatem apod.

■ Klinický obraz

Normální pasáž mekonia je u více než 90 % novorozenců do 24 hodin po porodu, všechny děti musí vyloučit smolku do 24-36 hodin. U nezralých novorozenců se tento interval může prodloužit podle stupně nezralosti na několik dnů (až 6), nesmí se však při krmení dítěte objevit známky střevní neprůchodnosti.

Opožděné vylučování mekonia se projevuje krátce po porodu jako syndrom velkého břicha. Bříško novorozence se postupně zvětšuje a je vzedmuté. Dítě zvrací nejprve obsah žaludeční, postupně i smíšený se žlu-



Obr. 1: Kontrastní náplň tračníku s defektem pruhu mekonia, tračník má normální průsvit. Dystopie céka uloženého pod transversem při malrotaci.



Obr. 2: Kontrastní náplň tračníku vyplněného mekoniem v celém rozsahu. Mikrokolon při atrezii ilea.



Obr. 3: Syndrom úzkého levého tračníku u nezralého novorozence - přechodová zóna pod lienální flexurou.

čí. Příznaky ukazují na překážku v oblasti ilea. Smolka neodchází vůbec nebo jen zaslá v malém množství z distálních částí tračníku. Může být přítomna snížená hladina vitamínu K projevující se zvýšenou krvácností.

Tato klasická triáda příznaků se vyskytuje však jen u necelé poloviny všech případů. V ostatních případech dominuje zvětšené břicho, polovina dětí zvrací a jen třetina má opožděné vyprazdňování mekonia.

■ Diferenciální diagnostika

Obdobné klinické příznaky jako u mekoniového ileu nebo mekoniové zátky jsou přítomny u atrezií trávicí trubice na tenkém střevě a tračníku včetně anorektálních malformací. Z funkčních poruch se takto projevuje úplná aganglionóza tračníku s tranzitorní zónou v distálním ileu (asi 5 % všech M. Hirschsprung), kde je rentgenologicky nález shodný jako při mekoniovém ileu - dilatované kličky před terminálním ileem a kolabované terminální ileum včetně tračníku. Zvláštní skupinou jsou neuronální intestinální dysplazie (NID nebo IND), u kterých jsou přítomny abundantní gangliové buňky v submukóze. Tato heterogenní skupina má často v předchorobí nezralost provázenou syndromem úzkého levého tračníku, syndrom mekoniové zátky nebo jiné obstrukční gastrointestinální abnormality. Neuronální intestinální dysplazie není spojena s Hirschprungovou nemocí, neurofibromatózou (NF) nebo mnohočetnou endokrinní neoplazií (MEN) a jedná se o samostatný definovaný klinický a histopatologický název.

■ Diferenciální diagnostika přechodných poruch střevní pasáže novorozenců

- 1) střevní dystonie novorozenců
- 2) syndrom mekoniové zátky - nesmí se zaměnit s mekoniovým ileem novorozenců při CF
- 3) syndrom úzkého levého tračníku - častěji děti diabetických matek, děti po porodu císařským řezem - příčinou je neuromuskulární nezralost s přechodnou hypofunkcí nebo úplnou afunkcí při normálním počtu gangliových buněk a zvýšenou aktivitou acetylcholinesterázy

■ Patologické funkční stavy tračníku

Abnormální plexus myentericus

- Hirschsprungova nemoc
- neuronální intestinální dysplazie (spolu s MEN 2 nebo NF)
- viscerální neuropatie
- postižení léky nebo hypoxií

Normální plexus myentericus

- novorozenecká funkční nezralost tračníku (synonyma: úzký levý tračník, sy. Mekoniové zátky)
- mikrokolon nezralých novorozenců (VLBW), (synonyma: funkční nezralost, mikrokolon nedonošených)
- megacystis-microcolon-intestinal-hypoperistalsis syndrom

■ Indikace k intervenčnímu výkonu

Hlavní indikací výkonu je opožděné vyprázdnění mekonia a zvětšování břicha. K uvolnění zahuštěného mekonia používáme diagnosticko-terapeutického irigografického vyšetření. Použití hyperosmolární kontrastní látky v nálevu se sekretolytikem usnadní odloučení mekonia od stěny a umožní jeho vypláchnutí. U nezralých novorozenců má být pokus k odstranění mekonia nálevem učiněn vždy. Nálev můžeme provést, pokud



Obr. 4a-c: Nativní snímek u výrazně nezralého novorozence s výraznou dilatací střevní kličky ve střední části břicha (4a). Kontrastní náplň štíhlého tračníku vzhledu mikrokolon bez defektu v náplni. Plní se apendix a dochází k refluxu do štíhlé terminální kličky ilea (4b). Plnění štíhlých aborálních kliček ilea s defekty v náplni (4c). Postupně pronikání až do dilatované kličky, během vyšetření odchází inspirované mekonium. Mekoniový ileus s později prokázanou cystickou fibrózou.

není přítomna komplikace, např. volvulus nebo perforace střeva.

■ Kontraindikace

Kontraindikací výkonu je komplikace vyžadující chirurgický zákrok – pneumoperitoneum, volvulus tenkého střeva, atřezie. Výrazná dilatace některé části tračníku nebo tenké kličky není kontraindikací.

■ Zobrazovací metody

Nativní rentgenogram u zdravého novorozence ukáže proplynování tenkých kliček do 12 hodin od porodu, za 24 hodin je plynem naplněn tračník včetně ampuly rekta.

V případě mekoniového ileu jsou na snímku břicha četné dilatované kličky zejména v horní polovině břicha (jejunum). Někdy lze pozorovat v oblasti terminálních kliček ilea pěnovité útvary smíšeného mekonie s plynem, které se dříve považovaly za patognomické. Přítomné kalcifikace na snímku břicha u novorozence nutí myslet na komplikaci mekoniového ileu, obvykle nitroděložní perforaci s kalcifikacemi po proběhlé mekoniové peritonitidě. U novorozence nelze spolehlivě z nativního rentgenového snímku určit, která klička patří tračníku, vyjma ampuly rekta.

Ultrasonografie není u těchto diagnóz zásadně přínosná, jako doplňková metoda se využívá k vyloučení komplikací opožděného vyprazdňování mekonie, ne k vlastní diagnóze.

U mekoniového ileu prokážeme při irigoskopii mikrokolon nebo obraz „nepoužívaného“ tračníku. Přítomnost většího množství hladinek v tenkém střevě a mikrokolon celého tračníku musí vždy upozornit na možnou kombinaci mekoniového ileu s ileocékální atrezií. Proto je třeba diferenciatně diagnosticky vyloučit aganglionózu celého tračníku a atrezií ilea.

U syndromu mekoniové zátky jsou často dobře vidět tubulární defekty v náplni tračníku nebo distálního ilea způsobené mekoniem. Spirálovitý vzhled distálního ilea je vždy podezřelý z volvulu.

■ Praktické provedení výkonu

Nezbytným předpokladem je dobrá hydratace pacienta, protože hyperosmolární kontrastní látka způsobí přesun intravaskulární tekutiny do lumen střeva. Není jednotný názor na účelnost aplikace vitamínu K před výkonem. Důležité je provedení zákroku co nejdříve, v pozdějším období po uplynutí 48 hodin vzrůstá počet komplikací. Intervenční zásah spočívá především v šetrném rektálním nálevu pod skiaskopickou kontrolou.

Nálev je směsí vodné (ionální) hyperosmolární kontrastní látky (osmolalita 1860-2390 mOsm/kg), sekretolytika a fyziologického nebo Hartmanova roztoku rozdělené přibližně na tři stejné díly. Koncentrace roztoku je dostatečná k vyvolání osmotického průjmu a naředění zahuštěného mekonie. Srovnatelných výsledků lze dosáhnout bez

použití sekretolytika (mukolytika) nebo jeho nahrazením surfaktantem. Nevhodné je použití barya pro jeho působení v peritoneální dutině v případě perforace střeva. Důležitá je tělesná teplota roztoku – u novorozenců může dojít snadno k podchlazení!

Po aplikaci nálevu dochází k sekreci tekutiny do lumen střeva s následným uvolňováním adhezaného mekonie. Objem tekutiny je získán z intravaskulárního objemu, proto je třeba dbát na dobrou hydrataci pacienta. Vyšší koncentrace kontrastní látky zvyšuje rizikovost metody – může způsobit hypovolemický šok!

U syndromu mekoniové zátky bývá zásah téměř vždy úspěšný, u nezralých novorozenců může k vyprazdňování mekonie docházet postupně. Obtížnější je výplach mekonie u mekoniového ileu, protože je třeba překonat odpor mikrokolon a tuhé mekonie. Je třeba nálev dostat až do kličky ilea. Proto aplikujeme nálev opakovaně stříkačkou pod tlakem pomocí Foleyova katetru.

Neionická jódová kontrastní látka je šetrnější ke střevní sliznici a předchází dehydrataci. Pokud není úprava střevní průchodnosti úplná, lze rektální nálev opakovat individuálně podle rentgenového a klinického obrazu. Pokud je konzervativní léčba neúspěšná, je indikována operace s resekcí postižené části střeva a založení dočasné ileostomie.

■ Příčiny nejčastějších selhání a komplikací intervenční metody

Hlavní komplikací chronického tlaku smolky na střevní stěnu je nekróza, gangréna nebo perforace. Tyto komplikace se uvádějí ve čtvrtině až polovině případů. I při opatrném podávání nálevu může dojít k perforaci střeva, z tohoto důvodu se nedoporučuje použití barya. Pokud se ani opakovanými nálevy nedaří smolku uvolnit, je indikována operační revize.

■ Zhodnocení metody

Použití vodné kontrastní látky je nejlepší a bezpečnou diagnosticko-terapeutickou metodou ke zhodnocení morfologie tračníku případně terminálních kliček ilea. Podle místa obstrukce se jedním nebo opakovanými rektálními nálevy obvykle podaří mekonium uvolnit. Následně chirurgické řešení vyžaduje jen malé procento novorozenců s touto diagnózou.



Invaginace a nechirurgická desinvaginace u dětí

MUDr. Pavel Rejtar PhD.

Radiologická klinika FN Hradec Králové

Úvod: Invaginace patří k nejčastějším příčinám akutní střevní neprůchodnosti u malých dětí. Dochází při ní k teleskopickému zasunutí různě dlouhého úseku střeva do sousední aborální části. Vchlípené střevo se obrací „naruby“ a jeho sliznice směřuje uvnitř aborálního úseku střeva zevně.

V běžné komunikaci i v literatuře bývá sémanticky správný termín intususcepce označen jako invaginace. Oba názvy označují stejný děj. Zevní část se označuje jako invaginans nebo intususciplens, vsunutá část je invaginatum nebo intususceptum (intussusceptió – intus dovnitř, suscipere podchytit).

■ Historie

Pravděpodobně poprvé popsal invaginaci v roce 1674 Paul Barbette. Odlišil ji od střevní neprůchodnosti z jiných příčin a doporučil operační desinvaginaci. J. Hutchinson v roce 1873 provedl první úspěšnou operaci invaginace u dvouletého dítěte. V 19. století byla invaginace téměř vždy smrtelná i přes pokusy o její léčbu rektálními nálevy nebo insuflací vzduchu, které již v roce 1836 zkoušel Mitchel. Sérii úspěšných desinvaginací rektálním nálevem provedl dánský pediatr H. Hirschprung, který v roce 1876 popsal metodu její hydrostatické redukce. Ladd zavedl v roce 1913 do praxe diagnostickou irigoskopii.

V našich zemích jsou první literární zmínky o invaginacích a desinvaginacích v Časopise lékařů českých hned na počátku 20. století. Terapeutický rektální nálev se i u nás prováděl v době, kdy se invaginace ještě nevyšetřovala rentgenem. Diagnóza a léčba byly v té době výhradně doménou chirurgů bez přispění rentgenové diagnostiky. Mortalita tohoto stavu byla vysoká, teprve v polovině 20. století klesá úmrtnost k nule. Diagnostika invaginace je dnes především ultrazvuková. Od počátku minulého století však trvá diskuze o nejlepší způsobu provedení nechirurgické desinvaginace. Přehledná sdělení s vyčerpávajícím přehledem literatury (Daneman 2003, del-Pozo 1999) neprokazují zásadní rozdíl mezi desinvaginací prováděnou tekutinou nebo vzduchem.

■ Výskyt

V kojeneckém a batolecím věku je invaginace nejčastější náhlou příhodou břišní, která vede ke střevní neprůchodnosti. Maximum

výskytu je mezi 6.-24. měsícem života, vzácně u novorozenců. Mezi 3-9 měsíci se vyskytuje asi 50 % invaginací, do 2 let 80 %. Chlapci bývají postiženi 2-5x častěji než dívky. Sezónní maxima jsou v jarních a podzimních měsících. Nejpravděpodobnější příčinou „idiopatických“ invaginací může být zesílení stěny ilea a mezenterální lymfadenopatie prokázaná při nebo po virové infekci respiračního nebo gastrointestinálního traktu.

Podle lokalizace se rozeznávají invaginace enteroenterální, nejběžněji ileoileální při zasunutí orálního tenkého střeva do jeho aborálního úseku. Nejčastější formu je invaginace ileocékální s vchlípením distální částí ilea do céka. Přesněji se jedná buď o čistou ileokolickou formu nebo o kombinaci ileo-ileokolickou. Hlava invaginátu se může dále posouvat i s tračníkem v jeho ascendentní části aborálně až do oblasti transverzální nebo descendentní. V extrémních případech může prolabovat transrektálně. Poslední nejméně častou formou je invaginace kolokolická (invaginatio colica). Tato forma se vyskytuje nejčastěji v Africe a v Evropě je vzácná.

Invaginace u dětí je vždy sestupná (prográdní) a odpovídá směru normální peristaltiky.

■ Etiopatogeneze

K invaginacím může docházet bez zjevné příčiny a bez prokazatelného vedoucího bodu. Takové invaginace nazýváme idiopatické. Ostatní invaginace tažené vedoucím bodem označujeme jako sekundární. Vedoucím bodem invaginace může být zvětšená uzlina, Meckelův divertikl, enterogenní nebo duplikační cista, polyp nebo nádor. Častěji se invaginace vyskytují při někte-

rých hematologických onemocněních, např. Henoch-Schönleinově purpře, hemofilii nebo lymfomu (non-Hodgkinova typu), rovněž při postižení střeva u céliakie, neutropenické kolitidy nebo cystické fibrózy. U idiopatické invaginace je velmi často v předchodby údaj o proběhlém průjemovitém onemocnění u dítěte nebo o infektu horních dýchacích cest. Vysvětluje se zbytněním Peyerských plaků terminálního ilea a uzlin v mezenteriu. Predisponujícími faktory jsou délka a fixace mezenteria.

■ Mechanismus vzniku

Důležitým předpokladem pro vznik invaginace je usilovná střevní peristaltika a současná nerovnováha koordinace jednotlivých vrstev střevní svaloviny. Při urychlené peristaltice vznikají invaginace poměrně často, ale rychle se spontánně reponují. Při spasmu krátkého úseku střeva může být tato část vtlačena do aborálního úseku a peristaltikou se posouvá dále. Proto vznikají invaginace častěji při poruchách trávení provázených průjmem, zejména v kojeneckém a batolecím období. Jestliže invaginace trvá delší dobu a propaguje se dále aborálním směrem, dochází v intususceptu k druhotným změnám a intususcepce se fixuje. Tento stav podle délky svého trvání významně ztěžuje až znemožňuje pozdější repozici.

V rozsahu invaginace má tedy střevo trojitou stěnu. Přejít intususciplens do zevní stěny intususcepta tvoří krček invaginace. Přejít zevní stěny intususcepta do jeho vnitřní stěny je vrchol (hlava) intususcepta. Mezi vnější a vnitřní stěnou intususcepta je vtlačena příslušná část mezenteria s cévami.

Důsledkem intususcepce je tedy porucha

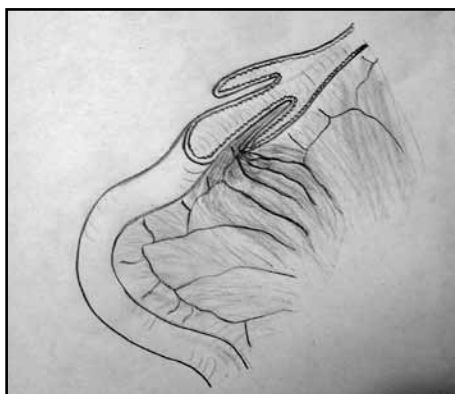
pasáže s projevy mechanického ileu, přestože průchodnost střeva může zůstat v počátečních fázích invaginace zachována. Posun střeva aborálně spolu s vtahováním mezenterálních cév vede k jejich kompresi. Při delším trvání dochází k poruchám krevního oběhu v intususceptu, které mohou skončit ireverzibilními změnami. Část mezenteria příslušející invaginátu je vtažena do šterbinovité vchlípeniny mezi stěnou intususcepta a intususcipienta a mezenterální cévy, vyživující intususceptum, jsou tak uskřínuty. Nejprve dochází k pasívní hyperémii s rozvojem edému, později se rozvíjí hemoragická infarzáce až nekróza střeva. Největší změny jsou vždy v apikální části intususcepta, které je při chirurgické i nechirurgické repozici nejnáchylnější k perforaci.

■ Klinický popis onemocnění

Hlavními klinickými projevy invaginace jsou bolest, zvracení, známky střevní neprůchodnosti, krev ve stolici a nález hmatné rezistence v dutině břišní. Všechny tyto příznaky však bývají přítomny u méně než poloviny pacientů s diagnózou invaginace.

Nejdříve se objevují kolikovitě bolesti břicha často s přitahováním dolních končetin. Tošovský popisuje tuto bolest jako záchvatovitou, kolikovitou, krutou, intermitentní a šokující. Nápadné je, že se objevuje náhle, z plného zdraví a bez prodromů. V záchvatu této bolesti dítě zbledne, hlasitě nařká a je výrazně neklidné. Záchvat bolestí trvá několik vteřin až minut a je následován obdobím klidu, kdy si dítě může začít hrát nebo usíná, takže v mezidobí nečiní dojem nemocného jedince. Toto klidové období trvá několik minut a celý výjev se opakuje.

Dalším příznakem je zvracení, které ještě není důsledkem střevní neprůchodnosti, ale spíše projevem peritoneálního (vagového) dráždění. Při tomto reflektorickém zvracení bývá v žaludečním obsahu přítomna žluč. Na počátku onemocnění může mít dítě ještě normální stolici s normálním odchodem plynů, které se vyprazdňují z části střeva pod překážkou. Při dráždění tračníku objemným invaginátem s reflexní transudací tekutiny se u malého procenta kojenců může objevit paradoxně průjem. Další významný náález uváděný jako patognomický pro invaginaci, je náález hlenu s příměsí krve vzhledu malinového želé ve stolici. Při déle trvající invaginaci se krev objevuje až v 90 % případů. Poslední ze čtveřice hlavních příznaků je náález hmatné rezistence v dutině břišní, nejčastěji v pravém horním kvadrantu. Z dalších celkových proje-



Obr. 1: Schéma invaginace



Obr. 2: Ultrazvukové vyšetření – detailní obraz invaginátu: vpravo komprimované střevo s normálním obrazem jednotlivých vrstev, vlevo nahoře hypoechogenní uzlina, echogenní edematózní mezenterium. Invaginát je pod játry (levý okraj obrázku).

vů mohou být přítomny tachykardie, teplota, později hypotenze a postupně se rozvíjí letargie a prostrace. Některé invaginace mohou spontánně vymizet, jak bylo pozorováno některými autory v reálném čase při ultrazvukových vyšetřeních nebo peroperačně.

■ Diferenciální diagnostika

Podobné klinické příznaky se mohou vyskytovat jak u mezenterální lymfadenitidy, gastroenteritidy nebo enterokolitidy (nejčastěji), tak při zánětu apendixu nebo Meckelova divertiklu, uskřínuté kýle, torzi varlete nebo ovaria, volvulu, úrazu nebo Henoch-Schönleinově purpře.

■ Indikace k intervenčnímu výkonu

Obecně je pokus o nechirurgickou desinvaginaci indikován vždy při prokázané invaginaci, pokud není kontraindikace výkonu. Ileus při invaginaci není kontraindikací výkonu, stává se vlastně jeho hlavní indikací.

Kontraindikací nechirurgické desinvagi-

nace jsou známky peritonitidy, pneumoperitoneum nebo jiné projevy perforace střeva a šokový stav pacienta. Asi u poloviny pacientů s invaginací se při ultrazvukovém vyšetření najde volná tekutina v dutině břišní, která obvykle nesouvisí s perforací střeva ani s peritonitidou.

Vzhledem k nejistému výsledku nechirurgické desinvaginace a možným komplikacím výkonu je třeba zajistit chirurgické zázemí tohoto výkonu.

■ Zobrazovací metody

Nativní rentgenový snímek břicha patří k vyšetřovací metodě, která je na mnoha pracovištích při ultrazvukem prokázané invaginaci vynechávána. Může posoudit proplynování zažívacího traktu, zhodnotit případnou dilataci kliček a určit předpokládané místo překážky. Nativní snímek břicha může být zejména v krátké době od začátku symptomů, ale i později zcela negativní. Nápadné bývá chybění plynové náplně v pravé polovině břicha. Důležité je pamatovat, že normální snímek břicha nevylučuje invaginaci! V éře před rutinním využíváním ultrasonografie bylo důvodem snímkování také vyloučení přítomnosti volného vzduchu v dutině břišní při eventuální perforaci GIT. Je však třeba mít na mysli, že perforace intususcepta nemusí tak být vůbec odhalena! V současnosti jsou perforace a pneumoperitoneum v době stanovení diagnózy naštěstí zcela výjimečné. Podle doby trvání obstrukce jsou přítomny i známky různě rozvinutého ileu. V časných stádiích bývá normální proplynování tenkých kliček bez jejich dilatace až po výraznou pneumatózu dilatovaných kliček s hladinkami.

Ultrazvukové vyšetření je v současné době základní zobrazovací metodou invaginace. Toto vyšetření umožňuje lokalizovat místo a celkovou velikost invaginátu. Doplněné dopplerovské vyšetření zhodnotí průtoky střevem. Další výhodou je možnost sledování průběhu hydrostatické repozice invaginace v reálném čase. Ultrasonografie pro svoji vysokou senzitivitu a specifitu má být vždy využita při podezření na invaginaci. Nacházíme příznak terče nebo býčího oka v příčném řezu a příznak ledviny nebo sendviče v podélném řezu s centrální echogenní mukózou a hypoechogenní stěnou. V hlavě invaginátu lze obvykle v centrální části nalézt zvětšenou lymfatickou uzlinu, která pravděpodobně bývá vedoucím bodem. Tento vedoucí bod zobrazí ultrasonografie až v 70 % všech případů, zatímco vedoucí bod při irigografii vodním kontras-



Obr. 3 a,b: Různé typy defektů v náplni u diagnostikované invaginace – nález při irigoskopickém vyšetření.

tem prokážeme ve 40 % případů a při použití vzduchu jen u 10 % pacientů. Varovným příznakem je ztráta toků v invaginátu při dopplerovském ultrasonografickém vyšetření. Tento příznak však asi ve třetině případů selhává a naopak při dopplerovskými průkazných tocích již může být přítomna fokální nekróza střeva nebo perforace. Dalším prognosticky nepříznivým faktorem pro úspěšnou desinvaginaci jsou široké, hypoechogenní vrstvy stěny střeva invaginátu se setřelou strukturou.

Pokud není nativní rtg snímek ani ultrasonografické vyšetření diagnostické a trvá klinické podezření na invaginaci, je potřeba vyloučit invaginaci irigoskopickým vyšetřením s jednoznačným průnikem kontrastní látky do kliček ilea.

■ Praktického provedení výkonu

Obecné principy: hlavním cílem nechirurgické desinvaginace je repozice intususcepta do původní pozice tlakem nálevu nebo vzduchu na vrchol invaginátu. Výsledek desinvaginace a riziko perforace závisí na délce trvání symptomů, je přímo úměrný použitému tlaku a nezávisí na použitém médiu. Experimentální studie prokázaly, že tlak nepřesahující 120 mm Hg pro tekutiny a 108 mm Hg pro vzduch nezpůsobí u zvířat perforaci tračníku. Přitom tlak 120 mm Hg

odpovídá sloupci 1000 mm barya a sloupci 1500 mm vody (naředěný vodný kontrast nemá zásadní vliv na tlak). Aby bylo těchto tlaků dosaženo, je třeba při rektálním nálevu použít dostatečně široké rektální rourky. Při nálevu je lepší použití širší rektální rourky než zvýšení gradientu vyšší polohou zásobního vaku. Tlak tekutiny je mnohem konstantnější, než tlak vzduchu při insuflaci. Dosud není jednotný názor na počet opakování nálevů ani celkovou délku trvání vlastní desinvaginace, použití premedikace nebo analgosedace, použití balónové rektální rourky (Foleyova katetru) a palpační manipulaci břicha při repozici. Odráží to skutečnost, že chybějí větší studie, které by zhodnotily všechny tyto faktory. Někteří autoři uvádějí neomezený počet pokusů, jiní opakují neúspěšnou desinvaginaci po několika hodinách s cílem zlepšit počet úspěšných desinvaginací. Vlastní tlak na invaginát nemá trvat déle než 3 minuty. Obecně přijímané pravidlo „3“ platné pro hydrostatické redukce: 3 pokusy s trváním 3 minuty každého pokusu a nálevem ve výšce 3 stop (asi 1 m). Na mnoha pracovištích je toto pravidlo používáno jako doporučení, ne jako závazné nařízení. Přesto mnoho zkušených pediatrických radiologů používá vyšších tlaků s délkou trvání pokusu 9-15 minut bez vyššího počtu komplikací. Použití analgosedace však podléhá místním zvykům pracoviště, na našem pracovišti ve FN výkon provádíme v celkové analgosedaci. Celková anestézie podle našich i literárních zkušeností nemění úspěšnost výkonu. Komfort pro stresované dítě i ošetřující personál je však jistě větší.

K recidivě invaginací může docházet až u 10 % dětí po předchozí desinvaginaci a to prakticky v kterémkoli následujícím období. Tento stav není kontraindikací další nechirurgické desinvaginace.

■ Úspěšná desinvaginace

Desinvaginaci považujeme za úspěšnou a výkon můžeme ukončit tehdy, pokud dochází k volnému plnění tračníku s refluxem kontrastní látky do ilea. Vymizí defekt v náplni tračníku při skiaskopii a invaginát při ultrazvukové kontrole, může přetrvávat edém chlopně.

Jestliže se po desinvaginaci znovu objeví bolesti nebo příznaky ileu, je třeba ihned zopakovat ultrazvukové nebo irigoskopické vyšetření!

■ Prognóza

Neléčená invaginace u dětí je téměř vždy



Obr. 4 a-c: Ukázka úspěšné desinvaginace. Invaginát v oblasti vzestupného tračníku (4a), postupná repozice s přechodnou stagnací před edematózní Bauhinskou chlopní (4b), reflux do několika preterminálních kliček ilea s kompletní repozicí střeva po úspěšné desinvaginaci (4c).

fatální. Šance na úspěšnou nechirurgickou repozici jsou v přímém vztahu k trvání invaginace. Nejlepší výsledky jsou při desinvaginaci provedené do 24 hodin od prvotních příznaků. Při enteroragii trvající déle než 24 hodin procento úspěšných desinvaginací významně klesá. Nechirurgicky reponovaná invaginace se může opakovat v 5-10 % případů, po chirurgické desinvaginaci asi ve 2-5 %. Nejčastěji dochází k recidivě do 24-48 hodin po desinvaginaci. Kumulativní riziko pozdních komplikací (adhezí, volvulu) po chirurgické desinvaginaci se uvádí mezi 3-6 % případů.

Pfizer - Prevenar

Aspirační bronchopneumonie u dívky s purgativní formou mentální anorexie

Sulek Š.¹, Koťátko P.¹, Kratochvíl-Vaněčková G.², Koutek J.², Kabíček P.¹

¹Klinika dětského a dorostového lékařství, 1. LF UK a VFN, Praha

²Dětská psychiatrická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha

Souhrn: Spontánní i navozené zvracení je častým projevem purgativních („očišťovacích“) forem poruch příjmu potravy. U těchto forem se častěji setkáváme s abúzem návykových látek. Prezентujeme kazuistiku 16-leté dívky s mentální anorexií, u které byla provedena bronchoskopie pro difuzní nálezy pravostranných chrůpků při rozvíjejícím se respiračním infektu s nevýrazným rentgenovým nálezem. Důvodem se ukázala aspirace žaludečního obsahu při zvracení. Odsátí aspirátu zlepšilo dívčin klinický stav a zabránilo rozvoji rozsáhlejší aspirační bronchopneumonie.

Klíčová slova: mentální anorexie, adolescence, abúzus návykových látek, zvracení, bronchoskopie.

Úvod

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou typickou problematikou adolescentního věku. Od poloviny 80. let, do poloviny 90. let 20. století stoupl počet hospitalizací v ČR pro mentální anorexiu (MA) trojnásobně, pro mentální bulimii (MB) čtrnáctinásobně. V evropské adolescentní populaci je 0,3 - 1% děvčat s MA a pravděpodobně několikanásobný počet trpí MB. Se zvýšeným počtem případů PPP je třeba očekávat i nárůst komplikací, které mohou postihnout všechny orgánové systémy. Dosud málo popisované jsou respirační komplikace, v našem případě uvádíme aspirační bronchopneumonii.

Vlastní kazuistika

16letá dívka byla poslána k hospitalizaci svým praktickým lékařem pro děti a dorost pro čtyři dny trvající kašel a den trvající febrilie s poslechové nálezem pravostranné bronchopneumonie.

Poslední dva roky byla ambulantně sledována pro purgativní podtyp MA (diagnostická kritéria viz tab. 1). Pro nespokojenost s výsledky ambulantní péče toto sledování přerušila.

Problémy s jídlem začaly při přechodu ze základní na střední školu, při váze 50 kg/156 cm (75. proporční percentil váha/výška) restringovala stravu, jedla jen kuřecí maso a nízkotučné jogurty, při maximu restrikce jedla jen bílý jogurt. Excesivní cvičení popírala. Po jídle měla výčítky, přiznala zvracení 1x týdně po přejedení. Rok trvala sekundární amenorea. Postupně zhubla o 12 kg. Suicidální myšlenky popírala, ale v okamžiku, když byla poslána k současné hospitalizaci, vyhrožovala rodičům, že „sní prášky“.

Rodiče jsou 4 roky rozvedeni, dívka žije s matkou, jejím přítelem a mladším bratrem. Matka si v dospívání několik let vyvolávala zvracení, pro PPP se však neléčila. Dvacetiletá sestra pacientky byla hospitalizována na psychiatrické klinice pro PPP. Otec je sledován po prodělané hepatitidě C, 15letý bratr má ADHD se specifickou poruchou učení.

Dívka studovala pedagogické lyceum,



Obr. 1: Vstupní RTG snímek hrudníku. Ložisko zastřené vpravo basálně parakardiálně a bohatší hilová kresba oboustranně.

pro absenci a špatný prospěch přešla na střední školu managementu turistických služeb. Tam má prospěch průměrný. Kouří krabičku cigaret denně, dle otce chodila o prázdninách cca 4x týdně do hospody s partou vrstevníků, často se vracela opilá. Při příjmu k hospitalizaci byla dívka astenická (výška 155 cm - 3. percentil, váha 39,3 kg - proporční 3. percentil váha/výška), eupnoická, 18 dechů/min., dráždivě kašlala, afebrilní. Nad celým pravým hemitoraxem byl nálezy inspiračních chrůpků, ostatní kardiopulmonální a břišní nálezy byly v normě. Vstupní laboratoř byla nezáporná, na rentgenovém snímku hrudníku bylo jen mírné nehomogenní zastínění v pravém kardiopulmonálním úhlu, popsáno jako počínající bronchopneumonie vpravo (Obr. 1). Serologická vyšetření na respirační agens, pneumokokový antigen v moči i hemokultura před nasazením antibiotik byly negativní. Po příjmu byla nasazena antibiotická terapie. V průběhu hospitalizace jsme jen 2x naměřili subfebrilní teplotu, jinak byl průběh afebrilní. Vzhledem k disproporcii rozsáhlého poslechového nálezu a malého nálezu na RTG plic a anamnéze purgativní MA jsme indikovali bronchoskopii: sliznice pravého hlavního bronchu byla překrvená, v segmentálních ústích pravého dolního laloku bylo množství žlutozeleného hustého hlenu s drobnými tuhými hrudkami. Většinu segmentů se podařilo vypláchnout fyziologickým roztokem a Mistabronem, následně odsátí ještě další

**Tabulka 1: Diagnostická kritéria podle DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, 2002.**

Nízká tělesná hmotnost	Úmyslné udržování tělesné hmotnosti nejméně 15% pod předpokládanou váhou (ať už byla snížena nebo ji nikdy nebylo dosaženo) nebo BMI je 17,5 či méně. U prepubertálních pacientů nesplňují při růstu očekávaný váhový přírůstek
Strach z obezity	Intenzivní strach z přibírání na váze, který se nezmenšuje s pokračujícím váhovým úbytkem
Vnímání vlastního těla	Porucha vnímání váhy, rozměrů či tvaru vlastního těla, kdy pacient vnímá zkráceně určité partie za „oplácené“ přes probíhající kachexii
Amenorea	U postmenarchálních dívek absence nejméně třech po sobě jdoucích menstruačních cyklů při vyloučení jiných příčin. Může být zakryta užíváním hormonální antikoncepce. U prepubertálních dívek se MA projevuje primární amenoreou.
SUBTYPY	
Restriktivní	Chtěný váhový úbytek je způsoben pouze omezováním stravy a intenzivním cvičením
Purgativní	Kromě omezování stravy je přítomno očišťovací chování – zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, emetik, často v kombinaci s epizodami přejídání.

množství žlutavého hlenu. Vlevo bylo jen minimální množství průhledného hlenu ve velkých dýchacích cestách, v periférii normální nález. Závěr bronchoskopie: zánětlivé změny, stav po aspiraci žaludečního obsahu. Z bronchoalveolární laváže byl kultivován *Streptococcus viridans* v nesignifikantním množství.

Po bronchoskopii se dívčin stav výrazně zlepšil, poslechově měla reziduální nález chropů a ustoupil dráždivý kašel. Teprve při rozhovoru s dívkou, s argumentací výsledky bronchoskopického vyšetření, přiznala aspirační epizodu při alkoholové ebrietě den před prvními respiračními projevy. Po psychologickém vyšetření a potvrzení diagnózy purgativní MA psychiatrickým konziliem byla dívka přeložena na lůžkové psychiatrické oddělení pro děti a dospívající.

Po překladi na kliniku dětské psychiatrie byla dívka bez respiračních obtíží, přetrvávala u ní porucha tělesného schématu, nedostatečný náhled, během propustek byl referován rodiči abúzus alkoholu. Byla propuštěna po necelých 2 měsících s váhou 47,8 kg. Při dalším ambulantním sledování opět vážne spolupráce na terapeutickém režimu.

Diskuze

Zvracení je u purgativních forem PPP velmi častým příznakem. Je součástí „očišťovacích“ metod, kterými se osoby s PPP snaží zbavit stravy a potažmo hmotnosti. Zvracení si vyvolávají vsunutím prstu do krku nebo posléze

zvrací již spontánně.

Při somatickém vyšetření je vhodné pátrat po exkoriacích na dorzech prstů, erozích zubní skloviny kyselým žaludečním obsahem, v laboratoři pak po metabolické alkalóze. Pacienti většinou konspírují a přes cílené otázky zvracení popírají. V našem případě dívka zvracení v anamnéze uvedla, ale při příjmu utajila aspirační epizodu. Zvracení je často součástí tzv. binge-purge cyklu: po bulimické atace používají pacienti různé „očišťovací“ metody jako zvracení, zneužití laxativ, emetik nebo jiných léků. Bulimické ataky mohou provázet i purgativní formu MA.

Abúzus návykových látek patří spolu s depresivní poruchou, úzkostí a poruchami osobnosti k výrazným psychiatrickým komorbiditám PPP. Setkáváme se s ním u MB, ale i u purgativního podtypu MA a nespecifické poruchy příjmu potravy (eating disorder not otherwise specified - EDNOS). U pacientek s MA zvyšuje zneužívání alkoholu nebo drog riziko suicidálního jednání. Ve studii z Rochesteru z 208 pacientek s MA zemřelo 6 na komplikace spojené s užíváním alkoholu, 2 suicidiem a 1 na interní komplikace základního onemocnění. Stock et al. v souboru 80 dospívajících dívek s PPP, 63 s restriktivním a 17 s purgativním chováním, prokázal signifikantně nižší užívání tabáku, alkoholu a kanabinoidů u „restriktérek“ než u vrstevníků. Dívky s purgativním chováním se v četnosti užívání tabáku, alkoholu a kanabinoidů neli-

šily od vrstevníků, nicméně s vyšší četností experimentovaly s halucinogeny, tranquilizéry, stimulací, LSD, kokainem a extází. Udávané motivace k užívání u purgativního chování jsou udávány: relaxace, uvolnění vzteku, vyhýbání se jídlu a únik od problémů. „Restriktérky“ jako důvody nižší četnosti užívání návykových látek zmiňují škodlivost k jejich zdraví, odporou chuť, rozpor s jejich přesvědčením o zdraví a vysokou cenu.

Abúzus návykových látek se podle některých studií může týkat ve středním věku až poloviny pacientů s PPP, přičemž u třetiny pacientů časově předchází prvním projevům PPP.

Respirační komplikace jsou u PPP popisovány zřídka a téměř vždy ve spojení s aspirací žaludečního obsahu. Plicní infekce (aspergilom) byla popsána u dívky s MA, která byla dlouhodobě živena nasogastrickou sondou, při bronchoskopii byly detekovány změny odpovídající opakovaným aspiracím. Život ohrožující masivní aspirace žaludečního obsahu byla zaznamenána u 19leté dívky s MA, která se po bulimické atace snažila vyvolat si zvracení.

U dospělé ženy s MA byla popsána aspirační chemická pneumonie, po konzumaci minerálního oleje při úmyslném sebepoškozování, po již opakovaných suicidálních pokusech.

U naší dospívající pacientky se na aspiraci žaludečního obsahu pravděpodobně podílel jak faktor zneužívání alkoholu, tak i tendence zvracet při základním onemocnění MA.

Závěr

Respirační komplikace PPP jsou dosud málo popisované. Při respiračních infektech těchto adolescentů je třeba zvažovat i mechanismus aspirace žaludečního obsahu. V psycho-sociální anamnéze je potřebné zabývat se abúzem návykových látek. Včas indikovaná bronchoskopie může následky aspirace podstatně zmírnit.

Použité zkratky:

MA	mentální anorexie
MB	mentální bulimie
PPP	porucha příjmu potravy
EDNOS	nespecifická porucha příjmu potravy (eating disorder not otherwise specified)
SUD	abúzus návykových látek (substance abuse disorder)
ADHD	deficit pozornosti s hyperaktivitou (attention deficit hyperactivity disorder)

Literatura k úvodu a k diskuzi je k dispozici u autora.



Ze světa odborné literatury...

Fulminantní hepatitida B a akutní hepatitida B způsobená intrafamiliárním přenosem viru hepatitidy B (HBV) po chemoterapii pro ne-Hodgkinovský lymfom

Reaktivace hepatitidy B u nosičů tohoto viru po chemoterapii byla v minulosti velmi dobře dokumentována. HBV reaktivace je totiž indukována imunosupresivní terapií u 21-55 % pacientů s pozitivitou HBsAg. Ačkoliv HBV reaktivace po chemoterapii je dobře vysvětlitelná, málo je známo o horizontálním přenosu u imunokompromitovaných osob s HBV reaktivací. V dané práci se autoři zabývají reaktivací HBV po chemoterapii nejen jako potenciálně možným fatálním průběhem, ale i rizikem horizontálního rozšíření HBV infekce. Léčili dvě děti s fulminantní hepatitidou B a akutní hepatitidou B, jejichž babičky, nosičky HBV, dostávaly cyklofosfamid, doxorubicin, vincristin a prednison v rámci léčby lymfomu. Obě babičky onemocněly fulminantní hepatitidou v době nemoci dětí. Kompletní HBV DNA posloupnost u tří rodinných příslušníků byla identická. Vyšetření genomu potvrdilo jasný důkaz pro intrafamiliární přenos HBV. Léčba imunosupresivy může totiž zvýšit hladinu sérového HBV DNA a riziko intrafamiliární infekce. Proto se domnívají, že specifická antivirová profylaxe je zcela nepostradatelná. Vakcinace je velmi efektivní cesta kontroly rozšíření HBV infekce. Světová zdravotnická federace se snaží o universální vakcinaci dětí i adolescentů proti hepatitidě B.

Eur.J.Pediatr. (2010)169, 167-171.

Diagnostické testy používané pro průkaz infekce *Helicobacter pylori*

Dluh, který máme v diagnostice *Helicobacter pylori*, je velký a vede k určité zmatečnosti posuzování této infekce. Testy, které byly prováděny u dětí, nejsou zcela kompatibilní s testy pro dospělé. Doporučení pro diagnostiku a léčbu HP byla publikována v USA v roce 2000 a v roce 2005 pak v Kanadě. Tři guidelines včetně endoskopie s biopsií jsou všeobecně užívány pro dg. tohoto onemocnění. V Evropě a v Kanadě doporučují test s ureou jako nejlepší neinvazivní test u dětí. V Kanadě také používají test přítomnosti HP ve stolici, ale není v tomto smyslu v dané zemi větší množství studií. Všechny tři guidelines ale považují v Kanadě jako nepřiliš spolehlivé.

Doporučované a uváděné testy jsou ve svě-

tě rozdělovány na invazivní a neinvazivní. Invazivní testy používají tkáň žaludeční sliznice jako speciální pro detekci HP a histopatologii jako definitivní průkaz. Neinvazivní testy jsou užívány včetně detekce HP ve stolici, detekce protilátek proti HP v séru a v moči a dechový test s ureou. Definice hodnot užívaných v diagnostických testech jsou otázkou místních vypracovaných standart. Z hlediska histopatologie dokonce v Austrálii používají dvou vzorků odebraných z antra, dvou z fundu a jednoho z cisura angularis. Dále se v uváděném a rozebíraném přehledu statí o HP infekci uvádí, že rychlý ureázový test má větší senzitivitu než histologická detekce. Histologie může detekovat patologii asociovanou s nemocí včetně gastritidy, intestinální metaplasie a dalších stavů. Získaná gastrická tkáň nebo stolice má 100 % specifitu, ale její senzitivita je nízká. Serologické testy včetně imunoblot mají velmi dobrou senzitivitu. Dechový test s ureou má více než 75 % senzitivitu pro detekci HP před a po léčbě. Vyšetření stolice pomocí imunologických testů užitím monoklonálních protilátek má více než 95 % senzitivitu pro detekci HP před a po léčbě. PCR test může být prováděn z tkáně a vzorku stolice. Můžeme pomocí tohoto testu i detekovat geny asociované s antibioteickou rezistencí. Závěrem shrnují, že detekce protilátek v séru a v moči stejně jako detekce antigenu ve stolici jsou používány v různých oblastech světa s různou frekvencí.

Eur.J.Pediatr. (2010) 169,15-25.

Obtíže při rotavirové gastroenteritidě u dětí pod 5 let věku

Rotaviry jsou společnou příčinou těžkých gastroenteritid u kojenců a malých dětí v rozvinutých a i v rozvojových zemích. Ve věku 3-5 let je infikováno 95 % dětí.

Zapříčiňuje kolem 140 milionů případů, 26 % hospitalisací pro enteritidy a 452 000 úmrtí dětí pod 5. rok věku. V rozvinutých zemích je ale mortalita nízká. V USA je dokonce zavedeno očkování mezi 2.-4. měsícem věku a tato vakcinace údajně vedla k poklesu počtu onemocnění o 50 %. Na druhé straně se ukazuje ve Velké Británii, že sice vakcinace může redukovat morbiditu, ale celkový efekt s vynaloženými prostředky je poměrně malý.

Proto v práci hodnotili tíži vlastního onemocnění ve dvou oblastech Švýcarska. Snažili se zjistit distribuci pacientů, prevalenci RV

genotypu a obtížnost průběhu onemocnění od roku 2006 do roku 2007. Celkem do studie zavzali 513 dětí s gastrointestinální problematikou a vzorky stolice vyšetřili u 341 dětí. Z těchto bylo 130 vzorků pozitivních. Byl patrný rozdíl v incidenci mezi Ženevou a Lucernem. Také epizody měly těžší průběh v oblasti Lucernu. Vysoké teploty byly patrné v oblasti Ženevy, kde bylo také více dětí hospitalisováno. Je tedy patrný rozdíl v genotypech viru v obou oblastech.

Eur.J.Pediatr. (2010) 169,319-325.

Klinické zkušenosti – srdeční selhání u dětí

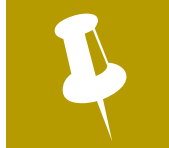
Ukazuje se, že více jak polovina dětí s kardiomyopatií a symptomatickým srdečním selháním bude vyžadovat kardiální transplantaci do 5 let věku. Srdeční selhání zapříčiněná kongenitálním strukturálním srdečním onemocněním jsou většinou prezentována ve včasných obdobích života, resultují z odlišné kardiální morfologie a chlopňové funkce.

Kardiomyopathie se na rozdíl od VVV prezentují později, zvláště v dospívání. Jsou často asociovány s diastolickou dysfunkcí. Těžké VCC jsou naopak patrné u 0,6 % novorozenců.

Srdeční selhání je pak patrné v dalším životě u 20 % z nich. Zatímco klinický průběh dětí s VCC je stále zlepšován, kardiomyopathie zvláště dilatační mají stále špatnou prognózu. Během 5 let se pohybuje riziko úmrtí nebo transplantace kolem 50 %. Do syndromu srdečního selhání jsou zařazovány děti se zvýšeným systolickým výdejem s plicní hypercirkulací a děti s nízkým kardiálním výkonem. Z hlediska prvních symptomů kardiomyopathie musejí dětské praktici myslet zvláště u dospívajících při synkopách, nápadné únavnosti, nevysvětlitelné tachykardii a nápadné zsinatlosti v obličeji na tuto problematiku. Také břišní bolesti a nauzea jsou patrné na začátku dekompenzace. Zkoušení sedativ a vagových reflexů u pacientů s kardiomyopatií je obrovským rizikem. Okamžitá ventilační podpora je na místě. Také okamžité užívání inotropních preparátů je sporné a musí být spojeno s periferní vasodilatací na podporu diurezy. Také zde autoři popisují primární restriktivní formu kardiomyopathie. Také její odlišnou léčbu.

Eur.J.Pediatr. (2010) 169 :269-279.

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



Aktuality...

Český objev: léky bez škodlivin

Biomolekula enzymu, kterou vyšlechtili vědci z Masarykovy univerzity, likviduje nežádoucí látky v nově vyvíjených lécích. Objev mezinárodního týmu vyvolal mezi experty uznání i malý poprask.

Slibnému léku Thalidomid, který spolehlivě potlačoval nevolnost v těhotenství, předpovídali porodníci skvělou budoucnost. Poptávka po něm překonávala i ty nejoptimističtější odhady. Avšak jen do té chvíle, než se zjistilo, že thalidomid stejně tak spolehlivě vyvolává potraty.

Vedlejší účinky dlouhodobě užívaných léků nedávají proto dlouhodobě spát vědcům z Masarykovy univerzity. Po šestiletém výzkumu „vyšlechtili“ ve spolupráci s americkými, japonskými a nizozemskými kolegy biomolekulu enzymu, která odstraňuje nežádoucí účinky léků. Někdy natolik závažné, že nemoc, kvůli níž byly léky původně nasazeny, je sice vyléčena, avšak stejným preparátem se v pacientově těle odstartuje jiná závažná choroba.

Na význam objevu upozorňuje i prestižní vědecký časopis *Angewandte Chemie*. Na jeho stránkách jsou zveřejňovány jen špičkové vědecké objevy.

Molekula, která si „pochutnává“ na jedech

„Vlastnosti našeho enzymu spočívají v tom, že nežádoucí látky nově vyvíjeného léku odstraní tím, že je rozloží,“ vysvětluje Jiří Damborský z Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity. Damborský, který mezinárodní projekt koordinuje, nicméně připomíná, že „brněnský enzym“ nemůže od vedlejších účinků „vyčistit“ již používané léky. V jeho možnostech naopak je, aby vylepšil ta léčiva, která nyní v laboratořích vznikají.

Enzym z „rodiny“ dehalogenáz brněnští vědci dokonce geneticky upravili tak, že se jeho schopnost „strávit“ škodlivé látky v nově vyvíjených lécích několikanásobně zvýšila. „Dnes už poměrně přesně víme, jak to v molekule enzymu vypadá, když likviduje nežádoucí látky,“ dodává další z vědců, Jan Brezovský. Několikaleté výpočty a nasazení superpočítačů mezinárodnímu týmu umožnily dokonalou simulaci molekuly enzymu. Tedy i reakcí, které se v jejím vnitřku při likvidaci rozkládané látky odehrávají. „Bez této špičkové techniky se dnes výzkum biomolekul už neobejde,“ ujišťuje Brezovský.

A jaké skupiny léků může objevený enzym zdokonalovat?

Vědci se odpovědi zatím brání. Ale určitě prý nebude vylepšovat všechny. „Nabízíme hotový produkt a farmaceutické firmy musí teprve vyzkoušet, kterým jejich nadějným látkám může nejvíce pomoci, aby lidé dostávali čistý lék bez vedlejších účinků,“ říká Zbyněk Prokop.

Masarykova univerzita si nechala nový enzym patentovat. Pokud tedy některý z farmaceutických koncernů její biomolekulu využije, musí univerzitě platit licenční poplatky.

Ozvalo se už i NATO

Ze stejné rodiny brněnskými vědci vyšlechtěných enzymů pochází i ten, který rozkládá velmi nebezpečnou bojovou látku yperit. Vývoj už pokročil natolik, že tuto originální technologii testuje v současné době i NATO.

Damborského mezinárodní tým překvapil se svou rodinou enzymů už loni, když dokázal, že je lze úspěšně použít při likvidaci nejhorších je-

dů a chemických látek, kterými lidé zamořili Zemi. Tyto látky přetrvávají v půdě či vodě i stovky let a u lidí způsobují rakovinu, neplodnost nebo degenerativní změny.

„Naš enzym nemůže od vedlejších účinků vyčistit již používané léky, ale můžeme vylepšit léčiva, která nyní vznikají.“ Jiří Damborský, vědec.

Zdroj: MFD 16.9.2010

Demence se stává metlou 21. století, varuje nová studie

Počet nemocných Alzheimerem se každých dvacet let zdvojnásobí. Přibývá starých lidí i v chudších zemích. Léčba patří k nejdražším. Zvyšuje výdaje na výzkum demence, je to stejná hrozba jako rakovina nebo nemoci srdce, žádají vědci.

Nejsou to radostné vyhlídky. Možná je dokonce pravý čas vyhlásit paniku nebo aspoň novou pandemii. Jediné, čím jistě této nemoci zabráníte, je vlastně jen časná smrt.

Vědci sečetli, že světové náklady na léčbu demence, nejčastější nemoci stáří, už vzrostly na 604 miliard dolarů.

To je neskutečných 12 bilionů korun, dvanáct ročních rozpočtů českého státu.

Srovnání je spíše ilustrační. Hlavní je, že počet lidí, kteří nemocí trpí, do roku 2050 vzroste trojnásobně a s tím i náklady, varuje nová zpráva vědců vydaná při příležitosti včerejšího mezinárodního dne boje proti Alzheimerově nemoci.

Epidemie stárnutí

„Je to epidemie, která zrychluje své tempo se stárnutím populace,“ uvádějí ve zprávě.

Počet nemocných se za každých dvacet let prakticky zdvojnásobí. Nyní nemocí trpí odhadem 35 milionů lidí (počty najdete vpravo).

„Hlavním důvodem pro nárůst počtu lidí nemocných Alzheimerovou chorobou a dalšími typy demence je rostoucí věk,“ uvedl švédský profesor a geriatr Anders Wimo ze stockholmského ústavu Karolinska Institutet, spoluautor nové studie. Největší nárůst nemocných podle něj čeká chudší země.

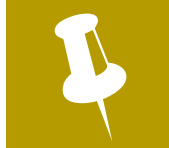
„Mnoho let nám fungoval model nárůstu nemoci v bohatých zemích. Nyní však nastal zlom, protože stejný trend začínáme sledovat i v zemích s nižšími a středními příjmy, kde hodně přibývá starých lidí,“ upřesnil.

A jak se počítají náklady na nemoc? Jejich největší část tvoří finance na dlouhodobou péči o nemocné v léčebnách bohatých zemí. Mezi bohaté se už řadí i Česko. V chudších zemích, kde takové vybavení nemají, nese náklady rodina a jiní nestátní pečovatelé.

Zatím jen 14 procent nemocných demencí pochází z chudších zemí, zčásti i proto, že se tam lidé méně dožívají, a také mnoho případů unikne lékařské evidenci. A náklady na jejich péči se zatím rovnají jen procentu zmíněných bilionů.

Kdyby se částka vydaná na léčbu nemoci promítla do obrátu fiktivního podniku, hravě by se stal největší firmou světa. Překonal by roční obrát amerického obchodního gigantu Wall-Mart (414 miliard dolarů) nebo ropného Exxon Mobil (311 miliard).

Profesor Wimo navrhuje, ať se vlády připraví na masivní vlnu přílivu



nemoci, ať připraví něco jako léčebný plán, který rozšíří i o podporu pro domácí ošetřovatele.

Lékařka Daisy Acostaová, předsedkyně Mezinárodní alzheimerovské organizace, ADI, říká, že demence „bude nejvýznamnější zdravotní a sociální krizí 21. století“.

„Světové vlády jsou až žalostně nepřipravené na to, jaké sociální a hospodářské otřesy toto onemocnění způsobí,“ uvedla v tiskovém prohlášení.

Podle této zprávy patří demence a její léčba k nejnákladnějším nemocem, a to je zatím výzkum a investice do něj daleko nižší než u jiných hlavních chorob, rakovinou počínaje. Navíc o nemoci se toho stále mnoho neví.

„Známe některé stupně nemoci a způsoby toho, jak se vyvíjí, ale stále nám unikají příčiny. Víme, že ve hře je dědičnost... ale nevíme, jak s tím naložit,“ podotkl profesor Wimo.

Ve zprávě vyzývá státy i farmaceutické společnosti, aby více investovaly do výzkumu nemoci s ohledem na to, jak velkou ekonomickou zátěž přináší.

Podle Wima by to vlastně vyžadovalo zvednout investice na výzkum až 15krát, aby se dostaly na úroveň výdajů na výzkum srdečních chorob. A třicetkrát, aby dohnaly úroveň financí, které jdou na výzkum léčby rakoviny.

FAKTA:

Nemoc třetího věku Alzheimerova choroba není normální součástí stárnutí, i když mnohde ji tak lékaři berou. Jde o postupující, degenerativní onemocnění, které ničí mozek. Provází je porucha myšlení, paměti i úsudku. Nemocný ani nepoznává své blízké. U někoho choroba vypukne i ve 40 letech, po 65. roce života se však rozvíjí nejvíce. Lidé starší 85 let mají poloviční šanci, že se u nich rozvine demence. Alzheimer je její nejznámější forma.

FAKTA:

- 35 milionů nemocných
- Celosvětové náklady na léčbu demence letos překročí 604 miliard dolarů (takřka 12 bilionů korun), tedy procento světového hrubého domácího produktu, vyplývá z nové studie. Evropské vědci a lékaři odhadují, že na světě trpí chorobou 35 milionů lidí. Za dvacet let se jejich počet takřka zdvojnásobí na 66 milionů a v roce 2050 až na 115 milionů lidí. Kdo chorobou také trpěl
- politik Winston Churchill
- fotbalista Ferenc Puskás
- herečka Annie Girardotová
- skladatel Maurice Ravel
- herec Charles Bronson

Zdroj: MFD 22.9.2010

Globální hrozba: odolnost bakterií k léčbě

V ČR ročně zbytečně spolykáme antibiotika za miliardu.

Největší zdroj nákazy - nemocnice.

Superbakterie zvaná NDM-1 vyděsila svět: nezabírají na ni žádná antibiotika. Přitom způsobuje velmi prudké záněty ledvin a plic, které vedou až ke smrti.

Zákeřnost bakterie je navíc v tom, že se šíří fekální cestou, tedy i špinavými rukama, dále kontaminovanou vodou a potravinami. V uplynulých dnech se superbakterie vyskytla v Belgii, ale i v Rakousku a v dalších státech, kam si ji lidé dovezli z nemocnic v Pákistánu a Indii.

„Riziko nepodceňujeme. Ale v České republice se bakterie NDM-1 nevyskytuje,“ řekl Právu hlavní hygienik republiky doktor Michael Vít. Podle něj pokud by se tak stalo, léčbu pacienta by měla zvládnout běžná infekční oddělení. Když by stav pacienta vyžadoval přísnou izolaci, byl by umístěn na specializovaném pracovišti infekční kliniky pražské Nemocnice na Bulovce.

Není jediná

Superbakterie NDM-1 není ale zdaleka jediná, vůči níž jsou antibiotika neúčinná. „Je jich víc. Většinou se ale lidé nakazí pobytem v nemocnicích. Každá nemocnice je totiž vysoce infekčním prostředím. A protože celkově jíme antibiotik hodně, řada bakterií si na ně zvykla, a to znamená, že už na ně tolik nezabírají,“ říká doktor Vít.

Doktor Vlastimil Jindrák, primář klinické mikrobiologie a antibiotické stanice pražské Nemocnice Na Homolce, dodává, že odolnost bakterií k antibiotikům stoupá o desítky procent a lékaři se stále častěji dostávají do situace, kdy je výběr účinných antibiotik omezený, minimální nebo dokonce žádný. „Situace v ČR je přitom jedna z nejhorších v Evropě,“ tvrdí doktor Jindrák.

Sledování bakterií se systematicky věnují odborníci Státního zdravotního ústavu v Praze a také lékařské fakulty v Plzni. „V ČR mohou antibiotika předepsat pouze lékaři. Nasazovat by se vždy měla uvážene, a ne běžně. Právě pak si tělo zvykne na antibiotika a léčba nezabírá,“ tvrdí doktor Vít.

Až polovina zbytečně

Čísla, která odborníci mají, jsou skutečně alarmující. V České republice se 40 až 50 % antibiotik předepisuje zbytečně, tedy bez toho, aniž by je pacienti beze zbytku ke svému léčení potřebovali. Ročně jsou to antibiotika za zhruba jednu miliardu korun.

Doktor Jindrák vysvětlil, že někteří lékaři se jejich předepisováním sichrují proti tomu, aby u pacienta nevznikla infekce, ale paradoxně mu takovýto stav, kdy užívá antibiotika zbytečně, může uškodit, protože tělo oslabuje a antibiotikum už při případné infekci nemusí zabrat.

„Vzestup odolnosti bakterií k antibiotikům zasahuje celý svět a představuje doslova globální hrozbu pro zdravotní stav populace,“ tvrdí primář Jindrák.

To si například uvědomili Francouzi, kde spotřeba antibiotik byla v Evropě nejvyšší. Během osmi let se jim podařilo při celonárodní kampani snížit spotřebu antibiotik zhruba o 30 %, a to za finanční podpory vlády a zdravotních pojišťoven. Jedno euro vložené do prevence se jim tak vrátilo v podobě 14 eur ušetřených při léčbě pacientů.

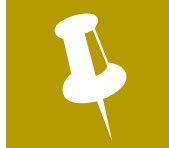
Doktor Václav Chmelík, primář infekčního oddělení Nemocnice České Budějovice, Právu řekl, že ztráta účinnosti antibiotik může u pacientů v nemocnicích vést až k selhání terapie s mimořádně negativním dopadem. Jde zejména o pacienty jednotek intenzivní péče, nemocné po komplikovaných chirurgických výkonech a po transplantacích.

V ČR, přestože spotřeba antibiotik v balení klesá, v denních dávkách je stále vysoká. Vít, Jindrák i Chmelík apelují i na praktické lékaře, aby antibiotika předepisovali jen v zdůvodněných případech.

ČR má program

Česká republika má antibiotický program. Jeho cílem je omezit odolnost bakterií vůči antibiotikům a snížit i spotřebu antibiotik.

„V případě superbakterií odolných vůči léčbě je Národní referenční laboratoř ve Státním zdravotním ústavu pravidelně v kontaktu se stejnými orgány okolních států EU a vyměňují si informace o bakteri-



álních nákazách a způsobech léčby," říká Vít. Protože zvlášť závažné případy se pravidelně vyšetřují, superbakterie NDM-1 by tak mohla být v ČR – pokud by se vyskytla – odhalena zhruba během jednoho až dvou dnů.

Antibiotika užívat odpovědně

- Užívejte antibiotika, pouze pokud je předepíše lékař.
- Za posledních pět let se účinnost antibiotik v důsledku rostoucí odolnosti bakterií vůči antibiotické léčbě snížila.
- Pokud budeme pokračovat ve spotřebě antibiotik na současné úrovni, Evropa může čelit návratu do předantibiotické éry, kdy běžná bakteriální infekce mohla znamenat rozsudek smrti. Tudíž antibiotika v budoucnu nemusejí být už účinná.
- Antibiotika jsou účinná pouze proti bakteriálním infekcím – nepomáhají proti virovým onemocněním, jakými jsou běžné nachlazení nebo chřipka.
- Nezabraňují přenosu virů na jiné osoby.
- Užívání antibiotik z nesprávných důvodů, například právě proti nachlazení nebo chřipce, nepřináší žádný užitek a nepomůže k rychlejšímu uzdravení.
- Užívání antibiotik zabíjí i prospěšné bakterie a nezřídka má vedlejší účinky, jako je například průjem.
- V ČR je zhruba 60 antibiotických laboratoří, které zkoumají odolnost bakterií vůči antibiotikům.

Co je NDM-1 bakterie

- Ve světové odborné literatuře byly uveřejněny výsledky vědeckých

studií, které metodami molekulární mikrobiologie objevily nový gen NDM-1. Pokud jsou bakterie obecně vybaveny tímto genem, mohou být rezistentní na dosud dostupná účinná antibiotika.

- Počet pacientů nakažených bakteriemi nesoucími gen NDM1 je celosvětově nízký, odborníci však varují před možností šíření těchto bakterií a doporučují globální sledování výskytu bakterií s tímto genem.
- V ČR je prováděn kvalitní dohled rezistence vůči antibiotikům pod vedením Národní referenční laboratoře (NRL) pro antibiotika Státního zdravotního ústavu ve spolupráci s antibiotickými středisky ČR.
- NRL používá i metody molekulární mikrobiologie, je zapojena do mezinárodních studií a hlásí data do Evropského centra pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) ve Stockholmu.
- ČR je připravena zapojit se do očekávaného mezinárodního monitoringu výskytu bakterií vybavených genem NDM-1.

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR

Spotřeba antibiotik v ČR

Rok	Počet balení	Počet denních dávek
1985	15 163 970	64 147 010
1990	13 886 950	64 184 080
1995	16 826 770	80 517 990
2000	13 199 820	73 072 020
2001	13 679 320	77 083 980

Správná cesta? Investujte do prevence.



CardioChek® P-A



Rychlý, přenosný a spolehlivý POCT přístroj pro přesné měření lipidových parametrů a glukózy z plné krve.

Reflexní fotometrie - enzymatická reakce krve na testovacím proužku vyvolá změnu barvy, která je detekována přístrojem.

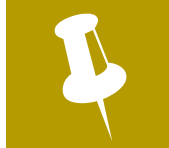
Srdce a cévy pod kontrolou!



Orion Diagnostica Oy, Finland



Bělohorská 57, 169 00 Praha 6, tel.: +420 233 350 533, fax: +420 233 350 532
e-mail: orion@oriondiagnostica.cz, www.oriondiagnostica.cz, www.cardiochek.cz



2002	12 862 060	73 279 100
2003	12 817 170	74 782 340
2004	10 909 250	61 822 810
2005	12 244 130	73 747 700
2006	11 319 370	67 292 950
2007	12 021 610	71 945 620
2008	12 050 230	74 028 120
2009	12 013 120	74 310 750
2010 (1. pol.)	5 892 240	37 211 810

Zdroj: Státní ústav pro kontrolu léčiv

Zdroj: Právo 11.9.2010

Konec přesčasů = málo lékařů

Lékaři už nyní hrozí výpovědi, pokud se jim nezvednou platy. Za dva roky budou chybět i proto, že jim nařízení EU omezí přesčasy. Osmdesát procent lékařů jihlavské nemocnice podepsalo, že jsou připraveni dát výpověď, pokud nedostanou víc peněz.

Připojili se k celostátní akci Lékařského odborového klubu, který vyzývá lékaře k odchodu na protest, pokud se jejich plat od příštího roku nezvýší až trojnásobně. Konkrétně chtějí 70 tisíc pro plně kvalifikovaného doktora a 35 tisíc pro začínajícího.

V celé zemi výzvu podepsaly už tři tisíce doktorů z šestnácti tisíc, kteří pracují v nemocnicích.

Neodejdou všichni, s tím nepočítají ani organizátoři protestu. A nebude to zřejmě ani většina. Lékaři mají v Česku rodiny, ti starší často neumějí jazyk tak dokonale, aby se prosadili jinde. Ředitel jihlavské nemocnice Lukáš Velev však podotýká: „Můžeme se dostat do velkého problému, neberu to vůbec na lehkou váhu.“ České zdravotnictví navíc bude čelit dalšímu problému, který prohloubí nedostatek doktorů. Evropská směrnice určuje maximální počet přesčasů – a lékaři pracující v nemocnicích se do toho rozhodně nevejdou. Zatím platí výjimka, která však v roce 2012 vyprší.

„Kvůli těmto limitům pak dojdou doktoři, nemocnice už nebudou mít koho vypsát na služby,“ potvrzuje europoslanec Milan Cabrnoch (ODS).

123 tisíc pro lékaře v Německu

Německo už stejný problém začalo řešit – shání deset tisíc doktorů a oslovuje i ty české.

Potvrzuje to inzerát z českého odborného časopisu, který si nechal v češtině i němčině otisknout klinika v Glauchau. Shání anesteziologa, chirurga, gynekologa, neurochirurga a specialistu na vnitřní lékařství. Nástupní plat pro lékaře-specialistu je 4 930 eur (přibližně 123 tisíc korun).

„Byl jsem v Dánsku, stáli tam o naše doktory tak, že jim chtěli zaplatit intenzivní kurz jazyka,“ říká chirurg Miloš Voleman. Potvrzuje tak, že o české lékaře je v cizině zájem. A není ani pravda, že k nám zase míří doktoři z Východu. I oni jdou radši do Německa.

Předražené zakázky

Podle ministerstva zdravotnictví existují i jiné možnosti, jak řešit budoucí personální krizi v nemocnicích. Třeba tím, že se sníží počet akutních lůžek – některá oddělení budou mít lůžka společná a bude stačit méně personálu.

Slučovat by se do budoucna mohla i některá oddělení, v některých případech dokonce nemocnice. Česko totiž netrpí oproti ostatním státům výrazným nedostatkem doktorů, jen jejich sílu neumí tak dobře využít.

Než se však podaří systém změnit, některé nemocnice si budou zoufat. Zvlášť když lékaři vyplní hrozbu a začnou odcházet. Pro jihlavskou nemocnici by byl problém i několik výpovědí. „Teď hledáme deset lékařů, což není mnoho. Jenže jsou mezi nimi odbornosti, kterých se kriticky nedostává: patolog, anesteziolog,“ říká Velev.

Lékařští odboráři mají spočítáno, že by zvýšení jejich platů přišlo na třímiliardy korun. Se svými požadavky zřejmě narazí. „Je potřeba si uvědomit, v jaké žijeme ekonomické situaci. Na nárůst platů ve zdravotnictví nejsou peníze, i když uznáváme, že nejsou optimální,“ uvedl mluvčí ministerstva zdravotnictví Vlastimil Sršeň.

Šéf Lékařského odborového klubu Martin Engel včera znovu zdůraznil: „Když nesplní naše požadavky, výpovědi podepíšeme.“ Za problémy s penězi podle něho nemohou lékaři. „Vidíme v systému rezervy, například v předražených zakázkách a lékové politice. Až třicet procent peněz ve zdravotnictví se vynakládá neefektivně,“ tvrdí Engel.

FAKTA:

Exodus bílých plášťů

2 937 lékařů k včerejšímu večeru podepsalo, že jsou připraveni podat výpověď, pokud se jim nezvýší platy. Včera odstartovala kampaň Děkujeme, odcházíme. Lékařský odborový klub se bude snažit získat další podpisy. 266 českých doktorů loni odešlo za prací do zahraničí, letos do konce srpna jich podle ministerstva zdravotnictví bylo 192.

Zdroj: MFD 16.9.2010

Levné léky budou bez receptu

Ministerstvo vybírá další volně prodejné preparáty. Jsou to léky bez vedlejších účinků, které pacienti často potřebují, například anopyrin. Některé léky, které jsou zatím k dostání jen na recept, se pravděpodobně přesunou do volného prodeje. Týkat by se to mohlo například Anopyrinu 30 mg, který se využívá jako doplněk léčby při infarktech a mozkových příhodách.

Tento lék pacienti berou dlouhodobě. Silnější anopyrin pro léčbu krátkodobých chřipek byl bez receptu i předtím.

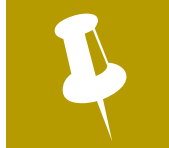
„Lék nemá závažné vedlejší účinky, nemůžete se jím předávkovat, přesto je stále na předpis a pacient si pro něj musí k lékaři,“ říká 1. náměstek ministra zdravotnictví Vladimír Pavelka (TOP 09).

Ministerstvo uvažuje, že některé léky přeřadí do kategorie „výdej bez předpisu“ při vyřazování takzvaných levných léků ze zdravotního pojištění. Tento proces už začal, Státní ústav pro kontrolu léčiv připravuje seznam preparátů, které by si pacient platil sám. Jsou to levnější léky řádově za několik desítek korun, například paralen nebo acylpyrin na bolest a horečku. Mezi levné léky patří i zmíněný anopyrin a další přípravky vázané na recept. Podle náměstka Pavelky však v některých případech pomůže, když si je bude moci pacient koupit, aniž by předtím musel k lékaři. Ušetří čas i peníze na poplatek. Týkalo by se to léků, které jsou běžně používané a nemají závažné vedlejší účinky.

„Sám užívám jeden lék dlouhodobě a je mi milejší, když si zajdu do lékárny a koupím si ho za padesát korun rovnou, než abych ztrácel čas v čekárně lékaře,“ vysvětluje Pavelka.

Výběr preparátů, které budou vyřazeny z veřejného pojištění a budou nově bez receptu, ještě nějakou dobu potrvá. Ke každému léku je nutné znát odborný lékařský názor a postoj lékárníků.

„Důležité jsou medicínské aspekty. Není možné vzít lék, říct, ten je



levný' a dát ho pryč. Musíme se ptát, na co se používá, jak je nahraditelný," vysvětluje ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv Martin Beneš. Proto také zatím není možné říct, jakých dalších léků by se novinka mohla týkat.

Antibiotika dál na recept

Podle informace ústavu pro kontrolu léčiv by z veřejného pojištění mělo být vyřazeno asi čtyři sta léků. Jsou to všechno přípravky v ceně do 60 korun. Mezi nimi jsou i některá antibiotika a další léky, které budou dál na předpis. V takovém případě to bude fungovat tak, že pacient přijde do lékárny s receptem, ale lék uhradí ze svého.

Pro pacienty by to neměla být velká finanční zátěž. Už po zavedení poplatků si zvykli některé levnější léky kupovat, například pro paralen už s receptem nechodí.

„Léky, jejichž cena je několik desítek korun, tvoří jen tři procenta těch, které hradí pojišťovny," říká předseda představenstva Grémia majitelů lékáren Marek Hampel, který je přesvědčený, že problémy nebudou mít lidé v lékárnách ani teď. „Cena do padesáti šedesáti korun je pro pacienta přijatelná," konstatoval Hampel.

Pacienti budou mít nadále k dispozici i hrazené medikamenty. V každé skupině bude nějaký lék, který bude pojišťovna platit.

FAKTA:

Co se změní:

Za levné léky zaplatíte Chystá se seznam takzvaných levných léků do 60 korun (hranice ještě není přesně stanovena), které už nebude platit pojišťovna. Jsou tam léky na recept i volně prodejné. Jejich vyřazení by mělo do systému přinést další peníze, které budou kompenzovat výpadek poplatku za položku na receptu.

Více léků bez receptu Ministerstvo zdravotnictví chce některé levnější přípravky dostupné na recept zařadit do volného prodeje. Budou to léky, které pacient užívá dlouhodobě a nemají závažné vedlejší účinky.

Pacient ušetří čas.

Zdroj: MFD 3.9.2010

Na zdravotnictví bude, až se přestane krást

Jednou z oblastí, kde existují značné rezervy, jsou výdaje za léky. Chce to jen chtít. Například zákon o veřejném zdravotním pojištění ukládá Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) každoročně revidovat částky, které musí zdravotní pojišťovny za léky platit. Tento zásadní úkol však tato organizace přímo řízená ministerstvem zdravotnictví neplní.

První revize nabyly právní moci až počátkem roku 2010 a celý proces zákonem stanovený pro rok 2008 má být dokončen až napřesrok, tedy s tříletým zpožděním! Našemu zdravotnictví tímto porušením zákona vznikla ztráta, kterou lze odhadnout minimálně na 10 miliard korun. Není bez zajímavosti, že dohled nad SÚKL až dosud vykonávala náměstkyně Hellerová, jejíž odvolání pana poslance Marka Šnajdra, bývalého 1. náměstka ministra zdravotnictví, tak rozčílilo. Pokud by vedle zpackaného vzdělávání lékařů snad někomu toto nestačilo jako dostatečný důvod pro její odvolání, pak mu doporučuji prostudovat si návrh novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, která byla připravena ještě pod vedením bývalého náměstka Šnajdra a jejíž urychlené schválení vši silou prosazovala právě odvolaná paní náměstkyně.

Podle této novely by již revize cen a úhrad léků neměly probíhat „každoročně", ale pouze „jednou za 4 roky". Tedy další miliardy zbytečně

zaplacené ze zdravotního pojištění.

Druhým návrhem je změna pravidel pro vstup levnějších generických léků, tedy kopií drahých originálních léků, na náš trh. Novela sice deklaruje zrychlení jejich přístupu do používání, ale současně záměnou dvou slovíček „účinná látka" v dosavadním znění zákona za slůvka „referenční skupina" by způsobila další miliardové ztráty.

Kvůli této nenápadné změně by totiž i po registraci třetího, čtvrtého levnějšího generika muselo české zdravotnictví minimálně několik let, a možná i navždy, platit za dříve registrované léky obdobného složení stále ty původní, tedy podstatně vyšší ceny. Odborník žasne, laik se diví.

A do třetice všeho špatného. I tato kvapem prosazovaná novela ponechává v platnosti dosavadní způsob stanovení maximální ceny léků, který umožňuje, aby cena v ČR byla druhá nejvyšší v EU. Stejně tak nic nemění na skutečnosti, že se z našeho zdravotního pojištění hradí i takové léky, které nejsou hrazeny v žádném jiném státě EU. Místopředseda zdravotního výboru Šnajdr se zkrátka mýlil, když na stránkách Práva tvrdil, že „až snížíme dluhy..., budeme mít na nezpochybnitelné priority, jako je právě zdravotnictví". Jako dlouholetý náměstek postupně tři ministrů musí nejlépe vědět, že ve skutečnosti „na zdravotnictví budeme mít, až se přestane krást".

Nejenom megalomanské stavby, nákupy přístrojů za ceny vyšší než v sousedním Německu, předražené léky, ale dokonce i parazitování soukromé firmy na administrativě vzdělávání mladých lékařů... Takové dědictví čekalo na ministerstvu zdravotnictví. A pokud dnes docent Heger začíná dělat pořádek, pak je ho třeba podpořit. Vždyť pouhé tři miliardy, tedy jedno procento zdravotnického rozpočtu, stačí na požadované zvýšení platů lékařů, aby se naše nemocnice příští rok kvůli jejich nedostatku nemusely zavřít.

Zdroj: Právo 17.9.2010

Rakovinu i srdce léčí nejlépe v Brně

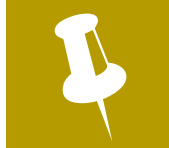
Nádory plic, prsou nebo tlustého střeva léčí nejlépe specialisté v brněnském Masarykově onkologickém ústavu. Srdce spravují s největší bravurou lékaři o dva kilometry dál v Centru kardiovaskulární a transplantační chirurgie a s nádory mozku si dokážou nejlépe poradit v pražské Ústřední vojenské nemocnici.

Kyčelní nebo kolenní kloub zase umějí nej kvalitněji vyměnit v pražské nemocnici Na Bulovce a s očními chorobami se nejlépe vypořádají ve Fakultní nemocnici Hradec Králové.

HN provedly v minulých čtrnácti dnech historicky nejrozsáhlejší průzkum mezi nejlepšími českými lékaři na onkologii, kardiologii, neurochirurgii, ortopedii a očním lékařstvím. Rekordní šedesátka z nich určila pět vítězů v pěti klíčových oborech české medicíny. Podobný žebříček HN letos sestavovaly už potřetí. V minulých letech se však do ankety zapojilo méně odborníků než nyní.

Největším překvapením letošních nemocničních žebříčků je „porazený" pražský IKEM. V kardiologii jej o tři body předstihlo brněnské Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie. „Možná bych si býval tipl, že v kardiologii bude na prvním místě IKEM, ale není pochyb o tom, že brněnská kardiologie patří k nejužší špičce," komentoval výsledek ankety ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09).

Kardiologie v Brně a v IKEM jsou srovnatelnými špičkovými pracovišti. Každé z nich ročně odoperuje zhruba 1200 pacientů. Jde o jediná dvě zařízení v zemi, kde dokážou pacienta napojit na tak-



zvané umělé srdce a pak mu životně důležitý orgán transplantovat od dárce.

Průzkum HN sice nemůže nahradit exaktní měření kvality zdravotní péče, ale i velké šetření mezi špičkovými odborníky toho hodně napoví o tom, s jakou úrovní péče se pacient v nemocnicích setká. Například v USA, kde již léta žebříčky nemocnic pravidelně zveřejňují, je dotazování lékařských elit jednou z nejdůležitějších metod, jak kvalitu péče zjistit.

„Názory lidí z oboru, kteří hodnotí své vlastní kolegy, jsou na Západě velmi směrodatné. Kdo jiný ví, jací jsou ostatní kardiocirurgové než samotný kardiocirurg, který zná své kolegy a přebírá od nich pacienty?“ vysvětluje šéf patientského sdružení Občan Pavel Vepřek, jenž se kvalitou zdravotní péče dlouhodobě zabývá.

Dozvědět se, které nemocnice jsou nejlepší, však čeští pacienti stále nemohou. Pojišťovny i jednotlivé nemocnice sice potřebná „tvrdá“ data mají, pacientům však nechtějí celkový obrázek poskytnout. Napravit se to nechystá ani ministr Heger. Ten řekl, že na zveřejňování kvality českého zdravotnictví nemá nyní čas.

Nejlepší nemocnice:

Onkologie

Masarykův onkologický ústav Brno - ředitel Jiří Vorlíček

Kardiocirurgie

Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie Brno - šéf Petr Němec

Neurochirurgie

Ústřední vojenská nemocnice Praha - šéf kliniky Vladimír Beneš

Ortopedie

FN Na Bulovce Praha - přednosta kliniky Pavel Dungal

Oční lékařství

FN Hradec Králové - přednosta kliniky Pavel Rozsívál

Zdroj: HN, 5.10.2010

Slováci dali do e-Health 12 miliard. Lékaři zuří.

České ministerstvo zdravotnictví zatím elektronizaci pouze plánuje. Na Slovensku už vyhrála firma obří tendr v přepočtu za 12 miliard korun. Slovenští lékaři to považují za velmi nešťastný krok. Nelíbí se jim, že zapojení do systému má být povinné pro lékaře i pacienty. Všechny náklady na elektronizaci budou lékaři hradit ze svých zdrojů. Správcem centrálního portálu Národního zdraví má být izraelská soukromá společnost - lékaři se obávají úniku citlivých dat do zahraničí...

České ministerstvo zdravotnictví chce do čtyř let převést veškerou dokumentaci do elektronické podoby. Na tuto agendu vytvořila nové místo náměstka, které obsadil Jiří Schlanger, bývalý předseda Odborového svazu zdravotnictví. MZ se inspirovuje vývojem elektronizace zdravotnictví na Slovensku, které vyčlenilo na projekt e-Health celkem 400 milionů eur (12 miliard Sk). Tento projekt však mezi slovenskými lékaři vyvolal velkou nevoli.

Z celkové sumy určených na projekt e-Health už bylo 40 milionů eur vyčerpáno. „Ani jsme neměli možnost vidět, za které konkrétní projekty byly tyto peníze použité,“ píše zástupci Slovenské lékařské unie specialistů (SLUŠ).

Na webových stránkách sdružení - www.slus.sk zveřejnili dokument, ve kterém shrnují důvody, proč se jim plánovaná elektronizace a centralizace všech dat ve zdravotnictví nelíbí.

Zaplatí sami lékaři

Zdravotnická zařízení, včetně malých ambulantních, si budou muset veškeré vybavení nakupovat samy. Navíc budou pravidelně platit za školení zaměstnanců na používání systému. „Nepředstavitelné množství práce navíc (3000 pracovních hodin na poskytovatele) zůstane nezaplacené, navíc poskytovatel bude platit za něco, co pro něho, pro stát ani pro pacienta nebude znamenat žádný přínos. Jediný přínos z toho bude mít správce portálu,“ píše lékaři v prohlášení.

Podle ambulantních specialistů přinese nový systém zapisování dokumentace ještě další administrativu navíc. Už nyní slovenské ministerstvo zdravotnictví uznalo, že ve zdravotnictví chybí 3000 lékařů. „Další příliv neúnosně zatěžující práce způsobí mezi lékaři kolaps.“

Intimní údaje v ruce izraelské firmy

Lékařům vadí, že veškeré údaje získané z vyšetření pacienta, včetně laboratorních vyšetření a pomocných vyšetření mají být povinně shromažďované každou ambulancí a odesílané na tzv. národní portál, kde budou shromažďovány. Má jít o velmi citlivé informace - údaje o pohlavních chorobách, psychických onemocnění, o léčbě alkoholismu, drogové závislosti. Budou se zde centralizovat informace o všech osobách, včetně veřejných činitelů - soudců, politiků, policistů, vojáků apod. Na rozdíl od výpisu z trestního rejstříku se však tyto údaje nikdy nesmažou a bude k nim mít přístup každý, kdo přístup získá.

Národní portál má spravovat firma Lynx - Ness (jediný účastník „výběrového řízení“). Tato společnost je izraelskou firmou. „Jak je možné, že k tak citlivým informacím, jako jsou údaje o zdravotním stavu slovenských občanů, bude mít přístup zahraniční soukromý správce?“ ptají se zástupci SLUŠ.

Data uniknou jediným počítačem bez firewallu

Ochrana dat při tak početných vstupech, jaký portál předpokládá, je podle slovenských lékařů vyloučená. „Tak velký projekt, jaký se plánuje na Slovensku, neexistuje zatím nikde jinde na světě. Zákonitě bude docházet k úniku informací a samozřejmě zvláště těch, které se budou moci dobře zpeněžit,“ píše ambulantní specialisté a dodávají: „Tvůrci systému e-Health na Slovensku se snaží tyto obavy zlehčovat tím, že osobní údaje lze vykrást také z lékařské ambulance. Tento argument neobstojí - v žádné ambulanci nejsou shromážděny všechny údaje o zdravotním stavu všech obyvatel Slovenské republiky. Přístup budou mít nejen skvěle chráněné počítače, ale také počítače, které nebudou mít aktivovaný žádný firewall,“ míní lékaři.

Povinné zapojení do systému

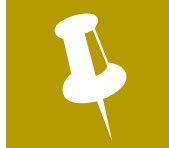
Nejvíce vadí Slovákům to, že tento systém bude povinný. Zapojení do programu není dobrovolné - ani pro pacienta ani pro lékaře. Lékař, který chce zůstat ve zdravotnické síti, musí podle schváleného zákona požádat do 60 dnů o koupi koncového zařízení a měsíčně platit za užívání národního portálu zdraví.

Ani pacient nemá žádnou volbu. Pokud dává souhlas s tím, že ho lékař ošetří, automaticky souhlasí s tím, že veškeré údaje o jeho léčbě poputují na centralizovaný internetový server.

Čeští ambulantní specialisté: zatím čekáme

Zatím není zcela zřejmé, jakým směrem se chce vydat české ministerstvo zdravotnictví. Dle rozhovoru Medical Tribune s novým náměstkem Schlangerem je zřejmé, že se MZ minimálně nechá inspirovat „slovenskou cestou“.

Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů zatím čeká, až bude zveřejněn jasný záměr ministerstva. „My jsme o tom



v radě sdružení hovořili zatím jen obecně a shodli jsme se na tom, že máme dva základní požadavky. Zaprvé - dobrovolnost - jak pro lékaře, tak pro pacienty. Zadruhé - jistota ochrany osobních dat," uvedl Jojko pro Medical Tribune.

Zdroj: www.tribune.cz, 14.10.2010

Správní radu VZP povede Šnajdr

Bývalý náměstek ministra zdravotnictví a nynější poslanec Marek Šnajdr (ODS) byl v pátek znovu zvolen do čela Správní rady Všeobecné zdravotní pojišťovny. Místopředsedou potom členové správní rady zvolili zástupce opoziční ČSSD - hejtmana kraje Vysočina Jiřího Běhounka. Sněmovna zvolila členy správní a dozorčí rady VZP již v minulém týdnu.

Volba se koná vždy na začátku nového volebního období. Sněmovna letos do správní rady vyslala 20 lidí, do dozorčí rady deset. Sněmovní strany navrhly zástupce do orgánů VZP podle poměrného zastoupení. Je mezi nimi i řada poslanců.

Šnajdr stál v čele správní rady největší zdravotní pojišťovny už v minulém volebním období, na ministerstvu zdravotnictví působil čtyři roky jako náměstek. Funkce opustil poté, co byl v květnových parlamentních volbách zvolen poslancem. K rezignaci ho už předtím několikrát vyzývala sociální demokracie.

Podle jeho hlavního rivala, středočeského hejtmana a stínového ministra zdravotnictví ČSSD Davida Ratha, byl Šnajdr faktickým vládcem resortu přinejmenším po odchodu Tomáše Julínka (ODS). Šnajdr působil na ministerstvu i za Dany Filipiové (ODS) a Dany Juráskové (ODS).

Spory mezi ČSSD a ministerstvem zdravotnictví se vyhrtyly po zavedení poplatků, které některé kraje ve svých zařízeních nevybíraly, později je pak začaly platit za pacienty. Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) krajským nemocnicím, které poplatky nevybíraly, vyměřila pokuty.

Hašek očekává férovou smluvní politiku

Běhounek ve funkci vystřídá hejtmana jihomoravského kraje Michala Haška (ČSSD). Ten v pátek Běhounkovo zvolení přivítal. „Kraje jsou zřizovateli více než 60 nemocnic a společně se státem jsou garanty veřejného zdravotnictví ČR. Jsem rád, že v tajné volbě získal místopředseda Asociace krajů ČR Jiří Běhounek velmi silný mandát k výkonu své funkce," uvedl v tiskovém prohlášení.

Jako předseda Asociace krajů Hašek uvedl, že od VZP očekává ve vztahu ke krajům a krajským zařízením nediskriminační a férovou smluvní politiku ve srovnání se státními a soukromými poskytovateli zdravotní péče.

VZP je s více než 6,2 miliónu klientů největší zdravotní pojišťovnou v České republice, existuje od roku 1992.

Vedle správní rady zvolili poslanci v září i nové členy dozorčí rady pojišťovny, za ČSSD Lenku Mazuchovou, Josefa Novotného a Vladimíra Řiháka. Na návrh ODS se do dozorčí rady dostali Josef Kantůrek, Dagmar Molendová a Tomáš Úlehla. Za TOP 09 Sněmovna zvolila Martina Gregoru a Michala Janka, za KSČM Zdeňka Maršíčka a za VV Radima Vysloužila.

Zdroj: Novinky.cz, ČTK, 1.10.2010

Vědci už jen krok od čtení myšlenek

Umění číst myšlenky už nebude patřit jen do říše sci-fi filmů, ale již

brzy se může stát realitou. Vědci objevili způsob, jak překládat lidské myšlenky do řeči.

Už dříve šlo převádět ze senzorů na mozků nejzákladnější signály do podoby řeči. Teď jde o průlom, kdy se mají myšlenky převést s více než 90% přesností.

Zlomový vývoj by měl nejvíce pomoci pacientům, kteří nemohou mluvit, ale v budoucnu by zároveň mělo být možné tímto způsobem číst myšlenky kohokoli.

„Byli jsme bez sebe vzrušením, když to celé začalo fungovat. Byl to jeden z momentů, kdy do sebe všechno muselo zapadnout. Nyní jsme schopni rozluštit signály z mozku a převést je do slovního projevu přístrojem, který může dlouhodobě pomáhat paralyzovaným pacientům," uvedl Bradley Greger z univerzity v Utahu, který vedl výzkumný tým.

Průlom v experimentu nastal v momentě, kdy byly k řečovému centru mozku umístěny dvě mřížky se 16 miniaturními elektrodami. Díky nim vědci nahráli signály mozku do počítače.

Začali přitom na deseti základních slovech, která by mohl nemohoucí člověk potřebovat nejvíce: ano, ne, horké, studené, mám hlad, mám žízeň, dobrý den, na shledanou, více a méně.

Signály z mozku nahrané do počítače se poté spojily s odpovídající čtenou podobou. Úspěšnost spojování myšlenek se slovy v jejich pozdějším testování byla až 90 procent. Profesor Greger se svým týmem věří, že brzy bude možné díky „čtečce myšlenek“ překládat vše, na co myslíme, do podoby řeči.

Zdroj: Novinky.cz 10.9.2010

VZP šetří, ale 60 milionů na „letáky“ má

Na jaře Všeobecná zdravotní pojišťovna zrušila příspěvek na přílby pro dětské cyklisty. Stálo ji to prý moc peněz. Přesto neváhá utrácet za něco, o co často nikdo ani nestojí. Do schránek lékařů a zdravotních sester od nového roku pravidelně chodí Zdravotnické noviny a odborný časopis Florence. Za tiskoviny, jež vydává vydavatelství Ambit Media, zdravotníci ovšem neplatí – dostávají je zdarma. Díky VZP, která vydavatelství vyplatí desítky milionů z peněz vybraných od pojištěnců. Sami lékaři přitom noviny mnohdy vůbec nechťejí. Jedno číslo týdeníku Zdravotnické noviny stojí 26 korun, měsíčník Florence dokonce 60 korun.

Pojišťovna ale nechce prozradit, kolik za časopisy vydavateli skutečně platí. Schovává se za obchodní tajemství a také za to, že si od firmy objednala i jiné služby a noviny jsou jen součástí kontraktu.

„Tyto tiskoviny VZP nenakupuje. Náklady na distribuci nese Ambit Media. Celková cena je stanovena dohodou smluvních stran a součástí této ceny jsou i jiné služby, proto nelze odpovědět, jaké jsou náklady," řekl Jiří Rod, vedoucí tiskového oddělení pojišťovny.

Zdravotnické noviny zdarma

Z veřejně dostupných zdrojů lze ale zjistit, že vydavatelství vyhrálo v tendru, který byl vypsán v předpokládané hodnotě 60 milionů korun. Až takovou sumu může tedy VZP firmě vyplatit do konce roku 2012, kdy zakázka vyprší.

Všeobecná zdravotní pojišťovna celý projekt rozjela prý proto, aby navázala pravidelný kontakt se svými smluvními partnery. Do periodik se totiž vkládají informační letáky pojišťovny.

„Zdravotnické noviny firma distribuuje na 25 tisíc míst, Florence na pět tisíc, přičemž platí, že v mnoha z nich je více než jeden lékař," uvedl Rod. Noviny tak dostává většina z 38 tisíc smluvních zdravot-



nických zařízení pojišťovny. Řada z nich ale nemá zájem a myslí si, že jde o zbytečné vyhazování peněz.

„Nestojím o to, aby mi posílali Zdravotnické noviny. Nepotřebuji je ke své práci. Pokud bych ty informace opravdu chtěla, pak si je najdu na webových stránkách, kde noviny prakticky ve stejné podobě také vycházejí. Peníze se daly použít na něco užitečnějšího než na distribuci novin,“ říká pražská fyzioterapeutka Miluše Kaliánová.

Nezneužila osobní údaje?

„Navíc na pracovišti je nás šest a chodí nám šest výtisků. Když jsme si noviny před lety předpláceli, stačily nám bohatě jedny,“ dodává. Pokud šlo jen o to, dostat k lékařům informační materiály pojišťovny, pak by stačilo objednat roznášku. Třeba u České pošty. Kdyby všem 25 tisícům lékařů každý týden hodil pošťák do schránky leták, za tři roky by za to pojišťovna mohla zaplatit asi 1,5 milionu korun. Pošta si totiž za jeden leták účtuje zhruba 40 haléřů, pojišťovna přitom platí i s novinami až 15 korun. Levnější by byl i běžný dopis.

Lékaře navíc pobuřuje i fakt, že pojišťovna předala vydavatelství databázi s jejich adresami. Úřad na ochranu osobních údajů nevyklučuje, že tím porušila zákon.

„Museli bychom zkoumat, zda s předáním údajů lékaři třeba nesouhlasili při podepisování smlouvy s pojišťovnou. Nelze rovnou říci, že jde o porušení zákona. Pokud mají dojem, že se s jejich osobními údaji nakládá v rozporu s jejich vědomím, mohou se na nás obrátit,“ uvedla Hana Štěpánková z Úřadu na ochranu osobních údajů. „Zatím na VZP žádnou stížnost neregistrujeme,“ dodala.

Že si nikdo nestěžuje, ovšem není až tak překvapivé. Lékaři se bojí, že pokud by se proti největší zdravotní pojišťovně v zemi postavili, přišli by o smlouvu.

Zdroj: MFD 12.6.2010

Začíná rok úspor.

Pacienti budou víc platit a déle čekat.

Rok 2011 bude ve zdravotnictví kritický. Pojišťovnám docházejí rezervy a vybere se méně pojistného. Pocítí to hlavně nemocní lidé. Budou se odkládat operace a drahou léčbu nedostane každý.

Zatímco většinu oborů postihla hospodářská krize letos, na zdravotnictví dolehne v plné síle teprve v příštím roce. Pojišťovny zatím čerpaly z rezerv, které si vytvořily pro horší časy. Jenže ty se tenčí, na pojistném se příští rok vybere méně. Přibývá totiž nezaměstnaných, za něž musí platit stát.

Ministerstvo už oznámilo, že se budou muset rušit některá lůžka akutní péče. V nemocnicích je jich moc na úkor lůžek následné péče. Na co dalšího se v příštím roce musí připravit pacient?

1. Tvrdé limity pro péči, kterou platí pojišťovna Jeden konkrétní příklad: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze musí odmítat pacienty s roztroušenou sklerózou, kteří jsou pojištěni u Oborové zdravotní pojišťovny. Nemocnice už teď vyčerpala roční limit, který na tuto léčbu pojišťovna stanovila.

Limity se týkají především drahé léčby, kromě roztroušené sklerózy třeba i rakoviny.

„Objevují se nemocnice, které limity vyčerpaly a tlačí na nás. My ty peníze ale nemáme a jsme přesvědčeni, že i nemocnice musí hledat rezervy,“ říká viceprezident Svazu zdravotních pojišťoven Jaromír Gajdáček.

Také Oborová zdravotní pojišťovna tvrdí, že kdyby VFN lépe hospodařila, bylo by i na zmíněnou léčbu. „Některá centra ještě limit ne-

vyčerpala. Zjevně respektují ekonomickou realitu a nasazují léčbu přednostně u nejtěžších pacientů,“ reagovala zdravotní ředitelka pojišťovny Ludmila Plšková. Zároveň však připustila, že příští rok bude těžký a pojišťovna bude muset limity utáhnout.

2. Drahá léčba nebude pro každého Plšková zmínila také další nepříjemnost, která pacienty čeká: lékaři jsou tlačeni k tomu, aby více zvažovali, zda pacientovi léčba pomůže. Drahá péče nemůže být pro všechny a podle náměstkyně ministra zdravotnictví Markéty Hellerové není možné plýtvat jí tam, kde už nepomůže.

Předseda České onkologické společnosti Jiří Vorlíček souhlasí, i když připomíná: „Někdy je problém správně odhadnout, zda pacient bude mít z léčby větší či menší užitek. Tam, kde je naděje na vyléčení, však nesmíme váhat ani okamžik a musíme lék podat.“

3. Odkladná péče se bude opravdu odkládat Pacienti, kteří potřebují zákrok, ale nejsou v ohrožení života, opět narazí na limity pojišťoven. Už letos se s tím setkali lidé, kteří potřebují například operaci očí. „Nejsou peníze a pacienti si musí zvyknout, že odkladná péče se bude odkládat. Že když potřebují operovat oči, tak si budou muset třeba půl roku počkat,“ říká náměstek ministra zdravotnictví Vladimír Pavelka.

4. Více peněz za poplatky Pacienti v nemocnici zaplatí téměř o polovinu víc. Poplatek za den hospitalizace se zřejmě od dubna zvýší na 100 korun.

A bude platit pro všechny, tedy i mladé do 18 let a starší nad 65, přestože jim původně chtěl ministr zdravotnictví udělit výjimku.

Změní se také platby v lékárně, protože skončí poplatek za položku na receptu a nahradí jej částka za celý recept. Z pojištění budou také vyňaty takzvané levné léky, tahle změna však ještě není úplně připravená.

5. Příplatky za lepší služby K nadstandardu se upínají naděje, protože by měl do zdravotnictví přinést další peníze. Zatím však není jasné, odkdy si budeme za lepší služby moci legálně připlácet. Ministr Heger plánuje, že v první fázi, kterou chce připravit do konce roku, by se vymezily obecné podmínky, jak vytvořit standardy - z toho se postupně vytvoří systém připlácení.

Koaliční partneři se dohodli, že chtějí hlavní reformy, kam patří i nadstandard, zavést od ledna 2012. Příští rok označují zdravotníci experti za kritický, ale ani ten další se resort nedomluví většího přísunu peněz. „Deficit se už výrazně neprohloubí, ale nepočítáme s tím, že to bude o moc lepší,“ říká náměstkyně ministra zdravotnictví Markéta Hellerová.

Viceprezident svazu pojišťoven Gajdáček je optimista: „Věřím, že se to bude zlepšovat. Přesto teď máme jedinečnou příležitost udělat systémové změny a posunout se k vyšší efektivitě a kvalitě poskytované péče.“

FAKTA:

Zdravotnictví bude čím dál tím dražší Situace ve zdravotnictví je vážná a finanční problémy lze očekávat i v dalších letech. Na co se připravit?

- populace stárne a v roce 2050 bude 32 % Čechů starších 65 let, zvýší se tak podíl lidí, za něž odvádí pojistné stát
- lidé se budou dožívat více let, ale i nemocí
- porostou osobní náklady, zdravotníci budou tlačit na to, aby jim rostly platy
- léčba bude stále modernější, ale také dražší

Zdroj: MFD 9.9.2010

**Studie: margaríny infarkt neodvrátí**

Vědci uvedli, že požívání margarínů s omega-3 kyselinami pomáhá, ale riziko infarktu nesníží.

Margaríny obohacené o omega-3 kyseliny nesnižují u kardiaků riziko opakovaných infarktů.

Dopady účinků těchto látek na 4 800 lidí, kteří už prodělali nějakou srdeční příhodu, sledovali čtyřicet měsíců nizozemští vědci. Části z nich podávali k dennímu užívání margaríny vyrobené společností Unilever s obsahem omega-3 kyselin a části jen placebo, tedy pokrm bez účinné látky. Výsledky potravinářský gigant příliš nepotěšily – četnost opakovaných srdečních příhod byla u obou skupin lidí srovnatelná.

Pokud by výsledky nizozemské studie měly být akceptovány širokou odbornou veřejností, nebyla by to pro Unilever příliš dobrá zpráva. Firma totiž přítomnost omega-3 kyselin například ve svém margarínu Flora v reklamách prezentuje jako největší konkurenční výhodu oproti produktům svých rivalů. „Denní příjem potravin bohatých na vícenenasycené mastné kyseliny je důležitý pro zdraví vašeho srdce,“ zní jeden ze sloganů Flory.

Unilever, který se na výzkumu podílel, však prozatím žádné ukvapené závěry nedělá. „Výsledky ukazují, že je třeba dalšího výzkumu vlivu omega-3 kyselin (na lidské zdraví, pozn. red.),“ uvedla firma v tiskovém prohlášení. Podle něj by se lidé měli i nadále řídit doporučeními na obalech jejích produktů.

Názory na to, zda tyto kyseliny mají, či nemají vliv na zdraví lidského srdce, se různí již delší dobu. Někteří lékaři například předepisují svým pacientům se srdečními obtížemi užívání olejových kapslí, které je obsahují, jiní zase tvrdí, že jde o zbytečné „tahání peněz“ z kapes nemocných.

„Omega-3 kyseliny se v Česku řadí do oblasti potravinových doplňků, jejichž přínos je sporný. Rozhodně však nikomu nemohou uškodit. Doplňky stravy představují pro farmaceutické i potravinářské firmy obrovský byznys,“ uvedl profesor farmakologie Hassan Farghali.

Roli hrály možná i léky

Studie vznikala pod vedením Daana Kromhouta z univerzity ve Wageningenu, která se specializuje na potravinářský výzkum. Vědec připouští, že fakt, že poměr opakovaných srdečních příhod byl u obou skupin lidí srovnatelný, mohl být ovlivněn tím, že většina lidí užívala zároveň léky na snížení cholesterolu, tlaku i na ředění krve. Měli nadstandardně dobrou lékařskou péči na rozdíl od lidí, kteří nikdy zatím komplikace se srdcem nezaznamenali nebo s nimi nešli k lékaři.

Experimentu se účastnili lidé ve věku 60 až 80 let, kteří prodělali infarkt v průměru čtyři roky před počátkem pokusu. Senioři byli rozděleni do čtyř skupin, z nichž tři požívaly denně tři různé margaríny obsahující omega-3 kyseliny a jedna margarín, kde chyběly. Jediní lidé, kteří z užívání margarínů profitovali, byli diabetici.

FAKTA: Co jsou omega-3 kyseliny?

Jde o skupinu nenasycených mastných kyselin obsažených v severských mořských rybách a vlašských ořeších, řepce či sóji. Je prokázáno, že častá konzumace těchto potravin zlepšuje krevní oběh, nicméně názory odborné veřejnosti na další přínosy omega-3 kyselin se různí. Řada studií jim připisuje léčivé účinky, stojí proti nim však takové, které je vyvracejí.

Zdroj: MFD 31.8.2010

I N Z E R C E

V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod.

Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA. Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.

Hledám pravidelný zástup

Hledám kolegyni či kolegu k pravidelným zástupům v ordinaci PLDD, 2 x do měsíce v pátek. Kontakt: n.kocnarova@volny.cz event. tel.: 604 988 174, Praha 6 (dopolední ordinace). • Ev. č.: 186-07-10

Prodám zavedenou praxi

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Prachaticích. V případě Vašeho zájmu o bližší informace, prosím, volejte na: 603 306 067. • Ev. č.: 187-07-10

Hledám zástup

Hledám zástup do ordinace PLDD v Rakovníku na 1 den nebo 2 odpoledne v týdnu. Kontakt: Helena_Šretterova@seznam.cz • Ev. č.: 188-07-10

Hledám PLDD k občasnému zástupům

Hledám kolegyni k občasnému zástupům do dobře zavedené ordinace PLDD v Brně. Příspěvek na dopravu u lékařek z okolí Brna. Kontakt: 603 283 284. • Ev. č.: 189-07-10

Hledám PLDD k převzetí ordinace

Hledám pediatra k převzetí menší, perspektivní ordinace PLDD v okr. Karviná. tel.: 596 816 813-večer, e-mail: sodeor@seznam.cz • Ev. č.: 191-09-10

Prodám zavedenou ordinaci

Prodám a předám zavedenou ordinaci PLDD v Brně - blízko středu města a Dětské nemocnice. V případě zájmu volejte, prosím, na tel.: 608 061 168 • Ev. č.: 192-09-10

Koupím praxi PLDD

Koupím praxi PLDD v Praze a blízkém okolí. Kontakt: pediatrkoupi@seznam.cz • Ev. č.: 194-10-10

Koupím praxi PLDD

Zkušená lékařka se specializovanou způsobilostí PLDD zastoupí pediatrickou praxi v Praze. Kontakt: tel.: 603 815 007 • Ev. č.: 195-10-10

Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou praxi PLDD v Praze 10, vhodnou případně též jako souběh s další specializací. Nástup asistenta možný ihned. Tel.: +420 721 014 130 • Ev. č.: 196-10-10

Přenechám zavedenou praxi

Prodám dobře zavedenou větší praxi PLDD v Jizerských horách. Tel.: 728 107 377 • Ev. č.: 197-10-10

Autodidaktický test 9/2010

SUTURÁLNÍ PATOLOGIE

1. PLDD musí umět odlišit velmi častou deformační posteriorní plagiocefalii (posturální plagiocefalie, prosté oploštění záhlaví vlivem „slehnutí“) s incidencí cca 1:300 od raritní unilambdové synostozy (typ kraniosynostozy s předčasným jednostranným uzávěrem lambdového švu) s incidencí 3:100 000. K tomu slouží jednak údaj o polohování kojence a predilekčním držení hlavičky zejména ve spánku, ale také posouzení tvaru hlavičky a umístění ušního boltce při pohledu na lebku kojence shora.

- a) při nálezů oploštění okcipitoparietálním na jedné straně a vyklenutí frontálním na téže straně s posunutím boltce na téže straně vpřed se jedná o deformační posteriorní plagiocefalii
- b) při nálezů oploštění okcipitoparietálním na jedné straně a ipsilaterálním vyklenutí frontálně s posunutím boltce na téže straně vzad se jedná o unilambdovou synostozu
- c) při nálezů oploštění okcipitoparietálním na jedné straně a kontralaterálním vyklenutí frontálně s posunutím boltce na téže straně vpřed se jedná o unilambdovou synostozu

2. Uzavírání jednotlivých (šesti hlavních) lebečních švů a (šesti) fontanel ve správném časovém období má vliv na tvar krania. Čtyři párové fontanely a fontanela minor se uzavírají již perinatálně. K uzávěru velké fontanely a lebečních švů dochází později. K uzávěru sagitálního švu dochází ve věku:

- a) 3-24 měsíců
- b) 2-6 roků
- c) 22-40 roků

3. Incidence je statistický ukazatel vyjadřující:

- a) absolutní počet nově hlášených nemocných na určitém území za určité časové období
- b) poměr počtu nově hlášených nemocných jedinců k počtu všech jedinců ve sledované populaci
- c) poměr počtu nově hlášených nemocných jedinců za dané časové období k počtu všech jedinců ve sledované populaci
- d) poměr počtu nově hlášených nemocných jedinců v určitém časovém okamžiku k počtu všech jedinců ve sledované populaci

4. Prevalence je statistický ukazatel vyjadřující:

- a) poměr počtu nově hlášených nemocných jedinců za dané časové období k počtu všech jedinců ve sledované populaci
- b) poměr počtu nově hlášených nemocných jedinců v určitém časovém okamžiku k počtu všech jedinců ve sledované populaci
- c) absolutní počet nově hlášených nemocných jedinců na určitém území
- d) poměr absolutního počtu všech jedinců ve sledované populaci k absolutnímu počtu nově hlášených nemocných jedinců

Nestlé - Beba

Nutricia - Nutrilon